

Bekiroğlu, S. ve Demiröz, F. (2020). Toplum ruh sağlığı merkezlerinden hizmet alan ağır ruhsal hastalığa sahip bireylerin sosyal işlevselliğinin incelenmesi. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 31(3), 1053-1079.

Araştırma

Makale Geliş Tarihi: 19.04.2020
Makale Kabul Tarihi: 22.06.2020

TOPLUM RUH SAĞLIĞI MERKEZLERİNDEN HİZMET ALAN AĞIR RUHSAL HASTALIĞA SAHİP BİREYLERİN SOSYAL İŞLEVSELLİĞİNİN İNCELENMESİ¹

Social Functioning of Individuals with Severe Mental Illness Who Receive Service from Community Mental Health Centers

Seval BEKİROĞLU*

Filiz DEMİRÖZ**

* Dr. Öğr. Görevlisi, Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sosyal Hizmet Bölümü, ORCID: 0000-0003-0712-6653, sbekiroglu@baskent.edu.tr

**Dr. Öğretim Üyesi, Hacettepe Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, Sosyal Hizmet Bölümü Emekli Öğretim Üyesi, ORCID: 0000-0001-8606-7350, filiz.demiroz@gmail.com

ÖZET

Bu çalışmanın amacı, Ankara ili örneğinde Toplum Ruh Sağlığı Merkezlerinden (TRSM) hizmet alan ağır ruhsal hastalığa sahip (ARHS) bireylerin sosyal işlevselliğinin; sosyodemografik özellikleri, hastalık süreci, TRSM'den hizmet alma süreci, algıladıkları damgalanma ve sosyal destek düzeyleri ile ilişkisi çerçevesinde incelemektir. Araştırmanın örneklemini, Ankara ilinde bulunan üç TRSM'den hizmet alan 138 ARHS birey oluşturmuştur. Çalışmada veri toplama aracı olarak; araştırmacı tarafından hazırlanan Soru Formu, Kısa İşlevsellik Değerlendirme Ölçeği, Psikolojik Yardım Alma Nedeniyle Sosyal Damgalanma Ölçeği, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği kullanılmıştır. Tüm veriler araştırmacı tarafından yüzyüze görüşme yöntemiyle 15 Mayıs 2017- 15 Ağustos 2017 tarihleri arasında toplanmıştır. Çalışmanın bulgularına göre, orta düzeyde sosyal işlevselliğe sahip olan ARHS bireylerin cinsiyetleri, öğrenim durumları, gelir durumları, çalışma durumları, yaşam biçimleri, hastalık tanı süreleri, TRSM hizmetlerine dair memnuniyet düzeyleri, algıladıkları sosyal destek ve damgalanma ile sosyal işlevselliği arasında anlamlı ilişkiye rastlanmıştır. Bu çalışmanın sonuçlarının, TRSM'de çalışan sosyal hizmet uzmanlarının ARHS bireylerin sosyal işlevselliğini geliştirmek üzere planlayacağı ve uygulayacağı müdahalelerde yol gösterici olacağı düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Ağır ruhsal hastalığa sahip birey, sosyal işlevsellik, toplum ruh sağlığı merkezleri.

¹ Bu çalışma, Seval BEKİROĞLU'nun Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sosyal Hizmet Anabilim Dalı'nda gerçekleştirdiği "Ekosistem Yaklaşımı Perspektifinden Ağır Ruhsal Hastalığa Sahip Bireylerin Sosyal İşlevselliğinin Karma Yöntem Tasarımıyla İncelenmesi" başlıklı doktora tez çalışmasının bir bölümünden oluşmaktadır.

ABSTRACT

The aim of this study is to examine the social functioning and its correlation with the sociodemographic and clinical characteristics, process of receiving service from Community Mental Health Centers, perceived social stigma, social support of individuals with severe mental illness (SMI) who received service from CMHCs in the sample of Ankara. Study participants were recruited 138 individual with SMI from receiving service three CMHCs in Ankara. As data collection instruments, a question form prepared by the researcher, Functioning Assessment Short Test Stigma Scale for Receiving Psychological Help and Multi-Dimensional Perceived Social Support Scale was used. The data of the study were collected to the face-to-face interviews by the researcher between May 15 and August 15 in 2017. According to the findings of the study, there is a significant correlation was found among the genders, education, income of home, employment status, living situation, age of onset, satisfaction levels about community mental health center's (CMHC) services, perceived social support and stigma and moderate social functioning of SMI. The results of this study are thought to be a guide in the interventions that social workers working in CMHC will plan and implement to improve the social functioning of individuals with SMI.

Key words: Individual with severe mental illness, social function, community mental health center

GİRİŞ

Sosyal işlevsellik kavramı, bireyin yaşadığı toplum içerisindeki başlıca rolünü gerçekleştirebilmesi ve kişinin temel gereksinimlerini karşılaması için gerekli olan görev ve aktiviteleri yerine getirebilme yeteneği olarak tanımlanmaktadır (Hirschfeld vd., 2000, akt: Kupferberg, Bicksb, ve Haslerave, 2016: 314; Sheafor ve Horesji; 2015: 23). Burada bahsi geçen temel gereksinimler; beslenme, barınma, sağlık, kendini koruma, kabul görme, sosyal destek, hayatın anlamı ve amacı olması gibi son derece temel endişeleri ifade etmektedir. Bireylerin toplum içerisindeki başlıca rolünü gerçekleştirebilme becerisi ise aile ferdi, ebeveyn, çalışan, komşu ve vatandaş olmaya ilişkin rollerini yerine getirebilme becerisini ifade etmektedir (Sheafor ve Horesji; 2015: 23).

Ağır ruhsal hastalıklar (şizofreni, duygu durum bozuklukları); bilişsel, yönetsel ve sosyal beceri alanlarındaki yıkıcı etkisi nedeniyle bireylerde yeti yitimine sebep olan kronik hastalıklardır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2011). Bu yönüyle ağır ruhsal hastalıklardan birine sahip (ARHS) bireyler için sosyal işlevsellik kavramı, hem önemli bir tanı kriteri, hem de iyileşmenin göstergesi olarak değerlendirilmesi yönüyle oldukça önemli bir meseledir (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2013; Erol vd., 2013; Kupferberg, Bicks ve Hasler, 2016). Özellikle şizofrenide bireylerin mesleki, kişilerarası ilişkiler ve kendine bakım gibi önemli işlevsellik alanlarında, bipolar bozuklukta ise bireylerin tüm sosyal işlevsellik alanlarında bozulma önemli bir tanı kriteri olarak değerlendirilmektedir (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2013).

ARHS bireyler, hayatlarının birçok alanında sadece hastalık ve semptomları ile ilişkili olmayan sosyal işlevsellik sorunları yaşarlar (Arslan, Yazici, Yılmaz, Coskun, ve Kurt, 2015; Erol vd., 2009; Kaya, Aydemir ve Selçuki, 2009; Tirupati, 2018). Bu yönüyle tıbbi tedavi, çoğu zaman hastalık belirtilerinde olumlu değişim yaratırken işlevsel iyileşmede yetersizdir kalmaktadır (Tirupati, 2018). ARHS bireylerin sosyal işlevselliğinin geliştirilmesinde, ilaç tedavisine ek olarak kapsamlı rehabilitasyon hizmetlerinin verilmesi gereklidir. Öyle ki dünyada yapılan birçok çalışmada, ARHS bireylerin tedavisinde uygulanan toplum temelli rehabilitasyon uygulamaları ile birlikte, bireylerin sosyal işlevselliklerinde ve hastalıkla başa çıkma becerilerinde anlamlı gelişim sağlandığı vurgulanmaktadır (Chowdur, Dharitri, Kalyanasundaram, ve Suryanarayana, 2011; Liberman, 2009; Na vd., 2016; Noordsy ve O'Keefe, 1999).

Toplum temelli ruh sağlığı hizmetlerinin odağında, hastalığın klinik seyrenden öte bireylerin yaşadıkları çevreden koparılmadıkları bir tedavi sisteminde desteklenerek kendilerine yetebilir hale gelebilmelerinin sağlanması yer almaktadır. Kişilerin kendilerine yetebilir hale gelmelerinde en önemli meselelerden biri olan sosyal işlevselliğin, toplum temelli ruh sağlığı hizmetleri kapsamında verilen hizmetlerin en önemli çıktılarından biri olmasının yanı sıra tedavi etkinliğini de önemli derecede etkileme özelliğine sahip olduğu söylenebilir. Bu yönüyle toplum temelli ruh sağlığı hizmetleri, ARHS bireylerin sosyal işlevselliğinin geliştirilmesinde oldukça önemlidir.

Türkiye'deki toplum temelli ruh sağlığı hizmetlerinin 2011 yılından itibaren verilmeye başlaması ile yeni bir hizmet modeli olduğu söylenebilir. Bu tarihten önce hastane temelli ruh sağlığı hizmetlerinin verildiği ülkemizde, ARHS bireylerin daha çok hastane ortamında (ki bu çoğunlukla ruh sağlığı hastanesi olmuştur) çoğu zaman sadece tıbbi tedaviden yararlanabilme imkânı buldukları söylenebilir. Bu yönüyle tedavi programının, daha çok hastalığın belirtilerini azaltmaya odaklandığı ve bireylerin işlevselliğini geliştirmekten uzak olduğu söylenebilir. Nitekim bu dönemde yapılan çalışmalar, ARHS bireylerin sosyal işlevselliğinin düşük olduğunu göstermektedir (Eryıldız, 2008; Kaya vd., 2009).

2006 yılı itibari ile Türkiye'de, DSÖ'nün liderliğindeki uluslararası gelişmeler ve ruhsal hastalıkların ciddi oranda artması ile Ulusal Ruh Sağlığı Politikası (URSP, 2006) metninin yayımlanması ile ruh sağlığı hizmet sunumunda değişimin başladığı görülmektedir. Politika ilkeleri kapsamında, oldukça gecikmeli bir şekilde, dünyada 1968 yılından beri ruh sağlığı hizmet sunumunda hâkim olan toplum temelli ruh sağlığı hizmet modeline geçişi içeren Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı (URSEP, 2011)

hazırlanarak yayınlanmıştır. Politika metni ve eylem planı çerçevesinde, ülkemizde toplum temelli ruh sağlığı hizmet modeline geçiş süreci başlatılmıştır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2006, 2011).

Toplum temelli ruh sağlığı hizmetlerine geçişle birlikte ARHS bireylerin tüm ihtiyaçlarını karşılayan bütüncül bir ruh sağlığı sisteminin kurulmasının önem kazandığı görülmektedir. Bu doğrultuda, ARHS bireylere ve ailelerine yönelik destek mekanizmalarının oluşturulması, bireylerin mümkünse ailesinin veya yakınlarının yanında yaşamını sürdürmesi, bunun mümkün olmaması halinde ise ruh sağlığı ve hastalıkları hastaneleri yerine toplum içinde, onun bir parçası olarak yaşayabilmelerinin sağlanması hedeflenmiştir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2011). Toplum temelli ruh sağlığı hizmetleri kapsamında verilen bu hizmetlerin ana düzenleyicisi ve kontrol merkezinin ise, aşamalı şekilde ülke genelinde açılması hedeflenen TRSM'lerin (toplam 236 TRSM) olması belirlenmiştir. 2011 yılından bugüne, planlanan TRSM'lerden 177'si hizmete açılmıştır (T. C. Sağlık Bakanlığı, 2020).

Türkiye'de toplum temelli ruh sağlığı hizmetleri kapsamında ARHS bireylerin, tıbbi tedavinin yanı sıra psikososyal hizmetlerden de yararlanma fırsatı bulunduğu söylenebilir. Böylelikle ARHS bireylerin sosyal işlevselliklerinde önemli gelişimler görülmeye başlanmıştır. Dünyada yapılan birçok çalışmada (Chowdur, Dharitri, Kalyanasundaram ve Suryanarayana, 2011; Liberman, 2009; Na vd., 2016; Noordsy ve O'Keefe, 1999) belirtildiği gibi, ARHS bireylerin tedavisinde uygulanan toplum temelli rehabilitasyon uygulamaları, bireylerin sosyal işlevselliklerinde ve hastalıkla başa çıkma becerilerinde anlamlı gelişim sağlamıştır (Arslan, Yazici, Yılmaz, Coskun ve Kurt, 2015; Ensari, Gültekin, Karaman, Koç ve Beşkardeş, 2013; Esen, Devrim, Şahin, Şahin ve Şimşek, 2014; Özdemir, Şafak, Örsel, Kahiloğulları ve Karadağ, 2017; Şahin ve Elboğa, 2019).

Türkiye'de URSP (2006) ve URSEP (2011) kapsamında, 2011 yılından itibaren açılmaya başlanan TRSM'lerin sayısı her geçen gün artmaktadır. Buna paralel olarak toplum temelli ruh sağlığı hizmetleri ve TRSM'lerle ilgili yapılan çalışmalarda da artış görülmektedir. Bu çalışmalar incelendiğinde, TRSM'lerden hizmet alan ARHS bireylerin sosyal işlevselliğini inceleyen çalışmalara rastlanmaktadır. Bununla birlikte, bu çalışmaların bireylerin sosyal işlevselliğinin ne düzeyde olduğunu tanımlamaktan uzak olduğu söylenebilir. Çalışmalar; çoğunlukla toplum temelli ruh sağlığı hizmetlerinin bireylerin sosyal işlevsellikleri üzerindeki etkisine odaklanmıştır (Arslan vd., 2015; Ensari vd., 2013; Özdemir vd., 2017; Söğütlü, Özen, Varlık, ve Güler, 2017;

Şahin ve Elboğa, 2019). Bu yönüyle, çalışmaların sosyal işlevselliğın daha çok tıbbi boyutlarına odaklandığı, ARHS bireylerin toplumdaki başlıca rollerini gerçekleştirebilme becerilerini içeren sosyal boyutunun ne düzeyde olduğunu ve bu konuda yaşadıkları sorunları değerlendirmekten uzak olduğu söylenebilir.

Sosyal işlevsellik kavramı, sosyal hizmeti diğer insani yardım mesleklerinden ayıran anahtar kavram olarak sosyal hizmet uygulamalarının merkezinde yer almaktadır. Öyleki sosyal hizmet uygulamalarının amacı, bireylerin sosyal işlevselliklerini arttırarak kendilerini daha iyi gerçekleştirebileceği bir çevre ortamını yaratmaktır (Duyan, 2010: 13). Öte yandan sosyal hizmet mesleği, her ne kadar tüm insanların sosyal işlevselliği ile ilgilenirse de ARHS bireyler gibi genellikle sosyal adaletsizliğe, ayrımcılığa ve baskıya maruz kalan toplumun en savunmasız kesimlerine öncelik vermektedir (Duyan, 2010: 19-22). Bu yönüyle toplum temelli ruh sağlığı hizmetlerinin sunumunda multidisipliner ekibin önemli bir üyesi olan sosyal hizmet uzmanı, ARHS bireylerin sosyal işlevselliklerinin arttırılmasında en önemli meslek elemanlarından biridir. Ancak ruh sağlığı alanında sosyal hizmete özgü yapılan araştırmalar incelendiğinde, ARHS bireylerin sosyal işlevselliğini ve yaşadıkları sorunları inceleyen çalışmalara rastlanmamıştır. Buradan hareketle bu çalışma, değişen tedavi yaklaşımı ile birlikte TRSM'lerden hizmet alan ARHS bireylerin sosyal işlevselliğinin ne durumda olduğunu sosyal hizmet bakış açısı ile betimlemeyi amaçlamaktadır. Bu amaca ulaşmak üzere, Ankara ili örneğinde TRSM'lerden hizmet alan ARHS bireylerin sosyal işlevsellikleri; sosyodemografik özellikleri, hastalık süreci, sosyal destek sistemleri, TRSM'den hizmet alma süreci ve algıladıkları sosyal damgalanma ile ilişkisi çerçevesinde incelenmeye çalışılmıştır.

YÖNTEM

Bu araştırma, genel tarama modeli ile gerçekleştirilmiştir. Genel tarama modellerinden ilişkiisel tarama modeli çerçevesinde, toplum temelli ruh sağlığı hizmeti alan ARHS bireylerin sosyal işlevselliklerinin (bağımlı değişken) bağımsız değişkenlerle (sosyo-demografik özellikler, hastalık süreci, TRSM'den hizmet alma süreci, algıladıkları sosyal destek ve damgalanma) ilişkisi incelenmiştir. Sosyal işlevsellik ile bu değişkenler arasındaki ilişkiye bakılarak, değişkenlerin birlikte değişip değişmediği, birlikte bir değişim var ise bunun nasıl olduğu öğrenilmeye çalışılmıştır.

Çalışma Grubu

Bu araştırmanın çalışma evrenini; Ankara ilinde bulunan 3 TRSM'den en az 6 aydır hizmet alan ve en az ayda bir olmak üzere merkeze düzenli gelen, DSM-V-TR tanı

ölçütlerine göre ağır ruhsal hastalıklardan birine (şizofreni ve benzeri psikotik bozukluklar, duygudurum bozuklukları-bipolar bozukluk) ait teşhise sahip olan, ailesi ile beraber veya yalnız yaşayan 18 yaş üstü ARHS bireyler oluşturmaktadır. TRSM'lerden hizmet alan ARHS bireylerin sosyal işlevselliğini incelerken, bu bireylerin aldıkları hizmetlerin işlevsellikleri ile ilişkisinin doğasını incelemede hizmet süresinin önemli bir gösterge olacağı düşünülmüştür. Bu nedenle çalışma evreni belirlenirken, toplum temelli ruh sağlığı hizmetlerinin en önemli çıktılarında biri olan sosyal işlevselliğin yordanmasında, en az 6 aydır bu merkezlerden hizmet alan ve en az ayda bir olmak üzere merkeze düzenli gelen bireylerin araştırmaya alınmasının uygun olacağı düşünülmüştür.

Her TRSM'nin ARHS birey sayısı farklılık gösterdiğinden her merkezi temsil etmesi gereken örneklem sayısı; araştırma evreni içerisinde yer alan TRSM'ler (küme) ile bu merkezlerden hizmet alan ARHS bireylerin (küme elemanları) her birinin eşit seçilme şansına sahip olduğu, tüm evrene dönük genelleme yapmaya olanak sağlayan olasılıklı örnekleme yöntemlerinden oranlı küme örnekleme yöntemi ile hesaplanmıştır. Buna göre araştırmanın örneklemini, araştırmaya gönüllü katılım sağlamak isteyen ve kendini ifade etmede güçlük yaşamayan Etimesgut TRSM (31), Yenimahalle TRSM (44) ve Sincan TRSM (63) 'den hizmet alan toplam 138 ARHS birey oluşturmuştur. ARHS bireylere ilişkin tanımlayıcı bilgilere Tablo 1'de yer verilmiştir.

Tablo 1. Katılımcılara ilişkin tanımlayıcı bulgular

	n	%
Cinsiyet		
Kadın	36	26.1
Erkek	102	73.9
Eğitim Durumu		
Temel Eğitim*	118	85.5
Temel Üstü Eğitim**	20	14.5
Medeni durum		
Evlenmemiş	64	46.4
Evli	48	35.5
Boşanmış	26	18.1
Hane geliri (Ortalama = 2500 TL)		
Ortalama üstü	75	54.3
Ortalama altı	63	45.7

Çalışma durumu		
Çalışmıyor	90	65.2
Çalışıyor	30	21.7
Emekli	18	12.1
	Min-max	Ortalam-Std
Yaş	22-68	44.19-10.11
TRSM'den hizmet alma süresi	1-5 yıl	02.81-1.21
TRSM hizmetlerinden memnuniyet düzeyi	2-5 puan	4.57 – 0.71
Hastalık süresi	2-37 yıl	16.50 - 8.11

*Temel eğitim: İlköğretim ve lise; **Temel üstü eğitim: önlisans, lisans ve üstü

Veri Toplama Araçları

Araştırmada ARHS bireylerin sosyo-demografik özelliklerine (yaş, cinsiyet, medeni durum, öğrenim durumu, aylık hane geliri, çalışma durumu, yaşam biçimi vb.), hastalık sürecine ve TRSM'den hizmet alma sürecine (merkezden hizmet alma süresi, hizmetlere ilişkin memnuniyet düzeyi vb) ilişkin verilerin elde edilmesinde, konuya ilişkin literatürden (Kaya, 2013; Gumber, 2011; Rodger, 2009) yararlanılarak araştırmacı tarafından geliştirilen toplam 54 adet sorudan oluşan "Soru Formu" kullanılmıştır.

ARHS bireylerin sosyal işlevselliklerinin ölçülmesinde; Rosa ve ark. (2007) tarafından işlevselliğin seri bir biçimde değerlendirilmesini sağlamak üzere geliştirilen, Aydemir ve Uykur (2012) tarafından Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları yapılan "Kısa İşlevsellik Değerlendirme Ölçeği" (KİDÖ) kullanılmıştır. KİDÖ soru biçimi itibarıyla işlevselliği ölçerken yeterliliğe vurgu yapmaktadır. KİDÖ; (1) otonomi/özzerklik (madde 1,2,3,4), (2) mesleki işlevsellik (madde 5,6,7,8,9), (3) bilişsel işlevsellik (madde 10,11,12,13,14), (4) mali konular (madde 15,16), (5) kişiler arası ilişkiler (madde 17,18,19,20,21,22) ve (6) boş zaman etkinlikleri (madde 23,24) olmak üzere altı boyutu içeren 24 maddeden oluşmaktadır. Dörtlü Likert (0=hiç zorlanma yok, 3=aşırı derecede zorlanma) tipinde, görüşmecinin uyguladığı ve derecelendirme yaptığı ölçeğin alt boyutlarının toplamından oluşan ölçek puanının yüksek olması kötü işlevselliği göstermektedir. Ölçeğin güvenilirlik çözümlerinde Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı 0,960, test-yeniden test güvenilirlik katsayısı 0,945 olarak hesaplanmıştır (Aydemir ve Uykur, 2012).

ARHS bireylerin algıladıkları sosyal destek düzeylerinin ölçülmesinde; Zimet ve ark. (1988) tarafından geliştirilen, Eker (2001) tarafından Türkçe'ye uyarlaması yapılan Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (SDÖ) kullanılmıştır. Bir öz bildirim ölçeği

olan SDÖ, her biri 4 maddeyi içeren aile (3., 4., 8. ve 11. maddeler), arkadaş (6., 7., 9. ve 12. maddeler) ve özel bir insan (1., 2., 5. ve 10. maddeler) olmak üzere desteğin kaynağına ilişkin üç boyutu içeren 12 maddeden oluşmaktadır. Her bir madde 7 aralıklı (kesinlikle Evet'ten kesinlikle Hayır'a 1,2,3,4,5,6,7) Likert tipi ölçek kullanılarak derecelendirilmektedir. Ölçeğin tamamından alınabilecek en düşük puan 12 iken, en yüksek puan 84'tür. Buna göre toplam puanın yüksek olması algılanan sosyal desteğin yüksek olduğunu, düşük olması ise sosyal desteğin az olduğunu ifade etmektedir. Ölçeğin Cronbach alpha değeri 0.66 olarak bulunmuştur (Eker, 2001).

ARHS bireylerin algıladıkları sosyal damgalanmanın incelenmesinde, Komiya, Good ve Sherrod (2000) tarafından geliştirilen, Topkaya (2011) tarafından Türkçe'ye uyarlaması yapılan Psikolojik Yardım Alma Nedeniyle Sosyal Damgalanma Ölçeği (PSDÖ) kullanılmıştır. Ölçek dördümlük likert tipinde (1= kesinlikle katılmıyorum ve 4=kesinlikle katılıyorum), toplam 5 maddeden oluşmaktadır. Ölçekten elde edilebilecek en düşük puan 5, en yüksek puan ise 20'dir. Ölçekten alınan puanın yüksekliği, kişilerin psikolojik yardım alması durumunda toplum tarafından damgalanacağına ilişkin algısının yüksek olduğunu, puanın düşüklüğü ise yardım alınması durumunda kişinin toplum tarafından damgalanacağına ilişkin algısının düşük olduğunu ifade etmektedir (Topkaya, 2011). Ölçeğin Cronbach Alfa iç tutarlılık katsayısı 0.80 olarak bulunmuştur.

Katılımcıların veri toplamada kullanılan ölçeklerden aldıkları puanlara ilişkin tanımlayıcı bulgulara Tablo 2'de yer verilmiştir. KİDÖ, SDÖ ve ASDÖ'ye ilişkin tanımlayıcı bulgular incelendiğinde; ARHS bireylerin en yüksek sosyal desteği ailelerinden (22.52 ± 5.47) almakla birlikte algıladıkları sosyal desteğin ortanın üstünde olduğu (53.04 ± 12.91), bu yönüyle algıladıkları sosyal desteğin yüksek olduğu görülmüştür. ARHS bireylerin ASDÖ puan ortalamalarının ortanın üstünde olduğu (12.16), bu yönüyle de kişilerin psikolojik yardım almalarından dolayı toplum tarafından damgalandığına ilişkin algısının yüksek olduğu anlaşılmıştır. ARHS bireylerin KİDÖ puanları ortalamalarının (37.20 ± 14.54) ortanın (36) çok az altında (37.20) olduğu bu yönüyle de sosyal işlevselliğinin çok düşük olmamakla birlikte yüksek de olmadığı, ortalama düzeyde olduğu anlaşılmıştır (KİDÖ'te yüksek puan düşük işlevselliği göstermektedir). Yine ARHS bireylerin sırasıyla mali konular, özerklik, boş zaman etkinlikleri ve kişilerarası ilişkiler alt ölçeklerinde ortanın altında puanlar alarak diğer alanlara göre görece daha yüksek işlevsellik gösterdikleri, bilişsel ve mesleki işlevsellikte ise ortanın üstünde puanlar alarak görece daha düşük sosyal işlevsellik gösterdikleri anlaşılmıştır.

Tablo 2. ARHS bireylerin araştırmada kullanılan KİDÖ, SDÖ ve ASDÖ'den aldıkları puanlara ilişkin tanımlayıcı bulgular

	Minimum- Maksimum değer	Ortalama-Standart Sapma
<i>Sosyal Destek</i>		
Aile	4-28	22.52-5.47
Özel bir insan	4-28	16.04-6.22
Arkadaş	4-28	14.27-7.13
SDÖ Toplam	22-84	53.04-12.91
ASDÖ	5-20	12.16-3.02.
<i>Sosyal İşlevsellik</i>		
Mali konular	0-6	2.6-2.06
Boşzaman etkinlikleri	0-6	2.73-1.88
Özerklik	0-12	5.76-3.12
Bilişsel işlevsellik	0-15	8.29-3.90
Kişilerarası ilişkiler	0-17	8.09-3.86
Mesleki işlevsellik	0-18	9.93-4.52
KİDÖ toplam	5-72	37.20-14.54

Veri Toplama Süreci

Veri toplama süreci öncesinde, araştırmanın etik açıdan uygunluğunu değerlendirmek üzere Hacettepe Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 14.03.2017 tarih ve 16969557-381 sayılı karar ile Etik Kurul Onayı alınmıştır. Daha sonra merkezlerin bağlı bulunduğu hastane yöneticilerinden çalışmanın yapılması için gerekli izinler alınmıştır.

Çalışmada kullanılacak veri toplama araçlarında yer alan soruların anlaşılabilirliğini değerlendirmek amacıyla şehit Sait Ertürk Devlet Hastanesine bağlı TRSM'den hizmet alan 5 ARHS birey ile ön uygulama yapılarak formlar yeniden gözden geçirilmiştir. Ön uygulamada elde edilen veriler araştırmaya dahil edilmemiştir.

Araştırmanın verileri; 15 Mayıs – 15 Ağustos 2017 tarihleri arasında, haftaiçi her gün, araştırmaya katılmayı kabul eden ARHS bireyler ile hizmet aldıkları TRSM'de araştırmacı tarafından yüz yüze görüşmeler yoluyla toplanmıştır.

Verilerin Analizi

Araştırma verilerinin analizinde SPSS 20 (Statistical Program for the Social Sciences- SPSS 20.0) programı kullanılmıştır. Araştırmanın soru formu setleri numaralandırılarak SPSS ile bilgisayar ortamına aktarılmış, değişkenler yeniden kodlanmış, betimsel analizler (sayı, yüzde, ortalama, standart sapma) yapılmıştır. Verilerin normal dağılım gösterip göstermediğini test etmek için Shapiro Wilk's Testi yapılmıştır. Normal dağılım gösteren verilerin analizinde parametrik testler tercih edilmiştir. ARHS bireylerin sosyal işlevsellikleri ile sosyo-demografik özellikleri,

hastalık süreci, hizmet alma süreci, damgalanma durumları ve algıladıkları sosyal destek düzeyleri arasındaki ilişkisinin incelenmesinde pearson korelasyon analizi, iki grup karşılaştırılmasında iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi (t testi), üç veya daha fazla grup karşılaştırıldığında tek yönlü varyans analizi (Oneway ANOVA/F testi) analizi kullanılmıştır. Araştırmada, istatistiksel anlamlılık %95 ($p < 0.05$) olarak kabul edilmiştir.

BULGULAR

Bu bölümde, öncelikle katılımcıların sosyodemografik özellikleri ile KİDÖ toplam puan ve alt ölçekleri puan ortalamaları arasındaki farklılıklara ilişkin bulgulara yer verilmiştir. Sonrasında ise; ARHS bireylerin sosyodemografik özellikleri, hastalık süreci, TRSM'den hizmet alma süreci, algıladıkları sosyal destek ve damgalanma düzeyleri ile KİDÖ toplam puan ve alt ölçekleri puan ortalamaları arasındaki ilişkiye (Pearson) dair bulgulara yer verilmiştir.

Tablo 3'te ARHS bireylerin sosyodemografik özellikleri ile KİDÖ toplam puan ve alt ölçekleri puan ortalamaları arasındaki farklılıklar incelenmiştir. Yapılan analiz sonrasında, ARHS bireylerin medeni durumları ile KİDÖ toplam puan ve özerklik, mesleki işlevsellik, bilişsel işlevsellik, mali konular, kişilerarası ilişkiler ve boş zaman etkinlikleri alt ölçek puan ortalamaları arasında anlamlı farklılığa rastlanmamıştır ($p > 0.05$).

Kadın katılımcıların mesleki işlevsellik puanlarının erkeklerin puanlarından anlamlı derecede daha yüksek olduğu, bu yönüyle de daha düşük işlevsellik gösterdikleri görülmüştür. Çalışan ARHS bireylerin mesleki işlevsellikte ve kişilerarası ilişkilerde anlamlı derecede daha yüksek işlevsellik gösterdiği görülmüştür ($p < .05$). Birileri ile yaşayan ARHS bireylerin özerklik ($M=5.80$) ve mesleki işlevselliklerinin ($M=10.21$) anlamlı derecede daha düşük olduğu görülmüştür ($p < .05$).

Tablo 3. ARHS bireylerin sosyodemografik özellikleri ile kısa işlevsellik ölçeği puanları arasındaki ilişki (T Testi)

		Cinsiyet		Medeni Durum		Çalışma Durumu		Yaşam Biçimi	
		Kadın n=36	Erkek n=102	Evli n=48	Evli değil n=90	Çalışıyor n=18	Çalışmıyor n=120	Yalnız n=14	Birileri ile n=124
Özerklik	M -	5.91-	5.61-	6.18-	5.43-	6.00-	5.6-	3.85-	5.80-
	Std	.02	.17	.25	.03	.08	5.14	.57	.01
	p	0.62		0.17		0.65		0.020*	
Mesleki İşlevsellik	M -	11.7-	9.28-	9.56-	10.1-	7.22-	10.34-	7.42-	10.21-
	Std	.37	4.71	4.82	4.37	4.26	4.43	5.27	4.36
	p	0.001**		0.48		0.006**		0.028*	
Bilişsel işlevsellik	M -	8.41-	8.25-	8.45-	8.21-	7.66-	8.39-	6.50-	8.50-
	Std	.55	.04	.35	.67	.13	.88	.63	.78
	p	0.83		0.72		0.46		0.06	
Mali Konular	M -	1.77-	2.43-	2.37-	2.20-	1.83-	2.32-	2.07-	2.28-
	Std	.85	.12	.12	.05	.91	.09	.61	.01
	p	0.10		0.63		0.34		0.77	
Kişilerarası ilişkiler	M -	7.97-	8.12-	7.97-	8.15-	6.16-	8.38-	7.78-	8.12-
	Std	.29	0.5	3.92	3.84	3.97	3.77	4.15	3.84
	p	0.80		0.79		0.02*		0.75	
Boş zaman etkinlikleri	M -	2.94-	2.75-	2.91-	2.64-	2.11-	2.83-	3.14-	2.28-
	Std	.62	.05	.06	.79	.11	.84	.74	.90
	p	0.45		0.42		0.13		0.40	
KİDÖ Toplam	M -	38.81-	36.64-	38.06-	36.74-	31.00-	38.13-	30.50-	37.95-
	Std	1.47	5.49	17.1	3.02	4.87	4.33	6.93	4.13
	p	0.37		0.64		0.05		0.06	

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

Tablo 4'te ARHS bireylerin sosyodemografik özellikleri, hastalık süreci, TRSM'den hizmet alma süreci, algıladıkları sosyal destek ve damgalanma düzeyleri ile KİDÖ toplam puan ve alt ölçekleri puan ortalamaları arasındaki ilişki incelenmiştir. Buna göre; ARHS bireylerin yaşı, TRSM'den hizmet alma süresi ile KİDÖ toplam puan ve alt ölçekleri puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı doğrusal ilişki bulunmamaktadır ($p>0,05$). Bununla birlikte ARHS bireyler, eğitim düzeyleri arttıkça bilişsel işlevsellik (-.234), boş zaman etkinlikleri (-.171) ve KİDÖ genelinde (-.226) daha yüksek işlevsellik gösterirken, hane gelirleri arttıkça özerklikte (.185) daha düşük işlevsellik göstermektedir.

Hastalığın başlangıç yaşı arttıkça ARHS bireyler daha yüksek mesleki işlevsellik (-.215) göstermektedir. Hastalık süreleri arttıkça kişilerarası ilişkiler (.259), boş zaman etkinlikleri (.256) ve KİDÖ genelinde (.249) daha düşük işlevsellik göstermektedir. TRSM hizmetlerine dair memnuniyet düzeyleri arttıkça kişilerarası ilişkilerde (-.180) daha yüksek işlevsellik göstermektedirler (Tablo 4.).

Tablo 4. ARHS bireylerin Sosyodemografik özellikler, hastalık süreci, TRSM'den hizmet alma süreci, algıladıkları sosyal destek ve damgalanma düzeyleri ile kısa işlevsellik ölçeği puanları arasındaki ilişki (Pearson)

	Özerklik	Mesleki işlevsellik	Bilişsel işlevsellik	Mali konular	Kişilerarası ilişkiler	Boş zaman etkinlikleri	KİDÖ
Yaş	.019	-.051	-.001	.100	.078	.167	-.040
Eğitim	-.161	-.139	-.234**	-.111	-.139	-.171*	.226**
Hane geliri	.185*	.119	.100	.005	-.096	.032	.073
Hastalığın başlangıç yaşı	-.058	-.215*	-.156	-.044	-.078	.013	-.140
Hastalık süresi	.149	.165	.185*	.196*	.259**	.256**	.249**
TRSM'den hizmet alma süresi	.134	.059	-.069	-.044	-.048	-.010	.017
TRSM memnuniyet	-.035	.044	-.102	.040	-.180*	-.032	-.066
ASDÖ	.112	.185*	.236**	.181*	.287**	.134	.262**
Aile Arkadaş desteği	.010	-.024	-.030	-.024	-.267**	-.047	-.095
Özel bir insan	-.191*	-.109	-.300**	-.278**	-.316**	-.207*	-.301**
	-.52	-.176*	-.291**	-.182*	-.430**	-.291**	-.308**
SDÖ toplam	-.122	-.141	-.312**	-.257**	-.490**	-.276**	-.347**

* : p< 0.05 ** : p< 0.01

Yine Tablo 4'te incelendiğinde; ARHS bireylerin ASDÖ puan ortalamaları arttıkça mesleki işlevsellik (.185), bilişsel işlevsellik (.236), mali konular (.181), kişilerarası ilişkiler (.287) ve KİDÖ genelinde işlevselliğinin düştüğü görülmüştür. Aile destekleri arttıkça kişilerarası ilişkilerinde; arkadaş desteği arttıkça özerklik, bilişsel işlevsellik, mali konular, kişilerarası ilişkiler, boş zaman etkinlikleri ve KİDÖ genelinde; özel bir insan desteği arttıkça ise bilişsel işlevsellik, mali konular, kişilerarası ilişkiler, boş zaman etkinlikleri ve KİDÖ genelinde daha yüksek işlevsellik gösterdikleri görülmektedir. Genel olarak ARHS bireylerin algıladıkları sosyal desteğe baktığımızda ise; sosyal destek düzeyi arttıkça bilişsel işlevsellik, mali konular, boş

zaman aktiviteleri, kişilerarası ilişkiler ve KİDÖ genelinde daha yüksek işlevsellik gösterdikleri görülmektedir.

TARTIŞMA

Bu çalışmada, TRSM'lerden hizmet alan ARHS bireylerin sosyal işlevsellikleri; sosyodemografik özellikleri (cinsiyet, yaş, çalışma durumu, hane geliri, eğitim durumu, yaşam biçimi, medeni durum), hastalık süreçleri (hastalık başlangıç yaşı, hastalık süresi), TRSM'den hizmet alma süreçleri (hizmet alma süresi ve memnuniyet düzeyi), algıladıkları sosyal destek ve damgalanma ile ilişkisi çerçevesinde incelenmiştir.

Araştırmaya katılan ARHS bireylerin sosyal işlevselliği, ülkemizde son dönemde TRSM'lerin ARHS bireylerin sosyal işlevsellikleri üzerindeki olumlu etkisini gösteren çalışma (Arslan vd., 2015, Ensari vd., 2013; Özdemir vd., 2017) bulgularından beklenenin aksine orta düzeydedir (Tablo 2). Ulusal ve uluslararası literatürle uyumlu bir şekilde ARHS bireylerin mesleki ve bilişsel işlevselliği daha düşüktür (Arslan vd., 2015; Kaya vd., 2009; Rosa vd., 2007; Xiang, Shum, Chiu, Tang, ve Ungvari, 2010). Mesleki işlevselliğin düşük olmasında, toplum temelli ruh sağlığı hizmetlerinin önemli bileşenlerinden olan ve URSEP'te de belirtilen bu bireylere yönelik destekli istihdam modellerinin (korunmalı iş yerleri) hala ülkemizde yaygınlaşmamasının etkili olduğu söylenebilir. Sadece Türkiye'de değil dünyada da yıllar geçmesine, yeni tedavi yöntemleri gelişmesine rağmen ARHS bireylerin çalışma hayatına katılımında hala ciddi sorunlar bulunmaktadır (Burns vd., 2008; Saavedra, López, González, Arias, ve Crawford, 2016). Bu durum değişmedikçe mesleki işlevselliklerinin artmasını beklemek pek de gerçekçi olmayacaktır.

Bu çalışmanın kadın ARHS bireylerin mesleki işlevselliğinin erkeklere göre daha düşük olduğu bulgusu, Türkiye'de hastalıktan bağımsız olarak, genel nüfus içerisinde kadınların çalışma hayatına katılım oranlarının erkeklere kıyasla oldukça düşük olmasının bir diğer yansıması olarak değerlendirilmiştir. The Global Gender Gap Report (2018)'a göre, Türkiye %68 fark ile dünyada sondan 20. ülke olarak çalışma hayatında cinsiyetler arasındaki farkın en çok olduğu ülkeler arasındadır. Dolayısıyla, kadınların çalışma hayatına az katılımının hastalık süreci ile de birleştiiğinde daha güç bir mesele olduğu söylenebilir. Öte yandan, bu çalışmanın bulgularından farklı şekilde, ulusal literatürde kadınların erkeklere göre mesleki işlevselliğinin daha yüksek olduğunu gösteren çalışmalara da rastlanmıştır (Kavak ve Ekinci, 2014; Kaya, 2013). Bununla birlikte, ARHS bireylerin cinsiyeti ile sosyal işlevsellikleri arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalar, genellikle cinsiyetler arasında sosyal işlevsellik puanları

açısından anlamlı farklılığın olmadığını belirtmektedir (Erol vd., 2009; Güneş, 2010; Kavak ve Ekinci, 2014; Kaya, 2013; Usall vd., 2001; Xiang vd., 2010). Farklı şekilde, Saavedra ve arkadaşları (2016) çalışmalarında kadınların bağımsızlık yetkinlikte/özerklikte erkeklerden anlamlı derecede daha yüksek işlevselliğe sahip olduğunu saptamıştır. Başka bir çalışmada da, bağımsızlık performans ve mesleki işlevsellikte kadınların erkeklere göre işlevselliğinin anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır (Şirin, 2008).

Bu çalışmanın bulguları ile benzer şekilde literatürde yapılan çalışmalarda, ARHS bireylerin yaşları (Erol vd., 2009; Kaya, 2013) ve medeni durumları (Erol vd., 2009; Kavak ve Ekinci, 2014; Usall vd., 2001) ile sosyal işlevsellik puan ortalamaları arasında anlamlı ilişkiye rastlanmadığını göstermektedir. ARHS bireylerin yaşları ile sosyal işlevsellikleri arasında anlamlı farklılığa rastlanmaması, hastalığın negatif ve pozitif belirtilerinin yaştan bağımsız olarak ortaya çıkması ve bu bireylerin sosyal işlevselliklerini daha çok etkilemesi ile açıklanabilir.

Çalışan ARHS bireylerin çalışmayanlara göre mesleki işlevsellikte ve kişilerarası ilişkilerde daha yüksek düzeyde işlevsellik gösterdikleri görülmüştür. Bu durumun maaşlı bir işi sürdürme kapasitesi ve işyerindeki görevleri yerine getirmedeki etkinlik olarak tanımlanan (Rosa vd., 2007) mesleki işlevsellik açısından beklenen çıktılardan biri olduğu söylenebilir. Literatürde bu çalışmanın bulgularını destekler nitelikte birçok çalışma, ARHS bireylerin çalışma durumu ile sosyal işlevsellikleri arasında pozitif ilişki bulunduğu dikkat çekerek çalışan ARHS bireylerin çalışmayan bireylere göre daha yüksek düzeyde işlevsellik gösterdiğini belirtmektedir (Angell ve Test 2002; Erol vd., 2009; Kaya, 2013; McGurk ve Meltzer, 2000; Saavedra vd., 2016; Srinivasan ve Thara, 1997; Şirin, 2008). Saavedra ve arkadaşları (2016)'nın vurguladığı üzere günümüz toplumlarında çalışmak, insanlara özerklik ve sosyal katılım için finansal kaynak sağlaması, vatandaşlığın ve sosyal kimliğin inşasını ve gerçek anlamda kullanımını teşvik etmesi ile kişilerin sosyal işlevselliğinin artmasına ve iyileşmesine önemli katkı sağlamaktadır. Özellikle ARHS bireylere yönelik geliştirilen istihdam modelleri ve mesleki rehabilitasyon programları ile kişilerin mesleki işlevselliği önemli derecede artmaktadır (Burns vd., 2009; Saavedra vd., 2016). Türkiye'de URSEP'te belirtilmesine rağmen mevcut durumda, ARHS bireylerin erişim sağlayabilecekleri ve yararlanabilecekleri istihdam modelleri ve mesleki rehabilitasyon programlarının olmaması ile birlikte bu sonucun şaşırtıcı olmadığı söylenebilir. Aslantürk (2016)'ün de belirttiği gibi, yasal mevzuatta yapılan düzenlemeler bu bireylerin istihdamında hareketlilik yaratmakta sınırlı kalmaktadır.

Yalnız yaşayan ARHS bireylerin, birileri ile yaşayanlara göre özerklikte ve mesleki işlevsellikte daha yüksek düzeyde işlevsellik sağladığının görülmesi araştırmanın dikkat çeken bulguları arasındadır. Bu durum, Türkiye’de ARHS bireylerin çoğunun ebeveynleri ile yaşamalarının (Arslan vd., 2015; Ensari vd., 2013) negatif etkisi olarak değerlendirilebilir. Türkiye gibi geleneksel ülkelerde hem geleneksel aile yapısının varlığı, hem de bu bireylere yönelik bakım modellerinin eksiklikleri ve ulaşılabilirliğinin az olması ile birlikte ARHS bireylerin bakımından genellikle birinci derecede aileleri sorumludur (Attepe zden ve Tuncay, 2018; Koujalgi ve Patil, 2013; Talwar ve Matheiken, 2010; Yip, 2006). Ailelerin ise ARHS bireylerin iyileēeēine, daha iyi olacağına dair inancı düşüktür (Grover ve Pradyumna, 2015). Bu durumun, ailelerin hastalığı gerekçe göstererek ARHS bireylere sorumluluk vermekten kaçınmaları ve ARHS bireylerin yapabileceklerine dair beklentilerini düşük tutmaları ile çoğu zaman sonuçlandığı söylenebilir (Bekiroğlu, 2018). Özellikle, Türkiye’de birincil bakım verenlerin anneler olduğundan (Attepe zden ve Tuncay, 2018) hareketle, annelerin çocuklarına karşı daha korumacı yaklaştığı, hatta o üzülmesin diye hastalığı çevrelerinden gizlediği bilinmektedir (Attepe zden ve Tuncay, 2018). Bu yönüyle birileri ile yaşamanın, ARHS bireylerin yaşama becerilerini geliştirmekten uzak korumacı bir yaklaşımı içerdiği söylenebilir. Yetersiz olduklarını ve daha iyisini yapamayacaklarını vurgulayan bir yaşam biçimini ifade ettiği söylenebilir. ARHS bireyleri güçsüzleştiren, çoğu Őeyi yapamayacağına ilişkin inancını güçlendirerek birilerine daha çok bağımlı kılan bir yaşam biçiminin ise başta özerklik ve mesleki işlevsellik olmak üzere işlevselliklerini olumsuz etkilediği söylenebilir.

Özerkliğin önemli göstergelerinden biri olan kendi kararlarını alabilme becerisinin, ARHS bireyleri korumak adına çoğunlukla ebeveynleri tarafından istismar edildiği söylenebilir. Ebeveynlerin, ARHS bireylerin doğru kararlar alamayacaklarını düşünmeleri ya da aldıkları kararların sonuçlarının kendilerini de etkileme gücüne sahip olması sebebi ile bu hakkı istismar ettiği bilinmektedir (Bekiroğlu, 2018). Ailelerce ARHS bireylerin özellikle evlenme, tek başına yaşama ve para yönetimi gibi önemli yaşam alanlarına müdahale edildiği bilinmektedir (Balack vd., 2008; Moore vd., 2016; Bekiroğlu, 2018). Literatürde ise, bu çalışmanın bulguları ile uyumlu Şekilde ARHS bireylerin yaşam biçimi ile işlevsellikleri arasında farklılığın olduğunu belirten çalışmaların (Kavak ve Ekinci, 2015) yanı sıra farklılığın olmadığını belirten alışmalar (Güneş, 2010; Tatlıdil, 2008) da bulunmaktadır. Bu durum çalışmaların tarihlerine dikkat edildiğinde, 2011 yılı itibari ile sunulan toplum temelli ruh sağlığı hizmetlerinin

varlığının ARHS bireylerin yalnız yaşama becerilerinin desteklenerek sosyal işlevselliklerine pozitif yönde katkı sağlaması ile açıklanabilir.

Bu çalışmanın bulguları ile benzer şekilde alanyazında, ARHS bireylerin eğitim düzeyi ile sosyal işlevsellikleri arasındaki anlamlı ilişkiye dikkat çekmektedir (Kaya, 2013; Sevindik vd., 2014, Xiang vd., 2010). Özellikle çalışmalar, negatif belirtilerin etkisi ile bilişsel işlevselliğin azalmasının ARHS bireylerin eğitim hayatlarını sekteye uğratarak sosyal işlevselliğini negatif yönde etkilediğine vurgu yapmaktadır (Xiang vd., 2010). Öteyandan, ARHS bireylerin eğitim durumu ile sosyal işlevsellikleri arasında anlamlı ilişki olmadığını (Savedra vd., 2016) bildiren çalışmalara da rastlanmaktadır.

Hane geliri arttıkça ARHS bireylerin özerklikte daha düşük düzeyde işlevsellik sağlaması araştırmanın bir diğer dikkat çeken bulgusudur. Bu durum, ARHS bireylerin çoğunun çalışmamasından (Çizelge 1) kaynaklı kendilerine ait gelirlerinin olmaması ve çoğunlukla birileri ile yaşamaları (Çizelge 1) ile açıklanabilir. Hane gelirinin yüksek olmasının, ailelerin korumacı yaklaşımını arttırarak ARHS bireylerin sorumluluklarını daha çok paylaşması ve bakımını üstlenmesi ile özerkliğini olumsuz etkilediği söylenebilir.

ARHS bireylerin hastalık başlangıç yaşı arttıkça mesleki işlevselliğinin yükseldiği görülmüştür. Öte yandan hastalık süresi arttıkça bilişsel işlevsellik, mali konular, kişilerarası ilişkiler, boş zaman etkinlikleri alt boyutlarında ve sosyal işlevselliğin genelinde ARHS bireyler daha düşük işlevsellik göstermektedir. Literatürde bu çalışmanın bulguları ile uyumlu bir şekilde, ARHS bireylerin hastalık süreleri ile sosyal işlevsellikleri arasında anlamlı ilişkinin olduğunu belirten çalışmaların (Costa vd., 2014; Kavak ve Ekinci, 2014) yanı sıra farklılığın olmadığını belirten çalışmalar (Erol vd., 2009; Kaya, 2013; Tatlıdil; 2008; Xiang vd., 2010) da bulunmaktadır. Costa ve ark (2014) ARHS bireylerin hastalıklarının erken ve geç dönemlerindeki işlevselliklerini inceledikleri çalışmalarında, hastalık süresinin artması ile kişilerin mesleki işlevselliklerinin anlamlı düzeyde düşük olduğu sonucuna ulaşmıştır. Başka bir çalışmada, hastalığın süresi arttıkça ARHS bireylerin günlük yaşam becerilerinde ve sosyal işlevselliğinde anlamlı düzeyde iyileşme olduğu saptanmıştır (Kavak ve Ekinci, 2014). Bu durum, Kavak ve Ekinci'nin (2014) çalışmalarında belirttiği gibi, hastalığın süresi arttıkça ARHS bireylerin hastalığa uyumlarının artmasının işlevselliklerini pozitif yönde etkilemesi ile açıklanabilir. Öte yandan Angell ve Test'in (2002) belirttiği üzere, ARHS bireylerin ruhsal hastalığa sahip olmayan bireylerle oranla, sosyal ilişkilerindeki yüksek memnuniyetsizlik (Lehman vd., 1982; Huxley ve

Warner, 1992) ve yalnızlık (Brown, 1996; Gerstein vd., 1987) düzeylerinin hastalık sürelerinin artması ile birlikte daha da artarak sosyal işlevselliğini negatif yönde etkilediği de söylenebilir.

ARHS bireylerin algıladıkları sosyal destek düzeyi arttıkça bilişsel işlevsellik, mali konular, boş zaman aktiviteleri, kişilerarası ilişkiler ve sosyal işlevselliğın genelinde olmak üzere daha yüksek düzeyde işlevsellik gösterdikleri araştırma bulgusu, bir kez daha sosyal desteğın bu bireyler için önemini ortaya koyar niteliktedir. Öte yandan, aile desteğı yüksek olduğu görölen ARHS bireylerin ailelerinden aldığı bu desteğın, daha çok sorunlarını ve özel konularını konuşup paylaşabildikleri duygusal destek (Cohen ve Wills, 1985) düzeyinde kalarak kişilerarası ilişkilerindeki işlevselliğini arttırmakla sınırlı kaldığı da gözden kaçırılmamalıdır. Davis ve Brekke (2014)'nin de belirttiği üzere, ARHS bireylerin ailelerinden aldığı destek, onların zorlu yaşam olaylarını değerlendirme/anlamlandırma sürecinde stresini azaltarak değişime yönelik motivasyonunu arttırdığında ancak işlevselliğini geliştirme özelliğine sahip olmaktadır. Yine onların vurguladığı üzere, ARHS bireylerin yaşadıkları sorunlarla baş etme becerilerini geliştiren sosyal destek sistemlerinin varlığı işlevselliğının artmasına yardımcı olmaktadır. Öyle ki, başlarda ARHS bireylerin hastalık süreci ile baş etme dendiğinde daha çok hastalığın negatif belirtilerine odaklanılırken şimdilerde ise tedavi uyumu, yaşam kalitesi ve sosyal işlevsellik ile olan pozitif ilişkisinden dolayı sosyal destek sistemlerine odaklanılmaktadır (Angell ve Test 2002; Corrigan ve Phelan, 2004; Davis ve Brekke, 2014; Erol vd, 2009; McDonald ve Badger, 2002).

ARHS bireylerin TRSM hizmetlerinden memnun olma derecesi arttıkça kişilerarası ilişkilerde daha yüksek işlevselliğe sahip olmaları, alınan hizmetlerin kişilerin sosyal ilişkilerini güçlendirmesi ile açıklanabilir. Öte yandan Bellido-Zanin ve arkadaşları (2015), toplum temelli ruh sağlığı hizmetlerinden faydalanmanın belirleyicisi olarak sosyal işlevselliği inceledikleri çalışmalarında, kişilerarası ilişkilerdeki yüksek düzeydeki işlevselliğın bu hizmetlerin kullanımında önemli bir belirleyici olduğunu bildirmiştir. Onlara göre, iletişim becerileri daha iyi olan, dolayısıyla dışarıda bir sosyal çevresi olan bireylerin TRSM'den hizmet alma düzeyi daha düşüktür. Bununla birlikte literatürde, TRSM'den hizmet almanın ARHS bireylerin işlevselliğleri üzerine olumlu etkisini gösteren çalışma bulgularının (Arslan vd., 2015; Ensari vd., 2013) aksine bu çalışmada, sadece kişilerarası ilişkilerde anlamlı düzeyde ilişkiye rastlanması da gözden kaçırılmamalıdır.

Bu çalışmanın bulguları ile benzer şekilde alanyazındaki çalışmalarda da, ARHS bireylerin TRSM hizmetlerine yönelik memnuniyet düzeyinin ve kalite algısının yüksek olduğu görülmektedir (Avcı vd., 2016; Kaşka, 2017; Saylavcı, 2014). Bireylerin herhangi bir şeye dair memnuniyeti, olması gerekene ilişkin bilgi düzeyi ve beklentileri çerçevesinde şekillenmektedir. Bu yönüyle, ARHS bireylerin yüksek memnuniyet düzeyi, verilen hizmetlerin çok iyi olduğu anlamını taşımayabilir. Memnuniyetleri, TRSM hizmetlerini geçmişteki hizmet deneyimleri ile kıyaslamaları ile ilişkili olabilir. Avcı ve arkadaşları (2016)'nın TRSM'lerden hizmet alan ARHS bireylerin memnuniyet düzeylerini inceledikleri çalışmalarında; ARHS bireyler çoğunlukla kendilerine gösterilen özen ve önemin en önemli hizmet alanı olduğunu belirtmişlerdir. Yine onların çalışmasında ARHS bireylerin en fazla memnun oldukları alanın güven alt boyutu, en az memnun oldukları alanın ise sunum/görünüş alt boyutu olduğunu belirtmeleri, ARHS bireylerin değerlendirmelerini bilgiden öte duyguları ile ilişkili yaptıkları söylenebilir. Nitekim bu çalışmada, ARHS bireylerin TRSM'den hizmet alma süresi ile işlevsellikleri arasında anlamlı ilişkiye rastlanmaması bu şekilde açıklanabilir.

Alanyazında, TRSM'den hizmet alma süresi ile ARHS bireylerin sosyal işlevsellikleri arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalar; çoğunlukla altı ay (Noordsy, ve O'Keefe, 1999), bir yıl (Ensari vd., 2013; Na vd., 2016; Özdemir vd., 2017), iki yıl (Robinson vd., 2004) ve 3 yıl (Arslan vd., 2015) olmak üzere izlem çalışmalarından oluşmaktadır. Farklı izlem sürelerine sahip olan bu çalışmalar, ARHS bireylerin merkeze başlangıçlarındaki işlevsellik düzeyleri ile izlem süresi sonrasındaki işlevsellik düzeylerini karşılaştırmış ve TRSM'den hizmet almanın ARHS bireylerin sosyal işlevsellikleri üzerinde pozitif yönde etkisinin bulunduğunu göstermiştir. Na ve arkadaşları (2016) çalışmalarında, özellikle TRSM'den hizmet alma süresi arttıkça mesleki işlevsellik düzeyinin yükseldiğini belirtmektedirler. Farklı olarak Mueser ve arkadaşları, (1998), vaka yönetimi ve toplum temelli tedavi modellerinin ARHS bireylerin sosyal işlevselliğine etkisini inceleyen 75 çalışmanın çıktılarını sistematik inceledikleri çalışmalarında, uygulanan her iki tedavi modelinin de bireylerin başta mesleki işlevselliğinde olmak üzere sosyal işlevselliğinde çok az etkisinin olduğunu bildirmiştir. Bu yönüyle, bu çalışmanın verileri TRSM'den hizmet almanın ARHS bireylerin işlevsellikleri üzerindeki etkisini göstermede yetersiz kalmakla birlikte, literatürden farklı olarak merkezden hizmet alma süresi ile ARHS bireylerin sosyal işlevsellikleri arasında anlamlı bir ilişki bulunmadığını ortaya koymaktadır.

Son olarak alanyazındaki çalışmaların (Gerlinger vd., 2013; Lysaker, Vohs ve Tsai, 2009; Munoz vd., 2011; Yanos vd., 2010; Yanos vd., 2012) sonuçları ile benzer şekilde bu çalışmada da, ARHS bireylerin algıladıkları damgalanma düzeyi arttıkça zerlik haricindeki işlevselliğin tüm alt boyutlarında ve genelinde daha düşük düzeyde işlevsellik gösterdikleri görülmüştür. Öte yandan literatürde, ARHS bireylerin damgalanma düzeyleri ile sosyal işlevsellikleri arasında anlamlı düzeyde ilişkinin olmadığını belirten alışmalar (Switaj Wciórka, Smolarska-şwitaj ve Grygiel, 2009) da bulunmaktadır. Bu çalışmanın katılımcılarının yüksek sosyal damgalanma düzeyine sahip olduğu (bkz. Tablo 1) bulgusu da göz önünde bulundurulduğunda TRSM'lerin hizmetleri arasında yer alan damga karşıtı uygulama yapma konusunda yetersiz kaldığı söylenebilir.

Algılanan damgalanma; bireyin yaşadığı toplum içerisinde hangi gruba dahil olduğuna ve damgalanmış bir grubun yesi olarak kendisini görmeye ilişkin inancını ifade etmektedir (Gerlinger vd., 2013). Algılanan damgalanmanın, ARHS bireylerin benlik saygılarını azaltarak (Kök ve Demir, 2018; Lysaker vd., 2007) kendilerini toplumun bir yesi olarak hissetmesini engellediği, dolayısıyla da toplumsal hayattan giderek daha fazla kaçınır hale gelmelerine neden olduğu bilinmektedir (Gerlinger vd., 2013). Algılanan damgalanmanın ARHS bireylerin kendilerini toplumdaki daha çok soyutlayarak kk bir çevreye hapsediği, dolayısıyla sosyal hayata katılımını azalttığı, bu durumda sosyal işlevselliklerini olumsuz etkilediği söylenebilir. Yine ARHS bireylerin damgalanma düzeyi arttıkça tedavi hizmetine daha az başvurduğu, bu durumda hastalığın seyri ile birlikte sosyal işlevselliğini de olumsuz etkilediği bilinmektedir (Bozan; 2019; Corrigan vd., 2009; Hawke vd., 2013; Gerlinger vd., 2013; Livingston ve Boyd, 2010). ARHS bireylerin en yoğun damgalanmayı ise çalışma hayatında yaşadığı, bunun da kişilerin mesleki işlevselliğinin düşmesine neden olarak sosyal işlevselliğini olumsuz etkilediği bilinmektedir (Yanos vd., 2010; Yanos vd., 2012). Özellikle kişilerin benlik saygısını azaltarak bir işte çalışma isteğini azalttığı bilinmektedir (Lysaker vd., 2007). Bu yönüyle bu çalışmanın bulguları, ARHS bireylerin hayatında oldukça önemli olan damgalanma ile etkin mücadele edilmesinin önemini bir kez daha vurgular niteliktedir.

SONUÇ

Araştırma bulguları ARHS bireylerin orta düzeyde sahip oldukları sosyal işlevselliklerinin; cinsiyetleri, çalışma durumları, hane gelirleri, eğitim durumları, yaşam biçimleri, hastalık tanı yaşları, hastalık süreleri, TRSM hizmetlerine dair

memnuniyet düzeyleri, algıladıkları sosyal destek ve sosyal damgalanma düzeyleri ile anlamlı düzeyde ilişkili olduğunu gösterirken; yaşları, medeni durumları ve TRSM'den hizmet alma süreleri ile anlamlı düzeyde ilişki ortaya koymamıştır. Bu yönüyle çalışmanın sonuçları, TRSM'lerden hizmet alan ARHS bireylerin sosyal işlevselliklerini ve sosyal işlevsellikleri ile ilişkili faktörleri tanımlamakla birlikte, TRSM'lerin veya TRSM'lerce verilen hizmetlerin bireylerin sosyal işlevsellikleri ve işlevsellikleri ile ilişkili bu faktörler üzerindeki etkisine yönelik bir söylemde bulunma konusunda yetersizdir.

Çalışmanın bulgularının, ARHS bireylerin sosyal işlevsellikleri ile ilişkili faktörleri ortaya koyması yönüyle sosyal hizmet uzmanlarının müdahale stratejilerini belirlemelerine önemli katkı vereceği düşünülmektedir. Bu yönüyle, sosyal hizmette kanıta dayalı uygulama yapmaya önemli katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

ARHS bireylerin sosyal işlevsellikleri ile ilgili yaşadıkları sorunların çözümüne yönelik neler yapılabileceği veya yapılması gerektiği konusunda şu öneriler geliştirilmiştir:

- TRSM'lerde çalışan SHU'lar insan hakları, güçlendirme, farklılıklara saygı, hizmetlere adil erişim, kendi kaderini tayin etme gibi temel sosyal hizmet değerleri doğrultusunda, ARHS bireylerin sosyal işlevselliklerini arttırmak üzere mesleki müdahalelerini gerçekleştirmelidir. Özellikle yalnız yaşayan bireylerin sosyal işlevselliklerinin daha yüksek olduğu bulgusundan hareketle, kendi kaderini tayin hakkı çerçevesinde (yalnız yaşamalarının, evlenmelerinin, vasilik gibi) bireylerin yaşamlarının kontrolünü sağlamaları konusunda yardımcı olmalıdır. Sosyal hizmetin güçlendirme yaklaşımını kullanarak, ARHS bireylerin kendilerini sınırlayan olumsuz duygularını ve algılarını değiştirmesine, yaşamlarında değişiklik yaratması için güçlerini fark etmesine ve kullanmasına yardımcı olmalıdır. Benzer şekilde ailelerinin de ARHS bireyleri güçsüzleştiren duygularının ve algılarının farkına varmasını sağlayarak bu duyguların ve algıların değişmesine öncülük etmelidir.
- Yalnız yaşayan ARHS bireylerin özerkliklerinde olmak üzere daha yüksek işlevsellik gösterdiği bulgusundan hareketle; TRSM'lerce ARHS bireylerin tek başına yaşayabilme becerilerini geliştirmeye yönelik beceri eğitimlerinin verilmesi oldukça önemlidir. Merkezlerce verilecek beceri eğitimleri, çoğunlukla birileri ile yaşayan ARHS bireylerin yaşam ortamlarında değişimin sağlanabilmesi için ailelerin katılımı sağlanarak gerçekleştirilmelidir.

- ARHS bireylerin algıladıkları damgalanma düzeyi arttıkça sosyal işlevselliklerinin anlamlı düzeyde azaldığı bulgusundan hareketle, toplumda ARHS bireylere yönelik yanlış inanışları değiştirmeye yönelik bilgilendirme çalışmaları yapılmalıdır. Öte yandan sadece eğitim vermekle kişilerin yaşadığı damgalanmanın azalacağını beklemek pek de gerçekçi olmayacaktır. Toplumun ARHS bireylerin yaşadıkları sorunları anlamasını sağlamaya ilişkin empati becerisinin geliştirilmesi sağlanmalıdır. Bunu sağlamak üzere, teorik eğitimler yerine uygulamalı eğitimler yapılmalı, ARHS bireylerin toplumsal hayata katılımı arttırılmaya çalışılmalıdır. Toplumsal temas ve eğitim çalışmaları ile toplumda bu kişilere yönelik var olan “kontrolsüz davranan, şiddete meyilli birey” imajının yıkılarak ARHS bireylerin “çalışan, anne, baba, vatandaş, komşu, arkadaş” gibi sosyal rolleri ile öne çıkmaları sağlanmalıdır. Medyada bu kişilere yönelik yapılan olumsuz haber ve söylemlere karşı sivil toplum kuruluşlarının politik gücünden yararlanılarak hukuki yöntemlerle söylemlerinin sorumluluklarını almaları sağlanmalıdır. Dahası medyanın damgalamayı arttırıcı etkisi ele alındığında, bu gücün damgalanmayı azaltmaya yönelik kullanılmasına çalışılmalıdır. ARHS bireylerin damgalanma ile mücadele etkili savunma mekanizmaları kullanmalarına yardımcı olunmalıdır.
- ARHS bireylerin mesleki işlevselliklerinde daha düşük işlevselliğe sahip oldukları bulgusundan hareketle, bireylerin çalışma hayatına katılımı önündeki engeller açığa çıkarılmalı ve bu engelleri ortadan kaldırmaya yönelik mesleki müdahaleler gerçekleştirilmelidir. Mikro düzeyde, ARHS bireylere engelli istihdam programları ve mesleki eğitim programları hakkında bilgi verilerek onların bu programlardan yararlanması sağlanmalıdır. Sigortasız çalışmaktan doğacak hak kayıpları hakkında bilgi verilerek güvenceli çalışmaları desteklenmelidir. Mezzo düzeyde, iş yerlerinde ARHS bireylerin hastalıklarından kaynaklı hak kaybı yaşamamasının takipçisi olunmalı, sorun yaşadığı durumlara gerektiğinde müdahale edilmelidir. TRSM’ler bünyesinde ARHS bireylerin mesleki becerilerinin arttırılmasına yönelik uygulama ve programların gerçekleştirilmesine öncülük edilmelidir. Makro düzeyde, ARHS bireylerin çalışma hayatında yaşadığı zorlukları göz önünde bulunduran ve çözüme ulaştıran istihdam programlarının oluşturulması ve yaygınlaştırılması sağlanmalıdır.

- ARHS bireylerin bilişsel işlevselliğini geliştirmek üzere, dikkat ve anlama becerilerini geliştirmeye yönelik TRSM'lerce okuma saatleri organize edilebilir. Benzer şekilde film gösterimleri yapılarak film tartışma toplantıları da organize edilebilir.
- Son olarak bu çalışmanın katılımcılarının çoğunlukla orta yaş dönemindeki ARHS bireylerden olduğundan hareketle, benzer çalışmaların yaşlılık ve gençlik dönemindeki örneklem grubu üzerinde yapılması önerilmektedir.

ARAŞTIRMAYA İLİŞKİN ETİK BİLGİLER

Veri toplama süreci öncesinde, araştırmanın etik açıdan uygunluğunu değerlendirmek üzere Hacettepe Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 14.03.2017 tarih ve 16969557-381 sayılı karar ile Etik Kurul Onayı alınmıştır.

KAYNAKÇA

- Amerikan Psikiyatri Birliği. (2013). *Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı. Beşinci Baskı (DSM-5), (Çev. Köroğlu E), . Ankara: Hekimler Yayın Birliği.*
- Aslantürk, H. (2016). Community Integration and Social Rights in Mental Health Area. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care, 10(4), 259-270.*
- Arslan, M., Yazici, A., Yılmaz, T., Coskun, S., ve Kurt, E. (2015). Rehabilitasyon programının şizofreni hastalarının kliniği, sosyal işlevselliği ve yaşam kalitesi üzerindeki uzun dönem etkileri: İzleme çalışması. *Anadolu Psikiyatri Dergisi, 16(4), 238.*
- Attepe Özden, S., ve Tuncay, T. (2018). The experiences of Turkish families caring for individuals with Schizophrenia: A qualitative inquiry. *International Journal of Social Psychiatry, 64(5), 497-505.*
- Aydemir, Ö., ve Uykur, B. (2012). Kısa İşlevsellik Değerlendirme Ölçeği'nin Türkçe Sürümünün Bipolar Bozuklukta Güvenilirliği ve Geçerliliği. *Türk Psikiyatri Dergisi, 23, 193-200.*
- Avcı, D., Kelleci, M., Yatmaz, M. ve Doğan, S. (2016). Toplum ruh sağlığı merkezinde izlenen hastaların memnuniyet düzeyleri. *Anadolu Psikiyatri Dergisi, 17 (4), 17.*
- Bekiroğlu, S. (2018). *Ekosistem Yaklaşımı Perspektifinden Ağır Ruhsal Hastalığa Sahip Bireylerin Sosyal İşlevselliğinin Karma Yöntem Tasarımı İle İncelenmesi*, Hacettepe University, Ankara.
- Bellido-Zanin, G., Pérez-San-Gregorio, M. Á., Martín-Rodríguez, A., & Vázquez-Morejón, A. J. (2015). Social functioning as a predictor of the use of mental health resources in patients with severe mental disorder. *Psychiatry research, 230(2), 189-193.*

- Burns, T., Catty, J., White, S., Becker, T., Koletsi, M., Fioritti, A., . . . Wiersma, D. (2008). The impact of supported employment and working on clinical and social functioning: results of an international study of individual placement and support. *Schizophrenia Bulletin*, 35(5), 949-958.
- Chowdur, R., Dharitri, R., Kalyanasundaram, S., ve Suryanarayana, R. N. (2011). Efficacy of psychosocial rehabilitation program: The RFS experience. *Indian journal of psychiatry*, 53(1), 45.
- Cohen, S. ve Wills, T.A. (1985) Stress, Social Support and The Buffering Hypothesis. *Psychol Bull*, 98, 310-357.
- Corrigan, P. W., & Phelan, S. M. (2004). Social support and recovery in people with serious mental illnesses. *Community mental health journal*, 40(6), 513-523.
- Corrigan, P.W., Larson, J.E., Rusch, N. (2009). Self-stigma and the “why try” effect: impact on life goals and evidence-based practices. *World Psychiatry* 8, 75–81.
- Davis, L., & Brekke, J. (2014). Social support and functional outcome in severe mental illness: The mediating role of proactive coping. *Psychiatry Research*, 215(1), 39-45. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2013.09.010>
- Duyan, V. (2010). *Sosyal Hizmet: Temelleri Yaklaşımları Müdahale Yöntemleri*. Ekolojik Yaklaşım. (ss. 154-169). Ankara: Sosyal Hizmet Uzmanları Derneği Yayını.
- Eker, D. (2001). Çok boyutlu algılanan sosyal destek olceginin gozden gecirilmis formunun faktor yapisi, gecerlik ve guvenirligi. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 12, 17-25.
- 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 işlevsellik üzerine etkisi: Bir yıllık izleme sonuçları. *Anatolian Journal of Psychiatry*, 14(2), 108-114.
- Erol, A., Keleş Ünal, E., Tunç Aydın, E., ve Mete, L. (2009). Şizofrenide Sosyal İşlevselliği Yordayan Etmenler. *Turk Psikiyatri Dergisi*, 20(4).
- Eryıldız, D. (2008). *Gündüz hastanesi ve rehabilitasyon merkezi'ne devam eden kronik şizofreni hastaları ile bir rehabilitasyon programına katılmayan kronik şizofreni hastalarının işlevsellik ve yaşam kalitesi açısından karşılaştırılması*, Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul , Turkey.
- Esen, G., Devrim, C., Şahin, E., Şahin, Ş., ve Şimşek, E. (2014). Kırıkkale toplum ruh sağlığı merkezi'nde takip edilen şizofreni hastalarının değerlendirilmesi. *Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 16(2), 15-19.

- Gerlinger, G., Hauser, M., Hert, M., Lacluyse, K., Wampers, M., & Correll, C. U. (2013). Personal stigma in schizophrenia spectrum disorders: a systematic review of prevalence rates, correlates, impact and interventions. *World Psychiatry, 12*(2), 155-164.
- Grover, S., ve Pradyumna, S. C. (2015). Coping among the caregivers of patients with schizophrenia. *Industrial psychiatry journal, 24*(1), 5.
- Gumber, S. (2011). *Living in the Community with Serious Mental Illness: Community Integration Experiences of Clubhouse Members*. Bowling Green State University.
- Güneş, D. (2010). *Şizofreni hastalarının yaşam kalitesinin ve sosyal işlevselliğinin objektif ve subjektif değerlendirmesi*. Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul, Turkey.
- Kavak, F., ve Ekinci, M. (2014). Kendi evlerinde yaşayan ve korumalı evlerde yaşayan şizofreni hastalarının yaşam niteliklerinin ve işlevsel iyileşme düzeylerinin karşılaştırılması. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 3*(1), 588-598.
- Kaya, E., Aydemir, Ö., ve Selçuki, D. (2009). Remisyondaki iki uçlu hastalarda kalıntı duygudurum belirtilerinin bilişsel ve toplumsal işlevsellik üzerine etkisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi, 10*, 124-130.
- Kaya, Y. (2013). *Şizofreni Hastalarının Sosyal İşlevsellikleri ve Hastalara Bakım Veren Yakınlarının Bakım Yüğü*. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi, Ankara.
- Kaşka, L. (2017). Bir toplum ruh sağlığı merkezine başvuranların ve yakınlarının algıladıkları hizmet kalitesinin servqual ölçeği ile değerlendirilmesi. *Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi*. Ankara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Ankara.
- Komiya, N., Good, G. E., ve Sherrod, N. B. (2000). Emotional openness as a predictor of college students' attitudes toward seeking psychological help. *Journal of counseling psychology, 47*(1), 138.
- Koujalgi, S. R., ve Patil, S. R. (2013). Family burden in patient with schizophrenia and depressive disorder: a comparative study. *Indian journal of psychological medicin, 35*(3), 251.
- Kupferberg, A., Bicks, L., ve Hasler, G. (2016). Social functioning in major depressive disorder. *Neuroscience ve Biobehavioral Reviews, 69*, 313-332.
- Lysaker, P. H., Vohs, J. L., & Tsai, J. (2009). Negative symptoms and concordant impairments in attention in schizophrenia: Associations with social functioning, hope, self-esteem and internalized stigma. *Schizophrenia Research, 110*(1), 165-172.

- Liberman, R. P. (2009). *Recovery from disability: Manual of psychiatric rehabilitation*: American Psychiatric Pub.
- McGurka, S.R., Meltzer, H.Y. (2000). The role of cognition in vocational functioning in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 45,175–184.
- Munoz, M., Sanz, M., Perez, S.E., Delos A., Quiroga, M.. (2011). .Proposalof a socio-cognitive-behavioral structural equation model of internalizedstigma in people with severe and persistent mental illness. *PsychiatryResearch*, 30, 402–408
- Na, E. J., Kang, N.-I., Kim, M.-Y., Cui, Y., Choi, H.-E., Jung, A. J., ve Chung, Y. C. (2016). Effects of Community Mental Health Service in Subjects with Early Psychosis: One-Year Prospective Follow Up. *Community mental health journal*, 52(6), 724-730.
- Noordsy, D. L., ve O'Keefe, C. (1999). Effectiveness of combining atypical antipsychotics and psychosocial rehabilitation in a community mental health center setting. *The Journal of clinical psychiatry*, 60, 47-53.
- Özdemir, I., Şafak, Y., Örsel, S., Kahiloğullari, A. K., ve Karadağ, H. (2017). Bir toplum ruh sağlığı merkezinde şizofreni hastalarına uygulanan ruhsal-toplumsal uyumlandırma etkinliğinin araştırılması: Kontrollü çalışma. *Anatolian Journal of Psychiatry*, 18(5), 419.
- Rosa, A. R., Sánchez-Moreno, J., Martínez-Aran, A., Salamero, M., Torrent, C., Reinares, M., . . . Ayuso-Mateos, J. L. (2007). Validity and reliability of the Functioning Assessment Short Test (FAST) in bipolar disorder. *Clinical Practice Epidemiology in Mental Health*, 3(1), 5.
- Saavedra, J., López, M., González, S., Arias, S., ve Crawford, P. (2016). Cognitive and social functioning correlates of employment among people with severe mental illness. *Community mental health journal*, 52(7), 851-858.
- Saylavcı, E. (2014). Toplum ruh sağlığı merkezlerine başvuran hastaların memnuniyet durumlarının istatistiksel değerlendirmesi: Kahramanmaraş Şirikçioğlu TRSM Uygulaması. *Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi*. Gazi Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Anabilim Dalı, Ankara.
- Şahin, Ş., ve Elboğa, G. (2019). Toplum ruh sağlığı merkezinden yararlanan hastaların yaşam kalitesi, tıbbi tedaviye uyumu, içgörü ve işlevsellikleri. *Cukurova Medical Journal*, 44(2), 1-8.
- Sheafor, B. W. ve Horejsi, C. J. (2015). *Sosyal Hizmet Uygulaması Temel Teknikler ve İlkeler*. 2. Baskı. (D. B. Çiftci, Edt.). Ankara: Nika Yayınevi.

- Şirin, B. (2008). *Bir Sağlık Ocağına Başvuran Ruh Sağlığı Bozulmuş Hastaların Yaşam Kalitesi ve Sosyal İşlevsellik Durumunun Değerlendirilmesi*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Haliç Üniversitesi, İstanbul.
- T. C. Sağlık Bakanlığı. (2020, 10.04.2019). Toplum ruh Sağlığı Merkezleri Listesi. Erişim: <https://khgmsaglikhizmetleridb.saglik.gov.tr/TR,43118/toplum-ruh-sagligi-merkezleri-trsm-listesi.html>
- T.C. Sağlık Bakanlığı. (2006). *Türkiye Cumhuriyeti Ulusal Ruh Sağlığı Politikası*. T.C. Sağlık Bakanlığı, Ankara: Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü.
- T.C. Sağlık Bakanlığı. (2011). *Ulusal ruh sağlığı eylem planı (2011-2023)*. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı.
- Talwar, P., ve Matheiken, S. T. (2010). Caregivers in schizophrenia: A cross cultural perspective. *Indian journal of psychological medicine*, 32(1), 29.
- The Global Gender Gap Report. (2018). *World Economic Forum*. Retrieved from Geneva: <https://www.weforum.org/reports/the-global-gender-gap-report-2018>
- Tirupati, S. (2018). The Principles and Practice of Psychiatric Rehabilitation. *Indian Journal of Mental Health Neurosciences*, 1(1), 8-12.
- Topkaya, N. (2011). *Psikolojik Yardım Alma Niyetinin Sosyal Damgalanma, Tedavi Korkusu, Beklenen Yarar, Beklenen Risk ve Tutum Faktörleriyle Modellenmesi*. Yayınlanmamış doktora tezi, Ege Üniversitesi, İzmir, Turkey.
- Usall, J., Araya, S., Ochoa, S., Busquets, E., Gost, A., ve Marquez, M. (2001). Gender differences in a sample of schizophrenic outpatients. *Comprehensive psychiatry*, 42 (4), 301-305.
- Uz Gül E., Can, D. Ö., Kılıçaslan Şahin, E. H., Şahin, Ş., ve Şimşek, E. (2014). Kırıkkale toplum ruh sağlığı merkezi'nde takip edilen şizofreni hastalarının değerlendirilmesi. *Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 16(2).
- Xiang, Y.-T., Shum, D., Chiu, H. F., Tang, W.-K., ve Ungvari, G. S. (2010). Association of demographic characteristics, symptomatology, retrospective and prospective memory, executive functioning and intelligence with social functioning in schizophrenia. *Australian New Zealand Journal of Psychiatry*, 44(12), 1112-1117.
- Yanos, P.T., Lysaker, P.H., Roe, D. (2010). Internalized stigma as a barrier to improvement in vocational functioning among people with schizophrenia- spectrum disorders. *Psychiatry Research*, 178, 211-213.
- Yip, K.-s. (2006). A suggested push model for interpreting the dilemmas of institutional care, community care and family care of mental-health consumers. *International Social Work*, 49(6), 805-817.

Rodgers, B. E. (2009). An ecological approach to understanding the stigma associated with receiving mental health services: The role of social proximity. Doctoral dissertation, Virginia Polytechnic Institute and State University. Available from ProQuest Dissertations ve Theses Global. Erişim: 11.12.2015, <http://search.proquest.com/docview/1032550997?accountid=11248>