

### **RUH SAĞLIĞI KAVRAMI**

Ruh sağlığının tanımlanmasında farklı görüşler olsa da ruh sağlığı yerinde olan bireylerin ortak özelliklerini bir araya getirebilmek mümkündür. Bu özelliklerden bazıları aşağıdaki gibi sıralanabilir:

- Kendini ve çevreyi gerçekçi bir biçimde değerlendirme,
- Benlik saygısının yüksek olması,
- Başkalarına karşı empatik bir bakış açısı geliştirme,
- Diğer insanlara gerçekçi bir biçimde güvenme,
- Kişiler arası ilişkilerden doyum sağlayabilme,
- Gerektiğinde sorumluluk alabilme,
- Yaşadığı toplumun kültürel, sosyal, ekonomik normlarına uyum sağlayabilme,
- Uymadığında çevreyi rahatsız etmeden bunu çözmeyi başarabilme,
- Kendisi için uygun amaç belirleme, plan yapma ve olaylara karşı uyum sağlayıcı bir tavır geliştirme,
- Var olan yeterlilikleri ile problem çözebilme,
- Karşılaştığı stresli durumlarla normal sınırlar içinde baş edebilme,
- Yeniliklere açık olma, farklılıkları anlayışla karşılayabilme,
- Çevreye uyum sağlayabilme,
- Yaşamdan zevk alabilme, gerektiğinde üzülebilmeye, sevinebilme,
- Uygun yer ve zamanda gereken kişilere bilgi, duygu, düşünce, inanç ve tutumlarını aktarabilme,
- Görev ve sorumluluklarını yerine getirebilme gibi özelliklerle tanımlanmıştır.

### **Dünya Sağlık Örgütü'nün Ruh Sağlığı Tanımı**

Dünya Sağlık Örgütü, ruh sağlığını; bireyin kendi yeteneklerinin farkına vardığı, hayatın normal sıkıntılarıyla baş edebildiği, üretken olarak çalışabildiği ve kendi toplumuna faydalı olabildiği bir iyilik hâli olarak tanımlar.

### **RUHSAL BOZUKLUK**

Dünya Sağlık Örgütü ruhsal bozukluk için de bir tanımlama yapmış ve ruhsal bozukluğu; bireyin önemli ölçüde kötü hissetmesine ve işlevselliğinin bozulmasına yol açan, klinik olarak anlamlı düşüncede, duyguda, davranışta değişimle olarak tanımlamıştır.

### **Ruhsal Bozukluğu Belirlemede Yardımcı Olan Özellikler**

Ruhsal bozuklukları ya da anormal davranışı tanımlamada kullanılan ve bir arada değerlendirilmesi, değerlendirirken de dikkatli olunması gereken istatistiksel seyreklik, normların ihlali, kişisel rahatsızlık, işlevlerin bozulması, beklenmedik olma gibi kavramları incelemek gerekir. Bu kavramların birlikte var olması ruh sağlığı sorununu belirlemek için önemlidir.

### **PSİKİYATRİNİN TANIMI VE TARİHSEL GELİŞİMİ**

Tıpkı diğer hastalıklar gibi ruh hastalıkları ve ruhsal bunalımlar da değişik görünüm ve ağırlıklarda insanlık tarihi ile var olmuş ve süregelmiştir. Ruhsal yönden sağlıklı yaşama yollarını geliştiren, ruhsal problemleri oluşmadan önleme yollarını gösteren bilgi koluna koruyucu ruh sağlığı; ruh hastalıklarının nedenlerini, belirtileri, çeşitleri ve tedavisiyle uğraşan bilim dalına da psikiyatri denir.

### **Psikiyatrinin Tarihsel Gelişimi**

- Psikiyatrinin ilk ve eski çağlardaki tarihçesine bakıldığında ruh sağlığı sorunu yaşayanların büyücü olduğuna inanılmış, kötü muamele görmüşlerdir.
- Hipokrat, tıbbi büyü ve batıl inançlardan ayrılarak ruh sağlığı sorunlarını doğal nedenlerle açıklamıştır. Hipokrat beyni bilinçliliğin entelektüel yaşamın ve duyguların organı olarak kabul etmiş, sapkın davranışları beyin patolojisi olarak tanımlamıştır.
- Orta Çağ döneminde ise ruh sağlığı sorunu olan kişilerin büyücü oldukları düşüldü, işkenceler yapıldı, yakıldı, hapsedildiler ve linç edildiler.
- Orta Çağ'da İslam âleminde, müzik dinletilerinin yapıldığı, bahçeler ve havuzlar ile çevrili rahat bir ortamda tedavi uygulayan kuruluşlar vardı.
- Avrupa'da bakıldığında ise ilk kez 1547'de Londra'daki St. Mary of Bethlehem manastırı VIII. Henry tarafından bir hastaneye dönüştürülmüştür. Bu kurumu giderek Avrupa ve Amerika kıtalarında benzerleri izledi; ama koşullar yine de insanlık dışı olarak kabul edilmektedir.
- Moral tedavi döneminde ise Philippe Pinel Fransız İhtilali'nin de etkisiyle akıl hastanelerinde ruh sağlığı sorunu yaşayan kişilere insancıl bir yaklaşım uygulayarak onları sakinleştirdi, hastane odalarını yaşanabilir hale getirdi.

- Çağdaş psikiyatri dönemine bakıldığında ise özellikle 19. yüzyılda anatomi, nöroloji gibi alanlardaki gelişmeler neticesinde ruhsal hastalıkların nedeni olarak beyin işlevlerindeki bozukluklar görülmüştür.
- 20. yüzyılın başlarında ise ruhsal hastalıkların nedeninin psikolojik olduğu ve çevreyle ilişkisi yönünde bir görüşler oluşmaya başlamıştır.
- Fransa'da Esquirol, Morel ve Mognan, yüzyılın sonlarına doğru Liebault, Bernheim, Charcot ve daha sonra Pierre Janet; Almanya, Avusturya ve İsviçre'de de 19. yüzyılın sonuna doğru Griesinger, Meynert, Hecker, Kahlbam, Kraepelin, Breuer, Freud, Jung ve Adler çağdaş psikiyatrinin kurucusu olmuşlardır.

### **PSİKİYATRİK SOSYAL HİZMETİN TANIMI VE TARİHSEL GELİŞİMİ**

Psikiyatrik sosyal hizmet alanında çalışan sosyal hizmet uzmanları sahip oldukları bilgi, değer ve becerileri kullanarak ruh sağlığı kurumlarında hastayı; hastalığı, ailesi, çevresi ve işi gibi sistemler içerisinde bir bütün olarak inceler; sosyal, psikolojik ve ekonomik sorunların giderilmesini amaçlar, müracaatçı grubunun topluma işlevsel olarak katılımını sağlayan sosyal hizmet etkinliklerini yürütür. Aşağıda psikiyatrik sosyal hizmetin tarihsel gelişimi sıralanmıştır:

- İlk psikiyatrik sosyal hizmet uygulamaları 1907 yılında Amerika Birleşik Devletleri'nde Massachusetts Genel Hastanesi nöroloji servisinde başlamıştır.
- Birinci ve ikinci Dünya Savaşı'nda psikiyatri alanında çalışan sosyal hizmet elemanları askeri hastanelerde görevlendirilmiştir.
- Önce çocuk suçluluğu ile başlayan çocuk rehberlik hareketi ardından çocuklarla ilgili tüm ruh sağlığı süreçlerini kapsamıştır. Uzmanlar özellikle aile psikodinamiklerini anlamaya odaklanmışlardır. Bu bakış açısı sosyal hizmet uzmanlarını öne çıkarmıştır.
- 1920'lerde akademik eğitimin yanı sıra psikiyatrik hastanelerde ve kliniklerde hizmet içi eğitim başlatılmıştır.
- Amerikan sosyal hizmet uzmanları eğitim konseyinin o dönemki bilgilerine göre 1958-59 öğretim yılında 1062 psikiyatri öğrencisi bulunduğu belirtilmiştir.
- Psikiyatrik sosyal hizmet İngiltere'de ilk olarak 1936 yılında Londra'da bir akıl hastanesinde göreve başlaması ile başlamıştır. Amerika ve İngiltere'deki psikiyatrik sosyal hizmetin aksine, Almanya, Fransa ve Avusturya'da sosyal hizmet uzmanları akıl hastanelerinde görev yapmak yerine psikiyatri kliniklerinde görev yapmaya başlamışlardır.

### **TÜRKİYE'DE PSİKİYATRİK SOSYAL HİZMET**

- Anadolu'da ilk ruh ve sinir hastanesi, milattan önce beşinci yüzyılda, Bergama kentinin tepelerinde kurulan Eskülap tapınağıdır.
- Anadolu Selçuklu döneminde darüşşifalar, Osmanlı döneminde külliyyeler içinde darüşşifalar, bimarhaneler, cami-medrese-hastane bağlantısı içinde yer almıştır. En tanınmış kanuni Sultan Süleyman tarafından yaptırılan Süleymaniye Tımarhanesi ile Nur Banu Sultan tarafından yaptırılan Topbaşı Tımarhanesi'dir.
- 1923'de, Cumhuriyetin ilanı sonrası Toptaşı Bimarhanesi'nde bulunan hastalar Bakırköy Reşadiye Kışlasında yeni açılan hastaneye taşınmış. Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi'nde Mahzar Osman Uzman'ın başlayan çalışmalar öncü olmuştur.
- 1925 yılında Manisa Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi açılmıştır. • Sonraki yıllarda üniversitelerde tıp fakültelerinde psikiyatri klinikleri açıldı.
- 1958'de Hacettepe Çocuk Hastanesi'nde çocuk psikiyatri kliniği kurulmuştur.
- 1967 yılında bir sosyal hizmet uzmanı Bakırköy Akıl Hastanesi'nde çalışmaya başlamıştır. 1968 yılında aynı hastanede 5 sosyal hizmet uzmanı daha görevlendirilmiştir.
- 1968 yılında Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Kliniği'ne ilk kez sosyal hizmet uzmanı atanmıştır.
- 2011 yılında Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri Hakkında Yönerge yayımlanmış, bu merkezlerde bir ruh sağlığı çalışanı olarak sosyal hizmet uzmanlarının görevlendirilmeleri yapılmıştır.

## **GİRİŞ**

Ruh sağlığı sorunları ve sosyal sorunlar birbirlerinin bazen nedeni bazen de sonucu olduğu için betimlenmesi ve müdahalesi de zor olmaktadır. Sosyal sorunlara maruz kalan ruh sağlığı sorunu olan bireyler aynı olguyu deneyimleyen diğer insanlardan daha fazla etkilenebilmekte, bu sorunlar hastalıklarını şiddetlendirebilmekte ve daha savunmasız bırakabilmekte ya da hastalıklar bu sorunlara neden olabilmektedir.

## **YOKSULLUK**

Yoksul bireyler iş olanaklarına daha az ulaşmakta, daha az eğitilmekte, daha fazla fiziksel şiddet görmekte, daha fazla depresyon ve kaygı bozukluğu ve şizofreni ile mücadele etmektedirler. Yoksul çocukların yetersiz beslenmesi ve uyarıcı yoksunluğu onların beyin ve dil gelişimini olumsuz etkilemektedir. Yoksul çocuk ve ergenlerde benlik saygısında azalma, mutsuzluk, kaygı, bağımlılık, sosyal beceri eksikliği, umutsuzluk, davranım bozukluğu, öfke, yıkıcılık, davranım bozukluğunu görülmektedir. Yoksulluk yaşlılık dönemi ruh sağlığı sorunlarını tetikleyebilmekte, bu nüfusta demans, alzheimer, deliryum, depresyon gibi hastalıklar daha yaygın görülmekte ve sağlık hizmetlerine ulaşmaları da geç olmaktadır.

## **EVSİZLİK**

Uyumsuzluk, güvensizlik, hayal kırıklığı, hareketlilik, klinik ve sosyal ihtiyaçların fazlalığı evsizliği betimleyen unsurlardır. Evsizlerin yaklaşık %10-15'in de şizofreni olduğu görülmektedir. Yeni evsizler, ümitsiz ve trajik yaşam olaylarına bağlı ruh sağlığı sorunları yaşayabilirken, uzun süreli evsizlerin çoğunlukla daha ağır ruh sağlığı sorunları olduğu görülmektedir. Psikotik bozukluklar ve madde kullanım bozukluğu gibi ikili tanılar evsizler arasında % 10-20 civarında görülmektedir. Bu durumdakilerin sağlık durumlarının diğer evsizlere göre daha kötü olduğu, daha saldırgan ve suça eğilimli oldukları, daha az sosyal bağları olduğu bildirilmektedir. Ruh sağlığı sorunu yaşayan kronik evsizler çoğu zaman tedaviyi ve müdahaleyi reddedebilmektedir. İŞSİZLİK İşsizlik ruh sağlığı sorunlarına neden olmakla birlikte, ruh sağlığı sorunu yaşayanların ayrımcılık ve damgalanma nedeniyle işsiz kalmaları da ruh sağlığını etkilemektedir. Özellikle engelli bireyler için istihdam gelir sağlaması, sosyal ve psikolojik iyileştirmeyi içermesi açısından oldukça önemlidir. Ruhsal sağlığı sorunu yaşayan bireylerin istihdamları oldukça düşüktür. Bu kişiler ya bir meslek sahibi olmamış ya hastalıktan dolayı işini kaybetmiş ya da malulen emekli olmuş olabilirler. Ruhsal hastalığa sahip kişilerin istihdam etmelerinin önündeki en büyük engel işverenlerin kişilerin psikiyatrik geçmişleri ve ruhsal hastalıkları nedeniyle onları işe almak istememeleridir. Ruh sağlığı sorunu yaşayan kişiler iş yerlerinde dışlama, yalnızlaştırma, mobbing, iş yükünün artırılması, ötekileştirme, terfi etmesine engel olma gibi risklerle karşılaşabilmektedir. SAVAŞ Savaş sırasında yaralananlar, tanıklık edenler ya da yakınları ve tanıdıklarının başına gelenleri duyan kişilerde akut ve kronik düzeyde ruhsal etkilenmeler olmaktadır. Savaş sonrası ve sonrası en yaygın görülen ruh sağlığı sorunları; depresyon, kaygı ve uyku bozuklukları, psikosomatik bozukluklardır. Savaş Sendromu, Savaş Sonrası Bozukluk gibi modern kavramların da üretilmiştir. Bu sendromlar kendini yorgunluk, halsizlik, uyku zorlukları, mide bağırsak semptomları, nefes darlığı, kas ağrıları, hafıza problemleri gibi somatik biçimlerde gösterebilmektedir. Sevilen kişilerin kaybı, yer değiştirme, sıkıntı içerisindeki erişkinlerle yaşama, geleneksel yaşam biçiminin kaybı, eğitim altyapısının zarar görmesi, fiziksel çevrenin kötülüğü, toplumsal değişiklikler ve hatta çocukların şiddete yönlendirilmesi gibi çevresel etkenler en kırılgan gruplardan biri olan çocukları derinden etkilemektedir. Bazı çocukların başa çıkabilme yeteneği baskın olmasına karşın çoğunluğu travma sonrası stres nedeniyle geniş çaplı müdahaleye ihtiyaç duymaktadır.

## **GÖÇ**

Zorunlu göç ve savaş hareketleri gibi durumlar, ruh hastalığı olan bireyler için daha yıkıcı sonuçlar doğurmaktadır. Bu kişilerin ihmal, terk edilme ve sömürüye maruz kalma ihtimalleri daha yüksektir. Göç sonucu mülteci kamplarına yerleşilmesi durumunda ise farklı ruhsal sebeplere sorun olabilen zorlayıcı süreçler gelişebilmektedir. Çocuk göçmenlerle yapılan araştırmalar, çocuğun travma sonrası anılarının zorlayıcı olduğunu ve davranış bozukluklarında bulunabildiklerini göstermektedir. Göçten olumsuz etkilenen bir diğer grupta kadınlardır. Kadınların yaşadığı, işsizlik, ailenin temel ihtiyaçlarının karşılanamaması, farklı bir kültürde yaşamının getirdiği zorlukların yanı sıra göçmen kadınlar hem kadın oldukları hem de göçmen oldukları için cinsel taciz, tecavüz ve şiddete maruz kalabilmektedirler. Göç sonrası yaşanan zorlayıcı yaşam koşulları göçmenlerde şizofreniye

yakalanma olasılığını da arttırmaktadır.

### **TOPLUMSAL DAMGALANMA VE AYRIMCILIK**

Damgalama, bir kişinin ya da grubun, ruhsal hastalık, etnik grup, ilaç kötüye kullanımı veya fiziksel yetersizlik gibi özelliklerine dayanarak kusurlu veya gözden düşmüş olarak olumsuz değerlendirilmesidir. Ruh sağlığı sorunu olan bireyler, sağlık sorunları nedeniyle farklı ve tutarsız davranışlar, konuşma ve akıl yürütme biçimi sergileyebilir. Bu farklılık toplumun onları ötekileştirmesine, ayırmasına, onları tehlikeli ve dengesiz olarak algılamasına neden olabilmektedir. Toplum kendine benzemeyen bu grubu ayırıştırır, onlara olan benzerliğini çok az farklılığını da çok fazla algılayarak dış grup oluşturur ve kalıp yargılarla bu ayrımı besler. Damgalamanın temelinde olumsuz inançlar ve bunun sonucu olan önyargılar yer almaktadır. Damgalamanın sonucu ayırmak ve dışlamaktır.

### **AİLE İÇİ ŞİDDET**

Aile içi şiddet bireyler için travmatik bir yaşantı, oldukça zedeleyici bir süreçtir ve uzun süre maruz kalmak, ruh sağlığı sorunlarının yaşanmasını, tekrarını tetiklemekte seyrini ağırlaştırmaktadır. Diğer sosyal sorunlar gibi ruh sağlığı sorunlarının neden sonuç ilişkileri değişkendir. Aile içi şiddet ve ruh sağlığı sorunu değerlendirildiğinde ruh sağlığı sorunu yaşayan aile bireyelerine uygulanan aile içi şiddet daha yüksek orandadır. Aile içi şiddete maruz kalan ya da tanık olan çocuklarda bazı psikolojik, fiziksel ve davranışsal sorunların gelişmesi olasıdır. Bu sorunlar; istismar eden ya da istismar edilen olma, depresyon, sigara içme, obezite, yüksek riskli cinsel davranışlar, istenmeyen hamilelik, alkol ya da madde kullanımı olarak ortaya çıkmaktadır.

## **GİRİŞ**

Sağlığın tanımı, geçtiğimiz 150 yıl boyunca kültüre ve döneme göre değişiklik göstermiştir. Sağlıklı bireyi tanımlarken temel kriter insanların "yaşamlarını sürdürebilmelerinden, hasta olmamalarına, günlük aktivitelerini yerine getirebilme yeterliliklerine, mutluluk duygusuna sahip olmalarına ve son olarak iyilik halinin sağlanmasına" kadar değişiklikler göstermiştir. Ruh sağlığı, Dünya Sağlık Örgütü'ne göre ruhsal sorunlar anormal düşünceler, duygular, davranışlar ile diğer insanlarla ilişkilerin farklı tür bileşimleri olarak tanımlanmaktadır. Şizofreni, depresyon, zihinsel engellilik ve madde bağımlılığına bağlı bozukluklar ruhsal hastalıklara örnek olarak gösterilebilir. Kişinin aile geçmişi, kişinin yaşadığı önemli olaylar, genetik yapısı, bedensel biyokimyasal dengesi, fiziksel sağlık problemleri ve toplumsal sorunlar ruhsal sorunlara neden olabilmektedir. Sağlık alanında geçmişten bugüne yaşanan değişime paralel olarak çeşitli sağlık modelleri ortaya konmuştur. Bunlar; tıbbi (medikal) model, sosyal model ve biyopsikososyal modeldir. Ruh sağlığının korunması, hastalıkların ele alınmasında ve tedavisinde geçmişten bugüne çeşitli yaklaşımlar benimsenmiştir. Günümüzdeki ruh sağlığı alanındaki kapsayıcı ve kabul edilen bakış açısı biyopsikososyal yaklaşımdır. Bireyi çevresi içinde ele alan sosyal hizmet mesleği, bireyin iyilik halinin artmasında, sosyal sorunların çözümünde ve refah düzeyinin yükselmesinde sosyal adaletin sağlanmasında önemli işlevlere sahiptir.

## **MEDİKAL MODEL**

Medikal model, diğer adıyla tıbbi model psikiyatrik hastalıkların kökeninin biyolojik kaynaklı olduğunu kabul eder. Bu yaklaşım doktorlar, özellikle psikiyatristler tarafından yaygın olarak benimsenen bakış açısıdır. Ruhsal bozuklukların kaynağının organik ya da biyomedikal nedenlerle açıklanabileceğini savunur. Medikal modele göre belirtiler bozukluğa (hastalığa) sebep olur ve bu bozukluk ilaçlarla tedavi edilmelidir. Medikal model, doktorun mevcut en iyi kanıtlarla bilgilendirilen sağlık tedavi müdahalelerini koordine etmesini veya sunmasını sağlayan bir süreçtir. Klinik psikoloji, ruhsal sorunlardan muzdarip bir kişiyi, fiziksel bir hastalığa benzer şekilde zihinsel "hasta" kabul eden medikal modeli benimsemiştir. Geleneksel tıp yaklaşımı adıyla da ifade edilen medikal model, hastalıkları genetik, virüsler ya da diğer biyomedikal nedenlere dayandırır. Ruhsal hastalığın tıbbi bir endişe olarak tanınması, sosyal tutumdaki geniş kapsamlı değişikliklerle ilişkilendirilmiştir. Sosyal hizmet uzmanlarının, ruhsal bozukluğun değerlendirilmesi ve tedavisinin erken safhasına dâhil olması gerekir. Uzmanın teşhis ve akıl hastalığının biyo-kimyasal temeli hakkında bilgi sahibi olmaları önemli olsa da, temel bilgi birikimi, öncelikle akıl hastalığının belirtilerinin ortaya çıkma biçimiyle ilişkili olan ruhsal bozukluğun sosyal etkilerinden kaynaklanır.

## **SOSYAL MODEL**

Medikal yaklaşım, hastalıkları genetik, virüsler ya da diğer biyomedikal nedenlere dayandırırken; sosyal model, sosyal ve çevresel faktörlere bakmaktadır. Sosyal model, sosyal hizmetin genel bütüncül yaklaşımıyla iyi uyumla birlikte ruh sağlığı alanında sosyal çalışmanın temel mantığıdır. Ancak tıbbi model kadar etkili değildir. Bu modelde bile farklı bakış açıları vardır. Bu bakış açıları sosyal nedensellik, etiketleme, eleştirel teori, sosyal yapılandırıcılık, sosyal gerçekliği içermektedir. Sosyal nedensellik; sosyal dezavantaj ve ruhsal bozukluk arasındaki etkileşimi anlamamıza yardımcı olan özel bir bakış açısıdır. Bir psikiyatrik tanı büyük ölçüde kabul görmektedir. Etiketleme teorisi; "birincil sapkınlık"ın meydana geldiği, zihinsel bozukluk veya "ikincil sapma" olarak yorumlanmaya devam eden tuhaf davranışlar gibi bir süreci tanımlayan teoridir. Eleştirel teori; eleştirel psikiyatrinin temel ilkesi, "geleneksel" psikiyatrinin kurulduğu ve hizmet kullanıcısının hayatının psikososyal yönlerine bakmak için kaçınılmaz olan kanıt temeline meydan okumaktır. Sosyal yapılandırıcılık; kültürel ve sosyal olarak düzenlenmiş etkinliklerle bilgiyi yapılandırma sürecidir. Sosyal gerçekçilik; bireyin içinde bulunduğu sosyal bağlamı hesaba katarak tanı konulması gerektiğini savunur. Sosyal modelde karmaşık insanoğlunun yapısı basitleştirilmeye çalışılmaktadır. Cinsiyet, kültür gibi çeşitli faktörlere dayanan deneyim çeşitliliği, ekonomik durum, yaş, kişisel biyografi, aile ve sosyal ilişkiler değerlendirilir.

## **BİYOPSİKOSOSYAL MODEL**

Biyopsikososyal model, doktorları hastalarıyla psikolojik ve sosyal varlıklar olarak ilgilenmeye ve tıbbi modelin güçlü yorumuyla önerilmeyen tedavi için ek yollar keşfetmeye teşvik etmeyi amaçlamıştır. Ruh sağlığı sorunlarının ele alınmasında sadece medikal model çerçevesinde kalınmaması ve sosyal psikiyatrik yaklaşım içerisinde ilgili destek sistemleri ve çalışma alanlarının

da (psikoloji, sosyoloji, sosyal çalışma ...) harekete geçirilmesi gereklidir. Biyopsikososyal yaklaşıma göre; fiziksel ve psikolojik şartları ile sosyal çevrenin şartları birbirlerini etkilemektedir. Biyolojik faktörler; anormal beyin gelişimi ile sonuçlanan genetik faktörler, beyin hasarı, hastalık süreçleri ve benzerlerini veya nörotransmitterlerin veya hormonların dengesizliklerini içerir. Bunların hepsi anormal davranışlarla sonuçlanabilir. Biyopsikososyal yaklaşım genellikle sağlık probleminin fiziksel faktörlerden kaynaklandığına inanan medikal model yaklaşımının karşısındadır. Biyopsikososyal model ile medikal model arasındaki bir diğer fark ise biyopsikososyal model sağlık sorunlarının sosyal çevreden kaynaklandığını ve etkilendiğini kabul ederken medikal model bireydeki fiziksel ya da zihinsel hastalığa yoğunlaşır. Biyopsikososyal yaklaşım; hastanede çalışan sağlıkta, disiplinler arası birçok profesyonelden oluşan bir ekip çalışmasını gerektirmektedir. Bu ekip; sosyal hizmet uzmanının yanı sıra hekimleri, hemşireleri, diyetisyenleri, psikologlar, hasta bakıcıları, din görevlilerini kapsayabilir.

### **Ruh Sağlığında Sosyal Hizmet**

Sağlık alanında değişen bakış açıları ile bireyi biyopsikososyal bir varlık olarak ele almanın sonucu olarak verilen hizmetler de değişime uğramıştır. Psikiyatri alanında tedavi şekilleri kurum temelli hizmetlerden toplum temelli hizmetlere geçiş yapmıştır. Psikiyatrik tanı alan bireylere sıklıkla psikiyatrist gözetiminde ilaç tedavisi ve/veya psikiyatristler ve klinik psikologlar eşliğinde terapi uygulamaları verilmektedir. Ancak bu yaklaşım 1970'li yıllardan itibaren ruhsal sorunları olan bireylerin toplumdan ve toplumsal rollerinden soyutlanmaksızın iyileşmelerini esas alan toplum temelli ruh sağlığı hizmetleri anlayışına geçmeye başlamıştır. Sosyal hizmet müdahalesi bireyle başlar ve aile, sosyal ağlar ve topluma kadar uzanır. Sosyal hizmet, akıl hastalığı olan kişilerin, ailelerinin ve bakım verenlerin özel ihtiyaçlarına duyarlı olup hizmetlerin daha erişilebilir hale gelmesinde rol oynamaktadır. Sosyal adalet düzeyinde sosyal hizmet, damgalanma, ayrımcılık, politik özgürlük ve insan hakları konularıyla ilgilenir. Sosyal hizmet temelde birey ve sosyal çevresi arasındaki etkileşime odaklanır, psikososyal ve ekonomik eksenli sorunların ortadan kaldırılması sorumluluğunu taşır. Sosyal hizmet uygulamasının amacı, hasta ve ailesine yönelik psikososyal iyileştirme, birey, aile ve toplumsal düzeylerde refah düzeyini yükseltme, bireylerin hayatları üzerindeki gücü ve kontrolü artırma ve sosyal adalet ilkelerini geliştirmektir.

### **Sosyal hizmet uzmanının görevleri**

Sosyal hizmet uzmanının ruhsal bozukluğun değerlendirilmesi ve tedavisinin her aşamasına dâhil olması gerekmektedir. Sosyal hizmet uzmanlarının bir uygulayıcı olarak, kişilerarası becerilerini hastalığın nedenleri hakkındaki teoriler ve fikirler ile sentezleyebildikleri zaman yetkin olabileceği öne sürülmektedir. Tedavi sürecinde sosyal hizmet uzmanının sorunlara odaklanan ve hastayı sadece bir sorun olarak ele alan bir modelden uzaklaşıp müracaatçı ile ortaklık kurarak ilerlemesi önemlidir. Amaç, müracaatçının kültürel açıdan hassas olarak tanımlayacağı ve açıklarından ziyade güçlü yönlerine odaklanacağı bir şekilde çalışmaktır. Ruhsal hastalıktan dolayı sıkıntı çeken insanlar, kendilerinde neyin işe yaradığını deneyimlemiş olabilirler ve burada sosyal hizmet uzmanının görevi, müracaatçının sorunlarıyla başa çıkması için farklı kaynakları harekete geçirmesidir.

### **Ruh Sağlığı Alanında Biyopsikososyal Gelişmeler**

Ruh sağlığının toplumsal yaşam olaylarına bağlı olması, insan gelişimi ve yaşam kalitesiyle sıkı bir ilişki içinde olması, ruh sağlığı bozukluklarının getirdiği yükün birçok alanı etkilemesi nedeniyle ülkelerin politikalar üretmesine ihtiyaç duyulmuştur.

### **RUHSAL BOZUKLUKLARDA TANI VE SINIFLANDIRMA**

Hastalıkların önlenbilmesi ve hastaların tedavi edilebilmesi için öncelikle iyi bir tanımlama, tanı koyma, sınıflandırmaların yapıldığı bir dizgenin (sistematiğin) bulunması gerekmektedir. İyi tanımlanmamış ve sınıflandırılmamış hastalıkların oluş nedenleri saptanamaz, sıklık ve yaygınlıkları araştırılmaz hatta bu hastalıkların tedavi yöntemleri belirlenemez. Bu bağlamda psikiyatri belli sınıflandırmaları ve tanı ölçütleri olan sağlam temeller kurma yolunda önemli gelişmeler göstermiştir. Ruhsal bozuklukların tanımlanması ve sınıflandırılmasında ilk önemli adım Alman ruh hekimi Emil Kraepelin (1986) tarafından atılmıştır. Daha sonra; DSM (Ruhsal Bozuklukların Tanı ve İstatistiksel Elkitabı-Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) ve ICD (Uluslararası Hastalıklar Sınıflaması-International Classification of Diseases) tanımlama ölçütleri oluşturularak ruhsal hastalıkların tanımlama ve sınıflandırılmasında ortak dil oluşturma yoluna gidilmiştir. DSM ve ICD Ruhsal bozuklukların tanımlama ve sınıflandırılmasında kullanılan DSM (Diagnostic and Statistical Manuel of Mental Disorders) ilk kez 1952’de, Amerikan Psikiyatri Birliği (APA) tarafından yayımlanmıştır. 1960’lardan sonra öncelikle yeni bulunan ilaçların etkilerinin değerlendirilmesi amacıyla psikiyatrik tanı ve sınıflandırmayı öznellikten kurtarmak, bilimsel çerçeveye oturtmak için çabalar yaygınlaşmıştır. Böylece 1968 ‘de DSM-II yayımlanmıştır. 1980’de yayımlanan DSM-III ile de ilk kez, ruhsal bozuklukların tanı ve sınıflandırılmasında, araştırmalara dayanan tanı ölçütleri (diagnostic criteria) getirilmiştir. Bu süre içinde Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ, WHO) ise ICD (Uluslararası Hastalıklar Sınıflaması-International Classification of Diseases,) adı altında bütün tıbbi hastalıkları içeren, bir sınıflama geliştirmiştir. Dünya Sağlık Örgütü tarafından sırasıyla ICD-8 (1968), ICD-9 (1979), ICD-10 (1992) yayınları ile uluslararası tanı dizgeleri oluşturulmuştur. ICD-10’un basımından sonra 1994’te DSM-IV yayımlanarak bütün dünyada kullanılır olmuştur. DSM-IV’ün DSM-III ve DSM-III-R’den en önemli farkı temel dayanağının uzman görüşlerinden çok, geniş ve kapsamlı kaynak taramasına ve araştırma verilerine dayandırılma çabası olmuştur. Daha sonra 2013’de DSM-V çıkarılmıştır. DSM-III’ün ICD-9’dan, ICD-10’un DSM-III-R’den, DSM-IV’ün ICD-10’dan, DSM-V’in DSM-IV’den etkilenerek standart bir dizgeye doğru yaklaşıldığını vurgulamak gerekmektedir.

### **TEMEL RUH SAĞLIĞI BOZUKLUKLARI**

#### **Şizofreni**

Geçen yüzyıldan beri tanımlanmasında güçlük çekilen, tarih boyunca değişik adlar verilen, toplumda korku uyandıran şizofreni; bireyin insan ilişkilerinden ve gerçeklerden uzaklaşarak kendine özgü bir âlemde yaşadığı, duyuş, düşünüş ve davranışlarda önemli ölçüde bozuklukların görüldüğü ağır bir ruhsal bozukluktur.

#### **Tedavi**

Şizofreninin tedavisinde temel amaç belirtilerin yatıştırılmasının değil, bu ruhsal bozukluğun yıkıcı etkilerinin mümkün olabildiğince önlenip, bireyin toplumsal uyumunu olabilecek en iyi seviyeye getirebilmektir. Bu bağlamda ilaç tedavisinin yanında, psikososyal yaklaşımlar ve psikoterapiler hastalığın tedavisinde kullanılmaktadır

#### **Sanrısız Bozukluklar**

Paranoya ve paranoid durumlar olarak bilinen bu ruhsal bozukluk; genel uyum ve davranışlarda belirgin bozukluğun, acayıplığın, garipliğin bulunmasının en az bir ay devam etmesinin yanı sıra şizofreni ölçütlerine uyan belirtilerin bulunmadığı durumlar, sanrılı bozukluk olarak tanımlanmaktadır.

#### **Akut ya da geçici psikotik bozukluklar**

Akut ya da geçici psikotik bozukluk üç aydan daha uzun sürmediği kabul edilen psikotik bozukluktur. Bu bozukluğun çoğu çevresel, psikojenik etkenlerle ortaya çıktığı düşünülmektedir.

#### **Tedavi**

Tedavide ilacın yanı sıra psikoterapilerde psikozun türüne göre uygulanmaktadır.

#### **Duygudurum Bozuklukları**

Bazen gerçekten üzülecek, sevinilecek ya da öfkelenilecek bir durumda birey bu durumla bağdaşmayacak şekilde aşırı tutarsız kimi zaman da uygun olmayan duygusal tepkiler sergileyebilir hatta tümünden tepkisiz kalabilir. Bu da duygulanımda bozukluk belirtisi olup duygulanım ya da duygudurum bozuklukları olarak tanımlanmaktadır.

#### **Tedavi**

Duygudurum bozukluklarında ilacın yanı sıra psikoterapilerin etkisi kanıtlanmıştır.

## **Nevrotik Bozukluklar**

Nevroz tek başına bir hastalık değil, bir hastalık grubunun genel adıdır. Nevroz; bedendeki sinirlerin organik ya da işlevsel hastalığı karşılığında kullanılan terimdir. Nevrozlarda temel patoloji bunaltıdır. Bu ruhsal hastalık; kişinin gerçekle bağlantısının kopmadığı, toplumsal uyumunun genellikle çok fazla bozulmadığı, diğer işlevlerde de bozukluğun daha hafif seyrettiği rahatsızlıklar kümesidir. DSM-V’de ise bu bozukluklar beş ayrı tanı başlığı altında yer almaktadır. Bunlar:

- Bunaltı Bozuklukları
- Obsesif-Kompulsif ve İlişkili Bozukluklar
- Travma ve Zorlanma(Stressor) İlişkili Bozukluklar
- Disosiyatif Bozukluklar
- Somatoform Bozukluklar

### **Bunaltı bozuklukları**

Bunaltı bozuklukları, sebebi belirsiz korkulardır. Örneğin; bugün içimde bir his var kötü şeyler olacak; ama ne bilmeyorum gibi cümleler sıkça kullanılmaktadır. Korkuda; örneğin karanlık korkusu, böcek korkusu gibi korkulan şeyin sebebi bilinir.

### **Obsesif-Kompulsif ve ilişkili bozukluklar**

Obsesif-Kompulsif ve ilişkili bozukluklarda bir belirti olarak ortaya çıkan obsesyon (saplantı), bireyi tedirgin eden, irade dışı gelen, inatçı biçimde tekrarlayan düşünce ya da dürtülerdir. Kompülsiyon (zorlantı) ise; çoğu zaman saplantılı düşüncelere söz geçirememesi sonucu yapılan, istem dışı tekrarlanan hareketlerdir. Örneğin; bireyin temiz olduğunu bildiği bir şeye dokununca elinin kirlendiğini düşünmesi saplantı, bu düşünce eşliğinde kişinin elini yıkama tutkusu eşliğinde birçok kez elini yıkaması zorlantıdır. Bu bozuklukta psikoterapilerin tedavide büyük bir önemi bulunmaktadır. Travma ve zorlanma (stressor) ilişkili bozukluklar Travma ve zorlanma (stressor) ilişkili bozukluklar; stres yaratan bir olay ya da durum sonrasında bireyde ağır biçimde etkileyebilecek akut bir örselenme olabileceği gibi daha sonraki dönemlerde kendini belli eden derin izler bırakan süregelen nitelikte olabilen örselenmelerdir. Marmara depremi sonrası insanların ağır örselenmeler yaşamaları ve etkisinin uzun yıllar devam etmesi bu duruma örnek verilebilir. Tedavide birçok bozukluk kısa sürede kendiliğinden geçerken; uzayarak kronik hale dönüşen kısım, tedaviye dirençlidir. Bu bağlamda sıkı bir gözetimle uygun terapilerin ilaçlar eşliğinde uygulanması gerekmektedir.

### **Disosiyatif bozukluklar**

Disosiyatif bozukluklar; bellek, bilinç ve algılamada bozuklukla kendini gösteren bayılmalarlardır. Hasta da kendini aşırı etkileyen bir olay sonrasında epileptik nöbetler sırasındaki kasılmalar, gerilmelere benzeyen bedensel hareketler eşliğinde bayılmalar görülmektedir. Yapılan çalışmalar bu hastaların çoğunda travma ya da kötü muamele öyküsü olduğunu vurgulamaktadır. Tedavide hastanın çok iyi değerlendirilmesi gerekmektedir. Organik bir sebebe bağlı olmadığı kesinleştirilmelidir. Somatoform bozukluklar Somatoform bozukluklar, bireyde süregelen bedensel yakınmaların olduğu bozukluktur. Bireyde tıbbi olarak açıklanamayan belirtiler mevcuttur. Bu bireyler bedenlerinde ciddi bir sıkıntı olduğunu ve bu durumu kimsenin anlamadığını düşünerek hastane hastane gezerler. Tedavide öncelikle kişilere, yakınmaların somatoform bozukluk olabileceği düşüncesiyle yaklaşılmalıdır. Bu nedenle çok iyi bir muayeneden geçirilmelidir.

### **Kişilik Bozuklukları**

Kişilik kavramı, bireyi diğer kişilerden ayıran, kendine özgü olan özelliklerini içermektedir. Kişilik yapısı ile kişilik bozukluğunun karıştırılmasından dolayı, kişilik bozukluğunun tanımını yapmak güçtür. Kişilik bozukluğu tanısı koyabilmek için her şeyden önemlisi bireyin öncekine göre toplumsal uyumunda, iş yaşamında, kişiler arası ilişkilerinde önemli derecede bozuklukların belirli sürede görülmesi gerekmektedir.

### **Tedavi**

Kişilik bozukluklarının tedavisinde bireyin durumu kabullenmesinin büyük bir önemi bulunmaktadır. Aksi takdirde bireylerde tedaviye direnç görülebilmektedir. Tedavide ilacın yanı sıra psikoterapilerin bozukluğun ortadan kaldırılmasında önemli bir yeri bulunmaktadır.

### **Cinsel Uyum Bozuklukları**

Cinsiyet kimliği; kişinin kendi benliğini ve bedenini belli bir eşeylik (cinsiyet) içinde algılayışı ve bunu kabullenmesidir. Cinsiyet kimliğinin oluşumunda çocukluk döneminin önemi büyüktür. Çocukluk çağındaki öğrenmeler, ilişkiler ve özdeşimler cinsiyet kimliğinin oluşumunu önemli ölçüde etkilemekte ve biçimlendirmektedir. Örneğin; kız çocuk erkekle çocuk gibi davranıp erkekle özdeşim kurup tüm benliği ile erkek gibi gelişip büyüyebilir. Uygun özdeşim örneklerinin bulunması cinsiyet kimliğinin gelişiminde önemli etkenlerden biridir. Uygun özdeşleşmenin yapılamayıp cinsel sapmaların bulunması cinsel uyum bozuklukları olarak adlandırılabilir.

### **Tedavi**

Tedavide kişiden iyi bir öykü alınması gerekmektedir. Bireyde bu uyum bozukluğunun sebebinin belirlenmesi gerekmektedir. Daha sonra bireyde ilaç tedavisinin yanı sıra psikoterapilerin kullanılması uyum bozukluğunun tedavisinde etkili olabilmektedir.

### **Ruhsal Etkenlere Bağlı Olan Fizyolojik İşlev Bozuklukları**

Ruhsal etkenlere bağlı olan fizyolojik işlev bozuklukları, yeme bozukluğu ve uyku bozuklukları olmak üzere iki başlık altında toplanmaktadır. Yeme bozuklukları Yeme bozuklukları beden ağırlığı ile aşırı uğraş ve yeme davranışlarındaki değişikliklerle giden; anoreksiya nervoza, bulimiya nervoza, tikanircasına yeme bozukluğu gibi bozuklukları içermektedir.

#### **Anoreksiya nervoza**

Anoreksiya nervoza; bireyin şişmanlamaktan korktuğu için yiyeceklerden kaçınmasıyla kendini gösteren bozukluktur. Bu hastalar çevrenin dikkatini çekecek derecede kilo vermesine rağmen kendilerini çok kilolu görüp daha da zayıflamaları gerektiğini düşünmektedirler. Bulimiya nervoza; kilo almaya karşı aşırı korkunun yanı sıra bireyde iştah açıklığına karşı kendini durduramayıp yemek yemesi ve daha sonra bu yiyecekleri çıkarmasıyla kendini gösteren bir yeme bozukluğudur.

#### **Tedavi**

Tedavide iki temel amaç bulunmaktadır. Bunlardan birincisi kişinin beslenme bozukluğunu düzeltmek, diğeri ise yeme bozukluğu davranışını düzeltmektir.

#### **Uyku bozuklukları**

Uyku bozukluğu birçok hastalık eşliğinde sıkça görülmektedir. Ancak başka bir hastalığa bağlı olmayarak kendi başına bir bozukluk sayılan türleri de ciddi anlamda yaygındır. Uyku bozukluğu olarak sayılabilmesi için herhangi bir hastalığa bağlı olarak ortaya çıkmamasının yanı sıra bedensel hastalık ya da bir ilacın yan etkisine bağlı olmaması gerekmektedir.

#### **Tedavi**

Uyku bozukluğu yaşayan hastanın tedavisinde öncelikle ilaca başvurulmamalıdır. Bireyin uyku düzeni gözden geçirilerek buna yönelik psikoterapiler tek başına etkili olabilmektedir.

#### **Organik Ruhsal Bozukluklar**

Organik sözcüğü beyinde özgül bir bozukluğun varlığını göstermektedir. Ancak bu durum diğer bozuklukların organik olmadığı anlamına gelmemektedir. Normal veya anormal davranışlar beynin bir işlevidir ve bu sebeple organiktir. Bu nedenle organik sözcüğü artık önemini yitirmektedir. Bu sebeple DSM-V’de de ‘Organik Ruhsal Bozukluklar’ başlığı yerine ‘Nörobilişsel Bozukluklar’ başlığı kullanılmaktadır.

#### **Tedavi**

Tedavide bozukluğun nedenine bağlı olarak ilaç tedavileri uygulanmakla birlikte hasta yakın gözetim altında tutularak günlük ihtiyaçlarının karşılanması konusunda destek verilerek yakınlarının konu hakkında bilgilendirilmesi gerekmektedir.

#### **Psikoaktif Madde Kullanımına Bağlı Bozukluklar**

Psikoaktif madde kullanım bozuklukları önemli toplumsal ve ruhsal problemlerden birisidir. Alkol, sigara, esrar, sadatif-hipnotik veya anksiyolitik ilaçlar gibi birçok bu türde maddeler, kişinin psikolojik durumu üzerine etki yaptıklarından psikoaktif madde adını almaktadır. Psikoaktif maddeleri kullanmanın kendisi bir ruhsal bozukluk olmasının yanı sıra maddelerin kullanımı ya da kesilmesi sırasında ortaya çıkan durumlarda ayrı bir ruhsal bozukluk olarak ortaya çıkmaktadır.

#### **Tedavi**

Psikoaktif madde kullanımına bağlı bozuklukların tedavisinde çok yönlü hareket etmek gerekmektedir. Bireyin tedaviye istekli olması ve tedavi sürecine ailenin de katılması tedavinin olumlu sonuçlanmasını sağlayacaktır.

#### **Çocukluk Çağı Ruhsal Sorunları ve Bozuklukları**

Çocuk için ruhsal sağlık; genel olarak çocuğun denge ve uyum içinde olması şeklinde tanımlanabilir. Bu yaşlarda görülebilecek ruhsal bozukluklar normal psikolojik gelişimi aksatarak çocuk ve gençlerin ideal işlevselliklerine erişmesini engelleyebilir. Çocuk ruh sağlığının değerlendirilmesi Çocuk ruh sağlığını değerlendirmede; çocuğun dil ve bilişsel gelişiminin sınırlı olması aynı zamanda kendi yaşına ve gelişme dönemine göre duygusal tepkiler göstermesinden dolayı çocuk ruh sağlığı ile ilgili en tarafsız ve en doğru bilgiye ulaşmak için standart değerlendirme araçları kullanılmaktadır. Çocukluk çağı ruhsal sorunları ve bozukluklarında genel tedavi Çocukluk çağı ruhsal sorunların tedavisinde yaşına ve durumuna göre seçilebilecek olan birçok psikoterapi yöntemi bulunmaktadır. Bunların başında gelen psikoterapi yöntemlerinden biri oyun terapisisdir. Bunun dışında çocukta görülebilecek birçok ruhsal bozukluğun temelinde aile içi olumsuz ilişkilerin olabileceğine dair vurguların artmasıyla aile terapileri de tedavide etkili yöntemlerden biridir. Tedavide psikoterapilerin yanı sıra ilaç tedavisi de kullanılmaktadır.

## ÇOCUK VE GENÇLERLE PSİKİYATRİK SOSYAL HİZMET GELİŞİM KAVRAMI VE ÖZELLİKLERİ

Gelişim kavramı içinde büyüme, olgunlaşma ve öğrenme yer alır. Büyüme fiziksel gelişimi gösterirken, olgunlaşma ile bir işi yapabilir seviyeye gelmektir. Ayrıca öğrenme de hem büyümeyi hem de olgunlaşmayı içerisinde barındırır.

### Gelişimi Etkileyen Faktörler

Gelişim birçok faktörden etkilenmekle birlikte en önemlileri; kalıtım, zaman ve çevre faktörleridir. Kalıtım içerisinde anne ve babadan geçen tüm özellikleri içerisinde barındırır. Çevre etkisi ise doğumla birlikte getirilen yeteneklerin ne kadar güçleneceği ya da köreleceği ile ilgilidir. Zaman etkisi ile bireyler yaş aldıkça yaşam olaylarında gelişim gösterdikleri belirtilmektedir. Kalıtımsal ya da çevresel faktörler bireyin gelişimine doğum öncesi, doğum sırası ve doğum sonrası olmak üzere üç aşamada etki eder. Doğum öncesinde ebeveynlerin kalıtımsal olarak bozuk genin geçmesi ile ilgilidir. Ya da çevresel faktörlere maruz kalmasıdır. Doğum sırasında ise bebeğin geç ya da güç doğması ile ilgilidir.

## ÇOCUKLUK DÖNEMİ GELİŞİM ALANLARI

### Fiziksel gelişim

Bireyin bedensel ve fizyolojik olarak özelliklerinde gözlenen büyüme ve gelişmedir.

### Psikomotor gelişim

Fiziksel gelişim ile birlikte bireyin beden özelliklerini bilinçli şekilde kontrol altına alması ile birlikte bedenini ve zihnini ortak hareket ettirebilme yeteneğidir. Beden ve motor gelişimi en hızlı olarak ilk yıllarda yaşanmaktadır.

### Zihinsel gelişim

Bireyin analiz, sentez becerisi gelişimi ile birlikte olaylar arasında bağlantı kurabilmesini gerektirir. Bu beceriler de zihinsel gelişimin desteklenmesi ile olur. Bilişsel gelişim çevreyi anlama, anlamlandırma, öğrenme gibi süreçleri kapsamaktadır. Piaget'in bilişsel gelişim kuramına göre insan zihninin işleyiş biçimi şema, adaptasyon (özümleme-uyum sağlama) ve örgütlenme kavramları ile açıklamıştır. Piaget'e göre bireyler bilişsel olarak dört gelişim döneminden geçerler ve her dönemin kendisine ait özellikleri bulunmaktadır. Bunlar; duyuşsal-motor, işlem öncesi, somut işlemler ve soyut işlemler dönemleridir.

### Ahlaki gelişim

Ahlak bir toplumun var olan yazılı olmayan kurallarının, değer yargılarının, davranış kalıplarının yeni gelişen neslin benimseyerek ve kabul ederek gelişen davranış şeklidir. Bu alanda Piaget ve Kohlberg bireylerin ahlaki gelişim dönemlerini incelemişlerdir. Piaget ahlaki gelişim dönemini ikiye ayrılmaktadır. Bunlardan ilki dışa bağımlı dönem ve özerk dönemdir.

Dışa bağımlı dönem; çocuk 2-10 yaşları arasında var olan ahlaki kuralların değiştirilemeyeceğine inanmaktadır. Niyet değil sonuç önemlidir.

Özerk dönemde ise çocuk olaylar karşısında mantık süzgecini kullanabildiği için ahlaki yargı ve kuralların değiştirilebileceğini düşünür. Kohlberg'e göre ahlaki gelişim sıralaması için yaş değil niyetin önemli olduğunu savunur. Bunun için de üç ana başlık ve her ana başlık için bir alt başlık belirlemiştir.

Gelenek öncesi düzey 4-10 yaş: itaat-ceza ve saf çıkarıcı dönemler; geleneksel dönem: iyi çocuk ve kanun-düzen eğilimi; gelenek sonrası dönem: toplumsal sözleşme ve evrensel ahlak olarak gruplandırılmaktadır.

### Kişilik gelişimi

Kişilik insan davranışlarının tüm yönlerini kapsayan bir kavramı ifade eder. Kişiliğin içinde duygular, düşünceler, yetenekler, mizaç, güdüler, sosyal, bilişsel ve psikomotor özellikler yer alır. Freud psikoseksüel gelişimini beş temel ögede incelemektedir. Bunlar oral, anal, fallik, gizil, genital dönemlerdir. Erikson Freud'un gelişim kuramının sığ kaldığını, insan yaşamının tüm dönemlerini kapsamadığını düşünür. Erikson yaşamın tümünü içeren kişilik gelişimi olduğunu savunmaktadır. Bu nedenle sosyal ve kültürel çevre üzerinde durmuştur.

1. Evre: güvene karşı güvensizlik: 0-1 yaş
2. Evre: Bağımsızlığa karşı utanma ve şüphecilik: 1-3 yaş
3. Evre: Girişkenliğe karşı suçluluk duyma: 3-6 yaş

4. Evre: Başarı oya karşı aşağılık duygusu: 6-12 yaş
5. Evre: Kimlik kazanmaya karşı rol karmaşası: 12-18 yaş
6. Evre: Dostluk kazanmaya karşı yalnız kalma: Genç yetişkinlik
7. Evre: Üretkenliğe karşı duraklama: Orta yetişkinlik
8. Evre: Benlik bütünlüğe karşı umutsuzluk: İleri yetişkinlik

### **ÇOCUKLUK DÖNEMİ GELİŞİM ÖZELLİKLERİ**

Çocukluk dönemi gelişimsel özellikleri, bebeklik (0-2), ilk çocukluk (2-7),

son çocukluk (7-11) olarak ele almak mümkündür;

- Bebeklik dönemi gelişimsel özellikleri (0-2): Fizyolojik ihtiyaçlar karşılanmalı, temel güvene karşı güvensizlik dönemidir, güven duygusunu kazanmalıdır.
- İlk çocukluk dönemi gelişimsel özellikleri (2-7): Animizm, kolay inanma, sürekli soru sorma, egosantirizm, soyut kavramları somutlaştırma özellikleri gösterirler.
- Son çocukluk dönemi gelişimsel özellikleri (7-11): Okul çağıdır, farklı çevrelerle karşılaşır, dönem sonunda soyut düşüncüyü kazanır, mantıksal çözümlene yapabilir, taklit özelliği devam eder, bencillik dönemin sonunda ortadan kalkar.

### **ERGENLİK DÖNEMİ GELİŞİMSEL ÖZELLİKLERİ**

Ergenlik üç bölümde sınıflandırılmaktadır. Bunlar erken ergenlik, orta ve geç ergenliktir.

- Erken ergenlik dönemi; 12-14 yaş aralığını kapsar. Dürtü gücü yüksek olmakla birlikte agresiftirler. Vücudun gelişmesi ile kontrol kayıpları olabilir. Kendi bedenleri ile uğraşırlar, arkadaşlarının düşüncesi onlar için önemlidir, giyim tarzına kadar arkadaşlarının düşüncesi şekillendirir (16). Uyku ve beslenme düzensizdir. Temel arkadaşlar hemcinslerden oluşmaktadır. Ebeveyn otoritesine ilk kez karşı çıkma başlar.
- Orta ergenlik dönemi; 14-16 yaş aralığını kapsar. Soyut düşünce kapasitesi gelişim gösterir. Entelektüel tartışmaları sever. İdeolojik olan tartışmalar dikkat çekicidir. Siyasi akımları savunur. Kimlik arayışı devam eder. Özdeşim sağlayacağı modeli aramaktadır. İçselleştirilen ebeveyn yargıları sorgulanarak dış dünyaya yönelirler. Kendi cinsinden özel arkadaşına sahip olur ve ileride kuracağı karşı cins ile olan ilişkisini belirler. Cinsel olarak çekici görünme kaygısı artar. Özdeşim dönemidir.
- Geç ergenlik dönemi; 16-20 ya da 18-22 yaş aralığını kapsar. Kimlik kazanımı ile ilişkiler ve yaşantı düzene girdikten sonra sonlanır. Bu dönemde kariyer, meslek seçimi, eş, kimlik arayışı gibi gelecek planları gündemdedir. Bağımsızlık pekişerek, ikincil bireyselleşme dönemi yaşanır. Bu dönemde bireyde duygusal sağlamlık ve ifade gücü, hazzı erteleyebilme, içgörü kazanma, kendine güven konusunda değişimler yaşanır.

### **ÇOCUKLUK VE ERGENLİK DÖNEMİNDE SIK GÖRÜLEN RUHSAL HASTALIKLAR**

#### **En Sık Görülen Ruhsal Hastalıklar**

Çocuk ve ergenler arasında en sık görülen psikiyatrik tanılar; anksiyete bozukluğu, duygudurum bozuklukları, mental retardasyon, dışa atım bozuklukları, yıkıcı davranım bozukluğu, sınırda entelektüel işlevsellik, iletişim bozukluğu, somatoform bozukluklar, tik bozuklukları ve şizofreni ve diğer psikotik bozukluklar yer almaktadır.

#### **Çocuk ve Ergenlerde Duygusal Sorunlar**

##### **Depresif bozukluk**

Depresyon her ne kadar yetişkin hastalığı gibi görülse de çocukları ve ergenleri etkileyen bir durumdur. Depresyon durumu çocuk ve gençlerin okul, aile, sosyal yaşamlarını olumsuz etkiler. Hatta çocuk ve ergenlerdeki depresyona madde bağımlılığı, davranışsal bozukluklar, zihinsel bozukluklar eşlik edebilir. Yetişkinlerin aksine çocuk ve ergenlerde depresyon daha farklı şekillerde görülebilir.

##### **Anksiyete bozukluğu**

Anksiyete bozukluğu olan çocuk ve ergenlerdeki belirtiler;

- Kaçınma davranışları- Akademik ve sosyal aktivitelere katılmada isteksizlik,
- Somatik belirtiler - Baş ağrıları, mide ağrıları,
- Uyku problemleri - Gecenin ortasında uyuya kalmak veya uyanmak zorluğu,
- Güvenceye aşırı derecede ihtiyaç duyulması - Çocuk, yatma vakti, fırtınalar, okul zamanı veya daha genel olarak meydana gelen kötü şeylerin korkuları ile ilgili olarak aşırı veya tekrarlı bir güvence isteyebilir.
- Kötü okul performansı - Sınıfta dikkatsizlik gösterilmesi veya ayrılan süre içinde testlerin tamamlanmasının zorluğu,
- Patlayıcılık ve muhalif davranış - Bu tür patlamalar evde veya okulda kaygı uyandırıcı bir uyaran tarafından tetiklenebilir.
- Yeme sorunları - endişe ile başa çıkmak için yetersiz ya da aşırı yemek yeme,
- İntihar düşünceleri veya davranışlarıdır. İntihar İntihar bir bireyin açık ya da gizli ölüm isteğini kendine gerçekleştirdiği, ölümlerle son bulan eylemdir. İntihar girişimi ise bu davranışın ölümlerle sonuçlanmadığı durumlar olarak adlandırılmaktadır. İntihar girişiminde risk faktörleri;
- Önceki intihar girişimi,

- Ruhsal ve kişilik bozuklukları,
- Dürtüsel saldırganlık,
- Umutsuzluk,
- Ailede depresyon ve intihar geçmişi,
- Anne-baba kaybı-boşanma,
- Ailede yaşanan sorunlar,
- Fiziksel veya cinsel istismar,
- Sosyal desteğin azlığı,
- Çevre tarafından onaylanmayan cinsel yönelimdir.

### **Çocuk ve Ergenlerde Yıkıcı Davranış Bozukluğu**

Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu Bu bozukluk aşırı hareketliliği, dürtüsel davranışları ve dikkat problemlerini içeren kronik gelişimsel bir hastalıktır. Temel belirtileri gelişime uygun olmayan aşırı hareketlilik, dürtüsellik ve dikkat sorunlarıdır.

### **Davranım bozukluğu**

Davranım bozukluğu olan çocuk ve gençler başkalarının temel haklarını, toplumsal norm ve kuralları sürekli ihlal eden davranışlarda bulunurlar. Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu ile birlikte görülmektedir. İleriki yaşlarda antisosyal kişilik bozukluğuna, alkol ve madde kullanım bozukluğuna neden olmaktadır.

### **Karşıt olma ve karşıt gelme bozukluğu**

En sık görülen ve aileleri zorlayan bozukluk türüdür. Davranım bozukluğunun hafif biçimi olarak da tanımlanmaktadır. Davranış özellikleri arasında okul sorunları, olumsuz akran ilişkileri, anne-baba ile çatışmalar yer almaktadır. Risk faktörleri; çocukların huysuz, zor mizaçlı olması ve değişikliklere uyum sağlamakta zorlanması, akademik sorunlarının olması, ebeveynlerde psikopatoloji, yetersiz ebeveynlik, aile içi ilişkilerin zayıflığı, yoksulluk, işsizlik gibi faktörlerdir.

## **ÇOCUK VE ERGEN RUHSAL SORUNLARINA PSİKİYATRİK SOSYAL HİZMET YAKLAŞIMI**

Psikiyatrik sosyal hizmet uygulamasında sosyal hizmet uzmanı bireyin kendisine, ailesine ve çevresine odaklanarak; koruyucu-önleyici, tedavi edici-iyileştirici hizmetler sunar. Bunu da sosyal hizmetin evrensel tanımına dayanarak, insan hakları sosyal adaleti gözeterek, farklılıklara saygı duyarak yapar.

Mesleki uygulamasını gerçekleştirirken kendi bilgi-beceri-değer temelini kullanır. Çocuk ve ergen ruh sağlığı kapsamında sosyal hizmet uygulamalarında öncelikli müracaatçı grupları farklı nedenlerle farklı gelişim gösteren okul öncesi ve okul döneminde olan çocuklardan ve ergenlerden oluşmaktadır. Çocuk ve ergen ruh sağlığı ve hastalıkları ile ilgili olarak çalışan sosyal hizmet uzmanları, müracaatçı grupları ile mikro-mezzo-makro düzeyde uygulamalar gerçekleştirir: Mikro

- Çocuk ve ergenlerin okulları ile olan iletişiminin sağlanması (eğitimlerinin düzenlenmesi-takibi).
- Okuldaki sosyal kabulünün ve uyumunun sağlanması (öğretmenler-arkadaşlarla olan ilişkilerin düzenlenmesi),
- Öğrenci-öğretmen-hastane-özel eğitim merkezi koordinasyonunun sağlanması,
- Okul öncesi dönemde olan çocukların okul öncesi eğitimden yararlanmalarını sağlama,
- Ruh sağlığı ve hastalıkları anabilim dallarına yapılan başvurularda, evlat edinilen ve koruyucu aile yanına yerleşen çocukların gerekli görülürse;
- Vaka takibini yapma,
- Aile içi ilişki dinamiklerinin değerlendirilmesi,
- Çocuğun yaşam ortamlarının değerlendirilmesi,
- İhmal ya da İstismar söz konusu olduğunda gerekli meslekî müdahalelerin yapılmasında sosyal hizmet uzmanlarına önemli görevler düşmektedir.
- Aile bireylerine yönelik bireysel danışmanlık verme, stres yönetimi, bakım yükü, etkili iletişim, kaynaklara yönlendirme.

### **Mezzo**

- Çocuk ve gençlere sahip oldukları hastalığı anlama ve anlamlandırmaya yönelik grup çalışması yapabilir. Bu grup çalışmalarının odakları;
- Benlik kavramı üzerine çalışmak,
- Beden imgesi,
- Cinsel sağlık eğitimi,
- Etkili iletişim,
- Davranış değiştirme yöntemleri,
- Sosyal beceri eğitimleri,
- Problem çözme becerisi kazanımı,
- Sosyal fobi giderme,
- Okul reddi,
- Güçlendirme gibi çeşitlendirilebilir.
- Aileler ile bireysel ve grup çalışmaları planlama ve uygulama yapma: hastalık konusunda

psikoeğitim-hakların eğitimi-iletifim-bakım y¼k¼- anne-baba tutumları-mesleki beceri- etkilefim- sosyallefme vb.

Makro

- Çocuk ve ergenlere geliştirme ve güçlendirmeye yönelik koruyucu-önleyici çalışmalar yürütmek. Özellikle okul sosyal hizmeti okul dönemi çocukların ve ergenlerin hastalık takibinin yapılması, hastane ile koordinasyonun sağlanması için önemlidir. Ayrıca okul odağından başlayarak, okul sistemi içinde yer alan meslek elemanlarını, aileleri ve toplumu bilinçlendirmeye yönelik çalışmalar yapılabilir. Bu farkındalık eğitimleri koruyucu önleyici hizmet modelleri açısından önem taşımaktadır.
- Hastaların ve ailelerin, sosyal-ekonomik- psikolojik olarak nerelerden destek alabilecekleri, hangi kaynaklara başvurabilecekleri konusunda bilgilendirilmesi.

### **GERİATRİK PSİKİYATRİNİN TANIMI**

Geriatrik psikiyatri, yaşlılık döneminde ortaya çıkan ruh sağlığı sorunlarının tanı, tedavi ve önlenmesi ile sağlıklı yaşlanmanın davranışsal, sosyal ve biyolojik etkileri üzerinde çalışan bir bilim dalıdır. Geriatrik psikiyatri yaşlılık döneminde ortaya çıkan değişimleri yaşlılığa özgü bilgi birikimi ile değerlendirir ve ele alır.

### **GERİATRİK PSİKİYATRİNİN AMAÇ VE İŞLEVLERİ**

Geriatrik Psikiyatrinin amaçları aşağıda sıralanmıştır:

- Yaşlılık döneminde ortaya çıkan psikiyatrik sorunların tanınması ve tedavi edilmesi
- Ruh sağlığı sorunu yaşayan bireylerin yaşam kalitelerinin artırılması
- Daha önceki yaşam dönemlerinde ortaya çıkan ve yaşlılık döneminde de devam eden psikiyatrik sorunların tedavi edilmesi
- Yaşlılık dönemi psikiyatrik sorunlarının fiziksel, psikolojik ve sosyal yansımalarının belirlenmesi
- Sağlıklı yaşlanmanın biyolojik, psikolojik ve sosyal etkilerinin belirlenmesi
- Yaşlılık dönemi psikiyatrik sorunlarının önlenmesi
- Yaşlılık dönemi psikiyatrik sorunlarının erken tanınması
- Yaşlılık dönemi psikiyatrik sorunlarının ortaya çıkardığı olumsuz etkilerin azaltılması
- Psikiyatri servisinde yatan yaşlı hastaların hastane sürecine ilişkin ihtiyaç ve sorunlarının belirlenmesi ve çözümü
- Taburcu edildikten sonra yaşlı hastaların izlemelerinin yapılması gibi amaçlar yer almaktadır.

Geriatrik Psikiyatrinin işlevleri ise;

- Geriatrik psikiyatrinin tanılama aşamasındaki işlevi,
- Geriatrik psikiyatrinin tedavi aşamasındaki işlevi
- Bütüncül hizmetlerin organize edilmesindeki işlevi
- İş birliği içinde çalıştığı diğer alanlara geriatrik psikiyatri ile ilgili bilgi sağlaması işlevi olarak sıralanabilir.

### **YAŞLILIK DÖNEMİ GENEL ÖZELLİKLERİ**

#### **Yaşlılık Dönemi Fiziksel Özellikleri**

- Kırısklıklar, yaş lekeleri, sarkmalar
- Kas ve kemik oranındaki azalma
- Hareketlilik ve fiziksel güçte azalma
- Görme kayıpları
- İşitme duyusundaki kayıp
- Sindirim sistemi ve metabolizma ile ilgili aktivitelerin yavaşlaması
- Kanseri vakalarının ortaya çıkması
- Eklem iltihabının ortaya çıkardığı ağrı ve sertlikler
- Ortez ve protezlerin kullanımı
- Yaşanan kazalar

#### **Yaşlılık Dönemi Bilişsel Özellikleri**

- Yaşlanmayla birlikte dikkat, algılama ve problem çözme yeteneğinde azalma,
- Bellekte kayıt ve hatırlama işlevlerinde, bilgiyi hızlı işleme, yürütücü işlevler,
- Görsel-uzamsal beceri, öğrenme ve düşünme hızında yavaşlama,
- Kristalize zekâ da bir düşüş beklenmezken doğrudan beyin işlevlerine bağlı akıcı zekâda düşüş, soyut muhakeme yapabilmeyi açıklayan akıcı zekâ da yaşa bağlı bir düşüş,
- Yaşlanmayla birlikte bireyin yaşam tecrübesinde, kelime dağarcığında ve entellektüel birikiminde artış,
- Açık belleğin artan yaş nedeniyle olumsuz etkilenimi.

#### **Yaşlılık Dönemi Psikososyal Özellikleri**

- Kentleşme ile yaşlılara verilen değerin değişmesi
- Yaşlılık döneminde eş, aile ve arkadaşlardan alınan sosyal destek ruh sağlığı sorunlarını azalması
- Ölüm korkusu
- Sevdiklerinin kaybına alışma
- Emeklilikle ortaya çıkan rol kaybına alışma
- Bakım verenle kurulan ilişkinin niteliği

- Kişiliğin devamı

## YAŞLILARDA SIK GÖRÜLEN RUHSAL SORUNLAR

### Demans

Halk arasında ‘bunama’ olarak adlandırılan, latince anlamı ‘kişinin aklının yitirmesi’ olan demans; sosyal ve mesleki işlevi bozulma noktasına giden sinir başlangıçlı, hafıza, algılama, dikkat, zekâ, yargılama gibi birçok bilişsel işlevi etkileyen nörodejeneratif bir hastalıktır. Demansın en belirgin belirtisi hatırlamakta özellikle yakın geçmişte olan şeyleri hatırlamakta zorluk çekilmesidir.

### Deliryum

Deliryum özellikle çok yaşlı ve demanslı hastalarda sık görülmesi nedeniyle geriatrik psikiyatrinin önemli bir uğraşı alanıdır. Deliryum; bellek, algılama, düşünce alanlarında birçok bilişsel işlevin ani ve yaygın olarak bozulması ile karakterize bir sendromdur. Kelime anlamı olarak bilincin bulutlu hali olarak tanımlanabilir. En önemli bozulma dikkat alanındadır. Azalan dikkatle bilinç bulanıklaşır. Deliryum bir enfeksiyon, organ yetmezliği, metabolik bozukluklar, yanıklar, yoğun bakım takibi, beyin damar hastalıkları gibi bazı hastalıklara bağlı olarak ortaya çıkar.

### Depresyon

Fiziksel gücün azalması, yeti yitimi, sosyal rollerin kaybedilmesi, nörolojik bozukluklar, sevilenlerin kaybı gibi yaşlılık döneminde sıklıkla yaşanabilecek sorunlar yaşlılık depresyonunu tetikleyebilir. Depresyon; üzüntülü hissetme, çevre ile iletişimin azalması, yaşamdan zevk alamama durumudur. Her ne kadar bu şikâyetler sıklıkla yaşlılıkta yaşanan yakınmalar olsa da, sebat etmesi durumunda depresyon tanısı alır. Özellikle yaşlılık döneminde suçluluk ve değersizlik düşüncesi, konsantrasyon kaybı, intihar düşüncesinin varlığı depresyon tanısı koymada daha güvenilirdir.

### YAŞLILARIN RUHSAL SORUNLARINA PSIKIYATRİK SOSYAL HİZMET YAKLAŞIMI

Yaşlılık döneminde, en yüksek düzeyde yaşam doyumu elde edebilmek için yaşama şartlarının iyileştirilmesine ihtiyaç duyulmaktadır. Yaşlı bireyin yaşam kalitelerini arttırmak için;

- Kaybolan fonksiyonları ile bağımsız olmaları,
- Bakımını sağlayan birey arasında saygılı ve samimi ilişkiler kurmaları,
- Bedensel, zihinsel ve fiziksel açıdan sağlıklı ve refah içinde olmaları,
- Farklı faaliyetlere katılmaları desteklenmeleri,
- Hayata anlam ve değer katarak hayata bağlanmaları amaçlanmaktadır.

Bu kapsamda sosyal hizmet uzmanları aşağıdaki görevleri yerine getirerek geriatrik psikiyatri hasta ve ailesini desteklemelidir.

- Yaşlı hastalarla çalışırken hastalığı da dikkate alarak onların olabildiğince tercih yapmalarına ve yaşam kontrollerini ellerinde tutmalarına izin verilmelidir.
- Geriatrik psikiyatri hastalarıyla görüşme yapmak bazı durumlarda oldukça zor olabilir. Demans, deliryum, şizofreni gibi ruh sağlığı sorunları nedeniyle hastayla iletişim kurmak zorlaşır. Bu durumlarda iletişimi destekleyecek yöntemlerle bilgi toplama sürecinin oldukça etkin gerçekleşmesi sağlanmalıdır. Müracaatçı ile görüşmenin süresi dikkat süresine göre ayarlanmalı, hafıza problemleri nedeniyle her görüşme ayrı bir olay olarak planlanmalıdır.
- Sosyal hizmet uzmanları ruh sağlığı yaşayan sorunu yaşayan yaşlılarla çalışırken mümkün olduğu kadar çok kaynaktan bilgi toplayarak tüm alanları kapsayan bir sosyal inceleme raporu hazırlamalıdır.
- Sosyal hizmet uzmanları yaşlılık dönemini açıklayan psikososyal kuramları dikkate alarak hasta, hasta yakınları ve diğer sosyal kaynaklardan mümkün olduğunca çok bilgi edinmeli, yaşlılığın ve psikiyatrik sorunların hastayı nasıl etkilediği konusunda destekleyici veriler elde etmelidir.
- Geriatrik psikiyatri ekibinin önemli üyelerinden biri olan sosyal hizmet uzmanları geriatrik psikiyatriden ruh sağlığı sorunları ile ilgili detaylı bilgiye sahip olmalı, bu bilgiler ışığında hasta ve çevresinden edindiği bilgilerle tanılama sürecine destekleyici veriler sunmalıdır.
- Sosyal hizmet uzmanı tedavi süreci ile ilgili hastayı ve hasta yakınlarını bilgilendirmelidir.
- Sevdikleri bir kişinin belki anne ve babalarının başına gelenlerle ilgili oldukça kaygılı olabilecek hasta yakınlarının tanıyla ilgili tepkilerine empatik yaklaşmalı ve bu süreçle başa çıkabilme becerileri geliştirmelerine yardımcı olmalıdır.
- Hastanede yatış sırasında hastanın ve ailenin karşılaşabileceği sorunların çözümünde destek olmalıdır.
- Taburculuk sonrası yaşama uyum ve sosyal işlevselliğin sağlanmasını desteklemelidir.
- Bazı durumlarda hastalığın seyri yaşlının hastaneden önce yaşadığı ortama dönmesini engelleyebilir. Taburculuk sonrası hasta kurum bakımına alınabilir. Tüm bu süreci düzenlemek, gerekli kurumlarla iletişim kurmak, durumla ilgili hastayı ve ailesini bilgilendirmelidir. Yeni duruma uyum sağlamalarını kolaylaştırmalıdır. Özellikle Demans ve Alzheimer hastalarının ileri düzeylerinde hasta tam zamanlı bir bakıma ihtiyaç duyabilir.
- Demans ve Alzheimer gibi hastalıklarda hastalığın seyri boyunca okuyamaz, yazamaz, konuşamaz, yakınlarını tanıyamaz, öz bakımını yapamaz hale gelebilir. Bu yeni ve hızlı değişen duruma hasta yakınlarının hazırlanması, süreçle ilgili bilgilendirilmesi, rehberlik edilmesi, ev bakımının düzenlenmesinde destek olunması, aile destek gruplarına yönlendirilmesi gerekmektedir.

- Yaşlılık dönemi ruh sağlığı sorunu yaşayan hasta yakınlarıyla grupla sosyal hizmet çalışmaları planlamalıdır. Böyle hasta yakınlarının bu süreçte yeni sosyal destek mekanizmaları edinmelerine de yardımcı olur.
- Özellikle ruh sağlığı sorunu yaşayan yaşlılar ve aileleri yasal sorun ve kararlarla karşılaşabilecektir. Bunlar vasiyet hazırlama, menkul planlama, veraset, hayatın sonuna ilişkin direktifler, miras, vasi belirleme gibi şeyleri içerebilir. Bu durumda hasta ve yakınları hukuk danışmanlığına yönlendirilmelidir.

## **KADIN RUH SAĞLIĞI VE SOSYAL HİZMET KADINLARDA RUHSAL HASTALIK YAYGINLIĞI**

Kadınlarda majör depresyon görülme sıklığı erkeklere oranla 2 kat, Somatoform Bozuklukluk 5 kat fazladır. Ayrıca; kadınlarda konversiyon bozukluk, distimik bozukluk, panik bozukluk, sosyal fobi, özgül fobi, yaygın anksiyete bozukluğu, cinsel bozukluklar (istek/uyarılma, orgazm, cinsel ağrı/vajinismus), yeme bozuklukları (Anoreksiya Nervoza, Bulimia Nervoza) daha sık rastlanmaktadır. Erkekler ise alkol ve madde bağımlılığı gibi maddeyi kötü kullanım gibi bozukluklar kadınlara göre daha sık rastlanmaktadır. Bunlarla birlikte şizofreni, obsesif kompulsif bozukluk, travma sonrası stres bozuklukları da kadın ve erkekler arasında eşit sıklıkta rastlanan hastalıklardır [4]. Kadınlarda depresyonun fazla görülmesinin nedenleri arasında da erkekler gibi farklı davranış biçimleri geliştirememeleri, hormonal nedenler ve geleneksel kadın rolleri olarak sıralanabilir [7]. Ayrıca Türk Psikiyatri Derneği'ne göre depresyon için riskler incelendiğinde "kadın olmak" başlı başına risk faktörünü oluşturmaktadır.

### **KADIN RUH SAĞLIĞINI ETKİLEYEN FAKTÖRLER**

#### **Cinsiyet ve Toplumsal Cinsiyet**

Cinsiyet bireyin kadın ya da erkek olarak sahip olduğu genetik, fizyolojik ve biyolojik özellikleri ile ilgilidir. Toplumsal cinsiyet ise bireyin kültürel, toplumsal rolü, ruhsal içsel tanımlaması ve onları yerine getirebilmesi olarak tanımlanmaktadır. Cinsiyetin belirleyicisi doğa iken; toplumsal cinsiyetin belirleyicisi kültürdür. Toplumsal cinsiyet rolleri ile kadınların ya da erkeklerin davranışları, sorumlulukları ve rolleri belirlenir. Bu şekilde bireylerin nasıl kadın ya da erkek olacağı toplum tarafından belirlenir. Kültür ve toplum kadın olaya ya da erkek olmaya yüklediği birçok rol bulunmaktadır. İşte kadınına tanımlanan bu roller de kadınlar üzerinde psikolojik sorunlar yaşamalarına neden olmaktadır. Örneğin; toplumsal cinsiyet rolleri bağlamında kadın erkeğe göre pasif, bağımlı, sakin, duygusal, uyumlu, titiz ve verici olarak tanımlanmaktadır. Tanımlanan bu roller de kadınların depresyona yatkınlığını kaçınılmaz hale getirir. Duygusal, depresyon, somatizasyon bozukluğu örnek verilebilir. Ayrıca erkeklik rolüne göre daha korkak ve pasif olarak rol biçilen kadınlık için anksiyete bozukluğuna ve fobilere sahip olmaya daha yatkındır. İdeal kadınlık olgusu, evlilik, beden imgesi önemli konu alanları içerisindedir.

#### **Sosyo-Ekonomik Durum**

Yapılan çalışmalar göstermektedir ki sosyo-ekonomik durum ile bazı ruhsal hastalıklar arasında ilişki bulunmaktadır. Bazı psikiyatrik hastalıklar düşük sosyo-ekonomik düzeyde görüldüğü, yoksullukla birlikte aile içi şiddetin arttığı ve kadınlarda depresif belirtilerin artmasına neden olduğu bilinmektedir [11]. Düşük sosyo-ekonomik durumda olan kadınların duygudurum bozukluğu yaşadıkları, ayrıca yüksek sosyo-ekonomik düzeyinde kadınları duygudurum bozukluğu yaşamalarından koruyamamaktadır [12].

Ayrıca düşük sosyo-ekonomik düzey depresyonun sürmesinde ve yaygınlaşmasında önemli faktörler arasında yer almaktadır. Düşük sosyal ve ekonomik duruma sahip olmak, kadınların yaşam standartlarını iyileştiremediğine işaret etmektedir. Şiddet Kadına yönelik şiddet; cinsiyet ayrımına dayanan, kadına fiziksel, ruhsal, cinsel olarak zarar veren, özgürlüğünü kısıtlayan ve baskıya maruz kalmasına neden olan her türlü davranıştır [21]. Şiddet denildiğine ilk akla gelen fiziksel şiddet olmakla birlikte kadınların yaşadığı her türlü şiddetinde kadınların ruhsal durumlarını olumsuz etkilediği bilinmektedir. Kadınların karşılaşmış oldukları şiddet türleri sıklıkla [13, 14, 15, 20];

- Duygusal şiddet; sahip olunan duygusal gereksinimlerin ve duyguların sistematik şekilde istismar edilmesi küçümsenmesidir. Sahip olunan kültürel değerlere aykırı davranmaya zorlanma, küçümsenme, Bu anlamda duygusal olarak zorlamak, sürekli aşağılanma, özgürlüğün kısıtlanması, denetlenme, evden kovulma ile tehdit edilme vb. yer alır.

- Sözel şiddet; söz ve hareketlerle korkutulma ve sindirilme, kontrol amaçlı kullanma ve cezalandırılmadır. Kadını küçük düşürmek için takma adlar takmak, ağır hakaretler ve küfürde bulunmak, olumsuz şekilde eleştirmek vb. yer alır.

- Ekonomik şiddet; ekonomik kaynakların kadın üzerinde cezalandırma ve yaptırım için kullanılmasıdır. Kadının çalışmasına izin vermemek, kadının maddi ihtiyaçlarının kasıtlı şekilde karşılanmaması, iş yaşamında ilerleme fırsatlarını engelleme, çok kısıtlı para ile çok şey yapılmasını istemek ve gerçekleşmediğinde kadına zarar vermek, kadının gelirini kullanmak, evin giderleri ile ilgilenmemek vb. yer alır.

- Cinsel şiddet; cinselliğin kontrol etme, cezalandırma, tehdit amacı ile kullanılmasıdır. Kadın istemediği halde cinsel ilişkiye zorlama, tecavüz etmek, kaba kuvvet kullanmak, fuhuşa zorlamak, kadına nesne gibi davranmak vb. yer alır.
- Fiziksel şiddet; kaba kuvvetin cezalandırmak ve yaptırım için kullanılmasıdır. Kadınların en çok maruz kaldıkları şiddet türüdür. Tokat, yumruklamak, tekme atmak, kesici delici aletler kullanmak, işkence yapmak gibi fiziksel gücün kullanımı içerir. Şiddete maruz kalan kadınlarda [16];
  - a) Travma sonrası stres bozukluğu,
  - b) Depresyon,
  - c) Uyum bozuklukları,
  - d) Anksiyeteye duyarlı olma,
  - e) Özkıyım girişimi
  - f) Travmaya bağlı suçluluk gibi birçok ruhsal belirti görülmektedir.

### **Biyolojik Faktörler**

Kadınların duygudurum bozukluklarının görülmesinde hormonal farklılıklarla da ilişkilendirilmektedir [22]. Hormonal dönemle ilişkili olan adet dönemi sırasında birçok ruhsal bozukluk alevlenebilmektedir. Ayrıca menopoza öncesi, menopoza sonrası, gebelik dönemi, doğum sonrası dönemlerde ortaya çıkan hormonal değişimler kadınlarda duygudurum bozuklukları ile ilişkilendirilmektedir [23]. Ayrıca cinsiyet farklılıkları da anksiyete bozukluğuna etki ettiğini belirten araştırmalar da bulunmaktadır.

### **KADINLARA ÖZGÜ RUHSAL BOZUKLUKLAR**

#### **Yeme Bozuklukları**

Yeme bozuklukları kadının bedeni üzerinde süren toplumun dayattığı baskının bir ürünüdür. Yeme davranışının bozulması, kiloyu kontrol etmeye yönelik ısrarlı davranış nedeniyle fiziksel ve psikososyal işlevselliğin bozulmasıdır. Bu kapsamda başlıca yeme bozuklukları; Anoreksiya Nervosa (AN) ve Bulimiya Nervosa'dır (BN). Premenstrüel Disforik Bozukluk Menstrüasyon (Adet dönemi) döneminde yumurtlamanın gerçekleştiği günden sonra başlayan dönemde (luteal dönem) rahatsızlık ve duygudurum bozuklukları yaşarlar. Bu belirtilere sıklıkla bedensel belirtiler de eşlik eder. Premenstrüel Disfori daha çok duygudurum bozukluğunu ifade etmektedir. Bu belirtiler arasında irritabilite, depresif duygudurum, duygulanımda dalgalanma yer almaktadır. Bunun nedeni olarak da mesleki işlevsellik, sosyal ve kişiler arası ilişkiler görünür şekilde olumsuz etkilenmektedir.

#### **Doğum Sonrası Ruhsal Bozukluklar**

Doğum sonrası ruhsal bozukluklar ağırlıklı olarak duygudurum bozuklukları şeklindedir. Anksiyete bozuklukları az görülmektedir. Anksiyete bozuklukları; travma sonrası stres bozukluğu, obsesif-kompulsif bozukluk, panik bozukluk, yaygın anksiyete bozukluğu, fobi şeklinde ele alınabilir. Belirtilerin şiddetine göre doğum sonrası duygudurum bozuklukları[26];

- Annelik hüznü (lohusalık hüznü),
- Doğum sonrası depresyon
- Doğum sonrası psikozudur.

#### **Menopoz Döneminde Görülen Ruhsal Hastalıklar**

Menopoz DSÖ'ye göre adet kanamalarının kalıcı olarak sonlanması şeklinde tanımlanmaktadır. Genelde 45-55 yaş aralığında kadınlarda görülür. Dünyada yaşam süresinin uzamasıyla kadınlar daha uzun süre menopoz döneminde yaşamaktadır. Bu dönemde de biyolojik, ruhsal, sosyal belirti ve değişimler yaşamaktadırlar. Kadınların menopoza geçiş sürecinde bu alanlardaki değişime uyum sağlamalı ve kendisini yeniden tanımlamalıdır. Bu tanımlamanın yapılmadığında kadınlar üzerinde baskı unsuru olmakta ve kadının kendisini güçsüz hissederek depresyon, anksiyete vb. gibi ruhsal bozukluk yaşamasına neden olmaktadır [30, 31].

### **KADIN İNTİHARLARI**

Özkıyım (intihar), bireyin kendi isteği ile yaşamına son vermesidir. Başka bir tanım da ölümle sonuçlanacağını bilerek kurban tarafından gerçekleştirilen eylemin doğrudan ya da dolaylı olarak yol açtığı her ölüm özkıyımdır [32]. Özkıyım cinsiyetle birlikte sosyo-demografik ekonomik, psikiyatrik biyolojik, ırksal, dini ailesel ve çevresel faktörden etkilenen karmaşık bir olgudur. DSÖ'ye göre özkıyım en sık on ölüm nedeni içerisinde yer almaktadır. Özkıyım ve özkıyım girişimleri olarak ikiye ayırmaktadır. Özkıyımlar ölümle sonuçlanırken; özkıyım girişimleri ölümle sonuçlanmamış; fakat kendini öldürme girişimleridir [34]. Dünyada 15-34 yaş grubu arasında görülen en sık 3. Ölüm nedeni arasında yer almaktadır. Özkıyım ile depresyon arasında güçlü ilişki bulunmaktadır. Ölümcül öz kıyım için, girişimde bulunmak da risk faktörü oluşturmaktadır. Kadın intihar oranlarının azlığının nedeni olarak da kadınların toplumsal cinsiyet rollerinden kaynaklandığı da belirtilmektedir. Kadının evinin ve çocuğunun bakımını üstlenmesi, ev halkının düzenini sağlama gibi roller nedeniyle özkıyım girişiminden kendilerini uzak tutabilirler. Ülkemizde de özkıyım girişim oranı artmaktadır. Bu sayı yüz binde 3 ile yüz binde 4.3 arasında değiştiği belirtilmektedir. Kadınların erkeklere oranla özkıyım sayısı az gibi görünse de bu sayı giderek artmaktadır. Kadınlarda özkıyım girişimi fazlayken, erkeklerde öz kıyım ile ölüm oranı daha fazladır. Kadınlar en çok özkıyım girişiminde ilaç içerken,

erkekler ise ateşli silahla kendini vurma şeklindedir.

### **KADINLARIN RUHSAL SORUNLARINA PSİKIYATRİK SOSYAL HİZMET YAKLAŞIMI**

Bilindiği gibi ruhsal hastalıklara yönelik müdahaleler koruyucu önleyici, iyileştirici tedavi edici ve geliştirici nitelikte olmalıdır. Bunun olabilmesi için de multidisipliner çalışma gereklidir. Hekim, sosyal hizmet uzmanı, psikolog, hemşire, halk sağlığı uzmanı ve diğer sağlık çalışanları ile birlikte planlanması ve yürütülmesi gereken vakaları oluşturmaktadır. Hem bireyin kendisi, hem ailesi ve çevresi hem de toplum düzeyinde çalışmak gerekli olmaktadır. Psikiyatrik sosyal hizmet uzmanları da, hasta, hastanın ailesi ve toplum ile çalışır. Hasta ve ailesi ile bireysel ve grup düzeyinde güçlendirme çalışmaları, psikoeğitim çalışmaları, hastalığa uyum çalışmaları, var olan psikolojik, sosyal ve ekonomik sorunlara yönelik çalışmalar yer alır. Toplumsal düzeyde de özellikle damgalanmayı en aza indirmek için toplumsal farkındalık kazanmaya yönelik çalışmalar yapar. Birey ve aileleri kaynaklarla buluşturur. Hastalığın toplumsal etkisini en aza indirmeye çalışır. Bu bağlamda psikiyatrik sosyal hizmet uzmanları ruhsal hastalık nedeniyle oluşan yeti yitiminin önlenmesi, tedavi sürecine uyum sağlanması, birey, aile ve toplumların güçlendirilmesi, sosyal işlevselliklerinin artırılmasını sağlarlar. Ruh sağlığı alanı sosyal hizmet için özel bir uygulama alanı oluştururken, kadın ruh sağlığı ise daha da özen ve farkındalık isteyen bakış açısı gerektirir. Çünkü bu alanda kırılabilir olan müracaatçı grubu düşünüldüğünde, kadınların daha da dezavantajlı olduğu düşünülebilir. Sahip oldukları ruhsal hastalıklar nedeniyle daha çok güçlenmeye, hak savunuculuğuna, toplumsal içermeye, kaynak bulmaya daha çok ihtiyaç duyarlar. Çünkü hem ruhsal hastalığa sahip olmaları, hem de kadın olmaları nedeniyle ikincil dışlanmaya maruz kalabilirler. Bu nedenle sosyal hizmet uzmanlarının hem kadınlara, ailelerine ve çevrelerine, hem de topluma yönelik planlayacağı hizmet modelleri kadınların güçlenmesi için önemli olacaktır. Bu farkındalıkla müdahaleler planlanmalıdır

#### **Mikro düzey uygulama**

- Mikro düzey uygulamada amaç, hastanın ya da aile üyesinin bireysel düzeyde güçlenmesi, hastalığa uyum sağlanması ve gelişim göstermesidir. Bunun için hasta bireyle, güçlenme odaklı uygulamalar gerçekleştirilebilir.
- Psikoeğitim verilmesi, hastalık ve süreci hakkında bilgilendirilmesi,
- Güçlenme temelli yaklaşımla yapılacak mikro düzey çalışmalar.

#### **Mezzo düzey uygulama**

Mezzo düzey uygulamada amaç, hastalık tanısı almış kadın gruplarının ve ailelerin güçlenmesi, hastalığa uyum sağlanması ve gelişim göstermesidir.

- Hasta ailesi ile hastalığın tanımına ve seyrine yönelik yapılacak grup çalışmaları bu düzeyde yer alır. Bunlar psikoeğitim grubu olup, hastalık hakkında bilgilendirmedir.
- Bakım yükü odağında aileler ve bakım veren kişilerle grup çalışması yapılabilir.
- Sosyal etkileşim grupları, kendine yardım grupları, terapötik gruplar, eylem grupları şeklinde olabilir.

#### **Makro düzey uygulama**

Tüm bu grup çalışmalarının amacı kadınların güçlenmesini sağlamak, benzer sorunların başkaları tarafından da yaşandığının ve yalnız olmadıklarının fark edilmesini sağlamak, problemlerle baş edebilme becerisini geliştirmektir.

- Hastalık konusunda toplumsal farkındalık kazandırma,
- Sosyal-ekonomik risk faktörlerinin en aza indirilmesi yönünde girişimlerde bulunma.
- Kadına yönelik şiddet konusunda toplumsal farkındalık kazandırma, şiddet mağduru kadınların örgütlenmelerini sağlama, kamusal hayata katılımlarını destekleme, hak arayışlarını destekleme ve hak arayışında bulunma, kadınların deneyimlerini ön plana çıkarma, kadınların görmezden gelinmesini önleme.
- Müracaatçı grubu ile ilgili kanıta dayalı uygulama ve araştırma yapma,
- Sosyal adaleti sağlama, ayrımcılıkla mücadele etme, birey ve ailelerin tedavi sürecine katılımlarını destekleme, örgütlenmelerini sağlama yer alır.

Alkol ve madde bağımlılığı, bireyin yaşam kalitesini bozması ve biyolojik, psikolojik, sosyal sorunların nedeni ve sonucu olması nedeniyle önlenmesi ve müdahale edilmesi gereken bir sorun olarak ifade edilmekte ve Dünya Sağlık Örgütü tarafından bireyin işlevselliğini bozan en önemli sorunlardan biri olarak gösterilmektedir. Bağımlılık söz konusu olduğunda kullanılan maddenin cinsi bağımlılığın düzeyi için kritiktir. Bazı maddeler yüksek düzeyde bağımlılığa neden olurken, bazı maddelere bağımlılık geliştirmek zaman alır. Genel olarak, en çok bağımlılık yapıcı maddeler tütün, alkol, stimülanlar (amfetamin, ekstazi), halüsinojenler, uçucu maddeler, merkezi sinir sistemini baskılayanlar (barbitüratlar, benzodiazepinler, akineton), esrar ve benzeri maddeler olarak gösterilmektedir.

#### **HASTALIK KAVRAMIYLA BAĞIMLILIK**

Alkol ve madde bağımlılığı medikal bir sorun ve bir hastalık olarak ele alınır. Madde bağımlılığının temelinde, bireyin çeşitli sorunlar yaşıyor olmasına rağmen madde kullanmaya devam etmesi yatmaktadır. Diğer bir deyişle birey ailevi, meslekî, psikolojik, tıbbi ve çeşitli sosyal sorunlar yaşıyor olsa da madde kullanır ya da bir şekilde madde kullanmaya yeniden başlayabilir. Birey, madde kullanmayı bırakabilir; ancak tekrar maddeyi kullanmaya başladığında eskiden kullandığı miktarda kullanır ya da miktarını daha da arttırarak kullanmaya devam eder. Dolayısıyla bağımlılık kronik, tekrar eden ve tamamen iyileşmeyen bir hastalık olarak ele alınmaktadır. Ayrıca keyif vermesi, bireyin doyum sağlamak adına tekrar tekrar kullanması ve maddeyi kullanmak için sürekli istek duyması ve çaba harcaması nedeniyle de tedavisi zor bir hastalık olarak ifade edilir.

#### **ALKOL ve MADDE KÖTÜYE KULLANIMI VE MADDE BAĞIMLILIĞI**

Madde kötüye kullanımı ve madde bağımlılığı çoğu zaman karıştırılmakta ya da birbirleri yerine kullanılmaktadır. Oysa madde kötüye kullanımı farklıdır. Madde kötüye kullanımı bir madde bağımlılığı gibi olmasa da, en az madde bağımlılığı kadar ciddi ve bireyin günlük işlevselliğini bozan ve bazı sosyal sorunlara yol açan bir sorundur. Alkol ve madde kötüye kullanımında, bağımlılıkta olduğu gibi bireyin kompülsif kullanımı olmaz; ancak zaman zaman yineleyen bir alkol ve madde kullanımı vardır. Kötüye kullanımda sürekli bir kullanım olmadığı için birey alkol ve maddeye tolerans ve yoksunluk geliştirmez. Diğer yandan madde bağımlılığı söz konusu olduğunda geri çekilme, maddenin neden olduğu yoksunluk belirtileri, bireyin tasarladığından daha fazla madde alması, maddeyi bırakmak için sürekli olarak çaba harcaması, madde kullanım davranışının neden olduğu psikolojik ve fizyolojik sorunlar ya da madde kullanımı nedeniyle bireyin bazı etkinlikleri bırakması ya da bu etkinliklerde gözle görülür şekilde azalma meydana gelmesi beklenir.

#### **ALKOL VE MADDE BAĞIMLILIĞIYLA İLGİLİ KAVRAMLAR**

**Bağımlılık:** Maddenin bedene çeşitli yollarla alınması sonucu tolerans geliştirme süreci oluşturan, maddenin alınmaması durumunda fiziksel ve psikolojik yoksunluk belirtileri ortaya çıkması durumudur.

**Yoksunluk:** Bireyin alkol ve maddeyi uzun süre kullanması sonrasında, bu maddeleri azaltma ya da bırakma davranışına bağlı olarak ortaya çıkan fiziksel ve psikolojik tepkiye yoksunluk denir.

**Zehirlenme (Entoksikasyon):** Bireyin alkol ve madde etkisi altında olması durumuna ya da bu döneme “zehirlenme” denir. Bireyin alkol ve madde aldıktan sonra görülen tüm etki ve tepkileri zehirlenme olarak belirtilmektedir.

**Arınma (Detoksifikasyon):** Bireyin vücudunun maddenin kimyasal etkisinden arınması durumudur.

**Tolerans:** Bireyin alkol ve madde kullanım sonrası aynı miktarda kullanmasına rağmen, aynı etkinin ortaya çıkmaması durumudur.

**Çapraz Tolerans:** Bireyin herhangi bir maddeye tolerans geliştirmesi sonrası, benzer etkiye sahip olan diğer başka maddelere tolerans göstermesi durumuna çapraz tolerans denir.

#### **ALKOL VE MADDE KULLANIMI İLE İLGİLİ RİSK FAKTÖRLERİ**

##### **Alkol ve Madde Kullanımında Yaş ve Genç Bireylerde Etkisi**

Alkol ve madde kullanım davranışında yaş faktörü en önemli risk faktörleri arasında gösterilmektedir. Özellikle ergenlik döneminde alkol ve madde kullanım riski yüksektir. Ergenlik dönemi, kendi içinde çeşitli krizleri barındıran bir dönemdir. Bu dönemde genç bireyin sosyal çevresinde alkol ve madde kullanım davranışının olması bağımlılık geliştirmesi riskini arttırmaktadır. Bu dönemdeki bazı sorunlar çocuk ve genç bireyin baş etme gücünü olumsuz etkilemekte ya da sadece yetişkin olma isteği, kendini daha iyi hissetme beklentisi, güçlü hissetme ya da bir sosyal ortamda yer edinme çabaları, genç

bireyi alkol ve madde kullanmaya itmektedir. İstatistikler incelendiğinde, 12 ve 17 yaş arası genç bireylerde madde kullanımının %12 oranında olduğunu ortaya koymuş, bu oranın 18-25 yaş arasındaki genç bireylerde %20,3'e yükseldiğini belirtilmektedir.

### **Alkol ve Madde Bağımlılığında Arkadaş ve Sosyal Çevre**

Alkol ve madde kullanan bireylerin önemli bir bölümünün sosyal çevrelerinde madde kullanım davranışı vardır. Bu durum, bireyin alkol ve madde kullanımını gibi olumsuz bir davranışı öğrenmesi, maddeye kolay ulaşma ya da sosyal çevre içinde statü elde etme kaygısından kaynaklanmaktadır.

### **Aile ve Ebeveyn Etkisi**

Aile üyelerinde ya da ebeveynlerde alkol ve madde kullanım davranışının olması, bireyin alkol ve madde kullanması ya da bağımlılık geliştirmesi için önemli bir risk faktörüdür. Aile içinde yaşanan bir takım olumsuz süreçlerin de bireyin madde kullanmasına neden olduğu bilinmektedir. Örneğin; aile içinde şiddet davranışları, aile üyelerinde suç davranışının olması, ebeveyn ve çocuk arasında zayıf bağlanma ya da zayıf iletişim, olumsuz ebeveyn rol-modeli ya da olumsuz ebeveyn tarzı gibi aileden kaynaklanan sorunlar bireyin alkol ya da madde kullanım davranışıyla ilişkilidir.

### **Biyolojik Etkiler**

Madde kullanım davranışında diğer bir risk faktörü genetik geçiştir. Buna göre, aile üyelerindeki madde kullanım davranışının birey üzerindeki etkisinin sadece öğrenmeyle açıklamadığı, genetik geçişin de önemli bir risk faktörü olduğu belirtilmektedir. İkiz kardeşlerle yapılan çalışmalar, madde kullanım davranışının temelini genetik geçişin oluşturabileceğine işaret etmektedir. Buna göre, ikiz kardeşlerinden birinde alkol ya da madde kullanım davranışının olması, diğer için de risk faktörü oluşturmaktadır.

### **Psikolojik etkenler**

Yapılan çalışmalar, madde kullanım davranışına eşlik eden en önemli bozukluklar arasında depresyon, anksiyete, psikotik bozukluklar, post-travmatik stres bozukluğu ve kişilik bozukluklarını göstermektedir. Özellikle hayata karşı umutsuz ve yoğun bir mutsuzluk haliyle temellenen depresif bozukluk gibi sorunların alkol ve madde kullanımını için en önemli risk faktörleri arasında olduğu bilinmektedir.

### **Bireysel Etkiler ve Kişilik**

En önemli kişilik kuramcılarında biri olan Eysenck, madde kullanım ile kişilik arasında güçlü bir ilişki olduğunu belirtmektedir. Eysenck'e göre bağımlı bireyler güçlü psikotizm ve nörotizm özellikleri göstermektedir. Yani içe kapanık, umutsuz, mutsuz, saldırgan, impulsif ya da öfkeli bireylerin alkol ve madde bağımlılığı geliştirmeleri riski daha yüksektir. Stres, iş stresörleri ve baş etme işle ilgili stresörler, örneğin; iş yerinde rol belirsizliği, fiziksel risklerin olması, güçsüzlük, sosyal kaynaklardan yoksunluk, sıkıntı ya da işe yabancılaşma alkol ve madde kullanımıyla ilişkili faktörlerdir. Stres ve baş etme kuramına göre, iş yerindeki bazı faktörler baş etme tarzını düzenliyor olabilir. İş yerindeki stresörler ile yoğun alkol ve madde kullanımını arasında yüksek ilişki vardır ve bu durum bireyin daha fazla alkol/madde kullanmasına ve sorunlardan kaçmasına neden oluyor olabilir.

### **ALKOL-MADDE KULLANIMI VE PSİKOSOSYAL MÜDAHALELER**

Madde bağımlılığında eroin gibi saflık oranı yüksek maddeler söz konusuysa ilk tedavi seçeneği medikal tedavidir. Bireye yönelik detoksifikasyon çalışmaları tedavi ve rehabilitasyon çalışmalarının ilk ayağını oluşturmaktadır. Rehabilitasyon çalışmalarının diğer önemli ayağını ise bireysel çalışmalar oluşturmaktadır.

### **Alkol ve Madde Kullanımında Bireysel Müdahaleler**

Bireyle yapılan görüşmelerde, bireyin alkol ve maddeyi bırakmasında bireysel motivasyonu arttırmak önemlidir. Bunun için birtakım teknikler vardır. Bunlardan ilki, alkol ve madde kullanıcısının madde kullanma konusundaki çelişkilerinin ortaya çıkarılmasıdır. Yani madde kullandığında hayatındaki olumlu ve olumsuz sonuçlar konusundaki farkındalığı birey için bir çelişkiye neden olacaktır. Ancak her ne kadar alkol ve madde kullanıcısıyla motivasyonel çalışmalar önemli olsa da, rehabilitasyon çalışmalarının ilerleyen safhalarında diğer başka bireysel tekniklerin kullanılması gerekebilir. Çünkü motivasyonel teknikler bireyin sadece alkol ve madde kullanmaya devam etmesi konusundaki niyetini değiştirmesi için önemli olsa da, kalıcı bir tedavi için bilişsel, davranışçı, aile terapisi ya da problem çözme terapisi... vb. çalışmaların yapılması gereklidir.

### **Alkol ve Madde Kullanımında Aileye Yönelik Çalışmalar**

Alkol ve madde kullanımında bireysel tedavi yanı sıra aileye yönelik çalışmaların da yapılması gerekebilir. Alkol ve madde kullanımını sadece bireyi etkileyen bir sorun değildir. Madde kullanıcısının eve geç gelmesi, işini aksatması, çocukların bakımını layıkıyla yapamaması ya da alkol ve madde kullanımının neden olduğu aile içi şiddet... vb. olumsuz durumlar, tüm aile üyelerini olumsuz etkilemektedir. Bu nedenle aile üyeleri ve tüm aile sistemine yönelik çalışmaların yapılması, bireyin tekrar madde kullanmasını (nüks) engelleme ve aile sisteminin refahı için oldukça önemlidir. Diğer bir husus ise aile üyelerinin rehabilitasyon ve tedavi sürecine dahil edilmesidir. Bu dönemde aile desteği almak, ailenin bu dönemin olumsuz süreçlerine ilişkin bilinçlenmesini sağlamak ve alkol-madde kullanıcısına yönelik ailenin sosyal destek sistemini güçlendirmek tedavinin etkililiği için önemlidir.

**Bağımlılık Tedavisinde Alternatif Bir Yaklaşım:** Zararın Aza İndirilmesi Modeli Uzun yıllardır

Amerika ve Avrupa’da aktif olarak kullanılan zararın aza indirilmesi çalışmaları ülkemizde henüz çalışılan bir model değildir. Ancak birçok ülkede bu model, alkol ve madde kullanım tedavisine yönelik diğer bazı kuramsal modeller arasında bir bariyer ya da köprü potansiyeli görmektedir. Bu modelin amacı, bireyin ve toplumun madde kullanım davranışıyla bağlantılı zararları aza indirmektir. Bu model, madde kullanım davranışıyla ilgili bireyi yargılamak yerine, pratik olarak zararın aza indirilmesi üzerine halk sağlığı prensipleri üzerine çalışır. Zararın aza indirilmesi çalışmalarında enjektör değişimi programları, psikoğitim farkındalık çalışmaları ve belirlenen sürücü (designated driver) programları örnek olarak verilebilir. Bu modelin en önemli yararı uygulanabilir olmasıdır. Bazı madde kullanıcıları için hayatları boyunca maddeden uzak durmak kolay değildir ya da bu bireylerin maddeden uzak durmak konusunda motivasyonları düşüktür. Bu nedenle bu bireylerle alkol-madde kullanmaya yönelik tedavi ve rehabilitasyon çalışmaları yerine zararın aza indirilmesi çalışmaları yapılması daha etkili olmaktadır.

## GİRİŞ

• Ruhsal bozuklukların sağaltımında çeşitli tedavi yöntemlerine başvurulmaktadır. Ruhsal bozukluğu olan bireylerin tedavisinde ilaç hayati bir bileşendir. İlaç tedavisi belirtileri azaltabilir ve hastalığın nüksetmesini önleyebilir. Ancak belirtilerin kısmi ve sınırlı kontrolü, ilaçların yan etkileri, bireylerin tedaviye zayıf uyumu, sosyal sorunlarla ruh sağlığı sorunları arasındaki karmaşık etkileşimler ve bazı yaşam olaylarıyla birlikte çevresel stresin hastalığın tekrarlama olasılığını artırması ruhsal bozuklukların sağaltımında ilaç tedavisinin yanında psikososyal müdahalelerin de kullanılması ihtiyacını doğurmaktadır. Psikososyal müdahaleler ilaç kullanmaksızın bireyin davranışlarını toplumla daha sağlıklı bir etkileşime girecek şekilde değiştirmeye yönelik çabaları kapsamaktadır.

## PSİKOSOSYAL DEĞERLENDİRME

Kapsamlı ve kanıta dayalı bir psikososyal değerlendirme sosyal hizmet mesleğinin temel uygulama aracıdır ve diğer değerlendirme biçimlerinden farklıdır. Ruh sağlığı alanında çalışan sosyal hizmet uzmanları, bilgi, değer ve çeşitli becerilerini kullanarak müracaatçıların fiziksel, psikolojik ve sosyal durumu hakkında bütüncül bir değerlendirmeye sahip olmaktadır. Psikososyal değerlendirmede sosyal hizmet uzmanı müracaatçının sosyal işlevsellik düzeyini, ekonomik ve temel ihtiyaçlarının karşılanıp karşılanmadığını, aile ve arkadaşlarıyla kişilerarası ilişkilerini, sosyal desteklerini ve durumuna katkıda bulunan kültürel ve manevi faktörleri göz önünde bulundurmaktadır. Sosyal hizmet uzmanları müracaatçının kendisi, eşi, ailesi, hayatındaki diğer önemli kişiler ve gerektiğinde işyeriyle görüşmeler yapmakta ve diğer meslek elemanlarının yaptığı değerlendirmeler ve dosya ve kayıtlarda bulunan sağlık durumu ile ilgili bilgileri de ekleyerek kapsamlı bir psikososyal değerlendirme yapmaktadır. • Bir müracaatçının psikososyal değerlendirmesini yaparken psikiyatrik sosyal hizmet uzmanının müracaatçının kapasitesine uygun olacak biçimde empati, müracaatçı merkezli görüşme becerileri ve yöntemleri kullanması gerekir. Değerlendirme sürecinde sosyal hizmet uzmanları müracaatçıların sorunlarını belirlemek için bu sorunları nasıl ele alması gerektiğiyle ilgili geliştirilmiş bazı standart araçları kullanabilirler. Bu tür araçlar, bireyselleştirilmiş, kapsamlı bir değerlendirmenin yapılması için bir başlangıç noktası olmaktadır. Planlı müdahale sürecinde değerlendirme bir kerelik bir etkinlik değil, devam eden bir süreçtir. Yeniden değerlendirme sürecinde, sosyal hizmet uzmanı ve müracaatçı (ve gerekirse müracaatçının destek sisteminde bulunan kişiler) ilk değerlendirmede belirlenen ihtiyaçları, güçlü yönleri ve öncelikleri gözden geçirir ve müracaatçının durumuyla ilgili endişelerini tartışır.

## VAKA YÖNETİMİ

• Vaka yönetimi; ihtiyaç değerlendirmesi, koordinasyon, amaç belirleme, bakım protokolü hazırlama, eğitim ve modelleme, destekleyici tedavi, kaynaklarla bağlantı kurma ve savunuculuk unsurlarını içeren karmaşık bir görevdir. Vaka yöneticisi olan bir sosyal hizmet uzmanı çeşitli sağlık hizmeti veren kurumlar toplum temelli kuruluşlar, sosyal hizmet kurumları ve diğer programların verdikleri hizmetlerin müracaatçılara ulaştırılmasını sağlamaktadır.

• NASW (2013), sosyal hizmet pratiğinde özel bir alan olarak vaka yönetimi ile ilgili 12 meslekî standart geliştirmiştir. Bu standartlar, sosyal hizmet uzmanlarının vaka yönetimini yetkin bir şekilde uygulamak için gerekli olan değerler, bilgi, yöntemler ve beceriler konusunda farkındalıklarını arttırmak üzere tasarlanmıştır. Bu standartlar etik ve değerler, yeterlik, bilgi temeli, kültürel ve dilsel yetkinlik, değerlendirme, hizmet planlama, uygulama ve izleme, savunuculuk ve liderlik, disiplinlerarası ve örgütsel işbirliği, uygulama, değerlendirme ve iyileştirme, kayıt tutma, iş yükü sürdürülebilirliği, meslekî gelişim ve yetkinliktir.

• Sosyal hizmet vaka yönetimi geçmişte kullanılan programlanmış bir karar alma modelinden uzaklaşarak müracaatçıyla birlikte karar alma modeline geçiş yapmıştır. Sosyal hizmet vaka yönetimi sürecindeki genel adımlar arasında sosyal hizmet uzmanının kendisini müracaatçıya erişilebilir kılmaması, iyi bir dinleyici olması, planlı değişim sürecinin her aşamasında müracaatçıya güven aşılması, müracaatçıyı anlayacağı bir dilde bilgilendirmesi, toplumsal kaynakları değerlendirmesi ve müracaatçıların gerekli kaynaklarla bağlantılandırılması, müracaatçının güçlü yönlerini belirlemesi ve birlikte alınacak karar sürecinde müracaatçıya yardımcı olması, aile üyeleri arasındaki iletişimi kolaylaştırıcı olması ve hizmetler için aracılık etmesi bulunmaktadır.

## PSİKOEĞİTİM

• Psikoeğitim, genel bir klinik tedavi planının bir parçası olarak psikiyatri hastalarının ailelerinin ruh

sağlığı uzmanlarıyla birlikte çalışmak üzere bilgi düzeyini artırmak için klinik bulgulara dayanan eğitici bir yöntem olarak tanımlanmaktadır.

- Psikoeğitim, kendi başına tedaviye yönelik bir yaklaşım olmaktan çok ruhsal bozukluğu olan bireylere destek sunarak birey ve ailesinin yaşam kalitesi üzerinde olumlu bir etkiye sahip olmaktadır.
- Psikoeğitim çeşitli tamamlayıcı kuramları ve klinik uygulama modellerini kapsamaktadır. Bunlar; ekolojik sistemler kuramı, bilişsel-davranışçı kuram, öğrenme kuramı, grup uygulaması modelleri, stres ve baş etme modelleri, sosyal destek modelleri ve anlatı yaklaşımlarını içermektedir.
- Hasta ve ailesine verilen psikoeğitimin amaçları arasında çeşitli ruhsal hastalıkların seyri ve sonuçları ile ilgili bilgi vermek, ruhsal bozuklukların belirti ve bulgularını öğretmek, nüks belirtileri ve nüksü tetikleyen faktörleri belirtmek, hasta ve ailesine yeni başa çıkma becerileri öğretmek, tedavi için başvurulabilecek merkezler hakkında bilgi vermek, aile üyelerini ev ortamında yapması ve yapmaması gerekenler hakkında bilgilendirmek, ruhsal hastalıklara ve hastalara yönelik damgalama, önyargılar, yanlış algı ve olumsuz tutumlarla mücadele etmek, hastanın içgörüsünü artırarak tedaviye uyumunu artırmak, hasta ve ailesine duygusal destek sağlamak, zihinsel süreçlerde, duygu ve davranışlarda değişiklikler yapmak, hasta yakınının yükünü ve stresini azaltmak bulunmaktadır.

#### **DANIŞMANLIK**

- Çeşitli kurum ve kuruluşlarda çok boyutlu meslekî uygulamalarını yürüten sosyal hizmet uzmanlarının rollerinden bir tanesi de danışmanlıktır. Sosyal hizmet uzmanlarının günlük çalışmalarında ilişkiler kurmak için danışmanlık ve iletişim becerileri kullanmaları gerekmektedir. Çünkü tanışma, öndeğerlendirme, planlama, uygulama, değerlendirme, sonuçlandırma ve izleme ve takip gibi sosyal hizmetin tüm müdahale aşamalarının niteliği insanlar arasındaki ilişkiye dayanmaktadır.
- Sosyal hizmet uzmanları danışmanlık hizmeti verebilmek için birçok kuramdan faydalanır. Bu kuramlar insan davranışını anlama ve oturumlarda hangi danışmanlık becerilerinin kullanılacağına karar verme açısından sosyal hizmet uzmanına kılavuzluk eder. Bu kuramlar arasında; psikanalitik kuram, birey merkezli kuram, bilişsel davranışçı kuram ve aile sistemleri kuramı yer almaktadır.
- Sosyal hizmet uzmanları müracaatçıların ruhsal olarak sağlıklı olmaları ve hedeflerini gerçekleştirmeleri açısından etkili danışmanlık hizmeti verebilmek için aşağıdaki terapötik becerilere ihtiyaç duymaktadır. Bu beceriler arasında yapılama, yakından ilgilenme, konuşmaya açık davet, asgari düzeyde teşvik, duyguların yansıtılması, içeriğin yansıtılması, kişiselleştirme, özetleme, paylaşırma, bağlama, sessizlik ve müdahale etme bulunmaktadır.
- Üstün Sosyal Bakım Enstitüsü sosyal çalışmacıların danışmanlık hizmeti verirken iyi iletişim becerilerine sahip olmaları için bir kılavuz yayınlamışlardır. Bu kılavuza göre sosyal hizmet uzmanlarının nazik ve dakik olmaları gerektiği, müracaatçılarına meslekî dil kullanmamaları, iyi bir dinleyici olmaları, bakım verenlerinin verdiği bilgileri dinlemeleri, benimsemeleri ve onaylamaları, müracaatçılarına durumlarını açık bir şekilde ifade etmeyi, müdahalelerinin sınırlarını belirtmeleri, dürüst, samimi, hassas ve sabırlı olmaları, danışan ile ilgili bilgilerin gizli tutulmasının önemli olduğunu bilmeleri, müracaatçıların kendisini anlayıp anlamadığını kontrol etmesi ve onlarla anlayacağı dilde konuşmaları gerektiğini, güven telkin etmesi, empati yapması gerekmektedir.

#### **TABURCULUK PLANLAMASI**

- Taburculuk planlaması, bir hastanın hastaneden taburcu olduktan sonra sağlık bakımının sürdürülmesi için bir sağlık planı geliştirmede yardım aldığı bir süreç olarak tanımlanabilir. Taburculuk planlaması ayrıca “bakımın sürekliliği” olarak adlandırılır ve amacı bireyin hastalığına rağmen daha bağımsız yaşayabilmesine yardımcı olabilecek hizmetleri sunmaktır.
- Sosyal hizmet açısından bakıldığında, taburculuk planlaması, hastaların hastalıkları ile etkili bir şekilde başa çıkmalarına, hastane sisteminden geçerken sorun yaşamamalarına ve yatış sonrasında sağlıklarını sürdürebilmeleri için gerekli tüm desteklerle evlerine dönmelerine yardımcı olan profesyonel faaliyetlerdir.
- Genel olarak, bir taburculuk planında sosyal hizmet uzmanının gerçekleştirmesi gereken adımlar arasında hastanın değerlendirilmesi, hasta veya hasta yakını ile görüşme, eve dönüş ya da bir bakım kurumuna yerleştirmenin yapılması için planlama yapılması, hasta yakınının veya diğer desteklerin gerekli olup olmadığını belirleme, gerekli ise hastanın evde bakım hizmetlerine ve/veya toplumdaki uygun destek kuruluşlarına yönlendirilmesi, kontrol randevuları veya tahliller için düzenlemelerin yapılması bulunmaktadır.
- Taburculuk planlaması, psikiyatri kliniğine kabulü sonrasında başlamalı ve plan, hastanın tedavisi devam ettiği sürece güncellenmeye devam etmelidir. Kronik ruhsal bozukluğu olan hastalar, toplumdaki kaynakların erişilebilir olmasına rağmen, psikiyatri kliniğinde yatmaya ihtiyaç duyabilmektedir. Hastaneye yatmak zorunda olan hastaların büyük çoğunluğunun yaşam kalitesini ve sosyal işlevselliğini artırmak için taburculuk planlaması halen önem arz etmektedir.
- Taburculuk planlaması sürecinin üç aşaması bulunmaktadır.  
İlk aşama, yatış sonrası ilk tedavi planlaması olup hastanın yatışından hemen sonra sosyal hizmet uzmanının geliştirdiği tedavi planıdır. Bu planda hastanın taburcu olduktan sonra gereksinim ve

hedeflerinin belirlenmesinde hastayı ve yakınlarını mümkün olduğu kadar dâhil etmek, hastanın yakınlarıyla, aile hekimiyle ya da psikiyatristi ile temasa geçerek hastanın hastalanmadan önceki işlevselliği hakkında bilgi almak ve değişime açık bir taburculuk planı hazırlamak bulunmaktadır. İkinci aşama, kapsamlı planlama aşamasıdır. Bu aşamada ilk tedavi planını kullanmak ve detaylandırmak, hasta ve yakınlarının kapsamlı plan dâhilinde maksimum katılımını sürdürmek, taburculuk sonrası hastanın gereksinimleri ile ilgili ihtiyaç değerlendirmesini gerçekleştirmek, kapsamlı planı ihtiyaç değerlendirmesine dayalı olarak hazırlamak, toplum temelli takip hizmetleriyle sürekli iletişim kurmaya çalışmak, ilaç kullanımı ve hastalıkla başa çıkma teknikleri hakkında hasta ve yakınlarına psikoeğitim vermek, hasta taburculuk planlarının başlangıç aşamalarını uygulamak bulunmaktadır. Taburculuk planlamasının son aşamasında hastanın taburcu olduktan sonra kontrolleri için hangi kuruma başvuracağını tespit etmek, kapsamlı planda belirtilen taburculukla ilgili yapılan hazırlığı tamamlamış olmak gibi planlama faaliyetlerinin gerçekleştirilmesi gerekmektedir.

## GİRİŞ

Sosyal hizmet içinde en karmaşık sorunları barındıran ve bu sorunlara müdahalede bulunmak için yüksek düzeyde beceri gerektiren bir meslektir. Sosyal hizmet uzmanlarının klinik düzeyde rollerini gerçekleştirmeden önce insan davranışı, doğası ve ihtiyaçları hakkında bilgi sahibi olması gerekmektedir. Her birey özeldir ve ihtiyaçları da toplumdaki diğer bireylerden farklıdır. Bundan dolayı her kişiye verilen tedavi ya da uygulanan yaklaşımın farklı olması gerekmektedir.

## BİREYLERLE SOSYAL HİZMET

Bireylerle sosyal hizmet, birebir ilişki yoluyla kişilerin kişisel ve çevreden kaynaklanan sorunlarını çözmek ve psikososyal işlevselliklerini arttırmak için bilimsel, sanatsal ve bireyselleştirilmiş bir uygulamadır. Bireylerin sorunlarıyla etkin bir şekilde başa çıkmaları için kişisel ve diğer kaynakların birleştirildiği bir sosyal hizmet uygulama yöntemidir. “Biyopsikososyal” ya da “çevresi içinde birey” vurgusu, bireylerle sosyal hizmetin temelini oluşturmaktadır. Klinik uygulamalarda bireylerle çalışan psikiyatrik sosyal hizmet uzmanlarının bireyin sağlığını etkileyen fiziksel, psikolojik ve sosyal (mikro, mezo ve makro düzeylerde) faktörlerin karmaşık etkileşimlerini hesaba katması gerekmektedir. Sosyal hizmet uzmanları meslekî uygulamalarında müracaatçının sorunlarını ele almak için planlı müdahale sürecini kullanmaktadır.

### Planlı Müdahale Süreci ve Aşamaları

#### Tanışma

Bu aşamada sosyal hizmet uzmanının güvene dayalı bir ortam oluşturması ve müracaatçının yaşadığı sorunların ne olduğu hakkında bir fikir edinebilmesi için dostça bir tavır sergilemesi, nazik olması ve mükemmel dinleme ve sorgulama becerilerine sahip olması gerekir.

#### Ön Değerlendirme

Ön değerlendirme aşamasında, sosyal hizmet uzmanı müracaatçıyla birlikte müdahale stratejileri geliştirmek için müracaatçı tarafından paylaşılan bilgileri gözden geçirir.

#### Planlama

Planlama ön değerlendirme ile müdahale arasındaki köprüdür. Müracaatçı bu aşamada ulaşmak istediği hedefleri belirler. Daha sonra bu hedeflere ulaşmak için hangi değişikliklerin yapılması gerektiğine karar verir ve belirlenen hedeflere ulaşmak için alternatif değişim stratejileri arasından seçim yaparak ve bu eylemleri tamamlamak için bir zaman çizelgesi oluşturur.

#### Uygulama

Uygulama müracaatçıyla yapılan sözleşmenin sonucunda her iki tarafın da sözleşmenin yerine getirilmesinde rol aldığı aşamadır. Bu aşamada sosyal hizmet uzmanı genellikle müracaatçının kaydettiği ilerlemeyi takip etmek ve gerekli hizmetlerin müracaatçıyla bağlantılandırmaktan sorumludur.

#### Son Değerlendirme

Son değerlendirme aşaması uygulama aşaması boyunca yürütülür ve amaçların yerine getirilip getirilmediğinin belirlenmesi için çok önemlidir.

#### Sonlandırma

Bu aşama çalışma ilişkisini sonlandırmak için sistematik bir prosedür olup, sosyal hizmet uzmanının ve müracaatçının birlikte yürüttüğü müdahale sürecinin sonuçlandırılması anlamına gelmektedir.

#### İzleme

Planlı müdahale sürecinin izleme aşamasının amacı müracaatçının aldığı hizmetin faydası olup olmadığını belirlemektir.

## GRUPLARLA SOSYAL HİZMET

Bir sosyal hizmet uygulama yöntemi olan grup çalışması, kişisel gelişim, sosyal işlevsellikte artış ve sosyal anlamda gerçekleştirilmesi istenen hedeflere ulaşmak için grupların kullanılması olarak tanımlanabilir. Psikiyatri kliniklerinde görevli olan sosyal hizmet uzmanlarının yürüttükleri grup çalışmaları biyopsikososyal bakış açısına dayalıdır.

### Grup Çalışmasının Özellikleri

Grup çalışması, karşılıklı anlayışa ve duygulara dayalı olan sistematik bir yaklaşımdır. Grup liderleri, bireylerin sorunları, becerileri ve yeteneklerini belirlemede yardımcı olurlar. Grup çalışmasının bazı özellikleri arasında hümanist yaklaşıma dayanması, her üyede diğerine yardım etme arzusu uyandırması, sorun ve duyguların paylaşıldığı bir ortam olması, daha fazla bilgi ve beceri öğretmesi ve

kişiliği geliştirmesi yer almaktadır.

### **Türlerine Göre Sosyal Hizmet Grupları**

Toseland ve Rivas (1984) sosyal hizmet gruplarını ilk önce tedavi ve görev grupları şeklinde sınıflandırmış, daha sonra tedavi gruplarını gelişme, terapi, eğitim, sosyalleştirme ve destek grupları olmak üzere beş gruba ve görev gruplarını da yönetim kurulları, görev güçleri, komiteler ve komisyonlar, yasama kurulları, personel toplantıları, multidisipliner ekipler, vaka konferansları ve sosyal eylem grubu olmak üzere 8 gruba ayırmışlardır.

### **Gruplarla Sosyal Hizmet Müdahalesi Aşamaları**

#### **Hazırlık Aşaması**

- Potansiyel grup üyelerine ulaşarak ihtiyaçlarını değerlendirmek
- Grubu oluşturmak için çalıştığı kurumdan destek almak
- Grubun türü, yapısı ve büyüklüğünü belirlemek
- Potansiyel grup üyelerinden etik kurallar ve kurum koşullarına uygun olarak hazırlanmış, aydınlatılmış onam almak
- Potansiyel grup üyelerinin hedef ve beklentilerini açıklığa kavuşturması ve grup üyelerinin bu hedeflere ulaşması için yardımcı olmak
- Grup oturumlarının yapılacağı ve grup üyelerinin rahat edeceği uygun bir toplantı yeri ve zamanı belirlemek • Grup üyelerini süreç açısından hazırlamak
- Grup üyelerinin benzer özelliklere sahip olmasına özen göstermek
- Grup üyeleriyle birlikte grup üyelerinin ihtiyacını ve kurumun misyonunu yansıtacak şekilde sözlü ya da yazılı bir grup hedefi belirlemek
- Gruba etki edebilecek potansiyel bağlamsal, çevresel ve toplumsal etkileri ele almak
- Kurum personeli, ilgili toplumsal kurumlar, ebeveynler ya da üyeyi mevcut kuruma sevk eden kurumlar gibi gruba üye olmayanlara grubun amacını ve sürecini açıklamak
- Oturumların içeriğini ve ne tür faaliyetler, gereçler ve kaynakların kullanılacağını detaylı bir şekilde açıklamak
- Grup üyelerinin ilerlemelerini izlemek için kullanılacak yöntemleri belirlemek (ilerleme notları, formel ve enformel değerlendirmeler)
- Grup üyelerinin grubun başlamasıyla ilgili duygu ve düşüncelerine empati ile yaklaşmak

#### **Başlangıç Aşaması**

- Grup üyelerini grubun amacı ve sosyal hizmet uzmanının rolü hakkında net bir şekilde bilgilendirmek
- Grup üyelerinden gereksinimleri, ilgi alanları ve sorunları hakkında bilgi almak
- Grup üyelerini endişe ve güçlü yönlerini birbirleriyle paylaşmaları için teşvik etmek
- Hem grup üyeleri hem de grup üyeleri ve sosyal hizmet uzmanı arasındaki iletişimi kolaylaştırmak
- Grup üyelerinin ortak yönlerinin olduğu hakkında farkındalık yaratmak ve üyeleri bunu ifade etmeye teşvik etmek, üyeler arasında ortaklığın bilincini ve bunun ifade edilmesini teşvik etmek
- Grupta otorite kurmak isteyen üyeler olduğunda müdahale etmek
- Grup üyeler ya da üyelerle sosyal hizmet uzmanı arasındaki kültürel farklılıkların etkisini değerlendirmek ve gerekli görüldüğünde bu farklılıkları ele almak
- Grup üyelerini değişim ve gelişimi destekleyen kurallar ve normların oluşturulmasında yardımcı olmak
- Sosyal hizmet uzmanının kendisi ve grup üyeleri arasındaki uyum ve rahatlığı sağlaması için kendini açması
- Grup üyelerinin bireysel ve grup ile ilgili hedefler oluşturmasında yardımcı olmak
- Bireysel ve grup ile ilgili belirlenen hedefler arasındaki bağlantıyı netleştirmek açıklamak
- Grup üyelerinin çalışmalarına açıklık ve yön verecek bir başlangıç sözleşmesi yapmalarına yardımcı olmak
- Grup üyelerinin bireysel özerkliğini ve güçlenmelerini teşvik etmek Sosyokültürel anlamda güvenli bir çevrenin oluşturulması ve sürdürülmesi

#### **Orta Aşama**

- Grup üyeleri arasındaki benzerliği göstermek
- Bireysel gereksinim/sorunlar ile grup hedefleri arasındaki bağlantıyı pekiştirmek
- Hem grup üyeleri hem de grup üyeleri ve sosyal hizmet uzmanı arasında destekleyici ve dürüst bir iletişim ortamı oluşturmak
- Grup çalışmasının ilerlemesi için şimdi ve burada yaklaşımını kullanmak
- Grup üyelerinin bireysel ve grup hedeflerini gerçekleştirmesi için rol oynama, davranışsal prova ve diğer sözel ve sözel olmayan aktiviteleri kullanmalarına yardımcı olmak
- Grup üyelerinin çalışma ilkelerine uyup uymadığını kontrol etmek
- Grup üyelerinin hedeflerine ulaşmada ilerleme kaydedip kaydetmediklerini kontrol etmek
- Gerektiğinde grup üyelerinin belirledikleri bireysel ve grup hedeflerini gerçekleştirmelerine yardımcı olmak için yeniden sözleşme yapmak
- Grubun sınırları içinde ve dışında çalışmanın önündeki engelleri belirlemek ve ele almak

- Grup üyeleri arasındaki, sosyal hizmet uzmanı ve grup üyeleri arasındaki ve grup dışında kalan kişiler ile grup üyeleri arasındaki iletişimi açıklamak ve yorumlamak
- Grup üyeleri arasındaki çatışmaları belirlemek ve çözümünü kolaylaştırmak
- Oturumları özetlemek

#### **Son Aşama**

- Grup üyelerinin grubun sonlandırılmasıyla ilgili tepkilerini belirlemek
- Grubun lideri olarak üyelerle grubun sonlandırılmasıyla ilgili duygu ve düşünceleri paylaşmak
- Grup üyelerinin birbirleriyle grubun sonlandırılması hakkında duygularını paylaşmalarına yardımcı olmak
- Grup üyelerine elde ettikleri kazanımları belirlemeleri ve gruba katılımları sonucunda yaşadıkları değişimleri tespit etmelerine yardımcı olmak
- Grup üyelerine öğrendikleri bilgi ve becerileri günlük hayatlarında nasıl uygulayacaklarına yardımcı olmak
- Grup üyelerinin sosyal hizmet uzmanına geribildirim vermesini teşvik etmek
- Grup üyelerinin birlikte çalışmalarını dürüst bir şekilde değerlendirmesine yardımcı olmak
- Hizmetin sürekliliği veya üyelerin sevk edilmesi için planlar yapmak
- Grup üyelerini ve grup sürecini bireysel olarak değerlendirmek
- Grup deneyiminin her bir üye ve grup dışındaki ortamlardaki etkisini değerlendirmek

#### **SAVUNUCULUK**

Savunuculuk, sosyal hizmet uygulamasının ayrılmaz bir parçasıdır ve mesleğin etik ilkelerinde belirtildiği üzere sosyal hizmet uzmanları meslekî tutum, karar ve eylemlerinde incinebilir ve baskı altındaki birey ve gruplarla birlikte ya da onlar adına sosyal adaletsizlikle mücadele etmek durumundadır. Farklı savunuculuk faaliyetleri bulunmaktadır. Bunlar farkındalığın artırılması, bilginin yayılması, eğitim, öğretim, karşılıklı yardım, danışmanlık, arabuluculuk, savunmak ve kınamaktır. Bu eylemler, ruh sağlığı hizmetlerine erişim, ruhsal bozukluklarla ilişkili damgalama, hasta haklarının ihlali, çalışanın terfi ettirilmemesi, barınma ve istihdamla ilgili engelleri azaltmayı amaçlamaktadır. Bu engellerin azaltılması, politikaların, yasaların ve hizmetlerin iyileştirilmesi, ruhsal bozukluğu olan kişilerin haklarının desteklenmesi, ruh sağlığının teşvik edilmesi ve hastalıkların önlenmesi ile yardımcı olabilir. Ruh sağlığı alanında savunuculuk yapan farklı gruplar bulunmaktadır. Bu gruplar müracaatçılar ve aileleri, sivil toplum örgütleri, genel sağlık ve ruh sağlığı alanında çalışan personel ve politika yapıcılar ve planlamacılarıdır. Ruh sağlığı alanında çalışan sosyal hizmet uzmanlarının bazı savunuculuk rolleri arasında müracaatçı ve aile perspektifine dayalı klinik uygulama, müracaatçı ve aile gruplarının faaliyetlerine katılım, müracaatçı ve aile gruplarının gelişimini desteklemek ve geliştirilecek olan programları birlikte planlamak ve değerlendirmek ve müracaatçılara ve ailelerine yönelik olumsuz tutumlar ve damgalama ile mücadele etme ve mevcut ruh sağlığı hizmetlerinin kalitesini iyileştirmek bulunmaktadır.

#### **PSİKOTERAPİ**

Psikoterapi, genellikle psikiyatri alanında uzmanlaşmış ve psikoterapi sertifikası almış sosyal hizmet uzmanı tarafından yapılabilir. Ruh sağlığı alanında çalışan sosyal hizmet uzmanları tarafından yaygın olarak sunulan psikoterapi yaklaşımları arasında görev odaklı yaklaşım, anlatı terapisi, çözüm odaklı terapi ve bilişsel-davranışçı terapi bulunmaktadır. Görev odaklı yaklaşımda dört adımdan oluşan bir süreç kullanılır. Bunlar; problemi tanımlamak, hedefleri belirlemek, hedefler üzerinde çalışmak, hedefleri gözden geçirmektir. Anlatı yaklaşımı, müracaatçıların sorunlarını bir hikâye anlatır gibi dile getirmelerine yardımcı olmayı içermektedir. Böylelikle müracaatçıların kendilerini problemin bir parçası olarak görmek yerine problemin dışsal nedenlerden kaynaklandığını görmelerine yardımcı olunmaktadır. Çözüm odaklı terapi müracaatçıların sorunları konusunda uzman olduklarını ve bir ölçüde kendi gerçekliklerinin yaratıcısı olduklarını varsaymaktadır. Bu varsayıma göre, müracaatçıların sorunlarına ait çözümlerin kendilerinde bulunduğu ve bu çözümleri ortaya çıkarmak için yardıma ihtiyaçları olduğunu belirtilmektedir. Bilişsel-davranışçı terapinin temel ilkesi, düşüncelerimizin ve hislerimizin gerçekliğimizi şekillendirmesidir ve dünyayı nasıl algılayışımızı değiştirerek, onu nasıl deneyimlediğimizi değiştirebiliriz. Problem çözme yaklaşımı bilişsel-davranışçı bir müdahale türü olup, ruh sağlığı alanında çalışan sosyal hizmet uzmanlarının yaygın olarak kullandığı bir yaklaşımdır. Bu yaklaşımla bireyler karşılaştıkları stresli yaşam olaylarını etkili bir şekilde yönetmeyi öğrenmektedir. Problem çözme yaklaşımıyla bireyler etkili karar verme, problemlerle yaratıcı bir şekilde baş etme ve problemin çözülmesinin önündeki engelleri doğru bir şekilde belirleme gibi beceriler öğrenmektedir. Krize müdahale modeli, bireylerin akut krizle karşılaştıklarında uygulanan bir yaklaşımdır. Bu model, intihar düşüncesini ifade eden müracaatçılarda yaygın olarak kullanılmaktadır. Kriz teorisinin temel varsayımı bireyler stresli ve tehlikeli olaylarla karşılaştığında bunları aşmak için dayanıklılık ve başa çıkma mekanizmalarına sahiptir. Ancak bazı durumlarda, bireylerin dayanıklılık ve baş etme kapasiteleri yetersiz kalmakta ve bu da onları bir dengesizliğe ve başarısızlığa sürüklemektedir.

### **PSİKİYATRİK SOSYAL HİZMET UZMANININ TOPLUMSAL DÜZEY ROLLERİ**

Genel itibari ile toplum çalışması sosyal hizmet mesleği için çalışılan gruba yönelik çeşitlilik göstermektedir. Genel itibari ile toplumla çalışma türleri;

- Toplum kalkınması,
- Topluluk profili,
- Toplum eğitimi,
- Toplum kapasitesi geliştirme,
- Toplum planlaması,
- Toplum örgütlenmesi,
- Ağ oluşturma gibi maddeleri içermektedir.

Bu maddelerin içerikleri toplumda çalışılacak grubun öznel ihtiyaçlarına şekillenmektedir. Toplumla çalışmanın aşamaları incelendiğinde;

- Topluluk pratiğine odaklanmak,
- Topluluk üyeleri ile ilişki kurmak, bir araya gelmek,
- Fikirleri değerlendirmek ve paylaşmak,
- Eylem planı geliştirmek ve uygulamak,
- Değerlendirme yapmak yer alır. Önemli olan ilgilenilen müracaatçı grubunun topluluk profilini çıkarmaktır. Toplumsal düzey psikiyatrik sosyal hizmet uzmanının rolleri incelendiğinde toplumsal bağlamda sosyal hizmetin ne olduğunu açıklamakta yarar vardır. Oral ve Tuncay [2] 'a göre toplumsal bağlamda sosyal hizmetin bireyin çevresinin ruh hastalığı deneyimi ve ruhsal sağlık sorunlarının nasıl şekillendirildiği ile ilgilenmektedir. İlgilenilen konular arasında;

- Bireysel sorunlar,
- Korunmasızlık ve direnç,
- Aile işlevselliği,
- Güçlü yanlar ve stresörler,
- Sosyal destek,
- Kültür,
- Topluluklar,
- Sınıf,
- Cinsiyet,
- Etnik köken,
- Ekonomik refah ve istihdam,
- Barınma bulunmaktadır.

Eylemler incelendiğinde sosyal hizmet uzmanının toplumla çalışma düzeyinde görevleri bir araya getirildiğinde, sosyal hizmet uzmanlarının yapması gereken görevlerin ne derece önemli olduğu anlaşılabilir. Buradan hareketle sosyal hizmet uzmanlarının ruh sağlığı alanında toplumsal düzey rollerini incelediğimizde Oral ve Tuncay'ın belirttiği gibi 5 başlıkta ele almak mümkündür. Bunlar;

- Ruhsal risk taraması ve araştırma,
- Koruyucu ruh sağlığı hizmetleri,
- Sosyal içerme,
- Toplum eğitimi,
- Hizmet geliştirmedir.

#### **Ruhsal Risk Taraması ve Araştırma**

Ruh sağlığı alanında düşünüldüğünde toplumsal düzeyde ruhsal risk taraması yapmak için, risk gruplarına ait sayısal veri elde etmeyi, yoğunluğu belirlemeyi, bölgesel düzeyde bilgi edinmeyi sağlamak gerekmektedir. Bunu yapmak için de yerel, bölgesel düzeyde araştırma yapmak ve sonuçlarına yönelik olarak hizmet üretilmelidir. Bu yapıldığı zaman bireysel olarak gerçekleştirilen tedaviler ile toplumsal düzeyde bütünleşme sağlanabilecektir. Verilen tedavi ve gerçekleştirilen rehabilitasyon toplumda var olan ruhsal hastalığa yönelik sorunların belirlenmesi ile tam olacaktır. Bu bağlamda ruhsal bozukluklarla hem bireysel hem de sosyal sorunlar arasındaki ilişkinin belirlenmesi için sosyal hizmet araştırması yapılır. Aynı zamanda, toplum ruh sağlığı üzerinde olumsuz yönde etkisi olan sosyal davranışlar ve uygulamalar da bu yol ile belirlenir.

#### **KORUYUCU RUH SAĞLIĞI HİZMETLERİ**

Koruyucu sağlık hizmetleri hastalıklar görülmeden önce risk faktörleri üzerinden yapılacak düzenlemeler ile başlamaktadır. Bu bağlamda koruyucu sağlık hizmetlerini 3 ana basamakta ele almak mümkündür. Bunlar;

- Birincil koruyucu sağlık hizmetleri,
- İkincil koruyucu sağlık hizmetleri,
- Üçüncül koruyucu sağlık hizmetleridir.

Birincil korumada kişilerin hastalıklara yakalanması önlenir. Bu hedefle yapılan sağlık uygulamaları bu kapsama girer: Aşılama, aile planlaması, genetik danışma gibi.

İkincil korumada ise birincil korumanın etkisiz kalması söz konusudur. Birincil korumanın gerçekleşemediği durumlarda ortaya çıkan hastalıkların belirtileri meydana gelmeden ya da hastalığın ilk aşamasında konulan tanı ve uygulanan tedaviyi içermektedir.

Üçüncül korumada ise, birincil ve ikincil korumanın yetersiz kaldığı bireylerin hastalığa sahip olduktan sonra, hastalığın yaşamını olumsuz yönde en aza indirmek amacıyla üretilecek hizmetleri kapsar. Bu bağlamda ruh sağlığı alanı düşünüldüğünde, biyolojik sağlığın daha somut olması ruhsal sağlığın özellikle koruyucu önleyici olarak hizmet üretilmesini engellemiştir, geride bırakmıştır. Bireylerin ruhsal hastalıkları için sağlık kuruluşlarına gitmemeleri tanı konulmasını engellemiştir. Sağlık kuruluşlarına giden hastalarında farklı dallardaki doktora gitmesi, doktorların doğru teşhis koyamaması da doğru tanı koyulmasını engelleyerek, ulusal düzeyde ruhsal bozukluklara yönelik sayı, sıklık ve yoğunluğun belirlenememesini ve paralelinde de birincil, ikincil ve üçüncül düzeyde koruyucu önleyici çalışmaların yapılmasını engellemektedir.

### **SOSYAL İÇERME**

Sosyal hizmetin temel gereklerini oluşturan; insan hakları ve sosyal adaleti gözetmek, bireylerin her anlamda yaşam kalitesini arttırmak, ayrımcılıkla mücadele etmek, farklılıklara saygı duymak ve duyulmasını sağlamak ilkeleri sosyal içermenin sağlanmasına yönelik sosyal hizmet mesleğinin dayanağını oluşturmaktadır. Sosyal içermeyi sağlama, damgalama ve ayrımcılığı en aza indirmek toplumsal düzeyde önemli rollerinin başında gelmektedir. Sosyal içermenin sağlanması demek birey grup ve toplumların sosyal ve ekonomik kaynaklardan tüm bireyle eşit şekilde yararlanmasının sağlanmasıdır. Sosyal içerme ile kamusal hayata katılım, kendini gerçekleştirme, istihdama katılma ve sürdürme, sağlık hizmetlerinden yararlanma, eğitim hizmetlerinden yararlanma, sosyal, kültürel faaliyetlerden yararlanma gibi alanları düşünmek mümkündür. Sosyal içermenin sağlanması için de sosyal hizmet uzmanlarının ayrımcılıkla mücadele etmesi gerekmektedir. Ayrımcılıkla mücadele de damgalanmaya karşı mücadeleyi beraberinde getirmektedir.

### **TOPLUM EĞİTİMİ**

Damgalanma ile mücadele toplumun inanç ve tutumlarının değerlendirilmesi, toplumsal farkındalığın artırılması ile birlikte toplumun eğitimi ön plana çıkmaktadır. Bu nedenle sosyal hizmet uzmanları toplumu ruhsal hastalıklar açısından bilinçlendirmek için eğitimler vermelidir. Özellikle;

- Hastalar, hasta yakınları, sağlık çalışanları ve toplumu, hastalığın tanısı ve seyri hakkında bilgilendirmelidir.
- Hasta, hasta yakını ve profesyonellerin bilgi birikiminin aktarılmasının sağlamalıdır.
- Hastanın hastalığı kabul etmesini sağlayan eğitim programlarının oluşturulması gerekmektedir.
- Toplumdaki anahtar kişilerin bilgilendirilmesi ve bilinçlenmesinin sağlanması ile damgalanma aza indirilebilir. Unutulmamalıdır ki damgala(n)ma ile mücadele uzun zaman gerektiren, hemen çözümlenmeyen, toplumun her kesimini bilgilendirilme gerektiren bir hizmettir. Bu nedenle sosyal hizmet uzmanları toplumsal düzeyde ruh sağlığı alanında çalışırken eğitimci rolünü üstlenmesi gerekmektedir. Öncelikle bağlı bulunduğu kurum ve kuruluşlardan başlayarak, hasta ve ailesini, toplumu bilgilendirmeye ve eğitmeye yönelik hizmetler düzenlemelidir.

### **HİZMET GELİŞTİRME**

Politika üretiminin önemli araçlarından biri olan hizmet geliştirme, hem toplumsal araştırma ve analizi, hem baskı ve ayrımcılık karşıtı uygulamaları, hem eğitimi içeren modellerin tamamını kapsamaktadır. Ruh sağlığı alanında hizmet geliştirmek,

- Risk altındaki grupların ruh sağlığının korunması,
- Ruhsal hastalıkların önlenmesi,
- Rehabilitasyon hizmetlerinin planlanması,
- Hizmetlerin sunumunu içerir.

Hizmet geliştirilirken önemli olan savunmasız ve korunmaya muhtaç risk gruplarına yönelik hizmet modellerinin öncelikli olarak üretilmesi, yaygınlaştırılması önemlidir.

### **SOSYAL POLİTİKA ANALİZİ**

Sosyal hizmet uzmanları toplumsal düzey rollerini yerine getirirken, uygulamalarını yaparken öncelikli olarak sosyal politika analizi yapmalıdırlar. Ruh sağlığı alanında sosyal politika analizi yaparken de büyük bir harita çıkarılması gerekir. Bu haritanın içerisinde;

- Bu alanda karşılaşılan müracaatçı grupları,
- Her bir müracaatçı grubunun özelliğinin ve ihtiyacının belirlenmesi,

- Her bir müracaatçı grubunun hangi sistemler ile ilişkide olduğu,
- Her bir müracaatçı grubuna yönelik hangi hizmet modellerinin yer aldığı
- Var olan hizmet modellerinin etkililik ve verimlilik değerlendirmesinin yapılması,
- Sahip olunan ihtiyaç ve özelliklere göre yeni model önerilerinin geliştirilmesi ve bu modelin uygulanması için yerel kalkınma, sosyal planlama, sosyal eylem modellerinin kullanılması gerekmektedir.

### **KRİZ KAVRAMI**

Kriz, bir durum veya olayın kişinin mevcut kaynak ve baş etme mekanizmalarını aşan dayanılması güç bir zorluk olarak algılanması veya tecrübe edilmesidir [1].

### **KRİZ MÜDAHALESİNİN TARİHSEL GELİŞİMİ VE KURAMSAL TEMELLERİ**

Formal kriz kuramları psikiyatri, psikoloji ve sosyoloji alanlarında gelişmiştir [8] ve kuramsal olarak kriz müdahalesi psikodinamik perspektifin ego psikolojisi elementlerini kullanmaktadır [7]. Bu bağlamda, psikoanalitik kuramın tarihsel olarak kriz kuramı üzerinde etkileri olduğunu söylemek mümkündür. Psikiyatrist Eric Lindemann ve Gerald Caplan bugünkü bilinen şekliyle kriz müdahalesinin en iyi bilinen kurucularıdır.

### **KRİZ TÜRLERİ VE KRİZİN AŞAMALARI**

Kriz kuramını geniş ve kapsamlı bir şekilde ele alan Baldwin kriz ve krize karşı mücadeleyi altı bölümde incelemiştir:

1. Durumsal krizler: Aileye ait bir sorun söz konusudur. Müdahale duygusal seviyeden sosyale kayar.
2. Yaşamsal Krizler: Emeklilik, evlilik ve çocuk sahibi olma gibi değişimlerden kaynaklanır. Müdahale destekleyici ve yeni duruma uyum konusuna rehberlik şeklindedir.
3. Travmatik yaşam deneyimlerinden kaynaklanan krizler: Kontrol edilemeyen ve duygusal olarak üstesinden gelinemeyen, ani ve acı veren olaylardır (ani ölümler, ani iş kayıpları, tecavüze uğrama gibi). Müdahale destekleme, mevcut uyum kaynaklarını harekete geçirme ve yeni uyum yolları öğrenme şeklinde yürütülür.
4. Gelişimsel krizler: Bağımlılık, değer çatışmaları, cinsel kimlik bocalamaları, otorite ile sorunlar gelişimsel krizler arasında sayılabilir. Uzun dönemli tedaviyi gerektirir.
5. Bir psikopatolojinin sonucu olan krizler: Şiddetli nevrozlar, kişilik bozuklukları, sınır kişilik (borderline) sonucu oluşan krizler bu krizlere örnektir. Müdahalede gerginlik yatıştırılır. Sorunla mümkün en iyi çözüm yolları üzerinde durulur. Birey için uzun tedavi programı hazırlanır.
6. Psikiyatrik aciller: Krize yol açan durumun tanımı hızla yapılır, gerekli müdahale ve tedavi planlanır. Psikozlar, organik beyin sendromları burada yer alır [10].

### **KRİZ MÜDAHALESİNİN KAPSAMI VE KRİZ MÜDAHALESİ MODELLERİ**

Kriz müdahalesi, müracaatçı sistemlerini eski işlevselliklerinin tekrar kazandırılmasına yaptığı çabuk, aktif ve yönlendirici vurgusuyla temel bir yaklaşımdır [12]. Kriz müdahalesinde gelişen olaylara verilen duygusal yanıtlar ve bunlar üzerinde rasyonel olarak nasıl denetim sağlandığı üzerinde odaklanmaktadır ve kişilerin yaşamlarında karşılaştıkları sorunlar ile baş etme kapasitelerinin iyileştirilmesi denmektedir [7]. Turan, kriz tedavisi yaklaşımında kullanılan dört değişik modelden bahsetmektedir. Bunlardan bazıları kişi, bazıları ise aile sistemi ve sosyal çevre üzerine odaklanmaktadır.

- Birey odaklı tedavi modeli: Amacı kişi üzerinde psikolojik baskı yapan faktörleri hafifletmek ve kişinin bastırmaya çalıştığı duyguları anlatarak rahatlamasını sağlamak
- Kısa süreli tedavi modeli: Bu model kişinin geçmişteki olumsuz deneyimleriyle ilgili, bastırılmış olduğu bir üzüntü ya da psikolojik sarsıntının yeni bir baskı sonucu harekete geçmesi halinde kişiyi bu duyguları hakkında bilinçlendirerek yeni sorun çözme yollarını bulmasına yardım etmek şeklinde uygulanır.
- Baskı odaklı tedavi modeli: Yakın sevgi objesini kaybetme durumunda öfke, korku, suçluluk gibi duyguların kontrol edilebilmesi için kişiye yeni rol ve beceriler kazandırılması amacıyla rol yapma tekniği kullanılarak uygulanır.
- Sistem odaklı model: Bu modelde sosyal çevrenin sorunun oluşması ve giderilmesinde etkili olduğu kabul edilir ve sosyal çevreye yapay aile adı verilir. Bireyin bunalımdan kurtulmasında aile ilişkilerindeki yapıcılık ve istikrar öğeleri ön planda tutulur [2]. Leitner (1974) ve Belkin (1984) tarafından ise üç farklı temel kriz müdahalesi modeli tanımlanmıştır. Bunlar:
  - **Denge modeli:** Önceden sahip olunan denge durumunun tekrar kazanılması
  - **Bilişsel model:** İnsanların kriz olayları veya durumları ile ilgili farkındalıkları ve bakış açılarının değiştirilmesine yardım edilmesi
  - **Psikososyal geçiş modeli:** Daha bütüncül ve biyopsikososyal bir yaklaşım sunar. Krizler iç ve dış kaynaklı olabilir [3]. ABC Modeli ise Kristi Kanel (1999) tarafından ortaya konulmuştur. Bu model hem durumsal hem gelişimsel kriz durumlarına uygulanabilir. Buna göre önemli olan nokta

müracaatçının krize yönelik algılayışıdır. Odak noktası bundan dolayı müracaatçının stres yaratan duruma yönelik algısını değiştirmek ve üzüntü kaynağı duyguların hafifletilmesi ve etkili bir baş etmenin yerleştirilmesi sağlanır. Bu modelin formülasyonu aşağıdaki şekildedir. Kriz müdahalesi sürecinin anlaşılması formülü Öncül olay > algı > öznel sıkıntı > işlevselliğin azalması İşlevselliğin arttırılması formülü Alginın değiştirilmesi > öznel sıkıntının azaltılması > işlevsellik ve baş etmede artış [15].

### **KRİZ MÜDAHALESİNİN AŞAMALARI**

Roberts (1991) kriz müdahalesi boyunca izlenecek aşamaları tanımlamaktadır. Bunlar;

- Riskin ve müracaatçı ile diğerlerinin güvenliğinin değerlendirilmesi,
- Müracaatçı ile uyum ve uygun iletişimin kurulması,
- Temel problemlerin tanımlanması,
- Duyguları ele alma ve destek sağlama,
- Olası alternatiflerin ortaya çıkarılması,
- Bir eylem planının formüle edilmesi,
- Devam desteğinin sunulması [16]. Kriz müdahalesi kapsamında izlenecek yol aşağıda daha detaylı bir şekilde sunulmaktadır. Bu çerçevede toplam dokuz aşama sunulmaktadır [5].

**Adım 1. Hızlı bir şekilde yapıcı bir ilişkinin kurulması:** Samimiyet, saygı ve müracaatçının duygu ve durumlarına duyarlılık, aktif dinleme, güven koşulsuz olumlu bakış gibi noktalar temeldir.

**Adım 2. Acı içeren duygu ve hislerin ifade edilmesinin cesaretlendirilmesi ve edinilmesi:** Öfke, hayal kırıklığı, kriz ile ilgili ve geçmiş ile bağlantının kurulabileceği diğer duygular ana odaklanma noktalarıdır. Bu aşamada kriz içerisindeki kişi/aile için olayın ne anlam taşıdığı, günlük yaşamında neleri değiştirdiği ve hangi yönlerden olumsuz etkileri olduğu öğrenilmelidir. Özellikle bunalıma bağlı olarak ortaya çıkan korku, endişe, yetersizlik, güvensizlik gibi duyguların aktarılmasında başvurana yardımcı olma bu amaca hizmet eder. Kriz müdahalesinde ilk aşama müracaatçı sisteminin içinde bulunduğu durumun değerlendirildiği aşamadır. Bu amaçla şu sorular sorulur;

- Müracaatçı sosyal hizmet uzmanına ne için gelmiştir?
- Müracaatçı, içinde bulunduğu durumu nasıl algılamaktadır?
- Şu an ve gelecek hakkında duygu ve düşünceleri nelerdir?
- Müracaatçının çevresinde destek alabileceği kişiler var mıdır?
- Müracaatçı daha önce benzer problemleri nasıl çözmüştür? • Müracaatçı intihar girişiminde bulunabilir mi?

**Adım 3. Öncül olayların görüşülmesi:** Krizin ne zaman ve nasıl ortaya çıktığı, katkı veren durumların ve müracaatçının incelenmesi. Bu aşamada müracaatçı sorunu ve beklentileri hakkında görüşünü belirtir, uzman da kendi görüşünü ortaya koyar ve ortak çözüm için nasıl bir yolun izleneceğine karar verilir.

**Adım 4. Güçlü yanlar ve ihtiyaçların değerlendirilmesi:** Değerlendirme hemen başlar ve tüm süreç boyunca devam eder. Güçlü yanlar ve ihtiyaçlar mevcut kriz ile ilgilidir ve kendine sayının geliştirilmesi ve motivasyonun arttırılmasına yöneliktir. Zira kriz müdahalesinde, tedavinin yapısı öncelikli olarak terapist ile olan ilişki üzerine temellenmemektedir. Daha ziyade müracaatçının üstesinden gelme ve duruma hâkim olma duygusunu yeniden kazanma konusunda kendini bir nevi riske atmaya hazır olmasına dayanmaktadır.

- Bireye yardım onun içinde bulunduğu kriz durumunun anlaşılmasını gerektirir.
- Müracaatçının içinde bulunduğu durumla ilgili duygularını keşfetmesi ve açıkça ifade etmesi gerekir.
- Kriz durumundaki bireylerin baş etme mekanizmalarını keşfetmek ve ortaya çıkarmak gerekir.
- Sosyal dünyaya yeniden açılmasının gerçekleşmesi gerekir.

**Adım 5. Dinamik bir açıklamanın formüle edilmesi:** Krizin anlamı ve algılanması. Kriz içerisindeki birey, kriz durumunun doğasına ve bilhassa problem çözme çıkmazına yönelik bir farkındalık kazanması konusunda yardım edildiğinde, tercih ve seçeneklere sahip olduğunu anlamaya ve kendi davranışından tekrar sorumluluk duymaya başlayabilecektir. Problem çözmeye dair bu engel ortadan kaldırıldığında, terapötik hareket ve gelişim ortaya çıkacaktır.

**Adım 6. Bilişsel işlevselliğin geri kazandırılması:** Müracaatçının krizin çözülmesi için alternatiflerin belirlenmesine yardım edilmesi

**Adım 7. Tedavinin planlanması ve uygulanması:** Müracaatçının kısa ve uzun dönem hedef, amaç ve öncelikler doğrultusunda atılacak adımları formüle etmesinde yardımcı olunması, müracaatçının aktif katılımı önemlidir. Çözüm yollarının son kez ele alındığı, nasıl uygulanacağını belirlendiği, hangi kişi, kurum, hizmet ve kaynaklardan yararlanılacağını tespit edildiği, tamamlanması gereken formalitelerin değerlendirildiği ve planlı bir şekilde gerçekleştirildiği aşamadır.

**Adım 8. Sonlandırma:** Sonlandırma ideal olarak müracaatçının kriz öncesi işlevsellik düzeyine ulaşılması ile gerçekleşir. Uzman, müracaatçı ile birlikte öncül olaylar, yanıtlar, gelecekte uygulanabilecek yeni öğrenilmiş baş etme becerilerini gözden geçirir.

**Adım 9. İzleme:** Müracaatçı ve/veya havale yapılan kaynaklar ile önceden belirlenen tarihlerde ileriki dönemde temas sürdürülebilir. Bu müracaatçının çalışmayı sürdürmesi ve yalnız kalmadıklarının

gösterilmesi açısından önemlidir.

### **Müdahalede Göz Önünde Bulundurulması Gerekenler**

Kısa dönem kriz müdahalesinde dikkat edilmesi gereken birtakım hususlar bulunmaktadır.

- Kriz müdahalesinin zaman bakımından sınırlı, aktif ve yönlendirici bir müdahale olduğu unutulmamalıdır.
- Müracaatçının yardım arama davranışını güçlendirecek bir ilişki kurma, müracaatçının destek ve değişim için istekli olduğunun kabul edilmesi, açık görüş alışverişine davet edilmesi ve sorumluluk ve olaya dahil olduğu mesajının iletilmesi, emniyet ve güven çok önemlidir.
- Problemin durumun değerlendirilmesi yoluyla tanımlanması, kriz durumuyla ilgili olduğu için geçmiş olayların anlaşılması, güçlü yanlar ve ihtiyaçların belirlenmesi ve önceden sahip olunan baş etme becerilerinin incelenmesi
- Krizin ciddiyetinin değerlendirilmesi ve tehlike riskinin (intihar, cinayet, çocuk istismarı, madde kullanımı, şiddet davranışı) değerlendirilerek müracaatçının emniyetinin temin edilmesi
- Problem tespit edildikten sonra aşağıdaki sorular sorulabilir:
- Kısa dönem mi uzun dönem mi?
- Yapıcı mı? Müracaatçının gelişimi için iyi mi?
- Yeni bir sorun mu yoksa kronik mi?
- Müracaatçının yaşamı üzerinde gerçekten ne gibi etkileri vardır?
- Müracaatçı nasıl hissediyor?
- Müracaatçı duygularına yönelik sahiplik ve kontrol almalıdır.
- Müracaatçının geçmişte benzer durumlar ile nasıl baş ettiğinin incelenmesi, Kişinin güçlü yanları, kendine destek sağlama potansiyelinin belirlenmesi, sorumluluğun müracaatçıya verilmesi, somut bir eylem planı geliştirilmesi, havale diğer kaynakların önerilmesi, tüm sürecin son aşamada gözden geçirilmesi. Golan (1978) kuramın ana noktalarını şu şekilde çizmektedir:
- Her kişi, grup ve örgüt krizler yaşar.
- Riskli/zarara yol açabilecek olaylar temel sorunlardır veya krizin ortaya çıkmasına neden olan zorluklar dizisidir.
- Bu olayların önceden bilinmesi mümkündür (ergenlik, evlilik, taşınma gibi) veya tahmin edilemezler (ölüm, boşanma, işten çıkarılma, doğal afetler).
- İnsanların denge durumunu kaybetmesine neden olacak bu olaylar meydana geldiğinde hassas durumlar olur.
- Denge kayb olduğunda, sorunlarla alışageldik yollarla baş edilmeye çalışılır. Bunda başarısız olunması halinde yeni problem çözme yöntemleri denir.
- Başarısızlık durumunda stres ve baskı ortaya çıkar.
- Çözülmemiş sorunun hazırlayıcısı olarak görülen unsur uzmana ilk düzensizlik hali için sunulan temel durum olarak görülebilir; fakat bunlar kriz değil sadece dizilimdeki bir noktadır.
- Geçmiş sorunlar ne kadar başarılı bir şekilde baş edilmiş ise, o kadar çok problem çözme stratejisi var olur.
- Tüm krizlere 6-8 hafta içerisinde bir çözüm bulunur
- Kriz durumundaki bireyler bu durumda olmayanlara oranla yardıma daha açıktır. Bu yüzden krizdeki müdahale diğer zamanlardaki müdahaleden daha başarılıdır.
- Kriz döneminde öğrenilen etkili problem çözme gelecekte olacak baş etme kapasitesini geliştirir.

### **ULUSAL RUH SAĞLIĞI EYLEM PLANI**

Ruhsal bozuklukların tüm dünya da belirgin bir hastalık yükü oluşturması ve ruh sağlığı ile ilgili düzenlemelerin yapılabilmesi için pek çok farklı sektörün katılımının gerekmesi sebebiyle, Dünya Sağlık Örgütü ülkelere ruh sağlığı politikası oluşturup eylem planları ve programlarını hayata geçirmeyi önermektedir. Ülkemizde DSÖ'nün bu önerisi kapsamında Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı oluşturulmuştur. DSÖ Avrupa ülkeleri için bir ruh sağlığı eylem planı açıklamıştır. Bu eylem planının ana başlıkları aşağıda özetlenmiştir:

- Bütün bireyler için ruh sağlığını geliştirmek,
- Halk sağlığı politikalarının ruh sağlığı hizmetlerine etkisini dikkate almak,
- Damgalama ve ayrımcılıkla mücadele etmek,
- Riskli yaşam evrelerine özgü aktiviteler geliştirmek,
- İntiharı ve ruh sağlığı sorunlarını önlemek,
- Ruh sağlığı sorunları için iyi bir birinci basamak bakımına erişimi sağlamak,
- Ağır ruhsal hastalığı olanlar için toplum temelli hizmetlerle etkin bakım sunmak,
- Sektörler arasında işbirliği kurmak,
- Yeterli ve yetkin işgücü oluşturmak,
- Ruh sağlığının durumu ve ihtiyaçları ile ilgili yeterli bilgi temin etmek,
- Yeterli ve kayda değer miktarda maddi kaynak sağlamak,
- Etkinliği değerlendirmek ve yeni bulgular elde etmek için çalışmalarını desteklemek.

Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı hazırlanırken Sağlık Bakanlığı'nın 2006 yılında yayınladığı Ulusal Ruh Sağlığı Politika Metni esas alınmıştır. Bu Eylem Planı'nın amacı; merkeze bireylerin ihtiyacını alan ruh sağlığı hizmetlerinin uygun yöntemle yeterli bir biçimde verilmesini sağlayan bir hizmet ağının kurulmasıdır. Bu kapsamda amaçlar ortaya konarak hedef ve stratejiler belirlenmiştir. Ruh Sağlığı Sistemleri Dünyada ruh sağlığı alanında üç farklı hizmet modeli bulunmaktadır:

- Hastane temelli model
- Toplum- hastane denge modeli
- Toplum temelli model Hastane temelli model 1800'lü yıllardan 1960'lı yıllara kadar dünyada yaygın olarak kullanılan en eski ve geleneksel olan modeldir. Bu dönemde çok sayıda büyük psikiyatri hastaneleri kurulmuştur. Toplum-hastane denge modeli Ülkemizin sağlık sistemi, sosyo-ekonomik koşulları göz önüne alındığında ve eksik olan yetişmiş insan gücünün tamamlanmasının onlarca yıl alacağı hesaplandığında en ideal modelin toplum-hastane denge modeli olduğu görülmektedir. Toplum temelli ruh sağlığı hizmetleri İtalya'da ruh sağlığı reformuyla 1961 yılında başlamış ve son 30 yılda Avrupa ülkelerinin hemen hepsinde uygulamaya geçmiştir. İtalya'da başlayan değişim, diğer Batı Avrupa ülkelerinde de kısa süre sonra başlamış ve tamamlanmıştır. Toplum temelli ruh sağlığı modeli, modern Batı ülkelerinin sağlık hizmetlerindeki temel unsurlardan biridir. DSÖ'nün de tavsiye ettiği modeldir. Bu modelde ülke 100-300 bin nüfustan oluşan coğrafi alanlara bölünür ve her alan için bir toplum ruh sağlığı merkezi kurulması planlanır. Bakanlığımız tarafından 2006 yılında hazırlanan ulusal ruh sağlığı politika metninde toplum temelli modele geçiş tavsiye edilmiş ve bakanlığımız ruh sağlığı politikasında hastane temelli modelden toplum temelli modele geçme kararı almıştır. Bu modelin ilk basamağı olarak da Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri (TRSM) açma kararı Sağlık Bakanlığı tarafından Nisan 2009'da alınmış ve pilot çalışmaların sonuçları değerlendirilerek ilgili yönerge Şubat 2011'de yayınlanmış ve uygulaması başlamıştır.

### **TOPLUM RUH SAĞLIĞI MERKEZLERİ HAKKINDA YÖNERGE**

#### **Amaç**

Ağır ruhsal bozukluğu (şizofreni ve benzeri psikotik bozukluklar ve duygudurum bozuklukları gibi kronik ruhsal hastalıklar) olan hastalara, toplum temelli ruh sağlığı modeli çerçevesinde psikososyal destek hizmetlerinin verilmesi, takip ve tedavilerinin gerektiğinde yaşadıkları ortamda sunulabilmesi için toplum ruh sağlığı merkezlerinin kurulması.

#### **Merkezin Kurulması ve Tescil İşlemleri**

Merkezlerin, bağlı olarak kurulacağı sağlık tesisleri, hizmet vereceği bölge ve kurulacak merkez sayısı, hizmet vereceği nüfusun demografik yapısı ve epidemiyolojik özellikleri dikkate alınarak Bakanlıkça belirlenir. Merkezin Fizikî Koşulları Araç ve Gereç Asgarî Standardı Merkezin kullanımına tahsis edilecek bina; tercihen müstakil, en az 300m2 toplam kapalı alana sahip ve toplu

taşıma araçlarıyla kolay ulaşılabilir, merkezi yerlerde seçilir. Çok katlı binalarda zemin veya zemin katla birlikte birinci katlar kullanılır.

### **Merkeze Personel Seçimi ve Görevlendirme**

Merkezde ruh sağlığı ve hastalıkları uzmanı, sosyal çalışmacı, psikolog, hemşire, şoför, iş uğraş terapisti ve/veya usta öğretici, tıbbi sekreter, idari ve teknik personel, temizlik elemanı, güvenlik görevlisi görevlendirilir.

### **Merkezdeki Hizmetin Kapsamı**

Ağır ruhsal bozukluğu bulunan hastalara ait kayıtların tutulması, kayıtlı hastaların toplumla bütünleşmesini hedef alan rehabilitasyon, psikososyal beceri kazandırma ve desteklemeye ilişkin çalışmaların yapılması, hastalık durumlarının değerlendirilip tedavi edilmesi ve izlenmesi, topluma, hasta yakınlarına, sağlık personeline ağır ruhsal bozukluklar alanında eğitim verilmesi esastır.

Merkezin Çalışma Esasları Merkez, ağır ruhsal bozukluğu olan hastalara sunulan ruh sağlığı hizmetini bir bütün olarak değerlendirmek ve bu kişilerin hizmetten en iyi şekilde yararlanması için her türlü önlemi almak, bağlı olduğu sağlık tesisi ve diğer ilgili kuruluşlarla koordinasyon ve işbirliği içerisinde çalışmak, sonuçlarını izlemek ve değerlendirmekle yükümlüdür. Merkez hastaların özelliklerine uygun psikososyal destek programları geliştirerek rehabilitasyon sürecinin devamını sağlar. Merkezin Diğer Kurum ve Kuruluşlarla İşbirliği Merkezler, toplum temelli ruh sağlığı hizmetlerinin etkin bir şekilde sunulabilmesi için; Milli Eğitim Bakanlığı, Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu, emniyet müdürlükleri, Türkiye İş Kurumu ve gönüllü sivil toplum kuruluşları ile işbirliği yapabilir.

### **MADDE BAĞIMLILIĞI TEDAVİ MERKEZLERİ YÖNETMELİĞİ**

Madde bağımlılığı tedavisinin uzun süreli ve daimi olması gerekmektedir. Hastane merkezli tedavi modelinde tedavisi sağlanan çoğu olgu eve döndüğünde tedavi programına devam edememekte, bu da başarıyı çok düşürmektedir. Tüm dünyada hastanelerde hizmet verme yerine toplum temelli müdahale merkezleri modeline geçiş artmaktadır. Bunun en önemli nedenleri:

- Tedaviye ulaşımın kolay olması,
- Tedavinin sürekliliğinin sağlanması,
- Yerel güçlerin işbirliğinin ve iletişiminin sağlanması,
- Çevresel faktörlere müdahalenin daha kolay olmasıdır.

### **Madde Bağımlılığı Tedavi Usulleri**

- **A tipi uygulama:** Yatarak ve ayakta tedavinin yapıldığı, yüksek bağımlılık potansiyeli taşıyan ilaç ve diğer maddeler ile yapılan detoksifikasyon usulüdür.
- **B tipi uygulama:** Kamuya bağlı madde bağımlılığı tedavi merkezlerince yüksek bağımlılık potansiyeli taşıyan ilaç kullanıma yönelik adlarına rapor düzenlenen hastalar ile yüksek bağımlılık potansiyeli taşıyan ilaç kullanılmaksızın ayaktan yapılan detoksifikasyon ile yerine koyma tedavisi usulüdür.
- **C tipi uygulama:** Detoksifikasyon sonrası ayakta ve/veya yatarak, ilaçlı ve/veya ilaçsız psikososyal tedavileri içeren, kişinin sosyal açıdan düzelmesini hedefleyen, tüm tedaviler ve rehabilitasyon programlarıdır.

### **RUH SAĞLIĞI HASTALARININ SEVK VE TAKİPLERİ GENELGESİ**

Dünyanın birçok ülkesinde, ruh sağlığı hizmetlerinin yürütülmesinde pratisyen hekimler ve birinci basamak sağlık çalışanları temel kaynak olarak görülmektedir. Sağlık Bakanlığı'nca yürütülmekte olan ruh sağlığı hizmetlerinin geliştirilmesi çalışmalarının bir bölümü olarak ruh hastalarının buldukları yerlerde tedavi ve kontrollerinin yapılmasını sağlamak, mümkün olmadığı takdirde ise bu konuda özel dal hastanelerine sevkleri ve hastaneden çıkışlarında ayaktan takipleri konusunda yeniden düzenleme yapılması ihtiyacı doğmuştur. Bu kapsamda aşağıda yer alan maddeler belirlenmiştir:

- Ruhsal problemi bulunan hastaların öncelikle kendi illerinde teşhis, tedavi ve rehabilitasyonları sağlanacaktır.
- Sevkinde zorunluluk görülen hastaların buldukları illerden bölge hastanelerine sevklerinde iller öncelikle kendi bölge hastanelerine hasta sevk ederek gereksiz sevkleri ve yığılmaları engelleyeceklerdir.
- Sevk edilen hastalarla ilgili olarak, il müdürlüklerince takiplerin yapılacağı ilgili sağlık kuruluşlarının listesi önceden bölge hastanelerine bildirilecek; il müdürlüğü ile konuyla ilgili bilgi akışı kesintisiz olarak sağlanacak ve takibin yapılacağı sağlık ocağı, hastane mutlak suretle formda belirtilecektir.

Ruh Sağlığı Bozuk Olan Şahıslarla İlgili Olarak Dikkate Alınması Gereken Mevzuat Türk Medeni Kanunu 405. maddesinde "Akıl hastalığı veya akıl zayıflığı sebebiyle işlerini göremeyen veya korunması ve bakımı için kendisine sürekli yardım gereken ya da başkalarının güvenliğini tehlikeye sokan her erginin kısıtlanacağı (vesayet altına alınacağı); görevlerini yaparlarken vesayet altına alınmayı gerekli kılan bir durumun varlığını öğrenen idarî makamların, bu durumu hemen yetkili vesayet makamına bildirmek zorunda oldukları" hükme bağlanmıştır.

### **DİSİPLİNLER ARASI ÇALIŞMANIN TANIMI**

Önceden belirlenmiş amaçlara/hedeflere ulaşmak için bir araya gelmiş, birlikte hareket eden, iki ya da daha fazla kişinin oluşturduğu disiplinlerarası çalışma, diğer sağlık disiplinlerinde olduğu gibi ruh sağlığı hizmetlerinde de önemli bir yere sahiptir. Disiplinlerarası çalışmada yer alması gereken özellikler şu şekilde sıralanabilir: Ortak amaç; her disiplinlerarası çalışmanın kendine özel amaç ve misyonu bulunmalıdır. Karşılıklı bağlılık; disiplinlerarası çalışmada üyelerin bir araya gelmeleri, yardımlaşma ve düzenli olarak etkileşim halinde olmaları açısından önemli yere sahiptir. Ortak norm ve davranış ilkeleri; her ekip üyesinin disiplinlerarası çalışmada belirli bir rolü bulunmaktadır. Ekip üyeleri, kendi geliştirdikleri norm ve ilkelere göre bu rolleri yerine getirmeye çalışmalıdırlar. İşbirlikçilik; disiplinlerarası çalışmada ekip üyeleri, amaçlar doğrultusunda işbirliği içerisinde oldukları sürece ekip haline gelebilmektedirler. Tamamlayıcı yetenekler; ekibin amaca ulaşabilmesi için üyelerinin sahip olması gereken fonksiyonel yetenekleri, karar verme becerisi ve sosyal kabiliyetlerini kapsamaktadır.

### **Disiplinlerarası Çalışma Süreci**

Disiplinlerarası çalışmada ekip üyelerinin hangi yönde ve nasıl davranacaklarını belirleyebilmek için sürecin büyük bir önemi bulunmaktadır. Bu bağlamda ekibin sürecinde aşağıdaki basamaklar yer almalıdır: İletişim; disiplinlerarası çalışmada birden fazla insanın bir araya gelerek amaca ulaşabilmesi için ekip üyelerinin düşüncelerini, duygularını, sahip oldukları bilgi ve becerileri birbirleri arasında paylaşmaları gerekmektedir. Çatışma; disiplinlerarası çalışmada bireyler arasında rekabet anlamına gelen çatışma, yarı seviyesinde kaldığı sürece ekibe yararlı olabilmektedir. Bunun yanı sıra ileri gidildiği takdirde sağlıklı bilgi alışverişini engelleyerek ekibi zedeleyebilmektedir. Karar verme; disiplinlerarası çalışmada, her üyenin sorumluluk üstlenmesi, kendi başına karar verip, uygulama yapabilmesi için serbest bir alanı olmalıdır. Liderlik; öğrenme ve moral düzeyini arttırarak, daha iyi fikirler üretmek amacıyla yola çıkan liderin temel görevi, ekip üyeleri arasında karşılıklı etkileşim gücüne, ortak bir vizyona, güçlü bir paylaşım ve yardımlaşma duygusuna sahip olarak çalışmayı teşvik etmek olmalıdır.

### **Disiplinlerarası Çalışmanın Oluşum Aşamaları**

Disiplinlerarası çalışmada farklı meslek gruplarının ekip haline gelebilmesi zaman zamanın yanı sıra grup üyeleri arasında ciddi anlamda etkileşim gerektirmektedir. Disiplinlerarası çalışmanın oluşum aşamaları aşağıdaki şekilde sıralanmıştır: Bilgi edinme; ekip üyeleri, bu aşamada disiplinlerarası çalıştığı üyeler hakkında bilgi edinmeye çalışmalıdır. Oluşturma; bu aşama, ekip üyelerinin tanışma aşamasıdır. Ekip üyeleri ekibin amaç ve hedeflerini tartışıp anlamaya çalışmalıdır. Standart belirleme; ekip üyeleri bu aşamada, ekibin çalışma yöntemlerinin neler olduğunu kararlaştırmalıdır. Ekip üyeleri arasında ekip ruhunu oluşturmak için, üyelerin rolleri tanımlanarak ekip içerisindeki prensip, kural ve normlar belirlenmelidir. Uygulama; ekip içinde meslek grupları rollerinin neler olduğunu bilip neyi nasıl yapacaklarını bildikleri takdirde işbirliği ve verim içinde performanslarını sürdürebilirler.

### **Disiplinlerarası Çalışmanın Başarısı**

Disiplinlerarası çalışmasının başarısında rol oynayan faktörler şu şekilde sıralanabilir: Amaç odaklılık; disiplinlerarası çalışmada ekip üyeleri, bilgi ve fikir paylaşımına açık olarak amaca ulaşmak için ortak görev ve sorumluluklara sahip olmalıdırlar. Doğru üyelerden oluşma; disiplinlerarası çalışmanın amaçlarına uygun doğru yetenek ve beceriye sahip ekip üyelerine sahip olmak başarıyı büyük ölçüde etkilemektedir. Konu üzerinde çalışacak yeterli zamana sahip olma; disiplinlerarası çalışmada önemli olan soruna en kısa sürede çözüm bulunması değil, uzun sürede de olsa doğru çözümün bulunabilmesidir. Etkili bir iletişim; disiplinlerarası çalışmada ekip üyeleri karar verirken, plan yaparken, sorun çözerken kısacası her aşamada kendi içinde ve diğer birimlerle karşılıklı iletişim halinde olmalıdırlar. Bilgi sahibi olma; disiplinlerarası çalışmada ekip üyeleri kaynaklara ulaşma konusunda bilgili olmasının yanı sıra problem çözme yöntemleri konusunda da becerikli olmalıdır. Güven ve saygı ortamı; ekip üyelerinin birbirlerine saygı ve güven duymaları disiplinlerarası çalışmanın verimini ve işlerliğini arttıracaktır. Motivasyon; ekip üyelerini kurumsal amaçlara inandırıcı, yaklaşımcı ve özendirici nitelikte yapılan tüm uğraş ve eylemler olarak tanımlanmaktadır. Ödül sistemi, ekip başarısını artıran önemli bir motivasyon aracıdır. Uyum; ekip üyeleri arasında bilgi, beceri, kişilik ve deneyim farklılıklarının olması doğaldır. Bu farklı yeteneklere sahip üyelerin birlik halinde hareket etmesini sağlayacak şekilde birleşip bütünleşmesi uyum

kavramının temelini oluşturmaktadır.

## **DİSİPLİNLER ARASI ÇALIŞMADA FARKLI YAKLAŞIMLAR**

### **Disiplinlerarası Çalışmanın Olumlu Özellikleri**

Disiplinlerarası çalışmasının bireye, yönetime ve ekibe sağladığı olumlu özellikler olmak üzere üç başlık altında toplanmaktadır.

#### **Bireye sağladığı olumlu özellikler**

Disiplinlerarası çalışmada, yetki ve sorumluluklar paylaşılarak üyelerin ekip içerisinde verimliliği artmaktadır.

#### **Yönetime sağladığı olumlu özellikler**

Performansta artma, üretkenlikte artma, sistem anlayışı sağlama ve ortak amaçlar etrafında yoğunlaşma gibi birçok faktör disiplinlerarası çalışmanın yönetime sağladığı olumlu özellikler arasında sayılabilmektedir

#### **Ekibe sağladığı olumlu özellikler**

Disiplinlerarası çalışma ile verimlilik artarak maliyet azalır, rekabet gücü artar, ekip süreci iyileşerek hatalar azalır ve ekip üyelerinin ekip ile özdeşleşmesi kolaylaşmaktadır.

#### **Disiplinlerarası Çalışmayı Olumlu Etkileyen Faktörler**

Disiplinlerarası çalışmayı olumlu etkileyen çeşitli faktörler bulunmaktadır. Bunları şu şekilde sıralayabiliriz:

- Ekip üyelerinin kendi rollerinin yanında diğer üyelerin rollerini de anlayıp kabullenmesi,
- Ekibin amaçlarının belirlenerek üyelerin bu amaca yönelmesi,
- Motivasyonun sağlanması,
- Ekip içinde sorunun çözümünde ortak kararlar alınması disiplinlerarası çalışmayı olumlu yönde etkileyen faktörler arasında sıralanabilir.

#### **Disiplinlerarası Çalışmayı Olumsuz Etkileyen Faktörler**

Disiplinlerarası çalışmanın faydaları fazla olmasına rağmen bireyden, ekipten, yöneticiden kaynaklanan bazı faktörler sebebiyle disiplinlerarası çalışma, olumsuz etkilenebilmektedir. Bireyden kaynaklanan olumsuz faktörler Bazı durumlarda disiplinlerarası çalışmada üyelerin kişilik yapısı ekip çalışması için uygun olamayabilir.

#### **Ekipten kaynaklanan olumsuz faktörler**

Ekipten kaynaklanan engellerin başında ekip yapısı gelmektedir. Otoriter ilişkilerin egemen olduğu, iletişimin kolay kurulamadığı, hiyerarşinin olduğu ekipler, disiplinlerarası çalışmayı engelleyebilmektedir.

#### **Yönetimden kaynaklanan olumsuz faktörler**

İş görme karar alma gibi konularda ekibe yetki vermemek disiplinlerarası çalışmayı olumsuz etkilemektedir. Bunun yanı sıra ekip en küçük bir başarısızlık karşısında cezalandırılarak da engellenebilmektedir.

## **RUH SAĞLIĞI ALANINDA DİSİPLİNLER ARASI ÇALIŞMANIN ÖNEMİ VE ÖZELLİKLERİ**

Disiplinlerarası çalışma; çeşitli uzmanlık alanlarında deneyimli, ortak sorunlar çerçevesinde iş bölümü yapmış, bilgi ve tecrübesini bağımsızca kullanabilen, sürekli birbirleri ile iletişim halinde, sorunlara ortak çözümler getiren ekip üyelerinden oluşmaktadır.

#### **Ruh Sağlığı Alanında Çalışan Kurumlar**

Ruh sağlığı, yaşamın çeşitli alanlarını ilgilendirdiğinden dolayı çok sayıda resmî ve sivil kurum bu alanda faaliyet göstermektedir. Ruh sağlığı alanındaki bu resmî ve sivil disiplinler; bireylere sosyal ve tıbbi destek sağlandığından dolayı ruh sağlığı açısından önemli bir noktayı temsil etmektedir. Ruh sağlığı alanında disiplinlerarası çalışmanın önemi şu şekilde sıralanabilir:

- Disiplinlerarası çalışmada yer alan üyelerin iş tatminini artırır.
- Kişiye verilen bakımın kalitesini artırır.
- Personelin gelişimini ve iletişimini artırır.
- Disiplinlerarası çalışma ile değişime daha hızlı cevap verilebilir.
- Ekip üyelerinde karar alma ve sorumlulukları paylaşma gibi birçok olumlu davranış gelişir.

#### **Ruh Sağlığı Alanında Disiplinlerarası Çalışmayı Etkileyen Faktörler**

Ruh sağlığı alanında disiplinlerarası çalışma bakımın kalitesi için gereklidir. İşbirliği ve dayanışma ile birlikte karşılıklı saygı ve anlayış ile istenilen sonuçların elde edilebilirliği kolaylaşmaktadır. Ruh sağlığı alanında disiplinlerarası çalışmayı etkileyen faktörler aşağıdaki şekildedir: Eğitim; sağlık çalışanları, farklı alanlarda ve birbirlerinden bağımsız eğitim almaktadırlar. Bu programların her biri sağlık disiplinlerini birbirinden ayırmaktadır. Rol belirsizliği yanlış beklentiler; disiplinlerarası çalışmada rollerin iyi belirlenmesi gerekmektedir. Aksi takdirde çalışma içinde karmaşa oluşabilmektedir. Otorite; disiplinlerarası ekip çalışmasında otorite, tüm üyelerce paylaşılmalıdır. Güç; disiplinlerarası çalışmada kendinin çok güçlü olduğunu düşünen kişi diğerini yönetip etkilemeye çalışmaktadır. Bu durum disiplinlerarası çalışmayı güç göstergesine dönüştürerek bakımın kalitesini etkilemektedir. Statü; disiplinlerarası çalışmada statü ciddi anlamda engel teşkil edebilmektedir.

Otonomi; disiplinlerarası çalışmada meslek otonomisi, bakımda sorumluluk üstlenilmesini gerektirmektedir. Kişisel özellikler; değer yargıları, yaş, cinsiyet gibi farklılıklar da meslekler arası işbirliğini ve kişiler arası ilişkileri etkileyebilmektedir.

## **RUH SAĞLIĞI ALANINDA ÇALIŞAN EKİP ÜYELERİNİN ROL VE SORUMLULUKLARI**

Ruh sağlığı alanında çalışan kişileri şöyle sıralayabiliriz:

- Ruh sağlığı ve hastalıkları uzmanı
- Pratisyen hekim/Aile hekimi
- Psikolog/Klinik Psikolog
- Hemşire/Psikiyatri hemşiresi
- Sosyal hizmet uzmanı
- Psikolojik danışmanlar

### **Ruh Sağlığı ve Hastalıkları**

Uzmanı Ruh sağlığı ve hastalıkları uzmanı; ruhsal hastalıkların belirlenmesi, önlenmesi, tedavi edilmesi ve rehabilitasyonun da uzmanlık eğitimini tamamlamış bireylerdir. Ruh sağlığı ve hastalıkları uzmanları, tıp fakültesi mezunu olması ve daha sonra ruh sağlığı alanında ihtisas yapması ile hem genel tıbbi hastalıklar hakkında bilgi sahibi olan hem de ruhsal yapıyı değerlendirme, tanı koyma ve tedavi etme bilgi ve yetkisine sahip olan kişilerdir.

### **Psikolog/Klinik psikolog**

Eğitimleri sırasında hasta görüşmesine dayalı uygulamalı klinik eğitimin yanı sıra insan davranışlarını incelemeye ağırlık verilen psikologlar sağlık alanında tanıya dayalı bireysel uygulama yapmamaktadırlar. Klinik ortamlarda psikiyatri hekimi ile birlikte ruhsal hastalıklara tanı koyulması ve tedavi hizmetleri sırasında tıbbi ekibin önemli bir parçası olarak çalışmaktadırlar. Klinik psikolog; lisans eğitimleri üzerine, sosyal bilimler alanında klinik psikoloji üzerine yüksek lisans/doktora yapmış psikologlara denilmektedir. Psikiyatri hemşiresi Psikiyatri hemşireliği; birey aile ve toplumun ruh sağlığını geliştiren, ruhsal hastalık ve acı çekme yaşantısını önleme ya da hastalıkla baş etme ve gerekirse bu yaşantılardan anlam bulmada, profesyonel bir hemşirenin yardım ettiği kişiler arası bir süreçtir. Psikoterapotik, yönetici, konsültan, hizmet içi eğitim, klinik uygulayıcı, araştırmacı, program değerlendirici, birincil bakım sağlayıcı rolleri bulunan psikiyatri hemşireliği, yüksek lisans/doktorasını yaparak uzmanlaşmış hemşirelerdir. Psikiyatri klinikleri, ruh sağlığı hizmetlerinin yürütüldüğü servisler, poliklinikler, okul, işyeri, ilgili vakıflar, bakım evleri, evde bakım hizmetleri, ayaktan tedavi üniteleri, toplum sağlığı hizmetleri, krize müdahale, hapishaneler, acil girişim üniteleri, ruh sağlığı ve hastalıkları/psikoterapi ve danışmanlık merkezleri ve benzeri ruh sağlığı hizmeti gereken alanlarda çalışabilmektedirler. Hemşire Hemşirelik; birey, aile, toplumun sağlığını ve esenliğini koruma, geliştirme, hastalık halinde iyileştirme amacına yönelik hemşirelik hizmetlerinin planlanması, örgütlenmesi, uygulanması, değerlendirilmesinden ve bu hizmetleri yerine getirecek bireylerin eğitiminden sorumlu bilim ve sanattan oluşan bir sağlık disiplindir. Nightingale'e göre hemşireliğin amacı, sağlıklı hasta bireyin çevresini düzenlemeye yardım etmek ve vücudun onarım süresini kısaltmaktır. Ruh sağlığı alanında çalışan hemşirelerde, psikiyatrik hastaların yaşam kalitesini yükseltmek için hemşirelik hizmetlerini yapan kişilerdir.

### **Sosyal Hizmet Uzmanı**

Ruh sağlığı alanında hizmet vermek için eğitim almış bireylerdir. Hastalara gündelik yaşam, barınma, eğitim alanları gibi birçok alanda destek olmaktadır. Ruh sağlığı hastalarının sosyal sorunlarının çözümü aşamasında önemli görevler almaktadırlar. Ruh sağlığı alanında ortaya çıkan sorunlar yalnızca bireyi değil, bireyin aile, iş/ okul başta olmak üzere sosyal çevresini de etkilemektedir. Bu nedenle ruh sağlığı alanında çalışan sosyal hizmet uzmanları ruhsal hastalıkların bireysel ve toplumsal etkileri ve sonuçları ile de ilgilenmektedirler.

### **Danışmanlar**

Eğitim fakültelerinin psikolojik danışmanlık ve rehberlik bölümlerinden mezun kişilerdir. Sağlık alanı dışında da başta eğitim kurumlarında olmak üzere danışmanlık ve rehberlik verme görevlerini üstlenirler. Ayrıca ruhsal hastalığı bozuk olan kişilere de yaşam sorunlarıyla daha iyi başa çıkmalarını sağlamaları için danışmanlık verirler. Birinci basamak sağlık kuruluşlarında aile hekimi, psikiyatri birimlerinde psikiyatri hekimi denetiminde çalışırlar.