

BİR TOPLUM RUH SAĞLIĞI MERKEZİNDEN FAYDALANAN HASTALARIN SOSYODEMOGRAFIK VE KLİNİK ÖZELLİKLERİ**SOCIODEMOGRAPHIC AND CLINICAL CHARACTERISTICS OF PATIENTS IN COMMUNITY MENTAL HEALTH CENTER**Gözde BACIK YAMAN¹, İnci Meltem ATAY¹**ÖZET**

AMAÇ: Bu çalışmada Toplum Ruh Sağlığı Merkezine (TRSM) kayıtlı hastaların sosyodemografik verilerinin, klinik özelliklerinin ve merkeze uyumlarının incelenmesi amaçlanmaktadır.

GEREÇ VE YÖNTEM: Isparta Toplum Ruh Sağlığı Merkezine 2013-2018 yılları arasında kayıt olmuş hastaların verileri geriye dönük incelenmiştir. Hastaların sosyodemografik verilerinin yanı sıra TRSM'ye düzenli gelme ve ev ziyareti alma durumları da kaydedilmiştir. Cinsiyet, tanı, TRSM'ye düzenli gelme durumu, soy geçmiş ve intihar girişim öyküsü gruplarının özellikleri istatistiksel olarak karşılaştırılmıştır.

BULGULAR: Çalışmamızda ortanca yaşları 43(21-74) olan 121 (%41,2) kadın ve 173 (%58,8) erkek hastanın verisi değerlendirilmiştir. Hastaların tanıları 162 (%55,1) şizofreni, 115 (%39,1) bipolar duygulanım bozukluğu, 13 (%4,4) şizoafektif bozukluk ve 4 (%1,4) duygudurum bozukluğu olup, 21 (%7,1) hastanın TRSM'ye düzenli geldiği, 273 (%92,9) hastanın ise düzensiz geldiği tespit edilmiştir. TRSM'ye düzenli gelen hastalarda tanı öncesi çalışma oranının ve merkezde oturma oranının düzenli gelmeyenlere göre daha yüksek olduğu görülmüştür (p=0.035 ve p=0.021). Kadın ve erkek hastaların özellikleri karşılaştırıldığında yaş, medeni hal, eğitim düzeyi, kardeş sayısı, gelir kaynağı ve tanı öncesi çalışma durumu (sırasıyla p=0.015, 0.034, 0.010, 0.039, <0.001 ve 0.001); tanılara göre hasta özellikleri karşılaştırıldığında ise yalnızca medeni hal ve çocuk sayısı grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklı bulunmuştur (sırasıyla p<0.001 ve p=0.002).

SONUÇ: Ülkemizde 2008 yılından itibaren TRSM'ler kurulmaya başlanmıştır. TRSM'ler ile hastalara psikososyal destek verilmesi, ev ziyaretleri ve merkeze düzenli geliş oranlarının artırılması ile hastalığın alevlenme ve yatış oranlarının azaltılması hedeflenmiştir. Çalışmamızda TRSM'ye düzenli gelme ile ikametgah ve çalışma durumunun ilişkisi, ayrıca cinsiyete ve tanılara göre hasta gruplarının farklı özellikleri gösterilmiştir.

Anahtar Kelimeler: toplum ruh sağlığı merkezi, sosyodemografik özellikler, merkeze düzenli gelme

ABSTRACT

AIM: The aim of this study was to investigate the sociodemographic data, clinical features of the patients in Community Mental Health Center (CHMC) and regular visits rates of the patients to the Center.

MATERIAL AND METHOD: The data of patients enrolled in the CMHC between 2013-2018 were retrospectively analyzed. In addition to the sociodemographic data of the patients, their regular visit rates to the center and home visits were recorded. The characteristics of the groups of gender, diagnoses, regular visit rates to the center, family history and the history of suicide attempt were statistically compared.

RESULTS: In our study, data of 121(41.2%) female and 173(58.2%) male patients with a median age of 43(21-74) were evaluated. The diagnoses of the patients were 162(55.1%) schizophrenia, 115(39.1%) bipolar affective disorder, 13(4.4%) schizoaffective disorder and 4(1.4%) mood disorder. It was determined that 21(7.1%) patients had regular visits to the center and 273(92.9%) patients did not come regularly. Patients who came to CMHC regularly had higher working status before diagnosis than those who didn't come regularly (p=0.035 and p=0.021). When the characteristics of the female and male patients were compared, age, marital status, education level, number of siblings, income source and working status before diagnosis (p=0.015, 0.034, 0.010, 0.039, <0.001 and 0.001, respectively); when the patient characteristics were compared according to diagnoses, only marital status and number of children were found to be statistically significantly different between the groups (p<0.001 and p=0.002, respectively).

CONCLUSION: The main purpose of CMHCs to provide psychosocial support to the patients, to reduce the exacerbation and hospitalization rates of the disease with home visits and increasing the regular visit rates of patients to the centers. In our study the relationship between the regular visit rates, residence and working status, as well as different characteristics of patient groups according to gender and diagnoses were shown.

Keywords: Community mental health center, sociodemographic data, visiting to the center regularly

¹ Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi, Psikiyatri AD, Isparta, Türkiye

Geliş Tarihi / Submitted : Ekim 2020 / October 2020

Kabul Tarihi / Accepted : Nisan 2021 / April 2021

Sorumlu Yazar / Corresponding Author:

Gözde BACIK YAMAN

Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi, Psikiyatri AD, Çünür, Süleyman Demirel

Caddesi, 32260, Merkez /Isparta /Türkiye

Tel: +90 246 213 44 44 Faks: +90 246 218 40 22

E-posta: yaman.eg@gmail.com

Yazar Bilgileri / Author Information:

Gözde BACIK YAMAN (ORCID: 0000-0002-1259-4964),

İnci Meltem ATAY (ORCID: 0000-0002-5124-5556) Tel: +90 246 211 20 00

E-posta: incimeltem@gmail.com

Bu çalışmanın yürütülebilmesi için Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanlığından Etik Kurul Onayı (12.04.2018 ve 72867572.050.01.04/16130 sayılı) ve İl Sağlık Müdürlüğü izni (19.06.2018 tarih ve 80565742/771 sayılı) alınmıştır.

GİRİŞ

Dünyada hayatları boyunca bir ruhsal hastalık geçirenler nüfusun yaklaşık %25'ini oluşturmaktadır (1). Ülkemizde ise "Türkiye Ruh Sağlığı Profili" çalışması bu oranın %18 olduğunu göstermektedir. Yakın sonuçlar Hıfzısıha Mektebi tarafından yapılan "Türkiye Hastalık Yüku" çalışmasında da elde edilmiştir (2). Ruh sağlığı hastalıkları görülme oranlarının sıklığı, hastaların özellikleri sebebiyle tedavide karşılaşılan güçlükler ve süregelenleşme eğilimi nedeniyle halk sağlığı sorunlarının başında gelmektedir. Aynı zamanda psikososyal, maddi ve hukuki yönleri ile hastaları, aileleri ve toplumu etkilemektedir (3-5).

Dünyada ruh hastalıklarının görülme oranlarının artması hastane temelli model, toplum temelli model ve toplum hastane denge modeli üzere 3 farklı çalışma modelinin gelişmesini sağlamıştır. İtalya'nın Trieste bölgesinde 1970 yılının başında büyük akıl hastaneleri kapatılmış, farklı coğrafik bölgelerde hizmet veren toplum ruh sağlığı merkezleri kurulmuş ve hastane bazlı hizmet modelinden toplum temelli hizmet modeline geçilmeye başlanmıştır. Dünya Sağlık Örgütü tarafından da desteklenen bu oluşum, sonrasında Avrupa'nın pek çok ülkesinde uygulanarak başarılı olmuştur.

Türkiye'de toplum yapısı nedeni ile hastaların çoğu aileleri ile beraber yaşamaktadır. Bu hastaların çoğunluğu tüm gününü evde geçirmekte, hastalık özellikleri nedeni ile aileden en az bir kişi de onlara refakat etmekte ve dolayısıyla sosyal hayat ve üretim sürecinden uzak kalmaktadır. Bakım verenler sadece medikal tedaviler konusunda yardım almakta bunun dışında ekonomik ve hukuki konularda kendilerini yalnız hissetmekte ve bu konuların getirdiği sorunlar nedeniyle zamanla hastalar ve aileler arasında ilişkiler bozulmaktadır (2). TRSM'ler hastalar için hem gün içinde vakitlerini geçirebildikleri ve tedavilerinin planlandığı hem de terapilerinin sürdürüldüğü ve sosyal sorunlarına çözüm bulunmaya çalışıldığı merkezler olarak çalışmaktadır.

Ülkemizde 2008 yılından itibaren TRSM'ler kurulmaya başlanmıştır. Bu kapsamda hastaların tedavilerinin düzenlenmesi, psikososyal destek verilmesi, düzenli geliş oranlarının artırılması ile hastalıklarının alevlenmesinin ve yatış oranlarının azaltılması sağlanabilmektedir. Çalışmamızda merkeze kayıtlı hastaların hem sosyodemografik ve klinik özelliklerinin sunulması, hem de cinsiyet, tanı, soygeçmiş, TRSM'ye düzenli gelme durumu ve intihar girişimine göre hastaların özelliklerinin karşılaştırılarak olası risk faktörlerinin öngörülmesi amaçlanmıştır. Bu merkezlerin verimliliğinin daha da artmasının, ilgili çalışmaların artması, tecrübelerin paylaşılması ve hastaların uyumlarının artırılması ile mümkün olabileceği düşünülmektedir.

GEREÇ VE YÖNTEM

Isparta Toplum Ruh Sağlığı Merkezinin hizmete açıldığı 2013 yılından 2018 yılına kadar merkeze kayıt olmuş tüm hastaların dosyaları geriye dönük olarak değerlendirilmiştir. Hastalara ait veriler Toplum Ruh Sağlığı Mer-

kezleri Hakkında Yönerge (2011)'ye göre düzenli olarak kullanılan muayene ve bakım planı formları incelenerek elde edilmiştir. Bu veriler doğrultusunda yaş, cinsiyet, medeni durum, çocuk sayısı, eğitim düzeyi, hastalık öncesi çalışma durumu, gelir kaynağı, ailede kaçınıcı çocuk olduğu, soy geçmiş, tanısı, intihar girişim öyküsü, mobil ziyaret alıp almadıkları ve merkeze düzenli gelip geldikleri gibi değişkenler kaydedilmiştir. Merkezimize kayıt sonrası, haftada 3-5 gün gelen ve 4 ile 6 saat arası merkezde kendisine tanımlanan faaliyetlere katılan hastalar düzenli gelen hasta olarak tanımlanmıştır.

Verilerin istatistiksel değerlendirmesi SPSS 21.0 programı ile yapılmıştır. Hastaların sosyodemografik ve klinik verileri tanımlayıcı istatistiksel yöntemler kullanılarak tablolar eşliğinde sunulmuştur. Ayrıca cinsiyet, psikiyatrik tanı, merkeze düzenli gelme durumu, intihar girişimi ve soy geçmiş gruplarının hasta özellikleri Ki-kare testi ile, yaş ortancaları ise Mann Whitney-U test ile karşılaştırılmış ve p-değeri<0.05 istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

Bu çalışmanın yürütülebilmesi için Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanlığından Etik Kurul Onayı (12.04.2018 ve 72867572.050.01.04/16130 sayılı) ve İl Sağlık Müdürlüğü izni (19.06.2018 tarih ve 80565742/771 sayılı) alınmıştır.

BULGULAR

Çalışmamızda ortanca yaşları 43 (21-74) olan, 121 (%41,2) kadın ve 173 (%58,8) erkek olmak üzere toplam 294 hastanın verisi değerlendirilmiştir. Tüm hastaların sosyodemografik ve klinik özellikleri **tablo 1**'de gösterilmiştir.

Kadın ve erkek hastaların özellikleri karşılaştırıldığında yaş, medeni hal, eğitim düzeyi, kardeş sayısı, gelir kaynağı ve tanı öncesi çalışma durumu istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (sırasıyla p=0.015, 0.034, 0.010, 0.039, <0.001 ve 0.001). Erkek hastaların kadın hastalara göre daha genç olduğu ve tanı öncesi çalışma oranlarının erkek hastalarda daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Kadın hastalar daha çok ilkökul mezunu iken, erkek hastalarda orta ve lise mezunu oranı daha yüksek saptanmıştır. Gelir kaynağı durumuna bakılınca erkek hastaların kendi ve emekli maaş oranları yüksek iken, çoğunluk kadın hasta gelir kaynağını yok olarak belirtmiştir (**Tablo 2**).

Tanılara göre hasta özellikleri karşılaştırıldığında yalnızca medeni hal ve çocuk sayısı tanıları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklı bulunmuştur (sırasıyla p<0.001 ve p=0.002). Şizofreni ve şizoafektif bozukluk tanılı hastalar daha çok bekar iken, bipolar duygulanım ve duygudurum bozukluğu olan hastalarda evli oranlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Benzer şekilde çocuk sahibi olmayan şizofreni ve şizoafektif bozukluk tanılı hastalar çoğunlukta iken, bipolar duygulanım ve duygudurum bozukluğu olan hastaların daha çok oranda çocuk sahibi olduğu görülmüştür (**Tablo 3**).

TRSM'ne düzenli gelen ve gelmeyen hastaların özellikleri karşılaştırıldığında tanı öncesi çalışma durumunun ve ikametgahın anlamlı farklı olduğu tespit edilmiştir (sırasıyla $p=0.035$ ve $p=0.021$). TRSM'ye düzenli gelen hastalarda tanı öncesi çalışma oranının ve il merkezinde oturma oranının düzenli gelmeyenlere göre daha yüksek olduğu görülmüştür (Tablo 4).

Ayrıca intihar girişimi olan ve olmayan hastalar ile soy geçmişinde psikiyatrik hastalık öyküsü olan ve olmayan hastaların özellikleri de karşılaştırılmış, fakat istatistiksel olarak anlamlı, farklı bir oran bulunamamıştır.

Tablo 1. Hastaların sosyodemografik ve klinik özellikleri

	Sayı (n=294)	Oran (%)
Cinsiyet		
Kadın	121	41,2
Erkek	173	58,8
Medeni Hal		
Evli	125	42,5
Bekar	130	44,2
Boşanmış	31	10,5
Belirtilmemiş	8	2,7
Eğitim düzeyi		
Okuma yazma bilmiyor	4	1,4
İlkokul	95	32,3
Ortaokul veya Lise	130	44,2
Yükseköğretim	33	11,2
Belirtilmemiş	32	10,9
Çocuk Sayısı		
Yok	133	45,2
1 çocuk	36	12,2
≥2 çocuk	95	32,3
Belirtilmemiş	30	10,2
Kardeş sayısı		
Tek kardeş	13	4,4
≥2 kardeş	184	62,6
Belirtilmemiş	97	33
Kaçıncı çocuk olduğu		
İlk Çocuk	83	28,2
≥2. Çocuk	107	36,4
Belirtilmemiş	104	35,4
Gelir Kaynağı		
Yok	96	32,7
Kendi veya emekli maaşı	84	28,6
Engelli veya yetim aylığı	97	33
Belirtilmemiş	17	5,8
Barınma		
Kendi evi	214	72,8
Kira	48	16,3
Belirtilmemiş	32	10,9
Tanı		
Şizofreni	162	55,1
Bipolar duygulanım bozukluğu	115	39,1
Şizoaffektif bozukluk	13	4,4
Duygudurum bozukluğu	4	1,4
Tanı öncesi çalışma durumu		
Çalışmış	125	42,5
Çalışmamış	154	52,4
Belirtilmemiş	15	5,1
Soygeçmişte psikiyatrik hastalık		
Var	64	21,8
Yok	181	61,6
Belirtilmemiş	49	16,7
Soygeçmişte Psikiyatrik hastalık (n=64)		
1. Derece akrabada	47	73,4
2. Derece akrabada	17	26,6
İntihar girişimi		
Yok	249	84,7
1 kez	22	7,5
≥2 kez	6	2
Belirtilmemiş	17	5,8
İkametgah		
Şehir merkezi	188	63,9
Merkeze <100 km uzaklıkta	64	21,8
Merkeze ≥100 km uzaklıkta	42	14,3
TRSM'ne gelme durumu		
Düzenli	21	7,1
Düzensiz	273	92,9
Ev Ziyareti		
Yok	114	38,8
1 kez	154	52,4
2 kez	26	8,8

Tablo 2. Kadın ve erkek hastaların istatistiksel olarak anlamlı farklı çıkan özellikleri

	Kadın (n=121)	Erkek (n=173)	p değeri
Yaş (ortanca, aralık)	45 (22-74)	41 (21-71)	0.015
Medeni Hal			
Evli	59 (%48,8)	66 (%38,2)	0.034
Bekar	43 (%35,5)	87 (%50,3)	
Boşanmış	17 (%14)	14 (%8,1)	
Belirtilmemiş	2 (%1,7)	6 (%3,5)	
Eğitim düzeyi			
Okuma yazma bilmiyor	2 (%1,7)	2 (%1,2)	0.010
İlkokul	52 (%43)	43 (%24,9)	
Ortaokul veya Lise	40 (%33,1)	90 (%52)	
Yükseköğretim	14 (%11,6)	19 (%11)	
Belirtilmemiş	13 (%10,7)	19 (%11)	
Kardeş sayısı			
Tek kardeş	2 (%1,7)	11 (%6,4)	0.039
≥2 kardeş	72 (%59,5)	112 (%64,7)	
Belirtilmemiş	47 (%38,8)	50 (%28,9)	
Gelir Kaynağı			
Yok	62 (%51,2)	34 (%19,7)	<0.001
Kendi veya emekli maaşı	13 (%10,7)	71 (%41)	
Engelli veya yetim aylığı	43 (%35,5)	54 (%31,2)	
Belirtilmemiş	3 (%2,5)	14 (%8,1)	
Tanı öncesi çalışma durumu			
Çalışmış	23 (%19)	102 (%59)	<0.001
Çalışmamış	94 (%77,7)	60 (%34,7)	
Belirtilmemiş	4 (%3,3)	11 (%6,4)	

Tablo 3. Tanılara göre hastaların istatistiksel olarak anlamlı farklı çıkan özellikleri

	Şizofreni (n=162)	Bipolar duygulanım bozukluğu (n=115)	Şizoaffektif bozukluk (n=13)	Duygu durum bozukluğu (n=4)	p değeri
Medeni Hal					
Evli	46 (%28,4)	71 (%61,7)	5 (%38,5)	3 (%75)	<0.001
Bekar	95 (%58,6)	28 (%24,3)	6 (%46,2)	1 (%25)	
Boşanmış	18 (%11,1)	13 (%11,3)	0	0	
Belirtilmemiş	3 (%1,9)	3 (%2,6)	2 (%15,4)	0	
Çocuk Sayısı					
Yok	92 (%56,8)	34 (%29,6)	6 (%46,2)	1 (%25)	0.002
1 çocuk	17 (%10,5)	19 (%16,5)	0	0	
≥2 çocuk	42 (%25,9)	47 (%40,9)	4 (%30,8)	2 (%50)	
Belirtilmemiş	11 (%6,8)	15 (%13)	3 (%23,1)	1 (%25)	

Tablo 4. TRSM'ne düzenli gelen ve gelmeyen hastaların istatistiksel olarak anlamlı bulunan özellikleri

	Düzenli gelen (n=21)	Düzenli gelmeyen (n=273)	p değeri
Tanı öncesi çalışma durumu			
Çalışmış	14 (%66,7)	111 (%40,7)	0.035
Çalışmamış	7 (%33,3)	147 (%53,8)	
Belirtilmemiş	0	15 (%5,5)	
İkametgah			
Şehir merkezi	19 (%90,5)	169 (%61,9)	0.021
Merkeze <100 km uzaklıkta	0	64 (%23,4)	
Merkeze ≥100 km uzaklıkta	2 (%9,5)	40 (%14,7)	

TARTIŞMA

Bu çalışma bölgemizde Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri ile ilgili nadir çalışmalardandır ve hastaların sosyodemografik ve klinik verilerinin sunulmasına ek olarak merkeze düzenli gelme oranları ile ilişkili olabilecek

faktörler değerlendirilmiştir. TRSM'ye düzenli gelen hastaların tanı almadan önce çalışma ve il merkezinde oturma oranlarının düzenli gelmeyen hastalara göre daha yüksek olduğu bulunmuştur.

Çalışmamızda hastaların ailelerinde psikiyatrik hastalık olup olmadığına yönelik veriler incelendiğinde %21,8'inin ailesinde hastalık olduğu görülmektedir. Psikiyatrik hastalıklarda genetik faktörlerin incelendiği çalışmalarda bipolar duygulanım bozukluğu olan hastaların akrabalarındaki risk normal populasyonun iki katı olarak, şizofren hastaların birinci derece akrabalarındaki risk %5-10 olarak tespit edilmiştir (6). Şizofreninin genetik faktörleri üzerine yapılan yaygın bir çalışmada ise hastaların birinci derece akrabalarında yaşamları boyunca şizofreni gelişme riski normal akrabalarınınkinden 10 kat daha fazla olarak bulunmuştur (7).

Ruhsal hastalıkların medeni durum ile ilişkisini araştıran çalışmalarda psikiyatrik bozuklukların evlilerde düşük, boşanmış veya ayrı yaşayanlarda ise daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (8). Çalışmamızda ise şizofreni ve şizoafektif bozukluk tanılı hastalar daha çok bekar iken, bipolar duygulanım ve duygudurum bozukluğu olan hastalarda evli oranları daha yüksek bulunmuştur. Türkiye'de toplumumuz yapısı nedeni ile hastalarımızın çoğunluğu ailelerinin yanında yaşamaktadır. Ailesiyle yaşayan bu hastalar tüm günlerini evde geçirmekte, aileden en az bir kişi de hasta refakati nedeni ile toplumsal hayat ve üretim sürecinden uzak kalmaktadır. Aileler sadece ilaç tedavileri konusunda yardım almakta bunun dışında sosyal, ekonomik ve hukuki konularda kendilerini yalnız hissetmekte ve zamanla hastalar ve aileler arasında sorunlar çıkmaktadır (2). Ailelerinin yanında yaşayan hastalar için TRSM'ler hem gün içinde vakitlerini geçirebilecekleri, tedavi ve terapilerinin sürdürüldüğü hem de işe yerleştirme, hukuki ve sosyal sorunlarına çözüm bulabilecekleri merkezler olarak işlev görmektedir. Yaptığımız çalışmada hastalık öncesi dönemde hastaların çalışma durumuna bakıldığında %42,5'inin hastalık öncesi dönemde çalıştığı ancak hastalık sonrası dönemde kendi gelirleri açısından değerlendirildiğinde %32,7'sinin kendi gelirinin olmadığı görülmektedir. Sosyal hizmet uzmanı tarafından hukuki ve sosyal hakları konusunda bilgilendirilen ve uygun yönlendirme yapılan hastaların dahil edildiği bir çalışmada hastaların ekonomik durumunda iyileşmeler sağlanmıştır (9). Bu bize merkezlerde mesleki eğitimlerin verilmesinin, hastaların iş yaşamına dahil olması için destek olunmasının ve bu hizmetler verilirken kamu, özel ve sivil toplum kuruluşlarının ortak çalışmasının sağlanmasının gerekliliğini göstermektedir.

TRSM'ler aynı zamanda gerektiğinde, kurulan gezici ekip ile hastaların ev ortamlarında takiplerini yapan birimler olarak tanımlanmıştır (10). Gerçeği değerlendirme yetisi bozulmuş, iç görüsü olmayan hastaları hastaneye götürmek için ikna etmek hasta yakınlarını zorlayan konulardan biri olmaktadır. Bu nedenle ruh sağlığı hizmetlerinin ev ziyaretleri yoluyla hastanın

ayağına gidiyor olması hasta yakınlarının yükünü hafifletmektedir. Aynı zamanda ev ziyaretleri ile ruh sağlığı konusunda yardım alamayan hastaların tespit edilmesi ve bu hizmetlerden faydalanmaları sağlanmaktadır. Bu çalışmada da merkeze kayıt olduğundan beri en az 1 kez ev ziyareti alan hasta sayısı 180 (%61,2) olarak tespit edilmiştir.

TRSM'lerde hastalık ile ilgili erken bulguların hastalara öğretildiği bir çalışmada merkeze düzenli gelen hastaların hastalıklarını yönetme becerilerini edinmesi ile birçok belirtinin önüne geçildiği gösterilmiştir (11). Fakat hastaların ulaşım sorunları, sosyal ortamlarda kaygı yaşama ve merkezin yararlarını bilmeme nedenleri ile merkeze gelmediği de yapılan çalışmalarda belirtilmiştir (12-13). Türkiye'deki Toplum Ruh Sağlığı Merkezlerinin profillerinin incelendiği bir çalışmada kayıtlı 6777 hastadan %7,8'sinin merkezi düzenli ziyaret ederek hizmet aldığı görülmüştür (13). Çalışmamızda da merkeze kayıtlı hastaların %7,1'i merkeze düzenli gelmektedir ve düzenli gelenlerde il merkezinde oturma oranının düzenli gelmeyenlere göre daha yüksek olduğu görülmektedir. Araştırmalarda merkeze düzenli gelme oranlarındaki bu düşüklüğün bir nedeni olarak yatma korkusunun bazı hastalarda ayaktan hastane başvurusundan kaçınmaya sebep olması gösterilmiştir (14-15). Aynı zamanda yatış olanağı olan psikiyatri klinikleri ve toplum ruh sağlığı merkezleri arasındaki iletişimin yeterli olmaması da buna neden olabilmektedir. Yapılan başka bir çalışmada taburcu olduktan sonra poliklinik randevusu almayan hasta sayısının, en az bir kez randevu alanların iki katı olduğu bulunmuştur. Görülmektedir ki tedavi önerilerine uyan, yatış sonrası veya ayaktan poliklinik kontrolünde TRSM'ye yönlendirilen hastalar daha düşük relaps oranlarına sahiptir, bu da uyumu arttırmak için özel dikkat ve müdahaleler ile mümkün olmaktadır (16).

Çalışmalarda merkezlere düzenli gelme oranlarını azaltan bir diğer önemli etkenin de damgalanma olduğu gösterilmiştir (17-18). Damgalanma ile ilgili yapılan çalışmalarda hastaların sık ve ciddi atak geçirmediği sürece merkezlere başvurmadığı ve bu durumun toplumda ruhsal hastalıklara yönelik damgalama davranışının var olduğunun göstergesi olduğu saptanmıştır (19). Aynı zamanda ruhsal hastalığı olan bireylerin polikliniklere başvuru ve tanı konulma sonrası, ayrımcılığa maruz kalmasalar bile kendilerini damgalanmış hissettikleri görülmüştür (20). Hali hazırda tekrarlayan yatış yapılan klinik ile ilgili faktörlere bakılmış, toplum ruh sağlığı merkezleri veya özel bakım merkezleri ile ilgili faktörlere odaklanılmamıştır (21). Taburculuk sonrası veya ayaktan poliklinik başvurusu sonrası uygun olan hastaların merkezlere yönlendirilmelerinin yapılmasının, düzenli gelme oranlarının artırılmasının, bu kişilerde sosyal yaşama geçişi kolaylaştırmada ve rekürrenslere önlemede önemli olduğu ve bu faktörlerle ilgili çalışmaların artmasının gerekli olduğu görülmektedir.

İntihar girişiminin psikiyatrik hastalıklarda görülebile-

ceği daha önce tanımlanmıştır (22). Birden fazla intihar girişimini önlemede hastaların takiplerinin düzenli yapılmasının önemli olduğu ileri sürülmüştür (23). Dünyada tüm ölümlerin %2,1'nin nöropsikiyatrik hastalıklara, %1,4'nün ise intiharlara bağlı olduğu görülmüştür (24). Çalışmamızda da hastaların intihar girişim öykülerine bakıldığında hayatında bir kez intihar girişiminde bulunan hasta sayısının 22 (%7,5), 2 ve üzeri girişimde bulunan hasta sayısının 6 (%2) olduğu görülmüştür.

SONUÇ

Toplum temelli hizmet modelinde amaç, bir coğrafi bölgede kurulan TRSM'nin bu bölgede yaşayan, özellikle ağır ruhsal hastalığı olan hastaların merkezde ya da kendi yaşadıkları ortamda, gerektiğinde gezici ekiplerle ev ziyaretleri yapılarak düzenli izlenmesi, tedavi ve terapilerinin yapılarak topluma yeniden kazandırılması olarak tanımlanmıştır. TRSM'lerinin etkinliğinin tam olarak değerlendirilebilmesi için, TRSM'ye düzenli gelen hastaların alevlenme ve hastaneye yatış oranlarının sunulacağı çalışmalara ihtiyaç olduğu görülmektedir. Merkezler ile ilgili araştırmaların artmasının, deneyimlerin paylaşılmasının ve hastaların merkeze uyumlandırılmalarının bu merkezlerin yararını daha da arttırabilmesi açısından önemli olduğu düşünülmektedir.

TEŞEKKÜR

Çalışmamızda verilerin toplanması aşamasında destek olan toplu ruh sağlığı merkezi hemşirelerimize ve merkez sekreterimize ayrıca çalışma verilerinin istatistiksel analizinde destek veren Dr. Öğr. Üyesi Zümrüt Arda Kaymak'a teşekkür ederiz. Çalışmada herhangi bir kişi, kurum ya da kuruluşun maddi destek sağlanmamış olup bir çıkar çatışması bulunmamaktadır.

Yazarlık Katkıları

Konsept ve Tasarım: Gözde BACIK YAMAN

Veri Toplama: Gözde BACIK YAMAN, İnci Meltem ATAY

Analiz: Gözde BACIK YAMAN

Literatür Derleme, Araştırma: Gözde BACIK YAMAN, İnci Meltem ATAY

Makalenin Yazımı: Gözde BACIK YAMAN, İnci Meltem ATAY

KAYNAKLAR

- 1.)Ensari H, Gültekin BK, Karaman D, ve ark. Bolu Toplum Ruh Sağlığı Merkezi hizmetlerinin şizofreni hastalarındaki yaşam kalitesi, yeti yitimi, genel ve sosyal işlevsellik üzerine etkisi: Bir yıllık izleme sonuçları. Anadolu Psikiyatri Derg. 2013; 14: 108-14.
- 2.)Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı 2011-2023. T.C. Sağlık Bakanlığı, Ankara 2011. Available at: <https://khgmsehirhastaneleridb.saglik.gov.tr/Eklenti/30333/0/ulusal-ruh-sagligi-eylem-planipdf.pdf>. Erişim tarihi 21.04.2021.
- 3.)Doğan O, Gülmez H, Ketenoğlu C. Ruhsal Bozuklukların Epidemiyolojisi. Doğan O, editör. 1. Baskı, Sivas: Dilek Matbaası; 1995. s.3.
- 4.)Güleç C. Toplum Ruh Sağlığı Açısından Psikiyatrik Epidemiyoloji. Bertan M, Güler Ç, editörler. Halk Sağlığı Temel

Bilgiler. Ankara: Güneş Kitabevi; 1997. s.442-54.

5.)The World Health Report-Mental Health:New Understanding, New Hope. World Health Organization, Geneva, Switzerland, 2001. Available at: <https://www.who.int/whr/2001/en/>. Accessed April 21, 2021.

6.)Arısoy Ö. Psikiyatrik Genetik. Düşünen Adam. 2004; 17: 109-25.

7.)Koroğlu E. Klinik uygulamada psikiyatri tanı ve tedavi klavuzları. Koroğlu E, editör. Ankara: Hekimler Yayın Birliği; 2009. s.1-5.

8.)Henderson C, Thornicroft G, Glower G. Inequalities in mental health. Br J Psychiatry. 1998; 173:105-9.

9.)Saruç S, Kaya Kılıç A. Toplum Ruh Sağlığı Merkezinden Hizmet Alan Hastaların Sosyal Profili ve Merkezde Verilen Hizmetler. Toplum ve Sosyal Hizmet. 2015; 26: 53-71.

10.)Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri Hakkında Yönerge. T.C. Sağlık Bakanlığı, Ankara, 2011. Available at: <https://www.saglik.gov.tr/TR,11269/toplum-ruh-sagligi-merkezleri-hakkinda-yonerge.html>. Erişim tarihi 21.04.2021.

11.)Bilge A, Beycan Ekitli G, Embel N, ve ark. Toplum Ruh Sağlığı Merkezindeki Şizofreni Hastalarına Uygulanan Öncü Belirtileri Tanıma ve Başetme Eğitiminin İlgörü Düzeyi ve Yaşam Kalitesine Etkisi. Uluslararası Hakemli Hemşirelik Araştırmaları Dergisi. 2016; 7: 52-68.

12.)Avcı D, Kelleci M, Yatmaz M, ve ark. Toplum ruh sağlığı merkezinde izlenen hastaların memnuniyet düzeyleri. Anadolu Psikiyatri Dergisi. 2016;17:7.

13.)Bilge A, Mermer G, Çam O, ve ark. Türkiye'de ki toplum ruh sağlığı merkezlerinin 2013-2015 yıllarının profile. Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2016;2:1-5.

14.)Swartz MS, Swanson JW, Hannon MJ. Does fear of coercion keep people away from mental health treatment? Evidence from a survey of persons with schizophrenia and mental health professionals. Behavioral Sciences and the Law. 2003; 21: 459-72.

15.)Campbell J, Schraiber R. In Pursuit of Wellness: The Well-Being Project. In: Campbell J, ed. Mental Health Clients Speak for Themselves. Sacramento: California Network of Mental Health Clients; 1989.

16.)Michael T, Bruce E, Jason C, et al. Predictors of Missed First Appointments at Community Mental Health Centers After Psychiatric Hospitalization. Psychiatric Services. 2006; 57: 531-7.

17.)Bostancı N. Ruhsal Bozukluğu Olan Bireylere Yönelik Stigma ve Bunun Azaltılmasına Yönelik Uygulamalar. Düşünen Adam. 2005; 18: 32-8.

18.)Çam O, Bilge A. Türkiye'de Ruhsal Hastalığa/ Hastaya Yönelik İnanç, Tutum ve Damgalama Süreci: Sistematik Derleme. Psikiyatri Hemşireliği Dergisi. 2013; 4: 91-101 .

19.)Crawford P, Brown B, Majomi P. Education as an Exit Strategy for Community Mental Health Nurses: A Thematic Analysis of Narratives. Mental Health Review Journal. 2008; 13: 8-15 .

20.)Çam O, Çuhadar D. Ruhsal hastalığa sahip bireylerde damgalama süreci ve içselleştirilmiş damgalama. J Psychiatric Nurs. 2011; 2: 136-40.

21.)Nelson EA, Maruish ME, Axler JL. Effects of discharge planning and compliance with outpatient appointments on readmission rates. Psychiatric Services. 2000; 51: 885-9.

22.)MacLean J, Kinley DJ, Jacobi F. The relationship between physical conditions and suicidal behavior among those with mood disorders. Journal of Affective Disorder. 2011; 130; 245-50.

23.)Hvid M, Vangborg K, Sorensen HJ, et al. Preventing repetition of attempted suicide — II. The Amager Project, a randomized controlled trial. Nord J Psychiatry. 2011; 65: 292-8.

24.)Ensari H. Türkiye'de ilk toplum ruh sağlığı merkezi açılış süreci. Ensari H, editör. Düünden bugüne Bolu Toplum Ruh Sağlığı Merkezi deneyimleri. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi; 2013. s.3.

Ankara Eğt. Arş. Hast. Derg. (Med. J. Ankara Tr. Res. Hosp.), 2021 ; 54(2) : 177-180

Bu çalışmanın yürütülebilmesi için Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanlığından Etik Kurul Onayı (12.04.2018 ve 72867572.050.01.04/16130 sayılı) ve İl Sağlık Müdürlüğü izni (19.06.2018 tarih ve 80565742/771 sayılı) alınmıştır.