



T. C.

DÜZCE ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

**İŞVERENLERİN ŞİZOFRENİ TANILI BİREYLERİN İSTİHDAMINA
YÖNELİK TUTUMLARI: DÜZCE İLİ ÖRNEĞİ**

Zeliha ERSOY
YÜKSEK LİSANS TEZİ

PSİKİYATRİ HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI

DANIŞMAN
Doç. Dr. Fatma EKER

DÜZCE, 2022

BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün aşamalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığı beyan ederim.

Zeliha ERSOY

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim süresince her türlü yardım ve desteği esirmeyen, tecrübesi ve bilgisi ile bana daima yol gösteren, tez danışmanı olarak beni yönlendiren değerli hocam Doç.Dr. Fatma Eker'e, yardımlarından dolayı Düzce Ticaret ve Sanayi Odası Genel Sekreteri Ayten Nursen Kocadağ ve Oda Sicil ve Sanayi Müdürü Yasin Göçmen'e,
Araştırmaya katılarak çalışmama destek olan Düzce ilinde bulunan Düzce Ticaret ve Sanayi Odası'na kayıtlı firmaların işverenlerine,
Araştırma süresince her zaman yanımda olan eşim Bekir Ersoy'a, bana moral verip desteğini esirgemeyen aileme ve çok değerli dostlarıma sonsuz teşekkür ederim.

Zeliha ERSOY

İÇİNDEKİLER

BEYAN	ii
TEŞEKKÜRLER	iii
İÇİNDEKİLER	iv
SİMGELER ve KISALTMALAR	ix
TABLolar ve ŞEKİLLER LİSTESİ	x
ÖZET	1
ABSTRACT	2
1.GİRİŞ ve AMAÇ	3
1.1. Problem Tanımı ve Önemi	3
1.2. Araştırmanın Amacı	6
2.GENEL BİLGİLER	7
2.1.Engellilik	7
2.1.1.Engelliliğin tanımı	7
2.1.2.Engelliliği açıklayan modeller	8
2.1.2.1.Moral (Ahlaki) model	8
2.1.2.2.Medikal model	8
2.1.2.3.Sosyal model	9
2.1.2.3.İnsan hakları modeli	9
2.1.3.Engelliliğin yaygınlığı	9
2.1.4.Engel türleri ve dağılımı	10
2.1.4.1.Ortopedik engellilik	10
2.1.4.2.Görme engelliliği	10
2.1.4.3.İşitme engelliliği	11
2.1.4.4.Dil ve konuşma engelliliği	11
2.1.4.5.Süreçen hastalık	11
2.1.4.5.Zihinsel engellilik	11
2.1.4.6.Ruhsal ve duygusal engellilik	12
2.2.Ruhsal ve Duygusal Engellilik Olarak Şizofreni	12
2.2.1.Tanımı ve etiyolojisi	12
2.2.2. Belirtileri	15
2.2.3.Epidemiyolojisi	16
2.2.4.Tedavi ve rehabilitasyon	17

2.2.4.1.Farmakolojik tedavi	17
2.2.4.2.Elektro konvülsif tedavi (EKT)	18
2.2.4.3.Psikososyal tedavi	18
2.3. Şizofreni Tanılı Bireylerin İstihdamı	21
2.3.1 İstihdam yöntemleri	21
2.3.1.1.Destekli istihdam yönetimi	21
2.3.1.2.Korumalı işyerleri	22
2.3.1.3.Kota yöntemi	24
2.3.2. İstihdam ile ilgili ulusal ve uluslararası yasal düzenlemeler	25
2.3.2.1. Engelli bireylerin çalışma hayatına katılımı ile ilgili uluslararası yasal Düzenlemeler	25
2.3.2.2. Engelli bireylerin çalışma hayatına katılımı ile ilgili ulusal yasal Düzenlemeler	30
2.3.3.Şizofreni tanılı bireylerin istihdamının önündeki engeller	34
2.3.3.1. Eğitim	34
2.3.3.2. Rehabilitasyon	35
2.3.3.3. Erişebilirlik/Ulaşılabilirlik	36
2.3.3.4.Damgalanma	36
2.3.3.6.İşveren tutumları	38
2.4 Şizofreni Tanılı Bireylerin Çalışma Hayatına Katılmamasının Bireysel ve Toplumsal Sonuçları	41
2.5.Şizofreni Tanılı Bireylerin Çalışma Hayatına Katılımını Sağlamada Psikiyatri Hemşirelerinin Rol ve İşlevleri	43
3.GEREÇ ve YÖNTEM	46
3.1.Araştırmanın Şekli	46
3.2.Araştırmanın Alt Problemleri	46
3.3.Araştırmanın Evreni ve Önekleme	46
3.4.Araştırmada Sınırlılıklar	46
3.5.Araştırmaya Dahil Olma ve Dışlanma Kriterleri	47
3.5.1. Araştırmaya dahil olma kriterleri	47
3.5.2.Araştırmadan dışlanma kriterleri	47
3.6.Verilerin Toplaması	47

3.6.1. Veri toplama araçları	47
3.6.1.1. Kişisel bilgi formu	47
3.6.1.2. İşyerinde engelliye yönelik tutumlar ölçeği (İEYÖT)	48
3.7. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri	48
3.7.1. Bağımlı değişkenleri	48
3.7.2. Bağımsız değişkenleri	48
3.8. Verilerin Analizi	48
3.9. Araştırmanın Etik Boyutu	48
4. BULGULAR	50
4.1. Tablo 4.1 Araştırmaya Katılan İşverenlerin Demografik Özelliklerinin Dağılımı (n=72)	50
4.2. Tablo 4.2 Araştırmaya Katılan İşverenlerin Çalışma Yerine İlişkin Özelliklerinin Dağılımı (n: 72)	51
4.3. Tablo 4.3 Araştırmaya Katılan İşverenlerin Engele Sahip Olma Durumuna İlişkin Dağılımı (n: 72)	52
4.4. Tablo 4.4 Araştırmaya Katılan İşverenlerin Engelli Yakınına Sahip Olma Durumuna İlişkin Dağılımı (n: 72)	52
4.5. Tablo 4.5 Araştırmaya Katılan İşverenlerin İş Yerinde Çalıştırdığı Engelli Bireylerin Engel Türüne İlişkin Dağılımı	53
4.6. Tablo 4.6 Araştırmaya Katılan İşverenlerin İş Yerinde Daha Fazla Engelli Birey Çalıştırmaya İsteme Durumuna İlişkin Dağılımı	54
4.7. Tablo 4.7 Araştırmaya Katılan İşverenlerin İş Yerinde Çalıştırmayı Arzuladıkları Engelli Bireylerin Engel Türüne İlişkin Dağılımı	54
4.8. Tablo 4.8 Araştırmaya Katılan İşverenlerin Engelli Birey Çalıştırmaya Yönelik Tutumları Ölçeğinin Alt Ölçekleri Puan Ortalamalarına İlişkin Dağılımı	55
4.9. Tablo 4.9 Araştırmaya Katılan İşverenlerin Cinsiyetine Göre İşyerinde Engelliye Yönelik Tutum Ölçeği Toplam Ve Alt Boyutlarının Karşılaştırılması (n=72)	55
4.10. Tablo 4.10 Araştırmaya Katılan İşverenlerin Yaş Grubu Değişkenine Göre İşyerinde Engelliye Yönelik Tutum Ölçeği Toplam Ve Alt Boyutlarının Karşılaştırılması (n=72).....	56
4.11. Tablo 4.11 Araştırmaya Katılan İşverenlerin Eğitim Durumuna Göre İşyerinde	

Engelliye Yönelik Tutum Ölçeği Toplam Ve Alt Boyutlarının Karşılaştırılması (n=72)	57
4.12.Tablo 4.12 Araştırmaya Katılan İşverenlerin İş Koluna Göre İşyerinde Engelliye Yönelik Tutum Ölçeği Toplam Ve Alt Boyutlarının Karşılaştırılması (n=72)	58
4.13.Tablo 4.13 Araştırmaya Katılan İşverenlerin İş Yerindeki Statüsüne Göre İşyerinde Engelliye Yönelik Tutum Ölçeği Toplam Ve Alt Boyutlarının Karşılaştırılması (n=72)	59
4.14.Tablo 4.14 Araştırmaya Katılan İşverenlerin Çalışma Süresine Göre İşyerinde Engelliye Yönelik Tutum Ölçeği Toplam Ve Alt Boyutlarının Karşılaştırılması (n=72)	60
4.15.Tablo 4.15 Araştırmaya Katılan İşverenlerin Engeli Olma Durumuna Göre İşyerinde Engelliye Yönelik Tutum Ölçeği Toplam Ve Alt Boyutlarının Karşılaştırılması (n=72)	61
4.16.Tablo 4.16 Araştırmaya Katılan İşverenlerin Engelli Bir Yakını Olma Durumuna Göre İşyerinde Engelliye Yönelik Tutum Ölçeği Toplam Ve Alt Boyutlarının (n=72)	62
4.17.Tablo 4.17 Araştırmaya Katılan İşverenlerin Engelli Birey Çalıştırmayı Düşünme Durumuna Göre İşyerinde Engelliye Yönelik Tutum Ölçeği Toplam Ve Alt Boyutlarının Karşılaştırılması (n=72)	63
4.18.Tablo 4.18 Araştırmaya Katılan İşverenlerin Psikiyatrik Engelli Bireylerin İstihdamına Yönelik Düşüncelerinin Dağılımı (n=72)	63
4.19.Tablo 4.19 Araştırmaya Katılan İşverenlerin Psikiyatrik Engelli Bireylerin İstihdamına Yönelik Önerilerinin Dağılımı (n=72)	64
4.20.Tablo 4.20 Araştırmaya Katılan İşverenlerin Psikiyatri Engelli Bireylerin İstihdamına İlişkin Düşünceleri İle Psikiyatrik Engelli Bireylerin İstihdamı Hakkındaki Önerilerinin Karşılaştırılması	65
5.TARTIŞMA ve SONUÇ	66
5.1. İşverenlerin İEYTÖ ve Alt Boyutlarına İlişkin Özelliklerinin Tartışılması	66
5.2. İşverenlerin İEYTÖ Ve Alt Boyutları İle Bazı Demografik Değişkenlerin Tartışılması	67
5.3.İşverenlerin Psikiyatri Engelli Bireylerin İstihdamına İlişkin Düşünceleri ile Psikiyatrik Engelli Bireylerin İstihdamı Hakkındaki Önerilerinin Tartışılması	71
5.4. Sonuç	73
6.ÖNERİLER	75
7.KAYNAKLAR	76
8.EKLER	92

SİMGE ve KISALTMALAR

AB : Avrupa Birliği

ABD :Amerika Birleşik Devletleri

AÇŞHB: Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı

BM : Birleşmiş Milletler

ICF : Hastalığın ve Engelliliğin Uluslararası Fonksiyon Sınıflandırması

İLO : Uluslararası Çalışma Örgütü

İŞKUR: Türkiye İş Kurumu

İEYTÖ: İşyerinde Engelliye Yönelik Tutumlar Ölçeği

MEB : Milli Eğitim Bakanlığı

ÖYGHM : Özürlü ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü

SGK: Sosyal Güvenlik Kurumu

SPSS: Statistical Package for the Social Sciences

TC : Türkiye Cumhuriyeti

TRSM : Toplum Ruh Sağlığı Merkezi

TUIK : Türkiye İstatistik Kurumu

UNESCO : Birleşmiş Milletler Eğitim, Bilim ve Kültür Kurumu

UNICEF : Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu

WHO : Dünya Sağlık Örgütü

TABLolar ve ŐEKİL LİSTESİ

- Tablo 4.1 Araştırmaya Katılan İşverenlerin Demografik Özelliklerinin Dağılımı (n=72)
- Tablo 4.2 Araştırmaya Katılan İşverenlerin Çalışma Yerine İlişkin Özelliklerinin Dağılımı (n:72)
- Tablo 4.3 Araştırmaya Katılan İşverenlerin Engele Sahip Olma Durumuna İlişkin Dağılımı (n:72)
- Tablo 4.4 Araştırmaya Katılan İşverenlerin Engelli Yakınına Sahip Olma Durumuna İlişkin Dağılımı (n: 72)
- Tablo 4.5 Araştırmaya Katılan İşverenlerin İş Yerinde Çalıştırdığı Engelli Bireylerin Engel Türüne İlişkin Dağılımı
- Tablo 4.6 Araştırmaya Katılan İşverenlerin İş Yerinde Daha Fazla Engelli Birey Çalıştırmaya İsteme Durumuna İlişkin Dağılımı
- Tablo 4.7 Araştırmaya Katılan İşverenlerin İş Yerinde Çalıştırmayı Arzuladıkları Engelli Bireylerin Engel Türüne İlişkin Dağılımı
- Tablo 4.8 Araştırmaya Katılan İşverenlerin Engelli Birey Çalıştırmaya Yönelik Tutumları Ölçeğinin Alt Ölçekleri Puan Ortalamalarına İlişkin Dağılımı
- Tablo 4.9 Araştırmaya Katılan İşverenlerin Cinsiyetine Göre İşyerinde Engelliye Yönelik Tutum Ölçeği Toplam Ve Alt Boyutlarının Karşılaştırılması (n=72)
- Tablo 4.10 Araştırmaya Katılan İşverenlerin Yaş Grubu Değişkenine Göre İşyerinde Engelliye Yönelik Tutum Ölçeği Toplam Ve Alt Boyutlarının Karşılaştırılması (n=72)
- Tablo 4.11 Araştırmaya Katılan İşverenlerin Eğitim Durumuna Göre İşyerinde Engelliye Yönelik Tutum Ölçeği Toplam Ve Alt Boyutlarının Karşılaştırılması (n=72)
- Tablo 4.12 Araştırmaya Katılan İşverenlerin İş Koluna Göre İşyerinde Engelliye Yönelik Tutum Ölçeği Toplam Ve Alt Boyutlarının Karşılaştırılması (n=72)
- Tablo 4.13 Araştırmaya Katılan İşverenlerin İş Yerindeki Statüsüne Göre İşyerinde Engelliye Yönelik Tutum Ölçeği Toplam Ve Alt Boyutlarının Karşılaştırılması (n=72)

Tablo 4.14 Araştırmaya Katılan İşverenlerin alışma Suresine Göre İşyerinde Engelliye Yönelik Tutum leği Toplam Ve Alt Boyutlarının Karşılaştırılması (n=72)

Tablo 4.15 Araştırmaya Katılan İşverenlerin Engeli Olma Durumuna Göre İşyerinde Engelliye Yönelik Tutum leği Toplam Ve Alt Boyutlarının Karşılaştırılması (n=72)

Tablo 4.16 Araştırmaya Katılan İşverenlerin Engelli Bir Yakını Olma Durumuna Göre İşyerinde Engelliye Yönelik Tutum leği Toplam Ve Alt Boyutlarının (n=72)

Tablo 4.17 Araştırmaya Katılan İşverenlerin Engelli Birey alıştırmayı Dşunme Durumuna Göre İşyerinde Engelliye Yönelik Tutum leği Toplam Ve Alt Boyutlarının Karşılaştırılması (n=72)

Tablo 4.18 Araştırmaya Katılan İşverenlerin Psikiyatrik Engelli Bireylerin İstihdamına Yönelik Dşuncelerinin Dağılımı (n=72)

Tablo 4.19 Araştırmaya Katılan İşverenlerin Psikiyatrik Engelli Bireylerin İstihdamına Yönelik nerilerinin Dağılımı (n=72)

Tablo 4.20 Araştırmaya Katılan İşverenlerin Psikiyatrik Engelli Bireylerin İstihdamına İlişkin Düşünceleri İle Psikiyatrik Engelli Bireylerin İstihdamı Hakkındaki nerilerinin Karşılaştırılması

ÖZET

İŞVERENLERİN ŞİZOFRENİ TANILI BİREYLERİN İSTİHDAMINA YÖNELİK TUTUMLARI: DÜZCE İLİ ÖRNEĞİ

Zeliha ERSOY

Yüksek Lisans Tezi, Hemşirelik Anabilim Dalı Tez

Danışmanı: Doç.Dr. Fatma EKER

Şubat 2022, 100 Sayfa

Bu çalışma, işverenlerin şizofreni tanılı bireylerin istihdamına yönelik tutumlarını incelemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapıldı. Araştırmanın örneklemini Düzce ilindeki 50 ve üzeri çalışanı bulunan fabrikaların işverenleri oluşturdu. Araştırmanın verileri Kişisel Bilgi Formu ve İşyerinde Engelliye Yönelik Tutum Ölçeği (İEYTÖ) aracılığıyla toplandı. Araştırmanın verileri SPSS (Statistical Package for Social Sciences) 22.0 paket programında analiz edildi. Verilerin analizinde KolmogorovSmirnov, Shapiro-Wilk testleri, student t testi, Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) testi, Mann Whitney U, Kruskal-Wallis ve Ki-kare testleri kullanıldı. Araştırmaya katılan işverenlerin yaş ortalamasının 37.7 ± 8.9 yıl, İşyerinde Engelliye Yönelik Tutum Ölçeği (İEYTÖ)'nin ortalama puanları 3.83 ± 0.43 idi. İşverenlerin yarısının kadın, %90.3'ünün üniversite mezunu olduğu, %66.7'sinin insan kaynakları pozisyonunda, çoğunluğunun tekstil iş kolunda (%26.4), 0-5 yıldır çalıştığı (%55.6) belirlendi. İşverenlerin %9.1'sinin herhangi bir engelinin olmadığı, %73.6'sının engelli yakınının olmadığı, %81.9'unun engelli personel çalıştırmaya olumlu baktığı, hepsinin engelli personel çalıştırdığı, çalışan engelli personelin çoğunluğunu (%68.1) ortopedik engelli çalışanların oluşturduğu tespit edildi. İşverenlerin %52.8'inin engelli bireylerin istihdamı hakkında olumlu düşünürken, psikiyatrik hastalığı olan bireylerin istihdamı hakkında ise şarta bağlı olarak olumlu düşündüğü (%41.7) görüldü. Psikiyatrik engelli bireylerin istihdam edilmesinde en çok (%43.1) toplum ruh sağlığı hizmetlerinde çalışan personelin işverenler ve İŞKUR (Türkiye İş Kurumu) ile ortaklaşa işbirliği yapması önerildi. Araştırmadan elde edilen bulgular doğrultusunda işverenlerin psikiyatri engelli bireylerin istihdamına olumlu tutum geliştirilmesi ve damgalanmanın azaltılması için eğitim programlarının düzenlenmesi; istihdamın artırılması için İŞKUR ile daha kapsamlı ve sürdürülebilir çalışmaların yapılması önerildi.

Anahtar kelimeler: şizofreni, istihdam, tutum, hemşirelik, engellilik

ABSTRACT

ATTITUDES OF EMPLOYERS TOWARD PERSONS WITH SCHIZOPHRENIA: DUZCE EXAMPLE

Zeliha ERSOY

Master Thesis, Department Of Psychiatric Nursing

Thesis Advisor: Assoc. Prof. Fatma EKER

February 2022, 100 pages

This study was descriptive in order to examine employers' attitudes towards the employment of individuals diagnosed with schizophrenia. The sample of study consisted employers of factories in Düzce with more than 50 employees. Data of the study were collected through the Personal Information Form and the Employers' Attitudes towards Employees with Disabilities Scale. Data of research were analyzed in SPSS (Statistical Package for Social Sciences) 22.0 package program. Kolmogorov-Smirnov, Shapiro-Wilk tests, student t test, One-Way Analysis of Variance (ANOVA) test, Mann Whitney U, Kruskal-Wallis and Chi-square tests were used in the analysis of the data. The average age of the employers participating in the study was 37.7 ± 8.9 years, average score of the Attitudes towards Disables at Workplace Scale was 3.83 ± 0.43 . It was determined that half of the employers were women, 90.3% of them were university graduates, 66.7% of them were in the human resources position, the majority of them were working in the textile business line (26.4%) for 0-5 years (55.6%). It was found that 90.9% of employers had no disabilities, 73.6% had no relatives with disabilities, 81.9% had a positive view of employing disabled employee, all employed disabled employee, and the majority of disabled employee (68.1%) had orthopedic disabilities. 52.8% of employers thought positively about the employment of people with disabilities, while 41.7% thought positively about the employment of people with mental illness. In the employment of individuals with psychiatric disabilities, most (43.1%), staff working in community mental health services were recommended to cooperate jointly with employers and İŞKUR. According to the results obtained from the study, employers develop a positive attitude to the employment of people with psychiatric disabilities recommended to carry out and organize training programs to reduce stigma; in order to increase employment, it was more comprehensive and sustainable studies.

Key Words: schizophrenia, employment, attitude, nursing, disability

1-GİRİŞ ve AMAÇ

1.1. Problem Tanımı ve Önemi

Sigmund Freud normal ruh sağlığı ölçütlerinin çalışmak ve sevmek olduğunu söylemiştir. Freud'a göre gerçekten sevebilen, paylaşabilen ve çalışan bir insan ruh sağlığını korumaktadır. Bireyler için gelir elde etme aracı olarak anlamlandırılan çalışmak; geçmişi insanın var olduğu döneme kadar dayanan yaşamın sürekliliğini sağlayan sosyal bir faaliyettir. Çalışma eylemi/etkinliği, bireylere çok yönlü fayda sağlamakta, psikolojik ve sosyal açıdan iyilik haline sebep olmaktadır (1). Çalışmanın tanımı ve yararları ile ilgili literatürde farklı açıklamalar bulunmaktadır.

Lordoğlu ve diğerleri (1999) çalışmanın; sadece ekonomik açıdan yarar sağlayan yönüyle ele alınamayacağını, “bireyin, kimlik, prestij ve topluma ait olma duygularının etkin kılındığı bir süreç” olduğunu ifade eder (2). Landy ve Conte (2007)'a göre çalışmak ve üretmek, ruhsal ve duygusal iyilik halini sürdürmeye yardımcı olan bir zaman yapısı, bir amaç, sosyal ilişki ve saygınlığı içeren bir dizi temel insan ihtiyaçlarını da yerine getirir (3). Kişi ruhsal iyi oluş ile beraber ailesi ve çevresiyle de iyi ilişkilerde bulunmaktadır. Ancak çalışma hayatında var olabilme konusunda toplumdaki her birey eşit koşullara sahip değildir. Toplumun önemli kısmını oluşturan engelli bireyler gibi bazı dezavantajlı gruplar istihdamın içinde bulunmanın insan hayatına getirdiği avantajlardan yararlanamamaktadır.

Engellilik; “*genel olarak yetersizlikler, aktivite sınırlılıkları ve katılım kısıtlamaları için kullanılan, toplum tarafından kişiden beklenen performansta sapmaya neden olan toplumsal bir bozukluk*” olarak ifade edilir (4). Dünya nüfusunun yaklaşık %15'i yani 1 milyar insan engelli olarak yaşamaktadır. Türkiye' de 2021 –Mart Ulusal Engelli Veri Sistemine göre kayıtlı olan engelli birey sayısı; 1.414.643'ü erkek, 1.097.307'si kadın olmak üzere 2.511.950 kişidir (5). Toplumda yaşayan engelli birey nüfusunun yüksek olmasına rağmen istihdama katılan engelli oranı oldukça düşüktür. Elde edilen verilere göre engelli nüfusunun % 78'inin işgücüne dahil olmadığı görülmektedir (6).

Engelli bireylerin istihdam oranlarının düşük olması bu bireylerin toplumsal hayatta karşılaştığı sorunlara bağlanmaktadır. Eğitim eşitsizliği, rehabilitasyon yetersizliği, kaynaklara erişim

güçlüğü, toplumsal damgalanma/ayrımcılık ve işveren tutumları engelli bireylerin istihdamında engelleyici unsurlar olarak ortaya çıkmaktadır (7).

Temel insan haklarından biri olan eğitim hakkı engelli bireyler için sorunsuz olarak sağlanamamaktadır. Çalışma hayatında var olmak isteyen engelli bireylerin eğitim seviyesinin yetersiz olması bu bireylerin iş gücü piyasasına girişini zorlaştırmaktadır. Eğitim ile beraber engelli bireyler çalışma hayatına dahil olabilmek için mesleki ve teknik rehabilitasyon programlarına ihtiyaç duymaktadır. Rehabilitasyon hizmetlerinin yetersiz olması ve araç-gereç gereksiniminin yeterince karşılanamaması da engelli bireylerin toplum ile bütünleştirilmesinin önündeki büyük engellerdendir. Engellilerin içinde yaşadıkları fiziksel çevre yapısı, yaşadıkları fiziksel işlev bozuklukları/yetersizlikleri ve bunların yol açtığı kısıtlamalar nedeniyle büyük önem taşımaktadır. Engelli bireylerin istihdam alanlarına erişebilmesi için ulaşım hizmetlerinden eşit fırsatlarda yararlanması gerekmektedir (8). Özellikle ortopedik engelli bireyler fiziksel şartlardaki olumsuzluklardan dolayı iş yerine ulaşımında sorun yaşamaktadır.

Engelli bireyler birçok toplumda ötekileştirilmiş ve damgalanmaya maruz kalmıştır. Bu bireylere çoğunlukla acıma duygusu ile yaklaşılmaktadır. Toplumun bir kesimi engelli bireyleri eksik, bakıma muhtaç, kendi işini halledemeyen ve vasıfsız bireyler olarak görmektedir. Engelli bireylere karşı önyargıların zamanla tutuma dönüştüğü için bu bireyler çalışma hayatında geri planda kalmaktadır (9). Bazı çalışmalarda özellikle işveren tutumu engelli bireylerin istihdamının önündeki en büyük engel olarak görülmektedir (10-12). Engelli olmayan bireylerin aynı niteliklere sahip engelli adaylara göre olumlu yanıt alma olasılığının 1.78- 3.2 kat daha yüksek olduğu belirlenmiştir (13). İşverenlerin olumsuz tutumlarının diğer engelli gruplara kıyasla akıl hastalığı olan bireylere karşı daha fazla olduğu belirlenmiştir (14). Yapılan bir çalışmada engelli kişileri işe almayı düşünenlerin sadece% 1,7'si akıl hastalığı olan kişileri işe almak istediklerini belirtmişlerdir (15). Özellikle şizofreni tanılı bireylerin istihdamı konusunda işverenlerin ön yargıları yaygındır. İşe alımda fiziksel engelli bireyleri şizofreni tanılı bireylere oranla daha çok tercih ettikleri belirlenmiştir (10).

Şizofreni tanılı bireylerde hastalık sebebiyle öğrenme yetilerinde bozulmalar, halüsinasyon ve sanrılar sebebiyle dikkat dağınıklığı oluşabilmektedir. Bu bireyler hastalığın akut dönemlerinde ani ve alışılmadık davranışlarda bulunabilmektedir (16). Bu durum şizofreni hakkında bilgisi olmayan kişilerde ön yargıya ve korkuya sebep olabilmekte, şizofreni tanılı bireyler için iş bulma ve işe devam etmede sorun oluşturabilmektedir (17). İşverenlerin bu konudaki

tutumlarının incelendiğinde; şizofreniyi bilmedikleri, bu bireyleri şiddete yatkın olarak gördükleri, çalışma koşullarının onlar için ağır gelebileceğini düşündükleri belirlenmiştir. Ayrıca işverenlerin, çalışanların şizofreni tanılı bireylerle çalışmaktan olumsuz etkilenmesinden endişe duydukları belirlenmiştir (18, 19). Yapılan bir çalışmada OECD (Convention on the Organisation for Economic Co-operation and Development) ülkelerinde şizofreni gibi ağır ruhsal bozukluğu olan bireylerin işten çıkarılma olasılığı 2-3 kat daha fazla bulunmuştur (20). Çalışmalar şizofreni tanılı bireylerin iş yaşamına katılımlarının genellikle çok düşük olduğunu, farklı ülkelerde yapılan araştırmalarda bu oranın %10-30 arasında değiştiğini göstermektedir (21-25). Şizofreni tanılı bireylerin istihdam oranlarının Norveç'te %10.2 Almanya'da% 30.3 olduğu görülmektedir (21). Türkiye'de bu oran kesitsel çalışmalarda %10 ile %33 arasında bildirilmiştir (26-28). Yıldız ve ark. (2019)' nın yaptığı çalışmada şizofreni tanılı bireylerin yıllık istihdam oranının %11, 2018 yılında %14, hastalık sonrası %62 ve ömür boyu %83 olduğu belirlenmiştir. Yine aynı çalışmaya göre bireylerin hastalık öncesi çalışma süreleri, hastalık sonrası çalışma süresinden daha uzun olduğu, hastalığın bireyleri çalışma hayatından kesin olarak uzaklaştırdığı görülmektedir (29).

Şizofrenide istihdam oranlarının artırılması için birçok yöntem denenmektedir. Destekli istihdam, kota yönetimi, korumalı iş yerleri istihdamı artırma yönündeki önemli yöntemleridir. Bu yöntemler ile şizofreni tanılı bireylerin istihdama katılım ve istihdamı sürdürme oranlarının artırılması hedeflenmiş ancak istenilen başarı yakalanamamıştır. Şizofreni tanılı bireylerin istihdam oranının düşük olmasının bu bireylere psikolojik, sosyal ve ekonomik birçok olumsuz etkisi bulunmaktadır. Öncelikle şizofrenide iş hayatına ve toplumsal hayata katılmak bu bireylerde iyileşmeyi hızlandırmaktadır (30). Çalışmak ve üretmek ile yeti yitimi olan bireyler toplumsal ilişkilerini geliştirme ve hastalığı daha iyi yönetme fırsatı bulur. İş hayatıyla gelen maddi kazanç ve özgüven artışı; hastane yatışlarını, madde kullanımını ve damgalanmayı azaltmaktadır (31). Çalışma hayatının içinde bulunmayan şizofreni tanılı bireyler sosyal hayattan uzaklaşmakta ve yalnızlaşmaktadır. Bu durum bireylerin benlik saygısı ve yaşam kalitesini düşürmektedir (32, 33). Ayrıca ekonomik olarak bakım vericilerine bağımlı olan bu bireyler ailelerine ve ülke ekonomisine yük oluşturmaktadır.

Şizofreni tanılı bireylerin çalışma hayatının içinde var olabilmesi için koruyucu, tedavi edici ve toplumsal hizmetlerin sunulduğu bütüncül bir yaklaşıma ve ekip çalışmasına ihtiyaç vardır. Ruh sağlığı ekibinin üyeleri olan psikiyatrist, psikiyatri hemşiresi, toplum ruh sağlığı hemşiresi, psikolog, sosyal hizmet uzmanı, iş ve uğraşı terapisti ve mesleki iyileştirme uzmanı işbirliği

yaparak, hastaların gereksinimlerini daha etkin bir şekilde karşılayabilmektedir (34). Şizofreni tanımlı bireylerin bütün sıkıntılarına yakından şahit olan psikiyatri hemşirelerine, bu bireylerin çalışma hayatına katılımını artırma konusunda büyük sorumluluklar düşmektedir. Psikiyatri hemşirelerinin bakım, tedavi, danışmanlık, eğitim, hasta savunuculuğu, terapötik girişimler, psikobiyolojik girişimler, sağlığı koruma ve geliştirmeye yönelik girişimler, konsültasyon, psikoterapi ve araştırma gibi birçok rolü bulunmaktadır (35). Psikiyatri hemşireleri istihdam konusunda bu rol ve işlevlerini kullanarak, destek sistemlerini ve toplum kaynakları değerlendirip bireyi ve/veya aileyi bu konuda yönlendirebilmektedir.

Şizofreni tanımlı bireylerin istihdamda karşılaştıkları büyük sorunlardan biri damgalanmadır. Özellikle toplumda yaygın olan “ruh sağlığı hastalığı olan bireyler şiddete eğilimlidir ve çevresi için tehlikelidirler”, “ruhsal hastalık kişisel zayıflıktan dolayı medana gelir”, “ruhsal hastalıkların tedavisi yoktur” gibi yanlış bilgi ve ön yargılar işverenlerin olumsuz tutum sergilemelerine neden olabilmektedir. Şizofreni tanımlı bireylerin çalışma hayatında karşılaştıkları sorunlara çözüm bulunmasında yol gösterici olabilmesi için psikiyatri hemşireleri tarafından yapılacak çalışmalara gereksinim duyulmaktadır.

Ancak yapılan çalışmalarda incelendiğinde engellilerle ilgili çalışmalarda çok fazla olduğu halde şizofreni tanımlı bireylerin çalışma hayatıyla ilgili araştırmalar sınırlı sayıdadır. Bu nedenle işverenlerin şizofreni tanımlı bireylerin istihdamına yönelik tutumlarının ve çözüm önerilerinin belirlendiği tanımlayıcı bir çalışma yapılması gereksinimi duyulmuştur.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu araştırma işverenlerin şizofreni tanımlı bireylerin istihdamına yönelik tutum ve önerilerini belirlemek amacıyla yapılmış tanımlayıcı kesitsel ve nicel bir araştırmadır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Engellilik

2.1.1. Engelliliğin tanımı

Engelliliğin tanımı ile ilgili yapılan çalışmalar incelendiğinde, bu kavramın birçok şekilde ele alındığı ve ifade edildiği görülmektedir. Engellilik kavramının yerine farklı kaynaklarda aynı anlama gelebilecek birçok farklı terim kullanılmaktadır. Sık kullanılan terimler; ‘engelli’, ‘yetersizlik’, ‘özürlü’ ve ‘malûl’ kelimeleridir. Kurumsal yazışmalarda eskiden “sakat” terimi tercih edilirken, 2000’li yıllarda “özürlü” terimi tercih edilmiştir. 2006 yılında Birleşmiş Milletler (BM) tarafından kabul edilen “Engelli Kişilerin Hakları Bildirgesi’nin Türkçe’ye çevrilişi sırasında “persons with disabilities” teriminin karşılığı olarak engelli kelimesi kullanılmaya başlanmış ve engelli kavramı literatürdeki yerini almıştır (36). Türk Dil Kurumu’na göre engelli; *“vücudunda eksik veya kusur olan kişidir. Sakat; vücudunda hasta veya eksik bir yanı olan kişi olarak tanımlanmaktadır. Özürlü ise; gelişimin türlü yanlarıyla öğrenme gücü gibi süreçlerin birisi ya da birkaçında yetersizlik ya da sakatlık olan kişidir”* (37).

Günümüze kadar engelli kavramının tanımı çok kez yapılmıştır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) (2011) engelliliği uluslararası sınıflandırmaya göre, *“sağlıklı organın bozulmasından kaynaklı, insan sağlığının fiziksel yönleriyle bozulması nedeniyle kapasite kaybı”* olarak tanımlamıştır (38). BM (2009) engelli tanımını, *“diğer bireylerle eşit koşullar altında topluma tam ve etkin bir şekilde katılımlarının önünde engel teşkil eden uzun süreli fiziksel, zihinsel, düşünsel ya da algısal bozukluğu bulunan kişileri içermektedir”* şeklinde yapmıştır (39). Türkiye’de 2005 yılında yürürlüğe giren 5378 sayılı “Engelliler Hakkında Kanun”a göre ise engelli kavramı , *“fiziksel, zihinsel, ruhsal ve duygusal yetilerinde çeşitli düzeyde kayıplarından dolayı topluma diğer bireyler ile birlikte eşit koşullarda tam ve etkin katılımını kısıtlayan tutum ve çevre koşullarından etkilenen birey”* olarak tanımlanmıştır (40).

Engelliğin sebepleri incelendiğinde karşımıza birçok faktör ve bu faktörlerin farklı sınıflandırmaları çıkmaktadır. Bu sınıflandırmalardan en sık kullanılanı; doğum öncesi, doğum anı ve doğum sonrası nedenlerdir. Doğum öncesine ait engellilik nedenleri; anne adayının yaş

aralığı (18 yaş altı ve 35 yaş üstü) ve yüksek doğurganlık oranı, ailede var olan genetik rahatsızlıklar, kromozomsal sebepler, akraba evlilikleri, anne- baba arasındaki kan uyumsuzluğu, gebelikte alkol, sigara gibi bebeğe ve anneye zarar verici madde kullanımı, gebelikte kaza, travma, stres, veya radyasyona maruz kalma, yeterli beslenememe olarak sıralanabilir. Doğum esnasında meydana gelen olumsuzluklar da bebeğin engel durumunun oluşmasına neden olmaktadır. Doğumun bilinçsiz kişilerin yardımıyla ve sağlık kuruluşları dışında meydana gelmesi, erken ve zor doğum, doğum sırasında bebeğin oksijensiz kalması ve travmaya maruz kalması, bebeğin düşük doğum ağırlıklı olarak dünyaya gelmesi doğum esnasında engelliliğe neden olabilmektedir. Doğum sonrasında engelliliğe neden olabilecek durumlar incelendiğinde; yaşanan kaza, felaket ve hastalık gibi olayların da engelliliğe sebep olduğu belirlenmiştir. Ağır doğum sarılığı, bebeğin ağır ve ateşli hastalık geçirmesi, kontrollerinin ve aşılarının zamanında yapılmaması, ev, iş ve trafik kazaları, zehirlenme, istismar, doğal afetler ve savaşlar bu sebeplerdendir (41).

2.1.2. Engelliliği açıklayan modeller

Engelliğe tarihsel süreç içerisinde farklı modeller üzerinden değerlendirilmeler yapılarak yaklaşımlarda bulunulmuştur. Engelliliğe yönelik farklı modellerin bakış açılarının incelenmesi bu kavramın anlaşılmasını kolaylaştırmaktadır. Moral (Ahlaki) Model, Tıbbi (Medikal) Model, Sosyal Model ve İnsan Temelli Model'in engelliliğe yaklaşımları birbirinden farklıdır.

2.1.2.1. Moral (Ahlaki model)

Ahlaki modelde engellilik geleneksel açıdan değerlendirilmiştir. Bu yaklaşıma göre, engelliliğin ahlaki çöküntüden kaynaklanmış olduğu insanın içindeki şeytani düşüncenin veya ahlaken uygun olmayan davranışların dışı vurumu olduğu düşünülmektedir. Kişinin veya yakın çevresinin yapmış olduğu bir suç ya da günahın bedeli olan ilahi bir cezalandırma şeklinde algılanmaktadır. Bu nedenle hem kendileri hem de aileleri toplum tarafından bir utanç kaynağı olarak düşünülmektedir (42, 43).

2.1.2.2. Medikal model

Medikal modelin ortaya çıkışı ve engelliliğe yaklaşımı bilimsel alanda yaşanan gelişmeler ile paralellik göstermektedir. Engellilik hastalık ile eş değer tutulmuş, engelli bireye hasta rolü verilmiştir. Süreç içerisinde üretim biçimlerinin değişmesi, tarım üretiminden sanayiye devrine geçilmesi, yeni üretim-tüketim biçimlerinin ortaya çıkması engelli bireylerin ekonomik

anlamda bu yapılanmanın içinde yer almasını güçleştirmiştir. Engelli bireylerin üretken hale gelebilmeleri için tıp alanındaki yöntem ve tedavilerinin kullanılmasının gerekliliği düşünülmüştür. İyileştirilerek üretken hale gelemeyen engelli bireylerin kurumlara kapatılması planlanmıştır. Engellilik, tıp ilminin uygulama ve tedavi alanı olarak görülmüştür (44).

Modeldeki ön yargı ise, “normalliğin” biyomedikal şekilde algılanmasıdır. Engellilik, yetersizlik ve bozukluk seviyesine indirgenmektedir. Bu durum engelli bireylerin kendilerini pasif kişilikler olarak algılamasına ve toplumdan uzaklaşmasına neden olmuştur (45).

2.1.2.3. Sosyal model

Medikal modelin iyileştirilmiş hali olan sosyal model engelli bireyler için 1980’ li yıllara doğru kabul görmeye başlamıştır. Bu modelin amacı engelli bireylerin toplumsal hayata aktif olarak katılmaları için gerekli uygulamaların yapılabilmesidir Sosyal Model, engelliliğin bireyin özünden çok toplumdaki dışlamanın, ayrımcılığın ürünü olduğunu savunmaktadır. Engelli bireylerin fiziksel ve ruhsal durumlarından dolayı toplumla bütünleşmelerinin engellendiği belirtilmektedir (46). Medikal model sorunu bireyde görmekte, sosyal model ise toplumsal boyutta değerlendirmektedir. Sosyal Model, engellilerin güçlü yönlerinin ön plana çıkarılmasını savunmaktadır.

2.1.2.4. İnsan hakları modeli

İnsan hakları modeli, sosyal modelin yol açtığı tartışmalar sonrasında şekillenmiştir. Bu yaklaşım, sosyal modelin temelindeki toplumla bütünleşme kavramından farklı olarak yurttaş haklarının kazanımını temel alarak şekillenmiştir. Bu yaklaşımın amacı toplumdaki dezavantajlı grupların sahip olduğu farklılıkları önemsemeden bütün insanların tabiatında var olan eşitliği engelli bireyler için de tanımaktır (44).

2.1.3. Engelliliğin yaygınlığı

Engellilik kavramı insanlık tarihi kadar eskiye dayanmaktadır. Engelli bireyler tarihin her döneminde var olmuş ancak toplum tarafından kabul görmemiş ve önemsenmemiştir (47). Bir yandan sanayi devrimi ile birlikte meydana gelen iş kazaları ve meslek hastalıkları gibi sağlık sorunları, diğer yandan geçmişte gerçekleşmiş ve hala devam eden savaşlar, yaşlı nüfusun artması gibi faktörler engelli sayısı ve oranında belirgin artışa neden olmuş, engelli kavramına daha sık rastlanmaya başlanmıştır. Dünya Engellilik Raporu (2011)’na göre; dünya nüfusunun

yaklaşık %15'inin yani bir milyardan fazla insanın bir tür engellilik ile yaşadığı düşünülmekte ve bu engelli bireylerin yaklaşık %20'si bireysel faaliyetleri yerine getirirken önemli sorunlar yaşamaktadır (48).

Nüfus sayımları ve araştırmalarla engellilik üzerine veri toplayan ülkelerin sayısı artmaktadır. Tahmini yaygınlık oranları ülkeler içerisinde ve ülkeler arasında büyük değişiklikler göstermektedir. Yapılan araştırmalarda yaşla beraber engelliliğin arttığı belirlenmiş, OECD ülkelerinde 20-34 yaş arasındaki engelli birey oranının % 6, 35-49 yaş arasında bu oranın iki katına çıktığı ve 50-64 yaş arasında ise % 24'ü bulunduğu belirlenmiştir. Avrupa Birliği ülkelerinde 15-64 yaş arası bireysel ihtiyaçlarını karşılama sorunu yaşayan engelli birey sayısı 44 milyon iken, yaşam boyu süren bir sağlık problemi nedeniyle kısıtlı çalışma imkanına sahip engelli birey sayısı 35 milyondur (49).

2.1.4. Engel türleri ve dağılımı

Engel türleri literatürde farklı olarak sınıflandırılrsa da genel olarak yedi başlık altında açıklanmaktadır. Bunlar; görme, işitme, ortopedik, dil ve konuşma, süregen hastalık, zihinsel ve ruhsal ve duygusal engelliliktir.

2.1.4.1. Ortopedik engellilik

Kas-iskelet sistemindeki yetersizlik ve fonksiyon bozukluğu olan kişiler bu grup içerisinde yer almaktadır. Doğuştan olabildiği gibi sonradan da oluşabilen ortopedik engellilik içerisinde; el, kol, bacak gibi organların işlevsizliği, felç durumları, kalça çıkıklığı, çarpık ayak, doğuştan kol felci, doğuştan omuriliğin kese şeklinde dışa doğru çıkması, yapışık parmak, doğuştan omurga eğrilikleri, doğuştan kas hastalıkları ve cücelik yer almaktadır (50). Bu bireyler sosyal hayata uyum sağlamada ve günlük gereksinimlerini karşılamada güçlük yaşadıkları için korunma, bakım, rehabilitasyon ve danışmanlık hizmetlerine ihtiyaç duyan bireylerdir. Engelli nüfusunun %13.78'ini ortopedik engelli bireyler oluşturmaktadır (5).

2.1.4.2. Görme engelliliği

Görme engelli bireyler herhangi bir sebeple meydana gelebilen, tek veya iki gözünde tam veya kısmen görme kaybı yaşayan kişilerdir. Göz protezi kullananlar, renk körlüğü, gece körlüğü, şaşılığı olanlar bu gruba girmektedir (50). 2021 verilerine göre Türkiye'de engelli bireylerin %9.53'ünü görme engelli bireyler oluşturmaktadır (5).

2.1.4.3. İşitme engelliliği

İşitme engelli birey tek veya iki kulağında işitme duyarlılığını kaybetmiş kişilerdir. İşitme kaybı 21-35 desibel arasında olanlar hafif, 36-70 desibel arasında olanlar orta, 71-90 desibelde ise ileri derecede işitme engelli olarak kabul edilmektedir. 90 desibel ve üstü işitme kaybı olan bireyler çok ileri derecede işitme engelli diye tanımlanmaktadır (50). 2021 verilerine göre Türkiye’de engelli bireyler arasında dil ve konuşma engeli olan bireylerin oranı % 7.97’ dir (5).

2.1.4.4. Dil ve konuşma engelliliği

Dil ve konuşma engelli birey, bir nedene bağlı olarak konuşamayan ya da konuşma akıcılığında bozukluk olan kişilerdir. Kekeme, konuşmak için çeşitli aletlere ihtiyaç duyanlar, işittiği halde konuşamayan, dil, dudak, çene yapısı bozukluğu olan, gırtlığı alınanlar, afazi olanlar da bu grubun içine dahil olmaktadır (50). 2021 verilerine göre Türkiye’de engelli bireyler % 1.49’unu dil ve konuşma bozukluğu olan bireyler oluşturmaktadır (5).

2.1.4.5. Süreğen hastalık

Bireyin çalışma kapasitesi ve fonksiyonlarının tam olarak kullanmasını engelleyen ve yaşam boyunca tedavi ve bakım gerektiren hastalıklardır. Kalp-damar hastalıkları, solunum sistemi, sindirim sistemi, idrar yolları ve üreme organı hastalıkları, cilt ve deri hastalıkları, endokrin ve sinir sistemi hastalıkları örnek olarak verilebilir (50). 2021 verilerine göre Türkiye’de engelli bireylerin % 40.63’ünü süreğen hastalığı olan bireyler oluşturmaktadır (5).

2.1.4.6. Zihinsel engellilik

Zihinsel engelli; “doğumdan önce, çeşitli sebeplerle zekâ gelişiminde ve fonksiyonunda meydana gelen yavaşlama, duraklama ve gerileme sonucu davranışlarında, sosyal uyumunda, hal ve hareketlerinde anormallik gösteren kişi” olarak tanımlamaktadır (51). TC. Özel Eğitim Hizmetleri Yönetmeliği’ne göre zihin yetersizliği olan bireyleri Zeka Bölümü (ZB) puanlarına göre dört kategoride sıralamıştır; hafif düzeyde zihinsel yetersizliği olan birey (ZB Puanı: 50-69), orta düzeyde zihinsel yetersizliği olan birey (ZB Puanı: 35-49), ağır düzeyde zihinsel yetersizliği olan birey (ZB Puanı: 20-34) ve çok ağır düzeyde zihinsel yetersizliği olan birey (ZB Puanı: 0-19) şeklindedir. Sosyal ve pratik uyum becerilerinde hafif düzeydeki yetersizliği nedeniyle özel eğitim ve destek eğitim hizmetlerine sınırlı düzeyde ihtiyaç duyan kişi hafif düzeyde zihinsel engelli, bu yetersizliği sebebiyle söz konusu hizmetlere yoğun şekilde ihtiyaç

duyan kişi orta düzeyde zihinsel engelli kabul edilmektedir. Yetersizlikleri nedeniyle yaşamın her alanında yoğun olarak özel eğitim ve destek hizmetine ihtiyaç duyan bireyler ağır derecede zihinsel engelli olarak tanımlanmakta, zihinsel yetersizliği yanında başka yetersizliklerinin de eşlik etmesi durumunda yaşam boyu bakıma ihtiyaç duyan bireyler ise çok ağır derecede zihinsel engelli olarak sınıflandırılmaktadır (52). 2021 verilerine göre Türkiye’de engelli bireylerin %17.07’sini zihinsel engelli bireyler oluşturmaktadır (5).

2.1.4.7. Ruhsal ve duygusal engellilik

Ruhsal ve duygusal engellilik, bir kişinin sağlıklı bir şekilde hayatını sürdürmesine engel olan psikolojik rahatsızlıklara verilen genel isimdir. şizofreni, bipolar bozukluk ya da depresyon gibi tüm ruhsal bozuklukları ifade etmekte, davranışlarda, ruh halinde ve düşüncelerde olağan dışı değişikliklere neden olmaktadır (53). Dünyadaki engelli nüfus oranının %12-15’inin ruhsal hastalıklardan kaynaklanan engelliler olduğu tahmin edilmektedir (48). Ruhsal ve duygusal engelli bireylerin hastalığın düşünce ve davranışsal yapıda yarattığı olumsuz etkilerden dolayı bilişsel fonksiyonları ve sosyal işlevsellikleri bozulmaktadır (31, 54). Ruhsal ve duygusal engellilerin %10-15’inin bakım gerektiren hastalar olduğu belirlenmiştir (55). 2021 verilerine göre Türkiye’de engelli bireylerin %7.57’sinin ruhsal ve duygusal engelli olduğu belirlenmiştir (5).

2.2. Ruhsal ve Duygusal Engellilik Olarak şizofreni

2.2.1. Tanımı ve etyolojisi

şizofreni, bireyin gerçektikten uzaklaşıp, algılama ve yorumlama alanlarında yaşadığı sorunlarla birlikte kendi iç dünyasına kapandığı; duygu, düşünce ve davranışlarında önemli bozuklukların görüldüğü, iyileşmelerin ve tekrarlamaların seyriyle ilerlediği ağır ruhsal bir hastalıktır. Kişinin işlevsellik düzeyinde en az altı ay süreyle ciddi yıkımlara sebep olan ve yeti yitimine yol açaan, genellikle kronik bir durumdur (56).

şizofreni, uzun yıllardır sağlık profesyonellerinin üzerinde durduğu bir terimdir. İlk olarak 17. yüzyılda hastalık olarak görülmeye başlanmış, kapsamlı tanımlamaları 18. yüzyılın başlarında yapılmıştır (57). Modern şizofreni tanımı ilk kez 19. yüzyıl sonlarında Alman psikiyatrist Emil Kraepelin tarafından yapılmış ve Kraepelin, şizofreniyi "Bunamaya Giden Psikoz" ve "Periyodik Seyreden Psikoz" diye ayırmıştır. İsviçreli psikiyatrist olan Bleuler 1911’de erken

bunama diye tanımlanan bu hastalarda bunamanın olmadığını belirterek, kişinin hayatındaki yarılmaya (schisme) atıfta bulunarak Yunanca “ayrık veya bölünmüş” anlamına gelen "şizo" (schizein, Yunanca: σχίζειν) ve akıl anlamına gelen "frenos" (phrēn, phren- Yunanca: φρήν, φρεν-) sözcüklerinin birleşiminden oluşan “şizofreni” terimini kullanmaya başlamıştır (58).

Şizofreniye neden olabilecek durumlar bilim insanları tarafından uzun yıllarca araştırılmıştır. Kalıtsal nedenler, beyinde işlevsel ve yapısal bozukluklar, doğum öncesi, sırası ve sonrası oluşan travma ve enfeksiyon varsayımları, biyokimyasal faktörler, bilişsel bozukluklar ve psikososyal etkenler gibi çoklu etkenler şizofreniye neden olan etkenler olarak görülmüştür.

Kalıtım: Hastalığın ortaya çıkmasında genetik yatkınlığın rolü büyüktür. Bazı ailelerde daha fazla görülmesi, hasta bireyin akrabalık derecesinin yakınlığı ve hasta akraba sayısını fazlalığı ile şizofreni görülme riskinin artması hastalığın genetik olduğu inancını yaygınlaştırmıştır. Şizofren bireyin kardeşlerinde hastalığın görülme oranı %6.7-8.2 olarak belirtilmiştir. Çocukta görülme olasılığı; ebeveynlerden birinde hastalık varsa %12.5-13.8; her iki ebeveynde de varsa %35-46; monozigot ikizlerde birinde varsa diğesinde görülme oranı %31-78 ve dizigot ikizlerde bu oran %12 dir (57).

Beyindeki yapısal ve işlevsel bozukluklar: Şizofreni hastalarının beyinde radyolojik incelemeler sonucunda yapısal ve işlevsel bozukluklar belirlenmiştir. Yan karıncıklarda genişleme, iki taraflı gri madde azalması, beyaz madde bütünlüğünde bozulma, frontal, temporal, hipokampus ve başka limbik yapılarda bölgesel hacim azalması, normal asimetrilerin kaybolması ve çeşitli gelişimsel anomaliler şizofreni hastalarının beyinindeki yapısal değişikliklerdir. Karıncıklardaki genişleme ve hacim azalması ilk psikoz döneminden itibaren saptanabilen ve yaygın olan belirtilerdir. Diğer belirtilerin hastalık süregenleştikçe ve şiddeti arttıkça görüldüğü düşünülse de bu durum doğrusal bir gidiş göstermemektedir. 5 ile 18 yıllık bir izleme çalışmasında antipsikotiklerin hastalık şiddetinden bağımsız olarak beyinde yapısal değişikliklere yol açabileceği kanıtlanmıştır (59). Beyindeki işlevsel bağlantıları inceleyen çalışmaların çoğunun ortak bulgusu şizofreni hastalarında nöral devrelerdeki bağlantıların zayıflaması ve beyin bazı bölgelerindeki (frontal, temporal, talamus, serebellum) kan akımının azalması, beyin metabolizmasında ve nörokimyasal düzeneklerindeki değişikliklerdir (60).

Doğumdan önce, doğum anında ve doğumdan sonraki süreçte travma ve virüs

varsayımları : Obstetrik komplikasyonların şizofreni tanılı bireylerin öykülerinde sağlıklı kontrollere ve hastaların sağlıklı kardeşlerine göre daha çok olduğu bildirilmiştir. Prematürite,

düşük doğum ağırlığı, RH faktör uyumsuzluğu, fetüste gelişme geriliği, annede gebelik döneminde influenza, rubella, Herpes Simplex Virüs enfeksiyonu, diyabet, sigara içme öyküsü ve baba yaşının ileri olması çocukta şizofreni riskini artırabileceği düşünülmektedir. Obstetrik komplikasyonların şizofreni ile ilişkilendirilme sebebi bebekte hipoksi riskini arttırmalarıdır (61). Şizofrenide etkilenen limbik sistem, serebral korteks ve bazal ganglionların oksijensiz kalmaya en duyarlı beyin bölgeleri olmaları bu görüşü desteklemektedir (62).

Biyokimyasal araştırmalar: Şizofrenide beyin biyokimyasını inceleyen çalışmalar nörotransmitterlerin üzerinde durmaktadır. Söz konusu olan bu nörotransmitterler dopamin, serotonin, norepinefrin, GABA ve glutamattır (56).

Dopamin, şizofreni fizyopatolojisinde en çok rol oynadığı düşünülen, kimyasal yapısı adrenaline benzeyen ve hareket kabiliyeti, hafıza, öğrenme, dikkat, odaklanma, hafıza ve öğrenme gibi beyin süreçlerinde rol alan önemli bir transmitterdir. Şizofreni hastalarında dopamin, kortikal bölgelerde azalırken subkortikal bölgelerde artmaktadır. Kortikal bölgede dopamin azalması bilişsel sistemlerdeki bozulmaları ve negatif belirtilerini açıklarken;

subkortikal bölgede dopamin artışının ise pozitif belirtileri ile ilişkili olduğu varsanılmaktadır. Dopaminerjik ve serotonerjik dizgeleri anatomik ve işlevsel olarak birbirleriyle bağlantı ve etkileşim içindedir. Serotoninin dopamin reseptör engelleyici yönünde etki göstermesinin yanı sıra serotonin reseptör engelleyici ilaçların şizofreni tedavisinde iyi sonuçlar vermesi serotoninin şizofreni etiolojisinde rol oynadığını göstermektedir (56).

GABA nörotransmitterleri beyindeki başlıca baskılayıcı nöro-ileticidir ve algı, bilinç ve hafıza için temel mekanizmadır. GABA ile ilgili şizofrenide yapılan çalışmalara bakıldığında GABA hücre sayısında ve GABA nörotransmisyonunda azalmanın dopamin düzeyinde artma anlamına geldiği düşünülmektedir (57). Yapılan klinik çalışmalarda GABA etkinliğinin artırılmasının şizofreni semptomlarının iyileştirilmesinde etkili olduğu belirtilmiştir (63).

Ayrıca beyinde en fazla uyarıcı etkiye sahip glutamatın azlığı, noradrenelin ve asetilkolin gibi nörotransmitterlerdeki değişikliklerin de hastalığa neden olduğu belirtilmektedir (56, 64). Hastalık belirtileri ve ilaç etkinliği hastadan hastaya değişiklik göstermesi nörotransmitterlerin de kişiden kişiye değişiklik gösterdiğini düşündürmektedir (65).

Bilişsel bozukluklar: Şizofreni tanılı bireylerde bozukluğun temelde bilişsel alanda olmasına rağmen nörofizyolojik, nöropsikolojik işlevler ve bunlarla bağlantılı olan beyin merkezlerinde bozukluklar olduğu ortaya çıkmakta, uyarıların beyne iletilirken karşılaştıkları süzgeçte eksikliklerin olduğu görülmektedir. Bu nedenle beyne çok fazla bilgi iletildiği, fakat bireyin bu

bilgileri uyum içerisinde ayıklayamadığı ve bütünleştiremediği görülmektedir. Şizofreni tanılı bireylerde problem çözme, karar verme, yargılama, dikkat, planlama, yaratıcılık, tepkilerin denetimi ve bilişsel esneklik gibi alanlarda da bozulmalar oluşmaktadır. Bu bireylerde gözlenen biliş ve bilgi işleme sürecindeki kusurlar, hastalığın yol açtığı yeti yitiminin önemli bir kısmını oluşturmaktadır ve günümüzdeki sağaltım araçlarına yanıt vermemektedir (66).

Stres-Diatez teorisi :Bu teoriye göre; özel bir yatkınlığı bulunan kişilerin bir stresörle karşılaşması şizofreni belirtilerinin ortaya çıkmasına neden olmaktadır. Şizofreninin ortaya çıkmasında psikososyal, biyolojik ve çevresel etkenlerin birlikte etkin olduğu ve stres durumunun da bu etkenlerden biriyle ilgili olabileceği düşünülmektedir (65).

Psikososyal-sosyokültürel faktörler:Şizofreninin ortaya çıkmasında biyolojik nedenlerin yanı sıra psikolojik, toplumsal ve çevresel etkenlerin de önemi büyüktür. Ego gelişiminin tamamlanmamış olması şizofreni tanılı bireylerin dürtülerini diğer bireyler gibi değerlendirmesine engel olmaktadır (65).

Şizofreninin ekonomik düzeyi daha düşük olan kişilerde ortaya çıkma olasılığının ekonomik düzeyi daha iyi olan kişilere göre yaklaşık 5 kat daha fazla olduğu belirlenmiştir (67). Medeni durumun da şizofreniyi etkilediği, şizofreni hastalarının evli olmayanlarının evli olanlara oranı 2.6–7.6 aralığında olduğu rapor edilmiştir (68). Şizofreni tanılı bireylerde en sık izlenen medeni durum hiç evlenmemiş olmakla birlikte, boşanma ve ayrı yaşıyor olma durumlarının da hastalığı kötüleştirdiği bilinmektedir (69).

2.2.2. Belirtileri

Şizofreni tanılı bireylerde öykü incelendiğinde, tipik ancak değişebilir şekilde şizoid ya da şizotipal kişilik özellikleri gösterdikleri; sessiz, içe dönük ve edilgen, ilişki kurulması zor, duygusal olarak kısıtlı, stresler karşısında kolay incinebilir oldukları, çoğunun az sayıda arkadaşı olduğu görülmektedir. Okul performansında düşüklük, sosyal etkinliklere katılmama, takım oyunlarına ilgi azlığı şizofreninin ilk belirtileri arasında sayılabilir (62).

Şizofrenili birey aileleri; erkekler için çocukluk ve ergenlikte, kadınlar için erken erişkinlik dönemlerinde başlayan kişilik değişiklikleri, içe-çekilme, azalmış akademik performans, cinselliğe ve önceden zevk veren diğer aktivitelere karşı ilgi kaybı, obsesif-kompulsif ve ritüalistik davranış, kişisel bakımda azalma, sinirlilik, sığlaşmış duygulanım, büyüsel düşünce ve artmış saldırganlık bildirmektedir. Bireyler ilk olarak bedensel belirtilerden yakınır, daha sonra büyü gibi doğaüstü olaylara ilgileri artabilir, garip düşünceler ve garip algısal deneyimlere

sahip olabilirler. Bu belirtiler uzun süre görülebilir ancak spesifik olmadığı ve ergenlik belirtileriyle benzer olduğu için tanı konulması zordur (70).

Şizofreni, bireyde fiziksel görünüm, düşümsel, davranışsal ve duygusal alanlarda problemlere yol açan bir bozukluktur. Şizofreninin kendine özgü bir belirtisi olmadığı için bazı belirtiler kümesinin bireyin yaşamı üzerindeki etkisi değerlendirilerek tanıya gidilmektedir. Klinik belirtiler; gerçeği değerlendirme yetisinde bozulmalarla birlikte ortaya çıkan pozitif belirtiler, bireyin işlevsellik alanlarında düşme ile ortaya çıkan negatif belirtiler şeklinde iki gruba ayrılmaktadır (56).

Pozitif belirtiler; beynin işlevinde meydana gelen artış ve bozulmalardan oluşmaktadır. Bu bozulmalar algıda bozulmanın neden olduğu varsanılar, düşümsel bozulmanın neden olduğu sanrılar, dil işlev bozukluğunun neden olduğu konuşma hızı, içeriği ve ses tonu bozulması, davranış kontrolünün bozulması ile görülen garip davranış ve duygulanımın bozulması ile görülen uygunsuz duygulanımdır (56).

Bireyin gerçeği değerlendirme yetisi zarar gördüğü için, içgörüsü bozulmakta ve tedaviye olan uyumu da olumsuz etkilenmektedir. Düşünce içeriğindeki bozulma bireyin konuşmalarına yansıdığı için söylediği şey anlaşılmamakta ve kendine özgü bir dil kullanmaktadır. Ayrıca kullanılan antipsikotik ilaçlar da hastanın ilgi ve dikkatinde azalmaya ve konuşma bozukluklarına neden olmaktadır (71).

Yetiyitimi ya da işlevlerin azalması olarak tanımlanan negatif belirtiler ise; beynin işlevinde görülen azalma veya kaybolma durumudur. Düşünce ve konuşmanın üretimi veya sürekliliğinin bozulması ile görülen aloji, duygusal ifade tonunun bozulması sonucu görülen duygulanımda küntleşme, istek ve dürtü bozukluklarının neden olduğu avolusyon/apati, duygusal bağlanma ve zevk alma kapasitesinin bozulması ile görülen anhedoni/asosyalite, dikkatte bozulma ve harekette yavaşlama, içe kapanıklık, motivasyon eksikliği, kişisel bakımda yetersizlikler, toplumdan uzaklaşma, arkadaş ve aileden kendini soyutlama durumlarıdır (56).

2.2.3. Epidemiyolojisi

Şizofreni her toplum ve coğrafi bölgede görülebilen, sıklığı ve yaşam boyu yaygınlığının tüm dünyada eşit olduğu söylenebilen ruhsal bir bozukluktur. Ruhsal ve davranışsal bozukluklar grubunda yer alan şizofrenin, bireyin hayatının en işlevsel döneminde ortaya çıkmasıyla büyük kayıplara ve yeti yitimi ile geçirilen en fazla yıl sayısına neden olduğu bildirilmiştir (62).

Şizofreninin dünya çapında nüfusun %1'ini etkilediği tahmin edilmektedir. Yapılan birçok çalışmada insidansının %0.11 ile %0.70 arasında, nokta prevalansının ise 0.21 - 0.7 arasında olduğu bilinmektedir (57). Türkiye’de yapılan bir çalışmada ise şizofreninin yaşam boyu yaygınlığının 1000 kişide 8.9 olduğu belirlenmiş, bu oranın diğer ülkelerde belirtilen sıklıktan daha yüksek olduğu bildirilmiştir (72). Önceleri kadın-erkek cinsiyeti arasında hastalığın sıklık ve yaygınlık bakımından önemli fark görülmediği ancak son yıllarda erkeklerde daha sık görüldüğü düşünülmektedir (57). Türkiye İş Kurumu (TÜİK) verilerine göre kadınlarda en sık başlangıç yaşı 25-35, erkeklerde kadınlara göre biraz daha erken olup 10-25 yaş arası değişmektedir (73). Ayrıca şizofreninin görülme sıklığının ekonomik durum, göç, şehirleşme ve medeni durum gibi farklı parametrelere bağlı olarak değiştiği yönündeki veriler fazlaşmaktadır (74). Şizofreni tanılı bireylerin yaşam süreleri normal topluma göre 20 - 30 yıl daha kısa olup, en yaygın ölüm nedeninin intihar olduğu bildirilmektedir (75).

2.2.4. Tedavi ve rehabilitasyon

Şizofreni kronik bir hastalık olmasına rağmen yönetilebilir bir durumdur. Tedavide polifarmasiden kaçınılmalı, tedavi planına olabildiği kadar hasta dahil edilmelidir. Tedavi planı şu şekilde olmalıdır;

- Hastalık belirtilerini azaltmak ya da ortadan kaldırmak,
- Hastanın yaşam kalitesini ve sosyal işlevselliğini olabildiğince artırmak,
- Hastalığın hasta yaşamında yıkıcı etkilerini olabildiğince en aza indirmek (62).

2.2.4.1. Farmakolojik tedaviler:

Şizofrenide temel tedavi antipsikotik ilaç kullanımınıdır. İlk olarak 1950’lerde Klorpromazinin bulunmasıyla hastaların pozitif belirtilerinde belirgin bir şekilde azalma yaşanmıştır. 1960’lı yıllardan beri çeşitli antipsikotik ilaçların geliştirilmesi ile şizofreni tedavisinde önemli adımlar atılmıştır. İlk çıkan antipsikotiklerin hastalarda yan etkilere sebep olması yeni ilaç arayışına neden olmuştur. Atipik antipsikotik olan Klozapinin geliştirilmesi ile tedaviye dirençli şizofreni hastalardan da yanıt alınmış, yan etkilerde azalma olmuştur (65).

Günümüzde antipsikotik ilaçlar, tipik antipsikotikler (dopamin antagonistleri) ve atipik antipsikotikler (serotonin-dopamin antagonistleri, enzimler ve kısmi dopamin agonistleri) olmak üzere iki çeşittir. Antipsikotiklerin yanı sıra antidepresanlar, anksiyolitikler,

duygudurum düzenleyiciler ve antikolinerjikler de şizofreni tedavisinde sık kullanılan ilaçlardır. Antipsikotikler ilk kez hastalanan bireylerin % 75'inde belirgin bir iyileşme %12'sinde kısmi düzelme, %14'ünde etkisiz kalmaktadır (76). İlaçlar hastalık belirtilerini, hastane yatışlarını ve hastanede kalış süresini azaltmaktadır (56).

Şizofreni hastalarında ilaç tedavisine uyum en ciddi sorunlardan birisidir. Hastaların yarısı ilk tedavilerinden sonraki bir yıl içerisinde ilaç tedavisini bırakabilmekte ve ilk tedaviden sonraki 2-5 yıl içerisinde de hastalık tekrarlamaktadır. Kendiliğinden düzenli ilaç tedavisi uygulayan hasta oranı %24'tür. Diğer %24'ü tedaviye uyumsuz, geri kalan %52'si de ailenin yardımıyla tedavisini düzenli olarak sürdürebilmektedir. İçgörü eksikliği tedavi uyumsuzluğun en önemli nedeni olarak görülmektedir. Diğer uyumsuzluk nedenleri; ilaç yan etkileri, bilişsel sorunlar, hekim-hasta arasındaki sorunlar, destek sistemlerinin azlığı ve damgalanmadır (77).

2.2.4.2. Elektrokonvülsif tedavi (EKT):

Elektrokonvülsif terapi (EKT), beyin dokusunu elektrik akımıyla uyararak genelleşmiş (jeneralize) konvülsiyonlar oluşturma işlemidir. İlaç tedavisi ile iyileşme göstermeyen ve yan etkilerden dolayı ilaç kullanmayı bırakan ajite ve katatonik şizofreni hastalarında kullanılabilen bir yöntemdir (57, 65). EKT 'nin, psikotik bulguları ve intihar riski olan bireylerde belirtileri azalttığı düşünülmektedir (78). Yapılan çalışmalara göre EKT' nin, diğer tedavi yöntemlerine göre tedaviye yanıtı hızlandırdığı, şizofreninin ilk epizotunda sadece antipsikotik ilaç tedavisi yerine, EKT - antipsikotik kombinasyonunun daha iyi sonuçlar doğurduğu belirlenmiştir (57, 68).

2.2.4.3. Psikososyal tedaviler

Uygun ilaç kullanımına rağmen şizofreni tanılı bireylerin yaklaşık %50-60'ı belirtiler ile beraber yaşamaya devam etmektedir (79).Farmakolojik tedavi temel tedavi olsa da istenilen etkiye tek başına ulaşamamaktadır. Bireylere işlevsellik kazandırılması ve sosyal hayata katılımın artırılması için bilişsel davranışçı terapi, destekleyici terapi, sosyal beceri eğitimi, aile psikoeğitimi ve grup psikoterapisi gibi psikososyal tedavilere ihtiyaç duyulmaktadır. Şizofreni tedavisinde farmakolojik tedaviler ile psikososyal tedavilerin birlikte kullanılmasının tedavi etkinliğini arttırdığı bilinmektedir (80).

Şükrü ve ark. (2018) 'nın yaptığı çalışmada antipsikotik tedavisi gören, erken dönem şizofreni hastalarında, kişilerarası grup psikoterapisinin işlevselliği artırdığı bulunmuştur (81). Akpınar

ve Kelleci (2008)' nin yaptığı çalışmada, 30 şizofreni hastasına, 6 hafta boyunca uygulanan Sorun Çözme Becerilerini Geliştirme Programının şizofreni hastalarının sosyal işlevsellik düzeylerinin geliştirilmesine önemli yararları olduğu belirlenmiştir (54).

Gelişmiş tedavi yöntemlerine rağmen şizofrenide tam bir iyileşme sağlanamamaktadır. Yapılan araştırmalara göre taburculuktan sonra şizofreni tanılı bireylerin dörtte biri ilk yılda yeniden hastalanmakta ve hastaneye geri dönmektedir (82). Hastanelerde tedavisi tamamlanan bireyler, toplumsal hayata geri döndüklerinde potansiyel olarak rehabilitasyon programları ile desteklenmeye ihtiyaç duymaktadır.

Rehabilitasyon hizmetleri ile hastaların bağımsız bir şekilde yaşamsal aktivitelerini yerine getirmeleri ve sosyal yaşama uyum sağlamaları amaçlanmaktadır (31). Şizofrenide rehabilitasyon hizmetlerinin önemi büyüktür. İlaç tedavisinde hastalığın belirtilerini gidermek hedeflenirken rehabilitasyonda hastalığın olumsuz sonuçlarını gidermek amaçlanmıştır (83). Şizofreni tedavisinin ana bileşeni olan ilaç tedavisine olumlu yanıt veren hastalarda bile toplumsal ilişkilerde sınırlılık, yaşam kalitesinde kötüleşme, bilişsel belirtiler, rezidüel belirtiler, iş kaybı ya da iş veriminde düşme gibi çeşitli sorunlar yaşanması ruhsal rehabilitasyonun da tedavinin önemli bir bileşeni olduğunu göstermektedir.

Psikiyatrik rehabilitasyon, inatçı belirtilerle giden ve işlevsel bozukluğu devam eden bireylerin ruhsal ve toplumsal uyumunu sağlamak için uygulanan kapsamlı, eş güdümlü ve uzun süreli bir stratejiler bütünüdür. Şizofreniye bağlı işlevsellikleri azalan ve çeşitli alanlarda yeti yitimi yaşayan bireylere kendilerinden beklenen rollere uyum sağlamak için gereken yardım ve becerileri kazandırarak yaşam kalitelerini iyileştirmek üzere tasarlanmış çok çeşitli girişimler psikiyatrik rehabilitasyonun ana bileşenleridir (56).

Psikiyatrik rehabilitasyon kavramının öneminin anlaşılması ile Sağlık Bakanlığı tarafından yayınlanan (2006) “Ulusal Ruh Sağlığı Politikası” metninde yer alan “Toplum temelli rehabilitasyon çalışmalarının yapılması” önerisi ile çalışmalar başlatılmıştır (65). Toplum temelli ruh sağlığı uygulamalarından olan Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri (TRSM), hastalar için önemli bir yere sahiptir. TRSM’ler ağır ruh sağlığı bozukluğu olan hastaların psiko-sosyal destek hizmetlerinden yararlanması, takip ve tedavi hizmetlerinin hastalara ulaştırılması amacıyla açılmıştır (84). TRSM’lerde hasta takipleri yapılarak ilaçların doğru dozda ve zamanda kullanımının takibi, ev ziyaretleri ile farmakolojik tedavisinin planlanması, hastanın

alevlenme döneminin takibinin yapılarak sosyal endikasyon içeren vakaların kliniğe yatışının sağlanması gibi hizmetler verilmektedir. Hastalara sosyal beceri eğitimi verilerek topluma entegrasyonu arttırılmaktadır. Yine uygun hastalara açık ve kapalı terapiler düzenlemek ve uğraş terapilerine katılımlarını programlamak gibi hizmetleri bulunmaktadır (85). Gözen ve Buz (2020) 'un yaptığı çalışmada TRSM'lerin tedavi ve takibin sürekliliğini sağlayarak yatış sıklıklarının azaltılmasını sağladığı, hastaların iletişim becerileri, sosyal işlevsellikleri, özgüvenlerinin artmasına katkı sağladığı sonucu bulunmuştur (86). Ensari ve ark. (2013) 'nın yaptığı çalışmada toplum ruh sağlığı merkezinde verilen hizmetlerin, şizofreni hastalarının yaşam kalitesini, genel ve sosyal işlevselliklerini belirgin olarak arttırdığı, yeti yitimini ise önemli oranda azalttığı saptanmıştır (87). Bilgen ve ark. (2020)' nın yaptığı çalışmada şizofreni tanılı bireylerin bakım verenlerinin yükünü azalttığı belirlenmiştir (88).

Klinikten başlayıp topluma uzanan bir alanda geniş hizmetler ağını kapsayan psikiyatrik rehabilitasyonun temel amaçları şunlardır;

- Şizofreninin taşkınlık ya da yoksunluk belirtilerinin ilaçla tedavisinde sürekliliğinin sağlanması
- Hastalık belirtilerinin alevlenmesi açısından çevresel baskılara karşı uyanık ve tedbirli olunması
- Tedaviye rağmen devam eden taşkınlık ve yoksunluk belirtileriyle baş etme becerilerinin öğretilmesi
- Tedavide gelmiş olan aşamaların sürdürülmesi ve ilerletilmesi
- Yeniden hastalanma veya hastaneye yatışlarının önlenmesi
- Beceri eksikliklerinin giderilmesi, gerekli yeni becerilerin kazandırılması
- Çevreyle uyum sorunu doğuran bazı davranış bozukluklarının denetlenmesinin sağlanması
- Aile üyeleri dışında da hastayla ilgilenen bir çevre sağlanması
- Bağımsız yaşama becerilerinin kazandırılması
- Ailenin hastalıkla ilgili eğitilmesi ve tedavi sürecine katılımının sağlanması
- Hastaların da diğer insanların yararlandığı yurttaşlık haklarının kullanmasının sağlanması
- Gelir getiren ya da yalnızca uğraş amaçlı bile olsa bir işte çalışmasının sağlanması
- Hastanın yaşam doyumunun arttırılmasıdır (83).

Şizofreni hastaları ve aileleri ile yapılan çalışmalarda, rehabilitasyon programlarının bireyin belli bir eylemi başarıyla yapma veya olayları kontrol edebilme algısı olan öz yeterlilik düzeyini arttırdığı, yeti yitimini azalttığı belirlenmiştir (87, 89). Üstün ve ark. (2018) 'nın yaptığı çalışmada rehabilitasyon programlarına katılan şizofreni hastalarının tedaviye uyumları, katılmayan hastalara göre daha yüksek bulunmuştur (90).

2.3. Şizofreni Tanılı Bireylerin İstihdamı

2.3.1. İstihdam yöntemleri

Şizofreni tanılı bireylerin toplum içerisinde rollerini en az destekle devam ettirebilmeleri için bir işe yerleştirilmeleri ve yerleştirildikleri işte devamlılığın sağlanması oldukça önemlidir. İşsizlik, şizofreni tanılı bireylerin en büyük sorunlarından biri olduğu için bu konuda desteklenmeye ihtiyaç duymaktadırlar. Bu bireylerin istihdama katılımını arttırmak adına uygulanan çeşitli hizmetler bulunmaktadır (91).

2.3.1.1. Destekli istihdam yöntemi

Destekli istihdam, ciddi ruhsal bozukluğu olan kişilerin istihdama katılım sağlamaları için yardımcı olan kanıta dayalı bir uygulama olarak tanımlanmaktadır Destekli istihdam engellilerin eşit iş karşılığında eşit ücret alabileceği, topluma entegre edilebileceği, açık piyasada yapılan gerçek işleri ifade etmiştir. Amacı, iş sahibi olamayacağı düşünülen ileri derecede engeli bulunan kişilerin çalışan birey statüsüne ulaşmasına yardımcı olarak hem fiziksel hem de sosyal açıdan topluma katılımını sağlamaktır (92).

Bu istihdam yönteminde desteğin kaynağı iş koçları ve destekli istihdam uzmanlarıdır. Sürecin başında uzmanlar ile ruhsal hastalığı olan bireyler arasında güvene dayalı bir ilişki oluşturulur. Bu bireylerin yetenekleri ve ilgi alanları değerlendirilir, hedefleriyle uyumlu bir kariyer ve meslek profili hazırlanır ve uygun bir işe yerleştirilmesi sağlanır. Yerleştirme sonrasında verilen destek, düzenli olarak ve gerekli olan durumlarda devam eder ve işteki doğal destekler arttıkça azalır. Destekli istihdam iş analizi, yerleştirme planı, iş eşleştirme, iş bulma, işyerinde eğitim, takip ve gerçek işte, gerçek ve adil maaşlarla çalışmayı içeren bir programdır (93).

Bireysel Yerleştirme Modeli, Küçük Gruplar (enclave), Çalışma Ekipleri, Diğer Küçük İşletme Modelleri destekli istihdam modelleridir. Bireysel yerleştirme modeli, bir kişiyi açık işgücü piyasasındaki bir işe yerleştirmeye odaklanmaktadır ve destekli istihdamın tipik ve en yaygın modelidir. ABD'deki destekli istihdam hizmetlerinin %75'inden fazlasında bu seçenek kullanılmaktadır. Bu modelde Destekli İstihdam uzmanları bir danışanla (engelli) ilgilenir ve danışana bireysel çözümler sunar. Yaptıkları işlerle orantılı ücretler ve sosyal haklar ile, bireysel

olarak gerçek işlere yerleştirilmesini sağlar (92). Avustralya’da yapılan bir çalışmada ciddi ruhsal hastalığı bulunan bireylerin % 46.3’ünün Bireysel Yerleştirme ve Destek yaklaşımı ile iş bulunduğunu göstermektedir (94).

Dixon ve ark. (2010)’ nın ve Mcgurk ve ark. (2009) ’nın yaptığı çalışmalarda şizofreni tanımlı bireylerin çalışma hayatının içinde var olabilmesi için gerekli olan ön hazırlığı yapılması, çalışma ortamına ve şartlarına uygun bir işe yerleştirilmesi daha sonra ise işe uyumun ve devamlılığın artırılması adına eğitim verilerek, işveren ve klinik ortamla iş birliği sağlanması gibi uygulamaların olması gerektiği vurgulanmıştır (95, 96). Liberman (2011) iş bulma ve işi sürdürmede istihdam uzmanlarının yani iş koçlarının öneminden bahsetmiştir. İşe yerleştirme ve işin devamlılığı boyunca kişiyi desteklemek için eğitim almış iş koçlarının şizofreni tanımlı bireylerin tedavi ekibi üyeleri ile devamlı iş birliği ve temas halinde olarak, iletişimi sürdürmelerinin gerekliliğini belirtmiştir (31). Yapılan çalışmalar destekli istihdamın şizofreni tanımlı bireyleri bir işe yerleştirmede etkili olduğunu göstermiştir (97, 98). Bond ve ark. (2008)’nin yaptığı çalışmada kanıta dayalı destekli istihdamın 11 randomize kontrollü deneyde %61’lik rekabetçi bir iş kazanım oranına sahip olduğu belirtilmiştir (99). Şizofrenili bireylerin destekli bir şekilde çalıştıklarında iş stresi ve hastalığın negatif belirtileri yaşamadıkları bildirilmiştir (95, 96, 100). Hacıoğlu ve ark. (2014) ’nın yapmış oldukları araştırmada ise destekli istihdam ile şizofreni tanısı konulan bireylerin, psikolojik ve fiziksel iyi oluşlarının işsiz bireylerden daha iyi durumda olduğu belirlenmiştir (101).

Günümüzde Amerika, İngiltere ve Avrupa’da başarılı bir şekilde uygulanmaktadır. Ülkemizdeki destekli iş uygulamaları ve ruhsal eğitimin ilk örneği, Şizofreni Dernekleri Federasyonu tarafından 2009 yılında Ankara’da kurulan Mavi At Kafe’dir. Bu kafe destekli-iş ortamı olarak işlev görmekte, kronik ruhsal bozukluklardan biri olan şizofreni tanımlı bireyler için iş ve ruhsal eğitim olanağı sağlamak, ayrıca topluma sunulan hizmet aracılığıyla insanların şizofreni hastaları ile ilgili ön yargıların azaltılmasını sağlayarak damgalanmaya karşı durmaktadır (102).

2.3.1.2. Korumalı işyerleri

Korumalı iş yerleri, normal işgücü piyasası içerisinde istihdam fırsatı bulamayan engelliler için mesleki iyileştirme ve istihdam sağlamak amacıyla iş ve çalışma ortamının özel olarak düzenlendiği bir işyeridir. Korumalı işyerleri engelli bireylere rehabilitasyon hizmetleri vererek

rekabet faktörü olmaksızın, korunaklı bir ortamda istihdam olanağı yaratmak ve sosyal bütünleşmeyi sağlamayı amaçlamaktadır (103). Bu işyerlerinde çalışmak engelli bireylerin özgüvenini arttırmanın yanında rekabetin olmayışıyla emniyet duygusunu da arttırmaktadır. Ortam, çalışma koşulları, çalışan diğer bireyler ve işveren tutumlarının korunmalı işyerlerinde, açık ve rekabetçi işyerlerine göre engelli bireylerin motivasyonunu daha da arttırdığı belirlenmiştir. Bu işyerlerinde çalışanların benzer özellikli bireylerle tanışma, kaynaşma olasılığı daha yüksek olduğu için sosyalleşme daha fazladır. Ancak yapılan bir çalışmaya göre iş ortamında sosyalleşen engelli bireyler iş yeri dışında kendilerini yalnız ve dışlanmış hissetmektedir (104). Korunmalı iş yerlerinde ücretin düşük olması, işlerin vasıfsız, tekrarlayan özellikte olması, çalışma koşullarının iyileştirilmemesi, rekabetçi işe geçişin sınırlı olması diğer olumsuz yönleridir (105).

Ülkemizde korunmalı işyerleriyle ilgili yasal düzenlemelerin kaynağı 01.07.2005 tarihinde kabul edilen 5378 sayılı Engelliler ve Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun dur. 06.02.2014 tarihinde 6518 sayılı Kanun'un 63. maddesi ile bu kanun yenilenmiş, engelli kavramı yerine zihinsel ve ruhsal engelliler getirilip sadece istihdam olgusuna dikkat çekilerek, korunmalı işyeri, *“işgücü piyasasına kazandırılmaları güç olan zihinsel veya ruhsal engellilere mesleki rehabilitasyon sağlamak ve istihdam oluşturmak amacıyla devlet tarafından teknik ve mali yönden desteklenen ve çalışma ortamı özel olarak düzenlenen işyerini”* ifade eden bir şekle dönüşmüştür (106). Korunmalı iş yerlerinde çalışacak engelli bireylerin sayısının toplam işçi sayısına oranı %75'ten az olamaz. Bu işyerlerinde istihdam edebilmek için; a) *En az % 40 oranında zihinsel veya ruhsal engelli olmak*, b) *Türkiye İş Kurumu'na kayıtlı olmak*, c) *15 yaşını bitirmiş olmak* gerekmektedir (107). İşverenlerin sadece ruhsal ve zihinsel engelli bireylere ulaşmasının zorluğu modelin uygulanması açısından risk oluşturabilmektedir. (107).

Korunmalı işyerlerinin teşviki için devlet tarafından birçok destek getirilmiştir. Gelir ve kurumlar vergisinde indirim yapılması, korunmalı işyerlerinin çevre temizlik vergisinden muaf tutulması, korunmalı işyerlerinde çalışacak engellilerin maaşlarının bir kısmının ve işverenlerinin işsizlik sigorta primlerinin hazineden karşılanması bu iş yerleri için getirilen desteklerdir. Korunmalı işyeri projesi kapsamında, proje sahibi kuruma, yapacağı giderleri karşılaması için engelli başına 35 TL idari gider, aylık 2.000 TL ulaşım gideri (yakıt ve şoför dahil) ödemesi ile projede görev yapacak görevlilerden uygun bulunan yardımcı personel için aylık asgari ücretin işverene

maliyet tutarı, engelli danışmanı, insan kaynakları uzmanı vb. için aylık asgari ücretin işverene maliyet tutarının %15 fazlası tutarında ödeme yapılmaktadır (108).

Gerşil ve Yemişçi (2020) 'nin yapmış olduğu Korumalı İş yerleri Kapsamında Zihinsel Engelli İstihdamı: Manisa OBS Yönetiminde Z.E.K.İ Projesi Örneği adlı çalışmada korumalı iş yerlerinin zihinsel engelli bireyler için önemi vurgulanmıştır. 36 katılımcı ile yapılan görüşmelerde yaptıkları işte iyi olduklarını ve birbirleriyle rekabet ederek performanslarının artması için çaba gösterdikleri gözlemlenmiştir. Zihinsel engelli bireylerin istihdamının, sosyalleşme anlamında entegrasyonlarını arttırdığı görülmüştür (109).

2.3.1.3. Kota yönetimi

Bu yöntem, belli bir oranda veya sayıda engelli bireyi çalıştırmayı zorunlu kılan (özürlü kota sistemi) ve engelli bireylerin çalışma hayatına katılımını kolaylaştırmayı amaçlayan bir yöntemdir. Ülkelerin en çok kullandığı ve en fazla engellinin istihdam edildiği yöntem olan kota yöntemi engellilerin istihdam ilişkisi içerisinde pozitif anlamda korunmalarına yönelik ilk düzenlemedir. Ülkemizde engelli bireyler bu yöntem ile hem kamuda hem özel sektörde istihdam edilebilmektedir (110).

Kota sistemi ile kamuda memur olarak istihdam etmek isteyen engelli bireyler için , 657 sayılı Devlet Memurları Kanununun 53 üncü maddesine göre; “Kurum ve kuruluşlar bu Kanuna göre çalıştırdıkları personele ait kadrolarda % 3 oranında engelli çalıştırmak zorundadır. Kamuda istihdam etmek isteyen engelli bireyler, Engelli Kamu Personeli Seçme Sınavı [EKPS] ile doğuştan ve sonradan %40 veya üzeri engeli olan ve çalışabilir olduğu belirlendiği sağlık kurulu raporu ile başvuruda bulunabilmektedir. 2021 yılı Engelli Kamu Personeli Seçme Sınavı (EKPS) ile kamu kurumlarına yerleşen aday memurların öğrenim düzeylerine göre dağılımına bakıldığında lisans mezunu 217, ön lisans mezunu 428, ortaöğretim mezunu 396, ilköğretim (kura) 165 kişi memur olarak yerleşmiştir (5). Ancak yerleşen engelli bireylerin engel türlerine göre istihdam edildikleri alan belirtilmemiştir.

Kota sistemi ile işçi kadrosunda istihdam etmek isteyenler için işverenler, 50 veya daha fazla işçi çalıştırdıkları özel sektör işyerlerinde %3 engelli; kamu işyerlerinde ise %4 engelli bireyi meslek, beden ve ruhi durumlarına uygun işlerde çalıştırmakla yükümlüdürler. Özel sektörde engelli istihdamı İŞKUR aracılığı ile yapılmaktadır. 14 yaşını doldurmuş ve en az %40 oranında engelli sağlık kurulu raporuna sahip olan engelliler, İŞKUR'a engelli statüsünde kayıt

olabilmektedir. 2021 yılı ocak ayı itibari ile kamuda 61, özel sektörde ise 564 olmak üzere toplam 625 engelli birey işe yerleştirilmiştir (5). İşverenler bazen İŞKUR aracılığı olmadan da engelli birey istihdam ettirebilmektedir. İstihdamı zorunlu engelli kontenjanlarının takibi aylık olarak düzenli biçimde Çalışma ve İş Kurumu İl Müdürlüklerince yapılmaktadır. Engelli kontenjan açığı bulunan işverenlerle iletişime geçilerek alınan engelli işgücü talepleri kurumun internet sayfasında yayınlanmakta ve açık kalan kontenjanların kapatılmasına gayret gösterilmektedir. Yükümlü olunan ve çalıştırılmayan her işçi ve çalıştırılmayan her ay için kamu işyeri veya özel sektör olduğu fark etmeksizin cezai müeyyidesi uygulanmaktadır. Bu cezai müeyyide 2021 yılında 4.345 TL'dir. Özel sektör işverenlerinin çalıştırdıkları her bir engelli için asgari ücret düzeyindeki sosyal güvenlik primi işveren paylarının tamamı Hazine ve Maliye Bakanlığınca karşılanmaktadır (108).

Kota sistemi ile iş bulabilmek kolaydır. Ancak ceza sistemine dayanması, işverenlerin özürülü istihdam etme konusunda olumsuz tutumlar geliştirmelerine neden olmaktadır.Devlet tarafından yapılan teşvikin sigorta primi ile sınırlı olması, 50 ve üzeri sayıda işçi çalıştıran işyerlerinin sanayinin gelişmiş olduğu bölgelerde olması engellilerin istihdamında yaşanan sorunlardır (111).

2.3.2. Engelli bireylerin çalışma hayatına katılımı ile ilgili yasal düzenlemeler

Hukuk devletleri bütün bireylerin haklarını eşit şekilde korumakla yükümlüdür. Bu nedenle devletler her anlamda ötekileştirmeye maruz kalan engelli bireylerin haklarını korumak ve onların ayrımcılığa uğramalarını önlemek zorundadır. Engelli bireylerin hakları sadece yasal düzenlemeler ile çözülemeyecek kadar karmaşıktır Ancak hakların yasal düzenlemeler ile koruma altına alınması toplumsal ve sosyal hayatı da etkilemektedir. Engelli bireyler için sosyal hayata katılımın ön şartı olan istihdamın sağlanması adına çalışma haklarının yasal olarak tanımlanması bu bireyler için büyük önem taşımaktadır.

2.3.2.1. Engelli istihdamı çerçevesinde uluslararası yasal düzenlemeler

Yasal düzenlemeler engelli bireylerin çalışma haklarının devlet tarafından güvence altına alınmasını sağlayıp, toplumsal alanda bu bireylerin sosyalleşmesini arttırmaktadır. Bu nedenle engelli bireylerin istihdamı ile ilgili olarak devletler ve teşkilatlar tarafından çalışmalar başlatılmış, istihdam ile ilgili alt yapılar oluşturulmuştur. Birleşmiş Milletler başta olmak üzere, Avrupa Konseyi, Avrupa Birliği, Uluslararası Çalışma Örgütü (ILO) ve Dünya Tabipler Birliği gibi çok sayıda uluslararası kuruluş engelli bireylerle ilgili düzenlemeler yapmıştır (112).

Birleşmiş Milletler engelli bireylerin haklarını önemseyen uluslararası bir kurumdur. Engelli bireyler için BM farklı organları faaliyet göstermektedir. Birleşmiş Milletler Eğitim, Bilim ve Kültür Örgütü (UNESCO), özel eğitim konusunda; Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), engelliliğin önlenmesinde ve sağlık konusunda; Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu (UNICEF), engelli çocuklar konusunda; ILO ise engelli bireylerin çalışma yaşamı alanında faaliyet göstermektedir (8). Birleşmiş Milletler tarafından 10 Aralık 1948 de yayınlanan İnsan Haklarının Evrensel Beyanname'si engelli bireylerin normal bireyler gibi değerlendirildiği ilk çalışmadır. Bildirgede engelli bireylere ayrıca bir yer verilmese de 23. maddede belirtilen “herkesin çalışma yaşamına katılma hakkı vardır” ifadesi engellileri kapsadığının bir göstergesidir (113). 1950’lerde fiziksel engelli bireylere vurgu yapılarak çeşitli uluslararası kuruluşların katılımıyla tedavi, rehabilitasyon, sağlık, eğitim ve istihdam gibi alanlardaki çalışmaları destekleme kararı alınmıştır. 1969 yılında Sosyal Kalkınma ve Kalkınma Sürecine Dair Bildirge ile fiziksel engelli bireylerin dışında zihinsel engelli bireylerin de toplumsal bütünleşmelerini esas alan bazı kararlar alınmıştır. 1971 yılında Zihinsel Engellilerin Haklarına Dair Bildirge yayınlanarak önemli bir adım atılmıştır (8).

İnsan Hakları Evrensel Bildirisi’nin içinde ayrıca engelli bireylere ilişkin bir düzenleme yapılma ihtiyacı duyulmuş ve bildiriye ek olarak BM tarafından 9 Aralık 1975 tarihli “Engelli Hakları Bildirisi” kabul edilmiştir. On üç maddeden oluşan bildiride tüm engellilerin hakları din, dil, ırk, cinsiyet, ideolojik ayırım yapılmaksızın güvence altına alınmış ve engellilerin bakım haklarına ilişkin ayrıntılı düzenlemelere yer verilmiştir. Bildirinin genel niteliği engelli bireylerin toplumsal hayata etkin ve üretken bireyler olarak katılmalarına ilişkin haklarla ilgilidir (36).

Birleşmiş Milletler, 1981 yılını Uluslararası Engelli Bireyler Yılı olarak ilan etmiştir ve o yıl Viyana’da “Engellilerin Eğitimi, Engelliliği Önleme ve Sosyal Hayata Tam Katılım Konusunda Dünya Konferansı” gerçekleştirilmiştir. Ardından 3 Aralık 1982 yılında ise engelli bireyler için engelliliğin önlenmesi, rehabilitasyon, fırsat eşitliği ve katılıma yoğunlaşan Dünya Engelliler Eylem Planı’nı (World Programme of Action Concerning Disabled Persons) hazırlamıştır. Yine aynı yıl tüm dünyada engellilerle ilgili global bir kalkınma sağlamak amacıyla 1983-1992 Birleşmiş Milletler Engelliler On yılı ilan edilmiştir. 1992 yılında 3 Aralık gününün Engelliler Günü olarak kutlanması kararlaştırılmıştır. Ayrıca engellilerin büyük bir kısmının gelişmekte olan ülkelerde yaşadığı için 1993-2002 yılının Asya-Pasifik Engelliler On yılı olarak ilan edilmiştir (8).

Engelliler İçin Dünya Eylem Programı'nın uygulanmasının sağlanmasına ilişkin hükümler içeren 8 Aralık 1989 tarihli Birleşmiş Milletler Genel Asamblesi'nde, Engelliler Alanında İnsan Kaynakları Geliştirme Eylem Planı İçin Tallinn Çerçevesi kabul edilmiştir. Bu çerçevede engellilerin işgücü piyasasında yer almaları ve mesleki istihdamları için eğitilmeleri gerektiği belirtilmektedir. 17 Aralık 1991 tarihli Birleşmiş Milletler Genel Kurul kararı ile akıl hastalarının korunmasına ve akıl sağlığı hizmetlerinin geliştirilmesine ilişkin ilkeler kabul edilmiştir. Bu ilkeler arasında akıl hastalarının teşhisi, tedavisi, bakımı ve rehabilitasyonuna ilişkin hükümlere yer verilerek, söz konusu bireylerin temel hakları ve özgürlüklerine değinilmiştir (112).

Görüşmelerine 2002 yılında başlanılan, 2006 yılında Birleşmiş Milletler Genel Kurulu'nun kararıyla kabul edilen ve 2008 yılında yürürlüğe giren Birleşmiş Milletler Engelli Hakları Sözleşmesi (BMEHS) engelli bireylerin haklarına bütüncül bir koruma sağlaması bakımından uluslararası nitelikteki ilk ve tek düzenleme olması bakımından oldukça önemlidir. Toplam 50 maddeden oluşan bu sözleşme; ayrımcılık yasağı, erişebilirlik, farkındalığın artırılması, yaşam hakkı, adalete erişim, kişisel özgürlük ve güvenlik, sömürü, şiddet ya da istismara maruz kalmama, kişisel hareketlilik, konut ve aile dokunulmazlığı, rehabilitasyon, eğitim, sağlık, çalışma ve istihdam, siyasi ve kamusal hayata katılım, sosyal koruma gibi çeşitli başlıklar altında düzenlemeler ile engellilerin tüm insan hak ve temel özgürlüklerinden tam ve eşit şekilde yararlanmasını amaçlamaktadır. Sözleşmenin 27. maddesi istihdam ve çalışma koşulları başlığı altında taraf devletlere engellilerin çalışma hakkını diğerleriyle eşit bir şekilde tanıma, yüklemiştir (8).

Birleşmiş Milletler'in bir uzantısı olan ILO'de engelli bireylerin çalışma hayatı ile ilgili çalışmalarda bulunmaktadır. 1919 yılında kurulan bu yapılanmanın hedefleri, insana yakışır istihdam fırsatlarının teşviki, çalışma yaşamında standartların ve hakların yaygınlaştırılıp, uygulamada etkin olmasının sağlanması, sosyal koruma kapsamının genişletilmesi ve güçlendirilmesi, çalışma yaşamında diyalogun sağlanmasıdır. Belirlediği standartlar ile engelli bireylerin haklarını koruma altına almaktadır. ILO tavsiye kararında zorunlu engelli birey çalıştırma yükümlülüğü projesi ele alınmıştır (114).

Engelli bireylerin istihdamını arttırmak için mesleki rehabilitasyon, mesleki rehberlik, meslek eğitimi gibi hizmetler ve bu hizmetlerin uygulamaları 1955 tarihli Sakatların Mesleki Rehabilitasyonu Hakkında 99 sayılı Tavsiye Kararı çıkartılmıştır. Tavsiyede korumalı iş yerleri

konusu ele alınmış, devletlerin engelli bireyler için uygun iş hazırlayarak, makul bir iş edindirme ve bu işte devamlılık sağlamlarının gerekliliğinden bahsedilmiştir (115).

Engellilerin topluma tam katılım ve toplumsal eşitliğinin sağlanabilmesi adına alınan kararların bir zemine oturtulması için ILO tarafından 1983 yılında 159 sayılı Sakatların Mesleki Rehabilitasyonu ve İstihdamı Hakkında Sözleşmesi kabul edilmiştir. Sözleşmenin 1. Bölümün 2. maddesinde sözleşmenin amaçlarından birinin engelli bireyler için mesleki rehabilitasyonun gerçekleştirilerek istihdamın sağlanması olduğu net bir şekilde belirtilmiştir Sözleşmenin amaçları; her üye ülkenin mesleki rehabilitasyonu etkin kullanması ve uygulaması, engelli bireylerin uygun bir iş edinmesi, bu işi sürdürmesi ve işinde ilerlemesinin sağlanması, mesleki eğitim, işe yerleştirme ve istihdamından sorumlu rehabilitasyon danışmanlarının ve diğer uygun nitelikli görevlilerin eğitimi ve bu kişilerin temini için gerekli önlemlerin alınmasıdır. Bu sayede engelli bireylerin tam katılım ve eşitlik koşullar altında topluma entegrasyonunun sağlanması ve geliştirilmesi amaçlanmıştır (114).

Birleşmiş Milletler gibi Avrupa Konseyi de kurulduğu günden bu yana insan haklarının korunması ve geliştirilmesine önem ve öncelik vermiştir. Avrupa Konseyi'nin engelli haklarına yönelik iki temel belgesi ayrı bir öneme sahiptir. Bu belgelerden biri klasik kişisel ve siyasal hakları güvence altına alan "İnsan Hakları ve Temel Özgürlüklerin Korunmasına İlişkin Sözleşme" (Avrupa İnsan Hakları Sözleşmesi), diğeri ise sosyal ve ekonomik hakları güvence altına alan "Avrupa Sosyal Şartı"dır.

Avrupa Sosyal Şartı engelli bireylerin toplumsal hayata katılmaları ve uyum sağlayabilmeleri açısından önemli haklar ve tedbirler içermektedir. Belgenin 15. maddesine göre normal iş ortamlarında engellileri istihdam etmek ve çalışma şartlarını engellilere göre düzenlemenin, engellilik nedeniyle bunun mümkün olamayacağı durumlarda ortamı onların ihtiyaçlarına göre düzenlemenin gerekliliğine vurgu yapılmıştır. Bunun yanında engel oranına uygun bir iş türü ve iş ortamı oluşturmak için işverenleri teşvik edebilmek adına bütün önlemlerin alınması ve bu önlemlerin konusunda uzmanlaşmış yerleştirme ve destekleme hizmetlerinin yardımıyla yapılabileceği belirtilmiştir. Şart, hazırlanmasından 35 yıl sonra etkinliğini arttırmak amacıyla yeni birtakım hakları da güvence altına alacak bir şekilde geliştirilmiştir. (112).

Avrupa Birliği engellileri toplumsal alandaki en dezavantajlı grup olarak nitelendirmiş, sosyal alanda fiziksel eksikliklerden kaynaklanan engellerden çok kısıtlayıcı engellerle karşılaştıklarını ifade etmiştir. Özel olarak engellilerin haklarına, rehabilitasyon ya da

istihdamlarına yönelik direktifleri bulunmamakla birlikte, engellilerin toplumsal yaşama katılımlarını sağlamak için eylem programları yapmıştır. 1986 yılında kabul edilen “Toplulukta Engellilerin İstihdamı Tavsiye Kararı” ile engellilerin istihdamında negatif ayrımcılığı gidermek, zorunlu engelli istihdam etmek (kota sistemi), engelli istihdam eden işverenlere destek sağlamakla ilgili üye devletlere yükümlülükler getirilmiştir. Karar ile birlikte engelli bireylerin özel ve kamuda “sabit bir gerçekçi oran” ile istihdam edilmesi amaçlanmış ancak direktif niteliğinde olamamıştır. Bu karar, zihinsel engelli bireylerin mesleki eğitim, istihdam, sosyal güvenlik, bakım ve kalacakları yerlerle ilgili haklarını içermektedir. Zihinsel engelli bireylerin istihdama dâhil edilebilmeleri için uygun işlerin sağlanması, zorunlu kota uygulaması ve cezai yaptırımların olması gerekliliğini belirtmektedir. Korunmalı istihdam ve eğitim programlarının desteklenmesi yine karar kapsamındadır (116).

Avrupa Birliği’nde ayrımcılıkla mücadele çalışmaları, 1990’lardan itibaren önem kazanmaya başlamış ve tüm dezavantajlı grupları içeren bir sosyal politika anlayışı esas alınmıştır. 2000 yılında çıkartılan ayrımcılıkla mücadele direktifi olan 2000/78/EC sayılı direktifle bu durum şekillenmiştir (117). Her çeşit ayrımcılığa karşı bir genel çerçeve oluşturmak için Avrupa Komisyonu 2000 yılında ‘İstihdamda ve İşte Eşit Muamele’ isimli bir direktif yayınlamıştır. Engelli bireylerin toplumsal yaşama katılımlarını engelleyen unsurlar için bazı düzenlemeler yaparak, 2000 yılında ‘Engelli Bireyler İçin Engelsiz Bir Avrupa’ya Doğru,’ başlıklı tebliği yayınlamıştır. Ayrıca engellilerin toplumsal farkındalığını arttırmak için 2001’de 2003 yılını Avrupa Engelliler Yılı olarak kabul etmiştir (8).

Birleşmiş Milletler tarafından 13 Aralık 2006 yılında kabul edilip 2008 yılında yürürlüğe giren ‘Engellilerin Haklarına İlişkin Sözleşme’ engelli bireyler açısından önemli bir belgedir. Bu sözleşme, engellilerin; ekonomik, medeni, siyasi, sosyal ve kültürel haklarını düzenlemekte olup, engelli bireylere eşitlik, haysiyet, özerklik ve topluma tam katılım tanıyan ilk kapsamlı sözleşmedir (36).

İngiltere’de yürürlükte olan ayrımcılıkla mücadele kanunu, 1995’ten itibaren sürekli güncellenmektedir. İngiltere’deki engelli kuruluşlarının fırsat toplumu modelini baz alarak hazırladıkları rapor, 2025 yılına kadar yapılacak çalışmaları belirlemiştir. Buna göre, 2025 yılına kadar bağımsız yaşam, engelli çocuk sahibi ailelerin desteklenmesi, istihdamın teşvik edilmesi ve ergenliğe geçiş verilecek destek, temel çalışma alanları olarak belirlenmiştir (118).

Amerikan Engelliler Yasası 1990 yılında kabul edilmiştir. Amerika’da yeti yitimi olan bireyler, tıbbi tanımlamalarla ele alınmış, çeşitli tıbbi müdahalelerle iyileştirilmeye çalışılmıştır. Vietnam Savaşı’ndan sonra engelli bireylerin haklarını, medeni haklar ekseninde savunan bir hareket doğmuş, bu durum Amerikan Engelliler Yasası’na kaynaklık etmiştir. ‘Amerikan Engelliler Yasası’ diyabet, obezite, sırt ağrısı, cilt hastalıkları, ciddi derecede yüz yaralanmaları, dikkat eksikliği ve kronik yorgunluk sendromu gibi yüzlerce hastalığı engellilik kapsamına almıştır (119).

2.3.2.2. Engelli bireylerin istihdamı çerçevesinde ulusal yasal düzenlemeler

Türkiye’de engelli hakları ve istihdamı ile ilgili düzenlemeler Cumhuriyet Dönemi’nde yapılmaya başlanmıştır. Osmanlı Devleti döneminde engelli bireyler uygun yerlerde istihdam edilmiş ancak bu konuyla ilgili bağlayıcı düzenlemelere yer verilmemiştir. Batıda oluşan engelli hakları ile ilgili düzenlemeler Türkiye’de geç dönemde oluşmaya başladığı için bu yasalar oldukça yenidir.

Engelli bireylerin sorunlarından ilk ele alınan istihdam konusudur. 1960 lı yıllarda siyasi tartışmalar ile bu konu ele alınmaya başlamıştır.1950-1960 yılları arasında ILO ile anlaşma yapılmış ve istihdam konusunda birlikte çalışma kararı alınmıştır (120). Türkiye’de, engellilerin istihdamı ile ilgili ilk düzenleme, 1967 tarih ve 854 sayılı Deniz İş Kanununun 13.maddesi ile ‘Sakat ve Eski Hükümlü Çalıştırma’ başlığıdır. Bireysel iş kanunu kapsamında 1971 tarih ve 1475 sayılı İş Kanunu 25. maddesinde aynı başlık altında çalışma hayatında engellilere ilişkin haklar öngörülmüş ve çalıştırılacak sakat ve eski hükümlülerin çeşitleri ile hangi cins sakat ve eski hükümlülerin hangi iş kollarında ve hangi işlerde çalıştırılabileceği ve bunların işyerlerinde genel hükümler dışında bağlı olacakları özel ve ücret şartları ile bunların işverenlerce nasıl işe alınacakları hususunun yönetmelikle belirleneceği düzenlenmiştir. Bu kanun ile kota yöntemiyle istihdam etme uygulaması başlamıştır Yasada işverenlerin, elli ve daha fazla işçi çalıştırmaları halinde %3 oranında engelli istihdam etme zorunluluğu olduğu belirtilmiştir Böylece Türkiye sosyal politika tarihinde ilk kez yalnızca engellilere yönelik olan bir politika olmuştur (121). Ayrıca bu kanunda geçen sakat kelimesi 572 sayılı Kanun Hükmünde Kararname ile kaldırılmış ve yerine özürlü kelimesi tercih edilmiştir. Son olarak 2013 tarihli 6462 sayılı kanun ile tüm özürlü kavramları değiştirilerek yerine engelli kavramının

kullanılması tercih edilmiştir. Engellilerin istihdamı ile ilgili alınan kararlar engelli hakları için büyük önem taşımaktadır. Engellilere yönelik yapılan bu pozitif ayrımcılık onların toplumsal entegrasyonunu arttırması planlanmaktadır. Ancak çıkarılan yasalar ve işverenler için uygulanan ceza ve teşvikler yeterli istihdam oranını sağlayamamıştır (121).

Engellilerle ilgili önemli kanunlardan biri 1976 tarihli 2022 sayılı ‘65 Yaşını Doldurmuş, Muhtaç, Güçsüz ve Kimsesiz Türk Vatandaşlarına Aylık Bağlanması Hakkında Kanun’dur. Çalışmayan, hane geliri düşük olan ve ailesinden maddi destek almayan engelli bireyler bu aylıktan yararlanabilmektedir (122).

1980’lerde anayasada engelli bireylerle ilgili çeşitli düzenlemeler yapılmaya başlanmıştır. 1982 Anayasasında doğrudan engellilik ile ilgili kapsayıcı hükümler bulunmamasına rağmen engelli haklarını güvence altına alan hükümler yer almaktadır. Anayasasının 10. maddesinde herkesin dil, ırk, renk, cinsiyet, siyasi düşünce, felsefi inanç, din, mezhep ve benzeri sebeplerle ayırım gözetilmeksizin kanun önünde eşit olduğu, çocuklar, yaşlılar, engelliler, harf ve vazife şehitlerinin dul ve yetimleri ile malul ve gaziler için alınacak tedbirlerin eşitlik ilkesine aykırı sayılamayacağı hüküm altına alınmıştır. Anayasa’da yer alan “sosyal bir hukuk devleti” (mad. 2), “kanun önünde eşitlik” (mad. 10) başlıklı düzenlemelerin dışında, herkes gibi engellilerin de sağlık hakkı (mad. 17) ve sosyal güvenlik hakkı (mad. 60) güvence altına alınmıştır. 49. maddede ‘ *Çalışma, herkesin hakkı ve ödevidir. Devlet, çalışanların hayat seviyesini yükseltmek, çalışma hayatını geliştirmek için çalışanları ve işsizleri korumak, çalışmayı desteklemek, işsizliği önlemeye elverişli ekonomik bir ortam yaratmak ve çalışma barışını sağlamak için gerekli tedbirleri alır*’, ibaresiyle çalışma hakkı güvence altına alınmıştır (123).

Anayasasının 50. maddesi; “*Kimse yaşına, cinsiyetine ve gücüne uymayan işlerde çalıştırılmaz. Küçükler ve kadınlar ile bedeni ve ruhi yetersizliği olanlar çalışma şartları bakımından özel olarak korunurlar. Dinlenmek, çalışanların hakkıdır. Ücretli hafta ve bayram tatili ile ücretli yıllık izin hakları ve şartları kanunla düzenlenir.*”, şeklinde düzenlemesi ile engelli vatandaşlara koruyucu hak getirmiştir. Anayasasının 61/2 maddesinde “*Devlet, sakatların korunmalarını ve toplum hayatına intibaklarını sağlayıcı tedbirleri alır.*” ile engelli bireylerin toplumsal hayata katılımının sağlanması rolü devlete verilmiştir. (123).

Birleşmiş Milletler Genel Kurulu tarafından 1981 yılı Uluslararası Engelliler Yılı olarak ilan edilmesinden sonra belirlenen hedeflerden biri tüm ülkelerde engellilere sağlanacak hizmetleri düzenleyici ve bu hizmetlerden sorumlu bir kurum oluşturmaktır. 1981 yılında ülkemizde bu

hedef doğrultusunda Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanı'nın başkanlığında "Sakatları Koruma Milli Koordinasyon Kurulu" oluşturulmuş, bu kurul Özürlüler İdaresi Başkanlığı kurulana kadar görevine devam etmiştir (124).

1997 yılında, 571 sayılı Kanun Hükmünde Kararname ile Başbakanlığa bağlı olarak kurulan Özürlüler İdaresi Başkanlığı, Sakatları Koruma Milli Koordinasyon Kurulu ile benzer amaçlar taşımaktadır. Bu kurum engellilerin sorunlarını tespit etmek ve çözüm üretmek, ulusal engellilik politikaları oluşturmak, oluşturulan politikalarda engellilere yönelik hizmetlerin etkinliği ve sürekliliğini takip etmek, ulusal ve uluslararası kurum ve kuruluşlarla da iletişimi sağlayarak iş birliği yürütmek gibi hedeflere sahiptir (124). Özürlüler İdaresi Başkanlığının 1999 yılında düzenlediği I. Özürlüler Şurası engelli bireylerin istihdamı için önemli kararlar almıştır. Şurada engelli istihdamının toplumsal çıkarlar için önemli olduğu ifade edilmiştir (125).

2000 li yıllara kadar engellilik sağlık sorunu olarak ele alınmış, engelli vatandaşların toplumsal hayata katılımı konusundaki haklar yetersiz kalmıştır. Bu dönemden sonra sivil girişimciliği baz alma ve sosyal hizmet odaklı olma anlayışı öne çıkmıştır. Engelli bireylerin sorunlarının sadece tıbbi modelle çözülemeyeceği anlayışı gelişmiş ve sosyal model öne çıkmaya başlamıştır (8).

2003 yılında 4857 sayılı yeni İş Kanunu yürürlüğe girmiştir. Bu kanunda engelli istihdamı ile ilgili önemli düzenlemeler yapılmış, onların toplumsal hayata katılımı ile ilgili katkı sağlanmıştır. İş kanununun 30. maddesinde, "Engelli, eski hükümlü ve terör mağduru çalıştırma zorunluluğu" hükmü kapsamında kanunun kapsamına dahil işyerlerine bu yükümlülük getirilmiştir. Bu yükümlülük ile ruhsal veya fiziksel açıdan yetersizliği nedeniyle iş bulma olanağını önemli ölçüde yitiren engelli bireylerin korunması amaçlanmıştır. Kanuna göre işverenlerin elli veya daha fazla işçi çalıştırdıkları takdirde özel sektörde %3, kamu işyerlerinde ise %4 engelli birey istihdam etme zorunluluğu vardır. Zorunlu istihdam oranı 1475 sayılı İş Kanunu'ndaki oranlardan daha yüksek tutulmuştur. Ayrıca engelli birey çalıştırılmadığı takdirde tahsil edilecek cezalar, istihdamı sağlanacak engelli bireylerin nereden yönlendirileceği gibi konulara değinilmiştir. Engelli ve eski hükümlü çalıştırmayan işveren veya işveren vekiline çalıştırmadığı her engelli ve çalıştırmadığı her ay için para cezası uygulanmaktadır. 101. maddede bu ceza 2021 yılı için 4345,77 tl olarak belirlenmiştir. Kanunda para cezası dışında başka bir yaptırım öngörülmemiştir (126).

4857 sayılı İş Kanunu kapsamında yer altı ve su altı işlerde engelli işçi çalıştırılması yasaklanmıştır. İşyerlerindeki işçi sayısının tespitinde yer altı ve su altı işlerinde çalışanlar hesaba katılamaması da kanunda düzenlenmiştir. Ayrıca iş yerinden malulen ayrılmak zorunda kalan işçiler geri dönmek istediklerinde işveren bunları eski işleri veya benzeri işlerde boş yer varsa derhal, yoksa boşalacak ilk işe o andaki şartlarla işe almak zorundadır. İşveren işe dönmek isteyen işçi ile sözleşme yapmadığı takdirde, 6 aylık maaşını tazminat olarak ödemek zorundadır (121).

Türkiye’de engellilere yönelik kapsamlı bir mevzuat olmaması ve engelliliğe ilişkin yasaların ayrı ayrı bulunması kapsayıcı bir kanunu gerekli kıldığı için 2005 yılında 5378 sayılı “Özürülüler ve Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun” TBMM’de kabul edilmiştir. Halk arasında “Özürülüler Kanunu” olarak bilinen kanunun a bendinde “Devlet, insan onur ve haysiyetinin dokunulmazlığı temelinde, özürülülerin ve özürülülüğün her tür istismarına karşı sosyal politikalar geliştirir. Özürülüler aleyhine ayrımcılık yapılamaz; ayrımcılıkla mücadele özürülülerle yönelik politikaların temel esasıdır” olarak belirtilmiştir. Karar mercilerinde engellilerin yer almasıyla beraber demokratik, katılımcı bir devlet anlayışının hâkim olmaya başladığı görülmektedir (127).

5378 sayılı Engelliler Hakkında Kanun, engelli bireylerin temel hak ve özgürlüklerini güvence altına almıştır. Engellilerin diğer bireyler gibi eşit bir şekilde toplumsal katılım sağlaması gerektiği ilkesi esas alınmıştır. Kanunun 13. maddesinde engellilerin meslek seçebilmesi ve bu alanda eğitim alabilmesi için gerekli tedbirler alınmasının, mesleki rehabilitasyon ve eğitim programlarının geliştirilmesinin gerekliliği ele alınmıştır. 14. maddede çalışan veya iş başvurusunda bulunan engellilerin karşılaşılabileceği engel ve güçlükleri ortadan kaldırmaya yönelik istihdam süreçlerindeki önlemlerin alınması ve engellilerin çalıştığı iş yerlerinde makul düzenlemelerin, bu konuda görev, yetki ve sorumluluğu bulunan kurum ve kuruluşlar ile işverenler tarafından yapılmasını zorunluluğu vurgulanmıştır. 14. maddede korumalı iş yerlerine değinilmiş, korumalı iş yerleriyle ilgili usul ve esaslar Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı, Maliye Bakanlığı ve Özürülüler İdaresi Başkanlığınca müştereken çıkarılacak yönetmeliklere bırakılmıştır (128).

2013 yılında “özürlü” ibaresi yerine “engelli” ibaresinin kullanılmasını yasalaştıran 6462 sayılı yasa ile “Özürülüler Kanunu” olarak bilinen 5378 sayılı kanun başlığı değiştirilmiştir. Özürülüler

Kanunun, Engelliler Kanunu olarak değiştirilmesi, engelliliğe yaklaşımın tıbbi bakış açısından sosyal model yaklaşımıyla ele alındığının göstergesidir (129).

2.3.3. Şizofreni tanılı bireylerin istihdamının önündeki engeller

Şizofreni tanılı bireylerin yaşadığı önemli sosyal sorunlardan biri işsizliktir. 1988-2015 yılları arasında Finlandiya'da yapılan çalışmada; şizofreni gibi ciddi bir ruhsal bozukluğu olan tüm bireylerin yarısından fazlasının tanı konulduktan sonra çalışmaya bağlı bir gelir elde edemediği bulunmuştur (130). 2006 yılında Norveç'te kategorilere ayrılan engelliler (görme, işitme, uzuv kaybı olan vs.) arasında % 27.5 istihdam oranı ile ruhsal ve duygusal tanılı bireylerin engelliler arasında en düşük çalışma oranına sahip oldukları görülmüştür (131). Türkiye'de yapılan Engellilerin Sorun ve Beklentileri Araştırması (2010) verilerine göre; engelli bireyler arasında, ruhsal ve duygusal engellilerin istihdam oranlarının en düşük olduğu, %7.6'lık kısmının çalıştığı, çalışmayan %92.4'lük bölümün ise %8.1'inin iş aradığı görülmektedir. Ayrıca çalışanların %66.5'inin ücretli çalıştığı, %17.7'sinin işveren ya da kendi hesabına çalışan olduğu, %15.8'inin ise ücretsiz aile işçisi olduğu görülmektedir (73). Ruhsal ve duygusal engelli bireyler arasında da işe yerleştirim açısından en yüksek işsizlik oranına sahip olan grup şizofreni tanılı bireylerdir (132).

Şizofreni tanılı bireylerin istihdam oranlarının düşük olmasının sebebi çalışma hayatında birçok engelle karşılaşmasına bağlanmaktadır. Bu engeller; eğitim eksikliği, rehabilitasyon, erişilebilirlik, damgalanma, yoksullaşma ve işveren tutumları olarak sıralanabilir (133).

2.3.3.1. Eğitim

Şizofreni tanılı bireyler eğitim konusunda birçok sorunla karşılaşmaktadır. Eğitim hakkı temel insan haklarından biri olmasına rağmen eğitim politikaları çoğu ülkede nüfusun engeli olmayan kesimi adına planlanarak uygulamaya geçilmektedir. Engelli bireyler kendilerini içermeyen bir sistem ile eğitim hayatına dahil olmaya zorlanmaktadır (41). Ayrıca şizofreni tanılı bireylerin okullar tarafından kabul edilmemesi ve dışlanması da eğitim hayatına katılım zorlaştırmaktadır. Şizofreni tanılı bireylerin eğitim oranları hakkında açıklayıcı bir çalışma olmamasıyla birlikte ülkemizde engelli nüfusun %6'sının hiçbir şekilde eğitim almamış olduğu ve %36,3'ünün okuryazarlığının bulunmadığı düşünüldüğü zaman, eğitim hakkını, bu bireylerin yeterince kullanamadığı bir gerçektir (134).

Eğitim hakkından yararlanamayan bireyler sosyal hayatta geri planda kalmaktadır. Yapılan araştırmalar sonucunda eğitim olanaklarının yeterli olmaması engelli bireylerin istihdamının önündeki engeller arasında görölmektedir (111). Şizofreni tanısı konulan bireylerde çalışma ile ilişkili değişkenleri tanımlamayı hedefleyen araştırmalarda eğitim seviyesi yüksek olan bireylerin çalışma olasılığının daha yüksek olduğu belirlenmiştir (24, 91).

2.3.3.2. Rehabilitasyon

Özel eğitim ve rehabilitasyon hizmetlerinin amacı, bedensel, zihinsel, sosyal ve ruhsal engelleri sebebiyle toplum hayatına tam anlamıyla dahil olamayan bireylerin, fonksiyon kayıplarını yok etmek, toplumsal fırsatlardan eşit şekilde faydalanmalarını sağlamak ve toplumsal yönden bağımsız, kendi kendilerine yetebilmelerini sağlayıcı beceriler kazandırabilmektir (135). Şizofreni tanılı bireylerin istihdam oranının arttırılmasında rehabilitasyon hizmetleri büyük önem taşımaktadır. Özel eğitim ve rehabilitasyon hizmetleri ile Şizofreni tanılı bireylerin bağımsız yaşam becerilerini desteklemekte ve istihdamı kolaylaştırılarak sosyalleşmeleri sağlanmaktadır.

Türkiye’de Milli Eğitim Bakanlığı’nın bünyesinde özel eğitim hizmetlerini veren resmi eğitim kurumları ve Milli Eğitim Bakanlığı tarafından açılan Özel Eğitim ve Rehabilitasyon Merkezleri olmak üzere iki farklı kurum engelli bireylerin eğitimine yönelik özel eğitim hizmetleri sunmaktadır. Bu merkezlerde engelli bireylerin fizyolojik, psikolojik, sosyal, eğitimsel ve mesleki yönden gelişimini sağlayacak programlar uygulanmakta, etkilendiği mevcut olan yeteneklerinin geliştirilmesi sağlanmaktadır (136).

Çalışma hayatında yer almak isteyen engelli bireyler için yapılan bazı düzenlemeler ile özürlülerin yetenekleri doğrultusunda yapabilecekleri bir işte eğitilmesi ve meslek kazandırılması maksadıyla meslekî rehabilitasyon hizmetleri yaygın hâle getirilmiştir (137). Mesleki rehabilitasyon programlarının fiziksel, zihinsel, duygusal ve ruhsal engelliler gibi çeşitli gruplar üzerindeki etkililiğini inceleyen yeni araştırmalar da hizmetlerin bu gruplar üzerindeki önemini doğrulamaktadır (138). Davutoğlu (2018)’ nun yaptığı çalışmada engelli bireylerde mesleki rehabilitasyon uygulamasının bireylerin çalışma performansı, ve aktivite yeterliliği alanlarında gelişme sağladığı belirtilmiştir (139).

Şizofreni, bireylerin mesleki işlevselliğini olumsuz yönde etkilediği için çalışma hayatına katılmak bu bireyler için daha zordur. Mesleki rehabilitasyon ile Şizofreni tanılı bireylerin

işlevselliği arttırabilir ve istihdama katılımı desteklenebilir (31). Rehabilitasyon hizmetlerinin yaygınlaştırılmasıyla engelli bireylerin çalışma hayatına katılmasının önündeki engeller aşılabılır.

2.3.2.3. Erişebilirlik/ Ulaşılabilirlik

Dünyada ve ülkemizde erişilebilirlik/ulaşılabilirlik konusu engelli bireylerin karşılaştığı önemli sorunlardan biridir. Engelsiz kentlerin inşa edilememesinden kaynaklı olarak bu bireyler sosyal, kültürel ve iktisadi kısıtlılıkların olduğu bir yaşam sürmeye zorlanmaktadır (140). Engelliler, “erişilebilirlik” kapsamında fiziksel engellerle; örneğin sokaklarda, yollarda, yağmur oluklarında, kaldırımlarda bulunan hareketi kısıtlayan engebeler, mimari çözümlerin yetersiz olması ve toplu taşımanın uygun olmayışı ile eğitim, istihdam, iletişim ve bilgilendirme gibi toplumsal yaşama katılımı engelleyen sorunlar ile karşılaşmaktadır (8).

Özispa ve Arabelen (2020)’ in yaptığı çalışmada dünya üzerinde uygulanan erişilebilirlik stratejilerinin, engelli bireylerin ihtiyaçlarını karşılamada yetersiz kaldığı tespit edilmiştir (141). Kahraman ve ark. (2019)’ nın işyerinde engelli erişilebilirliğine yönelik algı/farkındalığı belirlemek için yaptığı çalışmada özel ve kamu sektöründen 20 farklı kişiyle görüşülmüş, engelli bireylerin istihdamı için erişilebilirliğin önemi vurgulanmıştır. Engelliler için en önemli sorunların sadece fiziksel/altyapı erişilebilirliği değil aynı zamanda iletişim, destek araçları gibi diğer erişilebilirlik unsurlarında yetersizlikler olduğu belirtilmiştir. Engelli bireylerin yükseköğretime çok azının erişebilmesi niteliksiz ve düşük ücretlerde istihdam etmesine sebep olmaktadır. İşyerine engelli bireylerin diğer çalışanlar kadar entegre olabilmesi için fiziki şartların bu bireylere uygun olacak şekilde sağlanması gerekmektedir. Bu durum engelli bireyler için istihdam oranını arttıracak, sosyal hayata uyumu olumlu yönde etkileyecektir (142).

2.3.2.4. Damgalanma

Damgalanma; bireyin ya da bir grubun etnik köken, ruhsal hastalık veya fiziksel yetersizlik gibi farklı özelliklerine dayanarak toplumdaki diğer üyeler tarafından kusurlu, tehlikeli veya işe yaramaz olarak olumsuz değerlendirilmesidir (143). Damgalamanın temelinde bireylere karşı olumsuz inançlar ve bunun sonucu oluşan önyargı bulunmaktadır. Bu önyargılı davranışlar ile birlikte ayrımcılık ve dışlama meydana gelir (144). Toplum tarafından en çok damgalanmaya ve ayrımcılığa maruz kalan grup ruhsal hastalığı olan bireylerdir (145). Toplum tarafından

ruhsal hastalığı olan kişiler; kendine ve çevresine zarar verme riski yüksek olan, korkulması gereken, hastalıklarından sorumlu, işe yaramayan kişiler olarak görülürler. İki bin Amerikan ve İngiliz vatandaşına yapılan anket uygulamasında da bu bireylerin şiddet meyillisi olarak görüldüğü belirlenmiştir (146). Bizim toplumumuzda da durum değişmemiş, “Deli”, “Ruh hastası”, “Anormal”, “Kaçık”, “Aptal”, “Meczip”, “Sapık” ve “Tımarhanelik” gibi sözcüklerle bu bireyler bütünleştirilmiş, yüzyıllardır hakaret, küçümseme ve dışlanmaya maruz kalmışlardır.

Ruhsal hastalıklardan damgalanmaya en çok maruz kalan grup şizofreni tanılı bireylerdir. Yapılan bir çalışmada şizofreni tanılı bireylerin maruz kaldığı damgalamanın depresyon, anksiyete ve diğer psikiyatrik hastalıklara oranla daha fazla olduğu belirlenmiştir (143). Hastalığın akut dönemlerinde yapılan davranışlar toplum tarafından delice adlandırılmakta ve olumsuz bir etkiye sebep olmaktadır. Ayrıca medyanın tutumu bu olumsuz etkinin artmasına sebep olmaktadır. Şizofreni hastalarının gazeteler tarafından damgalayıcı sunumunun yapısal damgalamaya bir örnek olduğunu göstermek amacıyla Fransada incelenen ve 2015 yılında yayınlanan sekiz büyük gazetenin (dört ulusal ve dört bölgesel) tüm makalelerin %40.4'ünün mecazi olarak şizofreni terimini kullandığını ve %28.3'ünün tehlikeye atıfta bulunduğu belirlenmiştir. Terimin metaforik kullanımı durumunda, şizofreni “bölünmüş kişilik” bozukluğu ve siyasi muhalefeti değersizleştirmek için kullanılan etiket olarak sunulduğu ve şizofreni potansiyel bir suç nedeni olarak gösterildiği belirlenmiştir (147).

Şizofreni tanılı bireyler kendilerine karşı uygulanan damgalanma ve ayrımcılıktan olumsuz etkilenmektedir. Olumsuz değerlendirmeler hastaların özgüvenlerini zedelemekte, önyargı ve dışlanma iyileşmeyi olumsuz yönde etkilemektedir (144). Damgalama, şizofreni tanılı bireylerin kendilerini yetersiz görmesine, zayıf hissetmesine, utanç ve suçluluk gibi olumsuz duyguları yaşamasına sebep olmaktadır. Bu durum şizofreni tanılı bireylerin kendilerini toplumdan soyutlamasına neden olmaktadır (148). Kök ve Demir (2018) yaptığı çalışmada şizofreni hastalarının kendilerini bipolar hastalara göre daha fazla damgaladıklarını belirlemiştir (149).

Şizofreni tanılı bireylerin toplum tarafından damgalanması ve bu damgalanmayı bireylerin içselleştirmesi sosyal hayata katılımın önündeki en büyük engellerdendir. Türkiye Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nün 2010 yılında yaptığı araştırmada, şizofreni tanılı bireylerin de içinde bulunduğu engellilerin oransal olarak yaklaşık %51' inin sosyal hayata katılmasında damgalanmaya bağlı ayrımcılığa maruz kalmalarına yönelik tespitlere dikkat

çekilmektedir (150). Öz ve Barlas (2017) 'ın yapmış oldukları araştırmada şizofreni tanısı konulan bireylerin işe girmelerinin önündeki engeller; damgalanma ve toplumun bu bireyleri “akıl hastası”, “saldırgan” ve “deli” olarak nitelendirmesidir (151). Thornicroft ve ark. (2009) ciddi akıl hastalığı olan bireylerin %29'unun hem iş bulmaya hem de işi sürdürmeye çalışırken ayrımcılığa uğradığını bildirmişlerdir (152).

Günümüzde insanlar ruhsal hastalıklarla ilgili yeterli bilgiye sahip değildir. Eğitimin damgalanmayı azalttığına dair çalışmalar bulunmaktadır. Çam ve arkadaşları (2014), muhtarlara ruhsal hastalıklara yönelik damgalama ile mücadele eğitimi verdikten sonra, eğitim öncesi ve sonrası muhtarların ruhsal hastalıklara yönelik damgalamalarında farklılık olduğunu belirlemiştir (17). Gökmen ve Okanlı (2017) özel bakım merkezlerinde çalışan bireylerin şizofreniye karşı tutumlarını tespit etmek için yaptığı çalışmada eğitim sonrası kişilerin şizofreniye yönelik tutumlarının daha olumlu olduğu bulunmuştur (153). Şizofreni, psikoz veya bipolar bozukluk olarak tanımlanan ciddi ruhsal hastalığı olan bireylere yönelik damgalamayı azaltmada hangi müdahalelerin etkili olduğunun incelendiği çalışmada, eğitim müdahalelerinin, damgalamada ve sosyal mesafede orta şiddette azalmalara yol açtığı tespit edilmiştir (154).

2.3.2.6. İşveren tutumları

Toplumun ve işverenlerin büyük bir çoğunluğu engelli bireyler ile ilgili bilgi sahibi değildir. İşverenlerin büyük bir kısmının engelli bireylerin istihdamı ile ilgili korkuları ve ön yargıları bulunmaktadır. Bu korku ve ön yargılar zamanla tutuma dönüşmektedir (155).

İşverenler engellileri işe alırken ön yargıları ile hareket etmekte ve ayrımcılık yapmaktadırlar. Fuqua, Rathburn ve Gade (1984)'in yaptığı çalışmada işverenlerin zihinsel engelli ve görme engelli çalışanlara ortopedik engeli ve süreğen rahatsızlığı olan engelli çalışanlara göre daha fazla ayrımcılık yaptığı ortaya çıkmıştır. İşverenlerin engelli çalışanlarla ilgili en büyük endişelerinin iş verimliliğinde azalmaya sebep olmaları ve kaza riskinin yüksek olmasıdır (156). Yapılan bir çalışmada işverenler engelli bireylerin sürekli gözlem altında tutulması gerekliliğini vurgulamışlardır. Bu nedenle ustabaşı veya şeflerin sürekli olarak engelli çalışanlar ile ilgilenmeleri gerektiğini düşündükleri için işlerin verimliliğinin düşeceğinden korkmaktadırlar. İşverenlere göre engelli bireyler kazalara neden olabileceği gibi işyerlerinde kendi güvenliklerini sağlayamazlar ve diğer çalışanları da olumsuz etkileyebilirler (157). Baybora (2006)' ya göre işverenler engelli bireyleri niteliksiz, verimsiz, işyerine uyumsuz şekilde değerlendirmektedirler (158). Yapılan başka bir araştırmada, işverenlerin, engelli çalışanların

mesleki yönden yetersiz olduğuna, iş ortamına ve çalışma arkadaşlarına karşı uyum sorunu yaşadığına ve yaptıkları işin niteliksiz olduğuna inandıkları için olumsuz bir tutum sergiledikleri ortaya konulmuştur (159). İşverenler engelli bireylerle nasıl iletişime kuracakları ve onları hangi pozisyonda istihdam edecekleri konusunda bilgi eksikliği yaşamaktadırlar. Engelli bireyler için uygun iş yeri koşulları oluşturma ve uygun pozisyona yerleştirme konusunda endişe etmektedirler (160). Yapılan çalışmada işverenlerin %70 i engellilerin uygun çalışma ortamının sağlanması durumunda diğer işçilerle uyum sağladığını, engeline uygun işlerde çalıştırmaları durumunda uyumlu ve uzlaşmacı bir yapı sergilediklerini, işyerindeki disiplin kurallarına uyduklarını ifade etmişlerdir (161).

Olson ve ark. (2001)'in yaptığı çalışmaya göre engelli bireylerin işe alınabilmesi ekstra uzmanlık ve iş koçu desteği, esnek çalışma saatleri ve işyerine artı bir maliyet getirdiği için işverenler engeli olmayan bireyleri tercih etmektedir (162). Yapılan çoğu çalışmada işverenlerin iş üretkenliğine ilişkin yaygın olumsuz görüşlerinin ve maliyetlerle ilgili endişelerinin olması engelli bireylerin istihdamına sıcak bakmadıklarını göstermektedir (7). Bunun yanı sıra engellilerin sağlık harcamaları da işverenler için kaygı sebebidir. Ancak Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından engelli-engelsiz ayrımı yapılmadan tüm işçiler için söz konusu harcamalar karşılanmaktadır (160).

İşverenlerin engellileri işe almada eskisi kadar ön yargılı olmasalar da hala yeterli düzeyde olmadığı bilinmektedir. Polat (2020) 'ın yaptığı çalışmada engelliler işverenlerin kendilerine yönelik olumsuz tutumlarına yoğun olarak değinmişlerdir. İşverenlerin engellileri, “*kanuni bir zorunluluk olduğu için istihdam etmek istemesi, engellilerden engelsiz insan performansı beklenmesi, engellilere işe yaramaz gözüyle bakılması*” engellilerin değindikleri bazı noktalardı (7). Dalagan ve ark. (2020)' nın yaptığı down kafelerde çalışan down sendromlu bireylerin performansının işletmelerce değerlendirilmesini amaçlayan çalışmada; işverenlerin, hafif ve orta düzeyde engelli bireylerin işyerinde performans ve sosyal iletişim düzeylerinden memnun oldukları, ağır ve çok ağır düzeyde engelli bireylerin performans memnuniyetlerinde zaman zaman kararsız kaldıkları veya memnun olmadıkları belirlenmiştir (163). Yapılan çalışmalarda engelli bireyler arasında en çok işveren olumsuz tutumundan etkilenen engelli türü ruhsal ve duygusal engelli bireylerdir. Türkiye’de İşgücü Piyasasının Özürlüler Açısından Analizi (2011) projesinin sonuçları işverenlerin zihinsel engelliler ve ruhsal duygusal rahatsızlığı olan engellileri değil, ortopedik, işitme konuşma engelleri bulunan bireyleri istihdam etmeyi tercih ettiklerini göstermiştir (124). Akıl hastalığı olan grup içerisinde bulunan

şizofreni tanılı bireyleri işverenler, yasal bir yükümlülük veya özel bir neden olmadıkça istihdam etmekte tereddüt etmektedirler (164, 165). Shaw ve ark. (2006) 'nın yaptığı çalışmada işverenleri temsilen insan kaynakları görevlilerinin şizofreni hastası bireylerin istihdamı hakkındaki görüşleri değerlendirildiğinde, şizofreniyi bilmedikleri veya anlamadıkları ve şizofreni tanılı bireyleri şiddet yatkın kişiler olarak gördükleri belirlenmiştir (18). Öz ve ark. (2019)'nın şizofreni hastalarının işe yerleştirilmesiyle ilgili sorunları belirlemek amacıyla yaptığı çalışmada işverenler, çalışma koşullarının şizofreni hastaları için külfetli olabileceğini ve işyerinde meslektaşlarının olumsuz tutumları nedeniyle huzursuzluğun ortaya çıkabileceğini belirtmişlerdir. İşyerlerindeki vardiya sisteminin kendileri için uygun olmayacağını, iş verimliliğinin düşeceğinden endişe ettiklerini belirtilmiştir (19).

Ottewell (2019)'in işverenlerin ruh sağlığı okuryazarlığı ile akıl hastalığı olan kişileri işe almaya yönelik tutumları arasındaki ilişkinin incelendiği çalışmada katılımcılar arasında, depresyon yaygın olarak kabul edilip tıbbi kriterlere göre anlaşılırken, şizofreni pek bilinmemiştir. Katılımcıların yüzde otuz beşi akıl hastalığı olan kişileri işe almış, akıl hastalığı olan kişileri işe almak isteyen katılımcılar, istemeyenlere göre daha fazla akıl sağlığı okuryazarlığına sahip olduğu ortaya çıkmıştır (166).

Little ve ark. (2011) yaptıkları çalışmada 2006 ve 2009 yıllarında şirketlerin şizofreni tanılı bireylerin istihdamı hakkındaki tutumlarını incelemiştir. Her iki yılda, şirketlerin üçte birinden daha azının stres ve ruh sağlığı ile ilgili resmi politikaları olduğu belirtilmiştir. İşverenlerin 2006'da, %68'i 2009 yılında %87'si, işyerlerinde akıl sağlığı bozukluğu olan birine ayarlama yapma konusunda esnek olacaklarını kabul etmiştir. 2006 yılında, %76'sı 2009'da %88'i İngiliz endüstrisinin işyerinde ruh sağlığı ile olan ilişkisini geliştirmek için daha fazla desteğe ihtiyacı olduğunu kabul etmiştir. İşverenlerin akıl sağlığı bilgileri önemli ölçüde iyileşirken ve birçoğu 'makul düzenlemeler' sunarken, bu düzenlemelerin resmileştirilmesi ve daha fazla eğitim ve destek için bir ihtiyaç olduğu belirtilmiştir (167).

Yapılan çalışmalar sonucunda işverenlerin rehberlik ve bilgi istediği, işverenlere verilecek uygulamalı eğitim ve rehberlerin, şizofreni ve diğer akıl sağlığı sorunları olan bireylerin damgalanmasının ve olumsuz tutumların önlenmesinde iyi sonuçlar üreteceği bildirilmiştir (19, 167) Bu nedenle, şizofreni hastalarının bir iş edinmesini ve sürdürmesini sağlamak için gerçek engeller ve işverenler tarafından algılanan engeller ele alınmalıdır. İşverenler bu kişilerin işlerine yerleştirilmelerine ve işlerini sürdürmelerine yardımcı olurlar ise şizofrenili bireyler,

hastalıkları nedeniyle daha önce gösterme fırsatı bulamadıkları yeteneklerini gösterebilirler. Bu durum, tedavilerinde olumlu bir sonuç elde etmelerine ve sosyalleşmelerine yardımcı olacaktır.

2.4. Şizofreni Tanılı Bireylerin Çalışma Hayatına Katılmamasının Bireysel ve Toplumsal Sonuçları

İstihdam, bireyin ihtiyaçlarını karşılaması için gerekli olan parayı kazanıp, yaşamını idame ettirebilmesini, toplumsal hayatın içerisinde güven içinde var olabilmesini, kendini gerçekleştirebilmesini ve bir kimlik sahibi olabilmesini sağlamaktadır. Çalışmak ve meslek sahibi olmak günlük hayattaki önemli rollerden biridir (168). Ruhsal hastalığı olan bireyler için istihdam konusu özenle incelenmesi gereken bir konudur çünkü iş sahibi olmak, bu kişilerin iyileşme sürecinde temel bir adım olarak kabul edilir. Özellikle şizofreni tanılı bireylerin iş hayatının içinde bulunması psikiyatrik rehabilitasyon için oldukça önem arz etmektedir (151). Yapılan çalışmalarda, çalışan şizofreni hastalarında hastalık belirtisinin daha az olduğu ve daha iyi bir yaşam kalitesine sahip olduğu belirlenirken (169); çalışmayanlarda daha çok negatif belirti olduğu tespit edilmiştir (100). Na ve Lim (2020) 'in istihdamın toplumda yaşayan şizofreni hastalarının ruh sağlığı üzerindeki etkisini belirlemek için yaptığı bir çalışmada işsiz grupta duygusal ve psikolojik iyi oluşun çalışan gruba göre daha düşük olduğu bulunmuştur (170). Hasegawa ve ark.'nın 2018 yılında yaptığı çalışmada şizofreni hastalarının çalışma hayatına katılımının düşük ve orta düzeyde antipsikotik kullanımına neden olduğu tespit edilmiştir (171).

İstihdamın içinde yer almamak ruhsal hastalığı olan bireyler için 'normal'in dışında olmayı ifade eder ve sosyal hayata adapte olmayı zorlaştırır. Çünkü istihdamın, ruhsal bozukluğu olan bireylerin toplumsal alanda kabul edilmesinde önemli bir rol oynadığı düşünülmektedir (33). Bu durum ruhsal hastalığı olan bireylerin yaşam kalitesini ve benlik saygısını etkilemektedir. Yapılan bir çalışmada çalışma hayatına dahil olmayan ciddi ruhsal hastalığı olan bireylerin çalışma hayatına dahil olanlara göre yaşam kalitelerinin ve benlik saygılarının daha düşük olduğu bulunmuştur (172). Doğu (2020) 'nun yaptığı çalışmada şizofreni hastaları çalışma hayatının içinde olmanın; aktif olmak, para kazanmak, sosyalleşmek, öz güvenin artması ve kendini geliştirmeye olanak sağlaması gibi birçok olumu değişikliğe sebep olduğunu ifade etmişlerdir (173). Üçok ve ark. (2012) şizofreni tanısı konulan bireylerle yaptığı çalışmada çalışmanın işlevselliğin önemli bir bileşeni olduğu sonucunu elde etmiştir (145). Hasegawa ve ark. (2018) 'nin yaptığı çalışmada şizofreni hastalarının çalışma hayatının içerisinde yer

almasının sosyal işlevselliğın arttırdığını bulmuştur (171). Bouvmans (2015) ve Charynzka (2015), çalışma hayatının şizofreni hastalarında yaşam kalitesi ve benlik saygısını olumlu etkilediği, sosyal işlevselliği ve diğer iyileşme göstergelerini arttırdığını belirlemişlerdir (32, 174). İstihdama katılmayan şizofreni tanılı bireylerin özsaygısının daha düşük olduğu, toplumsal hayata dahil olmakta zorlandığı ve daha fazla damgalanma yaşadığı bilinmektedir (175).

Şizofreni tanılı bireylerin diğer bireylere kıyasla işsiz olma oranı 4.5 kat fazladır (176). Bu durum bireylerin giderek yoksullaşmasına neden olmaktadır. Şizofreni hastalarının %5-8'i evsiz, büyük çoğunluğu ise standartların altında evlerde yaşamaktadır (177). Şizofreni tanılı bireylerin üretim faaliyetlerinin içinde bulunmamasının hem toplum üzerinde hem de bakım vericiler üzerinde oluşturduğu yük büyüktür (21). 2013 yılında şizofreninin toplam maliyetinin ABD'de 150 milyar dolar, İngiltere'de 2010/2011'de 20 milyar sterlin civarında olduğu tahmin edilmektedir (178). Bu maliyetlerden, işsizliğe atfedilen dolaylı maliyetlerin şizofreninin toplam ekonomik yükünün en büyük bileşenleri olduğu gösterilmiştir.

Şizofreni tanısının bireylerin hayatında uzun süreli ve kalıcı olması, sosyal hayatta yetersizliğe neden olması, bakım verenlerin sorumluluğunu arttırmaktadır. Köroğlu ve Hocaoğlu (2017) 'nın yaptığı çalışmada bakım verenlerin aile ilişkilerinde bozulma, toplum tarafından dışlanma gibi sosyal, bakım verici görevinden kaynaklı olarak çalışma hayatında bulunamama, şizofreninin getirdiği parasal yükü karşılayamama gibi ekonomik, hastalıktan kaynaklı öfke, üzüntü, suçluluk gibi duygusal birçok sorunla karşılaşmaktadır (179). Yazıcı ve ark. (2016)'nın yaptığı çalışmada hastanın gelirinin artırılması, destek almadan yaşayabileceği ortamların oluşturulmasının bakım veren yükünü azaltmada yardımcı olabileceği bulunmuştur (180).

Şizofreni tanılı bireylerin istihdama dahil olmamasının psikolojik, sosyal ve ekonomik anlamda birçok olumsuz etkisi bulunmaktadır. Bu bireylerin toplumsal entegrasyonunu sağlayacak çalışmaların artırılması gerekmektedir. Carmona ve ark. (2018) 'nın yaptığı çalışmada şizofreni hastalarına yönelik tedavi ile, semptomların basit bir şekilde hafifletilmesinden daha fazlasının hedeflemesi gerektiğinin, bu bireylerin toplumda tatmin edici mesleki, eğlence ve duygusal yaşamları sürdürmek için yeterli özerklik sağlayan bir yaşam planı sürdürmelerine olanak tanınmasının ve çalışmak isteyen şizofreni hastalarına, iş edinmenin önündeki engellerle ve istihdamda kalmanın zorluklarıyla başa çıkmak için ihtiyaç duydukları desteğin sağlanmasının önemini vurgulanmıştır (181).

2.5. Şizofreni Tanılı Bireylerin Çalışma Hayatına Katılımını Sağlamada Psikiyatri Hemşirelerinin Rol ve İşlevleri

Psikiyatri hemşireliği; birey, aile ve toplumun ruh sağlığının yükseltilmesi, ruhsal hastalıkların birey için en yararlı olacak şekilde yönetilmesini amaçlayan, bireyin işlevselliğini destekleyen ve sürdürülmesini sağlayan özel bir hemşirelik alanıdır (182, 183). Ruhsal hastalığı olan bireyler ile çoğu zaman yakın ilişki içerisinde olan ve bu bireylerin sorunlarına en çok şahit olan meslek grubudur. Psikiyatri hemşireleri hastayı biyo-psiko-sosyal bir bütünlük içerisinde değerlendirir, terapötik iletişim tekniklerini kullanarak sürekli ve sistematik olarak hasta ile iletişim halinde olur. Psikiyatri hemşiresi uyguladığı hemşirelik müdahaleleri ile hastaların belirtilerle baş etmelerinde, sıkıntıyı gidermede, düzenli ilaç kullanımında yardımcı olur (184). Şizofreni tanılı bireylerin ruhsal ve fiziksel sağlığının değerlendirir, intihar, kendine ve/veya çevresine zarar verme, kötüye kullanım gibi riskli davranışlarına ilişkin öykü alır ve risk düzeyini değerlendirir. Hastayı öz bakım konusunda bilgilendirir ve destekler. Hastanın sosyal güvenceleri ile ilgili takip yapar, gerekli gördüğünde ilgili birimlerle irtibata geçer. Hastanın sağlığını doğru bir şekilde yönetilebilmesi için hemşirelik uygulamaları planlar, bu uygulamalar doğrultusunda düzenli görüşmeler yapar. Gözlemleri sonucu gerekli gördüğü durumlarda tıbbi tedaviye ilişkin önerilerde bulunur. Bütüncül bir sağlık hizmeti verebilme adına gerektiği durumlarda disiplinler arası danışmanlık alır ve bireyi/aileyi danışmanlık için yönlendirir. Hasta için yararlı olabilecek toplumsal kaynaklar ve destek sistemleri araştırır, birey ve aileyi bu sistemlere yönlendirir. Hastanın gelişim düzeyi, öğrenme istekliliği, bilgilene ihtiyacı, kültürel yapısı ve inançlarını göz önüne alarak hasta eğitimini planlar (185).

Psikiyatri hemşireliğinin amaçlarından biri şizofreni tanılı bireylerin işlevselliğini en üst seviyeye getirerek çalışma hayatına dahil olmalarına yardımcı olmaktır (66). Şizofreni tanısı olan kişilerin işgücü piyasasındaki durumunu iyileştirmek için çeşitli uzmanlık alanlarındaki doktorlar (birinci basamak hekimleri, psikiyatristler, işyeri hekimleri) ve psikolog, ergoterapist gibi diğer sağlık çalışanları ile birlikte yakın ilişki içerisinde olmalıdır. Psikiyatri hemşiresi hastaların toplum içerisindeki işlevselliklerinin artırılması için farkındalık ve girişkenliği artırma, problem çözme becerisi, sosyal beceriler eğitimi gibi konularda psiko-eğitim ve rehabilitasyon programlarını yapıp, uygulamalıdır. Bunun yanında şizofreni tanısı olan bireyin mesleki rollerini etkin sürdürebilmelerini adına istihdam edilememesinin önündeki engellerle ilgili çalışmalarda bulunmalıdır (32, 168). Bu engellerden biri olan toplum tarafından

damgalanma ile ilgili çalışmalar yapar. Damgalanmanın azaltılmasında eğitimin önemi birçok kez ifade edilmiştir. Yapılan bir çalışmada toplum önderleri konumundaki hemşire, doktor, öğretmen, din adamı, muhtar, polis gibi meslek gruplarının damgalama ile mücadele hakkında eğitilmelerinin gerekliliği ifade edilmiştir (186). Damgalanma ve buna bağlı olarak oluşan ayrımcılıkla mücadele edilebilmesi için hemşireler; diğer sağlık çalışanları, hasta ve hasta yakınlarının kurdukları dernekler, sivil toplum kuruluşları, medya, meslek kuruluşları ve resmi organlar ile birlikte hareket etmelidir. Psikiyatri hemşireleri toplumu etkileme konusunda önemli bir konumdadır. Bu nedenle toplum ve işverenlere şizofreni tanısı konulan bireylerin damgalanmasını ve ayrımcılığa uğramasını önlemek için şizofreniyi anlatan, farkındalığı arttırıcı eğitimler planlamalı ve uygulamalıdır. Şizofren tanılı bireylerin hastalık dışında bir rolü üstlenmesine katkı sağlamak için hastaların TRSM ya da evde ürettikleri eserlerin sergilenmesi için onları toplumla buluşturan organizasyonlarla planlanmalıdır. Diğer yandan şizofreni tanılı çalışanların güçlendirilmesi adına işverenlerin ve çalışma arkadaşlarının bilgilendirilmesi, ayrımcılık ve damgalanmanın önüne geçilmesinde ve bireylerin yaşamlarını iyileştirebilmede önemli bir adımdır. Damgalanma; şizofreni tanılı birey, yakınları ve toplum ile ayrı olarak özellikle çalışılması gereken bir konudur. Danışmanlık görüşmelerinde, aile-grup terapilerinde, psiko eğitim gruplarında, beceri geliştirme stratejileri içerisinde “damgalama” ayrı bir başlık olarak değerlendirilmelidir.

Psikiyatri hemşirelerinin şizofreni tanısı olan bireylerle yaptıkları görüşmelerde, bireylerin çalışmak-üretmek ile ilgili düşünceleri, beklentileri ve istekleri, çalışma geçmişleri sorgulanmalıdır. Şizofreni tanılı bireylerin çalışma hayatına katılımı ile ilgili motivasyonel görüşmelerde bulunabilir. Motivasyonel görüşmenin tedavi uyumunu arttırdığına dair çalışmalar bulunmaktadır (187). Fulford ve ark. (2018) ’nın yaptığı çalışmada motivasyonun mesleki işlevlerle ilişkili olduğu bulunmuştur (188). Psikiyatri hemşirelerinin yapacağı motivasyonel görüşmeler ile şizofreni tanılı bireylerin tedaviye uyumu ile birlikte davranış değişikliklerine sebep olarak çalışma hayatına katılımı artırılabilir.

Psikiyatri hemşiresinin toplum kaynaklarının hasta yararına kullanılması konusunda çalışmalarda bulunması gerekmektedir. Hemşirenin danışman rolü ruhsal hastalık bilgisinin yanı sıra toplumsal yardım ve iş olanakları gibi konularda da genel bilgi sağlamayı kapsamaktadır. İŞKUR aracılığı ile işe yerleştirilen bireylerin iş ve meslek danışmanlarıyla

iletişime geçilerek etkin bir hizmet vermek için gereksinimleri sorgulanmalıdır. Hem işverene hem de iş danışmanlarına şizofreni tanılı bireylerle ilgili bilgi verilmelidir.

Yapılan çalışmalar incelendiğinde ruhsal hastalık grubunun içinde bulunduğu engelli bireyler ile ilgili çok fazla çalışma olduğu halde psikiyatri engelli bireyler ve şizofreni tanılı bireylerle ilgili yapılan çalışmalar kısıtlı sayıda olduğu görülmektedir. İnsanı bir bütün olarak ele alan psikiyatri hemşireleri yapacağı çalışmalar ile şizofreni tanılı bireylere, sosyal hayatın dışında kalmanın yaşattığı zorluklara ışık tutabilir. Şizofreni tanılı bireylerin çalışma hayatına dahil edilebilmesinin önündeki engeller ve çözüm önerileri ile istihdam oranları arttırılabilir.



3.GEREÇ ve YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Şekli

Bu araştırma işverenlerin şizofren tanılı bireylerin istihdamına yönelik tutumlarını ve çözüm önerilerini belirlemek amacıyla yapılmış kesitsel tanımlayıcı bir araştırmadır.

3.2. Araştırmanın Alt Problemleri

1-İşverenlerin “İşyerinde Engelliye Yönelik Tutumlar Ölçeği (İEYTÖ)” puan ortalaması, sosyodemografik özelliklerine (cinsiyet, yaş, eğitim durumu, üretim yaptığı iş kolu, iş yerindeki pozisyonu, iş yerindeki çalışma süresi, engelinin olması, engelli yakının olması, iş yerinde engelli birey çalıştırmayı düşünme) göre farklılaşmakta mıdır?

2- İşverenlerin psikiyatri engelli bireylerin istihdamına ilişkin düşünceleri ile psikiyatrik engelli bireylerin istihdamı hakkındaki önerileri arasında ilişki var mıdır?

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örnekleme

Araştırmanın evrenini Düzce ili içerisinde bulunan, Düzce Ticaret ve Sanayi Odası'na kayıtlı, çalışan sayısı 50 ve üzeri olan işyerlerinin sahibi, yönetici ve insan kaynakları elemanı pozisyonundaki işverenleri (n=123) oluşturmuştur. Örneklem hesabına gidilmeden çalışmayı kabul eden, işverenler çalışma kapsamına alınmıştır. Pandemiden kaynaklı 31 işverenin görüşmeyi kabul etmemesi, 7 iş yerinin ekonomik sebeplerden kapanması, 6 işverenin anketi tamamlamaması ve 7 iş yerinin belirtildiği adreste bulunmamasından dolayı 72 (%58.5) işveren çalışmaya dahil edilmiştir.

3.4. Araştırmada Sınırlılıklar

1-Araştırma çalışmanın yapıldığı süre içinde Düzce ilinde bulunan çalışan sayısı 50 ve üzeri olan iş yerlerinin işverenleri ile sınırlı olması

2-Tutuma ilişkin değerlendirmelerin “İşyerinde Engelliye Yönelik Tutumlar Ölçeği”ndeki maddelerle sınırlı olması,

3- Pandemiden kaynaklı 31 işverenin görüşmeyi kabul etmemesi, 7 iş yerinin ekonomik sebeplerden kapanması, 6 işverenin anketi tamamlamaması ve 7 iş yerinin belirtildiği adreste bulunmaması,

3.5. Araştırmaya Dahil Olma ve Dışlanma Kriterleri

3.5.1. Araştırmaya dahil olma kriterleri

1. Araştırmaya katılmaya gönüllü olmak,
2. Bilinci açık ve anket formundaki soruları algılayabilecek bilişsel kapasiteye sahip olmak,
3. 18 yaşından büyük olmak,
4. Okuma- yazmayı biliyor olmak,
5. Düzce sanayi bölgesinde 50 ve üzeri çalışanı bulunan şirketlerde insan kaynakları, yönetici ve iş yeri sahibi pozisyonunda olmak.

3.5.2. Araştırmadan dışlanma kriterleri

1. Rızası olmamak,
2. Araştırmadan çekilmek istemek,
3. Çalışmanın yapıldığı esnada izinli, raporlu vs. olmak.

3.6. Verilerin Toplanması

Araştırma Düzce Ticaret ve Sanayi Odası'ndan izin alınarak Mart-Nisan-Mayıs aylarında uygulanmıştır. Araştırmanın verileri Düzce ilinde bulunan 50 ve üzeri çalışanı bulunan iş yerlerinin işverenleri ile yüz yüze görüşme yoluyla toplanmıştır.

3.6.1. Veri toplama araçları

Veri toplama aracı olarak, Kişisel Bilgi Formu ve İşyerinde Engelliye Yönelik Tutum Ölçeği (İEYTÖ) kullanılmıştır.

3.6.1.1. Kişisel bilgi formu

Kişisel bilgi formunda literatürden yararlanılarak işverenler hakkında cinsiyet, yaş, öğrenim durumu, üretim yaptığı iş kolu, iş yerindeki statüsü, bu statüdeki çalışma süresi, bir engelinin olup olmaması, varsa engel türü, engelli bir yakınının olup olmaması, varsa engel türü, iş yerinde çalışan engelli birey olup olmadığı, varsa engel türü ve sayısı, işverenin çalıştırmayı düşündüğü engelli bireyin engel türü ve sayısı, engelli bireyin istihdamı hakkındaki düşünceleri, psikiyatri engeli olan bireylerin istihdamı hakkında düşünceleri ve psikiyatri engeli olan

bireylerin istihdamı hakkında önerileri içeren toplam 17 açık uçlu ve kapalı uçlu soru bulunmaktadır (EK -1).

3.6.1.2. İşyerinde engelliye yönelik tutum ölçeği (İEYTÖ)

İşverenlerin Engelli Çalışanlara Yönelik Tutum Ölçeği işverenlerin engelli çalışanlarına yönelik tutumlarını belirlemek amacıyla Sabriye Sevil Akardere (2005) tarafından geliştirilmiş, Mamatoğlu ve ark. (2015) tarafından geçerlilik güvenilirliği alınmıştır. Yapılan analizlerde; ölçeğin “engelli istihdamına genel yaklaşım” (20 madde), “engellilerin iş ortamına ve işe uyumuna ilişkin algı” (toplam 15 madde) ve “çalışan engellinin ve yaptığı işin algılanan niteliği” (toplam 12 madde) olarak adlandırılan toplam 47 maddeden oluşan üç faktörlü bir yapısı olduğu ortaya konulmuştur. Söz konusu ölçek 5’li likert tipi türünde hazırlanmıştır (Tamamen Katılıyorum – Katılıyorum – Kararsızım – Katılmıyorum - Kesinlikle Katılmıyorum). Ölçeğin amacı işverenlerin engelli çalışanlara yönelik tutumlarının belirlenmesidir. Ölçek sonucu hesaplanan puanın yüksek olması işverenlerin olumlu bir tutuma düşük oluşu olumsuz bir tutuma sahip olduğunu göstermektedir.

3.7. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri

3.7.1. Bağımlı değişkenler

İşverenlerin şizofreni tanılı bireylerin istihdamı hakkındaki tutumları toplam ve alt ölçek puanları bağımlı değişken olarak alınmıştır.

3.7.2. Bağımsız değişkenler

Cinsiyet, yaş, öğrenim durumu, üretim yaptığı iş kolu, iş yerindeki statüsü, bu statüdeki çalışma süresi, bir engelinin olup olmaması, engelli bir yakınının olup olmaması, iş yerinde çalışan engelli birey olup olmadığı bağımsız değişken olarak alınmıştır.

3.8. Verilerin Analizi

Bu çalışmada elde edilen veriler SPSS 22 paket programı ile analiz edilmiştir. Değişkenlerin normal dağılımdan gelme durumları araştırılırken Kolmogorov-Smirnov ve Shapiro Wilk’s testlerinden yararlanılmıştır. Sonuçlar yorumlanırken anlamlılık düzeyi olarak 0.05 kullanılmış olup; $p < 0,05$ olması durumunda değişkenlerin normal dağılıma uyum göstermediği, $p > 0.05$ olması durumunda ise değişkenlerin normal dağılıma uyum gösterdikleri belirtilmiştir.

Gruplar arasındaki farklılıklar incelenirken değişkenlerin normal dağılıma uyum gösterdikleri durumlarda Bağımsız t Testi (Independent t Testi) ve Tek Yönlü ANOVA (One-Way ANOVA), normal dağılıma uyum göstermedikleri durumlarda Mann-Whitney U testi ve Kruskal Wallis testlerinden yararlanılmıştır.

Tek Yönlü ANOVA’da anlamlı farklılıklar görülmesi halinde grupların varyanslarının homojen olduğu durumlarda Tukey HSD ve varyansların homojen olmadığı durumlarda ise Tamhane’s Analizlerinden yararlanılmıştır.

Nominal değişkenlerin grupları arasındaki ilişkiler incelenirken Ki-Kare analizi uygulanmıştır. 2x2 tablolarda gözlemlerdeki beklenen değerlerin yeterli hacme sahip olmaması durumlarında Fisher’s Exact Test kullanılmış olup RxC tablolarda ise Monte Carlo Simülasyonu yardımıyla Pearson Ki-Kare analizi uygulanmıştır.

Sonuçlar yorumlanırken anlamlılık düzeyi olarak 0,05 kullanılmış olup; $p < 0,05$ olması durumunda anlamlı bir ilişkinin olduğu, $p > 0,05$ olması durumunda ise anlamlı bir ilişkinin olmadığı belirtilmiştir.

Sonuçlar yorumlanırken anlamlılık düzeyi olarak 0,05 kullanılmış olup; $p < 0,05$ olması durumunda anlamlı bir farklılığın olduğu, $p > 0,05$ olması durumunda ise anlamlı bir farklılığın olmadığı belirtilmiştir.

3.9. Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırma için Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Komisyonu’ndan 26.08.2019 (Karar Numarası: 2019/165) tarihinde izin alınmıştır. İşverenlere araştırma hakkında bilgi verilmiş, katılıp katılmama kararı kendilerine bırakılmıştır. Araştırma sonunda elde edilen bilgilerin araştırma raporu dışında herhangi bir yerde kullanılmayacağı, araştırmada istedikleri zaman ayrılacakları, bu nedenle zorlanamayacakları kendilerine söylenmiştir. Araştırma raporunda kişisel bilgiler ve sır olarak verilen özel bilgiler araştırmaya katılanların izni olmadıkça açıklanmamıştır.

4. BULGULAR

Araştırmanın bulguları işverenlerin demografik özellikleri, demografik özellikleri ile engelli birey çalıştırmaya yönelik tutumu arasındaki ilişki ve psikiyatrik engelli bireylerin istihdamına yönelik düşünceleri ile psikiyatrik engelli bireylerin istihdamına yönelik önerileri arasındaki ilişki şeklinde gruplandırılmıştır.

Tablo 4.1 Araştırmaya Katılan İşverenlerin Demografik Özelliklerinin Dağılımı (n=72)

ÖZELLİKLER	n	%
Yaş: 37.71±8.90 (min:24-max:65)		
Cinsiyet	Kadın	36 50.0
	Erkek	36 50.0
Yaş grubu	20-30 yaş	18 25.0
	31-40 yaş	29 40.3
	41-50 yaş	18 25.0
	51 ve üzeri yaş	7 9.7
Öğrenim durumu	Lise mezun	7 9.7
	Üniversite mezunu	65 90.3
Toplam	72	100.0

Tablo 4.1’de araştırmaya katılan işverenlerin bazı demografik özelliklerinin dağılımı verilmiştir. Buna göre çalışma katılan işverenlerin yarısını kadınlar oluşturmaktadır (% 50). İşverenlerin yaş aralığının 24- 65 aralığında olduğu ve yaş ortalamalarının 37.71 ± 8.90 olduğu tespit edilmiştir. İşverenlerin % 40.3 ü 31-40 yaş aralığında ve çoğunluğu üniversite mezunudur (% 90.3).

Tablo 4.2 Araştırmaya Katılan İşverenlerin Çalışma Yerine İlişkin Özelliklerinin Dağılımı (n: 72)

ÖZELLİKLER	n	%
İş yerindeki statüsü	İş yeri sahibi	1 1.4
	Yönetici	23 31.9
	İnsan kaynakları	48 66.7
Çalışma süresi	0-5 yıl	40 55.6
	6-10 yıl	17 23.6
	11-15 yıl	8 11.1
	16 yıl ve üstü	7 9.7
Üretim yapılan iş kolu	Tekstil	19 26.4
	İnşaat	7 9.7
	Otomotiv	15 20.8
	İmalat	11 15.3
	Gıda	7 9.7
	Plastik	2 2.8
	Mobilya	11 15.3
Toplam	72	100.0

Tablo 4.2’ de işverenlerin çalışma ortamına ilişkin özelliklerinin dağılımı verilmiştir. İşverenlerin çoğu (%66.7) insan kaynakları statüsünde çalışmaktadır. İşverenlerin % 55.6 sı 0-5 yıl arası çalışma süresine sahiptir ve % 26.4 ü tekstil kolunda çalışmaktadır.

Tablo 4.3 Araştırmaya Katılan İşverenlerin Engele Sahip Olma Durumuna İlişkin Dağılımı (n: 72)

ENGEL DURUMU		n	%
Engele sahip olma durumu	Engeli olan	5	6.9
	Engeli olmayan	67	93.1
Sahip olunan engel türü	Görme	2	40.0
	İşitme	2	40.0
	Ortopedik	1	20.0
TOPLAM		72	100.0

Tablo 4.3’ de araştırmaya katılan işverenlerin engellilik durumuna ilişkin dağılımı verilmiştir. Tablo incelendiğinde işverenlerin çoğunluğunun (% 93.1) herhangi bir engeli olmadığı, %6.9’unun engel sahibi olduğu belirlenmiştir. Engeli olan işverenlerin % 40.0’ı görme, % 40.0’ı işitme ve % 20.0 ‘ı ortopedik engellidir.

Tablo 4.4 Araştırmaya Katılan İşverenlerin Engelli Yakınına Sahip Olma Durumuna İlişkin Dağılımı (n: 72)

ENGELLİ YAKINI OLMA DURUMU		n	%
Engelli yakını olma durumu	Engelli yakını olan	19	26.4
	Engelli yakını olmayan	53	73.6
Engel türü	Görme	4	21.1
	İşitme	1	5.3
	Psikiyatrik	7	36.8
	Ortopedik	7	36.8
TOPLAM		72	100.0

Tablo 4.4’te araştırmaya katılan işverenlerin engelli bir yakına sahip olma durumuna ilişkin dağılımı verilmiştir. İşverenlerin çoğunun (%73.6) engelli bir yakını bulunmamaktadır.

İşverenlerin %26.4'ünün engelli bir yakını bulunmakta ve engelli yakınlarının % 36.8 i psikiyatrik engelli bireylerdir.

Tablo 4.5 Araştırmaya Katılan İşverenlerin İş Yerinde Çalıştırdığı Engelli Bireylerin Engel Türüne İlişkin Dağılımı

ENGEL TÜRÜ	n	%
Görme engelli	24	13.0
İşitme engelli	32	17.4
Psikiyatrik engelli	30	16.3
Ortopedik engelli	49	26.6
Dil ve konuşma engelli	23	12.5
Diğer engelli	26	14.0
Toplam*	184	100.0

*n katlanmıştır.

Tablo 4.5' te araştırmaya katılan işverenlerin iş yerinde çalıştırdığı engelli bireylerin engel türüne ilişkin dağılımı verilmiştir. İşverenlerin iş yerinde en fazla (%26.6) ortopedik engelli birey çalıştırdığı görülmektedir. İş yerinde psikiyatrik engelli birey çalıştıran işveren oranı %16.3'tür.

Tablo 4.6 Araştırmaya Katılan İşverenlerin İş Yerinde Daha Fazla Engelli Birey Çalıştırmaya Düşünme Durumuna İlişkin Dağılımı (n:72)

ENGELLİ BİREY ÇALIŞTIRMAYI DÜŞÜNME DURUMU	n	%
İsteyen	59	81.9
İstemeyen	13	18.1
Toplam	72	100

Tablo 4.6’ da işverenlerin iş yerinde daha fazla engelli birey çalıştırmayı isteme durumuna ilişkin dağılımı verilmiştir. İşverenlerin % 81.9’u iş yerinde daha fazla engelli birey çalıştırmayı düşünmektedir.

Tablo 4.7 Araştırmaya Katılan İşverenlerin İş Yerinde Çalıştırmayı Düşündükleri Engelli Bireylerin Engel Türüne İlişkin Dağılımı

ENGEL TÜRÜ	n	%
Görme engelli	14	10.6
İşitme engelli	31	23.5
Psikiyatrik engelli	8	6.1
Ortopedik engelli	44	33.3
Dil ve konuşma engelli	25	18.9
Diğer engelli	10	7.6
Toplam*	132	100.0

*n katlanmıştır.

Tablo 4.7’de araştırmaya katılan işverenlerin iş yerinde çalıştırmayı düşündükleri engelli bireylerin engel türüne ilişkin dağılımı verilmiştir. İşverenlerin çoğu (%33.3) iş yerinde ortopedik engelli birey çalıştırmayı düşünmektedir. İşverenler en az (%6.1) psikiyatri engelli birey çalıştırmayı düşünmektedir.

Tablo 4.8 Araştırmaya Katılan İşverenlerin İEYTÖ Alt Ölçekleri Puan Ortalamaları

Alt Ölçekler	Toplam Puan	Min	Max	$\bar{X} \pm SS$	Min	Max
Engelli istihdamına genel yaklaşım	79.0	48.0	91.0	3.95±0.45	2.40	4.55
Engellilerin iş ortamına ve işe uyumuna ilişkin algı	56.4	37.0	75.0	3.76±0.55	2.47	5.00
Çalışan engellinin ve yaptığı işin algılanan niteliği	44.4	33.96	60.0	3.70±0.55	2.83	5.00
İşyerinde engelliye yönelik tutumlar (Toplam)	180.0	126.9	218.0	3.83±0.43	2.70	4.64

Tablo 4.8’de araştırmaya katılan işverenlerin İEYTÖ ve alt ölçekleri puan ortalamalarına ilişkin dağılımı verilmiştir. İEYTÖ toplam puanı 126.9-218.08 arasında değişmekte olup, toplam puanı 180.01, puan ortalamaları 2.70 – 4.64 aralığında değişmekte olup, ortalaması 3.83±0.43’tür. Bu kapsamda işverenlerin engelli birey çalıştırmaya yönelik olumlu bir tutum sergiledikleri söylenebilmektedir.

Tablo 4.9 Araştırmaya Katılan İşverenlerin Cinsiyetine Göre İEYTÖ Toplam ve Alt Boyutlarının Karşılaştırılması (n=72)

Alt Ölçekler	Kadın (n=36) $\bar{X} \pm SS$	Erkek (n=32) $\bar{X} \pm SS$	t ve p
Engelli istihdamına genel Yaklaşım	3.90±0.47	4.01±0.44	-1.055, p=0.295
Engellilerin iş ortamına ve işe uyumuna ilişkin algı	3.66±0.63	3.86±0.43	-1.602, p=0.114
Çalışan engellinin ve yaptığı işin algılanan niteliği	3.62±0.55	3.78±0.54	-1.257, p=0.213
İşyerinde engelliye yönelik tutumlar (Toplam)	3.75±0.45	3.91±0.40	-1.526, p=0.132

Tablo 4.9’da araştırmaya katılan işverenlerin cinsiyetine göre İEYT toplam ve alt boyut ortalamalarının sonuçları verilmiştir. Tablo incelendiğinde ‘‘Cinsiyet’’ değişkenine göre, katılımcıların İEYT puan ortalamaları ve alt boyut puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$).

Tablo 4.10 Araştırmaya Katılan İşverenlerin Yaş Grubu Değişkenine Göre İEYT Toplam ve Alt Boyutlarının Karşılaştırılması (n=72)

Alt lekler	20-30 yaş (n=18) $\bar{X} \pm SS$	31-40 yaş (n=29) $\bar{X} \pm SS$	41-50 yaş (n=18) $\bar{X} \pm SS$	51 ve üzeri (n=7) $\bar{X} \pm SS$	F ve p
Engelli istihdamına genel yaklaşım	4.07±0.30	3.88±0.50	3.95±0.53	3.96±0.38	0.624 p=0.602
Engellilerin iş ortamına ve işe uyumuna ilişkin algı	3.80±0.57	3.68±0.53	3.79±0.59	3.93±0.45	0.466 p=0.707
alışan engellinin ve yaptėı işin algılanan niteliği	3.86±0.65	3.65±0.50	3.61±0.57	3.76±0.42	0.777 p=0.511
İşyerinde engelliye yönelik tutumlar (Toplam)	3.93±0.42	3.76 ±0.42	3.81±0.50	3.90±0.34	0.633 p=0.596

Tablo 4.10’da araştırmaya katılan işverenlerin yaş grubu değişkenine göre İEYT toplam ve alt boyut ortalamalarının sonuçları verilmiştir. Tablo incelendiğinde ‘Yaş Grubu’’ değişkenine göre, katılımcıların İEYT puan ortalamaları ve altboyut puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$).

Tablo 4.11 Araştırmaya Katılan İşverenlerin Eğitim Durumuna Göre İEYTÖ Toplam ve Alt Boyutlarının Karşılaştırılması (n=72)

Alt Ölçekler	Lise (n=7) $\bar{X} \pm SS$	Üniversite (n=65) $\bar{X} \pm SS$	z ve p
Engelli istihdamına genel yaklaşım	3.89±0.48	3.96±0.45	-0.523 p= 0.601
Engellilerin iş ortamına ve işe uyumuna ilişkin algı	3.85±0.13	3.75±0.57	-0.533 p=0.594
Çalışan engellinin ve yaptığı işin algılanan niteliği	3.68±0.43	3.71±0.56	-0.019 p=0.985
İşyerinde engelliye yönelik tutumlar (Toplam)	3.82 ±0.31	3.83 ±0.45	-0.067 p=0.947

Tablo 4.11’ de araştırmaya katılan işverenlerin eğitim durumuna göre İEYTÖ toplam ve alt boyut ortalamalarının sonuçları verilmiştir. Eğitim Durumu” değişkenine göre, katılımcıların İEYTÖ puan ortalamaları ve alt boyut puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$).

Tablo 4.12 Araştırmaya Katılan İşverenlerin İş Koluna Göre İEYTÖ Toplam ve Alt Boyutlarının Karşılaştırılması (n=72)

Alt Ölçekler	İş Kolu	$\bar{X} \pm SS$	df ve p
Engelli istihdamına genel yaklaşım Otomotiv (n=18)	Tekstil (n=18)	3.97±0.49	6 p=0.715
	İnşaat (n=29)	3.81±0.64	
	İmalat (n=7)	3.91±0.39	
	Gıda (n=7)	4.15±0.40	
	Plastik (n=7)	3.98±0.81	
	Mobilya (n=11)	3.83±0.42	
	4.03±0.39		
Engellilerin iş ortamına ve işe uyumuna İlişkin algı	Tekstil (n=18)	3.80±0.64	6 p=0.877
	İnşaat (n=29)	3.64±0.28	
	Otomotiv (n=18)	3.71±0.60	
	İmalat (n=7)	3.84±0.46	
	Gıda (n=7)	3.93±0.56	
	Plastik (n=7)	3.83±0.71	
	Mobilya (n=11)	3.65±0.56	
Çalışan engellinin ve yaptığı işin algılanan niteliği	Tekstil (n=18)	3.78±0.53	6 p=0.786
	İnşaat (n=29)	3.44±0.40	
	Otomotiv (n=18)	3.63±0.51	
	İmalat (n=7)	3.74±0.71	
	Gıda (n=7)	3.92±0.66	
	Plastik (n=7)	3.58±0.82	
	Mobilya (n=11)	3.68±0.49	
İşyerinde engelliye yönelik tutumlar (Toplam)	Tekstil (n=18)	3.87±0.47	6 p=0.891
	İnşaat (n=29)	3.66±0.39	
	Otomotiv (n=18)	3.82±0.40	
	İmalat (n=7)	3.85±0.40	
	Gıda (n=7)	4.02±0.48	
	Plastik (n=7)	3.83±0.78	
	Mobilya (n=11)	3.73±0.43	

Tablo 4.12’de araştırmaya katılan iş verenlerin üretim yaptığı iş koluna göre İEYTÖ toplam ve alt boyut ortalamalarının sonuçları verilmiştir. Tablo incelendiğinde “İş kolu” değişkenine göre, katılımcıların İEYTÖ puan ortalamaları ve alt boyut puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p > 0.05$).

Tablo 4.13 Araştırmaya Katılan İşverenlerin İş Yerindeki Statüsüne Göre İEYTÖ Toplam ve Alt Boyutlarının Karşılaştırılması (n=72)

Alt Ölçekler	Yönetici (n=23) $\bar{X} \pm SS$	İnsan Kaynakları (n=48) $\bar{X} \pm SS$	t ve p
Engelli istihdamına genel yaklaşım	4.00±0.53	3.93±0.42	0.573 p=0.568
Engellilerin iş ortamına ve işe uyumuna ilişkin algı	3.90±0.51	3.71±0.55	1.385 p=0.17
Çalışan engellinin ve yaptığı işin algılanan niteliği	3.74±0.60	3.69±0.53	0.318 p=0.752
İşyerinde engelliye yönelik tutumlar (toplam)	3.90±0.45	3.80±0.42	0.908 p=0.367

Tablo 4.13’de araştırmaya katılan işverenlerin iş yerindeki statüsüne göre İEYTÖ toplam ve alt boyut ortalamalarının sonuçları verilmiştir. Tablo incelendiğinde “İş yerindeki statü” değişkenine göre, katılımcıların İEYTÖ puan ortalamaları ve alt boyut puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$).

Tablo 4.14 Araştırmaya Katılan İşverenlerin Çalışma Süresine Göre İEYTÖ Toplam ve Alt Boyutlarının Karşılaştırılması (n=72)

Alt Ölçekler	Çalışma süresi	$\bar{X} \pm SS$	df ve p
Engelli istihdamına genel yaklaşım	0-5 (n=18)	3.99±0.41	3 p= 0.631
	6-10 (n=29)	3.96±0.54	
	11-15 (n=18)	3.91±0.47	
	16 ve üzeri (n=7)	3.97±0.47	
Engellilerin iş ortamına işeuyumuna ilişkin algı	0-5 (n=18)	3.70±0.55	3 p=0.259
	6-10 (n=29)	3.97±0.37	
	11-15 (n=18)	3.76±0.79	
	16 ve üzeri (n=7)	3.66±0.55	
Çalışan engellinin ve işin algılanan niteliği	0-5 (n=18)	3.69±0.53	3 p= 0.981
	6-10 (n=29)	3.76±0.61	
	11-15 (n=18)	3.68±0.70	
	16 ve üzeri (n=7)	3.69±0.42	
İşyerinde engelliye Yönelik tutumlar (Toplam)	0-5 (n=18)	3.82±0.43	3 p=0.544
	6-10 (n=29)	3.91±0.43	
	11-15 (n=18)	3.80±0.52	
	16 ve üzeri (n=7)	3.72±0.42	

Tablo 4.14’de araştırmaya katılan işverenlerin çalışma süresine göre İEYTÖ toplam ve alt boyut ortalamalarının sonuçları verilmiştir. Tablo incelendiğinde “Çalışma süresi” değişkenine göre, katılımcıların İEYTÖ puan ortalamaları ve altboyut puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$).

Tablo 4.15 Araştırmaya Katılan İşverenlerin Engeli Olma Durumuna Göre İEYTÖ Toplam ve Alt Boyutlarının Karşılaştırılması (n=72)

Alt Ölçekler	Engeli olan (n=5) $\bar{X} \pm SS$	Engeli olmayan (n=67) $\bar{X} \pm SS$	z ve p
Engelli istihdamına genel yaklaşım	4.05±0.43	3.94±0.46	-0.566 p=0.572
Engellilerin iş ortamına ve işe uyumuna ilişkin algı	3.95±0.45	3.75±0.55	-0.743 p=0.457
Çalışan engellinin ve yaptığı işin algılanan niteliği	3.83±0.55	3.69±0.55	-0.643 p=0.520
İşyerinde engelliye yönelik tutumlar (toplam)	3.99±0.44	3.82±0.43	-0.742 p=0.458

Tablo 4.15’de araştırmaya katılan işverenlerin engeli olma durumuna göre İEYTÖ toplam ve alt boyut ortalamalarının sonuçları verilmiştir. Tablo incelendiğinde “Engeli olma durumu” değişkenine göre, katılımcıların İEYTÖ puan ortalamaları açısından ve alt boyut puan istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$).

Tablo 4.16 Araştırmaya Katılan İşverenlerin Engelli Bir Yakını Olma Durumuna Göre İEYTÖ Toplam ve Alt Boyutlarının Karşılaştırılması (n=72)

Alt Ölçekler	Engelli yakını olmayan (n=29) $\bar{X} \pm SS$	Engelli yakını olan (n=18) $\bar{X} \pm SS$	t ve p
Engelli istihdamına genel yaklaşım	3.89±0.43	3.97±0.46	-0.641 p=0.524
Engellilerin iş ortamına işe uyumuna ilişkin algı	3.64±0.57	3.81±0.53	-1.195 p=0.236 ve
Çalışan engellinin ve yaptığı işin algılanan niteliği	3.60±0.62	3.74±0.52	-0.951 p=0.345
İşyerinde engelliye yönelik tutumlar (toplam)	3.74±0.43	3.86±0.43	-1.075 p=0.286

Tablo 4.16’ da araştırmaya katılan işverenlerin engelli bir yakını olma durumuna göre İEYTÖ toplam ve alt boyut ortalamalarının sonuçları verilmiştir. Tablo incelendiğinde “Engelli bir yakını olma” değişkenine göre, katılımcıların İEYTÖ puan ortalamaları ve alt boyut puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$).

Tablo 4.17 Araştırmaya Katılan İşverenlerin Engelli Birey Çalıştırmayı Düşünme Durumuna Göre İEYTÖ Toplam ve Alt Boyutlarının Karşılaştırılması (n=72)

Alt Ölçekler	Düşünen (n=59) $\bar{X} \pm SS$	Düşünmeyen (n=13) $\bar{X} \pm SS$	t ve p
Engelli istihdamına genel yaklaşım	4.01±0.42	3.70±0.54	2.283 p=0.025
Engellilerin iş ortamına ve işe uyumuna ilişkin algı	3.80±0.56	3.61±0.47	1.117 p=0.268
Çalışan engellinin ve yaptığı işin algılanan niteliği	3.76±0.57	3.44±0.37	1.982 p=0.05
İşyerinde engelliye yönelik tutumlar (Toplam)	3.88±0.44	3.60±0.34	2.114 p=0.038

Tablo 4.17’de araştırmaya katılan işverenlerin engelli birey çalıştırmayı düşünme durumuna göre İEYTÖ toplam ve alt boyut sonuçları verilmiştir. Tablo incelendiğinde İşverenlerin “İşyerinizde engelli birey çalıştırmayı düşünme” değişkenine göre, katılımcıların İEYTÖ puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ($p < 0.05$). Evet cevabını veren katılımcılara ait ortalama değer (3.76), hayır cevabını veren katılımcılara ait ortalama değerden (3.44) anlamlı derecede yüksektir. Katılımcıların, “Engelli istihdamına genel yaklaşım” ve “Çalışan engellinin ve yaptığı işin algılanan niteliği” altboyut puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ($p < 0.05$).

Tablo 4.18 Araştırmaya Katılan İşverenlerin Psikiyatrik Engelli Bireylerin İstihdamına Yönelik Düşüncelerinin Dağılımı (n=72)

DÜŞÜNCELER	n	%
Olumlu	14	19.4
Olumsuz	28	34.9
Şarta bağlı olumlu(engel türü doktor onayı, uygun pozisyon)	30	41.7

Tablo 4.18’de işverenlerin psikiyatrik engelli bireylerin istihdamına yönelik düşüncelerinin dağılımı verilmiştir. Tablo incelendiğinde işverenlerin %41.7 si psikiyatri engelli bireylerin istihdamına şarta bağlı (engel türü, doktor onayı, uygun pozisyon) olumlu bakmaktadır.

Tablo 4.19 Araştırmaya Katılan İşverenlerin Psikiyatrik Engelli Bireylerin İstihdamına Yönelik Önerilerinin Dağılımı (n=72)

ÖNERİLER	n	%
Hekim - işveren - işkur ortaklığı ile belirlenen uygun iş kolunda-uygun pozisyonda	31	43.1
Geri planda - bireysel işlerde	23	31.9
Psikiyatrik engelli bireyin eğitimi – çalışma arkadaşlarının arkadaşlarının eğitimi - devam eden psikiyatrik destek	18	25.0

Tablo 4.19’da işverenlerin psikiyatrik engelli bireylerin istihdamına yönelik önerilerinin dağılımı verilmiştir. İşverenlerin % 43.1 i psikiyatrik engelli bireylerin hekim-işveren-işkur ortaklığı ile uygun iş kolunda, uygun pozisyonda istihdam etmesini önermiştir.

Tablo 4.20 Araştırmaya katılan işverenlerin psikiyatri engelli bireylerin istihdamına ilişkin düşünceleri ile psikiyatrik engelli bireylerin istihdamı hakkındaki önerilerinin karşılaştırılması

		DÜŞÜNCELER			Kikare	P	
		Olumlu	Şarta Olumsuz bağlı olumlu				
ÖNERİLER	Hekim-işveren-işkur ortaklığı ile belirlenen uygun iş kolunda uygun pozisyonda	n	7	10	14		
		Sütun	50.0	35.7	46.7		
		n	1	14	8		
	Geri planda -bireysel işlerde	Sütun	7.1	50.0	26.7	9.518	0.049*
	Psikiyatrik engelli bireyin eğitimi-çalışma arkadaşlarının	n	6	4	8		
	eğitimi-devam eden psikiyatrik destek	Sütun	4.,9	1.,3	26.7		

Tablo 4.20’de araştırmaya katılan işverenlerin psikiyatri engelli bireylerin istihdamına ilişkin düşünceleri ile psikiyatri engeli bulunan bireylerin istihdamı hakkındaki önerileri karşılaştırılmıştır. İşverenlerin “Psikiyatrik engelli bireylerin istihdamı hakkında düşünceleri” ile “Psikiyatrik engelli birey istihdamı hakkında önerileri” arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($p<0.05$). Psikiyatrik engelli bireylerin istihdamı hakkında olumsuz görüş belirten işverenler arasında, psikiyatrik engelli bireylerin geri planda – bireysel işlerde istihdam edilmesini savunanların oranı anlamlı derecede yüksektir. Ayrıca psikiyatrik engelli bireylerin istihdamı hakkında olumlu görüş belirten işverenler arasında, psikiyatrik engelli bireylerin hekim-işveren-İŞKUR ortaklığı ile belirlenen uygun iş kolunda-uygun pozisyonda istihdam edilmesini savunanların oranı anlamlı derecede yüksektir.

5. TARTIŞMA ve SONUÇ

Bu çalışma, Düzce ili içerisinde bulunan işverenlerin şizofreni tanımlı bireylerin istihdamına yönelik tutumlarını belirlemek amacıyla yapılmıştır. Ayrıca işverenlerin, engelli bireylerin istihdamı hakkındaki düşünceleri, psikiyatrik engeli olan bireylerin istihdamı hakkındaki düşünceleri ve psikiyatrik engeli olan bireylerin istihdamı hakkındaki önerileri sorgulanmıştır.

5.1. İşverenlerin İEYTÖ ve Alt Ölçeklerine İlişkin Özelliklerinin Tartışılması

Araştırmaya katılan işverenlerin İEYTÖ ve alt ölçek puan ortalamaları incelendiğinde; ‘Engelli istihdamına genel yaklaşım’ alt ölçek puan ortalaması 3.95 ± 0.45 , ‘Engellilerin iş ortamına ve işe uyumuna ilişkin algı’ alt ölçek puan ortalaması 3.76 ± 0.56 , ‘Çalışan engellinin ve yaptığı işin algılanan niteliği’ alt ölçek puan ortalaması 3.70 ± 0.45 , İEYTÖ puan ortalaması 3.83 ± 0.43 , ölçek toplam puanı 180.0 olarak bulunmuştur (Tablo 4.8). Literatürü incelediğimizde; İşgücü Piyasasının Özürlüler Açısından Analizi (2011) çalışmasında, işverenler genellikle engelli çalışanlarına karşı tutumlarının olumlu olduğu, kendi iş yerlerinde engelli istihdamına olumlu baktıklarını, engelli bireylerin işe ve işyerine uyumları, sahip olduğu yeterlilikleri ve yaptıkları işler açısından en az diğer çalışanlar kadar iyi olduklarını ifade etmişlerdir (189). Akardere (2005) yaptığı çalışmada İEYTÖ toplam puanını 225 (min 209-max 235) bularak işverenlerin genel olarak olumlu tutum sergilediklerini belirtmiştir (190). Greenan, Wu ve Black (2002)’in çalışmasında işverenler, engelli çalışanların diğer çalışanlar kadar performans gösterdiklerini düşünmektedirler (191). Anıl (2019) Konya ilinde yaptığı çalışmada İEYTÖ puan ortalamasını 4.03 ± 0.48 (min 2.87- max 4.85), Gönülaçan (2016) Trabzon ilinde yaptığı çalışmada İEYTÖ puan ortalaması 3.66 ± 0.425 (min 2.0-max 5.0) bulunarak işverenlerin orta düzeyin üzerinde bir tutum sergilediklerini belirlemiştir (155, 192). Eratay ve Çetin (2013) Bolu ilinde yaptığı çalışmada İEYTÖ toplam puanını 213 (min 209- max 235) bularak işverenlerin orta düzeyde tutuma sahip olduğunu belirlemiştir (193). Benzer şekilde literatürde işverenlerin engelli bireylerin istihdamına yönelik olumsuz bir tutuma sahip olduğunu gösteren çalışmalar da mevcuttur. Köksal (2019) yaptığı çalışmada İEYTÖ toplam puanını 189 (min 209-max 235) olarak bulmuş ve işverenlerin engelli bireylerin istihdamına yönelik olumsuz bir tutum sergilediklerini belirlemiştir. Levy, Jessop, Rimmerman ve Levy (1991)’nin yaptığı çalışmada benzer sonucu elde etmiştir (12).

Genel ölçek puan ortalaması dikkate alındığında; katılımcıların alabileceği en düşük ve en yüksek puan ortalamaları 2.70 ile 4.64 arasında değişebilmekte ve 3.0 üzerindeki ortalamalar “olumlu tutum” şeklinde değerlendirilmektedir. Çalışmada ölçeğin puan ortalamasına göre işverenlerin engelli birey çalıştırmaya yönelik olumlu bir tutum sergilediği saptanmıştır. İşverenlerin engelli bireylerin istihdamına yönelik düşüncelerini nitel olarak sorguladığımızda işverenler düşüncelerini; “*Engelli bireyin istihdamının yasal zorunluluk olması çok üzücü. İşyeri sahipleri engelli istihdamını zorunluluk olarak görmemeli, onların da işe alımına yardımcı olmalıdır*”, “*Engelli bireylerin hayatın içinde olması gerekmektedir. İstihdamları sağlanarak toplumsal hayatın içinde olmalarına katkı sağlanabilir*”, “*Engelli bireyler diğer çalışanlarla aynı statüye koyulmalı, ayırım yapılmamalıdır*”, “*Her bireyin çalışma hakkı olduğu gibi engelli bireylerimizin de çalışma hakkına sahip olduğunu düşünüyorum*” şeklinde belirtmişler ve genelde olumlu bir tutuma sahip olduklarını ifade etmişlerdir. Bu durum işverenlerin engelli çalışanlar ile ilgili bilgi sahibi olduğunu göstermektedir. Ayrıca işverenlerin sahip oldukları olumlu tutum yaşadıkları olumlu deneyimlere bağlanabilmektedir. Unger (2002) yaptığı çalışmada iş hayatında olumlu deneyimi olan işverenlerin engellilere karşı daha olumlu tutum sergiledikleri sonucuna ulaşmıştır (194).

5.2. İşverenlerin İEYTÖ Ve Alt Boyutları İle Bazı Demografik Değişkenlerin Tartışılması

Literatür incelendiğinde işverenlerin engelli bireylerin istihdamına yönelik tutumları farklılık göstermektedir. Bu durumun sosyodemografik özelliklere bağlandığı araştırmalar mevcuttur. Çalışmada işverenlerin sosyodemografik özellikleri incelendiğinde, işverenlerin engelli bireylerin istihdamına yönelik tutumları ile işverenin *cinsiyet* değişkeni arasında anlamlı bir ilişki olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$). Literatürü incelediğimizde elde edilen bulguyla paralellik gösteren sonuçlar mevcuttur (11, 155, 192, 193, 195, 196). Bazı çalışmalarda da cinsiyet değişkeninin işveren tutumu üzerinde belirleyici bir etkisi olduğu düşünülmektedir. Dragojevic, Milacic ve Hanak (2010), Findler, L vd. (2007), kadınların engellilere yönelik daha olumlu düşünceler ve davranışlara sahip olduğu sonucuna ulaşmıştır (197, 198). Akardere (2005)'nin yaptığı çalışmada farklı olarak erkek işverenlerin engelli bireylerin istihdamına yönelik tutumlarının kadın işverenlere göre daha olumlu olduğu görülmektedir (190). Çalışmada cinsiyet değişkeninin tutum üzerinde anlamlı bir etkisinin olmaması katılımcı sayısının az olmasıyla açıklanabilir. Cinsiyet değişkeninin tutum üzerindeki etkisinin açıklanabilmesi için daha fazla katılımcıyla yapılan araştırmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

Çalışmada işverenlerin engelli bireylerin istihdamına yönelik tutumları ile işverenin **yaş** değişkeni arasında anlamlı bir ilişki olmadığı, tutum puanları incelendiğinde 20-30 yaş arası grubunun az bir fark ile daha yüksek tutum puanına sahip olduğu belirlenmiştir ($p>0.05$).

Literatürü incelediğimizde **yaş** ve tutum arasındaki ilişki ile ilgili farklı çalışmalara rastlamaktayız. Gönülaçan (2016), Eratay ve Çetin (2013) yaptığı çalışmalarda yaş değişkeni ile işveren tutumu arasında anlamlı bir sonuç bulunmamaktadır (155, 193). Köksal (2019) ın yaptığı çalışmada işveren tutumu ile yaş değişkeni arasında anlamlı bir farklılık bulunmamakta, ancak tutum puanları incelendiğinde 41-50 yaş grubu en yüksek tutum puanına sahip olduğu görülmektedir (11). Benzer şekilde, Atay (1995), Avcıoğlu, Sazak-Pınar ve Öztürk (2005), Fındler, Vilchinsky ve Werner (2007), Küçüker ve Konur (1994), Sümbül ve Sergin (2002)'nin yapmış oldukları çalışmalarda da yaş arttıkça olumlu tutumların arttığı belirlenmiştir (198-201). Akardere (2005), 51 yaş ve üstünün en olumlu tutuma sahip olduğunu belirlemiştir (190).

Yapılan çalışmalarda yaş faktörünün tutum üzerindeki etkisi kişisel deneyime bağlanabilir. Yaş faktörünün etkisinin araştırıldığı daha fazla çalışmaya ihtiyaç duyulmaktadır.

Çalışmada işverenlerin engelli bireylerin istihdamına yönelik tutumları ile işverenin **eğitim durumu** değişkeni arasında anlamlı bir ilişki olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$). Eğitim durumunun işverenlerin engelli bireylere yönelik tutumuna bir etkisinin olmadığını gösteren çalışmalar mevcuttur (11, 155, 192, 193). Köksal (2019)'ın yaptığı çalışmada az bir fark ile lise mezunu işverenlerin tutum puanının daha yüksek olduğu görülmüştür (11). Özmen (1996), çalışmasında eğitim durumu değişkenine göre işveren tutumları arasında olumlu yönde anlamlı farklılık olduğunu belirtmiştir (202). Eğitim durumunun tutum üzerinde etkisinin olduğunu belirleyen çalışmaların örneklem grubunda farklı öğrenim durumuna sahip işverenler bulunmaktadır. Çalışmada örneklem grubundaki işverenlerin eğitim durumunun benzer olması bu değişkenin tutum üzerindeki etkisinin yeterince değerlendirilmemesine sebep olarak gösterilebilir.

Çalışmada işverenlerin engelli bireylerin istihdamına yönelik tutumları ile işverenin **üretim yapılan iş kolu** değişkeni arasında anlamlı bir ilişki olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$). Literatürdeki çoğu çalışma bulgumuzu desteklemektedir (11, 155, 190, 192, 193). Ancak çalışmada nitel olarak sorguladığımızda inşaat sektöründe bulunan işverenler engelli bireylerin bu sektör için uygun olmadığını ifade etmiştir. İnşaat sektöründeki işverenler engelli istihdamını “*inşaat sektörü tehlikeli iş sınıfına girdiği için engelli çalıştırmaya uygun değildir*”

şeklinde yorumlanmaktadır. Yapılan görüşmelerde “*inşaat sektöründe çalışmak engelli bireyin hem kendisi hem de çalışma arkadaşları için risk oluşturmaktadır*” diye belirtilmiştir. Ozawa ve Yeada (2007) yaptığı araştırmada bulgumuzu desteklemiş, inşaat ve imalat sektöründe olan işverenlerin hizmet sektöründeki işverenlere göre daha fazla faaliyet sınırlamasıyla karşı karşıya kaldığı belirlemiştir. Toptan perakende, ticaret, yiyecek ve içecek sektörlerindeki işverenler, inşaat ve imalat sektöründeki işverenlere göre daha az faaliyet sınırlamasıyla karşı karşıya kaldığı sonucu ortaya çıkmıştır (203). Bu durum işverenlerin tehlikeli iş sınıfında bulunan inşaat sektöründe engelli bireyler ile yaşadıkları olumsuz tecrübeler ile açıklanabilir, ayrıca inşaat sektörüne engelli bireylerin yönlendirilmeden önce İŞKUR-işveren ortaklığıyla karar alınmasının gerekliliğini göstermektedir.

Çalışmada işverenlerin engelli bireylerin istihdamına yönelik tutumları ile işverenin *statü* değişkeni arasında anlamlı bir ilişki olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$). Yapılan araştırmalar sonucunda literatürde işverenin statünün engelli bireyin istihdamına yönelik tutumlarını etkileyip etkilemediğine yönelik bir çalışmaya rastlanmamıştır. Ancak meslek düzeyi arttıkça damgalanmanın azaldığı bilinmektedir (186).

Çalışma süresi değişkenine göre işverenlerin engelli bireylerin istihdamına yönelik tutumları incelendiğinde anlamlı bir farklılık bulunmamakta ($p>0.05$) ancak 6-10 yıl aralığı çalışma süresine sahip olan işverenlerin tutum puanlarının diğer işverenlere göre daha yüksek olduğu görülmektedir (Tablo 4.14). Literatürü incelediğimizde Anıl (2019), Gönülaçan (2016), Eratay ve Çetin (2013)’in yaptığı çalışmalarda çalışma süresi değişkenine göre işverenlerin tutumlarında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır (11, 155, 192, 193). Ancak Köksal (2019) yaptığı çalışmada 6-10 yıl çalışma aralığında olan işverenlerin tutum puanlarının diğer işverenlerden yüksek olduğunu belirlemiştir (11). Akardere (2005)’nin yaptığı çalışmada çalışma süresi 11-15 yıl arasında olan işverenlerin çalışanı olarak engelli bireylere ilişkin tutumları en yüksek düzeydedir. (190). Özmen (1996) yaptığı çalışmada çalışma süresi (iş deneyimi) değişkeninin işveren tutumları üzerinde olumlu yönde anlamlı bir etkisi olduğu sonucuna ulaşmıştır (202). Çalışmada 6-10 yıl çalışma süresine sahip işverenlerin engelli istihdamı ile ilgili olumlu tutumunun daha öncesinde yaşadığı engelli bireylerle ilgili deneyimine bağlanabilir. Literatürde engelli bireylerle iş deneyimi olan işverenlerin engelli istihdamına yönelik tutumunun olumlu olduğu belirlenmiştir (12).

Çalışmada işverenlerin engelli bireylerin istihdamına yönelik tutumları ile işverenin **engel sahibi olma** değişkeni arasında anlamlı bir ilişki olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$). İşverenin engel sahibi olmasının engelli bireyin istihdamına yönelik tutumuna etkisini literatürde incelediğimizde; Eratay ve Çetin (2013)'in bulgumuzu desteklediği, işverenlerin engellilere yönelik tutumları ile engelli olma değişkeni arasında anlamlı bir ilişki olmadığı belirlenmiştir (193). Gönülaçan (2016) da yaptığı çalışmada engele sahip olma değişkeni ile katılımcıların tutumları arasında anlamlı bir farklılık bulmamıştır ancak engele sahip olan katılımcıların tutum puanının engele sahip olmayan katılımcılara göre daha düşük olduğu belirlenmiştir (155).

Çalışmada engeli olan işveren sayısının az olması sonuçların güvenilirliğini etkilemektedir. Bu konu ile ilgili daha fazla işveren ile yapılan çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

Çalışmada işverenlerin engelli bireylerin istihdamına yönelik tutumları ile işverenin **engelli yakını bulunma** değişkeni arasında anlamlı bir ilişki olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$). Literatür incelendiğinde Gönülaçan (2016), Anıl (2019), Köksal (2019) yaptığı araştırmalarda bulgumuzu desteklemektedir (11, 155, 192). Dragojeic, Milacic ve Hanak (2010) yaptığı çalışmada engelli bireyler ile daha öncesinde yakınlığı bulunan katılımcıların daha fazla olumlu tutuma sahip olduğu sonucuna ulaşmıştır (197). Eratay ve Çetin (2013) de benzer sonuca ulaşmış, işverenlerin engelli yakını bulunması ile engelli bireylere ilişkin tutumları arasında anlamlı bir fark bulmuştur (193). Çalışmada engelli yakını olma değişkeninin işveren tutumuna etkisinin olmaması kategoriler arasındaki dağılımın eşitsizliğine bağlanabilir.

Çalışmada işverenlerin **gelecekte engelli birey çalıştırmayı düşünme** durumuna göre işyerinde engelliye yönelik tutumlar (toplam) puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ($p<0.05$) (Tablo 4.17). İşverenler gelecekte engelli birey çalıştırmaya düşündüklerini ifade etmişlerdir. Literatürü incelediğimizde araştırmalarda, "*herhangi bir yasal zorunluluk olmasaydı da engelli çalıştırdım*" diyen işverenler söz konusudur. Bu işverenler engellilerin daha özveri ile çalıştıkları, yüksek bir motivasyona sahip oldukları ve işlerine daha fazla sarıldıkları inancını taşımaktadırlar (204). Hasırcıoğlu (2006), yaptığı tez çalışmasında işverenler, sağlam işgücünün yanı sıra engelli işgücünün de çalıştırılması gerektiğini (%40), çalıştırdıkları engelli işçilerden memnun olduklarını (%74) ifade etmişlerdir (161). Elde ettiğimiz bulguların aksine engelli birey çalıştırmayı düşünmeyen işverenler de bulunmaktadır. Topgül ve Yıldırım (2018) yaptığı çalışmada işverenlerin neredeyse %80'inin engelli birey istihdam etmeyi düşünmediğini belirlemiştir (205). Çalışmada işverenlerin engelli birey

çalıştırma ile ilgili olumlu tutumlarının olması önemli bir bulgudur. İşverenlerin olumlu tutumlara sahip olması engelli bireylerin çalışma hayatına katılımını arttıracaktır. Çalışma hayatı engellilerin sosyal hayata katılımları, topluma faydalı birey olmaları, yeni bireylerle iletişim kurarak kendilerine sosyal bir çevre oluşturmaları açısından büyük önem taşımaktadır (47). Ayrıca kişinin özgüveninin, benlik saygısının artması ve kişide var olup gizli kalmış yeteneklerin ortaya çıkması açısından önemlidir. Çalışma hayatına katılan engelli bireyler ailelerin ekonomik yükünü hafifletip, ülke ekonomisine katkıda bulunacaktır (50). Bu bakımdan işverenlerin olumlu tutumlara sahip olması sevindirici bir durumdur.

5.3. İşverenlerin Psikiyatri Engelli Bireylerin İstihdamına İlişkin Düşünceleri ile Psikiyatrik Engelli Bireylerin İstihdamı Hakkındaki Önerilerinin Tartışılması

Çalışmaya katılan işverenlerin psikiyatri engelli bireylerin istihdamına ilişkin düşünceleri ile psikiyatri engeli bulunan bireylerin istihdamı hakkındaki önerileri karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($p < 0.05$). Psikiyatrik engelli bireylerin istihdamı hakkında olumsuz görüş belirten işverenler arasında, psikiyatrik engelli bireylerin geri planda – bireysel işlerde istihdam edilmesini savunanların oranı anlamlı derecede yüksektir (Tablo 4.20). Çalışmada bazı işverenler psikiyatrik engelli bireylerin istihdamı ile ilgili olumsuz düşüncelerini *“İŞKUR’un ısrarı ile aldığımız psikiyatrik engelli bir birey spatula ile diğer çalışma arkadaşının boğazını kestiği için psikiyatrik engeli bireylerin çalışmasına sıcak bakmıyorum”*, *“Fabrikanın stresli ortamına uyum sağlayamıyorlar”*, *“Diğer çalışma arkadaşları bakımından problem olabilir. Her insanın psikolojisi ve görüşü farklıdır. Problem yaşandığında anında müdahale etmede problem olabilir”*, *“Çalışmamaları gerektiğini düşünüyorum”* şeklinde belirtmişlerdir. Çalışmada işverenler psikiyatrik engelli bireylerin geri planda çalıştırılması ile ilgili önerilerini *“Daha bireysel işler yapabilirler. Toplumdan biraz uzak kalarak çalışabilirler”*, *“Evde istihdam edebilirler, kendi evlerinde çalışabileceği iş imkanı ve ortamlar sağlanmalı”*, *“Daha çok bireysel iş yapabilecekleri bölümlerde istihdam edebilir veya beraber çalışacağı iş arkadaşlarına uzman kişiler tarafından karar verilerek o kişilerle aynı bölümde çalışmalarını sağlanabilir”*, *“İnsanlardan bir adım geri sahada çalışabilecekleri alanlarda değerlendirilmeliler”*, *“Kalabalık olmayan ortamlarda küçük sorumluluklar alabileceği işler yapmalıdırlar”* şeklinde ifade etmişlerdir. Öz (2016)’ün işverenlerle yaptığı çalışmada, işverenler şizofreni tanılı bireylerin insanlarla çok ilişki

kurmadan, karmaşık işlerin olmadığı ortamlarda çalışabileceklerini ifade etmişlerdir. İşverenler bu tür hastalığı olan kişilerin insan stresinden uzak, sakin, huzurlu ve uyaransız ortamda, karmaşık olmayan basit işler yapması gerektiğini belirtmişlerdir (206). İşverenlerin psikiyatrik engelli bireyleri geri planda çalıştırmak istemesi damgalanmaya örnektir. Bu durum işverenlerin psikiyatrik engelli bireylere yönelik damgalanmanın azaltılması konusunda yapılabilecek çalışmaların önemini göstermektedir.

Çalışmada psikiyatrik engelli bireylerin istihdamı hakkında olumlu görüş belirten işverenler arasında, psikiyatrik engelli bireylerin hekim-işveren-işkur ortaklığı ile belirlenen uygun iş kolunda-uygun pozisyonda istihdam edilmesini savunanların oranı anlamlı derecede yüksektir ($p<0.05$), (Tablo 4.20). Çalışmada psikiyatrik engelli bireylerin istihdamı ile ilgili olumlu görüş bildiren işverenler düşüncelerini; *“Hasta olsalar dahi çalışmaları gerektiğini düşünüyorum.*

Kendilerini yeterli görüyorlar ise çalışmalılar. İş yerimizde bulunan psikiyatrik engelli dahil bütün engelli çalışanlarımızdan memnunuz.’, *“Çalışmaları gerektiğini düşünüyorum. Bir yere kapanıp kalmak insanların içine karışmamak hiç adil bir durum değil. Ne kadar çok istihdam edilirse o kadar çok toplum içine karışacaklar”*, *“Psikiyatrik engeli olan bireyler de diğer engelli bireyler gibi iş hayatında olmalı. Hatta iş yerinde bir köşeye bırakmak yerine daha bizlerle iç içe olacak şekilde konuşlandırılmalı”*, *“Olumlu düşünüyorum. Psikiyatrik engeli olan bireyler mutlaka istihdam edilmelidir”*, *“Çalışmaları toplum içinde varolmaları sorunlarından daha çabuk ve kolay kurtulmalarını sağlayabilir”* şeklinde ifade etmişlerdir. İşverenler psikiyatrik engelli bireylerin istihdamı ile ilgili hekim-işveren-işkur ortaklığı ile belirlenen uygun iş kolunda-uygun pozisyonda önerisini; *“Engelli bireylerin çalışmaları çok kontrollü olarak yürütülmelidir. Çalışma şartları psikiyatrik engelin düzeyine ve çeşidine göre değişir”*, *“Psikiyatrik engelli bireyin tanısına göre değişir. Ağır psikiyatrik engeli varsa örneğin şizofreni gibi onun çalıştırılması diğer çalışanları tedirgin eder. İnsani değerler önemli olsa bile ticaret işinin içine girdiği zaman biz işverenler daha temkinli yaklaşırız”*, *“Psikiyatrik engeli olan bireyler uygun işyerlerinde çalıştırılmalıdırlar. Benim iş yerim psikiyatrik engeli olan için uygun değildir. Ağır sanayi hem hastaların kendi hem de diğer çalışanlar için risktir”*, *“Çalışabileceğine dair doktor onaylı olan bireyler istihdam edebilirler”*, *“Bu iş yeri için uygun değildir (ağır ve tehlikeli iş kolu nedeni ile). Uygun iş yerleri için neden olmasın”* şeklinde ifade etmişlerdir.

Literatürü incelediğimizde Priebe (1998)’e göre yapılan işin türü ve niteliği bireylerin işe katılmasında ve başarılı bir performans göstermesinde önemli bir etkidir (100). Baran ve

Cavkaytar (2007)' in 20 işverenle yaptığı çalışmada, işverenlerin işyerlerinde çalışan zihin engelli bireyleri çoğunlukla mal veya hizmet üretiminde ara eleman olarak görevlendirmişler ve bu görevleri verirken de yapabileceklerine uygun ve güvenli işler verdikleri için bir sorun yaşamadıkları ortaya çıkmıştır (207). Güngör ve ark. (2012 yaptığı çalışmada engelli bireylerin engel durumuna uygun işlerde istihdam etmesinin işteki verimliliği arttıracaklarını belirtmektedir (127). Kocaeli'nde yapılan bir çalışmada işverenler engelli istihdamı sırasında karşılaşılan en önemli zorluklardan biri engelli bireylerin devamsızlıkları ve işgücü devir oranlarının düşürülmesinin uygun iş koluna yerleştirilmesiyle mümkün olacağını ifade etmişlerdir (208). İşverenlerin engelli bireylerin uygun pozisyona yerleştirilmesi ile ilgili zorluk yaşadığı bilinmektedir. Çalışmada işverenler İŞKUR' un bu konuda yeterli yardımda bulunmadığını ifade etmişlerdir. Hasırcıoğlu (2006)'nun yaptığı çalışmada benzer sonuçlar bulunmakta, işverenlerin 19'u (%38) engelli istihdamında yaşanan sorunların nedenleri arasında Türkiye İş Kurumu'nu göstermektedir. (161). Öz (2016) yaptığı çalışmada engelli işe alımlarında profesyonel bir destek ve danışmanlık verilirse uygun yerlerde istihdamlar olabileceğini ve iş uyumunda sıkıntı olmayacağını, engelli işgücü ile ilgili endişelerinin de azalacağını belirtmişlerdir. Bu bilgilendirmelerin Çalışma Bakanlığı'nın ve İŞKUR'un desteği ile yapılması gerektiğini ifadelerinde belirtmişlerdir (206). Psikiyatri engelli bireylerin uygun pozisyona yerleştirilmesi yapılan işten elde edilen verimin artmasına, işverenlerin ön yargılarının azalmasına ve psikiyatrik engelli bireylerin istihdamının önünün açılmasına katkı sağlayacaktır. Çalışma engelli bireylerin uygun pozisyona yerleştirilmesinde İŞKUR'un yetersiz kaldığını göstermektedir. Bu konuda hekim-İşveren-İŞKUR ortaklığıyla yapılacak çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

5.4.Sonuçlar

İşverenlerin şizofreni tanılı bireylerin istihdamına yönelik tutumlarının incelendiği bu çalışmada aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir.

1. Araştırmaya katılan işverenlerin yarısının kadın, yaş ortalamasının 37.71 ± 8.90 olduğu saptanmıştır. İşverenlerin çoğunun üniversite mezunu (%90.3), insan kaynakları pozisyonunda (%66.7), 0-5 yıl çalışma süresine sahip (%55.6) ve tekstil iş kolunda çalıştığı (%26.4), bir engeli (%93.1) ve engelli bir yakını bulunmadığı (%73.6), çalıştırdığı engelli personelin ortopedik engelli olduğu (%68.1) saptanmıştır (Tablo 4.1, Tablo 4.2, Tablo 4.3, Tablo 4.4, Tablo 4.5, Tablo 4.6, Tablo 4.7.) .

2. Araştırmaya katılan işverenlerin ‘İşyerinde Engelliye Yönelik Tutumlar Ölçeği’ (3.88±0.44) ve ‘Engelli İstihdamına Genel Yaklaşım’ (4.01±0.42), ‘Engellilerin İş Ortamına ve İşe Uyumuna İlişkin Algı’ (3.80±0.56), ‘Çalışan Engellinin ve Yaptığı İşin Algılanan Niteliği’ (3.76±0.57) altboyutları puan ortalamaları incelendiğinde iş yerinde engelli birey çalıştırmaya yönelik olumlu bir tutuma sahiptir (Tablo 4.8).
3. İşverenlerin cinsiyet, yaş, eğitim düzeyi, üretim yapılan iş kolu, iş yerindeki statü, çalışma süresi, engeli ve engelli yakını olma değişkenlerine göre işyerinde engelliye yönelik tutumları farklılaşmamaktadır ($p>0,05$) (Tablo 4.9, Tablo 4.10, Tablo 4.11, Tablo 4.12, Tablo 4.13, Tablo 4.14, Tablo 4.15, Tablo 4.16).
4. İşverenlerin çoğunluğunun iş yerinde ileride engelli birey çalıştırmayı düşünmektedir (%81.9) ($p<0,05$), ancak işverenlerin yapılan işten alınan verimi düşüreceği, kendi ve çevresi için tehlikeli olabileceği yönünde ön yargıları bulunduğu için en az ruhsal ve duygusal engelli bireyleri çalıştırmayı tercih ettiği (%6.1) saptanmıştır (Tablo 4.17).
5. İşverenlerin çoğunluğunun psikiyatri engelli bireylerin istihdamı ile ilgili şarta bağlı olumlu (engel türü, doktor onayı, uygun pozisyon) düşündüğü (%41.7) ve hekimişveren-işkur ortaklığı ile uygun iş kolunda, uygun pozisyonda (%43.1) istihdam etmesini önerdiği saptanmıştır (Tablo 4.18, Tablo 4.19).
6. Psikiyatrik engelli bireylerin istihdamı hakkında olumsuz görüş belirten işverenlerin geri planda – bireysel işlerde istihdam edilmesini önermektedir ($p<0,05$). Bu durum şizofreni tanılı bireylerin işverenler tarafından damgalanmaya maruz kaldığını göstermektedir.
7. Psikiyatrik engelli bireylerin istihdamı hakkında olumlu görüş belirten işverenlerin hekim-işveren-İŞKUR ortaklığı ile belirlenen uygun iş kolunda-uygun pozisyonda istihdam edilmesini önermektedir ($p<0,05$) (Tablo 4.20). Bu durum işverenlerin şizofreni tanılı bireylerin istihdam alanı ile ilgili bilgi sahibi olmadığını göstermektedir. Psikiyatrik Engelli bireylerin çalışma koşulları ve pozisyonları ile ilgili hekim-işverenİŞKUR ortaklığı ile yapılacak çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

6. ÖNERİLER

Araştırmada elde edilen sonuçlar doğrultusunda;

1. Şizofreni tanılı bireylere yönelik damgalanmanın azaltılması için psikiyatri hemşirelerinin şizofreni ile ilgili çalışmalar yapması, dernekler ve sosyal medya aracılığıyla bu konu ile ilgili eğitimler verilerek toplumun bilgilendirilmesi,
2. Psikiyatri hemşirelerinin işverenlerin şizofreni tanılı bireylerle ilgili ön yargılarının azaltılması adına işverenlerin ruh sağlığı okuryazarlığı ile ilgili çalışmalar yapması ve işverenlere yönelik eğitimler düzenlemesi,
3. Psikiyatri hemşirelerinin medyadaki olumsuz haberleri takip ederek düzenlemelerin yapılması,
4. İşverenlere ve iş yerindeki çalışanlara şizofreni tanılı bireylerin özellikleri, yapabileceği işler, çalışma verimlilikleri, mesleki bilgi ve becerileri konusunda hizmet içi eğitimler ve kurslar verilmesi, engelli bireylerle etkileşimlerinin sağlanabileceği toplantıların düzenlenmesi,
5. Şizofreni tanılı bireylerin çalışacağı iş yeri ve engelene uygun pozisyonların İŞKUR, işveren, iş yeri hekimi ve engelli bireyin birlikte karar verilmesi,
6. Ruhsal ve duygusal engelli bireylerin istihdamı ile ilgili çalışma kanununda engelli bireylerden ayrı bir mevzuat oluşturulması, çalışma şartları ve çalışacağı pozisyonların ayrı olarak belirlenmesi,
7. Çalışmak isteyen engelli bireylere ve psikiyatrik engelli olan bireylere genel eğitim, mesleki eğitim ve rehabilitasyon gibi hizmetlerin sağlanması, iş yerinde görev ve sorumlulukları ile ilgili hizmet içi eğitimlerin verilmesi,
8. İŞKUR tarafından çalışan engelli bireylere ve işverenlere rehberlik edilmesi için danışman verilmesi, iş yerlerine düzenli ziyaretlerin yapılması,
9. İşverenlere ruhsal ve duygusal engelli bireyleri istihdam etme konusunda teşvik etmek için desteğin verildiği yasaların hazırlanması önerilmiştir.

7.KAYNAKLAR

1. Kumaş H, Fidan F. Akademisyen ve tekstil işçileri karşılaştırması örneğinde çalışan kadınların çalışma olgusuna bakış açıları. 2010;0(50):507-32.
2. Lordoğlu K. Çalışma İktisadı. İstanbul: Beta. 1999.
3. Landy FJ, Conte JM. Fairness, justice and diversity in the work place. In F. J. Landy, & J. M. Conte (Eds.), Work in the 21st century: An introduction to industrial and organizational psychology((Fifth Edition, pp. 413-441). John Wiley & Sons. 2016.
4. Leonardi MB, J; Ustun, TB; Kostanjsek, N; Chatterji, S. on behalf of the MHADIE consortium. The definition of disability: what is in a name. 2006:1219-21.
5. T.C Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı (AÇSHB). Engelli ve Yaşlı İstatistiği Bülteni. Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Erişim tarihi: 06.10.2021. https://www.ailevecalisma.gov.tr/media/74722/eyhgm_istatistik_bulteni_mart_2021.pdf
6. Şen M. Çalışma Yaşamında Özel Engelliler. Bursa: Ekin Yayınları; 2017.
7. Polat Kanyılmaz E. Engelli bireylerin çalışma yaşamında karşılaştıkları sorunlara yönelik nitel bir araştırma: Çanakkale örneği. İstanbul Ticaret Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi. 2020;19(39):869-97.
8. Burcu E. Türkiye' de özürlü birey olma temel sosyolojik özellikleri ve sorunları üzerine bir araştırma Hacettepe Üniversitesi Yayınları. 2007:48-51, 192.
9. Bilgin KU. Özürlülerin çalışma hayatındaki sorunları ve çözüm önerileri Kamu- İş Hukuku ve İktisat Dergisi, . 2000;5(4):21-38.
10. Işık I, Savaş G, Kılıç N. Şizofreni Hastalığına Sahip Bireylerin Çalışma Hayatı Konusunda Yaşadıkları Güçlükler. ACU Sağlık Bil Derg. 2019;10(3):399-408.
11. Köksal D. İşverenlerin engelli çalışanlara yönelik tutumlarının belirlenmesi (KKTC örneği) [Yüksek Lisans Tezi.]. Lefkoşa: Yakın Doğu Üniversitesi; 2019.
12. Levy JM, Jessop DJ, Rimmerman A, Levy PH. Employment of persons with severe disabilities in large businesses in the United States. International journal of rehabilitation research Internationale Zeitschrift fur Rehabilitationsforschung Revue internationale de recherches de readaptation. 1991;14(4):323-32.
13. Ravaud JF, Madiot B, Ville I. Discrimination towards disabled people seeking employment. Social science & medicine (1982). 1992;35(8):951-8.

14. Ju S, Roberts E, Zhang D. Employer attitudes toward workers with disabilities: A review of research in the past decade. *Journal of Vocational Rehabilitation*. 2013;38(2):113-23.
15. Japan Organisation for Employment of the Elderly. Study on Problems and Solutions regarding Employment of People with Mental Illness in Private Companies [Seishin Syogaisyano Koyou ni Kakawaru Kigyogawa no Kadai to Sono Kaiketsu Housaku ni Kansuru Kenkyu). 2016.
16. Yavuz R. Şizofreni. Türkiye’de Sık Karşılaşılan Psikiyatrik Hastalıklar Sempozyum Dizisi. 2008;62(1):49-58.
17. Çam MO, Bilge A, Engin E, Akmeşe ZB, Turgut EÖ, Çakır N. Muhtarlara Verilen Ruhsal Hastalığa Yönelik Damgalama İle Mücadele Eğitiminin Etkililiğinin Araştırılması. *Journal of Psychiatric Nursing/Psikiyatri Hemsireleri Dernegi*. 2014;5(3).
18. Shaw J, Hunt IM, Flynn S, Meehan J, Robinson J, Bickley H, et al. Rates of mental disorder in people convicted of homicide: national clinical survey. *The British Journal of Psychiatry*. 2006;188(2):143-7.
19. Can Öz Y, Ünsal Barlas G, Yıldız M. Opinions and Expectations Related to Job Placement of Individuals with Schizophrenia: A Qualitative Study Including Both Patients and Employers. *Community mental health journal*. 2019;55(5):865-72.
20. Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD). Good mental health throughout life. 2020.
21. Evensen S, Wisløff T, Lystad JU, Bull H, Ueland T, Falkum E. Prevalence, Employment Rate, and Cost of Schizophrenia in a High-Income Welfare Society: A Population-Based Study Using Comprehensive Health and Welfare Registers. *Schizophrenia bulletin*. 2016;42(2):476-83.
22. Gaité L, Vázquez-Barquero JL, Borra C, Ballesteros J, Schene A, Welcher B, et al. Quality of life in patients with schizophrenia in five European countries: the EPSILON study. *Acta psychiatrica Scandinavica*. 2002;105(4):283-92.
23. Lu SJ, Liou TH, Yen CF, Chang FH, Chen YL, Escorpizo R, et al. Determinants of Employment Outcome for the People with Schizophrenia Using the WHODAS 2.0. 2019;29(2):375-83.
24. Marwaha S, Johnson S, Bebbington P, Stafford M, Angermeyer MC, Brugha T, et al. Rates and correlates of employment in people with schizophrenia in the UK, France and Germany. *The British Journal of Psychiatry*. 2007;191(1):30-7.

25. Yang LH, Phillips MR, Li X, Yu G, Zhang J, Shi Q, et al. Employment outcome for people with schizophrenia in rural v. urban China: population-based study. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*. 2013;203(3):272-9.
26. Belli H, Özçetin A, Ertem Ü, Alpay E, Bahçebaşı T, Kıran ÜK, et al. Şizofreni hastalarında bazı sosyodemografik özellikler ve tedavi ile ilişkili etkenler. *Anatolian Journal of Psychiatry*; 8:102-112. 2007.
27. Kayta BN, Abut FB, Yıldız M. Şizofreni ve şizoaffektif bozukluk tanısı almış hastalarda çalışma yaşamının incelenmesi: Bir pilot çalışma. *Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2017;3(3):13-7.
28. Saylan M, Alptekin K, Akdemir A, Tetik E, Korb FA. The Intercontinental Schizophrenia Outpatient Health Outcomes (IC-SOHO) study: baseline clinical and functional characteristics and antipsychotic use patterns in Turkey. 2004.
29. Yıldız M, Kayta BN, İncedere A, Abut FB, Aydın A, Sarandöl A, et al. Rates and correlates of employment in patients with schizophrenia: A multicenter study in Turkey. 2019;65(3):235-43.
30. Liberman RP, Kopelowicz A. Recovery from schizophrenia: a concept in search of research. *Psychiatric services*. 2005;56(6):735-42.
31. Liberman RP. Recovery from disability: manual of psychiatric rehabilitation. Yıldız M (Translation Editor) *Türkiye Sosyal Psikiyatri Derneği*. 2011:16-9.
32. Bouwmans C, Sonnevile dC, Mulder C, Roijen LH-v. Employment and the associated impact on quality of life in people diagnosed with schizophrenia. *Neuropsychiatric disease and treatment*. 2015;11:2125.
33. Krupa T. Employment, recovery, and schizophrenia: integrating health and disorder at work. *Psychiatric Rehabilitation Journal*. 2004;28(1):8.
34. İncedere A, Yıldız M. Case Management for Individuals with Severe Mental Illness: Outcomes of a 24-Month Practice. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 2019;30(4):245.
35. Ünsal G, Karaca S, Arnik M, Öz YC, Elif A, Kızılkaya M, et al. Psikiyatri kliniğinde çalışan hemşirelerin psikiyatri hemşiresinin rollerine ilişkin görüşleri. *Clinical and Experimental Health Sciences*. 2014;4(2):90-5.
36. Azarkan E, Benzer E. Birleşmiş Milletler Engelli Kişilerin Haklarına Dair Sözleşme ve Türkiye'de Engelli Hakları. *Dicle Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi*. 2018;23(38):3-29.
37. www.tdk.gov.tr, Erişim tarihi : 12 Aralık 2021.

38. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ). “İşlevsellik Yetiyitimi ve Sağlığın Uluslararası Sınıflandırılması”. . 29 ŞUBAT 2020.
39. Birleşmiş Milletler (BM). Engelli Haklarına Dair Sözleşme. Erişim tarihi: 06.10.2021. <https://dspace.ceid.org.tr/xmlui/handle/1/718> 2009.
40. Engelliler Hakkında Kanun, m.3. Erişim Tarihi. 10.06.2021. <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=5378&MevzuatTur=1&MevzuatTip=5>. 2005.
41. Milli Eğitim Bakanlığı (MEB). Aile ve Tüketici Hizmetleri: Bireylerde Toplumsal Uyum Ankara: Milli Eğitim Bakanlığı.; 2011 [updated 11.09.2018]. 15]. Available from: http://www.megep.meb.gov.tr/mte_program_modul/moduller_pdf/Engelli%20Bireyle%20Toplumsal%20Uyum.pdf.
42. Erten Ş, Mehmet A. Ulusal Program ve Düzenli ilerleme Raporları Çerçevesinde Türkiye'nin Engelli Politikaları. Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi. 2016;21(4):125-1297.
43. Özmete E. Haklar Temelinde Engellilik Modelleri ve Sosyal Hizmet. Erzurum: Atatürk Üniversitesi Açıköğretim Fakültesi; 2012. p. 16.
44. Okur N, Erbil Erdugan F. Sosyal haklar ve özürülüler: Özürülülük modelleri bağlamında tarihsel bir değerlendirme. II Sosyal Haklar Ulusal Sempozyumu (SHUSII 2010) 4-5-6 Kasım 2010 Denizli. 2010;23:246-7-50.
45. Okur N, Erdugan Erbil F. Sosyal Haklar ve Özürülüler: Özürülülük Modelleri Bağlamında Tarihsel Bir Değerlendirme. Sosyal Haklar Ulusal Sempozyumu. 2013:ss.250-1-4.
46. Arıkan Ç. Sosyal mdel çerçevesinde özgürlüğe yaklaşım. 2002.
47. Genç Y, Çat G. Engellilerin istihdamı ve sosyal içerme ilişkisi. Akademik İncelemeler Dergisi (AID). 2013;8(1):363-94.
48. DSÖ. Dünya engellilik raporu 2011 [cited 4]. 2015].
49. Engelsiz Yaşam Derneği. Erişim tarihi: 15.12.2021. <https://ey-dercom/ana-sayfa/turkiye-vedunyadaengelliler/#:~:text=D%C3%BCnyada%201%20milyar%20engelli%20birey,d%C3%BCnyada%201%20mil%20yar%20engelli%20var>.
50. Öztürk M. Türkiyede özürülü gerçeği. Müsaid yayınları. 2011:20-9-34.
51. Seyyar A. Dünya'da ve Türkiye'de engelli dostu sosyal politikalar. İstanbul: Rağbet Yayınları. 2015:33,5.

52. Dernekbaş S. Zihinsel Engelliler için Matbaa eğitim programının oluşturulması: Marmara Üniversitesi (Turkey); 2010.
53. Reeves WC, Pratt LA, Thompson W, Ahluwalia IB, Dhingra SS, McKnight-Eily LR, et al. Mental illness surveillance among adults in the United States. 2011.
54. Akpınar Öztürk Ş. Şizofrenik hastalara uygulanan sorun çözme becerilerini geliştirme programının yaşam kalitesine etkisi. 2008:180-90.
55. Yanık M. Türkiye ruh sağlığı sistemi üzerine değerlendirme ve öneriler, ruh sağlığı eylem planı önerisi. Reviews, Cases And Hypotheses in Psychiatry Özel Sayısı. 2007;1(3):29.
56. Yıldız M. Şizofreni: Hastalığı anlamak ve onunla yaşamayı öğrenmek. İkinci baskı, Ankara, Hekimler Yayın Birliği. 2005.
57. Orhan Öztürk AU. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. Kitapevleri N, editor. Ankara2015.
58. Bleuler E. Dementia praecox or the group of schizophrenias. Vertex (Buenos Aires, Argentina). 2010;21(93):394-400.
59. Andreasen NC, Liu D, Ziebell S, Vora A, Ho B-C. Relapse duration, treatment intensity, and brain tissue loss in schizophrenia: a prospective longitudinal MRI study. American Journal of Psychiatry. 2013;170(6):609-15.
60. Mueller S, Keeser D, Reiser M, Teipel S, Meindl T. Functional and structural MR imaging in neuropsychiatric disorders, part 2: application in schizophrenia and autism. American journal of neuroradiology. 2012;33(11):2033-7.
61. Dalman C, Thomas HV, David AS, Gentz J, Lewis G, Allebeck P. Signs of asphyxia at birth and risk of schizophrenia: population-based case-control study. The British Journal of Psychiatry. 2001;179(5):403-8.
62. Köroğlu E, Güleç C. Psikiyatri Temel Kitabı. 2. nci baskı. Hekimler Yayın Birliği, Ankara. 2007:369-76.
63. Wassef A, Baker J, Kochan LD. GABA and schizophrenia: a review of basic science and clinical studies. Journal of clinical psychopharmacology. 2003;23(6):601-40.
64. Yang AC, Tsai S-J. New targets for schizophrenia treatment beyond the dopamine hypothesis. International journal of molecular sciences. 2017;18(8):1689.
65. Çam O, Engin E. Ruh sağlığı ve hastalıkları hemşireliği bakım sanatı: İstanbul Tıp Kitabevi; 2014.
66. Townsend MC. Psikiyatri Hemşireliği ve Ruh Sağlığının Temelleri. çev. ed. Nermin Gürhan CTÖ, editor. Akademisyen Kitapevi 2016.

67. McGrath J, Saha S, Welham J, El Saadi O, MacCauley C, Chant D. A systematic review of the incidence of schizophrenia: the distribution of rates and the influence of sex, urbanicity, migrant status and methodology. *BMC medicine*. 2004;2(1):1-22.
68. Soygür H, Alptekin K, Atbaşoğlu EC, Herken H. Şizofreni ve diğer psikotik bozukluklar. 1. Baskı Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları. 2007;500.
69. Işık E. Güncel Şizofreni. Ankara . Format Matbaacılık2006.
70. Sadock B. Kaplan & Sadock Klinik Psikiyatri. Ankara: Güneş Kitapevi. 2005:174-210.
71. Kaya Y. Şizofreni Hastalarının Sosyal İşlevsellikleri ve Hastalara Bakım Veren Yakınlarının Bakım Yüğü. 2013.
72. Binbay T, Ulaş H, Elbi H, Alptekin K. [The psychosis epidemiology in Turkey: a systematic review on prevalence estimates and admission rates]. *Turk psikiyatri dergisi = Turkish journal of psychiatry*. 2011;22(1):40-52.
73. Türkiye İstatistik Kurumu. Özürlülerin Sorun Ve Beklentileri Araştırması. Ankara: Türkiye İstatistik Kurumu Matbaası.2010.
74. Kirkbride JB, Fearon P, Morgan C, Dazzan P, Morgan K, Tarrant J, et al. Heterogeneity in incidence rates of schizophrenia and other psychotic syndromes: findings from the 3-center AeSOP study. *Arch Gen Psychiatry*. 2006;63(3):250-8.
75. Mete L. Şizofreni: En uzak ülke: İletişim Yayıncılık; 2003.
76. Lieberman JA, Alvir MJ, Woerner M, Degreef G, Bilder RM, Ashtari M, et al. Prospective study of psychobiology in first-episode schizophrenia at Hillside Hospital. *Schizophrenia bulletin*. 1992;18(3):351-71.
77. Yıldız M. Şizofrenili hastaların ayaktan tedavisinde ruhsal ve toplumsal girişimler neden gereklidir ve nasıl uygulanabilir, Neden Nasıl Şizofreni. Ankara PEDAY 2005.
78. Weinstein MR, Fischer A. Electroconvulsive treatment of a patient with artificial mitral and aortic valves. *The American journal of psychiatry*. 1967;123(7):882-4.
79. Çetin M. Şizofreni Özel Sayısı, Türkiye Klinikleri Psychiatry Special Topics. Türkiye Klinikleri Psikiyatri 2010;3:38-80.
80. Ceylan M, Çetin M. Şizofreni. 4. Baskı. İstanbul, İncekara Kağıt Matbağacılık2009.
81. Şükrü F, Öztürk M, Kılıç Ö, Üçok A. Altı aylık kişilerarası grup psikoterapisinin bir toplum ruh sağlığı merkezindeki şizofreni hastalarının işlevselliği üzerine etkisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 2018;19(6):559-66.
82. Huang SS, Lin CH, Loh el W, Yang HY, Chan CH, Lan TH. Antipsychotic formulation and oneyear rehospitalization of schizophrenia patients: a population-based cohort study. *Psychiatric services (Washington, DC)*. 2013;64(12):1259-62.

83. Kenneth Gill CP, Melissa Roberts. Psychiatric Rehabilitation. NY, Academic Press. 1999:89111.
84. T.C. Sağlık Bakanlığı Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri Hakkında Yönerge Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı2011 [Erişim tarihi: 17.09.2021]. Available from: <https://www.saglik.gov.tr/TR,11269/toplum-ruh-sagligi-merkezleri-hakkinda-yonerge.html>.
85. T.C Sağlık Bakanlığı İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü. <https://istanbulism.saglik.gov.tr/TR101833/toplum-ruh-sagligi-merkezi-trsm.html>. Erişim tarihi: 4.06.2021.
86. Gözen Ö, Buz S. Türkiye'de Koruyucu ve Önleyici Ruh Sağlığı Bağlamında Toplum Temelli Ruh Sağlığı Uygulamaları: Nitel Bir Araştırma. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar. 2020;12:18-42.
87. Ensari H, Gültekin BK, Koç A, Karaman D. Toplum ruh sağlığı merkezi hizmetinin şizofreni hastalarına etkisi -yaşam kalitesi, yeti yitimi, genel ve sosyal işlevselliğin değerlendirilmesi- bir yıllık izlemin özeti. Anadolu Psikiyatri Dergisi. 2013;14(2):108-14.
88. Bilgen Ç, Erdal A, Bilgili N. Toplum Ruh Sağlığı Merkezine Kayıtlı Şizofreni Hastalarına Bakım Verenlerin Hastalığa Yönelik İnançları ve Bakım Yükleri. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar. 2020;12:298 - 311.
89. Yıldırım A, Buzlu S, Hacıhasanoğlu Aşlar R, Camcıoğlu TH, Erdiman S, Ekinci M. [The effect of family-to-family support programs provided for families of schizophrenic patients on information about illness, family burden and self-efficacy]. Turk psikiyatri dergisi = Turkish journal of psychiatry. 2014;25(1):31-7.
90. Üstün G, Küçük L, Buzlu S. Bir Toplum Ruh Sağlığı Merkezi'nde uygulanan rehabilitasyon programlarına katılan ve katılmayan şizofreni hastalarının bazı sosyodemografik ve hastalıkla ilişkili özellikleri ile tedaviye uyumları ve öz-yeterlilikleri açısından tanımlanması. 2018;9(2):69-79.
91. Stephen Mark KS, Tyna Taşkıla, Biberiye Thomas, Andrea Moise. Working with Schizophrenia: Pathways to Employment, Recovery & Inclusion. London, The Work Foundation. 2013.
92. Selma Arıkan EA. Engelli Bireylerin Destekli İstihdamı. Akademik Kitaplar . İstanbul2018.

93. Hasson H, Andersson M, Bejerholm U. Barriers in implementation of evidence-based practice: Supported employment in Swedish context. *Journal of health organization and management*. 2011;25(3):332-45.
94. Petrakis M, Stirling Y, Higgins K. Vocational support in mental health service delivery in Australia. *Scandinavian journal of occupational therapy*. 2018.
95. Dixon LB, Dickerson F, Bellack AS, Bennett M, Dickinson D, Goldberg RW, et al. The 2009 schizophrenia PORT psychosocial treatment recommendations and summary statements. *Schizophrenia bulletin*. 2010;36(1):48-70.
96. McGurk SR, Mueser KT, DeRosa TJ, Wolfe R. Work, recovery, and comorbidity in schizophrenia: a randomized controlled trial of cognitive remediation. *Schizophrenia bulletin*. 2009;35(2):319-35.
97. Metcalfe JD, Drake RE, Bond GR. Economic, labor, and regulatory moderators of the effect of individual placement and support among people with severe mental illness: a systematic review and meta-analysis. *Schizophrenia bulletin*. 2018;44(1):22-31.
98. Bond GR, Drake RE, Becker DR. Generalizability of the Individual Placement and Support (IPS) model of supported employment outside the US. *World psychiatry*. 2012;11(1):32-9.
99. Bond GR, Drake RE, Becker DR. An update on randomized controlled trials of evidence-based supported employment. *Psychiatric rehabilitation journal*. 2008;31(4):280.
100. Priebe S, Warner R, Hubschmid T, Eckle I. Employment, attitudes toward work, and quality of life among people with schizophrenia in three countries. *Schizophrenia bulletin*. 1998;24(3):469-77.
101. Hacioglu Yildirim M, Alantar Z, Yildirim EA. The relationship between working status and symptoms, quality of life and self-esteem in patients with schizophrenia in Turkey. *International Journal of Social Psychiatry*. 2014;60(7):646-55.
102. Soygür H, Yüksel MM, Eraslan P, Attepe Özden S. [Lessons Learned from Experiencing Mavi At Café (Blue Horse Café) during Six Years: A Qualitative Analysis of Factors Contributing to Recovery from the Perspective of Schizophrenia Patients]. *Türk psikiyatri dergisi = Turkish journal of psychiatry*. 2017;28(2):75-80.
103. United States Department of Labor. Field Operations Handbook (FOH). Erişim tarihi: 06.10.2021. <http://www.dol.gov/whd/FOH/ch64/64k00.htm> 2013.
104. Kregel J, Dean DH. Sheltered vs. Supported Employment: A Direct Comparison of Long-Term.

105. Migliore A. Sheltered workshops. International Encyclopedia of Rehabilitation. Center for International Rehabilitation Research Information and Exchange (CIRRIE) Buffalo USA. 2010.
106. Aköğretmen M, Orhan S. Türkiye'de Engelli İstihdam Yöntemi Olarak Kota Sistemi ve Korumalı İşyerleri: 11. international balkan and near eastern social sciences congress series 2019. 510 p.
107. Çavuş ÖH, Tekin A. Türkiye'de engellilerin istihdam yöntemi olarak korumalı işyeri. Dokuz Eylül Üniversitesi İktisadi İdari Bilimler Fakültesi Dergisi. 2015;30(1):145-65.
108. Engelli ve eski yükümlülere yönelik proje desteği. Başvuru rehberi. 2021/3. Dönem.
109. Gerşil SG, Yemişçi AD. Korumalı işyeri kapsamında zihinsel engelli istihdamı: Manisa OSB yönetiminde Z.E.K.İ projesi örneği. . Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi. 2020;22(3):1125-53.
110. Seyyar A. Sosyal Siyaset Açısından Özürlüler Politikası. Türdav İstanbul. 2001.
111. Şen M. Türkiye'de Engellilere Yönelik İstihdam Politikaları: Sorunlar ve Öneriler. SGD-Sosyal Güvenlik Dergisi. 2018;8(2):129-52.
112. Karaca NG. Uluslararası İlke ve Standartlar Bağlamında Engelli Hakları. Anadolu Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi. 2019;5(1):1-34.
113. BM. İnsan hakları evrensel beyanname. İnsan&İnsan. 1948;61.
114. Uluslararası Çalışma Örgütü(ILO). ILO'nun görevi ve hedefleri. Erişim tarihi 10 Haziran 2021. http://www.ilo.org/ankara/about-us/WCMS_372872/lang--tr/index.htm/.
115. Uşan MF. Mesleki eğitim ve istihdam, devlet personel rejimi ve iş mevzuatı. 2003.
116. Uşan MF. İş Hukukunda sakat istihdamı [Doktora Tezi]. Konya.: Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü. ; 1997.
117. Kolat S. Avrupa Birliği sosyal politikası çerçevesinde özürllülere yönelik ayrımcılıkla mücadele ve Türkiye'deki yansımaları: TC Başbakanlık Özürlüler İdaresi Başkanlığı; 2010.
118. Aysoy M. Hayatı paylaşmak için engel çok. İstanbul: Açı Kitaplar. 2008:22.
119. Davis L. Kimlik Siyasetinin Sonu ve Dismodernizmin Başlangıcı: İstikrarsız Bir Kategori Olarak Sakatlık Üzerine. Dikmen Bezmez, Sibel Yardımcı & Yıldırım Şentürk (Der), Sakatlık Çalışmaları: Sosyal Bilimlerden Bakmak,(501-520) İstanbul: Koç Üniversitesi Yayınları. 2011:502--12.
120. Uşan MF. İş hukukunda sakat istihdamı: Türkiye Sağlık İşçileri Sendikası Yayınları; 1999. 121. Hüseyinli N, Göçmen S, Nasibov D. Çalışma hayatında engelli haklarına ilişkin yasal düzenlemeler ve engellilerin haklara ilişkin

- farkındalıkları. İnsan ve Toplum Bilimleri Araştırmaları Dergisi. 2017;6(6):139-41-43.
122. Saraç C. 2022 Sayılı “65 Yaşını Doldurmuş Muhtaç, Güçsüz ve Kimsesiz Türk Vatandaşlarına Aylık Bağlanması Hakkında Kanun” a Göre Sosyal Yardım Koşulları. Sicil iş hukuk dergisi. 2017(38):2239.
123. T.C Resmi Gazete, sayı: 2709, 7 Kasım1982.
124. AÇSHB. Otizm Spektrum Bozukluğu,. Ankara: 2014.
125. 1. Özürlüler Şurası. Çağdaş Toplum Yaşam ve Özürlüler Komisyon Raporları Genel Kurul Görüşmeleri. . Ankara: Başbakanlık özürlüler dairesi başkanlığı; 1999.
126. İş Kanunu. Sayı: 25134. Kabul Tarihi: 22.05.2003. Erişim tarihi: 10.06.2021. <https://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.4857.pdf>.
127. Güngör F, Güneş G. Dünya'daki Gelişmeler Paralelinde Türkiye'de Değişen Özürlülük Politikaları. Yalova Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi. 2012;2(3):25-44.
128. Özürlüler ve Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnelerde Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun. 01.07.2005. Kanun no: 5378. <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2005/07/200507072.htm#:~:text=MADDE%2014.%20E2%80%94%20C4%B0%C5%9Fe%20al%C4%B1mda%3B,%C3%B6z%C3%BCrl%C3%BClerin%20aleyhine%20ayr%C4%B1mc%C4%B1%20uygulamalarda%20bulunulama.z.> 2005.
129. Özmen DD. Engellilere yönelik alternatif istihdam modelleri: Korunmalı işyeri modelleri [Yüksek lisans tezi]. Muğla: Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi; 2018.
130. Hakulinen C, Elovainio M, Arffman M, Lumme S, Suokas K, Pirkola S, et al. Employment Status and Personal Income Before and After Onset of a Severe Mental Disorder: A Case-Control Study. Psychiatric services (Washington, DC). 2020;71(3):250-5.
131. McDaid D, Knapp M, Medieros H. Employment and mental health: Assessing the economic impact: PSSRU; 2008.
132. Zaprutko T, Kus K, Bilobryvka R, Rakhman L, Göder R, Michalak M, et al. Schizophrenia and employment: evaluation from professionals point of view. Psychiatric Quarterly. 2015;86(4):569-79.
133. Burcu E. Türkiye’de engelli bireylerin dezavantajlı konumlarına engellilik sosyolojisinin eleştirel tavrıyla bakmak. Toplum ve Demokrasi Dergisi. 2017;11(24):107-25.

134. Orhan S, Genç KG. Sosyal Bir Hak Olarak Engelli Bireylerin Eğitim Hakkı: Engelli Bireylerin Eğitiminde Yaşanan Problemlerin Beş İlçe Bazında Sakarya İlinde İncelenmesi. Çalışma Ekonomisi ve Endüstri İlişkileri Seçme Yazılar. 2017:153-90.
135. Akçamete G. Genel eğitim okullarında özel gereksinimi olan öğrenciler ve özel eğitim. Ankara: Kök Yayıncılık. 2010.
136. MEB. Erişim tarihi: 15.12.2021 <http://www.tummufettislerderneği.com/mevzuat/meb-ozelegitim-ve-rehabilitasyon-merkezleri-yonetmeliği/43>. 2007.
137. Tunç İ. Engellilerin sosyo-ekonomik durumları: Yalova ili ölçeğinde bir değerlendirme.: Yalova Üniversitesi; 2013.
138. Dean D, Schmidt R, Pepper J, Stern S. The effects of vocational rehabilitation for people with physical disabilities. Journal of Human Capital. 2018;12(1):1-37.
139. Davutoğlu C. Engelli Bireylerde Mesleki Rehabilitasyonun Çalışma Performansına Etkisi [Yüksek lisans tezi]. Ankara: Hacettepe Üniversitesi; 2018.
140. Erten Ş, Aktel M. Engellilerin erişilebilirlik hakkı: engelsiz kent yaklaşımı çerçevesinde bir değerlendirme. Süleyman Demirel Üniversitesi Vizyoner Dergisi. 2020;11(28):898-912.
141. Özispa N, Arabelen G. Fiziksel engelli bireyler için toplu taşımaya yönelik erişilebilirlik stratejileri. . Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi. 2020:227-48.
142. Kahraman S, Bulut C, Aydın E. İsyerlerinde Engelli Erisimi: Türkiye Üzerine Bir Arastirma 1. Business and Economics Research Journal. 2019;10(4):1005-13.
143. Arslantaş HG, Bülent Kadri; Söylemez, Aydın; Dereboy, Ferhan. Bir üniversite hastanesi psikiyatri polikliniğine ilk kez başvuran hastaların damgalamayla ilgili inanç, tutum ve davranışları. Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi. 2010;11(1).
144. Kocabaşoğlu N, Aliustaoğlu S. Stigmatizasyon. Yeni Sempozyum Dergisi. 2003;41(4):190-2.
145. Üçok A, Gorwood P, Karadayı G. Employment and its relationship with functionality and quality of life in patients with schizophrenia: EGOFORs Study. European Psychiatry. 2012;27(6):422-5.
146. Corrigan PW, Watson AC. Understanding the impact of stigma on people with mental illness. World Psychiatry. 2002;1(1):16-20.
147. Lampropoulos D, Wolman A, Apostolidis T. Analyzing the presentation and the stigma of schizophrenia in French newspapers. Social psychiatry and psychiatric epidemiology. 2017;52(12):1541-7.

148. Yıldız M, Özten E, Işık S, Özyıldırım İ, Karayün D, Cerit C, et al. Şizofreni hastaları, hasta yakınları ve majör depresif bozukluk hastalarında kendini damgalama. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 2012;13(1):1-7.
149. Kök H, Demir S. Şizofreni ve bipolar bozukluğu olan hastalarda içselleştirilmiş damgalanma, benlik saygısı ve algılanan sosyal destek. *Çukurova Medical Journey*. 2018;43(1):99-106.
150. Yavuz A, Sayar G. Engelliler için Dolaşım Senaryosu “Konya Kent Plaza AVM Örneği”. *Erciyes Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü Fen Bilimleri Dergisi*. 2016;32(2).
151. Yüksel Can Öz GÜB. Şizofreni Hastalığı Olan Bireylerin İşe Yerleştirme İle İlgili Görüşleri Ve Beklentileri: Niteliksel Bir Çalışma. *Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2017;3(3):28-32.
152. Thornicroft G, Brohan E, Rose D, Sartorius N, Leese M, Group IS. Global pattern of experienced and anticipated discrimination against people with schizophrenia: a cross-sectional survey. *The Lancet*. 2009;373(9661):408-15.
153. Okanlı A, Demir Gökmen B. Özel Bakım Merkezlerinde Çalışan Bakım Elemanlarına Verilen Psiko eğitim Şizofreniye Yönelik Bilgi, Tutum ve Yaklaşımlarına Etkisi. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*. 2017;4(4):264-74.
154. Morgan AJ, Reavley NJ, Ross A, Too LS, Jorm AF. Interventions to reduce stigma towards people with severe mental illness: Systematic review and meta-analysis. *Journal of psychiatric research*. 2018;103:120-33.
155. Gönülaçan A. Engelli istihdamına yönelik işveren tutumları: Trabzon örneği *Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*. 2016;16(3):111-30.
156. Fuqua DR, Rathbun M, Gade EM. A comparison of employer attitudes toward the worker problems of eight types of disabled workers. *Journal of Applied Rehabilitation Counseling*. 1984;15(1):40-3.
157. Sakarya Üniversitesi, Engelliler ve İstihdam, . Sakarya Üniversitesi Yayınları. 2009:164.
158. Baybora D. Çalışma hayatında özür lülere karşı ayrımcılık. *Sosyal Siyaset Konferansları Dergisi*. 2006(51):229, 33-69.
159. Mamatoğlu N, Yaşın Dökmen Z, Yıldırım F. İşyerinde engelliye yönelik tutumlar ölçeği. *Hacettepe Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Dergisi*. 2015;32(2):183-204.
160. Orhan S. Türkiye’de özür lü dostu istihdam politikaları (durum analizi ve öneriler) [Doktora tezi]: Sakarya Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü; 2013.

161. Hasırcıoğlu A. İşverenlerin özürlü istihdamına yaklaşımı (Sakarya Örneği). Sakarya.: Sakarya Üniversitesi.; 2006.
162. Olson D, Cioffi A, Yovanoff P, Mank D. Employers' perceptions of employees with mental retardation. *Journal of Vocational Rehabilitation*. 2001;16(2):125-33.
163. Dalagan S, Sormaz Ü, Akdağ G, Çınar Z. Engelli Bireylerin İstihdamına Önyargılar Engel Midir?: Yiyecek İçecek Hizmetleri. *Journal of Tourism and Gastronomy Studies* 2020(Special Issue (4),):55464.
164. Marwaha S, Johnson S. Views and experiences of employment among people with psychosis: a qualitative descriptive study. *International journal of social psychiatry*. 2005;51(4):302-16.
165. Luciano A, Bond GR, Drake RE. Does employment alter the course and outcome of schizophrenia and other severe mental illnesses? A systematic review of longitudinal research. *Schizophrenia research*. 2014;159(2-3):312-21.
166. Ottewell N. The association between employers' mental health literacy and attitudes towards hiring people with mental illness. *Work (Reading, Mass)*. 2019;64(4):743-53.
167. Little K, Henderson C, Brohan E, Thornicroft G. Employers' attitudes to people with mental health problems in the workplace in Britain: changes between 2006 and 2009. *Epidemiology and psychiatric sciences*. 2011;20(1):73-81.
168. Can Öz Y, Ünal Barlas G. Şizofrenili bireylerde istihdamın önemi. *Journal of Academic Research in Nursing*. 2017;3(ek):46-50.
169. Hamaideh S, Al-Magaireh D, Abu-Farsakh B, Al-Omari H. Quality of life, social support, and severity of psychiatric symptoms in Jordanian patients with schizophrenia. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2014;21(5):455-65.
170. Na EY, Lim YJ. Influence of Employment on the Positive Mental Health of Individuals with Schizophrenia Living in the Community. 2020;91(1):203-8.
171. Hasegawa T, Hashimoto T, Kanahara N, Yamanaka H, Ishige M, Sato Y, et al. Identifying improvable employment-related factors in schizophrenia patients. *Psychiatry research*. 2018;266:199-205.
172. Evans J, Repper J. Employment, social inclusion and mental health. *Journal of psychiatric and mental health nursing*. 2000;7(1):15-24.
173. Doğu Ercan S. Şizofreni Olan Bireylerin Çalışma İle İlgili Düşünce ve Beklentileri Üzerine Nitel Bir Araştırma. *Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*. 2020;7(2):172-90.
174. Charzynska K, Kucharska K, Mortimer A. Does employment promote the process

- of recovery from schizophrenia? A review of the existing evidence. *International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health*. 2015;28(3):407.
175. Bejerholm U, Björkman T. Empowerment in supported employment research and practice: is it relevant? *The International journal of social psychiatry*. 2011;57(6):588-95.
176. Pratt LA. Characteristics of adults with serious mental illness in the United States household population in 2007. *Psychiatric services (Washington, DC)*. 2012;63(10):1042-6.
177. Allebeck P. Schizophrenia: a life-shortening disease. *Schizophrenia bulletin*. 1989;15(1):81-9.
178. Cloutier M, Aigbogun MS, Guerin A, Nitulescu R, Ramanakumar AV, Kamat SA, et al. The Economic Burden of Schizophrenia in the United States in 2013. *The Journal of clinical psychiatry*. 2016;77(6):764-71.
179. Köroğlu A, Hocoğlu Ç. Şizofreninin aile üzerine olan etkisi. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*. 2017;7(3):170-5.
180. Yazıcı E, Karabulut Ü, Yıldız M, Tekes SB, Inan E, Çakır U, et al. Sizofrenisi Olan Hastalara Bakım Verenlerin Yükü ve İlişkili Etmenler/Burden on Caregivers of Patients with Schizophrenia and Related Factors. *Noro-Psikiyatri Arsivi*. 2016;53(2):96.
181. Najas-Garcia A, Carmona VR, Gómez-Benito J. Trends in the Study of Motivation in Schizophrenia: A Bibliometric Analysis of Six Decades of Research (1956-2017). *Frontiers in psychology*. 2018;9:63.
182. Stuart GW. *Principles and practice of psychiatric nursing-e-book: Elsevier Health Sciences*; 2014.
183. Videbeck SL. *Psychiatric-mental health nursing: Lippincott Williams & Wilkins*; 2010.
184. Buzlu S, Şahin G. Ciddi Kronik Ruh Sağlığı Bozukluklarına Toplum Ruh Sağlığı Hemşireliği Yaklaşımı. *Türkiye Klinikleri*. 2018:62-7.
185. Hemşirelik Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik, Resmi Gazete; Sayı: 27910. URL: <http://www.turkhemsirelerderneği.org.tr/menu/yonetmelikler/hemsirelik-yonetmeligi.aspx>. 2011.
186. Bilge A, Çam O. Ruhsal Hastalığa Yönelik Damgalama ile Mücadele. *TAF Preventive Medicine Bulletin*. 2010;9(1).

187. Walter M. Drymalsk TCC. A review of Motivational Interviewing to enhance adherence to antipsychotic medication in patients with schizophrenia: Evidence and recommendations. *Sample our health and social care journals* 2009:6-15.
188. Fulford D, Piskulic D, Addington J, Kane JM, Schooler NR, Mueser KT. Prospective Relationships Between Motivation and Functioning in Recovery After a First Episode of Schizophrenia. *Schizophrenia bulletin*. 2018;44(2):369-77.
189. T.C. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı Özürlü ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü Yayınlar. İş gücü piyasasının özürlüler açısından analizi. Ankara: Aduser Danışmanlık. 2011.
190. Akardere SS. İşverenlerin engelli çalışanlara yönelik tutumları [Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi]. İstanbul.2005.
191. Greenan JP, Wu M, Black EL. Perspectives on Employing Individuals with Special Needs. *Journal of Technology Studies*. 2002;28(1):29-37.
192. Anıl A. İşverenlerin engellilere yönelik tutumları ile engelli çalışanların çalışma alanına yönelik görüşlerinin incelenmesi [Yüksek lisans tezi]. Konya: Necmettin Erbakan Üniversitesi 2019.
193. Eratay E, Çetin ME. Bolu ilindeki işverenlerin engelli çalışanlara yönelik tutumları. *Kastamonu Eğitim Dergisi*. 2013;21(4):1681-94.
194. Unger DD. Employers' attitudes toward persons with disabilities in the workforce: myths or realities? Focus on autism and other developmental disabilities. 2002;17(1):2-10.
195. Furnham A, Pendred J. Attitudes towards the mentally and physically disabled. *British Journal of Medical Psychology*. 1983;56(2):179-87.
196. Nowicki EA, Sandieson R. A meta-analysis of school-age children's attitudes towards persons with physical or intellectual disabilities. *International Journal of Disability, Development and Education*. 2002;49(3):243-65.
197. Dragojević N, Milačić-Vidojević I, Hanak N. Attitudes toward people with physical disabilities, their structure and correlating variables. *Special education and rehabilitation science and/or practice*. 2010:29-51.
198. Findler L, Vilchinsky N, Werner S. The multidimensional attitudes scale toward persons with disabilities (MAS) construction and validation. *Rehabilitation Counseling Bulletin*. 2007;50(3):166-76.
199. Atay M. Özürlü çocukların normal yaşlıları ile birlikte eğitim aldıkları kaynaştırma programlarına karşı öğretmen tutumları üzerine bir inceleme. Unpublished doctoral dissertation, Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, Türkiye. 1995.

200. Avcıoğlu H, Sazak-Pınar E, Öztürk T. Kaynaştırma uygulamaları okul öncesi eğitim kurumlarında uygulanan kaynaştırmaya yönelik öğretmen ve anne-baba tutumlarının incelenmesi. XIV Ulusal Özel Eğitim Kongresi Bildiri Kitabı. 2005:69-89.
201. T.C Aile Bakanlığı Sosyal Politikalar. Türkiye’de Yaşlıların Durumu ve Yaşlanma Ulusal Eylem Planı Uygulama Programı. Özürlü ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü 2010.
202. Özmen S. İşverenlerin engelli bireylerin işe alınması ile birlikte çalışmasına yönelik tutumlarının çeşitli değişkenler açısından karşılaştırılması [Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi]. Ankara: Ankara Üniversitesi,; 1996.
203. Ozawa A, Yaeda J. Employer attitudes toward employing persons with psychiatric disability in Japan. Journal of Vocational Rehabilitation. 2007;26(2):105-13.
204. İyem C, İslamoğlu E. İşverenlerin Engelli İstihdamına Yönelik Görüşleri Üzerine Bir Araştırma. Engellilerin İstihdamı ve Sosyal Koruma Kitabı. Ankara2019. 323 p.
205. Topgöl S, Yıldırım M. Attitude and perceptions of employers to disabilities' employment: Tokat sample Engelli istihdamına ilişkin işverenlerin tutum ve algıları: Tokat örneği. Journal of Human Sciences. 2018;15(2):855-69.
206. Öz Yüksel C. Şizofreni hastalığı olan bireyleri işe yerleştirme ile ilgili görüşler ve beklentiler: hasta, ailesi ve işverenler [Doktora Tezi]. İstanbul: Marmara Üniversitesi; 2016.
207. Baran N, Cavkaytar A. İşverenlerin zihin engelli bireylerin istihdamlarına ilişkin görüş ve önerileri. İlköğretim Online (elektronik). 2007;6(2):213-25.
208. Alyemiş H. İşverenlerin Engelli İstihdamına Yönelik Tutumları : Kocaeli Örneği. TÜRK-İŞ 23 olağan genel kurulu için TAEM tarafından hazırlanmıştır 2019:327-45.

8.EKLER

EK-1 AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU

AÇIKLAMA:

Bu ankette toplanacak bilgiler bilimsel bir araştırma amacıyla olup, araştırmanın adı 'İşverenlerin Şizofreni Tanılı Bireylerin İstihdamına Yönelik Tutumlarının Belirlenmesi 'dır. Bu araştırmanın amacı, işverenlerin demografik özellikleri göz önüne alınarak engelli çalışanlara yönelik işverenlerin tutumlarını belirlemektir. İşverenlerin bu araştırmanın gereklerini yerine getirmek için harcayacağı süre 10-30 dakika arası olacaktır. Gönüllüler araştırmaya katılma süresi ve sonrasında herhangi bir risk ile karşılaşmayacaktır. Bu araştırma ile ilgili olarak size verilen anketlere doğru yanıtlar vermek, size verilen sürede anketi teslim etmek sizin sorumluluklarınızdır . Bu araştırmada yer almanız nedeniyle size hiçbir ödeme yapılmayacaktır. Araştırma hakkında ek bilgiler almak için ya da çalışma ile ilgili herhangi bir sorun veya rahatsızlıklarınız için [] no.lu telefonda Zeliha ERSOY 'a başvurabilirsiniz 'Bu araştırmada yer almak tümüyle sizin isteğinize bağlıdır. Araştırmada yer almayı reddedebilirsiniz ya da başladıktan sonra yarıda bırakabilirsiniz. Bu araştırmanın sonuçları bilimsel amaçlarla kullanılacaktır. Araştırmadan çekilmeniz ya da araştırmacı tarafından araştırmadan çıkarılmanız halinde, sizle ilgili veriler kullanılmayacaktır. Sizden elde edilen tüm bilgiler gizli tutulacak, araştırma yayınlandığında da varsa kimlik bilgilerinizin gizliliği korunacaktır ancak araştırmanın izleyicileri, yoklama yapanlar, etik kurullar ve resmi makamlar gerektiğinde tıbbi bilgilerinize ulaşabilir. Siz de istediğinizde kendinize ait bilgilere ulaşabilirsiniz'. Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlanmadan önce gönüllülere verilmesi gereken bilgileri içeren metni okudum (ya da sözlü olarak dinledim). Bu koşullar altında, araştırma kapsamında elde edilen şahsıma ait bilgilerin bilimsel amaçlarla kullanılmasını, gizlilik kurallarına uyulmak kaydıyla sunulmasını ve yayınlanmasını, hiçbir baskı ve zorlama altında kalmaksızın, kendi özgür irademle kabul ettiğimi beyan ederim.

Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Ad:

Araştırmacı : Zeliha ERSOY

Soyadı:

Danışman : Doc. Dr. Fatma EKER

İmza:

EK-2. KİŞİSEL BİLGİ FORMU

Bu Kişisel Bilgi Formu'nun amacı, Düzce'deki 50 ve üzeri çalışanı bulunan işyeri sahiplerinin demografik özellikleri göz önüne alınarak engelli bireylerin istihdamına yönelik tutumlarını araştırmaktır. Bu bilgi anketine vereceğiniz cevaplar bilimsel amaçlar için kullanılacaktır.

Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Araştırmacı : Zeliha ERSOY

Danışman : Doc. Dr. Fatma EKER

1)Cinsiyetiniz:

a) Kadın b) Erkek

2) Yaşınız:

3)Öğrenim durumunuz nedir? (En son bitirdiğiniz okul)

a)İlkokul b) Ortaokul c)Lise d) Üniversite

4) Üretim yaptığınız iş kolu nedir? (Açıklayınız)

5)İş yerindeki statünüz nedir?

a) İş yeri sahibi b) Yönetici/ Müdür / Müdür Yardımcısı c) İnsan Kaynakları

6) Bu statüde çalışma süreniz:.....

7) Bir engeliniz var mı? (Cevabınız hayır ise 9. soruya geçebilirsiniz.)

a) Evet b) Hayır,

8) Aşağıdaki engel türlerinden hangisine sahipsiniz? (Birden fazla işaretleme yapabilirsiniz.)

a)Görme b)İşitme c) Psikiyatrik d) Ortopedik e) Dil ve Konuşma

f)Diğerleri (Açıklayınız.....)

9)Engelli bir yakınınız var mı? (Cevabınız hayır ise 11. soruya geçebilirsiniz.)

a)Evet b)Hayır

10)Varsa ne tür engeli olduğunu işaretleyiniz. (Birden fazla işaretleme yapabilirsiniz.)

a)Görme Engeli b)İşitme Engeli c) Psikiyatrik Engeli
d) Ortopedik Engeli e) Dil ve Konuşma Engeli
f)Diğer(Açıklayınız.....)

11)İşyerinizde engelli birey çalışmakta mıdır?(Cevabınız hayır ise 13. Soruya geçebilirsiniz.)

a) Evet b) Hayır

12)Çalıştırdığınız engelli bireyin engel türünü ve sayısını belirtiniz. (Birden fazla işaretleme yapabilirsiniz.)

a)Görme Engelli (...kişi) b)İşitme Engelli (.... kişi) c) Psikiyatrik Engelli (....kişi)
d) Ortopedik Engelli (.....kişi) e) Dil ve Konuşma Engelli (.....kişi)
f)Diğerleri(Açıklayınız.....)

13) İş yerinizde engelli birey çalıştırmayı düşünüyor musunuz? (Cevabınız hayır ise 15. Soruya geçebilirsiniz.)

a) Evet b) Hayır

14)Çalıştırmayı düşündüğünüz engelli bireyin engel türünü ve sayısını belirtiniz? (Birden fazla işaretleme yapabilirsiniz.)

a)Görme Engelli (...kişi) b)İşitme Engelli (.... kişi) c) Psikiyatrik Engelli (.....kişi)
d) Ortopedik Engelli (....kişi) e) Dil ve Konuşma Engelli (.....kişi)
f)Diğerleri(Açıklayınız.....)

15) Engelli bireyin istihdamı hakkındaki düşünceleriniz nelerdir?

16)Psikiyatri engeli olan bireylerin istihdamı hakkında düşünceleriniz nelerdir?

17)Psikiyatri engeli olan bireylerin istihdamı hakkında önerileriniz nelerdir?

EK-3 İşyerinde Engelliye Yönelik Tutum Ölçeği

Aşağıda işyerinde tutumları belirten ifadeler verilmiştir. '1' kesinlikle katılmıyorum, '5' kesinlikle katılıyorum bölmesi üzerinden size en uygun olan seçeneği işaretleyiniz.

	Kesinlikle	Katılmıyorum	Ne Katılıyorum Ne	Katılıyorum	Kesinlikle
1	1	2	3	4	5
2	1	2	3	4	5
3	1	2	3	4	5
4	1	2	3	4	5
5	1	2	3	4	5
6	1	2	3	4	5
7	1	2	3	4	5
8	1	2	3	4	5
9	1	2	3	4	5
10	1	2	3	4	5
11	1	2	3	4	5
12	1	2	3	4	5
13	1	2	3	4	5
14	1	2	3	4	5
15	1	2	3	4	5
16	1	2	3	4	5
17	1	2	3	4	5
18	1	2	3	4	5
19	1	2	3	4	5

20	Özürllü bir iş yerinin verimli çalışma temposuna uyarlar.	1	2	3	4	5
21	Özürllü kendilerine herkes kadar güvenirlir	1	2	3	4	5
22	Özürllü görünümleri nedeniyle çalışanların çoğunu rahatsız eder.	1	2	3	4	5
23	Özel sektörde özürllülerin istihdamı işletme imajını sarsar.	1	2	3	4	5
24	Özürllü diğlerlerinin çalışma hakkını elinden alır.	1	2	3	4	5
25	Özürllü çalışmayı sever.	1	2	3	4	5
26	Özürllü sadece masa başı işler yapabilir.	1	2	3	4	5
27	Özürllü sadece vasıfsız işlerde çalışabilirler.	1	2	3	4	5
28	Özürllü ustalık gerektiren işleri yapamazlar.	1	2	3	4	5
29	Özürllülerin işyerinde hangi tür işlerde çalıştırılabileceğini belirlemek zordur.	1	2	3	4	5
30	Özürllü iş yerinde daha pasif işlere yönlendirilmelidir.	1	2	3	4	5
31	Bir özürllü işimi benim kadar iyi yapabilir.	1	2	3	4	5
32	Özürllülerin isine son vermek zordur.	1	2	3	4	5
33	Bir iş yerinde zorunlu tutulan özürllü çalışan sayısı gereğinden fazladır.	1	2	3	4	5
34	Özürllülerle birlikte çalışmaktan çoğunluk memnun olur.	1	2	3	4	5
35	Özürllülere iş eğitimi verilmesi verimliliklerini artırır.	1	2	3	4	5
36	Özürllü işten kaçmaz.	1	2	3	4	5
37	Cezası ne ise vereyim yeter ki iş yerimde özürllü görmeyeyim.	1	2	3	4	5
38	Özürllü işyerinde öz bakımlarını /kişisel bakımlarını yapabilirler.	1	2	3	4	5
39	Özürllü birey istihdam edildiği işyerinde fazlalıktır.	1	2	3	4	5
40	Özürllü sadece evde istihdam edilmelidir.	1	2	3	4	5
41	İşyerinde özürllü işçi çalıştırmak kaza riskini artırır.	1	2	3	4	5
42	İşyerinde özürllüye nasıl davranılacağını bilmek zordur.	1	2	3	4	5
43	Özürllü olmayanlar iş bulamazken özürllülerin işe alınmasına karşıyım.	1	2	3	4	5
44	Özürllü, çoğu çalışanı korkutur.	1	2	3	4	5

45	Özrlüler her an iŖten atılma kaygısı yaŖarlar.	1	2	3	4	5
46	Özrlülerle birlikte çalıŖmak dikkat dağıtıcıdır.	1	2	3	4	5
47	Özrlüler iŖ performanslarıyla ilgili s¼rekli kaygı yaŖarlar.	1	2	3	4	5



DÜZCE ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSEL OLMAYAN SAĞLIK ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI		İşverenlerin Şizofreni Tanılı Bireylerin İstihdamına Yönelik Tutumlarının Belirlenmesi						
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU								
	OLGU RAPOR FORMU				Türkçe <input type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>	
	ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ				Türkçe <input type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>	
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı	Açıklama						
	SİGORTA	<input type="checkbox"/>						
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	<input type="checkbox"/>						
	BIYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	<input type="checkbox"/>						
	İLAN	<input type="checkbox"/>						
	YILLIK BİLDİRİM	<input type="checkbox"/>						
	SONUÇ RAPORU	<input type="checkbox"/>						
	GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ	<input type="checkbox"/>						
DİĞER:	<input type="checkbox"/>							
KARAR BİLGİLERİ	Karar No:2019/165	Tarih: 26.08.2019						
	Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın/çalışmanın gerekeceği, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup araştırmanın/çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan etik kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir.							
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU								
ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI		İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik, İy Klinik Uygulamaları Kılavuzu						
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:		Doç.Dr.Gülbin SEZEN						
Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile İlişli		Katılım *	İmza
Prof. Dr. Hüseyin YÜCE	Tıbbi Genetik	Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>
Doç.Dr.Ege GÜLEÇ BALBAY	Goğus Hastalıkları	Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>
Doç.Dr.Muhammet Ali KAYIKÇI	Üroloji	Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>
Doç.Dr.Birgül ÖNEÇ	İç Hastalıkları	Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>
Doç.Dr.Mehmet GAMSIZKAN	Patoloji	Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>
Dr.Öğr.Üyesi Nuri Cenk COŞKUN	Farmakoloji	Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>
Dr.Öğr.Üyesi Filiz SÖZER ÖZKAN	Hemşirelik Bölümü	Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>
Dr.Öğr.Üyesi Önder KILIÇASLAN	Çocuk Sağlığı	Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>
Dr.Öğr.Üyesi Abdullah BELADA	KBB	Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>
Dr.Öğr.Üyesi Zerrin GAMSIZKAN	Tıp Eğitimi ve Bilişimi	Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>
Dr.Öğr.Üyesi Mehmet Ali SUNGUR	Biyoistatistik ve Tıbbi Bilişim	Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>
Mustafa Saib EROL	Biyomedikal Uzmanı	Düzce Üniversitesi Sağlık Uyg.ve Araş.Merkezi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>
Kenan VAROL	Sivil Üye	Varoller Demir Çelik Ürünleri San.ve Tic.Ltd.Şti.	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>
Metin POLAT	Avukat	Düzce Üniversitesi Hukuk Müşavirliği	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>

*:Toplantıda Bulunma

Etik Kurul Başkanının
Unvanı/Adı/Soyadı: Prof. Dr. Hüseyin YÜCE
İmza:

Prof. Dr. Hüseyin YÜCE
Doç.Dr.Gülbin SEZEN *Tıbbi Genetik A.D.*

Not: Etik kurul başkanı, imzasının yer almadığı her sayfaya imza atmaktadır.

DÜZCE ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSEL OLMAYAN SAĞLIK ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI		İşverenlerin Şizofreni Tanılı Bireylerin İstihdamına Yönelik Tutumlarının Belirlenmesi
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU		
ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	Düzce Üniversitesi Girişimsel Olmayan Sağlık Araştırmaları Etik Kurulu
	AÇIK ADRESİ:	Düzce Üniversitesi Tıp Fak. Morfoloji Binası 4. Kat Konuralp-Düzce
	TELEFON	
	FAKS	
	E-POSTA	

BAŞVURU BİLGİLERİ	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Doç.Dr.Fatma EKER			
	YARDIMCI ARAŞTIRMACILAR UNVANI/ADI/SOYADI	Hm.Zeliha İKİZOĞLU			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Psikiyatri Hemşireliği			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı			
	VARSA İDARI SORUMLU UNVANI/ADI/SOYADI				
	DESTEKLEYİCİ				
	PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ UNVANI/ADI/SOYADI (TÜBİTAK vb. gibi kaynaklardan destek alanlar için)				
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ				
	ARAŞTIRMANIN FAZİ VE TÜRÜ	FAZ 1	<input type="checkbox"/>		
		FAZ 2	<input type="checkbox"/>		
FAZ 3		<input type="checkbox"/>			
FAZ 4		<input type="checkbox"/>			
Gözlemsel ilaç çalışması		<input type="checkbox"/>			
Tıbbi cihaz klinik araştırması		<input type="checkbox"/>			
In vitro tıbbi tanı cihazları ile yapılan performans değerlendirme çalışmaları		<input type="checkbox"/>			
İlaç dışı klinik araştırma		<input type="checkbox"/>			
Diğer ise belirtiniz ****					
	TEK MERKEZ <input type="checkbox"/>	ÇOK MERKEZLİ <input type="checkbox"/>	ULUSAL <input type="checkbox"/>	ULUSLARARASI <input type="checkbox"/>	

DEĞERLEN DİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili		
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ				Türkçe <input type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>
BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU				Türkçe <input type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>

Etik Kurul Başkanının
Unvanı/Adı/Soyadı
İmza:

Prof. Dr. Hüseyin YÜCE
Etik Kurul Başkanı

Not: Etik kurul başkanı, imzasının yer almadığı her sayfaya imza atmalıdır.

OZGEÇMİŞ

yılında doğdu. İlköğretim ve ortaöğretim Erdek'te devam etti. Liseyi Bandırma Anadolu Lisesi'nde tamamlayarak 2012 yılında Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi'ni kazandı. 2017 yılında Sapanca İlçe Devlet Hastanesi'nde acil servis hemşiresi olarak göreve başladı. 2018 yılında Düzce Üniversitesi Hemşirelik Anabilim Dalı Psikiyatri Hemşireliği Yüksek Lisans Programına başladı. 2021 yılından itibaren ise Manisa Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi'nde görev yapmaktadır.

