



**TÜRKİYE CUMHURİYETİ
ANKARA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**



**ŞİZOFRENİ TANISI OLAN BİREYLERİN
EBEVEYNLERİNİN YAŞANTILARININ
GÜÇLENDİRME YAKLAŞIMI ÇERÇEVESİNDE
İNCELENMESİ**

Fulya AKGÜL GÖK

**SOSYAL HİZMET ANABİLİM DALI
DOKTORA TEZİ**

**DANIŞMAN
Prof. Dr. Veli DUYAN**

**ANKARA
2018**

**TÜRKİYE CUMHURİYETİ
ANKARA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**ŞİZOFRENİ TANISI OLAN BİREYLERİN
EBEVEYNLERİNİN YAŞANTILARININ
GÜÇLENDİRME YAKLAŞIMI ÇERÇEVESİNDE
İNCELENMESİ**

Fulya AKGÜL GÖK

**SOSYAL HİZMET ANABİLİM DALI
DOKTORA TEZİ**

**DANIŞMAN
Prof. Dr. Veli DUYAN**

**ANKARA
2018**

Ankara Üniversitesi

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü'ne,

Doktora tezi olarak hazırlayıp sunduğum “Şizofreni Tanısı Olan Bireylerin Ebeveynlerinin Yaşantılarının Güçlendirme Yaklaşımı Çerçevesinde İncelenmesi” başlıklı tez; bilimsel ahlak ve değerlere uygun olarak tarafımdan yazılmıştır. Tezimin fikir/hipotezi tümüyle tez danışmanım ve bana aittir. Tezde yer alan klinik çalışma tarafımdan yapılmış olup, tüm cümleler ve yorumlar bana aittir.

Yukarıda belirtilen hususların doğruluğunu beyan ederim.

Doktora Öğrencisinin Adı Soyadı : Fulya AKGÜL GÖK

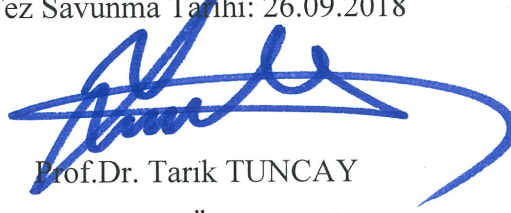
Tarih : 26.09.2018

İmza

: 

Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Sosyal Hizmet Anabilim Dalında Fulya AKGÜL GÖK tarafından hazırlanan
“Şizofreni Tanısı Olan Bireylerin Ebeveynlerinin Yaşantılarının Güçlendirme
Yaklaşımı Çerçevesinde İncelenmesi” adlı tez çalışması
aşağıdaki jüri tarafından DOKTORA TEZİ olarak
OY BİRLİĞİ/~~OY ÇOKLUĞU~~ ile kabul/~~ret~~ edilmiştir.

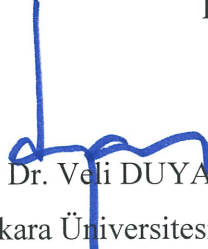
Tez Savunma Tarihi: 26.09.2018



Prof. Dr. Tarık TUNCAY

Hacettepe Üniversitesi

Jüri Başkanı



Prof. Dr. Veli DUYAN
Ankara Üniversitesi
Danışman



Prof. Dr. Emine ÖZMETE
Ankara Üniversitesi
Üye



Doç. Dr. Filiz YILDIRIM
Ankara Üniversitesi
Üye



Doç. Dr. Ercüment ERBAY
Hacettepe Üniversitesi
Üye

Tez hakkında alınan jüri kararı Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Yönetim Kurulu tarafından onaylanmıştır.

Prof. Dr. Mehmet AKAN
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

İÇİNDEKİLER

Etik Beyan	ii
Kabul ve Onay	iii
İçindekiler	iii
Önsöz	vii
Simgeler ve Kısaltmalar	ix
Şekiller	x
1. GİRİŞ	1
1.1. Araştırmanın Problemi	3
1.2. Araştırmanın Amacı	4
1.3. Araştırmanın Önemi	5
1.4. Araştırmanın Tanımları	5
1.5. Araştırmanın Sınırlılıkları	6
1.6. Şizofreni Hastalığına İlişkin Genel Bilgiler	6
1.7. Güçlendirme Yaklaşımı ve Ebeveynlerin Yaşantıları	10
1.7.1. Güçlendirme Yaklaşımı	10
1.7.1.1. Güç ve Gücsüzlük	10
1.7.1.2. “Güçlendirme” ve Yaklaşımın Sosyal Hizmet Mesleğindeki Önemi	13
1.7.1.3. Ruh Sağlığı Bağlamında Güçlendirme	18
1.7.1.4. Ebeveynleri “Güçlü” ve “Gücsüz” Kılan Etkenler	21
1.8. Beş Gelişim Boyutunda Ebeveynlerin Yaşantıları	23
1.8.1. Fiziksel Boyut	24
1.8.2. Sosyal Boyut	29
1.8.3. Bilişsel Boyut	33
1.8.4. Duyuşsal Boyut	36
1.8.5. Tinsel Boyut	39
1.9. Ebeveyn Olmanın Ötesinde Kadın-Erkek Olarak Yaşantıların Değerlendirilmesi	42
1.10. Ruh Sağlığı Alanında Sosyal Hizmet Mesleğinin Önemi	45
1.11. Şizofreni Hastalarının Ebeveynleri İçin Verilen Hizmetler	48
1.11.1. Güçlendirme Odaklı Eğitim	51
1.11.2. Aileden Aileye Destek Programları	53
1.11.3. Psikoeğitim	54
1.12. Toplum Temelli Ruh Sağlığı Modeline Geçiş Süreci: Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri	55
2. GEREÇ ve YÖNTEM	60
2.1. Araştırmanın Modeli	60

2.2. Çalışma Grubu	61
2.2.1. Araştırmaya Katılan Bireylerin Özellikleri	63
2.3. Veri Toplama Araçları ve Yöntemi	66
2.4. Verilerin Analizi	72
2.5. Süre ve Olanaklar	72
3. BULGULAR	73
3.1. Hastalık Öncesi Süreçte Ebeveynlerin Yaşantıları	74
3.1.1. Ebeveynlerin Aile İlişkileri	75
3.1.2. Ebeveynlerin Ruhsal Hastalıklara Yönelik Düşünceleri	78
3.2. Hastalık Sonrası Süreçte Ebeveynlerin Güçlenme Odağında Yaşantıları	81
3.2.1. Ebeveynlerin Fiziksel Boyutta Yaşantıları	82
3.2.1.1. Bakım Verme Sürecinde Ebeveynlerin Üstlendiği Roller ve Yaşanan Güçlükler	83
3.2.1.2. Ebeveynlerin Kendisine Ayırdığı Serbest Zaman Durumu	95
3.2.1.3. Hastalığın Semptomları Karşısında Ebeveynlerin Davranışları	100
3.2.1.4. Hastanın İlaç Kullanımında Ebeveynlerin Yaşadığı Güçlükler	106
3.2.2. Ebeveynlerin Sosyal Boyutta Yaşantıları	107
3.2.2.1. Eş İlişkileri	108
3.2.2.2. Ebeveynlerin Arkadaş Çevresi İle Olan İlişkisi	115
3.2.2.3. Ebeveynlerin Akrabaları İle Olan İlişkisi	121
3.2.2.4. Ebeveynlerin Şizofreni Hastası Olan ve Olmayan Çocukla İlişkisi	125
3.2.2.5. Ebeveynlere Göre Sosyal Çevrenin Şizofreni Hastasına ve Aileye Yönelik Tutum ve Davranışları	129
3.2.2.6. Ebeveynlerin Sağlık Sistemine Yönelik Düşünceleri ve Sağlık Profesyonelleriyle Olan İlişkisi	134
3.2.2.7. Ebeveynlerin Toplum Ruh Sağlığı Merkezine Yönelik Düşünceleri	141
3.2.2.8. Ebeveynlerin Ruhsal Hastalığı Olan Bireyler ve Aileler İçin Ne Yapılabilir Sorusuna Cevapları	145
3.2.3. Ebeveynlerin Bilişsel Boyutta Yaşantıları	151
3.2.3.1. Ebeveynlerin Problem Odaklı Başetme Stratejileri	151
3.2.3.2. Ebeveynlerin Duygusal Odaklı Başetme Stratejileri	157
3.2.4. Ebeveynlerin Duyuşsal Boyutta Yaşantıları	167
3.2.4.1. Hastalığın Semptomlarıyla İlgili Ebeveynlerin İlk Anıları	167
3.2.4.2. Hastalık Teşhisinden Sonra Ebeveynlerin Verdiği İlk Duygu Tepkileri	171
3.2.4.3. Ebeveynlerin Hastalığı Duyuşsal Olarak Kabullenme Süreci	176
3.2.4.4. Ebeveynlerin Yaşadığı Olumlu ve Olumsuz Duygular	182
3.2.5. Ebeveynlerin Tinsel Boyutta Yaşantıları	191
3.2.5.1. Hastalığın Anlamını Sorgulama	192
3.2.5.2. Yaşamın Anlamını Sorgulama	196
3.2.5.3. Ebeveynlerin İnanç Sistemindeki Sorgulamalar	199
3.2.5.4. Ebeveynler İçin “Güç” ve “Güçsüzlüğün” Anlamı	201

3.3. Anne-Baba Olmanın Ötesinde Kadın-Erkek Olarak Yaşantıların Değerlendirilmesi	205
3.4. Ebeveynlerin Geleceğe Yönelik Düşünceleri	213
4. TARTIŞMA	217
5. SONUÇ VE ÖNERİLER	254
ÖZET	294
SUMMARY	295
KAYNAKLAR	296
EKLER	
EK-1: Bilgilendirilmiş Olur Formu	314
EK-2: Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu	315
EK-3: Kurum İzin Belgesi	318
EK-4: Etik Kurul İzin Belgesi	319
ÖZGEÇMİŞ	321

ÖNSÖZ

Ruhsal hastalığı olan bireylerin ebeveynlerinin yaşantılarının belirlenmesini ve güçlendirme yaklaşımı doğrultusunda değerlendirilmesini amaçlayan bu araştırmada nitel araştırma yöntemi kullanılmıştır. Araştırma kapsamında 30 ebeveynle (15 anne-15 baba) derinlemesine görüşmeler gerçekleştirilmiştir. Araştırmadan elde edilen bulguların analizi sonucunda çıkan sonuçların ve model önerisinin, ruhsal hastalığı olan bireylerin ebeveynlerinin yaşadığı sorunların çözümüne katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Çalışmamın en başından itibaren beni cesaretlendiren ve bana her konuda destek olan, kendisinden çok şey öğrendiğim ve öğrenmeye devam edeceğim danışmanım Prof. Dr. Veli Duyan hocama; çalışmam boyunca beni her konuda destekleyen ve motive eden hocam Prof. Dr. Emine Özmete'ye; değerli bilgileri ve bakış açısıyla bana katkı sunan ve beni destekleyen hocam Prof. Dr. Tarık Tuncay'a; yine değerli bilgileriyle tezime katkı sunan ve beni motive eden hocalarım Doç. Dr.ERCÜMENT ERBAY'a ve Doç. Dr. Filiz Yıldırım'a çok teşekkür ederim.

Lisans eğitimimden itibaren benden desteğini esirgemeyen, çalışmama önemli katkılar sunan hocam Yrd. Doç. Dr. Filiz Demiröz'e çok teşekkür ederim.

Çalışmama bilimsel katkılar sunan ve çalışmam boyunca manevi desteklerini esirgemeyen değerli hocalarım Prof. Dr. Ayşe Sezen Serpen'e, Prof. Dr. Elif Gökçearslan Çifci'ye ve Doç. Dr. Melahat Demirbilek'e çok teşekkür ederim.

Benden hiçbir zaman manevi desteğini esirgemeyen dostum Dr. Aslıhan Aykara'ya; bu süreçte her zaman yanımda olan, bana yardımcı olan tüm değerli arkadaşlarıma çok teşekkür ederim. Ayrıca tezimin her aşamasında bana destek olan ablam Emine Özcan'a çok teşekkür ederim.

Attığım her adımda yanımda olduklarını bildiğim, ailem oldukları için kendimi hep şanslı hissettiğim annem Hatice Akgül'e, artık yanımda olmasada varlığını ve desteğini her daim hissettiğim babam Kazım Akgül'e ve kardeşim Sarper Akgül'e teşekkürlerimi kelimelerle ifade edemem.

Yine teşekkürlerimi kelimelerle ifade edemeyeceğim, her zaman iyiki var ve yanımda dediğim, tanıştığım günden itibaren maddi ve manevi desteğini benden esirgemeyen, beni her konuda cesaretlendiren, motive eden biricik eşim Vakur Gök'e; hayat ışığım, umut kaynağım, canım oğlum Atalay Gök'e sonsuz teşekkür ederim.

Son olarak yaşam öykülerine beni de ortak eden, bana güvenen, zorlu yaşam süreçlerini benimle paylaşan çok değerli ebeveynlere sonsuz teşekkürlerimle...

SİMGELER VE KISALTMALAR

Maxqda	: Nitel Veri Analizi Programı
TRSM	: Toplum Ruh Sağlığı Merkezi
TÜİK	: Türkiye İstatistik Kurumu
WHO	: World Health Organization



ŞEKİLLER

Şekil 5.1. Şizofreni Hastalarının Ebeveynleri İçin Güçlendirme Yaklaşımı Temelli Model Önerisi	272
Şekil 5.2. Hastalık Teşhisi Sürecinden İtibaren Sosyal Hizmet Uzmanının Rolleri	292



1. GİRİŞ

Şizofreni hastalığı, sadece hastanın değil, hastanın bağlı olduğu aile ve sosyal çevresini de derinden etkilemekte, özellikle hastaya bakım veren ve hastayla birlikte yaşayan ebeveynlerin tinsel, fiziksel, duyuşsal, bilişsel ve sosyal alanlarını etkilemektedir. Hastanın medikal tedavi sürecinin yanında, hastayla birlikte yaşayan ebeveynlerin yaşam süreçlerini etkileyen hastalık süreci, bu bireylerin tinsel, fiziksel, duyuşsal, bilişsel ve sosyal alanlarında birtakım farklı deneyimler yaşamasına neden olmaktadır. Kişinin aile ve sosyal çevresini ve bu bağlamda bireyin kendisini etkileyen değişkenler, bireyin öz yeterliliği, öz kontrolü, kendisine ve yaşama attettiği duygu ve düşünceler aynı zamanda bireyi güçlü ve güçsüz kılan unsurlar arasında yer almaktadır. Bireyin kendisini güçlü ve güçsüz kılan değişkenlerin farkında olmaması, çevresindeki kaynaklardan etkili bir şekilde faydalanamaması veya kaynakların yetersiz olması, potansiyel gücünün farkına varmasını veya potansiyel gücünü kullanmasını engellemektedir. Bu durum ise çaresizlik, tükenmişlik ve yaşamdan tat alamama gibi duyguları beraberinde getirmektedir. Özellikle oldukça zor bir süreç olan hastalık sürecinden etkilenen ve sürece etki eden ebeveynlerin, kişisel, kişilerarası ve politik alanda güçlenmesini sağlayan ve güçsüzleşmesine neden olan durumların fark edilmesi, var olan kaynaklarının harekete geçirilmesi ve yeni kaynaklar oluşturulması bu bireylerin hastalık süreciyle etkili bir biçimde başedebilmesinde de son derece önemlidir. Bunların yanı sıra, hasta yakınlarının tedavi sürecine aktif katılımı, hastalık ve süreç hakkında bilgi sahibi olması, sağlık profesyonelleriyle olan olumlu ilişkileri, güçlenme sürecine etki eden unsurlardır. Ebeveynlerin güçlenme sürecine etki eden bir diğer önemli unsur aile ve sosyal destektir. Hastalık sürecinde aile üyelerinin birbirlerine olan desteği ve sosyal çevreden aldığı güç, bu bireylerin hastalık sürecine, hastaya ve kendi yaşamına farklı bir bakış açısıyla bakmasını sağlamaktadır.

Hastalık süreci içerisinde ebeveynler, yaşadığı zorluklar karşısında kendi benliğinden ve yaşamından büyük ödünler vermektedir. Eğer bu bireyler yeterli düzeyde sosyal çevre ve aile desteği alamazlarsa, bireylerin içsel süreçleri de

olumsuz etkilenmektedir. Böyle bir durumda kendisini çaresiz, değersiz, güçsüz ve tükenmiş hisseden bu bireyler kişisel ve çevresel güçlerinin farkına varamamakta, dolayısıyla var olan kaynaklarından haberdar olamamaktadır. Bu durum ise ebeveynlerin fiziksel, duyuşsal, bilişsel, sosyal ve tinsel alanlarda güçsüzleşmesine neden olmaktadır.

Anne ve babalar hastalık sürecinden farklı düzeylerde etkilenmektedir. Anneler hastayla daha fazla zaman geçirirken, babalar genellikle günün belli saatlerini dışarıda geçirmektedir. Bunun yanı sıra toplumsal cinsiyet rolleri bağlamında ev içi işler kadının rolü olarak görülmekte ve bakım da bu rollerin bir devamı olarak görülmektedir. Kadınların ve erkeklerin bu durumu kabullenmesi ve içselleştirmesi kadınların yükünü daha da artırmakta ve hastalık sürecinde daha aktif olmasına neden olmaktadır. Tüm bu nedenlerden dolayı kadın ve erkekler hastalık sürecini farklı deneyimlemektedir. Dolayısıyla hem annelerin hem de babaların fiziksel, duyuşsal, bilişsel, sosyal ve tinsel alanda hastalık sürecinin görünürlüğünün ve güçlendirme süreciyle ilişkisinin anlaşılması son derece önemlidir. Anne ve babaların hastalık süreciyle ilgili yaşantısının derinlemesine analizi, süreçte bireyi güçlü ve güçsüz kılan etkenlerin güçlendirme yaklaşımının unsurlarıyla değerlendirilmesi ve bu etkenlerin bireylerin fiziksel, duyuşsal, bilişsel, sosyal ve tinsel alanlarına olan yansımalarının belirlenmesi bu araştırmanın odağını oluşturmaktadır.

Çalışmanın kuramsal bölümünde, ilk olarak, ruhsal hastalıklar arasında yaygın olarak yer alan şizofreni hastalığına ilişkin genel bilgilere yer verilmiştir. Bu başlık altında şizofreni hastalığına ilişkin genel bilgilerin yanı sıra, şizofreninin ailede nasıl bir etki yarattığına ilişkin bilgilere kısaca yer verilmiştir. Bu bilgilere yer verilmesinin nedeni, şizofreni hastalığının nasıl bir hastalık olduğunun, semptomlarının neler olduğunun anlaşılması ve bir bütün olarak aileyi nasıl etkilediğinin anlaşılabilmesine temel oluşturabilmektir.

Bir sonraki bölümde, çalışmanın kuramsal temelini oluşturan güçlendirme yaklaşımının temel kavramlarına ve ruhsal hastalığı olan bireylere bakım veren ailelerde güçlendirme yaklaşımının önemine yer verilmiştir.

Sonrasında güçlendirme sürecini etkileyen unsurlar başlığı altında, güçlenme sürecine etki eden fiziksel, duyuşsal, bilişsel, sosyal ve tinsel alanların neler olduğu ve hastalık sürecinin bu alanlara ne şekilde yansıdığı ele alınarak bireylerin hangi süreçlerden geçtiğine, hangi deneyimleri yaşadığına ilişkin bilgiler yer almaktadır.

Son olarak Türkiye’de ailelere yönelik hizmetlerin neler olduğuna, bu hizmetlerin ailelerin yaşamına ne yönde etki ettiğine ve psikiyatrik alanda çalışan sosyal hizmet uzmanlarının rol ve sorumluluklarına ilişkin literatür bilgilerine yer verilmiştir.

1.1. Araştırmanın Problemi

Ruhsal hastalıklar, hem bireyin kendisinin hem de ailesinin yaşamında derin etkilere neden olan bir durumdur. Aile üyelerinin yanı sıra özellikle hastayla birebir ilgilenen ebeveynlerin yaşantısı, bu durumdan önemli derecede etkilenmektedir. Dolayısıyla hastalık süreci, ebeveynlerin fiziksel, sosyal, bilişsel, duyuşsal ve tinsel alanını etkilemektedir. Bu bağlamda bu beş alanda ebeveynlerin sorun ve ihtiyaçlarının, güç ve güçsüzlüklerinin belirlenmesi ve bütüncül bir şekilde değerlendirilmesi gerekmektedir.

Hastalık sürecinde ebeveynler, yaşadığı güçlükler karşısında kimi zaman çaresiz kalmakta ve kendisini yetersiz hissetmektedir. Hastanın ve ebeveynlerin çeşitli sebeplerle mevcut hizmetlerden etkin bir şekilde faydalanamaması veya var olan hizmetlerin yetersizliği de sorunlara neden olmaktadır. Bunun yanı sıra toplumsal cinsiyet rolleri ve bakış açısı, ebeveynlerin rol paylaşımını, duygusal ve fiziksel paylaşımını engellemektedir.

Ebeveynlerin karşılaştığı bir diğer sorun alanı, sosyal çevrenin ve toplumun hastaya ve aileye yönelik olumsuz tutum ve davranışlarıdır. Bunların yanı sıra ebeveynlerin sosyo-ekonomik durumu, eğitim düzeyi ve kişisel özellikleri gibi birçok etken, ebeveynlerin sosyal, fiziksel, bilişsel, duyuşsal ve tinsel alanda sorunlar yaşamasına neden olmaktadır.

Konuyla ilgili literatür incelendiğinde, şizofreni hastası bireylerin ebeveynleriyle yapılan çalışmaların olduğu, ancak ebeveynlerin sorunlarını ve ihtiyaçlarını fiziksel, sosyal, bilişsel, duyuşsal ve tinsel alanda, güçlendirme yaklaşımının temel unsurlarıyla değerlendiren ve bütüncül değerlendirmeye yönelik öneriler sunan çalışmalara rastlanmamıştır.

Bu araştırmanın problemi, şizofreni hastalarının ebeveynlerinin kendi anlatılarıyla ve algılamalarıyla, fiziksel, sosyal, bilişsel, duyuşsal ve tinsel alanda sorunlarının, gereksinimlerinin, güçlerinin ve güçsüzlüklerinin belirlenmesine, güçlendirme yaklaşımının temel unsurlarıyla değerlendirilmesine ilişkin gereksinimdir.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu araştırmanın temel amacı, hastalık öncesi ve sonrası süreçte şizofreni hastası bireylerin ebeveynlerinin fiziksel, sosyal, bilişsel, duyuşsal ve tinsel alanda sorunlarının, gereksinimlerinin, güçlerinin ve güçsüzlüklerinin kendi anlatılarıyla ve algılamalarıyla belirlenmesini sağlamaktır. Ayrıca konunun güçlendirme yaklaşımının temel unsurlarıyla bütüncül bir şekilde değerlendirilmesi ve çözüm önerilerinin bütüncül bir biçimde sunulmasına yönelik modelin geliştirilmesidir.

1.3. Araştırmanın Önemi

Türkiye’de ruhsal hastalığı olan bireyler, genellikle ailesinin yanında yaşamını sürdürmektedir. Bu durum hasta ve aile için birtakım sorunları da beraberinde getirmektedir. Hastalık teşhisinin konulmasıyla başlayan süreç, ebeveynler için de oldukça sıkıntılıdır. Bu bağlamda ebeveynlerin sorun ve ihtiyaçlarının bütüncül bir şekilde belirlenmesi son derece önemlidir. Bütüncül bir şekilde değerlendirme yapabilmek için ise fiziksel, sosyal, bilişsel, duyuşsal ve tinsel alanlarda ebeveynlerin yaşantısının değerlendirilmesi gerekmektedir. Bununla birlikte ebeveynlerin yaşantısında onları güçlü ve güçsüz kılan unsurların belirlenmesi, güçlenmesini sağlayacak önerilerin geliştirilmesi oldukça önemlidir.

Bu araştırma, ebeveynlerin hastalık öncesi ve sonrası yaşantılarını bütüncül biçimde ve güçlendirme yaklaşımının temel unsurlarıyla değerlendirmesi; bu konuyla ilgili yapılacak çalışmalara ışık tutması açısından son derece önemlidir. Ayrıca Türkiye’de ruh sağlığı alanında, nitel araştırma yöntemiyle yapılmış, şizofreni hastalarının ebeveynlerinin yaşantılarını beş gelişim boyutunda güçlendirme yaklaşımı çerçevesinde ele alan başka bir çalışma olmaması bakımından da değerlidir. Bunların yanısıra çalışmanın sosyal hizmet literatürüne de önemli katkılar sunacağı düşünülmektedir.

1.4. Araştırmanın Tanımları

Şizofreni Hastası Bireyin Ebeveyni: Şizofreni hastası çocuğu olan ve şizofreni hastası çocuğuyla aynı evde yaşayan anne-baba.

Ebeveynlerin Yaşantısı: Şizofreni hastası çocuğu olan ebeveynlerin fiziksel, sosyal, bilişsel, duyuşsal ve tinsel alanda; geçmişteki, hastalık sürecindeki ve gelecekle ilişkili duygu ve düşüncelerinin, yaşadığı sorunların, ihtiyaçlarının ve deneyimlerinin tümüdür.

Ebeveynlerin Yaşantısının Güçlendirme Yaklaşımı Doğrultusunda Belirlenmesi: Ebeveynlerin yaşantılarının, güçlendirme yaklaşımının temel kavramları doğrultusunda değerlendirilmesidir.

1.5. Araştırmanın Sınırlılıkları

Ankara ilindeki toplum ruh sağlığı merkezlerinin bağlı olduğu tüm hastanelere araştırma izni için başvurulmuş olduğu halde sadece Yenimahalle Toplum Ruh Sağlığı Merkezi'nin bağlı olduğu Yenimahalle Devlet Hastanesi'nin araştırma izni vermesi, araştırmanın sınırlılığını oluşturmaktadır.

1.6. Şizofreni Hastalığına İlişkin Genel Bilgiler

Çalışmanın bu bölümünde çocuğu şizofreni hastası olan ebeveynlerin hastalık öncesi ve sonrası süreçte yaşantısının, fiziksel, sosyal, bilişsel, duyuşsal ve tinsel alanda ebeveynleri güçlü ve güçsüz kılan unsurların daha iyi anlaşılabilmesi için şizofreni hastalığına ilişkin bilgilere yer verilmiştir.

Şizofreni; bireyin, duygu, düşünce ve davranışlarında değişikliklere neden olan ve bu durumun bireyin hem kendi yaşamını hem de çevresindeki bireylerin yaşamını büyük ölçüde etkilediği ruhsal bir hastalıktır (Çam ve Dülgerler, 2006; Lee ve ark., 2005; Öztürk ve Uluşahin, 2011). WHO'nun 2001 yılında yayınladığı raporda dünya çapında engelliliğe yol açan ilk üç hastalık arasında şizofreni yer almaktadır (<http://www.who.int/whr/2001/en/>, Erişim Tarihi: 12.7.2018). Şizofreni hastalığı, olağandışı algısal deneyimler (halüsinasyon görme); kişiye özgü inançlar (sanrılar); konsantrasyonda, hafızada ve dikkatte meydana gelen bozulmalar ile karakterize edilmektedir (Glynn, 2012, s.237).

Şizofreni hastalığı genç yaşlarda başlayan, belli aralıklarla yineleyen, hasta ve ailesini olumsuz yönde etkileyen bir hastalıktır. Bu nedenle şizofreni, toplumda damgalanmaya neden olmaktadır (Yavuz, 2008).

Şizofreni hastalığının nedeni tam olarak bilinmemesine rağmen şizofreni, biyolojik yatkınlık ve bireyin maruz kaldığı çevresel etkenlerin etkileşimi sonucu ortaya çıkan bir ruhsal hastalık olarak bilinmektedir. Başka bir ifadeyle şizofreni, gelişimin ilk dönemlerindeki çevresel stresörler ve genetik yatkınlığın bir sonucu olarak ortaya çıkmaktadır. Yaşamın ilerleyen dönemlerindeki çevresel faktörler, ya beyne zarar vermektedir ve böylece şizofreni riskini artırmakta; ya da genetik ya da nöro-gelişimsel bozuklukların dışavurumunu azaltmakta ve böylece şizofreni riskini azaltmaktadır. Her ne kadar şizofreni hastalığının nedeni tam olarak bilinmese de klinisyenler ve araştırmacılar son dönemde –stres-yatkınlık- modeline ağırlık vermektedir. Bu modele göre bireyin hastalığa yatkınlığı olabilmekte ve stresli çevre koşulları hastalık semptomlarının gelişmesine neden olabilmektedir. Biyolojik unsurlar, genetik etkenler, beyin yapısındaki farklılaşma ve değişikliklerdir (Upadhyay, 2015; Kültür ve ark., 2007). Köroğlu (2001) çok boyutlu bir hastalık olan şizofreninin, ortaya çıkma nedeninin çeşitlilik gösterdiğini belirtmiş ve şizofreni ile ilişkili bazı faktörleri şu şekilde sıralamıştır;

- Nörofizyolojik değişiklikler,
- Nörokimyasal değişiklikler,
- Beyindeki yapısal değişiklikler,
- Endokrin faktörler,
- Genetik faktörler,
- İmmün ve viral faktörler.

WHO (2001)'nin raporuna göre şizofreni, dünyada 24 milyondan fazla insanı etkilemektedir. Kadınlara göre erkeklerde daha yaygın olan bir hastalıktır (<http://www.who.int/whr/2001/en/>, Erişim Tarihi: 12.7.2018). Ertan (2008), şizofreninin genel sıklığının kadınlarda ve erkeklerde aynı düzeyde olmakla birlikte kadınların üçte birinde bu hastalığın 25 yaş öncesine rastladığını belirtmiştir.

Şizofreninin genel olarak kadınlarda başlangıç yaşı 25-35 iken erkeklerde 10-25 yaş arasındadır. Binbay ve ark. (2010), Türkiye’de şizofreni yaygınlığının diğer ülkelerde bildirilen oranlardan daha yüksek olduğunu ve 1000 kişide 8.9 olarak saptandığını belirtmişlerdir.

Şizofrenide semptomlar, negatif ve pozitif olarak ele alınmaktadır. Pozitif semptomlar, sanrı, halüsinasyon, düşünce bozuklukları, tuhaf davranışlar ve kişinin benlik algısındaki değişimi içermektedir. Negatif semptomlar ise sosyal geri çekilmeyi, depresyonu, motivasyonda azalmayı, duygulanım küntlüğü, ilgisizliği, hayattan zevk almamayı ve dikkat dağınıklığını kapsamaktadır. Bu semptomlar her ne kadar ilaçla düzenlenmeye çalışılsa da tamamen iyileşme gibi bir durum mümkün olmamaktadır (Glynn, 2012; McCann ve Clancy, 1996). Soygür (1999) yapmış olduğu bir çalışmada, şizofreni hastalarının tedavi ile yaklaşık %25'inin büyük ölçüde düzelme göstererek; %50'sinin ise orta ve iyi düzeyde bir düzelme göstererek bağımsız olarak veya destek alarak toplumsal yaşamlarına devam ettiklerini belirtmiştir.

Şizofreninin üç aşaması bulunmaktadır (Veague, 2007; akt. Kamal, 2013): Ön belirti aşaması, akut ve rezidüel (tortu) aşama.

- Ön belirti aşaması: Bu aşamada bireyin günlük rutinlerinde motivasyon kaybı ve kendine yabancılaşma görülmektedir. Bu belirtiler genellikle erken çocukluk döneminde gözlemlenir.
- Akut aşama: Bu aşama bireyin halüsinasyonlar görmeye başlaması ve kontrol dışı davranışlarda bulunması gibi psikotik semptomların başladığı evredir. Bu aşamada hastalığın bütün etkileri görülebilir.
- Rezidüel aşama (tortu aşaması): Bu aşamada, hasta tedavi süreciyle birlikte daha stabil bir durum sergiler. Hasta psikotik belirtiler göstermeyebilir ancak tuhaf davranışları devam edebilir ve bilişsel işlevsizlik ve düşük enerji gibi negatif belirtiler gösterebilir.

Yavuz (2008), şizofreni hastalarında görülen belirtileri, davranış ve görünümdeki, düşünce ve konuşmadaki, duygulanımdaki, algılamadaki, bilişsel yetilerdeki ve günlük yaşam becerilerindeki değişimler ile fiziksel değişimler olarak belirtmiştir.

Şizofreni, hastanın psikososyal işlevselliği üzerinde derin etkiler bırakan; sadece hastayı değil aynı zamanda onun yakın çevresini de etkileyen çok boyutlu bir hastalıktır (Friedrich ve ark., 2008; Yüksel, 2013). Şizofreni hastalığı, bireyin sosyal çevre ve aile ilişkilerinde, öz bakım becerilerinde birtakım sorunlar yaşamasına neden olmakta ve bireyin bağımsız yaşamasını büyük ölçüde engellemektedir (Öztürk ve Uluşahin, 2011). Hastayı etkilediği kadar hastanın birlikte yaşadığı aile üyelerini de derinden etkileyen şizofreni, aile içinde oldukça büyük bir strese (Öztürk, 2001) ve aile üyelerinin birtakım sorunlar yaşamalarına neden olmaktadır. Ailesinde şizofreni hastası olan birey, kendisini izole edilmiş hissetmekte ve ruhsal hastalığa bağlı olarak damgalanma yaşayabilmektedir (Teschinsky, 2000). Hastalık teşhisiyle birlikte aile üyeleri kızgınlık ve öfke gibi duygular yaşayabilirler. Aile üyelerinin bu duyguları yaşamalarının en önemli nedenlerinden biri de çaresizlik hissi yaşamasıdır. Bunun yanı sıra hastalıkla ilişkili olarak yaşadıkları belirsizlik hissi de ailede strese neden olan etkenlerden biridir (Soygür, 1999; Soygür, 1993).

Şizofreni hastası bireyler, genellikle uzun dönem bakıma gereksinim duymaktadır. Bu bireyler, yatılı sağlık kuruluşlarından taburcu olduktan sonra genellikle aile yanında yaşamlarına devam etmektedir. Dolayısıyla süreç, aile için yıkıcı bir duruma ve kriz ortamına sebep olabilmektedir. Murray-Swank ve ark. (2007), şizofreni hastalarının bakımında ve tedavi sürecinde ailenin son derece önemli bir rolü olduğunu belirtmiştir. Şizofreni hastalığı bireyde bilişsel, davranışsal, sosyal ve ekonomik problemlere neden olduğundan hastayla birlikte yaşayan aile üyeleri büyük bir stres ve yük altına girmektedir (Shulz ve Sherwood, 2008; Ferriter ve Huband, 2003).

Günümüzde şizofreni hastalarının çeşitli yöntem ve yaklaşımlar kullanılarak olumlu yönde gelişme gösterdiği ve böylece günlük yaşam seyrine devam edebildiği

belirtilmektedir (Provencher ve Mueser, 1997; Parker, 1993; Liberman ve Kopelowicz, 1995). Şizofreni tedavisindeki temel öğelerden biri düzenli ilaç kullanımıdır. Antipsikotik ilaçların düzenli kullanımının, alevlenme riskini azalttığı ve hastanın günlük yaşamına devam edebilmesinde önemli olduğu belirtilmektedir (Yavaş Ayhan, 2013). Hastalığın tedavisine yardımcı olacak bir diğer etken ise hastaya ve ailesine yönelik yapılan psiko-sosyal müdahalelerdir. Hastayla sürekli temas halinde olan ve hastanın bakımından sorumlu olan aile üyelerinin hastalık süreci ile ilgili detaylı bilgi sahibi olmaları ve aileye yönelik yapılan psiko-sosyal müdahaleler aile bireylerinin hastalık süreciyle başetme becerilerini artırarak bu bireylerin güçlenmelerine olanak sağlamaktadır (Liberman ve Kopelowicz, 1995).

1.7. Güçlendirme Yaklaşımı ve Ebeveynlerin Yaşantıları

Bu tez çalışmasının müdahale önerisi olarak temel aldığı yaklaşım güçlendirme yaklaşımıdır. Ebeveynlerin yaşantıları, fiziksel, sosyal, bilişsel, duyuşsal ve tinsel gelişim boyutları çerçevesinde, güçlendirme yaklaşımı temel alınarak değerlendirilmiştir. Bu bağlamda öncelikle “güç” kavramı üzerinde durulmuş, “gücün” bireylerin yaşantısındaki önemine vurgu yapılmıştır.

1.7.1. Güçlendirme Yaklaşımı

Güçlendirme yaklaşımının felsefesini ve özünü anlayabilmek için öncelikle güçlendirme yaklaşımının temel kavramlarına yer verilecektir.

1.7.1.1. Güç ve Güçsüzlük

Güçlendirme kavramını açıklamadan önce bu kavramın özünü oluşturan “güç” kavramı üzerinde durmak gerekmektedir. “Güç”, istenilen sonuçları elde etmek için bireyin etkili bir şekilde eyleme geçebilme yeteneğini kapsamaktadır.

Lukes (1974) gücün iki yönüne vurgu yapmıştır. İlki, istenilen sonuçları gerçekleştirmek için bireyin etkili bir şekilde harekete geçme yeteneğini içermektedir. Kişisel boyutta güçlendirme, bireydeki kararlılık, algılanan yeterlik, bilinç yükseltme, eleştirel düşünme kabiliyeti, öz saygı ve öz yeterlik üzerine vurgu yapmaktadır. Gücün diğer yönü, gizli kalması ile ilgilidir (akt. Boehm ve Staples, 2002). Bu, gücün bireyde potansiyel olarak var olduğu; ancak birtakım bireysel veya çevresel baskılar sonucu gizli kaldığı anlamına gelmektedir. Bireyi saran baskılar hafiflediğinde bireydeki güç, görünür hale gelebilmektedir (Tuncay, 2009).

Thompson (2016), gücün farklı modellerini tanımlamıştır. İlki, bireyin kendi hedeflerine erişme yeteneği ile ilgilidir. Bu model, bireyin becerilerini, kişisel özelliklerini, rollerini ve tutumlarını içermektedir. İkincisi, söylemsel (kültürel) modeldir. Burada söylemin dilden daha fazla bir şey olduğu ve yazılı olmayan kuralları ve içselleştirilmiş varsayımları biçimlendirdiği oranda kültürün bir parçası olduğu vurgulanmaktadır. Üçüncüsü ise yapısal modeldir. Bu model, cinsiyet, bireyin toplumdaki statüsü, sosyo-ekonomik düzeyi gibi toplum içindeki hiyerarşik konumuna vurgu yapmaktadır. Bu boyut, kaynaklara erişim, toplumdaki hegemonya, bireyin toplumsal yapı içindeki pozisyonundan kaynaklanan engeller şeklinde kendini göstermektedir. Belirtilen tüm boyutlar ışığında, bireydeki gücün ortaya çıkması ve aktif hale gelebilmesinde, bireyin etkileşim içinde bulunduğu çevrenin özellikleri; toplumdaki statüsü, kaynaklarla temas içinde olması ve onlardan etkili bir şekilde yararlanma durumu ve kişisel özellikleri oldukça etkilidir. Tüm bu unsurlar bireyin kendi yaşamında kontrol sahibi olmasında ve bilinçli kararlar alabilmesinde etkilidir.

“Güç” kavramının tersi olan “güçsüzlük” kavramına kısaca değinmek, “güçlendirme” kavramının anlaşılması açısından yararlı olacaktır. Solomon (1976), bireyin “güçsüzleşmesine” neden olan etkenleri şu şekilde belirtmiştir:

- Baskının içselleştirilmesi ile oluşan olumsuz öz-değerlendirme,
- Bireyin ihtiyaçlarını karşılamada başarısız olan dış sistemle baskı altındaki bireyin etkileşimi sonucu oluşan olumsuz deneyimler,

- Grupların etkili bir şekilde eyleme geçmesini engelleyen güçlü çevresel faktörler.

Burada belirtilen önemli unsurlardan biri, bireyin dışsal ve içsel baskılar ve olumsuz yaşam deneyimleri sonucunda kişisel yetersizlik duygusu yaşamasıdır. Bu durum bireyde inanç ve motivasyon kaybına neden olabilmektedir. Yani bireyin temas halinde olduğu çevre ile etkileşimi, potansiyel gücünü kullanmasına ve hedefine yönelik harekete geçmesine engel olabilmektedir.

Şizofreni hastalarının ebeveynleri bağlamında güç konusu değerlendirildiğinde, şizofreninin diğer hastalıklara göre toplumdaki olumsuz imajının, hasta ve ailede bir baskı unsuru oluşturacağı düşünülmektedir. Ruhsal hastalıkların damgalanmayı da beraberinde getirmesi (Lefley, 1996; akt. Wedenoja, 1996), ruhsal hastalığı olan bireylerin iş bulma, barınma, gerekli tedavi hizmetlerine ulaşım gibi birçok konuda dışlanmasına neden olmaktadır. Aileler de benzer şekilde dışlanmaya maruz kalmakta ve süreç içinde birçok güçlüklerle karşılaşmaktadır. Bu bağlamda ruhsal hastalığı olan bireylerin ebeveynlerinin kişisel ve çevresel odaklı güçlerine vurgu yapılması, var olan güçlerinin keşfedilmesinin sağlanması ve güçsüzlüklerinin giderilmesine yardımcı olunması son derece önemlidir. Bunun yanı sıra ebeveynleri güçlü ve güçsüz hissettiren kişisel-çevresel etmenlerin ve bu etmenlerin bireyin gücünü ne ölçüde etkilediğinin ve süreç içinde bireylerin yaşam kontrolünü engelleyen unsurların neler olduğunun belirlenmesi başat süreçlerini de etkilemektedir. Ebeveynlerin bu kriz durumuyla başedebilmesinde ve güçlenmesinde, çevresindeki kaynaklarla etkileşime geçmesi, tedavi sürecinin bir parçası olarak süreçte aktif rol alması, sosyal çevre ile olan olumlu etkileşimi, olumlu aile ilişkisi, motivasyonu ve yaşamı üzerinde kontrol sahibi olabilmesi önem taşımaktadır.

1.7.1.2. “Güçlendirme” ve Yaklaşımın Sosyal Hizmet Mesleğindeki Önemi

Güçlendirme, sadece kişisel değil toplumsal ve politik sistemlere aktif bir şekilde katılımı içeren kapsamlı bir yönelimdir (Rappaport, 1987). Güçlendirme yaklaşımı, sosyal eşitsizlikler ve çevresel koşullar sonucu stres yaratan durumların birey üzerindeki etkisine dikkat çekmektedir (Gutierrez, 1990; Simon, 1994). Gutierrez (1994)’e göre güçlendirme süreci “birey, aile ve toplumun gelişebilmesi için eyleme geçmesini sağlayacak kişisel, kişilerarası ve politik güç sürecini ele almaktadır”. Güçlendirme yaklaşımı, bireyin yaşamını devam ettirebilmesi için ihtiyaç duyduğu desteğe ve kaynaklara ulaşabilmesinde sosyal çevrenin önemine; kaynak sağlamada ve stres yaratan bir durumla başa çıkabilmede bireyin potansiyeline ve aktif rolüne vurgu yapmaktadır.

Güçlendirme, mikro, mezzo ve makro olmak üzere, sosyal hizmet mesleğinin tüm müdahale alanlarında uygulanabilecek bir “müdahale yaklaşımı”dır. Bireylerin karşılaştığı problemlerin merkezinde, toplumsal, kişilerarası ve çevresel düzeyde güç dengesizliklerinin yatıyor olması, kişisel düzeyde de bireyin izole olmasına, kendisine yabancılaşmasına ve hatta güçsüzlük durumunu özümsemesine neden olabilmektedir. Duyan (2010) çevresel sorunların birey üzerinde baskı yarattığını ve bu durumun bireyde güçsüzlük duygusuna yol açtığını ifade etmektedir. Nitekim sosyal hizmet mesleğinin özünde de birey üzerinde baskı oluşturan tüm unsurlarla mücadele etmek, bireyin potansiyel güçlerinin farkına varmasına yardımcı olmak vardır. Sosyal hizmet uzmanı tüm bu güçsüzlük yaratan durumlarla mücadele ederken ve savunuculuk yaparken müracaatçı adına karar almadan, müracaatçıyla birlikte hareket etmelidir. Boehm ve Staples (2002) sosyal hizmet uzmanının güçlendirme sürecinde, “yönlendirici olmayan” “kolaylaştırıcı” rolüne vurgu yapmıştır. Buna göre sosyal hizmet uzmanının görevi, insan hakları ve sosyal adalet temelinde makro düzeyde sistemin, sistemin oluşturduğu güç dengesizliklerinin, toplum tarafından üretilen kuralların neden olduğu baskının ortadan kaldırılması için çalışmalar yapmaktır.

Güçlendirme, 1970’li yıllarda gelişen bir yaklaşımdır. Bu yaklaşım ilk kez sosyal programlar, refah politikaları ve doğrudan müdahalelerde kullanılmıştır (Pinderhughes, 1983; Shera ve Page, 1995, akt. Boehm ve Staples, 2002, s. 449). Bu yaklaşım, kişinin problemlerinin ötesinde bireyin içindeki potansiyel güce ve güçlü yönlerine vurgu yapmaktadır. Güçlendirme, bireyin kendi kararlarını alması, yaşamı üzerinde kontrol sahibi olması ve bu yönde harekete geçmesi için bireye yardım etmeyi amaçlayan bir yaklaşımdır (Parsons, 1991). Buradan hareketle güçlendirme yaklaşımının “sorun odaklı” değil “çözüm odaklı” bir yaklaşım olduğu söylenebilir. Ancak güçlendirme yaklaşımı “çözüm odaklı” bir yaklaşım olmasına rağmen soruna da bir şekilde vurgu yapmaktadır (Tuncay, 2009).

Literatürde güçlendirme yaklaşımının farklı tanımlamaları yer almaktadır. Zimmerman ve Warschausky (1998) güçlendirmeyi, “kişilerin yaşamları üzerinde kontrol sahibi olmalarını, çevreleriyle ilgili farkındalık geliştirmelerini içeren interaktif bir süreç” olarak tanımlamıştır. Zimmerman (1990) güçlendirmenin psikolojik yönüne vurgu yapmış ve üç alanda güçlendirmeyi tanımlamıştır: “Kişilerarası, etkileşimsel ve davranışsal”. “Kişilerarası alan” özgüven ve bireyin yaşamı üzerindeki kontrol algısıyla ilgilidir. “Etkileşimsel alan” bireyin becerisini ve bilgisini eleştirel bir şekilde kullanabilme yeteneği ile ilişkilidir. “Davranışsal alan” ise bireyin kolektif eylemlere katılma yeteneği ile ilgilidir. Chamberlin (1997) ise bireylerin değişimi başlatma ve sürdürme, eleştirel düşünebilme, bilgi ve kaynaklara erişebilme ve yaşamı üzerinde karar verme gibi nitelikleri içeren karmaşık bir süreç olarak tanımlamıştır. Rappaport (1987, s. 121) ise güçlendirmeyi, kişinin yaşamı üzerinde güç ve kontrol sahibi olması ve toplum içinde aktif bir şekilde yer alması olarak tanımlamaktadır. Toplum psikolojisi teorisinde, bireyin toplumdaki örgütsel, politik, sosyal, ekonomik ve tinsel alanlarıyla birey arasındaki ilişkinin önemine vurgu yapılmaktadır. Gutierrez ve Ortega (1991) ise güçlendirmeyi kişisel, kişilerarası ve politik olmak üzere üç temel düzeyde kavramsallaştırmıştır. Güçlendirmenin kişisel boyutu, öz yeterlilik ve bireyin kendi kişisel gücüne sahip olma hissi ile bağlantılıdır. Kişilerarası boyut ise bireyin çevresini etkileme kapasitesi ve yeterliliği olarak tanımlanmaktadır. Gücün politik boyutu ise sosyal bağlam içinde eyleme geçme ve değişim yaratma ile bağlantılıdır (akt. Huffine,

2002). Güçlendirmenin kişisel boyutu Bandura'nın öz yeterlilik kavramıyla ilgilidir. Öz yeterlilik kavramını Bandura şu şekilde ifade etmiştir: "Öz yeterlilik, ileride ortaya çıkabilecek durumlarla başetmek için gerekli eylem planlarına ne kadar iyi karar verdiği ile ilgilidir (1982, s. 122)." Bandura'nın ifade ettiği öz yeterlilik kavramının temelinde bireyin yaptığı veya yapacağı eylemlerde kendi kapasitesine olan inancı vardır. Bandura, öz yeterlilik kavramının güce erişme, sembolik bilgi kazanımı veya başkalarının performanslarını gözlemleme yoluyla temsili deneyimler, sözlü ikna ve psikolojik durumlar tarafından etkilendiğini belirtmiştir (1982). Güçlendirmenin üç temel düzeyinden biri olan kişisel güç, bireyin kişilerarası ve politik düzeydeki aktif katılımına da yön vermektedir. Çevre ve birey birbiriyle etkileşim içindedir. Dolayısıyla bireyin kişisel alanı çevresel koşullardan etkilenmektedir. Güçlendirme ile ilgili yapılan tüm bu tanımlamalar bağlamında, güçlendirmenin kişisel boyutunun hem bireyin kendi gücüyle ilgili algısıyla hem de çevresel bağlamda bireyin güç algısına etki eden unsurlarla ilişkili olduğu söylenebilir. Bu anlamda bireyin yaşamı üzerinde kontrol sahibi olması ile ilgili algısı ve duygusu oldukça önemli bir yere sahiptir. Gücün kişilerarası boyutu, bireyin çevre ile karşılıklı etkileşim içinde olması ile ilgilidir. Çevre ile etkileşim içinde olmak, sosyal kaynaklar ile ilgilidir. Yani bireyin çevresindeki kaynaklardan etkin bir şekilde yararlanması ve aynı zamanda çevresine etki etmesidir. Gücün sosyo-politik boyutu ise birey üzerinde etkiye sahip olan yapılar, sistemler ve kaynaklarla ilgilidir.

Dickerson (1998) üç bileşeni içeren bir güçlendirme tanımı yapmıştır. Bunlardan ilki kişisel yeterlilik duygusudur. Bu bileşen pozitif benlik saygısı ile ilgilidir. İkinci bileşen bireyin yaşamı üzerinde karar almasını, hizmetlerin planlanmasını ve düzenlenmesini etkileme gücünü içeren kendi kaderini tayin etme (self-determination) ile ilgilidir. Üçüncü bileşen ise savunuculuk faaliyetlerine katılım ve damgalamayla mücadelede aktif rol almayı içeren sosyal katılım ile ilgilidir. Boehm ve Staples (2002) de uygulamadaki önemli bir ilke ve değer olarak kişinin kendi kaderini belirlemesi ilkesine vurgu yapmaktadır. Bu ilke sosyal hizmet uzmanı ve müracaatçılar arasındaki güç eşitsizliğini ortadan kaldıran ve bireylerin

kendi yaşamları üzerinde bağımsız bir şekilde karar alabilmesine olanak sağlayan bir modele atıfta bulunmaktadır.

Koren ve ark. (1992) güçlendirmeye ilgili temel bileşenleri şu şekilde belirtmiştir:

- Güçsüzlüğün azaltılması,
- Gücün artırılması,
- Bireyleri, örgütleri ve çevreyi etkileme yeteneği,
- Kişinin yaşamı üzerinde kontrol sahibi olması,
- Kişinin toplum içinde yer alması ve topluma katılımı

Güçlendirme yaklaşımındaki temel unsurlardan biri de sosyal değişimdir. Sosyal yapı içinde bir dönüşüm ve değişim yaşanmazsa, bireyin hayatında strese bağlı problemlerin neden olduğu olaylar ve unsurlar karşısında yapılan eylemler kalıcı olmayabilir. Bu bağlamda çevresel ve sosyal değişimler şu boyutları içermektedir: “gücü dengeleme, demokratik karar verme; toplumdaki tüm üyelerin ihtiyaçlarına daha adil bir şekilde cevap vermek için kaynakların dağıtımını yeniden yapma; aktif katılımı ve işbirliğini destekleme; düşük statülü grupların etki ve gücünü artırma v.b.” (Wedenoja, 1996). Bu bağlamda güçlendirme yaklaşımı, ötekileştirilmiş bireylerin, yaşadığı güçlüklerle ve stresle başedebilmelerinde “kişisel, kişilerarası ve politik güce” ulaşip mevcut potansiyel kaynaklarının ortaya çıkarılması ve bu kaynaklara erişebilmesi açısından son derece önemlidir. Lukes (2005), güçle ilgili olarak “sosyal bağlamın” önemine vurgu yapmaktadır. Toplumsal örüntülerin, nasıl güç ilişkilerini oluşturduğunu şöyle ifade etmektedir: “Sistemin sürdürülebilmesi için sadece bireysel olarak seçilen eylemler ile ilgili değil aslında daha çok bireylerin eylemlerinde görmediğimiz kurumsal pratikler ve toplumsal olarak yapılanmış ve kültürel olarak kalıplaşmış grup davranışlarıyla kendini gösterir” (akt. Thompson, 2016, s. 30). Bu ifade, kişinin ötesine geçerek, toplumsal yapının birtakım güç ilişkilerini oluşturduğunu ve sürdürdüğünü açıklamaktadır. Buna ilişkin olarak, toplum tarafından yapısal düzeyde benimsenen ve kabul edilen değerler, aslında “kişisel ve kişilerarası boyutta” gücü ve güçlendirme sürecini

etkileyebilmektedir. Dolayısıyla statü, yaş, sosyo-ekonomik durum, toplumda kadın-erkek olmak gibi birtakım unsurlar toplum içindeki farklılıkları ve güç ilişkilerini belirleyebilmektedir. Bu bağlamda kişilerin, sosyal bağlamda üzerinde eşitsizlik ve baskı yaratan unsurları ve değişkenleri fark etmesi, bu konuda kendisini rahatsız eden problemin çözümünde aktif bir şekilde rol alması ve bilinçlenmesi gerekmektedir. Süreçte faal bir şekilde rol almak ve problemin çözümünün bir parçası olmak, kişinin yaşamı üzerindeki motivasyonunu ve kontrolünü, kendisine olan inancını da etkin kılacaktır.

Toplum yapısındaki değişimler, sosyo-ekonomik düzey, toplumsal cinsiyet, hastalık ve damgalanma, bireyin toplumdaki statüsü ve yeri gibi birçok etken bireyin güçsüzlük duygusunu yaşamasına ve güçsüzleşmesine yol açabilmektedir. Bu noktada bireyin yaşamında kontrol sahibi olmasına ve kendisinde var olan güç potansiyelinin meydana çıkarılmasına yardımcı olmak, kendi kendine karar alarak dönüşüm ve değişim için eyleme geçmesine olanak sağlar. Sheafor ve Horejsi (2003)'nin belirttiği gibi güçsüzlüğün ve gücün kişinin hayatında son derece önemli olduğu söylenebilir. Bu doğrultuda bireyin kendisinde var olan kişisel gücünün meydana çıkmasına ve bireydeki dışsal ve içsel baskı unsurlarının ortadan kaldırılmasına yardımcı olmak sosyal hizmet mesleğinin nihai amaçlarından biridir.

Güçlendirme yaklaşımını tarif eden yazarların genel ve ortak vurgusu şudur: güçlendirme, bireyin etkileşim içinde olduğu sistemlerle, kişisel ve kişilerarası gücü etkileyen sosyo-kültürel unsurlarla ilişki içindedir. Ruhsal hastalığı olan bireylere bakım verenler bağlamında kişisel güç, bireyin hastalık süreci ve hastalıkla ilişkili konularda bilinç ve bilgi sahibi olmasını, hastalık sürecine olan uyumunu, hastalığı kabullenmesini ve yaşamında kontrol sahibi olabilmesini içermektedir. Bireylerin kendisine yönelik olumlu benlik imajı; kendisine ve yaşama verdiği değer hastalık sürecine uyumunu arttıran kişisel güç unsurlarındandır. Kişilerarası güç ise bakım veren kişilerin etkileşim içinde olduğu aile bireylerine ve sosyal çevreden (arkadaş, akraba, sağlık çalışanları v.b.) aldığı bilgiye ve her türlü ekonomik, psiko-sosyal desteğe vurgu yapmaktadır. Aynı zamanda kişilerarası güç unsurlarının, kişide var

olan potansiyel gücün ortaya çıkmasına destek sağlayan bir özelliğinin de olduğu söylenebilir.

1.7.1.3. Ruh Sağlığı Bağlamında Güçlendirme

Şizofreni hastasıyla birlikte yaşayan ve hastaya bakım sağlayan anne-babalar, hastalık sürecinde fiziksel, ekonomik, sosyal ve psikolojik birçok güçlük yaşamaktadır. Ebeveynleri güçsüz kılan unsurların tespit edilerek, bireyin kendisinde var olan güçlerinin meydana çıkarılması ve buna yönelik müdahale planlarının oluşturulması gerekmektedir. Ebeveynlerin güçlenmesini sağlayacak müdahaleler; ebeveynlerin yaşadığı güçlüklerin azalmasına, karşılaştığı güçlüklerle başedebilmesine ve yaşam kalitelerinin artırılmasına yardımcı olacaktır. Scheel ve Rieckmann (1998) güçlendirme yaklaşımının, ebeveynlerin karşılaştığı ve yaşadığı problemlerin giderilmesinde veya hafifletilmesinde oldukça önemli olduğunu belirtmiştir. Bu yazarlara göre ebeveynin güçlendirilmesi, ebeveyn-çocuk bağlamının da ötesinde kişinin kendi başına karar alma sürecinde önemli bir yere sahiptir. Bu durum politik ve sosyal sistemleri, toplumsal kaynakları, bireyin tedavi sürecinde faal bir şekilde yer almasını ve birtakım yeni ebeveynlik becerilerini kabul etmeye istekli olmasını içermektedir.

Tedavi sürecine etkin bir şekilde katılım, güçlenmenin önemli bir çıktısı olarak düşünülebilir. Vandiver ve ark. (1995)'na göre aile güçlendirmesi iki boyutlu bir kavramdır: “güçlendirme düzeyi (aile, hizmet sistemi, politik düzey) ve güçlendirmenin ifadesi (tutum, bilgi, davranış)”. Burada üzerinde durulması gereken önemli nokta, mikro, mezzo ve makro düzeyde güçlendirmenin gerekliliğidir. Çünkü birey, bireyi çevreleyen sistemler ve alt sistemler birbiriyle etkileşim içindedir. Bu üç düzeyde yapılan güçlendirme süreci, bireyde var olan potansiyel gücü harekete geçirecek ve bireyin bilgi, tutum ve davranışlarında görünür hale gelecektir. Ebeveynler açısından ele alındığında, ebeveynlerin şizofreni hastalığı ile ilgili bilgi sahibi olması, hizmetlerden faal olarak yararlanması ve sağlık profesyonelleriyle olan ilişkisi, “kontrol” duygusunu yaşamasına yardımcı olmaktadır. Hastalık

teşhisinden sonra ebeveynlerde sıklıkla görülen, umutsuzluk, belirsizlik, endişe ve çaresizlik gibi duygular ebeveynlerin kontrol kaybı yaşamasına neden olabilmektedir. Bu bağlamda ebeveynlerin tedavi sürecine aktif katılımı, kaynaklardan ve hizmetlerden faydalanması, ebeveynleri güçsüzleştiren kontrol kaybı duygusunun ortadan kalkmasını sağlayacaktır.

Sosyo-ekonomik düzey, ebeveynlerin güçlenme sürecini ve yaşamı üzerindeki kontrol duygusunu etkileyen önemli bir değişkendir. Kataoka ve ark. (2002), ruhsal alandaki bakım ihtiyacı ile gerçekte olan hizmet sunumu arasındaki boşluğa değinmiştir. McKay ve ark. (1998) ise halihazırda var olan hizmetlerin eksikliğini ifade ederek, özellikle gelir düzeyi düşük olan bireyler arasında hizmet kullanımının oldukça yetersiz olduğuna vurgu yapmıştır.

Ebeveynlerin tedavi sürecine aktif katılımı güçlendirici bir etkiye sahip olsa da tedavi sürecine katılımını engelleyen bazı unsurlar vardır. Bunlar: ruh sağlığı hizmetleri ile ilgili inanç, tutum, algılar (ruh sağlığı profesyonellerine güvenmeme, hizmetlerle ilgili olumsuz tutumlar ve hastanın yaşadığı güçlüklerin kısa süreli olacağına ilişkin inanç), hizmet durumu ve ulaşım gibi yapısal engellerdir (Kataoka ve ark., 2002; Owens ve ark., 2002; Pescosolido ve ark., 2008). Davranışsal, yapısal ve tutumla ilgili engellerin ötesinde ebeveynlerin bağlamsal faktörleri (ör. sosyal destek, ebeveyn stresi) de ebeveynlerin tedavi sürecine aktif katılımını etkilemektedir (McKay ve ark., 2001). Hizmet kullanımı ve hizmete ulaşım konusundaki engellerin neler olduğunun anlaşılması, tedavi sürecini olumlu yönde etkilemesi açısından oldukça önemlidir (Olin ve ark., 2010).

Gibson (1995), yapmış olduğu bir araştırmada kronik hastaların annelerinin güçlenme süreci ile ilgili bir model ortaya koymuştur. Bu modelde güçlendirme sürecinin ilk basamağı ve ön koşulu, annelerin çocuklarına karşı olan sevgisi ve bağlılığıdır. Sevgi ve bağlılık, güçlendirme sürecinin devam etmesini sağlayan bir unsurdur. Modelin “süreç” aşamasında, “gerçeklikle yüzleşme, eleştirel düşünme, sorumluluk alma (sürece hakim olarak ve güçlerini fark ederek) ve bunu devam ettirme” yer almaktadır. Gibson (1995) hastalık teşhisinden sonra birçok annenin

şok, şaşkınlık ve kızgınlık gibi duygular yaşadığını ifade etmiştir. Bununla birlikte bilişsel boyutta annelerin belirsizlik duygusu yaşadığını belirtmiştir. Araştırmaya katılan annelerden bazıları daha sonraki aşamalarda hastalık ve hastalık süreci hakkında kitaplardan, sağlık profesyonellerinden ve kendisiyle benzer durumu yaşayan annelerden bilgi sağlamak için çabaladığını ifade etmiştir. Davranışsal düzeyde ise anneler içinde bulunduğu durumla başedebilmek için birtakım eylemlerde bulunmuş ve sorumluluk duygusuyla hareket etmiştir. Bu aşamalarda anneler hayal kırıklıkları yaşamıştır. Bunun nedeni bakımla ilgili sorumluluğun neredeyse tamamını annelerin almış olması, çoğu annenin eş desteği almaması ve sağlık sisteminde problemler yaşamasıdır. Bu süreçte anneler, doktorların hastalıkla ilgili konularda farklı söylemlerinin olduğunu, teşhis koyma sürecinin zaman aldığını ve hastanedeki birtakım işlemler için sıra beklediğini; bunun hayal kırıklığına ve güvensizliğe neden olduğunu ifade etmiştir. Bu noktada engellenme ve hayal kırıklığı güçlendirme sürecini başlatan bir katalizördür. “Eleştirel düşünme” ise annelerin var olan durumu “eleştirel” şekilde değerlendirmesi ve sorgulamasıdır. Bu aşamada anneler, karşılaştığı güçlükleri anlamak ve fark etmek için var olan durumunu değerlendirmekte ve kabullenmektedir. Güçlendirmenin bir sonraki aşaması, annenin sorumluluk almasıdır. Bireyler “kendi iç seslerini dinlemeye başladığında, potansiyel güçlerinin de farkına varmaya başlamaktadır”. Modelde güçlendirme sürecinin en son aşaması “devam ettirme”dir. Bireyler “var olan güçlerinin, yeterliliklerinin ve yeteneklerinin farkına vardığında, değişen durumlar karşısında bile güç hissini devam ettirmektedir. Ayrıca bireyler durumla ilgili içsel cevaplarını düzenleyebilmek için kişisel kontrol duygusu geliştirmekte ve içinde bulunduğu durumla ilgili alternatif stratejiler geliştirmeye başlamaktadır”.

Ebeveynlerin, çevresindeki bilgi kaynaklarına ulaşması ve onları harekete geçirmesi, tedavi sürecine aktif katılımı, yeteneklerinin ve güçlerinin farkına varması başat stratejilerini geliştirmesine yardım edecektir. Bu aşamada sosyal hizmet uzmanının mikro ve mezzo düzeyde bireyin güçsüzleşmesine yol açan etkenlerle bireyle birlikte hareket ederek mücadele etmesi, makro düzeyde sistemlere etki etmesi, birey üzerinde baskı yaratan durumlara müdahalede bulunması ve savunuculuk yapması oldukça önemlidir.

1.7.1.4. Ebeveynleri “Güçlü” ve “Güçsüz” Kılan Etkenler

Güçlendirme temelli yaklaşımların sosyal hizmet mesleğindeki gelişimi ile ailelerin ve hizmet alan bireylerin sürece daha fazla dahil olması neredeyse eş zamanlıdır (Gutierrez, 1990). Güçlendirme yaklaşımı, hastaların ve ailelerin ruh sağlığı hizmetlerinin sunumunda aktif olarak yer almalarını teşvik etmekte ve bilgilenmelerini sağlamaktadır (Solomon, 1994).

Ruhsal hastalığı olan bireye bakım veren bireylerle yapılan çalışmalarda, bireyleri güçlü ve güçsüz kılan etmenler üzerinde durulmuştur. Yapılan bir çalışmada, çocuklarına hastalık tanısı konulan ebeveynlerin depresyon, stres ve anksiyete yaşadığı, ayrıca kendilerini güçsüz hisseden ailelerin tedavi sürecine katılım konusunda çekimser oldukları ifade edilmektedir. Bunların yanı sıra stres yaşayan ebeveynlerin kendilerine olan güven duygusunda bir azalma görüldüğü vurgulanmaktadır (Scheel ve Rieckmann, 1998). Bandura (1982) ruhsal hastalıkların yol açtığı belirsizlik ve zorluğun ebeveynlerin güçsüzleşmesine neden olduğunu belirtmektedir. Ayrıca aileden yeterli desteği alamamanın ve çocuğun durumunun ciddiyetinin ebeveynleri güçsüz kıldığını ifade etmiştir.

Ailelerin güçsüzleşmesine neden olan bir diğer etken ise aileyi de kapsayan tedavi sistemi yerine yalnızca çocuk odaklı müdahalelerin yapılmasıdır. Dunst ve Trivette (1987) yalnızca çocuk odaklı olarak yapılan müdahalelerin, ailelerin tedavi kurumuna bağımlı kalmasına neden olabileceğini, bu durumun ise ebeveynlerin içsel algılamalarını olumsuz etkileyebileceğini belirtmişlerdir (akt. Scheel ve Rieckmann, 1998).

Gibson (1995) güçlendirme sürecinin büyük oranla içsel bir süreç olduğunu belirtmiştir. Ailelerin, çocukları ile ilgili karar alma süreçlerine katılması, ihtiyaç duydukları bilgiye erişip bu bilgiyi kullanması, verdiği kararlarla amaçlarının tutarlı olması, tedavi sürecine aktif bir şekilde katılması sorunlarıyla başetmesine ve güçlenmesine olanak sağlamaktadır. Gibson, güçlenmenin öğrenilen bir süreç

olduğunu ve bireylerin güçlendirme sürecinde kendi kişisel yeteneklerinin farkına vardığını belirtmiştir.

Webster-Stratton (1990) stresle ilgili içsel algılamaların, aile desteğinin, çocuğun durumundan kaynaklanan stresin ve ailenin dışındaki etkilerin ebeveynlerin öz yeterlilik ve güçlendirme sürecine etki edebileceğini belirtmiştir. Linhorst (2006), güçlenme duygusundaki artışın yaşam kalitesi, benlik saygısı, sosyal destek ve öz güven ile bağlantılı olduğuna vurgu yapmıştır.

Lord and Hutchinson (1993), güçlendirme yaklaşımının bireyin içsel ve dışsal kaynaklarına vurgu yaptığını belirtmiştir. Ruhsal hastalığı olan bireylerle yaptıkları bir çalışmada, bu bireylerin tedavi planı ve toplum aktivitelerine katılımlarının bireylerin güçlenmesinde önemli rol oynadığını vurgulamışlardır. Toplum aktivitelerine katılım, bireylerin daha fazla etkileşim içine girmesine ve sosyal destek ağlarının gelişimine katkı verirken; tedavi sürecine katılım ise benlik saygısında ve öz yeterlilikte artış yaşanmasına katkı sağlamaktadır.

Hastalık sürecinde hastayla birlikte yaşayan ebeveynlerin, içsel ve dışsal baskılar karşısında geliştirdiği başetme stratejileri, kendisine olan inançları, yaşamı üzerinde kontrol sahibi olma hissi, tedavi sürecinin bir parçası olması, hastalık ve süreçle ilgili bilgi arayışları, aile, akraba, arkadaş ve sağlık ekibini içeren sosyal çevre ile olan etkileşimleri güçlendirme sürecinin çıktıları olarak düşünülebilir. Her ne kadar bireyin kişisel alanda güçlenmesine etki eden dışsal faktörler olsa da bireyin öncelikle farkındalığı, kendisine olan inancı ve motivasyonu, güçlendirme sürecinin önemli belirleyicileri olarak düşünülebilir. Ancak ağır ruhsal hastalık gibi ailede krize neden olan durum karşısında, çoğu zaman bireyler potansiyel güçlerini göremeyebilmekte, kendisine ve dış çevreye yabancılaşabilmektedir. Bireyin bu duruma gelmesinde kendi içsel süreçlerinin dışında toplumsal ve kültürel dinamiklerin etkisi yadsınamaz. Gibson (1995) değer, inanç, kararlılık, deneyim ve sosyal desteğin güçlendirme sürecini etkileyen faktörler arasında yer aldığını belirtmiştir. Birey, yaşadığı tüm bu süreçlerde aktif bir şekilde yaşamı üzerinde kontrol sağladığında güç harekete geçmektedir.

Şizofreni hastası bireylerin ebeveynlerinin yaşantılarını güçlendirme yaklaşımı bağlamında inceleyen çalışmalar az sayıdadır ya da oldukça sınırlıdır. Fiziksel, sosyal, bilişsel, duyuşsal ve tinsel alanlarda, ebeveynlerin güçlenme sürecini hangi unsurların etkilediğinin anlaşılması gerekmektedir. Bu bağlamda ebeveynler tarafından “gücün” ve “güçsüzlüğün” ne şekilde tanımlandığının ve bu kavramların onlar için ne ifade ettiğinin, ebeveynlerin yaşantıları bağlamında ele alınması oldukça önemlidir.

1.8. Beş Gelişim Boyutunda Ebeveynlerin Yaşantıları

Çalışmada, ebeveynlerin yaşantıları fiziksel, sosyal, bilişsel, duyuşsal ve tinsel olmak üzere bireyin beş gelişim boyutunda değerlendirilmiştir. Kapsayıcı ya da ekolojik değerlendirme, çevredeki tüm intrapsişik, kişilerarası ve çevresel faktörlerin değerlendirilmesini içermektedir. Böyle bir değerlendirme sosyal hizmet uzmanının, herhangi özel bir durumla ilişkili tüm faktörleri göz önünde bulundurmasına olanak sağlamaktadır. Bütüncül değerlendirmede sosyal hizmet uzmanı, müracaatçı sisteminin ve onun çevresinin güçlü ve güçsüz yönlerinin önemine vurgu yapmaktadır. Aynı zamanda sosyal hizmet uzmanı, müracaatçının güçlerini ve sınırlılıklarını tanımlamasına yardımcı olmaktadır. Gelişim boyutlarının ekolojik değerlendirmesinde anahatlar şu şekilde özetlenmiştir: biyogenetik faktörler, ailevi faktörler, kültürel faktörler, çevre koşulları, kaynaklar ve fırsatlar, öz bakım ve gelişim modelleri, sağlık ve gelişimin güncel göstergeleridir. Bu boyutlardaki güçler ve sınırlılıklar ile ilgili farkındalık, müracaatçının değişim sürecinde odaklanması gereken gelişim boyutları hakkında sosyal hizmet uzmanına ve müracaatçıya bilgi sağlamaktadır (Derezotes, 2000, s. 3-8). Dolayısıyla ruhsal hastalığı olan bireylerin ailelerinin, güçlendirme yaklaşımının temel kavramlarıyla, beş gelişim boyutunda yaşantılarının değerlendirilmesi son derece önemlidir.

1.8.1. Fiziksel Boyut

Fiziksel gelişim boyutu egzersiz, beslenme, kendi kendine bakım, uyku, gevşeme veya çeşitli tıbbi ilaçların kullanımı ile ilişkili olabilen kendine bakım ve kendini ifade etmenin sağlıklı kalıplarını oluşturma konusundaki yeteneği içermektedir. Beden, akıl ve ruh arasındaki ilişki aynı zamanda fiziksel sağlığın da belirleyicisidir. Beden, bilincin bir enstrümanıdır ve sıklıkla kişiye kim olduğunu hatırlatmakta ve zihnin artık hatırlayamadığı geçmiş olayları kişiye hatırlatmaktadır (Derezotes, 2000, s. 214). Bu bağlamda ailede adeta bir kriz durumu yaratan şizofreni hastalığı, hastalık sürecini ve sonrasını kapsayan zaman diliminde ebeveynlerin fiziksel olarak güçsüzleşmesine neden olabilmektedir. Hastalığın semptomlarını, hastanın takibini, ilaç kullanımını, öz bakım becerilerini içeren ve bakım verme sürecini de kapsayan süreç, özellikle ebeveynlerin fiziksel açıdan birtakım güçlükler yaşamalarına neden olmaktadır. Bu nedenle fiziksel boyut başlığı altında ebeveynlerin güçlenme sürecine etki eden dinamiklere ve “bakım yükü”, “bakım verme” kavramlarına yer verilecektir.

Şizofreni hastalığı, ağır ruhsal hastalıklar arasında yer almakta ve bir bütün olarak aileyi birçok boyutta etkileyen bir hastalıktır. Özellikle hastayla birlikte yaşayan ebeveynler için bu durum onların yaşamındaki dönüm noktalarından biridir. Şizofreni hastalarının birçoğu tedavi gördüğü sağlık kurumundan taburcu olduktan sonra ailesinin yanına dönmekte ve ailesiyle birlikte yaşamaktadır. Bu durum aile üyelerinin, özellikle hastaya bakımveren bireyin, birtakım sıkıntılar yaşamasına neden olmaktadır (Dixon ve ark., 2000). Bakım verme sürecinde aileler, çoğunlukla herhangi bir destek almadan bakım rolünü yerine getirmektedir (Saunders, 2003). Bu ağır rol, zamanla kişide “yük” duygusuna neden olabilmektedir. Bu yüzden “bakım verme” ve “bakım yükü” kavramlarının daha iyi anlaşılabilmesi için bu kavramların tarihçesine değinmek gerekmektedir.

Tıbbi ve sosyo-kültürel alanda yaşanan gelişmeler ruh sağlığı alanında da belirgin bir şekilde hissedilmiştir. Yaşanılan bu toplumsal değişimler, önceleri bakım verme rolünde çok fazla aktif yer almayan aile üyelerinin bakım sürecinin içerisinde

doğrudan yer almasına neden olmuştur ve dolayısıyla bakım veren kişinin rolü de zorlaşmıştır (Zarit, 2004). Ruhsal hastalığı olan bireylerin tedavilerinin sağlanması için kurum temelli bakımdan toplum temelli bakıma geçilmesi, hastanede kalınan sürenin kısılması ve tedavinin kurum dışında devam ettirilmesi, ailenin bakım verme rolünün artmasına ve birincil bakım verici durumuna gelmesine neden olmuştur (Lamb ve Oliphant, 1978; Arslantaş ve Adana, 2011; Solomon ve Draine, 1995).

Tarihsel sürece bakıldığında, şizofreni hastalığı psikolojik ya da biyolojik bir bakışla açıklanmaya çalışılmıştır. Bu bağlamda hastalığı psikolojik kurama dayandıran araştırmacılar hastalığın ortaya çıkmasında ailenin rolü olduğunu savunmuşlardır. 1920'li yıllarda Sullivan ilk olarak aile içi örüntüler ve çevresel unsurlardan söz etmiştir. 1940'larda Frieda Fromm Reichman, şizofreni hastalarının annelerini koruyucu, reddedici, soğuk ve mesafeli olarak nitelendirmiş ve “şizofrenik anne” kavramını kullanmıştır (Bloch ve ark., 1994; akt. Gülseren, 2002). “Şizofrenik anne” ifadesi ile şizofreni hastalığının gelişiminde ve ortaya çıkışında sorumlu olan kişi olarak annenin rolü üzerinde durulmuştur. Sonraki zamanlarda bu gibi teorilerin pek çoğu önemini kaybetmiş ve hastalığın nedeni olarak aileyi gören inanç yerine hastalığın gidişatı üzerinde ailenin tutumunun nasıl bir etkisinin olduğunu inceleyen çalışmalar yapılmaya başlanmıştır (Arslantaş ve Adana, 2011). 1955 yılının ilk yıllarında araştırmacılar, ailelerin ev ortamında bakım verme sürecinde yaşadığı problemlerin ne olduğuna ilişkin çalışmalar yapmaya başlamıştır. 1960 ve 1970'lerde ise çalışmalar daha çok ruhsal hastalıkla ilişkili ailenin yükleri, zorlukları, stresörlerle başa çıkma durumları gibi daha spesifik konular üzerine yoğunlaşmıştır (Rose, 1996; Hoenig ve Hamilton, 1966). Uzun süreli yatışları içeren kurum bakımının eskiye oranla daha sınırlı hale gelmesi ve hastaların bakımlarının evde sürdürülmesi görüşü yaygınlaşmıştır. Bu bağlamda depo hastaneler kapatılmaya ve hastalar toplum odağında tedavi edilmeye başlanmıştır. Bu durum ise ailelerin hasta bakımıyla doğrudan ilişkilendirilmesine neden olmuş ve aileler hastanın bakımından sorumlu olan kişiler haline gelmiştir. Ailelerin ve hastaya birincil bakım veren bireylerin bakım sürecinde yaşadıkları stres ve sıkıntılar ise araştırmacıların dikkatini “aile yükü” kavramına yöneltmiştir (Magliano ve ark., 2005; Bellack ve Mueser, 1993; Schene ve ark., 1998; Gutierrez-Maldonado ve ark., 2005). Bu çalışmalar

şizofreni ile başetmede etkili olan aile müdahalelerinin geliştirilmesinde önemli rol oynamıştır (Magliano ve ark., 2005).

“Bakım veren” kavramı, hastalığı olan kişinin bakımını üstlenen, hasta bireye fiziksel, sosyal, ekonomik ve duygusal destek sağlayan kişi olarak tanımlanmaktadır (Parker, 1993; Williams ve Mfoafo-M'Carthy, 2006). Bakım verme, informal ve formal bakım verme olmak üzere iki açıdan ele alınmaktadır. İnformal bakım verme, kişinin bir bireye evde bakım vermesi, bakım verme rolünü üstlenmesidir. Bu kapsamda hastanın ihtiyaçlarından ve bakımından birincil derecede sorumlu olan ya da bu sorumluluğu üstlenen kişiler ise primer bakım veren olarak tanımlanmaktadır. Formal bakım verme ise sağlık kuruluşlarında ya da evde meslek elemanları tarafından yerine getirilen bakımı kapsamaktadır (Yavaş Ayhan, 2013; İnci, 2006; Cheng, 2005).

“Yük” kavramı ise hastaya bakım veren bireyin öznel/kişisel tepkilerini ve bakım vermenin bakım veren kişi ve aile üzerindeki etkilerini incelemek için kullanılan bir kavramdır (Gülseren, 2002; Rose ve ark., 2006). Aile yükü kavramı, diğer hastalıklardan ziyade en kapsamlı olarak şizofreni hastalığında incelenmiştir (Magliano ve ark., 1998; Magliona ve ark., 2002). Aile yükü, hastalığın sonucu olarak ailelerin yaşadığı zorluklar olarak tanımlanmaktadır. Uzun süreli bakım ve uzun dönem bağıllık içeren kronik hastalıklar, bakım veren kişide ve ailede birtakım sorunlara neden olmaktadır. Bu bağlamda ailenin “yük”ünü etkileyen bazı faktörler vardır. Bunlardan ilki artan yaşam süresi ile birlikte bakım süresinin de artmasıdır. Bir diğeri toplumsal değişimler sonucunda ailelerin küçülmesi ile bakım verme sürecinde yaşanan sorunların çoğalmasdır. Üçüncü faktör kurum temelli bakımdan toplum temelli bakıma geçilmesi sonucu kronik hastalığı olan bireylerin aile yanına dönmesidir. Dördüncüsü teknolojik gelişmelere bağlı olarak ayakta tıbbi bakım alan hastaların ailesinin tedavi sürecinde etkin rol oyması ve bu durumun ailenin bakım rolünü daha karmaşık hale getirmesidir. Son olarak ise hızla değişen sağlık bakım sisteminin giderek karmaşık hale gelmesi (bilgi sağlama, maliyet vb.) sonucu bakım veren kişilerin yaşadığı sorunların artmasıdır (Marsh ve Johnson, 1997; akt. Sales, 2003).

Bakım yükü kavramı oldukça karmaşık ve çok boyutlu bir yapıya sahiptir (Schene, 1998; Sales, 2003). Bakım verme deneyimi hastanın ailesi ve özellikle bakım veren bireyde psiko-sosyal, fiziksel ve ekonomik düzeyde birtakım sorunlara neden olmaktadır. Bu bağlamda bireyin fiziksel alanında yaşanan sıkıntılar ve aile içinde meydana gelen çatışmalar, bakım veren bireylerin yaşam kalitesini de etkilemektedir (Arslantaş ve Adana, 2011). Hastalık sürecindeki zorluklar, hastalıkla ilişkili doğrudan bakım gereksinimlerini kapsamaktadır. Bunlar ailenin rutinlerinin bozulması, aile üyelerinin rollerindeki değişimler, tedavinin maliyeti ile ilişkili ekonomik sıkıntılar, düşük gelir ve hastalığın neden olduğu fiziksel sıkıntılardır (Sales, 2003).

Daha önce de değinildiği gibi hastaya bakım veren kişilerin bakım verme rolünden kaynaklanan zorluklar, bakım yükü olarak ifade edilmektedir (Hoenig ve Hamilton, 1996; Gülseren, 2002; Sales, 2003). Heru (2000) ise yükün, ekonomik zorluklar, aktivitelerde azalma ve dinlenme zamanlarının kısalması gibi bakım verenin yaşam tarzında değişimlere yol açan etkenlerin yanı sıra öznel ve nesnel sıkıntıları içeren bir kavram olduğunu belirtmiştir. Yük kavramı literatürde iki boyutta incelenmektedir: öznel ve nesnel bakım yükü. Bu bölümde nesnel yük boyutuna ağırlık verilecektir.

Nesnel bakım yükü, hastalıkla ilişkili doğrudan bakım görevleri olup (Schene ve ark., 1994); sosyal alan, boş zaman ve iş yaşamındaki kısıtlanmalar ve aile ilişkilerindeki bozulmalar olarak nitelendirilmektedir (Hoenig ve Hamilton, 1996). Nesnel bakım yükü, ailenin günlük rutinindeki değişiklikler, ekonomik masraflar ve bakım verenin günlük yaşamında meydana gelen bozulmalar gibi gözlemlenebilir değişimleri içermektedir (Jubb ve Shanley, 2002; Heru, 2000). Günlük ev rutinlerinin değişmesi, işten ayrılma, bireylerin kendisine ayırdığı serbest zamanın ve sosyal aktivitelerin azalması nesnel yüke neden olmaktadır (Östman ve Hansson, 2001).

Buraya kadar verilen bilgiler doğrultusunda hastayla aynı mekanı paylaşan ebeveynlerin fiziksel açıdan güçlenme sürecine etki eden faktörler arasında bireylerin hastayla ilgili çok fazla sorumluluk alması yer almaktadır. Ebeveynlerde strese neden

olan bu durum, aynı zamanda onların kendisine ayırdığı kişisel zamanda azalmaya, öz bakım becerilerinde aksaklığa, sosyo-ekonomik statü kaybına, madde kullanımına, beden farkındalığında azalmaya, fiziksel görünümde bozulmaya, beslenme ve uyku bozukluklarına neden olabilmektedir.

Güçlendirme sürecinin fiziksel boyutta değerlendirilmesi her ne kadar daha somut süreçleri içeriyor gibi görünse de içsel süreçlerle ilişki içinde olduğu unutulmamalıdır. Çünkü ebeveynlerin hastalık sürecindeki duygu ve düşünceleri davranışlarına yön vermektedir. Örneğin hastalığın ortaya çıkmasıyla ilgili kendisini suçlayan ebeveyn, hastayla olması gerektiğinden daha fazla zaman geçirebilmekte, kendi yaşamını görmezden gelerek tüm varlığını hastaya adayabilmektedir. Bu durum da bireyin yaşamı üzerinde kontrol kaybına neden olarak bireyi güçsüzleştirebilmektedir. Kişisel kontrol, bireyin güçlenme sürecinde son derece önemlidir. Averill (1973, s. 286) kişisel kontrolü üç temel grupta incelemiştir. Bunlar çevre üzerinde bireyin doğrudan eylemlerini içeren davranışsal kontrol; düşünsel anlamda olayların yorumlanmasını içeren bilişsel kontrol ve alternatif eylemler arasından seçim yapmayı içeren kararsal kontroldür. Tüm bu kontrol türleri, ebeveynlerin güçlenme sürecine etki etmektedir. Nitekim, ebeveynlerin, hastalık sürecindeki içsel ve dışsal baskıları kontrol edebilmek için çocuklarının tedavi sürecine aktif katılımları güçlendirici etkenler arasında yer almaktadır. Yapılan bazı çalışmalar, ebeveynlerin tedavi sürecine aktif katılımlarının güçlendirme sürecine olumlu etkilerinin olduğunu göstermektedir (Gibson, 1995; Bickman ve ark., 1998).

Hastalık sürecinin belirsizliği ve şizofreni hastalığı ile ilgili bilgi eksikliği de ebeveynler üzerinde güçsüzleştirici bir baskı unsurudur. Bu durum aynı zamanda kişisel kontrol kaybına da neden olabilmektedir. Bu aşamada ebeveynlerin bilgi elde etmek için eyleme geçmeleri, fiziksel boyutta güçlendirme sürecine katkı sağlamaktadır. Sağlık profesyonellerinden, konu ile ilgili kitaplardan, broşürlerden ve medyadan bilgi sağlamak; benzer sorunu yaşayan ailelerle biraraya gelmek; konferanslara katılmak ebeveynleri güçlendirici eylemler arasında yer almaktadır.

1.8.2. Sosyal Boyut

Ruhsal hastalıklar arasında en yaygın olarak görülen hastalıklardan biri olan şizofreni hastalığı, medikal tedavi sırasında yaşanan güçlüklerin yanı sıra hastayı ve hastanın ailesini sosyal olarak da etkilemektedir. Ebeveynlerin sosyal alanlarında güçlenmelerine veya güçsüzleşmelerine neden olan unsurların anlaşılması ve incelenmesi önem kazanmaktadır.

Sosyal gelişim boyutu, bireylerin yakın akrabalarıyla, ailesiyle, arkadaşlarıyla ve toplumdaki diğer insanlarla olan kişilerarası örüntülerindeki olgunlaşmayı kapsamaktadır. Sosyal gelişim boyutu diğer gelişim boyutlarıyla da ilişkilidir ve aidiyet, bireyselleşme ve güven alanlarında kademeli bir olgunlaşmayı içermektedir. Bireyin sosyal hedefleri arasında etkili iletişim, karşılıklı saygı, güç dengesi, bireyin ve toplumun menfaatleri arasında denge kurma, çevreyi etkileme ve kaynaklara ulaşp onları kullanma kabiliyeti yer almaktadır. Sosyal hizmet uzmanı da bireylerin bu hedeflere ulaşabilmeleri için onların sosyal beceriler kazanmasına yardımcı olmaktadır (Derezotes, 2000, s. 226-227).

Şizofreni hastaları diğer hastalara göre toplumda daha az görünür olmakta ve sosyal damgalamaya daha çok maruz kalmaktadır. Şizofreni hastalarının ebeveynleri için de benzer durum söz konusudur. Hastalık teşhisi ile başlayan süreçte hasta ve ebeveyn, sosyal çevrelerinin giderek kendisinden uzaklaşmaya başladığını deneyimlemektedir. Ayrıca şizofreni hastalığı ile ilgili toplumdaki bilgi ve bilinç eksikliği, hastaya ve hastanın çevresine yönelik damgalayıcı tutumlara ve davranışlara neden olabilmektedir. Bazen ebeveynler, sosyal çevresinin kendisinden uzaklaşacağını düşündüğü için çocuklarının hastalığını aile ve arkadaş çevresiyle paylaşmayı reddetmektedir. Toplumun ruhsal hastalıklarla ilgili algısı, ebeveynlerin yardım arama davranışını da etkileyebilmektedir. Yardım arama davranışı, bireylerin yaşadığı güçlüklerle başedebilmesi için profesyonel veya profesyonel olmayan kişilerden talep ettiği destek veya yardım olarak tanımlanmaktadır (Husaini ve ark., 1994; Rickwood ve ark., 2005). Ebeveynler genellikle, ruhsal hastalıkların sosyal kabulünün mümkün olmadığını, sosyal ve kişisel damgalamaya maruz kalacağını

düşündüğü için hastalığı gizleme, hastalık sürecinde yaşadıklarını bir başkasıyla paylaşmayı ve yardım arama davranışında bulunmayı reddedebilmektedir. Vogel ve ark. (2005), cinsiyetin yardım arama davranışında önemli bir değişken olduğunu belirtmiştir. Nitekim anne ve babalar için sorun aynı olsa da annelerin ve babaların süreci algılaması, anlamlandırması, yaşadığı güçlük düzeyi ve yardım arama davranışı farklılaşabilmektedir. Tüm bu değişkenlere rağmen sosyal çevrenin tutum ve davranışları ebeveynlerin kendisine ve çevresine yabancılaşmasına ve sosyal ilişkilerinde bozulmaya neden olabilmektedir.

Bazı durumlarda ebeveynler, çocuklarının hastalığından dolayı suçlanabilmektedir. Özellikle çocuk yetiştirme rolüyle özdeşleştirilmiş olan anneler, çocuğuna gereken ilgi ve bakımı göstermediği, çocuk doğduktan sonra çalışma yaşamına devam ettiği ve çocuğuna “gereken” terbiyeyi veremediği gibi gerekçelerle toplum tarafından yargılanabilmektedir. Tüm bu tutum ve davranışlar bireyi güçsüzleştirici etkilere neden olmaktadır.

Sosyal gelişim boyutu değerlendirilirken, ebeveynlerin yaşamında ve güçlenme sürecinde oldukça önemli bir etkiye sahip olan sosyal destek konusuna yer vermek gerekmektedir.

Sosyal destek, psikolojik iyilik haline etki eden stresörlerin etkisinin azaltılmasında iyi bir kaynak olarak düşünülmektedir (Jadaa, 2007). Sosyal destek kavramı, 1970’lerde ve 1980’lerde, stresli yaşam olaylarının etkisi üzerine odaklanan sağlık literatüründe ortaya çıkmıştır (Caplan, 1981; akt. Jadaa, 2007). Sosyal destek, kişilerarası etkileşim yoluyla bireylerin güvenlik, kimlik, ait olma, saygı, kabul ve ilgi gibi ihtiyaçlarının karşılanma düzeyidir (Thoits, 1982). Aynı zamanda strese karşı bir tampon, ailelerin zor durumlarla başetmesine yardım eden (Solomon ve Draine, 1995) ve insanların ruhsal sağlık durumunu etkileyen (Bovier ve ark., 2004; Wang ve ark., 2003) bir faktör olarak tanımlanmaktadır. Sosyal destek, fiziksel ve psikolojik iyilik halinin sürdürülmesi veya artırılması ve bireyin bakım verme rolüne uyum sağlamasında önemli bir etkidir (Chen ve ark., 2010). Uchino (2006), sosyal desteği, sağlık bakım profesyonellerinden, aile üyelerinden ve arkadaş çevresinden

gelen duygusal bir destek ve sosyal ilişkiler tarafından sağlanan bir güç olarak tanımlamıştır.

Sosyal destek, bireyin iyilik haliyle bağlantılıdır (Horton ve Wallander, 2001). Hobfoll ve Stevens (1990), başkaları tarafından desteklendiği düşüncesinde olan bireylerin fiziksel ve ruhsal sağlık durumunun diğerlerine göre daha olumlu olduğunu belirtmiştir. Yapılan bazı çalışmalar, sosyal desteğin, bakım stresini ve yükünü azalttığını ortaya koymaktadır (Solomon ve Draine, 1994; Rose, 1998; Magliano ve ark., 1998).

Bazı yazarlar sosyal desteğin, duygusal, bilgi sağlayıcı, araçsal ve değerlendirme desteği olmak üzere farklı boyutlarının olduğunu belirtmiştir. Duygusal destek, kişinin başka bir kişiye olan yakınlığını, bağlılığını ve güvenini içermektedir. Bu destek, kişiye diğerleri tarafından anlaşıldığı ve önemsendiği hissini vermektedir. Bilgi sağlayıcı destek kişiye geri bildirim sağlayan, kişinin problem çözmesine yardım edecek bilgi ve tavsiyeyi içermektedir. Araçsal destek para, hediye, eşya verme ve bağış yapma gibi doğrudan yardımları ve hizmetleri içermektedir. Son olarak değerlendirme desteği ise kişiye duygu, düşünce ve davranışları hakkında geribildirim sağlayan destektir (Schaefer ve ark., 1981). Shumaker ve Brownell (1984) ise sosyal desteği bilgi desteği, karşılıklı yükümlülükler ve iletişim ağı, kaynak alışverişi ve bireyler arasındaki sosyal bağlar olarak tanımlamıştır.

Sosyal destek kişilere acil durum yönetimi ile ilgili bilgi sağlamaktadır. Bu bilgi, bakım verenlerin ruhsal olarak hissettiği yükü azaltmakta ve ruhsal sağlığına olumlu yönde katkı sağlamaktadır. Sosyal kaynaklara nasıl erişileceğine ve bakım vermeye ilişkin bilgi bakım veren bireyler için son derece önemlidir. Bunların yanı sıra taburculuk sonrasında hastanın genel semptomlarının nasıl yönetileceği hakkında bakım veren bireylerin bilgilendirilmesi gerekmektedir (Lee ve ark., 2006). Özellikle ruhsal hastalığı olan bireye bakım veren kişinin kendini gerçekleştirebilmesi, iyilik hali, yaşam kalitesi, baş etme becerisi, davranışı ve psiko-sosyal uyumu üzerinde sosyal desteğin önemli bir etkisi vardır (Wang ve ark., 2003).

Başetme ve uyum üzerine yapılan ilk tartışmalar, bir kaynak olarak sosyal desteğin önemine vurgu yapmıştır (Zipple ve Spaniol, 1987; akt. Church, 2005). Sosyal destek, en önemli aile kaynaklarından biri olarak tanımlanmaktadır (Church, 2005). Hamada ve ark. (2003) tarafından yapılan bir çalışmada şizofreni hastalarının aile destek sistemlerini etkileyen faktörler incelenmiştir. Bulgulara göre aile destek sisteminin geliştirilmesi, hastanın psikotik semptomları ve sosyal uyumu üzerinde pozitif bir etki meydana getirmektedir. Magliano ve ark. (2002) şizofreni hastalarının ailelerinin hissettikleri yük üzerinde profesyonel ve sosyal ağ desteğinin etkisini incelemiştir. Çalışma sonucunda aile yükü ile profesyonel ve sosyal ağ desteği arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Parrish ve Adams (2004) sosyal destekten yoksun olan bakım verenlerin, sosyal desteği olan bakım verenlere göre daha fazla yük ve depresyon yaşadığını belirtmiştir. Sosyal desteğin, şizofreni hastası olan bireylerin aileleri üzerinde oldukça önemli olduğunu vurgulayan Eliüşük (2008)'ün araştırmasında, şizofreni hastası bireylerin ailesinde algılanan sosyal destek puanı ile umutsuzluk puanı arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur.

Sosyal gelişim boyutunda üzerinde durulması gereken bir konu da bireylerin sosyo-ekonomik statüsüdür (Derezotes, 2000, s. 8). Gücün daha çok yapısal boyutuyla ilgili olan bu durum, bireyin sosyal çevre üzerindeki kontrolünü arttırıcı bir etkiye sahiptir. Sosyo-ekonomik statünün yüksek olması, bireylerin sağlık sistemine erişimini kolaylaştırmakta, ebeveynlerin ve hastaların sosyal çevre içinde birtakım faaliyetlere katılımını arttırmakta ve bilgi kaynaklarına ulaşmalarını kolaylaştırmaktadır.

Bireylerin sosyal alanlarında ebeveynleri güçlendirici ve güçsüzleştirici birçok unsurun olduğu ifade edilebilir. Özellikle ebeveynlerin yaşadığı güçlüklerle başetme sürecinde geleceğe yönelik planlarında sosyal çevreden alınan gücün olumlu etkileri bulunmaktadır.

1.8.3. Bilişsel Boyut

Bilişsel gelişim bireyin kendisi, diğerleri ve evren hakkındaki inançlarının; etkili problem çözme, karar verme ve çatışma çözme becerilerinin kademeli olarak oluşturulmasını içermektedir (Derezotes, 2000, s. 223). Bilişsel gelişim boyutu, toplumun bilişsel gelişim modelleri ve normlarıyla ilişkilidir. Ayrıca bireylerin çevresini etkileme güçleriyle de bağlantılıdır (Derezotes, 2000, s. 7). Bunların yanı sıra bireyin bilgi elde etme çabaları, kontrol duygusu ve baş etme biçimleri de bilişsel gelişim boyutuyla ilişkilidir.

Hastalık teşhisinin konulması süreci ve sonraki süreçler, hem hasta hem de ebeveynler için kriz durumudur. Hastalığın ruhsal bir hastalık olması, toplum tarafından ötekileştirilmesi, hastalıkla ilgili bilgi ve bilinç eksikliği, hastalık süresinin belirsizliği, çaresizlik duygusu, ebeveynlerin kendisi ve yaşamı üzerindeki kontrol duygusunun azalmasına ve güçsüzleşmesine neden olabilmektedir. Özellikle Averill (1973) tarafından tanımlanan bilişsel kontrol duygusu, ebeveynlerin hastalık teşhisi sonucu oluşan olumsuz yaşam olayları ve baskı ile başedebilmesinde oldukça etkilidir. Bilişsel kontrolün artmasını sağlayan en önemli etkenlerden biri bilgi elde etmedir. Ebeveynlerin hastalık ve bu süreç ile ilgili sağlık profesyonellerinden, benzer durumu yaşayan ailelerden, kitap, dergi ve broşürlerden, konferanslardan elde ettiği bilgiler bilişsel kontrolünün artmasını sağlamakta ve güçlenme sürecine olumlu etkide bulunmaktadır.

Her birey, yaşamında dönüm noktası olarak tanımlanabilecek olumsuz yaşam durumları karşısında farklı başetme stratejileri geliştirmektedir. Baş etme yöntemleri, birey üzerinde baskı yaratan ve olumsuzluğa neden olan olaylar karşısında bireyin güçlenmesine katkı sağlamaktadır. Başetme, bireyi zorlayan veya bireyin kaynaklarını aşan içsel ve dışsal baskıları yönetebilmek için sürekli olarak değişen bilişsel ve davranışsal çabalar olarak tanımlanmaktadır (Lazarus ve Folkman, 1984, s. 141). Bir tehdit veya zorluk durumunda birey öncelikle kendi iyilik halini etkileyen durumlarla ilişkili olarak değerlendirmeler yapmaktadır. Daha sonra stres yaratan durumu yönetebilmek için mevcut kaynakları değerlendirmektedir. Bu

kaynaklar, sosyal destek, sağlık ve enerji, problem çözme becerisi, inanç, umut etme, bağlılık ile maddi kaynaklar olarak sıralanabilir (Lazarus ve Folkman, 1984).

Literatür incelendiğinde başetme stratejileriyle ilgili bazı sınıflandırmaların yapıldığı görölmektedir (Pearlin ve Schooler, 1978; Lazarus ve Folkman, 1984; Brandtstadter, 1992; Folkman ve Moskowitz, 2004). Lazarus ve Folkman (1984) üç temel kategoride başetme ölçütlerini belirtmiştir. Bunların ilki, ego ve savunma süreçleri açısından baş etmedir. Bir diğeri kişilik özelliklerine göre kavramsallaştırılmış başetme ve üçüncüsü ise hastalık, doğal afet ve yas süreci gibi özel durumlar açısından kavramsallaştırılan başetmedir. Pearlin ve Schooler (1978), başetmenin, sosyal ve psikolojik kaynaklarla ve özel başetme müdahalelerini içerdiğini belirtmiştir. Bu yazarlara göre kaynaklar, bireyin başetme repertuarında mevcut olan yeteneklerle ve becerilerle ilgilidir. Sosyal kaynaklar, aile, arkadaş ve komşu gibi bireye destek sağlayan kişilerarası ağlar ve ilişkilerdir. Psikolojik kaynaklar, dışsal tehditlerle başetmede bireye yardımcı olan kişisel özelliklerdir. Brandtstadter (1992) başetme boyutlarını, özümleyici ve akomodatif olarak sınıflandırmıştır. Özümleyici başetme, kişinin çevreyi etkilemesi ve değiştirmesi olarak tanımlanırken, akomodatif başetme çevrenin kişiye etki edip onu değiştirmesidir. Bu konuda yaygın yaklaşım, Lazarus ve Folkman (1984) tarafından ileri sürölen problem odaklı ve duygusal odaklı başetme stratejileridir. Problem odaklı başetme, stres yaratan bir durumun üstesinden gelebilmek veya bu durumu hafifletebilmek için bilişsel ve davranışsal stratejilerin kullanımını içermektedir. Problem odaklı başetme stratejisinde birey, strese neden olan etkenlere odaklanarak, yardım arama davranışına yönelmektedir. Problem odaklı başetme, aktif ve planlıdır. Yapılan bazı çalışmalarda, problem odaklı başetme stratejilerinin, bireyin iyilik haline olumlu katkısı olduğu belirtilmektedir (Seltzer ve ark., 1995; Webb ve ark., 1998). Duygusal odaklı başetme stratejisi ise duygusal sıkıntıları azaltabilmek için bilişsel ve davranışsal stratejilerin kullanımını içermektedir. Duygusal sıkıntıların yönetimine odaklanan duygusal odaklı başetme stratejisi, pasif bir yöntemdir ve duygusal rahatlama ve duygusal destek aramayla ilgilidir.

Duygusal odaklı başetme stratejisi, değıştirilemeyecek gibi görülen, belirsiz ve tahmin edilemeyen durumlarda kullanılırken, problem odaklı başetme stratejisi ise olumlu bir değışiklik yapma olasılığını algılayan ve kişisel yeterlilik duygusuna sahip olan bireyler tarafından kullanılan bir stratejidir (Seltzer ve ark., 1995). Ruhsal hastalığı olan bireylere bakım verenlerle ilgili yapılan bir çalışmada, bakım verenlerin kullandığı duygusal odaklı başetme stratejilerinin depresyon ve stres düzeyini artırdığı bulunmuştur (Seltzer ve ark., 1995). Kim ve ark. (2003)'nın yapmış olduğu bir çalışmada ise duygusal odaklı başetmedeki artışın, öznel yük ve depresyon düzeyindeki artışla ilişkili olduğu belirlenmiştir.

Ebeveynlerin problem ve duygusal odaklı başetme stratejilerini etkileyen birtakım unsurlar bulunmaktadır. Bakım veren bireyler, hastalığın semptomları, tanının konulma süresi, sosyal destek, başetme stratejileri ve kaynaklara ulaşılabilirlik gibi etkenlere bağlı olarak birtakım sıkıntı ve zorluklar yaşayabilmektedir. Yapılan bazı çalışmalarda, bakım veren bireylerin kendilerine ayırdıkları sürenin azaldığı, aile ve sosyal çevre ilişkilerinde bozulmalar olduğu, özel ihtiyaçların karşılanamadığı ve sosyal aktivitelerinde azalma yaşandığı belirtilmiştir (Gülseren, 2002; Şengün, 2007). Lively ve ark. (2004), bakım veren bireylerin başetme mekanizmaları ile bakım verenin hissettiği yük ve hasta bireyin davranışları arasında bir ilişki olduğunu belirtmiştir.

Basetme ile ilgili bir çalışma, üç önemli alan üzerine odaklanmıştır. Ailenin duygusal iklimi, stres ve aile üzerindeki etkisi ve müdahale çalışmaları bunlar arasında yer alır. Bu çalışmalar şu sorular üzerine yoğunlaşmıştır: hastaların topluma uyumunu engelleyen ya da semptomların gelişmesine neden olan ailesel faktörler nelerdir? Aile üyeleri üzerinde hastalığın etkileri nelerdir ve aile stres durumuyla nasıl başa çıkar? Ailenin endişelerini giderme konusunda sağlık profesyonelleri neler yapabilir? (Rose, 1996). Yapılan çalışmalarda aileler, basetme yolu olarak ruhsal hastalık hakkında bilgi sahibi olmanın önemli olduğunu belirtmiştir (Lefley, 1987; Hatfield, 1981; akt. Rose, 1996).

Ebeveynlerin kullandıkları başetme stratejileri, bireylerin güçlenme sürecine katkı sağlamaktadır. Özetle hastalığın kabulü, bireyin kendince hastalığı anlamlandırması, inanç, motivasyon, sosyal destek arayışları, bilgi elde etme çabaları, sürece uyum sağlama çabaları bireylerin güçlenme sürecinde belirleyici başetme stratejileri arasında yer almaktadır. Bunun aksine hastalığı inkar etme, kendini suçlama, var olan durumu yadsıma ve bu durumdan kaçma, isyan etme, alkol ve madde kullanımı, hastalığı saklama eğilimi bireyin kontrol duygusunu azaltmakta, kaynak arayışını sınırlandırmakta ve daha da önemlisi düşünsel alanda sınırlılıklar oluşturmaya neden olmaktadır. Bu durum bireyin var olan potansiyelini kullanamamasına ve güçsüzleşmesine neden olmaktadır.

1.8.4. Duyuşsal Boyut

Duyuşsal gelişim boyutu, öz-farkındalık, kendini kabul ve bireyin hissetme kapasitesi ile ilgilidir (Derezotes, 2000, s. 201). Bireyin kendi duygularının farkında olması ve tüm bu duygularla kendini kabul etmesi, bireyin özgürleşmesini ve güçlenmesini sağlamaktadır. Bireyin, içinde bulunduğu kriz durumunda yaşadığı duyguların farkında olması, durumu anlamlandırmaya çalışması ve kriz durumunun üzerinde oluşturduğu duyguyu başkalarıyla paylaşması, var olan durumu kabullenmesini ve çözüm için harekete geçmesini kolaylaştıracaktır.

Ebeveynler, hastalık teşhisi konulduktan sonraki süreçte, büyük duygusal sıkıntılar yaşamaktadır. Hastalığın nasıl bir hastalık olduğu, ne kadar süre devam edeceği, semptomlarının neler olacağı ve hastalık sürecinin nasıl olacağı gibi konularda endişe ve belirsizlik yaşamaktadır. Özellikle hastalığın ruhsal bir hastalık olması ve toplum tarafından yeterince bilinmemesi ebeveynlerde şok, hastalığı reddetme, çaresizlik ve kaygı gibi duygulara neden olabilmektedir. Bazı ebeveynler bu dönemde yaşamlarını sorgulamakta ve neyi eksik yaptığını düşünmektedir. Bu sorgulamalar sonucunda bazıları yaptıkları bir yanlıştan dolayı Tanrı'nın kendisini cezalandırdığını, bazıları kadercı davranıp hastalığın Tanrı'nın bir takdiri olduğunu düşünmektedir. Bazı ebeveynler ise hastalık durumunu reddetmekte, yaşamış

oldukları duygular ile ilgili farkındalık geliştirmemekte ve dolayısıyla süreç içinde pasif bir durum sergilemektedir. Derezotes (2000, s. 205) bireyin kendi duygularının farkında olmasının ve böylece yaşamış olduğu duygularla birlikte kendisini kabul etmesinin onu özgürleştireceğini ifade etmiştir. Dolayısıyla duyuşsal gelişim boyutunda, bireyin yaşamış olduğu duyguların farkında olması ve onları sahiplenip kabul etmesi bireyi güçlendirici bir etkiye sahiptir. Bu aşamada sosyal hizmet uzmanlarının sağlık bakım profesyonelleriyle birlikte teşhis konulduktan sonraki süreçte ebeveynlerle mikro ve mezzo düzeyde görüşmeler yapması, empatik anlayış geliştirmesi, onlara hastalık ve süreç ile ilgili bilgi vermesi ve en önemlisi ebeveynlerin o an ne hissettiğini anlamaya çalışması ve geri bildirimde bulunması oldukça önemlidir. Böylelikle sosyal hizmet uzmanı, ebeveynlerin yaşadığı durum ve duygularla ilgili farkındalık kazanmasını sağlayarak güçlendirme sürecini kolaylaştırıcı bir rol üstlenmiş olmaktadır.

Hastalık teşhisi konulduktan sonraki aşamayı kapsayan bakım süreci, ebeveynler için oldukça farklı ve zorlu bir süreçtir. Çocuklarının bakımını üstlenen ebeveynler, bakım sürecinde oluşan duygularla ve hastalığın semptomlarıyla başetmeye çalışmaktadır. Bunun yanı sıra şizofreni hastalığı ile ilgili toplumsal kabuller ve damgalar da ebeveynlerde öznel yüke neden olmaktadır. Öznel bakım yükü suçluluk, anksiyete ve depresyon duygularını içermektedir ve aile üyelerinin fiziksel ve ruhsal iyi oluşları ile bağlantılıdır (Jubb ve Shanley, 2002). Schene ve ark. (1994, akt. Sales, 2003) öznel bakım yükünü sosyal ortamlarda duyulan utanma duygusu, anksiyete, depresyon ve kayıp hissi gibi aile üyelerinin deneyimlediği psikolojik etkiler olarak tanımlamaktadır.

Literatürde bakım verme sürecinde ailelerin ve primer (birincil düzeyde) bakım veren kişilerin yaşadığı duyuşsal sorunları ele alan çok sayıda çalışma yapılmıştır. Yapılan çalışmalarda, bakım yüküne bağlı olarak bakım veren bireylerin anksiyete, tükenmişlik, çaresizlik, suçluluk, izolasyon ve depresyon yaşadığı ifade edilmektedir (Gülseren ve ark. 2010; Magliano ve ark., 1998; Awad ve Voruganti, 2008). Ayrıca hastalığın tekrarlanma olasılığına yönelik ailenin endişesi, ailede kızgınlık duygusuna neden olabilmekte ve aile işlevlerinde bozulmalara yol

açabilmektedir (Awad ve Voruganti, 2008). Çok sayıda araştırma, öznel bakım yükünün bazı değişkenler tarafından etkilendiğini göstermektedir (Gülseren, 2002; Arslantaş ve Adana, 2011; Montgomery ve ark., 1985; Magliano ve ark., 2005). Gülseren ve ark. (2010)'nın yapmış olduğu çalışmada, bakım yükünü etkileyen ve artıran faktörler olarak hastanın ve bakım veren aile üyesinin cinsiyeti, bakım veren bireyin hastadan şiddet görme durumu, sağlık personelinin yeterli desteği alamama ve ekonomik durum belirtilmiştir. Schene ve ark. (1998) ise bakım yükünü etkileyen unsurlar olarak hastanın ve hastaya bakım veren bireylerin özelliklerini ve hasta ve bakım veren arasındaki ilişkinin niteliğini belirtmiştir. Yapılan diğer çalışmalarda bakım yükünü etkileyen faktörler olarak sosyo-ekonomik durum, hastanın ve bakım veren kişinin cinsiyeti ve yaşı, bakım veren kişinin psikolojik durumu, hastalığın etkilerine bağlı olarak hastanın günlük yaşam faaliyetlerinde bakım verene olan bağımlılık derecesi, hastalığın yol açtığı semptomlar, bakım süresi, bakım veren kişinin bakım verme rolü dışındaki diğer rollerinin varlığı yer almaktadır (Awad ve Voruganti, 2008; Sales, 2003; Chou, 2000; Aydın ve ark., 2009; Arslantaş ve Adana, 2011; Roick ve ark., 2007; Baronet, 2001). Dolayısıyla ebeveynlerin duyuşsal gelişim boyutu kapsamında ele alınan öznel yük, ebeveynlerin kişisel, kişilerarası ve politik düzeyde güçsüzleşmesine neden olmaktadır. Duyuşsal gelişim boyutundaki sorunlar, ebeveynlerin öz-saygı, öz-yeterlik ve kontrol duygusunda olumsuz etkilere neden olabilmektedir. Bu bağlamda ebeveynlerin içinde bulunduğu sürecin ve öfke, üzüntü, stres, çaresizlik gibi duygularının farkında olup bu duyguları kabul etmesi, öncelikle kişisel alanda güçlenmesine katkı sağlamaktadır. Kişisel alanda güçlenme bireyin; sosyal çevresiyle ve sağlık bakım profesyonelleriyle olumlu ilişkiler geliştirmesinde etkili olmaktadır. Bununla birlikte güçlenme, hastalık süreciyle birlikte bozulan aile ilişkilerinin düzelmesinde, bireyin kendisiyle, çocuklarıyla, eşiyle ve diğerleri ile ilgili olumlu duygular geliştirmesinde oldukça önemlidir.

Duyuşsal boyut ile ilişkili olan alanlardan bir diğeri de duygu dışavurumudur. Duygu dışavurumu, bakım verenden hastaya yönelik ifade edilen duygu, tutum ve davranış olarak tanımlanmaktadır (Wang ve ark., 2017). Bir başka tanıma göre, aile üyelerinden ruhsal hastalığı olan kişiye yönlendirilen eleştirel yorumlar, düşmanca ya da aşırı ilgili davranışlar olarak belirtilmektedir (Kazarian, 1992). Duygu

dışavurumu, yüksek ya da düşük olarak sınıflandırılmaktadır (Hooley, 2007). Ailedeki bireylerin yüksek ya da düşük duygu dışavurumu hastalığın seyrini etkileyebilmektedir (Soygür ve ark., 1998). Şizofrenide yüksek duygu dışavurumu, hastalığın alevlenmesine yol açabilmektedir. Ayrıca hastaya yönelik aşırı ilgi veya aşırı eleştirel tutumun da hastalığın alevlenmesine neden olabileceği belirtilmektedir (Tüzer ve ark., 2003). Dolayısıyla hastalığın seyri ve aile üyelerinin tutum ve davranışlarının birbirleri üzerinde etkisi olduğu söylenebilmektedir. Bu noktada da özellikle ebeveynlerdeki yüksek duygu dışavurum davranışının azaltılmasına yönelik güçlendirici çalışmaların yapılması gerekmektedir. Ebeveynlerin güçlenmesi, stresle başedebilmesine katkı sağlayarak hastalık sürecinde kontrol sahibi olmasına olanak sağlamaktadır.

Toplumda duyuşsal gelişimin nasıl şekillendiğine (Derezotes, 2000, s. 7) ilişkin farkındalık, güçlendirme süreci bağlamında oldukça önemlidir. Örneğin, kadınların duygularını ifade etmesi, sorunlarını yakınlarıyla paylaşabilmesi, bunun aksine erkeklerin tam tersi bir davranış sergilemesi, toplumsal bir kabul olarak değerlendirilebilmektedir. Oysaki cinsiyet ayrımı olmaksızın, sorun yaşayan her ebeveynin duygularını bir şekilde ifade etmesi ve aile üyelerinin duygularına ilişkin farkındalığının artması ebeveynler üzerinde güçlendirici bir etki yaratabilmektedir.

1.8.5. Tinsel Boyut

Ebeveynler, hastalığın ortaya çıkmasından bakım verme sürecine kadar olan süreçte birçok sorunla karşılaşmakta ve kimi zaman yaşanan bu sürecin ve sıkıntıların yaşamlarında bir anlam ifade edip etmediğini sorgulamaktadır. Bu sorgulamalar, bakım veren bireyler için hastalığın anlamı, hastalık sürecinde bireyin iç dünyasında yaşadığı inanç, duygu ve düşüncelerle ilgili sorgulamalar ve yaşama ilişkin sorgulamalardır. Hastalık ortaya çıkmadan önceki süreçte belki de kişinin hiç aklından geçmeyen bu sorgulamalar ebeveynlerin tinsel alanında bazı değişimleri de beraberinde getirmektedir. Ebeveynlerin bakım verme sürecinde kendi yaşamı

üzerinde hissettiği baskılar duygu ve düşüncelerin yeniden ve belki de bilinçli bir şekilde anlamlandırılmasına ve sorgulanmasına neden olmaktadır.

Tinsellik sosyal hizmet literatüründe en fazla göz ardı edilen insanın gelişim boyutlarından birisidir. Tinsellik sıklıkla din ile karıştırılmakta ve bazen güçlü olumlu veya olumsuz çağrışımları içinde barındırmaktadır. Tinsellik (“yaşamın nefesi”) bireyin dünyayla ve kendisiyle olan bağlantıları, kabul ve idealizm duygusu, transandantal ve kutsalın takdiri, yaşamda bir anlam ve amaç duygusu, bilinçlilik ve iyilik halinin en yüksek seviyesi gibi amaçların gerçekleştirilmesi yönünde insan gelişiminin önemli bir sürecidir. Bu tanımlamaya göre her bir bireyin tinsel bir yönü vardır. Tinsellik, bazı bireylerde baskın bir boyut olabilmektedir. Tinsellik, yalnızca iyilik halinin en üst seviyesine doğru ilerlemeyi değil aynı zamanda bireyin bilinmeyen gizli kalmış yönünü keşfetmeyi de içermektedir. Tinsel gelişimin bir diğer yönü, ruhun derinliklerine, karanlığa ve gölgeye doğru bir yolculuğu da içermektedir. Gölge çalışmalarının amacı, benliğin tüm yönlerinin özellikle bireyin farkında olmadığı ve rahatsızlık duyduğu yönlerinin tamamlanmasıdır (Derezotes, 2000, s. 215).

Tinsellik, Latince kökenli bir kelimedir ve spiritus, spirit (ruh) kelimelerinden türemiştir (Piles, 1990). Ruh (spirit, spiritus) insanları harekete geçiren, güdüleyen hayati bir güçtür. Bu güç bireyin hayatını, sağlığını, davranışını ve ilişkilerini etkilemektedir (Stuart ve ark., 1989). Her ne kadar soyut bir kavram olarak görülse de tinsellik aslında bireyin fiziksel, sosyal ve psikolojik alanlarını da etkilemektedir. Kate ve ark. (2014) tinselliğin, bireyin yaşam kalitesine etki eden fiziksel, psikolojik, çevresel ve sosyal alanlarla doğrudan bağlantılı olduğunu ifade etmiştir.

Tinsellik din kavramının da ötesinde bireyin kişisel ve kişilerarası alanını da kapsayan bir kavramdır. Tinsellik, dini bağlılığın ötesinde, herhangi bir tanrı inancı olmayan kişileri de içeren, saygı, ilham, hürmet, anlam ve gaye için çabalayan bir niteliğe sahiptir (Narayanasamy, 1991). Bu nedenle tinsellik, farklı kültürel inanışların varlığını kabul ederek, hem inananları hem de inanmayanları kapsamaktadır (Cawley, 1997).

Hastalık, bireyin ve ailesinin sosyal, fiziksel, çevresel ve psikolojik unsurlarını kapsayan bir durumdur. Hastalık sürecinde bakım verenlerin hastaya ve kendisine ilişkin gelecek kaygısı, bilinmezlik korkusu, içsel ve dışsal baskılar bakım veren bireylerin kaygı düzeyini artıran etmenlerdir. Bu durum kişilerin var olan olumsuz durumunu olumluya çevirebilme arayışına neden olmakta ve kişi birtakım başetme kaynaklarına ve çabalarına yönelmektedir. Folkman ve Lazarus (1984)'a göre bu çabalar arasında doğrudan eyleme geçme, bilgi arama, içsel süreçler ve yöntemler yer alır.

Doğrudan eyleme geçme, tinsel uygulamalarla bağlantılı olabilen bir başetme yöntemidir. Bunlardan derinlemesine düşünme bir başka deyişle kişinin iç benliğine dönmesi, kişinin iç dünyasındaki karmaşayı keşfetmesine yardım eden bir yöntemdir. Bir diğeri destek ve güvenlik için çevreyle, diğerleriyle olan ilişkilerdir. Bir başka yöntem ise kişinin de ötesinde daha ulu bir güce ulaşmak için Tanrı ile kurulan ilişkidir. Bu şekilde etkili tinsel baş etme mekanizmaları, uyum sürecine kadar var olan streslerle başedebilmek için hastalığın ifade ettiği anlamı ve amacı (hastalıktan bir anlam ve amaç) bulabilmek ve kişinin güçlenmesini sağlayabilmek için kişiye yardım etmektedir (Baldacchino ve Draper, 2001, s. 835).

Rammohan ve ark. (2002)'nın şizofreni hastalarına bakım veren bireylerin dini başetme mekanizmaları ve bunun ailelerin psikolojik iyilik haliyle olan ilişkisini incelediği çalışmada, dini inanç ve uygulamaların bakım verenlerin iyilik halini artırdığı sonucuna ulaşılmıştır.

Şizofreni hastası çocuğu olan ebeveynler, hastalık sürecinde yaşadığı sorunlar karşısında kimi zaman çaresiz kalabilmektedir. Bu durum bireyin öz yeterlik ve kontrol duygusunda azalmaya neden olarak bireyi güçsüzleştirebilmektedir. Hastalık sürecinde her birey, hastalığın ve yaşamın anlamını sorgulamaktadır. Bu anlam bulma arayışı ve var olan durumu anlamlandırma çabası, ebeveynlerin güçlenme sürecini olumlu yönde etkilemektedir.

1.9. Ebeveyn Olmanın Ötesinde Kadın-Erkek Olarak Yaşantıların Değerlendirilmesi

Çocuk, anne-baba için ortak bir paydadır ve çocukla ilgili alınan tüm sorumlulukların anne-baba tarafından paylaşılması gerekmektedir. Özellikle ailede şizofreni tanısı almış bir çocuğun olması, anne-baba ve diğer aile üyeleri için sorumlulukların, rollerin ve ilişkilerin yeniden düzenlenmesine neden olabilmektedir. Ebeveynlerin böyle bir durumda çocukla ilgili sorumlulukları birlikte alması, birbirleriyle duygu paylaşımında bulunması ve yaşanan zorluklarla birlikte başetmesi hastalık sürecini kolaylaştırabileceken, ataerkil toplum yapısı içinde bu durum çoğunlukla mümkün olamamaktadır. Bu durum anne ve babaların hastalık sürecini farklı deneyimlemesine neden olmakta ve güçlenme süreçlerini etkilemektedir. Bundan dolayı hastalık öncesi ve sonrası süreçlerde ebeveynlerin toplumsal cinsiyet rollerinin değerlendirilmesi önem taşımaktadır. Böylelikle toplumsal cinsiyet rolleri çerçevesinde şekillenen yaşantıların, kadın ve erkek için nasıl anlamlandırıldığı anlaşılabilecektir.

Toplumsal cinsiyet rolleri temelinde şekillenen ataerkil yapı içinde kadın, ev içi işlerden, çocuk bakımından ve çocuğun eğitiminden sorumludur. Erkek ise daha çok maddi konularla ilişkili olup ev içinde karar mercii olarak görülmektedir. Sadece fiziksel ve sosyal alanı içeren konularda değil duyuşsal ve bilişsel alanlarında da kadın ve erkeğin izlemesi gereken yol haritası toplum tarafından çizilmiştir. Örneğin, duygu dışavurumu, öfke kontrolü, öz-farkındalık, kontrol duygusu ve baş etme stratejileri, toplumsal cinsiyet rolleri bağlamında şekillenmektedir. Bu durum kadın ve erkeğin güçlenme süreçlerini de farklı şekillerde etkilemektedir.

Çocuğuna şizofreni tanısı konulmuş olan bir anne, bakım verme rolünü içselleştirdiği için bu durumun nedeni olarak kendisini suçlayabilmektedir. Çünkü kamusal alanda bir işte çalıştığı için kadın çocuğuna yeterli zamanı ayıramadığını düşünebilmektedir. Kadınların böyle bir durumu içselleştirmesinde kuşkusuz sosyal çevrenin payı büyüktür. Kadının çocuğunu çok şımarttığı, ona gereken “terbiyeyi” veremediği ve eşiyle çatışmalar yaşadığı gibi gerekçelerden dolayı çocuğunun

şizofreni tanısı aldığı şeklinde sosyal çevre tarafından kadına yönlendirilen suçlamalar, annelerin hastalık sürecini anlamlandırmasını, güç unsurlarını ve yaşadıkları güçlüklerin düzeyini farklılaştırabilmektedir. Bu bağlamda Buz (2009), feminist sosyal hizmet yaklaşımı çerçevesinde, kadınların bakım verici ve annelik rolüyle sınırlandırılmış olduğu şeklindeki toplumsal cinsiyet rolleriyle bağlantılı kalıpyargıların farkına varmasının ve güçlenmesinin sağlanması gerektiğini belirtmiştir.

Hastalık sürecinde kadının tüm zamanını hasta olan çocuğuna adanması, işinden ayrılması, sosyal çevre ile olan ilişkilerini azaltması veya sonlandırması; kendisine zaman ayıramamasına, öz bakımında azalmaya, sosyal aktivitelerinde kesintiye neden olabilmektedir. Ryan (1993)'ın yapmış olduğu bir çalışmada, annelerin kendi hayatıyla ve çocuklarıyla olan ilişkilerinde bozulmalar ve kayıp duygusu yaşadığı görülmüştür. Bununla birlikte hastalık sürecinin getirdiği güçlükleri ve bakımın sorumluluğunu eşiyle paylaşamayan ve eşinden maddi-manevi destek göremeyen kadın, kendisini değersiz hissedebilmekte ve güçsüzleşebilmektedir. Kadının güçsüzlük duygusunu içselleştirmesi, kendi hayatından vazgeçmesine, tedavi sürecine aktif bir şekilde katılamamasına, kendisinde var olan potansiyel gücü keşfedememesine ve duygularını oldukça yoğun yaşamasına neden olabilmektedir.

Erkekler yani babalar ise kadınlara göre süreci daha farklı deneyimlemektedir. Çünkü geleneksel toplum yapısında erkekten beklenen roller ailenin geçimini sağlamak, kamusal alanda çalışmak ve başarılı olmaktır (Zeybekoğlu, 2013). Hastalık her ne kadar ailede bir kriz durumu yaratsa da erkeklerin zamanının çoğunu ev dışında geçirmesi, çocuğun bakım sorumluluğunu daha az hissetmesine neden olmaktadır. Ayrıca duygusal anlamda erkeklere biçilen roller, erkeklerin yaşadığı güçlüklerin düzeyini ve güçlenme süreçlerini farklılaştırabilmektedir.

Toplum yapısındaki değişimler, kadının kamusal alanda çalışması, sosyo-ekonomik düzeyin yükselmesi, kadının sosyal alanının genişlemesi, geleneksel

evlenme şeklinin değişmesi ve evlenme yaşının yükselmesi gibi sebepler kadına ve erkeğe yüklenen rollerin değişmeye başlamasında etkili olmuştur. Zeybekoğlu (2013), göç ve kentleşme gibi olguların toplumsal yapıyı etkilediğini ve değişen toplumsal yapıda kadın-erkek ilişkilerinin daha özgür bir şekilde yaşandığını, geleneklerin etkisinin azaldığını, böylece kadının ailedeki rolünün değiştiğini belirtmiştir. Dolayısıyla babalık rollerinde de bir değişim yaşanmaya başlamıştır. Beşpınar (2015, s. 99) bu durumu kadının iş hayatına girmesi, geleneksel cinsiyet rollerindeki değişim, “hegemonik erkekliğin dönüşümü” ve erkeğin babalık rolüne ilişkin farkındalığının gelişmesi olarak açıklamıştır. Gerçeklikle retorik farklı olsa da, babalar çocuklarıyla daha fazla duygusal yakınlık kurmaya, yaşamlarında onlara daha fazla yer vermeye, cinsiyet rolleri beklentilerinde daha eşitlikçi olmaya ve çocuklarının bakımında daha fazla yer almaya başlamıştır (Eggebeen ve Knoester, 2001). Toplumsal cinsiyet rollerindeki bu farklılaşma “yeni babalık” kavramını ortaya çıkarmıştır (Barutçu ve Hıdır, 2016; Eggebeen ve Knoester, 2001). “Yeni babalık” kavramı, babaların çocuklarının yaşamındaki artan rolüne vurgu yapmaktadır (Eggebeen ve Knoester, 2001). Sosyo-kültürel, ekonomik ve psikolojik etkenlerin, geleneksel cinsiyet rollerinde esneklik ve erkeklerin “baba” olarak daha geniş sorumluluklar almasını sağladığı düşünülebilmektedir. Her ne kadar “yeni babalık” kavramı literatürde yer almaya başlamış olsa da, kadının çalışmadığı, orta gelirli ve toplumsal cinsiyet bakış açısının hakim olduğu ailelerde geleneksel rollerin devam ettiği söylenebilmektedir. Bunların yanısıra şizofreni hastası çocuğu olan ailelerde aile içi iletişim ve roller farklı biçimler alabilmektedir. Hastalık ve süreçten kaynaklanan olumsuz durumlar tüm aile bireylerine farklı şekillerde yansıyabilmektedir. Bu süreçte kadınlar, farkında olmadan toplumsal cinsiyet bakış açısını içselleştirebilmektedir. Psikolojik ve fiziksel açıdan ağır bir yük duygusu yaşamasına, kimi durumlarda eş ve aile desteğinden yoksun olmasına rağmen bakım sorumluluğunun büyük bir bölümünü kadınlar üstlenebilmektedir. Bununla birlikte kadınlar, hastalığın ortaya çıkışı ile ilgili olarak kendilerini suçlayabilmektedir. Babalar yani erkekler ise hastalık sürecinde farklı tutum ve davranışlar sergileyebilmektedir. Sosyo-ekonomik, kültürel ve kişisel bazı değişkenlere bağlı olarak, bazı erkekler bakımın sorumluluğunu ve duygusal yükleri eşiyile ve diğer aile üyeleriyle paylaşabilmektedir. Buna karşın bazı erkekler bu süreçte, hiçbir rol ve

sorumluluğu eşleriyle paylaşmamakta, zamanlarının büyük bir bölümünü dışarıda geçirmekte ve eşlerinin kendilerine zaman ayırmadığını düşünüp onları suçlayabilmektedir.

Sonuç olarak ailede şizofreni tanısı almış bir çocuğun olması, eş, çocuk ve ebeveyn-çocuk alt sistemlerini derinden etkileyebilmektedir. Bu durum özellikle aile ilişkilerinde birtakım sorunlara neden olmakta ve aile üyelerinin sorumluluklarında ve rollerinde farklılaşmalara neden olabilmektedir (Gülseren, 2002). Yapılan bazı çalışmalarda, şizofreni hastalığının ailenin işlevselliğini etkilediği belirtilmektedir (Heru, 2000; Sawant ve Kamal, 2010). Hastanın bakımı; hastalığın semptomları, özellikle ebeveynlerin psiko-sosyal ve ekonomik durumunda farklılaşmalara neden olabilmektedir. Bu noktada kadını ve erkeği güçlü ve güçsüz kılan unsurların ayrı ayrı değerlendirilmesi gerekmektedir. Ayrıca kadının olumsuz durumları içselleştirmesinin önlenmesi, suçluluk ve utanç duygularını gidermesi, sosyal çevre ilişkilerini devam ettirebilmesi ve hastalık sürecinin tüm sorumluluğunu üstlenmemesi adına her iki ebeveyn ile güçlendirme ve toplumsal cinsiyet temelli çalışmaların yapılması gerekmektedir.

1.10. Ruh Sağlığı Alanında Sosyal Hizmet Mesleğinin Önemi

Sosyal hizmet, bilgi, beceri ve değer temelinde, bireyi çevresi içinde değerlendiren bir disiplindir. Kut (2001) sosyal hizmetin temel odağının çevresi içinde birey olduğunu, bireyin bio-psiko-sosyal bir varlık olduğunu ve bütüncül bir yaklaşımla değerlendirilmesi gerektiğini vurgulamıştır. Sosyal hizmet, bireyin iyilik halini korumasına, devam ettirmesine veya bozulan iyilik halini yeniden kazanmasına yönelik, mikro, mezzo ve makro düzeyde müdahalelerde bulunan bir meslektir. Sosyal hizmet mesleğinin alanlarından bir tanesi de psikiyatrik sosyal hizmettir. Özdemir (2000, s. 9) psikiyatri alanının mesleki gelişim sürecinde sosyal hizmetin yararlandığı ve hatta bu yönde gelişimini sürdürdüğü bir alan olduğunu belirtmiştir. Bireyin ruh sağlığı, toplumsal, çevresel ve kişisel alanlardan etkilenmektedir. Bu alanlarda yaşanan sorunlar bireyin ruh sağlığını da

etkilemektedir. Her ne kadar psikiyatri, tıp biliminin bir alanı olsa da ve ruh sağlığının korunmasında birincil seviyede sorumluluk psikiyatri alanında ihtisas yapmış doktorun üzerinde olsa da (Oral ve Tuncay, 2012, s. 94) ruhsal bozukluğu olan bireylerin yalnızca ilaçla tedavisi, çevresel değişiklikler yapılmadığında bir fayda sağlamamaktadır (Blaney, 1975; akt. Arıkan ve Dilek, 1996, s. 1). Güncel sosyal hizmet uygulamalarının kökeni, bireylerin kendi sosyal çevre koşulları ve kaynakları bağlamında en iyi anlaşılabilirliklerini ve onlara en iyi bu şekilde yardımcı olabileceğini savunan teorik perspektife dayanmaktadır (Malik ve Sarfaraz, 2012, s. 212). Psikiyatrik alanda bu değerlendirmeleri yapabilecek meslek elemanlarının başında sosyal hizmet uzmanları gelmektedir. Bu bağlamda ruh sağlığı alanında multidisipliner ekip çalışmasının oldukça önemli olduğu ve bu ekip içerisinde yer alan meslek elemanlarından birinin de sosyal hizmet uzmanı olduğu bilinmektedir.

Maxwell Jones tarafından ileri sürülen “ortam tedavisi” ve “terapötik toplum” kavramları ve grup sürecinin psikiyatride tedavi aracı olarak kullanılmaya başlanması, tedavi sürecinde hastanın ailesi ve sosyal bağlamının da değerlendirilmesini gündeme getirmiş ve bunun sonucu olarak sosyal hizmet, psikiyatrik alanda da bir uzmanlık alanı olarak kabul görmüştür (Turner, 1974; akt. Özdemir, 2000, s. 19). İlk psikiyatrik sosyal hizmet uygulamalarına bakıldığında sosyal hizmet uzmanlarının tanı ve tedavinin toplumsal yönü ile ilgili oldukları görülmektedir. Ayrıca hastaların izlenmesi ve tedavi sonrası izleme ve bakım gibi konularda aktif rol aldıkları bilinmektedir (Anderson ve ark., 1981; akt. Arıkan ve Dilek, 1996, s. 13).

Bireyin ruhsal sağlığı, toplumsal koşullardan etkilenmektedir. Dolayısıyla toplumsal sorunlara yol açan etkenler, bireyin ruh sağlığını da etkilemektedir. Yoksulluk, işsizlik, ayrımcılık, toplumsal hiyerarşi, nüfus artışı, çevresel sorunlar, kaynak yetersizliği, kaynaklara ulaşmadaki sıkıntılar, eğitim eksikliği ve benzeri sorunlar bireyin ruhsal alanını da derinden etkilemektedir. Bireyi etkileyen, toplumsal yapıdaki bu sorunların tespit edilmesi ve çözümü için gereken müdahalelerin yapılması sosyal hizmet uzmanının görevleri arasında yer almaktadır.

Bu bağlamda ruh sağlığı alanında çalışan sosyal hizmet uzmanlarının görevleri arasında hastanın sosyo-ekonomik durumu ve aile özellikleri hakkında bilgi sahibi olmak, hastanın aile ve sosyal çevre ilişkilerinin nasıl olduğunu değerlendirmek yer almaktadır. Ayrıca taburculuk sonrasında hasta ve ailesinin durumunu değerlendirmek, bireyi olumsuz etkileyen durumları belirlemek ve müdahalede bulunmak, bireye acı veren durumların azaltılmasına ve ortadan kaldırılmasına yönelik çalışmalar yapmak, bireylerin hizmetlere ve kaynaklara ulaşmalarına yardım etmek, bozulan aile ve sosyal çevre ilişkilerinin onarılmasına yardım etmek ve belki de en önemlisi bireyleri güçlendiren ve güçsüzleştiren unsurları saptayarak onların güçlenmesine yardım etmek sosyal hizmet uzmanlarının görevleri arasında yer almaktadır. Malik ve Sarfaraz (2012), sosyal hizmet uzmanlarının hastaların mevcut kaynakları içinde, problemlerinin çözümünde kendi kapasitelerini kullanmaları için onları motive etme ve kendi ihtiyaçlarına ilişkin anlayış geliştirmelerine yardımcı olma gibi rollerinin bulunduğunu ifade etmiştir. Bland ve Renouf (2001) ise ruh sağlığı alanında çalışan sosyal hizmet uzmanlarının daha çok sosyal adalet, ruhsal hastalıkların sosyal sonuçları ile ilgili çalışmalar içinde bulunduğuna vurgu yapmıştır. Ayrıca sosyal hizmet uzmanlarının hastalığın tedavisine odaklanmanın yanında, kimlik, ilişkiler, barınma, işle ilgili konular, gelir ve müracaatçının yaşam kalitesini içeren sosyal bağlamla daha çok ilgili olduğunu ifade etmiştir. Cesare ve King (2015) ise ruh sağlığı alanında çalışan sosyal hizmet uzmanlarının ruhsal hastalıkların birey, aile ve diğer ilişkileri üzerindeki sosyal sonuçlarını incelediğini ve bu sonuçların etkilerini daha geniş bir düzeyde azaltmak için müdahalede bulunduğunu belirtmiştir. Özetle Özdemir (2000,s. 26), psikiyatrik sosyal hizmetin koruyucu-önleyici- geliştirici ve tedavi edici yönüne vurgu yaparak, müracaatçının toplumdaki işlevselliğinin artmasına yönelik hastanın aile ve sosyal çevresini bir bütün olarak değerlendiren, sosyo-ekonomik ve psikolojik sorunların giderilmesi için gereken profesyonel eylemleri içeren sosyal hizmet alanı olarak tanımlamıştır.

Psikiyatrik sosyal hizmet alanında çalışan uzmanların bir diğer önemli görevi, hastaların ailesi ile çalışmadır. Bu süreçte sosyal hizmet uzmanlarının görevleri arasında, hastanın ailesinin tedavi sürecine aktif katılımını sağlamak, hastalık ve süreç hakkında aileye bilgi vermek, aile ile diğer sağlık profesyonelleri arasında

köprü olmak, ailenin hastalık sürecine katılımını engelleyen kişisel, psikolojik, ekonomik, sosyal ve toplumsal sorunları tespit etmek ve bu sorunların giderilmesine yönelik eylemlerde bulunmak ve damgalamayla mücadele etmek yer almaktadır.

Ruhsal hastalıkların toplum tarafından yeterince bilinmemesi, hasta ve ailesinin damgalanmaya maruz kalması, ailenin bilişsel, duyuşsal, sosyal, fiziksel ve tinsel alanlarında olumsuzluklara neden olabilmektedir. Bu durumda ailenin bu alanlarda işlevselliğinin artırılmasına, problem çözme ve başetme becerilerinin geliştirilmesine yardımcı olmak sosyal hizmet uzmanlarının görevleri arasında yer almaktadır.

Ünsalan (1967) psikiyatri alanında çalışan sosyal hizmet uzmanlarının görevleri arasında; psiko-sosyal bilgi alınması, hasta ve ailesinin taburculuk sürecine hazırlanmasının, aile, hasta ve sosyal çevre arasındaki ilişkilerin düzenlenmesinin, taburculuk sonrası takibinin yapılmasının yer aldığını belirtmiştir (akt. Bahar ve Savaş, 2013). Tüm bu tanımlamalar ve bilgiler doğrultusunda, ruh sağlığı alanında çalışan sosyal hizmet uzmanları, hem hasta hem de hastanın aile ve sosyal çevresi ile etkileşim içinde çalışmakta, bu bireylerin güçlenmelerine, yaşamlarında kontrol sahibi olmalarına ve hastalık sürecine uyum sağlamalarına yardımcı olmaktadır.

Bundan sonraki bölümde özellikle şizofreni hastaları ile doğrudan temas halinde olan ailelerin yaşadığı sorunlar bağlamında bu bireylerin başetme ve sorun çözme becerilerini geliştirmesine, potansiyel güçlerini fark etmesine, yaşamları üzerinde kontrol sahibi olmasına, tedavi sürecine aktif katılım göstermesine; böylelikle hastalık sürecinin getirdiği olumsuz durumları en aza indirgeyebilmesine yönelik müdahale odaklı uygulamalara yer verilecektir.

1.11. Şizofreni Hastalarının Ebeveynleri İçin Verilen Hizmetler

Ailede ruhsal hastalığı olan bir bireyin bulunması, tüm ailenin yaşamını olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Ailenin yapısı, aile üyelerinin birbiriyle olan

ilişkisi, ebeveynlerin hastalığın semptomlarına verdiği tepkiler, bireylerin başetme stratejileri, ailenin işlevselliğine etki etmektedir. Liu ve ark. (2007) ebeveynlerin veya bakım verenlerin, hastalık sürecinde kullandığı başetme stratejilerinin yetersiz olduğunu, ailenin işlevselliğinin bu durumdan etkilendiğini, dolayısıyla ailenin profesyonel bir desteğe ihtiyacı olduğunu ifade etmiştir.

Ruhsal hastalığı olan bireyle zamanının büyük bir bölümünü geçiren bireyler aile içindedir. Ebeveynlerin hastalık sürecinde yaşadığı problemler ve olumsuzluklar, kişisel bir sorun olmanın da ötesine geçerek ailedeki tüm bireyleri etkileyebilmektedir. Şizofreni hastalığı ve semptomlar hakkında yeterli bilgiye sahip olmama, ebeveynlerin olumsuz duygu ve düşüncelerinin artmasına, şizofreni hastasına karşı doğru olmayan tutum ve davranışlar sergilemesine, kendi yaşamını göz ardı etmesine ve kontrol duygusunda azalmaya neden olmaktadır. Ebeveynlerin veya hastaya bakım verenlerin, hastalık sürecinde karşılaştığı problemlerle başedebilmek adına sarfettiği kişisel çabalar bazı durumlarda işlevsiz kalabilmektedir. Bu bağlamda, ruhsal hastalığı olan bireyin ailesine yönelik verilen profesyonel destekler oldukça önemlidir. Profesyonel hizmetler ve destekler, ebeveynlerin hastalıkla ilgili bilgi sahibi olmasına, bilinç seviyesinin yükselmesine, tedavi sürecine aktif bir şekilde katılmasına, etkili başetme stratejileri kullanmasına ve eski alışkanlıklarından, yaşamından taviz vermeksizin ruhsal hastalığı olan bireyle birlikte yaşamını devam ettirmesine yardım etmektedir.

Aile, ruhsal hastalığı olan bireyler için son derece önemlidir. Ruh sağlığı uzmanları, ruhsal hastalığı olan bireyler için ailenin son derece önemli bir kaynak olduğunu anlamış ve böylece hastalık sürecinden önemli derecede etkilenen ailenin gereksinimlerini göz önünde bulundurmaya ve değerlendirilmeye başlamıştır. Bu süreçten sonra aileler için düzenlenen programlarda ve verilen hizmetlerde artış görülmeye başlanmıştır. Hastalık teşhisi konulduktan sonraki aşamada, ailelerin hastalıkla ilgili bilgi sahibi olması son derece önemlidir. Özellikle taburculuktan sonraki süreçte, ailenin bilgilendirilmesi son derece önemlidir (Chien ve Norman, 2003). Şizofreni hastasına bakım veren 204 aile üyesiyle yapılan bir çalışmada, bakım veren ailenin yüksek düzeyde eğitim ihtiyacının olduğu saptanmıştır. Bakım

verenler tarafından belirtilen başlıca gereksinimler arasında; “hastalık ve relapsın ilk uyarıcı belirtilerini, ilaçların yan etkilerini, sorunların çözümü için gerekli stratejileri, hastalığın hasta ile yaşayan kişi için ne anlam ifade ettiğini, hastanın öfke ve şiddet davranışlarıyla başetme yollarını, stresle etkili başetme yollarını, halüsinasyonları yönetebilmeyi, hasta ve diğer kişilerle (aile, akraba vb) iletişimi geliştirebilmeyi öğrenme” yer almıştır. Bakım verenlerin en az önemli gördüğü gereksinimler arasında ise “depresyon ve intihar düşüncesiyle başetme, serbest zaman ve eğlence aktivitelerini geliştirme, uyuşturucu ve alkol bağımlılığı, ebeveynler ölünce hastaya ne olacağı, anksiyete ve panik atak sorunları, ruhsal hastalıklarla ilgili son araştırmaların neler olduğu, hastanın davranışına sınır koyma ve uyku problemleri” yer almıştır (Chien ve Norman, 2003, s. 495).

Ruhsal hastalığı olan bireye bakım veren ailelere yönelik çeşitli eğitimler vardır. Bu eğitim ve müdahaleler arasında kriz yönetimi, aileden aileye destek programları, aile eğitimleri ve danışmanlık yer almaktadır (Chien ve ark., 2008; Bademli ve Çetinkaya Duman, 2011; Dixon ve ark., 2001). Ailelere yönelik olan bu eğitimlerin ve müdahalelerin son derece önemli olduğu ifade edilmektedir (Pilling ve ark., 2002; Kim ve Salyers, 2008; Pitschel-Walz ve ark., 2001). Bununla birlikte ailenin hastalığın tedavisine aktif katılımının oldukça önemli olduğu belirtilmektedir (Kara, 2014). Hasta yakınları için geliştirilen grup ve aile terapileri, psikoeğitim programları, aileler açısından olumlu sonuçlar sağlamaktadır (Leff ve ark. 1982; Tüzer ve ark., 2003).

Glynn (2012) hasta ve ailelerine yönelik müdahale programları arasında, eğitim programları (profesyonelce çalışan programlar, akran programları); beceri kazandırmaya yönelik müdahale programları ve etkili katılım stratejileri geliştirmeye yönelik programların yer aldığını belirtmiştir. Profesyonelce çalışan programlar, hastalıkla ilişkili, tanı, etioloji, tedavi, prognoz ve hastanın ailesine yönelik müdahaleleri içermektedir. Bu programların bazıları hem hasta bireye hem de aile üyelerine yönelik hazırlanmaktadır. Akran programları (peer programs), ruhsal hastalığı olan bireye bakım veren eğitilmiş aileler tarafından diğer aile üyelerine yönelik verilen eğitimleri kapsamaktadır. Bu programların iki versiyonu

geliştirilmiştir. Bunlardan ilki sekiz oturumdan oluşan Umut Yolculuğu (Journey of Hope) ve on iki oturumdan oluşan Aileden Aileye Destek Programlarıdır (Family-to-Family Program). Beceri kazandırmaya yönelik müdahale programları, problem çözme ve bireyselleştirilmiş hedef belirleme ile olgusal bilgilerin sağlanmasını arttırmaktadır. Bu müdahalelerin çoğu bilişsel-davranışçıdır; problem çözme becerileri eğitimi, relaps önleme planı geliştirme ve hastalık eğitimi kapsamaktadır. Etkili katılım stratejileri geliştirmeye örnek olarak, hasta ve ailenin seanslara birlikte katılımı konusundaki isteksizliğini gidermek için geliştirilen stratejiler verilebilir.

Levine (1998) ailelerin hem duygusal hem de teknik olarak sorumluluk almak için hazırlıksız olduklarını belirtmiştir. Ailelerin kendi yeteneklerine güvenmesi ve rollerine hazırlanması için eğitim ve bilgi taleplerinin olduğunu belirtmiştir. Ayrıca ailelerin, yakınlarının durumu hakkında sağlık bakım profesyonelleriyle iletişime geçme becerisine sahip olma, profesyonel tavsiyeler alma ve benzer süreçleri yaşayan diğer ailelerden destek alma gibi ihtiyaçları olduğunu ifade etmiştir (akt. Doornbos, 2002, s. 40).

Bu bölümde ailelere yönelik verilen eğitimler ve sonuçları ile ilgili literatür bilgilerine yer verilmiştir. Bir sonraki bölümde çalışmanın temel yaklaşımı ile ilgili olan güçlendirme odaklı aile eğitimine ve literatürde en çok yer alan iki aile eğitimi programına yer verilecektir.

1.11.1. Güçlendirme Odaklı Eğitim

Aileler için hazırlanan ve uygulanan eğitim programlarının hepsi, ailelerin güçlenmesine yardımcı olmaktadır. Çalışmanın bu bölümünde, aileler için geliştirilen “güçlendirme odaklı eğitim programı” yer almaktadır.

Bakım verenlerin veya ailelerin, tedavi sürecine aktif katılımını sağlamak için “aile temelli hizmet modelleri” geliştirilmiştir. Bu bağlamda, Bickman ve ark. (1998) “ebeveyn güçlendirmesi” modelini geliştirmiştir. Bu model genel olarak “aileler için

eğitim ve psikolojik desteği, ailelerin hizmet kullanımındaki ailesel engelleri ve ailedeki strese vurgu yapan destek müdahalelerini” kapsamaktadır (Olin ve ark., 2010).

Aileler için geliştirilen son dönem müdahale programlarında, aileler yalnızca hizmet alan bireyler olarak değil, “değişim ajanı” olarak da görülmektedir (Hoagwood, 2005).

New York’da geliştirilen “Ebeveyn Güçlendirme Programı”nda da amaç “ebeveynlerin ve ailelerinin etkili bir şekilde hizmetlere ulaşmasında, değişim ajanı olarak ebeveynleri desteklemektir”. New York Ruhsal Hastalıklar Devlet Ofisi, ruhsal hastalığı olan bireylerin ebeveynleri ve “ruhsal sağlık hizmetleri sistemi” arasında bağlantı kurmak ve var olan boşluğu gidermek için bir “aile savunuculuğu ağı” oluşturmuştur. Böylece “birey, sistemler ve yasal düzeyde savunuculuğun sağlanması, aile bireylerinin izolasyonunun azaltılması ve destek ağı oluşturulması için olanakların artırılması” amaçlanmıştır (Olin ve ark., 2010).

Ebeveyn güçlendirme programı, “bir süreç olarak güçlendirme kavramına, aktif bir değişim ajanı olmaları için ebeveynlerin ihtiyaçlarına ve ailelerin güçlendirilmesine yönelik bütüncül bir çerçeve oluşturulmasına odaklanmaktadır. Ayrıca tedavi sürecine ailenin katılımını, ebeveyn-çocuk ilişkisinin geliştirilmesini, ebeveynlerin ebeveynlik becerileri konusunda güvenini artırmayı, ebeveynlerin stresini azaltmayı ve ebeveynlerin etkili davranış geliştirmesini amaçlamaktadır” (Olin ve ark., 2010). Güçlendirme müdahalesi ile “ebeveynlerin karşılaştığı sorunları çözümleyebilmesi, var olan gereksinimlerini giderebilmesi ve kontrol duygusunu kendi yaşamında hissedebilmesi için kaynakları harekete geçirebilme becerilerini kazanması hedeflenmektedir” (Gibson, 1995). Aile güçlendirmesi dört temel unsuru içermektedir (Gibson, 1995):

- “Çocuğun teşhisini anlamak ve kabul etmek”,
- “Ebeveynlerin kaynaklarının, güçlerinin ve yeteneklerinin farkına varmasını sağlamak”,

- “Ebeveynlerin sağlık bakım sistemini öğrenme ve savunuculuk yoluyla çocuklarının bakım sorumluluğunu üstlenmesini, tedavi sürecine katılmasını ve çocuklarının bakımıyla ilgili doktorlarla işbirliği yaparak açık iletişim kurmasını sağlamak”,
- “Bu konuda ebeveynlerin daha fazla çaba sarfetmesini sağlamak”.

Ebeveyn güçlendirmesindeki amaç, ebeveynlerin “değişim ajanı olarak” var olan potansiyelini kullanmasındaki problemleri ve engelleri ortadan kaldırmak, kaynaklarla ve sistemlerle etkileşime geçebilme becerisini kazandırmak ve olumsuz davranış, inanç ve tutumlarını değiştirmesi için bilgi sağlamaktır.

1.11.2. Aileden Aileye Destek Programları

Aileden aileye destek programı Joyce Burland tarafından geliştirilen ve aile üyeleri için destek sağlayan bir programdır. Aileden aileye destek programları, ruhsal hastalığı olan bireylere bakım veren kişilerin hastalık hakkında bilgi sahibi olmasını sağlayan ve ailelerin duygu ve düşüncelerini birbirleriyle paylaşmasına olanak veren bir programdır (Burland, 1998). Aileden aileye destek programlarında, aile üyelerine ruh sağlığı profesyonelleri tarafından eğitim verilir. Eğitim alan aileler ise diğer aile üyelerine eğitim verir (Glynn, 2012). Bu programlar bakım veren ailelerin süreç içerisinde yaşıadığı ve hissettiği yük ve stresin azalmasına katkı sağlamaktadır (Cook ve ark., 1999). Bazı aileler, ruhsal hastalık durumuyla ilk kez karşılaştığı için hastalık sürecinde karşılaştığı sorunları ve hissettiği duyguları sadece kendilerinin yaşıadığını düşünmektedir. Bu durum aile üyelerinin yalnızlaşmasına, sosyal ortamlardan geri çekilmesine, dışlanma durumunu içselleştirmesine ve tedavi sürecine katılmayı reddetmesine veya bu konuda istekli olmamasına neden olabilmektedir. Chien ve ark. (2008), ailelerin bu programlar sayesinde kendi durumundaki başka insanlarla iletişim kurduğunu ve deneyimlerini paylaştığını belirtmiştir.

Yıldırım ve ark. (2014)’nın yapmış olduğu çalışmanın sonuçlarına göre, aileden aileye destek programları sayesinde, ailelerin hastalığın nedenleri ve ilaçlar

hakkındaki bilgilerinde ve öz yeterlilik duygusunda artma ve yük algılarında azalma olduğu görülmüştür. Bademli ve Çetinkaya Duman (2011), aileden aileye destek programlarının aile bireylerini güçlendirdiğini, ailelerin bilgi gereksinimlerini giderdiğini ve öz yeterliliklerini artırdığını, onlara sosyal destek sağladığını, ailenin ve hastanın işlevselliğini artırdığını, hastanın hastaneye yatış sıklığını azalttığını belirtmiştir. Rummel-Kluge ve Kissling (2008), aileden aileye destek programlarının ailelerin hastalık sürecinde karşılaştığı sorunlara yönelik başetme stratejilerini geliştirdiğine ve ailelerin duygu durumlarını olumlu yönde etkilediğine vurgu yapmıştır. Dixon ve ark. (2001)'nin yaptıkları bir çalışmada ise aileden aileye destek programının, ailelerin yaşadığı yük puanını azalttığı ve aileleri güçlendirdiği görülmektedir. Yapılan bazı çalışmalarda aileden aileye destek programlarının ailelerin sosyal destek algısını artırdığı, başetme stratejilerini geliştirdiği, aileleri hastalık ve süreçle ilgili bilgilendirdiği, aile işlevselliğini artırdığı, hasta ve bakım verenin hastalık sürecine olan uyumunu artırdığı görülmektedir (Duman ve ark., 2007; Ebrinç ve ark., 2001; Schenk ve ark., 2006; Liu ve ark., 2007).

1.11.3. Psikoeğitim

Şizofreni hastalarının ebeveynleri, psiko-sosyal, fiziksel ve ekonomik olarak birtakım güçlüklerle karşılaşmakta ve mücadele etmektedir. Özellikle hastayla uzun zaman geçiren ebeveynler, yaşadığı güçlüklerle başedebilmek için formal ve informal desteğe ihtiyaç duymaktadır. Bilgi ve destek alamayan ebeveynler bir süre sonra kendisinin ve hastanın ihtiyaçlarını karşılayamayarak tükenme noktasına gelebilmektedir. Chien ve Norman (2003)'ün şizofreni hastalarının aileleriyle yaptıkları çalışmada, ailelerin eğitim ihtiyacının oldukça yüksek olduğu görülmüştür.

Aile üyelerine verilen psikoeğitim, 1980'lerde başlamış ve relapsı önlemedeki etkililiği büyük ölçüde kabul edilmiştir (Butzlaff ve Hooley, 1998). Psikoeğitim yoluyla, aileye hastalık ve süreç ile ilgili bilgi vermek, ailenin başetme, problem çözme ve iletişim becerilerini artırmak, aile üyelerindeki yükü ve stresi azaltmak amaçlanmaktadır. Psikoeğitim, ailenin hastayla ilişkisi, hastalık süreci ve

hastalığın semptomları ile ilgili aileye bilgi, psikolojik ve sosyal destek sağlama açısından oldukça önemlidir (Goto, 1991; akt. Sota ve ark., 2008).

Psikoeğitim programlarında hastalığın daha çok nasıl bir hastalık olduğu, nedenleri, belirtileri, tedavisi, semptomları, hastalık süreci ve aile üyelerinin bu süreçte yaşadığı güçlükler üzerinde durulmaktadır (Tel ve Terakye, 2000).

Biegel ve ark. (2000), ruhsal hastalığı olan bireylere bakım verenlerle yaptığı çalışmada ailelere yönelik müdahaleleri, destek grupları, eğitim, psikoeğitim ve bireysel aile desteği ve çok bileşenli müdahaleler olarak sınıflandırmıştır. Çalışmanın bulgularında, eğitimsel ve psikoeğitimsel müdahalelerin aile yükünü azalttığı, ailenin işlevselliğini ve başetme stratejilerini artırdığı ve ailenin ruhsal sağlığında gelişme sağladığı ortaya çıkmıştır (akt. Doornbos. 2002).

Daha önce de belirtildiği gibi hastalığın tedavisi sadece medikal süreçleri kapsamamaktadır. Hastalık sürecinde, hasta ve ailesinin psiko-sosyal, bilgi ve beceri ihtiyaçlarının karşılanarak ilaç tedavisinin desteklenmesi gerekmektedir. Bu noktada psikoeğitim, ailelerin tüm bu ihtiyaçlarını karşılamasına yardımcı olması ve ailelerin güçlenme süreçlerine etki etmesi bakımından son derece önemlidir.

1.12. Toplum Temelli Ruh Sağlığı Modeline Geçiş Süreci: Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri

Bu bölümde dünyada ve Türkiye’de yaşanan kurum temelli bakım modelinden toplum temelli bakım modeline geçiş süreci anlatılmıştır. Sonrasında da araştırmanın çalışma grubunun seçildiği toplum ruh sağlığı merkezleri ile ilgili bilgi verilmiştir.

Dünyada yıllar öncesinde; ancak Türkiye’de yakın zamanda başlayan ruh sağlığı alanında yapılan çalışmalar, ruhsal hastalıkların tedavisinde psiko-sosyal boyutun oldukça önemli olduğunu, dolayısıyla tedavinin çok boyutlu olması

gerektiğini vurgulamaktadır (Ensari ve ark., 2013; Yanık, 2008). Güney (2001, s. 269), Türkiye’de, ruhsal hastalıkların tedavisinde medikal tedavinin daha ön planda olduğunu belirtmiştir.

Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı (2011)’nda ruh sağlığı alanında farklı üç hizmet modeli belirtilmiştir: hastane temelli model, toplum-hastane denge modeli ve toplum temelli model. Avrupa’daki ve ABD’deki ruh sağlığı alanında yaşanan gelişmeler incelendiğinde Ortaçağ Avrupası’nda üretime katılmayan kişilerin dışlanmaya maruz kaldığı görülmektedir. Paris’te Genel Hastane’nin açılması “Kapatma Çağı” olarak isimlendirilen dönemi başlatmıştır. Böylelikle “delilik” o dönemden itibaren toplumsal “öteki” haline gelmiştir. 18. yüzyılda hekim olan Philippe Pinel bu kurumlarda ruhsal hastalığı olan kişiler için insancıl bir düzenleme yapmıştır ve böylelikle çağdaş ruh sağlığı uygulamalarının ilk adımları atılmıştır (Boyne, 2009, s. 17-26).

Hastane temelli model 1800’lü yıllardan 1960’lı yıllara kadar dünyada en sık ve en yaygın kullanılan model olmuştur ve bu yıllarda birçok psikiyatri hastanesi kurulmuştur. 1950’li yıllarda ise insan hakları bağlamında hastanelerin çok kalabalık olduğu ve şartlarının kötü olduğu gerekçeleri ile hastane temelli modelden vazgeçilmeye başlanmıştır (Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı, 2011). 20. yüzyıla gelindiğinde o yıllarda var olan tedavi kurumlarının yetersiz olduğu ile ilgili çeşitli araştırmalar yapılmıştır (World Health Organization, 2003).

Kurumsallaşmadan vazgeçme (deinstitüzyasyon), ruhsal alandaki bakım hizmetlerinin hastanelerden topluma doğru yönelmesi hareketidir. Bu hareket sadece akıl hastanelerinin kapatılmasını değil; politika, mevzuat, insani ve finansal kaynaklarla hizmet kullanıcılarının ihtiyaçlarının toplum içinde sağlanmasını; hastaların daha iyi sosyal ilişkiler kurmasını, yaşam kalitesinin ve işlevselliklerinin artırılmasını amaçlamaktadır (Leff ve Trieman, 2000; Salisbury ve ark., 2017).

Deinstitüzyasyonun yaygınlaştırılması ile birlikte özellikle batı ülkelerinde toplum temelli ruh sağlığı hizmetleri artmaya başlamıştır (Andronic ve Andronic,

2017). Andronic ve Andronic (2017), toplum temelli ruh sağlığı hizmetleri arasında, kendine yardım grupları, gündüz bakım merkezleri ve korumalı alanlar, savunuculuk faaliyetleri, ruhsal hastalıkları önleme ve önleyici bakımın yer aldığını belirtmiştir.

Toplum temelli ruh sağlığı modeline geçiş süreciyle ilgili olarak Türkiye’de de birtakım gelişmeler yaşanmıştır. “2006 yılı Ulusal Ruh Sağlığı Politikası”nı içeren metinde hastane temelli modelden toplum temelli ruh sağlığı modeline geçilmesi gerektiğine dair karar yer almaktadır (Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı, 2011). Bu modele göre öncelikli olarak, 2009 yılında Sağlık Bakanlığı tarafından Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri’nin açılması kararı onaylanmıştır (Uluslararası Toplum Temelli Ruh Sağlığı Hizmetleri Konferansı, 2013, s. 60). Türkiye’deki ilk Toplum Ruh Sağlığı Merkezi 2008 yılında Bolu’da açılmıştır. Şu an Türkiye’de açılan toplum ruh sağlığı merkezi sayısı ise yaklaşık olarak 106’dır (Bilge ve ark., 2016, s. 2). Toplum ruh sağlığı merkezlerinde çalışan multi-disipliner ekip, psikiyatri uzmanı, psikolog, sosyal hizmet uzmanı, psikiyatri hemşiresi, ergoterapist, uğraş terapisti ve yardımcı personelden oluşmaktadır (Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı, 2011).

2011-2023 yıllarını içeren Ruh Sağlığı Eylem Planı 2011 yılında kabul edilmiştir. Ardından 2013 yılında bu modelin nasıl uygulanacağına ilişkin bilgileri içeren bir çalışma rehberi oluşturulmuştur (Uluslararası Toplum Temelli Ruh Sağlığı Hizmetleri Konferansı, 2013). 2014 yılında “Toplum Ruh Sağlığı Merkezlerine Yönelik Harmanlanmış Eğitim Programı Eğitici Eğitimi” materyali hazırlanmıştır. On modülden oluşan bu materyalde, “toplum temelli bakım ilkeleri, bakım koordinasyonunda yerine getirilmesi gereken temel görevler, hizmet alan birey ile ilişkiler, sosyal içirme ve ruh sağlığında iyileşme, risk değerlendirmesi ve yönetimi, nüks önleme, ilaç tedavisine bağlılık, aile ile çalışma, TRSM’lerde multi-disipliner ekip çalışması, liderlik, etik ve değerler” konuları yer almaktadır. Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı (2011, s. 28-30)’nda, toplum temelli ruh sağlığı sisteminin üç unsur üzerine kurulu olduğu belirtilmiştir. Bu üç unsur, “hizmetin coğrafi temelli yapılandırılması; hizmetin ekip anlayışıyla çok yönlü verilmesi; her tanınmış bölgeye: sorumlu toplum ruh sağlığı merkezi, bakım kurumları, koruyucu evler, korumalı iş yerleri ve genel hastaneler içinde psikiyatri yataklarının açılması”dır.

Toplum ruh sağlığı merkezlerinin: “kendisine bağlanmış coğrafi bölgedeki ağır ruhsal rahatsızlığı olan hastaların ve ailelerin bilgilendirildiği, hastanın ayaktan tedavisinin yapıldığı ve takip edildiği, rahabilitasyon, psikoeğitim, iş-uğraş terapisi, grup veya bireysel terapi gibi yöntemlerin kullanılarak hastanın toplum içinde yaşama becerilerinin artırılmasını hedefleyen, psikiyatri klinikleri ile ilişki içinde çalışan ve gerektiğinde mobilize ekiple hastanın yaşadığı yerde takibini yapan birimler olması planlanmaktadır”.

Toplum temelli ruh sağlığı modelinde, ağır ruhsal hastalığı olan bireylerin toplum içinde işlevsel ve var olabilmesi amaçlanmaktadır. Caplan (1970), bir çalışmasında toplumun önemine değinerek, bakım veren ve hasta bireylerin toplum içerisinde işlevselliklerinin artırılmasına yönelik çalışmaların yapılması gerektiğini belirtmiştir (akt. Werner ve Tyler, 1993). Toplum ruh sağlığı merkezlerinin amaçları arasında da ruhsal hastalığı olan bireylerin toplum içinde tedavisinin sürdürülmesi yer almaktadır (Güleç ve ark., 2011). Bu model sadece ağır ruhsal hastalığı olan bireyleri değil aynı zamanda neredeyse tüm zamanını hastayla birlikte geçiren ailelere yönelik hizmetleri de kapsamaktadır. Kurum temelli modelde medikal bakıma ağırlık verilmesi, ailenin tedavi sürecine aktif katılımını engelleyebilmektedir. Ailenin ve özellikle zamanının çoğunu hasta ile birlikte geçiren bireylerin fiziksel, sosyal, bilişsel, duyuşsal ve tinsel alanlarda güçlenmesi, hastanın ve ailenin yaşam kalitesi üzerinde olumlu etkiler oluşturabilmektedir. Bu anlamda tedavi sürecinde ailelerin görünür olması, desteklenmesi, bilgilendirilmesi ve ailelere yönelik müdahale programlarının oluşturulması son derece önemlidir.

Toplum ruh sağlığı merkezlerinin amaçlarından biri de ruhsal hastaların ve ailelerinin toplumun içinde yer almasını ve görünür olmasını sağlamaktır. Nitekim ruhsal hastalığı olan bireyler, toplumda en fazla damgalanmaya maruz kalan gruplar arasındadır. Bu durumun nedeni, ruhsal hastalıklar hakkında toplumun bilgi düzeyinin yetersiz olmasıdır. Gökçearsan ıfci ve ark. (2015), toplum ruh sağlığı merkezleri ile ruhsal hastalığı olan bireylerin ve ailelerinin toplumun dışında kalmaması, aksine toplumla bütünleşmesinin sağlanması amaçlandığını belirtmiştir. Bunların yanısıra “Toplum Ruh Sağlığı Merkezlerine Yönelik

Harmanlanmış Eğitim Programı Eğitici Eğitimi Materyali (2014)'nde" toplum ruh sağığı merkezlerinin amaçları arasında şunlar yer almaktadır: Ruhsal hastalığı olan bireylerin ailelerine psiko-eğitim vermek; ağır ruhsal hastalığı olan bireylere kendi ihtiyaçlarını karşılayabilme becerisini kazandırmak için biyo-psiko-sosyal tedavi uygulamak; bireylerin toplumsal damgaya maruz kalmalarını önlemek; hem hastaya hem de ailesine etkili hizmet sağlamak için kurumlar arasında koordinasyon sağlamak.

Toplum ruh sağığı merkezlerinin kuruluş amaçlarından yola çıkarak medikal bakım ve terapinin eş zamanlı olarak uygulanmasının son derece önemli olduğu söylenebilir. Özellikle hastanın yanısıra aile üyelerinin de hastalık sürecinde olumsuz durumlarla başedebilmesi, aile içi ilişkileri yönetebilmesi ve yaşamının her alanında yeterlik duygusuna sahip olabilmesi için, aileleri güçlendirici müdahalelerin geliştirilmesi ve uygulanması gerekmektedir.

Sosyal hizmet uzmanları, multi-disipliner ruh sağığı ekibinin önemli bir parçasıdır. Courtney ve Moulding (2014), Avustralya'da toplum ruh sağığı alanında çalışan meslek elemanlarının üçte birlik bölümünü sosyal hizmet uzmanlarının oluşturduğunu ifade etmiştir.

2. GEREÇ ve YÖNTEM

Çalışmanın bu bölümünde, araştırmanın modeline, çalışma grubuna, veri toplama kaynaklarına ve yöntemine, verilerin analizine, araştırmaya katılan bireylerin özelliklerine, süre ve olanaklara ilişkin bilgilere yer verilmektedir.

2.1. Araştırmanın Modeli

Çalışmanın konusuyla ilgili literatür taraması sonucu, şizofreni hastası olan bireylerin ebeveynlerinin yaşadığı sorunlar, güçlükler ve geresinimler gibi konularda az sayıda araştırmanın yapılmış olduğu görülmektedir. Ancak konu ile ilgili incelenen literatür taraması sonucunda şizofreni hastası bireylerin ebeveynlerinin yaşantılarını bütüncül bir şekilde ele alarak, fiziksel, bilişsel, duyuşsal, sosyal ve tinsel boyutlarda inceleyen ve bu yaşantıları güçlendirme yaklaşımı açısından değerlendiren bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu bilgiler doğrultusunda, şizofreni hastası bireylerin ebeveynlerinin yaşantılarının, güçlendirme yaklaşımının kavramlarıyla değerlendirilmesine ve ebeveynlerin yaşadığı süreçlere ilişkin algılamalarının, duygu ve düşüncelerinin belirlenmesine gereksinim duyulmuştur. Yaşam öyküsü görüşmelerinde, derinlemesine olarak ele alınan şey, görüşme yapılan kişilerin yaşam olaylarıdır (Kuş, 2012, s. 88). Bu bağlamda araştırma nitel araştırma deseni ile gerçekleştirilmiştir. Yıldırım ve Şimşek (2013, s. 45)'in de belirttiği gibi nitel araştırma, “gözlem, görüşme ve doküman analizi gibi nitel veri toplama yöntemlerinin kullanıldığı, algıların ve olayların doğal ortamda, gerçekçi ve bütüncül bir biçimde ortaya konmasına yönelik nitel bir sürecin izlendiği araştırma” olarak tanımlanmaktadır. Bu yöntem insanların ne şekilde yaşadığını, hangi olaya ve duruma nasıl tepki verdiğini ve nasıl davrandığını anlamaya çalışmaktadır. Nitel araştırma, “insanların ve kültürlerin ayrıntılı, derinlemesine bir tanımını yapmak, insanların gerçekliğe yükledikleri anlamı, olayları, süreçleri, kavrayışı ve anlayışlarını ortaya koymak için yapılan bir eylemdir” (Kümbetoğlu, 2012, s. 47).

Bu araştırmada olgubilim (fenomenoloji) deseninden yararlanılmıştır. Olgubilim deseni “farkında olduğumuz ancak derinlemesine bir anlayışa sahip olmadığımız olgulara odaklanmaktadır” (Yıldırım ve şimşek, 2013, s. 78). Bir başka tanımlamayla, fenomenolojik yaklaşımda, araştırmacı araştırmaya katılan kişiler tarafından tanımlanan bir olgu/fenomen ile ilgili deneyimlemiş olduğu yaşantıların “öz”ünü tanımlamaktadır (Creswell, 2003, s. 15; Leech ve Onwuegbuzie, 2007). Denzin ve Lincoln (1994)’a göre nitel araştırmada “şeyler” kendi ortamlarında ve fenomenler ise kişilerin onlara atfettiği manalar aracılığıyla anlaşılmaktadır (akt. Kuş, 2012, s. 77).

Araştırmada nitel yöntemin kullanılmasının nedeni, ruhsal hastalığı olan bireye sahip ebeveynlerin yaşantılarını kendi anlamlandırmaları doğrultusunda belirlemeye ve anlamaya çalışmaktır. Araştırmada nitel araştırma yöntemi kullanılarak, şizofreni hastası bireylerin ebeveynleri ile derinlemesine görüşmeler yapılmış ve ebeveynlerin yaşantıları kendi duygu, düşünce ve algılamaları ile belirlenmeye ve anlaşılmaya çalışılmıştır. Ayrıca araştırma sürecine katılan bireylerin kendisini, süreci ve yaşantılarını ifade etme biçimleri, jest ve mimikleri, duygu ifadeleri, benzer olayları anlamlandırma biçimleri de gözlem yoluyla değerlendirilmiş ve verilerin analizi sürecinde kullanılmıştır.

2.2. Çalışma Grubu

Bu araştırmanın çalışma grubunu, Ankara ilinde bulunan Yenimahalle Toplum Ruh Sağlığı Merkezi’nden hizmet alan şizofreni hastası bireylerin anne ve babaları oluşturmaktadır. Araştırmaya katılacak olan bireyler belirlenirken, sosyo-kültürel, ekonomik durum ve eğitim düzeyi gibi değişkenler açısından herhangi bir sınıflandırmaya gidilmemiş ve bu bireylerin belirli bir yaşam döngüsü içinde yer alma durumu gözetilmemiştir. Bunun nedeni bireylerin yaşadığı süreçlerin “farklılıklar çerçevesinde” değerlendirilmesine olanak sağlamaktır. Bu bağlamda farklı deneyimlerin ortaya çıkarılmasını sağlamak ve böylelikle araştırmayı zenginleştirmek amaçlanmaktadır. Araştırmanın nitel araştırma deseni ile

gerçekleştirilmiş olması nedeniyle çalışma evreni alınmış ve bu çalışma evreninin içinden Ankara ilindeki toplum ruh sağlığı merkezine başvuran, araştırmaya katılmaya gönüllü olan şizofreni hastası bireylerin ebeveynleri ile görüşmeler gerçekleştirilmiştir.

Araştırmada görüşme yapılacak bireylerin Toplum Ruh Sağlığı Merkezi aracılığıyla seçilmiş olmasının nedeni, bu merkezlerin Türkiye için yeni bir model olması ve bu bağlamda görüşme yapılacak bireyler açısından bu merkezlerin değerlendirilmesinin sağlanması; bu merkezlerin kurum bakımından ziyade toplum temelinde bakımı destekleyerek hasta ve ailesine yönelik damgalamayı azaltmayı hedef alması ve son olarak bu merkezlerde ailelere yönelik olarak verilen hizmetlerin ailelerin yaşantısına ne ölçüde katkı sağladığının anlaşılmasına çalışılmasıdır.

Araştırmada veri toplama yerlerinin Ankara ilinde bulunan toplum ruh sağlığı merkezleri olarak belirlenmesinin nedeni, TÜİK 2017 verilerine göre Türkiye sıralamasında en çok göç alan iller sıralamasında Ankara'nın ikinci sırada yer alması (http://www.tuik.gov.tr/VeriBilgi.do?alt_id=1067, Erişim Tarihi: 2.4.2018) ve bu durumun, verilerin sosyo-kültürel çeşitliliğini artırarak çalışmayı zenginleştireceği düşüncesidir.

Araştırmanın Ankara ilindeki tüm toplum ruh sağlığı merkezlerinde yapılması planlanmıştır ancak Yenimahalle Toplum Ruh Sağlığı Merkezi dışındaki diğer toplum ruh sağlığı merkezleri tarafından araştırma izni verilmemiştir. Bu bağlamda Yenimahalle Toplum Ruh Sağlığı Merkezi'nden hizmet alan hastaların ebeveynleri ile görüşmeler gerçekleştirilmiştir. Merkezdeki ruh sağlığı profesyonelinin yardımı ile ulaşılabilecek olan hastaların ebeveynlerinin bir listesi oluşturulmuştur. Bu listedeki ebeveynler sıra ile aranmıştır ve araştırmaya katılmaya gönüllü olan ebeveynlerle görüşmeler gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın pilot uygulaması ise Şizofreni Dernekleri Federasyonu'na üye olan beş ebeveyn ile gerçekleştirilmiştir.

Araştırmada genel olarak hastalık öncesi ve sonrası süreci kapsayan yaşantıların değerlendirilmiş olmasından dolayı cinsiyet özelliği göz önünde

bulundurulmuştur. Böylelikle bu süreçte, kadının ve erkeğin rollerinin nasıl şekillendiği anlaşılmaya çalışılmıştır.

Araştırma sürecine katılan ebeveynlerin çocuklarının en az beş yıldır şizofreni tedavisi gördüğü belirtilmiştir. Araştırmanın ilk aşamasında ilk epizod hastalarının ebeveynleri ile de derinlemesine görüşmeler yapılması planlanmış ancak bu durumda olan iki hasta yakınına ulaşılmış ve bu hasta yakınları görüşmeye istekli olmamıştır.

Ebeveynler ile yapılan derinlemesine görüşmeler, araştırmacı tarafından uygun görülen noktada sonlandırılmıştır. Tutty ve ark. (1996, s. 78)'na göre sonlandırmadaki temel düşünce, temel konularla ilgili bilgiler tekrarlanmaya başladığında, uygun görülen noktada görüşmeyi tamamlamaktır. Lincoln ve Guba (1985), görüşmelerin sonlandırılmasına ilişkin karar vermede, araştırmacının zaman, bütçe ve sınırlılıklar gibi tüm kaynaklarının tükenmesi; ulaşılmaması hedeflenen tüm kategorilerde verilerin toplanması; toplanan verilerin sıklıkla tekrarlanması ve birbiriyle örtüşmeye başlaması ve çalışmanın odağından ayrılmaya başlanması gibi bazı temel ilkelerin göz önünde bulundurulması gerektiğini ifade etmiştir (akt. Tutty ve ark., 1996, s. 82). Bu bilgiler doğrultusunda bu araştırma, şizofreni hastası çocuğu olan, 15 kadın ve 15 erkek (15 aileden anne-baba) olmak üzere toplamda 30 kişi ile görüşülerek tamamlanmıştır.

2.2.1. Araştırmaya Katılan Bireylerin Özellikleri

Bu araştırmada çocuğu şizofreni hastası olan ebeveynlerle derinlemesine görüşmeler yapılmıştır. Ebeveynlerin yaşantılarının derinlemesine bir şekilde analiz edilebilmesi için ebeveynleri tanıtıcı bilgilere yer verilmesi gerekmektedir. Araştırmanın bu bölümünde araştırmaya katılan ebeveynlere yönelik tanıtıcı bilgilere yer verilecektir.

Araştırmaya katılan ebeveynlerin gerçek isimleri, gizlilik ilkesi doğrultusunda kullanılmamıştır. Ebeveynlerin gerçek isimleri yerine her bir aileye bir ağaç ismi

verilmiştir (ör. ÇamA, ÇamB). Anneler A harfi, babalar B harfi ile gösterilmiştir. Ağaç isimlerinin verilmesinin nedeni, ağacın yaşam enerjisi ve gücünü temsil ettiği düşüncesidir.

ÇamA: 55 yaşında. İki çocuğu var. Lise mezunu. Çocuğuna hastalık teşhisi konulduktan sonra istifa etmiş, daha sonra tekrar çalışmaya başlamış. Özel sektörde çalışıyor.

ÇamB: 65 yaşında. İki çocuğu var. Üniversite mezunu. Emekli ve özel sektörde çalışıyor.

KayınA: 65 yaşında. Üç çocuğu var. Üniversite mezunu. Çocuğuna hastalık teşhisi konulduktan sonra istifa etmiş.

KayınB: 73 yaşında. Üç çocuğu var. Üniversite mezunu. Emekli ve çalışmıyor.

MeşeA: 45 yaşında. Üç çocuğu var. Lise mezunu. Çalışmıyor.

MeşeB: 60 yaşında. Üç çocuğu var. Üniversite mezunu. Emekli ve özel sektörde çalışıyor.

ÇınarA: 57 yaşında. İki çocuğu var. İlkokul mezunu. Çalışmıyor.

ÇınarB: 66 yaşında. İki çocuğu var. İlkokul mezunu. Emekli ve özel sektörde çalışıyor.

SöğütA: 55 yaşında. İki çocuğu var. Ortaokul mezunu. Emekli ve çalışmıyor.

SöğütB: 74 yaşında. İki çocuğu var. Lise mezunu. Emekli ve çalışmıyor.

ZeytinA: 65 yaşında. İki çocuğu var. İlkokul mezunu. Çalışmıyor.

ZeytinB: 66 yaşında. İki çocuğu var. Lise mezunu. Emekli ve özel sektörde çalışıyor.

SığlaA: 45 yaşında. Bir çocuğu var. Üniversite mezunu. Devlet memuru.

SığlaB: 47 yaşında. Bir çocuğu var. Üniversite mezunu. Devlet memuru.

SedirA: 62 yaşında. Dört çocuğu var. Ortaokul mezunu. Emekli ve çalışmıyor.

SedirB: 62 yaşında. Dört çocuğu var. İlkokul mezunu. Esnaf.

GürgenA: 57 yaşında. Üç çocuğu var. İlkokul mezunu. Çalışmıyor.

GürgeB: 63 yaşında. Üç çocuğu var. Lise mezunu. Emekli ve özel sektörde çalışıyor.

HuşA: 50 yaşında. Dört çocuğu var. İlkokul mezunu. Çalışmıyor.

HuşB: 55 yaşında. Dört çocuğu var. Lise mezunu. Özel sektörde çalışıyor.

ArdıçA: 54 yaşında. Dört çocuğu var. Lise mezunu. Emekli ve çalışmıyor.

ArdıçB: 60 yaşında. Dört çocuğu var. Lise mezunu. Emekli ve özel sektörde çalışıyor.

DefneA: 55 yaşında. İki çocuğu var. Lise mezunu. Çocuğuna hastalık teşhisi konulduktan sonra istifa etmiş.

DefneB: 58 yaşında. İki çocuğu var. Lise mezunu. Özel sektörde çalışıyor.

LadinA: 56 yaşında. İki çocuğu var. Ortaokul mezunu. Çalışmıyor.

LadinB: 57 yaşında. İki çocuğu var. Lise mezunu. Emekli ve çalışmıyor.

ServiA: 52 yaşında. İki çocuğu var. Üniversite mezunu. Çalışmıyor.

ServiB: 50 yaşında. İki çocuğu var. Lise mezunu. Özel sektörde çalışıyor.

IhlamurA: 50 yaşında. Üç çocuğu var. Lise mezunu. Çalışmıyor.

IhlamurB: 54 yaşında. Üç çocuğu var. Üniversite mezunu. Özel sektörde çalışıyor.

Araştırmaya katılan babaların yaş aralığının 47-74, annelerin ise 45-65 yaş aralığında olduğu görülmektedir. Katılımcıların eğitim durumuna bakıldığında 5 babanın üniversite, 8'inin lise ve 2'sinin ilkokul mezunu olduğu; annelerin ise 3'ünün üniversite, 5'inin lise, 3'ünün ortaokul ve 4'ünün ilkokul mezunu olduğu görülmektedir. Katılımcıların çalışma durumuna bakıldığında çoğu babanın emekli olmasına rağmen gelir getiren bir işte çalıştığı; 2 annenin gelir getiren bir işte çalıştığı, 2 annenin çocuğuna hastalık teşhisi konulduktan sonra istifa ettiği ve 1 annenin ise istifa ettikten sonra tekrar gelir getiren bir işte çalışmaya başladığı görülmektedir. Babaların emekli olduktan sonra çalışmaya devam etmesinin nedenleri arasında, ailenin ekonomik durumunun hastalık teşhisinden sonra olumsuz etkilenmesi, hastanın iş bulmada güçlükler yaşaması ve babaların ev içinde fazla zaman geçirmek istememesi olarak düşünülebilir. Bazı annelerin ise hastalık teşhisi

konulduktan sonra istifa ettiği gör÷lmektedir. Bu durumun temel nedenlerinden biri annenin bakım sorumluluğunun neredeyse tamamını üstlenmesi ve toplumsal cinsiyet bakış açısıdır. Araştırmada özellikle çalışan bazı annelerin çocuğuna gereken zamanı ayıramadığı için yakın çevresi tarafından suçlandığı ve hastalığın sebebi olarak gör÷ldüğü belirlenmiştir.

2.3. Veri Toplama Araçları ve Yöntemi

Araştırmada veri toplama aracı olarak yarı yapılandırılmış görüşme formu kullanılmıştır. Araştırmada veriler, araştırmacı tarafından hazırlanan yarı yapılandırılmış görüşme formu aracılığıyla gerçekleştirilen derinlemesine görüşmelerle toplanmıştır. Kuş (2012)'a göre derinlemesine görüşmeler, araştırmaya katılan bireylerin düşünce ve duygularını, bakış açılarını derinlemesine bir şekilde anlayabilmek amacıyla gerçekleştirilen görüşmelerdir.

Araştırmada kullanılan ve araştırmacı tarafından oluşturulan yarı yapılandırılmış görüşme formu ile şizofreni hastalarının ebeveynlerinin hastalık teşhisi konmadan önceki; hastalık belirtileri başladıktan ve hastalık teşhisi konulduktan sonraki yaşantıları; tüm bu süreçlerde fiziksel, sosyal, bilişsel, duyuşsal ve tinsel alanlarında gör÷len değişiklikleri, farklılıkları anlayabilmek amaçlanmıştır. Ayrıca bir kadın olarak annenin, bir erkek olarak babanın süreç içerisindeki duygu ve düşünceleri, yerine getirdiği roller, baş etme şekilleri ve geleceğe yönelik beklentileri güçlendirme yaklaşımının unsurlarıyla anlaşılmaya çalışılmıştır. Bunların yanısıra şizofreni hastalığının, aile sisteminde yarattığı değişimler ve farklılaşmalar da belirlenmeye çalışılmıştır.

Yarı yapılandırılmış görüşme formunda katılımcıları, katılımcıların aile yapısını ve ilişkilerini anlamaya yönelik sorular yer almaktadır. Daha sonra hastalık belirtileri başlamadan önceki yaşantıları ve hastalık belirtileri başladıktan sonra değişen yaşantılarını anlamaya yönelik sorular yer almaktadır. Ebeveynlerin yaşantılarının derinlemesine bir şekilde anlaşılabilmesi için her bir gelişim boyutuna

(tinsel, fiziksel, bilişsel, duyuşsal, sosyal ve tinsel) ilişkin sorular o gelişim boyutunun özelliği göz önünde bulundurularak hazırlanmıştır.

Katılımcıların sosyo-demografik ve aile özelliklerine ilişkin bilgiler alındıktan sonra, ebeveynlerin birbiriyle ve çocuklarıyla ilişkisini anlamaya yönelik sorular sorulmuştur. Daha sonra ebeveynlere, şizofreni hastası çocuğun, bebeklik ve çocukluk dönemine ilişkin kişilik özelliklerini, aile ve arkadaş çevresi ile olan ilişkilerini içeren sorular yönlendirilmiştir. Tüm bu sorular güçlendirme odağında, hastalık karşısında ailenin ve ebeveynlerin tutumunun, duygu ve düşüncelerinin nasıl şekillendiğinin anlaşılmasına yönelik olarak oluşturulmuştur.

Derinlemesine görüşmelere başlamadan önce, ilk olarak araştırmacı anne ve babayı birlikte görmüş, onlara kendisini tanıtmış ve kendileriyle ayrı ayrı görüşeceğini belirtmiştir. Uygun görüşme ortamına geçildikten sonra araştırmacı kendisini tanıtmış; araştırmanın konusu, amacı ve görüşmeden elde edilen bilgilerin araştırmanın amacı dışında kullanılmayacağı hakkında katılımcılara bilgi vermiştir. Görüşmeye başlamadan önce görüşmenin ses kayıt cihazına alınması ile ilgili görüşmeciden onay alınmıştır. Toplamda görüşülen otuz katılımcının ikisi görüşmenin ses kayıt cihazına alınmasını istememiştir. Bu iki katılımcıdan elde edilen bilgiler yazılı olarak kayıt altına alınmıştır. Katılımcıların araştırmanın amacı dışında araştırmacıdan herhangi bir talepte bulunmasını veya beklenti içine girmesini önleyebilmek için görüşmelere başlamadan önce, daha önceden araştırmacı tarafından hazırlanmış olan bilgilendirilmiş onam formu katılımcılar tarafından imzalanmıştır.

Daha önce de belirtildiği gibi, ruhsal hastalıklar sadece hasta olan bireyi değil, bu bireylerin ailesini ve sosyal çevresini de etkileyen bir durumdur. Makro düzeyde bakıldığında ruhsal hastalıkların toplum düzeyindeki yansımalarının da değerlendirilmesi gerekmektedir. Bu şekilde neredeyse tüm sistem ve yapılarla temas halinde olan bu konunun, cinsiyet odağında da ayrıca ele alınması gerekmektedir. Toplumsal cinsiyet bakış açısı çerçevesinde bakım vermenin kadının temel görevlerinden biri olarak görülmesi, hastalığın ve hastalık sürecinin kadın ve erkeğe

göre anlamlarını farklılaştırabilmektedir. Araştırmada şizofreni hastası bireylerin anne ve babasıyla ayrı ayrı derinlemesine görüşmeler gerçekleştirilmiştir. Bunun nedeni hastalık sürecinin ve yaşantıların kadın ve erkek için ne anlama geldiğini; anne ve baba olmanın ötesinde kadın ve erkeğin toplumsal cinsiyet algılarının yaşantılara nasıl yansıdığını; bu süreçte kadın ve erkeğin kendisini güçlü ve güçsüz kılan yaşam olaylarını nasıl değerlendirdiğini bütüncül bir şekilde ele alıp değerlendirebilmektir.

Yarı yapılandırılmış görüşme formu oluşturulmadan önce konuyla ilişkili kapsamlı bir literatür taraması yapılmış, sonrasında uzman görüşü alınarak yarı yapılandırılmış görüşme formu oluşturulmuştur. Yarı yapılandırılmış görüşme formunun güvenilirliğini artırmak amacıyla üçü kadın ikisi erkek beş kişi ile pilot çalışma yapılmış ve işlerliği olmayan sorular araştırmacı tarafından yeniden düzenlenmiştir. Hastalık öncesi süreçten hastalık sürecine uzanan yaşantıların güçlendirme yaklaşımı açısından analiz edilmesini sağlamak amacıyla hazırlanan yarı yapılandırılmış görüşme formu öncelikle ebeveynlerin sosyo-demografik bilgilerini ve özelliklerini; hastalık ortaya çıkmadan önceki yaşantılarını; fiziksel, sosyal, duyuşsal, bilişsel ve tinsel boyutlarda hastalık süreci yaşantılarını ve tüm bu süreçlerde ebeveynlerin yaşantılarının güçlendirme yaklaşımı açısından bütüncül bir şekilde değerlendirilmesini ve anlaşılmasını amaçlayan yönlendirici olmayan, tarafsız açık uçlu sorulardan oluşmuştur. Araştırmacı, görüşme sırasında yarı yapılandırılmış görüşme formundaki soruları tek tek katılımcıya sormamıştır; dolayısıyla görüşmeler “sohbet ortamında” sürdürülmeye çalışılmıştır. Araştırmacı katılımcıdan öncelikle kendisini tanıtmayı istenmiştir. Daha sonra aile sistemini ve ilişkilerini anlamak için katılımcıdan aile yapısı hakkında bilgi verilmesi istenmiştir. Görüşmenin ilk dakikalarında araştırmacı hem katılımcıyla güven ilişkisi kurmak hem de katılımcının yaşadığı süreçle ilgili ilk aklına gelen “çarpıcı” yaşam süreçlerini anlatabileceği düşüncesiyle görüşme sürecine çok fazla müdahale etmemiştir. Bu aşamadan sonra araştırmacının temel aldığı güçlendirme yaklaşımı ve beş temel gelişim boyutu doğrultusunda hazırlanan sorular görüşmeciye yönlendirilerek görüşme süreci devam etmiştir. Derinlemesine görüşmeler, öncelikle hastalık ortaya çıkmadan önceki süreçte, katılımcıların aile yapısını, fiziksel, sosyal,

bilişsel, duyuşsal ve tinsel alanlarını anlamaya yönelik sorularla devam etmiştir. Ayrıca hastalık öncesi süreçte ailenin ve özelde katılımcının ruhsal hastalıklarla ilgili bilgi düzeyi ve ruhsal hastalıklara yönelik bakış açısı anlaşılmaya çalışılmıştır. Sonrasında hastalık belirtilerinin ortaya çıkmaya başladığı ve hastalık teşhisinin konulduğu süreçte aile içi dinamiklere ve kişilerin fiziksel, sosyal, bilişsel, duyuşsal ve tinsel alanlarına yönelik sorular sorulmuş; toplum, aile ve birey bazında katılımcının yaşadığı değişimler katılımcının anlatılarıyla anlaşılmaya çalışılmıştır. Son olarak katılımcılara gelecekle ilgili beklentilerine, duygu ve düşüncelerine yönelik sorular sorulmuştur. Tüm bu süreçlerde bireyi “güçlü” ve “güçsüz” kılan unsurlar değerlendirilmeye çalışılmıştır.

Ebeveynlerle gerçekleştirilen derinlemesine görüşmeler, katılımcıların duygularını ve düşüncelerini rahat bir şekilde paylaşmalarına olanak sağlayacak mekanlarda yapılmaya çalışılmıştır. Bu mekan daha çok toplum ruh sağlığı merkezinin okuma salonu olmuştur. Bunun yanı sıra çalıştığı yerden izin alamayan bireylerle görüşme yapabilmek için bu bireylerin iş yerine gidilmiştir. Derinlemesine görüşmelerden en kısa olanı 50 dakika en uzun olanı ise 165 dakika sürmüştür. En uzun süren görüşmeler kadınlarla, en kısa süren görüşmeler ise erkeklerle gerçekleştirilmiştir. Derinlemesine görüşmeler sırasında kadınlar erkeklere göre duygu ve düşüncelerini daha yoğun bir şekilde ifade etmiştir.

Görüşmeler sırasında araştırmacı ve katılımcı arasında mesafeli ve soğuk bir ilişki kurulmamıştır. Kuş (2012, s. 89) nitel görüşmelerde araştırmacının duygularını gizlememesinin ve görüşme yaptığı kişiye karşı mesafeli olmamasının önemine vurgu yapmıştır. Bununla paralel olarak Rubin ve Rubin (1995) görüşme sırasında duyguların önemine vurgu yapmıştır. Böylelikle hem erkek hem de kadın katılımcıların çoğunluğu duygu ve düşüncelerini samimi bir şekilde paylaşmıştır. Araştırmacının kadın olmasından kaynaklı olarak kadın katılımcılar daha açık ve ayrıntılı bir şekilde paylaşımda bulunmuştur. Araştırmacı görüşme sırasında jest, mimik ve beden diliyle katılımcıyı dinlediğinin, katılımcının duygu ve düşüncelerinin kendisi için oldukça önemli olduğunun mesajını vermeye çalışmıştır. Ayrıca araştırmacı mesleki bilgisi dahilinde katılımcıların sorduğu soruları

yanıtlamış ve bunun dışında katılımcıların ihtiyaç duyduğu alanlarda onları bilgilendirmiştir. Görüşme boyunca araştırmacı gerekli gördüğü yerde katılımcının kendisinde var olan ancak farkında olmadığı güç unsurlarına vurgu yapmıştır. Böylece bireyin yaşadığı tüm süreçlerde kendisini “güçlü” ve “güçsüz” kılan unsurlar hakkında katılımcıyı düşünmeye sevk etmiş ve farkındalığını artırmaya çalışmıştır.

Araştırmanın oldukça hassas bir konuyu kapsamaması, zaman zaman görüşme sırasında katılımcılarda duygu boşalmasına neden olmuş, katılımcı rahatladıktan sonra görüşmeye devam edilmiştir. Bu durum kadın katılımcıların neredeyse tamamında görülmüştür. Bununla birlikte dört erkek katılımcı da yaşadığı yoğun duyguyu ağlayarak ifade etmiştir. İki erkek katılımcı ağladığı için araştırmacıdan özür dilemiştir. Araştırmacı bu durumun kadın için de erkek için de oldukça normal bir durum olduğunu söyleyerek katılımcıları desteklemiş ve rahatlatmaya çalışmıştır. Araştırmacı tüm katılımcılara gereksinimleri ve istekleri doğrultusunda mesleki ve manevi destek vermeye çalışmıştır.

Görüşmenin sonunda katılımcıların neredeyse tamamı, görüşmenin kendisine çok iyi geldiğini ifade etmiş ve şu sözleri söylemiştir: “farkındalığımın arttığını hissettim”, “keşke sizinle arada bir de olsa görüşebilsek”, “suçluluk duygum az da olsa azaldı”, “garip bir şekilde kendimi mutlu hissediyorum”, “konuşmaya o kadar ihtiyacım varmış ki inanın çok rahatladım”.

“Ne zamandır kendimi kapatmışım her şeye. İlk başta gelmek istemedim görüşmeye. Ama şimdi diyorum ki iyi ki gelmişim. Telefonunuzu alsam arada bir de olsa görüşebilsek ne iyi olur aslında. Allah sizden razı olsun” (İhlamurA, 50).

“Garip bir şekilde kendimi mutlu hissediyorum. Halbuki hayatım çok karanlıktı. Ne iyi geldi. Zamanınız olsa da saatlerce konuşsak. Sanki sizinle uzun zamandır tanışıyor gibi hissettim. Ben hep kendimi güçsüz sanardım. Siz benimle ilgili o şeyleri söyleyince ben güçlü bi kadınmışım dedim. Kendime güvenim arttı...” (ZeytinA, 65).

“Yani ilk zamanlarda kimseyle bir şey paylaşamadım, kendi ailemle bile. Ama işte insan konuşmak paylaşmak istiyor. Yeni yeni yakın birkaç arkadaşım ile konuşuyorum. Ama işte Allah kimsenin başına vermesin, başına gelmeyen senin halinden ne kadar anlar ki o yüzden arkadaşlarımla konuşsam da kendimi çok da rahatlamış hissetmiyorum. Ama sizle konuşunca çok rahatladım, iyi hissettim yani...” (SedirB, 62).

Bazı katılımcılar, ruh sağlığı alanında çalışan bazı meslek elemanlarının ailelerin sorunlarını detaylı bir şekilde dinlemediğini, bundan dolayı kendisini değersiz ve çaresiz hissettiğini ifade etmiştir. Bu katılımcılar görüşme sonunda, uzun zamandır ve belki de ilk defa kendisini rahatlamış ve güçlenmiş hissettiğini ifade etmiştir.

Görüşmeye başlamadan önce katılımcılara araştırmanın amacı hakkında bilgi verildikten sonra, katılımcılardan elde edilen bilgilerin, çocuğuna yeni teşhis konmuş ve sürecin başında olan aileler için yol gösterici olacak olması bakımından son derece önemli olduğu belirtilmiştir. Bu durum katılımcıların kendisini mutlu ve iyi hissetmesini sağlamıştır. Dolayısıyla katılımcılar yaşadığı süreçle ilgili anlatılarının ne kadar önemli olduğunu farkına varmıştır.

Yapılan derinlemesine görüşmeler sonunda, kadınlar en azından haftada bir veya iki kere uzman bir kişiyle görüşme yapmasının, yaşadığı süreci biraz olsun kolaylaştıracağını, kendisini güçlendireceğini ve bilinçlendireceğini ifade etmiştir. Erkek katılımcıların da çoğunluğu görüşme sonunda kendisini iyi hissettiğini ve bu görüşmelerin hasta aileleri için oldukça önemli olduğunu belirtmiştir. Erkek katılımcılardan ikisi, yaşadığı süreçle ilgili ilk kez bir kişiyle oldukça açık bir şekilde paylaşımda bulunduğunu ve ilk kez bir kişinin karşısında ağladığını ifade etmiştir.

2.4. Verilerin Analizi

Araştırmada veriler, araştırmacı tarafından hazırlanan yarı yapılandırılmış görüşme formu ile gerçekleştirilen derinlemesine görüşmelerle toplanmıştır. Katılımcılardan toplanan veriler, araştırmacı tarafından analiz edilmiştir. Araştırmadan elde edilen verilerin analizinde Maxqda2018 programı kullanılmıştır.

Toplam 30 katılımcıyla gerçekleştirilen görüşmeler sonucu elde edilen ses kayıtlarının yazıya dökümü gerçekleştirilmiştir. Bu döküm yaklaşık olarak 1000 sayfa tutmuştur. Veriler tematik analiz yöntemine göre analiz edilmiştir. Kapsamlı bir literatür taraması sonucunda, araştırmanın amaçları ve kuramsal doğrultusunda ana temalar ve alt temalar belirlenmiştir. Tüm görüşmeler gerçekleştirildikten sonra, görüşmelerden elde edilen metinler tekrar tekrar okunarak ana temalarda ve alt temalarda gerekli görülen düzenlemeler yapılmıştır. Ana temalar, araştırmanın kurgusuyla ilişkili olarak ebeveynlerin fiziksel, sosyal, bilişsel, duyuşsal ve tinsel alanlarındaki değişimler ve güçlenme/güçsüzleşme sürecine etki eden unsurlar bağlamında belirlenmiştir. Verilerin analizinde gözlem notlarından da yararlanılmıştır.

2.5. Süre ve Olanaklar

Araştırma, 2015-2018 tarihleri arasında Ankara’da gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın verileri ise Eylül 2016- Nisan 2017 tarihleri arasında toplanmıştır. Araştırmanın tüm maliyeti, araştırmacı tarafından karşılanmıştır.

3. BULGULAR

Şizofreni hastası çocuğu olan ebeveynlerin yaşantılarının, fiziksel, sosyal, bilişsel, duyuşsal ve tinsel olmak üzere beş gelişim boyutu çerçevesinde, güçlendirme yaklaşımı temelinde değerlendirildiği bu araştırmanın bulgularının analizi sonucunda “Hastalık Öncesi Süreçte Ebeveynlerin Yaşantıları”, “Hastalık Sonrası Süreçte Ebeveynlerin Güçlenme Odağında Yaşantıları”, “Anne-Baba Olmanın Ötesinde Kadın-Erkek Olarak Yaşantıların Değerlendirilmesi” ve “Ebeveynlerin Geleceğe Yönelik Düşünceleri” olmak üzere dört tema ortaya çıkmıştır.

“Hastalık Öncesi Süreçte Ebeveynlerin Yaşantıları” teması altında ebeveynlerin aile ilişkileri ve ebeveynlerin ruhsal hastalıklara yönelik duygu-düşüncelerine dair bulgular yer almaktadır. “Hastalık Sonrası Süreçte Ebeveynlerin Güçlenme Odağında Yaşantıları” teması altında, ebeveynlerin fiziksel, sosyal, bilişsel, duyuşsal ve tinsel boyutta yaşantıları yer almaktadır. “Anne-Baba Olmanın Ötesinde Kadın-Erkek Olarak Yaşantıların Değerlendirilmesi” teması altında toplumsal cinsiyet rolleri bağlamında kadın ve erkeğin güçlenme sürecini etkileyen unsurlar ile ebeveynler için şizofreni hastası çocuğun cinsiyetinin hastalık sürecindeki önemine dair bulgulara yer verilmiştir. Son olarak “Ebeveynlerin Geleceğe Yönelik Düşünceleri” teması altında ebeveynlerin kendi geleceklerine ve şizofreni hastası çocuğunun geleceğine dair bulgulara yer verilmiştir.

Araştırmada ortaya çıkan tüm tema ve alt temalar, ebeveynlerin güçlenme-güçsüzleşme sürecini etkileyen unsurlar çerçevesinde değerlendirilmeye çalışılmıştır. Bununla birlikte ebeveynlerin yaşantılarının bütüncül bir şekilde değerlendirilebilmesi açısından, yaşantılar fiziksel, sosyal, bilişsel, duyuşsal ve tinsel boyutta analiz edilmeye çalışılmıştır. Her ne kadar yaşantılar bu beş gelişim boyutunda ayrı ayrı temalaştırılıp değerlendirilmeye çalışılsa da tüm bu boyutlar birbirinden bağımsız olmayıp, birbiriyle temas içindedir.

Çalışmada ebeveynlerin yaşantılarının derinlemesine bir şekilde analiz edilebilmesi, hastalığın aile sisteminde ortaya çıkardığı değişikliklerin daha iyi anlaşılabilmesi için öncelikli olarak ebeveynlerin hastalık öncesi süreçte yaşantısına, aile ilişkisine, ruhsal hastalıklara yönelik düşüncelerine yer verilmiştir. Sonrasında beş gelişim boyutunda (fiziksel, sosyal, bilişsel, duyuşsal ve tinsel) hastalık sonrası süreçte ebeveynlerin yaşantıları değerlendirilmiştir. Her ne kadar ebeveynler için çocuk ortak bir payda olsa da, özellikle hastalık sürecinde toplumsal cinsiyet rolleri ve bakışı çerçevesinde ebeveynlerin yaşantıları kadın-erkek olarak farklılaşabilmektedir. Bu bağlamda kadının ve erkeğin üstlendiği rollerin, sorumlulukların, duygu ve düşüncelerin ortak havuzda ancak farklı paydalarda değerlendirilme gereği ortaya çıkmaktadır. Bunun yanısıra yaşam boyunca ebeveynleri güçlü ve güçsüz kılan unsurlar ve hastalık süreciyle birlikte farklılaşan yaşantılar, ebeveynlerin geleceğe yönelik düşüncelerini etkileyebilmektedir. Bu nedenle bulgular bölümünde son başlık olarak “ebeveynlerin kendi geleceğine ve şizofreni hastası çocuğunun geleceğine yönelik düşünceleri” uygun görülmüştür.

3.1. Hastalık Öncesi Süreçte Ebeveynlerin Yaşantıları

Bu bölümde, ebeveynlerin yaşantılarının derinlemesine ve bütüncül bir şekilde analiz edilebilmesi açısından, hastalık öncesi süreçte aile ilişkilerine ve ebeveynlerin ruhsal hastalıklara yönelik düşüncelerine dair anlatıları yer almaktadır. Ailede krize neden olan şizofreni hastalığının, çoğu ailede olumsuz yönde farklılaşmaya neden olduğu, bununla birlikte bazı ailelerde olumlu yönde bir değişim yarattığı görülmüştür. Ebeveynlerin ruhsal hastalıklara yönelik düşüncelerinin belirlenmesi, makro düzeyde bu hastalıklara toplumun nasıl baktığını da yansıtabileceği düşüncesiyle oldukça önemlidir. Çünkü ebeveynlerin yarısından fazlası daha önce bu hastalıklara yönelik bilgi ve bilinç sahibi olmadığını, bu hastalara acıdığını ve hastalığın semptomlarını toplumsal söylemlerle (cin çarpması, büyü gibi) ilişkilendirdiğini belirtmiştir.

3.1.1. Ebeveynlerin Aile İlişkileri

Şizofreni hastalığı, ailede krize ve aile ilişkilerinde bozulmalara yol açabilen ruhsal bir hastalıktır. Bu bölümde hastalık öncesi aile ilişkilerinin, araştırmaya katılan bireylerin kendi anlatılarıyla belirlenmek istenmesinin nedeni, hastalık teşhisi konulmadan önce ve sonra aile ilişkilerinde olumlu veya olumsuz yönde bir değişim yaşanıp yaşanmadığının anlaşılmasıdır. Herhangi bir kriz durumunda, aile ilişkilerinin güçlü olması bireylerin var olan durumla başedebilmesini güçlendirmektedir. Araştırmaya katılan ebeveynlerin yarısından fazlasının anlatılarından yola çıkarak, bu ailelerde toplumsal cinsiyet rollerinin baskın olduğu söylenebilmektedir. Kadın katılımcıların büyük bir bölümü, fiziksel ve psikolojik olarak eş desteği göremediğini; eşinin, kendi kök ailesinin olumsuz etkisi altında kaldığını ifade etmiştir. Ebeveynlerin bir bölümü, hastalık teşhisi konuşmadan önce aile ilişkilerinin iyi olduğunu ancak hastalıkla birlikte bozulmaya başladığını; aile içinde, özellikle eşler arasında, çatışmaların yaşandığını ifade etmiştir. Çok az sayıda ebeveyn ise hastalık teşhisi konulmadan önce aile ilişkilerinin güçlü olmadığını, ancak hastalığın ortaya çıkmasıyla birlikte aile üyelerinin birbirine olan desteğinin arttığını belirtmiştir. Aile ilişkileri güçlü olan bazı ebeveynler ise hastalık ortaya çıktıktan sonraki dönemde, sorunlarla birlikte başedebildiğini ifade etmiştir.

Bir baba, ailedeki önemli olayların kendisinden saklandığını, olayı aylar sonra duyduğunu ve ortaya çıktıktan sonra oldukça öfkелendiğini ifade etmiştir. ÇamB'nin anlatılarından, aile üyelerinin kendisi ile kapalı bir iletişiminin olduğu söylenebilmektedir.

Valla şöyle söyleyeyim, pek anlatmıyorlardı zannediyorum. Valla ben, ben zannederim kızarı diye. Büyük bir ihtimalle, bu şeyim yani tahminim. Dolayısıyla anlatmıyorlardı, günler sonra işte, aylar sonra duyuyordum ben bunu. Sıkıntımız da yok, öyle bir beklentim de yok, nereye gitti falan diye. Zaman içerisinde işte dediğim gibi zaman içerisinde bu şeylerden ben iyice öfkелdim. Aylar sonra duyuyorum, bir yerde bir olay olmuş aylar sonra bana söyleniyor, ben o gün yaşanmış gibi hesabını soruyorum veya tepki gösteriyorum. (ÇamB, 65)

Erkeğin, çekirdek ailesine karşı ilgisiz olması ve aile üyeleriyle duygusal paylaşımda bulunmaması, aile üyelerinin birbiriyle olan iletişim tarzını olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Bununla birlikte erkeğin kök ailesinin, çekirdek aile üzerindeki etkisi, eşler arasındaki ilişkinin karmaşıklaşmasına neden olabilmektedir.

Yardımcı olmaz, eskiden de olmazdı. Hiçbir konuda. Olmadı. Hele o yıllarda hiç olmadı, ki hatta yani bizim varlığımızdan bile yerine göre haberi olmadı, ne üç çocuğuyla ne benimle tamamen anneye babaya bıraktı. Çünkü anne baba öyle istiyordu. Bilmiyorum, istiyorlardı, işte o zaman biz de çocuğuz. Zaten şu şartlarda olsa, şu aklımla yapmam. İşte yani öyle, çok kötü de yani geçmedi, öyle vurdu kırdılı, şudur budur onu da şey yapamam. Ama işte o zaman herkes, aşşağı yukarı herkes aynıydı diyebilirim. Yani erkekler biraz daha hassas olduğu için... Bir de eşim ailesine çok bağlıydı o dönemler, çok da duygusaldır. Onların ister istemez şeyinde, etkisinde kalıyor annelerinin. (GürgeA, 57)

Eşler arasında etkili iletişimin olmaması, kadının evinin ve çocuklarının tüm sorumluluğunu üstlenmesi güçsüzleşmesine neden olabilmektedir. Bununla birlikte eşler arasında sürekli bir çatışmanın ve huzursuzluğun olması, hastalık sonrasında özellikle kadının yaşamının oldukça zorlaşmasına ve kimi durumlarda kadının varolan güçlerini görememesine neden olabilmektedir.

Eşim biraz şey yani sorumsuz, böyle kahveden çıkmazdı hala da öyle, sıkıntılar. O kadar zorluk çektim ki... Ben öyle ev işlerine şuna buna giderek işte, çocuğu bi şekilde büyüttüm ama hep kargaşanın içinde büyüdü, yani gürültü, sıkıntı işte... Çaresiz kaldığım zamanlar çok oldu, özellikle bu hastalık şeyinden sonra. (ÇınarA, 57)

Araştırmaya katılan kadınların neredeyse yarısı, hastalık öncesi süreçte eşiyle fiziksel veya duygusal paylaşımının yok denecek kadar az olduğunu, ancak hastalık ortaya çıkmadan önce bu durumla bir şekilde mücadele edebildiğini ifade etmiştir. Bununla birlikte bu kadınlar, çocuğuna hastalık teşhisi konulduktan sonraki süreçte

karşılaştığı güçlüklerin daha da arttığını ve tek başına mücadele etmenin oldukça zor olduğunu belirtmiştir.

Ebeveynlerin çocuklarıyla olan ilişkisine bakıldığında, özellikle babaların erkek çocukla ilişkisinin hastalık öncesi süreçte oldukça iyi olduğu gözlemlenmiştir. Ancak hastalık sonrası süreçte erkek çocuğun hastalığı, babanın bu durumu kabullenememesine ve çocukla ilişkisinin bozulmasına neden olabilmektedir. Bunun dışında araştırmaya katılan bazı babalar, hastalık sonrası süreçte çocuğuna karşı olan sevgisinde bir değişiklik olmadığını ancak hastalığın semptomlarından dolayı çaresizlik ve kızgınlık yaşadığını ve kimi zaman bu durumu çocuğuna yansıttığını ifade etmiştir. Annelerin bazıları ise, hem hastalık öncesi hem de hastalık sonrası süreçte baba ve çocuk arasında sınırlı düzeyde bir iletişimin olduğunu belirtmiştir.

Benim çocuklarımla ilişkim daha iyidir babaya göre. Her şeylerini gelir anlatırlar bana. Ama babayla o kadar değil. Yani bu şeyden sonra da hastalıktan, yani çok seviyorum orası ayrı, ama bazen dayanamıyorum. Kendimi inanır mısınız bir enkaz altında gibi hissediyorum bazen. İşte baba destek değil, uzun süre kabullenmedi zaten işte çocuklarla olan şeyi de iyice bozuldu. Zaten önceden de tek başımaydım ama işte insan böyle durumda destek göremeyince çok zorlanıyor. (MeşeA, 45)

Hepsiyle benim çok iyiydi. Böyle, dövüş, kavga olmaz hiçbi zaman. Çok iyi geçiniyorduk. Bazı tabii şeyler oluyor ev hali. Bu hastalık tabi yıktı bizi ister istemez bazı şeyler de etkileniyor tabi, ilişki anlamında. (ÇınarB, 66)

Araştırmaya katılan ebeveynlerin anlatılarından hem hastalık öncesi hem de hastalık sonrası süreçte, bazı ebeveynlerin ilişkilerinin toplumsal cinsiyet bakış açısı ve rollerine göre şekillendiği görülmektedir. Eşler arası fiziksel ve duygusal paylaşımdan çocukla geçirilen nitelikli zamana kadar birçok durum toplumsal cinsiyet bakış açısına göre şekillenebilmektedir. Bunun dışında aile içi etkileşim tarzında sorun olmayan ailelerin ilişkisinin, hastalık sonrası süreçte her ne kadar bazı sarsılmalar olsa da, eskisi gibi devam ettiği görülmektedir.

3.1.2. Ebeveynlerin Ruhsal Hastalıklara Yönelik Düşünceleri

Ruhsal hastalıklar, toplum tarafından az bilinen ve ötekileştirilen hastalıklar arasında yer almaktadır. Özellikle bazı bölgelerde, ruhsal hastaların toplumun içinde çok fazla yer almaması; ruhsal hastalıklar hakkında toplumda ve medyada birçok yanlış söylemin yer alması, ruhsal hastaların görmezden gelinmesine neden olabilmektedir. Araştırmaya katılan bazı ebeveynler, geçmiş yıllarda “tuhaf davranışları” olan kişilere “deli” denildiğini, çoğu zaman bu kişilerin tedavi bile görmediğini ve tehlikeli olarak düşünüldüğünü ifade etmiştir. Ebeveynlerin çoğunluğu, hastalık ortaya çıkmadan önce, şizofreni hastalığı hakkında bilgi sahibi olmadığını belirtmiştir.

Bazı ebeveynler, şizofreni hastalarını başkalarına zarar veren kişiler olarak düşündüğünü, bu yüzden şizofreni hastalarından çekindiğini ve korktuğunu ancak bu hastalara üzüldüğünü ifade etmiştir.

Yani genelde öldürücü, kesici, kırıcı, deli olarak düşünüyordum. Hatta çoğu zaman dışarıda görüyoruz ya Allah göstermesin onları görünce de çok ağlamıştım. Köprü altında falan yatanlar, değil demek ki bunun, benim çocuğum çok çok iyi. (SedirA, 62).

Şizofreni hastalığı hakkında yeterli bilgi sahibi olmama ve bu hastaların toplumdaki görünürlüğünün az olması, ebeveynlerde farklı duygu ve düşünce kalıplarının oluşmasına neden olmuştur.

Gördüğüm yerde çekinirdim o tür hastalardan. Bi de öncesinde hani görmediğim için bu tür şeyleri bir şey düşünmüyordum yani, üzüliyorum hani o hastaları gördüğüm zaman. (SöğütA, 55)

Herkese çok üzüliordum. Böyle bir hastayı görünce yavrum var ya sanki bu ciğerim ağzıma geliyordu o kadar. Şizofreni nedir bilmiyorduk işte. Abim hastaydı

hani bi ilaç kullanıyordu, onla azıcık sakinleşiyordu. Ne olduğunu da teşhis de koymadılar. Çok üzüliyordum. Ama yani hiç korkmuyordum. (ArdıçA, 54)

Şizofreni adını son yıllarda duymuştum. Nedir? Nasıldır? Onu da bilmiyordum. İnsanın başına gelmeyince.. (GürgenA, 57)

Bazı ebeveynler anlatılarında, ailesinde farklı hareketler sergileyen ve “normal dışı” davranışlarda bulunan kişilerin olduğunu, ancak bu kişilerdeki rahatsızlığın şizofreni olduğunu bilmediğini ifade etmiştir. Geçmiş yıllarda, özellikle ruhsal hastalıklarla ilgili bilgi sahibi olmayan kişiler, yakınlarının “normal dışı” davranışlarının Allah’tan geldiğini düşünebilmekte veya bu durumu birtakım mistik unsurlarla ilişkilendirebilmektedir.

Belki ileri seviyede rahmetlik dedemin bir sıkıntısı oldu. Bir hastalık geçirdi. Sonra rahatladı o da. Böyle bir şey gördük. Onun dışında bir şey, bilimiz yoktu şizofren konusunda. Şizofreni sonra biz yanlış tanıyorduk. Bu hastalığın içine girince yanlış tanıdığımızı anladık. (MeşeB, 60)

Nasıl daha eksiden biz çocukken, delikanlıyken böyle zor duyulurdu hani. Yok ben görmedim, mesela bizim sülalede bir iki tane. Kırar dökerdi ama deli derdik biz ona. Böyle bir şey demezdik. He, derlerdi. Kiminin çocuğunu döver, şey eder. Öyle var, öyle insanları görürdük. Bu işte kaç sene biliyor musun? On beş yirmi senedir çok yayıldı. Mesela yirmi, yirmi beş sene arasında çok yayıldı. Biz bilmezdik böyle. Ben Ankara’da yetiştim. Böyle şööfren midir nedir biz öyle hastalıklar bilmezdik. İşte üç harfliler falan musallat olmuş derlerdi. (ÇınarB, 66)

Araştırmaya katılan ebeveynlerin çoğunluğu, ruhsal hastalıklara yönelik genel toplum yargısının aksine, ruhsal hastalıklar hakkında yeterince bilgi sahibi olmasa bile, bu hastalıklara karşı herhangi bir önyargısının bulunmadığını ifade etmiştir.

Böyle bir durumla hiç karşılaşmadım. Ama önyargım da yoktu (SığlaB, 47)

Çevreden duyuyorduk. Ama asla, dışlama gibi bir olayımız hiç olmadı bu hastalara, zaten dışlasak bu çocukla ilgilenemezdik zaten, inanmazdık daha doğrusu, yani bu çocuğun dediklerine inanmazdık. Ama biz o çocuğun dediklerine inanıyoruz, yani böyle bir sistemin olduğuna da inanıyorum yani. (SedirB, 62)

Araştırmaya katılan bir baba, çocuğuna hastalık teşhisi konmadan önce, çevresinde veya toplumda ruhsal hastalığı olan kişileri gördüğünü ve bu kişilere acıdığını ancak şu an kendisinin acınacak durumda olduğunu ifade etmiştir. Bu babanın içinde bulunduğu durumu “acınılacak bir durum” olarak değerlendirmesi öz saygısını ve öz yeterliliğini, dolayısıyla güçlenme sürecini olumsuz yönde etkileyebilmektedir.

Ailede hiç yoktu. Dışarıda görüyorduk işte. Yazık diyordum o adama ya. Adam nasıl bunları idare ediyor? Nasıl geçiniyor? Nasıl yapıyor? Ne bileyim nasıl engelliyor filan diye düşünürdüm. Ve o acınacak duruma biz düştük ondan sonra. Ama işte Allah’tan gelen birşey tabi. (ArdıçB, 60)

Bazı ebeveynler, şizofreni hastalığının nasıl bir hastalık olduğu hakkında ortalama düzeyde bilgi sahibi olduğunu ancak kendi çocuğunda böyle bir hastalık ortaya çıktıktan sonra bilgi sahibi olmak ve hastalığı yaşamak arasında oldukça büyük farklılıklar olduğunu ifade etmiştir.

Daha önceden ben öyle kitaplar okurdum, şey yapardım öyle, mesela dergilerde, gastelerde, ek köşe yazarları falan, bazıları öyle şeyleri yazarlar.. Ya şöyle. Ben şöyle hatırlıyorum oğlumu götürdüğümde, şizofren hastalığını ilk defa duymuştum. O zaman heralde şeydeydi, ortaokul dönemindeydi. Orada genç bir bayanla oturduk sohbet ettik, eşim şizofren de ben buraya getirdim dedi. Ben bir irkildim, korku anlamında değil, yani neydi diye düşündüm bu şizofrenin ne olduğunu. Sonra sordum nasıl bir şey, işte ilaçlarını falan kullanıyor, otuz seneye yakın. Yok o kadar da yok da 25-26 sene. Onun üzerinde düşünmüştüm. Şizofren hastalığı tabi ki bana da yaşamadığım için garip gelmişti, hani nasıl bir durum diye. Toplum bilmediği için öyle. (ÇamA, 55)

Biliyordum nasıl bir hastalık olduğunu. Ama insanın başına gelmeyince yani.. Çok zormuş gerçekten. Aklımın ucuna gelmezdi birgün ailemde olurmu ki diye. (SığlaA, 45)

Bazı toplumlarda ruhsal hastalığı olan bireylerin aileleri tarafından bağlı olduğu çevreden uzaklaştırılması ve saklanması, toplumun ruhsal hastalıklarla ilgili yeterli bilgiye sahip olmaması ve insanların ruhsal hastalıklarla ilgili geçmiş yaşam deneyimleri ve inanışları, bu kişilerin ruhsal hastalıklarla ilgili yanlış bilinçlenmesine neden olabilmektedir. Bu durum çocuğuna şizofreni teşhisi konulan bazı ebeveynlerin, oluşturduğu önyargı veya yanlış inanışlarla hastalık sürecine başlamasına neden olabilmektedir.

3.2. Hastalık Sonrası Süreçte Ebeveynlerin Güçlenme Odağında Yaşantıları

Ebeveynlerin hastalık sonrası süreçte yaşantıları, ebeveynleri güçlü ve güçsüz kılan unsurlar çerçevesinde beş gelişim boyutunda ayrı ayrı ele alınıp değerlendirilmiştir. Fiziksel boyut teması çerçevesinde, bakım verme sürecinde ebeveynlerin üstlendiği roller ve yaşanan güçlükler, ebeveynlerin kendisine ayırdığı serbest zaman durumu, hastalığın semptomları karşısında ebeveynlerin davranışları ve hastanın ilaç kullanımında ebeveynlerin yaşadığı güçlükler alt temalarına yer verilmiştir.

Sosyal boyut teması altında, eş ilişkileri, ebeveynlerin arkadaş çevresi ile olan ilişkisi, ebeveynlerin akrabaları ile olan ilişkisi, ebeveynlerin şizofreni hastası olan ve olmayan çocukla ilişkisi, ebeveynlere göre sosyal çevrenin şizofreni hastasına ve aileye yönelik tutum ve davranışları, ebeveynlerin sağlık sistemine yönelik düşünceleri ve sağlık profesyonelleriyle olan ilişkisi, ebeveynlerin toplum ruh sağlığı merkezine yönelik düşünceleri ve ruhsal hastalığı olan bireyler ve aileler için ne yapılabilir sorusuna cevapları alt temalarına yer verilmiştir.

Bilişsel boyut teması altında, ebeveynlerin problem ve duygusal odaklı baş etme stratejileri ve hastalıkla ilgili bilgi sahibi olma durumu alt temaları yer almaktadır.

Duyuşsal boyut teması çerçevesinde, hastalığın semptomlarıyla ilgili ebeveynlerin ilk anıları, hastalık teşhisinden sonra ebeveynlerin verdiği ilk duygu tepkileri, ebeveynlerin hastalığı duyuşsal olarak kabullenme süreci ve ebeveynlerin yaşadığı olumlu ve olumsuz duygular alt temaları yer almaktadır.

Tinsel boyut teması çerçevesinde, hastalığın anlamını sorgulama, yaşamın anlamını sorgulama, ebeveynlerin inanç sistemindeki sorgulamalar, ebeveynler için “güç” ve “güçsüzlüğün” anlamı alt temaları yer almaktadır.

3.2.1. Ebeveynlerin Fiziksel Boyutta Yaşantıları

Daha önce de belirtildiği gibi bu çalışmada fiziksel boyut, bakım verme sürecinde ebeveynlerin üstlendiği roller ve yaşanan güçlükler, ebeveynlerin kendisine ayırdığı serbest zaman durumu, hastalığın semptomları karşısında ebeveynlerin davranışları ve hastanın ilaç kullanımında ebeveynlerin yaşadığı güçlükler alt temaları ile analiz edilmeye çalışılmıştır.

Hastalığın ebeveynler üzerinde yarattığı fiziksel zorlamalar, ebeveynlerin yaşam şeklini büyük oranda değiştirmekte ve bireylerin güçsüzleşmesine neden olmaktadır. Hastanın aileyle birlikte yaşamına devam etmesi, hastayla birebir temas halinde olan ebeveynin fiziksel özgürlük alanını da kısıtlamaktadır. Fiziksel bu kısıtlılık durumu ve güçlükler karşısında bazı ebeveynler var olan durumu olumlu çıktılara dönüştürebilme çabası gösterirken, bazıları var olan olumsuz durumun akışına göre yaşamlarına yön vermektedir. Bu noktada ebeveynlerin beslendiği içsel ve dışsal unsurların rolü oldukça önemlidir.

3.2.1.1. Bakım Verme Sürecinde Ebeveynlerin Üstlendiği Roller ve Yaşanan Güçlükler

Şizofreni hastalığının semptomlarıyla başlayan güçlükler ve üstlenilen roller, hastalığın teşhisiyle birlikte ebeveynlerin ve bir sistem olarak ailenin yaşamının farklı bir seyre girmesine neden olmaktadır. Bu süreçte ebeveynlerin hastalığın semptomları karşısındaki davranışlarından hastanın ilaç kullanımı ve hastaneye yatış sürecinde yaşadıkları güçlükler kadar açılan geniş yelpazede, ebeveynlerin kendi özel alanlarında birtakım sınırlar ortadan kalkabilmektedir. Özellikle toplumsal cinsiyet bakış açısı ve kadına atfedilen roller bağlamında, kadınların yaşadığı güçlüklerin erkeklere yani babalara göre daha fazla olduğu gözlemlenmiştir. Bazı anneler hastalık teşhisi konulduğu dönemden itibaren şizofreni hastası çocuğuyla bağımlı bir ilişki geliştirmiştir. Bu süreçte ebeveynleri güçlendiren veya güçsüzleştiren unsurlar, ebeveynlerin yaşama ve yaşamaya olan bakış açısını farklılaştırarak yaşadığı güçlükler olan algısını ve rollerini etkileyebilmektedir.

Bakım verme sürecinde annelerin ve babaların sorumluluk duygusu, üstlendikleri roller, hastalık algısı, süreci anlamlandırma biçimi ve dolayısıyla yaşadığı güçlükler de farklılaşabilmektedir. Bu durum zaman zaman eşler arasında çatışmalara neden olmaktadır. Annenin ve babanın tutum, algı ve davranışlarındaki bu farklılıklarda toplumsal cinsiyet bakış açısının önemli bir rolü olduğu söylenebilmektedir.

Bir baba bu süreçte eşine gerektiği gibi destek sağlayamadığını kabul etmesine rağmen çeşitli savunma mekanizmaları kullanarak haklı olduğunu düşünmekte ve aynı zamanda çalışma koşullarının buna engel olduğunu ifade etmiştir. Bununla birlikte şizofreni hastası çocuğun tüm fiziksel ihtiyaçlarını eşinin karşıladığını, kendisinin sadece maddi destek sağladığını ve bu kadarını yapabildiğini belirtmiştir.

Onun sıkıntılarına gereği kadar eğilemedim çünkü, şöyle söylüyeyim, hep iki günde bir üç günde bir şeye gitmesi gerekiyor, doktora gitmesi gerekiyordu, ben

arada gelebiliyordum, şartlar koşullar onu gerektiriyordu, eşim bunu kabullenemiyordu, benim ilgisiz olduğumu, bütün bu olayın benden kaynaklandığını, olayların sebebinin ben olduğumu düşünüyordu. Eşim her konuda tek başına götürdü. Ben sadece maddi olanak sağladım onlara. Buna mecburdum. Yapsın da dedim yani. Zaman zaman doktor için beni çağırırdı. Bir iki defa gelirsin üçüncü defa gelemezsin ona bozulurdu, yani benim babamın işi değil ki orda, orda da benim patronum var, sorumlu olduğum insanlar var. (ÇamB, 65)

ÇamB, eşinin ev hanımı olduğunu ve bundan dolayı da çocuğuna daha fazla zaman ayırabileceğini kendisinin sürekli olarak işten izin alamayacağını ifade etmiştir. Bu durum erkek açısından, kadının ev hanımı olduğu için iş yükünün daha az ve yaptıklarının daha az önemli olduğu, dolayısıyla daha fazla sorumluluk alması gerektiği bakış açısını yansıtmaktadır.

Ev hanımıydı. Zamanı vardı, zamanı var diye şey ettim, zamanı vardı çünkü. (ÇamB, 65)

Eşlerin birbirine olan desteği, özellikle şizofreni hastası bireyin neredeyse tüm bakım sorumluluğunu alan anneler için oldukça güçlendiricidir. Bir anne, eşinin ev işleri veya bakım sorumluluğuna ilişkin gerçekçi olmayan söyleminin bile duygusal açıdan kendisini iyi hissettireceğini ifade etmiştir.

Biliyorum ölse yardım etmez bana. Çünkü her zaman benim yaptıklarımı küçümsemiştir kendisi. Ne olur sanki yardım etsin şöyle dursun, bir ihtiyacın var mı dese bile nasıl mutlu olurum. (ÇamA, 55)

Şizofreni hastalığının semptomları da ebeveynlerin güçlükler yaşamasına neden olmaktadır. Hastanın sürekli evde kalmak istemesi, dışarı çıkmak istememesi ve kişisel bakımını yapmaması-yapamaması özellikle annelerin fiziksel olarak zorlanmasına neden olmaktadır. Bunun dışında hastanın kişisel bakımını yapmak veya yaptırmak istememesi ebeveynleriyle çatışma yaşamasına neden olabilmektedir.

Kadının, çekirdek ailesinin diğer üyelerden fiziksel olarak destek görmemesi ve neredeyse hastanın tüm bakımını üstlenmesi güçsüzleşmesine neden olmaktadır.

Takıntıları oluyor işte, her şeyden bir problem çıkarabiliyor yani.(SığlaA, 45)

İşte yapacak bir şey yok. Önce dedi ki sen hemen bir tane pijama giy alt dedi daha rahat edersin dedi. Yardım ediyorum, giydiriyorum istemiyor, kızıyor. Benimle uğraşma diyor, bir şey diyor. Kendi istemeyince zor oluyor yaptırmak. Banyosunu da ben yaptırıyorum. Çünkü ilk zamanlar herkes dedi ki kendi şeyini kendi yapsın banyosunu bazen baktım böyle köpük möpük buralarında kalmış. (IhlamurA, 50)

Her şeyi söylememiz gerekiyor, diyorum oğlum tırnağını kes.. Eee ben de ne yapayım gidemiyorum hiçbir yere hapsoldüm. Beni anormal yordu (SöğütB, 74)

Çok dağınık, aşırı dağınık, pis, elini dahi zoraki yıkattırıyorum. Banyoyu zoraki yaptırıyoruz. Dedim oğlum baksırınla otur keseleyeyim seni, sadece suyu kafasına döküp çıkar. Tırnaklarını zorla kestiririz. Ayaklarını yıka, elini yıka, zorla zoraki...(SöğütA, 55)

Yani yataklar mesela..Bazen canı istemiyo banyosunu şuyunu buyunu, öyle oluyo ki oda da kokuyo, yatak kokuyo.. Yani haftada öyle oluyo ki, her gün değişmek zorunda kalmak gerekiyo..Haftada bir yatağını falan komple değişiyor. Yani, her yönden zorluk var. Çünkü bi kere işte, yani istediğin zaman banyosunu, temizliğini odasının temizliği olsun, traşı, bakımı, şu şeyleri, özel bakımları falan yaptıramıyosun, yapmıyo. Saç baş uzuyo, bazen işte babadan yardım istiyo. Canı isteyince işte.. (ÇınarA, 57)

Hastalığın alevlenme dönemleri, aile ve ebeveynler için oldukça zor bir dönemdir. Özellikle hastalık ve hastalığın semptomları ile ilgili bilgi sahibi olmayan veya yetersiz bilgiye sahip olan ebeveynlerin bu durum karşısında verdiği tepkiler ve davranışlar var olan durumu daha da güçleştirebilmektedir. Bununla birlikte hastanın

fiziksel ve sözel şiddeti ebeveynlerin korku yaşamasına neden olmaktadır. Bazı ebeveynler alevlenme döneminde çocuğunu tanıyamadığını, karşısındakinin kendi çocuğu değil de sanki başka biri olduğunu söyleyerek yaşadığı psikolojik durumu yansıtmaktadır. Bunun nedeni ebeveynlerin hastalık ve semptomları hakkında yeterli bilgi sahibi olmaması veya çocuğunun hastalık durumunu kabullenmekte güçlük yaşamaları olarak düşünülebilir.

Bazı zamanlar bu çocuk kim? Benim çocuğum mu diyorum, vuruyo, kırıp geçiriyor. Bana bile saldırdığı oldu. Nasıl anlatsam yaşadığım şeyi anlatamam yani. Mesela eve tek geldiğim zaman evde tek olduğumuz zaman huzursuz oluyorum çünkü odasında çok bıçakla baltayla, demir sopalarla yattı. Bolu'dan rahatsız etti bizi, ilk şeyi Bolu'ya çıkmıştı. İki bıçak aldım sizi öldüreceğim, babası da dediki niye iki aldın oğlum niye masraf yaptın tek getir de ikimizi de aynı bıçakla öldür dedi. (SöğütA, 55)

Bu süreçte kadınların birçoğunun ev işini, bakım sorumluluğunu üstlenmiş olduğu görülmektedir. Bunların yanısıra kök ailenin bakım sorumluluğu ve dışarı işlerinin de kadın tarafından yapılıp, kadının somut olarak eşinden veya başka herhangi birinden destek alamaması bireyin güçsüzleşmesine neden olmaktadır.

Şimdi bak şu ana kadar gidiyorum, bi de doksan yaşında annem var, ona da bakıyorum işte. Gidiyom dışarıya ekmeğimi, şu ihtiyaçlarımı alıyom geliyom, eve giriyom evi temizliyorum, bunların yediklerini temizle, afedersin lavabolarını, yataklarını.. Makine gibiyim. Kendim diye bişey kalmadı. (ÇınarA, 57)

Ebeveynlerin yaş alması fiziksel kısıtlılığa neden olmakta; bu durum da onların bu süreçte daha fazla zorlanmasına ve dolayısıyla güçsüzleşmesine neden olmaktadır. Bununla birlikte ebeveynin, çocuğunun önceki ve sonraki halini karşılaştırması duygusal olarak da ebeveyni güçsüzleştirmektedir. ÇamA, bu durumu şu şekilde ifade etmiştir:

Ee spor yapar, kilosuna bakardı yani çok çok yakışıklı bir adamdı. Saçlarını başlarını uzatır yani mis gibi bir adam. Şimdi dişlerini dahi fırçalamıyor. Bunu hep ben yaptırmak zorundayım. Hadi dişlerini fırçala, yüzüne krem sür, beslenmesinden, yatmasından işte ilaçlarından, ağzının akmasından. Benim için de çok zor. Yaşım da gidiyor. Ne kadar daha dayanırım bilmiyorum. (ÇamA, 55)

Şizofreni hastası bireyin karakter özelliği, hastalığın semptomlarını kısmen de olsa yumuşatabilmekte veya şiddetlendirebilmektedir. Bir anne, hastalık ortaya çıkmadan önce de çocuğunun oldukça inatçı bir karakter özelliğine sahip olduğunu, hastalığın ortaya çıkmasıyla birlikte durumun daha da zorlaştığını ifade etmiştir.

Yani eskiden de aşırı inatçı bir çocuktü, kendi istemezse bir şeyi yapmak asla yaptıramazdık biz. E şimdi bir de işte hastalık ortaya çıkınca daha da zor oldu. Örneğin, dişlerini fırçala dediğimiz zaman. Fırçalamıyor, benim dişim temiz, yüzüm temiz böyle zorluklar yaşıyoruz. Yani ben şimdi hadi oğlum dediğim zaman şuraya gelirken bile yaşadığım zorluk o kadar fazla ki daha banyoda elini yüzünü yıkıyo ben gitmicem diyor. Ben gitmek istemiyorum. Yavrum doktorun bekliyor. Bak işte iyi bi doktor falan.. (DefneA, 55)

Fiziksel boyut çerçevesinde üzerinde durulması gereken konulardan bir tanesi de hastanın cinsel gereksinimleridir. Şizofreni hastalığının derecesine, semptomlarına ve seyrine göre bazı hastaların evlenmesi veya ilişkiyi sürdürmesi hastalığın seyrini olumsuz etkileyebilmektedir. Bazı aileler hastanın bu durumuyla ilgili ne yapacağını bilememektedir. Var olan durumla baş edebilmenin bir yolu olarak hastayı düğünlere götürmemekte veya konuyla ilgili ev içinde hiçbir söylemde bulunmamaktadır. Ayrıca toplumsal cinsiyet bakışının baskın olduğu ailelerde cinsellikle ilgili konuların konuşulamaması sorunun çözümünü güçleştirebilmektedir.

Şimdi işte bazen beni evlendirin diyor. Yani çok yakın çevremizde bi düğün falan olmazsa gitmiyoruz. Çünkü istiyor, hevesleniyor. Ama işte bizim evde de böyle konular açıkçası çok konuşulmaz. Yani ne yapsam bilmiyorum açıkçası. (DefneA, 55)

Bazı aileler, çocuğunun hastalığını kabullenmesine rağmen hastanın cinsel isteklerini bastırmanın veya gidermenin bir yolu olarak hastanın karşı cinsle uzun zaman geçirmesinin uygun olmayacağını ifade etmiştir. Ayrıca hastanın hasta bir bireyle evlenmesi yerine sağlıklı bir bireyle evlenmesinin daha uygun bir çözüm olacağını belirtmiştir. Bu durum ebeveynin, özellikle erkek çocuğunun hastalığını her ne kadar kabul etmiş gibi görünse de, hastalık konusundaki bilinç eksikliğinin bir göstergesi olarak düşünülebilmektedir. Bunun yanısıra konuya toplumsal cinsiyet meselesi ile bakıldığında babanın, erkek çocuğun hastalığı ne olursa olsun sağlıklı bir bireyle evlenmesini isteyerek bir yönüyle hastalığı yadsıdığı söylenebilir.

Şimdi benim tabi, çocuklar nefis taşıyorlar. Her ortamda kızlar da var oğlanlar da var. Zaman zaman ...'nın, kalbi birisine kayıyor. Sonuçta erkek cinsel ihtiyaçları var. Kız da buna kayıyor. Onları vazgeçirebilmek için ne zorluklar çekiyoruz. Kızımız hasta, sen de hastasın. O bakıma muhtaç, sen de muhtaçsın. Bize bir tane yeter hastamız. İki tane hasta başımıza getirme diyoruz. Sağlam birisiyle evlen diyoruz. Böyle ikna etmeye çalışıyoruz. Ama kurtaramıyoruz. Tabi, şimdi ben evleneceğim diyor siz bilemiyorsunuz ki bir anda hiç elinizde olmadan, her şeyi yapabilecek gücü sahip. Geri dönemeyeceğiniz bir yola girerseniz, kızı almaya mecbur kalırsınız. Alınca bir işe yaramayacak ki. O kız da oğlumuz da mahvolmuş olacak. Şimdi öyle olacağına kızlar için başka bir ortam, erkekler için başka bir ortam bulunsa... (MeşeB, 60)

Ailelerin yaşadığı bir diğer güçlük, hastanın hastaneye gitmek istememesi ve hastalığını kabul etmemesidir. Özellikle hastalığın alevlenme dönemlerinde aile hastayı doktora götürme konusunda zorluk yaşamaktadır. Bunun dışında hastalığın alevlenme dönemlerinde hastanın söylem ve davranışları da ailede korku, kızgınlık, çaresizlik ve suçluluk duygusu yaratabilmektedir. Hastalık ve semptomlarla ilgili ailedeki bilgi ve bilinç eksikliği ebeveynlerin süreci daha ağır bir şekilde yaşamasına neden olabilmektedir. Bu durum ebeveynin kontrol duygusunun azalmasına ve güçsüzleşmesine yol açabilmektedir.

Doktora falan götürmek çok zor oldu bizim için. Çok zor. Yani hastasın gidelim diyoruz. Siz hastasınız diyor. Kendi hastalığını kabul etmiyordu. Biz doktora filan götürürken polisten yardım istedik. ... Güçlü kuvvetli delikanlı, iri yarı. Ondan sonra annesi ile yalnız bırakmamaya çalışıyordum. Annesini hırpalıyordu. Siz suçlusunuz, beni siz hasta ettiniz diyordu. Böyle itham ediyordu. Dedim kendi kendime bu benim çocuğum mu? Ondan sonra mümkün mertebe işimi gücümü bırakıp onunla meşgul oluyordum. Benden biraz çekiniyordu. Bir şey istiyordu, yapmayınca bize kızılıyordu. Hatta istediği şey şuydu; bu evden çıkın. Bu ev benim hastalığımı arttırıyor, bu evden çıkın. Bilmem size de söyledi mi? Durdukça hastalığım artıyor diyordu. Ben doktorla görüştim. Doktor dedi ki bu hastalığın kendisi. Siz çıksanız başka yere gitseniz orda da aynı şeyi söyleyecek. Hastalık buna bunu söyletiyor dedi. Biz hatta bir ara evi boşalttık. Başka yere geçmeyi düşündük. (MeşeB, 60)

Mesela gece hiç uyumuyorduk. Gece bir bakıyordum bağılıyor. Gece kalkıp bağılıyor. Ondan sonra gideceksin sakinleşmiyor. Babası şey yapıyor. Ben şey yapıyorum. Yok sakinleşmiyor. Bi de şöyle bişey var alt ev üst ev. (ArdıçA, 54)

Çok korkulu şeyler yaşadım, çok zorlu şeylerdi gece uyuyamazdım, gece ikiye geliyordu beni kaldırdı boğazladı. Oğlum beni öldüreceksin dedim komşular sesimi duydular, polisi aradılar. Polis geldi ama hiçbir şey yapmadan çektiler gittiler. O süpürgeyi sırtıma dayamıştı. (SöğütB, 74)

Hastalık semptomları hakkında bilgi ve bilinç sahibi olmayan ebeveynler, yukarıdaki anlatıda da görüldüğü gibi, çocuğun davranışlarını yanlış yorumlayabilmekte ve çocuğunu tanıyamadığını ifade etmektedir. Sağlık profesyoneliyle konuştuktan sonra, aile bu durumun hastalıktan kaynaklandığını idrak etmeye başlamaktadır. Ailenin hastalıkla ilgili bilgi ve bilinç sahibi olması, çaresizlik duygusununda azalmaya ve kontrol duygusunda artmaya olanak sağlamaktadır.

Hastalığın semptomlarıyla ilişkili olarak hastanın değişen durumu ailelerin güçlükler yaşamasına neden olmaktadır. Ayrıca bazı hastaların zamanının büyük bölümünü ev içinde geçirmesi, dışarı çıkmak istememesi aileyi duygusal olarak etkilemesinin yanısıra fiziksel olarak da ailenin zorlanmasına neden olmaktadır. Özellikle hastalığın semptomları hakkında bilgi eksikliği olan ebeveynler bu durumdan daha fazla etkilenebilmektedir.

Bu hastalık, bir bakıyon, on beş gün iyi, bir bakıyon üç gün kötü. Bu hastalık bazen şey geliyo, sıkıntı geliyo. Böyle şeye yatıyor, üstünden şeyi atıveriyor böyle. Battaniyeyi. Bazı da güzel karşılıyor: Babacığım şöyle böyle. Şimdi, ben işe götürüyom veriyom, bir gün çalışıyor ya da iki gün çalışıyor, geri geliyor. Sevmiyor, çalışmıyor. Evden dışarı çıkmıyor. Git gez dolaş diyoz yok. Evde de bunaliyor. Akşama kadar oturur çay içer. Kendi kendine konuşuyor, kendi kendine gülmeler, ne biliyim işte şüphecilik. (ÇınarB, 66)

Bir gün başını aldı gitti Elmadağı varmış. Biliyor musunuz Elmadağı'nı? Hah oraya kadar yürümüş B.'den. gece köpekler filan parçalayacakmış. Hıh, ondan sonra dedim ya onu otobüse bindir bir şeye bindir ben alayım istediğiniz yerden dedim. Biraz bekle, dedi, ben seni arayacam dedi. O yandan araba geliyormuş Kango, taksi. Buradan çıktım gittim. Bu hemen indi benim ardımdan. Arabadan indi, robot gibi hiç konuşmuyor. Zorla koluna girdim. Ondan sonra bunun koluna girdim, arabaya soktum. Kamyonete soktum, aldım geldim. Üç gün yattı evde. Üç gün. (SöğütB, 74)

Ebeveynler özellikle hastalığın alevlenme dönemlerinde hastanın yanından ayrılmadığını, dışarı çıktığında ise evde hastayla birlikte kalan aile üyeleri ile ilgili endişe ve korku yaşadığını, bunun fiziksel kısıtlılığa yol açtığını belirtmiştir. Belli bir zaman sonra bu durum özellikle hastanın neredeyse tüm bakım sorumluluğunu üstlenmiş olan kadınların hastayla bağımlı bir ilişki geliştirmesine neden olabilmektedir.

Şimdi tabi bununla uğraşıyorsun, işini gücünü bırakıyorsun, ne işin varsa şey ediyor, bırakıyorsun; bununla uğramak zorunda kalıyorsun. Bunun yanından

ayrılamiyorsun, yalnız bırakmıyorsun. Eee, korku içinde yaşıyorsun. Mesela böyle, bazen oluyor ki şiddet, şiddet şeyine geliyor yani, şiddet durumuna geliyor. İşte, tabi insan huzursuz oluyor. Gidiyorsun işe. Özel arkadaş oluyor. Acaba ne oldu, ne olacak? Hanıma mı bir şey oldu, ona mı bir şey oldu, çıktı dışarda bir şey mi oldu? Mecburuz yani, bırakamıyoruz. Bu bizim her şeyimizi kısıtlıyor, bazen öyle oluyor ki kendimi yatalak hasta gibi hissediyorum. (SığlaB, 47)

Çocuğumuzun gözümüzün önünde olması bizi daha da rahatlatıyor. (HuşB,55)

Bazen oluyor düşünüyorum kendim için ne yaptım hiçbir şey. Bazen işte biraz yürüyüş yapayım diyorum. Yarım saatliğine evden çıksam aklım kalıyor. Nerdeyse yapışık yaşıyoruz. Yani hani derler ya ne onla oluyor ne de onsuz. (HuşA, 50)

İlgilenmem gerektiğini biliyorum ve yani bırakamıyorum. (DefneA, 55)

Ailede şizofreni hastası bireyin olması, aile üyelerinin yaşamını farklı bir boyuta taşımaktadır. Ailenin böyle bir durum karşısındaki duygularını ve davranışlarını etkileyebilecek birtakım unsurlar bulunmaktadır. Her bir aile sistemi, kendi içsel ve dışsal kaynaklarına göre stratejiler geliştirebilmektedir. Bunlar aynı zamanda bireyleri güçlü ve güçsüz kılan içsel ve dışsal kaynaklardır. Mezzo düzeyde aile sistemini, mikro düzeyde ise aile üyelerini güçsüzleştiren unsurlar, bireyi alkol ve madde kullanımına sürükleyebilmektedir. Bazı aile üyeleri hastalık sonrası süreçte fiziksel olarak değişimler yaşadığını, alkol ve madde kullanmaya başladığını ifade etmiştir.

Yani ben evde hiç duran biri değildim, ama kahveye filan da gitmezdim., Sigara, alkol içmezdim. Şimdi sigara içiyorum. Kırk beşten sonra sigara içmeye başladım. İçki içmezdim, içki içmeye başladım. Birdenbire saçlarım beyazladı. Böyle beyaz şey değildi. Dört seneye kadar saçlarımda şey yoktu, resimlerim var... İnsan

hem duygusal olarak yıpranıyor hem de beden olarak. Hem de nasıl yıpranıyor..(ZeytinB, 66)

Bu hastalık şeysi beni yirmi yaş daha yaşlandırdı. Mesela ben şöyle diyim. Günde üç dört saat ancak uyuyorum. Öyle bişey ki senin dediğinin tam tersini yapıyor. Odası zaten küçük gidiyor orda sigara içiyor güzelce oturuyor yatağının üstüne. Yapma etme yok dinlemiyor. Belki elli defa kalkıyorum yatağımdan. Bu yaşıma rağmen. (ArdıçB, 60)

Aileler, çocuğuna şizofreni teşhisi konulduktan sonraki süreci fiziksel ve duygusal olarak oldukça ağır geçirmektedir. Tüm bunlar ebeveynleri güçlendirici veya güçsüzleştirici etkenlerdir. Ebeveynler bazı zamanlarda hastanın kendi bakımını dahi yapamadığını, bu süreçte fiziksel olarak tükendiğini, güçsüzleştiğini ifade etmiştir. Bazı ebeveynler ise hastanın kendi bakımını sağlayabildiğini ve bu durumun fiziksel olarak kendisini rahatlatmış olduğunu ifade etmiştir.

Temizliğini yapabiliyor, banyosunu yapabiliyor. Daha önce bunları bile yapamıyordu. Düşünün bunları yapması bile beni ne kadar rahatlatıyor. (ServiA, 52)

Yani sürekli elim üzerinde küçük bebekmiş gibi. Tükendim artık yavrum. Artık ben kendi sağlığımı da kaybettim onun yüzünden. Ben de kalp çıktı anjiyo oldum, iki kez kalp krizi geçirdim. Sıkıntılar, stresler hepsini tetikledi.(ÇınarA, 57)

Bedende tabi ki hep bir kırgınlık var, eksiklikler hastalıklar meydana geliyor. Çünkü işte her şeyiyle ben uğraşıyorum. (HuşA, 50)

Sosyo-ekonomik olarak alt ve orta düzeyde olan aileler, hastalığın maddi olarak da kendisini zorladığını, özellikle doktor masraflarının ekonomik olarak kendisini kötüye götürdüğünü ifade etmiştir. Bunun yanı sıra bazı aileler hastalık teşhisi konmadan önceki süreçte de maddi olanaksızlıklarının olduğunu, çocuklarının ileride rahat etmesi için çalıştığını ve emekli olduktan sonra rahat edecekken

hastalığın ortaya çıktığını ifade etmiştir. Bu süreçte aileler hem hastalık sürecinden hem de maddi olanaksızlıklardan dolayı kısıtlanmakta ve güçsüzleşmektedir.

Hiç kendim için yaşamadım. Vallaha yaşamadım yavrum ya. E gençlikte bak hele dört tane çocuk doğurdum. Çok affedersin. Ondan sonra e bi de yokluk var. Dört çocuk okutmak zor bir maaşla. Hiç yaşamadım kendim. Kendim için yaşamadım. Ondan sonra çocukları da evlendirdik. Azıcık rahata çıkıcaz. Bu hastalık ortaya çıktı. (ArdıçA, 54)

Burda bunun için de çok para harcadım yani şöyle toplasan on bin lira iyi para şimdiki parayla, on bin lira o psikoloji hocasına verdim, ona verdim, ona verdim. (ZeytinB, 66)

E tabii ki şey ilk mesela ...'ın hastalandığında çok çaresiz kaldık. Doğru diyosun. Canım benim bir de nasıl biliyor musun? O bi özel doktora götürmüştük. Adını unuttum. Çankaya'daydı galiba. O zamanlar tabi özel doktora gidince u şeyden hastaneden kayıt babasının üstüne de şimdi. O zaman ilacı da parayla alıyorduk. Ondan sonra e her gidişimiz iki yüz elli liraydı doktora. Mesela diyordu ki on beş gün sonra geleceksin. İyi gideceğiz on beş gün sonra da ayda benim beş yüz altı yüz lira verecek durumum yok. Değil mi? İşte mecbur gideceksin ona aç kalacaksın. Aç kalacaksın gideceksin yani. O dönemlerde çok çaresiz kaldık yavrum. Çok hem maddi bakımından hem kafamız rahat değil. (ArdıçA, 54)

Şimdi yıllardır doktora götürüyorum. Özele götürünce fiyat iyice artırıyor. Elimizde ne varsa doktora yatırdık. Sonra bu hastaları gezdiricen eğlendiricen ki kafaları rahat olsun. Sürekli olmuyor işte, eve tıkılıp kalıyor bazı zamanlar. Tek başına gidiyor gezmeye bazen, ona bir güven geliyor, bilmem ne geliyor, derken işte bıraktık ya annesi dedi ki aman kıza bir şey olur. Gönderme. Gitmesin ne, bırak dedim gitsin ya Kızılay'a git, tek gez de gel dedim, git konuş dedim, gitti yemek yedi geldi. Yemek de yediler, parasını verdim. Maddi biraz da şey oluyor dedikleri gibi yani bu zengin hastalığı falan diyorlar ya hakikatten zengin hastalığı bu. İcabında

mesela bindiriceksin arabana denize götürecen, bilmem ne otele götüreceksin, şeye götürecen, o ne onun adı havuza bilmem nereye. (ArdıçB, 60)

Hastanın, özellikle hastalığın alevlenme dönemlerinde, hastaneye yatış süreci, fiziksel boyutta ebeveynleri olumlu veya olumsuz etkileyebilmektedir. Bazı ebeveynler hastanın hastanede olduğu zamanlarda kendisine zaman ayırabildiğini, dinlenebildiğini ifade ederken bazıları bu sürecin kendisini daha fazla yorduğunu ifade etmiştir. Ebeveynin kendisine zaman ayırması, fiziksel olarak rahatlaması ebeveyni güçlendirici bir etkiye sahiptir. Bunun aksine ebeveynin bu süreci çocuğuyla birlikte hastanede geçirmesi, çocuğu hastanedeysen kendisini huzursuz hissetmesi ve sürekli olarak ağlama davranışı sergilemesi var olan olumsuz durumu pekiştirebilmektedir. Ebeveynlerin hastayla bağımlı bir ilişki kurması bu durumun bir nedeni olarak düşünülebilir.

Ben kendim için tabi daha rahatlama hissettim. Çünkü mahakkak ki dedim, yattığı zaman iyi tedavi olmuştur, gözetim altındadır. Bize de tavsiyeler oluyordu çünkü yattıktan sonra çıkarken, şimdi şöyle yapın, böyle davranın. (KayınB, 73)

Ben burada birazcık rahat uyudum yani. (ArdıçB, 60)

Hiç rahatlama olmadı. O dönemi hiç anlatamam. Çok yani o dönem var ya zaten hayatımın sonuydu. O kadar etkilendim ki, bilmiyorum bir de gözümün önünde oldu olaylar. Yatmak istemedi zaten hastanede. Bağlamışlar içeride, ben sesini, hemşire beni bağlamayın diye, onları işte halen atamıyorum. (GürgeA, 57)

Ben kendimi bu süreçte yalnız hissettim. Bir rahatlama olmadı ben de. Ben rahatlasam da hanım hiç durmuyor. İçinde kuşku var gidemiyorsun bi yere. Öyle başkaları gibi ha tamam, on beş gün, yirmi gün geziyim diyemiyorsun. Orda eşin rahatsız, kötü durumda. Sen nasıl yapacaksın onu? (ÇınarB, 66)

Bazı aileler hastanede kalış sürecinin kısa olduğunu ve hastaneden çıktıktan sonra hastanın durumunun yine eskisi gibi olduğunu belirtmektedir. Bu durum da ebeveynleri güçsüzleştirici etkenler arasında yer almaktadır.

Ben şimdi en çok hastane on beş gün kadar misafir ediyor. Sonra serbest bırakıyor. Aynı hastalığı çekiyoruz biz. Ne olacak bu iş böyle diye endişe ediyordum. Hastaneye yattı ama tedavi edilip çıkması lazım. Yok, aynı şekilde çıkıyor. Yani siz yatınca hastaneye tedavisi bitip, çıkacak diye düşünüyordunuz ilk başta. (MeşeB, 60)

Düzelmiş olarak çıktı çocuk. Ya ben dedim bu nasıl oldu dedim? Hatta doktorun ismini de ben biliyorum da unuttum şimdi. Dedi bu ya şu ilaçları kullandı. Bundan böyle oldu hatta. Bir hafta bırakmadı. İyi oldu bu çocuk dedi. Bunların aralarında kalmasın dedi. Ertesi gün, bir hafta sonra gine başladı, yavaş yavaş bozulmaya. Ondan sonra tekrar iyice bozuldu. (ArdıçB, 60)

3.2.1.2. Ebeveynlerin Kendisine Ayırdığı Serbest Zaman Durumu

Şizofreni hastasıyla birlikte yaşayan ebeveynler, hastalık sürecinde oldukça yoğun duygular yaşamakta, fiziksel olarak da yıpranmakta ve tükenmektedir. Bu süreçte bazı ebeveynler, özellikle anneler, gelir getiren bir işte çalışmakta iken işinden ayrılabilmekte, tüm zamanını şizofreni hastası çocuğuna adayabilmekte, damgalanma korkusu nedeniyle sosyal çevresinden kopabilmektedir. Ayrıca anneler, ev işleri ve ailenin diğer bireylerinin fiziksel ve duygusal gereksinimlerini karşılayabilme gibi nedenlerden dolayı kendisine yeterince zaman ayıramayabilmektedir. Ailenin maddi durumu da bu süreci etkileyebilmektedir. Bununla birlikte bazı anneler, kendisine zaman ayırmakta ve bunun kendisini güçlendirdiğini ifade etmiştir. Annelere göre bazı babalar ise, zamanlarının büyük bir bölümünü ev dışında geçirmektedir.

Araştırmaya katılan ebeveynlerden bazıları, şizofreni hastası çocuğunu evde yalnız bırakmadığını ifade etmiştir. Bazı babalar ise anne ile hastanın genellikle evde zaman geçirdiğini belirtmiştir.

Hastalık çıktıktan sonra huzursuz oluyo insan. Şimdi ben bi yere gitsem mesela, acaba bir şey mi yaptı, bir şey mi oldu? Birisine mi sataştı? Yani gözüüm arkada oluyor yani. E ben hep dışarıdayım çalışıyorum. Açıkçası ben de duramıyorum evde pazar gününü zor geçiriyorum. (ÇınarB, 66)

Çocukla annesi sürekli evde. O kadın da yoruluyor, hiç kendisiyle ilgili bişey yapmıyor. (LadinB, 57)

Ya ben hiçbir yere gidemez oldum, tatilim bitti, denizim bitti. Çünkü evde yalnız bırakamıyorum onu, ocağı açık bırakıyor, suyu açık bırakıyor. Sevinerek bi yere gidemiyorsun, evini bırakamıyorsun, oğlunu bırakamıyorsun. (SöğütB, 74)

Yani'ya bağımlı olduk. Bazı imkanlar var ama yararlanamıyoruz. Mesela bi komşu arkadaş ziyaretine bile gidemiyoruz. Bunun da eksikliğini duyuyoruz. Günüm işte özellikle hafta sonları evde oturmakla geçiyor. (DefneB, 58)

Ebeveynler kendisine zaman ayırınca, sevdiği şeylerle uğraşınca, arkadaşlarıyla zaman geçirince rahatladığını, biraz olsun sorunlarından uzaklaştığını belirtmiştir. Bu durum aynı zamanda ebeveynleri güçlendirici bir etkiye de sahiptir.

Küçük bir bahçem var. Orayı ekip biçiyorum. Bahçe beni rahatlatıyor. Her insanın özellikle bizim durumumuzdaki, bir şeylerle uğraşması gerek. Yoksa ömür geçmez. (ZeytinB, 66)

İşte arada kuaföre gidiyorum. Cilt bakımı yapmaya çalışıyorum. Kremlerimi mutlaka sürerim. Yani tabi iki arada bir derede. Aynaya bakmaktan da eğer

kaçınırsam o zaman benim hayatım biter. Aynaya baktığım zaman hiç olmazsa kendimle barışık olmalıyım diyorum. (DefneA, 55)

E şimdi kızım, bu artık bizim hayatımız. Yani böyle yaşıycas. Arada iyi oluyor kötü oluyor işte. Yani ben de arada böyle işte keyif aldığım şeyleri yapıyorum. O zaman kendimi iyi hissediyorum. Ne mesela işte sabah otururum bi kahvemi içerim. (LadinA, 56)

Araştırmaya katılan ebeveynlerin bir bölümü gününü, şizofreni hastası çocuğun durumuna ve istediğine göre şekillendirdiğini belirtmiştir. Bu durum bazı ebeveynlerin kendisiyle baş başa kalamamasına, çocuğundan bağımsız bir uğraşı edinmemesine kısacası kendisine zaman ayıramamasına neden olabilmektedir. Dolayısıyla ebeveynlerin büyük çoğunluğu, şizofreni hastası çocuğunun dışarı çıkmasını, arkadaşlarıyla birlikte zaman geçirmesini ve bir uğraşısının olmasını istemektedir.

Valla oğlan nasıl isterse günümüzü öyle geçiriyoruz. Bazen sinemaya falan gidelim diyoruz ama bir filmi sonuna kadar izleyemiyor. Ya da dışarı çıkıp bir yerde oturmak istiyor. Hemen canı sıkılıyor kalkalım diyor. (SedirB, 62)

Canım benim kendimden geçtim artık ben. Hep onun peşindeyim. Mesela evde evde, babası işe gidiyor tabi. Ben tek kalıyorum. Ondan sonra devamlı onun peşindeyim, devamlı acaba bir şey mi yapacak kendine. Belki yapmaz canı çok tatlı acayip tatlı yani yapmaz ama işte annesin dayanamıyorsun. Mesela içerde kapısını örter, sigarasını falan içer odasında ben hemen tak şeylerden bakarım. İşte anahtar deliğinden. (ArdıçA, 54)

Ben zaten ilkokula başladığından beri ben kendi hayatımı yaşamadım diyebilirim. Her şeyim bitti şimdi bile mesela evdeyim. Bi markete gider gelirsem, gidiyorum. Çok nadir. Arkadaş çevrem kalmadı. Önce ama çok faaldim tabi. Arkadaşlarımla görüşürdüm. (MeşeA, 45)

Kendime bir saat bile olsun zaman ayıramıyorum. Yani kendim için aklımdan geçmez ki halen öyle. (GürgeA, 57)

Ya diyorum kıza gez dolaş biraz, arkadaşlarıyla zaman geçir, bi yerde otur sohbet et. Yok eve tıkılıyor. (ZeytinB, 66)

Hastalık sürecinde her aile, her birey yaşadığı sorunlar karşısında farklı ve kendisine özgü baş etme stratejileri geliştirmektedir. Ancak bazı ebeveynler, sorunlar karşısında pasif bir direniş sergilemektedir. Örneğin, eskiden kendisine keyif veren şeyleri yapmak istememektedir. Bir baba, eskiden kendisine keyif veren şeylerin artık keyif vermediğini şu şekilde ifade etmiştir.

Eskiden balık tutmayı çok severdim. Çalıştığım yerdeki iş arkadaşlarımla giderdik. Cumartesi sabah gider Pazar günü akşam gelirdik. En çok zevk aldığım olay. Şimdi ondan da zevk almıyorum. Yani yaşın da etkisi var tabi ama en çok da yaşadığımız sıkıntıların etkisi var. (GürgeB, 63)

Valla eskiden güzel giyinirdim. Gecekondu da otururduk ama sırtım açık, mini etek falan giyerdim. Kendime bakardım. Sonra işte başka bir alana geçtim. Çünkü başka uğraşım oldu işte bu hastalık. Başka bir yöne attım kendimi. (ÇamA, 55)

Şizofreni hastası bireyin, özellikle alevlenme döneminde, kendisine veya çevresine zarar verme davranışı, ebeveynlerin hastayı yalnız bırakamamasına neden olabilmektedir. Bazı ebeveynler, hastanın bu davranışının sıklığı çok olmasa da, kendilerince bu durumu genelleyebilmektedir. Bu durum ebeveynlerin korku ve suçluluk gibi duygulardan dolayı hastayı yalnız bırakamamasına ve kendisi için serbest zaman yaratamamasına neden olabilmektedir.

Ben onu bırakıp bir yere gidemiyorum ya da yanımda götürmek zorundayım. Çok mühim bilmiyorum, belki bıraksam yapıcak bu da benim yok ki yani yok bununla

bırakmak istemedim. Bir hata yapıcak kendine zarar vericek diye onun için hep böyle birlikteyiz et tırnak sırt sırta verdik gidiyoruz. Yani hayatımı ona adadım, dünyayla ilişkiyi kestim diye bir şeyim yok. Hala da mesela bu yaşımdayım. (ÇamA, 55)

Bazı ebeveynler suçluluk, korku, acıma ve daha birçok duyguyla baş edebilmek için sürekli olarak çocuğunun yanında kalmayı tercih etmekte ve kendisine zaman ayırmaya hakkının olmadığını düşünebilmektedir. Bu şekilde ebeveynin yanlış bilinçlenmesi ve dolayısıyla bu durumun davranışlarına yansması kendi hayatını yaşayamamasına neden olabilmektedir. Tüm bu etkenler ebeveynlerin içsel ve dışsal var olan güçlerini görememesine ve güçsüzleşmesine neden olabilmektedir.

Duygusal çatışmalarıyla başa çıkabilen bazı ebeveynler ise her koşulda kendisini önemsemekte ve kendisine değer vermektedir. Bu durum ebeveynin kendisine zaman ayırmasını, keyif aldığı aktiviteleri yapmasını sağlamaktadır. Bu durum bir zincirin halkası gibi birbirine bağlı olup aynı zamanda ebeveynin güçlerini harekete geçirmesine yardımcı olmaktadır.

Eskisi gibi kendi hayatımdan çok taviz vermiyorum. Komşularımla görüşüyorum, yürüyüş yapıyorum. Bunlar bile beni mutlu ediyor işte. Eskiden yalnız bırakmak bile istemiyordum. (SedirA, 62)

Daha önceki konularda da belirtildiği gibi ebeveynlerden bazıları hastanın mizacının hastalığı şekillendirdiğini ifade etmiştir. Araştırmaya katılan çalışan bir anne kendisine zaman ayırmaya ihtiyacının olduğunu ancak kızının buna fırsat vermediğini şu şekilde ifade etmiştir.

Yani her şeyden o kadar bıktım ki. İşe gittiğimde evle ilgili hiçbir şey düşünmek istemiyorum ama olmuyor. Her şeyi ben hallediyorum. Çalışıyorum, ev işi falan derken ben kendime hiç zaman ayıramıyorum. Bazen evi terk edesim geliyor ama bu da bir çözüm değil biliyorum. Bazen eve girmek bile istemiyorum. Erken

yattığında mutlu oluyorum, bir ohh çekiyorum, çünkü biraz kendimle baş başa kalıyorum. (SıglaA, 45)

Ebeveynlerin hastalık sürecinde kendisine zaman ayırması, keyif aldığı faaliyetleri yapması ebeveynleri güçlendirici etkenler arasında yer almaktadır. Bununla birlikte bazı ebeveynler, hastalık teşhisinden sonra duygu çatışmaları yaşabilmektedir. Araştırma sonuçlarına göre bazı ebeveynler, özellikle suçluluk, öfke, pişmanlık ve acıma duygularını yoğun bir şekilde yaşamaktadır. Özellikle hastalık öncesi dönemde aile ilişkileri bozuk olan, şiddete maruz kalan anneler, çocuğun bu durumlara maruz kaldığını ve hastalığın bu sebeplerden dolayı ortaya çıkmış olabileceği endişesini uzun yıllar yaşamıştır. Bu ebeveynlerin, suçluluk ve pişmanlık gibi duyguları yoğun bir şekilde yaşadığı için çocuğuyla bağımlı bir ilişki geliştirdiği ve kendisine zaman ayırdığında suçluluk duygusu yaşadığı söylenebilir.

Şizofreni hastası çocuğu olan ebeveynin kendisine zaman ayırması, günün belli saatlerinde keyif aldığı aktiviteleri yapması, kendisine değer verdiğinin de bir göstergesi olarak görülebilir. Bu durum kişinin kontrol duygusunun güçlenmesine de olanak sağlayabilmektedir.

3.2.1.3. Hastalığın Semptomları Karşısında Ebeveynlerin Davranışları

Araştırmaya katılan birçok ebeveyn, çocuğuna şizofreni teşhisi konulmadan önce hastalıkla ilgili bilgi sahibi olmadığını ifade etmiştir. Bazı ebeveynlerin hastalık teşhisi konulduktan sonraki süreçte de hastalık semptomlarıyla ilgili yeterli bilgi sahibi olmadığı görülmektedir. Bu durum, ebeveynlerin hastalık semptomları karşısında doğru olmayan davranışlar sergilemesine neden olabilmektedir. Bazı ebeveynler, hastalığın ne olduğunu bilmeden önce çocuğuna yönelik yanlış tutum ve davranışlar içinde olduğunu, ancak hastalıkla ilgili bilgi sahibi olduğunda davranışlarının yanlış olduğunu fark etmiştir. Ebeveynlerin hastalığın ne olduğunu araştırması ve bu konuda bilgilenmesi, hastaya yönelik daha bilinçli davranış sergilemesini sağlayacağından bireyi güçlendirici bir etkiye sahiptir.

Bazı ebeveynler, ilk zamanlar çocuğundaki değişimleri fark ettiğini ancak bunları anlayamadığını ifade etmiştir. Ebeveynler, bu değişimleri bazen öfkeyle karşıladığını, hatta bazen çocuğunu cezalandırdığını belirtmiştir. Bu ebeveynler geriye dönüp baktığında oldukça yanlış davranışlarda bulunduğunu şu sözlerle ifade etmiştir:

Bazı alevlenme halleri oluyordu, o zaman da biz belki istemeyerek de olsa sert davranıyorduk, ama bu sert davranmanın iyi olmayacağını, olmadığını öğrendik. Ondan sonra mümkün olduğu kadar olumlu yaklaştık. (KayınB, 73)

Yok, tabi bilmiyorduk. Böylece ilk tabi şey devresidir bunun. Bir gün annesini hırpaladı. Annesi de feryat edince ben arkasından koştum. Arkasından koşunca bu sefer kapı dışarı kaçtı. Ben, kapı dışarı kaçınca ona elimdeki bir terliği, ayakkabıyı attım. O da ayakkabıyı tuttu, bana attı. Ayakkabı kapıya geldi, güüm diye. Bu sefer sağ kolu çıktı. Oraya büküldü, kaldı. Ondan sonra dedim biraz aklın başına gelsin biraz bıraktım onu orada. Sonra baba dedi iyi misin, aldım götürdüm hastaneye kolunu yerine koydurttum. O zamanlar anlayamadık tabi. (MeşeB, 60)

Ebeveynler, hastalık teşhisi konulduktan sonraki ilk zamanlarda hastaya nasıl davranacağını bilememekte, bazıları hastanın davranışlarına sessiz kalmayı tercih ederken, bazıları da özellikle alevlenme döneminde hastanın her istediğini yapmaya çalışarak var olan durumun üstesinden gelmeye çalışmaktadır.

Biz tepki vermiyoruz, o zaman da şiddet yapıyor. Ya bazı oluyor ki o zamanlar... Böyle oturuyorduk biz evde, üstünde battaniye yatıyor böyle. Böyle fırlatıyor. Bazı geliyor şiddetle. Ondan sonra ses çıkartmıyor çocuklar işte. Kendi bildiğine bırakıyoz. (ÇınarB, 66)

Gece yatmazdı sabahlara kadar kouşuyordu, efendime söyleyeyim o anlatırdı biz dinlerdik. Hayır oğlum böyle olmaz, sen haklısın derdik. Yani amaç kendini buldurmak, bulduktan sonra kendi de buluyor zaten normalinde.(SedirB, 62)

Bazen misal banyonun camı açık hava alacak. Ben uzanmışım. Banyoya giriyor, o camı kapat sen açtın. Bazen de böyle halleri var. Tabii sesimi çıkarmıyorum. Ha öyle mi, kapatayım diyorum. Yani en azından o gerildiği zaman dışarı çıkıyorum.(SedirA, 62)

Hastalığın semptomları hakkında yeterli bilgi sahibi olmayan ebeveynler, hastanın davranışları karşısında şaşırabilmekte ve ne yapacağını bilememektedir. Bazen de ebeveynler hastanın kendisine yönelik söylemleri ve davranışları karşısında hastaya açıklama yapma gereksinimi hissedebilmekte veya hastanın söylemlerinden dolayı üzüntü yaşayabilmektedir.

Bir paragraf anlatayım sana. Bana diyor ki mesela haysiyetsiz... Mesela. Ben diyom ki bana böyle deme ihtiyacını nerden hissediyosun, neden bana kıızıyosun diyorum. Aradan on beş yirmi Dakka geçiyor, hiç böyle dememiş, söylememiş. Ben böyle bişey niye söyleyeyim babacım ben seni çok seviyorum diyor. İşte bu beni şey ediyor. Çok şaşıyorum. Yani yirmi dakka önce söylediğiyle yirmi dakka sonra söylediği tutmuyor. Bak dedim şimdi, sen demin böyle davrandın ama ben söylüyom. Sen diyorum ki yirmi dakka önce bana ağzından öyle kelimeler çıkıyor ki yani bunu neden söyleme ihtiyacı hissediyorsun? Benim neremi beğenmiyorsun? Baba olarak ben sana böyle kötü bir şey mi söyledim, kötü bir şey mi yaptım? Dışarıdan biri gören duyan olsa bu çok kötü be evladım... (ZeytinB, 66)

Şöyle yapma, böyle yapma, neden böyle yapıyorsun? Yemeğin önüne pişip geliyor, üstün başın giydiriliyor, odan temizleniyor diyosun. Haliyle neden beni istemiyorsun diyorsun. (SöğütA, 55)

Ebeveynlerden bazıları, hastanın gördüğü halüsinasyonların aslında gerçek olmadığını hastaya anlatmakta ve hastanın bunu anlamadığını sinirlendiğini, etrafına saldırdığını ifade etmiştir. Bu durumla başedemeyen bir ebeveyn çocuğunu sakinleştirmeye çalıştığını, bazen de sakinleşmesi için hocaya götürdüğünü belirtmiştir.

Kendisi kabul etmiş onları da, biz onların hayal olduğunu işte böyle şeylerin görülüp görülmeyeceğini, yani nasıl bir zarar vereceklerini kulaktan kendi duyularımızla yani yetindiğimiz kadarıyla, yani böyle şeylerin olmayacağını, yani sana mahsus, yani senin gibi hastalara mahsus olduğunu yani çocuğumuza anlattık. Mesela onların vesilesiyle sinire veriyο, yani afersiniz, insanın cinsel şeyleri çocuğumun yüzüne yapışıyormuş, öyle söylüyor kendisi. Böyle bir şey yüzüne gelirse ne olur bir insanın, sinir krizi geçiriyor yani çocuk. Bu zaman devreden çıkıyor, sinire girdiği zaman işte vuruyor, döküyor, kırıyor, genelde cama vurur. Kapılara vuruyor, cama vuruyor yani genelde böyle olayları var. Biz onu sakinleştiremiyoruz ve çocuk huzurlu olamıyor, huzuru bulması için elimizden geleni yardımcı oluyoruz. Nasıl oluyoruz? İşte gerekirse hocaya şeye götürüyoruz, tedavisini yaptırıyoruz, gerekirse hocasına da götürüyoruz yani. (SedirB, 62)

Ebeveynlerin hastalığın semptomları karşısında gösterdiği davranışlardan biri de hastayı ikna çabasıdır. Bu durum ebeveynin hastalıkla ilgili bilgi eksikliğinden kaynaklanmaktadır.

Yani mesela kendi kendine konuşuyodu. Kendi kendine güliüyodu. Kendi kendine dışarı çıkıyodu gidiyodu. Ben çeviriyodum getiriyodum. Bilmem ne oluyodu falan işte. Valla ikna etmeye çalışıyodum kızım bak, kendine gel. Bak böyle olmaz. Şöyle olur. Böyle olur. (ArdıçB, 60)

Sürekli olarak hastanın yanında olan ebeveynler, hastalığın semptomları karşısında tepki vermek istemediğini ancak bazı zamanlar bu durumun mümkün olmadığını ifade etmiştir. Özellikle kendisine zaman ayıramayan, aile ilişkileri güçlü olmayan, potansiyel gücünün farkında olmayan veya güç kaynaklarına ulaşamayan ebeveynler hastaya yönelik olumsuz davranışlar sergileyebilmektedir.

Yani iyice alevlenmesin diye bazen cevap vermiyorum. Ama içimde volkan patlıyor sanki. Sonuçta ben de insanım. Bir yere kadar katlanabiliyorum.. (SığlaA, 45)

Sabaha kadar uyutmadığı günler de oldu. Kızıyodum çok, gahirleniyodum, ağlıyodum, bağırıyodum ama şimdi rahatladım. Yani kızınca sesimi çıkartmıyom.(ZeytinA, 65)

Özellikle hastalığın alevlenme dönemlerinde, bazı hastalar saldırgan davranışlar sergileyebilmektedir. Bu durum ebeveynlerde korkuya ve tedirginliğe neden olabilmekte ve dolayısıyla tedbir içeren davranışlar sergilemesine neden olabilmektedir.

Evin içinde sürekli kapı kitli yatıyoruz biz. Sabaha kadar oturuyorum. Onun etkisi kaldı evet, affedersiniz tuvalete bile çıkamıyorduk. Gece ya bir şey yaparsa diye. Babası çıkıyordu ben çıkamıyordum. (SöğütA, 55)

Bazı ebeveynler, hastanın halüsinasyonlarını ciddiye alıyormuş gibi görünerek hastayı yönlendirmeye çalışmaktadır. Bu şekilde ebeveynler hastayla iletişim kurduğunu ve hastanın alevlenme dönemini daha rahat geçireceğini düşünebilmektedir. LadinA, kızının halüsinasyonlar gördüğü zamanlarda kendisinin de bu halüsinasyonlar gerçekmiş gibi davrandığını belirterek, bu şekilde kızının o anki durumunu çabuk geçireceğine inanmaktadır.

Birgün diyor, anneme dokunmayın diyor. Anneme dokunursanız diyor, ben sizi mahvederim diyor. Benim annem hayatta kalacak diyor siz diyo onu ellemiceksiniz diyor. Kızım ne yapacam ben dedim erkek gibi kadını dedim, vurdum mu duvara dedim ondan sonra yapıştırırım dedim. Sen kiminle konuşuyon güzel kızım dedim, şakaya verdim, boşver dedim sen kendine bak dedim, beni düşünme dedim... Anne seni istiyorlar hep dedi. Aman istesinler dedim ben de onlara gösteririm günlerini dedim. Gel kızım boşver sen ne yapacan dedim, anana takıl dedim. Ondan sonra hiç dedim kafana bir şey takma tokadan başka boşver dedim ne yapacan sen. Ben böyle davranınca biraz rahatlama geliyordu. (LadinA, 56).

Ebeveynler, hastalığın semptomlarıyla ilişkili olarak, hastanın yüksek sesle konuşmasından, eşyaları fırlatıp kırmasından oldukça rahatsız olduğunu, hastanın her dediğini yapmanın yanlış olduğunu ve gerekirse bu konularda hastayı ikaz etmenin doğru bir davranış olduğunu ifade etmiştir. Ancak bazı ebeveynler hastanın isteklerini yerine getirmede veya düşüncelerini onaylamadığında hastanın daha fazla tepkiselleştğini belirtmiştir. Bunun yanı sıra alevlenme dönemlerinde hastanın “aşırı” davranışlarının komşuları rahatsız edeceğinden endişe duyduğunu belirtmiştir.

İstekleri yerine gelmeyince şey oluyor. İsyan ediyor. İsteklerini de yerine getirmek mümkün değil yani istediklerini yerine getirmek de mümkün değil, çoğu mantıksız istekler. Hırçınlaşıyor zaman içerisinde. Annemiz sağolsun u özverili. Üzülmek elde değil. Mesela komşular rahatsız olmasın diye ben özellikle. Eşimde böyle çocuk sert bir şeyi attığında veyahut bağırdığında sesli konuştuğunda aman yavaş konuş. Bak yukarda uyuyan çocuk olur. (DefneB, 58)

Alt duyuyor, üst duyuyor, taaa alt bile duyuyor bağırdıklarını. Camı açıp mesela bağılıyor çağırıyor. Ah canım sakinleştirsek. Şeye götürüyordu babası onu ondan sonra acile iğne vurduruyordu sakinleştirici. (ArdıçA, 54)

Profesyonel yalancı olduk bi defa. Ben de eşim de.'nın düşüncelerine yakın bir şeyler söylerseniz rahatlıyor ama bu yalan da olsa..(ZeytinB, 66)

Şizofreni hastalığının semptomları, ebeveynlerde korku, öfke, utanç gibi duygulara neden olabilmekte ve ebeveynler bu duygular karşısında farklı davranışlar sergileyebilmektedir. Bazı ebeveynler özellikle hastalığın alevlenme dönemlerinde pasif ve tepkisiz bir davranış sergilerken, bazıları hastanın her istediğini yapmakta ve hastayı sakinleştirmeye çalışmaktadır. Hastanın, özellikle hastalığın alevlenme dönemlerinde, şiddet göstermesi, ebeveynlerin ev içinde yatarken kapı kilitleme veya hastanın sakinleşmesini sağlamak için hastayla birlikte dışarı çıkma gibi davranışlar sergilemesine neden olmaktadır. Ebeveynler hastanın yüksek sesle konuşması, eşyaları fırlatıp kırması gibi davranışlarının, komşularını ve çevresini rahatsız ettiğini düşünerek bazen hastanın söylemlerine tepkisiz kalmayı bazen de hastanın her

istediğini yapmayı tercih etmektedir. Ebeveynlerin hastalıkla ilgili yeterince bilgi sahibi olmaması, hastalığın semptomları karşısında çaresizlik duygusuna neden olabilmektedir.

3.2.1.4. Hastanın İlaç Kullanımında Ebeveynlerin Yaşadığı Güçlükler

Şizofreni hastalığında, hastanın ilaçlarını düzenli olarak kullanması hastalığın seyri açısından son derece önemlidir. Bununla birlikte hastanın, hastalığını kabul etmemesi, ilaçların kendisine iyi geldiğini düşünmemesi veya ebeveynlerin hastanın ilaç kullanımı ile ilgili yanlış düşünceleri hastalık sürecini olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Bu süreçte bazı ebeveynler hastanın ilaç alıp almadığını kontrol etmekte, bazıları ilaç alması konusunda hastayı zorlamaktadır.

Bir ara işte ilaçlar dönemi, iğneler dönemi. On beş günde bir vurulması lazım, çocuk şu anda şey yapıyor hastalık döneminde hastalığı artıyor. Saldırgan hale geliyor. Bazen büyükbabasının yanında Konya’da oluyor. Geçiriyorsunuz, denk getiremiyorsunuz. Mesela birinde Konya’dan bindirmiş otobüse. Gönderdim dedi bana. Garajlarda polis amirine uğradım. Dedim ki benim oğlum falanca otobüsle geliyor. Bir polis lütfen bir iğneci, şu da iğnesi. Raporunu da gösterdim. Ben dedim görünmeyeyim. Şimdi ben görünsem, beni düşman biliyor iğneyi sen vurdurdun diye. (MeşeB, 60)

Ebeveynler hastanın ilaç kullanmadığı zamanlarda hastalığın semptomlarının arttığını ve süreci oldukça ağır geçirdiklerini belirtmektedir.

İlacı dilinin altına koyuyormuş. Biz de içti sanıyoruz. Meğer içmiyormuş. Sonra tabi kontrol etmeye çalıştık ama kendisi istemeyince mümkün değil almıyor. Ondan işte şiddet oluyor. Alevlenme oldu, saldırı başladı. Bağırıp çağırıyor. Mesela, bişey yapıyor, elinden düşürüyor kırıyor. Gidiyo, yemek yapıyo, çay yapıyor yemek yapıyor kahve yapıyor. Bura hiç durmuyor. (ÇınarB, 66)

Hastanın hastalığını kabul etmemesi, ilaç kullanma durumunu etkilemektedir. Genellikle böyle hastalar ilaç kullanmayı reddetmektedir. Bazı hastalar ise ilaç kullandığı sürede yaşamı düzene girmeye başlayınca ilacı bırakma eğilimi göstermektedir. Aynı şekilde bu durum bazı ebeveynlerde de görülmektedir.

İlaç kullanımında en başlarda sıkıntılarımız vardı. Tanıyı aldı düzenli ilaç kullanımı olmadı, çünkü hastalığı kabul etmedi. (KayınA, 65)

Yani doktor da biz de kendisine tavsiyede bulunduk, ikaz da ettik, zaten o da şunu anladı ki, yani o da anladı ki ilaç kullanamayınca iyi olamayacağını anladı. Anlayınca da mecburen çocuk saati gelince, çünkü bir kaç sefer kullanmadı daha genç yaşlarda, ee baktı kötü oldu, kötü olunca kötü olmak yerine, ilaçlarımı kullanayım daha iyi olayım fikri kafasına yattı. İşte biraz iyi olunca ilaçları bırakıyordu eskiden. Hee bir sefer almadığı zaman, birkaç gün almıyor, he bakıyor birde ben diyor almadım ilaçlarımı diyor tekrar ilacını alıyor. (SedirB, 62)

He, şöyle hiç başlamasamıydık diye düşünüyorum bunu düşünüyoruz zaman zaman bak açık konuşayım. Bu ilaçlar sanki daha kötü yaptı. Kilo aldırdı, göbeğini çıkardı. Ya bu ilaçlar da bunu yapıyor işte. Düşünüyorum yani, ilaçlara başlamadan önce aşırı bir şeyi yoktu zaten. (GürgeA, 57)

Ebeveynler, ilaçların yan etkisinden dolayı hastanın sürekli olarak ilaç kullanımını doğru bulmayabilmektedir. Ancak ebeveynin bu fikri, doktorlarla konuştuktan ve ilacın önemi kavradıktan sonra değişmektedir. Genel olarak ebeveynler, şizofreni hastalarının diğer kronik hastalar gibi sürekli olarak ilaç kullanması gerektiğinin önemini kavradığını belirtmiştir.

3.2.2. Ebeveynlerin Sosyal Boyutta Yaşantıları

Bireyin sosyal çevresi ve sosyal çevresi ile olan ilişkileri, birey için oldukça önemli bir güç kaynağıdır. En temelde aile içi ilişkilerden başlayıp, arkadaş, akraba

ilişkileri ve sağlık profesyonelleriyle olan ilişkilere kadar açılan geniş yelpazede kurulan olumlu ilişkiler ebeveynlerin güçlenmesine katkı sağlamaktadır. Sosyal çevre ilişkileri, özellikle şizofreni hastası çocuğu olan ebeveynlerin hastalık süreciyle başetmesinde büyük rol oynamaktadır.

3.2.2.1. Eş İlişkileri

Şizofreni hastalığı, ailede krize neden olabilen ciddi ruhsal bir hastalıktır. Hastalık sürecinde, aile bireylerinin birbirine verdiği duygusal ve fiziksel destek, bireyleri güçlendirici bir etkiye sahiptir. Aile içinde hastalığın kabulü, süreçte yapılması gerekenlere yönelik verilen ortak kararlar, ortak paylaşımlar ve olumlu ilişkiler yaşanan ağır süreci hafifletebilmektedir. Özellikle bu süreçte eşlerin birbirine olan desteği genel olarak bireylerin düşünce ve davranışlarına yansımaktadır.

Aile içinde kronik bir hastalığın varlığı, aile içi ilişkilerde bozulmalara yol açabilmektedir. Bunun aksine hastalık sürecinde, aile ilişkilerinde olumlu bir değişim de görülebilmektedir. Şizofreni hastası birey daha çok anne ile vakit geçirmektedir. Anne, hastanın gereksinimlerinin büyük bir bölümünü karşılamaktadır. Bu durumun nedenleri arasında aile içindeki toplumsal cinsiyet rolleri, eşlerden birinin hastalığı kabullenmede sorunlar yaşaması, hastalıkla bağlantılı olarak eşlerin birbirini suçlaması ve annenin gelir getiren bir işte çalışmaması yer alabilmektedir. Bu süreçte özellikle eş desteği göremeyen bireyler, fiziksel ve duygusal yükü oldukça fazla hissetmektedir. Eşler arasında fiziksel ve duygusal paylaşımın olmaması, hastayla daha fazla birlikte olan ve hastaya daha fazla bakım sağlayan ebeveynin kendisine zaman ayıramamasına, içsel güç unsurlarını harekete geçirememesine neden olabilmekte ve bu durum bireyi güçsüzleştirebilmektedir.

Araştırmaya katılan ebeveynler hastalık sürecinde aile içi çatışmaların arttığını ifade etmiştir. Bununla birlikte babalar gelir getiren bir işte çalıştığını, eve

yorgun geldiğini ve dolayısıyla fiziksel ve duygusal olarak eşine destek olamadığını belirtmiştir.

Çok önemli olmadı ama işte dediğim gibi belki eşimle olan tartışmalar, muhakkak her evde olduğu gibi olmuştur. (KayınB, 73)

Şimdi zaten akşama kadar çalışıyoruz. E ben gelirdim akşam sekizde okuldan, yemeği yer, yatar uyurdum. Zaten yorgun geliyoruz. İstesem de olamam ki. (LadinB, 57)

Genellikle anneler, hastayla daha fazla zaman geçirmekte; dolayısıyla süreci daha ağır yaşabilmektedir. Anneler, yaşadığı durumu eşiyle paylaşmak istemekte ve ortak payda olan çocukla ilgili tüm süreçlerin üstesinden birlikte gelmek istemektedir. Kimi zaman eşin bu isteğini üstü kapalı bir şekilde ifade etmeye çalışması veya öfkeyle karşı tarafa yansıtması olumsuz yansımalara neden olabilmektedir.

Kendimi çekerim. Soru da sorulsa çok kısa cevaplar veririm veya gereksiz der geçerim, dinlenmediğim yerde konuşmak istemem. Dinlenmez, dinlemez. Ondan sonra işte vay sen konuşmuyon, ne konuşayım sen beni konuşturamıyorsun ki konuşayım. Konuşmuyon diyo, sen ikimizin yerine de konuşuyorsun derim bazen, yetiyor bu ikimizin yerine de sen konuşuyorsun, yetmiyor mu? Valla bu yüzden psikolojik olarak da yanında olduğumu pek hatırlamam. (ÇamB, 65)

Babaların genellikle ev dışında olması, annelerin yaşadığı güçlüklerin anlaşılabilmesine neden olabilmektedir. Bu durum eşler arasında çatışmalara neden olabilmektedir. Araştırmaya katılan bir ebeveyn, mesleğinin öncelikli olduğunu ve eşinin bu süreçte yaşadığı fiziksel ve psikolojik sıkıntıları yadsıyabilmektedir.

Ailemin de bu konuda bana herhangi bir şeyi olmadı, serzenişi. Demediler ki hiçbir zaman sen bizimle ilgilenmiyosun. Ha pardon orda parantez içinde eşimin

böyle bir yorumu oldu. Ama bence yanlıştı. Çünkü mesleği yürütmek birinci önceliğimizdi. Evin durumu yürüyordu, yani şöyle böyle ya da orda eşime belki biraz görev düşüyordu. O da bundan dolayı sıkılmış ve kendisine karşı yeterli ilgiyi göstermemiş olduğumu düşünmüştür. Heralde ondan dolayı tartıştığımız olmuştu. (KayınB, 73)

Araştırmaya katılan bir baba, annelerin bu süreci daha ağır bir şekilde geçirdiğini ve elinden geldiği kadar destek olduğunu ifade etmiştir.

Valla ben elimden, ben elimden geldiğince yardımcı oluyorum. Ama büyük sıkıntıyı ve üzüntüyü eşler çekiyor. Annesi çekiyor. Bugün ben kıızıyorsam eşim beni teselli ediyor, ben eşimi teselli ediyorum. (SedirB, 62)

Araştırmaya katılan annelerin büyük bir bölümü eşinden fiziksel ve duygusal olarak destek göremediğini ifade etmiştir. Bu durum annelerin hastalık sürecini ağır geçirmesine ve güçsüzleşmesine neden olmaktadır.

Yani şimdi bu belki çok sağlıklı çocuk yetiştiren ailelerde de olur. Bizim toplumumuzda bir süre sonra evlilikte ortak paylaşımlar genelde biter diye düşünüyorum. Yüzde sekseninde biter. Herkes kendi dünyasında, kendi hayatını, kendi düşüncelerini yaşar. (DefneA, 55)

DefneA, araştırmacının “duygusal ihtiyaçlarınızı nasıl karşılıyorsunuz” sorusuna “es geçiyorum, bastırıyorum, yaşanmamış sayıyorum. Öyle bir şey yaşanmamış sayıyorum. Çok patladığım zamanlar olmuştur. Alıştım çünkü” yanıtını vermiştir. DefneA, yaşadığı bu durumu genelleyerek ve bastırma, yadsıma gibi savunma mekanizmaları kullanarak, bir şekilde var olan durumla başetmeye çalışmaktadır. DefneA, her ne kadar fiziksel ve psikolojik sıkıntılar yaşasa da eşiyle de empati kurmakta ve eşinin duygularını kendisi gibi açık bir şekilde ifade edemediğini belirtmiştir.

Oda yoruldu belki, oda böyle bi evladın sorumluluğunu taşıyor olmaktan ya da işte ne biliyim benim çocuğum ne olacak demekten belki çok şey yapıyor. Çok böyle duygularını benim gibi anlatan, dışa vuran bi insan da değildir. (DefneA, 55)

Hastalık teşhisinden sonra, bazı ailelerde eşler hastalığın nedenini sorgulamaya başlamaktadır. Bazen bu sorgulama eşlere yönelmekte ve eşler birbirini veya kök ailelerini suçlayabilmektedir. Araştırmaya katılan iki baba, ruhsal hastalıkların eşinin ailesinde de olduğunu ve bu durumun saklandığını ifade etmiştir. Eşler arasında yaşanan bu sorgulamalar ve eşlerin birbirini suçlaması, eşler arasında çatışmaya neden olmakta ve bu durum ebeveynlerin güçsüzleşmesine neden olabilmektedir. Çünkü hastalık sürecinde eş desteği, bireyin güçlenme sürecine etki eden önemli bir unsurdur.

Bir suçlama eylemi devamlı, her defasında bu çok tekrar etti. Oğlumuzun rahatsızlığının benden kaynaklandığını. Tabi böyle olunca zaten ilişki diye bir şey kalmadı iyice kül oldu. (ÇamB, 65)

Hastalık teşhisinden sonra, ebeveynler hastalığın ortaya çıkış nedeninin ne olduğunu araştırmaya başlamakta ve kendilerince bazı çıkarımlarda bulunmaktadır. Bu sorgulamalar bazen eşler arasında çatışmaya sebep olmadan sona ermektedir. Bununla birlikte sorgulama sürecinin çekirdek aile sınırlarını aşp kök aileden, özellikle anneye, yönelmesi eşler arasında büyük çatışmalar yaratabilmektedir. Toplumsal cinsiyet bakış açısının ve rollerinin baskın bir şekilde görüldüğü bazı ailelerde anneler, hastalığın nedeni olarak suçlanabilmektedir. Hastalığın annenin soyundan geldiği, çocukluk zamanında çocuğun şımartıldığı veya annenin küçük yaşta çocuğu bakıcıya bırakıp gelir getiren bir işte çalıştığı gibi gerekçelerle anneler suçlanabilmektedir. Dolayısıyla bu durum hem eş hem de kök aile arasında sorunlara neden olabilmekte ve ebeveynler ihtiyaç duyduğu desteği göremeyebilmektedir. Eş desteğinin olmaması ebeveynin kendisini yalnız hissetmesine ve güçsüzleşmesine neden olabilmektedir.

Annesine terk ettim bunu her şeyi anlatmıyordu bana onu koruyordu çünkü harçlığını veriyordu sigarasını veriyordu. Ona yüz vere vere hastalandı mı naptı bilmiyorum. Başka bir sebep ailesi olabilir. Sanırsam ailesinde de böyle hastalıklar varmış. (SöğütB, 74)

Çok fazla yüz verdin bu çocuğa dediler, ondan böyle oldu dediler. Yani yıllarca hem eşimden hem de ailesinden bunları duydum. O suçluluk beni yedi bitirdi. Hep dedim keşke eşim bana destek olsaydı, sonuçta çocuk ikimizin çocuğu.(KayınA, 65)

Bazı ebeveynler, hastalık sürecinde birtakım sorgulamalarının olduğunu fakat birbirine yönelik suçlamaların olmadığını ve birbirine destek olduğunu ifade etmiştir.

Katiyen ne ben onu suçladım, ne de o beni suçladı. Çünkü ikimizin de hiç bi hatası yok. Çok güzel yaklaşıyoruz. Çok güzel yaklaştık yani birbirimize. Daha çok kenetlendik. (ArdıçA, 54)

Biz birbirimizi suçlamadık, birbirimize destek olduk hep hanımla.(MeşeB, 60)

Hastalığın semptomları, ebeveynlerde öfke, acıma ve çaresizlik gibi duygulara neden olmaktadır. Bu duygular eşlerin var olan durumu birbirine yansıtmasına neden olabilmektedir. Dolayısıyla eşler arasında çatışmalar görülebilmektedir.

Huzursuzluk oldu mesela. Bu (şizofreni hastası çocuk) galgıyo, şunu deviriyor, bunu yapıyor. Haliyle sürtüşme oluyor yani. Buna rağmen iyi geçinmeye çalışıyoruz işte. Susuyok. Bana gızıyor, alttan alıyoruz.(ÇınarB, 66)

Bazı eşler, hastalık sürecinden sonra birbirine daha çok destek olduğunu, sorunları birlikte çözmeye çalıştığını ifade etmiştir. Ortak sorunların birlikte çözümü, eşlerin birbirine destek olması hastalık sürecinde güçlendirici bir unsurdur. Eşlerin

birbirinin duygu ifadelerini anlaması, hastalık süreciyle başetmelerinde oldukça önemli bir güç kaynağıdır.

Emekli olduktan sonra herşeye fırsat oldu. Oğlum olsun, kızım olsun, eşim olsun yani bu durumu çözeriz. Yani biz kendimiz olduğumuz zaman çok daha iyi olduk yani. Yani karı koca kendimiz olduğumuz, aile olarak tek kaldığımız andan itibaren iyi. Aile sevgimiz de var. Başka da bir sorunumuz yok, yani biz kendi kendimizi idare ediyoruz. Yani o yüzden, kendi kendimize tutunmaktan başka bir yolumuz yok. Kimseden fayda yok. (SedirB, 62)

Bazı ebeveynler, hastalık teşhisi konulduktan sonra ilişkisinin kötüye gittiğini, yaşanan maddi sorunların da bu durumda etkisinin olduğunu ifade etmiştir.

Hastalıktan sonra daha da kötü oldu. Halbuki şimdi birbirimize destek olmamız gerek. Yok daha da kötü oldu. İşte maddi imkansızlıklar da tuzu biberi oldu. Bir şeyler yani maddi imkansızlıklar yaşadık. Onların vermiş olduğu şey. Alt yapı da vardı yok değildi. İşte ailemle değil en çok eşimle paylaşmayı istiyorum bu tür şeyleri ama eşim, dinleme kapasitesine sahip değil. Konuşuyorum arada. En çok nerde ne yapmalıyız, nasıl davranmalıyız? Zaman zaman oluyor ama öyle oluyor ki nasıl oluyorsa normal konuşma tartışmaya, tartışma kavgaya dönüşüyor. Kendimi ifade etmeye fırsat vermiyor. Sıkıntılarını insan, yıllarını vermiş bir insansın kimle paylaşacak baş yoldaşım, can yoldaşım diye. Ama böyle de can yoldaşı olmaz ki, baş yoldaşı olmaz. Çünkü ne arkamda ne yanımda hissedebiliyorum. Her konuda köstek. (GürgeA, 57)

Bazı anneler, eşinden destek göremediğini, bunun aksine yaptığı şeylerin eş tarafından eleştirildiğini, yok sayıldığını ifade ederek eşinden anlayış beklediğini belirtmektedir.

Tabi ki anlayış bekliyorum. Sanki ben evde hiçbir şey yapmıyor muşum gibi. Hatta bana şunu bile diyebiliyo sen için ne fedakarlık ettin diyebiliyo zaman

zaman. Ben bunu bi fedakarlık olarak görmüyorum. Bu benim annelik görevim. Ben bunları yerine getiriyorum ama karşıdan görülmediğinde bu beni üzüyor. İsyani ediyorum... Ben bekliyorum ki biraz daha sakin olsun. Biraz daha bana karşı anlayışlı olsun diye bekliyorum. Kendi açımdan evet biraz daha istiyorum ki hani bugün sen ne yaptın. Telefon açıp ne yemek var?desin istemiyorum. Mutlaka bir şeyler pişmiştir. Ama önce benim hatırıma sor dimi?(DefneA, 55)

Elektirik mi yatacak, su mu yatacak, internet mi yatacak, bir tane birinin ucundan tutan yok. Destek değil bir de köstek. (ÇınarA, 57)

Ben evde eşim dışında kimseye alınmıyorum çünkü beni üzen başka kimse yok.'yı zaten biliyorsun artık anladın yani o kendinde olmayarak bazı şeyleri yapıyor. Ama eşim de öyle yapınca işte beni tek mutsuz eden o. (İhlamurA, 50)

Fulya Hanım şöyle söyleyeyim, yani eşim benden on iki yaş büyük. Arada yaş farkı var, kültür farkı çok fazla var. Hayata bakış açısı farklı. Yani çok kinci, çok ketum. Yani kendi doğrularının dışına çıkmayan, ne olduğunu bilmediğim. Yani inanılmaz zor bir insan. Ben ile uğraşırken bir de onun beş katı daha çok ağır basan biriyle uğraşmaya çalıştım. Nedir? İşte, iletişim sıfır noktada, hep böyle dayatma, tehdit, dayak. Hep böyleydi. Tabi bununla birlikte daha da arttı tabi. İşte benim enerjim sadece çocuğa kayınca.. Bu sefer, bilmiyorum, daha çok büyük kıskançlıklar başladı tahmin ediyorum. Hiç anlamlandırılmayan bir ilişki. Zoraki bir yaşantı. (ÇamA, 55)

ÇamA, eşinden fiziksel ve psikolojik olarak destek görmediğini aksine eşinin kendisine fiziksel ve psikolojik şiddet uyguladığını ifade etmiştir. Bu durumun bazı zamanlar şizofreni hastası çocuğun yanında yaşandığını ve çocuğun sürekli olarak babayla çatıştığını belirtmiştir. Ebeveynlerin yaşadığı bu durum, kendi yaşamında kontrol kaybı hissine neden olabilmekte ve bireyi güçsüzleştirmektedir.

Kendinin farkında değil. Ne yaptığının farkında değil. Zaman zaman bana şiddet uyguladığı zaman, ben bu adamı öldüreceğim, keseceğim diyor. Tabi, tabi. Bir de şey yani ben annemi neden koruyamıyorum düşüncesi çok ağır bastı. Ben aşağılık bir adam mıyım? Neden buna karşı duramıyorum? Ama gücü yoktu onun durması için. Çünkü bir kere denedi. Bu her şeyi bitirdi. Ona bir saldırdı on beş yaşındayken. Baba saldırdı. bir daha hiç bir şey diyemedi. Bununla birlikte da kendini yıllarca suçladı. İşte ben öldüreceğim babayı, annemi kurtaracağım. Yani ben eşime ulaşamıyorum ya ona ulaşamıyorum. Bu durum, yani ailemi yönetememe, aileme sahip çıkamama beni bitiriyor. (ÇamA, 55)

Araştırmanın bulgularına göre, birçok ailede hastalığın eşler arasındaki ilişkiyi olumsuz etkilediği görülmektedir. Bunun aksine bazı ebeveynler, hastalık süreciyle birlikte birbirine daha fazla destek olduğunu, hastalık öncesi sürece göre eşiyle olan ilişkisinin olumlu anlamda evrildiğini ifade etmiştir. Araştırmaya katılan annelerin büyük çoğunluğu, eş desteğinin kendileri için oldukça önemli olduğunu ancak çoğu zaman eşinden hiçbir destek göremediğini belirtmiştir. Bazı ebeveynler, bu durumun yaşamındaki kontrol hissini azalttığını ifade etmiştir. Bunların yanı sıra anneler, verdiği mücadelenin, yaşadığı olumsuz duyguların eş tarafından görülmediğini veya basitleştirildiğini ifade ederek içinde bulunduğu durumu yansıtmıştır.

3.2.2.2. Ebeveynlerin Arkadaş Çevresi İle Olan İlişkisi

Hastalığın teşhisiyle başlayan süreç, ebeveynlerin sosyal yaşamında da birtakım değişikliklere neden olabilmektedir. Hastayla birlikte geçirilen sürenin artması, ebeveynin kendisine ayırdığı serbest zamanın azalmasına, sosyal ağlarından çekilmesine veya sosyal çevrenin geri çekilmesine neden olabilmektedir. Şizofreni hastalığının ruhsal bir hastalık olması, toplumun hastalık hakkında yeterli bilgiye sahip olmaması ve toplumun hastalıkla ilgili yanlış bilinçlenmesi, sosyal çevrenin şizofreni hastasından ve hastanın ailesinden uzaklaşmasına yol açabilmektedir. Ebeveynler, arkadaş ilişkilerini sınırlandırabilmekte, sonlandırabilmekte veya ilişkiyi

sürdürebilmektedir. Ebeveynin hastayla bağımlı bir ilişki geliştirmesi, hastalık sürecinde ortaya çıkan dışlanmışlık, kendine acıma, çaresizlik ve tükenmişlik gibi olumsuz duyguları, sosyal çevrenin hastaya ve hastalığa bakışı ebeveynlerin arkadaş çevresi ile olan ilişkisini belirleyici etkenler arasında yer alabilmektedir. Bununla birlikte yaşanan güçlüklerin sevilen biriyle paylaşılması, var olan sorunların ve duyguların sözel olarak ifadesi ebeveynlerin kendisini güçlü hissetmesini sağlayabilmektedir. Bunun aksine araştırmaya katılan ebeveynlerden bazıları arkadaş çevresinin kendisine acıyacağını, kendisini anlayamayacağını, kendisinden korkacağını ve geri çekileceğini düşünerek sorunlarını paylaşmamayı tercih etmektedir. Bu noktada ebeveynin çevresel kaynaklarla olan ilişkisinin sınırlanması, kişilerarası güç boyutunda, ebeveynin güçsüzleşmesine neden olabilmektedir.

Araştırmaya katılan ebeveynlerden bazıları, çocuğunun şizofreni hastası olduğunu arkadaş çevresine söylemediğini ifade etmiştir. Bu noktada ebeveynler, hastalık sürecini yaşamamış olan kişilerin kendi durumunu anlayamayacağını düşünmektedir.

Bize de yapıldı oğluma da. Çocukluk arkadaşları görüşmedi. Umrumuzda da değil yani. Biz hayatımıza devam ediyoruz. Benim durumumu bilmeyen kişi beni anlayamaz bu mümkün değil. (ServiA, 52)

Ebeveynlerin hastalıkla ilgili algısı, hastalığı nasıl anlamlandığı, ebeveynin duygu ve düşüncelerine yön verebilmektedir. Hastalığın toplum tarafından yeteri kadar bilinmemesi, toplumdaki bazı bireylerin bu hastalara ve ailelerine yönelik tutum ve davranışları, ebeveynlerin sosyal çevredeki güç kaynaklarından yeterince yararlanamamasına neden olabilmektedir.

Bazı ebeveynler, çocuğunun hastalık durumunu saklamadığını ve güvendiği kişilerle paylaştığını, bu paylaşımların kendisini rahatlattığını belirtmiştir.

Hep paylaştım, derler ya paylaşarak derter azalır. Allah'ın verdiği bir hastalık, işte diğer hastalıklar gibi. (SedirA, 62)

SedirA'nın hastalığı anlamlandırma biçimi, şizofreni hastalığını diğer hastalıklar gibi görerek normalleştirmesini sağlamaktadır. Bu durum ebeveynde utanma ve suçluluk gibi olumsuz duyguların ortaya çıkmasını en aza indirgeyebilmekte veya engelleyebilmektedir.

Araştırmaya katılan ebeveynlerden bazıları, uzun yıllar aynı yerde ikamet ettiğini ifade etmiştir. Bunun nedeni, komşularının, hatta mahalledeki diğer bireylerin şizofreni hastası çocuğu tanınması, hastalığın semptomları karşısında hastaya ve aileye olumsuz tepkiler vermemesidir. Hastalığın ebeveynin çevresi tarafından bilinmesi, kabullenilmesi ve çevreden alınan sosyal destek ebeveynler için önemli bir güç kaynağıdır.

Herkes elinden geldiğince yardımcı olmaya çalışıyor. Yani nasıl söyliyim yadırgandığını veya rahatsız olduklarını düşünmüyorum. (DefneB, 58)

Yani sağolsun komşular anlıyolar. Ben çocuğa kızsam bile ona kıзма. Bağırsın, çağırsın biz nasıl olsa alıştık diyorlar. (ZeytinB, 66)

Önceleri komşularımız çekiniyordu. Mesela bizim oğlan geliyor herkes evine gidiyor. Ama şimdi şey oldu onlar korkmamaya başladılar. Herkes biliyor zaten. (SöğütB, 74)

Hastalığın ebeveynler tarafından kabul edilmesi, çoğu ebeveynin hastalığı gizlememesini ve açık bir şekilde sosyal çevresiyle paylaşmasını sağlamaktadır. Bu durum ebeveyn, hasta ve sosyal çevre etkileşiminin artmasına olanak vererek bireyin güçlenmesine katkı sağlamaktadır.

İşte damgalanmak, yaftalanmak var ya. Hani şizofreninin ne olduğunu bilmeyip, deli gibi çıkıp gezerler diye sanıyor insanlar. Ama ben’yı tanıyıp ettikçe saklama gereği hiç duymadım. Yani hastalığı kabullendikten sonra. E biliniyor zaten neyi saklıcaksınız? Yani bir şey paylaşmasam bile insanlarla bilinsin istedim. (ÇamA, 55)

Şizofreni hastalığının toplumdaki çoğu kişi tarafından bilinmemesi, şizofreni hastası ve ailenin damgalanmasına yol açabilmektedir. Hasta ve aileye yönelik tutum ve davranışlar, kuşaklararası geçiş özelliği gösterebilmektedir. Araştırmaya katılan bir anne, komşularının çocuğundan korktuğunu, eskiden sürekli görüştüğü kişilerin artık evine gelmediğini, kendisinden uzaklaştığını ve bu ailelerin çocuklarının da benzer davranışlar gösterdiğini ifade ederek, arkadaşlarının zor zamanında yanında olması gerektiğini vurgulamıştır.

..... böyle olduktan sonra komşular, arkadaşlar çevre yavaş yavaş bizden uzaklaşmaya başladı. Ondan sonra işte böyle oldu mu, başladı yani uzakta olan arkadaşlar, ay işte kızın rahatsız şöyle duyduk, he evet, ay gelmeyelim rahatsızsa gelmeyelim, etmeyelim. Ulan benim evime, ondan sonra mangallar haftasonları yanardı, sohbetler şeyler, kırılır giderdi. Şimdi nerdesiniz, yoklar. Ondan sonra, tedirgin oldular, işte şey, dedim ya bi gelin oturun bi kahvemi için şey yapın, ay yok rahatsız etmeyelim, rahatsız etmeyelim. Dedim neden, bi gün dedim ki, bi baktım çocuk, bahçede oturuyoruz, iki çocuk beş altı yaşlarında, bu teyze var ya, diyo kızı da deli diyo, kendisi de deli diyo, burda deliler yaşıyormuş diyo. Ben de güldüm. Yani eziklik hissettim, böyle kendimi, yağlar böyle vücut hani şey olur ya, şuram böyle. Eyvah dedim, ben boşuna insanlara hizmet etmişim dedim, güler yüz göstermişim dedim. Gel bakayım çocuk dedim, kızım gel bakayım, siz ne diyorsunuz bakayım, hu biz burda deli teyze, abla varmış sen de onun... Kim dedi size dedim, ondan sonra kaçtılar öyle diyince... Yoldan fırladım gittim komşunun evine kapısını çaldım. Demek onun için dedim kahve içmeye gelmişsiniz dedim. Demek benim kızım deli ben deiliyim, hu öyle mi dedim. Eski günler nasıl oldu dedim, yani siz dedim demek siz evin içinde konuşuyorsunuz dedim. Çocuklar da bunu duyuyorlar dedim bunu bir daha dedim, benim kızıma deli dersiniz, ondan sonra çocuklarınız böyle

davranırsa, inan bak dedim hepinizin kapısına ateş korum dedim, anne olarak dedim. (LadinA, 56)

Toplumun ruhsal hastalıklarla ilgili olumsuz ve damgalayıcı söylemleri, her ne kadar ebeveynlere yönelik olmasa da, ebeveynleri incitebilmekte ve olumsuz söylemleri ebeveynlerin kişiselleştirmesine yol açabilmektedir. Ebeveynlere yansıyan bu tutum ve davranışlar, onların hastalığı saklamasına, özgüven, inanç ve kontrol gibi içsel güç unsurlarının zedelenmesine neden olabilmektedir.

Ben işte hani arkadaşlar böyle bazı bu gibi hastalıklardan falan bahsedince ya da deli dediklerinde ben tabi ki hemen korumaya geçmiyorum. Bundan çok inciniyorum. Yani bu deli lafı beni çok incitiyor açıkçası. Yani oğluma bişey söylemiyorlar çevreden mesela. Ama başkası için de konuşulsa ben bunu kendi çocuğuma yoruyorum. Dolayısıyla ben bunların içinde olmamalıyım diyorum. Bana çok boş gelmeye başladı. (DefneA, 55)

Araştırmaya katılan bazı ebeveynler, hastalığı ve hastalık sürecini yakın arkadaşlarıyla paylaştığını ancak bu paylaşımın kendisini rahatlatmadığını; bazıları ise hastalığı gizlediğini ifade etmiştir. Ebeveynlerden bazıları, hastalık teşhisinin konulduğu ilk zamanlarda hastalığı kabullenmeme, hastalık hakkında bilgi sahibi olmama, sosyal çevre tarafından damgalanma gibi nedenlerden dolayı hastalığı gizleme gereksinimi duymuştur. Süreç ilerledikçe, ebeveynlerden bazıları hastalığı bir başkasıyla paylaşma ihtiyacı hissetmiştir. Ancak bazıları arkadaşlarının söylemlerinin kendisine iyi gelmediğini, klasik cümleler kullandığını ve kendisiyle görüşmeyi kestiğini ifade etmiştir. Bunun aksine bazı ebeveynler, arkadaş desteğinin kendisine iyi geldiğini ve güçlü hissettirdiğini belirtmiştir.

Kimseyle paylaşmadım önceleri, duymalarını istemedim açıkçası. İnsanların arkadaşları vardır bir de dostları vardır. Ancak siz dostlarınızla paylaşıyorsunuz. Sizin kafa yapınıza uygun, dürüst olduğunuzu sandığınız, size düştüğünüz zaman, elini uzattığı zaman elini verebilecek insanların olduğu birkaç kişidir. Ama yine de rahatsız da oldum, ne gereği vardı, bilmesine ne gerek vardı? Yok, bu bana ne fayda

sağlar. Hiç gerek yoktu gevezelik ettim, etmeseydim daha iyi olurdu. Bunlar benim dostum işte, akşam sabah görüştüğümüz insanlar onlar. Teselli mahiyetinde şeyler söylediler, ya ne yapacaksın, bir sen değilsin işte, falanın da başında böyle, filanın da böyle, bizim de bir yakınımız böyle gibi laflar söylediler. Hiç rahatlatmadı. (ÇamB, 65)

Arkadaşlarımla hiç konuşamadım. Yani oturup paylaşamıyorum çünkü paylaşılacak bir şey değil, bizim toplumumuzu biliyorsunuz. Ama toplum olarak biz daha o kültür seviyesine gelemediğimiz için... (GürgeB, 63)

Anlatırım, paylaşırım. Arkadaşlarım bilir şizofreni hastası bir oğlumuz olduğunu. Ben gizlemedim. Arkadaşlarımla konuşmak paylaşmak bana iyi geliyor. Gizlemenin bir faydası yok. (MeşeB, 60)

Şimdi iyi geçindiğim komşularım akrabalarım akıl verdiler bana: Bu, Allah'ın verdiği bir şey dediler. Bunu bir şey yapamazsın dediler. Akıl verdiler bana yani.... komşular. Benim arkadaşlarım çok destek veriyor bana, komşular falan. Ben böyle konularda bazı arkadaşlar oluyo, ne oluyo, hastaları falan oluyor. Konuşuyoz kendi aramızda. (ÇınarB, 66)

Allah korusun diyip çıkıyorlar. Bu hastalıkla ilgili bir bilgisi olan yok ki. Benim de yok onların da yok. Ancak Allah korusun Allah kurtarsın Allah kimsenin başına vermesin.(SöğütB, 74)

Herkes geri çekildi. Valla işte şey var üç harfliler var bize de bulaşırlar, cart curt dediler falan. (LadinB, 57)

Araştırmaya katılan bir baba, oğlunun çalışmadığını ve dışarı çıktığında diğer insanlar tarafından görüldüğünü, dolayısıyla insanların oğlunun canını sıkacak bir söylemde bulunmaması için oğlunun hasta olduğunu birçok kişiye söylediğini ifade etmiştir.

Yavrumun ben hasta olduğunu söylüyorum her fırsatta, yani eşim dostum görüştüğüm kişilere oğlumun hasta olduğunu söylüyorum. Çünkü çalışmıyor, çalışmadığı için de boş geziyor, boş gezdiği için de her gün görünüyor, her gün görüldüğü için de, söylemek zorundayım. Söylediğim an çünkü karşı tarafın, bu boş gezerken birisi yanlış bir laf söyleyip de oğlumun moralini bozmasın. (SedirB, 62)

Bazı ebeveynler, çocuğunun hastalığını bir başkasıyla paylaşmadığını, çünkü paylaştıkları takdirde bunun kendisine bir getirisinin olmayacağını ifade etmiştir. Bunun yanı sıra bazıları hastalığı gizlediğini ancak nedenini kendisinin de bilmediğini söylemiştir. Bu durumda ebeveynler duygu ve düşüncelerini bastırma veya var olan durumu yadsıma gibi çeşitli savunma mekanizmaları kullanarak hastalığı gizleyebilmektedir.

Zaman zaman düşündüm, düşünmedim değil ama, söyleyemedim yani. Yani bana bir getirisi olmadığı gibi bir götürüsü de olmadığını biliyorum, olmayacağını. Faydası olmazsa, zararı da olmaz söyledığım zaman da ondan değil ama bilmiyorum söyleyemiyorum, neden söyleyemiyorum bende bilmiyorum. (GürgeA, 57)

Ee arkadaşlarımla pek paylaşma girmem yani. Bilmiyorum ki işte öyle kendi kendime şey yaparım. (HuşA, 50)

Sosyal çevre pek çok insan için bir güç kaynağıdır. Bununla birlikte ruhsal hastalıkların toplumdaki insanlar tarafından yeterince bilinmemesi, insanların ruhsal hastalığı olan bireylere ve ailelerine yönelik gösterdiği olumsuz tutum ve davranışlar, bir güç unsuru olarak nitelendirilen sosyal çevrenin ebeveynler üzerinde olumsuz etkiler yaratmasına neden olabilmektedir.

3.2.2.3. Ebeveynlerin Akrabaları İle Olan İlişkisi

Şizofreni hastası çocuğu olan ebeveynlerin akrabaları ile olan ilişkilerine bakıldığında, ebeveynlerin çoğunluğunun akrabalarından herhangi bir destek

göremediği, hastalık teşhisinden sonra görüşme sıklığının azaldığı görülmektedir. Akrabaların, şizofreni hastası bireye yönelik olumsuz tutum ve davranışlar sergilemesi ebeveynlerde öfke, kızgınlık ve umutsuzluk gibi duygulara neden olmaktadır. Toplumsal cinsiyet bakışının baskın olduğu ailelerde, babanın kök ailesinin hastalık nedeni olarak anneyi görmesi akrabalık ilişkilerini olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Bazı anneler, çocuğun şımartılması veya annenin gelir getiren bir işte çalışıp çocuğuna zaman ayıramaması gibi nedenlerden dolayı eşin ailesi tarafından suçlanabilmektedir. Bununla birlikte bazı ebeveynler, hastalığın semptomları hakkında akrabalarının bilgi sahibi olmasının, ilişkileri olumlu yönde etkilediğini ifade etmiştir. Bu bulgu, hastalığın semptomlarını bilmeyen bireylerin, hasta ve aileye yönelik daha fazla olumsuz davranışlar sergilediğini düşündürülebilir.

Araştırmaya katılan ebeveynlerin büyük çoğunluğu, hastalık teşhisi konulduktan sonra akrabalarının kendileriyle görüşmek istemediğini ifade etmiştir. Bir baba, şizofreni hastası bireyden korktuğu için kız kardeşinin bile ailesiyle görüşmek istemediğini belirtmiştir. Hastalık öncesi süreçte sürekli olarak görüşülen akrabaların, hastalık teşhisinden sonra ilişkileri sınırlandırması, ebeveynlerin zor zamanlarında ailenin yanında olmaması, ebeveynlerde kızgınlık ve üzüntüye neden olabilmektedir.

Şimdi, benim evime gelen çok olurdu akrabalarından. Çocuk hastalandıktan sonra kapımı açmaz oldular. Akrabalarım destek vermiyor. İşte, gelmiyorlar, gelseler de böyle bayramdan bayrama. Arada işte senede bi kere telefon ediyorlar. Kardeşim bile dedi, korkuyom dedi, kız kardeşim. Mesela sohbet ederiz, korkuyorlar şey ediyolar, sohbet edemiyorlar. Çok konuşana kızıyor o (hasta). Fazla sohbetlere kızıyor. Kendi kendine konuşuyo şey ediyor. O zaman ne oluyor? Huzursuz oluyor. Misafir de huzursuz oluyo. (ÇınarB, 66)

Sorunları kendileri yarattı habire, yani ardı arkası kesilmeyen sorunlar olunca, öyle yani hani çocuk bu durumda, biz de bir şey yapalım ilgilenelim, şu, yani yardımcı olalım, mesela abim, en azından tek başına bırakmayalım bu konuda demediler. (GürgeA, 57)

Mesela akraba ilişkilerinde de azalmalar oluyor. Acaba diyorsunuz. Amca çocuklarım gelirdi, şimdi gelmiyor, bi telefonla konuşuyoruz o kadar. Destek olan hiç kimse yok. (LadinB, 57)

Ebeveynler genellikle, akrabalarla görüşeceği zamanlarda şizofreni hastası bireyi götürmediğini çünkü akrabalarının tedirgin olduğunu ve hastayla görüşmek istemediğini ifade etmiştir. Böyle bir durumda ebeveynler de bir süre sonra akrabalarıyla görüşmediğini belirtmiştir.

Bizim oğlanı götürmüyoruz bir yere gideceğimiz zaman. Çünkü ya istemiyorlar, ya da korkuyorlar. E yani yazık değil mi hiç görüşmem daha iyi. (SöğütB, 74)

Bazı ebeveynler, çocuğunun hastalığını akrabalarıyla paylaşmamıştır. Ancak hastayla akrabalar iletişime geçtiğinde, akrabalar hastanın davranışlarının normal olmadığını gözlemlemekte ve ebeveynler var olan durumu anlatmak zorunda kalabilmektedir. Ebeveynlerin akrabalarla olan zorunlu paylaşımı, akrabaların hastalığın ne olduğunu bilmeden ebeveyne verdiği kalıp tavsiyeler ilişkilerin bozulmasına neden olabilmektedir.

Bu hastalık şeyisini hiç kimseye söylemedim. Sonradan amcalarının bazıları biliyor. Mesela amcasına geçen ters davranmış galiba. Ya bana niye böyle yaptı dedi. Hocam, ya çevre her şeyi söyler. Ya evlenirse düzelir gibi bir havaya giriyorlar. Onlar da doktordan çok doktorculuk oynuyorlar, kraldan çok kralcı oluyorlar. (ZeytinB, 66)

Onlar biliyorlar zaten. Başlangıçta, şu anda bir buçuk sene oldu hiç birisiyle görüşmüyoruz. Ya işte sana bakıyorlar sonra uf puf diyorlar ondan sonra arkası kesiliyor. (GürgenB, 63)

Araştırmaya katılan ebeveynlerin çok azı, akrabalarının hastalık durumunu bildiğini, kendisine destek olduğunu ve kendisi için büyük şans olduğunu ifade etmiştir. Ebeveynlerin güvendiği kişilerin desteğini alması, önemli çevresel güç unsurlarından biridir.

Akrabalar da akraba işte söylüyorsunuz zaten. Eşimiz, dostumuz da, görüştüğü kişiler de’in hastalığını bildiği için., taşkınlık yapsa bile onlar rahatlatırlar yani. (SedirB, 62)

Akrabalarım, şimdi kendi ailem şey yapıyor yani. Annem, kardeşim falan. “Kızım idare et” işte “Kızım yine iyi, çok şükür” falan diye destek oluyor annem falan. (HuşA, 50)

Ebeveynlerden bazıları, yakın ilişki içinde olduğu kişilerin olumsuz tutum ve davranışlarıyla karşılaştığında umutsuzluk ve öfke gibi duyguların daha da yoğunlaştığını ifade etmiştir. Özellikle küçük çocuğu olan aileler, çocuğun hastanın davranışlarından etkilenebileceğini düşündüğü için hastayla görüşmek istememektedir.

Mesela çocukların hanımları bizim imm çocuklarımız da etkileniyor bunlardan falan diye orada konuşuyor. Bilmem ne yapıyor. Aşırı derecede şey yapıyor ya mesela çocuklarını stres artık bu şeyi bozuluyor diyor mesela. He onlar diyor çocuk. Kendi çocukları var ya mesela onlarla geldiği zaman. Diyor ki bunun da hareketleri değişik, pozisyonları. O zamanlar mesela kendi kendine gülüyordu, kendi kendine konuşuyor, yatıp yuvarlanıyordu. Yani durma şansı yoktu. Yani en yakınımız bunu yapıyor. (ArdıçA, 54)

Yani mesela birader orada. Dese ki çağırırsa gel kızını bir hafta götüreyim. On beş gün burda kalsın, şöyle gezsin tarlalarda, pınarların başında falan dese, demiyorlar işte. Onlar da demiyor, yani vardığın zaman bir gün, iki gün idare ediyor, üçüncü gün zaten sen de duramıyorsun zaten. Onlara da sıkıntı oluyorsun,

çıkıp geliyorusun. Kimse yardımcı olmaz. Başına iş geldiği zaman Allah göstermesin kimse yardımcı olmaz. Var iken hepsi, dedim ya bak. (ArdıçB, 60)

Yani napıyım hastaysa ölsün diyolar. (ÇınarA, 57)

Araştırmaya katılan bir anne, fiziksel ve duygusal olarak çok yorulduğunu, bazı zamanlar kendisiyle baş başa kalmak istediğini ve böyle zamanlarda akrabala desteğinin oldukça önemli olduğunu ifade etmiştir.

Destek var, aile bağları kuvvetli olduğu için, ama baba tarafında herhangi, yani böyle bir şey yok. Hatta zamanında çok suçladılar beni. Öyle olunca yani, en azından işte haftasonları bazen oraya gidiyor, öyle olunca ben evde biraz dinlenebiliyorum. Onun dışında valla isyan ettiğim günler hala oluyor, olmuyor desem yalan olur. (SığlaA, 45)

Ebeveynlerin birçoğunun akrabaları ile olan ilişkilerinin hastalık sürecinden sonra azaldığı veya tamamen koptuğu görülmektedir. Bazı ebeveynler, akrabalarının kendisine acıyacağını düşünerek hastalık hakkında akrabalarıyla paylaşımda bulunmaktan kaçınmıştır. Ebeveynlerin, kendisiyle kan bağı bulunan kişilerden destek görememesi, ebeveynlerde bazen hayal kırıklığına bazen ise öfkeye neden olabilmektedir. Çekirdek ailesindeki tüm üyelerin birbirini desteklediği ailelerdeki bireylerin, yaşanan tüm zorluklarla baş edebildiğini, bundan dolayı da hastalığı akrabalarıyla paylaşmadığını söylemesi araştırmada dikkat çeken bir bulgudur.

3.2.2.4. Ebeveynlerin Şizofreni Hastası Olan ve Olmayan Çocukla İlişkisi

Şizofreni hastalığı, bazı ailelerde aile bütünlüğünü bozan ve aileyi olumsuz etkileyen bir durumdur. Hastalığın ruhsal ve az bilinen bir hastalık olması bazı ebeveynlerde duygusal yıkıma neden olabilmektedir. Bazı ebeveynler ilk çocuğuna şizofreni teşhisi konulduktan sonra başka bir çocuk dünyaya getirmek istemezken;

bazıları “sağlıklı” bir çocuğa sahip olma umuduyla bir kez daha çocuk sahibi olmuştur.

Bazı ailelerde şizofreni hastası olmayan çocuk, diğer aile üyelerine destek olmakta ve ebeveynlerin yükünü hafifletebilmektedir. Ebeveynlerin çocuklarıyla olan ilişkisinde çocuğun cinsiyeti, yaşı ve ebeveynle olan paylaşımı belirleyici olabilmektedir. Şizofreni hastası çocuğun erkek olması, herhangi bir işte çalışmaması ve aileye maddi bir getirisinin olmaması da hastanın özellikle babayla olan ilişkisinde önemli bir unsur olarak görülmektedir. Bunun dışında hastalığın semptomları, ebeveynlerin fiziksel ve duygusal yükünü artırdığından dolayı ebeveyn ve şizofreni hastası çocuk arasındaki ilişkiyi olumsuz etkileyebilmektedir.

Araştırmaya katılan ebeveynlerden bazıları, tüm zamanını ve enerjisini şizofreni hastası çocuğuna verdiğini ve diğer çocuğuyla yeterince ilgilenemediğini ifade ederek yaşadığı pişmanlık ve suçluluk duygusunu ifade etmiştir.

Bir baba, çocuklarıyla olan ilişkisinin, eşi ve çocuklarıyla olan ilişkisine göre daha iyi olduğunu ifade etmiştir. Babanın anneye göre zamanının büyük bir bölümünü ev dışında geçirmesi, annenin ise neredeyse tüm zamanını hastayla birlikte geçirmesi ve dolayısıyla babanın bakım yükünün nispeten daha az olmasının baba ile çocuk arasındaki ilişkiyi olumlu etkilediği düşünülebilir.

Çocuklarım arasında hiçbir ayırım olmadı. Hepsine de eşit mesafedeyim. Hatta ben babaları olarak annelerinden daha yakıным. (MeşeB, 60)

Anne tabi biraz sinirli, böyle olunca da çocuk benimle zaman geçirmeyi daha çok istiyor. Bazen dışarı çıkarız, dolaşırız. Ona da iyi geliyor. (ÇamB, 65)

Bazı ebeveynler çocuklarının kendisine destek olduğunu, aralarındaki iletişimin olumlu yönde olduğunu ifade etmiştir. Bazıları ise hastalığın yükünden dolayı şizofreni hastası olmayan çocuğuna yeteri kadar zaman ayıramadığını, diğer

çocuklarının sorunlarıyla ilgilenemediğini belirterek yaşadığı pişmanlık ve suçluluk duygusunu ifade etmiştir.

Çocuklarımız aynı bizi teselli ediyor bazen. Bize büyük destekler. Ben de onlara sorarım derdin ne, ne şeyin var diye. Birbirimize hep saygımız vardır. (ArdıçB, 60)

Kızıma daha fazla ilgi gösterebilirdim. Onun da kendine göre sorunları var. Eşinden ayrıldı. Daha fazla ilgi gösterebilirdim, her şeyini takip edebilirdim. (DefneA, 55)

Biz kızıma yeterli vakit ayırdığımızı sanmıyorum. Onun da problemleri var. Eşinden ayrıldı. Bunun vicdan azabını çekiyorum bir baba olarak. Niye?'den ona vakit ayıramadım. İu maddi belki sıkıntıları yok ama. İlgi olarak biz baba olarak yeterli olduğumu sanmıyorum yani. Onun üzüntüsünü de çekiyorum. (DefneB, 58)

Bir anne, gelir getiren bir işte çalıştığından dolayı şizofreni hastası olan kızına çocukluğundan beri başkalarının baktığını ve yeteri kadar sevgisini gösteremediğini, bundan dolayı pişmanlık yaşadığını ifade etmiştir. Toplumun kadınlara atfettiği annelik rolü, özellikle çalışan kadınlarda yetersizlik ve suçluluk gibi olumsuz duygulara neden olabilmektedir. Bu durum çalışan anne ve çocuk arasındaki ilişkiye de yansıyabilmektedir.

Çalışan annelerin kaderi bence bu. Çocuğa başkaları bakar ve sen suçluluk duyarsın. Kendini gerçek bir anne gibi hissedemezsin bazen. Annelerin omzunda o kadar ağır yük var ki. (SığlaA, 45)

Şizofreni hastası çocuğun gelir getiren bir işte çalışmaması ve genel olarak hastalığın semptomlarından dolayı ebeveynlerdeki yük şizofreni hastası çocukla ebeveynler arasındaki ilişkiyi etkileyebilmektedir.

Yani evde sürekli bir huzursuzluk olunca ister istemez ilişkiler de yıpranıyor. Biliyorum çocuk hasta olduğu için bu şekilde ama bazen oluyor acayip öfkeleniyorum. Diyorum bir iş bulup çalışsa hem kafasını rahat eder hem biz rahat ederiz biraz. (IhlamurB, 54)

Kızım yat artık diyordum mesela varıyorum, sinirleniyorum, kızıyorum, bak biz de uyuyacağız bak bizim de işte yarın işe gideceğim, bilmem ne yapacağım, şöyle yapacağım, bizim istirahat ihtiyacımız var. Ya bilmem ne işte böyle sinirlenip şey yapıyor. (ArdıçB, 60)

Zaten evde bir kişinin rahatsızlığı herkesi rahatsız ediyor, bir kişinin mutluluğu da herkesi mutlu ediyor. Zincirleme reaksiyon yapıyor. (ÇamB, 65)

Bazı ebeveynler, şizofreni hastası çocuğuyla birlikte zaman geçirdiğini, birlikte çeşitli aktiviteler yaptığını ancak kendileri için bu sürecin yorucu olduğunu ifade etmiştir.

Sırf o enerjisini atsın. Rahatlasın diye yürürüm. Saatlerce yürürüm. Kışın da böyle yazın da böyle. Oturup ayaklarımı uzatıp dinlenebilirim ben bu yaşta. Ama oğlum için yapıyorum. Onu mutlu edeceğini bildiğim için gidiyorum. (DefneB, 58)

Araştırmaya katılan bir anne, evliliğinin kötü bir durumda olduğunu, bundan dolayı şizofreni hastası olan çocuğuyla çok fazla duygusal paylaşımda bulunduğunu ve bundan dolayı pişmanlık yaşadığını ifade etmiştir. Bununla birlikte oğlunun tüm sıkıntılarını kendisiyle rahat bir şekilde paylaşabildiğini ve bu durumun oğlunu rahatlattığını belirtmiştir.

Her şeyi paylaştık. Çok fazla şeyler paylaştık malesef ki. Yani anne-oğulun dışında. Bu da bir yanılsamış ama hani o çok yalnız kaldıkça ben onun sanki arkadaşımıymışım da, baba eksikliğini, arkadaş eksikliğini gidereceğim gibi bir duygu

vardı. O çok güzel. Yani ben cinsel konularına kadar çok rahatlıkla paylaşıyorum. Bilmiyorum böyle bir durumdu. (ÇamA, 55)

Ebeveyn-çocuk arasındaki ilişkinin olumlu yönde olması, aile bireyleri arasındaki bağlılık ve güven duygusunun gelişmesine neden olabileceği için ebeveynleri güçlendirmektedir. Bunun aksine ebeveyn-çocuk arasındaki etkisiz ve sağlıklı iletişim, hem hastayı olumsuz etkileyebilmekte hem de diğer aile üyelerinin fiziksel ve duygusal yükünün artmasına neden olabilmektedir.

3.2.2.5. Ebeveynlere Göre Sosyal Çevrenin Şizofreni Hastasına ve Aileye Yönelik Tutum ve Davranışları

Sosyal çevrenin ebeveynlere yönelik olumlu-olumsuz yöndeki tutum ve davranışları, ebeveynlerin genel olarak duygu ve düşüncelerini şekillendirebilmektedir. Sosyal çevre ebeveynler için bazen bir güç unsuru bazen de güçsüzleştirici bir unsur olarak değerlendirilebilmektedir. Toplumdaki bireylerin ruhsal hastalıklarla ilgili bilgi eksikliği, ruhsal hastalığı olan bireyden korkmasına, çekinmesine ve ruhsal hastalığı olan bireyleri damgalamasına neden olabilmektedir. Özellikle ruhsal hastalıklarla ilgili toplumdaki bireylerin yanlış bilinçlenmesi, bilimsel bir çerçevede olmayan düşünceleri ve inançları, hasta ve hastanın ailesini olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Bu durum ailede, utanma, hastalığı gizleme, sosyal çevreye olan olumsuz duygularını hastaya yansıtma, hastalığı kabullenmeme, öfke, çaresizlik, kontrol kaybı hissi ve özgüven eksikliği gibi birçok olumsuz duygunun ortaya çıkmasına neden olabilmektedir. Bu olumsuz duygular ebeveynlerin güçsüzleşmesine ve var olan potansiyelini kullanamamasına yol açabilmektedir.

Ruhsal hastalıklarla ilgili bilgi sahibi olmayan insanların, reddedici, dışlayıcı, alaycı ve hoşgörüsüz tutumları ebeveynlerin hastalığı gizlemesine neden olabilmektedir. Bu durum ebeveynlerin, insanlara olan güven duygusunun da zedelenmesine yol açabilmektedir.

Belki çocuğumun hastalığı bilinse, ona başka gözle bakacaklar. Belki dışlayacaklar, belki acıyan bir tavırla şeyde, nedir o, davranışla. Acıyarak bakacaklar, acıyan bir tavır, davranışla onu, ona yaklaştırmaya ve anlamaya şey etmeye temasa geçmeye hiç gerek yok. (ÇamB, 65)

Ebeveynlerin sosyo-ekonomik düzeyi, ikamet ettiği yer ve çalıştığı ortam, sosyal çevrenin hastalığa yönelik tutum ve davranışlarında belirleyici olabilmektedir. Bu durumun nedenleri arasında sosyal çevrenin hastalık hakkında bilgi sahibi olması ve farkındalığının yüksek olması yer alabilmektedir.

Biz onlardan doğrusu etkilenmedik çünkü yaşadığımız ortam üniversite ortamı, lojmanlarda kaldığımız için öyle olumsuz şeylerle karşılaşmadık veya o bilgileri edinmedik doğrusu. Çok olmadı. Olmadı. Öyle diyebilirim. Çünkü bilmiyorum belki görüştüğümüz insanların kültür düzeylerinden dolayı olabilir. Ama çok yakınımız olmasına rağmen biraz çekinen insanları da görüyoruz. Herhalde bundan dolayı çekiniyorlar gibi geliyo ilişki mesela, ilişkiyi ölçüde sıcak sürdürmeyen biraz soğuk olan insanlar da var. Acaba diyoruz...(KayınB, 73)

Toplumun ruhsal hastalıklara karşı duyarsız kalması, ebeveynlerin sosyal çevre ilişkilerini sorgulamasına ve ebeveynlerde hayal kırıklığına neden olabilmektedir. Bunun yanı sıra, ebeveynlerin toplum tarafından olumsuz olarak değerlendirilen bir davranışı, çocuğunun hastalığıyla ilişkilendirilerek hem çocuğun hem de ebeveynin damgalanmasına yol açabilmektedir.

Gerekli ilgiyi bulamadık. Halbuki toplum, benim toplumumsa senin de toplumun. Ben sorumluyum, sorumluluk hissediyorsam, senin de sorumluluk hissetmen lazım. (MeşeB, 60)

Psikiyatrik hastanız varsa, toplum, komşularınız, çevreniz bunu biliyorsa deli bir oğlu var diyorlar. Yani benim davranışımın çocuğumun hasta olmasının ne ilgisi

var? Neden böyle yaptığını biliyorum. Çünkü benim çocuğum yüzünden onu yapıyorlar. (ArdıçB, 60)

Şizofreni hastası yetişkin bireylerin, sosyal çevre tarafından yetişkin bir birey olarak değerlendirilmemesi, yok sayılması ebeveynlerin incinmesine ve ebeveynlerde kızgınlık duygusuna yol açabilmektedir.

Mesela bi gün hastaneye gitmiştim. Orda iki tane şey gelmiyosun gitmiyosun hanım. Valla dedim gelip gidemiyorum kusura bakmayın. Yani artık büyüdü. İhtiyaçları da farklılaştı. Eee 'yi de al getir gibi bi laf. artık ev gezmesi yapıcak yaşta mı? Yani bu bile beni incitıyor. Alay eder gibi geliyor. Size öle gelmez mi? Benim oğlum kocaman genç adam olmuş. Alıcam peşimde. Ee ben senin yanında olmayı veririm. O zaman ben çocuğumla olmayı tercih ederim. Yani bunun gibi işte bu hayat içerisinde çok uzun bi süreç tabi ki bi çok şey yaşamışumdır. Bu nedenle de çok fazla yani onlara böyle itici bi davranış göreceğimi düşündüğüm insanlara çok yaklaşmıyorum. (DefneA, 55)

Medya, ruhsal hastalıklar konusunda toplumun tutum ve davranışlarına yön verebilen güçlü bir organdır. Medya, toplumdaki bireylerin ruhsal hastalıklarla ilgili yanlış bilinçlenmesine de neden olabilmektedir. Araştırmaya katılan bir anne, ruhsal hastalarla ilgili basındaki olumsuz haberlerin toplumu etkilediğini düşünmektedir.

Birden bire, pat diye söylenmedi bunlar yani işin özü bu. Kolay mı? Bu toplumda bilinmiyor ki. Eskiden şizofren, basında da çıkıyor. Şizofren hastasıymış, annesini kesmiş, bilmem ne. Sanki öbürleri kesmiyor. Toplumun yarısına bir bakın hele. Her gün kadın cinayetleri olur, takır takır kesiliyor. Şizofren, her toplumda var yaftalama çok kötü. Toplum size nasıl bakıyor, çok kötü. Ama ha, ben bununla savaşmayı öğrendikten sonra, umrumda bile değil. Kim ne derse desin. Ama kolay bir süreç değildi bu. Onu özümsemek. (ÇamA, 55)

Medya yayınları, medya haberlerinde hemen bir olay olunca şizofreni diye damgalanıyor. Şizofreni denildiğinde millet öcü gözüyle bakıyor. Şizofreni hastalarıyla ilgili medyada daha çok haber olmalı. (ServiB, 50)

ÇamA, hastalık sürecinin başında toplumdaki insanların ruhsal hastalıklara yönelik önyargısının kendisini rahatsız ettiğini ancak zamanla yaşadığı olumsuz durumlarla başetmeyi öğrendiğini ifade etmiştir.

Ebeveynler, toplumsal iletişimin önemli bir güç kaynağı olduğunu ifade etmektedir. Bununla birlikte toplumdaki insanların ruhsal hastalıklara karşı duyarsız oluşu, ruhsal hastalığı olan bireyleri ve bu bireylerin ailesini benimsememesi ebeveynlerin yaşadığı güçlükleri arttırmaktadır.

Bireysel oluyoruz ama toplumsal dayanışmanın da önemli olduğunu unutmamak lazım parantez içinde. Birey değiliz bu dünyada, toplu yaşıyoruz, sosyal bir toplumuz yani. Dolayısıyla toplumsal iletişim, ilişki çok önemli. (KayınB, 73)

Şimdi toplum bu hale geldi. Benimsemiyor, umursamıyor. Şurda bir insan düşse elinden tutup kaldırmaya kimse yok. Tam bir Batılı toplum olduk. Bu kadar vurdumduymaz bir toplum. (MeşeB, 60)

Hastalığın semptomlarından kaynaklı olarak, hastanın davranışlarının toplumdaki bireyler tarafından ayıplanması, hastanın küçümsenmesi ve dışlanması ebeveynlerin yaşadığı güçlükler arasındadır. Bu durum hastanın ve ebeveynlerin sosyal çevre ile olan etkileşimlerinin sınırlandırılmasına neden olarak yalnızlaşmasına neden olabilmektedir.

Şimdi dışlamamak lazım. Gelen misafirlerle sohbet falan yaptığında dışlandırmamak lazım. Ona karşı geleceksin, dışlayamazsın diyeceksin. İşte, öyle şey konuşmalarda falan şey yapacaksın. Söylemesen iyi olurdu diyeceksin. Mesela başka yere gittiğinde irdelemeyeceksin, şey etmeyeceksin. Ayıplamayacaksın, olabilir;

insanlıktır, yarın senin başına da gelebilir. Vurup geçmeyeceksin, yardımcı olacaksın. Çevreni falan. Değil mi? İşte, hastaysa, yardımcı olacaksın arkadaş! Bizim de başımızda, olur, insanlık halidir. (ÇınarB, 66)

Zaman zaman gitmek istediğim yere gidemiyorum, çocuğumla birlikte. Çünkü çocuğumun hastalığını anlasınlar, bilsinler istemiyorum. Bazen sadece evde kalmayı dışarı çıkmamayı istiyorum. Çünkü korkuyorum çocuğumun dışlanmasından. Acı duyuyorum. (MeşeA, 45)

Ruhsal hastalığı olan bireyler, iş bulma konusunda da güçlükler yaşamaktadır. İşverenlerin çoğunluğu, iş yerinde ruhsal hastalığı olan bireyleri çalıştırmak istememektedir. Bu durum hastanın sosyal işlevselliğinin önündeki engellerden biridir. Hastanın herhangi bir işte çalışamaması, hastanın ve ebeveynlerin sosyal, fiziksel ve duyuşsal boyutta yaşamlarını olumsuz etkileyebilmektedir. Bununla birlikte hastanın toplumdaki insanlar tarafından damgalanması ve olumsuz söylemlere maruz kalması, hem hastanın hem de ailenin toplumdan ayrışmasına ve yalnızlaşmasına neden olabilmektedir.

... Geçen mesela şeye İŞKUR'a şey yapmıştı, başvurmuştu. İŞKUR'da da işte bir yerden dershanelerde şey sekreter lazımmış. İşte bu da gidince şey yapmışlar. Hani ne senin rahatsızlığın demişler. Bu da demiş ki yüzde kırk beş şizofrenim demiş. Biz şizofren hastası almıyoruz demişler. Çok bunaldı yavrum ona. Çok ağladı, kaç gün ağladı. Bilmiyorum artık neler düşündü çocuğum. Çok ağladı anne böyle böyle dediler diye. Dedim kızım ne yapayım. Çok üzüldüm evladım. Babasını aramış, baba bana böyle böyle dediler diye ağlıyor. Ağabeylerini aramış. Yani böyle söylemeye ne gerek var de mi yani almayacağız de. Kafayı bozmuş diyorlar. Mesela çok duydum ben onu. Kafayı bozmuş, delirmiş, kafayı yemiş... Mesela birgün oturuyoruz böyle. Dedi ki işte o arada buralara gelmiyor benim kız. İşte kendini çok kapatmış bir vaziyette falan. Dedi ki işte(şizofreni hastası birey) dedi. Ama çok üzülmüştüm o zaman biliyor musunuz? Senin kız dedi tam dedi, şeye benziyor dedi. Bakırköy'de dedi hani dedi Bakırköy'ün kapısında dedi şey var heykel var ya dedi ona benziyor.(ArdıçA, 54)

Hastalığın nedeniyle ilgili olarak toplumdaki yanlış bilgiler, çoğu insanda önyargıya neden olabilmektedir. Ebeveynlerin birçoğu, insanların ruhsal hastalıklarla ilgili bilgisinin yeterli olmadığını, bu durumun damgalayıcı tutum ve davranışlara neden olduğunu ifade etmiştir. Ebeveynler, bunun giderilmesi için toplumu bilgilendirici çalışmaların yapılması gerektiğini belirtmiştir.

Başkaları tarafından, a işte, mesela polis getiriyor hastayı insanlar kaçıyor. Bu delidir, bu şizofrendir. Zarar verir düşüncesiyle ama o yanlış aslında. Yani şöyle, yani çünkü ne zaman hani şimdi sonuçta bak, u şizofren hastasına toplum şöyle diyor, deli, gerizekalı. Aslında öyle değil yani, şizofren hastası gerizekalı olduğu için hasta olmamış. Toplumun bu konuyla ilgili mutlaka bilgilendirilmesi lazım. Nasıl olur bilmiyorum ama bunun yapılması lazım. (SığlaA, 45)

Toplumun ruhsal hastalıklarla ilgili bilgi sahibi olması ve farkındalık kazanması, şizofreni hastalarının ve ailelerin özgürleşmesini sağlayacaktır. Hastanın ve hastanın ailesinin hastalığı gizlememesine, toplumla bütünleşmesine ve bir güç unsuru olarak sosyal çevre kaynaklarından yararlanmasına yardımcı olacaktır.

3.2.2.6. Ebeveynlerin Sağlık Sistemine Yönelik Düşünceleri ve Sağlık Profesyonelleriyle Olan İlişkisi

Hastalığın teşhisi ile birlikte başlayan süreçte, hasta ve aile birçok sağlık profesyoneliyle iletişim haline geçmektedir. Bu süreç ebeveynlerin yaşam seyrinin farklılaşmasına, fiziksel, sosyal, duyuşsal, fiziksel ve tinsel boyutta birtakım güçlükler yaşamasına neden olmaktadır. Sağlık profesyonelleriyle sürekli temas içinde olan ebeveynler için sağlık profesyonelleriyle kurulan ilişki oldukça önemlidir. Sağlık profesyonellerinin ebeveynleri hastalık hakkında ve tedavi süreci hakkında bilgilendirmesi, hasta ve aileye olan yaklaşımı ebeveynlerin güçlenme sürecine etki etmektedir. Ebeveynlerin tedavi sürecinin merkezinde yer alması, sağlık profesyonellerinin ebeveynlere değerli olduğunu hissettirmesi ve ebeveynlere

yönelik olumlu tutum ve davranışları, ebeveynlerin hastalık sürecinde aktif bir şekilde yer almasını sağlayarak güçlenmesine olanak verecektir.

Ebeveynler, çocuğundaki değişimleri fark ettikten sonra bir ruh sağlığı uzmanıyla iletişime geçmektedir. Hastalık teşhisinin uzun sürmesi ve ilk zamanlarda hastaya bipolar bozukluk veya depresyon tanılarının konulup daha sonra şizofreni tanısının konması, ebeveynlerde çaresizliğe, belirsizliğe, öfkeye ve strese neden olabilmektedir.

Şimdi şöyle ben bir duyarlı anneydim, genç bir anneydim, idealist bir anneydim. Ben onlara aktardım bunları, birçoğuna aktardım. Beni anlayacak nitelikte de insanlardı. Niye geldiğimi, ne yaptığımı. Bu topluma zararlı insanlar yetiştirmemek için işte evdeki olayların hepsini aktarmıştım bir sohbet aşamasında. Ve oğlumun durumunu da gözleyerek, haftalık terapiler yapılarak devam etti. Şimdi orda açık davranılmadı. Teşhis konulmadı. Niye konulmadı, yani niye bu kadar uzadı? Bu doktorlar neydi de orda durdu? Orda bu tanıyı koyamıyorlarsa ben adam öldüreceğim, keseceğim deyip, sizin şeyiniz bu demedikten sonra o doktorların orda işi neydi? Bunu benim aklıma gelip de onların akıllarına niye gelmedi? Demek herkese yanlış yapıyorlardı diye düşünüyorum. Hani benim vebalim varken, onların da beş kat vebali olduğuna inanıyorum. Ben onların yüzlerine de söyledim bunları. Ha beddua ettim mi? Ettim gerçekten ettim, çünkü siz feryad ediyorsunuz, bir kişi değil. Şurdaki elit tabakanın hepsine götürmüşümdür. Hepsine emin olun. Yani kimi duyduysam. Yani bir çare arıyorsunuz. Çok mu zor bunu demek? Siz ne dersiniz ki buna? Hani bipolar denildi, işte depresyon denip de şizofreni çıkınca. Hani geçiş mi yapmış? Yapmamış, bu adam baştan beri böyleymiş demek ki. Şimdi biri bana anlatsa ben söylerim hanımefendi. Söylüyorum da. Ya ben pes ettim. Ben sağlıktan hiç bir şey beklemiyorum. Bu sistemden hele hiç bir şey beklemiyorum. (ÇamA, 55)

Ebeveynlerden bazıları, sağlık sisteminden kaynaklanan sorunlar yaşadığını, bir ruh sağlığı uzmanının gün içinde gördüğü hasta sayısının oldukça fazla olduğunu, dolayısıyla hasta ve aileye yeteri kadar nitelikli zaman ayıramadığını ve hastanede sıra beklemenin oldukça yorucu bir süreç olduğunu ifade etmiştir. Ayrıca

ebeveynlerin yaşamış olduğu güçlüklerin ruh sağlığı uzmanlarınca anlaşılamamış olması hissi, ebeveynlerde öfkeye neden olabilmektedir.

Bir rapor işi düşünün. İı veyahut bir ilaç yazdıracağım hastaneye geldiğimde kuyrukta bekliyorum saatlerce. Zaten bu vatandaşın psikolojik rahatsızlığı var. Oraya getirmek bile problem. Şimdi bana önceden yazıyorlardı şimdi uzman diyor ki hastayı buraya getir. Uzman olarak siz bunun hangi durumda olduğunu zaten biliyorsunuz. Ee bunu illa ilacı için oraya getir demenin anlamı var mı? Benim zaten rahatsız olan vatandaşı zora sokmanın anlamı yok ki. Sağlık siteminde eksiklikler var. (DefneB, 58)

Şimdi zaten en iyi doktorlarla, şeylerle konuştum doktorlarla falan. Bunun yapacağı bu işte: iğne, ilaç – başka bir şey yok yani. Mümkün değil başka bir şey! (ÇınarB, 66)

Bilenler hizmet veren yere gidiyor, güzel hizmet veren yere gidiyor, zamanını kaybetmemeye çalışıyor, orada saatlerce beklememeye çalışıyor. Türkiye'deki genel sağlık hizmetlerini dersiniz, ben Avrupa' da yaşamış biri olarak hiç iyi bulmuyorum. Ruh sağlığı veya bütün genel sağlık anlamında Avrupa'dan çok gerilerdeyiz. Ruhsal alanda yeteri kadar doktorumuz yok, hastalarımız çok. Bir doktora en fazla, hele hele ruhsal hastalıklarda on kişiden fazla hasta günlük yüklenmemeli. Çok az hasta düşmeli doktora. Geçen gün gittik doksan dört tane hasta var. Doktor birer dakika hasta ayırsa her hastaya bir buçuk saat yapar. İkişer dakika ayırsa üç saat. (ÇamB, 65)

Hastaya o kadar az zaman ayrılıyor ki. Bu sürede doktor ne yapabilir? (SığlaB, 47)

Ya arkadaşım diyorum ya doktor bey diyorum. Bak ben gece uykusuz kaldım. Bak ben bu çocuğu arabayla getirdim şuraya. Bak burdan kaçıyor, yetişemiyorum. Ben babasıyım. Tutamıyorum ya bir öncelik tanıyın. Buna ya sakinleştirici bi iğne mi

vuracaksınız, yoksa yukarıda yatak rehabilitasyon merkezi mi ne orda bi yer oraya çıkarıp, denetim odasına mı alacaksınız. Bir şey yapın yani bunu geçirin. Yok diyor ya. Git diyor sıranı bekle. Allah'ım işte o arada silahını çekecen alnının şakından vuracan bak. (ArdıçB, 60)

Yalnız terapiyi beğenmiyorum. Bir doktorun tüm hastalarla tek tek terapi yapması lazım. Bu sadece ilaçla olacak bir şey değil yani. (LadinB, 57)

Ebeveynlerin hastalık hakkında bilgilendirilmesi, ebeveyn ve sağlık profesyonelleriyle kurulan olumlu ilişkiler kurulması, ailenin yaşadığı sorunların sağlık profesyonellerince özenli bir şekilde dinlenip aileye geribildirimde bulunulması, ailenin güçlenme sürecine etki etmektedir. Ebeveynlerin tedavi sürecine dahil edilmemesi, ruh sağlığı uzmanlarının aileye yeterince zaman ayırmaması ve aileyi yeterince bilgilendirmemesi, ebeveynlerde değersizlik hissine neden olabilmektedir. Hastayla neredeyse tüm zamanını birlikte geçiren ebeveynlerin, bazı ruh sağlığı uzmanlarınca tedavi sürecinin dışında tutulması, ailenin tedavi sürecinde pasif kalması ebeveynlerde yetersizlik ve kontrol kaybı hissine neden olabilmektedir. Bu durum ebeveynlerin güçsüzleşmesine yol açabilmektedir.

Hastanenin aile ile bir teması yok bence. Sadece hasta ile teması var. Bilemiyorum, olsa iyi olur. Yani iş birliği içine girilir. Zaman zaman bizi çağırırlar, bizi şey yaparlar. Zaman zaman gidiyorum. Randevu alıyor delikanlı oradan. Ama şey, aynı şeyler hep görüşülüyor. Yok aileyi tatmin etmiyor. Aileyi zaten çağırıyorlar fazla. Kendileri hallediyorlar. (MeşeB, 60)

Bana kimse bişey sormuyor. Evde ne yaşıyorsunuz? Bu ilaçları gidiyo geliyor bu çocuk yükleniyo, eli titriyo, bu eli kasılmış, kekeliyor, bazen bütün vücudu zangır zangır titriyo. Yani bu ilaçların yan etkileri var. Hani bu çocuğu böyle görünce siz ne hissediyosunuz? Bu çocuğun sonu nereye gidiyo diyen yok ki? Tabi ki doktordan doktora fark var. (DefneA, 55)

Ta o şizofreni şeyine kadar bilgilendirilmedik. Ha tabi bize şöyle davran, böyle davran... Ama miden ağrıyorken başınla uğraşıyor gibi bir durum. Ben midem ağrıyor yani bana mide ilacı verin ki midem rahatlasın. Bize baş ağrısı ilacı verdiler.(ÇamA, 55)

Ben bilgilendirilmiyorum, bu hastalık hakkında da bir şey bilmiyorum açıkcası. (SöğütB, 74)

Bazı hastanelerin fiziksel kısıtlılığı, yatış verilen hastanın tüm zamanını geçirdiği mekanın yetersiz oluşu çoğu ebeveynde stres faktörü olarak görülmektedir. Ebeveynler, ruhsal hastalığı olan bireylerin geniş, açık ve doğa ile iç içe olabileceği alanlara ihtiyacı olduğunu düşünmektedir. Tedavi ortamının rahat ve fiziksel açıdan nitelikli olması, ebeveynlerde olumlu duyguların ortaya çıkmasını sağlamakta ve ebeveynlerin güçlenme sürecine etki etmektedir.

Ancak gibilerinin çok geniş bir mekana ihtiyacı vardır. Mesela spor yapabileceği, gezebileceği, arkadaşlıklar kurabileceği yeşillik alanlar. Bu kapalı mekanlarda olması mümkün değil. E zaten ruhen rahatsız bir çocuk. Yani bi de kapalı mekana...Ben girince sıkıldığını ben hissediyorum. Ama geniş bir mekanda daha rahat edecektir. Sağlıkta bir sürü problem var yani. (DefneB, 58)

Araştırmaya katılan ebeveynlerin bir kısmı, ruh sağlığı uzmanlarından oldukça memnun olduğunu ancak diğer hastane personelinin hastaya ve aileye yönelik olumsuz davranışlar sergilediğini ifade etmiştir.

Valla uzman hekimler çok iyi, yetişmiş insanlar çünkü, hem bu hastalığa, hem hastaya hem bize karşı gayet aydınlatıcı bilgiler verdiklerini biliyorum. Gördük, yaşadık. Ama malesef bazı personelin mesela hasta bakıcıların filan çok da eğitilmiş olmadığını, kaba davrandıklarını aileye karşı veya çocuklara karşı, gördük, üzüldük. Ama büyük bir problem olarak görmedim. (KayınB, 73)

Araştırmaya katılan ebeveynlerin çoğunluğu, tedavi sürecine katılım konusunda, aile görüşmeleri dışında herhangi bir eğitim programında yer almadığını ifade etmiştir. Ebeveynlerin büyük bir bölümü, çeşitli sebeplerden kaynaklı olarak aile görüşmelerinin kendisine iyi geldiğini belirtmiştir. Ebeveynler, şizofreni hastası bireyle sürekli olarak birlikte olan kişilerin kendileri olduğunu, bu yüzden ruh sağlığı uzmanlarının bilgi gereksinimlerini karşılamasını ve hastayla ilgili paylaşımlarının ruh sağlığı uzmanlarınca önemsenmesini istemektedir. Ruh sağlığı uzmanları ve ebeveyn arasında ortaklık ilişkisinin kurulması, ebeveynin tedavi sürecine tam katılımı ve bilgi gereksinimlerinin karşılanması, ebeveynde kontrol hissinin artmasını sağlamaktadır. Bu durum ebeveynin, güçlenmesine katkı sağlayacak önemli bir etkidir.

Doktorlar ailelere kulak vermeli, çünkü hastayla sürekli birlikte olan biziz. Dediğim gibi psikolog değilim psikiyatrist değilim yani bir doktor değilim ama u bir şizofreni hastasıyla beraber yaşıyorum. (DefneB, 58)

Aile görüşmelerine katılıyoruz. Sorunlarımızı biz de sorunumuz olduğu zaman söylüyoruz. Şimdi herkes aynı durumda o yüzden anlıyor birbirinin halinden. Tabi iyi geliyor bana. (IhlamurA, 50)

Yani haliyle bu hastalıkla ilgili bilmediğimiz çok şey vardı hala da var. Çok doktor gördük şey ettik. Bazıları o kadar güzel ilgilendi ki bizimle çocukla, yani insan o durumda bile kendisini iyi hissediyor. Sorduğumuz her soruya cevap verdi, bizimle ilgilendi. (ServiB, 50)

Yani bu aile görüşmeleri bana da iyi geldi yani. O eski şeyim karamsarlığım kalmadı. Şimdi herkes anlatıyor çocuğunun hastalığını. Bazen şükrediyorum yani. Bizim kız çok iyi onlara göre diyorum. Çok zor karmaşık bir hayat. Allah herkese kolaylık versin. (ArdıçA, 54)

Ebeveynler, hastalığın semptomları hakkında bilgi sahibi oldukça hastalık sürecini daha iyi bir şekilde yönetebileceğine inanmaktadır. Ebeveynlerin bir bölümü hastalık sürecinin başlarında, hastalığın semptomları karşısında nasıl hareket edeceğini bilmediğini, bu durumun kendisini çaresiz hissettirdiğini ifade etmiştir.

İlk başlarda biz de hatalar yapmışız, yani çocuk bağılıyor, kırıyor, döküyor ee biz ne yapacağımızı bilemiyorduk. İnsan çaresiz de kalıyor. Sonra işte doktor bize söyledi. Bize mesela diyorlar ki, eee, güzel davranın, kırıcı şeyler konuşmayın, ee, şiddetlerini güzel karşılayın. Mesela bir şey söylerken üslubunla söyleyin, bağırarak değil çağırarak değil, güzellikle söyleyin. Mesela şunu yaptı mı? – niye yaptın, niye, değil. Oğlum, şu kadar yapacaktın. Şu kadar yapsan iyi olurdu. Kırıcı olmayın. Doktorlarla konuştuk. Konuşa konuşa tecrübe sahibi olduk artık. (ÇınarB, 66)

Gittiğim zaman doktorlara soruyordum zaten. Biz bunları nasıl şey yapabiliriz diye? Diyordu ne kadar üstüne şey yaparsanız o kadar daha kötü olur. Bilmem ne yapar. Daha iyi davranacaksınız. Daha yakınlık göstereceksiniz. Bilmem ne yapacaksınız. İşte o şekilde. (ArdıçB, 60)

Hastalık sürecinde ebeveynler birçok güçlüklerle karşı karşıya kalmaktadır. Bu güçlükler arasında, ebeveynlerin hastalığın semptomları karşısında nasıl davranacağını bilmemesi ve hastalık hakkındaki bilgi eksikliğidir. Hastalık hakkında bilgi sahibi olmak, ruh sağlığı uzmanlarıyla olumlu bir ilişki geliştirmek ve tedavi sürecinin her aşamasında aktif rol almak, ebeveynlerin güçlenme sürecinde oldukça önemli unsurlardır. Ebeveynin kendisini değerli hissetmesi ve bir şeyleri başarabileceğine olan inancı ebeveyn için önemli bir güç unsurudur. Bunun yanı sıra sağlık sistemi içindeki avantajlı ve dezavantajlı durumlar da ebeveynlerin güçlenme sürecini etkilemektedir.

3.2.2.7. Ebeveynlerin Toplum Ruh Sağlığı Merkezine Yönelik Düşünceleri

Türkiye’de yakın zamanda toplum ruh sağlığı merkezlerinin açılması, ruh sağlığı alanında birçok yeniliği de beraberinde getirmiştir. Özellikle gün içinde hastaların gidip, çeşitli aktiviteler yapabildiği, toplumla daha fazla temas içinde olabildiği ve tedavilerinin takip edilebildiği bir merkezin varlığı, ebeveynler için de ayrı bir önem taşımaktadır. Hastaların gün içinde toplum ruh sağlığı merkezinde olması, zamanının büyük bir bölümünü hastayla birlikte geçiren ebeveynin, kendisine daha fazla zaman ayırabilmesini sağlamaktadır. Dolayısıyla ebeveynin, fiziksel ve psikolojik yükünün azalmasını sağlamakta ve güçlenme sürecini olumlu yönde etkilemektedir. Araştırmaya katılan ebeveynlerin çoğunluğu, toplum ruh sağlığı merkezlerinin yaşamını biraz daha kolaylaştırdığını ancak Türkiye’de daha yaygın olmasının gerektiğini ifade etmiştir.

Ebeveynlerin büyük bir bölümü, toplum ruh sağlığı merkezinde iş-uğraşı alanlarında öğreticilerin olduğunu ve çocuklarının bu merkeze gelip birtakım sanatsal faaliyetlerle ilgilendiğini ifade etmiştir. Bununla birlikte ebeveynler, toplum ruh sağlığı merkezinde çocuklarının diğer insanlarla iletişime geçtiğini ve sosyalleştiğini de belirtmiştir. Çocuklarının güvenli bir yerde olduğunu ve iyi vakit geçirdiğini bilmek, ebeveynlerin rahatlamasını sağlamaktadır.

Allah'a bin şükürler olsun. İyi canım resim yapıyor, bilmem ne yapıyor. Tablolar yapıyor bilmem ne yapıyor. Ne yapıyor. Ordan çok memnunuz. (ArdıçB, 60)

Mesela, burada yeni arkadaşlar edildi. Eskiden evden çıkmak istemezdi. Mesela arkadaşlarıyla, dört arkadaş tanıştılar. Birlikte zaman geçiriyorlar, gidiyorlar şöyle bir yerde oturuyorlar. Şeyleri var, orda sabah kahvaltısı yapıyorlar, ordan çıkıyorlar hep beraber Gençlik Parkı'na gidiyorlar. (LadinB, 57)

Çok memnunuz buradan, Allah razı olsun hepsinden, hepinizden yani. Yani bura o da buraya geldiği zaman, evde oturunca yavrum her şeyde odasında

oturuyordu, sigarasını içiyor, çay içiyor bilmem ne yapıyor, bi de çok kilolu. Kilo da veremiyor. Rejimde yapıyor. Bura tamam yani. Vallahi devletten milletten Allah razı olsun. Çok da güzel. Yemekleri de güzel çıkıyor. Çok da ilgi var. E her hocası var mesela. Bi de elışı hocaları var. Mesela şimdi babasına süveter örüyor. Çok da güzel şeyler yaptı. (ArdıçA, 54)

Çok güzel bir sistem ama hala yaygınlaşmadı sanıyorum. Daha fazla yaygınlaşması lazım. (KayınB, 73)

Yukarıdaki ebeveyn anlatılarında da görüldüğü gibi, ebeveynler bu merkezlerin çocuğu için son derece önemli ve değerli olduğunu, çocuğunun evde zaman geçirmek yerine faydalı işlerle uğraştığını ve sosyalleştiğini ifade etmiştir.

Toplum ruh sağlığı merkezlerinin Türkiye’de yeni sayılabilecek bir uygulama olması, ebeveynlerin birtakım farklı bağlantılarla bu merkezlere ulaşmasını sağlamıştır. Ebeveynlerden bazıları devlet hastanesindeki sağlık çalışanlarının, bazıları yakın çevresinin ve bir kısmı ise tanıdığı sağlık profesyonellerinin yönlendirmesi sonucu bu merkezlerle bağlantıya geçtiğini ifade etmiştir.

Duyduk işte ya, nasıl olduysa. Duyduk yani. Bilmiyorum. Kaç sene oldu. İki üç sene oldu. (ÇınarB, 66)

..... bey (psikiyatrist) için dilekçe verdim buraya faydası çok oldu dedim ölümden dönderdiler beni. Hastaneden aradılar hastaneye başvurun oğlunuzu getirin diye iyi ki bura açılmış yani yoksa ben perişandım. (SöğütB, 74)

Tatildegdik, aradılar. bir şey var hemşire vardı, o aradı beni. Nasıl takip ettiler bilemiyorum. Görüşmek istiyoruz dediler. Ben şu anda Antalya’dayız dedim. Tatil dönüşü görüşelim dedik. Tatilden sonra geldik. Öyle görüştük, öyle devam etti. (GürgenB, 63)

Buradaki doktor ıı devlet hastanesindeki doktor var. Orada dedi ki de bu ruh sağlığı merkezine götürün. Orda dedi. Bilmem ne yaparlar falan dedi. Allah'a Şükürler olsun. (ArdıçB, 60)

Hastaneye gitmiŐti. Orada bir hanım var galiba doktor o tavsiye etmiş. (ArdıçA, 54)

Burayı toplum ruh sağlığı merkezini, ablası buldu, ilgilendi, o kayıt ettirdi. (IhlamurA, 50)

Araştırmaya katılan ebeveynlerin büyük bir çoğunluğu, toplum ruh sağlığı merkezinin kendisini rahatlattığını, bu merkez sayesinde kendisine az da olsa zaman ayırabildiğini ve bulunduğu durumdan uzaklaŐabildięini ifade etmiştir.

Şimdi  ocuk buraya geliyor. E biz de evde rahatladık. Bilhassa hanım rahatlıyor. Annesinde de rahatlama oldu. Evden gönderiyordu, evde bir iş yapmıyor ki, gidiyo geliyo böyle. AŐaęı iniyor bahçeye gidiyo geliyo. Elinde sigara. İŞte  z ld ğ m nokta bi de dört paket sigara içiyor bazı günler. Sonra buraya geleli    pakete düŐürdü. (LadinB, 57)

Benim şimdi bi beklentim yok, bu hastaneye şükür ediyorum. Bu beni bi rahatlığa eriŐtirdi, oğlumdan endişe etmiyorum zaten hastalığından endişe ediyorum. Hanım da ben de rahatladık biraz da olsa. (SöğütB, 74)

Tabi hani ruh sağlığı merkezine gidince biraz dinleniyorum bedenem. Ama işte ruh dinlenmiyor öyle beden gibi. Ama tabi bu bile çok büyük bişey benim için. (LadinA, 56)

Ebeveynlerin büyük bir bölümü, toplum ruh sağlığı merkezinin az da olsa fiziksel olarak yüklerini hafiflettiğini ifade etmiştir. Bununla birlikte bazı ebeveynler,

her ne kadar fiziksel olarak rahatlama yaşasa da psikolojik olarak var olan durumunun stabil kaldığını belirtmiştir.

Toplum ruh sağlığı merkezleri, hem hasta hem de aileyi kapsayarak, bütüncül bir şekilde hizmet vermeyi amaçlamaktadır. Özellikle ailenin tedavi sürecinde aktif bir şekilde yer almasını desteklemektedir. Bu yapı her ne kadar uygulanıyor olsa da birtakım eksiklikleri mevcuttur. Bu süreçte ebeveynlerin hastalık süreci ve hastalıkla ilgili daha detaylı bilgilendirilmesi, her bir ebeveynle ayrı görüşmelerin düzenlenmesi, ebeveynlere daha fazla zaman ayrılması ve ebeveynleri güçlendirici birtakım programların düzenlenerek ailenin tedavi sürecinin merkezinde yer almasının sağlanabileceği düşünülmektedir. Araştırmaya katılan ebeveynlerin neredeyse yarısından fazlası, toplum ruh merkezlerinde, diğer kapalı sağlık kurumlarına göre, aileye daha fazla zaman ayrıldığını, ailenin bilgilendirildiğini ve hasta yakınları ve ruh sağlığı uzmanlarının da katılımıyla aile görüşmelerinin yapıldığını ifade etmiştir. Ebeveynlerin tedavi sisteminde aktif olarak yer alması ve hastanın bakımını sağlayan kişiler olarak hastalık süreci ile ilgili anlatılarına, deneyimlerine değer verilmesi güçlenme sürecini etkilemektedir.

Aileyi bilgilendirmeleri çok önemli. Telefonla çağırıyorlar veyahut da bi şey olduğu zaman annesine telefon ediyorlar. Bilmem ne yapıyorlar. Bizde gidiyoz Yani. hatta Daha geçen ay gittik mesela toplantıları vardı. Aileler toplanıyosun. Orda görüşüyon o zaman daha iyi anlatıyorsun mesela. Burada diyorum ya burada şeye gittik hastanesinde yüzüme bakmıyor adam ya. Bizi dinlemediler bile. (ArdıçB, 60)

Daha evvelki geldiğimde bu kadar yeterli görmemiştim. Ama hanım (psikiyatrist) bu konuda çok fazla duyarlı. Ama hastanelere gittiğimizde bi de doktorun vaktini de çok fazla kendi sorunlarınızla almayı düşünemiyorsunuz dışarıda bir sürü insan bekliyor. İnsanın sorularına cevap bulabilmesi mutlu ediyor. (DefneA, 55)

Ebeveynlerin çoğunluğu, toplum ruh sağılığı merkezinin olumlu katkılarını ifade etmiştir. Bununla birlikte toplum ruh sağılığı merkezlerinin yaygınlaşması gerektiğini düşünen ebeveynler bulunmaktadır. Bazı ebeveynler, toplum ruh sağılığı merkezlerinin evine uzak olduğunu, bu merkeze gelmek için birkaç vasıta değıştirdiğini, buraya sadece ilaç yazdırmak için gelebildiğini ve geldiğinde doktordan bilgi aldığını ifade etmiştir.

Eee benim evim uzak buraya ıı her zaman gelemiyoruz. Böyle bi ilaç yazdırmak için veya ayda birkaç kez geliyoruz. Geliyorum beklemeden ilacımı yazdırıyorum. (HuşB, 55)

Kurum bakımından toplum bakımına geğış birçok yeniliğı de beraberinde getirmiştir. Araştırmaya katılan ebeveynlerin büyük çoğunluğu, düzenli aralıklarla toplum ruh sağılığı merkezine gittiğini ve aldığı hizmetlerden oldukça memnun olduğunu ifade etmiştir. Bu merkezlerin ebeveynler için ayrıca bir önemi de, bu merkezlerde aileyi kapsayan çalışmaların da yapılmasıdır. Ebeveynlerin tedavi sürecine katılımı ve deneyimlerine önem verilmesi, ebeveynler için son derece önemlidir. Bununla birlikte bazı ebeveynler, bu merkezlerin sayısının artırılmasını çünkü ulaşım konusunda sıkıntılar yaşadığını ve bu merkezlerde aileye yönelik faaliyetlerin artırılması gerektiğini ifade etmiştir.

3.2.2.8. Ebeveynlerin Ruhsal Hastalığı Olan Bireyler ve Aileler İçin Ne Yapılabilir Sorusuna Cevapları

Ruhsal hastalığı olan bireyler ve bu bireylerin aileleri, mikro, mezzo ve makro düzeyde birtakım güçlüklerle karşılaşmaktadır. Makro düzeyde, hastalığın toplum tarafından yeteri kadar bilinmemesi hastanın ve ailesinin damgalanmasına neden olabilmekte, hastalar istihdam konusunda sıkıntılar yaşabilmekte ve sağılık sisteminden kaynaklanan birtakım güçlüklerle karşılaşabilmektedir. Makro düzeyde yaşanan bu güçlükler zincirleme bir şekilde mikro ve mezzo düzeyde birtakım unsurlarla etkileşime geçmekte ve dolayısıyla bireyler bu düzeylerde de sorunlarla

karşılaşabilmektedir. Mezzo düzeyde, bu bireylerin çevresinde olan arkadaş, akraba ve iş çevresi gibi küçük gruplarla kurulan etkileşimlerinde sıkıntılara neden olabilmektedir. Mikro düzeyde ise bireylerin yaşadığı sistemsel, toplumsal ve çevresel sorunlar bireyin kişisel dünyasına etki edebilmektedir. Yaşanan tüm bu güçlükler, bireyin güçlenme sürecini olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Bu bağlamda ebeveynlere sorulan “ne yapılabilir sorusu” ebeveynlerin mikro, mezzo ve makro düzeyde yaşadığı olumsuz durumların çözümüne yönelik kendi algılamaları doğrultusunda verdiği cevapları ve önerileri kapsamı bakımından oldukça önemlidir.

Araştırmaya katılan ebeveynlerin büyük çoğunluğu, ruhsal hastalıkların toplum tarafından yeterince bilinmediğini ve bu konuda farkındalığının eksik olduğunu ifade etmiştir. Bu bağlamda ebeveynler özellikle medyaya büyük görevler düştüğünü ifade etmiştir.

Valla bir defa bunun, bunların çok güzel programları yapılması lazım, hastalığın televizyonda, basında, yayında. Bunların işte bir rahatsızlık olduğunu, bunların da toplumun bir bireyi olduğunu, bunların da yaşama hakları olduğunu, bunlara yardım edilmesi gerektiğini, bunların bazı davranışlarının anormal olmasına rağmen normal gibi karşılanmasını, torelanslı davranılmasını ve bu gibi şeylerin işte kuruluşların çoğaltılması. Basın çok önemli. Etkileyebiliyor, bir doktor orda çıkıp şey etmesi, bir profesörün, bir doktorun. Bir psikiyatristin konuşması sizin sıradan konuşmanız gibi değil ki. Bu işin uzmanı diyor, bakalım ne diyecek bakalım. (ÇamB, 65)

Toplumun eğitilmesi gerekiyor. İlkokuldan itibaren bu insanlara böyle insan sevgisi vermek. İnsanları anlamaları konusunda birtakım konulara ağırlık vermeleri gerektiğini düşünüyorum. Ayrıca doktorlar dışında da diğer personelin eğitilmesi gerekmekte. (KayınB, 73)

Bir kere medya bilinçlendirilmeli. Medya bilmiyor. Bir haberi alıyor, şizofreni annesini öldürmüş diyor. Daha hastalığı belli değil. Hastaymış, babasını

şöyle yaptı diyor, kardeşini şöyle yaptı diyor. Bir kere medyadaki bu personel bilmiyor. Onları nasıl bu hastalığa karşı bilgilendireceksek öyle bilgilendirelim ki haber yaparken kullandığı kelimeye dikkat etsin. Toplumu çünkü o ürkütüyor, o korkutuyor. Medyanın önce adam olması lazım. Her şeyde her şeyde olduğu gibi bilmeden ahkam kesiyor. (MeşeB, 60)

Bu hastalıkların medyada çok fazla yer alması gerekiyor. Yani bir hasta veya aile çıkıp şizofreni hastasıyım ya da çocuğum şizofreni hastası diyebilmeli (SığlaB, 47)

Ne yazık ki bu gibi ortamda toplumumuz giderek bi cehalet tараğının içine itiliyor bunu görüyoruz. Bu benim en büyük üzüntülerimden birisi. Eğitim. Eğitim. Toplum aydınlatılmalı, televizyonlarda bu konularda bilgiler verilmeli ama böyle oturup da üç beş insanın şeyi değil. Toplumun ilgisini çekicek bi şekilde sunulmalı diye düşünüyorum. Laf değil önemli olan çözüm üretmektir. Somut bi şeyler yapılmalı diye düşünüyorum. Bu bizim toplumumuzun sosyal yarası. (DefneA, 55)

Tabi ki yani bunun artık toplum tarafından bilinmesi gerekiyor. Yüzlerce insan bunun pençesinde, ızdıraplı bir şekilde yaşıyor. Hani bazen bakıyorum çok bilinçli dediğim insanlar bile abuk sabuk şeyler yapıyor. Yani bu çocuklara, çok daha acı veren bir durum. (ÇamA, 55)

Cahil, cahil, cehalet ayırıştırıyor. Bana göre ayırıştıran cehalet. Çok okumadım, çok kültürlü değilim ama. Kendi yorumuma göre ayırıştıran cehalet. Yaratan ayırıştırmamış ki biz niye ayırıştırıyoruz? Yani Yaratan bizi, toplumu, insanlığı yaratan insanlığı demeyelim tüm canlıları ayırıştırmamış. Ormanda böcekler beraber yaşıyor, hayvanlar beraber yaşıyor. (DefneB, 58)

Toplum bilgilendirilmeli. Okullarda çocuklar bilgilendirilmeli. Bilgilendirilmeli ki eve gittiğinde o da annesine babasına ya da arkadaşlarına anlatsın. (SığlaA, 45)

Ebeveynler anlatılarında, ruhsal hastalıklarla ilgili haberlerin medyada daha fazla yer alması gerektiğini ancak haber yapan kişilerin de ruhsal hastalıklar konusunda eğitim alması gerektiğini ifade etmiştir. Bunun yanısıra medyada ruh sağlığı uzmanlarının, ruhsal hastalıklar konusunda toplumu bilgilendirmesi gerektiği ve bunun insanların ilgisini çekecek şekilde yapılmasının oldukça önemli olduğu ebeveynlerin anlatılarında görülmektedir. Ayrıca sağlık sistemi içinde, ruh sağlığı uzmanlarının dışında kalan diğer meslek elemanlarına ve çalışanlara da ruhsal hastalıklar konusunda eğitim verilmesi gerekliliği ifade edilmiştir. Ebeveynlerden bazıları, ruhsal hastalıkların eğitim müfredatının içinde yer almasının oldukça önemli olduğunu, bu şekilde öğrencilerin edindiği bilgilerin kendi ailelerine de aktarımının söz konusu olacağını ifade etmiştir.

Sağlık sistemi içerisinde, ruhsal hastalığı olan bireylere hizmet veren kurumların fiziksel açıdan daha nitelikli ve ferah mekanlar olması gerektiği ebeveynler tarafından ifade edilen bir diğer konudur. Bir baba, ailenin rahatlaması için öncelikle hastanın mutlu olması gerektiğini vurgulayarak, hastanın tedavisinin yapıldığı kurumların daha insancıl olması gerektiğini belirtmiştir. Ayrıca ebeveynler, hastanın topluma kazandırılmasının, herhangi bir uğraşının olmasının ve bunun kurumlar tarafından sağlanıp sistematik hale getirilmesinin oldukça önemli olduğunu ifade etmiştir.

Bu hastalarla ilgilenilirse bunlar da kendi dünyalarında insan gibi yaşarlar. Ama en önemlisi de onlara bir iş, bir meşgale, bir el becerisi kazandırmak. Bunu yapamıyoruz. Neden yapamıyoruz? Dediğim gibi ailelerin yapacağı şey değil, bunu çeşitli kurumlar yapabilir. Kısmen, son yıllarda özellikle bu konuda hem devlet kurumlarının, hem de böyle sivil toplum kuruluşlarının bu yönde çabaları, çalışmaları var. (KayınB, 73)

Mesela diyelim ki şunu şöyle yapacan, bunu böyle yapacan veyahut da haplarını, şunları bunları her şeyini kontrolünü yapacak ve bir de mesela zorluyor mesela ya şey yapıyor zincire vuruyorlar, bilmem ne yapıyorlar hastaya. Mesela bir bakım odasında falan başka bir şey yapabilirler yani. Vuruyorlar mesela çok azılı

olduğu zaman. Bilmem ne yaptığı zaman. Yatırıyor, ayağının bağlıyor veya kollarını bağlıyor. Orda yatıyor mesela orda. Daha farklı yöntem falan olabilir yani. Öbür hasta gördüğü zaman bu sefer de başka türlü morali bozuluyor. Ben diyor hastaneye gitmem diyor bu sefer. Ben böyle oluyorum diyor. Ben niye Hastaneye gidiyim diyor. Ben hasta mıyım diyor? Bilmem ne falan böyle oluyor yani. (ArdıçB, 60)

İnsan merkezli olmadıktan sonra ne yaparsanız yapın hanımefendi. Önce insan demedikten sona hangisini çözebilirsiniz?(ÇamA, 55)

Psikolojik sorunları olanlar için mekanların mutlaka geniş olması lazım. On tane tatil köyü şeklinde bunlar için. Ankara'ya otuz kilometre mesafede devletin ucuz arsaları da var imkanı da var. Şimdi ben çocuğumun rahat bir mekânda olduğunu düşünsem mutlu olmamak için neden yok ki. (DefneB, 58)

Ebeveynlerin anlatılarında da görüldüğü gibi, ebeveynler ruh sağlığı alanında birtakım önemli düzenlemelerin yapıldığını ancak hala yetersizliklerin olduğunu, daha fazlasının yapılması gerektiğini ifade etmiştir.

Ebeveynlerin önemli bir kısmı, hastalığın teşhisi konulduktan sonraki sürece hazırlıksız başlamaktadır. Ruhsal hastalıklarla ilgili bilgi eksikliği, ebeveynlerin bazı hatalar yapmasına, bundan dolayı suçluluk ve pişmanlık gibi duygular yaşamasına neden olabilmektedir. Bu durumda ebeveynlerin bilgi sahibi olması, ebeveynler için bir güç unsurudur. Araştırmaya katılan ebeveynler, tedavi sürecinde ailenin oldukça önemli bir yeri olduğunu, dolayısıyla ailelere yönelik çalışmalara ağırlık verilmesi gerektiği üzerinde durmuştur.

Aileye yönelik de işte aile terapi merkezleri, biraz daha yoğun olmalı, herkes yararlanabilmeli, mesela burda olsa, burda olmalı bana göre ama yok. Terapi süreçlerinin uzatılması gerekiyor. (ÇamB, 65)

Aileye yönelik tabi aileyle de işte bi bağ kurulmalı. Biz gidiyoruz, ilaç yazdırıyoruz, hastayı görmeden vermiyolar. İyi. Benim çocuğum tamam hasta bende getirmeyi isterim de zar zor kaldırıp götürdüğümde doktor ne yapıyo ki orda ne yapıyo? . İlaçlarını yazıyo tamam hadi güle güle. Sen nasılsın diyen bile yok. Bu böle. Ama şimdi ben burda birebir tabiki ordaki doktoru suçlayamıyorum. Dışarda bir sürü insan bekliyor. (DefneA, 55)

Mesela aileler için bir yaşam koçu olabilir. Çünkü ailelerin tek isteği ve tek mutluluğu var yani. O da çocukları. Aileyi rahatlatmak istiyorsak hastayı rahatlatmalı. Yani ben devletten bekliyorum her şeyi. Benim şimdi birkaç tane evim var. Ben diyorum ki devlet bana demiyor ki bu evin bir tanesi sana fazla veyahut iki tanesi fazla. Senin çocuğunu şu şartlarda ömür boyu yaşa... Al güle güle, al güle güle diyeceğim. Oh be. Yani devlet demeli ki arkadaşım şu senin iki evinin bir tanesini ver bu çocuk için ve yahut iki tanesini ver bu çocuğun yaşamı için biz şunları yapacağız. (DefneB, 58)

Şimdi ben zaten onu da söyleyeyim böyle bir hastaların ilk defa anne ve babalarını eğitmek gerekir. Bilmiyorum Ben de öyle bi şey yapıyorum. Anne babalarını eğiteceksiniz. Yani anne baba eğitilince tabi ki nasıl davranacak ona. E biz hiç yani doğrudan doğruya çocuk hastalandı. Hadi bakalım kara cahil çıktık çocuğun karşısına. Olmadı. Ama bi bilinçte olsaydık. Bilgimiz olsaydı ona o şekilde davranırdık. Gene de çok iyi davrandık biz yani. (ArdıçA, 54)

Ebeveynlerden bazıları, bakımın oldukça ağır olduğunu, fiziksel ve psikolojik olarak ebeveynlerin ağır güçlükler yaşadığını ve kendilerinin ölümünden sonra çocuklarının sürekli olarak kalacakları yerlerin devlet tarafından yapılması gerektiğini ifade etmiştir.

Ebeveynler anlatılarında, sağlık sistemi içinde, ruh sağlığı uzmanlarının hastaya ve aileye kısıtlı zaman ayırması, ailelerin tedavi sistemi içinde aktif olarak yer alamaması, hastalara ve ailelere sunulan hizmetlerin yetersizliği, ruhsal hastalıklarla ilgili olarak toplumdaki bilgi ve farkındalık eksikliği, hastaya hizmet

veren kurumların fiziksel kısıtlılığı gibi konular üzerinde durmuştur. Ayrıca ebeveynler, ruhsal hastalığı olan bireylerin iş yaşamında yer alması ile ilgili olarak yeni düzenlemelerin yapılması gerektiğini ifade etmiştir.

3.2.3. Ebeveynlerin Bilişsel Boyutta Yaşantıları

Çalışmanın bu bölümünde, bilişsel boyut çerçevesinde ebeveynlerin başetme stratejilerine yer verilecektir. Çalışmanın kuramsal çerçevesinde de söz edildiği gibi başetme stratejileri problem ve duygusal odaklı olmak üzere ikiye ayrılmaktadır. Problem odaklı başetme stratejileri, şizofreni hastası çocuğu olan ebeveynlerin yaşadığı güçlükleri en aza indirebilmesi veya ortadan kaldırabilmesi için bilinçli, planlı ve somut çözüm yollarını içermektedir. Duygusal odaklı başetme stratejileri ise, ebeveynlerin duygusal olarak rahatlamasına olanak sağlayan hastalığa bir anlam yükleme, inanç, olumlu düşünce, sosyal destek gibi başetme stratejilerini içermektedir. Ebeveynler, sadece problem odaklı veya sadece duygusal odaklı başetme stratejilerini kullanabildiği gibi bu stratejilerin her ikisini de kullanabilmektedir. Ebeveynlerin, yaşadığı güçlükleri ortadan kaldırabilmesi veya en aza indirebilmesi için her iki başetme stratejisini de kullanması, kişisel ve kişilerarası güç unsurlarını harekete geçirebilmesine, kaynaklarla etkileşime geçebilmesine, kendi varoluşuyla bağlantı kurabilmesine, özgüveninin ve kontrol duygusunun artmasına olanak sağlamaktadır.

3.2.3.1. Ebeveynlerin Problem Odaklı Başetme Stratejileri

Basetme stratejileri, benzer durumu yaşayan insanların olaya bakış açısını farklılaştırabilen, yaşamını düzenlemesini sağlayabilen ve bireyin güçlenme sürecine etki edebilen bilişsel ve davranışlar çabalarıdır. Araştırmaya katılan ebeveynlerin kullandığı problem odaklı başetme stratejileri arasında, şizofreni hastalığı hakkında araştırma ve inceleme yapmak, hastalığın semptomlarını araştırmak ve hastaya nasıl davranılacağını öğrenmek, ruh sağlığı alanındaki hizmetlerle ilgili bilgi sahibi olmak,

ruh sağlığı alanında çalışmalar yapan sivil toplum kuruluşları, dernek ve diğer örgütlenmeleri araştırmak, ruhsal hastalıklarla ilgili okumalar yapmak, nitelikli radyo-televizyon programları izlemek, panel veya konferanslara katılmak yer almaktadır.

Araştırmaya katılan ebeveynlerin çok azı, hastalık teşhisi konulduktan sonra şizofreni hastalığı hakkında araştırmalar yapmıştır. Ebeveynler, şizofreni hastalığı hakkında okumalar yaparak, çocuğu şizofreni hastası olan ebeveynlerle iletişime geçerek, konu ile ilgili dernek veya diğer kuruluşları araştırarak, içinde bulunduğu süreçte elinden geldiğince kontrol sahibi olmaya çalışmaktadır. İçinde bulunan durumla ilgili bilgi sahibi olmak, ebeveynlerin güçlenme sürecini olumlu yönde etkileyen unsurlardan biri olarak düşünülebilir.

Valla şöyle söyliyeyim, hastalık ne olduğu ortaya çıktıktan sonra biraz ah vah dedik tabi ki çok üzüldük fakat sonra araştırdık, sorduk... (amB, 65)

Valla, onu o sıkıntıyı çözmek ya da o problemi çözmek için neler yapılabileceğini araştırmak, düşünmek, çeşitli alternatifler koymak ortaya ve onların yardımıyla o alternatifleri zersem, yapabileceklerimi, bu sorunun ortadan kalkacağını düşünerek hareket ederim. (KayınB, 73)

Bir kere zorluğu tespit edeceksiniz. Zorluk, bu zorluğu aşmak için ne yapacağınızı ğreneceksiniz. Mesela siz doktor olarak teşhis yapmadan tedavi eder misiniz? nce teşhis koyarsınız, hastalık nedir? Sonra tedavi edersiniz. Onun gibi. Bu zorluk neden dolayı gelmiştir? Sonra bu zorluğu nasıl aşabilirim? Bunlara çare araştırırsınız. Ve hiçbir zaman da gayrimeşru bir yola ben müracaat etmedim. Ben önce hastalığın ne olduğunu tespit edemediğimiz için, hastalığın tedavisinde nelerden istifade etmemiz lazım konusunu araştırdım. nce Mithatpaşa'da şey Meşrutiyette derneklerin yerini buldum. Sonra kafe açıldı buraya. Gönderdim bir arkadaşa. Oraya tanıştırdım ilk defa. Sonra ordaki insanlarla ilişkisini devam ettirdi. (MeşeB, 60)

Şizofreniyi çok araştırdım o derneğin şeylerini falan okudum. Şimdi şizofreni terimlerini okuyorum, acaba şizofreni de bi şeker hastalığı gibi, bi kalp hastalığı demeyelim ona da yani onlar gibi bi hastalık mı? Şimdi psikiyatriyle ilgili kitaplarım var başucumda, onları okuyorum nasıl davranacağımı nasıl şey yapacağımı öğrenmek için. (ZeytinB, 66)

Bu hastalıkla ilgili okumalar yapmaya başladım. Hastalığın ne olduğunu bilmeden hiçbir şey yapamazsın çünkü. (SığlaB, 47)

Yukarıdaki anlatılardan yola çıkarak, ebeveynler bu süreçte hastalığın teşhisinin oldukça önemli olduğunu ifade etmiştir. Hastalık teşhisinin konulması, hastalığın ne olduğu, nasıl tedavi edilebileceği, sürecin nasıl devam edeceği ve hastalığın semptomlarının ne olduğu gibi konularda ebeveynlerin araştırma yapmasına olanak sağlamaktadır. Bazı ebeveynler, yaşanan süreçte kendisi için en önemli olan şeyin bilgi olduğunu ifade etmiştir. Ebeveynlerin dernek ve sivil toplum kuruluşlarını araştırması ise benzer şekilde şizofreni hastalığıyla ilgili bilgi sahibi olma, şizofreni hastası çocuğu olan ailelerle iletişime geçme ve hastalık süreci hakkında bilgi edinme çabasının bir göstergesi olarak düşünülebilmektedir.

Ebeveynlerden bazıları, hastalık teşhisi konulduktan hemen sonra hastalığın semptomları hakkında bilgi sahibi olmak için birtakım araştırmalar yaptığını çünkü semptomların neler olduğunu bilmeden hastaya nasıl davranılması gerektiğini bilemeyeceğini ifade etmiştir.

Tanıdan sonra çok araştırdım. İnterentte girdim. Nasıl yani diye kitaplar okudum. Bulduğum herkese sarıldım, sordum işte nasıl yapabilirim. İşte derneklere desteklemeye çalıştım gitmesi için. (ÇamA, 55)

Hastalığı kabullenmem zaman almadı ama hemen de kabullenmedim. Kabullendikten sonra çok okudum, araştırdım. Gazetede okudum, filmler izledim şizofren hastalığının ne olduğunu öğrenmek için. Dedim ya, kitap aldım. İlk teşhiste

kitap aldım, şizofreni kitabı, ondan okudum. Hatta şizofreni aşan kadınlar kitap yazmıştı, o kitapları okudum. Ben bunları çok okudum, kabullendim. Sonra doktor uu, onu da okudum, profesör matematik uzmanı şizofren ama işine devam ediyor. (SedirA, 62)

İlk çocuğumda yaşamadım böyle bişey. bana çok büyük bir sürpriz oldu. Sonra kabullendim işte. Ne biliyim işte paneller oluyo, oraya gidiyoruz. Buraya gidiyoruz. Araştırıyoruz. (DefneA, 55)

Hastalığın teşhisi konulduktan sonra bazı ebeveynler, nitelikli hizmet verebilecek kurumları araştırmaya başlamaktadır. Birçok ebeveyn için çocuğunun iyi bir kurumda tedavi edilmesi ve kendisine değer verildiğinin hissedilmesi oldukça önemli bir güç unsurudur.

Şimdi teşhis konulduktan sonra e tabi araştırmaya başladık. Kaç tane hastane gezdik, doktor ismi aldık. İşte hangisi iyiye ona götürelim diye. En son işte burayı bulduk (toplum ruh sağlığı merkezi). Diğer yerlere göre bura çok iyi ama işte keşke şöyle olsaydı diyebileceğim noktalar da çok. (ServiB, 50)

Şizofreni hastası bireyin gelir getiren bir işte çalışması, olabildiğince kendi hayatını düzene koyması ve kendini iyi hissetmesi açısından oldukça önemlidir. Bazı ebeveynler, çocuğunun gelir getiren bir işte çalışabilmesi için kurumların engelli birey çalıştırma sayısını ve eKPSS sınavı ile ilgili bilgileri araştırmıştır.

Ben aylarca araştırdım. Bu çocuklar nerelerde çalışabilir hangi kurumlarda diye. Şöyle bir durum var, Avrupa ülkelerine baktığınız zaman, oralarla endeksliyelim, veyahutta Uzak Doğu ülkeleri, işçi çalıştırıyor. Bakın benim oğlum üniversite mezunu bu hobilere şeylere katılmadı, katılamadı. Biz KPSS'ye soktuk. Bu çocukların bir yerlerde en azından değerlendirmesi, iş hayatlarına sunulması lazım. Parasal yönden anlamlı değil. Kendilerini iyi hissetmek için iş gibi bir şey olması lazım. Çiçek böcek yapsa, evde de yapıyor bunu. Bu bir gerçek. Türkiye'de ruhsal

hastalığı olan bireylere yönelik faaliyetler çok az. Bunların artırılması gerek. Aileler desteklenmesi lazım. Çünkü bilgilendirilmediğimiz için yanlışlar çok yaptık. Hani el yordamında birilerini aramaya döndük. (ÇamA, 55)

ÇamA, Türkiye’de ruhsal hastalığı olan bireylere yönelik iş imkanlarının ve bu bireylere yönelik sosyal faaliyetlerin artırılmasının son derece önemli olduğunu ifade etmiştir. Nitekim ruhsal hastalığı olan bireylere yönelik iş olanaklarının ve sosyal faaliyetlerin artırılması, bu bireylerin kendisini değerli hissetmesini, toplumla bütünleşmesini ve dolayısıyla ailelerin yaşadığı güçlüklerin azalmasını sağlayacaktır.

Şizofreni hastası çocuğu olan ebeveynler hastalık sürecinde birçok güçlüklerle karşılaşmaktadır. Ebeveynlerin yaşadığı güçlüklerle başedebilmesinin bir yolu da profesyonel destek almasıdır. Araştırmaya katılan ebeveynlerin bir bölümü, hastalık sürecinde fiziksel ve psikolojik olarak güçsüzleştiğini ve profesyonel bir destek almadan karşılaştığı problemlerle başedebilecek durumda olmadığını ifade etmiştir. Bu ebeveynler ailelerin hastalık sürecinde çok fazla güçlük yaşadığını ve ailelere verilen psikolojik hizmetlerin yaygınlaştırılması ve geliştirilmesi gerektiğini ifade etmiştir. Bununla birlikte ebeveynlerin çoğunluğu, herhangi bir profesyonel destek almadığını belirtmiştir.

Mesela uzman insanlarla paylaşmak, onların düşüncelerini almak, özellikle psikolojik destek sağlamak suretiyle bu ruhsal hastalığın üstesinden gelinebileceğini düşünüyorum. Ancak bizim toplumumuz maalesef destek almayı kendine konduramıyor. (KayınB, 73)

Ben de sinirliyim aslında. Benim de psikolojim bozuk. Ama ben de destek almıyorum. İlaçlardan nefret ettim artık. Gitsem nolucak ilaç yazacaklar. (ZeytinB, 66)

Gayet normal bir şey, nasıl başımız, dişimiz ağrıyorsa, psikiyatra gitmek de aynı. Benim öyle bir takıntım yok yani. Ama destek de almadım hiç. (GürgenB, 63)

Ben yıllar önce eşime dedim ki gidelim dedim. Ben gidiyim seni de çağırsınlar dedim. Bu kabul etmedi. Yıllarca söyledim. Onun daha çok ihtiyacı var asıl. Sonra da pes ettim demedim bişey. Ondan sonra doktor sağolsun fark etmiş amca sen iyi değilsin diye. Sürekli evden çıktıktan sonra ağlarmış, üzülmüş. Sonra işte bi depresyon ilacı yazdılar. Şimdi kullanıyor onu. (GürgeA, 57)

Bitkisel hayata düştüm ben. Ben de alıyom tedavi, dün yine ilaç yazdırdım mesela hocaya. (ZeytinB, 66)

Araştırmanın bulgularına göre, ebeveynlerin büyük çoğunluğu ya bizzat kendileri ya da eşleri tarafından profesyonel destek ihtiyacı olduğunu ifade etmiştir. Bununla birlikte araştırmada dikkat çeken bulgu, kadınların erkeklere göre daha fazla profesyonel destek aldığıdır. Erkeklerin profesyonel destek almaktan çekinmesi, erkeklerin güçlü olduğu, yardıma ihtiyaç duymadığı gibi toplumsal cinsiyet bakışının bilinçaltına yansımaları olarak düşünülebilir.

Araştırmaya katılan ebeveynlerden bazıları, ailelere yönelik daha kapsamlı hizmet verilmesi, ailelerin dinlenmesi, ailelerden fikir alınması gerektiğini ve sağlık profesyonellerinin hastaya ve aileye karşı daha anlayışlı ve duyarlı olmasını gerektiğini ifade etmiştir.

Bazen aileyi görmezden gelebiliyorlar. Halbuki bu süreçte aile çok önemli. Hastanın sürekli beraber olduğu kişi aile. Çoğu zaman sanki hasta ve aile önemsiz doktorlar için. Biraz daha insanın halinden anlasalar, ne yaşadığımızı kimse bilemez. (MeşeA, 45)

Ebeveynlerin büyük çoğunluğu, Türkiye’de ruh sağlığı hizmetlerinin, ruhsal hastalığı olan bireylere yönelik sosyal aktivitelerin yeterli olmadığını ifade etmiştir. Bunun yanı sıra ebeveynlerden bazıları sağlık çalışanlarının ruhsal hastalığı olan bireye ve aileye yönelik olumsuz tutum ve davranışlarda olabildiğini, bunun aksine

daha duyarlı ve anlayışlı olması gerektiğini belirtmiştir. Tüm bu etkenler ebeveynlerin problem odaklı başetme stratejilerini belirleyebilmektedir.

Hastalığın ne olduğunun bilinmesi ebeveynler için önemli bir sürecin başlamasını sağlamaktadır. Ebeveynlerin çoğu, belirsizliğin beraberinde birçok güçlüğü de beraberinde getirdiğini ifade etmiştir. Ebeveynler hastalık teşhisinden sonra, hastalık ve hastalık süreci ile ilgili birtakım araştırmalar yapmaya başlamıştır. Bazıları konu ile ilgili kitaplardan, uzmanlardan, televizyon ve radyodan veya internetten araştırma yapmıştır. Bununla birlikte ebeveynlerin bir kısmı, ruh sağlığı alanıyla ilgili derneklerin, sivil toplum kuruluşlarının var olup olmadığını araştırmaya başlamıştır. Bazı ebeveynler ise Türkiye’de ruhsal hastalığı olan bireylere ve ailelere yönelik maddi yardımlar, istihdam imkanları ve malulen emeklilik gibi yasal süreçlerin neler olduğuna yönelik incelemeler yapmıştır. Ebeveynlerin tüm bu çabaları, yaşamındaki kontrol duygusunu, özsaygısını ve özyeterliliğini artırmaya olanak vermesi açısından güçlenme sürecine önemli katkılar sağlamaktadır.

3.2.3.2. Ebeveynlerin Duygusal Odaklı Başetme Stratejileri

Yaşamında herhangi bir güçlüklerle karşılaşan bireyler, bu güçlüklerle başedebilmek için içsel ve dışsal güç kaynaklarını kullanmaktadır. Aynı şekilde şizofreni hastası çocuğu olan ebeveynler için hastalık süreci, ebeveynlerin yaşamında birçok sorunu da beraberinde getirmektedir. Problem odaklı başetme stratejilerinin yanısıra ebeveynlerin sorunlara olan bakış açısı, sosyal destek sistemleri, sosyo-ekonomik düzeyi, aile içi ilişkileri, inanış biçimi ve olaylar karşısındaki bakış açısı duygusal odaklı başetme stratejilerini şekillendirebilmektedir. Tüm insanların herhangi bir sorun karşısındaki duygu, düşünce ve davranış biçimi benzerlikler göstermesine karşın farklı ve tektir. Çünkü her bireyin fiziksel, sosyal, bilişsel, duyuşsal ve tinsel alanı kendine özgüdür. Bireyin bu beş gelişim boyutundaki yaşantıları, etkileşimleri ve kaynakları kendine özgü başetme stratejisini belirleyebilmektedir. Bu doğrultuda ebeveynlerin bakış açısı, aile, akraba, arkadaş ve

komşuluk ilişkilerinin, inançlarının ve karakter yapısının duygusal odaklı başetme stratejisinde belirleyici olduğu düşünülebilmektedir.

Bazı ebeveynler için sosyal destek sistemi yaşanan güçlüklerle başedebilmede oldukça önemlidir. Ancak ebeveynlerin hastalık sürecinden sonra aile, akraba, arkadaş ve komşularıyla yaşadığı sorunlar, sosyal çevrenin hastayı ve aileyi damgalaması, görmezden gelmesi, hastaya ve aileye karşı anlayışsız ve duyarsız olması, ebeveynlerin güçlenme sürecini ve başetme durumunu olumsuz etkileyebilmektedir.

Kimsenin kimseye faydası yok, bazen kendine bile yok. Herkes herşeyi bilmek zorunda değil diye düşündüm. Herkes herşeyi, herkes ya bize derler kan içine akıyor, kimse görmüyor. Herkes kendi hayatını kendi yaşıyor bir başkasının bilmesi bize hiç fayda getirmez. (ÇamB, 65)

Her insan gibi yani bi takım şeyleri paylaşmak insanların ihtiyacıdır. Yani bu ben bunu da içime atıyım, bunu da kimseye söylemeyim. Bunu da kapatıyım. Yok böyle bir şey. Bunları size aktarmış olmam bile rahatlattı. (DefneA, 55)

Araştırmaya katılan ebeveynlerin neredeyse yarısının, duygusal odaklı başetme stratejileri arasında dini inanç bulunmaktadır. Hastalığın Allah'tan geldiğine ve hastalık sürecinin bir öğrenme ve farkındalık süreci olduğuna olan inanç, ebeveynlerin kendisini iyi hissetmesine ve süreçle başetmesine yardımcı olmaktadır. Ebeveynlerin bazıları hastalığın bir imtihan olduğuna inanmaktadır. Ebeveynlerin hastalığa bakış açısı, onların hastalığı daha rahat kabullenmesine olanak sağlayarak hastaya olan bakış açısını da etkileyebilmektedir. Dini inançla birlikte ebeveynlerin yaptığı dini ritüeller, duygusal odaklı başetme stratejilerindendir.

Ben lise çağlarımdan beri İslama gönül vermiş bir insanım. Dolayısıyla her zaman söylediğim bir söz var; İslam'a inanan insanlar hayatın yükünü inancına taşıttırırılar. İslam'a inanmayanlar ise hayatın yükünü kendileri taşımaya çalışırlar,

onla baş edemezler. İntihar ederler. Tabi inancım taşıyor beni. Tabi efendim, ne yani olacak şey. Daha bunun karşısında maddi imkansızlıklarımız oldu. Eşimden ayrı kaldım bir kırk gün. Böyle haller oldu. Ama onların hepsi birer birer geçti. Bizim de inançlarımızın esası başkasına iyi olmak üzerine kurulmuştur. Hadis-i Şerif'ler var, ayetler var. Hep böyle. Başkasına iyilik yapmak üzerine kurulmuştur. (MeşeB, 60).

Kur'an da falan mesela bi sureleri okuyorum falan devamlı. Sabah okurum, akşam okurum mesela. Kur'anda sureler var onları suya okurum ona içiririm. (ArdıçA, 54)

Yani vallahi ben kendimi sorgulamam. Çünkü Allah'tan gelen bir şey, benim yapacağım bir şey yok elimden gelen bir şey yok. Elimden ben şöyle düşünüyorum, elimden gelen atalık, babalık ne varsa benim yavruma iyi olacağı şekilde yardımcı olmak, onun gerisini Allah'a bırakırım. (ArdıçB, 60)

Kur'an okurum, şifa için Yasin okurum. Ne yapayım başka. Böyle rahatlarım. Bazen sabaha kadar oturur Allah'a yalvarırım, dua okurum. Böyle rahatlarım. (HuşA, 50)

Allah'a dua ettim, ya rabbi diye, bu kızı sağlığına kavuşturur ya rabbi ya Resulullah, dualar okudum. Camiye giderim hergün. Bana çok iyi geliyor. (LadinB, 57)

Ebeveynlerin büyük bir kısmı, dini inanç ve ritüelleri sayesinde karşılaştığı güçlüklerle başedebildiğini ifade etmiştir. Bununla birlikte bazı ebeveynler yaşamın geçici olduğunu ve en nihayetinde ölümü tadacağını, dolayısıyla hayatta karşılaştığı güçlüklerin bir gün sona ereceğini düşünerek rahatladığını belirtmiştir.

Kafama takmamaya çalışıyorum yani, takmayım diyorum yani içimden diyor ki, şunu takma, bunu takma, boşver diyor. Nasıl olsa bir gün ölücez. Sonsuza kadar yaşamayacaz ya. Gittiği yere kadar gider. (ÇınarB, 66)

Bir daha dünyaya gelmeyeceğimize göre niye sıkıntıya sürükliyelim ki kendimizi? En sonunda ölüm denen bir şey var yani. (KayınB, 73)

Anlatılarda da görüldüğü üzere, ölüm duygusu her ne kadar bazı insanlar için korku ve belirsizliğe neden olsa da bazı ebeveynler ölümün kurtarıcı olduğunu düşünerek rahatlamaktadır.

Araştırmaya katılan ebeveynlerin çoğunluğu, fiziksel veya psikolojik olarak daha kötü durumda olan insanların var olduğunu, bundan dolayı kendisini şanslı hissettiğini ve kendi durumuna şükrettiğini ifade etmiştir.

Öyle insanlar var ki.. Ben biliyorum. Annesi, babası bakmamış, kolu yok bacağı yok. Beden özürlü var. Ama annesi, babası bakmıyor. Elini ağzına götüremiyor. Ayağı yok, kolu yok. Kütük gibi. Böyle insanlar var. Televizyonda haberlerde de görüyorum. (MeşeB, 60)

Mesela diyoruz ki mesela gene bize Allah'a şükürler olsun ki biz şöyleyiz. Onun ki daha berbat. Beni dövüyor diyor. Mesela bıçak çekiyor diyor. Bilmem ne yapıyor diyor. İşte şöyle yapıyor, yemiyor diyor. Veyahut da yiyor kaldırıyor atıyor diyor. Bilmem bi sürü çeşit çeşit şeyler var. O da beni rahatlatıyor. Yani Allah'a şükürler olsun bizimki öyle değil. (GürgenA, 57)

Ben öyle hastalar gördüm ki, Allah vermesin çırıl çıplak Ankara'da gezenleri gördüm. Şey koyuyon üstüne böyle. Onu yırtıyor atıyor. Neler var neler. Neler var, neler. Mesela, sekiz, on tane çocuğu dağa kaçanlar var, evi terk eden kocalar var, hanımlar var. (ÇınarB, 66)

Yani çevrede çok daha ağır durumda olanları gördüm. Yatağa bağlı olanları gördüm. İşte annenin babanın sırtında okula getirip, götürenleri gördüm. (DefneA,55)

Elhamdülillah diğerlerine göre, bizimki daha rahat, daha şey çocuk. Daha rahatlatıyor insanı. Daha kötülerini düşündüğün zaman. İnsan hamd ediy o yani. Yani tabi ki kendinden daha şeyleri görünce insan kendini bırakıp ona diyorsun yani, Allah yardım etsin diyosun yani. (HuşB, 55)

Anlatılarda da görüldüğü gibi araştırmaya katılan ebeveynlerin çoğunluğu, çevresinde daha kötü durumda olan insanları görüp kendi haline şükretmektedir. Bu durum ebeveynlerin psikolojik olarak rahatlamasını sağlamaktadır. Bununla birlikte psikolojik ve fiziksel olarak oldukça kötü durumda olan insanları görüp, hem kendi çocuğu hem de o insanlar için üzülen ve böyle bir durumdan rahatlama sağlayamayan ebeveynler de vardır.

Daha beterleri de var yani. Ama ben onlara da çok üzüliyorum. O da onu yaşıyor diyorum. Rahatlama olmuyor. Görüyorum televizyonlarda neler yaşıyor, ne acılar çekiliyor Allah evlatlarıma sağlık versin. (İhlamurA, 50)

Ebeveynlerin bazıları, içinde bulunduğu durumun biraz olsun dışına çıkabilmek ve kendisini iyi hissedebilmek adına sevdiği aktivitelere zaman ayırmaya çalışmaktadır. Bu durum ebeveynlerin iyilik haline ve güçlenme sürecine etki etmektedir. Bazı ebeveynler yürüyüş yaparak, bahçe işleriyle ilgilenerek, mutfakta zaman geçirerek bazıları ise bulmaca çözerek içinde bulunduğu durumdan uzaklaşmaya çalışmaktadır. Babaların çoğunluğu gelir getiren bir işte çalıştığı için gün içinde çoğunlukla dışarıda olmaktadır. Bazı babalar, bu durumda işine odaklandığını ve böylelikle yaşadığı sorunlardan kısa bir süreliğine olsa da uzaklaştığını ifade etmiştir.

Pek strese girmek istemiyorum. İşime odaklandım. Kafam uğraşıyor işte. Öyle günümü geçiriyorum işte. (ArdıçB, 60)

Kendi kendime işte tatmin, kendimi işe veririm. Evde uğraşı çıkartırım. Mutfakta çok zaman geçiriyorum. Mesela yemek yapmayı çok seven bir insan

olduğum için yemek kitapları aldım. Rahatlatıyor. Biraz yoruluyorum ama rahatlatıyor. (DefneA, 55)

Rahatlatmak için bir bahçe var be kızım. Denk gelse de taze soğan, tere, maydanoz versem sana. Toprakla uğraşıyorum. Domates yetiştiriyorum. Çiçek yetiştiriyorum. (ZeytinB, 66)

İşte bi köpeğim vardı, onla arkadaşlık kuruyordum. İyiydi, fakat bi amcamın oğlu karşının sözünü dinlemiş, fare zehiri vermiş yavaş yavaş. O köpek bana nasıl iyi geliyordu. (LadinB, 57)

Mizah, duygusal odaklı başetme stratejileri arasında yer almaktadır. Çok az sayıda ebeveyn, var olan durumun güçlükleriyle ve fiziksel zorluklarla mücadele edebilmek için mizahı bir araç olarak kullanmaktadır. Bu bireyler, yaşamın geçici olduğunu, başına her ne gelirse gelsin bir süre sonra bunun sona ereceğini düşünmekte ve espri yaparak, gülerек var olan durumla baş etmektedir.

İşte kahveye gidiyoz, gülüyo, konuşuyoz, eğleniyoz. Gülerler de espri yaparım ne yaparım. Espriyi de çok yaparım ben. (ÇınarB, 66)

Ben hep yaşamayı seven bir insan oldum. Eskiden görseydin beni kıkır kıkırdım. Şimdi de işte bişeyleri espriye vuruyorum. Espri yapıyorum, gülüyorum. İşte zaman geçiyor bir şekilde. (LadinA, 56)

Hastalık süreci ebeveynleri maddi olarak da etkilemektedir. Hastane giderleri, hastanın istekleri, ailenin diğer üyelerinin ihtiyaçları, ailenin ekonomik olarak da güçlükler yaşamasına neden olabilmektedir. Bununla birlikte ailenin maddi olanakları, ebeveynler için önemli bir güç kaynağıdır; dolayısıyla bir başetme aracıdır.

Bir ailenin iki üç çocuğunun da hasta olduğunu gördüm. Uşakta bir babanın çocuğunu ambulans vermedikleri için işte böyle bir el arabasıyla taa İzmir'e götürmeye kalktığını gördüm. O nedenle de ben hayatın gerçeklerini gördüm ve çok şükrediyorum. Çok şükür ki çok daha iyi durumdayız. Hem çocuğum hem biz. (DefneA, 55)

Paramız var Allah'a şükür ki çocuğu özel doktora götürebiliyoruz. Çocuk bir şey istiyor veya bir yere gitmek istiyor ne bileyim tatile gidiyoruz para lazım. Para olmasa bunların hiçbirini yapamazsın. (ServiB, 50)

Sosyal destek, hobiler, maddi olanaklar, mizah ve olumlu düşünebilme becerisi gibi unsurlar, ebeveynlerin başetme yöntemleri arasındadır. Ebeveynlerin başetme stratejisi, fiziksel, duyuşsal, sosyal, bilişsel ve tinsel süreçlerin etkileşimi sonucu şekillenebilmektedir. Dolayısıyla karmaşık bir süreç olduğu da söylenebilir. Bazı ebeveynler yadsıma, bastırma ve mantığa bürüne gibi savunma mekanizmalarını kullanarak var olan durumla başedebilmektedir. Araştırmaya katılan ebeveynlerden bazılarının, yaşadığı güçlükleri düşünsel eylemlerle hafifletmeye çalıştığı veya yadsıdığı görülmektedir. Ebeveynlerin mesleki kariyeri ve sosyal statüsünün bu duruma etki ettiği söylenebilir.

O kadar ağır değildi yani bu koşullar. Bizim için öyle üstesinden gelinemeyecek şeyler değildi, ağır şeyler değildi. Çok büyük bir sıkıntı vermedi yani. Kendi yaşamımızı sıkıntıya sokmak gibi bir durum söz konusu değil. (KayınB, 73)

Vallahi her zaman gittim eve vardığım zaman hanıma rica ettim. Canım dedim bunu şey yapma. Ne derse desin sen çoğunu duymamazlıktan geleceksin. Bilmem ne yapacaksın. Onu söyledik kızın söylediğine de ben çoğunu duymam. Onu da duymuyoruz mesela. He duymazlıktan geliyoruz. Söylediklerini görmezlikten geliyosun mesela. Yaptıklarını falan. He yok saymak gibi bir şey oluyor yani. Sen diyorsun evladım boşver ya yapsın falan diyorsun. (ArdıçB, 60)

Şimdi öyle diğer hastalar gibi kesinlikle olmadı. Benim iş yerindeki arkadaşlar hala bilmiyorlar şeyinin olduğunu. Arabasını aldık araba kullanıyor, inşallah evlenmeyi de düşünüyor. Öyle büyük bir sıkıntımız yok yani. (ServiB, 50)

Ebeveynlerin başetme stratejisini belirleyen etkenlerden biri de kişinin kendisine verdiği değer ve öz yeterliliğidir. Dolayısıyla kişi içsel güç unsurlarının farkındaysa problem ve duygusal odaklı başetme stratejileri geliştirerek var olan durumla başedebilmektedir. Bununla birlikte “kişisel” ve “kişilerarası” güç kaynaklarının farkında olmayan ebeveynler, alkol ve madde kullanımı ve kronik ağlama davranışı sergileyerek içinde bulunduğu durumla başetmeye çalışabilmektedir.

Şimdi yine azaldı ama o ilk zamanlar düşünmekten, ağlamaktan başka bir şey yapmazdım. Çok çok ağlıyordum. Çok ağlardım yavrum çok. Çok ağlardım. Şeker hastası oldum zaten. Şimdi devamlı insülin vuruluyorum. (ArdıçA, 54)

Bir ara bıraktım kendimi alkole verdim kendimi. Hastalıktan dolayı of nasıl ağlardım. Sürekli bir insanın ağladığını ve içtiğini düşün yani. Sonra bu böyle olmaz diyerek başka şeylerle uğraşayım dedim, işte bahçe filan. (ZeytinB, 66)

Araştırmaya katılan ebeveynlerden bazıları için bir başka duygusal odaklı başetme yöntemi arasında hastalığın tedavisi için tıp dışı yöntemlere başvurmak yer almaktadır. Bazı ebeveynler, her ne kadar “hacıya-hocaya” inanmasa da bunu alternatif bir yol olarak görebilmektedir. Bazıları ise çocuğunu şizofreni alanında oldukça başarılı doktorlara götürmekle birlikte tıp dışı yöntemlere de başvurmaktadır. Ebeveynlerin bu eylemlerinin nedeni arasında çaresizlik duyusunun olduğu söylenebilir.

Öyle şeyler geliyor ki falanca hoca var filanca hoca var filanca şey var... Filanca bilmem sihire bakan var. Neler, ne bilgiler geldi. Ne bilgiler geldi. Biz mesela İstanbul’a götürdük. İstanbul’da bu işe bakan bir hoca efendiden onu gördük

bu hastalığa bakan. Hoca efendi geldi dedi bu dedi doktor işi dedi. O zaman yöneldik. Düzce’de bir arkadaşımız var, telefonda konuşuyor hastayla, hastalığını tespit ediyor. Ona açtık telefonu, bu doktor işi dedi. Yani böyle birkaç yer olunca. Hangi taraftan bulabilirsek ordan kurtaralım dedik. Sonra artık tespitlerimiz kesinleşti. İlaç ve doktor üzerinde sabit kıldık. (MeşeB, 60)

Şimdi kaç yaşındayım bak kızım, hayatımda hiç gitmemiştim. İki defa ameliyata gittim... Şimdi hoca okuyor okuyor, ayağını sık diyor. Ayağını sıkıyor çocuk, sıkıyor. Yavaş yavaş bırak diyor. Geçti mi diyor? O zaman çok sinirlendim. Hemen ayağa kalktım, elli lira cebimden çıkardım, şunu al ve burdan defol dedim hocaya. İşte dışarıdan okut dediler okuttuk bu hoca iyi değil ama, Nevşehir’e gittik. Vırt dedi zırt dedi. Ben hocaya inanmıyorum. (ZeytinB, 66)

Kendisi kabul etmiş onları da, biz onların hayal olduğunu işte böyle şeylerin görülüp görülmeyeceğini, yani nasıl bir zarar vereceklerini kulaktan kendi duyularımızla yani yetindiğimiz kadarıyla, yani böyle şeylerin olmayacağını, yani sana mahsus, yani senin gibi hastalara mahsus olduğunu yani çocuğumuza anlattık. Gerek doktora anlattık, yani gerekse biz hocalara kadar gidiyoruz yani, bizim bir doktorla kalmıyor çünkü bir doktor bize yetmiyor. Ruhi rahatlama oluyor, bir ruhi bunalıma girdiği an, he ilaç bir müddet, uyutuyo, uyuşturuyo, uyuşturunca geçiyor. He ama ne biliyim yani, biz böyle şeylere inancımız var, ne biliyim yani bir Kur-an’da da geçer derler böyle üç harflilerin olup olmadığı, şey olarak geçtiği için, yani çocuğumuzda da rahatlama olduğu için. Biraz rahatliyordu, ama geçmiş olmuyordu. Bizim bu 3 harfliler ile ilgili ruhi bunalımımızı illa ki bir hocaya aktarmamız gerekiyordu. Gidiyorduk bir hoca buluyorduk, ona okutturuyorduk. Hoca bunu rahatlatıyordu ve ruhi bunalımı geçiyordu, yaklaşık bir hafta on gün gidiyordu, ondan sonra tekrar başlıyordu. (SedirB, 62)

Bazı ebeveynler çocuğunun iyileşmesi için her yolu denediğini ifade etmiştir. Bazıları çocuğunun şizofreni hastalığından dolayı değil de “üç harflilerden” dolayı sıkıntı ve güçlük yaşadığını, bu yüzden çocuğunu hocaya götürdüğünü ifade etmiştir.

Ebeveynlerin tıp dışı yöntemlere başvurmasının bir nedeni de sosyal çevredir. Ebeveynlerden bazıları, çocuğunu “hacıya-hocaya” götürmesi konusunda, sosyal çevresinin tavsiyesini dikkate aldığını ifade etmiştir.

Dediler ki hoca dediler belki dediler hoca falan dediler. Ya doktorlan geçmiyorsa, elli tane profesöre götürdüm dedim. Geçmiyorsa bu hocalık falan dediler. İyi tamam bir de hocalara götürelim bakalım dedim. İşte filan yerde bir hoca varmış oraya götürüldük, bilmem nerde bir hoca varmış oraya götürüldük. Hiç de etkisi olmadı. Ben inanmadım çünkü. Sırf söylediler diye götürdüm. Annesinin şeyi olsun diye onu götürdüm yoksa ben inanmadım yani. Allah’tan gelen bir şey. (ArdıçB, 60)

Hocayla vay şurda hoca varmış, vay burda hoca varmış. Elimizdekini avucumuzdakini bütün hocalara yedirdik. Hep şey kim ne diyorsa hani iyi olacak. Ne bileceksin? İyi olacak diyorlardı. (ArdıçA, 54)

Tabi çaresizlik. Bunu anlattım doktorlara dediler ki kendini suçlama, sen çare aramışsın. Hoca ne yaptıysa cinci, çocuk değişti. Yeri kazıyor, bir şey arıyor, televizyonu söküyor bir şey arıyor. (SedirA, 62)

Genel olarak araştırma bulguları değerlendirildiğinde, ebeveynlerin kullandığı başetme stratejilerinde, sosyo-ekonomik düzey, eğitim düzeyi, sosyal çevre ilişkileri, kişisel güç ve aile ilişkileri gibi unsurların belirleyici olduğu görülmektedir. Bununla birlikte Türkiye’de her ne kadar ruh sağlığı hizmetlerinde önemli gelişmeler yaşansa da, önceki bölümlerde belirtildiği üzere, ebeveynlerin sağlık sisteminde karşılaştığı sorunlar da başetme biçimlerini etkilemektedir. Ebeveynlerin çoğunluğunu bu tür nedenlerden dolayı daha çok duygusal odaklı başetme yollarını kullandığı görülmektedir.

3.2.4. Ebeveynlerin Duyuşsal Boyutta Yaşantıları

Duyuşsal boyut, bireyin duygusal ve psikolojik sürecini kapsamaktadır. Şizofreni hastası çocuğu olan ebeveynler, hastalık belirtilerinin fark edilmesi ve hastalık teşhisinin konulması ile başlayan süreçte birçok fiziksel, sosyal, bilişsel ve duyuşsal güçlüklerle mücadele etmektedir.

Duygular, bir insanın yaşamının şekillenmesinde oldukça önemli bir yere sahiptir. Hastalık teşhisinden sonra, ebeveynlerin duyuşsal alanı, ebeveynleri çevreleyen birçok sistem tarafından etkilenmektedir. Ebeveynlerin cinsiyeti, sosyo-ekonomik düzeyi, eğitim seviyesi, sosyal destek sistemleri, aile ilişkileri, kök aile yapıları ve kişisel özellikleri duyuşsal alanın önemli belirleyicileri arasındadır. Araştırmaya katılan ebeveynlerin birçoğunun, hastalık teşhisinden sonra birtakım olumsuz duygularla mücadele ettiği görülmektedir. Özellikle hastalık teşhisinin konulduğu ilk zamanlarda ebeveynler, şok, inkar, öfke ve çaresizlik gibi duyguları yoğun bir şekilde hissetmiştir. Ebeveynler yoğun duygu silsilesinin içinde kimi zaman kaybolmuş kimi zaman da öz-farkındalık sağlayarak farklı başetme yolları keşfetmiştir.

3.2.4.1. Hastalığın Semptomlarıyla İlgili Ebeveynlerin İlk Anıları

Çocuğuna hastalık teşhisi konulmadan önceki süreçte, bazı ebeveynler çocuğunda birtakım değişikliklerin olduğunu hissetmiştir. Ancak araştırmaya katılan ebeveynlerden hiçbiri, çocuğunda ruhsal bir hastalığın olabileceği ihtimalini düşünmemiştir. Ebeveynlerin hastalığın semptomları ile ilgili aklına gelen ilk anılar, semptomlar karşısında hissettiği duygu ifadelerini anlama açısından oldukça önemlidir. Ebeveynlerden bazıları, hastalık teşhisi konulduktan sonraki süreçte, çocuğundaki değişiklikleri anlayamadığını veya bu değişiklikleri fark ettiğini ancak ihtimal vermediğini ifade etmiştir. Ebeveynler, çocuğunu bir uzmana götürmediği için suçluluk ve pişmanlık duygusu yaşadığını belirtmiştir. Ebeveynlerdeki bu duygular, ebeveynlerin güçlenme sürecini olumsuz yönde etkilemiştir.

Bazı ebeveynler, çocuğunun söylemlerinden ve eylemlerinden yolunda gitmeyen bir şeylerin olduğunu fark ettiğini ifade etmiştir.

Biz Ankara'ya geldiğinde çocuğu liseye gönderdik bunu. Sınıfta bazı gruplar kurmuşlar, çeteler kurmuşlar arkadaşları. Ve bu çocuğu bir gün sıkıştırmışlar, dövmüşler. Onu, isim isim herkesi tanıyor bu. Okulda sınıf arkadaşı olduğu için. Ankara'ya dönüp geldiği zaman benim ruhumu aldılar, ruhumu onlardan geri alıcam demeye başladı. Lisedeki, kendisini döven arkadaşları. Kişiliği ile oynayan, ona hakaret eden herkesin içinde döven bu insanların peşine takıldı. Benim arabamı çaldı, gitti Sincan'a gitti. Başka yerlere gitti. Bunların evini aradı. Birer birer hepsinin peşine düştü. Benim ruhumu aldılar, ruhumu onlardan geri alıcam. Böyle başladı. (MeşeB, 60)

Ebeveynler, hastalık teşhisi konulmadan önceki süreçte, çocuğunun bazı sorunlarının olduğunu ve bu sorunların hastalığı tetiklediğini ifade etmiştir. Çocuğundaki ilk değişimleri gören ebeveynler, bu değişimlerin sebebinin ergenlik dönemi veya arkadaş çevresinin kötü olması gibi farklı olaylarla ilişkilendirmiştir.

Şimdi bu bir aralar zayıflamak için sürekli su içiyordu. Bunu televizyon değiştirdi falan dedi annesi. Birkaç sefer tuvalete kusarken lavaboya kusarken bunu fark ediyor. Sonra tabi davranışlarında da tuhaflıklar başladı. (ZeytinB, 66)

Sekiz dokuz yaşlarında başlamış ama işte biz sonradan fark ettik. O yaşa kadar olan olmuş. Tabi, o zaman işte bir farklılaşma oldu, yani söylediklerimizi yapmadı, tersini yapmaya ya da yapmamaya çalıştı. Ergenlik falan dedik geçiştirdik. Ama işte sonraları onlar beni yönlendiriyor diyor. Onların yönlendirdiklerini yapıyor. Üç harflilerin yönlendirdiklerini yapıyor, onlarla baya senli benli görüşüyormuş, bizim öğrendiğimizde yani fark ettiğimizde, biz doktora gidince, biz açığa çıkarttık işte onun değişikliğini. (SedirB, 62)

Kızımız daha ilkokuldaydı işte. İlkokul hocası böyle böyle dedi. Bu çocukta bi şeylik var. Biz fazla bi farkına varamadık. Biz normal görüyoruz çocuğu. Farklı bi kıskançlığı vardı diğer çocuklarımdan. Normaldir dedik. Yıllarca bu şekil devam ettik. Ondan sonra baya bi bıraktık. Daha sonra bi evlilik geçirdi. Sonra ayrıldılar. Sonradan anladık ki bu evlilik kızımızı hasta etmiş. (HuşB, 55)

Bazı ebeveynler, hastalık teşhisi konulmadan önceki süreçte çocuğunda uyku düzensizliği, saldırganlık, şüphecilik, iştahsızlık ve içine kapanıklık gibi durumların olduğunu ifade etmiştir. Ancak bunların geçici olabileceğini düşünerek çocuğunu bir süre doktora götürmemiştir.

İşte böyle şüpheciliği vardı, iştahsızlığı vardı, içine kapanıklığı vardı. Hukuk okumak istiyordu. Olmayınca böyle iyice içine kapandı, arkadaşlarıyla görüşmemeye başladı. Şüpheciliği işte şey yapıyordu hani beni, bazen arada bir sık sık olmasada takip ediyorlar, işte bana zarar veriyorlar, benim hakkımda mesela diyelim, şey de vergi dairesinde veya bir kamu kuruluşunda ona benzer şeyler işte, hakkımda kötü şeyler yapıyorlar, beni şey yapmak için. Birden nasıl oldu, öyle birisi değildi ki, son derece de yani uysal, neşeli, fazla sosyal olmasa da, böyle değildi. Bu çağın getirmiş olduğu birşey mi? Yiyeceklerde mi var? Hava da mı var? Stres mi yapıyor? Hepsi bir etken aslında. Sonra işte bir psikoloğa gitsin dedik ama işte herhalde sıradan bi şeydir, sınav stresi filan diye düşündük. Ondan sonra işte piskiyatrist kendisini konuşturmuş, konuşunca işte ona göre şizofren dediler. (GürgeA, 57)

İşte bi çocuğa aşık olmuştu. Çocuk bunu terk etmiş heralde. İşte ağladı, sızladı, bağırdı, çağırdı. Birgün bana el kaldırdı. Ondan sonra şey içmiş işte hap içmiş. İntihar eğilimi yapmış. Sonra babası gitti midesini yıkattı. Ağlıyordu ondan sonra veya çok güliüyordu. Hiç yoktan yere mesela bir televizyona bakıyor güliüyor. E kızım gülünecek bir şey yok yavrum niye güliyorsun falan derdim sen görmedin derdi. Gülerdi çok gülerdi, ağlardı. Ondan sonra çok sinirliydi mesela. (ArdıçA, 54)

Araştırmaya katılan bir anne, aile içi çatışmalarının oldukça fazla olduğunu ve çocuğunun bu tartışmalara birçok kez tanık olduğunu ifade etmiştir. Sonraki

yıllarda çocuğunda birtakım değişimler fark etmiş, ancak bu değişimlerin çocukluğunda maruz kaldığı aile içi tartışmalardan kaynaklı olabileceğini düşünmüştür. Hastalık teşhisi konulduktan sonraki süreçte ise eşiyle arasında olan tartışmalara çocuğunu maruz bıraktığı ve çocuğundaki değişimleri fark ettikten sonra çocuğunu bir ruh sağlığı uzmanına götürmediği için suçluluk ve pişmanlık duygusu yaşamıştır.

Biz eşimle çok tartışırdık, kavga ederdik. bu tartışmaların ortasında büyüdü diyebilirim. Ama işte çok pişmanım, benim oğlum bu duruma düştü. İşte sonraları değişik hareketleri olmaya başladı. Konuşma da yok ama uyku yok, yeme yok, öfke çok fazla, sigara, bilinçsiz küfürler hiç olamayacak saldırganlıkta. Ki bana hiç öpmeye kıyamayan adam bana küfretmeye başladı. Ben de korktum. En sonunda aldık biz bunu polis zoruyla götürdük işte ne yapalım diye şaşırmıştık. O, o şeyde şizofren dediler. (ÇamA, 55)

Bazı ebeveynler, çocuğundaki değişimlerin çocuğunun mizacıyla ilişkili olduğunu düşünerek bu durumu normal karşılamıştır. Ancak çocuğundaki normal dışı davranışların devam etmesi, ebeveynlerin yolunda gitmeyen bir şeylerin olabileceği ihtimalini aklına getirmiştir.

Yani çocukluğundan beri mizacı da zaten biraz tersti farklıydı yani. O yüzden açıkçası başlarda normal karşıladım. Ama sonrasında takıntılar arttı, kendi kendine konuşmalar filan oldu. Sonra bi doktora götürdük tabi. (SığlaA, 45)

Ebeveynlerden bazıları, çocuğundaki değişimleri fark ettiğini ancak çocuğunun ruhsal bir hastalığı olabileceği ihtimalini hiç düşünmediğini belirterek hastalığın semptomları artana kadar çocuğunu bir ruh sağlığı uzmanına götürmediğini ifade etmiştir. Ebeveynlerin çocuğunun ruhsal bir hastalığı olabileceği ihtimalini düşünmemesinde, çocuğunun çok zeki olması ve başarılı olması gibi etkenler söz konusudur.

Farklı bir şeyler olduğunu hissediyordum, fakat konduramıyordum. Kabul etmek de istemiyordum. Bu kadar zeki bir çocuk, IQ'sunu ölçtürüyoruz bilmem kaç çıkıyor. Tabi bizi de perişan etti. Bu kadar yüksek şeyde nasıl olabilir düşüncesi bende hiç bitmedi. (ÇamB, 65)

Ya valla dedim ya Allah Allah bu şizofreni neymiş? Deli desen deli değil, bulmacayı benden güzel çözüyo, yabancı artistleri benden iyi biliyo. (ZeytinB, 66)

Ebeveynlerin bir kısmı, çocuğuna hastalık teşhisi konulduktan sonra, çocuğundaki değişimleri fark ettiği ilk anda çocuğunu bir ruh sağlığı uzmanına götürmediğinden dolayı pişmanlık ve suçluluk yaşadığını ifade etmiştir. Bununla birlikte bazı ebeveynler, her ne kadar çocuğundaki değişimi fark etse de çocuğunun ruhsal bir hastalığı olacağı ihtimalini düşünmeyerek son ana kadar çocuğunu bir ruh sağlığı uzmanına götürmeyi reddettiğini ifade etmiştir.

3.2.4.2. Hastalık Teşhisinden Sonra Ebeveynlerin Verdiği İlk Duygu Tepkileri

Ruhsal hastalığı olan bireylerin istenilen düzeyde toplumla bütünleşememesi, toplumdaki bireylerin ruhsal hastalıklar hakkında yeterli düzeyde bilgi sahibi olmaması ve bazı ailelerin hastalığı saklama eğiliminde olması, ruhsal hastalıkların toplumdaki görünürlüğünü sınırlandırmaktadır. Bu durum insanların, diğer kronik hastalıklara göre ruhsal hastalıklar hakkında daha az bilgi sahibi olmasına neden olmaktadır. Araştırmaya katılan ebeveynlerin çoğunluğu, çocuğuna hastalık teşhisi konulmadan önce ruhsal hastalıklarla ilgili çok az bilgi sahibi olduğunu veya hiç bilgi sahibi olmadığını ifade etmiştir. Bu bulgu, ebeveynlerin çocuğundaki davranışsal değişimleri fark etmesine rağmen bu değişimleri farklı nedenlerle ilişkilendirmesine yol açarak çocuğunda ruhsal hastalık olabileceği ihtimalini düşünmemesine neden olmuştur. Dolayısıyla bazı ebeveynler, hastalığın semptomları şiddetlenene kadar çocuğunu bir ruh sağlığı uzmanına götürmemiştir. Bu süreçten sonra ebeveynlerin çocuğunu bir ruh sağlığı uzmanına götürmesi ve çocuğunun şizofreni teşhisi alması, ebeveynlerde olumsuz duygu ve tepkilerin ortaya çıkmasına

neden olmaktadır. Şizofreni hakkında yeterli düzeyde bilgi sahibi olmayan bazı ebeveynler, hastalığın ilaç tedavisi ile tamamen yok olacağına inanmış, bazıları hastalığın teşhisini kabullenememiş ve bazı ebeveynler de hastalığı kabullenip tedavi sürecinde aktif bir şekilde yer almaya çalışmıştır. Bazı durumlarda hastalık teşhisinin konulması uzun zaman alabilmektedir. Bu belirsizlik durumu ebeveynlerdeki olumsuz duyguların artmasına ve ebeveynlerin kontrol duygusunun azalmasına neden olarak güçlenme sürecini olumsuz yönde etkilemektedir. Bazı ebeveynler, hastalık teşhisi konulduktan sonra rahatladığını ve bu aşamadan sonra en azından çocuğu için neler yapabileceğini araştırmaya başladığını ifade etmiştir.

Araştırmaya katılan ebeveynlerden bazıları, hastalık teşhisini öğrendiğinde şok duygusu yaşadığını ifade etmiştir. Bazı ebeveynler ise şizofreni hastalığı hakkında bilgi sahibi olmadığını ve hastalığın ilaç tedavisiyle geçebilecek bir hastalık olduğunu düşünmüştür. Ebeveynlerin hastalık ve süreç hakkında bilgi sahibi olmaması, ilk zamanlarda belirsizlik duygusunu yoğun bir şekilde yaşamasına neden olmuştur.

Ben ilk duyduğumda aptallaştım. Beynimde ne varsa silindi. Hala böyle bak geriye döneyim, hiçbir şey hatırlamıyorum. Benim elim ayağım titremeye başladı. Aptal aptal konuşuyormuşum, yere düşmüşüm. Beş dakika geçiyormuş böyle, beş dakika geçiyormuş, beş dakika sonra kendime geliyormuşum. Şeye gittim, hastaneye, tanıdık bir doktor vardı, bi hap verdi, o hap da çare olamadı.(LadinB, 57)

Yani zaten çocuk son zamanlarında normal değildi. Yani böyle bir durumu olduğu belliydi. Valla dedim, hastalık hakkında da fazla bilgim olmadığı için, tedaviyle ilaç tedavisiyle üstesinden gelebiliriz sandım. Gececek diye düşündüm ben şahsen. Ama öğrendikçe bunun ağır bir hastalık olduğunu, kolay kolay geçmeyeceğini şok olduk tabi. (KayınB, 73)

Valla ben hastalığı ilk duyduğumda henüz ne olduğunu da bilmiyoruz. Bu hastalık da diğer hastalıklar gibi geçecek zannettik. Sonradan arkadaşlar dedi ki, bu geçmez ama tedavi olur dediler. Çevreye olan zararı önlenir dediler. Bir delikanlı,

gözümüzün ilk nuru, çalışkan, başarılı, hareketli bir çocuk. Yani yaşadığımız üzüntü anlatılmaz. (MeşeB, 60)

MeşeB, ilk başlarda hastalığı tanımadığını ancak daha sonra hastalığın bir ömür boyunca devam edeceğini, oğlunun sürekli ilaç kullanma zorunluluğunun olacağını öğrenince yoğun bir belirsizlik duygusu yaşadığını ve şizofreni hastalığıyla bir ömür nasıl yaşayacağını düşündüğünü ifade etmiştir.

Hastalık teşhisi konulduktan sonra ebeveynlerin bazıları hastalığı kabullenmek istemediğini ifade etmiştir. Babalardan birkaçının, özellikle çocuğu erkekse, hastalığı kabul etmek istemediği dikkat çekici bulgular arasındadır. Babalardaki bu kabullenmeme durumunun, toplumda erkekliğin “güç” ile ilişkilendirilerek bireyi “güçsüzleştiren” ruhsal bir hastalığın erkeklerde ortaya çıkamayacağı gibi bir algıdan kaynaklandığı düşünülebilir. Bu bağlamda erkek çocukta ortaya çıkan ruhsal hastalığın, annelere göre babalarda daha fazla başarısızlık duygusuna neden olduğu söylenebilir.

Oğlumdaki bu durumu kabullenmek istemedim evet. Hala daha kabullenemiyorum. Yani ailedeki tek erkek çocuk. Nasıl kabullenebilirim ki? (ÇamB, 65)

İlk başta geçer dedim. Geçmeyeceğini öğrenince ah dedim! Kaynar su döküldü başımdan. Vallahi çok perişan oldum. Yani çok kafası çalışan bir çocuktu, matematik zekası çok üstündü. Hatta Almanya'dan Hollanda'dan kızlar geldi bunu istediler biz göndermedik. (SöğütB, 74)

Hastalık teşhisinin konulmasının uzun zaman alması, bazı ebeveynlerde çaresizlik ve belirsizlik duygusunun artmasına neden olmaktadır. Çok az sayıda ebeveyn, hastalık teşhisi konulduktan sonra rahatladığını, çünkü ne ile mücadele edebileceğini bileceğini ifade etmiştir.

Teşhisin konması çok uzun sürdü. Ama teşhis konulduktan sonra insana bir rahatlama da geliyor. Çünkü ne olduğunu biliyorsun ve ona göre davranıyorsun ya da hareket ediyorsun. (SığlaB, 47)

Bir baba, çocuğuna şizofreni teşhisi konulmasına rağmen, çocuğundaki bu durumun ruhsal bir hastalıktan kaynaklandığını düşünmediğini, çocuğuna “üç harflilerin” musallat olduğunu ve çocuğunun bu yüzden normal dışı davranışlar sergilediğini ifade etmiştir.

Yani böyle bir olay olması. Yani tarifi bunun çok zor. Ya şimdi nasıl tarif edeyim sana, yani bir çocuğunuzun hasta olduğunu düşünsenize, yani daha doğrusu üç harflilerin onu sahiplendiğini düşünsenize. Yani bizim için çok büyük bir olay oldu. Zaten onlardan dolayı biz çok zorluk çektik. Yani sinirleniyor, kriz geçiriyor, vurma dökmeler oluyor, yani ne biliyim, kendi anlattığına göre yolda yürümeleri, konuşmaları, hareketleri, şu an bile var yani hala devam ediyoruz biz. (SedirB, 62)

Şizofreni hastalığı hakkında bilgi sahibi olan ebeveynler, hastalık teşhisini duyduğunda oldukça farklı tepkiler verdiğini ifade etmiştir. Ebeveynler oldukça farklı duygular hissettiğini ve bir şizofreni hastasıyla nasıl yaşayabileceğini sorguladığını belirtmiştir.

Aslan gibi yakışıklı güzel, hala inanamıyorum. Nedir? Nasıl oldu? Nerden geldi? Yani ailede yok diye biliyorum. İşte ilk duyduğumda nasıl anlatayım dünyam başıma yıkıldı zaten, hala öyleyim. (GürgeA, 57)

Yani bir baba olarak dünyamız yıkıldı. (GürgeB, 63)

Doktor şizofren deyince yıkıldık, ne yapıcaz? Bende hiç öyle bi şeylik kalmadı yani. Yıkıldık yani dedim acaba benim gibi Türkiye’de böyle biri daha var mı diye? Yani hem çocuğu düşünüyün hem de kendini düşünüyün. Ben bunlan nasıl zaman geçiricem? Nasıl yapıcam?(ArdıçB, 60)

Güzelim benim bak hele şu ev dolusu para harcadık ona biz. Kim nerde o zaman ne bileyim işte ya hani tavuğun başını keserler de çırpınır ya biz o şekilde olduk yani duyduğumuzda. (ArdıçA, 54)

Bazı ebeveynler hastalık teşhisinden önce çocuğuna yönelik beklenti ve hayallerinin oldukça yüksek olduğunu, hastalık teşhisini öğrendiği anda duygularının alt üst olduğunu belirtmiştir. Bazı ebeveynler şizofreni hastalığını ölümle ilişkilendirerek içinde bulunduğu duygu durumunun yoğunluğunu yansıtmıştır.

Çok acıydı, çok acıydı. Hayatımın bir yeri gitti sandım. İşte biraz umutlarım çok fazlaydı ona karşı. Neyse uzatmayayım. Yani ölüm buysa bu. Bedelini çok ağır ödedim ben. (ÇamA, 55)

Valla şöyle söyleyim. O an dedim ki dünya yıkılsa ve altında kalsam. (SığlaA, 45)

Ebeveynlerden bazıları, hastalık teşhisinin konulduğu anı hatırlamak istemediğini çünkü o an çok farklı duygular yaşadığını ifade etmiştir. Bu ebeveynler çocuğunun ilk zamanlara göre daha iyi olduğunu, bu yüzden ilk zamanları hatırlayarak o günlere geri dönmek için o dönemde yaşadığı olumsuz anları hatırlamak istemediğini ifade etmiştir.

Yani böyle ben hatırlamıyorum bile artık hatırlamak da istemiyorum. Yani unuttum onları, hatırlamak da istemiyorum. Yani o günleri düşünmek de istemiyorum. Her şeyini de unuttum, yeni baştan böyle hayat yaşamak istiyorum. (ServiA, 52)

Ebeveynlerin hastalığın teşhisi karşısında vermiş olduğu tepkiler, şizofreni hastalığı hakkında bilgi sahibi olup olmama durumuna göre farklılaşabilmektedir. Şizofreni hastalığı hakkında bilgi sahibi olmayan ebeveynler, hastalık teşhisi karşısında çok büyük tepkiler vermeyebilmektedir. Bu ebeveynler, şizofreni

hastalığının diğer hastalıklarda olduğu gibi hastanın belli bir süre ilaç tedavisi görüp iyileşeceğine inanmaktadır. Ancak hastalık hakkında bilgi sahibi olmak ebeveynler için bir güç kaynağıdır. Hastalık hakkında bilgi sahibi olan ebeveynlerin sürece daha kolay uyum sağladığı görülmektedir.

3.2.4.3. Ebeveynlerin Hastalığı Duyuşsal Olarak Kabullenme Süreci

Ebeveynler, çocuğuna hastalık teşhisi konulduğu ilk zamanlarda şok ve inkar gibi duygularla mücadele etmektedir. Bazı ebeveynlerin hastalığı kabullenme süreci uzun zaman alabilmektedir. Bu durum ebeveynlerin, hastalık sürecine uyum sağlamasını olumsuz etkileyebilmekte ve ebeveynlerin tedavi sürecine aktif katılımını engelleyebilmektedir. Hastalık teşhisinin konulması, bazı ebeveynler için ise belirsizlik durumunun son bulması anlamına gelmektedir. Bu aşamada bazı ebeveynler hastalık hakkında bilgi sahibi olmaya başlamakta ve tedavi sürecine aktif bir katılım sağlayabilmektedir. Ebeveynin tedavi sürecine aktif katılımı, ebeveyndeki kontrol duygusunun ve öz yeterlik duygusunun artmasını sağlayarak güçlenme sürecine olumlu katkı sağlamaktadır.

Her ebeveynin çocuğuna yönelik hayalleri ve umutları vardır. Bazı ebeveynler için çocuk, ebeveynin yaşamı boyunca gerçekleştiremediği hayallerini gerçekleştirme olasılığının olduğu bir bireydir. Ebeveynin çocuğuna yüklediği anlam, aynı zamanda ebeveynin kendi varoluşunun da bir parçasını oluşturabilmektedir. Dolayısıyla şizofreni hastalığının ortaya çıkması, bu ebeveynlerde büyük hayal kırıklıklarına, yaşanmamışlık ve başarısızlık hissine neden olabilmektedir. Ebeveynlerin bu olumsuz duygularda takılı kalması, hastalık sürecini kontrol etme ve süreçle başedebilme olasılığını düşürebilmektedir. Bu durum ise ebeveynin güçsüzleşmesine neden olabilmektedir.

Araştırmaya katılan ebeveynlerden bazılarının hastalığı kabullenme süreci oldukça uzun zaman almıştır. Ebeveynlerin çocuğundan beklentileri kimi zaman hastalığı kabul sürecini olumsuz etkilemiştir. Ebeveynlerden birinin hastalığı

kabullenmemesi, eş açısından olumsuz durumlara yol açabilmektedir. Bu durum eşlerin duygu paylaşımını ve eş desteğini azaltabilmekte ve bu durumda hastanın tüm ihtiyaçları ebeveynlerden biri tarafından karşılanmaya çalışılabilmektedir. Dolayısıyla hastanın ihtiyaçlarını karşılamaya ve hastalık sürecini yönetmeye çalışan ebeveynde tükenmişlik ve çaresizlik duygusuna neden olarak ebeveyni güçsüzleştirebilmektedir.

Hiç yani konduramazsın ki o hastalığı ona hiç konduramazsın. Evde de öyle mesela şimdi. Yani bilmiyorum. Çocuğumu, kızımı böyle bir hastaların içinde görmek istemedim herhalde. (ArdıçA, 54)

Yani o, baba kabul etmedi. Hiçbir zaman kabul etmedi. Hiç de ilgilenmedi yani. Yani belki ilgilenmeyi bilmiyordu. Bilmiyorum. Hani insan kendisini çözemeyince bir başkasına nasıl yardımcı olacak. Kabul etmedi, sahip de çıkmadı. Ben de yani mecburdum her şeyi üstlendim. Yani o kadar çok karıştı ki kafam. Yani bir örnek vereyim. İşte ben oğlumla çok ilgilendiğim dönemlerde bunun (eşin) bana saldırmasını hatırlıyorum. Burada ben yok muydum da hep sen oğlunla ilgileniyorsun? İşte gerekçeyi bilmiyorum. (ÇamA, 55)

Kabullenme süreci bende çok uzun sürdü. On sene kadar. Böyle bir şey konduramıyorum, konduramıyorum. Süper zeki çocuğu bu, not ortalaması filan yüksekti. Süper liseye gitti biliyorsunuz, süper liseden mezun. Mecburen kabullendikten sonra da iyice kabullendim, oğlumun ancak bu kadar yapabileceğini. (ÇamB, 65)

İşte çok uzun sürdü tabi kabullenmek. O halde mesela kabullenemedik. Yani ha bugün iyileşti, ha bugün iyileşecek... Devamlı doktor doktor gezdik. Ha şuradaki doktordan iyileşir, ha bununla iyileşir. En azından on beş yirmi tane doktor gezdirdim. Özel doktorlara götürdüm. Şu iyi dediler ona götürdüm. Sonra acaba dedim bu doktorları bıraksa da bir ay sonra iyileşir mi. Öyle düşününe düşününe. Sonra artık pek ümidimiz de kalmadı. Ya bu çocuk bu devam edecek herhalde dedim. Ondan sonra işte bu şeye götürdük. Bolu'ya götürdük. Bir iki sene o arada iyice kabullendik. (ArdıçB, 60)

ArdıçB, hastalığı uzun bir süre kabullenmediğini ve hastalığın geçici olduğunu düşündüğünü ifade etmiştir. Ancak bu süreçte kızının iyileşeceğine dair umutla birden fazla doktora gittiğini, hastalık belirtilerinin devam etmesiyle birlikte sonunda hastalığı kabullendiğini belirtmiştir.

Bazı ebeveynler hastalık teşhisinden sonra kendince süreci ve çocuğunu sorguladığını ifade etmiştir. Genellikle hastalık hakkında bilgi sahibi olmayan, şizofreni hastalığıyla “deli olmayı” veya zeka geriliğini ilişkilendiren ebeveynler, hastalığın ortaya çıkmasına bir anlam verememekte bu yüzden ilk zamanlarda hastalığı reddetmektedir.

Şimdi şizofreni şeysi konuldu. Kendi kendime ay biz dedim.. Yani benim kızım ODTÜ'yü bitirdi, düşünüyorum düşünüyorum... Ay beyin gitti şey diye, deli yani, şizofren mi oldu diye. Yok diyorum, şizofren olsa diyorum, ODTÜ'yü bitiremezdi, şeref listesine geçemezdi. Yani kabul edemiyorum. Diyorum ki imkanı yok. Sonraları işte garip hareketleri olunca dedim yani şizofreni böyle bişey mi? Yani birgün ne oldu bilmiyorum. Odama girme dedi. Seni öldürecekler dedi. Tamam kızım dedim ben ölmem dedim, güçlü bi kadını ben dedim. Sen de güçlüsün ama yavrusun dedim. Güldü ona. He ben yavru muyum ben sana gösteririm dedi. Geldi de saçımı buradan bi tuttu. Şurada şurda daha yeri var. Köküyle geldi saçım. Böyle saçların kökleri de böyle, beyaz krem renginde yağlı yağlı, uzun uzun. Bi baktım Allah Allah, bir de kan var şeyde. Dedim saçlarım gitti. O anda hu, o anda anladım hasta olduğunu. Yani kabul etmemeiz lazım dedim. Kabul ederesek dedim kızımız da rahat eder, biz de rahat ederiz dedim. (LadinA, 56)

LadinA, hastalığı kabullenmeme sürecinden kabullenme sürecine kadar olan aşamayı açık bir şekilde ifade etmiştir. İlk önce kızının çok zeki olduğunu, bu yüzden şizofreni olamayacağını düşünüp hastalığı reddetmiştir. Ancak zamanla kızındaki büyük değişimi gözlemlemiş ve kızının hasta olduğunu kabul etmiştir. LadinA anlatısında hastalığı kabul etmenin hem kızı için hem de kendisi için daha iyi olacağını ifade etmiştir. Çünkü bazı durumlarda ebeveynin hastalığı kabul etmemesi, hastanın tedavi sürecini de olumsuz etkileyebilmektedir. Hastanın ilaç tedavisine

başlamaması, hastalığın semptomlarını tetikleyebilmektedir. Ayrıca ebeveynin tedavi sürecine aktif katılımı için hastalığı kabullenmesi oldukça önemlidir.

Bazı ebeveynler hastalık teşhisi konulduktan sonra ne olursa olsun her iki durumda da çocuğunun aynı kişi olduğunu düşünmüştür. Bu durum ebeveynin hastalığı kabullenme ve kabullenmeme arasında gitgeller yaşamasına neden olabilmekte ve hastalık sürecine uyumu geciktirebilmektedir.

Yani çok acı. Acı geldi tabi. Çok kolay bir şey değil tabiki. Ama ben oğlumu tanıdığım için, ben çok da şey yapmadım yani. Aman öyle de böyle de o benim çocuğum diye düşündüm. Yani ikisinin arasında kaldım, kabullenme, kabullenmeme. Bir taraftan bir sevinç, bir taraftan bir burukluk. Tanısı var en azından ne olduğunu biliyorum, neyle savaşıyorum diye düşünüyordum. Bir taraftan bazen yok bu çocuk hasta değil diye düşünüyorum... (ÇamA, 55)

Araştırmaya katılan ebeveynlerden bazıları, hastalığı kabullenme sürecinin hastalık sürecinden daha zor olduğunu ifade etmiştir. Ebeveyn için hastalığı kabullenme, ebeveynin sürece uyum sağlaması ve süreci yönetebilmesi açısından oldukça önemlidir. Bununla birlikte bazı ebeveynler hastalığı kabullenmesine ve hastalık hakkında bilgi sahibi olmasına rağmen, sürecin nasıl ilerleyeceği hakkında belirsizlikler yaşadığını belirtmiştir.

Tamam ben güçlüyüm diyorum yapabilirim diyorum. Ama ne zamana kadar. Bunu düşününce belirsizlikler yığılıyor önüme. Ne yapıcım diyorum. (SığlaA, 45)

Ebeveynlerin çocuğuna yönelik hayalleri, hastalığı kabullenme sürecini etkileyebilmektedir. Bazı ebeveynler, çocuğunun akranlarıyla çocuğu arasında karşılaştırmalar yapmakta ve hayal kırıklığına uğramaktadır. Bu durum ebeveynlerin hastalığı kabullenme sürecinin uzun zaman almasına neden olabilmektedir. Ebeveynler çoğu zaman yaşadığı bu durumu hak etmediğini belirterek duyuşsal alanda çatışmalar yaşayabilmektedir.

İşte eskiden, yani bir genç kız hayali vardı. Böyle çeyiziyle uğraşıyordu. Böyle evlenme hayalleri vardı. Yani kendi emsalleri gibi çoluğa çocuğa karışsaydı, şey yapsaydı, yuvasını kursaydı. (HuşA, 50)

Bakıyorsunuz arkadaşlarına oğlumla aynı sınıfta aynı yaşta. Kimi doktor olmuş, kimi vali yardımcısı olmuş, kimi mühendis olmuş. Oğlumla birlikte düşünüp kalkan çocuklar bunlar, onları gördüğüm zaman üzüliyorum oğlum bunu hak etmedi gibi, nerden geldi bu başımıza diye üzüliyorum. (ÇamB, 65)

Araştırmaya katılan bazı babalar, özellikle erkek çocuğunun hasta olması durumunu kabullenmekte güçlük yaşadığını ifade etmiştir. Erkek çocuğun hastalıktan dolayı, baba mesleğini devam ettirememesi, babaların hastalığı uzun bir süre reddetmesine neden olabilmektedir. Bir baba erkek çocuğunun şizofreni hastası olduğunu, bu yüzden bir erkek çocuğunun daha olmamasından dolayı pişmanlık ve üzüntü yaşadığını belirtmiştir. Daha önceki bölümlerde de belirtildiği gibi, babaların erkek çocuğuna yüklediği anlam oldukça fazla olduğu için, erkek çocuğun hastalığı özellikle babalarda başarısızlık duygusunu da beraberinde getirmektedir.

Hani mesela başka çocuklar var, ben 1993'ten beri nakliye arabası kullanıyom. Keşke diyom arkadaşlarım oluyor, çocukları kullanıyor. Keşke öyle olsaydı. Keşke bir çocuk daha iki çocuk daha yapsaydım diyorum. (ÇınarB, 66)

Ebeveynlerden bazılarının hastalığı kabullenme süreci uzun zaman alsa da, ebeveynler nihayetinde hastalığı kabullenmektedir. Bazı ebeveynler, uzun süren kabullenmeme sürecinden sonra hastalığı kabullenmeye mecbur olduğunu, çünkü hastalık karşısında direnmenin kendisine ve çocuğuna zarar verdiğini ifade etmiştir.

Süreci kabul edeceksin, başka şansınız da yok yani sonunda. Bu hastalık, valla görüyoruz insanlar bunu yaşamak zorundalarsa, yaşamak zorundalar. Yani başka, başka türlü yok, bunu en az etki edecek şekilde, onu mutlu edecek şekilde, onu

daha bir ateşli hale getirmemek için, alevlendirmemek için, neler yaparız, nasıl davranırız, onun ben şeyindeyim artık. (ServîB, 50)

Bazen ebeveynlerin hastalığı kabullenme süreci kısa sürmesine rağmen hastalık teşhisi alan bireyin hastalığı kabullenmemesi, bundan dolayı tedaviyi reddetmesi ve ilaç kullanmak istememesi ebeveynlerin yaşamını zorlaştırmaktadır.

Bizim kabullenme sürecimiz uzun sürmedi de, kendine kabullendirmesi uzun sürdü. E işte o zamanlar ilaç almadı, biz zorla vermeye çalıştık, doktora gitmek istemedi. Ben hasta değilim dedi. Yani bu bizi zorladı. (SedirB, 62)

Hastalığın, bireyin ilerleyen yaşlarında ortaya çıkması ebeveynlerin hastalığı kabullenme süresinin uzamasına neden olabilmektedir. Bir anne, çocuğunun hastalık teşhisi almadan önceki ve aldıktan sonraki durumunu karşılaştırdığını ve büyük üzüntü yaşadığını ifade etmiştir.

Çok zor canım ya. Bak yani doğuştan gelen hastalık olsa bu kadar üzülmeyeceksin ama çocuğumun o güzel günlerini gördüm. Bi de çok süslü, şimdi hala süslü. Hiç makyajsız çıkmaz, bilmem ne yapmaz. Yani ne diyim, çok üzüldük. (ArdıçA, 54)

Ebeveynlerin hastalığı duyuşsal olarak kabullenme süreci, bazı ebeveynlerde uzun zaman almaktadır. Ebeveynlerin hastalığı kabullenme sürecini, ebeveynin çocuğuna yüklediği anlam, çocuğu ile ilgili hayalleri, hastalık hakkında bilgi sahibi olup olmama durumu, kişisel ve çevresel faktörler etkileyebilmektedir. Ebeveynlerin hastalığı kabullenme sürecinin uzun zaman alması hem ebeveyn hem de hasta birey için birtakım sıkıntılara neden olabilmektedir. Bu sıkıntılar, ebeveynin tedavi sürecinde yer alamaması, duygusal çatışmalar yaşamaması ve çocuğunun yaşadığı güçlükleri görmezden gelmesi olarak belirtilebilmektedir. Tüm bu durumlar, ebeveynin güçlenme sürecini de olumsuz yönde etkileyebilmektedir.

3.2.4.4. Ebeveynlerin Yaşadığı Olumlu ve Olumsuz Duygular

Araştırmaya katılan ebeveynlerin anlatılarında, öfke, acıma, kontrol ve öz yeterlilik duygusunda azalma, öz saygıda düşüş, duyarsızlaşma, saldırganlık, şüphe, yalnızlık, çaresizlik, yetersizlik, tükenmişlik, güvensizlik, baskı, pişmanlık, korku, endişe, başarısızlık, utanç ve belirsizlik gibi duygular belirgin bir şekilde görülmektedir. Bununla birlikte bazı ebeveynler, hastalığın ilerleyen zamanlarında kendilerinde olumlu duyguların ortaya çıktığını ifade etmiştir. Bazı ebeveynler hastalığın ilerleyen zamanlarında var olan durumla daha iyi başetmeye başladığını, insanlarla empati kurma becerisinin geliştiğini ve kendi güçlerinin farkına vardığını belirtmiştir. Bazı ebeveynler, genç yaşında çocuğunun başına ruhsal bir hastalığın gelmesi durumunu kabullenemediğini ve bundan dolayı çoğu zaman isyan hali içinde bulunduğunu ifade etmiştir.

Şimdi genç yaşta böyle bir şeyin olması. Dolayısıyla bu gibi olaylarda işte ruh biriktiği zaman ben tepki gösterdim, nesi var, ne olacak. Bir türlü kabullenemedim. Allah'a isyan ettiğim çok olmuştur. (ÇamB, 65)

Benim çocuğum bunu hak etmedi diye çok üzüliyordum. Aslan gibi çocuk kalbini kapattı. Her güzel günleri dört duvar arasında geçti. (SedirA, 62)

Kabullenmek mümkün değil. Yani otuz beş yaşında aslan gibi çocuk bakıyorsunuz, gözünün önünde eriyor yani. Bilinçsiz hareketler, sorduğunu bir daha soruyor, bilmem ne yapıyor. Baba olarak düşünüyorum, bunu kabullenmek mümkün değil. Yaşadığım üzüntünün tarifi yok. Her şeye lanet olsun diyorum. Bakıyorsun gözünün önünde aslan parçası gibi bi çocuk. Ne bileyim yani bilemiyorum ki... (GürgeB, 63)

Ebeveynlerin büyük bir çoğunluğu, daha önceden şizofreni hastalığı hakkında çok az bilgi sahibi olduğunu veya hiç bilgi sahibi olmadığını belirtmiştir. Bu durum

ebeveynlerin sürece hazırlıksız başlamasına, ne yapacağını bilememesine, dolayısıyla yoğun bir üzüntü, çaresizlik ve endişe gibi duyguları yaşamasına neden olmaktadır.

Birgün dedim ki. Ayağı falan kırılrsa da dedim şurda otursa. Gittim biraz annemle sohbet ettim. Camdan baktım oturuyor kaldırım kenarında. Oğlum ne oldu dedim. Anne ayağım dedi. İnsan çocuğu için böyle dua eder mi? Valla o kadar zor ki Fulya hanım. Yani çok yani o anda kalkıp evi terk etmek istiyorum. Uzaklaşmak istiyorum. Gitmek istiyorum ama nereye? Şimdi bazen diyorum ki yedinci katta oturuyoruz. Tabi bunu Allah bana o şeyi vermesin kaldırısam kendimi şurdan atsam. Yani bunu yapıcak bi insan değilim ama o çaresizlikte düşünüyorsun. Yani ben şöyle düşünürdüm bazı anneler çocuklarını terk eder giderler. Nasıl terk ederler diye düşünürdüm. Şimdi bazen diyorum ki çıkıyım gidiyim şu evden bir daha dönmeyim. Sonra diyorum ki nasıl gidebilirim? Ben anneyim. (DefneA, 55)

Hep üzülürdüm yani aklımdan hiç çıkmazdı. Ne yapacağız, ne yapacağız, ne yapacağız diye aklımdan hiç çıkmazdı. Bu benim beynime kazınmış gibiydi. Nefessiz kaldığımı hissettiğim zamanlar çok olmuştur. (MeşeA, 45)

Yani onun ruhunu anlasam keşke. Neler düşünüyor o an bilsem. Elbette insan onu rahatlatmak için elinden geleni yapar. Nasıl söyleyim başka nasıl ifade edeyim bilmiyorum. (DefneB, 58)

Oğlumun durumuyla, o yani nasıl yardımcı olurum? Nasıl olmalıyım? Bazen umutsuzluğa, çaresizliğe düşüyorum. İşte daha iyi ne yapabilirim, yapamıyorum, öyle kendimi çaresiz hissediyorum. Çaresiz kalınca da keşke daha bilinçli olsaydım diyorum. (GürgeA, 57)

Valla hiç kimsenin yaşamasını istemem. Yani çünkü böyle bir durum, insanın başına gelmeyince kimse anlayamaz yani. Yani bu isterse şey olsun ne derler ona, ulema olsun diyim, yani bu kadar bilgili bir insan da olsa başına gelmeden bileceğini

sanmıyorum. Bir kere çaresiz kalıyorsun, hiçbir şey bilmiyorsun. Çocuğun ama aynı zamanda yabancı biri... (GürgeB, 63)

Vallahi ben hastalık sürecinde ben şimdi şurada camiye gidiyordum. Burada arkadaşlarım var. Söyle sıraya bakıyordum. Saflara bakıyordum. Diyordum acaba benim gibi sıkıntılı bir adam daha var mı diye? Soruyordum yani o kadar yani o kadar sıkıntı içerisinde kalıyorsun. Elinden gelen bir şey de yok. Yani hasta değil ki götüresin ameliyat ettiresin. Bi yerinde bişey var. Şunu yaptıralım... Ama bu hastalık bambaşka hastalık. Allah göstermesin. Kimseye vermesin. Yani çok zor bi hastalık. Çaresizlik duygusu çok oldu yani. (ArdıçB, 60)

Bazı ebeveynler, çocuğunu evde tek başına bırakıp bir yere gittiğinde oldukça rahatsız ve huzursuz olduğunu ifade etmiştir. Sosyal çevrenin hastaya ve aileye karşı olumsuz tutum ve davranışlarından dolayı bir yere giderken çoğunlukla hastayı yanında getiremediğini belirten ebeveynler, bu durumun kendisini yalnızlaştırdığını ve kimi zaman kendisinde utanç duygusuna neden olduğunu ifade etmiştir.

Yani içim rahat değil. İnsanın içinden çıkmıyor işte. Yani Allah vermesin, bir hastan olsa bir yere gitsen gözün arkada kalmaz mı? Çoğu zaman yanımda da götüremiyoz, tuhaf tuhaf şey ediyorlar. Demek ki, benim çocuğum rahatsız, onu o yüzden pek şey etmiyorlar diyorum. Ne yapıyım? İdare ediyom. İşten güçten soğuyorsun. Mesela işe gidiyorsun, acaba ne oldu ne olmadı? Evde olduğunda gözünde oluyor, gözünün önünde oluyo. Huzurlu olamıyon yani. (ÇınarB, 66)

Yani hiçbir şeyden zevk almıyodum. Hiç. Çok yani karamsar olmuştum. Kendi içime kapandım. Diyorum hiç kimseyle konuşmak istemiyordum.. Şimdi mesela bi ekmek almaya gidicem bakkala şimdi şuradan karşıdan bir tanıdık geliyor ya. Bu taraftan geliyor ya ben bu tarafa geçerim. Görmemek için. Öyleydin yani hiç görmezden geliyordum. İşte bu laflardan hep kendimi içeri sakladım. Hep içerde durdum. Kimselerle görüşmedim. Herkes bir şey diyecek diye. (ArdıçA, 54)

Yani mesela kardeşin de olsa bi yerde bi gün idare ediyor, ikincisi gün.. Bakıyor ki, tamam olmuyor. Çekip gidiyor. O arada sen boşta kalıyorsun, muallakta değil de, boşta kalıyorsun. Bilmiyorum korkuyorlar mı veyahut da artık gelmek mi istemiyorlar, kafası mı çekmiyor, artık dayanamıyor mesela. Komşu geliyordu mesela. Kendi kendine konuştuğunu göre göre göre oturdu adam yani sesi o da ashabı bozuluyor, sinirleri bozuluyor mesela. O da öyle, sen mesela siz de olsanız, senin de bozulacak veya bir saat otursan, iki saat otursan, üçüncü saatte bu hastanın kahrını mı çekeceğim diyor. Çekip gidiyor adam. Seni baş başa bırakıyor. (ArdıçB,60)

Bir yere götüreyim desen yanında bi başkasını rahatsız eder mi diye düşünüyorsun ister istemez. Evde bıraksan gözün arkada kalıyor. Dediğim gibi insan ister istemez diğer insanlardan çekindiği oluyor. (DefneB, 58)

Hastalık sürecinin ilerleyen zamanlarında ebeveynlerden bazıları, ilk zamanlarda yaşadığı olumsuz duyguların azaldığını ifade etmiştir. Örneğin bazı ebeveynler ilk zamanlarda çocuğundan utandığını, çocuğunun hasta olduğunu kimseye söyleyemediğini hatta toplum içinde görülmesini istemediğini ifade ederken sonraları bu duyguların azaldığını hatta yok olduğunu belirtmiştir.

Önceleri anlatamam yani o kadar kötüydüm ki. Kimse görmesin bilmesin istiyordum. Şimdi tabi herkesle merhabalaşıyorum. Herkesle şeyim var. Ben şunu söylüyorum oğlum benim yakamdaki rozet. Yani hiç saklamak gereğini duymuyorum. Utanmıyorum da. Ama zor bi süreç, çok yani..(ağlama) (DefneA, 55)

Hastalığın semptomları, ebeveynlerde korkuya neden olabilmektedir. Bu durum ebeveynlerin günlük yaşamını oldukça etkilemektedir. Hastanın kendisine veya aile üyelerine zarar verebileceği düşüncesi, ebeveynlerin sürekli hastayı kontrol etmesine ve evde birtakım önlemler almasına yol açabilmektedir.

Bazen bir ateş düşmüş gibi oluyor. Kurtaramıyorsunuz kendinizi, onu. Mesela evde yatıyorsun, ya diyorsun şiddeti artarsa, kendine bişey yaparsa. O korkular da oluyor yani. Yatıyorsun şimdi, uyku ölüm demek. Gelir kafama bir şey vurur, yapar. Ben çok görüyorum böyle. Gece yatarken odamızı kapatarak yatıyorduk ilk zamanlar. (MeşeB, 60)

Zaman zaman öyle korkularım oldu ki benim. Yani bu dedim geceleyin beni öldürür mü bu şizofren. Beni bıçaklar mı? Uyanık kaldığım zamanlar çok oldu. (ZeytinB, 66)

Hastalık teşhisi konulduktan sonraki ilk dönemde, bazı ebeveynler şizofreni hastalığının nasıl bir hastalık olduğunu, kesin bir tedavisinin olup olmadığını, tedavi sürecinde kendisini neler beklediğini ve hastalığın semptomlarının neler olduğunu tam olarak bilememektedir. Süreç ilerlediğinde ebeveynlerdeki çaresizlik ve belirsizlik duygusu artmaya başlamaktadır. Bu durum ebeveynlerin tükenmişlik duygusu yaşamasına ve yaşamdan tat almamaya başlamasına neden olabilmektedir.

Çaresiz kaldım artık. Ya ben diyorum ölene kadar bakayım. Ben öldükten sonra kim bakarsa baksın. Annesinin dediği gibi biz öldükten sonra bu ne yapacak diyor. E ne yapayım dedim. Cenabı Allah büyük ne yaparsa yapsın. Ben öldükten sonra ben ne yapayım çıkıp da gelip bununla uğraşacak halim yok. Valla içimden hiçbir şey yapmak gelmiyor. Hiçbir şey keyif vermiyor. (ArdıçB, 60)

Bazen Allah canımı alsa da kurtulsam diyorum. O kadar tükenmiş ve yorgun hissediyorum ki. Gözüm hiçbir şey görmüyor. Hatta bazen ya ben gideyim, ya da çocuğum gitsin diyorum. Bir anne böyle düşünebilir mi ama düşünüyorum işte bazen. Sonra suçluluk duyuyrum.. (SığlaA, 45)

Yani aklımızda şu an bile hep şu var. Biz ölürsek ne olacak? Ki öleceğiz de yani bunun şeysi yok. Bir yandan da şunu düşünüyo insan. Yani bu hastalığın son noktası ne? Daha ileriye gider mi gitmez mi? Öyle bir durumdayız ki şimdi beni

başışlayın bazen yediğim yemekten zevk almıyorum. Tadına varamıyorum. Dediğim gibi gezerken soluduğum havadan güzellikler göremiyorsunuz. Güzellikleri göremiyorsunuz. (DefneB, 58)

Ebeveynler, bazı zamanlarda birbirine zıt iki ayrı duygu arasında gidip gelmektedir. Şizofreni hastalığı her ne kadar sürekli olarak ilaç kullanımını gerektiren ruhsal bir hastalık olsa da kimi zaman ebeveynler hastanın tamamen iyileşeceğine inanmakta kimi zaman ise, özellikle hastalığın alevlenme dönemlerinde, umutsuzluk ve karamsarlık gibi duygular yaşamaktadır. Bununla birlikte Tanrı inancı olan ebeveynler, hastalık nasıl bir hastalık olursa olsun, Tanrı'dan umut kesilmeyeceğini ve belki de bir mucize olup hastanın tamamen iyileşeceğini ümit edebilmektedir.

Ya Allah'tan ümit kesilmez diyoruz. Bazen diyoruz ki belki de ilerde hiç görmediğe döneriz. Ama tabi bazen o alevlenme şeysinde kötü oluyoruz, hiçbir şey kalmıyor. (SedirB, 62)

Eskiye göre şimdi çok iyi yani yüzde seksen. Daha da iyi olacak inşallah. Şimdi kendi kendine banyo bakımını yapıyor, namazını kılıyor, alacağını alıyor. Bunu ben seviyorum diyor, bu güzel diyor bilmem ne yapıyor. Bak mesela bana kazak örüyor. (ArdıçB, 60)

Bu saatten sonra ne olacak ki? Yok. Bizi tedavi edecek hasta da şey de uzman da yok. Umut filan etmiyorum artık. (DefneB, 58)

Babaların annelere göre umut ve umutsuzluk duygusu arasında geçişler yaşaması dikkat çekicidir.

Özellikle hastalığın alevlenme dönemleri, ebeveynlerin fiziksel ve psikolojik olarak güçlükler yaşamasına neden olmaktadır. Hastalık semptomlarının ebeveynler tarafından anlamlandırılmaması, ebeveynlerin çocuğuna ulaşamama hissi,

semptomların ebeveynlerde yarattığı olumsuz duygular, yeterli sosyal destek kaynaklarının olmaması gibi durumlar ebeveynlerin içinde bulunduğu durumla başedememesine yol açarak ebeveynlerde öfke ve kızgınlık duygularına neden olabilmektedir. Bu durum ebeveynlerin var olan kişisel ve kişilerarası güç kaynaklarının farkına varamamasına ve onlardan faydalanamamasına neden olmaktadır.

Ne oluyor yani çocuğa? Ne bileyim insan görmek istemiyor daha doğrusu. Yani ya birazcık diyom dursa da rahat etsek veyahutta kafamız dinlense bilmem ne yapsa gibi o hastalık dönemlerinde yani. Yani mesela yatıyorum diyelim. Öbür odada yatıyor bu. Yatıyor mu yatmıyor mu düşünüyorsun. Bir de böyle kendi kendine konuşuyor, konuşuyor, bağılıyor mesela gülüyor. O zaman ne oluyor temelli sinirlerim bozuluyor. Sinirlerim bozuluyor uyku muyku zaten yok. Ben aylarca yıllarca uyku uyumadığım zamanlar oldu. (ArdıçB, 60)

Hastalık teşhisi konulduktan sonraki dönemde, ebeveynler zaman zaman yaptığı eylemlere odaklanarak pişmanlık yaşamakta ve kendisini suçlamaktadır. Suçluluk duygusu, ebeveynlerde keşkeleri de beraberinde getirebilmektedir. Ebeveynler kimi zaman aile içi çatışmalarına çocuğunun şahit olmasından kimi zaman çocuğunun iyilik halini artırmak adına çocuğunu evlendirdiğinden kimi zaman ise hastalığın belirtilerini geç fark ettiğinden dolayı suçluluk duygusu yaşamaktadır.

Aslında iyi gitmeyen şeyler vardı. Bunu şimdi fark ediyorum. Çocuğun şeyi değiştiğinde hemen doktora götürseydik belki böyle olmayacaktı. (DefneB, 58)

Evlendirmeseydim dedim yani. Bilmiyordum bu hastalığının olduğunu. Öyle ona dedim yani keşke de evlenmeseydi. (HuşA, 50)

Yani eşimle ilişkim çok kötüydü. Ben de yalnızdım tabi. Belki de öyle. Ben de çok yalnızmışım demek ki. Beşinci sınıfa giden çocukla oturup her şeyimi kavgaları,

gürültüleri anlattım. Bu da benim en büyük acılarımdan birisidir. Susmayı bilmemek. Derdimi de paylaştım, kavgamı da paylaştım, eşimin beni dövdüğünü de paylaştım. Bu benim suçum değildi. Ama işte anlatmasaydım belki de böyle olmuycaktı. (ÇamA, 55)

Kabahat bende. Çünkü kızı evlendirdim. Evlendirmeyeydim, ikisine de vermeseydim bu kız iyi olurdu. İyi olur diye düşündüm, evlendirdim, ondan sonra kötü oldu durumu. Kendimi suçluyorum. Orda ben suçluyum. Bir de yurt dışına göndermeseydim. Annesi çok ısrar etti gitme kızım, gitme kızım. Ben de bir şey demedim, gelsin gitsin dedim, gitti. Gitmeseydi iyiydi demek ki. (LadinB, 57)

Anlatılarda da görüldüğü üzere bazı ebeveynler hastalığın ortaya çıkmasında kendisini veya kendisinin verdiği yanlış kararları neden olarak görebilmektedir. Ebeveynlerin yaşadığı suçluluk ve pişmanlık gibi duygular ebeveynlerin yaşamını olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Bazen ebeveynler kendisine zaman ayırdığında, kişisel bakımına önem verdiği zamanlarda veya kendisi için bir şey yapacak olduğunda buna hakkının olmadığını düşünebilmektedir. Bu durum ebeveynlerin hastanın yanından ayrılmamasına, hastanın her dediğini yapmasına, ebeveynde yetersizlik duygusuna veya hastanın kişisel yaşamına yoğun bir şekilde müdahale etmesine neden olabilmektedir. Bu durum ebeveynlerde bağımlılık duygusunun gelişmesine yol açabilmektedir. Araştırmanın bulguları, bağımlılık duygusuyla ilişkili söylemlerin annelerde daha fazla görüldüğünü ortaya çıkarmıştır. Babaların bağımlılık duygusuyla ilgili söylemlerinin daha çok hastalığın semptomlarıyla ilişkili olduğu görülmektedir.

En iyisini düşünüyorsunuz hani çocuğum için ne yapabilirim? Fazla elimden birşey de gelmiyor açıkcası. Bilmiyorum ki işte bazen düşünüyorum yani, ne yapsaydım? Nasıl davransam? Ne yapmalıyım diye nasıl yardımcı olmalıydım diye, bunları açıkcası çok düşünüyorum. Yetemediğimi hissettiğim zamanlar çok oluyor. (GürgeA, 57)

Bi defa bağımlı oluyoruz. Bazen oluyor ki biz nereye o oraya. Çünkü bazı zaman yalnız bırakamıyorsun. Ne yapacağı belli olmaz diye. (DefneB, 58)

Ben oğlumla etle tırnak gibi oldum. Ben sürekli 'yla yan yana yaşadım. Bazen yaşadığım suçluluk duygusu kendim için bişey yapmama bile izin vermedi. Yani diyorum ki bazen çok yoruldum. da hep kötü değil iyi olduğu zamanlar da oluyor tabi ki. Ama işte yan yana olmaya çok alıştık. (ÇamA, 55)

Hastalık teşhisi konulmadan önce ebeveynlerin çocuklarıyla ilgili hayalleri, beklentileri hastalık teşhisi konulduktan sonraki süreçte ebeveynlerde hayal kırıklığıyla sonuçlanabilmektedir. Ebeveynlerin çocuğunun akranlarının evliliğine şahit olması, akranlarının iyi bir işe girip çalışmaya başladığını görmesi karşılaştırmalar yapmasına neden olabilmektedir.

Duygu olarak çok yoğun şeyler, karmaşık şeyler yaşıyorsunuz. Yani bugün artık o kadar sene sonra bunları anlatırken bile çok kötü oluyorum ben. İşte götürüyorum. Getiriyorum. İlgileniyorum, dersleriyle ilgileniyorum. Ee işte okulu bitirdi. Napıcam. Şimdi kendisi de camdan bakıyor. Anne herkes okula gidiyor diyor. (DefneA, 55)

Hani bunu söylemekten de ben şu an da hiç utanmıyorum, çekinmiyorum. Benim oğlumla da ben gurur duyuyorum. Çok olağanüstü bir insan. İyi ki benim oğlum. Ama çok zor bir hayattayız şu anda çünkü bakıma muhtaç bir hale geldi malesef ki bir evrim geçiriyorlar bunlar. Titiz bir insan, çok yakışıklı, çok düzgün, çok sosyal. Sosyalliği de şöyle, başarısından dolayı çevresinde mutlaka insanlar vardı. Aranan bir insandı, esprisi çok fazlaydı. Tabi bunların kaybolması çok acı geldi bana. Ona da çok acı geldi. Yani klonlanmış gibi başka bir insan kafası girmiş gibi olağanüstü değişti. İşte bakımsızlaştı. Biliyorsunuz bu hastalıkları işte. (ÇamA, 55)

Araştırmanın bulgularına göre ebeveynlerin hastalık sürecinde birçok olumsuz duyguyla mücadele ettiği görülmektedir. Bununla birlikte bazı ebeveynler, hastalık sürecinin kendisiyle ilgili olumlu duygulara da neden olduğunu ifade etmiştir. Ebeveynlerin bu süreçte kendisinde olan olumlu değişimleri fark etmesi ve bu değişimleri olumlu olarak nitelendirmesi güçlenme sürecine katkı sağlamaktadır.

Ya daha sevgiyle baktım insanlara, daha acıdım galiba, daha yetmeye çalıştım yani herkese sorumlu olmaya başladım. Her şeyden çok daha duyarlı olmaya başladım. Yani olumlu olan, yani bir defa karşılıksız sevdim ben, tabiki herkes çocuğunu öyle sevdi ama hani oğlumun daha farklı bir şeye ihtiyacı vardı yanında olmam gerekiyordu. Bütün hayatım da olsa her şeyi denemek istedim. Ne yapabilirim, nasıl kurtarabilirim. Denemeye de çalıştım gücümce. Hiç önemli değil maddi manevi kayıplarım. Çok da acı çektim ama hiç önemli değil. Onun içinde bir yara kalmasını istemedim. E tabi bunlar benim hayatımdaki olumlu olan şeyler. Eskiden çok duyarlı olmadığım şeylere şimdi daha duyarlıyım. (ÇamA, 55)

Çok kez depresyona girdim. Ama hep düşündüm. Nasıl yapabilirim, nasıl bu süreci atlatabilirim diye.. Aslında böyle düşününce insan kendi içine de dönüyor. Ve sanki daha da güçleniyor. (SığlaB, 47)

Ebeveynlerde ortaya çıkan olumlu ve olumsuz duygular, ebeveynlerin yaşamında etkileşim içinde bulunduğu sistemler, ebeveynlerin karakter özelliği, yaşama bakış açısı, eğitim düzeyi, ekonomik durumu ve içinde bulunduğu kültürel yapı tarafından şekillenmektedir.

3.2.5. Ebeveynlerin Tinsel Boyutta Yaşantıları

Çoğu birey, yaşamında dönüm noktası olarak nitelendirdiği bazı süreçlerde varoluşsal birtakım sorgulamalarda bulunabilmektedir. Çocuğuna şizofreni teşhisi konulan ebeveynlerin de birçoğu hastalık sürecinde, kendisine, yaşama ve hastalığa yönelik birtakım sorgulamalarda bulunmaktadır. Ebeveynlerin tinsel alanında,

herhangi bir “şeye” olan bağlılığı, o “şeye” atfettiği değer ve anlam, süreç ne kadar zor olursa olsun, karşılaştığı güçlüklerle başedebilme becerisinin artmasına katkı sağlamaktadır. Bu noktada ebeveynlerin, ulu bir güce veya herhangi bir “şeye” olan bağlılığı, var olan durumu anlamlandırma çabası ve yaşamdaki anlam arayışı; bireyin içsel güç unsurlarını harekete geçirmektedir. Bireyin koşullar her ne olursa olsun, hastalıkla, yaşamla, inanç sistemiyle ilgili “anlam arayışını” kaybetmediği sürece, bir şekilde içinde bulunduğu durumu anlamlandırmaya ve sorgulamaya yönelebilmektedir. Bu bölümde tinsel boyut kapsamında, ebeveynler için hastalığın ve yaşamın anlamının ne olduğuna, ebeveynlerin var olan durumu anlamlandırma çabasına yer verilmiştir. Ayrıca hastalık sürecinde ebeveynlerin inanç sistemindeki değişimlere ve ebeveynler için güç-güçsüzlüğün anlamına ilişkin anlatılara da yer verilmiştir.

3.2.5.1. Hastalığın Anlamını Sorgulama

Çocuğuna şizofreni teşhisi konulmuş ebeveynler, teşhisin şokunu atlattıktan sonra kendilerince birtakım sorgulamalarda bulunmuştur. Bazıları hastalığın bir imtihan ve hastalık sürecinin kendisine öğretebileceği şeyler olduğunu ifade ederek içsel güç kaynaklarını harekete geçirmektedir. Ebeveynlerin Tanrı inancıyla da ilişkili bu düşünce, Tanrı’dan gelen her şeyin kendilerince kabulü düşüncesini de beraberinde getirmektedir. Ayrıca hastalığın bir imtihan olduğunu düşünen bazı ebeveynler, bu imtihanın bir ödülü olacağına inanmaktadır.

Bu bir hastalıktır. Bir imtihandır. Buna sabredicez. Bir insanı ölmeden kaybetmiş olmak demektir. Evet, bir insan ölmeden kaybedilmiştir. Bir işe yaramıyor artık. Evet kendi ayakta duruyor ama sizin desteğinizle duruyor. Siz olmazsanız, başkası olmazsa nasıl destek kuracak? Evet, dolayısıyla bir insanı kaybetmiş oluyorsunuz. Hayatta ama artık ondan verim alamıyorsunuz. Şimdi ne anlam ifade ediyor. Baştan dediğim gibi biz, niye bana demedik hiç. Böyle uygun görmüş, bize geldi. Bir imtihan dönemindeyiz zaten. Onun için biz isyan etmedik. Hastalığı yenmeye çalıştık. Öyle diyorum sadece. (MeşeB, 60)

Bilmiyorum işte, Allah sevdiği kulunu bir şekilde sınav edermiş. (GürgenA,57)

Ben Allah'ın sevgili kuluysam bana da verebilir dedim, hiç zoruma gitmedi. Beni Allah deniyo. Başa gelen çekilir diyom. (ÇınarB, 66)

Bu bir sınav dedim dünyadaki bir sınav. Bunu kabul edenlere, sabredenlere çekenlere Allah sevap yazar. (SöğütB, 74)

Hastalığın Tanrı tarafından verilmiş olduğu düşüncesi, hastalığın bir nedeni olduğu düşüncesini de beraberinde getirebilmektedir. Ebeveynlerden bazıları, Tanrı'nın nedensiz hiçbir şeyi insana vermeyeceğini düşünmektedir. Dolayısıyla ebeveynlerin hastalığın ortaya çıkma nedenini bulmaya ilişkin sorgulamaları, güçlenme sürecini olumlu yönde etkileyebilmektedir.

Allah bu çocuğu bana verdiyse boşuna vermemiştir. Allah'la bi pazarlığım mı vardı beni yaratırken? Yani hem ben ders alıcam hem de eşim dostum ders alıcak. Ne bileyim hoşgörünü artırıcan. Hiçbir şey boşuna değildir. Mutlaka bir sebebi vardır, yani bizim çocuk bu hale geldiyse. (HuşB, 55)

Cenabı Allah Haktan geldi cenabı Allah verdi. Kendiliğinden olan bir şey değil. Yani ben herkesin başına gelebilir yani, bugün bana gelen yarın öbürüne gelir. İnşallah hiç kimseye gelmez de, yani bu çok zor bir hastalık. Yani normal bir hastalık değil ki götürsen yatırsan, başında dursan veyahut da yatırsan kaldırsan, yemeğini yedirsen bilmem ne etsen geri yatırsan. Bu öyle değil. Allah'tan gelen bişey. Ben bunu mecburen çekeceğim, yapacağım, edicem diyordum yani. (ArdıçB, 60)

Hastalığın Tanrı tarafından verilmiş olması, ebeveynlere göre hastalıktan ders çıkarılması gereken de bir durumdur. Hastalık öncesi süreçte, “hayatı toz pembe” gördüğünü söyleyen bir baba aynı zamanda hiçbir şeyi sorgulamadığını da ifade etmiştir.

Daha öncesinde tozpembe görüyorduk önümüz açılır diyoduk. Yani hiçbir şeyle ilgili düşünmüyormuşuz, onu fark ettim. Aslında boş yaşıyormuşuz yani. Ama bu hastalık çok şeyi düşündürdü bizde. Yani Allah'tan geldi. Allah'tan gelene kötü bakılır mı? (ServiB, 50)

Bazı ebeveynler, hastalığın anlamını sorguladığı süreçte, yaptığı bir yanlıştan dolayı Tanrı tarafından cezalandırıldığına inanabilmektedir. Bu durum ebeveynlerin kendisini ve yaşamını yeniden sorgulamasına neden olarak ebeveynlerin kendisinde ve yaşamında birtakım değişiklikler yapmasına neden olabilmektedir.

Bu hastalıktan sonra dedim ki kendime kendime, hayatımda çok hatalar yaptım, bilerek veya bilmeyerek. Benim çocuğumdaki hastalık yaptığım hatalardan mı çıktı diye günlerce düşündüm, ağladım. Yani çok zor zamanlardan geçtik ama bu zamanda ben de değiştim tabi. Ne bileyim daha hoşgörülü olmayı öğrendim. Yani böyle bir hani uçurumun bir tarafından öbür tarafına atlamak gibi ya da uçurumun başından dibe düşmek gibi bir şeydi benim için. (MeşeA, 45)

Diyorum ki Rabbim şükürler olsun, hamd olsun. Sana bir kere değil, bin kere... Neylersen güzel eyle Rabbim. Kızım için de güzel eyle. Sana teşekkür ederim rabbim bana bunu verdin, cezamı çektim ama şimdi de güzelleştirmek senin elinde...(LadinA, 56)

Hastalık süreci birçok ebeveynin kontrol duygusunda azalmaya neden olmaktadır. Kontrol duygusunun azalması, ebeveynin güçsüzleşmesine neden olabilmektedir. Bununla birlikte ebeveynlerdeki kader inancı, ebeveynlerin bazı olayların ve “şeylerin” kendi iradeleri dışında olabileceği düşüncesini de beraberinde getirerek, ebeveynlerin kontrol kaybı duygusu yaşamasını engelleyebilmektedir. Bazı ebeveynler, hastalığı ve kader inancını ilişkilendirerek hastalık sürecine uyum sağlamayı başarabilmektedir.

İlk başlarda çok yordu tabi. Olumsuz olarak beni yordu yani böyle üzüntü işte nasıl diyeyim hayata bakış açım çok farklıydı. Hiç özgürlüğüm olmadı. Hep böyle korkarak, dışarı çıksa bir yere gitse yanımda olmadığı zaman mesela ben onsuz bir yere gideyim eve gelene kadar kalbim çarpadı. Böyle korka korka geçti benim hayatım. Çok böyle benim de psikolojik sorunlarım oldu. Sonra böyle olumsuz düşüne düşüne yani dibe battım bir ara. Ama sonra düşündüm yani kader diye bir şey var bu hayatta. Bu beni çok rahatlattı. Yani hastalığa bile farklı bakmaya başladım. Yani sonuçta şizofreni bunların kimliği değil ki...(SedirA, 62)

Hiç zoruma gitmedi. Yok, bu kader dedim, benim alnıma yazılmış dedim. Kabullendim. Bu benim kaderim, çekeceğim çileymiş dedim. (ÇınarB, 66)

Allah durup dururken bunu bu şekilde vermez. Verir, imtihan için verir. Yani imtihan içinde olduğunu, yani bunu insandüşündükçe rahatlıyor. Yani kader denilen şey. Yani Allah tutup da insanı cezalandırmaz. Bazı şeyleri eksik yaratır, başka yönden onu telafi eder. (HuşB, 55)

Ebeveynlerin hastalıkla ilişkili sorgulamaları aynı zamanda kendisini, yaşamını, hatalarını, ilişkilerini ve inancını da sorgulamasına neden olabilmektedir. Bazı ebeveynler, kendisine “neden ben?” sorusunu çok sorduğunu ve zaman zaman kendisini suçladığını ifade etmiştir. Ebeveynler, bu suçlamaların zamanla azaldığını, çocuğundaki hastalığın yaptığı yanlışlardan kaynaklanmadığına inandığını, Tanrı inancının “teslimiyet” duygusunu da beraberinde getirdiğini ve bu duygunun rahatlatıcı bir etkisinin olduğunu ifade etmiştir. Bununla birlikte çok az sayıda ebeveyn, hastalıkla ilişkili olarak isyan etmediğini, hastalığı olgunlukla karşılamaya çalıştığını çünkü Tanrı’nın tüm insanları farklı şekillerde imtihan ettiğini ifade etmiştir.

3.2.5.2. Yaşamın Anlamını Sorgulama

Hastalık teşhisi konulduktan sonra, ebeveynlerin büyük bir bölümü kendisini ve yaşamı sorgulamaktadır. Ebeveynler, hastalık sonrası dönemde “hayata neden geldim?” “hayattaki amacım ne?” “bağlı olduğum değerler neler?” “hastalık süreci hayatıma neler kattı veya hayatımdan neler aldı?” gibi sorgulamalarla devam eden yaşamında anlam bulmaya çalışmaktadır. Ebeveynlerin varoluşsal sorgulamaları, aynı zamanda kendi güçlerini ve güçsüzlüklerini fark etmesine de yardımcı olmaktadır. Bu sorgulamalar bazı ebeveynlerin yaşamına kendince anlamlar katarak devam etmesini sağlamaktadır. Varoluşsal sorgulamalar bireyde, kimi zaman acıya neden olsa da bireylerin böyle bir sorgulama sürecine girmesi, bireyin güçlenme sürecini olumlu yönde etkileyebilmektedir. Bununla birlikte bazı ebeveynlerin kişisel ve kişilerarası alanda güç kaynaklarını fark etmemesi veya güç kaynaklarına ulaşamaması, bu ebeveynlerin var olan güçlüklerle başedememesine, yaşamdan tat alamamasına ve yaşamında bir anlam bulamamasına neden olabilmektedir. Böyle bir durumda bazı ebeveynler, yaşamın bir sonu olduğunu, yaşadığı acıların ve güçlüklerin birgün son bulacağını düşünerek içinde bulunduğu durumla bu şekilde başedebilmektedir.

Ebeveynlerin yaşamını sorgulama sürecinde, Tanrı’ya olan bağlılığı veya herhangi birine veya herhangi bir “şeye” verdiği değer ve anlam, yaşadığı zorluklarda bile bir anlam bulabilmesini ve yaşama tutunmasını sağlayabilmektedir.

Şimdi bu hastalık da Allah’tan geldi yani. Neden bizim başımıza geldi diye çok düşündüm tabi. Ama sonra dedim ki bizim başımıza geliyorsa vardır bir nedeni. Bir süre bu nedenleri aslında bulmaya çalıştım. Bilmiyorum buldum veya bulamadım. Ama Allah’a şükür, mizhaç meselesi biraz, yapı meselesi. Ben hoşgörülü sanıyorum, dünyaya biraz pembe bakıyorum, bundan dolayı yanıldığımız veya kaybettiklerimiz de oluyor tabi. Ama pişman değilim. Allah’a şükür, öyle olmak zorundayım dediğim gibi dünyaya bir kere geldik, bir daha gelmeyeceğiz. Niye kendimize bu dünyayı cehennem yapalım? (KayınB, 73)

Bazı ebeveynler, hastalık sürecinden sonra birçok güçlük yaşadığını ancak hiçbir zaman Tanrı'dan ümidini kesmediğini, ayrıca çevresinde değer verdiği insanlar için yaşama tutunmak zorunda olduğunu ifade etmiştir.

Hayat ne kadar da kötü olsa yaşamaya değer derler ya, işte öyle benimkisi. Yani hem geldi geçti hem deldi geçti. Ama Allah'tan ümidimi hiç kesmedim ben. Kendimi bırakıvermedim hiçbir zaman. Çünkü çevremde bir sürü sevdiğim insan var. İlk başta ailem var. Onlardan güç aldım hep. (ArdıçB, 60)

Ebeveynlerin kimi hayallerinin gerçekleşmemesi ve içinde bulunduğu sürecin oldukça zorlu olması, “varoluşsal bir bunaltıya” neden olarak ebeveynin yaşamdan tat almamasına ve yaşamayı anlamlı bulmamasına neden olabilmektedir.

Yani yapılacak bir sürü şey vardı. İşte diyorduk emekli olunca onu yaparız şunu yaparız. Hiç birisi olmadı. Yani nasıl diyim tam bir hayal kırıklığı. Mesela tatile gidiyorsunuz, hem de en iyi olmasına rağmen, bu sizi rahatlatmıyo çünkü mutlaka bir eksiklik hissediyosunuz. E tabi gezerken tadına varamazsınız yerken içerken tadına varamazsanız bir topluma gittiğinizde rahat değilseniz yaşamdan ne bekleyeceksiniz? İnsanlar da dünyada beraber yaşıyor. Hepimizi bir anne bir baba meydana getirmiş. Doğarken aynı sesle ağlıyoruz, beraber gülüyoruz. Doğuşumuz da aynı. Ama ondan sonra ayrıştırmalar başlıyor. Yok yani dediğim gibi Yaratan ayrıştırmamış. Biz niye ayrıştırıyoruz? Niye? (DefneB, 58)

Umut etmek, insanlar için yaşamın devam ettiğinin ve yaşam devam ettiği sürece de birtakım şeylerin olabilirliğinin bir göstergesidir. Araştırmaya katılan ebeveynlerden bazıları, umut etmeden yaşanamayacağını ve yaşamda birçok mucizenin olabileceğini ifade etmiştir.

Çok kötü şeyler geldi geçti başımızdan. Ama her şeyin hayatta bence bir nedeni var. Yani insan umutsuz yaşayamaz ki. (GürgeA, 57)

Umut olmasa insan çöker yani. (HuşA, 50)

Hastalık süreci, bazı ebeveynlerin yaşamı sorgulamasına ve kendisinde olumlu yönde birtakım değişimlere neden olsa da bazı ebeveynlerin yaşamdaki anlam arayışının sona ermesine neden olabilmektedir. Ebeveynlerden bazıları, hastalık öncesi süreçte yaşamayı anlamlı bulduğunu ancak hastalık sürecinden sonra yaşama isteğinin kalmadığını ifade etmiştir.

Önceden güzelim hani derler ya affedersin kapı gıcirtısına oynardım falan. Öyle bir insandım. Yani çalmadan oynayan bi insandım yani. Ama şimdi öyle değil. Şimdi diyorum ya çok üzüntüden mi oldu bilmiyorum. Şimdi hiç canım istemiyor. Mesela bir toplantıya bir şeye gidince falan düğüne falan affedersiniz şöyle bir elimi kaldırıp da şöyle yapmak canım istemiyor. Bilmiyorum yani işte bazen hayat şartları böyle insanı küstürüyor. (ArdıçA, 54)

Bazı ebeveynler, geçmişte kalan güzel günlerine özlem duymaktan çok artık geleceğine baktığını ve içinde bulunduğu durumu her yönüyle kabullendiğini ifade etmiştir. Ebeveynlerin içinde bulunduğu durumu olumlu veya olumsuz her yönüyle kabul etmesi ve devam eden yaşamında bir amaç edinmesi, kontrol duygusunun artmasını ve güçlenmesini sağlamaktadır.

Yani geçen süreç içinde insan olgunlaşıyor da yani insanın hayalleriyle yaşadığı gerçekler hiçbir zaman birçok insanda belki milyarlarcasında da örtüşmez. İnsan doğduğu andan itibaren geriye sarar. Hayatta işte film değil ki makaraya sarıp baştan başlayasınız. Böyle bir şey yok. İnsanların amaçları olmalı. Ben insanların dertlerini dinlemeyi severim, yardım etmeyi severim. Kendi hayatımı, hayatı çok severim yani bir gün daha fazla yaşamak benim için güzel, iyi ya da kötü. Başka, çok dertli de değilim aslında. Olduğunla yetinen bir insanım ama hep de ileriye bakan bir insanım. İleriyi görmek için mücadele ederim yani. İyileştirmek üzerine kendimi programladım. Çevreme, kendimi, işte yaşadığım insanları, yaşadığım çevreye rol model olmak gerektiğine inanıyorum. Bu benim görevim diye düşünüyorum. Bir şey

bırakmak gerektiğine, en azından iyi duygular bırakmak gerektiğine inanıyorum. (ÇamA, 55)

İnsanlar her ne kadar yaşamında güçlükler yaşasa da, onların yaşamdaki güçleri, transandantal bağları, birine veya bir “şeye” atfettikleri anlam yaşama olan bakış açılarını etkilemektedir. Ebeveynlerin hastalık sürecinden sonraki sorgulamaları, yaşamında bulduğu anlamlar, güçlenme sürecine etki etmektedir.

3.2.5.3. Ebeveynlerin İnanç Sistemindeki Sorgulamalar

Hastalık teşhisinden sonra, ebeveynler inanç sisteminde de birtakım sorgulamalara gitmektedir. Birçok ebeveyn için Tanrı inancı, onları yaşama bağlayan bir güçtür. Bu noktada kader inancı da ebeveynler için önemli bir güç unsurudur.

İnanç, sadece Tanrı’ya olan bağlılığı değil, ebeveynlerin değer atfettiği kişilere veya “şeylere” olan bağlılığını da kapsamaktadır. Bunun yanı sıra Tanrı inancı olan fakat yaşadığı olumsuz durumları sadece Tanrı’yla ilişkilendirmeyen ebeveynler de vardır.

Şöyle söyleyeyim, yaşadığımız çağda, tamam Allah inandığımız, taptığımız bir varlık. Fakat yani herşeyi Allah’a hiç bağlamamışımdır. Ama yine de insan zorda kaldığında illaki dua ediyorsun işte o gücü hissediyorsun. Bu tabi ki iyi geliyor insana. (ÇamB, 65)

İnsanın kendisinden daha yüce olana bağlanma ve inanma isteği, özellikle hastalık sürecinde ebeveynlerde görülmektedir. Bazı ebeveynler hastalık sürecinden sonra Tanrı’ya olan bağlılığının arttığını ve daha önceden yapmadığı dini ritüelleri, hastalık sürecinden sonra yapmaya başladığını ifade etmiştir.

Benim oğlan bir ara dini inançlarına çok bağlandı ondan sonra ben başladım, oğlanı öyle görünce değişmem lazım dedim. Aslında uzun zaman önce başladım camiye gitmeye, namaz kılmaya. (SöğütB, 74)

Bu şeyden sonra daha bi inancım arttı, daha bi bağlandım Tanrı'ya. Güçlendi, maneviyatım güçlendi. (KayınB, 73)

Bazı ebeveynler, dini ritüellerin yapılmasının yanında birtakım insani değerlere göre hareket edilmesinin önemli olduğunu ifade etmiştir. Bir baba hastalık sürecinden sonra yaşamı, kendisini ve inandığı şeyleri sorguladığını, bu sorgulamaların yaşama ve hastalığa olan bakışını olumlu etkilediğini belirtmiştir.

Bak sadece namaz kılmak kurtarmıyor. Kötülüğe dur demeniz lazım. İyiliklerin ortaya çıkması lazım. Çok düşündüm, bu hastalık birçok şeyi yeniden düşündürdü. Yani hayatta inandığınız, güvendiğiniz insanların olması bile umut getiriyor insana. İşte diyorsun ki bir sürü sıkıntı var ama onlar yanında, bir şekilde hallederiz diyorsun. Hala iyi insanların olduğunu bilmek ne bileyim şanslı hissettiriyor. (ServiB, 50)

Araştırmaya katılan ebeveynlerden bazıları, yaşadığı güçlükler karşısında isyan ettiğini ancak yaşadığı durumdan Tanrı'nın sorumlu olduğunu ifade ederek Tanrı'ya olan bağlılığını ve aynı zamanda isyanını göstermektedir.

Çok düşündüm neden ben diye önceleri. Zaman zaman isyanlarım, zaman zaman Tanrı'ya göndermelerim kesinlikle oldu. Küfürlerim oldu, konuşmalarım oldu. Varsa affetsin ama kızmayacağına inanıyorum. Çünkü beni yataran oydu, vermiş çekicem, o zaman o da çeksin. (ÇamA, 55)

Doğanın yüceliği ve ona olan bağlılık da insanların güçlenme sürecine olumlu katkılar sunmaktadır. Bir anne, birtakım insani değerlere olan ve doğaya olan

bağlılığının kendisini iyi hissettirdiğini belirterek kendi inancının bu yönde olduğunu ifade etmiştir.

Bazı insan mesela oruç tutar, namaz kılar, onu aksatmayayım der. Ben de ondansa yani böyle insana yardım edeyim ondan sonra kimsenin kalbini kırmayayım derim. Kırdığım zaman üzüntü duyuyorum. Öyle benim inancım farklı yani. Ben böyle dışa dönük bir insanım, dışarı çıkmak beni mutlu ediyor. Bir dağı, taşı, bahçeyi görmek beni rahatlatıyor. O zaman yani sıkıntıları unutuyorum bana iyi geliyor. Ne bileyim bazen böyle heybetli bir ağaç veya dağ görüyorum. Ne kadar küçük olduğumu hissediyorum, sanki sıkıntılar da küçülüyor. (İhlamurA, 50)

Bazı ebeveynler hastalık sürecinden sonra Tanrı'ya inancının daha da arttığını, eskiden yerine getirmediği dini ritüelleri yapmaya başladığını ve bu şekilde rahatladığını ifade etmiştir. Araştırmaya katılan birçok ebeveyn için, dinin gerekliliklerini yerine getirmek, dua etmek, oruç tutmak, namaz kılmak ve Tanrı'ya inanmak önemli bir başatme aracıdır. Ayrıca ebeveynlerdeki kader inancı, oldukça önemli bir güç kaynağıdır. İnanç, sadece Tanrı'ya olan bağlılığı değil; insana, doğaya veya insanın gözünde “yüce” olana dair bağlılığı da içermektedir. Dolayısıyla ebeveynlerin inandığı ve değer atfettiği pekçok şeye olan bağlılığı, ebeveynlerin güçlenmesine olanak sağlamaktadır.

3.2.5.4. Ebeveynler İçin “Güç” ve “Güçsüzlüğün” Anlamı

Her insanın yaşamında, kendisini güçlü ve güçsüz kılan unsurlar bulunmaktadır. Bazı insanlar yaşamında kendisini güçlü ve güçsüz kılan unsurlarla ilgili farkındalık sağlarken, bazıları bu unsurların farkında olmaksızın sadece tinsel alanda bunu hissedebilmektedir. Her bireyin güç veya güçsüzlük tanımı kendisine özgüdür. Aynı zamanda her bireyi güçlü ve güçsüz kılan unsurlar da bireyin biyo-psiko sosyal durumuna ve tinsel alanına göre farklılaşabilmektedir.

Araştırmaya katılan bazı ebeveynler, hastalık süreci öncesi ve sonrasında “güç” kavramı ve özellikle zor zamanlarında kendisini iyi hissettiren unsurlar üzerine sorgulamalarda bulunduğunu ifade etmiştir. Bununla birlikte araştırmaya katılan ebeveynlerin çoğunluğu, bu konu üzerine bilinçli bir şekilde daha önce hiç düşünmediğini ancak araştırmacı tarafından kendisine yönlendirilen bu soruların oldukça anlamlı olduğunu belirtmiştir. Araştırmanın bulguları her ne kadar güçlendirme yaklaşımının kavramları ile açıklanmaya çalışılsa da, ebeveynlerin “güç” ve “güçsüzlük” kavramlarına yönelik sorgulamalar yapmasını ve bu kavramlar üzerine düşünmesini sağlayıcı soruların yönlendirilmesi araştırmacıya oldukça olumlu çıktılar sağlamıştır. Ebeveynlerin bu yöndeki sorgulamaları ve kendisini güçlü/güçsüz kılan unsurları fark etmesi, güçlükler karşısındaki duruşunu belirleyebilmektedir.

Bazı ebeveynler, yaşamında önem atfettiği birtakım insani değerlerin kendisini güçlü hissettirdiğini; hastalık sonrası süreçte yaşadığı olumsuz duyguların ise kendisini güçsüzleştirdiğini ifade etmiştir. Ebeveynlerin olumsuz veya kendisini güçsüzleştiren bir duygu karşısında kendi “güçlerini” fark edebilmesi güçlenme sürecini olumlu etkileyebilmektedir.

Haysiyetli olmak, söylediklerinin arkasında durmak, ne biliyim ben insanları kandırmamak, dürüst olmak, ahlaklı erdemli olmak. Güçlü olmak budur. Bunları taşıyan insan her zaman güçlüdür. Bunlar beni güçlü yapan, hissettiren şeyler. Bunlardan taviz vermediğim zaman kendimi iyi hissederim. Bana göre güçsüzlük de suçluluktur. Yani suçluluk duygusundan kaynaklanır. (ÇamB, 65)

Önceki bölümlerde de belirtildiği gibi, ebeveynlerin herhangi bir şeye olan inancı ve bağlılığı, ebeveynlerin güçlenme sürecini olumlu yönde etkilemektedir.

Cenab-ı Hakkın bu varlığı büyük, bu inana cesaret, rahatlık veriyor. (HuşB,55)

İnancımız, o bizi güçlü kılıyor. Bir de tabi bazen karamsar da oluyoruz, olmuyor değiliz doğrusu. Bu hastalığın üstesinden gelemeyeceğimizi düşündüğümüz zaman güçsüz hissediyoruz tabi. Ama işte hastalıkla ilgili öğrendikçe, uzmanlarla görüştüğçe ümitsiz olmaya gerek olmadığını anlıyoruz. (ServiB, 50)

ServiB, inancının kendisini güçlü kıldığını, bununla birlikte hastalık hakkında bilgi sahibi olmasının da kendisini iyi hissettirdiğini ifade etmiştir. Bu bağlamda hastalık hakkında bilgi sahibi olma durumunun ebeveynleri güçlendirdiği söylenebilir.

Ruhsal hastalığı olan bireylerin ve ailelerinin toplum tarafından ötekileştirilmesi bazı ebeveynlerin anlatısına açık bir şekilde yansımıştır. Bu ebeveynler hastalık sürecinden sonra kendisini güçsüz hissettiren unsurun “ötekileştirilme” olduğunu ifade etmiştir.

Beni güçsüz kılan şey belki bu toplumdan tecrit edilmek, dışlanmak o güçsüz kılar. Halbuki ben toplum insanıyım. Toplumla iç içeyim. Taa ortaokul, lise çağlarımdan beri tiyatrolarda oynarım, müsamerelerde şarkı söylerim, korolarda çıkarım. Böyle bir sosyal yönüm var benim. Bunun dışında da işte bizim gibi olan insanlarla bir araya gelmek, fikir birliği yapmak beni iyi hissettiriyor. Yani insan kendini iyi hissettiren şeyler yapınca nasıl deyim hastalık da küçülüyor aslında gözünde. (MeşeB, 60)

Araştırmaya katılan ebeveynlerden bazıları doğanın önemli bir güç kaynağı olduğunu ifade etmiştir. Bunun yanısıra insanın yakınlarına ve sevdiği kişilere olan bağlılığı da ebeveynler açısından oldukça önemlidir. Dolayısıyla sevilen bir kişiye olan bağlılık da ebeveynlerin güçlenme sürecine olumlu katkı sağlamaktadır.

Yani eşim derim, eşimden dolayı güçlü hissederim. Allah razı olsun, devamlı arkamızdaydı. Hiç bizi bırakmadı yani. Yani başkası olsa işte sen bunu yaptın da hasta oldu derdi. Bizim desteğimiz. (ArdıçA, 54)

Güçlü olmak diyince kızım aklıma geliyor. Mükemmel bir kızım var. İyi var. Bana her şeyi unutturuyor. (GürgenB, 63)

Çocuklarım, bu hayattaki gücüm. Varlığı, sağlığı bana yetiyor. Onun dışında güçsüzlük, yani bu zamana kadar o kadar şey gördük ki, ihanet bir de emeğimin boşa gitmesi bunlar beni güçsüzleştirir. (GürgenA, 57)

Bi kere çoluğuna çocuğuna sahip çıkacaksın, ona karşı güçlü olacaksın. Sonra, mesela doğada olmak beni iyi hissettirir. Ama yani mesela maddi durumun iyi olmaz, çevren olmaz, seni hiç insanlar sevmez. Gezmeyi sevmezsin, şey etmeyi sevmezsin. O zaman güçsüzleşirsin. Parasızlık. Aç kalmak. O güçsüz şey eder. Bırakır. Her şeyde öyledir zaten. Fakirin yüzü soğuk olur, yılan gibi. Soğuk olur. Yılana benzer aynı. Toplulukta da fakirden korkarlar. Yine geldi diye. Hayatı yaşadım bunları ben çünkü. Parasız adam, gereksiz adam derler. (ÇınarB, 66)

ÇınarB, her ne kadar değer verilen insanlara veya doğaya olan bağlılığın kendisini güçlü kıldığını ifade etse de maddiyatın kendi yaşamındaki önemine de dikkat çeker.

Birçok ebeveyn sağlıklı olmanın, yaşamındaki en önemli şey olduğunu bunun tersine hastalık durumunun çaresizliğe neden olduğunu ifade etmiştir. Ancak her durumda umut duygusu ve yaşam sevgisi ebeveynin karşılaştığı güçlüklerle başedebilmesini ve güçlenmesini sağlamaktadır.

Oğlumun problemli olması, saldırganlığı. Enerjimin tükendiğini hissediyorum bazen. Beynim çok dolu. Bazı zamanlar insanların yanına gitmeye bile çekiniyorum. Ama ne olursa olsun insanları çok seviyorum, hayatı çok seviyorum. Hep umutlarım var. hayallerimin peşinde koşuyorum. (ÇamA, 55)

Yani oğluma ulaşamıyorum. Onun beynindekini okuyamıyorsunuz ki ona bir şeyler verebilesiniz. Yani bazen enerjimin bittiğini hissediyorum. Ama işte

sevdiklerinin olduğunu yani sağlıklı olduğunu bilmek her şeye rağmen iyi hissettiriyor. (DefneB, 58)

Araştırmaya katılan bazı anneler, “kadın” olmanın kendisini güçlü hissettirdiğini ifade etmiştir. Güçlükler karşısında yılmadan devam edebilme ve mücadeleci bir ruha sahip olma ve özgür olma araştırmaya katılan annelerin güçle ilgili anlamlandırmaları arasında yer almaktadır.

Güç demek “ben” demek herhalde. Bilmiyorum hep çocukluktan beri ben mücadele içerisindeyim. Yani güçlü olmak var olmak demek herhalde. İyi ki kadın olmuşuz, iyi ki doğurmuşuz. (ÇamA, 55)

Kendime inanıyorum. Bir şey olunca çaresizce aaaa diye ağlamıyorum. Ayaklarımın üstüne basabiliyorum. Bunu yapmak bana güç veriyor. (ÇınarA, 57)

Güç eşittir özgürlük. Kimse kısıtlamayacak seni. Bugün canın istedi hadi gittin, onu yapabileceksin mesela bir arkadaşını çağırabileceksin veya kapısını çalıp gideceksin. Sonra kendini mutlu edebilmek, sağlam kafayla düşünebilmek.. (İhlamurA, 50)

Ebeveynler, hastalık sürecinde her ne kadar benzer güçlüklerle karşılaşsa da her birey yaşadığı güçlükler karşısında kendine özgü başetme stratejileri kullanmaktadır. Çünkü her bireyin olaylara bakış açısı ve olayları anlamlandırması farklılaşmaktadır. Benzer şekilde ebeveynlerin yaşamında onları güçlendiren veya güçsüzleştiren unsurlar da farklılaşabilmektedir.

3.3. Anne-Baba Olmanın Ötesinde Kadın-Erkek Olarak Yaşantıların Değerlendirilmesi

Ebeveynler, hastalık sürecinde karşılaştığı güçlüklerin haricinde toplumsal cinsiyet bakımından kaynaklanan birtakım sorunlar yaşayabilmektedir. Ebeveynlerin

hastalıkla ilgili algıları ve hastalık sürecini anlamlandırması cinsiyete göre de farklılaşabilmektedir. Araştırmanın bulgularına göre özellikle anneler, hastalık sürecinde şizofreni hastası çocuğuyla daha fazla zaman geçirmektedir. Hastalığın semptomlarıyla başlayan süreç, hastalık ortaya çıkmadan önce aile üyelerinin birbiriyle olan iletişim tarzına, ailenin sosyal destek sistemlerine, güç kaynaklarına, bireyin mizacına ve aileyi çevreleyen sistemlere göre şekillenebilmektedir. Bu bağlamda üzerinde durulması gereken önemli konulardan biri de ebeveynlerin toplumsal cinsiyet bakışıdır. Hastalığın ortaya çıkmasında erkeğin ve kök ailesinin anneyi sorumlu tutması, hastanın cinsiyetinin ebeveynde davranış farklılıklarına yol açması, annenin zamanının büyük bir bölümünü hastanın yanında geçirmesi, kimi zaman eş ve akraba desteği görememesi, fiziksel, sosyal, bilişsel, duyuşsal ve tinsel alanında sorunlarla karşılaşmasına neden olabilmektedir. Bununla birlikte erkeğin, hasta olan çocuğu erkekse, hastalığı kabul etmeyip yadsıması, eşle olan sorumluluk paylaşımını engellemekte ve hastalık sürecinde kadının yalnız kalmasına neden olabilmektedir. Bu durum kadının güçsüzleşmesine neden olabilmektedir.

Kadının, hasta olan çocuğunun neredeyse tüm gereksinimlerini tek başına sağlaması, diğer aile üyeleriyle birlikte geçirdiği sürenin kısılmasına neden olabilmektedir. Erkeğin, eşiyle fiziksel ve duygusal paylaşımının sınırlı düzeyde olması ya da hiç olmaması, bununla birlikte hastanın tüm sorumluluğunu üstlenen eşinin, kendisini ihmal ettiğini düşünmesi eşler arasında çatışmalara yol açabilmektedir. Erkeğin, hastalık ve tedavi sürecinin merkezinde olmaması, eşinin yaşadığı güçlüklerin tam anlamıyla farkına varamamasına neden olabilmektedir.

Çalışmaya başladıktan sonra efendime söyliyeyim, ben dedi kendimi erkek gibi hissediyorum dedi, bana herkes erkek gibi kadın diyo dedi, falan dedi, bu arada karı-koca ilişkilerimiz iyice zayıfladı. Kendisine ben defalarca söyledim, bak dedim evli olmamıza rağmen bana bekar hayatı yaşıtıyorsun. Bunu defalarca söyledim, kendisine aktardım, sonra da olmadı. Ben de tatile gitmiştim şeyde bir gönül ilişkisi yaşadık, Antalya'da, daha sonra da bu işte açığa çıktı. Ben önceleri yok dedim, öyle bir şey yok falan dedim yani, öyle dedim yani laf olsun diye. Bu bir gerçektir yani. (ÇamB, 65)

Genellikle erkeğin gelir getiren bir işte çalışması, ailenin maddi ihtiyaçlarını karşılamasına ancak eşyle ve çocuğuyla/çocuklarıyla duygusal ve fiziksel paylaşımda bulunma sıklığının azalmasına neden olabilmektedir. Bununla birlikte bazı erkekler, kadının zaten hakkı olan eylemleri kendisinin sağladığına inanarak belki de kendi psikolojik tatminini sağlamaktadır. Bu durum eşlerin çatışmasına, ilişkinin olumsuz yönde ilerlemesine neden olabilmektedir.

Eşime ben gerekli özgürlüğü sağladığımı sanıyorum. İsteddiği yere, kimsede araba yokken bende araba vardı. Bu bir alışkanlık haline geldi. Ben arabaları aldım, getirdim eşime verdim. Gideceği zaman, bir yere gideceği zaman sadece şöyle falan yere gidiyorum öyle giderdi, saatlerce, günlerce, gece yarısı çıkar gelir, o konuda bir şeyim yoktur. Ama işte zaman içerisinde işte dediğim gibi zaman içerisinde bu şeylerden ben iyice öfkendim. Tepki gösteriyorum, bundan benim neden haberim olmadı veya neden şimdi söyleniyor diye. Tabi eşimin çenesi açıldığı zaman durmaz, çok çenecidir konuşur, dinletir lafını, dinlenir de lafı. Dolayısıyla çenesi açıldığı zaman susmayı bilmez. Hiç susmayı bilmez, hep ben konuşayım, hep ben konuşayım. Arada lafa girersiniz, lafınızı keser, siz dinlersiniz dinlersiniz, lafınızı keser böler türden. Lafım kesildiği zaman ben dinlenmiyorsam konuşmam. Mesela benim öfke kontrolüm yok, öfke kontrolüm olmadığı için bir şey ettiğim zaman, başladığım zaman sonu gelir yani. Şiddet de olur arada. Laf olarak da, sözel olarak da sonuna kadar götürürüm yani, belli bir noktaya kadar götürebiliyorum. Olmasaydı, hiç gerek yok bu olayı bu kadar büyütmenin bir anlamı yoktu. Daha üzerine düzelebilirdi veya şunları şunları şöyle deseydim böyle alevlenmezdi, ama o da şunları şunları deyip beni tahrik etti. Maalesef böyle işte hayatımız. Ama bu hastalık şeyinde eşim yani tek başına götürdü her şeyi. Bu benim olduğum koşulların tercihiydi. Diyorum ya çalışıyorum. Yani kendisi ev hanımıydı zaten bu işe girmeden önce, zamanı da vardı. Yapsın yani. (ÇamB, 65)

Toplumun anneye yüklediği bakım rolünün dışında kadına atfedilen bazı duygular, hem kadının hem de erkeğin zaman içinde bu rolleri ve duyguları benimsemesine neden olabilmektedir. Örneğin kadının duygusal bir varlık olduğu düşüncesi, hastalık sürecinde bazı babaların “güçlü erkek imgesi” altında kendisini

yaşadığı süreçten duygusal olarak izole etmesine neden olabilmektedir. Bu durum kadının duygusal ve fiziksel olarak yükünün artmasına yol açabilmektedir.

Çok da yorulduğunu görüyorum ama annenin yaklaşımı başka oluyor babanın yaklaşımı başka oluyor, benden daha iyi oluyor. Biz de ancak dışarıda. Annenin ulaşamayacağı yerlerde babanın görevleri çıkıyor meydana. Yani u evlerde nasıl söyleyeyim işte eksik gedikler alıyorum. (DefneB, 58)

Valla ben elimden geldiğince yardımcı oluyorum. Ama büyük sıkıntıyı ve üzüntüyü eşler çekiyor. Annesi çekiyor. Kadınlar daha ne bileyim duygusal olduğundan, sonuçta anne yani... Annesinin daha duygusal oluşu, çocuklarına daha düşkün oluşu. Dolayısıyla onları daha hassas yapıyor. Daha çok üzülüyor. (KayınB, 73)

Eşim çalışmıyor zaten ev hanımı, öyle şeyi de yardımlaşma ihtiyacı hasıl olmadı. Çalışmıyordu. Ev hanımıydı. (IhlamurB, 54)

Eşim becerikli. Bize iş düşmez. (ServiB, 50)

Kadının yaptığı işlerin veya eylemlerin erkekler tarafından azımsanması, kadının fiziksel ve duyuşsal alanda yaşadığı güçlüklerin artmasına neden olabilmektedir. Erkeğin gelir getiren bir işte çalışması ve maddi kazanç sağlaması, kadının yaptığı ev içi işleri ve verdiği bakımı kimi zaman değersizleştirebilmektedir. Bu durum hastalık sürecinde kadının eş desteği görememesine neden olabilmekte ve kadını güçsüzleştirebilmektedir.

Zaten çalışıyoz akşama kadar. Bi evin işi ne olacak ki? Ben gidiyorum akşama kadar çalışıyorum, o sadece bi eve bakıyor. Akşama kadar televizyon seyrediyor zaten. Dairenin ne işleri olacak? Sabah bize kahvaltı hazırlıyor, yemeğimizi veriyor o kadar. Temizliği de zaten kızımınla beraber yapıyor. Yani tabi şu zorluğu var bu hastalıktan sonra evde devamlı bunla uğraşılıyor. Erkek bırakıyor

gidiyor akşama geliyor. Sabah çıkıyor akşam geliyor; ama kadın onunla iç içe devamlı. O yüzden kadın olmak çok zor. Ama bu hastalık şeyi olmasa kadın olmak iyi. (ÇınarB, 66)

Yani işte eşimden bu kadar çabalamama rağmen, bu kadar hani kendimi eve hapsetmeme rağmen mesela bana diyebiliyor, marketten bi şey alınacak. E beş dakkada git de gel ne var. Yani ben beş dakkada gidemem. Ben evde iş yaptığım kıyafetimle çıkamam. Yani ben çıkarsam çıkayım da kendimle bi baş başa kalayım de mi? Ya da al sen oğlanı dışarı çık da ben de bi oturayım uyuklayım televizyonun karşısında. Sorsanız ben çok fedakar hani aslında bu bütün Türk erkeklerinin şeyidir. Kadın akşama kadar çabalar çabalar hatta kadın gider dışarda başkasının evini barkını temizler. Ne biliyim bi şeyler yapar. Adam akşam gelir. Sen ne yaptın bugün der. Bu Türk erkeğinin kültürü. (DefneA, 55)

Kadınların kendisini, toplumun kadına atfettiği rollerden dolayı güçlü olmak zorunda hissetmesi, kimi zaman yaşadığı olumsuzlukları ve güçlükleri yadsımasına, kimi zaman tükenmesine ve kimi zamansa yaşadığı toplumda kadın olmaktan dolayı kendisine atfedilen rolleri yerine getirmeye çalışarak var olan durumla mücadele etmesine neden olmaktadır. Bununla birlikte erkeğin, kadının fiziksel alanına müdahale etmesi kadının güçsüzleşmesine yol açabilmektedir.

Zorluyorum işte, daha doğrusu zorluyorum. Evet, çünkü ben kendim de hani şeker hastasıyım, tansiyon hastasıyım, kalp var. Zaten morelimi şey oğlumun bulunduğu ortamda oldukça şey tutmaya çalışıyorum, espirili olmaya çalışıyorum zoraki de olsa yapım gereği zaten öyle bir insan değilim, bu kadar sorunları da zaten sırtına alırsan, yani düşün ben değil bir başkası işte, o yüzden bilemiyorum işte yaşamaya çalışıyorum. Benim eşim farklı düşüncelere sahip. Diyelim ki ben mesela bir markete eşim evdeyken gittim. Kıyamet kopar. Misal ben gitsem, şeye diyelim ki ben dargınım demek istemiyorum sıkıldım, çıktım gittim. Onu farklı şekillerde yorumluyor, gündeme getiriyor, huzursuzluk çıkarıyor. O da beni açıkçası biraz şey yapıyor. Yani insan bunalamaz mı? Sıkıldım canımı dışarı atmak istedim. Yani senden niye izin alayım. Bu çok büyük sorun. Oğluma da yansıyor tabi. Yani öfke

kontrolü yok adamda. Yani bunları nasıl yaparsın. Zaten bende şey yok o istek yok. Yapımı biliyorsun, nasıl bir insan olduğumu sen. (GürgeA, 57)

Araştırmaya katılan kadınların bir kısmı, hastalık sürecinde eşinden destek göremediğini, eşinin fiziksel olarak evde yaşadığını ancak varlığını hissetmediğini ifade etmiştir. Ayrıca bazı kadınlar erken yaşta çocuk sahibi olduğunu ve evlendikten sonra evinin ve çocuklarının neredeyse tüm sorumluluğunu üstlendiğini belirtmiştir.

Yani on beş yaşında evlenirsiniz, on yedi yaşında anne oluyorsunuz. İşte çocuklarımla beraber büyümeye çalıştık. Büyürken de birtakım zorlukları beraber göğüsledik. Yani ben ile etle tırnak gibi oldum. İşte eşim askere gitti geldi. Sonra işte sorunları oldu hapse girdi çıktı. Birtakım abuk sabuk şeyler. Sonra ikinci çocuk oldu. İsteyerek yaptığım bir çocuk değildi. İkisi de öyle. Karar verme mekanizmam yoktu daha doğrusu o dönemlerde. Bir defa on beş yaşında ortaokul çocuğuydum ben. Bu nasıl olabilir ki? Yaş çok farklı, kültür farklı. Bağnaz, yobaz maalesef ki yani böyle. Tarifi zor. Onu anlatmak dahi istemiyorum, çünkü boğuluyorum hakikatten. Ah işte bu şartlarda ben iki çocuk büyötmeye çalıştım. Baba olarak da hiç verimli değil kesinlikle değil. Kavga, gürültü, öteleme işte. Hep kötü şeyler geliyor, hep kavgalar, hep sopalar. Ya düşünün ben doğuma giderken bile sopa yiyorsam, neyi hatırlayım ki ben? Düşün yani. Böyle bir şeyde hangi kadın bunu özümseyebilir? Ben kendi kendime mutlu olmaya çalıştım. Kendi kendime tolere etmeye çalıştım. Ha onun cephesinden bakarsan sıfır noktadayım. Sizin kaç bölündüğünüz, binlerce parçaya. Farkında bile değil. Öyle bir şey olmuş olmamış. (ÇamA, 55)

Araştırmanın çarpıcı bulgularından biri de bazı babaların, hastalık teşhisinden yıllar geçmiş olsa bile, çocuğunun hastalığını kabul etmemesidir. Bunun nedenlerinden biri babanın içinde bulunduğu psikolojik durum olabilmektedir. Bununla birlikte bazı babalar, özellikle hasta olan çocuk erkek ise, hastalığı kabullenmeyebilmektedir. Erkekliğin “güç” kelimesi ile özdeşleştirilmesi, toplumun belli bir bölümünün bakış açısıyla, ruhsal hastalık gibi insanı “güçsüzleştiren” bir hastalığın erkekle bağdaştırılamamasına neden olabilmektedir. Bu durum kadını

hastalık ve tedavi sürecinin merkezine iterken, erkeği hastalık ve tedavi sürecinin merkezinden uzaklaştırabilmektedir.

Yani benim çocuğumun hasta olması önemli değildi onun için. Bir defa onu özümsemedi yani baba olmayı hak eden bir insan olduğuna yani ben inanmıyorum. İşin özü bu. Herkes biyolojik baba ama baba başka bir şey. Sırtını karlı dağa yaslamak demek. Biz öyle gördük ailemizden, öyle dedik. Kabullenmediği için onun için hiç sorun olmadı. Yani öyle ya da böyle. Hatta bana çok demişti bırak bunun peşini, bu iyi olmaz. Delirecektim yani böyle bir şey yok. Çünkü sağlıklı bir çocuktan sağlıklı bir çocuk yarattık tabi ki. And içmişim. Yani ben bunu ölene kadar bir çaresi varsa toparlayacağım diye. Yani ama Fulya hocam, arkanızda hiç kimseniz olmayınca bir kadının savaşıması kolay değil. Ama yine de diyorum. İyi ki erkek olmamışım. Doğurmayı bilmişim. Bütün dünyayı ben doğurmuşum gibi geliyor. Bu duyguyu Allah bana vermiş. Öyleyim yani. Erkekler kabalar. Doğurmadıkları için vahşiler. Görüyorsunuz savaşları erkekler çıkarıyor. Öldürmeye endeksliler, vahşete. Medeni insanlar için konuşmuyorum. Medeniyet ne onu da bilmiyorum. Kadın dünyası ve erkek dünyası çok farklı, onun farkındayım yani. (KayınA, 65)

Yani bilemiyorum nasıl anlatabilirim. Ben böyle bir şeye bazen oluyo hala inanamıyorum. Ailemizin tek erkek çocuğu yani. (ServiB, 50)

Kadının, ev içindeki tüm işlerin ve aile bireylerinin sorumluluğunu büyük ölçüde üstlenmesi, kendi özel alanının daralmasına, öz güven eksikliğine ve kontrol duygusunda azalmaya neden olabilmektedir. Bununla birlikte kadının özellikle duygusal olarak eşinden destek görememesi, yaşadığı güçlüğün artmasına neden olabilmektedir. Bu durum fiziksel, duyuşsal, bilişsel, sosyal ve tinsel alanında kadının güçsüzleşmesine yol açabilmektedir. Araştırmaya katılan bazı kadınlar, beklentilerini eşiyle paylaşarak ve olumlu ifadeler kullanarak eşinde değişim yaratmaya çalıştığını ancak bunun mümkün olmadığını ifade etmiştir.

Dedim yani son zamanlarda da birkaç defa hasta olmadan önce dedim senin telaşın ne dedim. Öbür dünyaya ne götüreceksin? Bak biz gelmişiz kaç yaşımıza.

Daha bundan iki ay önce ne götüreceğiz, niye sakın olmuyorsun, niye güzel güzel herkesle konuşmuyorsun çocuklarınla, benimle zorun ne dedim. Benim huyum bu beni bu yaşımdan sonra disipline mi sokacaksın diyor. Huyumu mu değiştireceksin diyor, ne yapabilirsin? Hep böyleydi. Gençken de çok uğraştım değiştirmeye ama olmuyor imkansız değiştiremedim. Bende bir yanlışlık mı var, bir şey mi var? Asla hatasını kabul etmez. (IhlamurA, 50)

Bazı ebeveynlerin anlatılarında, şizofreni hastası olan bireyin erkek ya da kadın olması önem taşımaktadır. Bazı ebeveynler, şizofreni hastası çocuğun cinsiyetinden dolayı daha fazla güçlük yaşadığını belirtmiştir.

Kız daha tehlikeli. Bunu tutarsın, sarılırsın şey edersin. Allah göstermesin, kız gece sokağa çıktığında her şey olur. Oğlana olmaz. O gider bi yerde yatar. Kız öyle değil. Kız daha kötü. Sokağa çıksa peşine düşerler onun. Ama erkeğe bir şey olmaz. Kızın hesabı olacak. O zaman ne yapardım, bırakmazdım. Bir boynuna takardım, bir kola takardım. Mesela yani, bırakmazdım. Tehlikeli olurdu. Çünkü kızın düşmanı çok olur. El hastalık mastalık bilmez. Oğlan çocuğu gider arabasında bi yerde kalır, gider bi otelde kalır bi yerde kalır; ama kız olmaz, kalmaz. (IhlamurB, 54)

Yani olacaksa da kız değil de erkek böyle olsaydı. Çünkü hiç olmazsa en azından güvenirdim dışarı ne çıktığı zaman bir şey olmaz falan gibilerinden. Mesela kız çocuğu, adam bilemiyor ki, birisi arabasına atsa gitse ne yapacan? (ArdıçB, 60)

Mesela bi komşuya gidiyorum alıverirdim yanımda. Bi yere gittiğimizde götürürdüm yanımda. Erkeği her yere götüremiyorsun. En azından alırdım otururdum. Yeri gelir saçını tarardım, tırnağını keserdim kendi kesemiyor diye, banyosunu yaptırırdım. Erkek olunca ne bileyim sanki kadına daha bir sıkıntı. (KayınA, 65)

Toplumsal cinsiyet rolleri ve algısı, şizofreni hastası çocuğu olan ebeveynlerin yaşamını daha da güçleştirmektedir. Araştırmaya katılan ebeveynlerin

büyük bir çoğunluğunun toplumsal cinsiyet rollerini içselleştirdiği gözlemlenmiştir. Bu durum bazen erkeğin, yaşadığı olumsuz durumları yadsımasına ve güçlü görünmek için güçsüzlüklerini görmezden gelmesine neden olabilmektedir. Kadının ise ev içi tüm işlerde ve bakım konusunda daha fazla sorumluluk almasına yol açabilmektedir.

3.4. Ebeveynlerin Geleceğe Yönelik Düşünceleri

Ebeveynlerin gelecekle ilgili düşünceleri, aynı zamanda onların gelecekle ilgili umutlarının veya umutsuzluklarının da göstergesidir. Ebeveynlerin yarısından fazlasının, şizofreni hastası çocuğunun geleceğine ve kendi geleceğine dair endişeler yaşadığı görülmektedir. Dolayısıyla bu ebeveynlerde yoğun bir umutsuzluk duygusunun var olduğu görülmektedir. Yaşanılan olumsuzlukların geçeceğine dair inanç ve umut veya tam tersi olarak hissedilen umutsuzluk, ebeveynlerin güçlenme sürecinin olumlu veya olumsuz çıktıları olarak düşünülebilir. Ebeveynlerin geleceğe yönelik olumlu veya olumsuz düşüncelerinin temelinde, ebeveynlerin kişisel özelliklerinin, sosyal çevrenin, aile ilişkilerinin, toplumsal meselelerin, bireyi çevreleyen sistemlerin, şizofreni hastası bireye ve ailelere yönelik verilen hizmetlerin niteliğinin ve niceliğinin etkili olduğu söylenebilir.

Şizofreni hastası bireyle zamanının büyük bir bölümünü geçiren ve aynı zamanda bakım sorumluluğunun neredeyse tamamını üstlenen annelerin babalara göre geleceğe dair endişelerinin daha fazla olduğu görülmektedir. Bununla birlikte anneler, kendi geleceğinden ziyade çocuğunun geleceğine dair daha yoğun endişeler yaşamaktadır.

Bazen kendimi nasıl diyeyim ot gibi hissediyorum. Kendimle ilgili hiçbir isteğim kalmamış. Çünkü zevk alma şeyim bitmiş yani. Ama bi yandan da diyorum ki ben ölürsem bu çocuğa ne olacak. Yani kendim bi hayat yaşamadım ki gelecek bana ne getirsin. (MeşeA, 45)

Annelerin gelecekle ilgili en büyük endişesi, kendisinin ölümünden sonra çocuğuna bakacak birinin olmamasıdır. Bu durum bazı babalarda da bir endişe kaynağı olmakla birlikte annelerin büyük çoğunluğunda var olduğu görülmüştür.

Yani diyorum ki, ben elden ayaktan düşmeyeyim Allah'ım. Eğer ben mi çocuğum mu çocuğum gitsin benden önce diyorum. Yatakta yatarken diyorum bazen uyurken diyorum gitsin. O derece artık yani. Çünkü öbür türlü daha kötü olucak biliyorum. (IhlamurA, 50)

Ebeveynlerin kişisel özellikleri, aile özellikleri (iletişim sistemleri), destek sistemleri (duygusal, ekonomik, sosyal, yasal), kaynaklarla olan bağlantısı, bireyin öz saygısını, umudunu, motivasyonunu, inanç sistemini ve kontrol duygusunu etkileyebilmektedir. Tüm bu unsurlar aynı zamanda bireyin güçlenme sürecine de yansımaktadır. Ebeveynleri güçsüzleştiren etmenler ise onların gelecekle ilgili düşüncelerini de olumsuz yönde etkilemektedir.

Ne yapacağım bu yaştan sonra ben geleceği. Çocuğum iyi olsun ben başka bişey istemiyorum. Hiçbir şey beklemiyorum. (LadinB, 57)

Gerçekten hiçbir şey beklemiyorum, ha çocuklarım bekleyebilir ona bir şey diyemicem ama benim gelecekte şu an beklediğim hiç bir şey yok. Benim şu halim devam etsin daha kötüsü olmasın, başka da bişey istemiyorum. (SedirB, 62)

Bazı ebeveynler ise her ne kadar güç durumlar yaşamasına rağmen umut duygusunun tükenmediğini ve insanın nefes aldığı sürece hala bir umudunun olabileceğini ifade etmiştir. Ebeveynlerin çoğunluğu ise şizofreni hastası çocuğunun yaşamının düzene girmesini ve kendisini var edebilmesini istediği görülmektedir. Bu duygu ebeveynler için motivasyoneldir.

Mutlu, mutlu olmak istiyorum başka bir şey huzur ve mutluluk. Çocuğumun biraz daha hayata katılabilmesi, kendini var edebilmesi. Başka bir şey yok. Tabi bir

de sağlık istiyorum. Biraz kilolarımı atmak istiyorum. Hayatımda bahçemle ilgileneyim istiyorum. Tabi ki istekler bitmez. Olacak inşallah. (ÇamA, 55)

Kendim için, yine bak hep hayalimde olan şeydi de, şöyle bir bahçeli geniş ev olsun, öyle doğal şeylerle, işte zaten o yine çocuklara yönelik.. (GürgeA, 57)

Araştırmaya katılan ebeveynlerden özellikle annelerin, kendi ölümlelerinden sonra şizofreni hastası çocuğunun durumunun ne olacağı ile ilgili endişe yaşadığı gözlemlenmiştir. Bakım sorumluluğunun büyük ölçüde annede olmasının, baba-çocuk ve eşler arası ilişkinin, annelerin bu düşüncesinde etkili olduğu söylenebilir.

Benden sonra ne olacak? Yani benim kadar koşabilirler mi? Yani biraz daha sağlığına kavuşsun istiyorum, rahatlasın istiyorum. O rahat olursa ben de rahat oluyorum. (MeşeA, 45)

Bundan sonra ben, ben kendim için bir şey düşünmüyorum, kızım için düşünüyorum açıkcası. Yani şöyle diyorsunuz güçlüyüm ama hani bana bir şey olursa ne olacak? Bana bir şey olursa kim bakar çocuğuma diyorum. Bu o kadar acı veriyor ki.. (SığlaA, 45)

Araştırmaya katılan babaların ise çocuklarına yönelik endişesi daha çok maddi konularla ilgilidir. Araştırmada, daha çok erkeğin gelir getiren bir işte çalışması ve ev içinde anneye göre daha az zaman geçirmesi bu durumun bir nedeni olarak düşünülebilir.

Oğluma maddi olanaklar bırakmak istiyorum. Bizim de annemiz babamız vardı, onlar gittiler biz kaldık. Yarın biz gideceğiz o kalacak. Ona mümkün olduğu kadar perişan olmaması için, elimizden geleni yapmaya çalıştım. Yeteri kadar da birikimimiz oldu. Bak oğlum, işte bu gelirimiz var, bak bunlar bunlar senindir, sana kalacak. Bunları sen adam gibi kullanırsan sokakta kalmazsın, adam gibi yaşarsın. Endişe duymana gerek yok gibi temkinlerde bulunuyorum. (ÇamB, 65)

Ben öldükten sonra da Allah büyüktür. Evim var, barkım var, ailem var. Yeter onlara. Aynı böyle devam ederse ilacına şeyine devam ederse yaşar gider. Aç kalmazlar yani. (IhlamurB, 54)

Ebeveynlerin büyük çoğunluğu, kendileri öldükten sonra çocuğunun durumu ile ilgili planlar yapmıştır. Bu planlar daha çok, şizofreni hastasına bakım verecek kişinin kim olacağı ve maddi konularla ilgilidir.

Yani olur da yarın biz ölürsek, oturduğumuz evde bu oturur. Sonra bi bakıcı tutarlar. Zaten onun için para biriktiriyoruz. Yani olaki ablası ilgilenmezse. Öyle düşündük yani. Şimdiden onun planını yapıyoruz ne yazıkki. (DefneB, 58)

Özellikle araştırmaya katılan anneler, şizofreni hastası çocuğunun tamamen iyileşmesini, evlenmesini, çocuklarının olmasını istemektedir. Bu düşünce annelerin çoğu için bir başatme yöntemidir.

Gelecekte, çocuğumun hep böyle, hep zaten onu şey yapıyorum, dualarım zaten öyle, çocuğumun iyileşmesi, evlenip, evinin yuvasının çocuğunun olması. Kendim için fazla bir beklentim yok. (KayınA, 65)

Ebeveynlerin gelecekle ilgili beklentilerine dair düşünceleri sorulduğunda, birçoğunun kendisi ile ilgili bir beklentisinin ve umudunun olmadığı görülmektedir. Bununla birlikte bazı ebeveynler, her ne zorlukla karşılaşmış olursa olsun gelecekte beklentilerinin ve umutlarının olduğunu ifade etmiştir. Araştırmaya katılan ebeveynlerin çoğunluğu, şizofreni hastası çocuğunun geleceği ile ilgili endişeler yaşadığını ifade etmiştir. Ebeveynlerin, özellikle annelerin, hastalık sürecinde yaşadığı güçlükler, engellenmeler, fiziksel, sosyal, bilişsel, duyuşsal ve tinsel alanda yaşadığı sorunlar, gelecekte beklentilerini olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Ebeveynlerin bu alanlarda yaşadığı güçlükler, aynı zamanda güçlenme sürecini de olumsuz yönde etkileyebilmektedir.

4. TARTIŞMA

Bu araştırma, şizofreni hastası bireylerin ebeveynlerinin, hastalık öncesi yaşantılarından, hastalık teşhisi ve sonrası süreçte yaşantılarına kadar uzanan geniş bir yelpazeyi kapsamaktadır. Bireyin bütüncül bir şekilde değerlendirilebilmesi için temas kurduğu tüm sistemlerin ve alt sistemlerin değerlendirilmesi gerekmektedir. Bununla birlikte bireyin kişisel, kişilerarası ve politik güç kaynaklarının veya bu alanlarda bireyi güçsüz kılan unsurların değerlendirilmesi oldukça önemlidir. Bu bağlamda bu araştırmada şizofreni hastası bireylerin ebeveynlerinin yaşantıları, fiziksel, sosyal, bilişsel, duyuşsal ve tinsel boyutlarda bütüncül bir şekilde değerlendirilmiş ve ebeveynleri güçlü-güçsüz kılan unsurlar belirlenmeye çalışılmıştır.

Literatürde özellikle farklı disiplinler tarafından, şizofreni hastası bireylerin aileleri ile yapılan birçok çalışma yer almaktadır. Ancak şimdiye kadar yapılan çalışmalarda ebeveynlerin fiziksel, sosyal, bilişsel, duyuşsal ve tinsel gelişim boyutlarında, güçlendirme yaklaşımının temel unsurlarıyla yaşantılarının derinlemesine bir şekilde değerlendirildiği çalışmalara rastlanmamıştır. Benzer şekilde Türkiye’de yapılan çalışmalarda ruh sağlığı alanında güçlendirme yaklaşımını ele alıp inceleyen çalışmalar yok denecek kadar azdır. Bununla birlikte Tuncay (2009)’ın “Genç Kanser Hastalarının Hastalık Deneyimlerinin Güçlendirme Yaklaşımı Temelinde Analizi” isimli araştırmasında kanser hastaları ile çalışılmıştır. Tuncay (2009)’ın bu araştırmasında da insani gelişim boyutları temelinde güçlendirme yaklaşımının temel unsurları ele alınmıştır.

Bu araştırmada sosyal hizmet mesleğinin temel yaklaşımlarından biri olan güçlendirme yaklaşımının unsurlarıyla ebeveynlerin yaşantılarının beş gelişim boyutunda değerlendirilmesi önem taşımaktadır. Araştırma kapsamında 15 anne ve 15 baba ile derinlemesine görüşmeler yapılmıştır. Bu görüşmeler yoluyla ebeveynlerin hastalık öncesi süreçten hastalık sürecine kadar olan yaşam deneyimleri bütüncül bir şekilde ele alınıp analiz edilmiştir.

Araştırma, nitel araştırma yöntemi kullanılarak yapıldığı için, katılımcıların jest ve mimikleri, duygu ifadeleri ve sözel olarak ifade etmediklerinin arka planındaki duygu ve düşünceler gözlemlenmeye ve anlaşılmaya çalışılmıştır. Derinlemesine görüşmeler sonucunda oldukça önemli tespitlerde bulunulmuş ve çarpıcı bulgular ortaya konulmuştur.

Hastalık Öncesi Süreçte Ebeveynlerin Yaşantıları

Araştırmaya katılan ebeveynlerin neredeyse yarısı, hastalık teşhisi konulmadan önce eşiyle ve çocuklarıyla olan ilişkisinde büyük çatışmalar yaşamadığını ifade etmiştir. Bununla birlikte ebeveynlerin aile yapısına bakıldığında, birçok ailede toplumsal cinsiyet rollerinin belirgin olduğu görülmektedir. Erkeğin kök ailesinin, çekirdek ailesi üzerindeki etkisi ailede sorunlara yol açmaktadır. Dolayısıyla her ne kadar bazı kadınlar ve erkekler toplumsal cinsiyet rollerini içselleştirmiş olsa da, özellikle hastalık teşhisinden sonraki süreçte kadınlar karşılaştığı güçlüklerle başedemeyecek duruma gelebilmektedir. Bu durum ebeveynlerin güçsüzleşmesine, kendisindeki ve çevresindeki güç unsurlarını görememesine neden olabilmektedir. Danacı ve ark. (2005)'nın şizofreni hastası ve aileleriyle yapmış olduğu bir çalışmada, hastalık teşhisinden sonra aile işlevlerinde bozulmaların olduğunu saptamıştır.

Hastalık belirtilerinin görülmeye başlandığı ve sonrasında hastalık teşhisinin konulduğu süreçten sonra bazı ailelerde çatışmaların arttığı ve aile içi ilişkilerin bozulduğu; az sayıda ailede ise hastalık öncesi sürece göre aile içi iletişimin arttığı ve ilişkilerin güçlendiği görülmüştür. Genel olarak değerlendirildiğinde, hastalık öncesi süreçte aile içinde, üyelerin birbiriyle açık iletişim kurduğu, eşler arasında rol paylaşımının olduğu ve aile üyelerinin birbirine değer verdiği sağlıklı aile yapılarında, hastalık teşhisi sonrası süreçte de ailenin bu iletişim tarzını devam ettirdiği görülmüştür. Bununla birlikte araştırmaya katılan birçok ebeveynin, aile içi ilişkilerinin, eşlerarası duygusal ve fiziksel paylaşımlarının, çocuklarla olan ilişkisinin, toplumsal cinsiyet bakış açısına ve rollerine göre şekillendiği tespit

edilmiştir. Sales (2002), hastalık ve bakım verme sürecinin, normal aile rutinlerinin bozulmasına ve rol farklılıklarına neden olduğunu belirtmiştir.

Hastalık öncesi süreçte, ebeveynlerin ruhsal hastalıklarla ilgili bilgi sahibi olma durumuna bakıldığında, birçok ebeveynin ruhsal hastalıklarla ilgili bilgi sahibi olmadığı veya yetersiz düzeyde bilgiye sahip olduğu görülmüştür. Ancak çoğu ebeveynin ruhsal hastalıklara karşı bir önyargısının bulunmadığı görülmüştür. Bazı ebeveynler ruhsal hastalığı olan kişilerden korktuğunu, bazıları ise bu kişilere acıdığını belirtmiştir. Ebeveynler daha önce ruhsal hastalığı olan kişilerle toplumda çok fazla karşılaşmadığını ifade etmiştir. Bununla birlikte ebeveynler, eskiden “garip ve normaldışı” davranışları olan kişilerin ruhsal hastalıkla ilişkilendirilmeyip, “kötü ruhlarla, cinlerle” veya mistik unsurlarla ilişkilendirildiğini belirtmiştir. Yapılan bazı çalışmalar, toplumdaki bireylerin ruhsal hastalıklara ilişkin bakış açılarının olumsuz olduğunu ve ruhsal hastalığı olan kişileri tehlikeli olarak gördüğünü göstermektedir (Bilge ve Çam, 2008; Ünal ve ark., 2010; Demir, 2013)

Araştırmaya katılan ebeveynlerin ruhsal hastalıklar hakkında yetersiz bilgi sahibi olması veya hiç bilgi sahibi olmamasının nedenleri arasında, ruhsal hastalığı olan bireylerin ve ailelerin toplumda görünür olmaması, bu hastalıklara karşı toplumun önyargısı ve ruhsal hastalıklarla ilgili medyada, toplumda ve diğer özel-kamusal alanlarda sınırlı düzeyde bilginin olması yer almaktadır. Tüm bu durumlar ebeveynlerin yanlış bilgilerle veya hastalıkla ilgili bilgi sahibi olmadan hastalık sürecinin merkezinde yer almasına neden olabilmektedir. Dolayısıyla ebeveynler, çaresizlik, endişe, korku gibi birçok olumsuz durumla karşı karşıya kalarak kontrol kaybı duygusu yaşayabilmekte ve güçsüzleşmektedir.

Hastalık Sonrası Süreçte Ebeveynlerin Güçlenme Odağında Yaşantıları

Ebeveynlerin Fiziksel Boyutta Yaşantıları

Ruhsal hastalıklar ve özellikle şizofreni hastalığı, hastayı ve hastanın ailesini olumsuz yönde etkilemektedir (Gandhi ve ark., 2016: 455). Araştırmaya katılan ebeveynlerin çoğunluğunun ruhsal hastalıklar hakkında yeterli bilgiye sahip olmadığı

görülmektedir. Bu durum hastalık teşhisi sonrasında, ebeveynlerin fiziksel alanda güçlükler yaşamasına neden olmuştur.

Araştırmaya katılan ebeveynlerin, özellikle annelerin, fiziksel boyutta oldukça büyük güçlükler yaşadığı görülmüştür. Hastalık sürecinde, özellikle annelerin, ev içi işlerin ve hastanın bakımının büyük bir bölümünü üstlendiği görülmektedir. Chou (2000), toplumsal cinsiyet rollerinin, kadının ve erkeğin bakım verme rolünü belirlediğini ve farklılaştırdığını belirtmiştir. Buna göre kadınların erkeklere göre, doğrudan bakım sağlama sorumluluğunu daha fazla üstlenmek zorunda kaldığını ifade etmiştir.

Araştırmaya katılan annelerin çoğunluğu gelir getiren bir işte çalışmamaktadır. Hastalık teşhisi konulduktan sonra çalışmakta olan bazı anneler işini bırakmış veya emekli olmuştur. Çok az sayıda annenin hastalık sürecinden sonra gelir getiren bir işte çalıştığı görülmektedir. Annelerin sürekli olarak ev içinde olması, hastayla neredeyse zamanının tamamını geçirmesi, annelerin fiziksel alanını ve özgürlüğünü kısıtlamaktadır. Scazufca ve Kuipers (1998), yapmış olduğu araştırmada, gelir getiren bir işte çalışmayan bireylerin çalışanlara göre daha fazla yük duygusu hissettiği belirlenmiştir. Bu durumun nedenlerinden biri, herhangi bir işte çalışmayan bireylerin hastayla daha uzun zaman geçirmesi ve kendisine ayırdığı zamanın azalmasıdır. Bu sonuç yapılan araştırmayla benzerlik göstermektedir.

Araştırmaya katılan ebeveynlerin bir bölümünün hastalık teşhisi konulmadan önce, konulduktan sonra ve süreç devam ederken şizofreni hastalığı hakkında yeterli bilgiye sahip olmadığı görülmektedir. Bu durum ebeveynlerin yaşadığı güçlüklerin artmasına neden olmakta ve ebeveynleri güçsüzleştirmektedir.

Hastalık sürecinde ebeveynlerin, ev içi işlerin ve hastanın bakım sorumluluğunu eşit bir şekilde üstlenmediği; annelerin hastanın öz bakım gereksinimlerini ve ilaç kullanımını sağlamada zorluklar yaşadığı görülmüştür. Cassidy ve ark. (2001) de annelerin hastalık sürecinde çok daha fazla sorumluluk üstlendiğini belirtmiştir. Bununla birlikte ebeveynler hastalığın ilk sürecinde hastalığın semptomları karşısında nasıl davranması gerektiğini bilmediği için sorunlar yaşamıştır. Nyström ve Svensson (2004), ebeveynlerin hastalığın

semptomlarını yönetme konusunda oldukça fazla enerji harcadığını belirtmiştir. Doğan ve ark. (2002) da şizofreni hastalarının ebeveynlerinin, hastalığın semptomlarından kaynaklı olarak güçlükler yaşadığını ve bunun ailelerde suçluluk, utanç, sosyal ilişkilerde azalma ve tükenmişlik duygularına neden olduğunu ifade etmiştir.

Erkekler gelir getiren bir işte çalıştığı için ev içinde az zaman geçirmektedir. Bu durum, araştırmaya katılan birçok erkeğin ev içinde eşiyle iş ve rol paylaşımı yapmamasına, hastayla ve varsa diğer aile üyeleriyle nitelikli zaman geçirememesine neden olmaktadır. Erkeklerin çoğunluğu, eşinin ev içi işleri yaptığını ve hastanın tüm fiziksel gereksinimlerini karşıladığını; kendilerinin ise eve maddi olarak destek sağlayabildiğini ve bu kadarını yapabildiğini belirtmiştir. Araştırmaya katılan babaların yarısından fazlasının, eşinin yaptığı işleri azımsadığı ve küçümsediği görülmüş; ev içi işlerden ve çocuğun/çocukların bakımından eşlerinin sorumlu olması gerektiği düşüncesine sahip olduğu tespit edilmiştir. Dolayısıyla araştırmaya katılan kadınların büyük çoğunluğu, fiziksel alanda eşinden destek görememektedir. Bununla birlikte kadınlar açısından eş desteğinin oldukça önemli ve güçlendirici bir etkiye sahip olduğu görülmüştür. Nyström ve Svensson (2004), 7 şizofreni hastası bireyin babasıyla yaptığı nitel çalışmada, babaların daha çok maddi olarak aileye destek sağladığını ifade etmiştir. Bununla birlikte katılımcılar, annelerin büyük yük taşıdığını da belirtmiştir. Dolayısıyla araştırmanın, bu çalışmayla benzerlik ve farklılık gösteren yönleri bulunmaktadır. Yapılan çalışmada da çok az sayıda baba, eşinin tüm bakım sorumluluğunu üstlendiğini ve çok fazla yorulduğunu belirtmiştir.

Hastalığın alevlenme dönemlerinde hastanın ebeveynlerine fiziksel ve sözel şiddet uygulaması durumunda ebeveynlerin endişe, çaresizlik ve korku yaşadığı görülmüştür. Nyström ve Svensson (2004), hastalığın alevlenme döneminde, hastanın ebeveynine şiddet uygulayabildiğini, bu durum karşısında araştırmaya katılan babaların kontrol kaybı hissi yaşadığını belirttiğini ifade etmiştir. Ebeveynlerin hastalığın semptomları karşısında nasıl davranacağına ilişkin bilgiye sahip olmaması ve çocuğunun hastalık durumunu kabullenmek istememesi, bu durumun nedenleri arasında yer almaktadır. Bazı yazarlar, hastalığın semptomları, hastanın davranışları ve bakım yükü arasında ilişki olduğunu belirtmiştir. Ayrıca

çocuğun sürekli bakım ihtiyacının, ebeveynde yorgunluğa ve endişeye neden olduğu saptanmıştır (Williams ve ark., 1999; Chou, 2000). Bununla birlikte hastanın hastalığını kabul etmemesinin ve hastaneye gitmek istememesinin ebeveynlerin fiziksel alanda güçlükler yaşamasına neden olduğu görülmüştür. Yapılan bazı çalışmalarda, özellikle hastalığın alevlenme dönemlerinde görülen davranışsal sorunların, hastanın aile üyelerine sergilediği sözel ve fiziksel şiddetin, hastanın zaman zaman öz bakım becerilerini yerine getirememesinin ailenin güçlükler yaşamasına neden olduğu görülmüştür (Avcı, 2001; Scheirs ve Bok, 2007; Doornbos, 1997; Boye ve ark., 2001; Östman ve Hansson, 2001).

Araştırmaya katılan bazı kadınların ev içi işleri ve hastanın tüm bakım sorumluluğunu üstlenmesinin yanı sıra kendisinin veya eşinin kök ailesinden birine bakım sağladığı görülmüştür. Bundan dolayı birçok kadının kendisine ayıracağı serbest zaman kalmamaktadır.

Fiziksel alanda ebeveynlerin yaşadığı güçlüklerden biri de hastanın cinsel gereksinimleri karşısında ebeveynlerin nasıl davranış sergileyeceğini bilememesidir. Bu durum özellikle cinsellik üzerine konuşmanın tabu olduğu aile yapılarında, ebeveynler ve hasta açısından sorunlara neden olabilmektedir. Bu durum karşısında ebeveynler kendilerince bazı sorun çözme yöntemleri geliştirmiştir. Hastayı düğünlere götürmemek ve karşı cinsle çok fazla aynı ortamda bulunmasını istememek ebeveynlerin geliştirdiği yöntemlerden bazılarıdır.

Araştırmaya katılan annelerin çoğunluğunun, neredeyse tüm zamanını hastayla geçirdiği için hastayla bağımlı bir ilişki geliştirdiği görülmektedir. Kadının fiziksel anlamda çok fazla yükünün olduğu, bir noktadan sonra bu durumla başedemediği ve bu durumun özellikle kişisel güçlerinin farkına varamamasına neden olduğu görülmüştür. Özlü ve ark. (2015) da kadınların erkeklere göre daha fazla sorumluluk aldığını ve üzerinde yük hissettiğini belirtmiştir.

Kadınların yarısından fazlası, eskiden zevk aldığı işlerden veya aktivitelerden artık zevk almadığını, hastalık sürecinden sonra kendisi için neredeyse hiçbir şey yapmadığını ifade etmiştir. Bu söylemler bir noktada kadınların artık kendisiyle ilgili

hayal kurmaktan ve aslında kendisi için yaşamaktan vazgeçtiği düşüncesinin bir göstergesidir. Ayrıca bazı kadınların, kendisine zaman ayırdığında suçluluk duygusu yaşadığı görülmüştür. Tüm bu durumlar, kadınların bu süreçte kendisini güçsüz hissettiğinin bir kanıtı olarak düşünülebilir.

Bazı ebeveynlerin var olan güçlerinin ve güç kaynaklarının farkına varamadığı, yaşadığı güçlüklerle başedemeyerek tükenme noktasına geldiği ve alkol-maddeye yöneldiği görülmüştür. Bu ebeveynler bir başetme yöntemi olarak alkol veya maddeyi kullanmıştır. Ebeveynlerin hastalıkla ilgili, üstlenmesi gereken rollerle ilgili yanlış bilinçlenmesi, toplumsal cinsiyet rolleri bağlamında yaşamına yön vermesi, kendisine yeteri kadar zaman ayıramaması ve kişisel, kişilerarası güç kaynaklarının farkına varamaması, bu bireylerin olumsuz duygular yaşamasına ve baş etme stratejilerinin yetersiz kalmasına neden olabilmektedir. Nyström ve Svensson (2004) babalarla yaptığı çalışmada, ailelerin hastalık sürecinde birçok güçlükle karşılaştığını ve bu durumla başedemeyen bazı bireylerde alkol kullanımının görülebildiğini ifade etmiştir.

Araştırmada, ebeveynlerin güçlenme sürecini etkileyen önemli unsurlardan birinin ailenin ekonomik düzeyi olduğu görülmüştür. Hastane giderlerinin, doktor masraflarının, çoğu aileyi ekonomik olarak zorladığı tespit edilmiştir. Ferrario ve ark. (2001)'nın yapmış olduğu çalışmada, bakım verenlerde ekonomik yükün görüldüğü ve ekonomik durumun aileyi etkilediği görülmüştür. Fink (1995), ailenin ekonomik kaynaklarının, iyilik hali üzerinde önemli bir rol oynadığını belirtmiştir. Ailenin gelir düzeyinin düşük olması, bir noktada ailenin kaynaklara ulaşmasını engelleyebilmektedir. Magliano ve ark. (2005) da, bakım veren aileler için ekonomik kaynakların ve destekleyici aile müdahalelerinin oldukça önemli olduğunu ifade etmiştir.

Hastanın, özellikle hastalığın alevlenme dönemlerinde, hastaneye yatış süreci, fiziksel alanda ebeveynleri olumlu veya olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Hastanın hastaneye yatış sürecinin, bazı ebeveynleri fiziksel olarak rahatlattığı görülürken bazı ebeveynler için endişe kaynağı olarak görüldüğü tespit edilmiştir.

Hastanın hastanede olduğu zaman diliminde bazı ebeveynlerin, az da olsa kendisine zaman ayırabildiği ve bu durumun fiziksel olarak rahatlamasını sağladığı görölmüştür. Bununla birlikte Özlü ve ark. (2015), yapmış olduğu çalışmada hastaneye yatışların, bakım vereni ekonomik ve sosyal olarak etkilediğini ve bakım verenin yükünü arttırdığını belirtmiştir. Aydın ve ark. (2009) ise hastanın hastaneye yatış sayısı ve ailenin hissettiğı yük arasında ilişki olduğunu ifade etmiştir.

Annelerin fiziksel güçlükler karşısında başetme stratejilerinin yetersiz kalmasının, ailenin maddi olanaksızlıklarının, hastanın cinsiyetinin, annenin çevresel baskı ve önyargıdan kendisini ve çocuğunu koruma düşüncesinin, suçluluk duygusunu bastırma isteğinin, zamanının büyük bir bölümünü kapalı bir ortamda hastayla geçirmesine neden olabildiğı saptanmıştır. Marsh (1998), ebeveynlerin hastalık sürecinde aile ve sosyal çevre ile olan ilişkilerini sınırlandırdığını, sosyal aktivitelere zaman ayıramadığını, bu durumun ise ebeveynlerin sosyal çevreden geri çekilmesine ve izolasyonuna neden olduğunu belirtmiştir (akt. Grande, 2006). Bununla birlikte kendisine zaman ayıran, sevdiği aktiviteleri az da olsa yapmaya çalışan ve sevdiği kişilerle zaman geçiren ebeveynlerin rahatlama duygusu yaşadığı, sorunlarından uzaklaştığı görölmüştür. Diğer taraftan araştırmaya katılan bazı ebeveynlerin hastalık sürecinden önce kendisine keyif veren aktiviteleri, hastalık sürecinden sonra yapmadığı görölmüştür.

Araştırmaya katılan babalardan bazıları, hastalık sürecinden sonra eşiyile arasındaki çatışmaların arttığını, eşinin kendisine ve aile üyelerine zaman ayırmadığını ve cinsel yaşamının neredeyse bittiğini ifade etmiştir. Bu ifadelerde bulunan erkeklerin eşleriyle yapılan görüşmelerde, kadınlar eşinin kendisine fiziksel ve duygusal olarak destek olmadığını, ev içi işlerin ve bakım sorumluluğunun kendi üzerinde olduğunu ve tükenme noktasına geldiğini belirtmiştir. Nyström ve Svensson (2004)'un araştırmasında, babaların bazıları hastalık teşhisinden sonra evliliklerinin kötüye gittiğini, aile içi çatışmalarının arttığını ve cinsel yaşamlarının sınırlı hale geldiğini ifade etmiştir.

Ebeveynlerin Sosyal Boyutta Yaşantıları

İnsanların, kendisine sıkıntı veren veya kendisini mutlu eden olayları, durumları, duyguları; sevdiği ve değer verdiği kişilerle paylaşması oldukça önemlidir. Araştırma kapsamında aile, akraba, arkadaş ve sağlık profesyonelleriyle kurulan olumlu ilişkilerin, hastalık sürecinde oldukça güçlendirici bir etkiye sahip olduğu görülmüştür. Bununla birlikte ebeveynlerin sosyal çevresinin ve toplumdaki bireylerin, ruhsal hastalıklara, hastaya ve hastanın ailesine olan tutum ve davranışları, ebeveynler üzerinde olumlu veya olumsuz etkilere neden olmaktadır. Yapılan bazı araştırmalarda hasta ailelerini tatmin edici sosyal desteğin oldukça önemli olduğu belirtilmektedir (Magliano ve ark., 2000; Chien ve ark., 2004; Lee ve ark., 2006).

Araştırmada eş ilişkilerinin, güçlenme sürecinde oldukça önemli olduğu görülmektedir. Özellikle anneler için eşinden destek görmenin oldukça önemli olduğu belirlenmiştir. Gibson (1995) tarafından yapılan çalışmada, kronik hastaya bakım veren annelerin çoğunun eş desteği almadığı, eş tarafından dinlenmediği, bununla birlikte annelerin ise konuşma ihtiyacının olduğu saptanmıştır. Tüm bu durumların çatışmayı arttırdığı ve evlilik ilişkisini olumsuz yönde etkilediği belirlenmiştir.

Araştırmada bazı eşlerin hastalık sürecinde birbirini suçladığı, hastalığı kabullenmede güçlükler yaşadığı dikkat çekmektedir. Çoğu annenin sürekli olarak ev içinde hastayla birlikte olduğu, bunun yanı sıra ev içindeki neredeyse tüm sorumluluğu üstlendiği görülmektedir. Annelerin birçoğunun bu süreçte eşinden fiziksel ve duygusal açıdan destek görmediği bulunmuştur. Kadınlar böylesine zor bir süreçte tek başına olmanın, eşiyle fiziksel ve duygusal bir paylaşımda bulunamamanın oldukça zor olduğunu ifade etmiştir. Birçok kadın, çocuğun ortak bir payda olduğunu ancak tüm sorumluluğu kendisinin üstlendiğini ifade etmiştir. Babalar ise aileye maddi olarak destekte bulunduğunu ve bunun çok önemli bir görev olduğunu belirtmiştir. Bununla birlikte bazı babalar gününün neredeyse tamamını çalışarak geçirdiğini ve eve yorgun geldiğini; eşinin gün boyu evde olduğunu ve ev içi işleri yapabilecek zamanının olduğunu ifade etmiştir. Araştırmada bazı erkeklerin eşine fiziksel ve psikolojik şiddet uyguladığı görülmektedir. Bu durum karşısında bazı kadınların sessiz kaldığı ve durumu kabullenip, içselleştirdiği; bazılarının ise

eşinden beklentilerini öfkeyle karşı tarafa yansıttığı görülmektedir. Az sayıda eşin hastalık sürecinde birbirine destek olduğu, her ne kadar hastalığın ortaya çıkma süreciyle ilgili olarak eşler sorgulamalarda bulunsalar da eşlerin birbirini suçlayıcı ifadelerde bulunmadığı görülmüştür. Bu ebeveynler, sosyal çevrelerinden destek göremediğini ve aile içinde birbirine destek olduğunu belirtmiştir. Chou (2000), bakım verme sürecinde ebeveynlerin aldığı rol ve sorumluluk dağılımının ailede çatışmaya neden olabileceğini belirtmiştir. Saunders (2003) de yapmış olduğu çalışmada, şizofreni hastasına bakım veren bireylerin algıladığı sosyal desteğin aile işlevselliği üzerinde etkisi olduğunu saptamıştır. Caqueo-Uribe ve ark. (2017)' da aile içi ilişkilerin, bakım veren ve hastanın iyilik halini etkileyen önemli bir unsur olduğunu belirtmiştir.

Hastalık sürecinin ebeveynlerin arkadaş çevresi ile olan ilişkilerinde de birtakım değişimlere yol açtığı görülmüştür. Özellikle annelerin hastayla birlikte geçirdiği sürenin fazla olması, kendisine ayıracağı serbest zamanın azalmasına neden olmaktadır. Bu durum ebeveynin sosyal çevresinden çekilmesine neden olmaktadır. Bu durum ebeveynin güçsüzleşmesine neden olmaktadır. Bununla birlikte Zimmerman (1995), bireyin topluma aktif katılımının güçlenme sürecine olumlu katkı sağladığını belirtmiştir. Bir diğer neden toplumun ruhsal hastalıklar hakkında yeterli bilgiye sahibi olmamasıdır. Bu durumda hem ebeveynin sosyal çevresi ebeveyninden uzaklaşabilmekte hem de ebeveyn sosyal çevresinden gelebilecek olumsuz tutum ve davranışlara karşı kendisini geri çekebilmektedir. Ayrıca ebeveynin kendisi ve çocuğuyla ilgili hissettiği acıma, tükenmişlik, çaresizlik ve dışlanmışlık duygusunun, ebeveynin sosyal çevre ilişkilerini olumsuz yönde etkilediği görülmüştür. Bazı ebeveynler hissettiği olumsuz duyguların yoğunluğundan dolayı, arkadaş çevresi tarafından anlaşılamayacağını düşünmektedir. Ebeveynin çevresel kaynaklarla olan ilişkisinin sınırlanmasının veya sona ermesinin ebeveyni güçsüzleştirici bir etkiye sahip olduğu görülmüştür. Ohaeri (2003), bakım verme sürecinin uzamasının ebeveynde üzüntü, çaresizlik gibi olumsuz duygulara neden olduğunu ve aynı zamanda ebeveynin serbest zaman ve sosyal aktivitelerinde sınırlılıklara neden olduğunu belirtmiştir.

Araştırmaya katılan az sayıda ebeveynin, şizofreni hastalığını, diğer ilaç kullanımı gerektiren hastalıklar gibi görerek normalleştirilmesi, suçluluk, utanç ve çaresizlik gibi duyguların ortaya çıkmasını engelleyebilmektedir. Böyle düşünen ebeveynlerin arkadaş çevresi ile olan ilişkilerinin olumlu olduğu görülmektedir. Bishop ve Greeff (2015) tarafından yapılan çalışmada bakım veren bir aile üyesi, ailelerin hastalığı gizlememesi gerektiğini şu şekilde ifade etmiştir: “Biz hiçbir şeyi gizlemedik ve durumumuzu açık bir şekilde insanlarla konuştuk. Bu tartışmalar, aynı zamanda hasta olan birçok insana ışık tutuyor. Bu yüzden bunu tecrit altında tutmamalıyız”.

Bazı ebeveynlerin hastalığı ve hastalık sürecini arkadaş çevresiyle paylaştığı ancak bu paylaşımının kendisini rahatlatmadığı, aksine huzursuz ettiği görülmektedir. Bu ebeveynler, kendisiyle aynı durumu yaşamayan kişilerin kendisini anlamayacağını düşünmektedir. Bundan dolayı bazı ebeveynlerin hastalığı gizlemeyi tercih ettiği görülmüştür. Lanzara ve ark. (1999), hastalık sürecinde ailenin sosyal çevre ilişkilerinde bozulma olabileceğini belirtmiştir. Bununla birlikte Zauszniewski ve ark. (2010), kriz anında arkadaş çevresinden alınan desteğin aileler için önemli bir kaynak olduğunu belirtmiştir.

Ebeveynlerin yarısından fazlasının arkadaş ve akraba çevresi ile olan ilişkilerinin hastalık sürecinden sonra bozulduğu görülmektedir. Bunun nedenlerinden biri, sosyal çevrenin şizofreni hastasından korkması, hastayla kendi çocuklarının aynı ortamda bulunmasını istememesi ve şizofreni hastalığı hakkındaki bilgi eksikliğidir. Bir diğer neden hastalığın teşhisiyle birlikte başlayan süreçte ebeveynlerin utanç, kızgınlık, çaresizlik, endişe ve umutsuzluk gibi olumsuz duyguları yaşaması ve bu nedenle kendisini sosyal çevreden izole etmesidir. Eliüşük (2008)’ün yapmış olduğu çalışmada, şizofreni hastası bireylerin aileleri tarafından algılanan sosyal destek ile umutsuzluk puanı arasında ilişki olduğu; sosyal destek arttıkça umutsuzluk puanının azaldığı görülmüştür.

Araştırmada, özellikle erkeğin kök ailesinin, çocuğu şımarttığı, aşırı ilgi gösterdiği ve gelir getiren bir işte çalıştığı gibi gerekçelerle, hastalığın nedeni olarak anneyi gördüğü ve suçladığı görülmektedir.

Genel olarak bakıldığında bazı ebeveynlerin hastalığın özellikle ilk zamanlarında, hastalığı arkadaş ve akraba çevresiyle paylaşmadığı görülmektedir. Ancak sonraki zamanlarda hastanın ve arkadaş/akrabaların aynı ortamda bulunması sonucu, arkadaş/akraba çevresi hastanın bazı normal dışı davranışlarını fark etmekte ve ebeveynler hastalık durumunu mecburi bir şekilde paylaşmak durumunda kalmıştır. Özellikle akrabalar var olan durumu öğrendikten sonra birtakım kalıp sözlerle ebeveyni rahatlatmaya çalışmış ancak bu durum ebeveynin kendisini rahatsız hissetmesine neden olmuştur. Bununla birlikte çok az ebeveyn hastalık sürecinden sonra arkadaş/akraba ilişkilerinin eskisi gibi devam ettiğini ve bunun kendisine iyi geldiğini belirtmiştir. Bishop ve Greeff (2015) tarafından yapılan çalışmada bakım veren bir aile üyesi, hastalıkla ilgili yakın arkadaşlarına karşı olan tutumlarını şu şekilde özetlemiştir: “Yakın arkadaşlarımızdan, hastalıktan kaynaklanan tuhaf davranışlarla ilgili konuşmamalarını istedik ve bu durumla ilgili onlara bilgi vermeye çalıştık”.

Araştırmaya katılan bazı ebeveynlerin çocuğuna şizofreni teşhisi konulduktan sonra tekrar çocuk sahibi olmak istemediği; bazı ebeveynlerin ise sağlıklı bir çocuğa sahip olma isteğiyle bir kez daha çocuk sahibi olduğu görülmüştür.

Ebeveynlerin çocuklarıyla ilişkisine bakıldığında, bazı ebeveynlerin “sağlıklı” çocukla daha fazla zaman geçirmek istediği görülmüştür. Bu durum araştırmaya katılan babalarda daha fazla görülmektedir. Özellikle hasta olan çocuğun erkek olmasının ve aileye maddi yönden destek sağlayamamasının, bazı babaların hasta olan çocukla ilişkisinin sınırlanmasına neden olduğu görülmüştür. Bunun dışında hastalığın semptomları ebeveynlerin fiziksel ve duygusal yükünü arttırdığından çocuk ve ebeveyn ilişkisini olumsuz etkilediği tespit edilmiştir. Ebeveynlerin diğer çocuklarla ilişkisi değerlendirildiğinde, ebeveynlerin çoğunluğunun hasta olan çocuğa daha fazla zaman ayırdığı, diğer çocukla/çocuklarla ilgilenemediği ve bundan

dolayı da suçluluk, üzüntü ve pişmanlık yaşadığı görülmüştür. Bazı babalarla çocukların ilişkisinin annelere göre daha olumlu olduğu görülmektedir. Annelerin hastayla birlikte daha fazla vakit geçirmesi, kendisine ayıracağı serbest zamanın kalmaması, keyif aldığı aktiviteleri yapamaması veya sınırlı düzeyde yapması, anne –çocuk ilişkisini olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Gülseren ve ark. (1999), hastayla en fazla zaman geçiren kişilerin anneler olduğunu ve bu durumun yükü artırabileceğini belirtmiştir. Bununla birlikte özellikle çalışan babaların, günün büyük bir bölümünü dışarıda geçirmesi, sorunlardan geçici bir süreliğine uzaklaşmasına ve çocukla nitelikli zaman geçirmesine neden olabilmektedir.

Ebeveynleri güçsüzleştiren veya güçlendiren önemli bir unsur da toplumun şizofreni hastası bireye ve aileye yönelik tutum ve davranışlarıdır. Şizofreni hastası birey ve aile için toplumla bütünleşmek oldukça önemlidir. Boehm ve Staples (2002), güçlendirme sürecinde kişi ve çevre arasındaki interaktif ilişkinin oldukça önemli olduğunu belirtmiştir. Ancak ruhsal hastalıkların toplumdaki bireyler tarafından yeterince bilinmemesi, bu bireylerin hastadan korkmasına, uzak durmasına, hastayı damgalamasına, hastayla zaman geçirmemesine neden olmaktadır. Aynı şekilde benzer durumu ebeveynler de yaşamaktadır. Toplumdaki bireylerin olumsuz tutum ve davranışlarının, hastanın ve ailenin toplumdan izole olarak yaşamasına neden olduğu, bu durumun da ebeveynin öz saygısında, kontrol duygusunda düşüşe neden olduğu görülmüştür. Ebeveyndeki bu durumun özellikle hastalığın ilk zamanlarında daha fazla yaşandığı görülmüştür. Gülseren ve ark. (2010), damgalanmanın ailenin yük duygusunu daha fazla yaşamasına neden olabileceğini belirtmiştir. İlerleyen zamanlarda bazı ebeveynlerin birtakım başetme stratejileri geliştirdiği ve var olan durumla daha iyi başedebildiği tespit edilmiştir. Arslantaş ve ark. (2009)'nın yapmış olduğu çalışmada, hastalık süresi uzadıkça ebeveynlerin var olan durumla daha iyi başedebildiği görülmüştür. Bazı ebeveynlerin, hastalığın ilk zamanlarında hastalığı gizleme eğiliminde olduğu ve toplumdaki bireylerin tutumlarından/davranışlarından daha fazla etkilendiği; ancak sonraki süreçlerde ebeveyndeki bu duygunun azaldığı tespit edilmiştir.

Ebeveynlerin sosyo-ekonomik ve eğitim düzeyinin, ikamet ettiği yerin ve çalışma ortamının, ebeveynlerin duygu, düşünce ve davranışları üzerinde etkili olduğu görülmüştür. Araştırmaya katılan ebeveynlerden bazılarının, üst sosyo-ekonomik düzeyde olan kişilerin hastalık hakkında daha fazla doğru bilgiye sahip olduğunu düşündüğü belirlenmiştir. Yapılan bir çalışmada, düşük sosyo-ekonomik düzeydeki bireylerin ruhsal hastalıklara ilişkin daha olumsuz inanç ve düşünceye sahip olduğu belirlenmiştir (Çam ve Bilge, 2011). Yapılan bir diğer çalışmada ise eğitim düzeyi arttıkça, hasta yakınlarının hastalıkla ilgili bilgi seviyesinin arttığı saptanmıştır (Angermeyer ve Matschinger, 1996).

Ebeveynlerin anlatılarından yola çıkarak, toplumun gözünde şizofreni hastasının yaşı ne kadar büyük olursa olsun yetişkin gibi değerlendirilmediği ve hastaya çocuk gibi davranıldığı görülmektedir. Bu durumun ebeveynler üzerinde güçsüzleştirici bir etkiye neden olduğu görülmüştür.

Toplumdaki bireylerin ruhsal hastalıklara ve aileye karşı duyarsız kalması, bu kişilerin toplum tarafından neredeyse yok sayılması ebeveynlerin ifade ettiği güçlükler arasındadır. Toplumdaki bireylerin hastaya ve aileye yönelik küçümseyici ve dışlayıcı bakışlarının, hastanın ve ailenin yalnızlaşmasına neden olabildiği görülmüştür. Özbaş ve ark. (2008), toplumun ruhsal hastalarla ve hastalıklarla ilgili olumsuz düşüncelerinin ve yanlış inançlarının hastanın tedaviye uyumunu etkileyebileceğini ifade etmiştir.

Hasta ve aile açısından güçlük yaratan durumlardan biri de hastanın iş bulma konusunda yaşadığı güçlüklerdir. Bu durum hastanın toplumla bütünleşmesi ve sosyal işlevselliğinin önündeki en büyük engellerden biridir. Bununla birlikte bazı ebeveynler, hasta çalışmadığı için tüm gün hastayla birlikte evde olduğunu, hem hastanın hem de kendisinin eve kapandığını, yalnızlaştığını ve çocuğun maddi olarak eve destek sağlayamadığını belirtmiştir.

Ebeveynlerin güçlenme sürecini etkileyen unsurlardan biri de ebeveynlerin sağlık profesyonelleriyle olan ilişkisinin niteliğidir. Ebeveynlerin sürekli olarak

sağlık profesyonelleriyle ilişki içinde olduğu ve sağlık profesyonellerinin görüşlerinin ebeveynler için oldukça önemli olduğu görülmüştür. Caqueo-Urizar ve ark. (2017), özellikle hastalık teşhisi sonrasında aile üyeleri ve sağlık profesyonelleri arasındaki ilişkinin oldukça önemli olduğunu, bu durumun yük algısını etkilediğini belirtmiştir. Yapılan bu çalışmada ise, sağlık profesyonellerinin hastalık ve tedavi süreci hakkında ebeveynleri bilgilendirmesinin, hastayla en fazla vakit geçiren kişiler olarak ebeveynlere değer verdiğini göstermesinin ve ebeveynlere yönelik olumlu tutum ve davranışlarının, ebeveynlerin güçlenme sürecini olumlu yönde etkilediği görülmüştür. Bununla birlikte hastalığın tanı süresinin uzun zaman almasının, şizofreni tanısından önce hastaya farklı tanıları konmasının, sağlık profesyonellerinin yeteri kadar aileyi bilgilendirmemesinin, ebeveyn üzerinde güçsüzleştirici bir etki yarattığı görülmüştür. Gibson (1995), araştırmaya katılan annelerin sağlık sistemiyle ilgili sorunlar yaşadığını, annelerin kendisini ihmal edilmiş ve değersiz hissettiğini belirtmiştir. Bickman ve ark. (1998), ruh sağlığı hizmetlerinde hastanın ailesi ve sağlık profesyonelleri arasındaki ilişkinin oldukça önemli olduğunu vurgulamıştır. Araştırmada ebeveynlerin sağlık sisteminden kaynaklanan sorunlar yaşadığı görülmüştür. Ruh sağlığı uzmanlarının, devlet hastanelerinde, gün içinde bakmakla yükümlü olduğu hasta sayısının fazla olması, hastaya ve aileye nitelikli zaman ayıramaması gibi nedenler ebeveynlerde öfkeye ve endişeye neden olmaktadır. Bu durumun tersine ebeveynlerin kendisini tedavi sürecinin merkezinde hissetmesinin ve sağlık profesyonellerince değerli olduğunun hissettirilmesinin ebeveynler üzerinde güçlendirici bir etki yarattığı görülmüştür. Özbaş ve ark. (2008), son zamanlarda rehabilitasyonun ve sosyal bakımın önem kazandığını, hasta yakınlarının tedavi sürecine katılımının olumlu bir gelişme olduğunu belirtmiştir.

Ebeveynlerde endişe yaratan etkenler arasında, hastanelerin fiziksel kısıtlılığı, hastanelerdeki yeşil ve geniş alanın yetersizliği, ruh sağlığı uzmanlarının ebeveynlere yeteri kadar zaman ayıramaması yer almaktadır. Nyström ve Svensson (2004)'un 7 şizofreni hastası bireyin babasıyla yaptığı nitel çalışmada, babalar sağlık personelinin kendisine yeterince yardım etmediğini belirtmiştir. Ayrıca araştırmaya katılan babalar, sağlık personelinin oldukça fazla mesleki terim kullandığını ve ailelere yönelik müdahalelerinin standartlaştırılmış olduğunu, dolayısıyla bundan hoşnut

olmadığını ifade etmiştir. Benzer şekilde Gülseren ve ark. (2010) da sağlık profesyonellerinin iş gücünün fazla olduğunu ve ailelere yeterince zaman ayıramadığını belirtmiştir.

Araştırmaya katılan ebeveynlerin küçük bir bölümünün aile görüşmelerine katıldığı ve kendisini tedavi sürecinin merkezinde hissettiği görülmüştür. Ebeveynlerin aile görüşmelerine katılması, tedavi sürecinin merkezinde yer aldığını hissetmesi, hastalık hakkındaki bilgi ve becerisinin gelişmesi kontrol duygusunu artırmakta ve öz saygısını olumlu yönde etkilemektedir.

Ebeveynlerin toplum ruh sağlığı merkezlerine ilişkin düşüncelerine bakıldığında, neredeyse tamamına yakınının olumlu duygu ve düşünceler içinde olduğu görülmektedir. Ebeveynler toplum ruh sağlığı merkezlerinin hastanın toplumsallaşmasını sağladığını, hastaya birtakım beceriler edindirdiğini ve hastanın toplum ruh sağlığı merkezinde olduğu zamanlarda kendisine zaman ayırabildiğini ifade etmiştir. Magliano ve ark. (2000), ailenin hissettiği yükü hastanın işlevselliği arasında ilişki olduğunu belirtmiştir. Bununla birlikte toplum ruh sağlığı merkezlerindeki ruh sağlığı ekibinin aileye değer verdiği ve aileyi hastalıkla ilgili bilgilendirdiği görülmektedir.

Yapılan araştırmada, ebeveynlere sorulan “ne yapılabilir” sorusunun, ebeveynlerin ihtiyaçlarının ve sorunlarının kendi algılamaları doğrultusunda somut olarak görünür kılınması anlamında oldukça önemli olduğu görülmüştür. Bu anlamda ebeveynlerin temel sorun ve gereksinimlerinden birinin, şizofreni hastalığının toplum tarafından daha görünür olması, bilinmesi ve toplumun farkındalık kazanması olduğu görülmüştür. Bu anlamda ebeveynler medyanın oldukça önemli bir araç olduğunu ifade etmiştir. Ebeveynler medyada, ruh sağlığı profesyonellerinin ruhsal hastalıklarla ilgili toplumu bilgilendirici programlarda yer alması gerektiğini; ruh sağlığı uzmanlarının dışında kalan diğer meslek elemanlarına ve çalışanlara da ruhsal hastalıklar konusunda eğitimler verilmesi gerektiğini belirtmiştir. Bishop ve Greeff (2015), toplum desteğinin ve bir destek grubunun parçası olmanın ebeveynler üzerinde olumlu etkiye sahip olduğunu ifade etmiştir. Bunun yanı sıra ebeveynler,

ruhsal hastalıklarla ilgili bilgilerin, hastanın ve ailenin ihtiyaç ve sorunlarının eğitim müfredatı içinde yer almasının önemine de dikkat çekmiştir. Ruh sağlığı alanında hastaya ve aileye yönelik politik düzeyde düzenlemelerin yapılması gerektiği ve ailelerin tedavi sürecinin merkezinde yer alması gerektiğine ilişkin de çalışmaların yapılması gerektiği bazı ebeveynler tarafından ifade edilmiştir. Ebeveynlerin gereksinimlerinden bir diğeri, hastanın özel ve kamusal alanda istihdamının artırılmasına yönelik politik düzenlemelerin yapılmasıdır. Son olarak ebeveynlerin kendisine ayıracağı nitelikli zamanın artmasına yönelik ruhsal hastalığı olan kişiler için geçici yatılı kurumlarının ve ölümlerinden sonra hastaya sürekli bakım verebilecek kurumların olması ebeveynlerin ihtiyaçları arasında yer almaktadır.

Ebeveynlerin Bilişsel Boyutta Yaşantıları

Ruhsal hastalıkların ortaya çıkışı, ailede bir kriz durumu yaratmaktadır. Kriz, bireyin alışlagelmiş durumunun dışında, yoğun, ani, hızlı bir değişim ya da beklenmeyen olayla karşılaşması anlamına gelmektedir. Başetme ise stresli bir durumu yönetebilmek için bireyin problem çözme çabaları olarak tanımlanmaktadır (Szmukler ve ark., 1996; Rungreangkulkij, 2000). Araştırmada ebeveynlerin, yaşadığı güçlüklerle başetmek için duygusal ve problem odaklı başetme stratejilerinden yararlandığı görülmektedir. Bu başetme stratejilerinden birincisi problem odaklı baş etme stratejileridir. Araştırmaya katılan ebeveynlerin kullandığı problem odaklı başetme stratejileri arasında, şizofreni hastalığı hakkında araştırma ve inceleme yapmak, hastalığın semptomlarını araştırmak ve hastaya nasıl davranılacağını öğrenmek, ruh sağlığı alanındaki hizmetlerle ilgili bilgi sahibi olmak, ruh sağlığı alanında çalışmalar yapan sivil toplum kuruluşları, dernek ve diğer örgütlenmeleri araştırmak, ruhsal hastalıklarla ilgili okumalar yapmak, nitelikli radyo-televizyon programları izlemek, panel veya konferanslara katılmak yer almaktadır. Tüm bu eylemler ebeveynlerin güçlenme sürecini olumlu yönde etkilemektedir. Bishop ve Greef (2015) tarafından yapılan nitel çalışmada, problem odaklı başetme stratejilerinin aile üyelerini güçlendirdiği görülmektedir: “Kütüphaneden kitaplar okumaya başladım. Bu kitaplar hastalık hakkındaki anlayışımı ve bilgi temelimi şekillendirmeme yardımcı oldu”. Yılmaz (2011)’ın

yaptığı çalışmada ise katılımcıların bakım verme ile ilgili kitaplardan, broşürlerden, konferanslardan, sağlık profesyonellerinden, destek gruplarından ve internet kaynaklarından bilgi sağladığı belirlenmiştir.

Hastalık teşhisinin konulmasıyla başlayan süreçte, ebeveynler şok, inkar ve çaresizlik gibi duygularla karşı karşıya kalmıştır. Bu gibi olumsuz duyguların uzun süre ebeveynlerde devam etmesi, çoğu ebeveynin hastalık hakkında bilgi sahibi olmak için araştırma yapmasını, ruh sağlığı uzmanlarıyla yoğun bir şekilde iletişime geçmesini ve ruh sağlığı alanında Türkiye’de var olan politika ve yasal düzenlemeler hakkında bilgi sahibi olmasını engellemiştir. Vandiver (1995), hastalık sürecinin başlangıcında aile üyelerinin kendisini güçsüz hissettiğini; ilerleyen zamanlarda ise farklı başetme stratejileri geliştirebildiğini belirtmiştir. Bununla birlikte ilerleyen süreçlerde ebeveynlerden bazıları, şizofreni hastalığı hakkında detaylı bilgi sahibi olmak için, okumalar yapmış, ruh sağlığı uzmanlarından bilgi edinmiş, medyada yer alan programları izlemiş, konuyla ilgili sivil toplum örgütleri, dernek veya kuruluşları araştırmış ve ruhsal hastalıklarla ilgili yasal düzenlemeleri incelemiştir. Ebeveynlerin bu çabaları, hastalık ve süreçle ilgili bilgi ve farkındalığını artırarak, yaşamı üzerindeki kontrol duygusunun artmasına ve kendisini tedavi sürecinin merkezinde hissetmesine neden olmuştur. Ancak birçok ebeveyn sadece ruh sağlığı uzmanlarının verdiği bilgiyle yetinmiştir. Araştırmaya katılan ebeveynlerin, hem duygusal hem de problem odaklı başetme stratejilerine başvurduğu, ancak kadınların problem odaklı başetme stratejilerini erkeklere göre daha fazla kullandığı görülmüştür.

Araştırmaya katılan bazı ebeveynlerin, kendisiyle benzer süreci yaşayan ebeveynlerle iletişime geçmek için çaba gösterdiği görülmüştür. Bunun nedeni ebeveynlerin kendi durumunu ancak süreci kendisi gibi yaşayan birinin anlayacak olması düşüncesidir. Bundan dolayı bazı ebeveynlerin, dernek ve kuruluşlarla iletişime geçmek için eylemlerde bulunduğu tespit edilmiştir. Gibson (1995), araştırmaya katılan bakım veren annelerin hastalık sürecinde destek sağladığı kaynaklardan birinin, kendisiyle benzer durumu yaşayan anneler olduğunu belirtmiştir.

Ebeveynler, hastalık teşhisi konulduktan sonraki süreçte, çocuğuna nitelikli hizmet verebilecek kurum ve kuruluşları araştırmaya başlamıştır. Ebeveynlerden bazıları bu süreçte kendisine ve çocuğuna değer verildiğini hissedeceği kurum ve kuruluşlar araştırmıştır.

Şizofreni hastası bireyin istihdamı da ebeveynler için önemli bir konudur. Hastanın gelir getiren bir işte çalışması hem toplumla bütünleşmesini hem de ebeveynin kendisine zaman ayırmasını sağlamaktadır. Bununla birlikte aileye ekonomik yönden de destek sağlamasına olanak vermektedir. Bundan dolayı ebeveynler, çocuğu için iş imkanları bulmaya çalışmış ve çocuğunun kamuda işe girebilmesi için eKPSS sınavının koşullarını araştırmıştır. Ancak araştırmaya katılan ebeveynlerin çoğu, ruhsal hastalığı olan bireyler için Türkiye’de özel ve kamusal alanda iş imkanlarının sınırlı olduğunu ve bu durumun hem hasta hem de aile için sorun teşkil ettiğini belirtmiştir. Ebeveynler istihdam olanaklarının yanı sıra, ruhsal hastalığı olan bireylerin toplumla bütünleşebilmesi için bu kişilere yönelik sosyal, eğitsel ve rehabilite edici hizmetlerin varlığını araştırmış, bu konuyla ilgili politika ve hizmetlerin yetersiz olduğunu ifade etmiştir.

Şizofreni hastası bireyle birlikte yaşamak birçok yönden ebeveynin güçsüzleşmesine neden olmaktadır. Hastayla neredeyse zamanının büyük bir bölümünü geçiren annelerin çoğu, fiziksel ve psikolojik olarak kendisini güçsüz hissetmektedir. Yapılan bir araştırmada, ailede ruhsal hastalığı olan bireyin varlığının, aile üyelerinin yaşam kalitesinde azalmaya, fiziksel hastalıklara, depresyon ve anksiyete bozukluklarına neden olabileceği belirtilmektedir (Caqueo-Urizar ve ark., 2009). Araştırmaya katılan bazı ebeveynler kendisine özgü geliştirdiği başetme stratejilerini kullanırken, çok azı profesyonel bir destek almayı tercih etmiştir. Araştırmanın bulgularına göre annelerin babalara göre daha fazla profesyonel destek aldığı görülmüştür. Bununla birlikte anneler eşlerinin de profesyonel destek almaya ihtiyacı olduğunu ancak böyle bir girişimde bulunmadığını ifade etmiştir. Araştırmacı tarafından babalarla yapılan görüşmeler sonucunda, araştırmacı babaların profesyonel destek ihtiyacını gözlemlemiş, hatta bazı babalar tarafından bu ihtiyaç araştırmacıya iletilmiştir. Buna rağmen babaların

destek almayı reddetmesi, toplumsal cinsiyet bakış açısıyla açıklanabilir. Toplumun erkeklerle ve erkeklikle özdeşleştirdiği “güç” kavramı, erkeğin her durumla mücadele edebileceği düşüncesini erkeğe yöneltmektedir. Bu durumda erkeğin profesyonel bir destek alması, erkek tarafından güçsüzlük olarak algılanabilmektedir.

Araştırmaya katılan ebeveynlerin çoğunluğunun hem problem odaklı hem de duygusal odaklı başetme stratejilerinin her ikisini de kullandığı görülmüştür. Bununla birlikte ebeveynlerin, daha çok duygusal odaklı başetme stratejilerine başvurduğu tespit edilmiştir. Ebeveynlerin aile içi ilişkilerinin, sosyal destek sistemlerinin, olaylara olan bakış açısının, sosyo-ekonomik düzeyinin, karşılaştığı güçlüklerin ve inanış biçimlerinin duygusal odaklı başetme stratejilerini şekillendirdiği görülmüştür. Ebeveynler her ne kadar benzer durumlar ve güçlükler yaşasa da, geliştirdiği başetme stratejilerinin kendine özgü olduğu tespit edilmiştir. Bunun nedeni ise her insanın kendine özgü ve farklı olmasıdır.

Sosyal destek sistemi, insanlar için önemli bir baş etme mekanizmasıdır. Bununla birlikte araştırmaya katılan ebeveynlerin büyük bir bölümünün akraba ve arkadaş çevresiyle ilişkilerinin eskisine göre bozulduğu görülmektedir. Ebeveynlerin, hastalık sürecinde akraba ve arkadaş çevresinden beklediği desteği görememesi, sosyal çevresinin geri çekilmesi, hastadan rahatsızlık duyması, hasta ve ailesine karşı duyarsız olması gibi nedenlerden dolayı birçok ebeveyn için sosyal destek sistemi önemli bir başetme aracı olmaktan uzaktır. Bununla birlikte akraba ve arkadaş ilişkileri kuvvetli olan ebeveynler için sosyal destek sisteminin önemli bir başetme mekanizması olduğu görülmüştür.

Bir diğer duygusal odaklı başetme yöntemi ebeveynlerin dini inanışıdır. Araştırmaya katılan ebeveynlerin çoğu için dini inanış ve ritüeller, önemli bir başetme aracıdır. Hastalığın Allah’tan geldiğine olan inanışın ve hastalığa yönelik “nedensel atıfların”, ebeveynlerin güçlenme sürecini olumlu yönde etkilediği görülmüştür. Bazı ebeveynlerin hastalığı bir imtihan olarak gördüğü, bazılarının ise kaderci bakış açısıyla hastalığı değerlendirdiği görülmüştür. Ebeveynlerin bu düşüncelerinin ve bakış açısının, aynı zamanda hastalığı kabullenmesini

kolaylaştırdığı ve sürece kolay uyum sağlamasına yardımcı olduğu saptanmıştır. Gibson (1995), bireyin inanç sisteminin, karşılaştığı güçlüklerle başetmede oldukça etkili olduğunu ve Tanrı ya da ulu bir güce olan inancının güçlenme sürecini de olumlu etkilediğini belirtmiştir.

Ölüm duygusu her ne kadar bazı insanlarda belirsizlik ve korku hissi uyandırır da bazı ebeveynler için ölüm düşüncesinin ve yaşamın bir gün biteceği beklentisinin önemli bir başetme aracı olduğu görülmüştür.

Araştırmaya katılan çoğu ebeveynin, kendi durumundan daha kötü durumda olan kişileri ve yaşamları görüp, kendi haline şükrettiği ve bundan duygusal doyum sağladığı görülmüştür.

Ebeveynlerin keyif aldığı ve kendini iyi hissettiren aktiviteleri yapmasının ve kendisine zaman ayırmasının önemli bir başetme aracı olduğu görülmüştür. Bunlar arasında yürüyüş yapmak, bahçeyle uğraşmak, mutfakta zaman geçirmek ve bulmaca çözmek gibi uğraşların ebeveynlerin güçlenme sürecine olumlu katkı sağladığı tespit edilmiştir.

Bazı ebeveynlerin bir başetme aracı olarak mizahı kullandığı görülmektedir. Bazı ebeveynler için mizah, ebeveynlerin karşılaştığı güçlüklerle başedebilmesinde önemli bir araç olarak görülmektedir. Bishop ve Greeff (2015) tarafından yapılan çalışmada da mizahın önemli bir başetme aracı olduğu görülmüştür.

Araştırmada ebeveynlerin kullandığı önemli bir başetme yolu da ebeveynlerin var olan durumu bastırma, yadsıma veya mantığa bürüne gibi savunma mekanizmalarını kullanarak, düşünsel eylemlerle yaşadığı güçlükleri hafifletmeye çalışmasıdır. Bu tarz başetme araçları her ne kadar geçici bir rahatlama hissi yaratsa da, ebeveynlerin bu yönteme sıklıkla başvurduğu görülmektedir. Bunun dışında ebeveynlerin öz yeterlilik duygusunun ve kendisine verdiği değerin, problem ve duygusal odaklı başetme stratejileri geliştirmesinde oldukça önemli olduğu

görülmüştür. Bireyin kişisel ve kişilerarası güç kaynaklarının farkında olması, yaşadığı güçlüklerle etkin bir şekilde başedebilmesine ve güçlenme sürecine olumlu katkılar sağlamaktadır. Bununla birlikte kişisel ve kişilerarası güç kaynaklarının farkında olmayan ebeveynlerin, alkol-madde kullanımında bulunduğu ve kronik ağlama davranışı sergilediği de görülmüştür.

Ebeveynlerin çoğunun, çocuğunun iyileşmesi için modern tıp yöntemlerine başvurduğu ancak bunun yanında “hacıya-hocaya” götürdüğü saptanmıştır. Ebeveynlerin bu davranışında, hastalık hakkındaki bilgi eksikliği, çaresizlik duygusu ve sosyal çevre baskısı gibi nedenlerin olduğu görülmüştür. Özellikle bazı ebeveynlerin hastalığa yönelik bilgi eksikliğinin, hastalığa “cinlerin” neden olduğunu düşünmesine yol açtığı görülmüştür. Nitekim yapılan bir çalışmada, bazı ebeveynlerin hastalığa “cinlerin” neden olduğunu düşündüğü ve bu yüzden hastayı “hacıya-hocaya” götürdüğü görülmüştür (Kulhara ve ark., 2000; akt. Demir, 2013). Özbaş ve ark. (2008)’nın 138 hasta yakını ile yaptığı çalışmasının sonuçlarında ise hasta yakınlarının hastayı “hacıya-hocaya” götürme gibi geleneksel yöntemlerden ziyade modern tedavi yöntemlerine başvurduğu görülmüştür.

Ebeveynlerin Duyuşsal Boyutta Yaşantıları

Duyuşsal boyut ebeveynlerin duygusal ve psikolojik sürecini kapsamaktadır. Ebeveynlerin etkileşim içinde olduğu sistemler ve alt sistemler, kişilik özellikleri ve yaşam olayları duyuşsal alanını etkilemektedir. Hastalık belirtileri ile başlayan süreçten sonra ebeveynlerin yoğun duygu geçişleri yaşadığı, kimi zaman bu olumsuz duygularla başetmekte güçlük çektiği ve güçsüzleştiği; kimi zamansa kendisine özgü başetme yöntemleri geliştirerek yaşadığı güçlüklerin üstesinden geldiği görülmüştür. Rose (1996), ruhsal hastalığı olan bireye bakım veren ailelerin birçoğunun sıkıntı ve stres yaşadığını belirtmiştir. Bakım veren bireylerin iyilik hali üzerinde yapılan çoğu çalışmada, bir stres kaynağı olarak yük kavramı açıklanmıştır (Winefield ve Harvey, 1993; Hobbs, 1997). Bu süreçte aileler tüm sıkıntılarını çoğunlukla yalnız yaşamaktadır; çünkü birçok kimse onların süreç içinde ne hissettiğini bilememektedir (Karp, 2001).

Çocuğuna hastalık teşhisi konulmadan önce çoğu ebeveynin, çocuğunun davranışlarındaki farklılığı gözlemlediği ve yolunda gitmeyen bir şeyler olduğunu fark ettiği görülmektedir. Ancak neredeyse hiçbir ebeveynin aklına, çocuğunda ruhsal bir hastalık olabileceği ihtimali gelmemiştir. Ebeveynlerin birçoğunun, çocuğundaki hastalık belirtilerinin şiddetlenmesi sonucu çocuğunu hekime götürdüğü görülmektedir. Ebeveynler çocuğundaki değişimleri fark ettiğini ancak son ana kadar çocuğunu uzmana götürmediğini, bundan dolayı da pişmanlık ve suçluluk duygusu yaşadığını ifade etmiştir. Gibson (1995)'un 12 anneye yaptığı nitel çalışmada, hastalık teşhisi konulmadan önce annelerin çocuğuyla ilgili yanlış giden bir şeyler olduğunu fark ettiği ancak bunu hastalıkla ilişkilendirmediği görülmüştür. Bazı ebeveynlerin çocuğundaki değişimleri, ergenlik döneminin özellikleriyle, aile içindeki çatışmalarla, çocuğunun mizacıyla veya arkadaş ortamının kötü olmasıyla ilişkilendirdiği görülmüştür. Bununla birlikte ebeveynlerin, çocuğundaki iştahsızlık, şüphecilik, saldırganlık ve içine kapanıklık gibi durumların geçici olduğunu düşündüğü belirlenmiştir. Gülseren (2002), bazı durumlarda hastalığın semptomları aileye zarar verecek seviyeye gelene kadar hastanın psikiyatrik yardım almasının beklendiğini ve bundan dolayı ailelerin suçluluk, yetersizlik duygusu yaşadığını ifade etmiştir.

Bazı ebeveynlerin hastalık belirtileri şiddetlenene kadar çocuğunu bir ruh sağlığı uzmanına götürmediği görülmektedir. Bu durumun nedenlerinden biri, ebeveynlerin ruhsal hastalıkları zeka ile bağdaştırması ve çocuğunun zeki olduğunu düşündüğünden dolayı ruhsal bir hastalığı olabileceği ihtimalini düşünmemesidir. Araştırmaya katılan az sayıda ebeveynin ise çocuğunun ileri derecede zeki olmasının hastalığa yol açtığını düşündüğü görülmüştür. Kulhara (2000) tarafından yapılan çalışmada, bazı ebeveynlerin zekayla ruhsal hastalığı ilişkilendirdiği görülmüştür (akt. Demir, 2013).

Çocuğuna şizofreni teşhisi konulan ebeveynler, ilk aşamada şok yaşadığını ifade etmiştir. Bazı ebeveynlerin hastalığı kabullenmediği ve inkar ettiği; bazı ebeveynlerin ise yaşadığı duygu karmaşasından sonra hastalıkla ilgili bilgi sahibi olmak için çaba harcadığı ve tedavi sürecinde aktif rol aldığı görülmektedir. Gibson

(1995)'un kronik hastalığı olan çocuğa bakım veren annelerle yaptığı çalışmada, hastalık teşhisinden sonra annelerin şok duygusu yaşadığı, bu durumu inkar ettiği ve konulan teşhise inanmadığı görülmüştür. Bu süreçten sonra annelerin büyük bir belirsizlik duygusu yaşadığı ve sonrasında hastalığı kabullenip bilgi edinme arayışına girdiği saptanmıştır. Caqueo-Urizar ve ark. (2017), hastalığın teşhisinden sonra ailelerin oldukça olumsuz duygular yaşadığını belirtmiştir. Nyström ve Svensson (2004) ise hastalık teşhisinden sonra ailelerin bir kriz durumu yaşadığını ve daha sonra tekrar yeni hayatına uyum sağlama yoluna girdiğini belirtmiştir.

Ebeveynlerin çoğunun şizofreni hastalığı hakkında bilgi sahibi olmadığı, bundan dolayı ilk başlarda hastanın ilaç tedavisiyle tamamen iyileşeceğine inandığı; hastalık hakkında bilgi edindikten sonra da büyük bir hayal kırıklığına uğradığı belirlenmiştir. Bununla birlikte şizofreni hastalığının nasıl bir hastalık olduğunu öğrendikten sonra ebeveynler, belirsizlik duygusu yaşamış ve bu hastalıkla bir ömür nasıl yaşayacağını düşünmüştür.

Hastalık teşhisinden sonra bazı ebeveynlerin hastalığı uzun bir süre kabullenmediği ve reddettiği görülmüştür. Her ne kadar hem annelerde hem de babalarda bu durum görülmüş olsa da, özellikle bazı babaların, teşhis alan çocuğu erkeğe hastalığı kabul etmediği görülmektedir. Daha önceki bölümlerde de ifade edildiği gibi bu durumun nedenlerinden birinin, bireyi “güçsüz kılan” bir hastalığın erkeklerde ortaya çıkamayacağı algısı olduğu düşünülebilir. Dolayısıyla çocuğuna şizofreni teşhisi konulan bir baba, bu durumu başarısızlık duygusuyla ilişkilendirebilmektedir. Wancata ve ark. (2008), babalar için çocuğunun şizofreni hastası olmasının “gurur kırıcı” bir durum olduğunu ve babaların bu durumu kabullenmekte güçlük yaşadığını belirtmiştir.

Hastalık teşhisinin konulmasının bazı durumlarda uzun zaman almasının, ebeveynlerde çaresizlik, endişe ve belirsizlik duygusunun artmasına neden olduğu belirlenmiştir. Gibson (1995) da yaptığı araştırma sonucunda, hastalık teşhisinin uzun zaman almasının ve doktorların farklı hastalık teşhisiyle ilgili farklı söylemlerinin ebeveynde güvensizlik duygusu yarattığını saptamıştır.

Araştırmaya katılan bazı ebeveynler, hastalık teşhisi konulduktan sonra rahatladığını, çünkü artık ne ile uğraşması gerektiğini bildiğini belirtmiştir.

Ebeveynlerin büyük çoğunluğunun, çocuğuna yönelik hayallerinin ve beklentilerinin olduğu, hastalık teşhisini öğrendiği anda yoğun bir duygu karmaşası ve olumsuz duygular yaşadığı belirlenmiştir. Bazı ebeveynlerin, şizofreni hastalığının neredeyse ölümle eş değer olduğunu düşündüğü görülmüştür. Arslantaş ve ark. (2009), ruhsal hastalığı olan bireylerin ailelerinde sıklıkla şaşkınlık, endişe, korku, hayal kırıklığı, suçluluk ve utanç duygularının yaşandığını ve bazı ailelerin içinde bulunduğu durumu yas süreciyle özdeşleştirdiğini belirtmiştir.

Ebeveynlerin hastalığı kabullenme sürecinin uzun zaman almasının, hastalık sürecine aktif katılımını olumsuz yönde etkilediği görülmüştür. Ebeveynlerin tedavi sürecine aktif katılımının, kontrol ve öz yeterlik duygusunu artırdığı, dolayısıyla güçlenme sürecine olumlu katkı sağladığı görülmüştür. Doğan ve ark. (2002), ailenin tedavi sürecine aktif bir şekilde katılımının oldukça önemli olduğunu belirtmiştir.

Ebeveynlerin çocuğundan beklentilerinin, hastalığı kabullenme sürecini olumsuz etkilediği görülmüştür. Bununla birlikte ebeveynlerden birinin hastalığı kabullenip diğerinin kabullenmemesinin, eş açısından olumsuz durumlara yol açtığı belirlenmiştir. Bu durumun eş desteğini, rol paylaşımını ve duygu paylaşımını azalttığı; hastanın tüm sorumluluğunu ebeveynlerden birinin almasına neden olduğu görülmüştür. Bu durumda hastanın tüm sorumluluğunu üstlenen ebeveynin genellikle anne olduğu görülmüştür. Dolayısıyla özellikle annelerin tükenmişlik ve çaresizlik duygularını yoğun olarak yaşadığı belirlenmiştir. Gibson (1995), annelerin gelir getiren bir işte çalışsa bile hastanın neredeyse tüm sorumluluğunu aldığını, dolayısıyla daha yoğun hayal kırıklığı ve engellenme duygusu yaşadığını belirtmiştir.

Hastalık teşhisinden sonra ebeveynlerin, hastalığın ortaya çıkmasıyla ilgili olarak, kendisini ve çocuğunu sorguladığı görülmektedir. Ayrıca ebeveynler hastalığı kabullenme sürecinin, hastalık sürecinden daha zor olduğu ifade etmiştir. Hastalığı kabullendikten sonra, ebeveynlerin sürece daha iyi uyum sağladığı görülmüştür.

Ebeveynlerin hastalık sürecine uyum sağlamasındaki diğer etkenlerin, hastalık hakkında bilgi sahibi olma durumu, hastanın mizacı, aile ilişkileri, ailenin sosyo-ekonomik düzeyi, ebeveynlerin mizacı ve kişilik özellikleri, ebeveynin çocuğuna yüklediği anlam, eşler arasındaki rol paylaşımı, ailenin sosyal destek sistemleri, hastanın gelir getiren bir işte çalışıp çalışmama durumu, ebeveynlerin sağlık profesyonelleriyle ilişkisi; yani ebeveynlerin kişisel ve kişilerarası güç unsurları olduğu görülmüştür. Bishop ve Greeff (2015), hastanın ilaca uyumunun, bağımsız ve sorumluluk sahibi olmasının, aktivitelerinin, toplum içinde yer almasının, olumlu tutum ve davranışlara sahip olmasının aile üzerinde olumlu etki yarattığını ifade etmiştir.

Ebeveynlerin hastalık teşhisinden sonra hasta olan çocuğuyla, çocuğunun akranları arasında karşılaştırma yaptığı görülmüştür. Bu durumun ebeveynlerdeki hayal kırıklığı, üzüntü, çaresizlik gibi olumsuz duyguları arttırdığı belirlenmiştir.

Bazı ebeveynlerin uzun bir süre hastalığı kabullenmediği ancak daha sonraki süreçte hastalığa karşı direnmenin kendisine ve çocuğuna zarar verdiğini fark ettiği görülmüştür. Ebeveynlerden bazılarının çocuğunun şizofreni hastalığını hak etmediğini düşünmesinin, duyuşsal alanda çatışmalar yaşamasına ve tam olarak hastalık sürecinin merkezinde yer alamamasına neden olduğu belirlenmiştir.

Ebeveynlerden bazılarının, hastalığın alevlenme dönemi dışındaki, çocuğunun normal yaşam seyrine devam ettiği zamanlarda, hastalığı kabullenme ve kabullenmeme arasında gitgeller yaşadığı görülmüştür. Bu durumun, ebeveynin duygusal açıdan güçlükler yaşamasına neden olduğu belirlenmiştir.

Şizofreni hastalığının, bireyin ilerleyen yaş dönemlerinde ortaya çıkmasının, ebeveynin hastalığı kabullenme sürecini olumsuz yönde etkilediği görülmüştür. Ebeveynlerin hastalığı kabullenme sürecinde yaşadığı olumsuz durumların, güçlenme sürecini de olumsuz yönde etkilediği belirlenmiştir.

Araştırmaya katılan ebeveynlerin, hastalık teşhisiyle başlayan süreç ve sonrası süreçlerde, öfke, acıma, kontrol ve öz yeterlilik duygusunda azalma, öz saygıda düşüş, duyarsızlaşma, saldırganlık, şüphe, yalnızlık, çaresizlik, yetersizlik, tükenmişlik, güvensizlik, baskı, pişmanlık, korku, endişe, başarısızlık, utanç ve belirsizlik gibi duygular yaşadığı belirlenmiştir. Bununla birlikte hastalık sürecinin ilerleyen zamanlarında bazı ebeveynlerin yoğun olarak yaşadığı olumsuz duyguların azaldığı veya olumsuz duygulara karşı duyarsızlaştığı görülmüştür. Hastalık süreciyle iyi bir şekilde başetmeye çalışan ebeveynlerin ise bu süreçte kişisel ve kişilerarası güçlerini fark ettiği ve olumsuz duygularının yerini olumlu duygularının aldığı belirlenmiştir. Özlü ve ark. (2015) da hastalığın ilerleyen süreçlerinde, hastaya bakım veren kişilerin bakım verme tecrübesinin arttığını, stresle daha iyi başedebildiğini ve güçlendiğini belirtmiştir.

Birçok ebeveynin hastalık teşhisi konulmadan önce ve konulduktan sonra, hastalık hakkında bilgi sahibi olmadığı veya çok az bilgi sahibi olduğu görülmüştür. Bu durumun ebeveynin hastalık sürecine hazırlıksız başlamasına, bu süreçte belirsizlik ve çaresizlik yaşamasına neden olduğu belirlenmiştir.

Hastalığın ilerleyen süreçlerinde, ebeveynlerin çocuğunu tek başına bırakmak istemediği, ancak çocuğuyla bir yere gittiği takdirde sosyal çevrenin olumsuz tutum ve davranışlarıyla karşı karşıya kaldığı belirlenmiştir. Ganguly ve ark. (2010), Hindistan’da yaptığı araştırmada şizofreni hastalığının tüm aile üyelerinin hayatını etkilediği saptanmıştır. Ganguly ve ark. (2010)’nın araştırmasına katılan bir bakım veren yaşadığı durumu şu şekilde ifade etmiştir: “biz evde daima bir kişiyi bulundurmak zorundayız. Aksi takdirde o, evde tek kalırsa tüm gün onun için endişeleniriz.” Yapılan araştırmada da bu durumun ebeveynlerin izole olmasına, yalnızlaşmasına, utanç ve kızgınlık duygusu yaşamasına neden olduğu görülmüştür. Çoğu ebeveynin, özellikle hastalık teşhisinin konulduğu ilk zamanlarda, utanç duygusunu yoğun bir şekilde yaşadığı görülmekle birlikte, sonraki süreçlerde bu duygunun azaldığı belirlenmiştir. Bununla birlikte süreç ilerledikçe bazı ebeveynlerdeki belirsizlik, tükenmişlik ve çaresizlik duygusunda artış görüldüğü saptanmıştır. Çoğu ebeveyn, yaşamdan tat almadığını ifade etmiştir.

Hastalığın semptomlarının, ebeveynlerde korkuya neden olduğu ve bu durumun ebeveynlerin yaşam seyrini etkilediği belirlenmiştir. Ebeveynlerin, hastanın kendisine veya aile üyelerine zarar verebileceği düşüncesiyle sürekli olarak hastayı kontrol ettiği ve evde bazı güvenlik önlemleri aldığı görülmüştür.

Özellikle hastanın düzenli ilaç kullandığı ve gündelik yaşamına sorunsuz bir şekilde devam ettiği zamanlarda, bazı ebeveynlerin hastalığın tamamen düzeleceğine inandığı görülmekle birlikte; hastalığın alevlenme döneminde, umut duygusunu yitirdiği gözlemlenmiştir. Bazı zamanlarda ebeveynlerin çocuğuna duygusal olarak ulaşamama hissinin, var olan durumla baş etmesini güçleştirdiği ve bu duygunun ebeveynlerde öfke, kızgınlık ve hayal kırıklığını beraberinde getirdiği görülmüştür. Boss (2000), ailelerin hastalık sürecinde korku, belirsizlik, umut, acıma, hayal kırıklığı, sempati, sevgi, üzüntü, öfke ve keder gibi duyguları yoğun bir şekilde yaşadığını belirtmiştir.

Ebeveynlerin yoğun olarak yaşadığı duygular arasında pişmanlık ve suçluluk duygusunun olduğu görülmüştür. Ebeveynlerin, çocuğundaki hastalık belirtilerini fark edemediği veya geç fark ettiğinden dolayı suçluluk duygusu yaşadığı belirlenmiştir. Bununla birlikte bazı ebeveynlerin, yaşadığı aile içi çatışmalardan dolayı çocuğunun hasta olduğunu düşündüğü, bu düşüncenin de suçluluk duygusunu arttırdığı görülmüştür. Pejlert (2001), anne-babaların bu süreçte ebeveyn olmanın gerektirdiği sorumlulukları yerine getiremediğini veya bu konuda başarısız olduğunu düşündüğünü, bu durumun ise ebeveynlerde suçluluk duygusuna neden olduğunu belirtmiştir. Araştırmada, ebeveynlerdeki suçluluk ve pişmanlık duygusunun, ebeveynin kendisine biraz zaman ayırsa bile buna hakkının olmadığını düşünmesine, hastanın her dediğini yapmasına, hastaya bağımlı yaşamasına, yetersizlik duygusuna ve hastanın kişisel alanına müdahale etmesine neden olduğu belirlenmiştir. Hastaya karşı gelişen bağımlılık duygusunun babalara göre annelerde daha fazla olduğu görülmüştür. Sales (2002), uzun süreli bakım vermenin, hasta ile bakım veren arasındaki bağımlılığın gelişmesine neden olduğunu belirtmiştir.

Araştırmaya katılan ebeveynlerin neredeyse tamamının birçok olumsuz duyguyla mücadele ettiği görülmekle birlikte, bazı ebeveynlerin hastalık sürecinde kendisiyle ilgili olumlu duygularında artış olduğu görülmüştür. Bu durumun ebeveynlerin kişisel ve kişilerarası güç kaynaklarıyla ilişkili olduğu belirlenmiştir. Nyström ve Svensson (2004)'un çalışmasında araştırmaya katılan bazı babalar, hastalık sürecinin oldukça zorlu olduğunu, bununla birlikte bu sürecin kendisinde olumlu değişimleri de beraberinde getirdiğini ifade etmiştir. Ayrıca bu bireyler, hastalığın ilk zamanlarının son derece zor olduğunu ancak zaman geçtikçe ve deneyim kazandıkça kendisinin de güçlendiğini belirtmiş ve duygularını şu şekilde dile getirmiştir: “İlk başta korkunçtu. Durumla asla başedemeyeceğimi düşündüm. Fakat sanırım şimdi güçlüyüm...”.

Ebeveynlerin Tinsel Boyutta Yaşantıları

Çocuğunda şizofreni gibi ruhsal bir hastalığın ortaya çıkması, ebeveynlerin oldukça olumsuz duygular yaşamasına neden olmuştur. Ebeveynlerdeki olumsuz duyguların, kişisel, kişilerarası ve politik güç kaynaklarıyla ilişkili olduğu görülmüştür. Ebeveynler kimi zaman karşılaştığı güçlüklerle başetmekte zorlanmış, kimi zaman kendi başetme stratejilerini oluşturmuştur.

Araştırmaya katılan ebeveynlerin, hastalık teşhisinden sonra geçmiş yaşantısı, kendisi, çocuğu, yaşamı ve hastalık hakkında birtakım sorgulamalarda bulunduğu görülmüştür. Ebeveynlerin tinsel alanında, herhangi bir “şeye” olan bağlılığının, o “şeye” atfettiği değerin ve anlamın, süreç ne kadar zor olursa olsun, karşılaştığı güçlüklerle başedebilme becerisinin artmasına katkı sağladığı belirlenmiştir. Ebeveynlerin, herhangi bir “şeye” olan bağlılığının ve o “şeye” atfettiği değerin, içinde bulunduğu durumu, yaşamı ve hastalığı anlamlandırma çabasının, çoğunlukla kişisel güç unsurlarını harekete geçirdiği görülmüştür. Dolayısıyla ebeveynlerin inanç sistemlerinin, yaptığı dini ritüellerin, ne olursa olsun kendi yaşamına ilişkin “anlam arayışının”, güçlenme sürecine olumlu katkılar sağladığı belirlenmiştir.

Ebeveynlerin, hastalık teşhisinden sonra kendilerince birtakım sorgulamalarda bulunduğu görülmüştür. Çoğu ebeveynin, hastalığı bir imtihan olarak gördüğü belirlenmiştir. Aynı zamanda bazı ebeveynlerin, hastalık sürecinin kendisine öğreteceği bazı şeyler olduğunu düşünerek, hastalık süreciyle başetmeye çalıştığı görülmektedir. Addington ve ark. (2005), hastaya bakım veren bireylerle ilgili en önemli konulardan birinin bakım verenlerin bilişsel değerlendirme süreçleri olduğunu; yani bakım verenlerin hastalığı nasıl yorumladığının ve anlamlandırdığının oldukça önemli olduğunu belirtmiştir.

Araştırmaya katılan ebeveynlerin büyük çoğunluğunun, Tanrı inancıyla ilişkili olarak Tanrı'dan gelen her şeyin bir sebebi olduğuna inandığı ve her ne kadar olumsuz bir durumun içinde olsa da sonunda mükafatlandırılacağını düşündüğü görülmüştür. Dolayısıyla ebeveynlerin inanç sisteminin, ebeveynleri güçlendirdiği belirlenmiştir. Jonker ve Greeff (2009), tinsellik ve dinin ailelerin yaşadığı güçlüklerle başetmesinde oldukça önemli kaynaklar olduğunu ifade etmiştir.

Bazı ebeveynler, hastalıktan ders çıkarılması gereken durumların olduğunu ve hiçbir şeyin nedensiz bir şekilde insanın başına gelmeyeceğini düşünmektedir. Bazı ebeveynlerin hastalık sürecinden önce çoğu şeyi sorgulamadığı, hastalık sürecinden sonra ise birtakım olayları neden yaşadığını sorguladığı görülmüştür. Ebeveynlerden bazılarının, yaptığı bir yanlıştan dolayı Tanrı tarafından cezalandırıldığı düşüncesinde olduğu belirlenmiştir. Bu ebeveynlerin, hastalıkla ilgili yaptığı sorgulamalar sonucunda yaşamında birtakım düzenlemeler ve değişiklikler yaptığı görülmüştür. Kişinin bu çabalarının, güçlenme sürecine önemli katkılar sağladığı görülmektedir.

Araştırmaya katılan ebeveynlerin yarısından fazlasının, kader inancına sahip olduğu görülmüştür. Hastalık süreciyle birlikte çoğu ebeveynin kontrol duygusunda azalma olduğu belirlenmiştir. Ancak kader inancı, bazı olayların ebeveynlerin iradesi dışında olabileceği düşüncesini ve inancını beraberinde getirerek, kontrol kaybı hissini yaşamasını belli bir noktaya kadar engellemiştir. Dolayısıyla bu inancın ebeveynlerin hastalığa uyum sürecini kolaylaştırdığı görülmüştür.

Hastalığın teşhisiyle birlikte, ebeveynlerin “neden ben?” sorusunu sıklıkla kendisine yönelttiği görülmüştür. Ebeveynler bu sorunun cevabını bulabilmek için, geçmiş yaşamını, kendince yaptığı hataları, kişiliğini ve inancını sorgulamıştır. Bazı ebeveynler için bu sorgulama sürecinin uzun süre devam ettiği görülmüştür. Bu bağlamda bazılarının kendisini suçladığı görülürken, bazılarının Tanrı’ya olan “teslimiyet” duygusuyla hastalığı imtihan olarak değerlendirdiği ve bu şekilde anlamlandırdığı görülmüştür. Hastalığın Tanrı’dan geldiğini düşünen ve bunu kabullenen ebeveynlerde hastaya ve hastalığa yönelik utanç duygusunun da daha az olduğu görülmüştür. Demir (2013) tarafından yapılan araştırmada, hastalığın Tanrı tarafından verildiğine olan inancın, bakım verenlerin utanç duygusunun azalmasında etkili olduğu görülmüştür.

Ebeveynlerin bazılarının hastalığın nedenini sorgulamasının yanı sıra yaşamın anlamını, yaşamdaki amacının ne olduğunu, hastalık sürecinin kendisine neler kattığını veya kendisinden neler aldığını sorguladığı belirlenmiştir. Bu sorular kimi ebeveynin farkında olarak kimi ebeveynin ise farkında olmayarak, kendi yaşamı içinde “anlam bulma arayışını” ve çabasını da göstermektedir. Aynı zamanda bu varoluşsal sorgulamaların, ebeveynlerin kendi güçlerini veya güçsüzlüklerini fark etmesine de yardımcı olduğu görülmüştür. Gibson (1995), araştırmaya katılan annelerin, hastalık teşhisinden sonra içinde bulunduğu gerçekliği kabullendiğini, yaşamın anlamını yeniden sorguladığını ve böylece kişisel güçlerini fark etmeye başladığını belirtmiştir. Bir anne şunları söylemiştir: “Üzülmenin hiçbir şeyi değiştirmeyeceğini anladım.” Bishop ve Greeff (2015) ise tinselliğin aileler için oldukça önemli bir başetme yöntemi olduğunu vurgulamıştır.

Hastalık sürecinde ebeveynlerin Tanrı’ya olan veya değer verdiği herhangi bir “şeye” olan bağlılığının ve o şeye atfettiği değer, yaşama yeniden tutunmasına ve hastalık sürecine uyum sağlamasını kolaylaştırdığı görülmüştür. Bazı ebeveynlerin sevdiği insanlara olan bağlılığının ve onlara verdiği değer, kendisi için oldukça önemli olduğu belirlenmiştir.

Araştırmaya katılan bazı ebeveynlerin, yaşadığı zorlu süreçte hayallerinin gerçekleşmemiş olmasından dolayı oldukça büyük sıkıntılar yaşadığı görülmüştür. Dolayısıyla bu ebeveynlerin yaşamdan tat almadığı ve bir an önce yaşamının sonlanmasını istediği belirlenmiştir. Bununla birlikte her ne olursa olsun umut eden ve yaşamda birtakım mucizelerin olabileceğine inanan ebeveynlerin, hastalık sürecine daha kolay uyum sağladığı görülmüştür.

İçinde bulunduğu durumu, olumlu ve olumsuz her yönüyle kabul eden ve yaşamında bir amaç edinen ebeveynlerin, kontrol ve öz yeterlilik duygusunun arttığı belirlenmiştir.

Ebeveynlerin çoğunluğunun, hastalık sürecinden sonra inançlarıyla ilgili sorgulamalarda bulunduğu görülmüştür. Tanrı inancı veya değer atfedilen herhangi bir “şeye” olan inancın, ebeveynleri yaşama bağlayan önemli bir güç olduğu görülmüştür. Bununla birlikte bazı ebeveynlerin, hastalık teşhisinden sonra önceden yaptığı dini ritüelleri yapmayı bıraktığı ve Tanrı’ya isyan ettiği görülmektedir. Araştırmaya bazı ebeveynlerin ise hastalık sürecinden sonra, Tanrı’ya olan bağlılığının arttığı ve daha önceden yapmadığı dini ritüelleri yapmaya başladığı belirlenmiştir. Ebeveynlerin bir bölümünün, hastalık sürecinde kendisini, yaşamı ve inandığı şeyleri sorguladığı, bu sorgulamaların kendisine, yaşama ve hastalığa olan bakış açısını olumlu yönde etkilediği görülmüştür.

Araştırmada ortaya çıkan bir diğer önemli unsur, doğanın iyileştirici ve güçlendirici bir etkisinin olduğudur. Doğanın yüceliği ve ebeveynlerin doğaya olan bağlılığının güçlenme sürecini olumlu yönde etkilediği görülmüştür. Bu anlamda ebeveynler için Tanrı’ya bağlılık ve dini ritüelleri yerine getirmek oldukça önemli bir güç unsuru olmakla beraber, ebeveynlerin doğaya, kendince değer atfettiği herhangi bir şeye olan bağlılığının da ebeveynler için oldukça önemli olduğu belirlenmiştir. Bishop ve Greeff (2015) tarafından yapılan çalışmada, araştırmaya katılan bireylerin çoğunluğu hastalığa ve hastaya uyum sağlamada önemli bir unsur olarak tinselliği belirtmiştir.

Hastalık teşhisinden sonra, ebeveynler oldukça zorlu süreçlerden geçmektedir. Ebeveynlerin yaşadığı güçlüklerin etkisi ve görünürlüğü, ebeveynlerin güç kaynaklarına göre her bir birey için farklılıklar gösterebilmektedir. Ebeveynlerin kişisel ve kişilerarası güç kaynaklarının, kendisine, yaşama ve hastalığa olan bakış açısını etkilediği görülmektedir. Bu noktada ebeveynlerin kendisini güçlü ve güçsüz kılan unsurların farkında olmasının ve ebeveynler için “güç” ve “güçsüzlük” kavramlarının ne anlama geldiğinin belirlenmesinin oldukça önemli olduğu görülmüştür. Ebeveynlerin, zor zamanlarında kendisini iyi hissettiren unsurlar üzerine düşündüğü görülmektedir. Bununla birlikte ebeveynlerin çoğunluğu, bu konu üzerine daha önce hiç düşünmediğini ancak araştırmacının kendisine yönelttiği bu soruların kendisinde farkındalık oluşturduğunu belirtmiştir. Bazı ebeveynlerin, yaşamında önem atfettiği birtakım insani değerlerin ebeveynleri güçlü hissettirdiği; hastalık sürecinden karşılaştığı güçlüklerin ise kendisini güçsüzleştirdiği görülmüştür. Ebeveynlerin kendisini güçsüz hissettiren unsurlar karşısında, özellikle kişisel güçlerini fark etmesinin, güçlenme sürecinde ve hastalık süreciyle başedebilmede oldukça önemli olduğu belirlenmiştir. Bir kişiye, bir şeye veya ulu bir güce olan bağlılığın da ebeveynlerin güçlenme sürecini olumlu bir şekilde etkilediği görülmüştür. Pejlert (2001, s. 199), yaşamın olumlu yönlerine odaklanan ve çocuklarının daha iyi bir yaşam tarzına sahip olmaları için umut eden ebeveynlerin, hastalık sürecindeki zorluklarla daha kolay başedebileceğini belirtmiştir. Ayrıca tinsel bağlantının aileler için bir destek kaynağı olduğunu ifade etmiştir.

Ebeveynlerin “güç” ile ilgili tanımlamalarında, “sağlıklı olma”, “umut” ve “yaşamı sevme” gibi kavramların kullanıldığı görülmektedir. Bunun yanı sıra ebeveynlere sorulan “size göre güç hangi anlamı ifade ediyor” sorusuna, kadınların “kadın olmak” ve “güçlü olmak ben demek” gibi yanıtları verdiği görülmektedir.

Araştırmaya katılan ebeveynlerin çoğu için ötekileştirilmenin, ebeveynleri güçsüz hissettiren bir unsur olduğu belirlenmiştir. Ebeveynlerin güçlenme sürecine etki eden bir diğer unsurun da maddiyat olduğu görülmüştür. Bazı ebeveynler, hastane masraflarının ve aile içi giderlerin ekonomik açıdan kendisini zorladığını, ruhsal hastalığı olan bireylerin farklı şekillerde ve farklı aktivitelerle rehabilite

edilmesi gerektiğini ancak ekonomik durumun bunu engellediğini belirtmiştir. Karancı (1995), ruhsal hastalığı olan bireye bakım veren ailelerin duygusal problemlerinin oldukça fazla olduğunu bununla birlikte maddi sorunlarla da karşılaştığını belirtmiştir.

Ebeveynleri güçlü veya güçsüz kılan unsurların ebeveynlerin kendi anlatılarıyla ifadesinin, güçlenme sürecinde oldukça önemli olduğu görülmüştür. Her bireyde var olan güçlerin, bireyin kendisi tarafından fark edilmesi, bireyin “güç” kavramı üzerinde sorgulamalar yapması ve kendi güçlerinin farkına varması, bireyin içsel ve dışsal kaynaklarını harekete geçirebilmesi için bireyi teşvik edebilmektedir.

Anne-Baba Olmanın Ötesinde Kadın-Erkek Olarak Yaşantıların Değerlendirilmesi

Hastalık teşhisinden sonra, ebeveynlerin zorlu bir yaşam sürecine girdiği ve birtakım güçlüklerle karşılaştığı görülmektedir. Bununla birlikte ebeveynlerin toplumsal cinsiyet rolleri ve bakış açısından kaynaklanan sorunlar yaşadığı da görülmüştür. Araştırmada ebeveynlerin hastalıkla ve hastalık süreciyle ilgili algısının ve hastalık sürecini anlamlandırmasının cinsiyete göre farklılaştığı belirlenmiştir. Wancata ve ark. (2008)’nın şizofreni hastasına bakım veren 101 ebeveynle yaptığı çalışmada, annelerin babalara göre daha fazla problem yaşadığı belirlenmiştir. Yapılan bu çalışma, araştırmanın sonuçlarıyla benzerlik göstermektedir. Özellikle annelerin, hastalık sürecinde zamanının neredeyse tamamını hastayla geçirdiği ve bazı annelerin gelir getiren bir işte çalışırken işinden ayrıldığı görülmüştür. Bu durumun temel nedenlerinden birinin toplum tarafından anneye atfedilen “annelik rolleri” olduğu görülmektedir. Erkeklerin çoğunun gelir getiren bir işte çalıştığı, ev içinde çok fazla zaman geçirmediği, bakım sorumluluğunu eşiyle paylaşmadığı ve eşiyle duygusal, fiziksel paylaşımının çoğunlukla olmadığı görülmektedir. Bu durumun, böylesine zorlu bir süreçte kadının yalnız kalmasına, bakım sorumluluğunun, ev içi işlerin duygusal ve fiziksel yükünün neredeyse tamamını üstlenmesine neden olduğu belirlenmiştir. Yapılan bazı araştırmalarda, şizofreni hastasına bakım veren bireylerin birçok güçlükle karşılaştığı (Sefasi ve ark., 2008;

Wancata ve ark., 2008) ancak annelerin bakım rolünü daha fazla üstlenmiş olduğu (Wancata ve ark., 2008) görülmektedir.

Erkeğin ve kök ailesinin hastalığın nedeni olarak anneyi görmesinin ve suçlamasının da annenin suçluluk, pişmanlık ve çaresizlik duygusunu yaşamasına neden olduğu görülmüştür. Annenin çocuğunu fazla şımarttığı veya gelir getiren bir işte çalışıp çocuğuna zaman ayıramadığı gibi gerekçelerle suçlanması, annenin hastalıkla ilgili yanlış bilinçlenmesine neden olabilmektedir. Araştırmaya katılan bir annenin “ben sadece çalışan annelerin çocuklarının şizofreni hastası olduğunu sanırdım” cümlesi bu durumu açıklar niteliktedir.

Daha önce de ifade edildiği gibi, toplumsal cinsiyet bakışına göre hastalığın “güçsüzlük” durumu ile ilişkilendirilmesi, bazı babaların özellikle hasta olan çocuğu erkekse, hastalığı kabullenmemesine neden olduğu görülmüştür. Bu durumda hastalığı kabullenmeyen babanın, hastalığın semptomlarına inanmadığı ve çocuğunun tüm istenmeyen davranışlarını bilinçli bir şekilde yaptığını düşündüğü belirlenmiştir. Bu şekildeki tutum ve davranışların, kadının fiziksel ve duygusal yükünü arttırdığı ve kadını güçsüzleştirdiği görülmüştür. Bununla birlikte hastalığı kabullenmeyen erkeğin, eşinin aile üyelerine ve kendisine zaman ayırmadığını, eşiyle fiziksel ve duygusal paylaşımının oldukça sınırlı olduğunu düşündüğü ve bu durumun aile içi çatışmalara neden olduğu belirlenmiştir. Erkeğin hastalık ve tedavi sürecinin merkezinde olmaması, kadının yaşadığı güçlükleri görememesine ve kadının fiziksel, sosyal, duyuşsal, bilişsel ve tinsel alanlarda güçsüzleşmesine sebep olduğu görülmüştür. Bazı babaların emekli olduktan sonra ev içinde daha fazla zaman geçirdiği ve hastayla birlikte yürüyüş yapma, dışarı çıkma gibi fiziksel aktivitelerde bulunduğu görülmüştür.

Araştırmaya katılan babaların neredeyse yarısı, eve maddi olarak destek sağlamayı oldukça önemli olarak gördüğü, eşinin evde olduğunu bu yüzden de ev içi işlere ve hastanın bakımına ayıracakları oldukça fazla zamanının olduğunu düşündüğü görülmektedir. Bu durum kimi zaman kadının yerine getirdiği sorumlulukların erkek tarafından azımsanmasına neden olmaktadır. Kadının yaptığı işlerin ve aldığı

sorumlulukların zaman zaman erkek tarafından değersizleştirilmesi, eşler arasındaki desteği ve rol paylaşımını engellemektedir.

Toplum tarafından kadına atfedilen rollerin kimi zaman kadınlar tarafından benimsendiği ve içselleştirildiği görülmektedir. McWilliams ve ark. (2007), içselleştirilmiş cinsiyet rollerinin kadının davranışını etkilediğini belirtmiştir. Dolayısıyla bazı kadınlar, yaptığı işlerin ve aldığı sorumlulukların oldukça normal olduğunu ifade etmesine rağmen tüm bunların aslında kendisini güçsüzleştirdiğini ve tükenme noktasına getirdiğini göremeyebilmektedir. Kadınların hastalık sürecinin merkezinde olması, ev içi işlerin ve diğer aile üyelerinin sorumluluğunu üstlenmesi, kendisine özel zaman ayıramamasına ve kendine özel alanının daralmasına neden olmaktadır. Bazı kadınların, eşinden beklentisini ve yaşadığı güçlükleri eşiyle paylaşmaya çalıştığı ancak tüm bunların eşi tarafından görmezden gelindiği görülmüştür.

Şizofreni hastası bireyin cinsiyetinin, bazı ebeveynlerce önemli olduğu belirlenmiştir. Hastanın kadın olması, özellikle babaların daha kontrolcü olmasına neden olabilmektedir.

Araştırmanın dikkat çekici noktalarından biri de bazı babaların yaşadığı güçlükler karşısında duygularını açık bir şekilde yansıtamamasıdır. Bu durumun bazı babaların yaşadığı duyguları yadsımasına ve bastırmasına neden olduğu görülmüştür.

Ebeveynlerin Geleceğe Yönelik Düşünceleri

Ebeveynlerin geleceğe yönelik düşüncelerini belirleyen etmenler arasında, ebeveynlerin eşle ve çocukla/çocuklarla olan ilişkilerinin, sosyal destek sisteminin, ekonomik durumun, yaşın, hastalığın süresinin, hastanın genel durumunun, ebeveynlerin kişisel özelliklerinin, bireylerin hastalığı ve yaşamı anlamlandırma biçiminin, hastaya ve ebeveynlere sunulan hizmetlerin önemli olduğu görülmektedir. Ebeveynlerin yarısından fazlasının şizofreni hastası çocuğunun geleceğine ve kendi

geleceğine ilişkin endişe içinde olduğu görülmüştür. Ebeveynlerin geleceğe yönelik umudu veya umutsuzluğu, aynı zamanda güçlenme sürecini de olumlu veya olumsuz olarak etkilemektedir. Gülseren ve ark. (1999) yaptığı çalışmada, ailelerin geleceğe yönelik endişelerinin olduğunu belirtmiştir.

Araştırmaya katılan annelerin babalara göre çocuklarının geleceğine ilişkin daha fazla endişelendiği görülmüştür. Bununla birlikte annelerde daha fazla görülmekle birlikte babaların da kendi ölümünden sonra çocuklarına ne olacağı ve kimin bakacağı yönünde endişe yaşadığı belirlenmiştir. Yapılan bazı çalışmalar, ailelerin hastanın geleceğine ilişkin endişe yaşadığını ve bu durumun ailede strese ve üzüntüye neden olduğunu belirtmiştir (Ferriter ve Huband, 2003; Gülseren ve ark., 2002).

Bazı ebeveynler, hastalık sürecinde birçok güçlükle karşılaştığından dolayı, kendi geleceğinden hiçbir şey beklemediğini ve tek düşüncesinin şizofreni hastası çocuğu olduğunu ifade etmiştir. Bu durum ebeveynlerin, kendisiyle ilgili yaşamdan beklentisinin azaldığını veya sona erdiğini göstermektedir. Bununla birlikte bazı ebeveynlerin kendi geleceğine ve çocuğunun geleceğine umutla baktığı ve gelecekte beklentilerinin olduğu görülmektedir. Bu ebeveynler, ileride çocuğunun yaşamının düzene girmesini, hastalığın semptomlarının azalmasını ve çocuğunun birey olarak kendi ayakları üzerinde durabilmesini umutla beklediğini ifade etmiştir. Araştırmaya katılan babalar için en büyük endişe kaynağının maddi konularla ilgili olduğu görülmüştür. Genel olarak erkeklerin gelir getiren bir işte çalışması ve maddi konularla ilgili olmasının, bu düşüncüyü beraberinde getirdiği söylenebilir. Babalar, ileride en azından çocuğuna kalabileceği bir ev bırakmak istediğini ifade etmiştir.

Ebeveynlerin çocuklarıyla ilgili yarım kalan hayallerinin, gelecekte gerçekleşeceğini umut etmesinin, ebeveynler için motivasyon kaynağı olduğu görülmüştür. Özellikle annelerin, ileride çocuğunun iyileşeceğine ve evleneceğine inandığı belirlenmiştir.

5. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu araştırmada, şizofreni hastası çocuğu olan anne-babaların, hastalık öncesi süreçten başlayan ve hastalık sürecine kadar devam eden yaşantıları bütüncül bir şekilde fiziksel, sosyal, bilişsel, duyuşsal ve tinsel boyutlarda, güçlendirme yaklaşımının temel kavramları kullanılarak değerlendirilmeye çalışılmıştır. Böylelikle ebeveynlerin hastalık öncesi ve sonrası süreçte aile ilişkileri, ruhsal hastalıklara olan bakış açısı, hastalık tanısıyla birlikte değişen yaşamları, yaşadığı güçlükler, güçlenme sürecini etkileyen unsurlar, başetme stratejileri, bu süreçteki gereksinimleri, yaşamı ve hastalığı algılaması, anlamlandırması, toplumsal cinsiyet bakış açısının aile üzerindeki etkisi ve sosyal çevre ile olan etkileşimleri derinlemesine bir şekilde analiz edilmeye çalışılmıştır. Bu bölümde araştırmanın bulgularına dayanarak elde edilen sonuçlara ve ebeveyn güçlendirmesine yönelik önerilere yer verilecektir.

Genel Sonuçlar

Bu araştırma, 15 anne ve 15 baba ile nitel araştırma yöntemi kullanılarak gerçekleştirilmiştir. Katılımcıların demografik özellikleri değerlendirildiğinde, erkeklerin 47-74, kadınların ise 45-65 yaşları arasında olduğu görülmektedir. Eğitim düzeylerine bakıldığında, erkeklerin 5'inin üniversite, 8'inin lise ve 2'sinin ilkököl; kadınların 3'ünün üniversite, 5'inin lise, 3'ünün ortaokul ve 4'ünün ilkököl mezunu olduğu saptanmıştır. Erkeklerden 10'unun gelir getiren bir işte çalıştığı, 5'inin emekli olduğu; kadınlardan 8'inin gelir getiren bir işte çalışmadığı, 2'sinin gelir getiren bir işte çalışmasına rağmen hastalık teşhisinden sonra istifa ettiği, 2'sinin gelir getiren bir işte çalıştığı ve 3'ünün emekli olduğu görülmektedir.

Ailede ruhsal hastalığı olan bir bireyin varlığı, hastayı, aile üyelerini ve sosyal çevreyi etkilemekte ve birtakım güçlüklerin yaşanmasına neden olmaktadır. Fiziksel, sosyal, bilişsel, duyuşsal ve tinsel alanda yaşanan güçlüklerin, bireyin kişilik

özelliklerine, güç kaynaklarına, aile ilişkilerine, hastalık sürecine, toplumsal cinsiyet bakış açısına, toplumun ruhsal hastalıklara yönelik bilgi, bilinç düzeyine ve var olan hizmetlerin etkililiğine göre şekillendiği görülmüştür.

Araştırmaya katılan ebeveynlerin çoğunun, hastalık öncesi ve sonrası süreçte aile içi ilişkilerinin, toplumsal cinsiyet bakışı ve rollerine göre şekillendiği görülmektedir. Bu durum, hem hastalık öncesi hem de hastalık sonrası süreçte eşler arasındaki rol paylaşımını ve duygusal paylaşımı engellemektedir. Kadınların özellikle hastalık sonrası süreçte, ev içi işlerin, aile üyelerinin tüm sorumluluğunu üstlenmiş olmasına ve oldukça fazla güçlük yaşamasına rağmen var olan durumu içselleştirmiş olduğu görülmektedir. Bununla birlikte özellikle hastalık sürecinden sonra kadının var olan durumla başetmekte güçlükler yaşadığı, eş desteğine ve sosyal çevre desteğine ihtiyaç duyduğu belirlenmiştir.

Hastalık öncesi süreçte ebeveynlerin ruhsal hastalıklarla ilgili benzer ifadelerinin olduğu görülmüştür. Ebeveynler, ruhsal hastalıklarla ilgili fazla bilgi sahibi olmadığını, ruhsal hastalardan korktuğunu, çekindiğini, onlara acıdığını ancak önyargısının olmadığını ifade etmiştir. Ayrıca ebeveynler toplumda ruhsal hastalarla çok fazla karşılaşmadığını da belirtmiştir. Bazı ebeveynlerin ruhsal hastalıkların “cinlerle ve mistik unsurlarla” bağlantılı olarak ortaya çıktığına inandığı görülmüştür.

Araştırmanın neredeyse tüm aşamalarında toplumsal cinsiyet bakışının, kadın ve erkek için sorunlara yol açtığı görülmektedir. Fiziksel boyutta, kadının yerine getirdiği rolleri ve üstlendiği sorumlulukları kimi zaman küçümseyen ve azımsayan erkek, tüm bunların zaten kadın tarafından yapılması gerektiğini düşünmekte ve eve sağladığı maddi desteğin her şeyden önemli olduğunu ifade etmektedir. Bu durum eşler arasındaki duygusal ve fiziksel paylaşımı engellemekte ve her iki birey de hastalık sürecini neredeyse yalnız yaşamaktadır.

Annelerin hastalık sürecinde kendi yaşamından büyük ödünler verdiği, kendi yaşamından vazgeçme noktasına geldiği görülmektedir. Bazı annelerin gelir getiren

bir işte çalışırken istifa ederek işine son verdiği ve tüm zamanını ev içinde hastayla birlikte geçirdiği belirlenmiştir. Bu durum kadını, kendisini var edebileceği eylemlerden uzaklaştırmakta, özel alan içine sıkıştırmakta, kadının kendisine ayırabileceği zamanı kısıtlamakta, hastayla bağımlı bir ilişki geliştirmesine ve güç kaynaklarına ulaşmasını engellemektedir.

Ebeveynlerin hastalık ve süreç hakkındaki bilgi eksikliği, özellikle hastalığın ilk zamanlarında ebeveynlerin yanlış tutum ve davranışlarına neden olmaktadır. Ebeveynlerin, özellikle hastanın ilaç kullanımı konusunda, yanlış davranışlar sergilediği; ilacın hastayı olumsuz etkilediğini düşündüğü için ilaç kullanımına son verdiği görülmüştür. Tüm bu durumlar ebeveynlerin duygusal, fiziksel, bilişsel ve sosyal tüm alanlarını olumsuz etkilemektedir. Ebeveynlerin hastalık semptomları karşısında ne yapacağını bilememesi ve hastalık sürecinin neredeyse ailedeki birçok dinamiği değiştirmesi yaşama sevincinin azalmasına, korku, çaresizlik ve tükenmişlik duygularına neden olmaktadır.

Hastalık sürecinde kadının ve erkeğin hastalığa, hastalık sürecine ve olaylara ilişkin algılama ve anlamlandırmasının farklı olması, eşler arasında yaşanan çatışmanın da artmasına neden olduğu görülmüştür. Kadının büyük bir sorumluluk taşımasının yanı sıra, özellikle eşinin kök ailesi tarafından hastalığın nedeni olarak görülmesi, suçlanması, erkeğin kendi kök ailesinden olumsuz bir şekilde etkilenip eşine uyguladığı fiziksel ve sözel şiddet, kadının var olan güç kaynaklarını görememesine ve onlarla bağlantı kuramamasına neden olarak kadını güçsüzleştirmektedir. Her ne kadar durum erkek açısından daha olumlu görülse de toplumsal cinsiyet bakışının ve algısının erkeği de belli kalıplar içine sıkıştırdığı, erkeğin duygularını özgür bir şekilde yaşamasını engellediği ve etkileşim içinde bulunduğu tüm alanlarda öğrenilmiş ve kendisine atfedilen rollere göre yaşadığı görülmektedir. Tüm bu durumlar aile içi iletişimde çatışmalara neden olduğu gibi, ebeveynlerin var olan durumla etkili bir şekilde baş etmelerini de engellemektedir. Bu durumun bazı erkeklerde alkol kullanımına ve eşe yönelik şiddete neden olduğu görülmüştür.

Fiziksel boyutta aileyi etkileyen diğer unsurlar arasında, ailenin ekonomik durumunun, hastane masraflarının ve hastanın hastaneye yatış sürecinin yer aldığı görülmüştür. Bir baba şizofreni hastalığını “zengin hastalığı” olarak değerlendirmiştir. Bunun nedeni olarak şizofreni hastalarının psikolojik olarak rahatlamaları için elverişli terapötik ortamların gerekli olduğunu, bunun yanı sıra farklı aktivitelere ihtiyacı olduğunu ve tüm bunlar için gelir seviyesinin yüksek olması gerektiğini ifade etmiştir.

Araştırmada sosyal desteğin ebeveynler için oldukça önemli olduğu görülmektedir. Bununla birlikte hastalık durumunun ebeveynler ve sosyal çevre ilişkilerini olumlu-olumsuz yönde etkilediği görülmektedir. Özellikle kadınların zamanının neredeyse tamamını hastayla birlikte geçirmesi sosyal çevre ilişkilerinin bozulmasına neden olabilmektedir. Bununla birlikte ebeveynlerin arkadaş ve akraba çevresinin, hastalıkla ilgili bilgi eksikliğinden dolayı hastadan korktuğu, hasta ve ebeveynlerle görüşmek istemediği ve ilişkisini sınırlandırdığı görülmektedir. Bu süreçte bazı ebeveynlerin hastayı ve kendisini korumak adına ve sosyal çevre tarafından anlaşılamayacağını düşündüğü için hastalığı gizleme eğilimde olduğu görülmüştür. Bazı ebeveynler ise sosyal çevresine çocuğunun hastalığını söylediği ve sosyal çevreden aldığı desteğin psikolojik olarak kendisine iyi geldiğini belirtmiştir. Bazı ebeveynler yıllardır aynı yerde istikamet ettiğini, çünkü komşularının ve sosyal çevresinin hastayı kabullendiğini, başka bir yere taşınma durumunda sürecin en baştan başlayacağını ve güçlüklerle karşılaşabileceğini belirtmiştir. Bununla birlikte eğitim düzeyinin, sosyo- kültürel- ekonomik durumun ve ikamet edilen yerin hastalıkla ilgili insanların bilgi ve bilinç düzeyinde etkisi olduğu görülmüştür.

Hastalık sürecinin, ebeveynlerin çocuklarıyla olan ilişkisini de etkilediği görülmektedir. Özellikle bazı babaların hasta olmayan çocuğuyla/çocuklarıyla olan ilişkisinin iyi düzeyde olduğu ancak hasta olan çocuğuyla çok fazla zaman geçirmek istemediği saptanmıştır. Bazı annelerin ise hasta olan çocuğuyla tüm zamanını geçirdiği ve diğer çocuğunu/çocuklarını ihmal ettiği ve bu durumdan dolayı üzüntü ve suçluluk duygusu yaşadığı görülmüştür. Hastalık teşhisinden sonra kimi ebeveyn

sağlıklı bir çocuğa sahip olmak için tekrar çocuk sahibi olmak istediğini, kimi ebeveynse çocuk sahibi olmak istemediğini belirtmiştir.

Ebeveynler için bir diğer sorun, şizofreni hastası çocuğun istihdam konusunda yaşadığı güçlüklerdir. Şizofreni hastalarının kamu ve özel sektörde iş bulma konusunda güçlükler yaşaması, hem hastanın kendini gerçekleştirememesine hem de ailenin maddi ve psikolojik sıkıntılarının artmasına neden olmaktadır.

Toplumun ruhsal hastalıklara yönelik olumsuz ve damgalayıcı tutum ve davranışları hastanın ve ebeveynin toplumla bütünleşememesine, toplumda bir yer edinmemesine, izole olmasına, kendisini değersiz hissetmesine ve güçsüzleşmesine neden olmaktadır. Bir diğer önemli konu ebeveynin sağlık profesyonelleriyle ilişkisidir. Ebeveynlerin kendisini hazırlıksız bir şekilde hastalık sürecinin merkezinde bulması, hastalığa ve hizmetlere yönelik bilgi ihtiyacını artırmaktadır. Dolayısıyla ebeveynler sağlık profesyonelleriyle olan ilişkilerinin olumlu yönde olmasını talep etmektedir. Ancak birçok ebeveyn, hastayla en çok zaman geçiren kişilerin kendisi olmasına rağmen, sağlık profesyonellerinin kendisine zaman ayırmadığını/ayıramadığını, kimi durumda aileyi görmezden geldiğini, bilgi ihtiyacını karşılayamadığını ve bu durumun kendisini değersiz hissettirdiğini ifade etmiştir. Bunun yanı sıra bazı ebeveynler sağlık sisteminden kaynaklanan sorunların olduğunu, bununla birlikte sağlık profesyonelleriyle olan olumlu ilişkinin kendisini güçlendirdiğini belirtmiştir. Sağlık kurumlarının fiziksel yetersizliği ve kısıtlılığı da ebeveynlerin belirttiği başka bir sorun alanıdır. Ebeveynler ruhsal hastalığı olan kişiler için yeşil ve geniş alana gereksinim olduğunu, bunun yanı sıra hastanın gündüzlü ve yatılı bakımının sağlanabileceği, terapötik ortamların olması gerektiğini ifade etmiştir. Ebeveynler toplum ruh sağlığı merkezlerinin hasta ve aile için oldukça önemli olduğunu, burada ailelere yönelik bilgilendirme çalışmalarının yapıldığını belirtmiştir. Bununla birlikte ebeveynlerin ruhsal hastalara yönelik yasal düzeyde iyileştirmenin sağlanmasına ve politik düzenlemelerin yapılmasına ihtiyaç duyduğu görölmektedir.

Ebeveynlerin, yaşadığı güçlüklerle başedebilmek için problem ve duygusal odaklı başetme stratejilerinden yararlandığı görülmektedir. Eşinden, sosyal çevresinden ve sağlık profesyonellerinden yeterli destek göremeyen bazı ebeveynlerin, yaşadığı güçlüklerle başetmede kullandığı stratejilerin kimi durumda etkisiz kaldığı görülmüştür. Bu durumun ebeveynlerin yaşamdan zevk almasını, yaşama isteğini azalttığı, izole olmasına neden olduğu ve ebeveynleri güçsüzleştirdiği görülmüştür. Bununla birlikte bazı ebeveynlerin bilgi sağlayarak güçlendiği saptanmıştır. Bu ebeveynlerin hastalık ve süreçle ilgili bilgi elde etmek adına okumalar yaptığı, ilgili kurum ve kuruluşlarla irtibata geçtiği, kendisiyle benzer durumu yaşayan kişilerle görüştüğü ve karşılaştığı olumsuzluklarla mücadele ettiği görülmüştür. Bu şekilde ebeveynlerin yaşamı üzerinde kontrolünün, öz saygısının ve yeterlilik duygusunun arttığı saptanmıştır. Ebeveynlerin çoğunun hem problem hem de duygusal odaklı başetme stratejisini kullandığı ancak daha çok duygusal odaklı başetme stratejisine başvurduğu görülmüştür. Ebeveynlerin sosyal destek sisteminin, inanç sisteminin, aile ilişkilerinin, kişisel özelliklerinin, sosyo-ekonomik durumunun duygusal odaklı başetme stratejilerinde önemli olduğu saptanmıştır. Bununla birlikte ölüm duygusunun ve yaşamın birgün sonlanacağı düşüncesinin bazı ebeveynlerde güçlendirici bir etkiye sahip olduğu görülmüştür. Ayrıca ebeveynlerin kendisine zaman ayırmasının, bir başetme aracı olarak mizahı kullanmasının ve kendisinden daha kötü durumda olan kişileri görüp kendi durumunu iyi olarak değerlendirmesinin süreçle başetmesine olumlu katkı sağladığı görülmüştür. Araştırmaya katılan ebeveynlerden büyük çoğunluğunun çocuğunun medikal tedavisi devam etmesine rağmen aynı zamanda çare olarak çocuğunu “hacıya-hocaya” götürdüğü belirlenmiştir.

Hastalık teşhisinden önce, ebeveynler çocuğunda birtakım farklılıkların olduğunu gözlemlemiştir. Ancak birçok ebeveyn çocuğundaki bu durumu ergenlik, aile içi çatışmalar ve çocuğun kişilik özelliği gibi farklı nedenlerle ilişkilendirmiştir. Hastalığın semptomlarının artması ebeveynleri harekete geçiren bir durumdur. Bu aşamada ebeveynlerin çocuğunu ruh sağlığı uzmanına götürdüğü görülmektedir. Ebeveynler bu süreçte de birtakım güçlüklerle karşılaşmıştır. Hastalık teşhisinin geç konulması veya şizofreni teşhisinden önce farklı tanıların konması ebeveynlerin

güçsüzleşmesine neden olmuştur. Tüm bu süreçlerden sonra çocuğuna şizofreni teşhisi konulan ebeveynlerin çocuğundaki “tuhaf davranışları” fark etmesine rağmen çocuğunu ruh sağlığı uzmanına götürmediği için pişmanlık, suçluluk ve öfke yaşadığı görülmüştür.

Ebeveynlerin ruhsal hastalıklarla ilgili bilgi eksikliğinin yanlış bilinçlenmesine neden olduğu açıktır. Bu ebeveynler, çocuğunun aşırı zeki olmasından kaynaklı olarak şizofreni hastası olduğunu, bazıları ise çocuğunun oldukça zeki olduğunu ve çocuğuna şizofreni teşhisi konulmasını anlayamadığını belirtmiştir.

Hastalık teşhisi konulduktan sonra ebeveynlerin şok yaşadığı ve içinde bulunduğu durumu inkar ettiği saptanmıştır. Ebeveynlerin hastalık teşhisinden sonra, hastalığı kabullenme konusunda büyük zorluk yaşadığı görülmüştür. Yaşanan bu kriz durumundan sonra hastalık sürecine hazırlıksız ve yeterli bilgiye sahip olmadan başlayan ebeveynler, ya hastalıkla ilgili bilgi edinmeye ve çocuğu için yapılabilecek ne varsa araştırmaya başlamakta ya da yoğun bir çaresizlik ve belirsizlik duygusuyla baş başa kalmaktadır.

Hastalığı kabullenme süreci ebeveynler için oldukça zor olmuştur. Bununla birlikte toplumsal cinsiyet algısının, özellikle erkeklerin erkek çocuğunun hastalığını kabullenmemesine yol açtığı görülmüştür. Toplumun erkeği ve erkekliği “güç” ile ilişkilendirmesi, bazı babaların bireyi “güçsüzleştiren” bir hastalığın erkek çocuğunda olabileceği ihtimalini düşünmemesine neden olmaktadır. Bu durumun hem hastanın, hem annenin hem de babanın güçlükler yaşamasına yol açtığı belirlenmiştir. Bazı babaların, erkek çocuğunun baba mesleğini devam ettireceği yönündeki beklentisi, çocuğuna konulan şizofreni teşhisiyle birlikte son bulmuştur. Bu durumun babalarda büyük bir hayal kırıklığına neden olduğu görülmüştür. Ayrıca bu durum babaların hastalığı kabul etmemesine ve hastayı görmezden gelmesine yol açmıştır. Yapılan derinlemesine görüşmeler sonucunda hastalık durumunun, bazı babalar için başarısızlık duygusunu ortaya çıkardığı saptanmıştır. Babaların hastalığı

ve hastayı yadsımasının veya kabul etmemesinin, hastalık sürecinin tüm güçlüklerini annenin üstlenmesine neden olduğu sonucuna varılmıştır.

Hastalık teşhisiyle başlayan süreçte, karşılaştığı sorunlarla etkili bir şekilde başedemeyen ebeveynlerin büyük bir üzüntü, hayal kırıklığı yaşadığı, çocuğuyla çocuğunun akranları arasında karşılaştırmalar yaptığı ve yaşadığı durumu ölümle ilişkilendirdiği görülmüştür. Bazı ebeveynler çaresizlik ve tükenmişlik duygusu hissettiği zamanlarda kimi zaman çocuğunun ölmesini istediğini ifade etmiştir.

Hastalık teşhisinin konulduğu ilk zamanlarda, ebeveynlerin utanç duygusunu yoğun bir şekilde yaşadığı görülmekle birlikte, sonraki süreçlerde bu duygunun azaldığı belirlenmiştir. Bununla birlikte süreç ilerledikçe bazı ebeveynlerdeki belirsizlik, tükenmişlik ve çaresizlik duygusunda artış görüldüğü saptanmıştır. Çoğu ebeveyn, yaşamdan tat almadığını ifade etmiştir. Hastalık teşhisi konulduğunda ebeveynler, yaşadığı duygu durumunun kelimelerle ifade edilemeyecek kadar zor bir durum olduğunu belirtmiş ve yaşadığı duygu durumunu “dünya başıma yıkıldı!”, “o an ölmek istedim!” gibi cümlelerle ifade etmeye çalışmıştır.

Birçok ebeveynin süreçle başetmekte zorluk yaşadığı ve profesyonel bir desteğe ihtiyaç duyduğu saptanmıştır. Bununla birlikte kadınların bazılarının profesyonel destek aldığı ancak erkeklerin ihtiyaç duymasına rağmen destek almadığı belirlenmiştir.

Ebeveynlerin çoğunluğu hastalığı kabullenme sürecinin hastalık sürecinden daha zor olduğunu ifade etmiştir. Hastalığın ebeveynler tarafından kabullenilmesi, ebeveynlerin tedavi sürecine katılımını olumlu etkilemektedir. Tedavi sürecine aktif olarak katılan ebeveynlerde kontrol, öz yeterlilik ve öz saygının yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Ebeveynlerin hastalığı kabullenme durumunu etkileyen faktörler arasında ebeveynlerin çocuğundan beklentilerinin, hastalıkla ilgili yanlış inançlarının, eş desteğinin ve sosyal destek sisteminin, toplumun ruhsal hastalıklara olan bakışının, toplumsal cinsiyet rollerinin ve ebeveynin kişilik özelliklerinin yer aldığı görülmüştür.

Hastalığın semptomlarının ebeveynlerde korkuya neden olduğu görülmüştür. Özellikle hastalığın alevlenme dönemlerinde hastanın şiddet davranışı göstermesi ve normal dışı davranışları, ebeveynlerin bazı tedbirler almasına neden olmuştur.

Hastalık sürecinin ilerleyen zamanlarında, bazı aile üyelerinin süreçle başetme becerilerinin arttığı ve sürece uyum sağladığı görülmüştür. Bu aşamada aile üyelerinin çocuğunun geleceği ve kendi geleceğine ilişkin olumlu duygular içinde olduğu, bir şeyler için umut ettiği ve kendisinde olumlu değişikliklerin meydana geldiği saptanmıştır. Bu aşamada ebeveynlerin güçlendiği, öz saygı ve öz yeterlilik duygusunun arttığı ve kendisini tedavi sürecinin merkezinde hissettiği sonucuna varılmıştır. Bununla birlikte pişmanlık ve suçluluk duygusunu yoğun bir şekilde yaşayan ebeveynlerin, kendisi için olumlu ve kendisine keyif veren “şeyleri” yapmasının, onlarda olumsuz duygulara neden olduğu ve kendisinin buna hakkının olmadığını düşünmesine yol açtığı görülmüştür.

Hastalık sürecinde ebeveynlerin oldukça yoğun duygusal iniş çıkışlarının olduğu belirlenmiştir. Bir kriz durumundan sonra aile üyelerinin normal yaşam seyrine devam etmesi kimi zaman oldukça uzun zaman almıştır. Bununla birlikte hemen hemen her birey var olan süreçle başedebilmek için kendince farklı yöntemler denemiştir. Birçok ebeveynin hastalık sürecinde, kendisini, çocuğunu, eşini, yaşamı ve hastalığı sorguladığı görülmüştür. Kimi ebeveynin hastalığı, geçmişte yaptığı olumsuz eylemlerin cezası olarak, kimisinin bir imtihan olarak ve kimisinin ise kader olarak değerlendirdiği saptanmıştır. Bazı ebeveynlerin, yaşadığı güçlüklerin kendisine nedensiz yere verilmediğini, bu süreçten öğreneceği şeyler olduğunu ve sonunda Tanrı tarafından mükafatlandırılacağını düşündüğü sonucuna varılmıştır. Bazı ebeveynler ise hastalık süreci boyunca “neden ben?” sorusuna yanıt aramıştır. Ebeveynin bu soruya verdiği cevap ise güçlenme sürecini olumlu veya olumsuz olarak etkilemiştir.

Ebeveynin hastalık sürecinde yaşamı, hastalığı anlamlandırma ve her ne güçlük yaşarsa yaşasın “anlam arayışı” çabasının kimi zaman umut duygusunu da beraberinde getirdiği sonucuna varılmıştır. Bu süreçte, yaşamdaki amacının ne

olduğunu, hastalık sürecinin kendisine neler kattığını sorgulayan ebeveynlerin kişisel güçleri ve güçsüzlükleri ile ilgili farkındalığının da yüksek olduğu görülmüştür. Ebeveynin kişisel çabalarının aynı zamanda kişisel güç kaynaklarını da harekete geçirdiği görülmüştür.

Hastalık teşhisinden sonra ebeveynlerden bazılarının Tanrı inancında azalma veya artış olduğu görülmüştür. Bazı ebeveynler ise inancında herhangi bir azalma veya artış olmadığını belirtmiştir. Tanrı inancında ve dini ritüellerinde artış olduğunu belirten ebeveynlerin, aynı zamanda öz saygı ve öz yeterlilik duygusunda da artış olduğu sonucuna varılmıştır. Bazı ebeveynler bu süreçte çok sevdiği akraba, arkadaş çevresinin kendisine destek olduğunu ve bu “bağlılık” duygusunun kendisine oldukça iyi geldiğini belirtmiştir. Ebeveynlerden bazıları ise anlatılarında doğa, sevgi, ilahi bir güç gibi kendisinden daha yüce bir “şeye” olan inancının süreçle başetmede kendisine yardım ettiğini ifade etmiştir. Bununla birlikte ebeveynler, Tanrı inancının teslimiyet duygusunu da beraberinde getirdiğini ve bu duygunun kendisine oldukça iyi geldiğini belirtmiştir. Ayrıca hastalığın Tanrı’dan geldiğini düşünen ve bu durumu kabullenen ebeveynlerde, utanç duygusunun daha az yaşandığı sonucuna varılmıştır.

Hastalık sürecinde ebeveynlerin kendisini güçlü ve güçsüz kılan unsurlarla ilgili farkındalığı oldukça önemlidir. Bununla ilgili farkındalığı olan ebeveynlerin diğer ebeveynlere göre yaşamında daha fazla kontrol sahibi olduğu ve öz yeterlilik duygusunun fazla olduğu sonucuna varılmıştır. Araştırmacı tarafından ebeveynlere yöneltilen “güç ve güçsüzlük kavramının ne anlama geldiğine” ilişkin sorunun, ebeveynlerin bu konudaki farkındalığını artırması bakımından oldukça önemli olduğu görülmüştür. Çoğu ebeveynin bu konu hakkında hiç düşünmediği ve kişisel güçlerinin farkında olmadığı görülmüştür. Ebeveynlerin çoğu için maddi olanaksızlıklar ve ötekileştirilme kişiyi güçsüzleştirmekte ve dolayısıyla güçsüzlük anlamına gelmektedir. Araştırmada neredeyse hastanın tüm bakım sorumluluğunu üstlenen kadınlardan bazılarının ise “güçlü olmak ben demek” ve “kadın olmak” demek cevabını verdiği görülmüştür.

Araştırmanın bulgularına göre, ebeveynlerdeki toplumsal cinsiyet bakış açısının ve rollerinin hastalık sürecinde oldukça önemli bir belirleyici olduğu sonucuna varılmıştır. Erkeklerin çoğunun, hastanın bakım sorumluluğunun, ev içi işlerin ve diğer aile üyelerinin sorumluluğunun kadına ait olduğunu düşünmesi, ebeveynler arasında rol paylaşımını engellemekte, kadının psikolojik ve fiziksel yükünü arttırmaktadır. Erkeklerin ve kadınların büyük çoğunluğunun, toplum tarafından belirlenen ve cinsiyetlere atfedilen rolleri içselleştirdiği görülmüştür. Kadınların bir kısmının yaşadığı psikolojik ve fiziksel güçlüklerden dolayı kendisine ayıracağı kişisel alanın kalmadığı; buna rağmen yerine getirdiği rolleri içselleştirdiği sonucuna varılmıştır. Bazı kadınların ise bu konuda farkındalığının olduğu ancak eşinin toplumsal cinsiyet bakış açısına sahip olduğu görülmüştür. Bu durumda aile içi çatışmanın arttığı saptanmıştır. Çoğu erkeğin ise bakım rolü ve ev içi işleri kadının yerine getirmesi gerektiğini düşündüğü, dolayısıyla toplum tarafından cinsiyetlere atfedilen rollerin erkek tarafından da içselleştirildiği görülmüştür. Böylelikle ruhsal hastalığı “güçsüzlük ve başarısızlık” olarak anlamlandıran erkekler, çocuğundaki hastalık durumunu kabul etmeyebilmektedir. Bu durum kadının yaşadığı fiziksel ve psikolojik güçlüklerin eş tarafından görülmemesine, ayrıca “eşin kendisine zaman ayırmadığı, kendisiyle ilgilenmediği” gerekçesiyle erkeğin kadına psikolojik ve fiziksel şiddet uygulamasına neden olabildiği görülmüştür. Bu aşamada araştırmaya katılan bazı erkeklerin hissettiği “güçsüzlük” duygusunu gizlemek için kadının yaşadığı güçlükleri yadsıdığı ve kadını “olumsuz özellikleriyle” tanımladığı belirlenmiştir. Sonuç olarak bazı erkeklerin kendisini her koşulda haklı gördüğü (eşini aldatma ve şiddet uygulama v.b); eşlerin tüm olumlu ve olumsuz duygularını yalnız yaşadığı ve eşler arasındaki duygusal paylaşımın yok denecek kadar az olduğu görülmüştür. Araştırmaya katılan bazı annelerin, yaşadığı tüm bu güçlüklerle başetmede zorlandığı, bununla birlikte toplumun kendisine atfettiği rolleri kabullendiği, içselleştirdiği ve sorunun temel nedenleri konusunda farkındalığının olmadığı sonucuna ulaşılmıştır. Yaşanan bu durum ve sürecin kadının güçlenme sürecini olumsuz yönde etkilediği sonucuna ulaşılmıştır. Bununla birlikte kendisini “güç” kelimesiyle tanımlayan kimi erkeğin ise arka planda güçsüzlük duygusuyla mücadele ettiği ve bu çatışmasını aile içine yansıttığı belirlenmiştir.

Ebeveynlerin, fiziksel, sosyal, bilişsel, duyuşsal ve tinsel alanda yaşantısının aynı zamanda geleceğe yönelik düşüncelerini de belirlediği sonucuna varılmıştır. Bu bağlamda ebeveynlerin kişisel ve kişilerarası güç kaynakları, bunlara ilişkin farkındalığı, hizmetlere erişim düzeyi, hastalıkla ilgili bilgi sahibi olma durumu, aile içi ilişkileri, sosyal destek sistemleri, ekonomik durumu; dolayısıyla ebeveyni olumlu veya olumsuz olarak etkileyen her şey aynı zamanda ebeveynin gelecekte beklentisini de etkilemektedir. Ebeveynlerin çoğu, kendi geleceğine ilişkin beklentisinin olmadığını, tek düşüncesinin şizofreni hastası çocuğunun geleceği olduğu belirlenmiştir. Bu düşüncenin bazı ebeveynlerde belirsizlik, umutsuzluk, çaresizlik gibi duygulara neden olduğu sonucuna varılmıştır. Kimi ebeveynin ise her ne koşulda olursa olsun geleceğe yönelik olumlu beklentiler içinde olduğu ve umut duygusunu koruduğu görülmüştür. Babaların geleceğe yönelik düşüncelerinin özellikle şizofreni hastası çocuğuna maddi imkanlar bırakmak olduğu; annelerin ise kendi ölümünden sonra çocuğuna kimin bakacağı ve çocuğunun durumunun ne olacağına ilişkin düşünceler olduğu sonucuna varılmıştır. Ebeveynlerin güçlenme sürecini etkileyen unsurların aynı zamanda geleceğe yönelik düşüncelerini de etkilediği görülmüştür.

Buraya kadar olan bölümde ebeveynlerin fiziksel, sosyal, bilişsel, duyuşsal ve tinsel alanlarında güçlenme sürecini etkileyen olumlu ve olumsuz faktörlerle ilgili araştırma sonuçlarına ve ebeveynlerin ihtiyaçlarına yer verilmiştir. Bir sonraki bölümde ise güçlendirme yaklaşımı bağlamında ebeveynlerin sorunlarına ve ihtiyaçlarına yönelik neler yapılabileceğine ilişkin öneriler yer almaktadır.

Öneriler

Çalışmanın bu bölümünde, araştırmanın sonuçları ve ebeveynlerin ihtiyaçları doğrultusunda, ebeveynlerin yaşadığı güçlüklerle başedebilmesine, yaşamı üzerinde kontrol sahibi olabilmesine, öz yeterlilik duygusunun artmasına, tedavi sürecinin merkezinde yer alabilmesine, aile içi ilişkilerinin düzelmesine, hastalık ve hastalık süreci hakkında bilgi sahibi olabilmesine, toplumsal cinsiyet rolleri ve bakışı ile ilgili

farkındalık kazanabilmesine, kişisel, kişilerarası ve politik düzeyde var olan kaynaklardan etkin bir şekilde yararlanabilmesine ve kaynaklarla ilgili farkındalığının artmasına yönelik önerilerde bulunulacaktır. Sunulacak olan bu önerilerin aynı zamanda ebeveynlerin güçlenme sürecine olumlu katkılar sağlayacağı düşünülmektedir.

Bu bölümde sunulan öneriler, derinlemesine görüşmeler, gözlemler, yurt dışı ve yurt içi literatür taraması sonucu ortaya çıkmıştır. Bununla birlikte alanında uzman kişilerin görüşlerinden ve araştırmacının üç aylık yurt dışı deneyimi sonucu oluşan gözlemlerinden yararlanılmıştır.

Önerilerin genel amacı; öncelikle şizofreni hastası çocuğu olan ebeveynlerin fiziksel, sosyal, bilişsel, duyuşsal ve tinsel boyutta güçlenmesini sağlamaktır. Bu amaç doğrultusunda ebeveynlerin hastalık sürecinde karşılaştığı güçlüklerle etkili bir şekilde başedebilmesi, tedavi sürecinin merkezinde yer alabilmesi, kişisel, kişilerarası ve politik düzeyde güç kaynakları konusunda farkındalık oluşturmaları ve kaynaklardan etkili bir şekilde yararlanabilmesi, aile içi ilişkilerinin düzelmesi amacıyla mikrodan makro düzeye sunulması gereken hizmetlere ve politikalara; aynı zamanda kişisel güçlenmesinin sağlanabilmesi için gerekli olan psiko-sosyal müdahalelere yer verilecektir. Öneriler, güçlendirme yaklaşımının unsurları ve sosyal hizmetin bütüncül bakış açısı temelinde sunulacaktır.

Şizofreni hastasına bakım veren ebeveynlerin yaşamı, hastalığın semptomlarından, hastalık sürecinden, aile içi ilişkilerden, aile üyelerinin psiko-sosyal ve ekonomik durumundan, ebeveynlerin ve hastanın kişisel özelliklerinden, toplumsal cinsiyet bakış açısından, toplumun ruhsal hastalıklara yönelik tutum ve davranışlarından, ruhsal hastalara ve aileye yönelik sağlanan hizmetlerden ve ebeveynlerin güç kaynaklarından etkilenmektedir. Tüm bu durumlar aynı zamanda ebeveynlerin fiziksel, sosyal, bilişsel, duyuşsal ve tinsel alanını da etkilemektedir. Dolayısıyla model önerisi sunulmadan önce ebeveynleri derinden etkileyen, ruhsal hastalıklara ve hastalara yönelik Türkiye'deki mevcut sistem ve hizmetler hakkında bilgi verilecektir.

Türkiye’deki mevcut duruma bakıldığında, hastane temelli modelden toplum temelli modele geçiş çalışmalarının yapıldığı görülmektedir. Hastane temelli modelde, hastanın uzun süreli yatışı yapılmakta ve bakımı sağlanmaktadır. Toplum temelli model ise multi-disipliner ekip çalışmasıyla ruhsal hastalığı olan bireye ve ailesine hizmet veren, ruh sağlığı hizmetlerinin coğrafi olarak yapılandırıldığı, hastanın toplumla bütünleşmesinin amaçlandığı bir modeldir (Aslantürk, 2016). Aslantürk (2016), Türkiye’de toplum ruh sağlığı merkezlerinin yaygınlaştırıldığını ve “toplum-hastane denge modelinin” uygulandığını belirtmiştir. Ülkemizde ruhsal hastalığı olan bireyler ve aileler için toplum ruh sağlığı merkezlerinin daha da yaygınlaştırılması ve fiziksel olarak da iyileştirilmesi (geniş ve yeşil bir alan, terapötik ortam sağlama vb.) gerekmektedir.

Ruhsal hastalar ve aileler için bir diğer önemli konu, ruhsal hastalığı olan bireylerin istihdamıdır. Ülkemizde ruhsal hastalığı olan bireyler engel durumuna göre malûlen emekli olma hakkına sahiptir. 5510 Sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu Madde 25’te “Meslekte kazanma gücünün en az % 60’ını, (c) bendi kapsamındaki sigortalılar için çalışma gücünün en az % 60’ını veya vazifelerini yapamayacak şekilde meslekte kazanma gücünü kaybettiği Kurum Sağlık Kurulunca tespit edilen sigortalı, malûl sayılır.” ifadesi yer almaktadır (<http://mevzuat.basbakanlik.gov.tr/AramaSonuc.aspx?searchText=Sosyal%20Sigortalalar%20ve%20Genel%20Sa%C4%9Fl%C4%B1k%20Sigortas%C4%B1%20Kanunu>, Erişim Tarihi: 12.7.2018). Ayrıca 4857 Sayılı İş Kanunu Madde 30’da işverenlerin, elli veya daha fazla işçi çalıştırdığı özel iş yerlerinde yüzde üç, kamu işyerlerinde ise yüzde dört engelli bireyi çalıştırmakla yükümlü olduğu yer almaktadır (<http://iskanunu.com/4857-sayili-is-kanunu-turkce/245-4857-sayili-is-kanunu-maddeli-metin/#32>, Erişim Tarihi: 12.7.2018). Her ne kadar engellilerin istihdamı ile ilgili bu durum yasal olarak güvence altına alınmış olsa da, uygulamada birtakım aksaklıklar olduğu görülmektedir. Dolayısıyla işyerlerinde engelli çalıştırma durumuyla ilgili olarak takibin düzenli bir şekilde yapılması ve bu oranın artırılması gerekmektedir.

Ruhsal hastalığı olan bireylerin ve ailelerinin sağladığı kamu hizmetlerinin yanı sıra özel sektörden almak zorunda olduğu hizmetler, ailenin ekonomik yükünü arttırmaktadır. Türkiye’de asgari ücretin üçte birinin altında olan ve yüzde kırkın üzerinde engeli bulunan bireylere Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından engelli aylığı verilmektedir (Yılmaz, 2012). Ailelerin bir kısmının var olan bu hakla ilgili bilgi sahibi olmadığı görülmüştür. Bu konuyla ilgili ailelerin ve hastanın bilgilendirilmesi oldukça önemlidir.

Ülkemizde toplum temelli hizmetlerin geliştirilmesine yönelik çalışmalar yapılmaktadır. Engelli bireylerin toplumla bütünleşmelerinin sağlanması, aileye bağımlı kalmaması, topluma aktif katılımı, hem engelli bireylerin hem de ailelerin güçlenmesine olanak sağlamaktadır. Bu amaç doğrultusunda, yurt dışında oldukça yaygın olan ve Türkiye’de de çalışmaları başlatılan ve sürdürülen yarı-yol (geçiş) evleri, korumalı evler ve engelli bireylere istihdam olanağı sağlayacak korumalı işyerleri, engelli bireylerin toplumla bütünleşmelerine yardımcı olacağı düşünülen uygulamalardır. İlk olarak Elazığ Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi’nde başlatılan korumalı ev projesiyle, ruhsal hastalığı olan bireylerin toplumla bütünleşmesinin, yaşam kalitesinin artırılmasının, öz bakım becerilerini yerine getirebilmesinin, işlevselliklerinin artırılması ve rehabilitasyonunun sağlanması amaçlanmaktadır. Yarı-yol (geçiş) evleri ise hastanın toplumsal hayata alışması ve uyumu, öz bakım becerilerini yerine getirebilmesi, rehabilitasyonu ve normal yaşam seyrine devam edebilmesi için kaldığı evlerdir. Bu evlerde sağlık profesyonelleri tarafından hazırlanan planların (temizlik, kahvaltı, düzen, etkinlik, ilaç kullanımı vb.) hastalar tarafından yerine getirilmesi beklenmektedir (Baykara, 2017; Kavak ve Ekinci, 2014). Korumalı evler, yarı-yol (geçiş) evlerine göre “daha az kontrollüdür ve geçiş evleri sürecinde günlük işlerini planlayıp, uygulama becerisi gösterebilen hastalardan oluşturulmuştur” (Baykara, 2017, s. 182). Kavak ve Ekinci (2014)’nin Elazığ Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi’ne bağlı korumalı evde kalan 25 hasta ve tedavi gördükten sonra taburcu olan 50 şizofreni hastası ile yaptığı çalışmada, korumalı evde kalan hastaların yaşam nitelikleri açısından anlamlı fark bulunduğu saptanmıştır. Korumalı iş yerleri ise “özerk çalışma kurallarına bağlı olup hastaların gelir elde edebilecekleri bir tarzda işletilmektedir. Bu sayede kişinin hem üretime

katılması hem de rehabilitasyonu hedeflenmektedir” (Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı, 2011). Hastaların gelir getiren bir işte çalışması, hastanın kendisini değerli hissetmesine ve toplumla bütünleşmesine yardımcı olan önemli bir etkidir. Bununla birlikte hastanın çalışması aynı zamanda ebeveynlerin kendisine zaman ayırabilmesine ve aileye ekonomik yönden destek olmasına katkı sağlamaktadır. Benzer şekilde korumalı evler ve yarı-yol evleri de hastanın hastaneden taburcu olduktan sonra öz bakım becerilerini yerine getirebilmesine, normal yaşamına ve toplumsal alana uyum sağlayabilmesine katkı sağlamaktadır. Ayrıca ebeveynlerin yükünü de azaltmaktadır. Dolayısıyla bu kurumların yaygınlaştırılmasının ve geliştirilmesinin ebeveynlerin güçlenme sürecine katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Ruhsal hastalarla ilgili Türkiye’de var olan hizmetlerin, hastalar ve aileler için yeterli düzeyde ihtiyacı karşılamadığı görülmekle birlikte, hastalara ve ailelere etkili hizmetlerin sunulmasına yönelik olarak çalışmalar yapılmaya devam edilmektedir. Ancak şu an Türkiye’de var olan hizmetlerin özellikle ailelerin psiko-sosyal, ekonomik ve fiziksel ihtiyacını tam olarak karşılayamadığı görülmektedir. Bu bağlamda önerilecek olan modelin, sosyal hizmetin bütüncül yaklaşımı odağında mikrodan makro düzeye ailelerin güçlenmesine olanak sağlayacak hizmet ve müdahaleleri içermesi öngörülmektedir.

Şizofreni Hastalarının Ebeveynleri İçin Güçlendirme Yaklaşımı Temelli Model Önerisi

Şizofreni hastası bireylerin ebeveynlerinin, tedavi sürecine aktif katılabilmesi, toplumdan izole olmadan yaşamını sürdürebilmesi, yaşam kalitesinin yükselmesi ve hastalık sürecinin olumsuz çıktılarıyla etkili bir şekilde başedebilmesi için mikro, mezzo ve makro düzeyde değişimin sağlanması ve etkili hizmetlerin yapılandırılması gerekmektedir. Bu değişimlerin aynı zamanda ebeveynlerin, kişisel, kişilerarası ve politik bağlamda da güçlenmesini sağlayacağı düşünülmektedir.

Modelde ailenin ihtiyaçları temelinde aileye sağlanacak hizmetler ve müdahaleler önerilmektedir. Model, kişisel, kişilerarası ve politik düzeyde güçlendirmeye vurgu yapmakla beraber tüm bu dinamiklerin birbiriyle etkileşim içinde olduğunu savunmaktadır.

Şizofreni hastalarının ebeveynleri için güçlendirme yaklaşımı temelli modelin amaçları şunlardır:

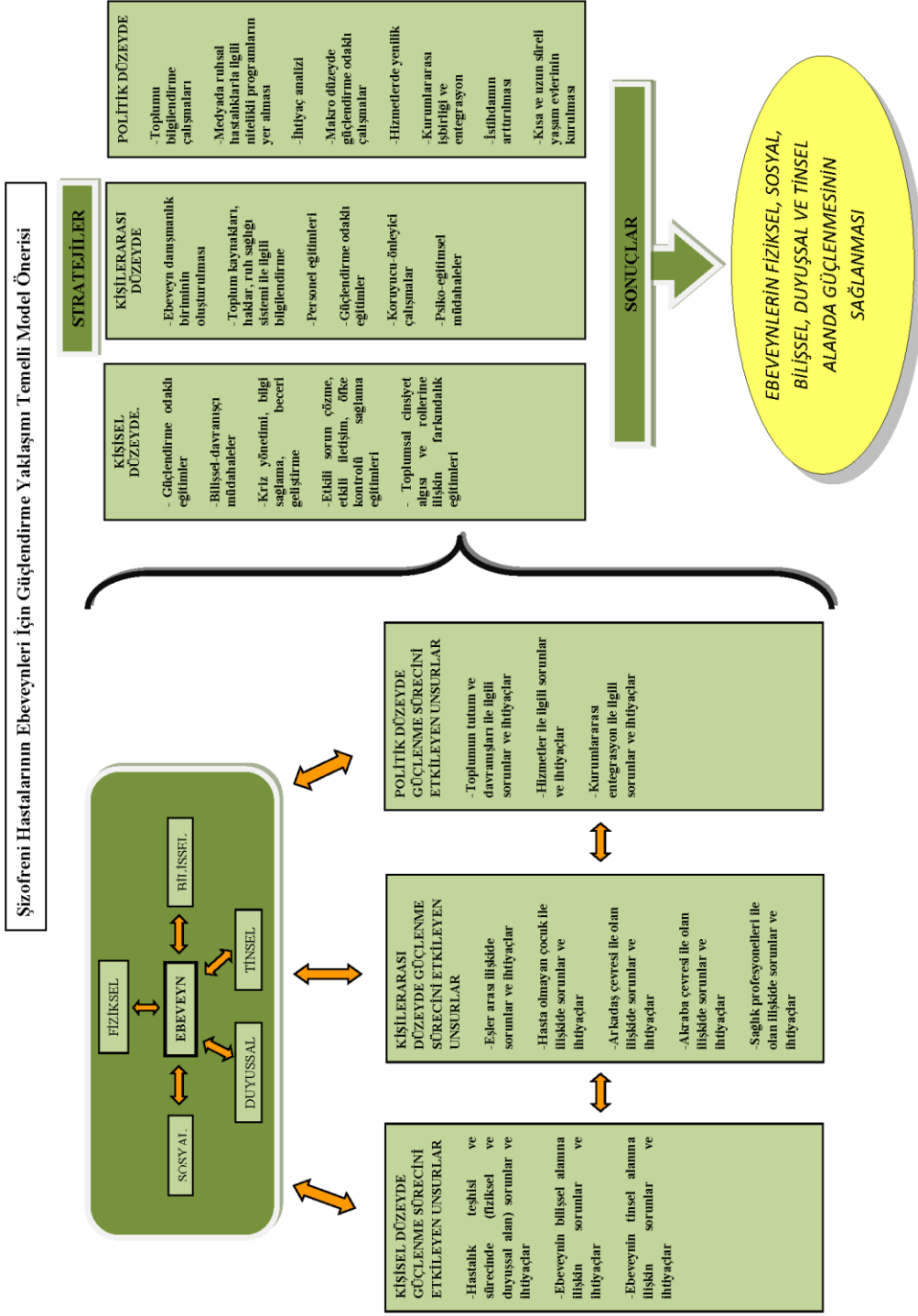
- Fiziksel, sosyal, bilişsel, duyuşsal ve tinsel alanda ebeveynlerin güçlenme sürecini olumlu ve olumsuz etkileyen faktörleri belirlemek,
- Ebeveynlerin kişisel alanda güçlenmesine katkı sağlayacak unsurları saptamak,
- Ebeveynlerin kişilerarası alanda güçlenmesine katkı sağlayacak unsurları saptamak,
- Ebeveynler için politik düzeyde geliştirilebilecek hizmetleri belirlemek ve bu alanda güçlenmesine katkı sağlayacak hizmet ve politikaları önermek,
- İnsan hakları, sosyal adalet ve toplumsal cinsiyet eşitliği temelinde ebeveynlerin yaşam kalitesinin yükselmesini sağlayacak koruyucu-önleyici ve rehabilite edici hizmetler önermek,
- Kurumlararası işbirliği ve entegrasyon yoluyla hastalara ve ebeveynlere sağlanacak hizmet yelpazesini geliştirmek.

Bu amaçlar doğrultusunda, şizofreni hastası çocuğu olan ebeveynlerin fiziksel, sosyal, bilişsel, duyuşsal ve tinsel alanda güçlenmesini etkileyen unsurların belirlenmesi; kişisel, kişilerarası ve politik düzeyde güçlenebilmesi amacıyla ihtiyaçlarının belirlenmesi, değişimin sağlanması ve etkili hizmetlerin yapılandırılması büyük önem taşımaktadır.

Ebeveynlerin yaşantısının ve güçlenmesine etki eden unsurların bütüncül bir şekilde değerlendirilmesi, sorunlarının ve gereksinimlerinin saptanabilmesi açısından

oldukça önemlidir. Bu şekilde ebeveynler için sunulabilecek çözüm önerileri de aynı şekilde kapsamlı ve etkili olacaktır.

Ebeveynlerin ve yaşantılarının bütüncül bir şekilde değerlendirilebilmesi için, daha önce de belirtildiği üzere, fiziksel, sosyal, bilişsel, duyuşsal ve tinsel alanındaki sorunlarının ve gereksinimlerinin belirlenmesi gerekmektedir. Belirlenen sorunlar ve gereksinimler bağlamında ebeveynlerin güçlenme sürecine olumlu katkılar sunacak hizmetlerin planlanabilmesi için de ebeveynlerin kişisel, kişilerarası ve politik düzeyde güçlenme sürecine etki eden unsurların belirlenmesi ve müdahale stratejilerinin oluşturulması büyük önem taşımaktadır. Bu şekilde bütüncül bakış açısıyla, ebeveynlerin fiziksel, sosyal, bilişsel, duyuşsal ve tinsel alanda güçlenmesinin sağlanacağı düşünülmektedir.



Şekil 5.1. Şizofreni Hastalarının Ebeveynleri İçin Güçlendirme Yaklaşımı Temelli Model Önerisi

Kişisel Düzeyde Güçlenme Sürecini Etkileyen Unsurlar

Ebeveynin kişisel alanını oluşturan, kişisel alanına etki eden unsurların ve ebeveynin bu alandaki sorunlarının ve ihtiyaçlarının belirlenmesi, geliştirilecek öneriler açısından oldukça önemlidir.

Ebeveynlerin kişisel alanına etki eden sorunlar ve gereksinimler, hastalık teşhisi ve süreci (fiziksel ve duyuşsal alan), ebeveynin bilişsel alanı ve ebeveynin tinsel alanı başlıkları altında ele alınacaktır.

Hastalık Teşhisi ve Sürecinde (Fiziksel ve Duyuşsal Alan) Sorunlar ve İhtiyaçlar

Ebeveynlerin çoğunun, çocuğundaki belirtileri fark etmesine rağmen bunu hastalıkla değil de ergenlik, mizaç vb. gibi durumlarla ilişkilendirdiği görülmüştür. Ebeveynlerin ruhsal hastalıklar ve bu hastalıkların nedenleri ile ilgili yanlış bilgilere sahip olması, hastanın tedavisini geciktirmektedir. Bu durum hastalık teşhisinden sonra ebeveynlerin büyük bir pişmanlık, çaresizlik ve belirsizlik duygusu yaşamasına neden olmaktadır.

Ebeveynlerin hastalıkla ilgili bilgi ve bilinç sahibi olmaması, hastalığın teşhisinden sonra ebeveynlerin yaşadığı durumu daha da zorlaştırmaktadır. Bu süreçte hastalık ve hastalık süreci ile ilgili bilgi sahibi olmayan ebeveynler, bir yandan yaşadığı olumsuz duygularla başetmeye çalışırken bir yandan kendisini hazırlıksız bir şekilde hastalık süreci içinde bulmaktadır. Ebeveynlerin bu süreçte, hayal kırıklığı, umutsuzluk, çaresizlik, belirsizlik, başarısızlık, korku, utanç ve suçluluk gibi olumsuz duyguyla başetmeye çalıştığı belirlenmiştir. Ebeveynlerden bazılarının hastalığı kabullenmemesinin, aile içinde çatışmaya ve sürecin tüm sorumluluğunu yalnızca bir kişinin üstlenmesine neden olduğu görülmüştür. Yapılan çalışmada, özellikle hastalık sürecinin başında, ebeveynlerin hastalığı kabullenmekte güçlükler yaşadığı görülmüştür. Ancak ağırlıklı olarak babaların hastalığı uzun yıllar kabullenmediği veya hiç kabullenmediği görülmektedir. Bu durum ise annenin,

hastanın ve hastalık sürecinin tüm sorumluluğunu almasına neden olmaktadır. Ayrıca hastalığı kabullenmeyen ebeveynin, diğer eş üzerinde baskı oluşturduğu, kendisine ve varsa diğer çocuklara yeterince zaman ayırmadığını ifade ederek aile içindeki çatışmanın büyümesine sebebiyet verdiği görülmüştür. Dolayısıyla bu süreçte bazı annelerin işinden istifa ettiği, kendisine neredeyse hiç zaman ayıramadığı, aile içi ve sosyal çevre ilişkilerinin giderek kötüleştiği görülmüştür.

Hastalığın semptomları ve semptomlar karşısında ebeveynlerin ne yapacağını bilememesi, ebeveynlerin hastaya yönelik yanlış davranışlarına ve ebeveynlerde korku, kızgınlık, çaresizlik gibi olumsuz duygulara neden olduğu görülmüştür.

Çalışmada, toplumsal cinsiyet bakış açısının ve rollerinin, hastalık sürecinde önemli bir belirleyici olduğu görülmektedir. Genel olarak babaların bakım sürecinde aktif rol oynamadığı; annelerin ise bakımın tüm sorumluluğunu ve ev içi işleri üstlendiği görülmüştür. Bununla birlikte babalar, tüm bu sorumlulukların kadının görevi olduğunu belirtmekte, kadının gün boyu evde olduğunu ve bu sorumlulukları yerine getirebilmek için yeterli zamanının olduğunu düşünmektedir. İçselleştirilmiş olan bu düşünce biçimi, erkeğin eşinin yaptığı şeyleri küçümsemesine ve aileye olan ekonomik desteğinin oldukça önemli olduğunu düşünmektedir. Bu durum eşler arasında fiziksel ve duygusal paylaşımın bitmesine neden olmaktadır. Babalar açısından durum ele alındığında, toplumsal cinsiyet bakış açısından dolayı bazı babaların hastalığı başarısızlık ve gurur kırıcı bir durum olarak gördüğü, bu yüzden hastayla zaman geçirmek istemediği, ev içinde fazla bulunmak istemediği görülmüştür. Ayrıca babaların, yaşadığı olumsuz duyguları bir başkasıyla paylaşmaktan çekindiği ve bunu güçsüzlük olarak algıladığı belirlenmiştir. Babaların yaşadığı bu durum, onların olumsuz durumlarla başetmekte zorlanmasına ve alkole yönelmesine neden olabilmektedir.

Hastalık sürecinde ebeveynleri etkileyen bir diğer durum ise ailenin ekonomik durumudur. Çoğu ailede hastanın gelir getiren bir işte çalışmadığı görülmüştür. Hastane giderlerinin, hastanın ve ailenin diğer ihtiyaçlarının aileleri maddi olarak zorladığı görülmüştür. Bu durum bazı ailelerde, baba ve hasta

arasındaki iletişimi de olumsuz etkilemiştir. Bir baba şizofreni hastalığını “zengin hastalığı” olarak tanımlamıştır.

Hastalık sürecinde, güç kaynaklarının ebeveynler için oldukça önemli olduğu görülmüştür. Aile ve sosyal çevre desteği alamayan ebeveynlerin bazıları (daha çok kadınların), zaman zaman çocuğunun veya kendisinin ölmesini istediğini ifade etmiştir.

Ebeveynin Bilişsel Alanına İlişkin Sorunlar ve İhtiyaçlar

Kişisel ve çevresel güç kaynaklarının farkında olmayan ebeveynler, hastalık süreciyle başetmede güçlükler yaşamaktadır. Bununla birlikte her bir ebeveynin, kendisine özgü başetme stratejisinin olduğu görülmektedir.

Hastalık hakkında bilgi sahibi olmak, hem süreçle başetmede hem de tedavi sürecine uyum sağlamada oldukça önemli bir belirleyicidir. Ebeveynlerin çoğu, hastalık hakkında bilgi sahibi olduktan sonra, belirsizlik duygusunun azaldığını belirtmiştir. Bazı ebeveynler hastalık teşhisinden sonra, artık ne ile uğraşması gerektiğini bildiğini ve bu aşamadan sonra kitap, internet, dergi, broşür, dernek, televizyon programları gibi kaynaklardan ve sağlık profesyonellerinden hastalıkla ilgili bilgi elde ettiğini belirtmiştir. Bilgi ve bilinç sahibi olmak ebeveynlerin hastalık sürecine aktif katılımını ve kontrol duygusunu artırmaktadır. Bununla birlikte ebeveynlerin tedavi sürecine aktif katılımını ve süreçle etkili bir şekilde baş etmesini sağlayan bazı katalizörler vardır. Bunlar arasında ebeveynin mizacı, mizah duygusu, kendisine ilişkin iç değerlendirmesi, güç kaynaklarıyla ilgili farkındalığı, aile ve sosyal çevreyle olan ilişkisi, hastanın mizacı ve ekonomik durum oldukça önemli belirleyicilerdir.

Çalışmada ebeveynlerin hem duygusal hem de problem odaklı başetme stratejileri kullandığı görülmüştür. Bununla birlikte annelerin problem odaklı başetme stratejilerini babalara göre daha fazla kullandığı görülmüştür.

Ebeveynlerin kendisiyle benzer sorunlar yaşayan ailelerle bir araya gelmesi ve paylaşımında bulunması oldukça önemlidir. Bu paylaşımların ebeveynlere olumlu bir şekilde yansıdığı görülmüştür.

Çalışmada ebeveynlerin bir kısmının yaşadığı durumla başetmede sorunlar yaşadığı, ancak daha çok annelerin profesyonel desteğe başvurduğu görülmüştür. Kadınlar, eşinin profesyonel düzeyde desteğe ihtiyacının olduğunu ancak eşinin bunu istemediğini belirtmiştir.

Bazı ebeveynler, eskiden kendisine keyif veren aktiviteleri yaparak süreçle başedebildiğini, ancak artık bunların işe yaramadığını belirterek bir anlamda tükenmişlik duygusunu açığa vurmuştur.

Bazı ebeveynlerin bir başetme yöntemi olarak hastayı “hacıya-hocaya” götürmesi, alkol kullanması, hastalığı yadsıması, kronik ağlama davranışı göstermesi ve kendisinden daha kötü durumda olan kişileri düşünerek rahatlaması, ebeveynlerin geçici iyilik hali yaşamasına neden olmuştur. Dolayısıyla ebeveynlerin etkili başetme stratejileri kullanması yaşam kalitesi üzerinde de oldukça etkilidir.

Ebeveynin Tinsel Alanına İlişkin Sorunlar ve İhtiyaçlar

Ebeveynlerin hastalık teşhisinden sonra hastalığı ve yaşamı anlamlandırma biçimi, Tanrı ve kader inancı, herhangi bir şeye olan bağlılığı ve inancı, sevgisi ve yerine getirdiği dini ritüeller, hastalık sürecinde oldukça güçlendirici bir etkiye sahiptir.

Bazı ebeveynler bu süreçte Tanrı tarafından cezalandırıldığını düşünerek geçmiş yaşamını sorgulamaktadır. Bazıları ise Tanrı’dan gelen her şeyin bir sebebi olduğunu düşünerek, sonunda Tanrı tarafından mükafatlandırılacağını düşünmektedir.

Ebeveynlerin “neden ben?” sorusuna verdiği yanıtlar bu aşamada oldukça önemlidir. Ebeveynin hastalığın sebebi olarak kendisini ve geçmişte yaptığı hataları görmesi güçsüzleşmesine sebep olmaktadır. Ebeveynlerin bu süreçte “yaşamında bir anlam bulamaması” ve suçluluk duygusu, tedavi sürecine aktif katılımını engellediği gibi kişisel güç kaynaklarına ilişkin farkındalığını da engellemektedir. Ebeveynlerin hastalığı ve yaşamı sorgulaması, güçlenme sürecini etkilemektedir.

Tinsellik, ebeveynlerin hastalık sürecine uyum sağlamasında ve yaşam kalitesinin artmasında son derece önemlidir. Dolayısıyla bu süreçte ebeveynlerin kendisi, hastalık ve yaşam hakkındaki düşünceleri, anlamlandırmaları; kendisini güçlü ve güçsüz hissettiren “şeyler” hakkındaki farkındalığı güçlenme sürecine olumlu katkı sağlamaktadır.

Stratejiler

Bu modelde ebeveynlerin güçlenme sürecini etkileyen en önemli unsurlardan biri birey, yani ebeveynlerin kendisidir. Ebeveynlerin, olumsuz durumlarla başedebilmesinde kendisine duyduğu inanç ve motivasyon; öz saygı, öz yeterlilik ve kontrol duygusunun artmasında bir katalizör işlevi sağlamaktadır.

Ebeveynlerin sorunlarının çözümü ve ihtiyaçlarının karşılanması için öncelikli olarak en temelde toplumsal cinsiyet algısı ve rollerine ilişkin farkındalık eğitimlerinin yapılması gerekmektedir. Kadının ve erkeğin içselleştirdiği toplumsal cinsiyet bakış açısı ve rollerinin bilişsel-davranışçı müdahalelerle değişmesi sağlanmalıdır. Bu şekilde hem annenin hem de babanın hastalık sürecinde eşit bir şekilde rol ve sorumluluk paylaşımı yapması sağlanmalıdır.

Ebeveynlerin hastalık ve hastalık süreci hakkında bilgi ve bilinç düzeyinin artırılması, özellikle hastalık teşhisinden sonra ruh sağlığı hekiminin aileye yönelik bilgi ve desteğinden sonra, sosyal hizmet uzmanının kriz yönetimi, bilgilendirme ve beceri geliştirme gibi konularda ebeveynlerle düzenli görüşmeler yapması

gerekmektedir. Bunun dışında hastanın gelişim özelliklerine ilişkin ebeveynlerin bilgilendirilmesi oldukça önemlidir.

Ebeveynlerin hastalık süreciyle etkili bir şekilde başedebilmeleri için etkili sorun çözme, hastalık semptomlarında hastaya nasıl davranacağı, etkili iletişim ve öfke kontrolü sağlama konularında beceri geliştirme eğitimlerinin, toplum ruh sağlığı merkezlerinde, hastanelerde, derneklerde ve ilgili kurumlarda yapılması gerekmektedir.

Ebeveynlerin potansiyel ve kişisel güçlerine ilişkin farkındalığının artırılması, öz yeterliliğinin artırılması, kişisel bilgi ağının yapılandırılması, kontrol duygusunun güçlendirilmesi, tedaviye aktif katılımının teşvik edilmesi ve kendi başına etkili kararlar alabilmesi için eğitim ve müdahale odaklı programların yapılandırılması gerekmektedir. Sosyal hizmet uzmanı ve diğer ilgili meslek elemanlarının ebeveynlerin içinde bulunduğu psiko-sosyal durumla ve güç kaynaklarıyla ilgili bilgi sağlaması ve ebeveynlerle birlikte bir planlı müdahale programı hazırlaması oldukça önemlidir. Bu şekilde bir işbirliği, ebeveynlerin kendisini değerli hissetmesi ve tedavi sürecine aktif katılımı açısından gereklidir.

Ebeveynlerin var olan problemlerini çözebilmesi, gelecekte karşılaşacağı problemlerle baş edebilmesi, kendini suçlama davranışından vazgeçmesi ve hastalık sürecinin getirdiği olumsuz duyguları ortadan kaldırabilmesi için bilgi-beceri geliştirme eğitimleri ve güçlendirme odaklı eğitimlerin yapılması gerekmektedir.

Ebeveynlere yönelik yapılacak bireysel müdahalelerin, standardize bir şekilde değil, bireylerin aile yapısı, kişilik özellikleri ve kültürel değerleri gözetilerek geliştirilmesine önem verilmelidir.

Sosyal hizmet uzmanının düzenli aralıklarla, ebeveynlerin sorun ve ihtiyaçları hakkında değerlendirme yapması gerekmektedir. Ebeveynlerin güçlenme sürecinde

oldukça etkili olan tinsel alanıyla ilgili farkındalığının arttırılması bakımından tinsel eğitim programlarının yapılandırılması oldukça önemlidir.

Kişilerarası Düzeyde Güçlenme Sürecini Etkileyen Unsurlar

Kişilerarası düzey, ebeveynlerin eş, çocuk, arkadaş, akraba ve sağlık profesyonelleriyle olan ilişki ve etkileşim sürecini kapsamaktadır. Ebeveynlerin, diğer insanlarla kurduğu olumlu ilişkilerin güçlenme sürecine olumlu katkılar sağladığı görülmektedir. Bunun aksine ebeveynin, iletişim içinde olduğu insanlarla olan olumsuz ilişkisi ise güçlenme sürecini olumsuz yönde etkilemektedir.

Eşler Arası İlişkide Sorunlar ve İhtiyaçlar

Hastalık sürecinde, eşlerin birbirine olan fiziksel ve duygusal desteği, rol ve sorumluluk paylaşımı oldukça önemlidir. Araştırmada ebeveynlerin yarısından fazlasının hastalık öncesi süreç ve hastalık sürecinde, eş ilişkilerinin olumsuz olduğu görülmüştür.

Hastalık teşhisi konulduktan sonra bazı ailelerde eşlerin birbirini suçladığı görülmüştür. Bununla birlikte hastalığın kabullenilmesinde yaşanan güçlükler, bakımın neredeyse tüm sorumluluğunun annede olması, erkeğin kadının yaptığı işleri küçümsemesi ve eşler arasında rol paylaşımının olmaması ebeveynlerin güçlenme sürecini olumsuz yönde etkilemektedir. Annelerin büyük çoğunluğu, çocuğun ortak bir payda olduğunu ve sorumluluğu eşiyle paylaşmak istediğini ancak bunun mümkün olmadığını belirtmiştir. Bununla birlikte hastalık sürecinde kendisini yalnız hisseden kadınlar, eşle her türlü sorumluluğu eşit düzeyde üstlenmenin kendisini iyi hissettireceğini belirtmiştir.

Bazı babalar ise eşinin ev içinde yaptığı işlerin, zaten onun sorumluluğunda olduğunu ve eşlerinin tüm bu sorumlulukları üstlenecek zamanının olduğunu ifade etmiştir. Bununla birlikte bu babalar, kendisine ve diğer çocuklarına yeterince zaman

ayırmadığı gerekçesiyle eşini suçlayabilmektedir. Bu durum eşler arasında çatışmanın artmasına neden olmaktadır. Bazı annelerin yaşadığı durumu ve kendisine atfedilen toplumsal cinsiyet rollerini içselleştirdiği görülürken; bazılarının eşiyle konuşmayı ve uzlaşmayı denediği görülmüştür.

Hasta Olmayan Çocuk İle Olan İlişkide Sorunlar ve İhtiyaçlar

Ebeveynlerin, özellikle annelerin bir bölümünün, hastalık sürecinde neredeyse tüm zamanını şizofreni hastası çocuğuyla geçirdiği ve diğer çocuğa/çocuklara zaman ayıramadığını düşündüğü görülmüştür. Bu durum özellikle annelerin güçlenme sürecini olumsuz bir şekilde etkileyerek, ebeveynde suçluluk duygusuna yol açmaktadır.

Hastalık sürecinde bazı ebeveynler, sağlıklı olan çocukla daha fazla zaman geçirmek istemektedir. Bununla birlikte bu çocuklar, ebeveynlerin geleceğe yönelik planlarını gerçekleştirebilecek bireyler olarak görülmektedir. Bu durum özellikle araştırmaya katılan bazı babalarda görülmüştür. Bazı babaların hastalık durumunu yadsıması, hastayı görmezden gelmesine neden olabilmektedir. Bir diğer neden ise daha önce de belirtildiği gibi toplumsal cinsiyet bakış açısıdır.

Arkadaş Çevresi İle Olan İlişkide Sorunlar ve İhtiyaçlar

Hastalık süreci, ebeveynlerin arkadaş çevresi ile olan ilişkilerinde bazı değişikliklere yol açabilmektedir. Hastayla zamanının büyük bir bölümünü birlikte geçiren ebeveynin, arkadaşlarına yeterince veya hiç zaman ayıramaması sosyal çevresinden çekilmesine neden olabilmektedir. Bununla birlikte bazı ebeveynlerin hastalık durumunu arkadaş çevresiyle paylaşmak istememesi, arkadaş çevresiyle görüşme isteğini de azaltabilmektedir. Utanç, suçluluk, tükenmişlik ve dışlanmışlık duygusu, ebeveynin var olan durumunu yakın çevresiyle paylaşamamasına yol açmaktadır.

Çocuğunun hastalığını arkadaş çevresiyle paylaşan bazı ebeveynlerin ise arkadaş çevresinden beklediği desteği göremediği belirlenmiştir. Bu durumda ebeveynin arkadaş çevresi ya içten olmayan cümlelerle ebeveyne destek olmaya çalışmış ya da ebeveynle görüşmeyi kesmiştir. Sosyal çevrenin hastalık hakkında yeterli bilgi ve bilinç düzeyine sahip olmaması, bu kişilerin hastadan korkmasına, hasta ve aileyle görüşmek istememesine neden olabilmektedir.

Akraba Çevresi İle Olan Sorunlar ve İhtiyaçlar

Ebeveynlerin akrabaları ile olan ilişkilerinde de sorunlar olduğu görülmüştür. Ruhsal hastaların toplumda görünür olmaması, toplumun ruhsal hastalıklarla ilgili yanlış inançları ve bilgi eksiklikleri, ruhsal hastaların ve ailelerin damgalanmasına neden olmaktadır. Hastalığın akrabalarla paylaşılma durumu değişkenlik göstermekle birlikte ebeveynlerin çoğu hastalık teşhisinden hemen sonra hastalık durumunu akrabalarıyla paylaşmak istememiştir. Sonraki süreçte ebeveynler var olan durumu yakınlarıyla paylaşma ihtiyacı hissetmiştir. Ancak birçoğunda rahatlama değil rahatsızlık ve huzursuzluk hissi oluşmuştur. Bu durum ebeveynlerin hayal kırıklığı yaşamasına neden olmuştur. Bununla birlikte hastalık durumunu akraba çevresiyle paylaştıktan sonra, kendisini iyi hissettiğini ve akraba desteğinin var olan durumla başetmede son derece önemli olduğunu belirten ebeveynler de bulunmaktadır.

Sağlık Profesyonelleri ile Yaşanan Sorunlar ve İhtiyaçlar

Hastalık sürecinde, ebeveynlerin sağlık profesyonelleriyle olan ilişkisi oldukça önemlidir. Ebeveynler bu süreçte sağlık profesyonelleriyle sıklıkla bir araya gelmektedir ve ebeveynler açısından sağlık profesyonellerinin görüşleri oldukça değerlidir. Hastalık teşhisinden sonra ebeveynler ve sağlık profesyonelleri arasındaki nitelikli ilişki, ebeveynler için güçlendirici bir unsurdur. Hastayla en fazla zaman geçiren kişiler olarak sağlık profesyonellerinin ebeveynlerin görüşlerine önem vermesi, ebeveynlerin kendisini değerli hissetmesini sağlamaktadır. Bunun aksine hastanın görüşlerine değer verilmemesi, ebeveynlerin hastalıkla ilgili yeteri kadar bilgilendirilmemesi ve hastalık teşhisinin konulmasının zaman alması ebeveynlerin

güçsüzleşmesine neden olmaktadır. Bu durum ebeveynlerin kendisini tedavi sürecinin merkezinde hissedememesine ve ebeveynlerdeki olumsuz duyguların artmasına yol açmaktadır. Hastane personelinin hastaya ve aileye yönelik olumsuz tutum ve davranışları da ebeveynlerin kendisini dışlanmış hissetmesine ve güçsüzleşmesine neden olmaktadır.

Stratejiler

Ebeveynlerin kişilerarası düzeyde güçlenmesi için aile ve etkileşim içinde olduğu diğer kişiler ile olan iletişim sorunlarının çözülmesi gerekmektedir. Bu bağlamda ebeveynlerin rol paylaşımı ve toplumsal cinsiyet algısı ile ilgili olumlu yönde değişimin sağlanması amacıyla ebeveynler için toplumsal cinsiyet eğitimleri planlanmalıdır. Bununla birlikte hastalık süreci ve hastalıkla ilgili bilgi-beceri geliştirme eğitimleri verilmelidir. Ebeveynlerin hastalık sürecinde karşılaştığı ve çözümleyemediği konulara ilişkin olarak danışabileceği bir ebeveyn danışmanlık biriminin oluşturulması ve bu birimde mutlaka bir sosyal hizmet uzmanının bulunması oldukça önemlidir. Ayrıca ebeveynlere toplum kaynakları, sahip olduğu haklar ve ruh sağlığı sistemi ile ilgili bilgilendirme eğitimleri verilmelidir.

Hasta ve ebeveynin sürekli temas içinde olduğu sağlık profesyonellerinin ve diğer hastane çalışanlarının, hastaya ve ebeveyne yönelik tutum ve davranışları güçlenme sürecine etki eden unsurlardır. Bu bağlamda hastane ya da sağlık kurumlarında çalışan meslek elemanları dışında diğer çalışanlara, ruhsal hastalıklar hakkında eğitim verilmesi, hastanın ve ebeveynin olumsuz tutum ve davranışlara maruz kalma riskini azaltacaktır.

Çoğu ebeveynin hastalık öncesi süreçte de iletişim problemleri yaşadığı ve hastalık teşhisiyle başlayan süreçte bu problemlerinin arttığı görülmüştür. Ayrıca özellikle anneler, sorunun ortak olmasına rağmen eşinin kendisini bu sürecin dışında tuttuğunu ve kendisinin neredeyse tüm bakım sorumluluğunu üstlendiğini belirtmiştir. Dolayısıyla hastalık sürecinde eşlerin birbirine olan fiziksel ve duygusal

desteğinin olmadığı veya yetersiz olduğu görülmüştür. Bu bağlamda toplumsal cinsiyet eğitimlerinin yanı sıra ebeveynler için iletişim becerileri eğitimi planlanmalıdır.

Ebeveynlerin hastalıkla ilgili bilgi ve bilinç sahibi olması, aynı zamanda öz saygısını, kontrol duygusunu ve öz yeterliliğini de arttıran bir durumdur. Bu şekilde ebeveynler bilgi ve becerilerini sosyal çevresindeki kişilere aktararak bu kişilerin bilgi sahibi olmasını sağlayabilir ve damgalanmanın önüne geçebilir. Dolayısıyla ebeveynlerin bu konuda teşvik edilmesi oldukça önemlidir.

Ebeveynlerin hastalık sürecinden sonra karmaşıklaşan yaşamının düzenlenmesi, ebeveynlerin keyif aldığı aktiviteleri yapması için cesaretlendirilmesi ve buna yönelik olarak somut müdahalelerin gerçekleştirilmesi gerekmektedir. Özellikle neredeyse tüm zamanını hastayla birlikte geçiren anneler ve süreçten olumsuz bir şekilde etkilenen babalar için de güçlendirme eğitimlerinin planlanması son derece önemlidir.

Ebeveynlerin yaşadığı mekanda düzenli aralıklarla ziyaret edilmesi, yaşadığı güçlüklerle profesyonel çözüm önerileri getirilmesi ve risk analizinin yapılması gerekmektedir. Ev ziyaretlerini gerçekleştirecek multi-disipliner ekipte mutlaka bir sosyal hizmet uzmanının bulunması sağlanmalıdır.

Ebeveynlerin güçlenme sürecine olumlu katkı sağlayacak müdahalelerden biri de ebeveyn ve sağlık profesyonelleri arasında iş birliğine dayalı eşitlikçi bir ilişkinin sağlanmasıdır. Sağlık profesyonellerinin ebeveynlerin bilgi ve deneyimlerinden faydalanması, ebeveynlerden görüş alması ve ebeveynlerle süreci planlaması; ebeveynlerin kendisini değerli hissetmesini ve tedavi sürecine aktif katılımını sağlayacaktır.

Ebeveynlerin, kendisiyle benzer süreci yaşayan ailelerle bir araya gelmesi ve bilgi paylaşımında bulunması oldukça önemlidir. Her ne kadar sağlık kurumlarında

veya ilgili derneklerde aile paylaşımları yapılıyor olsa da bu görüşmelerin artırılması için ailelerin teşvik edilmesi sağlanmalıdır. Bu bağlamda aile derneklerinin kurulup yaygınlaştırılması ve sürece yeni başlayan ailelerin diğer aileler tarafından bilgilendirilmesi son derece önemlidir.

Hastalık sürecinde çoğu ebeveynin içinde bulunduğu durumu ve kendisini eleştirel bir şekilde sorgulamadığı, daha çok sürecin olumsuzlukları içinde yaşamını sürdürdüğü görülmektedir. Bu durum ebeveynlerin hayal kırıklığı, suçluluk ve pişmanlık gibi olumsuz duygularını pekiştirebilmektedir. Ebeveynlerin hastalık sürecinde kendisini ve içinde bulunduğu durumu eleştirel bir şekilde sorgulaması yani “eleştirel düşünmesinin” sağlanması amacıyla çeşitli eğitimler düzenlenmelidir. Bu eğitimlerde ebeveynlerin farkında olmadığı içsel ve dışsal güç kaynakları ile ilgili farkındalığının, inanç ve motivasyonunun artırılması sağlanmalıdır. Bu şekilde ebeveynlerin içinde bulunduğu durumla ilgili anlayış geliştirmesi, hastalığı ve süreci kabullenmesi, güçlerinin ve yeteneklerinin farkına varması, içsel ve dışsal kaynaklarla bağlantı kurması sağlanabilir.

Son olarak ebeveynler için psiko-eğitimsel müdahalelerin planlanması son derece önemlidir. Bu müdahaleler, bilgi-beceri kazandırma, çatışma çözme, davranış yönetimi, kaynak ve destek ağlarının kullanımını artırma ve stresle başetmeyi içermelidir.

Politik Düzeyde Güçlenme Sürecini Etkileyen Unsurlar

Ebeveynlerin güçlenme sürecini etkileyen unsurlar arasında, toplumun ruhsal hastalıklarla ilgili olumsuz tutum ve davranışları, var olan hizmetlerden etkili bir şekilde faydalanamama, var olan hizmetlerin yetersizliği ve kurumlar arası entegrasyonun istenilen düzeyde olmaması gibi sebepler yer almaktadır.

Bu başlık altında ebeveynlerin güçlenme sürecini etkileyen toplumun tutum ve davranışları, hizmetler ve kurumlararası entegrasyon konularına yer verilecektir.

Toplumsal Tutum ve Davranışları ile İlgili Sorunlar ve İhtiyaçlar

Ruhsal hastalıklarla ilgili olarak toplumda bilgi ve bilinç eksikliğinin olduğu, toplumun yanlış bilinçlendiği görülmektedir. Bu durum hem ruhsal hastalığı olan bireyler hem de aileler açısından sorunlara neden olmaktadır. Toplumun ruhsal hastalığı olan bireylerden korkması, onlarla aynı ortamda bulunmak istememesi, insan olarak bu hastalara değer vermemesi, hastanın ve ailenin dışlanmasına ve damgalanmasına neden olabilmektedir. Araştırmaya katılan ailelerin büyük bir bölümü, özellikle teşhisin konulduğu ilk zamanlarda dışlanma ve damgalanma hissini yaşadığını ifade etmiştir. Ebeveynler, toplumdaki bireylerin hastaya ve kendisine yönelik alaycı tutum ve davranışlarda bulunduğunu ve toplum tarafından değersizleştirildiğini belirtmiştir. Bazı bireyler, ruhsal hastalıkların kuşaktan kuşağa aktarıldığını ve bu hastalığın ebeveynlerde de olduğunu düşünerek hem hastayı hem de aileyi dışlamaktadır. Bununla birlikte ruhsal hastalıklarla ilgili toplumdaki yanlış bilinçlenme, toplumdaki bireylerin ruhsal hastalıklarla ilgili bilgi elde etme çabasını da engellemektedir. Tüm bu durumlar ebeveynlerin ve hastanın yalnızlaşmasına, toplumdan çekilmesine, toplumla bütünleşememesine ve dolayısıyla güçsüzleşmesine neden olmaktadır.

Hizmetler ile İlgili Sorunlar ve İhtiyaçlar

Araştırma toplum ruh sağlığı merkezlerinden hizmet alan ebeveynlerle gerçekleştirilmiştir. Dolayısıyla ebeveynler hem hastanelerden hem de toplum ruh sağlığı merkezlerinden aldığı hizmetlerle ilgili bilgiler vermiştir. Ebeveynlerin çoğu toplum ruh sağlığı merkezinden aldığı hizmetlerin oldukça iyi olduğunu ifade etmekle birlikte hizmetlerin geliştirilmesine ihtiyaç duyduğunu belirtmiştir.

Toplum ruh sağlığı merkezleri, sıra beklemeden ilaç yazdırma ve ayakta tedavi süreçlerini içerdiğinden dolayı hasta ve ebeveynler için oldukça kolaylaştırıcıdır. Bununla birlikte düzenli ev ziyaretlerinin olması ve merkezlerde hastalar için çeşitli uğraşı ve aktivitelerin yer alması, hasta ve aileler için oldukça güçlendiricidir. ancak özellikle bazı ebeveynler, hastanın kuruma gitmek

istememediğini, tüm zamanını evde geçirdiğini belirtmiştir. Bununla birlikte ruhsal hastaların zamanını geçirebileceği ve rehabilite olacağı fiziksel alanların oldukça yetersiz olduğunu ifade etmiştir.

Ebeveynlerin belirttiği bir diğer sorun ve ihtiyaç, hastanın kısa veya uzun zamanlı olarak kalabileceği yatılı bir kurumun veya rehabilitasyon merkezinin olmamasıdır. Hastaların daha çok ailesiyle birlikte yaşaması, özellikle zamanının büyük bir bölümünü hastayla birlikte geçiren annelerin kendisine zaman ayıramamasına, keyif aldığı aktivitelerden vazgeçmesine, hastayı bırakıp kendisine zaman ayırmak istese de hastayı yalnız bıraktığı için huzursuzluk yaşamasına neden olmaktadır. Bununla birlikte ebeveynlerin geleceğe yönelik düşünceleri arasında ilk sırada gelen endişelerinden biri, kendisinin ölümünden sonra çocuğuna kimin bakacağı düşüncesidir. Ruhsal hastaların sürekli kalabileceği bir kurumun olmaması ebeveynlerin olumsuz duygu ve düşüncesini artırmaktadır.

Daha önce de belirtildiği gibi hasta ve aileye sağlanan maddi destek, belirli koşullar dahilinde ve yetersiz miktardadır. Hastalık teşhisinden sonra özellikle bazı annelerin işinden istifa ettiği ve gelir getiren bir işte çalışmadığı görülmüştür. Bu bağlamda mevcut maddi desteğin geliştirilmesi için çalışmaların yapılması gerekmektedir.

Ruhsal hastalığı olan bireyin çalışmaması da ailenin maddi yükünün artmasına ve ailede çatışmalara neden olabilmektedir. Hastanın bir lisans diploması olmasına rağmen iş bulmada sorunlar yaşaması, hastanın ve ailenin güçsüzleşmesine neden olmaktadır.

Kurumlararası Entegrasyon İle İlgili Sorunlar ve İhtiyaçlar

Türkiye’de ruhsal hastalıklar ve hizmetler ile ilgili kurumlararası entegrasyonun olmadığı görülmektedir. Ruhsal hastalıkların erken fark edilip teşhis edilmesi konusunda birçok ebeveynin sorunlar yaşadığı görülmüştür. Bununla

birlikte ruhsal hastalara ve ebeveynlere verilecek hizmetlerin bütüncül ve koordineli bir şekilde sağlanması için kurumlararası iş birliğine ihtiyaç duyulmaktadır.

Ruhsal hastalıklarla ilgili toplumu bilgilendirme çalışmalarının yapılması, bireylerin erken yaşlarda ruhsal hastalıklarla ilgili bilgi sahibi olması ve farkındalığının artırılması, ruhsal hastaların ve ebeveynlerin toplumla bütünleşebilmesi için serbest zaman geçirebileceği alanların ve kurumların oluşturulması önemli bir ihtiyaç olarak düşünülmektedir. Bununla birlikte ebeveynlere yönelik psiko-eğitimsel çalışmaların, toplumsal cinsiyet eğitimlerinin, beceri geliştirme, problem çözme ve krize müdahaleye ilişkin eğitimlerin kurumlararası işbirliği ile verilmesinin hastanın ve ebeveynlerin güçlenme sürecine olumlu katkılar sağlayacağı düşünülmektedir.

Bir diğer sorun alanı ise ruhsal hastalıklarla ilgili toplumun yanlış inançları, olumsuz tutum ve davranışlarıdır. Bu durum hastanın ve ailenin toplumla bütünleşmesi önündeki engellerden biridir. Damgalamayı ve dışlamayı da beraberinde getiren bu kalıplaşmış yanlış inanışlar, değerler ve düşüncelerin değiştirilmesi gerekmektedir.

Stratejiler

Ebeveynlerin güçlenme sürecini etkileyen unsurlar arasında, toplumun ruhsal hastalara ve ailelere yönelik tutum ve davranışları, hastaya ve ailelere yönelik verilen hizmetler ve ilgili kurumların işbirliği ile bu kurumların sağlaması gereken hizmetler yer almaktadır.

Bu amaçlar doğrultusunda, toplumun ruhsal hastalıklarla ilgili kökleşmiş yanlış inançlarının değişmesi için bilgilendirme çalışmalarının yapılması ve ruhsal hastalığı olan bireylerin toplumla bütünleşmesi için çalışmaların yapılması gerekmektedir. Bu noktada medyaya büyük görev düşmektedir. Toplumu etkileyen önemli bir araç olan medyada, ruhsal hastalığı olan bireylerle ilgili yapılan haberlerin

içeriğinin gözden geçirilmesi oldukça önemlidir. Ayrıca ruhsal hastalıklarla ilgili nitelikli programların artırılması ve kamu spotlarının oluşturulması, böylece toplumun ruhsal hastalıklarla ilgili bilgi-bilinç düzeyinin artırılarak damgalanmanın önüne geçilmesi gerekmektedir. Bununla birlikte ebeveynlerin yaşantısını derinden etkileyen toplumsal cinsiyet rolleri ve bakış açısını pekiştiren programların kaldırılması, bunun yerine toplumsal cinsiyet eşitliğini vurgulayan programların sayısının artırılması gerekmektedir.

Ruhsal hastalığı olan bireylerin ve ailelerin yaşam kalitesinin artırılması ve güçlenmesi açısından, var olan hizmetlerin yeniden gözden geçirilmesi ve gereksinim duyulan hizmetlerin sağlanması son derece önemlidir. Bu amaç doğrultusunda sosyo-ekonomik desteğin artırılması, ebeveynlerin kriz durumunda veya hastalık süreci ile ilgili danışabileceği, bilgi sağlayabileceği ayrı bir ebeveyn danışmanlık biriminin oluşturulması gerekmektedir. Toplumda ve birçok kurumsal alanda dışlanmaya maruz kalan ruhsal hastaların ve ailelerin, sosyal adalet ve insan hakları çerçevesinde yaşamlarına devam edebilmesi için sağlık sisteminin yeniden revize edilmesi, hastaların ve ailelerin ihtiyaç analizlerinin yapılması, özellikle hastalık sürecinde neredeyse tüm sorumluluğu üstlenmiş olan kadının yükünün hafifletilmesi gerekmektedir. Ayrıca ebeveynler için toplumsal cinsiyet eşitliğine dayalı eğitimlerin düzenlenmesi ve güçlendirme odaklı eğitim programlarının oluşturulması son derece önemlidir. Düzenlenecek eğitim programlarının kültüre duyarlı olmasına, bu programlarda bireylerin farklılıklarının gözetilmesine ve programların standartlaştırılmış olmamasına dikkat edilmesi gerekmektedir.

Kurumlar aracılığıyla düzenlenecek olan programlarda, ebeveynlerin hastalık ve hastalık süreciyle ilgili ve sahip olduğu haklar konusunda bilgilendirilmesi, ebeveynlerin iletişim becerilerinin artırılması, aile işlevselliğinin yükseltilmesi, sorun çözme ve başatme becerilerinin artırılması, kaynaklarla ilgili farkındalığının artırılması ve var olan kaynaklardan etkin bir şekilde faydalanabilmesi sağlanmalıdır. Ayrıca hastanın ve ebeveynlerin sağlık bakım sistemiyle etkili bir şekilde iletişime geçmeyi öğrenmesi, ebeveynlerin kişisel güçlerini fark ederek

panel, konferans, toplantı ve medya yoluyla toplumu bilgilendirme çalışmaları yapması oldukça önemlidir.

Hastanın ihtiyaçlarını ve kendi ihtiyaçlarını en iyi şekilde değerlendirebilecek kişiler olarak ebeveynlerin, hizmetlerin değerlendirilmesinde ve planlanmasında aktif rol oynaması gerekmektedir. Dolayısıyla ebeveynlerin, sağlık profesyonelleri ve politika yapıcılarla bir araya gelerek, işbirliği içinde çalışması ve söz sahibi olması ebeveynlerin güçlenme sürecine olumlu katkılar sağlayacaktır.

Hastaya ve ebeveynlere, bütüncül bir şekilde hizmet sunulabilmesi için kurumlararası işbirliğinin ve entegrasyonun sağlanması gerekmektedir. Bu şekilde hizmetlerin ve politikaların etkililiğinin artacağı düşünülmektedir. Bu bağlamda Sağlık Bakanlığı, Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı, Milli Eğitim Bakanlığı ve Sivil Toplum Örgütleri işbirliği ile hastanın ve ebeveynlerin, fiziksel, sosyal, duyuşsal, bilişsel ve tinsel alanda güçlenmesinin ve yaşam kalitesinin artırılması sağlanabilir.

Sağlık Bakanlığı'na bağlı toplum ruh sağlığı merkezleri, hastaneler ve aile hekimlikleri arasında işbirliğinin sağlanması son derece önemlidir. Özellikle koruyucu-önleyici ruh sağlığı hizmetlerinin geliştirilmesi bağlamında “ruh sağlığı hizmetlerinin birinci basamak sağlık hizmetlerine entegre edilmesi” ve aile hekimliğinde çalışan sağlık profesyonellerine ruh sağlığı ile ilgili eğitimlerin verilip, risk durumu gözlemlenen bireylerin aile hekimlerince toplum ruh sağlığı merkezlerine veya hastanelere yönlendirilmesi sağlanmalıdır. Ayrıca aile hekimliklerinde, belirli aralıklarla ruh sağlığı konusunda bilgilendirme eğitimlerinin düzenlenmesi de koruyucu-önleyici çalışmalar bakımından son derece önemlidir.

Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı tarafından yapılması önerilen çalışmaların da koruyucu-önleyici müdahaleler bakımından önemli olacağı düşünülmektedir. Bakanlık tarafından planlanması önerilen mikro, mezzo ve makro düzeyde toplumsal cinsiyet temelli çalışmaların, ebeveynlerin hastalık sürecindeki rol paylaşımını ve eşler arasındaki duygusal desteği arttıracakı düşünülmektedir.

Benzer şekilde Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı'na bağlı toplum merkezlerindeki meslek elemanlarına, ruhsal hastalıklarla ilgili eğitim verilmesi, bu meslek elemanlarının risk altındaki bireyleri tespit edip ilgili sağlık kurumlarına yönlendirmesi koruyucu-önleyici uygulamalar açısından önemlidir. Ayrıca toplum merkezlerinde kadın-erkek ayırt edilmeksizin, toplumsal cinsiyet eşitliğine dayalı eğitimler verilmesi, bilgilendirme çalışmalarının yapılması ve danışmanlık sağlanması gerekmektedir. Son olarak ruhsal hastalığı olan bireylerin ebeveynlerine, sahip olduğu haklar konusunda bilgilendirme ve güçlendirme çalışmalarının yapılması, aile içi işlevselliğin artırılmasına yönelik eğitim programlarının hazırlanması önerilmektedir.

Bireylerin erken yaşlarda ruhsal hastalıklarla ilgili bilgi sahibi olması ve toplumsal cinsiyet rollerine ilişkin farkındalığının artırılması bakımından Milli Eğitim Bakanlığı'na da önemli görevler düşmektedir. Ruhsal hastalıklar ve toplumsal cinsiyet eşitliği ile ilgili ders müfredatının oluşturulması ve eğitim-bilgilendirme çalışmalarının yapılması oldukça önemlidir. Ayrıca okullarda çalışan sosyal hizmet uzmanları ve ilgili meslek elemanlarının, bireyin “normal dışı davranışlarını” erken zamanda fark etmesi, ailesiyle ve sağlık kurumlarıyla irtibata geçmesi, koruyucu-önleyici uygulamalar açısından önemlidir. Bununla birlikte okullarda çalışan sosyal hizmet uzmanlarının, risk teşkil eden bireyler ve ailelerle düzenli aralıklarla görüşmeler yapması, ev ziyaretlerinde bulunması ve gerekirse ilgili sağlık kurumlarına bu bireyleri yönlendirmesi gerekmektedir.

Ruhsal hastalığı olan bireyler ve ailelerle birlikte hak savunuculuğunu yapmak, damgalanma ve dışlanmayla mücadele etmek ve ruhsal hastalıklarla ilgili toplumu bilgilendirme çalışmaları yapmak bağlamında sivil toplum örgütlerine de önemli görevler düşmektedir. Ruhsal hastalığı olan bireylerin ve ailelerin ihtiyaçlarını belirlemek, sağlanması gereken hizmetlerle ilgili politik düzeyde baskı oluşturmak için ruh sağlığı alanında sivil toplum örgütlerinin artırılması son derece önemlidir. Ayrıca sivil toplum örgütlerinde ruhsal hastalıklar, hastalık süreci ve haklar ile ilgili bilgilendirme çalışmalarının yapılması, benzer sorunu yaşayan ailelerin bir araya gelerek paylaşımda bulunması, güçlendirme eğitimlerinin

planlanması, projeler üretilmesi, ebeveynlerle toplumsal cinsiyet eşitliğine dayalı çalışmaların yapılması ve yaygınlaştırılması gerekmektedir.

Son olarak ruhsal hastalığı olan bireylerin özelde ve kamuda istihdamının arttırılmasına yönelik düzenlemelerin yapılması gerekmektedir. Bununla birlikte korumalı işyerleri, yarı-yol evleri ve korumalı evlerin sayısının arttırılması oldukça önemlidir. Ruh sağlığı alanına daha fazla devlet bütçesi ayrılarak, ruhsal hastalığı olan bireylerin kısa veya uzun süreli kalabileceği doğa içinde geniş rehabilitasyon alanlarının yapılması, bu mekanların fiziksel kapasitesinin yeterli düzeyde olması ve bu mekanlarda ilgili meslek elamanlarının bulunması hem ruhsal hastalığı olan bireylerin hem de ebeveynlerin güçlenme sürecini olumlu yönde etkileyeceği düşünülmektedir.

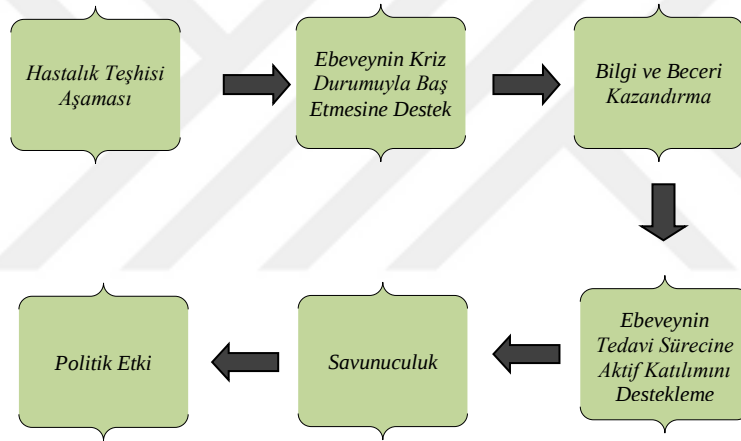
Güçlendirme Yaklaşımı Temelli Modelde Sosyal Hizmet Uzmanının Roller

Sosyal hizmet literatürü, bireyin güçlenmesini, kendisiyle ilgili kararları almasında söz sahibi olmasını ve aktif katılımını desteklemektedir. Ruh sağlığı alanında sosyal hizmet uzmanı, bireylerin yaşam kalitesinin artmasında, var olan güçlerini ve kaynaklarını fark etmesinde, çevresiyle iletişiminin ve etkileşiminin artmasında, yaşamında kontrol sahibi olmasında, öz yeterlilik, öz saygı, inanç ve motivasyonunun gelişmesinde bireye destek olmaktadır.

Sosyal hizmet uzmanının bir diğer önemli rolü savunuculuktur. Bu bağlamda sosyal hizmet, dezavantajlı bireylerin hakları için politik düzeyde hak savunuculuğu yapan bir meslektir. Ruhsal hastalığı olan bireylerin ve ailelerin sorunlarının ve ihtiyaçlarının belirlenmesi, ihtiyaç duyduğu hizmetlerin geliştirilmesi ve sağlanması bakımından da sosyal hizmet uzmanlarına önemli görevler düşmektedir.

Güçlendirme temelli modelde sosyal hizmet uzmanlarının, hastalık teşhisinin konulduğu aşamadan başlayarak, ebeveynin kriz durumuyla baş etme ve bilgi-beceri kazanma sürecinde aktif bir şekilde yer alması gerekmektedir. Böylece sosyal hizmet

uzmanı, ebeveynlerin var olan güçlerini fark etmesine yardımcı olarak, tedavi sürecinde aktif bir şekilde yer almasını ve güçlenmesini sağlayabilir. Bunun dışında sosyal hizmet uzmanlarının savunuculuk ve politikalara etki yapma rolü, ebeveynlerin ve ruhsal hastalığı olan bireylerin yaşam kalitesinin artmasında son derece etkilidir. Dolayısıyla ruh sağlığı alanında çalışan sosyal hizmet uzmanlarının, mikro, mezzo ve makro düzeydeki çalışmaları ve uygulamaları, bu bireylere yönelik hizmetlerin bütüncül bir şekilde sağlanabilmesi açısından son derece önemlidir. Bu bağlamda ruh sağlığı alanında çalışan sosyal hizmet uzmanlarının istihdamının artırılması, sosyal hizmet uzmanlarının sürecin başından sonuna kadar her bir aile ile işbirliği içinde çalışması ve uygulamalar gerçekleştirmesi, bireylerin güçlenme sürecine olumlu katkılar sağlayacaktır.



Şekil 5.2. Hastalık Teşhisi Sürecinden İtibaren Sosyal Hizmet Uzmanının Roller

Güçlendirme Yaklaşımı Temelli Modelin Sonuçları

- Hastalık ve hastalık süreciyle ilgili ebeveynlerin bilgi-beceri ve farkındalığının artması,
- Ebeveynlerin kendisi, yaşamı ve kaynaklar üzerinde kontrol duygusunun artması,
- Ebeveynlerin öz yeterlilik ve öz saygısının artması,
- Ebeveynlerin toplumsal cinsiyet eşitliği temelinde, hastalık sürecinin tüm sorumluluğunu paylaşması,
- Ebeveynler ve sağlık profesyonelleri arasında işbirliği temelinde ilişkinin oluşması ve ebeveynlerin, karar alma sürecinin merkezinde yer alması,
- Hizmetlerin değerlendirilmesinde ve planlanmasında ebeveynlerin aktif rol oynaması,
- Ebeveynlerin var olan güçlerini, yeteneklerini ve toplum kaynaklarını fark etmesi,
- Ebeveynlerin kaynaklarla bağlantı kurabilme gücüne erişmesi,
- Ebeveynlerin çevresini ve toplumu etkilemesi,
- Ebeveynlerin yaşam kalitesinin artması,
- Ebeveynlerde umut, inanç ve motivasyon duygusunun artması,
- Ebeveynlerin yaşama ve hastalığa bakış açısının olumlu yönde değişmesi,
- Ebeveynlerin eleştirel düşünme becerisinin gelişmesi,
- Ebeveynlerin tedavi sürecine aktif katılımının gerçekleşmesi,
- Ebeveynlerin fiziksel, sosyal, bilişsel, duyuşsal ve tinsel alanda güçlenmesi.

ÖZET

Şizofreni Tanısı Olan Bireylerin Ebeveynlerinin Yaşantılarının Güçlendirme Yaklaşımı Çerçevesinde İncelenmesi

Şizofreni hastalığı, hem hastanın hem de ailesinin yaşamını derinden etkilemektedir. Türkiye’de şizofreni hastası bireylerin genellikle ailesinin yanında yaşamını sürdürmesi, aile ve ebeveynler açısından ciddi sorunlara neden olabilmektedir. Bu araştırmanın genel amacı, şizofreni hastası çocuğu olan ebeveynlerin hastalık öncesi süreçten hastalık sürecine uzanan yaşantılarının fiziksel, sosyal, bilişsel, duyuşsal ve tinsel alanda belirlenmesi ve güçlendirme yaklaşımının temel kavramlarıyla değerlendirilmesidir. Araştırmada ebeveynlerin fiziksel, sosyal, bilişsel, duyuşsal ve tinsel alanda yaşadığı güçlüklerin, ihtiyaçların, ebeveynlerin kendi anlatılarıyla belirlenmesi amaçlanmıştır. Bununla birlikte ebeveynleri bu beş alanda güçlü ve güçsüz kılan, yani güçlenme sürecini etkileyen unsurların neler olduğu saptanmaya çalışılmıştır. Ebeveynlerin sorunlarına ve ihtiyaçlarına yönelik, güçlendirme yaklaşımının temel kavramları dikkate alınarak bir model önerisinde bulunulmuştur.

Araştırma, nitel araştırma yöntemi kullanılarak gerçekleştirilmiştir. 2016-2017 yılları arasında, 15 anne ve 15 baba olmak üzere toplamda 30 ebeveynle, yarı yapılandırılmış görüşme formu kullanılarak derinlemesine görüşmeler gerçekleştirilmiştir. Araştırma verilerinin analizinde Maxqda2018 programı kullanılmıştır.

Araştırma sonuçlarına göre, ebeveynlerin fiziksel, sosyal, bilişsel, duyuşsal ve tinsel alanda hastalık sürecinden, toplumsal cinsiyet bakış açısı ve rollerinden, aile içi işlevsellikten, sosyal çevreden, toplum algısından ve hizmetlerle ilgili konulardan kaynaklanan güçlükler yaşadığı belirlenmiştir. Özellikle toplumsal cinsiyet bakış açısı ve rollerinden kaynaklanan sorunların hastalık sürecini önemli derecede etkilediği belirlenmiştir. Toplumun erkeği ve erkekliği “güç” ile ilişkilendirmesi, bireyi “güçsüz” kılan ruhsal hastalığın çoğu baba tarafından kabullenilmesini güçleştirmiştir. Bu durumun annelerin daha fazla sorumluluk almasına ve güçsüzleşmesine neden olduğu saptanmıştır. Ebeveynlerin fiziksel, sosyal, bilişsel, duyuşsal ve tinsel alanlarda güçlenme sürecini etkileyen unsurların, ebeveynlerin tüm yaşam seyrini etkilediği görülmüştür. Hastalık sürecinde annelerin ve babaların hastalığa, hastalık sürecine ve olaylara ilişkin algılama ve anlamlandırmasının farklı olmasının eşler arasında çatışmayı arttırdığı sonucuna ulaşılmıştır. Bireylerin tinsel alandaki, “yaşamın anlamı”, “hastalığın anlamı” ve “güç ve güçsüzlük” üzerine sorgulamalarının ebeveynlerin güçlenme sürecine olumlu şekilde yansıdığı belirlenmiştir.

Anahtar Kelimeler: Ebeveyn, Güçlendirme Yaklaşımı, Şizofreni Hastalığı, Yaşantı

SUMMARY

Examining The Lives Of Parents Of Individuals With Schizophrenia From Empowerment Framework

Schizophrenia deeply affects both the lives of patients and their families. The fact that schizophrenic patients in Turkey generally maintain their lives with their families may lead to serious problems for families and parents. The main purposes of this research are to determine the physical, social, cognitive, emotional and moral lives of parents of children with schizophrenia extending from pre-illness process to illness process and to evaluate their lives with the main concepts of the empowerment approach. In the research, it is aimed at determining physical, social, cognitive, emotional and moral difficulties and needs of the parents with their own words. Furthermore, it is also attempted to determine what kind of factors empower and disempower the parents in these five fields, i.e. what kind of factors affect the empowerment process. A model is proposed for the problems and needs of the parents by taking into consideration the main concepts of the empowerment approach.

The research was carried out with qualitative research method. In-depth interviews were conducted with 30 parents in total, i.e. 15 mothers and 15 fathers, through semi-structure interview form. Maxqda 2018 was used for the analysis of the research data.

According to research result, it is determined that the parents have problems due to physical, social, cognitive, emotional and moral illness process, gender perspective and roles, domestic functionality, social environment, social perception and issues related to services. In particular, it has been determined that the problems arising from gender perspective and roles have a significant effect on the disease process. As society has associated men and menhood with “power”; fathers find hard to accept the mental disease which weakened the individual. It has been found that this situation causes mothers to take more responsibility and become weaker. It was observed that the factors affecting the process of parental empowerment in the physical, social, cognitive, affective and spiritual domains affected the life course of the parents. It has been concluded that mothers and fathers have different perception of meaning of disease, disease process and events in the disease process, increase the conflict between spouses. It has been determined that the questioning of the meaning of life, the meaning of the disease and the powerlessness and power of individuals in the spiritual field positively reflect the empowerment process of the parents.

Keywords: Empowerment Approach, Life, Parent, Schizophrenia

KAYNAKLAR

- ADDINGTON J, MCCLEERY A, ADDINGTON D (2005). Three-Year Outcome of Family Work in an Early Psychosis Program. *Schizophrenia Research*, **79(1)**: 107-116.
- ALIPAH B, TUTIIRYANI D, AINSAH O, OSMAN CB (2010). Depressive disorders and family functioning among the caregivers of patients with schizophrenia. *East Asian Archives of Psychiatry*, **20(3)**: 101-108
- ANDRONIC AO, ANDRONIC RL (2017). Community –based mental health services in Romania. *Scientific Research and Education in the Air Force-Afases*, **2**: 19-22.
- ANGERMEYER MC, MATSCHINGER H (1996). Relatives' beliefs about the causes of schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, **93(3)**: 199-204.
- ARIKAN Ç, DİLEK L (1996). Ruh Hastalıklarının Tedavisinde Psiko-Sosyal Bir Boyut. Ankara: Şafak Matbaacılık.
- ARSLANTAŞ H, ADANA F (2011). Şizofreninin bakım verenlere yükü. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, **3(2)**: 251-277.
- ARSLANTAŞ H, SEVİNÇOK L, UYGUR B, BALCI V, ADANA F (2009). Şizofreni hastalarının bakım vericilerine yapılan psikoeğitimin hastalardaki klinik gidişe ve bakım vericilerin duygu dışavurumu düzeylerine olan etkisi. *ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi*, **10(2)**: 3-10.
- ASLANTÜRK H (2016). Ruh sağlığı alanında toplumsal entegrasyon ve sosyal haklar. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care*, **10(4)**: 259-270.
- AVCI A (2001). Şizofren Hasta Ailelerinin Aile yükünün Belirlenmesi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı, Ankara.
- AVERILL JR (1973). Personal control over aversive stimuli and its relationship to stress. *Psychological Bulletin*, **80(4)**: 286-303.
- AWAD AG, VORUGANTI LN (2008). The burden of schizophrenia on caregivers. *Pharmacoeconomics*, **26(2)**: 149-162.
- AYDIN A, EKER SS, CANGÜR Ş, SARANDÖL A, KIRLI S (2009). Şizofreni hastalarında bakım veren külfet düzeyinin, sosyodemografik değişkenler ve hastalığın özellikleri ile ilişkisi. *Noropsikiyatri Arşivi*, **46**: 10-14
- BADEMLİ K, ÇETİNKAYA DUMAN Z (2011). Şizofreni hastalarının bakım verenlerine uygulanan aileden aileye destek programları: Sistemik derleme. *Türk Psikiyatri Dergisi*, **22(4)**: 255-65.
- BAHAR G, SAVAŞ HA (2013). Ruh sağlığı çalışmalarında sosyal hizmet mesleğinin rolü. *Yeni Symposium Journal*, **51(2)**: 83-90.

- BALDACCHINO D, DRAPER P (2001). Spiritual coping strategies: A review of the nursing research literature. *Journal of Advanced Nursing*, **34(6)**: 833-841.
- BANDURA A (1982). Self-efficacy mechanism in human agency. *American Psychologist*, **37(2)**: 122-147.
- BARONET AM (2001). Variables Associated With Feelings Of Subjective Burden in Caregivers Of Persons With A Severe And Persistent Mental Illness, Doctoral Dissertation, University of Ottawa, Philosophy Department, Canada.
- BARUTÇU A, HIDIR N (2016). Türkiye’de babalığın değişen rolleri:(Pro) Feminist babalar. *Fe Journal: Feminist Critique/Fe Dergi: Feminist Elestiri*, **8(2)**: 27-45.
- BAYKARA S (2017). 2005 yılından 2017 yılına Elazığ Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi’nce Türkiye’de ilk kez uygulanan korumalı ev projesi. *Journal of Mood Disorders*, **7(3)**: 181-184.
- BELLACK AS, MUESER KT (1993). Psychosocial treatment for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, **19(2)**: 317-336.
- BEŞPINAR FU (2015). Between Ideals And Enactments: The Experience of “New Fatherhood” Among Middle-Class Men In Turkey. In: gender and sexuality in muslim cultures, Ed.: Özyeğin, G., Ashgate Publishing, USA. 95-114.
- BICKMAN L, HEFLINGER CA, NORTHRUP D, SONNICHSEN S, SCHILLING S (1998). Long term outcomes to family caregiver empowerment. *Journal of Child and Family Studies*, **7(3)**: 269-282.
- BISHOP M, GREEFF AP (2015). Resilience in families in which a member has been diagnosed with schizophrenia. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, **22(7)**: 463-471.
- BİLGE A, ÇAM O (2008). Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği’nin geçerliliği ve güvenilirliği. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, **9**: 91-96.
- BİLGE A, MERMER G, ÇAM O, ÇETİNKAYA A, ERDOĞAN E, ÜÇKUYU N (2016). Türkiye’deki toplum ruh sağlığı merkezlerinin 2013-2015 yıllarının profili. *Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, **2(2)**: 1-5.
- BİNBAY T, ULAŞ H, ELBİ H, ALPTEKİN K (2010). Türkiye’de psikoz epidemiyolojisi: Yaygınlık tahminleri ve başvuru oranları üzerine sistematik bir gözden geçirme. *Türk Psikiyatri Dergisi*, **21**: 1-14.
- BLAND R, RENOUF N (2001). Social work and the mental health team. *Australasian Psychiatry*, **9(3)**: 238-241.
- BOEHM A, STAPLES LH (2002). The functions of the social worker in empowering: The voices of consumers and professionals. *Social Work*, **47(4)**: 449-460.
- BOSS P (2000). Ambiguous Loss: Learning To Live With Unresolved Grief. Cambridge, MA: Harvard University Press.

- BOVIER PA, CHAMOT E, PERNEGER TV (2004). Perceived stress, internal resources, and social support as determinants of mental health among young adults. *Quality of Life Research*, **13**(1): 161-170.
- BOYE B, BENTSEN H, ULSTEIN I, NOTLAND TH, LERSBRYGGEN A, LINGJAERDE O, MALT UF (2001). Relatives' distress and patients' symptoms and behaviours: a prospective study of patients with schizophrenia and their relatives. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, **104**(1): 42-50.
- BOYNE R (2009). Foucault ve Derrida: Aklın Öteki Yüzü. (1. Baskı), Çev.:Yılmaz, İ., Ankara: BilgeSu Yayıncılık.
- BRANDTSTADTER J (1992). Personal Control Over Development: Implications Of Self-efficacy. In: self- efficacy: thought control of action, Ed.: Schwarzer, R., Hemisphere, Washington, DC. 127-145.
- BURLAND J (1998). Family-to-family: A trauma-and-recovery model of family education. *New Directions for Mental Health Services*, **77**: 33-41.
- BUTZLAFF RL, HOOLEY JM (1998). Expressed emotion and psychiatric relapse: a meta-analysis. *Archives of General Psychiatry*, **55**(6): 547-552.
- BUZ S (2009). Feminist sosyal hizmet uygulaması, *Toplum ve Sosyal Hizmet*, **20**(1): 53-65.
- CAPLAN G (1976). Mastery of stress: psychological aspects. *American Journal of Psychiatry*, **138**: 413-420.
- CAQUEO-URIZAR A, GUTIERREZ-MALDONADO J, MIRANDA-CASTILLO C (2009). Quality of life in caregivers of patients with schizophrenia: a literature review. *Health and Quality of Life Outcomes*, **7**(1): 1-5
- CAQUEO-URIZAR A, RUS-CALAFELL M, CRAIG TK, IRARRAZAVAL M, URZUA A, BOYER L, WILLIAMS DR (2017). Schizophrenia: impact on family dynamics. *Current Psychiatry Reports*, **19**(1): 1-8
- CAWLEY N (1997). An exploration of the concept of spirituality. *International Journal of Palliative Nursing*, **3**: 31-36.
- CESARE P, KING R (2014). Social workers' beliefs about the interventions for schizophrenia and depression: A comparison with the public and other health professionals—an Australian analysis. *The British Journal of Social Work*, **45**(6): 1750-1770.
- CHAMBERLIN J (1997). A working definition of empowerment. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, **20**(4): 42-46.
- CHEN Y, LU J, WONG KS, MOK VC, UNGVARI GS, TANG WK (2010). Health-related quality of life in the family caregivers of stroke survivors. *International Journal of Rehabilitation Research*, **33**(3): 232-237.
- CHENG YC (2005). Caregiver Burnout: A Critical Review of The Literature. San Diego. Degree Doctor of Psychology. Faculty of The California School of Professional Psychology at Alliant International University.

- CHIEN WT, THOMPSON DR, NORMAN I (2008). Evaluation of a Peer-Led Mutual Support Group for Chinese Families of People with Schizophrenia. *American Journal of Community Psychology*, **42(1-2)**: 122-134.
- CHIEN WT, NORMAN I (2003). Educational needs of families caring for Chinese patients with schizophrenia. *Journal of Advanced Nursing*, **44(5)**: 490-498.
- CHIU MYL, WEI GFW, LEE S (2006). Personal tragedy or system failure: A qualitative analysis of narratives of caregivers of people with severe mental illness in Hong Kong and Taiwan. *International Journal of Social Psychiatry*, **52(5)**: 413-423.
- CHOU KR (2000). Caregiver burden: A concept analysis. *Journal of Pediatric Nursing*, **15(6)**: 398-407.
- CHURCH LA (2005). The Effect of Family Psychoeducational Therapy and Social Skills Training on Burden, Coping Skills and Social Support of Caregivers of Patients Diagnosed with Schizophrenia and/ or Schizoaffective Disorder, Doctoral Dissertation, University of Houston, Social Work Department, Texas.
- COOK JA, HELLER T, PICKETT-SCHENK SA (1999). The effect of support group participation on caregiver burden among parents of adult offspring with severe mental illness. *Family Relations*, **48(4)**: 405-410.
- COURTNEY M, MOULDING NT (2014). Beyond balancing competing needs: embedding involuntary treatment within a recovery approach to mental health social work. *Australian Social Work*, **67(2)**: 214-226.
- CRESWELL JW (2003). Research Design: Qualitative, Quantitative, And Mixed Methods Approaches. (2nd Ed.). Sage Publications.
- ÇAM O, BİLGE A (2011). Türkiye'nin batısında yaşayan halkın ruhsal hastalığa ve hastalara yönelik inanç ve tutumlarının belirlenmesi. *Yeni Symposium*, **49(3)**: 131-140
- ÇAM O, DÜLGERLER Ş (2006). Şizofreni İle İlgili Sorularınız Ve Yanıtlar: Aileler İçin El Kitabı. İzmir: Güven Kitabevi.
- ÇETİNKAYA DUMAN Z, BADEMLİ K (2013). Kronik psikiyatri hastalarının aileleri: sistematik bir inceleme. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, **5(1)**: 78-94
- DANACI AE, KARACA N, DEVECİ A (2005). Şizofreni hastalarında aile işlevselliği ile sosyal işlevsellik arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi. *Türkiye'de Psikiyatri*, **7(3)**: 103-108.
- DEMİR B (2013). Psikoeğitimin özel bakım merkezlerinde çalışan bakım elemanlarının şizofreniye yönelik inanç, bilgi, tutum ve yaklaşımlarına etkisi. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı, Erzurum.
- DEREZOTES DS (2000). Advanced Generalist Social Work Practice. Sage Publications.
- DICKERSON FB (1998). Strategies that foster empowerment. *Cognitive and Behavioral Practice*, **5(2)**: 255-275.

- DIXON L, ADAMS C, LUCKSTED A (2000). Update on family psychoeducation for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, **26(1)**: 5-20.
- DIXON L, STEWART B, BURLAND J, DELAHANTY J, LUCKSTED A, HOFFMAN M (2001). Pilot study of the effectiveness of the family-to-family education program. *Psychiatric Services*, **52(7)**: 965-967.
- DOĞAN S, DOĞAN O, TEL H, ÇOKER F, POLATÖZ Ö, DOĞAN-BAŞEĞMEZ F (2002). Şizofrenide psikososyal yaklaşımlar: Ayaktan hastalar. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, **3(2)**: 69-74.
- DOORNBOS MM (2002). Family caregivers and the mental health care system: Reality and dreams. *Archives of Psychiatric Nursing*, **16(1)**: 39-46.
- DOORNBOS MM (1997). The problems and coping methods of caregivers of young adults with mental illness. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, **35(9)**: 22-26.
- DUMAN ZÇ, AŞTI N, ÜÇOK A, KUŞÇU MK (2007). Şizofreni hastalarına ve ailelerine 'bağımsız ve sosyal yaşam becerileri topluma yeniden katılım programı'uygulaması, izlenmesi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, **8**: 91-101
- DUYAN V (2010). Sosyal Hizmet: Temelleri, Yaklaşımları, Müdahale Yöntemleri. Ankara: Sosyal Hizmet Uzmanları Derneği.
- DÜLGERLER Ş. (2004). Şizofrenik Bozukluğu Olan Bireylerin Ailelerine Verilen Psikoeğitimin Etkinliğinin Değerlendirilmesi, Yayınlanmamış Doktora Tezi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı, İzmir.
- EBRİNÇ S, ÇETİN M, BAŞOĞLU C, AĞARGÜN MY, SEÇİL M, CAN S, ÇOBANOĞLU N (2001). Şizofren hasta ve ailelerinde aile işlevselliği, sosyal destek ve duygu dışa vurumunun incelenmesi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, **2(1)**: 5-14.
- EGGEBEEN DJ, KNOESTER C (2001). Does fatherhood matter for men?. *Journal of Marriage and Family*, **63(2)**: 381-393.
- ELİÜŞÜK A (2008). Şizofrenili Hastası Olan Ailelerin Algılanan Sosyal Destek ve Umutsuzluk Düzeylerinin Çeşitli Değişkenler Açısından İncelenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Selçuk Üniversitesi, Konya.
- ENGELLİ BİREYLER İÇİN HİZMETLERİN GELİŞTİRİLMESİ-TOPLUM RUH SAĞLIĞI MERKEZLERİNE YÖNELİK HARMANLANMIŞ EĞİTİM PROGRAMI EĞİTİCİ EĞİTİMİ MATERYALİ (2014). 12-14 Şubat, Ankara
- ENSARİ H, GÜLTEKİN BK, KARAMAN D, KOÇ A, BEŞKARDEŞ AF (2013). Bolu Toplum Ruh Sağlığı Merkezi hizmetlerinin şizofreni hastalarındaki yaşam kalitesi, yeti yitimi, genel ve sosyal işlevsellik üzerine etkisi: Bir yıllık izleme sonuçları. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, **14(2)**: 108-114.
- EPSTEIN-LUBOW GP, BEEVERS CG, BISHOP DS, MILLER IW (2009). Family functioning is associated with depressive symptoms in caregivers of acute stroke survivors. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, **90(6)**: 947-955

- ERTAN T (2008). Psikiyatrik bozuklukların epidemiyolojisi. *Türkiye’de Sık Karşılaşılan Psikiyatrik Hastalıklar Sempozyum Dizisi*, **62**: 25-30.
- FERRARIO SR, ZOTTI AM, ZACCARIA S, DONNER CF (2001). Caregiver strain associated with tracheostomy in chronic respiratory failure. *Chest*, **119(5)**: 1498-1502.
- FERRITER M, HUBAND N (2003). Experiences of parents with a son or daughter suffering from schizophrenia. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, **10(5)**: 552-560.
- FINK SV (1995). The influence of family resources and family demands on the strains and well-being of caregiving families. *Nursing Research*, **44(3)**: 139-146.
- FOLKMAN S, MOSKOWITZ JT (2004). Coping: Pitfalls and promise. *Annual Review of Psychology*, **55**: 745-774.
- FRIEDRICH RM, LIVELY S, RUBENSTEIN LM (2008). Siblings' coping strategies and mental health services: a national study of siblings of persons with schizophrenia. *Psychiatric Services*, **59(3)**: 261-267.
- GANDHI S, PAVALUR R, THIRTHALLI J, PHILLIP M (2016). Perception of family emotional climate by family members of persons with schizophrenia. *International Journal of Social Psychiatry*, **62(5)**: 455-461.
- GANGULY KK, CHADDA RK, SINGH TB (2010). Caregiver burden and coping in schizophrenia and bipolar disorder: a qualitative study. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, **13(2)**: 126-142.
- CASSIDY E, HILL S, O’CALLAGHAN E (2001). Efficacy of a psychoeducational intervention in improving relatives’ knowledge about schizophrenia and reducing rehospitalisation. *European Psychiatry*, **16(8)**: 446-450.
- GIBBONS JS, HORN SH, POWELL JM, GIBBONS JL (1984). Schizophrenic patients and their families. A survey in a psychiatric service based on a DGH unit. *The British Journal of Psychiatry*, **144(1)**: 70-77.
- GIBSON CH (1995). The process of empowerment in mothers of chronically ill children. *Journal of Advanced Nursing*, **21(6)**: 1201-1210.
- GLYNN SM (2012). Family interventions in schizophrenia: Promise and pitfalls over 30 years. *Current Psychiatry Reports*, **14(3)**: 237-243.
- GÖKÇEARSLAN ÇİFCİ E, AKGÜL GÖK F, ARSLAN E (2015). Kurum bakımından toplum temelli bakıma geçiş: Deinstitutionalization ve toplum ruh sağlığı merkezlerinde çalışan sosyal hizmet uzmanlarının rolü. *Toplum ve Sosyal Hizmet Dergisi*, **26(1)**: 163-175.
- GRANDE JLF (2006). The Tie That Binds And Heals: Families' Life Experiences With Mental Illness Stressors, Coping, Adaptation, Recovery, Doctoral Dissertation, Capella University, Philosophy Department, Minnesota.
- GUTIERREZ LM (1990). Working with women of color: An empowerment perspective. *Social Work*, **35(2)**: 149-153.

- GUTIERREZ LM (1994). Beyond coping: An empowerment perspective on stressful Life Events. *Journal of Sociology and Social Welfare*, **21**: 201-219.
- GUTIERREZ-MALDONADO J, CAQUEO-URIZAR A, KAVANAGH DJ (2005). Burden of care and general health in families of patients with schizophrenia. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, **40(11)**: 899-904.
- GÜLEÇ G, YENİLMEZ Ç, AY F (2011). Bir anadolu şehrinde psikiyatri kliniğine başvuran hastaların hastalık açıklama ve çare arama davranışları. *Klinik Psikiyatri*, **14**: 131-142.
- GÜLSEREN L (2002). Şizofreni ve aile: güçlükler, yükler, duygular, gereksinimler. *Türk Psikiyatri Dergisi*, **13(2)**: 143-151.
- GÜLSEREN L, ÇAM B, KARAKOÇ B, YİĞİT T, DANACI AE, Çubukçuoğlu Z, Taş C, Gülseren Ş, Mete L (2010). Şizofrenide ailenin yükünü etkileyen etmenler. *Türk Psikiyatri Dergisi*, **21**: 203-212.
- GÜLSEREN L, TURGUT S, YAPRAK S, KÜLTÜR S (1999). Şizofreni tanısı konmuş bir grup hastanın aileleriyle sosyometrik psikodramatik grup terapisi süreci. *Türk Psikiyatri Dergisi*, **10**: 325-331.
- GÜNEY M (2001). Psikiyatrik rehabilitasyonda gündüz hastanesinin yeri. *Klinik Psikiyatri*, **4**: 268-276.
- HAMADA Y, OHTA Y, NAKANE Y (2003). Factors affecting the family support system of patients with schizophrenia: A survey in the remote island of Tsushima. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, **57(2)**: 161-168.
- HERU AM (2000). Family functioning, burden, and reward in the caregiving for chronic mental illness. *Families, Systems, & Health*, **18(1)**: 91-103.
- HOAGWOOD KE (2005). Family-based services in children's mental health: a research review and synthesis. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, **46(7)**: 690-713.
- HOBBS TR (1997). Depression in the caregiving mothers of adult schizophrenics: a test of the resource deterioration model. *Community Mental Health Journal*, **33(5)**: 387-399.
- HOENIG J, HAMILTON MW (1996). The schizophrenic patient in the community and his effect on the household. *International Journal of Social Psychiatry*, **12(3)**: 165-176.
- HOOLEY JM (2007). Expressed emotion and relapse of psychopathology. *Annual Review of Clinical Psychology*, **3**: 329-352.
- HORTON TV, WALLANDER JL (2001). Hope and social support as resilience factors against psychological distress of mothers who care for children with chronic physical conditions. *Rehabilitation Psychology*, **46(4)**: 382-399.
- HOWARD PB (1998). The experience of fathers of adult children with schizophrenia. *Issues in Mental Health Nursing*, **19(4)**: 399-413.
- HSIAO CY (2008). Individual and Family Adaptation to Severe and Persistent Mental Illness (SPMI) in Taiwanese Families, Doctoral Dissertation, University of North Carolina at Chapel Hill, School of Nursing.

- HUANG XY, SUN FK, YEN WJ, FU CM (2008). The coping experiences of carers who live with someone who has schizophrenia. *Journal of Clinical Nursing*, **17(6)**: 817-826.
- HUFFINE JL (2002). Family Empowerment in an Integrated System of Care: The Family Mosaic Project, Doctoral Dissertation, Faculty of The California School of Professional Psychology, California.
- HUSAINI BA, MOORE ST, CAIN VA (1994). Psychiatric symptoms and help-seeking behavior among the elderly: An analysis of racial and gender differences. *Journal of Gerontological Social Work*, **21**: 177-196.
- İNCİ FH (2006). Bakım Verme Yüğü Ölçeğı'nin Türkçe'ye Uyarlanması, Geçerlilik ve Güvenilirliği. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Pamukkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Hemşireliği Ana Bilim Dalı, Denizli.
- JADAA DAZ (2007). Resources that Mitigate Caregiver Burden: Hope, Coping, and Social Support, Doctoral Dissertation, Faculty of Graduate Studies, Toronto.
- JONKER L, GREEFF AP (2009). Resilience factors in families living with people with mental illnesses. *Journal of Community Psychology*, **37(7)**: 859-873.
- JUBB M, SHANLEY E (2002). Family involvement: The key to opening locked wards and closed minds. *International Journal of Mental Health Nursing*, **11(1)**: 47-53.
- KAMAL R (2013). A Narrative Study of the Lived Experiences of Family Caregivers Through Different Stages of Mental Illness, Doctoral Dissertation, Department of Counselor Education, New Mexico.
- KARA N (2014). Şizofrenide Duygu Dışavurumu: Sosyodemografik ve Klinik Özellikler ile İlişkisi. *Yeni Tıp Dergisi*, **31(2)**: 96-101.
- KARANCI AN (1995). Caregivers of Turkish schizophrenic patients: causal attributions, burdens and attitudes to help from the health professionals. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, **30(6)**, 261-268.
- KARANCI N (2000). Şizofren hasta yakınlarının dünyası: Nedensel atıflar, yükler, umutlar. *Şizofreni Yazıları*, **1(2)**: 6-12.
- KARP DA (2001). The Burden Of Sympathy: How Families Cope With Mental Illness. New York: Oxford University Press.
- KATAOKA SH, ZHANG L, WELLS KB (2002). Unmet need for mental health care among US children: Variation by ethnicity and insurance status. *American Journal of Psychiatry*, **159(9)**: 1548-1555.
- KATE N, GROVER S, PARMANAND K, NEHRA R (2014). Relationship of Quality of Life with Coping and Burden in Primary Caregivers of Patients with Schizophrenia. *International Journal of Social Psychiatry*, **60(2)**: 107-116
- KAVAK F, EKİNCİ M (2014). Kendi evlerinde yaşayan ve korumalı evlerde yaşayan şizofreni hastalarının yaşam niteliklerinin ve işlevsel iyileşme düzeylerinin karşılaştırılması. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, **3(1)**: 588-598

- KAZARIAN SS (1992). The measurement of expressed emotion: a review. *The Canadian Journal of Psychiatry*, **37(1)**: 51-56.
- KIM HW, GREENBERG JS, SELTZER MM, KRAUSS MW (2003). The role of coping in maintaining the psychological well-being of mothers of adults with intellectual disability and mental illness. *Journal of Intellectual Disability Research*, **47(4-5)**: 313-327.
- KIM HW, SALYERS MP (2008). Attitudes and perceived barriers to working with families of persons with severe mental illness: Mental health professionals' perspectives. *Community Mental Health Journal*, **44(5)**: 337-345.
- KOREN PE, DECHILLO N, FRIESEN BJ (1992). Measuring empowerment in families whose children have emotional disabilities: a brief questionnaire. *Rehabilitation Psychology*, **37(4)**: 305-321.
- KÖROĞLU E (2001). Tanımlayıcı Klinik Psikiyatri: Psikozoloji. Ankara: Hekimler Yayın Birliği Yayıncılık.
- KUŞ E (2012). Nicel-nitel Araştırma Teknikleri- Sosyal Bilimlerde Araştırma Teknikleri- Nicel mi? Nitel mi?. Ankara: Anı Yayıncılık.
- KUT S (2001). İnsani Gelişme ve Sosyal Hizmet. In: Prof.Dr. Nesrin Koşar'a armağan. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Sosyal Hizmetler Yüksekokulu Yayın No: 009.
- KÜLTÜR S, METE L, EROL A. (2007). Şizofreni. In: psikiyatri temel kitabı, Ed.: Köroğlu, E., Güleç, C., Hekimler Yayın Birliği, Ankara. 184-203.
- KÜMBETOĞLU B (2012). Sosyolojide Ve Antropolojide Niteliksel Yöntem Ve Araştırma. (3. Baskı). İstanbul: Bağlam Yayıncılık.
- LAMB HR, OLIPHANT E (1978). Schizophrenia through the eyes of families. *Psychiatric Services*, **29(12)**: 803-806.
- LANZARA D, COSENTINO U, MAGLIO AML, LORA A, NICOLO A, ROSSINI MS (1999). Problems of patients with schizophrenic disorders and of their families. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, **8(2)**: 117-130.
- LAZARUS RS, FOLKMAN S (1984). Stress, Appraisal And Coping. New York: Springer Publishing Company.
- LEE C, MCGLASHAN TH, WOODS SW (2005). Prevention of Schizophrenia. *CNS Drugs*, **19(3)**: 193-206.
- LEE TC, YAN YK, CHEN PS, HUNG NC, LIN SH, CHANG FL, CHENG SH (2006). Different dimensions of social support for the caregivers of patients with schizophrenia: Main effect and stress-buffering models. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, **60(5)**: 546-550.
- LEECH NL, ONWUEGBUZIE AJ (2007). An array of qualitative data analysis tools: a call for data analysis triangulation. *School Psychology Quarterly*, **22(4)**: 557.

- LEFF J, TRIEMAN N (2000). Long-stay patients discharged from psychiatric hospitals. *The British Journal of Psychiatry*, **176**(3): 217-223.
- LEFF J, KUIPERS L, BERKOWITZ R, EBERLEIN-VRIES R, STURGEON D (1982). A controlled trial of social intervention in the families of schizophrenic patients. *The British Journal of Psychiatry*, **141**(2): 121-134.
- LEFLEY HP (1987). Impact of mental illness in families of mental health professionals. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, **175**(10): 613-619.
- LEFLEY HP (1989). Family burden and family stigma in major mental illness. *American Psychologist*, **44**(3): 556-560.
- LIBERMAN RP, KOPELOWICZ A (1995). Basic elements in biobehavioral treatment and rehabilitation of schizophrenia. *International Clinical Psychopharmacology*, **9**(5): 51-58.
- LINHORST DM (2006). *Empowering People With Severe Mental Illness: A Practical Guide*. New York, NY: Oxford University Press.
- LIU M, LAMBERT CE, LAMBERT VA (2007). Caregiver burden and coping patterns of Chinese parents of a child with a mental illness. *International Journal of Mental Health Nursing*, **16**(2): 86-95.
- LIVELY S, FRIEDRICH RM, RUBENSTEIN L (2004). The effect of disturbing illness behaviors on siblings of persons with schizophrenia. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, **10**(5): 222-232.
- LOBBAN F, BARROWCLOUGH C, JONES S (2005). Assessing cognitive representations of mental health problems. I. The illness perception questionnaire for schizophrenia. *British Journal of Clinical Psychology*, **44**(2): 147-162.
- LORD J, HUTCHINSON P (1993). The process of empowerment: Implications for theory and practice. *Canadian Journal of Community Mental Health*, **12**(1): 5-22.
- MAGLIANO L, FADDEN M, ECONOMOU T, HELD M, XAVIER M, GUARNERI C, MALANGONE C, MARASCO C, MAJ M. (2000). Family burden and coping strategies in schizophrenia: 1-year follow-up data from the BIOMED I study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, **35**(3): 109-115.
- MAGLIANO L, FADDEN G, MADIANOS M, CALDAS De ALMEIDA JM, HELD T, GUARNERI M, MARASCO C, TOSINI P, MAJ M (1998). Burden on the families of patients with schizophrenia: results of the BIOMED I study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, **33**: 405-412.
- MAGLIANO L, FIORILLO A, DE ROSA C, MALANGONE C, MAJ M, NATIONAL MENTAL HEALTH PROJECT WORKING GROUP (2005). Family burden in long-term diseases: a comparative study in schizophrenia vs. physical disorders. *Social Science & Medicine*, **61**(2): 313-322.
- MAGLIANO L, MARASCO C, FIORILLO A, MALANGONE C, GUARNERI M, MAJ M, WORKING GROUP. (2002). The impact of professional and social network support

on the burden of families of patients with schizophrenia in Italy. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, **106**: 1–9.

MALIK A ve SARFARAZ SF (2012). Social Work practice in Health Care with special reference to Pakistan. *Pakistan Journal of Commerce and Social Sciences*, **6(1)**: 210-215.

MCCANN G, CLANCY B (1996). Family matters. *Nursing Times*, **14(7)**: 46–48.

MCKAY MM, STOEWEL J, MCCADAM K, GONZALES J (1998). Increasing access to child mental health services for urban children and their caregivers. *Health & Social Work*, **23(1)**: 9-15.

MCKAY MM, PENNINGTON J, LYNN CJ, MCCADAM K (2001). Understanding urban child mental health service use: Two studies of child, family, and environmental correlates. *The Journal of Behavioral Health Services and Research*, **28(4)**: 475-483.

MCWILLIAMS S, HILL S, MANNION N, KINSELLA A, O'CALLAGHAN E (2007). Caregiver psychoeducation for schizophrenia: is gender important?. *European Psychiatry*, **22(5)**: 323-327

MONTGOMERY RJ, GONYEA JG, HOOYMAN NR (1985). Caregiving and the experience of subjective and objective burden. *Family Relations*, **34**: 19-26.

MURRAY-SWANK A, GLYNN S, COHEN AN, SHERMAN M, MEDOFF DP, FANG LJ, DRAPALSKI A, DIXON LB (2007). Family contact, experience of family relationships, and views about family involvement in treatment among VA consumers with serious mental illness. *Journal of Rehabilitation Research and Development*, **44(6)**: 801-812.

MURRAY-SWANK A, DIXON LB, STEWART B (2007). Practical interview strategies for building an alliance with the families of patients who have severe mental illness. *Psychiatric Clinics of North America*, **30(2)**: 167-180.

NYSTROM M, SVENSSON H. (2004). Lived experiences of being a father of an adult child with schizophrenia. *Issues in Mental Health Nursing*, **25(4)**: 363-380.

OHAERI JU. (2003). The burden of caregiving in families with a mental illness: a review of 2002. *Current Opinion in Psychiatry*, **16(4)**: 457-465.

OLIN SS, HOAGWOOD KE, RODRIGUEZ J, RAMOS B, BURTON G, PENN M, CROWE M, RADIGAN M, JENSEN PS (2010). The application of behavior change theory to family-based services: Improving parent empowerment in children's mental health. *Journal of Child and Family Studies*, **19(4)**: 462-470.

ORAL M, TUNCAY T (2012). Ruh sağlığı alanında sosyal hizmet uzmanlarının rol ve sorumlulukları. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, **23(2)**: 93-114.

OWENS PL, HOAGWOOD K, HORWITZ SM, LEAF PJ, PODUSKA JM, KELLAM SG, IALONGO NS (2002). Barriers to children's mental health services. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, **41(6)**: 731-738.

- OZLU A, YIZDIZ M, AKER T. (2015). Burden and burden-related features in caregivers of schizophrenia patients. *The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences*, **28**: 147-53.
- ÖSTMAN M, HANSSON L (2001). The relationship between coping strategies and family burden among relatives of admitted psychiatric patients. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, **15(2)**: 159-164.
- ÖZBAŞ D, KÜÇÜK L, BUZLU S (2008). Ruhsal bozukluğu olan bireye sahip ailelerin hastalığa karşı tutumları. *Düşünen Adam*, **21(1-4)**: 14-23.
- ÖZDEMİR U (2000). Türkiye’de Psikiyatrik Sosyal Hizmet. Ankara: Aydınlar Matbaası.
- ÖZTÜRK O (2001). Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. (8. Baskı). Ankara: Feryal Matbaası.
- ÖZTÜRK MO, ULUŞAHİN A (2011). Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. Ankara: Nobel Tıp Kitapevi.
- PARKER BA (1993). Living with mental illness: The family as caregiver. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, **31(3)**: 19-21.
- PARRISH MM, ADAMS S (2004). Caregiver comorbidity and the ability to manage stress. *Journal of Gerontological Social Work*, **42(1)**: 41-58.
- PARSONS RJ (1991). Empowerment: Purpose and practice principle in social work. *Social Work with Groups*, **14(2)**: 7-21.
- PEARLIN LI, SCHOOLER C (1978). The structure of coping. *Journal of Health and Social Behavior*, **19**: 2-21.
- PEJLERT A (2001). Being a parent of an adult son or daughter with severe mental illness receiving professional care: parents’ narratives. *Health & Social Care in the Community*, **9(4)**: 194-204.
- PILES CL (1990). Providing spiritual care. *Nurse Educator*, **15**: 36-41.
- PILLING S, BEBBINGTON P, KUIPERS E, GARETY P, GEDDES J, ORBACH G, MORGAN C (2002). Psychological treatments in schizophrenia: I. Meta-analysis of family intervention and cognitive behaviour therapy. *Psychological Medicine*, **32(5)**: 763-782.
- PINDERHUGHES EB (1983). Empowerment for our clients and for ourselves. *Social Casework-Journal of Contemporary Social Work*, **64(6)**: 331-338.
- PITSCHER-WALZ G, LEUCHT S, BAUML J, KISSLING W, ENGEL RR (2001). The effect of family interventions on relapse and rehospitalization in schizophrenia: a meta-analysis. *Schizophrenia Bulletin*, **27(1)**: 73-92.
- PROVENCHER HL, MUESER KT (1997). Positive and negative symptom behaviors and caregiver burden in the relatives of persons with schizophrenia. *Schizophrenia Research*, **26(1)**: 71-80.

- RAMMOHAN A, RAO K, SUBBAKRISHNA DK (2002). Religious coping and psychological wellbeing in carers of relatives with schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, **105(5)**: 356-362.
- RAPPAPORT J (1987). Terms of empowerment/exemplars of prevention: Toward a theory for community psychology. *American Journal of Community Psychology*, **15(2)**: 121-148.
- RICKWOOD D, DEANE FP, WILSON CJ, CIARROCHI J (2005). Young people's help-seeking for mental health problems. *Australian E-journal for the Advancement of Mental Health*, **4(3)**: 218-251.
- RIESSER GG, SCHORSKE BJ (1994). Relationships Between Family Caregivers And Mental Health Professionals In: helping families cope with mental illness: the American experience, Ed.:Lefley, HP, Wasow, M., Harwood Academic Publishers, USA. 3-26.
- ROICK C, HEIDER D, BEBBINGTON PE, ANGERMEYER MC, AZORIN JM, BRUGHATS, KILIAN R, JOHNSON S, TOUMI M, KORNFELD A (2007). Burden on caregivers of people with schizophrenia: comparison between Germany and Britain. *The British Journal of Psychiatry*, **190(4)**: 333-338.
- ROSE LE (1996). Families of psychiatric patients: a critical review and future research directions. *Archives of Psychiatric Nursing*, **10(2)**: 67-76.
- ROSE LE (1998). Gaining control: Family members relate to persons with severe mental illness. *Research in Nursing & Health*, **21(4)**: 363-373.
- ROSE LE, MALLINSON RK, GERSON LD (2006). Mastery, burden, and areas of concern among family caregivers of mentally ill persons. *Archives of Psychiatric Nursing*, **20(1)**: 41-51.
- RUBIN HJ, RUBIN IS (1995). *Qualitative Interviewing: The Art Of Hearing Data*. London: Sage.
- RUMMEL-KLUGE C, KISSLING W (2008). Şizofrenide psikoeğitim: bu alandaki yeni gelişme ve yaklaşımlar. *Current Opinion in Psychiatry*, **4(3)**: 119-124.
- RUNGREANGKULKIJ S (2000). Experience of Thai Families of a Person with Schizophrenia: Family Stress and Adaptation, Doctoral Dissertation, University of California, School of Nursing: San Francisco.
- RYAN KA (1993). Mothers of adult children with schizophrenia: An ethnographic study. *Schizophrenia Research*, **11(1)**: 21-31.
- SALES E. (2003). Family burden and quality of life. *Quality of life research*, **12(1)**: 33-41.
- SALISBURY TT, KILLASPY H, KING M (2017). The relationship between deinstitutionalization and quality of care in longer-term psychiatric and social care facilities in Europe: A cross-sectional study. *European psychiatry*, **42**: 95-102.
- SARTORIUS N (2002). Iatrogenic stigma of mental illness. *British Medical Journal*, **324**: 1470-1471.

- SAUNDERS JC. (2003). Families living with severe mental illness: A literature review. *Issues in mental health nursing*, **24(2)**: 175-198.
- SAWANT NS, JETHWANI KS (2010). Understanding family functioning and social support in unremitting schizophrenia: A study in India. *Indian Journal of Psychiatry*, **52(2)**: 145-149.
- SCAZUFCA M, KUIPERS E. (1998). Stability of expressed emotion in relatives of those with schizophrenia and its relationship with burden of care and perception of patients' social functioning. *Psychological Medicine*, **28(2)**: 453-461.
- SCHAEFER C, COYNE JC, LAZARUS RS (1981). The health-related functions of social support. *Journal of Behavioral Medicine*, **4(4)**: 381-406.
- SCHEIRS JGM, BOK S (2007). Psychological Distress in caregivers or relatives of patients with borderline personality disorder. *International Journal of Social Psychiatry*, **53(3)**: 195-203
- SCHENE AH, VAN WIJNGAARDEN B, KOETER MW (1998). Family caregiving in schizophrenia: domains and distress. *Schizophrenia Bulletin*, **24(4)**: 609-618.
- SCHENK PSA, BENNETT C, COOK JA, STEIGMAN P, LIPPINCOTT R, VILLAGRACIA I, GREY D (2006). Changes in caregiving satisfaction and information needs among relatives of adults with mental illness: Results of a randomized evaluation of a family-led education intervention. *American Journal of Orthopsychiatry*, **76(4)**: 545.
- SCHEEL MJ, RIECKMANN T (1998). An empirically derived description of self-efficacy and empowerment for parents of children identified as psychologically disordered. *American Journal of Family Therapy*, **26(1)**: 15-27.
- SEFASI A, CRUMLISH N, SAMALANI P, KINSELLA A, O'CALLAGHAN E, CHILALE H (2008). A little knowledge: caregiver burden in schizophrenia in Malawi. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, **43(2)**: 160-164.
- SELTZER MM, GREENBERG JS, KRAUSS MW (1995). A comparison of coping strategies of aging mothers of adults with mental illness or mental retardation. *Psychology and Aging*, **10(1)**: 64-75.
- SETHABOUPPHA H, KANE C (2005). Caring for the seriously mentally ill in Thailand: Buddhist family caregiving. *Archives of Psychiatric Nursing*, **19(2)**: 44-57.
- SHEAFOR BW, HOREJSI CR (2003). Techniques And Guidelines For Social Work Practice. USA: Allyn and Bacon.
- SCHULZ R, SHERWOOD PR (2008). Physical and mental health effects of family caregiving. *The American Journal of Nursing*, **108(9)**: 23-27.
- SHUMAKER SA, BROWNELL A (1984). Toward a theory of social support: Closing conceptual gaps. *Journal of Social Issues*, **40(4)**: 11-36.
- SIMON BL (1994). The Empowerment Tradition in American Social Work. New York: Columbia University Press.

- SOLOMON BB (1976). Black Empowerment: Social Work In Oppressed Communities. New York: Columbia University Press
- SOLOMON P (1994). Families' Views Of Service Delivery. In: helping families cope with mental illness, Ed.: Lefley, H.P., Wasow, M., Harwood Academic Publishers, USA. 259-274.
- SOLOMON P, DRAINE J (1994). Family perceptions of consumers as case managers. *Community Mental Health Journal*, **30(2)**: 165-176.
- SOLOMON P, DRAINE J (1995). Subjective burden among family members of mentally ill adults: Relation to stress, coping, and adaptation. *American Journal of Orthopsychiatry*, **65(3)**: 419-427.
- SOTA S, SHIMODERA S, KII M, OKAMURA K, SUTO K, SUWAKI M, FUJITA H, FUJITO R, INOUE S (2008). Effect of a family psychoeducational program on relatives of schizophrenia patients. *Psychiatry and clinical Neurosciences*, **62(4)**: 379-385.
- SOYGÜR H (1993). Şizofreni tedavisinde aileye yaklaşım. *Psikiyatri Psikoloji ve Psikofarmakoloji Dergisi*, **1(2)**: 117-127.
- SOYGÜR H, BÜLENT ÇEL, AYDEMİR Ç, BOZKURT S (1998). Hasta yakınları ile gerçekleştirilen psikodrama yönelimli destekleyici-eğitici grup psikoterapisinin kronik şizofreni gidişi üzerinde etkisi. *Düşünen Adam*, **11(4)**: 5-11.
- SOYGÜR H (1999). Şizofreni tedavisine genel bir bakış. *Psikiyatri Dünyası*, **3**: 83-90.
- STUART EM, DECKREO JP, MANDLE CL (1989). Spirituality in health and healing: a clinical program. *Holistic Nursing Practice*, **3**: 35-46.
- SZMUKLER GI, BURGESS P, HERRMAN H, BLOCH S, BENSON A, COLUSA S (1996). Caring for relatives with serious mental illness: the development of the Experience of Caregiving Inventory. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, **31(3-4)**: 137-148.
- ŞENGÜN F (2007). Şizofreni Hastasına Bakım Verenlerin Ruhsal Sağlık Durumlarını Etkileyen Etmenlerin İncelenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı, İzmir.
- T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI (2011). Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı 2011-2023. T.C. Sağlık Bakanlığı, Ankara.
- T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI (2013). Uluslararası Toplum Temelli Ruh Sağlığı Hizmetleri Konferansı: Sosyal İçermeye Giden Yol (basılı materyal). Ankara, 2-3 Ekim 2013.
- TEL H, TERAKEYE G (2000). Şizofrenik hasta ailelerine yönelik bir psikoeğitimsel yaklaşım uygulaması denemesi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, **1(3)**: 133-142.
- TESCHINSKY U (2000). Living with schizophrenia: The family illness experience. *Issues in Mental Health Nursing*, **21(4)**: 387-396.

- THOITS PA (1982). Conceptual, methodological, and theoretical problems in studying social support as a buffer against life stress. *Journal of Health and Social Behavior*, **23(2)**: 145-159.
- THOMPSON N (2016). Güç ve Güçlendirme. (1. Baskı). Çev.Ed.: Cankurtaran, Ö. Ankara: Nika yayınevi.
- TRIEF PM, HIMES CL, ORENDORFF R, WEINSTOCK R (2001). The marital relationship and psychosocial adaptation and glycemic control of individuals with diabetes. *Diabetes Care*, **24**: 1384–1389.
- TUNCAY T (2009). Genç Kansere Hastalarının Hastalık Deneyimlerinin Güçlendirme Yaklaşımı Temelinde Analizi, Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Fakültesi, Sosyal Hizmet Anabilim Dalı, Ankara.
- TUTTY LM, ROTHERY MA, GRINNELL RM (1996). Qualitative Research For Social Workers-Phases, Steps, Tasks. USA: Allyn and Bacon.
- TÜİK (2017). Nüfus ve Demografi İstatistikleri. Erişim Adresi: [http://www.tuik.gov.tr/VeriBilgi.do?alt_id=1067]. Erişim Tarihi: 2.4.2018
- TÜZER V, ZİNCİR S, BAŞTERZİ AD, AYDEMİR Ç, KISA C, GÖKA E (2003). Şizofreni hastalarında aile ortamı ve duygu dışavurumunun değerlendirilmesi. *Klinik Psikiyatri*, **6**: 198-203.
- UCHINO BN (2006). Social support and health: a review of physiological processes potentially underlying links to disease outcomes. *Journal of Behavioral Medicine*, **29(4)**: 377-387.
- UPADHYAY R (2015). Perceived Family Dynamics and Family Care Giving of the Patients with Chronic Psychosis-Special Emphasis to Long Stay Patients: A Qualitative Study, Master Dissertation, Ranchi University, Department of Psychiatry, Jharkhand.
- ÜNAL S, HİSAR F, ÇELİK B, ÖZGÜVEN Z (2010). Üniversite öğrencilerinin ruhsal hastalığa yönelik inançları. *Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi*, **3**: 145-150.
- VANDIVER VL, JORDAN C, KEOPRASEUTH KO, YU M (1995). Family empowerment and service satisfaction: An exploratory study of Laotian families who care for a family member with mental illness. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, **19(1)**: 47.
- VOGEL DL, WESTER SR, WEI M, BOYSEN GA (2005). The role of outcome expectations and attitudes on decisions to seek professional help. *Journal of Counseling Psychology*, **52(4)**: 459-470.
- WANCATA J, FREIDL M, KRAUTGARTNER M, FRIEDRICH F, MATSCHNIG T, UNGER A, GOSSLER R, FRUHWALD S (2008). Gender aspects of parents' needs of schizophrenia patients. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, **43(12)**: 968-974.
- WANG X, CHEN Q, YANG M (2017). Effect of caregivers' expressed emotion on the care burden and rehospitalization rate of schizophrenia. *Patient Preference and Adherence*, **11**: 1505-1511.

- WANG HH, WU SZ, LIU YY (2003). Association between social support and health outcomes: a meta-analysis. *The Kaohsiung Journal of Medical Sciences*, **19(7)**: 345-350.
- WEBB C, PFEIFFER M, MUESER KT, GLADIS M, MENSCH E, DEGIROLAMO J, LEVINSON DF (1998). Burden and well-being of caregivers for the severely mentally ill: The role of coping style and social support. *Schizophrenia Research*, **34**: 169-180.
- WEBSTER-STRATTON C (1990). Stress: A potential disruptor of parent perceptions and family interactions. *Journal of Clinical Child Psychology*, **19(4)**: 302-312.
- WEDENOJA M (1996). Family Caregiving and Mental Illness: Predictors of Distress and Caregiver Service Priorities, Doctoral Dissertation, The University of Michigan.
- WERNER JL, TYLER JM (1993). Community-based interventions: A return to community mental health centers' origins. *Journal of Counseling & Development*, **71(6)**: 689-692.
- WILLIAMS CC, MFOAFO-M'CARTHY M (2006). Care: Giving, receiving and meaning in the context of mental illness. *Psychiatry*, **69(1)**: 26-46.
- WILLIAMS PD, PRESS A, WILLIAMS AR, PIAMJARIYAKUL U, KEETER LM, SCHULTZ J, HUNTER K (1999). Fatigue in mothers of infants discharged to the home on apnea monitors. *Applied Nursing Research*, **12(2)**: 69-77.
- WINEFIELD HR, HARVEY EJ (1993). Determinants of psychological distress in relatives of people with chronic schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, **19(3)**: 619-625.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (2001). The World Health Report 2001. Erişim Adresi: [<http://www.who.int/whr/2001/en/>]. Erişim Tarihi: 12.7.2018.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (2003). The mental health context (Mental health policy and service guidance package). Geneva: World Health Organization. Erişim Adresi: [http://www.who.int/mental_health/policy/service/3_contex_WEB_07.pdf]. Erişim Tarihi: 5.6.2018.
- YANIK M (2008). İstanbul'da toplum ruh sağlığı örgütlenmesi örneği. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, **9 (ek sayı 1)**: 43-45.
- YAVAş AYHAN A (2013). şizofreni Hastalarına Bakım Verenlerin Sağlık Eğitimi Gereksinimleri ile Bakım Yükleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Programı, Ankara.
- YAVUZ R (2008). şizofreni. İçinde: Türkiye'de sık karşılaşılan psikiyatrik hastalıklar, Ed.: M. Uğur, İ. Balcıoğlu, N. Kocabaşoğlu. Cemre Ofset, İstanbul. 49-58.
- YILDIRIM A, BUZLU S, AşILAR RH, CAMCIOğLU TH, ERDİMAN S, EKİNCİ M (2014). şizofreni hastalarının ailelerine uygulanan aileden aileye destek programının hastalık hakkında bilgi, aile yükü ve öz yeterlilik üzerine etkisi. *Türk Psikiyatri Dergisi*, **25(1)**: 31-37.
- YILDIRIM A, şİMşEK H (2013). Sosyal Bilimlerde Nitel Araştırma Yöntemleri. (9. Baskı). Ankara: Seçkin Yayıncılık.

- YILMAZ S (2011). Şizofreni Tanılı Hasta ve Ailelerinin Eğitim Gereksinimleri, Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- YILMAZ V (2012). İnsan Hakları ve Karşılaştırmalı Sosyal Politika Yaklaşımı Işığında Türkiye’de Ruh Sağlığı Politikaları: Tespitler ve Öneriler. RUSİHAK. İstanbul.
- YÜKSEL MM (2013). The Well-Being of Siblings of Patients With Schizophrenia: An Evaluation Within the Transactional Stress And Coping Model, Yayınlanmamış Doktora Tezi, Orta Doğu Teknik Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji Bölümü, Ankara.
- ZARIT S (2004). Family care and burden at the end of life. *CMAJ*, **170**:1811-1812.
- ZAUSZNIEWSKI JA, BEKHET AK, SURESKY MJ (2010). Resilience in family members of persons with serious mental illness. *Nursing Clinics*, **45(4)**: 613-626.
- ZEYBEKOĞLU Ö (2013). Günümüzde erkeklerin gözünden babalık ve aile. *Mediterranean Journal of Humanities*, **3(2)**: 297-328.
- ZIMMERMAN MA (1995). Psychological empowerment: Issues and illustrations. *American Journal of Community Psychology*, **23(5)**: 581-599.
- ZIMMERMAN MA (1990). Taking aim on empowerment research: On the distinction between individual and psychological conceptions. *American Journal of community psychology*, **18(1)**: 169-177.
- ZIMMERMAN MA ve WARSCHAUSKY S (1998). Empowerment theory for rehabilitation research: Conceptual and methodological issues. *Rehabilitation Psychology*, **41**: 3-16.
- 4857 Sayılı İş Kanunu. Erişim Adresi: [<http://iskanunu.com/4857-sayili-is-kanunu-turkce/245-4857-sayili-is-kanunu-maddeli-metin/#32>]. Erişim Tarihi: 12.7.2018.
- 5510 Sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu. Erişim Adresi: [<http://mevzuat.basbakanlik.gov.tr/AramaSonuc.aspx?searchText=Sosyal%20Sigortal ar%20ve%20Genel%20Sa%C4%9Fl%C4%B1k%20Sigortas%C4%B1%20Kanunu>]. Erişim Tarihi: 12.7.2018

EKLER

Ek-1. Bilgilendirilmiş Olur Formu

BİLGİLENDİRİLMİŞ OLUR FORMU

Bu katıldığınız çalışma bilimsel bir araştırma olup, araştırmanın adı “Ankara İlinde Yaşayan Ruhsal Hastalığı Olan Bireye Sahip Ebeveynlerin Yaşantılarının Belirlenmesi ve Güçlendirme Yaklaşımı Doğrultusunda Değerlendirilmesi” dir. Bu araştırmanın temel amacı, hastalık öncesi ve sonrası süreçte şizofreni hastası bireylerin ebeveynlerinin, fiziksel, sosyal, bilişsel, duyuşsal ve tinsel alanda sorunlarının, gereksinimlerinin, güçlerinin ve güçsüzlüklerinin kendi anlatısı ve algılamasıyla belirlenmesi, güçlendirme yaklaşımının temel unsurlarıyla bütüncül bir şekilde değerlendirilmesi ve bütüncül çözüm önerilerinin sunulmasına yönelik modelin geliştirilmesidir.

Araştırmada sizin ile ilgili bilgiler araştırmacı tarafından hazırlanan bir anket ile toplanacaktır. Bu araştırmada yer almanız nedeniyle size hiçbir ödeme yapılmayacaktır. Bu araştırmada yer almak tamamen sizin isteğinize bağlıdır. Araştırmada yer almayı reddedebilirsiniz ya da herhangi bir aşamada araştırmadan ayrılabilirsiniz. Size ait tüm bilgileriniz gizli tutulacaktır. Araştırmanın amaçları bilimsel amaçla kullanılacaktır.

Çalışmaya Katılma Onayı:

Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlanmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri okudum ve sözlü olarak dinledim. Aklıma gelen tüm soruları araştırmacıya sordum, yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanındı. Bu koşullar altında, söz konusu araştırmaya ilişkin bana yapılan katılım davetini hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın büyük bir gönüllülük içerisinde kabul ediyorum.

Bu formun imzalı bir kopyası bana verilecektir.

Gönüllünün,

Adı-Soyadı:

Tarih ve İmza:

Açıklamaları yapan araştırmacının,

Adı-Soyadı:

Görevi:

Adresi:

Tarih ve İmza:

Ek-2: Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu

1. SOSYO-DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERE İLİŞKİN BİLGİLER

Kendinizden söz eder misiniz? (Yaş, medeni durum, eğitim, doğduğu yer, en uzun süreyle yaşadığı yer ve çalışma yaşamı).

Ruhsal hastalığı olan çocuğunuzdan söz eder misiniz? (Yaş, medeni durum, eğitim, doğduğu yer, en uzun süreyle yaşadığı yer ve çalışma yaşamı).

Aile içindeki diğer üyelerden söz eder misiniz? (Yaş, medeni durum, eğitim, doğduğu yer, en uzun süreyle yaşadığı yer ve çalışma yaşamı).

2. HASTALIK ORTAYA ÇIKMADAN ÖNCEKİ SÜRECE İLİŞKİN BİLGİLER

Daha önce ruhsal hastalıklara ilişkin bilginiz var mıydı?

Ruhsal hastalıklara ve ruhsal hastalığı olan bireylere dair düşünceleriniz nelerdi?

Teşhis konulmadan önce çocuğunuzda herhangi bir farklılık ya da değişim hissettiniz mi? Hissettiyseniz bunların neler olduğuna ilişkin bilgi verir misiniz?

Ruhsal hastalığı olan çocuğunuzla ilişkiniz nasıldı?

Aile içindeki diğer üyelerle olan ilişkiniz nasıldı?

Ruhsal hastalığı olan çocuğunuzun aile içindeki üyelerle ilişkisi nasıldı?

Aile içindeki sorumluluk dağılımı ve rol paylaşımından söz eder misiniz?

Bir gününüzü nasıl geçirirdiniz, neler yapardınız ve neler yapmaktan hoşlanırdınız?

3. HASTALIK SÜRECİNE İLİŞKİN BİLGİLER

3.1. Fiziksel Alan

Çocuğunuza tanı konuldu mu? Tanı konulduktan sonraki süreci nasıl değerlendirirsiniz? (hastaneye gidiş, hastaneye yatış ve taburculuk sonrası süreçler vb)

Bir gününüzü nasıl geçiriyorsunuz?

Kendi ihtiyaçlarınızı karşılama durumunuzla ilgili neler söyleyebilirsiniz? (öz bakım becerileri, hobiler, faaliyetler vb.)

Bakım verme sürecini nasıl değerlendiriyorsunuz? Bakım verme süreciyle ilgili neler söyleyebilirsiniz? (hasta ile yoğun olarak ilgilenen kişi, hastanın bakımı, ilaç

kullanımı, bakım vermede cinsiyet değişkeninin değerlendirilmesi, zorlayıcı durumlar vb)

3.2. Duyuşsal Alan

Çocuğunuza ilk tanı konulduğunda neler hissettiğinizden söz eder misiniz?

Verdiğiniz tepkilerden söz eder misiniz?

Hastalık süresince yaşamınıza ilişkin duygu ve düşüncelerinizi değerlendirir misiniz? (yaşamınız üzerinde kontrol sahibi olma veya olamama durumu ve duygusu vb.)

Karşılaştığınız sorunlarla ilgili duygu ve düşüncelerinizden söz eder misiniz?

3.3. Bilişsel Alan

Şu anda yaşadığınız durumun sizin için ifadesinden söz eder misiniz?

Hastalığın sizin için ifadesinden söz eder misiniz?

Hayatınızdan ödün verdiğinizizi düşünüyor musunuz?

Duygu ve düşüncelerinizde yaşadığınız değişimi nasıl değerlendirirsiniz?

Hastalık sürecinde kullandığınız baş etme stratejilerinizden söz eder misiniz?

3.4. Sosyal Alan

Hastalığı öğrendiğinizde bu durumu bir başkasıyla paylaştınız mı veya paylaşmayı düşündünüz mü? Eğer anlatmadıysanız bunun nedenlerine ilişkin bilgi verir misiniz?

Hastalığın tanısını paylaştığınızda akraba ve arkadaş çevrenizin tutum ve davranışlarından söz eder misiniz? Bu tutum ve davranışları nasıl değerlendiriyorsunuz?

Aile içindeki üyelerle ilişkilerinizden söz eder misiniz?

Aile içindeki sorumluluk dağılımı ve rol paylaşımından söz eder misiniz?

Hastalık sürecinde yaşadığınız sıkıntılarla ilgili duygu ve düşüncelerinizi aile üyeleri veya sosyal çevrenizle paylaşıyor musunuz?

Hastalık süreciyle birlikte sosyal çevre, eğitim ve çalışma yaşamınızı nasıl değerlendirirsiniz?

Toplumun ruhsal hastalıklara olan bakış açısını nasıl değerlendiriyorsunuz?

Ruhsal hastalıklar ile ilgili toplumdaki bilgi ve bilinç düzeyini nasıl değerlendirirsiniz?

Sosyal çevreniz tarafından ayrımcılığa veya damgalanmaya maruz kaldığınızı düşünüyor musunuz, eğer düşünüyorsanız bu durumun nedenlerinden söz eder misiniz?

Sağlık personeliyle (psikiyatrist, psikolog, sosyal hizmet uzmanı, hemşire) olan ilişkinizi nasıl değerlendiriyorsunuz?

Aldığınız hizmetlerle ilgili düşüncelerinizden söz eder misiniz?

Olmasını istediğiniz hizmetlerden söz eder misiniz?

Tedavi sürecine ailenin katılımı konusundaki düşüncelerinizden söz eder misiniz?

3.5. Tinsel Alan

Hastalık sürecinde kendi benliğinize ilişkin duygu ve düşüncelerinizden söz eder misiniz?

Hastalık sürecinde sosyal çevrenizdeki bireylere ilişkin duygu ve düşüncelerinizden söz eder misiniz?

Hastalık sürecinde yaşama ilişkin duygu ve düşüncelerinizden söz eder misiniz?

Hastalık sürecindeki dinsel inanç ve ritüellerinizde herhangi bir değişiklik oldu mu, söz eder misiniz?

Hastalık sürecinde baş etme aracı olarak değerlendirdiğiniz kaynak ve stratejileri nasıl değerlendiriyorsunuz?

Hastalıktan önceki süreç ve hastalık sürecini göz önünde bulundurduğunuzda değer sisteminizde çatışma veya değişme söz konusu oldu mu?

“Güç” ve “Güçsüzlük” sizin için ne anlam ifade etmektedir?

Sizi güçlü ve güçsüz kılan unsurlarla ilgili neler söyleyebilirsiniz?

4. Sizin ve çocuğunuzun geleceği ile ilgili düşüncelerinizden söz eder misiniz?

Ek-3. Kurum İzni Belgesi



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
Ankara İli 3. Bölge Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği
Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Yenimahalle Eğitim ve Araştırma Hastanesi

ANKARA YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ
YENİMAHALLE EĞİTİM ARAŞTIRMA HASTANESİ -
ANKARA YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ
YENİMAHALLE EĞİTİM ARAŞTIRMA HASTANESİ
23/09/2016 15:44 - 33373887 - 771 - E.6102
0000275372

Sayı : 33373887/771
Konu : Araştırma İzni (Fulya AKGÜL GÖK)
Hk.

ANKARA ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Şükriye Mah. Plevne Cad. Aktaş Kavşağı No:5
06340 Altındağ/ANKARA

İlgi: TKHK Ankara İli 3. Bölge Genel Sekreterliği'nin 09/09/2016 tarih ve E.12877 sayılı yazısı

İlgili yazı ile anılan çalışmanın, hizmeti aksatmayacak şekilde bizzat Üniversiteniz Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sosyal Hizmet Anabilim Dalı doktora öğrencisi Fulya AKGÜL GÖK tarafından yürütülmesi, katılımların gönüllülük esasına dayandırılarak katılımcıların yazılı onamlarının alınması, çalışma sonucunun Bakanlığımızın bilgisi dışında ilan edilmemesi, başka bir amaçla kullanılmaması ve başka makam, kişilere verilmemesi, ayrıca söz konusu çalışma sonucunun bir örneğinin ilgili üniversite tarafından Genel Sekreterliğimize gönderilmesi kaydıyla, çalışmanın Kurumumuzda yapılmasında sakınca yoktur.

Prof.Dr. Doğan ÜNAL
Hastane Yöneticisi

DAĞITIM:
TKHK Ankara İli 3.Bölge Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği
Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Yeni Batı Mah. 2026. Cad. Batıkent - Yenimahalle / ANKARA
Faks No:587 24 37
e-Posta:dilek.bagci@saglik.gov.tr İnt.Adresi:

Bilgi için:Dilek BAĞCI
Unvan:Veri Hazırlama ve Kontrol İşlt.
Telefon No:0312 587 20 00

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 500280f7-7590-4a76-b898-7feabb05fdcc kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Ek-4. Etik Kurul İzin Belgesi



GİZLİ
T.C
ANKARA ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Etik Kurulu Başkanlığı

Sayı : 85434274-050.04.04 / 41578
Konu : Etik Kurul Kararı Hakkında

18 Temmuz 2016

Sayın Fulya AKGÜL GÖK
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sosyal Hizmetler Bölümü

İlgi: 12/05/2016 tarihli başvurunuz.

“Ankara İlinde Yaşayan Ruhsal Hastalığı Olan Bireye Sahip Ebeveynlerin Yaşantılarının Belirlenmesi ve Güçlendirme Yaklaşımı Doğrultusunda Değerlendirilmesi” başlıklı doktora tez çalışması ile ilgili olarak Ankara Üniversitesi Etik Kurulunun 13/06/2016 tarihli toplantısında alınan 13/197 sayılı kararın bir örneği ilişikte gönderilmektedir. Bilgilerinizi saygılarımla rica ederim.

Prof.Dr. Sibel A.ÖZKAN
Rektör a.
Rektör Yardımcısı

EKLER:
Karar Örneği (1 sayfa)

GİZLİ

Ankara Üniversitesi Rektörlüğü 06100 - Tandoğan/ANKARA
Telefon : 0 (312) 60 40 / 2101
Faks : 0 (312) 212 60 49

Ayrıntılı Bilgi İçin

ANKARA ÜNİVERSİTESİ
ETİK KURULU
KARAR ÖRNEĞİ

Karar Tarihi : 14/07/2016

Toplantı Sayısı: 16

Karar Sayısı :241

241- Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sosyal Hizmetler Bölümü Doktora Öğrencilerinden **Fulya Akgül Gök**'ün "Ankara İlinde Yaşayan Ruhsal Hastalığı Olan Bireye sahip Ebeveynlerin Yaşantılarının Belirlenmesi ve Güçlendirme Yaklaşımı Doğrultusunda Değerlendirilmesi" başlıklı doktora tez çalışması ile ilgili 12/05/2016 tarihli "İnsan Üzerinde Yapılan Klinik Dışı Araştırmalar Başvuru Formu" Etik Kurulumuzca incelenmiştir.

Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sosyal Hizmetler Bölümü Doktora Öğrencilerinden **Fulya Akgül Gök**'ün "Ankara İlinde Yaşayan Ruhsal Hastalığı Olan Bireye Sahip Ebeveynlerin Yaşantılarının Belirlenmesi ve Güçlendirme Yaklaşımı Doğrultusunda Değerlendirilmesi" başlıklı doktora tez çalışması ile ilgili çalışmasının araştırma protokolüne uyulması ve etik onay tarihinden itibaren geçerli olması koşuluyla uygulanmasının etik açıdan uygun olduğuna oy birliği ile karar verildi.

ASLININ AYNIDIR
14/07/2016


Prof. Dr. Muharrem ÖZEN
Ankara Üniversitesi
Etik Kurulu Başkanı

ÖZGEÇMİŞ

I- Bireysel Bilgiler

Adı : Fulya
Soyadı : AKGÜL GÖK
Doğum yeri ve tarihi : KEÇİÖREN – 08.04.1987
Uyruğu : TC
Medeni durumu : Evli
İletişim adresi ve telefonu : fullyagok@gmail.com

II- Eğitimi (tarih sırasına göre yeniden-eskiye doğru)

Doktora Ankara Üniversitesi – Ankara

Sosyal Hizmet Bölümü – 2013 - 2018

Konu: Şizofreni Tanısı Olan Bireylerin Ebeveynlerinin Yaşantılarının Güçlendirme Yaklaşımı Çerçevesinde İncelenmesi

Yüksek Lisans Hacettepe Üniversitesi – Ankara

Sosyal Hizmet Bölümü – 2011 - 2013

Yüksek Lisans Tezi : Evli Kadın ve Erkeklerin Toplumsal Cinsiyet Rollerine İlgili Algılarının Aile İşlevlerine Yansıması

Yan Dal Hacettepe Üniversitesi- Ankara

Psikoloji Bölümü- 2009-2011

Lisans Hacettepe Üniversitesi – Ankara

Sosyal Hizmet Bölümü - 2006 - 2011 (1 Yıl İng. Hazırlık + 4 Yıl)

Yabancı dili: İngilizce

Okuma: İyi, Yazma: İyi, Konuşma: İyi

III- Ünvanları

Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Sosyal Hizmet Bölümü- Araştırma Görevlisi (2012- ...)

IV- Mesleki Deneyimi

Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sosyal Hizmet Bölümü - Araştırma Görevlisi (2012- ...)

V- Üye Olduğu Bilimsel Kuruluşlar

Sosyal Hizmet Uzmanları Derneği

VI- Bilimsel İlgi Alanları (yayınlar)

Yayınları:

A. Uluslararası hakemli dergilerde yayımlanan makaleler:

A1. Akgül Gök, F. ve Gökçearslan Çifci, E. (2017). Position of the Syrian refugee children in printed media. *Border Crossing Journal*, 7(2), 231-248.

A2. Akgül Gök, F. ve İl, S. (2017). Reflection of Gender Perception of Married Men and Women to Family. *Journal of International Social Research*. 10(54), 523-533.

A3. Akgül Gök, F. ve Duyan, V. (2017). Importance of Empowerment Approach to Mental Health Field. *Social Sciences Studies Journal*, 3(10): 1278-1284. Doi Number :<http://dx.doi.org/10.26449/sssj.163>

A4. Akgül Gök, F. (2017). Assessment of the Difficulties Faced by Women Who Care For Schizophrenic Patients. *Journal of International Social Research*, 10(53), 433-441

A5. Arslan Özdemir, E., Akgül Gök, F. ve Duyan, V. (2017). Psychiatric Social Work Needs of Families Having Children With Mental Health Diseases In Turkey. *The Journal of Academic Social Science*.5(62), 380-389

B. Uluslararası bilimsel toplantılarda sunulan ve bildiri kitabında basılan bildiriler

B1. Özdemir Ocaklı, B., Arslan Özdemir, E., Eryalçın , M., Yüceer Kardeş, T., Akgül Gök, F., Duyan, V. (2018). Attitudes of Social Work Students towards Syrian Refugees. Migration Conference.

B2. Akgül Gök, F., Arslan, E. ve Duyan, V. (2017). Spirituality as a Coping Mechanism For Problems Related To Mental Health. 29th International Academic Conference, Rome, ISBN 978-80-87927-33-5, IISES, DOI: 10.20472/IAC.2017.029.003

B3. Arslan, E., Akgül Gök, F. ve Duyan, V. (2017). Psychiatric Social Work Needs of Families Having Children with Mental Diseases in Turkey. 29th International Academic Conference, Rome.

- B4.** Akgül Gök, F., Yazgan, E.Ö., Altuntaş, T., Demir, A. ve Duyan, V. (2017). Determination of the Relationship Between Self-Stigmatization and Self-Esteem in 'Nursing and Social Work Department Students' Psychological Assistance Interview
- B5.** Akgül Gök, F., Gökçearslan Çifci, E. (2016). Situation of Syrian Refugee Children in Printed Media. Turkish Migration Conference, Vienna.
- B6.** Gökçearslan Çifci, E., Özdemir, B., Arslan, E. ve Akgül Gök, F. (2016). Attitudes of Shopping Mall Workers Towards Somali Asylum Seekers. Turkish Migration Conference, Vienna.
- B7.** Duyan, V., Gökçearslan Çifci, E., Akgül Gök, F. and Arslan, E. (2015). A Research on Psychosocial Support and Future Expectations of the Syrian Female Asylum-Seekers Living in Turkey. Turkish Migration Conference, Prague.
- B8.** Akgül Gök, F. (2015). Investigation of the Relationship between Gender Roles and Family Functions: Turkey Case Study. Ninth Annual International Conference on Sociology, Athens, Greece
- B9.** Gökçearslan Çifci, E., Göker, M. ve Akgül Gök, F. (2013). Interview Techniques with Sexual Abuse Victim and Sexual Abuse Risk Bearing Children. 5th International Symposium on Children at Risk and in Need of Protection, Antalya
- B10.** Gökçearslan Çifci, E., Akgül Gök, F. ve Beydili, E. (2013). The Struggle for Rights: A Qualitative Research with LGBT's Families. 3rd ENSACT Joint European Conference, İstanbul 16-19 April 2013.

C. Ulusal hakemli dergilerde yayımlanan makaleler :

- C1.** Erbay, E., Akgül Gök, F. ve Yüceer Kardeş, T. (2015). Aile Mahkemelerine Başvuran Ve Boşanma Sürecinde Olan Ailelerin Problem Çözme Becerilerinin İncelenmesi. *Türkiye Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 19(1).
- C2.** Gökçearslan Çifci, E. Akgül, Gök, F. ve Arslan, E. (2015). Kurum Bakımından Toplum Temelli Bakıma Geçiş: Deinstütizasyon Ve Toplum Ruh Sağlığı Merkezlerinde Çalışan Sosyal Hizmet Uzmanlarının Rolü. *Toplum ve Sosyal Hizmet Dergisi*, 26(1), 163-175.

C3. Özmete, E. ve Akgül Gök, F. (2015). Sürdürülebilir Kalkınma İçin Sosyal İnovasyon Ve Sosyal Hizmet İlişkisinin Değerlendirilmesi. *Toplum ve Sosyal Hizmet Dergisi*, , 26(2), 127-143

C4. Özkan, Y., Akgül Gök, F., Kocaoğlu, F., Taşkiran, H., Özdemir, P. ve Muslu Köse, S. (2015). Sosyal Hizmet Öğrencilerinin Sosyal Sorumluluk Düzeylerinin Belirlenmesi. *Türkiye Sosyal Araştırmalar Dergisi* ,19(3), 89-108.

D. Ulusal bilimsel toplantılarda sunulan ve bildiri kitabında basılan bildiriler:

D1. Akgül Gök, F. ve Aykara, A. (2015). Psycho- Social Dimension of Caregiving to Individuals with Psychiatric Disorders- Sosyal Hizmet Sempozyumu 2015, Manisa.

D2. Aykara, A. ve Akgül Gök, F. (2015). Assessment of Coping Strategies with Rights -Based Approach of Families with Mentally Handicapped Individuals who Experience Difficulties- Sosyal Hizmet Sempozyumu 2015, Manisa.

D3. Çelik, G., Aykara, A. ve Akgül Gök, F. (2013). Fiziksel Engelli Çocukların Katılım Hakkına Yönelik İhlallerin Hak Temelli Yaklaşım Açısından Değerlendirilmesi. Türkiye’de Sosyal Hizmet Müfredatında Yer Alan Çocuk Alanıyla İlgili Ders İçeriklerine Eleştirel Bakış. Türkiye’de Çocuğun Refahı ve Korunması ‘‘Kapsayıcı Bir Yaklaşım Arayışı’’- Sosyal Hizmet Sempozyumu 2013 (Uluslararası Katılımlı), Kocaeli (tam metin).

D4. Akgül Gök, F. ve Göker, M. (2013). Çocuk İcrasında Sosyal Hizmet Uzmanının Rolü Ve Çocuğun Durumu. Türkiye’de Sosyal Hizmet Müfredatında Yer Alan Çocuk Alanıyla İlgili Ders İçeriklerine Eleştirel Bakış. Türkiye’de Çocuğun Refahı ve Korunması ‘‘Kapsayıcı Bir Yaklaşım Arayışı’’- Sosyal Hizmet Sempozyumu 2013 (Uluslararası Katılımlı), Kocaeli (tam metin).

D5. Akgül Gök, F., Taşkiran, H., Özdemir, P., Muslu Köse, S. ve Duyan, V.(2013). Türkiye’de Sosyal Hizmet Müfredatında Yer Alan Çocuk Alanıyla İlgili Ders İçeriklerine Eleştirel Bakış. Türkiye’de Çocuğun Refahı ve Korunması ‘‘Kapsayıcı Bir Yaklaşım Arayışı’’- Sosyal Hizmet Sempozyumu 2013 (Uluslararası Katılımlı), Kocaeli

E. Uluslararası Kitap Bölümü

E1. Akgül Gök, F. ve Gökçearsan Çifci, E. (2018). Deconstructing Stigma in Mental Health. *Stamped Life: Stigmatization Stories of Women Who Care for Patients With Schizophrenia*. IGI Global. Ss. 209-224

E2. Akgül Gök, F. (2017). Turkish Studies from Different Perspectives. (Ed.) Mert Uydacı. *Investigation of the Relationship between Gender Roles and Family Functions: Turkey Case Study*. ss. 257-271.

F. Ulusal Kitap Bölümü (Ders Kitabı)

F1. Akgül Gök, F. (2014). Blok Uygulama I (Ünite 13). Erzurum: Atatürk Üniversitesi Açık Öğretim Sosyal Hizmet Bölümü Ders Kitabı Blok Uygulama I dersi. ISBN: 978-975-442-658-8, 2014-2015

VII- Bilimsel Etkinlikleri (aldığı burslar, ödüller, projeler, verdiği konferans seminerler, katıldığı paneller (panelist olarak))

A. Ödüller

A1. Hacettepe Üniversitesi, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, Sosyal Hizmet Bölümü, Bölüm Birinciliği Ödülü, 2011

A2. Hacettepe Üniversitesi, İhsan Doğramacı Üstün Başarı Ödülü, 2011

B. Projeler

B1. Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri (TRSM) Uzaktan Eğitim Pilot Uygulama Çalıştayı, Ankara, 24-28 Mart 2014

B2. Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri (TRSM) Bölgesel Eğitimi, Ankara, 14-18 Nisan 2014

B3. Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri (TRSM)'ne Yönelik Harmanlanmış Eğitim Programı Eğitici Eğitimi, Ankara, 12-14 Şubat 2014

B4. Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri (TRSM) Çalışma Rehberi Eğitimi, Ankara, 25-26 Kasım 2013

VIII- Diğer Bilgiler

A. Katıldığı Eğitimler

A1. Yaratıcı Drama Eğitimi, 1. ve 2. Aşama, Çağdaş Drama Derneği, 2018, Ankara

A2. “Türkiye’ de Kız Çocuğu Olmak” Çalıştayı, Ankara, 2014

A3. “Etkili Konuşma ve Diksiyon” Semineri, Ankara, 2014

A4. Ankara Kalkınma Ajansı, Proje Eğitimi, Ankara, 2014

A5. Psikodrama Hazırlık Aşaması Sertifikası, 2013

A6. Toplum Temelli Ruh Sağlığı Hizmetleri Konferansı: Sosyal İçermeye Giden Yol, Ankara, 2013

A7. Kadına Yönelik Şiddet Eğitimi, Kadın Dayanışma Vakfı, Ankara, 2009-2010

