

T.C.

İSTANBUL SABAHATTİN ZAİM ÜNİVERSİTESİ

LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

SOSYAL HİZMET ANABİLİM DALI

SOSYAL HİZMET BİLİM DALI

TOPLUM RUH SAĞLIĞI MERKEZLERİNDE KAYITLI
HASTALARIN ÖZ YÖNETİM BECERİLERİNİN
SOSYAL İŞLEVSELLİĞE ETKİSİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Hülya ALPHAYTA

İstanbul

Haziran 2024

T.C.
İSTANBUL SABAHATTİN ZAİM ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
SOSYAL HİZMET ANABİLİM DALI
SOSYAL HİZMET BİLİM DALI

TOPLUM RUH SAĞLIĞI MERKEZLERİNDE KAYITLI
HASTALARIN ÖZ YÖNETİM BECERİLERİNİN SOSYAL
İŞLEVSELLİĞE ETKİSİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Hülya ALPHAYTA

Tez Danışmanı

Dr. Öğr. Üyesi Mehmet BİRİNCİ

İstanbul

Haziran 2024

TEZ ONAYI

Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Müdürlüğüne,

Bu çalışma, jürimiz tarafından Sosyal Hizmet Anabilim Dalı, Sosyal Hizmet Bilim Dalında YÜKSEK LİSANS TEZİ olarak kabul edilmiştir.

Danışman: Dr. Öğretim Üyesi Mehmet BİRİNCİ

Üye: Doç. Dr. Emel YURTSEVER

Üye: Doç. Dr. Taner ARTAN

Onay

Yukarıdaki imzaların, adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylarım.

.....

Enstitü Müdürü

Prof. Dr. Erhan İÇENER

BİLİMSEL ETİK BİLDİRİMİ

Yüksek Lisans Tezi olarak sunmuş olduğum ‘**Toplum Ruh Sağlığı Merkezlerinde Kayıtlı Hastaların Öz Yönetim Becerilerinin Sosyal İşlevselliğe Etkisi**’ isimli çalışmamın tüm basamaklarında bilimsel etik ve akademik kurallara özen gösterdiğimi, çalışmamda bulunan bilgilerin bilimsel ahlak ve geleneklere uygun olarak elde edildiğini, çalışmamda doğrudan veya dolaylı olarak yapmış olduğum tüm alıntılarda kaynak gösterdiğimi yaptığımı aynı zamanda üniversitenin tez yazım kılavuzuna uygun olarak yazdığım bu araştırmada faydalandığım tüm kaynakları kaynakça kısmında gösterdiğimi beyan ederim.

Hülya ALPHAYTA

ÖN SÖZ

‘Bin kilometrelik bir yolculuk tek bir adımla başlar.’ Benim yolculuğum sosyal hizmet eğitimimle başladı. Bu yolculuk benim için hem iç dünyama inen bir merdiven, hem dış dünyaya açılan bir kapı oldu. Bu yolculukta çoğu zaman zorlansam da motivasyonum daha gidilecek uzun bir yol olduğuydu. Bu nedenle başladığım yüksek lisans eğitimimde büyük bir sabırla tez sürecimi yürüten danışman hocam sayın Dr. Öğr. Üyesi Mehmet BİRİNCİ olmak üzere üzerimde emeği olan bütün hocalarıma ve değerli jüri üyelerimize teşekkür ediyorum. Daha sosyal hizmet eğitimindeyken beni destekleyen çok değerli iş arkadaşlarım siz olmasaydınız burada olamazdım. Tez çalışmam süresince yardımlarını esirgemeyen mesai arkadaşlarım ve ölçekleri uygulamamda benden desteklerini esirgemeyen çok değerli toplum ruh sağlığı merkezi çalışanlarına çok teşekkürler. Bilhassa toplum ruh sağlığı merkezini ve psikiyatrik sosyal hizmet alanını sevmeme vesile olan sevgi dolu hastalarımıza teşekkür ederim. Ölçeklere verdikleri samimi cevaplarıyla yoluma ışık oldular. Gülen yüzleri, hayata umutla bakışları, yaşama sevinçleriyle meslek hayatımın en güzel zamanlarını geçirmeme vesile oldular. Onlardan öğrendiğim gerçek mutluluğun içimizde olduğunu bilerek çalışmamı tamamlıyorum. Her zaman yanımda olan aileme ve tüm zorluklara rağmen asla pes etmeyen kendime teşekkür ediyorum, özellikle de bu günleri görmesini çok istediğim sevgili babama...

Hülya ALPHAYTA

Haziran-2024

ÖZET

TOPLUM RUH SAĞLIĞI MERKEZLERİNDE KAYITLI HASTALARIN ÖZ YÖNETİM BECERİLERİNİN SOSYAL İŞLEVSELLİĞE ETKİSİ

Hülya ALPHAYTA

Yüksek Lisans, Sosyal Hizmet

Tez Danışmanı: Dr. Öğr. Üyesi Mehmet BİRİNCİ

Haziran, 2024-122 Sayfa

Kronik ruhsal hastalıklar bireylerin kaliteli yaşam sürmelerini ve işlevselliıklarını önleyici bilişsel, sosyal yetersizliklerle beraber çeşitli belirtiler sonucunda yeti yitimi yaşamalarına neden olmaktadır. Bu durum hem birey hem de ülke için toplumsal ve ekonomik kayıplara yol açmaktadır. Toplum ruh sağlığı merkezleri kronik ruhsal hastalığa sahip bireylere tedavilerinin düzenlenmesinde, hastalıkla baş etme ve sosyal uyum sağlamalarında destek olmaktadır. Bu araştırma Toplum Ruh Sağlığı Merkezinden hizmet alan ve kronik ruhsal hastalık tanısına sahip bireylerin, öz yönetim gücünün sosyal işlevselliğe olan etkisinin belirlenmesi ve değerlendirilmesi amacı ile yapılmıştır. Araştırma İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü'ne bağlı bir Toplum Ruh Sağlığı Merkezinde gerçekleştirilmiştir. Çalışmada veri toplama aracı olarak Katılımcı Bilgi Formu, Kronik Hastalık Öz Yönetim Ölçeği ve Toplumsal İşlevselliği Değerlendirme Ölçeği Kullanılmıştır. Merkezden takip edilen hastalar arasından amaca yönelik örneklem seçimi ile seçilen 83 kişi ile çalışma yürütülmüştür. Çalışmada elde edilen verilerin istatistiksel analizi SPSS 26 programında yapılmıştır. Ölçeklerin normal dağılımını incelemek amacıyla Kolmogorov Smirnov testi uygulanmıştır. Katılımcıların Toplumsal İşlevselliği Değerlendirme Ölçeği puan ortalaması 39.55 ± 7.43 olarak orta düzeyde, Kronik Hastalık Öz Yönetim Ölçeği puan ortalaması ise 71.66 ± 9.87 olarak orta düzeyde bulunmuştur. Yapılan korelasyon analizi sonucunda toplumsal işlevsellik değerlendirme ölçeği ile kronik hastalık öz yönetim ölçeğinin arasında anlamlı ve pozitif ilişki olduğu bulunmuştur. Bireylerin öz yönetimi düzeylerini sosyal işlevselliğe olan etkisini değerlendirmek için basit doğrusal regresyon analizi yönteminden

yararlanılmıştır. Elde edilen bulgulara göre öz yönetimi gücünün sosyal işlevsellik üzerinde pozitif ve anlamlı etkisi olduğu görülmüştür. Elde edilen sonuca göre Toplum Ruh Sağlığı Merkezinden hizmet alan kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin, öz yönetim gücünün sosyal işlevselliklerine pozitif yönde etki ettiği saptanmıştır.

Anahtar Kelimeler: z Yönetim, Sosyal işlevsellik, Kronik Ruhsal Hastalık, Sosyal Hizmet, Toplum Ruh Sağlığı Merkezi.



ABSTRACT

THE EFFECT OF SELF-MANAGEMENT SKILLS OF PATIENTS REGISTERED IN PUBLIC MENTAL HEALTH CENTERS ON SOCIAL FUNCTIONING

Hülya ALPHAYTA

Master, Social Work

Thesis Advisor: Dr. Lecturer Member Mehmet BİRİNCİ

June, 2024-122 Pages

Chronic mental illnesses cause individuals to experience disability because of various symptoms along with cognitive and social deficiencies that prevent them from living a quality life and functioning. This situation leads to social and economic losses for both the individual and the country. Community mental health centers support individuals with chronic mental illness in regulating their treatment, coping with the disease and achieving social adaptation. This study was conducted to determine and evaluate the effect of self-management power on social functioning of individuals who receive services from the Community Mental Health Center and are diagnosed with chronic mental illness. The research was carried out in a Community Mental Health Center affiliated to the Istanbul Provincial Health Directorate. In the study, Participant Information Form, Chronic Disease Self-Management Scale and Social Functioning Assessment Scale were used as data collection tools. The study was carried out with 83 people selected by purposeful sample selection among the patients followed up from the center. Statistical analysis of the data obtained in the study was performed in SPSS 26 program. To examine the normal distribution of the scales, the Kolmogorov Smirnov test was applied. The mean score of the Social Functioning Assessment Scale of the participants was found to be at a moderate level as 39.55 ± 7.43 , and the mean score of the Chronic Disease Self-Management Scale was found to be at a moderate level as 71.66 ± 9.87 . As a result of the correlation analysis, it was found that there was a significant and positive relationship between the social functioning assessment scale and the chronic disease self-management scale. Simple linear regression analysis method was used to evaluate the effect of individuals' self-management levels on social

functioning. According to the findings, it was seen that the power of self-management had a positive and significant effect on social functioning. According to the results obtained, it was determined that the self-management power of individuals with chronic mental illness who received services from the Community Mental Health Center had a positive effect on their social functioning.

Keywords: Self-Management, Social Functioning, Chronic Mental Illness, Social Work, Community Mental Health Center.



İÇİNDEKİLER

TEZ ONAYI	i
BİLİMSEL ETİK BİLDİRİMİ.....	ii
ÖN SÖZ.....	iii
ÖZET.....	iv
ABSTRACT	vi
İÇİNDEKİLER	viii
TABLolar LİSTESİ.....	xi
KISALTMALAR LİSTESİ.....	xii
BİRİNCİ BÖLÜM.....	1
GİRİŞ	1
1.1. Araştırmanın Problemi	3
1.2. Araştırmanın Amacı ve Önemi.....	5
1.3. Araştırmanın Sınırlılıkları	5
1.4. Tanımlar	6
İKİNCİ BÖLÜM	7
RUH SAĞLIĞI VE RUHSAL HASTALIKLARA İLİŞKİN KAVRAMSAL ÇERÇEVE	7
2.1. Ruh Sağlığı ve Ruhsal Hastalık Kavramı	7
2.1.1. Psikoz Tanımı ve Özellikleri	8
2.1.2. Şizofreni ve Diğer Psikotik Bozukluklar	8
2.2. Ruh Sağlığı Hizmet Modelleri.....	15
2.2.1. Toplum Temelli Ruh Sağlığı Hizmetleri	16
2.2.2. Dünya’da Toplum Temelli Ruh Sağlığı Hizmetleri	17
2.2.3. Türkiye’de Toplum Temelli Ruh Sağlığı Hizmetleri	17
2.3. Öz Yönetim Kavramı	18
2.3.1. Kronik Hastalıklarda Öz Yönetim Unsurları.....	20
2.3.2. Kronik Hastalıklarda Öz Yönetimi	20
2.3.3. Kronik Ruhsal Hastalıklarda Öz Yönetimi.....	21
2.4. İşlevsellik ve Sosyal İşlevsellik.....	22

2.4.1. Kronik Hastalıklar ve Sosyal İşlevsellik.....	23
2.4.2. Kronik Ruhsal Hastalıklarda Sosyal İşlevsellik	24
2.4.3. Kronik Ruhsal Hastalıklarda Yeti Yitimi	24
ÜÇÜNCÜ BÖLÜM	26
RUH SAĞLIĞI ALANINDA SOSYAL HİZMET MESLEĞİNİN YERİ VE BU ALANDA YAPILAN ÇALIŞMALARA GENEL BAKIŞ.....	26
3.1. Sosyal Hizmet Kavramı.....	26
3.2. Tıbbi Sosyal Hizmet Tanımı ve Tarihsel Gelişimi.....	27
3.3. Ruh Sağlığı ve Psikiyatrik Sosyal Hizmet.....	29
3.4. Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri ve Sosyal Hizmet Uygulamaları.....	30
3.5. Toplum Temelli Ruh Sağlığı ile İlgili Yapılan Araştırmalar	32
DÖRDÜNCÜ BÖLÜM	38
YÖNTEM.....	38
4.1. Araştırmanın Yöntemi	38
4.2. Araştırmanın Evreni ve Çalışma Grubu	39
4.3. Araştırmanın Etik Boyutu.....	42
4.4. Veri Toplama Araçları.....	42
4.4.1. Katılımcı Bilgi Formu.....	42
4.4.2. Toplumsal İşlevselliği Değerlendirme Ölçeği.....	42
4.4.3. Kronik Hastalık Öz Yönetim Ölçeği	43
4.5. Verilerin Toplanması.....	43
4.6. Verilerin Analizi	43
BEŞİNCİ BÖLÜM	45
ARAŞTIRMANIN BULGULARI.....	45
5.1. Korelasyon, Ortalama ve Standart Sapmalar.....	45
5.2 Kronik Hastalık Öz Yönetimi Ölçeğinin Sosyal İşlevsellik Üzerindeki Etkisi	46
5.3. Katılımcıların Öğrenim Durumlarına Göre Bulgular	47
5.4. Katılımcıların Cinsiyetlerine Göre Bulgular	50
5.5. Katılımcıların Medeni Durumlarına Göre Bulgular	51
5.6. Katılımcıların Çalışma Durumlarına Göre Bulgular	53

5.7. Katılımcıların Ek Hastalıklarına Göre Bulgular.....	55
5.8. Katılımcıların TRSM'ye Devam Sürelerine Göre Bulgular.....	56
5.9. Katılımcıların TRSM'ye Devam Düzenlerine Göre Bulgular.....	58
5.10. Katılımcıların Yaşam Durumlarına Göre Bulgular	60
5.11. Katılımcıların Yaş Gruplarına Göre Bulgular	62
5.12. Katılımcıların Hastalık Sürelerine Göre Bulgular	64
5.13. Katılımcıların Hastalık Başlangıç Yaşlarına Göre Bulgular	66
5.14. Katılımcıların Hastaneye Yatış Sayılarına Göre Bulgular	68
5.15. Katılımcıların İlaç Kullanımına Göre Bulgular.....	70
ALTINCI BÖLÜM.....	73
DEĞERLENDİRME VE TARTIŞMA	73
6.1. Ölçeklerden Elde Edilen Verilerin Tartışılması	73
6.2. Hipotez Testlerinin Tartışılması	74
SONUÇ VE ÖNERİLER.....	81
7.1. Çalışmadan Elde Edilen Sonuçlar	81
7.2. Alan Çalışanları için Öneriler.....	82
7.3. Araştırmacılar İçin Öneriler	82
KAYNAKÇA	84
EKLER.....	103
ÖZGEÇMİŞ.....	110

TABLÖLAR LİSTESİ

Tablo 4.1. Katılımcıların Sosyo-Demografik Özelliklerinin Frekans Tablosu.....	40
Tablo 4.2. Çalışmada Kullanılan Ölçeklere Yönelik Tanımlayıcı İstatistikler	44
Tablo 5.1 Korelasyon, Ortalama ve Standart Sapmalar	45
Tablo 5.2. Kronik Hastalık Öz Yönetim Ölçeğinin Toplumsal İşlevsellik Üzerindeki Etkisi	47
Tablo 5.3. Katılımcıların Öğrenim Durumlarına Göre Bulgular.....	47
Tablo 5.4. Katılımcıların Cinsiyetlerine Göre Değişkenler Arasındaki Bulgular.....	50
Tablo 5.5. Katılımcıların Medeni Durumlarına Göre Değişkenler Arasındaki Bulgular	51
Tablo 5.6. Katılımcıların Çalışma Durumlarına Göre Değişkenler Arasındaki Bulgular	53
Tablo 5.7. Katılımcıların Ek Hastalıklarına Göre Değişkenler Arasındaki Bulgular ...	55
Tablo 5.8. Katılımcıların TRSM'ye Devam Sürelerine Göre Değişkenler Arasındaki Bulgular	57
Tablo 5.9. Katılımcıların TRSM'ye Devam Düzenlerine Göre Değişkenler Arasındaki Bulgular	59
Tablo 5.10. Katılımcıların Yaşam Durumlarına Göre Değişkenler Arasındaki Bulgular	61
Tablo 5.11. Katılımcıların Yaş Gruplarına Göre Değişkenler Arasındaki Bulgular	62
Tablo 5.12. Katılımcıların Hastalık Sürelerine Göre Değişkenler Arasındaki Bulgular	64
Tablo 5.13. Katılımcıların Hastalık Başlangıç Yaşlarına Göre Değişkenler Arasındaki Bulgular	66
Tablo 5.14. Katılımcıların Hastaneye Yatış Sayılarına Göre Değişkenler Arasındaki Bulgular	68
Tablo 5.15. Katılımcıların İlaç Kullanımına Göre Değişkenler Arasındaki Bulgular ..	70

KISALTMALAR LİSTESİ

TRSM	: Toplum Ruh Sağlığı Merkezi
APA	: Amerikan Psikiyatri Birliği
DALY	: Yeti Yitimi İçinde Geçen Yaşam Yılları
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
DSM	: Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı
ICD	: Uluslararası Hastalık Sınıflaması
IFSW	: Uluslararası Sosyal Hizmet Uzmanları Federasyonu
TİDÖ	: Toplumsal İşlevselliği Değerlendirme Ölçeği
KHÖY	: Kronik Hastalık Öz Yönetim Ölçeği
BOH	: Bulaşıcı Olmayan Hastalık
İÖ	: İsa'dan Önce
MÖ	: Milattan Önce
YY	: Yüz Yıl
ABD	: Amerika Birleşik Devletleri

BİRİNCİ BÖLÜM

GİRİŞ

Ruh sağlığı ile ilgili sorunlar toplum içinde sıklıkla karşılaşılmaması, bireylerde yeti yitimine neden olabilmeleri ve sosyoekonomik kayıplara yol açmaları sebebi ile toplumsal açıdan büyük öneme sahiptir (Ocakdan, Özdemir, ve Akdur, 2004: 63). Dünyadaki hastalık yükünün %14 ünü halk sağlığı açısından büyük oranda önemi bulunan ruhsal hastalıkların oluşturduğu ve bu hastalıkların ortalama 450 milyon kişiyi etkilediği söylenmektedir (Prince,et al., 2007: 860). Küresel ölüm hızı üzerinde çok fazla etkisi olmasa da ruhsal sorunlar ve davranış bozuklukları fiziksel durumlara göre daha fazla iş gücünde kayıplara neden olmaktadır (Bilir ve Paksoy Subaşı, 2006: 1038).

Ruhsal hastalığı olan bireyler, kaliteli yaşam sürmelerini ve işlevselliklerini önleyici bilişsel yetersizliklerle beraber çeşitli belirtiler sonucunda yeti yitimi yaşarlar (Soykal, 2019: 3). Ruhsal bozukluklar tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde sağlık sorunları açısından önemli bir yer tutmaktadır. Bulaşıcı olmayan hastalıklar içinde tanımlanan ruhsal hastalıkların yaygınlığı günden güne artış göstermektedir (Ergüder, 2020: 9). Yeti yitimi içinde geçen yaşam yıllarını gösteren tabloda (DALY) yeti yitimi içinde geçen yaşam yıllarının önde gelen 20 sağlık nedeninin 5 tanesini ruhsal hastalıklar oluşturmaktadır (Kılıç, 2017: 3).

Hastalıklar bireylerin günlük yaşam aktivitelerini etkilemekte ve bireyi bu yeni durum karşısında davranış değişikliği geliştirmesine neden olmaktadır. Bu yeni durum bireyin fiziksel ve zihinsel işlevlerini etkileyerek günlük yaşam aktivitelerinde azalmalara yol açabilmektedir (Bektaş Akpınar ve Aşkın Ceran, 2019: 140).

Tedavisi ve bakımı uzun süren kronik ruhsal hastalıklar, bireylerde bilişsel zararlar oluşturarak günlük aktivitelerinde azalma, yeti yitimi yaşamalarına, sosyal ve ekonomik kayıplara neden olabilmekte, bireyin aile içinde ve toplumda kendisinden beklenen rollerini yerine getirememesi ve aile dışında alternatif yaşam alanlarında kendini gerçekleştirmede zorlanması gibi sebeplerle bireyi devamlı olarak aile bakımı ve desteği almaya bağımlı kılabilir (Arabacı, Büyükbayram, Aktaş, ve Taşkın, 2018:175). Bu etkileri sebebi ile kronik hastalıkların tedavisinde, bireyin yaşamı boyunca kendi tedavisinin ve bakımının sorumluluğunu alıp devam ettirmeleri büyük öneme sahiptir (Türkmen, 2012, s. 40).

Öz yönetim bireylerin sağlık, yaşam ve iyilik durumlarını korumaları ve devam ettirebilmeleri için gerçekleştirdikleri eylemlerdir (Aydın Yıldırım ve Altay, 2016: 18). Kronik hastalıklarda öz bakım yönetimi sağlık sonuçlarını iyileştirmek için sağlık davranışlarını geliştirebilme açısından önemli bir konudur. Bireyin öz bakım yönetimini geliştirme uygulamaları kendisinin bakım ve tedavisini yönetmesi, hastalığıyla yaşama, sosyal, fiziksel olarak yaşam tarzını düzenleme ve psikolojik olarak, odaklanmayı merkeze alan aktiviteler geliştirme, yaşam kalitesini iyileştirmeye yönelik uygulamalardır. Öz yönetim arttığında tedaviden olumlu sonuçlar alınmaya başlandığı, bireylerin yaşam kalitesi ve sağlık sonuçlarının iyileşeceği, sağlık hizmeti kullanımını ve sosyal maliyet yükünün azalacağı öngörülmektedir (Saygılı ve Yılmaz, 2023: 107).

İşlevsellik hastalığın iyileşme sürecini belirleyen önemli unsurlardan biridir. İşlevselliğin etkin olması, hastalık belirtilerinin düzelmesi hastanın iyileşme durumunu belirlemektedir (Özdin, Korkmaz ve Çulhacı, 2021: 202). Ruhsal bozukluğu olan bireylerde ise iyileşme ölçütleri ilaç tedavisi ile iyileşmenin yanında, umut etme sosyal ilişkiler kurma, kişisel sorumluk alma gibi öznel ve nesnel olarak belirlenmektedir. Bu bağlamda iyileşme, kişinin yalnızca hastalık belirtilerinin ortadan kalkmasıyla ölçülmeyip aynı zamanda bireyin önem verdiği alanlarda kişisel ve sosyal başarısını da içeren süreçtir (Bat Tonkuş, Karataş, Yılmaz ve Kutlu, 2022: 136). Kronik hastalıklarda bireyin yaşam süresi boyunca tedavi ihtiyacı olması, hastalıkların bireyler ve sosyal yaşam üzerindeki etkilerinin önemli düzeyde olması dolayısıyla tedavideki sorumluluklar sadece hasta ve bakım verenler değil, sağlık çalışanları tarafından da paylaşılmalıdır (Polat ve Kutlu, 2019: 112).

Ülkelerin kronik hastalıklarla başa çıkabilmesi için tüm aşamalarda koruyucu, tedavi edici ve rehabilite edici hizmetlerde ortaklaşa çalışma ve eş güdüm gerekmektedir (Dünya Sağlık Örgütü, 2010). Kronik ruhsal bozukluklara bağlı olarak bireylerin yaşamında meydana gelen değişiklikler bireylerin sosyal çevresi ve toplumsal işlevselliklerini de olumsuz olarak etkilemektedir. Ruh sağlığı sorunlarına doğru yaklaşım, insanı çevresi ile bir bütün halinde değerlendirilmesi ve ruhsal bozuklukların toplumsal etkilerinin bilinmesi ile mümkün olabilmektedir (Güleç, 2006: 1230).

Son zamanlarda yapılan çalışmalarla kronik ruhsal bozuklukların tedavisinde ilaçla tedavinin yanı sıra toplumsal yöntemlerin kullanılmasının hastalığının tedavisinde önemli bir yeri olduğu gözlemlenmiştir (Ensari, Gültekin, Karaman, Koç ve Beşkardeş, 2013: 109). Diğer kronik hastalıklardan farklı olarak ruhsal ve zihinsel hastalıklar

çoğunlukla çocukluk, ergenlik ya da genç yetişkinlik dönemlerinde ortaya çıkmakta ve yaşam boyunca devam etmekte, bu sebeple bireyin yaşam kalitesini işlevselliğini olumsuz yönde etkilemektedir. Sonuç olarak ruhsal hastalıklar toplamda trilyonlarca dolarlık maliyete neden olan engelliliğe de neden olmaktadır (Steven & Potter, 2023: 3).

Ulusal Ruh Sağlığı Metninin kabulü ile ülkemizde 2006 yılından itibaren ruh sağlığı hizmetlerinde büyük bir adım atılmış, hastane temelli hizmetlerin yerini toplum temelli hizmetlerin aldığı yeni bir modele geçilmiştir. Toplum temelli ruh sağlığı modeli kapsamında ilk Toplum Ruh Sağlığı Merkezi 2008 yılında (TRSM) Bolu'da faaliyete geçmiş, 2011 yılında da Sağlık Bakanlığı'na bağlı olarak çalışan Toplum Ruh Sağlığı Merkezlerinin yaygınlaşmasına karar verilmiştir. (Sağlık Bakanlığı, 2011).

Bu merkezler kronik ruhsal hastalığı olan bireylere tıbbi tedavinin yanında psikososyal destek vermek amacı ile kurulan kurumlardır. Kronik ruhsal bozukluğu olan bireylerde ilaç tedavisinin yanında yapılan toplum temelli müdahaleler bireylerin hastalığa uyum sürecini desteklemektedir. Aynı zamanda yaşam boyu tedavi gereksinimi olan kronik ruhsal bozukluğu olan hastaların kendi bakımına katılımı ve öz yönetimi becerisi, hastalığın yönetimi ve toplumsal işlevselliğe katılımlarında önem arz etmektedir. Bu kapsamda çalışmamız toplum ruh sağlığı merkezinde kayıtlı olan bireylerin öz yönetimi becerisi ve sosyal işlevsellik düzeylerini arasındaki ilişkiyi ortaya koymayı amaçlamaktadır.

1.1. Araştırmanın Problemi

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 2001 yılında yayınladığı uluslararası rapora göre kronik ruhsal hastalıklar yeti yitimi nedeni ile engelliliğe neden olan on hastalıktan biridir. Ruhsal bozukluklar içerisinde en fazla tekrarlayıcı yatışları olan hastalık şizofrenidir (Dünya Sağlık Örgütü, 2001). Güncel çalışmalar ruh sağlığı sorunlarının yalnızca tıbbi boyutta kalmadığını, beraberinde çeşitli toplumsal sorunları da getirdiğini ortaya koymaktadır. Hastalığa bağlı olarak yaşamış oldukları pozitif ve negatif belirtiler, kronik ruhsal hastalığa sahip bireylerin öz bakımlarını, yaşam kalitesini ve günlük aktivitelerini olumsuz etkilemektedir (Sönmez, 2009: 4). Bu nedenle şizofreni gibi kronik seyreden ağır ruhsal hastalıklar yeti yitimi ile sonuçlanmakta, bireylerin sosyal ve mesleki işlevselliği önemli ölçüde bozulmaktadır (Gözen ve Buz, 2020: 24).

Bu araştırmanın temel problemi; kronik ruhsal hastalıklara (şizofreni ve psikotik bozukluk) sahip olan bireylerin öz yönetimi becerilerinin, sosyal işlevselliğe etkisinin olup olmadığı, varsa hangi ölçüde etki ettiği.

Çalışma kapsamında araştırmanın alt problemleri;

- Çalışma grubunda yer alan kronik ruhsal hastalıklara sahip bireylerin öz yönetimi becerisi ne düzeydedir?
- Çalışma grubunda yer alan kronik ruhsal hastalıklara sahip bireylerin sosyal işlevsellikleri ne düzeydedir?
- Çalışma grubunda yer alan kronik ruhsal hastalıklara sahip bireylerin öz yönetimi becerilerinin sosyal işlevselliklerinde herhangi bir etkisi var mıdır?
- Çalışma grubunda yer alan kronik hastalığa sahip bireylerin öz yönetimi becerileri ve sosyal işlevsellikleri bu hastaların demografik özelliklerine göre farklılık gösteriyor mu?

Araştırmanın temel ve alt problemleri çerçevesinde aşağıda oluşturulan hipotezlere cevap aranmıştır:

H1: Toplum ruh sağlığı merkezinden hizmet alan bireylerin öz yönetimleri ve sosyal işlevsellikleri arasında anlamlı bir ilişki bulunmaktadır.

H2: Toplum ruh sağlığı merkezinden hizmet alan kronik ruhsal hastalıklara sahip bireylerin öz yönetim düzeyleri bireylerin sosyal işlevselliklerini etkilemektedir.

H3: Katılımcıların sosyal işlevsellik düzeyleri öğrenim durumuna göre farklılık göstermektedir.

H4: Katılımcıların sosyal işlevsellik düzeyi cinsiyete göre değişkenlik göstermektedir.

H5: Katılımcıların öz yönetimi düzeyi medeni durumuna göre farklılık göstermektedir.

H6: Sosyal işlevsellik düzeyi katılımcıların gelir getirici bir işte çalışma durumuna göre farklılık göstermektedir.

H7: Öz yönetimi düzeyi katılımcıların ruhsal hastalığa ek olarak süregelen hastalığı bulunması durumuna göre farklılık göstermektedir.

H8: Katılımcıların sosyal işlevsellik düzeyi Toplum Ruh Sağlığı Merkezine devam süresine göre farklılık göstermektedir.

H9: Toplum Ruh Sağlığı Merkezine düzenli devam eden bireylerin sosyal işlevsellik düzeyi düzensiz devam eden bireylerden yüksektir.

1.2. Araştırmanın Amacı ve Önemi

Bu araştırma Toplum Ruh Sağlığı Merkezlerinde kayıtlı kronik ruhsal hastalığa sahip bireylerin öz yönetimi ve sosyal işlevsellik düzeylerinin belirlenmesini, öz yönetim düzeylerinin sosyal işlevselliklerine etkisinin olup olmadığını ortaya koymayı ve bu konudaki çalışmalara ışık tutmayı amaçlamaktadır. Bu çalışmayla birlikte tıbbi sosyal hizmet literatürüne katkı sağlamak ve sosyal hizmet uygulamalarına yol göstermek diğer önemli amaçtır.

Bu araştırmayı değerli kılacak husus kronik ruhsal hastalığı olan ve toplum ruh sağlığı merkezlerinden hizmet alan bireylerin öz yönetimleri ve sosyal işlevsellikleri arasındaki bağlantıyı kullanarak, bireylerin öz yönetimlerinin desteklenmesi ve bu çalışmalarla birlikte bireylerin sosyal işlevselliklerinin artırılmasının sağlanabileceği hususudur. Bu durumun temelde tıbbi sosyal hizmet müdahalelerinde mikro ve makro uygulamalarında yarar sağlayacağı düşünülmektedir. Bu kapsamda yapılan literatür taramasında kronik ruhsal hastalık tanısı ile toplum ruh sağlığı merkezinden hizmet alan hastaların öz yönetimi becerilerinin sosyal işlevselliğine olan etkisini yordayan çalışma bulunmadığı gözlemlenmiştir. Çalışmamız bu konuda özgün bir çalışma olacaktır.

1.3. Araştırmanın Sınırlılıkları

Çalışmamız İstanbul'da faaliyet gösteren bir toplum ruh sağlığı merkezinden en az bir yıl hizmet alan ve hizmet almaya devam eden 18-65 yaş arası remisyon dönemindeki şizofreni, şizoafektif bozukluk, organik olmayan psikoz, organik olmayan psikotik bozukluk tanılı ve remisyon dönemindeki hastalarla gerçekleştirilmiştir. Çalışma kapsamında, bu tanı gruplarında yer alan hastalar "kronik ruhsal hasta" olarak tanımlanmıştır. Toplum ruh sağlığı merkezinden hizmet alan bipolar tanılı hastaların hastalık süreci, hastalığın seyri, bireyde yarattığı etki ve sonlanışı bakımından farklılık gösterdiği için çalışma kapsamından çıkarılmıştır. Mental Retardasyonu (zekâ geriliği) olan hastalar çalışma grubuna alınmamıştır. Araştırmanın tek merkezli olması, sınırlı süre içinde tamamlanacak olması araştırmanın yürütülmesindeki sınırlandırıcı unsurlardır. Aynı zamanda çalışılan hasta grubunun doğası gereği bireylerin çalışmaya şüpheci yaklaşması, bireylerin görüşme esnasında çabuk sıkılması konusu ise bir başka sınırlılık olmuştur.

1.4. Tanımlar

Kronik Ruhsal Hastalık: Kronik ruhsal hastalıklar günlük yaşamda bireylerin işlevselliklerini etkileyen, sosyal geri çekilme ve isteksizlik gibi davranışlara yol açabilen, düşünce ve duygu yapısında bozulmalara neden olabilen bir hastalık türüdür. Bireylerde bilişsel, yönetsel ve sosyal beceri alanında yıkıma neden olabilen, ömür boyu süren kronik ruhsal hastalıklar, şizofreni ve benzeri psikotik bozukluklar, duygu durum bozuklukları olarak tanımlanmıştır (Sağlık Bakanlığı, 2014). Bu çalışma kapsamında psikotik bozukluk ve şizofreni grubu ele alındığı için yalnızca bu hastalıklar ile ilgili bilgilere yer verilmiştir. Ayrıca çalışmamızda bu hastalıklar kronik ruhsal hastalık terimi ile ifade edilmiştir.

Psikotik Bozukluk: Psikotik bozukluk; sanrı, varsanı, uygunsuz davranış ve uygunsuz konuşma gibi ruh sağlığının her alanında belirti gösteren, kişiyi sosyal alanından uzaklaştıran bir hastalık türüdür (Delibaş ve Çam, 2018: 260).

Şizofreni: Klinik, bilişsel, sosyal ve işlevsel kayıplara neden olan kronik seyirli ve ciddi bir beyin hastalığıdır. Yapılan çalışmalar, hastalığın gidiş ve sonlanışının kötü olduğu, farmakolojik tedavinin psikososyal müdahalelerle yeterince desteklenmediği takdirde başarı oranının sınırlı kaldığını göstermiştir (Arslan, Yazıcı, Yılmaz, Coşkun, ve Kurt, 2015: 239).

Yeti Yitimi: Bireylerin yaşamış oldukları olumsuz duruma bağlı olarak günlük yaşama katılımın kısıtlanması ve aktivitelerinin azalmasına vücudun normal fizyolojik fonksiyonlarındaki bozulmalardan kaynaklı yetersizlik yaşamaları ve sosyal yaşam içinde kısıtlanmasına neden olan hastalıkların sonuçlarını ifade etmektedir (Kaçan Softa ve Ulaş Karaahmetoğlu, 2016: 19).

Öz Yönetimi: Farklı araştırma gruplarında farklı şekillerde isimlendirilen öz yönetimi bireylerin diğer insanlarla uyumlu ilişki kurabilmesi için duygu, düşünce ve davranışlarını kontrol etmesi ve yönetmesi, anlık hevesleri takip etmemesi, olumsuz duyguları kontrol etmeyi, çalışabilmeyi ve dürtüsel duyguları bastırabilme yetisini içermektedir (Nebioglu, Konuk, Akbaba ve Eroğlu, 2012:340).

Sosyal İşlevsellik: Sosyal işlevsellik kendi bakımını yapabilme, kişiler arası ilişkiler kurma ve devam ettirebilme ve çalışabilme olarak tanımlanmaktadır. Sosyal işlevsellikte bozulma şizofrenide hastalık süresince gelişen ve tanımlayıcı bir özelliktir (Erol, Kılıç, Ulusoy, Keçeci ve Türütgen Şimşek, 1997: 34).

İKİNCİ BÖLÜM

RUH SAĞLIĞI VE RUHSAL HASTALIKLARA İLİŞKİN KAVRAMSAL ÇERÇEVE

Bu kısımda ruh sağlığının tanımı yapılarak psikotik bozukluk belirti kümesine sahip kronik ruhsal bozukluk olarak kabul edilen, şizofreni ve diğer psikotik bozukluk kavramları tanımlandıktan sonra ruh sağlığında uygulanan hizmet modelleri açıklanarak toplum temelli ruh sağlığı hizmetlerinin dünyada ve ülkemizdeki gelişimine değinilmiştir.

2.1. Ruh Sağlığı ve Ruhsal Hastalık Kavramı

DSÖ insanın biyolojik, psikolojik ve sosyal boyutları olan bir varlık olarak değerlendirilmesinin doğal bir sonucu olarak sağlığın tanımı ruhen, bedenen ve sosyal açıdan bütünsel bir iyilik hali şeklinde yapmıştır. İnsanın sağlıklı olma durumu bu üç faktörün bir arada ve uyumlu bir şekilde çalışması ile ilişkilendirilmiştir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) ruh sağlığını ise bireyin kendini gerçekleştirme potansiyelinin varlığı, hayatın olası stresleri ile başa çıkabilme, verimli bir şekilde çalışabilme ve yaşama katkıda bulunabilmesi durumu olarak tanımlamaktadır (Özer ve Şahin Altun , 2022: 285). Gelişmekte olan ülkeler yalnızca fiziksel sağlık üzerine eğilirken, ülkelerin gelişmişlik düzeyi arttıkça ruh sağlığı üzerine çalışmalar da artmaktadır (Yanık, 2007: 9).

Ruhsal hastalıklar en genel tanımlama ile duygu düşünce ve davranışlara meydana gelen değişimlerle ifade edilmektedir. Ruhsal hastalıkların sınıflandırılması ve tanımlamasında uluslararası çalışmalar doğrultusunda yapılmaktadır. Ruhsal hastalıkların tanımlamasında en fazla kullanılan bilimsel ölçüt Amerikan Psikiyatri Birliği (APA) tarafından oluşturulan Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabıdır (The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders- DSM) (Köroğlu ve Güleç, 1997).

Ruhsal Bozukluk, DSM 5. Versiyonu kitabında '*ruhsal işlevselliği etkileyen, biyolojik ya da gelişimsel süreçlerin işlevselliğinde bozulma ile ortaya çıkan, kişinin biliş, duygu durumu ve davranışlarında klinik açıdan belirgin bir bozulma olması durumudur*' şeklinde tanımlanmaktadır (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2014).

Bu hastalıklar bireylerin sosyal rollerinde ve işlevselliğinde bozulmalarla birlikte hastaların günlük rol ve işlevlerini yerine getirmesini, toplumsal ilişkiler geliştirmesinin

önüne geçmektedir. Ruhsal hastalıkların tanınması ve sayımsal el kitabının 5. sürümünde şizofreninin temel belirtileri sıralandıktan sonra sosyal-mesleki-akademik işlevsel bozulmalara yer verilmektedir (Köroğlu E. , 2013).

Kronik ruhsal hastalıklar, toplumda yaygın görülme oranına sahip, yeti yitimi ve iş gücünde kayıplara yol açmaları sebebi ile öncelikli olarak ele alınması gereken hastalık grubudur (Turan N. D., 2019:121).

2.1.1. Psikoz Tanımı ve Özellikleri

Psikiyatrik sınıflandırma sistemi beşinci versiyonunda (DSM 5) şizofreni ve diğer psikotik bozukluklar başlığı altında değerlendirilen bu kavram, sanrı, varsanı, dağınık konuşma, ileri düzeyde dağınık davranış veya katatoninin eşlik ettiği durumları ifade etmektedir (Köroğlu E. , 2015, s. 243). Düşünce ve duyunun ağır oranda etkilendiği psikoz durumu, bir hastalığın adını değil genel ruh halini tanımlamak için kullanılan kavramdır (Sagut, 2012: 11).

DSÖ'nün hazırlanmış olduğu Hastalıkların Uluslararası Sınıflandırılması-11. Baskısında ise (ICD-11) şizofreni veya diğer birincil psikotik bozukluklar başlığı altında yer almaktadır (Dünya Sağlık Örgütü, 2022).

Psikoz fonksiyonel ve organik olmak üzere iki genel kategoride incelenen önemli ruhsal bozukluklara verilen genel bir addır. Organik psikoz ve organik olmayan psikoz olarak iki grupta incelenmektedir. Organik psikoz beyin hasarı, beyin tümörü ya da beynin herhangi bir fonksiyonel aksaklıkların neden olduğu psikoz türüdür. Organik olmayan psikoz ise fonksiyonel hastalıklardan kaynaklanmayan durumlardır. Bu psikozlardan en yaygın olanları şizofreni ve psikotik duyuşsal bozukluklardır (Cüceloğlu, 2000: 448).

2.1.2. Şizofreni ve Diğer Psikotik Bozukluklar

Şizofreni ve diğer psikotik bozukluklar büyük oranda gençlik ve yetişkinlik döneminde ortaya çıkan, bireylerin duygu, düşünce ve davranışlarında ciddi anlamda bozulmalara yol açan, toplumdan ve sosyal yaşamdan kopmalarına ve kendilerine özgü bir dünyada yaşamalarına neden olan ağır kronik ruhsal hastalıktır (Birsöz, 2013: 62). Şizofreni kişide duyguşsal, bilişsel ve sosyal alanlarda uzun süreli yıkımlarla birlikte, ekonomik anlamda kayıplara sebep olabilen kronik bir hastalıktır (Köroğlu ve Hocaoğlu, 2017: 170). Ruhsal, sosyal, mesleki ve ekonomik alanda bozulmalara ve yeti yitimine neden şizofreninin bireyler üzerindeki etkisi ciddi ve uzun seyirlidir

(Çetin, 2015: 95). Şizofreni hezeyan, varsanı, dağınık konuşma ve davranışların mevcut olduğu, bireyin öz bakım ve işlevselliğinde bozulmalara neden olan psikotik bir bozukluktur (Algönül, 2017: 4).

Toplumun her kesiminde sık görülen ciddi ruhsal hastalıklar toplumsal değişikliklere bağlı olarak yaygınlık ve sıklıkla bakımından değişkenlik göstermektedir. Yapılan çalışmalara göre genel olarak yıllık yaygınlık oranı %1 yaşam boyu yakalanma riski yaygınlığı %1.5 olarak kabul görmektedir (Kocal, Karakuş ve Sert, 2017: 252). Kadın ve erkek arasında görülme sıklığı açısından belirgin bir fark görülmezken başlangıç yaşı, klinik seyir, hastalığı gidişatı ve tedaviye yanıtı açısından cinsiyet farklılığı olduğu bildirilmektedir (Belli, vd 2007: 102).

Şizofreninin belirtileri pozitif belirtiler, negatif belirtiler ve bilişsel belirtiler olarak incelenmektedir. Zihinsel bozukluk sonucu ortaya çıkan pozitif belirtiler algı bozuklukları, düşünce bozuklukları, konuşma bozuklukları ve davranışlardaki bozukluklardır. Normal işlevlerdeki eksiklikler, zihin işlevinin kaybedilmesi veya azalması olarak ifade eden negatif belirtilere örnek olarak gösterilebilir. Duygulanımda ve ifadede azalma (affekt), apati, dikkat ve konsantrasyon sorunları da bilişsel belirtiler olarak gösterilmiştir (Üçok, 2009: 131).

Şizoafektif (şizoduygulanımsal) Bozukluk, psikiyatrik sınıflandırma sistemi (DSM 5) sınıflandırma sisteminde, şizofreni ve diğer psikotik bozukluklar grubunda, dünya sağlık örgütünün sisteminde (ICD10) ise şizofreni ve sanrılı bozukluklar bölümünde tanımlanmıştır (Esen Danacı, Kuzeymen ve Aydın, 2018: 220). Şizoafektif bozukluk durumunda aynı nöbet içinde hem duygu durum hem de şizofreni belirtileri bir arada veya birkaç gün ara ile görülmektedir (Dünya Sağlık Örgütü, 1993: 96)

a) Hastalığın Tarihçesi

Şizofreni belirtilerine bakıldığında birçok metinde eski tarihlerden beri tanındığına dair bulgulara rastlanılmıştır. İlk olarak M.Ö. 1400 yıllarından kalan Hint Veda yazılı metinlerinde şizofreni belirtilerinden, aynı zamanda çıplak dolaşan, öz bakımı azalmış, yaşamlarını anlamsız ve boş bir şekilde geçiren ya da çok aşırı şekilde dinle uğraşan, kendini tanrı olarak ifade eden ve zarar görmekten korkan insanlardan bahsedildiği görülmüştür (Soygür ve Erkoç, 2007: 1).

İlk defa İ.Ö. 5. yüzyılda Hipokrat tarafından ruhsal hastalığın doğaüstü güçlerle değil doğal nedenlere bağlı olarak ortaya çıktığını ifade edilmiştir. Eski Roma ve Antik Yunan döneminde evlerine hapsedilen hastalar aynı dönemde Anadolu'da

Asklepeion adı verilen merkezlerde tedavi edilmişlerdir (Öztürk ve Uluşahin, 2015: 2,3).

Avrupa’da ruhsal hastalığı olan kişiler lanetlenmiş, ruhunu şeytana teslim etmiş insanlar olarak değerlendirilerek diri diri yakılmış, işkencelere maruz kalmışlardır. Ruh hastalarını cezalandırma ve yakalama amacı ile yazılmış kitaplar aydınlanma çağına kadar bir ceza yasası olarak görev yapmıştır. 18. yy. aydınlanma çağına kadar ruhsal hastalıkları olan kişiler ya korkulan evlerine hapsedilen ya da sirklerde alay edilerek eğlenilen bir konumda olmuşlardır (Taşkın Uyan, Köroğlu ve Hocaoğlu, 2023: 20)

İslam dünyasında ise bu alanda çalışan hekimler ruh hastalarına karşı hoşgörülü davranarak eski Yunan tıbbını geliştirmişlerdir. Sekizinci yüzyıldan itibaren Kudüs ve Bağdat’ta ruh hastaları için hastaneler yapılmış; İbn-i Sina’nın ‘Kanun’ isimli kitabında on iki çeşit ruhsal hastalık tanımlanmıştır. Selçuklu ve Osmanlı Döneminde Bimarhanelerde ruhsal hastalığı olanların bakım ve tedavileri yapılmıştır (Layikel, 2008: 8).

Şizofreninin tanı ve tedavisine ilişkin ilk adımlar 18. yy. da Fransa’da atılmıştır. Philippe Pinel 1793’te ruh hastaların zincirlerini çözerek, bu hastaları ‘düşünme yeteneğinin bir kısmının veya tamamının ortadan kalkması veya bozulması (demans) olarak değerlendirmiştir (Işık, Coşkunol, Evren ve Işı, 2015: 7).

Morel tarafından 1860 yılında kaleme alınan ‘Akıl Hastalıkları’ isimli kitapta adölesan döneminde başlangıç gösteren ve yıkımla devam eden hastalık olarak erken bunama anlamına gelen ‘demence’ (demans) tanımlaması kullanılmıştır (Özer E. T., 2004: 16). Alman hekim Emil Kraepelin 1896 yılında farklı isimlerle adlandırılan semptomları betimleyici bir yaklaşımla klinik özellikleri bakımından bir çatı altında toplayarak ‘dementia praecox’ başlığı altında değerlendirilmelerinin uygun olduğunu söylemiştir. Çalışmalarını sürekli olarak güncelleyen Alman hekim ruhsal hastalıkları sonlanışları bakımından yıkım gösteren ve yıkım göstermeyen şeklinde iki gruba ayırmıştır. Yıkım gösteren ruhsal hastalıkların klinik tablodaki temel özelliklerinin sanrılar, düşünce yapısında bozulma, negativizm, duygularda küntlük, stereotipler ve iç görü kayıpları olarak belirlemiştir (Özel Kızıl, 2006: 83).

Eugen Bleuler 1911 yılında hastalığın tanısında erken dönemde başlangıç göstermesinin ya da bunama ile devam etmesinin gerekli olmadığından bahsederek, hastalığa kişinin ruhsal yaşamındaki yarılmaya vurgu yaparak aklın bölünmesi anlamına gelen (splitting of the mind) terimlerini birleştirerek günümüzde halen

kullanılan ‘şizofreni’ terimini önermiştir. Eugen Bleuler şizofreni belirtilerini 4A başlıkları altında inceleyerek bu temel belirtilerin birincil belirtiler olduğunu ifade etmiştir. Bu belirtiler Assosiyasyon Bozukluğu, Autizm(otizm), Ambivalans ve Affektif Bozukluk şeklindedir. İkincil belirtilerde ise sanrı, varsanı, katatoni ve motor bozuklukları olarak tanımlamıştır (Ceylan ve Çetin, 2005: 46).

Bleuler’ den sonra Alman psikiyatrist Kurt Schneider (1959) şizofreninin karakteristik ve ayırt edici bulguları olduğunu ve bu bulguların diğer psikiyatrik bozukluklarda olmadığını tespit ederek şizofreniye ait 11 bulgu tanımlamıştır. Schneider’ in öne sürdüğü birinci derece belirtiler hastalık kavramının daraltılmasını ve daha sonrasındaki şizofreni ve benzeri teşhislerde ICD ve DSM gibi önemli tanı ölçütlerinin oluşturulmasında rol oynamıştır (Warner ve Girolama, 1995: 3).

Uluslararası Şizofreni Pilot Çalışması şizofreni için tanı ölçütü geliştirme girişimlerine en önemli katkıda bulunan çalışmadır. 1973 yılında dokuz ülkeden 1000’in üzerinde hastanın katılımı ile yapılan çalışmada farklı ülkelerde hastalığın belirtilerinin benzerlik gösterdiği saptanmıştır (Polat S. , 2010: 12).

Şizoaffektif bozukluk terimi 1933 yılında ilk olarak Jacob S. Kasanin tarafından kullanılmıştır. Daha önceki dönemlerde ‘vesania typica circularis’ olarak tanımlanan şizoaffektif psikozlar Emil Kraepelin tarafından bunama ile manik-depresif bozukluk tanıları arasında olan hastalar olarak belirtilmiştir. Günümüzdeki tanıma benzer bir tanım yapan Kurt Schneider bu hastaları aradaki hastalar olarak değerlendirmiştir (Esen Danacı, Kuzeymen, & Aydın, 2018: 220-221).

Sonrasında yapılan uluslararası çalışmalar sonucunda hastalığın tanı ve tedavisinde ortak bir dil kullanma çalışmaları kapsamında Amerikan Psikiyatri Birliği (APA) tarafından geliştirilen DSM-I tanılama sistemi sınıflandırmasında şizofreni, şizofrenik reaksiyonlar olarak tanımlanmış, sonraki versiyonlarındaki gelişmelere ek DSM-4’te tanı ölçütleri arasında negatif belirtilere yer verilmiş ve negatif belirtileri değerlendiren araştırma ölçekleri geliştirilmiştir. En son sürüm olan DSM-5 kitabında bu hastalıklar ‘şizofreni açılımı kapsamında ve psikozla giden diğer bozukluklar’ başlığı altında değerlendirilmiştir (Güneri, 2016: 12). Bu başlık altında; ‘şizotipal kişilik bozukluğu, sanrılı bozukluk, kısa psikotik bozukluk, şizofreniform bozukluk, şizofreni, şizoaffektif bozukluk, madde/ilacın yol açtığı psikotik bozukluk, başka bir sağlık durumuna bağlı psikotik bozukluk, katatoni, tanımlanmış/tanımlanmamış diğer bir şizofreni açılımı kapsamında ve psikozla giden diğer bozukluklar’ yer almaktadır (Öz, 2020: s. 4).

b) Hastalığın Etiyolojisi

Ruhsal hastalıklara yönelik korunma bir halk sağlığı sorunu olarak görülmekle birlikte hastalığın etiyojisinin tam olarak bilinmemesi, bireyler arasında belirtilerin farklılık göstermesi, hastalık riski altında olmasına karşın hastalık belirtisi göstermeyenleri de kapsayacak müdahalelerin mümkün olmaması nedeni ile birincil korumaya ilişkin kavramlar sınırlı olmaktadır (Üçok, 2008: 9).

Psikotik bozukluğun ortaya çıkmasında iki önemli faktörün katkıda bulunduğu düşünülmektedir. Bunlar genetik/kalıtım ve stres faktörü/travmalardır (Lati & Waford, 2016: 11). Psikoz veya şizofreni gen-çevre etkileşimi adı verilen biyolojik ve çevresel etkenlerin bir araya gelerek etkileşmesi sonucu oluşmaktadır (Birsöz, 2013: 5).

Şizofreni ile ilgili tanımlamaların yapıldığı zamandan günümüze kadar geçen sürede bu durum bir beyin rahatsızlığı olarak kabul edilmiş ve belirtilerinin hastadan hastaya değişmesi nedeni ile bir hastalıktan çok hastalık tablosu olarak değerlendirilmiştir (Soygür, Özalp ve Alptekin, 2007: 250).

Henüz tam sebebi bulunamamış olan şizofreninin birkaç risk etmeni tespit edilmiştir. Bu risk etkenleri arasında genetik faktörler için kuvvetli kanıtlara ulaşılmıştır. Bunun yanı sıra stres ve baskının hastalığın ortaya çıkmasında rol oynadığı düşünülmektedir. Bazı hastaların beyinlerinde özellikle temporal lopta yapısal farklılıklar bulunsa da bu durumun hastalığın başlangıcı ile bağlantısı konusunda yeterli olmadığı görülmüştür (Summakoglu ve Ertugrul, 2018: 44).

Hastalığın genetik etiyojisinin araştırılan çalışmalarda şizofreni ve ilişkili bozukluklar olan şizotipial bozukluk, şizoid ve paranoid kişilik bozukluğu, şizofreniform bozukluk ve diğer afektif olmayan psikotik bozukluklar hastaların akrabalarında artan oranda bulunmuştur. Tek yumurta ikizleri %50 eş görülme oranı ile bu anlamda en çarpıcı örnek teşkil etmektedir (Butcher, Mineka, & Hooley, 2013: 871).

Şizofreni başlangıcında görülen, bazı nörolojik görünüm, bilişsel fonksiyon bozuklukları ve duygulanımda oluşan değişiklikler, çoğunlukla hastalığın erken dönemlerinden, varsayımların ve hezeyanların ortaya çıkmasından önce ve belki de doğumdan itibaren varlığının bir göstergesidir (Yavuz, 2008: 50).

Çevresel faktörlerin bireylerde şizofreninin gelişmesine neden olabileceği, iyileşme başladıktan sonra tekrara yol açabileceği ve hastalık sırasında iyileşmeyi geciktirebileceği yönünde araştırmalar mevcuttur. İsviçre’de yapılan, kentleşme ve

psikotik hastalıklar üzerine bir araştırmada, kentleşme oranı yükseldikçe kadın ve erkeklerde psikoz ortaya çıkma riski olduğu tespit edilmiştir (Sundquist, Frank, & Sundquist, 2004). Yapılan çalışmalarda düşük sosyal sınıfta doğan bireylerin başvuru yaşı 33,1 iken sosyal sınıfın üst basamaklarında doğan bireylerin başvuru yaşı 24,8 olarak tespit edilmiştir. Bu araştırmaya göre düşük sosyal sınıfta doğan bireylerin tedaviye 8,5 yıl sonra başvurdukları gözlemlenmiştir (Mulvany et all., 2001: 1398).

Kişilik yapısı ve erken çocukluk özellikleri risk faktörü açısından incelendiğinde erken dönemde konuşma ve eğitimin aksaması problemleri, yakın arkadaş edinemeyiş, tek başına olma yatkınlığı, sosyal çevreden çekilme, küçük grupların içinde olma, ergenlikte sosyal uyumun zayıf olması gibi belirtilerden bahsedilmektedir (Malmberg, Lewis, David, & Allebeck, 1998: 309).

Bu veriler çerçevesinde şizofreni risk faktörleri belirlenirken en az dört unsurun birbiri ile bağlantılı olduğunun dikkate alınması gerekmektedir. Bu faktörler:

- Hastalığın genetik boyutu,
- Bireylerin günlük yaşam deneyimleri, stres faktörü,
- Kişilik yapısı stresli durumlarla başa çıkma potansiyeli ve sosyal destek mekanizmaları,
- Bireyi ve genetiği etkileyen virüsler, toksinler ve çeşitli hastalıklar dâhil çevresel etkenlerdir (Ceylan ve Çetin, 2005: 87).

Farklı evreleri olan ve nörogelişimsel bir bozukluk olarak kabul edilen şizofreniyi önleme çalışmalarını birincil, ikincil ve üçüncül önleme çalışmaları olarak adlandıran Lee birincil koruma olarak doğuma bağlı yan etkiler ile oluşan şizofreni riskine karşı eğitim programlarını, ikincil önleme için prodromal aşama olarak adlandırılan ve ilk aşamada erken müdahalelerden bahsetmektedir. Aynı zamanda şizofrenide erken müdahalenin hastalar ve aileleri için morbiditenin azalmasına ve yaşam kalitesinin artmasını sağladığı vurgusunu yapmaktadır. Üçüncül önleme olarak hastalıkta daha fazla yeti yitimini önlemeyi amaçlayan ilaç ve psikosyal müdahaleler olarak bahsedilmektedir (Lee, McGlashan, & Woods, 2005: 193-194).

Bir durumun ya da hastalığın önlenmesi için yapılacak müdahaleleri belirleme aşamasında o duruma neden olan etmenlerin bilinmesi gerekmektedir. Müdahalelerin etkin olabilmesi için nedene bağlı olarak oluşan etkiler ortaya çıkmadan veya hemen sonrasında, fakat durumun başlamasından hemen önce yapılması gerekmektedir

(Balhara, 2013: 132). Şizofreniye neden olan etmenler tam olarak belirlenemese de hastalığın ortaya çıkmasına etki eden risk faktörlerinin saptanmasında gelişmeler bulunmaktadır. Bu gelişmelere bağlı olarak hastalığın ortaya çıkmasını önleyici programlar planlanmaktadır. Hastalığın ortaya çıkmasını önleme hususunda prodrom kavramının uygulanması izlenebilen psikotik bulgu ve belirtiler ortaya çıkmadan müdahale planı oluşturmaya fırsat sağlamaktadır (Hafner & Maurer, 2006: 130).

c) Hastalığın Tanı ve Tedavisi

Psikiyatrik hastalıkların tanısında ve hastalığı genel özelliklerinin belirlenmesinde uluslararası alanda kullanılan ve çoğunluk tarafından kabul gören Amerikan Psikiyatri Birliği'nin en son geliştirdiği DSM 5 tanı ölçütleri kullanılmaktadır. Bu ölçütlere göre belirtilen en az altı ay devam etmesi ve en az bir ay süre içinde aktif dönemi içermelidir. Bir diğer tanı kriteri ise mesleki ve sosyal işlev bozukluğudur (Özdemir O. , 2012: 315).

Kronik ruhsal hastalıkların hastaların hayatını her yönüyle olumsuz etkileyen farklı birçok belirti ve sorunlara yol açması nedeni ile tedavideki ana amaç belirtileri azaltmak ya da ortadan kaldırmanın yanında hastanın yaşam kalitesini yükseltmek ve sosyal işlevselliğini artırmak, hastalığın yıkıcı etkilerini mümkün olduğunca minimuma indirmek olmalıdır (Üstünsoy Çobanoğlu, Aker ve Çobanoğlu, 2023, s. 212).

Şizofreni, bipolar ve şizoafektif bozukluk ve psikotik bozukluk tablosu içeren tüm ruhsal hastalıkların temel tedavisi antipsikotik ilaçlarla sağlanmaktadır (Wade, Tai, Awenet, & Haddock, 2016: 76). Şizofreni ve diğer psikotik bozuklukların tedavisi çok yönlü bütüncül bir yaklaşımla ele alınmaktadır. İlaç tedavisi ve toplumsal-ruhsal tedaviler bu yaklaşımın ana esaslarını oluşturmaktadır (Soygür, 2002: 4-6). Şizofreni ve diğer psikotik bozukluklar önemli ölçüde bilişsel, sosyal ve işlevsel yeti yitimine neden olan kronik seyirli hastalıklardır. Hastaların sosyal destek ve iyileşmelerinin sağlanması için vasıflı ruh sağlığı hizmetlerine ulaşımı, hastaları tedavi sürecine dâhil ederek yaşam kalitelerinin artırılması şizofreninin olumsuz sonuçlarını önleme ve iyileşmeye katkı sağladığı düşünülmektedir (Zipursky, Reilly & Murray, 2013: 1365).

Yapılan çalışmalar günümüzde uygulanan tedavi yöntemleri ile hastaların yaklaşık %25'inin büyük oranda sosyal yaşamlarını sürdürdükleri, %50'sinin de orta ve iyi derecede bağımsız ya da destekle sosyal yaşamlarını sürdürdükleri görülmektedir. Tedavi ile kastedilen tam bir iyileşme hali değildir. İyileşme belirtilerin azalmasının

beraberinde, yaşam kalitesi, biliş ve sosyal işlevsellik bileşenlerinde düzelmeyi gösteren bir kavram olarak tanımlanmaktadır (Warner, 2009: 375).

2.2. Ruh Sağlığı Hizmet Modelleri

Ruh sağlığı hizmetleri bütün sağlık hizmetlerinde olduğu gibi koruyucu, tedavi edici ve rehabilite edici hizmetler olmak üzere üç grupta incelenmektedir. Ruh sağlığı hizmetleri ayrı olarak sınıflandırılmasına rağmen birbirini etkileyen, geliştiren ve tamamlayan hizmetlerdir. Ruh sağlığı hizmetlerinin amacı bireyi ve toplumu ruhsal hastalıklarından korumak ve ruhsal hastalıkları tedavi ederek kişileri topluma yeniden kazandırmak amaçla yapılan çalışmaların tamamı ruh sağlığı hizmetleri içerisinde yer alır (Çiçekoğlu ve Duran, 2018: 10). Dünya genelinde ruh sağlığı hizmetleri; hastane temelli model, toplum temelli model ve toplum-hastane dengeli model olarak üç farklı modelde sunulmaktadır.

İlk başlangıçta insanların kötü ruhlar ve şeytanlar tarafından lanetlenmesine bağlanan ruhsal sorunlar, bu insanların yakılarak öldürülmelerine yol açmıştır. Rönesans Dönemi ve sonrasında önce Avrupa sonrasında tüm dünyada yaşanan aydınlanma dönemi ile işkenceler sonlanmış, ruhsal hastalık sahibi kişiler hastanelerde ve bakım evlerinde tedavi edilmeye başlanmıştır (Öztürk ve Uluşahin, 2015: 4).

Antipsikotik ilaçların geliştirilmesinin ardından hastalar bu depo hastanelerden taburcu edilmeye başlanmış fakat ilaçların hastaların sosyal işlevlerinin kaybında etkili olmaması, taburculuk sonrasında tedaviye uyumsuzluk sorunları, hastaların stresle baş etme kapasitesindeki düşüklük hastanelere yeniden yatışları arttırdığı gözlemlenmiştir (Şahin ve Elboğa, 2019: 431).

İşlevsellikte bozulmayla kendini gösteren hastalık sürecinde, ağır ruhsal hastalığa sahip bireylerin yaşamının kontrolünü bağımsız bir şekilde sağlaması ve yaşamını kaliteli bir şekilde sürdürmesi için ilaç tedavilerinin yanında kapsamlı psikososyal müdahalelerden yararlanmasının önemli bir yeri olduğu tespit edilmiştir (Doğan , 2002: 240).

Ağır ruhsal hastalıklarda medikal tedaviye ek olarak gerçekleştirilen psikososyal müdahale yaklaşımlarının hastalığın neden olduğu belirtilerin ve yinelemelerin önlenmesi, hastaneye yatışın azaltılması, bireyin işlevselliğinin yeniden kazandırılmasında, tedaviye uyumunun sağlanması ve güçlenmesinde önemli etkisinin olduğu yapılan çalışmalarla desteklenmiştir (Phorah, Mari, Rathbone & Wong, 2010: 3).

Hastaneye yatışı temel alan hizmet modelinin, hastaların toplumsallaşmaları ve yeti yitimlerinin önüne geçilmesi aşamasında yeterli gelmemesi, toplumu temel alan yeni bir modele geçişi hızlandırmıştır. Toplum temelli modelde amaç hastaların tedavi ve bakım hizmetleri hastanelerde değil, hastanın yaşadığı sosyal çevresinde sağlanmasıdır (Songur, Saylavcı ve Kıran, 2017: 278).

Günümüzde ruh sağlığı kavramı kişiye göre iyi oluş düşüncesi etrafında toplanarak kişilerin içerisinde buldukları toplumda kaliteli bir yaşam sürmelerini sağlamaya odaklanmaktadır. Toplum temelli olarak adlandırılan bu modelde hastaneden topluma geçiş süreci evrensel insan haklarını temel alan ve multidisipliner çalışma anlayışı gerektirmektedir (Buldukoğlu, 2015: 10).

Ruh sağlığı hizmetlerinde kullanılan bir diğer model toplum-hastane denge modelidir. Ruhsal hastalığı olan bireylere yönelik toplum temelli hizmet modelinde dünya genelinde hastanelerinin faaliyetlerinin azaltılması ve hastaların hastaneye yatırılmadan ayaktan tedavinin desteklenmesi yönünde düşünceler bulunmaktadır. Fakat, ağır ruhsal hastalıkların yapısı nedeni ile bazı durumlarda klinikte yatarak tedavi kaçınılmaz olmaktadır. Hastanın bakımını üstlenecek yakının bulunmaması hastanın kendisi ve toplum için tehlike haline gelmesi, hastanın toplumdan ve kendisinden korunmasının sağlanması, hastanın tedaviye uyumunun olmaması, tanı konulması, yüksek riskli ilaçların uyguna gereksinimi gibi olasılıklarda hastaneye yatış kaçınılmaz olmaktadır (Arietti, 2008: 122).

Uygulayıcılar tarafından toplum temelli modele geçişte ülkemizin sosyal koşulları ve sağlık sisteminin yapısı göz önüne alınarak bu konuda en uygun modelin toplum-hastane denge modeli olduğu kanaati oluşmuştur. 2011 yılından sonra kademeli olarak hastane yatak kapasiteleri 200 yatak altına düşürülmüş ya da korunmuş, aynı zamanda toplum ruh sağlığı merkezleri de uygulamaya konulmuştur (Sağlık Bakanlığı, 2011).

2.2.1. Toplum Temelli Ruh Sağlığı Hizmetleri

Toplum temelli ruh sağlığı modeli, gelişen insan hakları ile ve ruh sağlığı hastalarının kişisel haklarına değer veren, bireylerin toplumdan uzaklaştırıldığı kalabalık hastaneler yerine, yaşadığı sosyal çevrede bakım verilmesini destekleyen bir hizmet şeklidir (Alataş, Karaoğlu, Arslan ve Yanık, 2009: 25). Ruhsal hastalıkların tedavisinde toplum temelli model uygulanmasındaki amaç, ruhsal hastalıkların tedavi ve bakımının depo hastaneler yerine kişinin yaşadığı çevrede yapılarak ruhsal hastalığı olan bireylerin

hastaneye yatışını önlemek ve minimum destekle başkalarına ihtiyaç duymadan günlük yaşamlarını devam ettirebilmelerini sağlamaktır.

Birey ve etkileşimde bulunduğu çevreye sunulan koruyucu, tedavi edici ve rehabilite edici ruh sağlığı hizmetlerinin tamamı toplum ruh sağlığı kavramı ile ifade edilmektedir. Bireylerin ruhsal hastalıkları ile başa çıkmalarına yardımcı olmak, hastalığa bağlı olarak kaybettikleri toplumsal rollerini yeniden işlevsel hale getirmek amacıyla yapılan çalışmaların tamamı toplum ruh sağlığı hizmetleridir (Pektaş, Bilge ve Ersoy, 2006: 44).

2.2.2. Dünya’da Toplum Temelli Ruh Sağlığı Hizmetleri

Ruh sağlığı hizmetlerinin gelişimine bakıldığında üç dönemin göz önüne çıktığı görülmektedir. İlk dönem geleneksel model olan akıl sağlığı hastanelerinin yaygınlaştığı, ikinci dönem akıl hastanelerinin gerilemesi ve üçüncü olarak da ruh sağlığı hizmetlerinin dengelendiği dönemdir. Her ne kadar bu dönemler arka arkaya gelse de ülkelerin gelişmişlik düzeylerine bağlı olarak tarihsel farklılıklar görülmektedir (Thornicroft & Tansella, 2002).

Büyük ölçüde yeti yitimine neden olan şizofreni ve bipolar bozukluk gibi tanları olan hastalara hafta içi mesai saatlerinde, toplum temelli ruh sağlığı çerçevesinde hizmet veren TRSM’ler, İlk olarak 1963 yılında ABD’de açılmış olup günümüzde ayaktan hastalara hizmet veren kuruluşlar olarak varlığını devam ettirmektedir.

Avrupa’daki farklı ülkelerde toplum temelli hizmetlere geçiş farklı gelişmelerin neticesinde ortaya çıkmıştır. Bu ülkelerdeki siyasi ve toplumsal değişim talepleri doğrultusunda ruh sağlığı alanında reformlar gerçekleşmiştir. İlk olarak ruh sağlığı hastanelerinin kapatılması sürecini başlatan Avrupa Ülkesi 1961 yılında çıkardığı ruh sağlığı reformu ile İtalya olmuştur. 1978 yılında yapılan bir düzenleme ile Gorizia ve Parma’daki iki ruh sağlığı hastanesi ve Trieste hastanesinin kapatılmasına karar verilmesi, İtalya’daki toplum temelli ruh sağlığı sürecinin ilk adımlarını oluşturmuştur (Tükel, 2020).

2.2.3. Türkiye’de Toplum Temelli Ruh Sağlığı Hizmetleri

Ülkemizde ruh sağlığı alanındaki uygulamalara bakıldığında Selçuklu ve Osmanlı Devleti dönemlerinde Avrupa’ya nazaran insancıl bir yaklaşım sergilenmekte olduğu, ruh sağlığı bozuk hastaların toplumun içinde tutularak Bimarhane ve Darüşşifalarda tedavi edildiği gözlemlenmektedir. Cumhuriyet döneminde ise açılan hastanelerle birlikte hastane temelli sistemin uygulandığı görülmektedir (Ensari, 2013: 63).

Sağlık alanında çalışmalar yapan Dünya Sağlık Örgütü, üyesi olan ülkelere ruh sağlığı hastalarının psikososyal ihtiyaçlarının karşılanması amacı ile kaliteli standartlarda tedavi ve bakım sunacakları bir sistem için öneriler sunmaktadır. Ruhsal hastalıklarla baş etmede önemli etki eden bu tavsiyeler arasında; ruh sağlığı hizmetlerinin birinci basamak kurumlar tarafından verilmesi, psikiyatri hastanelerinde verilen bakımın azaltılarak ve toplum temelli ruh sağlığı hizmetlerinin geliştirilmesi şeklindedir (Knapp, McDaid, Mossialos, & Thornicroft, 2007: 223).

Bu kapsamda ülkemizde ruh sağlığı alanında yapılan en önemli adım 2006 yılında hazırlanan ulusal ruh sağlığı metni olmuştur. Bu metinde ruh sağlığı hizmetlerinin toplum temelli model kapsamında yürütülmesi önerilmiş ve hastane temelli modelden toplum temelli modele geçişi hızlandırma kararı verilmiştir. Bu karara istinaden Sağlık Bakanlığı tarafından ilk TRSM 2008 yılında Bolu’da faaliyete başlamış, 2015 yılında Bakanlığa bağlı toplam TRSM sayısı 86 olmuştur. Bu merkezlerin sayısının artırılması ruh sağlığı hedefleri arasında belirtilmiştir (Arslantaş, 2018: 21-22). Sağlık Bakanlığı’nın en son 16 Ocak 2024 tarihinde yayınladığı listede ülkemizde toplamda 186 adet TRSM bulunduğu açıklanmıştır (Sağlık Bakanlığı, 2024).

Toplum temelli ruh sağlığı modeli çerçevesinde ülkemizde hastaların bilişsel ve sosyal işlevlerini iyileştirmeye yönelik etkin tedaviler sunulması hedeflenmektedir. Toplum ruh sağlığı merkezlerinde çok boyutlu, ruhsal ve toplumsal yaklaşımlarla hastaların tedavi ve izlemlerinin yapılması, bakım gereksinmelerinin karşılanması amaçlanmaktadır (Doğan, 2016: 136).

Yıldız ‘*şizofreni ve şizoafektif bozukluk gibi ciddi ruhsal hastalıkların tedavisinde 1950 yılından itibaren geliştirilen medikal tedavilere rağmen günümüzde ağır ruhsal hastalıkların tedavisinde halen tamamlanması gereken psikososyal alanlar olduğunu*’ söylemektedir (Yıldız, 2019).

2.3. Öz Yönetim Kavramı

Öz yönetim bireyin kronik bir durumla yaşamının doğasında var olan semptomları, tedaviyi, fiziksel ve psikososyal sonuçları ve yaşam tarzı değişikliklerini yönetme yeteneği olarak tanımlanmaktadır (Karadeniz, 2023: 35). Kronik rahatsızlığı olan bireyler, bazen bir eş, arkadaş veya bir bakıcının yardımıyla durumlarıyla baş etmek veya kendi kendini yönetmek zorundadır. Fiziksel belirtilere ek olarak, kronik hastalıkların genellikle insanlar üzerinde sosyal ve duygusal etkileri vardır.

Hem tıbbi hem de ekonomik nedenlerden dolayı, kronik hastalıklarla yaşayan artan sayıda birey, artan öneme sahip bir halk sağlığı sorununu oluşturmaktadır. Hasta sorumluluğunu vurgulayan öz yönetim, eğitimin ötesine geçerek bireylere zorlukları aktif olarak tanımlamayı ve hastalıklarıyla ilgili sorunları çözmeyi öğretir.

Etkili öz yönetim desteği genellikle birçok bileşene sahiptir. Bu özellikler; esnek olmalı, bireye ve hastalıklarına göre uyarlanmalı, kendini yönetmeyi aktif olarak teşvik eden bir organizasyon içinde hasta ile güvenilir bir sağlık profesyoneli arasındaki iyi bir iş birliği ile desteklenmelidir. Öz yönetimi desteklemenin temel faaliyetleri kronik hastalık hakkında bilgi ve bilgi sağlanması, kronik hastalığı ile hayata uyum sağlayan insanları desteklemek için psikolojik stratejiler, kronik hastalığa göre uyarlanmış fiziksel bakım için pratik destek, ani durum değişiklikleri için eylem planları ve uygun şekilde sosyal destek sağlanmasını içermektedir (Stephanie JC Taylor et. al. 2014).

Öz yönetim, hastaların kendi algılarını ön planda tutarak sağlıklı yaşamlarını sürdürmelerine yardımcı olmayı amaçlamaktadır. Öz yönetim programları tıbbi veya davranışsal yönetim, rol yönetimi ve duygusal yönetim programlarının üçünü de içermelidir. Öfke, korku, hayal kırıklığı ve depresyon gibi duygular kronik hastalığı olan kişiler tarafından sıklıkla yaşanır; bu nedenle bu duyguları yönetmeyi öğrenmek, durumu yönetmek için gereken işin bir parçası haline gelir. Bu nedenle öz yönetim programları hastanın algıladığı sorunlara dayanmalıdır (Lorig & Holman, 2003:2). Örnek vermek gerekirse, psikozda yeti yitimi eğitim programları engelliliğin önlenmesine ve engellilik yönetimine odaklanmaktadır. Ancak psikoz hastalarının en büyük endişesi hastalığın belirtilerinin artmasıdır. Bu nedenle, öz yönetim programları hastalık yönetimine odaklanır. Bu, engelliliği yönetmeye ilişkin bilgilerin verilmeyeceği anlamını taşımaz. Daha çok hastalık yönetimi bağlamında öğretilmektedir. Bireylerin yeti yitimine neden olan faktörlerden biri bilişsel işlevlerin kaybıdır. Psikoeğitimler, sosyal biliş eğitimleri bireyleri hastalığın belirtileri ve hastalıkla baş etme konusunda sistematik bir yaklaşımla sunularak bireylere iç görü kazandırmaktadır.

Öz yönetim kavramında görevler durumun tıbbi yönetimi, davranış yönetimi ve duygusal yönetimi içermektedir. Problem çözme, karar verme, kaynak kullanımı, sağlık hizmeti sağlayıcılarıyla ortaklıklar ve harekete geçmeyi içeren beş temel öz yönetim süreci bulunmaktadır (Grady, & Lucio Gough, 2014: 26).

Öz-yönetim eğitimi hastanın endişeleri ve sorunlarına odaklandığından, her yeni konu ve hasta grubu için ayrıntılı bir ihtiyaç değerlendirmesi yapılmalıdır. Farklı hastalıklar, davranışlar ve popülasyonlar arasında pek çok kaygı paylaşılsa da, gruplar ve hatta bireyler arasında her zaman farklılıklar vardır.

2.3.1. Kronik Hastalıklarda Öz Yönetim Unsurları

Hastaların günlük aktivitelerini yönetme ve kendi sağlıklarını koruma yetenekleri kronik hastalıklarda öz yönetimin temel göstergeleridir. Sağlık bakım etkinliği, kişinin sağlığını etkili bir şekilde yönetmek için gereken eylem kurslarını yürütme yeteneğini ifade etmektedir (Joekes, Van Elderen, & Schreurs, 2007: 6). Kronik hastalığı olan hastaların sağlığını korumak da büyük ölçüde tedavi planlarına uyup uymadıklarına bağlıdır. Tedaviye bağlılık, hastanın sağlık profesyonelleri tarafından önerilen tedavi planlarını takip etme yeteneğidir. Yapılan araştırmalar, daha düşük duygusal işlevsellik ve daha karmaşık tıbbi tedaviler gibi daha kötü sağlık sonuçlarının daha düşük tedavi uyumu ile ilişkili olduğunu göstermiştir (Morisky, Ang, Krousel-Wood, & Ward, 2008: 448). Bireyler sağlık ve günlük yaşamın sürdürülmesindeki zorlukların yanı sıra, hastalıklarıyla ilgili damgalanma ile karşı karşıya kalmaktadırlar. Damgalama ile uğraşmak kronik hastalık öz yönetiminin önemli bir bölümünü oluşturur, ancak yapılan ölçeklerin çoğu damgalama hususunu ele almamaktadır. Damgalama, bir hastanın kronik hastalığın olumsuz düşüncelere sahip diğerlerine karşı ayrımcılık deneyimi ve bu düşüncelerin hasta tarafından içselleştirilmesi olarak tanımlanır (Corrigan, Rafacz, & Rüşch, 2011: 340). Damgalanmış hissetmek, benlik saygısını etkileyerek sosyal izolasyona yol açabilmektedir. Hastalar, hastalıklarını başkalarına ifşa etmek istemedikleri için sağlık hizmeti almakta da isteksiz hale gelebilirler.

Bireyler, farklı başa çıkma stratejileri kullanarak sosyal reddedilme ve damgalamanın ardından başkalarıyla aidiyet ve bağlantı duygusunu yeniden kazanmaya çalışırlar (Richman & Leary, 2009: 368). Bu sebeple, damgalanma ile başa çıkma ve kendi kendine damgalamayla hafifletme yeteneğinin ölçülmesi, kronik ruhsal hastalığa sahip bireylerin yaşam kalitesinde önemli bir rol oynayan öz yönetim bileşenleridir.

2.3.2. Kronik Hastalıklarda Öz Yönetimi

Genel olarak bir yıl veya daha uzun süren, sürekli tıbbi bakım gerektiren, günlük yaşam faaliyetlerini sınırlayan durumlar kronik hastalıklar olarak tanımlanır. Ölüm ve sakatlığın önde gelen nedenleri arasında olan kalp hastalığı, kanser ve diyabet gibi

kronik hastalıklar aynı zamanda ülkelerin sağlık bakım masraflarını etkileyen önde gelen itici güçlerdir (CDS, 2022).

Beklenen yaşam süresinin uzamasıyla kronik hastalıkların görülme sıklığında artış gözlenmektedir. Literatürde bulaşıcı olmayan hastalıklar (BOH) kapsamında yer alan bu durum hem hastalar hem de bakım verenleri açısından sorun yaratan tıbbi durumlardır.

Kronik hastalıkların tedavi ve bakımında başarı, bireyin öz yönetim ve öz bakımının yeterli düzeyde olması ile sağlanmaktadır. Birey bakım gereksinimlerinde sorumluluklarını yerine getiremediğinde öz bakım eksikliği meydana gelmekte ve bireyin kendi sağlığını koruma, sürdürmesi ve geliştirmesinde yetersizlik yaşamasına neden olmaktadır (Koşar ve Büyükkaya Basen, 2015: 45).

2.3.3. Kronik Ruhsal Hastalıklarda Öz Yönetimi

Kronik hastalıklarda hastalara öz yönetimi becerisi kazandırmak amacıyla yapılan eğitim çalışması ile güçlendirilmesi gibi çalışmalar hastalığın tedavisi aşamasında önemli yer kaplamaktadır (Beaglehole, et al., 2008). Etkili hastalık yönetimi ile hastalık belirtilerinin, acile başvuru ve hastaneye yatış oranlarının azaltılması, hastanın bağımsızlığının sağlanması ve yaşam kalitesinin artırılması mümkün kılınabilmektedir (Hasket, 2006: 394).

Şizofreni gibi ağır ruhsal hastalığa sahip kişilerde dağınık konuşma, sanrılar, kontrol altına alınamayan düşünceler, anormal davranışlar gibi pozitif belirtiler, bilişsel bozulma, amaca yönelik eylem başlatma ve sürdürmede yetersizlik, kendini dış dünyadan soyutlama gibi negatif belirtiler görülmektedir (Ertuğrul, 2010: 355). Hastalığın tedavisinde kullanılan ilaçların olumsuz etkilerinin üzerine bu belirtiler de eklenince kişide görsel algıda ve motor fonksiyonlarında bozulmalar ortaya çıkmaktadır. Hastalar psikoz durumunun başlangıcından itibaren zamanla iş hayatı, kişilerarası ilişkileri ve fiziksel bakımı gibi işlevsel olma durumunu gerektiren alanlarda sorunlar yaşamaktadır (Köroğlu E., 2013: 50). Kronik ruhsal hastalar öz yönetimlerini ve öz bakımlarını gerçekleştirmede önemli derecede zorluk yaşayabilmektedir. Bireyler hastalığın belirtileri olan sanrı ve var sanılarla sürekli uğraş halinde olduklarından günlük temel yaşam gereksinimlerini sürdürmede zorlanmaktadır. Kişinin ruhsal hastalığa sahip olması günlük ve sosyal yaşamına etki eden başka sorunların da ortaya çıkmasına neden olmaktadır (Üstünkaya ve Asqarova, 2023: 83).

Kronik ruhsal hastalığı olan bireylerde obezitenin, metabolik hastalıkların, diyabetin, kardiyovasküler hastalık belirtilerinin ve solunum yolu hastalıklarının uluslararası görülme oranı genel nüfus dağılımına nazaran en az iki kat arttığı, aynı zamanda HIV yaygınlığı ise sekiz kata kadar artabildiği yapılan araştırmalarda ifade edilmektedir (Scott & Happel, 2011: 590). Kronik ruhsal hastalıklarda görülen bu durumlar bireylerde ölüm riskinin beş kata kadar artmasına neden olabilmekte ve bu da beklenen yaşam yılında önemli ölçüde kayıpla sonuçlanabilmektedir (Hardy & Richard, 2011: 350).

Şizofreni ve diğer psikotik bozukluklarda fiziksel hastalık riskinin artmasına neden olan durumlar arasında, sağlık ihtiyaçları hakkında karar verme yetisinin zayıflığı, düşük sosyoekonomik durum ve fiziksel hastalıkların tespit edilmesinde güçlükler olmak üzere çeşitli faktörler belirlenmiştir. Bu bakımdan şizofreni hastaları dâhil ciddi ruhsal hastalığı olan bireyler sosyal, bilişsel ve davranışsal eksiklikler nedeni ile yetersiz sağlık ve öz bakım uygulamaları bakımından yüksek risk altındadır (Holmberg & Kane, 1999: 828).

Hastalığın semptomlarının beraberinde hastalar günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirmekte zorluklar yaşayabilmektedir. Pozitif belirti olan paranoid düşünceler kişinin zihnini işgal ederek bireyin en temel ihtiyacı olan beslenmeyi bile bir tehdit unsuru olarak algılamasına sebep olabilmektedir. Bu durumda birey açlık ve uykusuzlukla mücadele etmektedir. Negatif belirtiler ise enerji kaybı, sosyal yaşama katılımında azalma, iletişim ve hareket etmede isteksizlik gibi davranışlara yol açabilmektedir. Bu süreçte hastalar banyo yapmama, tıraş olmama, ağız sağlığına önem vermeme ve giyim kuşamda anormal fiziksel görünüme bürünebilmektedir (Nawaz, 2017: 148).

Kişinin sosyal yaşama katılımı, günlük temel faaliyetleri bağımsız bir şekilde yapma düzeyi ile yakından ilişkilidir. Kişinin piknik, gezi, sanat, tiyatro gibi aktivite katılımı günlük yaşamda ve sosyal hayatta becerilerin aktif ve hedefe yönelik olarak kullanılmasıyla tanımlanmaktadır (Kielhofner, 2007: 85).

2.4. İşlevsellik ve Sosyal İşlevsellik

İnsan doğası gereği sosyal yaşamla iç içedir. Bireyin kişiliği anne-baba ve içinde yaşadığı yakın çevresindeki toplumla etkileşimleri neticesinde oluşmaktadır. Her ne kadar doğuştan getirdiğimiz belirli bir kalıtsal özelliklerimiz bulunsa da insan dünyaya geldiği andan itibaren etkileşim halinde olduğu insanlar ve çevresinden

öğrenerek belirli yaşam davranışları elde etmektedir Bireyin toplum içinde edindiği bu davranış alışkanlıkları bireyin toplumla bütünleşmesini sağlamaktadır (Yıldız, vd., 2017: 2).

Bireylerin işlevselliği, ev, iş ya da sosyal ortamlardaki rollerini yerine getirme yeteneği olarak tanımlanmaktadır. Aynı zamanda kişinin bu ortamlardaki rollerinde (eş, anne-baba, dost, iş arkadaşı) yeterli olma durumu ve doyumunu içine almaktadır (Kasper, 1999: 28). Sosyal işlevsellik genel anlamda istihdama katılma, kişilerarası ilişkileri sağlama ve öz bakımını yerine getirme kavramlarıyla ilişkilidir. Bireyin sosyal işlevsellik düzeyi, sosyal destek, aktivite düzeyi ve genel yaşam işlevselliğine de etki etmektedir (Aşık ve Ünsal Barlas, 2016: 94).

Sosyal işlevsellik genel olarak beş alanda değerlendirilmektedir (Mueser K, 1998):

- 1) *Kendine bakım ve bağımsız yaşama becerileri. Kişi kendine bakabiliyor mu? Başkasının yardımına gerek olmadan bağımsız olarak yaşamını devam ettirebiliyor mu? Beslenme, para yönetimi, sağlığıyla ilgilenme, sosyal kaynakları kullanabilme konularında etkin davranış ortaya koyabiliyor mu?*
- 2) *Kişilerarası ilişkiler. Aile üyeleriyle ve sosyal çevresi ile nasıl ilişki kurmaktadır? İlişkileri beklenen düzeyde mi?*
- 3) *Bireysel ve toplumsal rollerini yerine getirme; işçi, öğrenci, öğretmen, ev hanımı, sporcu ya da müzisyen olarak kendisinden beklenen görevleri yerine getirebilmekte midir?*
- 4) *Boş zamanı değerlendirme ve etkinlik yapma. Kişi zamanını etkin bir şekilde mi kullanabiliyor mu? Kendi kendine ya da başkaları ile bir etkinlikte bulunabiliyor mu?*
- 5) *Toplumla bütünleşme. İlk dört maddedeki işlev ve yetkinliklerle birlikte kişi içinde yaşadığı toplumla bütünleşebiliyor mu?*

2.4.1. Kronik Hastalıklar ve Sosyal İşlevsellik

Çeşitli fizyopatolojik nedenler sonucu ortaya çıkan, ortaya çıkması bakımından yavaş bir seyir gösteren ve bireylerin normal fizyolojik fonksiyonlarında bozulmalara ve geri dönüşümsüz hasara yol açan kronik hastalıklar dünyada ve ülkemizde en yaygın ölüm nedenleri arasında yer almaktadır. Fiziksel fonksiyonlarda geri dönüşümü olmayan değişikliklere neden olan bu hastalıklar insan yaşamının uzun bir dönemini kapsamaktadır (Aydemir ve Çetin, 2019: 110).

Kronik hastalıklar ve beraberinde getirmiş olduğu istenmeyen durumlar, bireylerin yaşamsal kapasitelerinde azalmaya, işgücünde düşmeye, yaşam kalitesinde bozulmalara ve sosyal yalıtımlarına neden olurken; aile ilişkilerini ve yaşam tarzını da olumsuz yönde etkileyebilmektedir (Türkmen, 2012: 37).

Kronik hastalıklar sürekli olarak tıbbi bakım ve tedavi gerektirmektedir. Bu nedenle bireylerin yaşamları süresince kendi tedavi ve bakımlarının sorumluluğunu üstlenip yaşamlarını en az destekle sürdürmeleri önemlidir. Bu hastalıkların yaratmış olduğu istenmeyen durumlar bireylerin yaşam kalitesini, dolayısı ile sosyal işlevselliğini olumsuz etkileyebilmektedir. Tedavi ekibi içinde yer alan sağlık personellerinin kronik hastalıkların yönetimindeki rolü, bireyin en kısa zamanda kendi tedavi ve bakımının sorumluluğunu alacak seviyeye gelmesini sağlanması ve bireyine mevcut yaşam kalitesini koruyarak sosyal işlevselliğinin artırılmasıdır. Bu aşamada sağlık personelleri vaka yöneticisi, eğitimci, danışman, bakım verici rollerini etkin bir şekilde yönetmesi gerekmektedir. Bu şekilde hastaların tedavi uyumları artacak, hastalık ve tedavi kaynaklı olumsuz durumlarla baş etmeleri kolaylaşıp, yaşam kaliteleri yükselecektir (Karakoç Kumsar ve Taşkın Yılmaz, 2014: 67).

2.4.2. Kronik Ruhsal Hastalıklarda Sosyal İşlevsellik

Bireyin işlevsellik düzeyi fiziksel ya da ruhsal hastalıklardan etkilenmektedir. Yeti yitimine neden olan şizofreni, şizoafektif bozukluk gibi kronik ruhsal hastalık tanılarında birine sahip bireylerde sosyal işlevsellik düzeyi özellikli bir tanı ölçütü olduğu gibi iyileşme kavramının da önemli bir göstergedir (Bekiroğlu ve Demiröz, 2020: 1054). Kronik ruhsal hastalıkların temel özelliklerinden biri de sosyal işlevsellikte bozulmadır. Bu durum bireylerin günlük yaşamsal aktiviteleri üzerindeki olumsuz etkileri nedeniyle hastalar için büyük bir risk oluşturarak yaşam niteliğinde azalmaya yol açmaktadır (Gürcan, Yıldız, Patır ve Demir, 2021: 109)

2.4.3. Kronik Ruhsal Hastalıklarda Yeti Yitimi

Kronik hastalıklar sonucunda bireylerin uzun süreli aktivitelerinde azalmalar görülebilmekte, bireyler fiziksel ve sosyal yönden yeti yitimi ile karşı karşıya kalabilmektedir (Garman ve Sultan, 2014: 398-408).

Şizofreni ve psikotik bozukluklar bireyde sosyal ve işlevsel güç kayıplarına neden olan, ailenin ve toplumun bakım yükünü arttıran, kronik olarak seyreden kronik bir hastalıktır (Kocal Y, 2017:105). Yeti yitiminin belirlenmesinde önemli bir gösterge sosyal

işlevselliğin bozulma düzeyidir. Belli oranda sosyal işlev kaybı olan veya bir süreliğine yeti yitimi yaşayan bireyler için sosyal işlevselliğin tespit edilmesi tedavi hedeflerine ulaşmada daha sağlıklı ve uygun müdahale yöntemleri düzenlenmesine olanak sağlamaktadır. İşlevsellik düzeylerinin düzenli olarak değerlendirilmesi bireylerin yeti yitimine bağlı olarak sosyal haklarından yararlanmasını da mümkün kılmaktadır (Llorca, et al., 2009: 219).



ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

RUH SAĞLIĞI ALANINDA SOSYAL HİZMET MESLEĞİNİN YERİ VE BU ALANDA YAPILAN ÇALIŞMALARLA GENEL BAKIŞ

Bu kısımda sosyal hizmet ve tıbbi sosyal hizmetin tanımı yapılarak temelli ruh sağlığı hizmetleri sosyal hizmetin yeri ve sorumluluklarına yer verilerek bu alanda yapılan çalışmalara değinilmiştir.

3.1. Sosyal Hizmet Kavramı

Sosyal değişim, insan ilişkilerinde sorun çözme ve bireyin iyilik halinin geliştirilerek bağımsızlaştırılması gibi üç önemli boyutu içeren sosyal hizmet hem bilim dalı hem de meslek olarak kabul görmektedir. Bu sebeple literatürde çok çeşitli sosyal hizmet tanımlamaları yer almaktadır. Uluslararası sosyal hizmet uzmanları federasyonu (IFSW) genel kurulu tarafından 2014 yılında kabul edilen sosyal hizmetin küresel tanımı; '*Sosyal hizmet, sosyal değişim ve gelişmeyi, sosyal uyumu, insanların güçlendirilmesini ve özgürleşmesini teşvik eden uygulamaya dayalı bir meslek ve akademik bir disiplindir. Sosyal adalet, insan hakları, kolektif sorumluluk ve farklılıklara saygı ilkeleri sosyal hizmetin merkezinde yer alır. Sosyal hizmet teorileri, sosyal bilimler, beşerî bilimler ve yerel bilgilerle desteklenen sosyal hizmet, yaşamdaki zorlukları ele almak ve refahı artırmak için insanları ve yapıları bir araya getirir*' şeklinde yapmıştır (IFSW, 2014).

Kendisine ait amaç, bilgi temeli, değerler sistemi, etik kuralları ve beceri birikimi olan sosyal hizmet mesleği ilk olarak birey ve sosyal çevresi arasındaki etkileşime odaklanan ve bu etkileşime bağlı psikolojik, sosyal ve ekonomik kaynaklı sorunların ortadan kaldırılması için çalışan meslektir. Bu amaçlar doğrultusunda insan hakları çerçevesinde, mikro, mezzo ve makro uygulamalar yapan bir meslektir (Aykara ve Akçay, 2010: 52). Sosyal hizmet mesleği mikro düzeyde bireylerle, mezzo düzeyde aileler ve gruplarla makro düzeyde ise diğer örgüt ve topluluklarla farklı müracaatçı gruplarını sosyal işlevsellik bakımından güçlendirmek, yenilemek ve desteklemek gibi amaçları güden uygulamalı bir (Zastrow, 2014: 6).

Bireylerin ve grupların sosyal işlevselliği üzerine odaklanması ve onlara içinde buldukları çevreleri ile daha sağlıklı bir şekilde etkileşim kurmalarına yardımcı olması dolayısıyla sürekli gelişen ve değişen toplum koşullarında hem bireylerle beraber hem de bireyler adına mücadele eden bir meslektir (Duyan, 2010: 3).

Bir meslek ve bilim dalı olan sosyal hizmet disiplini tüm çerçevesi ile ortaya koymak geniş ve ayrıcalıklı bir çalışma konusudur. Bu nedenle bu bölümde çalışmanın amacı göz önüne alınarak sosyal hizmetin genel tanımı yapıldıktan sonra sağlık alanındaki çalışmaları odak alınarak ruh sağlığı alanındaki konumu ve uygulamalarına değinilmiştir.

3.2. Tıbbi Sosyal Hizmet Tanımı ve Tarihsel Gelişimi

Sosyal hizmet disiplini ve sağlık alanı rastlantısal olmayan, birbirini destekleyen ilişki içerisindedir. Bireylerin sosyal, ruhsal ve bedensel tam bir iyilik halini hedeflemesi açısından sosyal hizmet disiplini sağlık alanı bilgisine ihtiyaç duymakta, sağlık alanında ise insanı bütüncül bir yaklaşımla değerlendiren, hasta hakları konusunda savunuculuk yapan sosyal hizmet disiplinine ihtiyaç duymaktadır (Güneş ve Tuncay, 2018: 2).

Sağlığın sunumunda sosyal hizmet, mesleki çalışma alanı olarak sağlık kuruluşlarına başvuran hastalara bütüncül bakış açısı ile mikro, mezzo ve makro düzeylerde uygulamalarda bulunmaktadır. Hastaların sağlık hizmetinden faydalanmaları, hizmete ulaşma ve tedavi sürecinde karşılaştıkları problemlerin çözümüne yönelik planlı uygulama ve müdahaleleri içermektedir (Zengin, 2011: 34).

Sosyal hizmet mesleğinin sağlık alanındaki tarihsel gelişimine bakıldığında 1700'lü yıllarda sağlık çalışmalarına paralel olarak geliştiği görülmektedir. Bu yıllarda almshouse, yoksul barınma evi, ölüm yeri olarak adlandırılan yapılar, her yaşta yoksul, tıbbi bakıma ihtiyaç duyan veya bilişsel sağlığı yerinde olmayan kişiler için bakım verilen ilk sağlık bakımı sunulan yerler olmuştur (Dziegielewski, 2004: 48-49).

Sosyal hizmet disiplinin gelişmesinde önemli yeri olan bulunan ve günümüz sosyal hizmet merkezlerine öncülük ettiği düşünülen ilk hayırseverlik cemiyeti olan Chartiy Organization Society 1877 yılında New York'ta (COS) kurulmuştur (Turan N. , 2009: 6). Bu gelişmeyi yardım başvurularının yerinde incelenmesi için ev ziyareti yaparak hastaların ihtiyaçların belirlenmesi, psiko-sosyal yönden incelenmesi ve ihtiyaçlarının karşılanması için Lady Almoner olarak adlandırılan sosyal yardım görevlilerinin istihdam edilmesi izlemiştir. Bu olayla birlikte tıbbi sosyal hizmet alanında melekleşmenin ilk adımları atılmıştır. Amerika Birleşik Devletleri'nde Massachusetts Hastanesi'nde profesyonel olarak ilk sosyal hizmet birimi 1905 yılında kurulmuş ve faaliyetlerine başlamıştır (Saruç, 2015: 113).

Ülkemizdeki gelişmelere bakıldığında sosyal hizmet uygulamalarının dolayısıyla tıbbi sosyal hizmet uygulamalarının köklü bir geçmişi bulunmakla birlikte, uygulama yöntemi olarak ilk düzenlemelerin 1958 yıllarında başladığı görülmektedir. Bu tarihte Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı'na bağlı olarak sağlık hizmetlerinin yanında sosyal yardım hizmetlerinin uygulanması, 1959 yılında da Sosyal Hizmetler Enstitüsü'nün kurulmasına karar verilmiştir. 1961'de Sosyal Hizmetler Akademisi kurulduktan sonra bu akademinin mezunları ülkemizde sosyal çalışma mesleğinin ilk uygulayıcıları olmuştur (Duyan, 1996: 11).

Sağlık Bakanlığı 2011 yılında çıkarmış olduğu tıbbi sosyal hizmet yönergesinde tıbbi sosyal hizmetin tanımını yapmıştır. Bu yönergeye göre Tıbbi sosyal hizmet '*ayaktan veya yatarak tedavi gören hastaların tıbbi tedaviden etkin bir şekilde yararlanması, sosyal sağlığın korunması ve geliştirilmesi, tedavi sürecinde hastanın ailesi ve çevresi ile ilişkilerinin düzenlenmesi, tedavi sürecini etkileyen psiko-sosyal ve sosyal-ekonomik sorunların zamanında çözümlenerek sosyal işlevselliğini yeniden kazandırılması amacı ile yürütülen faaliyetler*' olarak tanımlamıştır (Sağlık Bakanlığı, 2011).

Bu bilgiler ışığında hastalık ve hastalığın tıbbi tedavisi ile bağlantılı olarak bireyin ve ailenin yaşamını etkileyen duygusal ve sorunların çözümlenmesi tıbbi sosyal hizmetin amacını oluşturmaktadır diyebiliriz.

Hastalıklar bireyler için biyopsikososyal, çevresel ve ekonomik riskleri içeren çok boyutlu bir durumdur. Bu durum yeni bir yaşam, varoluş ve kimlik krizine neden olmaktadır (Kocaman, 2005: 108). Hastalık tanısını aldıktan sonra zamanla ortaya çıkan problemler hasta ve sosyal çevresini yakından etkilemektedir. Hastanın tıbbi tedaviye uyumunun desteklenmesi ve öz bakımını kolaylaştırmayı amaçlayan sosyal hizmet müdahalesi, hastanın ve bakım verenlerin yaşam kalitesini olumlu yönde etkileyerek tedavi sürecinde önemli bir yer edinmektedir. Tıbbi sosyal hizmet hastalığa bağlı olarak ortaya çıkan ya da bireyin hastalanmasına neden olan sorunların ortadan kaldırılmasında sosyal hizmet disiplininin yaklaşım, yöntem ve tekniklerinin uygulanmasıdır (Özbesler, 2013: 7). Tıbbi sosyal hizmet sağlık alanındaki gelişmelerle beraber psikiyatrik sosyal hizmet, onkolojik sosyal hizmet, halk sağlığı gibi alt uzmanlık alanlarına ayrılmıştır.

3.3. Ruh Sağlığı ve Psikiyatrik Sosyal Hizmet

Sosyal hizmet mesleği kronik hastalıklarla yaşamını sürdüren bireylerin fiziksel ve sosyal ihtiyaçları olduğunu kabul ederek sosyal hizmet uygulamasını yürüten disiplindir. Kronik hastalığı olan bireylere yönelik sosyal çalışmacıların sorumlulukları sadece kronik hastalığa sahip bireylerin ihtiyaç duyduğu hizmetleri planlamak değil aynı zamanda bireylerin bilişsel sağlığının korunması için bilgi ve becerilerini aktif kullanarak kronik hastalığı olan bireylerin toplumsal katılımlarını sağlamak ve yaşam kalitesini artırmak için çalışmalar yapmaktır (Sütçü, 2023: 58) Aynı zamanda sosyal çalışmacı psikiyatrik sosyal hizmet uygulamalarında hastalığın kabul, hastanın tedaviye hazırlanması ve hastanın sosyal çevresinin sürece dâhil edilmesi, hasta hakları konusunda gerekli bilgilerin sağlanması gibi konularda aktif olarak görevlidir.

Karmaşık durumlarla çalışan sosyal hizmet çalışanları, hastaların zorlu koşullar karşısında bakıma katılmalarını desteklemek ve güçlendirmek için önemli rol üstlenmektedir. Bu anlamda sosyal hizmet çalışanları kronik hastalıklar alanında vaka ve kaynak yönetimi yaparak hasta ve yakınlarına eğitim ve danışmanlık, vaka yöneticisi rollerini sosyal hizmet amaç ve değerleri doğrultusunda uygular (Findley, 2014: 84). Bu uygulamalarda çevresi içinde birey bakış açısını benimseyen biyopsikososyal yaklaşım, son yıllarda klinik sosyal hizmet ve psikiyatrik sosyal hizmet uygulamalarında sıklıkla kullanılmaktadır. Psikiyatrik sosyal hizmet alanında sosyal destek, kişiler arası ilişkilerin düzenlenmesi, intrapsişik dinamikler gibi konulara yönelik müdahalelerde bulunmaktadır (Zubaroglu Yanardağ ve zmete, 2017: 210).

Ruhsal hastalığa sahip bireylerin toplum içinde rehabilite edilmesini ngren psikiyatrik rehabilitasyonun felsefesini benimseyen sosyal hizmet disiplininin ruh sağlığı hizmetlerinde oldukça önemli bir rolü bulunmaktadır (Attepe zden, 2015: 16). Ruh sağlığı sorunlarının sosyal-ekonomik etkenlerle ilişki içinde olması, sosyal hizmet mesleğinin rolünün önemini arttırmaktadır (Başer, Kırlioğlu ve Mavili Aktaş, 2013: 180). Bütün insanların sosyal işlevselliğini konu alan sosyal hizmet mesleği özelde ruhsal hastalığa sahip bireyler gibi sosyal adaletsizlik, ayrımcılık ve baskıya uğrayan toplumun savunmasız kesimleri olan bireylere öncelik vermektedir (Duyan, 2010: 22).

Son yıllarda ruh sağlığı alanında yapılan çalışmalar, ruh sağlığı alanında yapılan tedavilerin çok boyutlu ve bütüncül anlayışla yapılması, multidisipliner ekip çalışması

gerektirdiği sonucunu ortaya koymuştur (Gökçearsan Çiftçi, Akgöl Gök ve Arslan, 2015: 164).

3.4. Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri ve Sosyal Hizmet Uygulamaları

Ülkemizde ruh sağlığı hizmetlerinin sunumunda toplum temelli yaklaşıma geçiş kapsamında toplum-hastane denge modeli uygulanmaktadır. Bu kapsamında ruh sağlığı ve hastalıklarına ilişkin koruyucu ve önleyici hizmetleri uygulama görevi toplum ruh sağlığı merkezlerine (TRSM) verilmiştir. Sağlık Bakanlığı Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri Hakkında Yönerge ile Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri'nin kuruluş amacı, çalışma esasları, görev alacak personeller ve görevleri tanımlanmıştır (Sağlık Bakanlığı, 2014).

Bu yönergede toplum ruh sağlığı merkezlerinin temel amacını; hastane yatışlarının önüne geçilmesi veya azaltılması, bireylerin sosyal işlevselliklerinin arttırılması, bakım verenlerin ve aile bireylerinin yükünün azaltılması ve kronik ruhsal hastalığı olan bireylere yönelik yapılan toplumsal damgalamayı azaltmak olarak tanımlanmıştır. Multidisipliner yaklaşımla hizmet veren merkezlerde bu kapsamda psikiyatri uzmanı, psikolog, hemşire, sosyal çalışmacı, ergoterapist ve diğer yardımcı personel (tıbbi sekreter, idari ve teknik personel, temizlik elemanı, güvenlik görevlisi) multidisipliner anlayışla hizmet vermektedir (Sağlık Bakanlığı, 2014). Merkez kendisine bildirilen bölgesindeki kronik psikotik bozukluk tanılı hastalara ev ziyareti düzenleyerek veya telefon ile görüşme yaparak kuruma davet etmekte ve takip ve tedavilerini düzenlemektedir (Saruç ve Kaya Kılıç, 2015: 4).

Sosyal çalışmacılar multidisipliner anlayışa uygun olarak toplum ruh sağlığı merkezlerinde mikro düzeyde birey ve aileleri ile hastalıkları hakkında bilgilendirme, hastalıkların belirtileri ve bu belirtilerle nasıl başa çıkabilecekleri konusunda çalışma yaparken, makro düzeyde ruhsal hastalıkları olan bireylere yönelik dışlanma ve ayrımcılıkla mücadele ve savunuculuk çalışmaları yapmaktadır (Attepe, 2014: 88). Ruh sağlığı alanında sosyal hizmet uygulamaları ekip çalışması anlayışını ve yeterliliğini gerektirmektedir. Ekip içinde çalışma şekillerine göre temelde psikiyatri uzmanı, sosyal çalışmacı, psikolog ve hemşireler yer almaktadır. Bu multidisipliner ekip içinde sosyal çalışmacının temel görevi bireyi yaşadığı çevre ile ele alarak bireyin ve çevresinin sosyal işlevselliğinin arttırılmasıdır. Aynı zamanda bireyin tedaviyi kabul etmesini sağlamak, bakımı kolaylaştırmak ve hastalık nedeni ile ortaya çıkan sorunların çözümlünde yer almak sosyal çalışmacılar görevleri arasındadır. Toplumda var olabilecek damgalanma

karşıtı faaliyetler yapmak, ruh sağlığı hastalarına ve ailelerine yönelik politikalar üretmek de sosyal hizmet mesleğinin sorumlukları arasındadır (Bulut, 1998: 1331).

Kronik ruhsal hastalığa sahip bireylere yönelik toplum ruh sağlığı merkezlerinde uygulanan psikososyal müdahaleler bireylere yönelik psikoeğitimler, bireysel veya grup çalışmaları, ruhsal toplumsal beceri eğitimleri, bilişsel eğitimler, vaka yönetimi, çalışma yaşamına uyumlandırma, beslenme ve kilo yönetimi programı ve bilişsel davranışçı tedavi gibi uygulamalardan oluşmaktadır (alışkan, Ata ve Dikeç, 2021: 78). Ailelere yönelik ise, çoğunlukla aile eğitimi, aileler arası destek programı, kriz yönetimi, bireysel veya grup psikoterapi çalışmaları gibi müdahalelerden oluşmaktadır. Bu kapsamda uygulanan psikososyal müdahalelerde sosyal çalışmacılar hem kendine ait mesleki bilgi ve beceri gerektiren görevleri hem de ekip çalışması içerisinde ortak görevleri bulunmaktadır.

Yukarıdaki uygulamalara yakın bir şekilde Oral ve Tuncay (2012), psikiyatrik sosyal hizmet uzmanının rollerini klinik düzey roller ve toplumsal düzey roller olarak iki başlıkta sınıflamışlardır. Buna göre klinik düzey roller; '*sosyal inceleme, psiko-eğitim ve danışmanlık, taburculuk planlaması, bireyle çalışma, grup çalışması, savunuculuk, psikoterapi ve hizmet içi eğitim koordinasyonu*' olarak sıralanmıştır. Toplumsal düzey roller ise; '*ruhsal risk taraması ve araştırma, koruyucu ruh sağlığı hizmetleri, sosyal içerme, toplum eğitimi ve hizmet geliştirme*' şeklinde belirtilmiştir (Oral ve Tuncay, 2012: 110).

Sağlık Bakanlığı Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri Hakkında Yönerge 'de sosyal çalışmacıların görevlerini aşağıdaki şekilde sıralamıştır (Sağlık Bakanlığı, 2014);

- *Merkezin sorumlu olduğu bölgedeki hastaların tespit etmek ve merkeze kaydını sağlamak için ilgili kurum ve kişilerle iletişime geçmek,*
- *Hasta veya yakınlarına merkez hakkında bilgi vermek ve merkeze davet etmek,*
- *Hastaneye yatışı gereken, bakıma muhtaç ya da çalışabilecek duruma gelmiş hastaların; hastane, bakım kurumu, korumalı iş yeri ihtiyacına cevap verebilmek için ilgili kurumlarla irtibata geçmek,*
- *Damgalama karşıtı çalışmalar için kurumlar arası iş birliğini sağlamak ve geliştirmek.*
- *Hastaları sosyal ve hukuki hakları konusunda bilgilendirerek karşılaştıkları sorunların çözümlenmesinde destek olmak,*

- *Sivil toplum kuruluşları ve diğer kurumlarla ilişkileri iş birliği sağlamak sosyal çalışmacıların görevleri arasındadır.*

Diğer personel ile ortak olan sorumluluklar ise;

- *Merkeze gelen hasta veya yakınlarına merkezin amacı ve işleyişi hakkında bilgi vermek, hastalara bireysel danışmanlık hizmeti vermek, grup terapisi ve psikosoyal beceri eğitimlerine katılmak.*
- *Hasta ve ailelerine psiko-eğitim düzenlenmesi ve gezici ekip faaliyetlerine katılmak.*
- *Ev ziyareti sırasında yatış gerektiren bir durum tespit edilirse, hastanın ilgili kliniğe nakledilmesini sağlamak.*
- *İstatistiksel verilerin toplanmasında ve değerlendirilmesinde görev almak,*
- *Merkeze devamı sağlanamayan hasta veya yakınlarıyla irtibat kurmak ve merkezin hastayla bağlantısını oluşturmakla ilgili görevler yer almaktadır.*

3.5. Toplum Temelli Ruh Sağlığı ile İlgili Yapılan Araştırmalar

Ruh sağlığı alanında yapılan çalışmalar gözden geçirildiğinde çoğunlukla Tıp, Hemşirelik ve Psikoloji alanında yapılan çalışmalar göze çarpmaktadır. Sosyal Hizmet bilim dalı alanında yapılan çalışmalarının bu alanda kısıtlı olduğu göze çarpmaktadır.

Ruhsal hastalıkların yaygınlığı, sosyodemografik verilere göre değişimlerini belirleme ve hastalıkların nedenleri, ilerleyişi ve sonuçları hakkında araştırma yapılan alan psikiyatrik epidemiyoloji çalışmalarıdır. Epidemiyolojik araştırmalar ruhsal bozuklukların kontrolü ve bu bozukluklara bağlı yeti yitiminin önüne geçilmesi için ruh sağlığı programları ve yeni politikaların geliştirilmesi açısından sağlık yöneticilerine de katkı sağlamaktadır (Binbay, vd., 2013: 2). Bu kapsamda yapılan çalışmalar, tedavi edilenlere yönelik istatistiksel araştırmalar, toplumda ruhsal belirtilerin ve sorunların araştırılması, toplumdaki ruhsal bozukluk araştırmaları ve çevreyle ilgili psikiyatrik epidemiyoloji araştırmaları olmak üzere dört kuşakta gelişme göstermiştir. Birinci ve ikinci kuşak araştırmalar genellikle hastalıkların nedenlerine ve tedavisine yönelik saptama araştırmaları olarak değerlendirilmektedir. Üçüncü ve dördüncü kuşak araştırmaların en önemli özelliği ise psikiyatrik tanı koymak için ilk kez kesin tanı ölçütleri kullanılmış araştırmalar olmasıdır. Aynı zamanda bu dönemdeki çalışmalarda özgül sorular içeren ölçme araçlarının geliştirilmiş olması da bu araştırmaları önemli kılmaktadır (Küey, 2010; akt., Kılıç, 2020).

ABD’de yürütülen epidemiyolojik alan araştırması (Epidemiological Catchment Area-ECA) ve ulusal ek tanı araştırması (National Comorbidity Survey) üçüncü kuşak araştırmaların en önemlileri sayılmaktadır (Kaya ve Kaya, 2007: 4). Epidemiyolojik Alan Araştırması 1980-1985 yılları arasında ABD Ulusal Ruh Sağlığı Enstitüsü tarafından beş eyalette yürütülmüştür. ABD toplumundaki ruhsal hastalıkların yaygınlığının incelendiği araştırmada, klinisyen olmayanlar tarafından da kullanılabilen Tanı Koydurucu Görüşme Ölçeği geliştirilmiştir. Ölçek klinisyen olmayan fakat yapılandırılmış bir eğitimden geçen görüşmeciler tarafından uygulanabilecek şekilde hazırlanmıştır. Çalışma bu anlamda hem ruhsal hastalıkların yaygınlığını belirleme hem de ölçme araçları bakımından yenilikler getiren bir çalışma olmuştur (Kessler & Merikangas, 2004: 60).

Ulusal eş tanı araştırması sonuçlarına göre (1990-1992) ruhsal hastalıkların yanında başka bir ruhsal hastalığın varlığının (eş tanı) yaşam boyu oranı %50, bir yıllık görülme oranı ise %30 görülmüş, çalışmada majör depresyon, alkol bağımlılığı ve sosyal fobinin ruhsal hastalıklar arasında en yaygın olanlarının olduğu tespit edilmiş ve yaş, cinsiyet ve sosyo-ekonomik durum ruhsal hastalıklar ile bağdaştırılmıştır (Taş, 2015: 4) .

Şizofreni epidemiyoloji çalışmalarında son yıllarda yapılan genel toplum gözlemleri, ikizlere yönelik yapılan gözlemler ve sistematik gözden geçirmeler sonucunda önemli gelişmeler yaşanmıştır. Saha ve arkadaşları tarafından yapılan meta-analiz yönteminin kullanıldığı gözden geçirme çalışmasında şizofreni sıklığının ve yaygınlığının toplumlar ve coğrafik yerleşimler arasında farklılık gösterdiği sonucuna ulaşılmıştır. (Saha, Chant, & McGrath, 2008: 61).

1996 yılında bir grup psikoz hastasına psikoeğitim uygulanarak bilişsel davranışsal bir müdahale olan terap uygulanmış ve hastalar 6 ay boyunca takip edilmiştir. Yapılan gözlem sonucunda hastaların iç görü ve tedaviye uyumlarında önemli ölçüde daha büyük iyileşmeler gösterdiği gözlemlenmiştir (Kemp, Hayward, Applewhaite, Everitt, & David, 1996: 345).

Bir toplum temelli psikososyal iyileştirme programında bireysel danışanlara sunulan hizmetlerin yoğunluğu ve sürekliliği, danışanlarda meydana gelen işlevsel değişikliklerle ilişkili olarak programın ilk 12 ayı boyunca izlenmiştir. Yapılan çalışmada hizmetlerin yoğunluğunun ve sürekliliğinin, çalışmanın 6. ve 12. aylarında hastaneye yatış oranlarının azalması ve psikososyal işlevsellikteki iyileşmenin arttığını

gözlemlenmiş, danışanlarda daha fazla iyileşme ile ilişkili olduğu hipotezini de desteklemiştir (Brekke, Ansel, Jeffrey, Slade, & Weinstein, 1999: 248).

İngiltere’de hastane ortamında tedavi edilen hastalar ile toplum temelli ruh sağlığı hizmetinden faydalanan hastalar iki yıl boyunca izlenmiş, çalışmada toplum temelli ruh sağlığı hizmeti alan hastaların sosyal kaynakları çok daha fazla kullandığı ve sosyal faaliyetlere daha fazla katıldıkları aktarılmıştır (Macpherson, Edwards, Chilvers, David, & Elliott, 2009). Çalışmada standart ilaç tedavisi alan hastaların toplum temelli ruh sağlığı hizmeti alan hastalara göre aktif yaşama katılma oranının sınırlı kaldığı tespit edilmiştir.

Kentucky Davranışsal Sağlık, Gelişimsel ve Zihinsel Engelliler Departmanı, hastaların Kentucky'deki Toplum Ruh Sağlığı Merkezlerinde (TRSM'ler) sunulan hizmetlerden memnuniyetini değerlendirmek için bir anket çalışması yapmıştır. Çalışma 2010 yılında hastaların TRSM'lerden aldıkları hizmetlerden memnun olup olmadıklarını belirlemek amacı ile toplamda 14 TRSM polikliniklerinde uygulanmıştır (Sohn, Barrett, & Talbert, 2014: 922). Çalışma çok sayıda merkezin faaliyetlerinin değerlendirilmesi bakımından önem arz etmektedir. Hastalardan “genel olarak memnun” yanıtının alındığını ve faaliyetlerin hasta ve hasta yakınlarının dönüşleri doğrultusunda yönlendirildiği açıklanmıştır.

Varga ve arkadaşları 2018 yılında yaptıkları bir çalışmanın sonucunda şizofreni hastalarına tedavide antipsikotik ilaçların yanında toplum temelli psikososyal tedavilerin mümkün olan en erken zamanda sağlanmasının hastaların işlevselliği üzerinde olumlu olduğu sonucuna ulaşmışlardır (Varga, Endre, Bugya, Tényi, & Herold, 2018: 1).

Türkiye’de psikiyatrik epidemiyoloji çalışmalarına bakıldığında ilk araştırma 1980’li yıllarda Küey ve arkadaşları tarafından yapılan kurum istatistiklerinin alındığı epidemiyoloji çalışmasıdır. Çalışmada akıl ve ruh sağlığı hizmeti veren hastanelerin kayıtlarına yer verilmektedir. Bu kayıtlara göre 1924 yılında Toptaşı Bimarhanesinde 688 hasta, 1939-40 yılında Bakırköy Akıl ve Sinir Hastalıkları Hastanesinde 4891, aynı hastanede 1940- 44 yılları arasında 5356, aynı yıllarda Elazığ, Manisa ve İstanbul La Paix Akıl Hastaneleri’nde ise 1559, 1947-56 yılları arasın bir tıp fakültesinin psikiyatri servisinde 4226 hastanın tanılarına göre dökümlerinin yapıldığı çalışmadan bahsedilmektedir. Çalışmaların tamamında yapılan incelemede en çok tanı kümesi olarak Bipolar Affektivite Bozukluklarının yer aldığı araştırmacılar tarafından aktarılmaktadır.

1959-62 yılları arasında, Ankara'da bir tıp fakültesi psikiyatri kliniğinde yapılan çalışmada yatan 1586 hasanın, yaklaşık üçte ikisini (% 67.3) psikozları; üçte birini de (% 32.7) nevrozların oluşturduğu aktarılmıştır. Psikozlar içinde şizofreni, nevrozlar içinde ise anksiyete histerisi en büyük tanı kümelerini oluşturduğu bu hastaların yaklaşık üçte biri (%31) kadın ve yansından fazlasının da (% 57) 20-39 yaş grubunda genç hastalardan oluştuğu ifade edilmektedir (Küey, Üstün, ve Güleç, 1987: 18).

Ülkemizde 1995 yılında başlatılan ruh sağlığı profili araştırması ülkemizde yapılmış genel nüfus örneklemleri ilk ve tek ruh sağlığı araştırması özelliğine sahiptir. Sağlık Bakanlığı ve Hacettepe Üniversitesi aracılığı ile gerçekleşen araştırmada Dünya Sağlık Örgütü gibi kuruluşlarla işbirliği yapılmış, araştırma sonucunda Türkiye'de nüfusun %18'inin yaşam boyu bir ruhsal hastalık geçirdiği, çocuk ve ergenlerde klinik düzeyde sorunlu davranış oranının %11 olduğu tespit edilmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2011). Araştırma kapsamında araştırmayı uygulayıcılara bir hafta süren teorik ve uygulamalı eğitim verilmiştir. Eğitim sonrası evreni temsil edecek şekilde ve rastgele olarak seçilen beş bin hanede yaşayan tüm yetişkinlerle görüşme hedeflenmiştir. 1996 yılında alan çalışması yapılarak hedeflenen 5000 haneden 3889'unda yaşayan 7479 kişiyle görüşülmüştür (Erol, Kılıç, Ulusoy, Keçeci ve Türütgen Şimşek, 1997: 4).

Alptekin ve arkadaşları tarafından İzmir'de yapılan psikotik belirtilerin yaygınlığı ve risk faktörleri çalışmasında, psikotik belirtilerin yaygınlığını ve sosyo-demografik ilişkilerini belirlemek amaçlanmıştır. Bu çalışmanın sonuçlarına göre şizofreni yaygınlığı erkeklerde, kırsal kesimlerde, mahkûmlar ve üniversite öğrencilerinde daha fazla bulunmuştur. Ayaktan ve yatan hasta başvurularında şizofrenide erkek başvuru sayısı kadınlara nazaran daha fazla bulunmuştur. Yine aynı çalışmada taranan örneklemin %3.6'sında psikotik belirtilere rastlanmıştır (Alptekin, Ulaş, Akdede, Tümöklü ve Akvardar, 2009: 905).

İzmir'de 2007-2008 yılları arasında yapılan bir araştırmada işlevsellikte farklı seviyelerde bozulmalarla seyreden psikoz sürekliliğinin toplumun %25'ini etkilediği tespit edilmiştir. Çalışmada Türkiye'de ilk defa genel bir toplum örnekleminde psikotik bozuklukların ömür boyu yaygınlığının %2.6 oranında olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Binbay, vd., 2012: 149). Binbay ve arkadaşları tarafından Türkiye'de psikoz epidemiyolojisine yönelik yapılan bir diğer sistematik inceleme çalışmasında psikotik bozuklukların yaygınlığı, ayaktan veya yatarak tedavi gören psikotik hastaların oranı ve türkiye'de psikotik bozukluklara ilişkin bildirilen olası risk faktörlerinin araştırılması

amaçlanmıştır. Yapılan çalışma neticesinde Türkiye'de engellilikle yaşanan yılların %2.3'ünü şizofreninin oluşturduğu ve engellilik nedenleri arasında 9'uncu ve 11'inci sırada yer alması nedeni ile psikotik bozukluklara yönelik yaygınlık ve ilişkiler konusunda daha fazla araştırmaya ihtiyacı olduğu, yapılacak araştırmalarda araştırmacıların Türkiye'de psikotik bozuklukların ilişkili faktörleri, nedenleri ve yükü konusundaki yeni faktörlere odaklanmaları gerektiği ifade edilmiştir (Binbay, Ulaş, Elbi ve Alptekin, 2011: 11).

Erzurum'da yapılan başka bir çalışmada psikiyatri kliniklerinde 2015 yılında yapılan araştırmada ruhsal bozukluk tanılı hastaların öz bakım gücü düzeyini ve öz bakım gücü düzeyini etkileyen faktörler araştırılmıştır. Araştırmanın sonucunda cinsiyet, eğitim durumu, sosyo-ekonomik durumun öz bakım gücünü etkilediği, ruhsal bozukluğu olan bireylerin öz bakım ihtiyaçlarını belirlemede zorluk yaşadıkları ifade edilmiştir (Çiftçi, Yıldırım, Şahin Altun ve Avşar, 2015: 373).

Kronik şizofreni hastalarının yaşam kalitesi ve hastalık belirtileri üzerindeki etkilerinin belirlenmesi ve tedavi edilmeyen psikoz süresinin sonuçlara etkisinin araştırıldığı başka bir çalışmada toplum ruh sağlığı merkezinden hizmet alan hastaların ilk kayıtları incelenmiş, hastalara Yaşam Kalitesi ve Negatif Belirtileri Saptama Ölçeği uygulanmıştır. Yapılan çalışma sonucunda ölçeklerin skorlarında anlamlı bir iyileşme olduğu görülmüştür (Tabo, et al., 2017: 932).

Özdemir ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada toplum ruh sağlığı merkezi ve poliklinikten takip edilen şizofreni hastaları karşılaştırılmıştır. Çalışma sonucunda toplum ruh sağlığı merkezi grubundaki hastalar işlevsellik, iç görü ve tedavi uyumunda grubunda olumlu yönde anlamlı farklılık saptanmıştır (Özdemir vd., 2017: 419). Bekiroğlu ve Demiröz Ankara'da Toplum Ruh Sağlığı Merkezlerinden (TRSM) hizmet alan ağır ruhsal hastalığa sahip bireylerin sosyal işlevselliklerini, sosyal-demografik özellikleri, hastalık süreci, TRSM'den hizmet alma süreci, algıladıkları damgalanma ve sosyal destek düzeyleri ile ilişkisi çerçevesinde inceleme amacı ile çalışma yapmışlardır. Üç farklı TRSM'den 138 ağır ruhsal hastalığa sahip bireylerle yapılan çalışmada Kısa İşlevsellik Değerlendirme Ölçeği, Psikolojik Yardım Alma Nedeniyle Sosyal Damgalanma Ölçeği, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği kullanılmıştır. Çalışmanın sonucunda orta düzeyde sosyal işlevselliğe sahip 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 işlevsellikleri arasında anlamlı ilişki tespit edilmiştir (Bekiroğlu ve Demiröz, 2020: 1053).



DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

YÖNTEM

Bu bölümde araştırma yöntemi, evreni, örnekleme, veri toplamada kullanılan araçlar, verilerin toplanması ve çözümleme yolları açıklanmıştır.

4.1. Araştırmanın Yöntemi

Bu araştırma Toplum Ruh Sağlığı Merkezinden hizmet alan kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin, öz yönetimlerinin sosyal işlevselliğe olan etkisinin belirlenmesi ve değerlendirilmesi amacı ile tek merkezli olarak yapılmıştır. Çalışmada nicel araştırma yöntemlerinden ilişkisel tarama modeli kullanılmıştır. Nicel araştırmalar sayısal olarak ölçülebilen değişkenler ve bu değişkenlerin arasındaki ilişkileri incelemektedir. Nicel araştırmalarda evrenin incelenen konu hakkındaki görüşlerinin yönü incelenmektedir (Saunders, Lewis, & Thornhill, 2012 akt. Demirel, 2018: 105). Toplumsal olguların nedensellik ilişkilerini ortaya koymak, toplumsal dünyaya hâkim olan kanunları keşfetmek amacıyla yapılan nicel araştırmalardan yaygın olarak faydalanılmaktadır (Gönç Şavran, 2012: 67).

Nicel araştırma yöntemleri kendi içinde tarama araştırmaları, deneme ve meta analiz araştırmaları olarak çeşitlenmektedir. Tarama araştırmaları katılımcıların incelenen konuya ilişkin görüşlerinin, ilgi, davranış ya da tutumlarının belirlendiği çalışmalardır (Büyüköztürk, Kılıç Çakmak, Akgün, Karadeniz ve Demirel, 2010: 184). Araştırmamızda var olan bir durumu, seçmiş olduğumuz bir konu ile ilişkili olarak, müdahalede bulunmadan ortaya koymak ve aktarmak istenmektedir. Bu nedenle tarama modeli seçilmiştir. Tarama modelleri geçmişte veya halen var olan bir durumu var olduğu şekliyle betimlemeyi amaçlayan araştırma yaklaşımlarıdır (Karasar, 2014: 77).

Kendi içinde genel tarama modelleri ve örnek olay modeli olmak üzere iki temel yaklaşımda incelenmektedir. Genel tarama modelinde örnekleme yapmak sureti ile evren hakkında kestirimler yapma ve genelleme yapma amacı hâkimdir. Genel tarama modeli de kendi içinde tekil tarama modeli ve ilişkisel tarama modeli olarak iki gruba ayrılmaktadır. İlişkisel tarama modeli iki veya daha fazla sayıdaki değişkenler arasında olan etkileşimi belirlemek amacı ile kullanılmaktadır (Şimşek, 2018: 92). Bu kapsamda kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin, öz yönetiminin sosyal işlevselliğe

olan etkisinin belirlenmesi ve değerlendirilmesi amacıyla araştırmada ilişkisel tarama modelinden yararlanmanın uygun olacağı düşünülmüştür.

Araştırmanın çalışma grubu araştırma şartlarını sağlayan hastalar arasından olasılıklı olmayan örneklem türlerinden biri olan amaçlı (kasıtlı) örneklem yöntemi ile seçilmiştir. Amaçlı örneklem yönteminde araştırmacının amacına uygun birimler belirlenerek çalışma kapsamına alınmaktadır. Araştırmacı çalışmanın ana hedefinden yola çıkarak çalışma için uygun olduğunu düşündüğü bireyler çalışmaya dâhil edilmektedir (Gürbüz ve Şahin, 2018: 130). Tek merkezli olarak uygulanan bu araştırmada, çalışmanın konusunu merkezden hizmet alan özellikli bireyler oluşturmakta olduğu için çalışmanın amacına ve araştırma sorusuna uygun olarak seçilmiş katılımcılarla çalışma yapılmıştır.

4.2. Araştırmanın Evreni ve Çalışma Grubu

Araştırmanın evrenini bir toplum ruh sağlığı merkezinden hizmet alan kronik ruhsal hastalığı bulunan bireyler oluşturmaktadır. Araştırma tek merkezli olarak gerçekleştirilmiştir. İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü'ne bağlı bir Toplum Ruh Sağlığı Merkezi'nde gerçekleştirilen araştırmada örneklem çerçevesi belirlemek amacı ile öncelikle kurum sisteminden kayıtlı hastaların listesi alınmıştır. Yapılan listelemede kurumda bir yıldan uzun süreli kayıtlı 410 hasta bulunmakta olduğu belirlenmiştir. Bu kapsamda hastaların dosyaları incelenmiş, çalışmaya katılma ölçütleri olarak; Şizofreni, organik olmayan psikotik bozukluk şizoafektif bozukluk tanısı almış olan, 18-65 yaş arasında, TRSM'den en az bir yıldır hizmet alan kronik ruhsal hastalığı olan 282 hasta örneklem çerçevesini oluşturmuştur. Zekâ geriliği, konuşmayı ve algılamayı engelleyecek düzeyde dil sorununun olan, alkol-madde bağımlılığı olan hastalar ve bipolar bozukluk tanılı hastalar çalışma kapsamı dışında bırakılmıştır. Bu koşullar altında merkez çalışanlarıyla yapılan görüşmeler ve dosya kayıtları incelenerek kayıtlı olan ve araştırma koşullarına uygunluk gösteren hastalar arasından amaca yönelik (kasıtlı örneklem) yoluyla seçilen 83 hasta ile çalışma gerçekleştirilmiştir. Katılımcıların sosyo-demografik bilgilerini gösteren analiz sonuçları Tablo 4.1.'de verilmiştir.

Tablo 4.1. Katılımcıların Sosyo-Demografik Özelliklerinin Frekans Tablosu

	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>Ort.</i>	<i>S</i>
Cinsiyet				
Kadın	28	33.73		
Erkek	55	66.27		
Yaş				
			40.27	12.22
Medeni Durum				
Evli	17	20.5		
Bekâr	57	68.7		
Dul	9	10.8		
Öğrenim Durumu				
Okuryazar Değil	3	3.6		
İlköğretim	30	36.1		
Ortaöğretim	38	45.8		
Ön lisans	8	9.6		
Lisans ve Üstü	4	4.8		
Çalışma Durumu				
Çalışıyorum	16	19.3		
Çalışmıyorum	52	62.7		
Emekliyim	15	18.1		
İkamet Durumu				
Yalnız	6	7.2		
Aile ile	74	89.2		
Akraba ile	2	2.4		
Diğer	1	1.2		
Hastalık Süresi				

	0-9 Yıl	29	34.5
	10-19 Yıl	23	27.4
	20-29 Yıl	19	22.6
	30 ve Üstü Yıl	12	14.3
Hastalık Başlangıç Yaşı	0-10	3	3.6
	11-21	39	46.4
	22-32	28	33.3
	33 ve Üstü	13	15.5
Hastaneye Yatış Sayısı	1	33	39.3
	2	13	15.5
	3	9	10.7
	4	15	17.9
	5 ve Üstü	13	15.5
İlaç Kullanım Düzeni	Düzenli	74	89.2
	Kısmen Düzenli	7	8.4
	Düzensiz	2	2.4
Ek Hastalık	Evet	18	21.7
	Hayır	65	78.3
TRSM'ye Devam Süresi	1-2 Yıl	22	26.2
	3-4 Yıl	18	21.4
	5-6 Yıl	26	31
	7 ve Üstü Yıl	17	20.2
TRSM'ye Devam Düzeni	Düzenli	60	72.3
	Kısmen Düzenli	18	21.7
	Düzensiz	5	6
Toplam		83	100

Tablo 4.1’de bulunan katılımcıların sosyo-demografik bilgileri değerlendirildiğinde %66.27’sinin erkek %33.73’ünün kadın olduğu; yaş ortalamasının 40.27±12.22 olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Medeni durumu bekâr olanların çoğunlukta olduğu (%68.7); katılımcıların çoğunun (%62.7) aktif bir işte çalışmadığı görülmüştür. İlköğretim (%36.1) ve ortaöğretim (%45.8) mezunlarının çoğunluğu oluşturduğu görülürken;

katılımcıların büyük çoğunluğunun (%89.2) ailesi ile yaşadığı ve yine tamamına yakınının (%89.2) ilaçlarını düzenli kullandığı bilgisine ulaşılmıştır.

4.3. Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırma için İstanbul Sebahattin Zaim Üniversitesi Etik Kurulu 16.02.2024 tarihli 24/1 sayılı toplantısı ile etik kurul uygunluğuna karar verilmiştir. Çalışmanın yapıldığı kurumun bağlı olduğu İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü Sağlık Hizmetleri Başkanlığı Araştırma, Basılı Yayım, Duyuru İçeriği Değerlendirme Komisyonunun 04.04.2024 tarih ve 2024/07 sayılı kararınca uygun görülmüştür. Araştırmanın etik izinlerinin alınması sonrasında çalışma yapılmıştır. Verilerin toplanmasına başlamadan önce uygulanacak olan Kronik Hastalık Öz Yönetim Ölçeği için ölçeğin geliştiricilerinden e-posta üzerinden yazılı izin alınmıştır. Toplumsal İşlevselliği Değerlendirme Ölçeği Ruhsal İyileştirim Derneği sitesinden alınmış olup sitede yer alan ölçeklerin akademik çalışmalarda kullanılmasında izin alınmasına gerek olmadığı bilgisi yer almaktadır.

4.4. Veri Toplama Araçları

Araştırmada veri toplama amacı ile ölçek ve araştırmacı tarafından hazırlanan katılımcı bilgi formundan yararlanılmıştır. Aşağıda veri toplama araçları hakkında tanıtıcı bilgilere yer verilmiştir.

4.4.1. Katılımcı Bilgi Formu

Katılımcıların yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum, çalışma durumu gibi demografik bilgileri içeren formda kronik ruhsal hastalıkları etkileyebileceği düşünülen değişkenlere yer verilmiştir. Araştırmacı tarafından hazırlanan bu formda kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin öz bakım düzeyleri ile sosyal işlevselliklerinin, kişisel farklılıklara ve formda bulunan tedavi boyutu değişkenlerine göre değişkenlik gösterip göstermeyeceğini belirlemek için hazırlanmıştır. Toplamda 14 soru bulunmaktadır.

4.4.2. Toplumsal İşlevselliği Değerlendirme Ölçeği

Yıldız ve arkadaşlarının Türkiye’de geliştirilmiş olduğu ölçek şizofreni hastalarının toplumsal işlevsellik düzeyini 19 madde dört alt boyutta değerlendirmektedir. Ölçekte üçlü likert tipi puanlama ile kişilerarası ilişkiler ve eğlenti için 7 madde, öz bakım için 7 madde, bağımsız yaşam becerileri için 4 madde ve çalışma yaşamı için 1 maddeden oluşmaktadır. Ölçekten minimum 19 maksimum 57 alınabilmekte olup yüksek puan

toplumsal işlevsellik düzeyinin yüksek olduğunu göstermektedir. Hasta, hasta yakını ve çalışanlar tarafından doldurulabilen ölçeğin Cronbach alfa katsayısı 0.84, test-tekrar test güvenilirlik katsayısı $r=0.87$ 'dir (Yıldız, vd., 2018: 29).

4.4.3. Kronik Hastalık Öz Yönetim Ölçeği

Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği Öztürk ve arkadaşları tarafından geliştirilen ölçme aracı kendini damgalama, tedavi uyumu, damgalamayla baş etme ve sağlık bakım etkinliği olarak 4 alt boyuttan ve 21 maddeden oluşmaktadır. Beşli likert tipi puanlama ile derecelendirilen ölçeğin Cronbach Alpha katsayısı 0.789 – 0.876 arasındadır. Test – tekrar test güvenilirlik katsayısı $r=0.87$ 'dir (Öztürk, Yeşildal, Arık ve Fidan, 2021: 375).

4.5. Verilerin Toplanması

Veriler İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü'ne bağlı Toplum Ruh Sağlığı Merkezinde araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme yapılarak toplanılmıştır. Öncelikle hastalara çalışmanın amacı anlatılmış, katılımları için hastaların sözel ve yazılı onamları alınmıştır (Ek 2). Çalışmaya katılmayı reddetme veya görüşmeyi herhangi bir noktada sonlandırma hakkına sahip oldukları açıklanarak, alınan bilgilerin gizli tutulacağı katılımcılara ifade edildikten sonra araştırmaya katılmayı kabul eden katılımcılardan aydınlatılmış onam formu alınmıştır. Katılımcılarla merkezde görüşme yapılarak, Katılımcı Bilgi Formu, Toplumsal İşlevselliği Değerlendirme Ölçeği (TİDÖ), Kronik Hastalık Öz Yönetim Ölçeği (KHÖY) ölçekleri araştırmacı tarafından yüz yüze uygulanmıştır.

4.6. Verilerin Analizi

Çalışmada elde edilen veriler Microsoft Excel programından IBM SPSS 26 programına geçirildikten sonra normallik analizi yapılmıştır. Çarpıklık ve basıklık değerlerine bakıldıktan sonra Kolmogorov Smirnov testi ($p>0.05$) neticesinde verilerin normal dağılım gösterdiği bulunmuştur. Ardından frekans analizi, Independent Sample T testi, One Way ANOVA, Pearson korelasyon analizi ve Linear Regresyon testleri uygulanmıştır. Bulunan sonuçlar APA formatına göre rapor edilmiştir.

Aşağıda verilen Tablo 4.2'de araştırmada kullanılan Toplumsal İşlevselliği Değerlendirme Ölçeği, Kronik Hastalık Öz Yönetim Ölçeği ve alt boyutlara dair tanımlayıcı istatistikler ortaya konulmuştur.

Tablo 4.2. Çalışmada Kullanılan Ölçklere Yönelik Tanımlayıcı İstatistikler

Ölçek İsmi	N	Ölçek Ort. Puanı	S	Minimum Değer	Maksimum Değer	Çarpıklık	Basıklık
TİDÖ	83	39.55	7.43	20	56	0.05	-0.21
<i>1. Öz bakım</i>	83	15.13	3.19	7	21	-0.44	0.04
<i>2. İlişkiler</i>	83	12.48	3.52	7	21	0.42	-0.75
<i>3. Bağımsız</i>	83	9.14	2.45	4	12	-0.44	-0.93
KHÖY	83	71.66	9.87	43	96	-0.16	0.60
<i>1. Damgalama</i>	83	20.43	7.82	7	35	-0.09	-0.87
<i>2. Baş etme</i>	83	16.39	3.33	10	25	0.48	-0.02
<i>3. Sağlık</i>	83	14.04	4.04	4	20	-0.53	-0.24
<i>4. Tedavi</i>	83	20.78	4.86	7	25	-1.26	0.74

Kısaltmalar: TİDÖ: Toplumsal İşlevsellik Değerlendirme Ölçeği / KHÖY: Kronik Hastalık Öz Yönetim Ölçeği

Tablo 4.2'ye bakıldığında Toplumsal İşlevsellik Değerlendirme Ölçeğindeki toplam puan aralığı 20 ile 56 arasında olurken genel ortalamanın 39.55 ± 7.43 olduğu görülmüştür. Çarpıklık (0.05) ve basıklık (-0.21) değerlerinin ± 1.5 aralığında olduğu hesaplanmıştır. Ölçeğin alt boyutu olan Öz bakım için 15.13 ± 3.19 , İlişkiler alt boyutu için 12.48 ± 3.52 ve Bağımsız alt boyutu için 9.14 ± 2.45 ortalama saptanmıştır.

Kronik Hastalık Öz Yönetim Ölçeğine bakıldığında ölçek puanlarının 43 ile 96 arasında değiştiği ve ortalamalarının 71.66 ± 9.87 olduğu bulunmuştur. Çarpıklık (-0.16) ve basıklık (0.60) değerlerinin ± 1.5 aralığında olduğu hesaplanmıştır. Ölçeğin alt boyutu olan Damgalama alt boyutu için 20.43 ± 7.82 , Baş etme alt boyutu için 16.39 ± 3.33 , Sağlık boyutu için 14.04 ± 4.04 ve Tedavi boyutu için 20.78 ± 4.86 ortalama saptanmıştır.

BEŞİNCİ BÖLÜM

ARAŞTIRMANIN BULGULARI

Araştırmanın bu bölümünde katılımcıların ölçeklerden almış oldukları puanların değişkenlerle ilişkisini inceleyen istatistiksel analiz sonuçlarına yer verilmiştir. Katılımcıların sosyo-demografik özelliklere göre farkları T testi ve Anova Testi ile incelenmiştir. Ölçeklerin ve alt boyutlarının çoklu ilişkilerini değerlendirmek için Korelasyon Testi ve etkilerini görmek için de Regresyon analizi yapılmıştır. Araştırmanın ana problemi çerçevesinde oluşturulan hipotez testlerine ait ulaşılan bulgulara bu bölümde yer verilmiştir.

5.1. Korelasyon, Ortalama ve Standart Sapmalar

Araştırmanın ilk hipotezi aşağıdaki gibidir;

H1: Toplum ruh sağlığı merkezinden hizmet alan kronik ruhsal hastalık tanısı olan bireylerin öz yönetimleri ve sosyal işlevsellikleri arasında anlamlı bir ilişki bulunmaktadır. Bu hipotez doğrultusunda katılımcıların Toplumsal İşlevselliği Değerlendirme Ölçeği ve Kronik Hastalık Öz Yönetim Ölçeğinden almış oldukları toplam puan ve alt boyutları arasında korelasyon analizi yapılmıştır. Korelasyon sonuçları Tablo 5.1.'te verilmiştir.

Tablo 5.1 Korelasyon, Ortalama ve Standart Sapmalar

	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1 TİDÖ	1	.745**	.830**	.679**	.223*	-.519*	.466**	.513**	.543**
2 Öz bakım	.745**	1	.405**	.292**	.150	-.241*	.185	.256*	.352**
3 İlişkiler	.830**	.405**	1	.423**	.079	-.509**	.428**	.348**	.396**
4 Bağımsız	.679**	.292**	.423**	1	.262*	-.462*	.401**	.553**	.541*
5 KHÖY	.223*	.150	.079	.262*	1	.355**	.512**	.646**	.570**
6 Damgalama	-.519**	-.241*	-.509**	-.462**	.355**	1	.319**	-.337**	-.389**
7 Baş etme	.466**	.185	.428**	.401**	.512**	.319**	1	.583**	.384**
8 Sağlık	.513**	.256*	.348*	.553**	.646**	.337**	.583*	1	.624**

9 Tedavi	.543**	.352**	.396**	.541**	.570**	.389**	.384**	.624**	1
Ortalama	39.55	15.13	12.48	9.14	71.66	20.43	16.39	14.04	20.78
Standart Sapma	7.43	3.19	3.52	2.45	9.87	7.82	3.33	4.04	4.86

** $p < 0.01$, * $p < 0.05$

Kısaltmalar: TİDÖ: Toplumsal İşlevselliği Değerlendirme Ölçeği / KHÖY: Kronik Hastalık Öz Yönetim Ölçeği

Tablo 5.1’de çalışmadaki temel değişkenler ve alt boyutlarının birbirleri ile ilişkilerine yönelik yapılan korelasyon analizi bulunmaktadır. Buna göre toplumsal işlevsellik değerlendirme ölçeğinin alt boyutları olan öz bakım ($r=.745$, $p<.01$), ilişkiler ($r=.830$, $p<.01$) ve bağımsız boyutu ($r=.679$, $p<.01$) ile arasında anlamlı ve pozitif bir korelasyon bulunmaktadır. Bununla birlikte toplumsal işlevsellik değerlendirme ölçeğinin kronik hastalık öz yönetim ölçeği ($r=.223$, $p<.05$) ile arasında anlamlı ve pozitif bir korelasyon bulunmaktadır. Toplumsal işlevsellik değerlendirme ölçeğinin alt boyutlardan baş etme ($r=.466$, $p<.01$), sağlık ($r=.513$, $p<.01$) ve tedavi boyutlarıyla ($r=.543$, $p<.01$) arasında anlamlı ve pozitif bir ilişki varken; damgalama alt boyutu ($r=-.519$, $p<.01$) ile arasında anlamlı ve negatif bir korelasyon bulunmaktadır. Aynı zamanda kronik hastalık öz yönetim ölçeğinin; alt boyutları olan damgalama ($r=.355$, $p<.01$), baş etme ($r=.512$, $p<.01$), sağlık ($r=.646$, $p<.01$) ve tedavi ($r=.570$, $p<.01$) boyutu ile arasında anlamlı ve pozitif bir korelasyon bulunmaktadır. Yapılan korelasyon analizi sonucunda **H1 hipotezi doğrulanmıştır**.

5.2 Kronik Hastalık Öz Yönetimi Ölçeğinin Sosyal İşlevsellik Üzerindeki Etkisi

H2: Toplum ruh sağlığı merkezinden hizmet alan kronik ruhsal hastalıklara sahip bireylerin öz yönetimi düzeyleri bireylerin sosyal işlevselliklerini etkilemektedir.

Araştırmanın ikinci önemli hipotezi kapsamında katılımcıların öz yönetimi toplam puanlarının sosyal işlevsellik puanlarını etkileyip etkilemediğine regresyon analiz ile bakılmıştır. Kronik Hastalık Öz Yönetim Ölçeğinin Sosyal İşlevsellik Üzerindeki Etkisi Tablo 5.2’de verilmiştir.

Tablo 5.2. Kronik Hastalık Öz Yönetim Ölçeğinin Sosyal İşlevsellik Üzerindeki Etkisi

			$\beta 1$	$\beta 2$	SE	R ²
TİDÖ	<--	- KHÖY	0.22**	0.168**	0.082	0.03

** $p < .001$

= Standardize edilmiş katsayı

$\beta 1 \beta 2$ = Standardize edilmemiş katsayı

SE= Standart hata

R2=Doğrusal regresyon uygunluğu

Katılımcıların öz yönetim becerilerinin sosyal işlevsellik üzerindeki etkisini değerlendirebilmek için basit doğrusal regresyon analizi yapılmıştır. Elde edilen bulgular neticesinde katılımcıların öz yönetimin beceri düzeyinin sosyal işlevsellik üzerinde ($\beta = 0.22$; $p < .001$) pozitif ve anlamlı ilişki olduğu görülmüştür. **H2** hipotezinde bağımlı değişkendeki varyansın %3'ü ($R^2_{adjusted} = .038$) bağımsız değişken tarafından açıklanmıştır. Bu sonuca göre **H2 hipotezi doğrulanmıştır.**

5.3. Katılımcıların Öğrenim Durumlarına Göre Bulgular

H3: Katılımcıların sosyal işlevsellik düzeyleri öğrenim durumuna göre farklılık göstermektedir. Kurulan hipotezi test etmek amacı ile katılımcıların öğrenim durumlarına göre değişkenler arasındaki bulgular aşağıdaki tablo 5.3'te verilmiştir.

Tablo 5.3. Katılımcıların Öğrenim Durumlarına Göre Bulgular

		N	Ort.	S	t	p
TİDÖ	Okuryazar değil	3	33.66	12.662		
	İlköğretim	30	37.10	7.494		
	Ortaöğretim	38	39.81	6.159		
	Ön lisans	8	47.25	5.365		
	Lisans ve Üstü	4	44.50	6.454	4.552	.002
1. Öz bakım	Okuryazar değil	3	13.66	6.110		
	İlköğretim	30	14.40	3.001		
	Ortaöğretim	38	15.18	3.161		
	Ön lisans	8	17.12	2.474		

	Lisans ve Üstü	4	17.25	2.362	1.843	.129
2.	<i>İlişkiler</i>	Okuryazar değil	3	11	4	
	İlköğretim	30	11.13	3.308		
	Ortaöğretim	38	12.76	3.348		
	Ön lisans	8	16	2.070		
	Lisans ve Üstü	4	14	4.163	3.972	.006
3.	<i>Bağımsız</i>	Okuryazar değil	3	6.66	4.618	
	İlköğretim	30	8.70	2.321		
	Ortaöğretim	38	9.31	2.417		
	Ön lisans	8	10.37	1.922		
	Lisans ve Üstü	4	10.25	1.707	1.841	.129
KHÖY	Okuryazar değil	3	56.66	19.502		
	İlköğretim	30	71.80	8.551		
	Ortaöğretim	38	72.50	10.186		
	Ön lisans	8	73.12	8.374		
	Lisans ve Üstü	4	71	4.760	1.931	.114
1.	<i>Damgalama</i>	Okuryazar değil	3	17.66	5.507	
	İlköğretim	30	21.90	8.450		
	Ortaöğretim	38	20.81	7.551		
	Ön lisans	8	17.37	6.300		
	Lisans ve Üstü	4	14	8.082	1.385	.247
2.	<i>Baş etme</i>	Okuryazar değil	3	15.66	5.507	
	İlköğretim	30	15.56	2.860		
	Ortaöğretim	38	16.57	3.414		
	Ön lisans	8	18.37	2.503		
	Lisans ve Üstü	4	17.50	5.066	1.369	.252
3.	<i>Sağlık</i>	Okuryazar değil	3	9.33	9.237	

	İlköğretim	30	13.80	3.642		
	Ortaöğretim	38	13.81	3.840		
	Ön lisans	8	16.12	2.587		
	Lisans ve Üstü	4	17.50	3.785	2.501	.049
4. <i>Tedavi</i>	Okuryazar değil	3	14	9.539		
	İlköğretim	30	20.53	4.918		
	Ortaöğretim	38	21.28	4.561		
	Ön lisans	8	21.25	3.807		
	Lisans ve Üstü	4	22	3.162	1.719	.154

Kısaltmalar: TİDÖ: Toplumsal İşlevsellik Değerlendirme Ölçeği / KHÖY: Kronik Hastalık Öz Yönetim Ölçeği

Katılımcıların öğrenim durumlarına göre sosyal işlevsellik düzeyleri ($F=4.552$, $p=0.00$) ve alt boyutları olan öz bakım boyutu düzeyleri ($F=1.843$, $p=0.12$), ilişkiler boyutu düzeyleri ($F=3.972$, $p=0.00$) ve bağımsız boyutu düzeyleri ($F=1.841$, $p=0.12$); kronik hastalık öz yönetim düzeyleri ($F=1.931$, $p=0.11$) ve alt boyutları olan damgalama boyutu düzeyleri ($F=1.385$, $p=0.24$), baş etme boyutu düzeyleri ($F=1.369$, $p=0.25$), sağlık boyutu düzeyleri ($F=2.501$, $p=0.04$) ve tedavi boyutu düzeylerine ($F=1.719$, $p=0.15$) bir farklılık yaratıp yaratmadığını belirlemek için yapılan Anova testi Tablo 5.3’de verilmiştir. Sağlık alt boyutunun anlamlılık değeri .05’ten küçük olsa da varyansların homojen dağılmadığı için yapılan welch testi neticesinde anlamlı bir farklılık bulunamamıştır ($p>.05$). Sosyal işlevsellik düzeylerinde ve ilişkiler alt boyutunda anlamlı bir farklılık olduğu görülmüştür ($p<.05$). Farklılığın olduğu grupları belirlemek için Post-Hoc testlerinden Tukey testi uygulanmıştır. Analiz sonucunda toplumsal işlevsellik düzeyleri için okuryazar değil (Ort.=33.66, S=12.66) ile ön lisans (Ort.=47.25, S=5.36) arasında ($p<.05$) ve ilköğretim (Ort.=37.10, S=7.49) ile ön lisans (Ort.=47.25, S=5.36) arasında ($p<.01$); ilişkiler alt boyutu için de ilköğretim (Ort.=11.13, S=3.30) ile ön lisans (Ort.=16, S=2.07) arasında anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($p<.01$). Eğitim durumuna göre değerlendirildiğinde, sosyal işlevsellik düzeylerinde, ilişki kurma düzeyinin eğitim durumu ile doğru orantılı olarak arttığı görülmektedir. Bu nedenle **H3 hipotezi doğrulanmıştır.**

5.4. Katılımcıların Cinsiyetlerine Göre Bulgular

H4: Katılımcıların sosyal işlevsellik düzeyi cinsiyete göre değişkenlik göstermektedir. Kurulan hipotezi test etmek amacı ile katılımcıların cinsiyetlerine göre değişkenler arasındaki farklar Tablo 5.4'te verilmiştir.

Tablo 5.4. Katılımcıların Cinsiyetlerine Göre Değişkenler Arasındaki Bulgular

		N	Ort.	S	t	p
TİDÖ	Kadın	28	39.92	7.906		
	Erkek	55	39.48	7.272	.256	.798
1. <i>Öz bakım</i>	Kadın	28	16.10	3.212		
	Erkek	55	14.64	3.127	1.985	.051
2. <i>İlişkiler</i>	Kadın	28	12.39	3.247		
	Erkek	55	12.59	3.688	-.242	.809
3. <i>Bağımsız</i>	Kadın	28	8.21	2.587		
	Erkek	55	9.64	2.266	-2.587	.011
KHÖY	Kadın	28	70.75	11.120		
	Erkek	55	72.00	9.293	-.540	.591
1. <i>Damgalama</i>	Kadın	25	21.25	7.720		
	Erkek	55	19.88	7.937	.743	.460
2. <i>Baş etme</i>	Kadın	28	15.96	3.260		
	Erkek	55	16.72	3.316	-.987	.327
3. <i>Sağlık</i>	Kadın	28	13.71	4.609		
	Erkek	54	14.18	3.792	-.495	.622
4. <i>Tedavi</i>	Kadın	28	19.82	5.464		
	Erkek	54	21.20	4.519	-1.222	.225

Kısaltmalar: TİDÖ: Toplumsal İşlevsellik Değerlendirme Ölçeği / KHÖY: Kronik Hastalık Öz Yönetim Ölçeği

Yapılmış olan T Testi neticesinde katılımcıların cinsiyetlerine göre sosyal işlevselliği değerlendirme düzeyi, kronik hastalık öz yönetim düzeyi ve alt boyutlarının düzeyleri arasındaki farklılıklar incelenmiştir. Tablo 5.4'te görüldüğü üzere TİDÖ bağımsızlık alt boyutunda anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($p < .05$). Erkeklerin bağımsızlık alt boyut ortalaması (9.64) kadınların bağımsızlık alt boyut ortalamasından (8.21) anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Bağımsızlık alt boyutu dışında anlamlı bir farklılık görülmemiştir ($p > .05$). Bu durumda **H4 hipotezi bağımsızlık alt boyutu için doğrulanmıştır**. Bu durumun erkeklerin sosyal yaşama aktif katılımı, çalışma yaşamının içinde olması, toplumsal cinsiyet rollerinin çocukluk çağında yüklenmesine bağlı olarak sosyal işlevselliğinin yükseldiği tahmin edilmektedir.

5.5. Katılımcıların Medeni Durumlarına Göre Bulgular

H5: Katılımcıların öz yönetim düzeyi medeni durumuna göre farklılık göstermektedir. Kurulan hipotezi sınamak amacıyla yapılan katılımcıların medeni durumlarına göre değişkenler arasındaki bulguları inceleyen istatistiksel analiz tablo 5.5.'te verilmiştir.

Tablo 5.5. Katılımcıların Medeni Durumlarına Göre Değişkenler Arasındaki Bulgular

		N	Ort.	S	t	p
TİDÖ	Evli	17	42.82	7.642	2.348	.102
	Bekâr	57	38.94	7.239		
	Dul	9	37.22	7.224		
1. <i>Öz bakım</i>	Evli	17	15.76	2.658	.846	.433
	Bekâr	57	14.82	3.322		
	Dul	9	15.88	3.333		
2. <i>İlişkiler</i>	Evli	17	13.88	3.603	1.995	.143
	Bekâr	57	12.24	3.439		
	Dul	9	11.33	3.535		
3. <i>Bağımsız</i>	Evli	17	9.82	2.351		

	Bekâr	57	9.19	2.386		
	Dul	9	7.55	2.603	2.660	.076
KHÖY	Evli	17	74.94	7.995		
	Bekâr	57	71.93	9,270		
	Dul	9	65.66	14,396	2.703	.073
1. Damgalama	Evli	17	18.52	10.031		
	Bekâr	57	20.56	7.292		
	Dul	9	23.22	6.180	1.803	.343
2. Baş etme	Evli	17	18.05	3.362		
	Bekâr	57	16.19	3.136		
	Dul	9	14.55	3.503	3.847	.025
3. Sağlık	Evli	17	15.82	3.521		
	Bekâr	57	14.01	3.647		
	Dul	9	10.88	5.666	4,781	.011
4. Tedavi	Evli	17	22.52	2.874		
	Bekâr	57	20.85	4.673		
	Dul	9	17	7.123	4.111	.020

Kısaltmalar: TİDÖ: Toplumsal İşlevsellik Değerlendirme Ölçeği /KHÖY: Kronik Hastalık Öz Yönetim Ölçeği

Katılımcıların medeni durumlarına göre toplumsal işlevsellik düzeyleri (F=2.348, p=0.10) ve alt boyutları olan öz bakım boyutu düzeyleri (F=.846, p=0.43), ilişkiler boyutu düzeyleri (F=1.995, p=0.14) ve bağımsız boyutu düzeyleri (F=2.660, p=0.07); kronik hastalık öz yönetim düzeyleri (F=2.703, p=0.07) ve alt boyutları olan damgalama boyutu düzeyleri (F=1.803, p=0.34), baş etme boyutu düzeyleri (F=3.847, p=0.02), sağlık boyutu düzeyleri (F=4.781, p=0.01) ve tedavi boyutu düzeylerine (F=4.111, p=0.02) bir farklılık olup olmadığını belirlemek için yapılan Anova testi

Tablo 5.5'te verilmiştir. Sağlık ve tedavi alt boyutlarının anlamlılık değeri. 05'ten küçük olsa da varyanslar homojen dağılmadığı için yapılan welch testi neticesinde anlamlı bir farklılık bulunamamıştır ($p>.05$). Katılımcıların öz yönetimi baş etme alt boyutunda ise anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($p<.05$). Farklılığın olduğu grupları tespit etmek için Post-Hoc testlerinden Tukey testi kullanılmıştır. Analiz sonucunda baş etme alt boyutu için evli katılımcılar (Ort.=18.05, S=3.36) ile dul katılımcılar (Ort.=14.55, S=3.50) arasında anlamlı bir fark saptanmıştır ($p<.05$). Buna göre evli katılımcıların baş etme boyutundaki farklılık, eş desteğinin baş etme kapasitesini etkilediği sonucunu düşündürmüştür. Bu bağlamda **H5 Hipotezi doğrulanmıştır**.

5.6. Katılımcıların Çalışma Durumlarına Göre Bulgular

H6: Sosyal işlevsellik düzeyi katılımcıların gelir getirici bir işte çalışma durumuna göre farklılık göstermektedir. Oluşturulan hipotezi sınamak için katılımcıların çalışma durumlarına göre değişkenler arasındaki bulgular Tablo 5.6'da verilmiştir.

Tablo 5.6. Katılımcıların Çalışma Durumlarına Göre Değişkenler Arasındaki Bulgular

		N	Ort.	S	t	p
TİDÖ	Çalışıyorum	16	44.25	7.852		
	Çalışmıyorum	52	37.57	6.963		
	Emekli	15	41.40	6.173	6.178	.003
1. Öz bakım	Çalışıyorum	16	15.06	3.750		
	Çalışmıyorum	52	15.17	3.085		
	Emekli	15	15.06	3.172	.011	.989
2. İlişkiler	Çalışıyorum	16	15.06	3.785		
	Çalışmıyorum	52	11.36	3.016		
	Emekli	15	13.60	3.268	9.178	.000
3. Bağımsız	Çalışıyorum	16	10.43	2.032		
	Çalışmıyorum	52	8.51	2.477		

	Emekli	15	9.93	2.086	5.177	.008
KHÖY	Çalışıyorum	16	73.37	9.149		
	Çalışmıyorum	52	70.69	10.218		
	Emekli	15	73.20	9.593	.668	.516
1. Damgalama	Çalışıyorum	16	17.43	6.994		
	Çalışmıyorum	52	21.61	7.279		
	Emekli	15	19.53	9.862	1.904	.156
2. Baş etme	Çalışıyorum	16	18.25	3.065		
	Çalışmıyorum	52	15.61	3.187		
	Emekli	15	17.13	3.335	4.654	.012
3. Sağlık	Çalışıyorum	16	15.81	3.763		
	Çalışmıyorum	52	13.40	4.206		
	Emekli	15	14.40	3.333	2.306	.106
4. Tedavi	Çalışıyorum	16	21.87	4.529		
	Çalışmıyorum	52	20.05	5.351		
	Emekli	15	22.13	2.669	1.580	.212

Kısaltmalar: TİDÖ: Toplumsal İşlevsellik Değerlendirme Ölçeği / KHÖY: Kronik Hastalık Öz Yönetim Ölçeği

Katılımcıların çalışma durumlarına göre sosyal işlevsellik düzeyleri (F=6.178, p=0.00) ve alt boyutları olan öz bakım boyutu düzeyleri (F=.011, p=0.98), ilişkiler boyutu düzeyleri (F=9.178, p=0.00) ve bağımsız boyutu düzeyleri (F=5.177, p=0.00); kronik hastalık öz yönetim düzeyleri (F=.668, p=0.51) ve alt boyutları olan damgalama boyutu düzeyleri (F=1.904, p=0.15), baş etme boyutu düzeyleri (F=4.654, p=0.01), sağlık boyutu düzeyleri (F=2.306, p=0.10) ve tedavi boyutu düzeylerine (F=1.580, p=0.21) bir farklılık olup olmadığını belirlemek için yapılan Anova testi Tablo 5.6'da verilmiştir. Sosyal işlevsellik düzeylerinde (p<.01), ilişkiler alt boyutunda (p<.01),

bağımsız alt boyutunda ($p<.01$) ve baş etme boyutunda anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir ($p<.05$). Farklılığın olduğu grupları tespit etmek için Post-Hoc testlerinden Tukey testi kullanılmıştır. Analiz sonucunda sosyal işlevsellik düzeyleri için çalışıyorum (Ort.=44.25, S=7.85) ile çalışmıyorum (Ort.=37.57, S=6.96) arasında ($p<.01$); ilişkiler alt boyutu için çalışıyorum (Ort.=15.06, S=3.78) ile çalışmıyorum (Ort.=11.36, S=3.01) arasında ($p<.01$); bağımsız alt boyutu için çalışıyorum (Ort.=10.43, S=2.03) ile çalışmıyorum (Ort.=8.51, S=2.47) arasında ($p<.05$); baş etme alt boyutu için çalışıyorum (Ort.=18.25, S=3.06) ile çalışmıyorum (Ort.=15.61, S=3.18) arasında anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($p<.05$). **H6 hipotezi doğrulanmıştır.** Bu bulguya göre kronik psikotik rahatsızlıklarda gelir getirici bir işte çalışmanın bireyin sosyal işlevsellik düzeyini arttırdığı görülmektedir

5.7. Katılımcıların Ek Hastalıklarına Göre Bulgular

H7: Öz yönetim düzeyi tedavi katılımcıların ruhsal hastalığa ek olarak süregelen hastalığı bulunması durumuna göre farklılık göstermektedir. Oluşturulan hipotezi sınamak için Yapılmış olan T Testi neticesinde katılımcıların ek hastalıklara sahip olma durumlarına göre sosyal işlevselliği değerlendirme düzeyi, kronik hastalık öz yönetim düzeyi ve alt boyutlarının düzeyleri arasındaki farklılıklar incelenmiştir. Katılımcıların ek hastalıklarına göre değişkenler arasındaki yapılan istatistiksel analiz sonuçları tablo 5.7'de verilmiştir.

Tablo 5.7. Katılımcıların Ek Hastalıklarına Göre Değişkenler Arasındaki Bulgular

		N	Ort.	S	t	p
TİDÖ	Evet	19	40.66	5.573		
	Hayır	64	39.09	7.853	.794	.430
1. Öz bakım	Evet	19	15.77	2.646		
	Hayır	64	14.95	3.354	.961	.340
2. İlişkiler	Evet	19	12.72	3.102		
	Hayır	64	12.31	3.585	.440	.661
3. Bağımsız	Evet	19	9.27	1.964		
	Hayır	64	9.06	2.575	.328	.744

KHÖY	Evet	19	76.33	10.192		
	Hayır	64	70.46	9.505	2.277	.025
1. <i>Damgalama</i>	Evet	19	21.83	9.895		
	Hayır	64	20.18	7.164	.788	.433
2. <i>Baş etme</i>	Evet	19	17.38	3.380		
	Hayır	64	16.09	3.308	1.461	.148
3. <i>Sağlık</i>	Evet	19	14.83	3.745		
	Hayır	64	13.81	4.159	.939	.351
4. <i>Tedavi</i>	Evet	19	22.27	2.782		
	Hayır	64	20.37	5.284	1.467	.046

Kısaltmalar: TİDÖ: Toplumsal İşlevsellik Değerlendirme Ölçeği / KHÖY: Kronik Hastalık Öz Yönetim Ölçeği.

Tablo 5.7'ye bakıldığında katılımcıların kronik hastalık öz yönetim düzeyinde ve tedavi alt boyutunda anlamlı farklılık olduğu bulunmuştur ($p < .05$). Ek hastalığa sahip olan katılımcıların kronik hastalık öz yönetim düzeyleri ek hastalığı olmayan katılımcılara kıyasla anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Bununla birlikte ek hastalığa sahip olan katılımcıların tedavi alt boyutu düzeyleri ek hastalığa sahip olmayan katılımcılara kıyasla anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Ruhsal hastalığa ek süregelen hastalığı olan bireylerin tedavi katılımları, ek hastalığı olmayan katılımcılardan daha fazladır. Bu sonuçlara göre **H7 hipotezi doğrulanmıştır.**

5.8. Katılımcıların TRSM'ye Devam Sürelerine Göre Bulgular

H8: Katılımcıların sosyal işlevsellik düzeyi Toplum Ruh Sağlığı Merkezine devam süresine göre farklılık göstermektedir. Kurulan hipotezi sınamak için katılımcıların TRSM'ye devam sürelerine göre değişkenler arasındaki bulgular Tablo 5.8'de verilmiştir.

Tablo 5.8. Katılımcıların TRSM'ye Devam Sürelerine Göre Değişkenler Arasındaki Bulgular

		N	Ort.	S	t	p
TİDÖ	1-2 Yıl	22	40.81	7.749		
	3-4 Yıl	18	40.61	8.161		
	5-6 Yıl	26	37.42	7.715		
	7 Yıl ve Üstü	17	40.05	5.471	1.073	.365
1. <i>Öz bakım</i>	1-2 Yıl	22	16.04	2.785		
	3-4 Yıl	18	15.05	2.940		
	5-6 Yıl	26	14.30	3.706		
	7 Yıl ve Üstü	17	15.29	3.036	1.202	.314
2. <i>İlişkiler</i>	1-2 Yıl	22	13	4.375		
	3-4 Yıl	18	13	3.307		
	5-6 Yıl	26	11.69	3.307		
	7 Yıl ve Üstü	17	12.47	2.853	.716	.546
3. <i>Bağımsız</i>	1-2 Yıl	22	8.95	2.419		
	3-4 Yıl	18	9.44	2.331		
	5-6 Yıl	26	8.76	2.874		
	7 Yıl ve Üstü	17	9.64	1.934	.567	.639
KHÖY	1-2 Yıl	22	71.27	8.491		
	3-4 Yıl	18	74.05	8.761		
	5-6 Yıl	26	69.84	10.375		
	7 Yıl ve Üstü	17	72.41	11.958	.681	.566
1. <i>Damgalama</i>	1-2 Yıl	22	21	8.071		
	3-4 Yıl	18	21.16	9.173		
	5-6 Yıl	26	20.23	6.895		
	7 Yıl ve Üstü	17	19.23	7.894	.223	.880
2. <i>Baş etme</i>	1-2 Yıl	22	15.63	3.512		
	3-4 Yıl	18	17.33	2.300		
	5-6 Yıl	26	16.57	3.624		
	7 Yıl ve Üstü	17	16.11	3.551	.919	.436

3. <i>Sağlık</i>	1-2 Yıl	22	14	4.482		
	3-4 Yıl	18	15.05	3.438		
	5-6 Yıl	26	13.26	4.548		
	7 Yıl ve Üstü	17	14.23	3.250	.698	.556
4. <i>Tedavi</i>	1-2 Yıl	22	20.63	4.776		
	3-4 Yıl	18	20.50	4.422		
	5-6 Yıl	26	19.76	6.055		
	7 Yıl ve Üstü	17	22.82	2.674	1.421	.243

Kısaltmalar: TİDÖ: Toplumsal İşlevsellik Değerlendirme Ölçeği / KHÖY: Kronik Hastalık Öz Yönetim Ölçeği

Katılımcıların TRSM'ye devam sürelerine göre sosyal işlevsellik düzeyleri (F=1.073, p=0.36) ve alt boyutları olan öz bakım boyutu düzeyleri (F=1.202, p=0.31), ilişkiler boyutu düzeyleri (F=.716, p=0.54) ve bağımsız boyutu düzeyleri (F=.567, p=0.63); kronik hastalık öz yönetim düzeyleri (F=.681, p=0.56) ve alt boyutları olan damgalama boyutu düzeyleri (F=.223, p=0.88), baş etme boyutu düzeyleri (F=.919, p=0.43), sağlık boyutu düzeyleri (F=.698, p=0.55) ve tedavi boyutu düzeylerine (F=1.421, p=0.24) farklılık durumunu test etmek için yapılan Anova testi Tablo 5.8'de verilmiştir. Analiz neticesinde anlamlı bir farklılık olmadığı görülmüştür (p>.05). Bu sonuçlara bakıldığında katılımcılarda toplum ruh sağlığı merkezine devam süreleri, sosyal işlevsellik ve öz yönetim düzeylerinde farklılık yaratmamıştır. Bu sonuçlara göre **H8 Hipotezi doğrulanmamıştır.**

5.9. Katılımcıların TRSM'ye Devam Düzenlerine Göre Bulgular

H9: Toplum Ruh Sağlığı Merkezine düzenli devam eden bireylerin sosyal işlevsellik düzeyi düzensiz devam eden bireylerden yüksektir. Oluşturulan hipotez Katılımcıların TRSM'ye devam düzenlerine göre değişkenler arasındaki bulguların istatistiksel analizi ile Tablo 5.9'da sınanmıştır.

Tablo 5.9. Katılımcıların TRSM'ye Devam Düzenlerine Göre Değişkenler Arasındaki Bulgular

		N	Ort.	S	t	p
TİDÖ	Düzenli	60	40.56	7.112		
	Kısmen Düzenli	18	36.50	8.212		
	Düzensiz	5	38.40	6.542	2.195	.118
1. <i>Öz bakım</i>	Düzenli	60	15.63	2.979		
	Kısmen Düzenli	18	13.33	3.597		
	Düzensiz	5	15.60	2.190	3.900	.024
2. <i>İlişkiler</i>	Düzenli	60	12.78	3.430		
	Kısmen Düzenli	18	11.66	3.772		
	Düzensiz	5	11.80	3.962	.790	.457
3. <i>Bağımsız</i>	Düzenli	60	9.28	2.477		
	Kısmen Düzenli	18	8.83	2.455		
	Düzensiz	5	8.60	2.408	.359	.699
KHÖY	Düzenli	60	72.85	9.220		
	Kısmen Düzenli	18	69.16	11.083		
	Düzensiz	5	66.40	11.844	1.749	.180
1. <i>Damgalama</i>	Düzenli	60	19.96	7.526		
	Kısmen Düzenli	18	22.11	8.615		
	Düzensiz	5	20	9.460	.521	.596
2. <i>Baş etme</i>	Düzenli	60	16.80	3.358		
	Kısmen Düzenli	18	15.50	2.955		
	Düzensiz	5	14.80	3.834	1.695	.190

3. <i>Sağlık</i>	Düzenli	60	14.58	4.009		
	Kısmen Düzenli	18	12.66	3.788		
	Düzensiz	5	12.60	4.722	1.936	.151
4. <i>Tedavi</i>	Düzenli	60	21.50	4.560		
	Kısmen Düzenli	18	18.88	5.508		
	Düzensiz	5	19	4.690	2.432	.094

Kısaltmalar: TİDÖ: Toplumsal İşlevsellik Değerlendirme Ölçeği / KHÖY: Kronik Hastalık Öz Yönetim Ölçeği

Katılımcıların TRSM'ye devam düzenlerine göre sosyal işlevsellik düzeyleri ($F=2.195$, $p=0.11$) ve alt boyutları olan öz bakım boyutu düzeyleri ($F=3.900$, $p=0.02$), ilişkiler boyutu düzeyleri ($F=.790$, $p=0.45$) ve bağımsız boyutu düzeyleri ($F=.359$, $p=0.69$); kronik hastalık öz yönetim düzeyleri ($F=1.749$, $p=0.18$) ve alt boyutu olan damgalama boyutu düzeyleri ($F=.521$, $p=0.59$), baş etme boyutu düzeyleri ($F=1.695$, $p=0.19$), sağlık boyutu düzeyleri ($F=1.936$, $p=0.15$) ve tedavi boyutu düzeylerine ($F=2.432$, $p=0.09$) bir farklılık yaratıp yaratmadığını test etmek için yapılan Anova testi Tablo 11'de verilmiştir. Analiz neticesinde öz bakım alt boyutunda anlamlı bir farklılık yarattığı görülmüştür ($p<.05$). Post Hoc testinin sonucunda öz bakım alt boyutu için düzenli (Ort.=15.63, S=2.97) ile kısmen düzenli (Ort.=13.33, S=3.59) arasında anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($p<.05$).

Katılımcıların devam düzenleri incelendiğinde toplum ruh sağlığı merkezine düzenli devam eden katılımcıların sosyal işlevsellik öz bakım alt boyutu kısmen düzenli devam eden katılımcılardan yüksektir. Bu durumda **H9 hipotezi doğrulanmıştır.**

5.10. Katılımcıların Yaşam Durumlarına Göre Bulgular

Katılımcıların yaşam durumlarına göre değişkenler arasındaki bulgular tablo 5.10'da verilmiştir.

Tablo 5.10. Katılımcıların Yaşam Durumlarına Göre Değişkenler Arasındaki Bulgular

		N	Ort.	S	t	p
TİDÖ	Yalnız	6	38.66	9.179		
	Aile ile	74	39.54	7.478		
	Akraba ile	2	42.50	3.535		
	Diğer	1	40	-	.130	.942
1. <i>Öz bakım</i>	Yalnız	6	14.66	5.240		
	Aile ile	74	15.08	3.059		
	Akraba ile	2	17.50	.707		
	Diğer	1	17	•	.519	.670
2. <i>İlişkiler</i>	Yalnız	6	12.16	3.311		
	Aile ile	74	12.52	3.558		
	Akraba ile	2	13.50	4.949		
	Diğer	1	9	-	.392	.759
3. <i>Bağımsız</i>	Yalnız	6	9.33	3.076		
	Aile ile	74	9.08	2.442		
	Akraba ile	2	9.50	.707		
	Diğer	1	12	•	.486	.693
KHÖY	Yalnız	6	78.16	11.409		
	Aile ile	74	70.89	9.659		
	Akraba ile	2	79.50	10.606		
	Diğer	1	74	-	1.481	.226
1. <i>Damgalama</i>	Yalnız	6	24.83	7.386		
	Aile ile	74	19.94	7.912		
	Akraba ile	2	25	2.828		
	Diğer	1	21	-	.954	.419
2. <i>Baş etme</i>	Yalnız	6	18.66	2.875		
	Aile ile	74	16.24	3.371		
	Akraba ile	2	16.50	.707		

	Diğer	1	14	•	1.161	.330
3. <i>Sağlık</i>	Yalnız	6	14	2.280		
	Aile ile	74	13.98	4.182		
	Akraba ile	2	14.50	4.949		
	Diğer	1	18	-	.324	.808
4. <i>Tedavi</i>	Yalnız	6	20.66	6.470		
	Aile ile	74	20.71	4.844		
	Akraba ile	2	23.50	2.121		
	Diğer	1	21	-	.208	.891

Kısaltmalar: TİDÖ: Toplumsal İşlevsellik Değerlendirme Ölçeği / KHÖY: Kronik Hastalık Öz Yönetim Ölçeği

Katılımcıların yaşam durumlarına göre sosyal işlevsellik düzeyleri (F=.130, p=0.94) ve alt boyutları olan öz bakım boyutu düzeyleri (F=.519, p=0.67), ilişkiler boyutu düzeyleri (F=.392, p=0.75) ve bağımsız boyutu düzeyleri (F=.486, p=0.69); kronik hastalık öz yönetim düzeyleri (F=1.481, p=0.22) ve alt boyutları olan damgalama boyutu düzeyleri (F=.954, p=0.41), baş etme boyutu düzeyleri (F=1.161, p=0.33), sağlık boyutu düzeyleri (F=.324, p=0.80) ve tedavi boyutu düzeylerine (F=.208, p=0.89) bir farklılık olup olmadığını belirlemek için yapılan Anova testi Tablo 12’de verilmiştir. Analiz neticesinde katılımcıların yaşam durumları arasında anlamlı bir farklılık olmadığı görülmüştür (p>.05).

5.11. Katılımcıların Yaş Gruplarına Göre Bulgular

Katılımcıların yaş gruplarına göre değişkenler arasındaki bulgular Tablo 5.11.’de verilmiştir.

Tablo 5.11. Katılımcıların Yaş Gruplarına Göre Değişkenler Arasındaki Bulgular

		N	Ort.	S	t	p
TİDÖ	19-29	20	41.05	7.096		
	30-39	20	38.35	9.045		
	40-49	22	37.95	6.144		
	50 ve Üstü	21	40.95	7.290	1.032	.383
1. <i>Öz bakım</i>	19-29	20	16.30	2.848		

	30-39	20	14.50	3.818		
	40-49	22	14.54	2.613		
	50 ve Üstü	21	15.23	3.315	1.428	.241
2. İlişkiler	19-29	20	13.50	3.561		
	30-39	20	11.60	3.485		
	40-49	22	11.50	3.433		
	50 ve Üstü	21	13.38	3.353	2.077	.110
3. Bağımsız	19-29	20	8.65	2.277		
	30-39	20	9.40	2.562		
	40-49	22	8.72	2.313		
	50 ve Üstü	21	9.80	2.619	1.075	.364
KHÖY	19-29	20	71.90	8.064		
	30-39	20	70.10	10.140		
	40-49	22	73.68	11.399		
	50 ve Üstü	21	70.80	9.816	.520	.670
1. Damgalama	19-29	20	20	6.664		
	30-39	20	19.75	7.099		
	40-49	22	23.22	8.383		
	50 ve Üstü	21	18.57	8.634	1.423	.242
2. Baş etme	19-29	20	17	3.387		
	30-39	20	15.55	3.531		
	40-49	22	16	3.162		
	50 ve Üstü	21	17.04	3.247	1.021	.388
3. Sağlık	19-29	20	14.10	3.945		
	30-39	20	13.80	4.560		
	40-49	22	14.22	3.963		
	50 ve Üstü	21	14.04	4.005	.039	.990
4. Tedavi	19-29	20	20.80	4.549		
	30-39	20	21	4.963		
	40-49	22	20.22	4.965		
	50 ve Üstü	21	21.14	5.256	.143	.934

Kısaltmalar: TİDÖ: Toplumsal İşlevsellik Değerlendirme Ölçeği / KHÖY: Kronik Hastalık Öz Yönetim Ölçeği

Katılımcıların yaş gruplarına göre toplumsal işlevsellik düzeyleri (F=1.032, p=0.38) ve alt boyutları olan öz bakım boyutu düzeyleri (F=1.428, p=0.24), ilişkiler boyutu düzeyleri (F=2.077, p=0.11) ve bağımsız boyutu düzeyleri (F=1.075, p=0.36); kronik hastalık öz yönetim düzeyleri (F=.520, p=0.67) ve alt boyutları olan damgalama boyutu düzeyleri (F=1.423, p=0.24), baş etme boyutu düzeyleri (F=1.021, p=0.38), sağlık boyutu düzeyleri (F=.039, p=0.99) ve tedavi boyutu düzeylerine (F=.143, p=0.93) bir farklılık yaratma durumunu belirlemek için yapılan Anova testi Tablo 5.11’de yer almaktadır. Varyansların homojen dağıldığı fakat yaş grupları arasında anlamlı bir farklılık yaratmadığı tespit edilmiştir (p>.05). Katılımcıların yaş faktörü göz önüne alındığında öz yönetim ve toplumsal işlevsellik düzeyleri arasında istatistiksel olarak ilişki saptanamamıştır.

5.12. Katılımcıların Hastalık Sürelerine Göre Bulgular

Katılımcıların hastalık sürelerine göre değişkenler arasındaki bulgular tablo 5.12’de verilmiştir.

Tablo 5.12. Katılımcıların Hastalık Sürelerine Göre Değişkenler Arasındaki Bulgular

		N	Ort.	S	t	p
TİDÖ	0-9 Yıl	29	41.37	8.195		
	10-19 Yıl	23	39.26	7.454		
	20-29 Yıl	19	38.68	7.280		
	30 Yıl ve Üstü	12	37.08	5.177	1.127	.343
1. Öz bakım	0-9 Yıl	29	16.24	2.959		
	10-19 Yıl	23	14.21	3.118		
	20-29 Yıl	19	14.68	3.163		
	30 Yıl ve Üstü	12	14.91	3.553	2.006	.120
2. İlişkiler	0-9 Yıl	29	13.34	3.705		
	10-19 Yıl	23	12.73	3.645		
	20-29 Yıl	19	11.68	3.512		
	30 Yıl ve Üstü	12	11.16	2.405	1.531	.213

3. <i>Bağımsız</i>	0-9 Yıl	29	8.86	2.430		
	10-19 Yıl	23	9.65	2.366		
	20-29 Yıl	19	9.10	2.469		
	30 Yıl ve Üstü	12	8.91	2.778	.484	.694
KHÖY	0-9 Yıl	29	71.34	8.800		
	10-19 Yıl	23	70.65	8.631		
	20-29 Yıl	19	72.05	11.796		
	30 Yıl ve Üstü	12	73.75	12.083	.271	.846
1. <i>Damgalama</i>	0-9 Yıl	29	19.41	6.982		
	10-19 Yıl	23	18.86	7.213		
	20-29 Yıl	19	21.42	8.546		
	30 Yıl ve Üstü	12	24.33	9.118	1.597	.197
2. <i>Baş etme</i>	0-9 Yıl	29	16.72	3.844		
	10-19 Yıl	23	16.13	3.375		
	20-29 Yıl	19	16.73	2.765		
	30 Yıl ve Üstü	12	15.58	2.906	.438	.727
3. <i>Sağlık</i>	0-9 Yıl	29	14.24	4.579		
	10-19 Yıl	23	14.30	3.807		
	20-29 Yıl	19	13.73	3.556		
	30 Yıl ve Üstü	12	13.58	4.294	.138	.937
4. <i>Tedavi</i>	0-9 Yıl	29	20.96	4.731		
	10-19 Yıl	23	21.34	3.938		
	20-29 Yıl	19	20.15	6.103		
	30 Yıl ve Üstü	12	20.25	5.083	.262	.853

Kısaltmalar: TİDÖ: Toplumsal İşlevsellik Değerlendirme Ölçeği / KHÖY: Kronik Hastalık Öz Yönetim Ölçeği

Katılımcıların hastalık sürelerine göre sosyal işlevsellik düzeyleri ($F=1.127$, $p=0.34$) ve alt boyutları olan öz bakım boyutu düzeyleri ($F=2.006$, $p=0.12$), ilişkiler boyutu düzeyleri ($F=1.531$, $p=0.21$) ve bağımsız boyutu düzeyleri ($F=.484$, $p=0.69$); kronik hastalık öz yönetim düzeyleri ($F=.271$, $p=0.84$) ve alt boyutları olan damgalama boyutu düzeyleri ($F=1.597$, $p=0.19$), baş etme boyutu düzeyleri ($F=.438$, $p=0.72$), sağlık boyutu düzeyleri ($F=.138$, $p=0.93$) ve tedavi boyutu düzeylerine ($F=.262$,

p=0.85) bir farklılık durumunu sınamak için yapılan Anova testi Tablo 5.12’de verilmiştir. Analiz neticesinde katılımcıların hastalık süresi sosyal işlevsellik ve öz bakım düzeyleri arasında anlamlı bir farklılık tespit edilmemiştir. (p>.05).

5.13. Katılımcıların Hastalık Başlangıç Yaşlarına Göre Bulgular

Katılımcıların hastalık başlangıç yaşlarına göre değişkenler arasındaki bulgular tablo 5.13’te verilmiştir.

Tablo 5.13. Katılımcıların Hastalık Başlangıç Yaşlarına Göre Değişkenler Arasındaki Bulgular

		N	Ort.	S	t	p
TİDÖ	0-10 Yaş	3	48	7.549		
	11-21 Yaş	39	38.12	6.673		
	22-32 Yaş	28	39.03	8.324		
	33 Yaş ve Üstü	13	43	5.816	2.935	.038
1. <i>Öz bakım</i>	0-10 Yaş	3	16.33	4.163		
	11-21 Yaş	39	15.07	3.428		
	22-32 Yaş	28	14.78	3.392		
	33 Yaş ve Üstü	13	15.76	1.640	.418	.741
2. <i>İlişkiler</i>	0-10 Yaş	3	15.66	4.163		
	11-21 Yaş	39	11.64	3.207		
	22-32 Yaş	28	12.39	3.784		
	33 Yaş ve Üstü	13	14.46	2.846	3.161	.029
3. <i>Bağımsız</i>	0-10 Yaş	3	12	.000		
	11-21 Yaş	39	8.87	2.284		
	22-32 Yaş	28	8.85	2.606		
	33 Yaş ve Üstü	13	9.92	2.465	2.175	.098
KHÖY	0-10 Yaş	3	70.66	6.506		
	11-21 Yaş	39	72.51	9.408		

	22-32 Yaş	28	70.17	11.627		
	33 Yaş ve Üstü	13	72.53	8.161	.343	.794
1. Damgalama	0-10 Yaş	3	13	4.358		
	11-21 Yaş	39	21.84	7.579		
	22-32 Yaş	28	21.39	7.435		
	33 Yaş ve Üstü	13	15.84	8.008	3.189	.028
2. Baş etme	0-10 Yaş	3	18	.000		
	11-21 Yaş	39	16.12	3.310		
	22-32 Yaş	28	15.82	3.174		
	33 Yaş ve Üstü	13	18.07	3.707	1.743	.165
3. Sağlık	0-10 Yaş	3	16.33	1.527		
	11-21 Yaş	39	13.74	3.454		
	22-32 Yaş	28	15.69	4.917		
	33 Yaş ve Üstü	13	14.04	3.750	1.316	.275
4. Tedavi	0-10 Yaş	3	23.33	2.886		
	11-21 Yaş	39	20.79	4.583		
	22-32 Yaş	28	19.50	5.802		
	33 Yaş ve Üstü	13	22.92	2.782	1.814	.151

Kısaltmalar: TİDÖ: Toplumsal İşlevsellik Değerlendirme Ölçeği / KHÖY: Kronik Hastalık Öz Yönetim Ölçeği

Katılımcıların hastalık başlangıç yaşlarına göre sosyal işlevsellik düzeyleri (F=2.935, p=0.03) ve alt boyutları olan öz bakım boyutu düzeyleri (F=.418, p=0.74), ilişkiler boyutu düzeyleri (F=3.161, p=0.02) ve bağımsız boyutu düzeyleri (F=2.175, p=0.09); kronik hastalık öz yönetim düzeyleri (F=.343, p=0.79) ve alt boyutları olan damgalama boyutu düzeyleri (F=3.189, p=0.02), baş etme boyutu düzeyleri (F=1.743, p=0.16), sağlık boyutu düzeyleri (F=1.316, p=0.27) ve tedavi boyutu düzeylerine (F=1.814, p=0.15) bir farklılık yaratıp yaratmadığını test etmek için yapılan Anova testi Tablo 5.13'te verilmiştir. Sosyal işlevsellik düzeylerinde (p<.05). İlişkiler alt boyutunda (p<.05) ve damgalama alt boyutunda anlamlı farklılık bulunmuştur (p<.05). Farklılığın

olduğu grupları tespit etmek için Post-Hoc testlerinden LSD testi kullanılmıştır. Analiz sonucunda sosyal işlevsellik düzeyleri için 0-10 yaş (Ort.=48, S=7.54) ile 11-21 yaş (Ort.=38.12, S=6.67) ($p<.05$) ve 22-32 yaş (Ort.=39.03, S=8.32) arasında ($p<.05$); 11-21 yaş (Ort.=38.12, S=6.67) ile 33 yaş ve üstü (Ort.=43, S=5.81) arasında anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($p<.05$). İlişkiler alt boyutu için 11-21 yaş (Ort.=11.64 S=3.20) ile 33 yaş ve üstü (Ort.=14.46, S=2.84) arasında anlamlı bir farklılık görülmüştür ($p<.05$). Damgalama alt boyutu için de 11-21 yaş (Ort.=21.84, S=7.57) ile 33 yaş ve üstü (Ort.=15.84, S=8) arasında anlamlı bir farklılık olduğu tespit edilmiştir ($p<.05$). Değişkenler incelendiğinde hastalığın başlangıç yaşı, bireyin kişisel gelişim dönemlerine göre bakıldığında sosyal işlevsellik düzeyi ilişki ve damgalama alt boyutlarında farklılık göstermekte olduğunu düşündürmektedir.

5.14. Katılımcıların Hastaneye Yatış Sayılarına Göre Bulgular

Katılımcıların hastaneye yatış sayılarına göre değişkenler arasındaki bulgular tablo 5.14'te verilmiştir.

Tablo 5.14. Katılımcıların Hastaneye Yatış Sayılarına Göre Değişkenler Arasındaki Bulgular

			N	Ort.	S	t	p
TİDÖ	1		33	40.06	7.232		
	2		13	38.46	6.475		
	3		9	40.22	8.657		
	4		15	40.26	7.314		
	5 ve Üzeri		13	38.07	8.892	.279	.891
1. Öz bakım	1		33	15.42	3.102		
	2		13	13.92	2.498		
	3		9	15.11	3.723		
	4		15	15.06	2.987		
	5 ve Üzeri		13	15.69	4.008	.624	.647
2. İlişkiler	1		33	12.84	3.438		
	2		13	12.46	3.044		
	3		9	12.55	3.940		
	4		15	13.20	3.876		

	5 ve Üzeri	13	10.69	3.425	1.088	.368
3. <i>Bağımsız</i>	1	33	8.87	2.712		
	2	13	9.53	1.898		
	3	9	9.88	2.204		
	4	15	9	2.478		
	5 ve Üzeri	13	9.07	2.564	.392	.814
KHÖY	1	33	71.18	9.767		
	2	13	72.15	5.913		
	3	9	73.55	12.360		
	4	15	72.40	11.159		
	5 ve Üzeri	13	70.23	11.121	.192	.942
1. <i>Damgalama</i>	1	33	19.48	7.293		
	2	13	22.46	7.611		
	3	9	19.55	7.384		
	4	15	19.33	9.247		
	5 ve Üzeri	13	22.69	8.270	.702	.593
2. <i>Baş etme</i>	1	33	16.78	3.110		
	2	13	15.84	3.078		
	3	9	17.44	5.174		
	4	15	16.20	2.782		
	5 ve Üzeri	13	15.46	3.332	.684	.605
3. <i>Sağlık</i>	1	33	14.18	4.390		
	2	13	13.84	3.869		
	3	9	14.77	4.841		
	4	15	14.66	3.352		
	5 ve Üzeri	13	12.69	3.727	.530	.714
4. <i>Tedavi</i>	1	33	20.72	5.233		
	2	13	20	4.358		
	3	9	21.77	5.761		
	4	15	22.20	3.509		
	5 ve Üzeri	13	19.38	5.220	.756	.557

Kısaltmalar: TİDÖ: Toplumsal İşlevsellik Değerlendirme Ölçeği /KHÖY: Kronik Hastalık Öz Yönetim Ölçeği

Katılımcıların hastaneye yatış sayılarına göre sosyal işlevsellik düzeyleri ($F=.279$, $p=0.89$) ve alt boyutları olan öz bakım boyutu düzeyleri ($F=624$, $p=0.64$), ilişkiler boyutu düzeyleri ($F=1.088$, $p=0.36$) ve bağımsız boyutu düzeyleri ($F=.392$, $p=0.81$); kronik hastalık öz yönetim düzeyleri ($F=.192$, $p=0.94$) ve alt boyutları olan damgalama boyutu düzeyleri ($F=.702$, $p=0.59$), baş etme boyutu düzeyleri ($F=.684$, $p=0.60$), sağlık boyutu düzeyleri ($F=.530$, $p=0.71$) ve tedavi boyutu düzeylerine ($F=.756$, $p=0.55$) göre farklılık durumu belirlemek için yapılan Anova testi Tablo 5.14'te verilmiştir. Analiz neticesinde anlamlı bir farklılık görülmemiştir ($p>.05$). Katılımcıların hastaneye yatış sayısı toplumsal işlevsellik ve öz bakım yönetimi düzeylerinde farklılaşmaya neden olmamıştır.

5.15. Katılımcıların İlaç Kullanımına Göre Bulgular

Katılımcıların ilaç kullanımına göre değişkenler arasındaki bulgular tablo 5.15'te verilmiştir.

Tablo 5.15. Katılımcıların İlaç Kullanımına Göre Değişkenler Arasındaki Bulgular

		N	Ort.	S	t	p
TİDÖ	Düzenli	74	40.05	7.109		
	Kısmen Düzenli	7	36.57	9.812		
	Düzensiz	2	31.50	7.778	1.946	.150
1. Öz bakım	Düzenli	74	15.48	3.012		
	Kısmen Düzenli	7	13.28	2.870		
	Düzensiz	2	8.50	2.121	6.763	.002
2. İlişkiler	Düzenli	74	12.59	3.475		
	Kısmen Düzenli	7	12	4.358		
	Düzensiz	2	10	2.828	.593	.555
3. Bağımsız	Düzenli	74	9.18	2.447		
	Kısmen Düzenli	7	8.57	2.820		

	Düzensiz	2	9.50	2.121	.221	.803
KHÖY	Düzenli	74	72.44	9.743		
	Kısmen Düzenli	7	65.71	9.860		
	Düzensiz	2	63.50	7.778	2.252	.112
1. Damgalama	Düzenli	74	20.41	7.958		
	Kısmen Düzenli	7	20.14	8.050		
	Düzensiz	2	22	2.828	.044	.957
2. Baş etme	Düzenli	74	16.51	3.381		
	Kısmen Düzenli	7	14.85	2.672		
	Düzensiz	2	17.50	3.353	.901	.410
3. Sağlık	Düzenli	74	14.21	4.045		
	Kısmen Düzenli	7	13	4.509		
	Düzensiz	2	11.50	2.121	.689	.505
4. Tedavi	Düzenli	74	21.29	4.507		
	Kısmen Düzenli	7	17.71	5.707		
	Düzensiz	2	12.50	6.363	5.181	.008

Kısaltmalar: TİDÖ: Toplumsal İşlevsellik Değerlendirme Ölçeği / KHÖY: Kronik Hastalık Öz Yönetim Ölçeği

Katılımcıların ilaç kullanım düzenlerine göre sosyal işlevsellik düzeyleri (F=1.946, p=0.15) ve alt boyutları olan öz bakım boyutu düzeyleri (F=6.763, p=0.00), ilişkiler boyutu düzeyleri (F=.593, p=0.55) ve bağımsız boyutu düzeyleri (F=.221, p=0.80); kronik hastalık öz yönetim düzeyleri (F=2.252, p=0.11) ve alt boyutları olan damgalama boyutu düzeyleri (F=.044, p=0.95), baş etme boyutu düzeyleri (F=.901, p=0.41), sağlık boyutu düzeyleri (F=.689, p=0.50) ve tedavi boyutu düzeylerine (F=5.181, p=0.00) göre farklılık durumunu test etmek için yapılan Anova testi Tablo 5.15'te verilmiştir. Öz bakım alt boyutunda ve tedavi alt boyutunda anlamlı farklılık

tespit edilmiştir ($p<.01$). Farklılığın olduğu grupları saptamak için Post-Hoc testlerinden Tukey testi uygulanmıştır. Analiz sonucunda öz bakım alt boyutu için düzenli (Ort.=15.48, S=3.01) ve düzensiz (Ort.=8.50, S=2.12) arasında anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($p<.01$). Tedavi alt boyutu için de düzenli (Ort.=21.29, S=4.50) ve düzensiz (Ort.=12.50, S=6.36) arasında anlamlı bir farklılık olduğu belirlenmiştir ($p<.05$). İlaç kullanımının düzenli olduğu katılımcılarda öz bakım ve tedavi uyumu alt boyutunda anlamlı ilişki gözlenmiştir. Buna göre ilaç uyumu yüksek olan katılımcıların öz yönetim ve tedavi katılım düzeyleri yükselmektedir.



ALTINCI BÖLÜM

DEĞERLENDİRME VE TARTIŞMA

Bu bölümde kronik ruhsal hastalıklara (şizofreni ve psikotik bozukluk) sahip olan bireylerin öz yönetim becerilerinin, sosyal işlevselliğe olan etkisini incelemek amacıyla yapılan bu çalışmaya ilişkin sonuçlar literatürde yer alan veriler ışığında tartışılmıştır.

6.1. Ölçeklerden Elde Edilen Verilerin Tartışılması

Araştırmanın temel problemi olan kronik ruhsal hastalıklara (şizofreni ve psikotik bozukluk) sahip olan bireylerin öz yönetim becerilerinin, sosyal işlevselliğe etkisinin olup olmadığı, varsa hangi ölçüde etki ettiği. Araştırmanın temel problemi çerçevesinde uygulanan ölçek ve alt boyutlarına bakıldığında kronik hastalık öz yönetimi ölçeği için çalışma grubunda yer alan kronik ruhsal hastalıklara sahip bireylerin ölçekten aldıkları puan ortalamalarının 71.66 ± 9.87 olarak saptanmıştır. Ölçekten alınabilecek minimum ve maksimum puanlar değerlendirildiğinde katılımcıların öz yönetiminin orta seviyeye yakın olduğu görülmektedir. Literatürde yapılan diğer çalışmalar incelendiğinde, Uğuz ve Doğan hemodiyaliz tedavisi alan hastalarda öz yönetim ve refah düzeyi arasındaki sosyodemografik ve klinik özellikler arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla yapmış oldukları çalışmada hemodiyaliz hastalarının orta derecede hastalık öz yönetimi ve yüksek refaha sahip olduğu tespitinde bulunmuşlardır (Uğuz ve Doğan, 2023: 88). Çiftçi ve arkadaşlarının psikiyatri hastalarının öz bakım gücü düzeyini incelediği çalışmada hastaların öz bakım düzeyi puanı 79.3 ± 23.2 olarak bulunarak öz bakım düzeyi orta düzey olarak değerlendirilmiştir (Çiftçi, Yıldırım, Şahin Altun ve Avşar, 2015: 72). Diyabetli bireylerde öz yönetimi ve etkileyen faktörleri incelemek amacı ile yapılan çalışmada hastaların öz bakım gücü ölçeğinden ortalama 78.33 ± 16.46 puan almıştır (Güneysel Bakır ve Zengin, 2023: 6). Taş ve Buldukoğlu şizofreni hastalarının taburculuk sonrası erken dönemde öz-bakım gücü ve bakım gereksinimlerini belirlemek için yapmış oldukları çalışmada, katılımcıların öz-bakım gücü puan ortalamasını 99.32 ± 21.86 olarak bulunmuştur (Taş ve Buldukoğlu, 2018: 13). Şizofreni hastalarında yeti yitimi ile öz bakım gücü arasındaki ilişkiyi inceleyen bir diğer çalışmada katılımcıların öz bakım gücü puanı $75,16 \pm 16,69$ olarak bulunmuştur (Aydın ve Şahin Altun, 2023: 482).

Çalışmamızda yine katılımcıların Toplumsal İşlevselliği Değerlendirme Ölçeğindeki puan ortalamasının 39.55 ± 7.43 olduğu görülmüştür (Tablo 4.2.). Literatür

incelendiğinde Gürcan ve arkadaşları (2021) tarafından yapılan çalışmada 30 şizofreni hastasına TİDÖ uygulanmış, yapılan ön test sonucunda katılımcılar testten ortalama $41,00 \pm 6,15$ puan almışlardır (Gürcan, Yıldız, Patır ve Demir, 2021: 111). Gülcüoğlu 2021 yılında yapmış olduğu çalışmada katılımcıların puan ortalamasını $37,09 \pm 7,39$ olarak bulmuştur (Gülcüoğlu, 2021: 36). TİDÖ için alınacak minimum puan 19 maksimum puan ise 57'dir. Literatürde yapılan diğer çalışmalarla benzer olarak çalışmamızda katılımcılar orta değerde puan almıştır. Ruhsal hastalığı olan kişilere yönelik hazırlanmış olan bu ölçek toplum ruh sağlığı merkezinde takip edilen kronik ruhsal hastalara uygulanmış ve bu hastalığa bağlı olarak katılımcıların toplumsal işlevsellik düzeyinin orta seviyede olduğu bulunmuştur.

6.2. Hipotez Testlerinin Tartışılması

Yapılan korelasyon analizi neticesinde toplumsal işlevsellik değerlendirme ölçeğinin kronik hastalık öz yönetim ölçeği ($r=.223, p<.05$) ile arasında anlamlı ve pozitif yönde korelasyon bulunmakta olduğu görülmüştür. Bu durumda H1 hipotezi doğrulanmıştır (Tablo 5.1). Çalışma grubunda yer alan katılımcıların öz yönetim düzeyleri ve sosyal işlevsellikleri arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Uğuz ve Doğan'ın (2023) çalışmasında kronik hemodiyaliz hastalarında öz yönetim ve refah arasında pozitif bir ilişki saptanmıştır. Toplum ruh sağlığı merkezinde takip edilen şizofreni hastalarının, yeti yitimi ile öz bakım gücünü araştıran çalışmada (2023) yeti yitimi ile öz bakım gücü arasında negatif yönde ilişki tespit edildiği aktarılmıştır (Aydın ve Şahin Altun, 2023: 482). Çalışmada yer alan yeti yitiminin toplumsal katılımı etkilediği düşünülmektedir. Şizofrenide klinik psikopatoloji, bilişsel ve toplumsal işlevsellik arasındaki ilişkiyi inceleyen Abut (2019) hastalığın negatif belirtileri ve toplumsal işlevsellik arasında negatif ilişki bulmuştur (Abut, 2019: 21). Yurt dışında yapılan bir çalışmada 60 düzenli katılımcı arasında hastalık öncesi işlevsellik, psikopatoloji, iç görü, ilaca yönelik tutumlar ve yan etkilerin yanı sıra sosyodemografik faktörlerin yaşam kalitesi (QOL) ve psikososyal işlevsellik açısından tedavi sonuçlarıyla ilişkili olduğu sonucunu elde etmiştir (Hofer, et al., 2005 : 247).

Çalışmamızda yapılan regresyon analizi sonucunda ($\beta = 0.22; p <.001$) değişkenler arasında pozitif ve anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır. Bu sonuca göre toplum ruh sağlığı merkezinden hizmet alan kronik ruhsal hastalıklara sahip bireylerin öz yönetimi düzeyleri toplumsal işlevselliklerini etkilemektedir (Tablo 4). Bu durumda H2 hipotezi doğrulanmıştır. Literatüre bakıldığında doğrudan öz yönetiminin sosyal

işlevselliğe etkisini araştıran çalışmaya rastlanılmamakla beraber benzer çalışmalar değerlendirilmiştir. Uğuz ve Doğan'ın yapmış oldukları çalışmada (2023) hemodiyaliz hastalarında hastalık öz yönetimi arttıkça, hastaların refahının arttığı tespit edilmiştir. Saruç ve Kılıç Antalya'da Toplum Ruh Sağlığı Merkezinde yapmış oldukları araştırmada hastaların çoğunun öz bakımının yetersiz olduğunu ve bu sebeple sosyal çevrelerinin bulunmadığını tespit etmiştir (Saruç ve Kaya Kılıç, 2015: 53). Bir çalışmada toplum ruh sağlığı merkezinden hizmet alan bireylere yönelik deney grubuna atılganlık eğitimi verilmiş eğitim sonrası yapılan regresyon analizinde bireylerin iletişim becerisi ile günlük yaşam becerileri ve sosyal işlevsellik düzeylerinde gibi alt ölçek puanlarında artış olduğu sonucu elde edilmiştir. Bireylere yönelik uygulanan atılganlık eğitimin hastaların toplam işlevsel iyileşme düzeyinde anlamlı farklılık yarattığı sonucuna ulaşılmıştır (Üstün, 2018: 57). Yine TRSM de uygulanan ruhsal toplumsal beceri eğitimi uygulamasına yönelik yapılan bir çalışmada (Söğütü vd. 2017) uygulama sonrası bireylerin negatif belirti ölçeğinde azalma ve bunun sonucunda, sosyal işlevsellik ölçeğinde ve tüm alt ölçeklerinde artış gözlemlendiği aktarılmıştır (Söğütü, Özen, Varlık ve Güler, 2017: 124-125). Psikopatoloji ile sosyal işlevsellik arasındaki ilişkileri inceleyen meta-analiz çalışmasında bütün psikopatolojik alt alanların sosyal işlevsellikle ilişkili görüldüğü bulgusu, şizofrenide sosyal işlevsellikteki bozulmanın temel olarak negatif belirtilerin bir sonucu olduğu görüşüne karşı bir sonuç ortaya çıkarmıştır. Çakır ve Yurtsever MS hastaları ile yapmış oldukları çalışmada, hastalığının bireylerin sosyal yaşamlarını sürdürmede ve sosyal işlevselliklerinde kısıtlamaya neden olduğu sonucunu aktarmışlardır (Çakır ve Yurtsever, 2021: 1464). Yapılan başka bir araştırma sosyal işlevsellikteki bozulmayı, psikopatolojik bozukluğun bir belirtisi olarak açıklamıştır (Handes, Molstrom, Henriksen, Hjorthøj, & Nordgaard, 2023: 1470). Kronik ruhsal hastalıklara sahip hastaların öz yönetimi becerilerine yönelik araştırmalar kısıtlı sayıda olup literatürdeki bilgilerle çalışmamızdaki sonuçlar harmanlandığında bireylerin öz yönetim becerilerinde meydana gelen artışın sosyal işlevsellik düzeyini arttıracığı düşünülmektedir.

Katılımcıların öğrenim durumu ve değişkenler arasındaki bulguların istatistiksel analizi tablo 5.3'te yer almaktadır. Elde edilen bulgulara bakıldığında katılımcıların sosyal işlevsellik düzeyi ilişkiler alt boyutunda eğitim durumuna göre anlamlı farklılık yaratmaktadır ($p < .05$). Farklılığın olduğu grupları tespit etmek için Post-Hoc

testlerinden Tukey testi kullanılmıştır. Analiz sonucunda sosyal işlevsellik düzeyleri için okuryazar değil (Ort.=33.66, S=12.66) ile ön lisans (Ort.=47.25, S=5.36) arasında ($p<.05$) ve ilköğretim (Ort.=37.10, S=7.49) ile ön lisans (Ort.=47.25, S=5.36) arasında ($p<.01$); ilişkiler alt boyutu için de ilköğretim (Ort.=11.13, S=3.30) ile ön lisans (Ort.=16, S=2.07) arasında anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($p<.01$). Bu sonuçlar değerlendirildiğinde H3 Hipotezi doğrulanmıştır. Gülcüoğlu'nun (2021) yapmış olduğu çalışmada TİDÖ eğitim düzeyi yükseldikçe toplumsal işlevsellik düzeylerinde artış gözlemlenmiştir. Benzer çalışmalarda eğitim durumu ile toplumsal işlevsellik düzeyi arasında ilişki olduğu sonucu desteklenmiştir (Tatlıdil Yaylacı ve Göğüş, 2009: 111). Literatürde eğitim düzeyi yükseldikçe sosyal işlevselliğin artacağı düşüncesine ait çalışmalara yaygın olarak rastlanılmaktadır (Harvey, et al., 2006: 178). Hastaların eğitimsel kazanımlarının, sosyal işlevsellik düzeyinde ilişki kurma becerileri arasında anlamlı şekilde farklılık yarattığı sonucu ülke genelinde ve TRSM özelinde bireylerin eğitim düzeylerini arttırmaya yönelik faaliyetlerin artırılması gerekliliğini ortaya koymuştur.

Çalışmamızda elde edilen bulgular neticesinde katılımcıların öz yönetim düzeyleri ve cinsiyet arasında bağımsızlık alt boyutunda anlamlı farklılık saptanmıştır. Erkeklerin bağımsızlık alt boyutu kadınlardan yüksek çıkmıştır. H4 hipotezi doğrulanmıştır. Çiftçi ve arkadaşları yaptıkları çalışmada öz bakım gücü ile cinsiyet değişkeni arasında anlamlı farklılık olduğunu aktarmıştır. Literatürde çalışmamızın aksine cinsiyet değişkeni ile öz yönetim gücü arasında fark bulunmayan çalışmalar mevcuttur. Solgun 2019 yılında yapmış olduğu çalışmada, şizofreni hastalarında yeti yitimi iç görü ve öz bakım gücünü değerlendirilmiş, katılımcıların cinsiyetleri ve öz bakım gücü arasında anlamlı farklılık saptanmadığını ifade etmiştir (Solgun, 2019: 98). Alemdar ve Pakyüz'ün (2015) hemodiyaliz hastaları üzerinde yapmış olduğu araştırmada öz bakım gücünün cinsiyet faktöründen etkilenmediği sonucu elde edilmiştir. Konu ile ilgili farklı sonuçların olmasının örneklem hacminden kaynaklanabileceği düşünülmüş olup literatürde şizofreninin erkekler arasında yaygınlığının fazla olduğu çalışmalar mevcuttur. Buna bağlı olarak erkek hastaların kadın hastalara göre hastalığı kabullenme, tedaviye uyum hastalıkla baş etme mekanizmalarını geliştirmiş olabilmesi söz konusudur. Toplumumuzda erkeklerin kadınlara nazaran her alanda bağımsız olması da bu sonucu etkileyen nedenlerden biri olabileceği düşünülmektedir.

Çalışmamızda oluşturulan bir diğer hipotez katılımcıların öz yönetim beceri düzeyi medeni durumuna göre farklılık göstermektedir şeklindedir. Yapılan istatistiksel analiz neticesinde katılımcıların öz yönetim beceri düzeyi ilişki alt boyutunun medeni durumuna göre farklılık göstermekte olduğu sonucuna ulaşılmıştır ($p<.05$). Buna göre H5 hipotezi doğrulanmıştır. Literatür incelendiğinde medeni durumunun öz yönetimi olumlu yönde etkilediğini bildiren çalışmalar bulunmaktadır. Güneysel Bakır ve Zengin'in yapmış olduğu çalışmada diyabetli hastalarda KHÖY ölçeğinde katılımcıların medeni durumuna göre Tedaviye Uyum alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu, evli olan diyabetli bireylerin tedaviye uyumlarının daha iyi olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Samsun'da kronik hastalar üzerinde yapılan araştırmada evli olan katılımcıların öz bakım ölçeği ve alt boyutları puanları evli olmayanlardan daha yüksek çıkmıştır (Özdelikara, Taştan Gürkan ve Şen Atasayar, 2020: 44). Runa ve Bahar kronik hastalığa sahip bireyler üzerinde yaptıkları araştırmalarında evli hastaların öz bakım gücü alt ölçek boyutunun bekar hastaların puan ortalamasından daha yüksek olduğu sonucuna ulaşmıştır (Runa ve Bahar, 2023: 1083). Covid-19 pandemi salgınında akciğer nakli beklenen hastaların sosyal destek sistemlerinin araştırıldığı bir çalışmada, hastalık sürecinde olan bireylerin öz bakımlarını yapmakta zorlandıkları ve sosyal destek sistemlerine ihtiyaç duyduklarını aktarmışlardır. Çalışmada evli kişilerin en fazla desteğin eşlerinden geldiğini ifade etmişler çoğunlukla bakım verenin de eşleri olduğu aktarılmıştır (Akkaya , Akkaya , Çelik , Artan ve Özüçelik, 2022). Konu ile ilgili literatürde kronik hastalıklarda öz bakım yönetiminin katılımcıların medeni durumlarına göre farklılık yaratmadığı çalışmalar bulunmaktadır (Uslu, 2023). Çalışmamızdaki bulgular değerlendirildiğinde kronik ruhsal hastalığa sahip bireylerin öz yönetimini sağlamada bireysel ve sosyal destek mekanizmalarının varlığı, ya da evli bireylerin öz yönetime yönelik bekârlara oranla daha fazla sorumluluk alarak alt boyutlardan ilişki kurma becerisini geliştirdiği şeklinde yorumlanmıştır. Evli bireylerin sorumluluklarının daha fazla olması, sosyal destek kaynaklarının fazla olması ve öz yönetimlerinin güçlendirebileceğini ifade edebiliriz.

Oluşturulan bir diğer hipotez sosyal işlevsellik düzeyi katılımcıların gelir getirici bir işte çalışma durumuna göre farklılık göstermektedir şeklindedir. Hipotez tablo 5.6'da sınanmış ve toplumsal işlevsellik düzeyleri için çalışıyorum (Ort.=44.25, S=7.85) ile çalışmıyorum (Ort.=37.57, S=6.96) arasında ($p<.01$); ilişkiler alt boyutu, bağımsızlık, baş etme alt boyutu için çalışıyorum ile çalışmıyorum arasında anlamlı bir farklılık

saptanmıştır ($p < .05$). Bu sonuca göre H6 hipotezi doğrulanmıştır. Kronik ruhsal hastalıklarda bireylerin çalışma durumu bir taraftan hastalığın önemli bir belirtisi olduğu gibi iyileşmenin de en önemli belirleyicilerindendir. Çalışmamızda bunu destekler nitelikte hastaların çalışma durumu ile sosyal işlevsellik düzeyleri arasında anlamlı ilişki saptanmıştır. Literatür incelendiğinde Yıldız aynı hekim tarafından beş yıl boyunca takip edilen 70 hastanın geriye dönük incelemesini yapmış, hastaların iyileşme kriteri olarak 24 ay boyunca çalışma şartını belirlemiştir. 5 yıllık süreçte hastaların %35.7'si iyileşme kriterlerine ulaşmıştır. Hastaların aynı hekim tarafından takip edilmesi, tedavinin yakından takibi ve düzenli ya da ihtiyaç duyulduğunda yapılan toplantıların sonuçları olarak yorumlanmıştır (Yıldız, 2017: 366). İstihdam durumunun sübjektif yaşam kalitesini etkileyip etkilemediğini belirlemek ve fonksiyonel kapasitenin genel bilişsel performans ile istihdam durumu arasındaki ilişkiyi incelemek amacı ile doksan üç şizofreni hastasına kapsamlı bir bilişsel testler uygulanmıştır. Araştırma sonucu daha iyi çalışma durumunun şizofreni hastalarında sosyal işlevselliği arttırdığı fikrini desteklemiştir (Haruo Fujino, 2015: 20). Şizofreni hastalarının sosyal işlevselliği ve bakım veren yükünün incelendiği başka bir çalışmada hastaların çalışma durumu ve sosyal işlevselliği arasında anlamlı farklılık saptanmıştır. Çalışan hastaların sosyal işlevsellik puanları daha yüksek bulunmuştur (Kaya, 2013: 36). Erol ve arkadaşları (2009) tarafından yapılan çalışmada çalışan hastaların çalışmayan hastalara oranla işlevsellik düzeyleri daha iyi olduğu bulunmuştur. Bekiroğlu ve Demiröz (2020) çalışan kronik ruhsal hastalığa sahip kişilerin çalışmayanlara göre daha yüksek seviyede işlevsellik gösterdiklerini ifade etmiştir. Klinik semptomların ve bilişsel işlevlerin çalışma durumuyla ilişkisini değerlendirmek için, mesleki rehabilitasyon programına katılan otuz şizofreni hastası, kapsamlı bir nöropsikolojik ve psikopatoloji durumlarının değerlendirildiği başka bir araştırmada, gelir getirici bir işte çalışmayan hastaların negatif belirtilerin daha fazla olduğu, işlevselliğinin daha düşük olduğu sonucuna ulaşmışlardır (McGurk & Meltzer, 2000: 175). Sosyal işlevselliğin belirleyici faaliyetlerinden olan alışveriş yapabilme, parayı yönetebilme durumu bireyin ekonomik durumu ile doğrudan ilişkilidir. Bireylerin toplumsal yaşama katılımları, piknik, gezi gibi sosyal faaliyetlere katılımı bireyin ekonomik Kronik ruhsal hastalık tanısına sahip bireylerin istihdam gibi unsurlar gelir düzeyi doğrudan ilişkidir.

H7 hipotezi öz yönetimi düzeyi katılımcıların ruhsal hastalığa ek olarak süreğen hastalığı bulunması durumuna göre farklılık göstermektedir şeklinde oluşturulmuştur. Oluşturulan hipotez tablo 5.7 'de sınanmış ve yapılan istatistiksel analiz sonucunda öz yönetimi tedavi alt boyutu katılımcıların ruhsal hastalığa ek olarak süreğen hastalığı bulunması durumuna göre farklılık göstermekte olduğu görülmüştür. H7 hipotezi doğrulanmıştır. Şizofreni hastalarında öz bakım gücünün değerlendirildiği bir çalışmada bizim bulgularımızdan farklı olarak hastaların psikiyatrik hastalık dışında başka süreğen kronik hastalığının olması durumunun öz bakım gücünü etkilemediği tespit edilmiştir (Taş ve Buldukoğlu 2018). Gülcüoğlu çalışmasında kronik ruhsal hastalığa ek süreğen hastalığı bulunmayan bireylerin toplumsal işlevsellik düzeylerini daha yüksek bulmuştur. Bu farklıklar kronik ruhsal hastalıklara süreğen hastalığın eşlik etme durumunun bireylerin öz bakım farkındalık düzeylerinin daha yüksek olduğu ve öz bakım yönetimlerine daha fazla dikkat ederek tedavi uyumlarını arttırdığını düşündürmüştür.

Katılımcıların toplum ruh sağlığı merkezinden hizmet alma süresinin sosyal işlevselliklerine etkisi H8 hipotezine göre test edilmiş, sosyal işlevsellik ile TRSM devam süresi arasında anlamlı farklılık bulunamamıştır ($p>.05$). Bu sonuca göre H8 hipotezi doğrulanmamıştır. Çalışmamızda edinilen verilere göre katılımcıların sosyal işlevsellik düzeyi Toplum Ruh Sağlığı Merkezine devam süresine göre farklılık göstermemiştir. Çalışmaya benzer sonuca Kaymaz tarafından ulaşılmış, TRSM kayıtlı yıl sayısı ve merkeze geliş süresi arasında düşük işlevsellik bağlantısı bulmuştur (Kaymaz, 2020: 26). Arslan ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada (2015) şizofreni hastalarının gündüz hastanesi rehabilitasyon programlarından almış oldukları puanın 3 yıllık izleme sonucunda anlamlı iyileşme göstermediği gözlemlenmiştir. Çalışmamızda toplum ruh sağlığı merkezinden hizmet alma süresinin değişkenler üzerinde etkili olmadığı sonucunun ortaya çıkmasında, çalışmanın tek merkezli olarak yapılması, örneklemdaki sınırlılıklar ve ölçek sorularının kısıtlılığı olabileceği düşünülmüş, bu alanda toplum temelli yaklaşımların etkinliğinin araştırılmasında çok yönlü değerlendirmenin uygun olacağı kanaati oluşmuştur. Zira bu durum toplum ruh sağlığı merkezinin işleyiş amacına ters düşmektedir. Bu alanda nitel ve deney-gözlem grubuyla yapılacak çalışmaların daha açıklayıcı olabileceği düşünülmüştür.

Oluşturulan son hipotez H9: Toplum Ruh Sağlığı Merkezine düzenli devam eden bireylerin sosyal işlevsellik düzeyi düzensiz devam eden bireylerden yüksektir

şeklinde. Bu hipotezi sınamak için yapılan katılımcıların TRSM'ye katılım düzeninin değerlendirildiği analiz sonucunda TİDÖ öz bakım alt boyutunda anlamlı farklılık yarattığı görülmüştür ($p<.05$). Yapılan Post Hoc testinin neticesinde öz bakım alt boyutu için düzenli (Ort.=15.63, S=2.97) ile kısmen düzenli (Ort.=13.33, S=3.59) devam eden bireyler arasında anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($p<.05$). Toplum Ruh Sağlığı Merkezine düzenli devam eden bireylerin sosyal işlevsellik düzeyi düzensiz devam eden bireylerden kısmen yüksektir (Tablo 5.9.). Bu sonuca göre H9 hipotezi doğrulanmıştır. Söğütü ve arkadaşları (2017) TRSM' de takip edilen bir grup hastaya Ruhsal Toplumsal Beceri Eğitimi uygulamış, deney ve kontrol grubundan oluşan çalışmada, deney grubunun sosyal işlevselliği, tedaviye uyum, iç görü ve yaşam niteliği gibi bulgularda iyileşme gözlemlenmiştir. Bir diğer çalışmada TRSM programlarına teşvik edici benzer programların dâhil edilmesi, ilaç ve psikososyal müdahalelerin bir arada kullanımı hastaların motivasyonu ve başa çıkma becerilerini geliştirdiği ifade edilmektedir (Arslan Delice, Mert Akgül ve Yıldız, 2014: 122). Şahin ve Elboğa'nın yapmış olduğu çalışmada işlevsellik, tedavi uyumu ve iç görüye etkisinin incelendiği TRSM hizmetleri sonrasında tüm klinik ve sosyal verilerde artış olduğu gözlemlenmiştir. 2009 yılında ayaktan tedavi gören şizofreni hastalarına sosyal bilişsel beceri eğitimi verilmiş, hastalık öz yönetimi ve nüksetmeyi önleme becerileri rastgele atanmış ve sosyal biliş grubunda iyileşme saptanmıştır (Horan, et al. 2009: 47). TRSM'den en az altı ay faydalanan hastalar ile toplum ruh sağlığı hizmeti almayıp TRSM'ye yeni kaydedilen 88 Psikoz ve bipolar bozukluk tanıları hastaların işlevsellik, tedavi uyumu ve iç görüye etkisinin incelendiği çalışmada bireylerin TRSM'ye katılım düzenine bakılmaksızın yapılan tüm değerlendirme ölçekleri arasında anlamlı farklılık olduğu aktarılmıştır (Şahin & Elboğa, 2019: 436). TRSM' de takip edilen hastalarla poliklinikten takip edilen hastaların karşılaştırıldığı çalışmada işlevsellik açısından TRSM' de takip edilen hasta grubunda daha yüksek işlevsellik puanı elde edilmiştir (Özdemir, vd., 2017: 424). Kore'de yapılan çalışmada toplum ruh sağlığında şizofreni hastalarına grup temelli bir sosyal bilişsel beceri eğitimi (SCST) geliştirme ve uygulama çalışması yapılmış, yüzdeki duyguyu tanıma, sosyal işlevsellik ve psikiyatrik belirtilerde önemli iyileşmeler gösterdiği ifade edilmiştir. Çalışmada psikososyal tedavilerin ülkede kullanımının yaygın olmadığı ifade edilmiş, sonucun Kore'de ayakta tedavi gören şizofreni hastalarında sosyal bilişin ve işleyişin geliştirilmesi konusunda umut vaat ettiği ifade edilmiştir (Eun Lim, et al., 2020). Genel olarak elde edilen sonuçlar TRSM faaliyetlerine düzenli katılımın toplumda yaşayan ayakta tedavi gören hastalar için sosyal bilişsel müdahalenin etkinliğini desteklemekte, toplum ruh

sağlığı merkezinde verilerin psikosyal müdahalelerin hastaların öz bakım yönetimi, sosyal işlevsellik ve tedavi kazanımlarının geliştirilmesinde daha fazla iyileştirmeler elde etmek için toplumsal tedavi yaklaşımının geliştirilmesini teşvik etmektedir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

7.1. Çalışmadan Elde Edilen Sonuçlar

Çalışmamızda toplum ruh sağlığı merkezi tarafından takip edilen kronik ruhsal hastalığa sahip bireylerin öz yönetimlerinin sosyal işlevselliğe olan etkisinin araştırılması hedeflenmiştir. Bu kapsamda bireylere sosyodemografik bilgileri içeren katılımcı bilgi formu, toplumsal işlevselliği değerlendirme ölçeği ve kronik hastalık öz yönetim ölçeği uygulanmıştır.

Çalışmamızda katılımcıların yaş gruplarına, yaşam durumları ve hastalık sürelerine göre dağılımları incelenmiş, öz yönetim ve sosyal işlevsellik düzeyleri bu faktörlere bağlı olarak değişkenlik göstermemiştir.

Çalışmamızda kronik ruhsal hastalığa sahip bireylerin öz yönetimi ve sosyal işlevsellik düzeylerinin orta seviyede olduğu saptanmıştır.

Araştırma sonucunda toplum ruh sağlığı merkezlerine düzenli devam eden bireylerin sosyal işlevsellik düzeyleri düzensiz devam edenlere göre daha yüksek çıkmıştır. Yine araştırmada TRSM'ye devam süresinin katılımcıların öz yönetim düzeyi ve sosyal işlevsellik düzeyi üzerinde etkili olmadığı sonucu elde edilmiştir.

Çalışmamızda elde edilen bir diğer sonuca göre aktif çalışma yaşamının içinde olmak, gelir getirici bir işte çalışmak bireylerin sosyal işlevselliklerini arttırmaktadır.

Araştırmamızda evli katılımcıların TİDO ilişki alt boyutu diğer katılımcılardan yüksek çıkmıştır.

Sonuç olarak çalışmamızda kronik ruhsal hastalıklara sahip bireylerin öz yönetimlerinin sosyal işlevselliği pozitif yönde etkilediği tespit edilmiştir. Bu sonuca göre kronik ruhsal hastalığa sahip bireylerin öz yönetim düzeyi arttıkça sosyal işlevselliklerinin arttığını söylemek mümkündür.

Çalışmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda aşağıdaki öneriler sunulmuştur;

7.2. Alan Çalışanları için Öneriler

1. Katılımcıların toplum ruh sağlığı merkezine devam sürelerinin uzunluğunun sosyal işlevsellikleri ve öz yönetimleri üzerinde etkili olmamasının kurumun işleyiş amacı ile çeliştiği düşüncesini uyandırmaktadır. Bu durumda kronik ruhsal hastalığa sahip bireylerin kurumdan maksimum fayda sağlayabileceği ve kuruma düzenli devam edebileceği şekilde çalışmalar yapılmalı,
2. Gelir getirici bir işte çalışma durumunun işlevselliğin en önemli göstergelerinden biri olduğu çalışmamızda açıkça görülmüştür. Bu kapsamda TRSM'lerde bireylerin istihdama katılımını sağlayacak uygulamalara yer verilmeli,
3. Kronik hastalığı olan kişilere bireysel öz yönetimi artırıcı ve sağlıklı yaşama şeklini benimseyecek davranışlar kazandırılmalı,
4. Grup içi etkileşimi artırıcı faaliyetlerle birlikte TRSM'nin çevresindeki kurumlarla etkileşim sağlanarak bireylerin sosyal katılımlarının desteklenmesi,
5. Sosyal katılımı etkileyen öz yönetimini yükseltecek faaliyetlerin artırılması (Psikoeğitim, Ruhsal Toplumsal Beceri Eğitimi, Sosyal Biliş Eğitimleri vs.) bireylerin günlük öz yönetim çizelgesi gibi göstergelerle öz yönetimlerinin takip edilmesi ve hastanın bu programlara katılımının artırılması gerekmektedir.

7.3. Araştırmacılar İçin Öneriler

1. Kronik ruhsal hastalara yönelik nicel yöntemle yapılan bu çalışmanın, çok boyutlu olarak deney gözlem grubuyla ya da değişkenlerin bireysel etkileri ölçmek amacıyla Karma/Nitel olarak yapılmasının daha ayrıntılı sonuçlar vereceği düşünülmüştür.
2. Literatürde TRSM faaliyetlerinin ölçüldüğü çalışmalara sıkça rastlanılmakla birlikte, bireylerin bilişsel ve sosyal işlevselliğin geliştirilmesi için çalışma yapılması gerekliliği düşünülmektedir.
3. Kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin çalışan ve çalışmayan bireyler arasında pozitif ruh sağlığını araştıran çalışmalara rastlanılmamaktadır. İstihdamı arttırmayı destekleyecek yönde araştırmalara ihtiyaç duyulmaktadır.
4. Kronik ruhsal hastalıklarda öz yönetim ve sosyal işlevselliğin artırılmasına yönelik yapılacak olan araştırmalar bu alandaki müdahalelere de ışık tutacaktır.

5. Literatürde kronik ruhsal hastalıklarda öz yönetimi becerisinin cinsiyet faktörü ve evlilik faktörü arasındaki ilişkisi hususunda farklı bulgular mevcuttur. Daha büyük gruplar ile bu faktörlere yönelik çalışma yapılması yapılacak olan klinik müdahalelerin belirlenmesinde yol gösterici olabileceği düşünülmüştür.



KAYNAKÇA

- Abut, F. B. (2019). *Şizofrenide Klinik Psikopatoloji, Bilişsel ve Toplumsal İşlevsellik Arasındaki İlişki: 1 Yıllık İzlem Çalışması Yüksek Lisans Tezi*. Kocaeli Üniversitesi.
- Akdemir, N. ve Birol, L. (2005). *İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı*. Ankara: Sistem Ofset.
- Akkaya , N., Akkaya , M., Çelik , S., Artan , T. ve Özüçelik, D. N. (2022). The Importance of Formal and Informal Social Support Systems in Bio-Psychosocial and Economic Problems Faced by Patients Waiting for Lung Transplant During the Covid-19 Pandemic. *Open Access Journals*, 11-15.
- Alataş, G., Karaoğlan, A., Arslan, M. ve Yanık, M. (2009). Toplum Temelli Ruh Sağlığı Modeli ve Türkiye'de Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri Projesi. *Nöropsikiyatri Arşivi*, 25-29.
- Alemdar, H. ve Çınar Pakyüz, S. (2015). Hemodiyaliz Hastalarında Öz Bakım Gücünün Yaşam Kalitesine Etkisinin Değerlendirilmesi . *Nefroloji Hemşireliği Dergisi*, 19-30.
- Algönül, Ö. (2017). Şizofreninin Tanımı. *Şizofreni Tanılı Hastalara Birincil Bakım Veren Bireylerin Duygu Dışavurumu Açısından Değerlendirilmesi Yüksek Lisans Tezi*. İstanbul: Işık Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Alptekin, K., Ulaş, H., Akdede, B. B., Tümüklü, M. ve Akvardar, Y. (2009). Prevalence and Risk Factors of Psychotic Symptoms: In The City of Izmir, Turkey. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiology*, 905-910.
- Amerikan Psikiyatri Birliği. (2014). *Amerikan Psikiyatri Birliği Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı*. Ankara: Hekimler Yayın Birliği.
- Arabacı, L., Büyükbayram, A., Aktaş, Y. ve Taşkın, N. (2018). Kronik Ruhsal Bozukluk Tanısı Alan Hastaların Bakım Verenlerine Verilen Psikoeğitimin Yaşadıkları Güçlük ve Psikososyal Uyumlarına Etkisi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 175.
- Arietti, S. (2008). *Bir Şizofreni Anlamak: Aile ve Arkadaşlar İçin Rehber*. (A. Eti, Çev.) İstanbul: Doruk Yayınları.
- Arslan Delice, M., Mert Akgül, S. ve Yıldız, M. (2014). Toplum Ruh Sağlığı Merkezi'nden Hizmet Alan Bir Şizofrenili Olguda Bütüncül Yaklaşımın

- Hastalığın Gidişine Etkisi. *Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 122-125.
- 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. *Anatolian Journal of Psychiatry*, 16, 238-246.
- Arslantaş, H. (2018). Toplum Ruh Sağlığında Etik Konular. G. Ünsal, D. Avcı ve S. Duran içinde, *Toplum Ruh Sağlığı Hemşireliği El Kitabı* (s. 20-28). Ankara: Türkiye Klinikleri.
- Aşık, E. ve Ünsal Barlas, G. (2016). Psikiyatri Hemşireleri için Bir Alan: Şizofrenide Duygu Tanıma ve Sosyal İşlevsellik. *JAREN*, 92-96. doi:10.5222/jaren.2016.092
- Attepe Özden, S. (2015). *Şizofreni Tanısı Almış Bireylerin Ailelerinin Bakım Verme Deneyimleri ve Sosyal Destek İlişkilerinin Psikiyatrik Sosyal Hizmet Temelinde İncelenmesi Doktora Tezi*. Ankara: Hacettepe Üniversitesi.
- Attepe, S. (2014). Yoksulluk ve Ruh Sağlığı. G. Polat, A. İçağasıoğlu Çoban içinde, *Yoksulluk ve Sosyal Hizmet Yeni Zorluklar ve Yaklaşımlar* (s. 187-198). İstanbul: Sosyal Çalışma Yayınları.
- Aydın Yıldırım, T. ve Altay, B. (2016). Huzurevinde Yaşayan Yaşlıların Geleceğe Yönelik Beklentilerinin Öz Bakım Gücü ve Yaşam Doyumuna Etkisi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 16-24.
- Aydın, R., ve Şahin Altun, Ö. (2023). Şizofreni Hastalarında Yeti Yitimi ile Öz Bakım Gücü Arasındaki İlişkinin İncelenmesi: Tanımlayıcı Çalışma. *Türkiye Klinikleri Hemşirelik Bilimleri Dergisi*, 482-489.
- Aydemir, T. ve Çetin, Ş. (2019). Kronik Hastalıklar ve Psikososyal Bakım. *Jamer (Journal of Anatolian Medical Research)*, 109-115.
- Aykara, A. ve Akçay, S. (2010). Kronik Hastalığı Olan Bireylerin Toplumla Bütünleşmelerinde Sosyal Hizmet Uygulamaları. *Ufkun Ötesi Bilim Dergisi*, 51-66.
- Büyüköztürk, Ş., Kılıç Çakmak, E., Akgün, Ö. E., Karadeniz, Ş. ve Demirel, F. (2010). *Eğitimde Bilimsel Araştırma Yöntemleri*. Ankara: Pegem Akademi.
- Başer, D., Kırılıoğlu, 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*, 179-192.

- Baldırcı, E. (2016). *Hemodiyaliz Uygulanan Hastalarda Yorgunluk İle Öz Bakım Gücü Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi Yüksek Lisans Tezi*. Mersin Üniversitesi.
- Balhara, Y. P. (2013). Şizofreninin Önlenmesi: Bir Gözden Geçirme. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 130-139.
- Bat Tonkuş, M., Karataş, S., Yılmaz, S. ve Kutlu, F. Y. (2022). Ruhsal Bozukluğu Olan Bireylerde İyileşme ve İyileşme Modelleri. *Journal of Medical Sciences*, 135-143.
- Beaglehole, R., Epping-Jordan, J., Patel, W., Chopra, M., Ebrahim, S., Kidd, M., & Haines, E. (2008). Improving The Prevention and Management of Chronic Disease in Low Income and Middle-Income Countries:A Priority for Primary Health Care. *Lancet*, 940-949.
- Bekiroğlu, S. ve Attepe Özden, S. (2021). Türkiye’de Ağır Ruhsal Hastalığa Sahip Bireylere ve Ailelerine Yönelik Psikososyal Müdahaleler: Sistemik Bir İnceleme. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 52-76. doi:10.18863/pgy.721987
- Bekiroğlu, S. ve Demiröz, F. (2020). Toplum Ruh Sağlığı Merkezlerinden Hizmet Alan Ağır Ruhsal Hastalığa Sahip Bireylerin Sosyal İşlevselliğinin İncelenmesi. *Toplum ve Sosyal Hizmet* 1053-1079.
- Bektaş Akpınar, N. ve Aşkın Ceran, M. (2019). Kronik Hastalıklar ve Rehabilitasyon Hemşireliği. *Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 140-152.
- Belli, H., Özçetin, A., Ertem, Ü., Alpay, E., Bahçebaşı, T., Kıran, K. ve Bayık, Y. (2007). Şizofreni Hastalarında Bazı Sosyodemografik Özellikler ve Tedavi ile İlişkili Etmenler. *Anatolian Journal of Psychiatry*, 102-112.
- Bilir, N. ve Paksoy Subaşı, N. (2006). Yaşlılık Sorunları ve Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar ve Kontrolü. Ç. Güler, L. Akın içinde, *Halk Sağlığı Temel Bilgiler* (s. 1019-1041). Ankara: Hacettepe Üniversitesi Yayınları.
- Binbay, T., Alptekin, K., Elbi, H., Zağlı, N., Drukker, M., Aksu Tanık, F. ve Van Os, J. (2012). İzmir Kent Merkezinde Şizofreni ve Psikotik Belirtili Bozuklukların Yaşamboyu Yaygınlığı ve İlişkili Oldukları Sosyodemografik Özellikleri. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 149-160.
- Binbay, T., Direk, N., Aker, T., Akvardar, Y., Alptekin, K., Cimilli, C. ve Ulaş, H. (2013). Türkiye’de Psikiyatrik Epidemiyoloji: Yakın Zamanlı Araştırmalarda. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 1-18.

- Binbay, T., Ulaş, H., Elbi, H. ve Alptekin, K. (2011). The Psychosis Epidemiology in Turkey: A Systematic Review on Prevalence Estimates and Admission Rates. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 1-13.
- Birsöz, S. (2013). *Benim Şizofrenilerim*. Ankara: Hekimler Birliği Yayınları.
- Bostancı, A., Efe Sevim, M., Yurt, E. ve Özden, S. Y. (2003). Şizofrenide Kognitif İşlevlerdeki Yetersizliğin Strese Karşı Duyarlılıkla Bağlantısı. *Düşünen Adam*, 14-17.
- Brekke, J. S., Ansel, M., Jeffrey, L., Slade, E., & Weinstein, M. (1999). Intensity and Continuity Of Services And Functional Results In The Rehabilitation of Schizophrenia Patients. *Psychiatric Services*, 248-256.
- Buldaç, M. (2019, Eylül). *Bir Psikiyatri Hastanesinde Yatan Bireylerin Öz Bakım Gücü ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi*. Yüksek Lisans Tezi. Kuzey Kıbrıs, Gazimağusa: Doğu Akdeniz Üniversitesi.
- Buldukoğlu, K. (2015). Psikiyatrik Bakımda Değerler. *Türkiye Klinikleri Psychiatric Nursing - Special Topics*, 9-15.
- Bullinger. (1991). Quality of Life – Definition, Conceptualization and Implications: A Methodologists View. *Theor Surgery*, 143-148.
- Bulut, I. (1998). Psikiyatri Alanı ve Sosyal Hizmet Mesleği. E. Köroğlu, & C. Güleç içinde, *Psikiyatri Temel Kitabı Cilt II* (s. 1329-1332). Ankara: Hekimler Birliği.
- Butcher, J. N., Mineka, S., & Hooley, J. M. (2013). *Anormal Psikoloji*. İstanbul: Kaknüs Yayınları.
- Cüceloğlu, D. (2000). *İnsan ve Davranışı*. İstanbul: Remzi Kitabevi.
- Candan, Ç. (2021). *Kronik Hastalığı Olan Bireylerin Öz Bakım Yönetimi ile Bakım Veren Aile Üyelerinin Bakım Yükü Arasındaki İlişki*. Yüksek Lisans Tezi. Pamukkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Carpenter, V. T., Heinrichs, D. W., & Wagman, A. M. (1988). Deficit and Nondeficit Forms Of Schizophrenia; The concept. *Am J Psychiatry*, 578-583.
- CDS. (2022, Temmuz 21). *About Chronic Diseases*. 2024 tarihinde Center for Disease Control and Prevention: <https://www.cdc.gov/chronicdisease/about/index.htm> Adresinden Alındı.
- Ceylan, M. ve Çetin, M. (2005). *Araştırma ve Uygulamada Biyolojik Psikiyatri*. İstanbul: Yerküre Tanıtım ve Yayıncılık Hizmetleri.
- Clark, N. M., & Gong, M. (2000). Management of Chronic Disease by Practitioners and Patients: Are We Teaching The Wrong Things? *BMJ*, 572-575.

- Corrigan, P., Rafacz, J., & Rüsç, N. (2011). Examining a progressive model of self-stigma and its impact on people with serious mental illness. *Psychiatry research*, 189(3), 339-343.
- Çakır , M. ve Yurtsever, E. (2021). Multiple Skleroz Hastalarının Hastalık Deneyimlerinin Sosyal Hizmet Perspektifinden İncelenmesi. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 1441-1446.
- Çalışkan, M. B., Ata, E. E. ve Dikeç, G. (2021). Psikiyatri Hemşireleri Tarafından Şizofreni Tanılı Hastalara Uygulanan Psikososyal Rehabilitasyon Programları: Sistemik Derleme. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 77-92.
- Çetin, M. (2015). Şizofreni Tedavisi: Geçmiş, Bugünü ve Geleceği. *Bulletin of Clinical Psychopharmacology* , 95-99.
- Çiçekoğlu, P. ve Duran, S. (2018). Dünyada ve Türkiye'de Toplum Temelli Koruyucu Ruh Sağlığı Hizmetleri. G. Ünsal Barlas içinde, *Toplum Ruh Sağlığı Hemşireliği* (s. 8-14). Ankara: Türkiye Klinikleri.
- Çiftçi, B., Yıldırım, N., Şahin Altun, Ö. ve Avşar, G. (2015). What Level of Self-Care Agency in Mental İllness? The Factors Affecting Self-Care Agency and Self-Care Agency in Patients With Mental İllness. *Archives of Psychiatric Nursing*, 372-376.
- Dünya Sağlık Örgütü. (1993). *ICD-10 Ruhsal ve davranışlar bozukluklar sınıflandırılması klinik tanımlamalar ve tanı kılavuzları*. (Fusun Çuhadaroğlu, Çev.) Cenevre: Türkiye Sinir ve Ruh Sağlığı Derneği.
- Dünya Sağlık Örgütü. (2010). *Bulaşıcı Olmayan Hastalıklara İlişkin Küresel Durum Raporu*. Genova.
- Dünya Sağlık Örgütü. (2022, Ocak 01). *Dünya Sağlık Örgütü Uluslararası Hastalık Sınıflandırması ICD. 2023 tarihinde World Health Organization: <https://icd.who.int/browse11/l-m/en> adresinden alındı*
- De Vaus, D. (1990). *Surveys in Social Research* (2. Baskı b.). Londra: Unwin Hyman.
- Delibaş, D. H. ve Çam, B. (2018). Bir Eğitim ve Araştırma Hastanesinde Yatan Psikotik Bozukluk Tanılı Hastaların Sosyodemografik ve Klinik Özellikleri. *Journal Of Contemporary Medicine*, 259-263.
- Demirel, E. T. (2018). Araştırma Tasarımı. Ş. Arslan içinde, *Sosyal Bilimlerde Araştırma Yöntemleri Nicel, Nitel ve Karma Tasarımlar İçin Bir Rehber* (s. 105-117). Konya: Eğitim Yayınevi.

- Doğan, O. (2002). Şizofrenik Bozukluklarda Psikososyal Yaklaşımlar. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 240-248.
- Doğan, O. (2016). Social Psychiatry Practices in Turkey From Yesterday to Today. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 136-142.
- DSÖ. (2001). *The World Health Report. Mental Health: New Understanding, New Hope. Burden of Mental Health And Behavirol Disorders*. Geneva: DÜnya Sağlık Örgütü.
- Duyan, V. (1996). *Tıbbi Sosyal Hizmet; Sağlıkta Psikososyal Boyut*. Ankara: 72 TDFO Bilgisayar Yayıncılık Ltd. Şti.
- Duyan, V. (2010). *Sosyal Hizmet; Temelleri, Yaklaşımları, Müdahale Yöntemleri*. Ankara: Sosyal Hizmet Uzmanları Derneği.
- Dziegielewski, S. F. (2004). *The Changing Face of Health Care Social Work: Opportunities and Challenges for Professional Practice*. New York: Springer Publishing Company.
- Ensari, H. (2013). *Türkiye'de İlk Toplum Ruh Sağlığı Merkezi Açılış Süreci, Dünden Bugüne Bolu Toplum Ruh Sağlığı Merkezi Deneyimleri (2008-2013)*. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri Tic.Ltd.Şti.
- 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. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 108-114.
- Ergüder, T. (2020). Ulusal ve Uluslararası Alanda Hastalık Yüğü. *Sağlık Finansmanı Raporu* (s. 3-31). İstanbul: TÜSAB Sağlık Platformu.
- Erol, A., Keleş Ünal, E., Tunç Aydın, E. ve Mete, L. (2009). Şizofrenide Sosyal İşlevselliği Yordayan Etmenler. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 313-321.
- Erol, N., Kılıç, C., Ulusoy, M., Keçeci, M. ve Türütgen Şimşek, Z. (1997). *Türkiye Ruh Sağlığı Profili Ön Raporu*. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı.
- Ertuğrul, A. (2010). Şizofreninin Nörobiyolojisi. N. Yüksel içinde, *Temel Psikofarmakoloji* (s. 354-363). İstanbul: Türkiye Psikiyatri Derneği.
- Esen Danacı, A., Kuzeymen, B. ve Aydın, O. (2018). Şizoafektif Bozukluk. A. Esen Danacı, Ö. Böke, M. C. Saka, A. Erol ve S. Ulusoy Kaymak içinde, *Şizofreni ve Diğer Psikotik Bozukluklar: Temel Kitap* (s. 220-239). Ankara : Türkiye Psikiyatri Derneği.

- Eun Lim, J., Kwon, Y.-J., Jung, S.-Y., Park, K., Lee, W., Lee, S.-H., Choi, K.-H. et al.(2020). Benefits of Social Cognitive Skills Training Within Routine Community Mental Health Services: Evidence From A Non-Randomized Parallel Controlled Study. *Asian Journal of Psychiatry*, 102314.
- Findley, P. A. (2014). Social Work Practice in the Chronic Care Model:Chronic İllness And Disability Care. *Journal of Social Work*, 83-95.
- Garman, L. ve Sultan, D. (2014). Psikososyal Hemşirelik; Genel Hasta Bakımı İçin. (F. Öz ve M. Demiralp, Çev.) Ankara: Akademisyen Kitabevi.
- Gökçearsan Çiftçi, 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*, 163-175.
- Gönç Şavran, T. (2012). Sosyolojide Araştırma Yöntem ve Teknikleri. F. A. Koçak Turhanoğlu, N. Suğur, T. Gönç Şavran ve O. Beklan Çetin içinde, *Nitel ve Nitel Araştırmalarda Kullanılan Araştırma Teknikleri*. (s. 64-104). Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Yayınları.
- Gözen, Ö. ve Buz, S. (2020). Türkiye’de Koruyucu ve Önleyici Ruh Sağlığı Uygulamaları: Sosyal Hizmet Uzmanları ve Hastaların Deneyimlerine Dair Nitel Bir Araştırma. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 12(1), 18-42.
- Grady,P., & Lucio Gough, L. (2014). Self-Management: A Comprehensive Approach to Management of Chronic Conditions. *American Journal of Public Health*, 104(8), 25-31.
- Gülcüoğlu, M. (2021). *Toplum Ruh Sağlığı Merkezinde Şizofreni Tanısıyla Takip Edilen Hastaların Bilişsel İçgörü, Toplumsal İşlevsellik ve Başa Çıkma Tutumları Açısından Değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi*. Nevşehir: Hacı Bektaş-i Veli Üniversitesi.
- Güleç, C. (2006). Toplum Ruh Sağlığı Açısından Psikiyatrik Epidemiyoloji. Ç. Güler, ve L. Akın içinde, *Halk Sağlığı; Temel Bilgiler* (s. 1229-1241). Ankara: Hacettepe Üniversitesi Yayınları.
- Güneş, T. ve Tuncay, T. (2018). Türkiye’de Gelişmekte Olan Bir Uygulama Alanı: Halk Sağlığı Sosyal Hizmeti. *Tıbbi Sosyal Hizmet Dergisi*, 2-27.
- Güneri, E. (2016). *Kayıp Ülkeler; Şizofreni,Bipolar Afektif Bozukluk*. İstanbul: İstanbul Gelişim Üniversitesi Yayınları.

- Güneysel Bakır, G., & Zengin, N. (2023). Diyabetli bireylerde kronik hastalık öz yönetimi ve etkileyen faktörlerin incelenmesi. *Sağlık ve Yaşam Bilimleri Dergisi*, 5(1), 9-17.
- Gürbüz, S., Şahin, F. (2018). *Sosyal Bilimlerde Araştırma Yöntemleri Felsefe-Yöntem-Analiz*. Ankara: Seçkin Yayıncılık.
- Gürcan, M. B., Yıldız, M., Patır, K. ve Demir, Y. (2021). Şizofreni Hastalarında İzleti ve Anlatı Tedavilerinin Uskuramı ve Toplumsal İşlevsellik Üzerine Etkisi. *Nöropsikiyatri Arşivi*, 108-114.
- Hafner, H., & Maurer, K. (2006). Early Detection of Schizophrenia: Current Evidence and Future Perspectives. *World Psychiatry*, 130-138.
- Handes, R., Molstrom, I.-M., Henriksen, M. G., Hjorthøj, C., & Nordgaard, J. (2023). A Systematic Review and Meta-Analysis of the Association Between Psychopathology and Social Functioning in Schizophrenia. *Schizophr Bulletin*, 1470-1485.
- Hardy, S., & Richard, G. (2011). Adapting the Physical Health Improvement Profile for Severe Mental İllness for Use in Primary Care. *International Journal of Ment Health Nursing*, 350-355.
- Haruo Fujino, C. S. (2015). Predicting Employment Status and Subjective Quality of Life in Patients with Schizophrenia. *Schizophrenia Research: Cognition*, 20-25.
- Harvey, P. D., Friedman, J. I., Bowie, C., Reichenberg, A., McGurk, S. R., Parrella, M., Davis, K. L. et al. (2006). Validity and Stability of Performance-Based Estimates of Premorbid Educational Functioning in Older Patients with Schizophrenia. *J Clin Exp. Neuropsychology*, 178-192.
- Hasket, T. (2006). Chronic İllness Management: Changing the System. *Sage Journals*, 492-494.
- Hofer, A., Rettenbacher, M. A., Widschwendter, C. G., Kemmler, G., Hummer, M., & Fleischhacker, W. W. (2005). Correlates of Subjective and Functional Outcomes in Outpatient Clinic Attendees with Schizophrenia and Schizoaffective Disorder. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 246-255.
- Holmberg, S. K., & Kane, C. (1999). Health and Self-Care Practices of Schizophrenia Patients. *Psychiatric Service*, 827-829.

- Horan, W. P., Kern, R. S., Shokat Fadai, K., Sergi, M. J., Wynn, J. K., & Green, M. F. (2009). Social Cognitive Skills Training in Schizophrenia: An Initial Efficacy Study of Stabilized Outpatients. *Schizophrenia Research*, 47-54.
- Işık, E. (2006). *Güncel Şizofreni*. Ankara: Format Matbaacılık.
- Işık, E., Coşkunol, H., Evren, C., ve Işık, U. (2015). Şizofreni ve Alkol Madde Bağımlılığı/ Kişilik Bozuklukları ve Alkol Madde Bağımlılığı. İstanbul: Sigma Publishing.
- IFSW. (2014, 11 12). *Sosyal Hizmet Nedir*. 11 23, 2023 tarihinde International Federation of Social Workers: <https://www.ifsw.org/what-is-social-work/global-definition-of-social-work/> adresinden alındı.
- İncirkuş, K. ve Nahcivan, N. Ö. (2015). Kronik Hastalık Yönetimi için bir Rehber: Kronik Bakım Modeli. *Florence Nightingale Journal of Nursing*, 66-75.
- Üçok, A. (2008). Psikoz için Risk Altındaki Bireyler: Tanıma, Önleme ve Tedavi Konularında Neredeyiz? *Klinik Psikiyatri*, 9-14.
- Üçok, A. (2009). Şizofreni ve Benzeri Psikozlar. I. B. Kulaksızoğlu, R. Tükel, A. Üçok, İ. Yargıç, & O. Yazıcı içinde, *Psikiyatri* (s. 130-149). İstanbul: İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Yayını.
- Üstün, G. (2018). *Şizofreni Hastalarına Uygulanan Atılganlık Eğitiminin İşlevsel İyileşme ve Atılganlık Düzeyine Etkisi*. Doktora Tezi. İstanbul: İstanbul Üniversitesi.
- Üstünkaya, M. ve Asqarova, S. (2023). Şizofreni Hastası Bireylerde Yaşanan Bilişsel Gerilemenin Giderilmesine ve İşlevselliğin Arttırılmasına Ergoterapi Perspektifinden Bakış. *Artuklu International Journal of Health Sciences*, 82-87.
- Üstünsoy Çobanoğlu, Z., Aker, T. ve Çobanoğlu, N. (2023). Şizofreni ve Diğer Psikotik Bozukluğu Olan Hastalarda Tedaviye Uyum Sorunları. *Düşünen Adam*, 211-218.
- Jauhar, S., Johnstone, M., & McKenna, P. J. (2022). Schizophrenia. *The Lancet*, 473-486.
- Jerant, A., M. von Friederichs-Fitzwater, M. ve Moore, M. (2005). Patients Perceived Barriers to Active Self-Management of Chronic Conditions. *Patient Education and Counseling*, 57(3), 300-307. doi:<https://doi.org/10.1016/j.pec.2004.08.004>
- Joekes, K., Van Elderen, T., & Schreurs, K. (2007). Self-efficacy and overprotection are related to quality of life, psychological well-being and self-management in cardiac patients. *Journal Health Psychology*, 12(1), 4-16.

- Kaçan Softa, H. ve Ulaş Karaahmetoğlu, G. (2016). Bir Fizik Tedavi Rehabilitasyon Hastanesinde Yatan Yaşlılarda Yeti Yitimi ve Depresyon Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 18-24.
- Karadeniz, S. (2023). Multipl skleroz hastalarında hastalık öz yönetimi ve öz yönetimi etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi. *Tıpta Uzmanlık Tezi*. Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi.
- Karakoç Kumsar, A. ve Taşkın Yılmaz, F. (2014). Kronik Hastalıklarda Yaşam Kalitesine Genel Bakış. *Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 62-70.
- Karasar, N. (2014). Bilimsel Araştırma Yöntemi. Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık Eğitim Danışmanlık Tic.LTD.ŞTİ.
- Kasper, S. (1999). From Symptoms To Social Functioning: Differential Effects Of Antidepressant Therapy. *International Clinical Psychopharmacology*, 27-31. doi:10.1097/00004850-199905001-00006
- Kaya, B. ve Kaya, M. (2007). 1960'lardan Günümüze Depresyonun Epidemiyolojisi: Tarihsel Bir Bakış. *Klinik Psikiyatri* , 3-10.
- Kaya, Y. (2013). *Şizofreni Hastalarının Sosyal İşlevsellikleri ve Hastalara Bakım Veren Yakınlarının Bakım Yükü. Yüksek Lisans Tezi*. Ankara: Hacettepe Üniversitesi.
- Kaymaz, T. (2020). *Toplum ruh sağlığı merkezine en az 2 yıl kayıtlı olan şizofreni hastalarının nesnel iyileşme ölçütlerine göre değerlendirilmesi Bilim Uzmanlığı Tezi*. Kocaeli Üniversitesi.
- Keefe, R. S., Silva, S. G., Perkins, D. O., & Liberman, J. A. (1998). The Effects of Atypical Antipsychotic Drugs on Neurocognitive İmpairment in Schizophrenia: A Meta-Analysis and Methodological Review. *Schizophr Bulletin*, 201-222.
- Kemp, R., Hayward, P., Applewhaite, G., Everitt, B., & David, A. (1996). Compliance Therapy in Psychotic Patients: Randomised Controlled Trial. *British Medical Journal*, 345-349.
- Kessler, R. C., & Merikangas, K. R. (2004). The National Comorbidity Survey Replication (NCS-R): Background and Aims. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 60-68.
- Kılıç, C. (2017). Ruhsal Hastalıklara Bağlı Hastalık Yükü. *Ulusal Hastalık Yükü Çalışması Sonuçları ve Çözüm Önerileri* (s. 3-5). Ankara: Hacettepe Üniversitesi.

- Kılıç, C. (2020). Türkiye’de Ruhsal Hastalıkların Yaygınlığı ve Ruhsal Tedavi İhtiyacı Konusunda Neredeyiz? *Toplum ve Hekim*, 179-187.
- Kırşavlıoğlu, B. (2020). *Bipolar Bozukluk Tanılı Hastalar ve Bakım Verenlerinde Psikolojik Dayanıklılık, Travma Sonrası Büyüme, Bakım Veren Yükü ve İlişkili Faktörlerin İncelenmesi. Tıpta Uzmanlık Tezi*. İstanbul: T.C. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi.
- Kielhofner. (2007). The Canadian Model of Occupational Performance. 94-109.
- Knapp, M., McDaid, D., Mossialos, E., & Thornicroft, G. (2007). *Mental Health Policy and Practice Across Europe. European Observatory on Health Systems and Policies Series*. NewYork: Open University Press.
- Koşar, C. ve Büyükkaya Besen, D. (2015). Kronik Hastalıklarda Hasta Aktifliği; Kavram Analizi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 45-51.
- Kocal Y. (2017). Sociodemographic and Clinical Characteristics of İnpatients with Schizophrenia in Psychiatry Clinics. *Klinik Psikiyatri*, 104-113.
- Kocal, Y. ve Karakuş, G., Sert, D. (2017). Şizofreni: Etyoloji, Klinik Özellikler ve Tedavi . *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*, 251-267.
- Kocaman, N. (2005). Konsültasyon Liyezyon Psikiyatrisi Hemşireliği ve Rolü Nedir. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bİlimleri Dergisi*, 8(3), 107-118.
- Köknel, Ö. (1999). *Günlük Hayatta Ruh Sağlığı*. İstanbul: Alfa Yayınları.
- Köroğlu, A. ve Hocaoğlu, Ç. (2017). Şizofreninin Aile Üzerine Olan Etkisi. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 170-175.
- Köroğlu, E. (2013). *DSM-V-TR Tanı Ölçütleri El Kitabı*. Ankara: Hekimler Yayın Birliği.
- Köroğlu, E. (2015). *Psikiyatri Sözlüğü*. Ankara: Hekimler Yayın Birliği.
- Köroğlu, E. ve Güleç, C. (1997). *Psikiyatri Temel Kitabı*. Ankara: Hekimler Yayın Birliği.
- Küey, L. (2010). Dünyada ve Türkiye’de Psikiyatrik Epidemiyolojinin Tarihsel Gelişimi Üzerine Kısa Bir Derleme. *Türkiye Psikiyatri Derneği Bülteni*, 13(1), 6-11.
- Küey, L., Üstün, T. ve Güleç, C. (1987). Türkiye’de Ruhsal Bozukluklar Epidemiyolojisi Araştırmaları Üzerine Bir Gözden Geçirme çalışması. *Toplum ve Hekim*, 16-30.
- Lati, C. A. & Waford, R. N. (2016). *The Psychosis Response Guide: How To Helpyoung People in Psychiatric Crises*. NewYork: Springer Publishing Company.

- Layıkel, Ş. (2008). Türkiye'de Ruh Sağlığı Alanına Genel Bir Bakış. Ş. Layıkel, N. Kacar, F. Zengin Dağdır içinde, *Akıl ve Ruh Sağlığı Alanında İnsan Hakları; 2008 Türkiye Raporu Sorunlar veÇözüm Önerileri* (s. 7-18). İstanbul: Rusihak Ruh Sağlığında İnsan Hakları Girişimi.
- Lee, C., McGlashan, T. H., & Woods, S. W. (2005). Prevention of Schizophrenia. *CNS Drugs*, 193-206.
- Levis, S. (1992). Sex and Schizophrenia: Vive la Différence. *The British Journal of Psychiatry*, 445-450.
- Llorca, P. M., LanCon, C., Lanceon, S., Bayle, F. J., Caci, H., Rouillon, F., & Gorwood, P. (2009). The “Functional Remission of General Schizophrenia” (FROGS) scale: Development and Validation of A New Questionnaire. *Schizophrenia Research*, 218-225.
- Lorig, K., & Holman, H. (2003). Self-Management Education: History, Definition, Outcomes, and Mechanisms. *Annals of Behavioral Medicine*, 26(1), 1-7.
- Macpherson, R., Edwards, T. R., Chilvers, R., David, C., & Elliott, H. J. (2009). Twenty-Four Hour Care For Schizophrenia. *Cochrane Database System*.
- Malmberg, A., Lewis, G., David, A. S., & Allebeck, P. (1998). Premorbid adjustment and Personality in People with Schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 308-313.
- McGurk, S. R., & Meltzer, H. Y. (2000). The Role of Cognition in Vocational Functioning in Schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 175-184.
- Morisky, D., Ang, A., Krousel-Wood, M., & Ward, H. (2008). Retracted: Predictive Validity of a Medication Adherence Measure in an Outpatient Setting. *The Journal of Clinical Hypertension*, 10(5), 348-354.
- Mueser K, T. N. (1998). *The Handbook of Social Functioning in Schizophrenia*. Boston: Allyn& Bacon. *Psychiatric Rehabilitation Journal*,412-413
- Mulvany, F., O'Callaghan, E., Takei, N., Byrne, M., Fearon, P., & Larkin, C. (2001). Effect of Social Class at Birth on Risk and Presentation of Schizophrenia: Casecontrol Study. *BMJ*, 1398-1401.
- Nawaz, N. (2017). Physical Appearance and Poor Hygiene Patterns:Evidence of Schizophrenic Illness. *Journal of Postgraduate Medical Institute*, 31(2), 147-150.

- Nebioğlu, M., Konuk, N., Akbaba, S., & Eroğlu, Y. (2012). The Investigation of Validity and Reliability of the Turkish Version of the Brief Self-Control Scale. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*, 22(4), 340-351.
- Ocakdan, M. E. ve Özdemir, O., Akdur, R. (2004). Birinci Basamakta Ruh Sağlığı Hizmetleri. *Kriz Dergisi*, 63-73.
- Oral, M., Tuncay, T. (2012). Ruh sağlığı Alanında Sosyal Hizmet Uzmanlarının Rol Ve Orumlulukları. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 93-114.
- Öz, D. E. (2020). *Şizofreni, şizoaffektif bozukluk, psikotik özellikli bipolar duygu durum bozukluğu, sanrılı bozukluk hastalarında aylık depo antipsikotik kullanımında tedavi uyumunu etkileyen faktörler tıpta uzmanlık tezi*. Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi.
- Özbesler, C. (2013). Hasta Yaşam Kalitesinde Tıbbi Sosyal Hizmet Uygulamalarının Önemi. *Tıbbi Sosyal Hizmet Dergisi*, 6-12.
- Özdemir, İ., Şafak, Y., Örsel, S., Karaoğlan Kahiloğulları, A., ve Karadağ, H. (2017). Bir Toplum Ruh Sağlığı Merkezinde Şizofreni Hastalarına Uygulanan ruhsal-Toplumsal Uyumlandırma Etkinliğinin Araştırılması: Kontrollü Çalışma. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 419-427.
- Özdemir, O. (2012). Psikiyatride Boyutsal Yaklaşım. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 315-334.
- Özdelikara, A., Taştan Gürkan, A., Şen Atasayar, B. (2020). Kronik Hastalıklarda Öz Bakım Yönetimi Ve Uyumun Değerlendirilmesi. *Samsun Sağlık Bilimleri Dergisi*, 42-49.
- Özdin, S., Korkmaz, U. ve Çulhacı, E. (2021). Psikotik Bozukluk Tanılı Hastaların Taburculuk Sonrası Tedavi Uyumları. *Çukurova Medical Jurnal*, 201-207.
- Özer, D., ve Şahin Altun, Ö. (2022). Ruh Sağlığı Okuryazarlığı: Farkındalık İle Toplum Ruh Sağlığını Güçlendirme. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 284-289.
- Özer, E. T. (2004). *Şizofreni Hastalarında Pozitif ve Negatif Belirtilerin Faktör Yapısı Tıpta Uzmanlık Tezi*. Ankara : Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi.
- Özel Kızıl, E. (2006). Basit Şizofreni. *Klinik Psikiyatri*, 82-88.
- Öztürk, O., ve Uluşahin, A. (2011). *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları*. Ankara: Nobel Tıp Kitabevi.
- Öztürk, O. ve Uluşahin, A. (2015). *Ruh sağlığı ve bozuklukları* (15. Baskı b.). Ankara: Nobel Tıp Yayınevi.

- Öztürk, Y. E., Yeşildal, M., Arık, Ö. ve Fidan, Y. (2021). Kronik Hastalık Öz Yönetim Ölçeğinin Türkçe Geçerlilik Güvenilirliği. *Journal of Academic Value Studies*, 7(3), 375-381. doi:10.29228/javvs.52376
- Pektaş, İ., Bilge, A. ve Ersoy, M. A. (2006). Toplum Ruh Sağlığı Hizmetlerinde Epidemiyolojik Çalışmalar ve Toplum Ruh Sağlığı Hemşireliğinin Rolü. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 43-48.
- Phorah, F., Mari, J., Rathbone, J., & Wong, W. (2010). Family İntervention in Schizophrenia. *Europe PMC Funders Group Author Manuscript*, 1-109.
- Pickett-Schenk, S. A., Lippincott, R. C., Bennett, C., & Steigman, P. J. (2008). Improving Knowledge About Mental İllness Through Family-Led Education: A Journey of Hope. *Psychiatric Services*, 59(1), 49-56.
- Polat, S. (2010). *Şizofreni Hastaları ve Kardeşlerinde Düşünce Bozukluğu ve Aile İşlevleri ile İlişkileri Tıpta Uzmanlık Tezi*. İzmir: İzmir Dokuz Eylül Üniversitesi.
- Polat, S. ve Kutlu, Y. (2019). Ruhsal Bozukluklarda Hastalık Yönetimi ve İyileşme Programı. *İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 111-115.
- Prince, M., Patel, V., Saxena, S., Maj, M., Maselko, J., Philips, M. R., & Atıf, R. (2007). No Health withouth Mental Health. *The Lancet*, 859-877.
- Runa, M. ve Bahar, A. (2023). Hipertansiyon Hastalarında Yaşam Kalitesi ve Öz Bakım Yönetimi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 1072-1085.
- Sönmez, S. (2009). *Şizofreni Hastalarında Psikoeğitim Grup Çalışmasının Pozitif ve Negatif Belirtiler, Sosyal İşlevsellik, Yetiyitimi, İçgörü ve Yaşam Kalitesine Etkisi. Tıpta Uzmanlık Tezi. TC Sağlık Bakanlığı Bakırköy Prof. Dr.Mahzar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi*,
- Söğütlü, L., Özen, Ş., Varlık, C. ve Güler, A. (2017). Toplum ruh sağlığı merkezinde şizofreni hastalarına ruhsaltoplumsal beceri eğitimi uygulanması ve sonuçları. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 121-128.
- Sütçü, S. (2023). Kronik Hastalıklarda Sosyal Hizmet. *Doğu Karadeniz Sağlık Bilimleri Dergisi*, 50-59.
- Sadock, B. J., Sadock, V. A., & Ruiz, P. (2003). *Synopsis of Psychiatry, Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry*. NewYork: Lippincott Williams&Wilkins.

- Saygılı, Z., & Yılmaz, A. (2023). Association of chronic disease self-management with health locus of control study on diabetic patients. *Translational&Practical Medicine*, 2(3), 107-113.
- Scott, D., & Happel, B. (2011). The High Prevalence of Poor Physical Health and Unhealthy Lifestyle Behaviours in Individuals With Severe Mental Illness. *Issues Mental Health Nursing*, 589-597.
- Smart Richman, L., & Leary, M. (2009). Reactions to discrimination, stigmatization, ostracism, and other forms of interpersonal rejection: A multimotive model. *Psychological Review*, 116(2), 365-383.
- Sagut, P. (2012). *İlk Atak Ve Kronik Psikoz Hastasına Bakım Verenlerin Yükünün Karşılaştırılması Yüksek Lisans Tezi*. İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi.
- Saha, S., Chant, D., & McGrath, J. (2008). Meta-Analyses of the Incidence and Prevalence of Schizophrenia: Conceptual And Methodological Issues. *Int. J.Methods Pschiatric Research*, 55-61.
- Sarıdoğan, C. (2021). *Toplum Ruh Sağlığı Merkezine (Trsm) Kayıtlı Psikotik Bozukluk Tanılı Hastaların Trsm Programına Düzenli Katılım Sıklığı ve İlişkili Faktörlerin İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi*. İstanbul: Kent Üniversitesi.
- Saruç, S. (2015). A General Evaluation about the Medical Social Work in Turkey. *Turkish Journal of Family Medicine & Primary Care*, 112-120.
- Saruç, S. ve Kaya Kılıç, A. (2015). Toplum Ruh Sağlığı Merkezinden Hizmet Alan Hastaların Sosyal Profili Ve Merkezde Verilen Hizmetler. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 53-71.
- Saunders, M., Lewis, P., & Thornhill, A. (2012). *Research Methods for Business Students*. United Kingdom: Pearson.
- Sağlık Bakanlığı. (2011,02 16). *Tedavi Hizm. Genel Müd. Sosyal Hizmetler Şubesi*. 04 29, 2024 tarihinde Sağlık Bakanlığı: <https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/1349,img071372pdf.pdf?0> adresinden alındı.
- Sağlık Bakanlığı. (2014,03 06). *Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri Hakkında Yönerge*. 2023 tarihinde Sağlık Bakanlığı Sağlık Mevzuatı: <https://www.saglik.gov.tr/TR,11269/toplum-ruh-sagligi-merkezleri-hakkinda-yonerge.html> adresinden alındı
- Sağlık Bakanlığı. (2011). *Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı (2011-2023)*. Ankara: T.C.Sağlık Bakanlığı.

- Sağlık Bakanlığı. (2014). Toplum Ruh Sağlığı Merkezlerinin Kurulmasına ve Çalıştırılmasına Dair Yönerge. Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. www.saglik.gov.tr: https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/4299,toplum-ruh-sagligi-merkezleri-hakkinda-yonergepdf.pdf adresinden alındı
- Sağlık Bakanlığı. (2024, 04 22). *Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri Listesi*. Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü Sağlık Hizmetleri Daire Başkanlığı: <https://khgmsaglikhizmetleridb.saglik.gov.tr/TR-43118/toplum-ruh-sagligi-merkezleri-trsm-listesi.html> adresinden alındı
- Sohn, M., Barrett, U., & Talbert, J. (2014). Predictors of Consumer Satisfaction with Community Mental Health Center Services. *Community Ment Health Journal*, 922-925.
- Solgun, C. (2019). Şizofreni Hastalarında Yetiyitimi İçgörü Ve Öz Bakım Gücünün Değerlendirilmesi Yüksek Lisans Tezi. Sakarya Üniversitesi.
- Songur, C., Saylavcı, E. ve Kıran, Ş. (2017). Avrupa'da ve Türkiye'de ruh sağlığı hizmetlerinin karşılaştırmalı olarak incelenmesi. *Social Sciences Studies Journal*, 276-289.
- Sousa, V. D. (2002). Conceptual analysis of self-care agency. *y. Online Braz Journal Nursing*, 3-12.
- Soygür, H. (2002). Grup Psikoterapisinin Şizofreni Tedavisine Katkıları. *Şizofreni Yazıları*, 4-6.
- Soygür, H. ve Erkoç, Ş. (2007). Şizofreni Kavramına Tarihsel Bir Bakış. H. Soygür, K. Alptekin, C. Atbaşoğlu, ve H. Herken içinde, *Şizofreni ve Diğer Psikotik Bozukluklar* (s. 1-14). Ankara: Türkiye Psikiyatri Derneği.
- Soygür, H., Özalp, E. ve Alptekin, K. (2007). Şizofreni ve Yaşam Kalitesi. H. Soygür, K. Alptekin, C. E. Atbaşoğlu, H. Herken içinde, *Şizofreni ve Diğer Psikotik Bozukluklar* (s. 250-270). Ankara: Türkiye Psikiyatri Derneği.
- Soygür, H., Aybaş , M., Hınçal, G. ve Aydemir, Ç. (2000). Şizofreni Yaşam Niteliği Ölçeği: Güvenirlilik ve Yapısal Geçerlik Çalışması. *Düşünen Adam*, 204-210.
- Soykal, N. (2019). *Ruhsal ile ve Yüksek Lisans Tezi*. İstanbul: Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Stephanie JC Taylor, H. P. (2014). *A rapid synthesis of the evidence on interventions supporting self-management for people with long-term conditions: PRISMS – Practical systematic Review of Self-Management Support for long-term*

- conditions. Southampton (UK): (Health Services and Delivery Research, No. 2.53.).
- Steven, M., & Potter, W. Z. (2023). Finding and for *American College of Neuropsychopharmacology*, 3-9.
- Summakoğlu, D. ve Ertuğrul, B. (2018). Şizofreni ve Tedavisi. *Lectio Scientific Journal of Health and Natural Sciences*, 43-61.
- Sundquist, K., Frank, G., & Sundquist, J. (2004). Urbanization and of and of 4.4 and in Sweden. *Br J. Psychiatry*, 293-298.
- Sungur, M. Z., ve Yalnız, Ö. (1999). Şizofreni Tedavisinde Bilişsel Davranışçı Yaklaşımlar. *Klinik Psikiyatri*, 160-166.
- Şahin, Ş. ve Elboğa, G. (2019). Toplum ruh sağlığı merkezinden yararlanan hastaların yaşam kalitesi, tıbbi tedaviye uyumu, içgörü ve işlevsellikleri. *Cukurova Medical Journal*, 431-438.
- Şanal Karahan, F. ve Hamarta, E. (2019). Geriatrik Olgularda Kronik Hastalıkların ve Polifarmasinin Ölüm Kaygısı ve Anksiyete Üzerine Etkisi. *Aegean J Med Sci* , 8-13.
- Şimşek, A. (2018). Araştırma Modelleri. A. Doğanay, M. Ataizi, A. Şimşek, J. Balaban Salı ve Y. Akbulut içinde, *Sosyal Bilimlerde Araştırma Yöntemleri* (s. 80-106). Eskişehir: Anadolu Üniversitesi .
- Taş, A. (2015). *Birinci Basamak Hekimlerinin Ruh Sağlığı ve Hastalıklarına Yaklaşımlarının Değerlendirilmesi*. Tıpta Uzmanlık Tezi. Denizli: Pamukkale Üniveritesi .
- Taş, S. ve Buldukoğlu, K. (2018). Şizofreni ve *Psikiyatri Hemşireliği*, 11-22.
- Taşkın Uyan, T., Köroğlu, A. ve Hocoğlu , Ç. (2023). Şizofreni: Tanı,Tedavi ve Yaklaşımlarında Güncel Durum. *ERÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 19-35.
- Tabo, A., Aydın, E., Yumrukçal, H., Yiğit, S., Uzun, U. E. ve Karamustafalıoğlu, O. (2017). Longer of in of *Comunity Mentl Health*, 929-935. doi:10.1007/s10597-017-0088-9
- Tatlıdil Yaylacı, E.,Göğüş ve A.K.(2009). Şizofreni Tanılı Hastalarda Semptomatolojinin Sosyal İşlevsellik Üzerine Etkisi. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*, 111-113.
- Thornicroft, G., & Tansella, M. (2002). Balancing *World Psychiatry*, 84-90.
- Turan, N. (2009). *Sosyal Kişisel Çalışma; Birey ve Aileler için Sosyal Hizmet*. Ankara: Aydınlar Matbaacılık.

- Turan, N. D. (2019). Kronik Ruhsal Bozukluklarda Ruhsal Eğitim ve İş Uygulamaları. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 120-128.
- Tükel, R. (2020). Düünden *Toplum ve Hekim*, 165-178.
- Türkmen, E. (2012). Kronik ve Z. Durna içinde, *Kronik ve* (s. 37-51). İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi.
- Uslu, N. (2023). Kronik kalp yetersizliği hastalarına verilen sağlık davranışlarını geliştirme eğitiminin kronik hastalık öz yönetimi ve hastalık semptomları üzerine etkisinin değerlendirilmesi. *Yüksek Lisans tezi*. İstanbul: Yeditepe Üniversitesi.
- Uğuz, Ö., & Doğan, S. (2023). The Relationship Between Chronic Disease Self-Management and Well-Being in Hemodialysis Patients. *Nefroloji Hemşireliği Dergisi*, 87-98.
- Usta Yeşilbakan, Ö. (2004). Tip 2 diyabetli hastaların kendi kendine bakımlarındaki öz yeterlilikleri, öz bakım güçleri ve bunları etkileyen faktörlerin incelenmesi. *E.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 11-29.
- Varga, E., Endre, S., Bugya, T., Tényi, T., & Herold, R. (2018). Community-based Psychosocial Treatment Has an Impact on Social Processing and Functional Outcome in Schizophrenia. *Frontiers Psychiatry*, 1-11. doi: 10.3389/fpsy.2018.00247
- Wade, M., Tai, S., Awenet, Y., & Haddock, G. (2016). of for and to in *Clinic Psychology Review*, 75-95.
- Warner, R. (2009). Recovery and the *Current Opinion in Psychiatry*, 374-380.
- Warner, R., & Girolama, G. d. (1995). *Epidemiology of Mental Disorders Schizophrenia*. Geneva: WHO Library Cataloguing in Publication Data.
- Weiser, P., Becker, T., Losert, C., Alptekin, K., Loretta, B., Burti, L., . . . Kilian, R. (2009). European for the of in and (HELPS): and *BMC Public Health*, 1-9.
- Yanık, M. (2007). Türkiye Ruh Sağlığı Sistemi Üzerine Değerlendirme ve Öneriler; Ruh Sağlığı Eylem Planı Önerisi. *RCHP, Psikiyatride Derlemeler, Olgular ve Varsayımlar Dergisi*, 9-27.
- Yavuz, R. (2008). Şizofreni. *İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri; Türkiye'de Sık Karşılaşılan Psikiyatrik Hastalıklar* (s. 49-58). İstanbul: İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi.
- Yeloğlu, Ç. H. ve Hocaoğlu, Ç. (2017). Önemli Bir Ruh Sağlığı Sorunu: Bipolar Bozukluk. *Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Dergisi*, 41-54.

- Yıldırım, E. A., Yıldızhan, E. ve Öztürk, N. (2016). Şizofreni; Evrime Ödenen Bir Bedel mi. *Toplum ve Hekim*, 392-400.
- Yıldız, M. (2017). Recovery in in of for 5 in *Psychiatry and Clinical Psychopharmacology* , 366-373 .
- Yıldız, M. (2019). *Ruhsal Toplumsal Beceri Eğitimi Eğitici El Kitabı*. Kocaeli: Umuttepe Yayınları.
- Yıldız, M., İpçi , K., İncedere , A., Kırçalı, A., Ebibi, S., Soykal , N., . . . Ceco, U. (2017). Toplumsal *Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 1-5.
- Yıldız, M., Kiras, F., İncerdere , A., Esen , D., Gürcan, M. B., Abut, B., . . . Tural , Ü. (2018). Şizofreni Hastaları için Toplumsal İşlevselliği Değerlendirme Ölçeği Geçerlilik Güvenirlik Çalışması. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 19(2), 29-38. <https://www.alpha-psychiatry.com/Content/files/sayilar/108/29-38.pdf> adresinden alındı
- Zastrow, C. (2014). *Sosyal Hizmete Giriş*. ABD: Nika yayınları.
- Zengin, O. (2011). Sosyal Hizmetin Sağlık Hizmetlerinin Sunumundaki Rolü. *Konuralp Tıp Dergisi*, 29-34.
- Zipursky, R. B., Reilly, T. J., & Murray, R. M. (2013). The Myth of Schizophrenia as a Progressive Brain Disease. *Schizophrenia Bulletin*, 1363–1372.
- Zubaroglu Yanardağ, M. ve Özmete, E. (2017). Bir Mesleki Uygulama Alanı Olarak Geçmişten Geleceğe Klinik Sosyal Hizmet. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 203-225.

EKLER



T.C.
İSTANBUL SABAHATTİN ZAİM ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Etik Kurulu Başkanlığı



Sayı : E-20292139-050.04-2400010778
Konu : Etik Kurul Kararı (Hülya
ALPHAYTA)

13.03.2024

Sayın Hülya ALPHAYTA
Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Sosyal Hizmet Yüksek Lisans Programı Öğrencisi

"Toplum Ruh Sağlığı Merkezlerinde Kayıtlı Hastaların Öz Bakım Becerilerinin Sosyal İşlevselliklerine Etkisi" başlıklı araştırmanızla ilgili başvurunuz, kurulumuzun 16.02.2024 tarihli ve 2024/01 sayılı toplantısında değerlendirilerek araştırmanızın etik açıdan uygun bulunduğu katılanların oy birliği ile karar verilmiştir.
Bilgilerinize rica ederim.

Prof. Dr. Kadir CANATAN
Kurul Başkanı

Ek: Hülya ALPHAYTA

Belge Doğrulama Kodu: MCAAETH

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Takip Adresi: <https://ubys.izu.edu.tr/ERMS/Record/ConfirmationPage/Index>

Adres: Halkalı Caddesi No: 281 Küçükçekmece/İstanbul

Telefon No:
e-Posta:
Kep Adresi: izu@hs01.kep.tr

Faks No:
İnternet Adresi:

Bilgi için :
Telefon No:
Direkt Hat:

Selda Şenol
Yeminli Katip





T.C.
İSTANBUL VALİLİĞİ
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
İstanbul Bahçelievler Devlet Hastanesi



Sayı : E-97010115-604.01-239702059
Konu : Hülya ALPHAYTA Bilimsel Çalışması
Hk.

20.03.2024

İSTANBUL İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
EĞİTİM VE TESCİL BİRİMİ

Hastanemizde Sosyal Çalışmacı ünvanıyla görev yapan , İstanbul Sebahattin Zaim Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Sağlık Bilimleri Fakültesi Sosyal Hizmet Bölümü Yüksek Lisans Öğrencisi Hülya ALPHAYTA'nın "**Toplum Ruh Sağlığı Merkezlerinde Kayıtlı Hastaların Öz Bakım Becerilerinin Sosyal İşlevselliklerine Etkisi**" konulu bireysel çalışmasını hastanemizde yapma isteği tarafımıza iletilmiştir.İlgili çalışma hastanemiz Bilimsel Çalışma Değerlendirme komisyonu tarafından uygun görülmüş ve komisyon kararı ekte tarafınıza sunulmuştur.

Bilgilerinize arz ederim.

Uzm. Dr. Adnan DEVELİOĞLU
Başhekim

Ek:

- 1 - HülyaALPHAYTA Komisyon Kararı.pdf
- 2 - Hülya ALPHAYTA Başvuru Evrakları.pdf

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge doğrulama kodu: 28458211-1E4D-4157-BB80-F6FFA17C4373

Belge doğrulama adresi: <https://www.turkiye.gov.tr/saglik-bakanligi-ebys>

Kocasinan Merkez, Karadeniz Cd. No:48, 34186 Bahçelievler/İstanbul 34000
Telefon No: 02124967000
e-Posta: Internet.Adresi:https://bahcelievlerdh.saglik.gov.tr/
Kep Adresi:

Bilgi için: Hümeyra YILDIRIM
Hemşire
Telefon No:



Katılımcı Bilgi Formu

Ad Soyad:

2.Cinsiyet: () Kadın () Erkek

3.Yaş:

4.Medeni durumunuz:

() Evli () Bekâr () Dul

5.Öğrenim durumunuz:

() Okuryazar değil () İlköğretim () Ortaöğretim () Ön lisans () Lisans ve üstü

6.Çalışma durumunuz:

() Öğrenci () Çalışıyor () Çalışmıyor () Emekli

7.Kimikle yaşıyorsunuz?

() Yalnız () Aile () Akraba () Arkadaş () Diğer

8.Hastalık süresi:

9.Hastalık başlangıç yaşı:

10.Toplam hastaneye yatış sayınız:

11. İlaç kullanımınız düzenli mi?

() Düzenli () Kısmen düzenli () Düzensiz

12.Ek süregelen bir hastalığınız var mı?

() Evet () Hayır

13.TRSM'ye ne süredir devam ediyorsunuz?

14.TRSM'ye düzenli devam ediyor musunuz?

() Düzenli () Kısmen düzenli () Düzensiz

TOPLUMSAL İŞLEVSELLİĞİ DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ (TİDÖ)

Adı Soyadı: Tarih: /..... /.....

Bireylerin özbakım alışkanlıkları, aile/çevre ile ilişkileri, toplumsal davranış özellikleri ve çalışma durumunu

değerlendiren bu ölçeği doldururken son birkaç aydaki durumunuzu en iyi şekilde yansıtan seçenekleri

İşaretleyiniz.

1. El-yüz yıkama sıklığınız nedir?

() Haftada 1 ya da daha az () Haftada 3 – 5 kez () Her gün

2. Diş fırçalama sıklığınız nedir?

() Haftada 1 ya da daha az () 2-3 günde bir () Günde en az 1 kez

3. Banyo yapma sıklığınız nedir?

() Ayda 1-2 kez ya da daha az () Haftada 1-2 kez () Haftada 3 ya da daha fazla

4. Tırnak kesme sıklığınız nedir?

() Ayda 1-2 kez ya da daha az () İki haftada bir () Haftada 1 kez

5. İç çamaşırını değiştirme sıklığınız nedir?

() Haftada 1 ya da daha az () 2-3 günde bir () Hemen her gün

6. Çorap değiştirme sıklığınız nedir?

() Haftada 1 ya da daha az () 2-3 günde bir () Hemen her gün

7. (Kadınlar için) Cilt bakımı ve makyaj yapma, kaş ve bıyık alma sıklığınız nedir?

() Sadece özel günlerde () 2- 3 ayda bir () Haftada bir

(Erkekler için) Sakal tıraşı olma sıklığınız nedir?

() Haftada 1 ya da daha az () Haftada 2-3 kez () Her gün

8. Birlikte yaşadığınız kişilerle piknik, gezi, konser, maç, sinema, sergi vb. etkinliklere katılma sıklığınız nedir?

() Hiç () 2-3 ayda bir () Ayda 1 – 2 kez

9. Birlikte yaşadığınız kişilerle duygu ya da sorunlarınızı paylaşır mısınız?

() Hiç paylaşmam () Sorulduğunda paylaşırım () Genellikle paylaşırım

10. Kafe/çay bahçesi gibi yerlere gitme sıklığınız nedir?

() Hiç () 2-3 ayda bir () Ayda birden fazla

11. Akrabalar dışında kaç yakın arkadaşınız var?

() Hiç yok () 1– 3 kişi () 4 ve üzeri

12. Arkadaşlarla birlikte piknik, gezi, konser, maç, sinema, sergi vb. etkinlik yapma sıklığınız nedir?

() Hiç yapmam () 2- 3 ayda bir () Ayda en az 1 kez

13. Spor amaçlı etkinlik (halı saha maçı, tempolu yürüyüş, bisiklete binme, yüzme vb.) yapma sıklığınız nedir?

- 2-3 ayda bir ya da daha az Ayda 1- 2 kez Haftada en az 1 kez
14. Gazete, dergi okuma (internet ve TV haberleri dahil) sıklığınız nedir?
 Ayda 1- 2 kez ya da daha az Haftada 1-2 kez Hemen her gün
15. Tek başına (yardım almaksızın) evden dışarı çıkma sıklığınız nedir?
 Ayda 1- 2 kez ya da daha az Haftada 1-2 kez Hemen her gün
16. Toplu taşıma araçlarını ya da özel aracınızı (yardımsız) kullanma sıklığınız nedir?
 Ayda 1- 2 kez ya da daha az Haftada 1-2 kez Hemen her gün
17. İhtiyaca göre alışveriş (pazar, market, mağaza vb. yerlerde) yapma durumunuz nedir?
 Yapamam Yardımla yaparım Kendim yaparım
18. Gelirimize göre harcama ve ödeme (para yönetimi) yapma durumunuz nedir?
 Yapamam Yardımla yaparım Kendim yaparım
19. Çalışma durumunuz nedir?
 Çalışmıyorum Destekli çalışıyorum Düzenli bir işte çalışıyorum
(Öğrenci ise derslere katılma)
 Katılmıyorum Arada katılıyorum Düzenli katılıyorum
(Ev hanımı ise ev işleriyle ilgili sorumlulukları)
 Yerine getiremiyorum Yardıma ihtiyaç duyuyorum Kendim yerine getiriyorum

Kronik Hastalık Öz Yönetim Ölçeği		1 = Asla 2 = Nadiren; 3 = Ortalama; 4 = Oldukça sık; 5 = Her Zaman				
Kendini Damgalama	1.Hastalığımın dolayı sosyal ortamlarda utanç duyuyorum	1	2	3	4	5
	2.Hastalığımın dolayı kendimi diğerlerinden farklı hissediyorum	1	2	3	4	5
	3.Hastalığımın dolayı başkalarına yük olmaktan endişe duyuyorum	1	2	3	4	5
	4.Hastalığımın dolayı diğerlerine karşı yabancılaşmış hissediyorum	1	2	3	4	5
	5.Hastalığımın dolayı başkalarının düşüncelerinden endişe duyuyorum	1	2	3	4	5
	6. Hastalığımın bahsetmemek için arkadaş edinmekten kaçınıyorum	1	2	3	4	5
	7.Hastalığımın belirtileri karşısında şaşırıyorum	1	2	3	4	5
Damgalamayla Baş Etme	1.Üzgün hissetmekten kaçınabilirim.	1	2	3	4	5
	2.Kötü düşünceleri durdurabilir ve kendimi sınırlandırmaktan kaçınabilirim.	1	2	3	4	5
	3.Durumu nasıl iyileştireceğimi planlayabilir ve harekete geçebilirim	1	2	3	4	5
	4.Neyin değiştirilebileceğini veya değiştirilemeyeceğini kavrayabilirim.	1	2	3	4	5
	5.Arkadaşımdan ve ailemden destek isteyebilirim	1	2	3	4	5
Sağlık Bakım Etkinliği	1.Kendi sağlığımı yönetebiliyorum	1	2	3	4	5
	2.Kendime iyi bakabilirim.	1	2	3	4	5
	3.Hastalığım hakkında net bilgiye sahibim	1	2	3	4	5
	4.Tedavi yöntemi hakkında net bilgiye sahibim	1	2	3	4	5
Tedavi Uyumu	1.İlacı/tedaviyi unutur veya ihmal ederim.*	1	2	3	4	5
	2.Meşgul olduğum zaman ilaç almayı veya tedaviyi hatırlamakta zorlanırım*	1	2	3	4	5
	3.Kontrol için doktorun önerdiği zamanı unutuyorum veya görmezden geliyorum*	1	2	3	4	5
	4.Okulda, işte veya dışarıdayken ilaçları almayı aksatıyorum*	1	2	3	4	5

Merhaba Sayın Hülya Hocam,

Türkçeye uyarlamasını yaptığımız "Kronik Hastalık Öz Yönetim Ölçeğini" araştırmanızda kullanabilirsiniz. Ekte ölçeğin form halini gönderiyorum.

İyi Çalışmalar Dilerim...

Müjdat YEŞİLDAL, Ph.D.
Department of Healthcare Management
Faculty of Health Sciences
Selcuk University
Konya, TURKEY
Office Phone: 0332 220 00 00 / 220 00 00
Email: mujdadyesildal@selcuk.edu.tr
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9100-1000>

Hulya Alphayta <hulya.alphayta@selcuk.edu.tr>, 17 Tem 2023 Pzt, 09:56 tarihinde şunu yazdı:

...

KHÖY FORM

(1).docx

 Doküman

Davranış Bilimlerinde İngilizce Terimlere Türkçe Karşılık Önerileri
Dosyayı indirmek için **Tıklayın**

ÖLÇEKLER

[Toplumsal İşlevselliği Değerlendirme Ölçeği \(TİDÖ\)](#)

[Kendini Damgalama Ölçeği – Hasta formu \(KDÖ-H\)](#)

[Kendini Damgalama Ölçeği – Aile formu \(KDÖ-A\)](#)

[Öznel İyileşmeyi Değerlendirme Ölçeği \(ÖZİDÖ\)](#)

[Bilişsel Değerlendirme Görüşmesi \(BDG\)](#)

[Zarîf Bakıcı Yük Ölçeği \(ZBYÖ\)](#)

[Gözlenebilir Toplumsal Bilişi Değerlendirme Ölçeği \(GTBDÖ\)](#)

NOT: BURADA YER ALAN ÖLÇEKLER AKADEMİK ARAŞTIRMALAR İÇİN KULLANIMA AÇIKTIR. HERHANGİ BİR İZİN GEREKMEMEKTEDİR.

ÖZGEÇMİŞ

Hülya Alphayta

A. EĞİTİM

Yüksek Lisans: İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi /Sosyal Hizmet Anabilim Dalı
Sosyal Hizmet Bilim Dalı. 2024 İstanbul

Lisans: Adnan Menderes Üniversitesi/Sosyal Hizmet 2013 Aydın

B. MESLEKİ DENEYİM

2018- Halen: Bahçelievler Devlet Hastanesi- Sosyal Çalışmacı

2015-2018: Ordu Çaybaşı Aile Sağlığı Merkezi- Aile Sağlığı Personeli

2011-2015: Sağlık Bakanlığı Aydın İl Ambulans Servisi- Acil Tıp Teknisyeni

2007-2011: Sağlık Bakanlığı İstanbul İl Ambulans Servisi- Acil Tıp Teknisyeni

2005-2007: International Hospital Acil Tıp Teknisyeni