



T.C.

ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

SOSYAL HİZMET ANABİLİM DALI

SOSYAL HİZMET YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**TOPLUM RUH SAĞLIĞI MERKEZİNDE VERİLEN
HİZMETLERİN HASTA YAKINI TARAFINDAN
DEĞERLENDİRMESİ: TUZLA ÖRNEĞİ**

MERVE GÜLTEKİN

Tez Danışmanı

Prof. Dr. Abdullah KARATAY

İSTANBUL-2019

T.C.
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

SOSYAL HİZMET ANABİLİM DALI
SOSYAL HİZMET YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**TOPLUM RUH SAĞLIĞI MERKEZİNDE VERİLEN
HİZMETLERİN HASTA YAKINI TARAFINDAN
DEĞERLENDİRMESİ: TUZLA ÖRNEĞİ**

MERVE GÜLTEKİN

Tez Danışmanı

Prof. Dr. Abdullah KARATAY

İSTANBUL-2019

T.C.
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

Anabilim Dalı :Sosyal Hizmet

Program :Sosyal Hizmet

Öğrenci No :154205011

Öğrenci Adı Soyadı :Merve GÜLTEKİN

Toplum Ruh Sağlığı Merkezinde Verilen Hizmetlerin Hasta Yakını Tarafından Değerlendirilmesi: Tuzla Örneği isimli çalışma aşağıdaki jüri tarafından 30.05.2019 tarihinde yapılan sınavda Yüksek Lisans Tezi olarak oybirliğiyle kabul edilmiştir.

Jüri Başkanı : Doç. Dr. İshak AYDEMİR
(Bahçeşehir Üniversitesi)

İmza

Danışman : Prof. Dr. Abdullah KARATAY
(Üsküdar Üniversitesi)

İmza

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

İmza

ONAY

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

Doç.Dr. Türker Tekin ERGÜZEL
Enstitü Müdür V.

ÖZET

Şizofreni ve bipolar duygudurum bozukluğu hastalığı, yaşamı her yönüyle etkileyen süreğen rahatsızlıklardır. Ağır ruh sağlığı bozukluklarını sadece tıbbi yönüyle takip ve tedavi etmek, psikososyal boyutunu göz ardı etmek yanlış olacaktır. Hastayı, ailesi ve sosyal çevresi ile bir bütün olarak ele almak yaşanan sorunlar hakkında daha geniş perspektifte bilgi sağlamıştır. Saha araştırması şeklinde yürütülen bu çalışma, hastaya destek/bakım veren yakınlarının Toplum Ruh Sağlığı Merkezlerini(TRSM) nasıl algıladıkları ve anlamlandırdıklarını; bu algı ve anlamlandırmada önemli unsurların ve beklentilerinin ne olduğunu, başa çıkma hususunda TRSM' nin yerini ve önemini konu edinmiştir. Bu doğrultuda 25'i şizofreni 15'i bipolar olmak üzere, merkezden en az bir yıl süreyle hizmet almış 40 hastaya, bakım ve destek sağlayan bir yakını araştırmaya dahil edilmiştir. Sözel ve yazılı anamnez alındıktan sonra doldurması üzere sosyo-demografik veri formu verilmiştir. Sonrasında hasta yakınıyla yapılandırılmış görüşme formu kullanılarak yüz yüze görüşme yapılmıştır. Hasta yakınlarının büyük bir kısmının toplum ruh sağlığı hizmetlerinden memnun olduğu görülmüştür. TRSM hizmetlerini ifade ederken ağırlıklı olarak güler yüz, dosya takibi sistemi, ev ortamı, hastanın tanınması gibi unsurlara yer verildiği görülmüştür. Ağır ruh sağlığı hastalığına sahip bir aile bireyine destek/bakım vermek pek çok sorunu beraberinde getirmekte olup başlı başına sağlık sorunları stres vericidir. Aileler bu zorlu süreçte pek çok stresli yaşam olaylarına ve damgalamaya maruz kaldıkları görülmüş olup merkez için önerilerini ifade etmişlerdir. Tek çatı altında gerek duyabilecekleri tüm hizmetlerin toplanmasından memnun oldukları tespit edilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Toplum Ruh Sağlığı Merkezi, Şizofreni, Bipolar Bozukluk, Hasta Yakını , Psikososyal Uygulamalar, Sosyal Hizmet

ABSTRACT

Evaluation Of The Services Provided By The Community Mental Health Center By Patient Relatives: Tuzla Sample

Schizophrenia and bipolar disorder is a chronic disorder affecting every aspect of life. It will be wrong to disregard the psychosocial dimension to monitor and treat only the medical aspect of severe mental illness disorders. To treat the patient as a whole with the family and environment, and to ensure that the problems experienced are identified more accurately. To treat the patient as a whole with the family and environment, and to ensure that the problems experienced are identified more accurately. This study, which is carried out in the form of field work, is the subject and importance of TRSM in dealing with the perception and meaning of the community mental health centers and the importance of TRSM in dealing with the important elements and expectations in the perception and interpretations. In this respect, a relative who was in the first degree in the care and support of 40 patients who received service for at least one year from the center, 25 of whom were schizophrenic and 15 of whom were biopsies were included in the study. The socio-democracy data sheet has been given after the oral and written here are filled. It was seen that most of these relatives of the patients were members of community mental health services. While expressing TRSM services, it has been observed that mainly smiling face, file tracking system, home environment, recognition of the patient are included. Supporting a family member with severe mental illness brings many problems, and it is stressful to combat symptoms in itself. Families were exposed to many stressful life events and stigma during this mandatory process and expressed expectations from the center. It was found that they were satisfied with the collection of all health services under one roof.

Key Words: Community Mental Health Center, schizophrenia, bipolar disorder, patient, psychosocial applications, social work.

TEŞEKKÜR

Araştırma sürecinde bilgisini paylaştan tez danışmanım Prof. Dr. Abdullah Karatay'a teşekkür ediyorum. Araştırma için değerli vakitlerini ayıran tüm hasta ve hasta yakınlarına teşekkür ediyorum. Tuzla Devlet Hastanesi idarecileri Başhekim Selçuk Bozhalil ve Başhekim Yardımcısı Maksut Kurçenli' ye, birimde çalışan meslektaşlarıma ve stajyer arkadaşlarıma, araştırma sürecinde ki desteklerinden dolayı teşekkür ediyorum.

Görevim süresince birlikte çalıştığım, bana destek olan, bilgi ve deneyimlerinden faydalandığım, Uzm. Dr. Anıl Talas, Uzm. Dr. Narin Tan Kartal, Uzm. Dr. Semine Kavzoğlu, Sorumlu Hemşire Gülnigar Özdemir, Hemşire Filiz Çakmak, Hemşire Göktürk Yabar, Sekreter Hatice Hanım, Güvenlik Görevlisi Behçet Bey ve Yardımcı Personel Emine Hanım'a teşekkür ederim.

Son olarak her zaman yanımda olan ve beni destekleyen sevgili eşim Emre Gültekin' e ve bu hayatım boyunca maddi, manevi desteklerini esirgemeyen anne, babama ve canım kardeşime; şükranlarımı sunarım...

BEYAN FORMU

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

20.05.2019

Merve Gültekin

İÇİNDEKİLER

ÖZET	i
ABSTRACT	ii
TEŞEKKÜR	iii
BEYAN FORMU	iv
İÇİNDEKİLER	v
TABLOLAR DİZİNİ	viii
KISALTMALAR VE SİMGELER DİZİNİ	x
1. GİRİŞ	1
1.1. Problem.....	1
1.2.Araştırmanın Amacı.....	2
1.3. Araştırmanın Önemi	3
2. GENEL BİLGİLER	5
2.1. Şizofreni.....	5
2.2. Bipolar Duygudurum Bozukluğu.....	7
2.3. Toplum Ruh Sağlığı Merkezi ve Verilen Hizmetler.....	8
2.3.1. Poliklinik ve Hemşirelik Hizmetleri	10
2.3.2. Vaka Yöneticiliği Hizmeti	10
2.3.3. Grup psiko-eğitimleri.....	11
2.3.4. Aile Görüşmeleri.....	13
2.3.5. Sanat Terapileri.....	14
2.3.6. Sosyal Etkinlikler.....	15
2.3.7. Ev Ziyaretleri	15
2.4. TRSM ve Sosyal Hizmet	16
2.4.1.Sosyal çalışmacının işbirliği kurabileceği kurum ve kuruluşlar	17
2.4.1.1. Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetlere bağlı Sosyal Hizmet Merkezleri	17
2.4.1.2. İşkur	17
2.4.1.3. Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma Vakfı	17
2.4.1.4. Belediyeler	18
2.4.1.5. Kaymakamlıklar.....	18
2.4.1.6. Muhtarlıklar	18
2.4.1.7. İstanbul Engelliler Merkezi	19

2.4.1.8. Müftülük	19
2.4.1.9. Halk eğitim merkezleri	19
2.4.1.10. Sivil Toplum Örgütleri.....	19
2.5. Damgalama	19
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	21
3.1. Araştırmanın Tipi.....	21
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri	21
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	22
3.4. Veri Toplama Araçları ve Süreci	23
3.4.1. Sosyo-demografik veri ve anket formu	23
3.4.2. Yapılandırılmış görüşme formu.....	23
3.5. Verilerin Değerlendirilmesi	24
3.6. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Varsayımlar	25
4. BULGULAR.....	26
4.1 Hasta ve Yakınlarının Sosyodemografik Verileri.....	26
4.1.1. Araştırmada hastalık tanılarının dağılımı	26
4.1.2. Hastaların cinsiyeti	27
4.1.3. Hastalık tanısı ile cinsiyeti arasındaki ilişki analizi.....	27
4.1.4. Hasta yakınlarının yaşı.....	28
4.1.5. Hasta yakınlarının cinsiyeti	28
4.1.6. Hasta yakınlarının eğitim durumu	29
4.1.7. Hasta yakınlarının medeni durumu.....	29
4.1.8. Hasta yakınlarının iş durumu	30
4.1.9. Hasta yakınlarının aylık geliri.....	30
4.2. Hasta ve Yakınlarına Ait Nicel Veriler.....	31
4.2.1. Hasta ve araştırma gönüllüsünün yakınlık derecesi.....	31
4.2.2. Hasta ve yakınının birlikte ikamet etme durumu.....	31
4.2.3. Hastaların vesayet durumu.....	32
4.2.4. Hastalık başlangıç yaşı.....	33
4.2.5. Hastaların son bir yıl içinde toplam hastaneye yatış sayısı	34
4.2.6. Hasta yakınlarının hastalık tanımı	34
4.2.6.1. Şizofren yakınlarının hastalığı adlandırma biçimleri.....	34
4.2.6.2. Bipolar yakınlarının hastalığı adlandırma biçimleri	35

4.2.6.3. Şizofreni hastalığının adlandırılması ve TRSM’de alınan aile eğitimi arasındaki ilişki	36
4.2.6.4. Bipolar hastalığının adlandırılması ve TRSM’de alınan aile eğitimi arasındaki ilişki	36
4.2.7. Hasta ve yakınlarının nakdi yardım alma durumu.....	37
4.2.8. Hastaların TRSM’ ye geliş sıklığı	38
4.2.9. Hastaların yasal ve sosyal haklarından faydalanma durumu	39
4.2.10. Hastaların sağlık kurulu raporuna yönlendirme oranı	39
4.2.11. Hastaların malülen emekliliğe yönlendirme oranı.....	40
4.2.12. Hastaların vesayet ataması için yönlendirme oranı	41
4.3. Toplum Ruh Sağlığı Merkezi Hizmetlerinin Nitel Değerlendirmeleri.....	42
4.3.1. Hastaları ilk yönlendiren kurumlar	42
4.3.2. Hastaların poliklinik ve hemşirelik hizmetlerini alma oranı	42
4.3.3. Hastaların danışmanlık hizmetini alma oranı	44
4.3.4. Hasta yakınları aile görüşmesi alma oranı	46
4.3.5. Hastaların grup eğitimi alma oranı	48
4.3.6. Hastaların sosyal etkinliklere katılma oranı.....	50
4.3.7. Hastaların sanat atölyelerine katılma oranı.....	52
4.3.8. Hastaların ev ziyareti hizmeti ve değerlendirmeleri	54
4.3.9. Hastaların aldığı diğer hizmetler.....	55
4.3.10. Hastaların en çok zorlandığı konular	56
4.3.11. TRSM ve diğer sağlık kuruluşları arasında ki farklar.....	60
4.3.12. Hasta yakınlarının fikirlerine önem verilmesiyle ilgili düşünceleri	64
4.3.13. Hasta yakınlarının önerileri	65
5. TARTIŞMA.....	70
6. SONUÇ ve ÖNERİLER	72
7. KAYNAKLAR	76
EKLER	80
EK- 1 Bilgilendirilmiş onam formu.....	80
EK- 2 Sosyodemografik veri formu.....	83
EK- 3 Yapılandırılmış görüşme formu	87
EK-4 Etik kurulu onayı.....	92
EK-5 İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü kurum izni.....	93
ÖZGEÇMİŞ	94

TABLULAR DİZİNİ

Tablo 1: Hastalık tanılarının dağılımı	26
Tablo 2: Hastaların cinsiyeti	27
Tablo 3: Hastalık tanısı ile cinsiyet arasındaki ilişki analizi.....	27
Tablo 4: Hasta yakınlarının yaşı	28
Tablo 5: Hasta yakınlarının cinsiyeti	28
Tablo 6: Hasta yakınlarının eğitim durumu	29
Tablo 7: Hasta yakınlarının medeni durumu	29
Tablo 8: Hasta yakınlarının iş durumu.....	30
Tablo 9: Hasta yakınlarının aylık geliri	30
Tablo 10: Hasta ve araştırma gönüllüsünün yakınlık derecesi	31
Tablo 11: Hasta ve yakınının birlikte ikamet etme durumu	31
Tablo 12: Hastaların vesayet durumu	32
Tablo 13: Hastalık başlangıç yaşı	33
Tablo 14: Hastaların son bir yıl içinde toplam yatış sayısı	34
Tablo 15: Şizofren yakınlarının hastalığı adlandırma biçimleri	34
Tablo 16: Bipolar yakınlarının hastalığı adlandırma biçimleri.....	35
Tablo 17: Şizofreni hastalığın adlandırılması ve TRSM’de alınan aile eğitimi arasındaki ilişki	36
Tablo 18: Bipolar hastalığın adlandırılması ve TRSM’de alınan aile eğitimi arasındaki ilişki	36
Tablo 19: Hasta ve yakınlarının nakdi yardım alma durumu	37
Tablo 20: Hastaların TRSM’ ye geliş sıklığı	38
Tablo 21: Hastaların yasal ve sosyal sosyal danışmanlık alma durumu	39
Tablo 22: Hastaların sağlık kurulu raporuna yönlendirme oranı	39
Tablo 23: Hastaların malülen emekliliğe yönlendirme oranı	40
Tablo 24: Hastaların vesayet ataması için yönlendirme oranı	41
Tablo 25: Hastaları ilk yönlendiren kurumlar.....	42
Tablo 26: Hasta yakınları aile görüşmesi.....	46
Tablo 27: Hastaların grup eğitimi alma oranı	48
Tablo 28: Hastaların sosyal etkinliklere katılma oranı	50

Tablo 29: Hastaların sanat atölyelerine katılma oranı	52
Tablo 30: Hastaların ev ziyareti hizmeti ve değerlendirmeleri.....	54
Tablo 31: Hastaların aldığı diğer hizmetler	55
Tablo 32: Şizofreni Hastaların en çok zorlandığı konular	56
Tablo 33: Bipolar hastaların en çok zorlandığı konular.....	58
Tablo 34: Hasta yakınlarının fikirlerine önem verilmesiyle ilgili düşünceleri	64



KISALTMALAR VE SİMGELER DİZİNİ

- DSM-IV** : Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı Dördüncü Baskısı
- DSM-V** : Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı Beşinci Baskısı
- ICD-10** : Uluslararası Hastalık Sınıflaması
- TRSM** : Toplum Ruh Sağlığı Merkezi
- TTRSM** : Tuzla Toplum Ruh Sağlığı Merkezi
- ERSSHH** : Erenköy Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Hastanesi
- BRSSHH** : Bakırköy Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Hastanesi

1. GİRİŞ

1.1. Problem

Ağır ruhsal sorunlar yaşayan kişiler ve aile yakınları toplumsal yaşamda dezavantajlı konumdadırlar. Bunun önemli bir nedeni hastalığın semptomlarıdır. Ağır ruhsal bozukluk olarak tariflenen hastalıklar şizofreni ve bipolar duygudurum bozukluğudur. Hastalığın doğası gereği algı, düşünce ve bunlara bağlı olarak davranışta gelişen anormallikler kişinin ve ailesinin yaşamını büyük ölçüde etkilemektedir.

Ağır ruhsal bozukluğu olan bireylerin düzenli tedavi olması büyük önem taşımaktadır. Hastalığın doğası gereği algıda meydana gelen değişiklikler hastalığı ve tedaviyi doğru değerlendirememeye yol açabilir. Bu süreçte hastalığın doğru yönetilmesinde, tedavinin uygun planda ve zamanda yapılmasında, aile yani sosyal destek sistemlerinin rolü büyük olmaktadır.

Ağır ruhsal bozukluğu olan bireylerde tedavi reddi ve tedavinin düzensiz olması çokça rastlanan önemli bir sorundur. Tedavi olmayan veya düzenli tedaviye gelmeyen bireyin sağlık durumu kötüleşebilir. Bu süreçte aile, hastalığın ilerlemesi ve hastalığa bağlı belirtilerin artmasıyla zor bir süreç geçirir. Ailesi ve sosyal desteği olmayan hasta bireyler ise bakıma muhtaç hale gelebilir.

Hastalığın pozitif belirtileri olarak bilinen, herhangi bir uyarandan sesler duyma, halüsinasyonlar görme ve sanrısız düşünceler kişinin yaşamını büyük ölçüde olumsuz olarak etkilemektedir. Hastalığını bilmeyen veya kabul etmeyen bireylerde hastalıkla başa çıkmak mümkün olmamaktadır. Hastalığa karşı bireyin ve ailesinin bilgi düzeyi ve tutumu hastalık seyrinde önemli bir yer tutar.

Şizofreni ve bipolar tanıları için birincil tedavi tıbbi müdahaleler olmakla beraber psikososyal müdahalelerin önemi büyüktür. Hastalığın negatif belirtileri olarak tanımlayabileceğimiz sosyal hayattan kendini çekme, isteksizlik, evden çıkmama, öz bakım becerilerinde düşüş, birlikte yaşadığı aile bireylerinin de günlük yaşantısını büyük ölçüde etkilemektedir. Uzun ve çoğu zaman hayat boyu süren tedavi sürecinde hastanın olduğu kadar ailenin de psikososyal desteğe ihtiyacı vardır.

Ağır psikiyatrik bozukluklarda bir diğer problem boyutu ise damgalamadır. Semptom deneyimleri veya davranışın içeriği sosyal çevresine garip, anlaşılmaz veya

tuhaf görünebilir. Bu durum çoğu zaman toplumsal dışlanmayla sonuçlanır. Damgalanan hasta ve yakınları zaman içerisinde sosyal destek sistemlerinden kopar ve içine kapanır. Sosyal çevreyle yaşanan bu kopukluk hasta ve ailelerinin yaşamını büyük ölçüde olumsuz etkiler.

Şizofreni ve bipolar bozukluğu gibi rahatsızlar yaşayan bireyler için sosyal destek sistemleri çok önemlidir. Kronik ruh sağlığı hastalıklarının sadece tanı alan bireyi değil, aile ve sosyal çevresini de etkilediği bilinmektedir.

Ağır ruh sağlığı sorunu yaşayan bireylerin sağlık durumu çalışmaya elveremeyebilir. Tedavisi başarıyla süren hastalar ise toplumda oluşan damgalama nedeniyle iş bulmakta zorlanmaktadır. İşverenlerin ruhsal rahatsızlığı olan bireylere iş verme konusunda olumlu bir tutum sergilemediği açıktır. Sosyal yardımların yetersiz kaldığı ve hastanın iş bulamadığı dönemler yoğun stres altında geçmektedir. Bu sosyal ve ekonomik sorunların, hastanın ruh sağlığına olumsuz etki yapması kaçınılmazdır.

Hastalıkla mücadele eden kişiler aynı zamanda ihmal ve istismara açık konumda olabilirler. Hastalığın kötüleşme döneminde parasal ve yasal işlemlerin takibi zorlaşmakta, iyi niyetli olmayan kişiler tarafından yanlış yönlendirmeler yapılabilmektedir. Bu nedenle hastanın yetkili mahkemelerce vesayet altına alınması, hastanın ve yakınlarının haklarını korumak için önemli bir unsur olabilir.

Tedavi sürecinde hastaya ve aileye profesyonel destek verilmesinin zorunluluğu açıktır. Bu nedenle ülkemizde, 2011 yılı itibariyle, toplum temelli ruh sağlığı hizmeti verilmesi için Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri (TRSM) kurulmaya başlanmıştır. TRSM'ler, Sağlık Bakanlığı çatısı altında hastanelere bağlı olarak faaliyet göstermektedir.

Tedavi sürecinin önemli bir sac ayağı olan hasta yakınları tarafından, TRSM hizmetlerinin nitel olarak değerlendirilmesi ve önerilerinin araştırılması merkezin hizmeti ve hastanın tedavi sürecinde önemli görülmüştür. Bu gerekçe araştırmanın temelini oluşturmaktadır.

1.2.Araştırmanın Amacı

Bu çalışmada şizofreni ve bipolar bozukluk tanısı ile Tuzla Toplum Ruh Sağlığı Merkezinden (TTRSM) takip edilen hastalara destek veren yakınlarının, merkezde

verilen hizmetleri değerlendirmesi nitel ve nicel araştırma yöntemleri birlikte kullanılarak araştırılmıştır.

Araştırmada, Tuzla Toplum Ruh Sağlığı Merkezinden takip edilen hastaların birinci dereceden yakınlarının, bakım verirken yaşadığı sorunları ve zorlukları ortaya çıkarmış ve merkezin bu olumsuzlukları çözümlenmede ki rolünü belirlemek için birinci ağızdan görüşleri alınarak, önemli görülen veriler ile ilişkili olarak değerlendirmiştir. Araştırma, Türkiye’ de son dönemlerde gelişen toplum temelli ruh sağlığı modelinin bir parçası olan Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri hakkında literatüre bilgi sağlamayı, Tuzla TRSM hizmetlerini geliştirmeyi ve ruh sağlığı politikalarının geliştirilmesine katkı sağlamayı hedeflemektedir.

Araştırmanın temel sorusu, Toplum Ruh Sağlığı Merkezlerinin diğer sağlık hizmeti veren merkezlerden farkı nedir?

Alt Sorular:

1. Toplum Ruh Sağlığı Merkezlerine kayıt sürecine yönlendiren kişi-kurumlar nelerdir?
2. Hasta yakınlarının verilen hizmetler hakkındaki düşünceleri nelerdir?
3. Hasta ve yakınları engelli haklarından faydalıyor mu?
4. Hasta yakınının, hastalık sürecinde en çok zorlandığı konu nedir?
5. Hasta yakınlarının TRSM hizmetleri hakkında ki beklentileri ve önerileri nelerdir?

1.3. Araştırmanın Önemi

TRSM’ ler ülkemizde yeni sayılabilecek oluşumlardır. Ülkemizde ruh sağlığı alanı, uzun bir süre toplum temelli hizmetin olmayışının eksikliğini yaşamıştır. Ruh sağlığı alanında yapılan araştırmalar incelendiğinde ise ölçek ve anket çalışmalarının yoğun olduğu görülmüştür. Bilindiği üzere değerli olmakla birlikte, anket ve ölçek verileri çoktan seçmeli şıklardan oluşmakta ve örneklemin kendini ifade etmesini çerçevelemektedir. Karma yöntemin kullanıldığı araştırmada, yüz yüze yapılan görüşmelerde, TTRSM için birinci ağızdan veriler alınarak kodlanacaktır. TRSM literatürüne katkı sağlaması ve TTRSM hizmetlerini geliştirmesi açısından önemlidir.

TRSM hizmetleri kapsamında sosyal hizmet alanıyla ilişkili; vesayet durumu, yardımlar, sosyal etkinlikler, kurumlar arası işbirliği, malullük, engelli hakları ve

kaynak bulma gibi önemli roller ve işlevlere ilişkin yeterli araştırma olmadığı görülmüştür. TRSM hizmetlerini farklılaştıran, toplum temelli bir anlayışa yaklaştıran ve ülkemizde yeterince bilgi sahibi olunmayan meslek disiplinini ortaya koymak açısından önemlidir.



2. GENEL BİLGİLER

2.1. Şizofreni

Şizofreni, en basit tanımıyla duygu, düşünce ve davranışta oluşan bozulmaları ifade etmektedir. Şizofreni hastasında, fikirlerin mantıksal çerçevede ilgili olmadığı bozulmuş düşünce; hatalı algılama ve dikkat dağınıklığı; duygu ifadesinin eksikliği ve uygunsuz bir şekilde duygu dışavurumu; dağınık bir görünüm ve davranışta bozukluklar görülebilir (Kring ve Johnson, 2017).

Ruhsal bozuklukların tanısal ve istatistiksel el kitabı dördüncü baskısı (DSM-4) ve beşinci baskısında (DSM-5) şizofreni tanı sınıflandırması açısından önemli farklar bulunmaktadır. Güncel form olan DSM-5' te şizofreninin alt tipleri bulunmamaktadır. Şizofreni hastalığında alt grupların oluşturulması, düşük klinik kullanışlılığa sahip olduğu için çıkarıldığı uzmanlar tarafından ifade edilmektedir. Uluslararası hastalık sınıflaması (ICD- 10) el kitabına göre F20 ila F31 arası tanı kodu almış kişiler TRSM hizmetlerinden faydalanabilir. Bu tanı kodları, şizofreni ve bipolar bozukluk tanımlarını ifade etmektedir (Kring ve Johnson, 2017; DSM-5).

Şizofrenide hastalık belirtileri ve bulguları çok çeşitlidir. Biliş, algı, duygu, düşünme ve davranış alanlarında farklılaşmaları içerir. Bu belirtilerin ortaya çıkış şekli ve süresi hastadan hastaya değişkenlik gösterir. Ancak hastalığın etkisi her zaman ciddidir ve genellikle uzun süreli hastalık öyküsü görülür. Hastalık genellikle 25 yaşından önce başlar, yaşam boyunca etkiler ve bütün sosyal sınıflardaki insanlarda görülebilir. Hastalık hakkında yaygın bir bilgisizlik ve düşük farkındalık olduğundan, hasta ve aileleri sıklıkla yetersiz bakım, sosyal politika ve dışlanmadan muzdariptirler (Kaplan ve Sadock, 2016).

Şizofreni ciddi ruhsal bozuklukların en başında gelen ve en yaygınlarından birisidir. Hastalık doğasının netleştirilmesi gereklidir. Bu nedenle, şizofreni grubu şeklinde ve bir sendrom olarak adlandırılır veya DSM-5'te olduğu gibi şizofreni spektrumu olarak tanımlanır. Psikiyatri uzmanları şizofreni tanısını, psikiyatrik öykü ve ruhsal durum muayenesine dayandırır (Kaplan ve Sadock, 2016) .

DSM-5 'de şizofreni kriterleri 5 başlık altında toplamıştır. Bunlar;

- Sanrılar

- Varsanılar
- Darmadağınık konuşma (örneğin, sık sık konudan sapma gösterme ya da anlaşılmaz konuşma)
- İleri derecede dağınık davranış ya da katatoni davranışı
- Silik (negatif) belirtiler (duygusal katılımda azalma ya da istemsizlik)dir. (DSM-5)

Gerçekliğe uygun düşmemesi ve açık bir şekilde karşıt veriler olmasına karşın, sabit bir şekilde varlığını sürdüren düşüncelere sanrılar denir. Şizofreni tanısı alan kişiler kendisine ait olmayan fikirlerin başkası tarafından beynine sokulduğuna inanabilir(düşünce sokma). Kendisine ait düşüncelerinin yayınlandığına, bu sebeple diğer kişilerin ne düşündüğünü bilebildiğine inanabilir(düşünce yayma). Başka bir varlığın, kendisine ait fikir ve davranışlarını kontrol ettiğine inanabilir. Kendi bilgisini, kimliğini, gücünü abartılmış bir şekilde önemli olarak tanımlayabilir(büyüklenmecilik sanrıları). Önemsiz olayların sanrısız bir çerçeveye oturtulması ve kişisel olarak önemin çıkartılması şeklinde tanımlanan referans sanrılara sahip olabilir. Örneğin televizyonda dinlediği haberlerin kendileriyle ilgili olduğuna inanabilirler.

Varsanılar, algıdaki diğer bozukluklar olarak adlandırılır. Şizofreni hastalığındaki en belirgin algı bozukluğu varsanılardır. Herhangi bir ilgili uyarıcı olmadan oluşan ve beş duyu oranıyla deneyimlenen belirtiler olarak ifade edilebilir.

Şizofreninin negatif belirtileri davranışsal eksikliklerden oluşur; bunlar, istemsizlik (avolisyon), asosyallik, anhedoni (zevk alamama) ve künt duygulanım ve konuşmada azalmayı (aloji) kapsar. Dağınık belirtiler (Dezorganize belirtiler) ise dağınık konuşmayı ve dağınık davranışı kapsar (Kring ve Johnson, 2017).

Şizofreninin yaşam boyu prevalansı yaklaşık yüzde 1'dir, yani yaklaşık 100 kişiden birinde yaşamı boyunca şizofreni gelişme ihtimali bulunmuştur. Ulusal Ruh Sağlığı Kurumunun desteklediği, Epidemiyolojik Alan Tarama çalışmasında, yaşam boyu prevalansının yüzde 0,6- 1,9 olduğu bildirilmiştir (Kaplan ve Sadock, 2016).

Şizofreni kadın ve erkeklerde eşit yaygınlıkta olduğu görülmüştür. Bununla birlikte, cinsiyet farklılığında hastalığın başlangıç yaşı ve gidişi farklılık gösterir. Erkeklerde kadınlara oranla daha erken yaşlarda başlar (Kaplan ve Sadock, 2016).

Bazı çalışmalarda, erkeklerde negatif belirtilerle etkilenmenin, kadınlara oranla daha büyük bir olasılık olduğu ve hastalık başlamadan önce kadınların sosyal ilişkilerinin

erkeklerle göre daha iyi olduğu belirtilmiştir. Kadın şizofren hastalarda tedavinin gidişinin genel olarak erkeklerden daha iyi olduğu bulunmuştur. Hastalık 45 yaşından sonra başladığında ise, geç başlangıçlı şizofreni olarak tanımlanır (Kaplan ve Sadock, 2016) .

şizofreni tedavisinde ilk aşamada ilaçlara başvurulur. Bir başka tıbbın uyguladığı yöntem ise elektro konvulsif tedavidir. Halk arasında elektroşok olarak bilinmektedir. Bu yöntemle beyne elektrik akımı verilerek hastanın geçici bir nöbete girmesi sağlanır (Erbaş, 2017).

2.2. Bipolar Duygudurum Bozukluğu

İki uçlu bozukluk (bipolar bozukluk, eski adıyla manik- depresif hastalık) iki ayrı hastalık dönemiyle tanımlanan bir ruhsal bozukluktur. Bu hastalık dönemlerinden taşkınlık olarak bilinen mani, diğerinde ise çökkünlük olarak bilinen depresyondur. Bu iki hastalık dönemi alevlenme ve yatışma ile seyrederek. Hastalık dönemleri dışında ise hasta hemen tamamen günlük yaşantısına döner. Bazı hastalarda ise normal yaşamı kısmen etkileyen kalıntı belirtiler görülse bile, hastalar düzelir (Kring ve Johnson, 2017).

Bipolar bozukluğuun günümüzde en sık uygulanan tedavi yöntemi ise bir metal iyonu olan lityum kullanımıdır. Lityum tedavisinin doğru merkezlerde yapılması ve lityum tedavisi gören hastanın kan değerlerinin sürekli kontrol altında tutulması gerekir (Erbaş, 2017).

Bu hastalıkta duygu durumu inişli çıkışlı olabilir, iki u arasında dalgalanma gösterebilir. Duygu durum bozukluklarının bir diğer bulguları ise aktivite düzeyi, bilişsel yetiler, konuşma değerikliklerin içerir. Örneğin uyku, iştah, cinsel aktivite artar veya azalır. Bu bozukluklar sosyal yaşamda birçok soruna neden olup; kişilerarası, sosyal ve mesleki işlevselliği bozar (Kaplan ve Sadock, 2016) .

Bipolar bozukluğuun ülkelerde yıllık sıklığının genel olarak %1'in altında olduğu düşünülmektedir. Fakat bunu hesaplamak zordur. Çünkü bipolar bozukluğuun daha hafif türleri gözden kaçtığı ve tedavi edilmediği düşünülmektedir (Kaplan ve Sadock, 2016).

Soyaekimin etkisinin en çok olduğu ruhsal bozukluk bipolar bozukluktur. Kanıtların birçoğu ikiz çalışmalarından gelmektedir (Kring ve Johnson, 2017). Genetik

çalışmalarda ailede duygu durum bozukluğu tanısı alan bireylerin hastalık tanısı alma yüzdelerinin daha fazla olduğu bulunmuştur.

Düşük sosyal destek, hastaların stresli yaşam olayları ile karşılaştıklarında baş etme yetisini azaltır. Brown ve Andrews 'in (1986) belirttiğine göre ; sosyal destek olmadan, stres yaşam süren kadınların %40'ında depresyona girme riskinin olduğu, buna karşın, benzer stresli yaşamı olan fakat sosyal destek alan kadınlarda ise %4 oranında depresyon riski olduğu görülmüştür. Sosyal desteğin, strese karşı çok "hafifletici bir etki" yani tampon görevi yaptığı görülmektedir (Kring ve Johnson, 2017).

Depresyon atakları genelde birkaç ay içinde sonlanır. Manik atakta ise kişinin çok hareketli olması ve davranımları, toplumsal ilişkilerde sorunlara yol açabilir. İntihar, duygu durum bozukluğu olanlar için bir risktir. Bu sebeple, duygu durum bozukluğunun tedavi edilmesi büyük önem arz eder (Kring ve Johnson, 2017) .

İki uçlu bozukluğun tedavisinde, İlaçla tedavilere ek olarak, sunulan bazı psikososyal tedaviler yardımcı olabilmektedir. En geçerli yaklaşımlar; psiko eğitimsel yaklaşımlardır. Bu tedavilerin, ilaç uyumunu geliştirdiği ve iki uçlu bozukluk içinde semptomların giderilmesinde yararlı olduğu görülmektedir (Arslan Delice, 2018).

2.3. Toplum Ruh Sağlığı Merkezi ve Verilen Hizmetler

Türkiye'nin psikiyatri tarihi düşünüldüğünde oldukça zengin ve uzun bir geçmişi olduğunu görmekteyiz. Osmanlı İmparatorluğunun psikiyatri hastalarına ılımlı yaklaşımı, hastaları toplumdan dışlamaması, damgalamaması ve onlara insani tıbbi ve sosyal hizmet sunma çabası Türkiye'de hala etkisini sürdürmektedir. Ancak psikiyatri hizmetleri açısından zengin bir geçmişi olsa da mevcut durumda Türkiye modern anlamda ulusal bir psikiyatri reformunu halen gerçekleştirememiştir (Ulaş, 2008).

1970'li yılların başında da İtalya'nın Trieste bölgesinde başlayan ilk girişimlerle büyük akıl hastanelerinin kapatılması ve yerine tanımlanmış belli nüfuslu coğrafi alanlarda bölgesel hizmet veren TRSM' lerin açılması ile kurumsal tabanlı hizmet modelinden toplum temelli hizmet modeline geçiş süreci başlamıştır. Daha sonra Avrupa'nın birçok ülkesinde uygulanarak başarılı sonuçlar alınmış, Dünya Sağlık Örgütü tarafından da benimsenerek desteklenmiştir (Ulaş, 2008).

TRSM' ler en basit tanımıyla, ağır ruhsal bozukluğu olan kişilere (şizofreni, bipolar ve benzeri psikotik bozukluklar) , tıbbi tedavi sağlayan, toplum temelli ruh sağlığı modeli çerçevesinde psiko-sosyal destek hizmeti vererek takibini sağlayan, gerektiğinde evde ziyaret eden, hasta-aile eğitimi yapan, etkin, ulaşılabilir ve ücretsiz hizmet sunan merkezlerdir (Arslan Delice, 2018).

Merkezlerin, hizmet vereceği bölge, Sağlık Bakanlığınca belirlenmiştir. İhtiyaç duyulan illerde birden fazla merkez kurulabilir. Sorumluluk bölgeleri müdürlük tarafından belirlenmiştir. (Sağlık Bakanlığı, 2011).

Ağır ruhsal hastalığı olan bireylerin depo hastanelere yatarak tedavi görmesi dışında seçenek oluşturmaya çalışan programların tamamı ülkemizde TRSM 'lerde verilmektedir. TRSM' ler üç farklı akımdan etkilemiştir:

- Kulüp-ev akımı,
- Kısmi hastane (partial hospitalization),
- Ortam tedavisi (milieu therapy)

Kulüp-evler 1950'lerde psikiyatri hastalarının toplum içinde maruz kaldıkları damgalanma sonucu yaşadıkları sosyal sorunlar karşısında karşılıklı destek ve dostluk için bir araya gelmeleriyle ortaya çıkmıştır. Başlıca amacı üyelerinin yaşam kalitesini yükseltmektir. 1930'lu yılların başlarında Moskova'da psikiyatri yataklı servisinin az olması nedeniyle bazı hastaların gündüz hastaneye gelmelerini ve geceyi evlerinde geçirmelerini mümkün kılan bir yöntem uygulanmıştır. Daha sonra diğer ülkelerde de benzer uygulamalar ortaya çıkmıştır. Çevre terapisi ise ağır ruhsal hasta olan kişilerin içinde bulunduğu çevrenin tüm yönlerine dikkat edilmesinin vurgulayan bir yaklaşımdır (Arslan Delice, 2018).

TRSM'lerin amaçları;

- Ağır ruh sağlığı sorunları bulunan bireylerin iyilik hallerinin devamını sağlamak amacıyla biyolojik ve psikososyal müdahaleler sunulması,
- Ağır ruh sağlığı sorunu bulunan hastaların yakınları için destek ve psikoeğitim,
- Gerektiğinde evde sağlık hizmeti sunulması,
- Sosyal işlevin istikrarlı hale getirilmesi ve bireyin toplum hayatı içerisinde geçirdiği sürenin artırılması,

- Bireylere ve ailelerine yönelik desteğin azamiye çıkarılması amacıyla diğer kurumlarla ve toplum hizmeti veren kuruluşlarla koordinasyon (belediye, Aile Sosyal Politikalar İl Müdürlüğü, İŞKUR, vakıflar, sivil toplum kuruluşları...) sağlanmasıdır (Sağlık Bakanlığı, 2011).

Tuzla TRSM İstanbul Anadolu yakasında bulunmaktadır. Tuzla Devlet Hastanesine bağlı olarak faaliyet göstermektedir. Yakın ilçeler olan Kartal ve Pendik'ten sonra kurulumu gerçekleşen bir merkezdir.

2.3.1. Poliklinik ve Hemşirelik Hizmetleri

Toplum Ruh Sağlığı Merkezlerinde, akıl ve ruh sağlığı hastalıkları branşında uzmanlığını alan hekimler ve hemşireler hizmet vermektedir. Merkezlerde yer alan poliklinik ve gözlem odalarında, birinci basamak sağlık kuruluşlarında var olan poliklinik hizmetlerine paralel hizmetler verilmektedir.

2.3.2. Vaka Yöneticiliği Hizmeti

Merkeze kaydı yapılan her üyeye, bir dosya açılır ve kişi ile ilgili formlar doldurularak, hastanın bilgileri bu dosyada muhafaza edilir. Hastaya, merkezde çalışan ruh sağlığı personelinin (hemşire, psikolog, sosyal çalışmacı, ergoterapist vb.) bir danışman seçilerek atanır. Dosyayı takip eden sağlık personeli hastayı en yakından tanıyan kişidir.

Şizofreni tanısında belirti aralığı oldukça geniş olduğu görülmektedir. Şizofreni tanısı için mevcut olması gereken tek bir belirti yoktur. Böyle bir durumda şizofreni tanısı alan kişiler, birbirinden çokça farklı olabilir (Kring ve Johnson, 2017). Bu nedenle bireysel olarak kişiyi tanımak, hastalık belirti ve semptomlarını bilmek oldukça önemlidir. TRSM 'de vaka yöneticisi, kişi ile rutin görüşmeler yaparak bireysel bir hizmet planı oluşturur. Bu planın adı ise bakım planıdır.

Hastayı, tedavisi için etkin bir katılımcı olarak görmek ve tedavi planına dahil etmek psikiyatrik iyileştirmenin en temel hedeflerindedir (Yıldız, 2003). Bu nedenle bakım planı hazırlanırken mutlaka hasta ile bir bağ kurulmalı ve hedefler birlikte oluşturulmalıdır.

İçgörü, insanın kendi kendini değerlendirebilmesi yeteneğidir diyebiliriz. İçgörü yeteneğinin azalması ruhsal hastalıkların ortaya çıkışını etkileyen bir faktör olarak kabul edilmektedir. İçgörüsü yüksek olan kişilerin de aynı zamanda ruhsal hastalıklardan korunmasının daha kolay olduğu düşünülmektedir. Kendisini ve olayları doğru bir şekilde değerlendiremeyen kişi, sorunlarına yanlış tanımlar koyacak ve bunun sonucunda da farklı ve yanlış çözüm yolları arayacaktır. İçgörüyü kazanması için kişiye, bireysel görüşmelerde hastalığı hakkında neler düşündüğü sorulabilir. Hastalığı nasıl değerlendirdiği, tedaviye veya yardıma ihtiyacı olup olmadığı sorulabilir. Bu bilgiler kişiyi tanımamıza ve bakım planını daha gerçekçi oluşturmamıza yardımcı olur. Kişi hasta olmadığını düşündüğünde tedaviye düzenli olarak katılma ihtimali düşecektir (Yurdakul, 1999). Bireysel görüşmelerin temel amaçlarından biri de hastaya iç görü kazandırmaktır.

2.3.3. Grup psiko-eğitimi

Ağır ruh sağlığı sorunu yaşayan hastaların ve ailelerinin, hastalığın tedavisi ve hastalıkla başa çıkma konularında bilinçlendirilmeleri, tedavinin önemli bir parçasıdır (Babacan Gümü, 2006). Grup psiko-eğitimi hastanın tanısına göre şekillenmektedir. Hasta ve yakınlarına yönelik farklı gruplar oluşturulmaktadır. Genel olarak grup konuları; hastalık, hastalık belirtileri, hastalıkla başa çıkma becerileri, iletişim becerileri, ilaçlar ve ilaçların yan etkilerinden oluşur. Psiko-eğitim bozukluğun belirtileri, belirtilerin beklenen süresi, belirtilerin biyolojik, psikolojik ve sosyal tetikleyicileri ve tedavi stratejileri dahil olmak üzere kişileri hastalık hakkında eğitmeyi amaçlayan bir yaklaşımdır (Kring ve Johnson, 2017).

İnsan ilişkilerinde ve sosyal yaşamda yaşanan sorunlar ruhsal hastalıklara sebep olabilir. Var olan ruhsal hastalıkların şiddetlenmesine ve atağa yol açabilmektedir. Bu amaçla hastalara sosyal yaşam ile ilgili becerilerin kazandırılması büyük önem taşımaktadır. Kendimizi ve duygularımızı ifade edebilme, karşımızdakini kırmadan ona olan duygularımızı ifade edebilme gibi toplumsal yaşantı içinde karşılaşılabileceğimiz sorunları çözebilecek beceriler kazanabilmek ruhsal hastalıkların tedavisinde ve korunmasında önem kazanmaktadır. Bu amaçla uygulanan bireysel ve grup çalışmaları davranış becerilerini kazandırmada büyük önem taşır (Yurdakul, 1999).

Grup çalışmaları, üyelerin kendilerini rahat hissetmesine, kendisini yargılamayan, benzer zorlukları kendisi gibi yaşamış insanların olduğunu anlamasına yardımcı olması nedeniyle destekleyici tedavilerdir ve içgörü için önemlidir (Yurdakul, 1999). Özellikle gelişmiş ülkelerde çokça uygulanan grup çalışmaları, şizofreni ve bipolar bozukluğun tedavisinde de oldukça elzemdir (Yalom, 2003).

Yatan hasta birimlerinde hastalara grupları zorunlu kılmak yaygın görülen bir klinik uygulamadır (Yalom, 2003). Fakat TRSM çalışmalarında hastaları herhangi bir uygulamayı zorunlu koşturmak olumsuz sonuçlar verebilir. Hasta grup çalışmalarına katılmak istemiyorsa bir süre bireysel görüşmelerde bu konu hakkında görüşmek faydalı olabilir. TRSM' lerde hasta ile danışman arasında oluşan bağ önemli bir yer tutmaktadır.

Toplum Ruh Sağlığı Merkezinde oluşturulan grup çalışmaları, yatan hasta gruplarından oldukça farklıdır. En temel fark hastalar gündüzlü olarak merkeze gelirler ve yataklı birim bulunmaz. Birçok benzerliğinin yanında, ayaktan hasta gruplarıyla da çokça farkı bulunur. Ayaktan hasta grubu genellikle bağımsız bir oluşumdur fakat TRSM' de oluşturulan gruplar büyük bir tedavi sisteminin bir parçasıdır. TRSM' de hastalık şiddeti farklı olan hastalar bulunur. Grubun etkin olarak yapılması için yönerge olarak uygun fiziki alan ve mesleki personel bulunur. Bir eğitim grubu, terapi grubu olmasa da tedaviye yönelik uğraş verme fırsatı sağladığı için tedavi edicidir (Yalom, 2002).

İçgörü, kişinin kendisiyle yani davranışlarıyla, güdülenme sistemiyle ya da bilinçdışıyla ilgili bazı önemli şeyleri keşfetme halidir. Grup çalışmalarında hastalar bireylerarası sunuş biçimleri üzerine daha nesnel bir bakış açısı kazanabilirler. Karmaşık davranış örüntüleri (kızma, kur yapma, reddetme vb.) hakkında fikir sahibi olabilirler. Diğer insanlara karşı yaptıkları davranışların nedenlerini öğrenebilirler. Hastalar kendi ve grup arkadaşlarının yollarına nasıl ulaşabileceklerini anlamalarına yardımcı olmaya çalışırlar (Yalom, 2003).

Grup lideri tarafından hastaların seçimi büyük önem taşır (Mavili Aktaş, 2001). Gruplara katılacak kişiler seçilirken, ekipte bulunan ruh sağlığı çalışanlarının katılımı büyük önem arz etmektedir. Meslek elemanlarının her birinin gözlem ve bilgisi değerlidir.

Ağır psikotik hastalara destekleyici, hoş ve yapıcı bir deneyim sunma görevine zen gösterilmelidir. Hastalığın yanında sosyo-kültürel etmenlerde göz önünde bulundurulmalıdır. Farklı bilişsel ve kültürel ortalamalara sahip bireylerin oluşturulduğu gruplarda kopmalar yaşanabilir, üyeler arası bağ kurma zorlaşır. Psikotik hastalar için basit devlendirmeler bile fazla gelebilir. Varsanı ve sanrılar, kaygıya yol açabilir. Ağır psikotik hastalarda dikkat süreleri çok kısadır; dikkati yoğunlaştırma, konuları izleme ve berrak düşünme becerilerinde bozulma olabilir. Psikotik ilaçlar zihinsel işlevselliği azaltabilir (Yalom, 2003). Hastalık şiddeti çok farklı kişileri aynı gruba almak, işlevselliği daha düşük olan hastada devlendirmeleri yapamadığı için devamsızlığına ve kendini kötü hissetmesine yol açabilir. Grup deneyimini bir başarısızlık olarak gören hastanın kaygısı artabilir ve TRSM ile bağı zayıflayabilir.

2.3.4. Aile Görüşmeleri

şizofreni gibi ağır ruhsal hastalıklar sadece hastayı etkilememektedir. Aynı zamanda ailenin tutumu, işlevselliği, hastalığın yönetilme becerisi ve hastalık gidişati üzerinde de belirleyici bir etkiye sahiptir. Ailenin hastayı ve hastalığı ele alış biçimi doğru bir biçimde şekillendirebilmesi için TRSM' nin aileye rehberlik etmesi zorunlu bir ihtiyaçtır. Aile gruplarında ve görüşmelerinde aileye farkındalık kazandırılması temel amaçtır. Ailenin kendisini etkileyen glerin etkilerini görebilmesi, doğru ile yanlış hakkında bilgisinin olması önemlidir (zakkaş, 2011).

Kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin aileleri ile yapılan ile yapılan çalışmalarda ailelerin, endişe, depresyon, utanç, suçluluk, korku, çaresizlik, zorlanma, endişe, umutsuzluk gibi duygular yaşadıkları belirtilmektedir. Hasta yakınlarının öfke ve kızgınlık içinde olmalarının en önemli nedeni çaresizlik hissetmeleridir. Hastalığın orta çıkışı ile aile üyelerinin toplumsal ve ekonomik durumu, geleceğe ilişkin planları ve hayatlarının olağan gidişleri altüst olmaktadır. Aileler mateme benzeyen bir dönem geçirir. Özellikle anne ve baba olan hasta yakınları, tanı konmasından itibaren çocukları ile ilgili beklentileri ile ilgili büyük oranda değişim yaşayacağı açıktır. Hasta yakınlarının fiziksel ve ruhsal sağlığı, iş ve akademik başarıları da bu durumdan etkilenmektedir (Bademli ve etinkaya, 2013).

Ağır ruh sağlığı sorunlarında sosyal evre modelleri; yetersiz sosyal destek ve aile eleştirilerinin, epizodları tetiklediğini ancak bunun yanında kişisel özelliklerinde bu

duruma neden olabileceği de göz önüne almaktadır. Bazı insanların sosyal becerileri yetersizdir ve onların aşırı güvence aramaları depresyonun gelişme riskini yükseltir. (Kring ve Johnson, 2017). TRSM' ler takip edilen hastaların yanı sıra, hasta yakınlarında gözlemlenen veya ifade edilen psikiyatrik veya sosyal destek ihtiyacıyla ilgili çözümler üretir, yönlendirmelerde bulunur.

2.3.5. Sanat Terapileri

Geçmiş dönemlerde Türk-İslam medeniyetinde, Osmanlı padişahlarından Sultan II. Beyazıt, 1484 tarihinde Edirne Tunca kenarında temelleri atılan bir imaretin parçası olan Darüşşifayı yaptırmıştır. Bu hastanede hastaları müzikle tedavi etmek için akustiğin sağlandığı ve akıl hastalarının ilaçla birlikte müzikle tedavi edildiği eski kaynaklarda belirtilmektedir. Avrupa'da akıl hastalarının kötü muameleye maruz kaldığı bir dönemde, ruhi ve diğer hastalık sorunları yaşayanlar için düşünülen bu Darüşşifa, dönem için önemli ve çok ileri bir merkezdir. Bu oluşumları Avrupa'dan ayıran en önemli fark ise, profan yani din temelli olmamalarıdır. Hiçbir şifa merkezi dini müessese değildir. Avrupa'da bulunan merkezlerin dini temelli olduğu ve çoğunlukla aynı mezhepten olmayanların tedavisinin mümkün olmadığı bilinmektedir (Ak, 1998).

1993 yılında gerçekleşen Uluslararası İkinci Etnomüzikoloji ve Müzikterapi Sempozyumunda; Müzikterapi' de kullanılacak olan müzik basit, saf ve otantik olmalı, Türk müsiki sazları ile başarılı sonuçlar elde edildiği, tasavvuf müziğinden büyük faydası görüldüğü, hastaların enstürman çalmaya ve beraber çalmaya teşvik edilmesinin önemli olduğu, dans terapisi önemli olduğu gibi çıktılar oluşmuştur (Ak, 1998). TRSM'lerde sanat önemli bir yer tutmaktadır. Hastalar için mevcut kaynaklar değerlendirilerek sanat kurslarının sayıları artırılmalıdır (Arslan Delice, 2018).

TTRSM 'de seramik, resim, müzik, halk oyunları kursları Halk Eğitim Merkezinden görevlendirilen usta öğreticilerle yapılmaktadır. Başhekimliğin bilgisi dahilinde, sağlıkta gönüllülük etkinliği aldı altında bir tiyatro yönetmeni hastalarla her hafta bir gün drama çalışması yapmaktadır. Bir metin eşliğinde çalışmalarını başlatmıştır ve tiyatro sahne oyunu yapılması planlanmaktadır.

2.3.6. Sosyal Etkinlikler

TTRSM' de her ay doğan hastaların toplu olarak doğum günü kutlanmaktadır. Her ayın son haftası, o ay doğan bütün hastalar ve diğer TRSM üyeleri çağırılarak, birlikte kutlama planlanır. Her ay kurum dışı etkinlik planı oluşturularak geziler, bowling, piknik, kahvaltı, yemek vb. sosyal etkinlikler gerçekleştirilmektedir. Kurum dışı gezilerin bütçesinin küçük bir bölümü hastane yönetimi tarafından ve büyük bir bölümü ise Tuzla Belediyesi tarafından karşılanmaktadır. Bu etkinlikler kapsamında hastaların moral ve motivasyonlarının artması hedeflenmektedir. Kurum dışı sosyal etkinliklerin, grup çalışmalarında kazanılan sosyal becerileri geliştirmek için bir fırsat olduğu da göz önünde bulundurulmalıdır.

2.3.7. Ev Ziyaretleri

Hizmet verilen bölgede ikamet eden ağır ruhsal hastalığı olan kişileri tespit etmek TRSM kurulumu tamamlandıktan sonra hasta ile bağlantı kurulan ilk aşamadır. Öncelikli olarak bölgede ki hastanelerin psikiyatri polikliniklerinin veri tabanını araştırmak ve hasta bilgilerine ulaşmak büyük kolaylık sağlamaktadır. Bölgede bulunun büyük depo hastanelerden hasta yönlendirilmekte veya hastaların bilgileri gizliliği muhafaza ederek ilgili TRSM sorumlu hekimine rutin olarak gönderilmektedir. (Arslan Delice, 2018).

TRSM' ler Sağlık Bakanlığınca belirlenen bölge, ilçe veya ilde hizmet vermektedir. Kişinin adres değişikliği, bağlı olduğu ve hizmet aldığı TRSM 'yi de değiştirecektir. Cortex adı verilen ve hasta iletişim ve dosya bilgilerinin, ruh sağlığı elemanları arasında transferini sağlayan sistem, hastanın ikamet adresi değiştiğinde, yeni taşındığı bölgeden hizmet almasını kolaylaştırmaktadır. Dosya takip bilgilerinin sistemde kayıtlı olması nedeniyle, geçmiş bakım planlarına ve verilen hizmetlere takibi devir alan merkez ulaşabilmektedir. Bu sayede hasta merkeze sıfırdan başlamamakta ve ruh sağlığı personeli için verilere ulaşmak kolaylaşmaktadır.

2.4. TRSM ve Sosyal Hizmet

TRSM' lerde sosyal çalışmacının görev ve sorumlulukları şunlardır:

1) Merkezin sorumlu olduğu bölgedeki hastaların tespit edilmesi ve merkeze kaydını temin etmek için ilgili kurum ve kişilerle irtibat kurar,

2) Hasta ve/veya yakınlarıyla irtibat kurarak merkez hakkında bilgi verir ve merkeze davet eder,

3) Hastaneye yatışı gereken, bakıma muhtaç ya da çalışabilecek duruma gelmiş hastaların; hastane, bakım kurumu, korumalı iş yeri ihtiyacına cevap verebilmek için ilgili kurumlarla irtibat kurar,

4) Damgalama karşıtı çalışmalar için kurumlar arası işbirliğini sağlar ve geliştirir,

5) Hastaları sosyal ve hukuki hakları konusunda bilgilendirir, karşılaştıkları güçlüklerin çözümlenmesinde destek hizmeti verir,

6) Sivil toplum kuruluşları ve diğer kurumlarla ilişkileri sağlar (Sağlık Bakanlığı, 2011).

Psikiyatrik sosyal hizmet uzmanlarının en temel amacı hizmet verdiği kişilerin, toplumda bağımsız olarak yaşayabilmesine ve çalışabilmesine yardımcı olmaktır. Tıbbi sosyal çalışmacı hasta ve yakınlarına sosyal haklarından faydalanması için danışmanlık hizmeti verir. Barınma ve ekonomik sorunlarına uygun çözüm üretir. TRSM faaliyetleri için kaynak araştırır. Sosyal etkinlik ve faaliyetleri ekip arkadaşlarıyla düzenler ve aktif rol alır. Damgalama karşıtı faaliyetlerde bulunarak, toplumsal farkındalık kazandırmak için projeler geliştirir (Oral ve Tuncay, 2012). Sosyal hizmetin sadece iktisadi bir anlam taşımayarak, bağımlı insanları bağımsız yapma ve kendi ayakları üzerinde duracak hale getirmesi halinde varlığını haklı çıkarabilir (Bauman, 2005).

Ruhsal engelli bireylerin gerektiğinde vesayet altına alınması için aile ile işbirliği yapılması büyük önem arz etmektedir. Vesayetin önemi hakkında danışmanlık yapılarak aile bireyleri ve hasta Sulh Hukuk Mahkemelerine yönlendirilir. Hastanın sosyal desteği yoksa ve vasi atanmasının gerekliliği gözlemleniyor ve hastanın yararına ise, vesayet altına alınması için üst yazı ile yazılan durum değerlendirme raporu bölgenin bağlı olduğu Sulh Hukuk Mahkemesine gönderilir (Arslan Delice, 2018).

2.4.1.Sosyal çalışmacının işbirliği kurabileceği kurum ve kuruluşlar

2.4.1.1. Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetlere bağlı Sosyal Hizmet Merkezleri

Ruhsal engelli bireylerin engelli kimlik kartlarını çıkarması için bu merkeze yönlendirmesi yapılır. Evde bakım ücreti ve 2022 sayılı kanuna göre bağlanan aylıktan faydalanmak isteyen hasta ve yakınlarına danışmanlık yapılır. Kurum bakımı ihtiyacı doğan hastanın görüşmeleri ve ev ziyaretleri yapılarak mevcut durum değerlendirilir. Sosyal İnceleme Raporunu düzenlenerek, merkeze bildiriimi yapılır.

TRSM hastayı ailesi ve çevresiyle ele alır. Sosyal çalışmacı aile sisteminde var olan çocukların eğitim, sağlık, bakım ve barınma durumlarını da değerlendirmektedir. Atak dönemi veya sosyal problemler nedeniyle oluşan sorunlara müdahale eder ve gerekli durumlarda aile ve çocuğun menfaatini gözeterek bölgede bulun Sosyal Hizmet Merkezleri ile bağlantı kurar.

2.4.1.2. İşkur

Ruhsal engelli bireylerin iş yaşamına katılmaları ve istihdamının en üst düzeyde sağlanması amacıyla bireyler İŞKUR' a yönlendirilir. Hastaları haftanın belirli günleri oluşturulan toplu engelli iş görüşmesi günlerine yönlendirmek faydalı olacaktır. Hastalar iş bulamadığında, zaman zaman umutsuzluğa kapılabilir. Hedefler belirlenmeli, hastanın olabileceği en üst seviyede aktif olması sağlanmalı ve motivasyonel görüşmeler ile desteklenmelidir. İşkur çalışanları ve işverenlerine, dönemsel olarak, damgalama karşıtı eğitimler planlanmalıdır.

2.4.1.3. Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma Vakfı

Yoksunluk içinde olan ruhsal engelli bireyler ve ailelerin yönlendirmesi yapılır. Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma Vakıfları, bulunduğu bölgenin kaymakamlığına bağlı olarak hizmet vermektedir. Kömür yardımı ve nakdi yardım ihtiyacı olan hastalar yönlendirilir.

2.4.1.4. Belediyeler

Belediye hizmetlerinde bölgeler arası değişiklikler olabilmektedir. Bölgede var olan belediyeçilik hizmetlerinin sosyal çalışmacı tarafından yakından takip edilmesi gereklidir. Bu hizmetler yardım hizmetlerinin dışında kültürel etkinlikleri de kapsamaktadır. Bölgede gerçekleştirilen kültürel etkinlikleri TRSM’ de afişe etmek, hastaların hem bilgi sahibi olmalarını hem sosyal etkinliklere katılımına motive olmalarını sağlayacaktır.

Yemek ihtiyacı olan, atak döneminde olan ve rehabilitasyon faaliyetleriyle desteklenemeyecek kadar yaşlı olan hastalara beslenme konusunda destek sağlanması ile ilgili işbirliği kurulur. Ev ziyaretleri ile tespit edilen ve muhtaç durumda olan hastalar için aynı-nakdi yardımların sağlanması için belediyelerin ilgili müdürlükleri ile görüşmeler yapılır. Ev ziyaretlerinde temel eşya konumunda olan yatak, dolap, buzdolabı, ısınma sistemi(soba) ve yakacak yoksunluğu acil olarak değerlendirilmeli ve belediyelerin ilgili müdürlükleriyle iletişim kurulmalıdır.

Belediye yardımlarının diğer kurumlara göre daha hızlı sağlandığı görülmektedir. Tuzla Belediyesi Ulaşım Hizmetleri Müdürlüğü tarafından TTRSM üyeleri için verilen ücretsiz servis ile merkeze ulaşım sağlamaktadır. Üst yazıyla, bağlı bulunan belediyelerden, TRSM üyelerinin, sosyal etkinlik planı kapsamında, sosyal tesislerden ücretsiz kullanımının talep edilmesi faydalı olur. TRSM kaynak ihtiyacı için yerel yönetimlerle işbirliği kurulmalıdır.

2.4.1.5. Kaymakamlıklar

Tedaviyi reddeden hastaların zorunlu yatışı için, hasta yakınları dilekçe ile başvuruda bulunabilirler.

2.4.1.6. Muhtarlıklar

TRSM’ nin bağlı olduğu bölgenin muhtarları ile işbirliği kurmak, hastaların adreslerinin tespiti için ve mahalli yapıyı en iyi bilen muhtarların ihtiyaç duyan hastaları ve ailelerini yönlendirebilmesi için elzemdir. TRSM tarafından dönemsel aralıklarla muhtar eğitimi yapılması yararlıdır.

2.4.1.7. İstanbul Engelliler Merkezi

İstanbul engelli merkezleri ile iletişime geçilerek ortak çalışma adına iş birliği kurulur ve koordineli olarak çalışmalar yürütülür.

2.4.1.8. Müftülük

Diyanet İşleri Başkanlığına bağlı müftülük çalışanlarına dönemsel eğitim planları yapılmalıdır. Toplum bilinçlendirme adına önemli bir rehber olan din adamları ile birlikte çalışmalar yürütülmelidir.

2.4.1.9. Halk eğitim merkezleri

Usta öğretici ve öğretmen talep edilerek, hastalara yönelik sanat atölyelerinin açılması ve dönem sonu kermeslerinin düzenlenmesi için işbirliği içinde çalışılır.

2.4.1.10. Sivil Toplum Örgütleri

Bölgede faaliyet gösteren sivil toplum örgütleri ile işbirliği kurulmaktadır. Tuzla bölgesinde hizmet veren Şizofreni Derneği bulunmaktadır. Dernek başkanı ve dernek alanı TRSM tarafından ziyaret edilmektedir. Merkez organizasyonlarında iş birliği kurulmalıdır.

2.5. Damgalama

Kemal Sayar' a göre stigma (damgalama) '*iş bulma imkanlarını, toplumsal statüyü ve kaynakları yitirmeyi, başkaları tarafından sergilenen olumsuz hissi tepkiyi ve reddi, bir 'lekeli kimli' i ve bir yaralı benlik duygusunu içine alır*'. Stigma bir kez tetiklendikten sonra toplumda kalıcı bir hal alabilir (Sayar, 2000). Bu bozukluk sosyal statüde düşmeye yol açmaktadır (Kring ve Johnson, 2017). TRSM' lerin mikro ve mezzo müdahalelerinin yanında makro boyutta çalışmalar yapmaları, damgalamayı önleyici faaliyetlerde bulunmaları büyük önem arz etmektedir. Aynı zamanda sorumluluk ve görev alanındadır.

Damgalama karşıtı uygulamalardan bir tanesi de Gönüllü organizasyonlardır. Sağlık personeli dışında, halktan kişilerin, eğitime tabii tutularak, hastalar ile kaliteli

vakit geçirmelerinin, anlamlı ve empatiyi geliştirici yönü bulunmaktadır. Tuzla TRSM ‘de tiyatro alanında bir gönüllü hizmet vermektedir. Tıbbi Sosyal Hizmet Yönergesinde de yer alan Gönüllü organizasyonları uygulamada yerini yeterince bulamamaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2011).



3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Araştırmada karma araştırma yöntemi yani nicel ve nitel yöntemler birlikte kullanılmıştır. Araştırma için hasta yakınlarına yönelik sosyo-demografik veri formu ve yapılandırılmış görüşme formu oluşturulmuştur. Araştırmada, araştırmanın problemleri ve bu problemlere yönelik sorular belirlenmiştir. Yapılandırılmış görüşme formu hazırlanırken literatür taraması yapılmış olup ruh sağlığı alanında yapılan bilimsel çalışmalardan yararlanılmış, kaynakçada gösterilmiştir. Aynı zamanda araştırmada yapılandırılmış görüşme tekniği kullanılarak kişilerin bireysel deneyimlerinin incelenmesi hedeflenmiştir.

Bu gibi nitel çalışmaların yorumlanmasında genel olarak fenomenoloji yaklaşımı kullanılmaktadır. Fenomenoloji (olgu bilimi) yaklaşımı, olaylar, durumlar ve deneyimlerin belirlenmesinde kullanılır. Bu yaklaşımın temelinde kişilerin bireysel tecrübelerinden elde ettiği deneyimler bulunmaktadır. Fenomenolojide bireylere herhangi bir müdahalede bulunulmadan, söyledikleri olduğu gibi kabul edilmektedir. Bu bağlamda kişiler ile yapılan görüşmeler kayıt altına alınarak kişilerin görüşme esnasındaki davranış ve tutumları gözlemlenmiştir (Yıldırım ve Şimşek, 2018).

Nicel veriler ise hasta yakınları için hazırlanan sosyodemografik veri formuna eklenen anket soruları ile elde edilmiştir. Anket yöntemi araştırmalarda en çok başvurulan veri elde etme yöntemlerinden biridir. (Karasar, 2000).

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma İstanbul ilinde bulunan Tuzla Devlet Hastanesine bağlı Tuzla Toplum Ruh Sağlığı Merkezinde yürütülmüştür. Araştırma için Tuzla Toplum Ruh Sağlığı Merkezinden yazılı ön izin belgesi, İstanbul İl Sağlık Müdürlüğünden kurum izni, Üsküdar Üniveristesinden etik kurul izni alınmıştır. 2019 Ocak ayı itibariyle 201 bipolar, 146 şizofreni, toplamda 347 hasta takip edilmektedir. 5 katlı bir semt polikliniğinin 2 katında hizmet vermektedir. 3 psikiyatri hekimi, aylık dönüşümlü olarak çalışmaktadır. 1 sosyal çalışmacı, 1 psikolog, 3 hemşire, 1 güvenlik, 1 sekreter, 1 yardımcı personel ve 3 Halk Eğitim usta öğreticisi hizmet vermektedir.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Tuzla Devlet Hastanesine bağlı Tuzla Toplum Ruh Sağlığı Merkezinde şizofreni ve bipolar bozukluk tanısı ile takip edilen hastaların yakınları oluşturmaktadır. Tuzla TRSM'ye 2016 yılından bu yana faaliyet göstermektedir. 2019 itibariyle toplam 347 hastaya hizmet vermektedir. Fakat içerme kriterlerimizde en az bir yıl hizmet alma koşulu bulunmaktadır. Bu nedenle 2019 yılı ocak ayı, saha araştırma gözlem süreci tarihinde 2018 Ocak ayından önce hizmet almakta olan hastalar evren olarak kabul edilmiştir. 2018 ocak ayında 72 bipolar, 122 şizofreni hastası kayıtlı olarak hizmet almıştır.

Araştırmada, içleme kriterlerine uygun olan nüfusa ulaşmak için mevcut Tuzla TRSM'de hizmet alan hastaların yakınları alınarak "Kolayda Örneklem" modeli kullanılmıştır (Karasar, 2000). Bu bağlamda, araştırma kapsamında 25'i şizofreni tanılı, 15'i bipolar tanılı olmak üzere toplam 40 hasta yakını ile görüşme yapılmıştır.

İçerme kriterleri:

- . Takip ettiği hastasının "bipolar bozukluk" ya da "şizofreni" tanısı almış olması
- . Hastasının tanı aldıktan sonra en az 1 yıl süre geçmiş olması
- . Toplum Ruh Sağlığı Merkezi hizmetlerinden en az 1 yıl hizmet almış olması
- . Hastayı takip eden ve hasta ile en çok ilgilendiği gözlemlenen 1 hasta yakını ile görüşülecektir.
- . Hastasının ek bir tanı almamış olması gerekmektedir.
- . Hastasının bilişsel yıkımı olmaması
- . Hasta yakınının okur-yazar olması
- . 18 yaş ve üstü olma
- . Araştırmaya katılmaya gönüllü olma

Dışlama kriterleri:

- . Hastasının yeni tanı almış olması
- . Hasta yakınının ve hastanın işitme ve anlama sorunu olması
- . Hasta yakınının araştırmaya gönüllü olmaması
- . Hasta yakınının olmaması

3.4. Veri Toplama Araçları ve Süreci

Araştırmada verilerin toplanması amacıyla Sosyo-Demografik Veri Formu ve yapılandırılmış görüşme formu kullanılmıştır.

3.4.1. Sosyo-demografik veri ve anket formu

Sosyodemografik veri ve anket formunun kullanım amacı yapılan görüşmeye katkı sağlayan bireyler ve bakım verdikleri hasta hakkında detaylı nicel bilgileri edinmektir. Görüşmede yöneltilen soruları pekiştirmek, istenilen verileri tamamlamak üzere anket soruları oluşturulmuştur. Yaş, cinsiyet, eğitim, merkezden hizmet alma sıklığı, gelir durumu, vesayet durumu, nakdi yardım alma durumu ve gibi ilgili toplam 19 soru yer almaktadır.

3.4.2. Yapılandırılmış görüşme formu

Bu form araştırma konusu ile bağlantılı olarak yardımcı araştırmacı Merve Gültekin tarafından oluşturulmuştur. Formun oluşturulmasında araştırmacı Abdullah Karatay, Toplum Ruh Sağlığı Merkezinde çalışan psikiyatri hekimleri Anıl Talas, Narin Tan Kartal ve Semine Kavzoğlu'ndan danışmanlık alınmıştır. 1. soruda merkeze kayıt sürecine yönlendiren kişi-kurumlar hakkında bilgi elde etmek, 2. soruda poliklinik ve hemşirelik hizmet süreci, 3. soruda vaka yöneticiliği hizmeti, 4. soruda bireysel/aile görüşmesi hizmet süreci, 5. soruda grup psikoeğitim süreci, 6. soruda merkezde oluşturulan sosyal etkinlikler, 7. soruda sanat kursları hizmeti, 8. soruda ev ziyaretleri hizmeti, 9. soruda diğer hizmetler, 10. hasta ve yakınının tedavi planına dahil edilip edilmediği, 11. soruda TRSM ve diğer merkezlerin karşılaştırılması, 12.soruda hasta yakınlarının şikayet ve önerileri konu başlıkları altında veriler elde edilmiştir.

Araştırma, izin alınan Tuzla Devlet Hastanesine bağlı Tuzla Toplum Ruh Sağlığı Merkezinde yürütülmüştür. Veriler, Tuzla TRSM görüşme odasında, hastalarla yüz yüze görüşülerek araştırmanın amacı hakkında bilgi verildikten ve aydınlatılmış onam alındıktan sonra, " Hasta Sosyo-Demografik Veri Formu' ve ' Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu '", uygulanarak toplanmıştır. Görüşme sürecinde ses kaydı alınmıştır. Üç hasta yakını ses kaydı onamı vermemiş sadece yazılı not edilmesini istemiştir. El

yazısıyla onam formuna beyanlarını eklemişlerdir. Etik nedenlerden dolayı üç hasta yakınının görüşmesinden ses kaydı alınamamıştır. Araştırmanın uygulanması Aralık 2018- Ocak 2019 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Araştırma görüşmesi yapıldığı sırada 5 hasta ajite olmuş, 5 hasta ise yakınının araştırmaya katılmasına izin vermemiştir. Bu nedenle görüşme etik nedenlerle sonlandırılarak araştırmaya kişiler dahil edilmemiştir.

3.5. Verilerin Değerlendirilmesi

Gönüllüler için oluşturulan sosyodemografik veri ve anket formu ile yapılandırılmış görüşme formunda hazırlanan sorular sorularak veriler elde edilmiştir. Gönüllü onamı alındıktan sonra ilk olarak sosyodemografik veri ve anket formu verilmiş ve doldurulması için bir süre beklenmiştir. Ardından oluşturulan yapılandırılmış görüşme formu yardımıyla görüşme yapılmıştır. Veriler elde edildiğinde önce ses kayıtlarından teyit edilerek yazımı yapılmıştır. Sonrasında analiz edilmiş ve önemli görülen noktalar yardımcı araştırmacı tarafından kodlanmıştır. Ardından iki grup ve sonuçları birbiriyle karşılaştırılmıştır ve IBM SPSS22 programı yardımıyla istatistiğe çevrilmiştir. Böylece tez konusuna verilerle bilgi sağlanmıştır. Ayrıca diğer kaynaklar kullanılarak konuyla ilgili kapsamlı araştırma yapıp tüm bilgiler toplanmış ve tez yazımına katkı sağlanmıştır.

Anket ve görüşmelerde elde edilen veriler kodlama yöntemi ile analiz edilerek, önemli görülen noktaları bulgular başlığı altında sunulmuştur. IBM SPSS22 versiyonunda veri girişi yapılmış ve iki tanı grubu arasındaki karşılaştırmalar kıkare testi kullanarak bulunmuştur.

Araştırmaya katılmayı kabul eden hasta yakınlarına “Hasta Yakını (HY)”ismi verilmiştir. Yorumlanma sürecinde araştırmaya katılanlardan HY1, HY2, ... şeklinde bahsedilerek söylemlerine yer verilmiştir. 1-25 dahil hasta yakını numaraları şizofreni tanılı bireylerin, 26-40 dahil hasta yakını numaraları bipolar tanılı kişilerin hasta yakınlarını ifade etmektedir. Yine verileri yorumlanması kısmında fenomenoloji yorumlama tekniği kullanılarak bulgular kısmı oluşturulmuştur.

3.6.Araştırmanın Sınırlılıkları ve Varsayımlar

Araştırmacının, normal olarak, yapmak isteyip de çeşitli nedenlerle vazgeçmek zorunda kaldığı şeyler araştırmanın sınırlılıklarıdır. (Karasar, 2000) Bu araştırmanın sonuçları, araştırma kapsamındaki kurum ve örneklemele sınırlıdır.

Araştırma mevcut gözlem ve araştırma süresi ile sınırlıdır. Araştırma ağır ruhsal bozukluğu olan hastaların yakınları (şizofreni veya bipolar bozukluk) ile yapıldığı için yüz yüze yapılandırılmış görüşme formu uygulanırken, beş hasta ajite olmuştur, beş hasta ise yakınının görüşmeye katılmasına sözel onam vermemiştir. Bu nedenle etik olarak görüşme yarıda kesilerek, hasta yakınları araştırmaya dahil edilmemiştir. 4 gönüllü hasta yakını, el yazısıyla onamlarında da belirtmesi üzerine ses kayıtları gönüllü rızası olmadığı için etik nedenlerden dolayı alınmamıştır sadece görüşme sürecinde not alınmıştır..

Çalışmanın etik onayı Üsküdar Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulundan alınmıştır. İstanbul Tuzla Toplum Ruh Sağlığı Merkezi yönetiminden ön izin belgesi alınmış, İstanbul İl Sağlık Müdürlüğünden yasal kurum izni alınmıştır.

Hastalardan alınan tüm verilerin doğru olduğu varsayılmıştır.

4. BULGULAR

Çalışmanın bulgular bölümünde araştırmadan elde edilen sonuçlar; araştırma ilişkin veriler, hasta ve yakınlarının demografik bilgileri (cinsiyet, hastalığın başlangıç yaşı, medeni durum, meslek durumu, eğitim durumu, gelir durumu); hasta ve hasta yakınlarına ait nicel veriler (yakınlık derecesi, barınma durumu, vesayet durumu, toplam yatış sayısı, son bir yıl yatışı, hizmet alma sıklığı, nakdi destek ihtiyacı, hangi hizmetleri aldığı, sosyal hizmet danışmanlığı) ve hasta yakınlarının TRSM hizmetlerini nitel olarak değerlendirdiği, önerilerini beyan ettiği bilgiler bulgular başlığı altında sunulmuş ve değerlendirilmiştir.

4.1 Hasta ve Yakınlarının Sosyodemografik Verileri

4.1.1. Araştırmada hastalık tanılarının dağılımı

Tablo 1: Hastalık tanılarının dağılımı

	S	%
Şizofreni	25	62,5
Bipolar	15	37,5
	40	100,0

Çalışmaya katılan gönüllülerin yakınlarının 25'i şizofreni, 15'i bipolar tanısı almış olmak üzere, toplam hasta yakını 40 kişidir. Saha araştırması sürecinde ayaktan takibi yapılan ve yakınıyla gelen hastaların, araştırmaya gönüllü hasta yakınları araştırmamıza alınmıştır. Bu tablodan hareketle; toplum ruh sağlığı merkezinden daha çok şizofreni hastalarının hizmet aldığını ve sayısal olarak şizofreni tanılı bireye destek veren hasta yakınlarının araştırmanın %62,5 'ini oluşturduğunu söylemek mümkündür.

4.1.2.Hastaların cinsiyeti

Tablo 2: Hastaların cinsiyeti

	S	%
kadın	23	57,5
erkek	17	42,5
Total	40	100,0

Çalışmaya katılan gönüllülerin TRSM' den takipli hastalarının, %57 'sini kadınlar, %42 'sini ise erkekler oluşturmaktadır. Bu tablodan hareketle TTRSM' den daha çok kadın hastaların hizmet aldığını söylemek mümkündür.

4.1.3. Hastalık tanısı ile cinsiyeti arasındaki ilişki analizi

Tablo 3: Hastalık tanısı ile cinsiyet arasındaki ilişki analizi

	Hasta cinsiyeti		Toplam
	kadın	erkek	
Hastalık	11	14	25
Şizofreni	44,0%	56,0%	100,0%
Bipolar	12	3	15
	80,0%	20,0%	100,0%
Toplam	23	17	40
Hastalık	57,5%	42,5%	100,0%

Çalışmaya katılan gönüllülerin yakınlarının, 11'i kadın 14'ü erkek olmak üzere toplam 25'i şizofreni tanılı hasta; 12'si kadın 3'ü erkek olmak üzere toplam 15'i bipolar bozukluğu tanısı bulunmaktadır. İstatistiki olarak $p<0,05$ olduğundan aralarında anlamlı bir bağ olduğu görülememiştir. Bu tablodan hareketle; TTRSM' den hizmet alan şizofreni hastalarının cinsiyetinin çoğunlukla erkek olduğu ve bipolar hastalarının önemli bir bölümünün ise kadın hastaların oluşturduğunu söylemek mümkündür.

4.1.4. Hasta yakınlarının yaşı

Tablo 4: Hasta yakınlarının yaşı

	S	Yüzde%
26-35	1	2,5
36-45	8	20,0
46-55	12	30,0
56-64	19	47,5
Total	40	100,0

Gönüllülerin yaşlarının görülebildiği Tablo 4 incelendiğinde; tüm veriler içinde, hasta yakınlarının yaşının en fazla olduğu yaş grubu 56-64 arası olduğu görülmektedir. Yaş azaldıkça, hastasına destek olan hasta yakını sayısında anlamlı olarak düşme görülmektedir. Bu tablodan hareketle hastasına destek veren hasta yakınlarının orta yaş grubunu oluşturduğunu söylemek doğru olacaktır.

4.1.5. Hasta yakınlarının cinsiyeti

Tablo 5: Hasta yakınlarının cinsiyeti

	S	%
kadın	23	57,5
erkek	17	42,5
Total	40	100,0

Çalışmaya katılan gönüllülerin 23'ü kadın, 17'si erkek olmak üzere toplam 40 hasta yakınından oluşmaktadır. Ancak bu tablodan hareketle; TRSM' de hizmet alan hastalarına birinci dereceden destek olan yakınlarının daha çok kadın olduğunu söylemek mümkündür.

4.1.6. Hasta yakınlarının eğitim durumu

Tablo 6: Hasta yakınlarının eğitim durumu

Mezuniyet durumu	S	%
İlkokul	20	50,0
Ortaokul	8	20,0
Lise	8	20,0
Üniversite	4	10,0
Total	40	100,0

Gönüllülerin eğitim durumuna bakıldığında %50 'sinin ilkokul mezunu olduğu, %20 'sinin ortaokul mezunu, %20 'sinin lise mezunu, %10' unun ise üniversite mezunu olduğu görülmektedir.

4.1.7. Hasta yakınlarının medeni durumu

Tablo 7: Hasta yakınlarının medeni durumu

	S	%
Evli	33	82,5
Bekar	3	7,5
Eşi ölmüş	4	10,0
Total	40	100,0

Tüm gönüllü hasta yakınlarının medeni durumuna bakıldığında; hasta yakınlarının %82,5 'inin evli, %10 'unun eşi vefat etmiş, %7,5 'unun ise bekar olduğu görülmektedir. Bu tablodan hareketle hastaların destek olan yakınlarının büyük bir kısmının evli olduğu görülmüştür.

4.1.8.Hasta yakınlarının iş durumu

Tablo 8: Hasta yakınlarının iş durumu

	S	%
İşçi	5	12,5
Memur	2	5,0
Serbest meslek	3	7,5
Emekli	14	35,0
Çalışmıyor	16	40,0
Toplam	40	100,0

Çalışmaya katılan gönüllülerin, iş durumuna bakıldığında; tüm hasta yakınlarının %40 'ının çalışmadığı, %35 'inin emekli olduğu, %12,5 'unun işçi olduğu, %7,5'unun serbest meslekte çalıştığı ve %5 'inin memur olduğu görülmektedir. Ev hanımı ya da mevcut durumda bir iş bulamayan kişiler Tablo 8'te çalışmıyor olarak baz alınmıştır. Hasta yakınlarının önemli bir kısmının iş yaşamının olmadığı görülmüştür.

4.1.9. Hasta yakınlarının aylık geliri

Tablo 9 : Hasta yakınlarının aylık geliri

Aylık Gelir	S	%
0-1499	3	7,5
1500-2499	13	32,5
2500-3499	16	40,0
3500-4499	3	7,5
4500-üstü	5	12,5
Total	40	100,0

Çalışmaya katılan gönüllülerin, aylık gelir duruma bakıldığında; büyük payın %40 ile 2500-3499 TL gelir aralığında olduğu görülmektedir.

4.2. Hasta ve Yakınlarına Ait Nicel Veriler

4.2.1. Hasta ve araştırma gönüllüsünün yakınlık derecesi

Tablo 10: Hasta ve araştırma gönüllüsünün yakınlık derecesi

	S	%
Anne-baba	3	7,5
Kardeş	6	15,0
Çocuk	22	55,0
Eş	8	20,0
Diğer	1	2,5
Toplam	40	100,0

Çalışmaya katılan gönüllülerin, hizmet alan hasta ile yakınlık derecesine bakıldığında; hizmet alan hastanın %55'inin kişinin çocuğu olduğu, %20 'sinin eşi olduğu, %15 'inin kardeşi olduğu, %7,5 'unun da ebeveyni olduğu görülmektedir. Nicel veri formunda "diğer" olarak belirtilen araştırma gönüllüsünün, hastanın teyzesi olduğu verisine ulaşılmıştır.

4.2.2. Hasta ve yakınının birlikte ikamet etme durumu

Tablo 11: Hasta ve yakınının birlikte ikamet etme durumu

Hasta ve yakını birlikte mi ikamet ediyor ?	S	%
Evet	36	90,0
Hayır	4	10,0
Toplam	40	100,0

Çalışmaya katılan gönüllülerin, %90 'ının hastası ile birlikte ikamet ettiği, %10 'unun ise ayrı konutlarda ikamet ettikleri görülmüştür. Kurum bakımında veya umut evlerinde kalan hasta ve yakınları araştırma dahil edilmemiştir.

4.2.3. Hastaların vesayet durumu

Tablo 12: Hastaların vesayet durumu

Hastanızın vasisi misiniz?	Vasi		Toplam
	Evet	Hayır	
Hastalık şizofreni	11	14	25
	44,0%	56,0%	100,0%
Bipolar	5	10	15
	33,3%	66,7%	100,0%
Total	16	24	40
Hastalık	40,0%	60,0%	100,0%

Çalışmaya katılan gönüllülerin yakınlarının, vesayet durumu incelendiğinde; araştırmaya katılan hasta yakınlarının %40 'ının vasi veya yasal danışmanı olduğu görülmektedir. Vasi veya yasal danışman ataması olan hastaların görüşmeye öncelikli olarak yasal işlemlerinden sorumlu yakını alınmıştır. Şizofreni tanısı ile takipli edilen üyelerin, hasta yakınlarının %44'ü yasal temsilci/vasisi iken, bipolar tanılı üyelerin hasta yakınlarının %33,3 'ünün yasal temsilcisi/vasisi olduğu görülmüştür.

İstatistiki olarak $p>0,05$ olduğundan aralarında anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür. Tanı gruplarına göre vesayet durumu incelendiğinde şizofreni hastalarının bipolar bozukluk hastalarına oranla daha fazla vesayet ataması yapıldığını söylemek mümkündür.

4.2.4. Hastalık başlangıç yaşı

Tablo 13: Hastalık başlangıç yaşı

	Hastalık başlangıç yaşı				Toplam
	18-24	25-34	35-44	45-54	
Hastalık Şizofreni	16	8	0	1	25
	64,0%	32,0%	0,0%	4,0%	100,0%
Bipolar	10	4	1	0	15
	66,7%	26,7%	6,7%	0,0%	100,0%
Total	26	12	1	1	40
Hastalık	65,0%	30,0%	2,5%	2,5%	100,0%

Hastalığın başlangıç yaşının görülebildiği Tablo 13 incelendiğinde; çalışmaya katılan gönüllülerin yakınlarının, hastalık başlangıç yaşının en yoğun olduğu dönemin %65 ile 18-24 yaş arası olduğu görülmektedir. Bunu %30 ile 25-34 yaş arası izlemektedir.

İstatistiki olarak $p>0,05$ olduğundan aralarında anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür. Tanı gruplarına göre hastalığın başlangıç yaşı dağılımına bakıldığında ise; 18-24 yaş aralığında hastalığa yakalanma oranı şizofreni hastalarında %64 , bipolar bozukluk hastalarında ise %66,7 'dir. Tüm hastalar için 18 yaş öncesi hastalık öyküsü 18-24 yaş aralığında değerlendirilmiştir.

4.2.5. Hastaların son bir yıl içinde toplam hastaneye yatış sayısı

Tablo 14: Hastaların son bir yıl içinde toplam yatış sayısı

	Son bir yıl içinde yatışı var mı?		Toplam
	evet	Hayır	
Hastalık şizofreni	3	22	25
bipolar	2	13	15
Toplam	5	35	40

TRSM hizmet süresince şizofreni tanısı ile takip edilen hastalardan 3 kişinin, bipolar tanısı ile takip edilen hastalardan 2 kişinin, üçüncü basamak sağlık kuruluşundan destek almaya ihtiyaç duyduğu görülmüştür. Tüm hastalara bakıldığında %12,5 hastanın son 1 yılda yatarak tedavi gördüğü bilgisine ulaşılmıştır. İstatistiki olarak $p>0,05$ olduğundan aralarında anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür.

4.2.6. Hasta yakınlarının hastalık tanımı

4.2.6.1. Şizofren yakınlarının hastalığı adlandırma biçimleri

Tablo 15: Şizofren yakınlarının hastalığı adlandırma biçimleri

	S
Bilmiyorum	1
Şizofreni	17
Psikolojik	2
Psikiyatri	2
Depresyon	1
Takıntı rahatsızlığı	1
Deli hastalığı	1
Toplam	25

Şizofreni tanısı ile takip edilen hastaların, çalışmaya katılan gönüllülerin yakınlarının hastalığı adlandırma biçimleri incelendiğinde; %68 ‘inin Şizofreni, %8’ inin psikiyatri, %8’ inin psikoloji olduğu ve bir hasta yakınının “bilmiyorum” şeklinde ifade ettiği görülmüştür. diğer adlandırmalara baktığımızda ise depresyon, takıntı rahatsızlığı ve deli hastalığı ifadeleri yer almaktadır.

Çalışmaya konu olan şizofreni ve bipolar duygudurum bozukluğu haricinde, psikiyatrik başka herhangi bir tanısı ve mental retardasyonu olan hastalar araştırmaya alınmamıştır.

4.2.6.2. Bipolar yakınlarının hastalığı adlandırma biçimleri

Tablo 16: Bipolar yakınlarının hastalığı adlandırma biçimleri

	N
Bilmiyorum	1
Bipolar	9
Psikolojik	1
Psikiyatri	1
Psikoz	1
Panik Atak	1
Ruh Sinir Hastası	1
Toplam	15

Bipolar tanısı ile takip edilen hastaların, çalışmaya katılan gönüllülerin yakınlarının hastalığı adlandırma biçimleri incelendiğinde; %60 ‘inin Bipolar, bir hasta yakınının “bilmiyorum” şeklinde ifade ettiği görülmüştür. Diğer adlandırmalara baktığımızda ise psikolojik, psikiyatri, psikoz, panik atak ve ruh sinir hastası ifadeleri yer almaktadır.

Çalışmaya konu olan şizofreni ve bipolar duygudurum bozukluğu haricinde, psikiyatrik başka herhangi bir tanısı ve mental retardasyonu olan hastalar araştırmaya alınmamıştır.

4.2.6.3. Şizofreni hastalığının adlandırılması ve TRSM’de alınan aile eğitimi arasındaki ilişki

Tablo 17: Şizofreni hastalığının adlandırılması ve TRSM’de alınan aile eğitimi arasındaki ilişki

	aile		Total
	Hayır	Evet	
Tanı adı Bilmiyorum	0	1	1
Şizofreni	4	13	17
Psikolojik	1	1	2
Psikiyatri	1	1	2
Depresyon	0	1	1
takıntı	0	1	1
rahatsızlığı	0	1	1
deli hastalığı	1	0	1
Total	7	18	25

Tanı adlandırmasını “şizofreni” olarak yazan çalışmaya katılan gönüllülerin yakınlarının sayısal olarak önemli ve büyük bir çoğunluğunun aile eğitimi aldığı görülmüştür. Kavramların ifade de önemi büyüktür. Hasta yakınlarının, hastasının tanısını, tam olarak bilmeleri hastalarını daha iyi ve doğru ifade etmelerini sağlayacağı düşünülmüştür.

4.2.6.4. Bipolar hastalığının adlandırılması ve TRSM’de alınan aile eğitimi arasındaki ilişki

Tablo 18: Bipolar hastalığının adlandırılması ve TRSM’de alınan aile eğitimi arasındaki ilişki

	Aile		Total
	Hayır	Evet	
Tanı adı Bilmiyorum	0	1	1
Bipolar	1	8	9
Psikolojik	1	0	1
Psikiyatri	0	1	1
Psikoz	0	1	1
Panik Atak	0	1	1
Ruh Sinir Hastası	1	0	1
Total	3	12	15

Tanı adlandırmasını “bipolar” olarak yazan çalışmaya katılan gönüllülerin

yakınlarının sayısal olarak önemli ve büyük bir çoğunluğunun aile eğitimi aldığı görülmüştür. Kavramların ifade de önemi büyüktür. Hasta yakınlarının, hastasının tanısını, tam olarak bilmeleri hastalarını daha iyi ve doğru ifade etmelerini sağlayacağı düşünülmüştür.

4.2.7. Hasta ve yakınlarının nakdi yardım alma durumu

Tablo 19: Hasta ve yakınlarının nakdi yardım alma durumu

	Yardım			Total
	Hayır	Evde Bakım Aylığı	2022 maaşı	
Hastalık şizofreni	17	4	4	25
	68,0%	16,0%	16,0%	100,0%
Bipolar	14	1	0	15
	93,3%	6,7%	0,0%	100,0%
Total	31	5	4	40
	77,5%	12,5%	10,0%	100,0%

Çalışmaya dahil edilen hasta ve yakınlarının nakdi destek alma durumu incelendiği; hastaların %77,5 'inin herhangi bir yardım almadığı görülmektedir. Hastaların %12,5 'unun evde bakım aylığı aldığı, % 10'unun 2022 maaşı aldığı görülmektedir.

İstatistiki olarak $p>0,05$ olduğundan aralarında anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür. Tanı gruplarına göre bipolar hastaların %93,3 'ü yardım almazken, şizofreni hastalarının %68 'i yardım almamaktadır. Tanı grupları arasında şizofreni tanı grubunun nakdi yardım alma durumunda belirgin fark olduğu görülmektedir.

4.2.8. Hastaların TRSM' ye geliş sıklığı

Tablo 20: Hastaların TRSM' ye geliş sıklığı

	Geliş sıklığı					Total
	Haftada birkaç	İki haftada bir	Ayda bir	3 ayda bir	3-6 ay	
Hastalık Şizofreni	12	1	8	3	1	25
	48,0%	4,0%	32,0%	12,0%	4,0%	100,0 %
Bipolar	8	2	5	0	0	15
	53,3%	13,3%	33,3%	0,0%	0,0%	100,0 %
Toplam	20	3	13	3	1	40
	50,0%	7,5%	32,5%	7,5%	2,5%	100,0 %

Çalışmaya katılan gönüllülerin yakınlarının TRSM' ye geliş sıklığı incelendiğinde; şizofreni hastalarının %48' inin, bipolar hastalarının ise %53,3 'ünün bu hizmetten haftada birkaç gün faydalandığı görülmüştür. Şizofreni tanılı hastaların %32' sinin ve bipolar tanılı hastaların %33,3' ünün TRSM hizmetlerine ayda bir katılım sağladığı görülmüştür. İstatistiki olarak $p>0,05$ olduğundan aralarında anlamlı bir fark olduğu bulunamamıştır.

4.2.9. Hastaların yasal ve sosyal haklarından faydalanma durumu

Tablo 21: Hastaların yasal ve sosyal sosyal danışmanlık alma durumu

	Sosyal ve yasal haklarınız konusunda danışmanlık aldı mı?		Toplam
	hayır	Evet	
Hastalık şizofreni	7	18	25
	28,0%	72,0%	100,0%
bipolar	4	11	15
	26,7%	73,3%	100,0%
Toplam	11	29	40
	27,5%	72,5%	100,0%

Çalışmaya katılan gönüllülerin yakınlarının sosyal hakları konusunda danışmanlık alma durumu incelendiğinde; araştırmaya katılan hasta yakınlarının %72,5'inin bu hizmetten faydalandığı görülmektedir.

İstatistiki olarak $p>0,05$ olduğundan aralarında anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür. Tanı gruplarına göre sosyal hak danışmanlığı incelendiğinde şizofreni hastalarının bipolar bozukluk hastalarının arasında fark görülmediğini söylemek mümkündür.

4.2.10. Hastaların sağlık kurulu raporuna yönlendirme oranı

Tablo 22: Hastaların sağlık kurulu raporuna yönlendirme oranı

	Sağlık raporu		Toplam
	Hayır	Evet	
Hastalık şizofreni	4	21	25
	16,0%	84,0%	100,0%
bipolar	5	10	15
	33,3%	66,7%	100,0%
Toplam	9	31	40
	22,5%	77,5%	100,0%

Çalışmaya katılan gönüllülerin yakınlarının sağlık kuruluna yönlendirilme durumu incelendiğinde; araştırmaya katılan hasta yakınlarının %77,5 'inin bu hizmetten faydalandığı görülmektedir.

İstatistiki olarak $p>0,05$ olduğundan aralarında anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür. Tanı gruplarına göre sağlık kurulu raporuna yönlendirilme durumu incelendiğinde şizofreni hastalarının %84, bipolar bozukluk hastalarının % 66,7 olduğu, şizofreni hastalarının bipolar hastalardan daha fazla sağlık kuruluna yönlendirildiğini söylemek mümkündür.

4.2.11. Hastaların malülen emekliliğe yönlendirme oranı

Tablo 23: Hastaların malülen emekliliğe yönlendirme oranı

	Malulük		Toplam
	Hayır	Evet	
Hastalık Şizofreni	19	6	25
	76,0%	24,0%	100,0%
Bipolar	15	0	15
	100,0%	0,0%	100,0%
Toplam	34	6	40
	85,0%	15,0%	100,0%

Çalışmaya katılan gönüllülerin yakınlarının malülen emeklilik için yönlendirilme durumu incelendiğinde; araştırmaya katılan hastaların %15 'inin bu hizmetten faydalandığı görülmektedir.

İstatistiki olarak $p<0,05$ olduğundan aralarında anlamlı bir fark olduğu görülmüştür. Çalışma örnekleminde tanı gruplarına göre incelendiğinde şizofreni hastalarının %24'ünün malülen emeklilik için yönlendirildiği, bipolar hastaların yönlendirilmediğini görülmüştür.

4.2.12. Hastaların vesayet ataması için yönlendirme oranı

Tablo 24: Hastaların vesayet ataması için yönlendirme oranı

	Vasi danışmanlığı alma oranı		Toplam
	Hayır	Evet	
Hastalık şizofreni	17	8	25
	68,0%	32,0%	100,0%
bipolar	10	5	15
	66,7%	33,3%	100,0%
Toplam	27	13	40
	67,5%	32,5%	100,0%

Çalışmaya katılan gönüllülerin yakınlarının vesayet altın alınması için yönlendirilme durumu incelendiğinde; araştırmaya katılan hastaların %32,5 'inin bu hizmetten faydalandığı görülmektedir.

İstatistiki olarak $p>0,05$ olduğundan aralarında anlamlı bir fark olduğu görülememiştir. Çalışma örnekleminde tanı gruplarına göre incelendiğinde şizofreni hastalarının %32'sinin, bipolar hastalarının %33,3' ünün hastasının vesayet altına alınması için yönlendirildiği ve iki tanı grubu arasında anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür.

4.3. Toplum Ruh Sağlığı Merkezi Hizmetlerinin Nitel Değerlendirmeleri

4.3.1. Hastaları ilk yönlendiren kurumlar

Tablo 25: Hastaları ilk yönlendiren kurumlar

	S
Psikiyatri polk	17
Trsm araması	12
Erenköy	5
Bakırköy	1
Sosyal çevre	3
Belediye	1
Hastane danışması	1
Toplam	40

Toplum Ruh Sağlığı Merkezini ilk kayıt süreci hakkında hasta yakınlarından bilgi istemiştir. Hasta yakınları ile yapılan görüşme verileri analiz edildiğinde merkez hastane ve çevre hastanelerin psikiyatri polikliniğinden %42,5 'i , TRSM tarafından telefonla aranıp davet edilen %30'u, Erenköy Ruh Sinir Hastalıkları Hastanesi tarafından yönlendirilen %12,5 , Bakırköy Ruh Sinir Hastalıkları Hastanesinden yönlendirilen %2,5, sosyal çevresi tarafından yönlendirilen %7,5, Tuzla Belediyesinden yönlendirilen %2,5, hastane danışması tarafından yönlendirilen %2,5 oranı olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

4.3.2. Hastaların poliklinik ve hemşirelik hizmetlerini alma oranı

Çalışmaya katılan gönüllülerin yakınlarının; poliklinik ve hemşirelik hizmeti alma durumu incelendiğinde %100 olduğu, 40 hasta yakınının da hastasının bu hizmetten faydalandığı görülmektedir.

Toplum ruh sağlığı merkezinde verilen poliklinik ve hemşirelik hizmetlerinin hasta yakınları tarafından değerlendirmeleri istenmiştir. Merkezin yakın olması, özel ilgi olduğunu ifade etmeleri, aylık(depo) iğneleri hatırlatmada destek olmaları, ilaç raporunun çıkartılabilmesi, kan değerleri ölçümünün yapılabilmesi, kadın ve erkek cinsiyetinde hemşirelerin bulunması, sıra beklememeleri, kolay muayene olanağına

ulaşmaları ve ilaç yazılıyor olması başlıca hizmeti ifade eden unsurlar olduğu gözlenmiştir.

(HY20) “... Daha önce randevu alıyorduk, 10 gün sonra veriliyordu. İlaç boşluğu kalıyordu. Kızım kötü oluyordu, doktora gidince bize kızılıyordu, neden ilacını vermediniz diye. şimdi aylık iğneleri hatırlatıyorlar destek oluyorlar, raporunu çıkarıyorum, muayene oluyor, randevu almıyorum, ilaç kolay yazılıyor.”

(HY9) “... Gerektiği kadar yapılıyor, özel alaka var. O mutlu , ben huzurluyum.”

(HY10) “... Daha olumlu, hastanede sıra bekliyordum. Burada randevu alıyorum, doktorlarımız, danışman hemşiremiz de çok ilgili. Ben memnunum, güzel. “

(HY11) “... Takibi kolay ve daha düzenli oluyor bizim açımızdan öyle.”

(HY14) “... Doktor A... tanıyor, kontrol çok iyi, kanı da burada aldirabiliyorum. Raporda çıkıyor. Çok iyi.”

(HY21) “... Erkek ve kadın hemşirelerin olması çok iyi. Annem kendi örf ve adetlerine göre bir erkek hemşirenin enjeksiyon yapmasını istemiyor. Hastalara yaklaşımları olumlu. Personelin davranışları bayağı olumlu. Benimle konuşamadığı şeyleri doktoruyla hemşiresiyle konuşuyor, ihtiyacı oluyor. Ayda 1 defa getirmeye çalışıyorum ama kendisi gelmek istemiyor, daha fazla gelse daha iyi olur. Doktorun daha çok olmasını isterim, Erenköy’de doktor çok. Karşılıklı konuşmalar oluyor, burada olsun isterim.”

(HY15) “... Randevu için uğraşmıyorum. Bu en güzel imkan. Hastamda baktım kötüleşme var, hemen arıyorum. Getiriyorum.”

(HY22) “... Doktor ve hemşire desteği bizim hastalarımız için çok önemli. İlaçlar olmasa ne yapardık bilmiyorum. Çalışanlar ilgili ama benim hastam isteksiz. İnanın zorla getiriyorum. “

(HY29) “... Hastamda iyileşme var. Eskiden hastane hastane geziyorduk, şimdi mahalleimde. Bundan daha kolay olamaz heralde.”

(HY34) “... Çok iyi oldu, hastayı tanıyorlar, randevu kolay alınıyor. Hastaneden daha iyi TRSM “

(HY36) “... Pozitif bir etkisi oldu. Kan alma düzenli olunca, ilaçlarını da düzenli kullanmaya başladı. Buraya iyileşeceği umuduyla geliyor.”

(HY37) “... Güvenilir bir yer, eşimi buraya güvenle gönderiyorum. Kafamda soru işareti kalmıyor. Kendisi gibi olduğu, insanların benzer olduğu bir yer. Faydalı diyaloglar kuruyor. Hastamın gelişimini burada ki her şey olumlu etkiliyor. İçine kapanıktı, kırılığandı. Misafirlğe gitmezdi. Buraya başladıktan sonra daha hareketli oldu.”

(HY38) “... Kısa sürede testler yapılıyor. Bu çok güzel. Daha uzun çok uzun yol gidiyorduk, burası ilçemizde. Memnunum hastam burada huzurlu.”

(HY35) “... Doktorluk ve hemşirelik hizmeti, hastanelerden güzel. Her şey daha kolay ve sıra yok.”

(HY39) “... Buraya geldiğinden beri kızım çok rahatladı. Burada çok ilgileniyorlar. Buradakilerle konuşuyor. Bizimle çok ilgileniyorlar. Buraya tek başına geliyor.”

(HY40) “... Tedavisi için gereken her şey tek bir yerden yapılıyor. Bu çok iyi.”

4.3.3. Hastaların danışmanlık hizmetini alma oranı

Çalışmaya katılan gönüllülerin ve yakınlarının vaka yönetimi hizmeti alma durumu incelendiğinde %100 olduğu, 40 gönüllünün hastasının da bu hizmetten faydalandığı görülmektedir.

Toplum ruh sağlığı merkezinde verilen vaka yönetimi hizmetinin hasta yakınları tarafından değerlendirmeleri istenmiştir. Görüşmeler sonucunda iyi/olumlu/güzel bir hizmet olarak tanımlandığı ve takip edilmenin kolaylık sağladığını ifade edildiği sonucuna varılmıştır.

(HY6) “... Aileyle birlikte ilerliyor mu geriliyor mu takip ediyorlar”

(HY8) “... Buraya geldiğinden beri ilaçlarını devamlı kullanmaya başladı. Bu yönden çok memnunum. İyi oluyor, biz de takip etmek zorunda kalıyoruz. “

(HY9) “... Burada hasta tanılıyor her şeyden önce, ben daha önce gittiğim kliniklerde raporlarını gösteriyordum, sürekli hikayeyi anlatıyordum, sürekli baştan başlıyordu. Ben geldiğimde burada hastam biliniyor, şu ana kadar aldığı tedavi kullandığı ilaçların takibi.. güzel bir sistem kurulmuş. “

(HY10) “... Olumlu. Hastam seviyor burada ki ortamı. Aile gibi gördüğü için rahat konuşuyor. Benle konuşamadığı şeyleri bile danışmanıyla konuşabiliyor.

Danışmanıyla biz tekrar iletişime geçip sorunu çözmeye çalışabiliyoruz. İlaçlarını da rahat yazdırabiliyorum. ‘‘

(HY21) ‘‘... Daha önce danışmanlık olmadı Erenköy’de, doktor burada dosya oluşturuluyor diyince bize de mantıklı geldi. Ben böyle bir şey olduğu duyunca şaşırđım. Unuttuğumuz şeyleri hatırlatıyorlar. Annemin bir danışmanı var ve o takip ediyor benim üzerimde birazcık hastaya yoğunlaştığımdan ve kendi sivil hayatımda yaşadığım problemleri egale edebiliyorum. Gayet başarılı ilerliyor şu anda.’‘

(HY12) ‘‘... Güzel bir hizmet, sorumluluk sahibi de oluyor. Danışmanlık için çağırıldığı zaman hemen söylüyor. ‘‘

(HY14) ‘‘... Tetkik ve uygulamalardan, çok büyük iyi yönde herhangi bir şey, henüz alamadık. Gerileme konusunda da bir şey diyemeyeceğim. Çünkü hastalık önemli bir hastalık, hastalığın tedavisinin kısa süreceğı kanısında değilim, çok uzunda sürebilir. Aldığı hizmetler şu an için hastanenizde yeterli.’‘

(HY15) ‘‘... Aslına bakacak olursan oğlumda ben herhangi bir değışiklik görmedim. Buraya gelmeden önce neyse şimdi de o. ‘‘

(HY19) ‘‘... İnsanları gördüğü için daha akıllıca konuşuyor, çay içiyor arkadaşlarıyla biraz değışti. Buraya geldiğı için mecburen duş alıyor. Özbakımı o yüzden iyileşti. Buraya mutlu geliyor, eskiden zor kalkardı, uykuyu sever. Şifaya gidelim diyince koşa koşa hazırlanıyor. Bu da sevdiğinin göstergesi.

(HY20) ‘‘... Dosya oluşturuldu. Görüşmeler oldu. Hastam ilgilenildiğini hissediyor. ‘‘

(HY26) ‘‘... Evimize yakın olduğı için sık sık getiriyorum. Birebir ilgileniyorlar, yakın ilgi alaka, psikolojik rahatsızlığı olan hasta için bu çok önemli. Karşılama, güvenlik çok iyi, herkes güzel karşılıyor. Tüm ekip çok iyi.’‘

(HY27) ‘‘... Memnunum, sorun yaşamıyorum artık. İyi ilgileniyorlar. Bazen biz de hayata dalıp çocuğın enjeksiyonunu falan unutuyorduk. Danışmanı bizi hemen uyarıyor. ‘‘

(HY29) ‘‘... Hastam da olumlu değışimler gözlemliyorum. Daha çok iyileşti sanki. Daha canlı. Memnunum, bizden bilgi alıyor, bilgi veriyorlar.’‘

(HY33) ‘‘... Sürekli iletişim halindeyiz, irtibattayız. Sıkıntı olursa, değışim görürseniz hemen arayın diyorlar. Çok güzel bir şey bu. ‘‘

(HY35) ‘‘... Bir kısmı faydalı oldu. Fakat kızım pasif, destek almak istemiyor.’‘

(HY36) “... Bir kişinin sürekli hastamla ilgilenmesi çok güzel. Hastamı ve hastalığı anlayan insanlar var burada.”

(HY37) “... Hastam burada danışmanımla görüşüyor. Buraya geleli daha hareketli. Sosyalleşme isteği az da olsa arttı. Memnunum. Çevresinde ki insanlarla daha çok iletişim kurmaya başladı.”

(HY39) “... Hastam rahatladı, daha iyiye gidiyor, bana sinirlenirdi o da azaldı. Daha neşeli hastalığını kimse fark etmiyor.”

(HY40) “... Az da olsa düzelme var. Daha da iyi olacak diye düşünüyorum.”

4.3.4. Hasta yakınları aile görüşmesi alma oranı

Tablo 26: Hasta yakınları aile görüşmesi

	Aile görüşmesine katılma durumu		Total
	Hayır	Evet	
Hastalık şizofreni	7	18	25
Hastalık	28,0%	72,0%	100,0%
bipolar	3	12	15
Hastalık	20,0%	80,0%	100,0%
Total	10	30	40
Hastalık	25,0%	75,0%	100,0%

İstatistiki olarak $p>0,05$ olduğundan tanı grupları aralarında anlamlı bir fark olduğu görülememiştir Çalışmaya dahil edilen hasta yakınlarının aile görüşmesi ve grup aile eğitimine katılımı incelendiğinde; hasta yakınının %75' inin bu hizmetten faydalandığı görülmektedir.

Toplum ruh sağlığı merkezinde verilen vaka yönetimi hizmetinin hasta yakınları tarafından değerlendirilmeleri istenmiştir.

(HY6) “... Aile bilinçleniyor, hastaya nasıl davranacağımı iletişimim konusunda yardımcı olunuyor. Yol gösteriyorlar.”

(HY7) “... Eksiklerimizi görüyoruz, paylaşıyoruz “

(HY9) “... Hastalığı bilmiyoruz. Daha önce bilmiyordum, çevremde yoktu, şizofrene yabancıydık. Bana ters gelen, şahsi yanlışları olduğunu düşündüğüm şeylerin hastalığıyla ilgili olduğunu, yaşamam gereken süreçte nasıl davranmam gerektiğini... güzel bilinçlendiriliyorum.”

(HY12) “... Bizde bilinçleniyoruz, içimizdekileri anlatıyoruz.”

(HY14) “... Makul ve güzel, daha sık yapılmasını isterim.”

(HY20) “... Hasta kadar aile de hırpalanıyor. Olumlu olumsuz yanlar hakkında rapor tutmanız memnun ediyor. Pürüzler hakkında bize ışık tutuyor.”

(HY21) “... Aileyi psikolojik olarak etkiliyor bu rahatsızlık. Hastayı da bence ailenin yapısı etkiliyor. Danışmanın verdiği bilgiler doğrultusunda ailenin davranış şeklini şekillendirebiliyoruz.”

(HY22) “... Güzel, temel aileden geliyor. Bizi çok sarstı bu hastalık. Ailede ki sorunlar da hastalığı etkiliyor. Ailemizde böyle bir hastalık yok, o yüzden bilgimiz yoktu. Çok araştırdım.”

(HY26) “... Çok iyiler, telefonumuzu açan insandan bile tedavimizle ilgili bilgi alabiliyoruz. Belli bir aşamadan sonra, o kısmı doktordan alacaksınız diyorlar. Ama doktora ulaşıncaya kadar gerekli tüm bilgileri alabiliyoruz. Tüm yönlendirmeler iyi yapılıyor. Benim hastam çok bilinçli bir hasta, her şeyi o hatırlatır.”

(HY29) “... Katılmadım aile eğitimlerine. Çok yoğun çalışıyorum.”

(HY31) “... Memnunum, ailenin de yönlendirilmeye desteğe bilgiye ihtiyacı var.”

(HY35) “... Bize de destek oluyorlar. Çok güzel. Allah razı olsun.”

(HY33) “... İki yıl oldu hemen hemen. Çok memnunum. Temizliğini yapması için ödev veriyorlar. Ben evde kontrol ediyorum. Onlarda burada kontrol ediyor. Çekiniyor. Bize sorulacağını bildiği için banyoya giriyor. Bizle bazen pazarlık yapmaya kalkıyor. Kusura bakma kocaman adamım, ben yalan söyleyemem, gir banyona diyorum. Ailenin de kontrol etmesi lazım hocam. Aile kontrol etmezse sadece buradan olmaz. Bize söyleneni biz yapmaya çalışıyoruz. Bizim hastamız için söylüyorlar, faydası benim hastama. Burada ki çalışana bir faydası yok ki bunların.”

(HY36) “... Çok güzel bir hizmet. Aile hastalığı bilecek. Hasta kadar aile de etkileniyor.”

(HY37) “... Normalde okulda çocuğun velisini nasıl çağırıyorsa, hasta yakını olarak bizi çağırmaları normal. Kovanın altı delikse su dolmaz, burada yapılanları aile desteklemeli. Bura eseri yapıyorsa, kırılmamalı, korunmalı.”

(HY38) “... Ailenin bilgi eksikliği olabilir. Daha iyi anlıyoruz hastalığı. Davranış önerileri veriliyor. Şöyle yap, böyle yap diye. Zorlandığımız oluyor.”

(HY39) “... Bizim fikrimiz alınıyor. Buraya gelmekten memnun kaldım.”

(HY40) “... Memnunum, hastanın her şeyi hakkında bilgi veriyorlar.”

4.3.5. Hastaların grup eğitimi alma oranı

Tablo 27: Hastaların grup eğitimi alma oranı

			Total
	Hayır	Evet	
Hastalık şizofreni	10	15	25
Hastalık	40,0%	60,0%	100,0%
bipolar	5	10	15
Hastalık	33,3%	66,7%	100,0%
Toplam	15	25	40
Hastalık	37,5%	62,5%	100,0%

Çalışmaya katılan gönüllülerin yakınlarının grup çalışmasına katılım durumu incelendiğinde; hastaların %62,5’ inin bu bu hizmetten faydalandığı görülmektedir. Tanı gruplarına göre baktığımızda şizofreni tanılı hastalarda katılım oranı %60 iken, bipolar tanılı hastalarda %66,7 ‘dir. İstatistiki olarak $p>0,05$ olduğundan aralarında anlamlı bir fark olduğu görülememiştir

Toplum ruh sağlığı merkezinde verilen grup çalışması temelli, sosyal beceri eğitimi ve psiko-eğitim hizmetlerinin hasta yakınları tarafından değerlendirmeleri istenmiştir.

(HY5) “... Daha önce böyle ortama girmiyordu, arkadaş ediniyor, konuşuyor, kafasını dağıtıyor, arkadaşlarının önerilerini dikkate alıyor “

- (HY6) “... Çok önemli, duygu ve düşüncelerini orada daha rahat ifade ediyor.”
- (HY7) “... Konuşmaya başladı, bizimle bir çok şeyi paylaşmayı öğrendi.”
- (HY9) “...Bu terapilerden önce kendini daha yalnız hissediyordu, dolayısıyla anlaşılıyordu aslında, hastalığı çok bilinmediği için, çevreden çok anlaşılıyordu. Anlatmak istediğini ifade edemiyordu. Ama burada kendisiyle işin uzmanları, kendisiyle aynı sıkıntıları yaşayan insanlarla bir arada olduğunda analiz etme yeteneği gelişti. En azından bakıyor bunda bu varsa, ben de bunu yaptım. Aa bu bunu yapmış, ben yanlış mı yapıyorum.. bir analiz olayı gelişti buraya geldiğinden bu yana. Kendi hakkında daha iyi kararlar veriyor.”
- (HY10) “... Bilinçlendi hastam, ilacı kullanırsa ne olur, kullanmazsa ne olur. Hastalığın belirtileri nelerdir. Toplumda ne gibi rahatsızlıkların olduğu, dışlanması gerektiğini biliyorlar hastalarımız ama dış etkenler pek bilmiyor. İlaçlarını daha düzenli kullanmaya başladı, daha önce bağımlılık yapar diyordu. Şimdi düzenli alıyor.”
- (HY11) “... Benim çocuğuma içine kapanıyor, bize yaşanan olumlu olumsuz hiç bir şey hakkında bilgi vermiyor. Kendini zorluyor düzelme açısından ama bazı şeyleri de kendine yakıştıramıyor, konduramıyor.”
- (HY12) “... Daha içe kapalıydı, sohbetlere katılıyor.önceden katılmıyordu, sürekli uyku halindeydi, sessizdi hep. Etkisi büyük oldu. Çok fazla.”
- (HY13) “... Oldu daha önce durgundu, buraya geldi açıldı çok şükür.”
- (HY14) “... Grup terapilerinde kardeşim büyük bir ilerleme kaydetti. Topluma daha çabuk adapte oldu. Konuşmayan kardeşim, konuşmaya başladı. Sosyal hiçbir şeye katılmayan kardeşimin sosyal aktivitelere katıldığını gördüm. “
- (HY17) “... Kısa süreli olsa da olumlu gelişmeler.”
- (HY18) “... Daha sakin, daha sosyalleşti, daha rahatladı gibi.”
- (HY20) “...Daha mutlu, özgüveni arttı. Arkadaşlarının adını biliyor onlar hakkında yorum yapıyor. Bu hoşuma gidiyor, faydasını görüyoruz.”
- (HY29) “... Olumlu, iyi geldiğini düşünüyorum.”
- (HY31) “... Hastalığı ile ilgili bilgiler aldı. Bu da oğlumda olumlu değişim yaptı. Artık ilacını bırakmıyor. Daha önce anne bunlar uyuşturucu ilaçlarmış, içmeyeceğim, kötü olurum diyordu. Şimdi kendi takip ediyor.”
- (HY32) “... Biraz daha kendine geldi. Farkındalığı arttı. İyileşmek istiyor. Burası umut oldu.”

(HY33) “... Gerçekten değişim oldu. İyi, stresini atıyor, eskisi gibi atak geçirmiyor. Arkadaş edindi burada, kendisi gibi hastalar olduğu için burada daha rahat olduğunu düşünüyorum. Eskiye göre daha iyi. ”

(HY35) “... Çok az faydasını gördü. Ama benim kızım katılmak istemiyor. Onu söylemek istiyorum. Daha çok katılsa daha çok faydasını görürdü bence.”

(HY36) “... Hastam gruplara katıldı. Çayını artık kalkıp kendi alıyor. Sürekli evde oturuyordu, isteksizdi. Artık boyama yapıyor. Kurabiye yapıyoruz, kek çırpıyor, salata yapıyor. Geçen gün bana teşekkür etti, çok şaşırdım. Bunlar belki diğer aileler için küçük gibi ama bizim için büyük şeyler.”

(HY37) “... Grup eğitimlerinin olumlu etkisi vardır. Bitirince belge alıyorlar, benim gördüğüm mutlu oluyor. Başarı hissediyor.”

(HY38) “... Olumlu, hastalık hakkında bilgi verildiği için hastam araştırıyor.”

(HY40) “...Hastam bayağı iyiye gidiyor.”

4.3.6. Hastaların sosyal etkinliklere katılma oranı

Tablo 28: Hastaların sosyal etkinliklere katılma oranı

			Toplam
	hayır	evet	
şizofreni	10	15	25
	40,0%	60,0%	100,0%
bipolar	6	9	15
	40,0%	60,0%	100,0%
Toplam	16	24	40
	40,0%	60,0%	100,0%

Çalışmaya katılan gönüllülerin yakınlarının sosyal etkinliklere katılım durumu incelendiğinde; hastaların %60' ının bu hizmetten faydalandığı görülmektedir. Tanı gruplarına göre baktığımızda şizofreni tanılı hastalar ve bipolar tanılı hastaların katılım oranının aynı olduğu görülmüştür. İstatistiki olarak $p>0,05$ olduğundan aralarında anlamlı bir fark olduğu görülemez.

Toplum ruh sağlığı merkezinde yapılan sosyal etkinliklerin hasta yakınları tarafından değerlendirmeleri istenmiştir.

(HY3) ‘‘... Katılıyor ama isteksiz’’

(HY6) ‘‘... Mutluluk ve önemsendiği hissediyor çağrıldığı zaman, sosyalleşmesini sağlıyor. Aynı türden hastalıkları olan arkadaşlarıyla daha rahat hissettiğini düşünüyorum, normal toplumdan yadırganan ve dışlanan hastalar. Burada daha rahat ve güvende olduklarını düşünüyorum.’’

(HY7) ‘‘... Sosyalleşmek için adım atıyor.’’

(HY9) ‘‘... Sosyalleşmesi de lazım. Rahatsızlığından dolayı, bulunduğu ortamda bir dışlanma oluyor. Maalesef toplum bu, yapacak bir şey yok yani. Eğer bir insanda özellikle zihinsel bir sıkıntıysa hemen bir etiketlenme oluyor. Bundan dolayı da yalnızlaşıyordu. Burada topluma girdi, sosyalleşebiliyor.’’

(HY10) ‘‘... Benim hastam insanlardan kaçan biriydi, konuşmayı sevmeyen biriydi. Burada ki ortamı sevdiği için katılmaya çalışıyor. Seviyor, fazla açılmasa da konuşmasa da seviyor. Çünkü iletişim kuramıyor. En ufak şeyde takıntısı olduğu için niye bunu bana söyledi diye takıntı rahatsızlığı var ya daha atamadı onu üstünden inşallah atar.’’

(HY12) ‘‘... Mutlu oluyor, mutlu geliyor eve.’’

(HY13) ‘‘... Uşağın ismi aklıma gelmedi arkadaş oldular.’’

(HY14) ‘‘... Sevinçle karşıladı, memnun kaldı, daha sık yapılmasını istiyor. Pikniğe gittiler, her gün gelse daha iyi, arkadaşlarıyla konuyor, tv izliyor.’’

(HY17) ‘‘... Mutlu hissediyor, değer verildiğini hissediyor.’’

(HY18) ‘‘... Daha rahat, hayata tutunması daha iyi. Trsm den çok fayda gördü. Hastamızın değişiminin farkındayız.’’

(HY20) ‘‘... Sosyal etkinliklerin olduğu güne denek gelemedik. Ama arayıp çağırdılar. Doğum gününü kutlayacaklardı. Ama biz o ay memleketteydik, gelemedik buraya (TRSM). O gün çok mutlu olduğunu hatırlıyorum. Sürekli anne benim doğum günümü kutlayacaklarmış, tüh! Ayıp oldu. Keşke İstanbul'da olsaydık diyip durdu.’’

(HY32) ‘‘... Kuaföre de gelsin istiyorum gelmiyor, daha çok katılsa daha iyi olur, kafası dağılır. Ama gelmiyor maalesef.’’

(HY29) ‘‘... Katıldığı sosyal etkinlikler pozitif bir etki yaptı efendim.’’

(HY33) “... Mutlu oluyor en başta. Pikniğe gitmişlerdi. Kuaför gelip de onunla ilgileniyor, çok mutlu oluyor. Bu bana yetiyor zaten. Tüm faaliyetlere katılıyor. Bize kağıt yazıp veriyorlar, bilgi veriyorlar, katılsın mı katılmasın mı diye. Biz de imzalayıp gönderiyoruz. Bu da çok önemli bence, her şeyden haberim var.”

(HY36) “... Oo dört gözle sosyal etkinlikleri bekliyor. Her gün olsa her gün sosyal etkinliklere geliriz. Artık daha iyi gördüğüm için bakkala ekmek almaya gönderebiliyorum. Aslında benim de hastama olan güvenim geri geldi. Bu hizmetler bize de etki ediyor. Keşke daha fazla etkinlik olsa.”

(HY37) “... Benim eşim, topluma, kalabalık ortama girmeyi sevmezdi. Çekimserliği kalmadı. Pikniğe falan gitmişler, eğlenmiş arkadaşlarıyla, anlatıyor. İp atladık, yakan top oynadık diyor. Yaz gelse de tekrar olsa da gitsek diyor.”

(HY40) “... Katıldı ama değişim gözlemlemedim.”

4.3.7. Hastaların sanat atölyelerine katılma oranı

Tablo 29: Hastaların sanat atölyelerine katılma oranı

			Total
	Hayır	Evet	
Hastalık şizofreni	12	13	25
	48,0%	52,0%	100,0%
bipolar	6	9	15
	40,0%	60,0%	100,0%
Toplam	18	22	40
	45,0%	55,0%	100,0%

Çalışmaya katılan gönüllülerin yakınlarının sosyal atölyelere katılım durumu incelendiğinde; hastaların %55’inin bu hizmetten faydalandığı görülmektedir. İstatistiki olarak $p>0,05$ olduğundan aralarında anlamlı bir fark olduğu görülemez. Tanı gruplarına göre baktığımızda şizofreni tanılı hastaların %52’inin ve bipolar tanılı hastaların %60’ının katılım sağladığı görülmüştür.

Toplum ruh sağlığı merkezinde yapılan sosyal etkinliklerin hasta yakınları tarafından değerlendirmeleri istenmiştir.

(HY6) ‘... El becerilerini geliştirmesine yardımcı oluyor, bir şeyler ürettiğini görüyor, mutlu oluyor, daha çok sosyalleşiyor.’

(HY7) ‘... Evde de iş yapma becerisini geliştirme yönünden ilerlemesi var.’

(HY9) ‘... Bir şeyler yapabilmek, başarabilmek onun için çok olumlu bir etki veriyor.ben onu hiç örgü örerken görmemiştim, şu an şoktayım. Hiç evde de görmedim. Gayette güzel yapıyor ve huzurda alıyor. Ben bu yaparken dinleniyorum diyorsa bu benim için yeterli zaten. ‘

(HY12) ‘... Bir şeyler yapmak için çaba harcıyor. Kursta yaptıysa evde de devam etmek istiyor.’

(HY13) ‘... Arkadaşı oldu’

(HY16) ‘... Kendine güveni geliyor, mutlu oluyor, olumlu yansıyor sağlık durumuna. Her gün gelse daha iyi olur. ‘

(HY18) ‘... İyi, hasta için olumlu.’

HY20) ‘... Müzik dersini seviyor. Seramiğe katılıyor. Her şeyden önce mutlu, özgüveni olduğunu hissediyorum. Arkadaşları oluyor burada, onlarla ilgili evde de konuşuyor. Bu bizi mutlu ediyor. Belki, bilmiyorum çok saçma görünebilir ama bizim için bu çok önemli. Daha önce biz bir şey sormadan cevap vermezdi, yorum yapması bizim için tarifsiz (Hasta yakınının gözlerinin dolduğu gözlemlenmiştir) . ‘

(HY29) ‘... Az katıldı. Olumlu etkisi oldu ama çok çabuk sıkılıyor. Hevesle bir iki resim yaptı bıraktı.’

(HY32) ‘... Evde sürekli ‘Benim işim yarım kaldı, gidip TRSM’ ye yapıyorum’ diyor. Bu kurslar süreklilik sağlıyor. Ee buraya gelince de mecburen kılık kıyafetine dikkat etmek zorunda kalıyor.’

(HY33) ‘... Zorlamıyorlar, yönlendiriyorlar. Seramik, resim, el işi yapıyor. Hepsine katıldı. Çocuk evde anlatıyor. Mutlu olarak geliyor eve.’

(HY37) ‘... Ben hastamı özel olarak halk eğitime göndersem gitmezdi. Burada olduğu için yapıyor. Keşke evde de devam etse. Evde örmeye devam etmiyor, sadece burada örüyor. Belki ilerde evde de örer.’

(HY38) “... Bir süre katıldı seramiğe ama bıktığı için bıraktı.çok görmedim faydasını.”

(HY40) “... Mutlaka vardır, gelince anlatıyor, şu an mutlu olduğunu anlıyorum sadece.”

4.3.8. Hastaların ev ziyareti hizmeti ve değerlendirmeleri

Tablo 30: Hastaların ev ziyareti hizmeti ve değerlendirmeleri

	Ev ziyaretine TRSM ekibi geldi mi?		Toplam
	Hayır	Evet	
Hastalık şizofreni	14	11	25
	56,0%	44,0%	100,0%
Bipolar	12	3	15
	80,0%	20,0%	100,0%
Total	26	14	40
	65,0%	35,0%	100,0%

Çalışmaya katılan gönüllülerin yakınlarının sosyal atölyelere katılım durumu incelendiğinde; hastaların %35’ inin bu hizmetten faydalandığı görülmektedir. İstatistiki olarak $p>0,05$ olduğundan aralarında anlamlı bir fark olduğu görülemedi. Tanı gruplarına göre baktığımızda şizofreni tanılı hastaların %44’ ünün ve bipolar tanılı hastaların %22’ sinin katılım sağladığı görülmüştür.

Toplum ruh sağlığı merkezinde yapılan sosyal etkinliklerin hasta yakınları tarafından değerlendirmeleri istenmiştir.

(HY3) “... Burada etki görmezse evde de görmez hastam iyileşmiyor.”

(HY6) “... Etkisi vardır, hastanın nasıl bir ortamda yaşadığını görüyorlar, oda tahsis edilmesi ile ilgili bilgilendiriyorlar. Anne,baba, kardeş bilgisiz olabilir bilgi verip yardımcı olabileceklerini düşünüyorum. ”

(HY9) “... Hastaların ev ortamına bakılıyordur, belki faydası olabilir. Hastalığından dolayı tehlikeli olabilecek bir dizayn, ortam varsa uyarılabilir. Mesela bir 8. Katta oturması tehlikeli olabilir böyle bir durumda. ”

(HY10) “... Hasta takip edildiği için önemsendiğini düşünüyor.”

(HY12) “... Hasta ilgiyi hissediyor.”

(HY17) “... Kendimizi iyi hissediyoruz, güven veriyor en azından.”

(HY18) “... Çok iyi ve farklı bir hizmet.”

(HY21) “... Ben ev ziyaretini gereksiz buluyorum. Aileden kaynaklı bir sorun varsa gerekli olabilir ama sorun yoksa gelinmemeli.”

(HY27) “... Gerek yok bence ev ziyaretine zaten buraya getiriyoruz.”

(HY32) “... Gebze de oturduğum için gelmiyorlar. İl dışı oluyormuş. Gebze de başlayınca biz oraya gidecekmışiz. Hastam alıştı. Gebze’ye gitmek istemezse ne olacak bilmiyorum. Herhalde zorla oraya git demezler.”

(HY33) “... İyi ki böyle yerler var. Bizim yapamadığımız şeyleri bura yapıyor eve bile geliyorlar. Çok memnunum.”

(HY35) “... Yatalak olmadığı için gerek yok, ben getiriyorum buraya.”

(HY31) “... Ev ortamını görmüş oldular, evde yaşayan herkesi görüyorlar böylece. İyi bir hizmet.”

(HY39) “... Eve ziyarete geleceklerini duyunca kızım çok mutlu oldu. İkramlar hazırlamak istedi.”

4.3.9. Hastaların aldığı diğer hizmetler

Tablo 31: Hastaların aldığı diğer hizmetler

	Başka bir hizmet alıyor musunuz?				Toplam
	Hayır	Servis	Kuaför	Tiyatro	
Hastalık şizofreni	13	9	3	0	25
bipolar	5	6	1	3	15
Total	18	15	4	3	40

Çalışmaya katılan gönüllülerin yakınlarının ve kendilerinin TRSM’ den başka bir hizmet alıp almadığı sorulmuştur. 40 hastanın 18’ inin başka bir hizmet almadığı verisine ulaşılmıştır. Veriler incelendiğinde; 15 hastanın belediye tarafından ücretsiz verilen servis hizmetini aldığını, 4 hastanın gönüllü kuaförlerin TRSM ‘ de proje kapsamında verdikleri kuaförlük hizmetini aldığını, 3 hastanın ise gönüllü bir tiyatro

sanatçısıyla TRSM 'de tiyatro uygulamalarına katıldığı görülmüştür. Şizofreni tanılı hastaların servis ve kuaför hizmetini tercih ederken, bipolar tanılı hastaların tiyatro projesine katılım sağladığı görülmüştür ve önemli bulunmuştur.

(HY31) “... Servis hizmeti alıyoruz, evden sabah alıp akşama bırakıyorlar.”

(HY33) “... Fön kaş bıyık aldırıyor, mutlu oluyor.servis kapıdan alsa daha iyi olur.”

(HY40) “...Bu hizmetler sayesinde daha çok gözlem altında kalıyor. Hemen bir olumsuzluk olunca müdahale ediliyor. Hem de mutlu oluyor. Daha ne olsun.

Hasta buraya gelmezse faydasını tabii göremez.”

4.3.10. Hastaların en çok zorlandığı konular

Tablo 32: Şizofreni Hastaların en çok zorlandığı konular

	n
Ekonomik sıkıntı	1
Sinirlilik	3
Öz bakımda kötüleşme	3
Hizmet birimlerinin azlığı	1
Şiddet davranışı	1
Sosyal geri çekilme	4
Damgalama	2
Konuşmada azalma/içine kapanıklık	10
Total	25

TRSM üyesi şizofren tanılı olan, hasta yakınlarının hastalık sürecinde en çok zorlandığı konu incelendiğinde; %40 konuşmada azalma/ içine kapanıklık olduğu görülmüştür. Hasta yakınları tarafından %16 ile sosyal geri çekilme olarak kodlanan; toplumdan kopukluk, dışarı çıkmama ve sosyalleşememe de önemli bir sorun olarak görülmüştür.

(HY1) “... Ev sorunluluğu alamıyor.”

(HY2) “... Sinir, stres, panik. Sürekli aceleci”.

(HY3) “... İlk hastalık sürecinde zorlandık, sigortası yoktu. Hastalığı da bilemedik.”

(HY5) “... Tüm aile etkileniyor. Gezmeye gitmek istemiyor. Sürekli evde. Her yıl yatışı var. Hastaneye yatışında çocukların bakımı zor oluyor, hastaneye yatmasını istemiyoruz. ”

(HY6) “... Tamamen içine kapanması, kendini toplumdaki dışlanmış hissetmesi, sosyal olmaması.”

(HY8) “... Para, sigara parasına yetişemiyorum.”

(HY7) “... Kapalı bir kutu, en zoru o zaten. Hastalık başladığında ulaşamıyorum ona. Çok açık olmadığı için ulaşamıyorum ona, orada çaresiz kalıyorum. ”

(HY9) “... Kriz başladığı anda açık bir iletişim kuramıyor. En büyük desteği kurumunuzdan alıyorum. Burada öneri veriliyor.”

(HY10) “... İş konusunda sıkıntı yaşıyoruz. Engeli psikiyatri olduğu için işe alınmıyor. Çünkü bir korku var. Engellidir şiddet gösterir diye tedirgin oluyor işverenler. İşe almıyorlar. İşe giremiyor iki senedir oğlum. O da bizi zorluyor. Hem kendisi de üzülüyor. Onun için bilgisayara (kursu) gidiyor ki elim de bir tane daha yetenek olsun, işim daha rahat olsun, büro işi istiyor. Yapabilirde o yetenekte bir çocuk. Ona güzel davranıldığı zaman her işi yapar. Ama biraz sert ve alaycı konuşulduğunda o da her insan gibi strese giriyor.”

(HY11) “... Bizi en çok zorlayan evladımızın böyle bir rahatsızlığı yaşaması işin gerçeğini söyleyim ama olumsuzluklar derken hastanın temizlik alışkanlıklarını kaybetmesi, unutkanlık, aşırı üşengeçlik.”

(HY12) “... Sürekli uyuması bizi zorladı. Allahtan buraya geliyor da gündüz uyumuyor.”

(HY13) “... hastalanınca zorlandık, hastaneye yattığında kötüydü.”

(HY14) “... evi bulamıyor, gece gündüzü ayırt edemiyor, kayb olduğu için karakoldan çok aldım.”

(HY15) “... Temizlik sevmemesi ve sigara izmaritlerini cebine toplaması ”

(HY19) “... Bıçak çekmişti ilk hastalığında, çok korktuk. Bir süre evde bıçakları sakladık. Ama şu an iyi şükür. O zaman da zarar vermemişti. Gördüğü şeylerden korktuğunu, o yüzden yaptığını söyledi doktor.”

(HY17) “... Çok mutsuzlar, kendilerini iyi hissetmelerini istiyorum.”

(HY18) “... Konuşmaması ve fazla sigara içmesi.”

(HY20) “... Daha önce araştırdım ben Türkiye’de ruh sağlığıyla ilgili şeyler bulamadım. Tuzla’da bir dernek vardı. Oraya da sık götüremedim. Hastam dört duvar arasındaydı. Bizim asıl şikayetimiz buydu. Bu hastaların dört duvar arasında olmaması gerekiyor. Bize bile iyi gelmiyor sürekli evde durmak. Hele bizim hastalarımız zaten psikolojik olarak sorunları olan kişiler.”

(HY21) “...Hastam şu an iyi, hastalık sürecinde çok ağlıyordu. O bizi zorlamıştı. “

(HY22) “... Konuşamaması, beni en çok zorlayan bu. Çocuğumu bitki gibi çürürken görmek zoruma gitti. 5 yıl hiçbir şey yapamadım. (Hasta yakını bir süre ağladığı için görüşmeye beş dakika ara verilmiş, hasta yakınına su getirilmiştir.) o süreç çok zordu. Daha sonra tedaviye ikna ettik nasıl uğraştığımı bir ben bir Allah biliyor. Çok zor oldu.”

Tablo 33: Bipolar hastaların en çok zorlandığı konular

	n
çok konuşma	2
Sinirlilik	5
aşırı borçlanma	1
aşırı hareketlilik	1
bozulan uyku düzeni	1
Konuşmama	1
ilaç almada isteksizlik	2
ilk atağında bilgimizin olmayışı	2
Total	15

TRSM üyesi bipolar tanılı olan, hasta yakınlarının hastalık sürecinde en çok zorlandığı konu incelendiğinde; %33,3 sinirlilik hali olduğu görülmüştür. Hasta yakınları tarafından ilk atak döneminde hastalık hakkında bilgilerinin olmayışı, hastasının ilaç almada ki isteksizliği ve mani dönemi hastalık semptomlarından bir tanesi olan çok konuşma önemli bir sorun olarak görülmüştür.

(HY26) “... Mevsim değişikliği dönemlerinde çok konuşması ve agresif olması rahatsız ediyordu. Şimdi geçirmiyoruz ama her şeyi ben bilirim demesi zorluyordu. ”

(HY27) “... Sinir krizleri geçiriyordu. O krizlerde ne yapacağımızı şaşırıyorduk. İlaçları düzene girdi, şimdi iyi. ”

(HY28) “... Aşırı borç yapıyor, para harcıyor. Yalan söylüyor. ”

(HY29) “... Hastalığın ilk sürecinde zorlandık, hastalığın ne olduğunu bilmiyorduk. Hocalara götürdüm, dua okuttum fayda etmedi. Sonra dediler bu hasta, hastaneye götürün bir an önce. Erenköy’le tanışmamız öyle oldu. ”

(HY31) “... İlk hastalık dönemi zordu, tükürüyordu. Şimdi iyi tedavisi düzeldi. İş konusunda destek oldular, işe girdiğinden beri daha iyi. ”

(HY32) “... Bizi anlamıyor, sinirli, aceleci. İyileşmesini bekliyoruz. ”

(HY33) “... Evlat, çok üzülüyorsun. Bu anlatılmaz, benim için bir tarifi bile yok (hasta yakınının gözlerinin dolduğu gözlemlenmiştir.). Çok zor, ilk öğrendiğimde hastayı bırakın biz aile olarak kabullenemedik ki. ”

(HY34) “... Sürekli bağılıyor, sinirli. ”

(HY35) “... İlaç uyumu bozuk, bizi zorluyor. Bizim ona destek olmamızı hiç önemsemiyor. Ona kötülük yaptığımızı söyleyip, her yerde bizi yeriyor (Hasta yakınının gözleri dolduğu görülmüştür.). Bir baba olarak çok zor. O iyi olsun da artık ona da alıştık. ”

(HY36) “... Uyku hali beni en çok rahatsız eden. Bıraksam tüm gün uyur, hayret ediyorum gerçekten. ”

(HY37) “... Ben iki kişiyle evliyim. Bir hasta olan eşim, hasta olmayan eşim. Hastam atakta değişiyor. Gereken desteği görüyoruz. ”

(HY38) “... Atak dönemi bizi çok zorluyor . Evle hiç ilgilenmiyor. ”

(HY39) “... Hiç konuşmaması ve evden kaçması. ”

(HY40) “... Hastaneye yatışı çok zorlamıştı. Şimdi atak zamanı TRSM’ den destek alıyorum. TRSM’ ye geleli yatışı olmadı. Allah bir daha göstermesin, hastane yatışı tam bir dram hocam bizim için. Yatmak istemiyor, sürekli evde dolanıyor. Çok zor yani yaşamayan bilemez. ”

4.3.11. TRSM ve diğer sağlık kuruluşları arasında ki farklar

40 hasta yakınına daha önce tedavi için hizmet aldığı sağlık kurumları ve TRSM arasında ki farklar sorulmuş, benzer cevaplar on başlık altında toplanmıştır. Görüşmelerde elde edilen veriler sıralanmıştır;

- Güler yüz ve personel davranışı,
- Muayene için randevu alma ve bekleme süresinin kısa olması,
- Tedaviye ilişkin tarihlerin hatırlatılması,
- Ev gibi, samimi, sıcak,
- Hastanın ekip tarafından tanınması,
- Ulaşım mesafesinin kısa olması,
- Sosyal ve sanat faaliyetlerinin olması,
- Birebir ilgi,
- Tüm gün hizmet vermesi,
- Ekonomik olması.

(HY2) “... Bekleme süresi kısa, hastam beklerken kötü oluyordu. En büyük fark bu diğer yerlerden.”

(HY3) “... Ev gibi, her türlü şeyi söylüyorsun, derdine çare oluyor, Erenköy de bilgi alamıyorsun, hasta kendi gelmek istiyor sabah nasıl kalkıp geleceğini bilemiyor.”

(HY5) “... Donanım olarak kıyaslanamaz, yakın, güzel, ilk müdahale yapılıyor.”

(HY6) “... Eskiden sadece doktorla iletişim kuruyorduk ilaç yazdırıyorduk. Sosyal faaliyet yoktu. Burada Grup terapisine katılma, farklı kurslara katılma şansı var. El becerilerini geliştirebilir, özgüveninin sağlayabilir hasta, daha faydalı buluyorum.”

(HY7) “... Birebir paylaşım, daha fazla ilgi alaka var. Uzun süre ayrılıyor, diğer yerler kısıtlıydı, süre dardı, çok daha ilgililer.”

(HY9) “... Daha önce ki sağlık kurumlarında hasta-doktor ilişkisi vardı. Tıbbi olarak güzel yardımlar aldık ama burada hastanın tıbbi yardımının yanında ruhsal açılına da bir doyum veriliyor. Kendini burada çok güvende hissediyor. Rahat. Daha önceki yerlerde ilaç tedavisi, daha önce de bir şeyler söyleniyordu ama belli bir sınır kalıyordu. burada bir ablastıyla görüşüyor gibi, bir ailesinden

birisiyle konuşuyor gibi her türlü sıkıntısı çok rahat anlatılıyor ve dinlendiğini biliyor her şeyden önce. Ben anlattığımda beni dinliyorlar diye düşünmesi çok önemli. Çünkü başka yerlerde anlattığının dışında hastalığıyla ilgili bir şeyler anılıyordu. Ama burada dinleniliyor, çözüm üretiliyor ya burada çok aile ortamında olması benim için çok daha huzurlu, onun için de tabii. ‘‘

(HY11) ‘‘... Burada en azından birebir konuşabiliyorsun, aydınlatılabiliyorsun ama daha önce Erenköy’e gittim sanki ötelenirsin ya öyle gibiyiz insanlara öyle davranılıyor. Oralarda tam açıklama yapılmıyor.ama burada her şeyi daha nizami açıklıyoruz. ‘‘

(HY12) ‘‘... Evi gibi hissediyor, kendi gelmek istiyor. ‘‘

(HY13) ‘‘... İyi oldu, arkadaşları oldu. ‘‘

(HY14) ‘‘... İlk TRSM tecrübesi oldu. Daha önce erenköy’e gidiyorduk orası çok kalabalık. Sabahtan akşama kadar sıra beklediğimi bilirim. ‘‘

(HY17) ‘‘... Hemen hemen aynı ama Ö.... Pendik’te ki daha aktif, kampa falan gittiler. Pendik’te engelsiz atölyeye gidiyor. Tuzla’da engelsiz atölye yok. Hastaneler maksimum 30 dk. sürüyor, sadece doktor oluyor. Burada tüm gün sosyal uğraşlarla, seramik resimle vakit geçiriyor. Orda olması da mümkün değil hastane çünkü orası. ‘‘

(HY14) ‘‘... Büyük bir farkı var aslında. Eskiden direk doktora gidiyorduk şimdi bir danışman doğrultusunda ilerliyoruz. Danışman olması iyi, verdiği taktikler bayağı etkiliyor bizi. Burada doktorumuz şu şekilde yaparsak daha iyi olur gibi önerilerde de bulunabiliyor. Bir iki kere Pendik’e gittim orası hoşuma gitmedi. En başta ilgi. En çok ilgi hoşuma gittiği için geldim. ‘‘

(HY16) ‘‘... Daha iyi bir yaklaşım var burada. Daha anlayışlılar. Hastalığı bildikleri için diğer sağlık personeli gibi değiller. Bilmiyorum belki de çalışanlarla ilgili bir şeydir. ‘‘

(HY18) ‘‘... Çok büyük farklar var. Daha önce içmeler polikliniğine gidiyorduk. Ev ziyareti yoktu. Bu uygulama güzel. Aynı zamanda burada ki çalışanlar daha ilgili. ‘‘

(HY20) ‘‘... Diğer hizmet aldığım tedavi yerleri arasında, TRSM’ nin çok büyük farkları var. Mesela Erenköy’de maksimum otuz dakika hizmet alıyorduk, o da en fazla. Zaten çok kalabalık. Özel muayeneye gidiyordum. Çok pahalı M.... Hanım yani seans başı 400-500 TL vermek bizi çok zorladı. Orada da tabii kurs falan yok. Gidiyorduk hastayla konuşuyor, ilaç yazıyorlardı, tamam, bitti. ‘‘

Erenköy'de kurslar vardı yalan söylemeyim, çağırıldılar da, ama Tuzla'dan nasıl götüreyim, o kadar yol. Zaten mümkün değildi. Burada sosyal uğraşlar var. Tüm gün hizmet alıyor. Hem de ekonomik, aylık 1000 TL gidiyordu özelde; yolu, yemeği, tahlili falan derken. Allah razı olsun buraları düşünenlerden. ''

(HY21) ''... Büyük farklar var. Gittiğim hiçbir yerde danışman yoktu. Burada danışman doğrultusunda ilerliyoruz. Taktik veriyorlar bize. Daha önce gittiğim poliklinikler, hastaneler sadece ilaç veriyordu. Oralar kalabalık, burası daha sakin tabii bir de o var. ''

(HY22) ''... Ben daha önce Erenköy'e gidiyordum. Çok memnundum. Ama dediler ki artık Tuzla TRSM'den takip edileceksiniz. Tamam dedim, buraya geldi. Burada ki ilgi hoşuma gitti. Arada çok fark yok. Tek fark burası daha çok ilgili. ''

(HY26) ''... Kesinlikle farkı var. Haydarpaşa Numuneye gittik biz daha önce. Direk ilaçla müdahale ediyorlardı. Yanlış demiyorum, onu yapması gerekiyor belki orada. Burası tıbbi müdahaleden de önce karşılama olayı çok güzel. Hoşgörü, güler yüz, anlayış... Böyle bir ortama girdiğim zaman ben hasta değilim ama bir rahatlama geliyor. Kapıda ki güvenlikten doktora kadar çok iyi. Erenköyde ve Numunede çok sertlerdi. Kötü diye söylemiyorum herkes işini yapıyor ama buranın havası daha sıcak. Sosyal etkinliklere de çağırılıyor. Doğum gününü kutlamışlardı mesela. Bunlar çok değerli, gerçekten hastanın hoşuna gidiyor. ''

(HY27) ''... Birebir ilgi buranın farkı. Çünkü Erenköy'de Bakırköy'de tanımıyorlar hastayı. ''

(HY28) ''... Burası daha iyi, eğitim olarak bilgi olarak. Daha önce Erenköy hastanesine gidiyorduk. Tabii oralar kalabalık. Beyni boşalıyor burada, danışmanına çok bağlı, ne derse yapmaya çalışıyor. ''

(HY29) ''... Eve yakın, en büyük farkı bu. Erenköy'e gitmek için sabah erkenden kalkardım. Hastayı erkenden kaldırmak çok zor oluyordu. Burada kan hızlı alınıyor, zaman kaybı olmuyor. Eskiden saatlerce kuyruk beklerdik. ''

(HY31) ''... Biz daha önce TRSM görmedik hiç. Erenköy'e gidiyorduk. Kalabalık değil burası, Erenköy çok kalabalıktı. Birebir ilgi var burada. Randevu almıyoruz, o da çok iyi. ''

(HY32) ‘‘... Burası daha güzel, evimiz gibi. Erenköy normal bir hastaneydi. Burası temiz. Herkes güzel görevini yapıyor, hizmetleri güzel. İyi ki gelmişiz buraya diyorum.’’

(HY33) ‘‘... Tabii ki farklı,Erenköy’le tamamen farklı. İlaç daha rahat yazdırılıyor, sürekli doktor kontrolü altında, biz ailelere rahatlık sağladı. Çocuk ilaçsız kalmıyor. Personel bittiği zaman hemen yazdırıyor, bizden daha iyi takip ediyorlar. Memnunuz, 5 gün de getirmeye çalışıyorum.’’

(HY36) ‘‘... Büyük hastanelerde azarlayabiliyorlar, ilgilenmiyorlar. Burada iyi misiniz diye sormaları bile iyi geliyor.’’

(HY35) ‘‘... Yani nasıl söyleyeyim, sıcak, aile ortamı gibi. Büyük hastaneler böyle değil tabii, kimse kimseyi tanımaz. Benim hastam değerlendiriyor mu? Hayır. Her gün gelmesini istiyorum ama ayda iki anca getirebiliyorum. Daha çok gelse kızıma daha iyi gelecek, ben eminim. Sadece doktoruyla ve danışmanıyla görüşüyor. Kaç kere benim yanımda söylediler, gruba katıl, resime katıl diye. Burada tamam düşünüyem, canım istemiyor diyor. Evde ‘Ben hasta mıyım? O kurslara katılanlar deli’ diyor. Hastalığını tam kabul etmiyor.’’

(HY37) ‘‘... Burada tüm gün kalıyor, daha önce gittiğimiz sağlık ocağında hastanede falan bu pek mümkün değil. Belirli bir zamanda tahlil yaptırır, muayene olup dönerdik. Erenköy’de yatışı yapıldı. Hastayı bıraktık bir daha göremedik. Hasta muamelesi yapıldı. Burası normale dönmüş, hasta olmaması için yapılan bir yer. Hasta olmasın tekrar diye, koruyucu sağlık hizmeti deniyor.’’

(HY38) ‘‘... İlk hastalandığında Marmara ‘ya gittik. Bipolar dediler. O ne bilmiyorduk. İnanmadık, Maltepe’de özele gittik. Orası da bipolar dedi. Özelde tedavi görüyorduk, seansı 400 TL idi. Maddi yönden TRSM çok iyi oldu. Hizmetleri de güzel.’’

(HY39) ‘‘... En büyük farkı yakın olması. Erenköy’e tek başına gönderemiyordum, ama burası mahallede, tek başına gönderiyorum. Tahlilleri hızlıca yapılıyor. Büyük bir fark da ilgi fazla.’’

(HY40) ‘‘... Biz Erenköy’ e gittik. Orada servis yoktu ve çok uzak, otobüsle gidip gelmek zor oluyordu. Burada servis var farklı olarak, geziler düzenliyorlar, el becerileri kursları var. Farkları bunlar gördüğüm kadarıyla.’’

4.3.12. Hasta yakınlarının fikirlerine önem verilmesiyle ilgili düşünceleri

Tablo 34: Hasta yakınlarının fikirlerine önem verilmesiyle ilgili düşünceleri

	Önem verildiğini düşünüyorum ?			Toplam
	Evet	Hayır	bilmiyorum	
Cinsiyet Kadın	17	2	4	23
Erkek	16	1	0	17
Toplam	33	3	4	40

Çalışmaya katılan edilen hasta yakınlarına, hastaların ve kendilerinin fikirlerine önem verilip verilmediğini değerlendirmeleri istenmiştir. 40 hasta yakınının 33' ünün fikirlerine önem verildiğini düşündüğü, 3 hasta yakınının önem verildiğini düşünmediği, 4 hasta yakınının görüş bildirmediği verisine ulaşılmıştır. Veriler incelendiğinde; 23 kadın cinsiyetinde olan hasta yakınının 17'sinin önem verildiğini hissettiği, 17 erkek cinsiyetinde olan hasta yakınının 16'sının önem verildiğini hissettiği görülmüştür. Hasta yakını cinsiyeti açısından erkek hasta yakınlarının, kadın hasta yakınlarına oranla fikirlerine daha çok önem verildiğini düşündüğü görülmüş ve önemli bulunmuştur.

(HY6) "... Evet, teşvik edildi, hastam zorlanmadı, isteğine bağlı."

(HY9) "... Tabi ki veriliyor, bilgilendiriliyorum, çok da memnunum."

(HY11) "... Burada verildiğini düşünüyorum, fakat hastaneye bugün bir Erenköy'e gittiğim zaman önem verildiğini düşünmüyorum."

(HY17) "... Verilmiyor, belirlenmiş standart şeyler uygulanıyor."

(HY20) "... Fikrim yok. A.... 'in yeteneğine ve istediğine göre hizmet alıyordur, bilemiyorum."

(HY21) "... Evet kesinlikle önem veriliyor. Nerden anladınız dersiniz ilk önce bize danışılıyor. Önerilen şeylerin hepsi zaten çok mantıklı olduğu için biz de kabul ediyoruz zaten."

(HY29) "... Önem verildiğini düşünmüyorum, öneri sunulmadı ama gereken yapılıyor."

(HY33) "... Evet, bize bile yardım ediyorlar. Anlatıyorlar, tavsiyede bulunuyorlar. Uzmanlardan bilgi almak bir başka tabii ki."

(HY36) "... Önem veriyorlar, bizi ve işi önemsiyorlar. "

(HY37) “... (Hasta yakını gülümseyerek) Bu çalışmadan sonra önem verdiklerini anlayacağım, şu an bilmiyorum. ”

(HY38) “... Evet, önem veriliyor. Önce resim kursuna gitti, sonra seramik, şimdi tiyatroda. Özgür bırakılıyor.”

4.3.13. Hasta yakınlarının önerileri

40 hasta yakınına Tuzla TRSM hizmetleri için önerileri sorulmuş, 13 hasta yakını önerisinin olmadığını ifade etmiştir. Benzer öneriler on iki başlık altında toplanmıştır. Görüşmelerde elde edilen veriler sıralanmıştır;

- Spor faaliyetleri yapılmalı.
- Bahçe faaliyetleri yapılmalı
- Tek psikiyatri hekiminin takibinde olması daha iyi olabilir.
- Daha fazla psikiyatri hekimi olmalı.
- Farklı branş doktorları olabilir ya da diğer hastanelerde bizim hastalarımıza öncelik verilebilir.
- Sosyal etkinlikler artabilir.
- Diksiyon kursu açılabilir.
- Meslek edindirme ve iş kursları TRSM binasında açılabilir.
- Servis güzergahı uzak kalıyor, kapıdan alınabilir.
- Tuzla ‘da korumalı iş yeri açılmasını istiyorum.
- Maddi destek verilebilir.
- İşverenlere eğitim verilmesini istiyorum. Bizim çocuklarımızın kimseye zarar vermeyeceğini anlatın istiyorum.

(HY5) “... Şu an iyi, haftada 1 gün dahi olsa diğer bölüm doktorlarının gelmesini isterim.”

(HY6) “...3 doktor takip ettiği için kafa karışıklığı olabilir, tek bir doktorun takip etmesinin daha iyi olacağını düşünüyorum. Daha birebir ilgilenilebilir. ”

(HY9) “... En büyük desteği kurumunuzdan alıyorum. Ne yapmam gerektiğini, nerede nasıl tepki vermem gerektiğini çünkü zaman zaman yanlışlar yapıyor, yalan söylüyor, yaptığı yapmadığı şeyler oluyor. O dönemlerde çok rahat arıyorum burayı, böyle bir sıkıntımız var. Ne yapmalıyım, bana nasıl yardımcı

olabilirsiniz, kardeşimin tedavisinin yanında aslında ben de bir terapi almış oluyorum. her ne kadar araştırsak da burada birebir gibi olmuyor. Dolayısıyla benim için iyi oluyor burayla görüşmemiz. Şu an ihtiyacımız olan her şeyi alıyoruz. Bilemiyorum başka ne ilave edilebilir. Sağlıkla ilgili problemleri çözülebiliyor. Yeterli olmayan yerlerde daha büyük merkezlere yönlendirilebiliyor. Zaman zaman kendini sıkıntılı hissettiğinde telefon görüşmeleri oluyor. Gerektiğinde ilaçlarını bile iyi kullanamayabilir, bir sıkıntı olabilir, gelsin biz burada takip edelim .. şu an bence bir ailenin yaptığından, bizlerin yaptığımızdan çok daha iyi bir hizmet veriliyor. Aslında ben şu an kardeşime bakmıyorum, kliniğiniz bakıyor, biz destekliyoruz sizi. Normalde sizin bana destek vermeniz gerekiyorken şu an ki aldığım hizmetten ben destekliyorum konumundayım. Yani yapılması gereken hasta gibi değil de sanki ailenizden biri gibi yani sizin özeliniz gibi ilgileniyor. Yani diyebileceğim bir şey yok başka ne olmalıydı diyemiyorum. Her şey için teşekkür ediyorum. Burası bizim için bir şanstı. İyi ki de gelmişiz. Klinik olarak da, personel olarak da her tür şeyimizde çok yardımcı oluyorsunuz. Ben çok teşekkür ediyorum. İyi ki varsınız. İnşallah her yerde sizin gibiler olur, merkezler önemli, klinikler önemli her şey verilebilir ama insanların çalışanlarının davranışları, hastaya bakışları, destek olmaları bence bunlar tamamen sizin, çalışan personelin bir eseri, ben asıl size teşekkür ediyorum. ‘‘

(HY10) ‘‘... İş konusunda yardımcı olabilirler mi bilmiyorum ama iş konusunda hastaların etrafa zarar vermeyeceğini, burada tedavi gördüğünü, gözlemlediklerini işverenlere yamalarını istiyorum. Onların bilinçlendirilmesi, bilgilendirilmesi daha güzel olur. daha zorluk çekmezler iş arayanlarda. Yardımda alamıyoruz çünkü, eşim emekli ama yeterli bir maaşı olmuyor eve giren. Sosyal yardımların da bir sınırı olduğu için oradan da bir destek alamıyoruz, zorlanıyoruz. İş olanağı olsa çok güzel olacak. Hem oğlum etrafla daha iletişim içinde olacak. Rahatsızlığını atmasında daha kolaylık olacak gibi geliyor. Daha iyi olur. Toplumla kaynaşmış olur. İnsanlar bu hastaları dışlamamış olsa daha böyle candan davransalar iyi davransalar her işlerini yaptırabilirler zaten, iyi davrandıklarında. ‘‘

(HY15) ‘‘... Spor ve birebir psikolojik desteğin artırılması.’’

(HY14) “... Biz her zaman yanında olamıyoruz, biz yanında olmadığımız zaman daha geniş rehabilitasyon uygulanması lazım. Diğer polkliniklerde de önceliği olmalı, sabırsız oluyorlar, beklemek istemiyorlar. Biz hastanelerde çok zorluk yaşıyoruz. ”

(HY16) “... Sabahları bahçede spor yaptırılabilir.”

(HY17) “... Sosyal faaliyetler artabilir, engelsiz atölye açılabilir. İş bulmada sıkıntı yaşıyorlar, öncelik verilse çok iyi olur. Devlet alsın baksın işine yarıyor mu? Esnetilmiş iş programları olabilir. Mesela Ö... Hevesle başladı uyanıp gidemedi, ilacı düşürüldü bu sefer 1 ay oldu hiç gidemedi. Ama orası (engelsiz atölye) uygun. Gelme diyen yok. Hor görmesinler istiyorum, yattığı yerden para alıyor gibi şeyler demesinler. Doktor bile hor karşılayabiliyor. Devletin parası yok olmaz diyor. ”

(HY20) “... Hastalar 4 duvar arasına kapatılmaz., doktor kontrolü lazım, burada olduğu gibi. Sosyalleşmeleri lazım, piknikler, yemekler, kır gezileri bunlar süper hastalar için. Geçen gün bir ruh sağlığı merkezine gittim hiç beğenmedim. Giriş katına yapmışlar, havasız, manzara yok doğru dürüst. Üzüldüm. Neden hastaları hastanenin en alt katına yığıyorlar, adam gibi ferah bir şey yapın. Hastalar rahat ortamda, güneşli havadar yerde faaliyetlerini sürdürsünler. Veyahut tek kat olur, bahçe içinde olur. Hastaların rahat ortama ihtiyaçları var. Hatta daire bile değil, toprak üstünde bahçesi olacak, çıkacak eğlenecek. Sağlık konusunda ülkemiz yeterince cevap veriyor. Bunu da düşünmeliler bence. Şizofreni hastalarına biraz daha hassasiyet göstermeliler çünkü bunlar özel hastalar. Çiftlik gibi hatta mümkünse, hayvan terapisi olacak, hayvanlarla uğraşsınlar. Üretkenliğe geçebilirler. Tarım yapabilirler. Organik tarım uğraştırıcı ve zor olabilir ama iyi tarım yapabilirler. Ürettikleri şeyleri satabilirler. Toprak şifadır. Toprakla, hayvanlarla uğraşsınlar. Ben bir belediye başkanı olsam yaparım. Hayvan sevgisi, tarım bütün streslerini alır. Bunu da paylaşın memnun olurum. ”

(HY22) “... Kişisel olarak bol bol konuşmalarını, sohbet etmelerini istiyorum. Bir şey istemiyorlar kimseden, kafayı boşaltmaya çalışıyorlar. Atak geçirmesinden çok korkuyorum.”

(HY21) “... Gebze için servis konulabilir. Tuzla için ne güzel servis var. Bizim gelemez zor oluyor. Tuzla’ya gelip servise binebiliyoruz.”

(HY26) “... Ben isterim ki benim eşimle hep aynı doktor ilgilensin. Çünkü doktor sürekli değiştiği zaman... Tamam sistemden görüyorlar ama hep aynı doktorun birebir konuşması çok daha yararlı olur diye düşünüyorum. Tek doktor çok önemli. Bizim eski doktorumuz bizi yakından tanyordu. Bana kızılıyordu annemle birlikte yaşadığımız sorunlar için, kızıma kızılıyordu ergensin ama annenin durumu bu diye. Yani bizim ev yapımızı biliyordu. Ben istiyorum ki tek doktor olsun tüm ailemizi tanısin. Hastayı bir kuyudan çıkarıp tedavi ediyorsunuz, kuyunun içinde ne olduğunu bilmiyorsunuz, sonra tekrar kuyunun içine atıyorsunuz. Bu hasta için bir çözüm değil. Kuyunun içinin de temizlenmesi lazım.”

(HY28) “... Eğitici faaliyetler olabilir.”

(HY31) “... Diksiyon kursu açılabilir.”

(HY33) “... Müzik, bilgisayar hepsi var. Önerim yok sadece sıkıntım servis, belli duraklardan alıyor, kapının önünde alsa çok daha iyi olur. Hastam durakta tek bekleyemediği için zorlanıyorum. Durak evime uzak kalıyor.”

(HY36) “... Beklentilerimin çok üstünde, ceplerinden bile alışveriş yaptıklarını gördüm. Öneri olarak evden bir şeyler getirip gün gibi etkinlik yapılabilir. Sosyal etkinlikler artsın, hastalar mutlu oluyor.”

(HY38) “... Tedavi olarak içim rahat, sorun olunca nereye gideceğim belli. Meslek edindirmeye yönelik kurslar verilebilir.”

(HY30) “... Fazla enerjilerini atmaları için spor alanı yapılabilir. Çünkü benim oğlum dışarıya spor salonuna gidiyor saçma sapan sağlığını tehlikeye atacaktır içecekler, tozlar veriliyor. Buraya güvenle yollarım.”

(HY32) “... Buradan tedavi desteğini kesmemelerini ve aynı şekilde sürekli hizmet almayı bekliyorum. Aynı şekilde devam etmesini öneriyorum. Devlette maalesef çalışanlar değişebiliyorlar. (Gülerek) İnşallah bıkmazlar bizden.”

(HY39) “... Burası çok iyi memnunum. Fakat kızım kurslara katılmada isteksiz. Önerim ve beklediğim kızımın kurslara ve etkinliklere katılması.”

(HY40) "... Hastaneye yatışına gerek kalmayın istiyorum. Beklentim de önerim de bu."



5. TARTIŞMA

Örnekleme oluşturan hasta yakınlarının en az bir yıl TRSM ile ilişki halinde olması, araştırmaya katılan her gönüllü hasta yakınının hizmetler hakkında yeterli bilgiye ve gözlem zamanına sahip olduğu ve bu faktöre bağlı olarak yorumlama yetisini arttığı, verilerin daha güvenilir olmasına neden olduğu düşünülmektedir.

Şizofreninin başlangıç yaşı erkeklerde 15-25, kadınlarda 25-35'tir (Öztürk ve Uluşahin, 2011). Araştırmamızda literatüre paralel olarak 18-24 olarak bulunmuştur.

Ağır ruh sağlığı sorunları yaşayan aile bireyine, destek olmak ve bakım vermek zordur. Toplum ruh sağlığı merkezinden hizmet alan hastaların yakınlarının bakım yükünün, TRSM 'ye aralıklı devam eden grup ve devam etmeyen gruba göre anlamlı düzeyde farklılık gösterdiği ve düzenli devam eden gruplarda bakım yükü algısı, devam etmeyenler ve aralıklı devam edenlere göre düşük bulunmaktadır. Hasta yakınlarının, Tuzla TRSM hizmetlerini diğer merkezlerle karşılaştırdığında memnuniyet ifadeleri kullanmaları ve merkezin hasta yakınlarına da iyi geldiğini ifade etmeleri şaşırtıcı olmamıştır (Donyağı, 2016).

Yıldız ve arkadaşlarının 2005'te yaptıkları ve kendi grup uygulamalarını değerlendirdikleri bir araştırmada, hastaların hastalık ile ilgili bilgi düzeylerinin arttığını, ailelerden alınan geri dönüşlere göre iletişim becerileri, sosyalleşme, ilaç uyumu alanlarında olumlu etkisi olduğunu saptamışlardır. Gruba katılan tüm hastalar, aileleri tarafından olumlu puanlar verilerek değerlendirilmiştir (Yıldız M ve ark., 2005). Tuzla TRSM' de uygulanan grup uygulamalarına hastası katılan aile yakınlarının da literatüre benzer olarak iletişim becerilerinin ve sosyal becerilerinin arttığını gözlemledikleri görülmüştür.

TRSM hizmetleriyle özellikle son dönemlerde şizofreni hastalarının tedavisinde toplum merkezli bakım temel alınmış, yatış süreli ve sayıları azalmış, aile desteği önem kazanmıştır (Arslantaş ve Adana, 2011). Çalışmamızda hasta yakınlarının depo hastanelere olan ihtiyacının giderek azaldığı görülmektedir.

Yalnızca ilaç kullanılan hastaların, tekrar hastaneye yatma ihtimali yüksektir. Tıbbi tedavinin yanında psikososyal destek hizmetlerinin de verilmesi gereklidir (Öztürk ve Uluşahin, 2011). TRSM 'den hizmet alan hastaların tıbbi tedavi dışında kalan hizmetlerden de büyük oranda faydalandığı, psiko-sosyal destek hizmeti aldığı ve büyük oranda sosyal hakları hakkında bilgi sahibi oldukları görülmüştür.

TRSM hizmetlerinin bir amacının da hastaneye sık yatışını engellemek olduğu bilinmektedir. TRSM 'ye başvuru sıklığı ile hastane yatışlarının ters ilişkili olduğu hipotezi bir çok çalışmada denenmiştir. 2014 yılında İstanbul'a bağlı TRSM' de yapılan bir araştırmada TRSM' ye sık başvuran hastalarda hastane yatış oranları ileri derecede anlamlı olarak daha az olduğu bulunmuştur. Bu bulgu sık kontrolün, hastalığın alevlenmesinin öngörülmesine ve yatış gereksinimi olmadan müdahale edilmesi bakımından önemli olduğunu göstermektedir (Sarıkaya Varlık, 2014). Çalışma literatürle paraleldir. Hasta yakınlarının '*ERRSSH ve BRSSH'ye gitmeme gerek kalmadı*' ifadeleri bunu ifade etmektedir. Hastaların en fazla psikiyatri polikliniklerinden yönlendirildi görülmüştür.

Şizofreni ve bipolar tanılı hastaların tedavilerini planlarken, sosyal yapılarını, ihtiyaçlarını ve karşılanmamış ihtiyaçlarını belirlemek, klinik değerlendirmenin önemli bir tamamlayıcısı olacaktır. Karşılanmayan ihtiyaçların analizi, sadece tedavi planlanmasında değil, aynı zamanda ruh sağlığı hizmetlerinin planlanmasında, verilecek olan hizmetlerin etkinliğinin artırılmasında ve ruh sağlığı politikalarına önemli katkılar sağlayacaktır (Uykur, 2013). Araştırma sonucunda ulaşılan hasta yakınlarının sosyo-demografik verileri ve önerilerinin dikkate alınması gerekir. Ağır ruh sağlığı sorunları yaşayan bireyler ve aileleri toplumsal olarak dezavantajlı konumda olduğu görülmüştür.

Bolu TRSM 'de da yatış sıklığı yüksek 30 şizofreni hastası ile yapılan çalışmada, TRSM' de verilen hizmetlerin yaşam kalitesi, genel ve sosyal işlevselliği belirgin olarak artırdığı, yeti yitimini ise istatistiksel olarak önemli oranda azalttığı saptanmıştır (Ensari ve ark., 2013). Hasta yakınlarının '*el becerisi gelişti*', '*konuşmaya başladı*', '*arkadaşı oldu*', '*artık ekmek almaya gidiyor.*' ifadeleri TRSM hizmetlerinin yeti yitimini azalttığını göstermektedir.

Psikiyatrik hastalıklar; kültürel olarak biçimlenen ve açıklanan, davranış anomalileri ya da yıkımlarıdır. Toplumlar böylesi yıkımları tanımlama ve izah etme konusunda farklılıklar gösterirler. Kültürel araştırmalar şizofreninin temel belirtilerinin evrensel olduğunu, ancak farklı kültürel ve toplumsal etkenlerin hastalığın biçimlenmesine etki edebildiğini göstermektedir (Sayar, 2000). Araştırmada aynı bölgede yaşayan hasta yakınlarının yaşadığı sorunların birbirine benzer özellikler taşıdığı görülmüştür.

6. SONUÇ ve ÖNERİLER

Toplum ruh sağlığı merkezinde şizofreni ve bipolar rahatsızlığı olan üyeler birlikte hizmet almaktadır. Grup psiko-eğitimleri tanı grubuna göre düzenlense de alan kullanımı, sosyal etkinlikler, sanat atölyeleri ve birçok açıdan birleşme bir hizmet verilmektedir. Fakat hastalığın doğası gereği farklı tanılı bireyler ve aileleri farklı sosyal alanlarda zorluklar yaşayabilmektedir. Hizmet veren ruh sağlığı çalışanları açısından bu farkları tespit etmek ve hizmet sunumunda göz önüne almanın büyük fayda sağlayacağı düşünülmektedir.

Araştırmada TTRSM' nin bölge ilçe halkına hizmet vermesi nedeniyle, ERSSHH ve BRSSHH gibi büyük depo hastanelerin hasta yoğunluğunu azalttığını, hastaların mesafe yakınlığı nedeniyle ilçesinde bulunan merkezi tercih ettiği düşünülmektedir. TRSM' lerin ulaşım sıkıntısı yaşanan ve şehir merkezine uzak olan büyük şehirlerde yakınlığının olumlu olarak etki ettiği düşünülmektedir.

TTRSM hizmetlerini değerlendiren hasta yakınları için güler yüz ve samimiyetin önemli olduğu görülmüştür. Bilgi ve beceriden daha çok 'güler yüz' ve 'ev gibi' kavramları ortaya çıkmıştır. 'Hasta gibi davranılmıyor' ve 'Hastaneler kötüydü, burası iyi' ifadeleriyle hizmet alanların TRSM 'yi hastane değil, sosyal alan olarak gördükleri sonucuna varılmıştır.

TRSM ekip işidir. Ekibin uyumunun; personelin ruh sağlığı alanında ki eğitimimin, gönüllüğünün, kişilik özelliklerinin, ekip lideri olan psikiyatri uzmanlarının mesleki tutum ve ilişkilerinin; personeli olduğu kadar hasta ve yakınlarına verilen hizmeti de etkilediği düşünülmektedir. Başhekimlik düzeyinde de personel görevlendirmesi yapılırken gönüllük ve eğitim durumunun dikkate alınmasının önem arz ettiği düşünülmektedir.

Hasta yakınlarının sosyal faaliyetlerden memnun olduğu fakat yetersiz bulduğu görülmüştür. Tuzla TRSM kaynak bulma ve sosyal etkinlik planlarına bütçe oluşturmada sıkıntı yaşamaktadır. Sosyal hizmetin önemli bir rolü olan kaynak bulma ve geliştirme becerileri, TRSM' lerde önem kazanmaktadır. Sosyal çalışmacıların sayısının hastanelerde yetersiz oluşu ve birden fazla idari ve mesleki alanda sorumluluğunun olması nedeniyle TRSM uygulama ve geliştirme faaliyetlerine

yeterince mesai ayrılmadığı düşünülmektedir. Sağlık bakanlığında sosyal çalışmacı istihdamı yönünde politikalar oluşturulması gerektiği düşünülmektedir.

TTRSM 'de bahçe kullanım alanı yetersizdir. Spor alanlarının oluşturulmadığı, merkez odalarının aynı boyutta olduğu bu nedenle görüşme ve dosyalama odası için büyük fakat grup, etkinlik, yemekhane vb. hizmetler için küçük ve yetersiz olduğu görülmüştür. Binanın müstakil ve düz giriş olmadığı, fiziki yapısının TRSM hizmetlerine çok uygun olmadığı görülmüştür.

Tedavinin takip ve düzeni için mesleki personellerin sık değişmesi olumsuz olarak yorumlanmaktadır. Merkez personelinin sabit ve mümkünse tam gün çalışmasının verimli olacağı düşünülmektedir.

Tuzla bölgesinde korumalı iş yeri olmadığı görülmüştür. Hasta yakınlarının korumalı iş yeri taleplerine cevap oluşturmak ve bu yönde politikalar belirlemek elzemdir.

Ülkemizde toplum temelli ruh sağlığı hizmetleri gelişme aşamasındadır. Toplum temelli ruh sağlığı hizmetlerinin fayda sağladığı fakat yetersiz olduğu görülmüştür. Burada temel sorunlardan biri ruh sağlığı elemanlarının lisans düzeyinde eğitim almaları ve ek eğitime tabii tutulmamalarıdır. TRSM 1. Basamak eğitimleri 5 gün süreyle, sertifikalı olarak yapılmış, 2. Basamak eğitim uygulamaları yapılmamıştır. Ruh sağlığı personelinin bireysel görüşme ve grup çalışması lisansından etkin bir şekilde faydalanılmadığı görülmektedir.

Mikro Düzeyde Öneriler

- Hasta yakınları ile yapılan görüşme sonucunda, hastaların bireysel görüşmelerden sonra mutlu olduğu ve kendilerine değer verildiğini hissettikleri görülmüştür. Bireysel görüşme sayıları artırılmalıdır.
- Hasta yakınları ile yapılan görüşme sonucunda, aile görüşmelerinden fayda gördükleri ve ihtiyaç duydukları görülmüştür. Aile görüşme sayıları artırılmalıdır.
- Vaka yöneticiliği sistemiyle hastalar yakinen tanınmakta ve hizmete daha kolay ulaşmaktadır. Vaka yöneticiliği sisteminin geliştirilmesi ve daha nitelikli hizmet vermek için personel başına düşen vaka sayısının azaltılması önerilmektedir.

- Ev ziyareti uygulamalarında hastaların mutlu olduğu ve heyecan duyduğu görölmüştür, ev ziyaret sayıları artırılmalıdır. Ev ziyaretine gerek duymayan hasta yakınları ve hastayla işbirliği kurularak, hizmet reddinin nedenleri değerlendirilmelidir.

Mezzo Düzeyde Öneriler

- Hasta yakınlarının ve hastaların grup çalışmalarına katılımıyla desteklendiğini hissettikleri görölmüştür. Hastalara ve ailelere yönelik grup çalışmalarının sayısı artırılmalıdır.

- Kurum içi sosyal etkinlik programlarının ve doğum günü etkinliklerinin hastaları iyi hissettirdiği hasta yakınları tarafından görölmüştür. Sosyal etkinlik planları artırılmalıdır.

- Hasta yakınlarının önerisi ile bahçe alanının yeterli olmadığı görölmüştür, bahçe faaliyet grupları oluşturulmalıdır.

- Hastaların ilaçların ve hareketsizliğin etkisiyle, sağlıksız kilo aldıkları gözlemlenmiştir ve hasta yakınları tarafından ifade edilmiştir. İdareciler ve yerel yönetimlerin desteğiyle spor alanları oluşturulmalıdır.

- Hastaların ayrı bir birey olduğu unutulmamalı ve hobilere, ilgilere hitap etmesi için sanat atölyeleri sayısı artırılmalıdır.

Makro Düzeyde

-Hasta ve ailelerinin toplumsal yaşamda damgalamaya ve ötekileştirmeye maruz kalması nedeniyle damgalama karşıtı toplumsal faaliyetler artırılmalıdır.

-Hastaların iş bulma, çalışma gibi temel insani isteklerini karşılamada güçlük çektiği görölmüştür. Kurum ve kuruluşlara yapılan farkındalık eğitimleri artırılmalıdır.

- Hastalar için elzem olan ve iş sahası sağlayan korumalı iş yerlerinin ilçede olmadığı görölmüştür. Korumalı iş yeri açılması amacıyla bölge yerel yönetimi olan belediye ile görüşmeler sağlanmalıdır.

-Damgalamanın aşılması için önemli bir unsur, hastaların topluma girmesi ve toplumun hastaları tanımasıdır. Hasta yakınları, hastalarının saldırgan olmadığını, bunun bir yanlış olduğunu topluma gösterilmesini istemektedir. Bu nedenle sadece hastaların kurum dışı etkinliklere yönlendirilmesi yeterli değildir. Toplumun aktif olarak

‘‘Gönüllü organizasyonları’’ kapsamında, faaliyetlerde yerini almalı, daha etkin bir şekilde düzenlenmelidir.

-TRSM kaynak ihtiyacı büyük bir sorun ve engeldir. Kaynak aktarımı ve sosyal etkinliklerde kullanılacak bütçe konusunda resmi ve genel bir uygulama oluşturulmalıdır.

-TRSM ülkemizde yeni bir alan olduğu için sınırlı sayıda araştırma bulunmaktadır. Konu hakkında daha fazla araştırma yapılmasına ihtiyaç vardır.

-Ruh sağlığı elemanlarının istihdamına ve mesleki eğitimi için Sağlık Bakanlığı bünyesinde eğitim faaliyetlerine ihtiyaçları vardır.

-TRSM ‘de kurumlar arası işbirliğinin önemli olduğu görülmüştür. Hizmetlerin geliştirilmesi için sosyal çalışmacıların ve kurum idarecilerinin kurumlar arası işbirliğine önem vermeleri gerekmektedir.

7. KAYNAKLAR

- ABRAHAM, M. ve NUSSBAUM, M.D.(2015). DSM-5 Yönelimli Tanısal Görüşme. Boylam Psikiyatri Enstitüsü. Ankara: HYB Basım Yayın
- ADANA F, ARSLANTAŞ H. (2011) Şizofreninin Bakım Verenlere Yüğü. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar. 3 (2): 251-277.
- AK, A. Ş. (1997) Avrupa ve Türk-İslam Medeniyetlerinde Müzikle Tedavi Tarihi Gelişimi ve Uygulamaları. Öz Eğitim Basım Yayın Dağıtım Ltd.Şti
- AKARÇAY D. (2013) Türkiye’de Yürütülen Ruh Sağlığı Hizmetleri Politikalarının Değerlendirilmesi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi: Hacettepe Üniversitesi.
- AKER T, COŞKUN S, ÇAKIL G, DUY B, EKMEKÇİ H, ERYILDIZ M, ÖZGEN G, SİPAHİ B, TORUN F, ÜNAL S, ÜNSAL G, YAZICI A, YILDIZ M. (2002) Şizofreninin Ruhsal Toplumsal Tedavisinde Sosyal Beceri Eğitimi: Belirtilerle Başetme ve İlaç Tedavisi Yaklaşımının Türkiye’de Çok Merkezli Bir Uygulaması. Türk Psikiyatri Dergisi. 13 (1): 41-47.
- ALATAŞ G, ARSLAN M, KARAOĞLAN A, YANIK M (2009) Toplum Temelli Ruh Sağlığı Modeli ve Türkiye’de Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri Projesi. Nöropsikiyatri Arşivi: 46 (5): 25-29.
- ALPTEKİN K. (2013) Klinik Sosyal Hizmet Uygulamalarında Krize Müdahale Yaklaşımı. Sosyal Politika ve Kamu Yönetimi Bileşenleriyle Sosyal Hizmet Temelleri ve Uygulama Alanları. Ankara, Maya Akademi.; 225-233
- DELİCE, M.A. (2017). Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri İçin Kılavuz. İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri
- ARTAN T. (2013) Hastane Sosyal Hizmeti. Sosyal Politika ve Kamu Yönetimi Bileşenleriyle Sosyal Hizmet Temelleri ve Uygulama Alanları . Ankara, Maya Akademi.; 235-248.
- GÜMÜŞ, A. B. (2016) Şizofrenide Hasta ve Ailelerin Yaşadığı Güçlükler, Psiko eğitim ve Hemşirelik - Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi; 23-34
- BABAOĞLU, A. (2002). Psikiyatri Tarihi, İstanbul: Okuyan Us Yayın
- BABAOĞLU, A. (2011). 50 Soruda Psikiyatri. İstanbul, Kayhan Matbaacılık
- BADEMLİ K, DUMAN ZÇ. (2013) Şizofreni hastalarının bakım verenleri. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar; 5(4),461-478.
- BADEMLİ K.. (2016). Şizofreni hastalarının ve bakım verenlerinin eğitim gereksinimlerinin belirlenmesi. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 19(1), 1-9.
- BALOĞLU, B. (1997). Sosyal Bilimlerde Araştırma Yöntemleri, İstanbul : Der Yayınevi
- BEŞKARDEŞ AF, ENSARİ H, GÜLTEKİN BK, KARAMAN D, KOÇ A. (2013) Bolu Toplum Ruh Sağlığı Merkezi Hizmetlerinin Şizofreni Hastalarındaki Yaşam Kalitesi, Yeti Yitimi, Genel ve Sosyal İşlevsellik Üzerine Etkisi: Bir Yıllık İzleme Sonuçları. Anadolu Psikiyatri Dergisi, 14 (1): 108-114.

- BİLGE A, ÇAM O, ÇETİNKAYA A, ERDOĞAN E, MERMER G, ÜÇKUYU N. (2016) Türkiye’deki Toplum Ruh Sağlığı Merkezlerinin 2013-2015 Yıllarının Profili . Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 2 (2):1-5.
- BİLGE A, ERSOY MA, PEKTAŞ İ. (2006) Toplum Ruh Sağlığı Hizmetlerinde Epidemiyolojik Çalışmalar ve Toplum Ruh Sağlığı Hemşireliğinin Rolü. Anadolu Psikiyatri Dergisi, 7 (1): 43-48.
- CAN DÖ, GÜL EU., ŞAHİN EH, ŞAHİN Ş, ŞİMŞEK E. (2014) Kırıkkale Toplum Ruh Sağlığı Merkezinde Takip Edilen Şizofreni Hastalarının Değerlendirilmesi . Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 16 (2): 15-19.
- CÜCELOĞLU, D. (2013). İnsan ve Davranışı: Psikolojinin Temel Kavramları. İstanbul: Remzi Kitabevi.
- DOĞAN BF, DOĞAN O, DOĞAN S, ÇOKER F, POLATÖZ Ö, TEL H. (2002) Şizofrenide Psikososyal Yaklaşımlar: Ayaktan Hastalar. Anadolu Psikiyatri Dergisi, 3 (2): 69-74.
- ENSARİ H. (2008) Türkiye’de Ruh Sağlığı Hizmetlerinde Mevcut Durum: 5. Aile Şurası "Aile Destek Hizmetleri" Bildirileri. Ankara: T.C. Başbakanlık Aile ve Sosyal Araştırmalar Genel Müdürlüğü, 88-92.
- ERBAŞ, O. (2017). Psikiyatrinin Pek de gizli Olmayan Kara Kitabı. İstanbul: Bayçınar Tıbbi Yayıncılık
- EVLİCE YE, KARAKUŞ G, TAMAM L (2012) Psikiyatri Kliniğinde Yatan Hastalarda Alkol ve Madde Kullanım Bozukluğu Sıklığı. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 37 (1): 37-48.
- HOCAOĞLU Ç, YELOĞLU ÇH (2017) Önemli Bir Ruh Sağlığı Sorunu: Bipolar Bozukluk. Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Dergisi, 8 (30): 41-54.
- KAPLAN,. HAROLD I., ve SADOCK, B. J. (2004). Klinik psikiyatri. Çev. Edit: Ercan Abay. İstanbul: Nobel.
- KAPLAN., SADOCK, B. J. (2016). Psikiyatri Davranış Bilimleri/Klinik Psikiyatri , Güneş Tıp Kitapevleri
- KARASAR, N. (2004). Bilimsel Araştırma Yöntemi. Ankara: Nobel Yayın Dağıtım Ltd.Şti.
- KARASAR, N. (2010). Araştırmalarda Rapor Hazırlama. Ankara: Nobel Yayın Dağıtım Ltd.Şti.
- KAYA B. (2011) Koruyucu Ruh Sağlığının İhmal Edilen Değişkenleri: Sosyoekonomik ve Kültürel Etkenler. Türkiye Klinikleri, 4 (4): 7-10.
- KILIÇ AK, SARUÇ S. (2015) Toplum Ruh Sağlığı Merkezinden Hizmet Alan Hastaların Sosyal Profili ve Merkezde Verilen Hizmetler. Toplum ve Sosyal Hizmet, 26 (2): 53-71
- KÖROĞLU, E. (2011). Bilişsel-Davranışçı Psikoterapiler, Ankara: HYB Basım Yayın
- AKTAŞ, A. M. (2001). Küçük Gruplar Dinamikleri ve Süreci, Ankara : Mustafa Kitapevi
- MUSLU S. (2010) Şizofrenide Sosyal Desteğin Ve Aile Tutumunun Hastanın Tedaviye Uyumu Üzerindeki Etkisinin Araştırılması. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Disiplinlerarası Sosyal Psikiyatri Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Ankara: Ankara Üniversitesi

- NEUMAN, W. L. (2016). Toplumsal Araştırma Yöntemleri Nicel ve Nitel Yaklaşımlar. Ankara: Yayınodası Yayıncılık.
- ORAL M, ve TUNCAY T. (2012) Ruh sağlığı alanında sosyal hizmet uzmanının rol ve sorumlulukları. Toplum ve Sosyal Hizmet, 23(2): 93-114
- KRİNG, A. M. ve JOHNSON, S. L. (2017). Anormal Psikolojisi/Psikopatolojisi. İstanbul: Nobel Yayınevi
- ÖZAKKAŞ, T. (2011). Bütüncül Psikoterapi. İstanbul: Litera Yayıncılık Ltd.Şti.,
- ÖZCAN ME, YILDIZ M. (2000) Ayaktan İzlenen Psikiyatri Hastalarında Nikotin Bağımlılığı Yaygınlığı. Bağımlılık, 1 (1): 86-88.
- ÖZTÜRK, O. ve ULUŞAHİN A. (2008). Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. Ankara, Tuna Matbaacılık.
- SAĞLIK BAKANLIĞI (1998) Türkiye Ruh Sağlığı Profil Raporu, Ankara: Sağlık Bakanlığı.
- SAĞLIK BAKANLIĞI (2011) Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri Hakkında Yönerge, Ankara: Sağlık Bakanlığı.
- SAĞLIK BAKANLIĞI (2011) Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri İçin Çalışma Rehberi, Ankara: Sağlık Bakanlığı.
- SAĞLIK BAKANLIĞI (2011) Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı 2011-2023. Ankara: Sağlık Bakanlığı.
- SAĞLIK BAKANLIĞI (2011) Tıbbi Sosyal Hizmet Uygulama Yönergesi. Ankara: Sağlık Bakanlığı.
- VARLIK DS. (2014). Toplum Ruh Sağlığı Merkezlerinde Takip Edilen Şizofreni Hastalarında Hastane Yatışlarını Belirleyen Faktörler. Yüksek Lisans Tezi
- SAYAR, K. (2000) Psikiyatri ve Kültür, İstanbul: İnsan Yayınları:295
- SÖNMEZ S. (2009) Şizofreni Hastalarında Psikoeğitim Grup Çalışmasının Pozitif ve Negatif Belirtiler, Sosyal İşlevsellik, Yeti Yitimi, İlgörü ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkilerinin Araştırılması. Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi. Bakırköy Prof. Dr. Mahzar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi.
- TARHAN, N. (2009). Toplum Psikolojisi: Sosyal Şizofreniden Toplumsal Empatiye. İstanbul: Timaş Yayınları.
- ULAŞ H. (2008). Batı Avrupa Ülkelerinde ve Türkiye’de Psikiyatrik Hizmetler. Türkiye Psikiyatri Derneği Bülteni, Cilt 11, Sayı 2, 2-12.
- UYKUR B. (2013). Şizofreni Hastalarında İhtiyaç Analizi. Tez (YL). Celal Bayar Üniversitesi
- YANIK M. (2007) Türkiye Ruh Sağlığı Sistemi Üzerine Değerlendirmeler ve Öneriler: Ruh Sağlığı Eylem Planı Önerisi. Psikiyatride Derlemeler, Olgular ve Varsayımlar, (Özel Sayı Ekim): 1-80.
- YANIK M. (2013) İki Uçlu Bozukluklu Hastalarda Alkol ve Madde Ek Hastalığı Biyolojik mi, Kültürel mi? Journal of Mood Disorders, 3(1): 39-40.
- YALOM, I. D. (2003). Kısa Süreli Grup Terapileri , İstanbul: Kabalcı Yayınevi

YILDIRIM, A. ve ŞİMŞEK, H. (2018). Sosyal Bilimlerde Nitel Araştırma Yöntemleri, Ankara:Seçkin Yayıncılık San. ve Tic. A.Ő.

YILDIZ M. (2005) Őizofrenili Hastaların Ayaktan Tedavisinde Ruhsal ve Toplumsal GiriŐimler Neden Gereklidir ve Nasıl Uygulanabilir. Neden Nasıl Şizofreni 237-368. Ankara: PEDAY.

YILDIZ M. (2003) Bireyden Topluma Ruh Sağlığı. IŞık Sayı1 ed. İstanbul: Erler Matbaacılık,; s:151-164.

YILDIZ M, YÜKSEL AG, EROL A. (2005) Şizofrenide ruhsal ve toplumsal beceri eğitimi uygulaması. Grup eğitimi deneyimleri. Türkiye’de Psikiyatri, 2005; 7: 25-32

YURDAKUL, S. (1999). Ruhsal Hastalıklar ve Başetme Yolları, İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri Tic. Ltd.Şti.



EKLER

EK- 1

BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

Toplum Ruh Sağlığı Merkezinde Verilen Hizmetlerin Hasta Yakını Tarafından Değerlendirilmesi: Tuzla Örneği

Değerli hasta yakınımız, bu form yakınına, şizofreni/bipolar duygu durum bozukluğu hastalığı tanısı konulmuş olup, bu hastalıkla ilgili Tuzla Toplum Ruh Sağlığı Merkezinde verilen hizmetleri değerlendirmeniz için yapılan bir bilimsel tez çalışmasına katılmanızı önermektedir. Bu tez çalışmasında herhangi bir tıbbi müdahale ve herhangi bir risk söz konusu değildir. Eğer bu çalışmaya katılmayı kabul ederseniz öncelikle bilgilerinizin toplanması ile ilişkin onay verdiğinizize dair bu formu imzalamanız istenecektir. Ardından size doldurmanız için sosyo-demografik veri formu verilecektir, ardından araştırmacı tarafından hazırlanan görüşme formunda ki sorular sorulacaktır. Görüşme sürecinde verileri doğru bir şekilde analiz edebilmek için not alma yöntemi ve ses kaydı yöntemi birlikte kullanılacaktır. Bu çalışmaya katılım tamamen gönüllüdür, katılmak zorunda değilsiniz. Bu çalışmaya katılmanız veya katılmamanız durumunda hastanızın tedavisi ve verilen hizmetler değişmeyecektir. Katılımı reddetmeniz sahip olduğunuz haklarınızı etkilemeyecektir. Kişisel kimliğiniz, adresiniz, kimlik belirleyici bilgileriniz toplanmayacak, gizli kalacaktır. Dergi makaleleri, bilimsel yazılar dahil herhangi bir araştırma yayınında kimliğiniz açıklanmayacaktır.

ÇALIŞMANIN KONUSU VE AMACI :

Çalışmanın konusu Toplum Ruh Sağlığı Merkezinde verilen hizmetleri, hasta yakını olarak sizin değerlendirmelerinizi, hastanız ile ilgili gözlemlerinizi ve verilen hizmetlere dair önerilerinizi araştırmaktır. Çalışmanın amacı ise Toplum Ruh Sağlığı Merkezlerinin hizmetlerinin hasta yakını tarafından değerlendirmesine sağlayarak, sizlere hizmet veren bu merkezin hizmet kalitesine ve ruh sağlığı politikalarına katkıda bulunmayı amaçlamaktadır.

ÇALIŞMA İŞLEMLERİ:

Gönüllü Onam Formu

Sosyo-Demografik Veri Formu

Görüşme Formu

ÇALIŞMAYA KATILMAMIN OLASI YARARLARI NELERDİR?

Çalışmaya katılmanız durumunda Toplum Ruh Sağlığı Merkezinden aldığınız hizmet süreçleri ile ilgili sorular sorulacaktır. Yüksek lisans tezi olarak hazırlanan bu çalışma, siz hasta yakınlarının sorunlarını ve önerilerini bilimsel bir platforma taşıyarak, merkez hizmetlerinin gelişmesine katkıda bulunmayı ve hasta/hasta yakınlarının daha kaliteli bir hizmet almasını amaçlamaktadır.

KİŞİSEL BİLGİLERİM NASIL KULLANILACAK?

Kişisel bilgileriniz hiçbir bilimsel yayın ve makalede geçmeyecektir.

SORU VE PROBLEMLER İÇİN BAŞVURULACAK KİŞİLER :

1. Merve GÜLTEKİN – merveozdemirsh@gmail.com

Çalışmaya Katılma Onayı

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

Hasta yakını numarası : _____

<i>Gönüllü Adı Soyadı:</i>		<i>Tarih ve İmza:</i>
<i>Telefon:</i>		

<i>Araştırmacı² Adı Soyadı:</i>		<i>Tarih ve İmza:</i>
<i>Adres ve Telefon:</i>		

1: Gönüllünün bilgilendirilme işlemine başından sonuna dek tanıklık eden kişi

2: Gönüllüyü araştırma hakkında bilgilendiren kişi

EK- 2

HASTA YAKINI SOSYO-DEMOGRAFİK VERİ FORMU

Tüm katılımcıların cevapları isim kullanılmadan değerlendirilecektir. Boş bırakmamanız rica olunur. Katkılarınız için teşekkür ederim.

Merve Gültekin

GÖRÜŞME NUMARASI:.....

1.Yaşınız

1)18-25 2)26-35 3) 36- 45 4) 46-55 5) 56- 64

2. Cinsiyetiniz

1) Kadın

2)Erkek

3. Hastanızın cinsiyeti

1) Kadın

2)Erkek

4. Hastanız sizinle birlikte mi yaşıyor ?

1) Evet(Hastam ile aynı evde ikamet ediyorum)

2)Hayır(Hastam ayrı bir konutta ikamet ediyor)

5. Hastanız ile yakınlık dereciniz

1) Annem/Babam

2) Kardeşim

3) Çocuğum

4) Anneannem/Büyükbabam/Babaannem

5)Diğer(Belirtiniz)

6. Eğitim Düzeyiniz:

- 1) İlkokul
- 2) Ortaokul
- 3) Lise
- 4) Üniversite
- 5) Lisansüstü

7. Medeni Durumunuz:

- 1) Evli
- 2) Bekar
- 3) Boşanmış
- 4) Eşi Ölmüş
- 5) Evli ama ayrı yaşıyor

8. İş Durumunuz:

- 1) İşçi
- 2) Memur
- 3) Serbest
- 4) Emekli
- 5) Çalışmıyor

9. Aylık geliriniz nedir ?

- 1) 0-1499
- 2) 1500-2499
- 3) 2500-3499
- 4) 3500-4499

5) 4500 ve üstü

10. Yakınınızın hastalığının adını biliyor musunuz?

1) Evet (hastalığın adını yazınız):.....

2) Hayır

11. Hastanızın ilk ruhsal hastalığı kaç yaşında başladı?

1)18-24 2) 25-34 3) 35-44 4) 45-54 5) 55-64

12. Hastanızın kaç yıllık hastalık öyküsü bulunmaktadır?

1) 1-5 2)6-10 3)11-15 4) 16-20 5) 21 yıl üstü

13. Hastanızın vasisi/yasal danışmanı mısınız ?

1) Evet 2) Hayır

14. Hastanız, psikiyatrik hastalığının tedavisi için yatarak tedavi aldı mı?

1) Evet (Hastalık sürecinde, toplam yatış sayısı):.....

2) Hayır

15. Hastanız 2018 yılı içerisinde psikiyatrik hastalığının tedavisi için yatarak tedavi aldı mı?

1) Evet (son 1 yıl içerisinde toplam yatış sayısı):.....

2) Hayır

16. Hastanız, aşağıda verilen maaşlar ve düzenli yardımlardan alıyor mu? Aşağıdaki seçeneklerden size en uygun bir tane şıkkı işaretleyiniz.

1) Hayır, hiç bir maddi yardım almadı.

2) Bir süre aldı, şu an almıyor.

3) Evet, Evde Bakım Aylığı(Sosyal Hizmet Merkezleri) alıyor.

4) Evet, 2022 Sayılı Kanuna Göre Özürlü Aylığı(SYDV) alıyor.

5) Evet, Muhtaç Aylığı(Vakıflar Genel Müdürlüğü) alıyor.

17. Toplum Ruh Sağlığı Merkezinden hastanız hangi sıklıkla hizmet alıyor ?

- 1) haftada birkaç gün
- 2) iki haftada bir
- 3) ayda bir
- 4) 3 ayda bir
- 5) 3-6 ay ve daha fazla

18. Toplum Ruh Sağlığı Merkezinden hastanız ve siz hangi hizmetleri alıyorsunuz/aldınız ? (lütfen aldığınız tüm hizmetleri işaretleyiniz.)

- 1) Poliklinik/Hemşirelik Hizmeti
- 2) Danışmanlık Hizmeti
- 3) Grup Terapileri (Psiko-eğitim)
- 4) Aile Eğitimi/Görüşmesi
- 5) Sanat Terapileri
- 6) Sosyal Etkinlikler
- 7) Ev ziyareti

19. Toplum Ruh Sağlığı Merkezinde hastanızın, yasal ve sosyal hakları ile ilgili hangi konularda danışmanlık aldınız? (lütfen aldığınız tüm hizmetleri işaretleyiniz.)

- 1) Hastamın malullük durumu için ynlendirildim.
- 2) Hastamın sürekli/geçici para yardımı alması için ynlendirildim.
- 3) Hastama sağlık kurulu raporu almak için ynlendirildim.
- 4) Hastamın engelli haklarından faydalanması için(su indirimi, toplu taşıma kartı vb.) ynlendirildim.
- 5) Hastama vasi/yasal danışman atanması için ynlendirildim.

HASTA YAKINI YAPILANDIRILMIŞ GÖRÜŞME FORMU

- 1) Toplum Ruh Sağlığı Merkezini ilk olarak nereden, kimlerden duydunuz?
Merkeze ilk kayıt sürecinizi detaylarıyla anlatınız.

.....
.....
.....
.....
.....
.....

- 2) Toplum ruh sağlığı merkezinde verilen poliklinik(muayene, ilaç yazımı, ilaç raporu çıkarma) ve hemşirelik(kan alma, enjeksiyon) hizmetlerinin, hastanızın tedavi sürecine etkisini değerlendirir misiniz?

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

- 3) Merkezde görevli bir sağlık personelinin dosya oluşturarak, hasta ve ailesi ile tedaviyi takip etmesi hakkında ne düşünüyorsunuz? Bu danışmanlık/takip sürecinde hastanızda nasıl bir değişim gözlemlediniz? Bu hizmetin tedavi sürecine etkisi nedir ?

.....
.....

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

4) Merkezde verilen aile eğitimi/görüşmesi hizmeti hakkında ne düşünüyorsunuz?

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

5) Hastanıza psiko-eğitim(grup terapisi) grubuna katılması önerildi mi ?

.....

Hastanız bu gruplara katıldı mı?

.....

(Evet ise)Bu eğitimlere katıldıktan sonra hastanızda nasıl bir değişim gözlemlediniz? Bu hizmetin tedavi sürecine etkisini nedir?

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

.....
.....
.....

6) Toplum Ruh Sağlığı Merkezinde hastanız doğum günleri, geziler vb. sosyal etkinliklere katılıyor mu ?

.....

(Evet ise) Bu etkinliklerin tedavi sürecine etkisi nedir? Bu etkinliklere katılımıyla hastanızda nasıl bir değişim gözlemlediniz ?

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

7) Toplum Ruh Sağlığı Merkezinde, Halk Eğitim Müdürlüğü ile birlikte verilen sanat kurslarına hastanız katılıyor mu?

.....
.....

(Evet ise) Kurslara katılmasından sonra hastanızda nasıl bir değişim gözlemlediniz? Bu kursların tedavi sürecine etkisi nedir?

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

8) Merkezden herhangi bir sağlık personeli evinizi ziyaret etti mi?

.....

Ev ziyareti hizmeti hakkında ki dűşünceleriniz nedir? Ev ziyaretlerinin tedaviye etkisi nedir?

.....
.....
.....
.....
.....
.....

9) Toplum Ruh Sağlığı Merkezinden, görűşmemizde geçmeyen başka hizmetler alıyor musunuz?

.....

(Evet ise) Bu hizmetler neler? Bu hizmetlerin tedaviye etkisi hakkında ki dűşünceleriniz nedir?

.....
.....
.....
.....
.....
.....

10) Hastanızın merkezden hangi hizmetleri alacağı belirlenirken sizin ve hastanızın fikirlerine önem verildiğini dűşünüyor musunuz?

.....
.....
.....
.....
.....
.....



**T.C.
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR
ETİK KURULU BAŞKANLIĞI**

SAYI: B.08.6.YÖK.2.ÜS.0.05.0.06 /2018/1075

24/12/2018

**Sayın Prof. Dr. Abdullah KARATAY
(Merve GÜLTEKİN)**

Üsküdar Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulunun 24/12/2018 tarihinde yapılan 13 No.lu toplantısında **“Toplum Ruh Sağlığı Merkezinde Verilen Hizmetlerin Hasta Yakını Tarafından Değerlendirilmesi: Tuzla Örneği”** adlı araştırma projenizin etik açıdan uygun olduğuna karar verilmiştir.

Bilgilerinize rica ederim.

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



T.C.
İSTANBUL VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

İSTANBUL İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ - İSTANBUL
SAĞLIĞIN GELİŞTİRİLMESİ BİRİMİ
19/02/2019 14:37 - 16867222 - 604.01.01 - E.710



00087515483

Sayı : 16867222-604.01.01
Konu : Merve GÜLTEKİN'in Tez Çalışması

ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE
(Altunizade mah. Haluk Türksoy sk. No: 14 34662 Üsküdar/İstanbul)

İlgi : 07/02/2019 tarihli ve 71211201-487 sayılı yazınız.

İlgi a) sayılı yazınız ile Üniversiteniz Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sosyal Hizmet yüksek lisans programı öğrencisi Merve GÜLTEKİN'in "**Toplum Ruh Sağlığı Merkezinde Verilen Hizmetlerin Hasta Yakını Tarafından Değerlendirilmesi: Tuzla Örneği**" konulu tez çalışmasını, Tuzla Toplum Ruh Sağlığı Merkezinde yapma talebi Müdürlüğümüze iletilmiştir.

Söz konusu araştırma Müdürlüğümüzce onaylanmış olup, konunun çalışmada adı geçen öğrencinize tebliği hususunda;

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

GÜVENLİ ELEKTRONİK İMZALI
ASLI İLE AYNI DİR
20/2/2019

e-imzalıdır.
Op. Dr. Kemal TEKEŞİN
Müdür a.
Başkan

Permin GÖRECEK
İstanbul Sağlık Müdürlüğü
Sağlığın Geliştirilmesi Şubesi
Birim Sorumlusu

Seyitnizam mahallesi Mevlana Caddesi No: 85 34015 Zeytinburnu/İstanbul

Telefon: Faks No: 0 212 638 33 99

e-Posta:selmin.nazligul@saglik.gov.tr İnt.Adresi:
selmin.nazligul@beyoglubirlik.gov.tr

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 5ca9df43-ec18-4a24-a857-a5736d6f8696 kodu ile erişebilirsiniz.

Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Bilgi için:Selmin NAZLIGÜL

TIBBİ SEKRETER

Telefon No:0 212 638 33 99



T.C.
İSTANBUL VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

İSTANBUL İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ - İSTANBUL
SAĞLIĞIN GELİŞTİRİLMESİ BİRİMİ
19/02/2019 14:36 - 16867222 - 604.01.01 - E.709



00087516124

Sayı : 16867222-604.01.01
Konu : Merve GÜLTEKİN'in Tez Çalışması

TUZLA DEVLET HASTANESİNE

İlgi : a) 07/02/2019 tarihli ve 71211201-487 sayılı yazısı.
b) 14/02/2019 tarihli ve 47150177-604.01.01-1506 sayılı yazınız.

İlgi a) da kayıtlı yazı ile Üsküdar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sosyal Hizmet yüksek lisans programı öğrencisi Merve GÜLTEKİN'in "Toplum Ruh Sağlığı Merkezinde Verilen Hizmetlerin Hasta Yakını Tarafından Değerlendirilmesi: Tuzla Örneği" konulu tez çalışmasını, Hastanenizin Toplum Ruh Sağlığı Merkezinde yapma talebi Birimize iletilmiştir.

Söz konusu araştırma ilgi b) sayılı uygun görüşünüze istinaden Müdürlüğümüzce onaylanmış olup, araştırmanın yürütülmesi esnasında adı geçene gerekli kolaylığın gösterilmesi hususunda;

Gereğini bilgilerinize rica ederim.

e-imzalıdır.
Op. Dr. Kemal TEKEŞİN
Başkan

ÖZGEÇMİŞ

KİŞİSEL BİLGİLER

Adı Soyadı: Merve Gültekin
Doğum Yeri ve Tarihi: Niğde / 10.07.1992
Gsm: 02164940955/1257
E-Posta: mervezdemirsh@gmail.com
Adres: Tuzla Devlet Hastanesi

EĞİTİM BİLGİLERİ

2015/2019 - ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ/SAĞLIK BİLİMLERİ
ENSTİTÜSÜ/SOSYAL HİZMET
2010/2014 - SELÇUK ÜNİVERSİTESİ /SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ/
SOSYAL HİZMET
2006/2010 - NİĞDE ANADOLU LİSESİ (Eşit Ağırlık)

STAJ YAPTIĞI KURUMLAR

02.2014/06.2014 - KONYA MERAM EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
10.2013/01.2014 - KONYA MERAM SOSYAL HİZMET MERKEZİ
09.2013/10.2013 - KONYA AİLE VE SOSYAL POLİTİKALAR İL MÜDÜRLÜĞÜ

ÇALIŞTIĞI KURUMLAR

2015 - KONYA ZERAFET ENGELLİ BAKIM MERKEZİ (Sosyal Çalışmacı)
2016 (Halen) - İSTANBUL TUZLA DEVLET HASTANESİ (Sosyal Çalışmacı)