BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
SOSYAL HİZMET ANABİLİM DALI
SOSYAL HİZMET TEZLİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

ŞİZOFRENİ TANISINA SAHİP OLAN BİREYLERİN AİLE DENEYİMLERİNE İLİŞKİN NİTEL BİR ARAŞTIRMA

HAZIRLAYAN

SELİN SALİHOĞLU

YÜKSEK LİSANS TEZİ

TEZ DANIŞMANI

DOÇ. DR. SEVAL BEKİROĞLU

ANKARA – 2024

BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ

SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

YÜKSEK LİSANS TEZ ÇALIŞMASI ORİJİNALLİK RAPORU

Tarih: 15/ 05 / 2024

Öğrencinin Adı, Soyadı: Selin Salihoğlu

Öğrencinin Numarası: 22110222

Anabilim Dalı: Sosyal Hizmet

Programı: Tezli Yüksek Lisans

Danışmanın Unvanı/Adı, Soyadı: Doç. Dr. Seval Bekiroğlu

Tez Başlığı: Şizofreni Tanısına Sahip Bireylerin Aile Deneyimlerine İlişkin Nitel Bir Araştırma

Yukarıda başlığı belirtilen Yüksek Lisans tez çalışmamın; Giriş, Ana Bölümler ve Sonuç Bölümünden oluşan, toplam 85 sayfalık kısmına ilişkin, 15/05 /2024 tarihinde şahsım/tez danışmanım tarafından Turnitin adlı intihal tespit programından aşağıda belirtilen filtrelemeler uygulanarak alınmış olan orijinallik raporuna göre, tezimin benzerlik oranı % 7'dır. Uygulanan filtrelemeler:

1. Kaynakça hariç

2. Alıntılar hariç

3. Beş (5) kelimeden daha az örtüşme içeren metin kısımları hariç

"Başkent Üniversitesi Enstitüleri Tez Çalışması Orijinallik Raporu Alınması ve Kullanılması Usul ve Esaslarını" inceledim ve bu uygulama esaslarında belirtilen azami benzerlik oranlarına tez çalışmamın herhangi bir intihal içermediğini; aksinin tespit edileceği muhtemel durumda doğabilecek her türlü hukuki sorumluluğu kabul ettiğimi ve yukarıda vermiş olduğum bilgilerin doğru olduğunu beyan ederim.

Öğrenci İmzası:…….

ONAY

Tarih: 15 /05 / 2024

Öğrenci Danışmanı Unvan, Ad, Soyad, İmza:

Doç. Dr. Seval Bekiroğlu

TEŞEKKÜR

Uzun süren yorucu günlerde yoğun iş temposuna rağmen bana yardımcı olan, titiz bir şekilde yanlışı ve doğruyu gösteren, beni en iyi şekilde yönlendiren, değerli fikirleri ile araştırmanın niteliğini artıran, üzerimde oldukça fazla emeği olan değerli tez danışmanım Sn.Doç.Dr. Seval BEKİROĞLU'na;

Araştırma verilerini toplarken beni reddetmeyerek yaşam alanlarının en özel ve en mahrem kısımlarını ve yaşam mücadelelerini en içten şekilde benimle paylaşarak bu çalışmanın gerçekleşmesine imkan veren sevgili şizofreni tanısına sahip olan bireylere;

Mavi At Kafe'de çalışmamı gerçekleştirmem için gereken onayı veren Meral TAŞENT'e, gönüllü olarak kafede çalışan sevgili dostum psikolog Aslı BİLSEL'e ve çalışmam için uygun kaynaklar için arabuluculuk yapan Perihan GÜLEÇ'e;

Ankara Şizofreni ile Yaşamayı Öğrenme ve Destekleme Derneği'nde çalışmamı gerçekleştirebilmem için onay veren, işimi kolaylaştırmak adına gerekli planlamaları yapan, bunları benimle içtenlikle paylaşan ve yönlendiren sayın Coşar ŞARER'e;

Tez jürisi olarak fikirleri ve önerileyle çalışmamın zenginleşmesine destek olan değerli hocalarım Doç.Dr. Seda ATTEPE ÖZDEN ve Prof.Dr. Cengiz ÖZBESLER'e;

Hayatım boyunca her zaman bana destek olan, arkamda duran aileme teşekkür ederim. İyi ki varsınız.

ÖZET

Selin SALİHOĞLU, Şizofreni Tanısına Sahip Olan Bireylerin Aile Deneyimlerine İlişkin Nitel Bir Araştırma, Başkent Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sosyal Hizmet Tezli Yüksek Lisans Programı, 2024.

Aile sistemi, insanlık tarihi kadar eski ve dinamik bir yapıda olmasına rağmen önemini halen korumaya devam etmektedir. Şizofreni tanısına sahip (ŞT) bireyler için ise zorlu hastalık süreçlerinde en yüksek desteği aldıkları aileleri ayrıca önemlidir. Bununla birlikte, özellikle ülkemizde çoğunlukla aileleri ile yaşayan ŞT bireylerin ailelerine ilişkin deneyimlerini inceleyen çalışmalar sınırlıdır. Buradan hareketle bu çalışmada, ŞT bireylerin ailelerine ilişkin deneyimlerinin derinlemesine incelenmesi amaçlanmıştır.

ŞT bireylerin ailelerine ilişkin bakış açılarını, algılarını ve değerlendirmelerini içeren deneyimlerinin derinlemesine incelenmesine olanak sağlaması yönüyle nitel yöntemin femonolojik (olgu bilim) deseninden yararlanılmıştır. Bu kapsamda, amaçlı örneklem yöntemi kullanılarak kendi ebeveynleri ile yaşayan, 18 yaş üstü şizofreni tanısa sahip, tedaviye uyum gösteren ve ilaçlarını düzenli kullanan, kendini ifade etmede güçlük yaşamayan 19 katılımcı ile yüz yüze derinlemesine görüşmeler gerçekleştirilmiştir. Yarı yapılandırılmış görüşme formu aracılığıyla elde edilen veriler, NVivo programı aracılığıyla içerik analizi yöntemiyle çözümlenerek yorumlanmıştır.

ŞT bireylerin aile deneyimleri dört ana tema altında incelenmiştir: Ailenin anlamı (aile tanımları, aile ile yaşamak), aile içi rollere ilişkin deneyimler (ebeveynlere, ailedeki çocuk olmaya, kardeşliğe, boş zaman aktivitelerine ve sorun çözmeye ilişkin deneyimleri), destek sistemleri, damgalanmaya ilişkin deneyimleri (anlaşılmamak, değersizleştirme, suçlama, hastalığa inanmama, çalışmaya yönelik baskı). ŞT bireylerin çoğunlukla ailelerini iyi kategoride tanımlamasıyla paralel bir şekilde ailelerinin kendileri için oldukça önemli olduğu ve hayatlarını devam ettirmede ailelerine bağımlılıklarının yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Öte yandan, aile içi ilişkilerdeki kopukluklar, iletişim zorlukları ve sosyalleşme sürecinde eksiklikler de bulunmaktadır. Aile ilişkilerinin ve etkileşiminin geliştirilmesi, ebeveynlerinin kaybına ilişkin korku düzeyleri yüksek olduğu görülen ŞT bireylerin tek başına hayatlarını devam ettirme becerilerinin arttırılması ve ailelerine olan

bağımlılığının azaltılmasına ilişkin psikososyal destek hizmetlerinin geliştirilerek ailelerin ve bireylerin yararlandırılması önemli bir ihtiyaçtır.

Anahtar Kelimeler: Şizofreni tanısına sahip birey, aile deneyimleri, nitel araştırma, sosyal hizmet.

ABSTRACT

Selin SALIHOGLU, A Qualitative Research on the Family Experiences of Individuals Diagnosed with Schizophrenia, Başkent University, Institute of Social Sciences, Master's of Social Work with Thesis, 2024.

Although the family system is as old as human history and has a dynamic structure, it maintains its importance. For individuals with a diagnosis of schizophrenia (CTD), their families are also important, as they receive the highest support during difficult disease processes. However, studies examining the experiences of ST individuals related to their families, especially those who mostly live with their families in our country, are limited. Based on this, this study aims to examine the experiences of ST individuals related to their families in depth.

The qualitative method's femonological (case science) design has been used to enable an in-depth examination of the experiences of individuals involving their perspectives, perceptions and evaluations of their families. In this context, in-depth face-to-face interviews were conducted with 19 participants over the age of 18 living with their parents and diagnosed with schizophrenia using the purposeful sampling method. The data obtained through the semi-structured interview form were analyzed and interpreted by the content analysis method through the NVivo program.

Family experiences of ST individuals were examined under four main themes: The meaning of family (definitions of family, living with the family), experiences regarding family roles (experiences regarding parents, being a child in the family, siblinghood, leisure activities and problem solving), support systems, stigma. experiences (not being understood, devaluing, blaming, not believing in the disease, pressure to work). In parallel with the fact that ŞT individuals mostly define their families in the good category, it has been concluded that their families are very important to them and their dependence on their families is high to continue their lives. On the other hand, there are disruptions in family relationships, communication difficulties and deficiencies in the socialization process. It is an important need to benefit families and individuals by developing psychosocial support services to improve family relationships and interaction, to increase the ability of ST

individuals who are seen to have high levels of fear regarding the loss of their parents to continue their lives alone, and to reduce their dependence on their families.

Key Words: Individual diagnosed with schizophrenia, family experiences, qualitative research, social work.

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR ..... **i**
ÖZET ..... **ii**
ABSTRACT ..... **iv**
TABLOLAR LİSTESİ ..... **viii**
KISALTMALAR LİSTESİ ..... **ix**
BÖLÜM I **1**
GİRİŞ **1**
1.1. Kuramsal Çerçeve **3**
1.1.1. Şizofreni nedir? **3**
1.1.1.1. Şizofreninin türleri ve belirtileri **5**
1.1.1.2. Şizofrenide tedavi **10**
1.1.1.3. Şizofrenide iyileşme **12**
1.1.2. Şizofreni ve aile **16**
1.1.2.1. Ailenin bakım verme rolü **17**
1.1.2.2. Ailenin damgalamadaki yeri **22**
1.1.2.3. Ailenin destek rolü **26**
1.1.3. Şizofreni ve sosyal hizmet **28**
1.1.3.1. Sosyal hizmet uzmanının rolleri ve görevleri **32**
1.2. Araştırmanın Problemi **35**
1.3. Araştırmanın Amacı **36**
1.4. Araştırmanın Önemi **36**
1.5. Araştırmanın Varsayımları **37**
1.6. Araştırmanın Sınırlılıkları **38**
1.7. Araştırmanın Tanımları **38**
BÖLÜM II **40**
ARAŞTIRMANIN YÖNTEMİ **40**
2.1. Araştırmanın Modeli **40**
2.2. Araştırmanın Katılımcıları **40**
2.3. Veri Toplama Yöntemi ve Aracı **42**
2.4. Veri Toplama Süreci **43**
2.5. Verilerin Analizi **43**

BÖLÜM III **45**
BULGULAR VE TARTIŞMA **45**
3.1. Ailenin Anlamı **45**
3.1.1. Ailenin tanımı **45**
3.1.2. Aile ile yaşamak **46**
3.2. Aile İçi İlişkilere İlişkin Deneyimleri **48**
3.2.1. Ebeveynlerine ilişkin deneyimleri **48**
3.2.2. Ailedeki çocuk olmaya ilişkin deneyimleri **51**
3.2.3. Kardeşliğe ilişkin deneyimleri **53**
3.2.4. Boş zaman aktivitelerine ilişkin deneyimleri **54**
3.2.5. Sorun çözmeye ilişkin deneyimler **55**
3.3. Destek Sistemlerine İlişkin Deneyimler **55**
3.4. Damgalanmaya İlişkin Deneyimler **58**
3.4.1. Anlaşılmamak **59**
3.4.2. Değersizleştirme ve suçlama **60**
3.4.3. Hastalığa inanmama **62**
3.4.4. Çalışmaya yönelik baskı **62**
BÖLÜM IV **64**
SONUÇ VE ÖNERİLER **64**
4.1. Sonuç **64**
4.2. Öneriler **67**
KAYNAKLAR **72**
EKLER
EK-1. Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu
EK- 2: Etik Kurul İzin Belgesi

TABLOLAR LİSTESİ

Sayfa

Tablo 2.1. Katılımcılara İlişkin Sosyodemografik Bilgiler 41
Tablo 2.2. Tema ve Alt Temalar..... 44

KISALTMALAR LİSTESİ

ŞT	: Şizofreni tanısına sahip birey
NASW	: National Association of Social Workers
WHO	: World Health Organization
APA	: American Psychological Association
EKT	: Elektro Konvülsif Tedavi
NİMH	: National Institute of Mental Health
DSM	: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
PANSS	: Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği
IRM	: Recovery-Oriented Model
IBM	: Watson İnsan Bakım Modeli
URSP	: Ulusal Ruh Sağlığı Politikası
WHOQOL-BRIEF	: Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği,
TRSM	: Toplum Ruh Sağlığı Merkezi
EKPSS	: Engelli Kamu Personeli Seçme Sınavı

BÖLÜM I

GİRİŞ

Dünya sağlık örgütü **(**World Health Organization [WHO], 2022) tarafından yapılan tanıma göre şizofreni, algıda meydana gelen önemli bozukluklar ile birlikte davranıştaki değişikliklerin karakterize olmasıdır. Şizofreni tanısına sahip (ŞT) bireyler; sıklıkla kişisel, aile, sosyal, eğitim ve meslek gibi önemli yaşam alanlarında zorluklar yaşamakta ve genel popülasyona kıyasla yaşam süreleri 10-20 yıl daha kısa olmaktadır (Taşkın Uyan, Köroğlu ve Hocaoğlu, 2023; World Health Organization, 2022). Kronik bir hastalık olan ve yeti yitimine sebep olan şizofreni dünya nüfusunun %0,4-0,7 oranını etkilemektedir (Jiang ve ark., 2021).

ŞT bireylerdeki hastalığın oluşum nedenleri ve sürecin gidişatı birbirinden farklılaşmaktadır (Çataloluk ve Buran, 2023). Buna bağlı olarak, bireylerin bakımına ve tedavisine yönelik geliştirilen çabalar zaman içerisinde değişimlere uğramıştır. ŞT bireylerin bakımı için benimsenen ruh sağlığı kurumları ve tedavisi için en yaygın olarak kullanılan psikotik ilaçların genel durumun iyileşmesi, yaşam kalitesinin artması, nüks riskinin azalması gibi boyutlarda tek başına yeterli olmadıkları anlaşılmıştır. ŞT bireylerin bilişsel, kişiler arası iletişim ve sorun çözme becerilerini geliştirmeye, tedavi sürecine uyumlarını arttırmaya, hastalık belirtilerini anlamalarını sağlamaya yönelik psikososyal tedaviler öne çıkmıştır (Taşkın Uyan, Köroğlu ve Hocaoğlu, 2023). Günümüzde toplum temelli ruh sağlığı hizmetleri kapsamında ŞT bireylere ve ailelerine yönelik hizmetler sunulmaktadır (Hahlweg ve Baucom, 2023; World Health Organization, 2022).

Şizofreni yalnızca hastayı değil, ailesini de ilgilendirmekte ve etkilemektedir. Bu doğrultuda, tedavi sürecinde ŞT bireyler ve aileleri birlikte ele alınmaktadır (Taşkın Uyan, Köroğlu ve Hocaoğlu, 2023). Özellikle son yıllarda şizofreni hastalığına yönelik aile müdahalelerinin hastalığın seyrini önemli derece olumlu etkilediği vurgulanmıştır (Mueser, Gingerich ve Rosenthal, 1994).

İlgili literatür incelendiğinde, ŞT bireylerin ailelerine ilişkin deneyimlerinden öte ailelerin ŞT bireylere ilişkin deneyimlerine odaklanıldığı görülmüştür. Hiç şüphesiz ki hastalık süreci, ŞT bireyler kadar ailelerini de etkilemektedir. Ancak hastalığın belirti ve

etkilerini en çok yaşayan kişiler olarak ŞT bireylerin hastalık süreci içerisinde aile deneyimlerine dair öznel yaşantıları da göz ardı edilmemelidir. ŞT bireylerin kendi yaşamsal deneyimlerinin göz ardı edilerek kendilerine ve ailelerine yönelik müdahalelerin başarıya ulaşılamayacağı düşünülmektedir. Buradan hareketle bu çalışmada, ŞT bireylerin ailelerine ilişkin deneyimlerinin derinlemesine incelenmesi amaçlanmıştır.

Bu amaçla hazırlanan çalışma toplam dört bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde; giriş bölümüne, araştırmanın kuramsal çerçevesine, araştırmanın problemine, amacına, önemine, varsayımlarına, sınırlılıklarına ve tanımlarına yer verilmiştir. Araştırmanın kuramsalı çerçevesinde; şizofreni hastalığının ne olduğuna, tedavi yöntemlerine, iyileşme sürecine, şizofrenide ailenin rolüne, ŞT bireyler ve aileleri ile çalışırken sosyal hizmet mesleğinin önemine ve rolüne yer verilmiştir.

Çalışmanın ikinci bölümünde, araştırmanın yöntemi hakkında bilgi verilmiştir. ŞT bireylerin ailelerine ilişkin bakış açılarını, algılarını ve değerlendirmelerini içeren deneyimlerinin derinlemesine incelenmesine olanak sağlaması yönüyle nitel yöntemin femonolojik (olgu bilim) deseninden yararlanılmıştır. Bu kapsamda, amaçlı örneklem yöntemi kullanılarak; ebeveynleri ile yaşayan, 18 yaş üstü, şizofreni tanısı almış, Mavi AT cafede çalışan veya sosyalleşmek için cafeye gelen 12, Ankara Şizofreni ile Yaşamayı Öğrenme ve Destekleme Derneğine üye olan 7 kişi olmak üzere toplam 19 katılımcı ile yüz yüze derinlemesine görüşmeler gerçekleştirilmiştir. Yarı yapılandırılmış görüşme formu aracılığıyla elde edilen veriler, NVivo programı aracılığıyla içerik analizi yöntemiyle çözümlenerek yorumlanmıştır.

Çalışmanın üçüncü bölümünde, araştırma kapsamında elde edilen bulgulara ve tartışma bölümüne yer verilmiştir. ŞT bireylerin aile deneyimleri dört ana tema altında incelenmiştir: Ailenin anlamı (aile tanımları, aile ile yaşamak), aile içi ilişkilere ilişkin deneyimler (ebeveynlere, ailedeki çocuk olmaya, kardeşliğe, boş zaman aktivitelerine ve sorun çözmeye ilişkin deneyimleri), destek sistemlerine ve damgalanmaya ilişkin deneyimleri (anlaşılmamak, değersizleştirme, suçlama, hastalığa inanmama, baskı). Bulgular, katılımcıların kendi söylemleri üzerinden derlenmiştir ve bu söylemler görüşmelerden sık sık alıntı yapılarak aktarılmıştır. Elde edilen bulgular, literatürdeki mevcut bilgiler ve araştırmacının kendi görüşleri doğrultusunda tartışılmıştır. Çalışmanın dördüncü olan son bölümünde ise sonuç ve öneriler kısmı yer almıştır. Çalışmada elde

edilen sonuçlar ve bu sonuçlar ışığında getirilen öneriler sunularak çalışma sonlandırılmıştır.

1.1. Kuramsal Çerçeve

1.1.1. Şizofreni nedir?

Tarih boyunca şizofreni tanısına sahip (ŞT) bireylerin kötü ruhlar tarafından ele geçirildikleri ve iblislerin belirli müzikleri zorla dinlettikleri gibi çeşitli teoriler öne sürülmüştür. Buna bağlı olarak, ŞT bireylerin kafatasında delikler açılmış ve kötü ruhların serbest bırakılması sağlanmaya çalışılmıştır. 1809-1873 yılları arasında bu tür semptomlar gösteren vakaları ele alan Fransız psikiyatrist Augustin Morel "erken demans" kavramından bahsetmiştir. Ruh sağlığı alanında modern klinik uygulamaların öncüsü olan Karl Ludwing Kahlbaum (1828-1899) ise, entelektüel fonksiyonları hızlı bir şekilde yıkılmış olan 14 yaşındaki bir erkek çocuğunu ayrıntılı biçimde incelemiş ve bu vakayı "katatonik sendrom" olarak ifade etmiştir (Karagülleoğlu ve Çarhan, 2021).

Şizofreni tanımı, 1899 yılında ilk defa Kreapelin tarafından erken bunama çatısı altında kapsamlı bir şekilde tanımlanmıştır. Şizofreni kavramı ise ilk kez 1911 yılında İsviçreli ruh sağlığı doktoru Euegen Bleuler tarafından yayınlamış olduğu "Dementia Paecox veya Şizofreniler Grubu" adlı kitabında zihin bölünmesi adı altında kullanılmıştır (Bruns, 2015:26; National Institute of Mental Health [NİHM], 2016; Soygür Alptekin, Atbaşoğlu ve Herken, 2007).

Robert D. Hare 1296 ve 1736 yılları arasında, şizofreni ile ilgili yol gösterici, aydınlatıcı örneklerden yoksun olması nedeniyle ve modern şizofreni hastalığını tanımlamak amacıyla Hare Psikopati Listesi'ni oluşturmuştur. Bu listede iki vaka yer almaktadır: 1- Opicinus de Canistris, 2- Franz Xaver Messerschmidt. İki vaka örneğinde; halüsinasyonlar, varsanılar, olmayanı görme durumları, bireylerin günlük yaşam süreci içerisinde kendilerini sürekli tehdit altında hissetmeleri, erken yaşta intihar gibi durumlar meydana gelmiştir (Karagülleoğlu ve Çarhan, 2021).

Jung'a göre şizofreni birbiri ile ilişkili olan duygu, anı, algı ve arzulardan oluşan bir kompleks şeklinde meydana gelmektedir. Eğer kişilik dağılırsa, kompleksler ayrıldığı ve

merkezi kontrolden çıkan komplekslerin şahıslaştığı şeklinde bir tanımlama yapmıştır. Buna bağlı olarak, ŞT bireylerin varsanı olarak işittiği sesin aslı onda olan mevcut bir kompleksin sesi olmaktadır (Agid ve ark., 2016).

Şizofreni, pozitif (sanrılar, halüsinasyonlar) ve negatif (motivasyon kaybı, körelmiş etki) semptomlar ile karakterize, şiddetli ve zayıflatıcı etkisi bulunan kronik bir hastalık olarak tanımlanmaktadır (Agid ve ark., 2016). Altta yatan patolojik süreci hala net olarak anlaşılmayan engelleyici bir majör zihinsel hastalık olarak da anıldığına rastlanmaktadır (Shenton ve ark., 1992).

ŞT bireyler genellikle hafıza, dikkat ve problem çözme gibi bilişsel veya düşünme becerilerinde de zorluklar yaşarlar. WHO'ya göre ŞT bireylerde var olan algılama biçimindeki bozulmalar aşağıdaki davranış değişiklikleri ile karakterize olmaktadır (2022):

Kalıcı sanrılar: Kişi, aksine kanıtların olmasına rağmen bir şeyin doğru olduğuna dair sabit inançlara sahiptir.

Kalıcı halüsinasyonlar: Kişi orada olmayan şeyleri duyabilir, koklayabilir, görebilir, dokunabilir veya hissedebilir.

Etki, kontrol veya pasiflik deneyimleri: Kişinin duygularının, dürtülerinin, eylemlerinin veya düşüncelerinin kendisi tarafından üretilmediği, zihnine yerleştirildiği veya başkaları tarafından zihninden çekildiği veya düşüncelerinin başkalarına aktarıldığını deneyimler.

Şizofreni hastalığına neyin sebep olduğu her ne kadar hala tartışma konusu olsa da nedenleri arasında; psikososyal faktörler, genler ve bir dizi çevresel faktörlerin etkileşimleri, geçirilen enfeksiyonlar ile beyin dokusunda oluşan dejenerasyonlar, doğum öncesi ya da sonrası dönemde beyin gelişimi sürecinde bozukluklar veya eksiklikleri sıralamak mümkündür (Karayazgan, 2013; WHO, 2022). Öte yandan şizofreni hastalığının nedenleri ne olursa olsun hastalık ŞT bireyleri fiziksel, duygusal, bilişsel ve ruhsal yönden etkilemektedir. ŞT bireyler, bakım verme, ihtiyaçlarını karşılama, üretkenlik, çalışma, serbest zaman aktivitelerine katılımda ciddi sorunlar yaşamaktadır. Hastalık bireylerin sosyal, mesleki ve kültürel hayatlarını etkileyen ciddi bir ruhsal hastalıktır. Bu yönüyle, kronik ve yeti yitimine sebep olan şizofreni, dünya nüfusunun %0,4-0,7 oranını

etkilemektedir. Şizofreninin meydana getirmiş olduğu engeller nedeniyle oluşan işsizlik oranı %80-90 olmak ile birlikte intihar girişimleri yaklaşık %10'dur (Jiang ve ark., 2021).

ŞT bireyler toplum nüfusunun yüzde 1'lik kesiminde yer almaktadır (Shenton, ve ark., 1992). Sağlık Bakanlığı'nın verilerine göre, genel nüfus bazında şizofreninin ömür boyu görülme sıklığı %0.5-1 oranındadır (İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü, 2018). Türkiye'de şizofreninin yaşam boyu sıklığı ise 1000 kişide 8,9 oranında olduğu bilinmektedir (Kocal ve ark., 2017).

Klinik görüşmelerin ve tıbbi kayıtların bulunduğu çalışmalara göre, ABD'de şizofreninin ve buna bağlı oluşan psikotik bozuklukların prevalansının tahmini %0.25 ile %0,64 oranı arasında değişime uğramaktadır (Desai ve ark., 2013; Kessler ve ark., 2005; National Institute of Mental Health; Wynaden ve ark., 2006).

Tedavi arayışın ve ilk hastaneye yatışın yaşı erkeklerde 27,4-28,2 yaşları arasında iken, kadınlarda 30-32,2 yaşları arasında olduğu görülmektedir. Hastaneye yatışı öncesinde bireylerin %95'inde sanrılar, %68'inde halüsinasyonlar ve %61'inde düşünce bozukluklarının görülmesi nedeniyle hastaneye geldiği saptanmıştır (Kocal ve ark., 2017). ŞT bireylerin ortalama yaşam beklentisi 64,7 yıldır (Desai ve ark., 2013).

1.1.1.1. Şizofreninin türleri ve belirtileri

İsviçreli psikiyatrist Eugene Bluer'e göre şizofreninin 4 ana semptomu bulunmaktadır ve bunu 4A formülü şeklinde tanımlamıştır:

1. Assosiasyon: Fikirlerin akışında, kişide oluşan çağrışımların düzen ve sürekliliğinde bozulma,
2. Ambivalans: Zıt duygu ve düşünceleri aynı kişi ya da nesneye karşı aynı anda hissetme durumu,
3. Autizm (otizm): Duygulanımda küntleşme, gerçek dünyadan soyutlanma,
4. Affekt: Duygusal tepkilerde ve ifadelerde meydana gelen bozulmalar (Summakoğlu ve Ertuğrul, 2018).

Günümüzde ise büyük oranda benzer bir klinik görünümü ve prognozu olan bireyleri gruplamak, erken teşhis ve uygun tedaviyi sağlamak amacıyla oluşturulan ve yaygın bir biçimde kullanılan sınıflandırma sistemleri bulunmaktadır. Bu sınıflandırma sistmeleri arasında; Amerikan Psikiyatri Birliği (American Psychiatric Association [APA])'nin Tanısal ve İstatistiksel Kılavuzu (DSM-V) ve WHO'nun Hastalıklar ve İlişkili Sağlık Sorunlarının Uluslararası Sınıflaması (International Classification of Diseases and Related Health Problems-ICD-10) ön plandadır (Abaoğlu, 2018). ICD-10'da; paranoid şizofreni, hebefrenik (disorganize) şizofreni, katatonik şizofreni, ayrışmamış şizofreni, post-şizofrenik depresyon, rezidüel şizofreni, basit şizofreni, başka şizofreni ve belirlenmemiş şizofreni olmak üzere şizofreninin dokuz alt tipi tanımlanmaktadır (Abaoğlu, 2018):

1. Paranoid şizofreni; düşünce içeriği ile ilgili bozukluk baskın olmaktadır. Başlangıç yaşı ise daha genç yaşlarda görülmekle beraber yavaştır. Bir ya da birden fazla hezeyan, işitsel hallusinasyonlar, dezorganize konuşma, dezorganize ya da katatonik davranış, sığ veya uygun olmayan etkiden hiçbirinin belirgin olarak görülmemesi şeklinde tanımlanmaktadır (Büyüksandıç Özşen ve Tanrıverdi, 2013).

Bu bozukluğun büyük bir bölümünde iş, kişilerarası ilişkiler ya da öz bakım gibi temel alanlarda işlevsellik, hastalığın başlangıcından önce elde edilen düzeye kıyasla belirgin bir biçimde altında kalmaktadır. Özellikle çocukluk ve ergenlik döneminde kişilerarası ilişkiler, akademik ve mesleki işlevsellik konularında başarısızlık söz konusu olmaktadır (Florida Center for Behavioral Health Improvements and Solutions , 2021). Çin'de yapılan bir araştırmada (2007), yatarak tedavi gören 542 ŞT bireylerin cinsiyetlerine göre klinik ve demografik özellikleri karşılaştırıldığında paranoid tipin erkeklerde kadınlara göre daha az olduğu vurgulanmıştır (Kocal, Karakuş ve Sert, 2017).

2. Katatonik şizofreni; yalnızca şizofrenide değil, aynı zamanda birçok psikiyatrik ve genel tıbbi durumla birlikte ortaya çıkmaktadır. 2013 yılında güncellenen DSM- V'de şizofreni katatoni birlikteliği sona ermiş ve diğer psikotik bozukluklar altında ayrı bir başlık olarak sınıflandırılmıştır (APA, 2013; akt: Büyüksandıç Özşen ve Tanrıverdi, 2013).

Antipsikotikler yaygın olarak kullanılmaya başlaması ile birlikte özellikle ŞT bireylerde postür alma, tepkisizlik, kaslarda geçici kasılma durumu, konuşmama, karşıt eylemde bulunma/direnç gösterme, basmakalıp davranışlar, yüz buruşturmaya benzer

mimikler,s ebepsiz karşı tarafın söylediklerini tekrarlama, bal mumu esnekliği gibi dramatik belirtiler ile şiddetli kronik katatoni vakaları görülmektedir.

Günümüzde yapılan katatoni tabloları sıklıkla atlanmakta ve görülme sıklığı zannedilen orandan daha fazla olduğu bilinmektedir. Örneğin Hollanda'da yapılan bir araştırmaya göre, 139 akut psikotik hastanın %18'inde katatoni tanısı tespit edilmiştir ve bunların %9.8'i şizofreni hastalarına aittir (Solmi ve ark. 2017; Van der Heijden ve ark. 2005; akt: Büyüksandıç Özşen ve Tanrıverdi, 2013).

3. Dezorganize (hebefrenik) şizofreni, genç yaşta akut ve renkli belirtilerle başlamakta ve düşünce biçimi, hareket dezorganizasyonu baskın olmaktadır. Dezorganize konuşma, dezorganize davranış, sığ ya da uygun olmayan duygulanım temel belirtiler arasında yer almaktadır. Gidiş özelliklerine göre, şizofreninin en ağır alt tipidir (Büyüksandıç Özşen ve Tanrıverdi, 2013).

İletişim içerisinde olan hasta, belirli bir konu üzerinde duramamakta ve bu sebepten konudan konuya atlamaktadır. Bunlara ek olarak birey, halüsinasyonlar ve sanrılar görebilmektedir. Birey, hareketlerinde meydana gelen motivasyonel azalma ve uygunsuz, uyumsuz davranışlardan dolayı toplumdan kopabilmektedirler (Zeybek ve Bakırcı, 2020).

4. Tortu tip şizofreni, belirtileri en aza indirilmiş, hafif belirtilerin görüldüğü ya da hiçbir belirtinin kalmadığı, en az bir kez psikotik atak geçirmiş şizofreni tipi olarak tanımlanmaktadır.

Düşüncelerin yavaşlaması ve içeriğinin fakirleşmesi, isteksizlik, öz bakımda bozuklukların meyda gelmesi gibi şizofreninin negatif belirtileri belirgin olmaktadır (Güçlücan, 2010).

5. Basit tip şizofreni, ilk olarak ŞT bireyler ile birlikte yaşayan aileleri tarafından fark edilmektedir. Basit tip şizofrenide genellikle, öz bakımda eksiklikler, sosyal hayatta meydana gelen değişiklikler görülmektedir. Kısacası birey, eskisinden daha farklı davranmaya başlamaktadır (Erkmen, 2022).

6. Farklılaşmış tip şizofreni, şizofreninin diğer alt tiplerinden (paranoid, dezorganize ya da katatonik tip ölçütleri) birinin tanısı konulmadığı durumda farklılaşmış şizofreni tanısı konulmaktadır (Erkmen, 2022).

7. Rezidüel tip şizofreni, klinik olarak belirgin bir pozitif psikotik semptomlar (sanrı, varsanı, dezorganize konuşma ya da davranış) olmamasına karşın, en az bir defa şizofreni epizodu olmuş olan tiptir. Kısaca, bireyin psikotik bir hikayesi vardır fakat pozitif semptomlar zamanla azalmıştır ve negatif semptomlar baskın olmaktadır (Şizofreni Dernekleri Federasyonu, 2019).

8. Post-şizofrenik tip şizofreni, şizofreni semptomlarının giderek depreşmesi sonucu birey, çok belirgin bir biçimde çökkünlüğe girmektedir. Böylelikle, daha çok negatif belirtiler bulunmakta, bunlara eşlik eden pozitif belirtiler de görülmektedir.

Kalıntı şizofreniden ayrımını ancak bireyin yaşadığı öykü ile yapılmaktadır. Yapılan bazı çalışmalara göre post şizofrenik depresyon yaşayan bireyler, hem nöroleptik tedavisi hem de trisiklik antidepresanları eş zamanlı kullandığında tedaviye olumlu yönde dönütler verdiklerine ilişkin bulgulara ulaşılmıştır. Böylelikle, tedavi edilen bireylerde delüzyon alevlenmeleri olmaksızın depresyon belirtilerinin anlamlı düzeyde azaldığını raporla etmişlerdir (Azolin JM, 1995; Kırlı ve ark., 1996).

Genel olarak şizofreninin alt tipleri, tedaviye verdikleri cevap ve prognozları değişkenlik göstermektedir. Bundan dolayı, değerlendirme sırasında belirgin olan belirtilere göre tanımlanmaktadırlar. Bu alt tipler arasından tedaviye en uygun cevap veren ve prognozu en iyi olan paranoid şizofreni tipidir. Tedaviye en az cevap veren ve prognoz açısından en kötü olan ise dezorganize şizofreni tipidir (Summakoğlu ve Ertuğrul, 2018).

Şizofreni, beynin birçok alanını, bireyin yaşamını her açıdan etkileyen karmaşık bir hastalık olmaktadır. Bundan dolayı, şizofreninin alt tiplerinin yanı sıra, birçok farklı semptomları da bulunmaktadır. Bu semptomlar, hastalığın süreci ve gidişatı hakkında yol haritası olmakta, var olan bozuklukların nerede olabileceğine dair bir kolaylık sağlamaktadır (Zeybek ve Bakırcı, 2020). Öte yandan şizofreniye ilişkin özgü olan tek bir semptom yoktur. Bu nedenle, klinik semptomların ortaya çıkışı hastadan hastaya farklılık göstermektedir. PANSS (Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği), hastalık ile ilgili araştırma ve semptom iyileşmesini ölçmek için kullanılmaktadır. Bu ölçeğe göre, pozitif belirtiler, negatif belirtiler ve genel psikopatoloji olarak üç alt ölçek bulunmaktadır. Bu ölçeğe benzer şekilde Paul Eugen Bleuler, şizofrenik semptomları pozitif ve negatif semptomlar olarak ikiye ayırmıştır (Karagülleoğlu ve Çarhan, 2021).

Negatif belirtiler: Aşırı içe kapanma ve toplumdan çekilme, konuşmada ve düşüncede fakirleşme, düşüncede soyutlanma yetisinin azalması, somut düşünme, duygulanımda azalma, küntleşme, vurdumduymazlık, destek ve istenç azalması, dikkat bozukluğu, kendine bakma, iş ve toplumsal uyum alanlarına karşı ilgi ve sorumluluk almada azalma, devinim ve eylemlerde azalma (Büyüksandıç Özşen ve Tanrıverdi, 2013; Köroğlu E., 1998) ile kategorizedir.

Pozitif belirtiler: Sanrılar (hezeyanlar) ve çağrışımlarda dağınıklık, halüsinasyonlar (varsanılar), toplum içerisinde aşırı düzeyde olan saldırganlık, taşkınlık, garip davranışlar, baskılı konuşmalardır.

Şizofrenide en sık görülen pozitif sanrılar sırasıyla, kötülük görme, alınganlık sanrıları olmaktadır. Türkiye'de 2013 yılında sanrı içerikleri ile ilgili yapılan bir araştırmaya göre, ŞT bireylerin %85.7'lik oranında en sık görülen perküsyon sanrısı, %55.2'lik oranını ise referans sanrıları oluşturmaktadır. Yapılan diğer literatür araştırmalarına göre, dinsel ve büyüklük sanrıları büyük oranda erkeklerde, kıskançlık sanrıları ise büyük oranda kadınlarda sık görülmektedir (Kocal ve ark., 2017).

Bilişsel belirtiler: Dikkat bozukluğu, bilgiyi anlama ve kullanma boyutunda zorluk yaşama, karar alma aşamalarında zorlanma, yönetsel açıdan işlev sorunları gibi bireylerin hafıza ve düşüncelerinde meydana gelen belirtilerdir. ŞT bireylerin öykülerine, hastalığın seyrine göre değişiklik gösteren bilişsel belirtiler, bazı hastaların düşünce ve belleklerinde hafif düzeyde bir etki yaratabiliyorken, bazı hastalarda daha şiddetli bir etki yaratabilmektedir. Buna göre doğru tanı ve etkin tedavi yöntemleri belirlendikten sonraki ilk 5 yıllık süreçte ŞT bireylerin yaşadığı deneyimler hastalığın ilerleyen süreci hakkında önemli ipuçları vermektedir (Bekiroğlu, 2022).

Şizofreni de diğer ruh sağlığı bozuklukları gibi birbiri ile örtüşen belirtilere sahip olmasından dolayı, tanı koymak güçleşebilmektedir. Örneğin, sanrılı hastalar tıpkı ŞTB gibi sanrılar yaşamaktadır. Tam bu nokta, ŞTB de olduğu gibi sanrılı hastalarda negatif semptomlar, dezorganize konuşma ve diğer semptomların olmaması ayırt edici bir özellik olarak karşımıza çıkmaktadır. Özetlemek gerekirse, semptomların bir çoğu örtüşebilmektedir. Doğru teşhis ve tedavi için hastanın ve anlatılan öykünün dikkatli bir şekilde değerlendirilmesi gerekmektedir (Fundamentals of Schizophrenia, 2021).

1.1.1.2. Şizofrenide tedavi

Antik çağda insanlar "delilik" kavramı (psikozun tüm biçimleri için ayrım gözetmeden kullanılan bir terim) zihinsel bir bozukluk olarak değil, ilahi ceza ya da şeytani güçlerin ele geçirmesi olarak görmektedir. Birinci Samuel Kitabı'nda yer alan Eski Ahit'te Kral Saul'un dini görevlerini ihmal ettiği nedeniyle Tanrı'yı kızdırması sonucu delirdiğini anlatması bunu kanıtlamaktadır. David, Saul'u tedavi etmek amacıyla arp çalmaktadır. Buna göre, antik çağda yaşayan insanlar da psikotik hastalıkların başarılı bir şekilde tedavi edileceğine inandıkları sonucuna ulaşılmaktadır (Burton, 2012).

Yunan mitolojisinde ve Homeros destanlarında, delilik kavramının benzer bir şekilde Tanrı'dan ya da tanrılardan bir ceza olduğu düşünülmektedir. Akıl hastalığı ilk kez Yunan hekim olan Hipokrat'ın (milattan önce 377) zamanında bilimsel bir şekilde ele alınmıştır. Hipokrat, deliliğin bedende var olan dört sıvının dengesizliğinden kaynaklandığını ifade etmiştir. Bu sıvıların dengelenmesi için özel diyetler, müshil ilaçlar, kan alma gibi tedavileri öne sürmüştür. Hipokrat'ın bu görüşleri günümüz için abartı gözükse de, MÖ 4.yüzyılda Tanrı'nın cezası olarak görülen zihinsel bozukluk kavramında önemli bir ilerlemeyi teşkil etmektedir.

Orta Çağ'da din, tedavinin merkezi haline gelmiştir. Aynı zamanda, Bedlam Akıl Hastanesi gibi bazı manastırlar ruhsal bozuklukların tedavisine yönelik akıl hastanelerini açmışlardır. Hipokrat'ın ruhsal bozuklukların tedavisine yönelik öne sürdüğü teorilerden sadece müshiller, kan almalar ve dualar uygulanmıştır (Burton, 2012).

Şizofreni tanımı başlığı altında bahsedildiği gibi, tarih boyunca akıl sağlığı yerinde olmayanlar, fiziksel engeli olanlar gibi diğer özel kişilerin tedavisine yönelik kafasında delikler açılarak tedavi edilmeye çalışılmıştır. Böylelikle, kötü ruhların serbest bırakılması amaçlanmıştır.

ŞT bireylerin tedavisi için günümüzde kullanılan antipsikotik ilaçlar henüz ortaya çıkmadan önce, 20.yüzyılın başlarında "ateş tedavisi" yaygın bir tedavi şekli haline gelmiştir. Psikiyatristler, bu tedavi yöntemini kullanarak kükürt ya da yağ enjeksiyonları aracılığıyla ŞT bireyleri ateşte yakmaya çalışmışlardır. Başka popüler tedavi yöntemleri olarak ise, uyku terapisi, gaz terapisi, elektroşok terapisi ve 1935 yılında uygulanmaya başlanan prefrontal lökotomi (beynindeki ön lob uçlarının kesilmesi) yer almıştır. Nazi

Dönemi'nde Almanya gibi bazı ülkelerde, şizofreninin "kalıtsal bir kusurdan" kaynaklandığı inancı yaygın olmuştur. Varlığını devam ettiren bu inançtan dolayı, ŞT bireyleri zorla kısırlaştırma ve soykırım eylemleri meydana gelmiştir (Burton, 2012).

1950'li yıllarda ŞT bireylerce umut kaynağı olan klorpromazin ilk antipsikotik ilaç olarak kullanıma sunulmuştur (Burton, 2012). Bu yıllarda keşfedilen antipsikotik ilaçlar sayesinde, şizofreninin ve duygu-durum bozukluklarının tedavisinde önemli bir noktaya ulaşılmıştır (Büyüksandıç Özşen ve Tanrıverdi, 2013). 1960'lı yıllara gelindiğinde ise, toplum içerisinde tedavi anlayışı benimsenmiş olup, "kurumlarda tedavi" anlayışı geride bırakılmıştır. 1970'li yıllar ile birlikte ruh sağlığı programları günlük yaşama aktive edilmiştir.

Atipik psikotik ilaçların 1990'lı yıllarda kullanıma uygun olmasıyla beraber ŞT bireylerin tedavisinde ve yaşam niteliğinde ciddi düzeyde bir gelişme sağlanmıştır. Tedavilerin yanı sıra, ŞT bireylerin yaşam niteliğini ölçmek amacıyla ölçekler geliştirilmiştir. Becker ve ark. (1993) "Wisconsin Yaşam Kalitesi Ölçeği", WHO'nun "Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği", Dupuy'un (1978) "Psikolojik genel İyilik Hali İndeksi" ve Schooler ve arkadaşlarının "Toplumsal Uyum Ölçeği (1979)" yayımlanmıştır.

Yeni yüzyıl ile birlikte ise ŞT bireylerin tedavisinde belirlenen hedef meydana gelen semptomları azaltmanın yanı sıra yaşam niteliğini arttırmak olmuştur (Soygür, 2003). Bu hedeflere ek olarak, ŞT bireylerin hastaneye gitme veya hastanede yatma gereksinimlerinin önüne geçmek ya da bu gereksinimi azaltmak, hastalığın nüks etmesini önlemek, ilaçların kullanımı sonucu istenmeyen yan etkilerin meydana gelmesini kaldırmak ya da azaltmak, iş, eğitim, bağımsız bir yaşam, aktif sosyal ilişkiler gibi günlük yaşam aktivitelerin sürdürülmesini sağlamak veya bunlara başlamasını teşvik etmek öncelikler arasında olmuştur (Şizofreni Dernekleri Federasyonu, tarih yok).

Günümüzde ŞT bireylerin tedavisinde en bilindik yöntemler arasında; elektro konvülsif terapi veya elektroşok tedavisi (EKT), ilaç tedavisi (antipsikotikler), psikososyal tedavi (hastalık yönetimi becerisi kazandırma, rehabilitasyon, aile eğitimi ve desteği, bireysel terapiler, grup çalışmaları) yer almaktadır (NİMH, 2016; WHO, 2016; Bekiroğlu, 2022; Türk Tabipleri Birliği, 2009). ŞT bireylerin tedavi sürecinde hekim, hemşire, klinik psikolog, sosyal hizmet uzmanı, uğraşı öğretmeni ve diğer servis görevlilerinden oluşan

multidipliner ekip yer almaktadır. ŞT bireyler psiko-sosyal tedavi yöntemleri ile desteklendiğinde hastalıkla başa çıkmaları kolaylaşmakta, hastalıkla ilgili iç görü kazanmakta, ilaç tedavisine uyum sağlamakta ve yaşam kalitelerinde artış meydana gelmektedir (Deveci ve ark., 2008; Herz ve ark. 2000; Liberman ve ark. 1986; Roder ve ark. 2002).

Sonuç olarak, şizofreni tedavisinin geçmişten günümüze nasıl bir değişim sürecinde olduğu konusunu özetlendiğinde çeşitli farmakolojik, psikolojik ve sosyal müdahaleler ile birlikte şizofreninin tedavisinde oldukça önemli ilerlemeler kaydedilmiştir. Günümüz ile geçmiş tedavi yöntemleri kıyaslandığında, günümüzde ST bireylerin yaşam kalitesinde önemli gelişmelerin sağlandığı söylenebilir. Aynı zamanda devam eden tıbbi araştırmalar sayesinde, tedavi sürecinde beklenilen olumlu sonuçların artması, iyileşmeyi daha olası hale getirmektedir (Burton, 2012).

1.1.1.3. Şizofrenide iyileşme

İyileşme kavramı, tıp, hemşirelik, psikoloji, halk sağlığı, din gibi çeşitli disiplinlerde kullanılan ve her disiplin tarafından kendine özgü şekilde tanımlanan bir kavramdır. Ruhsal hastalıklar için iyileşme ise, hastalığın meydana getirdiği zorluklar karşısında olumlu bir benlik, rol ve irade kazanması, bunu sürdürerek bireyin kendi kendini yönetebildiği bireysel bir yolculuk olarak tanımlanmaktadır (Doğan ve ark., 2020). WHO'ya göre ise bireylerin kendi potansiyellerini gerçekleştirmesi, stres faktörleri ile baş edebilmesi, yaşadığı toplumda üretken ve verimli olması, böylelikle iç denge halini sağlaması anlamına gelmektedir (Özer ve Altun, 2022). Sağlık profesyonellerince iyileşme kavramı ise, birey merkezli bir tanı, tedavi, semptom ve rehabilitasyonu gerektirmektedir. Böylelikle, hastaneye yatış sıklıkları azalmakta, sosyal işlevsellik artmakta, yaşam içerisindeki farklı deneyimlere uyum sağlama kolaylaşmakta, baş etme mekanizmaları güçlenmekte ve iç görü kazanılmaktadır (Doğan ve ark., 2020).

Bütüncül İyileşme Yönelimli Modele (IRM) göre iyileşme; iyileştirme, yenileme ve toplumla yeniden bağlantı kurma gibi üç temel süreci kapsamaktadır. İyileştirme aşaması ile hastalığı öğrenen bireyde meydana gelebilecek olan fiziksel, psikolojik ve sosyal yıkımları azaltmak, kişinin güvenliğini sağlamak için erken müdahale ederek umut aşılanması ve güçlü yönlerin farkında olarak baş etme mekanizmalarını belirlemektedir.

Yenileme aşaması ile sosyal ve bilişsel beceriler, günlük yaşam faaliyetleri, baş etme yöntemleri ve yeterlilikleri yeniden oluşturulmaktadır. Toplumla yeniden bağlantı kurma ile birey, toplumdaki statüsünü yeniden kazanmak ve yeniden bağlantı kurmak için yeni bir güven, umut, bağımsızlık ve sosyal fırsatlar kazanmaya başlamaktadır. Bu sayede birey, öz yeterliliğini, öz saygısını ve özgüvenini kazanarak toplumla ilişki kurmaya başlamaktadır (Nişancı, 2019; Zhao ve ark., 2015; akt: Bat Tonkuş ve ark., 2022).

Ruh Sağlığında İyileşme adlı kitaba göre, yalnızca belirtiler ile baş etme veya belirtilerin tedavisi konusu hasta ve sağlık profesyonelleri ile olan etkileşimin odak noktası haline gelirse hastalığın baskın olduğu bir kimlik geliştirme riski artmaktadır. Buna bağlı olarak, hastalık merkezli bir bakış açısı hakim olmaktadır. Hastalığın değiştirilmesi, hafifletilmesi, tedavisi, yönetilmesi konuları merkeze alındığı zaman, hastaneye yatırılmaya duyulan gereksinim artmakta, ayrımcılık ve hastaneye bağımlı hale gelinmesi gibi riskler gündeme gelmektedir. Sonuç olarak, yeti yitiminin temeli hazırlanmaktadır (Amering ve Schmolke; akt:Soygür, 2017).

Yeti yitiminin gündeme gelmesi ile birlikte ŞT bireyler kendini iyileştirebileceğine dair inancını kaybetmekte, olumlu değişimleri yalnızca ona yardım eden diğer faktörlere bağlamakta fakat kendi çabasını bu listeye eklememektedir. Hastalık sebebiyle kendini iyileştiremeyeceğine olan inancı ile sağlık çalışanlarının hastalığı önlemek için tam bir destek verme zorunluluğu hissetmesi eş zamanlı olarak devam etmektedir. Sonuç olarak, bir kişiyi bir başkası iyileştirememektedir. Bir başkasının rolü, samimi ilişkiler sağlamak ve kişinin kendini iyileştirme hissini başarabileceği destek ortamları yaratmaktır. Öncelikle kişinin kendini iyileştirme kapasitesine inanmak gerekmektedir. Bu noktada Michaela ve Margit, hastalık odaklı bakış açısı yerine birey odaklı bir bakış açının kritik öneme sahip olduğu konusunda uyarmakta ve alternatif destek ortamları (akran desteği) yaratmanın gerekliliğini vurgulamaktadır (Amering ve Schmolke; akt: Soygür, 2017).

Mary Leamy ve arkadaşlarının (2018) yapmış oldukları bir çalışmaya göre, iyileşme sürecinde olan bireyin esnek olması, kendini takdir edebilmesi, kendini yönlendirebilmesi, aile üyelerinin katılımı sağlanması, sosyal bağlar ve güçlendirme gibi içsel durumların gündeme gelmesi ile birlikte, iyileşme pozitif yönde ilerlemiştir. Eamon Shanley ve Maureen Jubb-Shanley'in geliştirmiş oldukları İşbirliğine Dayalı İyileşme Teorisi (2007) kapsamında, iyileşmenin mümkün olduğunu, akıl haslığı bulunan bireylerin de buna inanmasının gerektiğini vurgulamışlardır. Bu teori, hümanist felsefe, iyileşme, ortaklık

ilişkisi, hastalıktan ziyade güçlü olan yönlere odaklanarak güçlendirme, motivasyon sağlama gibi temel faktörleri barındırmıştır.

Phil Barker ve Poppy Buchanan-Barker'ın 1990'lı yılların sonunda geliştirmiş olduğu Tidal Model; bireyin içerisinde bulunduğu sorunlara uyum sağlaması, bu sorunlara yönelik baş etme mekanizmaları için nelere ihtiyaç duyulduğu, iyileşme süresini kolaylaştırmak amacıyla nelerin gerçekleştirilmesi gerektiğine odaklanılmıştır. Sese değer vermek, dile saygı göstermek, samimi bir merak geliştirmek, kişisel bilgeliği ortaya çıkarmak, şeffaf olmak, uygun araçları kullanmak, ilerlemek için doğru basamak oluşturmak, zaman ödülü vermek, devamlı olan değişimin farkında olmak gibi on adet değer sistemi bulunmaktadır.

ŞT bireylerin iyileşmeleri ile ilgili çeşitli eleştiriler bulunmaktadır. Bu eleştirilere rağmen biyo-psiko-sosyo-kültürel bir yaklaşım çerçevesinde konuşulmaktadır. Bunlara ek olarak, sağlık alanında yer alan profesyoneller, ŞT bireylerin iyileşmelerini ve tedaviye olan uyumlarını, motivasyonlarını arttırmada etkili olan girişimleri planlama ve uygulamada önemli bir pozisyona sahiptirler (Yıldız ve Aylaz, 2019).

Başka bir çalışmada iyileşmenin dört boyutu vurgulanmıştır. Bunlardan biri, klinik iyileşme (semptomların azaltılması), psikolojik iyileşme (psikiyatrik deneyimleri anlamak ve baş etme mekanizmaları geliştirmek, yaşamda kontrol ve yapı hissini kazanmak), işlevsel iyileşme (belirtileri kontrol altına alınması ile birlikte kognitif performans ve sosyal açıdan işlevselliğin artması), sosyal iyileşme (sosyal ve mesleki aktivitelere katılım, kurulan tatmin edici sosyal ilişkiler, iyi bir yaşam kalitesi) dir (Yıldız ve Aylaz, 2019).

Diğer bir çalışmaya göre, Slade ve arkadaşları (2012) iyileşmeyi, klinik, fonksiyonel ve kişisel olarak üç alanda sınıflandırılmaktadır. Kişisel iyileşme, kişinin tutumlarını, değerlerini, hedeflerini, becerilerini ve/veya rollerini değiştirmenin bir süreci olarak tanımlanmaktadır. Leamy ve arkadaşları (2011) kişisel iyileşmeyi, geleceği, kimliği, yaşamı anlama, umut ve iyimserliğe odaklanma şeklinde sistematik olarak özetlemiştir. Bu faktörleri göz önünde bulundurarak Bağlılık, Umut, Kimlik, Anlam ve Güçlendirme (CHIME) modelini önermiştir.

ŞT bireylerin semptomlarının ve relapslarının azaltılması, günlük yaşamlarındaki işleyişin iyileşmesini sağlamak için yeterli olmamaktadır. Şizofreni tedavisi başlığında da bahsedildiği gibi, tedavinin amacı yalnızca psikotik belirtileri yönetmek değil, iyileşmeyi

sağlamaktır. İyileşme sürecinde dahi ŞT bireyler günlük yaşam becerileri, sosyal ilişkileri, aile ve çevreleriyle iletişim kurma gibi hastalık öncesi işlevsel seviyesine geri dönememektedir. Bu sebepten dolayı, ŞT bireyler için işlevsel iyileşme ve bireylerin topluma entegrasyonu önemli terapötik hedefler arasında bulunmaktadır .

ŞT bireyler en az üçte bir oranı semptomlarda tam anlamıyla iyileşme yaşamaktadır. Yaşamları boyunca bu bireylerin periyodik olarak semptomları kötüleşmekte ve hafiflemekte, diğer ŞT bireylerin ise zaman içerisinde semptomları aşamalı olarak kötüleşmektedir (WHO, 2022). Yu ve ark. (2020), yaşlı olan ŞT bireylerin daha olumsuz iyileşme gösterdiklerini, Huang ve ark. (2018) ise lise ve üzeri eğitim görmüş ŞT bireylerin iyileşme sürecini daha iyi gerçekleştirdiğini belirtmiştir. Chang ve ark. (2013), hastalık süresi daha uzun olan bireylerin daha iyi bir iyileşme sergilediklerini belirtmiştir. Herhangi bir işe sahip olan bireylerin, herhangi bir işi ve uğraşı olmayanlara göre daha iyi bir kişisel iyileşme gösterdikleri bilinmektedir (Younget ve ark., 2014; Li ve ark., 2022).

Elli çalışmayı ele alan meta-analiz sonuçlarına göre ise, şizofreni ve ilişkili olan diğer psikoz hastalığına sahip olan bireylerin yalnızca %13.5 oranı iyileşmiş, klinik ve sosyal açıdan 7 kişiden sadece 1'i sosyal açıdan iyileşmiştir (Yıldız ve Aylaz, 2019).

ŞT bireyler için iyileşmenin anlamı ve iyileşme sürecinden beklentilerini ele alan nitel bir çalışmada, ŞT bireylerin iyileşmesi konusunu bireysel temelli ele alarak hem klinik hem de kişisel tanımlamalara yer verilmiştir. Araştırmaya göre, uzmanlar ve ŞT bireyler iyileşmeye yönelik farklı algıya sahip olmuş ve iyileşmeyi farklı biçimlerde tanımlamışlardır.

Her ŞT bireylerin kendine özgü iyileşme göstergeleri bulunmaktadır. Profesyoneller, hastalığı bütüncül bir perspektiften ele alarak yönettiği ve ŞT bireylerin deneyimlerini dinleyerek onlara göre olan iyileşme göstergelerini göz ardı etmediği sürece iyileşme kolaylaşmaktadır (Gandhi ve ark., 2020). Böylelikle, ruh sağlığı müdahalelerinde iyileşmeden beklenilenlerin, uygun bir tedavi programının belirlenmesi ve hastanın tedavi sürecine aktif katılımı sağlanmaktadır. Thara'nın (2012) yapmış olduğu mevcut çalışmaya göre, şizofrenide iyileşme süreci birçok faktörü kapsamıştır. Araştırmaya katılan ŞT bireyler için iyileşme göstergeleri arasında, çeşitli alanlarda yeterli bir işleyiş sağlamak, istihdam edilmek, duygusal istikrarın olması, ilaç kullanmamak yer almıştır (Mathew, ark., 2021).

Bilişsel ve sosyal işlevlerin ŞT bireylere yeniden kazandırılmasında, yeterli aile rolü işleyişi ve yapılandırılmış bir rutinin gerektiği vurgulanmaktadır. Bunların yanı sıra, mesleki rehabilitasyon programları ile desteklenen ŞT bireylerin istihdamı sağlanarak kişisel iyileşme amaçlanmaktadır. Dunn ve ark.(2008), istihdamın yalnızca maddi yardım sağlama aracı değil, ruhsal hastalık ile başa çıkmanın sağlanması ile iyileşmenin kolaylaşması arasında anlamlı bir ilişkisi olduğunu vurgulamaktadır (Mitsunaga-Ohmuro ve Ohmuro, 2021).

1.1.2. Şizofreni ve aile

Şizofreninin belirtileri genellikle beynin ön loblarının hızlı gelişme gösterdiği 15-16 yaşları (ergenlik) ile yirmili yaşları (erken yetişkinlik) arasında başlayıp otuzlu yaşlara (geç ergenlik-yirmili yaşların başı) kadar devam etmektedir (Wynaden ve ark., 2006). Belirtilerin erken yaşlarda ortaya çıkması sebebiyle bireyler yaşamının üçte ikisinden daha fazla oranını bu hastalıkla sürdürmektedir. İlerleyen süreçlerde ST bireylerde biyo-psiko-sosyal yönden yeti kayıpları meydana gelmektedir (Ceylan ve Çilli, 2015). Bu yönüyle şizofreni hastalığı bireyin ve ailesinin yaşamını son derece etkilemekte ve sınırlandırmaktadır. ŞT bireyler ve aileleri hastalığın belirtileri ile başa çıkmada birçok zorluk yaşamaktadır.

Hindistan'da üçüncül sağlık merkezlerinde ayaktan tedavi gören altı ŞT bireyler ile derinlemesine gerçekleştirilen görüşmelerde, bireylerin şizofreni tanısı aldıktan sonraki yaşam süreçlerinde, öznel refah ve aile ortamlarında, sosyal ağ ve toplumsal entegrasyonlarında bozulmalar yaşadıkları görülmüştür. Bunların yanı sıra, yoksulluk, işsizlik ve barınma gibi sorunlar ile baş etmede savunmasız kaldıklarını da eklemişlerdir. ŞT bireyler kendilerini sosyal boyutlarda izole etmeyi bir çözüm yolu olarak gördüklerini belirtmiştir (Rani, ve ark., 2023).

ŞT bireyler günlük yaşam etkinliklerini (hijyen, kişilerarası iletişim, beslenme, uyku, çalışma gibi) yerine getirme ve sürdürme konusunda başkalarının desteğine ihtiyaç duymaktadırlar. Çoğu toplumda olduğu gibi bizim toplumumuzda da bu desteği sağlayan sistem, birinci dereceden yakınlığı olan aile sistemi olmaktadır (Attepe Özden ve Tuncay, 2018). Bu yönüyle, ŞT bireylerin tedavi sürecinde ve hayatını devam ettirmede birincil

desteği aldıkları ailelerinin rolü oldukça fazladır. İlerleyen bölümde ailenin rolü; bakım verme, sosyal destek ve damgalanma boyutlarında ele alınmıştır.

ŞT bireylerin, bağımsız yaşama arzusu ve benlik duygusu ile mücadele, kendilerini kontrol altında hissetme, başkaları ile ilişki kurma, başkaları tarafından desteklenmiş/reddedilmiş hissetme, hastalığın sonuçları ile başa çıkma, tedavi süreci gibi önemli aşamalarda içsel güçlerine odaklandıkları bilinmektedir Bunlara rağmen, bağımsız yaşama konusunda aile üyeleri tarafından sürekli denetlendiklerini, direktifler aldıklarını ve bu durumdan mutlu olmadıklarını ifade etmişlerdir.

Aile üyelerinde artan stres ve depresyon semptomlarından dolayı, ailesi ile birlikte yaşayan ŞT bireylerin stres yaşama olasılığı aynı oranda artmakta ve işlevselliği negatif yönde etkilenmektedir. Bunu destekleyen bir çalışmada aile bireyleri ile yaşayan ve yaşamayan ağır ruhsal hastalık tanısına sahip olan bireyler karşılaştırılmıştır. Sonuç olarak, yalnız yaşayan ağır ruhsal hastalık tanısına sahip olan bireyler, yalnız yaşamayan bireylere göre özerklik ve mesleki işlevsellik boyutunda daha yüksek düzeyde işlevselliklerinin olduğu bulgularına ulaşılmıştır (Bekiroğlu ve Demiröz, 2020).

Bakım verenin duygu durumunun dışavurumunu ele alan bir çalışmaya göre, medeni durumu evli olan aile üyesinin evli olmayan aile üyesine kıyasla duygudurumun dışa vurumu daha yüksek (daha fazla eleştirel/ düşmancıl, koruyucu/kollayıcı tutumların olması) olduğu bilgisine ulaşılmıştır (Çetin ve ark., 2013).

Diğer bir araştırmada ise, ŞT bireylerin bakım verenlerinde depresyon yaygınlığı genel nüfusa kıyasla iki kat daha yüksek olduğu ve bakım sürecindeki stres ile birlikte depresif semptomlar arttığı sonucu elde edilmiştir. (Arslantaş ve Adana, 2011).

1.1.2.1. Ailenin bakım verme rolü

Bakım verme rolü kolay olmayan, emek ve sabır gerektiren, aynı zamanda fiziksel, duygusal, ekonomik güçlükler nedeniyle stres unsuru içeren, öngörülmez bir deneyimdir. Bakım kavramı genel anlamıyla, tutumların ve davranışların birleşimi, aynı zamanda önemli bir zaman ve istikrarlı bir çabayı gerektiren iletişime dayalı, ahlaki açıyı barındıran olgudur (Kabasakal ve Kitiş, 2021).

İnsanı merkeze alan Watson İnsan Bakım Modeli (İBM)'ne göre, bireyler yalnızca fiziksel bakıma değil aynı zamanda, ruhsal, spritüal, kültürel gereksinimlerinin bütüncül bir şekilde karşılanmasına ihtiyaç duymaktadırlar. Bu modele göre iyileştirici faktörler, insancıllık-adanmışlık, inanç-umut, duyarlılık, yardım ve güven ilişkisi, duyguların ifadesi, problem çözme, öğretme ve öğrenme, iyileştirici çevre, insan gereksinimlere yardım, manevi gizemlere, ölüm ve yaşamın varlıksal boyutlarına açık olma şeklinde sıralanmaktadırlar (Aktaş ve ark., 2020).

Şizofreni hastalığı, doğasından kaynaklanan bir ailevi deneyimdir (Kinsella ve ark., 1996). Aile kavramı, duygusal olarak bağlı, düzenli ve temas halinde olan, bireylerin ve ailenin büyümesi, gelişmesi için mücadele eden bir grup insan olarak tanımlanmaktadır (Stuart ve Laraia, 1998). Bir aile üyesine şizofreni tanısının konulması, ailenin günlük yaşamının akışını bozmakta ve yaşam yörüngesini değiştirmektedir. Şizofreni tanısı ve belirtileri sebebiyle yaşam sürecinde meydana gelen farklılıklar, oluşan damgalanma sonucu ŞT bireyler ve aileleri suçluluk duygusunu hissetmektedirler. Özellikle yetersiz eğitim, beceri ve kaynakların varlığından bunalan aile üyeleri, ruhsal hastalık tanısı olan bireyi farkında olmadan terk edebilmektedirler (Bartol ve ark., 1994; akt: Teschinsky, 2000).

Ailesi ile yaşayan ve herhangi bir barınma yeri olmayan (evsiz) ŞT bireyler ile ilgili karşılaştırmalı bir çalışma gerçekleştirilmiştir. Bu çalışmada Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği (WHOQOL-BREF) kullanılarak bireylerin anlama, iletişim kurma, dolaşma, kendine bakma, insanlarla iyi geçinme, ev, iş ve eğitim faaliyetlerinde bulunma, topluma katılım gibi alanları ölçülmüştür. Bu çalışmanın bulgularına göre, ŞT ve yaşayabilecekleri bir eve sahip olan bireylere kıyasla, evsiz ŞT bireyler daha az sakatlık yaşadıklarını bildirmişlerdir. Bunun yanı sıra, daha iyi yaşam kalitesine sahip olduklarını da eklemişlerdir (Van der Plas ve ark., 2012).

ŞT bireylerin en güçlü destek ağı aile üyeleri olmaktadır. Güçlü bir aile desteğine sahip olmadığı bilinen, Amerika'da taburcu olan ŞT bireylerin büyük oranı, barınma ihtiyaçlarını karşılayamadıklarını ve kötü koşullarda yaşadıklarını ifade etmişlerdir. Buna karşılık yalnız yaşayan ŞT bireyler, birileri ile yaşayanlara kıyasla daha yüksek işlevsellik göstermektedirler (Bekiroğlu, 2022)

Aile üyeleri bakım verme rolünü sağlarken, ŞT bireylerin işlevselliklerinde kayıplar meydana gelmekte ve yetersiz baş etme yöntemlerinin varlığı sebebiyle boş zaman oluşturamamaktadırlar. Bunlara bağlı olarak, ŞT bireyler kendilerinin neden olduğunu düşünerek suçluluk duygusunu yaşamaktadırlar (Şengül İnan ve Çetinkaya Duman, 2013).

Yaşadığı toplum içerisinde beklenilen rolleri ve entelektüel yetenekleri gerçekleştirmekte zorluklar ile karşı karşıya gelen ŞT bireyler, toplum temelli ruh sağlığı hizmetlerine geçiş ile birlikte kurumlarda değil artık kendi aileleri ile yaşamaya başlamışlardır. Buna bağlı olarak ŞT bireylerin bakımını üstlenenler genellikle aile üyeleri olmuştur. Bu sorumluluğu üstlenen aile üyeleri için bütüncül bir ruh sağlığı sistemi kurulmaya çalışılmaktadır. Böylelikle, ŞT bireyler mümkün oldukça aile üyelerinin yanında yaşamını sürdürmekte, ruh sağlığı hastanelerinde kalmak yerine toplumun bir parçası olmaktadırlar. ŞT bireylerin ve aile üyelerinin bilgilendirilmesi, güçlendirilmesi, toplum ile entegrasyonlarının sağlanması amaçlarını güden toplum temelli ruh sağlığı hizmetleri, bu bireylerin işlevselliğini arttırmayı hedeflemektedirler. Aynı zamanda, bu bireylerin ve aile üyelerinin yaşadıkları damgalanma ve ayrımcılığı ortadan kaldırmak amacıyla savunuculuk rolü görerek toplumu bilinçlendirmektedirler (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2011: 25-29; akt: Bekiroğlu, 2022).

ŞT bireylerin bakımlarını üstlenen aile üyelerinin ağır stres faktörleri ile mücadele ettikleri, orta ve yüksek düzeyde yük üstlendikleri konusunda yapılan çalışmalar mevcuttur. Bu noktada, ruh sağlığı uzmanlarının sayıca az olması sebebiyle yetersiz yardım sağlanmaktadır (Teschinsky, 2000).

Hatfield (1979), ŞT bireylere sahip olan ailelerin başa çıkma mekanizmalarını araştırmıştır. Aile üyelerinin, dersler, kitaplar, akrabalar, arkadaşlar, bireysel/grup terapisi, din adamları gibi ortak başa çıkma mekanizmalarına sahip oldukları bulgularına ulaşmıştır. Araştırmanın ilerleyen süreçlerinde, daha yaşlı ve biraz daha iyi eğitim almış olan bakıcıların başa çıkmada daha işlevsel oldukları bilgisine ulaşmıştır. Aynı zamanda, küçük sosyal ağların varlığı, alınan destekten ve yardım gruplarından memnun olma düzeyi ve eş katılımı ile aile yükü azalmaktadır. Bunlara ek olarak Noh ve Turner (1987), başa çıkma mekanizmalarının arasına kişisel duygu kontrolü etkenini de vurgulamışlardır (Saunders, 2003).

Bakım verenin duygudurumunu ve dışavurumunu ele alan bir çalışmaya göre, medeni durumu evli olan aile üyesinin evli olmayan aile üyesine kıyasla duygudurumun dışa vurumu daha yüksek (daha fazla eleştirel/ düşmancıl, koruyucu/kollayıcı tutumların olması) olduğu bilgisine ulaşılmıştır. Bu çalışma bağlamında, medeni durumu evli olan aile üyeleri ŞT bireylere yönelik daha fazla korumacı tutum içerisinde bulunmaktadırlar. Böylelikle ŞT bireyler, ailesine bağımlı hale gelmektedirler. Ailesine bağımlı hale gelen ŞT bireyler, hastalık belirtileri sebebiyle var olan kişilerarası ilişkilerde, sosyal uyumda, duygu, düşünce ve davranışlarda bir gelişme gösterememektedirler ve yeti yıkımı yaşamaktadırlar. Bundan dolayı, aile üyeleriyle birlikte olduğu vakit kadar diğer sosyal çevrelerine vakit ayıramamakta, akran gruplarından uzak kalmaktadırlar (Çetin ve ark.,2013).

Araştırmalara göre, ev ortamında yüksek düzeyde duygu dışavurumun varlığı özellikle ŞT bireylerin klinik gidişatlarında olumsuz etki yaratmakta, hastaneye yatışlarını ve relaps sıklıklarını, depresyon ve intihar ihtimallerini arttırmaktadır. Bu nedenle, hem aileye hem de ŞT bireylere verilecek olan psikososyal eğitimler hastalığın her evresinde oldukça önemlidir (Arslantaş ve ark.,2009).

Literatüre göre, ŞT bireylerin bakım verenlerinde depresyon yaygınlığı genel nüfusa kıyasla iki kat daha yüksektir ve bakım sürecindeki stres ile birlikte depresif semptomlar artmaktadır (Arslantaş ve Adana , 2011). Ailelerde artan stres ve depresyon semptomlarından dolayı, ailesi ile birlikte yaşayan ŞT bireyler açısından stres yaşama olasılıkları aynı oranda artmakta ve işlevsellikleri negatif yönde etkilenmektedir. Bu olumsuz etkiyi destekleyen bir çalışmaya göre, aile bireyleriyle yaşayan ile yalnız yaşayan ağır ruhsal hastalık tanısına sahip olan bireyler karşılaştırıldığında, yalnız yaşayan ağır ruhsal hastalık tanısı olan bireylerin yalnız yaşamayan bireylere göre özerklik ve mesleki işlevsellik boyutunda daha yüksek düzeyde işlevselliklerinin olduğu bulgusuna ulaşılmıştır (Bekiroğlu ve Demiröz, 2020).

Cook'un (1988) yapmış olduğu bakıcı rolü çalışmasında, annelerin babalara göre önemli ölçüde duygusal sıkıntı, kaygı, depresyon, korku, duygusal tükenmişlik yaşadıkları bulgusuna ulaşmıştır. Bu nedenle, sosyal destek ağına yönelik memnuniyet arttıkça hizmete duyulan ihtiyacın azaldığı düşünülmektedir (Saunders, 2003). Çalışmaya katılan ŞT bireyler, bu bakım verme sürecinde ailelerini anlamakta ve şükran duyduklarını ancak

hastalık sebebiyle gösterdikleri tepkilerden dolayı da kendilerinden utanç duyduklarını ifade etmişlerdir (Rani ve ark., 2022).

Friedrich ve arkadaşlarının (1999) yapmış olduğu çalışmaya göre, aile üyeleri bakım verme rolünü gerçekleştirirken yetersiz sosyal destek ağına ve zayıf başa çıkma mekanizmalarına sahip oldukları zaman ŞT bireyler de duygusal boyutta "çok stresli, endişeli ve kaotik" olmaktadırlar (Saunders, 2003). Önemli psikiyatristlerden olan Sullivan, yirminci yüzyılın başlarında anormal aile ortamı ile şizofreni belirtisi gösteren davranışlar arasında bir ilişki olduğu konusunun üzerinde durmuştur (Arslantaş ve Adana , 2011). Bakım veren aile üyelerine ve ŞT bireylere bağlı olarak hastalığın olumlu/olumsuz gidişatı belirlenmekte ve sağaltım sağlanmaktadır.

Olumlu gidişat göstergeleri; hastanın kadın olması, zeka düzeyinin normal olması, medeni durumunun evli olması, prenatal komplikasyon öyküsünün bulunmaması, ailede kalıtımsal yükün bulunmaması, aile üyelerinde duygu dışavurumunun düşük olması, hastalığın başlatıcı etmenleri arasında stres faktörünün bulunması, negatif ve bilişsel belirtilerin bulunmaması, tedaviye erken başlanması, sosyal ve ailesel boyutta yeterli destek ağına sahip olunması, sosyo-ekonomik olarak orta ya da yüksek düzeyde olunması gibi etmenler yer almaktadır (Kocal, Karakuş ve Sert , 2017).

Olumsuz gidiş göstergeleri; hastalığın erken yaşta başlaması, belirtilerin sinsi ve yavaş olması, negatif belirtilerin baskın olması, ailede şizofreni öyküsünün bulunması, hastanın erkek olması, obsesif kompulsif belirtilerin varlığı, hastalık öncesi ya da sırasında alkol- madde kullanımın bulunması, tedaviye geç başlanması, hastanede yatış sayısının fazla olması ve sürenin uzun oluşu gibi etmenler yer almaktadır (Kocal, Karakuş ve Sert , 2017).

Sağaltım; iyileşme başlığında bahsedildiği gibi, her ŞTB ruhsal ve toplumsal (biyo-psiko-sosyal) yönden ele alınarak değerlendirilmelidir. ŞT bireylerin sağaltım yöntemi için öncelik olarak psikoterapiyi seçtikleri, ikinci olarak genellikle özel diyet, vitaminler, mineraller, tatil, meditasyon gibi stres giderici yöntemlere başvurdukları görülmüştür. Buna karşıt olarak, psikotrop ilaçlar halk tarafından daha güvenilir bir sağaltım olduğu düşünülmektedir. Avrupa'da yapılan çalışmalar incelendiğinde halk, şizofrenide sağaltım için psikoterapiyi daha fazla benimsemişlerdir (Taşkın, 2004).

2011 yılından itibaren Türkiye'de verilmeye başlanan toplum temelli ruh sağlığı hizmetleri ve Ulusal Ruh Sağlığı Politikası (URSP,2006)'nın yayımlanması ile birlikte ağır ruhsal hastalığa sahip olan bireylerin ihtiyaçları bütüncül bir sistem içerisinde incelenmeye başlamıştır (Bekiroğlu ve Demiröz, 2020).

1.1.2.2. Ailenin damgalamadaki yeri

Stigma yani damgalama kuramının öncüsü olan Amerikalı sosyolog Goffman damgalamayı, damgalanmış olan bireye/bireylere yönelik daha az değer verme tutumu, bu etiketin yapıştığı kişileri daha az istenebilir ve hatta neredeyse insan gibi algılanmaması olarak tarif etmektedir. Damga kavramının, bir sıfat dili olmaktan ziyade bir ilişki dili olduğunu, nitelik/sıfat ile stereotip arasında olan özel bir ilişki olduğunu da eklemiştir (Çetin ve Aylaz , 2017).

Yaşanan toplum içerisinde farklı inanç sistemleri, kültürler ve tarihsel olaylar varlığını sürdürmektedir. Buna bağlı olarak, damgalama ve önyargının meydana getirdiği sonuçlar arasında bazı hasta grupları toplum tarafından dışlanmakta ve bazı hak ile menfaatlerinden yoksun kalabilmektedirler. Olumsuz tutumlar ile birlikte ŞT bireyler sağlık hizmetlerinden yararlanamama, sağlığına kavuşamama, iyileşme sürecinde gerileme gibi engellerle karşılaşmaktadırlar. Aynı zamanda, süreç içerisinde ŞT bireyler ile aile üyeleri sağlık alanında eşitlik ilkesinden yararlanamamaktadırlar (Oran ve Şenuzun, 2008).

Ruhsal bir hastalık tanısına sahip olan, tedavi gören ve yeti yitimine uğrayan her bireyin; ekonomik sıkıntı yaşamadan, kolay yolla ruhsal ve bedensel sağlık hizmeti alma, eşit bir şekilde yaşam sürme, çalışma ve iş güvenliği, temel gereksinimlerini karşılar düzeyde gelir elde etme, barınma, eğitim ve öğretim görme, serbest dolaşım ve seyahat özgürlüğü, medeni haklarını kullanmak için uygun desteğin sağlanması, aile kurma, geleceğini belirleme, seçme ve seçilme, yasalar önünde diğer vatandaşlar ile eşit olma, yasalar tarafından korunma, insanlık dışı cezalara maruz kalmama, özel yaşama saygı, düşünce ve inanç özgürlükleri gibi haklara sahiptirler (Türkiye Psikiyatri Derneği, 2022).

Bazı ŞT bireyler eşleri tarafından cinsel, sözel ve fiziksel istismara uğramaktadır.Bu bireylere göre, şizofreni tanısı beraberinde bir etiket getirmiştir. Aile üyelerince, ŞT bireylerin konuşmamaları, bunun yerine sessiz kalmaları istenmiştir. Bu tutum karşısında

ŞT bireyler düşüncelerinin önemsenmediğini, çaresiz, değersiz, kızgın hissettiklerini belirtmişlerdir (Rani, ve ark., 2022).

Genel olarak, hastalığın getirmiş olduğu fiziksel rahatsızlıklar ile baş etmek zorunda kalan bireyler; sosyal desteği kaybederek izolasyon duygusu, dışlanma ve terk edilme korkusu yaşamakta ve ayrımcılığa uğrayarak tehdit altında hissetmektedirler (Duyan, 2001; Oran ve Şenuzun, 2008).

Lee ve Lee'nin (2006) yapmış oldukları kavram analizi ile damgalamada dört özellik olduğunu belirtmiştir. Bunlar; devalüsyon, etiketleme, olumsuz stereotipler ve ayrımcılıktır (Park ve Park, 2014).

ŞT bireylere yönelik olumsuz toplumsal mesajlar nedeniyle bu bireyler, içselleştirilmiş damgalama yaşamaktadırlar. Livingston ve Boyd'un (2010) yapmış oldukları bir meta-analiz çalışmasına göre, içselleştirilmiş damgalama yaşayan bireylerde azalan umut, yaşam kalitesinde beklentinin düşmesi, düşük benlik saygısı, tedaviye uyum ve istikrarın azalması olmak üzere sayıca fazla olumsuz psikososyal ve klinik bulgular olduğunu saptamışlardır (Aakre ve ark.,2015).

İçselleştirilmiş damgalama kendi kendine uyuma doğru giden çok aşamalı bir süreçtir (Aakre ve ark., 2015; Rüsch ve ark., 2009; Watson ve ark., 2007). Bu aşamalı süreçler içerisinden biri "klişe farkındalığı" olmaktadır. ŞT bireyler toplum içerisinde damgalayıcı mesajlara maruz kalarak tutumların doğru olduğuna inanmaya başlamakta ve "kendi kendine uyum" sağlayarak kendilerini damgalamaktadırlar (Aakre ve ark., 2015).

Psikoz ve nevroz ayrımını sağlayan iç görü kavramı, bireyin hastalığının ve belirtilerin bilincinde olması, sorunları anlaması, çarpıtılmış düşüncelerin ve hatalı yorumların değerlendirilmesi şeklinde akıl yürütebilme yeteneği olarak tanımlanmaktadır. Fakat çoğu ŞT bireylerde iç görü azlığı/eksikliği önemli bir sorun olmaktadır. (Çetin ve Aylaz , 2017). Bu eksikliklerin iyileştirilmesi için tedavi alması gereken ŞT bireyler damgalanmadan kaçındıkları için yardım aramamayı, tanı almamayı, tedavi olmamayı tercih etmektedirler (Bekiroğlu, 2021). Bunu destekleyen bir çalışmanın bulgularına göre, zihinsel engel tanısı olan bireylerin %50 ile %60'ı damgalanma korkusuna sahip olduklarından dolayı, uygun tedavi bakımı almaktan kaçınmaktadırlar (Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2003; Park ve Park, 2014).

ŞT bireylere yönelik damgalama, önyargı ve ayrımcılık evrensel bir sorun olmakta ve yalnızca bireyleri değil, aynı zamanda aile üyelerini de olumsuz yönde etkilemektedir. Bu bireyler, hastalığın uzun süreçli olması nedeniyle yaşamlarını sürdürmeye çalışırken zorluklarla karşı karşıya gelmektedirler. Bu zorluklar içerisinde yer alan yaşanılan damgalanma ve ayrımcılık deneyimleri, hastalığın yönetilmesi açısından önemli bir engel olmaktadırlar. Bunlara bağlı olarak, hastane ortamında tıbbi tedavisini tamamlayan ŞT bireylerin bakımını birinci dereceden olan aile üyeleri üstlenmektedirler ve bu bireyler aile üyelerinden yeterli destek almaya ihtiyaç duymaktadırlar (Ceylan ve Çilli , 2015; İnan ve ark., 2020).

Toplumda psikiyatrik hastalıkların damgalanma oranının yüksek olması suçluluk ve utanç duygularını da beraberinde getirmektedir. Bununla ilgili yapılan bir çalışmaya göre, ŞT bireylerin bakımını evde sağlayan aile üyeleri yüksek düzeyde suçluluk ve utanç duygusu yaşamaktadırlar. Ancak, hastalık süreci uzadıkça bu olumsuz duygular da zamanla azalmaktadır (Ceylan ve Çilli , 2015).

Olumsuz olaylar ve olumsuz olayların geçmişi, sosyal normlardan farklı olması sebebiyle ŞT bireyler ve aile üyeleri sıra dışı olarak algılanmaktadırlar. Sonuç olarak, hem ŞT bireyler hem de aile üyelerinde duygusal, sosyal ve kişilerarası etkileşimlerinde olumsuz deneyimler elde etmekte ve yaşam kalitesinde düşüklükler meydana gelmektedir.

Duygusal sonuçlar; toplum tarafından göz ardı edilmek, saygı duyulmaması, korku, anksiyete, suçluluk, utanç, yoğun endişe ve güçlü bir çaresizlik duygusu oluşmaktadır.

Sosyal sonuçlar; toplum tarafından ayrımcılığa maruz kalma, etiketlenme, aile yükünün artışı, işsizlik ve evsizlik gibi sosyal sorunlar meydana gelmektedir.

Kişilerarası sonuçlar; ŞT bireyler ve aile üyelerinin diğer insanlarla olan sosyal ilişkilerden kaçınması, toplumdaki diğer bireylerden aile sırrı şeklinde saklamak ve sonuç olarak sosyal izolasyon oluşmaktadır (Park ve Park, 2014).

Çin kültürüne göre aile üyeleri, ruhsal hastalık tanısına sahip olan bireylerin varlığını sosyal çevrelerinden saklamaktadırlar. Böylelikle, ruhsal hastalık tanısına sahip olan bireylerin de kendini damgalama düzeyleri daha yüksek olmaktadır (Phillips ve ark., 2002). Amerika'da yaşayan ailelerde de benzer şekilde ruhsal hastalık tanısına sahip olan bireyler aile üyelerince kurum bakımına terk edilmektedirler. Bunlardan farklı olarak

Hindistan'da aile onuru, utanç, ahlaki sorumluluk gibi kültürel algılardan dolayı, aile üyeleri ruhsal hastalık tanısına sahip olan bireylerin bakımını üstlenmekte ve onları evlerinde saklamaktadır (Marrow ve Luhrmann, 2012). Ülkemizde de güçlü ruhsal hastalık tanısına sahip olan bireylerin aileleri güçlü bir utanç duygusu yaşaması (Ciftci vd.,2013; Özbaş ve ark., 2008; Üçok, 2003) sebebiyle, babalar anneleri suçlamaktadır (Bekiroğlu, 2021).

ŞT bireylere yönelik istem dışı hastaneye yatırılma, zorla ilaç verme gibi zorlayıcı pratiklerin uygulanması ile birlikte, bu bireyler toplum tarafından yetersiz, zayıf, tedavi edilemez ve saldırgan olarak görülmektedir. Aynı zamanda, ŞT bireylerin evlenmelerini ve çocuk sahibi olmalarını kısıtlayan da zorlayıcı pratiklerdir. Bunlara bağlı olarak, ayrımcılık yeniden üretilmektedir (Sheehan ve ark., 2017; akt: Demir, 2023).

Kalabalık şehirlerdeki kent nüfusları arttıkça şizofreni prevalansı da doğru orantılı olarak artmaktadır (Çorak, 2018). ŞT bireyler hastalık şiddetine bağlı olarak yaşanılan toplum içerisinde yaşıtlarından beklenen rolleri gerçekleştirme konusunda zorlanabilmektedirler. Bundan dolayı, ŞT bireylere sahip olan aile üyeleri hem bakım verme rolünü üstlenirken hem de damgalanma ile mücadele etmektedirler. Sonuç olarak, aile üyeleri yüksek bir stres faktörü ile karşıya gelmekte ve ŞT bireylerde bu durumdan olumsuz yönde etkilenmektedirler (Saunders, 2003). Ayrıca, ŞT bireyler sağlığa ve ulaşıma elverişsiz olan, şiddetin yoğun olduğu ve standartların oldukça altında kalan yoksul semtlerde ikamet etmektedirler (Rani ve ark., 2022).

ŞT bireylere sahip olan aile üyeleri damgalanma sonucu kaçınma eyleminde bulunmaları sonucu, bu bireyler istihdam, eğitim, kamusal hizmetler ve barınma açısından olumsuz yönde etkilenmektedirler. Özellikle, barınma konusunda son derece kısıtlı imkan ve olanaklara sahip olan ŞT bireyler bakım evleri ve grup evleri gibi sosyal alanlardaki imkanlardan ayrıştırılmaktadırlar (Rani, ve ark., 2022).

Toplumda yaşayan ŞT bireylerin yaşadıkları deneyimler adlı çalışmada ŞT bireyler konsültasyona yalnız gelmeyi tercih ettiğini, aksi takdirde doktorun kendisine ya da söyleyeceklerine bakmadan ailesi ile konuşup ilaç yazacağını ifade etmişlerdir. Bunlara ek olarak, geri eve dönme konusunda rahatsızlık yaşadıklarını, doktoru ile aile üyeleri arasında geçen diyaloga güvenmediklerini ve bundan dolayı kimsenin kendilerine inanacaklarını düşünmediklerini belirtmişlerdir (Rani ve ark., 2022).

Sonuç olarak, ŞT bireyler için aile ve aile desteği anahtar rol konumunda bulunmaktadır. İyileşmenin son aşasında bulunan ŞT bireyler artık toplumda yerini geri alması ve yeni bir kimlik oluşturması aile desteği ile sağlanmaktadır (Brown 2013; Çam ve Yalçıner 2018; akt: Doğan ve ark., 2020).

1.1.2.3. Ailenin destek rolü

Şizofreni, düşünce süreçlerine eşlik eden kronik bir psikiyatrik bozukluktur. ŞT bireyler düşünce bozukluklarının yanı sıra, çevreleri tarafından damgalanmakta, aile bakımına olan ihtiyaçları artmakta, ayrımcılık gibi engellerle karşı karşıya gelmekte ve iyileşme süreci olumsuz yönde etkilenmektedir.

Aile üyeleri tarafından desteklenen, kısıtlanmayan ŞT bireylerde bu olumsuzluklar ve engeller azalmakta, düşük benlik saygısı, öz bakım eksikliği, sosyal içe çekilme gibi durumlar meydana gelmemektedir. Bundan dolayı, ŞT bireylerin hastalık sebebiyle yaşadığı problemler ve karşı karşıya gelmiş olduğu engelleri aşma sürecinde yalnızca paketlenmiş ilaçlar kullanılması yeterli olmamaktadır. ŞT bireyler için optimal bakım sağlamada asıl önemli olan husus, aile desteğinin varlığı olmaktadır (Purba ve ark., 2016).

ŞT bireylerin katılımcı olduğu, on kişi ile yapılan nitel bir çalışmaya göre, ŞT bireyler ilaç almayı unutabilmekte, ilaç almanın faydalarını bilmemeleri ya da ilaç almaktan sıkılmaları gibi sonuçlar doğrultusunda yan etkiler meydana gelebilmektedir. Bu yan etkiler sonucu tehdit ve yaralama eylemlerinde bulunan ŞT bireylerin çoğu, aile üyeleri tarafından fiziksel kısıtlamalara (demir zincir veya ahşap kullanımı, kapalı bir yere kilitleme) maruz kaldıklarını araştırma sürecinde ifade etmişlerdir. Diğer ŞT bireyler ise, günlük aktivitelerini gerçekleştirme konusunda aile üyelerinden destek aldıklarını, toplum sağlığı çalışanları sayesinde bir meslek elde edinebildiklerini, jimnastik gibi fiziksel aktivitelerle meşgul oldukları için mutlu olduklarını dile getirmişlerdir (Purba ve ark., 2016).

Sosyal destek, ŞT bireyler için stres unsuruna tampon rolü görmektedir. Soloman ve Draine'nin (1994) yapmış oldukları bir çalışmaya göre, ŞT bireyler ve içerisinde bulundukları aile sisteminde adaptasyon ve başa çıkmada sosyal desteğin önemli bir unsur olduğu bulgusuna ulaşılmıştır (Saunders, 2003). Aile desteği, ŞT bireylerin sosyal

aktiviteler gerçekleştirme yeteneğini ve bu bireyler ile olan ilişkilerini geliştirmeyi desteklemektedir.

Bunların yanı sıra aile üyeleri, nüksetmeyi ve yeniden hastaneye yatırılmayı önlemek amacıyla ŞT bireylerin tedavi ve bakım sürecinde destek sağlayabilmektedirler. Sonuç olarak, aile üyelerince kabul edilen ŞT bireyler kendilerini değerli ve onurlu hissetmektedirler. Böylelikle, ŞT bireyler damgalanmanın da üstesinden gelebilmektedirler (Purba ve ark., 2016).

Destek ağlarının azaltılması ve başa çıkma konusunda kaynakların zayıf olması sonucu hem ŞT bireyler hem de aile üyeleri yüksek düzeyde yük yaşamaktadırlar. Bununla ilgili bir çalışma yürüten Friedrich ve arkadaşları (1999), ŞT bireylere sahip olan kardeşlerin duygusal açıdan "çok stresli, endişeli ve kaotik" olarak tanımladıkları bilgisine ulaşmışlardır (Saunders, 2003).

Psikoza sahip olan kişiler üzerinde uygulanan damgalanmayı ele alan bir çalışmaya göre (Wood ve ark., 2017), damgalanma sonucu bu kişilerin duyguları ve iyileşme süreçleri olumsuz yönde etkilendiği sonucuna ulaşılmıştır. Ancak, aile üyelerinden ve çalışan personellerden yeterli düzeyde sosyal destek ağına sahip olan bireyler, daha iyi bir iyileşme gösterme eğiliminde olduklarını göstermiştir (Li ve ark., 2022).

ŞT bireylerin sosyal ağları incelendiğinde, aile üyelerinin bu ağları nadiren genişlettiği bulgusuna ulaşılmıştır. Perrucci ve Targ (1982) ilk kez hastaneye yatırılmış psikiyatrik hastalık tanısı olan bireylerin sosyal destek ağları ile ilgili yapmış olduğu çalışmada, bilgi sahibi olan ve bu bireylere karşı olumlu tutum içerisinde bulunan destekleyici sosyal ağlar sayesinde psikiyatrik tanısı olan bireyler yardım isteme konusunda rahat olduklarını saptamışlardır. Parks ve Pilisuk (1984), destekleyici yaşam evlerinde ikamet eden ve öncesinde hastanede yatarak tedavi gören ŞT bireylerin sosyal destek ağları incelediklerinde, bu bireylerin kendilerini sosyal ve psikolojik olarak topluluklardan izole ettikleri bilgisine ulaşmışlardır (Saunders, 2003).

Ekonomik kayıplar oluşturan dolaylı maliyetler, %31 oranına sahip olan ruhsal hastalıkların ilk sırada olduğunu göstermektedir. Hastalık belirtilerinin ortaya çıkışı ile birlikte aile üyelerinin toplumsal ekonomik durumu, geleceğe yönelik planları ve olağan yaşam süreçlerinde dengesizlikler meydana gelmektedir. Özellikle ŞT bireyler açısından bakıldığında, işe girememe ya da işteki devamsızlık oranı artmaktadır. Bunlara bağlı

olarak, erken emeklilik, bakım ücretleri, işsizlik sigortası gibi faktörler ağır ruhsal hastalıkların %60-80 oranındaki maliyeti göstermektedir. Çalışma Örgütü'nün 2000 yılı bildirimine göre, ruh sağlığı hizmetlerine yurt içi hasıladan %3-4'ü ayrılmalıdır (Arslantaş ve Adana, 2011; Bademli ve ark., 2013).

Sonuç olarak ağır ruhsal hastalık tanısına sahip olan bireylerin çoğu çalışmamakta ve kendilerine ait gelirleri bulunmamaktadır. Böylelikle bu bireyler, birileri ile yaşayarak kendi potansiyellerini gerçekleştirme konusunda daha az imkana sahip olmaktadırlar. Hane gelirinin yüksek olması sebebiyle, aile üyeleri ağır ruhsal hastalık tanısına sahip olan bireylere karşı daha korumacı bir tutum sergilemekte, sorumluluklarının paylaşıldığı algısı ile çalışmaları desteklenmemektedir. Fakat, maddi imkanların artışı ile sosyal ilişki ve aktivitelerde katılım sağlamakta, sosyalleşerek kişilerarası ilişkileri gelişmektedir (Bekiroğlu, 2022).

1.1.3. Şizofreni ve sosyal hizmet

IFSW tanımına göre sosyal hizmet, sosyal değişim ve gelişimi, sosyal uyumu, insanların güçlendirilmesini, aynı zamanda özgürleştirilmesini sağlayan uygulamaya dayalı bir disiplindir. Sosyal hizmet disiplinin içerisinde sosyal bilimler, beşeri bilimler ve yerel bilimler yer almaktadır. Bunlara bağlı olarak sosyal hizmet, sosyal adalet ve insan hakları temelinde ortak sorumluluklara ve farklılıklara saygı göstererek sosyal refahı hedeflemektedir. Sosyal Hizmet Konseyi (CSWE) sosyal hizmetin amacını, birey, aile, grup, topluluk ve toplumun sosyal işlevselliğini desteklemek ve arttırmak olarak tanımlamaktadır. Sosyal hizmet uzmanları ise, müracaatçının iç faydalarını geliştirmek ve mobilize olmalarını desteklemek için müracaatçılar ile birlikte çalışmaktadırlar. Bu uygulama sürecinde sosyal hizmet uzmanları, gerekirse çevre değişikliği meydana getirmektedirler. Bu değişiklikleri sağlarken insanların çevreleri ile etkileşim noktalarındaki insan davranışları ve sosyal sistem teorilerini, sosyal hizmet müdahalelerini kullanmaktadırlar. (Başcıllar, 2020; International Federation of Social Workers, 2014; Uluslararası Sosyal Hizmet Uzmanları Federasyonu, 2014; Selcik ve Güzel, 2016; Soydan, 2011).

Sosyal hizmet mesleğinde öncelilik ve bütünsellik yaklaşım kuralı esas alınmaktadır. Bu kurala göre, sosyal hizmet her ne kadar tüm insanlığa yönelik sosyal işlevsellik

sağlamayı amaç edinse de, önceliği toplumun en savunmasız üyelerini içermektedir. Böylelikle, en savunmasız kesimin toplum tarafından uğradığı sosyal adaletsizliğe, ayrımcılığa ve baskıya yönelik uygulamaları aktive etmektedir. Sosyal hizmet uzmanı bu uygulamaları gerçekleştirirken, birincil önleme (problemin gelişimini önlemek), ikincil önleme (problemin ilk evresinin tespiti ve değişime yönelik müdahale), üçüncül önleme (mevcut durumun kötüleşmesini ve başkalarına zarar verilmesini önlemek) olarak üç aşamayı izlemektedir. Böylelikle, bütüncül bir yaklaşım benimsemekte (çevresi içinde birey) ve sosyal bakım, sosyal tedavi ve sosyal güçlendirme alanlarında müdahalelerde bulunarak işlevselliği arttırmayı amaçlamaktadır (Bahar ve Savaş, 2013; Selcik ve Güzel, 2016; Sheafor ve Horejsi, 2002).

Sosyal hizmet müdahalelerinin ve uygulamalarının merkezinde, insanların çevreleri ile etkileşime girdiği noktalarda meydana gelen yapısal engellerden kaynaklı eşitsizliklerin, ayrımcılıkların, sömürünün ve baskının kaldırılmasına yönelik eleştirel bilincin geliştirilmesi, bu engelleri ele alan stratejilerin belirlenmesi, insanları özgürleştiren ve güçlendiren hedefler yer almaktadır. Sosyal değişim yetkisi ile aile, grup, topluluk veya toplum düzeyinde mevcut durumu insan hakları ve sosyal adalet temelinde değiştirmekte, bu sayede dezavantajlı olan kitle ile dayanışma içerisinde sosyal içerme ve sosyal uyumu teşvik etmektedir (International Federation of Social Workers, 2014). Öncelilik kapsamında yer alan savunmasız ve dezavantajlı grup içerisinde ruhsal hastalığa sahip olan kişiler yer almaktadır.

Ruhsal hastalıklar, zihinsel, duygusal ve davranışsal yönlerden bozukluklara neden olurken aynı zamanda, bireyin uyum ve işlevlerini bozmaktadır. Özellikle Dünya Sağlık Örgütü'ne göre, işlevsel yeti yitimine sebep olan on hastalıktan biri olan şizofrenide, genetik ve çevresel risk etmenlerinin bir arada olmaktadır (Ensari, 2013; Saruç ve Kaya Kılıç, 2015). Bundan dolayı ŞT bireyler sosyal ve mesleki rolleri yerine getirememektedirler (Çetinkaya Büyükbodur ve ark., 2022). Bu noktada psikiyatrik sosyal hizmet disiplini karşımıza çıkmaktadır.

Sosyal hizmetin bir alanı olan psikiyatrik sosyal hizmet ise, ruhsal hastalık tanısı olan bireylerin ve aile üyelerinin yaşadıkları ekonomik, sosyal, psikolojik ve hukuki sorunları çözmenin yanı sıra bu sorunlara karşı hastaları ve aile üyelerini güçlendirmek için gerçekleştirmiş olduğu bütün hizmetleri kapsamaktadır. Psikiyatrik sosyal hizmet, ruhsal hastalığa sahip olan bireyler ve aile üyeleri ile mikro düzeyde, dışlanmayı önlemeye

yönelik politika ve hizmet geliştirmede makro düzeyde çalışmalar yapmaktadır. Böylelikle, var olan acıyı ve stresi azaltmak, uygun ve yeterli bir hizmet sunmak, kaynak arabuluculuğu yapmak, bozulan sosyal işlevselliği onarmak, gelişim ile birlikte değişimi sağlamak, güçsüz ve zayıf hisseden bireyler için savunuculuk yapmak, onları koruyarak kendi kendilerini tayin edebilmelerini sağlamak amaçlanmaktadır. Ruh sağlığı alanında bu amaçlar gerçekleştirilirken, birey çevresi içinde ele alınmakta ve sosyal hizmet uzmanları, psikiyatrist, klinik psikolog, psikiyatri hemşiresi bir ekip şeklinde çalışmaktadır (Attepe Özden ve Tuncay, 2018; Bulut, 1998; Gould, 2010).

Tedavi sırasında psikiyatrik sosyal hizmet uzmanı, psikiyatrist, hemşire, psikolog gözlem ve görüşmeler sonucu elde ettiği bulguları hazırlamakta ve her meslek elemanı kendi alanında olan uygulamaları gerçekleştirmektedir. Fakat, Avrupa ülkelerine kıyasla Türkiye'de psikiyatrik sosyal hizmet uzmanları, psikiyatrik ekip içerisinde yeterince yer almamaktadır (Bahar ve Savaş, 2013).

ŞT bireyler, gençlik yıllarından itibaren üretim dışına itilebilmekte ve çevresi ile uyum sorunları, çatışmalar yaşamaktadırlar. Meydana gelen uyum ve ekonomik sorunlar sonucunda, yalnızca ŞT bireyler değil, aile üyeleri ve hatta toplum için geniş ve uzun süreli yıkıcı etkileri olmakta ve maliyet açısından (ulusal doğrudan ve dolaylı maliyetler, hasta başına yıllık dolaylı/doğrudan maliyetler, yatan hastalara sağlanan hizmetlerin maliyetleri, ilaç maliyetleri, verimlilikte meydana gelen kayıp maliyetleri, ölüm maliyetleri, aile etkisinin yarattığı maliyetler, ceza adalet sistemini maliyetleri) ulusal bir hastalık yükü olmaktadır (Gül ve Atmaca, 2022; Knapp ve ark., 2004; Saunders, 2003).

Yaşadıkları toplum içerisinde ŞT bireyler işlevselliklerini kaybederek yaşamlarının büyük bir kısmını mutsuz, huzursuz, üreticilik ve yaratıcılıktan yoksun olarak sürdürmektedirler. Hastalık belirtileri ve etkileri sebebiyle aile üyeleri ve topluma yük olmaktadırlar (Bahar ve Savaş, 2013). Buna yönelik Kore, Güney Afrika, Arnavutluk gibi yerlerde bulunan kurumlarda (Clubhouse Modeli) ŞT bireylerin kendilerine güvenmeleri ve hem sosyal hem mesleki alanlarda becerileri desteklenmektedir (Lucca, 2000; Yılmaz, 2012; akt: Saruç ve Kaya Kılıç, 2015;).

Psikiyatri ile hasta olarak tanımlanan kişi sağlığına yeniden kavuşma çabasında bedensel ve ruhsal öğelere odaklanırken, psikiyatrik sosyal hizmet uzmanı sosyal öğelere

odaklanmaktadır. Dolayısıyla psikiyatrik sosyal hizmet uzmanı, sosyal sağlığın yeniden kazanılmasında karar verici ve etkin konumunda yer almaktadır (Oral ve Tuncay, 2012).

Bunu destekleyen İşçi Sağlığı İşyeri Hekimliği Komisyonu'nun yapmış olduğu çalışmaya göre, dolaylı yoldan ekonomik kayıp oluşturan rahatsızlar arasında ilk sırada ruhsal rahatsızlıklar yer almaktadır (Oral T. , 2019).

Ruhsal rahatsızlıklar yoksulluk, işsizlik, madde bağımlılığı, aile sorunları, sokak çocukları gibi sosyal sorunlara neden olabilmektedirler. Toplum ruh sağlığı merkezleri ekibinde yer alan sosyal hizmet uzmanları, insanı bedensel, ruhsal ve toplumsal yönden bütün olarak ele almayı yönüyle bütüncül yaklaşımı mesleki uygulamalarda aktive edilmesini benimsemektedirler. Bunlara bağlı olarak artık istenilen şey, yalnızca hastalık belirtilerinin giderilmesi değil, beraberinde bu bireylerin yaşam kalitelerinin yükseltilmesi ve yeniden üretkenliğini kazanması, sürdürmesini sağlamaktır (Doğan, 2002; Oral ve Tuncay, 2012; akt: Saruç ve Kaya Kılıç, 2015).

Sosyal hizmet uzmanları, kurumlarda yatarak tedavi gören bireylerin yeniden toplumsal bütünleşmeyi sağlaması için gereksinim duyulan ihtiyaçların neler olduğu, birey ve toplum arasındaki bağlantıların temeli nedir gibi konuları bütüncül bir şekilde değerlendirmektedirler. Böylelikle, ruhsal hastalık tanısına sahip olan bireylerin suça yönelimlerine karşı koruyucu ve önleyici çalışmalar yürütmektedirler. Psikiyatrik sosyal hizmet alanında gerçekleştirilen uygulamalar, güçlendirme temelli yaklaşımı esas alarak tüm bireyler için sosyal adalet sağlanması, aynı zamanda insan haklarının korunmasını teşvik etmektedirler.

Toplum tarafından ötekileştirilen, ayrımcılığa maruz kalan ŞT bireylere yönelik Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri'nde (TRSM) yer alan sosyal hizmet uzmanları aktif ve savunucu çalışmalar yürütmektedirler. Bu damgalama sürecinde medyanın hastalık ile ilgili kullandığı dil ve haber içeriklerine yönelik Şizofreni ve Medya: Damgalanmanın Önlenmesi Projesi geliştirilmiştir.

Projenin amacı, insan hakları, hasta ve engelli hakları temel alınarak hasta ve hasta yakınına yönelik toplum tarafından damgalanmanın önlenmesini sağlamaktır (Tokmak Yüksel ve ark., 2018).

1.1.3.1. Sosyal hizmet uzmanının rolleri ve görevleri

Sosyal hizmet uzmanları insanların karşı karşıya geldikleri zorluklara yönelik uygun kaynaklar ile arabuluculuk yaparak değiştirici ve dönüştürücü rolünü üstlenmektedirler. Bunu yaparken bireylerin çevresi için sorumluluk alması ile insan haklarının gerçekleşeceğinin bilincinde olarak toplulukların karşılıklı iletişim kurmalarının önemini vurgulamaktadırlar. Böylelikle topluluklar ile çalışarak ortak kararlar, ortak üretim, sosyal sorumluluk yoluyla yaşamak istedikleri hayata ortam oluşturmaları için eşit fırsatlar sunmaktadırlar. Dolayısıyla, sosyal hizmetin odak noktası seviye gözetmeksizin her bireyin insan haklarını savunmak ve insanların birbirlerinin iyiliği için sorumluluk aldıklarını fark ettirerek karşılıklı etkileşim noktalarını kolaylaştırmaktır (International Federation of Social Workers, 2024).

WHO Anayasası'nın ilk maddesinde sağlık kavramı, "sadece hasta veya sakat olmama hali değil, fiziksel, ruhsal ve sosyal açıdan iyi olma hali" şeklinde tanımlanmaktadır. Sağlık kavramının bu şekilde tanımlanması sonucu, fiziksel sorunlara kıyasla psikolojik ve sosyal sorunlar gibi çevresel koşulların daha çok hastalığı oluşturabileceği anlayışı hakim olmuştur. Böylelikle, sağlık ve hastalık alanında temel sağlık personelleri harici önemli meslek elemanlarından olan sosyal hizmet uzmanları için istihdam edilmesi gerektiğine yönelik bir ihtiyaç ortaya çıkmıştır.

Sosyal hizmet uzmanları genel olarak, insan davranışı ve sosyal sistemler ile ilgili kuramları geliştirmekte, bireyin iyilik halini desteklerken aynı zamanda özgürleştirmek için sosyal değişimi sağlamaya ve insan ilişkilerinde var olan problemleri çözmeye yardımcı olmaktadırlar. Dolayısıyla sosyal hizmet uzmanları, insan hakları ve sosyal adalet ilkelerini esas alarak, bireyin çevresi ile etkileşime girdiği alanlara müdahale eden, sosyal destek sağlayan bir disiplin alanı içerisinde çalışmalar yürütmektedirler (Özbesler ve İçağasıoğlu Çoban, 2010).

Sosyal hizmet uzmanları, uygulama sürecinde klinik ve toplumsal olmak üzere mesleki çalışmalar yürütmektedirler. Klinik düzeyde; sosyal inceleme raporu yazmak, psiko-eğitim ve danışmanlık vermek, taburculuk planlaması ve bireyle çalışma yürütmek, grup çalışması yapmak, savunuculuk rolü üstlenmektedirler. Toplumsal düzeyde ise ruhsal risk taraması, önleyici psikiyatrik hizmetler, sosyal içerme, toplum eğitimi gibi roller üstlenmektedirler (Danış ve Güneş, 2019).

Psikiyatri alanında çalışmalar yürüten sosyal hizmet uzmanları, tedavi süreçlerinde bulunarak hem ŞT bireylerin hem de aile üyelerinin sağlık sigortasından yararlanmalarını ve sosyal hizmetlerden yararlanmalarını sağlamakla yükümlüdürler. Bunlara ilave olarak sağlık ekibinin bir parçası olan sosyal hizmet uzmanları, hastalığın tedavisi ve gerekli olan ilaç gibi ihtiyaç olan tıbbi malzemelere erişim sağlamak için uygun kaynakları bularak ŞT bireylerin ve aile üyelerinin yararına etkin bir şekilde kullanmaktadırlar. Bu süreçte hastalık sebebiyle meydana gelen umutsuzluk, korku, üzüntü, çaresizlik ve suçluluk gibi psikolojik sorunların yanı sıra, günlük yapılması gereken sorumlulukların yerine getirilmesi için ŞT bireylere ve aile üyelerine bilgilendirmeler yaparak sorunların çözümünde destek olmaktadırlar (Özbesler ve İçağasıoğlu Çoban, 2010).

Sosyal hizmet uzmanları, hasta vizitlerine katılmakta, bireysel ve grup çalışmaları yürütmekte, ihtiyaç dahilinde ev, işyeri, okul gibi yerlere ziyaret düzenlemekte, sosyal işlevselliklerine yönelik etkinlikler planlamakta ve hastanın taburculuğu sonrası sağaltım sürecini takip etmektedirler (Danış ve Güneş , 2019).

Psikiyatrik sosyal hizmet uygulamalarını gerçekleştiren ve çevresi içinde birey anlayışına sahip olan sosyal hizmet uzmanları, ŞT bireylere ve aile üyelerine yönelik bilgilendirici, arabulucu, eğitici, savunucu, koruyucu, geliştirici rollerini üstlenmektedirler. Bu bireyler, yaşam alanları içerisinde sosyal hizmete ihtiyaç duymaktadırlar. Bireylerin aile ilişkileri, aile yaşantıları, çalışma şekilleri ve ekonomik koşulları, sosyal çevre ilişkileri, kriz, istismar, intihar girişimleri, travmalar gibi alanlarda risk unsurları belirlenerek koruyucu, önleyici ve iyileştirici uygulamalar gerçekleştirmektedirler (Carr ve Parsons 1990, Stevenson ve Unwin 1990; akt:Duyan 1996; Browne 2005; Penhale 2002; Swanson 2005; akt: Özbesler ve İçağasıoğlu Çoban, 2010; Çamur ve Ayata Küçükbükücü, 2021)

Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri'nde rol ve sorumlulukları bulunan, bireylere ve aile üyelerine yönelik koruyucu, önleyici ve iyileştirici uygulamalar gerçekleştiren sosyal hizmet uzmanları, üç aşamalı koruyucu hizmet sağlamaktadırlar. Bunları yaparken tedavi öncesi, tedavi sırası, tedavi sonrası olarak geçiş dönemlerine odaklanmaktadırlar. Birincil koruma aşamasında, hastalığın belirtileri henüz oluşmadan risk değerlendirmesi için önleyici çalışmalar, ikincil koruma aşamasında ise belirtiler meydana geldikten hemen sonra erken tanı ve üçüncül aşamaya geçince tedavinin etkili bir şekilde sürdürülmesi,

oluşabilecek yeni sorunların önüne geçilmesi son olarak, süreç içerisinde riskli olumsuz durumların azaltılmasına odaklanılmaktadır.

ŞT bireylerin süreçten etkilenme düzeyini aza indirgemek ve iyilik hallerini desteklemek için güçlendirici yaklaşımı benimseyen sosyal hizmet uzmanları, bireylerin ve aile üyelerinin baş etme mekanizmalarını güçlendirmek, gündelik yaşama uyum sağlamalarını kolaylaştırmak, toplumdan izole olmalarını ve dışlanmalarını önlemek, toplumsal farkındalıklar yaratarak ayrımcılığın önüne geçmeye yönelik çalışmalar yürütmektedirler. Aynı zamanda, bu bireylerin kayıt altına alınması, takip edilmesi ve gereksinim duymaları dahilinde korumalı evlerde kalmaları ve korumalı iş yerlerine istihdam sağlamaları hedeflenmektedir (Buz ve ark., 2021; Çamur ve Ayata Küçükbükücü, 2021).

Gethard ve Brooks (1980), sosyal hizmet uzmanlarının ilaçlar ile ilgili savunucu rolünü tam olarak benimsemeleri hakkında vurgulamalar yapmışlardır. Bunlara ilave olarak, ilaç almanın psikolojik etkilerinin de ele alınması sosyal hizmet uzmanları için önemli ve uygun bir rol olduğunu ortaya koymuşlardır.

Sosyal hizmet uzmanları, zaman içerisinde psikofarmakoloji alanında hasta ve aile danışmanı, ilaç hakkında bilgilendiren ve takip eden gibi daha geniş yelpazede olan proaktif roller üstlenmeleri gerektiğini savunan ders kitaplarında ve ilgili dergilerde bulunmaktadır. Fakat yapılan araştırmalara göre sosyal hizmet uzmanları, hastaları ilaca sevk etmek, ilaca erişimi savunmak, ilacın hastalar üzerindeki duygusal etkilerini araştırmak, psikoterapi ve ilaç yönetimi ile ilgili konularda beceriye dayalı bir eğitim talebinde bulunduklarını belirtmişlerdir. Buna bağlı olarak, sosyal hizmet uzmanlarının "tıbbi" profesyoneller olarak kabul edilmediği için daha fazla psikiyatrik ilaçlarla ilgili eğitim arayışında olmaktadırlar (Bentley ve Walsh, 1998; Higgins, 1995; akt:Bentley ve ark., 2005).

Türkiye'deki psikiyatri alanının hem klinik hem de toplum temelli hizmet boyutları daha çok tıp alanı ile kısıtlanmaktadır. Bundan dolayı, ŞT bireylerin psikolojik ve sosyal iyilik halleri göz ardı edilmekte ve bir ihtiyaç unsuru olarak ortaya çıkmaktadır (Abay ve Çölgeçen, 2018).

1.2. Araştırmanın Problemi

Kronik bir ruhsal hastalık olan şizofreni, bireyin duygularını, düşüncelerini, bilişsel yetilerini, algılama şeklini ve davranışlarını ciddi ölçüde etkilemesi yönüyle hem ŞT bireylerin hem de aile üyelerinin yaşamını derinden etkilemektedir (Attepe Özden ve Tuncay, 2018; Darban, ve ark., 2021; Kavak ve Ekinci, 2014; Summakoğlu ve Ertuğrul, 2018). ŞT bireyler günlük yaşamlarını idame ettirme, sosyal adaptasyon, kişiler arası ilişkiler, tedavi, iyileşme, sosyal ve ekonomik destek, sosyal rolleri yerine getirme ve sosyal etkileşimleri karşılama gibi konularda başkalarının desteğine ihtiyaç duymaktadır. Bu yönüyle, ŞT bireyler genel olarak hayatlarını devam ettirmede desteğe ihtiyaç duymaktadır. İhtiyaç duydukları desteği ise çoğunlukla birlikte yaşadıkları birinci derece yakını olan aile üyelerinden almaktadır (Köroğlu ve Hocaoğlu, 2017).

Antik Çağ'da delilik olarak görülen şizofreninin tedavisi insanlık dışı olmuş, birçok insan hakları ihlallerini içermiştir. Fakat ilerleyen süreçlerde, ruh sağlığında yaşanan tedavi ve iyileşme yöntemlerindeki gelişmelerle birlikte hastane temelli tedavi yaklaşımından toplum temelli tedaviye geçilmiştir. Böylelikle ŞT bireylerin yaşadıkları toplumdan koparılmadıkları, kendi doğal yaşam ortamlarında ruh sağlığı hizmetlerinden faydalanmaları sağlanmaya çalışılmaktadır. Toplum temelli ruh sağlığı hizmetlerinin sunumunda önemli meselelerden biri ŞT bireylerin tek başına veya aileleri ile birlikte ev ortamında yaşamını devam ettirebilmeleridir. Dolayısıyla ülkemizde olduğu gibi çoğunlukla aileleri ile yaşayan ŞT bireylerin oranında da önemli bir artış yaşanmıştır. Nitekim toplum temelli ruh sağlığı hizmetlerini odağında sadece bireyler değil aileleri de yer almaktadır.

Dünyadan (1968 li yıllardan itibaren verilmektedir) oldukça gecikmeli bir şekilde 2010'lu yıllardan itibaren ülkemizde toplum temelli ruh sağlığı hizmetleri sunulmaya başlanmıştır. Toplum temelli ruh sağlığı hizmetleri kapsamında, bireylerin yaşadıkları çevreden koparılmadan yaşamlarını devam ettirebilmelerinde onları ve ailelerini desteklemeye yönelik ihtiyaçları odağında hizmetlerin geliştirilmesi oldukça önemlidir. Nitekim, literatürde ŞT bireylerin ve ailelerinin toplum temelli ruh sağlığı hizmetlerine dair deneyimlerini ele alan artan sayıda çalışmalara rastlanmaktadır (Attepe Özden ve Tuncay, 2018; Bekiroğlu, 2022; 2021; Yüksel ve ark., 2022). Ancak gerçekleştirilen bu çalışmaların daha çok nicel yöntemle, ŞT bireylerden çok aileleri ile gerçekleştirildiği

söylenebilir. Özellikle aileleri ile yaşayan ŞT bireylerin sosyal işlevselliğinin daha düşük olduğunu gösteren nicel araştırma bulgularından (Bekiroğlu, 2020; 2022) hareketle, bireylerin aileleri ile yaşamalarının onlar için anlamının keşfeden çalışmalara rastlanmamıştır. Unutulmamalıdır ki, şizofreni hastalığının hem önemli bir tanı kriteri hem de iyileşme göstergesi olan ŞT bireylerin sosyal işlevselliklerinin arttırılması toplum temelli ruh sağlığı hizmetlerinin en önemli amaçlarından biridir. Dolayısıyla, aileleri ile çoğunlukla yaşadıkları bilinen ŞT bireylerin aileleri ile yaşamalarının onların gözünden derinlikli bir şekilde anlaşılmasına olan gereksinim bu araştırmanın problemini oluşturmaktadır. Buradan hareketle bu çalışmada, ailesi ile yaşayan ŞT bireylerin deneyimlerinin nitel araştırma yöntemiyle derinlemesine incelenmesi amaçlanmıştır. Bireylerin aileleri ile yaşadığı deneyimlerine dair elde edilen derinlemesine bilginin; ŞT bireylerin çevreden koparılmadan, insan onuruna ve haysiyetine yaraşır bir şekilde, kendi potansiyellerini gerçekleştirebilecekleri bir yaşam sürmelerinde nelere gereksinimlerinin olduğunu göstermesi yönüyle oldukça önemli olduğu düşünülmektedir.

1.3. Araştırmanın Amacı

Bu nitel yöntem çalışmasının temel amacı; ŞT bireylerin ailelerine ilişkin deneyimlerinin derinlemesine incelenmesidir. Bu genel amaca ulaşmak üzere aile sistemi içerisindeki deneyimlerinin ardında kalan gömülü anlamları ortaya çıkartmak amacıyla aşağıdaki sorulara cevap aranmıştır:

1. ŞT bireyler için ailelerinin anlamı nasıldır ?
2. ŞT bireylerin aile içi ilişkilerine ilişkin deneyimleri nasıldır (ebeveyn, kardeş) ?
3. ŞT bireylerin ailelerindeki destek sistemlerine ilişkin deneyimleri nasıldır ?
4. ŞT bireylerin aile içerisindeki damgalanmaya ilişkin deneyimleri nasıldır ?

1.4. Araştırmanın Önemi

Ulusal alan yazın incelendiğinde; yapılan çalışmaların ŞT bireylerden çok aile üyeleri ile gerçekleştirildiği, daha çok aile üyelerinin ŞT bireylere ilişkin deneyimlerini ele alan çalışmalardan oluştuğu görülmüştür. Elbette ki, hastalık süreci ŞT bireyler kadar

ailelerini de derinden etkilemektedir. Fakat, hastalığın belirtilerini ve etkilerini en çok yaşayan ŞT bireylerin ailelerine dair kişisel yaşantıları göz ardı edilmemelidir. Dolayısıyla, ŞT bireylerin ailelerine ilişkin deneyimlerine dair önemli bilgiler sağlayacağı düşünülen bu çalışmanın öncelikle literatürdeki bilgi boşluğunu dolduracağı düşünülmektedir.

Bireylerin aileleri ile yaşadığı deneyimlerine dair elde edilen derinlemesine bilginin; ŞT bireylerin çevreden koparılmadan, insan onuruna ve haysiyetine yakışır bir şekilde, kendi potansiyellerini gerçekleştirebildikleri bir yaşam sürmelerinde nelere gereksinimlerinin olduğunu göstermesi yönüyle oldukça önemli olduğu düşünülmektedir. Yine bu çalışma sonrasında elde edilen bilgilerin, sadece ŞT bireylerin değil aile üyelerinin de nelere gereksinimlerinin olduğunu göstermesi yönüyle oldukça önemli olduğu düşünülmektedir.

Yine bu araştırmanın bulgularının, ruhsal sağlığı alanında mikro, mezzo ve makro boyutlardaki uygulamaları ile ŞT bireylere ve ailelerine yönelik çevresi içinde birey anlayışıyla mesleki uygulamalarda bulunan sosyal hizmet uzmanlarının kanıta dayalı müdahale stratejileri geliştirmelerine önemli derecede katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Bu çalışmanın bulgularının ruh sağlığı alanında uygulama yapan diğer meslek elemanlarının ve politika yapıcılarının sunduğu hizmetleri değerlendirmelerine, ŞT bireylerin deneyimlerinden hareketle oluşturulacak hizmetlerin ve müdahale stratejilerinin yapılandırılmasına önemli bir fırsat sağlayacağı düşülmektedir.

1.5. Araştırmanın Varsayımları

Bu araştırma tasarlanırken ve süreç içerisinde ilerlerken araştırmacı tarafından çeşitli varsayımlarda bulunulmuştur. Bu varsayımlar şunlardır;

- Araştırmada kullanılan yarı yapılandırılmış soru formunun ve görüşmeleri gerçekleştiren araştırmacının ŞT bireylerin ailelerine dair deneyimlerini derinlemesine keşfetmede yeterli olduğu varsayılmıştır.

- Araştırmanın geçerliliği ve güvenirliği açısından ŞT bireylerin görüşme sürecinde veri toplama aracı olan yarı yapılandırılmış sorularını içtenlikle cevapladıkları, gerçek görüş ve düşüncelerini yanıtlarına yansıttıkları varsayılmıştır.

1.6. Araştırmanın Sınırlılıkları

Çalışma sürecinde araştırmayı sınırlayan etmenlerden söz etmekte fayda vardır. Birinci sınırlayıcı, zaman ile ilgilidir. Araştırmanın belli bir zaman diliminde tamamlanması gerekliliği ve sınırlı ekonomik olanaklar ile yürütülmesi araştırmanın önemli sınırlandırıcı unsurlarından biridir.

Bir diğer önemli sınırlayıcı, ŞT bireylere ulaşmanın güçlüğüdür. Kamusal ruh sağlığı hizmetlerinden yararlanan ŞT bireylerle araştırmanın gerçekleştirilmesi için gerekli olan resmi izin süreçlerinin zorlayıcılığı olmuştur. İzin süreçlerinin uzun sürmesi ve çoğunlukla olumsuz sonuçlanacağı düşünülerek sadece Şizofreni Dernekleri Federasyonundan çalışmanın gerçekleştirilmesi için izin alınmıştır.

Dikkat problemi yaşayan ve güven ilişkisi oluşturulmasının önemli olduğu ŞT bireyler ile görüşmelerde elde edilen veriler katılımcıların paylaşmak istedikleri veya paylaşabildikleri ile sınırlanmıştır.

Yine bu çalışmanın katılımcılarının çoğunun erkek olmasından dolayı bu çalışmanın sonuçları kadın ŞT bireylerin deneyimleri açısından sınırlıdır.

1.7. Araştırmanın Tanımları

Şizofreni tanısına sahip birey: Mavi At Cafe'de çalışan veya sosyalleşmek için kafeye gelen ve Ankara Şizofreni ile Yaşamayı Öğrenme ve Destekleme Derneği'ne üye, DSM-V tanı kriterlerine göre şizofreni tanısı almış, 18 yaş üstü, konuşma güçlüğü yaşamayan, ebeveynleri ile birlikte yaşayan bireydir.

Mavi At Cafe: Ankara ilinde bulunan, ŞT bireylerin çalışmasına, tedavi ve rehabilitasyon sürecine destek olabilmek adına açılan, bir dernek bünyesinde var olan kafedir.

Ankara Şizofreni ile Yaşamayı Öğrenme ve Destekleme Derneği: Ankara ilinde bulunan, ŞT bireylerin tedavi, rehabilitasyon sürecine destek olabilmek adına açılan bir dernektir.

Aile deneyimi: ŞT bireylerin birlikte yaşadıkları ebeveynlerine ve birlikte yaşadıkları/yaşamadıkları kardeşlerine dair deneyimleridir.

BÖLÜM II

ARAŞTIRMANIN YÖNTEMİ

Araştırmanın bu bölümünde; araştırmanın modeline, katılımcılarına, veri toplama sürecine, veri toplamada kullanılan araçlara ve verilerin analizine ilişkin bilgilere yer verilmiştir.

2.1. Araştırmanın Modeli

ŞT bireylerin aile deneyimlerini derinlemesine incelenmesine olanak sağlaması yönüyle bu araştırma nitel araştırma yöntemi ile gerçekleştirilmiştir. ŞT bireylerin ailelerine ilişkin deneyimlerinin özünü ve anlamını yakalamaya çalışmada fenomenolojik (olgubilim) modelden yararlanılmıştır. Fenomenolojik modelde araştırmacılar, belirli olgu üzerinde bulundukları varsayımlarını, bilgi birikimlerini ve beklentilerini belgelemektedirler. Burada amaç, neyin gerçek olup olmadığını askıya almaktadır. Çünkü fenomenolojik modele göre gerçeklik kavramı, yalnızca bireyler tarafından ona atfedilen anlam ile anlaşılabilmektedir. Bundan dolayı gerçek, sadece toplumsal olarak değil, aynı zamanda kişisel olarak da kurgulanmaktadır (Krysik ve Finn, 2015).

2.2. Araştırmanın Katılımcıları

Araştırmanın planlama aşamasında araştırmacının katılımcılarını, amaçlı örnekleme yöntemlerinden ölçüt örnekleme yöntemi kullanılarak Ankara'da bulunan Şizofreni Derneği Federasyonu'na bağlı Mavi At Kafe'ye ve Ankara Şizofreni ile Yaşamayı Öğrenme ve Destekleme Derneği'ne üye olan, 18 yaş üstü, şizofreni tanısına sahip,kendi ebevenyleri ile yaşayan, tedaviye uyum gösteren ve ilaçlarını düzenli kullanan, kendini ifade etmede güçlük yaşamayan ŞT bireylerin oluşturması planlanmıştır. Araştırmanın gerçekleştirilmesi için gerekli izni veren Mavi At Kafe bünyesinde üye olan 12 ŞT bireyler ile yüz yüze görüşmeler gerçekleştirilmiştir. Daha fazla katılımcıya ulaşmak adına, yine araştırmanın gerçekleştirilmesi için gerekli izni veren Ankara Şizofreni ile Yaşamayı

Öğrenme ve Destekleme Derneği bünyesinde üye olan 7 ŞT bireylerle de yüz yüze görüşmeler gerçekleştirilmiştir.

Araştırmanın gerçekleştirilmesi için gerekli izinler alınması ile birlikte 19 bireye ulaşılmaya çalışılmıştır. Fakat, gerçekleştirilen görüşmelerin ilerlemesi sonucu bireylere ulaşım sağlamak zorlaşmıştır. Dünyayı etkisi altına alan COVID-19 pandemisine dair vakalar ülkemizde görülmeye başladıktan sonra derneğe ve kafeye gelen üye sayısı azalmıştır. Buna bağlı olarak, katılımcı sayısının artması beklenirken, 19 kişiyle sınırlı kalmıştır.

Tablo 2.1.'de katılımcılara ait sosyodemografik bilgiler incelendiğinde; katılımcıların çoğunluğunu (%89,47- n:17) erkek ŞTB oluşturmakla birlikte %10,52'sini (n:2) kadın ŞTB oluşturmaktadır. Katılımcılar 38-60 yaş aralığındadır. Katılımcıların çoğunluğu (%57,89- n:11) lise mezunlarından oluşmakla birlikte %36,84'ü (n:7) üniversite mezunu, %5,2'si (n:1) ise ortaokul mezunudur. Katılımcıların %15,78'i (n:12) herhangi bir işte çalışmamakta, %21,05'i (n:4) dernekte çalışmakta ve %63,15'i (n:3) ise maaşlı bir işte çalışmaktadır. Katılımcıların gelir durumlarına bakıldığında; %52,63'ü (n:10) ailesinden maddi destek almakta, %26,31'i (n:5) yalnızca emekli maaşı ile geçinmekte, %15,78'inin (n:3) kendine ait bir maaşı bulunmakta, %5,26'sının ise (n:1) dul maaşına sahip olduğu görülmektedir. Hastalık süreleri en az 2 yıl olmakla birlikte en fazla 40 yıldır.

Tablo 2. 1. Katılımcılara İlişkin Sosyodemografik Bilgiler

Katılımcı	Yaş	Cinsiyet	Eğitim Durumu	Medeni Durumu	Gelir Durumu	Hastalık Süresi	Çalışma Durumu
K1	55	Kadın	Üniversite	Dul	Dul Maaşı	30 yıl	Çalışmıyor
K2	51	Erkek	Üniversite	Hiç evlenmemiş	Aileden haftalık harçlık ve dernekte günlük çalışma ücreti	29 yıl	Dernekte günlük çalışıyor
K3	41	Erkek	Lise	Hiç evlenmemiş	Aileden haftalık harçlık	25 yıl	Çalışmıyor
K4	42	Erkek	Lise	Hiç evlenmemiş	Aileden haftalık harçlık	25 yıl	Çalışmıyor
K5	51	Erkek	Lise	Hiç evlenmemiş	Aileden günlük harçlık	32 yıl	Dernekte gönüllü çalışıyor
K6	60	Erkek	Üniversite	Hiç evlenmemiş	Emekli	35 yıl	Çalışmıyor
K7	55	Erkek	Lise	Boşanmış	Anne desteği ve yetim aylığı	20 yıl	Çalışmıyor
K8	41	Erkek	Lise	Hiç evlenmemiş	Bakım aylığı, aileden haftalık harçlık ve dernekte ücret	20 yıl	Dernekte çalışıyor
K9	55	Erkek	Lise	Hiç evlenmemiş	Aileden haftalık harçlık	40 yıl	Çalışmıyor
K10	41	Erkek	Ortaokul	Hiç evlenmemiş	Emeklilik ve dernekten günlük ücret	14 yıl	Dernekte çalışıyor
K11	48	Erkek	Lise	Hiç evlenmemiş	Maaş	27 yıl	Ceza evinde çalışıyor
K12	45	Erkek	Üniversite	Hiç evlenmemiş	Maaş	27 yıl	MEB'de çalışıyor
K13	38	Erkek	Lise	Hiç evlenmemiş	Babadan aylık harçlık	18 yıl	Çalışmıyor
K14	47	Erkek	Lise	Hiç evlenmemiş	Malulen emekli	17 yıl	Çalışmıyor
K15	45	Erkek	Üniversite	Hiç evlenmemiş	Emekli maaşı	25 yıl	Çalışmıyor
K16	46	Erkek	Lise	Hiç evlenmemiş	Malulen emekli ve dul yetim aylığı	7 yıl	Çalışmıyor

K17	39	Kadın	Lise	Hiç evlenmemiş	Maaş ve aileden destek	20 yıl	Freelance Tercüme
K18	49	Erkek	Üniversite	Hiç evlenmemiş	Emekli maaşı ve anne desteği	2 yıl	Çalışmıyor
K19	54	Erkek	Üniversite	Hiç evlenmemiş	Emekli maaşı ve anne emekliliği	30 yıl	Çalışmıyor

2.3. Veri Toplama Yöntemi ve Aracı

Bir konuyu, durumu veya problemi doğal ortamında kavrayabilmek amacıyla yoğun şekilde veri toplanmasını gerekli kılan (Buran, 2015) nitel araştırmada veri toplama yöntemleri; görüşme, gözlem ve doküman incelemesi olmak üzere üç türdür (Yıldırım ve Şimşek, 2018). Bu çalışmada; kişilerin duyguları, deneyimleri, fikirleri ve bilgileri ile ilgili doğrudan alıntılar yapılabilmesine olanak tanıması (Patton, 2014) yönüyle nitel araştırmada en çok kullanılan yöntemlerden biri olan derinlemesine görüşme yöntemi kullanılmıştır. Derinlemesine görüşmeler; araştırmanın ele aldığı konuya, görüşmenin gerçekleştirileceği kişi sayısına ve soruların yapısına göre yapılandırılmış, yarı yapılandırılmış ve yapılandırılmamış görüşme olmak üzere gruplara ayrılmaktadır .

Araştırmada veri toplama aracı olarak araştırmanın amacına uygun şekilde literatürden yararlanılarak oluşturulmuş toplam 15 adet sorudan oluşan yarı yapılandırılmış görüşme formu kullanılmıştır. Yarı yapılandırılmış görüşme formu, araştırmacının amacına uygun olarak sormayı planladığı soruları önceden hazırlanması ile oluşturulan ve açık uçlu soruların bulunduğu, böylece verilerin hem belirli bir çerçeve içerisinde hem de aynı zamanda esnek olarak toplanmasını sağlayan bir görüşme formu türüdür (Cankurtaran, 2016).

İki bölüm olarak oluşturulan yarı yapılandırılmış görüşme formunun ilk bölümünde katılımcılara ilişkin sosyodemografik bilgileri (yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum, hastalık süresi, gelir durumu, çalışma durumu) elde etmeye yönelik 7 adet açık uçlu soru bulunmaktadır. İkinci bölümünde ise katılımcıların ailelerine ilişkin deneyimlerini (aile tanımları, aile içi roller, aile içi destek ağı, aile içi güven, aile içi korkular ve damgalanma) açığa çıkarmayı amaçlayan 8 adet açık uçlu soru yer almaktadır (Bakınız, EK-2).

2.4. Veri Toplama Süreci

Araştırma verilerinin toplanması sürecinde ilk adım olarak araştırmanın etik açıdan uygunluğunun değerlendirilmesi amacıyla Başkent Üniversitesi Sosyal Hizmet Enstitüsü Etik Kurul Onayı (Bakınız, EK-1) alınmıştır. Etik Kurul Onayı alınmasından sonra Mavi At Kafe'nin bağlı bulunduğu Şizofreni Dernekleri Federasyonu'ndan ve Ankara Şizofreni ile Yaşamayı Öğrenme ve Destekleme Derneği'nden araştırmanın gerçekleştirilebilmesi için gerekli izinler alınmıştır.

Çalışmanın gerçekleştirilmesi için gerekli izin alındıktan sonra Mavi At Kafe'yi ve Ankara Şizofreni ile Yaşamayı Öğrenme ve Destekleme Derneği'ni ziyaret eden ve görüşmelere katılmayı kabul eden 19 katılımcıyla; dernekte, onların belirttiği zamanda, yüz yüze derinlemesine görüşmeler gerçekleştirilmiştir. Her katılımcı ile bir kez görüşülmüştür. Görüşmeler ortalama bir saat sürmüştür. Görüşmelerden önce katılımcılara araştırmacı kendisini tanıtmış, araştırmanın amacı ve süreci hakkında bilgi verilmiş, rahatsız oldukları anca görüşmeyi sonlandırabilecekleri ifade edilmiştir. Görüşmelerin tamamında katılımcılardan onay dahilinde ses kaydı alınmıştır. Ses kayıtları görüşmelerin hemen sonrasında bilgisayar ortamına aktarılmıştır.

2.5. Verilerin Analizi

Araştırmada görüşme yoluyla elde edilen verilen işlenmesi amacıyla içerik analizi yöntemi kullanılmıştır. Toplanan verileri açıklayabilecek kavramlara ve ilişkilere ulaşmak amacıyla gerçekleştirilen içerik analizinde; toplanan verilerin önce kavramsallaştırılması, sonrasında ise ortaya çıkan kavramlara göre mantıklı bir biçimde düzenlenmesi ve buna göre veriyi açıklayan temaların saptanması gerekmektedir. Bu doğrultuda birbirine benzeyen verileri belirli kavramlar ve temalar çerçevesinde bir araya getirmek ve bunları okuyucunun anlayacağı bir biçimde düzenleyerek yorumlamak içerik analizi çerçevesinde temelde yapılan işlemlerdir. Verilerin kodlanması, temaların bulunması, kodların ve temaların düzenlenmesi, bulguların tanımlanması ve yorumlanması nitel araştırma verilerinin işlenmesinde içerik analizinin aşamalarını oluşturmaktadır (Yıldırım ve Şimşek, 2008). Ses kayıtlarının transkripti öncelikle yapılmıştır. Transkripti yapılan görüşmeler baştan sona ve birkaç defa okunarak her bir görüşmedeki benzer anlamlara sahip ifadelerle kodlar oluşturulmuş, bu kodların kategorize edilmesi ile de temalar belirlenmiştir. Son

aşamada ise ortaya çıkan bulgular yorumlanarak araştırmada sunulmuştur. Araştırmada elde edilen verilerden içerik analizi yoluyla oluşturulan temalar, alt temalar ve kategoriler Tablo 2.2.'de belirtilmiştir.

Tablo 2. 2. Tema ve Alt Temalar

Temalar	Alt Temalar
Ailenin Anlamı	●Aile Tanımları ●Aile ile yaşamak
Aile içi ilişkilere ilişkin deneyimler	●Ebeveynlerine ilişkin deneyimleri ●Ailedeki çocuk olmaya ilişkin deneyimleri ● Kardeşliğe ilişkin deneyimleri ●Boş zaman aktivitelerine ilişkin deneyimleri ●Sorun çözmeye ilişkin deneyimleri
Destek sistemlerine ilişkin deneyimler	
Damgalanmaya ilişkin deneyimler	●Anlaşılmamak ●Değersizleştirme ve suçlama ●Hastalığa İnanmama ●Çalışmaya yönelik baskı

BÖLÜM III

BULGULAR VE TARTIŞMA

ŞT bireylerin ailelerine ilişkin deneyimlerini derinlemesine incelemeyi amaçlayan bu çalışmanın bulguları; ailenin anlamı, aile içi ilişkilere ilişkin deneyimler, ailedeki destek sistemine ilişkin deneyimleri ve damgalanmaya ilişkin deneyimleri olmak üzere dört ana temada ele alınmıştır. Araştırma bulgularının özetlenmesinden hemen sonra bazı bulgular katılımcıların görüşmelerde belirttikleri kendi ifadelerinden alıntı yapılarak desteklenmiştir. Bu alıntılar cümlelerinin en sonunda, parantez içerisinde, kişilerin görüşmede kullanılan takma isimlerine yer verilerek belirtilmiştir.

3.1. Ailenin Anlamı

Bu bölümde ŞT bireylerin ailelerinin anlamına ilişkin deneyimleri; aile tanımları, aile ile yaşamak, ailelerinin kendileri için anlamı ve ailesini kaybetme korkusu alt temaları çerçevesinde ele alınmıştır.

3.1.1. Ailenin tanımı

Bireylerin çoğu aile içerisinde doğmakta ve büyümektedir. Buna bağlı olarak, hiçbir sosyal kurum bireyleri aileleri kadar derinden etkileyememektedir (Trangkasubat, 2008). Aile ortamı, kişinin kişilik gelişimini etkileyen en temel ve en istikrarlı olan ortamdır (Khoshgoftar ve ark., 2021). Katılımcıların ailenin ne olduğunu tanımlarken; dayanışma, uzlaşma, beraberlik, sevgi, sağlıklı olma ifadelerini kullandıkları göze çarpmaktadır:

"*Aile beraberlik demek, ıı dayanışma demek ondan sonra uzlaşma demek öyle yani..."* (K16)

"Aile, birlik, beraberlik ,sevgi, ıı güven, ıı sağ salim olmak..." (K17)

Katılımcıların kendi ailelerini tanımlarken ise iyi ve kötü kavramları çerçevesinde kategorileştirdikleri görülmüştür. Ailelerinin iyi bir aile olmasını; bakım verme, destek,

beraberlik, güç ve güven kavramlarının varlığı ile ilişkilendirirken; kötü bir aile olmalarını ise zorlama, anlayışsızlık ve toleransın az olması ile ilişkilendirmişlerdir:

"Yerine göre iyi yerine kötü oluyolar...Yani dayanışmamız iyi, bir sorun çıktı mı geliyolar gidiyolar. Zayıf yönleri… anlayışsızlık..." (K16)

"Ailem çok iyi birisi, bana baktıkları için allah razı olsun diyorum...Güçsüz değil yani iyi bi aile...Bana güzel iyi davranıyolar yani bazen kızıyolar ama onları çekiyorum ... (K9)

"*ailemi tanımlasam çok sevgili, çok sevgi dolu derdim... Çok iyi bir aile...iyi yönleri çok sevgili olması destek olmaları. kötü yönleri hastalık sırasında, hastalık yaşarken etkisi altındayken hoşuma gitmeyen şey hastaneye kaldırılmaktı bunu affedemiyodum...kesinlikle çok iyi ebeveynler..."* (K17)

3.1.2. Aile ile yaşamak

Literatürde de belirtildiği üzere ŞT bireyler çoğunlukla hiç evlenmediklerinden aileleri ile birlikte yaşamaktadır (Bekiroğlu ve Demiröz, 2020; Çetin ve ark., 2013; Koçak, 2018; Koolaee ve Etemadi, 2010). Nitekim bu çalışmanın katılımcılarının büyük bir çoğunluğu da hiç evlenmediğinden ailesi ile birlikte yaşamaktadır. Katılımcılar, evli olmadıkları, dolayısıyla hastalığı sebebiyle ailesi olmadan yalnız bir şekilde hayatını devam ettiremeyeceğini, sosyalleşmek ve ev içi rolleri yerine getirebilmek için aileleri ile yaşamayı tercih ettiklerini belirtmişlerdir:

"Yalnız yaşamayı istemezdim. Ev çok boş oluyo insan hep kendi pisliğini toparlıyor. Böyle kendi pisliği, kendi kahvaltı tabağı için bütün amaçlarını için olması yaşamak hiç de güzel bi şey değil. Yani etrafı toparlıcaksam bari birkaç kişinin ardından toparlayım da mutluluk oluşsun.. (K17)

Bununla birlikte, kendilerine seçme şansı verilseydi her ne kadar aileleri ile yaşamanın onlardan destek alabildikleri için iyi bir şey olduğunu belirtseler de, ailelerine her zaman kolaylıkla ulaşabilecekleri bir ortamları olsa tek yaşamayı tercih edeceklerini, böylelikle özgür olabileceklerini şu ifadelerle belirtmişlerdir:

"...Sorumluluklarım olmadığı için rahat olabilirdim tek yaşasaydım. Ama ara sıra danışacağım ailem yanımda olması yani tek başıma olayım özgür olayım sorumluluklarım olmasın mutlu olayım huzurlu olayım, ama ailemde yakınımda olsun gideyim onlara danışayım çay içmeye gideyim, yemek yemeye gideyim danışıyım sıkıntılarımı paylaşıyım tekrar özgürlüğüme kavuşayım isterim yani... (K1)

Ailelerine yönelik beklentilerini ise, sorumluluklarının hafifletilmesi, daha fazla önemsenmek ve kendilerine karşı daha toleranslı ve sabırlı olmaları ifadeleri ile belirtmişlerdir. olduğu şu paylaşımlarından anlaşılmaktadır:

"Biraz sabırlı davranmalarını isterdim. Toleranslı olmalarını…" (K9)

"Yani biraz daha üstüme düşse iyi olur ya. Ben şimdi hastaneye falan gitmeye eriniyom sıkıntım olunca. Gel gidelim dese falan. Öyle ısrar etse daha iyi..." (K13)

Değiştirme şansın olsa ailenin hangi özellikleri değiştirdin soruna ise katılımcıların çoğu ailelerinden memnun olduklarını, hiçbir şeyi değiştirmek istemedikleri belirtmekle birlikte; düşünce yapısını değiştirmelerini dileyen katılımcılarda bulunmaktadır:

"Yok onların dokunmam hiçbir şeyini değiştirmem..." (K17)

"*Değiştirmek istemezdim ki ben çok mutluyum bu haliyle ailemin bu haliyle . Zaten ailem bu gücü veriyo çok güzel olma gücünü onların verdiği sevgi güven her şey o gücü veriyor rahatlığı özgüveni veriyor ailem veriyo."* (K1)

"Valla önce kafalarını değiştirirdim yani. Kafalar yani beni anlayacak anne baba isterdim yani benim dilimi anlayan yani ı beni sıkıntı yaşayacak olsam yani takıntılı değil. Bi gerçekler var bide göremediğimiz gerçekler var." (K5)

Katılımcıların çoğunluğu ailesinin kendileri için çok değerli olduğunu, onları -özellikle annesini-kaybetmekten korktuklarını, onlarsız tek başına yaşamlarını devam ettiremeyeceklerini, onlar olmadan nasıl bir yaşama sahip olabileceklerini bilmediklerine ilişkin gelecek kaygılarını şu ifadelerde belirtmişlerdir:

"*annem 93 yaşında tuvalete giderken düşcek diye ödüm patlıyo ben çok korkuyorum anneme bi şey olcak diye... Anneme düşkünüm çok düşkünüm bi şey olcak diye ödüm*

patlıyo 93 yaşında aslında yaşı bayaa ileri. Ama işte ben kabullenemiyorum vefat etme durumunu filan hala kabul bi şey olursa travma geçiririm diye korkuyorum yani." (K1)

"ailemi kaybetmekten korkarım...Annem babam kaybetmekten korkuyorum. Çünkü gelecekte tek başıma ayakta durabilir miyim? Birde şizofrenim ya yani evi geçindirmem gerekiyo." (K8)

"Annem baba özellikle annem kaybettiğim zaman nasıl bir hayat süreceğim nolucak bilmiyorum. Ama ıı en büyük korkularımdan birisi bu." (K12)

Bununla birlikte bazı katılımcılar ise, ailelerini kaybetmenin kolay bir şey olmamakla birlikte gelecekte olağan bir şey olduğunu, insan varlığı için ölümün olağan bir durum olduğunu şu şekilde ifade etmişlerdir:

"Bi haklı bi endişe olabilir aileyi kaybetmek kolay bi şey değil ama yaşancaksa da önüne geçilmiyor hocam." (K6)

"Ölümlü dünya hocam ne bi saniye önce ne bi saniye sonra... Hayatın kanunu bu. Herkes ölümü tadıcak..." (K10),

3.2. Aile İçi İlişkilere İlişkin Deneyimleri

Bu çalışmanın katılımcılarının aile içi rollerine ilişkin deneyimleri; ebeveynlerine ilişkin, ailedeki kendi rollerine/çocuk olmaya ilişkin, kardeşliğe ilişkin, aile içi sosyalleşmeye ilişkin ve sorun çözmeye ilişkin deneyimleri çerçevesinde ele alınmıştır.

3.2.1. Ebeveynlerine ilişkin deneyimleri

Ebeveynlik, anne ve baba figürünün, çocuğunun/çocuklarının fiziksel, duygusal, zihinsel, sosyal ve ahlaki gelişimlerini sağlamak amacıyla oluşturdukları ortam ile çocuk yetiştirmeye yönelik göstermiş oldukları tutum ve davranışlara denilmektedir (Demirutku, 2017). Bu çalışmanın katılımcılarının ebeveynlik ilişkileri incelendiğinde, ebeveynler arasında sıklıkla tartışmaların yaşandığı, bu tartışmalarda ŞT bireylerin taraf tutmak zorunda bırakıldıkları, ebeveynlerin birbiri ile anlaşamamalarının normalleştirildiği anlaşılmaktadır:

"Annemle babam anlaşamazdı biraz sıkıntılıydı bizim, kavgalıydı çocukluğumdan beri mesela ben çocukken tartışırlardı, oğlum kim haklı diyodu salaklık. Salaklıkları koskoca olmuşlar, bana soruyolar kim haklı diye. Sen haklısın, sen haklısın o zaman harçlık veriyolar. Saçma sapan aileler ya..." (K13)

"...babam ve annem iyi değillerdi hocam, dövüşürlerdi kavga gürültü. Alkol alırdı yine mi içtin derdi. Biz çocuktuk tabi. Kavga gürültü eksik olmuyodu evde." (K11)

"*İkisi arasındaki ilişki yani idare ediyolar ya çok çok da böyle laylaylom da değiller. Bi şekilde evlenmişler işte 50 yılı geçirmişler bundan sonra da gider artık. Çok çok da iyi değil aslında annem daha karakterleri zıt karakterler öyle söyliyim"* (K12)

Bu çalışmanın bulguları benzer şekilde literatürde de ŞT bireylerin ailelerinde iletişim sorunları yaşandığı, aile içi rollerde olmak üzere aile işlevselliğinde bozulmalar meydana geldiği bildirilmektedir (Ünal ve ark., 2004). Öte yandan, her ne kadar ebeveynler arasında sorunlar olsa da bu durumun çocukların ebeveynlerine yönelik düşüncelerinde kendini göstermediği söylenebilir. Nitekim bu çalışmanın katılımcılarının büyük bir kısmı annelerini ve babalarını iyi bir ebeveyn olarak nitelendirmekle birlikte babalarını; kendilerini seven, kendileri için canını veren, iyi bir arkadaş olan bireyler olarak tanımlamışlardır:

"Babam iyiydi, babam benim için canını verirdi ya. Babam hastanenin ilk başlarında devamlı acillere götürürdü oraya götürürdü." (K11)

"Baba. İyi ya cana yakın muhabbet de ediyoz..." (K13)

Yine literatürle (Bekiroglu, 2022; Kanungpiarn ve ark., 2021) benzer şekilde ailelerde özellikle anneler; ev içi görevleri ve birincil bakım veren rolünü üstlenen bireyler olarak çalışkan, cömert, korumacı ve fedakar yönleri ile ŞT bireylerin oldukça iyi bir insan olarak tanımladığı kişiler olarak ön plana çıkmaktadır:

"Annem çok çalışkan bir insan. Ev işlerinde falan koşturuyor. Yerleri siler, halıları siler, pencere camları siler, çamaşırları yıkar, bulaşıkları yıkar, yemek hazırlar o işleri yani o yani." (K5)

"Çok fedakar, çok cesur, çok cömert, çok iyilik sever, yardımsever ermiş gibi annem benim azize gibi benim annem çok iyidir… Ailem öne atlar annem cesurdur öne atlar ve halleder ne olursa olsun kendini siper eder çocuklarına" (K1)

*"*Bizim *için evin direği yani. Yani onun varlığı yetiyo bize. Annem normalde kendisi zaten ayakta durmak için mücadele etmiş birisi. Biz çocukken annem çalışıyodu."* (K18)

Katılımcıların ebeveynlerine yönelik deneyimlerinde anneler iyi bir ebeveyn olarak tanımlanmakla birlikte korumacı, titiz, mükemmeliyetçi, müdahaleci yönlerinden rahatsızlık duyulan kişiler olarak da ayrıca tanımlanmışlardır:

"Annem iyidir, annem de iyidir. Yani kötülüğünü görmedim şimdiye kadar. Canım cicim öyle konuşur… Bazen çatışıyoruz annemle. Yani kaloriferli yakıyorum diyorum 50 de yaktım bi saat yansın diyorum hemen kısıyo hemen kısıyo. Anne dur diyorum yapma ya 50 de yansın bi saat sonra kısarsın diyorum yok çok doğalgaz faturası gelicek falan hep bunu yaşıyorum yani …annem de yani anlaşabiliyorum da anlaşamadığım yönlerim de oluyo." (K16)

"Çok, çok seviyoz birbirimizi... Himayeci olması beni şey yapmıyor. Beni biraz serbest bıraksın şey yapsın…Annem biraz şeydir titizdir yani mükemmeliyetçidir. Evde ne bileyim odamı çok dağıtmam, yatağımı düzeltmek, sabahları kalkınca havalandırmak falan filan. Onları o disiplini oturttu yani bize.Alıştık be hocam..." (K6)

Literatürdeki bazı çalışmalarda (Kanungpiarn ve ark., 2021) gösterildiği üzere, annesi ile iyi bir iletişime sahip olmadığını ve ona güvenmediğini belirten katılımcıların yanı sıra babaları ile uzak olduğunu, babalarının ilgisiz ve soğuk olduğunu, kendilerine şiddet uyguladığını belirten katılımcılar olmuştur:

"Pek konuşmuyorum annemle." (K2)

"Anneme pek şey yapamıyorum güvenemiyorum." (K11)

"Baba soğuk... baba çok soğuk yani pek böyle ilgilenmiyo felan...Acımasız bi baba yani kızar baya kızar yani düşünmez ya, bu laf nereye gidiyo, bu çocuk morali bozuldu mu falan, kızar yani hiç çekinmez..." (K15)

"Mesela sohbet ederiz hocam hani kavga eder gibi sohbet ederiz bazen. Kızar ufak tefek şeyler de kızar. Bardağı şurdan şuraya bırakmışım niye o burda değil de niye şurda. Kızar… Istakayı vurdu kafama.Baba dedim oyun oynuyoz ya dedim.. Hile yaptın diyo. Biz eğlencesine oynuyok bazen abartıyok kavga ediyok.... Babam öyle bağırır çağırır." (K8)

Anneleri ile iyi ilişkiye sahip katılımcıların annelerinin vurguladıkları özellikleri ile benzer şekilde "bir annenin nasıl olması gerektiğine" ilişkin katılımcıların ifadelerinde de ilgili, şefkatli, destekleyici, koruyucu olması gerektiği öne çıkmaktadır. Babanın ise özverili, arkadaş gibi konuşulabilen, fazla zaman geçiren, üstüne titreyen, en önemlisi annesi gibi olabilen bireyler olması gerektiği ifade edilmiştir:

"Anne, yani şefkatli olucak, saçını okşayacak, koruyacak kollayacak. Saldım çayıra mevlam kayıra olmasın. Sonra dayak yeri geldiğinde atılır yalnız aşırıya gitmemesi lazım..." (K10)

"Bir baba arkadaş gibi ya konuşcan napıyon ne ediyon. Titricek baba üzerine…" (K13)

"Anne gibi. Benim annem gibi olmalı inanın bana. ..İlgili olmalı baba ya. Mesela bi on günde bir yemeğe çıkmalıyım beraber mesela...Şizofreniyle ilgili on küsür kitap okumuştum, hiçbiri okumadı.Keşke okusalardı." (K15)

3.2.2. Ailedeki çocuk olmaya ilişkin deneyimleri

Ciddi akıl hastalıkları içerisinde yer alan ŞT bireyler, paranın yönetimi konusunda zorluklar yaşamaktadırlar (SMI; Elbogen ve ark. 2011; Rosen 2012; akt:Black ve ark., 2008). Aynı zamanda bu bireyler, aile üyeleri ile birlikte yaşamalarına bağlı olarak hiçbir zaman kendi bütçelerini oluşturma fırsatına sahip olamamışlardır (Marson ve ark., 2006; akt:Elbogen ve ark., 2011). Literatürde ailenin gelir durumu ile pozitif ilişki içerisinde daha korumacı yaklaştığı, fikirlerinin önemsenmediği, daha az sorumluluk verdiği veya daha fazla sorumluluklarını paylaştığı bildirilmiştir (Bekiroğlu, 2022; 2022) Ailelerin özellikle ŞT bireylerin çoğu şeyi yapamayacağına ilişkin inançları ile ilişkili bir şekilde ev içerisinde çok küçük görevleri bile vermedikleri (Bekiroğlu, 2020; 2022) bilinmektedir. Bu çalışmanın katılımcıları da kendi fikirlerinin aile üyeleri tarafından önemsenmediğini,

ev işlerine yardım etmesine rağmen özellikle annelerinin müdahalelerine maruz kaldıklarını şu ifadelerle belirtmişlerdir:

"...ben görüşümü söylerim ama çok bi nebze de olsa bi parçası dikkate alınabilir...Valla sorumlulukların çoğu annemde klasik olarak söyleyebiliriz" (K12)

"... bazen böyle şey yapar emin olamaz acaba becerir mi beceremez mi falan bazı şeylerde. Mesela alışveriş ev alışverişini ben yaparım ama mesela o çıktığı zaman ben geriliyorum... Mesela bulaşık yıkanması esasen zaman zaman halen de oluyo. Anne ben bulaşığı dur dur ben yıkarım sen otur diyo. Veya sen yoruldun yap evet o zamanda birbirimizi anlıyoruz zaten gözlerden anlaşıyoruz." (K6)

Bazı katılımcılar ise hastalığından dolayı bir şey yapamayacağını ve sorumluluk almak istemediğini şu ifadelerle belirtmiştir:

"...temizlik yapıyo da biraz yardım et diyo bana işte.Yapamıyom hocam ya. Canım istemiyo tembellik var herahalde." (K11)

Bununla birlikte katılımcıların bazıları, ebeveynlerinin yaşlı olmasından kaynaklı bakım rolüne sahip olduklarını, maddi/manevi destek olmak için kardeşleriyle veya tek başına mecburi olarak bütün sorumlulukları üstlendiklerini şu şekilde ifade etmişlerdir:

"Eve de ben bakıyorum faturalar bende, yeme içme ben de ,ilaçlar ben de yazdırıp getirme, ondan sonra altta kiracımız var ona ben bakıyom onun işlerine. Ne biliyim öz bakımım var...Tüm sorumluluğun ben de olması kötü… yedikleri önünde yemedikleri ardında. Ben onlara bakıyom onlar bana bakmıyor." (K19)

"Bi kişinin evde durması şart...Evde annemi yalnız bırakamıyoruz. Ben mesela işim çıktığı zaman kardeşim bakıyo. Kardeşimin işi çıktığı zaman ben bakıyorum. Böyle paslaşıyoruz...Bulaşık makinesi, çamaşır makinesi, bulaşıktı şuydu buydu mesela kardeşim geldiği zaman ben de bazen boşaltıyorum." (K18)

3.2.3. Kardeşliğe ilişkin deneyimleri

Katılımcıların kardeşlerine ilişkin deneyimleri incelendiğinde; ilişkilerinin iyi olmadığı, kendilerine karşı ilgisiz olduğu ve iletişimlerinin zayıf olduğu şu ifadelerinden anlaşılmaktadır:

"İ*lgisiz. İnsan bi telefon eder ya oğlum naptın, ilaçlar nasıl etkiliyo, keyfin nasıl, moralin nasıl felan. Pek aramaz yani."* (K15)

"Soğuk aramız iyi değil yani…Çok konuşmuyoz. Bana soğuk sadece, anne babama değil...Ben bi şey yapmadım kendisine ama. Dediğim gibi hastalıkla olabilir." (K14)

Hatta bir katılımcı, bir gün ebeveynlerinden biri ölürse kardeşlerinin kendisini yaşadığı evden atacağına ve kendisiyle ilgilenmeyeceğine ilişkin kaygılarını şu ifadelerle dile getirmiştir:

"Yarın bi gün babama şey olsa bi tane kiralık ev var bi tane kendi oturduğumuz var. Onlar şimdi evi mevi satar beni dışarı atar diye korkuyorum." (K13)

Bununla birlikte, kardeşleri ile iyi ilişkiye sahip olduğunu, kardeşlerine güvendiğini, sorumluluklarını paylaştığını belirten katılımcılarda bulunmaktadır:

"*Kız kardeşim, evin her şeyine bakıyo. Çayına, şekerine, ıı buzdolabına, çamaşır makinesine, kedilere, mamasına ııı şeyine kum. Kumunu alıyoruz, kardeşim bunların hepsine tek başına bakıyo biz de yardımcı oluyoruz... İyi yani birbirimize şey desteği yani birbirimize destek olmak zorundayız yani başka çaresi yok."* (K18)

"*Kardeşlerim her şeylerini benle paylaşırlar her şeylerini çok yardım ederler benim kara gün dostum kardeşlerim...Kardeşlerim de öyle onlarda aynı şekilde onlar da bir şey olursa atlar cesur bir şekilde ne olursa olsun…"* (K1)

Ataerkil toplum yapısı ve toplumsal cinsiyet rollerine bağlı olarak, kız ve erkek kardeşlerin yaşadıkları güçlükler ve sahip olduğu roller farklılaşmaktadır. Literatürde de belirtildiği üzere (Aykara, 2015; Gülseren ve ark., 2010), bakım yükünü en çok üstlenen kız kardeşler ile ŞT bireyler daha iyi ilişkiye sahiptirler. Bu çalışmanın katılımcılarının ifadelerinde de genellikle kız kardeşler ile anlaşılmasına karşın abilerle daha az anlaşıldığı şu ifadelerinde öne çıkmaktadır:

"Abimle pek anlaşamıyoruz... Iı ablamla görüşüyoruz haftada 1-2 kez falan.Ablam hariç diğer kardeşlerimle uzağız... Biraz şeyler yani ıı ne oldu ne bitti bilmiyolar pek fazla. Biliyolar da gelmiyolar yani...Biraz ilgisizler evet...Ben ablamı severim ablam benim favorimdir." (K16)

"*Abim babam öldükten sonra beni çok dövdü. Valla en ufak hatamda dövdü…Abim hiç anlamaz. Ablalarım, anlar...Ablalarla iyi. Tek ablalarımla iyiydi. Ablalarımla ben beraber büyüdüm."* (K19)

3.2.4. Boş zaman aktivitelerine ilişkin deneyimleri

ŞT bireylerin yaşam ortamları sosyal ilişkilerini etkilemektedir. Genel popülasyona kıyasla bu bireylerin sosyal bağlı az olmakla birlikte, sosyal ilişkiler alanında zorluklar yaşamaktadırlar. Buna bağlı olarak yaşam kaliteleri olumsuz yönde etkilenmektedir (Cohen ve Sokolovsky, 1978; Erickson ve ark., 1989; Meeks ve Murrell, 1994; Pattison ve ark., 1975; Tolsdorf, 1977; akt: Angell ve Test, 2002). ŞT bireylerin yaşam ortamları içerisinde var olan aile üyeleri ile boş zaman aktivitelerine ilişkin deneyimleri incelendiğinde, daha çok ebeveynlerle, yemek masasında edilen sohbetler ve televizyon izlemek şeklindeki ev ortamındaki faaliyetlerle; hafta sonları dışarıda yemek yiyerek veya piknik yaparak vakit geçirildiği görülmektedir:

"Annemle dışarıya çok çıkamıyorum yaşlı olduğu içi. Ona ayak uyduramıyorum…Yani annemle baş başa evin içinde kalıyoruz bazen konuşuyoruz sosyal hayattan konuşuyoruz. Hayat pahalılığından konuşuyoruz, şükrediyoruz...Evin içinde vakit geçiriyoruz dışarıda geçirmiyoruz... Tv açıyoz tv ile pek aram yoktur benim ıı genelde yani şey annemle beraber..." (K16)

"*... haftasonu da ıı annemle daha çok arada babamla da parka, pikniğe gitme, yemek yeme dışarıda bunlar olabiliyor, böyle açık hava parka gitme ailemle oluyo babamla, annemle avm olabiliyor."* (K12)

Katılımcıların bazıları ailesi ile beraber yemek yemek yerine ayrı ayrı yemek yemeyi, sohbet etmemeyi tercih ettiklerini, aileleri birlikte vakit geçirmediklerini veya vakit geçirmeyi istemediklerini belirtmiştir:

"Annemle babam televizyon seyrediyolar ben pek televizyon seyretmiyorum...Vakit geçirmiyorum ailemle. Bir şey yapmıyoruz pek vakit geçirmiyoruz beraber yani ayrı ayrı yemek yiyoruz işte. Salonda yani televizyon seyrederken yiyolar onlar." (K2)

"...yemekte beraber oluyoz o kadar...Onlar odasına çıkıyo, televizyon seyrediyo, ben İngilizce çalışıyom konuşuyoruz o kadar... İstemiyorum ailemle vakit geçirmek...Çok az çok az, fazla istemiyorlar konuşmak." (K5)

"Valla abicim bazen bahçeye çıkıyoz sitenin bahçesine. Onun haricinde hocam odamda vakit geçiriyom, internete bakıyom, şiirler yazıyom, onları paylaşıyom.Sofrada olamıyoz hocam ayrı ayrı yemekler yiyoz... Karnı acıkan kendisine yemek ısıtıyo… Odamda youtube izliyorum televizyona bakıyom bazen.abim olmadığı zaman ben bakıyom ben olmayınca o bakıyo." (K10)

3.2.5. Sorun çözmeye ilişkin deneyimler

Katılımcılar aile içerisinde meydana gelen soruna karşı çözüm sürecinden; dayanışma, konuşma ve destek gibi kavramları vurgulayarak açıklamışlardır:

"Dayanışmayla çözeriz. Dayanışmayla çözerim yani, eğer baktım kendi aramızda çözemiyoruz dışarı kaynaklardan bi doktordan ya da bi psikologdan, sosyal hizmet uzmanından ıı yardım almaya çalışırız." (K16)

"*Bir arada yemek masasına oturur sorunu konuşuruz herhalde sorun olduğunda..." (K17)*

"...yani birbirine destek olarak sorunu çözmeye çalışıyolar...Ya şimdi mesela şöyle babam şimdi bi dolandırıcılık durumu var. Biz ona destek olmaya çalışıyoruz..."(K12)

3.3. Destek Sistemlerine İlişkin Deneyimler

ŞT bireyler hayatlarını devam ettirmede genellikle başkasının maddi ve manevi desteğine ihtiyaç duymaktadırlar (Köroğlu ve Hocaoğlu, 2017). Özellikle bu çalışmacıların katılımcılarının ifadelerinde de görüldüğü üzere hastalığın belirtileri

nedeniyle düzenli bir işte çalışma güçlüğü yaşayan ŞT bireylerin çoğu ailelerinden aldıkları maddi destekle hayatını devam ettirmektedir:

"Onların benim için yaptıkları en kıymetli şey annem bana dedi ki artık sen üzülme biz sana bakarız para kazanamadığımı biliyo kendimi idame ettirmek için... Biz sana bakarız sen kendin kendi hızında kendi sürecinde işe tekrar koyulma hangi iş olucaksa ona başlama buna hazırlanmak yavaş tut kendini, çalışmak zorunda değilsin, para kazanmak zorunda değilsin biz sana bakarız diye beni eve, kanatlarının altına aldılar. Bu benim için yaptıkları en güzel şey oldu çünkü çok zordu." (K17)

"...her türlü imkanı sundular yani özel hastane, devamlı özel hastaneler yani...Valla işte şey yaptılar, doktora para verdiler, hastaneye para verdiler." (K17)

Bazı katılımcılar ailelerin yük olmak istemediklerinde veya maddi destek olmak istediklerinde aileleri tarafından buna gerek olmadığına dair geri bildirimler aldıkları için rahatladıklarını şu sözlerle ifade etmiştir:

"Maddi destek olabilmek için askıda ekmek alıyorum eve götürüyorum. ben ablam bi ara iş bulamıyorum diye kendimi çok kaptırmıştım. Ablam bana dedi ki sen çalışmasan da olur annem dahi ben senin bütün faturalarını öderim dedi. Öyle diyince içime bi ferahlık girdi... Çalışmana gerek yok sana yardımcı oluruz biz felan o tür şeyler dediler." (K16)

Bu çalışmanın katılımcıları çoğunlukla anne ve babalarının kendilerine destek olduğunu, sorunları ve hastalık süreci ile yakından ilgilendiklerini şu ifadelerle belirtmişlerdir:

"Her türlü destek oldular. Gelip gittiler hastaneye, kıyafet getirdiler, sohbet ediyoduk...Babam öğleden sonra gelirdi hastaneye. Kurtuluş farkı var şurda bilirsiniz. Oraya giderdik, çekirdek filan çitlerdik bişiler içerdik...Zaten kimsem yok. Annem babam var. Arkamda oldular devamlı." (K14)

Katılımcıların en çok annenin desteğini, en az ise kardeşlerin desteğini hissettikleri şu paylaşımlarından anlaşılmaktadır:

"...özellikle annemden aldığım destek çok yüksek... annemle geçirmek daha çok mutlu eder.. Hastane yatışlarında ziyarete geldiler ne bileyim ilgilendiler… annem daha çok götürdü. Babam da zaman zaman götürdü ama..." (K12)

"*Annem imdadıma yetişti bak orda. hastalık sürecinde kaldı annem yanımda...Kardeşlerim o kadar değildi. Annem her zaman yanımdaydı. Kardeşler işine gücüne bakıyodu napıcak ama ilgilenmiyolar benle."* (K19)

"*Mesela annem, mesela haftada kaç gün dört gün galiba görüş zamanları vardı hastanedeyken hiçbirini aksatmadı geldi... Babam...Hatırlamıyorum, belki bir defa, belki iki defa geldi. Kardeşim hiç gelmedi..."* (K15)

Öte taraftan katılımcıların bazıları, kardeşlerinin büyük desteğini şu ifadelerle vurgulamışlardır:

"...hastalığımda bana en büyük yardımı eden ailemdi kardeşlerimdi bi şeyim olsa hastalığım olsa hastalığımı yenmem için bana yardım ederler…İlk çok korktum kafamda sesler olduğunu duyunca abime söyledim onda abim seslerle çatışma o senin beyninin diye senin beyninin sana oynadığı oyunlar dedi. Abimin sözü beni rahatlattı yok delircek gibi olmuştum…kız kardeşim bana akıl verir ablama sorarım abime sorarım anneme sorarım… bi hata yaptığımda olur o kadar her işe koşamam yapamam abim hemen yardıma koşuyo." (K1)

ŞT bireylerin tedavisi özellikle ilaç tedavisi ile birlikte geçen yüzyılda önemli ölçüde değişmiştir (Koolaee ve Etemadi, 2010). Bununla birlikte ilaç kullanma durumu ve uyum süreci ile ilgili konularda %60 oranında sorunlar meydana gelmektedir (Arslan ve ark.,2015). İlaç uyumunda özellikle aile üyelerinin desteği çok önemlidir (Mengi ve ark., 2021). Bunu destekleyen bir çalışmaya göre, ilaç kullanma sürecinde yan etkiler, ilacı doğru kullanma gibi sorunların çözümünde ŞT bireylerin %31'i doktora danıştığını, %54,8'i tıbbi tedavi olmayan yöntemi kullanmadığını, %61,3'ü ise aile üyelerinin tedavi sürecinde hem maddi hem de manevi yönde destek olduğunu ifade etmiştir (Taş ve Buldukoğlu, 2018). Bu çalışmada da bazı katılımcılar, ilaç kullanmaya karşı direnç göstermelerine rağmen aile üyelerinin onlara yardımcı olduğunu, ilaç kontrollerini sağladıklarını şu şekilde paylaşmışlardır:

"*Tekrar başladım ilaca yani onlar ıı çok ben ilaç kullanmadığım zamanlar çok seferber oldular beni şey yapmak için tedavi etmek için... Eğer ilaçlarımı aldırtmasalardı kendimi sokakta oturur ,sokakta yaşayan, zırvalayan kendi kendine bitik olarak da bulabilirdim. Ama ailem öyle yapmadı bana sahip çıktılar."* (K17)

"İlaçlarımı falan kardeşim takip ediyo içmediğim zaman kızıyo, şey yapıyo ilacını iç diyo veriyo. Kendisi veriyo, içtiğimi de görüyo kontrol ediyo, içip içmiceğimi kontrol ediyo." (K18)

"Ablamla vakit geçirmek mutlu ediyo. Hasta olduğum zaman ondan bilgi alıyorum napmam lazım falan diye..." (K16)

Yapılan bir çalışmanın bulgularına göre, ŞT bireylerin %34,7'lik kısmı öz bakımlarını yapabildiğini ifade ediyorken, %18,8'lik bölümü bazen uyarılar sayesinde öz bakımını yapabildiğini, öte taraftan %18,8'lik bölümü uyarmalar olsa sahi öz bakımlarını yetine getiremediklerini aktarmışlardır (Saruç ve Kaya Kılıç, 2015). Bu çalışmada da bazı katılımcılar ailelerinden aldığı desteğin öneminin farkında olduklarını ve onlara daha fazla yük olmamak adına kendi sorumluluklarını kendilerinin yerine getirmek istediklerini şu ifadelerle belirtmişlerdir:

"...beni bugüne kadar getirmiş annem büyütmüş çamaşırımı yıkamış, yemek yapmış, bulaşığımı yıkamış. Emeği var yani ödenmez bunlar. yani en zor günümde yanımda oldular hocam...Cuma günü kontrolüm vardı yalnız gittim yormak istemedim ben giderim dedim tamam dedi. Yalnız yani yormak istemiyorum kimseyi yük olmak istemiyorum hayatta. Mümkün olduğunca kendi başıma sorunları çözmeye çalışıyom...Paylaşmıyorum ki abicim, paylaşmak da istemiyorum." (K10)

3.4. Damgalanmaya İlişkin Deneyimler

Bu bölümde ŞT bireylerin ailleri içerisindeki damgalanma deneyimleri; anlaşılmamak, değersizleştirme, suçlama, hastalığa inanmama, çalışmaya yönelik baskı alt katagorilerinde incelenmiştir.

Damgalanma, ruhsal bozukluğa sahip olan bireylere yönelik negatif inançlar ve düşünce kalıpları sebebiyle toplumsal dışlanma olarak tanımlanmaktadır (Büber ve ark.,

2015). Ruhsal hastalığa sahip bireyler içerisinde en çok ŞT bireyler toplum içerisinde olumsuz tutum ve davranışlara maruz kalmaktadırlar (Çam ve Bilge, 2013; Bekiroğlu, 2022; Kadri, 2004). Bu çalışmanın katılımcıları da damgalanmayı yoğun olarak yaşamaktadır.

3.4.1. Anlaşılmamak

ŞT bireylerin ilaçlarını düzenli kullanmamalarının nedenlerini inceleyen bir çalışmaya göre, bu bireylerin hastalığa karşı iç görü konusunda eksiklikler yaşaması, ilaç ile ilgili belirsizlikler, sosyal desteğin az olması, yetersiz tedavi bilgisine sahip olma ve damgalayıcı tutumlar gibi faktörler yer almaktadır (Üstünsoy Çobanoğlu ve ark., 2003; Bekiroğlu, 2022). Katılımcılar aileleri tarafından anlaşılmamaya yönelik değerlendirmelerinden bahsederken, çoğunlukla aile üyelerince kendilerine hasta gözüyle bakıldıklarını ve bu sebepten dolayı herhangi bir paylaşımda bulunamadıklarını şu şekilde ifade etmişlerdir:

"Anlamadıklarını düşünüyorum. Yani bi sıkıntım olduğunu söylediğim zaman senin kafandan uyduruyon diyorlar bana…Bazen sohbet etmek bikaç kere sus sus sus konuşma diyolar. Nasılsın iyi misin diyom iyiyim sen nasılsın diyolar o kadar yani..." (K5)

"Tam anlamıyo ama anlıyo gibi yani... Yani yaşadıklarımı bilmiyor işte. Onlar şey zannediyor ya . iyi düşün falan hastalık yapıyo istesen. İstesen elinde olan bi şey. Benim elimde değil diyorum. Kendi moralini bozuyosun kendin yapıyosun falan. Bazen öyle diyo annem. Elli yaşına geldin bak diyo..." (K11)

"Annemlerle pek konuşamıyorum. Çünkü beni anlamıyorlar, herhalde hasta gözüyle bakıyorlar bana…Büyük ihtimalle öyle çünkü...ne desek anlamıyo gibi şikayet ederler beni."(K7)

Katılımcıların bazıları ise, farkında olmadan yaptıkları davranışlardan dolayı aile üyeleri tarafından anlaşılmadıklarını ve geri dönüt olarak azarlandıklarını şu şekilde ifade etmişlerdir:

"Ya lafı pek bilmiyolar yani, kırılacağımı düşünmüyolar... Ya ben bi şey söylediğimde tekrarlarmışım farkında değilim tabi. O zaman çok kızarlar. Yani şimdi

evden çıkarken ocağa sürekli bakıyorum ben…Buraya da yalnız çıktım mesela evde kimse yoktu zorlandım çıkarken. Bunu anlamıyorlar kızıyorlar. Sayı takıntımı ona şey yapıyorlar anlamıyorlar. Niye böyle yapıyosun gibi." (K15)

"Halim yok falan diyom kahvaltı yapcak gücüm yok falan diyom mecbur diyom kahvaltıya çağırınca. Bizzat diyince sinirleniyo ya öyle de bi yapısı var." (K13)

2007 yılında Türkiye Psikiyatri Derneği Duygudurum Bozuklukları Bilimsel Çalışma Birimi'nin yürütmüş olduğu çalışmaya göre, çevreleri bağlamında hastalar kendilerini tam veya kısmen ya da eksikmiş gibi hissettiklerini belirtmişlerdir. Aynı zamanda evlenme, iş gibi konularda da işlevsellik olarak zorluk yaşadıklarını, damgalandıklarını aktarmışlardır (Avcil, 2016; Ersoy ve Varan, 2007). Bu çalışmaya benzer olarak bazı katılımcılar aile üyelerince damgalanma boyutunu; iş, evlilik ve tedavi konularını ele alarak açıklamışlardır:

"Ya annem. Ya anlayışsızlık oluyo yani ben hastalandıktan sonra da biraz iyi davranıyolar. Mesela çalışmıyorum ya. Ben çalışmak istiyodum geçen yıllarda iş bulamayınca bıraktım abim dedi sen bekarsın dedi istediğini yaparsın dedi ıı ama ben de abim gibi olmak evlenmek istiyodum. Öyle düşüncelerimi bilmedikleri için öyle bi anlayışsızlık oldu yani." (K16)

"Annemde babamda iğne vurulmamı istiyo. Kardeşlerim de. Ben vurulmak istemiyorum anlamıyorlar ki, belki ben ben...Onlara iğne kolay geliyor." (K8)

3.4.2. Değersizleştirme ve suçlama

Plessis ve ark. (2020)'nın yapmış olduğu bir çalışmaya göre, sağlıklı ve hasta olarak tanımlanan çocuklar arasındaki ebeveyn tutumlarına bakıldığında, ebeveynlerin sağlıklı çocukların lehine ayrım yaptığı sonucuna ulaşılmıştır. Böylelikle, aile içinde "hasta" olarak tanımlanan çocuklar ile ilgili olarak bazı olumsuz duygular meydana gelebilmektedir. Bu çalışmaya benzer olarak katılımcıların aile içerisinde değersizleştirilme ve suçlanma deneyimlerine ilişkin ifadelerinden yola çıkılarak damgalanma durumları; fikirlerinin önemsenmemesi, kardeş figürünün varlığı ve yakınlık kurma çabalarının yine hastalığa yorulması şeklinde ifade edilmiştir:

"T. bize geldiği zaman annemle ikisi saatlerce konuşuyor ben odama gidiyorum mesela. Fazla konuşmuyorum mümkün mertebe az konuşuyorum. Şizofreni gözüyle bakıyorlar bana...Yok paylaşmadım onlarla, gerek kalmıyor ki hareketlerinden belli yani bu söylesem aman saçmalama aman git hadi git çok konuşma diyolar mesela ama öyle geliyor alıştığım için artık çıkmıyorum odamdan." (K7)

"Yo fikrim çok alınmıyor yalan söylemiyim, daha çok annemle abim baskın bu konuda... Şey diyolar sen hastalandın yine diyolar. Annemin elini öpsem hastalandın sen diyolar... Yemeğimi yerim merhaba merhaba…yakın olmak istedikçe annem hastalandın diyo. Abim de aynı şekilde. Gel kardeşim bi sarılayım dedim. İyi misin sen sıkıntı mı oldun diyo. Hastalığa yoruyolar sürekli...Konuşup sarıldım yaptım akşam gittiğimde sen hastalandın dediler." (K10)

"Babamdan çekiniyom tabi de o da yani şey hastalıktan bahsetme bana falan gibisinden diyince…Sinirleniyolar ya nolcak. Cana yakın oğlum neyin var geçer gibisinden demezler yani kolay kolay. Sen bunu yaptın bi daha yaparsan kendini şeyde bulursun, böyle laflar itici laflar yani." (K13)

Bir katılımcı, bakım veren rolünde bulunan anne figürünün suçlayıcı ifadelerini; bir iş yapmamak, bakım vermekten yorulmak, kıyaslama yapmak gibi kavramlarla şu şekilde açıklamıştır:

"Annem çok kızıyo bana ona ters cevap vermiyorum hocam... Yeterince yoruldum diyo çok yordunuz diyo bi de. Her gün yemek yapıyorum artık çok yoruldum diyo annem yani...Bi iş yapmıyosun, bi işin elinden tutmuyosun filan diye artık çok yoruldum diyo annem bana size bakmaktan artık çok yoruldum diyo...Yani benim hareketlerime karşı yani. Ben senin yaşında olsam genç olsam her işi yaparım diyo annem." (K9)

Öte taraftan diğer bir katılımcı ise, hastalık sebebiyle kardeş figürünün uzaklaşmasına ilişkin deneyimini şu şekilde paylaşmıştır:

"Kardeşim öyle yaptı bana soğuk davrandı bana. hastalık olduğu için uzak davranmaya başladı, ben de Allah'a havale ettim nasıl biliyorsa öyle yapsın dedim." (K14)

3.4.3. Hastalığa inanmama

Katılımcıların çoğunluğu ailesinin; hastalığı yok saydığını, kendilerinin tembel olduklarını düşündüklerini şu paylaşımlarla aktarmışlardır:

"Ya bi şey paylaştığımda mesela hayal görüyosun falan diyolar. Sen hiçbir şeyi takmana gerek yok, bir şeyin yok diyolar...Paylaştım da ailem diyo ki öyle bi şey yok sen şey yapıyon diyo. Kafandan şey yapıyon diyo..." (K18)

"Kardeşim hastalığın ilk yıllarında sende bi şey yok sen tembelsin işte bilmem nesin çalışamazsın sen çalışmak istemiyosun falan filan çalışamazsın değil de çalışmak istemiyosun gibi bi şeyler söyledi." (K6)

Hatta katılımcıların bazıları ise, ailesi tarafından hastalığın yok sayılması sonucu işe devam etme ve iyi olma beklentilerini şu paylaşımlarla ifade etmişlerdir:

"Normal bi şey mi atlatıyor diyolardı. Yani inanmıyolar öyle şey mi olur gibisinden. Raporu falan da sonra çıkardılar çalışabilir belki falan diye." (K13)

"Onu babam yapardı, sen iyisin oğlum senin bir şeyin yok derdi... iyi görünüyosun, sen hasta değilsin iyisin yani falan böyle işte kendi işini yapabiliyosun öz bakımını, tırnaklar falan kesersin gibi ama hani bu hastalık şeydir yani içten içe yaşarsın." (K15)

3.4.4. Çalışmaya yönelik baskı

ŞT bireyler ile gerçekleştirilen bir çalışmaya göre, bu bireylerin neredeyse büyük bir çoğunluğu çalışmak istediklerini ifade etmiştir (Öz, 2016). Bu çalışmada ise, katılımcılar aile üyelerinin çalışmaya yönelik baskılarını değerlendirirken; kasıtlı olarak çalışmamak, desteğin kötülük olması gibi kavramları vurgulamışlardır:

"Çalışmıyo falan bilerek yapıyo falan gibisinden. Onda hiç bişi yok bu çalışabilir de çalışmıyo gibisinden düşünüyo olabilir. Rahatından yapıyo olabilir gibi düşünüyorum büyük ihtimal. Bi ara demişti babam da. Sen rahatsın gibisinden diyo bana verdi işte 300 lira falan. Sen rahatsın ondan çalışmıyon aslında ben sana kötülük yapıyom diyo." (K13)

Ciddi akıl hastalığı olan bireyler ve aile üyeleri arasında tartışmalara yol açan konulardan biri finansal sorunlar olmaktadır. Bu durum, aile üyeleri tarafından bildirilen en büyük stres faktörü olduğu bilgisine ulaşılmıştır (Elbogen ve ark., 2008; akt: Elbogen ve ark., 2011). Bu çalışmaya benzer şekilde bir katılımcı, aile üyelerinin baskısı ile çalıştırılmaya ilişkin deneyimini şu şekilde paylaşmıştır:

"Annem babam kızdı dedi siz çalışmaya gelmediniz mi dedi askere gidicem diyorum özellikle ailem diyor gitme hani gitmem gerekiyor hocam..." (K8)

Diğer bir katılımcı ise, ailesinin çalışmaya yönelik beklentisini şu şekilde ifade etmiştir:

"Ben senin yaşında olsam genç olsam her işi yaparım diyo annem. Hastalığımdan dolayı çalışamıyorum ben." (K9)

BÖLÜM IV

SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu bölümde öncelikle araştırmanın sonuçlarına, sonrasında ise bu sonuçlar doğrultusunda oluşturulan önerilere yer verilmiştir.

4.1. Sonuç

ŞT bireylerin ailelerine ilişkin deneyimlerini derinlemesine incelemeyi amaçlayan bu çalışmada, yapılan derinlemesine görüşmeler sonucunda çeşitli sonuçlara ulaşılmıştır. Bu sonuçlardan ilki, katılımcı olan ŞT bireyler için ailenin anlamını ortaya çıkarmak üzere aile kavramını ve kendi ailelerini tanımlamalarına dair olmuştur. Buna göre, katılımcıların çoğunluğu aile kavramını genel anlamıyla tanımlarken dayanışma, uzlaşma, beraberlik, sevgi, sağlıklı olma ifadelerini kullanmaktadırlar. Bu bireyler kendi ailelerini tanımlarken ise, iyi ve kötü kavramları çerçevesinde kategorileştirmiştir. Ailelerinin iyi bir aile olmasını; bakım verme, destek, beraberlik, güç ve güven kavramlarının varlığı ile ilişkilendirirken; kötü bir aile olmalarını ise zorlama, anlayışsızlık ve toleransın az olması ile ilişkilendirmiştir.

Katılımcıların büyük bir çoğunluğu hiç evlenmediğinden ailesi ile birlikte yaşamaktadır. Katılımcılar dolayısıyla hastalığı sebebiyle ailesi olmadan yalnız bir şekilde hayatını devam ettiremeyeceğini, sosyalleşmek ve ev içi rolleri yerine getirebilmek için aileleri ile yaşamayı tercih ettiklerini belirtmiştir. Bununla birlikte katılımcılar, kendilerine seçme şansı verilseydi, her ne kadar aileleri ile yaşamanın onlardan destek alabildikleri için iyi bir şey olduğunu belirtseler de, ailelerine her zaman kolaylıkla ulaşabilecekleri bir ortamları olsa tek yaşamayı tercih edeceklerini, böylelikle özgür olabileceklerini belirtmiştir.

Katılımcılar ailelerinden sorumluluklarının hafifletilmesini, daha fazla önemsenmeyi ve kendilerine karşı daha toleranslı ve sabırlı olmalarını beklemektedirler. Öte yandan, katılımcıların çoğu ailelerinden memnun olduklarını, ailelerine dair hiçbir şeyi değiştirmek istemediklerini belirtirken, düşünce yapısını değiştirmelerini dileyen katılımcılarda bulunmaktadır. Katılımcıların çoğunluğu ailesinin kendileri için çok değerli olduğunu,

onları -özellikle annesini-kaybetmekten korktuklarını, onlarsız tek başına yaşamlarını devam ettiremeyeceklerini, onlar olmadan nasıl bir yaşama sahip olabileceklerini bilmediklerine ilişkin gelecek kaygılarını dile getirmiştir. Bununla birlikte, ailelerini kaybetmenin kolay bir şey olmamakla birlikte gelecekte olağan bir şey olduğunu, insan varlığı için ölümün olağan bir durum olduğunu belirten katılımcılarda olmuştur.

Araştırma bulgularının ikinci bölümünde ise, ŞT bireylerin aile içi ilişkilerine ilişkin deneyimlerine yer verilmiştir. ŞT bireylerin ebeveynlerine ilişkin deneyimleri ele alındığında, büyük bir çoğunluğu annelerini ve babalarını iyi bir ebeveyn olarak nitelendirmiştir. Babalarını; kendilerini seven, kendileri için canını veren, iyi bir arkadaş olan bireyler olarak tanımlamışlardır. Annelerini ise; ev içi görevleri ve birincil bakım veren rolünü üstlenen bireyler olarak çalışkan, cömert, fedakar, korumacı, titiz, mükemmeliyetçi, müdahaleci yönleri ile tanımlamışlardır.

Ebeveynlerinin birbirleri ile ilişkisine dair deneyimleri ele alındığında, ebeveynler arasında sıklıkla tartışmaların yaşandığı, bu tartışmalarda ŞT bireylerin taraf tutmak zorunda bırakıldıkları ve ebeveynlerin birbiri ile anlaşamamalarının normalleştirildiği anlaşılmıştır. Kendileri ile ebeveynleri arasındaki ilişki ele alındığında ise, anneleri ile iyi bir iletişime sahip olmayan ve ona güvenmediğini belirten katılımcıların yanı sıra babaları ile uzak olduğunu, babalarının ilgisiz ve soğuk olduğunu, kendilerine şiddet uyguladığını belirten katılımcılar olmuştur. İyi bir anneden beklentilerini; ilgili, şefkatli, destekleyici, koruyucu olması gerektiği yönleri ile vurgularken iyi bir babanın ise özverili, arkadaş gibi konuşulabilen, fazla zaman geçiren, üstüne titreyen, en önemlisi anneleri gibi olabilen bireyler olarak tanımlamışlardır.

ŞT bireylerin yaşadıkları aile sistemi içerisinde üstlenmiş oldukları rol ve görevlerine dair deneyimleri incelendiğinde; katılımcıların bazıları, aile üyeleri tarafından kendi fikirlerinin önemsenmediğini, ev işlerinde yardım etseler dahi özellikle annelerinin müdahalelerine maruz kaldıklarını belirtirken bazı katılımcılar ise sahip oldukları hastalık sebebiyle bir şey yapamayacaklarını ve sorumluluk almak istemediklerini belirtmiştir. Bununla birlikte bazı katılımcıların, ebeveynlerinin yaşlı olmasından kaynaklı bakım rolü üstlendikleri, maddi/manevi destek olmak için kardeşleriyle veya tek başına mecburi olarak bütün sorumlulukları üstlendikleri çalışmanın dikkat çeken bulguları arasında olmuştur.

Kardeşe/kardeşlere sahip olan ŞT bireylerin büyük çoğunluğu kardeşleri ile ilişkilerinin iyi olmadığını, ilgisiz ve iletişimlerinin zayıf olduğunu belirtmiştir. Hatta gelecekte ebeveynlerinden biri ölürse kardeşlerinin kendisini yaşadığı evden atacağına ve kendisiyle ilgilenmeyeceğine ilişkin kaygılarını dile getiren katılımcılar olmuştur. Öte yandan bazı katılımcıların ise, kardeşleri ile güven ilişkilerinin ve sorumluluk paylaşımlarının olduğu görülmüştür. Kardeşler arasında ise genellikle kız kardeşleri ile iyi ilişkilere sahip oldukları, erkek kardeşleri tarafından özellikle anlaşılmadıkları üzerinden ilişkilerinin daha kötü olduğu anlaşılmıştır.

ŞT bireylerin boş zaman aktivitelerine ilişkin deneyimlerine bakıldığında ise; genellikle yemek masasında edilen sohbetler ve televizyon izlemek şeklindeki ev ortamındaki faaliyetlerle, hafta sonları dışarıda yemek yiyerek veya piknik yaparak ebeveynleriyle vakit geçirdikleri görülmüştür. Öte yandan bazı katılımcıların, ailesi ile beraber yemek yemek yerine ayrı ayrı yemek yemeyi, sohbet etmemeyi tercih ettikleri, aileleri birlikte vakit geçirmedikleri veya vakit geçirmeyi istemedikleri anlaşılmıştır.

Aile içerisinde meydana gelen sorunlara karşı çözüm sürecinde ŞT bireyler ve aile üyeleri dayanışma, konuşma ve destek gibi kavramlar tanımlarında yer verdikleri ifadelerindendir.

Ailedeki destek sistemleri, maddi ve manevi destek olmak üzere iki biçimdedir. Özellikle hastalığın belirtileri sebebiyle herhangi bir işte çalışma güçlüğü yaşayan katılımcıların büyük çoğunluğu ailelerinden aldıkları maddi destek ile hayatlarını devam ettirmektedir. Öte taraftan bazı katılımcılar, ailelerine yük olmak istemediklerini ve maddi açıdan onlara destek olmak istediklerini ifade ettiklerinde aileleri tarafından buna gerek olmadığına dair geri bildirimler aldıklarını, ailelerinin bu geri bildirimlerinin onları rahatlattığını belirtmiştir.

Manevi destek boyutunda ŞT bireylerin hastalık süreci ve sorunları ile yakından ilgilenenlerin ve kendilerine en çok destek olanların anne ve babaları oldukları anlaşılmıştır. Aynı zamanda ilaç kullanmaya direnç gösteren katılımcıların aile üyeleri tarafından desteklendikleri ve onların yardımı ile ilaç alımlarının düzenlendiği/takip edildiği görülmüştür. Öte taraftan bazı katılımcılar ise, ailelerinden aldıkları desteklerin farkında olduklarını fakat onlara yük olmamak için kendi sorumluluklarını kendilerinin

yerine getirmek istedikleri yönündeki verdikleri ifadeler destek ve yük kavramları arasındaki ilişkiye yönelik düşünceleri ortaya koymaktadır.

Damgalanmaya ilişkin deneyimleri incelendiğinde; katılımcıların anlaşılmamak, değersizleştirme, suçlama, hastalığa inanmama, çalışmaya yönelik baskı gibi aile üyeleri arasında damgalayıcu tutum ve davranışlara maruz kaldıkları anlaşılmıştır. Katılımcıların büyük çoğunluğu aileleri tarafından kendilerine hasta gözüyle bakıldığını ve bundan dolayı herhangi bir paylaşımda bulunamadıklarını belirtmiştir. Paylaşımda bulunmaları halinde ise farkında olmadan yaptıkları davranışlardan dolayı aile üyelerince anlaşılmadıklarını ve hatta geri dönüt olarak azarlandıklarını belirtmişlerdir. Özellikle katılımcılar kardeşleri ile yakınlık kurmaya çabalarken kardeşlerinin bu yakınlığı hastalığa yormaları ile kendilerini değersiz hissetmektedir. Hastalık nedeniyle kardeşinin kendisinden uzaklaştığını veya uzak durduğunu belirten katılımcılar olmuştur. Bakım veren rolünde bulunan annelerin ŞT bireyleri bir iş yapmamaları nedeni suçlama, onlara bakım vermekten yorulduklarını içeren ifadeler kullanması, başkaları ile kıyaslama gibi davranışlarda bulundukları görülmüştür. ŞT bireyler çalışmayı istese dahi hastalık sebebiyle çoğunlukla çalışamamaktadırlar. Bu durumu aile üyelerinden bazıları kasıtlı olarak çalışmamak olarak yorumlamaktadır. Bunlara ek olarak ailelerin hastalığı yok sayması ve ŞT bireylerin kendilerini tembel olarak düşünmeleri hastalık hakkındaki bilgi düzeylerinin düşük olduğunu düşündürmüştür.

4.2. Öneriler

Araştırma kapsamında elde edilen sonuçlardan yola çıkılarak geliştirilen öneriler şu şekildedir:

• ŞT bireyler hiç evlenmedikleri için aileleri ile birlikte yaşamakta ve ailelerine bağımlı hale gelmektedirler. Bu noktada aileleri olmadan yaşamlarını devam ettiremeyeceklerine yönelik gelecek kaygısı yaşamaktadırlar. Kendi kaderini kendi tayin hakkı ilkesini benimseyen, birey ve çevre arasındaki etkileşime, işlevselliğe odaklanan sosyal hizmet disiplinine göre bu bireyler erişimi kolay olan psikososyal destek ve eğitimler ile bağımsız yaşam becerileri kazanmaları sağlanmalı, bunu yaparken ailelerin de desteği alınmalıdır.

• ŞT bireyler ailelerini kaybetmeye -özellikle anneyi- ilişkin korkular yaşamaktadırlar. Bunun temel nedeni ise, onlar olmadan yaşayamayacaklarına yönelik

kaygılarının bulunmasıdır. Bu noktada aslında kaygılar, sahip olduğu bilginin eksik olması sonucu kişinin yaşadığı korkulardan oluşmaktadır. Dolayısıyla, ŞT bireylere yönelik bağımsızlıklarını destekleyici müdahaleler ve eğitimler (problem odaklı ve duygu odaklı) verilirken, aynı zamanda yas süreci ile ilgili gerekli bilgilendirmelerin yapılması oldukça önemlidir.

• Bakım rolü görevi üstlenen aile üyeleri ciddi bir bakım yükü ile karşı karşıya gelmektedirler. Buna bağlı olarak baş etme mekanizmaları yetersiz kalmakta ve ŞT bireylere yönelik tahammül seviyeleri azalmaktadır. Dolayısıyla aile üyeleri ŞT bireylere yönelik damgalayıcı ifade ve tutumlarını sertleştirebilmektedirler. Aile içerisinde damgalayıcı tutum ve davranışları azaltmaya yönelik ailelere psikososyal eğitimler verilmeli, ailelerin bakım yükünü azaltmaya yönelik destek hizmetleri geliştirilmeli, aileler var olan hizmetlerle ilişkilendirilmelidir.

• Aile içi ilişkileri geliştirmeye ve etkili etkileşim becerileri kazandırmaya yönelik ŞT bireyler ve ailelerine özel aile danışmanlığı hizmetleri desteklenmelidir.

• ŞT bireyler, aile üyeleri tarafından gerçekçi olmayan beklentiler ile karşı karşıya gelmektedirler. Bu durum ŞT bireylerin izole olmalarına, iletişimde bulunmayı tercih etmemelerine kısacası güvende hissetmemelerine yol açmaktadır. Bu araştırmanın bulgularında da görüldüğü üzere aile üyelerinin hastalık hakkında yeterli ve gerekli olan bilgi düzeyine sahip olmadıkları anlaşılmaktadır. Ailelere yönelik hastalık hakkında uzman eşliğinde ve düzenli katılımın esas olduğu interaktif bir bilginin sağlanması (hastalık belirtileri, tedavi süreci, ilacın etkileri, içe kapanma durumlarına saygı gibi) önemlidir. Fakat yalnızca bilginin sağlanması elbette ki yeterli olmamaktadır. Bu bilginin uygulama süreci, süreç içerisinde gösterilen sabır ve bilinçli davranarak farkındalıkla hareket etmek asıl önemli olan noktadır. Dolayısıyla, sürecin uzman eşliğinde izlenmesi ve aile-uzman etkileşimin istikrarlı olarak devamlılığının sağlanması önerilmektedir.

• Bazı ailelerde kardeşin varlığı süreçten uzaklaşmıştır. Haliyle iki kardeş arasındaki destek ve bağlar zayıflamaktadır. Bazen aileler ŞT bireyler ile diğer kardeşin hareketleri arasında bir denge kuramamakta ve ŞT bireylerin kendi fikirlerinin önemsiz olduğunu ifade ederken içsel yetersizlik durumu yaşadıkları görülmektedir. Aile içi dengelerin yeniden sağlıklı bir şekilde oluşturulması adına ailenin bir sistem olarak ele alınması ve

güçlü yanların desteklenerek yanlış anlaşılmaların giderilmesi hem yük unsurunun azaltması hem de baş etme mekanizmalarının kuvvetlenmesi açısından önemlidir.

• ŞT bireyler aileleri ile daha fazla vakit geçirdikleri ve ailesine bağımlı hale geldikleri için toplumdan uzaklaşmaktadırlar. Bu noktada ŞT bireyler ve aileleri için akran desteğinin ve aile destek gruplarının varlığı iyileştirici faktör olmaktadır. Buna bağlı olarak, sosyal hizmet uzmanı psikoeğitimler verirken aynı zamanda ŞT bireyleri akran grupları ile aileleri ise aile destek grupları ile buluşturması olumlu başa çıkma yöntemleri açısından oldukça önemlidir. Etkili bir etkileşim için sürecin dinamiği ve sürekliliği sosyal hizmet uzmanları tarafından her aile özeldir bakış açısı ile desteklenmelidir.

• Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı (2021-2023) incelendiğinde, ana hedefler, ilkeler ve yaklaşımlar ile ilgili politikalar aktif olarak görünse de uygulama aşamasında eksik kalmaktadır. Bu hedeflerin gerçekleşmesi ve var olan eksikliklerin tamamlanmasında şüphesiz ki sosyal hizmet uzmanlarına büyük görevler düşmektedir. Bu süreçte sosyal hizmet uzmanı kurumlar arası ilişkilerini iyi tutması ve işbirliği sağlaması ve ŞT bireyler ile ailelerini bu kaynaklarla ilişkilendirmeleri psikososyal iyileşme açısından oldukça önemli olduğu düşünülmektedir.

• Ruh sağlığı hizmetleri açısından, psikiyatri alanında sosyal hizmet uzmanlarına her ailenin özel olduğunu esas alınarak aileyi ve ŞT bireylerin ilişkilerini anlaşılır kılmak, aileyi etkileyen faktörleri ortaya çıkarmak, bireylerin ihtiyaçlarını ve sıkıntılarını anne-baba-kardeş olarak ayrı bir şekilde ele almak uygulamalara ve kuramlara katkı sağması açısından önerilmektedir.

• ŞT bireyler ve aileleri derneklerin bünyesinde yer alan etkinliklere, toplantılara katılarak yalnız olmadıklarını, hastalık hakkında meraklarını giderebilecekleri bir ortama sahip olmaktadırlar. Tüm bunlara rağmen, ŞT bireylerin aile üyeleri yaşlı oldukları için toplantılara katılmakta güçlük çekmekte ve hatta katılamamaktadırlar. Bu fırsatlara eşit bir şekilde erişim sağlayabilmelerine yönelik (evde sağlık hizmetleri gibi) çalışmaların yapılması önerilmektedir.

• İnsan hakları ve sosyal adalet ilkelerini müdahalelerinin odağına alan sosyal hizmet uzmanları; bilgilendirici, arabulucu, eğitici, savunucu, koruyucu, geliştirici rolleri üstlenerek ŞT bireylerin iyilik hallerini sağlayarak özgürleşmelerini ve yaşam kalitelerinin artmasını amaçlamaktadırlar. Aynı zamanda tüm bunları yaparken bütüncül bir yaklaşım

benimsemekte, sosyal tedavi ve güçlendirme alanlarında müdahalelerde bulunarak işlevselliklerinin de artmasını sağlamaktadırlar. Bu süreçte yer alan psikiyatrik sosyal hizmet uzmanı, psikiyatrist, hemşire, psikolog gibi multidisipliner ekip ile koordineli bir şekilde kendi alanında uygulamalar gerçekleştirmektedirler. Fakat, Avrupa ülkelerine kıyasla Türkiye'de psikiyatrik sosyal hizmet uzmanları, psikiyatrik ekip içerisinde yeterince yer almamakta ve yeterli sayıda olmamaktadırlar. Psikiyatrik sosyal hizmet alanının diğer meslekler tarafından tanınması ve sosyal hizmet uzmanlarının tam zamanlı ve daimi birer üyesi şekilde yer alarak mesleki uygulamalarını gerçekleştirmesi mesleki müdahalelerin verimli ve etkili olması açısından önemlidir. Dolayısıyla psikiyatrik sosyal hizmet uzmanlarının istihdamının arttırılması önerilmektedir. Yine, psikiyatrik sosyal hizmet uzmanlarının etkili uygulama gerçekleştirebilmeleri için önemli bir rehber olan süpervizyon alabilecekleri uygun ortamlar yaratılmalıdır.

- ŞT bireyler hastalık belirtileri sebebiyle çalışma yaşamı içerisinde dezavantajlı grup içerisinde yer almaktadırlar. Bu bireylerin çalışma yaşamında yer almalarının önemi oldukça büyüktür. Buna bağlı olarak çalışma yaşamına katılmalarına fırsat sunacak politikaların üretilmesi ve korumalı iş yerlerinin açılması istihdam açısından önemlidir. Özellikle ŞT bireylerin aile kaybına duyulan korkularına ilişkin ifadelerine bakıldığında "onlar olmadan yaşayamam, kendime nasıl bakarım?" gibi korkuların giderilmesinde kurumların hem bakım hem de istihdam alanında sağlayacakları olanakların önemi görülmektedir.

- Ruhsal bozukluğu olan bireylerin istihdam ve barınma olanaklarına erişimlerinde toplumdaki diğer üyeler ile rekabet ettikleri görülmektedir (Fakhoury ve Priebe, 2002; Buz ve ark., 2021). Bu noktada Toplum Ruh Sağlığı Merkezler (TRSM), ŞT bireyler için korumalı evlerinde barınma ve korumalı iş yerlerinde istihdamlarını sağlamayı amaçlamaktadır. Özellikle ŞT bireylerin bağımsız yaşam ve mesleki becerilerinin geliştirilmesi normal yaşam, saygı duyulması, topluma entegre açısından oldukça önemlidir. Fakat ŞT bireylerin istihdam ve haklarına ilişkin özel bir mevzuat bulunmamaktadır. Konu ile ilgili düzenlemelerin "engelliler" ile ilgili mevzuat içerisinde değerlendirildiği görülmektedir. Bu bireylerin hangi işleri yapabileceğine uygun eşleştirme yapılmasının ve buna yönelik korumalı iş yerlerinin ayarlanmasının önemini vurgulamak gerekmektedir.

• ŞT bireylerin çalışma yaşamına girebilmelerine yönelik uygun korumalı iş yerlerinin sağlanması istihdamdaki yetersizliğin giderilmesi açısından oldukça önemlidir. Örneğin ŞT bireyler (%40 ve üzeri engeli olan) hem Engelli Kamu Personeli Seçme Sınavı (EKPSS) ile kamuda hem de özel sektörde çalışabilmektedirler. Kamu Personel Seçme Sınavı ve Engellilerin Devlet Memurluğuna Alınmaları Hakkında Yönetmeliğe göre istihdam edilen bu bireylerin engel türüne göre nerelere istihdam edildiklerine dair bilgi bulunmamaktadır. Dolayısıyla ŞT bireylerin hangi çalışma alanlarında istihdam edilebileceklerine dair ilgili meslek elemanlarının ortak katılımıyla, bilimsel bilgilerden yararlanarak kamuoyunu bilgilendirici bröşürlerin hazırlanması ve ilgili kurumlarca paylaşılması önerilmektedir.

• Bilimsel çalışmalar genellikle ailelerin ŞT bireylere yönelik duygu durumları, yükledikleri anlamları, baş etme yöntemleri ve beklentileri gibi konularını nicel yöntem ile ele almıştır. Yabancı kaynaklarda sınırlı sayıda olmasına rağmen Türkçe kaynaklarda bu bireylerin ailelerine yükledikleri anlamlar ve deneyimleri ile ilgili çalışmalara rastlanılmamıştır. Ancak, ŞT bireylere yönelik hizmetler geliştirmede ve mesleki müdahaleleri gerçekleştirmede öncelikle bu bireylerin deneyimlerinden yola çıkmak gerekir. Dolayısıyla, ST bireylerin ailelerine dair öznel deneyimlerini ele alan bilimsel çalışmaların arttırılması önerilmektedir.

• Bu çalışmada aileleri ile yaşayan ŞT bireylerin aile deneyimlerine odaklanılmıştır. Aileleri ile yaşamayan ŞT bireylerin aile deneyimleri hiç şüphesiz ki farklılaşacaktır. Dolayısıyla, arkadaşları veya yalnız yaşayan, kendi kurdukları çekirdek aileleri ile yaşayan ŞT bireylerin ailelerine dair deneyimlerini ele alan çalışmaların yapılması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

Aakre, J., Klingaman, E., & Docherty, N. (2015). The Relationship Between Stigma Sentiments and Self-Identity of Individuals With Schizophrenia. *Psychiatric Rehabilitation Journal,* 125-131.

Abaoğlu, H. (2018). Şizofrenili Bireylerde Yaşam Becerileri Eğitiminin İşlevsellik Üzerine Etkisinin İncelenmesi. *Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü* , 1-71.

Abay, A., & Çölgeçen, Y. (2018). Psikiyatrik Sosyal Hizmet- Koruyucu, Tedavi Edici ve Rehabilite Edici Ruh Sağlığı Alanında Sosyal Çalışmacıların Rolü. *Uluslararası Toplum Araştırmaları Dergisi,* 2149-2185.

Agid, O., Fervaha , G., Takeuchi, H., Foussias, G., & Remington , G. (2016). Life satisfaction and happiness among young adults with schizophrenia. *Psychiatry Research,* 174-179.

Akman Dömbekci, H., & Erişen , M. (2022). Nitel Araştırmalarda Görüşme Tekniği. *Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 141-160.

Aktaş, Y., Baysan Arabacı, L., & Dülgerler, Ş. (2020). Watson İnsan Bakım Modeli'ne Göre Şizofreni Tanılı Bir Hastada Hemşirelik Bakımı: Olgu Sunumu. *İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi,* 51-57.

Amering, M., Schmolke, M., & Soygür , H. (2017). *Ruh Sağlığında İyileşme, Bilimsel ve Klinik Sorumlulukların Yeniden Şekillendirilmesi.* Ankara: Şizofreni Dernekleri Federasyonu.

Angell, B., & Test, M. A. (2002). The Relationship of Clinical Factors and Environmental Opportunities to Social Functioning in Young Adults With Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin,* 259-271.

Arslan, M., Yazıcı, A., Yılmaz , T., Coşkun, S., & Kurt, E. (2015). Rehabilitasyon Programının Şizofreni Hastalarının Kliniği, Sosyal İşlevselliği ve Yaşam Kalitesi Üzerindeki Uzun Dönem Etkileri: İzleme Çalışması. *Anatolian Journal of Psychiatry* , 238-246.

Arslantaş, H., & Adana, F. (2011). Şizofreninin Bakım Verenlere Yükü. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 251-277.

Arslantaş, H., Sevinçok, L., Uygur, B., Balcı, V., & Adana , F. (2009). Şizofreni Hastalarının Bakım Vericilerine Yapılan Psikoeğitimin Hastalardaki Klinik Gidişe ve Bakım Vericilerin Duygu Dışavurumu Düzeylerine Olan Etkisi. *ADÜ Tıp Fakültesi*, 3-10.

Attepe Özden, S., Tuncay, T. (2018). The experiences of Turkish families caring for individuals with Schizophrenia: A qualitative inquiry. International Journal of Social Psychiatry, 64(5), 497-505.

Avcil, C., Bulut , H., & Hızlı Sayar, G. (2016). Psikiyatrik Hastalıklar ve Damgalama. *Üsküdar University Journal of Social Sciences*, 175-202.

Aykara, A. (2015). Zihinsel Engelli Kardeşe Sahip Bireylerin Yaşadıkları Güçlüklerin Sosyal Rol Kuramı Açısından Değerlendirilmesi. *Toplum ve Sosyal Hizmet* , 87-104.

Bademli, K., & Çetinkaya Duman, Z. (2013). Şizofreni Hastalarının Bakım Verenleri. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar* , 461-478.

Bahar, G., & Savaş, H. (2013). Ruh Sağlığı Çalışmalarında Sosyal Hizmet Mesleğinin Rolü. *Yeni Sempozyum Dergisi*, 83-90.

Başcıllar, M. (2020). Sosyal Hizmetin Önemli Bir Öncüsü: Mary Ellen Richmond. *Pamukkale Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü* , 151-160.

Bat Tonkuş, M., Karataş, S., Yılmaz, S., & Kutlu, F. (2022). Ruhsal Bozukluğu Olan Bireylerde İyileşme ve İyileşme Modelleri. *Journal of Medical Sciences*, 135-143.

Bayrak, N., & Gürhan, N. (2022). Hayat Budur! Damarlarındaki Asil Kanda Mevcuttur!": Bir Paranoid Şizofreni Olgusu. *Doğu Karadeniz Sağlık Bilimleri Dergisi*, 26-36.

Bekiroğlu, S. (2018). Ekosistem Yaklaşımı Perspektifinden Ağır Ruhsal Hastalığa Sahip Bireylerin Sosyal İşlevselliğinin Karma Yöntem Tasarımıyla İncelenmesi. *Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü*, 1-299.

Bekiroğlu, S. (2021). Ruhsal Hastalığa Sahip Bireylere Yönelik Damgalama: Etkileyen Faktörlere ve Bireyler Üzerindeki Etkilerine Dair Kavramsal Bir Çalışma. *Uluslararası Toplum Araştırma Dergisi*, 597-618.

Bekiroğlu, S., & Demiröz, F. (2020). Toplum Ruh Sağlığı Merkezlerinden Hizmet Alan Ağır Ruhsal Hastalığa Sahip Bireylerin Sosyal İşlevselliğinin İncelenmesi. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 1053-1079.

Bentley, K., Walsh, J., & Farmer, R. (2005). Social Work Roles and Activities Regarding Psychiatric Medication: Results of a National Survey. *Social Work*, 295-303.

Black, R. A., Rounsaville, B. J., Rosenheck, R. A., Conrad, K. J., Ball, S. A., & Rosen, M. I. (2008). Measuring Money Mismanagement Among Dually Diagnosed Clients. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 576-579.

Burton, N. (2012). *A Brief History of Schizophrenia.* Psychology Today: https://www.psychologytoday.com/us/blog/hide-and-seek/201209/brief-history-schizophrenia adresinden alındı

Buz, S., Nazlıer Keser, E., Mayda, F., & Akoğlu, G. (2021). Şizofreni Tanısı Konulan Bireylerin İstihdamı. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 93-108.

Büber, B., Kars, B., Gülsün , M., & Nergizci, M. (2015). Şizofreniye Yönelik Damgalamanın Önlenmesinde Sosyal Hizmet Müdahaleleri Bağlamında Sosyal Politika Önerileri. *Ufkun Ötesi Bilim Dergisi*, 35-51.

Büyüksandıç Özşen, P., & Tanrıverdi, D. (2013). Şizofren Hastaların Yakınlarının Şizofreniye Yönelik Bilgileri, İnançları ve Yardım Arama Davranışları. *Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 1-104.

Cankurtaran, Ö. (2016). Niteliksel Araştırma. *Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi* , 2-37.

Ceylan, B., & Çilli , A. (2015). Şizofreni ve Kronik Böbrek Yetersizliği Hastalarına Evde Bakım Veren Aile Üyeleri ve Bakım Rolü Olmayan Bireylerde Suçluluk ve Utanç Düzeylerinin Karşılaştırılması. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 85-90.

Çamur, G., & Ayata Küçükbükücü, R. (2021). Psikiyatik Sosyal Hizmet Amaçları-Rolleri-Sorumlulukları. *Samsun Sağlık Bilimleri Dergisi*, 463-476.

Çataloluk, A., & Buran, A. (2023). Şizofreni Bozukluğunun Tarihi, Epidemiyolojisi, Etiyolojisi ve Tedavisi. *Sosyal, Beşeri ve İdari Bilimler Dergisi*, 916-933.

Çetin, N., & Aylaz , R. (2017). Farkındalık Temelli Psikoeğitimin Şizofreni Hastalarının İç Görü ve İlaç Uyumun Etkisi. *İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü*, 1-74.

Çetin, N., Demiralp, M., Oflaz, F., & Özşahin, A. (2013). Şizofreni Hastalarının Günlük Yaşam Aktivite Düzeyi ile Aile Üyelerinin Bakım Yükü ve Dışa Vuran Duygu Durumu İlişkisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 19-26.

Çetinkaya Büyükbodur, A., & Kayma Güneş, D. (2019). Yüksek Güvenlikli Psikiyatri Hastaneleri: Ruhsal Sağlık Sorunu Olan Tutuklu ve Hükümlülerin Gereksinimleri, Sosyal Hizmet Müdahalesi. *Sosyal Hizmet Sempozyumu*.

Çetinkaya Büyükbodur, A., Sakarya, H., & Kılıçlı, A. (2022). Şizofreni Tanısı Olan Annelerin Bebekleri ile İlişkisi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 427-436.

Çetinkaya Duman, Z., & Badem, K. (2013). Kronik Psikiyatri Hastalarının Aileleri: Sistematik Bir İnceleme. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 78-94.

Çorak, A. (2018). Disosiyatif Şizofreni Kavramının Tarihsel Kökenleri ve Psikotik Süreklilik. *Türkiye Bütüncül Psikoterapi Dergisi*, 29-45.

Çorak, A. (2018). Disosiyatif Şizofreni Kavramının Tarihsel Kökenleri ve Psikotik Süreklilik. *Türkiye Bütüncül Psikoterapi Dergisi*, 29-45.

Danış, Y., & Güneş , Ö. (2019). Toplum Ruh Sağlığı Merkezinden Hizmet Alan Şizofreni Hastalarına Bakım Veren Aile Üyelerinin Duygu Dışavurumlarının Değerlendirilmesi. *Sakarya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü*, 1-102.

Darban, F., Rabori, R., Farokhzadian, J., Nouhi, E., & Sabzevari, S. (2021). Family Achievements in Struggling with Schizophrenia: Life Experiences in a Qualitative Concent Analysis Study in İran. *BMC Psychiatry*, 1-11.

Demir, M. (2023). Eleştirel Sosyal Hizmet Çerçevesinde Şizofreni Tanılı Kişilerin ve Yakınlarının Damgalanma Deneyimleri: Zonguldak Örneği. *Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü*, 1-242.

Demirutku, K. (2017). *Değerlerin Edinilmesinde Ailenin Rolü.* aile.gov.tr: https://www.aile.gov.tr/media/92203/01_06_degerlerin-edinilmesinde-ailenin-rolu.pdf adresinden alındı

Desai, P., Lawson, K., Barner, J., & Rascati, K. (2013). Estimating the Direct and Indirect Costs for Community-Dwelling Patients with Schizophrenia. *Journal of Pharmaceutical Health Services Research*, 187-194. National Institute of Mental Health: https://www.nimh.nih.gov/health/statistics/schizophrenia adresinden alındı

Deveci, A., Esen Danacı, A., Yurtsever, F., Deniz, F., & Gürlek Yüksel, E. (2008). Şizofrenide Psikososyal Beceri Eği□minin Belir□ Örüntüsü, İçgörü, Yaşam Kalitesi ve İn□har Olasılığı Üzerine Etkisi. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 266-273.

Doğan, R., Mercan, N., & Yüksel, Ç. (2020). Ruhsal Hastalıklarda İyileşme: Kavram Analizi. *Psikiyatride Güncel Yaklşımlar*, 91-99.

Elbogen, E. B., Tiegreen, J., Vaughan, C., & Bradford, D. W. (2011). Money Management, Mental Health and Psychiatric Disability: A Recovery- Oriented Model For İmproving Financial Skills. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 223-231.

Eren Yurtsever, Ü., Kutlar, T., Tarlacı, N., Kamberyan, K., & Yaman, M. (2001). Ruh HastalıklarıTedavisinde Psikososyal Bir Boyut: Psikoeğitimsel Bir Model. *Düşünen Adam*, 33-40.

Erkmen, H. (2022). *Şizofreni Ne Demek? Şizofreni Belirtileri.* NP İstanbul Hastanesi: https://npistanbul.com/sizofreni adresinden alındı

Florida Center for Behavioral Health Improvements and Solutions . (2021). *DSM-5 Diagnosis: Schizophrenia*. https://floridabhcenter.org/wp-content/uploads/2021/03/Pages-2019-Psychotherapeutic-Medication-Guidelines-for-Adults_Schizophrenia_06-04-20.pdf adresinden alındı

Fundamentals of Schizophrenia. (2021). Np Psych Navigator: https://www.nppsychnavigator.com/Disease-Primer/Fundamentals-of-Schizophrenia?utm_term=diagnosis%20of%20schizophrenia&utm_campaign=NP+Psych+Navigator&utm_medium=ppc&utm_source=adwords&hsa_cam=11535077026&hsa_tgt=kwd-49373370&hsa_mt=b&hsa_ver=3&hsa_acc=323 adresinden alındı

Gutierrez, J., & Caqueo, A. (2007). Effectiveness of a Psycho-Educational Intervention for Reducing Burden in Latin American Families of Patients with Schizophrenia. *Qual Life Res*, 739-747.

Güçlücan, Z. (2010). *Şizofreni Tek Tip Bir Hastalık Değil.* Nöropsikiyatri Portalı: https://www.e-psikiyatri.com/sizofreni-tek-tip-degil adresinden alındı

Gül, Ö., & Atmaca, M. (2022). Şizofreni Alttiplerinde Serum Nitrik Oksit Düzeyleri ve Klinik Değişkenlerle Olan İlişkisi. *Fırat Tıp Dergisi*, 76-81.

Hacıoğlu , M., Yıldırım, E., Uğurlu , E., Erek, Ş., & Saatçioğlu, Ö. (2011). Şizofreni Tanısı ile İzlenen İki Hastada Psikotik Belirtilerin Yol Açtığı Bedensel Deformite. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 126-129.

Institute for Health Metrics and Evaluation. (2019). *New WHO Prevalence Estimates of Mental Disorders in Conflict Settings: A Systematic Review and Meta-Analysis.* Institute for Health Metrics and Evaluatio: https://www.healthdata.org/research-article/new-who-prevalence-estimates-mental-disorders-conflict-settings-systematic-review adresinden alındı

International Federation of Social Workers. (2024). *What is social work ?* International Federation of Social Workers: https://www.ifsw.org/what-is-social-work/ adresinden alındı

Işık, I., Savaş, G., & Kılıç , N. (2019). Şizofreni Hastalığına Sahip Bireylerin Çalışma Hayatı Konusunda Yaşadıkları Güçlükler. *ACU Sağlık Bilimleri*, 399-408.

İnan, F., Çetinkaya Duman, Z., & Sarı, A. (2020). Şizofreni Hastalarının Ebeveynlerinin Damgalanma Deneyimleri: Kalitatif Araştırma. *Psikiyatri Hemşireliği*, 59-66.

İnan, Ş., Duman, Ç., Figen, & Zekiye. (2013). Şizofreni Hastasına Bakım Verenlerin Ruh Sağlığını Etkileyen Faktörler: Sosyodemografik Değişkenler ve Stresle Başa Çıkma Tarzları. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 205-211.

İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü. (2018). *Şizofreni.* İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü: https://erenkoyruhsinireah.saglik.gov.tr/TR-101970/sizofreni.html adresinden alındı

Jagannathan, A., & Reddy, S. (2020). Challenges in Social Policy Making for Psychiatric Disability in India: Lessons and Way Forward for Social Workers. *The British Journal of Social Work*, 2441-2451.

Jiang, M., Xu, S., Zhang, Y., Yuanyuan, H., Hong, C., Hongying, F., & Wang, W. (2021). Family Relationships and Personality Disorder Functioning Styles in Paranoid Schizophrenia. *Personality and Individual Differences* , 1-5.

Kabasakal, A., & Kitiş, Y. (2021). Watson'ın İnsan Bakım Modelinin Kavramsal Açıdan İncelenmesi. *Sağlık Akademisi*, 125-137.

Kadri, N., Manoudi, F., Berrada, S., & Moussaoui, D. (2004). Stigma Impact on Moroccan Families of Patients With Schizophrenia. *Canadian Journal of Psychiatry-Revue Canadienne De Psychiatrie*, 625-629.

Kanungpiarn, T., Tungpunkom, P., Kantaruksa, K., & Chaloumsuk, N. (2021). Hopeful Endless Caring to Maintain Normal Life: A Grounded Theory of Thai Mothers' Caring for Adult Children with Schizophrenia. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research* , 171-184.

Karagülleoğlu, Z., & Çarhan, A. (2021). Tarihteki ilk İzleri ile Şizofreni. *Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Lokman Hekim Tıp Tarihi ve Folklorik Tıp Dergisi*, 400-410.

Karayazgan, S. (2013). Şizofreni Hastalarına Bakım Verenlerin Aktivite, Aktivite Performansı ve Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitelerinin İncelenmesi. *Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi*, 1-76.

Kavak, F., & Ekinci, M. (2014). Kendi Evlerinde Yaşayan ve Korumalı Evlerde Yaşayan Şizofreni Hastalarının Yaşam Niteliklerinin ve İşlevsel İyileşme Düzeylerinin Karşılaştırılması. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 588-598.

Khoshgoftar, M., Khodabakhshi Koolaee, A., & Sheikhi, M. R. (2021). Analysis of the Early Mother-Child Relationship in Schizophrenia Patients. *International Journal of Social Psychiatry*, 1-7.

Kılıçarslan, F. (tarih yok). *Şizofreni Tedavisinde Sosyal Hizmet Uzmanının Fonksiyonları*. sosyalhizmetuzmani.org: https://www.sosyalhizmetuzmani.org/sizofreni_shu.htm adresinden alındı

Kırlı, S., Çalışkan , M., & Kırlı, S. (1996). Şizofreninin Postpsikotik Depresif Bozukluğu/ Postşizofrenik Depresyonda Sertralin-İmipramin Kıyaslamalı Çalışması. *Düşünen Adam Dergisi*, 11-17.

Knapp, M., Mangalore, (Öz, 2016)R., & Simon, J. (2004). The Global Cost of Schizophrenia . *National Library of Medicine* , 279-293.

Kocal , Y., Karakuş, G., & Sert, D. (2017). Şizofreni: Etyoloji, Klinik Özellikler ve Tedavi. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*, 251-257.

Koçak, Z. (2018). Şizofreni Hastalarında İçselleştirilmiş Damgalanmanın Yaşam Kalitesi Üzerindeki Etkisi. *Akademik Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 621-640.

Koolaee, A., & Etemadi, A. (2010). The Outcome of Familiy Interventions for the Mothers of Schizophrenia Patients in Iran. *International Journal of Social Psychiatry* , 634-646.

Köroğlu, A., & Hocaoğlu, Ç. (2017). Şizofreninin Aile Üzerine Olan Etkisi. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü* , 170-175.

Li, K.-Y., Wu, Y.-H., & Chen, H.-Y. (2022). Predictors of Personal Recovery for Individuals with Schizophrenia Spectrum Disorders Living in the Community. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 1-9.

Mathew, S., Nirmala, B., & Kommu, J. (2021). Personal Meaning of Recovery Among Persons with Schizophrenia. *International Journal of Social Psychiatry*, 1-2.

Mengi, A., Cancan, M., & Alpdoğan, Y. (2021). Şizofrenili Bireylere Yönelik Bir Örnek Olay İncelemesi. *İnsan ve Toplum Bilimleri Araştırma Dergisi* , 706-727.

Moges, S., Belete , T., Mekonen, T., & Menberu, M. (2021). Lifetime Relapse and Its Associated Factors Among People with Schizophrenia Spectrum Disorders Who Are on Follow Up At Comprehensive Specialized Hospitals in Amhara Region, Ethiopia: A Cross-Sectional Study. *International Journal of Mental Health Systems* , 1-12.

Mueser, K. T., Gingerich, S. L., & Rosenthal, C. K. (1994). Educational Family Therapy for Schizophrenia: A New Treatment Model for Clinical Service and Research. *Schizophrenia Research* , 99-108.

National Institute of Mental Health. (tarih yok). *Schizophrenia.* National Institute of Mental Health: https://www.nimh.nih.gov/health/statistics/schizophrenia#part_2715 adresinden alındı

Neel Burton (2012). *A Brief History of Schizophrenia.* Psychology Today: https://www.psychologytoday.com/us/blog/hide-and-seek/201209/brief-history-schizophrenia adresinden alındı

Np Psych Navigator. (2021). *Fundamentals of Schizophrenia.* Np Psych Navigator: https://www.nppsychnavigator.com/Disease-Primer/Fundamentals-of-Schizophrenia?utm_term=diagnosis%20of%20schizophrenia&utm_campaign=NP+Psych+Navigator&utm_medium=ppc&utm_source=adwords&hsa_cam=11535077026&hsa_tgt=kwd-49373370&hsa_mt=b&hsa_ver=3&hsa_acc=323 adresinden alındı

Oral, E. (2019). *Ruhsal Hastalıklar ve Çalışma Yaşamı.* İşçi Sağlığı İşyeri Hekimliği Komisyonu: https://www.istabip.org.tr/site_icerik/2019/temmuz/ruhsagligi_sunumu.pdf adresinden alındı

Oral, M., & Tuncay, T. (2012). Ruh Sağlığı Alanında Sosyal Hizmet Uzmanlarının Rol ve Sorumlulukları. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 93-114.

Oran, N., & Şenuzun, F. (2008). Toplumda Kırılması Gereken Bir Zincir: HIV/AIDS Stigması ve Baş Etme Stratejileri. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*, 1-16.

Öz, Y. (2016). Şizofreni Hastalığı Olan Bireyleri İşe Yerleştirme İle İlgili Görüşler ve Beklentiler: Hasta, Ailesi ve İşverenler. *Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü*, 1-152.

Özbaş, D., Küçük, L., & Buzlu, S. (2008). Ruhsal Bozukluğu Olan Bireye Sahip Ailelerin Hastalığa Karşı Tutumları. *Düşünen Adam*, 14-23.

Özbesler, C. (2013). Hasta Yaşam Kalitesinde Tıbbi Sosyal Hizmet Uygulamalarının Önemi. *Tıbbi Sosyal Hizmet Dergisi*, 6-12.

Özbesler, C., & İçağasıoğlu Çoban, A. (2010). Hastane Ortamında Sosyal Hizmet Uygulamaları: Ankara Örneği. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 31-46.

Özer, D., & Şahin Altun, Ö. (2022). Ruh Sağlığı Okuryazarlığı: Farkındalık ile Toplum Ruh Sağlığını Güçlendirme. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 284-289.

Park, S., & Park, K. (2014). Family Stigma: A Concept Analysis. *Asian Nursing Research*, 165-171.

Patton, M. Q. (2014). *Nitel Araştırma ve Değerlendirme Yöntemleri.* Ankara: Pegem Akademi.

Perceptions of Quality of Life and Disability in Homeless Persons with Schizophrenia and Persons with schizophrenia living in non-institutional housing. (tarih yok).

Purba, J., Simamora, P., Karota, E., & Siregar, C. (2016). *Family Support for Persons with Schizophrenia after Physical Restraint and Confinement.* İspanya: Elsevier España, S.L.U.

Rani, A., Raman, K., Ammapattian, T., Antony, S., Prabhu, S., & Basavarappa, C. (2022). Lived Experiences of Persons with Chronic Schizophrenia Living in the Community. *Indian Journal of Psychological Medicine*, 1-9.

Rani, A., Raman, K., Ammapattian, T., Antony, S., Prabhu, S., & Basavarappa, C. (2023). Lived Experiences of Persons with Chronic Schizophrenia Living in the Community. *Indian Journal of Psyhological Medicine*, 374-382.

Saruç, S., & Kaya Kılıç, A. (2015). Toplum Ruh Sağlığı Merkezinden Hizmet Alan Hastaların Sosyal Profili ve Merkezde Verilen Hizmetler. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 53-71.

Saunders, J. (2003). Families living with severe mental illness: a literature review. *Issues in Mental Health Nursing*, 175-198.

Seeman, M. (2010). Parenting Issues in Mothers with Schizophrenia. *Current Womens Health Reviews*, 51-57.

Selcik, O., & Güzel, B. (2016). Sosyal Hizmet Mesleğinin Çalışma Alanı ve Sosyal Hizmet Uygulamasının Türkiye Ölçeğinde Değerlendirilmesi. *Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 461-469.

Shenton, M., Kikinis , R., Jolesz, F., Pollak , S., Lemay, M., Wible, C., . . . Mccarley, R. (1992). Abnormalities of the Left Temporal Lobe and Thought Disorder in Schizophrenia — A Quantitative Magnetic Resonance Imaging Study. *The New England Journal of Medicine*, 604-612.

Soygür, H. (2003). Şizofreni ve Yaşam Niteliği. *Klinik Psikiyatri*, 9-14.

Summakoğlu, D., & Ertuğrul, B. (2018). Şizofreni ve Tedavisi. *Lectio Scientific Journal of Health and Natural Sciences*, 43-61.

Sungur, M., & Yalnız, Ö. (1999). Şizofreni Tedavisinde Bilişsel-Davranışçı Yaklaşımlar. *Klinik Psikiyatri*, 160-166.

Şizofreni Dernekleri Federasyonu. (2019). *Şizofreni Alt Tipleri ve Şizofreni Spektrumu Bozukluklar.* Şizofreni Dernekleri Federasyonu: https://sizofrenifederasyonu.org/3035/sizofreni-alt-tipleri-ve-sizofreni-spektrumu-bozukluklar/ adresinden alındı

Şizofreni Dernekleri Federasyonu. (tarih yok). *Şizofreni Tedavisindeki Hedefler Nelerdir ?* Şizofreni Dernekleri Federasyonu: https://sizofrenifederasyonu.org/faq-items/sizofreni-tedavisindeki-hedefler-nelerdir/ adresinden alındı

Şizofreni Dernekleri Federasyonu. (tarih yok). *Şizofreni Toplum Tarafından Nasıl Algılanıyor, Gerçeğe Uygun Algı Nasıl Olmalı ?* Şizofreni Dernekleri Federasyonu: https://sizofrenifederasyonu.org/sorular-cevaplar/ adresinden alındı

T.C Sağlık Bakanlığı. (tarih yok). *Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı.* T.C Sağlık Bakanlığı: https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/Ruh_Sagligi_Db/yayinlarimiz/URSEP_Baski.pdf adresinden alındı

Taş, S., & Buldukoğlu, K. (2018). Şizofreni Hastalarının Taburculuk Sonrası Erken Dönem Öz-Bakım Gücü ve Bakım Gereksinimleri. *Psikiyatri Hemşireliği* , 11-22.

Taşkın Uyan, T., Köroğlu, A., & Hocaoğlu, Ç. (2023). Şizofreni: Etiyoloji, Tanı ve Tedavi Yaklaşımlarında Güncel Durum. *ERÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 19-35.

Taşkın, E. O. (2004). Şizofreniye Yönelik Tutumlar ve Damgalanma. *Psikoloji ve Psikofarmakoloji* , 41-50.

Teschinsky, U. (2000). Living with Schizophrenia the Family Illness Experience. *Issues in Mental Health Nursing*, 387-396.

Tokmak Yüksel, F., Karataş, B., Saygılı, E., & Çolak, A. (2018). Şizofreni ve Medya: Damgalanmanın Önlenmesi. *Sosyal Hizmet Uzmanları Derneği*, 14-22.

Türk Tabipleri Birliği. (2009). *Psikiyatride Elektrokonvülsif (Elektroşok) Tedavi Uygulamaları.* Türk Tabipleri Birliği: https://www.ttb.org.tr/makale_goster.php?Guid=f78eb0c2-923f-11e7-b66d-1540034f819c adresinden alındı

Türkiye Psikiyatri Derneği. (2022). *Dünya Şizofreni Günü Ortak Açıklaması: Önyargıyı Kır, Damgalamaya İzin Verme*. Türkiye Psikiyatri Derneği: https://psikiyatri.org.tr/3573/dunya-sizofreni-gunu-ortak-aciklamasi-onyargiyi-kir-damgalamaya-izin-verme adresinden alındı

Tüzer, V., Zincir , S., Başterzi, A. D., Aydemir, Ç., Kısa, C., & Göka, E. (2003). Şizofreni Hastalarında Aile Ortamı ve Duygu Dışavurumunun Değerlendirilmesi. *Klinik Psikiyatri*, 198-203.

Uluslararası Sosyal Hizmet Uzmanları Federasyonu. (2014). *Sosyal Hizmet Nedir ?* Uluslararası Sosyal Hizmet Uzmanları Federasyonu: https://www.ifsw.org/sosyal-hizmet-nedir/ adresinden alındı

Uzm. Dr. Sevilay Zorlu. (tarih yok). *ŞİZOFRENİ – DSM-I'DEN DSM-V'E.* sevilayzorlu.com: https://sevilayzorlu.com/sizofreni-dsm-iden-dsm-ve/ adresinden alındı

Ünal , S., Kaya, B., Çekem, B., I. Özışık, H., Çakıl, G., & Kaya, M. (2004). Şizofreni, İki Uçlu Duygudurum Bozukluğu ve Epilepsi Hastalarında Aile İşlevlerinin Karşılaştırılması. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 291-299.

van der Plas, A., Hoek, H., van Hoeken, D., Valencia , E., & van Hemert, A. (2012). Perceptions of quality of life and disability in homeless persons with schizophrenia and persons with schizophrenia living in non-institutional housing. *International Journal of Social Psychiatry* , 629-634.

Vayısoğlu, S., & Yağcıoğlu, A. (2014). Klozapin Tedavisine Kısmi Yanıt Veren Şizofreni Hastalarında Tedaviyi Güçlendirme: Bir Sistematik Gözden Geçirme. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 201-211.

Vural, F., & Köroğlu, M. (2020). Şizofreni Hastalarının Sosyal Yaşamları ve Sosyal Hizmet İlişkisi: Kütahya İli Örneği. *Optimum Ekonomi ve Yönetim Bilimleri Dergisi*, 653-668.

World Health Organization. (2022). *Schizophrenia*. who.int, (2024), https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia adresinden alındı

Wynaden, D., Ladzinski, U., Lapsley, J., Landsborough, I., Butt, J., & Hewitt, V. (2006). The caregiving experience: How much do health professionals understand. *National Library of Medicine*, 6-10.

Yıldırım, A., & Şimşek, H. (2008). *Sosyal Bilimlerde Nitel Araştırma Yöntemleri (6.Baskı).* Ankara: Seçkin Yayıncılık.

Yıldız, E., & Aylaz, R. (2019). Şizofreni Hastalarında Kabul ve Kararlılık Terapisi Temelli ve Motivasyonel Görüşme Destekli Danışmanlığının İşlevsel İyileşme ve Motivasyon Düzeylerine Etkisi. *İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü* , 1-99.

Yıldız, M. (2001). Þizofrenide Psikososyal Beceri Eðitiminde Ýçerik ve Etkinlikler. *Klinik Psikiyatri*, 119-123.

Yolcuoğlu, İ. (tarih yok). *Sosyal Çalışma Disiplini ve Araştırma.* sosyalhizmetuzmani.org: https://www.sosyalhizmetuzmani.org/sosyal_calisma_disiplini_arastirma.htm adresinden alındı

Yüksel, R., Kızılkaya, M., & Öztunç Keskin, A. (2022). Şizofreni Tanılı Çocuğu Olan Annelerin Şizofreniye İlişkin Metaforik Algıları. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi* , 142-148.

Zeybek, A., & Bakırcı, Ç. (2020). *Şizofreni Nedir ? Nasıl Tedavi Edilir ?* Evrim Ağacı: https://evrimagaci.org/sizofreni-nedir-nasil-tedavi-edilir-8708 adresinden alındı

EKLER

EK-1. Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu

Katılımcı Numarası: ……

Görüşmenin Yapıldığı Yer: ……..

Tarih: ……

Saat: …….

Sosyo-demografik Özellikler/ Tanıtıcı Bilgiler

- Yaş
- Cinsiyet
- Eğitim durumu
- Medeni durumu
- Gelir durumu
- Hastalık süresi
- Çalışma durumu

Aile Deneyimleri

- ŞT bireyler için ailelerinin anlamı nasıldır ?
- ŞT bireylerin aile içi rollere ilişkin deneyimleri nasıldır ? (ebeveyn, kardeş)
- ŞT bireylerin ebeveynlik olarak aile deneyimleri nasıldır ?
- ŞT bireylerin ailelerindeki destek sistemlerine ilişkin deneyimleri nasıldır ?
- ŞT bireylerin ebeveynlerinin eş ilişkileri açısından deneyimleri nasıldır ?
- ŞT bireylerin hastalığa ilişkin aile tutumlarına göre deneyimleri nasıldır ?
- ŞT bireylerin aile içerisindeki güvenliğe (korkuları, güvenlik duygusu) ilişkin deneyimleri nasıldır?
- ŞT bireylerin aile içerisindeki damgalanmaya ilişkin deneyimleri nasıldır ?

EK- 2: Etik Kurul İzin Belgesi

Evrak Tarih ve Sayısı: 19.09.2023-268583

1993
BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ
Akademik Değerlendirme Koordinatörlüğü

Sayı : E-62310886-605.99-268583
Konu : Selin Salihoğlu Etik Kurul Onayı Hk. 19.09.2023

SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

İlgi : 11.08.2023 tarih ve 256582 sayılı yazınız.

Enstitünüz Sosyal Hizmet Yüksek Lisans Program öğrencisi Selin Salihoğlu'nun, Doç. Dr. Seval Bekiroğlu danışmanlığında sürdürmekte olduğu, "Şizofreni Tanısına Sahip Bireylerin Aile Deneyimlerinin İncelenmesi: Nitel Bir Araştırma" başlıklı yüksek lisans tezi çalışması değerlendirilmiş ve bilgilerinize ekte sunulmuştur.

Prof. Dr. M. Abdülkadir VAROĞLU
Kurul Başkanı

Ek: Değerlendirme Formu

Sayı : 17162298.600-211 11 Eylül 2023
Konu : Tez Çalışması

İlgili Makama

Üniversitemiz Sosyal Hizmet Yüksek Lisans Program öğrencisi Selin Salihoğlu'nun, Doç. Dr. Seval Bekiroğlu danışmanlığında sürdürmekte olduğu, "Şizofreni Tanısına Sahip Bireylerin Aile Deneyimlerinin İncelenmesi: Nitel Bir Araştırma" başlıklı yüksek lisans tezi çalışması değerlendirilmiş ve yapılmasında bir sakınca olmadığı tespit edilmiştir.
Bilgilerinize saygılarımızla sunarız.

Başkent Üniversitesi Sosyal ve Beşeri Bilimler ve Sanat Araştırma Kurulu

Ad, Soyad	Değerlendirme	İmza
Prof. Dr. M. Abdülkadir Varoğlu	Olumlu/~~Olumsuz~~	
Prof. Dr. Gözen Güner Aktaş	Olumlu/Olumsuz	
Prof. Dr. Sadegül Akbaba Altun	Olumlu/~~Olumsuz~~	
Prof. Dr. Hasan Tahsin Fendoğlu	Olumlu/~~Olumsuz~~	
Prof. Dr. Filiz Kalelioğlu	Olumlu/~~Olumsuz~~	
Prof. Dr. Hidayet Hale Künüçen	Olumlu/~~Olumsuz~~	
Prof. Dr. Özcan Yağcı	Olumlu/~~Olumsuz~~	

Prof. Dr. Sadegül Akbaba Altun'un, çalışmaya ilişkin görüşleri:

Nitel araştırmalarda evrene genelleme olmadığı için evren kavramı kullanılmaz. Sadece amaçlı örnekleme yöntemlerinden ölçüt örneklem kullanıldı demesi yeterli olur.