


Kronik Ruhsal Bozukluklarda Ruhsal Eğitim ve İş Uygulamaları

Psychoeducation and Work Practices in Chronic Mental Disorders

Nazan Deniz Turan¹ 

Öz

Toplumun, sosyal kimlik açısından damgaladığı, ötekileştirdiği kronik ruhsal bozukluğa sahip bireylerin yaşadıkları güçlükler arasında yer alan işsizlik önemli bir sorundur. Kronik ruhsal bozukluğu olan bireylerin hayatlarında bir uğraşın ve düzenli bir işin olması ise, toplumdaki işlevselliklerinin artması açısından son derece önemlidir. Bu bağlamda bu derlemede, toplum tarafından damgalanarak, giydirilmiş bir kimliğe sahip olan kronik ruhsal bozukluğu olan hastalar "sosyal kimlik kuramı" açısından irdelenmiştir.

Anahtar sözcükler: Kronik ruhsal bozukluklar, ruhsal eğitim, iş uygulamaları

Abstract

The unemployment, one of the difficulties faced by individuals with the chronic mental disorder who are stigmatized and marginalized by the society in terms of social identity, is an important problem. Providing occupation and a regular job for individuals with chronic mental disorders has a great importance in terms of increasing their functionality in the society. In this context, patients with chronic mental disorder, who are stigmatized and identified by the society, are examined in this review, in terms of "social identity theory".

Key words: Chronic mental disorders, psychoeducation, work practices.

¹ Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ankara

✉ Nazan Deniz Turan, Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ankara, Turkey
deniznazan35@gmail.com

Geliş tarihi /Submission date: 16.12.2017 | Kabul tarihi /Accepted: 23.03.2018 | Çevrimiçi yayın / Online published: 29.03.2018

RUH SAĞLIĞI ve ruhsal bozukluk kavramları kültürden kültüre farklılık göstermektedir. Black ve Andreasen (2010) ruh sağlığını kesin olmayan göreceli bir durum olarak tanımlarken, Townsend (2014) tarafından kültürel normlarla uyumlu, yaşa uygun olan düşünce, duygu ve davranışlarla kanıtlanan, iç ve dış çevredeki stres kaynaklarına başarılı uyum olarak tanımlanmıştır. Ruhsal bozukluk kavramını tanımlamak ise, kavramı etkileyen kültürel faktörler nedeniyle zordur. Ancak kültürel kökenleri ne olursa olsun ruhsal bozuklukların bireyin algısıyla ilgili olduğu kabul edilir (Horwitz 2002).

Bazı kültürlerde kültürel normlardan sapan davranışlar hoş karşılanmasa da, bunlar kabul edilebilir davranışlar arasında gösterilmiş ve geleneksel olarak farklı döngüsel ve kategorik koşullar olarak görülmüştür. Bu görüş, birçok bozukluğun ardışık / kronik olarak birlikte görülmesinin kanıtı ile sorgulanmış ve ruhsal sağlık ile ruhsal bozuklukların ne olduğuna karar verirken, beden-akıl ilişkisine ait geleneksel dualizm aşılanıp, her yaşta biyolojik, psikolojik ve sosyal faktörlerin etkileşimi içinde ele alınması gerektiğine ve kronikleşen ruhsal bozukluklara dikkat çekilmiştir (Horwitz 2002).

Kronik ruhsal bozukluklar, toplumda yaygın olarak görülme, yeti ve iş gücü kayıplarına neden olma durumlarından dolayı öncelikli ele alınması gereken zorunlu hastalıklardandır. Bu hastalıklar arasında kronikleşmenin ön plana çıkması, psikososyal işlevsellikte ağır ölçüde bozulma görülmesi nedeni ile şizofreni ve duygu durum bozuklukları ilk sırada yer alır (Horwitz 2002, Black and Andreasen 2010). Bu hastalıklara sahip olan bireylerde, ilaca bağımlı ve pasif bir hayat sürmeleri nedeni ile farkındalıkta azalma (Amador ve ark. 1991), hastalığın neden olduğu damgalanma ile damgalanmanın kişisel ve sosyal kimliğe getirdiği olumsuz etki sonucu işsizlik sorunu görülmekte, yaşam kaliteleri giderek düşmektedir (Boardman ve ark. 2007). Bu bağlamda bu derlemede, toplum tarafından damgalanarak, giydirilmiş bir kimliğe sahip olan kronik ruhsal bozukluğu olan hastalar “sosyal kimlik kuramı” açısından irdelenmiştir. Hedeflenen; sosyal kimlik açısından damgalanan kronik ruhsal bozukluğa sahip bireylerin, tedavi ve iyileştiriminde kanıt temelli olarak kabul edilen ruhsal eğitimin özellikle iş ve iş uygulamaları açısından önemine vurgu yaparak alanyazına katkı sağlamaktır.

Kronik Ruhsal Bozukluklarda Sosyal Kimlik ve İş

Sosyal kimlik ile ilgili ilk çalışmalar, İkinci Dünya Savaşı'nda Fransa ve Almanya'da esir kamplarında yaşamış olan Henri Tajfel'in (1970) deneyimleri ile başlamıştır. Din ve ırk ayrımcılığı üzerine çalışan Tajfel, kendisi ile aynı alanda çalışmalar yapan Turner ile elde ettikleri bilimsel deneyimleri birleştirmiş ve 1970'lerin ortalarında “sosyal kimlik kuramını” geliştirmiştir. Bir gruba üye olmanın birey üzerindeki etkileri kuramının merkezini oluşturur. Kuramcılara göre insanlar, çoğu zaman birey olarak değil, belirli sosyal grupların/sınıfların üyeleri olarak hareket etmekte ve kendilerine ilişkin tanımlamaları yaparken, sosyal sınıflara üyeliklerine göre hareket etmektedirler. Örneğin, doktor olan bir birey hastane dışındaki ilişkilerde, adının önüne ‘doktor’ ekleyerek kendisini dış çevreye tanıttığında, kendisini kişisel kimliği ile değil, belirli bir grubun üyesi olarak sosyal kimliği ile tanıtmaktadır. Zira insan, sosyal bir varlık olma niteliğinin gereği olarak olumlu bir öz değerlendirme ve benlik saygısını yüceltme gereksinimi dahilinde ‘kendini bir grubun üyesi hissetme’ eğilimi içindedir (Mlicki 1997, Tajfel 1997).

Bir gruba üye olmak bireyin güdülerine, kendisi ile başkalarına ilişkin duygu, düşünce ve davranışlarını belirlemede, sosyal kimliğin oluşması ile şekillenmesinde

önemli bir etkiye sahiptir (Tajfel 1997). Çünkü sosyal kimlik, benlik kavramının, grup üyeliğinden doğan parçasıdır. Bireyler, üyesi oldukları sosyal grubu temel alarak kendilerini tanımlar ve değerlendirirler. Bu değerlendirme, üyesi olarak algıladıkları grupla kendilerini özdeşleştirmelerini beraberinde getirir ve söz konusu özdeşleşme sonunda “sosyal kimlikleri” oluşur (Turner 1978).

Sosyal kimliğe sahip birey, sosyal grup üyeliğini biçimsel olarak değil “biz” kavramı içinde yani gruba ait olmayı içeren psikolojik bir kavram olarak ele almalı ve ona göre davranmalıdır. Ancak bireyler kalıpyargılarla hareket ettiklerinde kendini ve diğerlerini bir sosyal gruba üyelik boyutunda sınıflandırarak başkalarını özellikle kronik ruhsal bozukluğu olan bireyleri ötekileştirmeye başlayabilir. Bu sınıflandırma sonucunda birey “ben bir kadının”, ben bir öğretmenim” şeklinde sosyal kimliğini dile getirirken, diğer taraftan kronik ruhsal bozukluğu olan bireyleri “o bir şizofren”, “o bir bipolar” olarak ötekileştirebilir, farklı olarak nitelendirebilir (Bilgin 1996).

Varoluşsal ve sosyal kimliğe ilişkin olumlu ve olumsuz etkilere karşı en duyarlı grup üyeleri ise kronik ruhsal bozukluğu olan bireylerdir. Bu bireyler için en önemli sorun toplumsal izolasyon olduğu düşünüldüğünde, sosyal gruba üyelik açısından ötekileştirilmesi, hastaların kapasitelerinin ve becerilerinin hafife alınması, özellikle mesleki sosyal grup üyeliği açısından, işverenler yönünde oluşabilecek risklerin abartılmasına sebep olabilir. Oysa çalışmak ve bir iş sahibi olmak, kronik ruhsal bozukluğu olan bireylerin yaşamlarında oldukça önemli rol oynar (Becker ve ark. 2011).

Birisiyle tanıştığımızda sorduğumuz ilk sorular arasında, isim, memleket ve yaptığımız iş yer alır. İş, bir sonuç elde etmek, bir ürün ortaya koymak için yapılan etkinlik diğer taraftan da, başkalarına kim olduğumuzu söyleyen bir araçtır (Soygür 2013). Kronik veya ciddi ruhsal bozukluğu olan bireyler ise, toplum tarafından edindikleri ötekileştirilmiş, damgalanmış sosyal kimlikleri ile başkalarına tanıtılırlar. Dolayısıyla bir işe aday veya iş sahibi olduklarında iş deneyimleri, iş ortamından soyutlanma deneyimine dönüşebilir. Böyle olumsuz bir iş deneyimiyle karşılaşmak istemeyen, toplum tarafından sosyal kimliği zedelenmiş bireyler ise, iş ortamında damgalanmamak, işini kaybetmemek adına mevcut hastalığını gizleme yoluna başvurabilir, tedaviyi kendi imkanları içinde yapmaya çalışabilir hatta tedavi almak için kilometrelerce uzak bir yere gidebilirler (Becker ve ark. 2011).

Boardman ve arkadaşlarına (2007) göre, kronik ruhsal bozukluğu olan bireylerin %30-40'ının bir işi yerine getirebilme yetenek ve isteğine sahip olma durumlarına karşı sadece beşte biri bir işte çalışmaktadır. Londra Ulusal İstatistik verileri ise, kronik ruhsal bozukluğa sahip bireylerin 1990 yıllarında işsizlik oranının %88 iken, 1999 yılında bu oranın %96' ya yükseldiğini göstermiştir (Office for National Statistics 2000). Yıldız ve arkadaşlarının (2010), 720 şizofreni hastasının kayıt bilgilerini incelediği çalışma da, kronik ruhsal bozukluğu olan bireylerin %56'sının işsizlik sorunu yaşadığı tespit edilmiştir. Dolayısıyla kronik ruhsal bozuklarda görülen işe düzenli olarak gidememe ile bağlantılı olarak, yüksek oranda görülen işsizlik oranı giderek artabilir ve yaşam kalitesi de o oranda azalabilir (Becker ve ark. 2011).

Düzenli bir iş hayatı bilişsel işlevlerin onarılmasına katkı sağladığı gibi, bireyin özgüven, sorumluluk ve toplumsal aidiyet duygusu kazanmasını sağlar. Ayrıca yaşamdan doyum elde etmesini, yaşam kalitesini arttırmasını ve problem çözme becerilerinin artmasına katkıda bulunur (Becker ve ark. 2011). Ancak kronik ruhsal bozukluğu olan yeti yitilmiş bireylerin, sosyal beceri ve kişilerarası ilişkilerde zorluk yaşamaları nedeniyle,

iş yaşamında güçlüklerle karşılaşmaları kaçınılmazdır. Bu bağlamda da, içgöründe yükselme, damgalanmada azalma, işlevsellikte artma, sosyal beceri ve kişilerarası ilişkilerde iyileşmeye katkı sağlayan kanıta dayalı ve yapılandırılmış ruhsal eğitim programları önemli bir destek tedavi yöntemi olarak kullanılabilir (Pekkale ve Merinder 2002, Yıldız ve ark. 2010).

Ruhsal Eğitim

Ruhsal eğitim sözcüğünü tanımlamada fikir birliği olmamakla birlikte ruhsal eğitim, sorun çözme ve sosyal beceri eğitimi ile birlikte özbakım becerilerini de kapsayan, davranış değişimini hedefleyen psikososyal girişim olarak tanımlanmıştır (Xia ve ark. 2011). Psikiyatride toplumsallaşma hareketleriyle birlikte sağduyunun egemen olduğu 1960'lı yıllarda tıbbi hizmetin bir parçası haline gelmiştir. Seksenli yıllara gelindiğinde ise, sosyal, politik ve ekonomik açıdan bireysel esenlik kavramına odaklanılması nedeni ile hasta eğitimi, hizmet sunumunun vazgeçilmez bir parçası olarak görülmüştür. Özellikle kronik ruhsal bozukluğa sahip kişinin yeti yitiminin ve hastalığın neden olduğu engel derecesinin azaltılması, sosyal ve meslek işlevselliğinin artırılması gerekliliği önem kazanmıştır. Bu hedeflere ulaşmanın ön koşulu ise, kişinin ve ailesinin hastalığı ve onunla nasıl baş edeceğini iyi bilmeleriydi (Bauml ve Pitschel 2003, Cummings ve Cumming 2008, Bhattacharjee ve ark. 2011, Xia ve ark. 2011) Bu nedenle ruhsal eğitim ilk olarak şizofreni gruplarında uygulanmaya başlanmış ve daha sonraki dönemlerde sistemik eğitim programları ile duygudurum bozukluğu olan hastaların tedavi programı içinde yer almıştır (Xia ve ark. 2011).

Yukarıda da söz edildiği gibi ruhsal eğitim kronik ruhsal bozuklukların tedavisinde kullanılan bir yöntemdir. Gizlediği hasta, toplumdan uzaklaştırdığı bireyin ön plana çıkarılması ve toplum içine katılmasının sağlanması şeklindeki temel felsefesi çerçevesinde başlıca üç amaca hizmet etmektedir (Yıldız ve Danacı 2013). Bunlardan ilki, hastalıkla ilgili bilgi donanımı olarak güçlendirerek ve acil durumlarda başvurabilecekleri bir kriz planı oluşturarak, hastalık üzerindeki kontrolü hastaya kazandırmaktır. İkincisi, hastalık hakkındaki kalıp yargıların onaylanması, yabancılaşma ve ayrımcılık algısı bileşenlerinden oluşan içselleştirilmiş damgalanmanın azaltılması, üçüncü olarak da tedavi uyumsuzluğu, yüksek relaps hızı ve kötü gidişle ilişkili olan içgörü düzeyinin yükseltilmesidir (Xia ve ark. 2011, Bisbee ve ark. 2012).

Belirtilen amaçlar çerçevesinde planlanan ruhsal eğitim psikiyatrist, hemşire, psikolog, psikolojik danışman gibi farklı disiplinlere ait meslek üyeleri tarafından bireysel düzeyde ve grup düzeyinde uygulanabilir (Pekkale ve Merinder 2001). Ancak ruhsal eğitim grup düzeyinde uygulanırsa bile, psikiyatrik rehabilitasyonun "bir ceket her bedene uymaz" ilkesi dahilinde, her hastanın gereksinimleri, bilişsel durumu ve öncelikli alanları birbirinden farklı olduğu için bireye odaklıdır (Baskak ve Özgüven Devrimci 2013).

Ruhsal Eğitimde Uygulayıcı Tutumları

Hastaların ruhsal eğitimden başlıca beklentileri, kendilerine uzman bir kişi tarafından bilgi sunulması ve verilen bilgiler ışığında yaşam kalitelerinin artmasını sağlamaları yönündedir. O nedenle kendilerine sunulan bilginin, hastalık üzerinde egemenlik sağlayacak şekilde verilmesi (Pekkale 2002, Sibitz ve ark. 2009) ve ruhsal eğitimin iyileştirici

etkisini sağlamak için, ruhsal eğitimin ana hedefleri, yapılandırılması ve uygulayıcının nasıl bir tutum izleyeceği önemlidir ve Tablo 1’de yer almaktadır.

Tablo 1. Ruhsal eğitimde yapılandırma, ana hedef, uygulayıcı tutumu (Baskak ve Özgüven 2013)

Ruhsal Eğitim Yapılandırması	Ruhsal Eğitimde Ana Hedef	Uygulayıcı Tutumu
Planlı, sistematik ve aynı ortamda uygulanan,	Hâkimiyet duygusu geliştirme,	Hareketli, canlı, dinamik,
Zamanla sınırlı ama esnek,	Bilgi donanımını artırma,	Devamlı olumlu geri bildirim vermeye gayret eden,
Bireysel ya da grup düzeninde uygulanabilen	İçgörüyü artırma	Kendinden emin ve güven veren,
İnteraktif ve bireye odaklı.	Damgalanmanın içselleştirilmesine engel olma.	Duygu ifadesi gösteren, samimi,
		Belirsizliği vurgulamayan,
		İçgörü ve motivasyonu her birey için devamlı gözleyen.

Ruhsal eğitimin iyileştirici etkisinin önemli bir göstergesi, hastaların eğitim sonrasında kendilerini daha canlı ve enerjik hissetmeleridir. Dolayısıyla ruhsal eğitim mümkün olduğunca hareketli ve dinamik olmalıdır. Bunun için uygulayıcının, ruhsal eğitim sırasında canlı, hareketli ve davranış aktivasyonunu uyaran olması gerekir (Sibitz ve ark. 2007). Diğer taraftan kronik ruhsal bozukluklarda sıklıkla sözel bellek bozukluğuna rastlanıldığından dolayı bu sorunun üstesinden gelmek için verilen bilgiler sık sık tekrar edilmeli ve hastalara da tekrar ettirerek doğru anlaşıldığından emin olunmalıdır (Heinrichs 2001, Green ve ark. 2008). Öte yandan kronik ruhsal bozuklardan şizofrenide, duygularını tanıma becerisi ve içgörü oldukça düşüktür (Johnston ve ark. 2010). O nedenle kullanılan jest ve mimikler iki anlama gelmeyecek şekilde tutarlı, samimi ve verilen bilgiyi gözelemeyecek keskinlikte olmalıdır (Xia ve ark 2011, Baskak ve Özgüven Devrimci 2013). İçgörüyü yükseltmek ise, uygulayıcının hastadaki motivasyonu arttırmasıyla sağlanabilir. O nedenle uygulayıcı motivasyonu arttırmaya yönelik girişimleri devamlı gözleyen bir tutum içinde olmalıdır (Pekkala 2002, Bauml ve ark. 2003, Xia ve ark. 2011).

Hastalık üzerinde hâkimiyet duygusu kazandırma, bilgi donanımını ve içgörüyü artırma ana hedefleri ile doğru uygulayıcı tutumları içerisinde her bir ruhsal eğitim programı 6-12 arası üyenin katılımıyla, haftada bir veya iki oturum şeklinde, 60 ile 90 dk süresi boyunca gerçekleştirilebilir (Furr 2008). Uygulamanın yeri sabit bir ortam olmalı, oturumların yapılacağı tarih ve saat serviste görülen yerlere asılmalıdır. Ruhsal eğitim sırasında üyelerin birbiri ile etkileşime girmesine izin verilmeli ve her oturumda bir önceki oturum hakkında bilgi vererek, her oturumun sonunda ise o oturumun kısa bir özetini yapmak gereklidir. Oturumlarda üyelerden gelen doğru geri bildirimler onaylanırken, uygun olmayan geri bildirimler geldiğinde ise, doğru öneriyi o üyeye söyletmeye yönelik ufak müdahaleler yapılabilir (Furr 2008, Gürçay ve ark. 2009, Corey ve ark. 2010).

Ruhsal Eğitimde Bireysel Yerleştirme-Destek Programları

Kronik ruhsal bozukluğu olan kişilerde işin önemi, 1975’li yıllarda çağdaş psikiyatrinin kurucusu olarak bilinen Fransız hekim Pinel’in girişimleri ile “Moral Treatment and

Occupation” yaklaşımından itibaren bilinmektedir. Pinel bu yaklaşım ile iş’i, kişinin hedeflerine göre zamanın, enerjinin, ilgilerin ve dikkatin kişinin hedeflerine göre kullanılması olarak tanımlamıştır (Paterson 2008). Psikiyatrik hastaların maruz kaldığı kötü muamelelerden rahatsızlık duyan İngiliz doktor William Tuke ise, iş ve uğraşın, din ve amaçlı aktivitelerin işlevselliği artıracağını ve belirtileri azaltacağını düşünerek iş ve uğraş tedavisini tanımlayacak prensipler geliştirmiştir (Bewley 2008). Takip eden yıllarda da, psikiyatri hastalarına bakım veren ve ilk profesyonel psikiyatri hemşiresi olan Dorothy Linda Dix’in çalışmaları ile birlikte, psikiyatri hastanelerinde iş ve uğraşı bir tedavi olarak değerlendirilmiş ve hastalara çok sayıda iş ve uğraşı olanağı sunulmuştur (Kum 1996).

Dünya geneline bakıldığında, kronik ruhsal bozukluğu olan kişilerin sosyal yaşama katılmalarını ve ekonomik anlamda bağımsızlığını kazanmalarını sağlayıcı destekleyici istihdam uygulamaları ulaşılmak istenen ortak hedeftir (Erkoç ve ark. 2011). Ancak rekabetçi olmayan geleneksel mesleki modellerde, bireylerin iş elde etme ve iş hedeflerine ulaşmada yetersiz kaldığı, fayda sağlamadığı görülmektedir (Becker ve ark. 2011). Bu nedenle etkin iş hizmetlerine duyulan ihtiyacı karşılamak için, rekabetçi istihdamın hızlı bir şekilde gerçekleştirilmesine odaklanan mesleki rehabilitasyonun destekleyici istihdam modeli, geleneksel modellere alternatif bir model olarak görülmektedir (Lieberman 2011). Dolayısıyla kronik ruhsal bozukluğu olan bireylerin işe yerleştirilmesinde kilit önem taşıyan ve kanıta dayalı tıp uygulamalarının bir parçası olan bireysel yerleştirme ve destekli iş uygulamaları ön planda yer almakta ve programın ilkeleri Tablo 2’de verilmektedir.

Tablo 2. İş yaşamında bireysel yerleştirme ve destek programlarının ilkeleri (Boardman ve Robinson 2007)

Yeti yitimi olan birey rekabetli iş ortamında çalışmak için isteğini bildirmiş olması gerekir.
Pekçok hasta bir işte çalışırsa sahip olduğu sağlık güvencesi gibi hak ve yardımlardan yoksun kalacağını düşünebilir. O nedenle kişilere kapsamlı bir danışmanlık hizmeti verilmelidir.
Hastalar işe alınmadan önce herhangi bir eğitimden geçmez. İşe başladıktan sonra eğitilir.
Hasta verilecek destek, iş koçu ya da istihdam uzmanı gibi ruh sağlığı ekibi ile eşgüdüm içinde çalışabilecek görevliler tarafından gerçekleştirilmelidir.
Hastalara, becerilerine ve geçmişteki deneyimlerine uygun işler belirlenir.
Program doğrultusunda işe başlayan bir hasta için sunulan destek, hasta istediği ve ihtiyaç duyduğu sürece sunulur.
İş koçu ya da istihdam uzmanı en az haftada bir kez hastanın durumunu gözden geçirmeli ve planları güncellemelidir.

Destekli istihdamın en düzenli, en yaygın kullanılan ve deneysel açıdan en doğrulanmış olan şekline bireysel yerleştirme ve destekleme denilmektedir (Lieberman 2011). Bireysel yerleştirme ve destekleme 1980’li yıllarda ortaya atılmış ve ilerleyen yıllarda yetiyitimi olan kronik ruhsal bozukluğa sahip bireylerin iş yaşamında bireysel yerleştirme ve destek programı olarak adlandırılmıştır (Becker ve ark. 2011). Ruhsal eğitim uygulamaları içinde yer verilen bu programlar, sosyal beceri eğitimi ile birlikte iş programının bir bileşeni olarak kullanılmaktadır (Becker ve ark. 1998). Ancak bu programların en ayırt edici özelliği ruhsal eğitimin işe yerleştirildikten sonra başlaması ve istihdam oranının artmasına katkı sağlamasıdır (Boardman ve Robinson 2007, Berce ve ark. 2011). Nitekim ilk kez Drake ve arkadaşları (1994) tarafından yapılan çalışmada, gündüz tedavi programları ve rehabilitasyon hizmetleri ile bireysel yerleştirme ve destekli iş programlarındaki hastaların istihdam oranları karşılaştırılmış ve bireysel ve

destekli iş programlarının istihdam oranını arttırdığı saptanmıştır. Ayrıca destekli iş istihdamı ile iş bulan birey sayısı, çalışılan saat, ay/yıl ile iş geliri açısından çok iyi sonuçlar elde edildiği belirtilmiştir (Lieberman 2011). Bireysel yerleştirme ve destekli iş programlarından asıl amaçlanan, bireyin iş ortamına adaptasyonunu ve oryantasyonunu sağlayarak düzenli gelir elde edeceği bir iş sahibi olmasını sağlamaktır (Becker ve ark. 2011). Lieberman (2011) mesleki iyileştirimin, şizofrenili bireylerin iyileşmesinde son derece önemli bir rol oynadığını belirtmektedir. İşteki mevcut pozisyona ya da alınan maaşa bakılmaksızın bir işte çalışmanın kişiye “çalışan” kimliğini kazandırarak, bu bireylerin toplumda yeti yitimi olmayan vatandaşlar arasına katılmalarını sağladığı vurgulanmıştır. Çalışma yaşamının bireyin yaşam kalitesini artırabilecek olan parayı, toplumsallaşma ve arkadaşlık kurma fırsatlarını, öz saygıyı ve öz yeterliliği beraberinde getirerek depresyon ve moral bozukluğunun yerine planlı ve programlı rutinler ile geleceğe yönelik olumlu beklentileri, kişinin yaşamına kazandırdığını bildirmektedir.

Salyers ve arkadaşlarının (2006) yaptığı on yıllık izlem çalışması ile Becker ve arkadaşları (2007) tarafından aynı amaç doğrultusunda yürütülen sekiz yıllık izlem çalışmasında, ruhsal hastalıklarda iş yaşamına bireysel yerleştirme ve destekli iş uygulamaları ele alınmıştır. Her iki çalışmanın sonucunda da, bu programların bir işte kısa süreli çalışmanın ötesinde meslekte kariyer sahibi olma hedefine ulaşılabilmesi sonucu elde edilmiştir. Little ve arkadaşları (2011) ise, kronik ruhsal bozukluğa sahip kişilerin iş yaşamına uyum sağlamaları ve iş yaşamında karşılaşılabilecekleri olumsuz tutumları engellemek için öncelikli olarak işverenlere yönelik uygulamalı eğitim programlarının verilmesinin önemine değinmiştir (Little ve ark. 2011). Zira ruhsal rahatsızlığı olan bireylerin iş sahibi olmalarının önündeki en büyük engellerden birisi, hastaların kapasitelerinin hafife alınması ve ruh sağlığı sorunu olan bireylerin işvereni sokabileceği risklerin abartılarak sosyal kimliklerinin damgalanmasıdır (Çiçekoğlu 2017). Yeti yitimli bireylerin iş yaşamındaki en büyük güçlüklerinin kişilerarası ilişkilerde zorluklar olduğu düşünüldüğünde de, sosyal beceri eğitimlerinin iş yaşamını destekleyen uygulama olarak kullanıldığı görülmektedir (Marhawa ve Johnson 2004, Soygür 2013). Yapılan araştırmalarında ise, istihdamın sağlanması durumunda sosyal becerilerin ve benlik saygısının artacağı ayrıca toplumda sosyal bir kimlik elde edileceği vurgulanmıştır (Krupa 2004, Bell ve ark. 2005). Ancak Drake ve arkadaşları (1996a, 1996b) tarafından yapılan çalışmalarda, destekli iş programlarından önce uygulanan sosyal beceri eğitimlerinin etkisiz olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Ülkemizdeki destekli iş uygulamaları ve ruhsal eğitimin ilk ve tek uygulamalı örneği, şizofreni hastaları, hasta yakınları ve ruh sağlığı çalışanları tarafından 2009 yılında kurulan “Mavi At Kafe/Kültür Yaşam Ortamı”dır. Kuruluş amacı; kronik ruhsal bozukluklardan biri olan ve ciddi yeti yitimi görülen şizofreni tanılı bireyler için iş ve ruhsal eğitim olanağı sağlamak, ayrıca topluma sunulan hizmet aracılığıyla insanların şizofreni hastalarını tanımalarını sağlayarak damgalanmaya karşı durmaktır. Hastaların dörder saatlik kısa süreli vardiyalarla hizmet verdiği Mavi At Kafe gibi diğer bireysel yerleştirme ve destek uygulamaları sayesinde, çalışma saatlerine ve kurallara uyma, kendine bakım, kişilerarası sorunları çözme becerisi kazanma, yaşam kalitesinde artma ve toplum ruh sağlığı maliyetinde azalma görüldüğü tespit edilmiştir (Soygür 2010).

Sonuç

Toplumun, sosyal kimlik açısından damgaladığı, ötekileştirdiği kronik ruhsal bozukluğa

sahip bireylerin yaşadıkları güçlükler arasında yer alan işsizlik önemli bir sorundur. Kronik ruhsal bozukluğu olan bireylerin hayatlarında bir uğraşın ve düzenli bir işin olması ise, toplumdaki işlevselliklerinin artması açısından son derece önemlidir. Bu nedenle, ruhsal eğitim programların iş uygulamaları ile ruh sağlığı sistemi içinde yer alması, bireysel destekli işe yerleştirme programlarına yer verilmesi ve bu yönde yapılan çalışmaların ağırlık kazanması doğru yaklaşımların geliştirilmesi açısından rehber olacaktır. Bu doğrultuda hazırlanan ruhsal eğitim programlarının, hastalarının sorun çözme becerileri ile benlik saygılarını arttıracığı, toplumda daha üretken, kaliteli bir yaşam ve düzenli gelir elde etme etmelerine katkı sağlayacağı, hastaların hastaneye yatış sıklığını ve süresini azaltacağı ayrıca sağlık kurumları için ekonomik maliyeti azaltma bakımından yararlı sonuçlar vereceği düşünülmektedir.

Kaynaklar

- Amador XF, Strauss DH, Yale SA, Gorman JM (1991) Awareness of illness in schizophrenia. *Schizophr Bull*, 17:113-132.
- Baskak B, Özgüven Devrimci H (2013) Şizofreni tedavisinde ruhsal eğitim. *Psikiyatride Güncel*, 3(2):127-137.
- Bauml J, Pitschel-Waltz G (2003) Psychoeducation bei Schizophrenen Erkrankungen. Stuttgart, Germany, Schattauer.
- Becker DR, Drake DR, Bond GR, Xie H, Dain BJ, Harrison K (1998) Job terminations among persons with severe mental illness participating in supported employment. *Community Ment Health J*, 34: 71-82.
- Becker DR, Whitley R, Bailey EL, Drake RE (2007) Long term employment trajectories among participants with severe mental health illness in supported employment. *Psychiatr Serv*, 58:922-928.
- Becker DR, Bond GR, Drake RE (2011) Individual placement and support: the evidence-based practice of supported employment. Oxford Textbook of Community Mental Health (Eds G Thornicroft, G Szumukler, KT Mueser, RE Drake):161-166. New York, Oxford University Press.
- Bell MD, Fiszdon JM, Greig TC, Bryson G (2005) Can older people with schizophrenia benefit from work rehabilitation? *J Nerv Ment Dis*, 193:293-301.
- Bewley T (2008) Historical background 1780-1840. In *Madness to Mental Illness: A History of the Royal College of Psychiatrists*. (Ed B Thomas): 4-7. London, RCPsych Publications.
- Bhattacharjee D, Rai AK, Singh NK, Kumar P, Munda SK, Das B (2011) Psychoeducation: a measure to strengthen psychiatric treatment. *Delhi Psychiatry Journal*, 14:33-39.
- Bilgin N (1996) İnsan ilişkileri ve Kimlik. İstanbul, Sistem Yayıncılık.
- Bisbee C, Vickar GM (2012) A review of psychoeducation for patients with schizophrenia. *Psychiatr Ann*, 42:205-210.
- Black DW, Andreasen NC (2010) *Introductory Textbook of Psychiatry 5th Edition*. Washington DC, American Psychiatric Publishing.
- Boardman J, Robinson B (2007) Working to recovery: meaning occupation and vocational rehabilitation. In *Enabling Recovery: The Principles and Practice of Rehabilitation Psychiatry* (Eds G Roberts, S Davenport, F Holloway, T Tattan):271-285. London, Gaskell.
- Çiçekoğlu P (2017) Konaşamadıklarımız; psikiyatri hastalarına yönelik şiddet. *Türkiye Klinikleri J Psychiatr Nurs-Special Topics*, 3(2):115-122.
- Corey MS, Corey G, Corey C (2010) *Groups: Process and Practice*, 7th edition. Belmont CA, Brooks Cole.
- Cummings NA, Cumming JL (2008) Psychoeducation in conjunction with psychotherapy practice. In *Evidence Based Adjunctive Treatments*. (Eds WT O'Donohue, NA Cummings):41:58. Burlington, MA, Academic Press.
- Drake RE, Becker DR, Biesanz JC, Torrey WC, McHugo GJ, Wyzik PF (1994) Rehabilitation day treatment versus supported employment: I. Vocational outcome. *Community Ment Health J*, 30:519-532.
- Drake RE, Becker DR, Biesanz JC, Wyzik PF, Torrey WC (1996a) Day treatment versus supported employment for persons with severe mental illness: a replication study. *Psychiatr Serv*, 47:1125-1127.
- Drake RE, McHugo GJ, Becker DR, Anthony WA, Clark RE (1996b) The New Hampshire study of supported employment for people with severe mental illness. *J Consult Clin Psychol*, 64:391-399.
- Erkoç Y, Çom S, Torunoğlu MA, Alataş G, Kahiloğulları AK (2011) Sağlık Bakanlığı Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı. Ankara, Sağlık Bakanlığı.
- Furr RS (2008) Structuring the group experience: A format for designing psychoeducational groups. *The Journal for Specialists in Group Work*, 25:29-49.
- Green MJ, Waldron JH, Simpson I, Coltheart M (2008). Visual of social content during mental state perception in schizophrenia. *J*

- Psychiatr Neurosci, 33:32-42.
- Gürçay SS, Çekici F, Çolakadoğlu O (2009) Psiko-eğitim gruplarının yapılandırılması ve genel ilkeleri. Mersin Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi, 5:134-153.
- Heinrichs RW (2001) In Search of Madness: Schizophrenia and Neuroscience. Oxford, Oxford University Press.
- Horwitz AV (2002) The Social Control of Mental Illness. Clinton Corners, NY, Percheron Press.
- Johnston PJ, Enticatt PG, Mayes AK, Hoy KE, Herring SE, Fitzgerald PB (2010). Symptom correlates of static and dynamic facial affect processing in schizophrenia: evidence of a double dissociation? Schizophr Bull, 36:680-687.
- Krupa T (2004) Employment, recovery and schizophrenia: integrating health and disorder at work. Psychiatr Rehabil J, 28:8-15.
- Kum N (1996). Psikiyatri Hemşireliği El Kitabı. İstanbul, Birlik Ofset.
- Liberman RP (2011) Psikiyatrik İyileştirim El Kitabı: Yeti Yitiminden İyileşmeye (Çeviri Ed. M Yıldız). Ankara, Türkiye Sosyal Psikiyatri Derneği.
- Little K, Henderson C, Brohan E, Thornicroft G (2011) Employers attitudes to people with mental health problems in the workplace in Britain: Changes between 2006-2009. Epidemiol Psychiatr Sci, 20:73-81.
- Marwaha S, Johnson S (2004) Schizophrenia and employment. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol, 39:33749.
- Mlicki PP, Ellemers N (1996) Being different or being better? National stereotypes and identifications of Polish and Dutch students. Eur J Soc Psychol, 26: 97-114.
- Office for National Statistics (2000) Office for National Statistics Labour Survey (2000). London, Office for National Statistics.
- Paterson CF (2008) A short history of occupational therapy in psychiatry. In Occupational Therapy and Mental Health, 4nd ed (Eds J Creek, L Lougher):3-17. Philadelphia, Elsevier.
- Pekkala E, Merinder L (2002) Psychoeducation for schizophrenia. Cochrane Database Syst Rev, (2):CD002831.
- Salyers MP, Becker DR, Drake RE, Torrey WC, Wyzik PF (2006). Ten year follow up of clients in a supported employment program. Psychiatr Serv, 55:302-308.
- Sibitz I, Amering M, Gössler R (2009) Patient's perspective on what works in psychoeducational groups for schizophrenia. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol, 42:909-915.
- Soygür H (2010) Uykusuz Çocuklar: Şizofreni Yazıları. İstanbul, Okuyan Yayınları.
- Soygür H (2013) İş ve ruhsal iyileştirim. Psikiyatride Güncel, 3(2):168-175.
- Tajfel H (1997) Social psychology of intergroup relations. Annu Rev Psychol, 33:1-39.
- Townsend MC (2014) Essentials of Psychiatric Mental Health Nursing: Concepts of Care in Evidence-Based Practice. Philadelphia, F.A. Davis.
- Turner JC (1978) Social categorization and social discrimination in the minimal group paradigm. In Differentiation Between Social Groups: Studies in the Social Psychology of Intergroup Relations (Ed H Tajfel):101-140. London, Academic Press.
- Xia J, Merinder LB, Belgamwar MR (2011) Psychoeducation for schizophrenia. Cochrane Database Syst Rev, (6):CD002831.
- Yıldız M, Yazıcı A, Böke Ö (2010) Şizofrenide nüfus ve klinik özellikler: çok merkezli kesitsel bir olgu kayıt çalışması. Turk Psikiyatri Derg, 21(3):213-24.
- Yıldız M, Danacı AE (2013) Ruhsal iyileştirim felsefesi. Psikiyatride Güncel, 3(2):93-94.

Yazarların Katkıları: Yazar araştırmaya önemli bir bilimsel katkı yaptığını ve yazının taslağının hazırlanması veya gözden geçirilmesine yardımcı olduğunu onaylanmıştır.

Danışman Değerlendirmesi: Dış bağımsız

Çıkar Çatışması: Yazar çıkar çatışması bildirmemiştir.

Finansal Destek: Yazar bu çalışma için finansal destek almadığını beyan etmiştir.

Authors Contributions: Author attest that she has made an important scientific contribution to the study and has assisted with the drafting or revising of the manuscript.

Peer-review: Externally peer-reviewed.

Conflict of Interest: No conflict of interest was declared by the author.

Financial Disclosure: The author declared that this study has received no financial support.
