



T.C.

ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

SOSYAL HİZMET ANABİLİM DALI
SOSYAL HİZMET PROGRAMI
YÜKSEK LİSANS TEZİ

**“TOPLUM RUH SAĞLIĞI MERKEZLERİNDEN HİZMET ALAN
HASTALARIN SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ İLE TANI
GRUPLARI ARASINDAKİ İLİŞKİ
(KÜÇÜKÇEKMECE TRSM VE ESENYURT TRSM)”**

Dilek HAŞLAK

Tez Danışmanı

Prof. Dr. Abulfez SÜLEYMANOV

İSTANBUL-2018



T.C.

ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

SOSYAL HİZMET ANABİLİM DALI
SOSYAL HİZMET PROGRAMI
YÜKSEK LİSANS TEZİ

**“TOPLUM RUH SAĞLIĞI MERKEZLERİNDEN HİZMET ALAN
HASTALARIN SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ İLE TANI
GRUPLARI ARASINDAKİ İLİŞKİ
(KÜÇÜKÇEKMECE TRSM VE ESENYURT TRSM)”**

Dilek HAŞLAK

Tez Danışmanı

Prof. Dr. Abulfez SÜLEYMANOV

İSTANBUL-2018

T.C.
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

Anabilim Dalı : Sosyal Hizmet
Program :Sosyal Hizmet
Öğrenci No : 154205008
Öğrenci Adı Soyadı :Dilek Haşlak

“Toplum Ruh Sağlığı Merkezlerinden Hizmet Alan Hastaların Sosyodemografik Özellikleri ile Tanı
Grupları Arasındaki İlişki
(Küçükçekmece TRSM VE ESENYURT TRSM)”

İsimli çalışma aşağıdaki jüri tarafından 20.09.2018 tarihinde yapılan sınavda Yüksek Lisans Tezi olarak
oybirliğiyle kabul edilmiştir.

Jüri Başkanı : Doç.Dr.İsmail Barış
(Üsküdar Üniversitesi)

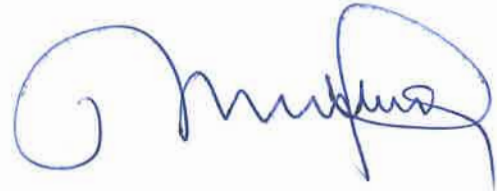
İmza


Danışman : Prof.Dr.Abulfez Süleymanov
(Üsküdar Üniversitesi)

İmza


Üye : Doç.Dr.Yusuf Genç
(Sakarya 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

Dünyada çeşitli ülkelerde yapılmış epidemiyolojik çalışmalar ruhsal hastalıkların sanılandan çok daha yaygın olduğunu göstermektedir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) verilerine göre; dünyada yeti yitimi ve erken ölüme yol açan 10 hastalıktan 5'ini psikiyatrik hastalıklar oluşturmaktadır. Psikiyatrik hastalıkları iyileştirmede geçmişten günümüze kadar birçok yöntem denenmiştir. Günümüzde ise yaygın olarak 3 sistem uygulanmaktadır: Hastane temelli model, toplum temelli model ve toplum-hastane denge modeli.

Bu çalışmada, toplum temelli ruh sağlığı hizmet yaklaşımının çekirdeğini oluşturan toplum ruh sağlığı merkezleri (TRSM) üzerine kapsamlı bir değerlendirme yapılmıştır. Araştırmada, Türkiye'de toplam 149 adet olan ve 23'ü İstanbul'da bulunan TRSM'lerden Esenyurt TRSM ve Küçükçekmece TRSM olmak üzere iki ayrı TRSM'den hizmet alan ve ağır ruhsal hastalığa sahip hastaların sosyo-demografik özellikleri, hastalığın başlangıç yaşı, ailede psikiyatrik hastalık geçmişi, barınma durumu, çocuk sahibi olma, madde kullanımı, intihar girişimi, intihar şekli ve hastaneye yatış sayısı ile tanı grupları arasındaki ilişki incelenmiştir.

Araştırma sonucunda; toplum ruh sağlığı merkezlerinden genellikle şizofreni hastalarının hizmet aldığı tespit edilmiştir. Çalışmadan elde edilen veriler ve daha önce yapılmış olan epidemiyolojik çalışmalar ışığında ağır ruhsal hastalıkların genellikle genç yaşlarda görülmeye başlandığı sonucuna varılmıştır. Çeşitli demografik özellikler üzerinden yapılan değerlendirmelerde hastalığın tanısı ile eğitim durumu, medeni hal, çocuk sahibi olma, kardeş sayısı, mesleki durum gibi özellikler arasında bir ilişki olmadığı tespit edilmiştir. Çalışmada değerlendirilen evren üzerinden yapılan taramalarda genetik durum ile hastalık tanısı arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ancak yapılan birçok bilimsel çalışma hastalığın genetik olduğunu kanıtlar niteliktedir. Araştırma sonucunda ayrıca ağır ruhsal bozukluğu olan hastalardan bipolar bozukluk hastalarının şizofrenlere nazaran intihara daha meyilli oldukları tespit edilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Ruh Sağlığı, Toplum Ruh Sağlığı, Ağır Ruhsal Hastalıklar, Toplum Ruh Sağlığı Merkezi, Şizofreni, Bipolar Bozukluk

ABSTARCT

THE RELATIONSHIP BETWEEN THE DIAGNOSIS GROUPS AND THE SOCIODEMOGRAPHIC CHARACTERISTICS OF THE PATIENTS WHO APPLY TO COMMUNITY MENTAL HEALTH CENTERS (KUCUKCEKMECE AND ESENYURT CMHC)

Epidemiological studies of made in various countries around the world had shown mental illnesses have been widespread than believed to. According to World Health Organization (WHO) data; 5 out of 10 diseases causing disability and premature death in the world constitute psychiatric diseases. Many methods had been attempted to improving psychiatric diseases from the past to the present. At the present day, three systems are implemented widely: Hospital-based model, community based model and community-hospital balance model.

In this study, a comprehensive evaluation has made on community mental health care centers that is nucleus of the community-based mental health models. There are 149 community mental health centers in Turkey and 23 of them are in Istanbul. In research, the relationship between socio-demographic characteristics and the age of beginning of the disease, family history of psychiatric illness, hausing status, having children, use of drugs, the number of suicide attempt, the style of suicide, the number of hospitalizations were investigated on getting service at Esenyurt CMHC and Küçükçekmece CMHC in İstanbul.

As a result of the research; it has been found that schizophrenia patients are generally served by community mental health centers. In the light of work-related data and previous epidemiological studies, it has come to the conclusion that severe mental illnesses are usually seen at younger ages. In the evaluations made on various demographic characteristics, it was determined that there is no relation between the diagnosis of the disease and the educational status, marital status, child ownership, number of siblings, occupational status. Although there was no significant relationship between the genetic status and disease diagnosis in the studies conducted on the universe evaluated in the study, many scientific studies proved that the disease is genetic. As a result of the research, it was also found that bipolar disorder patients were more prone to suicide than schizophrenics in patients with severe mental disorders.

Key Words: Mental health, community mental health, severe mental illnesses, community mental health center, schizophrenia, bipolar disorder.

BEYAN

Yüksek lisans tezi olarak sunduğum “*Toplum Ruh Sağlığı Merkezlerinden Hizmet Alan Hastaların Sosyodemografik Özellikleri ile Tanı Grupları Arasındaki İlişki (Küçükçekmece TRSM ve Esenyurt TRSM)*” adlı 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.

27/09/2018

DİLEK HAŞLAK



İÇİNDEKİLER

ÖZET	i
ABSTARCT	ii
BEYAN	iii
İÇİNDEKİLER	iv
TABLolar DİZİNİ	vii
ŞEKİLLER DİZİNİ	viii
KISALTMALAR VE SİMGELER DİZİNİ	ix
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	5
2.1. RUH SAĞLIĞI	5
2.1.1. Sağlığın ve Ruh Sağlığının Tanımı	5
2.1.2. Ruh Sağlığı Hizmetlerinin Önemi.....	6
2.1.3. Ruh Sağlığını Etkileyen Faktörler.....	7
2.1.4. Dünyada ve Türkiye’de Ruh Sağlığı.....	9
2.2. RUHSAL HASTALIKLAR.....	10
2.2.1. Ruhsal Hastalıkların Tanımı ve Sınıflandırması	10
2.2.2. Ağır Ruhsal Hastalıklar (Psikoz).....	13
2.2.3. Ruhsal Hastalıkların Türkiye’de ve Dünyada Yaygınlığı	17
2.3. RUHSAL HASTALIKLARDA MADDE KÖTÜYE KULLANIMI VE İNTİHAR EĞİLİMLERİ.....	18
2.3.1. Madde Kötüye Kullanımı	18
2.3.2. İntihar Eğilimleri.....	20
2.4. KORUYUCU RUH SAĞLIĞI HİZMETLERİ.....	22
2.4.1. Koruyucu Ruh Sağlığının Tanımı	22
2.4.2. Hastane Temelli Model	24
2.4.3. Toplum Temelli Model	26
2.4.4. Toplum-Hastane Denge Modeli	27
2.5. TOPLUM RUH SAĞLIĞI	28
2.5.1. Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri (TRSM)	28
2.5.2. Toplum Ruh Sağlığı Merkezlerinin Rolü ve Önemi	30
2.5.3. Esenyurt Toplum Ruh Sağlığı Merkezi ve Küçükçekmece Toplum Ruh Sağlığı Merkezinde Verilen Hizmetler.....	31

2.5.4. Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri ve Sosyal Hizmet İlişkisi.....	33
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	36
3.1. Araştırmanın Modeli	36
3.2. Araştırmanın Evren ve Örneklemi	36
3.3. Veri Toplama Yöntemi ve Aracı.....	37
3.4. Araştırmanın Hipotezleri.....	37
3.5. Araştırmanın Alanı ve Sınırlılıkları.....	39
4. BULGULAR.....	40
4.1. Hastaların Cinsiyeti.....	40
4.1.1.Hastaların Cinsiyetine Göre Tanı Grupları	40
4.2. Hastalığın Başlangıç Yaşı	42
4.3. Hastaların Medeni Durumu.....	43
4.3.1.Hastalığın Tanısı ve Medeni Durumu	43
4.4. Hastaların Çocuk Sahibi Olma Durumu.....	44
4.5. Hastaların Kardeş Sayısı	45
4.5.1.Hasta kaçınıcı çocuk.....	45
4.6. Ailede Psikiyatrik Hastalık Geçmişi	46
4.6.1.Hastalığın Tanısı ve Ailede Psikiyatrik Hastalık Geçmişi	46
4.7. Hastaların Çalışma Durumu ve Mesleği	47
4.8. Hastaların Eğitim Durumu	48
4.8.1. Hastalığın Tanısı ve Eğitim Durumu	48
4.9. Hastaların Barınma Durumu	49
4.10. Hastaların Madde Kullanımı	50
4.10.1. Hastalığın Tanısı ve Madde Kullanımı	50
4.11. Hastaların İntihar Girişimi	52
4.11.1. Hastalığın Tanısı ve İntihar Girişimi.....	52
4.11.2. Hastaların İntihar Şekli	53
4.11.3. İntihar Girişimi ve Eğitim Durumu	54
4.12. Hastaların Hastaneye Yatış Sayısı	55
4.12.1. Hastalığın Tanısı ve Hastaneye Yatış Sayısı.....	55
5. TARTIŞMA	56
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	66
7. KAYNAKÇA	69
EKLER.....	74

Ek 1: Etik Kurul Raporu	74
Ek 2: Araştırma İzin Belgeleri	75
Ek 3: Hasta Bilgileri.....	84
Ek 4: İstanbul'da Hizmet Veren TRSM'ler	88



TABLolar DİZİNİ

Tablo 1: Hastaların cinsiyete göre dağılımı	40
Tablo 2: Hastalık tanısı ile cinsiyet arasındaki ilişki	40
Tablo 3: Hastalık tanısı ile cinsiyet arasındaki ilişki analizi.....	41
Tablo 4: Hastalığın başlangıç yaşı	42
Tablo 5: Hastalığın tanısı ile medeni durum arasındaki ilişki	43
Tablo 6: Hastalığın tanısı ile medeni durum arasındaki ilişki analizi.....	43
Tablo 7: Hastaların çocuk sahibi olma durumu	44
Tablo 8: Hastaların kardeş sayısı	45
Tablo 9: Hasta kaçınıcı çocuk	45
Tablo 10: Ailede psikiyatrik hastalık geçmişi	46
Tablo 11: Ailede psikiyatrik hastalık durumu ile hastalık tanısı arasındaki ilişki.....	46
Tablo 12: Mesleki durum ile hastalık tanısı arasındaki ilişki	47
Tablo 13: Hastaların mesleki durumu.....	47
Tablo 14: Hastaların eğitim durumu	48
Tablo 15: Hastalık tanısı ile eğitim durumu arasındaki ilişki	48
Tablo 16: Hastalık tanısı ile eğitim durumu arasındaki ilişki analizi	49
Tablo 17: Hastaların barınma durumu	49
Tablo 18: Hastaların madde kullanımı.....	50
Tablo 19: Hastalık tanısı ile madde kullanımı arasındaki ilişki.....	50
Tablo 20: Hastalık tanısı ile madde kullanımı arasındaki ilişki analizi.....	51
Tablo 21: Hastaların intihar girişimi.....	52
Tablo 22: Hastalık tanısı ile intihar girişimi arasındaki ilişki.....	52
Tablo 23: Hastaların intihar şekli.....	53
Tablo 24: İntihar şekli ile hastalık tanısı arasındaki ilişki	53
Tablo 25: Eğitim durumu ile intihar girişimi arasındaki ilişki	54
Tablo 26: Eğitim durumu ile intihar girişimi arasındaki ilişki analizi.....	54
Tablo 27: Hastalığın tanısı ile hastaneye yatış sayısı arasındaki ilişki	55

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1: Ruhsal ve davranışsal bozuklukların sınıflandırılması	12
Şekil 2: Şizofreni türleri	15



KISALTMALAR VE SİMGELER DİZİNİ

- BM** : Birleşmiş Milletler
- DSM-VI** : Akıl Hastalıkları Tanı ve İstatistik El Kitabı
- DSÖ** : Dünya Sağlık Örgütü
- ICD-10** : Uluslararası Hastalık Sınıflaması
- TKHK** : Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu
- TRSM** : Toplum Ruh Sağlığı Merkezi
- TRSPR** : Türkiye Ruh Sağlığı Profil Raporu
- TSİM** : Temel Sağlık İstatistikleri Modülü
- TUİK** : Türkiye İstatistik Kurumu
- URSEP** : Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı
- WPA** : Dünya Psikiyatri Birliği

1. GİRİŞ

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) sağlığı “*yalnızca hastalık ve sakatlığın bulunmaması değil, bedensel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik hali*” şeklinde tanımlamaktadır. Bu tanıma göre; tam bir iyilik halinden söz edebilmek için bireyin sadece bedenen değil ruhsal ve sosyal yönlerden de sağlıklı olması beklenmektedir.

Sağlık kimi zaman bireysel nedenlerle bozulabileceği gibi kimi zaman da çevresel ya da toplumsal nedenlerle bozulabilmektedir. Bireyin sosyal refahının artırılması ve tam bir iyilik halinin sağlanabilmesi için tıbbi sorunlarının çözümünde disiplinler arası bir yaklaşımın uygulanması gerekmektedir. Bu bağlamda sosyal hizmet mesleği de hastaların “hasta hakları” açısından korunmasında önemli bir fonksiyona sahiptir. Sosyal hizmet yaklaşımının sağlık açısından üstlendiği sorumluluk kişinin çevresiyle uyumlu ve sağlıklı olmasını sağlamaktır (Garvin ve Tropman, 1992, s:269-271).

Dünyada çeşitli ülkelerde yapılmış toplum taramalarına bakıldığında ruhsal hastalıkların sanılandan çok daha yaygın olduğu görülmektedir. ABD'de yapılan ruhsal hastalıklar epidemiyolojik çalışmalarına göre; her iki kişiden biri hayatları boyunca en az bir ruhsal rahatsızlık geçirmiştir. Ülkemizde yapılan ruhsal hastalık epidemiyolojisi çalışmalarında çıkan sonuçlara göre ise; ülkemizde tanı konacak düzeyde ruhsal hastalık yaygınlığı %20 civarındadır (Türkiye Ruh Sağlığı Profil Raporu, 1998). Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı (URSEP, 2011) Türkiye’de ruhsal hastalıkların yaygınlığı hakkında bilgi vermektedir. URSEP çalışması ile Türkiye nüfusunun %18’inin hayat boyu bir ruhsal hastalık geçirdiği, çocuk ve ergenlerde klinik düzeyde sorunlu davranış oranının ise %11 olduğu saptanmıştır.

Kişinin yaşam kalitesinin büyük ölçüde ruhsal durumuna bağlı olması, ruhsal ya da nörolojik rahatsızlığa sahip bireylerin tıbbi bakıma ihtiyaç duyması, fiziksel hastalıkların kişinin ruhsal durumu da etkilemesi ve ruhsal hastalıkların kalıcı hasarlara hatta erken ölümlere yol açabilmesi gibi sorunlar ruhsal sorunlara yönelik koruyucu ve önleyici tedbirlerin alınmasının gerekli olduğunu göstermiştir (Bilge ve ark., 2006, s:45).

Dünyada ruhsal hastalıkları önleme ve tedavi etme amacıyla üç farklı hizmet modeli uygulanmaktadır. Bunlar 1800“lü yıllardan 1960“lı yıllara kadar yaygın olarak

kullanılan “*Hastane Temelli Model*”, 1960’lı yıllardan sonra gelişmiş ülkelerde yaygın olarak kullanılmaya başlanan “*Toplum Temelli Model*” ve bu iki modelin karması olan “*Toplum-Hastane Denge Modeli*” dir (Tansella ve Thornicroft, 2002, s:85).

Günümüzde gelişmiş ve gelişmekte olan ülkeler hastane temelli modelden toplum temelli modele doğru bir geçiş süreci yaşamaktadır. Ülkemizde de uygulamaya geçilmesi düşünülen ve bunun için ilk adımların atıldığı toplum temelli modelde amaç; ruh hastalarının tedavisi ve bakımının geleneksel hastaneler yerine kendi yaşadığı çevrede sağlanması ve mümkünse tedavisi sırasında ailesinin veya yakınlarının yanında yaşamını sürdürmesine imkan sağlamaktır.

Hastane temelli modelden toplum temelli modele geçişin bir basamağı olan toplum-hastane denge modelinde ise yataklı sağlık kurumları ile toplum temelli model kurumları (toplum ruh sağlığı merkezleri, gündüz hastaneleri vb.) bir arada hizmet vermektedir. Türkiye’deki mevcut durum düşünüldüğünde genellikle toplum-hastane denge modelinin hakim olduğu fakat son dönemdeki gelişmeler takip edildiğinde ise toplum temelli modele doğru bir yönelim olduğu söylenebilir. Ülkemizin sağlık sistemi, sosyo-ekonomik koşulları değerlendirildiğinde ve insan kaynakları açısından eksikliklerinin giderilmesinin onlarca yıl alacağı düşünüldüğünde mevcut durumda en ideal modelin toplum-hastane denge modeli olduğu söylenebilir (URSEP, 2011).

Günümüzde insanlarda ruhsal bozukluk görülme sıklığı her geçen gün artmaktadır. Ancak hastalıklar her ne kadar artış gösterse de toplumdaki farkındalık ve hastalıkların görünürlüğünün aynı oranda arttığı söylenemez. Özellikle şizofren ya da bipolar bozukluk gibi ağır ruhsal bozukluğa sahip hastalara yönelik olarak bilimsel araştırmaların sınırlı olmasından hareketle, bu araştırmanın ilerideki araştırmalar için yeni bakış açıları sunması beklenmektedir.

İstanbul’da bulunan Esenyurt Toplum Ruh Sağlığı Merkezi ve Küçükçekmece Toplum Ruh Sağlığı Merkezinden hizmet alan kayıtlı hastaların sosyal profillerinin belirlenmeye çalışıldığı bu çalışma dört bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde ruh sağlığı, ruhsal hastalıklar ve ağır ruhsal hastalıklara yönelik koruyucu ruh sağlığı politikalarının incelendiği kuramsal ve kavramsal çerçeve yer almaktadır. Araştırmanın gereç ve yönteminin ele alındığı ikinci bölümde hastaların demografik ve klinik özellikleri, kullanılan ölçme araçları ve veri toplama sırasında izlenen yol

aktarılmaktadır. Üçüncü bölümde ise şizofreni ve bipolar gibi ağır ruhsal bozukluğa sahip hastaların hasta dosyalarından alınan veriler yorumlanmıştır. Bu veriler iki başlık altında ele alınmıştır. İlk olarak TRSM' lerede kayıtlı olan hastaların sosyo demografik özellikleri ve hastaların klinik özellikleri, daha sonra hastaların aile yaşamı ve sosyal yaşamına ilişkin bulgular yer almaktadır. Son olarak, sonuç ve değerlendirme bölümünde araştırmanın bulguları yorumlanmış ve öneriler sunulmuştur.

Araştırmanın Amacı

Bu çalışmanın temel amacı; İstanbul Esenyurt Toplum Ruh Sağlığı Merkezi ve İstanbul Küçükçekmece Toplum Ruh Sağlığı Merkezinden hizmet alan hastaların sosyodemografik özellikleri ve tanı grupları arasındaki ilişkiyi incelemektir. Araştırmanın alt amacı ise; hastalık tanısı ile sosyo-demografik özellikler arasında bir ilişki var ise bu ilişkiler ağının nasıl kurulacağını belirlemektir. Ayrıca hastalıkları önleme ve tedavi etmede sosyal hizmet mesleği ve psikiyatrik sosyal hizmetin payı da araştırmanın bir diğer alt amacını oluşturmaktadır.

Araştırma doğrultusunda; bireyin sosyo-demografik özellikleri ile ruhsal hastalık tanısı arasında bir ilişki var mıdır? Eğer bir ilişki var ise hastalıkları önleme ve tedavi etmede nasıl yöntemler izlenebilir? sorularına cevap aranmıştır.

Araştırmanın Önemi

Biyopsikososyal bir varlık olan insanın yaşamını sağlıklı bir şekilde sürdürebilmesi için biyolojik, psikolojik ve sosyal yönlerinin birbirleriyle dengeli ve uyumlu bir ilişki içinde olması ve bireyde tam bir iyilik halinin olması gerekmektedir. DSÖ verilerine göre, dünyada yeti yitimi ve erken ölüme yol açan 10 hastalıktan 5'i psikiyatrik hastalıklardır. Bu bağlamda psikiyatrik hastalıkların önlenmesi, tedavi edilmesi ve ruh sağlığı konusunda yürütülecek çalışmalar önem arz etmektedir.

Toplum ruh sağlığı konusunda yapılacak olan çalışmalar ruh sağlığı konusundaki yaklaşımı ve ruh sağlığı politikalarını etkileyebilir. Hastane temelli modelden toplum temelli modele geçiş gibi tüm sistemin değiştirilmesinin başladığı bu dönemde, hem iki modelin karşılaştırıldığı hem de yeni modelin ülkemiz için nasıl şekillenmesi gerektiğine dair ipuçları verecek araştırmalar yapılması toplum ruh sağlığı politikaları ve uygulamaları açısından faydalı olacaktır (URSEP, 2011). Bu çalışma da

hem Türkiye'deki mevcut toplum ruh sağlığı uygulamalarını görme açısından hem de yapılacak olan politikalar için yol gösterici olacağından önem arz edecektir.



2. GENEL BİLGİLER

2.1. RUH SAĞLIĞI

2.1.1. Sağlığın ve Ruh Sağlığının Tanımı

DSÖ tarafından sağlık; “yalnızca hastalık ve sakatlığın bulunmaması değil; bedensel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik hali” olarak tanımlanmaktadır. DSÖ, 1947 yılında sağlığı "tam bir fiziki, ruhsal ve toplumsal iyilik hali" olarak tanımlamış, 1958'de ise bu tanıma "manevi iyi oluş halini" de eklemiştir. DSÖ'nün bu tanımına göre; bedenlen sağlıklı olmak sağlıklı bir birey olabilmek için yeterli değildir. Tam bir iyilik halinden söz edilebilmesi için bireyin bedensel, ruhsal ve sosyal yönlerinin tümüyle sağlıklı olması gerekmektedir. Sönmez (2009)'e göre; DSÖ'nün tanımında bahsedilen “tam bir iyilik hali” “yaşam niteliği (quality of life)” kavramı ile doğrudan ilişkilidir. Yaşam niteliği, bireyin temel ihtiyaçlarının ve toplumsal beklentilerinin karşılanması ve kişinin yaşadığı toplumun sunduğu tüm olanaklardan faydalanması olarak açıklanabilir.

Ruh sağlığı ile beden sağlığı birbirini etkileyen bir sistemin parçalarıdır. Fiziksel ve ruhsal sağlık bir bütün olmakla birlikte fiziksel sağlığın bozukluğu ruhsal sağlığın; ruhsal sağlığın bozukluğu ise fiziksel sağlığın bozulma riskini artırabilmektedir. Örneğin; kardiyovasküler rahatsızlıklar depresyona, aynı şekilde depresyon da kardiyovasküler rahatsızlıklara yol açabilmektedir (Gültekin, 2010, s:584).

Köknel (1990) ruh sağlığını; “bireyin kendi kendisiyle ve çevresini oluşturan insanlarla barış içinde yaşaması; sürekli denge, düzen ve uyum sağlayabilmek için gerekli çabayı sürdürebilmesi” şeklinde tanımlamaktadır. Yörükoğlu (1997)'na göre ise; günlük kaygılar ve üzüntüler sağlıklı her insanda mevcuttur. Dolayısıyla her kaygı ve üzüntü durumu ruhsal hastalık belirtisi sayılmaz. Ancak nedensiz ya da uzun süre devam eden bunaltı ve kaygılar ruhsal hastalıkların göstergesi olabilirler.

Ruh sağlığı tanımının yanında toplum ruh sağlığı tanımı da önem arz etmektedir. Toplum ruh sağlığı; bireye ve bireyin etkileşim içinde olduğu çevreye sunulan önleyici, tedavi ve rehabilite edici tüm ruh sağlığı hizmetlerini ifade eder. Bireylerin ruhsal sorunlarının üstesinden gelmelerine yardımcı olmak, hastalık nedeniyle kaybettikleri

toplumsal rollerini yeniden kazanmalarını sağlamak amacıyla yapılan çalışmaların hepsi toplum ruh sağlığı hizmetleri içerisinde yer almaktadır (Bilge ve ark., 2006, s:45).

2.1.2. Ruh Sağlığı Hizmetlerinin nemi

Köknel (1990) ruh sağlığı hizmetlerinin amaçlarını; bireyin içinde yaşadığı toplum ve çevrede mutlu, uyumlu ve başarılı olmasını sağlamak, ruhsal bozukluk ve hastalıkları önlemek, yani bireyi ve toplumu ruh hastalıklarından korumak ve ruh hastalıklarını tedavi ederek kişileri topluma yeniden kazandırmak olarak açıklamaktadır.

Ruhsal hastalıklar bireyi ve toplumu birçok açıdan etkileyebilmektedir. Bunları ekonomik boyut, hukuki boyut ve tıbbi boyut olmak üzere üç temel başlık altında incelemek mümkündür:

a) Ekonomik Boyut: Ruhsal bozuklukların ekonomiye yükü oldukça fazladır. Ruhsal hastalıklar hastayı ekonomik anlamda yoksun bırakmanın yanında hastanın ailesine ve topluma da pahalıya mal olabilmektedir. Özellikle şizofreni gibi ağır ruhsal hastalıklarda eğer bireyin hastalık durumu çevresi tarafından biliniyorsa genellikle durum damgalanmayla ve işten ıkarılmayla sonuçlanabilmektedir. Birey damgalanmasa dahi hastalığı nedeniyle bireyin çalışma verimi düşebilir ve bu durum bireyin işten çıkarılmasına neden olabilir. Aynı şekilde hastalığı nedeniyle eğitim süresini tamamlayamayan hastaların meslek sahibi olamamaları ya da mesleğini bırakmak zorunda kalmaları da diğer bir dezavantaj olarak karşımıza çıkabilmektedir. Ayrıca ailede gelir getiren bir kişinin eksilmesi, takip ve tedavisi düzenli yapılmayan hastaların alevlenme sıklığının artması neticesinde hastanede yatış sürelerinin uzaması da aileye ve topluma ekonomik yük olarak dönebilmektedir (Gültekin, 2010, s:586).

b) Hukuki Boyut: Hukuki boyuttaki sorunlar olarak; hastaların düzenli olarak hukuki kayıtlarının yapılmaması, hasta ve hasta yakınlarının “hastanın sosyal hakları” vb. konularda bilgilendirilmemesi gibi problemler sayılabilir (Akarçay, 2013, s:37).

c) Tıbbi Boyut: Tıbbi boyuttaki sorunlara; tıbbi müdahalelerin zamanında yapılmaması, hastalığın alevlenme/atak dönemini işaret eden semptomların takip edilmemesi, özellikle ağır ruhsal bozukluklarda hastalara uygun tedavi ve rehabilitasyon programlarının oluşturulmaması gibi sorunlar örnek verilebilir (Akarçay, 2013, s:37).

Yaşam kalitesinin büyük ölçüde bireyin ruhsal durumuna bağlı olması, ruhsal hastalığa sahip kişilerin önemli oranda tıbbi bakıma ihtiyaç duyması, fiziksel hastalıkların ruhsal durumu etkileyen yönlerinin de olması ve ruhsal hastalıkların kalıcı hasralara ve hatta erken ölümlere yol açması gibi durumlar halk sağlığı açısından önem taşımaktadır ve dolayısıyla ruhsal sorunlara yönelik koruyucu ve önleyici önlemlerin alınmasını zorunlu kılmaktadır (Bilge ve ark., 2006, s:45).

ABD’de 1960’ların sonunda toplum ruh sağlığı hizmetlerine olan ilginin artmasıyla birlikte ruhsal hastalıklara yönelik hizmetlerin bütüncül yaklaşımına olan ilgi de artmıştır. Bütüncül yaklaşım insanı bedensel, ruhsal ve toplumsal yönden bir bütün olarak ele almakta ve sağlık hizmetlerinin de bütüncül görülmesi ve uygulanmasını vurgulamaktadır (Doğan ve ark., 2002, s:73). Bu durumda önleme girişimleri de önem arz etmektedir. Literatürde çeşitli önleme aşamaları yer almakla birlikte aşağıda “Klasik Halk Sağlığı Önleme Sınıflandırması” yer almaktadır. Bu sınıflandırmaya göre;

- a) “Birincil Önleme (Primer Önleme): Ruh sağlığı sorunları ortaya çıkmadan gerekli önleyici tedbirleri alarak hastalığın ortaya çıkmasını önlemeyi hedefler. Amaç risk faktörlerini azaltmak, hastalık nedeni olan faktörleri yok etmek ve direnci artırmaktır.
- b) İkincil Önleme (Sekonder Önleme): Hastalık oluşma sürecini semptomatik hale gelmeden durdurmayı dolayısıyla hastalığın ileri evrelerine müdahale etmeyi hedefler.
- c) Üçüncül Önleme (Tersiyer Önleme): Mevcut hastalık, bozukluk ve sorunların fiziksel ve sosyal sonuçlarını ya da yeti kaybını azaltmayı hedefler. Bu haliyle de hastalığın semptomatik evresinde müdahaleyi hedefleyerek yeti kaybını azaltmayı, rehabilitasyonu, hastalıkların tekrarlaması ve depresmesini önlemeyi amaçlar. Özellikle şizofreni, ciddi duygudurum bozuklukları ve kişilik bozukluklarında üçüncül müdahale önemlidir. Hastaların yeniden topluma katılmasının sağlanması, eğitimlerini tamamlamalarına yardım edilmesi, sosyal destek sistemlerini kurulması üçüncül önlemin önemli hedeflerindedir (Gültekin, 2010, s:590-591).”

2.1.3. Ruh Sağlığını Etkileyen Faktörler

Ruhsal bir rahatsızlığı bulunmayan kişilerde dahi ruh sağlığı standart ve değişmez bir durum değildir. Ruh sağlığı da tıpkı fiziksel sağlık gibi koşullara göre değişebilmektedir. Dış baskılar ve risk faktörlerinin belli bir ölçüyü aşması ile kişinin ruhsal dengesi sarsılabilmektedir. Dolayısıyla ortaya bunalım, üzüntü, kaygı, iç çatışma

ve buna bağlı olarak davranış bozukluklarının çıkması oldukça olasıdır (Yrkoğlu, 1997, s:17).

Kişinin ruh sağlığını bozan temel sosyal, ekonomik ve çevresel dış etkenler; ölüm, hastalık, yoksulluk, işsizlik, boşanma, can güvenliğinin olmaması, doğal afetler ve savaşlardır. Örneğin; savaş ve benzeri travmalar travma sonrası stres bozukluğu, depresyon, anksiyete ve madde kötüye kullanımı gibi ruhsal bozukluklara yol açabilmektedir.

Bu risk faktörlerinin bir kısmı değiştirilebilirken bir kısmı değiştirilemez. Örneğin; yoksulluk, savaş ve adaletsizlik gibi sosyoekonomik ve çevresel etkenler değiştirilebilen risk faktörlerini oluştururken; doğum komplikasyonları, kromozom anomalileri vb. gibi faktörler değiştirilemez risk faktörlerini oluşturur (Gültekin, 2010, s:589). Boşanma sonucu parçalanmış aileler, aile bağlarının kopması, kopmuş aile-ocuk ilişkileri, çok düşük ya da çok yüksek beklentiler gibi olumsuz yaşam deneyimleri gençleri intihara meylettiren önemli unsurları oluşturmaktadır. Yapılan araştırmalar özellikle ergenlerde parçalanmış ailelerde yaşamanın intihar girişimlerini tetiklediğini göstermiştir (Ercan, 1998).

Ruh sağlığı birimlerine başvuran hastaların hangi sosyal sınıftan olduğu da oldukça önem taşımaktadır. Yapılan epidemiyolojik çalışmalara göre; yoksul hastalarda şizofreni görülme oranı daha yüksek olmakta, hastalara psiko-sosyal tedavi yöntemlerinden çok biyolojik tedavi yöntemleri uygulanmakta, psikoterapi seçeneği daha az tercih edilmekte dolayısıyla hastalarda tedaviyi erken bırakma olasılığı daha fazla olmaktadır. Yatan hastalar arasında düşük sosyal sınıftaki kişilerin daha yüksek oranda olduğu bilinmektedir (Doğan ve Kocacık, 2006, s:112). Ayrıca ruhsal sorunları bulunan insanlar toplumda eğitim fırsatlarından yararlanamadıkları için bu insanların eğitim seviyeleri düşüş göstermekte ve bu durum kişisel gelişim fırsatlarını olumsuz olarak etkileyebilmektedir.

Yukarıda belirtilen risk faktörlerinin tümü ülkemizde görülmektedir. Tüm bu risk faktörlerinden en fazla etkilenebilecek olanlar ise; kadınlar ve çocuklar, parçalanmış aile yeleri, işsizler, yaşlılar, göçmen aileler, yetiştirme yurdunda büyüyen kişiler, mahkumlar, ailesinde ruhsal hastalık olan bireyler, engelliler yani kısaca toplumda dezavantajlı konumda olan tüm bireylerdir.

2.1.4. Dünyada ve Türkiye’de Ruh Sağlığı

Birleşmiş Milletler (BM) tarafından hazırlanan rapora göre; dünya üzerinde 450 milyon birey en az bir ruhsal veya nörolojik hastalıkla mücadele etmektedir. Yapılan epidemiyolojik çalışmalara göre; Amerika’da her dört kişiden biri ruhsal hastalıklardan en az birini yaşamakta ancak bu hastalardan sadece üçte ikisi tedavi talep etmektedir. DSÖ verilerine göre; dünyada yaklaşık 900.000 kişi her sene ruhsal hastalıkların sonuçlarından biri olan intihar nedeniyle yaşamını yitirmektedir. İntihar özellikle 15- 44 yaş grubundaki bireylerde en sık görülen üç ölüm nedeninden birini oluşturmaktadır. Yine DSÖ 2006 verilerine göre; ruhsal hastalığa sahip kişilerin % 57.5’i şizofrenlerden oluşmaktadır. DSÖ 2001 raporuna göre ise; 2020 yılına gelindiğinde depresyonun toplam hastalıklar içindeki oranının % 5.7 olması beklenmektedir (<http://www.who.int/whr/2001/chapter2/en/index4.html>).

Türkiye’de yapılan çalışmalarda ise; yetişkin bireylerde her 4-5 kişiden birinde tedavi gerektirecek seviyede ruhsal hastalık bulunduğu, çocuk ve gençlerde ise davranış bozuklukları ve duygusal sorunların yaygın olduğu belirlenmiştir.

Ruhsal hastalıkların da en az bedensel hastalıklar kadar yeti yitimine neden olduğu bilinmektedir. Bu durum ruhsal hastalıkların meydana gelmeden önce önlenmesi veya herhangi bir ruhsal hastalık mevcut ise hastalığın tedavisinin bireyin ve toplumun iyilik hali için ne derece önemli olduğunu göstermektedir. Bu bağlamda, Türkiye Ruh Sağlığı Eylem Planında;

“Ruh sağlığı alanında hizmet sunan kurumlar arasında eşgüdümün sağlanması, ağır ruhsal bozukluğu olan bireylerin tüm ihtiyaçlarını karşılayabilecek bütüncül bir ruh sağlığı sisteminin kurulması, psikiyatri yatak sayısının toplum temelli modele uygun şekilde dizayn edilerek artırılması, ruh sağlığı alanında çalışan personel sayısının ve niteliğinin artırılması, ruhsal hastalık yaşayan bireylere verilen hizmetlerin kalitesinin artırılması, ruh sağlığının korunması ve geliştirilmesi için kadınlara ve çocuklara yönelik hizmetlerin artırılması, ruh sağlığı alanında yasal düzenlemelerin yapılması temel hedefler olarak belirlenmiştir.”

Türkiye’de bugün uygulanan ruh sağlığı hizmetleri politikasının temelleri 1980’lerin başında atılmıştır. Mevcut durumda ülkemizde ruh sağlığı hizmetleri ağırlıklı olarak hastane temelli model ile sunulmaktadır. A1 dal hastanesi rolündeki Adana, Bolu, Elazığ, Manisa, Samsun, Trabzon ve İstanbul Bakırköy ve İstanbul Erenköy’de

bulunan toplam 8 adet ruh sağlığı ve sinir hastalıkları hastanesi oldukça geniş bir coğrafi b6lgeye ve kalabalık bir n6fusa aktif olarak hizmet vermektedir. Sağlık Bakanlığı tarafından 2011 yılında yayınlanan “*Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı 2011-2023*”te hastane temelli modelden toplum temelli modele geçiş 6nerilmiş, bu doğrultuda toplum temelli hizmetlerin geliştirilmesi amacıyla 6lke 29 sağlık b6lgesine ayrılarak b6lgedeki hasta yatakları da dahil olmak 6zere t6m sağlık hizmetlerinin yeniden yapılandırılması planlanmıştır. Yeni yapılanma ile, mevcut ruh sağlığı ve sinir hastalıkları hastanelerinde bulunan psikiyatri yatak sayılarının azaltılması, yeni açılacak psikiyatri yataklarının toplum temelli modele uygun olarak genel hastaneler içinde açılması, n6fusu 100.000 ve 6zeri olan her yerleşim b6lgesine bir tane olmak 6zere toplam 236 adet TRSM açılması planlanmıştır. Bug6n gelinen noktada, Sağlık Bakanlığı 2017 verilerine g6re, toplam 149 adet TRSM aktif olarak hizmet vermektedir.

2.2. RUHSAL HASTALIKLAR

2.2.1. Ruhsal Hastalıkların Tanımı ve Sınıflandırması

Ruhsal bozuklukların tanımlanmasında ve sınıflandırılmasında ilk 6nemli adım 1986’da Alman psikiyatr E. Kreapelin tarafından atılmıştır. Kreapelin’in koyduğu tanımlamalar birçok y6nden bug6n de geçerliliğini korumaktadır.

Psikoloji literat6r6nde “davranış bozukluğu”, “ruhsal bozukluk”, “ruh hastalığı” ve “anormal davranış” terimleri genellikle aynı anlamda kullanılmaktadır. Fakat psikologlar “ruh hastalığı” terimini kullanmaktan genellikle kaçınırlar 6nk6 hastalık kelimesinin organik bir hastalık anlamı taşıdığını d6ř6n6rler. Morgan (2011)’a g6re; davranış bozukluğu ya da ruhsal hastalık anormal davranışın herhangi bir 6r6nt6s6d6r; ancak “anormal”in ne olduğunu tanımlamak oldukça g6t6r.

6zt6rk (2008)’e g6re; anormalin tanımını yapmak normalin tanımını yapmaktan daha kolaydır. Ruh sağlığı bozulan kişi genellikle duygu, d6ř6nce ve davranışlarında değişik derecelerde tutarsızlık, aşırılık, uygunsuzluk ve yetersizlik 6zelliklerini taşır.

Plotnik (2009), anormal davranışı 6 başlık altında ele alır; istatistiksel sıklık, sosyal normlardan sapma ve uyumsuz davranış. İstatistiksel sıklık, eğer bir davranış toplumdaki diğer bireylerin davranışları ile karşılaştırıldığında nadiren veya seyrek olarak meydana geliyorsa anormal olarak kabul edilebilir. Sosyal norm yaklaşımı, bir

davranışın standart kabul edilen değer ve normlardan büyük oranda sapması durumunda anormal kabul edilebileceği anlamına gelir. Uyumsuz davranış yaklaşımına göre ise, bir davranış bireyin bireysel yaşamında veya toplum içinde yaşamını sürdürme becerisini engelliyorsa anormal olarak tanımlanabilir.

Zastrow (2015)'a göre ise ruh hastası olarak sınıflandırılmanın üç adımı bulunmaktadır. Kişi (depresyon gibi) istenmeyen duygular yaşar veya bazı garip sapma davranışları gösterir; duygular veya davranışlar aile veya yerel toplum tarafından tahammül edilebilir değildir ve sonuç olarak kişi bir ruh sağlığı uzmanının değerlendirmesine havale edilir; ruh sağlığı uzmanı tıbbi modele inanma ve bir ruhsal hastalık etiketi yapıştırma eğilimindedir.

Akıl hastalıkları sınıflandırılması, ABD'de akıl sağlığı uzmanları tarafından Diagnostic and Statistical Manuel of Mental Disorders/DSM-IV (Akıl Hastalıkları Tanı ve İstatistik El Kitabı) adlı kitapta toplanmıştır ve bu kitap günümüzde psikiyatrik hastalıklar alanında en genel sınıflandırma olarak kabul görmektedir. Bu kitaba göre ruhsal hastalıklar iki temel başlıkta incelenir: Nevrozlar ve psikozlar.

Atkinson ve arkadaşlarına (2012) göre; nevrozlar, pek nadir olarak hastaneye yatmayı gerektirecek kadar ağır anksiyete ve uyumsuz davranışlar gösterirler. Nevroz durumunda birey, tam kapasiteyle olmasa da, toplum içindeki işlevini yerine getirmeye devam eder. Psikoz ise daha ciddi bozuklukları kapsayan bir ruhsal hastalıktır. Psikozda, bireyin davranış ve düşünce süreçleri öylesine bozulur ki kişi gerçeklikle bağlantısını yitirir ve gündelik yaşamın gerekleriyle başa çıkamaz hale gelir, nihayetinde ise hastaneye yatırılması gerekebilir.

Kreapelin tarafından yapılan sınıflandırmaya göre psikozlar; yapısal bir bozukluktan ileri gelmeyen ve ağır tablolarla seyreden, zihinsel yeti ve özelliklerde çeşitli bozulmalarla kendini belli eden ve temelli olarak düzeltilemeyen bozuklukları ifade etmektedir. Buna karşılık daha hafif seyreden ve düzelme ile sonlanabilen durumlara ise sinir bozukluğu anlamında “nevroz” denilmiştir (Babaoğlu, 2011, s:130).

1992 yılında Dünya Sağlık Örgütüncü “*ICD-10 Hastalık Sınıflandırma Kitapçığı*” yayınlanmış ve kitapçıkta F00'dan F99'a kadar uzanan “*Ruhsal ve Davranışsal Bozuklukların Sınıflandırılması*” bölümüne yer verilmiştir. Bununla birlikte ruhsal hastalıkları tanımlayan ve açıklayan tek bir sınıflandırma bulunmamakla

birlikte aşağıdaki tabloda birkaç literatürden alınan ve en genel şekliyle listelenen ruhsal hastalıklar sıralanmıştır:

Şekil 1: Ruhsal ve davranışsal bozuklukların sınıflandırılması

RUHSAL HASTALIKLAR KATEGORİSİ	
HASTALIK ADI	AÇIKLAMA
Bebeklik, Çocukluk ya da Ergenlikte Ortaya Çıkan Bozukluklar	Zihinsel gerilik, otizm, dikkat eksikliği-hiperaktivite bozukluğu, ayrılma anksiyetesi, konuşma bozuklukları ve normal gelişmeden diğer sapmalarla açığa çıkan bozuklukları içerir.
Delirium, Demantia, Amnezi Ve Diğer Bilişsel Bozukluklar	Beyin işlevinde geçici ya da sürekli olarak meydana geldiği bilinen bozukluklardır. Bunlar yaşlanmanın, dejeneratif sinir sistemi hastalıklarının (Sifilis ya da Alzheimer gibi) ya da toksik maddelerin (zehirlenmeye yol açan ya da uyuşturucu maddeler) alınmasından kaynaklanabilir.
Psikoaktif Madde Kullanımının Yol Açtığı Bozukluklar	Alkol, barbituratlar, amfetaminler, kokain ve davranışı değiştiren diğer maddeler. Marihuana ve tütün de tartışmalı olarak bu kategoride yer alır.
Şizofreni	Gerçeklikle bağlantı kaybıyla karakterize edilen, düşünce ve algı bozukluklarına yol açan ve davranışı etkileyen bozukluklar grubudur. Bazı evrelerinde, neredeyse her zaman delüzyon ve halüsinasyon meydana gelir.
Obsesif-Kompulsif Bozukluklar	Obsessif-kompulsif (obsessive-compulsive) bozukluklar düşünme ve davranmakla saplantıları ifade eder. Obsessif-kompulsif bozukluğa sahip bir birey kafasına takılan herhangi bir fikirden kurtulamaz, fikir kafasında sürekli tekrar edip durur. Yani bir anlamda bireyde düşünce saplantısı oluşur.
Mizaç Bozuklukları	Normal mizaçta meydana gelen bozukluklar; kişi aşırı dercede bunalımda hissedebilir, anormal biçimde mutlu olabilir ya da üzüntü ile mutluluk arasında gidip gelebilir.
Anksiyete Bozuklukları	Anksiyetenin başlıca belirtisi olduğu (genelleşmiş anksiyete ya da panik bozuklukları) veya korku yaratan durumlardan (fobik bozukluklar) ya da belirli alışkanlıkları tekrarlamaktan ya da sürekli düşüncelere (obsesif-kompulsif bozukluklar) kapılmaktan kaçınılmadığı zaman anksiyetenin yaşandığı bozuklukları içerir. Travma sonrası stres bozukluğunu da kapsar.
Somatoform Bozuklukları	Belirtiler fizikseldir ancak organik bir temel bulunmaz ve görünüşe bakılırsa ana rolü psikolojik etkenler oynar. Konversiyon bozuklukları (örneğin yatalak annesine bakmak zorunda kalan kadının koluna ansızın felç gelmesi) ve hipokondri (endişe duyulmasını gerektirecek bir durum yokken sağlıklı aşırı ilgilenme ve hastalık korkusu) gibi hastalıklardır. Organik temeli olan psikosomatik hastalıkları içermez.
Dissosiyatif Bozukluklar	Duygusal sorunlardan dolayı bilinç, hafıza ya da kimlik işlevlerinde geçici değişimlerdir. Amnezi (travmatik bir deneyimden sonra birey geçmiş hakkında hiçbir şey hatırlamaz) ve kimlik çözülmesi bozukluğunu (daha yaygın olarak çoklu kişilik bozukluğu olarak bilinir; aynı bireyin içinde var olan iki ya da daha çok bağımsız kişilik sistemini içerir) kapsar.

Psikotik Duygusal Bozukluklar	Depresyon (duygusal çöküntü), mani (duygusal coşku), mani-depresyon (bipolar bozukluk, coşku-çöküntü) ve intihar psikoza gibi hastalıklardır.
Cinsel Bozukluklar	Cinsel performans ve cinsel yönelim (pedofili vb.) ile ilgili sorunları kapsar.
Yeme Bozuklukları	Kendini aç bırakma (anoreksiya) ya da aşırı yemeden sonra yediklerini çıkarma (bulimiya).
Uyku Bozuklukları	Kronik insomniya, aşırı uykusuzluk, uyku apnesi, uyurgezerlik ve narkolepsi.
Yapay Bozukluklar	Bilinçli olarak üretilen ya da taklit edilen fiziksel ya da psikolojik belirtilerdir. Sakatlık ödeneği almak ya da askerlik yapmamak için hasta taklidi yapmaktan açık bir hedefi olmaması bakımından ayrılır. Bu bozukluğa en çok uyan tür Münchhausen sendromudur; kişinin uygun yapay belirtiler göstermesi sık sık hastaneye yatmakla sonuçlanır.
İtki Denetleme Bozukluğu	Kleptomani (kişisel gereksinim ya da parasal değer olmaksızın bazı nesnelerin kompulsif biçimde çalınması), patolojik kumar ve piromaniyi (zevk için yangın çıkarmak veya gerilimi bu yolla azaltmak) kapsar.
Kişilik Bozuklukları	Stresle başa çıkma ya da sorunları çözme konusunda olgunlaşmamış ve uygun olmayan uzun süreli uyumsuz davranış örüntüleri. Buna iki örnek antisosyal kişilik bozukluğu ve narsistik kişilik bozukluğudur.
Organik Zihin Bozuklukları	Genel felç hali, karsakov psikoza (sürekli alınan bir ilaç veya başka bir kimyasal maddenin beyinde zedelenme ve işlev bozukluğuna yol açması), zeka geriliği.

(CÜCELOĞLU D, 2013 ve SMITH E VE ARK. 2012)

2.2.2. Ağır Ruhsal Hastalıklar (Psikoz)

Ağır ruhsal hastalık terimi bireyin duygu, düşünce ve davranışlarında önemli derecede bozulmalara neden olan şizofreni ve bipolar bozukluk gibi kronik ruhsal hastalıkları tanımlamaktadır. Psikoz grubu altında ele alınan bu hastalıklar kişilerin duygu, düşünce, dürtü ve algılarını tutarlı bir bütünlük içinde örgütleyebilme kabiliyetini bozduğu için hastalar yaşadıkları sosyal ve fiziksel çevreye uyum sağlamakta zorlanırlar.

Kronik ruhsal hastalığın en çok kabul gören tanımlarından biri 1981’de Goldman ve arkadaşları tarafından yapılmış olan tanımdır. Bu tanıma göre;

“Kronik ruhsal bozukluk hastaları; belirli tipte bir ruhsal hastalığı olan (organik beyin sendromları, şizofreni, tekrarlayıcı depresif ya da manik depresif bozukluk, paranoid psikoz ve diğer psikozlar) ya da günlük yaşamın asli özelliklerinden (kişisel temizlik ve bakım, kendini idare etme, kişiler arası ilişkiler, sosyal yükümlülükleri yerine getirme, öğrenme ve eğlenme) üç ya da daha fazlasında işlevsel yeterliliğe zarar veren ya da gelişimini bozan başka bir ruhsal

bozukluğu bulunan kişilerdir. Tanıların çoğunu şizofreni ve iki uçlu duygu-durum bozuklukları (bipolar bozukluk) oluştursa da kronik ruhsal hastalıklar tanısal açıdan heterojen bir gruptur.”

Psikoz (*psychoses*) diye de bilinen ağır ruhsal hastalıklar genellikle hastanede tedavi gerektirir. Psikoz, herhangi bir beyin zedelenmesine veya bilişsel bozukluğuna bağlanmadığında “fonksiyonel psikoz” adını alır. Fonksiyonel psikozlardan en yaygın olanları şizofreni ve psikotik duygusal bozuklardan biri olan bipolar bozukluktur (Cüceloğlu, 2013, s:447). Psikozların düşünce ve gerçekliği algılayış kapasiteleri ciddi oranda bozulmuştur ve halüsinasyonlara (ses işitmek ya da garip görüntüler gibi gerçek dışı duygusal deneyimler) veyahut delüzyonlara (bütün düşüncelerin başka bir gezegenden denetlendiği gibi gerçek olmayan inançlar) uğrayabilir (Atkinson ve ark., 2012, s:531).

2.2.2.1. Şizofreni

Kelime anlamı olarak “*zihin bölünmesi*” anlamına gelen “*schizophrenia*” genellikle genç yaşta başlayan, kadın ve erkekte eşit olarak ortaya çıkabilen ve her toplumda görülebilen, insanın kişilerarası ilişkilerden ve gerçekliklerden uzaklaşarak kendi dünyasında yaşadığı; özellikle düşünüş, duyum ve davranışlarda önemli bozulmalarla, iyileşme ve yinelemelerle seyreden önemli bozuklukların görüldüğü ciddi bir psikozdur (Öztürk, 2008, s:175). Hastalığın en öne çıkan özelliği bireyin düşünme tarzında bozukluklar meydana gelmesidir. Bu düşünce bozuklukları kendilerini genellikle varsanı, halüsinasyon, delüzyon ve tuhaf konuşma biçimi şeklinde gösterirler (Cüceloğlu, 2013, s:448).

Şizofrenide hem düşünce süreci hem de düşüncenin içeriği bozulabilir. Bir şizofren hastasının yazdıklarından alınan ve aşağıda tırnak içinde verilen bölüm şizofrenik düşünceyi anlamamanın ne kadar zor olduğunu gösterir niteliktedir (Atkinson ve ark., 2012, s:549):

“Eğer işler tarımın devriyle ya da ilgi düzeyleriyle ve her şey zamanlayarak gerçekleşiyorsa; daha önceki bir dokümana gönderme yapıyorum, o zaman gene sınılanmış bazı gerçeklerden oluşan bazı görüşler dile getirmiştım ve kızımı ilgilendiren bir tane daha var, adı da Mary Lou. Bu süt ürünü şurubunda söylenmemiş ve yapılmamış birçok soyutlama var ve diğerleri ekonomi, diferansiyeller, tahsisatlar, iflas, aletler, binalar, bonolar, devlet tahvilleri, vakıf zırvaları, hava,

ticaret, devletten dolayı, kırılma payı düzeylerinde ve elektronikte sigortalarda da hepsi daha önce gerçekleşmemiş durumlar.”

Kişinin davranış, düşünce, algı ve duygu dünyasında, daha önce gösterdiği olağan işlevselliğinin dışında, gerçeklikle bağdaşmayan bir işlevselliğe geçtiği bu hastalık, bireylerin çok büyük bir bölümünde yeti yitimine neden olmaktadır. Yapılan araştırmalara göre; dünyada şizofreni tanısı konmuş hastaların sayısı yaklaşık olarak 29 milyon civarındadır ve bu hastaların yaklaşık 20 milyonu az gelişmiş veya gelişmekte olan ülkelerde yaşamaktadır. Türkiye’de ise 700.000’in üzerinde kişiye şizofreni veya diğer ağır ruhsal hastalık tanısı konmuştur (Adana ve Arslantaş, 2011, s:252-253).

Şizofreni psikozlar içinde en fazla hasar yaratanıdır. Modern tedavi yöntemleri bazı hastalara yardımcı olabilmektedir. Ancak şizofrenlerin önemli bir kısmı giderek yıkıma uğrarlar ve yıllarca bakım altında tutulmaları gerekir (Morgan, 2013, s:318). Şizofreni kişinin algılama, dikkat, bellek gibi tüm bilişsel fonksiyonlarını ve duygu, hareket ve yargı muhakemesi gibi duyuşsal fonksiyonlarını etkileyen; hastalarda çalışma hayatı, toplumla iletişim, öz bakım ve yaşam becerileri gibi birçok alanda yetersizliğe yol açan önemli bir ruhsal hastalıktır (Can ve ark., 2014, s:16).

Şizofrenide bir çok risk etmeni tanımlanmıştır. Bunlardan en etkili olanı genetik yapıdır. Uzun yıllardır yapılan çalışmalar genetik etkenlerin varlığını ortaya koymuştur. Birinci derece yakınlarında şizofreni bulunan bireylerde şizofreni hastalığı gelişme riski normal bireylere göre çok daha yüksektir. Ancak genetik etkenlerin dışında başka risk etmenleri de önem taşımaktadır. Örneğin; düşük sosyo-ekonomik durumun risk etkeni olup olmadığı yönünde tartışmalar devam etmektedir. Bu durumun şizofreni için bir sebep mi yoksa bir sonuç mu olduğu hala tartışılmaktadır (Aksaray ve ark. 1999:56). Bugüne kadar yapılan epidemiyolojik çalışmalarda şizofreninin birçok sınıflandırması bulunmakla birlikte aşağıdaki tabloda Cüceloğlu (2013)’ ndan alınan “*Şizofreni Türleri*” tablosu yer almaktadır:

Şekil 2: Şizofreni türleri

Şizofreni Türleri	
Dağınık/Dezorganize Tip	Bu şizofren türünde hastalar tamamen kendi iç dünyalarına kapanmış, dış dünyayla olan bağlantılarını tamamen koparmışlardır. Bu hastalar kendi kendilerini besleyemezler, giyim-kuşamlarına dikkat edemezler, kısacası özbakım ihtiyaçlarını karşılayamazlar. Davranışlarının hangi ortamda ne anlama geleceğini kestiremezler ve diğer insanlarla iletişim kuramazlar.
Katatonik Tip	Bu şizofren türü kendini özel bir bedensel davranış türüyle belli eder. Bu kişiler ya çok aktiftirler ya da heykel gibi donukturlar.
Paranoid Tip	Bu şizofren türünü diğerlerinden ayırt eden en önemli özellik sanrılı (delusional) düşüncenin hastanın davranışında önemli rol oynamasıdır. Sanrılı düşünce belli bir dereceye kadar diğer şizofrenilerde de olabilir, ancak paranoid şizofrenideki sanrı iyi organize olmuş, düzenli ve tutarlıdır.
Ayrışmamış Tip	Hasta hastaneye alınırken ilk teşhis amacıyla kullanılır.
Rezidüel Tip	Yukarıdaki dört kategorinin içine girmeyen, kesin olarak özellikleri belirlenemeyen şizofreni türüdür.

(CÜCELOĞLU D, 2013)

2.2.2.2. Bipolar Duygulanım Bozukluğu (Manik Depresif Psikoz)

Duygu-durum (mood, mizaç) insanların neşeli, üzgün-sıkıntılı, taşkın veya çökkün duygular içinde olmasıdır. İnsanoğlu sürekli olarak aynı duygu durumunda kalmaz. Sağlıklı bireylerde de duygu-durum belli sınırlar içinde dalgalanmalar gösterebilir. Neşe, üzüntü, öfke, kin, nefret, sıkıntı ve korku doğal duygulanımlardır. Ancak bunlar uzun süre aşırılaştığında veya uygunsuz tepkiler olarak karşımıza çıkmaya başladığında kişide “duygulanım bozukluğu” olduğu düşünülebilir (Öztürk, 2008, s:224).

Bazı bireyler değişik zamanlarda hem coşku hem de çöküntü duygularına gömülebilirler. Bu duygu değişimi genelde coşku devresi, normal davranış süresi ve çöküntü devresi şeklinde devam eder. Coşku devresi haftalarca, hatta bazen aylarca sürebilir. Bu devreyi normal davranış süresi izler. Normal davranış süresinden sonra çöküntü devresi başlar ve uzun süre devam eder. Bu durumun önceden kestirilebilecek bir düzeni yoktur. Ne zaman başlayacağı ve ne kadar süreceği bilinemez (Cüceloğlu, 2013, s:455).

Kreapelin zamanından beri psikoz-manyak-depresif (PMD) olarak bilinen bu hastalığa artık bipolar bozukluk denmektedir (Öztürk, 2008, s:244). Bireydeki bipolar bozukluk bireyin depresyon ve mani (coşku) arasında gelip gitmesiyle kendini belli eder. Manik dönem en az bir hafta sürer ve hasta alışılmadık bir şekilde coşkulu, neşeli ve mutludur. Bu dönemde hastanın kendilik değeri çok yüksektir, çok hızlı ve fazla konuşur, uyku ihtiyacı oldukça düşüktür, düşünceleri çok hızlıdır, dikkati kolayca dağılır ve keyif verici faaliyetlerde bulunur (Plotnik, 2009, s:532). Bipolar bozukluk işlevsellikte bozulmaya yol açan, özkıyım riskini oldukça arttıran, beraberinde ciddi eş tanı ve komplikasyonlar getirebilen kronik bir hastalıktır (Hocaoğlu ve Yeloğlu, 2017, s:47).

Bipolar duygulanım bozukluğu genellikle yıllarca nöbet nöbet gelen fakat nöbetler arasındaki iyilik dönemlerinde kişinin çok iyi, başarılı uyum yapabildiği bir hastalıktır. Bu iyilik dönemlerinde hastada hastalığın izi genellikle yoktur. Şizofrenide ise hastalık genellikle süreğendir. Zaman zaman kısmi düzelmeler olursa da şizofrenik rahatsızlığın izleri düzelmeye dönemlerinde de görülür (Öztürk, 2008, s:246). Bipolar bozukluk işlevsellikte bozulmaya yol açan, özkıyım riskini oldukça arttıran, beraberinde ciddi eş tanı ve komplikasyonlar getirebilen kronik bir hastalıktır. Bu bağlamda hastalığın tanısını mümkün olduğunca çabuk ve doğru koymak hayati önem taşır (Hocaoğlu ve Yeloğlu, 2017, s:47).

2.2.3. Ruhsal Hastalıkların Türkiye’de ve Dünyada Yaygınlığı

Hastalık yükünün hesaplanmasında kullanılan nöropsikiyatrik bozukluklara bağlı Yetiyitimine Uyarlanmış Yaşam Yılı (YUYU) - (Disability Adjusted Life Year - DALY) verilerine göre; 1998 yılında dünyada toplam yetiyitimi (disability) kayıplarının %12’si ruhsal hastalıklardan kaynaklanmaktadır. Tüm dünyada en çok yeti yitimine neden olan on hastalıktan beşi ruhsal bozukluklardır ve bunlar majör depresyon, şizofreni, iki uçlu bozukluk, alkole bağlı sorunlar, obsesif kompulsif bozukluk olarak sıralanmaktadır (Öztürk, 2008, s:238).

Sağlık Bakanlığı tarafından 2011 yılında yayınlanan Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planında belirtildiğine göre; ulusal düzeyde hastalık yükü nedenlerinin temel hastalık gruplarına göre dağılımı incelendiğinde, kardiyovasküler hastalıklardan sonra %19 ile psikiyatrik hastalıklar ikinci sırada yer almaktadır. Ayrıca, Avrupa ülkelerinde şizofreni

hastalarının yaklaşık %50'si aileleri ile yaşarken ülkemizde bu oranın %95'den fazla olduğu bilinmektedir. Planda ayrıca ağır ruhsal hastalığa sahip bireylerin %10'unun bakıma ihtiyaç duyduğu ve bu hastalara uzun vadede bakım verilmesi gerekliliği özellikle vurgulanmıştır. Yine Türkiye Ruh Sağlığı Profili Raporu (1998)'nda Türkiye'de nüfusun %18'inin yaşam boyu bir ruhsal hastalık geçirdiği, çocuk ve ergenlerde klinik düzeyde sorunlu davranış oranının ise %11 olduğu belirtilmiştir.

Dünyada üzerinde yapılan araştırmalar ruhsal hastalıkların sanılandan çok daha yaygın olduğunu göstermektedir. DSÖ'nün eşgüdümünde 14 ülkede yapılan uluslararası araştırmanın verilerine göre; 14 ülkede araştırma alanı olarak seçilen sağlık kurumlarına başvuran hastalarda %23.4 oranında ruhsal bozukluk olduğu hesaplanmıştır. Bu araştırmanın Hacettepe grubu ile Gölbaşı'nda yürütülen kesiminde bu oran %17.6'dır (Öztürk, 2008, s:169).

ABD'de yapılan ruhsal hastalık epidemiyolojisi çalışması nüfusun neredeyse yarısının hayatları boyunca en az bir ruhsal rahatsızlık geçirdiğini ortaya koymuştur (Eshlcman ve ark., 1994, s:11). Bu da her iki kişiden birinin en az bir kez ruhsal hastalık yaşadığını gözler önüne sermektedir. Türkiye'de yapılan ruhsal hastalık epidemiyolojisi çalışmalarına göre ise; ülkemizde tanı konacak düzeyde ruhsal hastalık yaygınlığı %20 civarındadır (Türkiye Ruh Sağlığı Profil Raporu, 1998).

2.3. RUHSAL HASTALIKLARDA MADDE KÖTÜYE KULLANIMI VE İNTİHAR EĞİLİMLERİ

2.3.1. Madde Kötüye Kullanımı

Bağımlılık belirli bir zevk duygusuna ulaşmak ya da mevcut sıkıntılarını bastırmak için hastalık derecesinde ve önüne geçilmez bir şekilde bazı maddeleri sürekli olarak kullanma isteği olarak tanımlanabilir (Tuzcular, 1997, s:27-30). Belirli bir dozda alındığı zaman kişinin sinir sistemine etki ederek akli, fiziki ve psikolojik dengesini bozan, bireyde bağımlılık yaratan, toplum içerisinde sosyal ve ekonomik çöküntüler meydana getiren uyarıcı maddelerin tamamına ise bağımlılık maddeleri denir (www.uyusturucubagimliliği.com). Sigara, alkol, uyuşturucu vb. bunlara örnek verilebilir.

İçinde bulunduğumuz yüzyılda sigara, alkol ve uyuşturucu madde bağımlılığı günden güne artmaktadır. Özellikle gelişen kitle iletişim teknolojisi ve toplumlar arasındaki yakın ilişkiler bağımlılığın yayılmasında önemli bir etken olarak karşımıza çıkmaktadır. Ayrıca kültürel deformasyon ve yaşanmakta olan ağır hayat zorlukları gibi hususlar da madde bağımlılığına eğilimi arttırmaktadır.

ABD’ de yapılmış epidemiyolojik alan çalışmasının sonucuna göre toplumun madde kötüye kullanımı veya bağımlılığı için yaşam boyu yaygınlığının %16,7 olduğu bulunmuştur. Alkol kötüye kullanımı veya bağımlılık açısından yaşam boyu yaygınlığı %13,8; alkol dışı maddeler için bu oran %6,2’ dir. Bu çalışma sonuçlarına göre en sık kullanılan maddeler alkol ve nikotindir. Kötüye kullanım ve bağımlılık erkeklerde kadınlara göre daha siktir (Farmer ve ark., 1990, s:153-160).

Türkiye’de de bağımlılık yapan madde kullanımına bağlı bozuklukların yaygınlığı üzerine birçok ulusal ve uluslararası araştırma yapılmıştır. Sevinçok ve arkadaşlarının 2000 yılında yaptıkları bir çalışmada yaşam boyu en az bir kez kullanma oranı sigara için %80,2; alkol için %31,9; başka bağımlılık yapan maddeler için %3,6 bulunmuştur. Dünya Sağlık Örgütü, Türkiye’de 18 yaş üstü nüfusta yaşam boyu alkol kullanmama oranını %81,1 olarak bildirmiştir (DSÖ 2004). Türkiye genelinde yaşam boyu en az bir kez esrar kullanma sıklığı %3 olarak bulunmuştur. Türkiye genelinde yaşam boyu uçucu madde kullanımı %8,8 olarak saptanmıştır (Ögel, 2001, s:84).

Bağımlılığın nedeni olarak tek bir etkenden söz edebilmek oldukça güçtür. Kişilerin bağımlı olmasında birçok etken tanımlanmıştır. Bu etkenlerden sadece bir tanesinin varlığı bile yeterliyken bazı durumlarda birçok etken bir arada bulunabilir. Bunlar arasında kişilik, kalıtım, biyolojik, sosyal, ekonomik ve psikolojik etkenler sayılabilir. Ayrıca bugüne kadar madde bağımlılığı ile ilgili yapılan çalışmalarda ailenin, sosyoekonomik durumun, genetik etkenlerin ve kişilik özelliklerinin önemli birer etken olduğu da gösterilmiştir.

Ruhsal bozukluklar madde kullanımına yatkınlık konusunda önde gelen nedenlerden birini oluşturmaktadır. Başta şizofrenik bozukluk ve diğer psikotik bozukluklar olmak üzere duygudurum bozuklukları ve anksiyete bozukluklarında madde kullanım bozukluklarının yüksek oranlarda bulunduğu çok sayıda çalışmada bildirilmiştir (Küçükardalı ve Sevinçok, 2011, s:45). Özcan ve Yıldız’ın ülkemizde

yürüttüğü bir çalışmada psikotik hastalarda genel olarak %44.1 olarak bulunan nikotin bağımlılığı oranının, yalnızca şizofreni hastaları ele alındığında %45.5 olarak saptandığı belirtilmiştir (Özcan ve Yıldız, 2000, s:86-88.) Ülkemizde yürütülen bir diğer çalışmada ise Atmaca ve arkadaşları 451 ayaktan psikiyatri hastasını değerlendirmiş ve bu hastalardan şizofreni ve diğer psikotik bozukluk tanısı almış olan hastaların %76'sında nikotin bağımlılığı olduğunu saptamışlardır (Atmaca ve ark., 2001:106-110). Şizofren bireyler arasında en sık görülen eş tanılı durumun madde kötüye kullanımı olduğu bildirilmiştir (Fisher ve Ziedonis, 1994, s:477-483).

Şizofreni ve diğer psikozlarda, madde kullanımının psikiyatrik belirtileri, özellikle şizofreninin pozitif semptomlarını arttırdığı saptanmıştır. Alkol kötüye kullanımı olan şizofrenlerde alkol kullanmayan şizofrenlere oranla daha çok varsanı ve depresif belirti ortaya çıktığı bildirilmiştir. Benzer biçimde ağır alkol kullanımının saldırgan davranışlar, paranoya, dezorganize enkoheran konuşma, depresyon ve özkıyım davranışı ile ilişkili olduğu bulunmuştur. Esrar kullanan şizofren hastalarda sanrılarının süreklilik kazandığı, daha saldırgan oldukları, kokain kötüye kullanımı olanlarda depresyon, içe kapanmanın arttığı, bellek işlevlerinde sorunlar ortaya çıktığı gösterilmiştir (Evliye ve ark., 2012, s:46).

Alkol ve madde bağımlılığı konusunda şizofrenideki durum iki uçlu bozukluklu hastalarda da normal popülasyona göre normalden daha yüksek bulunmuştur. Örneğin Amerikan toplumunda alkol bağımlılığı yaşam boyunca %13.3 iken, iki uçlu bozukluklu grubunda %31-58 aralığında bulunmuştur. İki uçlu bozukluklu hastalarında alkol ve madde kullanımının doğal popülasyondan fazla olmasının değişik izahları yapılmıştır. Bu izahlardan birincisi, iki uçlu bozukluklu hastanın madde kullanarak kendini tedavi etmeye çalışması şeklindedir. Bu durumda önce iki uçlu bozukluk, ardından madde kullanımı gelir. İkinci yaklaşım ise, madde kullanımının entoksikasyon veya yoksunluk sırasında iki uçlu bozukluğu tetikleme şeklidir. Bu durumda, önce madde kullanımı gelir, sonra iki uçlu bozukluk. Üçüncü yaklaşım ise, her iki bozukluğun ortak olarak aynı genetik etkenlerden kaynaklandığı şeklindedir. Bu son iki yorum, alkol ve madde bağımlılığının iki uçlu bozukluk hastalığının biyolojik bir parçası olabileceği yorumuna neden olmuştur (Yanık, 2013, s:39-40).

2.3.2. İntihar Eğilimleri

İntihar konusunda birçok tanım yapılagelmiş olmasına karşın günümüzde en çok kabul gören tanım alanın duayeni olarak da bilinen Durkheim tarafından yapılmıştır. Durkheim'a göre; nasıl bir sonuç vereceği bilinen, kurbanın kendisi tarafından gerçekleştirilen, olumlu ya da olumsuz bir edimin dolaysız ya da dolaylı sonucu olan her ölüm edimine intihar denir. İntihar girişimi de böyle tanımlanan, fakat ölüm sonucu vermeyen edimdir (Durkheim, 2013, s:5). Başka bir tanımda intihar, bireyin açık veya örtük ölüm niyetiyle kendine uyguladığı, ölümle sonuçlanan yıkıcı eylem şeklinde tanımlanmaktadır. Kendine zarar verici bu davranış ölümle sonuçlanmadığında ise intihar girişimi olarak adlandırılmaktadır (Brent ve ark., 2006, s:372-394).

Yörükoğlu intiharı; "çaresiz kalan kişinin sorunlarından ümitsiz bir kaçıış" olarak tanımlamaktadır. Ona göre, bu sorunlar kişinin kendisinden ya da çevresinden kaynaklanabilmektedir. Sonuçta kişi olaylar karşısında eli kolu bağlı kaldığından umutsuzluk, çaresizlik ve karamsarlık içine düşmekte ve gidişi değerlendirecek güçten yoksun kaldığı görülmektedir. Kendini ezilmiş, köşeye sıkışmış hissetmekte ve duyduğu öfkeyi dışa boşaltamadığı için kendine yönelmektedir. İntihara kalkışması ise, hem kendini cezalandırma, hem de bu duruma düşmesine neden olanlardan bir öç alma davranışdır (Yörükoğlu, 1987, s:241).

İntiharda birçok risk etmeni tanımlanmıştır. Öztürk'e göre; intihar davranışı, ağır ruhsal ve bedensel rahatsızlıkları olan hastalarda görüldüğü gibi bir sorunu ve hastalığı olmayan, zorlu yaşam koşullarına karşı çaresizlik ve umutsuzluk tepkisi veren normal kişilere kadar geniş yelpazede görülebilmektedir. İntiharın doğrudan doğruya tek bir özgül nedeni yoktur, birçok etken birlikte kişiyi intihara götürür (2008, s:428-447). Suisidal olmayan kendine zarar verme davranışı, önceki intihar girişimi, ruhsal bozukluklar, kişilik bozuklukları, dürtüsel agresyon, umutsuzluk, ailede depresyon ve intihar öyküsü, ebeveyn kaybı ya da boşanma, aile sorunları, fiziksel ve/veya cinsel istismar, sosyal desteğin azlığı, çevre tarafından onaylanmayan homoseksüalite intihar için önemli risk faktörleri arasında yer almaktadır (Aksoy ve ark., 2014, s:177).

Ruhsal hastalıkların en ciddi komplikasyonu olan intihar davranışı, insan yaşamının en trajik olaylarından biridir. Dünya Sağlık Örgütünün "2014 Yılı İntihar Raporu"nda belirtildiğine göre dünyada her 40 saniyede bir kişi intihar etmekte ve her

yıl yaklaşık 1 milyon kişi intihar sonucu hayatını kaybetmektedir (Dünya Sağlık Örgütü, 2014). Yine DSÖ verilerine göre intihar ölüm nedenleri arasında 8. sırada yer almaktadır. İntihar sonucu hayatını kaybedenlerin %90'ından fazlasında tanı konulabilir bir psikiyatrik bozukluğun olduğu tahmin edilmektedir ve bunlarında yaklaşık %60'ı depresif bir bozukluğa bağlıdır. İntihar açısından yüksek risk altında olan diğer psikiyatrik bozukluklar şizofreni, madde bağımlılığı, alkolizm ve kişilik bozukluklarıdır. Bleuler tarafından “şizofreni belirtilerinin en şiddetlisi” olarak tanımlanan intihar, şizofreni hastalarında erken ölüm nedenlerinin başında gelir (Girardi ve ark., 2007, s:6).

Yapılan bilimsel çalışmalardan çıkan sonuçlara göre şizofreni hastalarının yaklaşık %10-15'i intihar ederek yaşamlarına son vermektedirler. Şizofreni hastalarındaki intiharlar diğer psikiyatrik hastalıklardakinin aksine daha çok hastalığın erken dönemlerinde ortaya çıkmaktadır. Araştırmaların büyük çoğunluğunda intihar ederek hayatına son vermiş olan şizofrenlerin on yıldan daha kısa bir hastalık öyküsüne sahip oldukları, şizofrenlerdeki intiharların %23,3'ünün hastanede yatarak tedavi edildiği sırada gerçekleştiği, %30'unun hastaneden çıktıktan sonraki ilk bir ay içinde ve % 50'sinin de ilk üç ay içinde gerçekleştiği, intiharların %43'ünün hastane tedavisi sırasında olduğu ve bunların büyük çoğunluğunun hastaneden taburcu olmak üzere olan veya hastaneden izinsiz ayrılan hastalar tarafından gerçekleştirildiği bulunmuştur (Bulut ve ark., 2012, s:133).

Şizofreni hastalarında olduğu gibi bipolar bozukluk hastalarında da intihar oranları sağlıklı bireylere oranla daha yüksek çıkmıştır. Bipolar bozukluk hastalarının yaklaşık %25-50'sinin yaşamlarında bir kez intihar girişiminde bulunduğu ve %15'inin de intihar girişimi sonucunda öldüğü bildirilmektedir (Hocaoğlu ve Yeloğlu, 2017, s:45). Bipolar bireyler için suisid riski, genel popülasyona göre 60 kat daha fazladır. Bipolar bozukluk olan bireylerin yaklaşık %15-20 kadarı intihar girişimini tamamlarlar. %40'a kadar varan oranlarda ise yaşamları boyunca en az bir kez intihar girişimleri olur (Fireman ve ark., 2007, s:526–530).

Tüm bu bilgilerden ve yapılmış epidemiyolojik çalışmalardan da görüldüğü üzere ruhsal bozukluklar özellikle de şizofreni ve bipolar bozukluk gibi ağır ruhsal bozukluklar intihar için en önemli kanita dayalı risk etkenidir. Literatürde ruhsal bozukluğu olanlarda umutsuzluk düzeyi ile intihar düşüncesi arasında güçlü bir ilişki

olduğu, hatta umutsuzluk düzeyinin tamamlanmış intihar için büyük risk olduğu ve intihar düşüncesi ile ilişkili bulunan en önemli değişkenin umutsuzluk olduğu belirtilmiştir (Avcı ve ark., 2015, s:168).

2.4. KORUYUCU RUH SAĞLIĞI HİZMETLERİ

2.4.1. Koruyucu Ruh Sağlığının Tanımı

Hastalıklarla mücadelede hastalığın önlenmesi tedavi edilmesinden daha önemlidir. Ancak özellikle ruh sağlığı konusunda tarih boyunca hastalıklarla mücadelede önleme göz ardı edilerek salt tedavi yaklaşımları ön plana çıkmıştır. Yine de son dönemlerde ortaya çıkan koruyucu ruh sağlığı yaklaşımı ile ruhsal hastalığın başlamasını önlemek ya da hastalığın başlangıç yaşını geciktirmek, hastalık süresini kısaltmak ve ruhsal hastalıklara bağlı yeti yitimini azaltmak amaçlanmıştır (Aksaray ve ark., 1999, s:55). Koruyucu ruh sağlığının en önemli amaçlarından biri; risk altında bulunan çocuk ve gençlerin; aileler, öğretmenler veya toplumun diğer üyeleri tarafından erken dönemde fark edilmesini sağlayacak programlar geliştirmektir.

Türkiye Ruh Sağlığı Profili Raporu (1998)'nda salt sorunu topluma fark ettirmenin yeterli olmadığı ve var olan ihtiyacın karşılanabilmesi için koruyucu ruh sağlığı hizmetinin nasıl götürülmesi gerektiği, var olan servislerin işlevselliği ve yeterliliği konularına yönelik çalışmalara ihtiyaç duyulduğu özellikle dile getirilmiştir.

Dünya Sağlık Örgütünün temel politikaları arasında ruh sağlığı alanındaki hizmetlerin yaygınlaştırılması ve birinci ve ikinci basamak ruh sağlığı çalışanlarının ruh sağlığı hizmetlerine kaynaştırılması yer almaktadır. Bu politikaların gerçekleştirilmesi durumunda yardıma muhtaç çok sayıda çocuk ve genç hakkı olan yardımı alabilecektir. Günümüzde etkin önleme yöntemlerinin birçoğu toplumda fırsat eşitliği ve sosyal eşitlik çerçevesinde; ruhsal hastalığa yatkın insanların bakımı, temel ekonomik ihtiyaçlarının karşılanması, gıda ihtiyaçlarının temini, temel eğitim hakkının verilmesi, ayrımcılığın azaltılması gibi çeşitli müdahaleleri içermektedir (Gültekin, 2010, s:586).

Yıldız (2005)'a göre; şizofrenide psiko-sosyal tedaviler hastaya, tedavi kurumuna ve topluma bağlı olarak değişiklik gösterebilmektedir. Psiko-eğitim, beceri eğitimi, bilişsel rehabilitasyon, aile eğitimi, mesleki rehabilitasyon, olgu yönetimi

biçiminde değerlendirilebilecek psiko-sosyal girişimler için temel nitelikte sayılabilecek bazı yaklaşımlar şunlardır:

- ✓ Tedavi ilişkisinin kurulması,
- ✓ Hasta yakınlarının tedaviye katılımının sağlanması,
- ✓ Hastalık hakkında bilgilendirme, iç görüyü geliştirmek,
- ✓ İlaç tedavisi ve yan etkiler hakkında bilgilendirme,
- ✓ İnatçı belirtilerle yaşamayı öğretmek,
- ✓ Alevlenme ve yinelemelere karşı donanımlı olmayı sağlamak,
- ✓ Alkol ve uyuşturucu kullanımını gibi faydasız tedavi arayışlarını engellemek,
- ✓ Depresyon, bunaltı ve diğer eklenen sorunları çözmek,
- ✓ Bilişsel yetiler üzerinde durmak, geliştirme çabaları,
- ✓ Aile içerisinde oluşabilecek olumsuz ve negatif tutumların giderilebilmesi için eğitimler vermek,
- ✓ Kısa ve uzun vadeli hedefler üzerinde çalışmak,
- ✓ Damgalamaya karşı eğitim vermek,
- ✓ Yaşamın anlamı ve ölüm düşüncelerini çalışmak,
- ✓ Toplumsallaşma çabalarını desteklemek,
- ✓ Düzenli takiplerde bulunmak,
- ✓ Hastanın korunma ve barınmasını sağlamak.

Her insan kendine özgü olmakla birlikte bu insanların olaylara ve durumlara verdiği tepkiler de farklılık gösterebilmektedir. Dolayısıyla hastaların tedaviye verdikleri yanıtlar farklılık gösterebilmektedir. Yapılan epidemiyolojik çalışmalara göre şizofreni hastalarının %30'undan fazlası standart uygulanan tıbbi tedaviye eşit yanıt vermemektedir. (Adana ve Arslantaş, 2011, s:253). Bu bağlamda tek bir tedavi tipinden bahsetmek mümkün olmamakla birlikte ruh sağlığı hizmetlerinin sunumu noktasında dünyada temelde üç farklı hizmet modelinin bulunduğu söylenebilir. Bunlar; 1800'lü yıllardan 1960'lı yıllara kadar yaygın olarak kullanılan "Hastane Temelli Model", 1960'lı yıllardan sonra gelişmiş ülkelerde yaygın olarak kullanılmaya başlanan "Toplum Temelli Model" ve son olarak karma bir model olan "Toplum-Hastane Denge Modeli" olarak karşımıza çıkmaktadır (Tansella ve Thornicroft, 2002).

2.4.2. Hastane Temelli Model

Hastane temelli yaklaşım 1800'lerin başından 1960'lara kadar dünyada ruh sağlığı bozuk bireylerin tedavi ve bakımında yaygın olarak kullanılan en eski ve en geleneksel modeldir. Avrupa'da ve Amerika'da ıslah evleri sisteminin terk edilmesinden sonra günümüzde “*deli hastanesi*” veya “*tımarhane*” diye de bilinen ve o zamanlar “*Asylum*” diye bilinen depo hastaneler kurulmuştur. Bu hastaneler ortalama 1500-2000 yatak kapasitesine sahip ve şehrin dışında kurulmuş olan hastanelerdir (Alataş ve ark., 2009, s:26).

Özellikle 19. yy'da yaygınlaşmaya başlayan depo hastanelerinin yapı, organizasyon ve işleyiş biçimi genel hastane tipine uygun değildi. Ruh sağlığı hastanelerinde hastalar hayatın bütün etkinliklerini aynı ve çok kalabalık bir ortamda sürdürmekteydi. Bu hastaneler hastaların gereksinmelerinden çok kurumun amaçlarına uygundu. Çalışan personel ile hastalar arasında çok katı ve belirgin bir sınır vardı. Bu hastanelere yatma bir anlamda kişinin küçük düşmesi olarak görülmekteydi. Dolayısıyla burada tedavi gören hastalar bir sosyal çekilme içinde apatik ve edilgen konumdaydı (Doğan ve Kocacık, 2006, s:118). Arietri'ye göre (2008) aslında bu dönemde hastanelerdeki kişiler tedavi amacıyla değil, gözetim amacıyla tutuluyordu.

Ruh sağlığı çalışanları, ruh sağlığı hastanelerinin rahatsızlığı olanları “iyileştirmek” yerine, uzun vadeli hastanede yatırma yoluyla bozuk davranışları genellikle sürekli kıldığını fark etmişlerdir. Bu, rahatsızlığı olanların ruhsal olarak hasta şeklinde sınıflandırılmasından ve kendilerini “farklı” olarak tanımlayıp akıl hastası rolünü gerçekleştirmelerindedir. Ayrıca hastanenin rahat ve güvenli yaşamına uyum sağlarlar ve ne kadar uzun süre kalırlarsa dış dünyayı o kadar tehdit olarak algırlarlar (Zastrow, 2015, s:230-231).

1950'li yıllardan itibaren akıl hastanelerinin aşırı kalabalık olduğu, buralarda ruh hastalarına kötü muamele ve işkence yapıldığı, bir kurumda uzun bir süre toplumdan soyutlanarak kapatılmanın en az ruhsal hastalık kadar hastalara zarar verdiği konuları tartışılmaya başlanmıştır. 1960'lı yıllarda ise Michel Foucault, Thomas Szasz ve Erving Goffman gibi düşünürlerin geliştirdiği anti-psikiyatri akımı sonucunda hem psikiyatri bilimi hem de akıl hastaneleri kökten bir biçimde eleştirilmiştir. Bunlar akıl hastalığı diye bir kavramın olmadığını; psikiyatrinin yoksulları, otoriteye karşı gelenleri,

homoseksüel ve lezbiyenleri etiketlemek ve onları kontrol etmek için uydurulmuş bir şey olduğunu savunmuşlardır (Kemp, 2007, s:45).

Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planında da (2001) belirtildiği gibi; günümüzde Türkiye’de sunulan hastane temelli modelde hastalara sunulan hizmet; poliklinik hizmeti, alevlenme ve atak dönemlerinde hastayı hastaneye yatırma, kimsesiz ya da kimsesi olduğu halde bakıl(a)mayan hastaların hastaneye yatırılarak hastaya ihtiyaç duyduğu bakımın verilmesi şeklindedir. Hastalara sunulan hizmet, ağır ruhsal hastalıkların salt alevlenme ve atak dönemlerine odaklandığı içi hastalığın alevlenmesine zemin hazırlayan biyo-psiko-sosyal etmenlere müdahale imkanı taşımamaktadır. Bununla birlikte sunulan hizmet hastanın sosyal ve mesleki işlevselliğine katkıda bulunmayı da hedeflememektedir. Ağır ruhsal bozukluğa sahip hastaların hastaneden ayrıldıktan sonraki ilaç kullanımı ve kontrol takipleri çoğunlukla hastanın kendi inisiyatifinde olmakta bazen de bu konuda hiçbir bilinçlendirme yapılmadan ailelerin sorumluluğuna bırakılmaktadır. Sonuç olarak, hastalar hastane dışında hastalıklarıyla baş başa kalmakta; alevlenme ve atak dönemlerine zemin hazırlayan ve alevlenme/atak dönemini hızlandıran etmenlerle baş edememektedir. Dolayısıyla hastalığın yeniden alevlenmesi ve hastaların tekrar tekrar hastaneye yatışı da kaçınılmaz olmaktadır.

2.4.3. Toplum Temelli Model

Ruhsal hastalıklarda hastaların tedaviye katılımı hastalığın gidişatı için oldukça önem arz etmektedir. Özellikle hastaların alevlenme/atak dönemlerinin fark edilmesi ve erken müdahale, hastaların belirli aralıklarla kontrole gitmesi ve tedaviye uyumun sağlanması açısından hastaya sosyal destek verilmesi hastalığın seyri ve tedavisi açısından oldukça önemlidir (Kaya Kılıç ve Saruç, 2015, s:67).

Hastane temelli model hastanın sadece alevlenme/atak dönemlerinde hastaneye yatışı üzerine kurulu bir sistem olduğu için hastalığın takibi noktasında yetersiz kalmaktaydı. Bu nedenle hastaların salt alevlenme ve atak dönemlerinde hastaneye yatırıldığı ve hastaneden çıktıktan sonra hastalığıyla baş başa bırakıldığı hastane temelli yaklaşımın değiştirilmesi ve toplum temelli yaklaşıma geçilmesi gerektiği gerçeği herkes tarafından kabul edildi ve ilk olarak 1961 yılında İtalya’da ruh sağlığı reformuyla toplum temelli ruh sağlığı modeli uygulanmaya başlandı.

Toplum temelli modelde amaç; ruh hastalarının tedavisi ve bakımının geleneksel hastaneler yerine kendi yaşadığı çevrede sağlanması ve mümkünse tedavisi sırasında ailesinin veya yakınlarının yanında yaşamını sürdürmesine imkan sağlamaktır.

Toplum temelli modelin hedef kitlesini ağır ruhsal bozukluğa sahip olan ve/veya uzun süreler hastanede yatış yapan hastalar oluşturmaktadır. Toplum temelli ruh sağlığı yaklaşımı, ruh hastalarının kişisel haklarına ve insan haklarına önem veren, hastalara tecrit edilmiş kalabalık hastaneler yerine hastanın yaşadığı yerde bakım verilmesini destekleyen bir hizmet şeklidir (Alataş ve ark., 2009, s:29). Bu modelin ana hedefi ruh hastalarının hastaneye yatışının önlenmesi ve hastaların minimum destekle başkalarına ihtiyaç duymadan yaşayabilecek seviyeye gelmesinin sağlanmasıdır. Bu amaçla; gündüz hastaneleri, toplum ruh sağlığı merkezleri, genel hastaneler içindeki psikiyatri servisleri ve yatakları, bakım kurumları, korumalı işyerleri, koruyucu evler gibi kurumlar hastane tedavisine alternatif hizmet sunmak amacıyla kurulmuş kuruluşlardır (Yanık, 2007).

1950 ve 1960'larda, topluma kazandırmak amacıyla akıl hastanelerinden çıkarmak ve toplum temelli yaklaşımın çekirdeği olan toplum ruh sağlığı merkezlerinin gelişimi şüphesiz ruhsal bozukluğu olan hastaların bakımına ilişkin toplumsal yönelimleri de değiştirmiştir (Sönmez, 2009, s:19).

2.4.4. Toplum-Hastane Denge Modeli

İlaç tedavilerinin hastanın yaşam kalitesini bozan alevlenme/atak dönemlerini ve hastaneye yatışlarını önlemede tek başına yetersiz kaldığı bilinmektedir (Aker ve ark., 2002, s:42). Yapılan epidemiyolojik çalışmalar anti-psikotik ilaçların şizofreni belirtilerinin birçoğunu azalttığını, uzun süreli kullanımda alevlenme/atak oranlarını düşürdüğünü göstermiştir. Ancak anti-psikotiklere olumlu yanıt veren hastalarda bile toplumsal ilişkilerde kısıtlılık, yaşam kalitesinde kötüye gidiş, iş kaybı ya da iş veriminde düşme gibi bazı olumsuz durumlar görülmüştür. Şizofreni gibi ağır ruhsal bozukluklarda yeti yitimini azaltabilecek tek bir tedavi yöntemi yoktur. Bu nedenle birden çok ve disiplinler arası bir tedavi yönteminin birlikte uygulanması gerekmektedir (Sönmez, 2009, s:4).

Ağır ruh hastalarının tedavisi ve bakımı konusunda hastane temelli model veya toplum temelli model tek başına yeterli değildir. Bu nedenle ruh sağlığı hizmetlerinin

sunumu noktasında bu iki modelin de faydalı yönleri alınarak karma bir sistemin oluşturulması gerekmektedir. “Toplum-Hastane Denge Modeli”nde dikkat edilmesi gereken hususlar; sunulan hizmetlerin yaşanılan çevreye yakın olması, hastane yatış sürelerinin mümkün olduğu kadar azaltılması ve ruh sağlığına ayrılan bütçenin hastaneler yerine toplum temelli hizmetlere aktarılması olmalıdır (Dünya Psikiyatri Birliği 2011). Türkiye’deki mevcut durum düşünüldüğünde toplum-hastane denge modelinin hakim olduğu, ancak son dönemdeki gelişmeler göz önünde bulundurulduğunda toplum temelli modele doğru bir yönelim olduğu söylenebilir.

Toplum temelli model her ne kadar ideal ruh sağlığı hizmeti olarak değerlendirilse de Türkiye’nin mevcut şartları göz önünde bulundurulduğunda, psikiyatri hastanelerini tamamen kapatmayı ve yataklı hizmetleri ülke geneline yaymayı hedefleyen toplum temelli modelin özellikle insan kaynakları açısından maliyetinin oldukça yüksek olduğu görülmektedir. Ayrıca hem maliyetinin yüksek olması hem de insan kaynakları açısından eksikliklerin giderilmesinin onlarca yıl alacağı düşünüldüğünde Türkiye için mevcut durumda en ideal modelin toplum-hastane denge modeli olduğu söylenebilir (URSEP, 2011).

2.5. TOPLUM RUH SAĞLIĞI

2.5.1. Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri (TRSM)

Toplum ruh sağlığı; kişi ve kişinin etkileşim içinde olduğu çevreye ilişkin psikiyatrik tedavi ve bakımı ifade eder (Bilge ve ark., 2016). Toplum ruh sağlığı kavramının esasen iki amacı vardır. Birincisi, ruhsal hastalığa sahip olan bireylerin toplum içinde tedavi ve rehabilitasyonunu sağlamak; ikincisi ise ülkenin ruh sağlığı düzeyini iyileştirmektir (Kaya Kılıç ve Saruç, 2015, s:67).

Önceleri sadece bireysel tedaviye yönelen tıp ve psikiyatri bilimleri, ruhsal hastalıkların yaygınlaşması ile toplum temelli önleme çalışmalarının da önemini kavramışlardır (Gültekin, 2010, s:584). Bu bağlamda, sağlık bakım hizmetleri giderek daha çok topluma dayalı bir hal almaya başlamıştır. Artık yapılmak istenen; sadece hastalık belirtilerinin azaltılması ve giderilmesi değil, bununla birlikte hastanın yaşam kalitesinin yükselterek üretkenliğini yeniden kazanmasını sağlamak olmuştur.

Toplum ruh sağlığı kavramı sosyal psikiyatri olarak da adlandırılabilir. Sosyal psikiyatrinin ise iki temel uygulama alanı vardır. İlki, ruhsal hastalığa sahip bireylerin tedavi, rehabilitasyon ve uyumlandırılmalarını sağlayarak ruhsal bozuklukların sıklığını azaltmak; ikincisi, sağlıklı bireylerin dirençlerini artırarak risk altında bulunan kişilere ve gruplara odaklanmak. Sosyal psikiyatri de toplum temelli modelde olduğu gibi ruhsal bozukluğu olan hastaların akıl hastaneleri yerine, kendi sosyo-kültürel ortamlarında tedavi ve rehabilitasyonunu savunur (Doğan ve Kocacık, 2006, s:137). Sosyal psikiyatride amaç; kronik ağır ruhsal bozukluğu olan hastaların yaşadıkları ortamdan koparılmadan takip ve tedavilerinin yapılmasıdır. Böylelikle hastalar toplumun dışına itilmeden, dışlanmadan ve damgalanmadan toplumla i içe yaşayabilirler (Yıldız, 2004).

Türkiye’de ilk olarak 2006’da Sağlık Bakanlığınca yayınlanan “Ulusal Ruh Sağlığı Politika Metni”nde toplum temelli modele geçiş tavsiye edilmiş ve ruh sağlığı politikalarında hastane temelli modelden toplum temelli modele geçme kararı alınmıştır. Ülkemizde ruh sağlığı hizmetlerinin toplum temelli modelde sunulması için ilk olarak 2008 yılında Bolu ili pilot il seçilerek burada bir TRSM açılmış, uygulamadan başarılı sonuçlar alınması ile de her 100-300 bin kişinin yaşadığı bölgeye bir TRSM açılması kararı 2009 yılı Nisan ayında alınmıştır. Pilot çalışmaların sonuçlarının değerlendirilmesinin ardından ilgili yönerge 2011 yılının şubat ayında Resmi Gazete’de yayınlanarak TRSM uygulaması resmi olarak yürürlüğe girmiştir (URSEP, 2011). 2011’de 40 olan TRSM sayısı 2014 yılına gelindiğinde % 132’lik bir artış göstererek 93’e çıkmıştır. Sağlık Bakanlığı söz konusu merkezlerin ülke geneline yaygınlaştırılma sürecini tamamlayarak 2016 yılında toplam 236 toplum ruh sağlığı merkezi ile hizmet vermeyi planlamıştır. 2016 yılında 31 TRSM açılmış olup toplam merkez sayısı 149 olmuştur (TKHK 2016 İdare Faaliyet Raporu).

Toplum temelli modelin çekirdeğini oluşturan TRSM’lerde amaç; ağır ruhsal hastalığa sahip bireylerin takip ve tedavilerinin yaşadıkları ortamda yapılması ve böylelikle hastaların toplumun dışına itilmeden toplum ile i içe yaşamalarının sağlanmasıdır (URSEP, 2011). TRSM’lerde yürütölen (Esenyurt TRSM ve Küçükçekmece TRSM) uyumlandırma çalışmaları kapsamında psikiyatrik değerlendirme, psikometrik inceleme, bireysel psikoterapi, grup psikoterapisi, aile görüşmesi, aile terapisi/aile eğitimi, psikoeğitim, sosyal beceri eğitimi, iletişim

becerileri eğitimi ve okuma, resim, müzik, oyuncak yapımı, el sanatları, öykü yazma, trikotaj gibi iş uğraş terapileri yer almaktadır.

TRSM'ler, şizofreni ve bipolar bozukluk gibi ağır kronik ruhsal hastalığı olan kişilere toplum temelli ruh sağlığı yaklaşımı çerçevesinde psiko-sosyal destek hizmetleri veren, hastaların takip ve tedavilerinin kontrolünü sağlayan, gerektiğinde ev ziyaretleri ile hastaların evde takip edilmesini mümkün kılan, hastalara ve hasta ailelerine tedavi sürecine yönelik eğitimler vererek etkin ve ulaşılabilir hizmetler sunan kurumlardır. Bu kurumlarda ağır ruhsal bozukluğu olan hastaların kayıt altına alınarak takiplerinin yapılması, hali hazırda hastanelerde yatmakta olan ve tedaviye ihtiyaç duyan hastaların projenin sonraki aşamasında açılması planlanan yarı-yol evleri veya korumalı evlerde kalmasının ve aynı zamanda korumalı işyerlerinde istihdamlarının sağlanması hedeflenmektedir. Her bir TRSM'nin 100-300 bin kişinin yaşadığı bir coğrafi alandan sorumlu olduğu yerlerde, merkezde çalışan multidisipliner ekip ile hastalara bireysel danışmanlık hizmetleri, psiko-sosyal beceri eğitimleri, grup psikoterapileri, resim ve müzik terapisi gibi hizmetler sunulmaktadır (URSEP, 2011).

TRSM çalışanlarının görevleri; TRSM'ye kayıtlı hastaların kişisel ihtiyaçlarının yer aldığı bakım planları doğrultusunda fiziksel ve ruhsal tedavilerinin yürütülmesi, damgalama ile mücadele etme, sosyal ve ekonomik konulardaki sıkıntılarının giderilmesi, kurumlar arası işbirliği ile toplumu bilinçlendirme, hastaların topluma yeniden kazandırılması olarak sıralanabilir. Yapılan birçok araştırma merkezlerde verilen hizmetlerin hastaların yaşam kalitesini ve sosyal işlevselliği belirgin olarak artırdığını, yeti yitimini ise önemli oranda azalttığını göstermiştir (Beşkardeş ve ark., 2013, s:110).

Toplum temelli modelin bir getirisi olan ve Türkiye'de de uygulanmaya başlanan TRSM'lerin genel yapısı toplum temelli ruh sağlığı modeli üzerine kurulmuştur. Bu modelin temel yapısı; birinci basamak (aile hekimliği), ikinci basamak (devlet hastanesi, ruh sağlığı hastaneleri) ve üçüncü basamak sağlık hizmetleri (üniversite) şeklindedir (Ensari, 2008, s:88-92).

2.5.2. Toplum Ruh Sağlığı Merkezlerinin Rolü ve Önemi

Hastane temelli modelde hastanın kuruma başvurusu ile başlayan, hasta kurumdan taburcu olduktan sonra ise gerekli ve yeterli takibin yapılamadığı bir tedavi hizmeti sunulmaktadır. Toplum temelli modelin en önemli ayaklarından biri olan toplum ruh sağlığı merkezleri projesinde ise belli bir coğrafi alanda yaşayan ve ruhsal bozukluğa sahip bireylerin düzenli takip, tedavi ve rehabilitasyonlarının sağlanarak topluma yeniden kazandırılması amaçlanmıştır. Merkezlerde hastalara “vaka yönetimi” çerçevesinde hizmet verilmekte, yatış yapılması gereken hastalar yataklı hastanelere yönlendirilmekte, çalışmak isteyen hastalara iş imkanları sağlanmakta, yerel yönetimler ile temasa geçilerek barınacak yer bulmalarına yardımcı olunmaktadır. Buralarda yeterince sosyal beceri kazanan ağır ruhsal hastalıklı bireylerin, ilerde açılacak korumalı ev veya korumalı işyerlerine, kimsesiz hastaların ise bakım merkezlerine yönlendirilmesi sağlanmaktadır (Ensari, 2008, s:90-92).

TRSM’lerde iyi planlanmış bir rehabilitasyon programı ile insanlar ‘hasta’ rolünden çıkıp ‘birey’ rolüne geçebilmekte ve sorumluluk altına girebilmektedirler. Şizofreni gibi ağır ruhsal hastalıkların bireyin yaşamında oluşturduğu birtakım olumsuzluklar, bireyi toplumdan ve dış gerçekliklerden soyutlayarak bireyin yalıtılmış ve verimsiz bir hayat sürdürmesine neden olmaktadır. Ağır ruhsal hastalıklar önemli ölçüde yeti yitimine neden olduğu için hastaların özbakım, günlük faaliyetler ve toplumsal ilişkiler gibi alanlarda işlevsellik düzeylerinde düşüş görülmektedir (Yıldız, 2004, s:5-9).

Yıldız ve arkadaşları (2002) tarafından yapılan bir çalışmada şizofreni hastalarına yönelik verilen ruhsal toplumsal beceri eğitimlerinin hastanın yaşam kalitesi, genel ve sosyal işlevsellik üzerine olumlu katkıları olduğu saptanmıştır. İstanbul Üniversitesi’nde 10 şizofreni hastasına verilen bir yıllık grup tedavisinin etkinliğinin değerlendirildiği bir çalışmada yaşam kalitesinde iyileşme, kişilerarası ilişkilerde düzelme, ruhsal bulgularda iyileşme ve kişisel etkinliklerde artış saptanmıştır. Meksika’da ruhsal-toplumsal beceri eğitimi verilen ve verilmeyen remisyondaki kronik şizofreni hastalarının karşılaştırıldığı bir başka çalışmada ruhsal toplumsal beceri eğitimi verilen grupta hastalık bulgularında, ruhsal toplumsal ve genel işlevsellikte istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düzelme olduğu görülmüştür. Meksika’da ilaç ile birlikte ruhsal toplumsal tedavi gören şizofreni hastalarıyla sadece ilaç tedavisi

görenlerin karşılaştırıldığı bir yıllık izleme çalışmasında, ilaçla birlikte ruhsal-toplumsal tedavi alan grupta bulguların düzeldiği, ruhsal-toplumsal ve genel işlevselliğin önemli oranda arttığı saptanmıştır.

2.5.3. Esenyurt Toplum Ruh Sağlığı Merkezi ve Küçükçekmece Toplum Ruh Sağlığı Merkezinde Verilen Hizmetler

Esenyurt Toplum Ruh Sağlığı Merkezi, İstanbul Esenyurt Devlet Hastanesine bağlı olarak 18.09.2014 tarihinde hizmet vermeye başlamıştır. Küçükçekmece Toplum Ruh Sağlığı Merkezi ise ilk olarak 05.05.2014 tarihinde İstanbul Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi bünyesinde hizmet vermeye başlamış, 07.07.2015 tarihinde ise Esenyurt Devlet Hastanesine devredilerek hizmet vermeye devam etmiştir. Her iki merkez de halen aktif olarak hizmet vermektedir.

Eylül 2017’de alınan verilere göre; Esenyurt TRSM 153’ü kadın 223’ü erkek olmak üzere toplam 376 ağır ruhsal bozukluk hastasına hizmet vermektedir. Bu hastalardan 150’si şizofreni hastası, 98’i bipolar bozukluk hastası, 128’i ise diğer psikotik hastalıklar (şizoafektif bozukluklar, organik olmayan psikoz vb)’dir. Küçükçekmece TRSM ise 224’ü kadın 363’ü erkek olmak üzere toplam 587 ağır ruhsal bozukluk hastasına hizmet vermektedir. Bu hastalardan 267’si şizofreni hastası, 150’si bipolar bozukluk hastası, 170’i ise diğer psikotik hastalıklar (şizoafektif bozukluklar, organik olmayan psikoz vb)’dir.

Merkezler yerinde hizmetin dışında ayrıca gezici ekiplerle birlikte ev ziyaretleri de gerçekleştirmektedir. Temel Sağlık İstatistikleri Modülü (TSİM)’nden alınan verilere göre; Esenyurt TRSM Eylül 2014-Eylül 2017 tarihleri arasında toplam 516 ev ziyareti, Küçükçekmece TRSM ise Nisan 2014-Eylül 2017 tarihleri arasında toplam 934 ev ziyareti gerçekleştirmiştir.

Merkezlerin kabul şartları;

“Bu merkezlere, kısa süre önce hastaneden taburcu olmuş veya hastaneye yatırılma riski olan, psikoz veya diğer ağır ruhsal bozukluklar nedeniyle tedavi ve psiko-sosyal desteğe ihtiyaç duyan ya da ağır bir ruhsal bozukluk nedeniyle işlevselliği ciddi düzeyde azalmış bireyler tedavi amacıyla kabul edilir. Bu hastalar arasında hastaneye sık yatış geçmişi/eğilimi olan hastalar

önceliklidir. Ağır ruhsal hastaların kabul edildiği merkezde, hastaların güçlendirilmesi ve toplumla bütünleşmesi için rehabilitasyon, psiko-sosyal beceri kazandırma ve destekleme çalışmaları yapılmaktadır. Merkezlerde multidisipliner ekip anlayışı çerçevesinde; ruh sağlığı ve hastalıkları uzmanı, psikolog, sosyal hizmet uzmanı, hemşire, usta öğreticiler (halk eğitim merkezi öğretmenleri) çalışmaktadır. Merkezde işleyiş, profesyonel meslek elemanları tarafından yapılmakta, hastaların tedavilerinin planlanması ve yürütülmesi sağlanmaktadır.”

şeklindedir. Merkezlerin çalışan personel sayıları ise şu şekildedir: Esenyurt TRSM bünyesinde 1 ruh sağlığı ve hastalıkları uzmanı, 1 hemşire, 1 psikolog, 1 sosyal çalışmacı, 6 iş-uğraş terapisti; Küçükçekmece TRSM bünyesinde ise 2 ruh sağlığı ve hastalıkları uzmanı, 2 hemşire, 1 psikolog, 1 sosyal çalışmacı, 5 iş-uğraş terapisti aktif olarak hizmet vermektedir.

Hastalar merkeze başvurduğunda merkez çalışanları tarafından karşılanarak hasta ve yakınına merkez gezdirilerek merkezin işleyişiyle ilgili bilgiler verilmektedir. Merkezde hastalara hizmet vermek amacıyla kullanılan; 1 görüşme odası, 1 grup terapi ve eğitim odası, 2 iş-uğraş terapi odası, 1 spor salonu, 1 okuma ve bilgisayar salonu, 1 dinlenme odası, 1 hasta gözlem odası ve 1 yemek salonu bulunmaktadır. Merkezde hastalara verilen diğer hizmetler ise şu şekilde sıralanabilir:

- ✓ “Merkeze devam edemeyecek durumda olan veya devam etmeyi reddeden hastalara ev ziyaretleri ile takiplerinin yapılması sağlanmaktadır.
- ✓ Psikolog tarafından hastaların rutin bireysel görüşmeleri yapılmaktadır.
- ✓ Sosyal hizmet uzmanı tarafından hasta ve hasta yakını hukuki ve sosyal hakları konusunda bilgilendirilerek uygun yönlendirmeler yapılmaktadır.
- ✓ Psikiyatri hekimleri tarafından hastalar gözlemlenerek gerekli tıbbi destek verilmektedir.
- ✓ Psikiyatri hekimlerince toplum ruh sağlığı merkezinden faydalanır raporu çıkartılan hastalar telefonla aranıp bilgilendirilerek merkeze davet edilmektedir.
- ✓ Merkeze gelmeyen hastalara gezici ekip tarafından ev ziyareti yapılmakta, tıbbi-sosyal ve psikolojik durumları değerlendirilerek gerekli müdahalelerde bulunmaktadır.

- ✓ Merkezde, haftanın her günü hasta kabulü yapılarak çeşitli uğraş eğitimleri, bireysel görüşmeler, danışmanlık, tedavi takip ve kontrolleri yapılarak merkezin rutin işleyişi sürdürülmektedir.
- ✓ Merkezde yağlı boya resim, spor ve halk oyunları, ahşap boyama, bilgisayar, müzik gibi iş-uğraş eğitimleri verilmekte ve düzenli devam eden programlarla hastaların yaşamla bağları yeniden kurulup gelişmekte ve sosyalleşebilmektedirler.
- ✓ Hastalara toplumsal beceri kazanma eğitimleri yapılmaktadır. Beceri eğitiminde kullanılan davranışçı öğrenme teknikleri şunlardır: Bilgilendirme, modelleme (taklit), rol oynama, pozitif ve düzeltici geri bildirimde bulunma (pekiştirme), davranış alıştırmaları yapma (rol oynama), sorun çözme çalışmaları, tekrar etme (overlearning), destekleme (coaching, prompting), kendini yönlendirme (self-instruction), genelleme (ev ödevleri), kendini izleme-değerlendirme ve ödül ekonomisi (token economy).”

2.5.4. Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri ve Sosyal Hizmet İlişkisi

İnsan sağlığı bireysel nedenlerle bozulabileceği gibi, çevresel ya da toplumsal nedenlerle de bozulabilmektedir. Bireyin sosyal refahının artırılması ve tam bir iyilik halinin sağlanabilmesi için tıbbi sorunlarının çözümünde disiplinler arası bir yaklaşımın uygulanması gerekmektedir (Artan, 2013, s:235). İnsana yardım eden meslek gruplarından biri olan sosyal hizmet, müracaatçılarının toplumun aktif ve üretken birer üyesi olarak iyilik haline ulaşabilmesi için gerekli önlemleri almaya çalışır, mesleki müdahaleleri planlar ve müracaatçıların ihtiyaçları doğrultusunda mevcut toplumsal kaynakları harekete geçirir (Alptekin, 2013, s:229). Bu noktada sosyal hizmet mesleği hastaların “hasta hakları” açısından korunmasında önemli bir fonksiyona sahiptir.

Temel tıp bilimleri hastalığın yalnızca biyolojik temelleri ile ilgilenirken sosyal hizmet mesleği ruh sağlığı hastalıklarını hem değerlendirme hem de tedavi etmede biyo-psiko-sosyal-kültürel-manevi-çevresel yaklaşımı kullanmaktadır. Örneğin; biyolojik nedenlerle oluştuğu düşünülen bipolar bozukluk ve şizofreni gibi hastalıklar öncelikle psiko-farmakolojik müdahaleleri gerektiriyor gibi görünmektedir. Oysa bu yaklaşım, kişinin durumunda payı bulunabilecek (stres, işsizlik gibi) diğer tüm etkenleri

görmezden gelirken yalnızca belirtileri azaltma (mani'nin azaltılması gibi) ile ilgilenir (Zastrow, 2015, s:224-225).

Örneğin, şizofrenik kişi kendi benliğine ve çevresine güvenini ileri düzeyde yitirmiştir. Ona göre insan ilişkileri düş kırıklıkları, özerkliğin yitimi, aldatılmalar, yenilip yutulma, oyuna getirmeler gibi birtakım kaygılarla doludur. Bu nedenle hasta birey insan ilişkilerinden korkar ve kaçır; kendi dünyasına kapanır. Ama bir yandan da insan ilişkilerine ihtiyacı vardır ve bu ihtiyaç bazen çok yoğundur. Bu ihtiyaç-korku ikilemi içinde hasta kişiler arası ilişkilerini düzenleyemez ve geliştiremez. İlişki kurmak istedikçe korkuları artar, korkuları arttıkça ilişki kurmak güçleşir. Bu nedenle şizofrenide psikoterapinin önemi oldukça büyüktür (Öztürk, 2008, s:210).

Şizofreni gibi ağır ruhsal bozukluk gösteren hastalarda, tek başına ilaç tedavileri yeterli olmayınca farklı tedavi yolları denenmeye başlanmış ve psiko-terapi yöntemleri denenmeye başlanmıştır. Doğan ve arkadaşları (2002) tarafından şizofreni hastalarına yönelik yapılan çalışmanın sonuçlarına göre; hastalar psiko-sosyal tedavi yöntemlerine oldukça olumlu yanıtlar vermiştir. Ayrıca psiko-sosyal tedavi yöntemleri ile hastaların yaşam kalitelerinde artış görülmüş, aile içi ve toplumsal ilişkilerinin iyileştiği saptanmış ve bireysel işlevlerini yerine getirmede eskisine nazaran daha iyi bir konumda oldukları görülmüştür.

Önceleri sosyal hizmetin ruh sağlığı alanındaki rolü genellikle psikiyatriden daha önemsiz görülürdü. Ancak duygusal sorunların yaşamda organik sorunlardan daha öncelikli sorunlar olduğunun giderek fark edilmesiyle, sosyal hizmet uzmanları bir psikiyatristin rehberliği olmaksızın danışmanlık ve psikoterapi sağlamak için kurumlarda istihdam edilmeye başlandı. LeCroy ve Stinson (2004) yaptığı bir çalışmada, rastgele 386 kişiye telefon yoluyla diğer mesleklerinkiyle karşılaştırmalı olarak sosyal hizmetin “toplumca algılanan değeri”ni sormuştur. Sosyal hizmet uzmanları %60,8 oy oranı ile; psikolojik danışmanlara (%58,3), psikologlara (%44,5) ve psikiyatristlere (41,9) göre daha fazla “çok değerli” oyu almıştır (Zastrow, 2015, s:234).

Alptekin (2013)'in belirttiği üzere; klinik deneyimler kriz dönemlerinde kişilerin yalnız bırakılmaması gerektiğini, çevreden alınacak küçücük bir psiko-sosyal desteğin bile öneminin son derece büyük olduğunu pek çok kez göstermiştir. Esasen böyle bir destek alınmadığında çöküntüye uğrama, toplumsal yaşamda fonksiyonel olamama,

hatta tehlikeli davranışlara yönelme riski artabilir. Yaşamın değerli olduğu düşüncesiyle yaşamı korumayı, fonksiyonel ve doyumlu bir şekilde sürdürülmesini önceleyen sosyal hizmet; kriz dönemlerinde kişilere ihtiyaç duydukları psiko-sosyal desteği sağlayacak, onları toplumun aktif ve üretken bir üyesi olarak toplumsal yaşama fonksiyonel bir birey olarak katılmalarını sağlayacak meslek gruplarından biridir.



3. GEREÇ VE YÖNTEM

Araştırmanın gereç ve yönteminin anlatıldığı bu bölümde araştırmanın modeli, evren ve örnekleme, veri toplama araçları, araştırmanın varsayımları, verilerin toplanması ve verilerin çözümlenmesi ile ilgili bilgiler yer almaktadır.

3.1. Araştırmanın Modeli

İstanbul Esenyurt Toplum Ruh Sağlığı Merkezi ve İstanbul Küçükçekmece Toplum Ruh Sağlığı Merkezinden hizmet alan ve ağır ruhsal hastalığı olan hastaların sosyo-demografik özellikleri, hastalığın başlangıç yaşı, ailede psikiyatrik hastalık geçmişi, barınma durumu, çocuk sahibi olma, madde kullanımı, intihar girişimi, intihar şekli ve hastaneye yatış sayısı ile tanı grupları arasındaki ilişkiyi incelemeyi amaçlayan bu çalışmada “nicel (quantitative) araştırma” tasarımı kullanılmıştır.

Nicel araştırma, olayları ve olguları nesnelleştirerek onları gözlemlenebilir, ölçülebilir ve sayısal olarak ifade edilebilir bir şekilde ortaya koyan bir araştırma çeşididir. Nicel araştırma modeli olarak ise iki ya da daha fazla değişken arasında ilişki olup olmadığını incelemek amacıyla kullanılan “bağıntısal model” kullanılmıştır.

3.2. Araştırmanın Evren ve Örnekleme

Türkiye genelinde ruh sağlığı hizmetlerinin toplum temelli modelde sunulması için ilk olarak 2008 yılında Bolu ili pilot il seçilerek burada bir TRSM açılmış, 2011 yılında 40 olan TRSM sayısı % 132’lik bir artışla 2014 yılında 93’e ulaşmıştır. 2016 yılında ise toplam 31 TRSM açılmış olup toplam merkez sayısı 149’a ulaşmıştır. Bu merkezlerden 23 tanesi İstanbul ilinde bulunmakta olup İstanbul’da bulunan merkezlerin listesi Ek 4’te sunulmuştur. Bu araştırmanın evrenini bu 23 merkezden ikisi olan İstanbul Esenyurt Toplum Ruh Sağlığı Merkezi ve İstanbul Küçükçekmece Toplum Ruh Sağlığı Merkezinden hizmet alan ve ağır ruhsal bozukluğu olan hastalar oluşturmaktadır.

Araştırmada, özel ve ulaşılması güç bir nüfusun olası tüm örnek olaylarını belirlemek için geniş bir yöntemler yelpazesinin kullanıldığı rastlantısal olmayan “Amaca Yönelik (Yargıya Dayalı) Örnekleme” modeli kullanılmıştır. Amaca yönelik

örnekleme özel durumlar için değerli bir örnekleme türüdür. Örnek olayları seçmede bir uzmanın yargısını kullanır ya da kafada belli bir amaçla örnek olay seçer (Neuman, 2016, s:322). Örnekleme yöntemi olarak ise “basit rastlantısal (tesadüfi) örnekleme” yöntemi kullanılmıştır. Bu bağlamda, araştırma kapsamında 42’si kadın 52’si erkek olmak üzere toplam 100 hasta dosyası incelenmiştir.

3.3. Veri Toplama Yöntemi ve Aracı

Araştırmada veri toplama aracı olarak TC Sağlık Bakanlığının online bir veri tabanı olan Temel Sağlık İstatistikleri Modülü (TSİM)’nden alınan veriler ve İstanbul Esenyurt Toplum Ruh Sağlığı Merkezi ve İstanbul Küçükçekmece Toplum Ruh Sağlığı Merkezinin arşiv kayıtlarından alınan ve hasta bilgilerinin yer aldığı hasta dosyaları incelenmiştir. Hasta dosyalarının incelenebilmesi için Sağlık Bakanlığından gerekli izin alınmış, ilgili yazışmalar Ek 2’de sunulmuştur.

Hasta dosyalarından alınan hastalığın tanısı, hastalığın başlangıç yaşı, doğum yılı, cinsiyet, eğitim durumu, mesleki durum, medeni durum, çocuk sahibi olma, kardeş sayısı, kaçınıcı çocuk, barınma durumu, ailede psikiyatrik hastalık durumu, madde kullanımı, hastaneye yatış sayısı, intihar girişimi ve intihar şekli bilgileri Ek 3’te sunulmuştur.

Elde edilen veriler, SPSS İstatistik Programı (SPSS 16.00) ile uygun istatistiksel teknikler kullanılarak analiz edilmiş ve çıkan sonuçlar birey sayısı ve yüzde dağılımı biçiminde tablolaştırılmıştır. Verilerin toplanmasının ardından SPSS Programı yardımı ile bulgular saptanmıştır.

3.4. Araştırmanın Hipotezleri

Bu çalışma oluşturulurken ağır ruhsal hastalıklar (şizofren/bipolar) ve hastaların demografik özellikleri ve sosyo-kültürel-ekonomik durumları konusunda ilgili birtakım hipotezler ortaya atılmış ve bu hipotezlerin geçerliliği sorgulanmıştır. Bunlar;

- Şizofreni ya da bipolar bozukluk gibi ağır ruhsal hastalıklar, bireyin yaşadığı hayat şartları ve hayatında mevcut olan stresörler de göz önünde bulundurulmak

üzere, daha çok gençlik çağlarında ya da erken yetişkinlik dönemlerinde ortaya çıkmaktadır.

- Şizofreni ya da bipolar bozukluk gibi ağır ruhsal hastalıklara sahip olan bireyler daha çok bekar, dul ya da boşanmış olan bireylerdir. Yalnız olma durumu bu gibi hastalıkların ortaya çıkmasında tetikleyici rol oynamaktadır. Aynı şekilde yalnız yaşayan bireylerde, aile bireylerinden herhangi birinin yanında yaşayan bireylere nazaran ağır ruhsal hastalıkların görülme olasılığı daha yüksek olmaktadır.
- Kalabalık ve çok çocuklu aileden gelme durumu yoksulluk, işsizlik gibi ekonomik sorunlara neden olduğundan bu olumsuzluklar bireylerin hayatında tetikleyici rol oynamakta ve bireylerde ağır ruhsal hastalık görülme riskini artırmaktadır.
- Aile bireylerinden herhangi birinde ağır ruhsal hastalık geçmişi bulunması durumu bireylerde ağır ruhsal hastalık görülme riskini ciddi oranda artırmaktadır.
- Kişilerin çalışıyor/çalışmıyor olması, benzer şekilde beyaz yakalı/mavi yakalı işçi olması kişilerde ağır ruhsal hastalık görülme riskini artırabilmektedir.
- Ağır ruhsal hastalığı bulunan hastalardan şizofreni hastaları, bipolar bozukluk hastalarına kıyasla madde kullanımına daha yatkındır.
- Ağır ruhsal hastalığa sahip bireylerden şizofreni hastaları, bipolar bozukluk hastalarına kıyasla intihara daha çok meyillidirler.
- Ağır ruhsal hastalığa sahip bireylerden şizofreni hastaları, bipolar bozukluk hastalarına kıyasla daha sık hastaneye yatırılmaktadır.

3.5. Araştırmanın Alanı ve Sınırlılıkları

Araştırma ağır ruhsal bozukluğu olan hastalar (şizofreni ya da bipolar bozukluk) üzerinde yapıldığı ve araştırmayı yürüten kişi de alanında uzman olmadığı için araştırmada yüz yüze anket çalışması yapılamamıştır. Dolayısıyla çalışma hastaların

tüm demografik bilgi, tıbbi değerlendirme ve hastalık seyri gibi bilgilerinin yer aldığı hasta dosyaları incelenerek yürütülmüştür. Hasta hakları kapsamında hasta bilgilerinin gizli tutulması gerekliliği nedeni ile hasta dosyalarına ulaşmada karşılaşılan engeller araştırmanın sınırlılıklarını oluşturmuştur.

Nicel araştırma yönteminin mükemmel örneklem alma gücünü, yeteri sayıda veri toplama gücünü, mükemmel ölçüm şartlarının her zaman sağlanamaması gibi sınırlılıkları nedeniyle verileri genelleme konusunda yaşanan sorunlar da ayrıca araştırmanın sınırlılıklarını oluşturmuştur.

Çalışmanın etik onayı Üsküdar Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulundan alınmıştır. İstanbul Esenyurt Toplum Ruh Sağlığı Merkezi ve İstanbul Küçükçekmece Toplum Ruh Sağlığı Merkezi arşiv sorumlularına ve ilgili hekimlere hasta bilgilerinin isim verilmeden kullanılacağı belirtilmiş ve gerek görülürse ilgili çalışmanın bir nüshasının kendilerine de verilebileceği beyan edilmiştir.

4. BULGULAR

Çalışmanın bulgular bölümünde araştırmadan elde edilen sonuçlar; hastaların demografik bilgileri (cinsiyet, hastalığın başlangıç yaşı, medeni durum, çocuk sayısı, kardeş sayısı, meslek durumu, eğitim durumu); hastaların derinlemesine bilgileri (ailede psikiyatrik hastalık geçmişi, barınma durumu, madde kötüye kullanımı, intihar girişimi) ve hastalığın tanısı ile demografik özellikler ve derinlemesine bilgiler arasındaki ilişkiye ilişkin bulgular tablolar halinde sunulmuş ve değerlendirilmiştir.

4.1. Hastaların Cinsiyeti

Tablo 1: Hastaların cinsiyete göre dağılımı

Hastaların cinsiyeti	Yüzde
Kadın	42,0
Erkek	58,0
TOPLAM	100,0

Çalışmaya dahil edilen hastaların %42'sini kadınlar, %58'ini ise erkekler oluşturmaktadır. Bu tablodan hareketle evrenimiz dahilindeki toplum ruh sağlığı merkezlerinden daha çok erkek hastaların hizmet aldığını söylemek mümkündür. Ancak bu durum erkeklerde görülen şizofreni ya da bipolar bozukluk sıklığının kadınlara nazaran daha fazla olduğu anlamına gelmemektedir. Zira yapılan birçok epidemiyolojik çalışma ruhsal bozuklukların kadınlarda erkeklere oranla daha sık görüldüğünü ortaya koymuştur.

4.1.1. Hastaların Cinsiyetine Göre Tanı Grupları

Tablo 2: Hastalık tanısı ile cinsiyet arasındaki ilişki

Cinsiyet	Hastalık tanısı		TOPLAM
	Şizofren	Bipolar	
Kadın	31	11	42
Erkek	42	16	58
TOPLAM	73	27	100

Çalışmaya dahil edilen hastaların 31'i kadın 42'si erkek olmak üzere toplam 73'ü şizofreni hastası; 11'i kadın 16'sı erkek olmak üzere toplam 27'si bipolar bozukluk hastasıdır. Çalışmanın da desteklediği gibi şizofrenide ve bipolar bozuklukta kadın/erkek arasında sıklık bakımından önemli bir fark görülmemektedir. Ancak bu tablodan hareketle; toplum ruh sağlığı merkezlerinden daha çok şizofreni hastalarının hizmet aldığı söylemek mümkündür.

Tablo 2'den hareketle yüzdeler hesaplandığında, kadınların %73'ünün şizofreni iken erkeklerin %72'sinin şizofreni olduğu; aynı şekilde kadınların %27'sinin bipolar iken erkeklerin %28'inin bipolar olduğu görülmektedir. Görüldüğü gibi sayısal değerler birbirine son derece yakındır. Bu tablodan cinsiyet ile hastalık tanısı arasında bir ilişki olmadığı sonucu çıkmaktadır.

Tablo 3: Hastalık tanısı ile cinsiyet arasındaki ilişki analizi

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	,024 ^a	1	,877
Continuity Correction ^b	,000	1	1,000
Likelihood Ratio	,024	1	,877
N of Valid Cases ^b	100		

Nitekim cinsiyet ile hastalık tanısı arasındaki ilişkinin incelendiği Tablo 3'ten de $p > 0,05$ olduğundan cinsiyet ile hastalık tanısı arasında ilişki olmadığı sonucu çıkmıştır.

4.2. Hastalığın Başlangıç Yaşı

Tablo 4: Hastalığın başlangıç yaşı

Hastalığın başlangıç yaşı	Hastalık tanısı			
	Şizofren		Bipolar	
	Frekans	Yüzde	Frekans	Yüzde
12-18 yaş arası	26	35,6	9	33,3
19-25 yaş arası	17	23,3	7	26
26-40 yaş arası	25	34,3	11	40,7
41-55 yaş arası	5	6,8	0	0
TOPLAM	73	100	27	100

Hastalığın başlangıç yaşının görülebildiği Tablo 4 incelendiğinde; tüm hastalar içinde hastalığın başlangıç yaşının en yoğun olduğu dönemin %40,7 ile 26-40 yaş arası olduğu görülmektedir. Bunu %33,3 ile 12-18 yaş arası izlemektedir.

Tanı gruplarına göre hastalığın başlangıç yaşı dağılımına bakıldığında ise; 12-18 yaş aralığında hastalığa yakalanma oranı şizofreni hastalarında %35,6, bipolar bozukluk hastalarında ise %33,3'tür. 19-25 yaş arası hastalığa yakalanma oranı şizofreni hastalarında %23,3, bipolar bozukluk hastalarında ise %26'dır. 26-40 yaş aralığında hastalığa yakalanma oranı şizofreni hastalarında %34,3, bipolar bozukluk hastalarında ise %40,7'dir. Son olarak 41-55 yaş aralığında hastalığa yakalanma oranı şizofreni hastalarında %5, bipolar bozukluk hastalarında ise %0'dır.

4.3. Hastaların Medeni Durumu

4.3.1. Hastalığın Tanısı ve Medeni Durumu

Tablo 5: Hastalığın tanısı ile medeni durum arasındaki ilişki

Medeni durum	Hastalık tanısı				TOPLAM
	Şizofren		Bipolar		
	Frekans	Yüzde	Frekans	Yüzde	
Bekar	42	57,5	14	51,9	56
Evli	18	24,7	8	29,6	26
Dul	4	5,5	2	7,4	6
Boşanmış	9	12,3	3	11,1	12
TOPLAM	73	100	27	100	100

Tüm hastaların medeni durumuna bakıldığında; hastaların %56'sının bekar, %26'sının evli, 6'sının dul, %12'sinin ise boşanmış olduğu görülmektedir. Tanı gruplarına göre medeni durum incelendiğinde ise; şizofreni hastalarının %57'sinin bekar, bipolar bozukluk hastalarının ise %51'inin bekar olduğu görülmektedir. Çalışmaya dahil edilen şizofreni hastalarının %24'ü evli, bipolar bozukluk hastalarının ise %29'u evlidir. Yine çalışmaya dahil edilen şizofreni hastalarının %5'i dul, bipolar bozukluk hastalarının ise %7'si duldur. Son olarak, çalışmaya dahil edilen şizofreni hastalarının %12'si boşanmış, bipolar bozukluk hastalarının ise %11'i boşanmış durumdadır. Tanı grupları bazında medeni durum değerlendirildiğinde şizofreni ve bipolar bozukluk hastalarında birbirine oldukça yakın değerler ortaya çıktığı görülmüştür. Bu durumda bekar olma ile şizofren veya bipolar bozukluk olma arasında bir ilişki olmadığı görülmektedir.

Tablo 6: Hastalığın tanısı ile medeni durum arasındaki ilişki analizi

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	,448 ^a	3	,930
Likelihood Ratio	,439	3	,932
Linear-by-Linear Association	,051	1	,822
N of Valid Cases	100		

Nitekim hastalığın tanısı ile medeni durum arasındaki ilişkinin incelendiği Tablo 6'ya göre de; $p>0,05$ olduğundan medeni durum ile hastalık tanısı arasında ilişki olmadığı görülmüştür.

4.4. Hastaların Çocuk Sahibi Olma Durumu

Tablo 7: Hastaların çocuk sahibi olma durumu

Hastalık tanısı	Çocuk durumu				TOPLAM
	Evet		Hayır		
	Frekans	Yüzde	Frekans	Yüzde	
Şizofren	25	34,24	48	65,75	73
Bipolar	11	40,74	16	59,25	27
TOPLAM	36		64		100

Çalışmaya dahil edilen tüm hasta grupları içerisinde hastaların %36'sının çocuk sahibi olduğu, %64'ünün ise çocuk sahibi olmadığı görülmektedir. Hastaların büyük çoğunluğunun bekar olduğu göz önünde bulundurulduğunda bu durum oldukça olağan görünmektedir.

Tanı gruplarına göre çocuk sahibi olma durumu incelendiğinde ise; şizofreni hastalarının %34'ünün çocuk sahibi olduğu, %65'inin çocuk sahibi olmadığı; buna karşılık bipolar bozukluk hastalarının ise %40'ının çocuk sahibi olduğu, %59'unun ise çocuk sahibi olmadığı görülmüştür.

4.5. Hastaların Kardeş Sayısı

Tablo 8: Hastaların kardeş sayısı

Kardeş sayısı	Hastalık tanısı				TOPLAM
	Şizofren		Bipolar		
	Frekans	Yüzde	Frekans	Yüzde	
0-1 arası	6	8,3	2	7,4	8
2-4 arası	38	52	17	63	55
5-7 arası	18	24,7	5	18,5	23
8-12 arası	11	15	3	11,1	14
TOPLAM	73	100	27	100	100

Tüm hastaların kardeş sayısı verisine bakıldığında hastaların %55'inin 2-4 arası kardeşi olduğu görülmektedir. 0-1 kardeş olanların oranı sadece %8'dir. Hastaların tanı gruplarına göre kardeş sayısı incelendiğinde ise; şizofren hastalarının %52'sinin, bipolar bozukluk hastalarının ise %63'ünün 2-4 kardeş; şizofren hastalarının %24,7'sinin, bipolar bozukluk hastalarının ise %18,5'inin 5-7 kardeş olduğu görülmüştür. Toplam değere bakıldığında ise tüm hastalar içinde 0-1 kardeş arası olanların %8, 2-4 kardeş olanların %55, 5-7 kardeş arası olanların %23 ve son olarak 8-12 kardeş arası olanların %14 olduğu görülmüştür.

4.5.1.Hasta kaçınıcı çocuk

Tablo 9: Hasta kaçınıcı çocuk

Kaçınıcı çocuk	Hastalık tanısı				TOPLAM
	Şizofren		Bipolar		
	Frekans	Yüzde	Frekans	Yüzde	
1	23	31,6	12	44,4	35
2-3	30	41	12	44,4	42
4-5	11	15	0	0	11
6-9	9	12,4	3	11,2	12
TOPLAM	73	100	27	100	100

Hastanın ailenin kaçınıcı çocuğu olduğunu gösteren Tablo 9'a göre; tüm hastaların %35'i ilk ocuk, %42'si ikinci ya da üçüncü ocuk, %11'i ddnc ya da beşinci ocuk, %12'si ise altıncı veya daha sonraki çocuktur. Tanı gruplarına göre dağılım incelendiğinde ise genel tablodan farklı bir tablo karşımıza çıkmaktadır. Genel olarak tek ocuk, ikinci-üçüncü ocuk veya altıncı ve üzeri ocuk olma oranları şizofrenide ve bipolar bozukluk durumunda benzerlik gösterse de bipolar bozukluk hastalarında dördüncü ya da beşinci ocuk olma durumuna rastlanmamıştır.

4.6. Ailede Psikiyatrik Hastalık Geçmişi

Tablo 10: Ailede psikiyatrik hastalık geçmişi

Ailede psikiyatrik hastalık var mı?	Yüzde
Evet	49,0
Hayır	51,0
TOPLAM	100

Hastaların ailesinde psikiyatrik hastalık geçmişinin incelendiği Tablo 10 incelendiğinde; hastaların %49'unun ailesinde psikiyatrik hastalık olduğu, %51'inin ailesinde ise psikiyatrik hastalık olmadığı görülmektedir.

4.6.1.Hastalığın Tanısı ve Ailede Psikiyatrik Hastalık Geçmişi

Tablo 11: Ailede psikiyatrik hastalık durumu ile hastalık tanısı arasındaki ilişi

Ailede psikiyatrik hastalık var mı?	Hastalık tanısı				TOPLAM
	şizofren		Bipolar		
	Frekans	Yüzde	Frekans	Yüzde	
Evet	33	45,2	16	59,2	49
Hayır	40	54,8	11	40,8	51
TOPLAM	73	100	27	100	100

Tanı gruplarına göre ailede psikiyatrik hastalık geçmişi verilerine bakıldığında; şizofreni hastalarının %45'inin ailesinde psikiyatrik hastalık geçmişine rastlanırken bipolar bozukluk hastalarının %59'unda ailede psikiyatrik hastalık geçmişine

rastlanmıştır. Demek ki bipolar bozukluğun genetik şekilde aktarılması şizofreniye göre daha sık karşılaşılan bir durumdur.

4.7. Hastaların Çalışma Durumu ve Mesleği

Tablo 12: Mesleki durum ile hastalık tanısı arasındaki ilişki

Mesleki durum	Hastalık tanısı				TOPLAM
	Şizofren		Bipolar		
	Frekans	Yüzde	Frekans	Yüzde	
Çalışmıyor	54	74	15	55,6	69
Çalışıyor	19	26	12	44,4	31
TOPLAM	73	100	27	100	100

Çalışmaya dahil edilen hastaların iş durumuna bakıldığında; tüm hastaların %69'unun çalışmıyor, %31'inin ise çalışıyor durumda olduğu görülmektedir. Tanı grupları bazında değerlendirildiğinde ise şizofreni hastalarının %74'ünün çalışmıyor iken bipolar bozukluk hastalarının %55'inin çalışmıyor olduğu görülmektedir. Bu verilerden yola çıkılarak şizofren olma durumunun çalışma durumunu etkilemedeki oranının bipolar olma durumundan daha yüksek olduğu söylenebilir.

Tablo 13: Hastaların mesleki durumu

Meslek durumu	Yüzde
İşsiz	50,0
İşçi	18,0
Emekli	12,0
Ev Hanımı	17,0
Memur	1,0
Öğrenci	2,0
TOPLAM	100,0

Yine hastaların iş durumunun, çalışıyor ise ağırlıklı olarak hangi işlerde çalıştığının görülebildiği Tablo 13'e bakıldığında; hastaların %50'sinin işsiz, kalan %50'sinin ise çalışıyor ya da öğrenci/ev hanımı olduğu görülmektedir. Ev hanımı ya da öğrenci olup da mevcutta bir iş arayışında olmayanlar Tablo 13'te çalışmıyor olarak baz alınmıştır.

Tablo 13'te görüldüğü gibi; çalışmaya dahil edilen hastaların %18'ini işçiler, %12'sini emekliler, %17'sini ev hanımları, %1'ini memurlar, %2'sini ise öğrenciler oluşturmaktadır.

4.8. Hastaların Eğitim Durumu

Tablo 14: Hastaların eğitim durumu

Eğitim durumu	Yüzde
Okur yazar değil	6,0
İlkokul mezunu	31,0
Ortaokul mezunu	18,0
Lise mezunu	32,0
Üniversite mezunu	13,0
TOPLAM	100,0

Hastaların eğitim durumuna bakıldığında %6'sının okur-yazar olmadığı, %31'inin ilkokul mezunu, %18'inin ortaokul mezunu, %32'sinin lise mezunu, %13'ünün ise üniversite mezunu olduğu görülmektedir.

4.8.1. Hastalığın Tanısı ve Eğitim Durumu

Tablo 15: Hastalık tanısı ile eğitim durumu arasındaki ilişki

Eğitim durumu	Hastalıktanısı				TOPLAM
	Şizofren		Bipolar		
	Frekans	Yüzde	Frekans	Yüzde	
Okur yazar değil	6	8,3	0	0	6
İlkokul mezunu	25	34,2	6	22,3	31
Ortaokul mezunu	11	15	7	25,9	18
Lise mezunu	25	34,2	7	25,9	32
Üniversite mezunu	6	8,3	7	25,9	13
TOPLAM	73	100	27	100	100

Çalışmaya dahil edilen hastaların eğitim durumları ölçüldüğünde tüm hastalar içerisinde %32'sinin lise mezunu olduğu görülmektedir. Hastalar içerisinde okur yazar olmayan oranı ise sadece %6'dır.

Tanı gruplarına göre eğitim durumları karşılaştırıldığında ise oldukça farklı oranlar karşımıza çıkmaktadır. Bipolar bozukluk hastalarında okur yazar olmayan hiç yokken diğer durumlar birbirine son derece yakındır. Halbuki şizofreni hastaları içerisinde bu oran %8,3'tür. Aynı şekilde şizofreni hastalarında ilkökul mezunu ve lise mezunu %34,2 iken üniversite mezunu oranı %8,3 ve bu oran bipolar bozukluk hastası üniversite mezunu oranına göre (%25,9) oldukça düşüktür.

Tablo 16: Hastalık tanısı ile eğitim durumu arasındaki ilişki analizi

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	9,609 ^a	4	,048
Likelihood Ratio	10,567	4	,032
Linear-by-Linear Association	4,404	1	,036
N of Valid Cases	100		

Hastaların eğitim durumu ile hastalığın tanısı arasındaki ilişkinin incelendiği tablo 16'da $p > 0,05$ olduğundan hastalığın tanısı ile eğitim durumu arasında bir ilişki olmadığı sonucu çıkmıştır. Ancak, Asymp. Sig. (2-sided) değeri 0,048 olduğundan ve pearson (0,005) değerine oldukça bir yakın değer olduğundan "aralarında hiçbir bağlantı yoktur" demek de mümkün görünmemekle birlikte ki-kare testinde çıkan oranlar hastalık tanısı ile eğitim durumu arasında bir ilişki olduğunu kanıtlar niteliktedir.

4.9. Hastaların Barınma Durumu

Tablo 17: Hastaların barınma durumu

Barınma durumu	Hastalıktanısı				TOPLAM
	Şizofren		Bipolar		
	Frekans	Yüzde	Frekans	Yüzde	
Aile yanında	66	90,4	24	88,9	90
Yalnız	7	9,6	3	11,1	10
TOPLAM	73	100	27	100	100

Çalışmaya dahil edilen tüm hastaların %90'ı aile ya da bir akraba yanında ikamet ederken yalnız %10'luk kısmı yalnız yaşamaktadır. Tanı gruplarına göre değerlendirildiğinde de benzer sonuçlar karşımıza çıkmaktadır. Şizofreni hastalarının sadece %9,6'sı yalnız yaşarken bipolar bozukluk hastalarının ise yalnızca %11,1'i yalnız yaşamaktadır.

4.10. Hastaların Madde Kullanımı

Tablo 18: Hastaların madde kullanımı

Madde kullanımı var mı?	Frekans	Yüzde
Evet	63	63,0
Hayır	37	37,0
TOPLAM	100	100,0

Çalışmaya dahil edilen hastaların %63'ünde madde kullanımı varken (sigara, alkol, uyuşturucu vb.), %37'sinde herhangi bir madde kullanımı mevcut değildir.

4.10.1. Hastalığın Tanısı ve Madde Kullanımı

Tablo 19: Hastalık tanısı ile madde kullanımı arasındaki ilişki

Hangi maddeyi kullanıyor?	Hastalık tanısı				TOPLAM	
	Şizofren		Bipolar		TOPLAM	
	Frekans	Yüzde	Frekans	Yüzde	Frekans	Yüzde
Alkol	0	0	1	6,7	1	1,6
Sigara	32	66,6	8	53,4	40	63,5
Alkol ve sigara	10	20,9	2	13,3	12	19
Uyuşturucu	0	0	2	13,3	2	3,2
Alkol, sigara ve uyuşturucu	6	12,5	2	13,3	8	12,7
TOPLAM	48	100	15	100	63	100

Çalışmaya dahil edilen hastalardan madde kullananların hangi maddeleri kullandığının incelendiği Tablo 19'a göre; %63'lük bir oranla hastaların daha çok sigara kullanımına yatkın olduğu görülmektedir. Bunu %19 ile alkol ve sigara kullanımı, %12

ile alkol-sigara-uyuşturucu kullanımı izlemektedir. Sadece alkol kullanımı (%1,5) ya da sadece uyuşturucu kullanımı (%3) oranları ise oldukça düşüktür.

Madde kullanımının tanı gruplarına göre dağılımı incelendiğinde oldukça farklı sonuçlar karşımıza çıkmaktadır. Hem şizofreni hastalarında (%66) hem bipolar bozukluk hastalarında (%53) sigara kullanım oranları birbirine oldukça yakın olmasına rağmen diğer maddeler arasındaki kullanım oranları farklılık göstermektedir. Örneğin; şizofreni hastalarında hiç alkol kullanımına rastlanmazken bipolar bozukluk hastalarında bu oran %6'dır. Aynı şekilde şizofreni hastalarında uyuşturucu kullanımı yokken bipolar bozukluk hastalarının %13'ünde uyuşturucu kullanımı mevcuttur.

Yine Tablo 19'dan sadece alkol (%1,5) ya da sadece uyuşturucu (%3) kullanım oranlarının oldukça düşük olduğu görülmektedir. Ancak alkol-sigara-uyuşturucu üçlüsünün kullanım oranı (%12) görece yüksektir. Buradan hareketle uyuşturucu kullanan kişilerin uyuşturucunun yanı sıra çoğunlukla alkol ve sigara da kullandığını söylemek mümkündür.

Tablo 20: Hastalık tanısı ile madde kullanımı arasındaki ilişki analizi

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	10,264 ^a	4	,036
Likelihood Ratio	9,315	4	,054
Linear-by-Linear Association	,232	1	,630
N of Valid Cases	63		

Hastalık tanısı ile madde kullanımı arasındaki ilişki analizinin yapıldığı Tablo 20'ye göre ; $p > 0,05$ olduğundan hastalığın tanısı ile madde kullanımı arasında bir ilişki yoktur sonucu çıkmaktadır. Ancak, Asymp. Sig. (2-sided) değeri 0,036 olduğundan ve pearson (0,005) değerine oldukça bir yakın değer olduğundan “aralarında hiçbir bağlantı yoktur” demek de mümkün görünmemektedir. Nitekim hem bu çalışmanın bulguları hem de yapılan diğer birçok bilimsel çalışma ruhsal bozukluk, ruhsal bozuklukların tanı grupları ve madde kötüye kullanımı arasında ilişki olduğunu ortaya koymaktadır.

4.11. Hastaların İntihar Girişimi

Tablo 21: Hastaların intihar girişimi

İntihar girişimi var mı?	Yüzde
Evet	31,0
Hayır	69,0
TOPLAM	100,0

Çalışmaya dahil edilen hastaların intihar girişimini gösteren Tablo 21'e bakıldığında; şizofreni ya da bipolar hastalarının %31'inin daha önce en az bir kez intihar girişiminde bulunduğu, %69'unun ise bilinen herhangi bir intihar girişimi olmadığı görülmektedir.

4.11.1. Hastalığın Tanısı ve İntihar Girişimi

Tablo 22: Hastalık tanısı ile intihar girişimi arasındaki ilişki

Hastalık tanısı	İntihar girişimi				TOPLAM
	Evet		Hayır		
	Frekans	Yüzde	Frekans	Yüzde	
Şizofren	21	28,8	52	71,2	73
Bipolar	10	37	17	63	27

Hastalığın tanısı ile intihar girişimi arasındaki ilişkinin incelendiği Tablo 22'ye bakıldığında; şizofreni hastalarında intihar girişiminde bulunanların oranı yaklaşık %29 iken bipolar bozukluk hastalarında bu oran %37'dir. Bu çalışma ile bipolar bozukluk hastalarının şizofreni hastalarına kıyasla intihara daha çok meyilli oldukları görülmektedir. Nitekim yapılan birçok epidemiyolojik çalışma da bu çalışmadan çıkan sonucu destekler niteliktedir.

4.11.2. Hastaların İntihar Şekli

Tablo 23: Hastaların intihar şekli

İntihar şekli	Frekans	Yüzde
Atlama	7	22,5
Kimyasal zehirlenme	19	61,3
Yaralama	2	6,5
Asma	3	9,7
TOPLAM	100	100,0

Daha önce en az bir kez intihar girişiminde bulunan hastaların hangi yöntemlerle intihar ettiğini gösteren Tablo 23 incelendiğinde; hastaların %61,3 olan büyük çoğunluğunun kimyasal zehirlenme (ilaç içme, çamaşır suyu içme, fare zehri içme, yağ-çöz içme, gaz açma vb) ile, %22,5'lik kısmının atlama ile, %9,7'sinin asma ile, %6,5'inin ise yaralama ile intihar etmeye çalıştıkları görülmektedir. Bu tablodan hareketle, ağır ruhsal bozukluk hastalarının daha çok kimyasal zehirlenme (ilaç içme, fare zehri içme, çamaşır suyu içme, yağçöz içme vb.) yoluyla intihar girişiminde bulunduğu sonucu çıkarılmaktadır.

Tablo 24: İntihar şekli ile hastalık tanısı arasındaki ilişki

İntihar şekli	Hastalık tanısı			
	Şizofren		Bipolar	
	Frekans	Yüzde	Frekans	Yüzde
Atlama	5	23,8	2	20
Kimyasal zehirlenme	13	61,9	6	60
Yaralama	0	0	2	20
Asma	3	14,3	0	0
TOPLAM	21	100	10	100

Çalışmaya dahil edilen hastaların intihar şekli ile hastalık tanısı arasındaki ilişkinin incelendiği Tablo 24'e bakıldığında; daha önce en az bir kez intihar girişiminde bulunan toplam 31 hastanın 21'ini şizofreni hastalarının, 10'unu ise bipolar bozukluk hastalarının oluşturduğu görülmektedir. Her iki hastalık türünde de daha çok kimyasal zehirlenme yolu ile (19 hasta) hastalar intihar girişiminde bulunmuşlardır. Tabloda dikkat

çeken bir diğer nokta ise bipolar bozukluk hastalarında yaralama ile intihar girişimi %20 iken şizofreni hastalarında bu oran %0'dır. Buna karşılık şizofreni hastalarında asma yoluyla intihar girişimi %14 iken bipolar bozukluk hastalarında bu oran %0'dır.

4.11.3. İntihar Girişimi ve Eğitim Durumu

Tablo 25: Eğitim durumu ile intihar girişimi arasındaki ilişki

Eğitim durumu	İntihar girişimi	
	Evet	Yüzde
Okur Yazar değil	0	0
İlkokul Mezunu	8	25,8
Ortaokul Mezunu	6	19,4
Lise Mezunu	8	25,8
Üniversite Mezunu	9	29
TOPLAM	31	100

Daha önce en az bir kez intihar girişiminde bulunan hastaların (31 hasta) %25,8'ini ilkokul mezunları, %19,4'ünü ortaokul mezunları, %25,8'ini lise mezunları ve %29'unu üniversite mezunları oluşturmaktadır. Okuma yazma bilmeyen hastalar içindeyse daha önce intihar girişiminde bulunmuş hasta yoktur. Buradan hareketle, eğitim durumu ile intihar girişimi arasında az da olsa bir ilişki olduğu söylenebilir.

Tablo 26: Eğitim durumu ile intihar girişimi arasındaki ilişki analizi

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	12,554 ^a	4	,014
Likelihood Ratio	13,464	4	,009
Linear-by-Linear Association	6,032	1	,014
N of Valid Cases	100		

Nitekim eğitim durumu ile intihar girişimi arasındaki ilişki analizinin yapıldığı Tablo 26 incelendiğinde; $p > 0,05$ olduğundan eğitim durumu ile intihar girişimi arasında ilişki olmadığı sonucu ortaya çıkmıştır. Ancak, yine Asymp. Sig. (2-sided) değeri 0,014 olduğundan ve pearson (0,005) değerine oldukça bir yakın değer olduğundan “aralarında hiçbir bağlantı yoktur” demek de mümkün görünmemektedir.

4.12. Hastaların Hastaneye Yatış Sayısı

4.12.1. Hastalığın Tanısı ve Hastaneye Yatış Sayısı

Tablo 27: Hastalığın tanısı ile hastaneye yatış sayısı arasındaki ilişki

Hastaneye yatış sayısı	Hastalık tanısı				TOPLAM
	Şizofren		Bipolar		
	Frekans	Yüzde	Frekans	Yüzde	
0	16	22	6	22,2	22
1-2 kez	30	41	9	33,3	39
3-5 kez	10	13,7	8	29,7	18
6-9 kez	9	12,3	2	7,4	11
10 ve üzeri	8	11	2	7,4	10
TOPLAM	73	100	27	100	100

Çalışmaya dahil edilen hastaların hastaneye yatış sayılarının incelendiği Tablo 27'ye bakıldığında; hastaların %22'sinin herhangi bir yatışının olmadığı görülmektedir. Hastaların %39'unun 1-2 kez hastaneye yatışı vardır. 10 ve üzeri yatış yapan hasta oranı ise %10'dur.

Tanı gruplarına göre hastaneye yatış oranları ise şu şekildedir; hiç hastaneye yatış yapmama oranı şizofreni ve bipolar bozuklukta eşit değerlerdedir. Bipolar bozukluk hastaları genellikle maksimum 3-5 kez hastane yatışı yaparken şizofreni hastalarının 10 ve üzeri değerlerde bile yoğunlaştığı görülmektedir. Buradan hareketle şizofreni hastalarının bipolar bozukluk hastalarına oranla daha fazla hastaneye yatış yaptığını söylemek mümkündür.

5. TARTIŞMA

Ruhsal bozuklukların önemli risk faktörlerinin; yaş, medeni durum, cinsiyet, barınma durumu, sosyo-ekonomik düzeyler olduğu yapılan epidemiyolojik araştırmalar ile saptanmıştır. Bu çalışmada da ruhsal bozukluklar ile sosyo-demografik özellikler arasında ilişki olduğu görülmüştür.

Çalışmaya dahil edilen hastalar içerisinde toplum ruh sağlığı merkezlerinden daha çok erkek hastaların hizmet aldığı görülmüştür. Kadınlarda ruhsal bozukluk görülme oranının erkeklere nazaran daha fazla olmasına rağmen kadınların tedavi hizmeti alma konusunda erkeklerden daha düşük oranda olması toplumsal, kültürel ve sosyolojik birçok nedene bağlanabilir. Bunlardan bir tanesi de kadınların ülkemizdeki sosyolojik konumudur. Türkiye’de kadınların eğitim seviyelerinin düşük olması, aktif yaşama katılımında erkeklere oranla daha geri planda kalmaları, bilinç ve farkındalıklarının düşüklüğü vb. göz önünde bulundurulduğunda kadınların mevcut ruh sağlığı hizmetlerinden haberdar olmadığı ve yardım alabileceği kurum-kuruluşları bilmiyor olduğu yahut haberdar olsa dahi çeşitli faktörler nedeniyle (damgalanma korkusu, kısıtlanma, özgür olamama vb.) tedavi hizmeti alamadığı veya hizmet almasının engellendiği düşünülebilir.

Çalışmaya dahil edilen hastalar arasında toplum ruh sağlığı merkezlerinden daha çok şizofreni hastalarının hizmet aldığı görülmüştür. İstatistiki verilere göre, Türkiye’de 450-600 bin arası şizofreni hastası (<https://indigodergisi.com/2017/04/dunya-sizofreni-gunu/>), 2 milyona yakın ise bipolar bozukluk hastası (<https://www.aa.com.tr/tr/saglik/turkiyede-2-milyon-kiside-bipolar-bozukluk-goruluyor/782977>) yaşamaktadır. Türkiye’de bipolar bozukluk hastasının şizofreni hastasına oranla daha fazla olmasına rağmen TRSM’lerden daha çok şizofreni hastalarının hizmet alması şizofreni hastalarının daha çok bakım ve tedaviye ihtiyaç duyması nedeniyle olabilir.

Toplum ruh sağlığı merkezlerinden hizmet alan 73 şizofreni hastasının 31’ini kadın, 42’sini ise erkek hastalar oluşturmaktadır. Çalışmanın da desteklediği gibi şizofrenide kadın/erkek arasında sıklık bakımından önemli bir fark görünmemektedir. Ancak kadınlarda başlangıç yaşı daha geç olmakta ve genellikle erkeklere göre daha iyi bir prognoz (iyileşme) göstermektedir (Öztürk, 2008, s:176). Kadınlarda en sık

başlangıç yaşı 25-35, erkeklerde ise 10-25 yaş arasındadır. Erkeklerden farklı olarak kadınlarda orta yaşlarda ikinci bir artış göstermektedir (Ertan, 2008, s:27-28). Çalışmadan elde edilen bir diğer bulgu bipolar bozukluk hastalarının cinsiyetine göre dağılımıdır. Evren dahilindeki toplum ruh sağlığı merkezlerinden hizmet alan 27 bipolar bozukluk hastasının 11'i kadın, 16'sı ise erkektir. Şizofrenide olduğu gibi bipolar bozukluk da her iki cinsten eşit sıklıkta görülmektedir.

Çalışmadan elde edilen veriler ışığında, şizofrenide de bipolar bozuklukta da hastalığın genellikle gençlik çağlarında (12-18 yaş arası) ya da erken yetişkinlik döneminde (19-40 yaş arası) başladığı görülmüştür. Yetişkinlik sonrası dönemde hastalığın başlama oranı şizofreni hastalarında oldukça düşük, bipolar bozukluk hastalarında ise sıfırdır. Bilimsel çalışmalar ruhsal bozuklukların her insanın genetiğinde bulunduğunu ve kişinin yaşamındaki çeşitli stresörlerin hastalığın ortaya çıkmasında tetikleyici rol oynadığını söylemektedir. Çalışmadan elde edilen bulgular da bilimsel çalışmaları destekler niteliktedir. Tanı grupları bazında bakıldığında da toplam veriye bakıldığında da ağır ruhsal bozuklukların genellikle gençlik çağlarında başladığı görülmüştür.

Öztürk (2008)'ün de belirttiği üzere; ruhsal bozuklukların genel olarak en sık görülme çağı 25-44 yaşları arasındadır. Kreapelin, şizofreninin daha çok ergenlik çağında ya da hemen sonrasında başladığını belirtir. Bleuler'in hastalık belirtilerinin 30-40 yaşlarında da ortaya çıkabileceğini açıklamasına karşın, hastalığın genelde gençlik çağında başladığı bir gerçektir. Erkek hastaların %16.6'sında, kadın hastaların ise %47'sinde hastalık belirtileri 25 yaşına dek ortaya çıkmış olmaktadır.

Bipolar bozukluk başlangıç yaşı genelde 17-25 yaş olarak kabul edilmektedir. Kadınlar için ortalama yaş 24.8, erkekler için ise 24.4 olarak bildirilmiştir. Ancak erkeklerde hastalığın kadınlara göre 4-5 yaş daha erken başladığı tahmin edilmektedir. Yapılan epidemiyolojik bir çalışmada hastalığın hastaların yaklaşık %30'unda 21 yaşından önce, %10'unda ise 50 yaşından sonra belirtilerin başladığı bildirilmiştir (Hocaoğlu ve Yeloğlu, 2017). Bipolar bozukluk çocukluktan itibaren her yaşta, nadir olarak da yaşlılıkta başlayabilmektedir (Ertan, 2008, s:28).

Kişinin çocukluktan çıkıp yetişkinliğe adım atmaya başladığı gençlik çağlarında sorumlulukları da artış göstermektedir. Her insanın sorunlarla baş etme düzeyi ve şekli

farklıdır. Kimileri ölüm, boşanma, yoksulluk gibi ağır stresörlerle bile kolaylıkla baş edebilirken kimileri daha hafif sorunlarda bile psikolojik çöküntü içine girebilmektedir. Bu çöküntü bazen depresyon, anksiyete bozukluğu gibi hafif psikolojik sorunları beraberinde getirirken bazen de kişinin genlerinde de zaten var olan şizofreni ya da bipolar bozukluk gibi ağır ruhsal bozuklukların ortaya çıkmasında etkili rol oynamaktadır. İkinci gruptaki kişilerde çoğunlukla erken dönemde ağır ruhsal hastalık ortaya çıkabilmektedir. Birinci grup için ise çocukluk döneminden yetişkinlik dönemine geçişin basamağı olan gençlik döneminde stresörleri yönetmeyi başarmış ve hastalığın ortaya çıkabileceği en riskli dönemi başarı ile geçirmiş denilebilir. Ancak bu durumu genellemek mümkün değildir. Nitekim araştırma sonuçları nadir de olsa ileri yaşlarda da hastalığın ortaya çıkabildiğini göstermektedir.

Bireyin yalnız yaşıyor olması hayatındaki önemli stresörlerden bir tanesidir. Dünya üzerinde yapılan birçok epidemiyolojik çalışma yalnız yaşamanın ruhsal hastalıkların ortaya çıkmasında önemli rol oynadığını ortaya koymuştur. Nitekim hastaların medeni durumunu gösteren verilere bakıldığında da bekar olmanın ruhsal bozukluklarla bir ilişkisi olduğu görülmüştür. Çalışma verilerini destekler nitelikte Zastrow (2015) da bekar, boşanmış veya dul insanların evli insanlara göre daha yüksek ruh hastalığı oranlarına sahip olduklarını belirtmiştir. Zastrow'a göre evli yetişkinlerde bekar olanlara göre daha düşük depresyon ve kaygı düzeyi bulunmaktadır.

Fakat bu verilerden “insanlar bekar oldukları için mi şizofren/bipolar oluyorlar, yoksa şizofren/bipolar oldukları için mi evlenmiyorlar” sorusunun cevabını bulmak mümkün değildir. Bu soruya cevap bulabilmek için evli olan hastaların evlenmeden önce mi yoksa evlendikten sonra mı hastalığın başladığına yönelik bir çalışma gerekmektedir.

Çalışmadan elde edilen bulgularda hastaların çoğunluğunun bekar olması hasebiyle çocuk sahibi olmadığı görülmüştür. Çocuk sahibi olanlar içerisinde tanı bazında değerlendirildiğinde bipolar bozukluk hastalarının şizofreni hastalarına nazaran daha yüksek oranda çocuk sahibi olduğu görülmüştür. Buradan hareketle bipolar bozukluk hastalarının şizofreni hastalarına kıyasla aile kurmaya ve çocuk sahibi olmaya daha yatkın oldukları söylenebilir.

Çalışmadan elde edilen veriler sonucunda tüm hastaların çoğunlukla 2-4 kardeş arasında yoğunlaştığı, çok çocuklu aileden gelme durumuyla ise çok sık karşılaşılmadığı görülmüştür. Ancak Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) verilerine göre Türkiye’de ortalama çocuk sayısının da genellikle 2-4 çocuk arasında yoğunlaştığı (<http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=24646>) bilindiğine göre ortaya çıkan sonuç gayet olağan görünmektedir. Buradan 2-4 arası kardeş sayısına sahip olmanın ağır ruhsal bozukluğa yol açabildiği sonucunu çıkarmak doğru olmayacaktır.

Araştırma sonucunda ağır ruhsal bozukluğa sahip hastaların büyük çoğunluğunun ikinci ya da üçüncü çocuk olduğu görülmüştür. Ancak yine TÜİK verilerine göre; Türkiye’de ailelerin ortalama 2-4 çocuğu olduğundan (<http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=24646>) ortaya çıkan sonucun olağan olduğu söylenebilir. Buradan ikinci ve üçüncü çocuk olma durumunun şizofren ya da bipolar olma durumunu tetiklediği sonucunu çıkarmak mümkün görünmemektedir.

Araştırmada dikkat çeken bir diğer veri ise tek çocuk olan hastaların oranının hiç de azımsanmayacak derecede olduğudur. Yalnızlığın insanın hayatında önemli stresörlerden biri olduğu bilinmektedir. Bu durumda herhangi bir kardeşi olmayan insanların ruhsal hastalığa yakalanma oranının yüksek olması normal bir sonuç olarak karşımıza çıkabilmektedir.

Araştırma sonucunda hastalarda ailede psikiyatrik hastalık geçmişi ile hastalık arasında ilişki olduğuna dair yüksek oranlar çıkmamıştır. Ancak yapılan birçok bilimsel çalışma ağır ruhsal hastalıkların genetik olduğunu bildirmektedir. Şizofrenide bir çok risk etmeni tanımlanmıştır. Bunlardan en etkili olanı ise genetik yapıdır. Uzun yıllardır yapılan çalışmalar genetik etkenlerin varlığını ortaya koymuştur. Öztürk (2008)’ün belirttiğine göre; genel nüfusta şizofreni sıklık oranı %0.85 olarak kabul edilmektedir. Araştırmalara göre anne-babadan biri hasta ise çocuklarda hastalık riski %12,5–13.8 arasındadır. Hem anne hem baba hasta ise bu risk %35-46 arasındadır. Anne-baba sağlam fakat çocuklardan biri hasta ise kardeşlerde şizofreni riski %6.7-8.2’dir. Bir hastanın birinci derecede akrabalarında ortalama şizofreni riski %8-10’dur. Akrabalık uzaklaştıkça bu oran düşmektedir.

Bu durumda araştırmamız için baz alınan evren içerisinde ailede psikiyatrik hastalık olma durumuna sık rastlanmamıştır yorumu yapılabilir. Aynı şekilde aileden

kasıt olarak ilk aşamada akla birinci dereceden yakınlar (anne/baba/kardeş) geldiğinden hastalar bu soruya sadece birinci dereceden yakınlarını düşünerek cevap vermiş olabileceğinde ailenin herhangi bir kuşağında (ikinci ve üçüncü derece ve daha üstü) ağır ruhsal hastalık olup olmadığı bilinmemektedir.

Çalışmada tanı grupları bazında ailede psikiyatrik hastalık geçmişine bakıldığında bipolar bozukluk hastalarının büyük çoğunluğunun ailelerinde psikiyatrik hastalık geçmişine rastlanmıştır. Ayrıca yapılan birçok epidemiyolojik çalışma da genetik etkenlerin bipolar bozukluk gelişiminde yaklaşık %60-80 oranında ağırlığı olabileceği bildirilmiştir. Günümüzde birinci derece akrabalarında hastalık olan kişilerde bipolar bozukluk görülme riski %3-8 arasında bulunmuştur ki bu da aile öyküsünün hastalık riskini tek başına 4-8 kat arttırabilen bağımsız bir değişken olduğunu göstermektedir. Ebeveynin her ikisinin de hasta olması durumunda ise hastalık riski %50- 75'e kadar çıkmaktadır (Hocaoğlu ve Yeloğlu, 2017).

Bu ve benzeri epidemiyolojik çalışmalar ağır ruhsal hastalıklar ile genetik durum arasında anlamlı bir ilişki olduğunu ortaya koymaktadır. Bu durumda Tablo 11 için; baz alınan evren içerisinde ailede psikiyatrik hastalık olma durumuna pek rastlanmamıştır yorumu yapılabilir. Aynı şekilde aileden kasıt olarak ilk aşamada 1. dereceden yakınlar (anne/baba/kardeş) akla geldiğinden hastalar bu soruya sadece 1. dereceden yakınlarını düşünerek cevap verebilmiş olacağından ailenin herhangi bir kuşağında ağır ruhsal hastalık olup olmadığı bilinmemektedir.

Çalışma sonucunda ağır ruhsal bozukluğa sahip bireylerin çoğunluğunun çalışmadığı, tanı grupları bazında ise çalışmayan şizofreni hastaları oranının bipolar bozukluk hastalarına kıyasla çok daha yüksek olduğu görülmüştür. Bu durum bireyin hayatındaki stresör olgusuyla açıklanabilir. Ancak bu araştırma sonucundan bireylerin hasta oldukları için mi işsiz kaldıkları yoksa işsiz oldukları için mi hastalandıkları sonucunu çıkarmak oldukça güçtür. Yine de ağır ruhsal bozukluğa sahip kişilerin daha çok işsiz olduğunu yahut çalışıyor konumda olsa dahi düşük sosyo-ekonomik sınıfı oluşturan işçilerden oluştuğunu söylemek mümkündür.

Şizofreni her toplumda ve her türlü sosyo-ekonomik ortamda görülebilmektedir, fakat sosyo-ekonomik yönden düşüklük ya da düzensizlik gösteren kesimlerde daha sık görüldüğüne ilişkin bulgular vardır. Ancak, düşük sosyo-kültürel düzeydeki toplum

kesiminde daha çok stres ve yoksunluk etkenleri mi bu oranı yükseltmektedir yoksa ağır ruhsal bozukluk nedeni ile bu tür hastalar düşük sosyo-ekonomik kesimlere mi kaymaktadırlar (Öztürk, 2008, s:176). Bu veriye ancak daha detaylı ve deneysel çalışmalar yapılarak ulaşılabilir.

Bütün araştırmalar, düşük sosyo-ekonomik düzeylerde ruhsal bozukluk yaygınlığının üst düzeyde olan sosyo-ekonomik kesimlere kıyasla daha yüksek olduğunu göstermektedir. Ayrıca ruhsal bozukluğu olanlar bu bozuklukların yarattığı güçsüzlükler, yetersizlikler ve yeti yitimi nedeni ile giderek daha düşük sosyo-ekonomik kesimlere doğru kaymaktadırlar (Öztürk, 2008, s:170).

Zastrow (2015)'un belirttiğine göre; yoksulların ruh hastası olarak etiketlenme olasılığı daha yüksektir. Yapılan araştırmalar yoksulluk sınırının altında yaşayan insanların yoksulluk sınırının üstünde olanlara göre ciddi psikolojik bozukluklara sahip olmaya beş kat daha yatkın olduğunu göstermiştir. Bunun birçok nedeni olabilir. Belki yoksullar duygusal sorunlar ilk gelişmeye başladığında tedavi istemeyebilirler, belki büyük psikolojik stres altındadırlar.

Çalışmadan elde edilen bir diğer veri ise hastaların mesleki durumuna yöneliktir. Çalışan hastalar ağırlıklı olarak işçi sınıfındandır. Tüm hastalar içerisinde memur oranı sadece %1'dir. Buradan hareketle, düzenli bir işi olan insanların bipolar ya da şizofren olma olasılığının oldukça düşük olduğu söylenebileceği gibi, yukarıda bahsedildiği gibi hastalığın mi iş durumunu tetiklediği yoksa iş durumunun mu hastalığı tetiklediği eldeki veriler ile tam olarak bilinemeyeceğinden kesin bir sonuca varmak doğru olmayacaktır.

Zastrow (2015) ruhsal hastalık oranlarının neden sosyo-ekonomik düzeyi düşük sınıflarda daha fazla olduğunu "sosyal kayma" (drift) hipoteziyle desteklemenin doğru olduğunu savunmaktadır. Sosyal kayma hipotezi, sosyal sınıfın ruhsal bozukluğun bir nedeni değil bir sonucu olduğunu öne sürmektedir. Çalışmalar birçok ruhsal hastalık türünün bireylerin iş yaşamında becerilerini geliştirmelerini aksattığını ve böylelikle sosyal hareketliliğe katılmalarını engellediğini göstermektedir. Ayrıca çalışmalarda yüksek sosyo-ekonomik sınıf içinde ruhsal hastalığa sahip insanların, hastalıkları sosyal statü ve güç kazanımlarında düşüşe yol açtığı için düşük sosyo-ekonomik sınıfa sürüklenmeye eğilimli oldukları belirlenmiştir.

Hastaların eğitim durumu incelendiğinde yoğunluğun ilk okul mezunu ve lise mezununda olduğu görülmüştür. Ancak TÜİK 2016 eğitim istatistiklerine bakıldığında ilkokul ve lise mezunu oranlarının diğerlerine oranla yüksek olduğu (http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1018) görülmektedir ve dolayısıyla ruhsal bozukluk araştırmasında da sonuçların bu şekilde çıkması olağan görünmektedir. Buradan hareketle “ilkokul ya da lise mezunu olma durumu şizofren/bipolar olma durumunu tetiklemektedir” gibi bir yargıya varmak yerinde olmayacaktır.

Hastaların eğitim durumuna yönelik bir diğer dikkat çeken veri ise tanı grupları ile eğitim durumları arasındaki oran farklarıdır. Bipolar bozukluk hastalarında okur yazar olmayan hasta yokken şizofreni hastalarında önemli oranda okur yazar olmayan hasta vardır. Aynı şekilde bipolar bozukluk hastalarında üniversite mezuniyeti oranı oldukça yüksek iken şizofreni hastalarında bu oran ciddi anlamda düşüş göstermiştir. Tüm bu bilgiler ışığında şizofren olma durumunun bireyin eğitim almasını veya eğitimini devam ettirebilmesini ciddi anlamda olumsuz etkilediği söylenebilir. Nitekim Öztürk (2008:170)'ün belirttiğine göre; yapılan birçok epidemiyolojik çalışma ile de düşük eğitim düzeyi olan kesimlerde ruhsal bozukluğun daha çok olduğu bildirilmiştir.

Çalışmaya dahil edilen hastaların genellikle aile yanında ikamet ettiği ve bu durumun tanı grupları arasında da değişmediği görülmüştür. Yapılan birçok çalışma ruhsal bozukluğa sahip hastaların genellikle yalnız yaşadığını gösterirken Türkiye’de durumun farklı çıkması birçok sosyolojik nedene bağlanabilir. Bunlardan bir tanesi de Türk toplumunun kültürel değerleriyle alakalıdır. Türkiye’nin kültürel değerlerine göre hastaya ve düşküne bakmak öncelikli olarak ailenin, aile içinde bakacak kimsesi yoksa da birinci dereceden akrabalarının görevidir. Her ne kadar modernleşme ile birlikte bakım görevi artık kurumlara devredilmiş olsa da geleneksel algı hala devam etmektedir. Dolayısıyla ağır ruhsal bozukluk hastalarının Türkiye’de dünyadaki aksine yalnız değil de aile ya da akraba yanında ikamet ediyor olması olağan bir sonuçtur. Buradan hareketle Türk toplumunun hastalarına sahip çıktığı ve onları yalnız bırakmadığı sonucuna varılabilir ki keza ilgili uzmanlar tarafında şizofren ya da bipolar hastalarının yalnız yaşamaması gerektiği ve varsa ilaçlarının düzenli olarak takip edilmesi gerektiği vurgulanmaktadır.

Araştırma sonucuna göre hastaların büyük çoğunluğu (%63) sigara, alkol, uyuşturucu gibi maddelerden en az birini kullanmaktadır. Türkiye’de madde kötüye

kullanımının yaygınlığı göz önünde bulundurulduğunda madde kullanım oranının hastalıkla bağlantılı olduğunu söylemek doğru olmayacaktır. Ancak araştırmada elde edilen bulgulardan yola çıkarak hastalık tanısı ile madde kullanımına yönelim arasında bir ilişki olduğu sonucu ortaya çıkmıştır. Araştırma sonuçları şizofreni hastalarının alkol kullanımına yatkın olmadığını (%0), buna karşılık bipolar bozukluk hastalarının alkol kullanımına yatkın olduğunu (%6,6); aynı şekilde şizofreni hastalarının uyuşturucu kullanımına yatkın olmadığını (%0), bipolar bozukluk hastalarının ise uyuşturucu kullanımına oldukça yatkın (%13,3) olduğunu göstermiştir. Toplumdaki genel algı şizofreni hastalarının madde kullanımına daha yatkın olduğuna yöneliktir. Keza araştırmanın varsayımlarından bir tanesi de bu kanı üzerinedir. Ancak şizofreni hastalarının bipolar bozukluk hastalarına kıyasla bakım verenlerine daha bağımlı hastalar oldukları düşünüldüğünde, şizofreni hastalarının maddelere ulaşımının oldukça zor olacağı söylenebilir. Dolayısıyla oranların düşünülenin aksine çıkması doğal görünmektedir.

Çalışma sonucunda çalışmaya dahil edilen hastaların çok büyük bir çoğunluğunun sigara kullandığı görülmüştür. Ancak yapılan birçok çalışma Türkiye’de sigara kullanımının oldukça yaygın olduğu göstermektedir. Bu durumda ağır ruhsal bozukluğa sahip hastalar içerisinde sigara kullanımının yaygın olması özellikli bir durum olarak değerlendirilmemelidir. Ancak sigara dışında kullanılan diğer maddelerin yaygınlığına bakıldığında oranın Türkiye ortalamasının oldukça üstünde olduğu görülmektedir. Nitekim yapılan birçok epidemiyolojik çalışma da ruhsal bozukluklar ile madde kullanımına yatkınlık arasında anlamlı ilişki olduğunu ortaya koymaktadır.

Çalışmaya dahil edilen hastaların 3’te 1’inin en az bir kez intihar girişiminde bulunduğu belirlenmiştir. İntihar davranışlarının değerlendirilmesinde ruhsal hastalıkların önemli bir rolünün olduğu yapılan bilimsel çalışmalarla desteklenmektedir. İntihar davranışında bulunan kişilerin önemli bir kısmının psikolojik problemler yaşadığı, bu problemlerin yarattığı mutsuzluğun bireyleri intihara götürdüğü bilinmektedir. Ayrıca ruhsal hastalığın kronik ve ağır olması hem intihar riskini daha da arttırmakta, hem de intihar girişiminin ciddiyetini arttırmaktadır (Brent ve ark., 1993, s:154). Sudupe-Alberdi ve arkadaşları (2011) çalışmalarında intihar girişiminde bulunan katılımcıların %12,3’ünde psikotik bozukluk, %29,5’inde duygudurum bozukluğu ve %24,2’sinde de kişilik bozukluğu tanılarının olduğunu rapor etmişlerdir. Overholser ve

ark (2012) intihar sonucu hayatını kaybetmiş 148 kişi ile kaza ya da tıbbi problemler sonucu hayatını kaybetmiş 257 kişiyi psikolojik otopsi yöntemi ile karşılaştırmış ve intihar kurbanlarının diğer gruba göre ölmeden önceki dönemde daha fazla oranda depresif bozukluk, madde kötüye kullanım bozukluğu ve kişiler arası çatışma deneyimlediklerini saptamışlardır.

Tanı grupları bazında ise bipolar bozukluk hastalarının şizofreni hastalarına oranla intihara çok daha yatkın oldukları ortaya çıkmıştır. Zira yapılan epidemiyolojik çalışmalarda da bipolar bozuklukta hastaların yaklaşık %25-50'si yaşamlarında bir kez intihar girişiminde bulunduğu ve %15'i de intihar girişimi sonucunda öldüğü bildirilmektedir (Hocaoğlu ve Yeloğlu, 2017). Bipolar bireyler için suisid riski, genel popülasyona göre 60 kat daha fazladır. Bipolar bozukluk olan bireylerin yaklaşık %15-20 kadarı intihar girişimini tamamlarlar. %40'a kadar varan oranlarda ise yaşamları boyunca en az bir kez intihar girişimleri olur (Fireman ve ark., 2007).

Çalışmada ortaya çıkan bir diğer bulgu hastaların intihar girişimi ve intihar yöntemine yöneliktir. Araştırma sonuçlarına göre şizofreni hastalarının %29'u en az bir kez intihar girişiminde bulunurken bipolar bozukluk hastalarının %37'si en az bir kez intihar girişiminde bulunmuştur. İntihara kalkışan hastaların büyük çoğunluğu (%61) ise kimyasal zehirlenme yolunu seçmiştir. Bu bağlamda intiharın birincil nedeni olarak ifade edilen ruhsal hastalık belirtilerinin doğru saptanması, erken tanı ve teşhisin sağlanabilmesi ve mevcut tedavi yöntemlerinin modern tıbbın gerekleri dahilinde geliştirilmesi ile bu hastalıkların önlenebilirlik düzeyleri artabilecektir.

DSÖ'nün verilerine göre (<http://www.who.int/whr/2001/chapter2/en/index4.html>); her yıl yaklaşık 900.000 kişi ruhsal hastalıkların sonuçlarından biri olabilen intihar nedeniyle hayatını kaybetmektedir. İntihar 15- 44 yaş grubunda en çok görülen üç ölüm nedeni arasında yer almaktadır. Ayrıca yapılan birçok epidemiyolojik çalışma ruhsal hastalık ile intihar girişimi arasında bir ilişkinin olduğunu ortaya koymaktadır. Örneğin; Angermeyer ve arkadaşları (2009) tarafından yapılan bir çalışmada, intihar etmeyi düşünenlerin yarısının, intihar girişiminde bulunanların ise yarısından fazlasının ruhsal bir rahatsızlıklarının olduğu belirlenmiş ve klinik vakalar üzerinde yapılan çalışmalar intihar girişiminde bulunan kişilerin çoğuna ruhsal bir rahatsızlık teşhisi konulduğunu rapor etmişlerdir.

Yapılan epidemiyolojik çalışmalar ruh sağlığı bozuk bireylerin genel nufusa gfre 20-25 yıl daha erken öldüğünü göstermektedir. Örneğin, her 10 şizofreni hastasından biri intihar ederek hayatına son vermekte, bipolar bozukluğu olan hastalar ise dikkatsiz davranışlar, kazalar ve intihar nedeni ile genel nufusa göre daha erken ölebilmektedir. Fiziksel hastalıklar da ağır ruh hastaları erken ölüme götürebilmektedir. Ağır ruh hastalarında diyabet, HIV, solunum yolu hastalıkları, kullanılan ilaçların yan etkisi ile obezite, madde kullanımı ve aşırı sigara tüketimi sonucunda kardiyovasküler hastalıklar yaygın olarak görülebilmektedir (Davis, 2006).

Hastaların hastaneye yatış sayılarının tanı gruplarına göre dağılımında dikkat çeken nokta şizofreni hastalarının bipolar bozukluk hastalarına kıyasla daha sık hastaneye yatış yapmış olmalarıdır. Nitekim şizofreni hastalarının hezeyan dönemlerinin bipolar bozukluk hastalarına oranla daha ağır geçtiği düşünülürse durum gayet olasıdır.

Araştırmanın varsayımlarından sonucusu hastaneye yatış sayısı ve hastalık tanısı arasındaki ilişki ise şizofren hastalarının bipolar bozukluk hastalarına kıyasla daha sık hastaneye yatış yaptığını göstermiştir. Bu durum hastalığın gidişatı ve semptomları ile açıklanabilir. Şizofreni hastaları bipolar bozukluk hastalarına nazaran daha ağır alevlenme/atak dönemleri geçirebilmektedir. Bipolar bozukluk hastalarının hezeyan dönemleri ağır depresyon ya da ağır coşku ile geçerken şizofreni hastalarının hezeyan dönemleri halüsinasyon, varsanı, kendisine ve çevresine zarar verme şeklinde gelişebilmekte; bu durum hastaneye yatışı hatta bazen EKT (Elektro Konvülsif Tedavi) uygulamasını zorunlu kılmaktadır.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Çalışmanın amacı doğrultusunda, İstanbul Esenyurt Toplum Ruh Sağlığı Merkezi ve İstanbul Küçükçekmece Toplum Ruh Sağlığı Merkezinden hizmet alan, yaşları 21 ile 88 arasında değişiklik gösteren, 42'si kadın 58'i erkek olmak üzere toplam 100 ağır ruhsal bozukluk hastası incelenmiştir. Bu 100 hastanın 73'ünü şizofreni, 27'sini ise bipolar bozukluk hastaları oluşturmaktadır. Çalışmada hastaların sosyo-demografik özellikleri, hastalığın başlangıç yaşı, ailede psikiyatrik hastalık geçmişi, hastaların madde kullanımına eğilimi ve hastaların intihar girişimine eğilimi gibi birçok özellik kapsamlı bir şekilde ele alınmıştır.

Ruhsal bozuklukların insanların yaşam kalitesini yüksek oranda etkilediği ve kişinin hayatında birçok olumsuzluğa yol açtığı bilinmektedir. Örneğin; hastalığın kişiye verdiği sıkıntının yanında hastalık semptomları nedeniyle hastanın ailevi ve sosyal ilişkileri bozulmakta, kişinin ve ailesinin ekonomik durumu kötüleşebilmektedir. Ayrıca ruhsal hastalıklar genellikle genç yaşlarda veya erken yetişkinlik döneminde ortaya çıktığı için bireylerin yeterli eğitim alamamalarına, aile kuramamalarına, meslek sahibi olamamalarına ve bir iş bulamamalarına neden olabilmektedir. Bu nedenle ruhsal bozuklukların nedenlerini doğru tanımlamak ve mümkünse önleyici tedbirler almak önem arz etmektedir.

Ruhsal bozuklukların önemli risk faktörlerinin; yaş, medeni durum, cinsiyet, barınma durumu, sosyo-ekonomik düzeyler olduğu yapılan epidemiyolojik araştırmalar ile saptanmıştır. Bu çalışmada da ruhsal bozukluklar ile sosyo-demografik özellikler arasında ilişki olduğu görülmüştür. Bu çalışma ile;

- ✓ ağır ruhsal bozuklukların erkeklerde kadınlara nazaran daha sık görüldüğü,
- ✓ ağır ruhsal bozuklukların genellikle genç yaşlarda görülmeye başlandığı, ağır ruhsal bozuklukların bekar kişilerde evlilere oranla daha sık ortaya çıktığı ve dolayısıyla ruhsal bozukluğu olan hastaların genellikle çocuk sahibi ol(a)madığı,
- ✓ ağır ruhsal bozukluğa sahip kişilerin genellikle işsiz olduğu ya da çalış(a)mıyor olduğu ve sosyoekonomik durumu düşük olan kişilerde ruhsal bozuklukların daha yaygın olduğu,
- ✓ ağır ruhsal bozukluğa sahip bireylerin genellikle aile ya da yakın akraba yanında yaşadığı,

- ✓ bipolar bozukluk hastalarının madde kötüye kullanımına şizofreni hastalarına kıyasla daha yatkın olduğu,
- ✓ bipolar bozukluk hastalarının intihar etmeye şizofrenlere nazaran daha meyilli oldukları tespit edilmiştir.

Öneriler

Ruhsal bozuklukların her insanın genetiğinde bulunduğu ve bireyin hayatındaki birtakım stresörlerin (yoksulluk, işsizlik, aile içi şiddet, boşanma, istismar, madde kötüye kullanımı cinsel sorunlar vb.) ve sosyo-demografik özelliklerinin bu hastalıkların ortaya çıkmasında önemli bir payının olduğu artık bilinen bir gerçektir. Ruhsal bozuklukların genellikle genç yaşlarda ortaya çıktığı bu çalışma ile de desteklenmiştir. Özellikle bireylerin çocukluktan çıkıp yetişkinliğe adım attığı dolayısıyla sorumluluklarının ve stresörlerin arttığı gençlik çağlarında ruhsal sorunların ortaya çıkmasına sebep olan etkenlerin önüne geçilebilmesi için bir takım önlemler alınması gerekmektedir.

Sosyal hizmet mesleğinin temel hedeflerinin başında bireyin tam iyilik halini sağlamak ve bu iyilik halini sürdürmek gelmektedir. Bu bağlamda, öncelikli olarak konu tıbbi ve psikiyatrik sosyal hizmet bağlamında Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığının gündemine alınabilir ve sosyal çalışmacılar tarafından özellikle gençlik çağlarında karşılaşılan sosyal sorunları çözmek ve bireyin hayatındaki işsizlik, yalnızlık, madde kullanımı vb. gibi stresörleri azaltmak ve hatta mümkünse engellemek adına çeşitli çalışmalar yürütülebilir.

Hastalıklarla mücadelede erken tanı ve tedavi hastalığın seyri açısından çok önemlidir. Ağır ruhsal bozukluğu olan kişilerin çoğunluğu ya hasta olduklarını kabul etmezler ya da damgalanma korkusundan yahut utandıkları için genellikle tedavi talebinde bulunmaz ve bir tedavi kurumuna başvuramazlar. Öncelikli olarak ruhsal bozukluğa sahip bireylerin kurumlara başvurmalarını beklemeksizin ilgili kişilerin tarama yöntemiyle tespit edilmesi gerekmektedir. Mevcut durumda tarama yöntemi toplum ruh sağlığı merkezleri tarafından uygulanmaktadır. Ancak Türkiye'deki nüfus yoğunluğu ve TRSM sayısının azlığı göz önüne alındığında mevcut yöntemlerin yetersiz kaldığı bilinmektedir. Bu noktada mevcut TRSM'ler Sağlık Bakanlığı ve Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığının tarafından desteklenebilir, kurum ve personel desteği

olarak hükümetin bütçe planlarında toplum ruh sağlığı merkezlerine ayrıca yer verilebilir.

Ağır ruhsal bozukluğu olan hastaların hastalığın yanında ayrıca toplumdaki damgalama ile mücadele ettikleri artık bilinen bir gerçektir. Damgalamanın önündeki en büyük engel ise önyargılardır. Bu nedenle damgalanma ile ilgili yapılacak çalışmalar önyargılar üzerine yapılacak çalışmalar olmalıdır. Bu bağlamda, koruyucu ve önleyici hizmetlerin desteklenmesi ve güçlendirilmesinin yanında ruh sağlığı hizmetlerinden faydalanacak olan hastalara karşı ayrımcı tutumun mümkün olduğunca önüne geçilmelidir. Bu konuda topluma yönelik eğitime büyük pay düşmektedir. Damgalamanın azaltılmasına yönelik eğitimler verilebilir; kamu spotları, sosyal sorumluluk projeleri vb. ile damgalama ile mücadelede damga karşıtı programlar yürütülebilir.

Son olarak toplumda toplum ruh sağlığı merkezlerinin verdiği hizmetler toplum tarafından hala bilinmemektedir. Çalışma yürütülürken toplumdaki birçok kişinin toplum ruh sağlığı merkezlerinden ve bu kurumların verdiği hizmetlerden haberdar olmadığı görülmüştür. Çeşitli reklam, kamu spotu vb. çalışmalarla halkın toplum ruh sağlığı merkezlerinin varlığından haberdar olması ve hastalarının buradan hizmet almasının sağlanması sağlanabilir.

7. KAYNAKÇA

ADANA F, ARSLANTAŞ H (2011) Şizofreninin Bakım Verenlere Yükü.. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar, 3 (2): 251-277.

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.

AKERT WM, ARONSON E, WILSON TD (2012) Sosyal Psikoloji. İstanbul, Kaktüs Yayınları.

AKSARAY G, KAPTANOĞLU C, OFLU S (1999) Koruyucu Ruh Sağlığı. Yeni Symposium Dergisi, 37 (3): 55-59.

AKSOY Z, ERSAN EE, ÜNLÜ G (2014) İntihar Girişiminde Bulunan Çocuk ve Ergenlerin Değerlendirilmesi. Pamukkale Tıp Dergisi, 7 (3): 176-183.

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 (225-233). Ankara, Maya Akademi.

ANGERMEYER M, BEAUTRAIS A, BORGES G, BROMET E, BRUFFAERTS R, FLORESCU S, GIROLAMO G, GRAAF R, GUREJE O, HARO JM, HU C, HUANG Y, HWANG I, KARAM EG, KAWAKAMI N, KESSLER RC, KOVESH V, LEVINSON D, NOCK MK, POSADA-VILLA J, SAGAR R, SAMPSON N, TOMOV T, VIANA MC, WILLIAMS DR (2009) Cross-National Analysis of the Associations Among Mental Disorders and Suicidal Behavior: Findings from the WHO World Mental Health Surveys. Plos Medicine, 6 (8): 1-17.

ARIETRI S (2008) Bir Şizofreni Anlamak. İstanbul, Doruk Yayınları.

ARTAN T (2013) Hstane Sosyal Hizmeti. Sosyal Politika ve Kamu Yönetimi Bileşenleriyle Sosyal Hizmet Temelleri ve Uygulama Alanları (2235-248). Ankara, Maya Akademi.

AVCI D, ATA E, DOĞAN S, KELLEÇİ M, SABANCIOĞULLARI S (2015) Psikiyatri Kliniğinde Yatan Hastalarda İntihar Olasılığı ve Etkileyen Etkenler. Anadolu Psikiyatri Dergisi, 16 (3): 164-172.

ATMACA M, GEÇİCİ Ö, KULOĞLU M, TEZCAN E (2001) Antidepresan İlaçlara Bağlı Eretil Disfonksiyonda Sildenafil Kullanımı. Klinik Psikofarmoloji Bülteni, 11 (2): 106-110.

ATKINSON R, ATKINSON RC, BEM DJ, HOEKSEMA SN, SMITH EE (2012) Atkinson ve Hilgart Psikolojiye Giriş. Ankara, Arkadaş Yayınevi.

BABAOĞLU A (2011) 50 Soruda Psikiyatri. İstanbul, Kayhan Matbaacılık.

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.

BRENT DA, BRIDGE JA, GOLDSTEIN TR (2006) Adolescent Suicide and Suicidal Behavior. J Child Psychol Psychiatry, 47 (3): 372-394.

BULUT ER, BULUT NS, KÜÇÜKER H (2012) İntiharın Kısa Tarihçesinden Sebep ve Yöntemlerine Genel Bir Bakış. Cumhuriyet Tıp Dergisi, 34(1): 128-137.

CACIOPPO JT, GOLDMAN R, PETTY RE (1981) Personal Involvement as a Determinant of Argument-Based Persuasion, Journal of Personality and Social Psychology, 41(5): 847-855.

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.

DAVIS S (2006) Community Mental Health in Canada: Policy, Theory, and Practice. Toronto, UBC Press.

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.

DOĞAN O, KOCACIK F (2006) Ruh Sağlığı ve Bozukluklarının Sosyolojisi. Anadolu Psikiyatri Dergisi, 7 (2): 109-120.

DURKHEIM E (2013) İntihar. İstanbul, Pozitif Yayınları.

DÜNYA SAĞLIK ÖRGÜTÜ (2017) <http://www.who.int/>. <http://www.who.int/>: <http://www.who.int/> (Ulaşım: 22 Ekim 2017).

DÜNYA SAĞLIK ÖRGÜTÜ (2017) International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision: <http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2010/en> (Ulaşım: 22 Ekim 2017).

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.

ERCAN ES (1998) İntihar Girişiminde Bulunan Ergenlerde Sosyodemografik, Psikiyatrik ve Ailesel Özelliklerin Araştırılması. Uzmanlık Tezi. İzmir, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi.

ERTAN T (2008) Psikiyatrik Bozuklukların Epidemiyolojisi: Türkiye'de Sık Karşılaşılan Psikiyatrik Hastalıklar Sempozyumu. İstanbul, İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, 25-30.

ESHLICMAN S, HUGHES M, KENDLER K, KESSLER RC, MCGONAGLE KA, NELSON CB, WITTCHEN H, ZHAO S (1994) Lifetime and 12-Month Prevalence of DSM-III-R Psychiatric Disorders in the United States. *Archives of General Psychiatry*, 51 (1): 8-19.

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.

FARMER ME, GOOGWIN FK, RAE DS, REGIER DA (1990) Comorbidity of Mental-Disorders with Alcohol and Other Drug Abuse-Results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) Study. *The Journal of The American Medical Association*, 264 (19): 153-160.

FIREMAN B, HUNKELER E, LEE JY, SAVARINO J, SIMON GE (2007) Risk of Suicide Attempt and Suicide Death in Patients Treated for Bipolar Disorder. *Bipolar Disord*, 9 (2): 526-530.

FISHER W, ZIEDONIS DM (1994) Assessment and Treatment of Comorbid Substance Abuse in Individuals With Schizophrenia, *Psychiatric Annals*, 24 (1):477-483.

GARVIN CD, TROPMAN JE (1992) *Social Work in Contemporary Society*, New Jersey: A Simon&Schuster Company.

GIRARDI P, POMPILI M, TATARELLI R (2007) *Suicide in Psychiatric Disorders*. New York, Nova Sciences Publishers.

GÜLTEKİN BK (2010) Ruhsal Bozuklukların Önlenmesi: Kavramsal Çerçeve ve Sınıflandırma. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 2 (4): 583-594.

HOCAOĞLU Ç, YELOĞLU ÇH (2017) Önemli Bir Ruh Sağlığı Sorunu: Bipolar Bozukluk. *Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Dergisi*, 8 (30): 41-54.

KAYA B (2011) Koruyucu Ruh Sağlığının İhmal Edilen Değişkenleri: Sosyoekonomik ve Kültürel Etkiler. *Türkiye Klinikleri*, 4 (4): 7-10.

KAYA KILIÇ A, SARUÇ S (2015) Toplum Ruh Sağlığı Merkezinden Hizmet Alan Hastaların Sosyal Profili ve Merkezde Verilen Hizmetler. Toplum ve Sosyal Hizmet, 26 (2): 53-71.

KEMP D (2007) Mental Health in America: A Reference Handbook. USA, ABCCLIO.

KILIÇ C (1998) Türkiye Ruh Sağlığı Profil Raporu. Ankara: Eksen Tanıtım. (Ulaşım 20 Aralık 2017).

KÖKNEL Ö (1990) Korkular: Takıntılar, Saplantılar. İstanbul, Altın Kitaplar Yayınevi.

KÜÇÜKARDALI Y, SEVİNÇOK L (2000) Genç Erkeklerde Madde Kullanımı: Sosyodemografik Özellikler ve Psikiyatrik Tanılar. Türk Psikiyatri Dergisi, 5 (11): 40-48.

MORGAN CT (2011) Psikolojiye Giriş. Konya, Eğitim Kitabevi Yayınları.

MULDER R, TYRER P (2006) Karmaşık ve Ağır Kişilik Bozukluklarının Toplum Ruh Sağlığı Servislerinde İdaresi. Current Opinion in Psychiatry, 2 (3): 174-179.

NEUMAN WL (2016) Toplumsal Araştırma Yöntemleri Nicel ve Nitel Yaklaşımlar. Ankara, Yayıncılık.

ÖGEL K (2001) İnsan, Yaşam ve Bağımlılık, İstanbul, IQ Kültür Sanat Yayıncılık.

ÖZCAN ME, YILDIZ M (2000) Ayaktan İzlenen Psikiyatri Hastalarında Nikotin Bağımlılığı Yaygınlığı. Bağımlılık, 1 (1): 86-88.

ÖZTÜRK O, ULUŞAHİN A (2008) Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. Ankara, Tuna Matbaacılık.

PLOTNIK R (2009) Psikolojiye Giriş. İstanbul, Kaknüs Yayınları.

SAILLARD EK (2010) Ruhsal Hastalara Yönelik Damgalamaya İlişkin Psikiyatrist Görüşleri ve Öneriler. Türk Psikiyatri Dergisi, 21 (1): 14-24.

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 (2017) TKHK 2016 İdari Faaliyet Raporu, Ankara: Sağlık Bakanlığı.

SAĞLIK BAKANLIĞI (2017) Temel Sağlık İstatistikleri Modülü. <https://ckysportal.saglik.gov.tr/TR,4801/tsim.html>: <https://ckysportal.saglik.gov.tr/TR,4801/tsim.html> (Ulaşım: 18 Aralık 2017).

SÖNMEZ S (2009) Şizofreni Hastalarında Psikoeğitim Grup Çalışmasının Pozitif ve Negatif Belirtiler, Sosyal İşlevsellik, Yeti Yitimi, İçgörü ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkilerinin Araştırılması. Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi. Bakırköy Prof. Dr. Mahzar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi.

TANSELLA M, THORNICROFT G (2002) Balancing Community-Based and Hospital-Based Mental Health Care. *World Psychiatry*, 1 (2): 84-90.

TARHAN N (2009) Toplum Psikolojisi: Sosyal Şizofreniden Toplumsal Empatiye. İstanbul, Timaş Yayınları.

TUİK (2017) <http://www.tuik.gov.tr>. <http://www.tuik.gov.tr> (Ulaşım: 13 Haziran 2018).

TUZCULAR E (1999) Zararlı Alışkanlıklar ve Etkin Kurtulma Yöntemleri, İstanbul, Altın Kitaplar Yayınevi.

WPA (2017) American Psychiatric Association Publishing. [dsm.psychiatryonline.org](http://www.dsm.psychiatryonline.org) (Ulaşım: 05 Şubat 2018).

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 Ekstaz mi, Kültürel mi? *Journal of Mood Disorders*, 3(1): 39-40.

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

YÖRÜKOĞLU A (1987) Gençlik Çağı. Ankara: Türkiye İş Bankası Yayınları.

YÖRÜKOĞLU A (1997) Çocuk Ruh Sağlığı. İstanbul, Özgür Yayınları.

ZASTROW C (2015) Sosyal Hizmete Giriş. Ankara, Nika Yayınevi.

EKLER

Ek 1: Etik Kurul Raporu



www.uskudar.edu.tr

Abunzade Mahallesi Helik Türkay Sokak No.14 34562 Üsküdar/İSTANBUL
T: 0216 400 22 22 F: 0216 474 12 56 e: lg@uskudar.edu.tr

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


SAYI: B.08.6.YÖK.2.ÜS.0.05.0.06 /2018/792

03/09/2018

Prof.Dr. Abulfaz SÜLEYMANOV
(Dilek Haşlak)

Üsküdar Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulunun 03/09/2018 tarihinde yapılan 09 No.lu toplantısında olduğu "Toplum Ruh Sağlığı Merkezlerinden Hizmet Alan Hastaların Sosyodemografik Özellikleri ile Tanı Grupları Arasındaki İlişki (Küçüklükten TRSM Ye Esenyurt TRSM)" adlı araştırma projenizin etik açıdan uygun olduğuna karar verilmiştir.

Bilgilerinize rica ederim.


Dr. Öğr. Üyesi Meltem NARTER
Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik
Kurulu Başkan Yardımcısı

Ek 2: Araştırma İzin Belgeleri



T.C. Sağlık Bakanlığı

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
İstanbul İli Çekmece Bölgesi Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği

İSTANBUL İLİ ÇEKMECE BÖLGESİ KAMU
HASTANELERİ BİRLİĞİ GENEL SEKRETERLİĞİ -
İSTANBUL İLİ ÇEKMECE BÖLGESİ KHBGS İDARİ
HİZMETLER BAŞKANLIĞI

13/09/2017 15:54 - 40580992 - 604.02 - E.17801



0005232954

Sayı : 40580992-604.02
Konu : Dilek HAŞLAK'ın Araştırma İzni Hk.

DAĞITIM YERLERİNE

İlgi: Dilek HAŞLAK'ın 14/08/2017 tarihli dilekçesi.

Üsküdar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sosyal Hizmet Anabilim Dalı yüksek lisans programı öğrencisi Dilek HAŞLAK'ın *Toplum Ruh Sağlığı Merkezlerinden Hizmet Alan Hastaların Sosyodemografik Özellikleri ile Tanı Grupları Arasındaki İlişki* konulu yüksek lisans tezi kapsamında; *Küçükçekmece Toplum ve Ruh Sağlığı Merkezi ve Esenyurt Toplum ve Ruh Sağlığı Merkezine ait* konuyla ilgili verileri kullanma talebi ile ilgili yapmış olduğu başvuru değerlendirilmiş olup, söz konusu verilerin hizmeti aksatmayacak şekilde, gönüllülük esası, kişisel veriler ve özel hayatın korunması ile yapılacak çalışmanın kurumumuz bilgisi dışında ilan edilmemesi ilkelerine dikkat edilmesi kaydıyla kullanılması uygun görülmüştür.

Gereğini rica ederim.

e-İmzalıdır.
Doç. Dr. Mehmet Emin KALKAN
Genel Sekreter

DAĞITIM:

Tıbbi Hizmetler Başkanlığı

Sayın Dilek HAŞLAK (Zafer Mah. Çınar 1 Sok. Adapark Plaza No:1 Yenibosna Bahçelievler İSTANBUL)

İstanbul İli Çekmece Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği Eğitim ve Ar-Ge Birimi Zafer Mah. Çınar Sok. Adapark Plaza No:1 Yenibosna/İSTANBUL

Faks No:

e-Posta: bilal.alegoz@saglik.gov.tr İnt.Adresi: Biyolog Bilal ALEGÖZ İletişim: 0212 454 61 00 - 6238 Fax: 0212 454 61 61

454 61 00 - 6238 Fax: 0212 454 61 61

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 40695d37-9323-4b36-a6dd-b8116045d196 kodu ile erişebilirsiniz.

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

Bilgi için: Bilal ALEGÖZ

Unvan: BİYOLOG

Telefon No:



T.C. Sağlık Bakanlığı

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
İstanbul İli Çekmece Bölgesi Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği

İSTANBUL İLİ ÇEKMECE BÖLGESİ KAMU
HASTANELERİ BİRLİĞİ GENEL SEKRETERLİĞİ -
İSTANBUL İLİ ÇEKMECE BÖLGESİ KHBGS TIBBİ
HİZMETLER BAŞKANLIĞI

24/08/2017 17:17 - 75231446 - 604.02 - E.3158



000518059P2



TC Sağlık Bakanlığı

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU

Istanbul İli Çekmece Bölgesi Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği

İSTANBUL İLİ ÇEKMECE BÖLGESİ KAMU
HASTANELERİ BİRLİĞİ GENEL SEKRETERLİĞİ -
İSTANBUL İLİ ÇEKMECE BÖLGESİ KHİBGS İDARİ
HİZMETLER BAŞKANLIĞI

18/08/2017 16:35 - 40580992 - 604.02 - E.16727



Sayı : 40580992-604.02
Konu : Dilek HAŞLAK'ın Araştırma İzni Hk.

TIBBİ HİZMETLER BAŞKANLIĞINA
Psiko-Sosyal Destek Hizmetleri Birimi

İlgi: Dilek HAŞLAK'ın 14/08/2017 tarihli dilekçesi.

Üsküdar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sosyal Hizmet Anabilim Dalı yüksek lisans programı öğrencisi Dilek HAŞLAK'ın *Toplum Ruh Sağlığı Merkezlerinden Hizmet Alan Hastaların Sosyodemografik Özellikleri ile Tanı Grupları Arasındaki İlişki* konulu yüksek lisans tezi kapsamında; *Küçükçekmece Toplum ve Ruh Sağlığı Merkezi ve Esenyurt Toplum ve Ruh Sağlığı Merkezine ait* konuyla ilgili verileri kullanması talep edilmektedir.

Söz konusu verilerin kullanılmasının uygun olup olmadığının değerlendirilerek uygun olması durumunda Başkanlığımıza gönderilmesi hususunda;
Gereğini arz ederim.

e-İmzalıdır.
Dr. Enver KAYIKÇIOĞLU
Genel Sekreter a.
İdari Hizmetler Başkanı

Istanbul İli Çekmece Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği Eğitim ve Ar-Ge
Birimi Zafer Mah.Çınar Sok. Adapark Plaza No:1 Yenibosna/İSTANBUL
Faks No:

e-Posta: bilai.alegoz@saglik.gov.tr İnt.Adresi: Biyolog Bilal ALEGÖZ İletişim: 0212
454 61 00 - 6238 Fax: 0212 454 61 61

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 393e33e0-45d5-4757-bf81-7d444bcc675fd kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

**İSTANBUL ÇEKMECE BÖLGESİ KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ GENEL
SEKRETERLİĞİNE**

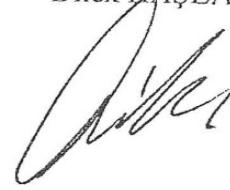
Üsküdar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sosyal Hizmet Bölümü Tezli Yüksek Lisans öğrencisiyim. “Toplum Ruh Sağlığı Merkezlerinden Hizmet Alan Hastaların Sosyodemografik Özellikleri ile Tanı Grupları Arasındaki İlişki (Küçükçekmece TRSM ve Esenyurt TRSM)” konulu yüksek lisans tezi kapsamında Genel Sekreterliğinize bağlı İstanbul Esenyurt Toplum Ruh Sağlığı Merkezi ve İstanbul Küçükçekmece Toplum Ruh Sağlığı Merkezinden Hizmet Alan Hastaların Sosyodemografik Özellikleri ve Tanı Gruplarına ait verilerin tarafımda kullanılabilmesi için gerekli iznin verilmesi hususunda gereğini arz ederim.

İletişim Bilgileri:

Öğrenci No : 154205008
Telefon Numarası: 05425189212
Adres : Zafer Mah. Çınar Sok. Adapark Plaza
No: 1 Kat:4 Yenibosna
Bahçelievler/İSTANBUL

14.8.2017

Dilek HAŞLAK



Ek: Başvuru belgeleri



BİLİMSEL ARAŞTIRMA ÇALIŞMALARI BAŞVURU FORMU

A. ARAŞTIRMACIYA VE ARAŞTIRMAYA AİT BİLGİLER

A.1	ARAŞTIRMACIYA AİT BİLGİLER		
A.1.1	Adı Soyadı:	DİLEK HAŞLAK	
A.1.2	Kurum / Üniversite:	ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ	
A.1.3	Bölümü:	SOSYAL HİZMET	
A.1.4	Telefonu:	0542 518 92 12	
A.1.5	e-mail adresi:	dilekhaslak@gmail.com	
A.2	ARAŞTIRMAYA AİT BİLGİLER		
A.2.1	Araştırmanın Konusu (Araştırmanın açık adı):	Toplum Ruh Sağlığı Merkezlerinden Hizmet Alan Hastaların Sosyodemografik Özellikleri ile Tanı Grupları	
A.2.2	Araştırmanın Statüsü (Aşağıdaki kutucuklardan uygun olanı/olanları işaretleyiniz.)	Araştırma İncelemesi	
	<input checked="" type="checkbox"/> YL-Tezi	<input type="checkbox"/> Doktora Tezi	<input type="checkbox"/> Bireysel Araştırma Projesi
	<input type="checkbox"/> Diğer.....		
A.2.3	Araştırmanın destekleyicisi var mı?	<input type="checkbox"/> Evet <input checked="" type="checkbox"/> Hayır	
	Evet ise, araştırma bütçesinin kaynağı aşağıdakilerden hangisi tarafından sağlandı?		
	<input type="checkbox"/> Sağlık Bakanlığı <input type="checkbox"/> TÜBİTAK <input type="checkbox"/> Kalkınma Bakanlığı <input type="checkbox"/> İlaç Firması		
	<input type="checkbox"/> Diğer (belirtiniz):		
A.2.4	Yapılacak araştırma prospektif ise kimyasal bir madde (ilaç v.b.) kullanılacak mı?	<input type="checkbox"/> Evet <input checked="" type="checkbox"/> Hayır	
	Evet ise lütfen açıklayınız:.....		
A.2.5	Araştırma katılımcılarının fiziksel ve ruhsal sağlıklarını tehdit edici sorular içeriyor mu?	Evet	Hayır
A.2.6	Gönüllü katılımını olumsuz etkileyecek herhangi bir soru veya durum var mı?	Evet	Hayır
A.2.7	Araştırma başvurusunun onaylandığı etik kurul var mı?	Evet	Hayır
A.2.8	Araştırma başvurusunun onaylandığı Eğitim Planlama Kurulu (EPK) kararı var mı?	Evet	Hayır

Her Sayfa İmza



BİLİMSEL ARAŞTIRMA ÇALIŞMALARI BAŞVURU FORMU

A.2.9	Amaç/Kapsam: Bu araştırmanın amacı; T.C. Sağlık Bakanlığı İstanbul Cadde Kızıldereli Hastanesi'ne bağlı Eşyolu TBSM ve Kadıköy TBSM'de hizmet veren hastaların sosyodemografik özellikleri ile teneziyüvü arasındaki ilişkiyi incelemektir.		
A.2.10	Gereç ve Yöntem: Literatür taraması, istatistiksel analiz. Araştırmanın Evreni/Örneklemini (yaş aralıkları ve cinsiyet belirlenmiş ise yazılacaktır.): Eşyolu TBSM ve Kadıköy TBSM Araştırmanın Yapılacağı Zaman Aralığı: 2017 (Ağustos-Eylül) Araştırmanın Kısıtlılıkları: - Hipotez(ler): Demografik özellikler ile teneziyüvü hastalıkları arasında anlamlı bir ilişki vardır.		
A.2.11	Zaman Takvimi: Kasım-Aralık 2016 → Literatür Taraması Ağustos-Eylül 2017 → Verilerin toplanması ve analizi Eylül 2017 → Bulgular ve Sonuç		
A.2.12	Bu araştırmada kullanılan materyal ve/veya elde edilen veriler kullanılarak bir başka araştırmaya planlanmakta mıdır?	Ever	Hayır <input checked="" type="checkbox"/>
A.2.13	Yanıtınız evet ise, lütfen yapılacak araştırmalar ile ilgili bilgi veriniz.		
A.2.14	Araştırmanın aşağıda belirtilen alanlarda varsa yararlarını yazınız. Bireysel: Akademik çalışmada yol gösterici olması açısından önemlidir. Kurumsal: Kurumsal verilerin değerlendirilmesi ve gelecekte kurumsal çalışmaların alınması açısından önemlidir. Toplumsal: Yapılacak diğer çalışmalar için kaynağı sağlayacaktır. Bilimsel: Bu araştırma alanındaki çalışmalara yeni eklenmektedir.		

Her Sayfa İmza



BİLİMSEL ARAŞTIRMA ÇALIŞMALARINI BAŞVURU FORMU

B. ARAŞTIRMADA YER ALAN DANIŞMANLAR

(Birden çok danışman olması durumunda bu bölümü yineleyiniz.)*

*Bu bölümde danışman Öğretim Üyesi ile ilgili bilgiler verilmelidir.

B.1	Adı Soyadı: Ebulfez Süleymanov
B.2	Unvanı: Docent Doktor
B.3	Uzmanlık Alanı: Sosyoloji
B.4	İş Adresi: —
B.5	E-posta adresi: asuleymanov@yahoo.com
B.6	Telefon Numarası: 531 500 59 84
B.7	Faks Numarası: —

C. İLGİLİ BELGELER

(Bu bölümde belirtilen belgeler sırası ile başvuru dosyasına eklenmelidir.)

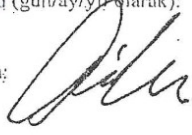
C.1	Üniversite / Kurum Talep Yazısı
C.2	VARSA ANKET FORMU* *Anketin geçerliliği/güvenilirliği ile ilgili olarak, anket hazırlanmasında yararlanılan kaynaklar belirtilmelidir. Ayrıca, her sayfasında sorumlu araştırmacının imzası olan bir örneği başvuru formuna eklenmelidir. Anket formunda araştırmaya katılanların kimliğini açığa çıkaran sorular olmamasına özen gösterilmelidir.
C.3	Çalışma Yapılacak İl(ler) Listesi - İstanbul
C.4	Çalışma Yapılacak Sağlık Tesis(leri) Listesi - Esenyurt TRSM Kıckıckınca TRSM

Her Sayfa İmza



BİLİMSEL ARAŞTIRMA ÇALIŞMALARI BAŞVURU FORMU

D. BAŞVURU SAHİBİNİN İMZASI

D.1	<p>İşbu başvuru formu ile, kendimi/ başvuru sahibi adına</p> <ul style="list-style-type: none">Başvuruda sağlanan bilgilerin doğruluğunu,Araştırmanın ilgili mevzuata, Değerlendirme Formuna ve güncel Helsinki Bildirgesi ilkelerine uygun olarak gerçekleştirileceğini,Araştırma sona erdikten sonra sonuç raporunun bir kopyasını Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumuna sunacağımı taahhüt ederim.
D.2	<p>Başvuru Sahibi Adı-Soyadı: DİLEK HAŞLAK</p> <p>Tarih (gün/ay/yıl olarak): 14.08.2017</p> <p>İmza: </p>

NOT:

- Bu form doldurularak Kamu Hastaneleri Birlikleri Genel Sekreterliklerine müracaat edilecektir.
- Sadece başvuru yapılmış olması, yapılacak araştırmaya başlamak için yeterli değildir.
- Araştırmaya başlayabilmek için ilgili başvurunun Genel Sekreterlik tarafından UYGUN GÖRÜLMESİ gerekmektedir.
- Çalışma birden fazla ilde yapılacak ise ilgili Genel Sekreterliklere ayrı ayrı başvuru yapılması gerekmektedir.

Her Sayfa İmza

ÇEKMECE KAMU HASTANELERİ GENEL SEKRETERLİĞİ
ARAŞTIRMA DETAY FORMU

1-ARAŞTIRMA/TEZ/PROJE KONUSU: Toplum Ruh Sağlığı Merkezlerinde Hizmet Alan Hastaların Sosyodemografik Özellikleri ile Tanı Grupları Arasındaki İlişki (Esenyurt TRSM - Karaköçekmece TRSM)

2-ARAŞTIRMANIN AMACI VE HEDEFLERİ:
Amaç) T.C. Sağlık Bakanlığı İstanbul İli Çekmece KHB Genel Sekreterliğine bağlı Esenyurt TRSM ve Karaköçekmece TRSM'den hizmet alan hastaların demografik özellikleri ile tanı grupları arasındaki ilişkiyi incelemek.

3-ARAŞTIRMANIN BİLİMSEL DAYANAĞI:

4-ARAŞTIRMANIN TİPİ: Literatür taraması
İstatistiksel analiz

5-ARAŞTIRMANIN EVRENİ/ ÖRNEKLEMİ: Esenyurt TRSM'den ve Karaköçekmece TRSM'den hizmet alan hastalar

6-VERİLERİN TOPLANMASI VE VERİ TOPLAMA ARAÇLARI:
(Kullanılan anket, ölçek.....vb veri toplama araçları ek olarak Genel Sekreterliğe verilecektir.)

Online ve fiziksel

7-VERİLERİN ANALİZİ: İstatistiksel değerlendirme

8- KAYNAKLAR;



TC Sağlık Bakanlığı
Tıbbi Kurum
Hastaneleri Kurumu
İstanbul Başkent Hastaneleri Genel
Kampanya Koordinatörlüğü

BİLİMSEL ARAŞTIRMA ÇALIŞMALARI İZİN TAAHHÜTNAMESİ

Genel Sekreterliğinize bağlı kurum ve kuruluşlarda Yüksek Lisans/Doktora ~~Tez~~ Çalışmamı yürütmek için başvurmuş bulunmaktayım.

Kurumunuzda yürüttüğüm çalışma esnasında, kurumun kurallarına uyacağımı, kapsam dışı hiçbir veri toplamayacağımı, veri toplarken kurumun ve kişilerin rızasını alacağımı, çalışma ile ilgili gerekli tüm izinleri alacağımı (etik kurul v.d.), kurumun izin verdiği süre içinde araştırmamı yürüteceğimi, araştırmamın uzaması halinde kurumdan üniversite kanalıyla izin alacağımı, Genel Sekreterliğin ve çalışmanın yapılacağı sağlık tesisi/tesislerinin uygun bulmadığı verileri yayınlamayacağımı, araştırmamın bitiminin ardından çalışmamın bir örneğini Genel Sekreterliğe teslim edeceğimi taahhüt ederim.

Başvuruda Bulunan Kişinin:

TC Kimlik No: 18446862526

Adı Soyadı : DILEK HASLAK

Adres : Zeker. mah. Cıvıoğlu Sok. Adana'ya plaka No:1 Yenibosna Bahçelievler/

İletişim : 0942 518 92 12

İmza :

BT

Ek 3: Hasta Bilgileri

0	BAĞLI OLDUĞU TERM	HASTALIK TANISI	HASTALIĞIN BAŞLANGIÇ YAŞI	DOĞUM YILI	CİNSİYET	EĞİTİM DURUMU	MESLEKİ DURUM	MEDENİ DURUM	ÇOCUK SAHİBİ OLMA	KARDEŞ SAYISI	KAÇINCI ÇOCUK	BARINMA	AİLEDE PSIKIYATRİK HASTALIK	MADDE KULLANIMI	HASTANEYE YATIŞ SAYISI	İNTİHAR GİRİŞİMİ
1	ESENYURT TRSM	ŞİZOFREN	18	1990	ERKEK	LİSE	İŞSİZ	BEKAR	YOK	8	7	AİLEYLE	YOK	YOK	YOK	YOK
2	ESENYURT TRSM	ŞİZOFREN	24	1984	ERKEK	İLKOKUL	İŞÇİ	EVLİ	1	8	7	AİLEYLE	YOK	SİGARA	YOK	YOK
3	ESENYURT TRSM	PSİKOZ	16	1980	KADIN	ORTAOKUL	EV HANIMI	BEKAR	YOK	7	7	AİLEYLE	YOK	YOK	1	YOK
4	ESENYURT TRSM	BİPOLAR	24	1969	KADIN	ÜNİVERSİTE	EMEKLİ	BEKAR	YOK	8	1	YALNIZ	BİLİNMIYOR	YOK	7	4 KEZ 2 İLAÇ İÇME, 1 ATLAMA, 1 TREN ALTINA ATMA
5	ESENYURT TRSM	BİPOLAR	30	1986	KADIN	LİSE	İŞÇİ	BOŞANMIŞ	1	2	21	AİLEYLE	VAR- BİPOLAR	SİGARA ALKOL	YOK	2 KEZ 1 ATLAMA, 1 İLAÇ İÇME
6	ESENYURT TRSM	EPİLEPSİ	13	1980	ERKEK	ÜNİVERSİTE	ÖZEL	EVLİ	1	2	1	AİLEYLE	VAR- EPİLEPSİ	SİGARA ALKOL	YOK	YOK
7	ESENYURT TRSM	ŞİZOFREN	18	1985	KADIN	İLKOKUL	EV HANIMI	EVLİ	1	6	3	AİLEYLE	YOK	SİGARA	2	YOK
8	ESENYURT TRSM	ŞİZOFREN	33	1953	KADIN	LİSE	EMEKLİ	BEKAR	YOK	3	1	AİLEYLE	VAR- ŞİZOFREN	YOK	2	YOK
9	ESENYURT TRSM	ŞİZOFREN	27	1983	ERKEK	LİSE	İŞÇİ	BEKAR	YOK	2	2	AİLEYLE	YOK	SİGARA ALKOL	YOK	7 KEZ 4 ÇAMAŞIR SUYU İÇME, 3 ATLAMA
10	ESENYURT TRSM	BİPOLAR	15	1996	KADIN	ORTAOKUL	İŞSİZ	BEKAR	YOK	4	2	AİLEYLE	YOK	SİGARA	YOK	3 KEZ İLAÇ İÇME
11	ESENYURT TRSM	PSİKOZ	22	1969	KADIN	LİSE	İŞSİZ	BEKAR	YOK	2	1	YALNIZ	YOK	YOK	YOK	YOK
12	ESENYURT TRSM	ŞİZOFREN	30	1970	ERKEK	LİSE	EMEKLİ	BEKAR	YOK	6	4	YALNIZ	YOK	SİGARA	4	YOK
13	ESENYURT TRSM	BİPOLAR	22	1984	ERKEK	LİSE	İŞÇİ	BEKAR	YOK	3	1	AİLEYLE	VAR- BİPOLAR	SİGARA	10	4 KEZ 2 İLAÇ İÇME, 2 ASMA
14	ESENYURT TRSM	ŞİZOFREN	17	1995	ERKEK	LİSE	İŞSİZ	BEKAR	YOK	8	3	AİLEYLE	VAR-PSİKOZ	SİGARA	2	1 KEZ FARE ZEHIRİ İÇME
15	ESENYURT TRSM	BİPOLAR	21	1986	ERKEK	LİSE	İŞÇİ	EVLİ	2	7	3	AİLEYLE	YOK	ESRAR	1	YOK
16	ESENYURT TRSM	ATİPİK PSİKOZ	16	1995	ERKEK	ÜNİVERSİTE	ÖĞRENCİ	BEKAR	YOK	2	2	AİLEYLE	YOK	YOK	YOK	YOK
17	ESENYURT TRSM	BİPOLAR	18	1984	ERKEK	ÜNİVERSİTE	ÖZEL	BEKAR	YOK	1	1	AİLEYLE	VAR- BİPOLAR	YOK	YOK	YOK
18	ESENYURT TRSM	PSİKOZ	30	1977	KADIN	İLKOKUL	EV HANIMI	BOŞANMIŞ	1	5	2	AİLEYLE	YOK	YOK	1	YOK
19	ESENYURT TRSM	BİPOLAR	16	1997	ERKEK	LİSE	ÖĞRENCİ	BEKAR	YOK	3	1	AİLEYLE	VAR- DEMANS	YOK	2	YOK
20	ESENYURT TRSM	ŞİZOFREN	26	1967	KADIN	LİSE	İŞSİZ	EVLİ	2	3	1	YALNIZ	YOK	SİGARA	4	YOK
21	ESENYURT TRSM	ŞİZOFREN	20	1987	ERKEK	ORTAOKUL	İŞSİZ	BEKAR	YOK	8	6	AİLEYLE	VAR- PARANOİD ŞİZOFREN	SİGARA	4	YOK
22	ESENYURT TRSM	PSİKOZ	32	1973	KADIN	İLKOKUL	EV HANIMI	BEKAR	YOK	8	6	ABİ VE YENGE İLE	VAR-ŞİZİD ŞİZOFREN	SİGARA	15	1 KEZ ATLAMA
23	ESENYURT TRSM	BİPOLAR	32	1970	ERKEK	ÜNİVERSİTE	ÖZEL	BOŞANMIŞ	1	2	1	YALNIZ	VAR- BİPOLAR	ALKOL	2	1 KEZ ATLAMA
24	ESENYURT TRSM	ŞİZOFREN	24	1987	KADIN	ORTAOKUL	İŞÇİ	BEKAR	YOK	3	2	AİLEYLE	YOK	SİGARA	3	3 KEZ İLAÇ İÇME
25	ESENYURT TRSM	ŞİZOFREN	16	1977	KADIN	ORTAOKUL	EV HANIMI	BOŞANMIŞ	YOK	4	1	AİLEYLE	YOK	YOK	1	YOK

SAYI	BAĞLI OLDUĞU TERM	HASTALIK TANIISI	HASTALIGIN BAŞLANGIÇ YAŞI	DOĞUM YILI	CINSİYET	EĞİTİM DURUMU	MESLEKİ DURUM	MEDENİ DURUM	ÇOCUK SAHİBİ OLMA	KARDEŞ SAYISI	KAÇINCI ÇOCUK	BARINMA	ÂLEDE PSİKIYATRİK HASTALIK	MADDE KULLANIMI	HASTANEYE YATIŞ SAYISI	İNTİHAR GİRİŞİMİ
26	ESENYURT TRSM	BİPOLAR	22	1985	KADIN	ÜNİVERSİTE	İŞSİZ	EVLİ	1	2	1	ÂİLEYLE	VAR-PANİK ATAK	SİGARA	4	2 KEZ İLAÇ İÇME
27	ESENYURT TRSM	ŞİZOFREN	28	1988	ERKEK	ORTAOKUL	İŞSİZ	BEKAR	YOK	4	3	ÂİLEYLE	YOK	SİGARA	2	YOK
28	ESENYURT TRSM	ŞİZOFREN	28	1977	ERKEK	İLKOKUL	İŞSİZ	BOŞANMIŞ	4	12	3	ANNE İLE	VAR (BİLİNMIYOR)	SİGARA	3	1 KEZ ATLAMA
29	ESENYURT TRSM	ATİPIK PSİKOZ	32	1972	ERKEK	ORTAOKUL	İŞÇİ	EVLİ	2	8	8	ÂİLEYLE	YOK	SİGARA	1	YOK
30	ESENYURT TRSM	ŞİZOFREN	27	1982	KADIN	LİSE	İŞSİZ	EVLİ	2	7	5	ÂİLEYLE	YOK	SİGARA	1	YOK
31	ESENYURT TRSM	BİPOLAR	15	1989	KADIN	ORTAOKUL	İŞSİZ	BEKAR	YOK	6	3	ÂİLEYLE	VAR-PSİKOZ	YOK	1	1 KEZ YAĞ-ÇÖZ İÇME
32	ESENYURT TRSM	BİPOLAR	36	1968	ERKEK	İLKOKUL	EMEKLİ	BOŞANMIŞ	YOK	9	9	ÂİLEYLE	VAR-BİLİNMIYOR	SİGARA	4	YOK
33	ESENYURT TRSM	BİPOLAR	35	1961	KADIN	İLKOKUL	EV HANIMI	EVLİ	6	9	9	OĞLU VE TORUNU İLE	YOK	YOK	YOK	YOK
34	ESENYURT TRSM	BİPOLAR	25	1988	ERKEK	ORTAOKUL	İŞSİZ	BEKAR	YOK	2	2	ÂİLEYLE	YOK	SİGARA	4	YOK
35	ESENYURT TRSM	PSİKOZ	18	1979	ERKEK	İLKOKUL	EMEKLİ	EVLİ	3	BİLİNMIYOR	BİLİNMIYOR	ÂİLEYLE	YOK	YOK	YOK	YOK
36	ESENYURT TRSM	ŞİZOFREN	35	1969	ERKEK	ÜNİVERSİTE	EMEKLİ	BEKAR	YOK	8	6	ÂİLEYLE	YOK	SİGARA	4	1 KEZ GAZ AÇMA
37	ESENYURT TRSM	ŞİZOFREN	51	1958	KADIN	OKUR-YAZAR DEĞİL	EV HANIMI	BOŞANMIŞ	4	6	4	GELİNİ İLE	VAR-ŞİZOFREN	SİGARA	YOK	YOK
38	ESENYURT TRSM	PSİKOZ	40	1971	KADIN	OKUR-YAZAR DEĞİL	EV HANIMI	EVLİ	4	9	3	ÂİLEYLE	YOK	YOK	2	YOK
39	ESENYURT TRSM	ŞİZOFREN	20	1989	ERKEK	LİSE	İŞÇİ	BEKAR	YOK	YOK	1	ÂİLEYLE	YOK	YOK	6	YOK
40	ESENYURT TRSM	BİPOLAR	35	1975	KADIN	LİSE	EV HANIMI	EVLİ	3	7	7	ÂİLEYLE	YOK	SİGARA	1	YOK
41	ESENYURT TRSM	PSİKOZ	30	1978	ERKEK	İLKOKUL	ÖZEL	BOŞANMIŞ	1	3	2	ÂİLEYLE	YOK	YOK	1	1 KEZ İLAÇ İÇME
42	ESENYURT TRSM	ŞİZOFREN	18	1996	ERKEK	ORTAOKUL	İŞSİZ	BEKAR	YOK	4	1	ÂİLEYLE	YOK	YOK	2	2 KEZ BIÇAK İLE YARALAMA
43	ESENYURT TRSM	ŞİZOFREN	20	1982	ERKEK	İLKOKUL	İŞSİZ	BEKAR	YOK	5	3	ÂİLEYLE	VAR-ŞİZOFREN	SİGARA	2	YOK
44	ESENYURT TRSM	ŞİZOFREN	25	1961	ERKEK	İLKOKUL	İŞSİZ	BOŞANMIŞ	YOK	4	3	YALNIZ	VAR-ŞİZOFREN	SİGARA ALKOL	10	YOK
45	ESENYURT TRSM	BİPOLAR	27	1982	ERKEK	İLKOKUL	İŞSİZ	BEKAR	YOK	4	2	ÂİLEYLE	YOK	YOK	2	YOK
46	ESENYURT TRSM	ŞİZOFREN	18	1974	ERKEK	LİSE	İŞSİZ	EVLİ	2	YOK	1	ÂİLEYLE	YOK	SİGARA	18	YOK
47	ESENYURT TRSM	ŞİZOFREN	30	1966	ERKEK	LİSE	EMEKLİ	EVLİ	1	2	1	ÂİLEYLE	VAR-BİLİNMIYOR	SİGARA ALKOL	2	2 KEZ BİLEK KESME
48	ESENYURT TRSM	ŞİZOFREN	19	1981	KADIN	LİSE	EV HANIMI	BEKAR	YOK	6	3	ÂİLEYLE	YOK	SİGARA ALKOL	8	1 KEZ ATLAMA
49	ESENYURT TRSM	BİPOLAR	35	1975	ERKEK	ÜNİVERSİTE	MEMUR	BEKAR	YOK	3	3	YALNIZ	YOK	SİGARA	YOK	1 KEZ BAŞINA POŞET GEÇİRME
50	ESENYURT TRSM	ŞİZOFREN	17	1994	ERKEK	LİSE	İŞSİZ	BEKAR	YOK	2	2	ÂİLEYLE	YOK	YOK	2	YOK

SAYI	BAĞLI OLDUĞU TERM	HASTALIK TANISI	HASTALIĞIN BAŞLANGIÇ YAŞI	DOĞUM YILI	CİNSİYET	EĞİTİM DURUMU	MESLEKİ DURUM	MEDENİ DURUM	ÇOCUK SAHİBİ OLMA	KARDEŞ SAYISI	KAÇINCI ÇOCUK	BARINMA	AİLEDE PSİKİYATRİK HASTALIK	MADDE KULLANIMI	HASTANEYE YATIŞ SAYISI	İNTİHAR GİRİŞİMİ
51	ESENYURT TRSM	ŞİZOFREN	14	1981	ERKEK	İLKOKUL	SERBEST	EVLİ	YOK	4	4	AİLEYLE	VAR-ŞİZOFREN	SİGARA ALKOL	9	1 KEZ İLAÇ ÇİME
52	KÜÇÜKÇEKMECE TRSM	ŞİZOFREN	22	1979	ERKEK	ÜNİVERSİTE	İŞSİZ	BEKAR	YOK	3	3	AİLEYLE	VAR-PSİKOZ	SİGARA ALKOL	3	YOK
53	KÜÇÜKÇEKMECE TRSM	ŞİZOFREN	17	1979	ERKEK	LİSE	İŞSİZ	BEKAR	YOK	YOK	1	AİLEYLE	YOK	SİGARA ALKOL	7	YOK
54	KÜÇÜKÇEKMECE TRSM	ŞİZOFREN	36	1970	KADIN	İLKOKUL	EV HANIMI	EVLİ	1	4	3	AİLEYLE	VAR-DEPRESYON	SİGARA	1	YOK
55	KÜÇÜKÇEKMECE TRSM	BİPOLAR	36	1972	ERKEK	İLKOKUL	İŞSİZ	EVLİ	3	6	2	AİLEYLE	VAR-PSİKOZ	SİGARA ALKOL ESRAR	4	YOK
56	KÜÇÜKÇEKMECE TRSM	PSİKOZ	16	1988	ERKEK	ÜNİVERSİTE	İŞÇİ	BEKAR	YOK	4	1	AİLEYLE	YOK	SİGARA	2	1 KEZ İLAÇ ÇİME
57	KÜÇÜKÇEKMECE TRSM	IUMB MANİK	22	1987	KADIN	ÜNİVERSİTE	İŞSİZ	DUL	YOK	2	1	AİLEYLE	VAR-IUMB	YOK	3	YOK
58	KÜÇÜKÇEKMECE TRSM	ATİPİK PSİKOZ	46	1970	KADIN	ÜNİVERSİTE	EV HANIMI	BEKAR	YOK	5	3	AİLEYLE	YOK	YOK	2	2 KEZ İLAÇ ÇİME
59	KÜÇÜKÇEKMECE TRSM	MANİK BİPOLAR	15	1990	ERKEK	LİSE	İŞSİZ	BEKAR	YOK	3	1	AİLEYLE	YOK	BONZAI	9	YOK
60	KÜÇÜKÇEKMECE TRSM	BİPOLAR	32	1974	ERKEK	LİSE	İŞÇİ	BEKAR	YOK	3	1	AİLEYLE	VAR-BİPOLAR	YOK	1	YOK
61	KÜÇÜKÇEKMECE TRSM	ŞİZOFREN	16	1978	ERKEK	LİSE	İŞSİZ	BEKAR	YOK	YOK	1	AİLEYLE	VAR-DOWN SENDROMU	SİGARA	1	YOK
62	KÜÇÜKÇEKMECE TRSM	ŞİZOFREN	41	1969	KADIN	LİSE	İŞSİZ	BEKAR	YOK	4	2	AİLEYLE	VAR-ŞİZOFREN	SİGARA	2	YOK
63	KÜÇÜKÇEKMECE TRSM	ATİPİK PSİKOZ	17	1993	ERKEK	LİSE	İŞSİZ	BEKAR	YOK	3	2	AİLEYLE	VAR-IUMB	SİGARA ALKOL ESRAR	YOK	YOK
64	KÜÇÜKÇEKMECE TRSM	IUMB	17	1986	KADIN	İLKOKUL	İŞSİZ	BEKAR	YOK	4	2	AİLEYLE	YOK	YOK	YOK	YOK
65	KÜÇÜKÇEKMECE TRSM	ŞİZOFREN	16	1992	ERKEK	ORTAOKUL	İŞSİZ	BEKAR	YOK	7	2	ANNE İLE (ANNE-BABA AYRILIĞI)	VAR-ŞİZOFREN	SİGARA	5	YOK
66	KÜÇÜKÇEKMECE TRSM	ŞİZOFREN	15	1972	KADIN	İLKOKUL	İŞSİZ	BEKAR	YOK	5	3	AİLEYLE	VAR-BİLİNMIYOR	YOK	YOK	YOK
67	KÜÇÜKÇEKMECE TRSM	IUMB	34	1977	KADIN	İLKOKUL	EV HANIMI	EVLİ	2	3	1	AİLEYLE	VAR-IUMB	YOK	2	YOK
68	KÜÇÜKÇEKMECE TRSM	IUMB	18	1976	ERKEK	ORTAOKUL	İŞÇİ	EVLİ	1	1	1	AİLEYLE	YOK	SİGARA ALKOL	4	YOK
69	KÜÇÜKÇEKMECE TRSM	ŞİZOFREN	30	1971	KADIN	İLKOKUL	EV HANIMI	EVLİ	4	7	5	AİLEYLE	VAR-PSİKOZ	SİGARA	10	4 KEZ İLAÇ ÇİME
70	KÜÇÜKÇEKMECE TRSM	ŞİZOFREN	18	1963	KADIN	LİSE	EMEKLİ	DUL	YOK	4	4	YALNIZ	YOK	SİGARA	7	YOK
71	KÜÇÜKÇEKMECE TRSM	ATİPİK PSİKOZ	12	1975	KADIN	İLKOKUL	İŞSİZ	BEKAR	YOK	2	2	AİLEYLE	VAR-ŞİZOFREN	YOK	1	YOK
72	KÜÇÜKÇEKMECE TRSM	ŞİZOFREN	31	1968	KADIN	İLKOKUL	EV HANIMI	BOŞANMIŞ	1	9	7	ANNE İLE	VAR-BİLİNMIYOR	SİGARA	1	YOK
73	KÜÇÜKÇEKMECE TRSM	KRONİK PSİKOZ	31	1971	KADIN	İLKOKUL	EV HANIMI	DUL	2	4	1	KIZI VE DAMADI İLE	VAR-PSİKOZ	YOK	7	YOK
74	KÜÇÜKÇEKMECE TRSM	IUMB	20	1979	ERKEK	ORTAOKUL	İŞSİZ	BEKAR	YOK	2	1	AİLEYLE	VAR-ŞİZOFREN/BİPOLAR	SİGARA ALKOL ESRAR	11	YOK
75	KÜÇÜKÇEKMECE TRSM	ŞİZOFREN	35	1951	KADIN	İLKOKUL	İŞSİZ	BOŞANMIŞ	2	4	3	ABİSİ YENGESİ İLE	YOK	YOK	1	YOK

SAYI	BAĞLI OLDUĞU TERM	HASTALIK TANISI	HASTALIĞIN BAŞLANGIÇ YAŞI	DOĞUM YILI	CİNSİYET	EĞİTİM DURUMU	MESLEKİ DURUM	MEDENİ DURUM	ÇOCUK SAHİBİ OLMA	KARDEŞ SAYISI	KAÇINCI ÇOCUK	BARINMA	ÂLEDE PSİKIYATRİK HASTALIK	MADDE KULLANIMI	HASTANEYE YATIŞ SAYISI	İNTİHAR GİRİŞİMİ
76	KÜÇÜKÇEKMECE TRSM	BİPOLAR	18	1975	ERKEK	ORTAOKUL	İŞÇİ	EVLİ	2	5	2	ÂİLEYLE	VAR-ŞİZOFREN	SİGARA	5	YOK
77	KÜÇÜKÇEKMECE TRSM	ATİPİK PSİKOZ	17	1991	ERKEK	İŞE	ÇAUŞIYOR	BEKAR	YOK	3	2	ÂİLEYLE	VAR-PSİKOZ	YOK	YOK	YOK
78	KÜÇÜKÇEKMECE TRSM	ŞİZOFREN	45	1968	KADIN	İLKOKUL	EMEKLİ	BEKAR	YOK	5	4	ÂİLEYLE	YOK	SİGARA	1	YOK
79	KÜÇÜKÇEKMECE TRSM	ŞİZOFREN	22	1953	ERKEK	İŞE	EMEKLİ	EVLİ	3	6	2	ÂİLEYLE	VAR-ŞİZOFREN	SİGARA ALKOL	7	YOK
80	KÜÇÜKÇEKMECE TRSM	PSİKOZ	22	1977	ERKEK	İLKOKUL	İŞSİZ	BEKAR	YOK	2	2	ÂİLEYLE	VAR-ŞİZOFREN	SİGARA ALKOL ESRAR	YOK	YOK
81	KÜÇÜKÇEKMECE TRSM	ŞİZOFREN	16	1969	ERKEK	ORTAOKUL	İŞSİZ	EVLİ	2	3	2	ÂİLEYLE	VAR-PSİKOZ	SİGARA	120	YOK
82	KÜÇÜKÇEKMECE TRSM	ŞİZOFREN	33	1960	KADIN	OKUR-YAZAR DEĞİL	EV HANIMI	EVLİ	YOK	9	5	ÂİLEYLE	YOK	SİGARA	3	YOK
83	KÜÇÜKÇEKMECE TRSM	ŞİZOFREN	27	1974	ERKEK	İŞE	İŞSİZ	BEKAR	YOK	7	6	ANNE İLE	VAR-ŞİZOFREN	SİGARA ALKOL	5	YOK
84	KÜÇÜKÇEKMECE TRSM	ŞİZOFREN	15	1973	KADIN	İŞE	İŞSİZ	BEKAR	YOK	2	1	ÂİLEYLE	YOK	SİGARA ALKOL EROİN	18	1 KEZ İLAÇ İÇME
85	KÜÇÜKÇEKMECE TRSM	ŞİZOFREN	20	1972	ERKEK	İLKOKUL	İŞSİZ	DUL	2	7	1	ANNE BABA İLE	VAR-ŞİZOFREN	YOK	7	2 KEZ ATLAMA
86	KÜÇÜKÇEKMECE TRSM	ŞİZOFREN	29	1967	ERKEK	İŞE	İŞSİZ	BEKAR	YOK	2	1	ANNE İLE	VAR-ŞİZOFREN	SİGARA ALKOL ESRAR	15	YOK
87	KÜÇÜKÇEKMECE TRSM	ATİPİK PSİKOZ	34	1971	KADIN	İLKOKUL	İŞSİZ	EVLİ	2	7	1	ÂİLEYLE	YOK	YOK	1	YOK
88	KÜÇÜKÇEKMECE TRSM	BİPOLAR	35	1930	ERKEK	ÜNİVERSİTE	EMEKLİ	DUL	2	3	3	BAKICI İLE	VAR-BİPOLAR	YOK	1	1 KEZ İLAÇ İÇME
89	KÜÇÜKÇEKMECE TRSM	PSİKOZ	20	1982	ERKEK	İLKOKUL	İŞSİZ	BEKAR	YOK	3	3	ÂİLEYLE	VAR-BİPOLAR	SİGARA	YOK	1 KEZ ATLAMA
90	KÜÇÜKÇEKMECE TRSM	ŞİZOFREN	20	1986	ERKEK	ORTAOKUL	İŞSİZ	BEKAR	YOK	5	5	ÂİLEYLE	YOK	SİGARA ALKOL ESRAR	15	1 KEZ BIÇAK İLE YARALAMA
91	KÜÇÜKÇEKMECE TRSM	PSİKOZ	36	1966	ERKEK	İLKOKUL	İŞSİZ	EVLİ	2	4	3	YALNIZ	YOK	SİGARA	2	YOK
92	KÜÇÜKÇEKMECE TRSM	PSİKOZ	25	1989	KADIN	İLKOKUL	İŞSİZ	BEKAR	YOK	YOK	1	ÂİLEYLE	BİLİNMIYOR	YOK	YOK	YOK
93	KÜÇÜKÇEKMECE TRSM	ŞİZOFREN	30	197	ERKEK	İLKOKUL	İŞSİZ	EVLİ	2	YOK	1	ÂİLEYLE	YOK	SİGARA	1	2 KEZ İLAÇ İÇME
94	KÜÇÜKÇEKMECE TRSM	ŞİZOFREN	55	1959	ERKEK	OKUR-YAZAR DEĞİL	EMEKLİ	BOŞANMIŞ	2	3	1	YALNIZ	YOK	SİGARA	2	YOK
95	KÜÇÜKÇEKMECE TRSM	PARANOİD ŞİZOFREN	16	1968	ERKEK	ORTAOKUL	İŞÇİ	BEKAR	YOK	4	1	ÂİLEYLE	VAR-ŞİZOFREN	SİGARA ALKOL	YOK	YOK
96	KÜÇÜKÇEKMECE TRSM	ŞİZOFREN	15	1964	KADIN	OKUR-YAZAR DEĞİL	İŞSİZ	BEKAR	YOK	4	4	ABLA VE ENİŞTE İLE	VAR-ATİPİK PSİKOZ	YOK	YOK	YOK
97	KÜÇÜKÇEKMECE TRSM	ŞİZOFREN	17	1983	ERKEK	İŞE	İŞSİZ	DUL	YOK	2	1	ÂİLEYLE	YOK	SİGARA ESRAR	6	3 KEZ İLAÇ İÇME
98	KÜÇÜKÇEKMECE TRSM	PSİKOZ	25	1982	KADIN	OKUR-YAZAR DEĞİL	İŞSİZ	BEKAR	YOK	2	1	ÂİLEYLE	VAR-PSİKOZ/ŞİZOFREN	YOK	YOK	YOK
99	KÜÇÜKÇEKMECE TRSM	ATİPİK PSİKOZ	13	1997	KADIN	ÜNİVERSİTE	İŞSİZ	BEKAR	YOK	3	3	ÂİLEYLE	YOK	YOK	1	2 KEZ İLAÇ İÇME
100	KÜÇÜKÇEKMECE TRSM	ATİPİK PSİKOZ	21	1991	ERKEK	İŞE	İŞSİZ	BEKAR	YOK	4	4	ÂİLEYLE	YOK	SİGARA	2	YOK

Ek 4: İstanbul'da Hizmet Veren TRSM'ler

BAĞLI BULUNDUĞU HASTANE	TRSMADI
ERENKÖY RUH VE SİNİR HASTALIKLARI E.A.H.	Üsküdar (Beylerbeyi) Toplum Ruh Sağlığı Merkezi
ERENKÖY RUH VE SİNİR HASTALIKLARI E.A.H.	Sancaktepe Toplum Ruh Sağlığı Merkezi
ERENKÖY RUH VE SİNİR HASTALIKLARI E.A.H.	Kadıköy Toplum Ruh Sağlığı Merkezi
ERENKÖY RUH VE SİNİR HASTALIKLARI E.A.H.	Çekmeköy Toplum Ruh Sağlığı Merkezi
ÜMRANİYE E.A.H.	Ümraniye Toplum Ruh Sağlığı Merkezi
BEYKOZ DEVLET HASTANESİ	Beykoz Toplum Ruh Sağlığı Merkezi
KARTAL YA VUZ SELİM DEVLET HASTANESİ	Yakacık (Kartal) Toplum Ruh Sağlığı Merkezi
KARTAL DR. LÜTFİ KIRDAR E.A.H.	Adatepe (Maltepe) Toplum Ruh Sağlığı Merkezi
PENDİK DEVLET HASTANESİ	Pendik Toplum Ruh Sağlığı Merkezi
TUZLA DEVLET HASTANESİ	Tuzla Toplum Ruh Sağlığı Merkezi
ŞİŞLİ HAMİDİYE ETFAL E.A.H.	Şişli Toplum Ruh Sağlığı Merkezi
EYÜP DEVLET HASTANESİ	Eyüp Toplum Ruh Sağlığı Merkezi
İSTİNYE DEVLET HASTANESİ	Sarıyer Toplum Ruh Sağlığı Merkezi
HASEKİ E.A.H.	Fatih Toplum Ruh Sağlığı Merkezi
ESENYURT DEVLET HASTANESİ	Esenyurt Toplum Ruh Sağlığı Merkezi
KANUNİ SULTAN SÜLEYMAN EAH	Küçükçekmece Toplum Ruh Sağlığı Merkezi
BAĞCILAR E.A.H.	Bağcılar Toplum Ruh Sağlığı Merkezi
BA KIRKÖY PROF.DR.MAZHAR OSMAN RUH VE SİNİR HASTALIKLARI E.A.H.	Bağcılar Meydan Toplum Ruh Sağlığı Merkezi
BAHÇELİEVLER DEVLET HASTANESİ	Bahçelievler Sevgi Evi Toplum Ruh Sağlığı Merkezi
BA KIRKÖY PROF.DR.MAZHAR OSMAN RUH VE SİNİR HASTALIKLARI E.A.H.	Güngören Toplum Ruh Sağlığı Merkezi
BA KIRKÖY PROF.DR.MAZHAR OSMAN RUH VE SİNİR HASTALIKLARI E.A.H.	Esenler Toplum Ruh Sağlığı Merkezi
BA KIRKÖY PROF.DR.MAZHAR OSMAN RUH VE SİNİR HASTALIKLARI E.A.H.	Bakırköy Toplum Ruh Sağlığı Merkezi
BA KIRKÖY PROF.DR.MAZHAR OSMAN RUH VE SİNİR HASTALIKLARI E.A.H.	Zeytinburnu Toplum Ruh Sağlığı Merkezi