

# TOPLUM RUH SAĞLIĞINDA SOSYAL HİZMET UYGULAMALARI

Hande ALBAYRAK\*

**Öz:** Bu makalede multi-disipliner yaklaşımla çalışmaların yürütüldüğü toplum ruh sağlığı alanında yer alan meslek gruplarından sosyal hizmet uzmanlarının temel yaklaşım ve uygulamalarının görünür kılınması amaçlanmıştır. Bu amaç, sosyal hizmet alanındaki literatür taramasının yanında, ruh sağlığı ile ilgili yasal düzenlemeler ve geliştirilen hizmet modelleri bağlamında derleme çalışması ile ele alınmıştır. Çalışmada, ruh sağlığı sorunlarının bireysel, sosyal, ekonomik, yapısal ve politik etkilerine ve sonuçlarına yönelik çok boyutlu çalışmalar, sosyal hizmet uzmanlarının sosyal model yaklaşımı ile irdelenmiştir. Ruh sağlığı alanındaki koruyucu, önleyici, iyileştirici, geliştirici ve güçlendirme uygulamalarında sosyal hizmet uzmanlarının rol ve sorumlulukları tartışılmıştır. Bunu yaparken toplum temelli ruh sağlığı hizmetlerinin yapılması ve bu yapılanma içerisinde sosyal hizmet uzmanlarının durumu hakkında bir çerçeve sunulmuştur. Çalışmanın sonuç bölümünde ise özellikle toplum ruh sağlığı alanında multi-disipliner çalışmalar kapsamında önerilere yer verilmiştir.

**Anahtar sözcükler:** toplum ruh sağlığı, sosyal hizmet, sosyal hizmet uygulamaları, multidisipliner çalışma

## Social Work Practice in Community Mental Health

**Abstract:** In this article, it is aimed to bring into view the basic approaches and practices of the social workers among the professionals in the field of community mental health with the multidisciplinary approach. This aim has been addressed by reviewing the social work in community mental health literature, legal regulations and developed service models. In this study, multi-dimensional studies of social workers about the individual, social, economic, structural and political effects and consequences of mental health problems are explained with the social model approach. In addition, the roles and responsibilities of social workers are discussed within the scope of protective, preventative, remedial, development and empowerment practices in the field of community mental health. In all these processes, the construction of community-based mental health services and the situation of social workers in this construction is revealed. In the conclusion part of the study, suggestions are presented within the scope of multidisciplinary studies, especially in the field of community mental health.

**Key words:** community mental health, social work, social work practice, multidisciplinary work

## Giriş

Ruh sağlığı kavramının tanımlanması, sadece birey üzerinden gidilerek değil, birey, çevresi ve toplum arasındaki uyum ve işlevsellik doğrultusunda yapılmaktadır. Örneğin Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) (2005) ruh sağlığını, bireyin kendi yetilerinin farkında olduğu, günlük yaşamın stresiyle baş edebildiği, üretken ve verimli çalışmalar yapabildiği ve topluma uyum içerisinde çeşitli katkılarda bulunabildiği bir iyilik hâli olarak tanımlamaktadır. Bir başka deyişle ruh sağlığı, insanların düşünme, kendini ifade etme, birbirleriyle etkileşim kurma, yaşamı sürdürme ve hayattan zevk alma gibi kolektif ve bireysel yapılabirliklerinin temelidir. Bu yüzden de ruh sağlığının teşviki, korunması ve iyileştirilmesi, tüm dünyadaki bireyler, topluluklar ve toplumlar için çok önemli bir mesele olarak kabul edilmelidir (DSÖ, 2018). Türkiye Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı'nda belirtildiği

üzere ruhsal rahatsızlıkların yaygınlığı gün geçtikçe artarken, ruhsal rahatsızlığa bağlı olarak sosyal, ekonomik, hukuki ve tıbbi boyutlarda yaşanan sorunların bireyler, aileler ve toplum üzerindeki etkileri de katlanmaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2011a). Toplumun hastalık yükünü de artıran ruh sağlığı sorunları, bir halk sağlığı meselesi olarak bütüncül olarak ele alınmalıdır. Ruh sağlığı sorunlarına bütüncül bir yaklaşım ise, ruh sağlığını etkileyen faktörlere odaklanmayı gerektirir. Bilinmektedir ki ruh sağlığı sadece bireylerin mikro düzeydeki yaşam alanlarından etkilenmemekte, aynı zamanda biyolojik, psikolojik, sosyal ve politik birçok faktörden etkilenmektedir. Bu faktörlerden bazıları DSÖ (2018) tarafından şiddet, sürekli sosyo-ekonomik baskılar, sosyal değişim, stresli çalışma koşulları, toplumsal cinsiyete dayalı ayrımcılık, sosyal dışlanma, sağlıklı olmayan yaşam biçimleri, fiziksel hastalıklar ve

\*Dr. Arş. Gör., Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Sosyal Hizmet Bölümü  
(ORCID No: 0000-0002-2972-9490)

Geliş Tarihi / Received: 19.02.2020

Kabul Tarihi / Accepted: 10.06.2020

insan hakları ihlalleri gibi spesifik olarak ifade edilmiştir. Bir başka deyişle eğitim, sağlık ve sosyal güvenlik, istihdam politikaları, yasalar ve gelenekler, refah düzeyi ve benzeri alanlarla etkileşimler ruh sağlığını etkileyen faktörler olarak ele alınabilir (**Kırpınar, 2003**). Tüm bu faktörler değerlendirildiğinde toplum ruh sağlığı alanında birey, aile, toplum, sosyal ve kültürel yapılar, sosyal politikalar gibi farklı düzeylerde çalışmalar yapılmasıyla bireyin iyilik hâlinin sağlanabileceği görülmelidir. Dolayısıyla ruh sağlığı alanında hastane temelli model ile sağlık hizmeti sunmak yerine, bütüncül bir bakış açısıyla koruyucu, önleyici, iyileştirici ve geliştirici bir yaklaşımla toplum temelli multi-disipliner çalışmalara odaklanılması gerekmektedir.

Toplum ruh sağlığı hizmeti sunumunun temel özelliği multi-disipliner bir ekip çalışması olmasıdır (**Thorncroft ve Tansella, 2013**). Bu multi-disipliner ekip içerisinde (yapılan çalışmalara göre değişiklikler göstermekle birlikte) temelde ruh sağlığı ve hastalıkları uzmanları, psikologlar, sosyal hizmet uzmanları ve hemşireler yer almaktadır. Sosyal hizmet, bu meslek gruplarından mesleğin kapsamı ve uygulama alanının genişliği dolayısıyla ayrılmaktadır. Bond ve arkadaşlarının da (1978) belirttiği gibi, ruh sağlığı profesyonelleri arasında ruh sağlığının çevresel etkenleriyle tarihsel olarak en fazla ilgili olanlar sosyal hizmet uzmanlarıdır. Sosyal hizmetin çevreyi kapsayan uygulamalarının temelinde göçmenlerin günlük yaşamlarını ele alan çalışmaların yapıldığı 1900'lerin başındaki "yerleşim evleri hareketi" yer almaktadır. Sosyal hizmetin bu tarihsel ideolojik yaklaşımı toplum ruh sağlığı düzenlemelerinde önemli bir rol oynamıştır (**Bond ve ark., 1978**). Sosyal hizmet uzmanları, toplum ruh sağlığı alanında birey, aile, grup, topluluk ve toplum düzeyinde ruh sağlığını etkileyen tüm faktörleri değerlendirerek çalışmalarını yönlendirirken, birçok kurum ve kuruluşla bağlantılı çalışırlar.

Sosyal hizmet; sosyal değişimi ve gelişimi, sosyal bütünleşmeyi, insanların güçlendirilmesini ve özgürleşmelerini destekleyen ve sosyal adalet, insan hakları, ortak sorumluluk ve farklılıklara saygı ilkelerini merkeze alan uygulama temelli bir meslek ve akademik disiplindir. Sosyal hizmet teorileri, beşeri bilimler, sosyal bilimler ve yerel bilgi ile desteklenen sosyal hizmet, yaşam zorluklarıyla mücadele etmek ve iyilik hâlini geliştirmek için insanlarla ve yapılarla çalışır (**IFSW ve IASSW, 2014**). Uluslararası Sosyal Hizmet Uzmanları Federasyonu (IFSW) ve Uluslararası Sosyal Hizmet Okulları Birliği (IASSW) 'nin yapmış olduğu küresel tanımında sosyal hizmetin sorunlara yaklaşımı, bilgi temelini genişliği ve uygulama düzeylerinin çok boyutluluğu öne çıkartılmıştır.

Bu çalışmada toplum ruh sağlığı alanında multi-disipliner ekibin bir üyesi olarak çalışan sosyal hizmet uzmanlarının yaklaşımları, rol ve sorumlulukları kapsamındaki uygulamalarına yer verilmesi amaçlanmıştır. Bu amaç doğrultusunda, sosyal hizmet uzmanlarının teorik yaklaşımları, çalışmaları ve Türkiye'nin ruh sağlığı politikalarında sosyal hizmet uzmanlarının durumu bağlamında değerlendirmeler yapılmıştır.

### Ruh sağlığı perspektifleri bağlamında sosyal hizmet

Sosyal hizmet; birbirine bağlı olan tarihsel, sosyo-ekonomik, kültürel, bölgesel, politik ve bireysel faktörlerin insanlığın iyiliği ve gelişiminin önünde fırsatlar ya da engeller yarattığını kabul etmektedir (**IFSW ve IASSW, 2014**). Bu bilgi, sosyal hizmetin diğer alanlarda olduğu gibi ruh sağlığı alanında da sorunlara bakış açısının bireysel ve yapısal faktörler üzerine odaklandığını ve uygulamalarını bu bağlamda şekillendirdiğini göstermektedir. Temel ruh sağlığı yaklaşımları açısından değerlendirildiğinde; günümüzde sosyal hizmetin sorunlara bakış açısındaki hâkim anlayış, sosyal modeldir. Ancak Zastrow ve Kirst-Ashman'ın (2006) belirttiği gibi sosyal hizmette 1960'lı yıllara kadar bireylerin sağlığı konusunda medikal model hakimiyetinde uygulamalar yürütülmekteydi. Sigmund Freud (1963) tarafından geliştirilen medikal modelde bireyin duygusal ve davranışsal sorunlarının nedeni sadece bireysel patolojilerinde aranmaktadır. Bu yaklaşımda bireylere şizofreni, psikoz, manik depresif bozukluk vb. psikiyatrik teşhisler koyulmakta ve bireylerle yapılan çalışmalarda yalnızca ruhsal süreçler üzerine odaklanılmaktaydı. 1960'lı yıllardan itibaren ise, medikal modelin uygulamalardaki etkinliği sorgulanmaya başlanmış ve çevresel etkenlerin sorunlar üzerindeki etkisinin önemi fark edilmiştir (**Zastrow ve Kirst-Ashman, 2006**).

Çevresel etkenlerin sorunlar üzerindeki etkisinin fark edilmesi ile ortaya çıkan sosyal model ise, yaşam süresince ruhsal sıkıntıların oluşumunda medikal ve patolojik yaklaşımlardan dolayı gözden kaçırılan sosyal öncüllerin ve belirleyicilerinin tanımlanması anlamına gelir. Sosyal bakış açısı, hizmet kullanıcılarının kendi deneyimleri ve ihtiyaçları hakkındaki uzmanlıklarının önemini kabul eder (**Allen, 2014**). Sosyal modele göre birey, aldığı tıbbi teşhisten ibaret değildir ve psikiyatrik sorun, tıpkı diğer sosyal kategoriler gibi bir farklılıktır. Sosyal model, ruh sağlığı sorunlarının bütüncül olarak biyopsikososyal bir yaklaşımla ele alınmasını gerektirir (**Oral ve Tuncay, 2012**). Sosyal modelde, hastalığa neden olan durumların tanımlanmasının yanında, hastalığın önlenmesi amacıyla bu durumlarla çalışmaya da odaklanılmaktadır.

Önlemedeki yaklaşımlardan biri, savunmasızlık yaratan faktörleri azaltmak veya insanların daha olumlu tepkiler geliştirmeleri için yardımcı olmaktır. Böylece bireylerin stresli durumlar karşısında tolerans geliştirmeleri için dayanıklılıklarını arttırmak amaçlanmaktadır. Önlemedeki bu yaklaşımlar sosyal dışlanma, ırkçılık ve yoksulluk gibi durumların etkilerini de içeren sosyal faktörlerin sosyo-politik boyutu ile de çalışmayı içerir (Platt, 2007; Lotfi, 2019). Sosyal hizmet, ruh sağlığına sosyal bir bakış açısı ile yaklaşır. Bu çerçevede sosyal hizmet uygulaması, hizmet kullanıcılarına, ailelerinin ve arkadaşlarının gözünden bakmak ve görmek için insanlarla yakın bir şekilde, empati ve ilişki kurma becerilerini kullanarak birlikte çalışmayı içerir (Allen, 2014).

Ruh sağlığı sorunlarına sosyal model bakış açısına sahip, bütüncül bir yaklaşım sunan biyopsikososyal modelde ise; herhangi bir ruhsal bozukluğun kökenindeki biyolojik, psikolojik ve sosyal bileşenler arasında karmaşık bir etkileşimin olduğu kabul edilmektedir. Bu yaklaşım, hem tıbbi hem de sosyal model pratiğinin biçimidir ve sadece olası hastalık nedenlerini görmemize yardımcı olmakla kalmaz, aynı zamanda başvuranın işlevselliğini geliştirmek için neler yapılabileceğine de işaret eder (Hothersall ve ark., 2008; Lotfi, 2019). Biyopsikososyal yaklaşım hastanın işlevselliğinin üç örtüşen yönünü göz önünde bulundurur: "biyo" hastanın sağlığının ve refahının tıbbi ve biyolojik yönünü ifade eder (genetik, biyokimyasal, vb.); "psiko" hastanın tıbbi durumu ile ilgili olarak duygudurumu, kendilik değeri, benlik saygısı ve duygusal kaynaklarını ifade ederken, "sosyal" hastayı etkileyen sosyal çevreyi (kültürel, ailevi, sosyo-ekonomik vb.) ifade eder (Beder, 2006). Biyopsikososyal yaklaşım, sosyal hizmet uzmanlarının bireyi çevresiyle bir bütün olarak görmesini; ihtiyaçlarını ise çok boyutlu bir bakış açısıyla değerlendirmesini sağlar (Berkman ve Volland, 1997). Bireyin deneyimine dair tam bir anlayış kazanmak için, biyolojik, psikolojik ve sosyal alanların ve faktörlerin her birini içeren karşılıklı etkileşimlerinin görüldüğü bütüncül bir değerlendirme gerekir. Sorunların çözümü ise dört süreci birlikte içeren çoklu düzeyde uygulama yapmayı gerektirir. Bu süreçler; müracaatçıyla birlikte çalışma, çevresel uygulama, toplumsal yapı içerisindeki bireylerle ve sistemlerle çalışmadır (Haines, 1981; Sheppard, 1991).

Ruh sağlığı alanındaki bir diğer yaklaşım ise 1970'lerde ruh sağlığı sorunlarını deneyimlemiş bireylerin tedavi hikayelerini paylaşmaya başlamaları ile gelişen "iyileşme modeli"dir. Bu model, bireylerin tedavi süreçlerinde maruz kaldıkları hak ihlalleri ve ayrımcı-

lığı öne çıkararak haklarını savunmak için bir araya gelmeleriyle ortaya çıkan "hizmet alan hareketi (service user/survivor movement)" nin bir sonucudur (Frese ve Davis, 1997). Ruh sağlığı alanında "hizmet alan hareketi"nin gelişmesinde, engellilik hareketinin süreci hızlandırdığı anti-psikiyatri hareketinin ise güçlenme noktasında etkili olduğu belirtilmektedir (Gould, 2005; Deane, 2011; Lakeman ve ark., 2007; Deane, 2011). "İyileşme modeli"nde ruh sağlığı alanındaki tıbbi model, dar anlamda hastalık ve semptomlara odaklandığı için eleştirilirken ruh sağlığını etkileyen içsel ve dışsal durumlar değerlendirilerek uygun hizmet sunumunun önemi vurgulanmaktadır (Roberts ve Wolfson, 2004; Jacobson ve Greenley, 2001). Ruh sağlığı uygulamalarında hizmet alanlarının bakış açılarının dikkate alındığı iyileşme modeli, henüz yeni yeni tanınmaktadır ve bu nedenle modelin tanımlanması önemlidir.

Evrensel olarak kabul edilmiş bir iyileşme tanımı olmasa da "iyileşme modeli" genel olarak ruh sağlığı sorunları olan kişilerin dayanıklılığını inşa etmenin ve kimliklerini ve benlik saygılarını desteklemenin önemini savunmak olarak tanımlanabilir. Bu model, yaşamın zorlukları üzerindeki kontrolü ve bu zorluklara karşı dayanıklılığı vurgulayan güç temelli bir yaklaşımdır (Davidson, 2005). İyileşme, hem kendilerini iyileşmekte olarak tanımlayan kişilerin umut, şifa bulma, güçlenme ve bağlantı kurma anlamındaki içsel durumu/koşulları hem de iyileşmeyi kolaylaştıracak insan hakları uygulamaları, olumlu bir iyileşme kültürü ve iyileşmeye yönelik hizmetleri içeren dışsal koşulları ifade eder (Jacobson ve Greenley, 2001). Bireylerin ruh sağlığı sorunları karşısındaki içsel ve dışsal durumları değerlendirilerek, uygun hizmet sunumu gerçekleştirildiğinde iyileşme sağlanacaktır. Bu bağlamda iyileşme temelli yapılan bir araştırmanın tematik analizinde baskın olarak ortaya çıkan; kimlik, hizmet sunumu, sosyal çevre/alan, güç ve kontrol, umut ve iyimserlik, risk ve sorumluluk temaları bir anlamda hizmet sunumundaki içsel ve dışsal odağı ifade etmektedir (Bonney ve Stickley, 2008). İyileşme modeli kapsamındaki hizmet sunumunda ağır ruhsal rahatsızlığı olan bireylerin, kendi iyileşme planlarını oluşturmaları, kendi hedeflerini belirlemeleri, süreçlerini haritalamaları, güçlü ve zayıf yanlarını, yollarındaki engelleri tanımları ve onlara iyi gelen uygulamayı kolaylaştırma konularında desteklenmeleri yönünde çalışmalar yapılır (Jacob, 2015).

Sosyal hizmet mesleği, bütüncül yaklaşıma olan güçlü vurgusu ile ruh sağlığında iyileştirme kavramının bütüncül anlayışını benimsemeye de öncü bir rol

almak için ideal bir konumdadır. Sosyal hizmet mesleği, çağdaş iyileşme paradigmasının doğasında var olan amaç ve değerlerin çoğunu paylaşır. Örneğin NASW'ın (1999) sosyal hizmette vurguladığı, insanların iyilik hâlinin sağlanması ve güçlendirilmesi için çalışma, müracaatçının kendi kaderini tayin etme hakkı, müracaatçıların yapabilirliklerinin geliştirilmesi, çevresel faktörlere önem verme ve ampirik temelli bilgileri de kullanma eğilimi gibi noktalar iyileşme modeli ile uyumludur (**Starnino, 2009**). Benzer şekilde sosyal hizmetin değerlerinden bireyselleştirme, kişiye saygı, empati, bireycilikten uzaklaşma (bireylerin hem biricik, hem de sosyal ve politik etkenleri içeren daha geniş bir ağın parçası olarak görülebilmesi), eşitlik, sosyal adalet, birlikte çalışma, yurttaşlık (sosyal içerme ve haklara odaklanma) gibi değerler de toplum ruh sağlığı uygulamaları ve iyileşme modelindeki bazı kavramlarla uyumludur (**Thompson, 2013**). Örneğin bu kavramlar; patoloji yerine kişi merkezli bir yaklaşım, deneyim aracılığı ile uzman olma, birey ile eşit ilişki kurma, sosyal çevrenin gözetilmesi, toplumda eşit ve aktif bir vatandaş olarak yer almak için çalışma gibidir.

Toplum ruh sağlığı alanına yaklaşımın genişleyen bu bakış açısı, ruh sağlığı bozukluklarının gelişimine etki eden sosyal faktörlerin görülmesi ve buna eşlik eden sosyal refahı, zihinsel refah ile eşitleme eğiliminden kaynaklanmaktadır. Bu durum daha açık bir şekilde sosyal sınıf, sosyal stres, yoksulluk ve ruh sağlığı arasındaki ilişki ile de açıklanabilir. Bu ilişkiler nedeniyle yoksulluk programları, istihdam, barınma gibi alanlardaki çalışmalara ağırlık vermek, toplum ruh sağlığını sağlamadaki yollardan biridir (**Segal ve Baumohl, 1981**). Dolayısıyla bireyin iyilik hâlini etkileyen durumları mikro, mezo, egzo ve makro düzeyde değerlendirmek gereklidir. Bu kapsamda ruh sağlığı konusundaki modellerde de görüleceği üzere sosyal hizmetin bireyi ve sorunları ele alışıdaki temel yaklaşım Bronfenbrenner (1979) tarafından geliştirilen "ekolojik sistem yaklaşımı"dır. Toplum temelli sağlık modellerinde ekolojik sistem yaklaşımı, üç ilkeyi anlamayı gerektirir. Bunlar; 1) Sağlık, bireyler ve çevreleri arasındaki uyumun bir sonucu olarak görülmelidir. 2) Birey, sağlığın üzerinde önemli etkileri olan çevresel ve sosyal koşullar ile etkileşim içerisinde. 3) Sağlık için multidisipliner bir yaklaşım gereklidir (**Grzywacz ve Fuqua, 2000; Guttmacher ve ark., 2010**).

Ekolojik sistem yaklaşımında birey merkezdedir ve bireyin çevresinde içten dışa doğru sırasıyla; mikro, mezo, egzo ve makro sistem iç içe geçmiş, birbiriyle etkileşim hâlinde yer almaktadır. Mikro sistemde odakta bireyin etkileşim içerisinde olduğu aile, arkadaşlar,

öğretmenleri gibi yakın çevresi yer alır. Mezzo sistemde, mikro sistemde yer alan insanlar yer alırken, bireylerin birbiriyle etkileşimi üzerine odaklanılır. Egzo sistemde ise bireyin dolaylı olarak dâhil olduğu uzak akrabalar, iş arkadaşları, sağlık hizmetleri, sosyal hizmetler, yerel yönetimler ve medya gibi sosyal yapılar yer alır. Son olarak makro sistemde ise tutumlar, değerler, kanunlar, kültür ve alt kültürler yer almaktadır (**Bronfenbrenner, 1979**). Birey tüm bu sistemler içerisinde yaşamını sürdürdüğü için bunlardan doğrudan ve dolaylı olarak etkilenir ve bu sistemleri etkiler. Bir başka deyişle ekolojik yaklaşım, birey, aile, grup ve/veya topluluk ile politik, sosyal ve kültürel çevreleri arasındaki ilişki ve bağlantıları ve bunların birbirlerini nasıl etkilediğini ve şekillendirdiğini düşünmeyi gerektirmektedir. Bireylerle bu yaklaşımla çalışmada en önemli amaç, birey-çevre uyumunu değerlendirmek ve uyum düzeyini arttırmaktır (**Teater, 2015**). Ruh sağlığı sorunları ekolojik yaklaşımla değerlendirildiğinde bireylerin sorunlarının nedeni ve çözümünü de çevre olarak dile getirilen mikro-mezo-egzo-makro sistemler ile alakalı olarak ele alınmalı ve olumlu gelişim ve değişim desteklenmelidir.

Sosyal hizmet uzmanları toplum ruh sağlığı alanında sosyal perspektifle, insan haklarını, iyileşmeyi ve bireyin ailenin ve toplumun güçlenmesinin sağlandığı bir çalışma yürütmeyi temel alır (**Allen, 2014**). Tüm bu yaklaşımlar göz önünde tutulduğunda; sosyal hizmette insan hakları ve sosyal adalet ilkeleri çerçevesinde hizmet alan bireylerle birlikte öncelikli olarak iyilik hâlini etkileyen tüm durulmaların bütüncül bir şekilde değerlendirilmesi yapılmaktadır. Ardından ise belirlenen sorun alanlarına göre birey, aile, grup, topluluk ve toplum düzeyinde çalışmaların şekillendirildiği bir uygulama öne çıkmaktadır. Sosyal hizmet uzmanlarının bu uygulamalarının ruh sağlığı alanındaki kapsamı ise aşağıdaki başlıkta ele alınmıştır.

### **Toplum ruh sağlığında sosyal hizmet uzmanlarının rol ve sorumlulukları**

Ruh sağlığında sosyal hizmet uygulamasının amacı bireyi, aileyi ve toplumu refaha kavuşturmak, bireylerin kendi yaşamları üzerindeki bireysel güç ve kontrol gelişimini desteklemek ve sosyal adalet ilkesini sağlamaktır. Sosyal hizmet uygulaması birey ve çevresi arasında ilişki oluşturur. Daha açık bir ifadeyle sosyal hizmet birey ile başlar ve aile, sosyal ağlar, topluluklar ve geniş olarak toplum bağlamına kadar uzanır. Sosyal hizmet uzmanlarının etkinlik alanı ruhsal sorunların sosyal bağlamı ve sosyal sonuçları ile ilgilidir (**AASW, 1999; Bland ve Renouf, 2001**). Ruh

sağlığının sosyal bağlamıyla ilgili etkinlik alanını, sosyal hizmet uzmanlarının koruyucu ve önleyici nitelikte yaptıkları çalışmalarla birlikte ele almak gereklidir.

Ruh sağlığında sosyal hizmet uzmanlarının öncelikli faaliyet alanı Allen (2014)'ın belirttiği gibi koruyucu ve önleyici çalışmalar kapsamında, bireylerin ve toplumun güçlü yanlarını ve kapasitelerini üst düzeye çıkarmaya çalışmaktır. Ruh sağlığının korunması ve geliştirilmesi çalışmalarındaki başlangıç noktası ise psikolojik refahı artıran eylemler ve destekleyici bir ortam yaratmaktır. Temel sivil, politik, sosyo-ekonomik ve kültürel haklara saygı duyan ve koruyan bir ortam, ruh sağlığı için temeldir. Bu hakların sağladığı güvenlik ve özgürlük olmadan, yüksek düzeyde ruhsal sağlığı sağlamak zordur. Bu kapsamda ruh sağlığının korunması ve geliştirilmesine dair ulusal ruh sağlığı politikalarına, sağlık sektörüne ek olarak, eğitim, çalışma, adalet, ulaşım, çevre, barınma ve refah alanlarının da dâhil edilmesi gereklidir (DSÖ, 2018).

Türkiye'de ruh sağlığının korunması ve geliştirilmesi anlayışına dair Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı'ndaki (2011-2023) "ruh sağlığının geliştirilmesi ve teşviki hedefi" dâhilinde odaklanılan aktivitelere bakılarak bir değerlendirme yapılabilir (Sağlık Bakanlığı, 2011). Bu aktiviteler "Damgalama ve Ayrımcılığa Karşı Farkındalığın Oluşturulması, Kadına Yönelik Şiddetin Önlenmesi, Çocuk İstismarının Önlenmesi, İntiharın Önlenmesi, Afet ve Travmaların Ruhsal Sonuçlarının Önlenmesi" başlıklarında ele alınmıştır. Bu aktivitelere bakıldığında ruh sağlığının korunması için temelden destekleyici ve koruyucu yaklaşımın eksik olduğu ve spesifik bazı sorunlara yönelik önleyici çalışmalara odaklanıldığı izlenimi elde edilmektedir. Bu hedeflerde sorunlara sebep olan sosyal faktörler üzerine yoğunlaşarak önleyici ve destekleyici çalışmalara ağırlık verilmesi önemlidir. Örneğin DSÖ (2018) ruh sağlığını koruma ve geliştirmenin bazı yollarına ise destekleyici bir yaklaşımla şöyle yer vermiştir: erken çocukluk müdahaleleri; çocukların desteklenmesi (örn. çocuk ve gençlik programları); kadınların sosyo-ekonomik açıdan güçlendirilmesi; yaşlı nüfus için sosyal destek programları; azınlıklar, yerli halk, göçmenler ve çatışmalardan ve felaketlerden etkilenen insanlar da dâhil olmak üzere korunmasız insanları hedef alan programlar (örneğin afetlerden sonra psiko-sosyal müdahaleler); okullarda ruh sağlığını geliştirme faaliyetleri (örn. okullarda destekleyici ekolojik değişiklikleri içeren programlar); işyerinde ruh sağlığı müdahaleleri (örn. stres önleme programları); konut politikaları; şiddeti önleme programları; toplum geliştirme programları (örneğin, entegre kırsal kalkınma); yoksulluğun

azaltılması ve yoksullar için sosyal koruma; ayrımcılıkla mücadele yasaları ve kampanyaları; zihinsel bozukluğu olan bireylere yönelik hakların, fırsatların ve bakımın geliştirilmesi. DSÖ'nün ruh sağlığını koruma ve geliştirme konusundaki çalışma ve hedeflere dair belirttiği bu alanlar, Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı'ndaki (2011-2023) ruh sağlığının geliştirilmesi ve teşviki hedefinin, tüm nüfus gruplarının göz önünde bulundurulmasıyla daha geniş ve koruyucu önleyici bir perspektifle ele alınması gereğini ortaya koymaktadır.

Ruh sağlığı alanında koruyucu ve önleyici nitelikte sosyal hizmet uygulamaları erken müdahaleyi, dayanıklılığın geliştirilmesini, öz bakımın sağlanmasını, bakım ve sağlık hizmetlerine yönelik akut taleplerin önlenebilmesine yardımcı olmayı içerir. Koruyucu-önleyici çalışmalar, birinci basamak sağlık hizmetlerinde ve okullar ile iş birliği içerisinde risk tespiti ve erken müdahale kapsamında organize edilmelidir (Allen, 2014). Türkiye'de bu konuda çalışmayı yapacak olan meslek gruplarından sosyal hizmet uzmanlarının birinci basamak sağlık hizmetlerinde yeni yeni istihdam edildikleri, okullarda ise istihdamının olmadığı bilinmektedir. Koruyucu ruh sağlığı programlarının birinci basamak sağlık hizmetleri dâhilinde yapılması, Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı'nda (evde sağlık hizmetleri ve toplum ruh sağlığı hizmetleri, bağımlılık tedavisi hizmet modeli gibi toplum temelli uygulamalar ile damgalama ve ayrımcılıkla mücadele, çocuğun psikososyal gelişimini destekleme programı, kadına yönelik aile içi şiddet ve sağlık sonuçlarını erken tanılama, intiharı erken tanıma gibi riskli gruplara yönelik programlar) aile hekimliği sistemine entegre edilmesi kapsamında yeni yeni ele alınmaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2011a). Bu kapsamda aile hekimliği sisteminin uygulandığı toplum sağlığı merkezlerinde koruyucu ruh sağlığı hizmetlerinin yürütülmesi ise hekimlere bırakılmıştır (Sağlık Bakanlığı, 2011b). Bu durum özellikle toplum temelli ruh sağlığının korunması konusunda multi-disipliner çalışma gerekliliğinin gözden kaçırıldığını göstermektedir. Koruyucu ruh sağlığı hizmetleri, ruh sağlığına etki eden psikolojik, sosyal, kültürel ve ekonomik diğer faktörlerle ve dolayısıyla oluşan sorunlarla çalışmayı gerektirir. Bu bakımdan yönerge de multidisipliner bir anlayış geliştirilerek düzenlenmelidir. Kasperski, Power ve Vander Bent (2005)'in çalışmasına atıfta bulunan Özcan'ın (2013) da belirttiği gibi, aile hekimlerinin çoğunun psikososyal sorunların çözümü için yeterli donanımları ve/veya zamanları bulunmamaktadır. Kapsamlı sağlık hizmeti verilebilmesi için aile hekimliği sisteminde multidisipliner bir ekip çalışması olması ve sosyal hizmet uzmanlarının bu ekipte yer alması

gerekmektedir. Aile hekimleri ve sosyal hizmet uzmanlarının yakın iş birliği hâlinde çalışmalarının hastaların, kendi bakımlarına katılımlarını arttırdığı belirtilmektedir. Kapsamlı ve maliyet etkin bakım sunma fırsatlarını artırma konusunda, sosyal hizmet uzmanlarının bireylerle, çiftlerle ve ailelerle çok boyutlu çalışmalarının faydası görülmüştür. Ek olarak yapılan çalışmada sosyal hizmet uzmanlarının birinci basamak hastalar ile çalışmasının sonucunda, hekim vizitlerinin sıklığının, bireylerin hastalık karşısında yaşadıkları uyum zorluğu, depresyon, anksiyete ve somatizasyon gibi sorunlarının azaldığı bulunmuştur (Özcan, 2013). Bu araştırma sonucu, toplum ruh sağlığının korunması kapsamında birinci basamak hizmetlerdeki multidisipliner anlayışın ve sosyal hizmet uzmanlarının çok boyutlu çalışmalarının varlığı ile elde edilen olumlu çıktılarla kanıtı dayalı uygulama geliştirmek açısından da önemli bir adıma işaret etmektedir.

Türkiye’de sosyal hizmet uzmanları sağlık alanında, genellikle ikinci ve üçüncü basamak hastanelerde görev yapmaktadırlar. Halihazırda sağlık alanında sosyal hizmet uygulamalarını şekillendiren “Tıbbi Sosyal Hizmet Uygulama Yönergesi” de ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurumlarını kapsamaktadır. Son yıllarda, Aile Hekimliği Uygulamaları kapsamında “Toplum Sağlığı Merkezleri Kurulması ve Çalıştırılmasına Dair Yönerge”de sosyal hizmet uzmanı kadrosu ve görevlerinin tanımlanmış olması birey ve ailelerin psikososyal sorunlarının kapsamlı ve maliyet etkin çözümü açısından önemli gelişmelerdir. Ancak sosyal hizmet uzmanlarının toplum sağlığı merkezlerinde istihdamının artırılması yönünde gereksinim olduğu açıktır (Özcan, 2013). Bekiroğlu’nun (2016) çalışmasında belirttiği üzere Sağlık Bakanlığı’nın Kasım 2015 verilerinde Türkiye’deki tüm toplum sağlığı merkezlerinde (TSM) çalışan sosyal hizmet uzmanı sayısı 32’dir (Bekiroğlu, 2016). Bu sayı TSM’lerde sosyal hizmet uzmanı istihdamının artırılması konusu üzerine önemle yoğunlaşılması gerektiğini göstermektedir. Toplum Sağlığı Merkezlerinin Kurulması ve Çalıştırılmasına Dair Yönerge’ye göre sosyal hizmet uzmanının görevlerine doğrudan koruyucu sağlık hizmetlerini yürütme anlamında yer verilmese de, genel itibarı ile bakıldığında bu kapsamdaki çalışmaların ifade edildiği görülmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2010). Bu görevler özetle; “hizmet götürülecek bölge ve toplumu tanımak; bölgenin sağlık ölçütlerini değerlendirerek sorunları ve öncelikleri saptamak; toplumda sağlık sorunu yaratan çevresel, sosyal, kültürel, demografik ve ekonomik koşulları saptamak; toplumda saptanan sorunların çözümlenmesine katkıda bulunacak kaynakları araştırmak, harekete

geçirici, verimliliği artırıcı ve yeni kaynak oluşumunu sağlayıcı çalışmalar yapmak; afet sonrası dönemde sosyal hizmet işlerini yürütmek, okul yönetimleri ile işbirliği yaparak desteklemek; belediyeler, milli eğitim bakanlığı, sosyal hizmetler gibi diğer kamu kurumlarıyla işbirliği yapma; toplum kalkınması hizmetlerinde görev almak; sosyal yardıma gereksinimi olan bireylerin kurumlarla irtibatını sağlama, destekleme, sorunun çözümünü sağlama” olarak belirtilmiştir. Bu görevlerde, toplum sağlığını korumak için sorunları sosyal, psikolojik ve ekonomik açılardan tespit etme, kaynak yaratma ve destekleme çalışmalarına odaklanarak toplumun iyilik hâlinin sağlanmaya çalışılması üzerine yoğunlaşıldığı görülmektedir. Bunun yanında sosyal hizmet uzmanlarının ekolojik sistem yaklaşımı ile değerlendirme yaparak kolaylaştırıcılık, kaynak yaratma, bulma ve harekete geçirme, aracılık, sistemler arası iş birliği için arabuluculuk, koruyucu-önleyici çalışmaları organize etme, toplumla çalışma gibi birçok rolüne vurgu yapıldığı görülmelidir. Ancak yönergelerde, sosyal hizmet uzmanlarının koruyucu ruh sağlığı programlarındaki yeri konusunun netleşmediği görülmektedir.

Sosyal hizmet uzmanlarının ruh sağlığındaki bir diğer etkinlik alanı ise ruh sağlığının sosyal sonuçları ve sosyal adalet bağlamında ele alınabilecek iyileştirme, güçlendirme ve geliştirme çalışmalarıdır. Bu kapsamda ele alınması gereken konulardan biri hizmetlerin erişilebilirliği ve sunum biçimidir. Hizmetlerin erişilebilirliği konusunda Saxena ve arkadaşları (2007) ruh sağlığı hizmetleri ve bu alandaki ağlarla daha erken buluşmanın özellikle ruh sağlığı sorunları olan bireyler için önemli olduğunu dile getirirken, özellikle kırsal kesimde yaşayan nüfus grupları gibi belirli grupların uygun sağlık hizmetlerine erişiminin sorunlu olduğunu belirtmiştir (DSÖ, 2011b). Ruh sağlığı hizmetlerine erişim konusunda üzerinde önemle durulması gereken konu ise hizmetlerin toplum temelli olup olmadığı yani sunum biçimidir (DSÖ, 2006; DSÖ, 2011b). Türkiye’de toplum temelli ruh sağlığı hizmetlerine geçiş henüz 2000’li yıllarda gerçekleşmeye başlamıştır. Sağlık Bakanlığı tarafından ruh sağlığı alanında önemli ve ilk adım olarak 2006 yılında yayınlanan “Ulusal Ruh Sağlığı Politikası”nda temel önerilerden biri de ruh sağlığı sisteminin toplum temelli olması yönündedir (Sağlık Bakanlığı, 2006). Bu politika metninden ancak 5 yıl sonra 2011 yılında önerilerin hayata geçirilmesi için Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı yayınlanarak uygulanmaya başlanmıştır. Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı (Sağlık Bakanlığı, 2011a)’nda yer alan “Hastane Temelli Ruh Sağlığı Modeli”nden “Toplum Temelli Ruh Sağlığı Modeli”ne geçilmesi kararı ise

sadece ağır ruhsal bozukluğu olan bireylerin tüm ihtiyaçlarını karşılayan bütüncül bir ruh sağlığı sistemi kurulması amacı doğrultusunda verilmiştir. Bu karar doğrultusunda korumalı ev projeleri, rehabilitasyon merkezleri ve gündüz hastaneleri ve son olarak git-tikçe yaygınlaşan hizmet sunumunun yapıldığı toplum ruh sağlığı merkezleri (TRSM) ile toplum temelli ruh sağlığı hizmetleri uygulamaları sürmektedir. Sağlık Bakanlığı 2019 verilerinde Türkiye’de 78 ilde 163 TRSM (bu sayının 236’ya çıkarılması hedeflenmektedir) bulunduğu belirtilmektedir (**Sağlık Bakanlığı, 2019**). En yaygın toplum temelli ruh sağlığı hizmetlerinden biri olan TRSM’lerde hizmet verilen kesimin sadece ağır ruh sağlığı bozukluğu olan bireyleri kapsayan (şizofreni ve benzeri psikotik bozukluklar ve duygudurum bozuklukları gibi kronik ruhsal hastalıklar) sınırlı bir kesime yönelik toplum temelli hizmet sunumu gerçekleştirilmektedir. Ancak dünyadaki diğer örneklerinde olduğu gibi toplum ruh sağlığı merkezleri demans hastalığı, madde bağımlılığı gibi sorunları da kapsayacak şekilde genişletilmelidir.

Toplum temelli ruh sağlığı modeline geçiş konusunda önemli bir gereksinim, bu modelin hizmet birimlerinde çalışacak profesyonellerdir. Ancak ruh sağlığı alanında çalışan profesyoneller açısından diğer ülkelere göre Türkiye’nin durumuna bakıldığında; tüm meslek gruplarında sayıca az oranda çalışan bulunduğu görülmektedir. Örneğin, OECD ülkelerinde, 2011 yılında ortalama 100.000 kişi başına 16 psikiyatrist bulunmaktadır. İsviçre, 100.000 nüfus başına 45 psikiyatristle en yüksek orana sahip ülkedir. Türkiye ve Meksika’da ise 100.000 kişi başına beşten az psikiyatrist sayısı vardır. OECD ülkelerinde 2011’de 100.000 kişi başına ruh sağlığı hemşiresi ortalaması 50 iken, Hollanda, İrlanda ve Japonya’da 100.000 kişi başına 100’den fazla ruh sağlığı hemşiresi bulunmaktadır. Türkiye’de 100.000 kişiye 2, Meksika’da ise 3 ruh sağlığı hemşiresi düşmektedir (**OECD, 2014**). DSÖ (2011a) verilerine göre Avrupa’nın bazı ülkelerinde 100.000 kişiye düşen ruh sağlığı alanında çalışan sosyal hizmet uzmanlarının oranı şöyledir: İsveç 18,4; Malta 5,1; İrlanda ve Fransa 3,8; Slovenya 3,7; Macaristan 3; İspanya 2,6 ve İtalya 1,9’dur. Türkiye’de ise 2011’de sağlığın tüm alanında çalışan sosyal hizmet uzmanı sayısı 613 olarak belirtilmiştir (**Sağlık Bakanlığı, 2015**). Sağlık Bakanlığı’ndan 2015 yılında alınan verilerde Sağlık Bakanlığı’na bağlı hastanelerde toplam 918 sosyal hizmet uzmanının tıbbi sosyal hizmet alanında aktif çalışmakta olduğu belirtilmektedir (**Sağlık Bakanlığı, 2011a**). 2015 Kasım ayı itibari ile ülke genelinde 114 TRSM bulunurken, TRSM’lerde çalışan sosyal hizmet uzmanı sayısı 17’dir. TRSM

yönergesinde belirtildiği üzere, her merkezde en az bir sosyal hizmet uzmanının tam zamanlı çalışması gerekmektedir (**Bekiroğlu, 2016**). 2018 yılı Aralık ayı itibari ile Cimer’den alınan bilgiye göre Sağlık Bakanlığı’na bağlı olarak görev yapan sosyal hizmet uzmanı sayısı artarak 1379 olurken, sayıca artan TRSM’ler ile birlikte sosyal hizmet uzmanlarının TRSM’lerde istihdamı da artış göstererek 139’a ulaşmıştır (**Çölgeçen, 2018**). Bu verilerle hesaplama yapıldığında Türkiye’de 100.000 kişiye düşen tüm sağlık alanlarında çalışan sosyal hizmet uzmanı sayısı yaklaşık olarak 0,6’dır (2018 yılı Aralık ayı Sağlık Bakanlığı’na bağlı görev yapan 1379 sosyal hizmet uzmanı ile TÜİK Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi sonuçlarında 31 Aralık 2018 tarihi itibarıyla 82 milyon 3 bin 882 kişi olan Türkiye nüfusu üzerinden hesaplama yapılmıştır. Bu iki sayı doğrultusunda yapılan hesaplama sonucunda yaklaşık olarak 0,6 oranı ortaya çıkmıştır). 2018 yılı bazındaki bu veriler doğrultusundaki hesaplama karşın DSÖ 2017 verilerine göre Türkiye’de 100.000 kişi başına düşen ruh sağlığı alanında çalışan sosyal hizmet uzmanı oranı 1,64 olarak gösterilmiştir (**DSÖ, 2017**). Bu iki oran arası farklılık, ruh sağlığı alanının kapsamının tanımındaki farklılıktan mı kaynaklanmaktadır? Türkiye’de tüm sağlık alanında çalışan sosyal hizmet uzmanlarının oranı birçok Avrupa ülkesinde sadece ruh sağlığı alanında çalışan sosyal hizmet uzmanı oranına dahi erişememektedir. Bu anlamda hem sağlık alanında hem ruh sağlığı alanında nüfusa oranla istihdam edilen sosyal hizmet uzmanı sayısının artması gerektiği görülmektedir.

Ruh sağlığının sosyal sonuçları ile iyileştirme ve güçlendirme amacı bağlamında sosyal hizmet uzmanının temel rollerinden biri, hizmetlerin sunumundaki bireyler, aileler ve topluluklarla iyileşme ve sosyal içermeyi teşvik etme çalışmalarınıdır. Sunulan hizmetlerde sosyal hizmet uzmanları, topluluklar ve toplumdaki ruhsal hastalıkla ilgili damgalama ve ayrımcılığı tanımlama ve bunlara meydan okuyan çalışmalar yapmayı odağına almalıdır. Sosyal hizmet uzmanları ruh sağlığı sistemi kültürünün temeli olarak umut, kontrol ve fırsatı vurgulayarak (çok disiplinli) iyileşme odaklı uygulama konusunda beceri ve bilgiye sahip olmalıdır (**Allen, 2014**). Türkiye “Ulusal Ruh Sağlığı Politikası” metninin temel önerilerinden olan “Damgalamaya karşı hasta haklarının savunulması” (**Sağlık Bakanlığı, 2006**) ve Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı’ndaki ruh sağlığı organizasyonu temelindeki Ruh sağlığının Geliştirilmesi ve Teşviki hedefi dâhilindeki aktivitelerden “Damgalama ve Ayrımcılığa Karşı Farkındalığın Oluşturulması” (**Sağlık Bakanlığı, 2011a**) aktivitesi Toplum Ruh Sağlığı

Merkezleri Hakkında Yönerge'de (Sağlık Bakanlığı, 2011b) özellikle sosyal hizmet uzmanının görevlerinden biri olarak belirtilmiştir. Sosyal hizmet uzmanları toplum ruh sağlığı alanında ve diğer tüm alanlarda yaptığı çalışmalarda insan haklarının korunması ve gözetilmesini temel alarak, ayrımcılığı ve eşitsizliği önleme ve sona erdirmeye bağlamında çalışmalarını organize eder (Allen, 2014). Özellikle ruh sağlığı konusunda sorun yaşayan bireyler ayrımcılık, topluma katılımında engeller ve hak ihlalleri ile karşılaşmaktadır. Bu bağlamda sosyal hizmet uzmanları bireylerin haklara erişimlerini ve topluma tam katılımını sağlamak üzerine çalışmalarını yönlendirirler.

Sosyal hizmet uzmanlarının iyileşme ve sosyal içermeyi teşvik etme rolü kapsamındaki değerlendirme ve müdahalelerinde, sosyal dışlanma meselesinin de ele alınması gereklidir. Bu kapsamda sosyal dışlanmanın neden olduğu ve etkilediği iyilik hâli ve ruh sağlığı üzerinde önemle durulmalıdır. Yoksulluk, barınma, işsizlik, damgalama, kendini ihmal etme, ırkçılık, homofobi gibi çoklu dezavantajın ve dışlanmanın bileşik etki yarattığı bu durumlar değerlendirmede ve uygun kaynak ve hizmetlerle buluşturma noktasında planlanacak çalışmalarda göz önünde tutulması gereken önemli sorunlardır (Allen, 2014). Tüm bunlarda ise bozulan sosyal işlevselliğin yeniden kazandırılması önemlidir. Ruh sağlığı konusunda en önemli meselelerden biri olan sosyal işlevselliğin sağlanması konusunda sosyal hizmet uzmanları kilit role sahiptir (Oral ve Tunçay, 2012). Sosyal işlevsellik kavramı sosyal hizmeti anlamak ve diğer mesleklerden ayırmak için anahtar bir kavramdır (Sheafor ve Horejsi, 2014). Bireylerin toplumda kaybolan sosyal işlevselliğini geri kazanması için sosyal hizmet uzmanları bireylerle birlikte aile, iş, okul gibi farklı alanlarda destekleyici çalışmaları yürütmelidir. Bu kapsamda Allen'in (2014) belirttiği gibi, bireylerin kendi kaderini tayin etmesinin ve hizmetlere uzun vadeli bağımlılığının azaltılmasının sağlanması yoluyla sosyal içermeye ve aktif vatandaşlığı destekleyen çalışmalar yapılmalıdır.

Hizmetlere erişim ve hizmetlerin sunulmuş biçimi konusunda sosyal hizmet uzmanlarının önemle üzerinde durması gereken konulardan biri de güç ve güçlendirme bakış açısıyla bireyle kurulan ilişkidir. Hizmet alan hareketinin gelişmesi Segal ve Baumohl'un (1981) ifadesiyle hasta haklarının gelişmesi, çalışanların hastalar üzerinde güç uygulamasını da ortadan kaldıran bir durum olmuştur. Bu da çalışanlar için yeni karar alma ve uygulama modellerini geliştirmiştir. Bu model hizmet alanlara, aldıkları kararlarla hata yapma veya başarısız olma hakkını da

tanımayı gerektirir. Ancak bu noktada sosyal hizmet uzmanının yapması gereken, uygun sosyal desteğin, hizmet alanın problem çözme yeteneğinin ve var olan ilişkilerinin yeterince iyi değerlendirilmesidir. Bu aslında ruhsal durumu ve ruhsal durumla sosyal işlevselliğin sosyal bağlamı arasındaki ilişkiyi de değerlendirmek anlamına gelir (Segal ve Baumohl, 1981). Bireyle kurulan ilişkide ruhsal rahatsızlığı olan bireylerin kendileri için neyin işe yaradığını neyin yaramadığını deneyimlemiş olabilecekleri unutulmamalıdır. Dolayısıyla sosyal hizmet uzmanının görevi, bireylerin sorunlarla başa çıkmasına yardımcı olmak için farklı kaynakların etkinleştirilmesidir. Burada, bireyin iyileşmesi ve gelişmesine odaklanan bir yaklaşımla sosyal hizmet uzmanı sorunu yaşayan bireyin tecrübe ile uzman olduğunu kabul ederek bir başka deyişle eşitlikçi bir ilişki ile iş birliği içerisinde çalışmalarını yürütmelidir (Hothersall ve ark., 2008; Lotfi, 2019). Bireyi akran desteği ile buluşturma meselesi de yine sosyal hizmet uzmanlarının hizmetlere erişim ve sunum biçimi odağının genişletilerek hizmet çeşitliliğinin artması ve desteklenmesi çalışmaları kapsamında ele alınmalıdır. Allen (2014) özellikle ruh sağlığı sorunu dolayısıyla geleneksel destek sunumundan marjinalleşmiş veya çoğunlukla damgalanmış, ötekileştirilmiş bireylerin ve grupların, ruh sağlığı ve iyilik hâli ile ilgili alternatif kaynaklarla daha erken bir şekilde buluşmaları için çalışılması gerektiğine dikkat çekmiştir. Bu çalışmalar kapsamında sosyal hizmet uzmanları, çeşitli topluluklar ve ağlar hakkındaki bilginin geliştirilmesine yönelik çalışmalara odaklanmalıdır. Bu, aynı zamanda toplumsal kapasitenin geliştirilmesi çalışmaları kapsamında değerlendirilmektedir. Gruplarla ve toplum ağları ile çalışırken ruh sağlığı ile ilgili durumun kabulünü geliştirmek, bireylerin karşılıklı destek sunmaları ve sosyal sermayelerini geliştirme amacı için sosyal destek becerilerinin desteklenmesi yönünde çalışmalar gereklidir. Toplum odaklı uygulamalarda ruh sağlığı sorunları yaşayan bireylere fırsatlar yaratmak için sivil toplum kuruluşları ve çeşitli ağlarla birlikte çalışarak bu çalışmaların yaygınlaşmasını ve gönüllülüğü, resmi olmayan destekleri teşvik etmeye çalışılmalıdır. Bu kapsamda yenilikçi projeler, hizmet modelleri ve yaklaşımları geliştirmek için hizmet alan bireylerle birlikte çalışılması önemlidir (Allen, 2014). Tüm bu çalışmaların yürütülmesinde yerel ve resmi kaynakların kullanılması noktasında sosyal hizmet uzmanları avantajlı bir konumdadır.

Özellikle sosyal, ailevi ve kişilerarası ilişkilerdeki karmaşıklık, risk ve belirsizlik ile karakterize edilen durumlar olduğunda hizmetlerin sunumunun ve odağının genişliği konusu sosyal hizmet uzmanlarının



yaptığı çalışmalarda ortaya çıkmaktadır. Bu durumda ailedeki tüm bireyleri göz önünde bulundurarak risk değerlendirmesi yapılmalı ve kaynaklarla buluşturma, aracılık, arabulucuk, danışmanlık, savunuculuk gibi rollerle çeşitli sistemlerde gerekli koruyucu-önleyici müdahaleler yapılmalıdır. Rusihak'ın "Zihinsel ve Ruhsal Rahatsızlığı Olan Bireylerin Topluma Dâhil Olması için Toplum-Temelli Bir Ruh Sağlığı Sistemi Modeli Yaratma" projesi kapsamında kurmuş olduğu dayanışma merkezinde sosyal hizmet uzmanlarına başvuru konulara bakılması sosyal hizmet uzmanının çalışma alanının genişliği, rolleri, bireylerin yaşadıkları sorunların çoklu boyutları hakkında önemli bilgilere ulaşmayı sağlamaktadır (**Zengin Dağdır, 2009**). Başvuruya neden olan konuları çalışmadaki sosyal hizmet uzmanı Kanat Dinç (2009) şöyle sıralamıştır: hakları ile ilgili yeterli bilgiye sahip olmama, var olan kaynaklar hakkında yeterli bilginin olmaması, evde bakım, engelli aylığı gibi desteklerle ilgili yaşanan sıkıntılar, barınma ihtiyacı, sorunu yaşayanların ve ailelerin psikolojik desteğinin olmaması, aile içi çatışma, bağımsız yaşayabilme veya karar verebilmek için yeterli ekonomik desteğin olmaması, aile içi şiddet, sosyalleşme ihtiyacı, yetişkin ve çocuk psikiyatristi ihtiyacı, raporlarla ilgili yaşanan sıkıntılar, hukuksal bilgilendirme ve destek ihtiyaçları.

Tüm bu sorunlara bakıldığında Çifçi ve arkadaşlarının (2015) belirttiği üzere toplum ruh sağlığı merkezlerinde çalışan meslek elemanları, esnekliğe sahip bir şekilde kişi merkezli çalışmayı, planlama yapmayı ve hizmet alanların daha aktif katılımı için olmasını sağlayacak sosyal ortamlar yaratabilmeyi temelde tutmalıdır. Bunun yanında bireylerin hakkı olan sosyal bakım hizmetlerinden yararlanmaları için mevzuat kapsamında tanımlanmış değerlendirmeleri yaparak hizmet ve kaynaklara erişimlerini kolaylaştırmalıdır. Bu noktada sosyal hizmet uzmanları sadece ruh sağlığı sorunu yaşayan bireylerle değil, aynı zamanda bakım veren kişilerle de haklara, hizmetlere ve kaynaklara erişim konusunda çalışmalıdırlar (**Ailen, 2014**). Haklara, hizmetlere ve kaynaklara erişim meselesi ise sosyal hizmet uzmanlarının savunuculuk rolünü gündeme getirmektedir. Sosyal hizmet uygulamalarındaki savunuculuk faaliyetlerinde, bireylerin kaynaklara ve hizmetlere erişimi için temsili bir savunuculuk yapılması ve gerekli bilgilendirme ve yönlendirmelerle öz savunuculuk konusunda bireyin güçlenmesi temel alınır. Forster'in (1998) belirttiği üzere sosyal hizmet literatüründe 1970'lerde yer almaya başlayan savunuculuk kapsamında, özellikle doktorlar ve hastalar arasındaki gücün dağılımındaki eşitsizlik dolayısıyla hastalığı olan bireylerin haklarının korunması meselesiyle ilgilenilmiştir. Buna resmi

bir örnek olarak ise 1975 yılında Kanada Ruh Sağlığı Derneği'nin sistemin mağdurları olanlara yönelik ombudsmanlık programı başlatması verilebilir. Bu program sayesinde toplum ruh sağlığı merkezlerinde çalışanlar, ruh sağlığı sorunları yaşayanların yetkinlik konusundaki sorunlar dolayısıyla hemşireler ve doktorlar karşısında kendilerini savunamayabileceklerini göz önünde bulundurarak savunuculuk rolünü üstlenmeye başlamışlardır (**Faust, 2008**). Savunuculuk faaliyetlerinde bireylerin zorluk yaşadıkları konularda güçlenerek öz savunuculuğunu yapmasının desteklenmesi ön planda tutulmalıdır. Temsili savunuculuk gerektiren durumda ise bireye bilgi verilerek, bireylerin sürece katılımının sağlanması ve özerkliğinin korunması önemlidir.

Özetle, sosyal hizmet alanında ruh sağlığı sorunları, bu sorunlara neden olan ve etki eden sosyal bağlam ve yaşamın diğer alanlarında yarattığı sonuçlarla çalışılmaktadır. Bu sonuçlardan biri de sosyal ve yapısal düzenlemelerle ilgilidir. Bland ve Renouf (2001) bunu sosyal bağlam, sosyal sonuçlar ve sosyal adalet düzeyi olarak ayrıntılı bir şekilde açıklamışlardır. Sosyal hizmet, ruh sağlığı sorunlarının sosyal bağlamı düzeyinde, bireyin kişiliği, incinebilirliği ve dayanıklılığı, aile işlevselliği, güçlü yanları ve stres kaynakları, destek ağları, kültürü, içinde bulunduğu topluluk, sınıfı, toplumsal cinsiyeti, etnik kökeni, ekonomik iyilik hâli, istihdam ve barınma durumu gibi bireyin kendisinin ve sosyal çevresinin koşullarının ruh sağlığı deneyimlerini ve sorunlarını nasıl şekillendirdiği ile ilgilidir. Bir başka deyişle sosyal hizmet uzmanları, "çevresi içerisinde birey" bakış açısıyla bütüncül bir değerlendirme yaparak, bireyin iyilik hâlini olumsuz etkileyen bireysel, ailesel, sosyal, ekonomik ve yapısal sosyal koşullara odaklanır. Bu müdahaleler, koruyucu ve önleyici nitelikte çalışmalar bağlamında ele alınır. Sosyal hizmet, ruh sağlığı sorunlarının "sosyal sonuçları düzeyi"ni (**Bland ve Renouf, 2001**); birey, aile ve kişiler arası ilişkiler ve topluluk bağlamında ele alırken, benlik duygusu, olanaklar, aile refahı, ekonomik güvenlik, istihdam ve barınma gibi alanlara etkileri ile ilgilendirilir. Sosyal hizmet uzmanları bu düzeyde, ruh sağlığı sorunlarının birey ve çevresi üzerindeki psikolojik, sosyal ve ekonomik boyuttaki çok boyutlu etkilerini azaltmak, bireylerin sorunlarla baş edebilme becerisini desteklemek ve toplumda aktif ve uyum içinde bir yaşam sürmeleri için çalışırlar. Bu noktadaki müdahaleler, sosyal hizmet uzmanlarının iyileştirme, güçlendirme ve geliştirme amacı kapsamında yer alır. Ruh sağlığı sorunları konusunda "sosyal adalet düzeyi"nde (**Bland ve Renouf, 2001**); damgalama ve ayrımcılık, siyasi özgürlükler ve medeni haklar, gerekli tedavi ve destek hizmetlerine

erişimdeki eşitsizliklerinin giderilmesi ve ruh sağlığı hizmetlerinde katılım ve seçme konusu ile ilgilenilir. Bu noktada odakta hem hizmet alanların hem de bakım verenlerin haklarının desteklenmesi ve bunun yanında tüm insani hizmetlerin erişilebilir ve spesifik ihtiyaçlara cevap verilebilir olması meseleleri vardır (**Bland ve Renouf, 2001**). Sosyal hizmet uzmanları özellikle ruh sağlığı sorunu yaşayan bireylerin toplum içindeki yaşam koşulları, kaynaklara ve hizmetlere kısıtlı erişimleri dolayısıyla yaşadıkları yapısal sorunlara odaklanırlar. Bunun için de toplum ve yapılar odağında iyileştirici ve geliştirici nitelikteki savunuculuk ve sosyal içirme gibi çalışmalara ağırlık verilir.

### Sonuç

Sosyal hizmet uzmanları ruh sağlığı alanında koruyucu, önleyici, iyileştirici, geliştirici ve güçlendirici nitelikte birey, aile, grup, topluluk ve toplum düzeyinde çalışmalar yapmaktadırlar. Bu çalışmaları ruh sağlığı sorunlarına neden olan sosyal bağlam, sorunların bireylerin yaşam alanlarındaki olumsuz etkileri ve bu etkilerin toplum ve yapısal boyuttaki yansımaları odağında yürütmektedirler. Sosyal bağlama odaklanma, sosyal hizmette ruh sağlığı sorunlarında biyo-psiko-sosyal model yaklaşımı içeren sosyal modelin benimsenmesi ile ilgilidir. Bu model doğrultusunda sosyal hizmet uzmanları, ruh sağlığı sorunlarını çevresi içinde birey yaklaşımıyla değerlendirerek danışmanlık, kaynaklarla buluşturmada aracılık, grup çalışması, toplumla çalışma ve savunuculuk gibi uygulamaları yürütürler. Çalışmalarda bireylerin potansiyelleri, işlevsellikleri, dayanıklılıkları, özgüvenleri ve umutlarını arttırma amacı güdülmüştür. Ruh sağlığı sorunlarının bireyin yaşamı üzerindeki olumsuz etkilerinin çözümü için sosyal hizmette bireyin yanında bireyin yakın çevresi, toplum ve yapılarla çalışılır. Çünkü sosyal hizmet, kişisel olarak görülen sorunların politik olduğu yaklaşımını benimser. Bu kapsamda mikrodan makroya kadar bir bütün hâlinde soruna yönelik çalışmalar organize edilir.

Ruh sağlığı alanında bu denli çoklu alanda ve düzeyde çalışma yürütülebilmesi ise multi-disipliner çalışmalarla yapılan uygulamaların birbirini desteklemesiyle mümkün olabilir. Bu da çalışan sayısının yeterli olması ile alakalıdır. Ancak Türkiye’de ruh sağlığı alanında çalışanların sayısının gelişmiş ülkelere oranla çok az olduğu ve ruh sağlığı politikaları ve toplum temelli hizmetler konusunda henüz yeni gelişmeler kaydedilmekte olduğu, çalışmada sunulan güncel durum ile ortaya koyulmuştur. Diğer bir önemli konu ise ruh sağlığı alanında çalışanların yaklaşımlarının nasıl olduğudur. Dünyada her geçen gün hizmet alan

ve toplum odaklı yaklaşımlarla geliştirilen hizmetlere paralel olarak Türkiye’deki çalışma pratiklerinin de güncellenmesi gereklidir. Bu noktada özellikle ruh sağlığı alanındaki mesleklerin üniversite eğitiminde güncel, hak temelli, insanlı ve toplum temelli yaklaşımlara yer verilmesi önemlidir.

Son olarak ise çalışmada sunulan ruh sağlığı sorunlarına ve toplum ruh sağlığı hizmetlerinin yapılmasına dair bilgiler ışığında; farkındalık yaratma, kampanyalar düzenleme, eğitim, araştırma, lobicilik, savunuculuk, girişimci faaliyetler ve bunların desteklenmesi, destekleyici fonlar, politika ve hizmet oluşturma gibi girişimlerin artması gerektiği görülmektedir. Tüm bu çalışmalar için toplum ruh sağlığı alanında hizmet sunan meslek grupları, ruh sağlığı sorunu yaşayan bireyler ve aileleri, ilgili alanlarda çalışan akademisyenler, toplum, hükümet, ilgili sivil toplum örgütleri ve uluslararası kuruluşların içinde birlikte aktif olarak yer alacağı bir sistemde sorunlar ele alınmalıdır. Bu belirtilen kesimlerden, deneyimi bakımından uzman olan kişilerin ruh sağlığı hizmetlerinin yapılması süreçlerinde özellikle de hizmet alan odaklı etkili uygulamaların geliştirilmesi için yer almaları gereklidir.

### Kaynaklar

- AASW-Australian Association of Social Workers** (1999) *The Development of Competency Standards for Mental Health Social Workers - Final Report*. Australian Association of Social Workers, Canberra.
- Allen, R.** (2014) *The Role Of The Social Worker in Adult Mental Health Services*. London: The College of Social Work.
- Zastrow, C., Kirst-Ashman, K.** (2006) *Understanding Human Behavior and The Social Environment*. Belmont, CA : Thomson Higher Education.
- Beder, J.** (2006). *Hospital Social Work The Interface Of Medicine And Caring*, Routledge Taylor & Francis Group.
- Berkman, B., Volland, P.** (1997) *Health Care Practice Overview*. *Encyclopedia of Social Work*, 19, 143-149.
- Bekiroğlu, S.** (2016) *Türkiye’de Tıbbi Sosyal Hizmet Alanında Sosyal Çalışmacı İstihdamı, Sosyal Hizmet Sempozyumu 2015 Türkiye’de Sosyal Hizmet Uygulamasının 50. Yılı: İnsan Değer ve Onurunu Yüceltmek*, 26-28 Kasım 2015.
- Bland, R., Renouf, N.** (2001) *Social Work and The Mental Health Team*. *Australasian Psychiatry*, 9, 238-41.
- Bond, B., Friedman, N., Streiter, J., Warren, B. Whitney, S.** (1978) *An Attitudinal Study Of Social Workers In Community Mental Health Centers*, University Of Southern California The Graduate School.
- Bonney, S., Stickle, T.** (2008) *Recovery and Mental Health: A Review of The British Literature*. *Journal of Psychiatric Mental Health Nurse*, 15:140-53.
- Bronfenbrenner, U.** (1979). *The Ecology of Human Development*. Cambridge: Harvard University Press.
- Çiftçi Gökçe Arslan, E., Akgül Gök, F., Arslan, E.** (2015) *Kurum Bakımından Toplum Temelli Bakıma Geçiş: Toplum Ruh Sağlığı Merkezlerinde Çalışan Sosyal Hizmet Uzmanlarının Rolü*. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 26:163-76.
- Çölgeçen, Y.** (2018) *Psikiyatrik Sosyal Hizmet ve Hastane - Toplum Ruh Sağlığı Merkezi Uygulamaları (Manisa İli Örneği)*, Dok-

tora Tezi. Yalova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sosyal Hizmet Anabilim Dalı.

**Davidson, L.** (2005) Recovery, Self-Management and The Expert Patient: Changing The Culture of Mental Health from a UK perspective. *Journal of Mental Health*, 14(1), 25-35.

**Deane, L.** (2011) Service User Participation: Contemporary Issues and Obstacles for the National Service Users Executive and Service User Participation, *Critical Social Thinking: Policy and Practice*, (3).

**DSÖ-Dünya Sağlık Örgütü** (2005) Promoting Mental Health Concepts, Emerging Evidence, Practice. Switzerland: World Health Organization.

**DSÖ-Dünya Sağlık Örgütü** (2006) Dollars, DALYs and Decisions. Geneva. [https://www.who.int/mental\\_health/evidence/dollars\\_dalys\\_and\\_decisions.pdf](https://www.who.int/mental_health/evidence/dollars_dalys_and_decisions.pdf)

**DSÖ-Dünya Sağlık Örgütü** (2011a) Mental Health Atlas. Country Profiles. World Health Organization. Erişim Tarihi 16 Mart 2020, [https://www.who.int/mental\\_health/publications/mental\\_health\\_atlas\\_2011/en/](https://www.who.int/mental_health/publications/mental_health_atlas_2011/en/)

**DSÖ-Dünya Sağlık Örgütü** (2011b) Dünya Engellilik Raporu, Geneva.

**DSÖ-Dünya Sağlık Örgütü** (2017) Mental Health Atlas. Country Profiles. World Health Organization. Erişim Tarihi 12 Mart 2020, [https://www.who.int/mental\\_health/evidence/atlas/mental\\_health\\_atlas\\_2017/en/](https://www.who.int/mental_health/evidence/atlas/mental_health_atlas_2017/en/)

**DSÖ-Dünya Sağlık Örgütü web sayfası** (2018) Mental Health: Strengthening Our Response, Erişim Tarihi 18 Ocak 2020, <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>

**Faust, J.R.** (2008) Clinical Social Worker as Patient Advocate in a Community Mental Health Center, *Clinical Social Work Journal*, 36(3), 293-300.

**Forster, R.** (1998) Patient Advocacy in Psychiatry: The Austrian and The Dutch Models. *International Social Work*, 41(2), 155-167.

**Frese, F. J., Davis, W. W.** (1997) The Consumer-Survivor Movement, Recovery, and Consumer Professionals. *Professional Psychology: Research and Practice*, 28(3), 243-245.

**Freud, S.** (1963) The Complete Introductory Lectures on Psychoanalysis. George Allen & Unwin.

**Gould, N.**, (2005) *International Trends in Mental Health Policy* pp. 7-22 in Quin, S. & Redmond, B., (Eds). *Mental Health and Social Policy in Ireland*. Dublin: University College Dublin Press.

**Gutmacher, S., Kelly, P., Ruiz-Janecko, Y.** (2010) *Community-Based Health Interventions Principles And Applications*, John Wiley & Sons, Inc.

**Grzywacz, J. G., Fuqua, J.** (2000) The Social Ecology Of Health: Leverage Points And Linkages. *Behavioral Medicine*, 26 (3), 101-115.

**Hothersall, S., Maas-Lowit, M., Golightley, M.** (2008) *Social Work and Mental Health in Scotland*. Learning Matters.

**IFSW IASSW** (2014) "Global Definition of The Social Work Profession." <http://ifsw.org/get-involved/global-definition-of-social-work>.

**Jacob, K.S.** (2015) Recovery Model of Mental Illness: A Complementary Approach to Psychiatric Care, *Indian Journal of Psychological Medicine*, 37 (2): 117-119.

**Jacobson, N., Greenley, D.** (2001) What is Recovery? A Conceptual Model and Explication. *Psychiatric Services*, 52(4), 482-485.

**Kanat Dinç, G.** (2009) Toplum-Temelli Bir Ruh Sağlığı Sistemi Modeli Yaratma" Projesi Rusihak-Ara İstanbul Dayanışma Merkezi, Zengin Dağıdır, F. (Ed.). içinde Toplum İçinde Yaşam Herkesin Hakkı-Zihinsel ve Ruhsal Rahatsızlığı Olanlar İçin Toplum Temelli Hizmetler, RUSİHAK (Ruh Sağlığında İnsan Hakları Girişimi) Erişim Tarihi 3 Mart 2020, [https://a01943de-1be1-4a62-a132-72fb9fbd51.filesusr.com/ugd/1d1c4a\\_e39964a52aa44d93ba90e13ecf39ea4d.pdf](https://a01943de-1be1-4a62-a132-72fb9fbd51.filesusr.com/ugd/1d1c4a_e39964a52aa44d93ba90e13ecf39ea4d.pdf)

**Kasperski, J., Power, K., VanderBent, S.D.** (2005) Social work, primary care and family health teams in Ontario: delivering comprehensi-

ve family-centered care. Erişim Tarihi 13 Mayıs 2012 <http://www.oasw.org/media/96600/PrimaryCare-FamilyHealthTeams-PositionPaper-2005-EN.pdf>.

**Kırpınar, İ.** (2003) Ulusal Ruh Sağlığı Politikası Geliştirme Çalışmaları. *Türkiye Psikiyatri Derneği Bülteni*, 6 (2), 12-12.

**Lakeman, R., Cook, J., McGowan, P.** (2007) Service Users, Authority, Power and Protest: A Call for Renewed Activism. *Mental Health Practice*, 11(4): 12-16.

**Lofti, S.** (2019) A Review of Approaches and Social Work Roles in Mental Health, *International Journal of Multidisciplinary Thought*, 08(01), 107-112.

**OECD** (2014) Focus On Health Making Mental Health Count, <https://www.oecd.org/els/health-systems/Focus-on-Health-Making-Mental-Health-Count.pdf>

**Oral, M., Tuncay, T.** (2012) Ruh Sağlığı Alanında Sosyal Hizmet Uzmanlarının Rol ve Sorumlulukları. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 23(2), 93-114.

**Özcan, S.** (2013) Aile Hekimliği Uygulamalarında Sosyal Hizmetlerin Önemi. *Turkish Journal of Medicine and Primary Care*, 7(4), 65-68.

**Platt, L.** (2007) *Poverty and Ethnicity in the UK*. Bristol: Policy Press.

**Roberts, G. Wolfson, P.** (2004) The Rediscovery of Recovery: Open to All. *Advances in Psychiatric Treatment*, 10, 37-48.

**Sağlık Bakanlığı** (2006). Ulusal Ruh Sağlığı Politikası. Ankara.

**Sağlık Bakanlığı** (2010) Toplum Sağlığı Merkezlerinin Kurulması ve Çalıştırılmasına Dair Yönerge. Ankara.

**Sağlık Bakanlığı** (2011a) Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı 2011-2023. Ankara: Sağlık Bakanlığı Yayınları.

**Sağlık Bakanlığı** (2011b) Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri Hakkında Yönerge. Ankara.

**Sağlık Bakanlığı web sayfası** (2019) Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri (TRSM) Tanıtım, Erişim Tarihi 15 Ocak 2020, <https://sagligim.gov.tr/ruh-sa%C4%9F%C4%B1%C4%9F%C4%B1/liste/749-toplum-ruh-sa%C4%9F%C4%B1%C4%9F%C4%B1-merkezleri-trsm%20an%C4%B1y%C4%B1m.html>.

**Saxena, S., Thornicroft, G., Knapp, M., Whiteford, H.** (2007). Resources for Mental Health: Scarcity, Inequity, and Inefficiency. *Lancet*, 370(9590), 878-889. doi:10.1016/S0140-6736(07)61239-2 PMID:17804062

**Segal, S.P. Baumohl, J.** (1981) *Social Work Practice in Community Mental Health*. Social Work, Vol. 26(1), 16-24.

**Sheafor, B. W. Horejsi, C. J.** (2014) *Sosyal Hizmet Uygulaması: Temel Teknikler ve İlkeler*. D. Çiftçi Baran (Çev. Ed.). Ankara: Nika Yayınları.

**Sheppard, M.** (1991) *Mental Health Work in the Community: Theory and Practice in Social Work and Community Psychiatric Nursing*, The Falmer Press, New York.

**Starnino, V. R.** (2009) An Integral Approach to Mental Health Recovery: Implications for Social Work. *Journal of Human Behavior in the Social Environment*. 19, 820-842.

**Teater, B.** (2015) *Sosyal Hizmet Kuram ve Yöntemleri: Uygulama için Bir Giriş*. Nika Yayınevi.

**Thompson, N.** (2013) *Kuram ve Uygulamada Sosyal Hizmeti Anlamak* (2000) çev. Özlem Cankurtaran Öntaş, Burcu Hatiboğlu Eren, Buğra Yıldırım, Çağıl Öngen, Eda Beydili, Gamze Erükkü Akbaş, İlkay Başak Adıgüzel, Sinan Akçay ve Özge Sanem Özates Gelmez, Ankara: Dipnot Yayınları.

**Thornicroft, G., Tansella, M.** (2013) *The Balanced Care Model: The Case For Both Hospital and Community-Based Mental Healthcare*. *British Journal of Psychiatry*, 202:246-248.

**Zengin Dağıdır, F.** (2009) Toplum İçinde Yaşam Herkesin Hakkı-Zihinsel ve Ruhsal Rahatsızlığı Olanlar İçin Toplum Temelli Hizmetler, RUSİHAK (Ruh Sağlığında İnsan Hakları Girişimi) Erişim Tarihi 3 Mart 2020, [https://a01943de-1be1-4a62-a13272fb9fbd51.filesusr.com/ugd/1d1c4a\\_e39964a5\\_2aa44d-93ba90e13ecf39ea4d.pdf](https://a01943de-1be1-4a62-a13272fb9fbd51.filesusr.com/ugd/1d1c4a_e39964a5_2aa44d-93ba90e13ecf39ea4d.pdf).