



TÜRKİYE CUMHURİYETİ
ANKARA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ



**BİR TOPLUM RUH SAĞLIĞI MERKEZİNE BAŞVURANLARIN
VE YAKINLARININ ALGILADIKLARI HİZMET KALİTESİNİN
SERVQUAL ÖLÇEĞİ İLE DEĞERLENDİRİLMESİ**

Lütfiye KAŞKA

HALK SAĞLIĞI ANABİLİMDALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN
Prof. Dr. Deniz ÇALIŞKAN

ANKARA
2017

TÜRKİYE CUMHURİYETİ
ANKARA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**BİR TOPLUM RUH SAĞLIĞI MERKEZİNE BAŞVURANLARIN
VE YAKINLARININ ALGILADIKLARI HİZMET KALİTESİNİN
SERVQUAL ÖLÇEĞİ İLE DEĞERLENDİRİLMESİ**

Lütfiye KAŞKA

HALK SAĞLIĞI ANABİLİMDALİ
YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN
Prof. Dr. Deniz ÇALIŞKAN

ANKARA

2017

Ankara Üniversitesi

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü'ne,

Yüksek Lisans/Doktora tezi olarak hazırlayıp sunduğum “Bir Toplum Ruh Sağlığı Merkezine Başvuranların Ve Birer Yakınlarının Algıladıkları Hizmet Kalitesinin SERVQUAL Ölçeği İle Değerlendirilmesi” başlıklı tez; bilimsel ahlak ve değerlere uygun olarak tarafımdan yazılmıştır. Tezimin fikir/hipotezi tümüyle tez danışmanım ve bana aittir. Tezde yer alan deneysel çalışma/araştırma tarafımdan yapılmış olup, tüm cümleler, yorumlar bana aittir. Yukarıda belirtilen hususların doğruluğunu beyan ederim.

Öğrencinin Adı Soyadı: Lütfiye Kaşka

Tarih: 10.05.2017

İmza:

Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Halk Sağlığı Anabilim Dalında Lutfiye KAŞKA tarafından hazırlanan “Bir Toplum Ruh Sağlığı Merkezine Başvuranların ve Yakınlarının Algıladıkları Hizmet Kalitesinin Servqual Ölçeği ile Değerlendirilmesi” adlı Tez Çalışması aşağıdaki jüri tarafından YÜKSEK LİSANS TEZİ olarak OY BİRLİĞİ/OY ÇOKLUĞU ile kabul/ret edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi :31.05.2017


Prof. Dr. Recep AKDUR
Ankara Üniversitesi
Jüri Başkanı


Doç. Dr. Nüket ERBAYDAR
Hacettepe Üniversitesi
Raportör


Prof. Dr. Deniz ÇALIŞKAN
Ankara Üniversitesi

Tez hakkında alınan jüri kararı, Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu tarafından onaylanmıştır.

İmza

Unvanı Adı ve Soyadı

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

Prof.Dr. Mehmet AKAN
Enstitü Müdürü V.

İÇİNDEKİLER

Sayfa No:

Etik Beyan	i
Kabul Ve Onay	ii
İçindekiler	iii
Önsöz	iv
Simgeler Ve Kısaltmalar Dizini	v
Çizelgeler Dizini	vi
1. GİRİŞ	1
1.1. Ruh Sağlığı Hizmet Modelleri	5
1. 1. 1. Hastane Temelli Ruh Sağlığı Hizmet Modeli	5
1. 1. 2. Toplum Temelli Ruh Sağlığı Hizmet Modeli	6
1. 1.2.1. Sosyo- Ekonomik Boyut	7
1. 1.2.2. Hukuki Boyut	7
1.1.2.3 Tıbbi Boyut	8
1.1.2.4. Döner Kapı Fenomeni	9
1. 1. 3. Ruh Sağlığı Hizmetlerinde Toplum Hastane Denge Modeli	10
1. 2. Dünya’da Toplum Ruh Sağlığı Hizmet Modellerinin Gelişimi	10
1. 3. Türkiye’de Toplum Ruh Sağlığı Hizmetleri	12
1.4. Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri	15
1.4.1. Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri Kapsamında Ele Alınan Ruh Sağlığı Sorunları	15
1.4.2. Şizofreni	17
1.4.3. İki Uçlu (Bipolar) Bozukluk	19
1.5. Toplum Ruh Sağlığı Merkezlerinin Görevleri	21
1.6. Topum Ruh Sağlığı Merkezi Ekibi	23
1.7. Toplum Temelli Ruh Sağlığı Hizmetlerinde Mevcut Durum	26
1.7.1. Türkiye’ De Mevcut Durum	26
1.8. Toplum Ruh Sağlığı Hemşireliği	27
1.9. Sağlık Hizmetlerinde Kalite Kavramı	31
1.10. Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi	34
1.10.1. Başvuran (Hasta) Memnuniyeti Kavramı	34
1. 11. Sağlık Hizmetlerinde Yaygın Kullanılan Kalite Ölçüm Modelleri	35
1.11.1. Grönroos Modeli	35
1.11.2. SERVQUAL Modeli	36
1.11.3. SERPERF Modeli	40
2. GEREÇ VE YÖNTEM	41
2. 1. Araştırmanın Tipi	41
2. 2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman	41
2. 3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	41
2.3.1 T.C. Sağlık Bakanlığı İstanbul Güngören Toplum Ruh Sağlığı Merkezi	42
2.3.2 Araştırmaya Katılma (dâhil olma) Kriterleri	42
2.3.3.Araştırma Dışı Bırakılma Kriterleri	43
2. 4. Araştırmanın Hipotezleri	43
2. 5. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri	44

2. 6. Veri Toplama Aracı ve Yöntemi	45
2. 7. Araştırmanın Etik Yönleri	48
2. 8. Verilerin Değerlendirilmesi	49
2. 9. Araştırmada Karşılaşılan Güçlükler ve Kısıtlılıklar	50
3. BULGULAR	
3.1. Araştırmaya Katılan Kişilerin Bazı Tanımlayıcı Özelliklerinin Dağılımı	51
3.1.1. Araştırmaya Katılan TRSM'ye Başvuranlar ve Yakınlarının Bazı Tanımlayıcı Özelliklerinin Dağılımı	51
3.2. Araştırmaya Katılan TRSM'ye Başvuranların Diğer Tanımlayıcı Özelliklerinin Dağılımı	56
3.3. Araştırmaya Katılan TRSM'ye Başvuranlar ve Yakınlarının SERVQUAL Ölçeği' nin Beklenti ve Algı Maddelerine Verdikleri Yanıtların Dağılımı	64
3.3.1. Araştırmaya Katılan TRSM'ye Başvuranların SERVQUAL Ölçeği 'nin Beklenti ve Algı Maddelerine Verdikleri Yanıtların Dağılımı	65
3.3.2. Araştırmaya Katılan TRSM'ye Başvuran Yakınlarının SERVQUAL Ölçeği' nin Beklenti ve Algı Maddelerine Verdikleri Yanıtların Dağılımı	66
3.4. Araştırmaya Katılan TRSM'ye Başvuranlar ve Yakınlarının SERVQUAL Alt Boyutları, Toplam ve Ağırlıklı Puanlarının Dağılımı	68
3.5. TRSM'ye Başvuranlar ve Yakınlarının “Bir Hastanenin Hizmetleri İle İlgili Yukarıdaki Özelliklerden Hangisi Sizin İçin En Önemlisidir Sorusuna Verdikleri Yanıtların Dağılımı	70
3.6. TRSM'ye Başvuranlar ve Yakınlarının “Bir Hastanenin Hizmetleri İle İlgili Yukarıdaki Özelliklerden Hangisi Sizin İçin En Az Önemlisidir” Sorusuna Verdikleri Yanıtların Dağılımı	71
3.7. TRSM'ye Başvuran ve Yakınlarının SERVQUAL Toplam Puanı ile İlişkili Değişkenler	72
4. TARTIŞMA	78
5. SONUÇ VE ÖNERİLER	88
ÖZET	92
SUMMARY	93
KAYNAKLAR	94
EKLER	100
Ek-1 Başvuran Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu	100
Ek-2 Başvuran Bilgi Formu	102
Ek-3 Başvuran Yakını Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu	104
Ek-4 Başvuran Yakını Bilgi Formu	106
Ek-5 SERVQUAL ÖLÇEĞİ	108
Ek-6 Etik Kurul Onayı	111
ÖZGEÇMİŞ	112

ÖNSÖZ

Bu tez çalışmasında bir toplum ruh sağlığı merkezinden hizmet alan ağır ruhsal bozukluğu olan hastalar ve birer yakınlarının algıladıkları hizmet kalitesi araştırılmış olup elde edilen veriler ışığında algılanan hizmet kalitesini etkileyen faktörlere değinilmiştir. Araştırmada veri toplama formu ve SERVQUAL (algılanan hizmet kalitesi ölçeği) kullanılmış, bulgulara göre sosyo demografik özellikler, ölçek puanları ve algılanan hizmet kalitesini etkileyen faktörler değerlendirilmiştir. Toplum temelli model dünya genelinde ruh sağlığı alanında etkin ve gelişmiş bir modeldir. Ağır ruhsal bozukluğu olan bireyler toplum içinde çoğunlukla damgalanmaya maruz kalmaktadırlar. Bu araştırma damgalanmayla mücadele açısından da önemlidir.

Bu tez çalışmasında öncelikle yükseköğrenim yolculuğumun başında ilk karşılaştığım, bana ışık tutan, beni yüreklendiren değerli hocam Sayın Prof. Dr. Recep Akdur'a, gerek tez çalışmam sırasında gerekse diğer zamanlarda yolum uzasa da yanımda olan, yolumu aydınlatmayı hiç bırakmayan, anlayış, manevi destek, rehberlik, sevgi, dostluk ve yardımlarını hiçbir zaman esirgemeyen değerli danışman hocam Sayın Prof. Dr. Deniz Çalışkan'a ve lisansüstü eğitimim süresince iyi bir halk sağlığı hemşiresi olmam için beni yetiştiren değerli hocalarıma sonsuz teşekkürlerimi bir borç bilirim. Ayrıca tez konumu değerlendiren ve onay veren Sayın Dr. Gazi Alataş ve Sayın Dr. Erkan Aydın'a, Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma hastanesi etik kurulunun değerli üyelerine, değerli katkılarından dolayı Sayın Yrd. Doç.Dr. Nevzat Devebakan'a teşekkür ederim. Lisansüstü eğitimime beraber başladığımız ve eğitimim süresince yolumun kesiştiği acı tatlı birçok şeyi paylaştığımız ve her zaman yanımda olduklarını bildiğim sevgili arkadaşlarım Özlem Özkan Salkım, Deniz Aslı Eren ve Deniz Aslı Dokuzcan'a, desteklerini hep bildiğim ve hissettiğim dostlarım Nafiye Dülger, Selin Gümüştas Özdemir ve Ayşen Küçükterzi Can'a minnettarlıklarımı sunarım. Son olarak beni bugünlere getiren ve her zaman, her konuda bana destek veren, hiçbir zaman hakkını ödeyemeyeceğim annem, babam, kardeşlerime ve çalışmama katılan zaman ayıran, görüşlerini benimle paylaşan Güngören TRSM' nin değerli üyeleri ve ailelerine ayrıca teşekkür ederim.

KISALTMALAR

ANA	Amerikan Hemşireler Birliği-American Nurses Association
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
DSM-5	Mental Bozukluklar Tanısal El Kitabı–The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
EKT	Elektro Konvulsif Tedavi
GTRSM	Güngören Toplum Ruh Sağlığı Merkezi
RSHH	Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi
RUSİHAK	Ruh Sağlığında İnsan Hakları Girişimi Derneği
SERPERF	Service Performance Scale
SERVQUAL	The Assessment of Percieved Services Quality Scale
SKS	Sağlıkta Kalite Standartları
SQ	SERVQUAL Puan Skoru
TKY	Toplam Kalite Yönetimi
TRSH	Toplum Ruh Sağlığı Hemşiresi
TRSM	Toplum Ruh Sağlığı Merkezi
YLD	Engellilikle Kaybedilen Yaşam Yılı- Years Lost with Disability

ÇİZELGELER

Çizelge 1.3.1	Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Ulusal Ruh Sağlığı Politikası (2006) Politika Önerileri	13
Çizelge 1.3.2	Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı Kısa ve Orta Vadeli Faaliyetlerinin Amaçları	14
Çizelge 1.4.1.	DSM- 5 Şizofreni Spektrumu ve Diğer Psikotik Bozukluklar Ağacı	17
Çizelge 1.8.1.	Toplum Ruh Sağlığı Hemşiresinin Direkt ve Dolaylı Roller	30
Çizelge 1.11.1	SERVQUAL Alt Boyutlarına Göre Soruların Dağılımı	37
Çizelge 2.5.1.	Araştırmada Başvuran ve Yakınları İçin Bağımsız Değişkenler	45
Çizelge 2.6.1.	SERVQUAL Ölçeği'nin Güvenilirlik Analizi	48
Çizelge 3.1.1.	Araştırmaya Katılan TRSM'ye Başvuran ve Yakınlarının Cinsiyet ve Eğitim Durumuna göre Dağılımı	52
Çizelge 3.1.2.	Araştırmaya Katılan TRSM'ye Başvuran ve Yakınlarının Medeni Durumlarına göre Dağılımı	53
Çizelge 3.1.3.	Araştırmaya Katılan TRSM'ye Başvuran ve Yakınlarının Çocuk Sayılarına göre Dağılımı	53
Çizelge 3.1.4.	Araştırmaya Katılan TRSM'ye Başvuran ve Başvuran Yakınlarının Gelir Getiren bir İşte Çalışma Durumuna göre Dağılımı	54
Çizelge 3.1.5.	Araştırmaya Katılan TRSM'ye Başvuran ve Yakınlarının Sosyal Güvence Durumuna göre Dağılımı	54
Çizelge 3.1.6.	Araştırmaya Katılan TRSM'ye Başvuran ve Yakınlarının Fiziksel Hastalığı Olma Durumuna göre Dağılımı	55
Çizelge 3.1.7.	Araştırmaya Katılan TRSM'ye Başvuran ve Başvuran Yakınlarının Ortalama Yaş ve Çocuk Sayılarına göre Dağılımı	55
Çizelge 3.2.1.	Araştırmaya Katılan ve TRSM'ye Başvuranların Sosyal Güvence Durumuna göre Dağılımı	56

Çizelge 3.2.2.	Araştırmaya Katılan ve TRSM'ye Başvuranların Çalışma Durumuna göre Dağılımı	56
Çizelge 3.2.3.	Araştırmaya Katılan ve TRSM'ye Başvuranların Yaşadığı Yere göre Dağılımı	57
Çizelge 3.2.4.	Araştırmaya Katılan ve TRSM'ye Başvuranların Ailevi Hastalık Öyküsüne göre Dağılımı	57
Çizelge 3.2.5.	Araştırmaya Katılan ve TRSM'ye Başvuranların Madde Kullanım Öyküsüne göre Dağılımı	57
Çizelge 3.2.5.	Araştırmaya Katılan ve TRSM'ye Başvuranların Madde Kullanım Öyküsüne göre Dağılımı (Devamı)	58
Çizelge 3.2.6.	Araştırmaya Katılan ve TRSM'ye Başvuranların Hastalık Kaynaklı Şiddet Davranışı Durumuna göre Dağılımı	58
Çizelge 3.2.7.	Araştırmaya Katılan ve TRSM'ye Başvuranların Hastalık Kaynaklı Adli Süreç Yaşama Durumuna göre Dağılımı	58
Çizelge 3.2.8.	Araştırmaya Katılan ve TRSM'ye Başvuranların Hastalık Tanılarına göre Dağılımı	59
Çizelge 3.2.9	Araştırmaya Katılan ve TRSM'ye Başvuranların Tedaviye Başlama Zamanına göre Dağılımı	59
Çizelge 3.2.10.	Araştırmaya Katılan ve TRSM'ye Başvuranların Psikiyatrik Tanılarına Eşlik Eden Hastalıklarına göre Dağılımı	59
Çizelge 3.2.11.	Araştırmaya Katılan ve TRSM'ye Başvuran Şizofreni Tanılı Olguların Hastalık Seyirlerine göre Dağılımı	60
Çizelge 3.2.12	Araştırmaya Katılan ve TRSM'ye Başvuran Mizaç Bozukluğu Tanılı Olguların Hastalık Seyirlerine göre Dağılımı	61
Çizelge 3.2.13.	Araştırmaya Katılan ve TRSM'ye Başvuranların Geleneksel Tedaviye Başvurma Durumlarına göre Dağılımı	61
Çizelge 3.2.14.	Araştırmaya Katılan ve TRSM'ye Başvuranların İntihar Girişiminde Bulunma Durumlarına göre Dağılımı	62
Çizelge 3.2.15.	Araştırmaya Katılan ve TRSM'ye Başvuranların Son 6 Ayda Elektro Konvulsif Tedavisi (EKT) Olma Durumlarına göre Dağılımı	62
Çizelge 3.2.16	Araştırmaya Katılan ve TRSM'ye Başvuranların Son 6 Ayda Tedavi ve Kontrollerine Uyum Durumlarına göre Dağılımı	62
Çizelge 3.2.17.	Araştırmaya Katılan ve TRSM'ye Başvuranların Bazı Sürekli Değişkenlerinin Ortalamaları	63

Çizelge 3.3.1.	Araştırmaya Katılan TRSM’ye Başvuranların SERVQUAL Ölçeği Beklenti ve Algı Maddelerine Verdikleri Yanıtların Dağılımı	65
Çizelge 3.3.2.	Araştırmaya Katılan TRSM’ye Başvuran Yakınlarının SERVQUAL Ölçeği Beklenti ve Algı Maddelerine Verdikleri Yanıtların Dağılımı	67
Çizelge 3.4.1.	Araştırmaya Katılan TRSM’ye Başvuranların SERVQUAL Alt Boyutları, Toplam ve Ağırlıklı Puanlarının Dağılımı	69
Çizelge 3.4.2.	Araştırmaya Katılan TRSM’ye Başvuran Yakınlarının SERVQUAL Alt Boyutları, Toplam ve Ağırlıklı Puanlarının Dağılımı	69
Çizelge 3.4.3	SERVQUAL alt boyutları arasındaki ilişki	70
Çizelge 3.5.1.	Araştırmaya Katılan TRSM’ye Başvuranlar ve Yakınlarının “Bir hastanenin hizmetleri ile ilgili yukarıdaki özelliklerden hangisi sizin için en önemlisidir” Sorusuna Verdikleri Yanıtların Dağılımı	71
Çizelge 3.6.1.	Araştırmaya Katılan TRSM’ye Başvuranlar ve Yakınlarının “Bir hastanenin hizmetleri ile ilgili yukarıdaki özelliklerden hangisi sizin için en az önemlisidir” Sorusuna Verdikleri Yanıtların Dağılımı	72
Çizelge 3.7.1.	Araştırmaya Katılan TRSM’ye Başvuran ve Yakınlarının SERVQUAL Toplam Puanı ile İlişkili Değişkenler	74
Çizelge 3.7.2.	Araştırmaya Katılan TRSM’ye Başvuranların SERVQUAL Toplam Puanı ile İlişkili Değişkenler	76

1. GİRİŞ

Biyo-psiko-sosyal bir varlık olan insanın, yaşamını sağlıklı bir şekilde sürdürebilmesi için bu üç öge birbiriyle karşılıklı etkileşimde bulunmalı ve dengeli bir ilişki içinde olmalıdır (Pektaş ve ark., 2006).

DSÖ (1948), sağlığı, yalnızca hastalığın ve yeti kaybının olmamasının değil, bedensel, ruhsal ve sosyal iyilik halinin topluca oluşturduğu temel insan haklarından biri olarak belirtmiştir. Ayrıca sağlığın mümkün olan en iyi seviyede tutulmasının dünya çapında en önemli sosyal amaçlardan olduğunu ve bu amacın gerçekleştirilebilmesi için, sağlık sektörüne ek olarak diğer birçok sosyal ve ekonomik sektörün çabasının gerektiği gerçeğini vurgulamıştır (Öztek, 2001).

Ruh sağlığı günümüzde genel sağlığın ayrılmaz bir parçası olarak kabul edilmektedir. Ruh sağlığı ile ilgili sorunlar sık görülmekte, yeti yitimiyle sonuçlanabilmekte ve ekonomik kayıplara neden olmaktadır. Bu yönleriyle ruh sağlığı sorunları toplumsal açıdan önem arz etmektedir (Ocaktan ve ark., 2004).

DSÖ' nün yayınladığı '2014 Ruh Sağlığı Atlası' ruh sağlığı alanında 10 noktaya dikkat çekmektedir (DSÖ, 2014). DSÖ 2014 Ruh Sağlığı Atlası bulguları aşağıdaki gibidir.

1-) Ruhsal bozuklukların yaklaşık yarısı 14 yaşından önce başlamaktadır. Dünyada çocukların ve gençlerin yaklaşık %20'sinde ruhsal bozukluk ya da sorun olduğu tahmin edilmektedir. 19 yaşın altındaki genç nüfusa en fazla sahip olan düşük ve orta gelirli pek çok ülkede ruh sağlığı kaynakları son derece sınırlıdır. Düşük ve orta gelirli ülkelerde, her 1-4 milyon çocuğa karşı bir çocuk psikiyatristi bulunmaktadır.

2-) Depresyon, sürekli üzüntü ve ilgi kaybı başta olmak üzere psikolojik, davranışsal ve fiziksel belirtiler ile karakterizedir. Depresyon dünyada önde gelen yeti kaybı nedenidir.

3-) Her yıl ortalama 800 bin kişi intihar girişiminde bulunmaktadır ve olguların %86'sı düşük ve orta gelirli ülkelerdedir. İntihar eden olguların yarısından fazlası 15-44 yaşları arasındadır. En yüksek intihar oranları Doğu Avrupa ülkelerinde yaşayan erkeklerdedir. Ruhsal bozukluklar, intiharın en önemli ve tedavi edilebilir nedenlerinden biridir.

4-) Savaş ve diğer afetlerin bireylerin ruh sağlığı ve psiko-sosyal iyilik hali üzerinde büyük etkisi vardır. Ruhsal bozukluk oranları afet sonrası iki kat artmaktadır.

5-) Ruhsal bozukluklar, bulaşıcı ve bulaşıcı olmayan hastalıklar için risk faktörleri arasındadır. Ayrıca ruhsal hastalıklar kasıtlı ve kasıtsız yaralamalara da katkıda bulunabilir.

6-) Ruhsal bozukluklar ve hastalara karşı mevcut damgalama (stigmatizasyon), hastaların ve ailelerinin ruh sağlığı birimlerine başvurmalarını engellemektedir. Güney Afrika'da yapılan bir araştırma, çoğu insanın ruhsal hastalıkların tıbbi bozukluklara göre daha fazla stres veya irade eksikliğine bağlı olduğunu düşündüğü ortaya koymuştur. Beklenenin aksine, damgalama düzeyleri kentsel alanlarda ve yüksek eğitimli gruplarda daha yüksektir.

7-) Psikiyatrik hastaların fiziksel kısıtlama, tecrit, temel gereksinimlerinin karşılanmaması ve mahremiyete saygı göstermeme gibi pek çok insan hakkı ihlaline daha fazla uğradığı bildirilmektedir. Ruhsal bozuklukları olan insanların haklarını korumaya yönelik yasal düzenleme olan az sayıda ülke bulunmaktadır.

8-) Dünyada ruh sağlığı alanında çalışan profesyonellerin dağılımında büyük bir eşitsizlik vardır. Düşük ve orta gelirli ülkelerde psikiyatristler, psikiyatri

hemşireleri, psikologlar ve sosyal hizmet uzmanlarının az olması, tedavi ve bakım hizmetlerinin sağlanmasının önünde temel bir engel oluşturmaktadır. Düşük gelirli ülkelerde 100 bin kişiye 0,05 psikiyatrisi ve 0,42 hemşire düşmektedir. Yüksek gelirli ülkelerde psikiyatrist oranı 170 kat ve hemşire oranı 70 kat daha fazladır.

9-) Ruh sağlığı hizmetlerinin kullanılabilirliği artırmak için, üstesinden gelinmesi gereken beş temel engel vardır. Ruh sağlığının halk sağlığı gündeminde yer almaması ve finansman ayrılmaması: ruh sağlığı hizmetlerinin mevcut durumu, birinci basamak sağlık hizmetleri ile ruh sağlığı hizmetlerinin bütünleşik olmaması, yetersiz insan gücü/ kaynakları ve kamu ruh sağlığında liderlik eksikliği.

10-) Özellikle düşük ve orta gelirli ülkelerde hükümetler, hizmet sunucuları ve hizmet kullanıcıları ruh sağlığı hizmetlerinin kullanımının artırılması için birlikte çalışmalıdır. Gerekli mali kaynaklar artırılmalıdır (DSÖ, 12.02.2015).

Günümüzde ruh sağlığı ve hastalıklarından geçmişe oranla daha çok söz edilmekte ve giderek daha çok önem verilmektedir. Bunun en önemli nedeni sağlığa getirilen bütüncül bakış açısı, ekonomik sosyal ve teknolojik gelişmelerin kişilerin ruhsal yaşamları üzerindeki olumsuz etkileri ve bu durumun kişilerin yaşam kalitesini azaltmasıdır (Pektaş ve ark., 2006).

T.C Sağlık Bakanlığı Hıfzıssıhha Mektebi' nin Aralık-2004 yılında 'Başkent Üniversitesi Ulusal Hastalık Yüğü ve Maliyet Etkililik Projesi 'kapsamında bir hastalık yüğü çalışması hazırlamıştır. Hazırlanan Hastalık Yüğü Final Raporunda ulusal düzeyde hastalık yüğü nedenlerinin temel hastalık gruplarına göre dağılımında psikiyatrik hastalık grubu kardiyovasküler hastalıklardan sonra %19 ile ikinci sırada yer almıştır (T.C. Sağlık Bakanlığı 2004).

Ayrıca hastalık yüğü hesaplanmasının bir bileşeni Yeti Yitimi nedeniyle Kaybedilen Yaşam Yılı'dır (Years Lost with Disability – YLD). YLD' ye neden olan temel hastalık gruplarında ilk sırayı ruh sağlığı sorunlarının aldığı görülmektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı,2011).

Ruhsal sorunlar;

- Yaşam kalitesinin önemli oranda kişinin ruhsal durumu tarafından belirlenmesi,
- Tıbbi bakıma gereksinim duyan kişilerin büyük bölümünün aynı zamanda ruhsal ve nörolojik bozukluklara sahip olması,
- Birçok bedensel hastalığın önemli ruhsal yönü olması,
- Erken ölümler ya da kalıcı hasar geliştirebildikleri için halk sağlığı açısından önemlidir (Pektaş ve ark. 2006; Öviz 2001; Çelikkol 2001).

Diğer sağlık sorunlarıyla mücadelede olduğu gibi ruh sağlığı sorunlarının önlenmesi tedavi edilmesinden daha etkilidir. Bu nedenle koruyucu ruh sağlığı hizmetleri önem kazanmaktadır. Koruyucu ruh sağlığı, ruhsal hastalığın başlamasını önlemeyi ya da geciktirmeyi, erken tanı ve uygun tedavi ile hastalığın süresini kısaltmayı ve tıbbi, sosyal, mesleki sağaltım ile ruhsal hastalığa bağlı yeti yitimini azaltmayı amaçlar (Aksaray ve ark., 1999).

Ruhsal bozuklukların önlenmesi kavramı halk sağlığının ‘toplumu etkileyen temel sağlık problemlerini çözmek için bölgesel merkezi ulusal ve uluslararası kaynakları harekete geçirme süreci yaklaşımı ile ilişkilendirilmektedir. Halk sağlığı açısından ruhsal sorunların önlenmesi için üç aşamalı bir model belirtilmektedir.

Bu aşamalar:

- Risklerin ve koruyucu faktörlerin tanımlanması
- Önleme stratejileri geliştirme ve sınıflandırma
- Toplumun yapısını göz önünde bulundurarak stratejileri uyarlamak ve uygulamaktır (Gültekin, 2010).

Ruhsal sorunların önlenmesine yönelik günümüzde öne çıkan yaklaşım toplum temelli müdahaledir.

Klinik temelli tedavi ve depo hastanelerde tecrit yaklaşımından uzaklaşmaktadır. Bu bağlamda toplum ruh sağlığı için toplum temelli bakış açısı büyük önem arz etmektedir.

Bu araştırmanın amacı T.C. Sağlık Bakanlığı Güngören Toplum Ruh Sağlığı Merkezi'ne başvuran kişilerin ve bakımını üstlenen birer yakınlarının aldıkları sağlık hizmeti ile ilgili bekledikleri ve algıladıkları hizmet kalitesinin SERVQUAL ölçeği ile değerlendirilmesidir.

1.1. Ruh Sağlığı Hizmet Modelleri

Dünya'da ruh sağlığı alanında üç farklı hizmet modeli bulunmaktadır.

- Hastane temelli model
- Toplum temelli model
- Toplum-hastane denge modeli (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2011).

1.1.1. Hastane Temelli Ruh Sağlığı Hizmet Modeli

Hastane temelli model 1800'lü yıllardan 1960'lı yıllara kadar Dünya'da yaygın olarak kullanılan en eski ve geleneksel olan modeldir. Bu dönemde çok sayıda büyük psikiyatri hastaneleri kurulmuştur. Bu hastaneler genellikle şehrin dışında ve ortalama 2.000 yatak kapasitesine sahip hastanelerdir. Örneğin İngiltere'de bu şekilde toplam 120.000 yatak oluşturulmuştur. Bu hastanelerin aşırı kalabalık olması, hijyen şartlarının kötü olması, hasta hakları ihlallerinin yaygın olarak görülmesi ile 1960'lardan itibaren bu model terk edilmeye başlanmıştır (Yanık, 2007; T.C. Sağlık Bakanlığı, 2011).

1.1.2. Toplum Temelli Ruh Sağlığı Hizmet Modeli

Avrupa Birliğinin 2009 Türkiye İlerleme Raporu'nda "Kurumsallaşmaya alternatif olarak toplum temelli hizmetlerin oluşturulması çok önemlidir. Bu konuda çocukların ve gençlerin sağlıklarının korunması yönünde özel çaba gösterilmesi ihtiyacı bulunmaktadır" şeklinde önerdiği toplum temelli model, 1960'larda öncelikle İtalya'da, eşzamanlı olarak İngiltere, Fransa, Almanya'da başlayan ve tüm dünyada hızla geçilen, DSÖ'nün de tavsiye ettiği bir modelidir (Yanık, 2007; T.C. Sağlık Bakanlığı, 2011).

Toplum temelli ruh sağlığı hizmet modeli üç unsur üzerine kuruludur. Bunlar:

- Hizmetin coğrafi temelli yapılandırılması,
- Hizmetin ekip anlayışıyla çok yönlü verilmesidir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2011).

Her tanımlanmış bölgeye sorumlu toplum ruh sağlığı merkezi, bakım kurumları, koruyucu evler, korumalı işyerleri ve genel hastaneler içinde psikiyatri yataklarının açılması şeklindedir (Yanık, 2007; T.C. Sağlık Bakanlığı, 2011).

Bu modelde ülke 100-300 bin nüfustan oluşan coğrafi alanlara bölünür ve her alan için bir toplum ruh sağlığı merkezi planlanır (Yanık, 2007; T.C. Sağlık Bakanlığı, 2011).

Toplum temelli ruh sağlığı hizmet modelinin esas hedef kitlesini hastanede uzun süre yatan ağır ruhsal bozukluğu olan hastalar oluşturmaktadır. Bu hastalar ile ilgili sorunu sadece tedavi ve sağaltım faaliyetleri boyutuyla düşünmemek gerekir. Bu sorun sosyo ekonomik tıbbi ve hukuki boyutları olan bir halk sağlığı sorunudur (Alataş ve ark. 2009)

1.1.2.1. Sosyo Ekonomik boyut

Ruhsal hastalığı olan bireylerin bakım ihtiyacı ailelerin yaşadığı sosyal ve ekonomik yükü daha da artırmaktadır. Hastalar aile ve toplum ilişkilerinde güçlükler yaşamakta, ailelerin ihmal ve istismarı ile karşılaşabilmektedirler. Hastalar hastalıklarının belirtileri nedeniyle kendilerine ve ailelerine zarar verebilmektedirler. Toplumsal önyargı ve dışlamalara maruz kalmakta, ev ve hastane dışında zamanlarını değerlendirebilecekleri koşullardan yoksun olmaları kalıcı sosyal izolasyona sebep olabilmektedir. Hasta aileleri ise bu sebeplerden dolayı çaresizlik hissetmektedirler (Alataş ve ark. 2009).

Sosyal bir sorun olarak ise ruhsal hastalığa sahip kişilere karşı damgalama öne çıkmaktadır. Ruhsal hastalıklara yönelik yanlış inanışlar sıralanacak olursa:

- Ruhsal bozukluklar kalp hastalığı, hipertansiyon gibi gerçek bir hastalık değildir,
- Ruhsal bozukluğu olan insanlar kurumlardan uzakta kilitlenmelidirler,
- Ruhsal bozukluğu olan kişiler asla normal olamazlar,
- Ruhsal bozukluğu olanlar tehlikelidir,
- Ruhsal bozukluğu olan bireyler acı çekmezler,
- İyileşen ruhsal bozukluğu olan bireyler gerçekten önemli veya sorumlu pozisyonlara uygun olmamaları nedeniyle düşük iş seviyelerinde çalıştırılmalıdırlar (Bostancı, 2005; Sağduyu ve ark., 2003).

Ruhsal bozukluğu olan bireyler üstesinden gelmeleri gereken damgalanma dışında sosyo-ekonomik birçok engelle sahiptirler.

Bunlardan bazıları;

- Evsizlik, barınacak yerde ayrımcılık,
- Yetersiz yaşam koşulları,
- İş vermede ayrımcılık,
- Azalan özsaygı,

- Sosyal izolasyon,
- Yetersiz veya uygun olmayan tedavi veya tedavi görememe olarak sıralanabilir (Bostancı, 2005; Öztekin, 2001).

1.1.2.2. Hukuki boyut

Bazı hastaların durumlarından ilgili yerlerin haberdar olmaması düzenli kayıt ve hukuki kayıtların eksikliği nedeniyle kişiler hakkında yanlış hukuki işlemler yapılabilmektedir (Pektaş ve ark., 2006).

1.1.2.3. Tıbbi boyut

Hastaların iyi takibi ve düzenli tıbbi tedavi ile alevlenme sıklığı, şiddeti ve hastaneye yatış sıklığı azalabilmektedir. Hastalığın belirtileri önceden fark edilip tedavi edilirse erken tıbbi müdahale yapılabilir. Hastalığın ilerleyişinde ailenin hastaya, hastalığa ve tedaviye ilişkin tutumu belirleyici bir rol oynar. Aile hastalıkla ilgili bilgilendirilirse hastaya karşı, hastalık ve tedaviye karşı tutumu iyileştirilebilir ve bu da hastalığın seyrini olumlu etkiler.

Sık alevlenme hastalarda kalıcı bilişsel kayıplara yol açar ve bu durum sosyal izolasyona maruz kalmış hastanın tamamen toplumdan soyutlanmasına sebep olur (Pektaş ve ark., 2006).

Ailelerinin bile sağlıklı bir ilişki kuramadığı hastaların toplum temelli ruh sağlığı hizmetlerinden yararlanırken belli aralıklı ziyaretlerle ilgilenilmesi ve onlar için çaba harcanması hastalığın doğasını ve hastalık seyrini etkileyecektir (Pektaş ve ark., 2006).

1.1.2.4. Döner Kapı Fenomeni

Hastane temelli sistemde hastalara sunulan hizmet poliklinik hizmetleri, alevlenme/atak sırasında hastaneye yatırılma hizmetleridir. Hastane temelli sistemde kimsesi olmayan ya da kimsesi olduğu halde bakılamayan hastaların 50-60 yıla kadar uzanan süreyle hastaneye yatırılıp bakılmaları söz konusu olabilmektedir (RUSIHAK, 2012).

Sunulan hastane temelli hizmet, esas olarak ağır ruhsal hastalıkların sadece “alevlenme/atak” dönemlerine odaklanmaktadır. Hastalığın alevlenmesine zemin hazırlayan etmenler ise biyo-psiko sosyal etmenlerdir. Hastane temelli hizmet, bu etmenlere müdahale olanağı taşımamakta ve hastanın sosyal ve mesleki işlevselliğine katkıda bulunmayı hedeflememektedir (RUSIHAK, 2012).

Hastane temelli sistemde ağır ruhsal bozukluğu olan hastaların hastaneden ayrıldıktan sonra ilaç kullanımı ve kontrole gelmeleri bazen kendi inisiyatiflerine bazen de bu konuda hiçbir bilinçlendirme yapılmayan ailelerinin sorumluluğunda olmaktadır. Çoğunlukla hastalığa dair iç görüşü olmayan hastalar hastane dışında hastalıklarıyla baş başa kalmakta, alevlenmeyi hazırlayıcı ve hızlandırıcı etmenlerle baş edememekte, hastalığının yeniden alevlenmesi ve tekrar hastaneye yatış kaçınılmaz olmaktadır (RUSIHAK, 2012).

Böylece hastalar hem sık ve şiddetli atak geçirmekte hem de toplumda ruhsal sorunları olan hastalar için var olan damgalama davranışı pekişmektedir. Ruhsal hastalığa sahip bireylerin aileleri çoğunlukla hastaları ve hastalıklarıyla ilgili bir eğitim veya kurum desteği alamamakta bu da tükenmişlikle sonuçlanmakta ve hastalığın birey ve aile üzerindeki yükünü artırmaktadır. “Döner Kapı Fenomeni” olarak adlandırılan bu gidiş hastane yatak sayılarının ihtiyaca cevap verememesine ve yeni yatak ihtiyacına, bu yoğun talebe yetişmek zorunda kalan meslek profesyonellerinin tıbbi tedaviye ek olarak psiko sosyal müdahalelerde bulunmak için zaman ve enerji ayıramamalarına, dolup taşan hastanelerde insani ihtiyaçların karşılanamamasına sebep olmaktadır. Bu nedenle durum ile ilgili en iyi koşullarda

bile “asgari” düzeyle yetinilmesi sonucu ortaya çıkmaktadır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2011; RUSIHAK, 2012).

1.1.3. Ruh Sağlığı Hizmetlerinde Toplum-Hastane Denge Modeli

Hastane tabanlı toplum temelli hizmetler sıklıkla eve yakın bakım ve tedavi sağlamayı amaçlayan, bireye akut hastane bakımı dâhil, toplumdaki uzun vadeli konut imkânlarını da sunan bir hizmettir. Her bireyin teşhisine ve ihtiyacına özel tedavi ve bakım sunulması hedeflenmektedir. İnsan hakları konusundaki uluslar arası sözleşmelerle tutarlı hizmet sunmayı amaçlamaktadır. Hastane tabanlı toplum temelli hizmet, kullanıcıların kendi istekleriyle katılımının sağlandığı, ruhsal sağlık meslekleri ve kurumlar arasında koordine edilen mobil bir hizmettir (Holloway, 2001; Thornicroft ve Tansella, 2002).

Türkiye için en ideal modelin toplum-hastane denge modeli olduğu ifade edilmektedir çünkü ülkemizin sağlık sistemi sosyo ekonomik koşulları ve insan kaynakları açısından hizmet gereksinimlerinin karşılanması açısından yetersizlikleri göz önüne alınıp değerlendirmeler yapıldığında ülkemiz ruh sağlığı için toplum-hastane denge modeli uygun görünmektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2011).

1.2. Dünya’da Toplum Ruh Sağlığı Hizmet Modellerinin Gelişimi

Ruh sağlığı alanında dünya genelinde üç farklı hizmet modeli bulunmaktadır;

- Hastane temelli model,
- Toplum temelli model
- Toplum-hastane denge modeli (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2011).

ABD’ de toplum ruh sağlığı ile ilgili dört ana model bulunmaktadır. Bu modellerin ortak noktası, ruhsal hastalık tanısı alan bireyin yaşadığı ortamda tedavi,

bakım ve sağaltımının sağlanması ve verilecek hizmetlerin multi disiplinler yaklaşımıyla yürütülmesidir

Bu modellerin;

- Riskli gruplarla “Halk Sağlığı Modeli”
- Organik kökenli hastalıkların tanı ve önlenmesinde “Biyomedikal Model”
- Bakım ve sağaltım odaklı “Sistem Modeli”
- Toplum gereksinimlerinin karşılanması amaçlandığı Hasta Merkezli Model” olduğu belirtilmektedir (Pektaş, 2006).

Dünyada ruhsal hastalara yönelik toplum temelli hizmetlere geçiş süreci farklılıklar göstermektedir.

1960’ lı yıllar öncesinde Avrupa’da etkili olan anti psikiyatri etkisiyle ruhsal hastalıkların tedavisi yalnızca psikiyatri kliniklerinde yapılmakta ve tedaviler yetersiz kalmaktaydı. 1960’lı yıllar da psikiyatri kliniklerinde tedavilerle birlikte aynı zamanda toplum içinde sağaltımın sağlandığı, toplum temelli psikiyatri modelinin uygulanmaya başlandığı dönemlerdir (Alataş ve ark., 2009).

İtalya’da “Trieste Ruh Sağlığı Modeli”, toplum temelli ruh sağlığı hizmet modeline dayalı olup gündüz hizmet veren toplum ruh sağlığı merkezlerinde ruhsal sağlık sorunu kişilere ilaç tedavilerine ek olarak alternatif terapiler ve bireysel tedavi planlarının uygulanmasına dayanmaktadır (RUSİHAK, 2012).

İtalya’dakinden farklı olarak İngiltere’de uygulanan modelde ise, hastane-toplum denge modeli oluşturulmaya çalışılmıştır (Yanık, 2007).

İngiltere’de ruhsal hastaların tedavisi hastane dışında uygulama alanı bulmuştur. İngiltere’de 1995 yılına kadar depo psikiyatri hastanelerinin kapatılması sağlanmıştır. İngiltere’de süregelen ruhsal hastalığı olan bireylerin tedavi ve bakımları için “Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri” oluşturulmuştur. Bu merkezler de

çalışacak uzman personel açığını kapatmak için İngiliz Hükümeti daha büyük bütçeler ayırmaya başlamıştır (Bağ, 2012).

İsveç modeli, sosyal refah sisteminin gereği olarak ruhsal hastalığı olan hastaların barınma, istihdam, terapi desteği, sağlık hizmetlerine erişim hakları gibi ihtiyaçlarının karşılanabildiği bir sistemdir (Saruç ve Kılıç, 2015).

Dünya’da toplum ruh sağlığı kavramı özünde iki amacı içermektedir;

1-) Ruhsal hastalığı olanların toplum içinde tedavi ve sağaltımı

2-) Ülkenin ruh sağlığı düzeyini iyileştirmek (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2011).

Dünya genelinde toplum temelli ruh sağlığı hizmetlerine bir geçiş söz konusudur. Toplum temelli ruh sağlığı modeli İtalya’da 1961’de ruh sağlığı reformuyla başlamıştır. Son 30 yılda Avrupa ülkelerinde uygulamaya geçilmiştir. Değişim İtalya’da başlamış Batı Avrupa ülkelerinde de kısa süre sonra başlamış ve tamamlanmıştır. Yakın süreçte ise en son Yunanistan Avrupa Birliği’ne giriş sürecinde ruh sağlığı sistemini değiştirmiştir (Yanık, 24.01.2017).

Doğu Avrupa ülkelerinde de (Bulgaristan ve Romanya gibi) değişim programları yürütülmektedir. Avrupa’da yaşanan bu değişim, hastane temelli ruh sağlığı sisteminden toplum temelli ruh sağlığı hizmet modeline geçilmesi şeklindedir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2011).

1.3. Türkiye’de Toplum Ruh Sağlığı Hizmetleri

Türkiye’de toplum ruh sağlığı hizmetlerine geçiş çalışmaları 2006 yılında Ulusal Ruh Sağlığı Politikasının Sağlık Bakanlığı tarafından kabul edilmesiyle resmi olarak başlamıştır. Toplum temelli bakım modelinin ilk aşamasında genel görüş önceliğin ciddi ruhsal hastalığı olanlara verilmesi olmuştur. Türkiye Cumhuriyeti Ulusal Ruh Sağlığı Politikası, DSÖ tarafından belirlenen yedi modülü temel almaktadır. Türkiye Cumhuriyeti Ulusal Ruh Sağlığı Politikası politika önerileri

Çizelge 1.3.1 belirtildiği gibidir (T.C. Sağlık Bakanlığı ve Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı, 2013)

Çizelge 1.3.1. Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Ulusal Ruh Sağlığı Politikası (2006) Politika Önerileri

DSÖ tarafından uygun görüldüğü haliyle ruh sağlığı hizmetinin temel ilkelerini yansıtan Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Ulusal Ruh Sağlığı Politikası politika önerileri	
1	Ruh sağlığı hizmetinin toplum temelli bir modele dönüştürülüp, genel sağlık sistemi ve birinci basamak sağlık hizmetlerine entegre edilmesi.
2	Toplum temelli sağaltım hizmetlerinin geliştirilmesi
3	Ruh sağlığına ayrılan bütçenin artırılması
4	Ruh sağlığı hizmetlerinin kalitesinin iyileştirilmesi
5	Ruh sağlığına dair yasaların yürürlüğe sokulması
6	Hasta haklarının savunulması ve damgalamanın azaltılması için çalışılması
7	Ruh sağlığı alanında iş gücü gelişimi, eğitim ve araştırmaya faaliyetlerinin teşvik edilmesi

Sağlık Bakanlığı 2011 yılında da “Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı”nı yayınlamıştır. Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı’na göre ülkemizde yataklı tedavi hizmetleri Sağlık Bakanlığı, üniversiteler, belediyeler, özel sektör, vakıf hastaneleri ve askeri hastaneler tarafından verilmektedir(T.C. Sağlık Bakanlığı, 2011; T.C. Sağlık Bakanlığı ve Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı, 2013) .

Yataklı ruh sağlığı tedavi hizmetleri ise ağırlıklı olarak kamu sektörü tarafından yürütülmektedir. Sağlık Bakanlığına ait İstanbul, Samsun, Manisa, Adana, Elazığ, Trabzon ve Bolu illerinde toplam sekiz adet Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi (RSHH) bulunmakta ve genel hastaneler içinde ve üniversite hastanelerinde yataklı tedavi ve poliklinik hizmetleri verilmektedir. Ankara ve İstanbul’da kamu sektörü dışında da özel ruh sağlığı hastaneleri vardır. Yataklı psikiyatri hizmetleri özel hastaneler bünyesinde de verilmektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2011; T.C. Sağlık Bakanlığı ve Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı, 2013) .

2011 Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı’nda Ekim 2010 verilerine göre Türkiye’de ruh sağlığı hastalarına ayrılmış yatak sayısı 7356 olarak belirtilmektedir

(T.C. Sağlık Bakanlığı, 2011; T.C. Sağlık Bakanlığı ve Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı, 2013) .

Ağustos 2011’de kabul edilen eylem planı zaman kıstası esas alınarak kısa orta ve uzun vadeli faaliyetleri detaylandıran üç aşamaya ayrılmıştır. Bu aşamalardaki faaliyetlerin amaçları Çizelge 1.3.2’de gösterilmektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı ve Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı, 2013)

Çizelge 1.3.2. Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı Kısa ve Orta Vadeli Faaliyetlerinin Amaçları

Ulusal ruh sağlığı eylem planı kısa ve orta vadeli faaliyetlerinin amaçları	
1.	Ruh sağlığı hizmeti sunan kurumlar arasında işbirliğinin sağlanması
2.	Ciddi zihinsel engeli bulunan bireylerin tüm ihtiyaçlarını karşılayan entegre bir ruh sağlığı sisteminin oluşturulması
3.	Toplum ruh sağlığının geliştirilmesi ve iyileştirilmesi
4.	Ruh sağlığı hizmetlerinin birinci basamak sağlık hizmetlerine entegre edilmesinin sağlanması
5.	Psikiyatri hastalarına ayrılan yatak sayısının yeniden organize edilmesi
6.	Ruh sağlığı işgücünün büyüklüğü ve kalitesinin artırılması
7.	Çocuk ve ergen ruh sağlığı hizmetlerinin iyileştirilmesi ve güçlendirilmesi
8.	Ruhsal bozukluğu olan bireylere sunulan hizmetlerin kalitesinin artırılması
9.	Ruh sağlığına ilişkin mevzuatın hazırlanması ve/veya revize edilmesi

Toplum temelli modele geçiş Sağlık Bakanlığı tarafından 2006 yılında hazırlanan ulusal ruh sağlığı politika metninde tavsiye edilmiştir. Ülkemiz şartları göz önüne alındığında toplum temelli ssiteme geçişin bir basamağı olan toplum hastane denge modeline geçiş hızlanmıştır. Bu gelişmeler ışığında Sağlık Bakanlığı ruh sağlığı politikasında hastane temelli modelden toplum temelli modele geçme kararı almıştır. Modelin ilk basamağı olarak Nisan 2009’da Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri (TRSM) açma kararı Sağlık Bakanlığı tarafından alınmıştır.

Pilot çalışmaların sonuçları değerlendirilerek Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri Hakkında Yönerge Şubat 2011’de yayınlanmış ve uygulamaya geçmiştir. 2014 yılı haziran ayı itibariyle Türkiye’de 60 ilde 77 tescilli Toplum Ruh Sağlığı Merkezi bulunmaktadır (Saruç ve ark., 2015).

1.4. Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri

1.4.1. Toplum Ruh Sağlığı Merkezlerinde Ele Alınan Ruhsal Sorunlar

Toplum ruh sağlığı merkezlerinin hizmet alanını kurulduğu coğrafi bölgedeki ağır ruhsal bozukluğu olan bireyler oluşturmaktadır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2011).

Ülkemizde bu bozuklukların tanımlanması için iki ölçüt referans alınmaktadır. Bu sınıflama ölçütleri ICD-10 ve DSM-5'tir.

ICD-10 (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems) bilinen hastalık ve yaralanmaların çok ayrıntılı tanımlanması ile oluşturulur. DSÖ tarafından yayınlanır ve sağlık sektörü öz işlerinde, sağlık istatistiklerinin oluşturulmasında dünya çapında ortak kullanımdaki kodlama dizgesidir (World Health Organization, 1993)

Toplum ruh sağlığı hizmet alanında yer alan ICD-10 kodlama sisteminde Ruh ve davranış sağlığı bozuklukları beşinci bölümde yer almaktadır. Bu bölüm aşağıda belirtilen hastalık bloklarından oluşmuştur.

- F00-F09: Organik nedenli ruh sağlığı bozuklukları
- F10-F19: Psiko-aktif madde kullanımına bağlı ruh ve davranış sağlığı bozuklukları
- F20-F29: Şizofreni, şizotipal ve sanrılı bozukluklar
- F30-F39: Duygu durum bozuklukları
- F40-F48: Nevrotik, stresle ilişkili ve somatoform bozukluklar
- F50-F59: Fizyolojik bozukluklar ve fiziksel etkenlerle ilişkili davranış sendromları
- F60-F69: Erişkin kişilik ve davranış bozuklukları
- F70-F79: Zekâ geriliği

- F80-F89: Psikolojik gelişim bozuklukları
- F90-F98: Genellikle çocukluk ve ergenlikte başlayan davranış ve duygu bozuklukları
- F99: Özellik belirtilmemiş ruh sağlığı bozukluğu

DSM-IV (The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) Ruhsal Bozukluklar Tanısal El Kitabı olarak adlandırılmaktadır. Amerikan Psikiyatri Birliği tarafından geliştirilmiştir. Psikiyatrik tanılarının tanımlanmasını ve listelenmesini içermektedir.

Amerikan Psikiyatri Birliği (American Psychiatric Association) tarafından yayınlanır.

DSM ruhsal bozuklukların genel kavramları değişikçe geliştirilmektedir. DSM’de çok eksenlere göre sınıflandırma yapılmaktadır. Hastalık klinik özelliklerine göre yapılan eksen 1 sınıflandırmasında ağır ruhsal bozukluklar olarak şizofreni ve bipolar bozukluk yer almaktadır.

DSM beş eksenlidir. Eksen1 klinik bozukluklar, eksen 2 kişilik bozuklukları ve zeka geriliği, eksen 3 genel tıbbi sorunlar, eksen 4 psiko-sosyal ve çevresel sorunlar ve eksen 5 işlevselliğin genel değerlendirmesi şeklinde tanımlanmaktadır

DSM-I İlk defa 1952’de yayımlanmıştır.

DSM-II 1968,DSM-III 1980

DSM-IV 2007’de yayımlanmıştır (Jacobson ve Jacobson, 2006)

Son gözden geçirilmiş baskısı **DSM-V** (2013) yılında yayımlanmıştır. DSM-V tanı kodlamaları Çizelge 1.4.1’de gösterilmektedir (Köroğlu, 2013).

Çizelge 1.4.1. DSM-5 Şizofreni Spektrumu ve Diğer Psikotik Bozukluklar
(Schizophrenia Spectrum and Other Psychotic Disorders) Ağacı

TANILAR	TANI KODLARI
Şizotipal (Kişilik) Bozukluk (Schizotypal (Personality) Disorder)	[301.22] [F21]
Sanrısız Bozukluk (Delusional Disorder)	297.1] [F22]
– Kısa Psikotik Bozukluk (Brief Psychotic Disorder)	[298.8] [F23]
– Şizofreniform Bozukluk (Schizophreniform Disorder) [	295.40] [F20.81]
Şizofreni (Schizophrenia)	[295.90] [F20.9]
Şizoaffektif Bozukluk (Schizoaffective Disorder)	
– İkiüçlüTip (BipolarType)	295.70] [F25.0]
– Depresif Tip (Depressive Type)	295.70] [F25.1]
Diğer Bir Tıbbi Duruma Bağlı Psikotik Bozukluk (Psychotic Disorder Due To Another Medical Condition)	[293.81] [F06.2]
– Sanrılarla Giden (With Delusions)	[293.82] [F06.0]
– Halüsinasyonlarla Giden (With Hallucinations)	
Başka Bir Ruhsal Bozukluğa Eşlik Eden Katatoni (Catatonia Associated With Another Mental Disorder)	[293.89] [F06.1]
Başka Bir Tıbbi Duruma Bağlı Katatoni (Catatonia Disorder Due To Another Medical Condition)	[293.89] [F06.1]
– Belirlenmemiş Katatoni (Unspecified Catatonia)	293.89] [F06.1]
Diğer Bir Belirlenmiş Şizofreni Spektrumu ya da Diğer Psikotik Bozukluk (Other Specified Scizophrenia Spectrum and Other Psychotic Disorder)	[298.8] [F28]
Belirlenmemiş Şizofreni Spektrumu ya da Diğer Psikotik Bozukluk (Unspecified Scizophrenia Spectrum and Other Psychotic Disorder)	[298.9] [F29]

Toplum ruh sağlığı merkezlerinin hizmet alanını ICD-10 tanılama sisteminde F20-39 DSM-V tanı sınıflandırmasında da eksen 5 deki ağır ruhsal bozukluklar oluşturmaktadır.

1.4.2. Şizofreni

Şizofreni beynin yapısında, fizyoloji ve kimyasında önemli değişikliklerin olduğu, birçok davranış ve düşünce bozukluğuna neden olan çok sistemli psikiyatrik bir bozukluk olarak tanımlanmaktadır (Yüksel, 2006).

19.yüzyıl ortalarında şizofrenide belirtiler ve seyirler ele alınmaya başlanmıştır. 1852 yılında Morel tarafından bu hastalığa ‘démence précoce’ adını vermiştir. Morel

hastalığın ergenlik döneminde başladığını ve yıkıma neden olduğunu vurgulamıştır. Şizofrenide var olan bir kavramda psikoz kavramıdır.

Psikoz kavramı gerçeklik yaşantısının ve algısının belirgin olarak bozulmasını tanımlamaktadır. Psikoz belirleyicileri zihinsel süreçlerde bir bütünlük kaybı, kişiler arası ilişkilerde bozulma ve işlevsel kapasitede azalmadır (Yüksel, 2006; Doğan, 2002).

Günümüzde şizofreni olguları daha önceki işlevselliğe göre gerileme, birçok psikolojik süreci etkileyen tipik belirtiler, hastalığın aktif döneminde açık psikotik özellikler ve süregenleşme eğiliminin varlığı ile tanılanmaktadır (Yüksel, 2006; Doğan, 2002).

DSÖ'nün farklı ülkelerde yaptığı araştırmalar, özellikle şizofreni yaygınlığının tüm toplumlarda %1 olarak kabul edilmesine neden olmuştur. Şizofrenin özgül belirtileri toplumlarda değişiklik gösterse de herhangi bir insanda bir yıl içinde şizofreni gelişme olasılığının 2000'de 1' dir (Yüksel, 2006).

Dünyada nüfusun %25' i yaşam boyu bir ruhsal hastalık yaşamaktadır. DSÖ'ne göre şizofreni yeti yitimine yol açan on ruhsal hastalıktan biridir (Ensari, 2013).

Şizofreni ruhsal hastalıklar arasında ekonomik yük açısından en ön sırada yer almaktadır. Amerika Birleşik Devletleri'nde yıllık sağlık harcamalarının %2,5'ini oluşturduğu tahmin edilmiştir (Alptekin ve ark., 2014).

“Türkiye Ruh Sağlığı Profili” çalışmasına göre Türkiye’de nüfusun %18’inin yaşam boyu bir ruhsal hastalık geçirdiği, çocuk ve ergenlerde klinik düzeyde sorunlu davranış oranının %11 olduğu belirtilmektedir. Hıfzıssıhha Mektebi tarafından yapılan “Türkiye Hastalık Yüğü” çalışmasında da benzer bulgular ortaya çıkmıştır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2011).

Ancak, yaygınlık araştırmalarına dayalı yakın zamanlı bir meta analiz şizofreni yaygınlığının tüm toplumlarda benzer olmadığını ve muhtemelen incelenen toplumun özelliklerine göre geniş bir aralıkta dağıldığını göstermiştir (Binbay ve ark., 2010).

Türkiye’de sınırlı sayıdaki genel toplum araştırmasının bildirdiği tahminler üzerine yapılan bir sistematik gözden geçirmeye göre şizofreni yaygınlığı 1000 kişide 8,9’dur (Binbay ve ark., 2011a).

Yine de şizofreni için Türkiye’den bildirilmiş hastalık hızı verileri yöntemsel kısıtlılıklar nedeniyle uluslararası karşılaştırmalar için yeterli değildir. Bu nedenle Psikozlarda Gen-Çevre Etkileşimi İçin İzmir Akıl Sağlığı Araştırması (2011) Türkiye’de psikiyatrik epidemiyoloji ile ilgili yeni bakış açıları ve bilgi sağlamak, uluslar arası karşılaştırmalara olanak verecek veriler oluşturmak ve genetik arka planda bulunan riskle ilişki içindeki çevresel etkenlerin etkisini tanımlamak için hayata geçirilmiştir (Binbay ve ark., 2011b).

1.4.3. Bipolar (İki Uçlu) Bozukluk

Bipolar bozukluk mani ve depresyon atakları ile giden bir ruhsal bozukluk olarak tanımlanmaktadır. Tedavide amaç, atak sıklığını, şiddetini ve hastalığın psikososyal sonuçlarını azaltmak ve ataklar arasındaki psikososyal işlevselliği artırmaktır. Bipolar bozuklukta şizofreni gibi yeti yitimine neden olan hastalıklar arasında yer almaktadır (Acar ve Buldukoğlu, 2014).

Ciddi ruhsal bozukluğu olan kişiler işlevsel kapasiteleri ve iyi bir yaşam sürme hallerini güçleştiren belirtiler ve bilişsel sorunlarla birlikte yeti yitimi yaşarlar. Ruhsal hastalıklarda yeti yitimi Amerikan Psikiyatri Birliği tanımına göre “toplumsal, mesleki ve işlevselliğin diğer önemli alanlarında bozulmaya yol açan

belirtiler'' olarak DSM' de geniş bir hastalık kümesi içinde yer almaktadır (Lieberman, 2008).

Yeti yitimi olan ruhsal hastalık tanılı bir kişinin yeti yitimi sınırını belirleyen bazı özellikler tanımlanmaktadır. Bunlar;

- Şizofreni, duygu durum, kaygı bozukluğu ya da yaygın gelişimsel bozukluk tanısı olması
- İki yıl ya da daha uzun süreli tedavi alması
- DSM de yer alan 5. Eksen işlevselliğin genel değerlendirmesine göre 50 puan veya daha az puan alacak düzeyde ileri derecede ruhsal toplumsal işlev bozukluğu olmasıdır.

Ruhsal hastalıklarda iyileşme kavramı kişilerin belirtiler ve bilişsel işlev bozukluklarının etkisiz hale getirilmesi, mesleki ve toplumsal işlevselliğin toplumsal yaşama etkin katılıma izin verecek şekilde iyileşmesidir. Ruhsal iyileşme ile bireyler güçlenme, kendini yönlendirme, özsaygı, kişisel sorumluk ve değer, geleceğe dair umut ve günlük yaşamda doyum hissi kazanınca gerçekleşir (Lieberman, 2008).

Kapsamlı, sürekli, eşgüdümlü, işbirlikçi, hasta yönetimli, kanıta dayalı uygulamalarla ilişkili, hastalığın tipi ve evresi ile uyumlu ve merhametli bir tedavi ve iyileştirim ile psikiyatrik yeti yitimli, hastaların %50'den fazlasında iyileşme gerçekleşebildiği belirtilmektedir (Lieberman, 2008).

Yeti yitimli bireylerde bilişsel, duygusal, toplumsal, zihinsel ve fiziksel becerileri geliştirmek amacıyla hastalara olanak sağlayan kapsamlı, eşgüdümlü, biyo-davranışsal hizmetler kişilerin öğrenmesi çalışması toplum içinde bağımsız bir şekilde yaşaması ve işlevsellik göstermesi için gerekli hizmet özellikleri olarak belirtilmektedir (Lieberman, 2008).

1.5. Toplum Ruh Sağlığı Merkezlerinin Görevleri

2006 da hazırlanan Ulusal Ruh Sağlığı Politika metninde toplum temelli modele geçiş tavsiye edilmiş 2011 yılında yayınlanan Ruh Sağlığı Eylem Planı'na göre de hastane temelli modelden toplum temelli modele geçilmiştir. Bu modelin ilk basamağı olarak TRSM açma kararı Sağlık Bakanlığı tarafından Nisan 2009'da alınmış ve projelendirme sürecine başlanmıştır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2011)

Projeye pilot il olarak Bolu seçilmiştir. Bolu nüfus yapısı görece sabit olan ve diğer sosyo demografik özellikleriyle de Türkiye ortalamasını belirlemek açısından uygun olduğu için tercih edilmiştir. Mayıs 2008'de Bolu Toplum Ruh Sağlığı Merkezi açılmıştır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2011).

Pilot çalışmada ağır ruhsal bozukluğu olan hastaların açılacak olan TRSM'lerden hizmet almaları planlanmıştır. Bu bireyler TRSM tarafından kayıt altına alınıp takip edilmesi, halen hastanelerde yatmakta olan ve ihtiyaı olan hastaların projenin sonraki aşamasında açılacak olan yarı-yol evleri ve korunaklı evlerde kalmasının ve korunaklı işyerlerinde istihdamlarının sağlanması hedeflenmiştir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2011).

Toplum Ruh Sağlığı Merkezlerinin her 200-500 bin nüfusa bir merkez olarak açılması planlanmıştır. Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri bölgesinde bulunan ağır ruhsal rahatsızlığı olan hastaların ve ailelerin bilgilendirildiği, hastanın ayaktan tedavisinin yapıldığı ve takip edildiği, sağaltım, psiko-eğitim, iş-uğraş terapisi, grup veya bireysel terapi gibi yöntemlerin kullanıldığı merkezlerdir. Merkezlerle hastanın toplum içinde yaşama becerilerinin artırılmasını hedeflenmiştir. Psikiyatri klinikleri ile ilişki içinde çalışan ve gerektiğinde mobilize ekiple hastanın yaşadığı yerde takibini yapan birimler olması planlanmaktadır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2011).

TRSM'ler ağır ruhsal bozukluğu olan hastalar için verilen hizmetin ana düzenleyicisi ve kontrol merkezi olarak planlanmıştır. TRSM'lerin yürüteceği iş basamakları da planlanmıştır Bu basamaklar:

Kayıt işlemleri; TRSM' lerin bölgesindeki ağır ruhsal sorunlu hastaların tespiti ve veri tabanına kaydının yapılması işlevini yürütmesi planlanmıştır. Kaydı yapılan bireyler ve/veya yakınları ile iletişime geçerek merkez ve işlevlerinin tanıtılması, merkeze devamı sağlanan bireylerin psikiyatrik ve sosyal profillerinin sosyo demografik veri formu ve ölçeklerle belirlemesi işlevlerini yürüteceği belirtilmiştir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2011).

Takip işlemleri; TRSM' lerin merkeze devam eden bireylerin ilaç tedavilerini düzenli kullanıp kullanmadığı, doğru zamanda ve dozda kullanıp kullanmadığı, yan etki olup olmadığı gibi süreçlerini takip edeceği belirtilmektedir. Ayrıca TRSM'lerin bu işlev basamağında ziyaret edilen hastaların ilaç tedavilerini düzenleyerek tedavi devamlılığını sağlayacağı, gereğinde kolluk kuvvetleriyle iletişime geçeceği belirtilmektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2011).

Eğitim; TRSM' lerin hasta ve hasta yakınlarına hastalık hakkında bilinçlendirici psiko-eğitim vermek, toplum içinde uygulamalar yapmak ve hastalara sosyal beceri eğitimi vermek faaliyetlerini yürüteceği belirtilmektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2011).

Terapi; TRSM' lerin bu işlem basamağında uygun hastalara açık/kapalı grup terapileri düzenlemeleri ve kişilere uygun uğraşlar planlamaları da amaçlanmıştır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2011).

Diğer İşlevler

TRSM' lerin bir diğer görevi yerel yönetimler, yerel yazılı ve görsel medya aracılığı ile toplumu bilinçlendirmek ve damgalama karşıtı çalışmalar yapmak ve yapılan çalışmalar sırasında tespit edilen hastaneye yatış, bakım, çalışacak işyeri ihtiyaçlarına cevap vermek üzere ilgili kurumlarla irtibat kurmak olarak planlanmıştır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2011).

1.6. Toplum Ruh Sağlığı Merkezi Ekibi

Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri Hakkında Yönerge 16.02.2011 tarih ve 7364 sayılı makam onayı ile yürürlüğe girmiştir. Yönergeye uygun olarak merkezde ruh sağlığı ve hastalıkları uzmanı, sosyal çalışmacı, psikolog, hemşire, şoför, iş uğraş terapisti ve/veya usta öğretici, tıbbi sekreter, idari ve teknik personel, temizlik elemanı, güvenlik görevlisi ile ihtiyaç duyulan diğer unvanlarda yeteri kadar personel ilgili mevzuata uygun olarak valilikçe görevlendirilir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2011).

Personelin yeni kurulan merkezlerde çalışmaya başlaması ile birlikte bazı temel bileşenlerin belirlenmesi gereği ortaya çıkmıştır. Bu temel bileşenler toplum temelli ruh sağlığı hizmetlerinin, hedef, hizmet modeli, personel rol ve sorumlulukları, hedeflere ulaşmak için gerekli işlev ve faaliyetler, sağlık sektörü ve diğer sektörlerle işbirliği ve bağlantılardır. DSÖ teknik desteği ile sürdürülen “Engelli Bireyler için Hizmetlerin Geliştirilmesi” projesi kapsamında bir araya gelen ulusal uzmanlar ile uluslararası deneyimin ortak çalışmasının sonucu olarak ortaya çıkan Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri Çalışma Rehberi ortaya çıkmıştır (Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri İçin Çalışma Rehberi, 2013).

Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri İçin Çalışma Rehberi’nde TRSM ekiplerinde psikiyatri uzmanları, hemşireler, sosyal hizmet uzmanları, psikologlar ve ergo terapistleri (uğraş terapistleri) bulunacaktır ifadesi yer almaktadır. Merkezin büyüklüğüne, kaynak durumuna ve bölgedeki nitelikli personel varlığına göre tıbbi personel-diğer sağlık personeli oranı belirlenecektir ifadesi yer almaktadır. Ayrıca rehberde ekipte psikiyatrist liderliği ve desteğinin özel önem arz ettiği belirtilmektedir. Rehberde ekip üyelerinden ergoterapist için ‘geçerliliği olan bir üniversitenin ergoterapi (uğraş terapisi) bölümü diploması olan kişi olarak’ ifadesi tanımlanmaktadır (Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri İçin Çalışma Rehberi, 2013).

Ekip üyelerinin ayrı ayrı ve ortak görevleri ‘‘Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri Hakkında Yönerge’’ ve ‘‘Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri İçin Çalışma Rehberi’’nde ayrıntılı olarak belirtilmektedir. ‘‘Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri İçin Çalışma Rehberi’’ asgari standartlara ve amaçlara ulaşılmasını sağlamak için merkezler arasında belli bir standardizasyon oluşturulması amacına hizmet eden, 2013 yılında oluşturulmuş bir rehberdir. (T.C. Sağlık Bakanlığı ve Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı, 2013)

TRSM’ ler için çalışma rehberinde yer alan bilgilere göre TRSM’ ler, birinci basamak sağlık kurumlarıyla işbirliği içinde hizmetlerini ve gereğinde sevk işlemlerini yürütürler. Yönetmelikçe belirlenen görevleri TRSM ekibi ekip koordinasyon ilkesiyle yerine getirmektedir. TRSM ekibi ortak çalışma ve gereğinde ev ziyaretleri ile hastaların tedaviye katılımını sağlamaktadır. TRSM’den hizmet alan bütün bireyler TRSM’lerde eğitimli tıbbi personel tarafından değerlendirilir, kötü gidişin önlenmesi amacıyla zamanında değerlendirmeler ile tedavi gecikmesi en aza indirilmeye çalışılır. TRSM ekibi gözden geçirme çalışmalarını değerlendirilerek TRSM’den hizmet alanlarla ilgili diğer önemli bilgileri yapılan düzenli ekip toplantılarında tartışarak paylaşırlar. Değerlendirmeler psikiyatrik değerlendirme ve ruhsal durum değerlendirmesini içermektedir. Sonuçlarla ilgili gerektiğinde birey ailesi veya sevk eden birime bilgi verilmektedir (Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri İçin Çalışma Rehberi, 2013).

TRSM ekibi bakım planı geliştirerek çalışmaktadır. Bakım planları hizmet alan hastalar, hastaların ailesi ve TRSM ekibi işbirliğinde hazırlanmaktadır. Bakım planlarında tedavi için çerçeve oluşturularak hedefler belirlenmekte ve hedeflerde kaydedilen ilerlemeler izlenmektedir. Bakım planlarında hedeflere dair zaman aralığı ve başarı göstergelerine yer verilmektedir. Bakım planı sürecinde kaydedilen ilerlemeler hizmet alan ve TRSM ekibi ile düzenli olarak gözden geçirilip gereğinde değişiklikler uygulanmaktadır. Bakım planının temel amacı ağır ruhsal hastalıkla bağlantılı birincil veya ikincil olarak eşlik eden hastalıklar ve engelliliğin de ele alınarak hastanın iyileştirilmesi ve işlevlerini bağımsız yerine getirebilmesi için desteklenmesidir (Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri İçin Çalışma Rehberi, 2013).

TRSM'lerin diğerk bir görevi de etik ve gizlilik durumlarını gözeterek dokümantasyon işlevini yürütmektir (Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri İçin Çalışma Rehberi, 2013).

TRSM'lerde aile desteğı, ilaç tedavisi, fiziksel sağlık hizmetleri gibi müdahaleler TRSM çalışma rehberi ve ilgili yönetmelikler çerçevesinde yapılmaktadır. Ayrıca hastalıkla ilgili bilgilendirici eğitimler ve psikoterapiler yapılmaktadır. Sağaltım hizmetleri çerçevesinde TRSM ekipleri hizmet alanlar için uğraşı aktiviteleri ve eğitim ihtiyaçlarına göre eğitim müdahalesi planlanmaktadır. TRSM ekibi tarafından hizmet alan hastalara günlük yaşam aktivitelerini bağımsız olarak karşılayabilmeleri ve iyilik halinin yükseltilmesi için destek hizmet sağlanmaktadır (Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri İçin Çalışma Rehberi, 2013).

TRSM'ler sosyal içermeye hizmet edecek şekilde çalışmaktadırlar. Sosyal içirme kavramı bireyin toplum içine aktif ve tam katılması, toplumda değerg görmesi farklılıklarına saygı duyulması ve insan onuruna yakışır bir biçimde temel ihtiyaçları karşılanarak yaşayabilmesi anlamına gelmektedir (Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri İçin Çalışma Rehberi, 2013).

Hastalık özyönetim becerilerini edinen hastalar belirtilerini denetlediklerini hissederek güçlenirler. Ağır ruhsal bozukluğu olan bireylere hastalık yönetimi bilgisinin verilmesi ve bu becerilerin öğretilmesi yaşam boyu hastalıklarıyla başa çıkabilmeleri için uygun bir temel sağlamaktadır. Şizofreni ve bipolar bozukluk gibi tekrarlayan bazı hastalıklarda birkaç kez depresme(atak) yaşamış olan kişiler, akut atak dönemlerini tanıyabilmektedirler (Lieberman, 2008).

TRSM ekip çalışanları hizmet alanlarla birlikte geliştirdikleri bireyin hastalık için alevlenme belirtilerinin, gereğinde yapılabilecek müdahalelerin ve erişimi gerekli durumlarda kullanılabilecek bağlantıların olduğu bir plan oluşturmaktadırlar. Bu planın bir örneğı hasta ve ailesine de verilmektedir (Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri İçin Çalışma Rehberi, 2013).

Ayrıca TRSM' ler birinci basamak diğer sağlık hizmeti kurumları, yataklı tedavi kurumları, toplum destek ve sosyal yardım kuruluşları ve kamu kurumları ile iş birliği içerisinde çalışmaktadır. Bu işbirliğinin amacı TRSM hastalarına yönelik hizmetin iyileştirilmesidir (Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri İçin Çalışma Rehberi, 2013).

1.7. Toplum Temelli Ruh Sağlığı Hizmetlerinde Mevcut Durum

Son 30 yılda Avrupa ülkelerinde toplum temelli modelin uygulanmasına geçilmiştir. Değişim İtalya'da başlamıştır. Batı Avrupa ülkelerinde de kısa süre sonra başlamış ve tamamlanmıştır. En son Yunanistan Avrupa Birliği'ne giriş sürecinde ruh sağlığı sistemini değiştirmiştir (Yanık, 24.01.2017).

Doğu Avrupa ülkelerinde de (Bulgaristan ve Romanya gibi) değişim programları yürütülmektedir. Avrupa'da yaşanan bu değişim, hastane temelli ruh sağlığı sisteminden toplum temelli ruh sağlığı hizmet modeline geçilmesi şeklindedir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2011).

1.7.1. Türkiye'de Mevcut Durum

Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı'na göre RSHH' in olduğu yedi il ve Ankara ile İzmir'de toplam dokuz merkezin birinci halka olarak açılması planlanmıştır. Planın ikinci aşaması bu illerle afileye edilen 26 ilden ekiplerin bu merkezlerde eğitilmeleridir.

Üçüncü aşamada kalan 47 ilde TRSM' ler açılacaktır. Son olarak da merkez nüfusu 100 bin ve üstü olan her yerleşim alanında bir merkez olarak toplam 236 TRSM açılması planlanmıştır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2011).

‘‘Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri Hakkında Yönerge’’ Şubat 2011’de yayınlanmış ve uygulaması başlamıştır. 2014 yılı Haziran ayı itibariyle Türkiye’de 60 ilde 77 tescilli Toplum Ruh Sağlığı Merkezi bulunmaktadır (Saruç ve Kaya, 2015)

‘Türkiye’deki Toplum Ruh Sağlığı Merkezlerinin 2013-2015 Yıllarının Profili’ adlı 2016 yılında yayınlanan tanımlayıcı çalışmasında çalışma yapıldığı tarih itibariyle 106 TRSM’ nin açılmış olduğu ve çalışmanın 45 TRSM ile yürütüldüğü belirtilmektedir. Bulgulara bakıldığında fiziksel yerleşim yerine göre merkezlerin %20’sinin Marmara ve Karadeniz bölgesinde, %75,6’sının tek katlı bir bina olduğu, %84,4’ünün bahçeli olduğu ve %60’ının bir hastanenin bahçesinde konumlandığı bulunmuştur. TRSM çalışan dağılımında hemşirelerin dörtte bir oran ile çoğunlukta olduğu belirlenmiştir. TRSM başvuran dağılımı incelenmiş sürekli merkeze gelen %7,8 oranında danışan olduğu bulunmuştur. Merkezlerde verilen hizmetler incelenmiş tüm merkezlerde başvuran ve yakınlarına yönelik eğitim, görüşme ve danışmanlık, uğraş terapisi, ev ziyaretleri, tedavi ve poliklinik hizmetlerinin yürütüldüğü belirlenmiştir. Ayrıca bir merkezde korumalı işyeri olduğu saptanmıştır. Çalışmanın sonuçlarına bakıldığında TRSM’ lerin hızla açılarak hizmet verdikleri ve planlanan sayıya ulaşılacağı belirtilmektedir (Bilge ve ark., 2016).

1.8. Toplum Ruh Sağlığı Hemşireliği

Amerikan Hemşireler Birliği’ne (American Nurses Association-ANA) göre toplum ruh sağlığı hemşiresinin tanımı, ‘‘Toplumun diğer üyeleri ile birlikte ruhsal hastalıkların birincil, ikincil ve üçüncül önleme aşamalarının sürekliliğini sağlayan ruh sağlığı hizmetlerinde tanılama, planlama, uygulama ve değerlendirmeye katılan kişidir (Bağ, 2012).

1773 yılında Amerika’da Virginia Williamsburg’da ilk psikiyatri hastanesinin açılması ile Psikiyatri hemşireliğinin gelişimi başlamıştır. İlk psikiyatri hemşiresi Linda Richards Amerika’daki ilk üniversite mezunu hemşiredir. Richards 1882 yılında Doktor Edward Cowles ile Massachuttes’deki Mc Lean Asylum’da ruhsal

hastalıklara yönelik ilk yasal hemşirelik okulunun eğitimini başlatmıştır İlk psikiyatri hemşireliği ders kitabı “Nursing Mental Disease” 1920 yılında psikiyatri hemşireliği öncüsü olan Harriet Bailey tarafından yazılmıştır (Buzlu ve Özbaş, 2011).

Hildegard Peplau psikiyatri hemşireliği uygulamalarına yönelik ilk teorik yaklaşımı geliştirmiştir. Hildegard Peplau’nun 1952 yılında “Interpersonal Relations in Nursing: A Conceptual Framework for Psychodynamic Nursing” adlı kitabı yayınlamıştır. Peplau bu kitap ile psikiyatri hemşireliği uygulamalarında kişilerarası ilişkiler kavramını ve terapötik hasta-hemşire ilişkisinin önemini ilk kez ortaya çıkarmış ve psikiyatri hemşireleri için ilk kuramsal çatıyı oluşturmuştur (Buzlu ve Özbaş, 2011).

Ülkemizde İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu’nda 1969’da psikiyatri hemşireliği dersleri verilmeye başlanmıştır. Türkiye’de Psikiyatri hemşireliği ile ilgili ilk kitap 1981 yılında Aysel Kumral tarafından Türkçeye çevrilen “Hemşirelikte Ana Psikiyatrik Kavramlar” isimli kitaptır (Buzlu ve Özbaş 2011).

25 Nisan 2007 tarihinde kabul edilen “Hemşirelik Kanunu” nda Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği alanında lisansüstü eğitimlerini tamamlayan hemşirelere uzman hemşire unvanı verildiği ibaresi yer almaktadır (Hemşirelik Kanunu, 2007).

Bu gelişim üzerine Psikiyatri Hemşireleri Derneği’nin çalışmaları sonucu bir yönetmelik taslağı hazırlanarak Sağlık Bakanlığı’na gönderilmiştir. Taslakta psikiyatri hemşireliği alanındaki uzman hemşirelerin görev, yetki ve sorumluluklarına göre alt dallar belirlenmiştir. Bu dallar aşağıdaki gösterilmektedir.

- Psikiyatri Kliniği Sorumlu Hemşiresi,
- Psikiyatri Kliniği Servis Hemşiresi,
- Psikiyatri Kliniği Poliklinik Hemşiresi,
- Acil Psikiyatri Hemşiresi,
- Adli Psikiyatri Hemşiresi,
- Alkol-Madde Bağımlılığı Hemşiresi,

Gero-psikiyatri Hemşiresi,
Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi Hemşiresi,
Psikiyatrik Rehabilitasyon Hemşiresi,
Toplum Ruh Sağlığı Hemşiresi,
Çocuk Ergen Ruh Sağlığı ve Psikiyatrisi Hemşiresi olmak üzere alt dallar belirlenmiştir (Buzlu ve Özbaş, 2011).

8 Mart 2010 tarihinde Resmî Gazete’ de yayımlanan Hemşirelik Yönetmeliği’ne, 19 Nisan 2011 tarihinde Çalışılan Birim/Servis/Ünite/Alanlara göre, hemşirelerin görev, yetki ve sorumlulukları kapsamında ek görev yetki ve sorumluluklar eklenmiştir. Eklenen görev, yetki ve sorumluluklar Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği içerisinde; Psikiyatri Klinik Hemşiresi, Çocuk ve Adölesan Psikiyatrisi Hemşiresi, Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi Hemşiresi, Alkol ve Madde Bağımlılığı Merkezi Hemşiresi görev yetki ve sorumluluklarıdır (Hemşirelik Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik, 2011).

Toplum Ruh Sağlığı Merkezi Hemşiresinin (TRSH) görev, yetki ve sorumlulukları Halk Sağlığı Hemşireliği içerisinde yer almış ve diğer psikiyatri hemşireliği alanındaki uzman hemşirelerin görev, yetki ve sorumlulukları yönetmelikte yer almamıştır (Buzlu ve Özbaş, 2011).

TRSH; toplumun diğer üyeleri ile birlikte ruhsal hastalıkların birincil, ikincil ve üçüncül önleme aşamalarının sürekliliğini sağlayan ruh sağlığı hizmetlerinde tanılama, planlama, uygulama ve değerlendirmeye katılmaktadır (İçel ve ark., 2016).

Türkiye’de ‘Hemşirelik Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik’ 19.04.2011 tarihinde 27910 sayı onayı ile yürürlüğe girmiş, bu yönetmelikte Toplum Ruh Sağlığı Merkezi Hemşiresi: Birey, aile ve toplumun ruh sağlığını koruma, geliştirme ve sürdürmede görev yapan sağlık ekibi üyesi olarak tanımlanmıştır (Hemşirelik Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik, 2011).

TRSH toplum sağığı merkezleri, günlük bakım merkezleri, evsizler için sığınma yerleri ve okullarda çalışmaktadırlar. Bu alanlarda TRSH' leri çeşitli direkt ve dolaylı rollerde fonksiyon görürler. Bu roller direkt ve Dolaylı roller olarak ikiye ayrılmaktadır. Bu roller çizelge 1.8.1'de gösterilmektedir (Kum, 1996).

Çizelge 1.8.1. Toplum ruh sağığı hemşireliğı direkt ve Dolaylı rolleri

Direkt Roller	Dolaylı Roller
Klinisyen, Terapist, Eğitici, Vaka Yöneticisi	Danışman, Vaka Yönetimi, Araştırmacı, Eğitici, Değişimci

Tüm bu bilgiler ışığında, ülkemizde yürütölmekte olan toplum ruh sağığı hemşirelerinin çalışma şekillerinin diğör ölkö koşulları gibi olması istense de mevzuatın sunduğı sınırlarda diğör ölkölerle paralel gitmediğı söylenebilir. Ancak merkez hemşirelerinin var olan hemşirelik mevzuatı doğrultusunda rollerini gerçekleştirme gerektiğı söylenebilir (Pektaş ve ark., 2006; İçel ve ark., 2016).

Türkiye'de TRSM' ler de çalışan hemşireler için klinikte çalışma deneyimi aranmamakta ve diğör kliniklerde çalışmış hemşirelerde görev alabilmektedir (Bağ, 2012; İçel ve ark., 2016).

Yılmaz ve Özcan'ın 2016 yılında yayınlanan psikiyatri hemşireliğinin geleceğı üzerine yaptıkları derlemede Türkiye'de psikiyatri hemşireliğinin geleceğı için öncelikli olarak yapılması gerekenler aşağıdaki gibi özetlenmektedir:

- Psikiyatri hemşirelerinin ruh sağığı yasası oluşturulmasında diğör ruh sağığı profesyonelleri ile birlikte çalışması,
- Psikiyatri alanında yüksek lisans ve doktora programlarını tamamlayan hemşire sayısının artırılması ve bu hemşirelerin büyük kısmının uygulama alanlarında çalışmasının sağlanması,
- Psikiyatri hemşireliğı alanında lisans, yüksek lisans ve doktora eğitimlerinde standart oluşturulması,

- Psikiyatri kliniklerinde çalışan hemşirelerin standart ve merkezi bir sertifika programından geçirilerek yetkinliklerinin artırılmasının sağlanması,
- Psikiyatri hemşirelerinin tercihen doktora eğitimiyle birlikte terapist rollerini geliştirmesi ve terapi eğitimleri alması,
- Konsültasyon liyazon psikiyatrisi hemşireliği alanında yüksek lisans düzeyinde programların açılması ve sayıların artırılması psikiyatri hemşireliğinin geleceği için son derece önemli noktalar olarak belirtilmektedir.

Derlemeye göre bu noktaların gerçekleşmesi psikiyatri hemşireliğini daha görünür kılmakla birlikte ruh sağlığı alanında hemşirelerin katkılarını somut hale getirecektir (Yılmaz ve Özcan, 2016).

1.9. Sağlık Hizmetlerinde Kalite Kavramı

Kalite en genel tanımıyla müşteri beklentilerinin ekonomik ve en uygun bir biçimde karşılanmasıdır. 20. Yüzyıldaki gelişmeler toplam kalite yönetiminin önemini vurgulamıştır. Bu durum önceleri daha çok üretim alanında kullanılan kalite anlayışı hizmet sektöründe de yer bulmuştur (Çavuş ve Gemici, 2013).

Ülkemizde ise 1990'lı yıllarda sağlık sektörü çalışanları kalite kavramı üzerinde durmuştur. 1999 yılında “Sağlıkta Kalite Çalışma Gurubu” gönüllüler tarafından kurulmuştur (Çavuş ve Gemici, 2013).

Sağlık hizmetleri, fiziksel, ruhsal ve toplumsal bakımdan sağlığının korunması, iyileştirilmesi ve bunları yerine getirmede sürekliliği esas alan hizmetleri kapsamaktadır. Sağlık hizmetlerinin amacı toplumun refah seviyesinin ve mutluluğunun geliştirilmesidir.

Sağlık hizmetlerinde kalite kavramını önem kazanmasının nedenleri aşağıda sıralamaktadır. Bu nedenler:

- Sağlıkta kalite konusunda müşterilerin ve diğer paydaşların taleplerinin ortaya çıkması,
- Hastane yönetimlerinin kalite kavramına öncelikle yer vermeleri
- Dünya genelinde sağlık hizmetlerinin kamu tarafından yürütülmesi ve hükümetlerin bu konuda rol oynaması
- Bilimsel ve teknolojik gelişmeler,
- Sağlık hizmetlerinin yaygınlaşması, tanı ve tedavi yöntemlerinin gelişmesi sağlık düzeyi göstergelerindeki olumlu değişimler
- İletişim ağının artması
- Hasta hakları konusunda duyarlılık oluşması ve artması,
- Hekim hataları tartışmalarının yaygınlaşması ve ağır cezaların olması,
- Genel kültür düzeyinin ve kişilerin kendi sağlıklarına verdikleri önemin artmasıdır (Çavuş ve Gemici 2013).

Sağlık hizmeti kalitesi tanımı Donebedian tarafından yapılmıştır. Donebedian'ın tanımına göre sağlık hizmeti kalitesi “Sağlık hizmeti sunumu sürecinde kurumu oluşturan birimlerin ortaya koyduğu yarar ve zarar dengelerinin yargısı sonucunda oluşan maksimum bir iyileşme beklentisidir”(Çavuş ve Gemici, 2013) .

Donabedian sağlık hizmetlerinde kaliteyi 1980 yılında tanımladığı üç temel direk üzerine kurmuştur. Bu üç temel sağlık kuruluşun yapısı, sağlık kuruluşunda olagelen işlemler ve sağlık hizmetlerinde elde edilen sonuçlardır (Çavuş ve Gemici 2013).

Sağlık hizmetlerinin sunumu yönünden kalitenin boyutları altı başlık altında ele alınmaktadır. Bunlar;

Ulaşılabilirlik: Toplumun bütün kesimlerinin hizmetinden yararlanabilmesi

Güvenlik: Sağlık hizmetinin sunumunun yapıldığı bina içerisinde hem iç hem dış tehlikelere karşı tasarlanması ve hastaların, personelin ve ziyaretçilerin tehlike durumunda nasıl davranmalarına ilişkin bilgilendirilmesini esasından oluşmaktadır.

Uygunluk: Hastanın gereksinimlerine uygun tedavi seçilmesi ek tedavilerin uygulanması gerekliliği bilgilendirme yapılması ve oluşabilecek sorunların öngörülmesini kapsamaktadır.

Teknik Kalite: Hizmet sunumun ne kadar iyi olduğu, herhangi bir zarar görüp görmediği gibi durumların değerlendirilmesi ve sonraki hizmetler için göz önünde bulundurulması esasına dayanmaktadır

Tıbbi Etkinlik: Sunulan tedavinin etkililiği, hasta verilen tedaviden fayda görmemişse en azından hastalığın ilerleme durumunun önlenip önlenemediği, hastalık şikâyetlerinin azalıp azalmaması ve hastanın tedavi öncesi ve sonrası psikolojik durumunun değerlendirilmesi gibi hususları sağlamaktadır.

Hasta Tatmini: Hastanın tedavi sürecinden memnun kalıp kalmaması, sağlık kurumundan tekrar hizmet alıp almasına ilişkin kararlarını içermektedir. Hastanın çevresine hizmet aldığı sağlık kuruluşunu tavsiye edip etmeyeceği hususu da tatmin boyutunun bir sonucunu göstergesidir (Çavuş ve Gemici 2013).

Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, yayımlamış olduğu Sağlıkta Kalite Standartları (SKS) Işığında Sağlıkta Kalite isimli kılavuzda 3 ana hedefe odaklanıldığı belirtilmektedir.

1. HEDEF Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanması
2. HEDEF Hasta ve Çalışan Memnuniyetinin Sağlanması
3. HEDEF Etkinlik ve Etkililiğin Sağlanması

Sağlıkta Kalite Standartları'nda ana hedeflere ulaşmak için iki önemli aracın kullanıldığı belirtilmektedir. Bunlar:

- 1.Kalite Yönetim Sisteminin Kurulması
- 2.Ölçüm Kültürünün Yerleştirilmesidir (Çavuş ve Gemici, 2013; Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2012).

Sağlık hizmetlerinde kalite kavramı 1999 yılında oluşmaya başlamış ve zaman içerisinde gelişmeye devam etmiştir (Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2012).

1.10. Sağlık hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi

Toplam Kalite Yönetimi (TKY) tüm kurum içi süreçlerinin sürekli iyileştirilmesi, hizmet alanların istek ve ihtiyaçlarını yerinde tespit edilmesiyle, kurum-müşteri (hasta) memnuniyeti sağlayan katılımcı, bir yönetim stratejisi olarak tanımlanmaktadır (Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2012).

Toplam Kalite Yönetimi (TKY) kavramı toplam kalite ve yönetim unsurlardan oluşmaktadır. Kavram ilk olarak 1980’lerde üretim endüstrisinde kullanılmış daha sonra diğer sektörlere yayılmıştır. Sağlık hizmetleri açısından TKY, hastalar, yöneticiler ve çalışanların birbirleriyle işbirliği halinde ürün/hizmet kalitesinde artış sağlaması şeklinde ifade edilmektedir (Zerenler ve Ögüt, 2007).

1.10.1 Başvuran (Hasta) Memnuniyeti Kavramı

TKY uygulamalarında sağlık hizmeti sunumundaki kalitenin önemli bir boyutu olarak “hasta tatmini/memnuniyeti” ele alınmıştır. Yapılan araştırmalar da hasta memnuniyetinin sağlık kalitesinin önemli bir göstergesi olduğu görüşünü desteklemiştir. Hasta memnuniyeti, hastanın değer ve beklentilerinin ne düzeyde karşılandığı konusunda bilgi veren bir unsurdur. Hasta memnuniyeti hastaların almış oldukları sağlık hizmeti veya tıbbi bakımla ilgili beklentilerini içeren daha çok hastaların algılamalarına dayanan bir kavram ve bakımın kalitesini gösteren temel bir ölçüttür (Kırılmaz, 2013).

Hasta memnuniyetini etkileyen faktörler hasta-doktor ilişkisi, hasta-hemşire ilişkisi, bilgilendirme, beslenme hizmetleri, fiziksel koşullar, çevresel koşullar, güven, ücret ve bürokrasidir (Kırılmaz, 2013; Çavuş ve Gemici, 2013).

Hasta memnuniyetini etkileyen diğer faktörler Hastanın geçmiş deneyimleri, arkadaşları aracılığıyla edindiği bilgiler, yaşı, cinsiyeti, eğitim düzeyi, sosyal statüsü, sağlık durumu tanısı hastanın kendi sağlık durumunu algılayışı yazılı ve sözlü basın aracılığıyla edindiği beklentileri olarak belirtilmektedir (Zaim ve Tarım, 2010; Kırılmaz, 2013).

Sağlık hizmetlerinde hasta memnuniyetinin yaratılmasına yönelik yedi kalite özelliği Donebedian tarafından açıklanmıştır. Bunlar etkinlik, etkililik, verimlilik, en uygun olma, kabul edilebilirlik, yasallık ve eşitlik özellikleridir (Çavuş ve Gemici, 2013).

1.11. Sağlık Hizmetlerinde Yaygın Kullanılan Kalite Ölçüm Modelleri

Literatür incelendiğinde, hizmet kalitesinin ölçümüne dair ilk modelin Grönroos (1984) tarafından önerildiği görülmektedir. Literatürde yaygın kabul göre diğer iki ölçüm modeli ise SERVQUAL ve SERPERF Modelleridir. SERVQUAL Modeli, Parasuraman ve arkadaşları tarafından 1988 yılında geliştirilmiştir. SERPERF Modeli ise Cronin ve Taylor tarafından 1992 yılında geliştirilmiştir (Bülbül ve Demirer, 26 Ocak 2016).

1.11.1. Grönroos Modeli

1984 yılında Christian Gronroos bir hizmetin toplam kalitesinin üç bileşenin olduğunu açıklamıştır. Bunlar; teknik kalite (teknik boyut), işlevsel kalite (fonksiyonel boyut) ve firma imajıdır (imaj boyutu) .

Bu bileşenler aşağıdaki gibi açıklanmaktadır.

Teknik boyut tüketicinin ne hizmet aldığı sorusunun cevabıdır.

Fonksiyonel boyut hizmeti nasıl aldığı sorusunun cevabıdır.

İmaj boyutu tüketicilerin hizmet sunan organizasyonu nasıl algıladıklarının sonucudur (Caner ve Külçü, 2016; Devedakan ve Aksaraylı, 2003).

1.11.2. SERQUAL Modeli

Parasuraman, Zeithaml, ve Berry tarafından 1985 yılında hizmet sektörleri arasında kullanılmaya elverişli standart bir ölçüm aracı geliştirmek için bir dizi çalışma yapmışlardır. Yaptıkları ilk çalışmalarında beş ayrı hizmet sektöründen son 3 ay içerisinde hizmet alan tüketicilerden eşit sayıda kadın ve erkek 200 kişilik bir popülasyonla çalışarak tüketici beklenti ve algılarını ayrı ayrı hesaplamışlardır. Bu çalışmalar doğrultusunda araştırmacılar müşteri bakış açısıyla çalışan işletmelerin algılanan hizmet kalitesini ölçen SERVQUAL ölçeğini oluşturmuşlardır (1988) (Rahman ve ark.2007, Parasuraman ve ark., 1991).

1988’de oluşturulan bu SERVQUAL ölçeği on hizmet kalitesi boyutundan yararlanılarak 97 madde olarak belirlenmiştir. Ölçeğin birinci kısmında tüketicilerin belli bir hizmet sektörü için algıladıkları hizmet kalitesi, ikinci kısmında ise belli bir hizmet sektörünün belli bir şirketi için algılanan hizmet kalitesi ölçülmekte ve şirket ismi kesinlikle belirtilmektedir. Ayrıca geliştirilen bu ölçekte literatürde yer alan bilgiler doğrultusunda yarı yarıya pozitif ve negatif ifadeler yer verilmiştir (Parasuraman ve ark., 1991; Rahman ve ark 2007).

Literatür incelendiğinde algılanan hizmet kalitesinin hesaplanması aşağıdaki gibi olduğu görülmektedir.

Algılanan hizmet kalite = algılanan hizmet – beklenen hizmet

Her bir soru önermesine yedili likert üzerinden beklenti ve algılama maddelerine verilen puanların karşılıklı olarak farkının alınmasıyla her bir soru önermesi için -6 ile +6 arasında değişen SERVQUAL skorları hesaplanmıştır (Rahman ve ark., 2007)

SERVQUAL skor hesaplaması;

SERVQUAL puanı = algılama skoru – beklenti skoru olarak formüle edilmiştir (Parasuraman ve Ark., 1991).

Bu hesaplamalara göre yapılan puanlama ve analizler sonucunda araştırmacılar ölçeği geliştirerek 10 hizmet kalitesi boyutunu irdelleyerek 5 boyuta indirgemişlerdir. Bu analizler sonucunda ölçeğin soyu sayısı da 22'ye indirgenmiştir (Rahman ve ark., 2007)Parasuraman, Zeithaml ve Berry'e göre söz konusu bu 5 hizmet kalitesi boyutu bir iskelet oluşturmakta ve gerektiğinde başka hizmet organizasyonlarına adapte edilebilmektedir. Bu hizmet kalitesi boyutları aşağıda açıklanmaktadır.

Fiziksel özellikler (Tangibles): Hizmet sunan kuruluşun fiziksel olanakları, araç gereç ve personelin görünüşü

Güvenilirlik (Reliability): Söz verilen hizmeti doğru ve güvenilir bir şekilde yerine getirebilme yeteneği.

Heveslilik (Responsiveness): Müşterilere yardım etme ve hizmetin hızlı bir şekilde verilmesi.

Güven (Assurance): Çalışanların bilgili ve nazik olması ve müşterilerde güven duygusu uyandırabilme becerileri

Empati (Empathy): Kurumun kendisini müşterilerinin yerine koyması, müşterilere kişisel ilgi gösterilmesi.

Çizelge 1.11.1. SERVQUAL alt boyutlara göre soru dağılımı

Boyutlar	Her Boyuta Düşen Soru Sayısı
Fiziksel Özellikler	1-3
Güvenilirlik	4-6
Heveslilik	7-9
Güven	10-13
Empati	14-15

Zeithaml ve arkadaşları 1990 yılında SERVQUAL ölçeğinin boyutları ve her bir boyuta düşen soru maddesi çizelge 1.11.1’de gösterilmektedir Parasuraman, Zeithaml ve Berry 1991 yılında SEVQUAL ölçeğin tekrar değerlendirerek üzerinde birtakım düzeltmeler yapmışlardır (Parasuraman ve arkadaşları, 1991). Araştırmacılar yaptıkları düzeltme çalışmalarında üç farklı hizmet sektöründe (telefon tamirciliği, bireysel bankacılık, sigorta hizmetleri) firmaların algılanan hizmet kalitesini ölçmeyi amaçlamışlardır. Araştırmacılar istatistiksel analizler sonucunda 1988 yılında geliştirdikleri orijinal ölçeklerinin tüm olumsuz ifadelerini olumlu ifadelere çevirmişlerdir. Bu değişikliğin nedeni ise olumsuz ifadelerin katılımcıların kafasını karıştırarak hizmet kalitesini düşürdüğüünün belirlenmesidir. Ölçekte yapılan bir diğer değişiklik ise müşteri bakış açısı ile hizmet kalitesi boyutlarının önem derecelerini tespit etmek için 100 puanlık bir hizmet derecesi önem değerlendirmesi yapılmasının istenmesi olmuştur. Araştırmacıların yaptığı bu son değişiklikler ile SERVQUAL ölçeği 1991 yılında son halini almıştır (Akın 2004, Babakus ve Mangold, 1992).

Parasuraman, Zeithaml ve Berry 1991 yılında SEVQUAL ölçeğin tekrar değerlendirerek üzerinde bir takım düzeltmeler yapmışlardır (Parasuraman ve Ark., 1991).

Araştırmacılar yaptıkları düzeltme çalışmalarında üç farklı hizmet sektöründe (telefon tamirciliği, bireysel bankacılık, sigorta hizmetleri) firmaların algılanan hizmet kalitesini ölçmeyi amaçlamışlardır. Araştırmacılar istatistiksel analizler sonucunda 1988 yılında geliştirdikleri orijinal ölçeklerinin tüm olumsuz ifadelerini olumlu ifadelere çevirmişlerdir. Bu değişikliğin nedeni ise olumsuz ifadelerin katılımcıların kafasını karıştırarak hizmet kalitesini düşürdüğüünün belirlenmesidir. Ölçekte yapılan bir diğer değişiklik ise müşteri bakış açısı ile hizmet kalitesi boyutlarının önem derecelerini tespit etmek için 100 puanlık bir hizmet derecesi önem değerlendirmesi yapılmasının istenmesi olmuştur. Araştırmacıların yaptığı bu son değişiklikler ile SERVQUAL ölçeği 1991 yılında son halini almıştır (Akın 2004; Babakus ve Mangold, 1992, Parasuraman ve Ark., 1991).

SERVQUAL ölçeği son hali ile iki kısımdan oluşmaktadır. Birinci kısımda, bireylerin hizmetlerle ilgili beklentilerini ölçmeye yarayan beş kalite boyutuyla ilgili 22 madde yer almaktadır. İkinci kısımda ise aynı boyutlar ve boyutlara ilişkin 22 madde hizmet sunan kurum için hizmet algısını ölçmeyi amaçlamaktadır. Ayrıca ölçekte müşteri algılarını ölçmeden önce beş hizmet kalitesi boyutuyla ilgili ifadelerle boyut ismi belirtilmeden yer verilmekte ve müşterilerden boyutlara verdikleri önem derecelerine göre 10 puanın bu boyutlara paylaştırılması istenmektedir. Beklentiler ve algılar arasındaki fark ile algılanan SERVQUAL skorları sayesinde; kalite boyutları bazında, boyutları oluşturan maddeler için ve hizmet sunan işletmenin algılanan toplam kalitesi için bir değerlendirme yapmak mümkündür. Bu değerlendirmeler ışığında kalite değerlendirmesi yapan kurum kalite algılarının düşük olduğu boyutlara önem vererek hizmeti geliştirme yoluna gidebilmektedir. SERVQUAL ölçeğinin diğer kullanım alanları Zeithaml ve diğerlerinin 1990 çalışmasına göre aşağıdaki gibi belirtilmektedir.

- Firmaların müşteri beklenti ve algılarının aynı zamanlarda karşılaştırılması.
- Firmaların SERVQUAL skorlarını rakip firmaların SERVQUAL skorları ile karşılaştırması
- Kalite algısı farklı olan farklı müşteri kesimlerinin incelenmesi
- İç müşterilerin kalite algılarının değerlendirilmesi

Sağlık sektöründe SERVQUAL ölçeği sağlık işletmesi kullanıcılarının algıladıkları hizmetin kalitesini ölçmede bir standart olarak kullanılmaktadır (Devebakan ve Aksaraylı, 2003).

Babakus ve Mangold tarafından yapılan çalışmada hastane ortamında hastaların hizmet kalitesine yönelik algılarını ölçmek üzere ilk kez SERVQUAL ölçeği kullanılmış ve ölçeğin hastane hizmetleri açısından geçerlilik ve güvenilirliği yapılmıştır (Akın, 2004; Babakus ve Mangold 1992).

Türkiye’de sağlık hizmetlerinde bir standart ölçek olarak kullanılan SERVQUAL ölçeğinin geçerlilik güvenilirliği Devecan ve Aksaraylı tarafından (2003) ‘Sağlık Hizmetlerinde Algılanan Hizmet Kalitesinin Ölçümünde SERVQUAL Skorlarının Kullanımı ve Özel Altınordu Hastanesi Uygulaması’ adlı çalışmada yapılmıştır (Akın, 2004, Devecan ve Aksaraylı, 2003).

1.11.3. SERPERF Modeli

SERPERF Modeli Cronin ve Taylor tarafından 1992 yılında önerilmiştir.

SERVQUAL modelinin hizmet kalitesini ölçmede yeterli olmadığını savunan Cronin ve Taylor SERVQUAL’e alternatif bir model olarak SERPERF’i önermişlerdir (Bülbül ve Demire, 26 Ocak 2016).

Bu model SERVQUAL ölçeğini oluşturan 22 soruyu kullanmaktadır. SERVQUAL modelinden farklı olarak hizmet kalitesinin sadece performansın (algılamaların) bir fonksiyonu olduğunu savunmaktadır. SERPERF modeline göre hizmet kalitesi performansa eşittir ilkesi geçerlidir. Özetle SERPERF modeline göre hizmet kalitesinin ölçülebilmesi için hizmet performansının ölçülmesi yeterli görülmektedir (Bülbül ve Demire, 26 Ocak 2016).

2. GEREÇ VE YÖNTEM

2.1. Araştırmanın Tipi

Araştırma tanımlayıcı tipte planlanmıştır.

2.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma, İstanbul İli Güngören ilçesinde yer alan T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu İstanbul İli Bakırköy Bölgesi Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma hastanesine bağlı Güngören Toplum Ruh Sağlığı Merkez’inde 01 Ocak 2013- 30 Temmuz 2013 tarihleri arasında yürütülmüştür.

2.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evreni olarak İstanbul İli Güngören ilçesinde yer alan Güngören Toplum Ruh Sağlığı Merkezinden hizmet alan şizofreni veya bipolar hastalık tanısına sahip bireyler ve bu bireylerin bakımını üstlenen birer yakını alınmıştır. Araştırmaya merkezden en az bir aydır hizmet alıyor olan birer hasta (başvuran) ve yakını (başvuran yakını) dahil edilmiştir. 106 başvuran ve yakınına ulaşılmış ancak altı başvuran ve yakınının araştırmaya katılmaktan vazgeçmesi veya katılmak istememesi nedeniyle toplam 100 başvuran ve yakınına ulaşılabilmiştir (n=200)

Beklenen ve algılana hizmet kalitesiyle ilgili yapılan SERVQUAL ölçeğinin kullanıldığı araştırmalarda bulunan minimum ve maksimum SERVQUAL skorları aşağıda belirtilmiştir.

Minimum SERVQUAL skoru	0,10
Maksimum SERVQUAL skoru	0,98

Bu araştırma için ortalama 0,70 SERVQUAL skoru kabul edilerek yapılan G Power hesaplaması yapılmıştır. G Power programında, tip I hata 0,05, tip II hata 0,05 alınmış, t testi kullanılarak hesaplanan örneklem büyüklüğü, 0.95 güven aralığında 76 olarak bulunmuştur.

T-Test Güç Analizi hesaplamasında Alfa değeri 0.05 ve güç=0.80 alınmış, her grupta n=76 kişi alınması yeterli bulunmuştur.

2.3.1. T.C Sağlık Bakanlığı İstanbul Güngören Toplum Ruh Sağlığı Merkezi

Merkez, İstanbul Güngören’de ikamet etmek kaydıyla hastane, kaymakamlık veya diğer kurum ve kuruluşlarca yönlendirilen ya da kendi isteğiyle merkeze başvuran ruhsal bozukluğa sahip hastalara ve yakınlarına hizmet sunmaktadır. Merkezde ilgili yönetmelikler gereği şizofreni ve bipolar bozukluk tanılı hastalara hizmet sunulmaktadır. Merkez 2012 yılı Ekim ayında faaliyete geçmiş olup Nisan 2013 itibariyle üye sayısı 100’e ulaşmıştır. Araştırma 01 Ocak 2013 ila 30 Temmuz 2013 tarihleri arasında yürütülmüştür

2.3.2. Araştırmaya katılma (dâhil olma) ölçütleri

Araştırmaya T.C Sağlık Bakanlığı Güngören Toplum Ruh Sağlığı Merkezi’nden hizmet alan kişilerden:

- Araştırmaya katılmayı kabul edenler
- En az bir aydır hizmet alanlar
- Rutin kontrollerine gelenler

- Rutin kontrollerine gelmeyen gelemeyen kişilerden iki kez telefonla aranması sonucunda merkeze gelenler

- İki kez telefonla aranmasına rağmen merkeze gelmeyen gelemeyenlerden randevu alınması şartı ile en fazla iki kez yapılacak ev ziyareti ile ulaşılabilinenler

- Hizmet alan hastaların onlara bakmakla yükümlü bir yakınları, birden fazla yakını var ise bakımında diğerlerine oranla daha çok sorumluluk alan yakını araştırmaya dâhil edilmiştir.

2.3.3. Araştırma dışı bırakılma ölçütleri:

Araştırmaya T.C Sağlık Bakanlığı İstanbul Güngören Toplum Ruh Sağlığı Merkezinden hizmet alan kişilerden:

- Araştırmaya katılmayı kabul etmeyenler
- Ölüm, göç gibi nedenlerden dolayı ulaşılamayanlar
- Araştırmanın veri toplama aşamasında hastanede yatarak tedavi görenler
- İki kez arama, iki ev ziyaretine rağmen ulaşılamayan kişiler araştırma dışı bırakılmıştır.

2.4. Araştırmanın hipotezleri

SERVQUAL hizmet kalitesi ölçeği birinci basamak sağlık hizmeti sunan toplum ruh sağlığı merkezlerinde hizmet kalitesinin ölçümü için uygun bir ölçektir varsayımıyla;

- 1) Başvuran tarafından algılanan hizmet kalitesi ile yakınları tarafından algılanan hizmet kalitesi arasında fark vardır.
- 2) Başvuran ve yakını tarafından algılanan hizmet kalitesi, araştırmada ele alınan bazı bağımsız değişkenlerle ilişki göstermektedir.

Başvuran ve yakını için;

- Kişilerin yaşı ile hizmet kalite puanı arasında bir ilişki vardır.
- Kişilerin cinsiyeti ile hizmet kalite puanı arasında bir ilişki vardır.
- Kişilerin eğitim durumu ile hizmet kalite puanı arasında bir ilişki vardır.
- Kişilerin medeni durumu ile hizmet kalite puanı arasında bir ilişki vardır
- Kişilerin çalışma durumu ile hizmet kalite puanı arasında bir ilişki vardır.
- Kişilerin sosyal güvence varlığı ile hizmet kalite puanı arasında bir ilişki vardır.

Başvuran için:

- Kişilerin tanısı ile hizmet kalite puanı arasında bir ilişki vardır.
- Kişilerin tedaviye başlama zamanı ile hizmet kalite puanı arasında bir ilişki vardır.
- Kişilerin tedaviye uyumu ile hizmet kalite puanı arasında bir ilişki vardır.

2.5. Araştırmanın bağımlı ve bağımsız değişkenleri:

Araştırmanın bağımlı değişkeni SERVQUAL ölçeğinden elde edilen algılanan hizmet kalitesi puanıdır. SERVQUAL ölçeği algılanan hizmet kalitesini fiziksel özellikler, güvenilirlik, heveslilik, güven ve empati olmak üzere beş alt boyutta incelemektedir. Araştırmada her hasta (başvuran) ve birer yakını (başvuran yakını için SERVQUAL ölçeğinden elde edilen algılanan hizmet kalitesi puanları elde edilecektir. Bu puanlar toplam beş alt boyutta değerlendirilecektir.

Araştırmada hastalar ve yakınları için ayrı bağımsız değişkenler tanımlanmaktadır. Bu bağımsız değişkenler aşağıda Çizelge 3,4.1’de

gösterilmektedir. Çizelgeye göre yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum, çocuk sahibi olma ve çocuk sayısı, gelir getiren bir işte çalışma durumu, sosyal güvencesinin varlığı ve fiziksel hastalık durumu başvuran ve başvuran yakını grup için ortak bağımsız değişkenlerdir.

Ayrıca başvuranların yaşadığı yer, ailede hastalık öyküsü, madde kullanımı, hastalık tanısı, tanının, başlangıç yaşından tedaviye geçen süre, eşlik eden başka tanılar olma durumu, tedavi/kontrollerine uyum, hastalık seyri özellikleri ve geleneksel tedaviye başvurma diğer bağımsız değişkenlerdir.

Çizelge 2. 5. 1. Araştırmada Başvuran ve Yakınları İçin Bağımsız Değişkenler

Merkeze başvuran kişiler için bağımsız değişkenler	Merkeze başvuran yakınları için bağımsız değişkenler
Yaş Cinsiyet Eğitim durumu Medeni durum Çocuk sahibi olma ve çocuk sayısı Gelir getiren bir işte çalışma durumu Sosyal güvencesinin varlığı Fiziksel hastalık durumu	Yaş Cinsiyet Eğitim durumu Medeni durum Çocuk sahibi olma ve çocuk sayısı Gelir getiren bir işte çalışma durumu Sosyal güvencesinin varlığı Fiziksel hastalık durumu
Merkezden hizmet alan hastalar için diğer bağımsız değişkenler	
Yaşadığı yer Ailede ruhsal hastalık öyküsü Hastalık nedenli şiddet davranışı Hastalık nedenli adli olay yaşama durumu Madde kullanımı Hastalık tanısı Tedaviye başlama zamanı Eşlik eden başka tanılar olma durumu Tedaviye ve kontrollerine uyum Hastalık seyri özellikleri Geleneksel tedaviye başvurma durumu	

2.6. Veri Toplama Aracı ve Yöntemi

Veri toplama aracının başvuran bireyler için birinci bölüm başvuran bilgi formu ve ikinci bölümü ise SERVQUAL Ölçeği” nden oluşmaktadır (Bakınız Ek-2 ve Ek-5). Başvuran yakını için de birinci bölüm başvuran bilgi formu ve ikinci

bölümü ise SERVQUAL Ölçek” ten oluşmaktadır (Bakınız Ek-4 ve Ek-5). Veri formlar yüz-yüze yöntemle araştırmacı tarafından uygulanmıştır. Araştırmaya katılan tüm katılımcılardan bilgilendirilmiş gönüllü onam formu ve onayları alındıktan sonra katılımcılar araştırmaya dâhil edilmiştir.

Araştırma da kullanılan veri toplama araçları aşağıda listelenmiştir.

Bilgilendirilmiş gönüllü onam formu başvuran için (bakınız Ek-1)

Başvuran için kişisel bilgi formu (bakınız Ek -2)

Bilgilendirilmiş gönüllü onam formu başvuran yakını için (bakınız Ek-3)

Başvuran yakını için kişisel bilgi formu (bakınız Ek-4)

SERVQUAL ölçeği (bakınız Ek-5)

Başvuran soru formunun birinci bölümü katılımcıların başvuranlar için demografik özellikleri, eğitim ve mesleki bilgileri, sosyal güvence durumları, birlikte yaşadığı kişiler, hastalık tanısı, ailevi öykü, madde kullanım öyküsü, şiddet öyküsü, hastalık seyri, hastalığa paralel yaşantısı ile ilgili 33 sorudan oluşmaktadır. Başvuran bilgi formu TRSM hasta bilgi formları referans alınarak düzenlenmiştir.

Başvuran yakını soru formunun birinci bölümü başvuran yakını için demografik özellikleri, eğitim ve mesleki bilgileri, sosyal güvence durumları, kronik hastalık varlığı, ailevi hastalık öyküsü ile ilgili 22 sorudan oluşmaktadır. Başvuran bilgi formu referans alınarak düzenlenmiştir.

Soru formunun ikinci bölümünde “SERVQUAL Beklenti ve Algı Hizmet Kalitesi Ölçeği ” kullanılmıştır. Ölçek üç kısımdan oluşmaktadır.

Ölçeğin birinci kısmında TRSM’ den hizmet alan başvuran ve başvuran yakınlarının söz konusu hizmete yönelik beklentilerini ölçmeye yönelik soru önermeleri bulunmaktadır.

Ölçeğin ikinci kısmında başvuran ve başvuran yakınları tarafından 100 tam puanın paylaşılmasıyla hizmet kalitesinin beş boyutta değerlendirildiği kısım

bulunmaktadır. Bu puanlama hizmet kalitesi boyutlarının başvuran ve yakını bakış açısıyla önem derecesini tespit etmeye yöneliktir.

Ölçeğin üçüncü kısmında birinci bölümdeki soru önermelerinin aynısı hizmet sunan Güngören TRSM' nin hizmetlerine yönelik algılamalarını (kurum performansı) ölçmeye yönelik soru önermeleri bulunmaktadır. İkinci kısımdaki soru önermelerinde toplum ruh sağlığı merkezinin ismi kesinlikle belirtilmektedir. Ayrıca ölçekte boyutların olduğu soru önermelerinden hangisi sizin için en önemlidir ve en az önemlidir şeklinde iki soru bulunmaktadır Ayrıca geliştirilen bu ölçekte literatürde yer alan bilgiler doğrultusunda yarı yarıya pozitif ve negatif ifadelere yer verilmiştir.

Her madde için “kesinlikle katılıyorum ve “hiç katılmıyorum” derecelendirmelerinden oluşan beş dereceli yanıt seçenekleri mevcuttur. Ölçeğin açıklama kısmında da belirtildiği gibi katılımcılar her alt boyut sorularına soru önermesinde belirtilen özelliğin bir toplum ruh sağlığı merkezinin mükemmel hizmet vermesi için mutlaka gerekli olmadığını düşünüyorsa “1” rakamını, mutlaka gerekli olduğunu düşünüyorsa “5” rakamını işaretlemişlerdir. Ayrıca düşünceleriyle orantılı ara değerler olan; 2, 3 ve 4’ü de işaretlemişlerdir.

SERVQUAL puanı = algılama puanı – beklenti puanı olarak belirlenmektedir SERVQUAL puanı -4 ile +4 arasında değişmektedir. Pozitif değerler, başvuran beklentilerinin aşıldığı ve başvuranların sağlık hizmetlerine yönelik kalite algısının yüksek olduğu yorumu ortaya çıkarabilmektedir.

SERVQUAL puanının negatif olması durumunda, başvuran beklentilerinin karşılanmadığı ve başvuranların sağlık hizmetlerine yönelik kalite algısının düşük olduğu anlamı ortaya çıkmaktadır

SERVQUAL puanının sıfır olması durumunda ise, başvuran beklentilerinin en azından karşılandığı ve sağlık kuruluşunun algılanan hizmet kalitesinin “tatminkâr” olduğu sonucu ortaya çıkmaktadır.

SERVQUAL puanlarının yorumlanmasında bir diğer önemli konu ise sağlık kuruluşlarının algılanan hizmet kalitesini değerlendirmede hesaplanan negatif ve pozitif skorların derecesidir. SERVQUAL puanının + 4'e yaklaşması başvuran beklentilerinin yüksek düzeyde karşılandığı anlamına gelirken, puanın - 4'e yaklaşması durumunda ise başvuran beklentilerinin hiç karşılanmadığı sonucu çıkartılabilmektedir

Eşit ağırlıklı SERVQUAL puanı (Unweighted SERVQUAL Score) daha önce hesaplanan kalite boyutları skorlarının toplanıp beşe bölünmesiyle elde edilmektedir.

Ağırlıklı toplam SERVQUAL puanı hesaplaması ise (Weighted SERVQUAL Score) SERVQUAL ölçeğinin ikinci kısmında, başvuranların her bir kalite boyutuna verdikleri puanların 100 'e oranlanması ile elde edilen katsayı ile yapılmaktadır. Elde edilen katsayı, ilgili kalite boyutunun SERVQUAL puanı ile çarpılıp, elde edilen toplam beşe bölünür.

Ölçeğin Cronbach Alpha değerleri aşağıda belirtilmiştir. Alpha değerlerine bakıldığında ölçeğin güvenilir olduğu söylenebilir. Beklenti ve algılar için Cronbach Alpha değerleri çizelge de görülmektedir.

Çizelge 2.6.1. SERVQUAL Ölçeği Güvenirlik Analizi

Gruplar	C. Alpha	
	Beklenti	Algı
Başvuran	0,873	0,854
Başvuran yakını	0,860	0,855
Tüm olgular	0,867	0,854

2.7. Araştırmanın Etik Yönleri

- Araştırmanın yürütüleceği Toplum Ruh Sağlığı Merkezi'nin bağlı bulunduğu kurum olan T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu İstanbul İli Bakırköy Bölgesi Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Etik Kurulu'ndan etik kurul onayı alınmıştır.

- Çalışmaya katılan başvuran ve çalışmaya katılan başvuran yakınlarından bilgilendirilmiş yazılı onam alınmıştır.
- Çalışmaya katılma ya da katılmamaya karar vermede özgür oldukları, katılmalarını herhangi bir noktada sonlandırabilecekleri, bilgi vermeyi reddetme ve “**otonomi**” ilkesine saygı gösterilmiştir.
- Kendilerinden alınan bireysel bilgilerin araştırıcının dışında başka hiç kimseye açıklanmayacağı ya da bilgilere başkalarının ulaşmasına izin verilmeyeceği konusunda güvence verilerek “**sadakat-gizlilik**” ilkesine bağlı kalınmıştır.
- “**Zarar vermeme- yarar sağlama**” ilkesine özen gösterilerek bireylerin bakım ve tedavilerinde risk oluşturan durumlardan korunmaları, bakım ve tedavinin aksatılmadan sürdürülmesi sağlanmıştır.

2.8. Verilerin Değerlendirilmesi

Verilerin analizi SPSS for Windows 20 paket programında yapılmıştır. Tanımlayıcı istatistikler sürekli sayısal değişkenler için ortalama $\pm$ standart sapma (minimum – maksimum) olarak, kategorik değişkenler ise kişi sayısı ve yüzde olarak gösterilmiştir

Araştırmada başvuran ve yakınları ortak tanımlayıcı özellikleri yüzdeler arası farklar Kikare testi ile, ortalamalar arası farklar dağılım normal dağılıma uygun olmadığı için Wilcoxon-Mann-Whitney U testi ile, SERVQUAL ölçek puanları arasındaki ilişki Kruskal Wallis korelasyon analizi kullanılarak değerlendirilmiştir. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p < 0,05$ olarak kabul edilmiştir.

2.9. Araştırmada Karşılaşılan Gler ve Kısıtlılıklar

Soru formlarının doldurulması aşamasında başvuran ve başvuran yakınlarının ankete yönelik anlaşılmayan soruları olabileceği düşünüldüğünden merkeze araştırmacı tarafından gidilmiş, formlar sadece araştırmacı tarafından yüz yüze yapılmıştır.

Araştırma T.C Sağlık Bakanlığı İştambul Güngören Toplum Ruh Sağlığı Merkezi'nden elde edilen bulguları yansıtacaktır. Araştırma sonuçları sadece araştırmanın yürütüldüğü dönem için merkeze olan başvurulara genellenecektir.

3.BULGULAR

İstanbul Güngören Toplum Ruh Sağlığı Merkezi'nden hizmet alan, şizofreni ve bipolar bozukluk tanısı ile izlenen kişiler ve bu kişilerin bakımını üstlenen yakınlarının, SERVQUAL ölçeği ile merkezden bekledikleri hizmetin kalitesinin ve algılanan hizmet kalitesinin değerlendirilmesi amaçlanan çalışma kapsamında 100 başvuran ve 100 başvuran yakınına ulaşılmıştır. Bulgular bölümünde ilk aşamada çalışmaya katılan hizmet kullanıcılarının başvuran ve yakını iki grup olarak ve başvuranların diğer tanımlayıcı özellikleri ele alınacaktır.

3.1. Araştırmaya Katılanların Tanımlayıcı Özellikleri

Araştırmaya katılan 200 kişinin yarısı (n=100 kişi) TRSM'nden hizmet alan, şizofreni ve bipolar bozukluk tanısı ile izlenen kişiler, yarısı (n=100 kişi) bu kişilerin bakımını üstlenen yakınlarıdır.

Yaş ortalamaları başvuranların $41,77 \pm 11,2$ (minimum:20, maksimum:69) iken yakınlarının $49,35 \pm 14,3$ (minimum:18, maksimum:78) yıldır (**Mann Whitney U Testi Değeri=, p=0,001**)

3.1.1 Araştırmaya Katılan TRSM'ye Başvuran ve Yakınlarının Ortak Tanımlayıcı Özellikleri

Araştırmada yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum, çocuk sahibi olma ve çocuk sayısı, gelir getiren bir işte çalışma durumu, sosyal güvencesinin varlığı ve fiziksel hastalık durumu ortak tanımlayıcı özellikler olarak ele alınmıştır.

Çizelge 3.1.1. Araştırmaya Katılan TRSM' ye Başvuran ve Yakınlarının Cinsiyet ve Eğitim Durumuna göre Dağılımı

Özellik	Grup						X ² ve p değeri
	Başvuran		Yakını		Toplam		
	n	%	n	%	n	%	
Cinsiyet							X ² =5.99 p=0.014
-Erkek	68	68,0	51	51,0	119	60,1	
-Kadın	32	32,0	49	49,0	81	39,9	
Eğitim Durumu							X ² =9.25 p=0.009
-Okur Yazar/Okur Yazar Değil	11	11,0	25	25,0	36	17,0	
-İlköğretim Mezunu	63	63,0	44	44,0	107	54,8	
-Lise/Üniversite Mezunu	26	26,0	31	31,0	57	28,2	
TOPLAM	100	100,0	100	100,0	200	100,0	

Çizelge 3.1.1’de görüldüğü gibi, çalışma kapsamında ele alınan başvuranların cinsiyete göre dağılımı %68,0’i (n=68 kişi) erkek, %32,0’si (n=32 kişi) kadındır. Yakınlarının cinsiyete göre dağılımı ise %51,0’i (n=51 kişi) erkek, %49,0’u (n=49 kişi) kadındır. İki grup cinsiyet dağılımı açısından karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak fark tespit edilmiştir, başvuranların yaklaşık üçte ikisi yakınlarının ise yarısı erkektir ($X^2=5.99$, $p=0.014$).

Çizelge 3.1.1’de görüldüğü gibi, çalışma kapsamında ele alınan başvuranların eğitim durumuna göre dağılımında %11,0’i (n=11 kişi) okuryazar değil veya okuryazar, %63,0’ü (n=63 kişi) ilköğretim mezunu, %26,0’sı (n=26 kişi) lise veya üniversite mezunudur. Yakınlarının eğitim durumuna göre dağılımı %25,0’i (n=25 kişi) okuryazar değil veya okuryazar, %44,0’ü (n=44 kişi) ilköğretim mezunu, %31,0’i (n=31 kişi) lise veya üniversite mezunudur. İki grup eğitim durumu dağılımı açısından karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak fark tespit edilmiştir, ($X^2=9.25$, $p=0.009$).

Çizelge 3.1.2. Araştırmaya Katılan TRSM’ ye Başvuran ve Yakınlarının Medeni Durumlarına göre Dağılımı

Medeni durum	Grup						X ² ve p değeri
	Başvuran		Yakını		Toplam		
	n	%	n	%	n	%	
-Evli	26	26,0	52	52,0	78	39,4	X ² =30.83 p=0.000
-Bekar	65	65,0	26	26,0	91	46,3	
-Dul veya boşanmış	9	9,0	22	22,0	31	14,4	
TOPLAM	100	100,0	100	100,0	200	100,0	

Çizelge 3.1.2’de görüldüğü gibi, çalışma kapsamında ele alınan başvuranların medeni duruma göre dağılımında %26,0’sı (n=26 kişi) evli, %65,0’i (n=65 kişi) bekâr, %9,0’u (n=9 kişi) ise dul veya boşanmıştır. Yakınlarının medeni duruma göre dağılımında %52,0’si (n=52 kişi) evli, %26,0’sı (n=26 kişi) bekâr, %22,0’si (n=22 kişi) ise dul veya boşanmıştır. İki grup cinsiyet dağılımı açısından karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak fark tespit edilmiştir, başvuranların evli olma oranı yakınlarından daha düşüktür (X²=30.83, p=0.000).

Çizelge 3.1.3. Araştırmaya Katılan TRSM’ ye Başvuran ve Yakınlarının Çocuk Sahibi Olma Durumuna göre Dağılımı

Çocuk Sahibi Olma Durumu	Grup						X ² ve p değeri
	Başvuran		Yakını		Toplam		
	n	%	n	%	n	%	
-Var	26	26,0	70	70,0	96	47,9	X ² =38.78 p=0.000
-Yok	74	74,0	30	30,0	104	52,1	
TOPLAM	100	100,0	100	100,0	200	100,0	

Çizelge 3.1.3’de görüldüğü gibi, çalışma kapsamında ele alınan başvuranların %26,0’sı (n=26 kişi) çocuk sahibi iken %74,0’ü (n=74 kişi) çocuk sahibi değildir. Yakınlarının çocuk sahibi olma durumuna göre dağılımında ise %70,0’i (n=70 kişi) çocuk sahibi iken %30’u (n=30 kişi) çocuk sahibi değildir. İki grup çocuk sahibi olma durumu dağılımı açısından karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak fark tespit edilmiştir, başvuranların çocuk sahibi olma oranı yakınlarından daha düşüktür (X²=38.78, p=0.000).

Çizelge 3.1.4. Araştırmaya Katılan TRSM' ye Başvuran ve Yakınlarının Gelir Getiren Bir İşte Çalışma Durumuna göre Dağılımı

Gelir getiren bir işte çalışma durumu	Grup						X ² ve p değeri
	Başvuran		Yakını		Toplam		
	n	%	n	%	n	%	
-Evet	22	22,0	35	35,0	57	27,1	X ² =4.14 p=0.04
-Hayır	78	78,0	65	65,0	143	72,9	
TOPLAM	100	100,0	100	100,0	200	100,0	

Çizelge 3.1.4'de görüldüğü gibi, araştırma kapsamında ele alınan başvuranların gelir getiren bir işte çalışma durumuna göre dağılımında %22,0'si (n=22 kişi) gelir getiren bir işte çalışmakta iken, %78,0'i (n=78 kişi) gelir getiren bir işte çalışmamaktadır. Yakınlarının ise %35,0'i (n=35 kişi) gelir getiren bir işte çalışmakta, %65,0'i (n=65 kişi) gelir getiren bir işte çalışmamaktadır. İki grup gelir getiren bir işte çalışma durumuna göre dağılımı açısından karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak fark tespit edilmiştir, başvuranların gelir getiren işte çalışma oranları yakınlarından daha düşüktür (X²=4.14, p=0.04).

Çizelge 3.1.5. Araştırmaya Katılan TRSM' ye Başvuran ve Yakınlarının Sosyal Güvence Durumuna göre Dağılımı

Sosyal güvence durumu	Grup						X ² ve p değeri
	Başvuran		Yakını		Toplam		
	n	%	n	%	n	%	
-Var	96	96,0	92	92,0	188	96,8	X ² =1.41 p=0.233
-Yok	4	4,0	8	8,0	12	3,2	
TOPLAM	100	100	100	100	200	100,0	

Çizelge 3.1.5'de görüldüğü gibi, çalışma kapsamında ele alınan başvuranların sosyal güvencesi olma durumuna göre dağılımında %96,0'sı (n=96 kişi) sosyal güvence sahibi, %4,0'ü (n=4 kişi) sosyal güvence sahibi değildir. Yakınlarının sosyal güvencesi olma durumuna göre dağılımında %92,0'si (n=92 kişi) sosyal güvence sahibi, %8,0'i (n=8 kişi) sosyal güvence sahibi değildir. Başvuranların sosyal güvencesi olma oranı yakınlarından daha yüksektir ancak fark anlamlı değildir (X²=1.41, p=0.233).

Çizelge 3.1.6. Araştırmaya Katılan TRSM' ye Başvuran ve Yakınlarının Fiziksel Hastalığı Olma Durumuna göre Dağılımı

Fiziksel hastalık varlığı	Grup						X ² ve p değeri
	Başvuran		Yakını		Toplam		
	n	%	n	%	n	%	
-Yok	79	79,0	58	58,0	137	69,7	X ² =10.21 p=0.001
-Var	21	21,0	42	42,0	63	30,3	
TOPLAM	100	100,0	100	100,0	200	100,0	

Çizelge 3.1.6'de görüldüğü gibi, çalışma kapsamında ele alınan başvuranların fiziksel hastalığı olma durumuna göre dağılımında %79'0unun (n=79 kişi) fiziksel hastalığı yoktur, %21,0'ünün (n=21 kişi) fiziksel hastalığı vardır. Yakınlarının fiziksel hastalığı olma durumuna göre dağılımında %58,0'ünün (n=58 kişi) fiziksel hastalığı yoktur, %42,0'sinin (n=42 kişi) fiziksel hastalığı vardır İki grup dağılımı fiziksel hastalığa sahip olma durumu açısından karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak fark tespit edilmiştir, başvuranların fiziksel hastalığı olma oranı yakınlarından daha düşüktür (X²=10.21, p=0.001).

Çizelge 3.1.7. Araştırmaya Katılan TRSM' ye Başvuran ve Yakınlarının Ortalama Yaş ve Çocuk Sayılarının Dağılımı

	Başvuran		Başvuran yakını		p
	Ortalama±SS	Min.-Maks.	Ortalama±SS	Min.-Maks.	
Yaş	41,77±11,2	20-69	49,35±14,25	18-78	0,001
Çocuk sayısı	0,39±0,78	0-3	1,84±1,63	0-9	0,001

Mann Whitney U testi

Araştırmaya katılan TRSM'ye başvuranların yaşları 20-69 arasında değişmektedir. Yaş ortalaması 41,77± 11,2 bulunmuştur. Başvuran çocuk sayısı 0-3 arasında değişmektedir, başvuranların çocuk sayısı ortalaması 0,39±0,78 bulunmuştur. Başvuran yakını yaş aralığı 18-78 arasında değişmektedir, yaş ortalaması 49,35±14,25 bulunmuştur. Başvuran yakını çocuk sayısı 0-9 arasında değişmektedir, başvuran çocuk sayısı ortalaması 1,84±1,63 bulunmuştur. İncelemeye alınan başvuran olguların yaşları ve çocuk sayıları, başvuran yakınlarının yaşları ve çocuk sayılarından istatistiksel olarak anlamlı düşük bulunmuştur (p=0,001).

3.2. Araştırmaya Katılan Başvuran Olguların Diğer Tanımlayıcı Özellikleri

Araştırmada başvuranlar için ayrıca yaşadığı yer, ailede ruhsal hastalık öyküsü, madde kullanımı, hastalık tanısı, tanının, başlangıç yaşından tedaviye geçen süre, eşlik eden başka tanılar olma durumu, tedavi/kontrollerine uyum, hastalık seyri özellikleri ve geleneksel tedaviye başvurma tanımlayıcı özellikler incelenmiştir.

Çizelge 3.2.1 Araştırmaya Katılan ve TRSM' ye Başvuranların Sosyal Güvencesinin Başkasının Üzerinden Olma Durumuna göre Dağılımı

Sosyal güvencesinin başkası üzerinden olma durumu	Sayı	Yüzde
Evet	45	45,0
Hayır	55	55,0
TOPLAM	100	100,0

Çizelge 3.2.1'de görüldüğü gibi, çalışma kapsamında ele alınan başvuranların %45,0'ünün (n=45 kişi) sosyal güvencesi başkası üzerindendir.

Araştırma da incelenen başvuranların diğer özelliklerinde şu anda çalışıyor olma ve aylık geliri olma durumu aynı çizelgede gösterilmektedir.

Çizelge 3.2.2 Araştırmaya Katılan ve TRSM' ye Başvuranların Çalışma ve Aylık Geliri Olma Durumuna göre Dağılımı

Özellik	Sayı	Yüzde
Şu anda çalışıyor olma durumu		
Çalışıyor	19	19,0
Çalışmıyor	81	81,0
Aylık geliri olma durumu		
Geliri yok	44	44,0
Gelir var	56	56,0
TOPLAM	100	100,0

Çizelge 3.2.2'de görüldüğü gibi, çalışma kapsamında ele alınan başvuranların %19,0'u (n=19 kişi) çalışıyor, %81,0'i (n=81 kişi) ise şu anda çalışmamaktadır.

Başvuranların %44,0'ü (n=44 kişi) herhangi bir aylık gelire sahip değil iken %56,0'sı (n=56 kişi) sabit bir aylık gelire sahiptir.

Çizelge 3.2.3 Araştırmaya Katılan ve TRSM' ye Başvuranların Yaşadığı Yere göre Dağılımı

Kaldığı yer	Sayı	Yüzde
Kira	29	29,0
Kendi evi	71	71,0
TOPLAM	100	100,0

Çizelge 3.2.3'de görüldüğü gibi, çalışma kapsamında ele alınan başvuranların %29,0'u (n=29 kişi) kirada, %71,0'i (n=71 kişi) ise kendi evinde yaşamaktadır.

Başvuranların diğer tanımlayıcı özelliklerinden biride ailevi ruhsal hastalık öyküsüdür. Başvuranların ailevi ruhsal hastalık öyküsü olma durumu çizelge 3.2.4'de gösterilmektedir.

Çizelge 3.2.4 Araştırmaya Katılan ve TRSM' ye Başvuranların Ailevi Ruhsal Hastalık Öyküsüne göre Dağılımı

Ailevi ruhsal hastalık öyküsü	Sayı	Yüzde
Yok	63	63,0
Var	37	37,0
TOPLAM	100	100,0

Çizelge 3.2.4'de görüldüğü gibi, çalışma kapsamında ele alınan başvuranların %63,0'ünün (n=63 kişi) ailevi ruhsal hastalık öyküsü yok , %37,0'sinin (n=37 kişi) ise ailevi ruhsal hastalık öyküsü vardır. Başvuranların diğer özelliklerinde madde kullanım öyküsü ve madde kullanımına ilişkin diğer bilgiler aynı çizelgede gösterilmektedir

Çizelge 3.2.5 Araştırmaya Katılan ve TRSM' ye Başvuranların Madde Kullanım Öyküsüne göre Dağılımı

Özellik	Sayı	Yüzde
Sigara kullanım öyküsü		
Yok	46	46,0
Var	54	54,0

Çizelge 3.2.5 Araştırmaya Katılan ve TRSM' ye Başvuranların Madde Kullanım Öyküsüne göre Dağılımı (devamı)

Alkol kullanımı öyküsü		
Yok	82	82,0
Var	18	18,0
Diğer madde kullanım öyküsü		
Yok	91	91,0
Var	9	9,0
TOPLAM	100	100,0

Çizelge 3.2.5’de görüldüğü gibi, çalışma kapsamında ele alınan başvuranların %54,0’ünün (n=54 kişi) sigara, %.18,0’inin (n=18 kişi) alkol, %9’unun (n=9 kişi) ise diğer madde kullanım öyküsü vardır.

Çizelge 3.2.6. Araştırmaya Katılan ve TRSM' ye Başvuranların Hastalık Kaynaklı Şiddet Davranışı Durumuna göre Dağılımı

Hastalık Kaynaklı Şiddet Davranışı	Sayı	Yüzde
Yok	50	50,0
Sözel ve Fiziksel	26	26,0
Sözel	20	20,0
Fiziksel	4	4,0
TOPLAM	100	100,0

Başvuranların hastalık sürecinde hastalık kaynaklı şiddet davranışı olmasına göre dağılımı Çizelge 3.2.6’da görüldüğü gibi %50,0’sinin (n=50 kişi) şiddet davranışı yok iken %20,0’sinin (n=20 kişi) sözel, %4,0’ünün (n=4 kişi) fiziksel, %26,0’sinin (n=26 kişi) ise sözel ve fiziksel şiddet davranışı vardır.

Çizelge 3.2.7. Araştırmaya Katılan ve TRSM' ye Başvuranların Hastalık Kaynaklı Adli Süreç Yaşama Durumuna göre Dağılımı

Hastalık Kaynaklı Adli Süreç Yaşama Durumu	Sayı	Yüzde
Yok	81	81,0
Var	19	19,0
TOPLAM	100	100,0

Başvuranların hastalık kaynaklı adli süreç yaşama durumuna göre dağılımı Çizelge 3.2.7’de görüldüğü gibi %81,0’inin (n=81 kişi) adli süreç yaşamamış iken %19,0’u (n=19 kişi) hastalık sürecinde hastalık kaynaklı adli süreç yaşamıştır.

Çizelge 3.2.8. Araştırmaya Katılan ve TRSM’ ye Başvuranların Hastalık Tanılarına göre Dağılımı

Hastalık tanısı	Sayı	Yüzde
Şizofreni	79	79,0
Bipolar bozukluk	21	21,0
TOPLAM	100	100,0

Başvuranların hastalık tanısına göre dağılımı Çizelge 3.2.8’de görüldüğü %79,0’unun (n=79 kişi) hastalık tanısı şizofreni iken %21,0’inin (n=21 kişi) hastalık tanısı bipolar bozukluktur.

Çizelge 3.2.9. Araştırmaya Katılan ve TRSM’ ye Başvuranların Tedaviye Başlama Zamanına göre Dağılımı

Hastalık başlangıcından ilk tedaviye geçen süre	Sayı	Yüzde
Hemen eş zamanlı	55	55
Gecikmeli	45	45
TOPLAM	100	100,0

Başvuranların hastalık başlangıcından ilk tedaviye kadar geçen süreye göre dağılımı Çizelge 3.2.9’da görüldüğü gibi %55,0’inde (n=55 kişi) hastalık başlangıcıyla birlikte eş zamanlı tedaviye başlanmış iken %45,0’i ise (n=45 kişi) hastalık başlangıcından ay/yıl sonra gecikmeli olarak tedaviye başlanmıştır.

Çizelge 3.2.10. Araştırmaya Katılan ve TRSM’ ye Başvuranların Psikiyatrik Tanılarına Eşlik Eden Hastalıklarına göre Dağılımı

Tanı dışında eşlik eden hastalık	Sayı	Yüzde
Yok	87	87
Var	13	13
TOPLAM	100	100,0

Başvuranların Çizelge 3.2.10’da görüldüğü gibi %13,0’ünün (n=13 kişi) şizofreni/bipolar bozukluk tanısına eşlik eden bir hastalık tanısı vardır.

Çizelge 3.2.11. Araştırmaya Katılan ve TRSM’ ye Başvuran Şizofreni Tanılı Olguların Hastalık Seyirlerine göre Dağılımı

Şizofreni için hastalık seyri	Sayı	Yüzde
Epizodik tablo	46	58,3
Akut alevlenme	15	19,0
Giderek kötüleşen	2	2,5
Sürekli hastalık	11	14,0
Gerileme	4	5,0
İlk hastalık	1	1,2
TOPLAM	79	100,0

Başvuranların %79’u (n=79 kişi) şizofreni tanısı ile takip edilmektedir. Şizofreni tanılı olguların hastalık seyrine göre dağılımı çizelge 3.2.11’de görülmektedir. Olguların %58,3’ü (n=46 kişi) epizodik tablo ile seyreden şizofreni iken, %19,0’u (n=15 kişi) akut alevlenme, %2,5’i (n=2 kişi) giderek kötüleşen, %14,0’ü (n=11 kişi) sürekli hastalık, %5,0’i (n=4 kişi) gerileme ile seyreden şizofreni tablosudur. Olguların sadece %1,2’si (n=1 kişi) ilk hastalık nedeniyle izlenmektedir.

Mizaç bozukluğu hastalık tanısıyla izlenen 21 olgunun hastalık seyri ile ilgili özellikleri Çizelge 3.2.12’de görülmektedir.

Bipolar bozukluk tanısı ile takip edilen olguların hastalık seyrine göre dağılımı Çizelge 3.2.12’de görüldüğü gibi %66,6’sı (n=14 kişi) bipolar, %14,2’si (n=3 kişi) manik, %19,2’si (n=4 kişi) ise depresif mizaç bozukluğu tipi ile izlenmektedir.

Bipolar bozukluk tanılı olguların %42,8’i (n=9 kişi) mevsimsel özellik belirtmektedir.

Bipolar bozukluk tanılı olguların %14,3’ü (n=3 kişi) hastalık seyrinde ataklar arası düzelme belirtmemekte iken %85,7’si (n=18 kişi) ataklar arası düzelme belirtmektedir.

Bipolar bozukluk tanıları başvuranların %71,4'ü (n=15 kişi) hastalık seyrinde psikotik özellik belirtmemekte iken %28,6'sı (n=6 kişi) psikotik özellik belirtmektedir.

Çizelge 3.2.12. Araştırmaya Katılan ve TRSM' ye Başvuran Mizaç Bozukluğu Tanılı Olguların Hastalık Seyirlerine göre Dağılımı

Özellik	Sayı	Yüzde
Mizaç bozukluğu hastalık tipi		
Bipolar	14	66,6
Manik	3	14,2
Depresyon	4	19,2
Mevsimsel özellik		
Yok	12	57,2
Var	9	42,8
Ataklar arası düzelme		
Yok	3	14,3
Var	18	85,7
Psikotik özellik		
Yok	15	71,4
Var	6	28,6
TOPLAM	21	100,0

Başvuranların geleneksel tedavilere başvurma durumuna göre dağılımı Çizelge 3.2.13'de görüldüğü gibi %50,0'si (n=50 kişi) geleneksel tedavilere başvurmamış, %30,0'u (n=30 kişi) 'hoca' geleneksel yöntemine başvurmuş %17,0'si (n=17 kişi) 'muska' geleneksel yöntemine başvurmuş ve %3,0'ü (n=3 kişi) ise diğer geleneksel yöntemlere başvurmuştur.

Çizelge 3.2.13. Araştırmaya Katılan ve TRSM' ye Başvuranların Geleneksel Tedaviye Başvurma Durumlarına göre Dağılımı

Geleneksel Tedaviye Başvurma Durumu	Sayı	Yüzde
Yok	50	50,0
Hoca	30	30,0
Muska	17	17,0
Diğer	3	3,0
TOPLAM	100	100,0

Başvuranların intihar girişimi durumuna göre dağılımı Çizelge 3.2.14'de görülmektedir, %34,0'ünün (n=34 kişi) intihar girişimi olmuştur.

Çizelge 3.2.14. Araştırmaya Katılan ve TRSM' ye Başvuranların İntihar Girişiminde Bulunma Durumlarına göre Dağılımı

İntihar Girişiminde Bulunma Durumu	Sayı	Yüzde
Yok	66	66,0
Var	34	34,0
TOPLAM	100	100,0

Başvuranların diğer bir tanımlayıcı özelliği de son altı ayda elektro konvulsif tedavi (EKT) uygulanmış olma özelliğidir.

Çizelge 3.2.15. Araştırmaya Katılan ve TRSM' ye Başvuranların Son 6 Ayda Elektro Konvulsif Tedavisi (EKT) Olma Durumlarına göre Dağılımı

Son 6 ayda EKT Olma Durumu	Sayı	Yüzde
Yok	86	86,0
Var (bir veya birkaç kez)	14	14,0
TOPLAM	100	100,0

Başvuranların son altı ayda EKT uygulanması durumuna göre dağılımı Çizelge 3.2.15'de görüldüğü gibi, %14,0'üne bir veya birkaç kez EKT uygulanmıştır.

Başvuranların son altı ayda tedavi kontrollerine uyum durumuna göre dağılımı Çizelge 3.2.16'da görüldüğü gibi verilmiştir. Başvuranların %13,0'ünün (n=13 kişi) tedavi uyumu yok, %53,0'ünün (n=53 kişi) uyumu var ve düzenli, %34,0'ünün (n=34 kişi) kısmen uyumu vardır.

Çizelge 3.2.16. Araştırmaya Katılan ve TRSM' ye Başvuranların Son 6 Ayda Tedavi ve Kontrollerine Uyum Durumlarına göre Dağılımı

Özellik	Sayı	Yüzde
Tedavi kontrollerine uyum (son 6 ay)		
Yok	13	13,0
Var, düzenli	53	53,0
Var, kısmen düzenli	34	34,0
Önemli yaşam olayı		
Yok	53	53,0
Ciddi hastalık	2	2,0
Ölüm	8	8,0
Göç	10	10,0
Diğer (olayı belirtmek istemiyor)	27	27,0
TOPLAM	100	100,0

Başvuranların son altı ayda tedavi kontrollerine uyum durumuna göre dağılımı Çizelge 3.2.16’da görüldüğü gibi verilmiştir. Başvuranların %13,0’ünün (n=13 kişi) tedavi uyumu yok, %53,0’ünün (n=53 kişi) uyumu var ve düzenli, %34,0’ünün (n=34 kişi) kısmen uyumu vardır.

Başvuranların %53,0’ü (n=53 kişi) hastalığı sürecinde önemli bir yaşam olayı yaşamadığını belirtirken, %2,0’si (n=2 kişi) ciddi hastalık geçirdiğini belirtmiş, %8,0’i (n=8 kişi) bir tanıdığının öldüğünü belirtmiş, %10,0’u (n=10 kişi) göç yaşadığını belirtmiştir. %27,0’sinin (n=27 kişi) ise önemli yaşam olayı yaşadığını belirtmiş ancak olayın ne olduğunu belirtmemiştir.

Çizelge 3.2.17. Araştırmaya Katılan ve TRSM’ye Başvuranların Bazı Sürekli Değişkenlerinin Ortalamaları

Sürekli değişkenler	Sayı	Ortalama±SS	Min.-Maks.
Aylık geliri (TL)	53	725±436,86	150-2300
Sigara günlük miktar (adet)	47	20,79±10,43	1-40
Toplam hastaneye yatış sayısı	71	3,94±4,88	1-30
Atak sayısı	16	6,94±7,72	1-25
Manik atak sayısı	15	4,53±5,58	1-18
Depresif atak sayısı	11	4,18±3,19	1-10
Destek alınan kişi sayısı	57	2,51±1,3	1-6
Merkeze geliş sayısı	92	3,16±2,19	2-8
Merkezden hizmet alma süresi(ay)	17	3,74±0,62	3-5

Çizelge 3.2.17’de başvuruların çalışma kapsamında ele alınan bazı sürekli değişkenlerinin dağılımı görülmektedir. Çizelgeye göre başvuruların aylık geliri 150 TL ile 2300 TL arasında değişmektedir, ortalama 725±436,86 TL’dir.

Sigara kullanan başvuruların günlük sigara kullanımı 1-40 adet olarak değişkenlik göstermektedir, ortalama 20,79±10,43 adettir.

Başvuranların hastaneye toplam yatış sayısı (şizofreni veya bipolar bozukluk kaynaklı) 1-30 arasında değişiklik göstermektedir, ortalama 3,94±4,88’dir.

Başvuran olguların atak sayıları 1-25 arasında değişmektedir (ortalama $6,94 \pm 7,72$). Bipolar bozukluk tanılı hastaların manik atak sayısı 1-18 (ortalama $4,53 \pm 5,58$), depresif atak sayısı 1-10 (ortalama $4,18 \pm 3,19$) arasında değişmektedir.

Başvuran olguların hastalıkları sürecinde destek aldıkları kişi sayısı 1-9 arasında değişmektedir, ortalama $2,51 \pm 1,3$ 'dür.

Başvuranlar merkezden üç ila beş aydır hizmet almaktadır, ortalama $3,16 \pm 2,19$ 'dur. Başvuranların merkeze gelme sayıları ise üç ila sekiz arasında değişmektedir, ortalama $3,74 \pm 0,62$ 'dir.

3.3. Araştırmaya Katılan TRSM'ye Başvuran ve Yakınlarının SERVQUAL Ölçeği Beklenti ve Algı Maddelerine Verdikleri Yanıtların Dağılımı

Araştırmada kullanılan SERVQUAL Algılanan Hizmet Kalitesi Ölçeği başvuran ve başvuran yakınlarına ayrı ayrı uygulanmıştır.

TRSM'ne başvuran ve yakınlarının beklenti sorularına verdikleri minimum-maksimum puanlar 2-5 arasında değişirken algıda bu değerler 1-5 arasında değişmiştir. Medyan değerler açısından fark söz konusu değildir.

3.3.1. Araştırmaya Katılan TRSM' ye Başvuranların SERVQUAL Ölçeği Beklenti ve Algı Maddelerine Verdikleri Yanıtların Dağılımı

Araştırmaya katılan TRSM' ye başvuranların SERVQUAL Ölçeği beklenti ve algı maddelerine verdikleri yanıtların dağılımı Çizelge 3.3.1'de gösterilmektedir.

Çizelge 3.3.1. Araştırmaya Katılan TRSM’ ye Başvuranların SERVQUAL Ölçeği Beklenti ve Algı Maddelerine Verdikleri Yanıtların Dağılımı

Hizmet Kalitesi Boyutları (Başvuran)	Beklentiler		Algılamalar	
	Ort	Ss	Ort	Ss
Fiziksel				
1-) TRSM modern araç- gereç ve donanıma sahip olmalıdır.	4,29	0,988	4,32	0,920
2-) TRSMlerin fiziksel imkânları (iç ve dış binalar, dekor, ışıklandırma, mobilya vb.) görsel açıdan çekici olmalıdır.	4,30	0,905	4,37	0,872
3-) TRSM çalışanları (Doktor, hemşire, sekreter vb) temiz ve düzgün görünüşlü olmalıdır	4,47	0,810	4,56	0,743
Güvenilirlik				
4-) TRSM, hizmetlerini söz verdiği zamanda yerine getirmelidir	4,56	0,658	4,69	0,615
5-) TRSM çalışanları (Doktor, hemşire, sekreter vb), hastaların bir problemi olduğunda problemi çözmek için anlayışlı ve güven verici olmalıdır.	4,69	0,563	4,78	0,504
6-) TRSM’ ler hastalarının faturalama işlemlerini doğru olarak yapmalıdır	4,37	0,906	4,63	0,800
Heveslilik				
7-) TRSM çalışanları (Doktor, hemşire, sekreter vb.), hastalara hizmeti tam olarak ne zaman yerine getireceklerini söylemelidir	4,51	0,785	4,68	0,634
8-) TRSM çalışanları (Doktor, hemşire, sekreter vb) hizmetleri mümkün olan en kısa zamanda vermelidir	4,38	0,826	4,54	0,717
9-) TRSM çalışanları (Doktor, hemşire, sekreter vb) her zaman hastalara yardım etmeye istekli olmalıdır	4,51	0,759	4,76	0,534
Güven				
10-) TRSM çalışanları (Doktor, hemşire, sekreter vb) ile olan ilişkilerinde, hastalar kendilerini güvende hissetmelidir.	4,75	0,520	4,84	0,465
11-) TRSM çalışanları (Doktor, hemşire, sekreter vb) bilgili olmalıdır	4,53	0,797	4,65	0,657
12-) TRSM çalışanları (Doktor, hemşire, sekreter vb) kibar olmalıdır	4,50	0,798	4,64	0,689
13-) TRSM çalışanları (Doktor, hemşire, sekreter vb.) işlerini daha iyi yapabilmek için işverenlerinden (hastane yöneticilerinden) yeterli desteği almalıdır	4,25	1,132	4,52	0,870
Empati				
14-) TRSM çalışanları (Doktor, hemşire, sekreter vb) hastalara kişisel ilgi göstermelidir.	4,24	0,955	4,67	0,682
15-) TRSM’ ler hastaları için elinden gelenin en iyisini yapmalıdır	4,52	0,893	4,77	0,679

Çizelge 3.3.1’e göre araştırmaya katılan TRSM’ ye başvuranların ortalama ve standart sapma değerleri açısından beklentilerde en yüksek ortalama $4,75 \pm 0,52$ ile 10. Maddede “Mükemmel Toplum Ruh Sağlığı Merkezi çalışanları (Doktor, hemşire, sekreter vb) ile olan ilişkilerinde, hastalar kendilerini güvende hissetmelidir.” Olmuştur.

Araştırmaya katılan TRSM' ye başvuranların ortalama ve standart sapma değerleri açısından beklentilerde en düşük ortalama $4,24 \pm 0,95$ ile 14. Maddede "Mükemmel Toplum Ruh Sağlığı Merkezi çalışanları (Doktor, hemşire, sekreter vb.) çalışanları (Doktor, hemşire, sekreter vb) hastalara kişisel ilgi göstermelidir." Olmuştur.

Araştırmaya Katılan TRSM' ye Başvuranların ortalama ve standart sapma değerleri açısından algıda ise en yüksek ortalama $4,84 \pm 0,46$ ile "10. Maddede "Güngören Toplum Ruh Sağlığı Merkezi çalışanları (Doktor, hemşire, sekreter vb) ile olan ilişkilerinde, hastalar kendilerini güvende hissetmelidir" olmuştur. Algıda en düşük ortalama ise $4,32 \pm 0,92$ ile 1.madde "Güngören Toplum Ruh Sağlığı Merkezi modern araç- gereç ve donanımına sahip olmalıdır." Olmuştur.

3.3.2. Araştırmaya Katılan TRSM' ye Başvuran Yakınlarının SERVQUAL Ölçeği Beklenti ve Algı Maddelerine Verdikleri Yanıtların Dağılımı

Araştırmaya katılan TRSM' ye başvuran yakınlarının SERVQUAL Ölçeği beklenti ve algı maddelerine verdikleri yanıtların dağılımı Çizelge 3.3.2'de gösterilmektedir.

Çizelge 3.3.2. Araştırmaya Katılan TRSM'ye Başvuran Yakınlarının SERVQUAL Ölçeği Beklenti ve Algı Maddelerine Verdikleri Yanıtların Dağılımı

Hizmet Kalitesi Boyutları (Başvuran Yakını)	Beklentiler		Algılamalar	
	Ort	Ss	Ort	Ss
Fiziksel				
1-) TRSM ler modern araç- gereç ve donanıma sahip olmalıdır.	4,29	0,946	4,31	0,895
2-) TRSM' lerin fiziksel imkânları (iç ve dış binalar, dekor, ışıklandırma, mobilya vb.) görsel açıdan çekici olmalıdır.	4,29	0,880	4,34	0,844
3-) TRSM çalışanları (Doktor, hemşire, sekreter vb) temiz ve düzgün görünüşlü olmalıdır	4,50	0,772	4,52	0,731
Güvenilirlik				
4-) TRSM' ler, hizmetlerini söz verdiği zamanda yerine getirmelidir	4,54	0,688	4,62	0,616
5-) TRSM çalışanları (Doktor, hemşire, sekreter vb), hastaların bir problemi olduğunda problemi çözmek için anlayışlı ve güven verici olmalıdır.	4,62	0,616	4,71	0,574
6-) TRSM' ler hastalarının faturalama işlemlerini doğru olarak yapmalıdır	4,39	0,909	4,58	0,794
Heveslilik				
7-) TRSM çalışanları (Doktor, hemşire, sekreter vb.), hastalara hizmeti tam olarak ne zaman yerine getireceklerini söylemelidir	4,50	0,798	4,62	0,663
8-) TRSM çalışanları (Doktor, hemşire, sekreter vb) hizmetleri mümkün olan en kısa zamanda vermelidir	4,37	0,787	4,53	0,703
9-) TRSM çalışanları (Doktor, hemşire, sekreter vb) her zaman hastalara yardım etmeye istekli olmalıdır	4,49	0,718	4,64	0,674
Güven				
10-) TRSM çalışanları (Doktor, hemşire, sekreter vb) ile olan ilişkilerinde, hastalar kendilerini güvende hissetmelidir.	4,71	0,498	4,81	0,465
11-) TRSM çalışanları (Doktor, hemşire, sekreter vb) bilgili olmalıdır	4,46	0,797	4,64	0,659
12-) TRSM çalışanları (Doktor, hemşire, sekreter vb) kibar olmalıdır	4,38	0,826	4,56	0,729
13-) TRSN çalışanları (Doktor, hemşire, sekreter vb.) işlerini daha iyi yapabilmek için işverenlerinden (hastane yöneticilerinden) yeterli desteği almalıdır	4,21	1,066	4,56	0,743
Empati				
14-) TRSM çalışanları (Doktor, hemşire, sekreter vb) hastalara kişisel ilgi göstermelidir.	4,34	0,867	4,63	0,720
15-) TRSM' ler hastaları için elinden gelenin en iyisini yapmalıdır	4,56	0,756	4,77	0,679

Ortalama ve standart sapma değerleri açısından başvuran yakınlarının dağılımında beklentilerde en yüksek ortalama 4,71±0,49 ile 10. Madde “Mükemmel Toplum Ruh Sağlığı Merkezi çalışanları (Doktor, hemşire, sekreter vb) ile olan ilişkilerinde, hastalar kendilerini güvende hissetmelidir.” olmuştur. En düşük ortalama 4,21±1,00 ile 13. Maddede “Mükemmel Toplum Ruh Sağlığı Merkezi

Çalışanları (Doktor, hemşire, sekreter vb.) işlerini daha iyi yapabilmek için işverenlerinden (hastane yöneticilerinden) yeterli desteği almalıdır.” olmuştur.

Algıda ise en yüksek ortalama $4,81\pm0,46$ “10. Maddede “Güngören Toplum Ruh Sağlığı Merkezi alışanları (Doktor, hemşire, sekreter vb) ile olan ilişkilerinde, hastalar kendilerini güvende hissetmelidir” bulunmuştur. En düşük ortalama ise $4,31\pm0,89$ ile 1. Maddede Güngören Toplum Ruh Sağlığı Merkezi modern araç-gereç ve donanıma sahip olmalıdır.” Olmuştur.

3.4. Araştırmaya Katılan TRSM’ye Başvuran ve Yakınlarının SERVQUAL Alt Boyutları, Toplam ve Ağırlıklı Puanlarının Dağılımı

Araştırmada başvuran ve başvuran yakınlarının bütün boyutlarda SERVQUAL puan hesaplamaları incelenmiştir

Araştırmaya Katılan TRSM’ye Başvuranların SERVQUAL Alt Boyutları, Toplam ve Ağırlıklı Puanlarının Dağılımı izelge 4.4.1’de verilmiştir. Tüm alt boyutların puanı + (pozitif) bulunmuştur, başvuran beklentilerinin tüm alt boyutlarda karşılandığı, dolayısıyla hastaların merkez hizmetlerine yönelik kalite algısının yüksek olduğu tespit edilmiştir. Alt boyutlarda en düşük ortalama puan $0,13\pm2,04$ ile “**Fiziksel zellikler**” alt boyutunda, en yüksek ortalama puan $0,68\pm1,50$ ile “**Empati** ” alt boyutunda olmuştur.

Çizelge 3.4.1. Araştırmaya Katılan TRSM’ye Başvuranların SERVQUAL Alt Boyutları, Toplam ve Ağırlıklı Puanlarının Dağılımı

Grup	ALT BOYUTLAR	Min.	Maks.	Ortalama	Standart Sapma
Başvuran SERVQUAL Skorları (n=100)	Fiziksel Özellikler SQ1	-8,00	6,00	0,1300	2,04324
	Güvenilirlik SQ2	-3,00	3,67	0,3067	0,94836
	Heveslilik SQ3	-3,33	4,00	0,4133	1,10210
	Güven SQ4	-8,00	9,00	0,6200	2,22828
	Empati SQ5	-5,00	6,00	0,6800	1,53662
	SQ Eşit Ağırlıklı	-1,93	4,20	0,4300	1,02074
	SQ Ağırlıklı Puan	-0,49	0,84	0,0782	0,20865

Araştırmaya katılan TRSM’ye başvuran yakınlarının SERVQUAL Alt Boyutları, Toplam ve Ağırlıklı Puanlarının Dağılımı Çizelge 3.4.2’de gösterilmektedir. Tüm alt boyutların puanı + (pozitif) bulunmuştur, başvuran beklentilerinin tüm alt boyutlarda karşılandığı, dolayısıyla hastaların toplum ruh sağlığı merkezi hizmetlerine yönelik kalite algısının yüksek olduğu tespit edilmiştir. Alt boyutlarda en düşük ortalama puan $0,07 \pm 2,07$ ile “**Fiziksel Özellikler**” alt boyutunda, en yüksek ortalama puan $0,81 \pm 2,10$ ile “**Güven**” alt boyutunda olmuştur.

Çizelge 3.4.2. Araştırmaya Katılan TRSM’ye Başvuran Yakınlarının SERVQUAL Alt Boyutları, Toplam ve Ağırlıklı Puanlarının Dağılımı

Grup	ALT BOYUTLAR	Min.	Maks.	Ortalama	Standart Sapma
Başvuran Yakını SERVQUAL Skorları (n=100)	Fiziksel Özellikler SQ1	-8,00	6,00	0,0767	2,07051
	Güvenilirlik SQ2	-2,33	3,00	0,2333	0,91441
	Heveslilik SQ3	-4,33	3,67	0,3300	1,27964
	Güven SQ4	-4,00	9,00	0,8100	2,10192
	Empati SQ5	-5,00	5,00	0,5000	1,43196
	SQ Eşit Ağırlıklı	-1,80	4,20	0,3900	0,91494
	SQ Ağırlıklı Puan	-0,36	0,84	0,0638	0,18636

Çizelge 3.4.1 ve 3.4.2’de yer alan başvuran ve başvuran yakınları için eşit ağırlıklı ve ağırlıklı SERVQUAL puanlarına göre Güngören TRSM’ nin başvuran beklentilerini karşıladığı görülmektedir.

Çizelge 3.4.3. SERVQUAL alt boyutları arasındaki ilişki

Alt Boyut	Fiziksel Özellikler	Güvenilirlik	Heveslilik	Güven	Empati
Fiziksel Özellikler	1,000 0,113 0,112 200	0,113 0,112 200	0,142(*) 0,044 200	0,194(**) 0,006 200	0,277(**) 0,000 200
Güvenilirlik	0,113 0,112 200	1,000 . 200	0,328(**) 0,000 200	0,300(**) 0,000 200	0,184(**) 0,009 200
Heveslilik	0,142(*) 0,044 200	0,328(**) 0,000 200	1,000 . 200	0,352(**) 0,000 200	0,259(**) 0,000 200
Güven	0,194(**) 0,006 200	0,300(**) 0,000 200	0,352(**) 0,000 200	1,000 . 200	0,336(**) 0,000 200
Empati	0,277(**) 0,000 200	0,184(**) 0,009 200	0,259(**) 0,000 200	0,336(**) 0,000 200	1,000 . 200

^aNegatif, ^bPozitif işaretlemeye dayanmaktadır. *p<0,05, **Spearman Korelasyon Analizi**

Çizelge 3.4.3' e göre SERVQUAL ölçeği alt boyutlar bazında anlamlı korelasyon vardır

3.5. Araştırmaya Katılan TRSM'ye Başvuran ve Yakınlarının “Bir TRSM'nin hizmetleri ile ilgili yukarıdaki özelliklerden hangisi sizin için en önemlisidir” Sorusuna Verdikleri Yanıtların Dağılımları

Araştırmaya katılan TRSM'ye başvuranlar ve yakınlarının “Bir TRSM' nin hizmetleri ile ilgili yukarıdaki özelliklerden hangisi sizin için en önemlisidir” sorusuna verdikleri yanıtların dağılımları Çizelge 4.5.1'de gösterilmektedir. Ölçeğin ikinci bölümünde yer alan beklenti soruları değerlendirmesinde “TRSM çalışanlarının bilgili ve deneyimli olması, kibarlığı, hastalarda güven duygusu uyandırma becerileri.” Başvuranlarda %29,0 (n=29), yakınlarında %25,0 (n=25) ile en önemli özellik olmuştur.

Çizelge 3.5.1. Araştırmaya Katılan TRSM’ye Başvuran ve Yakınlarının “Bir TRSM’nin hizmetleri ile ilgili yukarıdaki özelliklerden hangisi sizin için en önemlisidir” Sorusuna Verdikleri Yanıtların Dağılımları

En önemli özellik	Başvuran n=100	Yakını n=100	Toplam	
	Yüzde	Yüzde	Sayı	Yüzde
TRSM’ nin hastalarına kişisel ilgi göstermesi ve duyarlılığı.	15,0	20,0	35	17,5
TRSM’ nin araç-gereç ve donanımının modernliği. Binaların, hizmet birimlerinin, kullanılan araç gereç ve donanımının görsel çekiciliği ve hastane personelinin görünüşü.	26,0	22,0	48	24,0
TRSM’ nin hastalarına yardım etme ve hızlı hizmet verme konusundaki istekliliği ve hevesliliği.	12,0	13,0	25	12,5
TRSM çalışanlarının bilgili ve deneyimli olması, kibarlığı, hastalarda güven duygusu uyandırma becerileri.	29,0	25,0	54	27,0
TRSM’ nin söz verdiği hizmeti tam zamanında, güvenilir ve kusursuz bir şekilde yapması.	18,0	20,0	38	19,0
Toplam	100,0	100,0	200	100,0

3.6. Araştırmaya Katılan TRSM’ye Başvuran ve Yakınlarının “Bir TRSM’ nin hizmetleri ile ilgili yukarıdaki özelliklerden hangisi sizin için en az önemlisidir” Sorusuna Verdikleri Yanıtların Dağılımları

Araştırmaya katılan TRSM’ye başvuranlar ve yakınlarının “Bir TRSM’ nin hizmetleriyle ilgili yukarıdaki özelliklerden hangisi sizin için en az önemlisidir sorusuna” verdikleri yanıtların dağılımı Çizelge 3.6.1’de gösterilmektedir.

Ölçeğin ikinci bölümünde yer alan beklenti soruları değerlendirmesinde “TRSM çalışanlarının hastalarına kişisel ilgi göstermesi ve duyarlılığı.” Başvuranlarda %42,0 (n=42), yakınlarında %49,0 (n=49) ile ‘en az önemli özellik’ olmuştur.

Çizelge 3.6.1. Araştırmaya Katılan TRSM’ye Başvuran ve Yakınlarının “Bir TRSM’ nin hizmetleri ile ilgili yukarıdaki özelliklerden hangisi sizin için en az önemlisidir” Sorusuna Verdikleri Yanıtların Dağılımı

En az önemli özellik	Başvuran n=100	Yakını n=100	Toplam	
	Yüzde	Yüzde	Sayı	Yüzde
TRSM’ nin hastalarına kişisel ilgi göstermesi ve duyarlılığı.	42,0	49,0	91	45,5
TRSM’ nin araç gereç ve donanımının modernliği. Binaların, hizmet birimlerinin, kullanılan araç gereç ve donanımının görsel çekiciliği ve hastane personelinin görünüşü.	5,0	3,0	8	4,0
TRSM’ nin hastalarına yardım etme ve hızlı hizmet verme konusundaki istekliliği ve hevesliliği.	20,0	21,0	41	20,5
TRSM çalışanlarının bilgili ve deneyimli olması, kıbarlığı, hastalarda güven duygusu uyandırma becerileri.	6,0	8,0	14	7,0
TRSM’ nin söz verdiği hizmeti tam zamanında, güvenilir ve kusursuz bir şekilde yapması.	27,0	19,0	46	23,0
Toplam	100,0	100,0	200	100,0

3.7. TRSM’ye Başvuran ve Yakınlarının SERVQUAL Toplam Puanı ile İlişkili Değişkenler

Çizelge 3.7.1’de başvuran ve yakınlarının ağırlıklı SERVQUAL puan ortalamaları karşılaştırılmaktadır.

Çizelge 3.7.1’de görüldüğü gibi başvuran grubunda ağırlıklı SERVQUAL puan ortalamalarının yaşa göre dağılımına bakıldığında bütün yaş gruplarında algılanan hizmet kalitesinin karşılandığı ve pozitif değerlerde olduğu sonucu çıkmaktadır. Başvuran grubunda en düşük ortalama $0,0497 \pm 0,159218$ ile 34 yaş ve altında iken en yüksek ortalama $0,1074 \pm 0,27500$ ile 44 yaş ve üzerinde görülmektedir. Başvuranlardan 34-43 yaş aralığı SERVQUAL puanı ise 0818 ± 18123 ’ tür. Bulgulara göre başvuran grubun ağırlıklı SERVQUAL puanları yaş ortalaması arttıkça yükselmektedir, ancak fark istatistiksel olarak anlamlı değildir (Kruskal Wallis Testi=0,606, $p=0,739$). Başvuran grubunda cinsiyete göre ağırlıklı SERVQUAL puanlarının dağılımında erkeklerde $0,0903 \pm 0,22963$ iken kadınlarda $0,0523 \pm 0,15511$ ’dir, gruplar arasında istatistiksel olarak fark bulunmamıştır (Mann-

Whitney U Testi=1008,50, $p=0,552$). Başvuran grubunda eğitim durumuna göre SERVQUAL puanlarının dağılımında okur yazar olmayan veya okur yazar olanlarda $0,1359\pm0,22915$ iken ilköğretim mezunu olanlarda $0,0911\pm0,21166$ ve lise ve üniversite mezunu olanlarda $0,0010\pm0,17942$ 'dir (Kruskal Wallis Testi=0,208, $p=0,901$). Başvuran grubunda medeni duruma göre SERVQUAL puanlarının dağılımında bekarların puan ortalaması $0,0875\pm0,22809$ iken evlilerde $0,0571\pm0,14549$ dul veya boşanmış olanlarda $0,0194\pm0,27651$ 'dir (Kruskal Wallis Testi=0,313, $p=0,855$). Başvuran grubunda gelir getiren işte çalışanlarda puan ortalaması $0,0529\pm0,18485$ iken çalışmayanlarda $0,0801\pm0,218350$ 'dir (Mann-Whitney U Testi=700,00, $p=0,428$). Sosyal güvence durumuna göre başvuran grubunda puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık söz konusudur, güvencesi olanlarda puan ortalaması $0,0720\pm0,21234$ iken olmayanlarda $0,1233\pm0,18083$ ' tür (Mann-Whitney U Testi=796,00, $p=0,004$).

Çizelge 3.7.1'de görüldüğü gibi yakını grubunda ağırlıklı SERVQUAL puan ortalamalarının yaşa göre dağılımına bakıldığında 35-43 yaş grubunda negatif değer nedeniyle algılanan hizmetin beklenen hizmet kalitesini karşılanmadığı sonucu çıkmaktadır. Diğer yaş gruplarında pozitif değerler elde edilmiştir, ancak fark istatistiksel olarak anlamlı değildir (Kruskal Wallis Testi=1,802, $p=0,406$). Yakını grubunda cinsiyete göre ağırlıklı SERVQUAL puanlarının dağılımında erkeklerde $0,0559\pm0,23705$ $0,0903\pm0,22963$ iken kadınlarda $0,0720\pm0,11384$ 'dir, gruplar arasında istatistiksel olarak fark bulunmamıştır (Mann-Whitney U Testi=1201,50, $p=0,738$). Yakını grubunda eğitim durumuna göre SERVQUAL puanlarının dağılımında okur yazar olmayan veya okur yazar olanlarda $0,0485\pm0,18315$ iken ilköğretim mezunu olanlarda $0,0939\pm0,19890$ ve lise ve üniversite mezunu olanlarda $0,0251\pm0,15581$ 'dir, gruplar arası fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur, eğitim seviyesi lise ve üzeri olan grupta puan ortalaması en düşüktür (Kruskal Wallis Testi=6,270, $p=0,043$). Yakını grubunda medeni duruma göre SERVQUAL puanlarının dağılımında bekarların puan ortalaması $0,0828\pm0,13334$ iken evlilerde $0,0833\pm0,20997$ dul veya boşanmış olanlarda $0,0188\pm0,17676$ 'dır (Kruskal Wallis Testi=2,815, $p=0,245$). Benzer ilişki gelir getiren işte çalışma durumu (Mann-

Whitney U Testi=879,00, p=0,059) ve sosyal güvence durumu(Mann-Whitney U Testi=315,50, p=0,501) için de geçerlidir.

Çizelge 3.7.1. Araştırmaya Katılan TRSM’ye Başvuran ve Yakınlarının SERVQUAL Toplam Puanı ile İlişkili Değişkenler

Bağımsız Değişkenler	SERVQUAL Toplam Puanı	
	Başvuran Ortalama±Standart Sapma	Yakını Ortalama±Standart Sapma
Yaş Grupları -34 yaş ve altı (n=65) -35-43 (n=47) -44 yaş ve üstü (n=85)	0,0497±0,15921 (n=39) 0,0818±0,18123 (n=30) 0,1074±0,27500 (n=31)	0,0431±0,0431 (n=26) -0,0057±0,17199(n=20) 0,0976±0,20702 (n=54)
Cinsiyet -Erkek (n=119) -Kadın (n=81)	0,0903±0,22963 (n=68) 0,0523±0,15511 (n=32)	0,0559±0,23705 (n=51) 0,0720±0,11384 (n=49)
Eğitim Durumu -OYD/OY (n=36) -İlköğretim mezunu (n=107) -Lise ve Üniversite mezunu (n=57)	0,1359±0,22915 (n=11) 0,0911±0,21166 (n=63) 0,0010±0,17942 (n=26)	0,0485±0,18315 (n=25) 0,0939±0,19890 (n=44) 0,0251±0,15581 (n=31)
Medeni Durum -Bekar (n=91) -Evli (n=78) -Dul veya boşanmış (n=31)	0,0875±0,22809 (n=65) 0,0571±0,14549 (n=26) -0,0194±0,27651 (n=9)	0,0828±0,13334 (n=26) 0,0833±0,20997 (n=52) 0,0188±0,17676 (n=22)
Gelir Getiren İşte Çalışma Durumu -Çalışan (n=57) -Çalışmayan (n=143)	0,0529±0,18485 (n=22) 0,0801±0,218350 (n=78)	0,0364±0,23216 (n=35) 0,0785±0,15639 (n=65)
Sosyal Güvence Durumu -Var (n=188) -Yok (n=12)	0,0720±0,21234 (n=96) 0,1233±0,18083 (n=4)	0,0643±0,19029 (n=92) 0,0921±0,11302 (n=8)
Toplam (n=200)	0,0782±0,20865(n=100)	0,0638±0,18635(n=100)

Yaş gruplarına göre başvuran ve yakınlarının ağırlıklı SERVQUAL puan ortalamaları karşılaştırıldığında (Bakınız Çizelge 3.7.1); başvuran grupta 34 yaş ve altında ağırlıklı SERVQUAL puan ortalaması 0,0497±0,15921 iken başvuran yakınlarında aynı yaş bandında 0,0431±0,0431’dir, gruplar arasında fark tespit edilmemiştir (Mann-Whitney U Testi=497,50, p=0,898). Benzer durum diğer yaş bantları için de geçerlidir, 35-43 yaş grubunda aynı sıralama ile ortalamalar 0,0818±0,18123’e karşı -0,0057±0,17199’dur (Mann-Whitney U Testi=194,50, p=0,115), 44 yaş ve üzeri yaş grubunda ise 0,1074±0,27500’a karşı 0,0976±0,20702’dır, gruplar arasında fark tespit edilmemiştir (Mann-Whitney U Testi=788,50, p=0,655).

Çizelge 3.7.1’de görüldüğü gibi başvuran ve yakınlarında ağırlıklı SERVQUAL puanlarının cinsiyetlere göre dağılımına bakıldığında başvuran grupta erkek katılımcıların SERVQUAL puanı ortalaması $0,0903 \pm 0,22963$ iken başvuran yakını grupta erkek katılımcıların SERVQUAL puanı ortalaması $0,0559 \pm 0,23705$ ’dir (Mann-Whitney U Testi=753,00, $p=0,763$). Başvuran grubu kadınların SERVQUAL puan ortalaması $0,0523 \pm 0,15511$ iken başvuran yakını grubu kadınların SERVQUAL puan ortalaması $0,0720 \pm 0,11384$ ’dir, gruplar arasında fark tespit edilmemiştir (Mann-Whitney U Testi=1643,00, $p=0,621$).

Eğitim durumlarına göre başvuran ve yakınlarını ağırlıklı SERVQUAL puan ortalamalarının dağılımına bakıldığında (Çizelge 3.7.1) başvuran grubunda okur yazar olmayan veya okur yazar katılımcıların ağırlıklı SERVQUAL puan ortalaması $0,1359 \pm 0,22915$ iken yakınları grubunda $0,0485 \pm 0,18315$ ’dir, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmemiştir (Mann-Whitney U Testi=16,50, $p=0,840$). Benzer durum diğer eğitim kategorileri içinde söz konusudur. Başvuran grubunda ilköğretim mezunu başvuran katılımcıların ağırlıklı SERVQUAL puan ortalaması $0,0911 \pm 0,21166$ yakını grubunda $0,0939 \pm 0,19890$ (Mann-Whitney U Testi=33,50, $p=0,127$) ve lise ve üniversite mezunu başvuran grubunda katılımcıların puan ortalaması ise $0,0010 \pm 0,17942$ iken yakını grubunda $0,0251 \pm 0,15581$ ’dir (Mann-Whitney U Testi=1277,50, $p=0,761$).

Çizelge 3.7.1’de görüldüğü gibi medeni durumlarına göre başvuran ve yakınlarının ağırlıklı SERVQUAL puan ortalamalarının dağılımına bakıldığında başvuran grubunda bekarların puan ortalaması $0,0875 \pm 0,22809$ iken yakını grubunda $0,0828 \pm 0,13334$ ’dür, gruplar arasında istatistiksel olarak fark bulunmamaktadır (Mann-Whitney U Testi=737,50, $p=0,338$). Benzer durum diğer gruplar içinde geçerlidir, başvuran grubunda evlilerde ağırlıklı SERVQUAL puan ortalaması $0,0571 \pm 0,14549$ iken yakını grubunda $0,0833 \pm 0,20997$ ’dir (Mann-Whitney U Testi=672,50, $p=0,862$), başvuran grubunda dul veya boşanmış olanlarda $0,0194 \pm 0,27651$ iken yakını grubunda $0,0188 \pm 0,17676$ ’dür (Mann-Whitney U Testi=79,50, $p=0,980$).

Gelir getiren bir işte çalışıyor olma durumlarına göre başvuran ve yakınlarının grubun eşit ağırlıklı SERVQUAL puan ortalamalarının dağılımına bakıldığında (Çizelge 3.7.1) başvuranlardan çalışan katılımcıların ağırlıklı SERVQUAL puan ortalaması $0,0529 \pm 0,18485$ iken yakını grubunda $0,0364 \pm 0,23216$ 'dır, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmemiştir (Mann-Whitney U Testi=279,50, $p=0,216$). Benzer şekilde başvuran grubunda çalışmayan katılımcıların puan ortalaması $0,0801 \pm 0,218350$ iken yakını grubunda $0,0785 \pm 0,15639$ 'dur (Mann-Whitney U Testi=2316,00, $p=0,306$).

Sosyal güvencesi olma durumuna göre başvuran ve yakınlarının ağırlıklı SERVQUAL puan ortalamalarının dağılımına bakıldığında (Çizelge 3.7.1) başvuran grubunda sosyal güvencesi olan katılımcıların eşit ağırlıklı SERVQUAL puan ortalaması $0,0720 \pm 0,21234$ iken, yakını grubunda $0,0643 \pm 0,19029$ 'dur (Mann-Whitney U Testi=2389,50, $p=0,158$), başvuran grubunda sosyal güvencesi olmayan katılımcıların puan ortalaması $0,1233 \pm 0,18083$ iken yakını grubunda $0,0921 \pm 0,11302$ 'dir, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır (Mann-Whitney U Testi=158,50, $p=0,968$).

Başvuran grubunun ağırlıklı SERVQUAL puan ortalamalarına bakıldığında ($n=100$) eşit ağırlıklı SERVQUAL puanları $0,0782 \pm 0,20865$ iken Başvuran yakını grubun ağırlıklı SERVQUAL ($n=100$) puanları $0,0638 \pm 0,18636$ 'dır, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır (Mann-Whitney U Testi=4947,50, $p=0,897$).

Çizelge 3.7.2. Araştırmaya Katılan TRSM'ye Başvuranların SERVQUAL Toplam Puanı ile İlişkili Değişkenler

Bağımsız Değişkenler	SERVQUAL Toplam Puanı Başvuran Ortalama±Standart Sapma
Hastalık Tanısı -Şizofreni ($n=79$) -Bipolar ($n=21$)	$0,0643 \pm 0,22727$ $0,1228 \pm 0,12595$
Tedaviye Başlama Zamanı -Eş zamanlı ($n=55$) -Gecikmeli ($n=45$)	$0,12595 \pm 0,1969$ $0,0720 \pm 0,22651$
Tedaviye ve Kontrollere Uyum -Uyumlu ($n=53$) -Kısmen uyumlu ($n=34$) -Uyumsuz ($n=13$)	$0,057 \pm 0,22651$ $0,0983 \pm 0,23869$ $0,0823 \pm 0,33217$

Çizelge 3.7.2 de görüldüğü gibi başvuran grubun ağırlıklı SERVQUAL puan ortalamalarının hastalık tanısına göre dağılımına bakıldığında başvuranlardan şizofreni tanılı katılımcıların ağırlıklı SERVQUAL puan ortaması $0,0643 \pm 0,22727$ iken bipolar bozukluk tanılı katılımcıların puan ortaması $0,1228 \pm 0,12595$ 'dir, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir, bipolar bozukluk tanısı olan grubun ağırlıklı SERVQUAL puanı daha yüksektir, algılanan hizmet kalitesi daha yüksektir (Mann-Whitney U Testi=561,50, **p=0,022**)

Çizelge 3.7.2 de görüldüğü gibi başvuran grubun ağırlıklı SERVQUAL puan ortalamalarının tedaviye başlama zamanına göre dağılımına bakıldığında başvuranlardan tedaviye eş zamanlı başlayan katılımcıların ağırlıklı SERVQUAL puan ortaması $0,12595 \pm 0,19690$ iken tedaviye gecikmeli başlayan katılımcıların ağırlıklı SERVQUAL puan ortalaması $0,0720 \pm 0,22651$ 'dir, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (Mann-Whitney U Testi=1130,50, p=0,453).

Çizelge 3.7.2 de görüldüğü gibi başvuran grubun ağırlıklı SERVQUAL puan ortalamalarının tedavi ve kontrollere uyum durumuna göre dağılımına bakıldığında başvuranlardan tedavi ve kontrollere uyumlu katılımcıların ağırlıklı SERVQUAL puan ortalaması $0,0574 \pm 0,15962$ 'dir. Tedavi ve kontrollere kısmen uyumlu katılımcıların puan ortalaması $0,0983 \pm 0,23869$ iken tedavi ve kontrollere uyumsuz katılımcıların puan ortalaması ise $0,0823 \pm 0,33217$ 'dir, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (Kruskal Wallis Testi=0,754, p=0,385).

4. TARTIŞMA

Bu araştırma İstanbul Güngören Toplum Ruh Sağlığı Merkezi'nden hizmet alan şizofreni veya bipolar hastalık tanısına sahip bireyler ve bu bireylerin bakımını üstlenen birer yakını ile yapılmıştır. TRSM'den hizmet alan hastalar (n=100 kişi) ve yakınlarının (n=100 kişi) SERVQUAL ölçeği ile merkezden bekledikleri ve algıladıkları hizmet kalitesinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Araştırmaya katılan TRSM'ye başvuranların yaş ortalaması $41.77 \pm 11,2$ iken yakınlarının $49,35 \pm 14,3$ 'dür.

Başvuranların %68,0'i yakınlarının da %51'i erkektir. Bakırköy Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Psikiyatri Birimi'ne kimler başvuruyor?' başlıklı çalışmada yer alan 775 hastadan %45,5'i erkektir (Küçükali ve ark. 2011).

Başvuranların %11,0'i, yakınlarının ise %2,0'i okuryazar değil veya okuryazar iken, ilköğretim mezunu olma oranı aynı sıra ile %63,0-%44,0, lise veya üniversite mezunu olma oranı ise %26,0-%30,0'dur. Başvuranların eğitim durumu değerlendirildiğinde hastalığın öğrenime engel teşkil etmediği söylenebilir. Türkiye İstatistik Kurumunun Haziran 2015'te Yayınladığı 'İstatistiklerle Türkiye, 2014' verilerine göre Türkiye nüfusunun 2012-2014 okur yazarlık ve cinsiyete göre nüfus istatistiği sonuçlarında; Türkiye'de okuma yazma bilen erkek yüzdesi 2012 yılında %98,6, 2013 ve 2014 yıllarında %98,7 iken okuma yazma bilmeyen erkek yüzdesi 2012 yılında %1,4, 2013 ve 2014 yıllarında ise %1,3 olarak belirtilmektedir. Aynı istatistikte Türkiye'de okuma yazma bilen kadın yüzdesi 2012 yılında %93, 2013 yılında %93,4 ve 2014 yılında %93,6 iken okuma yazma bilmeyen kadın yüzdesi 2012 yılında %7, 2013 yılında %6,6 ve 2014 yılında %6,4 olarak belirtilmektedir. Ayrıca Türkiye nüfusu 2014-2015 öğretim yılı ve okul grubuna göre okullaşma oranı

istatistiği sonuçlarına göre eğitim seviyesi yüzdeleri; ilkokul eğitim seviyesinde %96,3, ortaokul eğitim seviyesinde %94,3, ortaöğretim eğitim seviyesinde %79,4 ve yükseköğretim eğitim seviyesinde ise %39,5 olarak belirtilmektedir (Türkiye İstatistik Kurumu, 2015)

17 Mart 2016' da yayınlanan 21520 sayılı, Türkiye İstatistik Kurumu Haber Bülteni' ne göre; 2013 yılında yaşlı nüfusun %41,2'si ilkokul mezunu, %4,1'i ortaokul veya dengi okul mezunu, %4,9'u lise veya dengi okul mezunu, %4,7'si yüksekokul veya fakülte mezunu iken 2014 yılında ilkokul mezunu olanların oranı %42,1'e, ortaokul veya dengi okul mezunu olanların oranı %4,3'e, lise veya dengi okul mezunu olanların oranı %5,2'ye, yüksekokul veya fakülte mezunu olanların oranı ise %5,1'e yükseldiği belirtilmektedir (Türkiye İstatistik Kurumu Haber Bülteni, 2016).

Başvuranların %26,0'sı, yakınlarının %52,0'si evlidir. Başvuranların %26,0'sı, yakınlarının %70,0'i çocuğu sahibidir. Yine Küçükali ve arkadaşlarının çalışmasına göre çalışmaya katılan 775 hastanın %44,8'i bekârdır. Şizofreni yeti yitimi ve sosyal statüde bozulma gibi birçok soruna neden olabilmektedir. Ağır ruhsal bozukluklar aile hayatı kurma konusunda engel ve/veya güçlük teşkil edebilmektedir (Küçükali ve ark. 2011).

Başvuranların gelir getiren bir işte çalışma oranı %22'0, yakınlarının çalışma oranı ise %35,0'dir. Halen başvuranların %19,0'u çalıştığını, %56,0'sı sabit bir aylık gelire sahip olduğunu, %96,0'sı sosyal güvencesi olduğunu belirtmiştir. Başvuranların yüksek sosyal güvenceye sahip olma oranlarına rağmen gelir getiren bir işte çalışma oranı yakınlarından daha düşük olarak belirlenmiştir. Sağlık Bakanlığı, 2011: 25) /T.C. Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri Hakkında Yönerge, 17.02.2011'de belirtildiği üzere ruhsal bozukluğu olan bireyler üstesinden gelmeleri gereken damgalanma dışında sosyo-ekonomik birçok engele sahiptirler. Bunlardan biride toplum tarafından yapılan damgalama sonucu 'İş vermede ayrımcılık' sorunudur. Bu ve benzeri

sorunlar diğer sorunları artırmakta azalan özsaygı ve yetersiz veya uygun olmayan tedavi veya tedavi görememe durumları pekişmektedir.

Başvuranların %21,0'ünün, yakınlarının %42,0'sinin fiziksel bir hastalığı vardır. Başvuran yakınlarında başvuranlara oranla daha fazla fiziksel hastalığı varlığı söz konusudur. Gülseren ve arkadaşlarının 2010 yılında şizofreni ve bipolar bozukluğu olan hastaların aile işlevleri yönünden karşılaştırılmasını değerlendirdikleri bir çalışma yayınlamışlardır. 'Şizofrenide ailenin yükünü etkileyen etmenler' başlıklı bu çalışma da gelir düzeyinin az olmasının aile işlevlerini olumsuz etkilediği bulgusuna değinilmektedir. Aynı çalışmada ekonomik durumu kötü olan aileler daha fazla yük bildirmişlerdir. Çalışmanın araştırmamızdaki sonuçlara benzer sonuçlar olarak değerlendirebileceğimiz bir başka sonucu da hasta üyenin çalışamaz duruma gelmesidir. Gelir kaybı ve sağaltım masraflarına neden bu durum aileler için süregelen sağlık sorunları da ek bir stres etmeni olarak ailenin yükünü arttırmaktadır (Gülseren ve ark. 2010).

Başvuranların %37,0'sinin ailevi ruhsal hastalık öyküsü vardır. Şizofrenide birinci derece akrabalarda görülme oranı %10- 15 arasında değişmektedir. Ebeveynlerden birisi şizofreni tanısı almış ise çocuklarında şizofreni görülme olasılığı %12, ebeveynlerin ikisi de şizofreni tanılı ise bu olasılık %35-45'lere çıkabilmektedir. Araştırmamız sonuçlarında da görüldüğü üzere literatüre paralel olarak genetik öykü vardır diyebiliriz (Yüksel, 2006).

Çalışmada, madde kullanımı sigara alkol ve diğer madde olarak sorulmuştur. Başvuranların %46'sının sigara, %18,0'ünün alkol ve %9'unun diğer madde kullanım öyküsü vardır. Belli ve arkadaşlarının Anadolu Psikiyatri Dergisi'nde 2007'de yayınlanan bir çalışmada 1512 şizofreni hastasının %26,5'inde madde kullanımı bulgusuna yer verilmektedir. Aynı çalışmada sigara kullanımı sıklığının genel toplumda %25 iken, şizofreni hastalarında %70 olduğu bilgisine de vurgu yapılmaktadır. Araştırmamızda da benzer bulgular ortaya çıkmıştır (Belli ve ark, 2007).

Başvuranların hastalık kaynaklı şiddet davranışı değerlendirildiğinde; %50,0'sinin şiddet davranışı yok iken %20,0'sinin sözel, %4,0'ünün fiziksel, %26,0'sının ise sözel ve fiziksel şiddet davranışı vardır. Başvuranların %19'unun hastalık sürecinde hastalık kaynaklı adli süreç yaşadığı tespit edilmiştir. Yüz yüze görüşmelerde ilgili soru yöneltirken özellikle hastalık kaynaklı vurgusu yapılmıştır. Genel bilgilerde de belirtildiği gibi ruhsal hastalığa sahip kişilere karşı damgalama sosyal bir sorun olarak öne çıkmaktadır. Ruhsal bozukluğu olan insanlar kurumlardan uzakta kilitlenmelidirler, ruhsal bozukluğu olan kişiler asla normal olamazlar ve ruhsal bozukluğu olanlar tehlikelidir şeklinde damgalanmaktadır (Bostancı 2005). Ancak araştırmamızda başvuranların yarısında hastalık kaynaklı şiddet davranışı ve beşte birinde hastalık kaynaklı adli süreç söz konusudur.

Başvuranların %79'unun hastalık tanısı şizofreni iken %21'inin hastalık tanısı bipolar bozukluktur. Türkiye'de sınırlı sayıdaki genel toplum araştırmasının bildirdiği tahminler üzerine yapılan bir sistematik gözden geçirmeye göre şizofreni yaygınlığı 1000 kişide 8,9'dur (Binbay ve ark. 2011a).

Başvuranların %13,0'ünün şizofreni/bipolar bozukluk tanısına eşlik eden bir başka hastalık tanısı vardır. Başvuranlarının büyük çoğunluğunun yalnızca psikiyatrik hastalıklarına odaklandıkları fiziksel hastalık tarif etmedikleri sonucuna varabiliriz.

Şizofreni tanısı ile izlenen 79 başvuranın hastalık seyrine göre dağılımında olguların %58,3'ü (n=46 kişi) epizodik tablo ile seyreden şizofreni iken, %19,0'u (n=15 kişi) akut alevlenme, %2,5'i (n=2 kişi) giderek kötüleşen, %14,0'ü (n=11 kişi) sürekli hastalık, %5,0'i (n=4 kişi) gerileme ile seyreden şizofreni tablosudur. Olguların sadece %1,2'si (n=1 kişi) ilk hastalık nedeniyle izlenmektedir. Bulgulara göre epizodik tablo ile seyreden şizofreni daha yüksek oranda görülmektedir diyebiliriz.

Bipolar bozukluk tanısı ile izlenen 21 başvuranın hastalık seyrine göre dağılımında olguların %66,6'sı (n=14 kişi) bipolar mizaç bozukluğu tipi, %14,2'si

(n=3 kişi) manik mizaç bozukluğu tipi, %19,2'si (n=4 kişi) depresyon mizaç bozukluğu tipi ile izlenmektedir. Bipolar bozukluk tanılı başvuranların %42,8'i (n=9 kişi) mevsimsel özellik belirtmektedir. Bipolar bozukluk tanılı başvuranların %85,7'si ataklar arası düzelme belirtmektedir. Bipolar bozukluk tanılı başvuranların %28,6'sı psikotik özellik belirtmektedir. Kafkas Üniversitesi Tıp Fakóltesi Psikiyatri Poliklinięi'ne bir yıl içinde başvuran hastaların sosyo demografik özellikleri ile tanı grupları arasındaki ilişkinin belirlenmesini amaçlayan çalışmada 1378 hastanın poliklinik kayıtlarının incelenmiştir. DSM-IV-TR tanı ölçütlerine göre duygu durum bozuklukları %56,5 ile ilk sırada yer almıştır. Aynı çalışmada duygu durum bozuklukların diğer hastalara oranla kontrollerine daha sık geldikleri sonucu belirtilmektedir (Yağcı ve ark. 2014).

Başvuranların %55,0'inde hastalık başlangıcıyla birlikte eş zamanlı tedaviye başlanmış iken %45,0'i ise hastalık başlangıcından bir veya birkaç ay yıl sonra gecikmeli olarak tedaviye başlanmışır. Ruhsal iyileşme ile bireyler güçlenme, kendini yönlendirme, özsaygı, kişisel sorumluk ve değer, geleceğe dair umut ve günlük yaşamda doyum hissi kazanınca gerçekleşir. Yeti yitimli bireylerde bilişsel, duygusal, toplumsal, zihinsel ve fiziksel becerileri geliştirmek amacıyla hastalara olanak sağlayan kapsamlı, eşgüdümlü, biyo-davranışsal hizmetler kişilerin öğrenmesi çalışması toplum içinde bağımsız bir şekilde yaşaması ve işlevsellik göstermesi için gerekli hizmet özellikleri olarak belirtilmektedir (Lieberman, 2008).

Başvuranların geleneksel tedavilere başvurma veya tıp dışı are arama durumun göre dağılımı %50,0'si geleneksel tedavilere başvurmamış, %30,0'u 'hoca' ya başvurmuş %17,0'si 'muska' ve %3,0'ü ise diğer geleneksel yöntemlere başvurmuştur. Başvuranların yarısı geleneksel tedavilere başvurmuştur. Güleç ve arkadaşlarının 2006 yılında yayınladıkları Türkiye ve Almanya'da yaşayan Türkler arasında karşılaştırmalı olarak yaptıkları araştırmada benzer bulgular ortaya çıkmıştır. Araştırmada psikiyatrik sorunları olan Türk hastaların yarısından fazlası tıp dışı are arayışında bulunmaktadır sonucuna varılmıştır. Araştırmada tıp dışı are arayışının süreğenleşmeye eğilimli memnuniyetsizlik yaratan psikiyatrik bozukluklarda sık görüldüğü belirtilmektedir (Güleç ve ark., 2006). Toplum desteği,

aile desteği, kurum desteği, bilgilendirme ve güçlendirme yetersizliklerinin bir sonucu olarak da görülmelidir.

Başvuranların %14,0'üne son 6 ayda bir veya birkaç kez EKT uygulanmıştır. EKT, beyin dokusunu elektrik akımıyla uyararak yaygın (jeneralize) konvülsiyonlar (epilepsi nöbetleri) oluşturma işlemidir. Şizofreni gibi hastalıklarda tedavi planına eklenebilen bir yöntemdir (Elektroşok Tedavisi Haklarınız, 2004; Erkoç, 2005).

Başvuranların son altı ayda tedavi kontrollerine uyum durumu değerlendirildiğinde; %53'ünün uyumu var ve düzenli, %34'ünün kısmen uyumu var iken %13,0'ünün uyumsuz olduğu tespit edilmiştir. İlaç uyumu ağır ruhsal bozukluklarda bir sorun olarak karşımıza çıkmaktadır. TRSM çalışma rehberinde risk yönetimi planı stratejileri arasında 'ilaç uyumunun sağlanması' stratejisi yer almaktadır. Planlamaların aile üyeleri ve hizmet alanla işbirliği içerisinde yapılması vurgulanmaktadır.

Başvuranların %34'ünün intihar girişimi olmuştur. Küçükali ve arkadaşlarının çalışmasında çalışmaya katılan hastalarda intihar öyküsünün %22 oranında olduğu bulunmuştur. Ağır ruhsal bozukluklarda intihar bir risk olarak karşımıza çıkmaktadır. TRSM içinde hastalık alevlenmeleri ve intihar olgularına karşı bakım planı ve kriz müdahale anlayışı ile hizmet verilmektedir. TRSM Çalışma Rehberi'nde hizmet alan için risk değerlendirmesi yapılırken dikkate alınması gereken faktörler arasında kendine ve başkalarına zarar verme geçmişi, aile ve toplum desteğinin düzeyi, barınma imkânı ve mali durum, kendine veya başkalarına zarar verecek araçlara erişim, tedaviye devam durumu, iç görü düzeyi, madde kullanımı ve semptomların kontrolü yer almaktadır.

TRSM'ye başvuranlar ve yakınlarının SERVQUAL ölçeğinin hem ilk bölümünde yer alan 15 maddesi için hem de bu maddelerden elde edilen alt ölçek puanları pozitif değerler almıştır. SERVQUAL ölçeğinde elde edilen bu pozitif değerler başvuran beklentilerinin aşıldığı ve hastaların hastane hizmetlerine yönelik kalite algısının yüksek olduğu yorumunu ortaya çıkarabilmektedir. Güngören TRSM

kendisinden hizmet alan hastalarının ve yakınlarının beklentilerini karşılamaktadır ve tüm katılımcıların merkezden algıladıkları hizmet kalitesi yüksektir.

SERVQUAL alt boyutlar bazında değerlendirmede tüm katılımcıların tüm alt boyutlarda beklentileri karşılanmıştır. Araştırmaya katılan TRSM'ye başvuranların beklentisi en fazla "Empati" boyutunda iken, yakınlarının beklentisi en fazla "Güven" boyutunda karşılanmıştır. Başvuran ve yakınları için alt boyutlar arasında beklentiler "Fiziksel Özellikler" boyutunda en az düzeyde karşılanmıştır.

Güngören TRSM çalışanlarının bilgili ve deneyimli olması, kibarlığı, hastalarda ve yakınlarında güven duygusu uyandırma becerileri araştırmaya katılan tüm katılımcıların için en önemli özelliktir ve merkez bu konuda beklentileri yüksek düzeyde karşılamaktadır.

TRSM'ye başvuranlar ve yakınlarının ölçeğin ikinci bölümünde yer alan beklenti sorularının değerlendirmesinde "TRSM çalışanlarının bilgili ve deneyimli olması, kibarlığı, hastalarda güven duygusu uyandırma becerileri" en önemli özellik olmuştur. Bulgulara göre başvuranlar ve yakınlarının bakış açısıyla "Güngören TRSM çalışanlarının bilgili ve deneyimli olması, kibarlığı, hastalarda güven duygusu uyandırma becerileri." Merkez için algılanan en önemli özellik olmuştur.

TRSM'ye başvuranlar ve yakınlarının ölçeğin ikinci bölümünde yer alan beklenti sorularının değerlendirmesinde "TRSM çalışanlarının hastalarına kişisel ilgi göstermesi ve duyarlılığı" en az önemli özellik olmuştur. Bulgulara göre başvuranlar ve yakınlarının bakış açısıyla "Güngören TRSM çalışanlarının hastalarına kişisel ilgi göstermesi ve duyarlılığı." Merkez için algılanan en az önemli özellik olmuştur.

Araştırmaya katılan TRSM'ye başvuran ve yakınlarının SERVQUAL toplam puanını etkileyen etmenlere bakıldığında başvuran ve başvuran yakını grup

sonuçlarına göre başvuran grubunda sosyal güvence ve hastalık tanısı, yakını grubunda eğitim durumu puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir.

Başvuran grupta sosyal güvencesi olmayan katılımcıların hizmet kalitesi algısı puanlarının sosyal güvencesi olan katılımcılara göre daha yüksek olduğu görülmektedir.

Yakını grupta eğitim seviyesi arttıkça hizmet kalitesi algısı puanlarının azaldığı görülmektedir.

Başvuran katılımcılardan bipolar bozukluk tanılı olan katılımcıların hizmet kalitesi algısı puanlarının şizofreni tanılı katılımcılara göre daha yüksek olduğu görülmektedir. Sonuçlara göre hastalık tanısının hizmet algısını etkileyen bir etmen olduğu söylenebilir.

Literatür incelendiğinde Devedbakan ve Aksaraylı'nın 2003'te yayınlanan 'Sağlık İşletmelerinde Algılanan Hizmet Kalitesinin Ölçümünde SERVQUAL Skorlarının Kullanımı ve Özel Altınordu Hastanesi Uygulaması' başlıklı çalışmasında güvenilirlik ve güven boyutlarının katılımcıların büyük bir kısmı tarafından en önemli hizmet boyutu olarak değerlendirildiği belirtilmektedir. Çalışmada ilgili kurumun tüm boyutlarda SERVQUAL puanlarının negatif olması nedeniyle kurumun kalite boyutları bazında ve genel hizmet kalitesi açısından hasta beklentilerini karşılayamadığı ifadesi yer almaktadır. Aynı çalışmada ayrıca bağımsız değişkenlere göre SERVQUAL skorları da değerlendirilmiştir. Bulgulara göre cinsiyet ve medeni durumlarına göre SERVQUAL puanlarında anlamlı fark bulunamazken, eğitim durumu ve yaşa göre SERVQUAL puanlarında 0.05 anlamlılık düzeyinde anlamlı fark bulunduğu belirtilmektedir. Araştırmada yaşlı olanların genç olanlara oranla ve eğitim düzeyi düşük olanların yüksek olanlara oranla hizmet kalitesini daha yüksek algıladıkları belirtilmektedir (Devedbakan ve Aksaraylı, 2003).

Bayhan ve Devbakan'ın 2015 yılında yayınlanan 'Hemodiyaliz Biriminden Hizmet Alan Hastaların Hizmet Kalitesi Algısı: Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Örneği ' başlıklı çalışmasına göre diyaliz biriminin genel olarak hasta beklentilerini karşılayamadığı, akut hastaların kroniklere, evlilerin bekârlara, hizmet alırken problem yaşayanların yaşamayanlara göre hizmet kalitesini daha olumlu algıladıkları görülmektedir. Diğer taraftan hastalık süresinin kısalığı ve uzunluğunun hizmet kalitesini değerlendirmede farklılık yarattığı, ancak cinsiyet ve eğitim değişkeninin katılımcı ortalamaları arasında bir farklılık yaratmadığının tespit edildiği belirtilmektedir (Bayhan ve Devbakan, 2015).

Çağlıyan'ın 2017 yılında yayınlanan 'Sağlık Kurumlarında Hizmet Kalitesi Analizi: Tıp Fakültesi Hastanesi Örneği ' başlıklı çalışmasına 421 ayaktan tedavi gören hasta katılmış, SERVQUAL ölçeği ile algılanan hizmet kalitesi ve SERVQUAL ölçeği alt boyutlarının korelasyonu değerlendirilmiştir. Araştırmada hastaların beklentilerinin kurum tarafından önemli ölçüde karşılandığı sonucunun ortaya çıktığı belirtilmektedir. Ayrıca araştırmada aynı kurumda 2010 yılında SERVQUAL ölçüm modeli kullanılarak yürütülen araştırmanın sonuçları ile 2015 yılında aynı ölçüm modeli ile yürütülen çalışmanın sonuçları karşılaştırmalı olarak değerlendirilmiştir. Bu değerlendirmelere göre hastanenin son beş yılda hizmet kalitesi düzeyinde bir azalmanın olduğu belirtilmektedir. Çalışmada SERVQUAL ölçeğinin 'Yeniden Sağlık Hizmetinden Yararlanma Niyetini' nedensel ilişkilerle de açıklayabileceğinin tartışıldığı görülmektedir. Araştırmanın bulgularına göre SERVQUAL ölçeği 'Yeniden Sağlık Hizmetinden Yararlanma Niyetinin' açıklanmasında kullanılabilecek önemli bir model olarak değerlendirilmektedir (Çağlıyan, 2017).

Nal ve arkadaşlarının 2016 yılında yayınlanan 'Bir Kamu Hastanesinde Hasta Memnuniyetinin Ölçülmesine Yönelik Bir Araştırma' başlıklı çalışmada Kastamonu'da bir kamu hastanesinde yatarak sağlık hizmeti alan 245 hastanın katılımıyla anket formu ve SERVQUAL Hizmet Kalitesi ölçeği kullanılarak yapılmıştır. SERVQUAL ölçek beklenen hizmet kalitesi Cronbach's Alpha değeri 0.820 ve SERVQUAL ölçek algılanan hizmet kalitesi Cronbach's Alpha değeri

0.918 olarak bulunan çalışmada katılımcılarının beklentilerinin en yüksek olan boyutunun “güvenirlilik” olarak saptandığı belirtilmektedir. Araştırma bulgularına göre SERVQUAL skor ortalamasının -0,44 ve hastaların beklentilerinin %89,67’sinin karşılandığı %10,33’ünün ise karşılanamadığı sonucunun ortaya çıktığı belirtilmektedir (Nal ve ark., 2016).

Li ve arkadaşlarının 2016 yılında yayınlanan ‘Evaluating patients’ perception of service quality at hospitals in nine Chinese cities by use of the ServQual scale’ başlıklı araştırması Çin’ in dokuz şehrindeki hastanelerde yapılmıştır. Araştırma ayaktan ve yatan hastaları kapsayan tanımlayıcı tipte bir araştırmadır. Araştırmada ölçeğin faktör analizi için Kaiser-Meyer-Olkin değeri 0,979, Cronbach Alpha değeri 0.978 bulunmuştur. Korelasyon katsayıları pozitif ve istatistiksel olarak anlamlı değerlendirilmiştir. Araştırma bulgularına göre ayaktan hastaların algıladıkları hizmet kalitesi yatan hastaların hizmet kalitesi algısından daha yüksek olarak değerlendirilmiştir. Araştırma da ayrıca 60 yaş ve üstü katılımcıların güven, güvenirlilik ve empati boyutlarındaki hizmet kalitesi algısının 40-49 yaş grubundan daha yüksek olduğu belirtilmektedir. Araştırmanın bir diğer bulgusu da şehirler arasında algılanan hizmet kalitesinde farklılıklar tespit edilmelidir. (Li ve ark., 2016).

5. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu araştırmada bir TRSM' ne başvuran kişilerin ve yakınlarının SERVQUAL ölçeği ile merkezden aldıkları hizmetin kalitesi ve algılanan hizmet kalitesi ile ilişkili faktörlerin değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Bu amaçla Güngören TRSM başvuran 100 başvuran hasta ve 100 yakını olmak üzere 200 kişiye yüz yüze görüşme yöntemi ile veri toplama formu ve SERVQUAL ölçeği uygulanmıştır.

Çalışma grubunda SERVQUAL ölçeğinin Cronbach alfa değeri 0,85 bulunmuştur.

Başvuranların yaş ortalaması $41,77 \pm 11,2$ iken yakınlarının $49,35 \pm 14,3$ 'dür. Başvuranların %68,0'i, yakınlarının %51'i erkektir. Başvuranlar ile yakınlarının bazı tanımlayıcı özellikleri (yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durumu, çocuk sahibi olma durumu, gelir getiren bir işte çalışma durumu, fiziksel hastalık olma durumu) açısından farklılık tespit edilmiştir.

Başvuranların %37,0'sinde ailevi ruhsal bir hastalık söz konusudur. Başvuranların %19,0'u halen çalıştığını belirtmiştir. Sigara kullanımı %54,0, alkol kullanımı %18,0'dir. Başvuranların %50'sinde hastalık kaynaklı sözel veya fiziksel şiddet öyküsü mevcuttur. Hastalık kaynaklı adli süreç yaşama oranı ise %19,0'dur. Başvuranların %79,0'u şizofreni, %21,0'i bipolar bozukluk tanısı ile izlenmektedir. Başvuranların %55,0'inde tanı ile eşzamanlı tedaviye başlanılmıştır. Tedavi ve kontrollere düzenli devam edenlerin oranı %53,0, kısmen düzenli olanlar %34,0, düzensiz olanlar %13,0'dür. Olguların yarısında geleneksel tedavi başvurusu söz konusudur. Olguların %34,0'ünün intihar girişimi öyküsü mevcuttur. Hastaneye yatış ortalaması $3,94 \pm 4,88$, TRSM'ye geliş sayısı ortalaması $3,16 \pm 2,19$ 'dur.

TRSM'ye başvuranlar ve yakınlarının SERVQUAL ölçeğinin hem ilk bölümünde yer alan 15 maddesi için hem de bu maddelerden elde edilen alt ölçek puanları pozitif değerler almıştır. SERVQUAL alt boyutlar bazında değerlendirmede tüm katılımcıların tüm alt boyutlarda beklentileri karşılanmıştır. Araştırmaya katılan TRSM'ye başvuranların beklentisi en fazla "Empati" boyutunda, yakınlarının beklentisi en fazla "Güven" boyutunda karşılanmıştır. Başvuran ve yakınları için alt boyutlar arasında beklentiler "Fiziksel Özellikler" boyutunda en az düzeyde karşılanmıştır. TRSM çalışanlarının bilgili ve deneyimli olması, kibarlığı, hastalarda ve yakınlarında güven duygusu uyandırma becerileri araştırmaya katılan tüm katılımcıların için en önemli özelliktir ve merkez bu konuda beklentileri yüksek düzeyde karşılamaktadır. Ancak fiziksel özellikler boyutunda beklentilerin düşük kalma nedenlerinin incelenmesinde yarar vardır.

TRSM'ye başvuranlar ve yakınlarının ölçeğin ikinci bölümünde yer alan beklenti sorularının değerlendirmesinde "TRSM çalışanlarının bilgili ve deneyimli olması, kibarlığı, hastalarda güven duygusu uyandırma becerileri" en önemli özellik olmuştur. Bulgulara göre başvuranlar ve yakınlarının bakış açısıyla "Güngören TRSM çalışanlarının bilgili ve deneyimli olması, kibarlığı, hastalarda güven duygusu uyandırma becerileri." merkez için algılanan en önemli özellik olmuştur. TRSM'ye başvuranlar ve yakınlarının ölçeğin ikinci bölümünde yer alan beklenti sorularının değerlendirmesinde "TRSM çalışanlarının hastalarına kişisel ilgi göstermesi ve duyarlılığı" en az önemli özellik olmuştur. Bulgulara göre başvuranlar ve yakınlarının bakış açısıyla "Güngören TRSM çalışanlarının hastalarına kişisel ilgi göstermesi ve duyarlılığı." merkez için algılanan en az önemli özellik olmuştur.

Araştırmada ayrıca SERVQUAL toplam puanı ile bazı bağımsız değişkenler arasındaki ilişki de değerlendirilmiştir. İstatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilen değişkenler başvuran grubunda sosyal güvence sahibi olma durumu ve hastalık tanısı, yakını grubu için eğitim düzeyi olmuştur.

- SERVQUAL ölçeği TRSM hizmetlerinde kalite değerlendirme aracı olarak kullanılabilir.
- Alt boyutlarda düşük puan alan özelliklerin iyileştirilmesi hizmet alanların tatminini artırmaya yardımcı olacaktır.
- Memnuniyeti azaltan faktörler değerlendirilmeli ve çözüm üretilmeye çalışılmalıdır.
- TRSM ağır ruhsal bozukluğu olan bireylere hizmet vermektedir. Memnuniyet değerlendirmelerinin yapılması damgalamayla mücadeleye de katkı sağlayacaktır.
- Algılanan hizmet kalitesinin artırılmasını hedef alan girişimler hizmet devamlılığı, tedaviye katılım ve başvuran ve yakınının ruh sağlığı hizmet sağlayıcılarıyla işbirliğini artıracaktır.
- Hizmet, özünde ağır ruhsal bozukluğu olan bireyleri ve etkileşimde bulunduğu çevresini kapsamaktadır. Dolayısıyla hizmet kalitesini geliştirme adına yapılacak bütün girişimler hastalık yükünün birey aile ve toplum üzerindeki etkilerini azaltmaya yardımcı olacaktır.
- Modern ve güncel bir sistemin kuruluş aşamasında yapılan bu araştırma sistem etkinliği açısından fikir verici olabilir.
- Bireylerin sağlık hizmeti alma hakkı bir insan hakkıdır. TRSM’ den sağlık hizmeti alan bireyler, toplumda çoğunlukla damgalanmaya maruz kalmaktadırlar. Bu bireylere söz hakkı verilmesi yönünden bu araştırma önemlidir.
- Araştırmada Toplum Ruh Sağlığı Hemşireliği’ de gözden geçirilmiştir. TRSM çalışanları içinde hemşireler büyük çoğunluğu oluşturmaktadır. Hemşirelik hizmetleri yönüyle bakıldığında Toplum Ruh Sağlığı Hemşireliği, Psikiyatri Hemşireliği’nin güncel ve gelişen bir alt dalıdır. Ülkemizde halk sağlığı ve/veya psikiyatri alanında uzmanlaşan hemşireler sıklıkla TRSM dışındaki diğer alanlarda çalıştırılmaktadır. Bu alanlarda çalışmak isteyen ve uzmanlaşan hemşirelerin toplum ruh sağlığı hizmetlerinde görev almalarının sağlanması hizmet kalitesinin ve hemşirelik meslek imajının gelişmesine katkı sağlayacaktır.

- TRSM’lerin çalışma prensiplerine bakıldığında vaka yönetimi ve bakım planı kavramlarının öne çıktığı görülmektedir. Bu iki kavram hemşirelik mesleği için önemli yapı taşı kavramlardandır. Toplum Ruh Sağlığı Modeli içerisinde hemşirelik alanından kişilerin oluşturulacak politika ve yasalarda görev alması sistemin gelişmesine büyük katkı sağlayacaktır.



ÖZET

Toplum Ruh Sağlığı Merkezine Başvuranların ve Yakınlarının Algıladıkları Hizmet Kalitesinin SERVQUAL Ölçeği İle Değerlendirilmesi

Bu çalışmanın amacı T.C. Sağlık Bakanlığı Güngören TRSM' ne başvuran kişilerin ve yakınlarının SERVQUAL ölçeği ile merkezden aldıkları hizmet ile ilgili algıladıkları hizmet kalitesinin değerlendirilmesidir.

Tanımlayıcı tipte planlanan araştırmanın evrenini Güngören TRSM' ne şizofreni ve bipolar bozukluk tanısı ile izlenen hastalar ve yakınları oluşturmaktadır. Araştırma esnasında 106 başvuran ve yakınına ulaşmış ancak 6 başvuran ve/veya yakını araştırmadan ayrılmak istemesi nedeniyle 100 başvuran ve başvuran yakınına ulaşılmıştır. Verilerin toplanmasında; başvuran ve başvuran yakını bilgi formu ve SERVQUAL algılanan hizmet kalitesi ölçeği kullanılmış ve yüz-yüze yöntemle araştırmacı tarafından uygulanmıştır. Sağlık sektöründe SERVQUAL ölçeği sağlık işletmesi kullanıcılarının algıladıkları hizmetin kalitesini ölçmede bir standart olarak kullanılmaktadır. Çalışma grubunda SERVQUAL ölçeğinin Cronbach alfa değeri 0,85 bulunmuştur. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p < 0,05$ olarak kabul edilmiştir. Başvuran ve başvuran yakınlarının algıladıkları hizmet kalitesi düzeyleri arasında anlamlı bir farkın olup olmadığının tespit edilebilmesi için verilere Mann-Whitney U ve Kruskal Wallis Testleri kullanılmıştır. Başvuranların yaş ortalaması $41,77 \pm 11,2$ iken yakınlarının $49,35 \pm 14,3$ 'dür. Başvuranların %68,0'i, yakınlarının %51'i erkektir. Başvuranların %79,0'u şizofreni, %21,0'i bipolar bozukluk tanısı ile izlenmektedir. Başvuranların %55,0'inde tanı ile eşzamanlı tedaviye başlanılmıştır. Tedavi ve kontrollere düzenli devam edenlerin oranı %53,0, kısmen düzenli olanlar %34,0, düzensiz olanlar %13,0'dür. TRSM'ye geliş sayısı ortalaması $3,16 \pm 2,19$ 'dur. SERVQUAL puanları tüm alt boyutlarda pozitifdir, başvuran beklentilerinin aşıldığı ve hastaların TRSM hizmetlerine yönelik kalite algısı yüksektir. Güngören TRSM kendisinden hizmet alan hastalarının ve yakınlarının beklentilerini karşılamaktadır ve tüm katılımcıların merkezden algıladıkları hizmet kalitesi yüksektir. Güngören TRSM çalışanlarının bilgili ve deneyimli olması, kibarlığı, hastalarda güven duygusu uyandırma becerileri araştırmaya katılan tüm katılımcıların için en önemli özelliktir ve merkez bu konuda beklentileri yüksek düzeyde karşılamaktadır.

Bu bulgular ışığında SERVQUAL ölçeğinin TRSM' nde hizmet kalite değerlendirme aracı olarak kullanılabileceği sonucu çıkmaktadır. Alt boyutlarda düşük puan alan özelliklerin iyileştirilmesi hizmet alanların algıladıkları hizmet kalitesini artırmaya yardımcı olacaktır. TRSM'leri ağır ruhsal bozukluğu olan bireylere hizmet vermektedir, bu bağlamda başvuranlarda hizmet kalite değerlendirmelerinin yapılması damgalamayla mücadeleye de katkı sağlayacaktır. Toplum Ruh Sağlığı Modeli içerisinde halk sağlığı/ruh sağlığı alanında uzmanlaşmış hemşirelerin sayısının artırılması ve TRSM' lerde istihdam edilmesinin hizmet kalitesini artıracak sonucuna varılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Algılanan Hizmet Kalitesi, SERVQUAL, Toplum Ruh Sağlığı

Hemşireliği, Toplum Ruh Sağlığı Merkezi, Toplum Temelli Ruh Sağlığı Hizmet Modeli,

SUMMARY

The Assessment Of Percieved Services Quality yo the Community Mental Health Center Applicants and Their Relatives by SERVQUAL Scale

The purpose of this research is the assessment of the quality of service perceived by the aplicants and their relatives of the community mental health center regarding the SERVQUAL scale and the service they receive from the center. The research was planned as descriptive and the universe of the research consists of patients and their relatives who were diagnosed with schizophrenia and bipolar disorder in Güngören Community Mental Health Center. During the research, 106 aplicants and their relatives were reached, but because of six aplicants and / or relatives are reluctant to participate the research, 100 aplicants and their relatives have been reached. In the collection of the data; aplicant and their relative information form and SERVQUAL perceived service quality scale used and face-to-face method has been applied by the examiner. In the health sector, SERVQUAL scale is used as a standard to measure the quality of service that health care users perceive. The Cronbach Alpha value of the SERVQUAL scale was 0.85 in the research group. Statistical significance level was accepted as $p < 0,05$. The Mann-Whitney U and Kruskal Wallis Test test were applied to determine whether there was significant difference between the level of service quality that the aplicant and the aplicant's relatives perceive. The average age of aplicants was $41,77 \pm 11,2$ while the relatives were $49,35 \pm 14,3$. %68,0 of aplicants and %51 of relatives are male. %79,0 of aplicants were schizophrenia and %21 of aplicants were bipolar disorder. Simultaneous treatment with diagnosis was started in 55.0% of the aplicants. The proportion of those who regularly attend treatment and control 53%, 34,0% partially regulated, and 13,0% were irregular. Average number of arrivals to Community Mental Health Center is $3,16 \pm 2,19$. SERVQUAL scores were positive in all sub-dimensions. The expectation of the aplicant has been overcome and the quality perception of the services of the Community Mental Health Center patients were high. The center met the expectation of patients and their relatives who receive services and the quality of service that all participants perceive was high. The knowledge and experience of its employees, the kindness, the ability to awaken confidence in patients was the most important feature for all participants involved in the research and the center has a high level of expectation in this respect.

With these findings, it had concluded that the SERVQUAL scale could be used as a service quality evaluation tool in the Community Mental Helth Center. Improving subscore attributes in sub-dimensions will help improve service quality . Community mental health Center serves individuals with severe mental disorders. In this context, the making of service quality assessments in the aplicants will also contribute to the struggle with the stigmatization. Increasing the number of nurses specialized in community health / mental health in the Community Mental Health Model and employment in community Mental Health Centers will may be resulted in increase of quality of service.

Keywords: Community Based Mental Health Service Model, Community Mental Health Center, Community Mental Health Nursing, Perceived Quality of Service, SERVQUAL

KAYNAKLAR

- ACAR G, BULDUKOĞLU K (2014). Bipolar bozuklukta psikoğitimin relapslara etkisi: sistematik bir derleme. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry, 6(4):310-311.
- AKIN G (2004). Türkiye’de Yapılmış Hasta Memnuniyeti Araştırmalarının Değerlendirilmesi. Ankara Üniversitesi Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, s:2.
- AKSARAY G, KAPTANOĞLU C, OFLU S (1999). Koruyucu Ruh Sağlığı. Yeni Symposium, 37(3):55-59
- ALATAŞ G, KARAOĞLAN A, ARSLAN M, YANIK M (2009). Toplum Temelli Ruh Sağlığı Modeli ve Türkiye’de Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri Projesi. Nöropsikiyatri Arşivi, 468 (özel sayı): 25-29
- ALPTEKİN K, ÜÇOK A, AYER A, ÜNAL A, EROL A, ENSARİ H, ATMACA M, DEVRİMCİ Ö (2014). Psikiyatri Kliniğine Yatırılan Şizofreni ve Psikotik Bozukluğu Olan Hastaların Tedavi Rehberi. Klinik Psikofarmakoloji Bülteni, 24(3):3.
- BABAKUS E, MANGOLD WG (1992). Health Services Research, Health Research and Educational Trust, **26: 6**
Erişim: <http://www.freepatentsonline.com/article/Health-Services-Research/12072377.html>
ERİŞİM TARİHİ: 6 OCAK 2015
- BAĞ B (2012). Toplum Ruh Sağlığı Merkezlerinde Hemşirenin Rolü: İngiltere Örneği. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry , 4(4):465-485
- BAYHAN B, DEVEBAKAN N (2015). Hemodiyaliz Biriminden Hizmet Alan Hastaların Hizmet Kalitesi Algısı: Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Örneği. Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi, (8): 41
- BİLGE A, MERMER G, ÇAM MO, ÇETİNKAYA A, ERDOĞAN E, ÜÇKUYU N (2016). Türkiye’deki Toplum Ruh Sağlığı Merkezlerinin 2013-2015 Yıllarının Profili. Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi 2(2):1-5
- BELLİ H, ÖZÇETİN A, ERTEM Ü, ALPAY E, BAĞÇEBAŞI T, KIRAN ÜK, BAYKIZ AF, BAYIK Y (2007). Şizofreni hastalarında bazı sosyo demografik özellikler ve tedavi ile ilişkili etkenler. Anadolu Psikiyatri Dergisi, 8:102-112
- BİNBAY T, ULAŞ H, ELBİ H, ALPTEKİN K (2011a) Türkiye’de Psikoz Epidemiyolojisi: Yaygınlık Tahminleri ve Başvuru Oranları Üzerine Sistematik Bir Gözden Geçirme. Türk Psikiyatri Dergisi, 22: 40-52.
- BİNBAY T, ULAŞ H, ELBİ H, ALPTEKİN K (2011b). Psikozlarda Gen-Cevre Etkileşimi İçin İzmir Akıl Sağlığı Araştırması (TurkSch): Amaç ve Yöntem. Türk Psikiyatri Dergisi, 22: 65-76.

- BİNBAY T., ALPTEKİN K., ELBİ H., ZAĞLI N., DRUKKER M., AKSU TANIK F., ÖZKINAY F., ONAY H., VAN OS J (2012). İzmir Kent Merkezinde Şizofreni ve Psikotik Belirtili Bozuklukların Yaşam Boyu Yaygınlığı ve İlişkili Oldukları Sosyo Demografik Özellikler. Türk Psikiyatri Dergisi, 23(3):149-60.
- BOSTANCI N (2005). Ruhsal Bozukluğu Olan Bireylere Yönelik Stigma ve Bunun Azaltılmasına Yönelik Uygulamalar. Düşünen Adam Dergisi, 18(1):32-58.
- BUZLU S, ÖZBAŞ D (2011). Geçmişten Günümüze Psikiyatri Hemşireliği. İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi, 19(3): 187-193.
- BÜLBÜL H, DEMİRER Ö (2008). Hizmet Kalitesi Ölçüm Modelleri SERVQUAL ve SERPERF'in Karşılaştırmalı Analizi. Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi Erişim:[<http://dergisosyalbil.selcuk.edu.tr/susbed/article/view/362> Erişim tarihi: 26 Ocak 2016.
- ÇAĞLIYAN V (2017). Sağlık Kurumlarında Hizmet Kalitesi Analizi: Tıp Fakültesi Hastanesi Örneği. Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, (37): 254-264
- CANER E, KÜLCÜ Ö (2016). Üniversite Kütüphanelerinde Hizmet Değerlendirme Modelleri: Grönroos Modeli Örneği. Akademia Disiplinlerarası Bilimsel Araştırmaları Dergisi, 2 (1): 23-30.
- ÇAVUŞ MF, GEMİCİ E (2013). Sağlık Sektöründe Toplam Kalite Yönetimi. Akademik Sosyal Araştırmalar Dergisi, 1(1):238-257.
- ÇELİKKOL A (2001). Koruyucu Ruh Sağlığı. Ege Üniversitesi Yayın Bürosu, s: 151-152, İzmir.
- DEVEBAKAN N, AKSARAYLI M (2003). Sağlık İşletmelerinde Algılanan Hizmet Kalitesinin Ölçümünde SERVQUAL Skorlarının Kullanımı ve Özel Altınordu Hastanesi Uygulaması, Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 5:1.
- DOĞAN O (2002). Şizofrenik Bozukluklarda Psikososyal Yaklaşımlar. Anadolu Psikiyatri Dergisi, 3: 240.
- Elektroşok Tedavisi Haklarınız (2004). Victoria Hükümeti, Toplum Hizmetleri Bakanlığı Akıl Sağlığı Şubesi, Melbourne, Victoria, Avustralya.
- ENSARİ H, GÜLTEKİN BK, KARAMAN D, KOÇ A, BEŞKARDEŞ AF (2013). Bolu Toplum Ruh Sağlığı Merkezi Hizmetlerinin Şizofreni Hastalarındaki Yaşam Kalitesi, Yeti Yitimi, Genel ve Sosyal İşlevsellik Üzerine Etkisi: Bir yıllık izleme sonuçları. Anatolian Journal of Psychiatry, 14:108-14.
- ERKOÇ Ş (2005). Elektrokonvülsif Tedavi. Popüler Psikiyatri, 28:20-22.
- GÜLEÇ H, YAVUZ A, TOPBAŞ M, AK İ, KAYGUSUZ E (2006). Psikiyatri Hastalarında Tıp Dışı Çare Arama Davranışı: Türkiye’de ve Almanya’da Yaşayan Türkler Arasında Karşılaştırılmalı Bir Ön Çalışma. Klinik Psikiyatri, 9: 36-44.
- GÜLSEREN L, ÇAM B, KARAKOÇ B, YİĞİTT, DANACIA.E, ÇUBUKÇUOĞLU Z, TAŞ C, GÜLSEREN Ş, METE L (2010). Şizofrenide Ailenin Yükünü Etkileyen Etmenler.

Türk Psikiyatri Dergisi, 21(3):203-12.

GÜLTEKİN B.K (2010). Ruhsal bozuklukların önlenmesi kavramsal çerçeve ve Sınıflandırma. Psikiyatride güncel yaklaşımlar 2(4):585.

HOLLOWAY F (2001). Invited Commentary On: Community Mental Health Team Management in Severe Mental İllness. The British Journal of Psychiatry, 178:503.

http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/mental_health_facts/en/index.html

Erişim tarihi: 12.02.2015

<http://www.saglik.gov.tr/TR,10526/hemsirelik-yonetmeliginde-degisiklik-yapilmasina-dair-yonetmelik-yayimlanmistir.htm>

Erişim Tarihi: 4 Aralık 2016

İÇEL S, ÖZKAN B, AYDOĞAN A (2016). Toplum Ruh Sağlığı Merkezlerinde Hemşirenin Rolü. Ankara Med J, 16(2):208-14.

İnsan Hakları ve Karşılaştırmalı Sosyal Politika Yaklaşımı Işığında Türkiye'de Ruh Sağlığı Politikaları: Tespitler ve Öneriler (2012). RUSİHAK (Ruh Sağlığında İnsan Hakları Girişimi Derneği), s:21, İstanbul.

JACOBSON JL, JACOBSON AM (2006). Psikiyatrinin Sırları. Nobel Tıp Kitabevleri, 51-76

KIRILMAZ H (2013). Hasta Memnuniyetini Etkileyen Faktörlerin Sağlık Hizmetlerinde Performans Yönetimi Çerçevesinde İncelenmesi: Poliklinik Hastaları Üzerine Bir Alan Araştırması. Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 4: 1.

KÖROĞLU E (2013). DSM-5 Tanı Ölçütleri Başvuru ve El Kitabı: Amerikan Psikiyatri Birliği, HYB Yayıncılık, Ankara

KÜÇÜKALİ Ç, ÜSTÜN GÜVENEROĞLU N, DEMİRAĞLI DUMAN HB, ERADAMLAR N, ALPKAN LR (2015). Bakırköy Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Psikiyatri Birimi'ne kimler başvuruyor? Kesitsel, tanımlayıcı bir çalışma. Anadolu Psikiyatri Dergisi, 16: 413-419.

KUM N (1996). Psikiyatri Hemşireliği El Kitabı. Birlik Ofset, 4-8, İstanbul

MİN L, LOWRIE DB, YU-HANG C, LU X-C, ZHU Y-C, WU X-H, SHAYİTİ M, TAN Q-Z, YANG H-L, CHEN S-Y, ZHAO P, HE S-H, WANG X-R, LU H-Z. (2016). Evaluating patients' perception of service quality at hospitals in nine Chinese cities by use of the ServQual scale. Asian Pacific Journal of Tropical Biomedicine, (5):6: 497-504
Erişim:[<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2221169115000775>]
Erişim Tarihi: 25.Nisan 2017

LİBERMAN RP, (2008). Yeti Yitiminden İyileşmeye Psikiyatrik İyileştirim El Kitabı. American Psychiatric Publishing Inc, Washington DC, 3; 510, 132-133

NAL M, HASGÜL E, NAL B (2016). Bir Kamu Hastanesinde Hasta Memnuniyetinin Ölçülmesine Yönelik Bir Araştırma Ordu Üniversitesi Sosyal Bilimler Araştırmaları Dergisi, 6(3): 839-848

OCAKTAN E, ÖZDEMİR O, AKDUR R (2004) Birinci Basamakta Ruh Sağlığı Hizmetleri. Kriz Dergisi, 12(2): 63-73.

ÖZTEK Z (2001). Sağlıkta Kavramlar. Yeni Türkiye Sağlık Özel Sayısı-1, 7(39), Ankara

PARASURAMAN A, ZEİTHALM VA, BERRY LL (1985). A Conceptual Model of Service Quality and Its Implications for Future Research. The Journal of Marketing, 49:41-50.

Erişim:[<http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.470.4027&rep=rep1&type=pdf>]Erişim Tarihi: 12 OCAK 2016

PARASURAMAN A, ZEİTHALM VA, BERRY LL (1988). SERVQUAL: A Multiple Item Scale for Measuring Consumer Perceptions of Service Quality, Journal of Retailing, 64(1):12-14

Erişim:[https://www.researchgate.net/profile/Valarie_Zeithaml/publication/225083802_SERVQUAL_A_multiple_Item_Scale_for_measuring_consumer_perceptions_of_service_quality/links/5429a4540cf27e39fa8e6531/SERVQUAL-A-multiple-Item-Scale-for-measuring-consumer-perceptions-of-service-quality.pdf] Erişim Tarihi: 01 OCAK 2016

PARASURAMAN A, ZEİTHALM VA, BERRY LL (1991).Refinement And Reassessment of the SERVQUAL Scale, 67;4

Erişim:<http://search.proquest.com/openview/20ce41a3232b328c782d08cf26648612/1?pq-origsite=gscholar&cbl=41988>

Erişim Tarihi: 05.ŞUBAT 2016

PEKTAŞ İ, BİLGE E, ERSOY. MA (2006). Toplum Ruh Sağlığı Hizmetlerinde Epidemiyolojik Çalışmalar ve Toplum Ruh Sağlığı Hemşireliğinin Rolü. Anadolu Psikiyatri Dergisi, (743): 48.

RAHMAN S, ERDEM R, DEVEBAKAN N (2007). Hizmet Kalitesinin SERVQUAL Ölçeği ile Değerlendirilmesi: Elazığ'daki Hastaneler Üzerine Bir Çalışma. Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 9: 3.

Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı (2012). SKS Işığında Sağlık Kalite, Ankara.

SAĞDUYU A, AKER T, ÖZMEN E, UĞUZ Ş, ÖGEL K,TAMAR D (2003). Şizofrenisi Olan Hastaların Yakınlarının Şizofreniye Yönelik Tutumlar. Türk Psikiyatri Dergisi, 14(3): 203-212.

SARUÇ S, KAYA KILIÇ A (2015). Toplum Ruh Sağlığı Merkezinden Hizmet Alan Hastaların Sosyal Profili ve Merkezde Verilen Hizmetler. Toplum ve Sosyal Hizmet, 26: 2.

SUDIPTO C, SMİTA N, SUJİT J, HAMİD D, MADHUMİTHA B, MİRJA K, MATHEW V, RANGASWAMY T (2014) Effectiveness Of A Community-Based İntervention For People With Schizophrenia And Their Caregivers İn India (COPSI): A Randomised Controlled Trial Lancet, 383:1385-1394

THORNICROFT G, TANSELLA M (2002)., Balancing Community-Based And Hospital-Based Mental Health Care., World Psychiatri., Official Journal Of The World Psychiatric Association, 1(2):85-86.

T.C. Sağlık Bakanlığı, Aile Ve Sosyal Politikalar Bakanlığı (2013). Uluslar Arası Toplum Temelli Ruh Sağlığı Hizmetleri Konferansı: Sosyal İçermeye Giden Yol. Konferans Kitapçığı, Ankara.

Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri İçin Çalışma Rehberi 2013.

Türkiye Hastalık Yüğü Çalışması (2004). T.C Sağlık Bakanlığı, Refik Saydam Hıfzısıhha Merkezi Başkanlığı, Hıfzısıhha Mektebi Müdürlüğü, Ankara.

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI ULUSAL RUH SAĞLIĞI EYLEM PLANI (2011)
Erişim: [<https://www.psikolog.org.tr/doc/ulusal-ruh-sagligi-eylem-plani.pdf>]
Erişim Tarihi: 02.Ocak.2012

Türkiye İstatistik Kurumu, (2015). İstatistiklerle Türkiye 2014, Türkiye İstatistik Kurumu Matbaası
Ankara, s:24-25

Türkiye İstatistik Kurumu, (2016).İstatistiklerle Yaşlılar, 2015, Türkiye İstatistik Kurumu Haber Bülteni, Sayı:21520
Erişim: [<http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=21520>]
Erişim Tarihi: 22.Nisan 2017

WORLD HEALTH ORGANİZATİON (1993). THE ICD-10 CLASSİFİCATION OF MENTAL AND BEHAVİOURAL DİSERDERS: Diagnostic Criteria Of Research, Geneva; 64-87

YANIK M (2007). Türkiye Ruh Sağlığı Sistemi Üzerine Değerlendirmeler ve Öneriler: Ruh Sağlığı Eylem Planı Önerisi. Reviews, Cases And Hypotheses in Psychiatry, Özel Sayı
Erişim: [http://www.rchpjournal.com/rchpdergi/rchp_ozelsayi_ekim_2007.pdf]
Erişim tarihi: 24 Ocak 2017

YAĞCI İ, AKBULUT N, KIVRAK Y, ÖZÇETİN A, ATAÖĞLU A (2014). Bir Üniversite Hastanesi Psikiyatri Polikliniğine Başvuran Hastaların Sosyo demografik Özellikleri ile Tanı Grupları Arasındaki İlişki. Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 4(3):14
18

YILMAZ M, ÖZCAN A (2016). Psikiyatri Hemşireliğinin Geleceği. Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, (9)1:58.

YÜKSEL N (2006). Ruhsal Hastalıklar. Nobel tıp kitapçevleri, (3): 221-254, Ankara.

ZAİM H, TARIM M (2010), Hasta Memnuniyeti: Kamu Hastaneleri Üzerine Bir Alan Araştırması. Sosyal Siyaset Konferansları, 59: 9.

ZERENLER M, ÖĞÜT A (2007). Sağlık SEKTÖRÜNDE ALGILANAN HİZMET KALİTESİ VE HASTANE TERCİH NEDENLERİ ARAŞTIRMASI KONYA ÖRNEĞİ

Erişim: [<https://www.researchgate.net/publication/26506588>
ERİŞİM TARİHİ OCAK 2017

25.4.2007 Kabul Tarihli, 5634 kanun numaralı HEMŞİRELİK KANUNUNDA DEĞİŞİKLİK YAPILMASINA DAİR KANUN.



10. EKLER

Ek-1: Başvuran Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu

T.C SAĞLIK BAKANLIĞI İSTANBUL GÜNGÖREN TOPLUM RUH SAĞLIĞI MERKEZİNE BAŞVURANLARIN ve YAKINLARININ ALGILADIKLARI HİZMET KALİTESİNİN SERVQUAL ÖLÇEĞİ İLE DEĞERLENDİRİLMESİ ARAŞTIRMASI “BAŞVURAN” BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ ONAM FORMU
Araştırmanın Adı : T.C Sağlık Bakanlığı İstanbul Güngören Toplum Ruh Sağlığı Merkezine Başvuranların ve Yakınlarının Algıladıkları Hizmet Kalitesinin SERVQUAL Ölçeği İle Değerlendirilmesi Araştırmanın Konusu: Toplum Ruh Sağlığı Merkezine başvuranların ve yakınlarının algıladıkları hizmet kalitesini değerlendirmek amacıyla yürüttüğümüz tez çalışmamız kapsamında size bir kez bir TRSM izleminiz ile ilgili 8 soru ile, ve 22 sorudan oluşan bir hizmet kalitesi ölçeğinin (soru formunun) uygulanması planlanmaktadır. Hizmet kalitesi ölçeği (SERVQUAL) ile Toplum Ruh Sağlığı Merkezinden en az 1 aydır hizmet alan kişilerin ve bakmakla yükümlü olan bir yakınının algıladıkları hizmet kalitesi ve hizmet kalitesini etkileyen faktörler incelenecektir. Çalışma sonucunda elde edilen bilgiler Toplum Ruh Sağlığı Merkezinin hizmetlerinin yeniden yapılandırılmasında ve kurulacak diğer Toplum Ruh Sağlığı Merkezlerinde işleyiş ve uygulamalarına yön verilmesinde kullanılacaktır. Bu anket formu ile Toplum Ruh Sağlığı Merkezinden hizmet alanların kişilerin hizmet kalitesine ilişkin görüşleri, Toplum Ruh Sağlığı Merkezinden beklentileri ve önerileri alınacak, hizmet alanların mevcut hizmetlerden ne ölçüde yararlandığı ve sunulan hizmetlerin ne şekilde algılandığına ilişkin sonuçlar elde edilecektir. Ülkemizde bu alanda yapılan ilk çalışmadır. Bu nedenle katılımız ve vereceğiniz içtenlikli yanıtlar bizim için çok önemlidir. Araştırmanın Amacı: Bu araştırmanın amacı, Toplum Ruh Sağlığı Merkezinden hizmet alan kişilerin algılanan hizmet kalitesini belirlemek ve bu bilgiler ışığında Toplum Ruh Sağlığı Merkezinin çalışmalarına yön vermektir.
Araştırmanın Süresi: 01 Ocak 2013- 30 Temmuz 2013 Araştırmaya Katılan Gönüllü Sayısı: Çalışma kapsamında T.C Sağlık Bakanlığı İstanbul Güngören Toplum Ruh Sağlığı Merkezine Başvuran, çalışmamıza katılmayı kabul eden, en az 1 aydır hizmet alan kişiler ve onlara bakmakla yükümlü olan bir yakını ele alınacaktır. Planlanan 1 AĞUSTOS 2013 tarihi itibari ile T.C Sağlık

Bakanlığı İstanbul Güngören Toplum Ruh Sağlığı Merkezine Başvuran mevcut 106 kişiye ve 106 yakını olmak üzere 212 kişiye ulaşılması planlanmaktadır.

Araştırmada İzlenecek Yöntem:

SERVQUAL ölçeğini uygulamamız yaklaşık 15 dakika zamanınızı alacaktır. Toplam 22 sorudan oluşan bu ölçekte sizin Toplum Ruh Sağlığı Merkezi tarafından sunulan hizmetlerle ilgili bireysel değerlendirmeleriniz sorulacaktır. Size sorulan sorular ile ilgili sizce uygun olan yanıt söylemeniz yeterlidir. Vereceğiniz yanıtlar ölçek formuna kaydedilecektir. Bazı bilgileriniz de (kişisel bilgileriniz, rahatsızlığınız, tedaviniz ve izlemenizle ilgili bilgileriniz) klinik kayıtlarınızdan alınacaktır. Çalışmadan elde edilecek bilgiler, amacı dışında kullanılmayacak, kişisel bilgileriniz gizli tutulacaktır. Çalışma sonucunda Toplum Ruh Sağlığı Merkezinden hizmet alan kişilerin sunulan hizmeti nasıl algıladıkları ve değerlendirdikleri belirlenecektir.

Çalışmaya katılma tamamen gönüllülük esasına dayalıdır ve çalışmaya katılmayı kabul etmeme veya herhangi bir noktada çalışmayı bırakma hakkınız bulunmaktadır. Bu durumda alacağınız hizmet ile ilgili bir sorun yaşamayacaksınız, tedaviniz devam edecek ve doktorunuz ile ilişkilerinizde herhangi bir olumsuzluk yaşanmayacaktır.

Araştırma Sırasında Karşılaşılabilecek Riskler: Çalışmaya katılma durumunuzda bir kez anket uygulaması dışında bir müdahale (kan alma, görüntüleme vb) yapılmayacaktır. Bu nedenle herhangi bir yan etki ve risk söz konusu değildir. Çalışma, size veya bağlı bulunduğunuz sosyal güvenlik kurumuna ek bir mali yük getirmeyecektir.

Araştırma Süresince 24 Saat Ulaşılabilecek Kişi Adı / Soyadı / Telefonu:

Hemşire Lutfiye KAŞKA, Telefon Numarası: 0 212 543 65 65/19 00

Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formundaki tüm açıklamaları okudum. Bana, yukarıda konusu ve amacı belirtilen araştırma ile ilgili yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen hekim tarafından yapıldı. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabileceğimi ve kendi isteğime bakılmaksızın araştırmacı tarafından araştırma dışı bırakılabileceğimi biliyorum. Söz konusu araştırmaya, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kendi rızamla katılmayı kabul ediyorum.

Gönüllünün Adı / Soyadı / İmzası / Tarih Açıklamaları Yapan Kişinin Adı / Soyadı / İmzası / Tarih
TarihGerekliyse Olur İşlemine Tanık Olan Kişinin Adı / Soyadı / İmzası / Tarih

Ek-2: Başvuran Bilgi Formu

ANKET NO:

TARİH : __/__/__

TELEFON NO:

**İSTANBUL GÜNGÖREN TOPLUM RUH SAĞLIĞI MERKEZİNDEN
HİZMET ALAN HASTALARIN ve YAKINLARININ ALGILADIKLARI HİZMET
KALİTESİNİN SERVQUAL ÖLÇEĞİ ile DEĞERLENDİRİLMESİ BAŞVURAN
BİLGİ FORMU-DOSYADAN ALINACAK BİLGİLER**

1-)Doğum tarihi: yıl olarak 2-)Cinsiyeti : 1) Kadın 2) Erkek 3-)Eğitim durumu (en son bitirdiğiniz okul) 1)Okur –yazar değil 2)Okur-yazar 3)İlkokul mezunu (5yıllık) 4)Ortaokul mez. 5)Lise mez. 6)Yüksekokul/Üniversite mez. 4-)Medeni durumu: 1)Evli 2)Bekar (...soruya geçiniz) 3)Dul 4)Boşanmış veya ayrı 5-)Evli/evlenmiş olanların çocuk sayısı: 0)yok 1)...tane 6-)Gelir getiren bir işte çalışma durumu: 1) Evet (mesleğiniz.....listeden uygun kod numarasını seçiniz) 2)Hayır (...listeden uygun kod numarasını seçiniz) 1)İşsiz 2)Ev hanımı 3)Öğrenci 4)Serbest 5)İşçi 6)Memur 7)Emekli(malul) 8)Emekli(normal) 9)Diğer (ne olduğunu belirtiniz) 7-)Sağlık güvencesi varlığı: 0)Yok 1)Yeşil kart 2)SGK 3)Emekli Sandığı 4)Bağkur 5)Özel 6)Diğer belirtiniz:..... 7.1.Sağlık güvencesi başkasının üzerinde olma durumu: 1)Evet 2)Hayır 8-)Meslek/Yaptığı İş: 8.1.Şuanda çalışma durumu: 1)Çalışıyor 2)Çalışmıyor 9-)Kişisel Aylık geliri:.....TL 10-)Birlikte yaşadığı kişi veya kişiler: 1)Eşi 2)Çocuğu/Çocukları 3)Kardeş 4)Diğer akrabası 5)Bakıcısı/Yardımcı/Çalışan 6)Diğer (ne olduğunu belirtiniz:.....) 11-)Kaldığı yer: 1)Kira 4)Evsiz	22-)Şizofreni için Hastalık Seyri: 1)Epizodik Çizelge 2)Akut alevlenme 3)Giderek kötüleşen 4)Sürekli hastalık 5)Gerileme 6)İlk hastalık 7)Diğer(belirtiniz:.....) 23-)Mizaç Bozukluğu Hastalık Tipi: 1)Bipolar 2)Manik 3)Depresyon 4)Diğer(belirtiniz:.....) 23.1.Atak sayısı:..... (Mani:.....,Depresyon:.....) 23.2.Mevsimsel özellik: 0)Yok 1)Var 23.3.Ataklar arası düzelmeye: 0)Yok 1)Var 23.4.Psikotik özellik: 0)Yok 1)Var 24-) Başvurulan geleneksel tedaviler: 0)Yok, 1)Hoca 2)Muska 3)Astroloji 4)Bitkisel terapi 5)Diğer (belirtiniz:.....) 25-)Önemli yaşam olayı: 0)Yok 1)Ciddi hastalık 2)Ölüm 3)Kaza 4)Göç 5) Diğer (belirtiniz:.....) 26-)İntihar girişimi: 0)yok 1)var(belirtiniz)..... 27-)EKT uygulaması(son 6 ay):0)yok 1)var(sayı belirtiniz)... 28-)Fiziksel Hastalık: 0)yok 1)Evet (tanıyı listeden belirtiniz 1)Hipertansiyon, koroner kalp hastalığı vb. dolaşım sorunları, 2)Diabet/Şeker vb metabolizma hastalıkları 3)KOA, Astım vb solunum sistemi hastalıkları 4)Kansızlık vb. kan hastalıkları 5) Herhangi bir organ/sistem kanseri belirtiniz:..... 6) Diğer(ne olduğunu belirtiniz:.....) 29-)Kadın başvuran için regl düzeni: 0)Menapoz 1)Düzenli 2)Düzensiz(belirtiniz:.....) 30-)Tedavi Kontrollerine uyum (Son 6 ay): 0)Yok 1)Var, düzenli 2)Var, Kısmen 31-)İlaç kullanımı ve tedaviye uyum(İçgörü/ilaç kullanımı) 1)Psikiyatrik hastalığın farkında ve ilaç uyumu iyi 2) Psikiyatrik hastalığın farkında ve ilaç uyumu iyi değil 3)psikiyatrik hastalığı kabullenmiyor ama uykusuzluk, sinirlilik gibi nedenlerle ilaç kullanıyor 4) psikiyatrik hastalığı kabullenmiyor, doktor
--	--

2)Gecekondu 5)Bakımevi 3)Kendi evi 6)diğer(belirtiniz)..... 12-)Erkek Başvuran için Askerlik Öyküsü: 0)Yapmadı 1)Hastalık nedeniyle erken teskere 2)Normal Teskere 3)Diğer 13-) Ailevi psikiyatrik hastalık varlığı: 0)Yok 1)Var (yakınlık derecesi ve hastalığını belirtiniz)..... 14-) Madde kullanım öyküsü: 14.1. Sigara 0)yok 1)var(belirtiniz) sayı..... sıklık....süre...son kullanım.... 14.2. Alkol 0)yok 1)var(belirtiniz) sayı..... sıklık....süre...son kullanım.... 14.3. Diğer(belirtiniz)..... 0)yok 1)var(belirtiniz) sayı..... sıklık....süre...son kullanım.... 15-) Şiddet Davranışı: 0)Yok 1)Sözel 2)Fiziksel 3)Sözel ve Fiziksel 16-) Hastalık sürecinde yaşanan adli sorun: 0)yok 1)var(belirtiniz)..... 17-)Hastalık tanısı: 1)Şizofreni 2)Bipolar bozukluk 18-)Hastalık başlangıç yaşı: 19-)Hastalık başlangıcından ilk tedaviye kadar geçen süre: 0)Hemen eş zamanlı 2).....ay/yıl sonra 20-)Toplam hastaneye yatış sayısı: 0)Yok 1).....kez 21-)Tanı dışında eşlik eden bir psikiyatrik hastalık varlığı: 0)Yok 1)Var (belirtiniz).....	ve ailenin isteği ile ilaç kullanıyor 5)psikiyatrik hastalığın ve belirtilerin farkında fakat hezeyanları nedeniyle ilaç kullanmıyor. 6)psikiyatrik hastalığı kabullenmiyor ve ilaç kullanmayı red ediyor. 7)Diğer (belirtiniz)..... <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 10px;"> <tr> <th style="width: 60%;">32-)İlaç uyumsuzluğunu etkileyen faktörler</th> <th style="width: 10%;">0</th> <th style="width: 10%;">1</th> <th style="width: 10%;">2</th> </tr> <tr> <td></td> <td>)Etkisi Yok</td> <td>)Kısmen Etkili</td> <td>)Etkili</td> </tr> <tr> <td>1)Toplumsal, kültürel özellikler</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>2)Ekonomik sorunlar</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>3)Bilgi eksikliği ve yanlış inanışlar</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>4)İlacın yan etkileri yüzünden</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>5)Hastalık semptomları hezeyanlar yüzünden</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>6)İçgörü eksikliği yüzünden</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>7)Aile ile işbirliği sağlanamaması yüzünden</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>8)Uzun süre ilaç kullanımı</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>9)Diğer (belirtiniz).....</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table> 33-)İlaç kullanımını klinik olarak değerlendirilmesi: 1) İlaç kullanımı ve tedaviye uyumlu 2) Az da olsa ilaç uyumunda aksamalar var 3) Tedaviye uyumda belirgin aksamalar var 4)Tedaviye tamamen uyumsuz	32-)İlaç uyumsuzluğunu etkileyen faktörler	0	1	2		)Etkisi Yok	)Kısmen Etkili	)Etkili	1)Toplumsal, kültürel özellikler				2)Ekonomik sorunlar				3)Bilgi eksikliği ve yanlış inanışlar				4)İlacın yan etkileri yüzünden				5)Hastalık semptomları hezeyanlar yüzünden				6)İçgörü eksikliği yüzünden				7)Aile ile işbirliği sağlanamaması yüzünden				8)Uzun süre ilaç kullanımı				9)Diğer (belirtiniz).....			
32-)İlaç uyumsuzluğunu etkileyen faktörler	0	1	2																																										
	)Etkisi Yok	)Kısmen Etkili	)Etkili																																										
1)Toplumsal, kültürel özellikler																																													
2)Ekonomik sorunlar																																													
3)Bilgi eksikliği ve yanlış inanışlar																																													
4)İlacın yan etkileri yüzünden																																													
5)Hastalık semptomları hezeyanlar yüzünden																																													
6)İçgörü eksikliği yüzünden																																													
7)Aile ile işbirliği sağlanamaması yüzünden																																													
8)Uzun süre ilaç kullanımı																																													
9)Diğer (belirtiniz).....																																													

Ek-3: Başvuran Yakını Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu

**T.C SAĞLIK BAKANLIĞI İSTANBUL GÜNGÖREN TOPLUM RUH SAĞLIĞI
MERKEZİNE BAŞVURANLARIN ve YAKINLARININ ALGILADIKLARI HİZMET
KALİTESİNİN SERVQUAL ÖLÇEĞİ İLE DEĞERLENDİRİLMESİ
ARAŞTIRMASI “BAŞVURAN YAKINI” BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ ONAM
FORMU**

Araştırmanın Adı :

T.C Sağlık Bakanlığı İstanbul GüngörenToplum Ruh Sağlığı Merkezine Başvuranların ve Yakınlarının Algıladıkları Hizmet Kalitesinin SERVQUAL Ölçeği İle Değerlendirilmesi

Araştırmanın Konusu:

Toplum Ruh Sağlığı Merkezine(TRSM) başvuranların ve yakınlarının algıladıkları hizmet kalitesini değerlendirmek amacıyla yürüttüğümüz tez çalışmamız kapsamında size bir kez 25 soruluk TRSM ile ilgili bir anket formu ve toplam 22 sorudan oluşan bir hizmet kalitesi ölçeğinin (soru formunun) uygulanması planlanmaktadır. Hizmet kalitesi ölçeği (SERVQUAL) ile Toplum Ruh Sağlığı Merkezinden en az 1 aydır hizmet alan kişilerin ve bakmakla yükümlü olan bir yakınının algıladıkları hizmet kalitesi ve hizmet kalitesini etkileyen faktörler incelenecektir. Çalışma sonucunda elde edilen bilgiler Toplum Ruh Sağlığı Merkezinin hizmetlerinin yeniden yapılandırılmasında ve kurulacak diğer Toplum Ruh Sağlığı Merkezlerinde işleyiş ve uygulamalarına yön verilmesinde kullanılacaktır. Bu anket formu ile Toplum Ruh Sağlığı Merkezinden hizmet alanların kişilerin hizmet kalitesine ilişkin görüşleri, Toplum Ruh Sağlığı Merkezinden beklentileri ve önerileri alınacak, hizmet alanların mevcut hizmetlerden ne ölçüde yararlandığı ve sunulan hizmetlerin ne şekilde algıladığına ilişkin sonuçlar elde edilecektir. Ülkemizde bu alanda yapılan ilk çalışmadır. Bu nedenle katılımınız ve vereceğiniz içtenlikli yanıtlar bizim için çok önemlidir.

Araştırmanın Amacı:

Bu araştırmanın amacı, Toplum Ruh Sağlığı Merkezinden hizmet alan kişilerin algılanan hizmet kalitesini belirlemek ve bu bilgiler ışığında Toplum Ruh Sağlığı Merkezinin çalışmalarına yön vermektir.

Araştırmanın Süresi: 01 Ocak 2013- 31 Temmuz 2013

Araştırmaya Katılan Gönüllü Sayısı:

Çalışma kapsamında T.C Sağlık Bakanlığı İstanbul Güngören Toplum Ruh Sağlığı Merkezine Başvuran, çalışmamıza katılmayı kabul eden, en az 1 aydır hizmet alan kişiler ve onlara bakmakla yükümlü olan bir yakını ele alınacaktır. Planlanan 1 Ağustos 2013 tarihi itibari ile T.C Sağlık Bakanlığı İstanbul Güngören Toplum Ruh Sağlığı Merkezine Başvuran mevcut 106 kişiye ve 106 yakını olmak üzere 212 kişiye ulaşılması planlanmaktadır.

Araştırmada İzlenecek Yöntem:

SERVQUAL ölçeğini uygulamamız yaklaşık 20 dakika zamanınızı alacaktır. Toplam 22 sorudan oluşan bu ölçek ve 25 soruluk anket formu ile sizin Toplum Ruh Sağlığı Merkezi tarafından sunulan hizmetlerle ilgili bireysel değerlendirmeleriniz sorulacaktır. Size sorulan sorular ile ilgili sizce uygun olan yanıt söylemeniz yeterlidir. Vereceğiniz yanıtlar ölçek formuna kaydedilecektir. Yakınınızın hastalığınız ile ilgili bazı bilgiler de (kişisel bilgileri, rahatsızlığı, tedavi ve izlem ile ilgili bilgileri) klinik kayıtlarından alınacaktır. Çalışmadan elde edilecek bilgiler, amacı dışında kullanılmayacak, kişisel bilgileriniz gizli tutulacaktır. Çalışma sonucunda Toplum Ruh Sağlığı Merkezinden hizmet alanların hizmeti nasıl algıladıkları ve değerlendirdikleri belirlenecektir.

Çalışmaya katılma tamamen gönüllülük esasına dayalıdır ve çalışmaya katılmayı kabul etmeme veya herhangi bir noktada çalışmayı bırakma hakkınız bulunmaktadır. Bu durumda alacağınız hizmet ile ilgili bir sorun yaşamayacaksınız, tedaviniz devam edecek ve doktorunuz ile ilişkilerinizde herhangi bir olumsuzluk yaşanmayacaktır.

Araştırma Sırasında Karşılaşılabilecek Riskler: Çalışmaya katılma durumunuzda bir kez anket uygulaması dışında bir müdahale (kan alma, görüntüleme vb) yapılmayacaktır. Bu nedenle herhangi bir yan etki ve risk söz konusu değildir. Çalışma, size veya bağlı bulunduğunuz sosyal güvenlik kurumuna ek bir mali yük getirmeyecektir.

Araştırma Süresince 24 Saat Ulaşılabilecek Kişi Adı / Soyadı / Telefonu:

Hemşire Lutfiye KAŞKA, Telefon Numarası: 0 212 543 65 65/19 00

Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formundaki tüm açıklamaları okudum. Bana, yukarıda konusu ve amacı belirtilen araştırma ile ilgili yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen hekim tarafından yapıldı. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabilceğimi ve kendi isteğime bakılmaksızın araştırmacı tarafından araştırma dışı bırakılabileceğimi biliyorum.

Söz konusu araştırmaya, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kendi rızamla katılmayı kabul ediyorum.

Gönüllünün Adı / Soyadı / İmzası / Tarih

Açıklamaları Yapan Kişinin Adı / Soyadı / İmzası / Tarih

Gerekliyse Olur İşlemine Tanık Olan Kişinin Adı / Soyadı / İmzası

Ek-4: Başvuran Yakını Bilgi Formu

BAŞVURANIN ANKET NO:	TARİH : _/_/___
TELEFON:	

**İSTANBUL GÜNGÖREN TOPLUM RUH SAĞLIĞI MERKEZİNDEN HİZMET ALAN
HASTALARIN ve YAKINLARININ ALGILADIKLARI HİZMET KALİTESİNİN
SERVQUAL ÖLÇEĞİ ile DEĞERLENDİRİLMESİ
BAŞVURAN YAKINI KİŞİSEL BİLGİ FORMU**

1-)Doğum tarihiniz: yıl olarak belirtiniz..... 2-)Cinsiyetiniz : 1) Kadın 2) Erkek 3-)Eğitim durumunuz (en son bitirdiğiniz okul) 1)Okur –yazar değil 2)Okur- yazar 3)İlkokul mezunu(5 yıllık) 4)Ortaokul mezunu 5)Lise mezunu 6)Yüksekokul/Üniversite mezunu 4-)Medeni durumunuz: 1)Evli 2)Bekar (...soruya geçiniz)3)Dul 4)Boşanmış veya ayrı 5-)Evli/evlenmiş kişiler için yaşayan çocuk sayınız: 0)yok 1)..... tane 6-)Gelir getiren bir işte çalışıyor musunuz? 1) Evet (mesleğiniz.....listeden uygun kod numarasını seçiniz) 2)Hayır (....listeden uygun kod numarasını seçiniz) 1)İşsiz 2)Ev hanımı 3)Öğrenci 4)Vasıfsız İşçi 5)Vasıflı İşçi 6)Memur 7)Esnaf ve zanaatkar 8)Emekli(malul) 9)Emekli(normal) 10)Diğer (ne olduğunu belirtiniz_____) 7-)Sağlık güvenceniz var mı? 1)Evet 2)Hayır 8-)Aylık geliriniz.....TL(evdeki kişi sayısı.....) 9-)Zeytinburnu Toplum Ruh Sağlığı Merkezinde izlenen hastanız ile yakınlık dereceniz: 1)Eşi 2)Çocuğu 3)Kardeşi 4)Diğer akrabası 5)Bakıcısı/Yardımcı/Çalışan 6)Diğer (ne olduğunu belirtiniz:_____) 10-)Hastanız ile aynı adreste mi ikametgah ediyorsunuz? 1)Evet 2)Hayır, yakın mesafede 3)Hayır, uzak mesafede	14-)Sizin herhangi bir süreğen hastalığınız var mı? 1)Evet (tanıyı listeden belirtiniz 2)Hayır 1)Hipertansiyon, koroner kalp hastalığı vb. dolaşım sistemi sorunları, 2)Diabet/Şeker vb metabolizma hastalıkları 3)KOAH, Astım vb solunum sistemi hastalıkları 4)Kansızlık vb. kan hastalıkları 5)Depresyon, anksiyet vb Ruhsal hastalıklar 6)Herhangi bir organ/sistem kanseri (ne olduğunu belirtiniz:.....) 7)Diğer(ne olduğunu belirtiniz:.....) 15-)Toplum ruh sağlığı merkezine kaçınıcı gelişiniz: 1)ilk 2).....kez 16-)Ne kadar süredir hastanız Toplum Ruh Sağlığı Merkezinden hizmet alıyor?:.....ay/yıl 17-)Merkeze geliş nedeniniz? 1)Düzenli kontrol/izlem 2)Hastalık alevlenmesi 3)İlaç kullanımı ve veya yan etkileri 4) Yeni ortaya çıkan yakınmalar... 5)Diğer(ne olduğunu belirtiniz:... 18-)Hastanızla birlikte tüm kontrollerine geliyor musunuz? 1)Evet, tamamında 2)Evet, büyük kısmında 3)Evet, bazı 4)ilk gelişim 19-)Merkezde hastanızın sizce en çok yararlandığınız hizmet nedir? 1)Bireysel Terapi/Danışmanlık 2) Şizofreni psiko-eğitim grubu 3)Mizaç psiko eğitim grubu 4)Etkileşim Grubu 5)Sosyal beceri Grubu 6)Aile grubu 7)Uğraş Terapisi 8)Meslek edindirme 9)Sanat terapisi 10)Ev/İşyeri ziyareti 11)Diğer
--	--

11-)Ne kadar süredir hastanızın bakımında temel sorumlu kişisiniz:.....ay/yıldır 12-)Hastanızın bakımı ile ilgili olarak diğer aile bireyleri ya da yakınlarınızdan bakımı ile ilgili yardım, destek alıyor musunuz? 1)Evet, yakınlarımdan oldukça fazla destek alıyorum. 2)Evet, yakınlarımdan kısmen destek alıyorum 3)Hayır, hiçbir yakınımdan destek almıyorum. 13-)Bakımına destek/yardım aldığınız kişi/kişileri sayı olarak belirtiniz:.....kişi hastamın bakımı konusunda bana yardım/destek oluyor.	(belirtiniz.....12) Diğer (belirtiniz..... 20-)Toplum Ruh Sağlığı Merkezinden aldığımız hizmetlerin hastanıza ne kadar yarar sağladığını düşünüyorsunuz? 1)Yararsız olduğunu düşünüyorum 2)Karasızım 3)Kısmen yararlı olduğunu düşünüyorum 4)Oldukça yararlı olduğunu düşünüyorum 5) Çok yararlı olduğunu düşünüyorum 21-)Toplum Ruh Sağlığı Merkezinden aldığımız hizmetlerin size ne kadar yarar sağladığını düşünüyorsunuz? 1)Yararsız olduğunu düşünüyorum 2)Karasızım 3)Kısmen yararlı olduğunu düşünüyorum 4)Oldukça yararlı olduğunu düşünüyorum 5) Çok yararlı olduğunu düşünüyorum 22-) Toplum Ruh Sağlığı Merkezinde başka hangi konularda yardım/hizmet almak istersiniz? -----
---	--

Ek-5: SERVQUAL ÖLÇEĞİ

SERVQUAL ÖLÇEĞİ

BÖLÜM1

Sayın hizmet kullanıcıları, elinizdeki anket soruları sağlık hizmeti aldığınız toplum ruh sağlığı merkezinin hizmet kalitesini ölçmek amacıyla hazırlanmış olup, vereceğiniz cevaplar bir yüksek lisans tezinde kullanılacaktır. Zaman ayırdığınız için şimdiden teşekkür ederiz.

Hastanelerin sağladığı sağlık hizmetlerinden yararlanan bir hasta olarak, lütfen geçmiş tecrübelerinizi de göz önünde bulundurarak “mükemmel kalitede sağlık hizmeti veren hastanelerin” aşağıdaki sorularda belirtilen hangi özelliklere sahip olması gerektiğini düşünerek soruları yanıtlayınız.

Eğer soru önermesinde belirtilen özelliğin bir hastanenin mükemmel hizmet vermesi için mutlaka gerekli olmadığını düşünüyorsanız “1” rakamını, mutlaka gerekli olduğunu düşünüyorsanız “5” rakamını işaretleyiniz. Ayrıca düşüncelerinizle orantılı ara değerler olan: 2, 3 ve 4’ü de işaretleyebilirsiniz.		1)Kesinlikle				5)Kesinlikle
1	Muhteşem Toplum Ruh Sağlığı Merkezi modern araç gereç ve donanımına sahip olmalıdır.					
2	Muhteşem Toplum Ruh Sağlığı Merkezlerinin fiziksel imkanları görsel açıdan çekici olmalıdır.					
3	Muhteşem Toplum Ruh Sağlığı Merkezi çalışanları temiz ve düzgün görünümlü olmalıdır.					
4	Muhteşem Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri hizmetlerini söz verdiği zamanda yerine getirmelidir.					
5	Muhteşem Toplum Ruh Sağlığı Merkezi çalışanları, hastaların bir problemi olduğunda, problemi çözmek için anlayışlı ve güven verici olmalıdır.					
6	Muhteşem Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri hastaların faturamla işlemlerini doğru olarak yapmalıdır.					
7	Muhteşem Toplum Ruh Sağlığı Merkezi çalışanları, hastalara hizmeti tam olarak ne zaman yerine getireceklerini söylemelidir.					
8	Muhteşem Toplum Ruh Sağlığı Merkezi çalışanları, hizmetleri mümkün olan en kısa zamanda hastalara vermelidir.					
9	Muhteşem Toplum Ruh Sağlığı Merkezi çalışanları, her zaman hastalara yardım etmeye istekli olmalıdır.					
10	Muhteşem Toplum Ruh Sağlığı Merkezi çalışanları ile olan ilişkilerinde hastalar kendilerini güvende hissetmelidir.					
11	Muhteşem Toplum Ruh Sağlığı Merkezi çalışanları, bilgili olmalıdır.					
12	Muhteşem Toplum Ruh Sağlığı Merkezi çalışanları, kibar olmalıdır.					
13	Muhteşem Toplum Ruh Sağlığı Merkezi çalışanları işlerini daha iyi yapabilmek için işverenlerinden yeterli desteği almalıdır.					
14	Muhteşem Toplum Ruh Sağlığı Merkezi çalışanları, hastalara kişisel ilgi göstermelidir.					
15	Muhteşem Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri hastaları için elinden gelenin en iyisini yapmalıdır.					

BÖLÜM 2

Aşağıda 5 madde halinde sıralanmış olan ifadeler hastaneler ve sağladıkları hizmetlerle ilgilidir. Bir hasta olarak siz, bir hastanenin verdiği hizmetin kalitesini değerlendirirken, aşağıdaki 5 maddede belirtilen özelliklerin hangisinin sizin için daha fazla önemli olduğunu düşünürsünüz?

Lütfen düşünceleriniz doğrultusunda 100 puanı aşağıdaki 5 özellik arasında paylaşınız. Eğer özelliklerden birisi sizin için daha önemliyse o özellik için daha fazla puan veriniz. Lütfen 5 özellik arasında bölüştürdüğünüz puanlarda toplamın 100 olmasına dikkat ediniz.

	Muhteşem Toplum Ruh Sağlığı Merkezlerinin araç-gereç ve donanımının modernliği. Binaların hizmet birimlerinin, kullanılan araç-gereç ve donanımının görsel çekiciliği ve hastane personelinin görünüşü.	puan
	Muhteşem Toplum Ruh Sağlığı Merkezlerinin söz verdiği hizmeti tam zamanında, güvenilir ve kusursuz bir şekilde yapması.	puan
	Muhteşem Toplum Ruh Sağlığı Merkezlerinin hastalarına yardım etme ve hızlı hizmet verme konusundaki istekliliği ve hevesliliği.	puan
	Muhteşem Toplum Ruh Sağlığı Merkezi çalışanlarının bilgili ve deneyimli olması, kibarlığı, hastalarda güven duygusu uyandırma becerileri.	puan
	Muhteşem Toplum Ruh Sağlığı Merkezlerinin hastalarına kişisel ilgi göstermesi ve duyarlılığı.	puan
	TOPLAM	puan

- Bir Muhteşem Toplum Ruh Sağlığı Merkezinin hizmetleriye ilgili yukarıdaki özelliklerden hangisi sizin için en önemlisidir.
Lütfen numarasını yazınız (.....)
- Bir Muhteşem Toplum Ruh Sağlığı Merkezinin hizmetleriye ilgili yukarıdaki özelliklerden hangisi sizin için en az önemlisidir.
Lütfen numarasını yazınız (.....)

BÖLÜM 3

Aşağıdaki soru önermeleri şu anda hizmet aldığımız T.C Sağlık Bakanlığı İstanbul Güngören Toplum Ruh Sağlığı Merkezi ile ilgilidir. T.C Sağlık Bakanlığı İstanbul Güngören Toplum Ruh Sağlığı Merkezi'nin hizmetleriyle ilgili aşağıda belirtilen özelliklere ne derece katıldığınızı belirtiniz.

Eğer sorulardaki ifadelerle kesinlikle katılmıyorsanız '1'i, kesinlikle katılıyorsanız '5'i işaretleyiniz. Ayrıca düşüncelerinizle orantılı ara değerler olan: 2, 3 ve 4'ü de işaretleyebilirsiniz.		1)Kesinlikle				5)Kesinlikle
1	Güngören Toplum Ruh Sağlığı Merkezi modern araç gereç ve donanımına sahip olmalıdır.					
2	Güngören Toplum Ruh Sağlığı Merkezi'nin fiziksel imkanları görsel açıdan çekici olmalıdır.					
3	Güngören Toplum Ruh Sağlığı Merkezi çalışanları temiz ve düzgün görünüşlü olmalıdır.					
4	Güngören Toplum Ruh Sağlığı Merkezi hizmetlerini söz verdiği zamanda yerine getirmelidir.					
5	Güngören Toplum Ruh Sağlığı Merkezi çalışanları, hastaların bir problemi olduğunda, problemi çözmek için anlayışlı ve güven verici olmalıdır.					
6	Güngören Toplum Ruh Sağlığı Merkezi hastaların faturamla işlemlerini doğru olarak yapmalıdır.					
7	Güngören Toplum Ruh Sağlığı Merkezi çalışanları, hastalara hizmeti tam olarak ne zaman yerine getireceklerini söylemelidir.					
8	Güngören Toplum Ruh Sağlığı Merkezi çalışanları, hizmetleri mümkün olan en kısa zamanda hastalara vermelidir.					
9	Güngören Toplum Ruh Sağlığı Merkezi çalışanları, her zaman hastalara yardım etmeye istekli olmalıdır.					
10	Güngören Toplum Ruh Sağlığı Merkezi çalışanları ile olan ilişkilerinde hastalar kendilerini güvende hissetmelidir.					
11	Güngören Toplum Ruh Sağlığı Merkezi çalışanları, bilgili olmalıdır.					
12	Güngören toplum ruh sağlığı merkezi çalışanları, kibar olmalıdır.					
13	Güngören Toplum Ruh Sağlığı Merkezi çalışanları işlerini daha iyi yapabilmek için işverenlerinden yeterli desteği almalıdır.					
14	Güngören Toplum Ruh Sağlığı Merkezi çalışanları, hastalara kişisel ilgi göstermelidir.					
15	Güngören Toplum Ruh Sağlığı Merkezi hastaları için elinden gelenin en iyisini yapmalıdır.					



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
BAKIRKÖY PROF. DR. MAZHAR OSMAN
RUH SAĞLIĞI VE SINIR HASTALIKLARI E. A. HAS ANEBİ
BAŞHEKİMLİĞİ

SAYI :B.10.4.İSM.04.34.26.08-198
KONU: Etik Kurul Başvurusu Hakkında

08.05.2011

KARAR

Sayın Lütüye KAŞKA (Hemşire).

İlg: 24.04.2012 tarih ve 21032 sayılı Etik Kurul başvurunuz,

İlgi yazınızda belirttiğiniz "Bir Toplum Ruh Sağlığı Merkezine Başvuranların ve Yakınlarının Algıladıkları Hizmet Kalitesinin Servqual Ölçeği ile Değerlendirilmesi" konulu yüksek lisans tez protokolünüz, 08.05.2012 tarihinde hastanemiz Etik Kurul'una sunulmuş makale ve ekleri, Hasta Hakları Yönetmeliği, İyi Klinik Uygulamalar Kılavuzu, Helsinki Bildirgesi kurallarına göre incelenmiş ve araştırma protokolünüzün sonuçlarının yayın yapılması Etik Kurulumuz tarafından uygun görülmüştür.

<i>Etik Kurul Üyeleri</i>	<i>Katılım Durumu</i>	<i>Onay</i>
<u>Başkan</u> Doç. Dr. Baki ARPACI Nöroloji Kliniği Eğitim ve İdari Sorumlusu		
Doç. Dr. M. Cem İLİNEM Psikiyatri Kliniği 7. Ünite Koordinatörü Eğitim Görevlisi		
Uz. Dr. Şahap N. ERİKOÇ Psikiyatri Kliniği 2. Ünite Koordinatörü Eğitim Görevlisi		
Uz. Dr. Nihar ALPAY Psikiyatri Kliniği 1. Ünite Koordinatörü Eğitim Görevlisi		
Op. Dr. Erhan EMELİ Nöroşirürji Kliniği Eğitim ve İdari Sorumlusu		
Uz. Dr. Ramazan KONKAN Başhekim Yardımcısı		

ÖZGEÇMİŞ

I- Bireysel Bilgiler

Adı : LÜTFİYE

Soyadı : KAŞKA

Doğum yeri ve tarihi : 14.06.1983

Uyruğu : T.C.

Medeni durumu : BEKAR

İletişim adresi ve telefonu: İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim

Araştırma Hastanesi Beyin Cerrahi Yoğun Bakım /05412871677

II- Eğitimi

Yüksek Lisans

Halk Sağlığı Hemşireliği

Üniversite: Ankara Üniversitesi

Lisans

Hemşirelik Yüksekokulu

Karadeniz Teknik Üniversitesi

Yabancı dili: İngilizce

III- Mesleki Deneyimleri:

- 5 yıl yenidoğan yoğun bakım hemşireliği
- 1 yıl nöroloji yoğun bakım hemşireliği
- 2 yıl psikiyatri hemşireliği
- Halen beyin cerrahi yoğun bakım hemşireliği

IV- Diğer Bilgiler

Eğitim programı haricinde aldığı kurslar

Bilişsel Davranışçı Terapi Sertifikası

