



## Orjinal Makale

# Toplum Ruh Sağlığı Merkezi gezici ekip çalışmalarında ruhsal bozukluğu olan birey ve ailenin belirlenen sorunlarına yönelik yapılan müdahalelerin incelenmesi

● Ayten Kaya Kılıç

Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi, Seydikemer Uygulamalı Bilimler Yüksekokulu, Sosyal Hizmet Bölümü, Muğla

### Özet

**Amaç:** Bu çalışmanın amacı, Toplum Ruh Sağlığı Merkezi (TRSM) gezici ekip tarafından yapılan ev ziyaretinde ruhsal hastalığı olan bireyin ve ailenin tespit edilen sorunları ve bu sorunlara yönelik yapılan mesleki müdahalelerin belirlenmesidir.

**Gereç ve Yöntem:** Tanımlayıcı nitelikte yapılan çalışma, Antalya ilinde hizmet veren bir Eğitim ve Araştırma Hastanesi'ne bağlı Toplum ruh Sağlığı Merkezi'nde Ekim 2015 ve Mayıs 2016 tarihleri arasında yapıldı. Çalışmanın örneklemini, TRSM gezici ekip tarafından ev ziyareti yapılan toplam 135 ruhsal hastalığı olan birey ve ailesi oluşturdu. Çalışmada, hastanın sosyo-demografik bilgileri, hasta ve ailenin yaşadığı sorunlar ve mesleki müdahaleye ilişkin bilgileri içeren değerlendirme formu kullanıldı.

**Bulgular:** Çalışmadan elde edilen bulgularda; ev ziyareti yapılan bireylerin yarısından fazlasının bekar olduğu ve gelirin olmadığı, çoğunluğunun herhangi bir işte çalışmadığı, yarısından fazlasının anne ya da babası ile birlikte yaşadığı, çoğunluğunun düşük sosyo ekonomik düzeydeki ailelerden oluştuğu belirlendi. Ev ziyaretinde hasta ve aile ile yapılan görüşmede belirlenen sorunlar arasında; hastalığı ve tedaviyi kabul etmeyen, sosyal yönden izole olan, ailesi ile iletişim problemi yaşayan, evde herhangi bir sorumluluk almayan ve ekonomik yetersizlik yaşayan hastaların olduğu belirlendi. Belirlenen bu sorun alanlarına yönelik sağlık personeli tarafından yapılan mesleki müdahaleler arasında; tedaviye uyumsuz olan hastanın hekimi ile görüşülmesi ve tedavi olmasının sağlanması, aileye ve hastaya yönelik eğitim verilmesi ve ekonomik yönlendirmede bulunulması, hastaların TRSM hizmetleri hakkında bilgilendirilmesi yer aldı.

**Sonuç:** Toplum ruh sağlığı hizmetleri çerçevesinde sunulan gezici ekip çalışmalarının, ruhsal hastanın ve ailenin sorunlarının belirlenmesi, ihtiyacı olan tıbbi, psikolojik, sosyal hizmetlerin etkin ve hızlı sunumu açısından önemli olduğu belirlendi.

**Anahtar Sözcükler:** Ev ziyareti; gezici ekip; mesleki müdahale; Toplum Ruh Sağlığı Merkezi.

Yirminci yüzyıl ortalarına kadar ruhsal bozukluğu olan bireylerin tedavi ve bakımının yapıldığı yerler çoğunlukla psikiyatri hastaneleri ve düşkünler evi gibi kurumlardı.<sup>[1,2]</sup> Akıl hastaneleri, insanlık dışı unsurlar içermesi, ruhsal bozukluğu olan bireylerin sosyal rollerine zarar vermesi, kuruma bağımlı hale getirmesi gibi düşüncelerle ciddi eleştirilere maruz kalmıştır.<sup>[3]</sup> Kurumsallaşma karşıtı politikalar sonucunda psikiyatri hastanelerinin kapatılması ya da yatak sayısının düşürülmesi hedeflenmiş, uzun yıllar devam eden kurum bakımı yerini ruhsal bozukluğu olan

bireylerin ailelerinin yanında ve toplum içinde takip ve tedavilerinin yapılması yönünde değişim göstermiştir.<sup>[2]</sup> Bin dokuz yüz ellilerden sonra Amerika Birleşik Devletleri ve Birleşik Krallık'ta yarım milyondan fazla ruhsal bozukluğu olan birey psikiyatri hastanelerinden taburcu edilmiştir.<sup>[4]</sup> Avrupa'nın birçok ülkesinde ruh sağlığı sisteminde yapılan değişimlerle, toplum temelli ruh sağlığı hizmetleri yaklaşım ve politikaları benimsenmiştir.<sup>[5]</sup> Toplum temelli ruh sağlığı hizmetlerindeki temel düşünce; süregelen ruhsal bozukluğu olan bireylerin tespit edilmesi, yaşa-



**Konu hakkında bilinenler nedir?**

• Ruhsal bozukluklar bireyde ve ailelerinde çeşitli sosyal ve ekonomik sorunlara neden olmaktadır. Kişilerin ve ailelerin sorunlarına yönelik yapılacak her türlü bilgilendirme ve yönlendirmeyi içeren müdahalelere ihtiyacı vardır.

**Bu yazının bilinenlere katkısı nedir?**

• TRSM gezici ekibin yaptığı ev ziyaretinde; hastalığı ve tedaviyi kabul etmeyen, sosyo-ekonomik sorunları olan ve ailesi ile iletişim problemleri yaşayan hastalar vardır. Aileler ruhsal hastalık, tedaviye devamin önemi, hasta ve hastalık ile baş etme, hastayla iletişim gibi konularda yetersiz bilgiye sahiptir. Gezici ekip tarafından bireye ve ailelere yapılan müdahaleler arasında tıbbi, psiko-sosyal ve ekonomik bilgilendirme ve yönlendirmeler yer almaktadır.

**Uygulamaya katkısı nedir?**

• TRSM gezici ekip çalışmalarında ruhsal bozukluğu olan birey ve ailelerin ihtiyacı olan müdahaleler yerinde ve hızlı sunulmaktadır. Bu açıdan, çalışma ülke genelinde TRSM gezici ekip çalışmalarının önemsenmesinin ve gerekli desteğin verilmesinin gerekliliğini ortaya koymaktadır.

dıkları yerde desteklenmesi ve gezici ekipler tarafından tedavi ve takiplerinin sürdürülmesidir.<sup>[6]</sup> Bu düşüncenin altında yatan asıl amaç, ruhsal bozukluğu olan bireylerin toplumsal uyumlarını artırarak toplumun bir parçası olarak yaşamalarını sağlamaktır. Toplum ruh sağlığı rehabilitasyon hizmetlerinde sosyal işlevselliği bozulan ruhsal bozukluğu olan bireylerin mümkün olduğunca toplum içinde yaşamlarını sürdürmelerinin sağlanması amaçlanmaktadır.<sup>[7]</sup>

Türkiye’de toplum temelli ruh sağlığı hizmetleri, 2006 yılında Elazığ ve Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanelerinde gündüz hastane şeklinde başlamış, ilk Toplum Ruh Sağlığı Merkezi (TRSM) 2008 yılında Bolu Ruh Sağlığı Hastanesine bağlı olarak açılmıştır.<sup>[8-10]</sup> TRSM’de ruhsal bozukluğu olan bireylerin tedaviye uyum takipleri yapılmakta, gündüz merkez etkinliklerinde iş ve uğraş eğitimleri ile psikososyal beceri kazandırma hizmetleri sunulmakta<sup>[10]</sup> ve merkezin bulunduğu bölgede yaşayan ruhsal bozukluğu olan bireylere yönelik gezici ekipler tarafından ev ziyaretleri düzenlenmektedir.

2014 yılında resmi gazetede yayınlanan 9453 sayılı Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri Hakkında Yönerge’de, merkezde görevli sağlık personellerinin gezici ekipte yer almaları ve merkeze kayıtlı ağır ruhsal engelli bireylere düzenli olarak ev ziyaretlerinin yapılması gerektiği belirtilmektedir.<sup>[11]</sup> Ev ziyaretleri kapsamında sağlık personelleri tarafından ruhsal bozukluğu olan bireylerin tedavisi ve takibi yapılmakta,<sup>[9]</sup> sosyal, psikolojik ve ekonomik durumu değerlendirilmekte ve gerekli müdahalelerde bulunmaktadır.<sup>[12]</sup> Ev ziyareti, ruhsal bozukluğu olan birey ve ailelerine yönelik sağlık personeli tarafından sunulacak birçok imkânı, fırsatı ve müdahaleyi barındırmaktadır. Bunlardan ilki, ruhsal bozukluğu olan bireylerin yaşadığı yerde sağlık personeli tarafından gözlemlene olanağı vermesi açısından önemlidir. Bu durum ruhsal bozukluğu olan bireyin ya da ailenin ifade edemediği riskli durumların görülmesine ve yerinde müdahale edilmesine imkân sağlamaktadır.<sup>[13]</sup> Aynı zamanda ev ziyaretinde tedaviye devam etmeyen, alevlenme geçiren kişi belirlenebilmekte, erken müdahale ile psikiyatri kliniğine yatışı sağlanabilmektedir.

Toplum temelli bakım modelinde, psikiyatrik tanı, tedavi ve izlemeye hastanın ailesi dâhil edilmekte ve ailelere yönelik psikososyal destek hizmetleri sunulmaktadır.<sup>[14]</sup> Ailedeki bir üyenin süregelen ruhsal bozukluğu olması, aile üyelerinde ağır stres yaratarak, ailenin dengesini bozabilmekte,<sup>[15,16]</sup> hastalık, tedavisi, ruhsal hastaya yaklaşım gibi konularda yetersiz bilgi nedeniyle ailede çeşitli zorluklar yaşanabilmektedir.<sup>[17,18]</sup> Bu anlamda ruhsal bozukluğu olan bireyin tıbbi, psikolojik ve sosyal açıdan değerlendirildiği ev ziyaretleri hastaya sunulan hizmetler ve müdahaleler açısından olduğu kadar aileye yönelik yapılan psikososyal müdahaleler açısından da önemlidir.<sup>[12]</sup>

Türkiye’de TRSM hizmetlerine yönelik çalışmalar olmasına rağmen; gezici ekip çalışmalarını konu alan araştırmaların sınırlı olduğu belirlendi. Bu doğrultuda planlanan çalışma, ev ziyaretlerinde ruhsal bozukluğu olan bireyin ve ailenin tespit edilen sorunları ve bu sorunlara yönelik yapılan mesleki müdahalelerin belirlenmesi amacı ile yapıldı.

**Araştırma Soruları**

Çalışmada cevap aranan temel araştırma soruları şunlardır:

1. TRSM gezici ekip tarafından yapılan ev ziyaretinde ruhsal bozukluğu olan birey ve yakınlarının belirlenen sorunları nelerdir?
2. Ruhsal bozukluğu olan birey ve yakınlarının belirlenen sorunlarına yönelik sağlık personelleri tarafından yapılan müdahaleler nelerdir?

**Gereç ve Yöntem****Araştırmanın Tipi**

Bu çalışma tanımlayıcı ve kesitsel araştırma tipinde gerçekleştirildi.

**Araştırmanın Yeri ve Zamanı**

Araştırma, Antalya ilinde hizmet veren bir Eğitim Araştırma Hastanesi’ne bağlı Toplum Ruh Sağlığı Merkezi’nde Ekim 2015 ile Mayıs 2016 tarihleri arasında yapıldı.

**Araştırmanın Evren ve Örneklemi**

Çalışmanın evrenini TRSM’ye kayıtlı toplam 670 ruhsal bozukluğu olan birey oluşturdu. Araştırmanın örneklemini ise, belirlenen tarihler arasında ev ziyareti yapılan toplam 135 ruhsal bozukluğu olan birey ve ailesi oluşturdu. Ev ziyareti yapılan kişiler rastlantısal olarak belirlendi, ev ziyaretini kabul etmeyen kişiler çalışma dışında bırakıldı.

**Veri Toplama Aracı**

Veri toplama aracı olarak değerlendirme formu geliştirildi. Üç bölümden oluşan değerlendirme formunda ilk bölüm hastanın sosyo demografik bilgilerini içeren 15 sorudan, ikinci bölümde hasta ve ailenin yaşadığı sorunlara ilişkin bilgileri (Kişinin hastalığı ve tedaviyi kabullenme, hastalık belirtileri

ve ilaç yan etkileri ile baş edebilme durumu, ailede sosyal ve ekonomik sorunların varlığı, aile içi iletişimin durumu) almaya yönelik açık uçlu sorulardan ve üçüncü bölümde sağlık personeli tarafından yapılan mesleki müdahalenin niteliğine ilişkin kodlama yapmak üzere yedi alt başlıktan oluşturuldu ve bu çerçevede inceleme yapıldı.

### Verilerin Toplama Süreci

Veriler araştırmacı tarafından yüz yüze görüşülerek toplandı.

### Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırma için Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 22.02.2018 tarih ve 4/1 sayılı karar numarası ile "Etik Kurul Onayı" alındı. Çalışmaya katılım gönüllülük esasına göre sağlandı. Ev ziyareti yapılan katılımcıların varsa vasilerinden, vasi kararı olmayan hastaların kendileri, araştırmanın ismini, amacını, araştırmacının bilgilerini ve etik kuralları içeren Gönüllü Katılım Formu'nu imzalamaları istendi. Veri toplama ve uygulamaya onam alındıktan sonra başlandı.

### Verilerin Analizi

Verilerin analizinde Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) 22 paket programı kullanıldı. Verilerin değerlendirilmesinde sayı ve yüzde dağılımlarına bakıldı.

### Bulgular

TRSM'ye kayıtlı ruhsal bozukluğu olan bireylere gezici ekip tarafından 7 aylık sürede toplam 135 ev ziyareti yapıldı. Ziyaret yapılan kişilerin demografik özelliklerine bakıldığında; %41.5'inin kadın, %58.5'inin erkek, yarısından fazlasının (%62.2) 29-50 yaş arasında olduğu, %10'unun okuryazar olmadığı, %25.9 ilkökul, %25.9 ortaokul, %24.4 lise ve %11'inin üniversite mezunu olduğu belirlendi. Ev ziyareti yapılan bireylerin yarısından fazlasının (%60) bekâr olduğu ve (%55.6) herhangi geliri olmadığı, çoğunluğunun (%78.5) herhangi bir işte çalışmadığı belirlendi. Ziyaret yapılan bireylerin yarısından fazlasının (%57) ebeveynleri ile birlikte yaşadığı, evli olanların (%20.7) eşleri ile birlikte, %5.9'unun çocukları ile birlikte, %5.9'unun kardeşi ile birlikte, %3.7'sinin tek başına, %1.5'inin akrabasının yanında yaşadığı ve %5.2'sinin bakım merkezinde kaldığı anlaşıldı. Hanede yaşayan kişi sayısına bakıldığında, çoğu hanede (%80) 3 ve daha fazla kişinin yaşadığı, hanenin aylık ortalama gelirine bakıldığında ise, çoğunluğunun (%85) üç bin TL altında aylık gelirinin olduğu belirlendi.

Tablo 1'de ev ziyareti yapılan bireylerin hastalık tanıları incelendiğinde; %87.4'ünün şizofreni, %3'ünün şizoaffektif bozukluk ve %9.6'sının psikotik bozukluk teşhisi ile tedavi gördüğü anlaşılmaktadır. Çalışma kapsamında ev ziyareti yapılan hasta ve ailelerinden yaşadıkları sorunlara ilişkin bilgi alındı. Ruhsal bozukluğu olan bireylerin yaşadığı sorunlara bakıldığında; %19.8'inin hastalığını kabul etmediği ve bu nedenle tedavi

**Tablo 1. Ruhsal bozukluğu olan bireyin hastalık tanısı, hastanın ve ailenin yaşadığı soruna ilişkin bulgular**

	n	%
Hastalık tanısı		
Şizofreni	118	87.4
Şizoaffektif bozukluk	4	3.0
Psikotik bozukluk	13	9.6
Toplam	135	100.0
Hastanın yaşadığı sorunlar		
Hastalığı ve tedaviyi kabullenmeme	21	19.8
Ekonomik sorunlar	50	47.1
Ailenin kendisine yönelik olumsuz tutumu	14	13.2
Aile ile iletişim problemi	4	3.7
Hastalık ve ilaçların yan etkileri	6	5.6
Arkadaşının olmaması	4	3.7
İş bulamama	7	6.6
Toplam	106	100.0
Ailenin yaşadığı sorunlar		
Hastanın tedaviyi kabul etmemesi	22	19.1
Ekonomik sorunlar	55	47.8
Hastanın sosyal yönden izole olması	16	13.9
Bakım yükü nedeniyle sosyal ilişki kuramama	3	2.6
Hastanın takıntılı davranış ve düşünceleri	9	7.8
Hastanın ev içi ve dışı sorumluluk almaması	8	7.0
Hastanın çok sigara içmesi	2	1.7
Toplam	115	100.0

olmak istemediği belirlendi. Hastalardan %47.1'inin ekonomik sorunlar yaşadığı, %3.7'inin ailesi ile iletişim sorunları olduğu ve %13.2'sinin ailesinin kendisine yönelik tutumundan rahatsız olduğu, %5.6'sının kullandığı ilaçların yan etkilerinden şikâyetçi olduğu, %3.7'sinin arkadaşının olmaması nedeniyle sorun yaşadığı ve %6.6'sının iş bulamadığı ve çalışmaması nedeniyle sorun yaşadığı belirlendi.

Ev ziyareti yapılan ruhsal bozukluğu olan bireylerden %91'i (123 kişi) ebeveyn, eş, çocuk, kardeş, akraba gibi aile fertleri ile birlikte yaşamaktadır. Çalışma kapsamında ruhsal bozukluğu olan bireyler ile aynı evde yaşayan bu kişilerden hanede yaşanan sorunlara dair bilgiler alındı. Hasta yakınlarından %47.8'sinde ekonomik sorunlarının olduğu, %2.2'sinin hastanın bakımının çok zaman alması nedeniyle sosyal ortamlara giremedikleri ve %52'sinde hastadan kaynaklı sorunların yaşandığı belirlendi. Hastadan kaynaklı sorun yaşadığını belirtenler arasında ebeveynler (%32.1), eşler (%12.5), çocuklar (%5.3) ve kardeşler (%3.5) yer almaktadır. Hastadan kaynaklı yaşanan sorunlar arasında, ruhsal bozukluğu olan bireyin tedavi olmak istememesi (%16.3), sosyal yönden izole olması (%11.9), takıntılı davranışlar göstermesi (%6.7), ev içinde ve dışında herhangi bir sorumluluk almaması (%5.9) ve çok fazla sigara içmesi (%1.5) yer almaktadır.

Çalışma kapsamında ev ziyaretleri yapılan hasta ve ailelerin belirlenen sorunlarına yönelik yapılan müdahaleler Tablo 2'de

**Tablo 2. Ruhsal bozukluğu olan bireyin ve ailenin yaşadığı soruna yönelik sağlık personeli tarafından yapılan mesleki müdahaleye ilişkin bulgular**

Evde yapılan müdahalenin niteliği	n	%
Psikiyatri hekimine hakkında bilgi verilen, muayene edilmesi sağlanan ve ilaçla tedavisi sağlanan kişiler	15	11.1
Ruhsal bozukluklar ve tedavisi ile ilgili bilgilendirilme yapılan kişi ve aileler	49	36.3
Ekonomik yönlendirmede bulunulan kişi ve aileler	40	29.6
TRSM gündüz faaliyetlerine katılımı sağlanan kişiler	14	10.4
Yıllık ev ziyareti planlanan kişiler	17	13.3
Toplam	135	100,0

gösterildi. Çalışmada, gezici ekip sağlık personelleri tarafından ilaç tedavisine devam etmeyen kişilerin (%11.1) olduğu belirlendi. Bu kişilere yönelik gezici ekipte görevli psikiyatri hemşiresi tarafından girişimde bulunuldu. Yapılan psikiyatri hemşirelik girişimi, ev ziyareti sırasında ilaç tedavisine uyum göstermeyen hastanın belirlenmesini ve durumu hakkında hastanın düzenli olarak muayeneye gittiği psikiyatri hekimine ya da TRSM sorumlu psikiyatri hekimine bilgi verilmesini içermektedir. Hekimi ile görüşme sonrası ev ziyaretinin gerçekleştirildiği gün ya da en geç bir sonraki gün hastanın muayenesi sağlanmaktadır. Bu muayenede hekimin uygun gördüğü şekilde yatarak ya da ayaktan hastanın ilaç tedavisine devamı sağlanmaktadır. Gezici ekip görevli sağlık personelinin yaptığı çalışma sonucunda ilaç tedavisine devam etmediği anlaşılan hastaların (%11.1) tedavije devam etmesi sağlandı.

Çalışmada ekonomik sorun yaşayan aileler ve hastalar olduğu belirlendi. Gezici ekipte görevli sosyal hizmet uzmanı tarafından ailelere ve hastalara (%29.6) sosyal hakları kapsamında ekonomik yönlendirmede bulunuldu. Ailenin bulunduğu sosyo ekonomik düzeye göre yapılan ekonomik yönlendirmelerde evde bakım aylığı, İl ve İlçe Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma Vakıflarından ve Belediyelerden verilen aynı ve nakdi yardımlar yer almaktadır. Hastaya yapılan ekonomik yönlendirmede ise engelli aylığı (2022 sayılı yasa), malulen emeklilik gibi sosyal haklarını içeren bilgiler yer almaktadır.

Sosyal yönden izole olan, çevresiyle iletişim sorunu yaşayan ruhsal bozukluğu olan bireylerin (%10.4) sosyal gruplarda yer alması için TRSM'ne gündüz faaliyetlerine katılımı ve devamı sağlandı.

Yapılan ev ziyaretinde ailelerin hastalık ve tedavisi, ilaçların yan etkileri, hastayla iletişim gibi konularda yetersiz bilgilerinin olduğu ve ruhsal bozukluğu olan bireyin sosyal yönden izole olması, takıntılı davranışlar göstermesi, ev içinde ve dışında herhangi bir sorumluluk almaması ve çok fazla sigara içmesi gibi davranışlarından rahatsız oldukları belirlendi. Çalışma kapsamında gezici ekipte görevli psikiyatri hemşiresi tarafından eğitim gereksinimi olduğu belirlenen ailelere (36.3) ruhsal hastalık, hastalık nedeniyle bireyde ortaya çıkan davranışlar,

ilaçla tedavi ve hastayla iletişim konularında bilgilendirme yapıldı.

Tedaviye uyumlu olan ve TRSM'ine katılması konusunda ikna edilemeyen kişilerin (%13.3) gezici ekip tarafından yıllık ev ziyaretleri kapsamında değerlendirilmesi uygun bulundu.

## Tartışma

Bu çalışma, TRSM gezici ekip ev ziyaretlerinde ruhsal bozukluğu olan birey ve ailenin yaşadığı sorunlar ve bu sorunlara yönelik sağlık personelleri tarafından yapılan mesleki müdahalelerin belirlenmesi amacı ile tanımlayıcı ve kesitsel araştırma tipinde gerçekleştirildi. Çalışmada elde edilen bulgularda; hastalığı ve tedaviyi kabul etmeyen, sosyo-ekonomik sorunlar yaşayan, ailesi ile iletişim problemleri olan ve sosyal yönden izole hastaların olduğu belirlendi. Ruhsal bozukluk ve belirtileri sonucunda ortaya çıkan; bireyin hastalığını ve tedaviyi kabul etmemesi, takıntılı davranışlar göstermesi, ev içinde ve dışında sorumluluk almaması gibi tüm durumların da ailede sorunlara neden olduğu belirlendi.

Çalışmada ev ziyareti yapılan ruhsal bozukluğu olan kişilerden ilaç tedavisine devam etmeyenlerin olduğu tespit edildi. Ruhsal bozukluklarda tedaviye uyumsuzluk sık görülen bir durumdur.<sup>[19]</sup> Psikiyatri hastalarında tedavi uyumsuzluğunu incelenen çalışmaların değerlendirildiği bir çalışmada hastalarda tedavi uyumsuzluğunun %4 ile %72 arasında değiştiği görülmüştür.<sup>[20]</sup> Türkiye'de şizofreni hastalarının hastaneye tekrar yatışları ile ilgili yapılan bir çalışmada, taburcu olan hastaların (292 hasta) %17'sinin 6 ay gibi kısa süre içinde ilaç uyumsuzluğu nedeniyle tekrar yatışlarının yapıldığı tespit edilmiştir.<sup>[21]</sup> Çalışmamızda görüşme yapılan tedavi uyumsuzluğu olan hastaların tüm hastalar içindeki oranı %11.1'dir. Bu oranın genel literatür bilgileri ile uyumlu olduğu görülmektedir.

İlaç tedavisine devam etmediği belirlenen bu kişilere yönelik psikiyatri hemşiresi tarafından psikiyatri hekimine bilgi verilerek acil olarak muayene olmaları sağlandı. Psikiyatri hemşireleri hizmet verdiği ruhsal bozukluğu olan bireylerin ilaç tedavilerine devamlarının sağlanmasında önemli roller üstlenmektedir. Bu doğrultuda psikiyatri hemşirelik girişimleri açısından yapılan çalışmalarda, hastanın ilaçları kullanıp kullanmadığı ile ilgili bilgi almak, ilaç ve ilaç yan etkileri konusunda bilgi vermek, aileyi tedavi planına dahil etmek, hastanın durumu hakkında hekimini bilgilendirmek yer almaktadır.<sup>[22]</sup>

Çalışmada, tedaviye devamlılık göstermeyen ve sosyal çevresiyle uyum sorunu yaşayan ruhsal bozukluğu olan bireylerin TRSM hizmetlerinden faydalanması yönünde değerlendirilme yapıldı. Bu değerlendirme sonrası bazı kişilerin TRSM gündüz faaliyetlerine katılımı sağlandı. TRSM hizmetlerine yönelik yapılan çalışmalarda; TRSM gündüz faaliyetlerine katılımın hastaların sosyal işlevselliklerinde artışa neden olduğu, tedaviye uyumu artırdığı, hastane yatışlarını azalttığı, hastaların boş zamanlarını daha iyi değerlendirdikleri, sosyal grup ortamlarına girmelerini sağladığı, yaşam kalitesini artırdığı gibi birçok olumlu sonuca yol açtığı belirlenmiştir.<sup>[9,12,23]</sup>

Çalışma kapsamında ruhsal hastalık, tedaviye devamın önemi, hasta ve hastalık ile baş etme yolları, hastayla iletişim gibi konularda yetersiz bilgiye sahip kişi ve ailelere yönelik sağlık personeli tarafından bilgilendirme yapıldı. Psikiyatrik hastalık tanısı almış birey ve ailelerinin eğitim gereksinimlerinin belirlendiği bir çalışmada, çalışmaya katılan hastaların (%52.7) ve ailelerin yarısının (%58.8) ruhsal bozukluklar konusunda çok sınırlı bilgilerin olduğu ve bu sınırlı bilgiyi de sağlık personellerinden aldıkları tespit edilmiştir.<sup>[24]</sup> Konu ile ilgili benzer çalışmalar incelendiğinde; ruhsal bozukluğu olan birey ve ailelerinin hastalık ve tedavisi, hastalık belirtileriyle baş etme, ruhsal hastayla iletişim, yasal ve ekonomik haklar konusunda eğitim gereksinimlerinin olduğu belirtilmektedir.<sup>[25,26]</sup> Çalışmamızda eğitim gereksinimleri olduğu belirlenen ve bu doğrultuda psikiyatri hemşiresi tarafından bilgilendirme yapılanların ruhsal bozukluğu olan birey ve ailelerin oranı %36.3'tür. Hastalar ve aileleri hastalık nedeni ile ortaya çıkan her türlü bilgi ve yardıma ihtiyaç duymaktadırlar ve bu nedenle yapılan tüm mesleki müdahaleler birey ve aileleri üzerinde olumlu sonuçlara yol açmaktadır.<sup>[27]</sup> Sağlık personelleri tarafından aileye yönelik uygulanan eğitimler, ailenin hayatına olumlu etkide bulunan önemli müdahalelerdir.<sup>[28]</sup>

Çalışmada görüşme yapılan ailelerin yaşadığı sorunların önemli bir bölümünü ruhsal bozukluk ve belirtileri nedeni ile ortaya çıkan sorunlar olduğu anlaşıldı. Bu sorunlar arasında; bireyin hastalığını ve tedaviyi kabul etmemesi, hastanın takıntılı düşünceleri ya da davranışlarının ailede huzursuzluğa yol açması, hastanın ev içinde ve dışında herhangi bir sorumluluk almaması, hastanın bakımının çok zaman alması nedeni ile bakım verenin kendine ayıracak vaktinin olmaması gibi sorunlar yer aldı. Ailede herhangi bir üyede süregelen ruhsal bozukluğun varlığı ailede çeşitli sorunların ve zorlukların yaşanmasına neden olmakta,<sup>[18]</sup> bireylerin hastalık nedeni ile ortaya çıkan normal olmayan davranışlarından dolayı da aile üyeleri strese maruz kalmaktadır.<sup>[29]</sup> Ruhsal bozukluğu olan bireyin öz bakımını yerine getirememesi nedeni ile aile üyelerinden birisi bakım veren durumuna gelmekte ve zamanının büyük bölümünü hastanın bakımının yapılması, isteklerinin karşılanması ile geçirmektedir.<sup>[30]</sup>

Ruhsal bozukluğu olan birey ve ailenin yaşadığı bir diğer sorun, birey ile aile arasında iletişim problemlerin olması ve bireyin kendini sosyal çevreden soyutlaması olarak belirlendi. Ruhsal bozukluklar bireyde sosyal iletişim problemleri yaratabilmekte, kişi kendisini yaşadığı aileden ve toplumdan uzaklaştırabilmekte, beceri kayıpları nedeniyle de işe girmede ve devam ettirmede zorluk yaşamasına neden olabilmektedir.<sup>[31,32]</sup>

Çalışmada belirlenen sorunlardan bir diğeri, ailede yaşanan ekonomik yetersizlik olarak belirlendi. Hastalık nedeni ile kişinin çalışmaması ekonomik sıkıntılarının ortaya çıkmasına neden olmaktadır. Ailede üretken olması gereken erişkin bir üyenin çalışmaması aileyi de zor durumda bırakabilmekte, bu durum haneye gelen gelirin azalmasına neden olabilmektedir. Ruhsal bozukluğu olan bireylerin ailelerini inceleyen çalışmalarda; ailelerde çaresizlik, umutsuzluk, öfke gibi psikolojik so-

runların yaşandığı, ruhsal bozukluğu olan bireyin ve bakım verenin çalışmamasının ailede ekonomik sorunlara yol açtığı, aile içi çatışmaların ve ilişkilerde bozulmanın sıklıkla karşılaşıldığı, ailenin sosyal yaşamının olumsuz etkilendiği gibi sorunların olduğu belirtilmiştir.<sup>[33-37]</sup> Bu çalışmalardaki sonuçların mevcut çalışmada katılımcılar tarafından ifade edilen sorun alanları ile benzer nitelikte olduğu görülmektedir.

TRSM gezici ekip tarafından yapılan ev ziyaretleri, rastlantısal olarak belirlenmekle birlikte aynı gün içinde gidilecek olanların (yolda geçirilen sürenin fazla olmaması ve daha fazla kişinin ziyaret edilmesi amacıyla) birbirine yakın bölgede yaşayanlar olmasına dikkat edilmektedir. Acil bildirim yapılan hastalara öncelikli olarak ev ziyareti gerçekleştirilmekte, TRSM'ye kayıtlı olan tüm hastalara mümkün olduğunca aynı yıl içinde ev ziyareti yapılmasına ve en az bir kez sağlık personeli tarafından ziyaret edilmesine çalışılmaktadır. Acil haller dışında, gidilmesi planlanan kişiler önceki gün telefonla aranmakta gezici ekibi kabul etmeleri durumunda ziyaret gerçekleştirilmekte, telefon görüşmesi sağlanmayan kişilere haber verilmeden gidilmektedir. Gezici ekipte sağlık memuru ya da hemşire ve sosyal hizmet uzmanı ya da psikolog yer almaktadır. Gerekli olduğu durumlarda psikiyatri hekimi de ev ziyaretine katılmaktadır.

Ruh sağlığı hizmetleri ekip çalışması anlayışıyla yürütülmektedir. Ekip, psikiyatrist, psikiyatri hemşiresi, sosyal hizmet uzmanı, psikolog, iş uğraş terapisti gibi disiplinler arası meslek elemanlarından oluşmaktadır.<sup>[12]</sup> Bu ekibin üyesi olan sosyal hizmet uzmanı ruhsal sağlık ihtiyaçları olan ve kaynak yetersizliği yaşayan bölgelerdeki müracaatçılara klinik hizmetlerin başlıca sağlayıcılarıdır.<sup>[38]</sup> Sosyal hizmet uzmanları, ruhsal hastalıkların neden olduğu ekonomik, psiko- sosyal sorunları çözümlenmede ruhsal bozukluğu olan bireylere ve ailelere profesyonel müdahalede bulunmaktadır.<sup>[39,40]</sup> Ruhsal bozukluğu olan bireylerin sosyal hayatları ve duygusal yapıları arasında köprü kurarak birbirinden farklı yönlerini kendi yararları için kullanmaları yönünde onları cesaretlendirmekte ve yönlendirmektedir.<sup>[41]</sup> Ekibin önemli bir diğer üyesi psikiyatri hemşirelerinin, psikiyatri kliniğinde ya da TRSM'de ruhsal hastalığı olan bireyi sürekli gözlemlemekte, aile ile etkileşim kurmakta, böylece hastanın ve ailenin ihtiyacı olan hizmetlere ulaşmada, tıbbi danışmanlık ve eğitim verilmesinde önemli mesleki müdahalelerde bulunmaktadır.<sup>[37]</sup>

## Sonuç

Toplum ruh sağlığı hizmetleri çerçevesinde sunulan gezici ekip çalışmaları, ruhsal bozukluğu olan bireyin yaşadığı ortamda ziyaret edilmesi, ailesi ile yüz yüze görüşülmesi, hastanın ve ailenin sorunlarının belirlenerek ihtiyacı olan hizmetlerin etkin ve hızlı sunulması açısından önemlidir. Psikiyatri hekimi ve hemşiresi, sosyal hizmet uzmanı ve psikoloğun bir plan dâhilinde ve interaktif şekilde çalışması doğru müdahaleyi sağlamaktadır.

Çalışma kapsamında gezici ekip tarafından ev ziyareti gerçekleştirilen 135 hastadan 15 kişinin tedaviye devam etmediği belirlenmiş ve yapılan hemşirelik girişimi sonucunda bu kişilerin

tedaviye devam etmeleri sağlanmıştır. Ayrıca ruhsal bozukluğu olan birey ve ailelerine sağlık personeli tarafından yapılan tıbbi, psiko-sosyal ve ekonomik bilgilendirme ve yönlendirme önemli mesleki müdahalelerdir, bireye, aileye ve topluma sağladığı fayda açısından da uzun vadede önem arz etmektedir.

Sonuç olarak, TRSM gezici ekip çalışmaları ruh sağlığı hizmetlerinde önemli bir toplumsal ihtiyacı karşılamaktadır. Bu doğrultuda, ülke genelinde TRSM gezici ekip çalışmalarının önemsenmesi, TRSM'lerin bağlı bulunduğu hastane idarelerinin gezici ekip çalışmalarının yapılması konusunda gerekli desteği vermeleri önerilmektedir.

### Teşekkür

Uzm. Dr. Damla ALP, Sağlık memuru Gürbüz TEMEL.

**Çıkar çatışması:** Bildirilmemiştir.

**Hakem değerlendirmesi:** Dış bağımsız.

**Yazarlık katkıları:** Konsept – A.K.K.; Dizayn – A.K.K.; Denetim – A.K.K.; Finansman – A.K.K.; Materyal – A.K.K.; Veri toplama veya işleme – A.K.K.; Analiz ve yorumlama – A.K.K.; Literatür arama – A.K.K.; Yazan – A.K.K.; Kritik revizyon – A.K.K.;

### Kaynaklar

- Çetin M, 2005. Psikiyatrinin kısa tarihi. Ceylan E, Çetin M, editör. Araştırma ve klinik uygulamada biyolojik psikiyatri şizofreni. 3rd ed. İstanbul: Yerküre Yayıncılık; 2005.
- Priebe S, Badesconyi A, Fioritti A, Hansson L, Kilian R, Torres-Gonzales F, et al. Reinstitutionalisation in mental health care: comparison of data on service provision from six European countries. *BMJ* 2005;330:123–6.
- Shadish WR Jr, Bootzin RR. Nursing homes and chronic mental patients. *Schizophr Bull* 1981;7:488–98.
- Chow WS, Priebe S. Understanding psychiatric institutionalization: a conceptual review. *BMC Psychiatry* 2013;13:169.
- World Health Organization; 2011. World report on disability. Available at: <http://www.who.int/topics/disabilities/en/>. Accessed May 9, 2018.
- Bag B. Toplum ruh sağlığı merkezlerinde hemşirenin rolü: İngiltere örneği. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar* 2012;4:465–85.
- Üstün G, Küçük L, Buzlu S. Bir Toplum Ruh Sağlığı Merkezi'nde uygulanan rehabilitasyon programlarına katılan ve katılmayan şizofreni hastalarının bazı sosyo demografik ve hastalıkla ilişkili özellikleri ile tedaviye uyumları ve öz-yeterlilikleri açısından tanımlanması. *Psikiyatri Hemşireliği Derg* 2018;9:69–79.
- Alataş G, Karaoğlan A, Arslan M, Yanık M. Toplum Temelli Ruh Sağlığı Modeli ve Türkiye'de Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri Projesi. *Nöropsikiyatri Arşivi* 2009;46:25–9.
- Ensari H, Gültekin BK, Karaman D, Koç A, Beşkardeş AF 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.
- Gül EU, Can DÖ, Şahin EHK, Şahin Ş, Şimşek E. Kırıkkale Toplum Ruh Sağlığı Merkezi'nde takip edilen şizofreni hastalarının değerlendirilmesi. *Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* 2014;16:15–9.
- TC Sağlık Bakanlığı. Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri Hakkında Yönerge. Ankara. 2014. Available at: [www.saglik.gov.tr](http://www.saglik.gov.tr). Accessed May 2, 2018.
- 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.
- Özbesler, C. Sosyal Hizmette Müdahale Aşamaları Hizmet Sunumunda Profesyonel Müdahale Eğitim Semineri. Rize İlinde Sosyal Risk Altında Olanlarla İlgili Hizmet Sunum Sisteminin Geliştirilmesi Projesi, 2007. Erişim adresi: [www.rizeshcek.gov.tr](http://www.rizeshcek.gov.tr) Erişim tarihi: 17 Eylül 2016.
- Çifçi EG, Gök FA, Arslan E. Kurum bakımından toplum temelli bakıma geçiş: toplum ruh sağlığı merkezlerinde çalışan sosyal hizmet uzmanlarının rolü. *Toplum ve Sosyal Hizmet* 2015;26:163–75.
- Eskin M. Aile Terapileri: Temel ilke, kavram ve seçilmiş modeller. In: Köroğlu E, Güleç C, Editors. *Psikiyatri Temel Kitabı*. 2nd ed. Ankara: Hekimler Yayın Birliği; 2007. p. 623–9.
- Öztürk, O. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. 8th ed. Ankara: Feryal Matbaası; 2001.
- Milliken PJ, Northcott HC. Redefining parental identity: caregiving and schizophrenia. *Qual Health Res* 2003;13:100–13.
- Gülseren L, Çam B, Karakoç B, Yiğit T, Danacı AE, Çubukçuoğlu Z, et al. Şizofrenide Ailenin Yükünü Etkileyen Etmenler. *Türk Psikiyatri Derg* 2010;21:203–12.
- Acosta FJ, Hernández JL, Pereira J, Herrera J, Rodríguez CJ. Medication adherence in schizophrenia. *World J Psychiatry* 2012;2:74–82.
- Lacro JP, Dunn LB, Dolder CR, Leckband SG, Jeste DV. Prevalence of and risk factors for medication nonadherence in patients with schizophrenia: a comprehensive review of recent literature. *J Clin Psychiatry* 2002;63:892–909.
- Gültekin BK, Güler J, Kesebir S, Güllüçü A, Ergelen M. Şizofreni hastalarında tekrarlayan yatış sıklığı ve öngörücüleri. *Klinik Psikiyatri Dergisi* 2013;16:225–31.
- Çam O, Yalçın N. Ruhsal hastalık ve iyileşme. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi* 2018;9:55–60.
- Özdemir İ, Şafak Y, Örsel S, Kahiloğulları AK, Karadağ H. Bir toplum ruh sağlığı merkezinde şizofreni hastalarına uygulanan ruhsal-toplumsal uyumlandırma etkinliğinin araştırılması: Kontrollü çalışma. *Anadolu Psikiyatri Derg* 2017;18:419–27.
- Duran S, Eroğlu S. Psikiyatrik tanıli hasta ve ailelerinin eğitim gereksinimlerinin belirlenmesi. *Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* 2016;13:237–47.
- Gümüş AB. Şizofreni hastalarının ve yakınlarının sağlık eğitimi gereksinimleri. *Anadolu Psikiyatri Derg* 2006;7:33–42.
- Bademli K, Keser İ, Lök N, Acar G, Kılıç AK, Acar G, et al. Şizofreni Hastalarının ve Bakım Verenlerinin Eğitim Gereksinimlerinin Belirlenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Derg* 2016;19:1–9.
- Bademli K, Çetinkaya Duman, Z. Şizofreni hastalarının bakım verenlerine uygulanan aileden aileye destek programları: Sis-

- tematik Derleme. *Türk psikiyatri Derg* 2011;22:255–65.
28. Arslantaş H, Sevinçok L, Uygur B, Balcı V, Adana F. Şizofreni hastalarının bakım vericilerine yapılan psikoeğitimin hastalardaki klinik gidişe ve bakım vericilerin duygu dışavurumu düzeylerine olan etkisi. *Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Derg* 2009;10:3–10.
  29. Arslantaş H, Adana F. The Burden of Schizophrenia on Caregivers. *Current Approaches in Psychiatry* 2011;3:251–77
  30. Kelleci M, Ata EE. Psikiyatri kliniği'nde yatan hastaların ilaç uyumları ve sosyal destekle ilişkisi. *Psikiyatri Hemşireliği Derg* 2011;2:105–11.
  31. Özdemir Ü, Taşçı S. Kronik hastalıklarda psikososyal sorunlar ve bakım. *Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Derg* 2013;1.
  32. Castelein S, Bruggeman R, Davidson L, van der Gaag M. Creating a Supportive Environment: Peer Support Groups for Psychotic Disorders. *Schizophr Bull* 2015;41:1211–3.
  33. Awad AG, Voruganti LN. The burden of schizophrenia on caregivers: a review. *Pharmacoeconomics* 2008;26:149–62.
  34. Chan SW. Global perspective of burden of family caregivers for persons with schizophrenia. *Arch Psychiatr Nurs* 2011;25:339–49.
  35. Çetin N, Demiralp M, Oflaz F, Özşahin A. Şizofreni hastalarının günlük yaşam aktivite düzeyi ile aile üyelerinin bakım yükü ve dışı vuran duygu durumu ilişkisi. *Anadolu Psikiyatri Derg* 2013;14:19–26.
  36. Duman ZÇ, Bademli K. Families of chronic psychiatric patients: A systematic review. *Current Approaches in Psychiatry* 2013;5:78–94.
  37. Bademli K, Lök N, Kaya Kılıç A. Relationship between caregiving burden and anger level in primary caregivers of individuals with chronic mental illness. *Arch Psychiatr Nurs* 2017;31:263–8.
  38. Newhill CE, Korr WS. Practice with people with severe mental illness: rewards, challenges, burdens. *Health Soc Work* 2004;29:297–305.
  39. Özdemir U. Türkiye'de psikiyatrik sosyal hizmet. Ankara: Aydınlar Matbaası; 2000.
  40. Oral M, Tuncay T. Ruh sağlığı alanında sosyal hizmet uzmanlarının rol ve sorumlulukları. *Toplum ve Sosyal Hizmet* 2012;23:93–111.
  41. Cameron D, McGowan P. The mental health social worker as a transitional participant: Actively listening to 'voices' and getting into the recovery position. *J Soc Work Pract* 2013;27:21–32.