Araştırma
Research
Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry 2026; 18(Suppl 1):325-344
doi: 10.18863/pgy.1919220

Toplum Ruh Sağlığı Merkezine Erişimin Hasta, Hasta Yakını ve Sağlık Profesyonelleri Açısından Nitel Değerlendirilmesi

Qualitative Assessment of Access to Community Mental Health Centers from the Perspectives of Patients, Patient Relatives, and Healthcare Professionals

Sultan Kökcealan[1], Yeşim Maçça Polat[1], Ayşe Okanlı[1], Beyza Şekeroğlu[1], Neslihan Dolu[2], Nesrin Karamustafalıoğlu[2]

[1]İstanbul Medeniyet Üniversitesi, İstanbul
[2]Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul

ÖZ

Amaç: Bu araştırmanın amacı, Toplum Ruh Sağlığı Merkezlerine erişim ve bu merkezlerdeki hizmet deneyimini hasta, hasta yakını ve sağlık personeli açısından değerlendirmektir.
Yöntem: Çalışmada niteliksel araştırma desenlerinden fenomenolojik yaklaşım kullanılmış, veri analizi tematik analiz yöntemiyle gerçekleştirilmiştir. İstanbul'da bir Toplum Ruh Sağlığı Merkezi'ne kayıtlı, amaçlı örneklemle seçilen 5 hasta, 5 hasta yakını ve 5 sağlık personeli olmak üzere toplam 15 kişiyle, her grup için beşer soru içeren 15 yarı yapılandırılmış açık uçlu soru aracılığıyla derinlemesine görüşme yapılmıştır.
Bulgular: Analiz sonucunda iki ana tema ortaya çıkmıştır: "Toplum Ruh Sağlığı Merkezlerine yönelik görüşler" ve "Aktivite/etkinlikler/hasta davranışları". İlk tema beş alt kategori altında hizmetlerin bireysel ve toplumsal düzeydeki algılanışını göstermiştir. İkinci temada ise sosyal ve terapötik etkinliklerin hasta davranışları üzerindeki etkileri altı alt kategoriyle ortaya konmuştur.
Sonuç: Sağlık personeli, sistemi bütüncül değerlendirerek hizmet kalitesine ve hasta davranışlarının olumlu desteklenmesine katkı sağlamıştır. Hasta yakınları, hizmetin etkinliği ve gönüllü katılım konusunda daha eleştirel tutum sergilemiş, daha görünür sonuçlar beklenmiştir. Hastalar kendi deneyimlerine, yalnızlık, sosyalleşme, başvuru nedenleri ve davranışsal değişimlere odaklanmış; bu da merkezlerin bireysel iyilik hâli açısından önemli bir sosyal alan oluşturduğunu göstermiştir.
Anahtar sözcükler: Toplum ruh sağlığı, hasta, hasta yakını, sağlık profesyonelleri

ABSTRACT

Objective: The aim of this study is to evaluate access to Community Mental Health Centers and the experience of services provided at these centers from the perspectives of patients, their relatives, and healthcare personnel.
Method: A phenomenological approach, one of the qualitative research designs, was employed, and data were analyzed using thematic analysis. A total of 15 participants—5 patients, 5 patient relatives, and 5 healthcare professionals—registered at a Community Mental Health Center in Istanbul were selected through purposive sampling. In-depth interviews were conducted using 15 semi-structured, open-ended questions, five per group.
Results: The analysis yielded two main themes: "views on Community Mental Health Centers" and "activities/therapeutic events/patient behaviors." The first theme, examined under five subcategories, revealed how the services are perceived at individual and societal levels. The second theme, comprising six subcategories, demonstrated the effects of social and therapeutic activities on patient behaviors along with participants' observations and assessments.
Conclusion: Healthcare personnel contributed to service quality and positive support of patient behaviors by evaluating the system holistically. Patient relatives adopted a more critical stance regarding the effectiveness of services and voluntary participation, expecting more visible outcomes. Patients focused on their own experiences—loneliness, socialization, reasons for seeking care, and behavioral changes—indicating that Community Mental Health Centers constitute an important social space for individual well-being.
Keywords: Community mental health, patient, patient relative, healthcare professionals

Yazışma Adresi / Address For Correspondence: Sultan Kökcealan, İstanbul Medeniyet Üniversitesi-Lisansüstü Enstitüsü, Psikiyatri Hemşireliği İstanbul, Türkiye **e-mail:** sultankaramocu@hotmail.com
Geliş tarihi/Received: 30.03.2026 | **Kabul tarihi/Accepted:** 02.09.2026

Giriş

Ruhsal bozukluklar dünya genelinde bir milyardan fazla kişiyi etkilemekte; bireylerin yaşam kalitesi, aile ve toplumsal ilişkileri, işlevselliği ve ülkelerin ekonomik üretkenliği üzerinde önemli bir yük oluşturmaktadır (Patel ve ark. 2018, Arias ve ark. 2022, WHO 2025,). Bu küresel yük karşısında uluslararası ruh sağlığı politikaları, hastane merkezli modellerden uzaklaşarak bireyin yaşadığı çevrede sunulan, kişi merkezli, iyileşme odaklı ve hak temelli toplum ruh sağlığı hizmetlerinin güçlendirilmesini önermektedir (WHO 2021).

Avrupa ülkelerinin birçoğunda, hastane temelli modelden, bireylerin kendi yaşadığı çevrede ruh sağlığı hizmetinden faydalandığı toplum temelli sağlık hizmetine geçiş yaşanmaktadır. Toplum temelli ruh sağlığı modeli, ruh sağlığı hastalarının kişisel haklarına saygı duyan, kişinin yaşadığı yerde hizmet almasını sağlayan, özellikle mahalle temelli yapılandırılmış bu sayede ruh sağlığı hizmetlerine erişimi de kolaylaştırmış hizmetlerdir. Hastaların hastanelere kapatılmasının ve uzun yıllar toplumdan uzak kalmasının önüne geçilmeye çalışılmıştır (Artukoğlu 2019).

Türkiye'deki durum değerlendirildiğinde; toplum temelli ruh sağlığı hizmet sunumunun benimsenmiş olması önemli bir gelişmedir. Toplum temelli ruh sağlığı hizmetlerinin sunulduğu en önemli alanlardan bir tanesi Toplum Ruh Sağlığı Merkezleridir (TRSM). Söz konusu merkezlerde ruhsal bozukluğa sahip bireylerin günlük TRSM faaliyetlerine katılımları ile bireysel ve sosyal işlevselliklerinin artırılması, aileye yönelik çeşitli eğitim ve psikososyal destek faaliyetlerinin sürdürülmesi, toplumsal açıdan da ruhsal bozukluklara ilişkin farkındalığın artırılması ve damgalama ile mücadele edilmesi gibi faaliyetler ile bireyden topluma uzanan bir hizmet ağı oluşturulmuştur (Bekiroğlu ve Demiröz 2020). TRSM'lerin; ruhsal bozukluğa sahip bireylerin hastane yatışlarını azaltmak, bireyin toplumsal işlevselliğinin artırılmasını sağlamak, bireye bakım veren kişilerin bakım yükünü azaltmak ve ağır ruhsal bozukluğa sahip bireylere yönelik toplumda var olan damgalama ile mücadele etmek gibi amaçları da bulunmaktadır. Bu amaçlar doğrultusunda TRSM'lerin başta aile hekimlikleri olmak üzere bütün sağlık kuruluşları, belediyeler, aile, çalışma ve sosyal hizmetler il müdürlükleri, üniversiteler, vakıflar, sivil toplum kuruluşları ile iş birliği içerisinde çalışması planlanmıştır (Sağlık Bakanlığı 2011). TRSM'lerin çalışma usulleri Sağlık Bakanlığı tarafından 2011 yılında yayımlanan yönergede belirtilmiştir. Söz konusu yönergeye göre; TRSM'lerin kayıt işlemleri, ağır ruhsal bozukluğa sahip kişilerin takibi, eğitim faaliyetleri (birey-aile vb.), terapiler ve diğer fonksiyonlar olarak faaliyetlerini yürütmesi planlanmıştır (Sağlık Bakanlığı 2011).

Ülkemizde Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri toplum temelli ruh sağlığı hizmetlerine geçiş açısından önemli bir kazanım olmakla birlikte, mevcut literatür bu hizmet modelinin çeşitli yapısal ve işlevsel eksiklikler taşıdığını göstermektedir. TRSM hizmetlerinin özellikle hizmet kalitesi, planlama, örgütlenme, insan gücü ve finansman açısından geliştirilmesi gerektiğini; kayıt sorunları, vaka yönetimindeki aksaklıklar, merkezler arası uygulama farklılıkları, ulaşılabilirlik ve kapsayıcılık sorunlarının sürdüğünü belirtmektedir. (Kayacan ve Kılıç 2023). Bazı merkezlerde fiziki koşulların yetersizliği, nitelikli personel eksikliği, idari destek sorunları ve hizmetlerin niceliksel göstergelerle değerlendirilmesi gibi durumların çalışan motivasyonunu ve hizmet niteliğini olumsuz etkilediğine dikkat çekmektedir. Bu bulgular birlikte değerlendirildiğinde, TRSM'lerin yalnızca sayısal olarak yaygınlaştırılmasının yeterli olmadığı; insan gücü, hizmet standardizasyonu, vaka yönetimi, kurumlar arası iş birliği, ulaşılabilirlik ve sürdürülebilir psikososyal destek mekanizmaları açısından güçlendirilmesi gerektiği görülmektedir (TPD 2020).

Toplum temelli ruh sağlığı hizmeti sunumu olarak TRSM hizmetleri bir sistem olarak ele alındığında; hizmet alan ruhsal bozukluğa sahip birey, bakım veren aile üyeleri, merkezde çalışan ruh sağlığı profesyonelleri, etkileşim içinde bulunulan çeşitli kurum ve kuruluşlar sistemin parçalarını oluşturmaktadır. TRSM hizmetlerinin başarısı için sistemi oluşturan bu parçalar arasındaki iletişim ve etkileşimin düzenli ve sürdürülebilir olmasının son derece önemli olduğu düşünülmektedir (Karip 2023).

Türkiye'de TRSM'lere ilişkin çalışmalar çoğunlukla hastaların memnuniyeti, merkeze düzenli katılımı, sosyal işlevsellik düzeyi ya da bakım verenlerin deneyimleri gibi tekil boyutlara odaklanmaktadır. Bu çalışma ise TRSM'ye erişim ve hizmet deneyimini yalnızca hasta memnuniyeti ya da hizmet kullanımı üzerinden değil; hasta, hasta yakını ve sağlık profesyoneli görüşlerini karşılaştırmalı biçimde ele alarak değerlendirmesidir. Bu çok paydaşlı yaklaşım, TRSM'lerin bireysel iyilik hâli, bakım veren yükü, hizmet sürekliliği, personel

kapasitesi ve psikososyal rehabilitasyon işlevi arasındaki ilişkileri görünür kılmakta; böylece literatürde çoğunlukla parçalı biçimde ele alınan hizmet deneyimini daha bütüncül ve uygulamaya dönük bir çerçevede tartışmaya olanak sağlamaktadır. Ayrıca çalışmanın saha temelli yürütülmesi, katılımcıların doğrudan TRSM deneyimlerine dayanan veriler üretmesini sağlamıştır.

Yöntem

Araştırmanın Deseni

Bu çalışmada, Toplum Ruh Sağlığı Merkezlerine (TRSM) erişim ve hizmet deneyimine ilişkin hasta, hasta yakını ve sağlık profesyonellerinin görüşlerini derinlemesine incelemek amacıyla nitel araştırma yöntemlerinden fenomenolojik yaklaşım kullanılmıştır.

Nitel araştırmaların temel amacının algı ve deneyimleri açığa çıkarmak olduğunu; fenomenolojinin ise yaşanan deneyimin anlamlandırılmasına odaklandığını belirtmektedir (Tekindal ve Arsu 2020). Fenomenolojik araştırmanın bir olguyu deneyimlemiş birden fazla bireyin ortak ya da paylaşılan deneyimlerini anlamaya uygun olduğunu ve bu ortak deneyimlerin uygulama ya da politika geliştirmek açısından önemli olabileceğini vurgulamaktadır. Fenomenolojik araştırmalarda temel amaç, belirli bir olguyu deneyimleyen bireylerin yaşantılarını ve bu yaşantılara yükledikleri anlamları derinlemesine anlamaktır. Bu bağlamda fenomenolojik desen, TRSM'ye erişim ve hizmet deneyiminin hasta, hasta yakını ve sağlık profesyonelleri tarafından nasıl yaşandığını açıklamak için uygun bir kuramsal çerçeve sunmaktadır (Tekindal ve Uğuz Arsu 2020, Creswell ve Poth 2018). Tematik analiz ise nitel verilerde örüntüleri, anlam kümelerini ve temaları belirlemeye yönelik esnek ve sistematik bir analiz yöntemidir (Braun ve Clarke 2006). Dolayısıyla fenomenoloji çalışmanın kuramsal ve yöntemsel yönelimini; tematik analiz ise bu yönelime uygun olarak verilerin çözümlenme ve temalar hâlinde yapılandırılma sürecini oluşturmuştur. Fenomenolojik desen, hasta, hasta yakını ve sağlık profesyonellerinin aynı olguyu nasıl yaşadıklarını ve anlamlandırdıklarını derinlemesine incelemeye olanak sağlarken; tematik analiz, bu anlatılar içinde tekrar eden kodları, anlam kümelerini ve temaları sistematik biçimde belirlemek için uygun bir analiz stratejisi sunmaktadır. Bu nedenle tematik analiz bu çalışmada yalnızca betimleyici bir sınıflandırma aracı olarak değil, katılımcı deneyimlerinin ortak ve ayrışan yönlerini görünür kılan metodolojik bir köprü olarak kullanılmıştır.

Örneklem

Araştırmanın örneklemi, İstanbul'da bir TRSM'ye kayıtlı 5 hasta, 5 hasta yakını ve 5 sağlık profesyoneli olmak üzere toplam 15 katılımcıdan oluşmaktadır. Çalışmada amaçlı örneklem yöntemi kullanılmıştır. Bu kapsamda, araştırma amacına uygun bilgi sağlayabilecek, deneyim sahibi bireylerin seçilmesine özen gösterilmiştir (Ural 2011).

Örneklem büyüklüğünün belirlenmesinde nitel araştırmalarda yaygın olarak kullanılan veri doygunluğu ilkesi esas alınmıştır. Veri doygunluğu, yeni görüşmelerden elde edilen verilerin tekrar etmeye başlaması ve araştırma sorusuna ilişkin yeni kod ya da tema üretmemesi durumu olarak tanımlanmaktadır. Guest ve arkadaşları (2006) amaçlı örnekleme dayalı derinlemesine görüşmelerde temel temaların erken görüşmelerde ortaya çıkabildiğini, ana tema örüntülerinin ise sınırlı sayıda görüşmeyle belirginleşebildiğini göstermiştir. Çalışmaya 9 hasta, 6 hasta yakını ve 7 sağlık personeli dahil edilmiştir. Görüşmeler ilerledikçe sağlık personelinin üç görüşme sonrası, hasta ve hasta yakınlarında ise beş görüşme sonrası benzer başvuru nedenleri, hizmet deneyimleri, etkinliklere katılım, bakım yükü, personel yaklaşımı, erişim ve hizmet sürekliliği gibi konuların tekrar ettiği; yeni bir tema ortaya çıkmadığı gözlenmiştir. Bu nedenle grupların homojen sayıda olması için beşer katılımcı ile veri doygunluğuna ulaşıldığı değerlendirilmiştir (Guest ve ark. 2006, Guest ve ark. 2020, Hennink ve Kaiser 2022). Araştırmanın bilgi çeşitliliğine ve veri doygunluğuna katkı sağlayabilecek bireylerin katılımına öncelik verilmiş; araştırma amacıyla doğrudan ilişkili veri sunamayacağı değerlendirilen kişiler çalışmaya dâhil edilmemiştir. Benzer biçimde Hennink ve Kaiser'in (2022) nitel araştırmalarda doygunluğa ilişkin ampirik çalışmaları inceledikleri sistematik derlemede, özellikle görece homojen katılımcı grupları ve dar tanımlanmış araştırma amaçlarında

doygunluğa daha küçük örneklemlerle ulaşılabildiği belirtilmiştir. Bu çalışmada hasta, hasta yakını ve sağlık profesyoneli grupları ayrı paydaş grupları olarak ele alınmış; her grup kendi içinde TRSM erişim ve deneyimine sahip, araştırma sorusuyla doğrudan ilişkili ve amaçlı olarak seçilmiş katılımcılardan oluşturulmuştur.

Dâhil edilme kriterleri olarak hasta grubu için; araştırmanın yürütüldüğü TRSM'ye kayıtlı olmak, görüşmeyi sürdürebilecek bilişsel ve iletişimsel yeterliliğe sahip olmak, görüşme sırasında gerçeği değerlendirme yetisinin korunmuş olması, araştırmaya gönüllü olarak katılmayı kabul etmek ve yazılı/sözlü onam vermek belirlendi. Hasta yakını grubu için; TRSM'ye kayıtlı hastanın bakım sürecinde aktif rol almak ya da hastanın hizmet deneyimini yakından gözlemlemiş olmak, görüşmeyi sürdürebilecek bilişsel ve iletişimsel yeterliliğe sahip olmak, araştırmaya gönüllü olarak katılmayı kabul etmek ve yazılı/sözlü onam vermek şeklinde kriterler belirlendi. Son olarak, sağlık profesyoneli grubu için dahil etme kriterleri, araştırmanın yürütüldüğü TRSM'de görev yapıyor olmak, TRSM'de en az altı aylık çalışma deneyimine sahip olmak, TRSM hizmet süreci, hasta takibi, etkinlikler ya da psikososyal destek uygulamalarına ilişkin deneyim sahibi olmak, araştırmaya gönüllü olarak katılmayı kabul etmek ve yazılı/sözlü onam vermekti.

Araştırmadan dışlama kriterleri tüm katılımcı grupları için; görüşme sürecini sürdüremeyecek düzeyde bilişsel, iletişimsel ya da klinik güçlük yaşamak, görüşme sırasında katılımı engelleyecek düzeyde akut psikiyatrik belirti, yoğun ajitasyon ya da belirgin iş birliği güçlüğü göstermek, araştırmaya katılım için gönüllü onam vermemek ya da görüşme sırasında katılımdan çekilmek istemekti.

İşlem

Veri toplama işlemi öncesinde, T.C. Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Girişimsel Olmayan Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu'ndan etik kurul onayı (07.10.2024 tarih ve 2024-11-06 karar numaralı) alınmıştır. Çalışmanın yapılacağı kurumun eğitim planlama kurulundan kurum izni alınmıştır. Kişilerin gönüllü katılımları gözetilmiş olup gönüllü katılım sağladıklarına dair sözlü ve yazılı onamları alınmıştır.

Gerekli etik kurul onayı sonrasında gönüllü katılımı kabul etmiş katılımcılarla yüz yüze görüşmeler yapılmıştır. Süreç TRSM ortamında 2024 Ekim-2025 Mart tarihleri arasında, hasta, hasta yakını ve sağlık profesyoneli katılımcıların her birine kişisel bilgi formu ve yarı yapılandırılmış formlarda bulunan açık uçlu soruların derinlemesine görüşme uygulanmasıyla gerçekleştirilmiştir. Ağır ruhsal hastalığı olan bireyler ve yakınları ile görüşmenin etik ve pratik güçlükler içerdiği belirtilmektedir. Fakat uygun planlama, bilgilendirilmiş onam, güven ilişkisi ve katılımcının anlatısına alan açılmasıyla zengin veri elde edilebildiğini belirtmektedir. Bu bireylerle nitel araştırma yürütürken uyarlanabilir iletişim, yaratıcı ve esnek görüşme yaklaşımı, güven ilişkisi ve görüşme sonrası destek süreçlerinin veri kalitesi ve katılımcı güvenliği açısından önemli olduğunu vurgulamaktadır. (Newman 2017, van Hoe ve ark. 2024).

Bu çalışmada görüşmeler psikotik bozukluk tanılı katılımcıların bilişsel ve duygusal yükünü en az düzeyde etkileyecek, mekân ve zamanın kendilerini rahat ifade edebilecekleri şekilde kullanımı gözetilerek yapılmıştır. Veri derinliği; görüşmelerin yarı yapılandırılmış form ile yürütülmesi, soruların genelden özele doğru ilerlemesi, "Bunu biraz daha açıklayabilir misiniz?", "Bu duruma örnek verebilir misiniz?" gibi sonda soruların kullanılması, katılımcıların beden ifadelerinin araştırmacı notlarına yansıtılması ve aynı olgunun hasta, hasta yakını ve sağlık profesyoneli olmak üzere üç farklı paydaş grubundan alınan verilerle karşılaştırılması yoluyla desteklenmiştir. Bu nedenle bu çalışmada görüşme süresinin görece kısa olması, çalışma grubunun klinik özelliklerine duyarlı, etik açıdan koruyucu ve fenomenolojik yaklaşımın gerektirdiği deneyim odaklı anlatıyı mümkün kılacak şekilde yapılmıştır.

Görüşmeler esnasında katılımcıların sözlü ve yazılı onamları ile rızaları alınmış ve kurulan diyaloglar ses kayıt cihazı kullanılarak kaydedilmiştir. Katılımcıların dikkat çeken beden ifadeleri ise araştırmacı tarafından not edilmiştir. Katılımcıların gizliliğini ve anonimliğini sağlamak için tanımlayıcı bilgiler kaldırılmış ve katılımcılara kimlik kodlarına göre atıfta bulunulmuştur (Hasta grubu için H1….H5; hasta yakını grubu için HY1…HY5; sağlık profesyoneli grubu için SP1…SP5).

Veriler, Ekim 2024 – Mart 2025 tarihleri arasında yarı yapılandırılmış derinlemesine görüşmeler yoluyla toplanmıştır. Görüşmeler, TRSM bünyesinde uygun bir görüşme odasında yüz yüze gerçekleştirilmiştir ve her bir görüşme ortalama 20–30 dakika sürmüştür.

Ölçekler

Veri toplama aracı olarak Kişisel Bilgi Formu ve Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu kullanılmıştır.

Kişisel Bilgi Formu

Hastalar, hasta yakınları ve sağlık profesyonelleri hakkında genel bilgiler toplamayı sağlayan "Kişisel Bilgi Formu" kullanılmıştır. Bu form araştırmacılar tarafından literatürde yer alan çalışmalar incelenerek oluşturulmuştur. Formda hasta grubundaki katılımcılara (yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, medeni durum, çalışma durumu, tanı), hasta yakını grubundaki katılımcılara (yaş, eğitim düzeyi, yakınlık derecesi, sosyal güvence, sağlık sorunu (fiziksel), ailede benzer hastalık, evde kişi sayısı, bakım sorumlusu) ve sağlık profesyonelleri grubundaki katılımcılara (yaş, meslek, TRSM çalışma süresi, alana özgü eğitim, psikiyatrik tedavi öyküsü, ailede psikiyatrik öykü, çalıştığı yerden memnuniyet) grup dinamiklerine uygun sorular literatür kapsamında belirlenmiştir.

Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu

Yarı yapılandırılmış görüşme formu, araştırmanın amacı doğrultusunda TRSM'ye erişim ve hizmet deneyimini hasta, hasta yakını ve sağlık profesyoneli perspektiflerinden derinlemesine değerlendirebilmek amacıyla araştırmacılar tarafından geliştirilmiştir. Formun geliştirilme sürecinde ilk olarak toplum temelli ruh sağlığı hizmetleri, TRSM'ye erişim, hizmete katılım, hasta ve bakım veren deneyimleri ile sağlık profesyonellerinin hizmet sunumuna ilişkin değerlendirmelerini ele alan ulusal ve uluslararası çalışmalar incelenmiştir (Tait ve ark. 2002, Xiao ve ark. 2017, Gözen ve Buz 2020, Karip 2023). Literatür taraması sonucunda TRSM'ye başvuru nedenleri, merkeze erişim, hizmetlerden beklentiler, etkinliklere katılım, hizmetin günlük yaşama yansımaları, hasta davranışlarında gözlenen değişimler, bakım veren deneyimi ve sağlık profesyonellerinin hizmet sürecine ilişkin değerlendirmeleri temel soru alanları olarak belirlenmiştir.

İkinci aşamada, belirlenen tema alanları doğrultusunda hasta, hasta yakını ve sağlık profesyoneli gruplarına uygun açık uçlu sorular oluşturulmuştur. Soruların katılımcıların deneyimlerini kendi ifadeleriyle anlatmalarına olanak sağlayacak biçimde yönlendirici olmayan, açık ve anlaşılır olmasına dikkat edilmiştir. Hasta grubuna daha çok TRSM'ye başvuru süreci, merkeze devam etme nedenleri, etkinliklere katılım deneyimi ve merkezin günlük yaşama katkıları; hasta yakını grubuna bakım sürecindeki gözlemler, merkezin hastaya ve aileye katkısı, hizmete erişimde yaşanan güçlükler ve beklentiler; sağlık profesyoneli grubuna ise TRSM hizmetlerinin işleyişi, erişilebilirlik, hasta katılımını etkileyen faktörler, etkinliklerin katkısı ve hizmetin geliştirilmesine ilişkin görüşler sorulmuştur.

Üçüncü aşamada oluşturulan taslak görüşme formu, nitel araştırma ve ruh sağlığı alanında deneyimli iki uzmanın görüşüne sunulmuştur. Uzman değerlendirmeleri doğrultusunda bazı soruların ifadeleri sadeleştirilmiş, tekrar eden sorular birleştirilmiş ve her katılımcı grubunun deneyimini daha iyi açığa çıkaracak sonda sorular eklenmiştir. Bu düzenlemeler sonrasında formun kapsam geçerliği ve araştırma amacıyla uyumu güçlendirilmiştir.

Son aşamada görüşme formu, katılımcıların anlayabileceği açıklıkta olup olmadığını değerlendirmek amacıyla gözden geçirilmiş; soruların sıralaması genelden özele doğru düzenlenmiştir. Nihai formda toplam hasta, hasta yakını ve sağlık personeli için kısa, net ve açık ifadeler yer alan 5'er soru hazırlanmıştır.

Veri Analizi

Katılımcılardan elde edilen ses kayıtları araştırmacılar tarafından metin haline getirilmiştir. Metinler nitel araştırma yöntemlerinden biri olan tematik analiz yaklaşımı doğrultusunda MAXQDA 24 yazılımı kullanılarak analiz edilmiştir. MAXQDA 24 yazılımı bu çalışmada verilerin düzenlenmesi, kodların sistematik biçimde saklanması, kod-tema ilişkilerinin izlenmesi ve katılımcı grupları arasında karşılaştırmalı değerlendirme yapılması amacıyla kullanılmıştır. Yazılım, kod matrisi, hiyerarşik kod yapısı, kod haritası ve kod bulutu gibi

araçlarla analiz sürecinin şeffaflığını ve izlenebilirliğini artırmıştır. Ancak kodlama, tema geliştirme ve yorumlama süreçleri araştırmacıların analitik kararları doğrultusunda yürütülmüştür.

Kodlama süreci, Braun ve Clarke'ın (2006) tematik analiz basamakları doğrultusunda tümevarımsal bir yaklaşımla yürütülmüştür. Öncelikle ses kayıtları yazıya aktarıldıktan sonra tüm görüşme dökümleri araştırmacılar tarafından birden fazla kez okunmuş ve veriye aşinalık sağlanmıştır. İlk okumalarda araştırma sorularıyla ilişkili görülen anlamlı ifadeler, katılımcıların kendi anlatılarına olabildiğince yakın kalınarak açık kodlar hâlinde işaretlenmiştir. Bu aşamada kodlar, hasta, hasta yakını ve sağlık profesyoneli anlatılarında tekrar eden deneyim, algı, beklenti, güçlük ve hizmete ilişkin değerlendirmelerden türetilmiştir. Araştırmacılar arası uyumu sağlamak amacıyla ilk kodlama sürecinde görüşme dökümlerinin bir bölümü araştırmacılar tarafından bağımsız olarak kodlanmış, ardından ortaya çıkan kodlar karşılaştırılarak anlam, kapsam ve adlandırma açısından değerlendirilmiştir. Benzer içerikteki kodlar birleştirilmiş, kapsamı belirsiz olan kodlar yeniden tanımlanmış ve kod adlarının katılımcı ifadelerini temsil etme gücü tartışılmıştır. Kodlama sürecinde görüş ayrılığı oluşan durumlarda ilgili katılımcı ifadesine yeniden dönülmüş, bağlam dikkate alınarak ortak karara varılmıştır. Böylece kodlama sürecinde araştırmacı yanlılığını azaltmak, kodların tutarlılığını artırmak ve analiz sürecinin izlenebilirliğini güçlendirmek amaçlanmıştır.

Kodlardan temalara geçiş sürecinde, benzer anlam alanlarını temsil eden kodlar önce alt kategoriler altında gruplanmış, ardından bu alt kategoriler araştırmanın amacıyla ilişkileri bakımından daha üst düzey temalar altında birleştirilmiştir. Örneğin TRSM'ye başvuru nedenleri, merkeze yönelik ilgi/istek, personel yaklaşımı, erişim ve hizmet süreçlerine ilişkin kodlar "TRSM'ye Yönelik Görüşler" teması altında; etkinliklere katılım, etkinliklerin katkısı, hasta davranışlarındaki değişim, düzenli/düzensiz katılım ve ev ortamında sürdürülme durumuna ilişkin kodlar ise "Aktivite/Etkinlikler ve Hasta Davranışları" teması altında yapılandırılmıştır. Tema oluşturma sürecinde her temanın kendi içinde anlamlı ve tutarlı; diğer temalardan ise ayırt edilebilir olmasına dikkat edilmiştir.

Son aşamada oluşturulan tema ve alt kategoriler tüm araştırmacılar tarafından yeniden gözden geçirilmiş; temaların katılımcı anlatılarını yeterli biçimde temsil edip etmediği, araştırma amacıyla uyumu ve grup perspektiflerini yansıtma gücü değerlendirilmiştir. Hasta, hasta yakını ve sağlık profesyoneli gruplarına ait kodların dağılımı MAXQDA 24 aracılığıyla karşılaştırılmış; ancak temaların adlandırılması, yorumlanması ve bulguların anlamlandırılması araştırmacıların analitik değerlendirmeleriyle gerçekleştirilmiştir. Böylece kodlardan temalara geçiş süreci yalnızca teknik bir sınıflandırma olarak değil, katılımcı deneyimlerinin ortak ve ayrışan yönlerini görünür kılan yorumlayıcı bir analiz süreci olarak yürütülmüştür.

Güven Duyulabilirlik

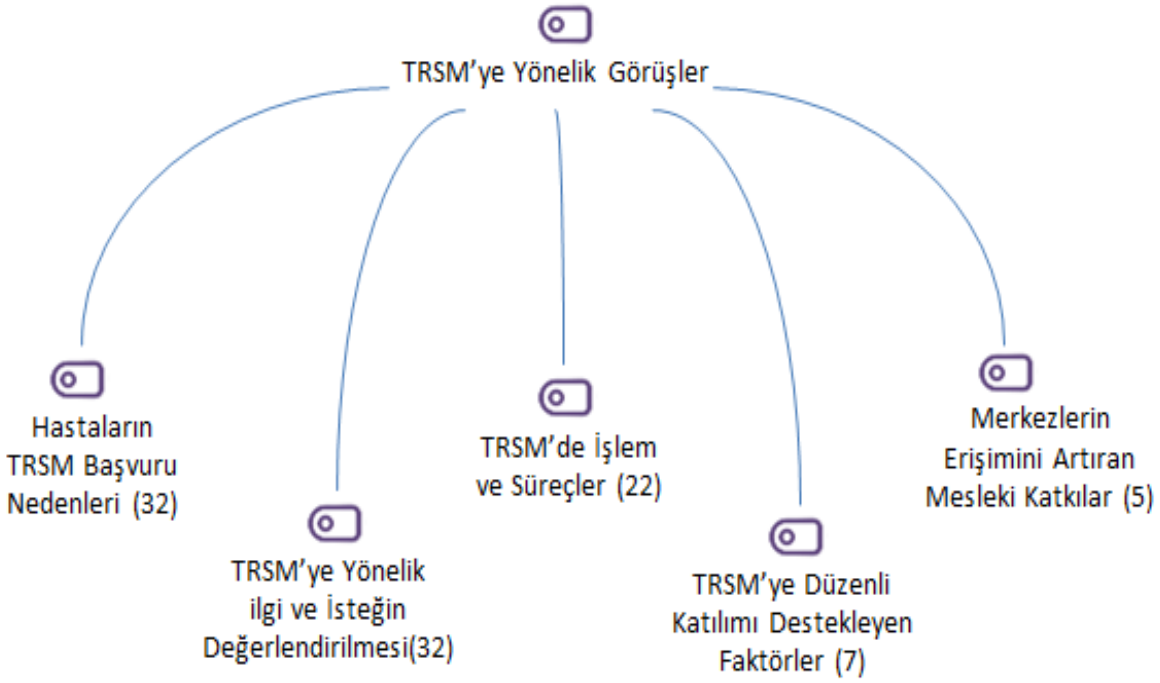
Nitel çalışmalarda araştırmacıların doğrudan araştırmaya dahil olması (Braun ve Clarke 2013) ve nitel araştırmalarda geçerlilik ve güvenilirlik konusu ile ilgili soru işaretlerinin bulunması (Arslan 2022) çalışmaların objektifliği noktasında "güven duyulabilir" (Lincoln ve Guba 1985) olma hallerinin belirlenmesi ihtiyacını ortaya çıkarmıştır. Bu ihtiyaç doğrultusunda literatüre kazandırılan ve Türkçe uyarlamaları yapılmış COREQ Kontrol Listesi (Attepe Özden ve ark. 2022) ve SRQR Kontrol Listesi (Tekindal ve ark. 2021) referans alınmıştır. Ayrıca iki farklı bağımsız uzman tarafından bu kontrol listeleri doğrultusunda gözden geçirme yapılmış olup SRQR puanı: 18/21 (ilgili maddelerin %85'inin karşılandığı), COREQ puanı: 26/32 (ilgili maddelerin %81'inin karşılandığı) bulunmuştur ve düzenlemeler sağlanmıştır.

Öz-Düşünümsellik

Nitel çalışmalara dair eğitim almış psikiyatri hemşireliği alanında uzman ve on yıldan fazla süredir psikiyatri alanında aktif hizmet veren kadın bir araştırmacı tarafından görüşmeler yapılmış ses kayıtları alınmıştır. Araştırmacı çalışmanın gerçekleştirildiği kurumda görev almamakta ve katılımcıların hiçbiri ile herhangi bir bağı bulunmamaktadır. İlgili alanda hizmet veriyor olması sebebiyle çalışmanın objektifliği kapsamında araştırmacı kaynaklı bireysel etkinin olabileceği göz önüne alındığında sorular ve yanıtlar araştırma yanlılığının dışlanabilmesi için hem diğer araştırmacılar hem de nitel araştırmalar konusunda uzman bağımsız bir araştırmacı tarafından değerlendirilmiştir.

Bulgular

Bu çalışmanın değerlendirilmesi TRSM hizmetlerinden doğrudan yararlanan hastalar, onların deneyimlerini gözlemleme imkânı bulunan hasta yakınları ve hizmet sunumunda görevli olan sağlık profesyonellerinin katılımı ile oluşturmuştur. Araştırma sürecinde elde edilen verilere dair temalara ilişkin alt kategoriler kodlar aracılığıyla tanımlanmıştır. Kodlar arasındaki ilişkiler, kod haritaları ve hiyerarşik yapı aracılığıyla görselleştirilmiş; böylelikle analiz süreci sadece içerik temelli değil aynı zamanda bağlamsal ve ilişkisel olarak da desteklenmiştir. Bu bütünsel yaklaşım sayesinde, TRSM hizmetlerinin çok boyutlu bir değerlendirmesi yapılmış ve hizmet kalitesinin geliştirilmesine yönelik katılımcı temelli önerilere yer verilmiştir. Kod frekansları nitel araştırma açısından sınırlı anlam taşıdığı için yorumlar daha çok içerik ve anlam üzerinden derinleştirilmiş ve katılımcı alıntılarıyla desteklenmiştir.



Şekil 1. TRSM'ye yönelik görüşler hiyerarşik alt kod modeli

Veri analizi sonucunda ortaya çıkan iki ana tema TRSM'ye Yönelik Görüşler teması ve Aktivite/Etkinlikler/Hasta Davranışları temasıdır. Bu temalar, TRSM hizmetlerinin hem organizasyonel hem de bireysel düzeyde değerlendirilmesini mümkün kılarak, kurumun güçlü ve gelişmeye açık yönlerine dair derinlemesine bir bakış sunmaktadır. TRSM hizmetlerinin sürdürülebilirliği ve erişilebilirliği açısından geliştirici geri bildirimler sunmaktadır.

TRSM'ye yönelik görüşler teması, TRSM hizmetlerine dair memnuniyet düzeyleri, beklentiler, karşılaşılan sorunlar ve önerileri kapsamaktadır. Katılımcıların TRSM hizmetleriyle ilgili algıları, iletişim deneyimleri ve merkezde sunulan psikososyal destek faaliyetlerine yönelik değerlendirmeleri bu başlık altında analiz edilmiştir (Şekil 1).

Aktivite/etkinlikler/hasta davranışları teması kapsamında TRSM'de düzenlenen sosyal ve terapötik etkinliklerin hasta davranışlarına etkileri, katılım düzeyleri, etkinliklerin içerikleri ve hastaların günlük yaşam becerilerine katkıları değerlendirilmiştir. Ayrıca hasta davranışlarında gözlemlenen olumlu ya da olumsuz değişimler de bu tema kapsamında ele alınmıştır (Şekil 2).

Bu temaların oluşmasındaki odak nokta olan katılımcıların sosyodemografik özelliklerine bakıldığında; hasta grubunda, en düşük yaşın 35, en yüksek yaşın ise 53 ve yaş ortalamasının 41,4 olduğu, cinsiyet dağılımında kadınların oranının (%60) daha yüksek olduğu görülmüştür. Tüm katılımcıların eğitim düzeyinin ortaokul düzeyi ve altında kaldığı, %80'inin bekâr olduğu, hastaların tümünün çalışma hayatına katılımının olmadığı

görülmüştür. Hastaların %40'ının şizofreni, %60'ının ise bipolar bozukluk tanısı bulunmaktadır. Bakım verenlerin en düşük yaşı 41, en yüksek yaşı ise 65 ve yaş ortalamaları 53,4'tür. Katılımcıların çoğunluğu annelerden oluşmaktadır (%60). Tüm katılımcıların eğitim düzeyinin ilköğretim düzeyi ve altında kaldığı, hanede yaşayan kişi sayısının %60 oranında 5 ve üzeri olduğu bulunmuştur. Çıkan sonuçtan evde kalabalık yaşam ortamı dikkat çekmektedir. Bakım verenlerin %80'inde kendi sağlık sorunları (diyabet, tansiyon vb.) bulunmakta olup bakım yükü ile kendi sağlıkları arasındaki riskli ilişkiye işaret etmektedir. Tüm katılımcıların birincil bakım sorumlusu rolünü tek başına üstlendiği görülmektedir. Hasta yakınlarının %60'ının sosyal güvencesi bulunmaktadır. %80'inin ailede benzer hastalığa sahip olduğu görülmüştür. Sağlık meslek grubunda yer alan katılımcıların en düşük yaşı 26, en yüksek yaşı ise 46 ve yaş ortalamaları 34,2'dir. Meslek grubunun %40'ı hemşire (2), %20'si sosyal hizmet uzmanı (1), %20'si psikolog (1) ve %20'si ergoterapistten (1) oluşmaktadır. Alana özgü eğitim alan meslek elemanı oranı %60'tır. %60'ının psikiyatrik tedavi öyküsü olduğu görülmekle birlikte ailede %20'sinin psikiyatri tedavi öyküsü mevcuttur. Tüm katılımcıların çalıştığı yerden memnun oldukları görülmüştür (%100) (Tablo 1).

Tablo 1: Katılımcıların sosyodemografik özellikleri

Hasta Grubu		**Hasta Yakını**		**Sağlık Personeli**	
Yaş	Min.-Maks.: 35-53 Ort.: 41,4	Yaş	Min.-Maks.: 41-65 Ort.: 53,4	Yaş	Min.-Maks: 26-46 Ort: 34,2
Cinsiyet	Kadın: 3 (60%) Erkek: 2 (40%)	Eğitim Düzeyi	Okur-yazar değil: 1 (20%) Okur-yazar: 1 (20%) İlköğretim: 3 (60%)	Meslek	Hemşire: 2 (40%) SHU: 1 (20%) Psikolog: 1 (20%) Ergoterapist: 1 (20%)
Eğitim Durumu	İlköğretim: 2 (40%) Ortaokul: 3 (60%)	Yakınlık Derecesi	Annesi: 3 (60%) Eşi: 2 (40%)	TRSM Çalışma Süresi	1-3 yıl: 4 (80%) 3 yıl üzeri: 1 (20%)
Medeni Durumu	Bekar: 4 (80%) Evli: 1 (20%)	Sosyal Güvence	Var: 3 (60%) Yok: 2 (40%)	Alana Özgü Eğitim	Evet: 3 (60%) Hayır: 2 (40%)
Çalışma Durumu	Çalışmıyor: 5 (100%)	Sağlık Sorunu (fiziksel)	Var: 4 (80%) Yok: 1 (20%)	Psikiyatrik Tedavi Öyküsü	Evet: 3 (60%) Hayır: 2 (40%)
Tanı	Şizofreni: 2 (40%) BPB: 3 (60%)	Ailede Benzer Hastalık	Hayır: 1 (20%) Evet: 4 (80%)	Ailede PsikiyatrikÖykü	Hayır: 4 (80%) Evet: 1 (20%)
		Evde Kişi Sayısı	5+ kişi: 3 (60%) 3–4 kişi: 2 (40%)	Çalıştığı Yerden Memnuniyet	Evet: 5 (100%)
		Bakım Sorumlusu	Kendisi: 5 (100%)		

BPB: Bipolar Bozukluk; Min.–Maks.: Minimum–Maksimum; Ort.: Ortalama; SHU: Sosyal Hizmet Uzmanı; TRSM: Toplum Ruh Sağlığı Merkezi

TRSM'ye Yönelik Görüşler

Bu ana tema, katılımcıların TRSM'ye ilişkin genel algılarını, hizmetlerden beklentilerini ve değerlendirmelerini kapsamaktadır. Tema, beş alt kategori altında incelenmiş ve TRSM hizmetlerinin bireysel ve toplumsal düzeyde nasıl algılandığı ortaya konmuştur. Bu tema altında yer alan alt kategoriler hiyerarşik kod modeliyle görselleştirilmiştir (Şekil 1).

TRSM'ye Başvuru Nedenleri

Bu kategori, TRSM'ye başvuran bireylerin başvuru motivasyonlarını ve bu başvuruların ardında yatan nedenleri kapsamaktadır.

H1: "-Ben böyle bir şey olduğunu yeni öğrendim. Bu sene etkinliklere katılıyorum. Burada katıldım, drama diye bir şey var ona katıldım. Onun hocası gitti, iyiydi alıştıydım da. Önce tuhafıma gitmişti. Bunun bana ne faydası olacak ki dedim. Hani ne olacak iyileştirecek mi beni bu? Sonra durdum, durdum işte ben abimi de kaybettim o zaman. Sırf evde durmamak için geldim buraya. Önce sadece doktora gelip gidiyordum. Hemşire hanımlara da dedim niye bana söylemediniz. En azından gelip oturuyorum. Onların 'nasılsın, iyi misin' diye sormaları, ilgilenmeleri hoşuma gidiyor."

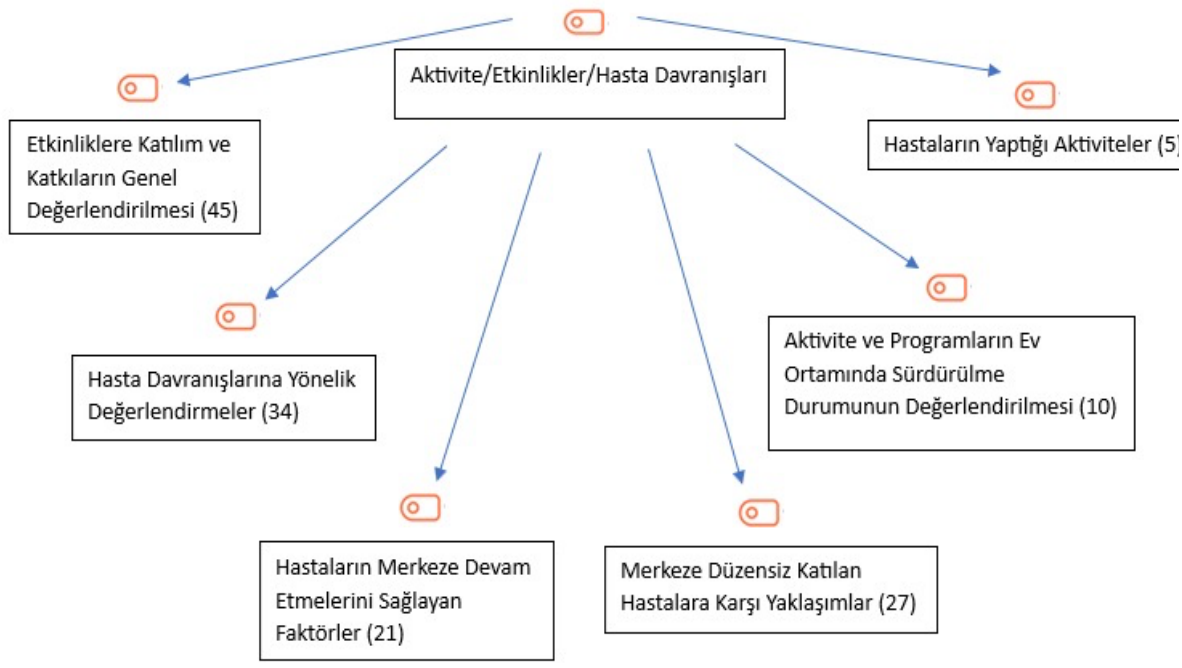
H2: "-Çok hiperaktif olduğum için annem beni yönlendirdi. Aileme örnek olmak istiyorum. Herkese örnek olmak. Mesela bilsinler ki hastalık kötü bir şey değil. Hastalık yani... Herkesin hasta olabileceğini, yani ayıp bir şey olmadığını, psikiyatrinin ayıp bir şey olmadığını... Onu aileme burada oturarak ifade etmek istiyorum."

HY1: "-Korkuyor insanlardan. Gelmek istemiyor. Ben onu yönlendiriyorum kendim. Kızım bak sana faydalı bu. Ondan sonra çıkmaya çıkmaya eve kapanırsın, kimseyi görmek istemezsin sonra. Bu doğru değil. Böyle yönlendiriyorum. Yapacak bir şey yok."

HY2: "-Öyle şey değil böyle eşim sosyal bir insan değil, aktif değil, tembel yani. Öyle tanımlayın. Olur ya onun için hayat sadece yiyim içip yatmak ya da oturmak. Sadece öyle yani... hiçbir hedefi olmayan, hiçbir amacı olmayan, hiçbir planı projesi olmayan biri. Yani bir şeyleri hani uğraşayım çabalayayım başarayım o onda yok."

HT5: "-Yok gelmek istemiyor, beni yatıracaklar, alacaklar, gidecekler Bakırköy'e yatıracaklar diye çok korkuyor. İşte korktu, onları da ne bileyim. Ben getirmedikten sonra kesinlikle gelmez. Onu evden çıkarıncaya kadar işim bitiyor zaten. Allah razı olsun. Hemşirenin telefon ettiği zaman rahat geliyor. Telefon etmediğin zaman hayatta getiremezsin. Sen beni hastaneye götüreceksin değil mi? Yatıracaksın değil mi? Polisleri çağıracaksın değil mi?, diyor. İlaç kullanıyordu. Lithuril, serequel kullanıyordu. İlaçlarını kullandıramadım iğneye çevirdik. İğne biraz iyi geldi ama bu sefer bir durgunluğu var. Yine böyle çok konuşmaya başladı. Bir de kızına saldırıyor, rahat vermiyor."

Katılımcı ifadeleri, TRSM'ye başvurunun tedavi amacının yanında yalnızlıkla baş etme, ev içi kapanmayı azaltma, sosyal temas kurma, güvenli bir ortamda bulunma ve destek arama gibi nedenlerle şekillendiğini göstermektedir. Hastaların anlatılarında merkeze başvuru çoğunlukla "evde kalmamak", "birileri tarafından sorulmak ve fark edilmek", "sosyalleşmek" ve "hastalığın utanç verici bir durum olmadığını göstermek" gibi psikososyal ihtiyaçlarla ilişkilidir. Bu durum, TRSM'nin hastalar açısından yalnızca klinik hizmet alınan bir kurum değil; sosyal izolasyonu azaltan, kabul ve aidiyet duygusunu güçlendiren, gündelik yaşamda anlamlı bir temas alanı sunan destekleyici bir yapı olarak deneyimlendiğini göstermektedir.



Şekil 2. Aktivite/etkinlikler/hasta davranışları hiyerarşik kod alt modeli

Hasta yakınlarının ifadelerine bakıldığında başvurunun çoğu zaman hastanın kendi içsel motivasyonundan ziyade aile yönlendirmesi, evden çıkmayı sağlama, içe kapanmayı önleme ve hastanın işlevselliğini koruma çabasıyla gerçekleştiğine işaret etmektedir. Bu açıdan bakım yükünün paylaşılması ve hastanın gündelik yaşama katılımının desteklenmesi beklentisini göstermektedir. Özellikle hastaneye yatırılma korkusu,

tedaviye direnç, sosyal geri çekilme ve aile içi gerilimlere ilişkin ifadeler, TRSM'ye erişimin güven ilişkisi kurulmadığında kırılgan bir süreç olabileceğini göstermektedir.

Bu bulgular birlikte değerlendirildiğinde, TRSM'ye başvuru nedenlerinin bireysel, ailesel ve kurumsal düzeyde iç içe geçtiği söylenebilir. Hastalar açısından başvuru daha çok sosyalleşme, ilgi görme ve ev dışı güvenli bir alan arayışıyla anlam kazanırken; hasta yakınları açısından merkeze başvuru, hastanın davranışsal belirtilerini yönetme, ev içi yükü azaltma ve profesyonel destek alma gereksinimiyle ilişkili olduğu söylenebilir.

TRSM'ye Yönelik İlgi ve İsteğin Değerlendirmesi

Katılımcıların TRSM'ye yönelik ilgileri, merkeze bağlanma düzeyleri ve hizmetlerden beklentileri bu alt kod kapsamında değerlendirilmiştir. Bu kategori hem hastaların hem de hasta yakınlarının TRSM'ye yönelik tutumlarını yansıtmaktadır. TRSM'ye karşı olumlu bir algının yaygın olduğunu ve bu kurumların ihtiyaç duyulan hizmet alanları olarak kabul edildiğini ortaya koymaktadır.

H2: "-Terapi gibi geliyor. Mesela desteğinizi alıyorum. Yani bütün hastaneleri dolaşmışım, bana derman olmamış. Buraya geldim bana derman olmuştur. ... yani beni buraya her zaman çeken bir şey var. Kalbime dokunan bir şey var."

H3: "-Geldiğimde mutlu oluyordum yani. Çünkü matematik mesela matematik yeteneğim var, soru soruyor bende cevap veriyorum. O zaman mutlu oluyorum, hoşuma gidiyor, keyfim yerine geliyor yani huzurlu oluyorum. Ya şimdi öyle bir hale geldim ki dur dur bunaldım artık. Vazgeçilmez hale geliyor yani. Bazen gideyim oraya otursam bile, laf etsem bile bana yetiyor diyorum yani. Mutlu oluyorum burada."

H4: "-Bir zaman gelmişti böyle ev işlerini yapamıyordum. Çok kötü böyle depresif, çok kötü zamanlarda geçirdim. Ama bu ergoterapiden sonra gayet iyi geldi ve hayatıma da geçiriyorum öğrendiklerimi."

H5: "-Doktorların geldiğimiz zaman ruh halimizi dinleyip, tedavi uygulayıp, yönlendirmesi gerekiyor diye düşünüyorum. Direk hastayı dinlemeden, anlamadan, yüzüne bile bakmadan göndermesi hastanın kendi kaderine teslim olması anlamına geliyor yani. Bunlar artırılabilinir yani çünkü söz var ölümden döndürür, söz var ölüme götürür. O yüzden bazı sözler insanı teselli edebiliyor. İnsanı intihar etme düşüncesinden alıkoyabiliyor bir umut, bir yaşam ışığı olabiliyor. bizle ilgilenen hemşirenin arayıp sorması, birinin seni sorması moralimi ve psikolojimi düzeltiyor. Çünkü yaşadığımız Dünya çok zor bir hayat. Bu hayatta seni düşünen bir insanın var olduğunu bilmek hoşuna gidiyor insanın."

HY1: "-Burada çiçek yaptı hatta onu da ablasına da gösterdi. Sevindi ona. Abla bak bunları çizdim diye çizim yaptı, gösterdi onlara sevindi. Bazen gelesi var böyle. Bazen de gelesi yok. Gelmek istemiyor. Ama bak bugün geldi. İsteyerek geldi. İnsanları seviyor benim kızım. İnsanlarla iletişim kurmayı seviyor."

SP1: "-TRSM hastalar için capcanlı bir Güneş olabilir aydınlatıcı, iç ısıtan..."

SP2: "-TRSM belki akan bir nehirde taşlar, çakıllar engeller ya su akışını o çakılları, taşları beraber kaldırma konusunda destek veren bir kurum, bir hizmet olabilir."

Katılımcı ifadelerine göre, merkezin hastalar tarafından duygusal olarak bağ kurulan, destek alınan, fark edilme ve kabul görme ihtiyacını karşılayan bir alan olarak deneyimlendiğini göstermektedir. Hastaların "terapi gibi geliyor", "kalbime dokunan bir şey var", "mutlu oluyorum", "huzurlu oluyorum" ve "vazgeçilmez hale geliyor" şeklindeki ifadeleri, TRSM'nin onlar için yalnızca kurumsal bir hizmet birimi değil, günlük yaşamda süreklilik, güven ve aidiyet sağlayan psikososyal bir destek alanı olduğunu ortaya koymaktadır. Bu bulgu, TRSM'ye yönelik isteğin klinik yarardan çok daha geniş bir anlam taşıdığını; hastaların merkezle kurduğu ilişkinin sosyal izolasyonu azaltma, öz-değer duygusunu destekleme ve gündelik yaşama katılımı güçlendirme gibi iyileştirici işlevlerle ilişkili olduğunu düşündürmektedir.

Hasta yakınlarının ifadeleri ise merkeze yönelik ilginin dalgalı bir nitelik taşıyabildiğini göstermektedir. Bazı hastaların zaman zaman isteyerek geldiği, etkinliklerde ürettiklerini aile üyelerine göstererek memnuniyet yaşadığı ve insanlarla iletişim kurmaktan hoşlandığı görülmektedir. Ancak bu istek her zaman sabit değildir. Hastalık belirtileri, motivasyon düşüklüğü, içe kapanma ve merkeze ilişkin önceki deneyimler katılım isteğini etkileyebilmektedir. Bu nedenle TRSM'ye yönelik ilgi, yalnızca bireysel motivasyonla

açıklanamayacak; aile desteği, personel yaklaşımı, etkinliklerin hastanın ilgi ve becerilerine uygunluğu ve merkezin güven verici atmosferiyle birlikte şekillenen çok boyutlu bir süreçtir.

Sağlık profesyonellerinin metaforik anlatımları da TRSM'nin hastalar açısından koruyucu ve destekleyici işlevini görünür kılmaktadır. Merkezin "capcanlı bir güneş" ya da "akan nehirde engelleri kaldırmaya destek olan bir kurum" olarak tanımlanması, sağlık çalışanlarının TRSM'yi hastaların yaşam akışını kolaylaştıran, umudu güçlendiren ve karşılaşılan engellerle baş etmede eşlik eden bir destek sistemi olarak gördüklerini göstermektedir. Bu bakış açısı, TRSM'ye yönelik ilgi ve isteğin sürdürülebilir olabilmesi için hastayla güvene dayalı ilişki kurması, bireysel ihtiyaçları fark etmesi ve kişinin yaşamına anlamlı katkı sunması gerektiğine işaret etmektedir.

Bu ifadeler genel değerlendirildiğinde, TRSM'ye yönelik ilgi ve isteğin üç düzeyde oluştuğu söylenebilir: hastalar açısından duygusal bağ, aidiyet ve iyilik hâli; hasta yakınları açısından hastanın sosyal katılımını ve işlevselliğini destekleme beklentisi; sağlık profesyonelleri açısından ise hastanın yaşamındaki engelleri azaltan ve iyileşme sürecini destekleyen kurumsal bir kaynak. TRSM'ye yönelik ilgi ve istek, güven ilişkisi, anlamlı etkinlik, sosyal temas ve psikososyal rehabilitasyonun sürekliliği üzerinden değerlendirilmelidir.

TRSM'de İşlem ve Süreçler

Bu kategori, TRSM bünyesinde gerçekleştirilen hizmet süreçlerini, yönlendirme mekanizmalarını, hasta kayıt ve izlem sistemlerini kapsamaktadır. Katılımcıların ifadelerinde, bürokratik süreçler, hizmet sürekliliği ve bireyselleştirilmiş bakım uygulamaları öne çıkmaktadır.

SP1: "-İlk kayıtta öncelikle sıra kimdeyse, hangi danışmandaysa o hasta ya da hasta yakınıyla görüşme yapıyor. Hasta bilgilendirme formu var onu dolduruyorlar. Derinlemesine görüşme yapıyorlar. Hasta tabi önce doktorla görüşüyor. Doktor kayıt için uygun mu değil mi diye tanısına göre değerlendirip, ondan sonra danışmanıyla görüşüyor hasta ve hasta yakını. O sırada aynı zamanda TRSM hizmeti ile ilgili detaylı bilgilendirme yapılıyor. TRSM gezdiriliyor, fiziksel koşulları vs anlatılıyor."

SP 2: "-Bizim zaten bir sistemimiz var. Şimdi şöyle bir handikapımız var. Bizim 700 küsür hastamız var. Her birimize en az 125 hasta düşüyor. Her bir hastaya maalesef bireysel bir müdahale planlayamıyoruz. Çok fazla hastamız olduğu için."

SP 5: "-Epikrizi varsa uygun mu ya da şu an dışlama kriterleri var mı madde kullanımı gibi ona bakıyoruz. Sonrasında bir görüşmeye alıyoruz. Orada anamnez alıyoruz. Ben biraz şey yapmaya çalışıyorum görüşmelerimde. Bu TRSM eğitimlerinde bize anlatılan bir şeydi. Sağlık Bakanlığı'nın verdiği eğitimlerde. Çok fazla hastalık odaklı gitmemek aslında. Hani daha böyle hastanın güçlü yönlerini ortaya çıkarmaya yönelik görüşmek."

Katılımcı ifadeleri, işlem ve süreçlerin hizmetin niteliğini, erişilebilirliğini ve bireyselleştirilmiş bakımın uygulanabilirliğini doğrudan belirleyen yapısal bir alan olduğunu göstermektedir. Sağlık profesyonellerinin anlatılarında özellikle kayıtlı hasta sayısının yüksekliği ve personel başına düşen hasta yükünün fazlalığı öne çıkmaktadır. Bu durum, TRSM'nin amaçlanan toplum temelli, birey odaklı ve psikososyal rehabilitasyon işlevini sürdürmesini güçleştirmekte; her hasta için bireysel müdahale planı oluşturma, düzenli izlem yapma ve ihtiyaç temelli destek sunma kapasitesini sınırlamaktadır.

SP2'nin "700 küsür hastamız var" ve "her birimize en az 125 hasta düşüyor" şeklindeki ifadesi, hizmet sunumundaki temel gerilimi görünür kılmaktadır. Bir yandan TRSM modeli hastaların düzenli izlenmesini, bireysel gereksinimlerinin değerlendirilmesini ve psikososyal işlevselliklerinin desteklenmesini hedeflemekte; diğer yandan yüksek hasta yükü ve sınırlı personel kapasitesi bu hedeflerin uygulamada tam olarak karşılanmasını zorlaştırmaktadır. Bu nedenle işlem ve süreçler, yalnızca idari akışın bir parçası değil, aynı zamanda hizmetin erişilebilirliği ve etkinliği açısından kritik bir belirleyici olarak değerlendirilmelidir.

SP5'in güçlü yönlere odaklanan görüşme yaklaşımına ilişkin ifadesi ise TRSM'de süreçlerin yalnızca hastalık odaklı ilerlemediğini; bazı profesyonellerin iyileşme odaklı, güçlü yönleri ortaya çıkaran ve bireyin kapasitesini destekleyen bir değerlendirme anlayışını benimsediğini göstermektedir. Bu yaklaşım, toplum temelli ruh sağlığı hizmetlerinin temel ilkeleriyle uyumludur. Bireyselleştirilmiş bir sürecin sürdürülebilir olabilmesi, yeterli personel, zaman, kayıt sistemi, düzenli izlem mekanizması ve kurum içi koordinasyon

gibi yapısal koşullara bağlıdır. Bu bulgular, TRSM'de işlem ve süreçlerin hem profesyonel hizmet çerçevesini oluşturduğunu hem de yüksek hasta sayısı, personel yetersizliği ve bireysel müdahale planı güçlükleri nedeniyle hizmet niteliğini sınırlayabildiğini göstermektedir.

TRSM süreçlerinin güçlendirilmesi için hasta yüküne uygun personel planlaması, uygulanabilir bireysel bakım planları, güçlü kayıt-izlem sistemleri ve psikososyal rehabilitasyon faaliyetlerini destekleyen kurumsal kapasite gereklidir.

TRSM'ye Düzenli Katılımı Destekleyen Faktörler

Bu kategori, TRSM'ye düzenli devamı etkileyen motivasyonel ve çevresel faktörleri içermektedir.

H1: "-Hemşirelerin 'nasılsın, iyi misin' diye sormaları, ilgilenmeleri hoşuma gidiyor."

H4: "-Huzur. Daha nasıl diyeyim mesela o depresif zamanları buraya geldiğimde onlar bana böyle sevgiyle, güzellikle yaklaştıklarında ben o anda iyileşiyorum bir nevi. Burası için ikinci evim diyebilirim."

SP4: "-TRSM hastalar açısından metafor olarak cam fanus geliyor aklıma yani böyle dış dünyayla tam bağlantısı kesilmemiş ama bir yandan da daha korunaklı, daha güvenli bir bölge."

SP5: "-TRSM hastalar için yol haritası olabilir. Yani nereye gitmek isterlerse aslında çünkü burayı o şekilde kullanıyor oluyorlar. Yani amaç medikal tedavi ise, sadece onun için. Kendisi için çizdiği yol ne ise öngördüğü gelecek ne ise o yani. Renkli yaşayanlar daha renkli kullanabiliyor, daha çeşitli kullanabiliyor. Daha umutsuz, çaresiz hissedenler için burası karanlık bence yani her hangi bir şey vaat etmiyor."

Katılımcı ifadeleri, TRSM'ye düzenli katılımın güven ilişkisi, personel yaklaşımı, aidiyet duygusu, mekânın koruyucu niteliği, aile desteği ve merkezin hastaya sunduğu anlamlı psikososyal olanaklarla birlikte şekillendiğini göstermektedir. Hastaların "nasılsın, iyi misin" diye sorulmasından hoşlanmaları ve merkezi "ikinci ev" olarak tanımlamaları, düzenli katılımın arkasında yalnızca hizmet alma ihtiyacının değil, görülme, önemsenme ve kabul edilme deneyiminin de bulunduğunu ortaya koymaktadır. Bu açıdan TRSM, hastalar için yalnızca tedaviye erişilen bir kurum değil; gündelik yaşam içinde güvenli ilişki kurulan, yalnızlığın azaldığı ve aidiyet duygusunun desteklendiği bir sosyal alan işlevi görmektedir.

Hasta yakınlarının TRSM'yi "ana kucağı" gibi tanımlaması, merkezin yalnızca hasta için değil, bakım veren açısından da güven ve rahatlama kaynağı olarak algılandığını göstermektedir. Bu ifade, düzenli katılımın aile desteğiyle yakından ilişkili olduğunu ve bakım verenin merkeze duyduğu güvenin hastanın devamlılığını kolaylaştırabileceğini düşündürmektedir. Özellikle ruhsal bozukluğu olan bireylerde motivasyon dalgalanmaları, içe kapanma ve hizmete direnç görülebildiğinden, aile üyelerinin yönlendirme, teşvik ve izlem süreçlerindeki rolü düzenli katılımı destekleyen önemli bir unsur olarak değerlendirilebilir.

Sağlık profesyonellerinin "cam fanus" ve "yol haritası" metaforları ise TRSM'nin düzenli katılımı destekleyen çift yönlü işlevini görünür kılmaktadır. "Cam fanus" benzetmesi, merkezin dış dünyadan tamamen koparmadan koruyucu, güvenli ve düzenleyici bir ortam sunduğunu; "yol haritası" benzetmesi ise hastanın kendi ihtiyaçları, hedefleri ve iyileşme süreci doğrultusunda merkezi farklı şekillerde kullanabildiğini göstermektedir. Bu bağlamda düzenli katılım, standart bir devam davranışından çok, hastanın merkeze yüklediği anlam, personelle kurduğu ilişki, merkezin erişilebilirliği ve sunulan etkinliklerin kişinin yaşamıyla ne kadar örtüştüğüyle ilişkilidir.

İfadeler genel olarak değerlendirildiğinde, düzenli katılımı artırmaya yönelik müdahaleler yalnızca randevu takibiyle sınırlı kalmamalı; danışmanlık ilişkisinin sürekliliği, hasta yakınlarının sürece ve hatta etkinliklere katılımı desteklenmelidir.

Merkezlerin Erişimini Artıran Mesleki Katkılar

Bu alt kategori, sağlık çalışanlarının mesleki yeterliliklerinin TRSM'ye erişim ve hizmet kalitesi üzerindeki etkilerini kapsamaktadır. Katılımcılar, özellikle TRSM çalışanlarının ilgisi, bilgi düzeyi ve yönlendirme becerilerinin hizmete erişimde olumlu rol oynadığını belirtmiştir.

HY3: "-Yani geldiğimiz zaman, Allah razı olsun Hemşire gerçekten hani yıllardır tanıyorum, kaç senedir falan onun ilgisi çok iyidir. Yani tahlil verdikten sonra, tahlil aldıktan sonra, 3 ayda bir düzenli bizi ağırlıyor. Her 2 ayda bizi mesela arıyor, hatır soruyor gerçekten doktorumdan da hemşiremizden de çok memnunum."

H3: "-Eee doktorumuzla görüşüyoruz. Doktorumuz bizi dinliyor. Dinliyor en azından bize yapılması gerekeni söylüyor."

SP1: "Farklı resmi veya özel kurumlarla gidip bağlantı kurmak. Bizim yaptığımız, verdiğimiz hizmeti de detaylı bir şekilde anlatıp onlara başvuran, tanı almış ancak TRSM hizmetinden hiç yararlanmamış olan kişileri bize yönlendirmesiyle ilgili tanıtım ve kurum ziyaretleri yapmıştık. Sadece amacın TRSM hizmetini tanıtmak ve bize hasta yönlendirmeleri olması için. Aynı zamanda TRSM lerle ilgili servislerde daha çok bilgi verilebilinir. Hasta taburcu edilirken orada da Doktorla görüştüğünde Doktorunun hastanın adresine bakıp doğrudan yönlendirmesi gerekir. Bence hastanedeki kişilerin de TRSM hizmetlerini çok iyi biliyor olması gerekir. Orada hastalara, hasta yakınlarına detaylı bir şekilde anlatılması gerekir."

SP2: "-Psikoeğitimler çok önemli. Hastayla terapötik bağ, güven ilişkisi kurmak çok önemli. Özellikle psikopatolojik sebeplerden, hastanın doğasından dolayı hasta gelmiyorsa mesela bireysel danışmanlıklar, terapötik ilişkiler kurarak ya da ergoterapötik ilişki kurmayı çok önemsiyorum."

SP3: "-Bireysel danışmanlık olarak görüşme planlarını arttırabiliriz, yapılandırabiliriz. Her hastayı tanıdıktan sonra müdahale planı oluşturup onların ihtiyaçları ve destek almak istedikleri nokta konusunda da değerlendirip, hangi konuda ihtiyacı varsa bir program oluşturup, hastayı davet edip düzenli görüşme sağlanabilir. Haftada bir, iki haftada bir olabilir. Çalışan hastalar için ayda bir olabilir. Hastaların üretkenlikleri için onların bir ürün ortaya koyması çok değerli bir şey. Onları hem özgüven hem de motivasyon anlamında destekliyor. Orada da atölyelerimiz çok değerli. Belki onların bilmediği bir yeteneği keşfederiz. Bu da çok değerli onlar için. Atölye faaliyetlerini artırmak, bunları çeşitlendirmek ve hastaları bilgilendirmek çok önemli. Belki kimi hasta bilmiyordur burada atölye çalışmaları olduğunu. Bireysel danışmalık, atölye çalışmaları, etkinlikler düzenliyoruz. Geziler, masa tenisi, spor etkinlikleri düzenliyoruz. Bu etkinlikleri artırarak beraber bir yerlere giderek gezi veya bir çalışma olabilir. Bunlarla merkeze gelmelerini artırabiliriz. Hemşire 'sizce burası hastalar için bir simge, bir metafor olsa ne olurdu?' şeklinde sordu. Sağlık personeli E.K; belki akan bir nehirde taşlar, çakıllar engeller ya su akışını o çakılları, taşları beraber kaldırma konusunda destek veren bir kurum, bir hizmet olabilir. Su akışını yüzde yüz etkilemez belki ama bazı yerlerde büyük kayalıklar olur belki ama böyle engelleri beraber kaldırma, en azından onları minimize etmek, hayatın o akışını sağlama konusunda destek vermek olabilir. TRSM de sosyal işlevsellik çok önemli olduğu için o nehirde o akışın normal hale gelmesi onların hayatlarındaki bağımsızlık düzeyine gelmeleri konusunda destek sağlayan bir hizmet şeklinde söylebilirim."

TRSM'ye erişimi artıran mesleki katkılar; sağlık profesyonellerinin bilgilendirme, yönlendirme, düzenli izlem, terapötik ilişki kurma ve aileyle iletişim sürdürme rollerinde yoğunlaşmaktadır. Sağlık profesyonellerinin arama ve takipleri, hastayı dinleyerek yönlendirmesi, psikoeğitim ve bireysel danışmanlık uygulamaları merkeze güveni ve devamlılığı artırmaktadır. Ayrıca kurumlar arası iş birliği ve taburculuk sonrası doğru yönlendirme, TRSM'ye erişimi yalnızca bireysel başvuruya bırakmadan sistem düzeyinde güçlendirmektedir.

Aktivite/Etkinlikler ve Hasta Davranışları

Bu tema, TRSM bünyesinde gerçekleştirilen sosyal, psikoeğitsel ve terapötik etkinliklerin hasta davranışları üzerindeki etkilerini, katılımcıların gözlemlerini ve değerlendirmelerini kapsamaktadır. Aynı zamanda hastaların merkeze olan bağlılığı, etkinliklerin sürdürülebilirliği ve düzensiz katılım durumlarında izlenen yaklaşımlar da bu temada ele alınmıştır Katılımcı ifadelerinden elde edilen kodlar arasındaki ilişki Şekil 2'de gösterilmiştir (Şekil 2).

Etkinliklere Katılım ve Katkıların Genel Değerlendirmesi

Bu kategori, TRSM bünyesinde düzenlenen etkinliklere hastaların katılım düzeyi, etkinliklerin içeriklerinin uygunluğu ve psikososyal katkılarına ilişkin genel değerlendirmeleri kapsamaktadır.

H1: "-Şu an yeni tanıdım ben burayı. Daha önce geliyordum hemen gidiyordum. İlacımı yazıyordu çıkıp geliyordum. Hiç böyle bir şey görmedim. El işi burada varmış, resim çalışması varmış. Ondan sonra burada drama var, tiyatro var."

H2: "-Dikiş nakışa geliyorum. Dikiş nakış var ya tığ. Toka örüyordum, gül çiziyordum, öyle yapıyordum. Bir ay geldim, bana okuma yazmayı öğrettiler."

HY 5: "-Çok güzel katkı sağlıyor, iyileşme, gelişme yani çok çok faydasını gördük."

Katılımcı ifadeleri, el işi, resim, drama, tiyatro, dikiş-nakış ve okuma-yazma gibi etkinliklerin hastaların merkeze ilgisini artırdığını ve günlük yaşamlarına katkı sağladığını göstermektedir. Hasta yakını ifadeleri de bu etkinliklerin hastalarda gelişme ve iyileşmeye destek olduğunu ortaya koymaktadır.

Hasta Davranışlarına Yönelik Değerlendirmeler

Bu alt kategori, hastaların etkinliklere ve TRSM'ye devamları sürecinde gözlemlenen davranışsal değişimleri kapsamaktadır. Katılımcılar, etkinliklerin hastaların sosyal becerilerinde, özgüvenlerinde ve günlük yaşam davranışlarında olumlu etkiler yarattığını ifade etmiştir.

H4: "-Mesela ev işlerini düzenleme konusunda, uyku rutini, öz bakım konusunda bana yardımcı oluyorlar."

HY1: "-Burada işte konuşma yapıyorlar etrafta. Ondan sonra burada da işte zaten 2-3 kere katıldım. Bir keresinde çiçek yaptı bir keresinde boncuk yaptı."

SP2: "-Hastaların üretkenlikleri için onların bir ürün ortaya koyması çok değerli bir şey. Onları hem özgüven hem de motivasyon anlamında destekliyor. Orada da atölyelerimiz çok değerli."

Katılımcı ifadeleri, TRSM'de sunulan etkinliklerin hastaların davranışsal işlevselliğini desteklediğini göstermektedir. Hastaların ev işleri, uyku düzeni, öz bakım ve günlük yaşam becerilerinde destek aldıklarını belirtmeleri, merkezin gündelik yaşamı yapılandıran rehabilitatif bir işlev üstlendiğini ortaya koymaktadır. Hasta yakınlarının gözlemleri, hastaların üretken faaliyetlere katıldıklarını ve somut ürünler ortaya koyduklarını gösterirken; sağlık profesyonelleri bu sürecin özgüven ve motivasyonu artırdığını gözlemlediklerini vurgulamaktadır. Bu ifadeler birlikte değerlendirildiğinde, TRSM etkinliklerinin hastalarda üretkenlik, öz bakım ve günlük yaşam düzeni gibi alanlarda olumlu davranışsal değişimleri desteklediği söylenebilir.

Hastaların Merkeze Devam Etmelerini Sağlayan Faktörler

Bu kategori, hastaların TRSM'ye düzenli olarak katılım göstermesini etkileyen motivasyonel, çevresel ve yapısal faktörleri içermektedir.

H5: "-Evim buraya yakın, yürüyerek geliyorum, kolaylıkla ulaşabiliyorum."

HY1: "-Gayet güzel davranıyorlar bize hiç kimse kötü davranmadı. Ne denir hani sanki bir ana kucağı gibi düşün. Öyle hissediyorum bilmiyorum."

SP1: "-Bence danışmanlarının yaklaşım biçimi, onlarla yakın ilişki kurmaları diye düşünüyorum. Burada danışan-danışman ilişkisi var biz kamu çalışanlarıyız. Bir yerde bir sınır olması gerekiyor ama psikiyatri hastası olduğu için ve burada da sık sık onlarla görüştüğümüz için artık arada bir bağ, yakın ilişki kuruluyor, daha samimi bir dil kullanılıyor."

İfadelere bakıldığında, ulaşım kolaylığı, personel ilgisi, etkinliklerin dikkat çekici olması ve bireysel ilgi gibi faktörlerin merkeze gelmeyi artırıcı etkiye sahip olduğu görülmektedir. Hastanın evinin TRSM'ye yakın olması ya da ulaşımı sağlayacak bir aracın planlanması hizmetten yararlanma sürekliliğini etkileyen önemli bir yapısal faktördür.

Merkeze Düzensiz Katılan Hastalara Karşı Yaklaşımlar

Bu alt kategori, TRSM'ye düzensiz katılım gösteren bireylerle ilgili uygulanan stratejileri, yaklaşımları ve sağlık personelinin tutumlarını kapsamaktadır. Bu kod, hizmetin sürdürülebilirliği açısından önemli olup, hem takip mekanizmaları hem de yeniden kazanım süreçlerine dair ipuçları sunmaktadır.

SP1: "-TRSM hizmeti hastalara cazip gözükmüyor. Onlar için çekici bir tarafı olmadığından dolayı da gelmek istemediğine yönelik de düşüncem oluyor. Açıkçası TRSM hizmetlerinin de yetersiz olduğunu düşünüyorum. İdealdeki TRSM modelinin uygulanmadığını düşünüyorum. Hasta sayısı çok fazla olduğu için, bir danışman başına düşen hasta sayısı da dolayısıyla fazla oluyor ve düzgün bir hizmet verilemiyor. O yüzden hastaların da düzensiz gelmesini haklı buluyorum."

SP2: "-Ev ziyaretlerinin temel amaçlarından biri odur. Orada hasta farklı bir rolde biz misafir oluyoruz. O ise ev sahibi rolünde. Aslında o hastayı etiketleyecek o stigmatizasyondan çıktığı zaman özellikle ev ziyaretlerimizin amaçlarından biri o yani. Hasta orada farklı bir rolde, hasta bizi orada karşılayacak. En azından güven bağımızı geliştirebiliriz, sohbet ortamı olabilir. O bağ ile birlikte hastayı belki biraz daha tedaviye çekebiliriz. Biraz daha sosyal işlevselliği artırabiliriz diye düşünüyorum. Hasta özelinde bireysel terapötik ilişkiyi kuvvetlendirerek bireysel müdahale programları oluşturmak faydalı olabilir. Bizim için sahada fonksiyonlu çalışmak önemli sadece merkezde değil."

SP3: "-Arıyoruz önce, çalışıyor mu, neden gelmedi, ilaçları var mı, kullanıyor mu, bittiyse nereden yazdırdı diye ben şahsım adına daha çok ailesiyle iletişim kurmayı tercih ediyorum. Hasta çalışıyorsa bile kullanıyorum bile dese benim için geçerli olan ailesiyle görüşmek her zaman."

SP5: "-Bazı hastalar, hastalıklarını kabul etmedikleri için ben daha çok aileyle irtibatta kalmayı tercih ediyorum. Çünkü öbür türlü zaten daha negatif bir tutum içerisine giriyorlar. Güven ilişkisi kurmak daha imkansız hale geliyor. Ama biraz böyle konuşulabilir durumdaysa, hastalığını inkar etmiyorsa yine çok sıkmadan belirli aralıklarla zaten sistem 3 ayda bir uyarı veriyor. Bazı hastalarda güven ilişkisinin gelişmesi çok zaman alıyor ve sadece o arada sırada sizi görüyor olması bile o görüşmeye istekli değilken, sizin varlığınızı hatırlatmak bile yavaş yavaş da olsa o güven ilişkisini geliştirebiliyor."

İfadeler birlikte değerlendirildiğinde, merkeze düzensiz katılan hastalara yönelik yaklaşımın nedenleri anlamaya, güven ilişkisini sürdürmeye, aileyle iş birliği kurmaya ve hizmeti hasta açısından daha anlamlı hâle getirmeye yönelik olması gerektiği söylenebilir. Bu kapsamda düzenli telefonla izlem, aileyle kontrollü iletişim, bireysel danışmanlık, ev ziyareti, etkinliklerin hastanın ilgi ve ihtiyaçlarına göre çeşitlendirilmesi ve düşük motivasyonlu hastalar için aşamalı katılım planları geliştirilmesi TRSM'ye yeniden katılımı destekleyebilir.

Aktivite ve Programların Ev Ortamında Sürdürülme Durumunun Değerlendirilmesi

Bu kategori, TRSM'de başlatılan aktivitelerin hastalar tarafından ev ortamında devam ettirilip ettirilmediğine dair değerlendirmeleri içermektedir. Özellikle öz bakım, hobi, egzersiz ve psikoeğitsel faaliyetlerin evde sürdürülme düzeyine dair gözlemler aktarılmıştır.

H1: "-Öncekinde işte bunlara hiç katılmadım ben, bundan önceki hocaya katıldım. O Nasreddin hoca fıkrası vardı, onu yaptırıyordu. O kağıttaydı onu götürüyorduk, onu çalışıyorduk. Evde de devam ettiriyorduk."

H4: "-Ergoterapiden önce normal psikologdan yardım alıyordum burada. Yani hayatıma geçirmeye çalışıyordum hani. O bilgiler bana fayda ediyordu."

Hastaların TRSM'de öğrendikleri yaşam becerilerinin hayatlarına da yansıdığı anlaşılmaktadır.

Hastaların Yaptığı Aktiviteler

Bu kategori, hastaların TRSM bünyesinde bireysel olarak gerçekleştirdiği etkinliklere (örneğin; resim, müzik, spor) odaklanmaktadır.

H3: "-Yani ara sıra şarkı söylüyorum, ara sıra matematikle ilgilendim; toplama çıkarmada iyim. Onu yapıyoruz yani. Soru soruyorlar bana. Ara sıra şarkı söylüyorum, öyle yani. Öyle geçiyor. Veya tarihten bilgim var, tarih bilgim var. Onları konuşuyoruz, öyle muhabbet ediyoruz, öyle geçiyor yani."

H4: "-Hani işte bizi sinemaya falan götürüyorlardı. O şekilde katılımımı hatırlıyorum. Baya oldu ama. Evet, eğleniyordum. Gidiyorduk buradan. Hastalarla birlikte, arkadaşlarla gidiyorduk. Güzel vakit geçiriyorduk."

SP2: "-Atölye faaliyetlerini artırmak, bunları çeşitlendirmek ve hastaları bilgilendirmek çok önemli. Belki kimi hasta bilmiyordur burada atölye çalışmaları olduğunu. Bireysel danışmalık, atölye çalışmaları, etkinlikler

düzenliyoruz. Geziler, masa tenisi, spor etkinlikleri düzenliyoruz. Bu etkinlikleri artırarak beraber bir yerlere giderek gezi veya bir çalışma olabilir. Bunlarla merkeze gelmelerini artırabiliriz."

Katılımcı ifadeleri, hastaların TRSM'de el işi, resim, drama, tiyatro, dikiş-nakış, okuma-yazma, müzik, matematik, sohbet, sinema gezileri, masa tenisi ve spor etkinlikleri gibi farklı aktivitelere katıldığını göstermektedir. Bu aktiviteler hastalar için çok önemli işlevlere hizmet etmektedir. Hastaların bazı etkinlikleri sonradan fark etmeleri ise merkezdeki faaliyetlerin daha görünür biçimde tanıtılması ve hastaların ilgi alanlarına göre yönlendirilmesi gerektiğini düşündürmektedir. Bu nedenle aktivitelerin çeşitlendirilmesi, düzenli duyurulması ve bireysel gereksinimlere uygun şekilde planlanması TRSM'nin rehabilitasyon işlevini güçlendirebilir.

Tartışma

Toplum Ruh Sağlığı Merkezlerine erişim ve hizmet deneyimi hasta, hasta yakını ve sağlık profesyoneli perspektiflerinden literatür eşliğinde değerlendirilmiştir. Hastaların değerlendirmeleri, TRSM'ye düzenli, istekli ve gönüllü katılımında personelin destekleyici yaklaşımı, yalnızlıkla baş etme gereksinimi ve sosyalleşme ihtiyacı öne çıkmaktadır. Bu durum, merkezin hastalar için güvenli sosyal temasın kurulduğu ve gündelik yaşamda destek alınan bir alan olarak deneyimlendiğini göstermektedir. Literatürde de sağlık personelinin güler yüzlü olması, danışmana ve psikiyatriste kolay ulaşabilme, sorunların ilgiyle dinlenmesi ve merkezin huzur verici bir ortam sunması düzenli katılımı destekleyen etmenler arasında yer almaktadır (Sardoğan 2021). Van Genk ve arkadaşlarının (2023) toplum temelli ruh sağlığı hizmetlerine ilişkin derlemesinde vurgulanan multidisipliner ekip, sosyal ağlarla çalışma, günlük yaşamın desteklenmesi, bireye göre uyarlanmış destek ve sürdürülebilir hizmet yapısı da bu değerlendirmeyi desteklemektedir. Bu bulgular, terapötik ilişkinin ve kurumsal atmosferin hizmete devamlılık açısından belirleyici olduğunu göstermektedir.

"Aktivite/Etkinlikler ve Hasta Davranışları" teması, TRSM hizmetlerinin psikososyal rehabilitasyon boyutunu ortaya koymaktadır. Etkinliklere katılım hastaların sosyalleşmesini, üretkenliğini, günlük yaşam becerilerini ve psikolojik iyilik hâlini desteklemektedir. Bu nedenle etkinlikler yalnızca zaman geçirme ya da uğraşı sağlama amacı taşımamakta; sosyal işlevselliği, tedaviye katılımı ve gündelik yaşamla bağı güçlendiren rehabilitatif araçlar olarak değerlendirilmektedir. Literatürde de sosyal etkinlikler, kurslar ve uğraşı aktivitelerinin düzenli katılımı, içgörüyü, tedaviye uyumu ve sosyal işlevselliği desteklediği bildirilmektedir (Şahin ve ark. 2020, Sardoğan 2021). Gözen ve Buz (2020), uğraşı terapilerinin bireysel farkındalık, sosyal işlevsellik, çevreye uyum ve aidiyet duygusunu güçlendirdiğini belirtmiştir. Çakmak ve arkadaşları (2016), hastaların büyük çoğunluğunun uğraşı aktivitelerini tedavi sürecine katkı sağlayıcı bulduğunu bildirmiştir. Saruç ve Kılıç (2015) ile Salık ve arkadaşları (2025) ise hobi, el işi, okuma, aile desteği ve ilaç uyumunun hastalık süreciyle baş etmeyi desteklediğini göstermiştir. Benzer şekilde Deveci ve arkadaşları (2008) ile Söğütlü ve arkadaşları (2017), psikososyal beceri eğitimlerinin tedaviye uyum, yaşam kalitesi, semptomlar ve günlük işlevsellik üzerinde olumlu etkiler sağladığını ortaya koymuşlar.

Hasta yakınlarının değerlendirmeleri, TRSM hizmetlerinin bakım verenler açısından da önemli olduğunu; ancak hizmet yetersizliği, süreçlerdeki aksaklıklar, etkinliklerin sınırlılığı ve ulaşım güçlükleri nedeniyle eleştirel biçimde değerlendirildiğini göstermektedir. Bu bulgu, hasta yakınlarının merkezden hastanın işlevselliğine ve aile yaşamına yansıyan somut iyileşmeler beklediğini düşündürmektedir. Güvenç ve Öner'in (2020) çalışmasında da merkez işleyişi, çalışan ilgisi, aktivite yeterliliği ve ulaşım alanlarında sorunlar bildirilmiştir. Sohn ve arkadaşları (2014), hizmetlere erişim ve tedavi planlamasının geliştirilebileceğini belirtirken; Kayacan ve Kılıç (2023) insan gücü, örgütlenme, finansman, vaka yönetimi, hizmet kalitesi ve ulaşılabilirlik konularındaki eksikliklere dikkat çekmiştir.

Erişim açısından bulgular, TRSM hizmetlerinde ulaşılabilirlik ve kapsayıcılık sorunlarının sürdüğünü göstermektedir. İnsan gücü eksikliği, örgütlenme sorunları, hizmet kalitesi farklılıkları ve ulaşım engelleri merkeze düzenli devamı etkileyebilmektedir. Syed ve arkadaşları (2013), ulaşım engellerinin sağlık hizmetlerine erişimde randevu kaçırma, bakımın gecikmesi ve ilaç kullanımının aksaması gibi sonuçlara yol açabildiğini belirtmiştir. Bu nedenle TRSM'ye erişim fiziksel varlıkla sınırlı görülmemeli; ulaşım, yönlendirme, düzenli izlem, aile desteği ve personel kapasitesi birlikte değerlendirilmelidir.

Sağlık profesyonellerinin ifadeleri, TRSM hizmetlerinin uygulamada hizmet koşulları, etkinliklerin sınırlılığı, yüksek hasta sayısı ve personel yetersizliği gibi yapısal sınırlılıklarla karşılaştığını ortaya koymaktadır. Özden ve Çoban (2018) sağlık profesyonellerinin TRSM hizmetlerine genel olarak olumlu baktığını; ancak daha nitelikli hizmet için yapısal ve mesleki kapasitenin güçlendirilmesi gerektiğini vurgulamıştır. Bu doğrultuda çalışmamız, TRSM modelinin değerli görüldüğünü; fakat hasta yükü ve kaynak sınırlılıklarının ideal uygulamayı güçleştirdiğini göstermektedir. Kayacan ve Kılıç (2023) Türkiye'de toplum ruh sağlığı hizmetlerinde insan gücü, finansman, örgütlenme, kayıt sistemi, vaka yönetimi ve merkezler arası uygulama farklılıklarının önemli geliştirme alanları olduğunu belirtmiştir. Türkiye Psikiyatri Derneği Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri Görev Grubu Raporu (TPD 2020) da fiziki koşullar, nitelikli personel, idari destek ve hizmet değerlendirme ölçütlerine ilişkin sorunlara dikkat çekmektedir. Çalışmamızdaki yüksek hasta sayısı, danışman başına düşen hasta yükü ve ideal TRSM modelinin tam uygulanamamasına ilişkin bulgular bu yapısal sorunlarla uyumludur. Karip (2023) TRSM hizmetlerinde sürdürülebilirlik, erişilebilirlik, kurumlar arası iş birliği ve bakım veren katılımının güçlendirilmesi gerektiğini belirtmiştir. Özden ve Çoban (2018) ise yapısal ve mesleki kapasitenin artırılmasının hizmet niteliği açısından gerekli olduğunu vurgulamıştır. Çalışmamızda etkinliklerin kısıtlılığı, merkezin bazı hastalar için yeterince çekici bulunmaması, ev ziyareti ve telefonla takip uygulamalarının personel kapasitesine bağlı kalması bu değerlendirmeleri desteklemektedir. Sonuç olarak TRSM hizmetlerinin erişilebilir, sürdürülebilir ve nitelikli biçimde sunulabilmesi için personel kapasitesinin artırılması, etkinliklerin çeşitlendirilmesi, aile iş birliğinin güçlendirilmesi ve bireyselleştirilmiş izlem süreçlerinin kurumsal olarak desteklenmesi gerekmektedir.

Bu araştırmanın bazı sınırlılıkları bulunmaktadır. Öncelikle çalışma İstanbul'da bulunan tek bir Toplum Ruh Sağlığı Merkezi'nde yürütülmüş ve hasta, hasta yakını ve sağlık profesyoneli olmak üzere toplam 15 katılımcı ile gerçekleştirilmiştir. Nitel araştırma yaklaşımının amacı istatistiksel genelleme yapmak değil, belirli bir olguya ilişkin deneyimleri derinlemesine anlamaktır. Bu bağlamda bulgular, çalışmanın yürütüldüğü merkezin yapısal koşulları, katılımcı profili ve hizmet deneyimleri çerçevesinde değerlendirilmelidir.

Çalışma da örneklemin küçük olması ve amaçlı örneklem yöntemiyle belirlenmesi, farklı tanı grupları, farklı bakım veren profilleri ve farklı mesleki deneyime sahip sağlık profesyonellerinin görüşlerinin sınırlı düzeyde temsil edilmesine yol açmış olabilir. Hasta ve hasta yakınlarının eğitim düzeyinin düşük olması, bazı katılımcıların deneyimlerini sözel olarak ifade etme biçimini etkilemiş olabilir. Ayrıca psikotik bozukluk tanılı bireylerle yapılan görüşmelerin görece kısa sürmesi, bazı deneyim alanlarının daha sınırlı ayrıntıyla ele alınmasına neden olmuş olabilir. Ancak görüşmelerde açık uçlu sorular, sonda sorular ve katılımcı anlatılarını derinleştirmeye yönelik esnek bir görüşme yaklaşımı kullanılarak veri derinliği desteklenmeye çalışılmıştır. Çalışma öz-bildirimlere ve görüşme sırasında aktarılan deneyimlere dayanmaktadır. Bu nedenle katılımcıların yanıtları hatırlama yanlılığı, sosyal beğenirlik eğilimi ya da görüşme ortamından etkilenmiş olabilir. Sağlık profesyonellerinin çalıştıkları kuruma ilişkin değerlendirmeleri kurumsal aidiyet ya da mesleki konumlarından etkilenmiş olabilir. Bu sınırlılığı azaltmak amacıyla hasta, hasta yakını ve sağlık profesyoneli olmak üzere üç farklı paydaş grubundan veri toplanmış; böylece aynı olgunun farklı bakış açılarından değerlendirilmesi sağlanmıştır.

Genel olarak değerlendirildiğinde, TRSM hizmetleri sosyal, psikoeğitsel ve terapötik etkinlikler aracılığıyla çok boyutlu bir psikososyal rehabilitasyon işlevi üstlenmektedir. Bununla birlikte etkinliklerin ev ortamına aktarılması, devamsız hastaların yeniden kazanılması, hizmet sürekliliği ve aileyle iş birliği alanlarında gelişim gereksinimi sürmektedir. Bu nedenle etkinliklerin daha yapılandırılmış, izlenebilir ve bireysel gereksinimlere duyarlı biçimde planlanması önem taşımaktadır.

Sonuç

Bu çalışma, TRSM'ye erişim ve hizmet deneyiminin hasta, hasta yakını ve sağlık profesyonelleri tarafından farklı ancak birbiriyle ilişkili biçimlerde anlamlandırıldığını göstermiştir. Hastalar açısından TRSM, yalnızca tıbbi izlem ve ilaç tedavisine erişim sağlayan bir kurum değil; yalnızlıkla baş etme, sosyalleşme, aidiyet geliştirme, güvenli bir ortamda bulunma ve günlük yaşam becerilerini sürdürme açısından destekleyici bir sosyal alan olarak değerlendirilmiştir. Hasta yakınları ise TRSM hizmetlerini bakım yükünün paylaşılması, hastanın ev dışına çıkması, sosyal işlevselliğinin desteklenmesi ve hizmetin somut sonuçlarının gözlenmesi

beklentisiyle ele almıştır. Sağlık profesyonelleri ise merkezin psikososyal rehabilitasyon işlevini vurgulamakla birlikte, yüksek hasta sayısı, personel ve kaynak yetersizliği, bireysel müdahale planlarının uygulanabilirliği ve hizmetlerin sürdürülebilirliği gibi yapısal sorunlara dikkat çekmiştir.

Araştırma bulguları, TRSM hizmetlerinin etkili olabilmesi için hizmetlerin görünür, erişilebilir, bireyselleştirilmiş, aileyi içeren ve sürekliliği olan bir yapıda sunulması gerektiğini ortaya koymaktadır. Bu kapsamda TRSM'lerde danışman başına düşen hasta sayısının azaltılması, multidisipliner ekip yapısının güçlendirilmesi, bireysel bakım ve rehabilitasyon planlarının uygulanabilir hale getirilmesi, devamsız hastalar için telefonla izlem ve ev ziyareti gibi takip mekanizmalarının standartlaştırılması önerilmektedir. Ayrıca etkinlik ve atölye çalışmalarının hastaların ilgi, beceri ve işlevsellik düzeylerine göre çeşitlendirilmesi; hastaların bu etkinliklerden sistematik biçimde haberdar edilmesi ve merkezde öğrenilen becerilerin ev ortamına aktarımını destekleyecek uygulamaların geliştirilmesi önemlidir.

Hasta yakınlarının sürece daha etkin katılabilmesi için aile psiko-eğitimi, bakım veren danışmanlığı ve aileyle iş birliğini güçlendiren düzenli bilgilendirme toplantıları planlanmalıdır. Sağlık profesyonellerinin toplum temelli ruh sağlığı, vaka yönetimi, aileyle çalışma, motivasyonel görüşme, iyileşme odaklı yaklaşım ve psikososyal rehabilitasyon konularında hizmet içi eğitimlerle desteklenmesi hizmet niteliğini artırabilir.

Politika düzeyinde ise TRSM'lerin hem nitel hem de nicel olarak personel kapasitesi, fiziki olanaklar, kurumlar arası iş birliği, ulaşılabilirlik, kayıt ve izlem sistemleri gibi hizmet göstergeleri açısından güçlendirilmesi gerekmektedir. TRSM hizmetlerinin hasta işlevselliği, bakım veren yükü, tedaviye uyum, yaşam kalitesi ve toplumsal katılım üzerindeki uzun dönemli etkilerini izleyen boylamsal çalışmalar, toplum temelli ruh sağlığı hizmetlerinin etkinliğini değerlendirmek ve kanıta dayalı hizmet modellerinin geliştirilmesine katkı sağlamak açısından önem taşımaktadır. Gelecek araştırmalarda farklı bölgelerden ve farklı TRSM'lerden daha geniş katılımcı gruplarıyla çok merkezli nitel ve karma yöntem çalışmaların yapılması önerilmektedir.

Kaynaklar

Arias D, Saxena S, Verguet S (2022) Quantifying the global burden of mental disorders and their economic value. eClinicalMedicine, 54:101675.

Arslan E (2022) Nitel araştırmalarda geçerlilik ve güvenilirlik. Pamukkale Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 51(Özel sayı 1):395-407.

Artukoğlu P (2019) Türkiye'de toplum ruh sağlığı hizmetlerinin durumu: Kalitatif bir çalışma (Yüksek lisans tezi). İzmir, Dokuz Eylül Üniversitesi.

Attepe Özden S, Tekindal M, Gedik E, Erim F, Ege A, Tekindal A, (2022). Nitel araştırmaların rapor edilmesi: Coreq kontrol listesinin Türkçe uyarlaması. Avrupa Bilim ve Teknoloji Dergisi, 35:522-529.

Bekiroğlu S, Demiröz F (2020) Toplum ruh sağlığı merkezlerinden hizmet alan ağır ruhsal hastalığa sahip bireylerin sosyal işlevselliğinin incelenmesi. Toplum ve Sosyal Hizmet, 31:1053-1079.

Braun V, Clarke V (2006) Using thematic analysis in psychology. Qual Res Psychol, 3:77-101.

Braun V, Clarke V (2013) Successful Qualitative Research: A Practical Guide For Beginners. London, Sage.

Creswell JW, Poth CN (2018) Qualitative Inquiry And Research Design: Choosing Among Five Approaches. 4th ed. Thousand Oaks, CA, Sage.

Çakmak S, Aker T, Şahin N (2016) Toplum ruh sağlığı merkezlerinde uygulanan uğraşı aktivitelerinin tedavi sürecine katkısı. Anadolu Psikiyatri Derg, 17:17.

Deveci A, Esen Danacı A, Yurtsever F, Deniz F, Gürlek Yüksel E (2008) Şizofrenide psikososyal beceri eğitiminin belirti örüntüsü, içgörü, yaşam kalitesi ve intihar olasılığı üzerine etkisi. Turk Psikiyatri Derg, 19:266-273.

Gözen D, Buz S (2020) Toplum ruh sağlığı merkezinden hizmet alan bireylerin ve merkezde çalışan profesyonellerin deneyimleri. Toplum ve Sosyal Hizmet, 31:1459-1486.

Guest G, Bunce A, Johnson L (2006) How many interviews are enough? An experiment with data saturation and variability. Field Methods, 18:59-82.

Guest G, Namey E, Chen M (2020) A simple method to assess and report thematic saturation in qualitative research. PLoS One, 15:e0232076.

Güvenç NC, Öner H (2020) Views of patient relatives and health professionals about the reasons of the patients enrolled in the community mental health center to discontinue or irregularly continue the center. Int J Soc Psychiatry, 66:707-723.

Hennink M, Kaiser BN (2022) Sample sizes for saturation in qualitative research: A systematic review of empirical tests. Soc Sci Med, 292:114523.

Karip S (2023) Toplum ruh sağlığı merkezlerinde sunulan hizmetlerin ruhsal bozukluğu olan bireye bakım verenler ve ruh sağlığı profesyonelleri tarafından değerlendirilmesi (Doktora Tezi). Konya, Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

Kayacan PA, Kılıç B (2023) Türkiye'de toplum ruh sağlığı hizmetleri: Kalitatif bir çalışma. Halk Sağlığı Araştırma ve Uygulamaları Dergisi, 1:56-64.

Newman D, O'Reilly P, Lee SH, Kennedy C (2017) Challenges in accessing and interviewing participants with severe mental illness. Nurse Res., 22;25:37-42.

Özden SA, Çoban Aİ (2018) Community based mental health services, in the eye of community mental health professionals. Journal of Psychiatric Nursing, 9:186-194.

Patel V, Saxena S, Lund C, Thornicroft G, Baingana F, Bolton P et al. (2018) The Lancet commission on global mental health and sustainable development. Lancet, 392:1553-1598.

Sağlık Bakanlığı (2011) Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri Hakkında Yönerge. Ankara, Sağlık Bakanlığı.

Salık S, Doğan S, Yıldırım A, Kılıç M (2025) The experiences of patients enrolled in community mental health centers regarding the illness process. J Psychiatr Ment Health Nurs, 32:288-296.

Sardoğan C (2021) Toplum ruh sağlığı merkezine kayıtlı psikotik bozukluk tanılı hastaların TRSM programına düzenli katılım sıklığı ve ilişkili faktörlerin incelenmesi (Yüksek lisans tezi). İstanbul, İstanbul Kent Üniversitesi.

Saruç S, Kılıç A (2015) Toplum ruh sağlığı merkezinden hizmet alan bireylerin sosyal destek ve baş etme durumları. Toplum ve Sosyal Hizmet, 26:83-102.

Sohn M, Barrett H, Talbert J (2014) Community mental health center service use and consumer satisfaction. Community Mental Health J, 50:1-8.

Söğütlü L, Esen Danacı A, Savaş HA, Yılmaz E (2017) Toplum ruh sağlığı merkezinde izlenen şizofreni hastalarında psikososyal beceri eğitiminin etkileri. Anadolu Psikiyatri Derg, 18:121-128.

Syed ST, Gerber BS, Sharp LK (2013) Traveling towards disease: transportation barriers to health care access. J Community Health, 38:976-93.

Şahin S, Elbozan Cumurcu B, Ünal S (2020) Toplum ruh sağlığı merkezi hizmetlerinin tedaviye uyum, içgörü ve sosyal işlevsellik üzerine etkisi. Anadolu Psikiyatri Derg, 21:465-472.

Tait L, Birchwood M, Trower P (2002) A new scale for measuring engagement with community mental health services. J Ment Health, 11:191-198.

Tekindal M, Uğuz Arsu Ş (2020) Nitel araştırma yöntemi olarak fenomenolojik yaklaşımın kapsamı ve sürecine yönelik bir derleme. Ufkun Ötesi Bilim Dergisi, 20:153-182.

Tekindal M, Attepe Özden S, Gedik E, Ege A, Erim F, Tekindal A (2021) Nitel araştırmaların raporlanmasında standartlar: SRQR kontrol listesinin Türkçe uyarlaması. Opus International Journal of Society Researches, 18:5425-5443.

TPD (2020) Toplum ruh sağlığı merkezleri görev grubu çalışma raporu. Ankara, Türkiye Psikiyatri Derneği.

Ural A (2011) Bilimsel Araştırma Süreci ve SPSS ile Veri Analizi. Ankara, Detay Yayıncılık.

Van Genk C, Roeg D, van Vugt M, van Weeghel J, Van Regenmortel, T (2023) Current insights of community mental healthcare for people with severe mental illness: A scoping review. Front Psychiatry, 14:1156235.

Van Hoe C, Moureau L, Verhofstadt M (2024) How to engage people experiencing severe and persistent mental illness in qualitative research: A descriptive and reflexive analysis. Int J Qual Stud Health Well-being, 19:2408817.

WHO (2021) Guidance on Community Mental Health Services: Promoting Person-Centred and Rights-Based Approaches. Geneva, World Health Organization.

WHO (2025) World Mental Health Today: Latest Data. Geneva, World Health Organization.

Xiao J, Tourangeau A, Widger K, Berta W (2017) Discharge planning in mental health care: A qualitative study of patient and family involvement. Int J Ment Health Nurs 26:603-612.

Yazarların Katkıları: Çalışmaya önemli bir bilimsel katkı sağlandığı ve makalenin hazırlanmasında veya gözden geçirilmesinde yardımcı olunduğu tüm yazar(lar) tarafından beyan edilmiştir.
Danışman Değerlendirmesi: Dış bağımsız
Etik Onay: Bu çalışma için Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Girişimsel Olmayan Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 07.10.2024 tarih ve 2024-11-06 nolu karar ile etik onayı alınmıştır. Katılımcılar çalışmaya katılmadan önce aydınlatılmış onam vermişlerdir.
Çıkar Çatışması: Çıkar çatışması bildirilmemiştir.
Finansal Destek: Bu çalışma için finansal destek alındığı beyan edilmemiştir.
Authors Contributions: The author(s) have declared that they have made a significant scientific contribution to the study and have assisted in the preparation or revision of the manuscript
Peer-review: Externally peer-reviewed.
Ethical Approval: Ethical approval for this study was obtained from the Non-Interventional Scientific Research Ethics Committee of Bakırköy Dr. Sadi Konuk Training and Research Hospital pursuant to date 07.10.2024 and number 2024-11-06. Participants provided informed consent prior to participating in the study.
Conflict of Interest: No conflict of interest was declared.
Financial Disclosure: No financial support was declared for this study.