



## Orjinal Makale

# Toplum ruh sağlığı merkezinden hizmet alan ve almayan hastaların yeti yitimi ve sosyal işlevsellik düzeyleri ile öznel iyileşme algılarının karşılaştırılması\*

● Selda Öztürk,<sup>1</sup> ● Nihan Altan Sarıkaya,<sup>1</sup> ● Sevcan Öz<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı, Edirne

<sup>2</sup>Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı, İzmir

### Özet

**Amaç:** Bu araştırma toplum ruh sağlığı merkezinden hizmet alan ve almayan hastaların yeti yitimi ve sosyal işlevsellik düzeyleri ile öznel iyileşme algılarını incelemek ve karşılaştırmak amacıyla gerçekleştirilmiştir.

**Gereç ve Yöntem:** Karşılaştırmalı ve tanımlayıcı tipte olan bu araştırma, Haziran-Ağustos 2018 tarihleri arasında Toplum Ruh Sağlığı Merkezinden (TRSM) hizmet alan (n=19) ve TRSM'den hizmet almayan (n=19) hastalar ile gerçekleştirilmiştir. Veriler Yeti Yitimi Değerlendirme Çizelgesi (WHO-DAS-II), Toplumsal İşlevselliği Değerlendirme Ölçeği (TİDÖ) ve Öznel İyileşmeyi Değerlendirme Ölçeği (ÖzİDÖ) ile toplanmıştır. Verilerin analizinde, Mann Whitney U testi, Ki-Kare testi ve Pearson Korelasyon analizi kullanılmıştır.

**Bulgular:** TRSM'den hizmet alan ve almayan hastaların yeti yitimi, sosyal işlevsellik ve öznel iyileşme algı düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlılık bulunmazken TRSM'den hizmet alan hastaların yeti yitimlerinin daha az olduğu, işlevsellikleri ve öznel iyileşme algılarının daha iyi olduğu belirlendi. Hastalığın başlangıç yaşı ve gelir miktarı arttıkça hastaların toplumsal işlevselliğinin de arttığı belirlendi (p=0.031, p=0.032; sırasıyla). Hastaların toplumsal işlevsellik ile yeti yitimi düzeyleri arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki olduğu belirlenirken TİDÖ ve ÖzİDÖ arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki saptandı (p=0.045, p=0.020; sırasıyla). WHO-DAS-II ve ÖzİDÖ arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki olduğu belirlendi (p=0.002).

**Sonuç:** TRSM'den hizmet alan hastalar ile hizmet almayan hastaların yeti yitimi, toplumsal işlevsellik ve öznel iyileşmeleri arasında anlamlılık saptanmadı. Toplumsal işlevsellik düzeyleri daha iyi olan hastaların öznel iyileşme algıları daha iyi bulunurken yeti yitiminin daha az olduğu belirlenmiştir.

**Anahtar Sözcükler:** İyileşme, ruhsal hastalık, toplumsal işlevsellik, toplum ruh sağlığı merkezi

Dünyada 1960'larda başlayan toplum ruh sağlığı hizmetleri ve koruyuculuğun ön plana çıkması ile hastaların toplum içerisinde tedavi edilebilmesi amaçlanmıştır. Bunun sonucu olarak da hastane temelli modelden toplum temelli hizmet modeline geçiş ile hastanın kendi yaşadığı çevrede tedavi olması sağlanmıştır.<sup>[1,2]</sup> Ülkemizde psikiyatri tedavi ve rehabilitasyon hizmetlerinin iyileştirilmesine 1960'lı yıllarda başlamıştır. Bu amaçla kurulan ruh sağlığı dispanserleri yolu ile toplum ruh sağlığı hizmetlerinin verilmesi ile hastaların topluma

yeniden kazanımları sağlanmaya çalışılmıştır.<sup>[3,4]</sup> Ruh Sağlığı Profil Çalışması (1998) ve 2006'da Sağlık Bakanlığı tarafından yayınlanan Ulusal Ruh Sağlığı Politikası önerileri doğrultusunda ülkemizde toplum temelli ruh sağlığı hizmetleri ile ilgili çalışmalara 2008 yılında başlanmıştır. Hasta merkezli yaklaşım temel alınarak, sistemin açılacak toplum ruh sağlığı merkezleri (TRSM) aracılığı ile yaygınlaştırılması planlanmıştır.<sup>[2]</sup>

Ciddi Ruhsal Hastalıklar yinelemeler ve iyileşme ile giden, hastaların önemli bir kısmında işlevsellikte azalma ve yeti yitimine



**Konu hakkında bilinenler nedir?**

- Toplum ruh sağlığı merkezinden düzenli olarak hizmet alan hastaların yeti yitimi, sosyal işlevsellik ve öznel iyileşme algı düzeyleri toplum ruh sağlığından düzenli hizmet almayan hastalara göre daha iyi düzeydedir.

**Bu yazının bilinenlere katkısı nedir?**

- Toplum ruh sağlığı merkezinden düzenli olarak hizmet alan hastalar ile düzenli hizmet almayan hastaların yeti yitimi, toplumsal işlevsellik ve öznel iyileşme düzeyleri arasında fark bulunmamıştır.

**Uygulamaya katkısı nedir?**

- Toplum ruh sağlığı merkezlerine düzenli olarak devam eden hastalar ile devam etmeyen hastaların yeti yitimi, toplumsal işlevsellik ve öznel iyileşme düzeyleri arasında anlamlı farklılığın olması sunulan hizmetlerin içeriğinin, uygulama sıklığının, uygulayan ekip gibi hizmetlerin niteliğini etkileyen faktörlerin gözden geçirilmesi gerektiğini düşündürmektedir.

sebepler olan psikiyatrik tablolarıdır. Hastada yinelemelerin sık olması, tedavide gecikme ve uygun tedavinin gerçekleştirilememesi gibi sebepler yeti yitiminin derecesini artırmaktadır. Yeti yitimi ile bireylerin işlevselliğinde azalma olmakta ve kendilerinden beklenen akademik, mesleki ve toplumsal rollerini yerine getirmekte zorlanmaktadırlar.<sup>[5]</sup> Yapılan çalışmalarını incelediğimizde ilaç tedavisine ek olarak ruhsal eğitim, sosyal beceri eğitimi, aile eğitimi gibi eğitimlerin iyileşme ve işlevselliğin artmasını olumlu yönde etkilediği belirlenmiştir.<sup>[6-8]</sup>

İyileşme, önemli bir kavram olarak karşımıza çıkmakta ve genel olarak belirtilerin düzelmesi veya şiddetinde azalma ve işlevsellik düzeyinin düzelmesi olarak tanımlanabilir.<sup>[9,10]</sup> İyileşme kavramı daha yakından incelendiğinde kişinin toplumsal kaynaklardan yararlanabilmesi, kişilerarası tatmin edici ilişkiler kurabilmesi, sorumluluk alabilmesi, hastalığını kabullenmesi, hastalığını yönetebilmesi, umut ve benlik saygısı gibi unsurları kapsadığı görülmektedir.<sup>[11,12]</sup> Kısaca hasta kişinin hastalığını anlaması ve anlayarak yaşamını sürdürmesi, yani kendisini iyileşmiş olarak algılamasıdır.<sup>[13]</sup> Yapılan bir çalışmada hastalara uygulanan terapötik müdahale sonunda, hastaların kendileri hakkındaki olumlu değerlerin farkına varırılması ile hastaların iyileşmesinin daha kolay olduğu görülmüştür.<sup>[14]</sup> Knutson ve Newberry (2013)<sup>[15]</sup> tarafından psikiyatri hastaları ile yaptıkları çalışmada hastalara iyileşme modelli psikoeğitim gerçekleştirilmişlerdir. Psikoeğitimin basamakları kişilerarası ilişkileri geliştirme, sorumluluk alma, semptom yönetimi, sorunlarla baş etme, kendini güvende hissetme ve umudu içermektedir. Çalışmanın sonucunda hastaların %37'si yapılan psikoeğitimin iyileşme üzerine etkisini çok iyi ve %35'i ise etkisini mükemmel olarak belirtmişlerdir.

Şizofreni, şizoafektif bozukluk, bipolar bozukluk gibi ağır ruhsal hastalıklar sosyal ve bilişsel işlevlerde azalmanın yanında öz bakım, kişilerarası ilişkiler, çalışma hayatı ve günlük yaşam becerileri gibi birçok alanda yetersizliğe yol açabilmektedir.<sup>[12,16]</sup> Toplum ruh sağlığı merkezlerinde ağır ruhsal hastalığı olan hastaların psikososyal destek ve beceri eğitimleri ile işlevsellik düzeylerinin artması sağlanmakta ve hastaların bağımsız bir birey olarak topluma yeniden kazandırılması amaçlanmaktadır.<sup>[8,17]</sup>

Ağır ruhsal hastalıklar sosyal, ekonomik, hukuki ve tıbbi boyutları olan bir sorun olarak hastaları ve toplumu birçok şekilde

etkilemektedir.<sup>[18]</sup> Bireylerde yeti yitimi ve işlevsellik kaybı, sosyal ve ekonomik kayıplara neden olmaktadır. Bunun sonucu olarak bireyler toplumda kendilerinden beklenen rolleri yerine getiremedikleri için zorluk yaşamaktadırlar.<sup>[19]</sup> Ortaya çıkan durum bireylerin tedaviye uyum iyileşme süreçlerinde olumsuz etkiye neden olabilmektedir. Hastanın tedaviye uyum ve psikiyatrik rehabilitasyon sürecinde psikiyatri hemşiresi ilaç kullanma, eğitim verme ve sosyal işlevselliği artırma için eğitim programlarını uygulamaktadırlar. Psikiyatri hemşiresinin ve TRSM ekibinin uyguladıkları eğitim programları ile hastaların hastaneye sık yatışları önenebilir ve toplumsal işlevsellikleri artırılabilir.<sup>[20]</sup> Bu nedenle çalışmada, toplum ruh sağlığı merkezinden hizmet alan ve almayan hastaların yeti yitimi ve sosyal işlevsellik düzeyleri ile öznel iyileşme algılarını incelemek amaçlanmıştır. Bu çalışmada şu sorulara cevap arandı:

1. Toplum ruh sağlığı merkezinden hizmet alan ve almayan hastaların yeti yitimi, sosyal işlevsellik düzeyleri ve öznel iyileşme algıları arasında fark var mı?
2. Toplum ruh sağlığı merkezinden hizmet alan ve almayan hastaların yeti yitimi, sosyal işlevsellik düzeyleri ile öznel iyileşme algıları ile bireysel özellikleri arasında ilişki var mı?

**Gereç ve Yöntem****Katılımcılar**

Karşılaştırmalı ve ilişki arayıcı nitelikte olan bu çalışmanın verileri, bir Toplum Ruh Sağlığı Merkezinde Haziran-Ağustos 2018 tarihleri arasında toplum ruh sağlığı merkezine kayıtlı bulunan hastalardan toplanmıştır. Merkezin haftalık programında bir hemşire veya psikolog liderliğinde haftada bir gün sosyal beceri eğitimleri, hasta psikoeğitimleri yapılmaktadır. Bireysel danışmanlık hizmetleri hemşire, psikolog ve sosyal çalışmacılar tarafından verilmektedir. Merkezde her gün halk eğitim merkezi tarafından görevlendirilen usta öğreticilerle resim ve iş-üçüncü terapisi, müzik terapisi, drama gibi sanatsal etkinlikler sürdürülmekte, film gösterimi, yemek yapma, spor yapma, bilgisayar kursu ve sınavlara hazırlık kursu gibi aktiviteler gerçekleştirilmektedir.

Çalışmanın evrenini TRSM'ye kayıtlı olan ağır ruhsal hastalığı bulunan 672 hasta oluşturmuştur. Örneklem grubunu ise rehabilitasyon programlarına son bir yıldır düzenli (haftada en az bir gün) katılan 19 ve rehabilitasyon programlarına hiç katılmayan 19 olmak üzere toplam 38 hasta oluşturmuştur. Örneklem alınan hastalarda ağır ruhsal hastalığının bulunması (şizofreni, bipolar bozukluk, şizoafektif bozukluk ve atipik psikoz tanısı olma) içgörüsü olma, konuşma ve anlamayı engelleyecek düzeyde dil sorunu yaşamaması ve çalışmaya katılması konusunda gönüllü olması çalışmaya dahil edilme kriterleri olarak belirlenmiştir. Çalışmaya katılmayı kabul eden hastalardan yazılı bilgilendirilmiş onam alınmıştır. TRSM'den hizmet almayan hastalar, hasta listesinden basit rastgele örneklem tablosu kullanılarak belirlenmiştir. Çalışmaya katılmayı kabul etmeyen hastaların yerine tablo kullanılarak listeden yeni hastalar seçilmiştir. TRSM'den düzenli hizmet almayan hastalar, TRSM'nin bağlı bulunduğu devlet hastanesi psikiyatri

polikliniğinde takip edilen hastalardır. TRSM'den hizmet alan ve almayan hastaların özellikleri yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, çalışma durumu, hastalık tanısı ve hastaneye yatış sayısı bakımından benzerlik göstermektedir ( $p>0.05$ ).

### Kullanılan Araçlar

Veriler araştırmacılar tarafından hazırlanan Bilgi Formu, Yeti Yitimi Değerlendirme Çizelgesi (WHO-DAS-II), Toplumsal İşlevselliği Değerlendirme Ölçeği (TİDÖ) ve Öznel İyileşmeyi Değerlendirme Ölçeği (ÖZİDÖ) kullanılarak toplanmıştır.

*Demografik Bilgi Formu:* Araştırmacılar tarafından literatür incelemesi<sup>[4,6-11,16]</sup> doğrultusunda araştırmaya katılmaya gönüllü olan hastaların sosyodemografik özelliklerini (yaş, kişi başına düşen gelir miktarı, cinsiyet, medeni durum, öğrenim durumu, çalışma durumu, birlikte yaşanan kişi) içeren yedi soru ve hastalık öyküsüne ilişkin özelliklerini (hastalık tanısı, hastalığın başlangıç yaşı, hastane yatış sayısı, ailede ruhsal hastalık durumu, fiziksel şiddet davranışı, özkiyim girişi) içeren altı soru olmak üzere toplamda 13 sorudan oluşmaktadır.

*Yeti Yitimi Değerlendirme Çizelgesi (World Health Organization-Disability Assessment Schedule-II; WHO-DAS-II):* Dünya Sağlık Örgütü tarafından 1999'da tıbbi tanıdan bağımsız olarak bireyin etkinlik düzeyinde ve topluma katılımındaki kısıtlılıkları saptamak amacıyla geliştirilmiştir.<sup>[21]</sup> Bozukluk, Yeti Yitimi ve Engelliliğin Uluslararası Sınıflandırması (International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps-ICIDH-II) sınıflandırma sistemini kullanır. Hasta, görüşmeci veya hasta yakını tarafından uygulanabilen ve 36 veya 12 madde içeren biçimleri vardır. Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Uluğ ve Ertuğrul<sup>[22]</sup> (2001) tarafından yapılmıştır. Bu çalışmada 12 maddelik tarama formu kullanılmıştır. Ölçekten alınan puan arttıkça bireyin yeti yitiminin arttığını göstermektedir. Ölçeğin mevcut çalışmada test güvenilirliği Cronbach's Alpha değeri 0.920 olarak bulunmuş olup,<sup>[21]</sup> bu çalışma için test güvenilirliği Cronbach's Alpha ile değerlendirilmiş olup alpha değeri 0.868 olarak bulunmuştur.

*Toplumsal İşlevselliği Değerlendirme Ölçeği (TİDÖ):* Yıldız ve ark.<sup>[23]</sup> tarafından 2018 yılında Türk kültürüne özgü olarak şizofreni hastaları için geliştirilen 19 maddelik likert tipi bir ölçektir. Her madde 1'den 3'e kadar puanlanmaktadır. Ölçekten alınan yüksek puanlar bireyin toplumsal işlevselliğinin daha iyi olduğunu göstermektedir. Ölçeğin mevcut çalışmada Cronbach's Alpha değeri 0.842 olarak bulunmuş olup,<sup>[22]</sup> bu çalışma için test güvenilirliği Cronbach's Alpha ile değerlendirilmiş olup alpha değeri 0.780 olarak bulunmuştur.

*Öznel İyileşmeyi Değerlendirme Ölçeği (ÖZİDÖ):* Yıldız ve ark.<sup>[24]</sup> tarafından 2016 yılında geliştirilen 17 maddelik likert tipi bir öz bildirim ölçeğidir. Her madde 1'den 5'e kadar puanlanmaktadır. Ölçekten alınan yüksek puanlar bireyin kendisini daha iyileşmiş olarak algıladığını göstermektedir. Ölçeğin mevcut çalışmada Cronbach's Alpha değeri 0.987 olarak bulunmuş olup,<sup>[23]</sup> bu çalışma için test güvenilirliği Cronbach's Alpha ile değerlendirilmiş olup alpha değeri 0.908 olarak bulunmuştur.

### İşlem

Veriler toplanmaya başlamadan önce, çalışmanın amacı hakkında açıklama yapılarak, katılımcıların onamları alınmıştır. Araştırmada kullanılan anket formları araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak TRSM'de görüşme odasında ortalama 10-15 dakikalık süre içinde doldurulmuştur. TRSM'den hizmet almayan hastalar ile de formlar görüşme odasında araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak ortalama 10-15 dakikalık süre içinde doldurulmuştur. Katılımcılara soruları cevaplanmadan önce soru sayısı ve içerikleri konusunda bilgilendirme yapılmış olup, soru formunda yoruma açık sorulardan kaçınılmış ve ifadelerin basit cümlelerle açıklanmış olması soruların cevaplandırılmasını kolaylaştırmıştır.

### Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmada elde edilen veriler SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 20.0 programı kullanılarak analiz edilmiştir. Ölçeklere ilişkin Cronbach-alfa katsayıları hesaplanmıştır. Her bir örneklem grubuna dahil olan kişi sayısının 30'un altında olması sebebiyle parametrik olmayan istatistiklerden olan Mann-Whitney U ve Ki-Kare testi kullanılmıştır.<sup>[25]</sup> Araştırmanın sürekli değişkenleri ( $n=38$ ) arasındaki ilişkiyi incelemek için değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu görsel (histogram ve olasılık grafikleri) ve analitik yöntemlerle (Skewness ve Kurtosis değerleri) kullanılarak incelenmiştir.<sup>[26]</sup> Verilerin dağılımı normal dağıldığı için Pearson Korelasyon analizi kullanılmıştır. Tanımlayıcı istatistiksel yöntemler olarak sayı, yüzde, ortalama ve standart sapma kullanılmıştır.  $P<0.05$  değeri istatistiksel anlamlılık sınırı olarak kabul edilmiştir.<sup>[27]</sup>

### Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın etik açıdan uygunluğu için bir üniversitenin tıp fakültesi bilimsel araştırmalar etik kurulundan (TÜTF-BAEK 2018/197) ve araştırmanın yürütüldüğü kurumdan yazılı izin alınmıştır. Araştırmanın uygulanması sürecinde Helsinki Bildirgesi esasları uygulanmıştır. Ayrıca araştırmaya katılan hastaların yazılı izin alınmıştır.

### Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu araştırmanın sadece bir TRSM'den hizmet alan hastalar ile gerçekleştirilmesi ve örneklem sayısının az olması araştırmanın sınırlılıkları içerisinde yer almaktadır.

### Bulgular

Hastaların tanıtıcı özellikleri incelendiğinde, TRSM'ye devam eden hastaların yaş ortalamasının  $42.05\pm 11.01$ , kişi başına düşen gelir miktarı ortalamasının  $689.47\pm 423.47$ , %52.6'sının kadın, %63.2'sinin bekar, %42.1'inin lise ve dengi okuldan mezun olduğu, %89.5'inin işsiz, %78.9'unun ailesi ile birlikte yaşadığı, %31.6'sının atipik psikoz tanısının olduğu, hastaların hastalık başlangıç yaş ortalamasının  $21.4\pm 6.3$ , %42.1'inin

**Tablo 1. Toplum ruh sağlığı merkezinden hizmet alan ve almayan hastaların bireysel özelliklerinin karşılaştırılması**

Bireysel özellikler	TRSM'den hizmet alanlar (n=19)	TRSM'den hizmet almayanlar (n=19)	İstatistiksel Değerlendirme
Yaş (Ort.±SS)	42.05±11.01	42.08±11.92	Z=-0.175 p=0.868
Kişi başına düşen gelir miktarı (Ort.±SS)	689.47±423.47	1123.68±816.38	Z=-2.491 p=0.012
Cinsiyet, n (%)			
Kadın	10 (52.6)	10 (52.6)	$\chi^2$ : 1.000 p>0,05 <sup>a</sup>
Erkek	9 (47.4)	9 (47.4)	
Medeni durum, n (%)			
Bekâr	12 (63.2)	11 (57.9)	$\chi^2$ : 2.243 p=0.326 <sup>a</sup>
Evli	1 (5.3)	4 (21.1)	
Boşanmış/ayrılı/dul	6 (31.6)	4 (21.1)	
Öğrenim durumu, n (%)			
İlkokul	7 (36.8)	5 (26.3)	$\chi^2$ : 4.833 p=0.184 <sup>a</sup>
Ortaokul	3 (15.8)	5 (26.3)	
Lise ve dengi	8 (42.1)	4 (21.1)	
Yüksekokul	1 (5.3)	5 (26.3)	
Çalışma durumu, n (%)			
İşsiz	17 (89.5)	15 (78.9)	$\chi^2$ : 2.125 p=0.547 <sup>a</sup>
Malulen emekli	1 (5.3)	1 (5.3)	
Düzenli çalışıyor	0	2 (10.5)	
Öğrenci	1 (5.3)	1 (5.3)	
Birlikte yaşanılan kişi, n (%)			
Ailesi-anne/baba	15 (78.9)	14 (73.7)	$\chi^2$ : 0.234 p=0.889 <sup>a</sup>
Eş/çocuk	2 (10.5)	3 (15.8)	
Yalnız	2 (10.5)	2 (10.5)	
Hastalık tanısı, n (%)			
Şizofreni	6 (31.6)	7 (36.8)	$\chi^2$ : 5.327 p=0.149 <sup>a</sup>
Şizoaffektif bozukluk	3 (15.8)	8 (42.1)	
Atipik psikoz	7 (36.8)	2 (10.5)	
Bipolar bozukluk	3 (15.8)	2 (10.5)	
Hastalığın başlangıç yaşı (Ort.±SS)	21.4±6.3	24.5±6.8	t: 1.434 <sup>*</sup>
Hastane yatış sayısı, n (%)			
1	8 (42.1)	5 (26.3)	$\chi^2$ : 1.950 p=0.583 <sup>a</sup>
2-5	6 (31.6)	5 (26.3)	
6-10	3 (15.8)	5 (26.3)	
10 üzeri	2 (10.5)	4 (21.1)	
Ailede ruhsal hastalık durumu, n (%)			
1. derece yakında	3 (15.8)	7 (36.8)	$\chi^2$ : 3.643 p=0.303 <sup>a</sup>
2. derece yakında	3 (15.8)	1 (5.3)	
1. ve 2. derece yakında	1 (5.3)	-	
Yok	12 (63.2)	11 (57.9)	
Fiziksel şiddet davranışı, n (%)			
Yok	16 (84.2)	14 (73.7)	p=0.693 <sup>b</sup>
Var	3 (15.8)	5 (26.3)	
Özkıyım girişimi, n (%)			
Yok	14 (73.7)	11 (57.9)	$\chi^2$ : 1.052 p=0.305 <sup>a</sup>
Var	5 (26.3)	8 (42.1)	

 $\chi^2$ =Ki-Kare Testi (a: Pearson Chi-Square; b: Fisher Exact Test) Z=Mann-Whitney U testi. Ort.: Ortalama; SS: Standart sapma

**Tablo 2. Toplum ruh sağlığı merkezinden hizmet alan ve almayan hastaların WHO-DAS II, TİDÖ ve ÖZİDÖ puan ortalamalarının karşılaştırılması**

	TRSM'den hizmet alanlar (Ortalama±SS)	TRSM'den hizmet almayanlar (Ortalama±SS)	İstatistiksel değerlendirme
WHO-DAS II	25.63±7.82	27.89±10.39	Z=-0.453 p=0.659
TİDÖ	42.11±4.69	41.79±8.07	Z=-0.132 p=0.902
ÖzİDÖ	62.26±15.52	61.42±15.39	Z=-0.146 p=0.891

Z=Mann-Whitney U testi; WHO-DAS II: Yeti Yitimi Değerlendirme Çizelgesi; TİDÖ: Toplumsal İşlevselliği Değerlendirme Ölçeği; ÖZİDÖ: Öznel İyileşmeyi Değerlendirme Ölçeği; SS: Standart sapma.

**Tablo 3. WHO-DAS II, TİDÖ ve ÖZİDÖ puan ortalamaları ile hastalık öyküsü ve hastalara ait bazı özellikler arasındaki ilişki**

		WHO-DAS II	TİDÖ	ÖZİDÖ
Hastalığın başlangıç yaşı	r <sub>p</sub>	-0.261	0.351	0.222
	p	0.114	0.031*	0.180
Gelir düzeyi	r <sub>p</sub>	-0.085	0.349	0.060
	p	0.613	0.032*	0.718
WHO-DAS II	r <sub>p</sub>	-	-0.327*	-0.482**
	p	-	0.045	0.002
TİDÖ	r <sub>p</sub>	-0.327*	-	0.377*
	p	0.045	-	0.020

rp: Pearson Korelasyon Analizi; \*p<0.05; \*\*p<0.005; WHO-DAS II: Yeti Yitimi Değerlendirme Çizelgesi; TİDÖ: Toplumsal İşlevselliği Değerlendirme Ölçeği; ÖZİDÖ: Öznel İyileşmeyi Değerlendirme Ölçeği.

hastanede bir kez yatışının olduğu, hastaların %63.2'inde 1. ve 2. Derece yakınında ruhsal hastalık olduğu, 15.8'inin fiziksel şiddete maruz kaldığı ve %26.3'ünün özkiyim girişiminin olduğu belirlenmiştir. TRSM'den hizmet almayan hastaların tanıtıcı özellikleri incelendiğinde yaş ortalamasının 41.08±11.92, kişi başına düşen gelir miktarı ortalamasının 1123.68±816.38, %52.6'sının kadın, %57.9'unun bekar, %21.1'inin lise ve dengi okuldan mezun olduğu, %78.9'unun işsiz, %73.7'sinin ailesi ile birlikte yaşadığı, %42.1'inin şizoaftektif bozukluk tanısının olduğu, hastaların hastalık başlangıç yaş ortalamasının 24.5±6.8, %21.1'inin 10'un üzerinde hastane yatışının olduğu, hastaların %57.9'unun 1. ve 2. derece yakınında ruhsal hastalık olduğu, %26.3'ünün fiziksel şiddete maruz kaldığı ve %42.1'inin özkiyim girişiminin olduğu saptanmıştır (Tablo 1).

TRSM'den hizmet alan hastaların WHO-DAS-II ortalama puanı 25.63±7.82, TİDÖ ortalama puanı 42.11±4.69 ve ÖZİDÖ ortalama puanı 62.26±15.52 iken TRSM'den hizmet almayan hastaların WHO-DAS-II ortalama puanı 27.89±10.39, TİDÖ ortalama puanı 41.79±8.07 ve ÖZİDÖ ortalama puanı 61.42±15.39 olarak saptanmıştır. TRSM'ye devam eden ve etmeyen hastaların ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlılık bulunmazken TRSM'den hizmet alan hastaların yeti yitimlerinin daha az olduğu, işlevselliği ve öznel iyileşme algılarının daha iyi olduğu belirlenmiştir (Tablo 2).

TRSM'den hizmet alan ve almayan tüm hastaların WHO-DAS II, TİDÖ ve ÖZİDÖ ortalama puanları arasındaki ilişki incelendiğinde TİDÖ ve ÖZİDÖ arasında ise pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı ilişki (r=0.377; p=0.020), WHO-DAS II ile ÖZİDÖ ortalama puanları arasında negatif yönde istatistiksel olarak anlamlı ilişki (r=-0.482; p=0.002), WHO-DAS II ve TİDÖ ortalama puanı arasında negatif yönde istatistiksel olarak anlamlı ilişki (r=-0.327; p=0.045) saptanmıştır. Buna göre hastaların öznel iyileşme algısı arttıkça toplumsal işlevselliğinin arttığı, yeti yitimi arttıkça öznel iyileşme algılarının ve toplumsal işlevselliğinin azaldığı belirlenmiştir. Tüm hastaların WHO-DAS II, TİDÖ ve ÖZİDÖ ortalama puanları ile bazı bireysel özellikler arasındaki ilişki incelendiğinde; hastalığın başlangıç yaşı ile TİDÖ ortalama puanı arasında pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur (r=0.351; p=0.031). Buna göre hastalığın başlangıç yaşı arttıkça toplumsal işlevselliği de artmaktadır. Hastaların gelir miktarı ile TİDÖ ortalama puanı arasında pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur (r=0.349; p=0.032). Buna göre hastaların gelir miktarı arttıkça toplumsal işlevselliğinin de arttığı saptanmıştır (Tablo 3).

## Tartışma

Toplum ruh sağlığı merkezinden hizmet alan ve almayan has-

taların yeti yitimi, sosyal işlevsellik düzeyleri ile öznel iyileşme algılarının incelendiği bu araştırmanın sonuçlarına göre, toplum ruh sağlığı merkezinden hizmet alan ve almayan hastaların yeti yitimi düzeyleri, toplumsal işlevsellik ve öznel iyileşme algıları arasında anlamlı fark olmadığı saptanmıştır. Bu durum hem hastaların bireysel özellikleri açısından aynı özelliklere sahip olamayacağını hem de TRSM'ler tarafından verilen hizmetlerin her merkezde aynı içeriğe ve niteliğe sahip olamayacağını düşündürmektedir. TRSM'lerde hastalara sunulan hizmetlerin temel amacı, hastaların işlevselliklerinin artırılması, toplum içinde bağımsız olarak yaşamlarını sürdürebilmesi ve iyileşmenin sağlanması için bilişsel, toplumsal ve fiziksel becerilerin geliştirilmesidir. Bu konu ile ilgili gerçekleştirilen diğer çalışmalar incelendiğinde yapılan iyileştirme eğitimlerinin hastalar açısından olumlu yönde etki ettiği belirlenmiştir.<sup>[6,8,28]</sup> Bu çalışmada TRSM'den düzenli hizmet alan hastaların hem sosyal işlevsellik, hem öznel iyileşme algısı hem de yeti yitimi düzeylerinin anlamlı fark olmasa da TRSM'den düzenli hizmet almayan hastalardan daha yüksek olduğu dikkate alınmalıdır. TRSM'den düzenli hizmet almayan hastaların TRSM'nin bağlı bulunduğu devlet hastanesi psikiyatri polikliniği tarafından sıklıkla aynı hekim tarafından takip edildiği de göz önünde bulundurulmalıdır. Düzenli poliklinik kontrolü hastaların tedaviye uyumunu ve paralel olarak sosyal işlevselliklerini arttırmaktadır.<sup>[29]</sup>

Bireylerin yaşamını yeniden kurma, benliğini yeniden bulma ve gelecek için umutlu olma yani kendini bilişsel, duygusal, toplumsal, fiziksel ve zihinsel olarak iyileşmiş olarak algılaması ile toplumsal işlevselliği de artmaktadır.<sup>[30]</sup> Bu duruma paralel olarak bu çalışmada katılımcıların öznel iyileşme algıları arttıkça toplumsal işlevselliğinin de arttığı saptanmıştır. Oorschot ve ark.<sup>[31]</sup> (2012) şizofreni hastaları ile gerçekleştirdikleri çalışmada öznel iyileşme algısı arttıkça işlevselliğin arttığını belirlemişlerdir. Bu çalışmanın sonuçları literatürde benzer şekilde gerçekleştirilen araştırmaların sonuçlarını desteklemektedir.<sup>[32-34]</sup>

Çalışmaya katılım sağlayan bireylerin yeti yitimleri azaldıkça öznel iyileşme algılarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Temesgen ve ark.<sup>[35]</sup> (2019) benzer şekilde ciddi ruhsal hastalığı olan bireylerin öznel iyileşme algıları arttıkça yeti yitimlerinin azaldığını saptamışlardır. Benzer şekilde Candan<sup>[36]</sup> (2019)'da ciddi ruhsal hastalığı olan bireylerin yeti yitimlerinin azaldıkça öznel iyileşmelerinin arttığını ortaya koymuştur. Ruhsal hastalığa sahip olan bireyin öznel iyileşme algısının yüksek olması, hastalığını anlaması ve yaşamını bağımsız olarak sürdürebilecek aktiviteleri yerine getirmesi ve aynı zamanda paralel olarak yeti kaybının azalmasını sağlamaktadır.

Katılımcıların toplumsal işlevselliği ile yeti yitimleri arasındaki ilişkiyi ele aldığımızda toplumsal işlevselliğinin arttıkça yeti yitimlerinin azaldığı belirlenmiştir. Ensari ve ark.<sup>[6]</sup> (2013) TRSM'ye düzenli devam eden hastaların işlevsellik ve yeti yitimi düzeylerini değerlendirdikleri çalışmada yeti yitimi ölçek puanlarının azaldığı, işlevsellik ölçek puanlarının arttığı saptanmıştır. TRSM'de düzenlenen eğitimlerin ana amacı hastaların işlevsellik düzeyini arttırarak yeti yitimlerini azaltmaktır.

Hastaların günlük yaşam faaliyetlerini bağımsız yürütme, kendine bakım, kişilerarası ilişkiler ve iş başarısı için gerekli olan becerilerin tekrar kazanılması ya da bozulmasını engellemek amaçlanmaktadır.

Katılımcıların hastalık başlangıç yaşı ve gelir miktarı arttıkça toplumsal işlevsellik düzeyinin de arttığı belirlenmiştir. Yapılan çalışmaları incelediğimizde, bipolar bozukluk tanısı olan hastalarla gerçekleştirilen bir çalışmada hastalığın başlangıç yaşı daha geç olanların işlevselliğinin daha iyi olduğu bulunmuştur.<sup>[37]</sup> Benzer diğer çalışmaları incelediğimizde de hastalığın başlangıç yaşı arttıkça hastaların işlevsellik düzeyi arttığı belirlenmiştir.<sup>[38-40]</sup> Ciddi ruhsal hastalıklarda hastalığın geç başlangıçlı olduğu olgular da hastalığın seyrinin ve işlevsellik düzeyinin daha iyi olduğu bilinmektedir.<sup>[41]</sup> Katılımcıların gelir miktarı arttıkça toplumsal işlevsellik düzeyinin de arttığı saptanmıştır. Şirin'de<sup>[42]</sup> (2008) çalışmasında gelir düzeyi düşük olanların işlevsellik düzeyini düşük bulmuştur. Gelir düzeyinin yüksek olması psikiyatrik hastalıkların rehabilitasyonu ile ilgili hizmetlere daha kolay ulaşabildiğini düşündürmektedir. Düşük gelir düzeyine sahip olan kişilerde psikiyatrik bozukluk prevalansı daha yüksek olduğu bilinmekte olup aynı zamanda hastalığın sürekliliği açısından da devam ettirici neden olduğu bilinmektedir.<sup>[43]</sup>

## Sonuç

Çalışmanın sonuçlarını genel olarak değerlendirdiğimizde ağır ruhsal hastalığı olanlar için öznel iyileşme, yeti yitimi ve işlevselliğin birbiriyle ilişkili olduğunu görmekteyiz. TRSM'den düzenli hizmet alan ve almayan hastaların yeti yitimi, sosyal işlevsellik düzeyleri ve öznel iyileşme algıları arasında fark olmadığı belirlenmiştir. Fakat TRSM'den düzenli hizmet alan hastaların öznel iyileşme, yeti yitimi ve işlevsellik düzeylerinin TRSM'den düzenli hizmet almayan hastalardan daha yüksek olduğu saptanmıştır. Bu sonuçların hastalığın gidişine etkisini değerlendirebilmek amacıyla uzun süreli izlem çalışmalarının yapılması önemlidir. Tüm hastaları ele aldığımızda, hastaların öznel iyileşme ve işlevselliği arttıkça yeti yitiminin azaldığı açıkça görülmektedir. Bu durum bize aslında hastaların psikiyatrik rehabilitasyon sürecinde öznel iyileşme algısını ve işlevselliğini artırıcı olan iyileştirme çalışmalarının hem olumlu etkisini göstermekte hem de iyileştirme çalışmalarına öncelik verilmesi gerektiğini düşündürmektedir. Toplum ruh sağlığı merkezlerinde psikiyatri hemşireleri tarafından hastalara sunulan eğitimlerin etkinliğini ve içeriğini değerlendirebileceği daha kapsamlı çalışmaların yapılması ve sunulan hizmetlerin niteliğini etkileyen faktörlerin gözden geçirilmesi gerektiği önerilmektedir.

**Çıkar çatışması:** Bildirilmemiştir.

**Hakem değerlendirmesi:** Dış bağımsız.

**Yazarlık katkıları:** Konsept – S.Ö., N.A.S., S.Ö.; Dizayn – S.Ö., N.A.S., S.Ö.; Denetim – S.Ö., N.A.S.; Finansman – S.Ö., N.A.S., S.Ö.; Materyal – S.Ö., N.A.S., S.Ö.; Veri toplama veya işleme – S.Ö.; Analiz ve yorumlama – S.Ö., N.A.S.; Literatür arama – S.Ö., N.A.S., S.Ö.; Yazan – S.Ö., N.A.S., S.Ö.; Kritik revizyon – S.Ö., N.A.S.

## Kaynaklar

1. Çiçekoğlu P, Duran S. Dünyada ve Türkiye'de toplum temelli koruyucu ruh sağlığı hizmetleri. Ünsal Barlas G, editor. Toplum Ruh Sağlığı Hemşireliği. 1st ed. Ankara: Türkiye Klinikleri; 2018. p. 8–14.
2. Erkoç Y, Çom S, Torunoğlu MA, Alataş G, Kahiloğulları AK. T.C. Sağlık Bakanlığı Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı (2011-2023). Ankara, T.C. Sağlık Bakanlığı Yayınları. Yayın No: 847:33–4. Available at: <https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/30333,ulusal-ruh-sagligi-eylem-planipdf.pdf?0>. Retrieved May, 2019.
3. Eren HK. Ruh Sağlığına Yönelik Dünya'daki ve Türkiye'deki Mevcut Uygulamalar. Gürhan N, editör. Ruh sağlığı ve psikiyatri hemşireliği. Ankara: Nobel Tıp Kitabevleri; 2016. p. 844–70.
4. 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. J Psychiatric Nurs 2018;9:69–79.
5. Yıldız M. Ciddi ruhsal hastalıklarda ruhsal toplumsal tedaviler. Türkiye Klinikleri Journal of Psychiatry-Special Topics 2009;2:52–6.
6. Ensari H, Gültekin BK, Karaman D, Koç A, Beşkardeş AF.. Bolu Toplum Ruh Sağlığı Merkezi hizmetlerinin şizofreni hastalarındaki yaşam kalitesi, yeti yitimi, genel ve sosyal işlevsellik üzerine etkisi: Bir yıllık izleme sonuçları. Anadolu Psikiyatri Derg 2013;14:108–14.
7. Söğütlü L, Özen Ş, Varlık C, Güler A. Toplum ruh sağlığı merkezinde şizofreni hastalarına ruhsal toplumsal beceri eğitimi uygulanması ve sonuçları. Anadolu Psikiyatri Derg 2017;18:121–8.
8. Şahin Ş, Elboğa G. Toplum ruh sağlığı merkezinden yararlanan hastaların yaşam kalitesi, tıbbi tedaviye uyumu, içgörüsü ve işlevsellikleri. Cukurova Medical Journal 2019;44:431–8.
9. Rossi A, Amore M, Galderisi S, Rocca P, Bertolino A, Aguglia E, et al; Italian Network for Research on Psychoses. The complex relationship between self-reported 'personal recovery' and clinical recovery in schizophrenia. Schizophr Res 2018;192:108–12.
10. Çam O, Yalçın N. Ruhsal Hastalık ve İyileşme. J Psychiatric Nurs 2018;9:55–60.
11. İpçi K, İncedere A, Kiras F, Yıldız M. Şizofreni hastalarında öznel iyileşme ile bilişsel içgörüsü arasındaki ilişkinin araştırılması. Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi 2018;4:1–4.
12. Drake RE, Whitley R. Recovery and severe mental illness: description and analysis. Can J Psychiatry 2014;59:236–42.
13. Eneman M, Vanhee L, Liessens D, Luyten P, Sabbe B, Corveleyn J. Humanistic psychiatry and psychotherapy: listening to patients as persons in search of meaning. the case of schizophrenia. Journal of Humanistic Psychology 2019;59:148–69.
14. Chiba R, Miyamoto Y, Kawakami N, Harada N. Effectiveness of a program to facilitate recovery for people with long-term mental illness in Japan. Nurs Health Sci 2014;16:277–83.
15. Knutson MB, Newberry S, Schaper A. Recovery education: a tool for psychiatric nurses. J Psychiatr Ment Health Nurs 2013;20:874–81.
16. Delice MA, Akgül SM, Yıldız M. Toplum Ruh Sağlığı Merkezi'nden hizmet alan bir Şizofrenili olguda bütüncül yaklaşımın hastalığın gidişine etkisi. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi 2014;4:122–5.
17. İçel S, Özkan B, Aydoğan A. Toplum ruh sağlığı merkezlerinde hemşirenin rolü. Ankara Medical Journal 2016;16:208–14.
18. Saruç S, Kılıç AK. Toplum ruh sağlığı merkezinden hizmet alan hastaların sosyal profili ve merkezde verilen hizmetler. Toplum ve Sosyal Hizmet 2015;26:53–71.
19. Duman ZÇ, Bademli K. Kronik psikiyatri hastalarının aileleri: sistematik bir inceleme. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar 2013;5:78–94.
20. Dikeç G, Kutlu Y. Ruhsal bozukluklarda tedavi uyumunu artırmak için bir yöntem: tedaviye uyum programı. J Psychiatric Nurs 2015;6:40–6.
21. WHO. WHO Disability Assessment Schedule-II (WHO-DAS-II). Available at: <https://www.who.int/classifications/icf/whodasii/en/>.
22. Uluğ B, Ertuğrul A, Gögüş A, Kabakçı, E. Yeti yitimi Değerlendirme Çizelgesinin (WHO-DAS-II) şizofreni hastalarında geçerlilik ve güvenilirliği. Turk Psikiyatr Derg 2001;12:121–30.
23. Yıldız M, Kiras F, İncedere A, Esen D, Gürcan MB, Abut B, et al. Şizofreni hastaları için toplumsal işlevsellikleri değerlendirme ölçeğinin geliştirilmesi: geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. Anadolu Psikiyatri Dergisi 2019;20:29–38.
24. Yıldız M, Erim R, Soygür H, Tural U, Kiras F, Gules E. Development of the subjective recovery scale for the patients with schizophrenia. Psychiatry and Clinical Psychopharmacology 2018;28:163–9.
25. Özdamar K. SPSS ile Biyoistatistik. 9th ed. Nisan Kitabevi: Ankara; 2013.
26. Tabachnick BG, Fidell LS. Using multivariate statistics. 6th ed. Boston: Pearson; 2013.
27. Kayri M. Araştırmalarda gruplar arası farkın belirlenmesine yönelik çoklu karşılaştırma (post-hoc) teknikler. Fırat Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi 2009;19:51–64.
28. Özdemir İ, Şafak Y, Örsel S, Karaoğlan Kahiloğulları A, Karadağ H. Bir toplum ruh sağlığı merkezinde şizofreni hastalarına uygulanan ruhsal-toplumsal uyumlandırma etkinliğinin araştırılması: kontrollü çalışma. Anadolu Psikiyatri Derg 2017;18:419–27.
29. Demirkol ME, Tamam L, Evlice YE, Karaytuğ MO. Psikiyatri hastalarının tedaviye uyumu. Cukurova Medical Journal 2015;40:555–68.
30. Morrison AP, Shryane N, Beck R, Heffernan S, Law H, McCusker M, et al. Psychosocial and neuropsychiatric predictors of subjective recovery from psychosis. Psychiatry Res 2013;208:203–9.
31. Oorschot M, Lataster T, Thewissen V, Lardinois M, van Os J, Delespaul PA, et al. Symptomatic remission in psychosis and real-life functioning. Br J Psychiatry 2012;201:215–20.
32. Jaracz K, Górna K, Kiejda J, Grabowska-Fudala B, Jaracz J, Suwalska A, et al. Psychosocial functioning in relation to symptomatic remission: A longitudinal study of first episode schizophrenia. Eur Psychiatry 2015;30:907–13.

33. Wright A, Fowler D, Greenwood K. Influences on functional outcome and subjective recovery in individuals with and without First Episode Psychosis: A metacognitive model. *Psychiatry Res* 2020;284:112643.
34. İpçi K, Yıldız M, İncedere A, Kiras F, Esen D, Gürcan MB. Subjective Recovery in Patients with Schizophrenia and Related Factors. *Community Ment Health J* 2020;56:1180–7.
35. Temesgen WA, Chien WT, Bressington D. Factors influencing subjective recovery of people with recent-onset psychosis: A cross-sectional study in a low-income Sub-Saharan country. *Psychiatry Res* 2019;274:421–9.
36. Candan İE. Kronik şizofreni hastalarında bilişsel içgörü, yeti yitimi ve öznel iyileşmenin değerlendirilmesi. [Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi] İstanbul: Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2019.
37. Tütüncü R, Örsel S, Özbay MH. Bipolar bozukluk başlangıç yaşının klinik ve gidiş özellikleriyle ilişkisi. *Klinik Psikiyatri Dergisi* 2007;10:63–8.
38. van Liempt S, Dols A, Schouws S, Stek ML, Meesters PD. Comparison of social functioning in community-living older individuals with schizophrenia and bipolar disorder: a catchment area-based study. *Int J Geriatr Psychiatry* 2017;32:532–8.
39. Rosa AR, Reinares M, Franco C, Comes M, Torrent C, Sánchez-Moreno J, et al. Clinical predictors of functional outcome of bipolar patients in remission. *Bipolar Disord* 2009;11:401–9.
40. Wingo AP, Baldessarini RJ, Compton MT, Harvey PD. Correlates of recovery of social functioning in types I and II bipolar disorder patients. *Psychiatry Res* 2010;177:131–4.
41. Turan N. Şizofreni ve diğer psikotik bozukluklar. In: Gürhan N, editor. *Ruh sağlığı ve psikiyatri hemşireliği*. Ankara: Nobel Tıp Kitabevleri; 2016. p. 540–60.
42. Şirin B. Bir sağlık ocağına başvuran ruh sağlığı bozulmuş hastaların yaşam kalitesi ve sosyal işlevsellik durumunun değerlendirilmesi. [Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi] İstanbul: Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2008.
43. Kaya B. Depresyon: Sosyo-ekonomik ve kültürel pencereden bakış. *Klinik Psikiyatri* 2007;10(Suppl 6):11–20.

\* Bu çalışma 20–23 Kasım 2018 tarihleri arasında, Antalya'da gerçekleştirilen, V. Uluslararası IX. Ulusal Psikiyatri Hemşireliği Kongresi'nde sözel bildiri olarak sunulmuştur.