



Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü

Sosyal Hizmet Anabilim Dalı

**TOPLUM RUH SAĞLIĞI MERKEZİNDEN HİZMET ALANLARIN
İÇSELLEŞTİRİLMİŞ DAMGALANMA VE SOSYAL İŞLEVSELLİK
DURUMLARININ İNCELENMESİ: ESKİŞEHİR ÖRNEĞİ**

Murat BOZAN

Yüksek Lisans Tezi

Ankara, 2019

TOPLUM RUH MERKEZİNDEN HİZMET ALANLARIN İÇSELLEŞTİRİLMİŞ
DAMGALANMA VE SOSYAL İŞLEVSELLİK DURUMLARININ İNCELENMESİ:
ESKİŞEHİR ÖRNEĞİ

Murat BOZAN

Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü
Sosyal Hizmet Anabilim Dalı

Yüksek Lisans Tezi

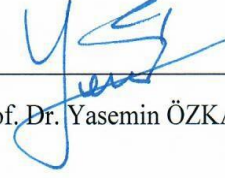
Ankara, 2019

KABUL VE ONAY

Murat BOZAN tarafından hazırlanan “Toplum Ruh Sağlığı Merkezinden Hizmet Alanların İşselleştirilmiş Damgalanma ve Sosyal İşlevsellik Durumlarının İncelenmesi: Eskişehir Örneği” başlıklı bu çalışma, 03.05.2019 tarihinde yapılan savunma sınavı sonucunda başarılı bulunarak jürimiz tarafından Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.



Doç. Dr. Hatice DEMİRBAŞ (Başkan)



Prof. Dr. Yasemin ÖZKAN (Danışman)



Dr. Öğr. Üyesi Seda ATTEPE ÖZDEN (Üye)

Yukarıdaki imzaların adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylım.

Prof. Dr. Musa Yaşar SAĞLAM

Enstitü Müdürü

YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI

Enstitü tarafından onaylanan lisansüstü tezimin tamamını veya herhangi bir kısmını, basılı (kağıt) ve elektronik formatta arşivleme ve aşağıda verilen koşullarla kullanıma açma iznini Hacettepe Üniversitesine verdiğimi bildiririm. Bu izinle Üniversiteye verilen kullanım hakları dışındaki tüm fikri mülkiyet haklarım bende kalacak, tezimin tamamının ya da bir bölümünün gelecekteki çalışmalarda (makale, kitap, lisans ve patent vb.) kullanım hakları bana ait olacaktır.

Tezin kendi orijinal çalışmam olduğunu, başkalarının haklarını ihlal etmediğimi ve tezimin tek yetkili sahibi olduğumu beyan ve taahhüt ederim. Tezimde yer alan telif hakkı bulunan ve sahiplerinden yazılı izin alınarak kullanılması zorunlu metinleri yazılı izin alınarak kullandığımı ve istenildiğinde suretlerini Üniversiteye teslim etmeyi taahhüt ederim.

Yükseköğretim Kurulu tarafından yayınlanan “*Lisansüstü Tezlerin Elektronik Ortamda Toplanması, Düzenlenmesi ve Erişime Açılmasına İlişkin Yönerge*” kapsamında tezim aşağıda belirtilen koşullar haricince YÖK Ulusal Tez Merkezi / H.Ü. Kütüphaneleri Açık Erişim Sisteminde erişime açılır.

- Enstitü / Fakülte yönetim kurulu kararı ile tezimin erişime açılması mezuniyet tarihinden itibaren 2 yıl ertelenmiştir. ⁽¹⁾
- Enstitü / Fakülte yönetim kurulunun gerekçeli kararı ile tezimin erişime açılması mezuniyet tarihinden itibaren ay ertelenmiştir. ⁽²⁾
- Tezimle ilgili gizlilik kararı verilmiştir. ⁽³⁾

03/05/2019

Murat BOZAN

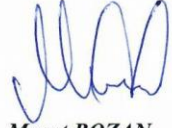
¹“*Lisansüstü Tezlerin Elektronik Ortamda Toplanması, Düzenlenmesi ve Erişime Açılmasına İlişkin Yönerge*”

- (1) Madde 6. 1. Lisansüstü teze ilgili patent başvurusu yapılması veya patent alma sürecinin devam etmesi durumunda, tez danışmanının önerisi ve enstitü anabilim dalının uygun görüşü üzerine enstitü veya fakülte yönetim kurulu iki yıl süre ile tezin erişime açılmasının ertelenmesine karar verebilir.
- (2) Madde 6. 2. Yeni teknik, materyal ve metotların kullanıldığı, henüz makaleye dönüşmemiş veya patent gibi yöntemlerle korunmamış ve internette paylaşılması durumunda 3. şahıslara veya kurumlara haksız kazanç imkanı oluşturabilecek bilgi ve bulguları içeren tezler hakkında tez danışmanının önerisi ve enstitü anabilim dalının uygun görüşü üzerine enstitü veya fakülte yönetim kurulunun gerekçeli kararı ile altı ayı aşmamak üzere tezin erişime açılması engellenebilir.
- (3) Madde 7. 1. Ulusal çıkarları veya güvenliği ilgilendiren, emniyet, istihbarat, savunma ve güvenlik, sağlık vb. konulara ilişkin lisansüstü tezlerle ilgili gizlilik kararı, tezin yapıldığı kurum tarafından verilir *. Kurum ve kuruluşlarla yapılan işbirliği protokolü çerçevesinde hazırlanan lisansüstü tezlere ilişkin gizlilik kararı ise, ilgili kurum ve kuruluşun önerisi ile enstitü veya fakültenin uygun görüşü üzerine üniversite yönetim kurulu tarafından verilir. Gizlilik kararı verilen tezler Yükseköğretim Kuruluna bildirilir.
Madde 7.2. Gizlilik kararı verilen tezler gizlilik süresince enstitü veya fakülte tarafından gizlilik kuralları çerçevesinde muhafaza edilir, gizlilik kararının kaldırılması halinde Tez Otomasyon Sistemine yüklenir.

* Tez danışmanının önerisi ve enstitü anabilim dalının uygun görüşü üzerine enstitü veya fakülte yönetim kurulu tarafından karar verilir.

ETİK BEYAN

Bu çalışmadaki bütün bilgi ve belgeleri akademik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi, görsel, işitsel ve yazılı tüm bilgi ve sonuçları bilimsel ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu, kullandığım verilerde herhangi bir tahrifat yapmadığımı, yararlandığım kaynaklara bilimsel normlara uygun olarak atıfta bulunduğumu, tezimin kaynak gösterilen durumlar dışında özgün olduğunu, **Prof. Dr. Yasemin ÖZKAN** danışmanlığında tarafımdan üretildiğini ve Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Tez Yazım Yönergesine göre yazıldığımı beyan ederim.



Murat BOZAN

TEŞEKKÜR

Çalışmamın her aşamasında bilgi birikimi ve tecrübesiyle yoluma ışık tutan, beni en doğru şekilde yönlendirmeye çalışan ve desteklerini esirgemeyen çok değerli hocam, sevgili danışmanım Prof. Dr. Yasemin ÖZKAN'a,

Tez jürimde olmayı kabul eden ve çalışmamın geliştirilmesi için yapıcı eleştirilerle katkıda bulunan hocalarım Doç. Dr. Hatice DEMİRBAŞ'a ve Dr. Seda ATTEPE ÖZDEN'e,

Araştırmayı yürütmek için gerekli izni veren T.C. Sağlık Bakanlığı Eskişehir İl Sağlık Müdürlüğü'ne ve Eskişehir Devlet Hastanesi Başhekimliği'ne,

Yüksek lisans eğitimimin başından beri beni tüm süreçlerde destekleyen kıymetli yöneticim Başhekim Yardımcısı Uzm. Dr. Gamze AKIN MUMCU'ya, yardımları için TRSM eski sorumlu hekimleri Uzm. Dr. Hacer ALHAN'a ve Uzm. Dr. Yasemin TEKİN ULUDAĞ'a, her biri eski mesai arkadaşlarım olan TRSM çalışanlarına, özellikle hastalara ulaşmak ve araştırmadan haberdar etmek için samimiyetle çaba gösteren tıbbi sekreterler Filiz COŞKUN ve Bircan KARA'ya, ayrıca anketlerin uygulanması için yardımcı olan meslektaşlarım SHU Gökhan ERDOĞAN ve SHU Özkan GÜL'e,

Çalışmamın başından beri tezime olumlu katkıları olan SHU Ayşe TAŞ'a, SHU Yeşim ÖĞÜTCÜ'ye, SHU Ezgi BİLGİN'e, Psikolog Baran ŞENER'e; yardımları için Büşra USLU ile Arş. Gör. Merve Nur BOZKURT KARALI'ya ve yüksek lisans eğitimim boyunca sürekli yanımda olan dostum Agit OKTAY'a,

Bu araştırmaya katılmalarını rica ettiğimde bunu samimiyetle kabul eden TRSM hizmet alanlarına, "TRSM'deki ailemize",

Çalışmamın başından beri, çok sevdiği halde, araştırma materyallerime hiçbir zarar vermeyen, bunaldığım zaman oynamak için sürekli yanı başımda duran, varlığıyla dünyamı değiştiren, kendisi de engelli olan biricik kedim, güzeller güzeli kızım Bia'ya,

Son olarak, hayatım boyunca beni asla yalnız bırakmayan aileme yürek dolusu teşekkür ederim.

ÖZET

BOZAN, Murat. *Toplum Ruh Sağlığı Merkezinden Hizmet Alanların İçselleştirilmiş Damgalanma ve Sosyal İşlevsellik Durumlarının İncelenmesi: Eskişehir Örneği*. Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2019.

Ciddi ruhsal hastalığı olan bireylerin tedavilerinde medikal modelden toplum temelli modele geçiş sürecinde olan ülkemizde yeni bir hizmet sunum şekli olarak Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri kurulmuş ve bu merkezlerin ruh sağlığı hizmetlerinin temel yürütücü mekanizması olması planlanmıştır. Bu araştırmanın amacı Toplum Ruh Sağlığı Merkezinden (TRSM) hizmet alanların içselleştirilmiş damgalanma ve sosyal işlevsellikleri arasındaki ilişkiyi ortaya çıkarmak, bu ilişkinin psikiyatrik sosyal hizmet bakış açısı ile incelenerek mevcut hizmetlerin –varsa- eksik yönlerine dikkat çekmek, TRSM hizmetlerinin geliştirilmesi için çözüm önerileri sunmak ve hizmet alanların yaşadıkları sorunlar hakkında farkındalık yaratılmasıdır.

Araştırmada nicel araştırma tasarımı kullanılmıştır. Araştırma örnekleme, Eskişehir Devlet Hastanesi Toplum Ruh Sağlığı Merkezinden hizmet alan ve uygun örnekleme yöntemiyle seçilen 105 hastadan oluşmaktadır. Veri toplama aracı olarak Kişisel Bilgi Formu, Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği (RHİDÖ) ve Sosyal İşlevsellik Ölçeği (SİÖ) kullanılmıştır. Elde edilen veriler SPSS 24.0 (Statistical Package for the Social Sciences 24.0) programı ile analiz edilmiştir. Çalışmada ölçek puanlarının normal dağılıma uygunluğunun belirlenmesi için basıklık ve çarpıklık katsayıları incelenmiş ve Kolmogorov-Smirnov normallik analizi yapılmıştır. RHİDÖ'ye ait Cronbach's Alpha puanı ,894 olarak bulunmuştur. Sosyal İşlevsellik ile Ruhsal Hastalıkların İçselleştirilmiş Damgalanması arasında ilişki Pearson korelasyon testi ile analiz edilirken Sosyal İşlevselliğin Ruhsal Hastalıkların İçselleştirilmiş Damgalanması üzerindeki etkisi lineer regresyon ile analiz edilmiştir. Çalışmada bununla birlikte Sosyal İşlevsellik ile Ruhsal Hastalıkların İçselleştirilmiş Damgalanmasının kişisel bilgilere göre farklılık gösterme durumu iki gruplu

değişkenlerde bağımsız gruplar t testi, k gruplu değişkenlerde ($k > 2$) tek yönlü ANOVA testi ile analiz edilmiştir. ANOVA testinde fark çıkması durumunda ikili karşılaştırmaya bakmak için Tukey testi kullanılmıştır.

Araştırma sonucunda, RHİDÖ puan ortalaması $61,78 \pm 15,79$, SİÖ puan ortalaması $122,38 \pm 21,80$ olarak bulunmuştur. Buna göre RHİDÖ puanı beklenenden yüksek, SİÖ puanı beklenen seviyede çıkmıştır. TRSM'den hizmet alanlarda sosyal işlevselliğin içselleştirilmiş damgalanmayla ilişkili olduğu, sosyal işlevsellik ve içselleştirilmiş damgalanmanın birbirini negatif yönlü etkilediği bulunmuştur. Ayrıca içselleştirilmiş damgalanma ve sosyal işlevselliğin hastaların aldıkları tanı ve çalışma durumlarından etkilendiği, sosyal işlevselliğin kadınlarda daha yüksek olduğu ve içselleştirilmiş damgalanmanın ailede ruhsal hastalık geçmişi olmasından etkilendiği, diğer sosyodemografik değişkenlerin içselleştirilmiş damgalanma ve sosyal işlevselliği etkilemediği sonucuna ulaşılmıştır. Araştırma sonuçları doğrultusunda TRSM'lerde içselleştirilmiş damgalanmayı azaltmak ve sosyal işlevselliği artırmak için vaka yöneticiliği, ailenin tedavideki etkinliğinin artırılması, korumalı işyerlerinin yaygınlaştırılması gibi birtakım önerilerde bulunulmuştur.

Anahtar Sözcükler: toplum ruh sağlığı merkezi, ciddi ruhsal hastalık, içselleştirilmiş damgalanma, sosyal işlevsellik, sosyal hizmet

ABSTRACT

BOZAN, Murat. *The Analysis of Internalized Stigma and Social Functioning of the Service-users of Community Mental Health Centre: The Case of Eskisehir*. Master's Thesis, Ankara, 2019.

Community Mental Health Centres have been founded as a new service provision method in Turkey which is in transition process from medical model to community based model in the treatment of individuals with severe mental illness and are planned to be the main operative mechanism of the mental health services. The aim of this study is to point out the relation between the internalized stigma and social functioning of the service-users in the Community Mental Health Centre (CMHC), to analyse this relation with respect to psychiatric social work, to address the lacking points if there are any, to suggest solutions for further improvement of the CMHC services and raise awareness regarding the problems that the service-users experience.

In the study, quantitative research method has been used. The sample is 105 patients selected through a relevant sampling method from the service-users of Eskişehir State Hospital Community Mental Health Centre. As for the data collection, Personal Information Form, Internalized Stigma of Mental Illness Scale and Social Functioning Scale have been used. The data has been analysed via SPSS 24.0 (Statistical Package for the Social Sciences 24.0) program. In order to address the normal distribution of the scale scores, coefficient kurtosis and coefficient of skewness have been analysed and Kolmogorov-Smirnov test has been conducted. Cronbach's Alpha score has been found, 894 for the Internalized Stigma of Mental Illness Scale.

The correlation between Social Functioning and Internalized Stigma of Mental Illness has been analysed through Pearson Correlation Test while the impact of Social Functioning on the Internalized Stigma of Mental Illness has been investigated through linear regression. The difference between the Social Functioning and Internalized Stigma of Mental Illness depending on the personal information has been demonstrated via

independent groups T test in dichotomous variables and one-way ANOVA test in K group variables ($k > 2$). In case of difference in ANOVA test, Tukey test has been used to compare.

The result of the study indicates that the average score of Internalized Stigma of Mental Illness Scale is $61,78 \pm 15,79$ and the average score of Social Functioning Scale is $122,38 \pm 21,80$. According to this findings, the score of Internalized Stigma of Mental Illness Scale is higher than expected while the score of Social Functioning Scale is at the expected level. It is also found out that there is a correlation between the social functioning of the severe mental patients receiving services from the CMHC and the internalized stigma and social functioning and internalized stigma have negative impact on one another. Besides, it has been found out that Internalized Stigma and Social Functioning are effected by the diagnosis patients receive and their employment status as well as the family history with mental illnesses. Another finding is that the women are of higher level of social functioning. Lastly, it has been found out that the other demographic variables have no effect on the Internalized Stigma and Social Functioning.

In line with the findings of the study, some solutions have been suggested such as case management in order to diminish the internalized stigma and boost social functioning at CMHC, the increase in the role of the family in treatment, and the increase in the number of the protected workplaces.

Key Words: Community mental health centre, severe mental illness, internalized stigma, social functioning, social work

İÇİNDEKİLER

KABUL VE ONAY	i
YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI	ii
ETİK BEYAN	ii
TEŞEKKÜR	iv
ÖZET	v
ABSTRACT	vii
İÇİNDEKİLER.....	ix
KISALTMALAR DİZİNİ	xiii
TABLolar DİZİNİ	xv
ŞEKİLLER DİZİNİ	xvii
ÖNSÖZ	xviii
GİRİŞ	1
1. KURAMSAL ÇERÇEVE	5
1.1. RUH SAĞLIĞI KAVRAMI.....	5
1.1.1. Ruh Sağlığını Etkileyen Etmenler	6
1.1.2. Ciddi Ruhsal Hastalıklar	8
1.1.2.1. Şizofreni.....	10
1.1.2.2. Bipolar Bozukluk	12
1.1.2.3. Şizoaffektif Bozukluk.....	14
1.1.3. Damgalanma.....	16
1.1.4. İçselleştirilmiş Damgalanma	20
1.1.5. Yeti Yitimi	22
1.1.6. Sosyal İşlevsellik	23

1.1.7. Döner Kapı Fenomeni.....	25
1.2. RUHSAL HASTALIKLARDA SAĞALTIMIN TARİHSEL SÜRECİ.....	26
1.3. RUHSAL HASTALIKLARIN SAĞALTIMINDA HİZMET SUNUŞ MODELLERİ.....	28
1.3.1. Hastane Temelli Model.....	29
1.3.2. Toplum Temelli Model.....	30
1.3.3. Toplum-Hastane Denge Modeli (Dengeli Bakım Modeli)	33
1.4. TOPLUM RUH SAĞLIĞI MERKEZLERİ.....	34
1.4.1. Toplum Ruh Sağlığı Merkezi Personelinin Görev ve Sorumlulukları.....	37
1.5. RUH SAĞLIĞI HİZMETLERİNDE AVRUPA'DAKİ DURUM.....	39
1.5.1. İtalya.....	40
1.5.2. İngiltere.....	42
1.6. RUH SAĞLIĞI ALANINDA SOSYAL HİZMET.....	45
1.7. ARAŞTIRMANIN PROBLEMİ.....	52
1.8. ARAŞTIRMANIN AMACI.....	53
1.9. ARAŞTIRMANIN ÖNEMİ.....	54
1.10. ARAŞTIRMANIN VARSAYIMLARI.....	54
1.11. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI.....	55
1.12. TANIMLAR.....	55
2. ARAŞTIRMANIN YÖNTEMİ.....	57
2.1. ARAŞTIRMANIN MODELİ.....	57
2.2. ARAŞTIRMANIN EVREN VE ÖRNEKLEMİ.....	58
2.3. ARAŞTIRMANIN VERİ TOPLAMA TEKNİĞİ.....	59
2.4. ARAŞTIRMANIN VERİ TOPLAMA ARAÇLARI.....	59
2.4.1. Kişisel Bilgi Formu.....	59

2.4.2. Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği (RHİDÖ)	59
2.4.3. Sosyal İşlevsellik Ölçeği	60
2.5. VERİLERİN TOPLANMASI, İŞLENMESİ VE ÇÖZÜMLENMESİ	62
2.6. SÜRE VE OLANAKLAR	64
3. BULGULAR VE TARTIŞMA.....	65
3.1. KATILIMCILARIN SOSYODEMOGRAFİK BİLGİLERİNİN TANIMLAYICI İSTATİSTİKLERİNE İLİŞKİN BULGULAR.....	65
3.2. SOSYAL İŞLEVSELLİK VE RUHSAL HASTALIKLARIN İÇSELLEŞTİRİLMİŞ DAMGALANMASI ÖLÇEKLERİNE AİT BULGULAR....	78
3.3. BAZI SOSYODEMOGRAFİK BİLGİLERİN RUHSAL HASTALIKLARIN İÇSELLEŞTİRİLMİŞ DAMGALANMASI ÖLÇEĞİ VE SOSYAL İŞLEVSELLİK ÖLÇEĞİ ÜZERİNDEKİ ETKİSİNE DAİR BULGULAR.....	88
4. SONUÇ VE ÖNERİLER	123
4.1. SONUÇ.....	123
4.1.1. TRSM Hizmet Alanlarının Sosyodemografik Özelliklerine İlişkin Sonuçlar	123
4.1.2. TRSM Hizmet Alanlarının İçselleştirilmiş Damgalanma ve Sosyal İşlevsellikleri Arasındaki İlişkiye Dair Sonuçlar	125
4.1.3. Bazı Sosyodemografik Değişkenlerle Sosyal İşlevsellik ve İçselleştirilmiş Damgalanma Arasındaki İlişkiye Dair Sonuçlar	126
4.2. ÖNERİLER.....	130
KAYNAKLAR.....	135
EKLER	154
EK-1 Kişisel Bilgi Formu	154
EK-2 Ruhsal Hastalıkların İçselleştirilmiş Damgalanması Ölçeği (RHİDÖ)	155

EK-3 Sosyal İşlevsellik Ölçeği (SİÖ)	157
EK-4 Aydınlatılmış Onam Formu.....	165
EK-5 Hacettepe Üniversitesi Etik Kurul İzni	167
EK-6 Bilimsel Araştırma İzni	168
EK-7 Sosyal İşlevsellik Ölçeği Kullanım İzni.....	169
EK-8 Ruhsal Hastalıkların İçselleştirilmiş Damgalanması Ölçeği Kullanım İzni....	170
EK-9 Orijinallik Raporu	171



KISALTMALAR DİZİNİ

- APA** : American Psychiatric Association (Amerikan Psikiyatri Birliği)
- bkz** : bakınız
- DSM** : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
(Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı)
- DSÖ** : Dünya Sağlık Örgütü
- EKT** : Elektro Konvulzif Tedavi
- ICD** : International Classification of Diseases
(Hastalıkların Uluslararası Sınıflaması)
- ICIDH** : International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps
(Sakatlıklar, Yetersizlikler ve Engelliliklerin Uluslararası Sınıflandırması)
- IASSW** : International Association of Schools of Social Work
(Uluslararası Sosyal Hizmet Okulları Birliği)
- IFSW** : International Federation of Social Workers
(Uluslararası Sosyal Hizmet Uzmanları Federasyonu)
- NASW** : National Association of Social Workers
(Ulusal Sosyal Hizmet Uzmanları Derneği)
- n** : Kişi Sayısı
- P:** : Anlamlılık Düzeyi
- RHİDÖ** : Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği
- RSHH** : Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi
- SiÖ** : Sosyal İşlevsellik Ölçeği
- SPSS** : Statistical Program for the Social Sciences

SS	: Standart Sapma
TRSE	: Toplum Ruh Sağlığı Ekibi
TRSM	: Toplum Ruh Sağlığı Merkezi
URSEP	: Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı
USH	: Ulusal Sağlık Hizmeti
WHO	: World Health Organization (Dünya Sağlık Örgütü)
WPA	: World Psychiatry Association (Dünya Psikiyatri Birliği)



TABLOLAR DİZİNİ

Tablo 1. Sosyal İşlevsellik ve Ruhsal Hastalıkların İçselleştirilmiş Damgalanması Ölçeklerinin Tanımlayıcı İstatistikleri	78
Tablo 2. Sosyal İşlevsellik ve Ruhsal Hastalıkların İçselleştirilmiş Damgalanması Arasındaki İlişki	81
Tablo 3. Sosyal İşlevselliğin Ruhsal Hastalıkların İçselleştirilmiş Damgalanmasına Etkisinin İncelenmesi.....	82
Tablo 4. Sosyal İşlevsellik Ölçeği Alt Boyutlarının Yabancılaşma Üzerindeki Etkisinin İncelenmesi.....	84
Tablo 5. Sosyal İşlevsellik Ölçeği Alt Boyutlarının Kalıp Yargıların Onaylanması Üzerindeki Etkisinin İncelenmesi.....	85
Tablo 6. Sosyal İşlevselliğin Alt Boyutlarının Algılanan Ayrımcılık Üzerindeki Etkisinin İncelenmesi.....	86
Tablo 7. Sosyal İşlevselliğin Alt Boyutlarının Sosyal Geri Çekilme Üzerindeki Etkisinin İncelenmesi.....	87
Tablo 8. Sosyal İşlevselliğin Alt Boyutlarının Damgalanmaya Karşı Direnç Üzerindeki Etkisinin İncelenmesi.....	87
Tablo 9. Sosyal İşlevsellik ve Ruhsal Hastalıkların İçselleştirilmiş Damgalanmasının Hastalık Bakımından Fark Analizi	88
Tablo 10. Sosyal İşlevsellik ve Ruhsal Hastalıkların İçselleştirilmiş Damgalanmasının Cinsiyet Bakımından Fark Analizi	92
Tablo 11. Sosyal İşlevsellik ve Ruhsal Hastalıkların İçselleştirilmiş Damgalanmasının Yaş Bakımından Fark Analizi	95
Tablo 12. Sosyal İşlevsellik ve Ruhsal Hastalıkların İçselleştirilmiş Damgalanmasının Eğitim Durumu Bakımından Fark Analizi	97

Tablo 13. Sosyal İşlevsellik ve Ruhsal Hastalıkların İçselleştirilmiş Damgalanmasının Medeni Durum Bakımından Fark Analizi.....	100
Tablo 14. Sosyal İşlevsellik ve Ruhsal Hastalıkların İçselleştirilmiş Damgalanmasının Çocuk Sayısı Bakımından Fark Analizi.....	103
Tablo 15. Sosyal İşlevsellik ve Ruhsal Hastalıkların İçselleştirilmiş Damgalanmasının Çalışma Durumu Bakımından Fark Analizi.....	105
Tablo 16. Sosyal İşlevsellik ve Ruhsal Hastalıkların İçselleştirilmiş Damgalanmasının Gelir Bakımından Fark Analizi	108
Tablo 17. Sosyal İşlevsellik ve Ruhsal Hastalıkların İçselleştirilmiş Damgalanmasının Yaşanılan Kişi Bakımından Fark Analizi	111
Tablo 18. Sosyal İşlevsellik ve Ruhsal Hastalıkların İçselleştirilmiş Damgalanmasının Ailede Ruhsal Problemi Olan Kişi Varlığı Bakımından Fark Analizi.....	112
Tablo 19. Sosyal İşlevsellik ve Ruhsal Hastalıkların İçselleştirilmiş Damgalanmasının Tedavi Görme Süresi Bakımından Fark Analizi	114
Tablo 20. Sosyal İşlevsellik ve Ruhsal Hastalıkların İçselleştirilmiş Damgalanmasının Psikiyatri Servisine Yatış Sayısı Bakımından Fark Analizi.....	116
Tablo 21. Sosyal İşlevsellik ve Ruhsal Hastalıkların İçselleştirilmiş Damgalanmasının TRSM'ye Devam Etme Süresi Bakımından Fark Analizi	118
Tablo 22. Sosyal İşlevsellik ve Ruhsal Hastalıkların İçselleştirilmiş Damgalanmasının Haftalık TRSM'ye Geline Günlük Sayısı Bakımından Fark Analizi	120
Tablo 23. Sosyodemografik Bilgilerin Ölçek Toplam Puanları İle İlişkisi	130

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1. Dünyada Ruh Sağlığı ve Madde Kullanım Bozukluğu Yaygınlığı	9
Şekil 2. Toplum Ruh Sağlığı Merkezinin Kurumlar Arası İşbirliği Şeması	37
Şekil 3. Türkiye’de Ruh Sağlığı Ekibinin Sayı ve Fonksiyonalite Bakımından Dağılımı	39
Şekil 4. İngiltere Ruh Sağlığı Ekibinin Sayı ve Fonksiyonalite Bakımından Dağılımı .	44
Şekil 5. Katılımcıların Aldıkları Tanıya Göre Yüzdelerik Dağılımları	65
Şekil 6. Katılımcıların Cinsiyetlerine Göre Yüzdelerik Dağılımları	66
Şekil 7. Katılımcıların Yaşa Göre Dağılımları.....	68
Şekil 8. Katılımcıların Eğitim Durumuna Göre Dağılımları.....	69
Şekil 9. Katılımcıların Medeni Durumlarına Göre Dağılımları	70
Şekil 10. Katılımcıların Çocuk Sayısına Göre Dağılımları.....	71
Şekil 11. Katılımcıların Çalışma Durumlarına Göre Dağılımları.....	71
Şekil 12. Katılımcıların Kişisel Gelir Durumuna Göre Dağılımları.....	72
Şekil 13. Katılımcıların Birlikte Yaşadıkları Kişilere İlişkin Dağılımları	73
Şekil 14. Katılımcıların Ailelerindeki Ruhsal Hastalık Geçmişinin Varlığına İlişkin Dağılımları.....	74
Şekil 15. Katılımcıların Tedavi Görme Sürelerine İlişkin Dağılımları.....	75
Şekil 16. Katılımcıların Psikiyatri Servisine Yatış Sayılarına İlişkin Dağılımları	76
Şekil 17. Katılımcıların TRSM’ye Devam Süresine İlişkin Dağılımları	76
Şekil 18. Katılımcıların TRSM’ye Bir Haftada Geldikleri Gün Sayısına İlişkin Dağılımları.....	77

ÖNSÖZ

Kavram birliğini sağlamak ve olası karışıklıkların önüne geçmek için tez boyunca sıkça karşılaşılabilecek bazı kavramların açıklanması yerinde olacaktır. Yaptığım çevrelerde sosyal hizmet mesleğini icra eden profesyonellere karşılık olarak “sosyal hizmet uzmanı” ismini tercih ettim. Nitekim birçok yerli kaynakta da meslek elemanlarının adı bu şekilde yazılmıştı. Benim de bu konudaki tercihim her zaman “sosyal hizmet uzmanı” ifadesinden yana olmuştur. Diğer taraftan Sağlık Bakanlığı’nda görev yapan sosyal hizmet uzmanlarının kadro adı “sosyal çalışmacı” olarak belirlenmiş olduğu için mevzuattan alınan kısımlarda sosyal hizmet uzmanı yerine “sosyal çalışmacı” ifadesini olduğu gibi bıraktım. Mesleki yaşamda kullanılagelen “sosyal hizmet uzmanı” ile resmi evraklarda yer alan “sosyal çalışmacı” ifadelerinden birinin üzerinde hala mutabık kalmamış olmasının sıkıntısını sadece ben değil, alandaki birçok meslektaşım da yaşamakta.

Yine çalışmada sıkça karşılaşılabilecek olan “hasta/hizmet alan/ciddi ruhsal hastalığı olan bireyler/ ciddi ruhsal hastalığı olanlar/katılımcı” kavramları çalışmanın yapıldığı kişileri, yani şizofreni, şizoaffektif bozukluk ve bipolar bozukluk tanılarında sahip bireyleri kastetmek için kullanılmıştır. Metnin bazı yerlerinde “hasta/hizmet alan” şeklinde kullanımlarla da karşılaşılabilecektir.

Araştırmanın başındayken bu çalışmanın ne kadar derinlere gidebileceğini kestirememiştim. Yanıtlar aldıkça sorular artıyordu. Belki bu çalışmadan sonra yapılacak diğer araştırmalarla mevcut eksiklikler de giderilecektir.

İki buçuk sene boyunca görev yaptığım TRSM meslek hayatımda her zaman çok özel bir yere sahip olacak. “Potansiyele inanmak” ne demektir burada anladım. Dışarıda “korkulan, dalga geçilen ve uzak durulan” hastaların gerçekte nasıl insanlar olduklarını, inanılır ve fırsat verilirse neler yapabileceklerini gördüm. Bu çalışmanın, bir ruh sağlığı profesyoneli olarak mesleki çalışmalarımın beni oldukça tatmin ettiği, hizmet alanlarıyla özel bir bağ kurduğumu düşündüğüm TRSM’de yapılabilmesini sağlayan başta hizmet alanlar ve diğer herkese minnettarım. Umarım bu küçük çalışmayla bir şeylere ufak da olsa dikkat çekebiliriz.

Gökyüzüne ve Mavi At’a inananlara...

GİRİŞ

Ciddi ruhsal hastalık terimi şizofreni, şizoaffektif bozukluk ve bipolar bozukluk gibi kronik hastalıklara karşılık kullanılır. Bu hastalıkların toplumdaki yansımaları ne yazık ki olumsuz olagelmiş, hastalar hastalıkları sebebiyle damgalanmıştır. Hastalığın etkisiyle yeti yitimi yaşayan hastalar, damgalanma nedeniyle toplumsal yaşamdan da tecrit edilmiş, dolayısıyla sosyal işlevselliklerinde zaman içinde azalmalar meydana gelmiştir. Sosyal psikiyatrinin gelişimi ile birlikte ciddi ruhsal hastalıkların tedavisinde meydana gelen zihniyet değişikliği sonucu toplumsal tedaviler öngörülmeğe başlanmıştır. Ancak toplumun da bu konuda zihniyet değiştirmesi gerekliliği önemini hala korumaktadır.

1960'lı yıllarda özellikle Avrupa'da ruhsal-toplumsal tedavi amacıyla ruh sağlığı politikalarında değişikliğe gidilmiştir. Bu değişikliklerin ilk adımı akıl hastaneleri olarak bilinen depo hastanelerin (asylum'ların) kapatılması ve Toplum Ruh Sağlığı Merkezlerinin (TRSM) açılması olmuştur. Böylece ruh sağlığı hizmetlerinin sunumunda medikal yaklaşımlı hastane temelli model yerine toplum temelli model anlayışı hâkim olmaya başlamıştır. Dünya Sağlık Örgütü'nün de önerdiği, etkinliği görüldükçe uygulandığı ülke ve bölgelerin de arttığı bu modelde ülke, hizmet bölgelerine bölünür ve her TRSM kendi sorumluluğundaki bölgede psikiyatrist, psikiyatri hemşireleri, sosyal hizmet uzmanı, psikolog, uğraş terapisti ve usta öğreticilerden oluşan multidisipliner bir ekiple ruh sağlığı hizmetlerini koordine eder ve sunar.

TRSM'ler ruh sağlığı hizmetlerinin hafta içi mesai saatlerinde ayaktan verildiği merkezlerdir. Ruh sağlığı ekibi, sorumlu olunan bölgedeki ruhsal hastaları tespit ederek merkeze kaydeder ve gereken durumlarda ev ziyareti de yaparak bu hastaların durumlarını yakından izler. Multidisipliner ekip anlayışı, hizmetlerin çok yönlü verilebilmesini kolaylaştırır. Her bölgede belirlenmiş nüfus oranında psikiyatri yatağı ayrılmıştır. Yatış gerektiren durumlarda genel hastanelerin içinde kurulan ve 20-30 yataktan oluşan psikiyatri servisleri kullanılır.

Türkiye’de ilk defa 2008 yılında Bolu’da projesi yapılan TRSM uygulaması 2009 yılı ile birlikte ülkeye yayılmaya başlamıştır. 2011’de yayımlanan Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı (URSEP) ile toplum temelli ruh sağlığı hizmet modeline geçildiği duyurulmuş, TRSM’lerin tüm ülkede kurulacağı aktarılmıştır. Yine 2011 yılında Sağlık Bakanlığı tarafından Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri Hakkında Yönerge yayınlanmıştır. Türkiye’de gelinen süreçte, eğitilmiş personel eksiklikleri olsa da, Kasım 2018 tarihi itibarıyla 79 ilde 170 tescilli TRSM hizmet vermektedir. TRSM’lerle birlikte, ciddi ruhsal hastalıkların toplum içinde tedavisinin kolaylaşması, ayrımcılıkla ve damgalanmayla daha etkin mücadele edilmesi planlanmaktadır.

Hastaların/hizmet alanların işlevselliğini yeniden kazanmaları ve tedavi hizmetlerinden yararlanabilmeleri için toplumsal damgalama ile içselleştirilmiş damgalanmanın birlikte ele alınıp ortadan kaldırılması ve hastaların güçlendirilmesi ile mümkün görünmektedir. Bu da ilaç tedavisi yanında psikososyal ve ekonomik müdahalelerin etkin bir şekilde uygulanması gerekliliğini işaret etmektedir.

Sosyal hizmet, birey, grup ve topluluk düzeylerinde yaptığı çalışmalarla toplumsal kaynakların dezavantajlı kişi, grup ve topluluklara ulaştırılması, baş etme kapasitelerinin artırılması, damgalanma ve ayrımcılığın azaltılmasına yönelik toplumun “ötekilere” dair bilincinin ve farkındalığının artırılması için insan hakları ve sosyal adalet temelinde mücadele eden bir meslektir.

Ruh sağlığı alanında sosyal hizmet, multidisipliner bir anlayışla damgalanma karşıtı çalışmalar yapar, sosyal işlevselliğin ve sosyal refahın artırılması için mevcut çalışmalara aktif olarak destek verir. Sosyal hizmet uzmanlarının ruhsal sağaltımda temel misyonlarından biri de damgalama karşıtı çalışmalar yapması ve sosyal işlevselliği artırıcı müdahaleler yapmasıdır. Sosyal hizmetin mikro, mezo ve makro uygulamaları sosyal hizmet uzmanlarının hastalarla/hizmet alanlarla çalışırken durumu çok yönlü değerlendirebilmelerini ve müdahalelerini birçok koldan organize edebilmelerini sağlamaktadır.

Bu çalışmada, Toplum Ruh Sağlığı Merkezinden hizmet alan hastaların sosyodemografik değişkenlerle içselleştirilmiş damgalanma durumları ve sosyal işlevsellikleri arasındaki ilişki psikiyatrik sosyal hizmet bakış açısı ile incelenecektir. Ciddi ruhsal hastalıklarda içselleştirilmiş damgalanma ve sosyal işlevsellik konusunda literatürde az sayıda çalışmaya rastlanmış, TRSM'den hizmet alanlarla ilgili çalışmaların (Aydın, 2016; Aydın ve diğerleri, 2014; Ensari ve diğerleri, 2013; Gül ve diğerleri, 2014; Özdemir ve diğerleri, 2017; Saruç ve Kaya Kılıç, 2015; Saylavcı, 2014; Söğütü ve diğerleri, 2017; Üstün ve diğerleri, 2018; Yılmaz Karaman, 2018) sayısının daha da az olduğu görülmüştür. Ayrıca ülkenin sosyal hizmet literatürüne bakıldığında ise psikiyatrik sosyal hizmet tez çalışmalarının sayıca azlığı ve bu konuyla ilgili daha önce bir çalışmanın yapılmamış olması da dikkat çekmiştir.

Çalışmanın birinci bölümünde ruh sağlığı alanında bazı temel kavramlarla içselleştirilmiş damgalanma ve sosyal işlevsellik kavramları açıklanmış, daha sonra ruhsal hastalıkların tedavisinin tarihsel süreci, hizmet sunuş modelleri ve Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri hakkında bilgiler verilmiş, son olarak da sosyal hizmetin ruh sağlığı alanındaki rol ve işlevlerine değinilmiştir.

İkinci bölümde araştırmanın yöntemi açıklanmış, araştırmada kullanılan model, araştırmanın evren ve örnekleme, veri toplama tekniği ve kullanılan form ve ölçeklerle bunlardan elde edilen verilerin nasıl işlendiği ile süre ve olanaklar hakkında bilgiler verilmiştir.

Üçüncü bölümde ise Eskişehir Yunus Emre Devlet Hastanesi TRSM hizmet alanlarının sosyodemografik özellikleri, kendini damgalama ve sosyal işlevsellik durumları arasındaki ilişki ile sosyodemografik değişkenler ve bu değişkenlerin kendini damgalama ve sosyal işlevsellikle ilişkisi elde edilen bulgularla ve literatürdeki ilişkili çalışmalarla tartışılmıştır.

Çalışmanın sonuç kısmında araştırmadan elde edilen sonuçlar verilmiş, öneriler kısmında da TRSM'lerden hizmet alan hastalardaki içselleştirilmiş damgalanmanın azaltılması, hastaların sosyal işlevselliğinin artırılması, TRSM'lerdeki hizmetlerin

sunumundaki eksiklik ve aksaklıklara vurgu yapılarak hizmetlerin kalitesinin iyileştirilmesi için psikiyatrik sosyal hizmet temelinde bazı görüş ve önerilerde bulunulmuştur. Bu çalışmanın, ruh sağlığı alanında birey ve gruplara psikososyal müdahalelerle ilgili ileride yapılacak daha ayrıntılı bilimsel araştırmalara yol göstereceği öngörülmektedir.



1. KURAMSAL ÇERÇEVE

Bu bölümde konuyla ilgili kuramsal bir çerçeve çizilmiş, ruh sağlığı ve ruh sağlığıyla ilgili bazı önemli kavramlara, ciddi ruhsal hastalıklara, ruh sağlığı alanında hizmet sunuş modellerine, TRSM'lerle ilgili bazı bilgilere ve ruh sağlığı alanında sosyal hizmetin rol ve işlevlerine yer verilmiştir.

1.1. RUH SAĞLIĞI KAVRAMI

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün çokça bilinen tanımına göre sağlık, sadece hastalık veya sakatlığın olmayışı değil; bedensel, ruhsal ve sosyal olarak tam bir iyilik hali olarak nitelendirilmiştir. Bu tanıma bakınca merkezde üç temel düşüncenin yer aldığı görülür: Ruh sağlığı, sağlığın ayrılmaz bir parçasıdır, ruh sağlığı hastalığının olmamasından daha fazla bir anlam ifade eder ve ruh sağlığı davranışlarla ve fiziksel sağlıkla yakından ilişkilidir (World Health Organization [WHO], 2004a, s. 12).

Sağlığın tanımını yapmak önemlidir. Çünkü bu tanım sağlığın gelişimi için her zaman gerekli olmasa da tek bir tanımın yapılmasına izin vermek ülkeler, kültürler, sınıflar ve cinsiyetler arasındaki farklılıklar yüzünden kapsayıcı olmayabilir (WHO, 2001a, s.5). Ancak yaş ve zenginlik gibi kavramların dünya çapında birçok farklı ifadesi olduğu ama yine de evrensel bir anlamı olduğu gibi ruh sağlığı da kültürel yorumların dışında evrensel olarak tanımlanabilir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) son zamanlarda ruh sağlığı tanımını olarak: "...kişinin kendi yeteneklerinin farkında olması, normal hayatın stresi ile baş edebilmesi, verimli ve yararlı bir şekilde çalışabilmesi ve içinde yaşadığı topluma katkı yapabilmesi" ifadesini önermektedir (WHO, 2004a, s. 12). Başka bir açıdan bakıldığında, ruhsal hastalığı olan insanlar da iyi düzeyde bir iyilik haline sahip olabilirler, acı verici, üzücü ve zayıflatıcı semptomların kısıtlamaları içinde de olsa tatmin edici, anlamlı ve yaşadıkları topluma katkıda bulunan bir yaşam sürdürebilirler (WHO, 2014, s. 12).

1.1.1. Ruh Sağlığını Etkileyen Etmenler

Ruh sağlığı ve ruhsal iyilik durumunu etkileyen potansiyel üç kategoriden bahsetmek gerekirse bunlar; bireysel özellikler ve davranışlar, sosyal ve ekonomik koşullar ile çevresel faktörlerdir.

Bireysel özellikler ve davranışlar; düşük özsaygı, duygusal ve bilişsel yetersizlik, iletişim becerilerinden yoksun olma, tıbbi hastalık ve madde kullanımı olarak sayılabilir.

Sosyal ve ekonomik koşullar; yalnızlık, bir yakının kaybı, ihmal ve aile çatışmaları, şiddet ve istismara maruz kalma, düşük gelir ve yoksulluk, okulda zorluklar ve başarısızlıklar, iş stresi ve işsizlik konularını içermektedir.

Çevresel faktörler ise temel hizmetlere yetersiz erişim, adaletsizlik ve ayrımcılık, toplumsal eşitsizlikler ve cinsiyet eşitsizlikleri, savaş ve diğer felaketselere maruz kalmak olarak açıklanabilir (WHO, 2012, s. 3-4).

Ruh sağlığı için risk oluşturan durumlar sosyal, çevresel, psikolojik ve biyolojik etkenlere bağlı olabilmektedir. Kişiler için genetik mirasları, geçmiş veya şimdiki fiziksel çevreleri, bazı kişisel fiziki ve psikolojik örselenmeler, çocukluk çağı travmaları, yoksulluk ve stres gibi etmenler ruh sağlığı üzerinde bozucu etki yapabilmektedir (Breakey, 1996; Aktaran: Aksaray ve diğerleri, 1999, s. 55).

Doğan ve Kocacık (2006)'ın aktardığına göre bazı sosyal araştırmalar, sosyal destek sistemleri ve toplumsal istihdamın ruh sağlığı açısından önemini vurgulamış ve bunların yokluğunda ruh sağlığının risk altında olduğunu belirlemiştir. Yine aynı şekilde genetik, sosyal sınıf, yoksulluk, yaş, ırk, cinsiyet, çocukluk çağı travmaları, işsizlik dışında işle ilgili sorunlar, göçmenlik ve kültürel yapının da ruh sağlığı üzerinde etkisi olduğu ifade edilmiştir.

Ruhsal hastalığı engellemek, hastalığın başlamasına neden olan sebepler üzerinde çalışmayı gerektirir. Bu risk faktörleri hastalığın ortaya çıkmasını, süresini ve şiddetini etkiler. Koruyucu etkenler, insanların bu risk faktörlerine ve ruh sağlığı bozukluklarına karşı direncini olumlu yönde etkiler. Bu etkenler, kişilerin bir uyumsuzlukla karşılaşmasına neden olan çevresel faktörlere karşı verdiği tepkileri değiştiren, hafifleten ve iyileştiren etkenlerdir. Bireysel koruyucu faktörler, benlik saygısı, duygusal esneklik, olumlu düşünme, problem çözme becerisi, sosyal beceriler, stres yönetimi gibi olumlu ruhsal sağlık özelliklerini içermektedir. Hem risk hem de koruyucu faktörler doğası gereği bireysel, ailesel, sosyal, ekonomik ve çevresel olabilir. Çoğunlukla, çoklu risk faktörlerinin kümülatif etkisi ve koruyucu faktörlerin yokluğu ya da eksikliği, bireylerin sağlıklı bir durumdan savunmasız bir hale geçmesine, ardından da bu bozulmaların artarak ruhsal bir probleme dönüşmesine ve en sonunda da ciddi bir ruhsal hastalığa neden olur (WHO, 2004b, s. 20).

Özen (1991) bireylerin toplumla karşılıklı olarak sürekli bir etkileşim içinde olduğunu, birinde meydana gelen değişimin diğerini bir şekilde etkilediğini aktarmıştır. Sanayi devrimi ile başlayan hızlı toplumsal değişimler bireyleri de değiştirmiş ve değişen günlük yaşam rutinleri yeni alışkanlıklarla birlikte yeni sorunları da beraberinde getirmiştir. Sanayileşme ile birlikte baş döndürücü bir hızla gelen teknolojik yenilikler, savaşlar, köylerden kentlere kitleler halinde yapılan göçlerin neden olduğu çarpık kentleşme ve bunun getirdiği birtakım sorunlar, değişen aile yapısı, toplumsal destek sistemlerinin yeniden inşası, farklılaşan çalışma yaşamı ve kültürel yapının büyük oranda değişmesi gibi durumlar ve olaylar toplumları yeniden biçimlendirirken bireyler bu hızlı değişime her zaman ayak uyduramamış ve ruhsal bozukluklar da bu hızlı değişimle birlikte artmaya başlamıştır.

Eğitim ve sağlık hizmetlerine, çevresel kaynaklara ya da temel düzeyde yiyecek, su ve barınak imkânlarına erişebilmenin ruh sağlığı üzerinde etkisi vardır. Hastalığın ortaya çıkmasından sonra sadece hastanın kendisi değil, ailesi de damgalanmanın, ayrımcılığın ve sosyal dışlanmanın hedefi olmaktadır (Jané-Llopis ve diğerleri, 2005, s. 9).

1.1.2. Ciddi Ruhsal Hastalıklar

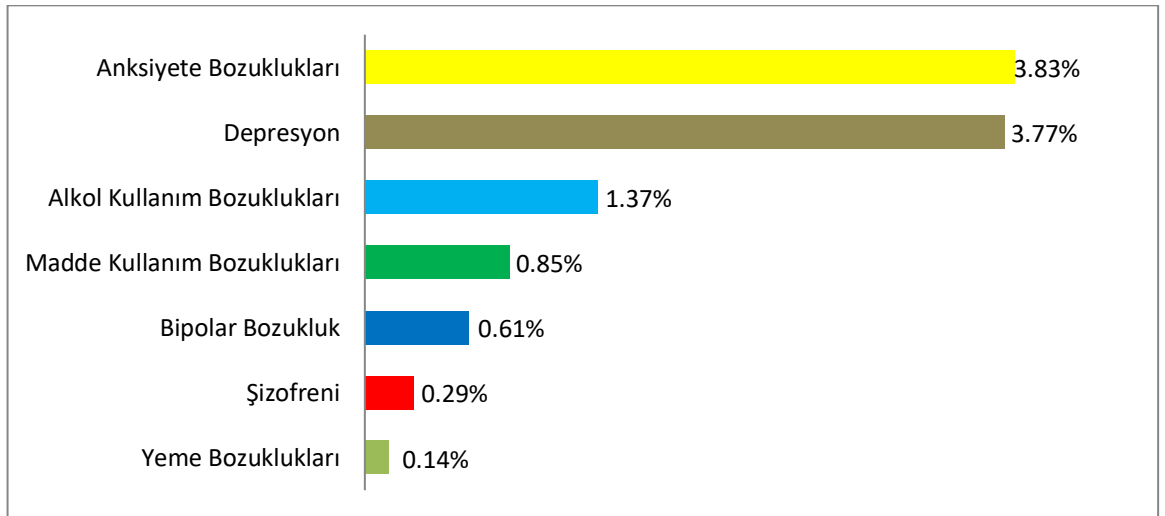
Ruhsal ve davranışsal bozukluklar bireyler, aileler ve topluluklar üzerinde büyük bir etkiye sahiptir. Bu bozukluklara sahip bireyler rahatsızlık verici belirtilerden muzdariptir. Ayrıca, bu bireyler sık sık ayrımcılığın bir sonucu olarak iş ve boş zaman etkinliklerine katılamamaları nedeniyle de acı çekerler. Ailelerine ve arkadaşlarına karşı sorumluluklarını yerine getirememesi konusunda endişelenirler ve başkalarına yük olmaktan korkarlar. Tahminlere göre dünya üzerinde her dört aileden biri ruhsal ve davranışsal bozukluğa sahip en az bir üyeye sahiptir. Dünya genelinde yaklaşık 450 milyon insanın nöropsikiyatrik hastalıklardan muzdarip olduğu tahmin edilmektedir. Bu hastalıklar arasında unipolar depresif bozukluklar, bipolar afektif bozukluk, şizofreni, epilepsi, alkol ve ilaç kullanım bozuklukları, Alzheimer ve diğer demanslar, travma sonrası stres bozukluğu, obsesif ve kompulsif bozukluk, panik bozukluk ve primer uykusuzluk bulunmaktadır (WHO, 2001a, s. 3). Dünyada yeti yitimi ve ölüme en sık neden olan on hastalıktan beşi ruhsal sorunlardır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'ne göre her dört kişiden biri hayatının herhangi bir aşamasında ruhsal bozukluklardan etkilenecektir (Murray ve Lopez, 1996). Türkiye'de toplam nüfusun %18'inin yaşam boyu bir ruhsal hastalık geçirdiği, ulusal düzeyde hastalık yükünü kardiyovasküler hastalıklardan sonra ikinci sırada %19 ile ruhsal hastalıkların oluşturduğu ortaya konmuştur (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2011a, s. 5).

Anksiyete, depresyon, şizofreni ve alkol ve uyuşturucu bağımlılığı ruhsal bozukluklardandır. Yaygın ruhsal bozukluklar stresli deneyimlerden kaynaklanabilir; ancak bu tür deneyimler olmadan da ortaya çıkabilir. Aynı şekilde, stresli yaşam deneyimleri de her zaman ruhsal bozukluğa yol açmaz. Pek çok insan, alt eşikli (tanı almayacak derecede) ruhsal bozuklukları tecrübe eder, bu da ruhsal bir bozukluk olarak tanı için eşiğe ulaşmayan zayıf zihinsel sağlık anlamına gelir. Ruhsal bozukluklar ve alt eşikli ruhsal bozukluklar, nüfusun büyük bir bölümünü etkiler. Daha az kullanılan bir terim olarak ruhsal hastalık (akıl hastalığı), yaygın ruhsal bozukluklar olarak bilinen anksiyete ve depresyonun yanı sıra şiddetli ruhsal bozukluklar olarak da bilinen şizofreni ve bipolar bozukluk için kullanılır (WHO, 2014, s. 13).

Ciddi ruhsal hastalıklar, bireylerde yeti yitimine neden olabilen, süreç içerisinde nüks eden ve daha çok genç yaşlarda başlayan şizofreni, şizoaffektif bozukluk, bipolar bozukluk gibi hastalıklar olarak değerlendirilmektedir. Bu hastalıkların sağaltımında ve hastaların sosyal işlevselliklerinin artırılmasında yalnızca ilaç tedavisi ve hastane tedavileri tam bir iyileşme sağlayamamaktadır. Ciddi ruhsal hastalıkların neden olduğu yeti yitimi; düşünme, karar verme, baş etme, sorun çözme becerisi ve anlamlı davranışlarda bulunma gibi bazı zihinsel işlevlerin tam olarak yerine getirilememesidir. Bu hastalıklarda bazı kalıntı belirtiler, hastalığa sahip bireylerde yeti yitimine neden olmakta ve zamanında ve doğru müdahalelerle gerekli tedavilerin uygulanmaması gibi sebeplerle yeti yitiminin derecesi artmaktadır. Ciddi ruhsal hastalıkların neden olduğu yeti yitimiyle hastaların bir birey olarak toplumsal rol ve sorumluluklarını yerine getirememesi de engellilik halidir (Yıldız, 2009, s. 52).

Ruh sağlığı ve madde kullanım bozuklukları ile ilgili kayıtlar henüz çok yetersizdir. Bu önerme bütün ülkeler için doğru olsa da ruh sağlığı tedavisi için gereken önemin gösterilmediği gelişmemiş ülkeler için daha fazla geçerlidir. Dünyada 1.1 milyardan fazla insanın ruhsal bozukluk veya alkol-ilaç(madde) kullanım bozukluğu yaşadığı tahmin edilmektedir (Ritchie ve Roser, 2018). Neredeyse her 100 kişiden biri ciddi ruhsal hastalıklardan birine sahiptir (Prince ve diğerleri, 2007, s. 8).

Şekil 1. Dünyada Ruh Sağlığı ve Madde Kullanım Bozukluğu Yaygınlığı



Kaynak: (Institute for Health Metrics and Evaluation [IHME], 2017)

Psikozlar, gerçeklik algısını bozacak derecede şiddetli düşünce ve algı bozukluğu yaratan bozukluklardır. Temel tipleri bipolar bozukluk gibi duygusal bozukluklar ve şizofrenidir (McManus ve diğerleri, 2009, s. 13). Psikotik bozukluklar, sadece şizofreni ve şizoaffektif bozuklukları değil, duygusal bozuklukları ve atipik psikozları da içerir ve onu deneyimleyen kişinin hayatını birçok bakımdan geniş sonuçlar verecek şekilde etkiler (Kaplan ve diğerleri, 1994; Aktaran: WHO, 2004b, s. 47).

Ciddi ruhsal hastalıkların kavram olarak tanımlanmasından sonra ciddi ruhsal hastalıklar olarak sayılan şizofreni, bipolar bozukluk ve şizoaffektif bozukluğa değinilmesi yerinde olacaktır.

1.1.2.1. Şizofreni

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün 2001 yılında hazırladığı Dünya Sağlık Raporu'na göre, şizofreni, genellikle geç ergenlik veya erken yetişkinlikte başlayan, düşüncede, algıda ve davranışlarda bozulmalara yol açan ve sanrıların eşlik ettiği ciddi bir ruhsal hastalıktır (WHO, 2001a, s. 33). DSM-V (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı*)'te ise, şizofreni, (A) her biri en az 1 ay (tedavi edilirse daha az) süren (1) delüzyonlar, (2) halüsinasyonlar ve (3) dağınık konuşmalar (konuşmadan sık sık sapma veya tutarsızlık) gibi belirtilerden en az biri ile birlikte (4) dağınık ve katatonik davranışlar ve (5) negatif belirtilerle (azalan duygusal ifade veya avolasyon gibi) karakterizedir. Şizofreni tanısı konulabilmesi için yukarıda anılan aktif faz belirtilerinin en az ikisinin 1 ay veya daha uzun (başarılı bir şekilde tedavi edilirse daha az) süre boyunca devam edip beraber görülmesi ve bu sürekli rahatsızlık belirtilerinin en az 6 ay sürmesi gerekmektedir. Bu ön belirti dönemlerinde veya kalıntı/artık dönemlerde, rahatsızlığın belirtileri, yalnızca negatif belirtilerle veya zayıflatılmış bir formda mevcut olan Kriter A'da listelenen iki veya daha fazla belirtiyile ortaya çıkabilir (örneğin, tuhaf inançlar, olağandışı algısal deneyimler). Rahatsızlığın başlangıcından bu yana geçen sürenin önemli bir bölümünde, iş, kişilerarası ilişkiler veya kişisel bakım gibi bir veya daha fazla ana alanda işlevsellik düzeyi başlamadan önce ulaşılan seviyenin belirgin şekilde altındadır (çocukluk veya ergenlikte ortaya çıkmışsa beklenen seviyeye ulaşamamıştır). Rahatsızlık, bir maddenin

(örneğin, bir madde kötüye kullanımı, bir ilaç) veya başka bir tıbbi durumun fizyolojik etkileriyle ilişkilendirilemez (American Psychiatric Association [APA], 2013, s. 99).

Genellikle genç yaşlarda başlayan şizofreni, en çok 15-40 yaş aralığında görülmekte olup 18-25 yaş aralığı hastalığın görülme riskinin en yüksek olduğu yaşlardır. İlk dönemlerinde hastalık, hasta yakınları tarafından anlaşılabilir. Şizofreni, sinsi ve yavaş bir şekilde başlayabildiği gibi akut olarak da başlayabilen bir hastalıktır. Hastalığın başlangıcında hastaların bazıları mistik konulara ilgi duyar, bazıları takıntılar, somatik şikâyetler ya da depresif belirtiler gösterir. Bazı hastalar uç konularla ilgilenirken bazılarının da hipokondriyak şikâyetleri olabilmektedir (Yavuz, 2008, s. 51-52). Şizofreninin yaşam boyu yaygınlığı yaklaşık %1 ve nokta yaygınlığı yaklaşık %0.5'tir (WHO, 2004b, s. 47). Bu orana şizofreni spektrum bozuklukları da dâhil edilirse yaşam boyu yaygınlık oranı %5 civarına yükselmekte ve istatistiksel olarak daha fazla insanı etkilemektedir. Hastalık, toplumların tamamında ve bütün coğrafik alanlarda görülmektedir (Yavuz, 2008, s. 50). Dünya genelinde her yıl 2 milyon yeni şizofreni vakası bildirilmektedir (Sadock ve diğerleri, 2009; Aktaran: Bademli ve Çetinkaya Duman, 2013, s. 462). Her ne kadar şizofreni yaygınlığı %1'e yuvarlanmış olsa da 1960-2000 yıllarını kapsayan ve 46 ülkede gerçekleştirilen bir çalışmada, şizofreni yaşam boyu yaygınlık oranı %0.46 ile %0.92 arasında dağılım göstermiştir (Saha ve diğerleri, 2005). Bu oran, ülkemizde yapılan bir çalışmada 0.89% olarak bulunmuştur (Binbay ve diğerleri, 2011). 2016 yılında dünyada yaklaşık 21 milyon insanın şizofreni hastalığına sahip olduğu, bu hastalığa sahip olan kadın ve erkek sayısının neredeyse birbirine eşit olduğu (yaklaşık 10.5 milyon kişi) tahmin edilmektedir (IHME, 2017).

Şizofreni toplum içinde %1 yaygınlığa sahipken bu hastalığa sahip bireylerin birinci dereceden akrabalarında da şizofreni gelişme olasılığı yaklaşık 10 kat artmaktadır. Yapılan bir çalışmada kontrol denekleri için %1 olan şizofreni riski, hastalık tanısı alan bireylerin birinci dereceden akrabalarında %3-7 arasında bulunmuştur. Ebeveynlerinden biri şizofreni hastası olan bir çocuğun şizofreni olması riski %12, ebeveynlerin ikisi de şizofreni olan bir çocuk için bu risk %40, şizofreni hastasının kardeşinin de şizofreni

olma riski %8, çift yumurta ikizlerinde %12 (%8-28), tek yumurta ikizlerinde ise %47 (%33-78) olarak belirlenmiştir (Köroğlu ve Güleç, 2007; Aktaran: Belene, 2009, s. 12).

Şizofrenide ilaç tedavisinin yanında relapsların azaltılması için aile terapileri, hastalara yönelik psikososyal bakım ve rehabilitasyon programları ve sosyoekonomik müdahalelerle hastaların stres düzeylerinin azaltılması gibi tamamlayıcı tedaviler uygulanarak iyileşmenin sağlanması hedeflenir (Yavuz, 2008, s. 56).

1.1.2.2. Bipolar Bozukluk

DSM-V'te bipolar bozukluk manik dönemde; en az bir hafta süren ve günün büyük bölümünde normal olmayan ve kalıcı bir şekilde yükselmiş, genişleyen veya huzursuz bir ruh hali ve normal olmayan ve sürekli artan aktivite veya enerji dönemi içeren, bu dönemlerde (1) şişmiş benlik saygısı ya da grandiyözite, (2) azalmış uyku ihtiyacı, (3) her zamankinden daha konuşkan olma veya konuşmaya devam ihtiyacı, (4) düşünce uçuşu veya düşüncelerin yarışması, (5) çok kolay dağılan dikkat, (6) hedefe yönelik (sosyal, iş okul, cinsel) faaliyetlerde ve amaçsız (psikomotor ajitasyon) faaliyetlerde artış, (7) cinsel dengesizlik, yanlış iş yatırımları ve aşırı harcama alışkanlıkları gibi faaliyetlerde artış durumlarından en az üçünün (ruh hali irritabl ise dördü) görüldüğü, mesleki ve sosyal işlevsellikte bozulmaya yol açan ve kendine veya başkalarına zarar vermemek için hastaneye yatırılmayı gerekli kılan ya da psikotik belirtiler gösteren, madde kullanımı veya bir ilaç veya başka bir tıbbi durumla ilişkilendirilemeyen bir hastalık olarak tanımlanmıştır. Hipomanik dönemde, yukarıdaki 7 madde en az dört gün sürer, duygudurumdaki bozulma ve işlevsellikteki değişme diğer insanlar tarafından gözlemlenebilir, epizot, sosyal veya mesleki işlevlerde belirgin bir bozulmaya neden olacak veya hastanede kalmayı gerektirecek kadar şiddetli değildir. Antidepresan tedavi (örn., ilaç, elektrokonvülsif tedavi) sırasında ortaya çıkan, ancak bu tedavinin fizyolojik etkisinin ötesinde tamamen sendromik bir seviyede devam eden tam bir hipomani dönemi, bir hipomani atağı teşhisi için yeterli bir kanıttır. Bununla birlikte, bir ya da iki semptomun (özellikle artan sinirlilik, gerginlik ya da antidepresan kullanımından sonra ajitasyon) bir hipomani atağının teşhisi için yeterli olmadığı, ya da mutlaka bir bipolar yatınlığı göstergesi olmadığı konusunda dikkatli olunması gerektiği belirtilmektedir.

Majör (yeğın) depresif dönem ise, (1) günün çoğunda, neredeyse her gün, depresif ruh hali, (2) günün çoğunda, neredeyse her gün, belirgin şekilde azalmış ilgi veya zevk kaybı, (3) önemli bir kilo kaybı veya hemen her gün iştahta azalma veya artış, (4) neredeyse her gün aşırı uyku hali ya da uykusuzluk, (5) neredeyse her gün psikomotor ajitasyon ya da retardasyon, (6) neredeyse her gün yorgunluk veya enerji kaybı, (7) neredeyse her gün değersizlik veya aşırı ya da uygunsuz suçluluk hissi, (8) hemen hemen her gün düşünme veya konsantre olma yeteneğinin azalması veya kararsızlık, (9) tekrarlayan ölüm düşünceleri (sadece ölme korkusu değil), belirli bir plan olmadan tekrarlanan intihar düşüncesi veya bir intihar girişimi veya intihar için belirli bir plan semptomlarından en az birinin (1) depresif ruh hali veya (2) ilgi ve zevk kaybı olduğu ve en az 2 haftalık periyotlarda her gün devam eden en az beş semptomun görülmesiyle karakterizedir. Bipolar I ve Bipolar II olmak üzere iki türü mevcuttur. Majör (yeğın) depresif bozuklukla birlikte mani varsa Bipolar I bozukluk, majör depresif bozukluğa hipomani eşlik ediyorsa Bipolar II bozukluk olarak adlandırılır (APA, 2013).

Bipolar bozukluğun 1. ve 2. tipleri dünya nüfusunun %2,4'ünü etkilemektedir (Merikangas ve diğeri, 2011, s. 7). Türkiye'de İzmir ilinde yapılan bir çalışmada, DSM-IV tanı kriterlerine göre psikotik bulgulu depresyon ve bipolar I bozukluğu yaygınlığı 0.92 olarak belirlenmiştir (Binbay ve diğeri, 2012).

DSM, ICD ve diğeri hastalık sınıflandırmalarına göre hem depresyon hem de manik ya da hipomanik dönemler geçiren hastalar bipolar bozukluk hastası olarak tanı almaktadırlar. Bipolar bozukluk tanısı, eskiden manik-depresif adıyla anılan hastalığın adının güncel karşılığıdır (Vahip, 2004, s. 41). Bipolar veya manik-depresif bozukluklar sık, şiddetli ve çoğu kez kronik ruhsal hastalıklardır. Bunlar morbidite ve mortalite ile hatırı sayılır ölçüde ilişkilidir ve birçok hasta için ilk mani ya da depresyon atağı ömür boyu sürecek bir hastalığa dönüşür. Yinelemeleri, intiharı ve hastalığın kronik bir hale dönüşmesini engellemek için erken dönemden itibaren uzun süreli ilaç tedavisi uygulanır (Bauer ve Pfennig, 2005, s. 8).

İlaç tedavisi, bipolar bozukluğu olan hastalar için uzun zamandır tercih edilen tedavi olmuştur. Ancak bu ilaç tedavilerine rağmen hastalığın ilk 5 yılı içinde hastalık %73

oranında nükseder (Gitlin ve diğeri, 1995; Aktaran: Williams ve diğeri, 2008, s. 275). Bu yüzden tedavide ilaç kullanımı yanında koruyucu sağaltımın önemi büyüktür. Hastalara ve yakınlarına psikoēitimler verilerek tedavi uyumlarını artırmak koruyucu sağaltım için gereklidir (Yeloğlu ve Hocoğlu, 2017, s. 51).

Bipolar bozukluk ve anksiyete bozukluğu tanısının birlikteliğini gösteren çok sayıda çalışma yapılmıştır. Anksiyete ek tanısı, bipolar bozuklukta hastalığın şiddetini ve sürecini olumsuz etkilemektedir (Tamam, 2007, s. 68). Yapılan bir çalışmada 138 bipolar bozukluk hastasından %55.8'inde en az bir anksiyete bozukluğu ek tanısı bulunduğu, birden fazla anksiyete bozukluğu olan hasta sayısının oranının ise %31.8 olduğu tespit edilmiştir (Boylan ve diğeri, 2004). Ülkemizde yapılan bir çalışmada, Bipolar 1 tanısı koymuş ve iyileşme dönemindeki 70 hastada yaşam boyu sıklığı olarak en az bir anksiyete bozukluğu oranının %61.4, birden fazla anksiyete bozukluğu oranının ise %38.6 olduğu bulunmuştur (Tamam ve Özpoyraz, 2002).

Yaklaşık 120 yıl önce Kraepelin manyak-depresif hastaların aile üyelerinde bu hastalığın görölme sıklığının toplumun geri kalanına göre daha yüksek olduğunu, hastalık tanısı olmayan akrabalarında da normal olmayan davranışların ortak olarak görülebileceğini belirtmiştir. Dolayısıyla genetik faktörlerin etkisi uzun zamandır farkında olunan ve göz önünde bulundurulan bir durumdur (Yeloğlu ve Hocoğlu, 2017, s. 44). Tek ebeveynin bipolar bozukluk hastası olduğu durumlarda çocukların da hasta olma riski % 15-30, her iki ebeveynin de bipolar bozukluk hastası olduğu durumlarda bu risk % 50-75, tek yumurta ikizlerinde ise hastalık riski %33-75 olarak belirlenmiştir (Guffin ve diğeri, 2009; Aktaran: Birsöz, 2013, s. 54-55).

1.1.2.3. şizoaffektif Bozukluk

şizoaffektif bozukluk hem şizofreninin hem de duygudurum bozukluğu hastalıklarının özelliklerini taşıyan bir hastalıktır. Bu sebeple tarihsel süreçte şizofreni veya bipolar bozukluğun bir alt türü ya da bunlardan farklı bir başka tür olduğuyla ilgili tartışmalar olagelmiştir. DSM-III-R ile birlikte şizoaffektif bozukluk hastalığının tanımı belirginleşmiş ve bu hastalık şizofreni ve bipolar bozukluk hastalıklarından ayrılmıştır

(Oral, 2005). DSM-V'te şizoaffektif bozukluk; şizofreni (A) aktif faz kriterleri ile birlikte majör depresif veya manik dönemi içeren, bu dönemlerin yokluğunda en az iki hafta sanrı ve varsanılar eşlik ettiği, hastalığın çoğunlukla majör (yeğın) depresif veya manik dönem içinde geçen, madde kullanımı, bir ilaç veya başka bir tıbbi durumla ilişkilendirilemeyen ve kesintisiz devam eden bir hastalıktır (APA, 2013, s. 105).

American Psychiatric Association (APA), 1952'deki DSM'nin ilk basımında şizoaffektif bozukluğun şizofreninin bir alt tipi olduğunu belirtmiş, 1968 tarihli DSM-II'de şizoaffektif bozukluk APA tarafından şizofreninin bir alt tipi olarak kabul edilmeye devam etse de eksite (taşkın) ve deprese alt tiplere ayrılmıştır. 1980 tarihli DSM-III'te şizoaffektif bozukluk bir son çare tanısı, kalıntı bir kategori olarak şizofreni, majör (yeğın) duygulanım bozuklukları ve şizofreniform tanı kriterlerine uymayan duygulanım belirtileri ile şizofreni belirtilerinin beraber görüldüğü psikotik bir hastalık olarak yer almıştır. 1987'de DSM-III-R'de şizoaffektif bozukluğun daha belirgin bir tanımı yapılmış ve bu hastalık başka bir yerde sınıflandırılmayan psikotik bozukluklar başlığı altında; 1994'te ise DSM-IV ile birlikte şizoaffektif bozukluk tanısına verilen önem artmış ve şizoaffektif bozukluk, şizofreni ve diğer psikotik bozukluklar başlığı altında kategorilendirilmiştir (Padhy ve Hedge, 2015, s. 132). Şizoaffektif bozukluk, ICD-11'de "Şizofreni spektrumu ve diğer birincil psikotik bozukluklar" başlığı altında yer almıştır (Gaebel, 2012, s. 896).

Şizoaffektif bozukluğun yaşam boyu yaygınlığının şizofreninin 1/3'ü kadar olduğu ve yaygınlık oranının yaklaşık % 0.3 olduğu tahmin edilmektedir. Yaygınlık oranı kadınlarda erkeklerden daha yüksektir (APA, 2013, s. 107-108). Şizoaffektif bozukluk hastalarının ilaçla tedavisi konusunda henüz yeterli çalışma olmasa da hastalığın akut döneminde çoğunlukla psikotik belirtiler görülmesi nedeniyle antipsikotik ilaçlar kullanılır. Şizoaffektif bozukluk tanısı almış olanlarda hastalığın alt türüne göre değişmekle beraber duygudurum dengeleyiciler ve antidepresanlar, kalıcı psikoz durumlarında ise antipsikotikler; bu ilaç tedavisi etkinlik göstermiyorsa klozapin veya EKT kullanılır (Padhy ve Hedge, 2015, s. 134).

1.1.3. Damgalanma

Damga (stigma) kelimesi, antik Yunan ve Roma toplumlarında suçluların ve kölelerin sapkınlıklarını ve sosyal statülerini belirtmek amacıyla vücutlarına yapılan dövmelelere veya vücutlarının belirli bir kısmının demir bir mühürle yakılarak iz-işaret bırakılmasına karşılık olarak kullanılırdı (Jones, 1987, s. 140). Damga kelime anlamı olarak yara izi, leke, işaretleme aracı anlamına gelmekle birlikte, damgalama (stigmatizasyon) bir kişiyi normal olmayan özelliklerinden dolayı suçlayıcı ve aşağılayıcı tutum ve davranışlara maruz bırakma olarak tanımlanabilir (Avcil ve diğerleri, 2016, s. 176-177; Taşkın, 2007, s. 17).

Bostancı (2005), damganın (stigmanın), diğerleri tarafından beğenilmemenin, utancın ve dışlanmanın bir kara lekesi, izi olduğunu, ruhsal hastalıklardaki stigmanın fiziksel hastalıklarda veya bozukluklarda olan stigmadan daha yoğun olduğunu ve bunların genellikle bilgi eksikliğinin neden olduğu önyargılar ve yanlış değerlendirmelerden kaynaklandığını aktarmıştır (s. 33).

Damgalama, bir kişinin ruhsal bozukluk, etnik köken, ilaç kötüye kullanımı ya da fiziksel sakatlık gibi özniteliklere dayanarak kusurlu ya da itibarsız olarak olumsuz değerlendirilmesidir (Goffman, 1963, s. 14). Damgalama, toplumların çoğunda öncelikle ruhsal hastalığa sahip bireylere karşı geliştirilmiştir (Kocabaşoğlu ve Aliustaoğlu, 2003, s. 190).

Damgalanma, tıpta, iyileşmeyen ve genellikle bulaşıcı olan hastalıklar için kullanılagelmiştir. Bu hastalıkların bazılarının bugün tedavisi olsa da hastalığa sahip olanların ve ailelerinin damgalanma riskini göze alamadıkları için bu hastalıkları hala gizlemeye çalıştıkları görülmektedir. Ruhsal hastalıklar için damgalanma yüzyıllardır söz konusu olan bir olgudur. Damgalanan ruhsal bozukluk hastaları sosyal yaşamdan izole edilir, aşağılanır, bir birey olarak hak ve sorumlulukları elinden alınır, bazı durumlarda toplumdan sürgün edilecek kadar kendisinden kaçınılır. Aynı şekilde, acıyıp korumaya çalışmak ve çocuk gibi davranmak da damgalamanın sonuçlarındandır. Ruhsal bozukluğu olan, hastaneye yatmış ve EKT yapılmış olan, normal olmayan

davranışları fazla olup dikkat çeken genç erkek hastaların daha çok damgalandığı bulunmuştur (Güney, 2004, s. 67-68). Eker (1991), yapılan araştırmaların toplumda paranoid şizofreni tipinde bir hastalık tablosunun duygudurum bozukluğu, kişilik bozukluğu vb. hastalıklara nazaran daha fazla “akıl hastası” olarak tanımlandığını aktarmaktadır (s. 73).

Ruhsal bozukluklar, kişilerin bazı olağan dışı hareketleri yapmasına neden olmaktadır. Bazı ciddi ruhsal hastalıklarda bu olağan dışı davranışlar çok daha yoğun olarak görülür. Toplum, ruhsal bozukluğu olanları “tehlikeli” ve “ne zaman ne yapacağı belli olmayan kişiler” olarak gördüğü için onlardan korkmuş, bunun sonucunda da onları damgalayarak dışlamıştır. Tarih süresince neredeyse bütün toplumlarda ruhsal hastalıklar bir hakaret ve küçümseme aracı olarak kullanılmıştır. Damgalama ayrımcılık ve toplumsal reddedilişe neden olduğu için kişilerin bazı hak ve özgürlüklerini kullanmasına engel olmaktadır. Bu durumda damgalama da en az hastalık kadar yıkıcı olmaktadır (Avcil ve diğerleri, 2016, s. 177; Taşkım, 2007, s. 18).

Küey (1995), ruhsal hastalığa sahip olanların, bu hastalığın belirtilerini içinde yaşadıkları toplumun kültürüne göre söz ve davranışa döktüklerini, toplumun da yine kendisi tarafından oluşturulan kültür ile biçimlenip buna göre gerçekliği tanımladığını, algıladığını, yorumladığını ve aksiyonda bulunduğunu, ruhsal bozukluklara yönelik tutumların da aynı şekilde kültürel ortam tarafından biçimlendirildiğini, yani normal ve normal olmayan kavramlarının içinin nasıl doldurulacağını kültürel normların belirlediğini ifade etmiştir (s. 191).

Aile ve çevrenin ruhsal hastalıklarla ilgili süreçlerde önemli etkileri olabilmektedir. Ruhsal hastalığın farkına varma, toplum içinde etiketleme (damgalama), hastalığın tedavisi için bir tedavi kurumuna başvuru yapmaya karar aşaması, bir tedavi kurumuna başvurma, tedaviye aktif olarak katılma, toplum içinde tedavi edilme ve eğer yatış yapılmışsa hastaneden çıktıktan sonraki sosyal uyum süreçleri aile ve çevrenin etkili oldukları konular arasındadır (Eker, 1991, s. 73; Özbaş ve diğerleri, 2008, s. 15).

Ruhsal bozukluklara ve ruhsal hastalara karşı tutum ve davranışların tarihsel kökü insanlık tarihi kadar derindedir. İnsanlar, içinde yaşadıkları çağa ve kültüre bağlı olarak ruhsal hastalara karşı tutum ve davranışlar sergilemişlerdir. Bazı toplumlar ruhsal hastaları kabullenici davranırken bazı toplumlar da dışlayıcı ve insanlık dışı tutumlar takınmışlardır (Angermeyer ve Matschinger, 2004; Aktaran: Bostancı, 2005, 33).

Tedavinin sonucunun ne olacağını ve sosyal uyumun ne derecede sağlanacağını toplumun ve ailenin ruhsal hastalığı olanlara karşı tutumları, yani kültürel etkenler belirlemektedir. Örneğin Hindistan ve Afrika'nın bazı bölgelerinde ruhsal hastalığı olanlara karşı hoşgörülü ve kabul edici bir tutum gösterilmektedir. Bilim insanları, böyle toplumlarda tedavinin gidişinin ve sosyal uyumun olumlu yönde olması beklenmektedir. Öte yandan Batılı toplumlarda ruhsal hastalara karşı tutumun daha negatif ve itici olduğu belirtilmektedir. Ruhsal hastalığı olanlarla arasında duvarlar ören bu tür toplumlarda ise tedavi gidişinin ve sosyal uyumun bahsedilen ilk türdeki toplumlara göre farklı olacağı açıktır (Bilgili, 1995, s. 197).

Bilge ve Çam (2010), tarih boyunca damgalanmanın izlerinin cüzam, 15. yüzyılda frengi, 18. yüzyılda tüberküloz, 1900'li yıllarda kanser, 1980'li yıllardan itibaren "homoseksüel hastalığı" olarak da bilinen AIDS gibi hastalıklarda görüldüğünü, ama en çok damgalanan hastalıkların başında ruhsal bozuklukların olduğunu, ruhsal hastalıkların damgalanmasının, insanların bilgi eksikliği yaşadığı dönemlerden kalma "bilinmeyen korkusu"ndan kaynaklandığını, bu korku sebebiyle ruhsal hastalığı bulunan kişilerin toplumdan dışlandığını, hastaların, kendilerine ait bütün kişilik özelliklerinin silinerek kimliksizleştirildiklerini ve sonrasında hastaya "deli" damgası ile yeni ve lekeli bir kimlik oluşturulduğunu aktarmıştır (s. 71-72).

İletişimi ve etkileşimi kolaylaştıran teknolojik gelişmelerin stigmatizasyonu olumsuz yönde artırdığı, insanların birbirini her zamankinden daha çok kategorize ettiği ve ayrımcı davrandıkları belirtilmiştir. 20.yüzyıl ortalarında ruhsal hastalıklar denince insanların kafasında oluşan stereotip "deli" bir insan iken günümüzde teknoloji ile birlikte hayatımıza giren televizyon, radyo, internet gibi unsurlarla insanların kafasında görsel stereotipler de oluşmaya başlamıştır. Örneğin bir ruhsal hastanın işlediği

cinayetin haberlerde yer bulması, görsel stereotiplerin oluşmasına katkıda bulunur (Haghighat, 2001; Kocabaşoğlu ve Aliustaoğlu, 2003, s. 191).

Toplumsal damgalama, ruhsal hastalığı olanların hayatında büyük etkilere sahiptir. Damgalama, içselleştirilmiş damgalanmaya neden olur ve işsizlik, ev bulma sorunları, sağlık bakımı ve yaşam kalitesi gibi hayatın pek çok alanında hissedilir etkilere sahiptir (Michaels ve diğerleri, 2012, s. 185). Türkiye’de şizofreni hastalığı için yapılan epidemiyolojik bir çalışmada, katılımcıların % 25.7’si bu hastaların tehlikeli olduğunu ve kapatılmaları gerektiğini, % 46.8’i şizofreni hastalarıyla iş arkadaşı olmak istemediğini, % 33.22’si hastalarla komşu olmak istemediğini, % 43’ü şizofreni hastası bir kiracı istemediğini, % 69.9’u hasta biriyle evlenmek istemediğini, % 58.6’sı da şizofreni hastalarının kendi hayatlarını kontrol edemeyeceklerini belirtmişlerdir (Taşkın ve diğerleri, 2002).

Aktüel literatürde damga yapısal, sosyal ve içselleştirilmiş olarak üç seviyede değerlendirilmektedir. Sistem düzeyinde yapısal (yani kurumsal) damgalama mevcutken grup düzeyinde sosyal damgalama, bireysel düzeyde de içselleştirilmiş damgalanma veya kendi kendini damgalama vardır (Corrigan ve diğerleri, 2006; Aktaran: Park ve diğerleri, 2013, s. 43).

Sistem düzeyinde damgalanma, ruhsal hastaların kendi çalıştıkları yerde ya da kamusal veya özel bir kurumdan bir hizmet almak istedikleri zaman karşılımlarına çıkan ayrımcı muamelelerle görülmektedir (Kuş-Saillard, 2010, s. 15).

Toplumsal damgalanma açısından bakıldığında, stereotipler (klişeler), ruhsal hastalığı olan bireylerle ilgili olumsuz beklentiler anlamına gelmektedir. Örneğin ruhsal hastalığı olan bireyler yetersiz ve tehlikelidir gibi. Önyargı, kişilerde hem stereotiplere neden olmakta hem de olumsuz duygulanımlar yaratmaktadır. Ruhsal hastaların tehlikeli olduklarına inandıkları için insanların bu hastalardan korkması buna örnek olarak verilebilir. Önyargı, herhangi bir belirtisi fark edilmese bile, yalnızca tanılara dayanan bir ruhsal hastalığı olan bireylerin de toplum içerisinde ayrımcılığa uğramasına neden olmaktadır (Michaels ve diğerleri, 2012, s. 185).

1.1.4. İçselleştirilmiş Damgalanma

Tarihsel süreçte damgalanmaya en çok ve en yoğun maruz kalanlar ruhsal hastalığa sahip olanlar olmuştur (Avcil ve diğerleri, 2016, s. 178; Tel ve Ertekin Pınar, 2012, s. 62). Stigma ruhsal hastalığı olan insanlara üç şekilde zarar verir: etiketlenmekten kaçmak zorunda olmak, engellenen yaşam hedefleri ve kendini damgalama (Corrigan, 2007, s. 31).

Ruhsal hastalığı olanların psikiyatriye başvurup ayırıcı tanı almalarının bile kendilerini damgalanmış olarak hissetmeleri için yettiği, utanma, yetersizlik hissi, olumsuz düşüncelerde artış, sosyal izolasyon, kendini değersizleştirme gibi belirtilerin ortaya çıktığı, kişinin aldığı tanının damgalayıcı içeriği ne kadar fazla ise söz konusu belirtilerin şiddetinin de aynı oranda arttığı bildirilmiştir. Ruhsal hastalığı olan bireyin yaşadığı bu süreç içselleştirilmiş damgalanma olarak adlandırılmaktadır (Taşkın, 2007, s. 31).

Ruhsal hastalıkların damgalanması, insanların bu hastalığa sahip kişilerin tehlikeli olduğu, iyileşemediği ve topluma katkı sağlayamayacağı inancından kaynaklanır. Toplumun bu damgalayıcı tutumlarının sonuçlarından biri de hastaların bu damgalayıcı inançları içselleştirmeye başlamalarıdır ki bu da hastaların kendilerine yönelik pozitif inançlarını aşındırır. Bu süreçte, damgalanmış hastalık kimliği baskın hale gelmeye başladıkça öğrenci, işçi, ebeveyn gibi bir önceki kimlik silinmeye başlar. Hastalık kimliği, kişinin ruhsal hastalıklar konusundaki anlayışıyla ilgili olarak geliştirdiği roller ve tutumlar kümesi olarak tanımlanır (Yanos ve diğerleri, 2010, s. 74).

İçselleştirilmiş damgalanma, bir psikiyatrik tanı almakla başlar. Tanı alan birey, toplumda ruhsal hastalığı olanlar için var olan önyargıların farkındadır. Bu önyargıları kabullenip kendisine uygulaması ile kişi kendini damgalamış olur (Ersoy ve Varan, 2007, s. 164). Yani aslında kişide daha önceden var olan ruhsal hastalıklara ve hastalara yönelik stereotipler, kişinin kendisinin hastalık tanısı almasıyla ortaya çıkar ve bu gruptaki kişilere yönelik stereotipleri ne kadar olumsuzsa tanı alan kişinin kendisini damgalama oranı da o kadar yoğun olur (Taşkın, 2007, s. 32). İçselleştirilmiş

damgalanma ile birlikte utanç, suçluluk, değersizlik hissi ve düşük öz saygı duyguları ortaya çıkar ve bunların sonucunda sosyal girişkenliğin ve yaşam kalitesinin azalması, bağımsız yaşama ve bir işte çalışma motivasyonunun azalması ve toplumsal reddediliş karşısında duyulan korku sonucu sosyal içe çekilmenin artması gibi olumsuz yaşam deneyimleri meydana gelir (Avcil ve diğerleri, 2016, s. 183).

Toplumun tüm üyeleri gibi ruhsal hastalığı olanlar da toplumdaki stereotiplerden (basmakalıplardan-klişelerden) etkilenmektedir. Dolayısıyla kendisinin ya da toplumun “ruh hastası” olarak etiketlemesi sonucu kişi kendisini toplumdaki stereotiplerin etkisi altındaki bu grubun bir üyesi olarak görmektedir (Ritsher ve diğerleri, 2003, s. 34). Araştırmalar, içselleştirilmiş damgalanmanın, ruhsal hastalığı olan insanlar için umut, öz saygı, öz-yeterlik, metanet ve yaşam kalitesini azalttığını göstermektedir (Livingston ve Boyd, 2010, s. 2150). Yapılan bir araştırmada ruhsal hastalığı bulunan bireylerin %36’sında içselleştirilmiş damgalanma olduğu tespit edilmiştir (West ve diğerleri, 2011).

Şizofreni, şizoaffektif bozukluk, bipolar bozukluk ve majör depresif bozukluk hastası 85 katılımcı ve belirlenen kriterlere uygun halktan 50 katılımcı ile yapılan bir çalışmada, tanısı fark etmeksizin ciddi ruhsal hastalığa sahip bireylerdeki negatif stereotiplerin toplumdaki negatif stereotiplere göre daha az olduğu, toplumda ruhsal hastalara olan öfke ve hastalıktan duyulan utancın daha fazla negatif stereotipe neden olduğu, ciddi ruhsal hastalığı olanların toplumdaki damgalamayı tamamen içselleştirmedikleri bulunmuştur (Rüsch ve diğerleri, 2011).

Kendini damgalama da toplumsal damgalama gibi stereotipler, önyargılar ve ayrımcılıkla karakterizedir ancak temel fark odaklanılan kişidedir. Yani psikiyatrik tanısı olan kişiler, halkın ruhsal hastalığı olanlar için uygun gördüğü algıları kendine yöneltmektedir. Önyargı, kendini damgalama kalıp yargılarıyla uzlaşma ve/veya ruhsal bir hastalığa sahip olmasından ötürü kişinin kendisiyle ilgili olumsuz duygular yaşamasından kaynaklanır. Örneğin, ruhsal hastalığı olan bir kişi, akılsız olduğuna inanır ve utanç, düşük özgüven ve azalmış benlik saygısı yaşar (Michaels ve diğerleri, 2012, s. 185-186). İçselleştirilmiş damgalanma (kendini damgalama olarak da

adlandırılır) ciddi ruhsal hastalığı olan kişilerin benlik saygısını, sosyal ilişkilerini, tedaviye uyumlarını, yardım arama ve iyileşme sürecini olumsuz yönde etkilemektedir (West ve diğerleri, 2011, s. 4).

İçselleştirilmiş damgalanma, kişinin öz güvenini etkiler ve “why try” (bu çaba niye) etkisi yaratır. “Ruhsal hastalığı olanların hiçbir değeri yoktur, onlar sadece topluma yüküdür” gibi içselleştirilmiş stereotipleri olan kişiler pozitif bir benlik kavramını sürdürmek için mücadele edecektir. Ancak içselleştirilmiş damgalanma, kişide “Neden bağımsız yaşamaya çalışıyorum ki? Benim gibi biri, uğruna çabalamaya değmez.” şeklinde kendini aşağılamasına neden olan olumsuz benlik ifadeleri yaratır (Corrigan ve diğerleri, 2009, s. 76). Türkiye’de yapılan bir çalışmada ayakta izlenen ruhsal hastalarda içselleştirilmiş damgalanma ile benlik saygısı arasında yakından ilişki olduğu, içselleştirilmiş damgalanma arttıkça benlik saygısının azaldığı gösterilmiştir (Tel ve Ertekin Pınar, 2012).

1.1.5. Yeti Yitimi

Yeti yitimi, ciddi ruhsal hastalığı olanlarda geçmeyen kalıntı belirtilerin neden olduğu bazı önemli zihinsel işlevlerdeki (karar verme, düşünme, sorun çözme becerisi ve anlam içeren davranış örüntüleri vb.) aksaklık ve kayıplara verilen addır. Geç, uygun olmayan ve eksik tedavilerle sık relapsların olması yeti yitimini artırır (Yıldız, 2009, s. 52). Verbrugge ve Jette (1994) yeti yitiminin yaşam kalitesi ile ikincil durumlar ve işlev bozukluğu olarak iki geri bildirim olduğunu belirtmiştir. Buna göre, yaşam kalitesi; hastaneye yatış süresi, ölüm, mutluluk ve yaşama doygunluk ile diğer genel iyilik hali göstergeleriyle, yeti yitiminin neden olduğu yeni işlevsel bozukluklar ve yeni patolojiler de ikincil durumlar ve işlev bozuklukları ile ilgilidir (s. 7).

Yeti yitimi, ciddi ruhsal hastalıkların sağaltımında klasik (biyolojik) tedavi yöntemlerinin beklenen oranda etkili olamaması ve süreğen psikiyatrik hastalıkların topluma maliyetinin artması sebebiyle 20.yüzyılın ikinci yarısında ön plana çıkmıştır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), yeti yitimini kişinin aile, iş ve/veya sosyal gruplar

içindeki işlev ve rollerini yerine getirme becerisinde bozulmalar ve/veya kayıplar olarak tanımlamıştır (Karşıdağ ve diğerleri, 2000, s. 225).

Sakatlıklar, Yetersizlikler ve Engelliliklerin Uluslararası Sınıflandırması (*International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps* [ICIDH]), 1980’li yıllarda Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından Hastalıkların Uluslararası Sınıflandırması (ICD)’na paralel olarak hazırlanmış ve bu sınıflandırmada ICIDH yeti yitimi süreci ile ilgili kavramsal bir şema ortaya konmuştur. Bozukluk, yeti yitimi ve sakatlık kavramları bu şemanın temel kavramlarıdır. Bu şemaya göre “hastalık” bir patoloji ile başlar ve fizyolojik, psikolojik veya anatomik yapıda ya da organ işlevselliğinde normal dışı durumlar veya kayıplar ile “bozukluk” meydana gelir. Sonrasında ise sıradan bir aktiviteyi bile yerine getirme yeteneğindeki kısıtlanma veya bu yeteneğin tamamen ortadan kalkması ile “yeti yitimi” ortaya çıkar. Sosyal yaşamda bir kişinin rolünü sınırlayan veya engelleyen yeti yitimi yahut bozukluğa yol açan dezavantajlı durum da “sakatlık” olarak nitelendirilmiştir. Aynı yıllarda sosyolog Saad Nagi de bir şema hazırlamış ve bu şemayı aktif patoloji, bozukluk, işlevsel kısıtlılık ve yeti yitimi olarak dört merkezden oluşturmuştur. ICIDH ile Nagi’nin çalışması “sakatlık” konusunda paralel değildir (Verbrugge ve Jette, 1994, s. 2).

1.1.6. Sosyal İşlevsellik

Sosyal işlevsellik, iş yaşamına katılabilmek, sosyal ilişkileri sürdürebilmek ve öz bakımını yapabilmek olarak tanımlanmaktadır (Erol ve diğerleri, 2009, s. 314). Kronik ruhsal bozukluklar, bilişsel ve sosyal işlevlerde bozulmalara yol açar (Saunders, 2003, s. 175). Ruhsal hastaların iyileşme göstergelerinden biri de tam bir toplumsal entegrasyon sağlanmasıdır (Aslantürk, 2016, s. 259).

Ruhsal hastalığı olanların damgılanması, tedavinin uygulanma ve uyum sürecini olumsuz yönde etkilediği gibi sosyal işlevselliklerinde de bozulmalara yol açar (Kuş-Saillard, 2010, s. 15). Damgılanmanın bir sonucu olarak ruhsal hastalar utanç, reddedilme korkusu, yetersizlik ve ümitsizlik duyguları ile kendilerini değersizleşmiş

hisseder ve özgüven kaybı yaşarlar. Bu durum ruhsal hastalığı olan bireylerin sosyal ilişkilerden kaçınmasına neden olur (Tel ve Ertekin Pınar, 2012, s. 62).

Sosyal işlevselliğin ciddi ruhsal hastalıkların tanısında temel bir gösterge olarak alınması ve ayrı bir eksen de değerlendirilmesi DSM-III ile başlar. DSM-IV'te yer alan V. eksen klinisyenler tarafından kişinin sosyal işlevselliğinin değerlendirilmesi için kullanılmakta olup bu bilgi tedavinin planlanması, tedavi etkinliğinin ölçülmesi ve tedavinin sonlandırılmasının öngörülmesi için fayda sağlar. İşlevselliğin Genel Değerlendirilmesi (İGD) ölçeği aracılığıyla kişinin işlevsellik düzeyi saptanmaya çalışılır (APA, 1994).

Toplumun ruhsal hastaları reddetmesinin sosyal mesafeyi artırdığı yapılan çalışmalarla gösterilmiş ve sosyal mesafe bir kavram olarak tanımlanmıştır. Sosyal mesafe, toplumun ruhsal hastalığı olanları kendi içinde kabul etme derecesini göstermektedir (Sağduyu ve diğerleri, 2003, s. 203). Ruhsal hastalığa sahip bireylerin toplum tarafından dışlanması benlik saygılarını azaltır, sosyalleşmelerini engeller, evlilik, iş yaşamına girme, çocuk yapma, ev kiralama ve komşuluk yapma gibi durumlara mani olur ve sonuçta hastalıkla etkin baş edilememesinin yolu açılır (Arkan ve diğerleri, 2011, s. 216).

Yaşam kalitesinin artması ile sosyal işlevselliğin de artacağını öngören çalışmalar mevcuttur (Eren ve diğerleri, 2007, s. 69). Yapılan araştırmalar, sosyal işlevselliğin hastalığın pozitif ve negatif belirtileri, toplumsal davranışlar, duygudurum ve tüm çevresel şartlardan etkilendiğini ortaya koymuştur (Özkan ve diğerleri, 2013, s. 193).

Ruhsal hastalığı olanların toplumla iletişimini sağlamaya yönelik tüm girişimler iyileştirimin bir parçası olarak değerlendirilmektedir (Yıldız ve Esen Danacı, 2013, s. III). Çalışma yaşamına katılabilmek tedavi sürecinde oldukça önemli etkilere sahiptir. Toplumdan dışlanan “hasta” kimliğinin bir kenara konulup yeni rutinler, sorumluluklar ve planlı-programlı bir yaşam alışkanlığı ile birlikte bir “çalışan” kimliği kazanılır. Bununla birlikte, işten kazanılan para ile yaşam kalitesi artar, iş ortamında yeni arkadaşlıklar edinilir, sosyalleşme artar ve bütün bunların getirisi olarak öz saygı ve öz

yeterlilik de artar. Bu durumda depresyon ve moral bozukluğunun azalacağı, sosyal sorun çözme becerisinin toplum içinde gözlem yapılması yoluyla artacağı bildirilmektedir (Lieberman, 2011). Aşık ve Ünsal Barlas (2016) tarafından duyguları tanıyabilmenin de sosyal işlevsellikle ilgili olduğu ve kişiler arası iletişimi etkilediği, dolayısıyla tedavilerde duygu tanıma çalışmalarının yapılmasının da sosyal işlevselliğe pozitif etki edeceği aktarılmıştır (s. 94).

1.1.7. Döner Kapı Fenomeni

18. ve 19. Yüzyıllarda, ruhsal hastalığa sahip olanlar toplumdan izole bir şekilde şehir dışında “tımarhane” denilen büyük hastanelere kapatılmış şekilde tutulmaktaydı. 1960’lı yıllardan itibaren, bu kapatılmanın hastaların iyileşmesine katkıda bulunmadığı, aksine hastalarda yeti yitimini hızlandırdığının fark edilmesi, ilaçlı tedaviler ve diğer sağaltım yöntemlerindeki gelişmeler ve hasta haklarının konuşulmaya başlanması ile hastaya bakış açısının değişmesi sonucu “kurum dışılaştırma” olarak bilinen bir dönem başlamış ve bu büyük depo hastaneler kapatılmaya başlanmıştır (Alataş ve diğerleri, 2009, s. 26). 1963 yılından itibaren rehabilitasyon hizmetleri tedavide ön plana çıkmış ve yeti yitimine uğrayan hastalara öz bakım becerileri ve gündelik yaşam aktiviteleri öğretilerek topluma kazandırılmaları mümkün kılınmıştır (Lieberman, 2008; Shives, 2008; Aktaran: Üstün ve diğerleri, 2018, s. 70).

Geleneksel olarak psikiyatrik tedavide hasta yatıştan sonra eski sosyal çevresine geri döner, kontrol zamanları poliklinikte ilaçları yazılır ve düzenlenir. Yeterli ruhsal-toplumsal hizmet verilemediği için hastalığın doğası, randevuları aksatma, diğer ruhsal ve toplumsal sebepler gibi olumsuz koşullar nedeniyle bir süre sonra hastalık belirtileri yine şiddetlenir ve yeniden hastaneye yatış yapma zorunluluğu doğar. Bu duruma döner kapı sendromu adı verilir (Doğan, 2016, s. 136).

Şizofreni, şizoaffektif bozukluk ve bipolar bozukluk tanısı olan hastalarda döner kapı fenomeninin en önemli öngörücüleri olarak tedavi uyumsuzluğu ve madde kullanım bozukluğu olduğu tespit edilmiştir (Haywood ve diğerleri, 1995; Weiden ve Glazer, 1997; Aktaran: Gültekin ve diğerleri, 2013, s. 226). Döner kapı fenomeni için değişik

çalışmalarda farklı ölçütler belirlenmiştir. Roick ve diğerleri 30 ayda, Botha ve diğerleri ise 18 ayda 3'ten fazla yatışı ölçüt olarak kabul etmişlerdir. Botha ve diğerleri, ayrıca, bir yılda 2 yatış ve klozapin tedavisi yahut bir yılda 2 yatış ve en az 120 gün hastanede yatışı da ölçüt olarak belirlemişlerdir (Aydın ve diğerleri, 2014, s. 186).

Yapılan bir çalışmada döner kapı fenomeninin 15-24 yaş aralığındaki bekâr ya da boşanmış erkek şizofreni hastalarında mevcut olduğu, bu hastaların yalnız yaşadıkları ve tedavileri için önemli olan kontrollerine düzenli olarak gitmedikleri bulunmuştur (Kastrup, 1987; Aktaran: Uçanay Sönmez, 2008, s. 20). Psikotik hastalık, madde kötüye kullanımı gibi ek faktörler ve hastaya yönelik hizmetlerin yeterliliği gibi özelliklerin etkileşimi ile ortaya çıkan döner kapı olgusu, hastaya ait özellikler, hastalığın özellikleri ve hastane ve toplumsal tedavi faktörlerinden etkilenmektedir (Gastal ve diğerleri, 2000, s. 281).

1.2. RUHSAL HASTALIKLARDA SAğALTIMIN TARİHSEL SÜRECİ

Nesipoğlu (2015), psikiyatri tarihinin dört dönem olarak ele alındığını aktarmıştır. Buna göre ilk dönem, tarih öncesi zamanları kapsamaktadır ve insanlar bu dönemde ruhsal hastalıkları da nedenini bilmedikleri ve anlayamadıkları diğer hastalıklar gibi doğaüstü güçlere dayandırmıştır. İkinci dönem, Hippokrates ile başlamıştır ve kendisi ruhsal hastalıkların bir 'beyin' hastalığı olduğunu vurgulayarak hastalıkları belirti ve şikâyetlere göre sınıflandırmış ve ilaç tedavisi, müzikle tedavi, kan alma, perhiz ve psikoterapi benzeri tedavi yöntemleri uygulamıştır. Ortaçağa hâkim olan din, psikiyatrinin üçüncü döneminde de tıpkı ilk dönemde olduğu gibi hastalıkları teolojik olarak temellendirmiştir. Ruhsal hastaların tanrıdan uzaklaştıkları için cezalandırıldıklarını belirten kiliseler, şeytanla işbirliği yapan ruhlarının ıslah edilmesi için ruhsal hastalığı olanlara ağır işkenceler yapmıştır. Islah edilemeyenler, kapatıldıkları yerde aç bırakılarak ya da diri diri yakılarak ortadan kaldırılmışlardır. Bu dönemde İslamiyet etkisindeki yerlerde ise ruhsal hastaların tanrı tarafından özel niteliklerle donatılmış kişiler olduğuna inanılmış ve ruhsal hastalığı olanlara hoşgörölü yaklaşılarak manevi tedavi yöntemleri uygulanmıştır. Fransız devriminin etkisiyle yayılan hümanist düşünceler ruhsal hastalıklara ve hastalara bakış açısını da

etkilemiştir. 1790'lı yıllarda Philippe Pinel, ruhsal hastaların da birer birey ve insan olduğunu vurgulayarak reformist bir girişimde bulunmuş ve hastanelerde kalan bazı hastaların zincirlerini çözmüştür. Bu olay, psikiyatrideki dördüncü dönemin başlangıcı olarak değerlendirilmektedir. Ancak bu sembolik girişim bile hastaların belirsiz süreli hastane yatışları ile toplumdan tecritleri, özgürlüklerinin engellenmesi gibi konular nedeniyle depo hastanelerdeki tedavi anlayışına olan eleştirilerin önüne geçememiştir. İlerleyen süreçte hasta hakları ile ilgili konular daha çok gündeme gelmiş ve tedavide salt karar vericinin hekim olması yerine hastaların da tedavi süreçlerine aktif olarak katılmaları gerektiği tartışılmaya başlanmıştır. 1964'te Helsinki Bildirgesi Dünya Tabipler Birliği tarafından, kendi bedeni üzerinde irade sahibi olma yetkisine istinaden karar verme yetisine sahip hastalardan, bu yetiden mahrum hastalar için yasal temsilcilerinden onam alınması gerektiği ilan edilmiş, yeterliliği olmayan hastanın da görüşüne başvurulabileceği ve bu hastaların da diğer hastalarla eşit tutulması gerektiğine dikkat çekilmiştir. 1960'lı yıllarda Michel Foucault ve Ronald David Laing'in temsilcileri olduğu antipsikiyatri akımı hastanelere kapatılmayı ve hasta-hekim ilişkisini eleştirmiştir. Dünya Psikiyatri Birliği (*World Psychiatry Association-WPA*), Sovyet Rusya'da psikiyatristlerin Helsinki Bildirgesi'ne uymamaları nedeniyle bir etik kod çalışması yapmıştır. Hawaii Bildirgesi adıyla yayımlanan bu çalışma ilk uluslararası psikiyatri etiği çalışmasıdır. Bu çalışmada zorunlu yatış için gerekli şartlar belirlenmiş, bu şartlar ortadan kalktığında tedavinin devamı için hastadan veya yasal temsilcisinden onam alınması gerektiğini vurgulamıştır. Hawaii Bildirgesi'nde belirlenen bu şartlar 1996 Madrid Bildirgesi ile geliştirilmiş, hastaların insan onuru, yasal hakları ve yüksek yararı koruma altına alınmıştır.

Günümüzdeki psikiyatri, 1970'li yıllara kadar olan psikiyatri ile karşılaştırılınca pek çok şeyin değiştiği görülür. Ruhsal hastaların toplumdan koparılıp onlara özgü, korku verici yapılara hapsedildiği zamanlardan, şehir içinde somatik hastalara da hizmet veren hastane kliniklerine yatırıldıkları ve kendilerini diğer hastalarla eşit görebildikleri bir zamana gelinmiştir. Ayrıca, hastane yatışlarının eskiden olduğu gibi yıllarca değil, birkaç hafta sürdüğü, kronik hastalarda uzun süreli yatışları engelleyebilmek için birkaç hastanın bir gözetmen eşliğinde yaşadığı evler gibi toplum temelli hizmet modellerine geçildiği, gelişmiş ülkelerin psikiyatrik desteğin ulaşılabilirliğini artırmak için ülkelerin

sosyal psikiyatri ağıyla donatıldığı ve tedavi süreçlerinde hiç söz hakkı olmayan hastaların artık tedaviye aktif olarak katılabilen birer özne oldukları da hemen fark edilen değişikliklerdendir (Namal, 2013, s. 42).

Genellikle ayaktan tedavi yönteminin benimsendiği ciddi ruhsal hastalıkların tedavisinde poliklinikler ve gündüz hastaneleri ile son zamanlarda hasta ve hasta yakınlarının kurduğu dernekler gibi sivil toplum kuruluşları rol almaktadır. Ayrıca iyileşmelerine katkıda bulunmak için grup tedavisi, toplumsal beceri eğitimi, bilişsel iyileştirim, aile tedavisi, bilişsel ve davranışçı tedavi, olgu yönetimi, çifte tanıda bütünlük tedavi, mesleki rehabilitasyon ve sosyal destek ve bakımevi programları gibi etkinliği yapılan klinik çalışmalarla kanıtlanmış ruhsal toplumsal tedavi yöntemleri de kullanılmaktadır (Yıldız, 2009, s. 53).

1.3. RUHSAL HASTALIKLARIN SAĞALTIMINDA HİZMET SUNUŞ MODELLERİ

Ruhsal hastalıkların yakın tarihi üç döneme ayrılabilir: ruh sağlığı hastanelerinin yükselişi, ruh sağlığı hastanelerinin gözden düşüşü ve ruh sağlığı hizmetlerinde (ilk ikisinin arasında oluşturulan) denge. Bu üç dönem genellikle ardışık olarak gerçekleşse de süreçler farklı ülkelerde değişik zamanlarda başlayıp değişik zamanlarda bitmiştir (Thornicroft ve Tansella, 2002, s. 84).

Ruhsal hastalığı olanlar 18. ve 19. yüzyıllarda “tımarhane” adı verilen şehirden uzak büyük ve kapalı hastanelerde tutulmuş, 1960’lı yıllarda bu kapatılmanın hastalarda yeti yitimini artırdığı fark edilince “kurum dışılaştırma” adı verilen bir hareketle bu hastaneler kapatılmaya başlanmıştır (Aydın ve diğerleri, 2014, s. 186). Bu dönemde kapatılan büyük psikiyatri hastaneleri yerine toplum psikiyatrisi önem kazanmış ve ciddi ruhsal hastalığı olan hastalar toplum içinde tedavi edilmeye başlamıştır. Psikiyatri yatışları sadece krize müdahale veya hastanın kendisine ya da çevresine zarar verme olasılığı olduğu zaman yapılmaktadır (Becker ve Kilian, 2006; Muijen, 2008; Rutz, 2001; Aktaran: Ulaş, 2008, s. 2).

Psikiyatrik tedavi konusunda 20. Yüzyılın ikinci yarısında önemli gelişmeler olmuş ve hastaların toplum içerisinde tedavi edilmeleri gerektiği düşüncesi ağırlık kazanmaya başlamıştır. Örneğin Almanya’da 1960’lı yıllardan sonra psikiyatri hastanelerindeki yatak sayısı yarı yarıya azalmıştır (Bauer ve diğerleri, 2002, s. 9).

Dünyada ruh sağlığı alanındaki hizmet sunum modelleri üç başlıkta toplanmıştır: hastane temelli model, toplum temelli model, toplum-hastane denge modeli (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2011a, s. 21).

1.3.1. Hastane Temelli Model

17.yüzyılda hapisanelerden çevrilen yapılarda tutulmaya başlanan ruhsal hastalar adeta vahşi hayvan muameleleri görmekteydiler. Bu kurumlara kapatılanlar sadece ruhsal hastalar değil, kimsesizler, dilenciler, yoksullar ve kilise tarafından afroz edilen din adamları, yani toplumda huzur kaçıran ve istenmeyen kişilerdi (Foucault, 2017).

19.yüzyılda ruhsal hastalara yönelik Pinel ve Tuke tarafından tanıtılan moral tedavisi uygulanmaya başlanmıştır. Bu tedavi ile hastaların çevrelerinin değiştirilmesi ve daha iyi sosyal rollere büründürülmesi, moral tedavinin bu hastanelerde sistematik hale getirilmesi amaçlanmıştır. Tedavinin temelinde, ruhsal hastalığı olan kişilerin çevrelerinde morallerini bozan şeyler yüzünden hasta oldukları ve bu hastalığın tedavi edilebilmesi için hastaların kendi çevrelerinden uzaklaştırılmaları gerektiği düşüncesi yatmaktaydı. Tuke tarafından uygulanan tedavi yöntemlerini inceleyen ve çok etkilenen Dorothea Dix, hastaların somatik ve psikososyal tedavilerinin aynı anda ve aynı yerde yapılabilmesi için kontrollü bir ortamın olması gerektiği düşüncesiyle Asylum’ların kurulması gerektiği görüşünü savunmuştur (Ritter ve Lampkin, 2012).

Geleneksel hastane temelli model, ekonomik olarak gelişmiş ülkelerin çoğunda yaklaşık 1880 ve 1950 yılları arasında popüler bakım modeliydi (Thornicroft ve Tansella, 2002, s. 84). Hastane temelli model, en eski ve geleneksel model olarak 1800’lü yıllardan 1960’lara kadar kullanılmıştır. Bu zaman aralığında ortalama 2 bin yatak kapasitesi olan büyük hastaneler inşa edilmiştir. Bu hastaneler çoğunlukla merkezin uzağında, şehir

dışında konumlandırılmıştır. Kalabalık olması, hijyenik şartların sağlanamaması ve hak ihlalleri nedeniyle dünya genelinde 1960'lı yıllarda bu modelden vazgeçilmeye başlanmıştır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2011a, s. 21).

Hastane temelli model, poliklinik hizmeti, atak olduğu zaman yatırılma, kimsesiz ya da bakılamayan hastalara hastanelerde çok uzun süreler bakılması olarak da özetlenebilir. Bu modelde, biyopsikososyal etmenler, mesleki ve sosyal işlevsellik göz ardı edilmekte, hastalığın alevlenme dönemine odaklanılmaktadır. Hastane tedavisi sonrası kontroller hastanın inisiyatifine ya da hastalık konusunda eğitilmemiş ailesinin sorumluluğuna bırakıldığı için hasta ve ailesi hastalıkla baş başa kalmakta ve hastalığın tekrar alevlenmesi kaçınılmaz olmaktadır. Dolayısıyla ciddi ruhsal hastalığa sahip hastaların tekrar hastanelere yatırılma ihtiyacı doğmaktadır ki bu da “döner kapı fenomeni”ni yaratmaktadır. Ayrıca aileler de bu sık yinelemeler dolayısıyla bakım yükünün altında tükenmişlik yaşamaktadırlar. Yatış ihtiyacı sık sık yinelenen hastalar, hastanelerdeki yatak talebini artırmakta ve bu durum da sağlık profesyonellerinin yoğun medikal tedavi yüzünden psikososyal müdahaleler için zaman ve enerji ayırmasına engel olmaktadır (Alataş ve diğerleri, 2009, s. 26).

1.3.2. Toplum Temelli Model

Toplum temelli model, ciddi ruhsal hastalığı olan hastaların tedavi ve rehabilitasyonlarının hastanelerde değil, kendi yaşadıkları çevrede yapıldığı, minimum destekle sık hastane yatışlarının önlendiği ve öz yeterliliklerinin artırıldığı bir modeldir. Genel hastanelerdeki psikiyatri poliklinik ve yataklı servisleri, Gündüz Hastaneleri, Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri (TRSM), bakım kurumları, koruyucu evler ve korumalı iş yerleri gibi kuruluşlar bu model çerçevesinde hizmet verirler (Yanık, 2007, s. 16-17). Bu model 1950'lerden sonra ekonomik olarak gelişmiş ülkelerde hastane temelli modelin eksiklerinin tekrar tekrar gösterilmesinden sonra yaygınlaşmaya başlamıştır. Bu eksiklikler: hastalara yönelik tekrarlayan kötü muamele vakaları; kurumların ve personellerin coğrafi olarak izolasyonunun yarattığı sorunlar; raporlama ve hesap verilebilirlik konularındaki ciddi sıkıntılar; yönetim ve liderlik konusundaki yetersizlikler ve başarısız idare; finansal kaynakların kötü kullanımı; personel

eğitimlerinin yetersiz olması; yetersiz denetim ve kalite kontrol mekanizmaları olarak sıralanmıştır (Thornicroft ve Tansella, 2002, s. 84).

Toplum temelli ruh sağlığı modeli, sadece uzun süreli yatışlar ve/veya ciddi ruhsal hastalıkların tedavi ve rehabilitasyonu probleminin etkin çözümü olarak düşünülmemelidir. Bu modelle birlikte ruhsal sorunların bir halk sağlığı sorunu olarak ele alınıp sosyal, ekonomik, hukuki ve tıbbi boyutlarıyla değerlendirilmesi gerekmektedir (Alataş ve diğerleri, 2009, s. 27).

Ruhsal hastalıkların tedavisinde kurum temelli modelden toplum temelli modele geçiş, ruhsal hastalığı olan bireylerin özerkliklerine ve insanlık onuruna verilen önemin artmasının sonucudur. Bu modelle birlikte yeni tanı alan bir kişi, toplum temelli bir anlayışla verilen hizmetlerden faydalanacağı için kurum temelli hizmet modelinde karşılaşılan özerkliğin kaybı, damgalanma, döner kapı fenomeni gibi sorunlarla çok daha az sıklıkta ve yoğunlukta karşılaşacaktır (Yılmaz, 2012, s. 5).

Ciddi ruhsal hastalıklarda tanıdan sonra birinci basamak sağlık kuruluşlarına başvuru ile yapılan sosyal müdahalelerin hastalık yaygınlığının azaltılmasındaki etkisinin çok az olduğu, risk azaltma stratejisi ile toplum temelli müdahalelerin çok daha verimli olduğu gösterilmiştir (Weich ve diğerleri, 1997, s. 308)

AB tarafından 2009 yılında Türkiye İlerleme Raporu ile ülkemize de önerilen toplum temelli modele Avrupa'da 1960'lı yıllarda geçilmeye başlanmıştır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün de önerdiği model olan toplum temelli model Avrupa'da İtalya ile başlamış, sonrasında ise Almanya, Fransa ve İngiltere eş zamanlı olarak bu modele geçmişlerdir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2011a, s. 22).

Toplum temelli ruh sağlığı sisteminin coğrafi temelli olması, ruh sağlığı ekibi ile hizmetin verilmesi ve tanımlanmış bölgeye kurulacak olan 20 yataklı kapalı psikiyatri servisi, Gündüz Hastanesi ve Rehabilitasyon Merkezi ile bakım kurumlarından oluşması şeklinde üç dayanağı bulunmaktadır. Bu modelde ekip psikiyatr, psikiyatri hemşiresi,

psikolog, sosyal hizmet uzmanı ve iş ve uğraş terapistinden meydana gelir. Bu ekip, kronik ruhsal hastalığı olan hastaların takip ve tedavilerinin yaşadıkları çevrede yapılması ve hastane yatışı nedeniyle ortaya çıkan toplumsal damgalamayı azaltmak amacıyla gezici olarak hizmet verir (Yanık, 2007, s. 9).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), 1978 yılında Alma-Ata konferansında “21. Yüzyılda Herkese Sağlık Stratejileri”nin temelini atmış ve 1995 yılında toplanan Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 97. İcra Kurulu 2020 yılına kadar “Herkes İçin Sağlık Politikaları”nı gerçekleştirecek stratejiler belirlemiş, üye ülkelerden bu stratejilerin yenilenmesi, bölgesel ve küresel düzeyde uyumlu bir şekilde yürütülmesi için görüş ve öneri istemiştir (T.C. Sağlık Bakanlığı Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı Hıfzıssıhha Merkezi Müdürlüğü, 2007, s. 1). 1998 yılında T.C. Sağlık Bakanlığı ülke için 2020 yılına kadar izlenecek sağlık stratejilerini ilan etmiştir. Bunun için 10 hedef belirlenmiş ve bu hedeflerden 8.hedef ruh sağlığı sorunlarına ayrılmıştır. Bakanlık, bu hedefleri 2001 yılında “Sağlık 21, Herkese Sağlık, Türkiye’nin Hedef ve Stratejileri” adıyla yayımlamıştır. Yine Bakanlık tarafından “Ulusal Ruh Sağlığı Politikası” metni de 2006 yılında yayınlanmış ve ülkedeki ruh sağlığı hizmetlerinin toplum temelli model esas alınarak verilmesi, bu hizmetlerin ulaşılabilirliğinin artırılması için genel sağlık sistemi ve birinci basamak sağlık hizmetlerine entegre edilmesi ile toplum temelli iyileştirme çalışmalarının yapılması ile ilgili kararlar alındığı ilan edilmiştir 2011 yılında Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı (URSEP) ile Türkiye’de ruhsal hizmetlerin sunumunda hastane temelli modelden toplum temelli modele geçilmesi kararı alınmıştır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2011a, s. 4).

Ülkemizde ruh sağlığı alanında toplum temelli hizmet modeline geçiş için birtakım çalışmalar yapılmıştır. Bu çalışmalar, 2006 yılında başlatılan ve halen devam etmekte olan Elazığ Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi korumalı ev projesi, Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi Bahçelievler projesi ve gündüz hastanesi, Antalya, Ankara ve Kocaeli illerinde üniversiteler bünyesinde açılan gündüz hastaneleri ve rehabilitasyon merkezleri olarak sıralanabilir. Bu proje ve çalışmalar, toplum temelli ruh sağlığı hizmet modelinin ülke nezdinde tanıtılması için lokomotif görevi görmüştür denebilir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2011a, s. 26).

1.3.3. Toplum-Hastane Denge Modeli (Dengeli Bakım Modeli)

Ciddi ruhsal hastalıkların tedavisinde faydalı olabilecek bir başka yaklaşım Dengeli Bakım Modeli (*Balanced Care Model*-Toplum/Hastane Denge Modeli)'dir. Bu modele göre kapsamlı bir ruh sağlığı hizmeti ne sadece hastanede yatırarak ne de sadece toplumsal hizmetlerle verilebilir. Daha ziyade, bu ikisinin dengeli bir karışımı tercih edilmelidir. İki modelden de gerektiği kadar alınarak yapılacak bir karışım herhangi bir yere ya da herhangi bir zamana uygun, tamamen özgün bir model olacaktır. Yine de, Dengeli Bakım Modeli, bir dizi temel ilkeye dayanır. Bunlar: eve yakın olmak; engeller ve belirtiler için müdahaleler sağlamak; bireysel ihtiyaçları karşılayabilmek; hizmet kullanıcılarının önceliklerini yansıtmak; hem mobil hem de statik hizmetleri verebilmek (World Psychiatric Association [WPA], 2011, s. 4)

Toplum temelli model, psikiyatri hastanelerinin tamamen kapatılmasını ve yataklı hizmetleri yaymayı amaçlamakta, ama bu amaç özellikle insan kaynakları açısından yüksek maliyeti nedeniyle hemen hayata geçirilememektedir. Türkiye'deki sosyo-ekonomik durum, sağlık sistemi ve yetişmiş insan kaynaklarının temininin onlarca yıl süreceği göz önünde bulundurulduğunda ülke için en ideal modelin toplum-hastane denge modeli olduğu gerçeği ortaya çıkmaktadır. Hâlihazırda İngiltere'de uygulanmaya devam edilen bu modele göre psikiyatri hastanelerindeki yatak sayısı 200'ün altına indirilip tutulmaya devam edilmiş, bununla birlikte toplum temelli modele uygun bir psikiyatri sistemi de kurulmuştur (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2011a, s. 25).

Toplum-hastane denge modelinde ana hedef, yerel ortamlarda bir dizi dengeli bakım sistemi geliştirmektir. Henüz tüm ülkelerde ve tüm bölgelerde başlamamış olan bu süreçte, kurum bakımının tüm olumlu işlevlerinin yeniden oluşturulmasını ve kurumların olumsuz yönlerinin ve eksikliklerinin devam etmemesini sağlamak önemlidir (Thornicroft ve Tansella, 2002, s. 85).

Psikiyatrik tedaviye yönelik yeni açılacak yatakların genel hastaneler içinde olduğu ve bununla birlikte aynı süreçte toplum temelli ruh sağlığı hizmet modeline geçilmesi, böylelikle ciddi ruhsal hastalıkların toplum içinde, hafif ruhsal hastalıkların ise aile

hekimliği sistemine entegre edilerek tedavi ve rehabilitasyon hizmetlerinden faydalanmasının sağlanacağı toplum-hastane denge modeli Türkiye için en uygun sistemdir. Ülkenin sosyoekonomik koşulları ve insan kaynakları konusundaki ciddi eksiklikler de toplum-hastane denge modelini Türkiye için en uygun model olarak düşündürmektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2011a, s. 25). Türkiye'deki ruh sağlığı uygulamalarına bakıldığında hastanede verilen hizmetlerin yanında toplum temelli ruh sağlığı hizmeti veren toplum ruh sağlığı merkezlerinin bütün ülkede açılıp yaygınlaştırıldığı bir toplum-hastane denge modelinin uygulanmakta olduğu görülür (Aslantürk, 2016, s. 266).

1.4. TOPLUM RUH SAĞLIĞI MERKEZLERİ

Birçok ülkede ruh sağlığı hizmetleri değişimin bir konusu olarak yeniden gözden geçirilip tekrar tasarlanmaktadır. Bu değişimler, şehir dışında hizmet veren eski moda kurum bakımının maliyeti ve bakım sistemlerindeki başarısızlıklarının sonucunu yansıtan bir kanıt niteliğindedir. Akıl hastaneleri hem hastalar hem de hasta yakınlarının beklediği bakım kalitesini sunamamıştır. Kronik engellilikte, ruhsal hastalıklar da dâhil olmak üzere, dünyada son zamanlarda gelişmekte olan yeni bakış açısı ve hizmetlerin odak noktası, hastalıkların sadece ölüm oranlarının azaltılması değil aynı zamanda hastalıkların önlenmesi, yaşam kalitesinin artırılması, alınan hizmetlerden memnuniyetin artırılması ve bakım verenlere olan pozitif etkisidir (Thornicroft ve Tansella, 2002, s. 84).

Avrupa'da 1970'lerde öncelikle İtalya'nın Trieste kentinde başlatılan bir girişim, hastane temelli hizmet modelinin bırakılıp toplum temelli hizmet modeline geçişin habercisi olmuştur. Bu model ile birlikte büyük akıl hastaneleri kapatılmış, bunların yerine tanımlanmış yerel nüfusa hizmet veren Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri (TRSM) açılmıştır. Avrupa'nın diğer ülkelerinde de denenip başarılı olan sistem Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından da önerilmiştir (Ensari ve diğerleri, 2013, s. 109).

Dünya Sağlık Örgütü, ruh sağlığı hizmetlerinin verilmesi için önerilerde bulunmuş ve bu önerileri depo hastanelerin kapatılıp çok sayıda küçük hastanelere geçilmesi,

hizmetlerin toplum temelli model anlayışıyla verilmesi ve psikiyatri kliniklerinin genel hastaneler içinde hizmet vermesi olarak belirtmiştir (Yanık, 2007, s. 12).

Toplum Ruh Sağlığı Merkezi (TRSM), şizofreni, şizoaffektif bozukluk ve bipolar bozukluk gibi ciddi ruhsal hastalığı olan bireylere toplum temelli ruh sağlığı hizmet modeli çerçevesinde hafta içi mesai saatlerinde hizmet veren bir sağlık kuruluşudur. 1963 yılında ilk TRSM Amerika Birleşik Devletleri (ABD)'nde açılarak hizmete başlamıştır (Arieti, 2008; Aktaran: Songur ve diğerleri, 2017, s. 278).

Toplum temelli modele geçişin ilk basamağı olan TRSM açma ve yaygınlaştırma kararı Sağlık Bakanlığı tarafından Nisan 2009 tarihinde alınmıştır (Alataş ve diğerleri, 2009, s. 28). Türkiye'de ilk Toplum Ruh Sağlığı Merkezi (TRSM), yaklaşık 250.000 nüfusa hizmet vermesi planlanarak Mayıs 2008'de Bolu iline açılmıştır (Ensari ve diğerleri, 2013, s. 110). Bolu'da bir pilot proje olarak hizmete başlayan TRSM, Bolu Ruh Sağlığı Hastanesine bağlı olarak kurulmuş ve hizmetlerinin etkinliği yakından izlenmiştir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2011a, s. 26). Sağlık Bakanlığı tarafından hazırlanan Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri Hakkında Yönerge, 16/02/2011 tarih ve 7364 sayılı Makam Onayı ile yürürlüğe girerek, TRSM'lerin amaç, hedef, işleyiş ve personel bakımından standartlarını belirlemiştir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2011b).

Ciddi ruhsal hastalıkların tedavisinde ana düzenleyici ve kontrol merkezi olması beklenen TRSM'ler her 100-300 bin nüfusa bir merkez olarak düşünülmüş, her TRSM'nin kendisine tanımlanan coğrafi bölgede bu merkezlerin hasta ve yakınlarını bilgilendirmesi, ayaktan psikiyatrik tedavi ile takibini sağlaması, çeşitli rehabilitasyon çalışmaları, uğraşlar ve terapilerle hastalarda toplumsal becerileri ve sosyal işlevselliği artırması, psikiyatri klinikleri ve diğer kurumlarla işbirliği içinde çalışması, hareketli ekibi ile yerinde tedavi ve takip yapabildiği planlanmıştır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2011a, s. 27).

TRSM'ler şehirde merkeze yakın ve her türlü ulaşım aracıyla kolayca ulaşılabilir bir yerde, bir sağlık tesisi bünyesinde, eğer mümkün değilse mevzuata uygun ayrı müstakil

bir binada, tercihen en az 300 m2 kapalı alana sahip olacak şekilde kurulur. İhtiyaç halinde bir ilde birden fazla merkez kurulabilir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2011b).

Toplum ruh sağlığı merkezleri (TRSM) ile birlikte, ciddi ruhsal hastalığı olanların kayıt altına alınıp takiplerinin yapılması, hastanelerde yatmakta olan hastalardan ihtiyacı olanlar için yatılı tedavi sonrası yarı yol evleri veya korumalı evlerde yaşamlarını sürdürebilmeleri ve sosyal yaşama daha aktif katılabilmeleri için korumalı iş yerlerinde istihdamlarının sağlanması hedeflenmiştir (Alataş ve diğerleri, 2009, s. 28).

Hastaların çoğu hâlihazırda aileleri ile birlikte yaşadıkları için kendilerine bakım veren aile üyeleri üzerinde ciddi bir bakım veren yükü oluşmakta, bu kişiler de hasta ile birlikte sosyal yaşam ve üretim sürecinden mahrum kalmaktadırlar. Aileler, hastalığın sorumlulukları ile baş başa bırakılmakta ve zamanla tükenmişlik yaşayan aile üyeleri ile hastalar arasında sorunlar çıkmaktadır. Hasta ve hastalık hakkında yeterli ve sağlıklı bilgisi olmayan aileler ne yapacaklarını bilememekte, bu durum pek çok sorunu da birlikte getirmektedir. Toplum ruh sağlığı merkezlerinde, hastalar, gün içinde çeşitli rehabilitasyon programları ve etkinliklerle vakit geçirirler. Böylece bu merkezler sayesinde hastalar tüm günlerini evde geçirmez ve aile yükünün bir kısmı alınmış olur. Ailelere ve hastalara yönelik çeşitli eğitimler düzenlenerek hem hastalık hakkında bilgiler verilir hem de her hasta için bireysel olarak kendisine uygun bir tedavi programı hazırlanarak tedavinin etkinliği artırılır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2011a, s. 30).

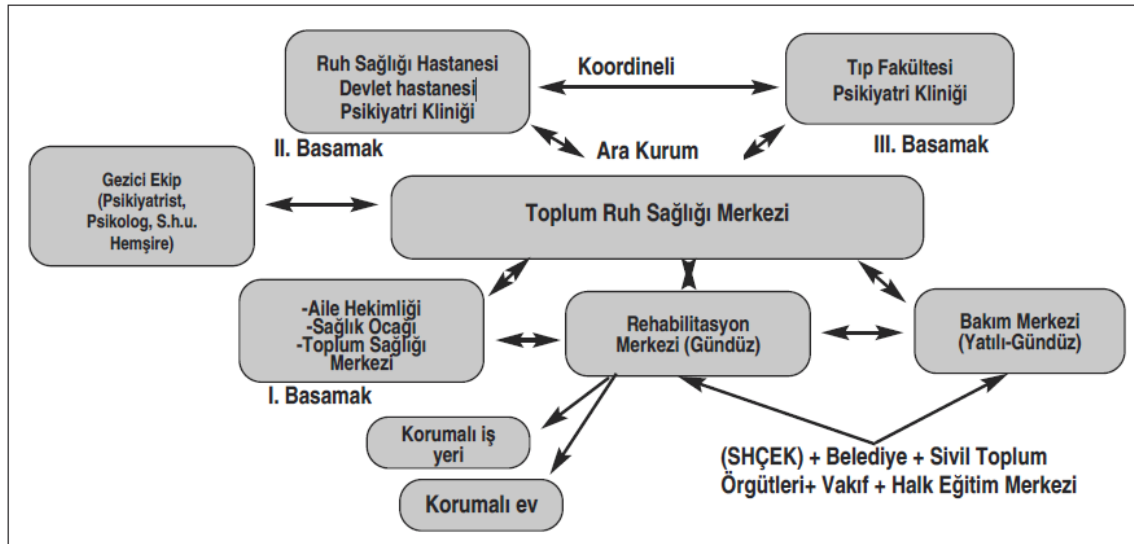
Aydın ve diğerleri (2014), Toplum Ruh Sağlığı Merkezlerinin sunduğu toplum temelli hizmetlerin iyi örneklerini oluşturan ülkelerde döner kapı fenomeninin aşıldığını, sık yatışları engellemesinin TRSM'lerin etkinliğini değerlendirmede en önemli ölçüt olarak ön plana çıktığını, literatürde yapılan çalışmalarda TRSM hizmetlerinin sunulmaya başlanmasından sonra ciddi ruhsal hastalıklarda yatış gün sayısında %20 ile %85 oranında azalma olduğunu bildirmişlerdir (s. 186).

T.C. Sağlık Bakanlığı Ruh Sağlığı Dairesi Başkanlığı'nın açıklamasına göre, ülkemizde Kasım 2018 tarihi itibarıyla 79 ilde toplam 170 tescilli Toplum Ruh Sağlığı Merkezi (TRSM) bulunmaktadır.

1.4.1. Toplum Ruh Sağlığı Merkezi Personelinin Görev ve Sorumlulukları

Toplum temelli ruh sağlığı modelinde 1. basamakta aile hekimliği, 2. basamakta Devlet Hastaneleri ve Ruh Sağlığı Hastaneleri gibi genel hastaneler ve 3. basamakta Üniversite hastaneleri toplum ruh sağlığı merkezleri ile koordineli bir şekilde çalışarak ciddi ruhsal hastalığı olan hastaları bu merkezlere yönlendirirler. TRSM'lerde psikiyatrist, hemşire, sosyal hizmet uzmanı, psikolog ve ergoterapistten oluşan tedavi ekibi hastalara yönelik psiko-eğitim ve sosyal beceri eğitimleri, ailelere ise aile eğitimleri vererek hastaların rehabilitasyon ve sosyal uyumlarının sağlanması için birlikte çalışırlar. Yeterince sosyal uyum kazanan hastalardan ihtiyacı olanlar korumalı evlere, istihdamı sağlanabilecek olanlar da korumalı işyerlerine yönlendirilirler. Bakıma muhtaç ve kimsesiz hastalar da bakımevlerine yerleştirilirler. Kurumlar arası koordinasyonu TRSM'ler sağlamakta, hastalar için gerektiği hallerde psikolog, hemşire ve sosyal hizmet uzmanından oluşan gezici ekiple ev ziyareti yapılmaktadır (Ensari, 2008, s. 88). Hastaların merkez ile aralarında bağ kurulması, hastanın merkeze alıştırılması ve tedaviye katılması için ev ziyaretleri kolaylaştırıcı bir unsur olarak kullanılır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2013, s. 18).

Şekil 2. Toplum Ruh Sağlığı Merkezinin Kurumlar Arası İşbirliği Şeması

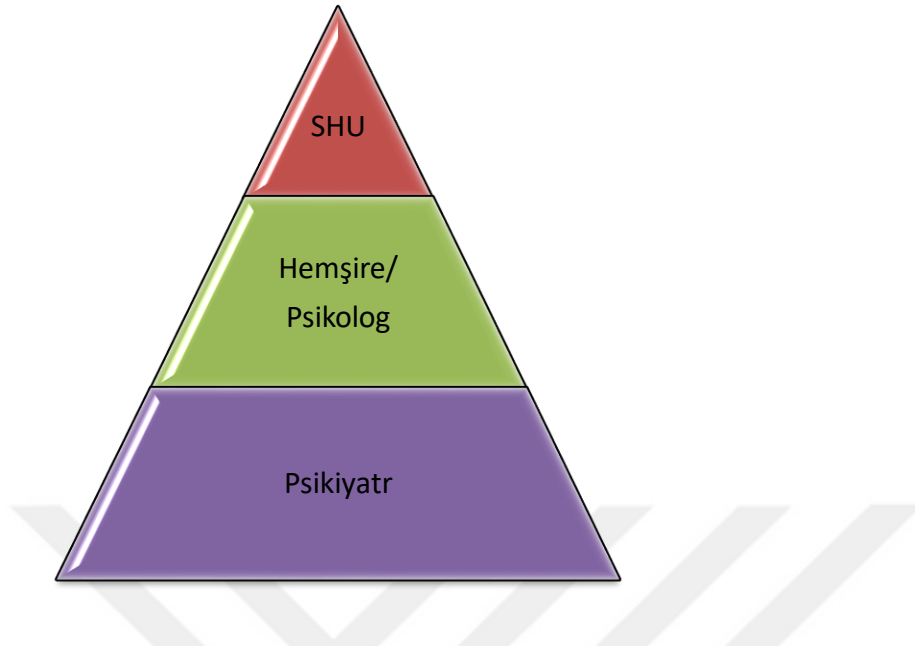


Kaynak: (Ensari, 2011)

Toplum ruh sağlığı ekibinin kurumlar arası işbirliği yaparak toplumu bilinçlendirmesi, damgalama ve ayrımcılıkla mücadele etmesi, kayıtlı her hasta için ayrıntılı bakım planı hazırlaması, uygulaması ve izlemesi, hastaların barınma, sosyoekonomik durum ve iş yaşamına katılımları gibi durumlarını tespit edip gerekli müdahalelerle iyileştirici çalışmalar yapması, kısacası hastayı yeniden topluma kazandırıcı faaliyetleri organize edip yürütmesi beklenmektedir (Ensari ve diğerleri, 2013, s. 109-110).

Toplum ruh sağlığı merkezlerinde psikiyatristlere, hastane ve merkez arasında koordinasyon, merkez personeli ve merkez faaliyetlerinde organizasyon, hastaların tıbbi tedavisi ve ekiple birlikte her hastaya özel bakım planı hazırlama, kendine bağlı personele hizmet içi eğitim vermek veya verilmesini sağlamak, merkezde verilen hizmetlerin geliştirilmesi ve sorunların çözümü için periyodik toplantılar yapmak, kararlar almak ve uygulamak, merkezde kullanılan araç gereçlerin temini, muhafazası ve kullanımını sağlamak, hizmetle ilgili kayıtların eksiksiz tutulmasını sağlamak, aile hekimleri ile işbirliği sağlamak, merkezdeki hizmetlerin hasta hakları mevzuatı ile mesleki etik ve tıbbi deontolojiye uygun yürütülmesini sağlamak ve gerektiğinde gezici ekip faaliyetlerine katılmak gibi görev ve sorumluluklar yüklenmiştir. Her meslek grubunun mesleğinin gerektirdiği görevler dışında, merkezde görev yapan hemşire, sosyal çalışmacı ve psikologların ortak görevleri, merkeze başvuranlara merkezi tanıtmak ve merkezin amacını anlatmak, kayıtlı hastalara bakım planları doğrultusunda danışmanlık yapmak, hastalara ve ailelerine yönelik psiko-eğitimler düzenlemek, gezici ekiple birlikte gezici faaliyetlere katılmak, yatış gerektiren durumlarda hastanın ilgili kliniğe nakline destek vermek, veri form ve ölçeklerini doldurarak izlem faaliyeti yapmak, hastalarla ilgili veri toplayıp değerlendirmek, merkeze gelmeyen hasta ve ailesi ile irtibat kurarak hasta ile merkez arasında bağlantı kurulmasını sağlamak, damgalama karşıtı çalışmalar yapmak ve toplumu bilgilendirmek olarak sıralanmıştır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2011b).

Şekil 3. Türkiye’de Ruh Sağlığı Ekibinin Sayı ve Fonksiyonalite Bakımından Dağılımı



Kaynak: (Ensari, 2008)

Dünyadaki genel uygulamalarda toplum ruh sağlığı merkezi ekiplerinde psikiyatri uzmanları koordinasyon, organizasyon ve tedavi ile rol alırken sosyal hizmet uzmanları, psikologlar ve hemşireler daha çok sahada çalışırlar. Ancak Türkiye’de ise bu durum tam tersi, ağırlıklı olarak psikiyatristler üzerinden yürümektedir (Ensari, 2008, s. 89-90).

1.5. RUH SAĞLIĞI HİZMETLERİNDE AVRUPA’DAKİ DURUM

1950’lerde, psikiyatrik bakım konusundaki yeni fikirler ortaya çıkmaya başladı. Bu fikirler, hastaların büyük ve kapalı kurumlar yerine toplum içinde yaşamaları gerektiğini vurguluyordu. Bu fikirler ışığında çok sayıda hasta taburcu edildi ve kurumlara daha az sayıda hasta kabul edilmeye başlandı. Hastaların yaşamlarını toplum içinde geçirmelerini sağlamak konusunda sağlık çalışanları teşvik edildi (Queensland Health, 2013).

1961 yılında İtalya ruh sağlığı reformu yapmış ve toplum temelli modele geçmiştir. İtalya’dan sonra Batı Avrupa ülkeleri de bu değişimi gerçekleştirmiş ve en son Yunanistan AB giriş sürecinde ruh sağlığı sistemini değiştirmiştir. Bulgaristan,

Romanya ve İnan da benzer bir değişim içerisinde (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2011a, s. 25).

1.5.1. İtalya

Fenomenolojik bir yönelime sahip olan psikiyatrist Franco Basaglia ‘‘kurum dışılaştırma (deinstitutionalization)’’ denilen harekete öncülük etmiştir. O ve meslektaşları, 1961’de kuzeydoğu İtalya’da küçük bir şehir olan Gorizia’nın devlet hastanesini devralıp hastaneyi birkaç yıl içinde tamamen değiştirmişlerdir. Tüm servisler yavaş yavaş açılmış ve hastaların hastanede ve şehirde serbestçe hareket etmelerine izin verilmiştir. EKT, tecrit ve kısıtlamalar yasaklanmış ve bir taburculuk programı uygulanmıştır. Gorizia’da denenmiş orijinal model daha sonra başka şehirlerde oğaltılmış ve 1978 İtalyan psikiyatri reformu ve toplum ruh sağlığı sistemi için model olmuştur (Burti, 2001, s. 42)

1978’de İtalyan parlamentosu, akıl sağlığı yasanı olarak 180 Sayılı Kanunu kabul edip ulusal çapta bir ruh sağlığı sistemiyle ruhsal hastalığa yönelik hizmetlerin kamusal dağıtımını sisteminde temel değişiklikleri başlatmıştır. 180 Sayılı Kanun, asylum denilen depo hastanelerdeki ayrımcılık ve kontrolclkten ayrılarak bunları kapatmanın, tedavi ve rehabilitasyon hizmetlerini toplum temelli vermenin yolunu açmıştır (Burti, 2001, s. 41). Böylelikle İtalya’da binlerce hasta akıl hastanelerinden ayrılarak toplum içine geri dönmüştür. Bu değişikliklerle birlikte, hastalar artık tespit yataklarına sabitlenmiyor, parmaklıkların arkasında kalmaya zorlanmıyorlar, hareketsiz ve anlamsız bir gerçeklikte yaşamıyorlardı. zsaygılarını yeniden inşa etmek, yaşama ve kendi varlıklarını planlama konusunda zgrlerdi (Bettoni ve Benigni, 2009, s. 18).

1978’deki reform yasanıdan sonra, akıl hastanelerine yeni hasta kabulüne izin verilmemiş, 1981’den itibaren de tekrarlı yatışlar için hastanelere geri kabuller de engellenerek yatışların durması gerektiği belirtilmiştir. Bu adımlardan sonra ülkedeki tüm akıl hastanelerinin aşamalı olarak kapatılması 1999 yılında tamamlanmıştır (Piccinelli ve diğerleri, 2002). Toplamda 76 akıl hastanesi kapatılmıştır (Samele ve diğerleri, 2013, s. 256). İtalya’daki bu sistem, kamuya bağlı bütün psikiyatri

hastanelerinin kapatılması sonucu psikiyatri yatak ihtiyacının özel sektör tarafından karşılanması nedeniyle eleştirilmektedir (Yanık, 2007, s. 20).

İtalya'da sağlık bakımı Devlet ve 20 idari bölge tarafından paylaşılmaktadır. Toplumsal ruh sağlığı merkezleri, şiddetli ve uzun süreli ruhsal hastalığı olanlar için gündüz ve evde bakım hizmeti sunan, Bölgelerin çoğunda haftada 5 gün, günde 12 saat çalışan ruh sağlığı hizmetlerinin merkezinde yer almaktadır. Diğer toplum ruh sağlığı hizmetleri, uzun süreli psikiyatri bakımı ve gündüz hastanesi/merkezleri için konut tesislerini içermektedir. Bölgeler genelinde toplum ruh sağlığı hizmet sunumunda varyasyonlar mevcuttur (Samele ve diğerleri, 2013, s. 253).

İtalya'da toplum temelli hizmetler ülke çapında uygulanmaktadır. Ruh sağlığı hizmetleri, tüm ülkeyi kapsayan 211 Ruh Sağlığı Bölümü tarafından sağlanmaktadır. Bu bölümler, belirli bir havza alanında ruh sağlığında önleme, tedavi ve rehabilitasyon ile ilgili tüm tıbbi ve sosyal kaynakların yönetim ve planlamasından sorumludur. Bölümler içinde toplum ruh sağlığı merkezleri, toplum temelli sistemin merkezi konumundadır. Bu merkezler, yetişkin psikiyatrisine ilişkin tüm ayakta bakım tedavilerini, günlük bakım hizmetleri ve koruyucu evlerin rehabilitasyon ve terapötik faaliyetlerini yönetir. Akut yatılı bakım hizmeti, bakım sürekliliğini sağlamak için ruh sağlığı merkezleri ile yakın ilişki içinde olan en fazla 15 yataklı genel hastane psikiyatri birimlerinde verilmektedir (Gaddini ve diğerleri, 2008, s. 722).

İtalya parlamentosu tarafından yürürlüğe konulan 1994 tarihli ulusal ruh sağlığı planı ile her bir Ruh Sağlığı Bölümü 150.000 nüfustan sorumlu tutulmuştur. Bu bölümlerin yerel düzeyde verdikleri birtakım hizmetler bulunmaktadır. Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri (TRSM) ile ruhsal hastalığı olanlara yönelik bakım ve acil müdahale, ailelere danışmanlık ve destek, vaka yönetimi, sosyal refaha yönelik müdahaleler, rehabilitasyon hizmetleri, mesleki eğitim, iş bulma, taburculuk sonrası sosyal uyuma yönelik destek gibi hizmetler sunulmaktadır. Genel hastaneler içinde her 10.000 nüfus için bir psikiyatri yatağı ayrılmıştır. Yine her 10.000 nüfus başına bir yarı konut tesisi yeri ayrılmış olup bu hizmet gündüz hastaneleri ve gündüz merkezlerini içerir. Ayrıca sorumlu olunan bölgedeki toplam nüfustan her 10.000 kişiye en az bir yatak

bulundurmak üzere ruhsal hastalığı olanlara 20 ya da daha az yataklı evlerde uzun süreli bakım hizmeti ile birlikte grup evleri hizmeti de verilmektedir (Burti, 2001, s. 43).

İtalya'da 2009 yılı itibariyle 1387 toplum ruh sağlığı merkezi, 1679 bakımevi ve 763 gündüz hastanesi ve gündüz merkezi bulunmaktadır. Yine 2009 yılı itibariyle her 100.000 kişiye 18 psikiyatri uzmanı düştüğü, 2005 verileri ile de yine aynı popülasyon için hemşire sayısı 32.4, psikolog sayısı 3.2, sosyal hizmet uzmanı sayısı 6.4 olarak bildirilmiştir (Samele ve diğerleri, 2013, s. 260).

1.5.2. İngiltere

İngiltere'deki ruh sağlığı sistemi toplum-hastane denge modeline dayanmaktadır. Burada, İtalya'daki gibi psikiyatri hastaneleri kapanmamış, hastaneler küçültülse de belli bir yatak oranı korunmaya çalışılmıştır. İngiltere'de hastaneler her 100.000 kişiye 30 yatak düşecek şekilde yeniden düzenlenmiştir. İngiltere Sağlık Bakanlığı, tedavide hastane dışı süreçleri desteklemekte, yatış süreleri gitgide azalmaktadır (Yanık, 2007, s.20). İngiltere'deki bütün depo hastanelerin kapanması süreci 1995 yılında tamamlanmıştır (Bağ, 2012, s. 468).

İngiltere'deki ruh sağlığı sistemi, 1948'de Sağlık Bakanlığı sorumluluğunda Ulusal Sağlık Hizmetinin (USH) yürürlüğe girmesinden beri, kurum temelli bir bakım anlayışından toplumda bakım sağlanmasına vurgu yapan bir anlayışa doğru evrilmiştir. İngiltere'de ruh sağlığı alanında büyük gelişmeler 1997 yılında başlamış, hizmetlerin sunuşunda birtakım değişiklikler olmuştur. İngiltere'de Ruh Sağlığı Enstitüsü, ruh sağlığı politikasının uygulanmasından sorumlu olarak 2002 yılında kurulmuştur. 2009 yılının Nisan ayında, bu sorumluluk Ulusal Ruh Sağlığı Geliştirme Birimi'ne aktarılmıştır (Boyle, 2011, s. 306).

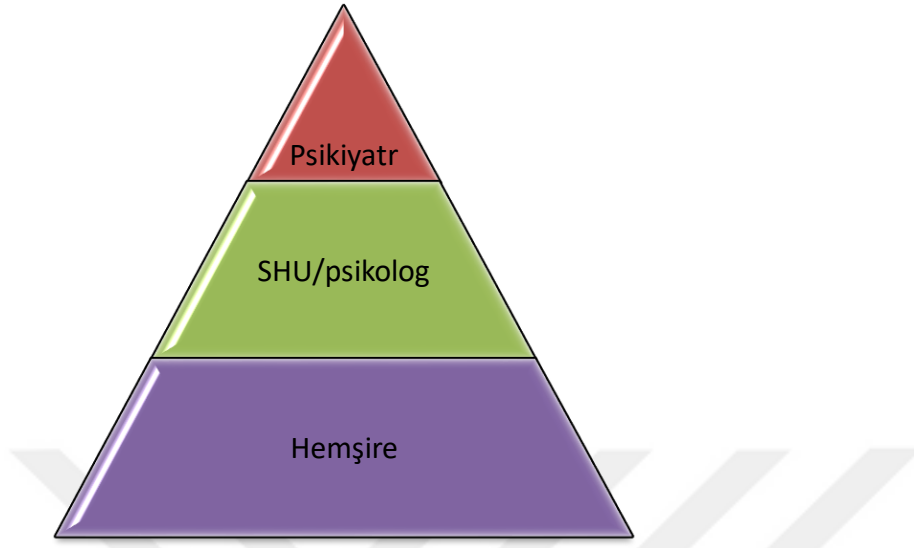
Ruh sağlığı hizmetleri USH, yerel otorite, gönüllü organizasyonlar ve özel sektör tarafından sağlanmakla birlikte, hizmet sunumunda gönüllü organizasyonlar ve özel sektörün giderek artan bir etkinliği söz konusudur. Akıl sağlığı hizmetlerinin çoğu, Ulusal Sağlık Hizmetleri veya yerel otoriteler tarafından finanse edilmektedir

(finansmanı, yerel vergilerle desteklenen merkezi hükümet hibelerinden gelmektedir). Yerel makamlar, özel konut, eğitimin yanı sıra ev desteği, günlük hizmetler, konaklama hizmetleri, bağımsız yaşam programları ve sosyal hizmet desteği dâhil olmak üzere ruhsal sağlıkla ilgili bazı sosyal hizmetleri finanse etmektedir. Giderek, bazı sağlık ve sosyal bakım hizmetleri, çeşitli ortak çalışma düzenlemeleri yoluyla Ulusal Sağlık Hizmetleri ile ortaklaşa yerel makamlar tarafından sağlanmaktadır (Boyle, 2011, s. 311).

İngiltere’de kamusal bir sistem uygulanmakta ve Trust denilen, Türkiye’deki Özel İdare benzeri yapılanmalar kendilerine tanımlanmış bölgelerde hizmet vermektedirler (Yanık, 2007, s. 21). Toplum Ruh Sağlığı Ekibi (TRSE), Birincil Bakım Vakıfları (Primary Care Trusts) ile birlikte çalışarak sorumluluğunu aldığı bölgede 60-90 bin nüfusa hizmet verir (Montgomery, 2003; Aktaran: Bağ, 2012, s. 469).

İngiltere’de toplum psikiyatrisi hizmetleri çoğunlukla Toplum Ruh Sağlığı Ekipleri tarafından verilmektedir. 800’ün üstünde bir sayısı olan toplum ruh sağlığı ekipleri ağırlıklı olarak psikiyatri hemşirelerinden oluşmakta, ekipte psikiyatri hekimi, psikolog, sosyal hizmet uzmanı ve ergoterapist de yer almaktadır. Ruhsal hastaları bu ekibe psikiyatri hekimleri veya sosyal hizmet uzmanları yönlendirmektedir (Ulaş, 2008, s. 7). Bağ (2012), İngiltere’de Toplum Ruh Sağlığı ekiplerinin genelde 6 ay ile 5 yıl arasında değişen sürelerle hastaların tedavi ve bakım hizmetlerini verdiğini, bu süreden sonra hastaların bakımları ev doktoru veya özel bir ekibe devredildiğini aktarmıştır. Ayrıca, 2000 yılında Toplum Ruh Sağlığı Ekipleri içinde evde bakım için birimlerin oluşturulduğu, bu ekiplerin Erken Müdahale Ekibi, Girişken Sosyal Yardım Ekibi ve Evde Tedavi ve Kriz Çözüm Ekibi olduğu belirtilmiştir. Uzun süreli yatışlar sonrası rehabilite edici çalışmalar yapan Toplum Rehabilitasyon Ekipleri ile yaşlı hastalar için Geronto-Psikiyatri Ekipleri de bulunmaktadır. Toplum ruh sağlığı ekiplerinde toplum ruh sağlığı hemşiresi veya sosyal hizmet uzmanları Bakım Yöneticiliği (Care Coordinator) yapar. Bakım Yöneticileri, 5-30 arası hastadan sorumludurlar ve onların tedavilerinin bakım planına uygun ilerleyip ilerlemediği izleyip kayıt altına alırlar, diğer kurumlarla işbirliği yapıp hastanın iş yaşamına katılımına destek verici müdahaleler planlarlar (s. 470-471).

Şekil 4. İngiltere Ruh Sağlığı Ekibinin Sayı ve Fonksiyonalite Bakımından Dağılımı



Kaynak: (Yanık, 2007)

Toplum Rehabilitasyon Ekipleri, ağırlıklı olarak sosyal hizmet uzmanı ve psikiyatri hemşirelerinden oluşmakta ve ihtiyacı olan hastaların barınma, meslek, gelir ve diğer sosyal ihtiyaçlarını karşılamak için çalışmaktadır. Bu ekiplerde ayrıca psikiyatri hekimi, psikolog ve ergoterapist de bulunmaktadır. Ülke genelinde 72 tane oluşturulan bu ekiplerin ulaşamadığı yerlere Toplum Ruh Sağlığı Ekibi veya Girişken Sosyal Yardım ekibi hizmet etmektedir (Ulaş, 2008, s.7).

Yatan hasta bakımı, genel akut hastaneler, psikiyatri hastaneleri (özel olabilen) ve ayrı amaca yönelik birimler de dâhil olmak üzere çeşitli tesislerde sağlanmaktadır. Bunlar, akut psikiyatrik hastalık dönemlerinde hastalar için, konutta konaklama dâhil, bakım ve destek sağlar. Zorla kurum bakımına alınan ruhsal hastalar için de güvenli koşullarda olmak üzere psikiyatri yoğun bakım birimleri bulunmaktadır (Boyle, 2011, s. 311). İngiltere’de 16.200 yüksek destekli psikiyatri yatağı mevcut olup bunların 4200’ü Ulusal Sağlık Hizmetlerine (USH), geri kalanı ise gönüllü kuruluşlarla özel sektöre aittir. Ayrıca USH ile birlikte yurtlar, aile yanı, destekli evler, grup evleri gibi düşük destekli yataklı rehabilitasyon birimleri de mevcut olup buralardaki yatak sayısı da 20.000 civarındadır (Ulaş, 2008, s. 7).

Mart 2009 tarihi itibariyle İngiltere’de 36.000 toplum ruh sağlığı hemşiresi, 5700 ruh sağlığı hekimi, 6000 sosyal hizmet uzmanı, 5200 terapist ve 2850 psikolog çalışmaktadır. Aynı tarih verileri ile 153 Erken Müdahale Ekibi, 350 Evde Tedavi ve Kriz Çözüm Ekibi ve 248 Girişken Sosyal Yardım Ekibi İngiltere genelinde hizmet vermektedir (Boyle, 2011, s. 316; Samele ve diğerleri, 2013, s. 468).

1.6. RUH SAĞLIĞI ALANINDA SOSYAL HİZMET

Ruh sağlığı sorunları sosyal işlevselliği azaltarak yaşam kalitesini düşürür. Psikiyatrik sağaltımın tam olarak hedefine ulaşabilmesi için psikiyatrik müdahale ile birlikte sosyal işlevselliğin yeniden inşasına yönelik sosyal hizmet müdahalesinin de yapılması gereklidir (Oral ve Tuncay, 2012, s. 104). IFSW Genel Kurulu ve IASSW Genel Kurulu tarafından Temmuz 2014’te sosyal hizmet mesleği şu şekilde tanımlanmıştır:

“Sosyal hizmet, uygulamaya dayalı bir meslek ve sosyal değişimi ve gelişmeyi, sosyal uyumu ve insanların güçlendirilmesini ve özgürleşmesini destekleyen akademik bir disiplindir. Sosyal adalet ilkeleri, insan hakları, kolektif sorumluluk ve çeşitliliklere saygı sosyal hizmetin olmazsa olmazlarıdır. Sosyal hizmet teorileri, sosyal bilimler, beşeri bilimler ve yerli bilgi teorileri ile desteklenmiştir ve sosyal hizmet, yaşamla ilgili zorlukları ele almak ve refahı arttırmak için insanları ve sosyal yapıları merkezine alır. Bu tanım ulusal ve/veya bölgesel düzeyde uyarlanıp genişletilebilir.”

Cankurtaran ve Beydili (2016)’ne göre, bireylerin sorun çözme ve baş etme kapasitelerini artıran, kendi kaderlerini tayin edebilecek kadar güçlenmelerine katkıda bulunan, tüm insanların doğuştan değerli ve saygıdeğer olduğu etik ilkesine dayanan sosyal hizmet disiplini insanların dil, din, yaş, toplumsal cinsiyet, etnik köken gibi nedenlerle ayrımcılığa uğramaması için toplumda bu farklı gruplara mensup bireylerle çeşitli toplumsal düzeylerde birlikte çalışır. Sosyal hizmet; mikro, mezo ve makro düzeyde bireylerin, grupların ve toplulukların biyolojik, sosyolojik ve psikolojik farklılıkları nedeniyle toplumun geneli tarafından damgalanması ve ayrımcılığa uğraması karşısında baş etme becerisini artırırken toplumda bu ayrımcılık ve baskıya

neden olan bilgisizlikle de mücadele ederek birey, grup ve toplumda farkındalığı artırıcı çalışmalar yapar. Ayrımcılık karşıtı sosyal hizmet uygulaması engelli, yaşlı, kadın, çocuk, farklı cinsel yönelime sahip olanlar vb. kişilerle çalışır ve bu kişi ve grupların toplumsal hizmetlere erişememe riskine karşı mücadele eder.

Psikiyatrik sosyal hizmet, ruhsal sorunlar ortaya çıkmadan önce yeti yitimini en aza indirmek için ruhsal tedavi ekibinin bir üyesi olarak koruyucu önleyici çalışmalara katılan, ruhsal sorunlar ortaya çıktıktan sonra da ruhsal tedavi ekibi içinde tedavi bakımını destekleyici, tedavi hizmetlerini koordine edici işlevleri olan ve hastaların yaşam kalitesinin artırılması için bütüncül bir yaklaşımla bireyi çevresi ile birlikte ele alan özel bir tıbbi sosyal hizmet türüdür (Abay ve Çölgeçen, 2018).

Klinik sosyal hizmet, sosyal hizmet teorisi ve yöntemlerinin duygusal, ruhsal ve davranış bozuklukları dahil olmak üzere psikososyal işlev bozukluğu, sakatlık veya bozulmaların teşhisi, tedavisi ve önlenmesinde profesyonel olarak uygulanmasıdır (Barker, 2003; Aktaran: National Association of Social Workers [NASW], 2005, s. 9). Sosyal hizmet mesleğinin tarihsel analizi, ruh sağlığı alanında yer almasının mesleğin gelişiminin ilk aşamalarında başladığını göstermektedir. Psikiyatrik sosyal hizmet, mesleğin içinde saygın bir uygulama alanı olarak görülmüştür (Aviram, 2002, s. 618). Sosyal hizmet, ruh sağlığı alanında geçici ya da ikincil bir alan değil, sağaltımın asli unsurlarından biri olarak koruyucu-önleyici çalışmalarla sağaltım çalışmalarında da aktif rol almakta ve mikrodan makroya doğru değişen müdahaleleri ile tedavi ekibinde yer almaktadır (Başer ve diğerleri, 2013, s. 189).

Ruh sağlığı hizmetlerinde sosyal hizmetin alanı, ruhsal hastalığın sosyal bağlamı ve sosyal sonuçlarıdır. Sosyal hizmet uygulamasının amacı, iyileşmeyi teşvik etmek, bireyi, aileyi ve topluluğun refahını iyileştirmek, her bireyin kendi yaşamı üzerindeki gücünün ve kontrolünün gelişimini artırmak ve sosyal adalet ilkelerini gerçekleştirmektir. Sosyal hizmet uygulaması, birey ile çevre arasındaki arayüzde gerçekleşir: sosyal hizmet etkinliği bireyle başlar ve aile, sosyal ağlar, topluluk ve daha geniş toplumun bağlamlarına uzanır. “Sosyal bağlam” düzeyinde, sosyal hizmet, her bireyin sosyal ortamının ruhsal hastalık ve ruh sağlığı sorunları konusundaki

deneyimlerini biçimlendirme şekliyle ilgilidir. İlgilendiği konular arasında bireysel kişilik, kırılabilirlik ve esneklik, ailenin işleyişi, güçlü yönler ve stres unsurları, destek ağları, kültür, topluluk, sınıf, etnik köken ve cinsiyet konuları vardır. Ego işleyişi, benlik saygısı ve maneviyatın intrapsişik yönlerine ve aile işleyişi ile kişisel ilişkilerin kişilerarası yönlerine ek olarak, kaygıları ekonomik refah, istihdam ve barınma gibi daha geniş sosyal sorunları da içermektedir. “Sosyal sonuçlar” düzeyinde, sosyal hizmet, ruhsal hastalıkların ve ruhsal sağlık sorunlarının birey, aile ve kişisel ilişkiler ve daha geniş toplulukların benlik algısı üzerindeki etkisi, aile refahı ve ekonomik güvenlik, istihdam ve barınma konuları ile ilgilidir. Sosyal hizmet, ruhsal hastalık ile çocuk koruma ve aile içi sağlık gibi daha geniş sağlık ve sosyal refah konuları arasındaki bağımlılıkla ilgilidir. “Sosyal adalet” düzeyinde, sosyal hizmet; damgalanma ve ayrımcılık, siyasi özgürlükler ve medeni haklar, temel tedavi ve sağlık desteği hizmetlerine erişim, hizmet alan ve bakım verenlerin haklarının korunmasıyla, sağlık hizmetlerinin erişilebilir ve özel ihtiyaçları karşılayabilir nitelikte olmasıyla ilgilidir (Australian Association of Social Workers [AASW], 2008, s. 8-9). Sosyal hizmet mesleği, kişilerin işlevselliğini engelleyip onu sağlıklı yaşamdan uzaklaştıran bireysel ve çevresel problemlerle ilgilidir (Bahar ve Savaş, 2013, s. 85).

Klinik sosyal hizmet, bireylerin, çiftlerin, ailelerin ve grupların ruhsal, duygusal ve davranışsal iyiliklerine odaklanır. Merkezinde, psikoterapi ve müracaatçının çevresi ile olan ilişkilerine bütüncül bir yaklaşım vardır. Yani tedavi planlaması için müracaatçının/hastanın çevresi ile ilişkisi önemlidir (NASW, 2005, s. 7).

Sosyal hizmetin ruh sağlığı alanındaki odağı, ruhsal hastalığa veya bozukluğa sahip kişiler, onların çevresindeki insanlar, bu kişilerin toplumsal bağlamı ve hastalığın biyo-psikososyal sonuçlarıdır. Sosyal hizmet uygulamasının amacı, sosyal adaleti ve bireylerin kendi kaderini tayin hakkını kullanabilmelerini sağlayabilmek için iyileşmeyi desteklemek ve bireysel ve ailesel refahın sağlanmasıdır. Uygulamalar bireyle başlar ve aile, sosyal ağlar, topluluk ve daha geniş toplumun bağlamlarına uzanır (AASW, 2014, s.7).

Şizofreni ve benzeri psikotik bozukluklarla bipolar bozukluk gibi ciddi ruhsal hastalıklar, hastaların en az bir yaşam aktivitesine olumsuz etkilemekte ve işlevselliklerinde dikkate değer bozulmalara yol açmaktadır (Abay ve Çölgeçen, s. 2149). İyileştirim sürecinde, sosyal hizmet, ruhsal hastalığı olan yetişkinlerin rehabilitasyon ve iyileşme hedeflerine ulaşabileceklerini ve içinde yaşadıkları topluma anlamlı katkılar yapabileceklerini göstererek hastalar hakkındaki ayrımcı/damgalayıcı stereotipleri etkileyebilir (Mowbray ve diğerleri, 2005, s. 16).

Zastrow (2016) ABD’de ilk defa 1906 yılında Manhattan Devlet Hastanesinde hastaların sosyal geçmişlerini almak üzere sosyal hizmet uzmanlarının görev almaya başladığını ve bu tarihten beri koruyucu-önleyici, teşhis ve tedavi edici hizmetlerde çalıştıklarını aktarmıştır (s. 233). Klinik sosyal hizmet uzmanları, toplum ruh sağlığı merkezleri, hastaneler, madde kullanımı tedavi ve iyileştirim programları, okullar, birinci basamak sağlık merkezleri, çocuk refahı kurumları, yaşlılık hizmetleri, çalışan destek programları ve özel uygulama alanları da dahil olmak üzere çeşitli kurum ve kuruluşlarda müracaatçı merkezli olarak çalışırlar (NASW, 2005, s. 7). Psikiyatri alanında yüz yıldan uzun bir süredir var olan sosyal hizmetin gelişimi modern psikiyatri ile hemen hemen aynı süre içinde gerçekleşmiştir. Sosyal hizmet uzmanları psikiyatrik iyileştirimin değişik aşamalarında çeşitli roller üstlenmektedir (Oral ve Tuncay, 2012, s. 94).

Sosyal hizmet uzmanları, müracaatçıları adına sosyal adaleti ve sosyal değişimi destekler. Bireyler, aileler, gruplar, organizasyonlar ve topluluklar, müracaatçıları oluşturur. Sosyal hizmet uzmanları kültürel ve etnik çeşitliliğe karşı hassastır ve ayrımcılık, baskı, yoksulluk ve diğer sosyal adaletsizlik biçimlerini sona erdirmek için çabalarlar. Bu faaliyetler doğrudan uygulama, topluluk örgütlenmesi, denetim, istişare, yönetim, savunma, sosyal ve politik eylem, politika geliştirme ve uygulama, eğitim ve araştırma ve değerlendirme şeklinde olabilir. Sosyal hizmet uzmanları, insanların öz-yeterlilik kapasitelerini arttırmaya çalışmaktadır. Sosyal hizmet uzmanları ayrıca kuruluşların, toplulukların ve diğer sosyal kurumların bireylerin ihtiyaçlarına ve sosyal sorunlarına karşı duyarlılıklarını teşvik etmeye çalışmaktadır (NASW, 2017, s. 2).

Sosyal hizmet uzmanları, mesleki müdahalelerinde, bireylerin problemleriyle daha iyi başa çıkmalarına ve çevrelerine daha iyi uyum sağlamaları için yardımcı olmaya ve/veya kişilerin yaşam kalitesini iyileştirmek için sosyal koşulları değiştirmeye odaklanır. Bilgi tabanları, kişiler ve toplumla ilişkilerde biyopsikososyal bir yaklaşımı temsil eden sosyal davranış bilimlerine dayanmaktadır. Bu görüş, “çevresi içinde birey” kavramına dayanmaktadır. Kamu, özel sektör ve sivil toplum kuruluşları gibi hizmet alanının üç sektöründe de çalışmakta olan sosyal hizmet uzmanları kaynak tahsisi, sosyal kontrol hizmetleri, çocuk koruma, danışmanlık ve terapi, vaka yönetimi, savunuculuk, örgütlenme ve güçlendirme, yönetim, planlama ve politika oluşturma gibi çeşitli işlevleri yerine getirirler (Aviram, 2002, s. 627).

Psikiyatrik hastalıklar, hasta bireylerin tedaviye uyum ve bakım sorunları, ekonomik sorunlar, toplumsal dışlanma, eğitim ve iş yaşamından uzak kalma gibi bazı problemler yaşamalarına neden olur. Sosyal hizmet uzmanları, mesleki çalışmalarına bireyden başlayarak öncelikle hastanın tedavi uyumunun sağlanmasında rol alırlar. Ayrıca hasta ve hasta yakınlarının hastalık ve bakım konusunda bilgilendirilmesi için çalışırlar. Toplumda ruhsal hastaları dışlamaya yönelik tutumların engellenmesi için damgalama karşıtı çalışmalar yaparlar (Attepe Özden, 2015, s. 36-37). Ruh sağlığı tedavi ekibi içinde hak savunuculuğu rolüyle sosyal hizmet uzmanları, hak talep eden bir grup oluşturulabilmesi adına hastaları bilgilendirici ve destekleyici rolleriyle sağaltıma önemli katkıda bulunurlar (Aslantürk, 2016, s. 268).

Ruh sağlığı sisteminde sosyal hizmet uzmanları için bir diğer önemli rol, ruhsal hastaların aileleriyle birlikte çalışmaktır. Ruhsal hastaların ailelerinin, hastalığı tanıma, belirtilerle baş etme, bakım veren yükünün azaltılması konusundaki tekniklerin öğrenilmesi, hastalığın farklı yönlerini tanıma ve toplum kaynaklarını aile üyeleri ve kendileri için tanımlama ve harekete geçirme konusunda yardıma ihtiyaç duyarlar. Sosyal hizmet uzmanlarının kişi, aile ve çevre konusundaki geleneksel ilgileri ve bilgileri, onları ailelerin ihtiyaç ve yardım arayışlarına cevap vermek için ideal kılar (Aviram, 2002, s. 629-630). Sosyal hizmet uzmanları genellikle ailelerin ihtiyaçlarının da karşılanmasını sağlar ve hizmet alanların konut ve finansal haklar elde etmelerine yardımcı olur (Lieberman ve diğerleri, 2001, s. 1337).

Sosyal hizmet uzmanları, psikiyatristler ve psikologlar bireylerle, ailelerle ve gruplarla terapi yapmaktadırlar. Ruh sağlığı programlarının tasarlanması ve yönetilmesi konusunda da bu üç meslek grubunun etkinliği söz konusudur. Ruh sağlığı alanında psikiyatri hemşiresi, uğraşı terapisti, meslek terapisti gibi meslek elemanları da tedavi ekibinin diğer üyeleridirler (Zastrow, 2016, s. 233). Tedavi planının multidisipliner ekip anlayışı ile hazırlanması tedavinin etkinliğini artırmaktadır (Bahar ve Savaş, 2013, s. 85). Tedavi ekibinde, klinik bilgilerinin yanında sosyal adaleti de sağlamaya çalışması yönüyle sosyal hizmet uzmanı, diğer meslek elemanlarından ayrılmaktadır. Psikiyatrik sosyal hizmet, ana hedefine birey ve ailenin güçlendirilmesi, psikososyoekonomik sorunların çözülmesi ve hastalığın toplumsal etkilerinin azaltılmasını koyar (Attepe Özden, 2017, s. 127). Ruhsal hastalıkların sağaltımında ruh hekimi bedensel ve ruhsal duruma odaklanırken sosyal hizmet uzmanı da sosyal durumu odağına alır. Ruhsal ve bedensel iyileştirmede de uzman hekimi destekleyici roller alır (Oral ve Tuncay, 2012, s. 94). Tedavi ekibi içerisinde, bireylerin ve ailelerin sosyal işlevselliklerini artırmak sosyal hizmet uzmanının temel görevidir (Attepe Özden, 2015, s. 36).

Sosyal hizmet uzmanlarının multidisipliner bilgi tabanları, onlara kaynak tahsisinde, kaynakların harekete geçirilmesinde ve ruhsal engellilere yönelik hizmetlerin koordine edilmesinde diğer profesyonel gruplara göre avantaj sağlar. Ruh sağlığı sisteminin mevcut zorluklarını karşılamada önemli hale gelen bir diğer rol kendi kendine yardım grupları, aile üyeleri ve hizmet alanlarla/müracaatçılarla çalışmak, hizmet alanlara/müracaatçılara yönelik savunuculuk rolü, kendi kendine yardım ve lobicilik grupları düzenlemeye yardımcı olmak ve ruhsal engelli bireyleri güçlendirmektir (Aviram, 2002, s. 629).

Türkiye’de sağlığın sosyal boyutunun tedavideki öneminin fark edilmesi ve yapılan ulusal reformlarla sağlık alanında sosyal hizmet uzmanlarına olan ihtiyacı artırmıştır (Özbesler ve İçağasıoğlu Çoban, 2010, s. 32). Özellikle son 30 yılda ruh sağlığı hizmetlerinin sunumunda toplum temelli modele geçilmesi ile birlikte sosyal hizmet uzmanlarının sorumlulukları da artmıştır (Gökçearslan Çifci ve diğerleri, 2015, s. 170). Toplum temelli ruh sağlığı hizmetleri, ruhsal hastalara hastane dışında sağlık personeli

ve sosyal hizmet uzmanları tarafından verilen her türlü bakım, rehabilitasyon ve süpervizyon süreci olarak tanımlanmıştır (WHO, 2005, s. 16).

Türkiye’de Sosyal Hizmet Uygulama Yönergesi, Sağlık Bakanlığı tarafından Şubat 2011’de yayımlanarak Bakanlık bünyesinde görev yapan sosyal çalışmacıların görev tanımları ve çalışma prosedürleri ayrıntılı bir şekilde tanımlanmıştır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2011a, s. 14).

Ülkemizde Toplum Ruh Sağlığı Merkezlerinde sosyal çalışmacı kadrosunun bulunması zorunlu hale getirilmiş olup TRSM ekibi ile ortak görevler dışında sosyal çalışmacıların görevleri arasında: merkezin sorumluluğunda olan coğrafi bölgedeki kurum ve kuruluşlarla işbirliği yaparak hastaların tespit edilmesi ve merkezle irtibatlarının kurulmasını sağlamak, merkeze davet etmek ve merkez hakkında bilgilendirmek; merkezle işbirliği yapan kurumlarla birlikte çalışarak yatış gerektiren hastaların hastaneye yatırılması, bakıma muhtaç hastaların bakımevine yerleştirilmesi ve çalışabilecek durumdaki hastaların iş bulabilmesi için gerekli işlemleri yapmak veya ilgili yerlere yönlendirmek; damgalama karşıtı çalışmaların organizasyonunda görev almak; hastaları sosyal ve hukuki hakları konusunda bilgilendirmek, karşılaştıkları bazı sorunların çözümü noktasında destek sağlamak; sivil toplum kuruluşları ve diğer kurumlarla merkez arasındaki ilişkileri sağlamak sayılmıştır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2011b). Ayrıca yaptığı işlemlerle ilgili kayıt tutmak da sosyal çalışmacı görevleri arasındadır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2013).

Toplum temelli ruh sağlığı hizmet modelinde sosyal hizmet uzmanları rol ve işlevleri bakımından çok önemli profesyonellerdir. Örneğin Almanya, ruh sağlığı sistemini sosyal hizmet uzmanları üzerinden yürütmektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2011a, s. 52).

İngiltere’de toplum psikiyatrisi hizmetlerini veren Toplum Ruh Sağlığı Ekipleri (TRSE) ağırlıklı olarak psikiyatri hemşirelerinden oluşmakla birlikte, ekipte psikiyatrist, psikolog, sosyal hizmet uzmanı ve ergoterapist de yer almaktadır. Ruhsal hastaları TRSE’ye psikiyatri hekimleri veya sosyal hizmet uzmanları yönlendirmektedir (Ulaş, 2008, s. 7).

İsveç ruh sağlığı sisteminde sosyal hizmet uzmanları aynı zamanda ruhsal hastaların yasal savunuculuğunu yapan bireysel ombudsmanlar olarak çalışmaktadırlar. Bireysel ombudsmanlar, dilekçe yazmak gibi hastaların kamusal hizmetlerden faydalanmasına engel olan günlük yaşam sorunlarını çözenin yanı sıra, örneğin, hizmet aldığı hekimden memnun olmadığı halde bunu ifade edemeyen hastalar için onlar adına hekim değişikliği yapmak gibi hizmetler verir (Yılmaz, 2012, s. 10).

Zastrow (2016), ABD’de ruh sağlığı alanında hizmet veren sosyal hizmet uzmanlarının bu alanda çalışan psikiyatrist ve klinik psikologlardan daha fazla sayıda olduğunu aktarmıştır (s. 222-223).

Sağlık alanında her 100.000 nüfusa düşen sosyal hizmet uzmanı sayısı Almanya’da 477, Hollanda’da 176, İngiltere’de 58, Yunanistan’da 56, İtalya’da 6.4, Türkiye’de ise 1’dir. Bu oran kıtalar bazında Afrika’da 0.05, Amerika’da 1 ve Avrupa’da 1,5 olarak belirlenmiştir. Dünyadaki 168 ülkede yapılan araştırmada ülkelerin %64’ünde, yani toplam dünya nüfusunun %75,4’ünün yaşadığı coğrafyalarda, sağlık alanında her 100.000 nüfusa 1’den az sosyal hizmet uzmanı düşmektedir (WHO, 2005, s. 39).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), Türkiye’de her 100.000 nüfusa 1 psikiyatrist, 1 psikolog ve 1 sosyal hizmet uzmanı ile 3 psikiyatri hemşiresi düştüğünü, her 10.000 kişi için de 1,3 psikiyatri yatağı bulunduğunu belirtmiştir (WHO, 2005, s. 472). Türkiye’de Sağlık Bakanlığı tarafından, Bakanlığa bağlı kurumlarda çalışan sosyal hizmet uzmanı sayısının 2016 yılında her 100.000 kişi için 2’ye, 2023 hedefi olarak ise 4’e çıkarılacak şekilde düzenlemeler yapılacağı bilgisi verilmiştir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2011a, s. 88-89).

1.7. ARAŞTIRMANIN PROBLEMİ

Bu araştırmanın temel problemi, TRSM’lerden hizmet alan ciddi ruhsal hastaların sosyodemografik özellikleriyle içselleştirilmiş damgalanma ve sosyal işlevselliklerinin belirlenmesi ve bunlar arasındaki ilişkinin ortaya konması gereksinimidir. Bunun yanında, konu ile ilgili Türkiye’deki sosyal hizmet literatüründe bir çalışmaya

rastlanmamış olması, TRSM ile ilgili çalışmaların sayıca çok az olması, sosyal hizmetin bir meslek alanı olarak toplum temelli ruh sağlığı hizmetlerindeki önemine ve işlevine bir kere daha vurgu yapılması ihtiyacı ve Toplum Ruh Sağlığı Merkezindeki hizmetlerin etkinliğinin psikiyatrik sosyal hizmet bakış açısı ile incelenmesi gereksiniminin duyulması da araştırmanın diğer problemlerini oluşturmaktadır.

1.8. ARAŞTIRMANIN AMACI

Bu araştırmanın amacı ruh sağlığı hizmetlerinde medikal modelden toplum temelli modele geçiş yapan ülkemizde Toplum Ruh Sağlığı Merkezinden (TRSM) hizmet alanların içselleştirilmiş damgalanma ve sosyal işlevsellikleri arasındaki ilişkiyi ortaya çıkarmak, bu ilişkinin psikiyatrik sosyal hizmet bakış açısı ile incelenerek mevcut hizmetlerin –varsa- eksik yönlerine dikkat çekmek, TRSM hizmetlerinin geliştirilmesi için çözüm önerileri sunmak ve hizmet alanların yaşadıkları sorunlar hakkında farkındalık yaratılmasıdır. Bu kapsamda aşağıdaki sorulara yanıt aranacaktır:

- Hizmet alanlarda genel olarak içselleştirilmiş damgalanma ile sosyal işlevsellik arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?
- Hizmet alanlarda tanı türlerine, TRSM'ye devam sürelerine ve haftalık TRSM'ye geliş sürelerine göre içselleştirilmiş damgalanma ve sosyal işlevsellik düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?
- Bazı sosyodemografik özelliklerin içselleştirilmiş damgalanma ve sosyal işlevsellik üzerine etkisi nedir?
- Eskişehir (Yunus Emre) Devlet Hastanesi Toplum Ruh Sağlığı Merkezinden hizmet alanların sosyodemografik özellikleri nelerdir?

1.9. ARAŞTIRMANIN ÖNEMİ

Ciddi ruhsal hastalıkların tedavisinde toplum temelli modele geçilmesi, bu alanda sosyal hizmetin önemini artırmıştır. Çünkü sosyal hizmet, bir meslek olarak ruh sağlığı alanında temelde damgalanmanın azaltılması ve işlevselliğin artırılması için çalışmalar yapmaktadır. Ruh sağlığı alanında toplum temelli modele geçilmesiyle sosyal hizmet mesleği, aslında temel misyonuna uygun bir hareket alanı bulmuştur. Ancak bu yeni ruh sağlığı modelindeki uygulamalarla ilgili araştırmalar konusunda diğer meslek alanlarında olduğu gibi sosyal hizmet alanında da ciddi eksiklikler bulunmaktadır.

Bu çalışmayla hem Türkiye’de sosyal hizmet alanında içselleştirilmiş damgalanma ve sosyal işlevsellik arasındaki ilişki ile ilgili bir ilk araştırmanın verileri elde edilmiş olacak hem de Toplum Ruh Sağlığı Merkezi (TRSM) ile ilgili -henüz sayıca çok yetersiz olan- çalışmalara bir yenisi eklenecektir. Ayrıca bu çalışma, temel amaçları arasında sosyal işlevselliği artırmak ve damgalamanın her çeşidi ile mücadele etmek de olan TRSM’lerin söz konusu amaçlara ne ölçüde ulaşabildiğinin gösterilmesi bakımından da önemli bulunmuştur. Bu araştırmanın, TRSM’lerde konu ile ilgili olarak yapılacak diğer çalışmalara bir temel oluşturması ve yön göstermesi öngörülmüştür.

1.10. ARAŞTIRMANIN VARSAYIMLARI

Araştırmanın amacına uygun olarak Toplum Ruh Sağlığı Merkezinden hizmet alanların içselleştirilmiş damgalanmaları ile sosyal işlevsellikleri arasındaki ilişkinin önemli olduğu varsayılmaktadır. Araştırmanın diğer varsayımları şu şekildedir:

1. Örneklem evreni temsil etmektedir.
2. Ölçüm araçları sonuçları doğru bir şekilde ortaya çıkaracak niteliktedir.
3. Araştırmada kullanılan kişisel bilgi formu ve ölçeklere katılımcılar tarafından doğru ve içten yanıtlar verilmiştir.

1.11. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI

Yapılan bu araştırma;

1. Eskişehir ilinde hizmet veren tek Toplum Ruh Sağlığı Merkezinden hizmet alan 18 yaş üzeri, remisyon döneminde, en az ilkokul mezunu ve gönüllü hastalarla yapılmıştır. Kurum bakımında olan ve merkeze haftada en az iki gün devam etmesi sağlanan hastalar çalışma kapsamı dışında tutulmuştur.
2. Araştırma, 2018 yılının Eylül ve Ekim aylarında yapılmıştır. Araştırmanın yürütüldüğü tarih aralığında merkezdeki dış gezilerin (sinema, müze ziyareti, kahvaltılı etkinliği, piknik vs.) organizasyonundan sorumlu şirketle yapılan yeni sözleşme henüz yürürlüğe girmediği için sosyal etkinliklerin ve dış gezilerin görece az olduğu bir dönemde veri toplanmıştır. Ayrıca araştırmanın yürütüldüğü dönem yaz mevsimi sonrasına denk gelmiştir. Hastaların bir bölümü yazın çoğunlukla köylerine ya da başka şehirlerdeki akrabalarının yanına gittikleri için bu hastaların son üç ayda TRSM'den aldıkları hizmet sınırlıdır. Bu durumlar araştırmanın sınırlılıklarındandır.
3. Araştırmada elde edilen sosyodemografik bilgiler araştırmacı tarafından hazırlanan Kişisel Bilgi Formu ile sınırlıdır.
4. TRSM'den hizmet alan hastaların içselleştirilmiş damgalanma düzeyleri Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeğinin (RHİDÖ) ölçtüğü özelliklerle sınırlıdır.
5. TRSM'den hizmet alanların sosyal işlevsellik düzeyleri Sosyal İşlevsellik Ölçeği (SİÖ)-Hasta Formunun ölçtüğü özelliklerle sınırlıdır.
6. Araştırma sonucu elde edilen veriler, nicel analiz etme gücü ile sınırlıdır.

1.12. TANIMLAR

Asylum: Akıl hastanesi, tımarhane, sığınak, kimsesiz ve düşkünleri barındıran kurum.

Avolisyon: Belirli bir amaca yönelik aktiviteleri başlatmaya ve onu sürdürmeye enerji bulamama hali, isteksizlik.

Deinstitutionalization: Kurum dışılaştırma.

Hipokondri: Sağlık fobisi, hastalık hastalığı.

İçselleştirilmiş Damgalanma: Kendi kendini damgalama, toplumsal damgalamanın kişi tarafından benimsenip kabul edilmesi.

Relaps: Kişinin geçmişte yakalandığı hastalığa tekrar yakalanması, nüks etmek, eski haline dönmek.

Sağaltım: İyileştirme.

Sosyal İşlevsellik: Genel olarak kişilerin bireysel becerileri, günlük yaşam aktiviteleri, çalışma yaşamı ve sosyal ilişkilere katılımları.

Stereotipler: Klişeler, kalıp yargılar.

2. ARAŞTIRMANIN YÖNTEMİ

Bu bölüm; araştırmanın modeli, evren ve örneklem, veri toplama tekniği, veri toplama araçları, verilerin toplanması, işlenmesi ve çözümlenmesi ve süre ve olanaklar alt başlıklarını içermektedir.

2.1. ARAŞTIRMANIN MODELİ

Bu araştırmada, Toplum Ruh Sağlığı Merkezinden hizmet alanların içselleştirilmiş damgalanma ve sosyal işlevsellikleri arasındaki ilişkinin sosyodemografik bilgilerin yer aldığı çeşitli değişkenler çerçevesinde belirlenebilmesi amacıyla ilişki açıklayıcı araştırma modeli kullanılmıştır. İlişki açıklayıcı araştırma modeli, durum saptama araştırmalarından farklı olarak, saptanan olgular arasındaki ilişkileri de ortaya çıkarmaya çalışması, neden-sonuç bağıntısının kurulması amacını taşır. Bu amacı, araştırma konusu veya sorunu belirlemektedir (Aziz, 2015, s. 27).

Aziz (2015), model kavramını herhangi bir olgunun veya olgular arasındaki ilişkilerin kuramsal düzeydeki görünümü, parçalardan meydana gelen bir bütünün iki veya daha çok değişkeni arasındaki bağıntının sayısal olarak ya da kavramsal olarak simgelenip açıklanması olarak aktarmıştır. Buna göre model, bir düzenin temsilcisi olmakla beraber temsil ettikleri düzene kıyasla daha yalındırlar (s. 20-21).

Araştırmada, Toplum Ruh Sağlığı Merkezinden hizmet alanların içselleştirilmiş damgalanma ve sosyal işlevselliklerinin birbiri ile ilişkisi ve bunların katılımcıların aldıkları tanı, cinsiyeti, yaşı, eğitim durumu, medeni hali, çocuk sahibi olup olmaması, (2022 dâhil) aylık geliri, çalışma durumu, kiminle yaşadığı, ailedeki hastalık geçmişi, kaç yıldır tedavi gördüğü, toplam yatış sayısı, TRSM'ye ne zamandan beri devam ettiği ve TRSM'ye haftada kaç gün geldiği gibi değişkenlerle bağıntısı ilişki açıklayıcı araştırma modeli çerçevesinde değerlendirilmiştir.

Araştırma, Toplum Ruh Sağlığı Merkezinden hizmet alan kronik ruhsal hastalara uygulanan anket formlarıyla gerçekleştirilmiş, sonuçlar sayısal ifadelerle ortaya

konmuştur. Bu bağlamda araştırma nicel araştırma deseni ile yapılmıştır. Leedy (1993)'e göre nicel araştırma, ölçülebilir olguların, olayların ve bunların ilişkilerinin sayılarla ilişkilendirilerek sistematik bir şekilde incelenmesidir. Nicel araştırma, bir olayı açıklamak, tahmin etmek ve kontrol etmek amacıyla ölçülebilir değişkenler içindeki ilişkiler hakkındaki soruları cevaplamak için kullanılır.

2.2. ARAŞTIRMANIN EVREN VE ÖRNEKLEMİ

Araştırmanın evrenini, T.C. Sağlık Bakanlığı'na bağlı Toplum Ruh Sağlığı Merkezlerinden hizmet alan ve DSM-V tanı kriterlerine göre şizofreni, şizoaffektif bozukluk ve bipolar bozukluk tanılarında herhangi birine sahip 18 yaş üstü bireyler oluşturmaktadır.

Bu araştırmanın örneklemini, Eskişehir Yunus Emre Devlet Hastanesi Toplum Ruh Sağlığı Merkezinden hizmet alan şizofreni, şizoaffektif bozukluk ve bipolar bozukluk tanılarında birine sahip, 18 yaş üstü, zekâ geriliği olmayan, remisyon döneminde, en az ilkokul mezunu ve gönüllü 105 hasta oluşturmaktadır.

Araştırmada uygun örnekleme yöntemi kullanılmıştır. Uygun örnekleme yöntemi ile seçilen örneklem, uygulamayı yapacak olan araştırmacının yakın çevresinde bulunan, tanıdığı ve bildiği çevreden çekilir (Aziz, 2015, s. 54). Kaza sonucu oluşan ya da bulunabilir örnekleme de denilen bu yöntemde araştırmacının kolaylıkla ulaşabileceği katılımcılar örnekleme alınır (Özen ve Gül, 2007, s. 413). Araştırmada bu yöntemin seçilmesinin temel sebebi, Toplum Ruh Sağlığı Merkezi'nden hizmet alan tüm hastalara ulaşmanın imkânsız olmasıdır. Bunun yerine örneklem, çalışmanın yürütüldüğü Eylül-Ekim 2018 tarihlerinde Eskişehir Devlet Hastanesi TRSM'den hizmet alanlar içinde merkeze ortalama olarak haftada en az bir gün gelip bu araştırmaya katılmaya gönüllü olanlar arasından seçilmiştir.

2.3. ARAŞTIRMANIN VERİ TOPLAMA TEKNİĞİ

Nicel bir araştırma olarak planlanan ve yürütülen bu çalışmada, verilerin toplanabilmesi için anket tekniği uygulanmış ve sonuçlar sayısal verilerle ifade edilmiştir. Anketlerin başında anketlerin etik kurul ve araştırma izinlerini kapsayan bir Aydınlatılmış Onam Formu yer almaktadır. Anket, üç bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde bazı sosyodemografik bilgilerin yer aldığı Kişisel Bilgi Formu, ikinci bölümde Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği (RHİDÖ), üçüncü bölümde ise Sosyal İşlevsellik Ölçeği (SİÖ) yer almaktadır. Anketler, katılımcılarla yüz yüze görüşülerek doldurulmuş ve her bir anketin uygulanması 15-20 dakika sürmüştür.

2.4. ARAŞTIRMANIN VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Araştırmada veri toplama araçları olarak Kişisel Bilgi Formu, Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği (RHİDÖ) ve Sosyal İşlevsellik Ölçeği (SİÖ)-Hasta Formu kullanılmıştır. Kullanılan veri toplama araçlarına ilişkin bilgiler ayrıntısıyla aşağıda verilmiştir.

2.4.1. Kişisel Bilgi Formu

Araştırmacının kendisi tarafından hazırlanan Kişisel Bilgi Formu, katılımcıların aldıkları tanı, cinsiyeti, yaşı, eğitim durumu, medeni hali, çocuk sahibi olma durumu, (2022 dâhil) aylık geliri, ailedeki hastalık geçmişi, kaç yıldır tedavi gördüğü, toplam yatış sayısı, TRSM'ye ne zamandan beri devam ettiği ve TRSM'ye haftada kaç gün geldiği gibi bilgilere ulaşmak amacıyla hazırlanmış 12 sorudan oluşmaktadır.

2.4.2. Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği (RHİDÖ)

Ritsher, Otilingam ve Grajales (2003) tarafından geliştirilmiş bir ölçek olan RHİDÖ 29 maddeden oluşan bir öz-bildirim ölçeği olup içsel damgalanmayı değerlendirir. Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Ersoy ve Varan (2007) tarafından yapılmıştır.

Ölçek toplamda beş alt ölçekten oluşmaktadır: 1, 5, 8, 16, 17 ve 21 numaralı sorulardan oluşan Yabancılaşma (6 madde); 2, 6, 10, 18, 19, 23 ve 29 numaralı sorulardan oluşan Kalıp Yargıların Onaylanması (7 madde); 3, 15, 22, 25 ve 28 numaralı sorulardan oluşan Algılanan Ayrımcılık (5 madde), 4, 9, 11, 12, 13 ve 20 numaralı sorulardan oluşan Sosyal Geri Çekilme (6 madde) ve 7, 14, 24, 26 ve 27 numaralı sorulardan oluşan Damgalanmaya Karşı Direnç (5 madde). Dörtlü Likert tipi ölçek üzerinde cevaplanan maddeler “kesinlikle aynı fikirde değilim” (1 puan), “aynı fikirde değilim” (2 puan), “aynı fikirdeyim” (3 puan), “kesinlikle aynı fikirdeyim” (4 puan) şeklinde puanlanmaktadır. Damgalanmaya karşı direnç alt ölçeğine ait maddeler ters olarak puanlanır. 5 alt ölçeğin oluşturduğu RHİDÖ puanı 29 ile 116 arasında değişmektedir. Yüksek RHİDÖ puanı, içselleştirilmiş damgalanmanın kişide olumsuz yönde daha şiddetli olduğu anlamını taşımaktadır. Ölçeğin bütünü için elde edilen iç tutarlılık katsayısı .93, iki yarım güvenilirliği .89 olarak bulunmuştur (Ersoy ve Varan, 2007). Araştırmamızda ölçeğin Cronbach's Alpha puanı ,894 olarak bulunmuştur. Kolmogorov-Smirnov normallik analizine göre Kalıp Yargıların Onaylanması, Algılanan Ayrımcılık, Damgalanmaya Karşı Direnç alt boyutları puanları normal dağılım göstermemekte iken Yabancılaşma, Sosyal Geri Çekilme ve Ruhsal Hastalıkların İçselleştirilmiş Damgalanması puanları normal dağılım göstermektedir.

2.4.3. Sosyal İşlevsellik Ölçeği

Sosyal İşlevsellik Ölçeği, Birchwood ve ark. (1990) tarafından geliştirilmiş olup her birinde yedi alt ölçeğin bulunduğu Hasta Formu ve Hasta Yakını Formu adında iki formdan oluşan bir öz-bildirim ölçeğidir. Ölçeğin Hasta Formu ve Hasta Yakını Formu'nda bulunan alt ölçekler Sosyal Uğraşı/Sosyal Çekilme, Kişilerarası İşlevsellik, Öncül Sosyal Etkinlikler, Boş Zamanları Değerlendirme, Bağımsızlık Düzeyi-Yetkinlik, Bağımsızlık Düzeyi-Performans ve İş/Meslek başlıkları ile yer almaktadır. Her bir alt ölçeğin puanlamasına bakıldığında;

1. Sosyal Uğraşı/Sosyal Geri Çekilme: Zamanı kullanma, evden çıkma sıklığı, yabancı varlığına tepki gibi davranışları ölçer. 5 maddeden oluşmakta olup her madde 0-3 puan aralığında puanlanır. Toplam puan ise 0-15 arasında değişir.

2. Kişilerarası İşlevsellik: Arkadaş sayısı, iletişim kurma konusundaki öz değerlendirme gibi davranışları ölçer. Toplam 4 maddenin bulunduğu bu bölümde ilk iki madde birleştirilerek puanlanır. Puanlar 0-3 puan aralığında olup alınabilecek en düşük puan 0, en yüksek puan ise 9'dur.

3. Öncül Sosyal Etkinlikler: 23 maddeden oluşan bu bölüm, sinema, kafeye gitme, akraba ziyareti gibi sosyal etkinliklerle ilgilidir. Son üç aydaki durum göz önünde bulundurularak doldurulur. "Hiç", "nadiren", "bazen" ve "sık sık" seçeneklerinden her bir etkinlik için uygun olan işaretlenir. Puanlama 0-3 puan arasında olup bu alt ölçekten minimum 0, maksimum 69 puan alınabilir.

4. Boş Zamanları Değerlendirme: 15 maddeden oluşan ve hobiler, boş zaman etkinlikleri gibi aktivitelerle ilgili olan bölümdür. Son üç aydaki durum göz önünde bulundurularak doldurulur. "Hiç", "nadiren", "bazen" ve "sık sık" seçeneklerinden her bir etkinlik için uygun olan işaretlenir. Puanlama 0-3 puan arasında olup bu alt ölçekten minimum 0, maksimum 45 puan alınabilir.

5. Bağımsızlık Düzeyi-Yetkinlik: 13 maddeden oluşan ve toplu ulaşım kullanma, yemek yapma, iş arama ve öz bakım gibi konularda yeterlilikle ilgili olan bölümdür. Son üç aydaki durum göz önünde bulundurularak doldurulur. "Yeterli", "yardım gerekir", "yapamaz" ve "bilinmiyor" seçeneklerinden her bir etkinlik için uygun olan işaretlenir. Puanlama 3-0 puan arasında olup bu alt ölçekten minimum 0, maksimum 39 puan alınabilir.

6. Bağımsızlık Düzeyi-Performans: 13 maddeden oluşan ve toplu ulaşım kullanma, yemek yapma, iş arama ve öz bakım gibi konularda performansla (sıklıkla) ilgili olan bölümdür. Son üç aydaki durum göz önünde bulundurularak doldurulur. "Hiç", "nadiren", "bazen" ve "sık sık" seçeneklerinden her bir etkinlik için uygun olan işaretlenir. Puanlama 3-0 puan arasında olup bu alt ölçekten minimum 0, maksimum 39 puan alınabilir.

7. İş/Meslek: Gelir getiren bir işte tam gün çalışma veya tam gün öğrenci olma 10 puan; yarım gün gelir getiren bir işte çalışıyor olma, ev hanımlığı veya annelik yapabiliyor olma 9 puan; son zamanlara kadar (örneğin son altı ay) bir işte çalışmış olma ve işten çıkarılma neticesinde aktif olarak iş arıyor olmak 8 puan; bir rehabilitasyon programı veya meslek edindirme kursuna devam ediyor olma 7 puan olarak puanlanır. İlk iki maddeden biri puanlanmışsa asteriksli maddelere geçilmez. İlk iki maddeden puan alınmamışsa 6 ya da daha fazla puanın alınabileceği diğer maddelere geçilir. Puanlama 0-10 puan arasında olup bu alt ölçekten minimum 0, maksimum 10 puan alınabilir.

Sorularda anlaşılmayan yerlerin açıklanması için ölçek doldurulurken katılımcı ile birlikte ölçeği bilen birinin de hazır bulunması gerekmektedir. Ölçekten alınan daha yüksek puan daha yüksek işlevselliği ifade etmektedir. Standartları hesaplanmayan bu ölçek, literatürdeki karşılaştırmalı çalışmalarda kullanılmaktadır. Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Erakay (2001) tarafından yapılmıştır. Bu çalışmada, Sosyal İşlevsellik Ölçeği-Hasta Formu değerlendirmeye alınmıştır. Kolmogorov-Smirnov normallik analizine göre Sosyal Çekilme, Kişilerarası İşlevsellik, Öncül Sosyal Etkinlikler, Boş Zamanları Değerlendirme, Bağımsızlık Düzeyi-Yetkinlik, Bağımsızlık Düzeyi-Performans, İş/Meslek alt ölçekleri puanları normal dağılım göstermemekte iken Sosyal İşlevsellik Ölçeği toplam puanı normal dağılım göstermektedir.

2.5. VERİLERİN TOPLANMASI, İŞLENMESİ VE ÇÖZÜMLENMESİ

Araştırma verilerinin toplanabilmesi için Hacettepe Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu, Eskişehir İl Sağlık Müdürlüğü ve çalışmaya başlanan tarihte TRSM'nin bağlı olduğu Eskişehir Devlet Hastanesinden gerekli izinler alınmıştır. Verilerin toplandığı tarihlerde TRSM Eskişehir Devlet Hastanesine bağlı olarak hizmet vermekteyken verilerin toplanmasından çok kısa bir süre sonra bu hastane kapatılmış ve Eskişehir Şehir Hastanesi olarak başka bir yerleşkede hizmet vermeye başlamıştır. TRSM ise Eskişehir Yunus Emre Devlet Hastanesi'ne bağlanmıştır. Merkez, 30.10.2018 tarihinden itibaren Eskişehir Yunus Emre Devlet Hastanesi bünyesinde hizmet vermektedir.

Eskişehir Yunus Emre Devlet Hastanesi Toplum Ruh Sağlığı Merkezi, 18 Nisan 2011 tarihinde Eskişehir Devlet Hastanesinin bir birimi olarak kendi bahçesi ve girişi olan, hastane binasından ayrı ve müstakil bir binada kurulmuştur. TRSM, hafta içi mesai saatlerinde şizofreni, şizoaffektif bozukluk ve bipolar bozukluk gibi ciddi ruhsal hastalığı olan bireylere yönelik tedavilerin ve ruhsal toplumsal beceri eğitimlerinin planlandığı, sosyal aktivitelerin ve aile bilgilendirme toplantılarının yapıldığı bir merkez işlevi görmektedir. Merkezde, hastalara yönelik bireysel terapiler, grup terapileri, grup çalışmaları, günaydın toplantıları, öz bakım dersleri, yemek kursu, halk oyunları kursu, tiyatro kursu, koro çalışmaları, resim ve el sanatları kursları, spor dersleri ve aylık diyetisyen eğitimi ile aile bilgilendirme toplantıları gibi çalışmalar yürütülmektedir. Merkezde, her ay o ayda doğan tüm hastaların doğum gününün kutlanması, her hafta tatlı Çarşamba etkinliği, ayda bir sinema veya tiyatro etkinlikleri, ayda bir dışarıda kahvaltılı etkinliği, yaz aylarında ayda bir piknik, müze gezileri, her sene sonu hastaların çalışmalarından oluşan sergi, dini ve milli bayramlaşma etkinlikleri, yılbaşı eğlencesi gibi etkinlikler de bir etkinlik takvimine bağlı olarak gerçekleştirilmektedir. Ayrıca merkeze bir servis tahsis edilmiş olup her gün öğlen yemeği ve günde en az iki defa çay servisi de hastalara sunulan hizmetler arasındadır. Merkezde, merkezin sorumlusu olarak bir psikiyatri hekimiyle birlikte iki hemşire, bir sosyal hizmet uzmanı, bir psikolog, iki tıbbi sekreter, bir güvenlik görevlisi ve iki temizlik görevlisi tam zamanlı olarak çalışmaktadır. Merkezdeki kursları Halk Eğitim Merkezi'nden görevlendirilen usta öğreticiler ruh sağlığı ekibinin kontrolünde vermektedirler. Haftada en az iki defa ev ziyaretleri planlanmakta, bu ziyaretlerde bir hemşire ve bir sosyal hizmet uzmanı ya da psikolog görev almaktadır. Gerekli durumlarda sorumlu hekim de ev ziyaretlerine katılmaktadır.

Anketler uygulanmadan önce çalışmanın amacını, kimler tarafından nerede yürütüldüğünü, çalışma için alınan izinleri, çalışmaya katılımın gönüllü olduğunu ve çalışmadan istendiği zaman çıkılabileceğini açıklayan bir Aydınlatılmış Onam Formu öncelikle katılımcıya sözel olarak açık ve anlayabileceği bir şekilde anlatılmış, sonra okutularak karşılıklı imzalanmıştır. Araştırmacının, araştırmanın yürütüldüğü kurumda daha önce meslek elemanı olarak çalışmış olması katılımcılarla önceden tesis edilmiş

bir güven bağı ve katılımcıların çalışmaya katılım konusunda hevesli olmalarını sağlamıştır.

Toplum Ruh Sağlığı Merkezinden hizmet alan ve bu çalışmaya katılmaya gönüllü olan hastalara uygulanan Kişisel Bilgi Formu, Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği ve Sosyal İşlevsellik Ölçeği'nden elde edilen verilerin analizi SPSS 24.0 programı ile yapılmıştır. Çalışmada ölçek puanlarının normal dağılıma uygunluğunun belirlenmesi için basıklık ve çarpıklık katsayıları incelenmiş ve normal dağılıma uygun olduğu belirlenmiştir. Kolmogorov-Smirnov normallik analizine göre Sosyal Çekilme, Kişilerarası İşlevsellik, Öncül Sosyal Etkinlikler, Boş Zamanları Değerlendirme, Bağımsızlık Düzeyi-Yetkinlik, Bağımsızlık Düzeyi-Performans, İş/Meslek, Kalıp Yargıların Onaylanması, Algılanan Ayrımcılık, Damgalanmaya Karşı Direnç puanları normal dağılım göstermemekte iken Sosyal İşlevsellik, Yabancılaşma, Sosyal Geri Çekilme ve Ruhsal Hastalıkların İçselleştirilmiş Damgalanması puanları normal dağılım göstermektedir. RHİDÖ'ye ait Cronbach's Alpha puanı ,894 olarak bulunmuştur. Bu bilgi doğrultusunda Sosyal İşlevsellik ile Ruhsal Hastalıkların İçselleştirilmiş Damgalanması arasında ilişki Pearson korelasyon testi ile analiz edilirken Sosyal İşlevselliğin Ruhsal Hastalıkların İçselleştirilmiş Damgalanması üzerindeki etkisi lineer regresyon ile analiz edilmiştir. Çalışmada bununla birlikte Sosyal İşlevsellik ile Ruhsal Hastalıkların İçselleştirilmiş Damgalanmasının kişisel bilgilere göre farklılık gösterme durumu iki gruplu değişkenlerde bağımsız gruplar t testi k gruplu değişkenlerde ($k > 2$) tek yönlü ANOVA testi ile analiz edilmiştir. ANOVA testinde fark çıkması durumunda ikili karşılaştırmaya bakmak için Tukey testi kullanılmıştır.

2.6. SÜRE VE OLANAKLAR

Araştırma verileri 10 Eylül 2018-25 Ekim 2018 tarihleri arasında toplanmıştır. Verilerin analizinde profesyonel bir istatistikçiden yardım alınmıştır. Araştırma için gerekli bütün materyallerin temini ve diğer masraflar araştırmacı tarafından karşılanmıştır.

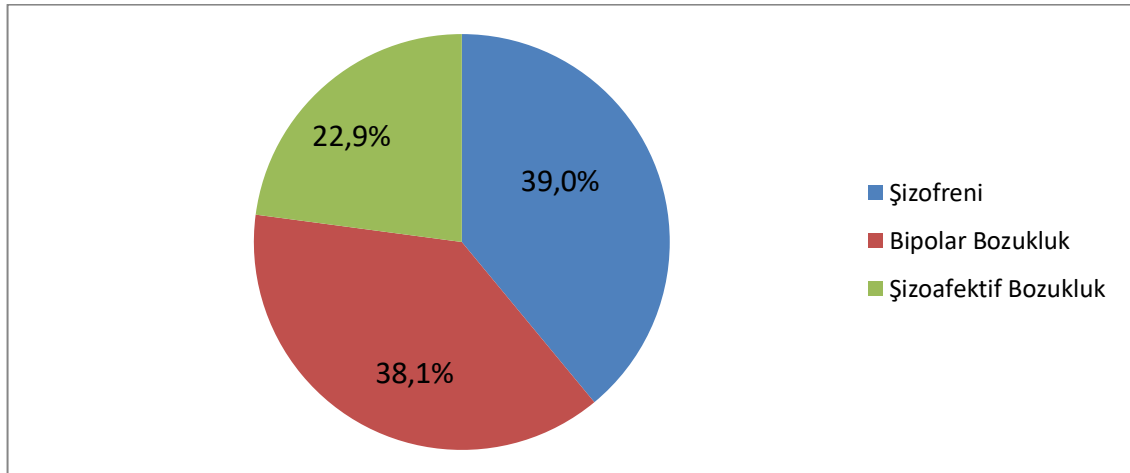
3. BULGULAR VE TARTIŞMA

Bu bölümde, araştırmanın amacı ve alt amaçlarına paralel olarak araştırma bulgularına ilişkin istatistiksel verilere yer verilmiştir. Öncelikle araştırmaya katılan TRSM hizmet alanlarının sosyodemografik özelliklerine ilişkin elde edilen veriler sunulmuştur. Sonrasında ise ölçeklerle elde edilen verilere ait bulgular ve sosyodemografik bilgilerin ölçekler üzerindeki etkisine dair elde edilen veriler ayrı başlıklar altında araştırma amaçlarına uygun olarak yorumlanmış ve literatürde bulunan benzer çalışmalarla birlikte tartışılmıştır.

3.1. KATILIMCILARIN SOSYODEMOGRAFİK BİLGİLERİNİN TANIMLAYICI İSTATİSTİKLERİNE İLİŞKİN BULGULAR

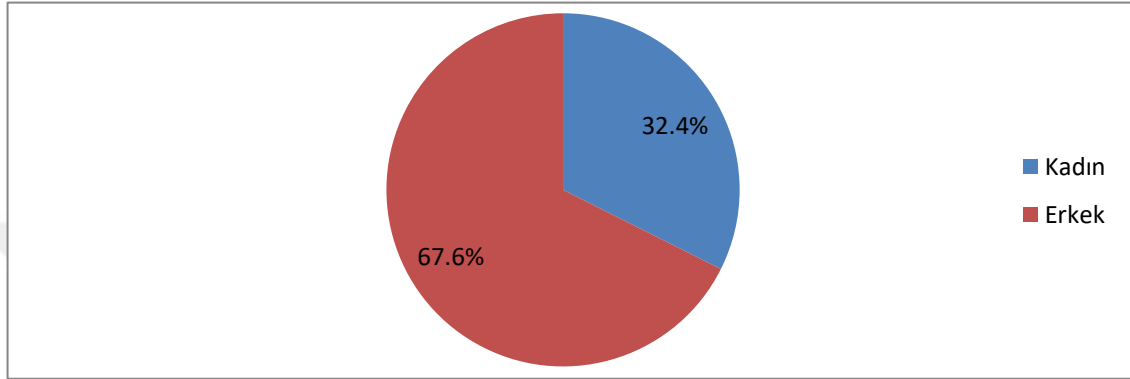
Bu başlık altında, araştırmaya katılan ruhsal hastalara ilişkin bazı sosyodemografik değişkenlere ait verilerin tablolarına ve yorumlarına yer verilmiştir. Araştırmada kullanılan “Kişisel Bilgi Formu” aracılığıyla katılımcılardan “tanı türü, cinsiyet, yaş, eğitim durumu, medeni durum, çocuk sayısı, aylık gelir, ailede ruhsal hastalığı olan kişi varlığı, tedavi görme süresi, psikiyatri servisine yatış sayısı, TRSM’ye devam süresi, TRSM’ye haftada gelinen gün sayısı” gibi değişkenlere ilişkin veriler toplanmıştır. Çalışma durumu ve birlikte yaşanan kişi bilgileri Sosyal İşlevsellik Ölçeğinden alınmıştır. Elde edilen veriler, şekiller aracılığıyla aşağıda sunulmuştur.

Şekil 5. Katılımcıların Aldıkları Tanıya Göre Yüzdelerle Dağılımları



TRSM'den hizmet alan hastaların (n=105) aldıkları tanıya göre dağılımları şekil 5'te verilmiştir. Buna göre tüm katılımcıların %39'unun (n=41) şizofreni, %38,1'inin (n=40) bipolar bozukluk ve % 22,9'unun (n=24) şizoaffektif bozukluk tanısı aldığı görülmektedir.

Şekil 6. Katılımcıların Cinsiyetlerine Göre Yüzdelerle Dağılımları



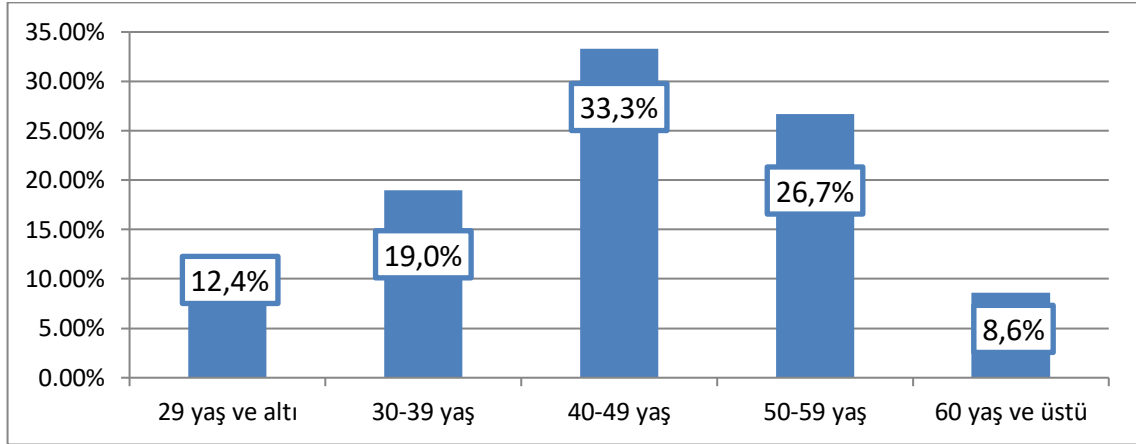
Şekil 6 TRSM hizmet alanlarının (n=105) cinsiyetlerine göre yüzdelerle dağılımlarını göstermektedir. Görüldüğü üzere, hizmet alanların %67,6'sı (n=71) erkek, %32,4'ü (n=34) kadındır. Ensari ve diğerlerinin (2013) Bolu TRSM'ye düzenli devam eden 30 şizofreni hastasıyla yaptıkları bir yıllık izlem çalışmasında katılımcıların %60'ının erkek, %40'ının kadın olduğu bildirilmiştir. Gül ve diğerleri (2014) Kırıkkale TRSM'de yaptıkları çalışmada bu oranı %39 kadın ve %61 erkek olarak tespit etmişlerdir. Saylavcı (2014) Kahramanmaraş Şirikçioğlu TRSM'de 83 hastayla yaptığı çalışmada hastaların %57,8'inin erkek, %42,2'sinin ise kadın olduğunu bildirmiştir. Saruç ve Kaya Kılıç (2015)'in Antalya Aşır Aksu TRSM'de yürüttükleri sosyal profil çalışmasında erkek oranı %58, kadın oranı %42 olarak bulunmuştur. Aydın (2016) araştırmasında TRSM grubunda kadın oranını %26,8 olarak bulmuştur. Ekim 2015-Aralık 2015 tarihleri arasında Ankara Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi TRSM'de yürütülen kontrollü bir çalışmada katılımcı erkeklerin oranı%64, kadınların oranı ise %36 olarak bulunmuştur (Özdemir ve diğerleri, 2017). Üstün ve diğerleri (2018)'nin Amasya Recep Akyılmaz TRSM'de yaptıkları ve merkezdeki rehabilitasyon programlarına katılımın tedavi uyumu ve öz-yeterlilik açısından etkisini araştırdıkları ve rehabilitasyon programlarına katılan 32 hasta ve rehabilitasyon programlarına katılmayan 32 hastadan oluşan toplam 64 katılımcılı bir araştırmada merkezdeki

programlara katılan 32 hastanın %78.1'inin erkek, %21.9'unun ise kadın olduğu bulunmuştur. İzmir'de bir TRSM'de yapılan bir başka çalışmada da cinsiyetler arasında benzer oranlar elde edilmiştir (Yılmaz Karaman, 2018). Genel olarak, TRSM'lerde yapılan araştırmalarda, kadın katılımı erkek katılımından daha düşük bulunmaktadır.

TRSM hizmetlerine katılımında kadınların erkeklere nazaran daha az aktif oldukları görülmüştür. Kadınlar, toplumsal yaşamın her alanında olduğu gibi toplum temelli tedavi hizmetlerine erişim ve bu hizmetlerin kullanımı konusunda da erkekler kadar katılımcı olamamaktadırlar. Bu durumun toplumsal cinsiyet algısı ile ilgili olduğu düşünülmüştür.

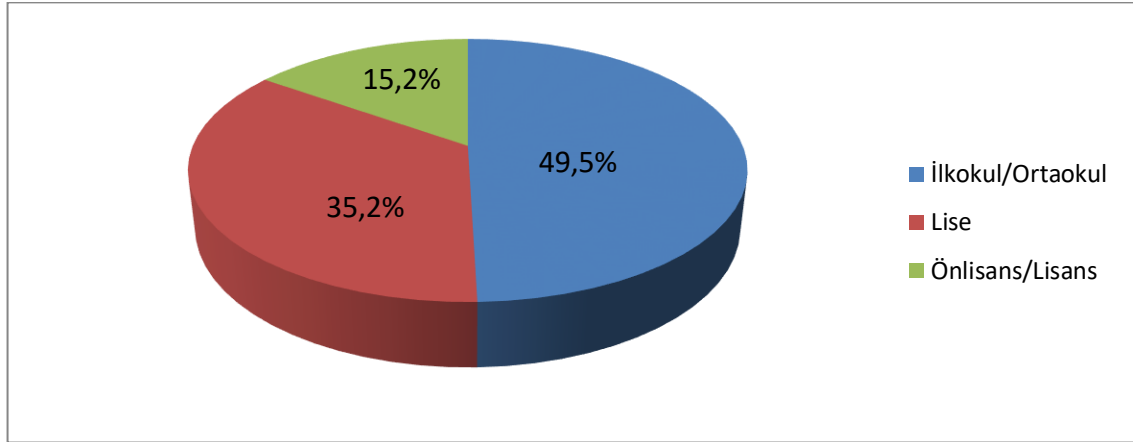
Toplumumuzda hastalanan erkeklerin bir işte çalışması, evi geçindirmesi veya diğer rollerini yerine getirmesi beklentisi, evli ya da bekâr olsun, kadın hastalardan –hastalığa ve onun yıkıcı etkilerine rağmen- beklenen yemek, temizlik, çarşı-pazar alışverişi, çocuk bakımı, ev idaresi gibi aksiyonlardan çok daha azdır. Dolayısıyla, hastalansa bile, kadına yüklenen sorumluluklar hastalanan erkeklerden beklenenlerden çok daha fazladır. Hastalanan erkekler dışarıda vakit geçirme, kahveye gitme vb. konularda fazla kısıtlanmazken kadınlar zorunlu haller dışında genellikle evde vakit geçirmek durumundadırlar. Çalışmamıza katılan kadın hastaların çoğunun, erkeklerin aksine, evde de birtakım sorumlulukları bulunmaktadır. Çocuk bakma sorumluluğu olmayanların en azından ev idaresi konusunda aktif olması beklenmektedir. Ülkemizde kadınlar, kendilerine uygun görülen “evi idare etme” sorumluluğunu hastalık nedeniyle yerine getirememeleri durumunda erkeklere göre daha acımasızca eleştirildikleri için genellikle TRSM'ye gelmek ve toplum temelli tedavi hizmetlerinden faydalanmak yerine evde durmak ve “sorumluluklarının gereğini yapmak” zorunda bırakılmaktadırlar. Ev işlerinde aktif olmaları kadınların tedavisine yarar sağlasa da toplum temelli hizmetlere erişimlerinin engellenmesi ciddi bir sorun olarak görünmekte ve işlevsel iyileşmelerinin gecikmesine, bazı durumlarda da önüne geçmesine neden olduğu gerçeği de göz ardı edilmemelidir. Bu nedenle, literatürde ülkemizde yapılan diğer çalışmalar gibi bizim çalışmamızda da toplum temelli ruh sağlığı hizmetlerinde kadın katılımının düşük olması şaşırtıcı olmamıştır. Çalışmamızın bulguları literatürle uyumludur.

Şekil 7. Katılımcıların Yaşa Göre Dağılımları



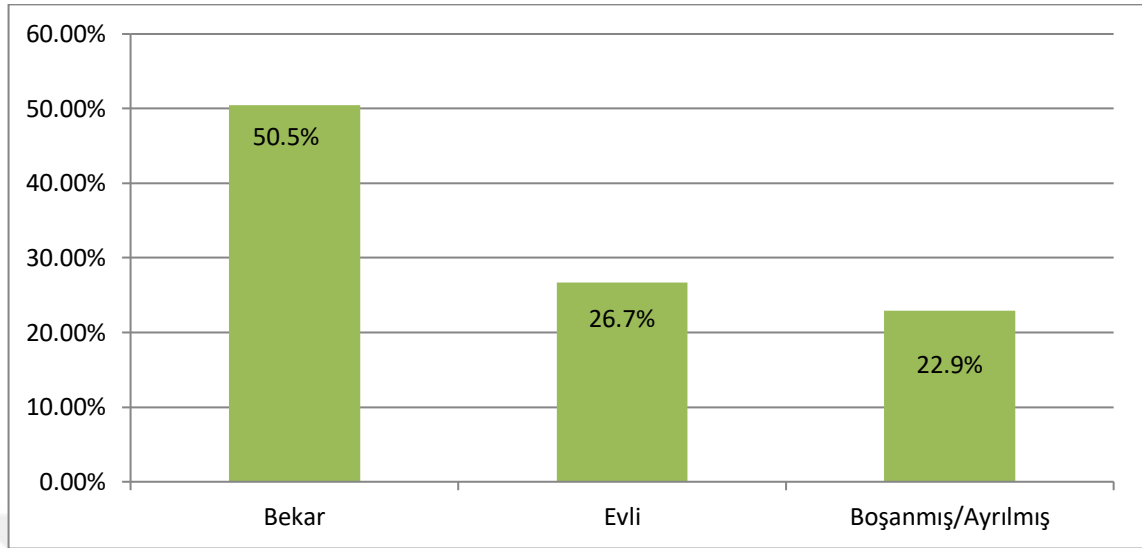
Şekil 7, katılımcıların (n=105) yaşa göre dağılımlarını göstermektedir. Buna göre 29 yaş ve altındakilerin %12,4 (n=13), 30-39 yaşları arasındakilerin %19 (n=20), 40-49 yaşları arasındakilerin %33,3 (n=35), 50-59 yaşları arasındakilerin %26,7 (n=28), 60 yaş ve üstündekilerin %8,6 (n=9) oranlarında oldukları görülmektedir. Çalışmamızda en küçük katılımcı yaşı 18, en büyük katılımcı yaşı 71, yaş ortalaması ise $44,514 \pm 11,5360$ 'tır. Ensari ve diğerleri (2013) kendi çalışmalarında TRSM yaş ortalamasını $38,9 \pm 12,3$ olarak saptamışlardır. Aydın ve diğerleri (2014), TRSM'de yürüttükleri bir çalışmada katılımcıların yaş ortalamasını $41,72 \pm 11,29$ olarak bulmuştur. Başka bir TRSM'de yapılan sosyal profil çalışmasında araştırmaya katılan en küçük katılımcı yaşı 19, en büyük katılımcı yaşı ise 68, örneklemin yaş ortalaması ise $40,74$ olarak tespit edilmiştir (Saruç ve Kaya Kılıç, 2015). Aydın (2016), TRSM'de yaptığı bir çalışmada tüm katılımcıların yaş ortalamasını $38,36$ olarak tespit etmiştir. Amasya'da bir TRSM'de yapılan bir diğer çalışmada TRSM'de uygulanan rehabilitasyon programlarına katılan hastalarda yaş ortalaması $37,03 \pm 10,84$, rehabilitasyon programlarına katılmayan hastalarda ise yaş ortalaması $36,63 \pm 9,59$ olarak bulunmuştur (Üstün ve diğerleri, 2018). Yılmaz Karaman (2018)'in araştırmasında ise TRSM'deki rehabilitasyon programlarına katılan hastaların yaş ortalaması $35,22 \pm 12,714$, rehabilitasyon programlarına katılmayan hastalarda $44,08 \pm 9,399$ olarak aktarılmıştır. Araştırma örnekleminin yaş ortalaması, ülkemizdeki literatürde daha önce yapılan TRSM araştırmalarında bulunan yaş ortalamasına yakın çıkmıştır.

Şekil 8. Katılımcıların Eğitim Durumuna Göre Dağılımları



Şekil 8 incelendiğinde, tüm katılımcıların (n=105) %49,5'lik bir oranla yarısına yakınının (n=52) ilkokul/ortaokul mezunu olduğu, bunu %35,2 (n=37) ile lise mezunlarının ve %15,2 (n=16) ile önlisans/lisans mezunlarının izlediği görülmektedir. Çalışmaya herhangi bir eğitimi olmayanların alınmadığı da göz önünde bulundurulduğunda, TRSM'den hizmet alanların düşük bir eğitim profili çizdikleri söylenebilir. Bolu TRSM'de yapılan çalışmada, araştırmaya okur-yazar olmayanlar da dâhil edilmiş, tüm katılımcıların %6,7'sinin okur-yazar olmadığı, %60'ının ilköğretim mezunu olduğu, %20'sinin lise mezunu olduğu ve %13,4'ünün ise yüksekokul/üniversite mezunu olduğu bildirilmiştir (Ensari ve diğerleri 2013). Gül ve diğerlerinin (2014) Kırıkkale TRSM'de yürüttükleri bir araştırmaya dâhil olan TRSM hizmet alanlarının ise %60,8'inin ilkokul/ortaokul mezunu olduğu, %32,1'inin lise mezunu olduğu ve %3,6'sının ise yüksekokul mezunu olduğu bulunmuştur. Saylavcı (2014) tarafından yapılan bir araştırmada ise araştırmaya katılan tüm hastalarda ilkokul/ortaokul mezunu olanların oranının %53, lise mezunu olanların oranının %42,2, lisans mezunu olanların oranının ise %4,8 olduğu bildirilmiştir. Benzer bir şekilde yapılan ancak okuma-yazma bilmeyenlerin de dâhil edildikleri bir başka TRSM çalışmasında tüm katılımcılarda %8 oranında okuma-yazması olmayanların, %32,2 oranında ilkokul mezunu olanların ve %14 oranında üniversite mezunlarının olduğu belirlenmiştir (Saruç ve Kaya Kılıç, 2015). Eğitim düzeyi olarak ülkedeki TRSM'lerin benzer seviyelerde olduğu, hastaların eğitim durumlarının ilkokul/ortaokul ağırlıklı olduğu söylenebilir.

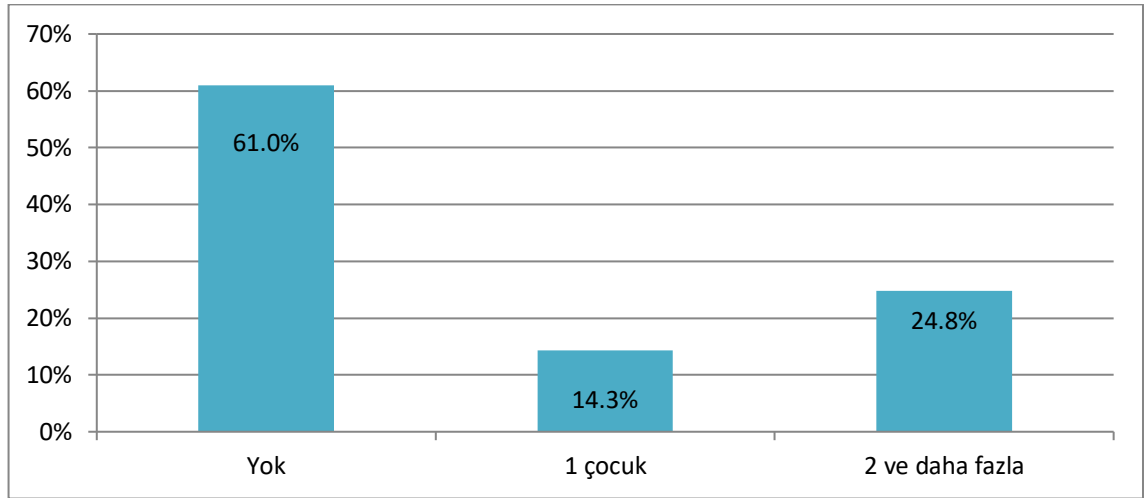
Şekil 9. Katılımcıların Medeni Durumlarına Göre Dağılımları



Şekil 9, araştırma kapsamında görüşülen 105 katılımcının medeni durumlarına ilişkin bilgileri göstermektedir. Bu bilgiler ışığında katılımcıların % 50,5'inin (n=53) bekar olduğu, % 26,7'sinin (n=28) evli olduğu, %22,9'unun (n=24) ise boşanmış veya ayrılmış oldukları görülmektedir.

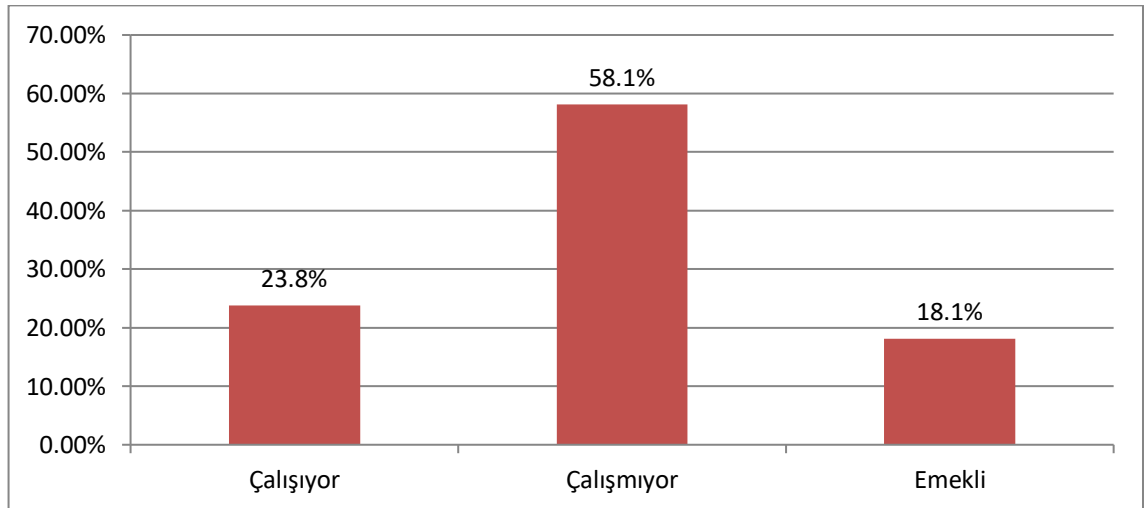
Bolu TRSM'de yürütülen bir çalışmada araştırmaya katılan toplam 30 şizofreni hastasının %50'sinin bekar olduğu, %30'unun evli olduğu, %20'sinin ise dul/boşanmış olduğu bildirilmiştir (Ensari ve diğerleri, 2013). Kahramanmaraş'ta TRSM hastalarıyla yapılan bir çalışmada bekar hastaların oranı %57,8, evli hastaların oranı %27,7, boşanmış ve dullar ise %14,4 olarak verilmiştir (Saylavcı, 2014). Antalya'da yapılan bir çalışmada TRSM hizmet alanlarının %64,2 gibi büyük oranının bekar, %20'sinin boşanmış ve %11,4'ünün de evli oldukları bulunmuştur (Saruç ve Kaya Kılıç, 2015). Ankara'da yürütülen bir çalışmada TRSM hizmet alanlarının %58'inin bekar, %36'sının evli, %6'sının ise boşanmış olduğu tespit edilmiştir (Özdemir ve diğerleri, 2017). Güncel bir diğer çalışmada ise TRSM hizmet alanlarının %62,5 oranında bekar oldukları bulunmuştur (Üstün ve diğerleri, 2018). Medeni duruma bakıldığında, çalışmamızın bulgularının ülkedeki diğer TRSM'lerle benzer profilde olduğu görülmektedir.

Şekil 10. Katılımcıların Çocuk Sayısına Göre Dağılımları



Şekil 10, katılımcıların çocuk sayılarına göre dağılımlarını göstermektedir. TRSM hizmet alanlarından araştırma kapsamında incelenen tüm katılımcıların (n=105) %61'inin (n=64) hiç çocuğunun olmadığı, %14,3'ünün (n=15) 1 çocuğunun olduğu, %24,8'inin (n=26) ise 2 ve daha fazla çocuğunun olduğu görülmektedir.

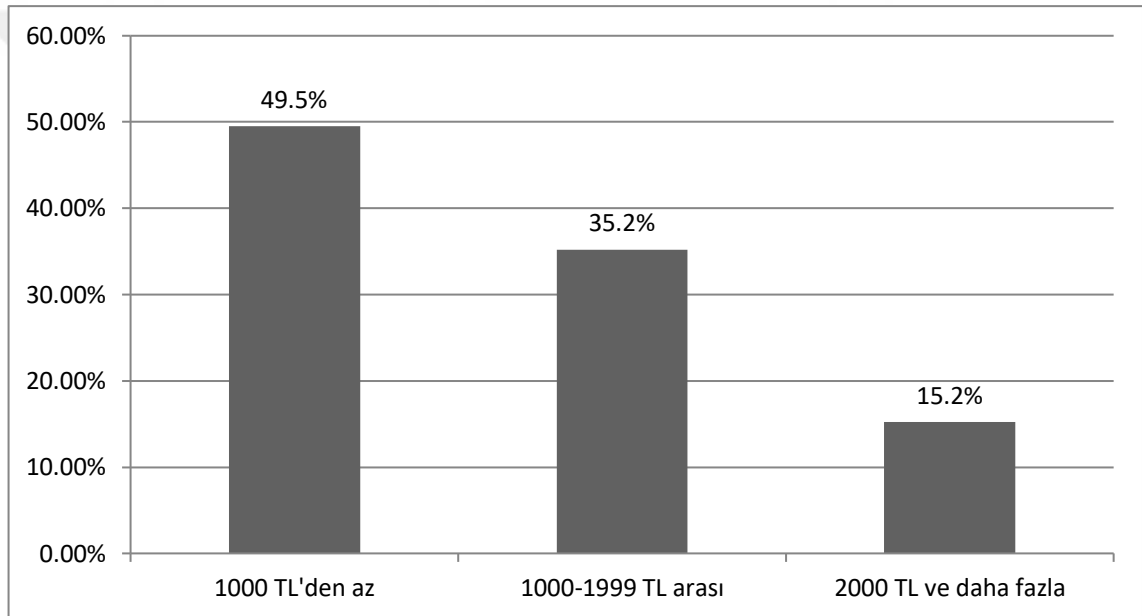
Şekil 11. Katılımcıların Çalışma Durumlarına Göre Dağılımları



Şekil 11'de katılımcıların çalışma durumlarına göre dağılımları gösterilmiştir. Tam ya da yarım gün gelir getiren bir işte çalışan, tam gün öğrencilik yapan, ev kadınlığı ya da annelik yapan, son altı aya kadar bir işte çalışmış olan ve işten çıkarılma sonucu aktif olarak iş arayan katılımcılar çalışan grubuna dahil edilmiştir. Buna göre tüm

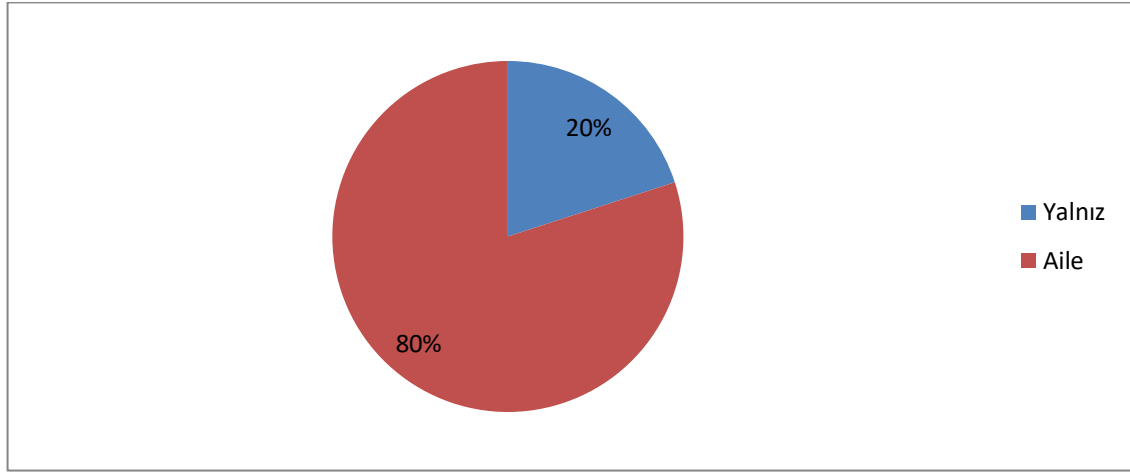
katılımcıların (n=105) %23,8'i (n=25) bir işte çalışmakta iken %58,1'i (n=61) işsiz, %18,1'i (n=19) de emeklidir. Yapılan bir çalışmada TRSM hastalarının %64'ünün işsiz olduğu (Özdemir ve diğerleri, 2017); bir başka TRSM'de yapılan diğer bir çalışmada TRSM'deki rehabilitasyon programlarına katılan hastaların %25'inin, katılmayan hastaların sadece %18,8'inin çalışmakta olduğu bulunmuştur (Üstün ve diğerleri, 2018). Ciddi ruhsal hastalığı olanların iş yaşamında yer alma konusunda, çalışabilecek durumda olsalar bile, büyük oranda “dışarıda bırakıldığı” ve çoğunlukla çalışmadıkları görülmektedir.

Şekil 12. Katılımcıların Kişisel Gelir Durumuna Göre Dağılımları



Şekil 12, katılımcıların kişisel gelir durumuna göre dağılımlarını göstermektedir. Araştırmaya katılan TRSM hizmet alanlarının (n=105) %49,5'inin (n=52) 1000 TL'den daha az gelirin olduğu, %35,2'sinin (n=37) 1000-1999 TL arası gelirin olduğu, %15,2'sinin (n=16) de 2000 TL ve daha fazla gelire sahip olduğu bulunmuştur. Ekonomik gelir bağlamında bakıldığı zaman TRSM hizmet alanlarının bireysel gelirlerinin düşük olduğu görülmektedir. Bu durum, hizmet alanların çalışma oranlarını gösteren şekil 11 incelendiği zaman anlam kazanmaktadır. Hizmet alanlar, ağırlıklı olarak alt sosyoekonomik gelir grubunda yer almaktadırlar.

Şekil 13. Katılımcıların Birlikte Yaşadıkları Kişilere İlişkin Dağılımları

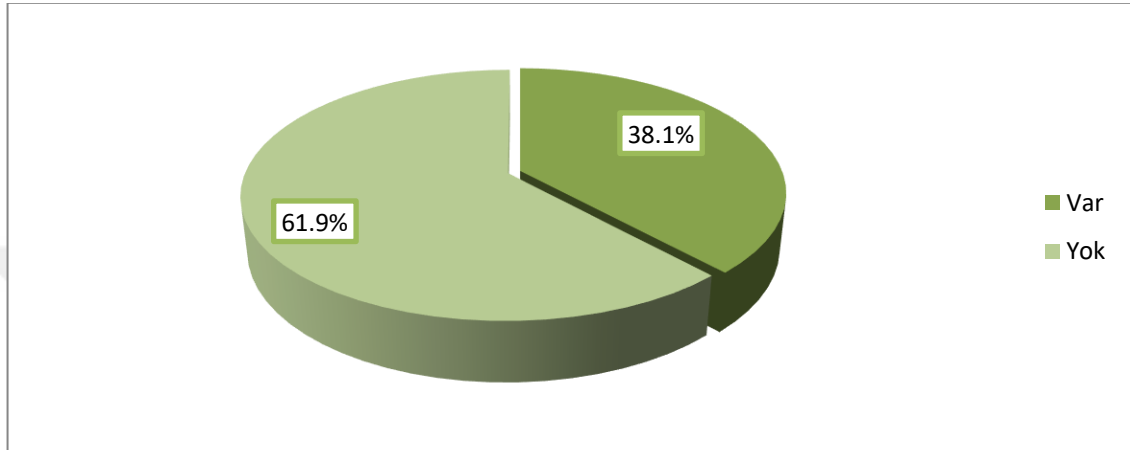


Şekil 13'te, araştırma kapsamındaki hizmet alanların (n=105) kiminle yaşadıklarına ilişkin dağılımları görülmektedir. Katılımcıların verdikleri yalnız anne, yalnız baba, anne ve baba, anne-baba ve kardeş/ler, erkek/kız kardeş/ler, yalnız eş, eş ve çocuk/lar, çocuk/lar, çocuklardan biri ve damat/gelin, oğlum/kızım ve ailesi gibi cevapların tamamı "aile" seçeneği içinde değerlendirilmiştir. Kurum bakımında olup merkezin hizmetlerinden faydalananlar çalışmaya dahil edilmemiştir. Buna göre, aile ile yaşayanların oranı %80 (n=84), yalnız yaşayanların oranı ise %20 (n=21) olarak bulunmuştur.

Ensari ve diğerleri (2013) Bolu TRSM'ye düzenli gelen 30 şizofreni hastasıyla yaptıkları çalışmada bu oran %96,7 olarak; Gül ve diğerlerinin (2014) Kırıkkale Toplum Ruh Sağlığı Merkezinde yaptıkları bir çalışmada çalışma kapsamına alınan ve merkezde düzenli olarak takip edilen 28 Şizofreni hastasının %71,4'ünün ailesi ile birlikte yaşadığı tespit edilmiştir. Saylavcı (2014) kendi çalışmasında ailesiyle yaşayanlar için bu oranı %98,8 olarak vermiştir. Yine Saruç ve Kaya Kılıç (2015)'in Ocak 2014-Şubat 2014 tarihlerinde Antalya Aşır Aksu Toplum Ruh Sağlığı Merkezinde gerçekleştirdikleri profil çalışmasında araştırmaya dahil edilen 176 hastanın "yalnız" ve "kurum bakımı" seçenekleri çıkarıldığında %73,7'sinin ailesi veya bir tanıdığı ile birlikte yaşadıkları bulunmuştur. Aydın (2016), araştırmasında, TRSM grubunda ailesi yanında yaşayanların oranını %97,6 olarak tespit etmiştir. Amasya ilindeki bir TRSM çalışmasında ise katılımcıların %53,1 oranında ailesiyle birlikte yaşadıkları anlaşılmıştır

(Üstün ve diğerleri, 2018). Literatürde de ciddi ruhsal hastalığı olanların çoğunlukla ailesi yanında yaşadıklarından bahsedilmekte olup çalışmamızın bulguları da bu tespiti doğrular niteliktedir.

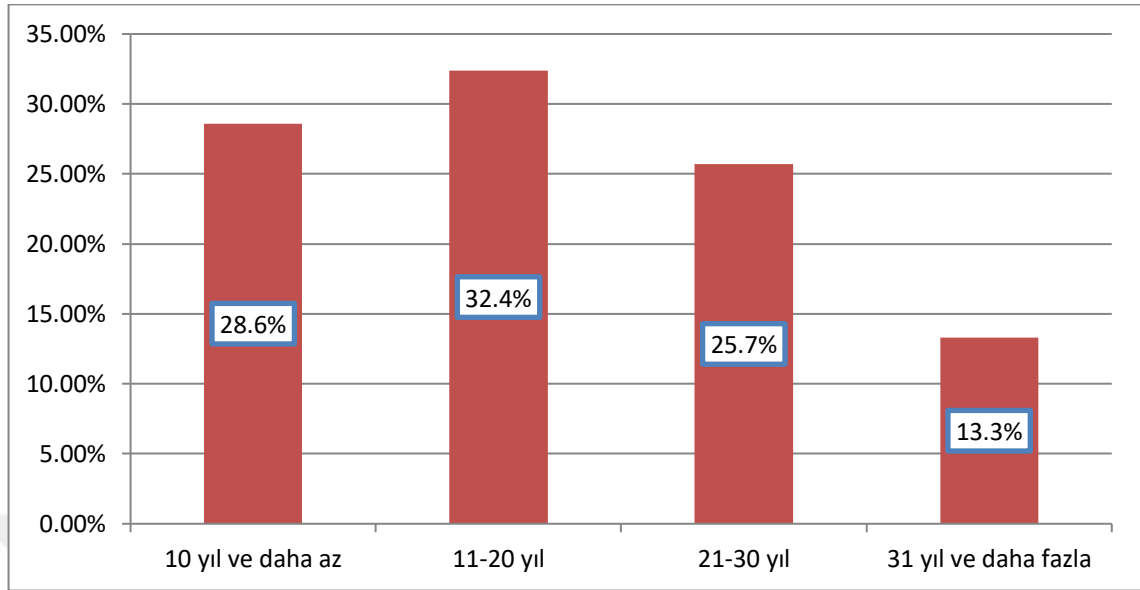
Şekil 14. Katılımcıların Ailelerindeki Ruhsal Hastalık Geçmişinin Varlığına İlişkin Dağılımları



Şekil 14, araştırma kapsamında incelenen 105 kişinin ailelerindeki ruhsal hastalık geçmişinin varlığına/yokluğuna ilişkin dağılımlarını göstermektedir. Buna göre katılımcıların %61,9'unun (n=65) ailesinde ruhsal hastalık geçmişine sahip birinin olmadığı, %38,1'inin (n=40) ise geçmişte veya şimdi ailesinde ruhsal hastalığa sahip en az bir kişinin olduğu görülmüştür.

Buldukoğlu ve diğerleri (2011), ailesinde ruhsal hastalık geçmişi olan bireylerin çocukluk dönemlerinde sorunlar yaşadıklarını, ergenlik dönemlerinde ruhsal hastalık belirtileri gösterebildikleri, bazı davranış sorunları ile toplumsal izolasyon yaşadıklarını gösteren çalışmalar bulunduğunu aktarmışlardır (s. 684). Saruç ve Kaya Kılıç (2015)'in çalışmasında, ailesinde ruhsal hastalık geçmişi olanların oranı %58,3 olarak bulunmuştur. Araştırmamızda tespit ettiğimiz oran (%38,1), Saruç ve Kaya Kılıç (2015)'in bulduğu orandan daha düşüktür. Bu durumun araştırmanın kısıtlılıkları ile ilgili olabileceği düşünülmüştür.

Şekil 15. Katılımcıların Tedavi Görme Sürelerine İlişkin Dağılımları

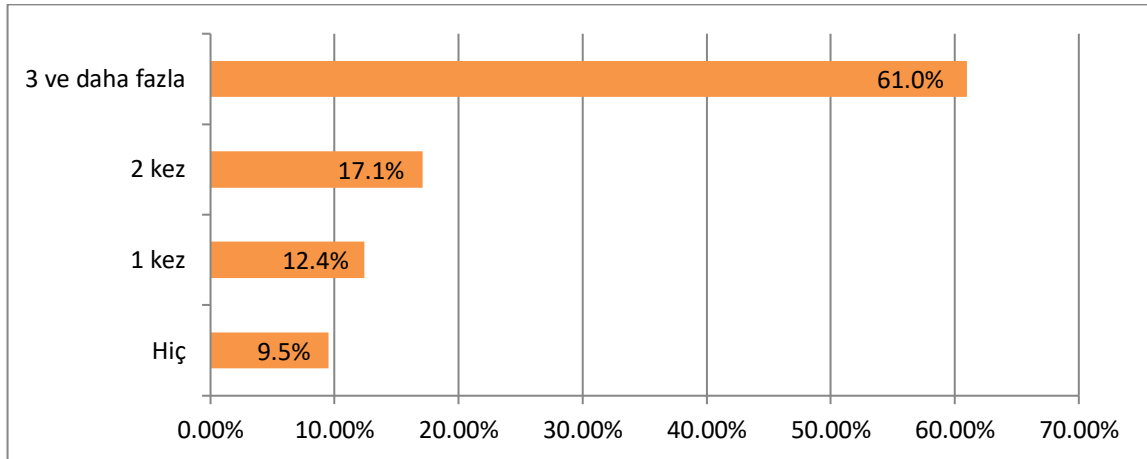


Katılımcıların tedavi görme sürelerine ilişkin dağılımlarını gösteren grafik Şekil 15'te gösterilmiştir. Buna göre, araştırmaya katılan 105 katılımcının %28,6'sı (n=30) 10 yıl ve daha az bir süredir, %32,4'ü (n=34) 11-20 yıl arası, %25,7'si (n=27) 21-30 yıl arası, %13,3'ü ise (n=14) 31 yıl ve daha fazla süredir tedavi görmektedir.

Gül ve diğerleri (2014) TRSM hizmet alanlarının hastalık süresini ortalama olarak 20,10 yıl olarak, TRSM'de araştırma yapan Üstün ve diğerleri (2018) katılımcıların ortalama hastalık süresini 14,93 yıl olarak bulmuş; Saruç ve Kaya Kılıç (2015) ise başka bir TRSM'de yürüttükleri kendi araştırmalarında 10 yılın altında tedavi süresi olan hastaların oranını %32,9, 10 yıldan uzun süredir tedavi görenlerin oranı ise %67,1 olarak kaydetmiştir.

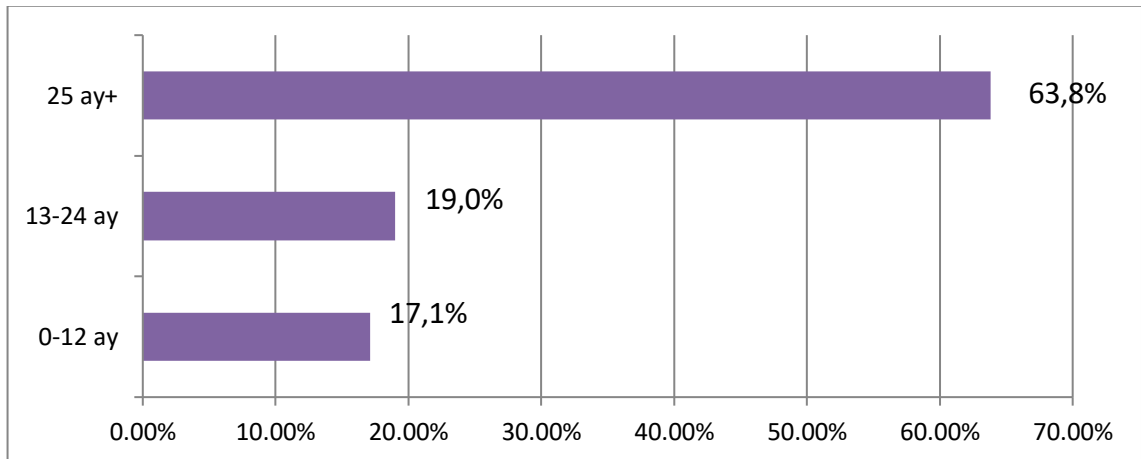
Katılımcıların tedavi görme süreleriyle ilgili olarak araştırmamızdan elde ettiğimiz sonuçlar, araştırma örnekleminizde yer alan bütün hastaların üçte ikisinden fazlasının (%71,4) 10 yıldan uzun tedavi süresine sahip olduklarını göstermektedir. TRSM'den hizmet alan ciddi ruhsal hastaların uzun tedavi sürelerine sahip oldukları görülmektedir. Katılımcıların tedavi görme sürelerine ilişkin araştırma verilerimiz literatürdeki diğer çalışmaların sonuçlarıyla uyumludur.

Şekil 16. Katılımcıların Psikiyatri Servisine Yatış Sayılarına İlişkin Dağılımları



Çalışmaya katılan 105 katılımcının psikiyatri servisine yatış sayılarına ilişkin dağılımları gösteren grafik Şekil 16'da verilmiştir. Şekildeki grafiğe göre, katılımcıların %9,5'inin (n=10) psikiyatri servisine hiç yatmadığı, %12,4'ünün (n=13) sadece 1 kez yatış yaptığı, %17,1'inin (n=18) toplamda 2 kez servise yattığı, %61'inin (n=64) ise en az 3 defa psikiyatri servisinde yatarak tedavi gördüğü belirlenmiştir. Katılımcıların, genel olarak, fazla sayıda yatış sayılarının olduğu görülmüştür.

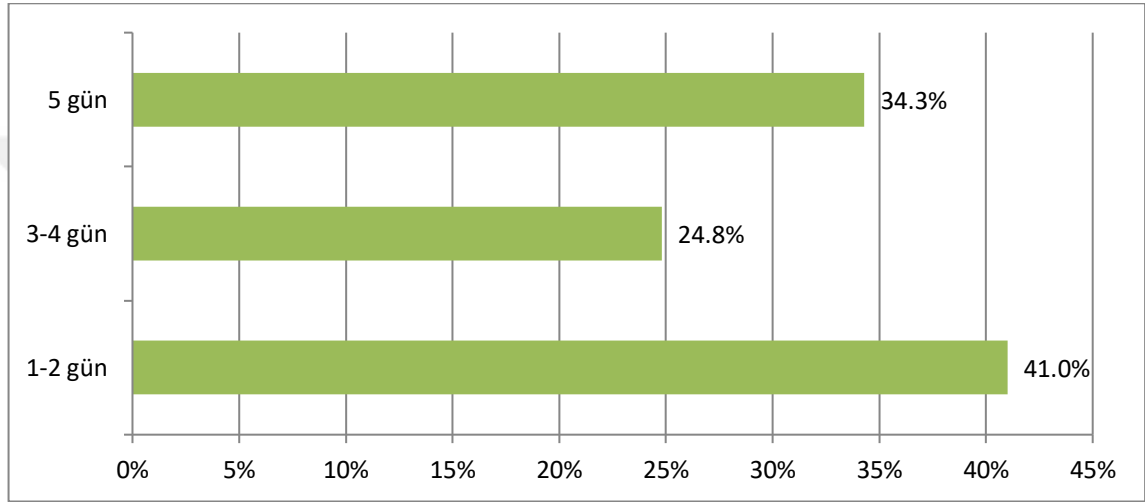
Şekil 17. Katılımcıların TRSM'ye Devam Süresine İlişkin Dağılımları



Şekil 17, araştırma kapsamına alınan 105 katılımcının TRSM'ye devam süresine ilişkin dağılımlarını göstermektedir. Buna göre, katılımcıların %17,1'i (n=18) 0-12 ay, %19'u (n=20) 13-24 ay ve %63,8'i (n=67) 25 ay ve daha fazla süredir TRSM'ye devam

etmektedirler. TRSM'ye devamlılık konusunda çoğunluğun 2 yıldan uzun zamandır merkeze geldiği, bu durumun hastaların tedavilerinin kontrolünde kolaylaştırıcı bir etkisi olduğu söylenebilir. TRSM'ye gelmek zorunlu olmadığı halde, uzun süredir merkeze gelmeyi tercih eden hastaların çoğunlukta olması toplum temelli ruh sağlığına adaptasyonlarının sağlanmaya başlandığını göstermesi bakımından önemli bulunmuştur.

Şekil 18. Katılımcıların TRSM'ye Bir Haftada Geldikleri Gün Sayısına İlişkin Dağılımları



Şekil 18'de tüm katılımcıların (n=105) TRSM'ye bir haftada geldikleri gün sayısına ilişkin dağılımlarının grafiği gösterilmiştir. Bu grafiğe göre, katılımcıların %41'i (n=43) haftada 1-2 gün, %24,8'i (n=26) 3-4 gün, %34,3'ü (n=36) ise 5 gün TRSM'ye gelmektedirler. Çalışan hastaların büyük kısmı haftada sadece bir gün merkeze gelebilmektedirler. Bazı hastalar da çarşı-pazar, misafirlik ve diğer işleri için haftada bir ya da iki gün merkezden uzak kalmaktadırlar. Bunların dışında kalanlar haftanın her günü merkezde bulunmaktadırlar.

3.2. SOSYAL İŞLEVSELLİK VE RUHSAL HASTALIKLARIN İÇSELLEŞTİRİLMİŞ DAMGALANMASI ÖLÇEKLERİNE AİT BULGULAR

Bulguların bu bölümünde, Sosyal İşlevsellik (SİÖ) ve Ruhsal Hastalıkların İçselleştirilmiş Damgalanması Ölçeklerinin (RHİDÖ) tanımlayıcı istatistiklerine, bunların birbirleri ile olan ilişkisine, birbirlerine olan etkilerine, sosyal işlevsellik ölçeğinin alt boyutlarının ruhsal hastalıkların içselleştirilmiş damgalanması ölçeği alt boyutları üzerindeki etkisine ilişkin bulgulara tablolar aracılığıyla yer verilmiştir.

Tablo 1. Sosyal İşlevsellik ve Ruhsal Hastalıkların İçselleştirilmiş Damgalanması Ölçeklerinin Tanımlayıcı İstatistikleri

	N	\bar{x}	ss	Çarpıklık	Basıklık
Sosyal Uğraşı/Sosyal Çekilme	105	11,03	2,49	-0,464	-0,248
Kişilerarası İşlevsellik	105	7,11	1,38	-0,662	-0,083
Öncül Sosyal Etkinlikler	105	15,82	8,01	0,772	1,017
Boş Zamanları Değerlendirme	105	17,98	7,06	0,397	-0,306
Bağımsızlık Düzeyi-Yetkinlik	105	33,69	3,86	-0,631	-0,128
Bağımsızlık Düzeyi-Performans	105	28,74	7,46	-0,932	0,235
İş/Meslek	105	8,01	1,29	0,667	-1,368
Sosyal İşlevsellik	105	122,38	21,80	-0,111	-0,076
Yabancılaşma	105	13,17	4,07	0,077	-0,699
Kalıp Yargıların Onaylanması	105	13,23	3,85	0,199	-0,676
Algılanan Ayrımcılık	105	36,69	3,05	0,226	-0,515
Sosyal Geri Çekilme	105	13,30	4,41	0,053	-0,586
Damgalanmaya Karşı Direnç	105	10,81	3,03	0,393	-0,026
Ruhsal Hastalıkların İçselleştirilmiş Damgalanması	105	61,78	15,79	-0,046	-0,433

Yapılan çalışmada Sosyal İşlevsellik ve Ruhsal Hastalıkların İçselleştirilmiş Damgalanması ölçek puanlarının normal dağılıma uygunluğunun incelenmesi amacıyla basıklık ve çarpıklık katsayıları tablo 1’de hesaplanmıştır. Analiz sonucunda ölçeklerin ve alt boyutlarının basıklık ve çarpıklık değerlerinin -3 ile +3 arasında olduğu görülmektedir. Ölçeklerden elde edilen basıklık ve çarpıklık değerlerinin +3 ile -3 arasında olması normal dağılım için yeterli görülmektedir (De Carlo, 1997; Groeneveld

ve Meeden, 1984; Hopkins ve Weeks, 1990). Araştırmamızda kullanılan ölçek puanlarının normal dağılım gösterdiği belirlenmiştir.

Buna göre, çalışmaya katılan hastaların (n=105) Sosyal İşlevsellik Ölçeği toplam puan ortalaması $122,38 \pm 21,80$ olarak bulunmuştur. Aydın ve diğerleri (2014) Zeytinburnu Toplum Ruh Sağlığı Merkezinde 18 hastayla yaptıkları bir çalışmada hastaların 18 aylık bir dönemde aldıkları hizmetin psikiyatri servisine yatışları üzerine etkisini araştırmışlardır. Çalışmanın başında ve sonunda uygulanan Sosyal İşlevsellik Ölçeği (SİÖ) puanları karşılaştırıldığında anlamlı bir farklılık olduğu, hastaların SİÖ puanlarında artış olduğu bulunmuştur. Başka bir çalışmada, Bakırköy RSHH Gündüz Hastanesi ve Rehabilitasyon Merkezi'nden hizmet alan şizofreni hastalarıyla yapılan üç yıllık bir izlem çalışmasında çalışmaya katılan hastaların üç yılda sosyal işlevsellik puanlarında belirgin artış olduğu saptanmıştır. Çalışmanın başında $100,8 \pm 26,5$ olan ortalama SİÖ puanı, üçüncü yıl ölçümünde $126,8 \pm 23,4$ olarak kaydedilmiştir (Arslan ve diğerleri, 2015). Zeytinburnu Toplum Ruh Sağlığı Merkezi ve psikiyatri polikliniğinden hizmet alan 41'er hasta ile yapılan bir çalışmada, TRSM grubundaki hastaların SİÖ puanlarının hastane grubundakilere göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu görülmüştür (Aydın, 2016). Söğütlü ve diğerleri (2017) Küçükçekmece TRSM'de yaptıkları çalışmada, ruhsal toplumsal beceri eğitimi alan hastaların SİÖ puanlarında anlamlı artış olduğunu kaydetmişlerdir. Eğitim öncesi çalışma grubu olan TRSM hastalarının SİÖ toplam puan ortalaması $67,9 \pm 29,4$ iken, eğitim sonrası $104,8 \pm 43,9$ olmuştur. İzmir ilinde TRSM'de yapılan kontrollü bir izlem çalışmanın sonunda hastaların Sosyal İşlevsellik ölçeği puan ortalaması anlamlı olarak artmış, SİÖ toplam puanı TRSM'ye rutin devam eden hastalarda $109,70 \pm 28,819$ puan, TRSM'ye devamlılık yanında psikososyal beceri eğitimi de alan hastalarda da $109,14 \pm 22,430$ olarak tespit edilmiştir (Yılmaz Karaman, 2018).

Yukarıdaki tabloda (tablo 1), bizim çalışmamızda tüm katılımcılar için (n=105) Ruhsal Hastalıkların İçselleştirilmiş Damgalanması Ölçeği (RHİDÖ) toplam puan ortalaması ise $61,78 \pm 15,79$ olarak tespit edilmiştir. Bozdoğan ve Dündar (2009) Adana'da şizofreni hastalarıyla yaptıkları çalışmada Gündüz Hastanesine devam edenlerde RHİDÖ toplam puan ortalamasını $69,46$ olarak; Ergun ve Yönder (2009) Bolu ilinde

TRSM ve poliklinik hastalarından 91 kişiyle yaptıkları çalışmada RHİDÖ toplam puan ortalamasını $66,0 \pm 15,06$ olarak; Brown ve diğerleri (2010) 449 kişiyle yaptıkları çalışmada $65,5 \pm 11,2$ olarak; Bostancı Daştan ve diğerleri (2012) Kars'ta bir psikiyatri kliniğinde 50 hastayla yaptıkları çalışmada RHİDÖ toplam puan ortalamasını $75,84 \pm 19,51$ olarak bulmuşlardır. Bir kamu ve özel psikiyatri hastanesine başvuran hastaların içselleştirilmiş damgalanma yönünden karşılaştırıldığı bir çalışmada kamu hastanesi RHİDÖ toplam puan ortalaması $63,61 \pm 14,56$ olarak, özel hastane RHİDÖ toplam puan ortalaması da $60,27 \pm 13,67$ olarak tespit edilmiştir (Coşkun ve Güven Caymaz, 2012). Poliklinikten takip edilen ruhsal hastalarla yaptıkları çalışmada Tel ve Ertekin Pınar (2012) ise RHİDÖ toplam puan ortalamasını $64,28 \pm 18,98$ olarak bulmuşlardır.

Çalışmamıza katılan hastaların sosyal işlevsellik düzeyleri literatürdeki diğer çalışmalarla karşılaştırılınca genellikle daha yüksek çıkmıştır. İçselleştirilmiş damgalanma puanları karşılaştırılınca TRSM'deki toplam puan ortalamasının ise ayaktan izlenen poliklinik hastalarına nazaran daha düşük çıkması beklenmektedir. Ancak sonuçlar birbirine yakın çıkmıştır. Bu durum, Eskişehir Yunus Emre TRSM'nin sosyal işlevsellik düzeyi bakımından iyi sayılabilecek durumda olduğu ancak içselleştirilmiş damgalanma konusunda henüz bir fark yaratılmadığı şeklinde yorumlanabilir ki bu da hedefleri bakımından TRSM için negatif bir çıktıdır.

Tablo 2. Sosyal İşlevsellik ve Ruhsal Hastalıkların İçselleştirilmiş Damgalanması Arasındaki İlişki

		Sosyal Uğraşı/Sosyal Çekilme	Kişilerarası İşlevsellik	Öncül Sosyal Etkinlikler	Boş Zamanları Değerlendirme	Bağımsızlık Düzeyi- Yetkinlik	Bağımsızlık Düzeyi- Performans	İş/Meslek	Sosyal İşlevsellik
Yabancılaşma	r	-,196*	-,454**	-,307**	-,324**	-,355**	-,313**	0,067	-,435**
	p	0,045	0,000	0,001	0,001	0,000	0,001	0,494	0,000
Kalıp Yargıların Onaylanması	r	-,294**	-,512**	-,293**	-,330**	-,343**	-,369**	0,135	-,460**
	p	0,002	0,000	0,002	0,001	0,000	0,000	0,170	0,000
Algılanan Ayrımcılık	r	-0,172	-,305**	-,266**	-,301**	-,310**	-,276**	0,084	-,379**
	p	0,079	0,002	0,006	0,002	0,001	0,004	0,395	0,000
Sosyal Geri Çekilme	r	-,206*	-,337**	-,313**	-,342**	-,340**	-,339**	0,064	-,443**
	p	0,035	0,000	0,001	0,000	0,000	0,000	0,519	0,000
Damgalanmaya Karşı Direnç	r	-,261**	-,420**	-,268**	-0,173	-,204*	-,357**	-0,088	-,374**
	p	0,007	0,000	0,006	0,078	0,037	0,000	0,371	0,000
Ruhsal Hastalıkların İçselleştirilmiş Damgalanması	r	-,267**	-,492**	-,358**	-,368**	-,384**	-,402**	0,060	-,514**
	p	0,006	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,546	0,000

*p<0,05 **p<0,01

Sosyal İşlevsellik ve Ruhsal Hastalıkların İçselleştirilmiş Damgalanması arasındaki ilişkinin analiz edilmesi amacıyla yapılan korelasyon testi sonuçları tablo 2’de verilmiştir.

Analiz sonucuna göre Sosyal Uğraşı/Sosyal Çekilme alt ölçeği ile Yabancılaşma, Kalıp Yargıların Onaylanması, Sosyal Geri Çekilme ve Damgalanmaya Karşı Direnç alt ölçekleri ile Ruhsal Hastalıkların İçselleştirilmiş Damgalanması Ölçeği arasında negatif yönlü zayıf bir ilişki bulunmaktadır.

Kişilerarası İşlevsellik, Öncül Sosyal Etkinlikler, Bağımsızlık Düzeyi-Yetkinlik ve Bağımsızlık Düzeyi-Performans alt ölçekleri ile Yabancılaşma, Kalıp Yargıların Onaylanması, Algılanan Ayrımcılık, Sosyal Geri Çekilme ve Damgalanmaya Karşı Direnç ile Ruhsal Hastalıkların İçselleştirilmiş Damgalanması Ölçeği arasında negatif yönlü orta kuvvetli ilişki bulunmaktadır.

Boş Zamanları Değerlendirme alt ölçeği ile Yabancılaşma, Kalıp Yargıların Onaylanması, Algılanan Ayrımcılık ve Sosyal Geri Çekilme alt ölçekleri ile Ruhsal Hastalıkların İçselleştirilmiş Damgalanması Ölçeği arasında negatif yönlü orta kuvvetli ilişki bulunmaktadır.

İş/Meslek ile Ruhsal Hastalıkların İçselleştirilmiş Damgalanması ve alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamaktadır.

Sosyal İşlevsellik Ölçeği ile Ruhsal Hastalıkların İçselleştirilmiş Damgalanması Ölçeği arasında negatif yönlü orta kuvvetli ilişki bulunmaktadır.

Tablo 3. Sosyal İşlevselliğin Ruhsal Hastalıkların İçselleştirilmiş Damgalanmasına Etkisinin İncelenmesi

Bağımlı	Bağımsız	B	T	P	F	R ²
Ruhsal Hastalıkların İçselleştirilmiş Damgalanması	Sosyal İşlevsellik	-0,373	-6,084	0,000*	37,019*	0,264

*p<0,05

Sosyal işlevselliğin ruhsal hastalıkların içselleştirilmiş damgalanmasına etkisinin incelenmesi amacıyla yapılan regresyon testi sonuçları tablo 3’te verilmiştir.

Analiz sonucuna göre kurulan regresyon modeli anlamlıdır ($F=37,019$; $p<0,05$) ve Sosyal İşlevsellik Ruhsal Hastalıkların İçselleştirilmiş Damgalanmasını negatif yönde etkilemektedir ($B=-0,373$; $p<0,05$). Modeli açıklama oranı %26,4 olarak hesaplanmıştır. Buna göre, sosyal işlevsellikteki azalma içselleştirilmiş damgalanmayı artırmaktadır.

Amerika’da toplum temelli ruh sağlığı hizmeti alan ve DSM-IV’e göre şizofreni, şizoaffektif bozukluk, duygudurum bozukluğu ve majör depresyon tanısı verilmiş 39 katılımcı ile yapılan bir çalışmada içselleştirilmiş damgalanmayla sosyal işlevselliğin birbirini etkilediği, içselleştirilmiş damgalanmayı hedefleyen müdahalelerin işlevselliği artırabileceği, işlevsellikte zaman içinde meydana gelen değişikliklerin de içselleştirilmiş damgalanmayla ters orantılı olduğu değerlendirilmiştir (Yanos ve diğerleri, 2012). Ruhsal hastalığı olanların toplumsal damgalama nedeniyle kendilerini damgalamalarının arttığı, bunun sonucunda iş bulma, ev bulma, sağlık bakım hizmetlerinden faydalanma ve kaliteli bir yaşam gibi çeşitli yaşam alanlarından soyutlandıkları belirtilmiştir (Michaels ve diğerleri, 2012, s. 185). Şizofreni, şizoaffektif bozukluk, bipolar bozukluk ve depresif bozukluk tanısı olan 179 hastayla yapılan bir başka çalışmada da içselleştirilmiş damgalanmanın öznel yaşam kalitesi, umut ve öz saygıyı etkilediği bulunmuştur (Mashiach–Eizenberg ve diğerleri, 2013). Ülkemizde bipolar bozukluk hastalarıyla yapılan bir çalışmada da içselleştirilmiş damgalanması yüksek olan hastaların sosyal işlevsellikleri diğer gruba göre daha düşük çıkmıştır (Üstündağ ve Kesebir, 2013). Baysan Arabacı ve diğerleri (2015) de SİÖ alt ölçekleri ile RHİDÖ alt ölçekleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğunu saptamıştır.

Hastaların kendi kendilerini damgalamalarının en önemli sebeplerinden biri, içinde yaşadıkları toplumun hem günlük hayatta hem de yazılı ve görsel basında kendileri ile ilgili oluşturmuş olduğu klişelerdir. Toplumsal ön kabuller, hastaların da toplumun bir parçası olması nedeniyle onları etkilemektedir. Bu “ön kabuller”, ne kadar güçlü bireyler olursa olsun, bir süre sonra hastaları da etkilemekte ve sonuçta hastalar

tarafından kendilerinin beceriksiz, bir işe yaramayan, tehlikeli ve zararlı oldukları “kabulüne” dönüşür. Hastalar, tedavilerini devam ettirmek ön koşuluyla, günlük yaşamda ne kadar aktif olurlarsa, yani diğer kişilerle ilişkiler, çalışma yaşamında var olma, kendi işlerini kendilerinin görmeleri ve sosyal aktivitelere yeterli zaman ayırmaları durumunda, toplumda o kadar görünür olacaklardır. Bu da toplumda ciddi ruhsal hastalığı olanların korkulacak kişiler olmadığını, doğru ve yeterli tedavi almaları durumunda toplumsal işlevlerini sorunsuz bir şekilde yerine getirebildiklerini ve hayatın her alanında üretime katkıda bulunabildikleri algısını yaratacaktır. Toplumsal algıların değişmesi, ciddi ruhsal hastalara olan bakış açısının olumlu yöne evrilmesine ve stereotiplerin azalarak ortadan kalkmasına yol açacaktır. Dolayısıyla toplumsal damgalama yerini toplumsal desteğe bırakacak ve hastaların kendilerini damgalamaları üstesinden gelinmesi çok da zor olmayan, şimdikinden çok daha küçük bir soruna dönüşecektir.

Tablo 4. Sosyal İşlevsellik Ölçeği Alt Boyutlarının Yabancılaşma Üzerindeki Etkisinin İncelenmesi

Bağımlı	Bağımsız	B	T	P	F	R ²
Yabancılaşma	Sosyal Uğraşı/Sosyal Çekilme	-0,166	-1,086	0,280		
	Kişilerarası İşlevsellik	-0,978	-3,186	0,002*		
	Öncül Sosyal Etkinlikler	-0,005	-0,087	0,931		
	Boş Zamanları Değerlendirme	-0,064	-0,951	0,344	5,337*	0,278
	Bağımsızlık Düzeyi-Yetkinlik	-0,251	-1,705	0,091		
	Bağımsızlık Düzeyi-Performans	0,031	0,372	0,710		
	İş/Meslek	0,080	0,277	0,782		

*p<0,05

Sosyal İşlevsellik Ölçeği alt boyutlarının Yabancılaşma üzerindeki etkisinin incelenmesi amacıyla yapılan regresyon testi sonuçları tablo 4’te verilmiştir.

Analiz sonucuna göre kurulan regresyon modeli anlamlıdır (F=5,337; p<0,05). Bağımsız değişkenlerin katsayıları ve anlamlılık düzeyleri incelendiğinde Kişilerarası İşlevsellik boyutunun Yabancılaşma üzerindeki negatif yönde ve anlamlı bir etkiye

sahip olduğu görülmektedir (B=-0,978; p<0,05). Modeli açıklama oranı %27,8 olarak hesaplanmıştır. Buna göre, kişilerarası işlevsellikteki azalmanın yabancılaşmayı artıracaklarını söylemek mümkündür.

Araştırmamızın sonuçlarına göre hastaların düzenli olarak görüştüğü ve birlikte etkinlikler düzenlediği arkadaşlarının sayısı, karşı cinsten arkadaşlarının olup olmaması, anlamlı ve mantıklı konuşma sıklığı, diğer insanlarla iletişim kurmanın kendisine ne kadar zor geldiği gibi konuların yabancılaşma ile ilgisi bulunmaktadır. Hastalardaki yabancılaşmanın, hastalıkla birlikte, içe dönükleştikçe artacağı söylenebilir.

Tablo 5. Sosyal İşlevsellik Ölçeği Alt Boyutlarının Kalıp Yargıların Onaylanması Üzerindeki Etkisinin İncelenmesi

Bağımlı	Bağımsız	B	T	P	F	R ²
Kalıp Yargıların Onaylanması	Sosyal Uğraşı/Sosyal Çekilme	-0,290	-2,120	0,037*	7,635*	0,355
	Kişilerarası İşlevsellik	-1,033	-3,760	0,000*		
	Öncül Sosyal Etkinlikler	0,013	0,249	0,804		
	Boş Zamanları Değerlendirme	-0,048	-0,800	0,426		
	Bağımsızlık Düzeyi-Yetkinlik	-0,111	-0,845	0,400		
	Bağımsızlık Düzeyi-Performans	-0,055	-0,747	0,457		
	İş/Meslek	0,283	1,089	0,279		

*p<0,05

Sosyal İşlevsellik Ölçeği alt boyutlarının Kalıp Yargıların Onaylanması üzerindeki etkisinin incelenmesi amacıyla yapılan regresyon testi sonuçları tablo 5'te verilmiştir.

Analiz sonucuna göre kurulan regresyon modeli anlamlıdır (F=7,635; p<0,05). Bağımsız değişkenlerin katsayıları ve anlamlılık düzeyleri incelendiğinde Sosyal Uğraşı/Sosyal Çekilme (B=-0,290; p<0,05) ve Kişilerarası İşlevsellik boyutunun (B=-1,033; p<0,05) Kalıp Yargıların Onaylanması üzerindeki negatif yönde ve anlamlı bir etkiye sahip olduğu görülmektedir. Modeli açıklama oranı %35,5 olarak hesaplanmıştır. Buna göre, hastalardaki sosyal uğraşı/sosyal çekilme ve kişilerarası işlevsellik arttıkça kalıp yargıların onaylanması azalmaktadır. Modele göre, hastalar, kişilerarası ilişkilerini

ve toplumsal uğraşlarını artırdıkça, yani toplumsal yaşama karıştıkça, hastalar ve hastalıkla ilgili toplumdaki kalıp yargıları onaylama düzeyleri azalır. Bu durumun, toplumsal uğraşları artırıp bireysel ilişkileri geliştirdikçe hastaların çevresindeki insanların ve bu insanların çevresindekilerin hastalar ve hastalıkla ilgili kalıp yargılarının yıkılması, dolayısıyla hastaların çevresindeki toplumsal damgalanmanın azalmasının doğal bir sonucu olduğu şeklinde de yorumlanabileceği düşünülmektedir. Nitekim toplumsal kalıp yargılar yıkıldıkça bunların hastalar tarafından onaylanması da azalacaktır.

Tablo 6. Sosyal İşlevselliğin Alt Boyutlarının Algılanan Ayrımcılık Üzerindeki Etkisinin İncelenmesi

Bağımlı	Bağımsız	B	T	P	F	R ²
Algılanan Ayrımcılık	Sosyal Uğraşı/Sosyal Çekilme	-0,116	-0,946	0,346	2,998*	0,178
	Kişilerarası İşlevsellik	-0,338	-1,376	0,172		
	Öncül Sosyal Etkinlikler	-0,019	-0,401	0,689		
	Boş Zamanları Değerlendirme	-0,052	-0,963	0,338		
	Bağımsızlık Düzeyi-Yetkinlik	-0,150	-1,271	0,207		
	Bağımsızlık Düzeyi-Performans	-0,002	-0,025	0,980		
	İş/Meslek	0,154	0,665	0,508		

*p<0,05

Sosyal İşlevsellik Ölçeği alt boyutlarının Algılanan Ayrımcılık üzerindeki etkisinin incelenmesi amacıyla yapılan regresyon testi sonuçları tablo 6’da verilmiştir.

Analiz sonucuna göre kurulan regresyon modeli anlamlıdır (F=2,998; p<0,05). Bağımsız değişkenlerin katsayıları ve anlamlılık düzeyleri incelendiğinde hiçbir boyutun Algılanan Ayrımcılık üzerinde anlamlı bir etkiye sahip olmadığı belirlenmiştir (p>0,05). Bu sonucun, TRSM’ye devam eden hastaların vakitlerinin büyük çoğunluğunu hiçbir negatif ayrımcılığa uğramadıkları merkezde geçirmeleri ve merkeze gelmedikleri günler evden çıkmayı çok tercih etmemeleriyle ilgili olabileceği düşünülmüştür.

Tablo 7. Sosyal İşlevselliğin Alt Boyutlarının Sosyal Geri Çekilme Üzerindeki Etkisinin İncelenmesi

Bağımlı	Bağımsız	B	T	P	F	R ²
Sosyal Geri Çekilme	Sosyal Uğraşı/Sosyal Çekilme	-0,204	-1,188	0,238	4,015*	0,225
	Kişilerarası İşlevsellik	-0,460	-1,332	0,186		
	Öncül Sosyal Etkinlikler	-0,050	-0,741	0,461		
	Boş Zamanları Değerlendirme	-0,071	-0,932	0,354		
	Bağımsızlık Düzeyi-Yetkinlik	-0,158	-0,953	0,343		
	Bağımsızlık Düzeyi-Performans	-0,061	-0,656	0,513		
	İş/Meslek	0,199	0,610	0,543		

*p<0,05

Sosyal İşlevsellik Ölçeği alt boyutlarının Sosyal Geri Çekilme üzerindeki etkisinin incelenmesi amacıyla yapılan regresyon testi sonuçları tablo 7’de verilmiştir. Analiz sonucuna göre kurulan regresyon modeli anlamlıdır (F=4,015; p<0,05). Bağımsız değişkenlerin katsayıları ve anlamlılık düzeyleri incelendiğinde hiçbir boyutun Sosyal Geri Çekilme üzerinde anlamlı bir etkiye sahip olmadığı belirlenmiştir (p>0,05).

Tablo 8. Sosyal İşlevselliğin Alt Boyutlarının Damgalanmaya Karşı Direnç Üzerindeki Etkisinin İncelenmesi

Bağımlı	Bağımsız	B	T	P	F	R ²
Damgalanmaya Karşı Direnç	Sosyal Uğraşı/Sosyal Çekilme	-0,207	-1,831	0,070	5,539*	0,286
	Kişilerarası İşlevsellik	-0,625	-2,747	0,007*		
	Öncül Sosyal Etkinlikler	-0,045	-1,002	0,319		
	Boş Zamanları Değerlendirme	0,060	1,200	0,233		
	Bağımsızlık Düzeyi-Yetkinlik	0,132	1,209	0,230		
	Bağımsızlık Düzeyi-Performans	-0,162	-2,667	0,009*		
	İş/Meslek	-0,170	-0,790	0,431		

*p<0,05

Sosyal İşlevsellik Ölçeği alt boyutlarının Damgalanmaya Karşı Direnç üzerindeki etkisinin incelenmesi amacıyla yapılan regresyon testi sonuçları tablo 8’de verilmiştir.

Analiz sonucuna göre kurulan regresyon modeli anlamlıdır ($F=5,539$; $p<0,05$). Bağımsız değişkenlerin katsayıları ve anlamlılık düzeyleri incelendiğinde Kişilerarası İşlevsellik ($B=-0,625$; $p<0,05$) ve Bağımsızlık Düzeyi-Performans boyutunun ($B=-0,162$; $p<0,05$) Damgalanmaya Karşı Direnç üzerindeki negatif yönde ve anlamlı bir etkiye sahip olduğu görülmektedir. Modeli açıklama oranı %28,6 olarak hesaplanmıştır. Buna göre, kişilerarası işlevsellik ve bağımsızlık düzeylerindeki performanslarının azalması onların damgalanmaya karşı direncini artırmaktadır. Hastaların kişilerarası işlevselliklerinin ve kendi işlerini görme performanslarının artmasının damgalanmaya karşı dirençlerini de artırması beklenmekteyken azaldığı sonucuna ulaşılmıştır. Sonuçlar tekrar kontrol edilmiş, ancak analizde bir hata bulunamamıştır. Bu sonucun örneklem büyüklüğü ve farklı hasta grupları ile çalışılmasıyla ilgili olduğu düşünülmüştür.

3.3. BAZI SOSYODEMOGRAFİK BİLGİLERİN RUHSAL HASTALIKLARIN İÇSELLEŞTİRİLMİŞ DAMGALANMASI ÖLÇEĞİ VE SOSYAL İŞLEVSELLİK ÖLÇEĞİ ÜZERİNDEKİ ETKİSİNE DAİR BULGULAR

Bulguların bu kısmında, Kişisel Bilgi Formu aracılığıyla elde edilen verilerin Ruhsal Hastalıkların İçselleştirilmiş Damgalanması ve Sosyal İşlevsellik Ölçekleri üzerindeki etkisine ilişkin veriler aktarılmıştır. Çalışma durumu ve birlikte yaşanan kişi bilgileri Sosyal İşlevsellik Ölçeğinden alınmıştır. Elde edilen bilgiler tablolar aracılığıyla sunulmuştur.

Tablo 9. Sosyal İşlevsellik ve Ruhsal Hastalıkların İçselleştirilmiş Damgalanmasının Hastalık Bakımından Fark Analizi

	Hastalık	N	\bar{x}	Ss	F	P	İkili Fark
Sosyal Uğraşı/Sosyal Çekilme	Şizofreni	41	10,83	2,49	,332	0,718	
	Şizoaffektif bozukluk	24	10,96	2,66			
	Bipolar bozukluk	40	11,28	2,43			
Kişilerarası İşlevsellik	Şizofreni	41	6,71	1,44	3,083	0,050*	1-3
	Şizoaffektif bozukluk	24	7,33	1,24			
	Bipolar bozukluk	40	7,40	1,32			
Öncül Sosyal Etkinlikler	Şizofreni	41	13,02	8,45	4,375	0,015*	1-3
	Şizoaffektif bozukluk	24	17,42	5,94			

	Bipolar bozukluk	40	17,73	7,97			
Boş Zamanları Değerlendirme	Şizofreni	41	15,20	6,27			1-2
	Şizoaffektif bozukluk	24	20,08	6,86	5,758	0,004*	1-3
	Bipolar bozukluk	40	19,58	7,17			
Bağımsızlık Düzeyi-Yetkinlik	Şizofreni	41	32,66	4,41			
	Şizoaffektif bozukluk	24	34,29	3,63	2,447	0,092	
	Bipolar bozukluk	40	34,38	3,20			
Bağımsızlık Düzeyi-Performans	Şizofreni	41	26,68	7,76			
	Şizoaffektif bozukluk	24	29,92	7,70	2,651	0,075	
	Bipolar bozukluk	40	30,15	6,67			
İş/Meslek	Şizofreni	41	7,95	1,32			
	Şizoaffektif bozukluk	24	7,96	1,33	0,157	0,855	
	Bipolar bozukluk	40	8,10	1,26			
Sosyal İşlevsellik	Şizofreni	41	113,05	22,41			1-2
	Şizoaffektif bozukluk	24	127,96	18,38	6,868	0,002*	1-3
	Bipolar bozukluk	40	128,60	20,05			
Yabancılaşma	Şizofreni	41	14,12	4,26			
	Şizoaffektif bozukluk	24	13,04	3,78	2,149	0,122	
	Bipolar bozukluk	40	12,28	3,92			
Kalıp Yargıların Onaylanması	Şizofreni	41	14,37	3,94			1-2
	Şizoaffektif bozukluk	24	12,25	3,71	3,138	0,048*	
	Bipolar bozukluk	40	12,65	3,63			
Algılanan Ayrımcılık	Şizofreni	41	37,83	3,29			1-3
	Şizoaffektif bozukluk	24	36,04	2,39	5,113	0,008*	
	Bipolar bozukluk	40	35,90	2,84			
Sosyal Geri Çekilme	Şizofreni	41	15,10	4,66			1-3
	Şizoaffektif bozukluk	24	12,92	3,80	6,801	0,002*	
	Bipolar bozukluk	40	11,70	3,88			
Damgalanmaya Karşı Direnç	Şizofreni	41	11,34	3,19			
	Şizoaffektif bozukluk	24	11,00	2,55	1,648	0,197	
	Bipolar bozukluk	40	10,15	3,07			
Ruhsal Hastalıkların İçselleştirilmiş Damgalanması	Şizofreni	41	67,59	16,55			1-3
	Şizoaffektif bozukluk	24	59,96	12,81	5,211	0,007*	
	Bipolar bozukluk	40	56,93	15,02			

*p<0,05

Sosyal İşlevsellik ve Ruhsal Hastalıkların İçselleştirilmiş Damgalanmasının hastalık bakımından farklılık gösterme durumunun analiz edilmesi amacıyla yapılan ANOVA testi sonuçları tablo 9'da verilmiştir.

Analiz sonucuna göre;

Hastalığı farklı olan gruplar arasında Sosyal Uğraşı/Sosyal Çekilme, İş/Meslek, Bağımsızlık Düzeyi-Yetkinlik, Bağımsızlık Düzeyi-Performans alt ölçekleri ile Yabancılaşma ve Damgalanmaya Karşı Direnç alt ölçekleri açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$).

Hastalığı farklı olan gruplar arasında Kişilerarası İşlevsellik ve Öncül Sosyal Etkinlikler açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Buna göre hastalığı bipolar bozukluk olanların Kişilerarası İşlevsellik ve Öncül Sosyal Etkinlikler alt ölçekleri puan ortalaması en yüksek iken şizofreni olanların en düşüktür. Tukey testi ile Kişilerarası İşlevsellik ve Öncül Sosyal Etkinlikler alt boyutlarında bu farkın hangi hastalık grubundan kaynaklandığına bakıldığında farkın şizofreni ve bipolar bozukluk hastalarının ortalama puanlarından kaynaklandığı görülmüştür.

Hastalığı farklı olan gruplar arasında Boş Zamanları Değerlendirme açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Buna göre hastalığı şizoaffektif bozukluk olanların Boş Zamanları Değerlendirme alt ölçeği puan ortalaması en yüksek iken şizofreni olanların en düşüktür. Varyansın kaynağına bakıldığında, Boş Zamanları Değerlendirme alt ölçeğinde bu farkın şizofreni ve şizoaffektif bozukluk grupları ile şizofreni ve bipolar bozukluk gruplarından kaynaklandığı tespit edilmiştir.

Hastalığı farklı olan gruplar arasında Sosyal İşlevsellik açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Buna göre hastalığı bipolar bozukluk olanların Sosyal İşlevsellik Ölçeği puan ortalaması en yüksek iken şizofreni olanların en düşüktür. Yapılan Tukey testi ile Sosyal İşlevsellik Ölçeğinde hastalık grupları arasındaki farkın şizofreni ve şizoaffektif bozukluk grupları ile şizofreni ve bipolar bozukluk gruplarının ortalama puanlarından kaynaklandığı anlaşılmıştır.

Hastalığı farklı olan gruplar arasında Kalıp Yargıların Onaylanması açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Buna göre hastalığı şizofreni olanların Kalıp Yargıların Onaylanması alt ölçeği puan ortalaması en yüksek iken şizoaffektif bozukluk olanların en düşüktür. Varyansın kaynağına bakıldığında, Kalıp Yargıların Onaylanması alt ölçeğinde hastalık grupları arasındaki bu farkın

şizofreni ve şizoaffektif bozukluk gruplarının ortalama puanlarından kaynaklandığı görülmüştür.

Hastalığı farklı olan gruplar arasında Algılanan Ayrımcılık ve Sosyal Geri Çekilme açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Buna göre hastalığı şizofreni olanların Algılanan Ayrımcılık ve Sosyal Geri Çekilme alt ölçekleri puan ortalaması en yüksek iken bipolar bozukluk olanların en düşüktür. Tukey testi sonucunda, Algılanan Ayrımcılık ve Sosyal Geri Çekilme alt ölçeklerinde hastalık grupları arasındaki farkın şizofreni ve bipolar bozukluk gruplarından kaynaklandığı bulunmuştur.

Hastalığı farklı olan gruplar arasında Ruhsal Hastalıkların İçselleştirilmiş Damgalanması açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Buna göre hastalığı şizofreni olanların Ruhsal Hastalıkların İçselleştirilmiş Damgalanması Ölçeği puan ortalaması en yüksek iken bipolar bozukluk olanların en düşüktür. Tukey testi ile varyansın kaynağına bakıldığında, Ruhsal Hastalıkların İçselleştirilmiş Damgalanması Ölçeğinde hastalık grupları arasındaki farkın hastalığı şizofreni olanlar ve hastalığı bipolar bozukluk olanların ortalama puanlarından kaynaklandığı tespit edilmiştir.

Poliklinikten takip edilen bipolar bozukluk hastalarıyla yapılan bir çalışmada Çam ve Çuhadar (2013) RHİDÖ ortalama puanını $41,22\pm13,38$ olarak, Vrbova ve diğerleri (2016) ise ayaktan takip edilen şizofreni ve şizofreni spektrumundaki 197 hastanın katıldığı araştırmalarında RHİDÖ toplam puan ortalamasını $63,32\pm13,59$ olarak tespit etmişlerdir. Sadece bipolar bozukluk hastalarıyla yapılan çalışmalarda RHİDÖ'nün şizofreni hastaları ile yapılan çalışmalara göre daha düşük çıkması çalışmamızdaki sonuçla uyumludur. Baysan Arabacı ve diğerleri (2015), yaptıkları çalışmada ruhsal bozukluk tanısının RHİDÖ'yü etkilediğini tespit etmiştir. Aynı şekilde Kök ve Demir (2018), poliklinik hastaları ile yaptıkları bir çalışmada şizofreni hastalarının RHİDÖ puan ortalamalarının bipolar bozukluk tanılı hastalara göre anlamlı olarak daha yüksek olduğunu belirtmiş, bizim çalışmamızla benzer bir sonuca ulaşmıştır.

Damgalamadan en fazla etkilenen ve hakkında en çok araştırma yapılan grup şizofreni olmasına rağmen diğer ruhsal bozukluklarla ilgili çalışmalar da çoğalmaktadır. Toplum içinde en fazla damgalanan hastalar, en çok dikkat çekenler olup bu bağlamda garip davranışlar sergileyen, tehlikeli hareketler yapan, saldırganlaşan, sosyal ve mesleki işlevsizliği olan bireyler toplumsal yaşamda daha çok fark edilmekte ve dolayısıyla daha fazla damgalanmaktadır (Doğanavşargil Baysal, 2013). Toplumsal damgalamanın fazla oluşu içselleştirilmiş damgalanmayı da artıran bir etkidir. Şizofreni, bu manada toplumsal damgalamanın dolayısıyla kendi kendini damgalamanın en fazla olduğu ruhsal hastalık olarak öne çıkmaktadır. Literatürdeki çalışmalar ve bizim araştırmamızın sonucu da bu yargıyı destekler niteliktedir.

Tablo 3'te gösterildiği üzere, sosyal işlevsellik içselleştirilmiş damgalanmayı negatif yönlü etkilemektedir. Yani sosyal işlevselliği düşük olanların içselleştirilmiş damgalanmasının yüksek olması beklenmektedir. Çalışmamızda da görüldüğü gibi, şizofreni hastaları diğer hasta gruplarına göre daha yüksek içselleştirilmiş damgalanma ve daha düşük sosyal işlevsellik düzeyine sahiptir. Hastalığa göre sosyal işlevsellik ve içselleştirilmiş damgalanma durumlarına ilişkin araştırma bulgularımız literatürdeki bilgilerle uyumludur.

Tablo 10. Sosyal İşlevsellik ve Ruhsal Hastalıkların İçselleştirilmiş Damgalanmasının Cinsiyet Bakımından Fark Analizi

Cinsiyet		N	\bar{X}	Ss	T	P
Sosyal Uğraşı/Sosyal Çekilme	Kadın	34	11,38	2,45	1,007	0,316
	Erkek	71	10,86	2,51		
Kişilerarası İşlevsellik	Kadın	34	7,38	1,18	1,389	0,168
	Erkek	71	6,99	1,45		
Öncül Sosyal Etkinlikler	Kadın	34	15,29	7,20	-0,463	0,644
	Erkek	71	16,07	8,40		
Boş Zamanları Değerlendirme	Kadın	34	20,26	6,54	2,343	0,021*
	Erkek	71	16,89	7,08		
Bağımsızlık Düzeyi-Yetkinlik	Kadın	34	35,03	3,23	2,529	0,013*
	Erkek	71	33,04	3,99		
Bağımsızlık Düzeyi-Performans	Kadın	34	31,71	6,60	2,915	0,004*
	Erkek	71	27,32	7,48		
İş/Meslek	Kadın	34	8,06	1,10	0,270	0,788
	Erkek	71	7,99	1,38		

Sosyal İşlevsellik	Kadın	34	129,12	19,82	2,233	0,028*	
	Erkek	71	119,15	22,09			
Yabancılaşma	Kadın	34	12,71	4,52	-0,810	0,420	
	Erkek	71	13,39	3,85			
Kalıp Yargıların Onaylanması	Kadın	34	12,44	4,07	-1,458	0,148	
	Erkek	71	13,61	3,71			
Algılanan Ayrımcılık	Kadın	34	36,06	2,99	-1,465	0,146	
	Erkek	71	36,99	3,05			
Sosyal Geri Çekilme	Kadın	34	12,62	4,45	-1,105	0,272	
	Erkek	71	13,63	4,39			
Damgalanmaya Karşı Direnç	Kadın	34	10,41	3,60	-0,931	0,354	
	Erkek	71	11,00	2,72			
Ruhsal hastalıkların Damgalanması	İçselleştirilmiş	Kadın	34	58,56	17,63	-1,455	0,149
		Erkek	71	63,32	14,72		

* $p < 0,05$

Sosyal İşlevsellik ve Ruhsal Hastalıkların İçselleştirilmiş Damgalanmasının cinsiyet bakımından farklılık gösterme durumunun analiz edilmesi amacıyla yapılan t testi sonuçları tablo 10'da verilmiştir.

Analiz sonucuna göre;

Kadın ile erkekler arasında Sosyal Uğraşı/Sosyal Çekilme, Kişilerarası İşlevsellik, Öncül Sosyal Etkinlikler ve İş/Meslek ile Ruhsal Hastalıkların İçselleştirilmiş Damgalanması ve alt ölçekleri Yabancılaşma, Kalıp Yargıların Onaylanması, Algılanan Ayrımcılık, Sosyal Geri Çekilme ve Damgalanmaya Karşı Direnç açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p > 0,05$). Benzer şekilde Ergun ve Yönder (2009), Üstündağ ve Kesebir (2013), Baysan Arabacı ve diğerleri (2015), Vrbova ve diğerleri (2016) de çalışmalarında RHİDÖ ile cinsiyetler arasında bir ilişki bulamamışlardır. Literatürde farklı sonuçlar elde edilen çalışmalar da mevcuttur. Tel ve Ertekin Pınar (2012)'ın 1 Ekim-31 Aralık 2009 tarihleri arasında ayaktan takip edilen şizofreni, duygulanım bozukluğu ve genelleşmiş anksiyete bozukluğu tanısı alan 18 yaş üzeri 160 hasta ile yaptıkları çalışmada erkek hastaların Kalıp Yargıların Onaylanması, Algılanan Ayrımcılık, Sosyal Geri Çekilme, Damgalanmaya Karşı Direnç ve toplam RHİDÖ puanının kadın hastalardan yüksek olduğu, yani erkek hastaların kadın hastalara göre daha fazla kendilerini damgaladıkları saptanmıştır. Ayaktan tedavi alan Bipolar

Bozukluk hastalarıyla yapılan bir başka çalışmada da kadın hastaların içselleştirilmiş damgalanma puanının erkek hastalara göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu bulunmuştur (Çam ve Çuhadar, 2013).

Kadın ile erkekler arasında Boş Zamanları Değerlendirme, Bağımsızlık Düzeyi-Yetkinlik, Bağımsızlık Düzeyi-Performans alt ölçekleri ve Sosyal İşlevsellik Ölçeği toplam puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Buna göre kadınların Boş Zamanları Değerlendirme, Bağımsızlık Düzeyi-Yetkinlik, Bağımsızlık Düzeyi-Performans alt ölçekleri ve Sosyal İşlevsellik Ölçeği puan ortalaması erkeklere göre daha yüksektir.

Erol ve diğerleri (2009), Kaya (2013) ve Baysan Arabacı ve diğerleri (2015) cinsiyetler arası SİÖ puanlarında fark bulamamış olsa da literatürde kadın hastaların sosyal işlevselliklerinin erkek hastalara göre daha iyi olduğunu bildiren çalışmalar da mevcuttur (Angermeyer ve diğerleri, 1990; Novick ve diğerleri, 2016; Thomas ve diğerleri, 2010).

Araştırmacının gözlemleri de kadınların boş zamanlarında yemek yapma, alışveriş, resim-el sanatları gibi uğraşlar, dikiş-nakış, örgü, kitap-gazete-dergi okumak, TV izlemek, radyo dinlemek ve yürüyüş gibi etkinliklerde erkeklerden daha aktif oldukları, dış görünüşe önem vermek, parasının hesabını yapmak ve para kontrolünü sağlayabilmek, kendisi için giysi seçmek ve almak, evden tek başına çıkmak ve toplu taşıma araçlarını kullanma becerisi ve performanslarının erkeklerden daha iyi olduğu yönündedir.

Çalışmamızda kadınların SİÖ puanlarının daha yüksek olmasının hastalığın başlangıç yaşının kadınlarda daha geç olması, toplumda kadınlardan beklenen rol ve sorumlulukların erkeklerden beklenenden daha fazla olması, kadınların erkeklere nazaran daha kolay sosyal ağlar kurabilmesi ve sosyal desteğe (aile, komşuluk vb.) daha rahat erişebilmesi olarak açıklanabileceği düşünülmüştür.

Tablo 11. Sosyal İşlevsellik ve Ruhsal Hastalıkların İçselleştirilmiş Damgalanmasının Yaş Bakımından Fark Analizi

	Yaş	N	\bar{x}	ss	F	p	İkili Fark
Sosyal Uğraşı/Sosyal Çekilme	29 yaş ve altı	13	12,08	2,02	1,692	0,158	
	30-39 yaş	20	11,35	2,52			
	40-49 yaş	35	11,20	2,78			
	50-59 yaş	28	10,54	2,27			
	60 yaş ve üstü	9	9,67	2,00			
Kişilerarası İşlevsellik	29 yaş ve altı	13	7,38	0,96	1,273	0,286	
	30-39 yaş	20	6,70	1,69			
	40-49 yaş	35	7,29	1,34			
	50-59 yaş	28	6,89	1,26			
	60 yaş ve üstü	9	7,67	1,50			
Öncül Sosyal Etkinlikler	29 yaş ve altı	13	18,15	6,93	0,590	0,670	
	30-39 yaş	20	16,40	9,16			
	40-49 yaş	35	15,86	8,19			
	50-59 yaş	28	14,18	7,77			
	60 yaş ve üstü	9	16,11	7,37			
Boş Zamanları Değerlendirme	29 yaş ve altı	13	17,46	7,17	0,445	0,776	
	30-39 yaş	20	17,85	7,69			
	40-49 yaş	35	18,63	6,70			
	50-59 yaş	28	16,86	7,24			
	60 yaş ve üstü	9	20,00	7,19			
Bağımsızlık Düzeyi-Yetkinlik	29 yaş ve altı	13	31,92	2,63	0,901	0,467	
	30-39 yaş	20	34,40	4,60			
	40-49 yaş	35	33,74	3,85			
	50-59 yaş	28	34,00	3,66			
	60 yaş ve üstü	9	33,44	4,30			
Bağımsızlık Düzeyi-Performans	29 yaş ve altı	13	26,54	6,33	1,467	0,218	
	30-39 yaş	20	26,40	9,33			
	40-49 yaş	35	28,86	7,45			
	50-59 yaş	28	30,96	5,52			
	60 yaş ve üstü	9	29,78	8,84			
İş/Meslek	29 yaş ve altı	13	7,54	1,13	5,720	0,000*	1-4
	30-39 yaş	20	7,55	1,00			2-4
	40-49 yaş	35	7,66	1,06			3-4
	50-59 yaş	28	8,79	1,34			
	60 yaş ve üstü	9	8,67	1,58			
Sosyal İşlevsellik	29 yaş ve altı	13	121,08	18,20	0,095	0,984	
	30-39 yaş	20	120,65	28,19			
	40-49 yaş	35	123,23	21,48			
	50-59 yaş	28	122,21	19,54			
	60 yaş ve üstü	9	125,33	22,80			
Yabancılaşma	29 yaş ve altı	13	13,23	5,07	0,765	0,551	

	30-39 yaş	20	13,45	3,93		
	40-49 yaş	35	13,03	4,09		
	50-59 yaş	28	13,79	3,84		
	60 yaş ve üstü	9	11,11	3,55		
	29 yaş ve altı	13	13,08	3,35		
Kalp Yarguların Onaylanması	30-39 yaş	20	12,45	4,07	1,046	0,388
	40-49 yaş	35	13,14	3,93		
	50-59 yaş	28	14,36	3,67		
	60 yaş ve üstü	9	12,00	4,18		
	29 yaş ve altı	13	36,46	3,36		
Algılanan Ayrımcılık	30-39 yaş	20	36,80	1,70	0,639	0,636
	40-49 yaş	35	36,57	3,12		
	50-59 yaş	28	37,25	3,50		
	60 yaş ve üstü	9	35,44	3,40		
	29 yaş ve altı	13	13,38	5,32		
Sosyal Geri Çekilme	30-39 yaş	20	13,10	3,26	0,662	0,620
	40-49 yaş	35	13,06	4,50		
	50-59 yaş	28	14,25	4,42		
	60 yaş ve üstü	9	11,67	5,20		
	29 yaş ve altı	13	10,31	2,87		
Damgalanmaya Karşı Direnç	30-39 yaş	20	11,60	3,50	0,687	0,602
	40-49 yaş	35	10,86	3,01		
	50-59 yaş	28	10,75	2,96		
	60 yaş ve üstü	9	9,78	2,54		
	29 yaş ve altı	13	61,23	17,76		
Ruhsal Hastalıkların İçselleştirilmiş Damgalanması	30-39 yaş	20	62,10	12,23	0,834	0,507
	40-49 yaş	35	61,20	16,95		
	50-59 yaş	28	65,00	15,52		
	60 yaş ve üstü	9	54,11	16,58		
	29 yaş ve altı	13	61,23	17,76		

*p<0,05

Sosyal İşlevsellik ve Ruhsal Hastalıkların İçselleştirilmiş Damgalanmasının yaş bakımından farklılık gösterme durumunun analiz edilmesi amacıyla yapılan ANOVA testi sonuçları tablo 11’de verilmiştir.

Analiz sonucuna göre;

Yaşı farklı olan gruplar arasında Sosyal Uğraşı/Sosyal Çekilme, Kişilerarası İşlevsellik, Öncül Sosyal Etkinlikler, Boş Zamanları Değerlendirme, Bağımsızlık Düzeyi-Yetkinlik, Bağımsızlık Düzeyi-Performans alt ölçekleri ve Sosyal İşlevsellik Ölçeği ile Ruhsal

Hastalıkların İçselleştirilmiş Damgalanması Ölçeği ve alt ölçekleri açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$). Benzer şekilde Ergun ve Yönder (2009) ile Çam ve Çuhadar (2013) RHİDÖ'nün; Kaya (2013) ise SİÖ'nün yaş ile istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkisinin olmadığını bildirmiştir.

Yaşı farklı olan gruplar arasında İş/Meslek açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Buna göre 50-59 yaş arası olanların İş/Meslek alt ölçeği puan ortalaması en yüksek iken 29 yaş ve daha küçük olanların en düşüktür. Tukey testi sonucunda İş/Meslek alt ölçeğinde yaş grupları arasındaki farkın 29 yaş ve altı grubu ile 50-59 yaş grubu, 30-39 yaş grubu ile 50-59 yaş grubu, 40-49 yaş grubu ile 50-59 yaş grubunun ortalama puanların arasındaki farktan kaynaklandığı bulunmuştur. Çalışmamızda 50-59 yaş grubundakilerin İş/Meslek puanlarının daha yüksek olmasının bu yaş grubundakilerde emekli oranının daha fazla olması olabileceği, 29 yaş ve daha küçük olanların ise en düşük puana sahip olmasının bu yaş grubundakilerin çoğunlukla işsiz olması ile açıklanabileceği düşünülmüştür.

Tablo 12. Sosyal İşlevsellik ve Ruhsal Hastalıkların İçselleştirilmiş Damgalanmasının Eğitim Durumu Bakımından Fark Analizi

	Eğitim	N	\bar{x}	Ss	F	P	İkili Fark
Sosyal Uğraşı/Sosyal Çekilme	İlkokul/Ortaokul	52	11,15	2,25	1,263	,287	
	Lise	37	11,24	2,74			
	Önlisans/lisans	16	10,13	2,58			
Kişilerarası İşlevsellik	İlkokul/Ortaokul	52	7,19	1,27	0,298	,743	
	Lise	37	6,97	1,50			
	Önlisans/lisans	16	7,19	1,47			
Öncül Sosyal Etkinlikler	İlkokul/Ortaokul	52	14,06	6,34	4,386	,015*	1-3
	Lise	37	16,24	8,74			
	Önlisans/lisans	16	20,56	9,45			
Boş Zamanları Değerlendirme	İlkokul/Ortaokul	52	16,90	7,20	3,001	,054	
	Lise	37	17,86	6,82			
	Önlisans/lisans	16	21,75	6,18			
Bağımsızlık Düzeyi-Yetkinlik	İlkokul/Ortaokul	52	32,96	4,39	2,730	,070	
	Lise	37	33,95	3,17			
	Önlisans/lisans	16	35,44	2,94			

Bağımsızlık Düzeyi-Performans	İlkokul/Ortaokul	52	28,19	8,52		
	Lise	37	29,38	6,37	0,286	,752
	Önlisans/lisans	16	29,06	6,31		
İş/Meslek	İlkokul/Ortaokul	52	7,81	1,21		
	Lise	37	8,22	1,38	1,271	,285
	Önlisans/lisans	16	8,19	1,33		
Sosyal İşlevsellik	İlkokul/Ortaokul	52	118,27	21,60		
	Lise	37	123,86	20,96	2,762	,068
	Önlisans/lisans	16	132,31	22,03		
Yabancılaşma	İlkokul/Ortaokul	52	13,75	4,37		
	Lise	37	12,16	3,61	1,791	,172
	Önlisans/lisans	16	13,63	3,83		
Kalıp Yargıların Onaylanması	İlkokul/Ortaokul	52	13,08	3,80		
	Lise	37	13,35	4,04	0,081	,922
	Önlisans/lisans	16	13,44	3,79		
Algılanan Ayrımcılık	İlkokul/Ortaokul	52	36,98	3,54		
	Lise	37	36,05	2,41	1,258	,289
	Önlisans/lisans	16	37,19	2,54		
Sosyal Geri Çekilme	İlkokul/Ortaokul	52	13,90	4,82		
	Lise	37	12,68	3,99	0,953	,389
	Önlisans/lisans	16	12,81	3,95		
Damgalanmaya Karşı Direnç	İlkokul/Ortaokul	52	10,79	3,20		
	Lise	37	10,65	2,86	0,219	,803
	Önlisans/lisans	16	11,25	2,98		
Ruhsal Hastalıkların İçselleştirilmiş Damgalanması	İlkokul/Ortaokul	52	63,23	16,74		
	Lise	37	59,24	14,91	0,736	,482
	Önlisans/lisans	16	62,94	14,78		

*p<0,05

Sosyal İşlevsellik ve Ruhsal Hastalıkların İçselleştirilmiş Damgalanmasının eğitim durumu bakımından farklılık gösterme durumunun analiz edilmesi amacıyla yapılan ANOVA testi sonuçları tablo 12’de verilmiştir.

Analiz sonucuna göre; eğitim durumu farklı olan gruplar arasında Sosyal Uğraşı/Sosyal Çekilme, Kişilerarası İşlevsellik, Boş Zamanları Değerlendirme, Bağımsızlık Düzeyi-Yetkinlik, Bağımsızlık Düzeyi-Performans, İş/Meslek alt ölçekleri ve Sosyal İşlevsellik

Ölçeği ile Ruhsal Hastalıkların İçselleştirilmiş Damgalanması Ölçeği ve alt ölçekleri açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$). Eğitim durumu arttıkça hastaların işlevselliklerinin artacağı, kendileri ve hastalıkları hakkında daha çok bilgi sahibi olacakları ve daha doğru tedaviye ulaşabilecekleri düşüncesi eğitim durumunun yükselmesinin sosyal işlevselliği artıracak ve içselleştirilmiş damgalanmayı azaltacağını işaret etse de araştırma bulgularımız eğitim durumunun sosyal işlevsellik ve içselleştirilmiş damgalanma ile ilgili olmadığı yönünde çıkmıştır.

Ergun ve Yönder (2009) bizim çalışmamızdaki sonuçlara paralel olarak, kendi çalışmalarında RHİDÖ ile eğitim durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulamamıştır. Vrbova ve diğerleri (2016) de Kalıp Yargıların Onaylanması alt ölçeği hariç, RHİDÖ ile eğitim düzeyinin istatistiksel ilişkisini saptayamamışlardır. Buna göre eğitim düzeyi üniversite olanlar Kalıp Yargıların Onaylanması alt ölçeğinde diğer gruplara nazaran istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük puan almışlardır. Literatürde farklı sonuçlara ulaşılan çalışmalar da mevcuttur. Lysaker ve diğerleri (2008), çoğunluğu TRSM hizmet alanı olan şizofreni ve şizoaffektif bozukluk hastalarıyla yaptıkları araştırmada düşük eğitim durumunun yüksek içselleştirilmiş damgalanmaya neden olduğunu bulmuşlardır. Coşkun ve Güven Caymaz (2012)'in araştırmasında eğitim durumu ile RHİDÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuş, ilkokul mezunlarının en yüksek puanları aldığı görülmüştür. Tel ve Ertekin Pınar (2012)'in psikiyatri polikliniğinde ayaktan izlenen ruhsal hastalarla yaptıkları çalışmada eğitim durumuna göre RHİDÖ ve alt ölçekleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunduğu bildirilmiştir. Yine benzer şekilde psikiyatri polikliniğinde ayaktan takip edilen bipolar bozukluk hastaları ile yapılan bir çalışmada düşük eğitim seviyesindeki hastaların içselleştirilmiş damgalanma düzeyi diğerlerine göre daha yüksek bulunmuştur (Çam ve Çuhadar, 2013). Bipolar bozukluk hastalarıyla yapılan bir çalışmada da içselleştirilmiş damgalanması olan hastaların eğitim durumunun daha düşük olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Üstündağ ve Kesebir, 2013). Güncel bir çalışmada ise poliklinik hastaları ile araştırma yapılmış ve eğitim durumu arttıkça RHİDÖ puanının azaldığı kaydedilmiştir (Kök ve Demir, 2018). Ülkemizde yapılan bir çalışmada, bizim çalışmamızdan farklı olarak, sosyal işlevselliğin eğitim durumu ile ilişkili olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Erol ve diğerleri, 2009). Bir başka çalışmada da üniversite

mezunu olanların sosyal işlevsellik puan ortalamaları okur-yazar olmayan hastalara göre daha yüksek bulunmuştur (Kaya, 2013).

Araştırmamızda, eğitim durumu farklı olan gruplar arasında Öncül Sosyal Etkinlikler açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Buna göre Önlisans/lisans mezunu olanların Öncül Sosyal Etkinlikler puan ortalaması en yüksek iken eğitim seviyesi azaldıkça puan ortalaması da düşmektedir. Varyansın kaynağına bakıldığında, eğitim durumuna göre Öncül Sosyal Etkinlikler alt ölçeğinde ortaya çıkan farklılığın ilkokul/ortaokul mezunları grubu ile önlisans/lisans mezunları grubunun ortalama puanları arasındaki farktan kaynaklandığı görülmüştür. Çalışmamızdaki katılımcıların eğitim durumu arttıkça sosyal yaşam aktivitelerinin arttığı, toplumun içine daha fazla çıkabildikleri görülmüştür. Eğitim düzeyi yükseldikçe hastalar sinema, tiyatro, müze, sergi, partiler, kulüp/dernek faaliyetleri, dışarıda yemek yeme gibi etkinliklere daha fazla zaman ayırmakta ve daha fazla sosyalleşme bilinci taşımaktadır. Bu durumun, eğitim düzeyi yüksek olan hastaların düşük olanlara göre daha fazla gelirin olmasıyla da ilgili olabileceği düşünülmüştür.

Tablo 13. Sosyal İşlevsellik ve Ruhsal Hastalıkların İçselleştirilmiş Damgalanmasının Medeni Durum Bakımından Fark Analizi

	Medeni Durum	N	\bar{x}	Ss	F	p	İkili Fark
Sosyal Uğraşı/Sosyal Çekilme	Evli	28	11,39	2,59	1,307	0,275	
	Bekâr	53	11,15	2,52			
	Boşanmış/Ayrılmış	24	10,33	2,26			
Kişilerarası İşlevsellik	Evli	28	7,43	1,23	1,260	0,288	
	Bekâr	53	7,08	1,38			
	Boşanmış/Ayrılmış	24	6,83	1,49			
Öncül Sosyal Etkinlikler	Evli	28	16,46	6,76	0,604	0,549	
	Bekâr	53	16,19	9,10			
	Boşanmış/Ayrılmış	24	14,25	6,75			
Boş Zamanları Değerlendirme	Evli	28	17,00	6,63	0,838	0,435	
	Bekâr	53	17,81	7,29			
	Boşanmış/Ayrılmış	24	19,50	7,08			
Bağımsızlık Düzeyi-Yetkinlik	Evli	28	32,89	4,83	0,866	0,424	
	Bekâr	53	33,87	3,54			
	Boşanmış/Ayrılmış	24	34,21	3,27			
Bağımsızlık Performans	Düzeyi- Evli	28	27,39	8,25	3,144	0,047*	1-3
	Bekâr	53	27,98	7,42			

	Boşanmış/Ayrılmış	24	32,00	5,74		
İş/Meslek	Evli	28	8,36	1,37		
	Bekâr	53	7,51	1,01	10,000	0,000*
	Boşanmış/Ayrılmış	24	8,71	1,33		
Sosyal İşlevsellik	Evli	28	120,93	22,02		
	Bekâr	53	121,58	23,61	0,394	0,675
	Boşanmış/Ayrılmış	24	125,83	17,39		
Yabancılaşma	Evli	28	13,61	3,82		
	Bekâr	53	12,72	4,32	0,665	0,517
	Boşanmış/Ayrılmış	24	13,67	3,82		
Kalıp Yargıların Onaylanması	Evli	28	13,79	3,87		
	Bekâr	53	13,21	4,11	0,584	0,560
	Boşanmış/Ayrılmış	24	12,63	3,25		
Algılanan Ayrımcılık	Evli	28	37,46	3,61		
	Bekâr	53	36,34	2,77	1,286	0,281
	Boşanmış/Ayrılmış	24	36,54	2,92		
Sosyal Geri Çekilme	Evli	28	14,36	4,73		
	Bekâr	53	13,19	4,32	1,406	0,250
	Boşanmış/Ayrılmış	24	12,33	4,15		
Damgalanmaya Karşı Direnç	Evli	28	9,93	2,81		
	Bekâr	53	11,15	3,00	1,639	0,199
	Boşanmış/Ayrılmış	24	11,08	3,24		
Ruhsal Hastalıkların İçselleştirilmiş Damgalanması	Evli	28	63,64	16,14		
	Bekâr	53	61,23	16,23	0,267	0,766
	Boşanmış/Ayrılmış	24	60,83	14,84		

*p<0,05

Sosyal İşlevsellik ve Ruhsal Hastalıkların İçselleştirilmiş Damgalanmasının medeni durum bakımından farklılık gösterme durumunun analiz edilmesi amacıyla yapılan ANOVA testi sonuçları tablo 13'te verilmiştir.

Analiz sonucuna göre; medeni durumu farklı olan gruplar arasında Sosyal Uğraş/Sosyal Çekilme, Kişilerarası İşlevsellik, Öncül Sosyal Etkinlikler, Boş Zamanları Değerlendirme, Bağımsızlık Düzeyi-Yetkinlik alt ölçekleri ve Sosyal İşlevsellik Ölçeği ile Ruhsal Hastalıkların İçselleştirilmiş Damgalanması Ölçeği ve alt ölçekleri açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$). Benzer şekilde Bolu'da yapılan bir çalışmada da RHİDÖ ile medeni durum arasında ilişki bulunamamıştır (Ergun ve Yönder, 2009). Şizofreni ve spektrumundaki hastalarla yapılan bir başka çalışma da RHİDÖ'nün medeni duruma göre istatistiksel olarak

anlamli değişimi saptanamamıştır (Vrbova ve diğerleri, 2016). Çalışmamızın sonuçlarından farklı olarak, şizofreni ve bipolar bozukluk hastalarıyla yapılan bir çalışmada boşanmış/evli ama ayrı yaşayan/eşi ölmüş hastaların RHİDÖ puan ortalaması evli hastalara göre anlamli derecede daha yüksek bulunmuştur (Kök ve Demir, 2018).

Medeni durumu farklı olan gruplar arasında Bağımsızlık Düzeyi-Performans açısından istatistiksel olarak anlamli farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Buna göre boşanmış ya da ayrılmış olanların Bağımsızlık Düzeyi-Performans alt ölçeği puan ortalaması en yüksek iken evli olanların en düşüktür. Tukey testi sonucunda, Bağımsızlık Düzeyi-Performans alt ölçeğinde medeni duruma göre ortaya çıkan farklılığın evlilerle boşanmış/ayrılmışların ortalama puanları arasındaki farktan kaynaklandığı görölmüştür. Bağımsızlık Düzeyi-Performans puanının evlilerde en düşük olmasının sebebinin katılımcıların çoğunluğunun (%67,6) erkeklerden oluşması (bkz: Şekil 6) ve evli hastaların alışveriş, bulaşık yıkama, yemek hazırlama, gıda alışveriş, kendi çamaşırlarını yıkama gibi aksiyonları daha çok eşlerinden veya diğer aile bireylerinden beklmeleri ile ilgili olduğu düşünölmüştür.

Medeni durumu farklı olan gruplar arasında İş/Meslek açısından istatistiksel olarak anlamli farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Buna göre boşanmış ya da ayrılmış olanların İş/Meslek alt ölçeği puan ortalaması en yüksek iken bekâr olanların en düşüktür. Varyansın kaynağına bakıldığında, İş/Meslek alt ölçeğinde ortaya çıkan farklılığın evlilerle bekârlar ve bekârlarla boşanmış/ayrılmışların ortalama puanları arasındaki farktan kaynaklandığı bulunmuştur. Boşanmış/ayrılmış olanların İş/Meslek puanlarının bekâr olanlara göre daha yüksek çıkmasının, boşanmış/ayrılmış grubundaki hastaların ya aktif olarak çalışıyor olmalarından ya da çalışma dönemi sonrası emekliye ayrılmış olmalarından, bekâr hastaların da çoğunlukla işsiz olmalarından kaynaklandığı düşünölmüştür.

İzmir’de yapılan bir çalışmaya göre ise, evli hastaların Sosyal İşlevsellik Ölçeği toplam puanları anlamli olarak daha yüksek bulunmuştur (Erol ve diğerleri, 2009). Baysan Arabacı ve diğerleri (2015) hastaların medeni durumlarının kişilerarası işlevselliklerini etkilediğini belirtmiştir. Literatürde, çalışmamızla benzer olarak, medeni durumun

sosyal işlevsellikle ilgisinin bulunmadığını belirten çalışmalar da mevcuttur (Kaya, 2013; Usall ve diğerleri, 2002).

Tablo 14. Sosyal İşlevsellik ve Ruhsal Hastalıkların İçselleştirilmiş Damgalanmasının Çocuk Sayısı Bakımından Fark Analizi

	Çocuk Sayısı	N	\bar{x}	ss	F	p	İkili Fark
Sosyal Uğraşı/Sosyal Çekilme	Yok	64	11,23	2,42	2,125	0,125	
	1 çocuk	15	11,60	2,16			
	2 ve daha fazla	26	10,19	2,71			
Kişilerarası İşlevsellik	Yok	64	6,97	1,40	1,152	0,320	
	1 çocuk	15	7,53	1,19			
	2 ve daha fazla	26	7,23	1,39			
Öncül Sosyal Etkinlikler	Yok	64	15,53	8,42	0,312	0,733	
	1 çocuk	15	15,20	9,97			
	2 ve daha fazla	26	16,88	5,53			
Boş Zamanları Değerlendirme	Yok	64	17,78	6,90	0,251	0,779	
	1 çocuk	15	17,40	7,74			
	2 ve daha fazla	26	18,81	7,27			
Bağımsızlık Düzeyi-Yetkinlik	Yok	64	33,67	3,90	0,002	0,998	
	1 çocuk	15	33,67	4,19			
	2 ve daha fazla	26	33,73	3,75			
Bağımsızlık Performans Düzeyi-	Yok	64	27,69	7,99	1,669	0,194	
	1 çocuk	15	30,60	6,38			
	2 ve daha fazla	26	30,27	6,40			
İş/Meslek	Yok	64	7,59	1,08	9,990	0,000*	1-2 1-3
	1 çocuk	15	8,67	1,23			
	2 ve daha fazla	26	8,65	1,41			
Sosyal İşlevsellik	Yok	64	120,47	22,95	0,638	0,530	
	1 çocuk	15	124,67	23,29			
	2 ve daha fazla	26	125,77	17,91			
Yabancılaşma	Yok	64	12,91	4,20	0,820	0,443	
	1 çocuk	15	14,40	4,44			
	2 ve daha fazla	26	13,12	3,49			
Kalıp Yargıların Onaylanması	Yok	64	13,13	4,13	0,290	0,749	
	1 çocuk	15	13,93	3,94			
	2 ve daha fazla	26	13,08	3,12			
Algılanan Ayrımcılık	Yok	64	36,50	2,91	0,908	0,406	
	1 çocuk	15	37,67	3,15			
	2 ve daha fazla	26	36,58	3,34			
Sosyal Geri Çekilme	Yok	64	13,41	4,48	0,299	0,742	
	1 çocuk	15	13,80	4,77			
	2 ve daha fazla	26	12,77	4,16			
Damgalanmaya Karşı Direnç	Yok	64	11,00	3,18	0,819	0,444	

		1 çocuk	15	11,13	2,39		
		2 ve daha fazla	26	10,15	2,99		
Ruhsal Hastalıkların İçselleştirilmiş Damgalanması		Yok	64	61,59	16,27		
		1 çocuk	15	65,67	17,03	0,619	0,540
		2 ve daha fazla	26	60,00	13,99		

***p<0,05**

Sosyal İşlevsellik ve Ruhsal Hastalıkların İçselleştirilmiş Damgalanmasının çocuk sayısı bakımından farklılık gösterme durumunun analiz edilmesi amacıyla yapılan ANOVA testi sonuçları tablo 14'te verilmiştir.

Analiz sonucuna göre;

Çocuk sayısı farklı olan gruplar arasında Sosyal Uğraşı/Sosyal Çekilme, Kişilerarası İşlevsellik, Öncül Sosyal Etkinlikler, Boş Zamanları Değerlendirme, Bağımsızlık Düzeyi-Yetkinlik, Bağımsızlık Düzeyi-Performans alt ölçekleri ve Sosyal İşlevsellik Ölçeği ile Ruhsal Hastalıkların İçselleştirilmiş Damgalanması Ölçeği ve alt ölçekleri açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$). Bir başka çalışmada ise çocuk sayısı ile Yabancılaşma, Kalıp Yargıların Onaylanması, Algılanan Ayrımcılık ve RHİDÖ toplam puan ortalamasının anlamlı bir şekilde arttığı bulunmuştur (Ergun ve Yönder, 2009). Üstündağ ve Kesebir (2013) de daha fazla sayıda çocuğu olanların damgalanma algısının daha yüksek olduğunu bulmuşlardır. Bu anlamda çalışmamızın sonucu literatürdeki diğer çalışmalarla benzeşmemektedir.

Çocuk sayısı farklı olan gruplar arasında İş/Meslek açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Buna göre bir çocuğu olanların İş/Meslek puan ortalaması en yüksek iken çocuğu olmayanların en düşüktür. Tukey testi sonucunda, İş/Meslek alt ölçeğindeki farklılığın hiç çocuğu olmayanlarla 1 çocuğu olanlar ve hiç çocuğu olmayanlarla 2 ve daha fazla çocuğu olanların ortalama puanları arasındaki farktan kaynaklandığı bulunmuştur.

Tablo 15. Sosyal İşlevsellik ve Ruhsal Hastalıkların İçselleştirilmiş Damgalanmasının Çalışma Durumu Bakımından Fark Analizi

		N	\bar{x}	ss	F	p	İkili Fark
Sosyal Çekilme	Çalışıyor	25	11,28	2,64	2,239	,112	
	Çalışmıyor	61	11,26	2,44			
	Emekli	19	9,95	2,30			
Kişilerarası İşlevsellik	Çalışıyor	25	7,52	1,19	2,321	,103	
	Çalışmıyor	61	7,10	1,29			
	Emekli	19	6,63	1,74			
Öncül Sosyal Etkinlikler	Çalışıyor	25	19,76	9,04	4,328	,016	1-2
	Çalışmıyor	61	14,80	7,66			1-3
	Emekli	19	13,89	6,09			
Boş Zamanları Değerlendirme	Çalışıyor	25	21,72	7,98	5,938	,004	1-2
	Çalışmıyor	61	17,38	5,94			1-3
	Emekli	19	15,00	7,46			
Bağımsızlık Düzeyi-Yetkinlik	Çalışıyor	25	35,32	2,93	3,273	,042	1-2
	Çalışmıyor	61	33,33	3,95			1-3
	Emekli	19	32,68	4,20			
Bağımsızlık Düzeyi-Performans	Çalışıyor	25	31,36	6,68	2,307	,105	
	Çalışmıyor	61	27,61	7,55			
	Emekli	19	28,95	7,65			
İş/Meslek	Çalışıyor	25	8,96	0,73	629,750	,000	1-2
	Çalışmıyor	61	7,00	0,00			1-3
	Emekli	19	10,00	0,00			2-3
Sosyal İşlevsellik	Çalışıyor	25	135,92	21,57	7,105	,001	1-2
	Çalışmıyor	61	118,48	20,17			1-3
	Emekli	19	117,11	20,80			
Yabancılaşma	Çalışıyor	25	11,56	4,45	3,691	,028	1-3
	Çalışmıyor	61	13,33	3,98			
	Emekli	19	14,79	3,15			
Kalıp Yarguların Onaylanması	Çalışıyor	25	12,08	3,74	3,715	,028	1-3
	Çalışmıyor	61	13,10	3,89			
	Emekli	19	15,16	3,27			
Algılanan Ayrımcılık	Çalışıyor	25	35,80	3,00	2,486	,088	
	Çalışmıyor	61	36,69	3,02			
	Emekli	19	37,84	2,99			
Sosyal Geri Çekilme	Çalışıyor	25	11,76	4,47	2,669	,074	

	Çalışmıyor	61	13,49	4,26		
	Emekli	19	14,74	4,46		
	Çalışıyor	25	10,36	3,55		
Damgalanmaya Karşı Direnç	Çalışmıyor	61	11,07	3,05	0,543	,582
	Emekli	19	10,58	2,17		
	Çalışıyor	25	55,60	17,52		
Ruhsal Hastalıkların İçselleştirilmiş Damgalanması	Çalışmıyor	61	62,44	15,18	3,505	,034 1-3
	Emekli	19	67,79	13,08		

***p<0,05**

Sosyal İşlevsellik ve Ruhsal Hastalıkların İçselleştirilmiş Damgalanmasının çalışma durumu bakımından farklılık gösterme durumunun analiz edilmesi amacıyla yapılan ANOVA testi sonuçları tablo 15'te verilmiştir.

Analiz sonucuna göre;

Çalışma durumu farklı kişiler arasında Sosyal Uğraşı/Sosyal Çekilme, Kişilerarası İşlevsellik, Bağımsızlık Düzeyi-Performans, Algılanan Ayrımcılık, Sosyal Geri Çekilme ve Damgalanmaya Karşı Direnç alt boyutları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$).

Çalışma durumu farklı kişiler arasında Öncül Sosyal Etkinlikler, Boş Zamanları Değerlendirme ve Bağımsızlık Düzeyi-Yetkinlik puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktadır ($p<0,05$). Ortalama puanlar incelendiğinde çalışanların puanlarının en yüksek, emeklilerin puanlarının en düşük olduğu görülmektedir. Öncül Sosyal Etkinlikler, Boş Zamanları Değerlendirme ve Bağımsızlık Düzeyi-Yetkinlik alt ölçeklerindeki farkın hangi gruplardan kaynaklandığını öğrenmek için yapılan Tukey testinde, söz konusu farkın çalışanlarla çalışmayanlar ve çalışanlarla emeklilerin ortalama puanlarından kaynaklandığı bulunmuştur.

Çalışma durumu farklı kişiler arasında İş/Meslek puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktadır ($p<0,05$). Ortalama puanlar incelendiğinde emeklilerin puanlarının en yüksek, çalışmayanların puanlarının en düşük olduğu görülmektedir.

Varyansın kaynağına bakıldığında, gruplar arasındaki farkın çalışanlarla çalışmayanlar, çalışanlarla emekliler ve çalışmayanlarla emekliler gruplarının ortalama puanlarından kaynaklandığı tespit edilmiştir.

Çalışma durumu farklı kişiler arasında Sosyal İşlevsellik puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktadır ($p<0,05$). Ortalama puanlar incelendiğinde çalışanların puanlarının en yüksek, emeklilerin puanlarının en düşük olduğu görülmektedir. Sosyal İşlevsellik Ölçeğindeki farkın hangi gruplardan kaynaklandığını öğrenmek için yapılan Tukey testinde, bu farkın çalışanlarla çalışmayanlar ve çalışanlarla emeklilerin ortalama puanlarından kaynaklandığı bulunmuştur. Çalışan hastaların alt ölçeklerden ve SİÖ toplamında aldıkları puanların diğer gruplara göre daha yüksek olmasının çalışan hastaların sosyal etkileşiminin diğer gruplarla karşılaştırıldığında daha fazla olması ile açıklanabileceği düşünülmektedir. Emeklilerin Sosyal İşlevsellik puanını çalışmayanlara göre daha düşük çıkmış olsa da bu fark çok küçüktür. Bu farkın nedenlerinden biri olarak emekliliğe toplumumuzda genellikle “misyonunu tamamlamış olma” olarak bakılması, dolayısıyla emekli olanların toplumsal yaşamda daha az aktif olması sayılabilir. Yapılan bir araştırmada çalışan hastaların çalışmayan hastalara göre Sosyal Uğraş/Sosyal Çekilme, Boş Zamanları Değerlendirme, Bağımsızlık Düzeyi-Performans, İş/Meslek ve Sosyal İşlevsellik Ölçeği toplam puanı anlamlı ölçüde yüksek bulunmuştur (Erol ve diğerleri, 2009). Başka bir araştırmada da benzer sonuçlar elde edilmiş, çalışan ve emekli hastaların SİÖ puanı, çalışmayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek çıkmıştır (Kaya, 2013).

Çalışma durumu farklı kişiler arasında Yabancılaşma ve Kalıp Yargıların Onaylanması puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktadır ($p<0,05$). Ortalama puanlar incelendiğinde emeklilerin puanlarının en yüksek, çalışanların puanlarının en düşük olduğu görülmektedir. Tukey testi ile gruplar arasındaki farkın çalışanlar ve emekliler gruplarının aldıkları ortalama puanlardan kaynaklandığı görülmüştür. Çalışma yaşamında aktif olarak yer almakta olan hastaların hastalık ve hastalarla ilgili klişeleri daha az içselleştirdikleri, buna karşın emeklilerin bu klişeleri daha fazla benimsedikleri görülmektedir. Hastalığın yıkıcı etkilerinin üzerine bir de çalışma yaşamındaki rolün sonlanması ile hastalar daha fazla yabancılaşmaktadır. Çalışanların ise sosyal yaşamda

daha aktif olmaları nedeniyle diğer gruplara göre daha az yabancılaştığı şeklinde yorum yapılabilir.

Çalışma durumu farklı kişiler arasında Ruhsal Hastalıkların İçselleştirilmiş Damgalanması puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktadır ($p < 0,05$). Ortalama puanlar incelendiğinde emeklilerin puanlarının en yüksek, çalışanların puanlarının en düşük olduğu görülmektedir. Yapılan Tukey testinde gruplar arasındaki farklılığın çalışanlar ve emekliler grubundakilerin aldıkları ortalama puandan kaynaklandığı görülmüştür. Bir işte çalışmanın kronik ruhsal hastalığa sahip bireylerde içselleştirilmiş damgalanmaya karşı koruyucu etkisinin olduğu söylenebilir. Literatürdeki araştırmalar da bu yargıyı destekler niteliktedir. Üstündağ ve Kesebir (2013) ayaktan takip edilen 100 bipolar bozukluk hastasıyla yaptıkları çalışmada çalışıyor olmanın içselleştirilmiş damgalanmayı azalttığını tespit etmişlerdir. Çalışmamızın bulguları literatürle uyumlu çıkmıştır.

Tablo 16. Sosyal İşlevsellik ve Ruhsal Hastalıkların İçselleştirilmiş Damgalanmasının Gelir Bakımından Fark Analizi

		n	\bar{x}	ss	F	P	İkili Fark
Sosyal Çekilme	1000 TL'den az	52	11,44	2,43	1,913	,153	
	1000-1999 TL	37	10,84	2,52			
	2000 TL ve daha fazla	16	10,13	2,47			
Kişilerarası İşlevsellik	1000 TL'den az	52	7,15	1,46	0,043	,958	
	1000-1999 TL	37	7,08	1,23			
	2000 TL ve daha fazla	16	7,06	1,48			
Öncül Sosyal Etkinlikler	1000 TL'den az	52	16,35	8,30	0,900	,410	
	1000-1999 TL	37	14,46	7,87			
	2000 TL ve daha fazla	16	17,25	7,36			
Boş Zamanları Değerlendirme	1000 TL'den az	52	18,88	6,64	1,701	,188	
	1000-1999 TL	37	16,27	7,15			
	2000 TL ve daha fazla	16	19,00	7,87			
Bağımsızlık Düzeyi-Yetkinlik	1000 TL'den az	52	34,56	3,67	3,637	,030	1-2
	1000-1999 TL	37	32,38	4,21			
	2000 TL ve daha fazla	16	33,88	2,87			

	1000 TL'den az	52	29,52	7,14		
Bağımsızlık Düzeyi-Performans	1000-1999 TL	37	26,89	8,36	1,894	,156
	2000 TL ve daha fazla	16	30,50	5,59		
	1000 TL'den az	52	7,46	0,90		1-2
İş/Meslek	1000-1999 TL	37	8,05	1,31	27,595	,000
	2000 TL ve daha fazla	16	9,69	0,79		2-3
	1000 TL'den az	52	125,37	20,82		
Sosyal İşlevsellik	1000-1999 TL	37	115,97	23,25	2,606	,079
	2000 TL ve daha fazla	16	127,50	19,06		
	1000 TL'den az	52	12,75	4,22		
Yabancılaşma	1000-1999 TL	37	13,81	4,09	0,738	,481
	2000 TL ve daha fazla	16	13,06	3,53		
	1000 TL'den az	52	12,65	3,94		
Kalıp Yargıların Onaylanması	1000-1999 TL	37	13,76	3,71	1,156	,319
	2000 TL ve daha fazla	16	13,88	3,84		
	1000 TL'den az	52	36,50	3,14		
Algılanan Ayrımcılık	1000-1999 TL	37	36,89	2,92	0,192	,826
	2000 TL ve daha fazla	16	36,81	3,21		
	1000 TL'den az	52	12,79	4,20		
Sosyal Geri Çekilme	1000-1999 TL	37	13,78	4,93	0,703	,497
	2000 TL ve daha fazla	16	13,88	3,86		
	1000 TL'den az	52	11,04	3,07		
Damgalanmaya Karşı Direnç	1000-1999 TL	37	10,68	3,07	0,345	,709
	2000 TL ve daha fazla	16	10,38	2,92		
	1000 TL'den az	52	60,37	15,48		
Ruhsal Hastalıkların İçselleştirilmiş Damgalanması	1000-1999 TL	37	63,59	16,96	0,453	,637
	2000 TL ve daha fazla	16	62,19	14,47		

***p<0,05**

Sosyal İşlevsellik ve Ruhsal Hastalıkların İçselleştirilmiş Damgalanmasının gelir bakımından farklılık gösterme durumunun analiz edilmesi amacıyla yapılan ANOVA testi sonuçları tablo 16'da verilmiştir.

Analiz sonucuna göre;

Kişisel geliri farklı olan gruplar arasında Sosyal Uğraşı/Sosyal Çekilme, Kişilerarası İşlevsellik, Öncül Sosyal Etkinlikler, Boş Zamanları Değerlendirme, Bağımsızlık Düzeyi-Performans alt ölçekleri ve Sosyal İşlevsellik Ölçeği ile Ruhsal Hastalıkların İçselleştirilmiş Damgalanması Ölçeği ve alt ölçekleri açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$). Bu konu ile ilgili literatürde farklı sonuçlara ulaşan çalışmalar mevcuttur. Ergun ve Yönder (2009) de çalışmamızla paralel olarak, gelirin RHİDÖ puanı ile anlamlı bir ilişkisinin olmadığını gösteren bir çalışma yürütmüşlerdir. Kamu ve özel hastanenin karşılaştırıldığı bir başka çalışmada da gelir durumu ile RHİDÖ puanları karşılaştırmasında düşük gelir düzeyinde olan hastaların alt ölçeklerin çoğu ve toplam ölçekte nispeten daha yüksek puanlar aldığı, “Geri Çekilme” alt ölçeğinde ise istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunduğu belirtilmiştir (Coşkun ve Güven Caymaz, 2012). Kök ve Demir (2018) ise, ekonomik durumu kötü olanların RHİDÖ puanlarının daha yüksek olduğunu belirtmiştir.

Kişisel geliri farklı olan gruplar arasında Bağımsızlık Düzeyi-Yetkinlik açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Buna göre geliri 1000 TL’den az olanların Bağımsızlık Düzeyi-Yetkinlik puanları en yüksek, 1000-1999 TL arası olanların en düşüktür. Tukey testi sonucunda, gruplar arasındaki farkın 1000 TL’den az geliri olanlarla 1000-1999 TL arası geliri olanların ortalama puanları arasındaki farklılıktan kaynaklandığı bulunmuştur.

Kişisel geliri farklı olan gruplar arasında İş/Meslek açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Buna göre geliri 2000 TL’den fazla olanların İş/Meslek puanları en yüksek, 1000 TL’den az olanların en düşüktür. Tukey testi ile gruplar arasındaki farkın 1000 TL’den az geliri olanlarla 1000-1999 TL arası geliri olanlar, 1000 TL’den az geliri olanlarla 2000 TL ve daha fazla geliri olanlar ve 1000-1999 TL arası geliri olanlarla 2000 TL ve daha fazla geliri olanların aldıkları ortalama puanlardan kaynaklandığı tespit edilmiştir. Gelir arttıkça İş/Meslek puanının artmasının 2000 TL’den çok kazananların çoğunlukla hâlihazırda çalışmakta olan kişilerden oluşmasından kaynaklanıyor olduğu düşünülmüştür.

Tablo 17. Sosyal İşlevsellik ve Ruhsal Hastalıkların İçselleştirilmiş Damgalanmasının Yaşanılan Kişi Bakımından Fark Analizi

Kiminle Yaşadığı		N	\bar{x}	Ss	T	P
Sosyal Uğraşı/Sosyal çekilme	Aile	84	11,62	2,32	5,501	0,000*
	Yalnız	21	8,67	1,62		
Kişilerarası işlevsellik	Aile	84	7,05	1,43	-0,994	0,323
	Yalnız	21	7,38	1,12		
Öncül sosyal etkinlikler	Aile	84	16,18	8,16	0,920	0,360
	Yalnız	21	14,38	7,36		
Boş zamanları değerlendirme	Aile	84	17,71	6,96	-0,773	0,442
	Yalnız	21	19,05	7,54		
Bağımsızlık düzeyi-yetkinlik	Aile	84	33,43	4,07	-1,370	0,174
	Yalnız	21	34,71	2,74		
Bağımsızlık düzeyi-performans	Aile	84	27,56	7,72	-3,411	0,001*
	Yalnız	21	33,48	3,59		
İş/meslek	Aile	84	7,92	1,26	-1,484	0,141
	Yalnız	21	8,38	1,36		
Sosyal işlevsellik	Aile	84	121,46	22,77	-0,861	0,391
	Yalnız	21	126,05	17,37		
Yabancılaşma	Aile	84	13,30	4,06	0,634	0,528
	Yalnız	21	12,67	4,18		
Kalıp yargıların onaylanması	Aile	84	13,29	4,05	0,303	0,763
	Yalnız	21	13,00	3,00		
Algılanan ayrımcılık	Aile	84	36,74	3,01	0,350	0,727
	Yalnız	21	36,48	3,30		
Sosyal geri çekilme	Aile	84	13,45	4,37	0,684	0,496
	Yalnız	21	12,71	4,66		
Damgalanmaya karşı direnç	Aile	84	10,75	3,12	-0,401	0,689
	Yalnız	21	11,05	2,71		
Ruhsal hastalıkların içselleştirilmiş damgalanması	Aile	84	62,12	15,89	0,437	0,663
	Yalnız	21	60,43	15,71		

*p<0,05

Sosyal İşlevsellik ve Ruhsal Hastalıkların İçselleştirilmiş Damgalanmasının yaşanılan kişi bakımından farklılık gösterme durumunun analiz edilmesi amacıyla yapılan t testi sonuçları tablo 17’de verilmiştir.

Analiz sonucuna göre;

Ailesiyle ve yalnız yaşayanlar arasında Kişilerarası İşlevsellik, Öncül Sosyal Etkinlikler, Boş Zamanları Değerlendirme, Bağımsızlık Düzeyi-Yetkinlik, İş/Meslek alt ölçekleri ve Sosyal İşlevsellik Ölçeği ile Ruhsal Hastalıkların İçselleştirilmiş Damgalanması Ölçeği ve alt ölçekleri açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$).

Ailesiyle ve yalnız yaşayanlar arasında Sosyal Uğraşı/Sosyal Çekilme açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Buna göre ailesi ile yaşayanların Sosyal Uğraşı/Sosyal Çekilme alt ölçeği puan ortalaması yalnız yaşayanlara göre daha yüksektir. Sosyal Uğraşı/Sosyal Çekilme alt ölçeği puanının ailesi ile yaşayanlarda daha yüksek olmasının bu hastaların evde tek başına geçirdikleri sürenin azalması, hafta içi ve hafta sonu güne başladıkları saatin çok geç olmasının engellenebilmesi, evde bir sohbet edebilecek birilerinin bulunması, yabancı varlığına verilen tepkilerin yumuşaması ve evden dışarı çıkmak için teşvik edilmeleri ile ilgili olduğu düşünülmüştür. Sosyal Uğraşı/Sosyal Çekilme alt ölçeğiyle ilgili bulgularımız ailenin koruyucu özelliklerini ön plana çıkarmaktadır.

Ailesiyle ve yalnız yaşayanlar arasında Bağımsızlık Düzeyi-Performans açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Buna göre yalnız yaşayanların Bağımsızlık Düzeyi-Performans alt ölçeği puan ortalaması ailesi ile yaşayanlara göre daha yüksektir. Bu farkın, yalnız yaşayanların yemek, temizlik, alışveriş gibi işlerini kendilerinin görmeleri zorunluluğundan kaynaklandığı düşünülmüştür. Bazı ailelerin hastaların hiçbir işi doğru yapamayacaklarına inanmaları ve hastanın gelişme potansiyeline olan inançsızlıkları, hastalık yükünün ailede oluşturduğu bıkkınlık, beklentisizlik ya da tersi şekilde aşırı korumacı yaklaşımların hastaları tembelleştirebildiği şeklinde de yorum yapılabilir.

Tablo 18. Sosyal İşlevsellik ve Ruhsal Hastalıkların İçselleştirilmiş Damgalanmasının Ailede Ruhsal Problemi Olan Kişi Varlığı Bakımından Fark Analizi

Ailede Ruhsal Problemi Olan Kişi Varlığı		N	\bar{x}	Ss	F	P
Sosyal Uğraşı/Sosyal çekilme	Olan	40	10,60	2,38	-1,390	0,168
	Olmayan	65	11,29	2,54		
Kişilerarası işlevsellik	Olan	40	7,00	1,26	-0,666	0,507

	Olmayan	65	7,18	1,45		
Öncül sosyal etkinlikler	Olan	40	14,88	8,33	-0,947	0,346
	Olmayan	65	16,40	7,81		
Boş zamanları değerlendirme	Olan	40	19,45	6,87	1,687	0,095
	Olmayan	65	17,08	7,08		
Bağımsızlık düzeyi-yetkinlik	Olan	40	33,10	3,92	-1,221	0,225
	Olmayan	65	34,05	3,81		
Bağımsızlık düzeyi-performans	Olan	40	28,65	7,34	-0,100	0,921
	Olmayan	65	28,80	7,59		
İş/meslek	Olan	40	7,93	1,29	-0,525	0,601
	Olmayan	65	8,06	1,30		
Sosyal işlevsellik	Olan	40	121,60	21,91	-0,287	0,775
	Olmayan	65	122,86	21,89		
Yabancılaşma	Olan	40	14,43	4,19	2,541	0,013*
	Olmayan	65	12,40	3,82		
Kalıp yargıların onaylanması	Olan	40	13,95	4,01	1,515	0,133
	Olmayan	65	12,78	3,71		
Algılanan ayrımcılık	Olan	40	36,98	3,05	0,760	0,449
	Olmayan	65	36,51	3,06		
Sosyal geri çekilme	Olan	40	14,43	4,24	2,072	0,041*
	Olmayan	65	12,62	4,41		
Damgalanmaya karşı direnç	Olan	40	11,68	2,93	2,346	0,021*
	Olmayan	65	10,28	2,99		
Ruhsal hastalıkların içselleştirilmiş damgalanması	Olan	40	66,23	15,30	2,309	0,023*
	Olmayan	65	59,05	15,58		

*p<0,05

Sosyal İşlevsellik ve Ruhsal Hastalıkların İçselleştirilmiş Damgalanmasının ailede ruhsal problemi olan kişi varlığı bakımından farklılık gösterme durumunun analiz edilmesi amacıyla yapılan t testi sonuçları tablo 18’de verilmiştir.

Analiz sonucuna göre;

Ailesinde ruhsal problemi olan kişi varlığı farklı gruplar arasında Sosyal İşlevsellik Ölçeği ve alt ölçekleri ile Kalıp Yargıların Onaylanması ve Algılanan Ayrımcılık alt ölçekleri açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır (p>0,05).

Ailesinde ruhsal problemi olan kişi varlığı farklı gruplar arasında Yabancılaşma, Sosyal Geri Çekilme, Damgalanmaya Karşı Direnç ve RHİDÖ toplam puan ortalaması

açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Buna göre ailesinde ruhsal problemi olan kişi varlığı olanların Yabancılaşma, Sosyal Geri Çekilme ve Damgalanmaya Karşı Direnç alt ölçekleriyle RHİDÖ toplam puan ortalaması olmayanlara göre daha yüksektir.

Ailede daha önce ruhsal hastalığı olan birinin varlığının hastalarda daha fazla içselleştirilmiş damgalanma hissi yarattığını söylemek mümkündür. Bu durumun ailesinde ruhsal hastalık geçmişi olan hastaların toplumsal damgalamayı daha önce de fazlasıyla hissetmeleriyle alakalı olduğu, dolayısıyla ailesinde ruhsal hastalık geçmişi olmayanlara göre toplumsal baskıyı ve stereotipleri daha fazla içselleştirmiş olabilecekleri düşünülmüştür.

Baysan Arabacı ve arkadaşları (2015) da yaptıkları çalışmada, bizim çalışmamızla benzer şekilde, ailesinde ruhsal hastalık geçmişi olanların Yabancılaşma, Algılanan Ayrımcılık, Sosyal Geri Çekilme ve RHİDÖ toplam puan ortalamalarının diğer hastalardan anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu sonucuna ulaşmışlardır. Çalışmamızın sonucu literatürle uyumlu çıkmıştır.

Tablo 19. Sosyal İşlevsellik ve Ruhsal Hastalıkların İçselleştirilmiş Damgalanmasının Tedavi Görme Süresi Bakımından Fark Analizi

	Tedavi Süresi	N	\bar{x}	Ss	F	P
Sosyal Uğraşı/Sosyal Çekilme	10 yıl ve daha az	30	10,87	2,70	0,281	0,839
	11-20 yıl	34	10,94	2,31		
	21-30 yıl	27	11,41	2,53		
	31 yıl ve daha fazla	14	10,86	2,57		
Kişilerarası İşlevsellik	10 yıl ve daha az	30	7,00	1,36	0,537	0,658
	11-20 yıl	34	7,12	1,53		
	21-30 yıl	27	7,37	1,08		
	31 yıl ve daha fazla	14	6,86	1,56		
Öncül Sosyal Etkinlikler	10 yıl ve daha az	30	15,93	9,11	0,655	0,581
	11-20 yıl	34	17,03	9,00		
	21-30 yıl	27	15,33	5,73		
	31 yıl ve daha fazla	14	13,57	6,82		
Boş Zamanları Değerlendirme	10 yıl ve daha az	30	17,50	7,84	0,190	0,903
	11-20 yıl	34	18,03	6,45		
	21-30 yıl	27	17,81	7,48		
	31 yıl ve daha fazla	14	19,21	6,48		

Bağımsızlık Düzeyi-Yetkinlik	10 yıl ve daha az	30	33,33	4,02	0,144	0,933
	11-20 yıl	34	33,76	3,74		
	21-30 yıl	27	34,00	3,78		
	31 yıl ve daha fazla	14	33,64	4,33		
Bağımsızlık Düzeyi-Performans	10 yıl ve daha az	30	26,43	8,16	1,529	0,212
	11-20 yıl	34	29,06	6,58		
	21-30 yıl	27	29,93	7,64		
	31 yıl ve daha fazla	14	30,64	7,17		
İş/Meslek	10 yıl ve daha az	30	7,73	1,17	1,102	0,352
	11-20 yıl	34	8,24	1,35		
	21-30 yıl	27	7,89	1,28		
	31 yıl ve daha fazla	14	8,29	1,38		
Sosyal İşlevsellik	10 yıl ve daha az	30	118,80	24,92	0,380	0,768
	11-20 yıl	34	124,18	21,82		
	21-30 yıl	27	123,74	19,98		
	31 yıl ve daha fazla	14	123,07	19,16		
Yabancılaşma	10 yıl ve daha az	30	12,90	4,02	0,772	0,512
	11-20 yıl	34	13,94	4,04		
	21-30 yıl	27	12,41	4,16		
	31 yıl ve daha fazla	14	13,36	4,14		
Kalıp Yargıların Onaylanması	10 yıl ve daha az	30	13,10	3,67	0,380	0,767
	11-20 yıl	34	13,21	3,89		
	21-30 yıl	27	12,89	3,75		
	31 yıl ve daha fazla	14	14,21	4,56		
Algılanan Ayrımcılık	10 yıl ve daha az	30	36,40	2,51	0,569	0,637
	11-20 yıl	34	37,24	3,40		
	21-30 yıl	27	36,33	3,01		
	31 yıl ve daha fazla	14	36,64	3,41		
Sosyal Geri Çekilme	10 yıl ve daha az	30	12,80	4,17	0,946	0,421
	11-20 yıl	34	14,03	4,53		
	21-30 yıl	27	12,48	4,44		
	31 yıl ve daha fazla	14	14,21	4,61		
Damgalanmaya Karşı Direnç	10 yıl ve daha az	30	11,13	3,01	0,401	0,753
	11-20 yıl	34	10,82	3,22		
	21-30 yıl	27	10,30	3,15		
	31 yıl ve daha fazla	14	11,07	2,46		
Ruhsal Hastalıkların İçselleştirilmiş Damgalanması	10 yıl ve daha az	30	61,07	13,47	0,565	0,640
	11-20 yıl	34	63,82	16,51		
	21-30 yıl	27	58,96	16,38		
	31 yıl ve daha fazla	14	63,79	18,14		

*p<0,05

Sosyal İşlevsellik ve Ruhsal Hastalıkların İçselleştirilmiş Damgalanmasının tedavi görme süresi bakımından farklılık gösterme durumunun analiz edilmesi amacıyla yapılan ANOVA testi sonuçları tablo 19'da verilmiştir.

Analiz sonucuna göre;

Tedavi görme süresi farklı olan gruplar arasında Sosyal İşlevsellik ve Ruhsal Hastalıkların İçselleştirilmiş Damgalanması ölçekleri açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$). Literatürde konu ile ilgili farklı sonuçlara ulaşılan çalışmalar bulunmaktadır. Kaya (2013) kendi çalışmasında hastalık süresinin sosyal işlevsellikle ilgisinin bulunmadığı sonucuna ulaşmıştır. Ergun ve Yönder (2009) Bolu TRSM ve RSHH'de yaptıkları çalışmada RHİDÖ'nün Yabancılaşma ve Kalıp Yargıların Onaylanması alt ölçeklerinden alınan puan ortalamaları ile hastalık süresi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğunu bulmuşlardır. Nijerya'da psikiyatrik tedavi alan 346 ayaktan hasta ile yapılan bir çalışmada hastalık süresi daha uzun olanın içselleştirilmiş damgalanmasının daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Adewuya ve diğerleri, 2011). Coşkun ve Güven Caymaz (2012), hastalık süresinin içselleştirilmiş damgalanma ile doğru orantılı olduğunu aktarmışlardır.

Tablo 20. Sosyal İşlevsellik ve Ruhsal Hastalıkların İçselleştirilmiş Damgalanmasının Psikiyatri Servisine Yatış Sayısı Bakımından Fark Analizi

	Yatış	N	\bar{x}	Ss	F	P	İkili Fark
Sosyal Uğraşı/Sosyal Çekilme	Hiç	10	11,10	2,51	,011	,998	
	1 kez	13	11,08	2,66			
	2 kez	18	10,94	2,58			
	3 ve daha fazla	64	11,03	2,49			
Kişilerarası İşlevsellik	Hiç	10	7,70	0,82	1,339	,266	
	1 kez	13	7,54	1,13			
	2 kez	18	6,89	1,28			
	3 ve daha fazla	64	7,00	1,49			
Öncül Sosyal Etkinlikler	Hiç	10	13,70	6,33	,372	,773	
	1 kez	13	16,92	8,50			
	2 kez	18	16,61	6,88			
	3 ve daha fazla	64	15,70	8,51			
Boş Zamanları Değerlendirme	Hiç	10	20,40	6,65	1,006	,394	
	1 kez	13	15,69	7,60			

	2 kez	18	19,06	7,57			
	3 ve daha fazla	64	17,77	6,87			
Bağımsızlık Düzeyi-Yetkinlik	Hiç	10	35,20	2,20			
	1 kez	13	32,15	4,26	1,840	,145	
	2 kez	18	32,67	3,31			
	3 ve daha fazla	64	34,05	4,03			
	Hiç	10	34,20	3,58			
1 kez	13	25,62	7,78	2,794			,044*
2 kez	18	27,72	7,37				
3 ve daha fazla	64	28,81	7,54				
İş/Meslek	Hiç	10	7,40	0,84			
	1 kez	13	8,15	1,41	,850	,470	
	2 kez	18	8,11	1,37			
	3 ve daha fazla	64	8,05	1,30			
	Hiç	10	129,70	12,73			
1 kez	13	117,15	24,23	,620			,604
2 kez	18	122,00	21,70				
3 ve daha fazla	64	122,41	22,54				
Yabancılaşma	Hiç	10	12,10	5,63			
	1 kez	13	12,69	3,92	,492	,688	
	2 kez	18	12,83	2,92			
	3 ve daha fazla	64	13,53	4,14			
	Hiç	10	11,10	3,63			
1 kez	13	13,46	3,95	1,173			,324
2 kez	18	13,17	4,08				
3 ve daha fazla	64	13,53	3,78				
Algılanan Ayrımcılık	Hiç	10	35,20	3,77			
	1 kez	13	37,00	3,00	1,039	,379	
	2 kez	18	36,39	2,30			
	3 ve daha fazla	64	36,94	3,12			
	Hiç	10	11,40	5,70			
1 kez	13	13,08	5,60	,728			,538
2 kez	18	13,61	3,58				
3 ve daha fazla	64	13,56	4,17				
Damgalanmaya Karşı Direnç	Hiç	10	10,00	2,11			
	1 kez	13	10,54	2,90	,393	,758	
	2 kez	18	10,67	2,43			
	3 ve daha fazla	64	11,03	3,34			
	Hiç	10	54,50	18,06			
1 kez	13	61,15	17,71	,888			,450
2 kez	18	61,28	12,94				
3 ve daha fazla	64	63,19	15,80				

*p<0,05

Sosyal İşlevsellik ve Ruhsal Hastalıkların İçselleştirilmiş Damgalanmasının psikiyatri servisine yatış sayısı bakımından farklılık gösterme durumunun analiz edilmesi amacıyla yapılan ANOVA testi sonuçları tablo 20’de verilmiştir.

Analiz sonucuna göre;

Psikiyatri servisine yatış sayısı farklı olan gruplar arasında Sosyal Uğraşı/Sosyal Çekilme, Kişilerarası İşlevsellik, Öncül Sosyal Etkinlikler, Boş Zamanları Değerlendirme, Bağımsızlık Düzeyi-Yetkinlik ve İş/Meslek alt ölçekleri ile Sosyal İşlevsellik Ölçeği ve Ruhsal Hastalıkların İçselleştirilmiş Damgalanması Ölçeği ve alt ölçekleri açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$). Yatış öyküsü arttıkça içselleştirilmiş damgalanma puanı artmış olsa da bu artış istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Çam ve Çuhadar (2013), Kaya (2013) ile Baysan Arabacı ve diğerleri (2015) de kendi çalışmalarında benzer bir sonuç elde etmiştir. Oysa hastanede yatış sayısının artmasının içselleştirilmiş damgalanmayı da artıracığı düşünülmektedir (Coşkun ve Güven Caymaz, 2012).

Psikiyatri servisine yatış sayısı farklı olan gruplar arasında Bağımsızlık Düzeyi-Performans açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Buna göre psikiyatri servisine hiç yatmamış olanların Bağımsızlık Düzeyi-Performans alt ölçeği puan ortalaması en yüksek iken 1 kez yatmış olanların en düşüktür. Varyansın kaynağına bakıldığında Bağımsızlık Düzeyi-Performans alt ölçeğinde psikiyatri servisine yatışta gruplar arasındaki farklılığın psikiyatri servisine hiç yatmayanlarla 1 kez yatanların ortalama puanları arasındaki farktan kaynaklandığı tespit edilmiştir.

Tablo 21. Sosyal İşlevsellik ve Ruhsal Hastalıkların İçselleştirilmiş Damgalanmasının TRSM’ye Devam Etme Süresi Bakımından Fark Analizi

	TRSM’ye devam süresi	n	\bar{x}	Ss	F	p
Sosyal Çekilme	0-1 yıl	18	10,39	2,91	0,918	0,403
	1-2 yıl	20	10,85	2,39		
	2 yıldan fazla	67	11,25	2,40		
Kişilerarası İşlevsellik	0-1 yıl	18	6,89	1,23	0,593	0,555
	1-2 yıl	20	6,95	1,36		

	2 yıldan fazla	67	7,22	1,42		
Öncül Sosyal Etkinlikler	0-1 yıl	18	18,83	9,02		
	1-2 yıl	20	15,65	7,71	1,599	0,207
	2 yıldan fazla	67	15,06	7,74		
Boş Zamanları Değerlendirme	0-1 yıl	18	19,28	8,57		
	1-2 yıl	20	17,85	5,91	0,367	0,694
	2 yıldan fazla	67	17,67	7,00		
Bağımsızlık Düzeyi-Yetkinlik	0-1 yıl	18	33,50	4,62		
	1-2 yıl	20	33,40	3,22	0,114	0,892
	2 yıldan fazla	67	33,82	3,87		
Bağımsızlık Düzeyi-Performans	0-1 yıl	18	27,28	9,37		
	1-2 yıl	20	26,20	7,14	2,367	0,099
	2 yıldan fazla	67	29,90	6,83		
İş/Meslek	0-1 yıl	18	8,17	1,25		
	1-2 yıl	20	8,40	1,27	1,575	0,212
	2 yıldan fazla	67	7,85	1,29		
Sosyal İşlevsellik	0-1 yıl	18	124,33	27,36		
	1-2 yıl	20	119,30	17,60	0,279	0,757
	2 yıldan fazla	67	122,78	21,51		
Yabancılaşma	0-1 yıl	18	12,83	4,45		
	1-2 yıl	20	13,30	3,57	0,076	0,927
	2 yıldan fazla	67	13,22	4,16		
Kalıp Yargıların Onaylanması	0-1 yıl	18	14,28	4,66		
	1-2 yıl	20	13,10	3,51	0,810	0,448
	2 yıldan fazla	67	12,99	3,72		
Algılanan Ayrımcılık	0-1 yıl	18	36,78	3,19		
	1-2 yıl	20	36,20	2,75	0,309	0,735
	2 yıldan fazla	67	36,81	3,13		
Sosyal Geri Çekilme	0-1 yıl	18	13,94	5,24		
	1-2 yıl	20	12,75	4,10	0,343	0,711
	2 yıldan fazla	67	13,30	4,31		
Damgalanmaya Karşı Direnç	0-1 yıl	18	11,56	3,28		
	1-2 yıl	20	11,35	2,76	1,351	0,264
	2 yıldan fazla	67	10,45	3,02		
Ruhsal Hastalıkların İçselleştirilmiş Damgalanması	0-1 yıl	18	63,83	18,84		
	1-2 yıl	20	61,20	14,01	0,182	0,834
	2 yıldan fazla	67	61,40	15,61		

*p<0,05

Sosyal İşlevsellik ve Ruhsal Hastalıkların İçselleştirilmiş Damgalanmasının TRSM'ye Devam Etme Süresi Bakımından Farklılık gösterme durumunun analiz edilmesi amacıyla yapılan ANOVA testi sonuçları tablo 21'de verilmiştir.

Analiz sonucuna göre; TRSM'ye devam etme süresi farklı olan gruplar arasında Sosyal İşlevsellik Ölçeği ve alt ölçekleriyle Ruhsal Hastalıkların İçselleştirilmiş Damgalanması Ölçeği ve alt ölçekleri açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$).

Ensari ve diğerleri (2013) yaptıkları bir çalışmada, TRSM'den hizmet alan şizofreni tanılı hastaların bir yıllık izlem sonucunda sosyal işlevsellik puanlarında belirgin artış olduğunu bildirmişlerdir. Araştırmamızda, TRSM'ye devam süresi 0-1 yıl olanlar içselleştirilmiş damgalanma açısından diğer gruplara nazaran daha yüksek puan almış olsa da bu fark istatistiksel olarak anlamsız çıkmıştır. Araştırmamıza katılan ciddi ruhsal hastaların sosyal işlevsellik puanları da gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yaratmamıştır. TRSM'lerden hizmet alma süresi arttıkça içselleştirilmiş damgalanma ve sosyal işlevsellik düzeylerinde olumlu anlamda belirgin değişimler beklenmektedir. Ancak araştırmamıza göre Eskişehir Devlet Hastanesi TRSM'de bu beklentinin karşılanamadığı görülmektedir. Bu durumun araştırmanın kısıtlılıklarıyla ilgili olabileceği düşünülmüştür.

Tablo 22. Sosyal İşlevsellik ve Ruhsal Hastalıkların İçselleştirilmiş Damgalanmasının Haftalık TRSM'ye Gelinek Gün Sayısı Bakımından Fark Analizi

	Haftalık TRSM'ye Gelinek Gün	N	\bar{x}	Ss	F	P	İkili Fark
Sosyal Uğraşı/Sosyal Çekilme	1-2 gün	43	10,86	2,60	1,510	,226	
	3-4 gün	26	10,54	2,40			
	5 gün	36	11,58	2,38			
Kişilerarası İşlevsellik	1-2 gün	43	6,91	1,59	1,070	,347	
	3-4 gün	26	7,12	1,28			
	5 gün	36	7,36	1,15			
Öncül Sosyal Etkinlikler	1-2 gün	43	18,05	8,99	3,838	,025*	1-3
	3-4 gün	26	15,81	6,47			
	5 gün	36	13,17	7,09			
Boş Zamanları Değerlendirme	1-2 gün	43	18,74	7,74	0,668	,515	
	3-4 gün	26	18,19	7,06			
	5 gün	36	16,92	6,22			
Bağımsızlık Düzeyi-Yetkinlik	1-2 gün	43	34,00	3,99	0,451	,638	
	3-4 gün	26	33,85	3,77			
	5 gün	36	33,19	3,83			

Bağımsızlık Düzeyi-Performans	1-2 gün	43	28,98	6,43	0,081	,922
	3-4 gün	26	28,92	9,21		
	5 gün	36	28,33	7,42		
İş/Meslek	1-2 gün	43	8,26	1,38	1,404	,250
	3-4 gün	26	7,77	1,18		
	5 gün	36	7,89	1,24		
Sosyal İşlevsellik	1-2 gün	43	125,79	22,67	1,117	,331
	3-4 gün	26	122,19	23,04		
	5 gün	36	118,44	19,64		
Yabancılaşma	1-2 gün	43	13,60	4,14	0,409	,665
	3-4 gün	26	12,85	3,70		
	5 gün	36	12,89	4,29		
Kalıp Yarguların Onaylanması	1-2 gün	43	13,72	4,21	0,813	,447
	3-4 gün	26	13,27	3,41		
	5 gün	36	12,61	3,72		
Algılanan Ayrımcılık	1-2 gün	43	36,58	2,91	0,809	,448
	3-4 gün	26	36,19	2,62		
	5 gün	36	37,17	3,49		
Sosyal Geri Çekilme	1-2 gün	43	13,23	4,36	0,097	,908
	3-4 gün	26	13,08	4,00		
	5 gün	36	13,56	4,85		
Damgalanmaya Karşı Direnç	1-2 gün	43	11,12	2,74	0,377	,687
	3-4 gün	26	10,54	2,72		
	5 gün	36	10,64	3,57		
Ruhsal Hastalıkların İçselleştirilmiş Damgalanması	1-2 gün	43	62,79	15,96	0,176	,839
	3-4 gün	26	60,50	13,91		
	5 gün	36	61,50	17,17		

*p<0,05

Sosyal İşlevsellik ve Ruhsal Hastalıkların İçselleştirilmiş Damgalanmasının haftalık TRSM'ye geline gün sayısı bakımından farklılık gösterme durumunun analiz edilmesi amacıyla yapılan ANOVA testi sonuçları tablo 22'de verilmiştir.

Analiz sonucuna göre;

Haftalık TRSM'ye geldiği gün sayısı bakımından gruplar arasında Sosyal Uğraşı/Sosyal Çekilme, Kişilerarası İşlevsellik, Boş Zamanları Değerlendirme, Bağımsızlık Düzeyi-Yetkinlik, Bağımsızlık Düzeyi-Performans, İş/Meslek alt ölçekleri ve Sosyal İşlevsellik

Ölçeği ile Ruhsal Hastalıkların İçselleştirilmiş Damgalanması Ölçeği ve alt ölçekleri açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$).

Haftalık TRSM'ye geldiği gün sayısı bakımından gruplar arasında Öncül Sosyal Etkinlikler açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Buna göre haftada TRSM'ye 1-2 gün gelenlerin Öncül Sosyal Etkinlikler puan ortalaması en yüksek iken gelen gün sayısı arttıkça Öncül Sosyal Etkinlikler puan ortalaması azalmaktadır. Tukey testi sonucunda, TRSM'ye geldiği gün sayısı bakımından Öncül Sosyal Etkinlikler alt ölçeğinde ortaya çıkan farklılığın TRSM'ye haftada 1-2 gün gelenlerle haftada 5 gün gelenlerin ortalama puanlarından kaynaklandığı bulunmuştur. Oysa TRSM'nin amaçları da göz önünde bulundurulduğunda TRSM'ye daha fazla devam edenlerin puan ortalamasının daha yüksek olması beklenmektedir. Yılmaz Karaman (2018)'in TRSM'de günlük etkinliklere katılan şizofreni hastalarında ilave psikososyal beceri eğitimi almanın öznel ve nesnel sosyal işlevsellik üzerine etkisini araştırdığı kontrollü klinik izlem çalışmasında TRSM'ye devamlılığın (Grup I) ve TRSM'ye devam etmenin yanında ruhsal toplumsal beceri eğitimi alan hastaların (Grup II) sosyal işlevsellik puanlarında anlamlı artış saptanmıştır. Araştırmanın yapıldığı dönem itibariyle sosyal etkinliklerin görece az olduğu bir tarih aralığında veriler toplandığı için toplam SİÖ sonuçlarının bu şekilde çıktığı düşünülmüştür. Esasen, sonuç bu sebeple böyle çıkmış olsa bile, TRSM'ye daha fazla devam edenlerin sosyal aktiviteler (sinema, tiyatro, kafeye gitmek, ilgi duyulan yerleri gezmek) konusunda TRSM'ye bağımlılık geliştirdikleri, kendi başlarına oldukları zaman bu aktivitelere ilgi göstermedikleri/zaman ve para ayırmadıkları yorumu da yapılabilir. Bu bağımlılık da temel amaçlarından biri hastaların öz-yeterliliğini ve işlevselliğini artırmak olan TRSM için bir negatif bir sonuçtur. Ne var ki şekil 11 ve şekil 12 incelendiğinde hastaların sinema, tiyatro, kafeye gitmek gibi aktivitelere maddi güçlerinin yetmeyeceği de görülecektir.

4. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu kısımda, araştırmanın sonuçlarına ve bu sonuçlar bağlamında bazı önerilere yer verilmiştir.

Araştırmanın sonuçları “TRSM Hizmet Alanlarının Sosyodemografik Özelliklerine İlişkin Sonuçlar”, “TRSM Hizmet Alanlarının İçselleştirilmiş Damgalanma ve Sosyal İşlevsellikleri Arasındaki İlişkiye Dair Sonuçlar”, “Bazı Sosyodemografik Değişkenlerle İçselleştirilmiş Damgalanma ve Sosyal İşlevsellik Arasındaki İlişkiye Dair Sonuçlar” başlıkları altında incelenmiştir.

Öneriler kısmında ise araştırma bulgularından hareketle Toplum Ruh Sağlığı Merkezlerinden hizmet alanların içselleştirilmiş damgalanmasını azaltmak, sosyal işlevselliklerini artırmak ve TRSM işleyişini daha etkin hale getirebilmek için atılması gereken adımlara ve alınması gereken önlemlere yer verilmiştir.

4.1. SONUÇ

Araştırmadan elde edilen sonuçları literatürde bire bir karşılaştıracak bir çalışmaya rastlanmadığından, içselleştirilmiş damgalanma ve sosyal işlevsellikle ilgili bulgular bu konularda ayrı ayrı yapılmış çalışmalarla karşılaştırılmıştır. Elde edilen sonuçlar çoğunlukla literatürdeki diğer çalışmalarla benzerlik gösterse de bazı sonuçlar literatürdekilerden farklı çıkmıştır. Bu farklılığın nedenlerinin araştırmanın sınırlılıkları ile ilgili olduğu düşünülmektedir

4.1.1. TRSM Hizmet Alanlarının Sosyodemografik Özelliklerine İlişkin Sonuçlar

Araştırma sonuçlarına göre Eskişehir Yunus Emre Devlet Hastanesi Toplum Ruh Sağlığı Merkezinden hizmet alan 105 katılımcının sosyodemografik özelliklerine bakıldığında, tüm katılımcıların %39’unun şizofreni, %38,1’inin bipolar bozukluk ve %22,9’unun (n=24) şizoaffektif bozukluk tanısına sahip oldukları tespit edilmiştir.

Cinsiyetlerine göre dağılımda erkeklerin %67,6, kadınların %32,4 oranında oldukları, erkeklerin kadınlara göre TRSM hizmetlerinden daha fazla faydalandıkları görülmektedir.

Yaşa göre dağılımda katılımcıların 18-71 yaş aralığında olduğu, yaş ortalamasının $44,514 \pm 11,5360$ olduğu; katılımcıların %12,4'ünün 29 yaş ve altındakilerden, %19'unun 30-39 yaşları arasındakilerden, %33,3'ünün 40-49 yaşları arasındakilerden, %26,7'sinin 50-59 yaşları arasındakilerden, %8,6'sının 60 yaş ve üstündekilerden olduğu belirlenmiştir.

Eğitim durumları karşılaştırıldığında, katılımcıların genel itibariyle düşük eğitim seviyesine sahip oldukları görülmüştür. TRSM hizmet alanlarının %49,5'inin ilkokul/ortaokul mezunu olduğu, %35,2'sinin lise mezunu olduğu, %15,2'sinin önlisans/lisans mezunu olduğu saptanmıştır.

Medeni durumlarına ve çocuk sayılarına göre dağılımlarına bakıldığında, %50,5'inin bekâr, %26,7'sinin evli ve %22,9'unun boşanmış veya ayrılmış oldukları; %61'inin çocuk sahibi olmadığı, %14,3'ünün 1 çocuk sahibi olduğu, %24,8'inin ise 2 ya da daha fazla çocuk sahibi olduğu tespit edilmiştir.

Çalışma durumları ve gelirleri bakımından incelendiğinde, tüm katılımcıların %23,8'inin bir işte çalışmakta olduğu, %58,1'inin işsiz olduğu, %18,1'inin de emekli olduğu; tüm katılımcıların %49,5'inin 1000 TL'den az gelirinin bulunduğu, %35,2'sinin 1000-1999 TL arasında gelirinin olduğu, %15,2'sinin ise 2000 TL üzeri gelire sahip olduğu belirlenmiştir.

Katılımcıların kiminle yaşadıklarına ve ailelerindeki hastalık geçmişine bakıldığında, çoğunlukla (%80) ailelerinin yanında yaşadıkları, geri kalanların ise (%20) yalnız yaşadıkları; %61,9'unun ailesinde ruhsal hastalık geçmişine sahip birinin bulunmadığı, %38,1'inin geçmişte ya da şu anda ailesinde ruhsal hastalığa sahip en az birinin bulunduğu tespit edilmiştir.

Tedavi alma süreleri ve psikiyatri servisine yatışlarına bakıldığında, hastaların, %28,6'sının 10 yıl ve daha az süredir, %32,4'ünün 11-20 yıl arası, %25,7'sinin 21-30 yıl arası, %13,3'ünün ise 31 yıl ve daha fazla süredir tedavi gördüğü; %9,5'inin hiç psikiyatri servisine yatmadığı, %12,4'ünün sadece 1 yatışının bulunduğu, %17,1'inin 2 kere yattığı, %61'inin ise en az 3 kere yatış yaptığı bulunmuştur.

TRSM'ye devam sürelerine göre dağılımlarına bakıldığında, tüm katılımcıların %17,1'inin 0-12 ay, %19'unun 13-24 ay, %63,8'inin 25 ay ve daha fazla süredir TRSM'ye devam ettiği anlaşılmıştır.

TRSM'ye bir haftada geldikleri gün sayısına göre dağılımlarına bakıldığında, tüm katılımcıların %41'inin haftada 1-2 gün, %24,8'inin haftada 3-4 gün, %34,3'ünün ise haftada 5 gün TRSM'ye geldiği belirlenmiştir.

4.1.2. TRSM Hizmet Alanlarının İçselleştirilmiş Damgalanma ve Sosyal İşlevsellikleri Arasındaki İlişkiye Dair Sonuçlar

TRSM hastalarının Sosyal İşlevsellik Ölçeği (SİÖ) toplam puan ortalaması $122,38 \pm 21,80$; Ruhsal Hastalıkların İçselleştirilmiş Damgalanması Ölçeği toplam puan ortalaması $61,78 \pm 15,79$ olarak tespit edilmiştir.

Sosyal işlevsellik, içselleştirilmiş damgalanmayı negatif yönde etkilemektedir. Sosyal işlevsellik arttıkça içselleştirilmiş damgalanma azalmakta ya da sosyal işlevsellik azaldıkça içselleştirilmiş damgalanma artmaktadır.

Alt ölçeklere bakıldığında, Kişilerarası İşlevsellik boyutunun Yabancılaşma üzerinde; Sosyal Çekilme ve Kişilerarası İşlevsellik boyutunun Kalıp Yargıların Onaylanması üzerinde; Kişilerarası İşlevsellik ve Bağımsızlık Düzeyi-Performans boyutunun Damgalanmaya Karşı Direnç üzerinde negatif yönde ve anlamlı bir etkiye sahip olduğu bulunmuştur. Buna karşın Sosyal İşlevsellik Ölçeğinin hiçbir boyutunun Algılanan Ayrımcılık ve Sosyal Geri Çekilme üzerinde anlamlı bir etkiye sahip olmadığı tespit edilmiştir.

4.1.3. Bazı Sosyodemografik Değişkenlerle Sosyal İşlevsellik ve İçselleştirilmiş Damgalanma Arasındaki İlişkiye Dair Sonuçlar

Hastalığa göre gruplar arasında SİÖ'ye ait Sosyal Çekilme, İş/Meslek, Bağımsızlık Düzeyi-Yetkinlik, Bağımsızlık Düzeyi-Performans ve RHİDÖ'ye ait Yabancılaşma ve Damgalanmaya Karşı Direnç alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmadığı sonucuna ulaşılmıştır.

Kişilerarası İşlevsellik ve Öncül Sosyal Etkinlikler alt ölçekleri puan ortalaması bipolar bozukluk hastalarında en yüksek, şizofreni hastalarında ise en düşük; Boş Zamanları Değerlendirme alt ölçeği puan ortalaması şizoaffektif bozukluk hastalarında en yüksek iken şizofreni hastalarında en düşüktür. SİÖ toplam puan ortalamalarına bakıldığında ise, bipolar bozukluk hastalarının en yüksek, şizofreni hastalarının en düşük puanı aldıkları tespit edilmiştir.

Kalıp Yargıların Onaylanması alt boyutu puan ortalaması, şizofreni hastalarında en yüksek, şizoaffektif bozukluk hastalarında en düşüktür. Algılanan Ayrımcılık ve Sosyal Geri Çekilme alt ölçekleri ortalama puanlarında şizofreni hastaları en yüksek puanı alırken bipolar bozukluk hastaları en düşük puanı almışlardır. RHİDÖ toplam puan ortalamalarına bakıldığında, şizofreni hastalarının en yüksek, bipolar bozukluk hastalarının en düşük olduğu saptanmıştır.

Cinsiyete göre gruplar arasında SİÖ'ye ait Sosyal Çekilme, Kişilerarası İşlevsellik, Öncül Sosyal Etkinlikler ve İş/Meslek ile RHİDÖ ve alt boyutları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunamamıştır. Buna karşın, kadınların Boş Zamanları Değerlendirme, Bağımsızlık Düzeyi-Yetkinlik, Bağımsızlık Düzeyi-Performans ve toplam Sosyal İşlevsellik Ölçeği puan ortalamaları erkeklere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur.

Yaşa göre gruplar arasında, SİÖ'ye ait İş/Meslek alt ölçeği hariç, SİÖ ve RHİDÖ açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunamamıştır. Yaşı 50-59 arasında

olanların İş/Meslek alt ölçeği puan ortalaması en yüksek, 29 yaş ve altı olanların en düşük bulunmuştur.

Eğitim durumuna göre gruplar arasında, Öncül Sosyal Etkinlikler alt ölçeği hariç, SİÖ ve RHİDÖ açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilememiştir. Buna göre, önlisans/lisans eğitim düzeyinde olanların Öncül Sosyal Etkinlikler alt ölçek puan ortalamaları en yüksek iken eğitim durumu ile birlikte puan ortalaması da düşmektedir.

Medeni duruma göre gruplar arasında, Bağımsızlık Düzeyi-Performans ve İş/Meslek alt ölçekleri hariç, SİÖ ve RHİDÖ açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır. Boşanmış veya ayrılmış olanların Bağımsızlık Düzeyi-Performans puan ortalaması en yüksek, evli olanların ise en düşük bulunmuştur. Yine, boşanmış veya ayrılmış olanların İş/Meslek puan ortalamaları en yüksek iken bekârların en düşük bulunmuştur.

Çocuk sayısı farklı olan gruplar arasında, İş/Meslek alt ölçeği hariç, SİÖ ve RHİDÖ açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunamamıştır. Bir çocuğu olanların İş/Meslek puan ortalaması en yüksek, hiç çocuğu olmayanların ise en düşük bulunmuştur.

Çalışma durumu farklı gruplar arasında SİÖ'ye ait Sosyal Uğraşı/Sosyal Çekilme, Kişilerarası İşlevsellik, Bağımsızlık Düzeyi-Performans alt ölçekleri ile RHİDÖ'ye ait Algılanan Ayrımcılık, Sosyal Geri Çekilme ve Damgalanmaya Karşı Direnç alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilememiştir. Buna karşın, çalışanların Öncül Sosyal Etkinlikler, Boş Zamanları Değerlendirme ve Bağımsızlık Düzeyi-Yetkinlik puanlarının en yüksek, emeklilerin en düşük olduğu bulunmuştur. İş/Meslek alt ölçeğinde ise emeklilerin en yüksek, çalışmayanların en düşük puanı aldıkları tespit edilmiştir. Toplam SİÖ puan ortalamalarına bakıldığında, çalışanların en yüksek emeklilerin ise en düşük puanı aldıkları sonucuna ulaşılmıştır.

Çalışma durumu farklı gruplar arasında Yabancılaşma ve Kalıp Yargıların Onaylanması alt ölçekleri ve RHİDÖ puan ortalamaları açısından bakıldığında emeklilerin en yüksek, çalışanların en düşük puanı aldıkları görülmektedir.

Kişisel geliri farklı olan gruplar arasında, Bağımsızlık Düzeyi-Yetkinlik ve İş/Meslek alt ölçekleri hariç, SİÖ ve RHİDÖ açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunamamıştır. Geliri 1000 TL'den az olanların Bağımsızlık Düzeyi-Yetkinlik puanı en yüksek, 1000-1999 TL arası geliri olanlarınsa en düşük bulunurken geliri 2000 TL'den fazla olanların İş/Meslek puanı en yüksek, 1000 TL'den az olanların en düşük olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Ailesiyle ya da yalnız yaşayanlar arasında, Sosyal Çekilme ve Bağımsızlık Düzeyi-Performans alt ölçekleri hariç, SİÖ ve RHİDÖ açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunamamıştır. Buna göre, ailesi ile yaşayanların Sosyal Çekilme puanı, yalnız yaşayanların da Bağımsızlık Düzeyi-Performans puanı diğer gruba göre daha yüksek bulunmuştur.

Ailesinde ruhsal problemi olan kişi varlığı farklı gruplar arasında SİÖ ile Kalıp Yargıların Onaylanması ve Algılanan Ayrımcılık alt ölçekleri açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunamamış, buna karşın ailesinde ruhsal hastalığı olanların Yabancılaşma, Sosyal Geri Çekilme ve Damgalanmaya Karşı Direnç ile RHİDÖ açısından istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek puanlar aldıkları tespit edilmiştir.

Tedavi süresi farklı gruplar arasında SİÖ ve RHİDÖ açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanamamıştır.

Psikiyatri servisine yatış sayısı farklı olan gruplar arasında, Bağımsızlık Düzeyi-Performans alt ölçeği hariç, SİÖ ve RHİDÖ açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunamamıştır. Yatış sayısı arttıkça RHİDÖ toplam puan ortalaması artsa da bu artış istatistiksel olarak bir anlam ifade etmemektedir. Bağımsızlık Düzeyi-

Performans alt ölçeğinde ise hiç yatmamış olanların en yüksek, 1 kez yatmış olanların en düşük puana sahip oldukları sonucuna ulaşılmıştır.

TRSM'ye devam etme süresi bakımından gruplar arasında SİÖ ve RHİDÖ açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunamamıştır. TRSM'ye 0-1 yıldır devam edenlerde RHİDÖ puanı görece daha yüksek çıksa da bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.

Haftalık olarak TRSM'ye geldiği gün sayısı farklı olan gruplar arasında, Öncül Sosyal Etkinlikler hariç, SİÖ ve RHİDÖ açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilememiştir. TRSM'ye haftada 1-2 gün gelenlerin Öncül Sosyal Etkinlikler puan ortalamasının en yüksek olduğu, geline gün sayısı arttıkça bu puan ortalamasının azaldığı tespit edilmiştir.

Çalışmamızda bazı sosyodemografik değişkenlerin SİÖ ve RHİDÖ'yü etkilediği bulunmuş olsa da Switaj ve diğerleri (2009), Livingston ve Boyd (2010), West ve diğerleri (2011) ile Picco ve diğerleri (2016) ruhsal hastalarla yaptıkları çalışmalarda içselleştirilmiş damgalanmanın sosyodemografik değişkenlerle anlamlı bir ilişkisinin olmadığını aktarmışlardır.

Buna karşın RHİDÖ'nün (Çam ve Çuhadar, 2013; Kök ve Demir, 2018; Tel ve Ertekin Pınar, 2012) ve SİÖ'nün (Baysan Arabacı ve diğerleri, 2015; Erol ve diğerleri, 2009) bazı sosyodemografik değişkenlerden etkilendiğine dair çalışmalar da mevcuttur.

Sosyodemografik bilgilerin ölçek toplam puanları ile ilişkisine dair araştırmamızdan çıkan sonuçları aşağıdaki tablo ile özetlemek mümkündür.

Tablo 23. Sosyodemografik Bilgilerin Ölçek Toplam Puanları İle İlişkisi

KBF*	SIÖ**	RHİDÖ***
Hastalık	Bipolar bozukluk en yüksek, şizofreni en düşük	Şizofreni en yüksek, bipolar bozukluk en düşük
Cinsiyet	Kadınlar daha yüksek, erkekler daha düşük	Fark yok
Yaş	Fark yok	Fark yok
Eğitim	Fark yok	Fark yok
Medeni durum	Fark yok	Fark yok
Çocuk sayısı	Fark yok	Fark yok
Çalışma durumu	Çalışanlar en yüksek, emekliler en düşük	Emekliler en yüksek, çalışanlar en düşük
Gelir durumu	Fark yok	Fark yok
Birlikte yaşanan kişi	Fark yok	Fark yok
Ailede hastalık	Fark yok	Olanların daha yüksek
Tedavi görme süresi	Fark yok	Fark yok
Psikiyatri servisine yatış sayısı	Fark yok	Fark yok
TRSM'ye devam süresi	Fark yok	Fark yok
TRSM'ye gelme (haftalık gün)	Fark yok	Fark yok

KBF**: Kişisel Bilgi Formu, *SIÖ**: Sosyal İşlevsellik Ölçeği, *****RHİDÖ**: Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği

4.2. ÖNERİLER

Bu bölümde, araştırmamızın sonuçları doğrultusunda, Toplum Ruh Sağlığı Merkezinden hizmet alan ciddi ruhsal hastaların içselleştirilmiş damgalanmaları ve sosyal işlevsellik durumlarında olumlu değişimlerin artırılması ve hizmet sunumunun

iyileştirilmesi için birtakım önerilerde bulunulmuştur. Bu önerileri şu şekilde sıralamak mümkündür:

- Ülkemizde Toplum Ruh Sağlığı Merkezlerinde içselleştirilmiş damgalanma ve sosyal işlevsellik konularında gerek ayrı ayrı gerek bu konuların birlikte ele alındıkları akademik çalışma sayısı uluslararası ölçekte değerlendirildiğinde çok yetersizdir. Ülkemizde yeni bir hizmet modeli olan TRSM'nin etkinliğinin daha iyi anlaşılabilmesi ve ilerleyen süreçte psikiyatrik sağaltımda daha tatmin edici sonuçlara ulaşılabilmesi için bu konularda daha çok sayıda ve daha kapsamlı çalışmalara ihtiyaç duyulduğu düşünülmektedir.
- Sosyal işlevsellik ve içselleştirilmiş damgalanma ile ilgili ileride yapılacak araştırmaların sadece şizofreni ya da sadece bipolar bozukluk tanı grubuyla yapılmamasının, TRSM ve Gündüz Hastaneleri gibi birden fazla tanı grubunun bir arada tedavi görebildiği de göz önünde bulundurularak farklı tanı gruplarını karşılaştırmaya imkân veren daha kapsayıcı çalışmaların sayıca artmasının bu merkezler adına hizmet planlaması ve tedavi etkinliğinin artırılması için faydalı olacağı düşünülmektedir.
- Toplum temelli ruh sağlığı hizmetlerine erişim konusunun cinsiyetler bağlamında problem teşkil etmesini engelleyici tedbirler alınmalıdır. Ciddi ruhsal hastalıkların görülme sıklığının ve yaygınlığının cinsiyetler için neredeyse eşit olduğu göz önüne alındığında, kadınların da en az erkekler kadar toplum temelli ruh sağlığı hizmetlerinden faydalanabilmesi için birtakım önlemler alınması bir zorunluluk olarak görülmelidir. Evdeki kadın hastayı dışarı çıkarmak istemeyen ailelerin bu konuda teşvik edilmesi, bir ödül-ceza sisteminin kurulması ve bunun TRSM ekibi tarafından takip edileceği bir sistemin kurulmasının faydalı olacağı düşünülmektedir.
- Gelişmiş ülkelerde sosyal hizmet uzmanları tarafından uygulanmakta olan vaka yöneticiliği tüm TRSM'lerde bir standart olarak yerleşmeli ve her hastayla ilgili yapılan çalışmalar takip edilen hastaların kişisel dosyalarında yer almalıdır.

Evlilerin performans puanlarının düşüklüğüne işaret eden bulgular bu konuda aile işbirliğinin önemine de dikkat çekmektedir. Hastaların merkez dışındaki hayatları hastanın kendisi, ailesi ve vaka yöneticisi sosyal hizmet uzmanı tarafından planlı bir şekilde değiştirilmeli, ev içi ve ev dışı performansını artırıcı programlar hazırlanmalı ve aileyle birlikte uygulanmalıdır.

- Müdahaleler hastayla sınırlı kalmamalı, aile eğitimlerinin sayısı artırılmalı, ailelerin de katıldığı grup çalışmaları yapılmalıdır. Bu yolla ailelerin kendilerine ve hastalara yönelik farkındalıkları artırılmalı, tedavinin önemli bir sacayağı olan aileler güçlendirilmelidir. Ailelerin gelişimleri, varsa çözemedikleri problemler vaka yöneticisi sosyal hizmet uzmanları tarafından takip edilmeli, çözülemeyen problemler için uygun kurum ve kuruluşlara yönlendirmeler yine sosyal hizmet uzmanları tarafından yapılmalıdır.
- Hastalığın sonuçlarıyla mücadelede önemli bir enstrüman da çalışma durumudur. Toplum temelli ruh sağlığı hizmetlerinden faydalanan hizmet alanlardan çalışabilecek durumda olanların korumalı iş yerlerinde çalışması ekonomik, sosyal ve psikolojik olarak iyilik hallerini artıracaktır. Bu sebeple hem devlet eliyle hem de özel sektör eliyle korumalı iş yerleri sayısı artırılmalı ve buraların devlet tarafından denetimi sağlanmalıdır. Ruhsal toplumsal beceri eğitimi alan ve düzenli olarak kontrol edilen hizmet alanların TRSM'deki vaka yöneticisinin (SHU) kontrolünde korumalı iş yerlerinde çalışması temin edilmelidir. Her TRSM'nin kendisine ait bir korumalı iş yerinin olması, bu iş yerlerinde çalışma tecrübesi kazananların planlı bir şekilde kamu veya kamu destekli özel sektör korumalı iş yerlerine transferleri düşünülebilir bir sistemdir.
- TRSM'de verilen hizmetlerin çeşitliliği kadar etkinliğinin takip edilmesi de önemlidir. Çalışmamızın bulgularına göre TRSM'ye devam süresi ve haftalık TRSM'ye gelme gün sayısı içselleştirilmiş damgalanma ve sosyal işlevsellik konusunda beklenen yönde anlamlı farklılıklar yaratmamıştır. Oysaki TRSM'ye daha uzun süreler ve haftada daha çok gün gelen ciddi ruhsal hastaların diğer gruplara nazaran daha yüksek sosyal işlevselliğe ve daha düşük içselleştirilmiş

damgalanmaya sahip olması beklenirdi. Bu noktada, hastaların 6 aylık ya da yıllık olarak düzenli bir şekilde psikometrik testler yoluyla kontrol edilmesi ve gelişimlerinin izlenmesinin önemi ön plana çıkmaktadır. Hastaların düzenli aralıklarla yapılacak psikometrik testlerle izlenmesinin tedavinin hastaya göre planlanmasının, mevcut eksikliklerin düzeltilerek hizmetlerde iyileştirmeler yapılmasının önünü açacağı düşünülmektedir.

- Ayaktan izlenen poliklinik hastalarıyla benzer seviyelerde çıkan içselleştirilmiş damgalanma, TRSM’de bu konuda yapılan çalışmaların yeterince etkili olmadığını göstermesi bakımından önemli bulunmuştur. Bu bağlamda, TRSM’lerde içselleştirilmiş damgalanmayı azaltmaya yönelik bireysel terapiler, grup terapileri, psikoeğitimler, aile eğitimleri gibi çalışmalara daha fazla ağırlık verilmeli, bu çalışmaların içeriklerinin etkinliği sürekli test edilerek gerekli iyileştirmeler yapılmalıdır.
- TRSM’lere kendi bütçeleri verilmeli, hesap verilebilirlik ve şeffaflık ilkeleri doğrultusunda, TRSM’ye ayrılan kaynağın bir kısmının hastalara bazı toplumsal becerilerin kazandırılması için (örneğin merkezdeki ihtiyaçlar için market/pazar alışverişi yaptırılması) kullanılması sağlanmalıdır. Bu yolla hastaların para kontrolünde, özgüven gelişimi ve sosyal performanslarında iyileşmeler olacağı düşünülmektedir. Hastaların, aile ile işbirliği içinde vaka yöneticisi sosyal hizmet uzmanı kontrolünde kendi ihtiyaçları için de alışveriş yapmaya başlaması sosyal işlevselliklerini artıracaktır ve onları güçlendirecektir.
- Sosyal damgalanmanın içselleştirilmiş damgalanma ve dolayısıyla sosyal işlevsellikle ilişkisi olduğu göz önünde bulundurularak, ciddi ruhsal hastalıkların toplum tarafından öğrenilmesi ve ciddi ruhsal hastalara karşı toplumsal önyargının kırılabilmesi için Sağlık Bakanlığı aracılığıyla ruhsal hastalıklar konusunda bilinçlendirici kamu spotu çalışmaları, büyük ölçekli toplumsal çalışmalar ve kampanyalar yapılmalı, bu çalışmalara TRSM hizmet alanlarının ve ailelerinin aktif katılımı sağlanmalıdır.

- Ulusal Ruh Sağlığı Yasası çıkarılmalıdır. Ülke genelinde uygulanacak tüm sosyal politikalara temel oluşturacak bir ruh sağlığı yasasının olmayışı ciddi bir eksiklik olarak görülmektedir.
- Toplum temelli ruh sağlığı hizmetlerinin sunumunda başat aktörler olan ruh sağlığı çalışanların özlük hakları iyileştirilmeli, meslek elemanlarının bu alanda çalışmaları teşvik edilmeli, eksik meslek elemanı bulunan merkezlerin eksikleri Sağlık Bakanlığınca giderilmeli, giderilemiyorsa yeni alımlar yapılarak personel açığı kapatılmalı ve bu personellere TRSM eğitimi verilerek görevlendirilmeleri sağlanmalıdır.
- TRSM ekibine sürekli süpervizyon desteği verilmeli, hizmet içi eğitimler nitelik ve sayı bakımından artırılmalı, TRSM personelleri tarafından diğer ülkelerdeki uygulamaların izlenebilmesi için toplum temelli ruh sağlığı hizmeti sunumunda öncü ülkelere düzenli geziler düzenlenmeli ve uygulamaların yerinde görülmesi sağlanmalıdır.
- Ülke genelindeki Toplum Ruh Sağlığı Merkezlerinin sayısı artırılmalı, uygulamalar arasındaki farklar giderilmeli, en güncel ve verimli yöntemlerin tartışılabilmesi için ülke genelindeki tüm TRSM'lerin en az birer temsilci ile katıldıkları yıllık toplantılar yapılmalıdır.
- Ülke genelinde TRSM'lerde çalışan sosyal hizmet uzmanı sayısı artırılmalı, hâlihazırda çalışmakta olanların sadece bu merkezlerde görev yapmaları sağlanmalı, toplum ruh sağlığı ekibi içinde sosyal hizmet uzmanlarının toplumsal kaynaklara ulaşma ve onları harekete geçirme bağlamında mesai saatleri içinde daha rahat hareket etmeleri sağlanmalıdır.
- Toplum ruh sağlığı ekibi içinde sosyal hizmet uzmanları hasta, ailesi ve TRSM arasındaki ilişkilerin devamlılığını sağlayıcı çalışmalar yapmalı, ailelerle yapılacak grup çalışmalarını planlamalı ve uygulamalıdır.

KAYNAKLAR

- Abay, A. R. ve Çölgeçen, Y. (2018). Psikiyatrik Sosyal Hizmet-Koruyucu, Tedavi Edici ve Rehabilitasyon Edici Ruh Sağlığı Alanında Sosyal Çalışmacıların Rolü. *OPUS Uluslararası Toplum Araştırmaları Dergisi*, 9 (16), 2147-2185.
- Adewuya, A. O., Owoeye, A. O., Erinfolami, A. O. ve Ola, B. A. (2011). Correlates of self-stigma among outpatients with mental illness in Lagos, Nigeria. *International Journal of Social Psychiatry*, 57 (4), 418-427.
- Aksaray, G., Kaptanoğlu, C. ve Oflu, S. (1999). Koruyucu Ruh Sağlığı. *Yeni Symposium*, 37 (3), 55-59.
- Alataş, G., Karaoğlu, A., Arslan, M. ve Yanık, M. (2009). Toplum Temelli Ruh Sağlığı Modeli ve Türkiye'de Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri Projesi. *Nöropsikiyatri Arşivi Dergisi*, 46 (Özel Sayı), 25-29.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV)*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-5 (DSM-V)* (5. bs.). Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Angermeyer, M. C., Kühn, L. ve Goldstein, J. M. (1990). Gender and the course of schizophrenia: Differences in treated outcomes. *Schizophrenia Bulletin*, 16 (2), 293-307.
- Anthony, W. A. (1993). Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16 (4), 11-23.
- Arkan, B., Bademli, K. ve Çetinkaya Duman, Z. (2011). Sağlık Çalışanlarının Ruhsal Hastalıklara Yönelik Tutumları: Son 10 yılda Türkiye'de Yapılan Çalışmalar. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 3 (2), 214-231.
- Arslan, M., Yazıcı, A., Yılmaz, T., Coşkun, S. ve Kurt, E. (2015). Rehabilitasyon Programının Şizofreni Hastalarının Kliniği, Sosyal İşlevselliği ve Yaşam Kalitesi

Üzerindeki Uzun Dönem Etkileri: İzleme Çalışması. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* , 16, 238-246.

Aslantürk, H. (2016). Ruh Sağlığı Alanında Toplumsal Entegrasyon ve Sosyal Haklar. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care* , 10 (4), 259-270.

Aşık, E. ve Ünsal Barlas, G. (2016). Psikiyatri Hemşireleri İçin Bir Alan: Şizofrenide Duygu Tanıma ve Sosyal İşlevsellik. *JAREN* , 2 (2), 92-96.

Attepe Özden, S. (2015). *Şizofreni Tanısı Almış Bireylerin Ailelerinin Bakımverme Deneyimleri ve Sosyal Destek İlişkilerinin Psikiyatrik Sosyal Hizmet Temelinde İncelenmesi*. Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi, Ankara.

Attepe Özden, S. (2017). Psikiyatri Kliniğinde Sosyal Hizmet Uygulamaları. S. Attepe Özden ve E. Özcan (Ed.). *Tıbbi Sosyal Hizmet* (s. 125-135). Ankara: Nobel .

Australian Association of Social Workers. (2008). *Practice Standards for Mental Health Social Workers* (2. bs.). Sydney: Australian Association of Social Workers.

Australian Association of Social Workers. (2014). *Practice Standards for Mental Health Social Workers 2014*. Canberra: Australian Association of Social Workers.

Avcil, C., Bulut, H. ve Hızlı Sayar, G. (2016). Psikiyatrik Hastalıklar ve Damgalama. *Üsküdar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi* , 2 (2), 175-202.

Aviram, U. (2002). The changing role of the social worker in the mental health system. *Social Work in Health Care* , 35 (1-2), 617-634.

Aydın, E. (2016). *Vaka Yönetiminin Şizofreni Hastalarının Klinik Belirtileri, Sosyal İşlevselliği ve Yaşam Kalitesi Üzerindeki Etkileri*. Tıpta Uzmanlık Tezi, Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi , Psikiyatri Kliniği, İstanbul.

Aydın, E., Tabo, A., Karamustafalıoğlu, K. O., Alataş, G., Yiğit, S., Aydın, E. ve diğerleri (2014). Döner Kapı Olgusu: Toplum Temelli Ruh Sağlığı Hizmet

Modeline Geçişin Psikiyatri Servisine Yatış Üzerine Etkisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* , 15, 185-191.

Aziz, A. (2015). *Sosyal Bilimlerde Araştırma Yöntemleri ve Teknikleri* (10 bs.). Ankara: Nobel.

Bademli, K. ve Çetinkaya Duman, Z. (2013). Şizofreni Hastalarının Bakım Verenleri. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar* , 5 (4), 461-478.

Bağ, B. (2012). Toplum Ruh Sağlığı Merkezlerinde Hemşirenin Rolü: İngiltere Örneği. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar* , 4 (4), 465-485.

Bahar, G. ve Savaş, H. A. (2013). Ruh Sağlığı Çalışmalarında Sosyal Hizmet Mesleğinin Rolü. *Yeni Symposium Dergisi* , 51 (2), 83-90.

Başer, D., Kırlioğlu, M. ve Mavili Aktaş, A. (2013). Sosyal Hizmet Mesleğinin Bir Uygulama Alanı Olarak Toplum Temelli Ruh Sağlığı Sistemi ve Güncel Değişimler. *Toplum ve Sosyal Hizmet* , 24 (2), 179-192.

Bauer, M. ve Pfennig, A. (2005). Epidemiology of bipolar disorders. *Epilepsia* , 46 (Suppl.4), 8-13.

Bauer, M., Kunze, H., Von Cranach, M., Fritze, J. ve Becker, T. (2002). Psychiatric reform in Germany. *Acta Psychiatrica Scandinavica* , 104 (Suppl. 410), 27-34.

Baysan Arabacı, L., Başoğlu, C. ve Büyükbayram, A. (2015). Adli Psikiyatri Hastalarının İçselleştirilmiş Damgalanma ve Sosyal İşlevsellik Düzeyleri. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 16, 113-121.

Belene, E. (2009). *Şizofreni'de Anksiyete Belirtilerinin, Pozitif, Negatif ve Depresif Belirtiler, İntihar Düşüncesi, İçgörü ve Yaşam Kalitesi Açısından İncelenmesi*. Tıpta Uzmanlık Tezi, T.C.Sağlık Bakanlığı Ord. Prof. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 9.Psikiyatri Birimi, İstanbul.

Bettoni, M. ve Benigni, B. (2009). Italian Law 180: The enduring principles it represents and the community of Arezzo. *Ann Ist Super Sanita* , 45 (1), 17-21.

- Bilge, A. ve am, O. (2010). Ruhsal Hastalığa Yönelik Damgalama ile Mücadele. *TAF Preventive Medicine Bulletin* , 9 (1), 71-78.
- Bilge, A., Mermer, G., am, M. O., etinkaya, A., Erdoğan, E. ve Üçkuyu, N. (2016). Türkiye'deki Toplum Ruh Sağlığı Merkezlerinin 2013-2015 Yıllarının Profili. *Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* , 2 (2), 1-5.
- Bilgili, M. (1995). Psikiyatrik Olgularda Toplumsal Yargı. *Kriz Dergisi* , 3 (1), 195-198.
- Binbay, T., Alptekin, K., Elbi, H., Zağlı, N., Drukker, M., Aksu Tanık, F. ve diğerleri (2012). İzmir Kent Merkezinde Şizofreni ve Psikotik Belirtili Bozuklukların Yaşamboyu Yaygınlığı ve İlişkili Oldukları Sosyodemografik Özellikler. *Türk Psikiyatri Dergisi* , 23, 149-160.
- Binbay, T., Ulaş, H. ve Alptekin, K. (2010). Şizofreni Epidemiyolojisine Türkiye'den Katkı Yapmak: Nasıl ve Neden? *Klinik Psikiyatri* , 13 (Ek 1), 9-15.
- Binbay, T., Ulaş, H., Elbi, H. ve Alptekin, K. (2011). Türkiye'de Psikoz Epidemiyolojisi: Yaygınlık Tahminleri ve Başvuru Oranları Üzerine Sistemantik Bir Gözden Geçirme. *Türk Psikiyatri Dergisi* , 22 (1), 40-52.
- Birchwood, M., Smith, J., Cochrane, R. ve Wetton, S. (1990). The social functioning scale. The development and validation of a new scale of social adjustment for use in family intervention programmes with schizophrenic patients. *The British Journal of Psychiatry* , 157 (6), 853-9.
- Birsöz, S. (2013). Şizofreni ve İki Uçlu Spektrum Bozuklukları Benzerlikler ve Farklılıklar. *Journal of Mood Disorders* , 3 (1), S54-S55.
- Bostancı Daştan, N., Kılıç, N. ve Gündüz, S. (2012). Kars'ta Ruhsal Sorunları Nedeniyle Tedavi Gören Hastaların İçselleştirilmiş Etiketlenmeleri. *II. Uluslararası VI. Ulusal Psikiyatri Hemşireliği Kongresi Bildiri Özet Kitabı*, (s. 292-293). Erzurum.
- Bostancı, N. (2005). Ruhsal Bozukluğu Olan Bireylere Yönelik Stigma ve Bunun Azaltılmasına Yönelik Uygulamalar. *Düşünen Adam* , 18 (1), 32-38.

- Boylan, K. R., Bieling, P. J., Marriott, M., Begin, H., Young, L. T. ve MacQueen, G. M. (2004). Impact of comorbid anxiety disorders on outcome in a cohort of patients with bipolar disorder. *The Journal of Clinical Psychiatry* , 65 (8), 1106-13.
- Boyle, S. (2011). United Kingdom (England): Health system review. *Health Systems in Transition* , 13 (1), 1-486.
- Bozdoğan, S. ve Dündar, Y. (2009). Farklı Tedavi Düzeylerindeki Şizofreni Hastalarının Benlik Saygısı ve Kendini Damgalama Düzeyleri. *III. Ulusal ve Uluslararası Katılımlı Psikiyatri Hemşireliği Kongresi, Bildiri Özet Kitabı*, (s. 126). Düzce.
- Brown, C., O. Conner, K., Copeland, V. C., Grote, N., Beach, S., Battista, D. ve diğerleri (2010). Depression, stigma, race, and treatment seeking behavior and attitudes. *J Community Psychol* , 38 (3), 350-368.
- Buldukoğlu, K., Bademli, K., Karakaya, D., Göral ve G., Keser, İ. (2011). Ruhsal Hastalığı Olan Ebeveynle Yaşamak. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar* , 3 (4), 683-703.
- Burti, L. (2001). Italian psychiatric reform 20 plus years after. *Acta Psychiatrica Scandinavica* , 104 (Suppl. 410), 41-46.
- Cankurtaran, Ö. ve Beydili, E. (2016). Ayrımcılık Karşıtı Sosyal Hizmet Uygulamasının Gerekliliği Üzerine. *Toplum ve Sosyal Hizmet* , 27 (1), 145-160.
- Corrigan, P. W. (2007). How clinical diagnosis might exacerbate the stigma of mental illness. *Social Work* , 52 (1), 31-39.
- Corrigan, P. W., Larson, E. J. ve Rüsch, N. (2009). Self-stigma and the “why try” effect: Impact on life goals and evidence-based practices. *World Psychiatry* , 8, 75-81.
- Coşkun, S. ve Güven Caymaz, N. (2012). Bir Kamu ve Özel Psikiyatri Hastanesine Başvuran Hastaların İçselleştirilmiş Damgalanma Düzeyi Yönünden Karşılaştırılması. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi* , 3 (3), 121-128.

- Çam, O. ve Çuhadar, D. (2013). Bipolar Bozukluğu Olan Hastalarda İşlevsellik Düzeyi ve İçselleştirilmiş Damgalama Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* , 2 (2), 230-246.
- DeCarlo, L. T. (1997). On the meaning and use of kurtosis. *Psychological Methods* , 2 (3), 292-307.
- Doğan, O. (2016). Dünden Bugüne Türkiye’de Sosyal Psikiyatri Uygulamaları. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* , 17 (2), 136-142.
- Doğan, O. ve Kocacık, F. (2006). Ruh Sağlığı ve Bozukluklarının Sosyolojisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* , 7, 109-120.
- Doğanavşargil Baysal, G. Ö. (2013). Damgalanma ve Ruh Sağlığı. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi* , 22 (2), 239-251.
- Eker, D. (1991). Ailenin ve Toplumun Akıl Hastalıkları ile İlgili Tutumları. *Aile ve Toplum* , 1 (2), 72-79.
- Ensari, H. (2008). Türkiye’de Ruh Sağlığı Hizmetinde Mevcut Durum. *V. Aile Şurası "Aile Destek Hizmetleri" Bildirileri* (s. 88-92). Ankara: T.C. Başbakanlık Aile ve Sosyal Araştırmalar Genel Müdürlüğü.
- Ensari, H. (2011). Koruyucu Psikiyatri Açısından Bolu Toplum Ruh Sağlığı Merkezi Rehabilitasyon Çalışmaları. *Türkiye Klinikleri Psikiyatri-Özel Konular* , 4 (4), 86-93.
- Ensari, H., Gültekin, B. K., Karaman, D., Koç, A. ve Beşkardeş, A. F. (2013). Bolu Toplum Ruh Sağlığı Merkezi Hizmetlerinin Şizofreni Hastalarındaki Yaşam Kalitesi, Yeti Yitimi, Genel ve Sosyal İşlevsellik Üzerine Etkisi: Bir Yıllık İzleme Sonuçları. *Anatolian Journal of Psychiatry* , 14, 108-114.
- Erakay, S. Y. (2001). *Şizofreni Tanılı Hastalarda Sosyal İşlevsellik Ölçeği (SİÖ) Türkçe Formunun Geçerlilik ve Güvenilirliğinin Araştırılması*. Tıpta Uzmanlık Tezi, Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi , Psikiyatri Kliniği, İzmir.

- Eren, İ., Şimşek, D. ve Çalışkan, A. M. (2007). Şizofreni Hastalarında Yetiyitimi ve Belirti Şiddetinin Yaşam Kalitesine Etkisi. *Düşünen Adam* , 20 (2), 68-78.
- Ergun, S. ve Yönder, M. (2009). Ruhsal Sorunu Olan Bireylerin İçselleştirilmiş Damgalanma Durumları . *III. Ulusal Psikiyatri Hemşireliği Kongresi Bildiri Özet Kitabı*, (s. 170-1). Düzce.
- Erol, A., Keleş Ünal, E., Tunç Aydın, E. ve Mete, L. (2009). Şizofrenide Sosyal İşlevselliği Yordayan Etmenler. *Türk Psikiyatri Dergisi* , 20 (4), 313-321.
- Ersoy, M. A., ve Varan, A. (2007). Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği Türkçe Formu'nun Güvenilirlik ve Geçerlik Çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi* , 18 (2), 163-171.
- Evans-Lacko, S., Brohan, E., Mojtabai, R. ve Thornicroft, G. (2012). Association between public views of mental illness and self-stigma among individuals with mental illness in 14 european countries. *Psychological Medicine* , 42, 1741-1752.
- Ford, K. (2016). Recovery from schizophrenia: Developing context utilising the literature. *Mental Health and Social Inclusion* , 20 (3), 187-196.
- Foucault, M. (2017). *Deliliğin Tarihi* (7. bs.). (M. A. Kılıçbay, Çev.) Ankara: İmge Kitabevi Yayınları.
- Gaddini, A., Biscaglia, L., Bracco, R., De Girolamo, G., Miglio, R., Norcio, B. ve diğerleri (2008). A one-day census of acute psychiatric inpatient facilities in Italy: Findings from progres-acute project. *Psychiatric Services* , 59 (7), 722-724.
- Gaebel, W. (2012). Status of psychotic disorders in ICD-11. *Schizophrenia Bulletin*, 38 (5), 895-898.
- Gastal, F. L., Andreoli, S. B., Quintana, M. I., Gameiro, M. A., Leite, S. O. ve McGrath, J. (2000). Predicting the revolving door phenomenon among patients with schizophrenic, affective disorders and non-organic psychoses. *Rev Saúde Pública* , 34 (3), 280-285.

Global Definition of Social Work (t.y.). Erişim: 26 Nisan 2019, <https://www.ifsw.org/what-is-social-work/global-definition-of-social-work/>

Goffman, E. (1963). *Stigma: Notes on the management of spoiled identity*. New Jersey: Penguin.

Gökçearslan Çıfci, E., Akgül Gök, F. ve Arslan, E. (2015). Kurum Bakımından Toplum Temelli Bakıma Geçiş: Toplum Ruh Sağlığı Merkezlerinde Çalışan Sosyal Hizmet Uzmanlarının Rolü. *Toplum ve Sosyal Hizmet* , 26 (1), 163-175.

Groeneveld, R. A. ve Meeden, G. (1984). Measuring skewness and kurtosis. *The Statistician*, 33 (4), 391-399.

Gül, E. U., Can, D. Ö., Kılıçaslan Şahin, E. H., Şahin, Ş. ve Şimşek, E. (2014). Kırıkkale Toplum Ruh Sağlığı Merkezinde Takip Edilen Şizofreni Hastalarının Değerlendirilmesi. *KÜ Tıp Fakóltesi Dergisi*, 16 (2), 15-19.

Gültekin, B. K. (2010). Ruhsal Bozuklukların Önlenmesi: Kavramsal Çerçeve ve Sınıflandırma. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 2 (4), 583-594.

Gültekin, B. K., Güler, J., Kesebir, S., Gülcü, A. ve Ergelen, M. (2013). Şizofreni Hastalarında Tekrarlayan Yatış Sıklığı ve Öngörücüleri. *Klinik Psikiyatri* , 16, 225-231.

Güney, M. (2004). Editöre Mektup/Ruhsal Bozukluklarda Stigmatizasyonu Önlemek İçin Neler Yapılabilir? *Kriz Dergisi*, 12 (1), 67-71.

Haghighat, R. (2001). A unitary theory of stigmatisation: Pursuit of self-interest and routes to destigmatisation. *The British Journal of Psychiatry* , 178, 207-215.

Hopkins, K. D. ve Weeks, D. L. (1990). Tests for normality and measures of skewness and kurtosis: Their place in research reporting. *Educational and Psychological Measurement* , 50 (4), 717-729.

Institute for Health Metrics and Evaluation. (2017). *Global burden of disease study 2016 (GBD 2016) Results*. Seattle, United States: Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME).

- Jané-Llopis, E., Barry, M., Hosman, C. ve Patel, V. (2005). Mental health promotion: A review. *IUHPE – Promotion ve Education Supplement* , 2, 9-25.
- Jones, C. P. (1987). Stigma: Tattooing and branding in Graeco-Roman antiquity. *The Journal of Roman Studies* , 77, 139-155.
- Karşıdağ, Ç., Taktak, Ş. ve Alpay, N. (2000). Yetiyitimi Kavramı ve Ruhsal Hastalıklarda Rehabilitasyon. *Düşünen Adam* , 13 (4), 225-230.
- Kaya, Y. (2013). *Şizofreni Hastalarının Sosyal İşlevsellikleri ve Hastalara Bakım Veren Yakınlarının Bakım Yükü*. Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi, Ankara.
- Kesgin, C. ve Topuzoğlu, A. (2006). Sağlığın Tanımı; Başaçıkma. *Journal of İstanbul Kültür University* , 3, 47-49.
- Kocabaşoğlu, N. ve Aliustaoğlu, S. (2003). Stigmatizasyon. *Yeni Symposium* , 41 (4), 190-192.
- Kök, H. ve Demir, S. (2018). Şizofreni ve Bipolar Bozukluğu Olan Hastalarda İçselleştirilmiş Damgalanma, Benlik Saygısı ve Algılanan Sosyal Destek. *Cukurova Medical Journal* , 43 (1), 99-106.
- Kuş-Saillard, E. (2010). Ruhsal Hastalara Yönelik Damgalamaya İlişkin Psikiyatrist Görüşleri ve Öneriler. *Türk Psikiyatri Dergisi* , 21 (1), 14-24.
- Küey, L. (1995). Ruhsal Bozukluklara İlişkin Halkın Tutum ve Davranışları. *Kriz Dergisi* , 3 (1), 172-174.
- Leedy, P. D. (1993). *Practical research: Planning and design*. New Jersey: Prentice-Hall.
- Liberman, R. P. (2011). *Yeti Yitiminden İyileşmeye: Psikiyatrik İyileştirim El Kitabı*. (M. Yıldız, Çev.) Ankara: Türkiye Sosyal Psikiyatri Derneği. (2008).
- Liberman, R. P., Hilty, D. M., Drake, R. E. ve Tsang, H. W. (2001). Requirements for multidisciplinary teamwork in psychiatric rehabilitation. *Psychiatric Services* , 52 (10), 1331-1342.

- Livingston, J. D. ve Boyd, J. E. (2010). Correlates and consequences of internalized stigma for people living with mental illness: A systematic review and meta-analysis. *Social Science and Medicine* , 71, 2150-2161.
- Lysaker, P. H., Tsai, J., Yanos, P. ve Roe, D. (2008). Associations of multiple domains of self-esteem with four dimensions of stigma in schizophrenia. *Schizophrenia Research* , 98 (1-3), 194-200.
- Mashiach-Eizenberg, M., Hasson-Ohayon, I., Yanos, P. T., Lysaker, P. H. ve Roe, D. (2013). Internalized stigma and quality of life among persons with severe mental illness: The mediating roles of self-esteem and hope. *Psychiatry Research* , 208 (1), 15-20.
- McManus, S., Meltzer, H., Brugha, T., Bebbington, P. ve Jenkins, R. (2009). *Adult psychiatric morbidity in England, 2007: Results of a household survey*. Leeds: NHS Information Centre for Health and Social Care.
- Merikangas, K. R., Jin, R., Jian-Ping, H., Kessler, R. C., Lee, S., Sampson, N. A. ve diğerleri (2011). Prevalence and correlates of bipolar spectrum disorder in the world mental health survey initiative. *Arch Gen Psychiatry* , 68 (3), 241-251.
- Michaels, P. J., López, M., Rüsçh, N. ve Corrigan, P. W. (2012). Constructs and concepts comprising the stigma of mental illness. *Psychology, Society and Education* , 4 (2), 183-194.
- Mowbray, C. T., Collins, M. E., Bellamy, C. D., Megivern, D. A., Bybee, D. ve Szilvagyı, S. (2005). Supported education for adults with psychiatric disabilities: An innovation for social work and psychosocial rehabilitation practice. *Social Work*, 50 (1), 7-20.
- Murray, C. J. ve Lopez, A. D. (1996). *The global burden of disease: A comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injury and risk factors in 1990 projected to 2020*. Geneva: World Bank, World Health Organization and Harvard School of Public Health.

- Najafi-Vosough, R., Ghaleiha, A., Faradmali, J. ve Mahjub, H. (2016). Recurrence in patients with bipolar disorder and its risk factors. *Iran Journal of Psychiatry*, 11 (3), 173-177.
- National Association of Social Workers. (2005). *NASW standards for clinical social work in social work practice*. Washington, DC: NASW Press.
- National Association of Social Workers. (2017). *Code of ethics of the National Association of Social Workers*. Washington, DC: NASW Press.
- Namal, A. (2013). Psikiyatri Tarihçesi Işığında Ruh Hastalarının Zorla Tedavilerine Etik Açısından Genel Bir Bakış. A. Namal, H. Doğan ve F. S. Mahmutoğlu (Ed.) içinde, *Türk Tıp Etiği ve Tıp Hukuku Araştırmaları Yıllığı. Ekim 2011-2012-2013. Sayı:4-5-6* (s. 41-72). İstanbul: Nobel Matbaacılık.
- Nesipoğlu, G. (2015). "Günahkar"dan "Hasta"ya Evrilen Algıyla Şekillenen Zorunlu Yatışın Tarihsel Yolculuğuna Genel Bakış. *Yeni Tıp Tarihi Araştırmaları* , 19 (1), 61-73.
- Novick, D., Montgomery, W., Treuer, T., Moneta, M. V. ve Haro, J. M. (2016). Sex differences in the course of schizophrenia across diverse regions of the world. *Neuropsychiatric Disease and Treatment* , 12, 2927—2939.
- Onken, S., Craig, C. M., Ridgway, P., Ralph, R. O. ve Cook, J. A. (2007). An analysis of the definitions and elements of recovery: A review of the literature. *Psychiatric Rehabilitation Journal* , 31 (1), 9-22.
- Oral, E. T. (2005). Şizofreni Diğer Psikotik Hastalıklardan Nasıl Ayrılmalıdır? S. Candansayar (Ed.) içinde, *Neden Nasıl Şizofreni*. Ankara: Peday Yayınları.
- Oral, M. ve Tuncay, T. (2012). Ruh Sağlığı Alanında Sosyal Hizmet Uzmanlarının Rol ve Sorumlulukları. *Toplum ve Sosyal Hizmet* , 23 (2), 93-114.
- Özbaş, D., Küçük, L. ve Buzlu, S. (2008). Ruhsal Bozukluğu Olan Bireye Sahip Ailelerin Hastalığa Karşı Tutumları. *Düşünen Adam* , 21 (1-4), 14-23.

- Özbesler, C. ve İçağasıoğlu oban, A. (2010). Hastane Ortamında Sosyal Hizmet Uygulamaları: Ankara rneği. *Toplum ve Sosyal Hizmet* , 21 (2), 31-46.
- Özdemir, İ., Şafak, Y., rsel, S., Karaoğlan Kahiloğulları, A. ve Karadağ, H. (2017). Bir Toplum Ruh Sağlığı Merkezinde Şizofreni Hastalarına Uygulanan Ruhsal-Toplumsal Uyumlandırma Etkinliğinin Araştırılması: Kontrollü alışma. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* , 18 (5), 419-427.
- Özel Kızıl, E. T. ve Yılmaz zpolat, A. G. (2010). Kronik Psikiyatrik Hastalığı Bulunan Hastaların Bakımverenlerinde Tükenmişlik Sendromunun Boyutları. *Kriz Dergisi* , 18 (3), 1-7.
- zen, S. (1991). Birey-Toplum İlişkileri Açısından Ruhsal Sağlık Sorunları. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi* , 7 (2), 119-127.
- zen, Y. ve Gl, A. (2007). Sosyal ve Eğitim Bilimleri Araştırmalarında Evren-rnekleme Sorunu. *KKEFD/JOKKEF* (15), 394-422.
- zkan, B., Erdem, E., Demirel zsoy, S. ve Zararsız, G. (2013). Şizofreni Hastalarına Verilen Ruhsal Eğitim ve Telepsikiyatrik İzlemenin Hasta İşlevselliği ve İlaç Uyumuna Etkisi. *Anatolian Journal of Psychiatry* , 14, 192-9.
- zpoyraz, N. ve Tamam, L. (1998). Şizofrenik Bozukluk. *Galenos* , 26-31.
- Padhy, S. ve Hedge, A. (2015). Şizoaffektif Bozukluk: Kavramın Ortaya ıkışı ve Güncel Durumu. *Türk Psikiyatri Dergisi* , 26 (2), 131-137.
- Park, S. G., Bennett, M. E., Couture, S. M. ve Blanchard, J. J. (2013). Internalized stigma in schizophrenia: Relations with dysfunctional attitudes, symptoms, and quality of life. *Psychiatry Research* , 205, 43-47.
- Piccinelli, M., Politi, P. ve Barale, F. (2002). Focus on psychiatry in Italy. *British Journal of Psychiatry* , 181, 538-544.
- Picco, L., Pang, S., Lau, Y. W., Jeyagurunathan, A., Satghare, P., Abdin, E. ve diğerleri (2016). Internalized stigma among psychiatric outpatients: Associations with

quality of life, functioning, hope and self-esteem. *Psychiatry Research* , 246, 500-506.

Prince, M., Patel, V., Saxena, S., Maj, M., Maseko, J., Phillips, M. R. ve diğ erleri (2007). No health without mental health. *The Lancet* , 370 (9590), 859-877.

Queensland Health. (2013). *The Road to Recovery - A history of mental health services in Queensland 1859-2009*. Eriş im: 23 Ekim 2018, https://www.health.qld.gov.au/__data/assets/pdf_file/0028/444583/qld-mh-history.pdf

Ritchie, H. ve Roser, M. (2018). Mental health. Eriş im: 13 Ekim 2018, <https://ourworldindata.org>: <https://ourworldindata.org/mental-health>

Ritsher, J. B., Otilingam, P. G. ve Grajales, M. (2003). Internalized stigma of mental illness: psychometric properties of a new measure. *Psychiatry Research* , 121, 31-49.

Ritter, L. A. ve Lampkin, S. M. (2012). *Community mental health*. Sudbury, MA: Jones ve Bartlett Learning.

Rüsch, N., Corrigan, P. W., Todd, A. R. ve Bodenhausen, G. V. (2011). Automatic stereotyping against people with schizophrenia, schizoaffective and affective disorders. *Psychiatry Res.* , 186 (1), 34-39.

Sağduyu, A., Aker, T., Özmen, E., Uğuz, Ş., Ögel, K. ve Tamar, D. (2003). Ş izofrenisi Olan Hastaların Yakınlarının Ş izofreniye Yönelik Tutumları. *Türk Psikiyatri Dergisi* , 14 (3), 203-212.

Saha, S., Chant, D., Welham, J. ve McGrath, J. (2005). A systematic review of schizophrenia. *PLoS Med* , 2 (5), e141 (413-433).

Samele, C., Frew, S. ve Urquía, N. (2013). *Mental health systems in the european union member states, status of mental health in populations and benefits to be expected from investments into mental health*. European Commission .

- Saruç, S. ve Duyan, V. (2009). Psikiyatride Ekip Çalışması ve Sosyal Hizmet Bakış Açısı. *Kriz Dergisi* , 17 (1), 37-44.
- Saruç, S. ve Kaya Kılıç, A. (2015). Toplum Ruh Sağlığı Merkezinden Hizmet Alan Hastaların Sosyal Profili ve Merkezde Verilen Hizmetler. *Toplum ve Sosyal Hizmet* , 26 (2), 53-71.
- Saunders, J. (2003). Families living with severe mental illness: A literature review. *Issues in Mental Health Nursing* , 24, 175-198.
- Saylavcı, E. (2014). *Toplum Ruh Sağlığı Merkezlerine Başvuran Hastaların Memnuniyet Durumlarının İstatistiksel Değerlendirilmesi: Kahramanmaraş Şirikçioğlu TRSM Uygulaması*. Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi, Ankara.
- Shepherd, G., Boardman, J. ve Slade, M. (2008). *Making recovery a reality*. London: Sainsbury Centre for Mental Health.
- Songur, C., Saylavcı, E. ve Kıran, Ş. (2017). Avrupa'da ve Türkiye'de Ruh Sağlığı Hizmetlerinin Karşılaştırmalı Olarak İncelenmesi. *Social Sciences Studies Journal (SSSJournal)* , 3 (7), 276-289.
- Soygür, H. (2016). Türkiye'de Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri: Quo Vadis?. *Arc Neuropsychiatr*, 53, 1-3.
- Söğütlü, L., Özen, Ş., Varlık, C. ve Güler, A. (2017). Toplum Ruh Sağlığı Merkezinde Şizofreni Hastalarına Ruhsal Toplumsal Beceri Eğitimi Uygulanması ve Sonuçları. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* , 18 (2), 121-128.
- Switaj, P., Wciórka, J., Smolarska-Świtaj, J. ve Grygiel, P. (2009). Extent and predictors of stigma experienced by patients with schizophrenia. *European Psychiatry* , 24 (8), 513-20.
- Şengün İnan, F. ve Çetinkaya Duman, Z. (2013). Şizofreni Hastasına Bakım Verenlerin Ruh Sağlığını Etkileyen Faktörler: Sosyodemografik Değişkenler ve Stresle Başa Çıkma Tarzları. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi* , 16 (4), 205-211.

- T.C. Sağlık Bakanlığı Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı Hıfzıssıhha Merkezi Müdürlüğü. (2007). *21 Hedefte Türkiye: Sağlıkta Gelecek*. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı.
- T.C. Sağlık Bakanlığı. (2011b). *Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri Hakkında Yönerge*. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı.
- T.C. Sağlık Bakanlığı. (2014). *Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri Hakkında Yönerge*. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı.
- T.C. Sağlık Bakanlığı. (2013). *Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri İçin Çalışma Rehberi*. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı.
- T.C. Sağlık Bakanlığı. (2011a). *Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı 2011-2023*. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı.
- Tamam, L. (2007). Bipolar Bozukluk İle Anksiyete Bozukluğu Birlikteliği: Bir Gözden Geçirme. *Türk Psikiyatri Dergisi* , 18 (1), 59-71.
- Tamam, L. ve Özpoyraz, N. (2002). Comorbidity of Anxiety Disorder among Patients with Bipolar I Disorder in Remission. *Psychopathology* , 35, 203-209.
- Taşkın, E. O., (2007). Ruhsal Hastalıklarda Damgalama ve Ayrımcılık. E. O. Taşkın (Ed.). *Stigma Ruhsal Hastalıklara Yönelik Tutumlar ve Damgalama* (S. 17-30). İzmir: Meta Basım Matbaacılık.
- Taşkın, E. O. (2007). İçselleştirilmiş Damga ve Damgalama Algısı. E. O. Taşkın (Ed.). *Stigma Ruhsal Hastalıklara Yönelik Tutumlar ve Damgalama* (s. 31-40). İzmir: Meta Basım Matbaacılık.
- Taşkın, E. O., Seyfe-Şen, F., Aydemir, Ö., Demet, M., Özmen, E. ve İçelli, İ. (2002). Türkiye'de Kırsal Bir Bölgede Yaşayan Halkın Şizofreniye İlişkin Tutumları. *Türk Psikiyatri Dergisi* , 13 (3), 205-214.
- Tel, H. ve Ertekin Pınar, Ş. (2012). Ayaktan İzlenen Psikiyatri Hastalarında İçselleştirilmiş Damgalama ve Benlik Saygısı. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi* , 3 (2), 61-66.

- Theo, V., Amanuel Alemu, A., Kalkidan Hassen, A., Cristiana, A., Kaja M, A., Foad, A.-A. ve diğ erleri (2017). Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 328 diseases and injuries for 195 countries, 1990–2016: A systematic analysis for the global burden of disease study 2016. *The Lancet* (390), 1211-59.
- Thomas, P., Wood, J., Chandra, A., Nimgaonkar, V. L. ve Deshpande, S. N. (2010). Differences among men and women with schizophrenia: A study of US and Indian samples. *Psychiatry Investigation* , 7 (1), 9-16.
- Thornicroft, G. ve Tansella, M. (2002). Balancing community-based and hospital-based mental health care. *World Psychiatry* , 1 (2), 84-90.
- Uç anay Sönmez, E. (2008). *Ş izofreni Hastalarında Döner Kapı Fenomeni Değ işkenlerinin İncelenmesi*. Tıpta Uzmanlık Tezi, T.C. Sağlık Bakanlığı Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, İstanbul.
- Ulaş, H. (2008). Batı Avrupa Ülkelerinde ve Türkiye'de Psikiyatrik Hizmetler. *Türkiye Psikiyatri Derneği Bülteni* , 11 (2), 2-12.
- Usall, J., Haro, J. M., Ochoa, S., Marquez, M., Araya, S. ve The NEDES, G. (2002). Influence of gender on social outcome in schizophrenia. *Acta Psychiatr Scand* , 106, 337–342.
- Üstün, G., Küçük, L. ve Buzlu, S. (2018). Bir Toplum Ruh Sağlığı Merkezi'nde Uygulanan Rehabilitasyon Programlarına Katılan ve Katılmayan Ş izofreni Hastalarının Bazı Sosyodemografik ve Hastalıkla İlişkili Özellikleri ile Tedaviye Uyumları ve Öz-Yeterlilikleri Açısından Tanımlanması. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi* , 9 (2), 69-79.
- Üstündağ, M. F. ve Kesebir, S. (2013). İki Uçlu Bozuklukta İşselleştirilmiş Damgalanma: Klinik Özellikler, Yaşam Kalitesi ve Tedaviye Uyum ile İlişkisi. *Türk Psikiyatri Dergisi* , 24 (4), 231-239.
- Vahip, S. (2004). Bipolar Depresyon. *Klinik Psikiyatri* , Ek 1, 41-44.

- Verbrugge, L. M. ve Jette, A. M. (1994). The disablement process. *Social Science Medicine* , 38 (1), 1-14.
- Vrbova, K., Prasko, J., Holubova, M., Kamaradova, D., Ociskova, M., Marackova, M. ve diğeri (2016). Self-stigma and schizophrenia: A cross-sectional study. *Neuropsychiatric Disease and Treatment* , 12, 3011—3020.
- Weich, S., Lewis, G., Churchill, R. ve Mann, A. (1997). Strategies for the prevention of psychiatric disorder in primary care in south London. *Journal of Epidemiology and Community Health* , 51, 304-309.
- West, M. L., Yanos, P. T., Smith, S. M., Roe, D. ve Lysaker, P. H. (2011). Prevalence of internalized stigma among persons with severe mental illness. *Stigma Research and Action* , 1 (1), 3-10.
- Williams, J., Alatiq, Y., Crane, C., Barnhofer, T., Fennell, M., Duggan, D. S. ve diğeri (2008). Mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) in bipolar disorder: preliminary evaluation of immediate effects on between-episode functioning. *Journal of Affective Disorders* , 107, 275-279.
- World Health Organization. (2001a). *The world health report 2001. mental health: New understanding, new hope*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization. (2001b). *Strengthening mental health*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization. (2004a). *Promoting mental health. Concepts, emerging evidence, practice. A report of the world health organization, department of mental health and substance abuse in collaboration with the victorian health promotion foundation and the university of Melbourne*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization. (2004b). *Prevention of mental disorders; Effective interventions and policy options*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization. (2005). *Mental health atlas 2005*. Geneva: World Health Organization.

- World Health Organization. (2012). *Risks to mental health: An overview of vulnerabilities and risk factors. Background paper by WHO secretariat for the development of a comprehensive mental health action plan*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization. (2014). *Social determinants of mental health*. Geneva: World Health Organization and Calouste Gulbenkian Foundation.
- World Psychiatric Association. (2011). *Community mental health: Putting policy into practice globally*. Chichester, West Sussex, UK: Wiley-Blackwell.
- Yanık, M. (2007). Türkiye Ruh Sağlığı Sistemi Üzerine Değerlendirme ve Öneriler: Ruh Sağlığı Eylem Planı. *Psikiyatride Derlemeler, Olgular ve Varsayımlar* (Ekim Özel Sayı), 1-80.
- Yanos, P., Roe, D. ve Lysaker, P. H. (2010). The impact of illness identity on recovery from severe mental illness. *Am J Psychiatr Rehabil* , 13 (2), 73-93.
- Yanos, P., West, M. L., Gonzales, L., Smith, S. M., Roe, D. ve Lysaker, P. H. (2012). Change in internalized stigma and social functioning among persons diagnosed with severe mental illness. *Psychiatry Res.* , 200 (2-3), 1032-1034.
- Yavuz, R. (2008). Şizofreni. *Türkiye'de Sık Karşılaşılan Psikiyatrik Hastalıklar. Sempozyum Dizisi No: 62* (s. 49-58). İstanbul: İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi.
- Yeloğlu, Ç. H. ve Hocaoğlu, Ç. (2017). Önemli Bir Ruh Sağlığı Sorunu: Bipolar Bozukluk. *Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Dergisi* , 8 (30), 41-54.
- Yıldız, M. (2009). Ciddi Ruhsal Hastalıklarda Ruhsal Toplumsal Tedaviler. *Türkiye Klinikleri J Psychiatry-Special Topics* , 2 (2), 52-56.
- Yıldız, M. ve Esen Danacı, A. (2013). Ruhsal İyileştirim Felsefesi (Önsöz). *Psikiyatride Güncel* , 3 (2), III-IV.
- Yılmaz Karaman, İ. G. (2018). *Toplum Ruh Sağlığı Merkezi'nde Günlük Etkinliklere Katılan Şizofreni Hastalarında İlave Psikososyal Beceri Eğitimi Almanın Özel ve*

Nesnel Sosyal İşlevsellik Üzerine Etkisinin Araştırılması: Kontrollü Klinik İzlem Çalışması. Tıpta Uzmanlık Tezi, Katip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi, İzmir.

Yılmaz, V. (2012). *İnsan Hakları ve Karşılaştırmalı Sosyal Politika Yaklaşımı Işığında Türkiye'de Ruh Sağlığı Politikaları: Tespitler ve Öneriler.* İstanbul Bilgi Üniversitesi. İstanbul: RUSİHAK.

Zastrow, C. (2016). *Sosyal Hizmete Giriş* (4. bs.). Ankara: Nika Yayınevi.



EKLER

EK-1 Kişisel Bilgi Formu

1.Hastalığınız?

() Şizofreni () Şizoaffektif Bozukluk () Bipolar Bozukluk

2.Cinsiyetiniz?

() Kadın () Erkek

3.Yaşınız?

.....

4.Eğitim durumunuz?

() İlkokul
 () Ortaokul
 () Lise
 () Önlisans
 () Üniversite
 () Yüksek Lisans
 () Doktora

5.Medeni durumunuz? (Cevabınız “Diğer” ise lütfen açıklayınız.)

() Evli () Bekar () Boşanmış/Ayrılmış () Diğer.....

6. Çocuğunuz var mı? (Cevabınız “Evet” ise belirtiniz.)

() Hayır () Evet.....

7.Kişisel olarak aylık geliriniz?(2022 Engelli Aylığı dahil)

.....

8.Ailenizde sizden başka ruhsal hastalığı olan biri var mı?

() Evet () Hayır () Bilmiyorum

9.Kaç yıldır tedavi görüyorsunuz?

.....

10.Toplamda kaç defa psikiyatri servisine yatışınız var?

.....

11.TRSM'ye ne zamandan beri devam ediyorsunuz?

() 0-1 yıl () 1-2 yıl () 2 yıldan uzun

12.TRSM'ye haftada kaç gün geliyorsunuz?

.....

Anketimiz bitmiştir. Katılımnız için teşekkür ederiz.

EK-2 Ruhsal Hastalıkların İçselleştirilmiş Damgalanması Ölçeği (RHİDÖ)

Bu testte sık sık geçen “ruhsal hastalık” terimi, en geniş anlamda kullanılmıştır.
Her bir cümleyi dikkatle okuduktan sonra eğer

“Kesinlikle aynı fikirde değilim”	Diyorsanız	(1) rakamını ;
“Aynı fikirde değilim”	Diyorsanız	(2) rakamını ;
“Aynı fikirdeyim”	Diyorsanız	(3) rakamını ;
“Kesinlikle aynı fikirdeyim”	Diyorsanız	(4) rakamını daire içine alarak

Okuduğunuz cümleye ne ölçüde katıldığınızı ya da katılmadığınızı belirtiniz. Her cümle için rakamlardan sadece bir tanesini işaretleyiniz.

	Kesinlikle aynı fikirde değilim	Aynı fikirde değilim	Aynı fikirdeyim	Kesinlikle aynı fikirdeyim
1. Ruhsal bir hastalığım olduğu için kendimi bu dünyada bir yabancı gibi hissediyorum.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Ruhsal hastalığı olan kişiler saldırgan olmaya eğilimlidirler.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Ruhsal bir hastalığım olduğu için insanlar bana farklı davranıyorlar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Reddedilmemek için, ruhsal hastalığı olmayan kişilere yaklaşımdan kaçınıyorum.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Ruhsal bir hastalığım olduğundan dolayı utanıyorum.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Ruhsal hastalığı olan kişiler evlenmemelidir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Ruhsal hastalığı olan kişiler topluma önemli katkılarda bulunurlar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Kendimi ruhsal hastalığı olmayan kişilerden daha aşağı hissediyorum.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Ruhsal hastalığım benim “garip” görünmeme ya da davranmamaya neden olabileceğinden dolayı eskisi kadar sosyal değilim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Ruhsal hastalığı olan kişiler iyi ve doyum verici bir hayat yaşayamazlar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. İnsanları ruhsal hastalığımla sıkmak istemediğimden dolayı, kendi hakkımda fazla konuşmam.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Halk arasındaki ruhsal hastalıklarla ilgili olumsuz düşünceler, benim “normal” yaşamın dışında kalmama neden oluyor.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Ruhsal hastalığı olmayan kişilerle birlikteyken, kendimi sanki o ortama ait değilmişim gibi hissediyorum.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Ruhsal hastalığı açıkça anlaşılan biriyle toplum içinde birlikte görülmek beni rahatsız etmez.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Kesinlikle aynı fikirde değilim	Aynı fikirde değilim	Aynı fikirdeyim	Kesinlikle aynı fikirdeyim
15. Sırf ruhsal hastalığımın dolayısı ile insanlar bana sık sık ne yapmam gerektiğini söyleyip, sanki çocukmuşum gibi davranırlar.	1	2	3	4
16. Ruhsal hastalığım olduğu için kendimden memnun değilim.	1	2	3	4
17. Ruhsal hastalığımın olması hayatımı berbat etti.	1	2	3	4
18. İnsanlar görünüşümden ruhsal bir hastalığımın olduğunu anlayabilirler.	1	2	3	4
19. Ruhsal hastalığımın dolayısı ile benimle ilgili çoğu kararı başkalarının vermesine ihtiyaç duyarım.	1	2	3	4
20. Ailemi ve arkadaşlarımı utandırmamak için sosyal ortamlardan uzak dururum.	1	2	3	4
21. Ruhsal hastalığı olmayanların beni anlamaları mümkün değildir.	1	2	3	4
22. Sırf ruhsal hastalığım olduğu için insanlar beni göz ardı eder ya da pek ciddiye almazlar.	1	2	3	4
23. Ruhsal hastalığım olduğu için topluma hiçbir katkı olamaz.	1	2	3	4
24. Ruhsal bir hastalıkla yaşamak beni mücadeleci bir insan yaptı.	1	2	3	4
25. Ruhsal bir hastalığım olduğu için kimse bana yakınlaşmak istemez.	1	2	3	4
26. Genel olarak, hayatı istediğim şekilde yaşayabiliyorum.	1	2	3	4
27. Ruhsal hastalığımın rağmen, iyi ve dolu dolu yaşadığım bir hayatım var.	1	2	3	4
28. İnsanlar ruhsal bir hastalığım olduğu için hayatta fazla başarılı olamayacağımı düşünüyorlar.	1	2	3	4
29. Akıl hastalarıyla ilgili olumsuz yaygın inanışlar benim durumum dikkate alındığında hiç de yanlış sayılmaz.	1	2	3	4

EK-3 Sosyal İşlevsellik Ölçeği (SİÖ)

Psikiyatride Kullanılan Klinik Ölçekler

SOSYAL İŞLEVSELLİK ÖLÇEĞİ

Hasta Formu

İSİM: _____

Bu ölçek hastalanmanızdan bu yana ne durumda olduğunuzu anlamamıza yardımcı olacaktır. Ölçeğin doldurulması yaklaşık 20 dakika sürer. (Doldurmaya başlamadan önce lütfen aşağıdaki soruları yanıtlayınız.)

1. Nerede yaşıyorsunuz?

Cevap: _____

2. Kiminle birlikte yaşıyorsunuz?

Cevap: _____

	Ç	KAI	ÖSE	BZD	B-y	B-p	İ/M
Ham puan							
Dönüştürülmüş puan							

SOSYAL UĞRAŞI/SOSYAL ÇEKİLME

1. Her gün kaçta kalkıyorsunuz?

Hafta içi ortalama _____

Hafta sonu ortalama _____
(eğer farklıysa)

2. Günün kaç saatini yalnız geçiriyorsunuz?

örn. odada tek başına,
tek başına dolaşarak,
radyo dinleyerek ya da televizyon izleyerek vb.

Lütfen kutulardan birini işaretleyin:

Tek başına geçirdiğiniz saatler

- 0-3 Tek başına geçirdiği süre çok az
- 3-6 Zamanın bir kısmı
- 6-9 Zamanın önemli bir kısmı
- 9-12 Zamanın büyük bir kısmı
- 12 Hemen hemen zamanın hepsi

3. Evde ne kadar sıklıkla bir sohbeti başlatıyorsunuz?

Hemen hemen hiç/nadiren/bazen/sık sık

4. Evden ne sıklıkla çıkıyorsunuz? (herhangi bir nedenle)

Hemen hemen hiç/nadiren/bazen/sık sık

5. Yabancıların varlığına nasıl tepki gösterirsiniz?

- Onlardan kaçınma
- Huzursuz olma
- Onları kabul etme
- Onlardan hoşlanma
-
-

KİŞİLERARASI İŞLEVSELLİK

1. Şu anda kaç arkadaşınız var?
(düzenli olarak görüştüğü, birlikte etkinliklerde bulunduğu vb.)
2. Karşı cinsten bir arkadaşınız var mı? (eğer evli değilseniz)
Evet/Hayır
3. Anlamlı veya mantıklı konuşmayı ne sıklıkla başarıyorsunuz?
Lütfen kutuyu işaretleyiniz
Hemen hemen hiç
Nadiren
Bazen
Sık sık
4. Şu sıralar insanlarla konuşmak size ne kadar zor ya da ne kadar kolay geliyor?
Çok kolay
Oldukça kolay
Orta
Oldukça zor
Çok zor

ÖNCÜL SOSYAL ETKİNLİKLER

Son üç ay içinde aşağıdaki etkinliklerin her birine ne sıklıkta katıldığınızı göstermek üzere uygun olan bölümü işaretleyiniz.

	Hiç	Nadiren	Bazen	Sık sık
Sinema				
Tiyatro/konser				
Kapalı salon sporunu izleme (örneğin masa tenisi)				
Açık alan sporunu izleme(örneğin futbol)				
Sanat galerisi/müze				
Sergi				
İlgi duyulan yerleri gezme				
Toplantı, konuşma vb.				
Gece okulu				
Akrabaları evlerinde ziyaret etme				
Akrabaların ziyarete gelmesi				
Arkadaşlarını ziyaret etme (erkek/kız arkadaşı dahil)				
Arkadaşları tarafından ziyaret edilme (erkek/kız arkadaşı dahil)				
Partiler				
Resmi toplantılar				
Disko vb.				
Gece kulübü/sosyal kulüp				
Kapalı salon sporu yapmak				
Açık alan sporu yapmak				
Kulüp/dernek				
Kahve/cafeler'e gitme				
Dışarıda yemek yemek				
Dini etkinliklere katılmak				

BOŞ ZAMANLARI DEĞERLENDİRME

Lütfen son üç ay içinde aşağıdaki etkinlikleri ne sıklıkta yaptığınızı belirtmek için uygun olan bölümü işaretleyiniz.

	Hiç	Nadiren	Bazen	Sık sık
Müzik aleti çalma				
Dikiş-nakiş, örgü				
Bahçe işleri				
Okuma				
Televizyon izleme				
Teyp ya da radyo dinleme				
Yemek pişirme				
Kendi başına yapılan etkinlikler (maket uçak yapma vb.)				
Tamir işleri (araba, bisiklet, ev vb.)				
Yürüyüş, dolaşma				
Araba kullanma/bisiklete binme (hobi olarak)				
Yüzme				
Hobi (örneğin koleksiyon yapma)				
Alışveriş yapma				
Sanatsal etkinlikler (resim yapma, el sanatları vb.)				

BAĞIMSIZLIK DÜZEYİ - YETKİNLİK

Lütfen son üç ay içinde aşağıdaki etkinlikleri ne sıklıkta yaptığınızı belirtmek için uygun olan bölümü işaretleyiniz:

	Yeterli	Yardım gerekir	Yapamaz	Bilinmiyor
Toplu ulaşım				
Parayı doğru biçimde değerlendirme				
Parasının hesabını yapma				
Kendisi için yemek pişirme				
Haftalık alışveriş				
İş arama				
Kendi çamaşırlarını yıkama				
Kişisel temizlik				
Yıkama, düzenli olma vb.				
Dükkanlardan alışveriş yapma				
Evden tek başına çıkma				
Kendisi için giysi seçme ve alma				
Dış görünüşüne özen gösterme				

BAĞIMSIZLIK DÜZEYİ - PERFORMANS

Lütfen son üç ay içinde aşağıdakilerden her birini ne sıklıkta yaptığınızı belirtmek için işaretleyiniz.

	Hiç	Nadiren	Bazen	Sık sık
Alışveriş yapma (yardım almadan)				
Bulaşık yıkama, yerleştirme vb.				
Düzenli olarak yıkanma, banyo yapma vb.				
Kendi çamaşırlarını yıkama				
İş arama (eğer işsizseniz)				
Gıda alışverişi yapma				
Yemek hazırlama ve pişirme				
Evden tek başına ayrılma				
Otobüs, tren vb. binme				
Para harcama				
Parasının hesabını yapma				
Kendisi için giysi seçme ve alma				
Dış görünüşüne özen gösterme				

İŞ/MESLEK

Düzenli bir işiniz var mı? (Rehabilitasyon ya da yeniden eğitim kursları dahil)

Evet/Hayır

(altını çiziniz)

1. EĞER YANITINIZ EVETSE:

Ne tür bir iş? _____

Haftada kaç saat çalışıyorsunuz? _____

Ne zamandır bu işte çalışıyorsunuz? _____

2. EĞER YANITINIZ HAYIRSA:

En son ne zaman bir işte çalıştınız? _____

Ne tür bir işti? _____

Haftada kaç saat çalışırdınız? _____

Özürlü olduğunuza ilişkin bir belge verildi mi?

EVET/HAYIR

(altını çiziniz)

Ayaktan tedavi için hastaneye gidiyor musunuz?

EVET/HAYIR

(altını çiziniz)

Herhangi bir işte çalışabileceğinizi düşünüyor musunuz?

*

Kesinlikle evet/Zorlanırım/Kesinlikle hayır

Ne sıklıkla yeni iş bulma girişiminde bulunuyorsunuz? (örneğin; İş ve İşçi Bulma Kurumu'na başvurma, gazete ilanlarına bakma)

*

Hemen hemen hiç/nadiren/bazen/sık sık

EK-4 Aydınlatılmış Onam Formu

Sevgili katılımcılar,

“Toplum Ruh Sağlığı Merkezinden Hizmet Alanların İçselleştirilmiş Damgalanma ve Sosyal İşlevsellik Durumlarının İncelenmesi: Eskişehir Örneği” **başlıklı** bu araştırma, Hacettepe Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Sosyal Hizmet Bölümü Öğretim Üyesi Prof. Dr. Yasemin ÖZKAN ile birlikte yürütülmektedir. Araştırma yüksek lisans tezidir. Bu araştırma, ruh sağlığı hizmetlerinde medikal modelden toplum temelli modele geçiş yapan ülkemizde toplum ruh sağlığı merkezlerinden hizmet alan bireylerin içselleştirilmiş damgalanma ve sosyal işlevsellik durumları arasındaki ilişkinin psikiyatrik sosyal hizmet bakış açısı ile incelenerek mevcut hizmetlerin –varsa- eksik yönlerine dikkat çekmek, geliştirilmesi için çözüm önerileri sunmak ve hizmet alanların yaşadıkları sorunlar hakkında farkındalık yaratılması amacıyla planlanmıştır. Araştırmanın yapılabilmesi için Hacettepe Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu’ndan çalışma için gerekli izinler alınmıştır.

Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sosyal Hizmet tezli yüksek lisans öğrencisi Murat BOZAN tarafından yapılacak olan bu araştırmaya katılımınız ve sorulara eksiksiz olarak ve içtenlikle cevap vermeniz araştırmanın başarısı için büyük önem taşımaktadır. Araştırmaya katılmanız **gönüllülük** esasına dayalıdır. Bu form aracılığı ile elde edilecek bilgiler gizli kalacaktır ve sadece bilimsel amaçlar için kullanılacaktır. Çalışmaya katılmamayı tercih edebilirsiniz veya anketi doldururken istemezseniz son verebilirsiniz. Bu çalışmaya katılımınız için sizden herhangi bir ücret istenmeyecektir. Çalışmaya katıldığınız için size ek bir ödeme de yapılmayacaktır.

Anket formlarına adınızı ve soyadınızı yazmayınız.

Anketimiz 3 (üç) bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde hastalık, yaş, cinsiyet gibi sosyodemografik bilgilerin istendiği ve 12 sorudan oluşan Kişisel Bilgi Formu cevaplanacaktır. İkinci bölümde, 29 maddeden oluşan ve içsel damgalanmayı değerlendiren bir öz-bildirim ölçeği olan Ruhsal Hastalıkların İçselleştirilmiş Damgalanması Ölçeği (RHİDÖ) yer almaktadır. Üçüncü bölümde ise katılımcıların

sosyal işlevselliklerinin değerlendirileceği ve yedi alt bölümden oluşan Sosyal İşlevsellik Ölçeği- Hasta Formu bulunmaktadır. **Toplamda yaklaşık 15-20 dk zamanınızı alacak bu çalışmada** yanıtlarınızı, soruların altında yer alan seçenekler arasından uygun olanı daire içine alarak ya da açık uçlu sorularda sorunun altında bırakılan boşluğa yazarak belirtiniz. Birden fazla seçenek işaretleyebileceğiniz sorularda, size uygun gelen bütün seçenekleri işaretleyiniz. Eğer sorunun yanıtları arasında “diğer” seçeneği mevcutsa ve yanıtınız var olan seçenekler arasında yer almıyorsa, bu durumda yanıtınızı diğer seçeneğindeki boşluğa yazınız.

Anketi yanıtladığınız için teşekkür ederiz.

Çalışma ile ilgili herhangi bir sorunuz olduğunda aşağıdaki kişi ile iletişim kurabilirsiniz:

İletişim için:

Murat BOZAN

muratbozan91@gmail.com

0543 529 12 23

Aydınlatılmış onam formunu okudum ve çalışmaya kendi rızamla tamamen gönüllü olarak katılıyorum. Çalışmanın yürütülmesi sırasında önceden bildirmek kaydı ile araştırmadan çekilebileceğimi biliyorum. Bu araştırmaya katılmak zorunda değilim ve katılmayabilirim. Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış değilim. Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Kendi başıma belli bir düşünme süresi sonunda adı geçen bu araştırma projesinde “katılımcı” olarak yer alma kararımı aldım. Bu konuda yapılan daveti memnuniyet ve gönüllülük içerisinde kabul ediyorum.

Tarih: ... / ... /

Katılımcı

Araştırmacı

İmza

İmza

EK-5 Hacettepe Üniversitesi Etik Kurul İzni



T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu

Sayı : 16969557 - 14

Konu : ARAŞTIRMA PROJESİ DEĞERLENDİRME RAPORU

Toplantı Tarihi : 06 MART 2018 SALI
Toplantı No : 2018/07
Proje No : GO 18/243 (Değerlendirme Tarihi: 06.03.2018)
Karar No : GO 18/243- 45

Üniversitemiz İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Sosyal Hizmet Bölümü öğretim üyelerinden Prof. Dr. Yasemin ÖZKAN' ın sorumlu araştırmacı olduğu ve Murat BOZAN' ın yüksek lisans tezi olan, GO 18/243 kayıt numaralı, "*Toplum Ruh Sağlığı Merkezinden Hizmet Alanların İçselleştirilmiş Damgalanma ve Sosyal İşlevsellik Durumlarının İncelenmesi: Eskişehir Örneği*" başlıklı proje önerisi araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş olup, idari izinlerin tamamlanması kaydı ile etik açıdan uygun bulunmuştur.

- | | | | |
|------------------------------------|----------|---------------------------------|-------|
| 1. Prof. Dr. Nurten AKARSU | (Başkan) | 10 Doç. Dr. Gözde GİRGİN | (Üye) |
| 2. Prof. Dr. Sevda F. MÜFTÜOĞLU | (Üye) | 11 Doç. Dr. Fatma Visal OKUR | (Üye) |
| 3. Prof. Dr. M. Yıldırım SARA | (Üye) | 12. Doç. Dr. Can Ebru KURT | (Üye) |
| 4. Prof. Dr. Necdet SAĞLAM | (Üye) | 13. Doç. Dr. H. Hüsrev TURNAGÖL | (Üye) |
| 5. Prof. Dr. Hatice Doğan BUZDOĞLU | (Üye) | 14. Yrd. Doç. Dr. Özay GÖKÖZ | (Üye) |
| İZİNLİ | | 15. Yrd. Doç. Dr. Müge DEMİR | (Üye) |
| 6. Prof. Dr. R. Köksal ÖZGÜL | (Üye) | 16. Öğr.Gör.Dr. Meltem ŞENGELEN | (Üye) |
| 7. Prof. Dr. Ayşe Lale DOĞAN | (Üye) | 17. Av. Meltem ONURLU | (Üye) |
| 8. Prof. Dr. Mintaze Kerem GÜNEL | (Üye) | | |
| İZİNLİ | | | |
| 9. Prof. Dr. Oya Nuran EMİROĞLU | (Üye) | | |

EK-6 Bilimsel Araştırma İzni

T.C
ESKİŞEHİR VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

ESKİŞEHİR İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ - ESKİŞEHİR İSM
İDARİ HİZMETLER BİRİMİ
12/09/2018 16:31 / 28345694 / 604.02 / 350



Sayı : 28345694-604.02
Konu : Bilimsel Araştırma İzni/ Murat
BOZAN

ESKİŞEHİR DEVLET HASTANESİNE

İlgi : 21/05/2018 tarihli ve 22205031-799-229 sayılı yazı.

Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sosyal Hizmet Anabilim Dalından Murat BOZAN ın “Toplum Ruh Sağlığı Merkezinden Hizmet Alanların İçselleştirilmiş Damgalanma ve Sosyal İşlevsellik Durumlarının İncelenmesi Eskişehir Örneği” konulu çalışma talebi Müdürlüğümüz Bilimsel Araştırma Komisyonunca değerlendirilmiş ve Eskişehir Devlet Hastanesi nde yapılması uygun görülmüştür.

Bilgi ve Gereğini rica ederim.

e-imzalıdır.
Dr. Seydi Ahmet GÜLLÜ
İl Sağlık Müdürü a.
Personel ve Destek Hizmetleri
Başkanı

Ekler:

- 1- Komisyon Kararı
- 2- PROTOKOL

Kırmızı Toprak Mahallesi Atatürk Caddesi No:59 (Yunus Emre Devlet Hastanesi İki Eylül Binası) 26000 Odunpazarı /Eskişehir
Faks No:02223351540

Bilgi için:Murat PEKÖZCAN

Unvan:Mühendis


e-Posta:Murat.Pekozcan@saglik.gov.tr İnt.Adresi: Bilgi için: M.PEKÖZCAN Tel:
02223351510

Telefon No:

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 34ec3368-dfb4-409b-bc1d-05237c2e3281 kodu ile erişebilirsiniz.

Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

EK-7 Sosyal İşlevsellik Ölçeği Kullanım İzni

 Murat Bozan <muratbozan91@gmail.com>

İÖ Ölçek Kullanım İzni Hk.
ileti

Murat Bozan <muratbozan91@gmail.com> 6 Aralık 2017 15:
İci: serpilerakay@yahoo.com

Hocam merhaba,

Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sosyal Hizmet Anabilim Dalı Tezli Yüksek Lisans Programı öğrencisiyim. "Toplum Ruh Sağlığı Merkezinden Hizmet Alanların İçselleştirilmiş Damgalanma ve Sosyal İşlevsellik Durumlarının İncelenmesi: Eskişehir Örneği" konulu tezimde izniniz olursa Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasını yaptığınız Sosyal İşlevsellik Ölçeğini kullanmak istiyorum. Teşekkür ederim.

Saygılarımla.

Murat Bozan
0543 529 12 23
Eskişehir Devlet Hastanesi TRSM

serpil Erakay <serpilerakay@yahoo.com> 6 Aralık 2017 21:
İci: Murat Bozan <muratbozan91@gmail.com>

Ölçeği kullanmanıza izin veriyorum. Kolay gelsin.
[Alıntılanan metin gizlendi]

EK-8 Ruhsal Hastalıkların İçselleştirilmiş Damgalanması Ölçeği Kullanım İzni



Murat Bozan <muratbozan91@gmail.com>

Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği Hakkında

ileti

Murat Bozan <muratbozan91@gmail.com>

18 Ekim 2017 16:2

İlci: akifersoy@gmail.com

Hocam merhaba,

Adım Murat Bozan. Eskişehir Devlet Hastanesi Toplum Ruh Sağlığı Merkezinde çalışıyorum. Hacettepe Üniversitesi Sosyal Hizmet AD'de yüksek lisans eğitimime devam ediyorum. Tez dönemine geçtim. Prof. Dr. Yasemin Özkan danışmanlığında "Toplum Ruh Sağlığı Merkezinden Hizmet Alanların İçselleştirilmiş Damgalanma ve Sosyal İşlevsellik Durumlarının İncelenmesi: Eskişehir Örneği" adlı çalışmayı yürüteceğim. Bu çalışma için Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği (RHİDÖ)'ne ihtiyacım var. Türkçe formunun güvenilirlik ve geçerlik çalışmasını siz yapmışsınız. Ölçek internet ortamında bulunamıyor. Hocam sizden bana ölçeği göndermenizi rica ediyorum. Bu bilimsel çalışmaya katkınız için şimdiden çok teşekkür ederim.

Saygılarımla.

Murat Bozan
0543 529 12 23

Mehmet Akif Ersoy <akifersoy@gmail.com>
İlci: Murat Bozan <muratbozan91@gmail.com>

18 Ekim 2017 21:1

selam
ölçek ekte
kolay gelsin

18 Ekim 2017 16:29 tarihinde Murat Bozan <muratbozan91@gmail.com> yazdı:
[Alıntılanan metin gizlendi]

--
Prof. Dr. Mehmet Akif ERSOY
Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi
Psikiyatri Bölümü 35100 Bornova İzmir

Evlilik ve İlişkiler Hakkında her şeyi bulabilirsiniz: www.ruhikizi.com
Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu hakkında: www.hiperaktivite.info
Evliliğinizi / ilişkinizi değerlendirmek ve geliştirmek için: www.iliskidegerlendirme.com

olcek - İRHİDÖ.pdf
209K



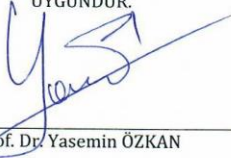
Murat Bozan <muratbozan91@gmail.com>
İlci: Mehmet Akif Ersoy <akifersoy@gmail.com>

18 Ekim 2017 22:0

Çok teşekkür ederim hocam.

18 Eki 2017 ÖS 9:13 tarihinde "Mehmet Akif Ersoy" <akifersoy@gmail.com> yazdı:
[Alıntılanan metin gizlendi]

EK-9 Orijinallik Raporu

 <p>HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ YÜKSEK LİSANS TEZ ÇALIŞMASI ORJİNALLİK RAPORU</p>
<p>HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ SOSYAL HİZMET ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞI'NA</p> <p style="text-align: right;">Tarih:22/05/2019</p> <p>Tez Başlığı : Toplum Ruh Sağlığı Merkezinden Hizmet Alanların İçselleştirilmiş Damgalanma ve Sosyal İşlevsellik Durumlarının İncelenmesi: Eskişehir Örneği</p> <p>Yukarıda başlığı gösterilen tez çalışmamın a) Kapak sayfası, b) Giriş, c) Ana bölümler ve d) Sonuç kısımlarından oluşan toplam 134 sayfalık kısmına ilişkin, 22/05/2019 tarihinde şahsım/tez danışmanım tarafından Tunitin adlı intihal tespit programından aşağıda işaretlenmiş filtrelemeler uygulanarak alınmış olan orijinallik raporuna göre, tezin benzerlik oranı % 0 'dır.</p> <p>Uygulanan filtrelemeler:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1- <input checked="" type="checkbox"/> Kabul/Onay ve Bildirim sayfaları hariç 2- <input checked="" type="checkbox"/> Kaynakça hariç 3- <input type="checkbox"/> Alıntılar hariç 4- <input checked="" type="checkbox"/> Alıntılar dâhil 5- <input checked="" type="checkbox"/> 5 kelimedenden daha az örtüşme içeren metin kısımları hariç <p>Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Tez Çalışması Orijinallik Raporu Alınması ve Kullanılması Uygulama Esasları'nı inceledim ve bu Uygulama Esasları'nda belirtilen azami benzerlik oranlarına göre tez çalışmamın herhangi bir intihal içermediğini; aksinin tespit edileceği muhtemel durumda doğabilecek her türlü hukuki sorumluluğu kabul ettiğimi ve yukarıda vermiş olduğum bilgilerin doğru olduğunu beyan ederim.</p> <p>Gereğini saygılarımla arz ederim.</p> <div style="text-align: right;">  22/05/2019 </div> <p>Adı Soyadı: Murat BOZAN</p> <p>Öğrenci No: N15222679</p> <p>Anabilim Dalı: Sosyal Hizmet</p> <p>Programı: Sosyal Hizmet Tezli Yüksek Lisans</p>
<p>DANIŞMAN ONAYI</p> <p style="text-align: center;">UYGUNDUR.</p> <div style="text-align: center;">  Prof. Dr. Yasemin ÖZKAN </div>



**HACETTEPE UNIVERSITY
GRADUATE SCHOOL OF SOCIAL SCIENCES
MASTER'S THESIS ORIGINALITY REPORT**

**HACETTEPE UNIVERSITY
GRADUATE SCHOOL OF SOCIAL SCIENCES
SOCIAL WORK DEPARTMENT**

Date: 22/05/2019

Thesis Title : The Analysis of Internalized Stigma and Social Functioning of the Service-users of Community Mental Health Centre: The Case of Eskisehir

According to the originality report obtained by myself/my thesis advisor by using the Turnitin plagiarism detection software and by applying the filtering options checked below on 22/05/2019 for the total of 134 pages including the a) Title Page, b) Introduction, c) Main Chapters, and d) Conclusion sections of my thesis entitled as above, the similarity index of my thesis is 0 %.

Filtering options applied:

1. Approval and Declaration sections excluded
2. Bibliography/Works Cited excluded
3. Quotes excluded
4. Quotes included
5. Match size up to 5 words excluded

I declare that I have carefully read Hacettepe University Graduate School of Social Sciences Guidelines for Obtaining and Using Thesis Originality Reports; that according to the maximum similarity index values specified in the Guidelines, my thesis does not include any form of plagiarism; that in any future detection of possible infringement of the regulations I accept all legal responsibility; and that all the information I have provided is correct to the best of my knowledge.

I respectfully submit this for approval.

22/05/2019

Name Surname: Murat BOZAN

Student No: N15222679

Department: Social Work

Program: Master's Thesis in Social Work

ADVISOR APPROVAL

APPROVED.

Prof. Dr. Yasemin ÖZKAN

TOPLUM RUH SAĞLIĞI MERKEZİNDEN HİZMET ALANLARIN İÇSELLEŞTİRİLMİŞ DAMGALANMA VE SOSYAL İŞLEVSELLİK DURUMLARININ İNCELENMESİ ESKİŞEHİR ÖRNEĞİ

ORJİNALLİK RAPORU

%**0**

BENZERLİK ENDEKSİ

%**0**

İNTERNET
KAYNAKLARI

%**0**

YAYINLAR

%

ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ

BİRİNCİL KAYNAKLAR

Alıntıları çıkart

Kapat

Eşleşmeleri çıkar

Kapat

Bibliyografyayı Çıkart

Kapat

