

ÖZGÜN ARAŞTIRMA

TÜRKİYE'DEKİ TOPLUM RUH SAĞLIĞI MERKEZLERİNİN 2013-2015 YILLARININ PROFİLİ

PROFILE OF COMMUNITY MENTAL HEALTH CENTERS IN TURKEY BETWEEN 2013-2015 YEARS

^{1*}Ayşegül Bilge, ²Gülengül Mermer, ¹M. Olcay Çam, ³Aliye Çetinkaya, ³Elif Erdoğan,
³Nazlı Üçkuyu

ÖZET

Amaç: Bu araştırma Türkiye'de 2013-2015 yılları arası toplum ruh sağlığı merkezlerinin profilini incelemek amacıyla planlanmıştır.

Yöntem: Araştırma tanımlayıcı olarak yapılandırılmıştır. Araştırmada 45 Toplum Ruh Sağlığı Merkezi araştırmaya dahil edilmiştir (katılım oranı: %42,45). Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı analizler kullanılmıştır.

Bulgular: Araştırmaya dahil edilen Toplum Ruh Sağlığı Merkezlerinin %20'sinin Marmara ve Karadeniz Bölgelerinde olduğu, %75,6'sının bir katlı bir binada hizmet verdiği belirlenmiştir. Merkezlerde çalışan personelin çoğunlukla hemşire (%24,7) ve hizmetli (%24,7) olduğu saptanmıştır. Tüm merkezler incelendiğinde, sürekli merkeze gelen danışan sıklığının %7,8 olduğu, bir merkezde ise "Mavi At Kafe" adlı korumalı iş yeri açıldığı belirlenmiştir.

Sonuç: Türkiye'de toplum ruh sağlığı hizmetlerinin hedeflenen düzeyde olmadığı ancak son zamanlarda ilerleme gösterdiği söylenebilir.

Anahat kelimeler: Toplum ruh sağlığı merkezi, sağlık personeli, toplum ruh sağlığı hemşireliği.

Objectives: This study is planned to examine the profile of the Community Mental Health Centers (CMHC) in Turkey between 2013 and 2015 years.

Methods: The research was structured as a descriptive study. 45 Community Mental Health Centers were included in the study (Rate of participation 42, 45%). The descriptive analysis was based on the evaluation of the data.

Results: The study included Community Mental Health Centers; these are constituted by 20% of the Marmara and the Black Sea Region. Most of the centers (75,6%) are housed in a single-stage flat. Centers' staff were mostly nurse (24,7%) and employee (24,7%). The rate of the clients' who regularly visit to any center was 7,8%. A supervised job locale "Blue Horse Cafe" has been established to service in a CMHC.

Conclusion: The Community Mental Health Services in Turkey are not at targeted levels, however a progress has recently been experienced.

Keywords: Community Mental Health Center, Health Care Providers, Community Mental Health Nursing.

Giriş

Biyopsikososyal bir varlık olan insanın, yaşamını sağlıklı bir şekilde sürdürebilmesi için bu üç öğenin birbirleriyle karşılıklı etkileşmesi ve dengeli bir ilişki içinde olması gerekmektedir¹. Bu dengenin bozulması bedensel ve ruhsal sorunların ortaya çıkmasına neden olabilmektedir. Ruhsal sorunlar yaşayan birey genellikle duygu, düşünce ve davranışlarda değişik derecelerde tutarsızlık, uygunsuzluk ve yetersizlik yaşayan kişidir².

Toplum ruh sağlığı terimi; birey ve bireyin etkileşimde bulunduğu çevreye ilişkin psikiyatrik tedavi ve bakımını anlatır³. Toplum ruh sağlığı uygulamaları ruhsal hastalıkları önlemede önemli bir yer tutmaktadır. Bu hizmetlerde esas amaç; ruh sağlığını korumak, ruhsal hastalık oluşumunu önlemek ve bu çalışmalarını halka götürmek (birincil önleme), ruhsal hastalıkların erken tanısı, tedavisi ve bakımını sağlamak (ikincil önleme), ruhsal hastalıkların iyileştirim (rehabilitasyon) ve bakımının devamlılığını sağlamak ve bunun için sistem oluşturmaktır (üçüncül önleme)⁴. Ayrıca toplumda yeterince ilişki kuramayan, yaşamlarını

sürdürecek toplumsal beceri ve mesleki uğraşlardan yoksun kalan ağır ruhsal bozukluğu olan hastalar, hem ailelerine hem de topluma büyük yükler getirmektedir. "Toplum Temelli Ruh Sağlığı" anlayışı; hastaların tekrar tekrar hastaneye yatarak toplumdan uzaklaşmalarının, işlevselliklerindeki azalmanın önüne geçilmesi, takip ve tedavilerinin sürdürülmesi amacıyla; hastanın evinde, mahallesinde veya işyerinde temel yaşam ihtiyaçlarını karşılamayı, sorunlarla başa çıkma becerilerini geliştirmeyi ve gerekli destek sistemlerini devreye sokmayı, kısacası toplum içinde tedaviyi hedefler⁵.

Toplum temelli ruh sağlığı anlayışı İtalya'da ruh sağlığı reformuyla 1961 yılında başlamıştır. 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

ABSTRACT

¹Ruh Sağlığı ve Hastalıkları
Hemşireliği Anabilim Dalı,
Hemşirelik Fakültesi,
Ege Üniversitesi, İzmir, Türkiye

²Halk Sağlığı Hemşireliği
Anabilim Dalı, Hemşirelik
Fakültesi,
Ege Üniversitesi, İzmir, Türkiye

³Hemşirelik Öğrencisi, Ege
Üniversitesi, İzmir, Türkiye

Geliş
16.01.2016

Kabul
12.03.2016

***Sorumlu Yazar**
Ayşegül Bilge,

Ruh Sağlığı ve Hastalıkları
Hemşireliği Anabilim Dalı,
Hemşirelik Fakültesi,
Ege Üniversitesi, İzmir, Türkiye

programları yürütülmektedir. Aynı değişim süreci İran'da da yürütülmekte, DSÖ Afganistan'a da aynı sistemi önermektedir. Tüm bu ülkelerde yaşanan değişim, hastane temelli ruh sağlığı sisteminden toplum temelli ruh sağlığı sistemine geçilmesi şeklindedir. Toplum temelli ruh sağlığı modeli, modern batı ülkelerinin sağlık hizmetlerindeki temel unsurlardan biridir⁶.

Türkiye Cumhuriyeti'nin kuruluşundan 2000'li yıllara kadar, toplumun ruh sağlığını koruyan, iyileştiren ve geliştiren toplum temelli bir hizmet modeli ve örgütlenmesi ne yazık ki gerçekleşmemiştir. Oysa toplumun kapsamlı ve ulaşılabilir bir ruh sağlığı hizmetine gereksinimi bulunmaktadır. Ruh Sağlığı Profili çalışmasının (1998) sonuçları bu gereksinimi yansıtmış ve ülkemizde psikiyatrik hastalıkların yaygın görüldüğünü, yetişkinlerde psikiyatrik hastalık oranının %17,2 olduğunu göstermiştir⁷. Bu doğrultuda ruh sağlığı hizmetleri sekiz Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi ve genel hastaneler içinde yer alan psikiyatri klinik ve poliklinikleri aracılığıyla hastane temelli olarak verilmeye başlanmıştır. Hastane temelli hizmet modeli, koruyuculuk ve iyileştirimi içermemesi nedeniyle bireylerin hastalığa yakalanmama, iyilik hallerini artırma ve sürdürmelerinde yetersiz kalan bir modeldir⁶. Bu nedenle günümüzde Sağlık Bakanlığı tarafından, ülkemizde toplum temelli ruh sağlığı hizmetleri modeli geliştirme çalışmalarına başlanmış, 'Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı' hazırlanmış ve bu amaçla yeni bir örgütlenme ve hizmet modeli geliştirilmiştir^{6,8}. Böylece 2011 yılından itibaren hızla geliştirilip yaygınlaştırılarak toplum ruh sağlığı merkezleri açılmaya başlanmıştır. Bu eylem planında ağır ruhsal hastalıklar için hastane merkezli hizmet modelinden toplum temelli hizmet modeline geçileceği duyurulmuştur.

Gelişmelere paralel olarak yayımlanan Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri (TRSM) Yönergesi ile ülkenin planlanan bölgelerinde Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri açılmaya başlanmıştır⁹. Türkiye'de Mayıs 2008'de Bolu'da ilk TRSM'nin açılmasının ardından, günümüzde bu sayı 106 TRSM'ye ulaşmıştır.

TRSM'ler, ilgili coğrafi bölgedeki ciddi ruhsal hastalığı olan bireylerin ve ailelerin bilgilendirildiği, ayaktan tedavilerin yapıldığı ve takip edildiği, iyileştirim, ruhsal eğitim, uğraş tedavisi, grup veya bireysel tedavi gibi tedavilerin uygulandığı, böylece toplum içinde yaşama becerilerinin artırılmasını hedefleyen, psikiyatri klinikleri ile ilişki içinde çalışan ve gerektiğinde hareketli ekiple hastanın yaşadığı yerde takibini yapan birimler olarak tanımlanmıştır⁶.

Ülkemizde Toplum Ruh Sağlığı Merkezlerinde ruh sağlığı ekibi; psikiyatri uzmanı, psikolog, hemşire, sosyal çalışmacı, ergoterapist, uğraş terapisti ve diğer yardımcı personelden oluşmaktadır. Yenilenen sağlık mevzuatı ve uygulamaları kapsamında Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planında Toplum Ruh Sağlığı Merkezlerinin kurulmasının öngörülmesi ve

planlanmasına paralel olarak Hemşirelik Yönetmeliğinde (2010) tanımlanan yeni hemşirelik alanlarından biri de "toplum ruh sağlığı merkezi hemşiresi" olmuştur. Ülkemizde 2008'den itibaren resmi olarak yürütülen toplum ruh sağlığı hizmetlerinin çalışanların güdülenmeleri ile yürütüldüğü düşünülmekte ve bu doğrultuda düzeltilmesi ve geliştirilmesi gereken alanların belirlenmesi gerekmektedir. Bu araştırmanın amacı Türkiye'de toplum ruh sağlığı merkezlerindeki hizmetlerin 2013-2015 yılları arasındaki profilini çıkarmaktır.

Yöntem

Araştırmanın Tipi: Araştırma tanımlayıcı olarak yapılandırılmıştır. Geriye dönük olarak toplam 45 Toplum Ruh Sağlığı Merkezi'nin işleyişinin incelenmesi ile gerçekleştirilmiştir.

Türkiye'de açılan ilk Toplum Ruh Sağlığı Merkezi'nin kurulduğu Mayıs 2008 tarihinden bu yana açılmış olan toplam 106 merkezin 45'i (%42.45) ile yapılan görüşme ve kayıt taraması sonucunda veriler değerlendirilmiştir. Araştırmada 106 merkez ile görüşme yapılması hedeflenmiş, ancak izin alınabilen merkez yetkilileri ile görüşme yapılabilmştir.

Veri toplama aracı olarak araştırmacılar tarafından oluşturulan görüşme formu kullanılmıştır. Bu form Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri Hakkında Yönerge (2011)'de yer alan maddeler ve literatür araştırmaları sonucunda hazırlanmıştır.

Uygulama: Araştırmacılar merkezleri ziyaret ederek izin veren kurumlardan ses kaydı, görüntü kaydı, röportaj ve soru cevap yöntemiyle verileri toplamışlardır. Bazı merkezler kayıt izni vermemiş, kendi materyallerini araştırmacılara teslim etmişlerdir. Görüşmeler günlük ziyaretler şeklinde yapılmış, ziyaret günü merkezde bulunan en yetkili sağlık profesyoneli (psikiyatrist, hemşire, psikolog, sosyal hizmet uzmanı) ile görüşme yapılmıştır.

Verilerin Değerlendirilmesi: Veriler sayı ve yüzde dağılımları yapılarak değerlendirilmiştir.

Bulgular

Çizelge 1' de merkezlerin fiziksel yerleşimleri incelenmiş, %20'sinin Marmara ve Karadeniz bölgesinde olduğu, %75.6'sının bir katlı bir bina olduğu, %84.4'ünün bahçesinin olduğu ve %60'ının bir hastanenin bahçesinde olduğu saptanmıştır.

Çizelge 2' de merkezlerin çalışan personel dağılımı incelenmiş, çoğunlukla çalışan personelin hemşire (%24.7) ve hizmetli (%24.7) olduğu saptanmıştır.

Çizelge 3' de merkezlerin danışan dağılımı incelenmiş, danışanların %7.8'inin sürekli merkeze geldiği saptanmıştır.

Çizelge 1: Toplum Ruh Sağlığı Merkezlerinin Fiziksel Yerleşimleri

Değişkenler	Sayı	Yüzde
Bulunduğu Bölge		
Marmara Bölgesi	9	20.0
Karadeniz Bölgesi	9	20.0
Akdeniz Bölgesi	8	17.7
Ege Bölgesi	8	17.7
İç Anadolu Bölgesi	7	15.6
Doğu Anadolu Bölgesi	3	6.7
Güneydoğu Anadolu Bölgesi	1	2.2
Merkezin kat sayısı		
1 Katlı	34	75.6
2 Katlı	9	20.0
3 Katlı	2	4.4
Merkez bahçesi		
Var	38	84.4
Yok	7	15.6
Hastane bahçesinde olma		
Evet	27	60.0
Hayır	18	40.0
Toplam	45	100.0

Çizelge 2: Toplum Ruh Sağlığı Merkezlerinde çalışan personelin mesleki dağılımı.

Değişkenler	Sayı	Yüzde
Meslek Durumları		
Hemşire	106	24.7
Hizmetli	106	24.7
Psikolog	65	15.1
Halk Eğitim personeli	64	14.9
Psikiyatrist	54	12.6
Güvenlik görevlisi	31	7.2
Aşçı	4	0.8
Toplam	430	100.0

Çizelge 3: Toplum Ruh Sağlığı Merkezlerinin Danışan Dağılımı

Değişkenler	Sayı	Yüzde
Kayıtlı hasta sayısı	6777	100
Kuruma sürekli gelerek hizmet alan hasta sayısı	530	7.8

Çizelge 4’ te merkezlerde gerçekleştirilen hizmet dağılımları incelenmiş, tüm merkezlerde danışana ve ailesine yönelik eğitim, görüşme ve danışmanlık, uğraş tedavisi, ev ziyaretleri, tedavi ve poliklinik hizmeti olduğu saptanmıştır. Bir merkezde ise Mavi At Kafe adlı korumalı iş yeri açıldığı belirlenmiştir.

Tartışma

Günümüzde dünyada ve Türkiye’de ruh sağlığı hizmetleri topluma yönelmeye başlamıştır. Bu araştırmada da ülkemizdeki toplum ruh sağlığı hizmetlerinin profilini sunmak amaçlanmıştır. Araştırmada Marmara ve Karadeniz bölgelerindeki merkezlere ulaşım daha kolay sağlanmıştır. Bu

durumun bölge hastanelerinin Marmara ve Karadeniz bölgelerinde daha fazla olmasından (Bolu, Bakırköy, Samsun ve Trabzon olmak üzere dört bölge hastanesi) dolayı olduğu düşünülmektedir.

Çizelge 4: Toplum Ruh Sağlığı Merkezlerinde verilen hizmetlerin dağılımı

Değişkenler	Sayı	Yüzde
Danışana yönelik eğitim, görüşme ve danışmanlık	45	100.0
Danışan ailesine yönelik eğitim ve görüşme	45	100.0
Uğraş tedavisi	45	100.0
Ev ziyaretleri	45	100.0
Tedavi ve poliklinik hizmeti	45	100.0
Spor	40	88.8
Kermes	38	84.4
Korumalı iş alanı (Mavi At Kafe)	1	2.2

Merkezlerin çoğunun bir katlı bir binada hizmet verdiği ve uğraş bahçelerinin olduğu gözlenmektedir. Hasta güvenliği ve eğlenti uygulamaları açısından toplum ruh sağlığı merkezlerinin tek katlı müstakil ve bahçeli bina yapısında olması gerektiği belirtilmektedir⁹. Ülkemizdeki birçok merkezin bu yapıda olması bina yapısının uygunluğunu göstermektedir. Araştırmanın diğer mekan bulgusu ise TRSM’nin çoğunluğunun (%84.4) bir bahçeye sahip olması ve yarıdan fazlasının bir hastane bahçesinde hizmet vermesidir. Açık alan tedavi üniteleri tüm ruh hastalıkları hastanelerinde bulunması gereken, hastaların kaybettiği yetilerini yeniden kazanmalarını, toplumsallaşmalarını, stresli hastane ortamından uzaklaşıp doğa ile ilişki kurmalarını sağlayan ünitelerdir. Yapılan bir araştırmada ülkemizdeki altı bölge hastanesinin bahçeleri açık alan tedavisi açısından değerlendirilmiş niteliğinin yeterli olmadığı bildirilmiştir¹⁰. TRSM Yönergesi (2011)’ne göre fiziki alt yapının yeterli olması durumunda bir sağlık tesisi bünyesinde olmasının uygun olacağı bildirilmiştir⁹. Bu durum psikiyatri kliniğinde tedavi olan bir olgunun TRSM’ye bağlanmasını kolaylaştırabilmesinin yanında, merkezlerin bağımsızlaşmasını önleyecektir. Hastaneden ayrı bir binada olmasının hizmet kalitesini arttıracığı düşünülmektedir.

Araştırmada merkezlerinin çalışan personel dağılımı incelenmiş, dörtte birinin hemşirelerden diğer dörtte birinin ise hizmetlilerden oluştuğu saptanmıştır. Ruh sağlığı hizmetlerinde tedavi edici ortam önemlidir. Tedavi edici ortam, güvenlik, bakım ve danışmanlığın özellikleriyle ev ortamı niteliğini taşır. Ülkemizdeki merkezlerde hemşire ve hizmetli sayısının fazla olması tedavi edici ortamın gücü açısından önemlidir ama yeterli değildir. Toplum ruh sağlığı merkezlerinde çalışan ekip üyelerinin niteliğini artırarak hizmet sunmaları daha önemlidir. Bu nedenle bu alanda uzmanlaşmak ve bu şekilde hastaya ulaşmak daha etkili olacaktır. Özellikle diğer ülkelerde de bu alanda hemşirelerin daha fazla çalıştığı belirlenmiştir¹¹. Ulusal Ruh Sağlığı Eylem

Planı (2011)'nda ruh sağlığı alanında yüksek lisans yapmış 179 hemşirenin olduğu, 47 hemşirenin ise yüksek lisans eğitimi alıyor olduğu bildirilmiştir. Bu durum çalışan personelin niteliğinin ve yeterliliğinin artırılması gerektiğini göstermektedir. Bir araştırmada ülkemizde ulaşılan hemşirelik bölümlerinin psikiyatri hemşireliği alanındaki toplam akademisyen sayısının 131 olduğu ifade edilmiştir¹². Bu bağlamda hemşirelik eğitim ve niteliğinin artırılması İngiltere'nin de gündemindedir. Toplum ruh sağlığı hizmetlerinde çalışacak olan toplum ruh sağlığı hemşiresi için özel bir eğitim zorunlu olmamasına karşın toplum ruh sağlığı alanında bir sertifika veya meslek içi eğitimin önceden alınmış olması beklenir¹¹. Klasik hemşirelik eğitiminin TRSM'lerde yetersiz kalması nedeniyle birçok gelişmiş ülkede de bu alanda uzmanlaşmaya yönelinmiştir¹³. Ülkemizde TRSM'de sağlık personeli içinde hemşirelerin sayısının fazla olduğu ancak çoğunun geçici görevle çalıştığı düşünüldüğünde, bu hemşirelerin TRSM'lerde özlük haklarının korunarak kalıcı kadro ile çalışmaları ve alana yönelik sertifika ve uzmanlık eğitiminden geçmeleri hizmetin niteliğini arttıracaktır. Buna rağmen ruh sağlığı alanında çalışan hemşirelerin sertifikasyon ve sürekliliğini sağlamada sorunlar yaşanmaktadır. Toplum ruh sağlığı merkezlerinde çalışacak hemşireler için yüksek lisans programları ise Psikiyatri Hemşireliği, Toplum Ruh Sağlığı Hemşireliği, Halk Sağlığı Hemşireliği ve Ruhsal Rehabilitasyon gibi uzmanlaşmaya fırsat verecek programlar bulunmaktadır.

Ruh sağlığı alanında çalışan insan gücümüz Avrupa ülkeleri ortalamalarının çok altındadır. Avrupa'da toplum psikiyatrisi hizmetleri nüfus yoğunluğuna göre belirlenmektedir. Bu bağlamda personel sayısı da yoğunluğa göre değişmekte ve günden güne artmaktadır. Son yıllarda psikiyatri uzmanlık eğitimi kontenjanları artırılmış olsa bile, bunun yeterli olduğu düşünülmektedir. Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı'nın amaçları arasında ruh sağlığı alanında çalışanların sayı ve niteliğini artırmak vardır⁶. Bu sonuçlar doğrultusunda istenen durum yukarıda belirtilen uzmanlık alanlarını başarı ile tamamlayan TRSM sağlık ekibi üyelerinin bu alanlarda çalışmalarınıdır. Toplum ruh sağlığı hizmeti günümüzde genelde iyileştirme hizmeti odaklı yürütülmekle birlikte koruyucu hizmetlerin de bu alanla eşgüdümlemesi gerektiği ortadadır.

Araştırmada kayıtlı danışan sayısı fazla olmasına rağmen (n=6777) sürekli merkeze gelen danışan sayısı oldukça azdır (n=530). Bunun nedeni toplumun ve danışanların henüz tam anlamıyla merkezlerin işlevselliğini bilmemesi olabilir. Ayrıca damgalanmanın verdiği etki de danışanların merkezlere gelme oranını etkiliyor olabilir^{14,15}. İngiltere'de de damgalanma ile ilgili yapılan çalışmalarda, hastaların sık ve şiddetli atak geçirmediği sürece merkezlere başvurmadağı saptanmıştır. Bu durum aynı zamanda toplumda ruhsal hastalara yönelik damgalama davranışının var olduğunun göstergesidir¹³.

Kalite kültürünün kurumlarda her basamakta gelişmesini

sağlamak, hatalar karşısında savunmaya geçmek yerine, hataları bir öğrenme fırsatı olarak gören bir ekip ruhu geliştirmek amacı ile öz değerlendirme mantığı harekete geçirilmelidir. Öz değerlendirme faaliyetleri kurumların hizmet süreçlerini iyileştirme çalışmalarında en önemli araçlardan biridir. Süreçlerin uygulanması yönünde sürekli ve kararlı bir tutum sergilenmesi, sistemdeki iyileşme grafiğinin olumlu yönde ilerlemesini sağlayacaktır⁶. Diğer yandan TRSM'lere sürekli gelen danışanların kazanımlarını içeren hastalık yönetimi becerisini hastaya öğretmeye gereksinim vardır. Bu bağlamda yapılan bir araştırmada TRSM'de öncü belirtilerin danışanlara öğretilmesi araştırmasında, sürekli merkeze gelmenin hastalık yönetme yetkisini danışana vermesi ile birçok belirtinin önüne geçildiği vurgulanmıştır¹⁶.

Merkezlerde gerçekleştirilen uygulama dağılımlarına göre genellikle dağılımın toplum ruh sağlığı hizmetlerinin olmazsa olmazlarını (bireysel, grup eğitim, görüşmeleri, danışmanlıklar gibi) içermesine rağmen, sürdürülebilirliği ve bu hizmetlerinin davranışa dönüşmesi noktasında özellikle korumalı işyeri konusunda yetersiz olduğu görülmüştür. Meslek sahibi olmuş hastalar gerek hastaların birincil etkileri gerekse iletişimde yaşadıkları güçlükler ve toplumsal beceri yoksunluğu nedeniyle verimli çalışmamakta veya işlerini bırakmaktadırlar. Yetersiz ekonomik koşullarda yaşamlarını sürdürmektedirler. Korumalı işyerleri belediye, kamu veya özel diğer kurumlar tarafından desteklenen işyerleri olarak planlanmaktadır. Mevcut mevzuat kapsamında Çalışma Bakanlığı'nın işbirliği ile açılması düşünülen birimlerde çalışan hastalar, kendi harcamaları için gelir kazanabilecektir. Ayrıca uygun olan hastalar için normal işyerlerinde özürülü kontenjanından iş bulunması da uygulanabilecek bir diğer yöntemdir¹⁷. Bu konuda merkezlerin belediyeler, üniversiteler ve özel finansal kaynaklar ile iş birliği içinde çalışması gerekmektedir⁶.

Araştırmada izin veren 45 TRSM'ye ulaşılmış, görüşme formunda yer alan değişkenler üzerinden görüşmeler yetkili sağlık profesyonelleri ile yapılmıştır. Bu durum araştırmanın sınırlılıklarını oluşturmaktadır.

Sonuç

Ülkemizde mevcut durumda 106 TRSM açılmış olup, hızlı bir biçimde beklenen sayıya ulaşılacağı düşünülmektedir. Bu gerçeğin yanında asıl sorun bu merkezlerin niteliğinin artırılması ve toplumun bu konuda bilinçlendirilmesidir. Günümüzde hastanelerde saptanan olguların TRSM'lere yönlendirildiği denge modeli sürdürülmektedir. Birçok ülkede ise koruyucu hizmetlerin daha yaygın olduğu bilinmektedir. Ülkemiz gerçekleri ise bireyin, ailenin, toplumun, toplum ruh sağlığına yönelik koruyucu hizmetlere gereksinim duyduğu yönündedir. Sonuç olarak "birlikçilerden" oluşan TRSM'lerin etkinliği kanıtlanmış bilimsel yöntemleri kullanarak iyileştirim ve koruyuculuk hizmetlerini sunmaları beklenir.

A. BILGE *et al.*

Kaynaklar

1. Pektaş İ, Bilge A, Ersoy MA. Toplum Ruh Sağlığı Hizmetlerinde Epidemiyolojik Çalışmalar ve Toplum Ruh Sağlığı Hemşirelerinin Rolü. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2006; 7(1):43-8.
2. Öztürk MO. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. Ankara Hekimler Yayın Birliği; 1995. s.101-13.
3. Thomas R, Insel, MD. Arch Gen Psychiatry. 2009; 66(2):128-133.
4. Bilge A. Toplum Ruh Sağlığı, Çam O, Engin E., editörler —Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Bakım Sanatı“. 1. Baskı, İstanbul Tıp Kitapevi, Kayhan Matbaa; 2013, s.889-900.
5. Hannigan, B, Specialist practice in community mental health nursing, *Nurse Education Today* 1999; 19:509–516.
6. Sağlık Bakanlığı (2011) Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı 2011-2023. <http://www.saglik.gov.tr/TSHGM/dosya/1-73168/h/ulusal-ruhsagligi-eylemplani.pdf>
7. Erol N, Kılıç C, Ulusoy M. ve diğ. Türkiye Ruh Sağlığı Profili Raporu, T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Eksen Tanıtım Ltd.Şti., Ankara, 1998.
8. Ensari, H. Koruyucu psikiyatri açısından bolu toplum ruh sağlığı merkezi rehabilitasyon çalışmaları. *Türkiye Klinikleri Journal of Psychiatry Special Topics*, 2011; 4(4):86-93.
9. TC. Sağlık Bakanlığı. Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri Hakkında Yönerge, 2011. <http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-12038/toplum-ruhsagligi-merkezleri-hakkinda-yonerge.html>.
10. Sakıcı Ç, Var M, Hocaoglu Ç. Türkiye'deki Ruh ve Sinir Hastalıkları Bölge Hastane Bahçelerinin Terapi Açısından Değerlendirilmesi, *Ormanlık Dergisi* 2014; 10(1):59-71.
11. Bağ B. Toplum Ruh Sağlığı Merkezlerinde Hemşirenin Rolü: İngiltere Örneği *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry* 2012; 4(4):465-485.
12. Bilge A, Siviloğlu T, Kuş S. Türkiye'de psikiyatri hemşireliği alanındaki akademisyen kadrolarının belirlenmesi III. Ulusal VII. Ulusal Psikiyatri Hemşireliği Kongresi, özet kitabı, P21, 1-3 Eylül 2014, Ankara. S.316.
13. 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; 13:3.
14. Bostancı N, Ruhsal Bozukluğu Olan Bireylere Yönelik Stigma ve Bunun Azaltılmasına Yönelik Uygulamalar, *Düşünen Adam*. 2005; 18 (1):32-8.
15. Çam O ve Bilge A. 'Türkiye'de Ruhsal Hastalığa/ Hastaya Yönelik İnanç, Tutum ve Damgalama Süreci: Sistemik Derleme, *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*. 2013; 4(2):91-101.
16. Bilge A, Ekitli GB, Embel N ve diğ. Toplum Ruh Sağlığı Merkezi'ndeki Şizofrenik Bozukluk Hastalarına Uygulanan Öncü Belirtileri Tanıma Eğitiminin İlgörü ve Yaşam Kalitesine Etkisi. VII. Ulusal Psikiyatri Hemşireliği Kongresi, özet kitabı, S29, 1-3 Eylül 2014, Ankara.
17. Alataş G, Karaoğlu A, Arslan M. ve diğ. Toplum Temelli Ruh Sağlığı Modeli ve Türkiye'de Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri Projesi, Community-Based Psychiatry Model and Project of Community Mental Health Centers in Turkey. 2009.