

# Şizofreni Tanısı Konulan Bireylerin İstihdamı

## Employment of Individuals Diagnosed with Schizophrenia

Sema Buz <sup>1</sup>, Ecem Naz Nazlı Keser <sup>1</sup>, Fethi Anıl Mayda <sup>1</sup>, Gizem Akođlu <sup>1</sup>

### Öz

İstihdama katılım, çoğu zaman şizofreni tanısı konulan bireylerin psikososyal iyilik hali üzerinde olumlu bir etkiye sahiptir. Şizofreni tanısı konulan bireylere yönelik farklı ülkelerin istihdam modelleri incelendiğinde, her bir ülkenin birbiri ile benzeşen ve farklılaşan uygulamalara sahip olduğu ifade edilebilir. Bu uygulamalardan korumalı istihdam ve kota, Türkiye’de şizofreni tanısı konulan bireylerin istihdamında en yaygın olarak uygulanan yöntemlerdir. Ancak ilgili alanyazın, bu bireylerin istihdama katılımları önünde bireysel (eğitim düzeyi, hastalık seyri, ilaç kötüye kullanımı), toplumsal (ayrımcılık, damgalanma, sosyal dışlanma) ve yasal engellerin (spesifik politika düzenlemelerinin olmaması) olduğunu göstermektedir. Bu çalışmada şizofreni tanısı konulan bireylerin bu alanda yaşadıkları sorunları ortaya koymak, istihdama katılımlarını artırmaya ve istihdamda sürekliliklerini sağlamaya yönelik çeşitli öneriler sunmak amaçlanmaktadır.

**Anahtar sözcükler:** Şizofreni, istihdama katılım, istihdam modelleri

### Abstract

Employment participation often has a positive effect on the psychosocial well-being of individuals diagnosed with schizophrenia. When the employment models of different countries for individuals diagnosed with schizophrenia are examined, it can be stated that each country has similar and different practices. Quota and sheltered employment are the most common methods which are used in the employment of individuals diagnosed with schizophrenia in Turkey. However, based on the literature, it is seen that there are individual (education level, disease prognosis, drug abuse), social (discrimination, stigmatization, social exclusion) and legal obstacles (lack of specific policy arrangements) to these individuals’ participation in employment. This study aims to reveal the problems experienced by individuals diagnosed with schizophrenia in this area. Besides, another aim of this study is to offer various suggestions for increasing their participation in employment and ensuring their continuity in employment.

**Keywords:** Schizophrenia, employment participation, employment models

Hacettepe Üniversitesi, Ankara, Türkiye

✉ Ecem Naz Nazlı Keser, Hacettepe Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Sosyal Hizmet Bölümü, Ankara, Türkiye  
ecemnazlier@gmail.com | 0000-0003-3864-4867

Geliş tarihi/Received: 30.04.2020 | Kabul tarihi/Accepted: 17.06.2020 | Çevrimiçi yayın/Published online: 21.06.2020

**ŞİZOFRENİ**; sanrı, halüsinasyon, dağınık düşünme (konuşma), kaba-dağınık veya anormal motor davranışlar (katatoni dahil) ve negatif semptomlardan oluşan 5 alandan bir veya daha fazlasıyla tanımlanan bir psikotik bozukluktur. Bu bağlamda şizofreninin karakteristik semptomlarının bir dizi bilişsel, davranışsal ve duygusal işlev bozukluğunu içerdiği; ancak hastalığın tek bir semptomunun hastalığı belirleyici olmadığı ifade edilmektedir. Her ne kadar ülkeler arasında ırk, etnik köken gibi faktörlere göre farklılıklar bildirilmiş olsa da şizofreninin yaşam boyu yaygınlığı yaklaşık olarak %0,3 ile %0,7 arasındadır. Şizofreninin psikotik özellikleri tipik olarak gençliğin geç dönemi ile 30'lu yaşların ortaları arasında ortaya çıkar. Ergenlik öncesi dönemde bu özelliklerin başlangıcı nadirdir. Risk faktörleri arasında ise çeşitli çevresel, genetik ve fizyolojik faktörler bulunur (American Psychiatric Association 2013).

Önceleri şizofreni tanısı konulan bireylerin kurumda gözetim altında tedavilerinin uygulanması söz konusuysen, 1970'li ve 1980'li yıllardaki "kurumdışılaştırma" (deinstitutionalization) dalgası ile birlikte bu bireylerin işgücü de dahil olmak üzere topluma yeniden entegrasyonuna öncelik verilmeye başlanmıştır (Weiser ve ark. 2014). Kurum dışılaştırma anlayışının gelişiminde etkili olan dört düşünce şunlardır: Ciddi ruhsal bozukluğu olan bireylerin hastanelerden topluma geçişinin sağlanması, hastane koşullarının insanlık dışı olması, ruhsal bozuklukların tedavi edilmesinde kullanılan ilaçlara yönelik umutların artması ve toplum temelli ruh sağlığı hizmetlerinin daha az maliyetli olmasıdır (Yohanna 2013). Kurumdışılaştırma ile bireylerin; sosyal işlevsellikleri ve klinik semptomları açısından anlamlı düzeyde ilerleme sağladıkları (Ryu ve ark. 2006, Özdemir ve ark. 2017, Ertekin Pınar ve Sabancıoğulları 2019), kurum bakımına kıyasla yaşamlarında asgari düzeyde değişim meydana geldiği, bağımsızlıklarının ve yaşam kalitelerinin arttığı (Durham 1989, Kliewer ve ark. 2009, Ensari ve ark. 2013) görülmektedir.

Kurumdışılaştırma süreci birçok ülkede toplum temelli ruh sağlığı modellerinin gelişmesine neden olmuştur (Fakhoury ve Priebe 2002). Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) 2010 yılında yayımladığı Ruh Sağlığı Eylem Planı 2013-2020'de yer alan hedeflere bakıldığında bu hedeflerden birinin "toplum temelli ortamlarda kapsamlı, entegre ve duyarlı ruh sağlığı ve sosyal bakım hizmetleri sunma" olduğu görülmektedir (DSÖ 2010). Bununla birlikte bu tür toplum temelli modellerin; ülkelerin sağlık politikalarına bağlı olarak değiştiği, gelir eşitsizliği, ırksal ve etnik çeşitlilik, düşük nüfus yoğunluğu, yüksek İnsani Gelişme Endeksi, zorunlu psikiyatrik tedavi öngören yasalar ile ilişkili olduğu görülmektedir. Bu hizmetlerin ana amacı ise ciddi ruhsal bozukluğu olan bireylere verilen tedavilerin sürekliliğini sağlamaktır (Hudson 2016, İncedere ve Yıldız 2019).

Kurumdışılaştırma ile birlikte büyük ve izole kurumlarda, uzun süreli psikiyatrik bakımdan çeşitlendirilmiş kısa süreli toplum temelli bakım modeline geçiş gerçekleşmiştir. Böylece ciddi ruhsal bozukluğu olan bireyler taburcu edilmiş ve topluma dağılmışlardır. Bu bireylerin şimdi nerede ve nasıl oldukları sorularını sormak -cevabını bulmak pek kolay olmasa da- oldukça önemlidir (Davis ve ark. 2012). Kurumdışılaştırmaya yönelik en yaygın eleştirilerden biri ciddi ruhsal bozukluğu olan bireylerin ihtiyaçlarını karşılayamayacağı yönündedir. Kurumdışılaştırma süreci, ciddi ruhsal bozukluğu olan bireylerin ceza adalet

sistemine dahil olmalarına; istihdam, yaşam kalitesi, topluma uyum ve evsizlik sorunları ile karşı karşıya kalmalarına neden olabilmektedir. Mevcut ruh sağlığı hizmetlerinin daha az ciddi ruhsal bozukluğu olan orta sınıf bireylere fayda sağladığı, ciddi ruhsal bozukluğu olan bireyler üzerinde ise öngörülemeyen etkileri olduğu belirtilmektedir (Fakhoury ve Priebe 2002, Davis ve ark. 2012, Yohanna 2013). Ruhsal bozukluğu olan bireylerin istihdam ve barınma olanaklarına erişimde; toplumun diğer üyeleriyle rekabet etmek zorunda kaldıkları, içinde buldukları sosyal ve ekonomik koşullar göz önüne alındığında önemli engellerle karşılaştıkları görülmektedir (Fakhoury ve Priebe 2002, James ve ark. 2018, WHO 2019).

Kurum dışılaştırma hareketi ile toplum temelli sağlık sistemi doğrultusunda Türkiye’de Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri (TRSM) kurulmuştur. TRSM’ler iyileşmeyi artırmayı ve şizofreni tanısı konulan bireylerin gündelik yaşama ve çalışma yaşamına uyum sağlamalarını kolaylaştırmayı amaçlar (Soygür 2016, Gözen 2018, Ertekin Pınar ve Sabancıoğulları 2019). TRSM’lerde ciddi ruhsal bozukluğu olan bireylerin kayıt altına alınıp takip edilmesi, bireylerin ihtiyaç duyması halinde, açılması planlanan korumalı evlerde kalmaları ve korumalı işyerlerinde istihdamlarının sağlanması hedeflenmektedir (Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı 2011). Son yıllarda Türkiye’de yapılan çalışmalarda, ciddi ruhsal bozuklukların tedavisinde TRSM’lerde yapılan çalışmaların bireylerin toplumsal ve mesleki işlevselliklerinde iyileşmeye ve hastalıkla başa çıkma becerilerinde artışa sebep olduğu görülmüştür (Ensari ve ark. 2013, Gül ve ark. 2014, Özdemir ve ark. 2017). Bununla birlikte TRSM’lerde istihdama ilişkin yürütülen çalışmaların personelin inisiyatifine bağlı olduğu belirtilmektedir (Gözen 2018).

Bu çalışmada; şizofreni tanısı konulan bireyler için istihdamın etkisi, bu bireylerin çalışma hayatına katılımları ya da uyumları bağlamında karşılaştıkları engeller ve farklı ülke örnekleri çerçevesinde Türkiye’deki istihdam uygulamaları tartışılmaktadır. Türkiye’de bu bireylerin istihdama katılımını artırmaya ve sürdürmeye yönelik çeşitli öneriler de çalışmada yer almaktadır. Dolayısıyla çalışmanın hem ilgili alanyazına hem de ruh sağlığı alanında çalışan meslek elemanlarına katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

## İstihdamın etkisi ve önemi

Çoğu yetişkin bireyin yaşamı; kendini desteklemek ve para kazanmak amacıyla meşgul olduğu iş, yani mesleği tarafından şekillendirilir. Bir işe sahip olmak ve çalışmak, günlük yaşamda önemli bir sosyal roldür (Leufstadius ve ark. 2009). Dolayısıyla çalışma, sosyal içermenin de önemli bir belirleyicisidir. Bu durum ciddi ruhsal bozukluğu olan bireylerin ihtiyaçları ve istekleri göz önüne alındığında daha da belirgin hale gelmektedir. Bu nedenle yapılan çalışmaların bir ‘tedavi’ biçimi olarak değil, bir hak ve vatandaşlık sorunu olarak yeniden tanımlanması gerekmektedir. Bu bağlamda istihdam sosyal içermeyi sağlayabilecek bir araç olarak görülmelidir (Evans ve Repper 2000).

Şizofreni tanısı konulan bireylerin toplum içerisinde bağımsız olarak ailevi ve mesleki rollerini en az destekle sürdürebilmeleri için bir işe yerleştirilmelerini ve yerleştirildikleri işe devam etmelerini sağlamak psikiyatrik rehabilitasyon açısından oldukça önemlidir (Can Öz ve Ünsal Barlas 2017a). Çünkü istihdam, ruhsal bozukluğu olan bireyler için ‘normal’ bir yaşamı sembolize eder ve bu bireylerin kendilerine saygı duymalarına, topluma entegre

olmalarına, ruhsal bozukluk nedeniyle hasta kimliğinden kurtulmalarına ve daha bağımsız olmalarına yardımcı olarak fonksiyonel iyileşme sağlar (Krupa 2004, Whitley ve Drake 2010, Yıldız ve ark. 2011, Drake 2018).

Ruhsal bozukluğu olan bireyler için istihdamın önemini çeşitli araştırma sonuçlarında da görmek mümkündür. Ciddi ruhsal bozukluğu olan bireyleri çalışma durumuna göre karşılaştıran bir çalışmada, çalışanların yaşam kalitelerinin ve benlik saygılarının çalışmayanlara kıyasla daha yüksek olduğu sonucu elde edilmiştir (Evans ve Repper 2000). Buna ek olarak istihdam katılımlarının, ruhsal bozukluğun toplumsal alanda kabulünde ve “kabul edilebilir” bir benlik oluşturulmasında merkezi bir rol oynadığı görülmektedir (Krupa 2004).

Ruhsal bozukluğu olan bireylerin çalışma yaşamında yer almaları; hayatlarını daha anlamlı bulmalarına, öz benlik ve öz yeterlik duygularının ve sosyal işlevselliğinin artmasına katkıda bulunmaktadır. Sosyal işlevselliğin bir kişinin sosyal dünyada uygun ve etkili bir şekilde etkileşim kurma yeteneğini yansıttığını ifade eden Hooley (2010), bu kavramın sosyal uyum ve sosyal yeterlik gibi terimlerin yerine de kullanılabilirliğini belirtir.

Üçok ve arkadaşları (2012), şizofreni tanısı konulan bireylerin iş/çalışma durumunun işlevselliğine ve yaşam kalitelerine etkisini inceledikleri çalışmada çalışmanın işlevselliğinin önemli bir bileşeni olduğu sonucunu elde etmişlerdir. Nygren ve arkadaşları (2011) ruhsal bozukluğu olan bireylerin benlik saygılarını, yaşam kalitelerini ve psikososyal işlevselliğini değerlendirdikleri çalışmada ise; eğitim, istihdam ve iş uygulamalarına katılanların ev dışında düzenli aktiviteleri olmayanlara göre daha yüksek yaşam memnuniyeti gösterdikleri sonucunu elde etmişlerdir. Araştırma sonuçlarından da anlaşılabilirliği üzere, çalışma sadece “maaşlı bir işi” temsil etmemektedir.

Şizofreni tanısı konulan bireylerin çoğunluğu için çalışmanın önemi çeşitli çalışmalarda ortaya konmuştur. Bevan ve arkadaşları (2013), çalışmanın şizofreni tanısı konulan bireylere finansal fayda sağlamasının yanı sıra, “normallik” duygusunun gelişimine, sosyal temas ve benlik saygılarının artmasına ve bir amaç duygusu edinmelerine de önemli katkılar sağladığını belirtmişlerdir. Leufstadius ve arkadaşlarının (2009) kronik ruhsal bozukluğu olan bireylerle yapmış oldukları çalışmada; bireylerin çalışmayı “anlamlı” olarak nitelendirdikleri görülmektedir. Bireyler çalışmayı; “gerçek” bir iş yapmak, belirli bir role ve düzenli bir gelire sahip olmak ve iş arkadaşlarıyla birlikte olmak şeklinde değerlendirmişlerdir. Buna ek olarak bireyler, belirli bir grupta olmanın ve iş arkadaşlarıyla olan bağlarının aidiyet hislerini, kimliklerini ve benlik saygılarını güçlendirdiğini ifade etmişlerdir.

Can Öz ve Ünsal Barlas (2017b) şizofreni tanısı konulan bireylerle yapmış oldukları bir çalışmada; bireylerin çalışmayı istedikleri, çalışmanın onlar için “özgür” ve “özgüvenli olmak” anlamına geldiği sonucunu elde etmiştir. Bejerholm ve Björkmen’in (2010) şizofreni veya başka bir psikoz tanısı konulan bireylerle yapmış oldukları çalışmada ise “çalışmak istiyorum” diyen bireylerin daha az oranda damgalanma deneyimi yaşadığı ortaya çıkmıştır. Her iki araştırma sonucunda da şizofreni tanısı konulan bireylerin istihdamda yer almalarının sosyal işlevselliğine katkıda bulunarak, içselleştirilmiş baskıyı daha az deneyimlemelerine ve sosyal içermeye doğru ilerlemelerine katkı sağladığı görülmektedir.

## İstihdam sürecinde karşılaşılan güçlükler

İşsizlik, şizofreni tanısı konulan bireylerin günlük yaşamda deneyimlediği en önemli sosyal sorunlardan biridir (Üçok ve ark. 2012). Şizofreni tanısı konulan bireyler için bu durum ekstra stres kaynağı olabilmekte; yoksulluk, anlamlı sosyal rollerde eksiklik, sosyal etkileşimlerde azalma, kaygı ve umutsuzluk duyguları yaşamalarına neden olmaktadır (Marrone ve Golowka 1999). İşsizlik, sık sık psikoz deneyimleriyle boğuşan bir kişiyi daha fazla “güçsüz” bırakabilmektedir (Evans ve Repper 2000). Ancak ruh sağlığı alanyazını incelendiğinde, istihdam ve işyerleri konuları üzerinde fazlaca durulmadığı görülmektedir (Marwaha ve Johnson 2004, Evans ve Wilton 2019). Alanyazında yer alan çalışmalar (Henderson ve ark. 2005, Haro ve ark. 2011, Schizophrenia Commission, 2012, Greve ve Nielsen, 2013, Bevan ve ark. 2013, Gürhan ve ark. 2016, Yıldız ve ark. 2019), şizofreni tanısı konulan bireylerin düşük istihdam oranlarına sahip olduklarının altını çizmektedir.

Norveç’te şizofreni tanısı konulan bireylerin tüm yaş gruplarında istihdam oranları %10’un biraz üzerindedir ve 50 yaşın üzerindeki bireylerde ise bu oran %7’ye düşmektedir (Evensen ve ark. 2015). Yıldız ve arkadaşlarının (2019) 587 kişiyle yapmış oldukları araştırmada, şizofreni tanısı konulan bireylerin %65’inin çalışmadığı sonucu elde edilmiştir. OECD ülkelerinde şizofreni gibi ruhsal bozukluk tanısı konulan bireylerin işten çıkarılma olasılığı 2-3 kat daha yüksektir (OECD 2020). Türkiye’deki durum da OECD ülkelerine benzer şekildedir. Türkiye İstatistik Kurumu’nun [TÜİK] 2010 yılında yürüttüğü “Engellilerin Sorun ve Beklentileri Araştırması” verilerine göre, ruhsal bozukluğu olan bireylerin aktif istihdama katılım oranları %7,6’dır. Şizofreni tanısı konulan bireylerin çalışmalarının önünde çeşitli engeller bulunmaktadır. Bu engeller; bireysel, toplumsal ve yasal engeller başlıkları altında tartışılmıştır.

## Bireysel faktörler

Şizofreni tanısı konulan bireylerde çalışma ile ilişkili değişkenleri ve istihdam kalıplarını tanımlamayı amaçlayan araştırmalarda eğitim seviyesi yüksek olan, aileleriyle birlikte yaşayan ya da sadece tek bir hastalık deneyimi olan bireylerin çalışma olasılığının daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Sürekli bir hastalık seyri, daha şiddetli psikotik olmayan semptomlar ve ilaç kötüye kullanımı gibi değişkenlerin ise istihdam olasılığını azalttığı görülmektedir (Marwaha ve ark. 2007, Bevan ve ark. 2013, Weinberg ve ark. 2015, Yıldız ve ark. 2019). Özel deneyimler, bireysel özellikler, ilaç kullanımı ve tanı semptomları iş performansını olumsuz yönde etkileyerek öz-yeterlik duygusunun azalmasına neden olabilmektedir (Waghorn ve ark. 2005). Böylece bireyler hastalık nedeniyle çalışma yaşamını sonlandırabilmektedir (Tsang ve ark. 2003).

## Toplumsal faktörler

Şizofreni tanısı konulan bireylerin çalışmamalarında damgalanma, ayrımcılık, sosyal dışlanma, işsizlik ve yoksulluk gibi toplumsal faktörlerin yarattığı durumlar da etkilidir. Bu faktörlerin karmaşık bir şekilde birbiriyle bağlantılı olduğunu ifade eden Evans ve Repper’a

göre (2000); ruhsal bozukluğu olan bireylerin yetenekleri ve ihtiyaçları hakkında toplumda birçok yanlış algı ve önyargı olması nedeniyle, bu bireyler genel nüfusa kıyasla daha az çalışma fırsatına sahiptir.

Damgalanma, bireylerin kendilerini ifade etmelerini engeller ve bu nedenle de destek sistemlerine erişim yeteneklerini etkiler (Bevan ve ark. 2013). Hooley'nin (2010) de ifade ettiği şekilde damgalanma, diğer bireylerin şizofreni tanısı konulan bireyler ile aralarına sosyal mesafe koymalarına ve bu bireylerin reddine yol açabilir. Damgalanma sadece kalıp yargıları yansıtmaz, aynı zamanda olumsuz tutumlara teşvik eder (Harrison ve Gill 2010). Toplumda şizofreniye ilişkin bilgisizlik ve yanlış bilgiye sahip olma da, bu bireylerin çeşitli alanlarda dezavantajlar yaşamalarına neden olabilmektedir. Can Öz ve Ünsal Barlas'ın (2017b) yapmış oldukları araştırmada şizofreni tanısı konulan bireylerin işe girmelerinin önündeki engeller; damgalanma ve toplumun bu bireyleri "akıl hastası", "saldırgan" ve "deli" olarak nitelendirmesidir. Bu damgalanma ve nitelendirme Schulze ve ark.'nın (2003) ifade ettiği gibi, bireylerin 'normal bir yaşam' sürdürme arzusu sonucunda şizofreni tanısını arkadaşlarından, akrabalarından, çalışma arkadaşları ve yöneticilerinden gizlemelerine neden olmaktadır (Harrison ve Gill 2010, Thornicroft 2014). TÜİK'in Engellilerin Sorun ve Beklentileri Araştırması (2010) verilerine göre de, ruhsal bozukluğu olan bireylerin çalışmama nedenleri arasında bu bireylerin "hastalığı nedeniyle kendilerine iş verilmeyeceğini düşünmeleri" (%22,9) yer almaktadır.

Şizofreni tanısı konulan bireylerin çalışma hayatına katılmaları ve devamları hususunda, toplumsal koşullar içerisinde işveren kaynaklı engeller de ortaya çıkabilmektedir. İşveren tutumu, çalışılan işin türü ve koşulları, şizofreni tanısı konulan bireyin çalışma deneyiminden elde edeceği katkının niteliğini de belirlemektedir. Ayrıca iş ve işçi arasındaki denge olumsuz ya da belirsiz ise, iş deneyimi kolayca stres kaynağı olabilir ve bireyler bu nedenle sosyal etkileşimlerde problem yaşayabilir, reddedilme ile karşılaşabilirler. Bu durumda bireylerin refah düzeyleri ve benlik saygıları azalabilir (Leufstadius ve ark. 2009).

İşverenler ruhsal bozukluğu olan bireyleri istihdam etmekte isteksiz davranabilmekte, bu insanların saldırganlık eğiliminde olduklarına ilişkin bir önyargıya sahip olabilmektedirler (Tsang ve Pearson 2001, Can Öz ve ark. 2019). İşverenlerin ve hatta bazı gönüllü iş sağlayıcıların şizofreni tanısı konulan bireylere yönelik ayrımcı tutumları yaygındır. İşverenlerin ruhsal bozukluğu olan çalışanlara karşı tutumlarını fiziksel hastalığı olanlarla karşılaştıran çalışmalarda, aynı derecede nitelikli ve deneyimli bireyler arasında depresyona tanısı konulan adaylara karşı ayrımcı tutumlarının olduğu (Glozier 1998) ve işverenlerin işe alımlarda şizofreni tanısı konulan bireylere oranla fiziksel engeli olan bireyleri tercih ettikleri ortaya konmuştur (Işık ve ark. 2019).

## Yasal engeller

Anayasa'nın 49. maddesine göre "Çalışma, herkesin hakkı ve ödevidir" ve "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." (Türkiye Cumhuriyeti Anayasası

1982). Çalışmanın bir hak olduğu düşünülürken, ruhsal bozukluğu olan bireylerin çalışma hayatına dahil olmasına ilişkin düzenlemelerin yapılması oldukça önemlidir. Kurt (2008), Türkiye’de ruhsal bozukluğu olan bireylerin istihdam ve haklarına ilişkin özel bir mevzuat olmadığını, konu ile ilgili düzenlemelerin engelliler ile ilgili mevzuat içerisinde değerlendirildiğini belirtir. Güncel mevzuat incelendiğinde ruhsal bozukluğu olan bireylerin istihdamına yönelik özel düzenlemelerin olmadığı görülmektedir.

Engellilerin çalışma yaşamına girebilmelerinde uygulanan politikalar bağımsız çalışmaya yönlendirme ve bağımlı statüde çalışma şeklinde ikiye ayrılmaktadır. Bağımlı statüde çalışma kota yöntemi, tahsis yöntemi, sınırlı tahsis yöntemi, işe girmede öncelik tanınması yöntemi, korumalı işyeri ve evde çalıştırma şeklindedir. Kota yöntemi Türkiye’de engelli istihdamı modelleri içerisinde en çok uygulanan yöntemdir (Uşan 2003, Çakır 2019).

22/5/2003 tarihli ve 25134 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanan İş Kanunu’nun 30. Maddesinde engelli bireylerin istihdamında kota yöntemine ilişkin yasal düzenlemelerin olduğu görülmektedir. İlgili maddeye göre “İşverenler, 50 veya daha fazla işçi çalıştırdıkları özel sektör işyerlerinde %3, kamu işyerlerinde ise %4 engelli çalıştırmakla yükümlüdürler” (Resmi Gazete 2003). Korumalı istihdama ise Engelliler Hakkında Kanun’da yer verilmiş ve korumalı işyeri “İşgücü 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 işyeri” şeklinde tanımlanmıştır (Resmi Gazete 2005).

Türkiye’de engelli bireyler hem kamuda hem de özel sektörde istihdam edilebilmektedir. Engelli Kamu Personeli Seçme Sınavı [EKPS] ile doğuştan ve sonradan %40 veya üzeri engeli olan ve çalışabilir olduğu sağlık kurulu raporu ile belirlenen engelli bireyler kamuda istihdam edilmektedir. 07.02.2014 tarihli ve 28906 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanan Engelli Kamu Personel Seçme Sınavı ve Engellilerin Devlet Memurluğuna Alınmaları Hakkında Yönetmeliğe göre “Engellilerin atanmasına tahsis edilecek kadro sayısının tespitinde, ilgili kamu kurum veya kuruluşunun, yurtdışı teşkilatı hariç, toplam dolu memur kadro sayısının %3’ü dikkate alınır”. 2019 yerleştirme sonuçlarına göre; ortaöğretim mezunu tercih yapan aday sayısı 27.730 yerleşen aday sayısı 396, ön lisans mezunu tercih yapan aday sayısı 5.845 yerleşen aday sayısı 428, lisans mezunu tercih yapan aday sayısı 3.193 yerleşen aday sayısı ise 217’dir (ÖSYM 2020). Ancak istihdam edilen engelli bireylerin engel türlerine göre istihdam edildikleri alanlara ait herhangi bir bilgi bulunmamaktadır.

Özel sektör işverenleri çalıştırmakla yükümlü oldukları engelli işçileri, Türkiye İş Kurumu [İŞKUR] aracılığı ile istihdam edebilmektedir. 14 yaşını doldurmuş ve en az %40 oranında engelli sağlık kurulu raporuna sahip olan engelliler, İŞKUR’a engelli statüsünde kayıt olabilmektedir. İŞKUR aracılığıyla istihdama başvuran ruhsal bozukluğu olan 6838 bireyin yalnızca 621’i işe yerleştirilmiştir (İŞKUR 2018). Ancak İŞKUR aracılığı olmaksızın da işverenler işe engelli işçi alabilmektedir (Şen 2018). Bu bilgilerden hareketle, ruhsal bozukluğu olan bireylerin kendilerine iş verilemeyeceğine ilişkin yaşadıkları kaygıların yersiz olmadığı yorumu yapılabilir.

Görüldüğü üzere Türkiye’de herhangi bir engeli (bedensel, ruhsal, zihinsel, duygusal ve sosyal yeteneklerdeki) sebebiyle çalışma gücünden yoksun olan bireylerin istihdamına yönelik birtakım yönetmelik ve yasalar vardır. Ancak mevzuatın uygulanmasında çeşitli faktörlere bağlı engeller ortaya çıkabilmektedir. Türkiye’deki engelli bireylerin istihdamında; kota sistemi içerisinde hem kamuda hem de özel sektörde açık kontenjan sayılarına ilişkin eksiklikler ve diğer istihdam yöntemlerine yönelik uygulamalarda (korunmalı işyerleri, teşvik, girişimcilik vb.) yetersizlikler söz konusudur. Buna ek olarak engelli bireylerin istihdamının önündeki engeller; 50 ve üzeri sayıda işçi çalıştıran işyerlerinin büyük şehirlerde ve sanayinin gelişmiş olduğu bölgelerde olması, devlet tarafından yapılan teşvikin işveren sigorta primi ile sınırlı kalması, engelli bireylerin temel ve mesleki eğitim olanaklarının yeterli olmamasıdır (Şen 2018).

Bireysel, toplumsal ve yasal engellerin yanı sıra şizofreni tanısı konulan bireylerin istihdama katılımında bazı caydırıcı faktörler bulunmaktadır. Bu bireyler Türkiye’de 01/07/1976 tarihli ve 2022 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanan 65 Yaşını Doldurmuş Muhtaç, Gücsüz ve Kimsesiz Türk Vatandaşlarına Aylık Bağlanması Hakkında Kanun kapsamındaki engelli aylığından yararlanabilmektedirler (Resmi Gazete 1976). Bu yardımın şizofreni tanısı konulan bireylerin istihdamdan çekilmesine neden olabileceği bilgisi alanyazında yer almaktadır (Drake ve Bond 2008, Hogan 2008). Işık ve arkadaşlarının (2019) yapmış oldukları çalışmada şizofreni tanısı konulan bireyler; çalışamama nedenlerini hastalığın çalışma yaşamına olan etkisi, işe alınmamaları, damgalanma nedeniyle iş hayatında yaşadıkları güçlükler ve engellilik maaşının çalışma durumunda kesilmesi olduğunu ifade etmişlerdir. Thornicroft (2014) birçok ülkede sosyal yardım ödemelerinin işgücüne katılma hususunda caydırıcı olduğunu ifade etmektedir. Ciddi ve uzun süreli yeti yitimi yaşayan insanlar için bu yardımlar tek geçim kaynağı olabilmektedir. Ancak çalışma ve ek gelir sağlama konusunda sınırlayıcıdır. İsveç’te 15-64 yaş arasındaki çalışmayan nüfus oranı 2008 yılında %6.1 iken, 2011 yılında %7.6’ya yükselmiştir. Bu durumun sebebi olarak hastalık ve engellilik maaşları gösterilmektedir (OECD 2013). Ruhsal bozukluğa sahip olmaları nedeniyle yardım parasından yararlananların oranı ise yıldan yıla artmaktadır. Dolayısıyla bu bireylerin işgücüne katılmamaları daha olasıdır (Nygren ve ark. 2011). Türkiye’de 2019 yılı itibarıyla engel oranına göre engelli bireylere bağlanan engelli maaşları; %70 ve üzeri engeli olan bireylere aylık 2.287 TL; %40-69 engeli olan bireylere aylık 1.855 TL’dir (Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı 2020). 2020 yılında Türkiye’de geçerli olan asgari ücretin aylık net tutarı 2324 TL’dir (Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı 2019). Dolayısıyla nakdi yardımların Türkiye’de engelli bireylerin işgücüne katılımlarında etkisinin olduğunu söylemek mümkündür. Gözen’in (2018) çalışmasında da ifade edildiği üzere, ruhsal bozukluğu olan bireyler aldıkları engelli maaşını kaybetmemek adına istihdama katılmak konusunda isteksiz olabilmektedirler.

Ruhsal bozukluğu olan bireyler çalışmamayı tercih edebilecekleri gibi çalışabilecek durumda da olmayabilirler. Bu bağlamda ruhsal bozukluğu olan ve sağlık durumu nedeniyle çalışamayan bireyler, Türkiye’de malullük hakkından faydalanmaktadır. İlgili düzenleme 16/06/2006 tarihli ve 26200 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanan Sosyal Sigortalar ve Genel



Sağlık Sigortası Kanunu'nun 25. Maddesinde yer almaktadır. Bu maddeye göre "Çalışma gücünün en az %60'ını veya vazifelerini yapamayacak şekilde meslekte kazanma gücünü kaybettiği Kurum Sağlık Kurulunca tespit edilen sigortalı, malül sayılır" ve malullük aylığı almaya hak kazanır (Resmi Gazete 2006).

Özetle istihdama katılım, şizofreni tanısı konulan bireylerin içinde buldukları durumu daha da zorlaştırabilir ve istihdam çoğu zaman bu bireyler için ulaşılabildiği kadar zor bir kazanımdır (Evans ve Wilton 2019). Bevan ve arkadaşları (2013) işyerinin fiziki koşulları (nem, rutubet, gürültü vb.) ve şizofreniye ek hastalıkları olan bazı bireylerin çalışamayacağını ifade etmektedir. Ruhsal bozukluğu olan bireylerin istihdama katılmalarının önündeki bireysel, toplumsal ve yasal güçlüklerin önüne geçebilmek amacıyla farklı refah anlayışına sahip ülkeler bu alana yönelik çeşitli hizmet modelleri uygulamaktadır.

## İstihdama yönelik hizmet modelleri

Ciddi ruhsal bozukluğu olan bireylerin karşılaştığı en önemli sorunlardan biri, işsizlik ve buna bağlı gelişen sosyal işlevsizlik duygusudur. Dolayısıyla bireylerin istihdama katılımını destekleyecek aktif programların olması oldukça önemlidir. Farklı refah modellerine sahip ülkelerde bu alanda çeşitli uygulama farklılıkları olduğu görülmektedir. Genel olarak şizofreni tanısı konulan bireylerin istihdamına yönelik farmakolojik, psikolojik, aile ve akranlara yönelik çeşitli müdahaleler (Bevan ve ark. 2013) ve istihdama katılımlarını artırmak için çeşitli hizmetler mevcuttur. Bunlardan biri mesleki rehabilitasyon hizmetleridir. Mesleki rehabilitasyon hizmetleri; bireyleri istihdam içinde desteklemeyi içerir. Destekli istihdamın (supported employment) ortaya çıktığı 1990'lı yıllara kadar ciddi ruhsal bozukluğa sahip bireyler için etkili bir yaklaşımın mevcut olmadığı görülmektedir (Drake 2018). Destekli istihdam anlayışının gelişmesiyle birlikte, ruhsal bozukluğu olan bireylerin istihdama katılımını artırmaya yönelik bir girişim söz konusu olmuştur.

Destekli istihdam, ciddi ruhsal bozukluğu olan kişilerin rekabetçi istihdama katılım sağlamaları için yardımcı olan kanıta dayalı bir uygulama olarak tanımlanmaktadır (Twamley ve ark. 2012). Dolayısıyla destekli istihdama katılımın, bilişsel işlevselliği geliştirebileceği ve böylece bireylerin bilişsel işlev bozukluklarıyla daha etkin bir şekilde başa çıkabilecekleri görülmektedir (McGurk ve Mueser 2004, Sola 2014). Ayrıca destekli istihdam, psikiyatrik ve mesleki rehabilitasyona ilişkin fonksiyonel sonuçları iyileştirmek için etkili bir müdahalenin geliştirilmesine ve bireylerin güçlenmelerine katkı sağlamaktadır (Drake 2018). Destekli istihdam katılımı, Lord ve Hutchison'a (1993) göre bir kimliği algılamayı, değerli sosyal roller geliştirmeyi ve topluluk entegrasyonunu artırmayı içeren bir güçlendirme sürecini kapsar. Bejerholm ve Björkmen (2010), destekli istihdama katılımıyla birlikte bireylerin güçleneceğini ifade etmektedir. Destekli istihdamda yer almanın, bireylerin iş bulmalarını ve büyük çoğunluğunun en az bir yıl süreyle çalışmaya devam etmelerini sağladığı görülmektedir (İncedere ve Yıldız 2019). Hacıoğlu Yıldırım ve arkadaşlarının (2014) yapmış oldukları araştırmada ise rekabetçi ve destekli istihdamda yer alan şizofreni tanısı konulan bireylerin, psikolojik ve fiziksel sağlıklarının işsiz bireylerden daha iyi durumda olduğu görülmektedir.

Şizofreni Dernekleri Federasyonu tarafından 2009 yılında Ankara'da kurulan Mavi At

Kafe Türkiye’de destekli istihdam modeline bir örnektir. Bu kafe şizofreni tanısı konulan bireylerin çalışması için sağaltıcı bir topluluk ve destekli-iş ortamı olarak işlev görmekte, burada sunulan hizmetlerin hemen hepsi bir hasta yakını ve bir hizmet sektörü işçisi eşgüdümünde şizofreni tanısı konulan bireyler tarafından gerçekleştirilmektedir (Soygür ve ark. 2017).

Almanya’da ise şizofreni tanısı konulan bireylere yönelik destekli istihdam çatısı altında mesleki rehabilitasyon hizmetlerinin 3 gruba ayrıldığı görülmektedir (Steadman 2015).

Mesleki eğitim merkezleri: Genellikle meslek öncesi rehabilitasyon hizmetlerini içerir ve şizofreni tanısı konulan bireylerin istihdama tekrar dahil olmasına odaklanır. Almanya’da en çok tercih edilen yöntemlerden biridir. Bu merkezler şizofreni tanısı konulan bireylerin daha önceden çalışmış oldukları işlere geri dönmelerini amaçlamaktadır. Merkezlerin daha önce iş deneyimi olmayan bireylere yönelik olmaması, bu bireyler için istihdama katılımın sınırlı kalmasına neden olmaktadır. Mevcut durumları eski işlerini yapma noktasında yeterli olmayan bireylere yeni bir mesleki rol için eğitim verilebilmektedir. Şizofreni tanısı konulan bireyler istihdama dâhil olduktan sonra 6-12 ay süreyle desteklenir.

Entegrasyon hizmeti: Şizofreni tanısı konulan bireylerin istihdama dahil edilmesi ve sonrasında desteklenmesi odağında hizmet veren bir modeldir. Şizofreni tanısı konulan bireyleri istihdam içinde tutma ve koruma amacı güder.

Ruhsal bozukluğu olan bireyler için rehabilitasyon hizmetleri: Bu hizmetler, ruhsal bozukluğu olan bireyler için ikamet yerlerine yakın ve günlük yaşamlarına uygun şekilde rehabilitasyon hizmetlerini içermektedir. Bu hizmetler aynı anda hem tıbbi hem de mesleki destek sunar ve kişilerin ihtiyaçlarına göre şekillendirilir. Sunulan hizmetler yerel düzeydedir. Bu hizmet modelinde ruhsal bozukluğu olan bireyler istihdama dahil edilerek sosyal yeterliliklerini geliştirecek desteklere ulaşırlar. Diğer hizmet modellerine göre daha maliyetli olmasından dolayı Almanya’da daha az tercih edilen bir istihdam modelidir.

İskandinav ülkelerinde ise şizofreni tanısı konulan bireylerin istihdamına yönelik Bireysel Yerleştirme ve Destek [BYD] modeli yaygın olarak kullanılmaktadır. BYD istihdam öncesinde istihdama yönelik eğitimden kaçınır. Bunun yerine, bireyselleştirilmiş iş geliştirme ile birlikte ilgi alanlarına ve becerilere uyan işlerle ilgili bireylerin seçimine dayalı hızlı bir iş arama yöntemi kullanır. Çok disiplinli bir ruh sağlığı ve istihdam ekibi, iş bulmayı kolaylaştırır ve gerektiğinde bireylere destek sağlar (Drake 2018). Nygren ve arkadaşları (2011) BYD’nin bazı temel ilkelere dayandığını ifade etmektedir: (i) rekabetçi istihdam hedeftir; (ii) işe girmeye isteklilik gereklidir; (iii) iş aramanın hızla başlatılmasını hedefler; (iv) ihtiyaç duyulan bireyselleştirilmiş desteğin sürekli olarak geliştirilmesini amaçlar; (v) mesleki rehabilitasyon ve ruh sağlığı hizmetleri entegre veya yakın işbirliği içinde çalışır ve (vi) sistematik yardım danışmanlığı (systematic benefits counselling) sunar (Nygren ve ark. 2011). BYD’nin ciddi ruhsal bozukluğu olan bireyler için rekabetçi istihdam elde etmede etkili olduğu görülmektedir (Bond ve ark. 2008). Son 20 yılda, BYD’li istihdamın etkisi araştırma sonuçlarıyla desteklenmektedir. Birçok çalışma şizofreni ve diğer ruhsal bozuklukları olan ve çalışmak isteyen çoğu bireyin aslında rekabetçi istihdamda başarılı olabileceğini göstermektedir (Drake ve Bond 2014, Drake ve ark. 2016, Johnson-Kwochka

ve ark. 2017).

Her ne kadar destekli istihdam şizofreni tanısı konulan bireyler için en fazla tercih edilen istihdam yöntemi olsa da, bu bireylere istihdam imkânı sağlamak noktasında faydalı tek model değildir. Ruhsal bozukluğu olan bireylerin farklı ihtiyaçları vardır ve istihdamlarını sağlama noktasında pek çok model bulunmaktadır. İngiltere’de destekli istihdam dışında farklı alternatifler (kulüp evleri, istihdam merkezleri, iş ve işçi bulma kurumu, serbest meslek ve kullanıcı işletmeleri, desteklenen eğitim ve yetişkin eğitimi, geçici istihdam, sosyal firmalar/kooperatifler) söz konusudur (Evans ve Repper 2000).

Ruhsal bozukluğu olan bireylerin istihdamda kalmalarına yönelik modellerden biri de Almanya ve İngiltere’de var olan korumalı istihdam (sheltered employment) modelidir. Korumalı istihdam, ticari ortamlarda ücretli çalışma imkanı sunan ve ruhsal bozukluğu olan bireylere yönelik ayrılmış kontenjanları bulunan istihdam modelidir. Korumalı atölyeler ve sosyal firmalar, korumalı istihdam kapsamında değerlendirilmektedir (Evans ve Repper 2000). Ancak son yıllarda Avrupa ülkelerinin çoğunda korumalı atölye ve sosyal firma anlayışından uzaklaşıldığı görülmektedir. Şizofreni tanısı konulan bireylerin buldukları korumalı atölyelerden çıkma fırsatlarının olmaması bu anlayıştan uzaklaşma nedenlerinin başında gelmektedir (Steadman 2015). Bu bireylerin izole bir çalışma ortamı içinde tutulması korumalı istihdama yönelik eleştirilerin çıkış noktasıdır.

Çeşitli ülke örnekleri incelendiğinde ilgili ülkelerde ruhsal bozukluğu olan bireylere yönelik farklı istihdam düzenlemelerinin ve modellerinin olduğu görülmüştür. Korumalı işyerleri, iş kulüpleri ve destekli istihdam modelleri Türkiye’de yaygın değildir (Yıldız ve ark. 2019). Türkiye’de tüm engellilere yönelik uygulanan kota yöntemi, İŞKUR tarafından yürütülen hizmetler, incelenen ülkelerdeki korumalı istihdam modelleri ile benzeşmektedir. Ancak Steadman (2015), şizofreni tanısı konulan bireylerin sosyal izolasyon yaşadıkları gerekçesiyle Avrupa ülkelerinin çoğunda korumalı istihdam anlayışından uzaklaşıldığını ifade etmektedir.

Şüphesiz, her istihdam türü (rekabetçi istihdam, korumalı istihdam, yarı zamanlı çalışma) şizofreni tanısı konulan bireylere aynı oranda katkı sağlamamaktadır. Rekabetçi istihdamın bu bireyler üzerinde olumlu etkileri (Bond ve ark. 2001) olsa da, istihdama katılmaya yeterince hazır hissetmedikleri durumlarda çalışmanın olumsuz etki ve hayal kırıklığı yaratabileceği akılda tutulmalıdır (Weinberg ve ark. 2015).

## Sonuç ve öneriler

Bu çalışmada istihdamın şizofreni tanısı konulan bireyler üzerindeki etkisi (Evans ve Repper 2000, Leufstadius ve ark. 2009, Bejerholm ve Björkmen 2010, Nygren ve ark. 2011, Yıldız ve ark. 2011, Üçok ve ark. 2012, Hacıoğlu Yıldırım ve ark. 2014, Can Öz ve Ünsal Barlas 2017a), istihdama katılımları ve devamları hususunda yaşadıkları güçlükler alanyazındaki araştırma sonuçları (Wehman ve ark. 1982, Solinski ve ark. 1992, Bell ve Lysaker 1995, Lysaker ve ark. 1995, Glozier 1998, Tsang ve Pearson 2001, Waghorn ve ark. 2005, Marwaha ve ark. 2007, Leufstadius ve ark. 2009, Bevan ve ark. 2013, Weinberg ve ark. 2015, Can Öz ve Ünsal Barlas 2017b, Işık ve ark. 2019, Can Öz ve ark. 2019, Yıldız ve ark. 2019) ile

desteklenerek tartışılmıştır. Bireylerin istihdama katılımları ve devamları konusunda ortaya çıkan güçlükler; bireysel, toplumsal ve yasal engeller başlıkları altında incelenmiştir.

Farklı refah modellerini benimseyen (İskandinav, Liberal, Muhafazakar) bazı ülkelerde şizofreni tanısı konulan bireylerin istihdama katılımları hususundaki güçlükleri ortadan kaldırmaya yönelik uygulanan hizmet modelleri (Lord ve Hutchison 1993, Evans ve Repper 2000, McGurk ve Mueser 2004, Bejerholm ve Björkmen 2010, Nygren ve ark. 2011, Drake ve Bond 2014, Sola 2014, Steadman 2015, Drake ve ark. 2016, Johnson-Kwochka ve ark. 2017, Drake 2018) incelenmiştir. Türkiye’de şizofreni tanısı konulan bireylerin istihdamına yönelik mevcut durum ise ilgili mevzuat çerçevesinde ortaya konulmuştur.

Şizofreni tanısı konulan bireylerin düşük istihdam oranları sorununa yönelik çözümler geliştirmek ruh sağlığı çalışanları, işverenler ve devlet olmak üzere birçok paydaşın ortak sorumluluğudur (Evans ve Repper 2000, Bevan ve ark. 2013, Saruç ve Kaya Kılıç 2015). Uygulayıcılar ve politika yapıcılar çalışma ortamının düzenlenmesi konusunda, şizofreni tanısı konulan bireylerin bireysel farklılıklarını ve kişisel tercihlerini göz önünde bulundurmalıdır (Macias ve ark. 2001, Marwaha ve Johnson 2004, Weinberg ve ark. 2015).

Bireylerin ihtiyaçlarını göz önünde bulundurarak yaşam kalitelerini artırmak ve sosyal işlevselliklerini geliştirmek için kullanılan bir ruh sağlığı hizmeti modeli de olgu yönetimidir. Olgu yönetimi, ciddi ruhsal bozukluğu olan bireyler için uzun süreli bakım sağlamayı amaçlayan, toplum temelli bir bakım türüdür. Proaktif, uzun vadeli, yoğun ve esnek bir olgu yönetimi uygulaması, bireylerin topluma uyumları için hayatta kalma becerilerini kullanmalarına yardımcı olur (Wilson 2002, Liberman 2008, Dieterich ve ark. 2017). Bu uygulama, yaşam becerilerinin gelişmesine katkı sağlayarak ruhsal bozukluğu olan bireylerin istihdama katılımları konusunda da etkin bir rol oynayabilir.

Ruh sağlığı çalışanları (psikiyatrist, psikiyatri hemşiresi, klinik psikolog, sosyal hizmet uzmanı) ruhsal bozukluğu olan bireylerle yaptıkları görüşmelerde, bireylere çalışma geçmişlerini ve istihdama yönelik isteklerini ve beklentilerini sormalıdırlar. Buna yönelik olarak; İŞKUR aracılığıyla yerleştirilen bireylerin iş ve meslek danışmanlarıyla iletişime geçilmeli, bireylerin fikirleri dikkate alınarak etkin bir hizmet sunumu gerçekleştirilmelidir. Ancak İŞKUR’da çalışan iş danışmanları ruhsal bozukluklar konusunda yeterli bilgiye sahip olmamaları nedeniyle, önyargıya sahip olabilmekte ve bu bireyleri işe yerleştirmek istemeyebilmektedirler. Hem iş danışmanlarına hem de işverenlere eğitim verilmesi ayrımcılık ve damgalanmanın önüne geçilmesine katkı sağlayacaktır. Bu bağlamda yapılacak olan çalışmalar, TRSM’de çalışan personelin inisiyatifine bırakılmamalı ve TRSM’nin sunacağı hizmetler içerisinde açıkça ifade edilerek standartlaştırılmalıdır (Saruç ve Kaya Kılıç 2015, Gözen 2018). Bu hizmetlerin sunumunda bireylerin güçsüzlüklerine değil, güçlü yanlarına odaklanılmalıdır. Şizofreni şüphesiz ciddi bir ruhsal bozukluktur, ancak bu deneyime sahip olan bireyin fonksiyonel bozuklukları nedeniyle yapamayacaklarından ziyade neler yapabileceğini vurgulamak önemlidir. Kendi kendini yönetmeyi teşvik edecek, sosyal içermeyi artıracak ve ücretli istihdama dönüşü kolaylaştıracak bir müdahale anlayışının benimsenmesinde yarar vardır.

Şizofreni tanısı konulan birçok birey, toplumda şizofreniyi çevreleyen bilgisizlik ve damgalanma nedeniyle durumlarını işverenlerine veya iş arkadaşlarına açıklamamayı

tercih etmektedir. Bu nedenle, iş danışmanları ve işverenlere ek olarak politika yapıcılara ve toplumdaki bireylere -şizofreni tanısı konulan bireylerin damgalanmasını ve ayrımcılığa uğramasını önlemek adına- bilinç ve farkındalık artırıcı seminerler ve eğitimler verilmelidir. Bu görüşe paralel olarak bu bireylerin işe yerleştirilmelerine ilişkin önerilerini yansıtan araştırmalarda; şizofreniyle ilgili eğitim ve bilgilendirme faaliyetlerinin artırılması, medyada olumlu haberlerin yayınlanması ve toplum tarafından saygı görme isteği katılımcılar tarafından dile getirilmektedir (Can Öz ve Ünsal Barlas 2017b, Işık ve ark. 2019). Bunlara ek olarak şizofreni tanısı konulan bireylerin çalışma koşullarına (esnek çalışma saatleri, çalışılan ortamın fiziksel koşulları gibi) yönelik de iyileştirmeler yapılmalıdır.

Türkiye’de ciddi ruhsal bozukluğu olan bireylerin istihdamına ilişkin ayrı bir mevzuat olmadığı, düzenlemelerin engelli bireylere yönelik ortak mevzuat içerisinde ele alındığı görülmektedir. Türkiye’nin bir ruh sağlığı yasasının olmayışı belirsizliklere, ciddi ruhsal bozukluğu olan bireylerin istihdama düşük oranda katılmalarına ve istihdam edilebilecekleri iş ve işyeri seçeneklerinin kısıtlı olmasına neden olmaktadır.

Politikaların bireyleri; yeteneklerine, becerilerine ve geçmiş deneyimlerine uygun işlere yerleştirmek üzerine kurgulanması faydalıdır (Steadman 2015). OECD (2013) “Mental Health and Work: Sweden” raporunda ruh sağlığı ve çalışmaya yönelik politika tavsiyeleri şu şekildedir: Engellilik maaşlarına (benefits) erken bağımlılığı azaltmak, istihdam tedbirlerine daha fazla odaklanarak daha aktif bir yaklaşımı benimsemek, işverenlerin ruhsal bozukluğu önlemeye ve ruhsal bozukluğu olan çalışanları korumaya yönelik teşviklerini güçlendirmek, işgücü piyasasına bağlılığı sağlamak ve ruhsal bozukluğu olan bireylerin işe hızlı dönüşünü kolaylaştırmak, ruh sağlığı bakımı ve istihdam hizmetlerine katılmak. Bu politika tavsiyelerinden hareketle, Türkiye’de görece daha dezavantajlı konumda bulunan ruhsal bozukluğu olan bireylerin istihdamının desteklenmesi gerekmektedir. Bu kapsamda, Türkiye’de şizofreni tanısı konulan bireylerin istihdam oranlarının yükseltilmesi amacıyla Sağlık Bakanlığı ve Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı işbirliği ile uzmanlardan oluşan çok disiplinli bir görev gücü oluşturulmalı ve bir plan geliştirilmelidir. Ruhsal bozukluğu nedeniyle işgücü piyasasından ayrılma tehlikesi olan kişilere yönelik klinik ve mesleki desteğin eş zamanlı olarak sağlanması önemlidir. Bu bağlamda Türkiye’de sağlık ve danışmanlık hizmeti uygulanabilir. Tüm bu önerilere ek olarak, ruhsal bozukluğu olan bireylerin istihdam oranlarını ortaya koyabilecek kapsamlı çalışmaların yapılması ve bu çalışmaların düzenli aralıklarla tekrarlanarak kamuoyuna sunulması oldukça önemlidir.

## Kaynaklar

- Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı (2019) <https://ailevecalisma.gov.tr/tr-tr/haberler/bakan-selcuk-1-ocak-2020-den- itibaren-gecerli-olacak-asgari-ucret-brut-2-bin-943-lira-net-2-bin-324-lira-70-kurus-olarak-belirlendi/> (23 Mayıs 2020’de ulaşıldı).
- Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı (2020) Engelli ve Yaşlı İstatistik Bülteni. <https://ailevecalisma.gov.tr/media/42250/ istatistik-bulteni-2020-mart.pdf> (20 Nisan 2020’de ulaşıldı).
- American Psychiatric Association (2013) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th edition. DSM-5. Washington, DC, American Psychiatric Association.
- Bejerholm U, Björkman T (2010) Empowerment in supported employment research and practice: Is it relevant? *Int J Soc Psychiatry*, 57:588-595.

- Bevan S, Gulliford J, Steadman K, Thomas TT, Moise A (2013) Working with Schizophrenia: Pathways to Employment, Recovery & Inclusion. London, The Work Foundation.
- Bond G, Drake R, Becker D (2008) An update on randomized controlled trials of evidence-based supported employment. *Psychiatr Rehabil J*, 31:280-290.
- Can Öz Y, Ünsal Barlas G (2017a) Şizofrenili bireylerde istihdamın önemi. *Journal of Academic Research in Nursing*, 3:46-50.
- Can Öz Y, Ünsal Barlas G (2017b) Şizofreni hastalığı olan bireylerin işe yerleştirme ile ilgili görüşleri ve beklentileri: niteliksel bir çalışma. *Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 3:28-32.
- Can Öz Y, Ünsal Barlas G, Yıldız M (2019) Opinions and expectations related to job placement of individuals with schizophrenia: A qualitative study including both patients and employers. *Community Ment Health J*, 55:865-872.
- Çakır HG (2019). Engellilere yönelik istihdam politikaları. <https://www.akademikaynak.com/engellilere-yonelik-istihdam-politikalari.html> (Accessed 2.04.2020.)
- Davis L, Fulginiti A, Krieger L, Brekke JS (2012) Deinstitutionalization? Where have all the people gone?. *Curr Psychiatry Rep*, 14:259-269.
- Dieterich M, Irving CB, Bergman H, Khokhar MA, Park B, Marshall, M (2017) Intensive case management for severe mental illness. *Schizophr Bull*, 43:698-700.
- Drake RE (2018) Employment and schizophrenia: three innovative research approaches. *Schizophr Bull*, 44:20-21.
- Drake RE, Bond GR (2014) Introduction to the special issue on individual placement and support. *Psychiatr Rehabil J*, 37:76-78.
- Drake RE, Bond GR, Goldman HH, Hogan MF, Karakus M (2016) Individual placement and support services boost employment for people with serious mental illnesses, but funding is lacking. *Health Aff*, 35:1098-1105.
- Drake RE, Bond, GR (2008) The future of supported employment for people with severe mental illness. *Psychiatr Rehabil J*, 31:367-376.
- Durham M (1989) The impact of deinstitutionalization on the current treatment of the mentally ill. *Int J Law Psychiatry*, 12:117-131.
- Ensari H, Gultekin B, Karaman D, Koc A, Beskardes A (2013) The effects of the service of community mental health center on the patients with schizophrenia - evaluation of quality of life, disabilities, general and social functioning- a summary of one year follow-up. *Anadolu Psikiyatri Derg*, 14:108.
- Ertekin Pinar S, Sabancıoğulları S (2019) The relationship between functional recovery and quality of life in patients affected by schizophrenia and treated at a community mental health center in Turkey. *Perspect Psychiatr Care*, 56:448-454.
- Evans J, Wilton R (2019) Well enough to work? Social enterprise employment and the geographies of mental health recovery. *Ann Am Assoc Geogr*, 109:87-103.
- Evans J, Repper J (2000) Employment, social inclusion and mental health. *J Psychiatr Ment Health Nurs*, 7:15-24.
- Evensen S, Wisløff T, Lystad J, Bull H, Ueland T, Falkum E (2015) Prevalence, employment rate, and cost of schizophrenia in a high-income welfare society: A population-based study using comprehensive health and welfare registers. *Schizophr Bull*, 42:476-483.
- Fakhoury W, Priebe S (2002) The process of deinstitutionalization: an international overview. *Curr Opin Psychiatry*, 15:187-192.
- Gözen Ö (2018) Toplum temelli ruh sağlığı hizmetlerinde koruyucu ve önleyici boyutun değerlendirilmesi (Yüksek lisans tezi). Ankara, Hacettepe Üniversitesi.
- Greve J, Nielsen LH (2013) Useful beautiful minds - an analysis of the relationship between schizophrenia and employment. *J Health Econ*, 32:1066-1076.
- Gül E, Can D, Şahin E, Şahin Ş, Şimşek E (2014) Kırıkkale Toplum Ruh Sağlığı Merkezi'nde takip edilen şizofreni hastalarının değerlendirilmesi. *Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 16:15-19
- Gürhan N, Uğurlu N, Kaya B (2016) Access of discharged schizophrenia patients to employment and association memberships in Turkey. *Hosp Pract Res*, 1:121-128.
- Hacıoğlu Yıldırım M, Alantar Z, Yıldırım E (2014) The relationship between working status and symptoms, quality of life and self-esteem in patients with schizophrenia in Turkey. *Int J Soc Psychiatry*, 60:646-655.
- Haro JM, Novick D, Bertsch J, Karagianis J, Dossenbach M, Jones PB (2011) Cross-national clinical and functional remission rates: worldwide schizophrenia outpatient health outcomes study. *Br J Psychiatry*, 199:194-201.
- Harrison J, Gill A (2010) The experience and consequences of people with mental health problems, the impact of stigma upon people with schizophrenia: a way forward. *J Psychiatr Ment Health Nurs*, 17:242-250.
- Hogan MF (2008). Transforming mental health care: realities, priorities, and prospects. *Psychiatr Clin N Am*, 31:1-9.
- Hooley J (2010) Social factors in schizophrenia. *Curr Dir Psychol Sci*, 19:238-242.
- Hudson CG, (2016) A model of deinstitutionalization of psychiatric care across 161 nations: 2001–2014. *Int J Ment Health*, 45:135-153.
- Işık I, Savaş G, Kılıç N (2019) Şizofreni hastalığına sahip bireylerin çalışma hayatı konusunda yaşadıkları güçlükler. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 10:399-408.

- İncedere A, Yıldız M (2019) Case management for individuals with severe mental illness: Outcomes of a 24-month practice. *Turk Psikiyatri Derg*, 30:245-252.
- Johnson-Kwochka A, Bond GR, Becker DR, Drake RE, Greene MA (2017). Prevalence and quality of individual placement and support. *Supported Employment in the United States. Adm Policy Ment Health*, 44:311-319.
- Kliwer S, McNally M, Trippany R (2009) Deinstitutionalization: Its impact on community mental health centers and the seriously mentally ill. *The Alabama Counseling Association Journal*, 35:40-48.
- Krupa T (2004) Employment, recovery, and schizophrenia: integrating health and disorder at work. *Psychiatr Rehabil J*, 28:8-15.
- Kurt E (2008) Türkiye’de psikiyatrik rehabilitasyonla ilgili yasal düzenlemeler. *Anadolu Psikiyatri Derg*, 9:51-57.
- Leufstadius C, Eklund M, Erlandsson L (2020) Meaningfulness in work – Experiences among employed individuals with persistent mental illness. *Work*, 34:21-32.
- Lieberman RP (2008) *Recovery from Disability: Manual of Psychiatric Rehabilitation*. Washington DC, American Psychiatric Publishing.
- Lord J, Hutchison P (1993) The process of empowerment: implications for theory and practice. *Can J Commun Ment Health*, 12:5-22.
- Macia C, DeCarlo LT, Wang Q, Frey J, Barreira P (2001) Work interest as a predictor of competitive employment: policy implications for psychiatric rehabilitation. *Adm Policy Ment Health*, 28:279-297.
- Marshall M, Lewis S, Lockwood A, Drake R, Jones P, Croudace T (2005) Association between duration of untreated psychosis and outcome in cohorts of first-episode patients: a systematic review. *Arch Gen Psychiatry*, 62:975-983.
- Marwaha S, Johnson S, Bebbington P, Stafford M, Angermeyer MC, Brugha T et al. (2007) Rates and correlates of employment in people with schizophrenia in the UK, France and Germany. *Br J Psychiatry*, 191:30-37.
- Marwaha S, Johnson S. (2004) Schizophrenia and employment: a review. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 39:337-349.
- McGurk SR, Mueser KT (2006) Cognitive and clinical predictors of work outcomes in clients with schizophrenia receiving supported employment services: 4-year follow-up. *Adm Policy Ment Health Ment Health Serv Res*, 33:598-606.
- Nordentoft M, Jeppesen P, Petersen L, Bertelsen M, Thorup A (2009) The rationale for early intervention in schizophrenia and related disorders. *Early Interv Psychiatry*, 3:53-57.
- Nygren U, Markstrom U, Svensson B, Hansson L, Sandlund M (2011) Individual placement and support – a model to get employed for people with mental illness – the first Swedish report of outcomes. *Scand J Caring Sci*, 25:591-598.
- OECD (2013) *Mental Health and Work: Sweden*. Paris, OECD Publishing.
- OECD (2020). *Good mental health throughout life*. <https://www.oecd.org/health/health-systems/Mental-health-Facts-and-Figures.pdf> (Accessed 16.03.2020)
- ÖSYM (2020) *EKPSS 2019 Yerleştirme Sonuçlarına İlişkin Sayısal Bilgiler*. Ankara, ÖSYM.
- Özdemir İ, Şafak Y, Örsel S, Karaoğlan Kahiloğulları A, Karadağ H (2017) Bir toplum ruh sağlığı merkezinde şizofreni hastalarına uygulanan ruhsal-toplumsal uyumlandırma etkinliğinin araştırılması: Kontrollü çalışma. *Anadolu Psikiyatri Derg*, 18:419-427.
- Resmi Gazete (1976) 65 Yaşını doldurmuş muhtaç, güçsüz ve kimsesiz Türk vatandaşlarına aylık bağlanması hakkında kanun (1976) Ankara, T.C. Başbakanlık.
- Resmi Gazete (2003) İş Kanunu (2003). Ankara, T.C. Başbakanlık.
- Resmi Gazete (2005) Engelliler hakkında kanun (2005). Ankara, T.C. Başbakanlık.
- Resmi Gazete (2006) Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu (2006). Ankara, T.C. Başbakanlık.
- Rosenheck R, Leslie D, Keefe R, McEvoy J, Swartz M, Perkins D et al. (2006) Barriers to employment for people with schizophrenia. *Am J Psychiatry*, 163:411-417.
- Ryu Y, Mizuno M, Sakuma K, Munakata S, Takebayashi T, Murakami M et al. (2012) Deinstitutionalization of long-stay patients with schizophrenia: the 2-year social and clinical outcome of a comprehensive intervention program in Japan. *Aust N Z J Psychiatry*, 40:462-470.
- Saruç S, Kaya Kılıç A (2015) Toplum ruh sağlığı merkezinde hizmet alan hastaların sosyal profili ve merkezde verilen hizmetler. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 26(2):53-71.
- Schizophrenia Commission (2012) *The Abandoned Illness: A Report by the Schizophrenia Commission*. London, Rethink Media.
- Soygür H (2016) Türkiye’de toplum ruh sağlığı merkezleri: Quo vadis? *Noro Psikiyatr Ars*, 53:1-3.
- Soygür H, Yüksel M, Eraslan P, Attepe Özden S (2017) Mavi At Kafé’nin 6 yılda öğrettikleri: şizofreni hastalarının gözünden iyileşmeye katkıda bulunan etmenler-nitel bir analiz. *Turk Psikiyatri Derg*, 28:75-80.
- Steadman K (2015). *Working with schizophrenia: Employment, recovery and inclusion in Germany*. [http://www.theworkfoundation.com/wpcontent/uploads/2016/11/384\\_Schizophrenia\\_Germany.pdf](http://www.theworkfoundation.com/wpcontent/uploads/2016/11/384_Schizophrenia_Germany.pdf) (Accessed 20.04.2020)
- Şen M (2018) Türkiye’de engellilere yönelik istihdam politikaları: sorunlar ve öneriler. *Sosyal Güvenlik Dergisi*, 8:129-152.

- T.C. Sağlık Bakanlığı (2011) Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı (2011-2023). Ankara, T.C. Sağlık Bakanlığı.
- Thornicroft G (2014) Toplumun Reddettiği: Ruhsal Hastalığı Olan İnsanlara Karşı Ayrımcılık (Çeviri Ed. H. Soygür). Ankara, İmaj Yayınevi.
- Tsang H, Pearson V (2001) Work-Related social skills training for people with schizophrenia in Hong Kong. *Schizophr Bull*, 27:139-148.
- Tsang H, Tam P, Chan F, Cheung W (2003) Stigmatizing attitudes towards individuals with mental illness in Hong Kong: Implications for their recovery. *J Community Psychol*, 31:383-396.
- TÜİK (2011) Özürlülerin Sorun ve Beklentileri Araştırması. Ankara, TÜİK.
- Türkiye Cumhuriyeti Anayasası (1982) <https://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.2709.pdf> (Accessed 30.03.2020).
- Türkiye İş Kurumu (2018) Yıllık istatistik bültenleri. <https://www.iskur.gov.tr/kurumsal-bilgi/istatistikler/> (Accessed 02.04.2020).
- Twamley EW, Vella L, Burton CZ, Becker DR, Bell MD, Jeste DV (2012) The efficacy of supported employment for middle-aged and older people with schizophrenia. *Schizophr Res*, 135:100-104.
- Uşan MF (2003). Mesleki eğitim ve istihdam, devlet personel rejimi ve iş mevzuatı. *E-Akademi*, 15:1-43.
- Üçok A, Gorwood P, Karadayı G (2012) Employment and its relationship with functionality and quality of life in patients with schizophrenia: EGOFORS Study. *Eur Psychiatry*, 27:422-425.
- Waghorn G, Chant D, King R (2005) Work-related subjective experiences among community residents with schizophrenia or schizoaffective disorder. *Aust NZJ Psychiatry*, 39:288-299.
- Weinberg D, Shahar G, Davidson L, McGlashan TH, Fennig S (2015) Longitudinal associations between negative symptoms and social functioning in schizophrenia: the moderating role of employment status and setting. *Psychiatry*, 72:370-381.
- Whitley R, Drake RE (2010). Recovery: a dimensional approach. *Psychiatr Serv*, 61:1248-1250.
- WHO (2013) Mental Health Action Plan 2013-2020. Geneva, World Health Organisation.
- Wilson I (2002) Case Management. In *Psychosocial Interventions for People with Schizophrenia a Practical Guide For Mental Health Workers* (Eds N Harris, S Williams, T Bradshaw):53-67. New York, NY, Pallgrave Macmillan.
- Yıldız M, Kaytaz Yılmaz B, İncedere A, Abut F, Aydın A, Sarandöl A et al. (2019) Rates and correlates of employment in patients with schizophrenia: A multicenter study in Turkey. *Int J Soc Psychiatry*, 65:235-243.
- Yıldız M, Kutlu H, Tural Ü (2011) Demographic and clinical characteristics of cognitive function is affected in schizophrenia? *Clin Psychopharmacol Bull*, 21:131-139.
- Yohanna D (2013) Deinstitutionalization of people with mental illness: Causes and consequences. *Virtual Mentor*, 15:886-891.
- Zaprutko T, Kus K, Bilobryka R, Rakhman L, Goder R, Michalak M et al. (2015). Schizophrenia and employment: evaluation from professionals point of view. *Psychiatr Q*, 86:569-579.

**Yazarların Katkıları:** Yazarlar çalışmaya önemli bir bilimsel katkı sağladıklarını ve makalenin hazırlanmasında veya gözden geçirilmesinde yardımcı olduklarını kabul etmişlerdir.

**Danışman Değerlendirmesi:** Dış bağımsız.

**Çıkar Çatışması:** Yazarlar çıkar çatışması bildirmemiştir.

**Finansal Destek:** Yazarlar bu çalışma için finansal destek almadıklarını beyan etmişlerdir.

*Authors Contributions:* The authors attest that she has made an important scientific contribution to the study and has assisted with the drafting or revising of the manuscript.

*Peer-review:* Externally peer-reviewed.

*Conflict of Interest:* No conflict of interest was declared by the authors.

*Financial Disclosure:* The authors declared that this study has received no financial support.