

## Araştırma

## TOPLUM RUH SAĞLIĞI MERKEZİNDEN HİZMET ALAN HASTALARIN SOSYAL PROFİLİ VE MERKEZDE VERİLEN HİZMETLER

### Social Profile of Patients Receiving Service from Community Mental Health Center and Provided Servi- ces in the Center

Semra SARUÇ\*

Ayten KAYA KILIÇ\*\*

\*Yrd. Doç. Dr., Anadolu Üniversitesi Sağlık  
Bilimleri Fakültesi Sosyal Hizmet Bölümü\*\* Sosyal Hizmet Uzmanı, Antalya Aşır Aksu  
Toplum Ruh Sağlığı Merkezi

## ÖZET

Ruh sağlığı alanında ülkemizde oldukça yeni olan toplum ruh sağlığı hizmetleri, ruh sağlığı hastalığı olan bireylerin bakımı ve sosyal rehabilitasyonu açısından oldukça önemlidir. Bu çalışmada Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Toplum Ruh Sağlığı Merkezi'nden hizmet alan hastaların sosyo-demografik özellikleri, aile özellikleri, klinik özellikleri ve sosyal yaşam özellikleri incelenmiştir. Araştırma toplum ruh sağlığı merkezinde kayıtlı olan toplam 176 hastanın

dosyası incelenerek yapılmıştır. Hastaların çoğunluğu bekâr olup, hanedeki ilk çocuklarda ruhsal hastalığın daha fazla oranda görüldüğü belirlenmiştir. Hastaların ailelerinin çoğunluğu alt sosyo ekonomik düzeyde olup gelirleri bulunmamaktadır. Hastaların hastalık öncesi dönemde büyük bir oranda iş sahibi oldukları fakat hastalık sonrası tamamına yakınının çalışmadıkları anlaşılmıştır. Hastaların çoğunluğunun birinci derecede yakınlarında psikiyatrik hastalığın olduğu, bunun yanında hastaların çoğunluğunun adli sorunlarının ve madde kullanım öykülerinin olmadığı görülmüştür. Son olarak hastaların çoğunluğunun özbakım yetersizliğinin olduğu ve sosyal çevrelerinin bulunmadığı belirlenmiştir.

**Anahtar Sözcükler:** Toplum Ruh Sağlığı Hizmetleri, Toplum Ruh Sağlığı Merkezi

## ABSTRACT

Community Mental Health Services, which are considerably new in the field of mental health in our country is very important in terms of mental health care and social rehabilitation of individuals with mental illness. In this study, socio-demographic characteristics, family characteristics, the clinical features, and social life characteristics of patients receiving services from Antalya Education and Research Hospital Community Mental Health Center were investigated. 176 patients' files registered in the community mental health center were examined. It is determined that the majority of patients are single and the mental illness rate is higher in the first children of families. The majority of patients' families are in lower socio-economic status and a significant part of patients don't have any income. It is understood that a large number of patients had a job before the period of illness, but almost all of them have no job after illness process. The majority of patients of first circle relatives have

*also mental illnesses. Besides, the majority of patients have not been observed in criminal cases and substance use history. Finally, the majority of patients have been observed with lack of self-care and social environment.*

**Keywords:** *Community Mental Health Services, Community Mental Health Center*

## GİRİŞ

Dünyada nüfusun %25'i yaşam boyu bir ruhsal hastalık yaşamaktadır. Dünya Sağlık Örgütü, yeti yitimine yol açan on ruhsal hastalıktan birinin şizofreni olduğunu belirtmektedir (Ensari, 2013:3). Şizofreni hastalığının yaşam boyu riski yaklaşık %1'dir (Javed, 2000).

Türkiye'de ruh sağlığı ile ilgili veriler açısından ise iki araştırma bulgularının sonuçları önemlidir; "Türkiye Ruh Sağlığı Profili" çalışması Türkiye'de nüfusun %18'inin yaşam boyu bir ruhsal hastalık geçirdiğini, çocuk ve ergenlerde klinik düzeyde sorunlu davranış oranının %11 olduğunu belirtmektedir. Hıfzısıhha Mektebi tarafından yapılan "Türkiye Hastalık Yükü" çalışmasında ise bu çalışmaya benzer bulgular ortaya çıkmıştır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2011: 5).

Ruhsal hastalıklar sosyal, ekonomik, hukuki ve tıbbi boyutları olan bir sorun olarak hastaları, ailelerini ve toplumu çeşitli şekillerde etkilemektedir. Ruhsal hastalıklar, bireylerin yaşam kalitelerini düşürmekte ve yaşam sürelerini kısaltmaktadır. Aynı zamanda, birincil bakım veren aileleri de hastalık yükü nedeniyle psiko-sosyal ve ekonomik açılardan etkilemekte, aile dengesine zarar vermektedir.

Birincil bakım veren aileleri hastalık yükü nedeniyle psiko-sosyal ve ekonomik açılardan etkilemekte aile dengesine zarar vermektedir.

Dünya genelinde ruh sağlığı hastalıklarının oranının artması özellikle batı ülkelerinde çeşitli toplum ruh sağlığı modellerinin geliştirilmesine olanak sağlamıştır. Dünya genelinde çeşitli toplum ruh sağlığı modelleri geliştirilmiş ve ruhsal hastalığı olan bireylerin yaşam kalitelerinin yükseltilmesi hedeflenmiştir.

Türkiye'de de toplum ruh sağlığı merkezleri henüz yeni yapılandırılmaktadır. Bu bağlamda toplum ruh sağlığı merkezlerinden hizmet alan hasta profili de yeterince tanımlanmış değildir. Bu çalışmanın temel amacı, Antalya Aşır Aksu Toplum Ruh Sağlığı Merkezi'nden hizmet alan hastaların betimsel olarak tanımlamasını yapmak ve hastaların sosyal profilini ortaya koymaktır. Bu çerçevede öncelikle çalışmanın kuramsal temelinde Dünyada ve Türkiye'de toplum ruh sağlığı modellerinin gelişimi ile ilgili bilgi verilecek, daha sonra Antalya Aşır Aksu Toplum Ruh Sağlığı Merkezi'nde verilen hizmetler belirtilecek ve son olarak toplum ruh sağlığı merkezlerinde sosyal hizmetin yeri ve önemi üzerinde durulacaktır.

## Dünyada ve Türkiye'de Toplum Ruh Sağlığı Modellerinin Gelişimi

Dünya genelinde ruh sağlığı alanında üç farklı hizmet modeli bulunmaktadır; hastane temelli model, toplum temelli model ve toplum-hastane denge modeli (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2011:23). Amerika'da ise toplum ruh sağlığı ile ilgili dört ana model bulunmaktadır.

Bunlar; riskli gruplarla “Halk Sağlığı Modeli”, organik kökenli hastalıkların tanı ve önlenmesinde “Biyomedikal Model”, bakım ve rehabilitasyon odaklı “Sistem Modeli” ile toplum gereksinimlerinin amaçlandığı “Hasta Merkezli Model”dir (Pektaş, 2006). Toplum ruh sağlığına yönelik oluşturulan modellerin ortak noktası, ruhsal hastalık tanısı alan bireyin yaşadığı ortamda tedavi, bakım ve rehabilitasyonunun sağlanması ve bu yönde verilecek hizmetlerin multidisipliner yaklaşımla yürütülmesidir.

Dünyada ruhsal hastalara yönelik toplum temelli hizmetlere geçiş süreci farklılıklar göstermektedir. 1960’lı yıllar Avrupa’da, anti psikiyatri hareketinin etkisiyle ruhsal hastaların sadece psikiyatri kliniklerinde tedavilerinin yapılmasının yeterli olmadığı aynı zamanda toplum içinde rehabilitasyonlarının sağlandığı, toplum temelli psikiyatri modelinin uygulanmaya başlandığı dönemlerdir (Alataş ve diğ., 2009:26). Toplum temelli ruh sağlığı sistemine dayalı olan “İtalya Trieste Ruh Sağlığı Modeli”, gündüz hizmet veren toplum ruh sağlığı merkezlerinde ruhsal hastalara ilaç tedavilerine ek olarak alternatif terapiler ve bireysel tedavi planlarının uygulanmasına dayanmaktadır (Yılmaz, 2012:16). İngiltere’de uygulanan model ise İtalya’dakinden farklılaşmakta, hem hastane temelli hem de toplum temelli sistem arasında kurulan bir denge yaratılmaya çalışılmaktadır (Yanık, 2007:19-20). İngiltere’de ruhsal hastaların tedavisi hastane dışında uygulama alanı bulmuş ve 1995 yılına kadar da “depo psikiyatri hastaneleri”nin kapatılması sağlanmıştır. İngiltere’de süregelen

ruhsal hastalığı olan bireylerin tedavi ve bakımları için “Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri” oluşturulmuştur. Toplum ruh sağlığı merkezinde çalışacak uzman personel açığını kapatmak için İngiliz Hükümeti daha büyük bütçeler ayırmaya başlamıştır (Bag, 2012:467-472). İsveç örneği ise, sosyal refah sisteminin gereği olarak ruhsal hastalığı olan hastaların; barınma, istihdam, terapi desteği, sağlık hizmetlerine erişim hakları gibi ihtiyaçlarının karşılanabileceğini göstermesi açısından önemlidir (Yılmaz, 2012:11).

ABD’de 1960’lı yılların sonunda toplum ruh sağlığı hareketine ilginin artmasıyla ruhsal hastalıkların bütüncül yaklaşımına 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, 2002).

Amerika’da, psikiyatrik rehabilitasyon kapsamındaki “Clubhouse” modeli 1948 yılında New York’ta “Fountain House” olarak kurulmuştur (The International Center for Clubhouse Development, 2004). Günümüzde Amerika, Kore, Güney Afrika ve Arnavutluk’ta olmak üzere üç yüzün üzerinde Clubhouse bulunmaktadır. Bu kurumlarda, ağır ruhsal hastalıkları bulunan kişilerin kendilerine olan güvenlerinin ve sosyal ve mesleki anlamda gerekli becerilerinin geliştirilmesi konusunda destek verilmektedir (Lucca, 2000: 89). Clubhouse modeli, yardım arayan ruhsal hastalığı olanlara tatmin edici bir sosyalleşme sağlayarak, mesleki bir yaşam sürmeleri sağlanmaktadır. Bir başka ifadeyle, hastayı akıl hastanesinden alıp topluma

kazandırma işlevini yerine getirmektedir (Rudyard,1997).

Toplum ruh sağlığı kavramı özünde iki amacı içermektedir; (1) Ruhsal hastalığı olanların toplum içinde tedavi ve rehabilitasyonu ve (2) Ülkenin ruh sağlığı düzeyini iyileştirmek. Bu hedeflerin ise toplum ruh sağlığı merkezlerinin geliştirilmesi ile karşılanması gerekiyor. Ancak bu merkezler genelde devlet hastaneleri ile bütünleştirilmiş olmadıkları için taburculuk sonrası izleme çalışmaları psikiyatrik tedavi açısından yetersiz kalmıştır (Bassuk ve Gerson, 1978).

Psikiyatrik hastalıkların sağaltımında hastane gibi yatılı kurumlardan sa ayaktan merkezlerin daha birincil konuma gelmesi toplum ruh sağlığı hizmetlerinin geliştirilmesi açısından oldukça önemlidir. Özellikle ülkemizde hastalar hastaneden taburculuk sonrasında ayaktan tedavi hizmetleri almada zorlanmaktadır. Bu zorluklar hasta ve aileden kaynaklanan zorluklar olabileceği gibi ayaktan psikiyatrik tedavi hizmet sisteminden de kaynaklanmaktadır (Duman, 2007). Bununla birlikte hasta ve ailelerin toplumsal yaşamda karşılaştıkları güçlüklerle yeterince baş edemedikleri de bir gerçektir. Hastanın sosyal işlevselliğindeki düzelme ailenin üzerindeki yükün azalması açısından da oldukça önemlidir.

Bu bağlamda, sağlık bakım sistemi giderek topluma dayalı duruma gelmektedir. Artık istenen şey, sadece belirtilerin giderilmesi değil, aynı zamanda hastanın yaşam kalitesinin yükseltilmesi ve üretkenliğini yeniden kazanarak sürdürmesidir (Doğan, 2001:42). Bu yönde yapılan çalışmalar hastalar üzerinde olumlu etkilerin gözlemlendiğini vurgulamaktadır.

Doğan ve arkadaşları tarafından şizofreni hastalarına yönelik yapılan çalışmanın sonuçları hastaların psikososyal yaklaşımlardan olumlu yönde etkilendiğini göstermiştir. Çalışmanın bulguları, hastaların yaşam kalitelerinin arttığını, aile ilişkilerinin ve toplumsal ilişkilerinin iyileştiğini, işlevlerini yerine getirmede daha iyi bir konuma geldiklerini göstermiştir (Doğan, 2002).

Toplum ruh sağlığı merkezlerinde verilen hizmetlerin işlevselliği üzerine yapılan bir başka çalışmada ise toplum ruh sağlığı merkezinde şizofreni hastalarına verilen hizmetlerin, hastaların yaşam kalitesini, genel ve sosyal işlevselliklerini belirgin olarak arttırdığı, yeti yitimini ise önemli oranda azalttığı saptanmıştır (Ensari ve ark., 2013).

Günümüzde ruh sağlığı ve bozukluklarına ilişkin genel yaklaşım gelişmiş ülkelerden başlayarak bir paradigma değişimi geçirmiştir. Ruhsal sorunlar bireysel sağlık sorunları olarak tanımlanmamakta, yoksulluk, işsizlik, madde bağımlılığı, aile sorunları, sokak çocukları gibi birbiriyle bağlantılı sorunlar gibi sosyal sorun kavramsallaştırılması içinde tanımlanmaktadır (Oral ve Tunçay, 2012: 98).

Daha öncede vurgulandığı gibi, dünya genelinde toplum temelli ruh sağlığı hizmetlerine bir geçiş söz konusudur. Toplum temelli ruh sağlığı modeli İtalya'da ruh sağlığı reformuyla 1961 yılında başlamış ve son 30 yılda Avrupa ülkelerinin hemen hepsinde uygulamaya geçilmiştir. İtalya'da başlayan değişim, diğer Batı Avrupa ülkelerinde de kısa süre sonra başlamış ve tamamlanmıştır. En son Yunanistan Avrupa Birliği'ne giriş sürecinde ruh sağlığı

sistemini değiştirmiştir. Bulgaristan ve Romanya gibi Doğu Avrupa ülkelerinde de değişim programları yürütülmektedir. Tüm bu ülkelerde yaşanan değişim, hastane temelli ruh sağlığı sisteminden toplum temelli ruh sağlığı sistemine geçilmesi şeklindedir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2011: 25).

Toplum temelli ruh sağlığı sistemi üç unsur üzerine kuruludur. Bunlar: (1) Hizmetin coğrafi temelli yapılandırılması, (2) Hizmetin ekip anlayışıyla çok yönlü verilmesi, (3) Her tanımlanmış bölgeye: sorumlu toplum ruh sağlığı merkezi, bakım kurumları, koruyucu evler, korumalı işyerleri ve genel hastaneler içinde psikiyatri yataklarının açılması şeklindedir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2011:25). Toplum temelli ruh sağlığı modelinin esas hedef kitesini ise ağır ruhsal bozukluğu olan veya hastanede uzun süre yatırılan hastalar oluşturmaktadır. Bu hastalarla ilgili sorun sadece tedavi boyutuyla ilgili olmayıp bu sorunun sosyal, ekonomik, hukuki ve tıbbi boyutları bulunmaktadır.

Toplum ruh sağlığı hizmetleri Türkiye açısından incelendiğinde, Sağlık Bakanlığı 2006 yılında "Ulusal Ruh Sağlığı Politikası" metnini, 2011 yılında ise "Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı"nı yayınlamıştır. Sağlık Bakanlığı tarafından 2006 yılında hazırlatılan ulusal ruh sağlığı politika metninde toplum temelli modele geçiş tavsiye edilmiş ve Sağlık Bakanlığı ruh sağlığı politikasında hastane temelli modelden toplum temelli modele geçme kararı almıştır. Bu modelin ilk basamağı olarak da Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri (TRSM) açma kararı Sağlık Bakanlığı tarafından Nisan 2009'da alınmış ve

pilot çalışmaların sonuçları değerlendirilerek Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri Hakkında Yönerge Şubat 2011'de yayınlanmış ve uygulaması başlamıştır. 2014 yılı Haziran ayı itibarıyla Türkiye'de 60 ilde 77 tescilli Toplum Ruh Sağlığı Merkezi bulunmaktadır.

Araştırma, Antalya Aşır Aksu Toplum Ruh Sağlığı Merkezinde gerçekleştirilmiş olup, bu merkezde yürütülen hizmetlere ilişkin bilgi bir sonraki bölümde sunulmuştur.

### **Antalya Aşır Aksu Toplum Ruh Sağlığı Merkezi'nde Verilen Hizmetler**

Toplum Ruh Sağlığı Merkezi, Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesine bağlı olarak Aşır Aksu Hastanesinin içinde ICD-10 göre F20-29 arası teşhis konulmuş olan şizofreni, şizoafektif bozukluk ve organik olmayan psikoz hastalarına ve yakınlarına destek vermek amacıyla 15.05.2012 tarihinde hizmet vermeye başlamıştır.

Ağır ruhsal hastaların kabul edildiği merkezde, hastaların güçlendirilmesi ve toplumla bütünleşmesi için rehabilitasyon, psiko-sosyal beceri kazandırma ve destekleme çalışmaları yapılmaktadır. Hastaların hastalık durumlarının değerlendirilmesi, takip ve tedavilerinin yapılması amaçlanmaktadır. Merkeze devam edemeyecek veya devam etmeyi reddeden hastalara ev ziyaretleri ile takiplerinin yapılması sağlanmaktadır.

Merkezde multidisipliner ekip anlayışı çerçevesinde; Ruh sağlığı ve hastalıkları uzmanı, psikolog, sosyal hizmet uzmanı, hemşire, usta öğreticiler (halk eğitim merkezi öğretmenleri)

çalışmaktadır. Merkezde, ahşap boya-  
ma, spor ve halk oyunları, müzik, yağlı  
boya resim, bilgisayar uğraş eğitimleri  
verilmektedir.

Merkezde hastalara hizmet verebil-  
mek için; 1 grup terapi ve eğitim odası,  
2 uğraş terapi odası, 1 okuma ve bil-  
gisayar salonu, 1 hasta gözlem oda-  
sı, 1 spor salonu, 1 görüşme odası, 1  
dinlenme odası ve 1 yemek salonu  
bulunmaktadır.

Merkezde işleyiş, profesyonel mes-  
lek elemanları tarafından yapılmakta,  
hastaların tedavilerinin planlanması ve  
yürütülmesi sağlanmaktadır. Öncelik-  
le hastalar merkeze başvurdıklarında  
merkezin çalışanları tarafından karşı-  
lanarak hasta ve yakınına merkez gez-  
dirilmekte ve merkezin işleyişiyle ilgili  
bilgi verilmektedir. Merkezde hastalara  
verilen diğer hizmetler ise şu şekilde  
sıralanabilir:

- Psikolog tarafından hastaların rutin  
bireysel görüşmeleri yapılmaktadır.
- Toplumsal beceri kazanma eğitim-  
leri yapılmaktadır.
- Sosyal hizmet uzmanı hastayı ve  
hasta yakınına hukuki ve sosyal hak-  
ları konusunda bilgilendirerek uy-  
gun yönlendirmeleri yapmaktadır.
- Merkezde psikiyatri hekimleri has-  
taları gözlemleyip gerekli tıbbi des-  
teği vermektedir.
- Psikiyatri hekimlerince toplum ruh  
sağlığı merkezinden faydalanır ra-  
poru çıkartılan hastalar telefonla  
aranıp bilgilendirilerek merkeze da-  
vet edilmektedirler.
- Gezici ekip tarafından merkeze  
gelmeyen hastalara, ev ziyareti

yapılmakta, tıbbi-sosyal-psikolo-  
jik durumları değerlendirilmekte  
ve gerekli müdahalelerde bulunul-  
maktadır.

Bunun yanında toplum ruh sağlığı mer-  
kezinde hastalara yönelik çeşitli et-  
kinlikler düzenlenmektedir. Merkezde,  
haftanın her günü hasta kabulü yapıla-  
rak çeşitli uğraş eğitimleri, bireysel gö-  
rüşmeler, danışmanlık, tedavi takip ve  
kontrolleri yapılarak merkezin rutin iş-  
leyişi sürdürülmektedir. Merkezde yağlı  
boya resim, ahşap boyama uğraş eği-  
timleri verilmekte olup düzenli devam  
eden programlarla hastaların yaşamla  
bağları yeniden kurulup gelişmekte ve  
sosyalleşebilmektedirler.

Merkezde, hastaların hareketsiz bir ya-  
şam geçirmemeleri ve düşen yaşam  
kalitelerinin geliştirilmesi amacıyla haf-  
tanın iki günü spor faaliyeti verilme-  
ktedir. Bunun yanında yine haftanın iki  
günü bağlama kursu ve halk müziği  
koro çalışmaları yapılmaktadır. Gün-  
müzde, gündelik yaşamımızda önemli  
bir yeri olan bilişim teknolojilerinden  
faydalanmaları için merkezde hastala-  
ra bilgisayar dersi verilmektedir.

Merkezdeki personellerle birlikte haf-  
tanın çeşitli günlerinde “mutfak uğraşı”  
düzenlenmekte ve bu sayede hastala-  
rın hem zevkle yiyebilecekleri ürünler  
hazırlaması sağlanırken hem de gün-  
lük beslenmelerinde dikkat edilecek  
noktalar aktarılıp öğretilmektedir.

Hastalar merkeze geldiklerinde çalı-  
şanlarla hastaların katıldığı “günaydın  
toplantıları” yapılmakta ve günlük pay-  
laşımında bulunmaktadır. Hasta-  
larla sabah ve öğle saatlerinde doğa  
yürüyüşü yapılmakta ve hastalara  
sosyalleşme imkânı sağlanmaktadır.

Hastaların tekrar toplumsal yaşama dönebilmeleri için haftanın belirli günlerinde sosyal etkinlik- şehir gezileri düzenlenmektedir.

Toplum Ruh Sağlığı merkezinde verilen hizmetlerle hastaların yaşamlarında önemli değişiklikler olduğu görülmektedir. Bu hizmetler sayesinde, hastaların tıbbi tedavi ve takipleri aksamamakta ve dolayısıyla hastaların akut alevlenme süreleri kısalarak alevlenme şiddetinin azaldığı görülmüştür. Bunun yanında hastaların hastane yatış sayıları azalmıştır. Bu sayede hem hastanın psikolojik yönden yıpranması hem de devletin hasta için yaptığı harcama azalmıştır. En önemlisi hastalar sürekli ve düzenli tedavi ekibine ulaşma imkânına sahip olmuşlardır.

Sosyal hizmet uzmanı tarafından hukuki ve sosyal hakları konusunda bilgilendirilen ve uygun yönlendirme yapılan hastaların ekonomik durumunda iyileşmeler sağlanmıştır. Bu sayede hastaya bakım verenlerin yükü hafiflemiş ve yaşamlarında olumlu değişimler gözlemlenmektedir.

Merkeze devam edemeyen hastalar için hasta ve yakınlarına yaşam alanları içinde tedavi hizmeti ve hastalık eğitimi imkânı sağlanmıştır.

Son olarak merkez hizmetlerinden faydalanan hastalarda, tıbbi, psikolojik ve sosyal açılardan olumlu gelişmeler gözlemlenmektedir.

### **Toplum Ruh Sağlığı Merkezlerinde Sosyal Hizmetin Önemi**

Daha öncede vurgulandığı üzere, toplum ruh sağlığı hizmetleri ekip çalışması anlayışı gerektiren ve bütüncül

sunulması gereken hizmetlerdir. Dolayısıyla toplum ruh sağlığı hizmetleri, psikiyatrist, pratisyen hekim, psikiyatri hemşiresi, sosyal hizmet uzmanı, psikolog, iş uğraş terapisti gibi disiplinler arası profesyonellerden oluşan bir ekip çalışmasını gerektirmektedir. Bu bağlamda, toplum ruh sağlığı merkezleri ile ilgili yönergede her meslek elemanının görevleri ortak görevler ve mesleki görevler şeklinde ayrı ayrı tanımlanmıştır.

Diğer ülke örnekleri incelendiğinde disiplinler arası ekip çalışması açısından niceliksel ve niteliksel bazı farklılıklar dikkati çekmektedir. Örneğin, İngiltere'de toplum ruh sağlığı merkezi ekibinde, bir ya da iki psikiyatri uzmanı, bir ya da iki asistan doktor, uğraş terapisti, bir psikolog, beş ya da altı sosyal hizmet uzmanı ve altı ya da sekiz toplum ruh sağlığı hemşiresi görev almaktadır. Toplum ruh sağlığı ekibinde bakım yöneticiliği görevini ise sosyal hizmet uzmanları üstlenmektedirler (Bağ, 2012:469-472).

Hollanda'da ruh sağlığı hizmetleri içerisinde görev alan sosyal hizmet uzmanları, ruhsal hastaların sosyal, mali ve bürokratik işleri ile ilgili incelemeler yapmakta ve gerekli kamu kurumlarına yönlendirmelerde bulunmaktadır (Yılmaz, 2012:14). İngiltere'de ruh sağlığı ekibinde görev alan meslek elemanlarından psikiyatri hemşiresi sayısı ve işleyiş açısından daha fazla iken Almanya ruh sağlığı ekibinde ise sosyal hizmet uzmanı daha ön planda yer almaktadır (Yanık, 2007:22-23).

Sosyal hizmet mesleği ruh sağlığı alanında birincil işleve sahip, önleyici ve koruyucu rolleri olan, tedavi sırasında ve sonrasında ruh sağlığı alanında ki hizmetlerin etkinliğini- etkililiğini

temin eden bir alandır (Başer ve diğ., 2013:189). Nitekim literatürde de sosyal hizmet mesleğinin ruh sağlığı alanında etkin olduğu ve birey, grup ve toplum düzeyinde uygulamalarda aktif rol aldığı ve ekip çalışması anlayışını gerektirdiği vurgulanmaktadır (Arıkan, 1996; Bulut, 1998; Özdemir, 2000; Saruç ve Duyan, 2009; Oral ve Tuncay, 2012).

Türkiye’de sosyal hizmet uzmanlarının toplum ruh sağlığı alanındaki konumu incelendiğinde “Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri Hakkında Yönerge’ de sosyal çalışmacının görevlerinin diğer meslek elemanları ile birlikte tanımlandığı görülmektedir.

Sosyal hizmet, ruh sağlığı alanında uzun bir uygulama geçmişine sahiptir. Bir başka ifadeyle yataklı psikiyatri hastaneleri her zaman sosyal hizmet uygulamasının bir odağı olmuştur. Bland ve Renouf (2001 Akt. Saruç ve Duyan, 2009:42), sosyal hizmetin ruh sağlığı alanındaki etki alanını akıl hastalıklarının sosyal koşulları ve sosyal sonuçları ile açıklamaktadır. Sosyal hizmet uygulamasının amacı, bireyin, aile ve toplumun refahını iyileştirmek, her bireyin kendi yaşamları üzerinde güç ve kontrol gelişimini ilerletmek ve sosyal adaleti temin etmektir. Bu çerçevede sosyal hizmet “her bireyin sosyal çevresi ruhsal hastalığı deneyimine şekil verir”le ilgilenir. İlgilendikleri konular ise bireyin kişiliği, incinebilirlik ve esneklik, aile işlevselliği, güçlü yönler ve stresörler, destek ağları, kültür, toplum, sınıf, etnik yapı ve cinsiyettir. Sosyal sonuçlar düzeyinde sosyal hizmet, akıl hastalıklarının birey, aile ve bireysel ilişkiler ve toplumun geneline etkisini incelemektedir. Bunlar kendilik algısının,

yaşam fırsatlarının, istihdam ve barınmanın etkisinden oluşmaktadır. Sosyal adalet düzeyinde sosyal hizmet ise ruh sağlığı hizmetlerinde damgalama ve ayrımcılık konularıyla ilgilenir. Aslında bütün insani hizmetler ruhsal hastalığı olan bireylerin özellikli ihtiyaçlarının ve isteklerinin daha çok ulaşılabilir ve daha çok duyarlı olmasıyla ilgilenir. Bu açıdan bakıldığında, yönergede belirtilen ortak ve ayrı tanımlanmış görevlerin ruh sağlığı alanında sosyal hizmetin odağı ile örtüşüğünü söyleyebiliriz.

Bu bağlamda, toplum ruh sağlığı merkezlerinin ruhsal hastalığı olan bireylerin sağaltımı üzerinde önemli katkıları olduğu düşünülmektedir. Toplum ruh sağlığı merkezleri Türkiye’de henüz yeni yapılandırılmakta olup bu merkezlerden hizmet alan hastaların sosyal profilleri ile ilgili yeterli bilgi bulunmamaktadır. Bu çalışmada, toplum ruh sağlığı merkezinden hizmet alan hastaların sosyo demografik özellikleri, hastalığın klinik özellikleri ve hastaların aile ve sosyal yaşam durumlarının ortaya konması amaçlanmaktadır. Bu çalışmanın, hastaların sosyal profili doğrultusunda toplum ruh sağlığı merkezlerinde verilen hizmetlerin geliştirilmesine yönelik öneriler geliştirme konusunda katkıda bulunacağı düşünülmektedir.

## YÖNTEM

### Örnekleme

Araştırma, belge tarama yöntemi ile yapılmıştır. Bu kapsamda, Antalya Aşır Aksu Toplum Ruh Sağlığı Merkezi’nde Ocak 2014-Şubat 2014 tarihleri arasında merkezde kayıtlı hastaların dosyalarının incelenmesi



ile yapılmıştır. Merkezde hakkında kapsamlı değerlendirme yapılmış tüm hasta dosyaları araştırmaya dâhil edilmiştir. Araştırma için Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nden "Etik Kurul Onayı" alınmıştır.

Antalya Aşır Aksu Toplum Ruh Sağlığı Merkezine kayıtlı hasta sayısı Ocak 2014'te 322'dir. Fakat kayıtlı hastaların tamamı merkeze gelmemektedir. Merkezdən günlük uğraş eğitimlerine katılan ve ev ziyareti gerçekleştirilen hastaların dosyaları üzerinden inceleme yapılmış olup örneklem seçimi bu hastalarla sınırlı tutulmuştur. Ev ziyaretini kabul etmeyen ve sağlık personelleri ile görüşmeyi kabul etmeyen hastaların dosyaları çalışma dışında bırakılmıştır. Merkezde ve ev ziyaretleri kapsamında görüşülen ve dosyası tutulan 176 hasta bulunmakta olup bakımevinde kalan hastaların sözel ifadelerindeki kısıtlıklar ve aileleri ile görüşülmemesi nedeniyle dosyadaki bazı bilgiler yetersiz olarak alınmıştır.

### **Verilerin Toplanması**

Veri toplama aracı olarak hastaların dosyalarındaki mevcut bilgilerden yola çıkarak değerlendirme formu geliştirilmiştir. Toplum ruh sağlığı merkezine kayıtlı toplam 176 hastanın dosyaları sosyo demografik bilgiler, klinik bilgiler, hastaların sosyal yaşamlarına yönelik bilgiler çerçevesinde incelenmiştir. Araştırma verileri SPSS 17.0 programı ile değerlendirilmiştir.

### **BULGULAR ve TARTIŞMA**

Antalya'da bulunan Aşır Aksu Toplum Ruh Sağlığı Merkezi'nden hizmet alan kayıtlı hastaların sosyal profilinin

belirlenmeye çalışıldığı bu çalışmada bulgular iki başlık altında verilecektir. İlk olarak TRSM'nde kayıtlı olan hastaların sosyo demografik özellikleri ve hastaların klinik özellikleri verilecek, daha sonra hastaların aile yaşamı ve sosyal yaşamına ilişkin bulgular verilecektir.

### **TRSM'den Hizmet Alan Hastaların Sosyo-Demografik Özellikleri ve Hastaların Klinik Özellikleri**

Antalya Aşır Aksu Toplum Ruh Sağlığı Merkezi'nden hizmet alan hastaların %58'i erkek, %42'si ise kadındır. Hastaların yaş ortalaması 40,74 olup en küçük hasta 19, en yaşlı hasta ise 68 yaşındadır. Hastaların eğitim durumu incelendiğinde %8'inin okuryazar olmadığı, %32,2'sinin ilköğretim mezunu, %14'ünün üniversite mezunu olduğu görülmektedir.

Medeni durumlarına bakıldığında ise, %64,2 gibi büyük bir oranda hastanın bekar olduğu, %20'sinin boşanmış olduğu ve %11,4'ünün evli olduğu belirlenmiştir. Hastaların çocuk sayılarına bakıldığında %33,3'ünün bir çocuk sahibi, % 33,3'ünün iki çocuk sahibi oldukları, %15,6'sının ise dört ve daha fazla sayıda çocuğu olduğu görülmektedir.

Hastaların kendi ailelerindeki çocuk sayısı incelendiğinde ise %41'inin dört ve daha fazla sayıda çocuklu ailelerden geldikleri belirlenmiştir. Ailede kaçınıcı çocuk olduklarına dair alınan bilgide; % 32,1'i birinci çocuk, % 30,1'i ikinci çocuk, % 17,9'u üçüncü çocuk, % 14,1'i dördüncü çocuk, % 4,5 beşinci çocuk ve % 1 gibi en düşük oranda altıncı ve sonrası çocuk olduklarını belirtmişlerdir.

Hastaların ve ailelerinin gelir durumları incelendiğinde, hastaların yarısının (%49,6) ailelerinin aylık gelirlerinin 1000-2000 TL arası olduğu, %33,1'inin 1000 TL aylık gelire alt düzeyde ekonomik gelire sahip oldukları belirlenmiştir.

Hastalar kendi gelirleri açısından değerlendirildiğinde ise, hastaların yaklaşık yarısının (%48,3) herhangi bir gelire sahip olmayan bireyler oldukları, %26,7'sinin 2022 sayılı yasa ile 2010 tarihli ve 27751 sayılı 65 Yaşını Doldurmuş Muhtaç, Güçsüz ve Kimsesiz Türk Vatandaşları İle Özürlü ve Muhtaç Türk Vatandaşlarına Aylık Bağlanması Hakkında Yönetmelik doğrultusunda engelli aylığı aldıkları, %14,2'sinin emekli maaşından faydalananlar olduğu ve %8,5'inin ise yetim aylığı aldıkları belirlenmiştir. Hastaların %2,3 gibi çok az bir oranda çalışmaları nedeni ile maaşları bulunmaktadır.

Hastaların hastalık öncesi ve sonrası iş yaşamı incelendiğinde önemli bir kısmının (%62,9) hastalık öncesinde çalıştığı, hastalık sonrasında ise tamamına yakınının (%91,5) çalışmadığı belirlenmiştir.

Hastalar sosyo demografik açıdan incelendiğinde, bekâr olan hastaların oldukça fazla olduğu görülmektedir. Yapılan birçok çalışmada, şizofreni hastalarında bekâr olanların oranı evli olanlara göre daha fazladır (Saugstad, 1989:23; Güz,2000:184; Çoban, 2008:141). Şizofreninin, kişilerin evlenme ihtimalini düşürdüğü ileri sürülmektedir (Pehlivan, 2004: 29).

Şizofreni hastalığında, kültürler arası ve sosyo-ekonomik farklılıklar görülmeyen ileri sürülmekle beraber (Kaplan ve Sadock, 2004:123), şizofreni

ile sosyo-ekonomik durum arasındaki ilişkiyi açıklayan bir çalışmada sosyo ekonomik açıdan farklılıklar olduğu ve şizofreni prevalansının sosyo ekonomik durumu yüksek olanlarda %0,5 ve düşük sosyo ekonomik düzeylerde ise %2,5 olduğunu saptanmıştır (Işık, 2006: 22). Zorlu hayat koşullarının varlığı, yoğun stres yaşantısı gibi durumlar şizofreni hastalığının ortaya çıkmasında tetikleyici olarak işlev yaptığı ileri sürülmektedir (Çoban, 2008: 23).

Hasta dosyalarından edindiğimiz en önemli bilgilerden biri, hastaların hastalık öncesi dönemde büyük bir oranda iş sahibi oldukları fakat hastalık sonrası tamamına yakınının işlerini kaybettiği, çalışamayacak durumda olduklarıdır. Toplum tarafından ruhsal hastalıklara yönelik geliştirilen damgalama, iş bulma, sosyal mekânları kullanma, sağlık hizmetlerinden yararlanma gibi birçok haklardan mahrum kalmalarına neden olmaktadır (Karagöl ve ark., 2013:100). Bu bağlamda şizofreni sonrası hastaların damgalanmaya ve ayrımcılığa maruz kalmalarından dolayı iş yaşamından dışlandıkları söylenebilir.

Toplum ruh sağlığı merkezinde kayıtlı hasta dosyalarında incelenen bir başka veri, hastaların klinik özellikleri ve hastalığa ilişkin bilgilerdir. Kayıtlı olan hasta dosyalarından alınan bilgilerden hastalığın teşhisinin konulduğu yaş konusunda yeterli veriye ulaşılamamıştır. Bunun nedeni olarak, hastalığın ilk belirtilerin ortaya çıktığı dönemlerde ya aileden ya da hastadan kaynaklı nedenlerle psikiyatri hekimine başvuru gecikmeler yaşanmasıdır. Elde ettiğimiz verilerde (toplam 75 hasta), hastaların %36' sının (27 hasta) hastalığının 19-23 yaş arasında teşhis

edildiği, % 21,3'ünün (18 hasta) 14-18 yaş arasında, %24'ünün (16 hasta) 24-28 yaş arasında, %9,4'ünün (7 hasta) 29-33 yaş arasında ve %9,3' ünün ise 34 yaş sonrasında teşhis edildiği görülmektedir. Hastalığın süresine bakıldığında ise hastaların %32,9'unun on yılın altında, %67,1'inin ise on yıldan daha fazla süredir hastalıklarının olduğu görülmektedir.

Kadın ve erkekler arasında şizofreni hastalığının başlama yaşı farklılık göstermektedir. Şizofreni hastalığı erkeklerde 20'li yaşların başlarında, kadınlarda ise 20'li yaşların ortalarında ya da sonlarında başlamaktadır (Kaplan ve Sadock, 2014:122; Salem ve Kring,1998:796).

Angermeyer ve arkadaşları (1990) tarafından şizofreni hastalığının gidişatı ve cinsiyet üzerine yapılan çalışmada çıkan sonuçlardan biri, erkek hastaların kadınlara göre daha uzun süre hastane yatışlarının olduğudur. Bu çalışmada %45 oranında erkek hastanın, %26 oranında ise kadın hastanın bir yıl içinde tekrar hastane yatışlarının olduğu belirtilmiştir.

Hastaların hastalık sürecinde saldırganlık davranışlarının olup olmadığı incelendiğinde, hastaların %51'inin saldırganlık davranışının olmadığı, %24,2'sinde fiziksel şiddet olduğu, %5,9'unda sözel şiddet olduğu, hem fiziksel hem de sözel şiddet uygulayan hasta oranının ise %19 olduğu görülmektedir.

Hastaların intihar etme durumları incelendiğinde ise, %29,3'ünün bir şekilde intihara teşebbüs ettikleri tespit edilmiştir. Hastalık nedeni ile adli öyküsü

olan hastaların oranı %15,6'dır. Hastaların tamamına yakınının (%97,2) herhangi bir psikoaktif madde kullanmadıkları belirlenmiştir.

Köroğlu (2009:5), şizofreni hastalarında %10 oranında intihar girişiminin yaşandığını ve genel topluma göre intihardan ölüm olasılığının dokuz kat daha fazla olduğunu ileri sürmektedir. İntihar girişimi açısından kadın ve erkek hastalarda fark bulunmamaktadır (Kaplan ve Sadock, 2004:123).

### **TRSM'den Hizmet Alan Hastaların Aile ve Sosyal Yaşamına İlişkin Bulgular**

Bu bölümde TRSM'den hizmet alan hastaların aile yaşamına ilişkin bulgular ile hastaların sosyal yaşamına ilişkin bulgular yer almaktadır.

Çizelge 1'de şizofreni hastalarının aile yaşamına ilişkin veriler yer almaktadır. Hastaların ebeveynlerinin yaşamakta olup olmadıkları incelendiğinde, hastaların yarısından fazlasının (%54) hem annesi hem de babası yaşamaktadır. %20,2'sinin sadece annesi yaşamakta, %4 'nün sadece babası yaşamaktadır. Her iki ebeveyni vefat edenlerin oranı %21,8'dir.

Şizofreni hastalarının birlikte yaşadıkları kişiler incelendiğinde, hastaların %53,1'inin anne ve babaları ile beraber yaşadığı, %22,9'unun ise özel bakımında kaldığı görülmektedir. Evli olup eşi ile birlikte yaşayanların oranı %11,4, yalnız yaşayanların oranı ise %4'tür. Diğer seçeneğinde yer alan hastaların bir kısmı ya kardeşleri ile birlikte ya da amca, hala gibi yakın akrabalarda kalmaktadırlar.

**Çizelge 1: Hastaların Aile Yaşamına İlişkin Bulgular**

	Kişi Sayısı	Yüzde
<b>Ebeveynlerin Durumu</b>		
Anne ve baba sağ	67	54,0
Anne sağ baba ölü	25	20,2
Anne ölü baba sağ	5	4,0
Anne ve baba ölü	27	21,8
<b>TOPLAM</b>	<b>124</b>	<b>100,0</b>
<b>Kiminle Yaşıyor</b>		
Öz Anne Baba	93	53,1
Eşi ile birlikte	20	11,4
Kurum Bakımı	40	22,9
Yalnız	7	4,0
Diğer	16	9,2
<b>TOPLAM</b>	<b>176</b>	<b>100,0</b>
<b>Hastaların Barınma Durumu</b>		
Ev sahibi	107	60,8
Kira	28	15,9
Bakımevi	41	23,3
<b>TOPLAM</b>	<b>176</b>	<b>100,0</b>
<b>Ailede Psikiyatrik Hastalığın Bulunma Durumu</b>		
Evet	95	58,3
Hayır	68	41,7
<b>TOPLAM</b>	<b>163</b>	<b>100,0</b>

Hastalığın Kimde Olduğu	Kişi Sayısı	Yüzde
Kardeşler	21	33,3
Anne	11	17,5
Baba	7	11,1
Hem ebeveyn hem kardeş	6	9,5
Dede, babaanne, anneanne	7	11,1
Teyze, hala	4	6,4
Amca, dayı	2	3,2
Çocuklar	2	3,2
Kuzen	3	4,8
<b>TOPLAM</b>	<b>63</b>	<b>100,0</b>

Barınma durumlarına baktığımızda ise hastaların büyük çoğunluğun (%60) yaşadıkları evin sahibi olduğu, %23,3'ünün ise bakımevinde kaldığı görülmektedir.

Hastaların ailesinde psikiyatrik hastalığı olup olmadığına yönelik veriler incelendiğinde, %58,3'ünün birinci derecede yakın akrabalarında ruhsal hastalık olduğu görülmektedir. Ruhsal hastalığın ailede hangi üyelerde olduğu incelendiğinde ise %33,3'ünün kardeşlerinde, %17,5'inin annede, %11,1'inin babada, %9,5'inin hem annede hem kardeşte, %11,1'inin büyük ebeveynlerde, %6,4'ünün teyze ve halada, %3,2'sinin amca dayıda, %3,2'sinin çocuklarında ve %4,8'inin kuzenlerinde olduğu belirlenmiştir.

Şizofreni hastalığının genetik faktörleri üzerine yapılan en geniş çalışma

Kendler ve arkadaşları (1994 Akt. Frangou ve Murray, 2008:17) tarafından İrlanda'da yapılmıştır. DSM-HIR şizofreni hastalarının birinci derece akrabalarında yaşam boyu şizofreni riski, normal akrabalarinkinden 10 kat daha fazla olarak bulunmuştur. Anne ve babası hasta olanlarda %50, eş yumurta ikizinin hasta olduğu durumlarda ise %60-84 olduğu bildirilmektedir (Ertuğrul, 2007:28).

Çizelge 2'de hastaların sosyal yaşam özelliklerine ilişkin bulgular yer almaktadır. Buna göre hastaların %34,7'sinin öz bakımlarını yapabildikleri, %18,8'inin zaman zaman yakınları tarafından yapılan uyarmalar ile öz bakımlarını yapabildikleri, %27,8'inin uyarılmadığı takdirde öz bakımını yerine getirmediği ve %18,8'inin uyarılmayla

**Çizelge 2: Hastaların Sosyal Yaşam Özelliklerine İlişkin Bulgular**

	Kişi Sayısı	Yüzde
<b>Öz bakım Durumu</b>		
Öz bakımını desteksiz yapıyor	61	34,7
Öz bakımını kısmi uyarmayla yapıyor	33	18,8
Öz bakımını uyarma olmadan yapmıyor	49	27,8
Öz bakımı hiç yok	33	18,8
<b>Aile ile İlişkiler</b>		
Aile hastalığı konusunda destek veriyor	92	52,3
Aile hastalığı konusunda kısmi desteklerde bulunuyor	62	35,2
Aile destek vermiyor	22	12,5
<b>Çevre İle Olan İlişkiler</b>		
Arkadaşları ve komşuları var ve onlarla görüşüyor	68	38,6
Arkadaşları yok ve komşularıyla görüşmüyor	108	61,4
<b>Genel İlgi Alanları</b>		
Televizyon seyretmek	113	64,2
Kitap, gazete okumak	19	10,8
El işi yapmak	16	9,1
Müzik dinlemek	12	6,8
Kahve ve sosyal grup ortamlarına gitmek	9	5,1
Yürüyüş yapmak	2	1,1
Bilgisayar	2	1,1
Diğer	3	1,7
<b>TOPLAM</b>	<b>176</b>	<b>100,0</b>

dahi öz bakımlarını yerine getirmedikleri belirlenmiştir.

İncelemeye konu olan öz bakım kavramı: el yüz yıkama, banyo yapma, tırnak kesme, kıyafet değiştirme ve kıyafet temizliğine dikkat etme, tıraş olma (erkek hastalar için), vücut temizliğini sağlama, diş fırçalama ve saç tarama gibi başlıklar çerçevesinde ele alınmaktadır.

Şizofreni, bireylerin sosyal ve mesleki işlevselliğinde düşmeler ile kendini gösteren bir hastalıktır (Köroğlu, 2009:4). Hastalığın alevlenme dönemleri hastalarda bilişsel yıkıma yol açmaktadır. Bu nedenle hastaların özbakımlarında yetersizlikler görülmektedir (Alataş ve diğ., 2009) ve birçok şizofreni hastası sürekli bakıma ihtiyaç duymaktadır.

Ailenin hastaya verdiği destek incelendiğinde, hastaların %52,3'ünün ailesinin hastaya destek verdiği, %35,2'sinin kısmi destek verdiği ve %12,5'nin ise hiçbir destek vermediği görülmektedir.

Uzun süreli ve düzenli ilaç kullanımı şizofreni hastalığının seyrini olumlu yönde etkilemektedir. Hastalığın nüks etmesinin önüne geçmek hem hastaların hem ailelerin hem de hizmet veren tedavi ekibi açısından istenilen ve amaçlanan bir durumdur (Yıldız, 2011:7). Çoban (2008), hastayla sürekli beraber olan aile fertlerinin şizofreni tedavisinde en önemli rolü üstlendiklerini belirtmektedir. Ruhsal hastalıklarda hastanın tedaviye katılımı hastalığın gidişatı açısından önemlidir. Özellikle alevlenme dönemlerinin farkına varılması ve erken müdahalenin yapılması, düzenli aralıklarla hastanın hekime muayene ettirilmesi, tedaviye

uyumunun sağlanması noktasında aile desteği gerekli olmaktadır. Çevresinden gerekli desteği alamayan hastalarda tedavi uyumu olmaması sonucu hastalığın prognozu da olumsuz yönde etkilenmektedir.

Hastaların çevreyle olan ilişkilerine bakıldığında ise, hastaların yarısından fazlasının (%61,4) arkadaşlarının olmadığı ve komşularıyla görüşmedikleri ortaya çıkmaktadır. Hastaların günlük olarak neler yaptıkları, zamanlarını nasıl geçirdiklerine dair alınan bilgilerde; %64,2'si gibi büyük bir çoğunluğunun televizyon izlediği, %10,8'inin kitap ya da gazete okuduğu, %5 gibi çok az bir oranda hastanın kahve ve sosyal ortamlara girdiği, %1,1'inin ise yürüyüş yaptığı görülmektedir.

Şizofreni hastalığı ortaya çıktıktan sonra hastalar kendilerini aileden ve toplumdaki izole ederler. Birçok şizofreni hastası, sosyal olarak geri çekilme yaşamakta, insanlarla ilişkilerini kurmada ve sürdürmede sorun yaşamaktadırlar (Işık, 2006:29). Hastalık özgüven kaybına neden olmakta (Yıldız, 2011:9), bellek güçlükleri ile toplumsal becerilerde kusurlara yol açmaktadır (Liberman, 2011:199).

## SONUÇ ve ÖNERİLER

Antalya Aşır Aksu Toplum Ruh Sağlığı Merkezi'ndeki hasta dosyalarından elde edilen bulgularda; merkezden hizmet alan hastaların çoğunluğunun bekâr olduğu, bu nedenle aile kuramadıkları görülmektedir. İncelenen dosyalarda ailedeki ilk çocuklarda ruhsal hastalık daha fazla görülmüştür. Hastaların önemli bir kısmının ise birinci derece yakınlarında psikiyatrik hastalığın

bulunduğu belirlenmiştir. Bir başka bulgu ise hastaların çoğunluğunun adli sorunlarının ve madde kullanım öykülerinin olmadığıdır.

Hastaların ailelerinin çoğunluğu alt sosyo ekonomik düzeydedir. Bununla birlikte hastaların yarısının herhangi bir gelirin olmadığı, hastalık öncesi dönemde büyük bir oranda iş sahibi oldukları fakat hastalık sonrası tamamına yakınının çalışmadıkları anlaşılmaktadır. Hastaların çalışmamalarından dolayı gelir elde edemedikleri ve ekonomik açıdan asgari bir yaşam düzeyini sürdüremedikleri ve bu nedenle aileleri ile beraber yaşamak zorunda kaldıkları düşünülmektedir.

Hastaların, hastalık öncesi iş yaşamının hastalık sonrasında sonlanmasında, hastalığa yönelik toplumsal damgalamanın etkili olduğunu düşünülmektedir. Bu açıdan bakıldığında, ruhsal hastalığı olan bireylerin iş yaşamından dışlandıkları söylenebilir. Özellikle TRSM'lerin hastaların iş yaşamına dâhil edilmesi konusunda katkısının olabileceği düşünülmektedir. Türkiye'de toplum ruh sağlığı merkezlerinde mevcut yapıda hastaların istihdamlarına yönelik çalışmalar yapılmamaktadır. İleriki dönemlerde merkezlerden hizmet alan hastalara yönelik mesleki eğitim verilmesi ve akabinde eğitim alan hastaların istihdam edilmeleri yönünde gerekli düzenlemelerin kamu, özel ve sivil toplum kuruluşlarının katılımıyla yapılmasının önemli olduğu düşünülmektedir.

Araştırma bulgularından bir diğeri, hastalarda özbakım yetersizliğinin bulunmasıdır. Toplum temelli ruh sağlığı modelinin esas hedef kitlesini ağır ruhsal

bozukluğu olan veya hastanede uzun süre yatırılan hastalar oluşturmaktadır. Bu açıdan bakıldığında özbakım yetersizliği olan hastalar toplum ruh sağlığı merkezinin hedef kitlesini oluşturmakta olup bu hastaların özbakım becerilerinin kazandırılmasına yönelik çalışmaların yapılması gereklidir. Özbakım yetersizliği kişilerde özgüven kaybına yol açmakta ve bu nedenle bu kişiler toplumsal ilişkilerinden kopmaktadırlar. TRSM ekibinde yer alan meslek elemanları tarafından verilecek bireysel ve grup çalışmaları sayesinde özbakım becerilerinin artırılması ve sürdürülmesinin sağlanmasının gerekli olduğu düşünülmektedir.

Bununla birlikte TRSM'de verilen hizmetlerin bir diğer katkısı, hastalığa dair iç görü geliştirilmesi ile hastalığın sorumluluğunun hastaların kendilerinin alacağı beceriler geliştirmelerinin sağlanmasıdır. TRSM'de katıldıkları uğraş eğitimleri sayesinde hastalar hem hastalığın hem de ilaçların yan etkileri sonucunda yaşadıkları içsel huzursuzluklardan uzaklaşabilmektedirler.

Bir başka önemli bulgu, hastaların çoğunluğunun arkadaşlarının olmaması, sosyal çevrelerinin bulunmaması ve zamanlarının çoğunu TV seyrederek geçiriyor olmalarıdır. Bu açıdan bakıldığında TRSM hizmetlerinin hastaların sosyal yaşamlarını geliştirmesi açısından önemli olduğu düşünülmektedir. TRSM hizmetleri sayesinde sosyal yünden izole bir hayat süren hastalar sosyal grup ortamlarına girebilmekte ve arkadaşlık ilişkileri geliştirme şansına sahip olabilmektedirler. Bu nedenle, daha fazla sayıda ruhsal hastaya ulaşılması ve TRSM hizmetlerinden ve olanaklarından



faydalanmalarının sağlanmasının önemli olduğu düşünülmektedir.

TRSM'lerinin bir başka amacı, hastaların tedavilerine tam katılımlarının sağlanmasıdır. Düzenli tedavi hastalığın alevlenme dönemlerinin yaşanmasını engellemekte ve bu alevlenme dönemlerinin hastalarda bırakacağı hasarın en aza indirgenmesini sağlamaktadır. Profesyonel meslek elemanlarının çalıştığı merkezde hastalar her an destek almaya ihtiyaç duydukları tıbbi ve psiko-sosyal konularda psikiyatri hekimi, sosyal hizmet uzmanı, psikolog ve hemşire ile bir araya gelebilmektedirler.

TRSM' de verilen hizmetlerin bir başka önemi yapılan ev ziyaretleridir. Nitekim ruh sağlığı alanında çalışanlar ya da ruh sağlığı hastası olanlar çok iyi bilmektedirler ki, ruh sağlığı bozukluğu olan bireyi tedavi için ya da hastaneye götürmek için ikna etmek en zor konulardan biridir. Ev ziyaretleri yoluyla hizmetlerin hastanın ayağına gidiyor olması aynı zamanda hasta yakınlarının yükünü rahatlatan bir adımdır. Bununla birlikte ev ziyaretlerinin bir başka önemli katkısı ise hiçbir şekilde ruh sağlığı hizmeti alamayan hastaların tespit edilmesi ve bu hastaların ruh sağlığı hizmetlerinden faydalanmalarının sağlanmasıdır.

Toplum ruh sağlığı merkezinde verilen hizmetler incelendiğinde sosyal hizmet mesleğinin önemli rolünün olduğu görülmektedir. TRSM hizmetleri multi disiplinler bir ekip ile hizmet vermektedir. Bu ekip içinde olmazsa olmaz meslek elemanı sosyal hizmet uzmanıdır. Toplumsal damgalanmaya maruz kalan hasta ve hasta yakınlarının toplumla bütünleşmelerinin sağlanması

noktasında sosyal hizmet uzmanı toplumla çalışma yapar. Toplum ruhsal hastalıklar konusunda bilgilendirir. Sosyal destek sağlanması konusunda kamu, özel ve sivil toplum kuruluşlarıyla işbirliği çerçevesinde çalışır. Sosyal ve ekonomik açıdan ihtiyaçları aile görüşmelerinde belirler ve hasta ve hasta yakınlarının kaynaklara ulaşmasını sağlar.

Toplum ruh sağlığı merkezlerinin bir başka önemi ise izleme faaliyetlerinin düzenli yapılabilmesi olmasıdır. Ruh sağlığı hastalıkları uzun süre izleme gerektirmektedir. Bu yönüyle değerlendirildiğinde toplum ruh sağlığı merkezlerinde bu izleme faaliyetlerinin yapılabilmesi daha mümkün görünmektedir.

Son olarak toplum temelli ruh sağlığı hizmetlerinin ruh sağlığı hastalığı olan bireylere ve ailelere dolayısıyla toplumun refahına oldukça faydalı olduğu aşikârdır. Bu nedenle toplum ruh sağlığı hizmeti sunan ekibin yetiştirilmesi ve bu hizmetlerin tüm ülke geneline yaygınlaştırılması ve herkesin bu hizmetlerden faydalanır hale gelmesi toplum ruh sağlığı ve refahı açısından oldukça önemli görülmektedir.

## KAYNAKLAR

Alataş, G., Karaoğlan, A., Arslan, M., Yanık, M. (2009). Toplum temelli ruh sağlığı modeli ve Türkiye'de Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri Projesi. *Nöropsikiyatri Arşivi*, 46 (1): 25-29.

Angermeyer, C.Matthias. Kühn, Ludwig. Goldstein, M.Jill.(1990). Gender and the course of schizophrenia: Differences in treated outcomes. *Schizophrenia Bulletin*, 16 (2):293-307.

Arıkan, Ç.(1996). Çağdaş psikiyatrik tedavide psikiyatrik sosyal hizmetin yeri. (Ed):

- Ç.Arıkan ve D. Ladiper. *Ruh hastalıklarının tedavisinde psiko-sosyal bir boyut*. Şafak Matbaacılık, Ankara. ss 63-80.
- Bag, B. (2012). Toplum Ruh Sağlığı Merkezlerinde Hemşirenin Rolü: İngiltere Örneği. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry*, 4(4):465-485 doi:10.5455/cap.20120428.
- Bassuk E.L, Gerson S.(1978). Deinstitutionalization and mental health services. *Scientific American*, 238 (2): 46-53.
- Başer, D., Kırılıoğlu, M. ve Mavili Aktaş, A. (2013). Sosyal hizmet mesleğinin bir uygulama alanı olarak toplum temelli ruh sağlığı sistemi ve güncel değişimler. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 24 (2): 179-192.
- Bulut, I. (1998). *Psikiyatri alanı ve sosyal hizmet mesleği*. (Ed) C.Güleç ve E.Köroğlu, Psikiyatri temel kitabı. Hekimler Yayın Birliği, Ankara. Cilt 2: 1329-1332.
- Çoban, Adnan. (2008). *Şizofreni*. Bin Parça Akıl. İstanbul, Timaş.
- Doğan, S., Doğan, O.,Tel, H., Çoker, F., Polatöz, Ö., Başeğmez, F.D.(2002). Şizofrenide psikososyal yaklaşımlar: Ayaktan hastalar. *Anadolu Psikiyatrisi*, 3(2): 69-74.
- Doğan, O.(2001). Şizofreni hastalarının evde bakımı. *Anadolu Psikiyatrisi*, 2(1):41-46.
- Duman, Z.Ç., Aştı, N., Üçok, A., Kuşçu, M.K.(2007). Şizofreni hastalarına ve ailelerine 'bağımsız ve sosyal yaşam becerileri topluma yeniden katılım programı' uygulaması, izlemesi. *Anadolu Psikiyatrisi*, 8(2): 91-101.
- Ensari, H., Gültekin, B.K., Karaman, D., Koç, A., Beşkardeş, A.F. (2013). Bolu Toplum Ruh Sağlığı Merkezi hizmetlerinin şizofreni hastalarındaki yaşam kalitesi, yeti yitimi, genel ve sosyal işlevsellik üzerine etkisi: Bir yıllık izleme sonuçları. *Anadolu Psikiyatrisi*, 14(2): 108-114.
- Ensari, H. (2013) *Türkiye'de ilk toplum ruh sağlığı merkezi açılış süreci... Düünden Bugüne Bolu Toplum Ruh Sağlığı Merkezi Deneyimleri* (2008-2013). İstanbul, Nobel Matbaacılık.
- Ertuğrul, A.(2007). Şizofreni etiyojisi. Ed: Soygür H, Alptekin K, Atbaşoğlu E.C, Herken H. Türkiye Psikiyatri Derneği, Ankara.
- Fragou, S., ve Murray, R.M.(2008). *Şizofreni*. Çev: Gürkan Kazancı. İstanbul, Nobel.
- Güz, H. (2000). Şizofreni ve cinsiyet. *Anadolu Psikiyatrisi*, 1(2):180-185.
- Işık, E. (2006). *Güncel şizofreni*. İstanbul, Format.
- Javed, M.A. (2000). Gender and schizophrenia. *Journal of Pakistan Medikal Association*. 50(2):63-68.
- Karagöl, A., Çalışkan, D. ve Beyazyüz, M.(2013). Halk sağlığı açısından ruhsal bozukluklarda üç boyutuyla damgalama. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 22(3): 96-101.
- Kaplan, Harold I., ve Sadock, B. J.(2004). Klinik psikiyatri. Çev. Edit: Ercan Abay. İstanbul, Nobel.
- Köroğlu, E (2009). Klinik uygulamada psikiyatri tanı ve tedavi klavuzları. Hekimler Yayın Birliği, s. 1-5.
- Lieberman, R. P. (2011). Yeti yitiminden iyileşmeye: Psikiyatrik İyileştirim Elkitabı. American Psychiatric Publishing, Inc. Washington DC, 2008'den çeviri: Yıldız M. Türkiye Sosyal Psikiyatri Derneği, Ankara.
- Lucca, A. M. (2000). "A Clubhouse fidelity index: Preliminary reliability and validity results". *Mental Health Services Research*, 2(2): 89-94.
- Oral, M., ve Tuncay, T. (2012). Ruh sağlığı alanında sosyal hizmet uzmanının rol ve sorumlulukları. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 23(2): 93-114.
- Özdemir, U. (2000). *Türkiye'de psikiyatrik sosyal hizmet*. Aydınlar Matbaası, Ankara.
- Pehlivan, K.(2004). Kadın psikiyatrik hastaların cinsel yaşam, evlilik, aile planlaması ve kontrasepsiyon, gebelik ve çocuk sahibi olma, AIDS ve cinsel yolla bulaşan hasta-

lıklar açısından riskli davranışlarının genel popülasyonla karşılaştırmalı çalışması. Uzmanlık tezi, İstanbul.

Pektaş, İ., Bilge, A., ve Ersoy, M.A.(2006). Toplum ruh sağlığı hizmetlerinde epidemiyolojik çalışmalar ve toplum ruh sağlığı hemşireliğinin rolü. *Anadolu Psikiyatri*, 7(1):43-48.

Rudyard, N. (1997). Stages in realizing the international diffusion of a single way of working: The Clubhouse model. *New directions for Mental Health Services*, 74, Summer: 53-66.

Salem, E.J., Kring, M.A.(1998).The role of gender differences in the reduction of etiologic heterogeneity in schizophrenia. *Clinical Psychology Review*, 18 (7):795-819.

Saruç, S., ve Duyan, V. (2009). Psikiyatride ekip çalışması ve sosyal hizmet bakış açısı. *Kriz Dergisi*, 17 (1): 37-44.

Saugstad, F.L. (1989). Social class, marriage, and fertility in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 15 (1):9-43.

T.C.Sağlık Bakanlığı (2011). Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı 2011-2023. T.C. Sağlık Bakanlığı, Ankara.

T.C. Sağlık Bakanlığı Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri Hakkında Yönerge, 2011.

The International Center for Clubhouse Development (2004). Clubhouse employment manual. New York, Work Exchange Coalition of Voluntary Mental Health Agencies, Inc.

Yanık, M.(2007). Türkiye Ruh Sağlığı Sistemi Üzerine Değerlendirme ve Öneriler, Ruh Sağlığı Eylem Planı Önerisi. Edit. M.E. Ceylan. *Psikiyatride Derlemeler, Olgular ve Varsayımlar Dergisi RCHP Özel sayı: 9-27*.

Yıldız, M. (2011). Şizofreni hastaları için ruhsal toplumsal beceri eğitimi eğitici elkitabı. İkinci Baskı, Ankara: Türkiye Sosyal Psikiyatri Derneği.

Yılmaz, V.(2012). İnsan hakları ve karşılaştırmalı sosyal politika yaklaşımı ışığında

Türkiye'de ruh sağlığı politikaları: Tespitler ve öneriler. RUSİHAK Ruh Sağlığında İnsan Hakları Girişimi Derneği. Karika: İstanbul. <http://www.rusihak.org/> E.T:30.01.2015.