

T.C.  
İSTANBUL AYDIN ÜNİVERSİTESİ  
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ



AĞIR RUHSAL BOZUKLUĞU OLAN KARDEŞ SAHİBİ  
BİREYLERİN YAŞAM DENEYİMLERİ: NİTEL BİR ÇALIŞMA

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Selen KARGA

Sosyal Hizmet Anabilim Dalı

Sosyal Hizmet Programı

ŞUBAT, 2024



T.C.  
İSTANBUL AYDIN ÜNİVERSİTESİ  
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ



AĞIR RUHSAL BOZUKLUĞU OLAN KARDEŞ SAHİBİ  
BİREYLERİN YAŞAM DENEYİMLERİ: NİTEL BİR ÇALIŞMA

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Selen KARGA

(Y2116.060014)

Sosyal Hizmet Ana Bilim Dalı

Sosyal Hizmet Programı

Tez Danışmanı: Dr. Öğr. Üyesi Navidreza Hosseinzadeh ASL

ŞUBAT, 2024



## **ONAY SAYFASI**



## ONUR SÖZÜ

Yüksek Lisans tezi olarak sunduğum Ağır Ruhsal Bozukluğu Olan Kardeş Sahibi Bireylerin Yaşam Deneyimleri: Nitel Bir Çalışma” adlı çalışmanın, tezin proje safhasından sonuçlanmasına kadarki bütün süreçlerde bilimsel ahlak ve geleneklere aykırı düşecek bir yardıma başvurulmaksızın yazıldığını ve yararlandığım eserlerin Kaynakça ’da gösterilenlerden oluştuğunu, bunlara atıf yapılarak yararlanılmış olduğunu belirtir ve onurumla beyan ederim.(21.02.2024).

Selen KARGA





## ÖNSÖZ

Öncelikle, değerli danışman hocam Dr.Öğr.Üyesi Navidreza Hosseinzadeh ASL'ye başta sabrı, bilgeliği ve ilgisi için minnettarlığımı ifade etmek isterim. Sizinle geçirdiğim bu akademik yolculuk, sadece bilgi ve becerilerimi geliştirmeme değil, aynı zamanda daha iyi bir araştırmacı ve düşünür olmama katkı sağladı. Verdiğiniz yönlendirmeler ve öğretiler sayesinde, bilimsel katkı sağlayabilecek bir tez çalışması gerçekleştirmek benim için büyük bir deneyim oldu.

Aileme, yürüdüğüm bu yolda sürekli destek olan en güçlü destek sistemime teşekkür ediyorum. Sizin sevgi ve anlayışınız olmadan bu başarıya ulaşmak mümkün olmazdı. Sizlerin varlığı ve desteği, bu uzun ve meşakkatli yolculuğun her anında beni motive etti.

İşbirliği içinde çalıştığım Pendik Devlet Hastanesi Toplum Ruh Sağlığı Merkezi'ndeki İş arkadaşlarıma, araştırma sürecinde karşılaştığım zorluklarda bana destek oldukları için teşekkür ederim.

Son olarak, sevgili eşim Ömer Faruk Korkmaz'a, bu süreçte beni hiçbir zaman yalnız bırakmayan, moral veren ve motivasyonumu yüksek tutan hayat arkadaşşıma teşekkür ederim.

Bu tez çalışması, sadece benim değil, aynı zamanda sizlerin de katkıları ve destekleriyle hayata geçti. Her birinize içten teşekkürlerimi sunuyor, bu çalışmanın ortaya çıkmasında payınızın büyük olduğunu belirtmek istiyorum. Umarım bu çalışma, gelecekteki araştırmalara ve gelişmelere bir katkı sağlar.

Şubat, 2024

Selen KARGA



# **AĞIR RUHSAL BOZUKLUĞU OLAN KARDEŞ SAHİBİ BİREYLERİN YAŞAM DENEYİMLERİ: NİTEL BİR ÇALIŞMA**

## **ÖZET**

Ağır ruhsal bozukluk (őizofreni ve duygu durum bozuklukları) bireylerin biyopsikososyal yaőamını etkileyen çok boyutlu bir kavram olarak ortaya çıkmaktadır. Bu ruhsal bozukluklar sadece hastalığa sahip olan bireyleri değil, aynı zamanda ailesini ve yakınlarını da etkilemektedirler. Dolayısıyla ağır ruhsal bozukluğun ortaya çıkması ile birlikte kardeőler de bu durumdan olumsuz etkilenmektedir. Ağır ruhsal bozuklukların doğal bir sonucu olarak ortaya çıkan olumsuz durumlarda; kardeőlerin etkilenme düzeyi ve yaőam deneyimlerini incelemek bu araőtırmanın genel amacıdır. Hastalığın kardeőlerin yaőamına psikososyal etkilerini ortaya koymak, hastalık algılarını ölçmek ve sosyal hizmet ihtiyaçlarını değerlendirmek bu araőtırmanın amaçlarını oluőturmaktadır. Örnekleme, ağır ruhsal bozukluğa sahip bireylerin 15 kardeőinden sečilerek oluőturulmuőtur. Nitel araőtırma yöntemlerinden derinlemesine mülakat tekniği kullanılarak veriler elde edilmiőtir. Ağır ruhsal bozukluğa sahip bireylerin kardeőleri, stresli bir yaőam ile mücadele etmekte olup hastalık sebebi ile psikososyal sağlıkları olumsuz etkilenmektedir. Ruhsal bozukluk kardeő ilişkilerini de olumsuz etkilemekte olup yetiőklin kardeőlerin hastalık sebebi ile rol ve sorumlulukları artmıőtır. Kardeőin hastalığı sebebi ile kardeőin bakımına enerji harcanması; yetiőklin kardeőlerin aile, iő ve sosyal yaőamlarını da zaman zaman etkilemektedir. Hastalık kaynaklı sosyal izolasyon ile birlikte toplum iğerisinde damgalanmaya uğramaktadırlar. Ağır ruhsal bozukluğa sahip kardeőin ileriki yaőamına iliőklin belirsizlik olması sebebiyle gelecekte bakım verme süreci ile ilgili endiőe ve kaygı yaőamaktadırlar. Katılımcılar kardeőlerinin psikolojik bozukluğundan etkilenmeleri sebebiyle ruh sağlığı hizmetlerine eriőtme konusunda önceliklendirilmek istemektedirler. Ayrıca hasta olan kardeőin hayata katılımı ičin destek beklemektedirler. Bu bulgulardan yola çıkarak, psikiyatrik sosyal hizmet alanında

alışan sosyal çalışmacıların yetişkin sağlıklı kardeşlere yönelik destekleyici müdahaleler kullanmaları önerilmektedir. Ağır ruhsal bozukluğun ilk ortaya çıkış anından sonra destek grupları ve akran deneyimi paylaşımı grupları düzenlemeleri önerilmek ile birlikte aile müdahalelerinde kardeşler özelinde uygulamalar yapılması önerilmektedir. Ayrıca ağır ruhsal bozukluklar özelinde ruhsal hastalıkları gündeme alan farkındalık çalışmaları, damgalama karşıtı uygulamaların hayata geçirilmesi önerilmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Ağır ruhsal bozukluk, kardeş, ruhsal bozukluk sahibi kardeş, psikososyal ihtiyalar, psikososyal destek.

# **LIFE EXPERIENCES OF SIBLINGS WITH SEVERE MENTAL DISORDERS: A QUALITATIVE STUDY**

## **ABSTRACT**

Severe psychological disorders, such as schizophrenia and mood disorders, have a multidimensional impact on individuals biopsychosocial lives. These disorders not only affect the individuals suffering from them but also their families and relatives. Therefore, siblings can also be negatively affected by the emergence of severe psychological disorders. The aim of this study is to examine the impact of severe psychological disorders on siblings. Specifically, the study aims to reveal the psychosocial effects of the illness on siblings' lives, measure their perceptions of the illness, and assess their social service needs. The sample consists of 15 siblings of individuals with severe psychological disorders. The data were obtained through in-depth interviews using qualitative research methods. The siblings of individuals with severe psychological disorders face a stressful life, and their psychosocial health is negatively affected by the illness. Psychological disorders can have a negative impact on sibling relationships. Adult siblings often take on increased roles and responsibilities when caring for their ill sibling, which can affect their family, work, and social lives. Additionally, social isolation caused by the illness can lead to stigmatization in the community. Due to the uncertainty surrounding the future of their sibling with a severe psychological disorder, individuals may experience anxiety and worry about future caregiving responsibilities. Participants expressed a desire to be prioritised in accessing mental health services due to the impact of their sibling's psychological disorder. They also expect support for their sick sibling's participation in daily life. Based on these findings, it is recommended that social workers in the field of psychiatric social work use supportive interventions for healthy adult siblings. It is also recommended to organize support groups and peer experience sharing groups after the first emergence of severe psychological disorder, as well as sibling-specific practices in family interventions. Furthermore, it is advisable to conduct awareness-

raising activities and anti-stigmatization practices that highlight mental health issues in the context of severe psychological disorders.

**Keywords:** Severe psychological disorder, sibling, sibling with psychological disorder, psychosocial needs, psychosocial support.

## İÇİNDEKİLER

|   |          |
|---|----------|
| ONAY SAYFASI.....                                     | i        |
| ONUR SÖZÜ .....                                       | iii      |
| ÖNSÖZ.....  | v        |
| ÖZET.....   | vii      |
| ABSTRACT .....  | ix       |
| İÇİNDEKİLER .....                                     | xi       |
| ÇİZELGELER LİSTESİ.....                               | xv       |
| <b>I. GİRİŞ.....</b>                                  | <b>1</b> |
| A. Araştırmanın Önemi .....                           | 2        |
| B. Araştırmanın Amacı .....                           | 3        |
| C. Araştırmanın Varsayımları .....                    | 3        |
| D. Araştırmanın Sınırlılıkları .....                  | 3        |
| E. Tanımlar.....                                      | 4        |
| <b>II. KAVRAMSAL ÇERÇEVE.....</b>                     | <b>5</b> |
| A. Ruh Sağlığı.....                                   | 5        |
| B. Ağır Ruhsal Bozukluk .....                         | 5        |
| C. Psikotik Bozukluklar .....                         | 6        |
| 1. Temel Kavramlar .....                              | 7        |
| 2. Şizofreni .....                                    | 8        |
| 3. Şizoafektif Bozukluk.....                          | 12       |
| 4. Diğer Psikotik Bozukluklar.....                    | 14       |
| 5. Bipolar Bozukluk .....                             | 16       |
| D. Psikiyatrik Sosyal Hizmet .....                    | 19       |
| 1. Psikiyatrik Sosyal Hizmet Uzmanının Görevleri..... | 21       |

|   |           |
|---|-----------|
| 2. Shunun Çalıştığı Psikiyatri- Ruh Sağlığı Kuruluşları .....                                 | 24        |
| 3. Psikiyatrik Sosyal Hizmet Uzmanının Yararlandığı Kuramsal Çerçeve .....                    | 24        |
| E. Ağır Ruhsal Bozukluklar ve Aile.....   | 29        |
| 1. Ağır Ruhsal Bozukluklar ve Kardeşler .....   | 30        |
| <b>III. METODOLOJİ.....</b>   | <b>33</b> |
| A. Araştırmanın Modeli .....  | 33        |
| B. Araştırmanın Problemi .....  | 33        |
| C. Araştırmanın Amacı .....   | 34        |
| D. Araştırmanın Önemi.....  | 34        |
| E. Araştırmanın Varsayımları .....  | 35        |
| F. Araştırmanın Sınırlılıkları .....  | 35        |
| G. Araştırmanın Evreni ve Örnekleme .....   | 35        |
| H. Araştırmanın Geçerliliği ve Güvenirliği.....   | 35        |
| I. Veri Toplama Aracı .....   | 36        |
| İ. Veri Toplama Süreci .....  | 37        |
| <b>IV. VERİLERİN ANALİZİ-BULGULAR.....</b>  | <b>39</b> |
| A. Görüşme Yapılan Kardeşlere İlişkin Tanıtıcı Bilgiler .....                                 | 39        |
| 1. Katılımcıların Demografik Bilgileri.....   | 41        |
| B. Kardeşlerin Hastalık Algısı .....  | 45        |
| 1. Katılımcı Kardeşlerin Hastalığı Tanımlama Şekilleri .....                                  | 45        |
| 2. Katılımcı Kardeşlerin Hastalığı İlk Öğrendikleri Zamana Dair Duygu ve Düşünceleri.....     | 49        |
| C. Hastalığın Kardeşlerin Psikososyal Yaşamlarına Etkisi.....                                 | 53        |
| 1. Olumsuz Etkiler.....   | 53        |
| 2. Olumlu Katkıları.....  | 61        |
| 3. Psikolojik Bozukluğa Sahip Kardeşin Olmasının Getirdiği Zorluklarla Baş Etme Yolları ..... | 65        |



|  |            |
|--|------------|
| 4. Psikolojik Bozukluğa Sahip Kardeşin Olmasının Gelecek Yaşama Etkisine Dair Düşünceler .....                   | 67         |
| D. Psikolojik Bozukluğu Olan Kardeş Sahibi Birey Olarak Gereksinim Duyulan Sosyal Hizmet/Destek İhtiyaçları..... | 70         |
| 1. Psikolojik Destek .....   | 70         |
| 2. Ekonomik Destek.....  | 72         |
| 3. Sosyal Destek.....  | 75         |
| <b>V. TARTIŞMA, SONUÇ VE ÖNERİLER .....</b>  | <b>79</b>  |
| A. Tartışma.....   | 79         |
| 1. Katılımcı Kardeşlerin Hastalık Algısı.....  | 79         |
| 2. Hastalığın Kardeşlerin Psikososyal Yaşamlarına Etkisi .....   | 82         |
| 3. Psikolojik Bozukluğu Olan Kardeş Sahibi Birey Olarak Gereksinim Duyulan Sosyal Hizmet İhtiyaçları.....        | 88         |
| B. Sonuç ve Öneriler.....  | 89         |
| <b>VI. KAYNAKÇA.....</b>   | <b>95</b>  |
| <b>EKLER.....</b>  | <b>105</b> |
| <b>ÖZGEÇMİŞ.....</b>   | <b>115</b> |



## ÇİZELGELER LİSTESİ

|  |    |
|--|----|
| Çizelge 1: Katılımcıların Yaşa Göre Dağılımları.....                               | 41 |
| Çizelge 2: Katılımcıların Eğitim Durumu.....                                       | 41 |
| Çizelge 3: Katılımcıların Meslek Analizi .....                                     | 42 |
| Çizelge 4: Katılımcı Medeni Durum.....   | 43 |
| Çizelge 5: Katılımcı Cinsiyetine Göre Medeni Durum.....                            | 43 |
| Çizelge 6: Katılımcı Kardeşlerin, Hasta Olan Kardeşlerinin Tanısı .....            | 44 |
| Çizelge 7: Katılımcıların Hasta Olan Kardeşleri ile Birlikte Yaşama Durumları..... | 44 |
| Çizelge 8: Ana Temalar Ve Alt Temalar .....  | 45 |



## I. GİRİŞ

Ağır ruhsal bozukluk bireylerin duygu, düşünce, davranış ve sosyal yaşamını etkileyen çok boyutlu bir kavram olarak ortaya çıkmaktadır. Ağır ruhsal bozukluk tanısı almış bireylerin sosyal ilişkileri, öz bakımı, işe katılımı ve günlük yaşam aktivitelerinde bozulmalar meydana gelmektedir. Bu hastalıklar kişilerin gündelik hayatını ve aile ilişkilerini olumsuz etkilemektedirler. Ağır ruhsal bozukluk terimi ile genellikle şizofreni ve psikotik süreç ile ilgili durumlar ve bipolar bozukluk kastedilmektedir (Demircioğlu, 2019: 1). Geçmiş dönemde bu iki hastalık farklı hastalıklar olarak ele alınmış olsa da geçen yıllar ile birlikte şizofreni ve bipolar bozukluğun birbirleri ile benzer özellikler gösterdiği düşünülen araştırmalar mevcuttur (Yücel, vd. 2016: 9). Dolayısıyla bu hastalıkların; sosyal destek sistemi içerisindeki aile kaynaklarındaki üyeleri de benzer şekilde etkilediği düşünülmektedir. Ağır ruhsal bozukluk tanısı almış bireylerde yeti yitiminin fazla olması sebebi ile bu kişiler; yaşamlarını sürdürebilmek için desteğe ihtiyaç duymakta olup bu desteği sağlayan aileler birçok güçlükle baş etmektedir. Ağır ruhsal hastalıkla karşılaşan aileler çaresizlik, öfke kızgınlık gibi çeşitli olumsuz duygular yaşamaktadır (Bademli ve Duman, 2013: 463).

Hastalıkla karşılaşma anından itibaren bireyler ve aileleri için iki taraflı uzun ve yıpratıcı bir süreç başlamaktadır. Bu uzun ve yıpratıcı süreçten doğal olarak etkilenen; aile üyelerinden biri olan kardeşlerdir. Bu alanda yapılan araştırmaların genellikle ebeveyn ve bakım veren odaklı olduğu görülmüş olup bu hastalıklar sonucu ailedeki diğer kardeşlerin nasıl etkilendiği ile ilgili çalışmaların sınırlı düzeyde olduğu görülmüştür. Bakım veren kişilerin genellikle anne-baba olduğu görülmüş olup ebeveynlerden sonra en çok bakım verme eğiliminde olan grubun kardeşler olduğu görülmüştür. Yetişkin kardeşler ile alakalı araştırmalar incelendiğinde, hasta olan kardeşinin bakımını üstlenmeyen ve bakım verme eğiliminde olmayan kardeşleri de göz önüne alan araştırmaların sınırlı olduğu görülmüştür. Hasta olan kardeşine bakım vermeyen yetişkin kardeşlerin hasta olan kardeşler ve kendi ebeveynleri ile ilgili aile ilişkileri, çocukluk çağı travmaları sınırlı sayıda araştırmaya konu olmuştur.

(Pierazzuoli, vd. 2020: 67). Bu hastalık sürecinin kardeş ilişkileri açısından incelenmesinin önemli olduğu düşünülmektedir. Ağır ruhsal bozukluğa sahip olan bir kişinin kardeşi ile kurduğu iletişim ve etkileşim, hastanın hayat kalitesine etki etmektedir. Pozitif bir kardeş iletişimi ve ilişkisinin varlığının, tedavinin genel gidişatını olumlu yönde etkilediği bilinmektedir (Smith ve Greenberg, 2008: 57-59).

Literatür incelendiğinde, ortaya çıkan ağır ruhsal bozukluk sonrasında sağlıklı kardeşlerin ihmal edildiklerini düşünerek; aile içerisinde hatırlanmayan, görmezden gelinen ve ebeveynlerinin tüm odaklarının hasta kardeş üzerine kayması sonucu derin bir üzüntü hissettiklerini ortaya çıkaran araştırmalar mevcuttur (Lukens vd. 2002:354-356). Bu doğrultuda, bu araştırmanın konusunu ağır ruhsal bozukluğu olan kardeşe sahip bireylerin, kendi yaşantılarını nasıl algıladıkları, bu bireylerin yaşadıkları güçlüklerle baş etme stratejileri, kardeşlerin hastalık sürecindeki rolü ve etkisi, kardeşlerin hastaların psikososyal durumları üzerindeki etkileri, kardeşlerin gelecekte bakım verme deneyimi üzerindeki algıları ve ilgili konular oluşturmaktadır.

## **A. Araştırmanın Önemi**

Kardeş ilişkileri yaşam döngüsü sürecinde devam eden uzun soluklu ilişkilerdir. Yaşam döngüsü süresince kardeş ilişkileri benzersiz şekilde çeşitli derecelerle, kimi zaman yakınlık kurularak kimi zaman uzaktan uzağa devam etmektedir. Kardeş ile paylaşılan ortak genetik ve sosyal miras bu ilişkiyi etkilemektedir (Gerace vd. 1993:639). Dolayısıyla ağır ruhsal bozukluğun ortaya çıkması ile birlikte kardeş ilişkileri de var olan hastalık sebebi ile olumsuz etkilenmektedir. Literatür incelendiğinde ağır ruhsal hastalığın aile etkisinde ebeveynler üzerine odaklandığı görülmüş olup bu hastalıkların kardeşler üzerindeki etkisini ortaya koyan sınırlı sayıda araştırma olduğu görülmüştür.

Yetişkin kardeşlerin hastalığa dair tutumları, deneyimleri, psikososyal durumları, yaşam deneyimlerinin; doğrudan kendi ifadeleri ile sosyal hizmet bakış açısı ile değerlendirilmesinin çalışmayı önemli kılacağı ve psikiyatrik sosyal hizmet alanına katkı sunacağı düşünülmektedir.

## **B. Araştırmanın Amacı**

Bu çalışmanın genel amacı: ağır ruhsal bozuklukların doğal bir sonucu olarak ortaya çıkan ailesel problemlerde, kardeşlerin etkilenme düzeyi ve yaşam deneyimlerini incelemektir. Kardeşlerin ağır ruhsal hastalıklar karşısında psikososyal iyilik hali ile ilgili literatür incelendiğinde, ihmal edilmiş bir grup olduğu görülmüş olup yapılacak bu çalışmanın literatüre sosyal hizmet bakışı ile katkı sağlayacağı düşünülmektedir. Kardeşlerin problemlerini ortaya koymak, yaşam deneyimlerini değerlendirmek, ebeveynlik ve bakım verme algılarını sosyal hizmet bakış açısı ile değerlendirmek temel amaçlardır. Bu amaçlar çerçevesinde, çalışma aşağıdaki sorular ışığında yönlendirilecektir.

1. Ruhsal Bozukluğu olan kardeşe sahibi bireyler yaşadığı psikososyal sorunları nasıl algılamaktadır?
2. Ruhsal Bozukluğu olan kardeşe sahibi bireyler ağır ruhsal bozukluğu nasıl tanımlamaktadır?
3. Ruhsal Bozukluğu olan kardeşe sahip bireylerin, yaşadıkları güçlüklerle baş etme stratejileri nelerdir?
4. Ruhsal Bozukluğu olan kardeşe sahip bireylerin gereksinim duyduğu sosyal hizmetler nelerdir?

## **C. Araştırmanın Varsayımları**

Ağır ruhsal bozukluğu olan kardeşe sahip bireyler stresli bir yaşam ile mücadele etmekte, sağlıklı kardeşlerin psikososyal yaşamı, sosyal çevresi, eş-arkadaş ilişkileri ve meslek seçimi de dahil olmak üzere, ciddi bir şekilde ağır ruhsal bozukluktan etkilendiği varsayılmaktadır. Ayrıca, görüşmelerden elde edilen bilgilerin doğru olduğu var sayılmaktadır.

## **D. Araştırmanın Sınırlılıkları**

Bu araştırma Pendik Devlet Hastanesi Toplum Ruh Sağlığı merkezinden hizmet alan bireylerin araştırmaya katılmayı kabul eden kardeşleri ile kısıtlı olup araştırmanın veri toplama süreci Eylül 2023-Ocak 2024 tarihleri ile sınırlıdır.

## E. Tanımlar

Ruhsal bozukluk: Bireylerin davranışlarını, duygularını ve düşünce şekillerini olumsuz bir biçimde etkileyen; bireylerin günlük yaşamlarını ve işlevselliklerini olumsuz etkileyen tıbbi durumdur (who.int, 2022).

Ağır ruhsal bozukluk ( Severe psychological disorders) : Kronik psikolojik bozukluklar olarak da adlandırılmakta olup; ruhsal bozuklukların daha küçük ve şiddetli bir alt kümesidir. Bireylerin önemli yaşam faaliyetlerini engelleyen veya sınırlayan, ciddi işlevsel bozukluğa yol açan bir veya daha fazla zihinsel, davranışsal veya duygusal bozukluklar olarak tanımlanır. Şizofreni, bipolar bozukluk, majör depresyon, psikotik bozukluklar, panik bozukluk, obsesif kompulsif bozukluk ve panik atakları içerisine almaktadır (nimh.nih.gov, 2023).

Sağlıklı Kardeş (Healthy Sibling): Bu araştırmada sağlıklı kardeş; ağır ruhsal bozukluğa sahip bireylerin hastalığa sahip olmayan kardeşleri için kullanılmıştır.

Şizofren (Schizophrenia): Gerçek ile olan ilişkinin ve gerçeği değerlendirme yetisinin önemli derece azalması ile birlikte; bu tanıya sahip bireylerin duygu, davranış ve düşüncelerinde ciddi şekilde bozulması gibi belirtilerle ortaya çıkan ağır ruhsal bozukluk türü (sozluk.gov.tr, s. 2023).

Bipolar Bozukluk (Bipolar disorder) Ağır ruhsal bozukluklar arasında yer alan bipolar bozukluk; bozukluğa sahip bireylerin duygu durumlarının gözlemlenebilir bir şekilde değişmesi ile karakterizedir. Bireylerin duygu durumlarının yükseldiği, coşkun olduğu; öfke eşiklerinin düştüğü veya tam tersi aşırı depresif hissettikleri bir hastalıktır (Görmez, 2021:90).



## **II. KAVRAMSAL ÇERÇEVE**

### **A. Ruh Sağlığı**

İnsan sağlığını bir bütün olarak düşündüğümüzde psikolojik iyilik hali de bu bütünün önemli bir parçasıdır. Dünya Sağlık Örgütü sağlık tanımlamasına 2001 yılı itibari ile ruhsal iyilik kavramını eklemiş olup ruh sağlığını; sağlığın ayrılmaz bir parçası olarak tanımlamıştır. (Türkiye Psikiyatri Derneği, 2020: 5-6). Ruh sağlığı kavramı literatür incelendiğinde tanımlamanın güç olduğu bir kavram olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu tanımın güç olmasının sebepleri her kültür ve topluluğa uygun salt bir tanımı belirlemenin zorluğundan kaynaklanmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü'nün tanımında ise ruh sağlığının sağlığın ayrılmaz bir parçası olarak tanımlandığı ve bireylerin davranışları, etkinlikleri, sorumluluk alabilme becerileri ile ilgili olduğu görülmüştür. Bireylerin üretime katılarak sorunlarla baş edebilme, bulunulan topluma da katkı sunabilecek iyilik halinde olma hali olarak tanımlanmaktadır. (World Health Organization, 2022: 11-12). Bu tanımdan da anlaşılacağı üzere bireylerin tam kapasitelerini gerçekleştirerek, hayata katılabilmeleri için ruhsal iyilik halinde olmaları gerekmektedir.

### **B. Ağır Ruhsal Bozukluk**

Ruhsal bozukluklar bireylerin psikososyal durumlarını olumsuz yönde etkileyen durumlardır. Ağır ruhsal bozukluk ise bireylerin duygu, düşünce, davranış ve sosyal yaşamını etkileyen çok boyutlu bir kavram olarak ortaya çıkmaktadır. Ağır ruhsal bozukluk tanısı almış bireylerin sosyal ilişkileri, öz bakımı, işe katılımı ve günlük yaşam aktivitelerinde bozulmalar meydana gelmektedir (World Health Organization, 2022: 11-15). Ağır ruhsal bozukluklar kişinin gündelik hayatını ve aile ilişkilerini olumsuz etkileyen hastalıklardır. Ağır ruhsal bozukluk terimi ile genellikle psikoz süreci ile ilgili; şizofreni, şizoafektif bozukluk, diğer psikotik bozukluklar, bipolar bozukluk, madde kullanım bozukluğu, yineleyen majör depresyon gibi durumlar kastedilmektedir (Yazıcı, vd. 2011:183-195). Ruh sağlığının bozulması ve

ruhsal iyilik halinin kötüye gitmesi sonucu; bireyler topluma tam katılım gösteremez ve topluluklar içerisinde rollerini yerine getirmekte zorlanabilir. (Özdemir, 2019: 30-33) Bunun yanı sıra bireylerin süregelen ve ağır ruhsal bozukluklara sahip olmaları yaşamlarını sürdürmelerinde zorluk yaratabilir.

Ruh sağlığı tüm insanlar için çok önemli içsel bir kavramdır. Ruh sağlığı bireylerin nasıl düşüneceğini, hareket edeceğini ve hissiyatını da etkileyen bir kavramdır. Bireylerin karar alabilme, dış çevre ile ilişki ve iletişim kurabilme becerisini de etkileyen ruh sağlığı aynı zaman da temel bir insan hakkıdır. (WHO, 2022: 11-12). Ruh sağlığı bozulduğunda ve ruhsal hastalıklar ortaya çıktıklarında da bireylerin refahı da bu hastalıklardan doğrudan etkilenmektedir. Ruhsal hastalıkların varlığı bireyleri biyopsikososyal boyutta etkilemektedir. Bireyin içerisinde yer aldığı ilişkileri, toplumsal konumlarını ve duygu düşünce davranışlarını da etkilediği yapılan araştırmalarda mevcuttur. Ağır ruhsal bozukluğa sahip bireyler toplumda damgalanır ve ayrımcılığa uğrarlar. Bu sebeplerden dolayı eğitime tam zamanlı erişemez, sosyal izolasyon yaşar ve yoksulluk içerisine düşerler. (WHO, 2022: 12). Bu çalışmada ağır ruhsal bozukluklardan şizofreni, şizoafektif bozukluk, diğer psikotik bozukluklar ve bipolar bozukluk ele alınacaktır.

### **C. Psikotik Bozukluklar**

Psikotik bozukluk terimi bireyin gerçeği değerlendirme durumunun bozulduğu, gerçek dünya ile ilişkisinin yıkıma uğradığı; gerçeklikle bağını kaybetme durumu olarak adlandırılmaktadır Şizofreni hastalığı başta olmak üzere benzer birçok rahatsızlık “psikotik” terimi ile ifade edilmekte ve bu duruma sahip kişilerin gerçeği algılaması değişmektedir (npistanbul.com, 2022). Şizofreni hastalığı ve diğer psikotik bozuklukların kapsamı şizofreni, diğer psikotik bozukluklar ve şizotipal (kişilik) bozukluğu içerir. Bu psikotik bozukluklar; DSM-5 de yer verilen; aşağıda açıklanacak beş durumdan en az birinde veya daha fazlasında gözlemlenen normal dışı durumlarla tanımlanmaktadır (American Psychiatric Association, 2013: 87). Aşağıda psikotik bozuklukla ilgili temel kavramlara yer verilmiştir.

## **1. Temel Kavramlar**

### ***a. Delüzyon/Sanrı/Hezeyan***

Delüzyon, sanrı, hezeyan olarak literatürde geçen bu kavram karşıt ve çelişkili kanıtlara rağmen değiştirilemeyen sabit inanç ve tutumlardır. Bu sabit inanç ve tutumların içerikli çeşitli şekillerde olabilmektedir. Bireyin zarar göreceğine dair inancı, başka insanlar tarafından takip edildiğini düşünmesi şeklinde olabileceği gibi referans algılaması olarak geçen; çevredeki çeşitli durumların yorumların, jest ve miniklerin kendisine yöneltildiği şeklindeki düşünceler, büyüklük sanrıları olarak geçen kişinin ünlü olduğuna dair inanç geliştirmesi; erotomanik sanrılar olarak geçen bir kişinin ve diğerlerinin kendisine aşık olduğuna dair geliştirilen inanç, nihilistik sanrılar ise büyük bir felaketin geleceğine dair geliştirilen inanç, somatik sanrılar ise kişinin bedenine odaklanarak sağlık durumu ve organları ile ilgili kaygıları üzerine odaklanması şeklinde karşımıza çıkmaktadır (APA, 2013: 87).

### ***b. Halüsinasyonlar***

Halüsinasyon tanımı Psikiyatri Terimleri Sözlüğüne göre; bireyin açık bir bilinç durumunda algıladığı, farkında olduğu varsanıdır (Ünal, 2005: 20). DSM 5 Tanı Ölçütleri el kitabında ise dış bir uyarıcı olmadan meydana gelen, gerçekleşen algı ve benzeri deneyimler olarak tanımlanan halüsinasyonların özelliklerinde ise; canlı ve net oldukları, normal algıların tüm gücüne ve yetkisine sahip oldukları ve herhangi bir duyuşsal araç ile ortaya çıkabileceği belirtilmiştir (APA, 2013: 87-88). Halüsinasyonlar varsanılar görsel, işitsel, dokunsal, tat ve koku olmak üzere beş duyu içerisinden herhangi bir duyu ile ilişkili olabilmektedir. Diğerlerine oranla işitsel varsanı olarak daha çok karşımıza çıktığı bilinmektedir. Psikotik bozukluğa sahip olan bireylerde; işitsel varsanı olabilmekte bu varsanıların bireylerin ifadesine göre; ses şeklinde kendileri ile konuşmakta, emir vermekte zaman zaman gürültü şeklinde olmaktadır (Mortan & Sütçü Tekinsav, 2011: 649).

### ***c. Dezorganize/Dağınık Düşünce ve Konuşma***

Dağınık düşünme ve konuşma genellikle bireylerin konuşmalarından çıkarılır. Kişi bir konudan diğerine atlayabilir, sorulara verdiği cevaplar bağlantısız olabilir, anlamsız konuşmalar ve söylediklerinin anlaşılması şeklinde de karşımıza çıkabilmektedir (APA, 2013: 88).

#### ***d. Kaba Düzensiz ve Anormal Motor Davranışlar***

Kaba düzensiz ve anormal motor davranışlar çeşitli şekillerde olabilmektedir. Çocuksulaşma, ajite olma, katatoni olarak adlandırılan çevreye karşı ilginin belirgin şekilde azalması, uygunsuz ve tuhaf beden duruşları, tekrarlanan hareketler, jest ve mimikler şeklinde karşımıza çıkmaktadır (APA, 2013: 88).

#### ***e. Negatif Semptomlar***

Negatif semptomlar genellikle şizofrenide daha çok karşımıza çıkmaktadır. Diğer psikotik bozukluklarda nadiren karşımıza çıkmaktadır. Duygusal ifadenin azalması, küntleşmesi ve donuklaşması, göz temasında azalma, kısık sesle konuşma, uzun süre boyunca oturduğu yerden kalkmama, sosyal yaşama çok az ilgi gösterme şeklinde görülebilmektedir (APA, 2013: 89).

## **2. Şizofreni**

Şizofreni tanımı literatür incelendiğinde çok uzun zamandır ruh sağlığında tanımlanmaya çalışılan ancak tam olarak tanımlanamamış bir ağır ruhsal bozukluk olarak karşımıza çıkmaktadır. Şizofreni; bireylerin ilişki kurma yeteneklerinin bozulması ve gerçeklikle bağını koparmaya başlayarak; bireyin içe kapanma, sosyal içe çekilme, duygu, düşünce ve davranışlarında ciddi bozuklukların ortaya çıkardığı ağır bir ruhsal bozukluktur ( Öztürk ve Uluşahin, 2015: 189-196). Bu tanımdan da anlaşılacağı üzere şizofreni tanımlanması ve ortaya çıkışının açıklanması güç, ruhsal bozuklukların en ağır tipi olarak karşımıza çıkan bir hastalıktır.

#### ***a. Tanı ve Klinik Özellikler***

Şizofreni hastalığına sahip bireyler; diğer bireylerden farklı olarak, başkalarının deneyimlemediği şeyleri gördüğünü, işittiğini, hissettiğini veya insanları kontrol ettiklerini düşünebilirler (sizofrenifederasyonu.org, 2016). DSM-5 Tanı Ölçütleri Başvuru El Kitabına göre; hastalığın karakteristik özelliklerinin; şizofreni varsanı, sanrı, konuşma bütünlüğünde anlamsızlık, dağınık konuşma, düzensiz davranışlar, katatoni olarak adlandırılan, bir anda aşırı hareketlenme, anlamsız konuşma ve öfke hali vb. davranışlar ve duygu ifadesinin azalması ( Öztürk ve Uluşahin, 2015: 189-196) gibi belirtilerden iki ya da daha fazlasının hastada bulunarak; bu belirtilerin en az 1 ay sürmüş olması ve belirtilerin 6 ay süre ile devam etmesi ve 6 aylık süre içerisinde hastalığın karakteristik özelliklerinin en az 1 ay süre

ile görülmesi sonucunda şizofreni tanısı konulabileceğini belirtmiştir. Ancak iki belirtiden birinin sanrı, varsanı ve düzensiz konuşma belirtilerinden olmasının gerektiği belirtilmiştir.

Klinik olarak şizofreni hastalığı; belirgin şekilde düşünce bozuklukları, algılamada bozukluk, anormal motor davranışlar sergileme, psikososyal yaşamına karşı ilgi ve istek kaybı, isteksizlik, duyarsızlık, çevredeki olaylara karşı tepkisizlik, iletişim kuramama gibi belirtiler ile görülebilmektedir (Kocal, vd. 2017: 251-267). Şizofreni hastalığına sahip bireylerin; ilk hastane yatışı öncesi hastalık belirtilerine bakıldığında ise; hastalığa sahip bireylerin %95 inde hezeyanların, %68 inde halüsinasyonların, %61 oranında ise hastalığa sahip kişilerde düşünce bozukluklarının ortaya çıktığı belirtilmiş olup ilk hastane yatışı öncesi erkek şizofreni hastalarının %7 sinin intihar girişimi olduğu, kadın şizofreni hastalarında ise bu oranın %10 civarında olduğu bildirilmiştir (Üçok, 2008: 3-8).

### ***b. Şizofreni Türleri***

Şizofreninin tanımlanan alt türleri incelendiğinde 5 alt tür ortaya çıktığı görülmüştür. Paranoid, dağınık, katatonik, ayrışmamış ve basit tür geleneksel olarak tanımlanan şizofreni hastalığının alt türleridir. Paranoid türde hastaların düşünce içeriğinde bozukluk baskın olarak görülmekte olup perseküsyon olarak adlandırılan kötülük görme sanrıları, izlendiğini, kendisine komplo kurulacağını düşünme ve ilahi güçler ile iletişim kurduğuna inanma gibi belirtiler yaygın olarak görülmektedir ( Öztürk ve Uluşahin, 2015: 204-205). Dağınık başka bir ifade ile dezorganize olarak adlandırılan türde düşünce ve devinim bozuklukları görülmekte olup uygunsuz ve çocuksu davranışların ortaya çıktığı, sürekli tekrar eden basmakalıp konuşmaların olduğu, dış dünya ile ilişkisinin koptuğu şizofreninin en ağır türü olarak karşımıza çıkmaktadır. (Çölgeçen, 2021: 132). Katatonik türde ise devinim bozuklukları yaygın olup kişilerin donup kalması, uzun süreli hareket etmeme, dışarıdan ilişki kurma girişimlerine karşı ilgisizlik ve tepkisizlik gibi belirtileri olmakta olup hastanın dış dünya ile ilişkisi kesilmiş gibi gözükmesine karşın bu türde hastalar çevrede olup bitenleri anlamakta ve tanımaktadır ( Öztürk ve Uluşahin, 2015: 205). Ayrışmamış türde ise hastada şizofreni konulacak belirtiler bulunmasına karşın belirtiler paranoid, dezorganize ve katatonik tiplere uymamaktadır. Basit şizofreni türü ise başlangıcı yavaş olan sinsi olarak ilerleyen ve negatif belirtilerin baş gösterdiği bir tür olarak

karşımıza çıkmaktadır. Genellikle genç yaşta ortaya çıkan ilgisizlik, umursamazlık, düşüncede fakirleşme, sosyal içe çekilme gibi belirtilerle karşımıza çıkmaktadır.

### ***c. Sıklık ve Yaygınlık***

Şizofreni sahibi bireyler zor bir hastalıkla mücadele etmeye çalışmakta olup aynı zamanda içinde buldukları çevre, aileleri de bu hastalıktan ciddi derecede etkilenmektedir. Şizofreni oldukça yaygın bir hastalık olarak karşımıza çıkmakta olup genel toplum içerisindeki yaşam boyu yaygınlığı binde 4 olarak; cinsiyete göre bakıldığında ise erkeklerde kadınlara göre daha yaygın görülen bir hastalık olarak ortaya çıktığı görülmüştür. Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre kronik ve karmaşık bir hastalık olan şizofreni dünya genelinde yaklaşık olarak 24 milyon insanı etkilemekte olup 1000 kişiden yaklaşık olarak 7 kişinin yaşamları boyunca şizofreni hastalığına yakalanacakları düşünülmekte olup hastalık belirtilerinin başlangıcı yaşamın ikinci veya üçüncü on yılında ortaya çıkmaktadır (who.int, 2022).

Hastalığın ilk başlangıç yaşına bakıldığında ise genellikle ergenlik veya gençlik döneminde; erkeklerde ortaya çıkış yaşının, daha genç yaşlarda olduğu görülmüştür. ( Öztürk ve Uluşahin, 2015: 192). Literatür incelendiğinde şizofreni hastalığının görülme sıklığı yaşanan coğrafya ve zaman diliminden bağımsız olarak düşünülmüş olmakla birlikte yapılan araştırmalarda tam tersi bir durum kanıtlanmıştır. Farklı bölgelerde gerçekleştirilen çeşitli sistematik araştırmalarda hastalığın görülme sıklığı 100.000 kişide 8 ile 43 arasında yüksek değişen oranlarda olduğu görülmüştür. (Sánchez, Lacort, Quiles, Gimeno, & Domingo, 2020, s. 1-3). Türkiye’de şizofreni hastalığının sıklığı ve yaygınlığı diğer ülkelerden daha fazla olduğu literatür incelendiğinde görülmüş olup; şizofreni hastalığının rakamsal olarak Türkiye’de görülme sıklığı ve yaşam süresince yaygınlığı 1000 kişide 8,9 olarak saptanmıştır. (Binbay, vd. 2011: 43-44). Hastalık ile karşılaşma anı, başka bir ifade ile şizofreninin başlangıcı; sinisi olarak ilerlediği söylenmekle birlikte hastalığı uzun süre kimsenin fark etmediği ortaya çıkmıştır Ayrıca şizofreni hastalığı dünyanın her yerinde en sık görülen psikiyatrik bozukluk olarak karşımıza çıkmakta olup dünya genelinde karşılaşılma sıklığı %1 dir. (Çölgeçen, 2021: 128). Hastalık başlangıcı ve öncesinde içe çekilme, uyku problemleri, belirgin hijyen-öz bakım problemi, odaklanmada güçlük, unutkanlık, sinirlenme gibi belirtiler ile başlamaktadır. (Çölgeçen, 2018: 34-36). Şizofreni hastalığına sahip bireylerin toplumdan soyutlanması, iletişim kurmada

problemleri olması, yaşamlarında ciddi bir parçalanma durumu yaşamaları kişinin içinde bulunduğu sistem üyelerinin de aynı zorlukları deneyimlemesine yol açmaktadır.

#### ***d. Etiyoloji***

Şizofreni hastalığının belirtileri ve hastalıkla mücadele etmek; hastalığa sahip bireyin hastalık öncesi tam sağlık durumunu hatırlayan yakın çevresi için oldukça zor bir durum olarak karşımıza çıkmaktadır. Ayrıca hastalık öncesi bireyleri strese sokacak durumların varlığının hastalığı tetikleme etkisinin yüksek olduğunu gösteren araştırmalar mevcuttur. Şizofreni hastalığının nedenleri tam olarak bilinmemekle birlikte bilim insanları birçok genin hastalık aktarımında ve hastalık geliştirmede kalıtsal olarak yüksek bir risk taşıdığını düşünmektedirler. Şizofreni hastalığının genetik ile ilişkisi göz önüne alınarak; hastalığa sahip bireylerin ailelerinde şizofreni ve benzer psikolojik hastalıkların görülmesi, daha sık ortaya çıkması hastalıkla ilgili aile ikiz ve evlat edinme gibi çalışmaların önünü açmıştır. (Can Saka ve Hasanlı, 2023: 27-28). Şizofreni hastalarının yakınları ile birlikte yapılan aile çalışmaları, hastalığı geliştirme riskinin diğer vakalardan daha yüksek olduğunu ve şizofreni hastalarının kardeş ve çocuklarının bu hastalığı geliştirmesinin, genel nüfus içerisinde yüksek bir orana sahip olduğunu bildirerek; aile çalışmaları, şizofreni hastalarının kardeşlerinin hastalığı geliştirme riskinin 8-10 kat fazla olduğunu ve her iki ebeveynin şizofreni olması sonucu çocukların hastalık geliştirme riskinin fazlalaştığını ortaya çıkarmıştır (Can Saka ve Hasanlı, 2023: 28).

Başka bir ifade ile ebeveynlerden biri şizofreni hastası ise çocuklarda hastalık riski %12,5-%13,8 arasında, her iki ebeveynin de şizofreni hastası olması durumunda riskin %35-46 arasındadır ( Öztürk ve Uluşahin, 2015: 216-217). Her iki ebeveynin şizofreni olması durumunda çocukların hastalığa yakalanma riskinin çok yüksek olduğu ortaya çıkmıştır. Bütün bu durumlar göz önüne alındığında ise şizofreni hastalığında ailesel geçmişin önemli olduğu ortadadır. Böylelikle hastalığın aileden geldiğinin doğrulanmış olduğu görülmektedir. İkiz ve evlat edinme çalışmalarına bakıldığında ise özellikle ikiz çalışmalarının genetik etkiler ile çevresel etkilerin farkını anlamak için yapıldığı çalışmalarda ise tek yumurta ikizlerinin hastalığa yakalanma olasılığının daha fazla olduğu görülmüştür. Bu durum genetik benzerlik oranının yüksekliği ile de açıklanabilmektedir. (Öztürk ve Uluşahin, 2015: 216). Evlat

edinme çalışmalarına bakıldığında ise doğumdan hemen sonra evlat edinilen, kök biyolojik ailesinde şizofreni olan çocukların hastalığı geliştirme sıklığının yüksek olduğu kanıtlanmıştır (Can Saka ve Hasanlı, 2023: 28). Ayrıca şizofreninin ortaya çıkış nedenleri arasında biyolojik ve kalıtsal nedenler, psikososyal faktörler de rol oynamaktadır (Çölgeçen, 2018: 36). Şizofreni hastalığının ortaya çıkışı ve esrar kullanımını arasında doğrudan ilişki bulunmadığı ancak ergenlikte esrar kullanım miktarına bağlı olarak şizofreni gelişim riskinin tüm topluma oranla iki kat arttığı bildirilmektedir (Öztürk ve Uluşahin, 2015: 208).

### ***e. Şizofreni Sağaltımında Psikososyal Yaklaşımlar-Tedavi***

Şizofreni hastalığının tedavisi ile ilgili literatür incelendiğinde hastalığın kronik bir hastalık olduğu ve tedaviye rağmen hastalığın ortadan kalkmadığı görülmüştür. Hastalık tedavisinde farmakolojik-ilaç tedavileri ile birlikte psikososyal tedavilerin hastalığın sağaltımı için kullanıldığı görülmüştür. Tedavideki ana hedef hastalık belirtilerini yatıştırarak, hastalığın yıkıcı etkilerinin önlenmesi ve bireylerin toplumsal uyumunun sağlanarak yaşam kalitesini arttırmaktır (Summakoğlu ve Ertuğrul, 2018: 50). Hastalığın tedavisindeki ana amacın hastalığı değil hastalığın belirtilerini ortadan kaldırmak olduğu anlaşılmaktadır.

### **3. Şizoafektif Bozukluk**

Şizoafektif bozukluk tanımının tarihçesine bakıldığında; Amerikan Psikiyatri Birliği bu hastalığı 1952 yılında şizofreninin bir alt türü olarak değerlendirmiştir. İlerleyen dönemlerde hastalığın uzun dönem devam etmesi ve bireylerin duygu durumundaki değişikliklerin gözle görülür olmasıyla birlikte sanrılar ve varsanılarının olması hastalığı ayrı bir kategorileşmeye itmiştir (Padhy ve Hedge, 2015: 132). Literatür incelendiğinde şizoafektif bozukluk hastalığının ruh sağlığı uzmanları arasında tartışmalı bir biçimde ele alındığı görülmüştür. Literatürde şizoafektif bozukluğun şizofreni hastalığının bir alt türü olduğunu savunan çalışmalara karşın hastalığın salt psikotik duygu durum bozukluğu olduğunu ileri süren çalışmaların da olduğu görülmüştür.

#### ***a. Tanı ve Klinik Özellikler***

Ruh sağlığı hastalıkları sınıflandırma sisteminde bu hastalığın şizofreni ve başka psikotik bozukluklar ile aynı grupta yer aldığı görülmüş olup tanı ve



sınıflandırmasında ise hastanın geçirdiği hastalık dönemlerinde istisnasız olarak şizofreni ve duygu durum bozukluğu belirtilerinin hepsinin aynı dönemde yaşanması sonucunda tanı şizoafektif bozukluk olarak koyulabilmektedir. (Öztürk ve Uluşahin, 2015: 207). Şizoafektif bozukluk ile ilgili yapılan araştırmaların çoğunda; bozukluğun şizofreni hastalığı ile karşılaştırıldığında, şizofreni hastalığına göre hastalık başlangıcı öncesinde psikososyal işlevselliğin daha yüksek olduğu, hastalık başlangıcına sebep olan travmatik, tetikleyici bir olayın bulunabildiği, hızlı ve döngüsel süreçli belirtilerin görülerek hastalık sağaltımının ve iyileşmenin, daha olumlu olduğu bir bozukluk olarak tanımlandığı görülmektedir (Padhy ve Hedge, 2015: 133).

### ***b. Sıklık ve Yaygınlık***

Şizoafektif bozukluk hastalığının görülme sıklığına bakıldığında ise hastalığın % 0,2 ile % 1,1 aralığında yaygınlıkta olduğu ve hastalığın en sık olduğu zamanlarda bile şizofreni kadar sık görüldüğü ve bipolar duygulanım bozukluğundan daha nadir görüldüğü ortaya çıkmıştır. (Padhy ve Hedge, 2015: 133). Literatür incelendiğinde ise şizoafektif bozukluk hastalığının sağaltımının şizofreniye göre daha başarılı olduğu, şizofreni hastalığına göre hastalık öncesi hastaların işlevselliğinin daha yüksek olduğu; hastalığı tetikleyici bir olayın saptanabildiği bildirilmektedir. Şizoafektif bozukluk tanısının epidemiyolojisine bakıldığında ise hastalığın görülme sıklığının şizofreni hastalığına göre daha az olduğu ve yaşam süresince ortaya çıkışı ve yaygınlığının %1 in altında olduğu bildirilmekle birlikte, aile geçmişleri incelendiğinde; bu hastaların şizofreni hastalığına sahip bireylerin aile geçmişine göre aile geçmişlerinde daha fazla duygu durum bozukluğuna sahip aile bireyi olduğu ortaya çıkmıştır (Kaya, 2015: 4). Hastalığın başlangıç yaşı şizofreni hastalığına benzerlik göstermekle birlikte genç yetişkinlik döneminde daha çok ortaya çıktığı literatür incelendiğinde görülmüştür.

### ***c. Etiyoloji***

Şizoafektif bozukluk hastalığının etiyolojisinin, şizofreni hastalığı ile benzer şekilde olduğu düşünülmekte olup hastalığın ortaya çıkış nedenlerine dair bilgiler şizofreni literatürü ile birlikte açıklanmaktadır. Hastalığın etiyolojisine dair literatür oldukça kısıtlıdır (Türk Psikiyatri Derneği, 2007: 287-296).

#### ***d. Tedavi***

Şizoafektif bozukluk hastalığının tedavisinin şizofreni hastalığına benzer şekilde farmakoloji tedavisi ile ele alındığı görülmüştür. Ancak literatürde şizoafektif bozukluğun ilaç tedavisi ile ilgili kısıtlı araştırma olduğu görülmüştür. Hastalığın tedavi sürecinde bipolar duygulanım bozukluğu ve şizofreni hastalığının farmakolojik tedavisinin; hastanın akut dönemlerindeki güncel psikososyal durumuna göre uygulandığı görülmüştür (Padhy ve Hedge, 2015: 134).

### **4. Diğer Psikotik Bozukluklar**

#### ***a. Sanrılı Bozukluk***

Sanrılı bozukluklar bir diğer psikotik bozukluk türüdür. Genel olarak paranoid bozukluk olarak da karşımıza çıkabilmektedir. Paranoya; bireylerin kötülük göreceğine ve zarara uğrayabileceklerine dair geliştirdikleri ve korkunun hakim olduğu bir düşünce biçimi olarak karşımıza çıkmaktadır. (Atmaca, 2016: 1-2). Paranoid içerikli düşünceye sahip bireylerin düşünce içerikleri çeşitli türlerde olabilmektedir. Hakkının yenildiğini zannederek sürekli dava açma ve hakkını arama (dava paranoyası), enerji kaynağı olmadan çalışan makinaları kendisinin icat ettiğini düşünerek patentini almaya çalışma(keşif-buluş paranoyası), sürekli olarak vücut sağlığının kötü olduğunu düşünerek çeşitli sağlık kuruluşlarına muayene olma(somatik tür), normalin dışında yüksek bir kıskançlık hali( kıskançlık paranoyası ), toplumda yer dinmiş ünlü ve önde gelen kişilerin kendisine aşık olduğunu düşünme( erotomani), kendini toplumdan daha büyük görme din adamı veya önde gelen devlet çalışanlarından biri olduğunu düşünme ( büyüklük paranoyası) ve en sık olarak karşımıza çıkan başkalarından kötülük göreceğine dair inanç geliştirme olan perseküsyon paranoyasıdır. (Öztürk ve Uluşahin, 2015: 250). Literatür incelendiğinde bu bozuklukların kadınlarda daha sık görüldüğü ve kırklı yaşların başında ortaya çıktığı görülmüştür. Ayrıca derin yoksulluk, göçmenlik gibi dezavantajlı faktörler de hastalığın gelişiminde rol oynamaktadır.

#### ***b. Kısa Psikotik Bozukluk***

Akut psikotik bozukluk olarak da adlandırılan bu hastalık türünde stresli ve travmatik bir yaşam deneyimi sonrasında ortaya çıkan ve uzun sürmeyen, kısa süre sonra tam düzelmeye ortaya çıktığı bir hastalık türüdür (Öztürk, vd. 2016: 73-75).

Tanımdan da anlaşılacağı üzere bu hastalığın sağaltımının tetikleyici stresörün ortadan kalkması sonucu olduğu anlaşılmaktadır.

### ***c. Paylaşılmış Psikotik Bozukluk***

Bu hastalık türü çok nadir olarak ortaya çıkmakla birlikte tanımına bakıldığında bir aile veya topluluk içerisinde birden fazla kişinin; sanrı başka bir ifade ile gerçek dışı inanışların, iki veya daha çok kişi tarafından paylaşılması ile ortaya çıkmaktadır (Öztürk ve Uluşahin, 2015: 257). Genel olarak bu bozukluğa sahip kişilerin aile yapılarına bakıldığında; ailede şizofreni tanısı almış bir kişi bulunduğu ve bu kişinin hastalıktan kaynaklanan gerçek olmayan düşüncelerinin; eş, çocuklar veya yakınları tarafından benimsendiği görülmüştür.

### ***d. Madde Kullanımına Bağlı Psikotik Bozukluk***

Uyarıcı özgül madde, psikoaktif madde olarak adlandırılan; Alkol, kafein, amfetamin, esrar, kokain, halusinojenler, inhalanlar, opioitler, fensiklidin, sedatiflerin kontrolsüz alımlarında bireylerde psikoz geliştirdiği ortaya çıkmıştır (Karaoğlan, vd. 2020: 50). Dünya Sağlık Örgütü psikoaktif maddeyi; rutin süreçte sağlıklı iyilik halinin sürdürülmesi için gerekli olmayan, dışarıdan vücuda alındığında organizmaların işlevini bozan veyahut işlevlerini değiştiren maddeler olarak tanımlanmıştır. Bu maddeler vücuttaki merkezi sinir sistemini doğrudan etkileyerek düşünce, hareket, davranış ve duygulanımda bozulmaya yol açar (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2020: 8-9). Bu maddeler, yapılan araştırmaların sonucunda; halihazırda psikotik bir hastalığı bulunan bireylerin kullanımında hastalığı şiddetlendirdiği, pozitif belirtileri arttırdığı hastaneye yatış ve intihar düşünceleri ve düzenli tedaviye uyumsuzluğu arttırdığı gözlemlenmiştir (Sancak, vd. 2014: 168). Uyarıcı madde kullanımı vücutta birçok işlevi bozmakta ve yıkıma uğratmaktadır. Madde kullanımının artması ile birlikte madde kullanımına bağlı olan psikotik bozukluklar ortaya çıkabilmekte olup madde kullanımının ileri aşamalarında şizofreni veya bipolar bozukluklar gibi ağır ruhsal bozukluklar ortaya çıkabilmektedir (Karaoğlan, vd. 2020: 49-50). Özetlemek gerekirse psikoaktif madde kullanımı sonucu vücuttaki organizmaların işlevi değişmekte ve bireyler sağlıklı iyilik halinden uzaklaşmakta ve ruh sağlıkları bozulmaktadır.

### ***e. Şizotürü (Şizotipal) Kişilik Bozukluğu***

Şizotipi kavramı; literatür incelendiğinde şizofreni ile çok yakın bir kavram olarak ortaya çıkmaktadır. Bu tanımı ilk kez ortaya 1953 yılında çıkmış olup normal olmayan tuhaf davranış şekilleri, toplumdan soyutlanma, sosyal izolasyon, şüphecilik ve öfke düzeyinde artış gibi belirtileri olan bir türdür (Özer, vd. 2003: 141-142). Özet olarak bu bozukluk türü şizofreniye benzer ancak daha az şiddetli bir bozukluk olarak karşımıza çıkmaktadır.

## **5. Bipolar Bozukluk**

Bipolar bozukluk hastalığı ile ilgili literatür incelendiğinde birçok farklı tanımın olduğu görülmüştür. Bipolar başka bir ifade ile iki uçlu kelimesi hastalığa sahip bireylerin iki farklı duygu durum arasındaki devinimi ifade etmek için kullanılmaktadır (Altınbaş, 2020: 2).

### ***a. Tanı ve Klinik Özellikler***

İki uçlu bozukluk olarak da adlandırılan bipolar bozukluk hastalığının mani dönemi olarak adlandırılan dönemde; bu hastalığa sahip bireyler çok hareketli, aşırı neşeli, zaman zaman taşkın ve coşkulu davranışlar göstermekle birlikte düşünce sürecinin hızlanması ve konuşma esnasında konudan konuya atlama, yorgunluk belirtileri göstermeme; aşırı alışveriş yapma, düşünmeden para harcama, uyku ihtiyacının azalması, dikkat dağınıklığı gibi hastalık belirtilerini yoğun olarak yaşamaktadırlar (Öztürk ve Uluşahin, 2015: 297-299). Ayrıca bu hastalık belirtilerinin en az bir hafta devam ettiği durumlarda hastalığa sahip bireylerin mani döneminde olduğuna kanaat getirilmektedir. Hipomanik atak olarak adlandırılan dönemde ise hastalık belirtileri manik dönemdeki belirtiler ile aynı olurken belirtilerin şiddeti ve belirtilerin görüldüğü gün süresi değişmektedir. Hastalık belirtilerinin 4 gün sürmesi ve hastalık şiddeti bakımından daha hafif geçtiği dönemler hipomani olarak adlandırılmaktadır (Çelik ve Karaaziz, 2023: 458). Bipolar bozukluğun depresif dönemi çökkünlük dönemi olarak da adlandırılmakla birlikte bu dönemde; bireyler mutsuzluk, değersizlik duygusu, rutinlerini yerine getirmeme, eskiden eğlendikleri faaliyetlerden zevk almama, iştahsızlık ve uykusuzluk belirtileri, intihar düşünceleri gibi belirtiler ortaya çıkmaktadır (psikiyatri.org, 2023).

Bipolar duygulanım bozukluğunun bir diğerk dönemi olan karma özellikli dönemler olarak adlandırılan dönemlerde ise hastalığın iki dönemi olan çökkünlük ve mani dönemi özellikleri aynı anda görülebilmektedir. Mani ve çökkünlük döneminin aynı anda yaşanması konusunda örnekleme yapılacak olursa keyifsiz ve mutsuzluk hissedilirken aynı zamanda bireylerin düşüncelerinin aşırı hızlanması, uyku isteğinin ve süresinin azalması veya özgüven artışı, alırı taşkın ve mutlu olma, konuşma hızı ve miktarının artması ile birlikte karamsarlık ve huzursuzluk da görülebilmektedir (Bipolar Bozukluklar Derneğı, 2023: 1-5). DSM 5 Tanı Ölçütleri El Kitabına göre; bipolar bozukluk Bipolar ve İlişkili Bozukluklar Başlığı altında kategorize edilmiştir. Ruh hali, duygu durumu, hareketler ve davranışlarda belirgin şekilde dalgalanmaların olması ile açıklanan durumların bu tanı sınıfında yer aldığı bildirilmiştir (Black and Grant, 2013: 91). Ayrıca “Bipolar ve İlişkili Bozukluklar” sınıfında yer alan tanıları şu şekilde belirtilmiştir;

1. Bipolar I Bozukluk
2. Bipolar II Bozukluk
3. Siklotimi Bozukluğu
4. Madde kullanımının yol açtığı bipolar ve ilgili bozukluk
5. Farklı tıbbi bir duruma bağılı olarak ortaya çıkan bipolar ve ilgili bozukluklar
6. Diğerk tanımlanmış bipolar ve ilgili bozukluklar
7. Belirtilmemiş-tanımlanmamış bipolar ve ilişkili bozukluk

Bipolar bozukluk hastalığı literatür incelendiğinde iki alt gruba ayrılmış olup Bipolar I Bozukluk olarak adlandırılan dönemde daha önce de bahsedilen birden daha fazla çökkünlük durumunun olduğu, en az bir kere mani dönemi veya karma dönemin görüldüğü kişilerde ortaya çıkan tür olarak tanımlanmıştır. Bipolar II Bozukluk olarak sınıflandırılan türde ise birden fazla çökkünlük dönemi ile birlikte en az bir kez hipomani döneminin ortaya çıkması, ayırıcı tanı olarak mani dönemi özelliklerinin hiç görülmemiş olması ile tanımlanmaktadır (dualpsikoloji.com, 2023). Bipolar bozukluk II hastalığı olan kişiler yaşamlarının büyük bir kısmını çökkünlük ve depresif dönem ile geçirmektedirler (Öztürk ve Uluşahin, 2015: 306). Bu tanımlamalardan yola çıkılarak hastalık dönemleri değerlendirildiğinde Bipolar Bozukluğun tek bir türü olduğunu söylemenin güç olduğu ortaya çıkmaktadır.

### ***b. Sıklık ve Yaygınlık***

Bipolar bozukluk hastalığının da genetik yatkınlıkla alakalı olduğunu kanıtlayan araştırmalar literatürde mevcuttur. Hastalığın yaşam boyunca görülme sıklığı veya hastalığa yakalanma riski önceki çalışmalarda %1 olarak karşımıza çıkmış olsa da son yıllarda yapılan çalışmalarda bu oranın %5 civarında olduğu görülmüştür (Öztürk ve Uluşahin, 2015: 307). Dünya üzerindeki verilere bakıldığında ise yetişkin bireylerin %2-3 ü civarında bipolar bozukluk tanısı aldığı düşünülmekle birlikte Türkiye’de yaklaşık iki milyon, dünyada ise yaklaşık 250 milyon kişinin bu hastalığa sahip olduğu düşünülmektedir (Altınbaş, 2020: 2). Hastalığın ortaya çıkma yaşı ile ilgili yapılan çalışmalarda, bipolar bozukluğu olanların yaklaşık olarak %60 ında 21 yaşın altında belirtilerin başladığı bilinmektedir. Ayrıca bipolar bozukluk bireylerin psikososyal durumu ile ilgili olmayıp stres ve yaşam süresince meydana gelen olaylar hastalık ortaya çıkışını kolaylaştırmaktadır (Altınbaş, 2020: 2).

### ***c. Etiyoloji***

Bipolar Bozukluk; ailelerde kalıtsal yollar ile geçiş göstermekte ve bozukluğa sahip bireylerin üçte ikisinden fazlasının bu hastalığa sahip en az bir yakın akrabasının olduğu bilinmektedir (Altınbaş, 2020: 3). Hastalığa sahip bireylerin yakın akrabaları dağılımında ise bozukluğa sahip olma oranı açısından; yaklaşık olarak %30 oranında anne, %22 oranında baba ve %3 oranında çocuklarının bu hastalığa sahip olduğu, en büyük hastalık oranının %46 ile kardeşlerde ortaya çıktığı görülmüştür (Gültekin vd. 2014: 204). Ancak bipolar bozukluk sahibi bireyin çocuklarında bu hastalığın kesinlikle ortaya çıkacağına dair kesin bir bulgu olmamakla birlikte görülme olasılığını 4 kata kadar arttırabilmektedir (Bipolar Bozukluklar Derneği, 2023: 5).

### ***d. Tedavi***

Bipolar Bozukluk tedavisinde ise hastalığın ana tedavisinin ilaç kullanımı olduğu ancak ilaç tedavisinin yanında psikoterapi uygulandığında; hastalığa sahip bireyler ve ailelerinin psikososyal yaşamlarında iyileşme olduğu görülmüştür (Altınbaş, 2020: 9).

#### **D. Psikiyatrik Sosyal Hizmet**

Ruh sağlığında hizmet sunumu çok boyutlu bir kavram olarak karşımıza çıkmaktadır. Dünya genelinde hizmet sunumu açısından ruh sağlığı hizmetleri karşılaştırıldığında üç modelin karşımıza çıktığı görülmüş olup bu modeller; hastane temelli model, toplum temelli model ve toplum hastane temelli model-denge modeli olarak karşımıza çıkmaktadır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2021: 23-30). Sosyal Hizmet mesleği birtakım beceriler gerektiren, bilgi, beceri ve değerler sistemi olan, etik kurallar ve hak temelli anlayış çerçevesinde gerçekleştirilebilecek bir meslektir. Ana odak birey ve dahil olduğu sosyal çevresi arasındaki etkileşim olmakla birlikte, biyopsikososyal olarak birey değerlendirildiğinde var olan problemlerin çözümü, çözüm önerilerinin sunulması, sorunların ortadan kalkması için bireyle birlikte çalışılması gibi temel değerleri içermektedir (Oral ve Tuncay, 2012: 94-96). Psikiyatri bir tıp uzmanlığı olmakla birlikte psikiyatri uzmanları; ruhsal hastalıkların teşhisi, tanısı ve tedavisinde birincil olarak görevlidirler. Zaman içerisinde ruh sağlığında iyileşme ve sağaltımının salt psikiyatri hekiminin tek başına çalışması ile mümkün olamayacağı, ruh sağlığı alanında çalışmaların ekip çalışması anlayışı ile gerçekleştirilmesi gerektiği, psikiyatrik hekiminin koruma, iyileştirme, hastalık sağaltımı gibi rollerine katkı sağlayacak profesyonel ekip üyelerinden birisinin de sosyal hizmet uzmanları olduğu görülmüştür (Oral ve Tuncay, 2012: 95). Literatür incelendiğinde psikiyatrik sosyal hizmet tanımının şu şekilde tanımlandığı görülmüştür; Akıl ve ruh sağlığı problemleri sebebi ile psikososyal işlevselliklerinde azalma olan, işlevselliklerini yerine getiremeyen bireylere yönelik verilen hizmetler, psikiyatri hastaneleri, ruh sağlığı birimleri, ruh ve akıl sağlığı programları veya ocuk alanında rehberlik hizmetleri gibi psikiyatri alanının ortamlarında gerçekleştirilen sosyal hizmet mesleğinin uygulamasına “psikiyatrik sosyal hizmet” adı verilmektedir (Bulut, 1993: 23-25).

Psikiyatrik sosyal hizmet alanında çalışan sosyal çalışmacılar ruh sağlığı hizmetlerinden yararlanan bireylerin yaşadıkları sorunların çözümü ile ilgilenmektedirler. Bunu yaparken bireyin çevresi ve ailesini de kapsayıcı çalışmalara yer vererek bireyin ve ailesini damgalanmadan korumak, olumsuzluklarla başa çıkmak, süreç içerisinde destek olmak gibi tedavi öncesi, sırasında ve sonrasındaki çalışmalar psikiyatrik sosyal hizmet alanındaki uygulamalardandır (amur ve

Küçükbükü Ayata, 2021: 464). Psikiyatri alanı tıp literatüründe hastalığı medikal yönden sağlığına kavuşturmayı amaçlarken psikiyatrik sosyal hizmet alanında ise sosyal faktörlere odaklanılarak sosyal sağlığın sağlanması amaçlanmaktadır (Oral ve Tuncay, 2012: 95-96). Sosyal hizmetin uygulama alanlarından biri olan psikiyatrik sosyal hizmet alanının, çok kapsamlı ve geniş bir alana hizmet ettiği anlaşılmaktadır. Ayrıca psikiyatrik sosyal hizmet alanında çalışan sosyal hizmet uzmanları; ruh sağlığının korunması, ruhsal hastalıkla mücadele eden kişilerin karşılaştığı güçlüklerin sağaltımı ve bireylerin sosyal işlevselliklerini arttırmalarına yönelik çalışmaları gerçekleştirirken, psikiyatrist, psikolog, psikiyatri hemşiresi gibi psikiyatri ekip üyeleri ile birlikte çalışmaktadırlar (Bulut, 1993: 24). Çok da uzak olmayan bir geçmişte ruh sağlığına yönelik anlayış incelendiğinde; medikal modelin yağın olduğu, yataklı psikiyatri hastaneleri ile ruhsal sağaltımın amaçlandığı görülmüştür. Hastane temelli model olarak adlandırılan medikal modele yönelik eleştirilerin artması, sağlığın ve ruh sağlığının bir bütün olarak görülmesi, bu alanda araştırmaların ve uygulamaların artması ile birlikte toplum temelli ruh sağlığı modeline geçiş ile ilgili adımlar oluşturulmuştur. Günümüz ruh sağlığı hizmet modeli anlayışı ise yalnızca psikiyatrik hastalığı tedavi etmeyi amaçlamaz. Ayrıca psikiyatrik hastalığa sahip bireyin, biyopsikososyal işlevselliklerinin geliştirilmesi amaçlanarak toplum içerisinde üretimde söz sahibi, kendini gerçekleştirebilen bireylerin olmasına önem verilmektedir (Gözen ve Buz, 2020: 19-20). Türkiye’de toplum temelli ruh sağlığı hizmetlerine geçişin başlaması ise ilk olarak 2006 yılında oluşturulan Ulusal Ruh Sağlığı Politikası oluşturulması ile başlamıştır. Sağlık bakanlığı tarafından yayınlanan bu politika metninde ise ruh sağlığı hizmetlerinin toplum temelli olması ve toplumu da içerisine alan toplum temelli rehabilitasyon çalışmaları yapılmasının gerekliliğinden bahsedilmiştir (Çiçekoğlu ve Duran, 2018: 13). Devam eden senelerde Türkiye’de ruh sağlığı eylem planları oluşturulmuş ve 2011 yılında Sağlık Bakanlığı tarafından oluşturulan Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı’nda; toplum temelli ruh sağlığı modelinden bahsedilerek, bu modelin odak kitlesinin ağır ağır ruhsal bozukluğu olan kişiler ve buna bağlı olarak uzun süre yataklı psikiyatri kuruluşlarında yatarak tedavi gören bireylerin oluşturduğu belirtilmiştir. Ayrıca bu bireyler ile ilgili problemlerin sadece tedavi ile çözülemeyeceği, problemlerin sosyal, ekonomik, tıbbi ve hukuki boyutları ile alınması gerektiği belirtilmiştir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2011: 23). Ruh sağlığı problemlerinin çözümünün çok boyutlu olarak ele alınmasının sosyal hizmet



bakış açısı ile uyuştuğu düşünölmekte olup sosyal hizmet uzmanının ruh sağlığı ekibinin ayrılmaz bir parçası olduğu anlaşılmaktadır. Bu eylem planında ruh sağlığı alanında Türkiye’de çalışan insan gücü başlığı altında sosyal çalışmacı tanımlanmış olup sağlık alanında 100 bin kişiye 0,92 oranında sosyal çalışmacı düştüğü belirtilmiştir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2011: 12). 2020-2023 Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planında ise ruh sağlığı hizmetlerinin toplum temelli sunulması için yol haritaları belirlenmiş olup 2021-2023 Dönemi Hizmet Modeli başlığı altında Toplum Ruh Sağlığı ekip üyelerinden bahsedilerek; ekip içerisindeki temel üyeler arasında psikiyatrist, hemşire, psikolog ve sosyal hizmet uzmanı bulunması gerektiği de belirtilmiştir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2021: 6). Ayrıca bu metinde daha önceki ulusal ruh sağlığı eylem planlarında açılması planlanan ve 16.02.2011 tarihinde 7364 sayılı Makam Onayı ile hayata geçirilen “Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri Hakkında Yönerge” den bahsedilmiş olup bu merkezlerin ağır ruhsal hastalığı olan bireylere yönelik hizmet sunumu gerçekleştirdiği ve her toplum ruh sağlığı merkezinde bir toplum ruh sağlığı ekibi olduğundan bahsedilmektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2021: 7-15). Bu eylem planı 2011 yılında yayımlanan eylem planı ile karşılaştırıldığında ise 100 bin kişiye düşen sosyal hizmet uzmanı sayısının 0,92 den 2,64 e yükseldiği görölmüştür. Ayrıca bu alanda istihdam edilecek insan gücü sayısını arttırmak için klinik psikoloji yüksek lisans ve doktora programlarının 42 üniversitede 2019 yılı itibari ile bulunduğu, sosyal hizmet uzmanı istihdamı içinse 2010 yılında 10 üniversitede olan sosyal hizmet bölüm sayısının 65 e yükseldiği belirtilmiştir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2021: 16). Sosyal hizmet bölümünün üniversitelerde açılması olumlu bir gelişme olarak görülse de ruh sağlığı-psikiyatri alanında uzmanlaşacak sosyal hizmet uzmanının Türkiye özelinde desteklenecek kurumlarının olmayışı psikiyatrik sosyal hizmet alanındaki problemlerden biri olduğu düşünölmektedir.

### **1. Psikiyatrik Sosyal Hizmet Uzmanının Görevleri**

Sosyal hizmet uzmanları çeşitli alanlarda etkin olarak çalışmakta olup bu alanlardan biri de ruh sağlığı alanı olarak karşımıza çıkmaktadır. Psikiyatri ve ruh sağlığı alanından çalışan profesyoneller zaman içerisinde gerçekleştirilen çalışmaların artmasıyla birlikte “psikiyatrik sosyal hizmet uzmanı” unvanı olarak çalışmalarını gerçekleştirmekte ve uzmanlaşmaktadırlar (Başer, vd. 2013: 185-189). Psikiyatrik sosyal hizmet uzmanları bu alanda çalışan ruh sağlığı profesyonellerinden biri olup

bireylerle çalışma, bireysel danışmanlık ve terapi, grup terapisi, psikoeğitim gibi süreçleri yürütmektedirler (Kaplan, 2023: 54-55). Toplum temelli ruh sağlığı hizmetlerine geçilmesi ile birlikte bir hizmet modeli olarak geliştirilen 16.02.2011 tarih ve 7364 sayılı Bakan Onayı ile yürürlüğe konulan Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri Hakkında Yönergenin üçüncü bölümünde sosyal çalışmacının rol ve sorumluluklarına açık bir şekilde yer verildiği görülmüştür.

Toplum temelli ruh sağlığı hizmetlerinin sunumunda sosyal çalışmacının hizmetlerini gerçekleştirebileceği önemli kurumlar arasında bulunan Toplum Ruh Sağlığı Merkezlerinde ise sosyal çalışmacının rol ve sorumlulukları bu yönetmeliğe göre şu şekildedir; sosyal çalışmacılar; çalıştıkları toplum ruh sağlığı merkezinin bölgesindeki hastaların tespit edilmesi, hasta ve yakınları ile iletişim kurarak merkez hizmetleri ve işleyişi hakkında bilgilendirme yapmak, hastaların tam zamanlı bakım ihtiyacı bulunması sonucu bakımevi süreçlerini yürütmek, istihdam olanaklarına erişimi arttırmak ve kurumlar arası işbirliği yapmak, kurumlarda ve toplumda damgalama karşıtı çalışmalar yapmak, hastaları ve yakınları sosyal ve hukuki haklar konusunda bilgilendirmek ve sivil toplum kuruluşları ve diğer ilgili kuruluşlarla bağlantıya geçmektir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2011: 1-11). Ruh sağlığı alanında hizmet sunumlarını Sağlık Bakanlığı bünyesinde gerçekleştiren Sosyal Hizmet Uzmanları tıbbi sosyal hizmet uygulamalarını da içine alarak mikro-mezzo ve makro boyutta çalışmalar gerçekleştirilmektedir. Hastaların sosyal hizmet gereksinimlerini belirlemek, hastanın hastalığa ve tedaviye uyum sürecini kolaylaştıracak çalışmalar yapmak, psikososyal müdahale sürecinde aktif rol alarak danışmanlık, eğiticilik rollerini yerine getirmek, hastalığın getirdiği olumsuz durumlar ve ruhsal problemler için aileleri de kapsayıcı sosyal grup çalışmaları gerçekleştirmek, sosyal politikaları etkileyebilecek ruh sağlığı v sağlık alanında savunuculuk yapmak gibi roller sosyal hizmet uzmanının Sağlık Bakanlığı bünyesinde bulunan ruh sağlığı kurumlarındaki rollerindedir (Zengin, 2011: 32-24). Tanımlardan da anlaşılacağı gibi ruh sağlığı kuruluşlarında çalışmalarını gerçekleştiren sosyal hizmet uzmanlarının geniş ve kapsayıcı bir şekilde hizmet sunumu gerçekleştirdikleri anlaşılmaktadır. Literatür incelendiğinde farklı kaynaklara ulaşılmış olup psikiyatrik sosyal hizmet uzmanının temel işlevleri arasında klinik düzey rollerin sınıflandırıldığı görülmüştür. Bu roller madde halinde sıralanacak olursa;

- Sosyal İnceleme
- Psikoeğitim ve Danışmanlık
- Taburculuk Planlaması
- Bireyle Çalışma
- Grup Çalışması
- Savunuculuk
- Psikoterapi
- Hizmet İçi Eğitim Koordinasyonu

Klinik düzey rollere bakıldığında; sosyal inceleme rolünün hastanın ve çevresinin biyopsikososyal çerçevede değerlendirilerek doğru tanının konulması, ruh sağlığı hastalığının sağaltımı konusunda rehber olması, hastanın ve ailesinin güçlü yönlerinin ortaya konulması için önemli bir rol olarak karşımıza çıkmaktadır. Psikoeğitim ve danışmanlık rolünde ise ruh sağlığı hastalığına sahip birey ve ailesi için hastalık hakkında bilgilendirme, hastanın dahil olduğu sistem içerisindeki bireyler, kurumlar ve topluluklar ile bağlantı kurarak farkındalık oluşturma, ev ve işyeri ziyaretleri yapılması bu roller arasındadır (Oral ve Tuncay, 2012: 104-106). Taburculuk Planlaması rolünde ise hizmet alan hastanın taburculuk işlemlerine yardım ederek, hizmet sürekliliğinin devamı için planlamalar yapmak, taburculuktan sonra uzun süreli bakım ihtiyacı olan bireylere yönelik kurum bakımı yerleştirmesi için resmi süreçleri başlatmak bu role dahildir (Kösesoy, 2023: 90-91). Bireyle çalışma rolünde ise ruhsal hastalıktan kaynaklanan sorunların üstesinden gelmek için ruhsal hastalığa sahip birey ve ailesi ile birlikte çalışmalar yapılarak; ilaç uyumunun sağlanması, aile ilişkilerinin düzenlenmesi, hastalık sağaltımında aile üyeleri ve sosyal çevre ile uyumun sağlanması için terapötik çalışmalar yapılmakta olup grup çalışması rolünde ise; ruh sağlığı hastalığına sahip bireylerin sorun çözümlerine katkı sağlayacak, sosyal etkileşim becerilerini arttıracak çalışmalar gerçekleştirmek sayılabilir (Oral ve Tuncay, 2012: 107). Sosyal hizmet mesleğinin gerçekleştirildiği her alanda olduğu gibi ruh sağlığı alanında da savunuculuk yapılması gerekmektedir. Özellikle ruhsal hastalık sahibi bireylerin toplum tarafından damgalandığı ve dışlandığı bilinmektedir.

## **2. Shunun Çalıştığı Psikiyatri- Ruh Sağlığı Kuruluşları**

Türkiye’de ruh sağlığı hizmetlerinin sunumunda birincil kurum Sağlık Bakanlığı olarak karşımıza çıkmaktadır. Sağlık bakanlığına bağlı olarak ruh sağlığı hizmetlerinin sunumu; Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü ve Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü’ne bağlı kurumlar aracılığıyla verilmektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2021: 18). Ruh Sağlığı Hizmeti veren sağlık bakanlığı hizmet kuruluşları 2021-2023 T.C. Sağlık Bakanlığı Ruh Sağlığı Eylem Planı verilerine göre aşağıdaki şekildedir;

- Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri: Aile Sağlığı Merkezleri, Göçmen Sağlığı Merkezleri, Sağlıklı Hayat Merkezi, Toplum Sağlığı Merkezleri
- Toplum Temelli Hizmetler: Toplum Sağlığı Merkezleri, Gündüz Yaşam Merkezi
- İkinci Basamak Sağlık Hizmetleri: Genel Hastaneler (Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri)
- Üçüncü Basamak Sağlık Hizmetleri: Eğitim ve Araştırma Hastaneleri, Üniversite Hastaneleri

Bu kurumlara paralel olarak ruh sağlığı hizmetlerinin sunumunda paydaş kurumlar da şu şekilde tanımlanmıştır. Adalet Bakanlığı, Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı, Gençlik ve Spor Bakanlığı, İçişleri Bakanlığı, Maliye Bakanlığı, Millî Eğitim Bakanlığı, Strateji ve Bütçe Başkanlığı, RTÜK, Ulaştırma ve Altyapı Bakanlığı, Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu (UNICEF) , Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) ,Uluslararası Göç Örgütü (IOM) ,Sivil Toplum Kuruluşları, Meslek Örgütleri ve Belediyeler paydaş kurumlar olarak tanımlanmıştır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2021: 15).

## **3. Psikiyatrik Sosyal Hizmet Uzmanının Yararlandığı Kuramsal Çerçeve**

Sosyal çalışmacı/sosyal hizmet uzmanının görev yaptığı alanlardan biri de psikiyatridir. Bu alanda görevli sosyal çalışmacı sosyal hizmet kuramlarından yararlanmakta ve bu kuramları kullanarak hizmet alan bireylere; müracaatçılara yardım etmektedir.

### ***a. Güçlendirme Yaklaşımı***

Bu kuram, hizmet alan bireylerin; kendi güçlerinin farkına varmalarını ve müracaatçı sistemindeki kişilerin kendi algılarındaki yetersizlik duyguları ile baş edebilmelerine yardımcı olabilmeyi amaçlamaktadır. Güçlendirme yaklaşımına göre müracaatçıların günlük hayatlarında biyopsikososyal yönden karşılaşılabilecekleri engellerle baş etmeleri, baş etme stratejileri geliştirmeleri amaçlanmakta olup bireyin ait olduğu sistemdeki diğer üyeler ile etkileşime geçmesi amaçlanmaktadır (Erbay, 2019: 47-50).

### ***b. İyileşme Yaklaşımı***

İyileşme yaklaşımı psikiyatrik sosyal hizmet alanında sosyal çalışmacıların kullandığı önemli bir yaklaşım olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu yaklaşım hizmet alan bireylerin iyileşme süreçlerini desteklemekte ve iyileşme süreçlerine rehberlik etmektedir (Nişancı, 2019: 239-241). İyileşme yaklaşımı literatür incelendiğinde ruh sağlığı alanında oldukça çok kullanılmakta olup özellikle şizofreni veya bipolar bozukluk gibi ağır ruhsal bozukluk tanısı almış bireylerde psikososyal iyileştirme amacıyla kullanıldığı görülmüştür (Nişancı, 2019: 232).” Recovery” olarak geçen iyileştirme yaklaşımının ana amacı ruhsal bozukluğa sahip olan bireylerin yaşamlarını sürdürebilmeleri ve yaşam kalitelerini arttırabilmeleri için ihtiyaçlarının tespit edilerek hastalara karşı olumlu tutum ve güven ilişkisi geliştirmeyi amaçlamaktadır (Bağ, 2018: 483). İyileşme yaklaşımı bu tanımdan da anlaşılacağı üzere psikiyatri alanında çalışan sosyal çalışmacıların kullanabileceği bir yöntemdir. Psikiyatrik sosyal hizmet uzmanı çalıştıkları bireylere danışmanlık, grup ve bireysel terapi, psikososyal destekler gibi hizmetleri iyileştirme yaklaşımı rehberliğinde gerçekleştirmektedir (Kaplan, 2023: 49-59). Güçlendirme ve iyileşme yaklaşımı psikiyatrik sosyal hizmet alanında kullanılan temel kuramlardan olup bu kuramlar; müracaatçıların baş etme becerilerini arttırarak kendi güçlerinin farkına varmalarını sağlamaları ve hizmet alan müracaatçıların olumlu yönlerine odaklanarak iyileşme sürecinde destek olunduğu yapılan tanımlardan anlaşılmaktadır.

### ***c. Sosyal Eylem Yaklaşımı***

Sosyal hizmet uygulama alanlarından biri olan psikiyatri alanında da sosyal çalışmacı tarafından birçok yaklaşım kullanılmaktadır. Bunlardan biri de sosyal eylem yaklaşımıdır. Sosyal eylem yaklaşımının; toplumsal cinsiyet, göç, engellilik gibi

alanlarda karşımıza çıkan bir yaklaşım olduğu görülmüştür. Sosyal hizmet mesleğinde sosyal eylem uygulaması toplulukların ve insanların örgütlenme yoluyla eylemle geçirilerek sosyoekonomik düzeyde bireyleri ilgilendiren kurumları harekete geçirip değiştirmeye ve geliştirmeye yönelik toplu bir çaba olarak ifade edilmektedir (egyankosh.ac.in, 2023). Sosyal eylem yaklaşımı ortada var olan problemden dolayı bireyleri suçlamaz ve insan değerini ve onurunu yüceltecek eylemleri ana odağına alır. Bireylerin insani yaşam koşullarına erişmesi, yaşam koşullarının iyileşmesi için mücadele eder. Başka bir ifadeye göre sosyal hizmet mesleğinde sosyal eylem; toplum içerisinde dezavantajlı olan ezilen kesimler olarak adlandırılan grup ile gücü ve hakimiyeti elinde bulunduran kurumların, grupların işbirliği içerisinde girerek, var olan kaynakların sosyal adalete uygun olarak arttırılması, geliştirilmesi amacıyla sosyal hizmet politikalarının yeniden yapılandırılması gerekliliğini öne süren bir yaklaşım olarak adlandırılabilir (Keçeci, 2017: 191). Ağır ruhsal hastalık sahibi bireyler uzun süreli tedaviler, hastalık belirtileri vb. sebeplerle toplum içerisinde soyutlanmakta ve sosyal dışlanma yaşamaktadırlar. Engelli bireyler toplum içerisinde ayrımcılık ve dışlanmaya uğramakta, bu durumların sonucunda sosyal içe çekilme yaşamakta ve toplumsal uyum konusunda sıkıntı yaşamaktadırlar. Sosyal çalışmacılar psikiyatri alanında uygulamalı gerçekleştirirken hizmet alan müracaatçıların sosyal dışlanma ve ayrıştırılma durumlarının farkında olup sosyal hizmet uygulamalarını; mikro, mezzo ve makro düzeyde sosyal eylem yaklaşımını benimsemektedirler. Sosyal eylem yaklaşımını bu alanda kullanan sosyal çalışmacılar; sosyal entegrasyonu teşvik ederek; ruh sağlığı, engellilik, damgalanma gibi konularda toplumsal farkındalık yaratmak, istihda piyasası ve sosyal yaşama erişilebilirlik konusunda destek mekanizmaları ile bağlantıya geçmek , medyada kitleleri etkileyecek görünürlük çalışmalarına destek vermek ve farkındalık çalışmaları yapmak gibi rollere sahiptirler (Karakaya, 2021: 492-501). Psikiyatrik sosyal hizmet alanında uygulanan sosyal hizmet mesleğinde; mesleğin ana değerlerine uygun olarak sosyal eylem yaklaşımının kullanılmasının kaçınılmaz olduğu görülmektedir.

#### ***d. Krize Müdahale Yaklaşımı***

Sosyal hizmet uzmanlarının sıklıkla kullandığı yaklaşımlardan biri de krize müdahale yaklaşımıdır. Bu müdahale yaklaşımı psikiyatri alanında da sık sık kullanılmaktadır. Krizler bireylerin süregelen hayatların, umulmadık anlarda ortaya çıkan ve sonucunda krizi yaşayan bireylerde mutsuzluk, depresyon ve şok gibi

psikososyal yaşamları etkileyen sonuçları beraberşnde getiren durumlardır (Erbay, 2004: 85-86). Sosyal hizmet mesleğinde krizi bireylerin üzerinde geliştirdiği etkiler üzerinden anlamlandırmak gerekmektedir. Çeşitli kriz durumları olmakla birlikte ölüm, afet, kayıp, şiddet, intihar gibi durumlarda krize müdahale yaklaşımının kullanıldığı bilinmektedir. Kriz müdahalesinin ana odağına bakıldığında ise bireylerin; hedef müracaatçıların, yaşanan ve olumsuz deneyimlenen sonuçların öncesine; başka bir ifade ile kriz öncesi dönemdeki işlevselliğe en kısa süreçte dönülmesinin hedeflenmesi krize müdahale yaklaşımının amacıdır. .Kriz müdahale yaklaşımı başka bir ifade ile bireyin içeirisinde bulunduğu çevrenin ve kaynaklarının kullanımının aktifleştirilerek içeirisinde bulunan kriz anının en kısa sürede atlatılarak sorunu çözüme, zararı minimize etme ve baş etme becerileri geliştirmek olarak da tanımlanabilir (Yıldırım, 2016: 481-485). Psikiyatrik sosyal hizmet özelinde krize müdahale yaklaşımının uygulanacağı alanlar şu şekilde sıralanabilir. Capplan ve Cullberg'in kriz sınıflamaları arasında yer alan;

- Ruhsal Krizler

Sağlık durumu ile ilgili problemler, madde kullanımına bağlı olarak ortaya çıkan olağan dışı durumlar, ikili ilişkilerdeki çatışmalar sonucu olan problemler “ruhsal krizler” olarak adlandırılmakta bireyler desteğe ihtiyaç duyabilmektedir.

- Ani Travmatik Stres

Beklenmedik zamanlarda bireylerin kendi kontrollerinin dışında ortaya çıkan durumlar olarak adlandırılabilir (Yıldırım, 2016: 483). Afetler, adli suç mağdurları, ihmal istismar, aile içi şiddet gibi durumlarda ortaya çıkmaktadır.

- Psikopatoloji sebebi ile oluşan krizler

Psikopatolojiden kaynaklanan krizlerde ise uzun süreli ruhsal hastalıkları olan( şizofreni, psikoz hastalıkları, bipolar duygulanım bozukluğu, majör depresyon vb.) bireylerin ve ait oldukları sosyal çevrelerinin , ailelerinin hastalıktan kaynaklanan kriz durumlarının oluşması bu tip krizlere örnektir (Yıldırım, 2016: 483).

- Acil psikiyatrik durum

Acil psikiyatrik durumlar ise ağır ruhsal hastalığı olan bireylerin hastalık alevlenmesi ile hastanelere başvurularının olması yanında; intihar girişimi gibi durumları da içerisinde bulundurur (Yıldırım 2016: 483). Akut olarak meydana gelen

ruhsal durumu etkileyen psikiyatrik hastalıklar da bu kriz durumuna örnek olabilmektedir. Sağlık hizmeti verilen kruuluşların acil servislerine yapılan başvurularda ruhsal problemle mücadele eden birey ve yakınlarını kapsamlı bir şekilde değerlendirmek, şu anda ve orada ilkesi ile hareket ederek ailenin ihtiyaçlarını belirleyebilmek, verilen bakım ve psikiyatri hizmetlerinin işlevselliğini arttırabilmek; yakınların da psikososyal açıdan desteklenmesi (Büyükbayram ve Engin, 2018: 61-63) sosyal hizmet uzmanlarının becerileri arasında olması gereken krize müdahale yaklaşımının özelliklerindedir.

### ***e. Sosyal Sistem Yaklaşımı ve Ekolojik Sistem Yaklaşımı***

Sistem yaklaşımı sosyal hizmet mesleğini gerçekleştirirken, kullanılan temel yaklaşımlardan biridir. Sosyal sistem yaklaşımı ve ekolojik sistem yaklaşımında esas olan “çevresi içerisinde bireyi” esas almak olup sosyal hizmet uzmanları çalıştıkları müracaatçı kitlesinin sorunlarını derinlemesine analiz ederek, sorunları bütüncül ve çok yönlü olarak ele alabilmektedir (Baykara Acar ve Acar, 2002: 30). Sistem teorisine göre sistem içerisindeki unsurlar birbirine bağlı olarak sistemi tamamlar ve sistemi bütünler. Her bir parça diğerine bağlı olarak işlevini sürdürmektedir. Sistemin kendi içerisinde bir dengesi mevcut olup sistemler açık veya kapalı olabilirler (Zuburoğlu Yanardağ ve Özmete, 2017: 216). Sistem teorisi sosyal hizmet uzmanının değerlendirme yapabildiği amacıyla kullandığı kuramlardan biri olup müracaatçının sistemini ve ait olduğu sistemdeki sosyal çevresini, ve diğer alt sistemlerle etkileşimini inceler. Yaptığı değerlendirme sonucunda müdahalede bulunulacak ana odağın belirlenmesi ve geniş bir bakış açısı sunması sistem kuramının özelliklerindedir (Dinç ve Tan, 2022: 1379-1381). Sistem kuramı aile ile yapılan çalışmalarda sosyal hizmet uzmanlarının sıklıkla kullandığı kuramlardan biridir. Aile çalışmalarında sosyal hizmet uzmanı; aileyi ait olduğu sosyal çevre ile birlikte bütüncül ve dinamik bir bütün olarak görür ve eylemlerini ailenin içerisinde var olan alt sistemler, örneğin; anne, baba, kardeş , çocuk gibi faktörleri de içerisine alacak şekilde müdahale planı planlamaktadır (Mavili Aktaş, 2004: 5-6). Çevresi içerisinde birey anlayışı ile hareket eden sosyal hizmet uzmanları; ruhsal hastalığa sahip olan bireylerin ait oldukları sosyal çevre ile uyum içerisinde yaşayabilmeleri, sosyal çevrenin ruhsal hastalık deneyimini nasıl şekillendirdiği, kültürel kodlar, destek ağları, sosyal konum, cinsiyet gibi faktörleri göz önüne alarak müdahale planı oluşturmak için sistem kuramından yararlanmaktadırlar (Güzel ve Zuburoğlu, 2021: 142-144). Ekolojik sistem yaklaşımı



ve sistem yaklaşımı benzer kuramlar olmakla birlikte ekolojik yaklaşımın kendi içerisinde ayrıştığı noktalar bulunmaktadır. Ekolojik sistem kuramı sistem yaklaşımını kabul etmekle birlikte; bireylerin diğer sistemlerle arasındaki etkileşimi tanımlarken ekolojik perspektif terminolojisinden yararlanmaktadır (Zuburoğlu Yanardağ ve Özmete, 2017: 217). Ekolojik yaklaşımı sistem yaklaşımından ayıran temel fark bireyi çevresi içerisinde değerlendirirken ; bireyin ait olduğu çevre ile aktif olarak karşılıklı iletişim ve etkileşim halinde olmasını önemser (Baykara Acar ve Acar, 2002: 32). Ruh sağlığı problemlerinin çözümünde ekolojik yaklaşımı kullanan sosyal hizmet uzmanları; ruhsal soruna sahip olan bireyin hayatının olağan akışında karşılaştığı problemleri, hastalıktan kaynaklanan psikososyal sorunları tanımlamaya çalışırlar. Bu değerlendirme esnasında ruhsal problemlerin kaynakları ve çözümleri, bireyin çevresi olarak sosyal hizmet literatüründe adlandırılan mikro-mezzo-egzo ve makro sistemler ile alakalı problemlerin değerlendirilmesi adına bireyin problemlerini çözmesi, ait olduğu çevrede uyum içerisinde yaşaması için gerekli sosyal hizmet müdahalesini gerçekleştirirler (Albayrak, 2020: 284-286).

#### **E. Ağır Ruhsal Bozukluklar ve Aile**

Ağır ruhsal bozukluklar kişinin gündelik hayatını ve aile ilişkilerini olumsuz etkileyen hastalıklardır. Ağır ruhsal bozukluk terimi ile genellikle şizofreni ve psikotik süreç ile ilgili durumlar ve bipolar bozukluk kastedilmektedir (Demircioğlu, 2019: 1). Ağır ruhsal hastalıklar ortaya çıktıktan sonra hasta ve ailesi de önemli derecede etkilenmekte ve hastalar günlük yaşamına bağımsız devam edemediği için çoğu zaman aile desteğine ihtiyaç duymaktadırlar (Köroğlu ve Hocoğlu, 2017: 170-175). Aile desteği sürekli olmakla birlikte bakım yükü ortaya çıkmakta ve bakım veren kişilerin de psikososyal hayatı etkilenmektedir. Ağır ruhsal bozukluk tanısı almış bireylerde yeti yitiminin fazla olması ve kendi tedavilerini sürdürebilecek hastalık iç görüsünün olmaması sebebi ile bu kişiler yaşamlarını sürdürebilmek için desteğe ihtiyaç duymaktadırlar.

Ruh sağlığı hizmetlerinin tarihçesine bakıldığında hastane temelli anlayıştan uzaklaşılarak toplum temelli ruh sağlığı hizmetlerine geçildiği literatür incelendiğinde anlaşılmıştır. Bu dönüşüm ile birlikte aileler hastaların toplum içinde rehabilite edilmesine yardımcı olan birincil kişiler olmuş ve yükleri-sorumlulukları artmıştır.

(Yıldırım, vd. 2017: 165-166). Bakım verme sürecinde aileler birçok güçlüklerle baş etmektedir. Bakım veren aile bireyleri ile yapılan literatür çalışmaları incelendiğinde ailelerin; utanç, suçluluk gibi olumsuz duygular ve çeşitli problemler yaşadıkları ifade edilmektedir (Bademli ve Çetinkaya Duman, 2013: 461-478). Ağır ruhsal bozukluklara sahip bireyler yaşamlarını devam ettirirken zorluklar yaşamaktadırlar. Bu hastalığa sahip olan kişinin ailesi, arkadaşı veya yakın çevresindeki etkileşim kurduğu bireyler de dolaylı olarak hastalıktan etkilenmektedir. Çoğu aile gelecekte psikolojik sağlık durumlarının bozulacağından endişe duymakta ve bakım verme konusunda kaygı yaşamaktadır. Ağır ağır ruhsal bozukluklarda aileler hastalığın gidişatında etkili bir rol oynamakta, ailenin olumlu tutumları hastalık sağaltımını olumlu yönde etkilemektedir (Çetinkaya Duman ve Bademli, 2022: 3). Ayrıca sosyal hizmet kuramlarından biri de olan sistem yaklaşımı-kuramı; aile sistemlerine dahil olan her üyenin, diğer üyeleri de etkilediği ve karşılıklı olarak etkileşim halinde olduklarını bildirmekle birlikte ağır ruhsal bozukluğa sahip bireyin işlevselliğinin azalmasının tüm aile üyelerini doğrudan etkileyeceği bildirilmektedir (Çetinkaya Duman ve Bademli, 2022: 4). Dolayısıyla bu bilgiler ışığında, aile içerisinde kronik ve ağır seyreden psikolojik bir rahatsızlığın olması tüm üyelerin psikososyal refahını doğrudan etkilediği düşünülmektedir. Ağır ruhsal bozukluğa sahip bireylerin birincil bakım verenleri genellikle ebeveynleri olmakla birlikte; birincil bakım veren konumunda olan kişiler hastalığa sahip bireylerin hayatının merkezinde yer alırlar. Hastaneye gitmek, ihtiyaçları karşılamak, ilaç kullanımı konusunda destek olmak ve günlük yaşam ihtiyaçlarını karşılamak gibi konularda bozukluğa sahip olan bireye verilen tek taraflı bu destek; bakım veren kişilerde veyahut birincil bakım veren konumunda olmayan bir diğer aile üyeleri bile bu süreçlerden etkilenecek hastalık sahibi bireye karşı olumsuz duygular geliştirebilmektedir (Çetinkaya Duman ve Bademli, 2022: 5). Dolaylı olarak bu durumlardan etkilenen aile üyelerinden biri de kardeşler olmakla birlikte kardeşlerin psikososyal durumları bu araştırmanın ana konularından birini oluşturmaktadır.

## **1. Ağır Ruhsal Bozukluklar ve Kardeşler**

Sosyal hizmet uzmanlarının yararlandığı kuramlar arasında olan sistem yaklaşımında, aile ile yapılan çalışmalarda bu kuramın sıklıkla kullanıldığı bilinmektedir. Ağır ruhsal hastalığa sahip bireyler sistem kuramı ile ele alındığında ;

hastalığa sahip olan birey aile sisteminin bir parçasıdır. Dolayısıyla bu hastalıkların; sosyal destek sistemi içerisindeki aile kaynaklarındaki üyeleri de benzer şekilde etkilediği düşünülmektedir. Ağır ağır ruhsal bozukluk tanısı almış bireylerde yeti yitiminin fazla olması sebebi ile bu kişiler yaşamlarını sürdürebilmek için desteğe ihtiyaç duymakta olup bu desteği sağlayan aileler birçok güçlükle baş etmektedir. Ağır ruhsal hastalıkla karşılaşan aileler çaresizlik, öfke kızgınlık gibi çeşitli olumsuz duygular yaşamaktadır (Bademli ve Çetinkaya Duman, 2013: 463). Hastalıkla karşılaşma anından itibaren bireyler ve aileleri için iki taraflı uzun ve yıpratıcı bir süreç başlamaktadır. Bu uzun ve yıpratıcı süreçten doğal olarak etkilenen; aile üyelerinden biri olan kardeşlerdir. Bu alanda yapılan araştırmaların genellikle ebeveyn ve bakım veren odaklı olduğu görülmüş olup bu hastalıklar sonucu ailedeki diğer kardeşlerin nasıl etkilendiği ile ilgili çalışmaların sınırlı düzeyde olduğu görülmüştür. Bakım veren kişilerin genellikle anne-baba olduğu görülmüş olup ebeveynlerden sonra en çok bakım verme eğiliminde olan grubun kardeşler olduğu görülmüştür. Yetişkin kardeşler ile alakalı araştırmalar incelendiğinde, hasta olan kardeşinin bakımını üstlenmeyen ve bakım verme eğiliminde olmayan kardeşleri de göz önüne alan araştırmaların sınırlı olduğu görülmüştür. Hasta olan kardeşine bakım vermeyen yetişkin kardeşlerin hasta olan kardeşler ve kendi ebeveynleri ile ilgili aile ilişkileri, çocukluk çağı travmaları sınırlı sayıda araştırmaya konu olmuştur (Pierazzuoli, vd. 2020: 67). Araştırmanın gelecek bölümünde, Ağır Ruhsal Bozukluğu Olan Kardeş Sahibi Bireylerin Yaşam Deneyimleri ile ilgili yapılan araştırma sürecinin verileri irdelenerek kardeşlerin psikososyal durumları anlaşılmasına çalışılacaktır.



### **III. METODOLOJİ**

Bu bölümde araştırma ile ilgili olarak; araştırma modeli, kapsamı, problemi, hedefi, önemi, sınırlılıkları, temel varsayımları, araştırmanın odaklandığı evren ve örnekleme ilişkin ayrıntıları, araştırmada kullanılan veri toplama araçlarını, veri toplama sürecini ve görüşme yapılan kardeşlere ilişkin tanıtıcı bilgiler ve ortaya çıkan veri analizi yöntemleri belirtilmiştir.

#### **A. Araştırmanın Modeli**

Bu araştırmada sistem kuramı doğrultusunda, ağır ruhsal bozukluğu olan kardeş sahibi bireylerin; psikososyal durumları, ağır ağır ruhsal bozuklukların doğal bir sonucu olarak ortaya çıkan ailesel problemlerde kardeşlerin etkilenme düzeyi, baş etme yöntemleri gibi durumları incelemek ve kardeşlerin hayatı hakkında derinlemesine bilgi edinebilmek, kardeşlerin ifadelerini anlamlandırarak yorumlayabilmek için nitel araştırma tasarımı kullanılmıştır.

Nitel araştırmada karşımıza öncelikli olarak sözel ifadelerin çıktığını görmekle birlikte, araştırılan problemin katılımcının zihninde karşılık bulduğu kavramsal çerçeveyi anlamak, bir olguyu betimlemek, vakaların süreç içerisindeki ilerleyişini görmek ve farklı bağlamları yorumlamak vb. amaçlar ile nitel araştırma süreçlerinden yararlanılmaktadır (Gökçe, 2022: 40).

#### **B. Araştırmanın Problemi**

Ağır ruhsal bozukluk (şizofreni duygu durum bozuklukları) bireylerin biyopsikososyal yaşamını etkileyen çok boyutlu bir kavram olarak ortaya çıkmaktadır. Ağır ruhsal bozukluklar kişinin gündelik hayatını ve aile ilişkilerini olumsuz etkileyen hastalıklar olup aileler çaresizlik, öfke kızgınlık gibi çeşitli olumsuz duygular yaşamaktadır. Doğal olarak bu yıpratıcı süreçten etkilenen; aile üyelerinden biri olan kardeşlerdir.

Literatür incelendiğinde ortaya çıkan ağır ruhsal bozukluk sonrasında sağlıklı kardeşlerin ihmal edildiklerini düşünerek; aile içerisinde hatırlanmayan, görmezden gelinen ve ebeveynlerinin tüm odaklarının hasta kardeş üzerine kayması sonucu derin bir üzüntü hissettiklerini ortaya çıkaran araştırmalar mevcut olup yetişkin kardeşlerin hastalığın gölgesinde yaşamlarını sürdürdükleri görülmüştür.

### **C. Araştırmanın Amacı**

Bu çalışmanın genel amacı: ağır ruhsal bozuklukların doğal bir sonucu olarak ortaya çıkan ailesel problemlerde, kardeşlerin etkilenme düzeyi ve yaşam deneyimlerini incelemektir. Kardeşlerin ağır ruhsal hastalıklar karşısında psikososyal iyilik hali ile ilgili literatür incelendiğinde, ihmal edilmiş bir grup olduğu görülmüş olup yapılacak bu çalışmanın literatüre sosyal hizmet bakışı ile katkı sağlayacağı düşünülmektedir. Kardeşlerin problemlerini ortaya koymak, yaşam deneyimlerini değerlendirmek, ebeveynlik ve bakım verme algılarını sosyal hizmet bakış açısı ile değerlendirmek temel amaçlardır. Bu amaçlar çerçevesinde, çalışma aşağıdaki sorular ışığında yönlendirilecektir.

1. Ruhsal Bozukluğu olan kardeşe sahibi bireyler yaşadığı psikososyal sorunları nasıl algılamaktadır?
2. Ruhsal Bozukluğu olan kardeşe sahibi bireyler ağır ruhsal bozukluğu nasıl tanımlamaktadır?
3. Ruhsal Bozukluğu olan kardeşe sahip bireylerin, yaşadıkları güçlüklerle baş etme stratejileri nelerdir?
4. Ruhsal Bozukluğu olan kardeşe sahip bireylerin gereksinim duyduğu sosyal hizmetler nelerdir?

### **D. Araştırmanın Önemi**

Kardeş ilişkileri yaşam döngüsü sürecinde devam eden uzun soluklu ilişkilerdir. Yaşam döngüsü süresince kardeş ilişkileri benzersiz şekilde çeşitli derecelerle, kimi zaman yakınlık kurularak kimi zaman uzaktan uzağa devam etmektedir. Kardeş ile paylaşılan ortak genetik ve sosyal miras bu ilişkiyi etkilemektedir (Gerace, vd. 1993: 639). Dolayısıyla ağır ruhsal bozukluğun ortaya çıkması ile birlikte kardeş ilişkileri de var olan hastalık sebebi ile olumsuz

etkilenmektedir. Literatür incelendiğinde ağır ruhsal hastalığın aile etkisinde ebeveynler üzerine odaklandığı görülmüş olup bu hastalıkların kardeşler üzerindeki etkisini ortaya koyan sınırlı sayıda araştırma olduğu görülmüştür.

Yetişkin kardeşlerin hastalığa dair tutumları, deneyimleri, psikososyal durumları, yaşam deneyimlerinin; doğrudan kendi ifadeleri ile sosyal hizmet bakış açısı ile değerlendirilmesinin çalışmayı önemli kılacağı ve psikiyatrik sosyal hizmet alanına katkı sunacağı düşünülmektedir.

### **E. Araştırmanın Varsayımları**

Ağır ruhsal bozukluğu olan kardeşe sahip bireyler stresli bir yaşam ile mücadele etmekte, sağlıklı kardeşlerin psikososyal yaşamı, sosyal çevresi, eş-arkadaş ilişkileri ve meslek seçimi de dahil olmak üzere, ciddi bir şekilde ağır ruhsal bozukluktan etkilendiği varsayılmaktadır. Ayrıca, görüşmelerden elde edilen bilgilerin doğru olduğu var sayılmaktadır.

### **F. Araştırmanın Sınırlılıkları**

Bu araştırma Pendik Devlet Hastanesi Toplum Ruh Sağlığı merkezinden hizmet alan bireylerin araştırmaya katılmayı kabul eden kardeşleri ile kısıtlı olup araştırmanın veri toplama süreci Eylül 2023-Ocak 2024 tarihleri ile sınırlıdır.

### **G. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi**

Araştırmanın grubu amaçlı örnekleme yöntemi ile oluşturulmuş olup Pendik Devlet Hastanesi Toplum Ruh Sağlığı Merkezine kayıtlı ağır ruhsal bozukluğa sahip hastaların; araştırmaya katılmayı kabul eden, 18 yaş üstü, okuryazar kardeşlerinden seçilmiştir. Ayrıca kardeşlerin bakım veren olması gözetilmemiştir.

### **H. Araştırmanın Geçerliliği ve Güvenirliği**

Araştırmacı, araştırma sürecine başlamadan önce psikiyatrik hastalıklar, sosyal hizmet kuramları ve sistem yaklaşımı, ağır ruhsal bozukluklar, psikiyatrik sosyal hizmet ile ilgili alan yazın okumaları yapmıştır. Araştırmacının sosyal hizmet uzmanı olarak araştırmayı gerçekleştirdiği kurumda profesyonel tam zamanlı çalışan olması;

konuya ilişkin gözlemleri yapmasını ve deneyim kazanmasını sağlamıştır. Ayrıca araştırma sürecinde gerçekleştirilen derinlemesine mülakat görüşmeleri ve araştırmaya katılmayı kabul eden kişilerin yoğun tasvirlerini birinci ağızdan aktarılması araştırmanın geçerliliğini arttıracakı düşünülmektedir. Derinlemesine mülakat görüşmeleri esnasında araştırmaya katılmayı kabul eden katılımcıların sunduğu bilgilerin hatırlatılması ve sorulara verilen cevapların kontrol edilmesi, araştırmacının gerçekleştirilecek görüşme öncesi ve sonrasında görüşmeye dair kendisini eleştirel bir şekilde değerlendirmesi, öz değerlendirme yapması; eksik olarak gördüğü kısımları sonraki gerçekleştirilecek görüşmelere kadar tamamlaması, görüşme teknikleri konusunda hâlihazırda toplum ruh sağlığı merkezinde çalışıyor olması sebebi ile mesleki bilgi ve becerilere hakim olmasının araştırmanın güvenilirliğini arttıracakı düşünülmektedir.

## **I. Veri Toplama Aracı**

Araştırmanın nitel verileri Pendik Devlet Hastanesi Toplum Ruh Sağlığı Merkezinden hizmet alan ağır ruhsal bozukluğa sahip hastaların; araştırmaya katılmayı kabul eden, 18 yaş üstü, okuryazar, birincil bakım verme gözetilmeksizin, kardeşlerinden seçilerek oluşturulmuştur. Araştırmacı tarafından ilgili literatür incelenmiş ve araştırmacının alan deneyiminde gözlemlediği temel problemleri kapsayacak 10 sorudan oluşan yarı-yapılandırılmış derinlemesine görüşme formu kullanılarak veriler elde edilmiştir.

Yarı-yapılandırılmış derinlemesine görüşme formunda kardeşlerin yaş, meslek, öğrenim durumu gibi kişisel bilgiler ilişkin bir soruya yer verilmiş olup kardeşlerin hastalık hakkındaki algısı, hastalığı öğrendiğindeki duygu düşünceleri, psikolojik bozukluğu olan hasta kardeş ile ilişkilerinin olumlu ve olumsuz yönleri, bu ilişkilerinin kendi psikososyal yaşamlarına etkisi, psikolojik bozukluğa sahip bir kardeşin olmasının getirdiği olumlu ve olumsuz katkılar, gelecekte kardeşin hastalığının sağlıklı kardeşin hayatına etkisi olup olmayacağına dair düşünceleri, zorluklarla baş etme yöntemleri ve gereksinim duyulan sosyal hizmet ihtiyaçları gibi sorular ile psikolojik bozukluğu olan kardeş sahibi bireylerin yaşam deneyimlerini anlamayı amaçlayan sorulara yer verilmiştir.



## **İ. Veri Toplama Süreci**

Araştırmacı hâlihazırda araştırma yapılacak kurumda sosyal hizmet uzmanı olarak çalıştığı için kardeşleri ile birlikte kuruma gelen hastaların belirlenmesi ve listelenmesi aşamasında aktif rol oynamıştır. Pendik Devlet Hastanesi Toplum Ruh Sağlığı Merkezinden hizmet alan ağır ruhsal bozukluğa sahip hastaların kardeşlerinin seçimi; aynı kurumda görev yapan ekip üyelerinden ( psikolog, psikiyatri uzmanı, hemşire) yardım alınarak oluşturulmuştur. Toplum ruh sağlığı merkezi ekip üyeleri danışmanı oldukları hastalara araştırma konusunda bilgilendirme yapmış ve görüşmeye katılmayı kabul eden kardeşleri araştırmacının yanına yönlendirmişlerdir. Görüşmeye başlamadan önce kardeşlere araştırma içeriği, hedefi ve süresi hakkında bilgilendirilmiş, katılmayı gönüllü olarak kabul eden bireylerden bilgilendirilmiş onam formu alınmıştır. Görüşme öncesinde yapılan bilgilendirmede sorulacak sorulardan rahatsız oldukları bir soru olursa cevaplamama haklarının olduğu ifade edilmiştir. Araştırmaya katılmayı kabul eden sağlıklı kardeşlerle araştırmacının çalıştığı sosyal hizmet görüşme odasında görüşme gerçekleştirilmiştir. Görüşme süresi yaklaşık 35 dakika yüz yüze olarak gerçekleştirilmiş ve yarı-yapılandırılmış derinlemesine görüşme formundaki veriler elde edilmiştir. Görüşmede tutulan kayıtlar araştırmacı tarafından cep telefonuna kaydedilmiştir.



## IV. VERİLERİN ANALİZİ-BULGULAR

Ağır ruhsal bozukluğu olan kardeş sahibi bireylere yönelik bu araştırmada yapılan, yarı yapılandırılmış mülakatlar sonucunda elde edilen; katılımcıların demografik bilgileri, hastalık algıları, psikososyal durumları gibi bulgular bu bölümde yer almıştır.

### A. Görüşme Yapılan Kardeşlere İlişkin Tanıtıcı Bilgiler

Araştırmaya katılan 15 kardeş ile görüşme cinsiyet gözetmeksizin gerçekleştirilmiştir. Katılımcı kardeşlerin yaş ortalaması 44.06 olup yaş aralığı 28 ile 56 dır. Görüşme yapılan kardeşlerin 8 i kadın 7 tanesi ise erkektir. Cinsiyeti kadın olan kardeşlerin yaş aralığı 43-56 arası iken; cinsiyeti erkek olan kardeşlerin yaş aralığı 28-53 arası değişmektedir. Kardeşlerin isimleri etik gereklilik sebebi ile gizli tutulmuş olup görüşmeye katılım sıralarına göre kodlanmıştır. (Katılımcı 1 gibi)

Katılımcı 1: Kadın, 43 yaşında. İlkokul Mezunu. Hasta olan kardeşi şizofreni rahatsızlığına sahip olup 39 yaşındadır. Evli ve 2 çocuk sahibidir. Ev hanımı olduğunu ifade etmiştir. Kardeşi ile birlikte yaşamaktadır. Kardeşi ile birlikte yaşıyor.

Katılımcı 2: Kadın, 49 yaşında. Lise mezunu. Hasta olan kardeşi; kadın, 60 yaşında olup bipolar duygulanım bozukluğu tanısına sahiptir. Kardeşi ile birlikte yaşamadığını ancak önceden birlikte yaşadıklarını ifade etmiştir. Evli ve 2 çocuk sahibidir. Kendisine ait bir terzi atölyesi işletmektedir. Kardeşi ile ayrı yaşıyor.

Katılımcı 3: Erkek, 28 yaşında. Bekar. Bakkal işletiyor. Ortaokul Mezunu. Kardeşi erkek 33 yaşında şizofreni hastası. Kardeşi ile birlikte yaşıyor.

Katılımcı 4: 56 yaş. Kadın. 16 sene önce eşi vefat etmiş. 2 oğlu var. Ev hanımı. İlkokul mezunu. 35 senedir İstanbul'da yaşıyor. Kardeşi kadın 52 yaşında. Şizofreni hastası. Kardeşi ile birlikte yaşıyor.

Katılımcı 5: 43 yaşında. .Evli. Erkek. 2 çocuk sahibi. İlkokul mezunu. Mesleği marangozluk. Hasta olan kardeşi şizoafektif bozukluk tanısına sahip olup 41 yaşında erkektir. Kardeşi ile ayrı yaşıyor.

Katılımcı 6: 33 yaşında. Evli. 3 çocuğu var. Erkek. Lise mezunu. Fabrikada işçi olarak çalışıyor. Hasta olan kardeşi bipolar duygulanım bozukluğu tanısına sahip olup 36 yaşındadır. Kardeşi ile ayrı yaşıyor ancak aynı apartman binasında oturuyorlar.

Katılımcı 7: 48 yaşında. Kadın. Evli. 3 çocuğu var. Ev hanımı. İlkokul Mezunu. Hasta olan kardeşi şizofreni tanısına sahip olup 31 yaşında kadındır. Kardeşi ile ayrı yaşıyor ancak aynı apartman binasında oturuyorlar.

Katılımcı 8: Erkek. Biyoloji Öğretmeni. 30 Yaşında. Çalışıyor. Üniversite mezunu. Hasta olan kardeşi organik olmayan psikoz tanısına sahip olup 32 yaşında erkektir. Kardeşi ile birlikte yaşıyor.

Katılımcı 9: 42 yaşında. Kadın. İlkokul Mezunu. Evli. 2 çocuğu var. Günlük işlerde çalışıyor.( Temizlik gibi) Hasta olan kardeşi şizofreni tanısına sahip olup 44 yaşında kadındır. Kardeşi ile ayrı yaşıyor ancak aynı apartman binasında oturuyorlar.

Katılımcı 10: 54 yaşında kadın. Lise mezunu. Boşanmış. Emekli muhasebeci. Hasta olan kardeşi 50 yaş, bipolar duygulanım bozukluğu tanılı kadındır. Kardeşi ile birlikte yaşıyor.

Katılımcı 11: 38 yaş. Erkek. İlkokul Mezunu. İnşaat işçisi. Evli. 2 çocuk sahibi. Hasta olan kardeşi; şizofreni tanısına sahip olup 29 yaşında erkektir. Kardeşi ile birlikte yaşıyor.

Katılımcı 12: 53 yaş. Erkek. Lise Mezunu. Emekli polis. Evli. 2 çocuk sahibi. Hasta olan kardeşi 55 yaş, bipolar duygulanım bozukluğu tanılı kadındır. Kardeşi ile birlikte yaşıyor.

Katılımcı 13: 45 yaş. Erkek. Otomotiv sektöründe çalışıyor. Oto tamirci. Kendi işi. İlkokul Mezunu. Evli. 3 çocuğu var. Hasta olan kardeşi şizofreni tanısına sahip olup 42 yaşında erkektir. Kardeşi ile ayrı yaşıyor ancak aynı apartman binasında oturuyorlar.

Katılımcı 14: 48 yaş. Kadın. İlkokul mezunu. Evli. 2 çocuğu var. Hasta olan kardeşi şizoafektif bozukluk tanısına sahip, 42 yaş kadındır. Kardeşi ile ayrı yaşıyor. Ev hanımı.

Katılımcı 15: 51 yaş. Kadın. Lise Mezunu. Evli. 2 çocuğu var. Hasta olan kardeşi Bipolar duygulanım bozukluğu tanısına sahip olup, 49 yaşında kadındır. Ev hanımı.

Katılımcıların profilleri analiz edilmiş olup;

### 1. Katılımcıların Demografik Bilgileri

Araştırma kapsamında görüşme yapılan kardeşlerin sosyo-demografik özelliklerine ilişkin bulgular aşağıda verilmiştir:

Çizelge 1: Katılımcıların Yaşa Göre Dağılımları

| Yaş Grubu    | Katılımcı Sayısı | Yüzdesel Oran |
|--------------|------------------|---------------|
| 20 li yaşlar | 1                | %6.25         |
| 30 lu yaşlar | 3                | % 18.75       |
| 40 lı yaşlar | 7                | % 43.75       |
| 50 li yaşlar | 4                | % 25          |
| Toplam       | 15               | % 100         |

Çizelge 1 incelendiğinde araştırmaya katılan kardeşlerin yaş ortalamasının 44,6 olduğu görülmektedir.

Çizelge 2: Katılımcıların Eğitim Durumu

| Eğitim Düzeyi     | Katılımcı Sayısı | Yüzdesel Oran |
|-------------------|------------------|---------------|
| İlkokul Mezunu    | 8                | %53.33        |
| Ortaokul Mezunu   | 1                | %6.67         |
| Lise Mezunu       | 5                | %33.33        |
| Üniversite Mezunu | 1                | %6.67         |
| Toplam            | 15               | %100          |

Çizelge 2. incelendiğinde katılımcıların %53,33 ünün ilkokul mezunu, %6,67 sinin ortaokul mezunu, %33,33 ünün lise mezunu, %6,67 sinin ise üniversite mezunu olarak dağıldığı görülmektedir.

Çizelge 3: Katılımcıların Meslek Analizi

| Meslek                 | Katılımcı Sayısı | Yüzdesel Oran |
|------------------------|------------------|---------------|
| Ev Hanımı              | 5                | %53.33        |
| Terzi                  | 1                | %6.67         |
| Bakkal                 | 1                | %6.67         |
| Marangoz               | 1                | %6.67         |
| Fabrika İşçisi         | 1                | %6.67         |
| Biyoloji Öğretmeni     | 1                | %6.67         |
| Günlük İşlerde Çalışan | 1                | %6.67         |
| Emekli Muhasebeci      | 1                | %6.67         |
| İnşaat İşçisi          | 1                | %6.67         |
| Emekli Polis           | 1                | %6.67         |
| Oto Tamirci            | 1                | %6.67         |
| Toplam                 | 15               | %100          |

Çizelge 3 e göre; katılımcılar içerisinde en büyük grup ev hanımı olup toplam katılımcı sayısının %33.33'ünü oluşturmaktadır. Terzi, Bakkal, Marangoz, Fabrika İşçisi, Biyoloji Öğretmeni, Günlük İşlerde Çalışan, Emekli Muhasebeci, İnşaat İşçisi, Emekli Polis, Oto Tamircisi: Her biri %6.67'lik eşit paya sahip. Bu, katılımcıların farklı meslek gruplarına ait olduğunu ve geniş bir yelpazeye dağıldığını göstermektedir.

Çizelge 4: Katılımcı Medeni Durum

| Medeni Durum | Toplam | Yüzdesel Oran |
|--------------|--------|---------------|
| Evli         | 11     | % 73.33       |
| Bekar        | 2      | % 13.33       |
| Dul          | 2      | % 13.33       |
| Toplam       | 15     | % 100         |

Çizelge 4 e göre; katılımcıların medeni durumuna göre oluşturulan tabloda evli olan katılımcılar % 66.67 ile büyük çoğunluğa sahip olduğu görülmekle birlikte; %13.33 lük eşit oranlar ile bekar ve dul/boşanmış kişileri görmektedir.

Çizelge 5: Katılımcı Cinsiyetine Göre Medeni Durum

| Medeni Durum | Kadın        | Erkek             |
|--------------|--------------|-------------------|
| Evli         | % 40(6 Kişi) | % 33.33(5 kişi)   |
| Bekar        | % 0          | % 13.33 (2 kişi)  |
| Dul          | % 13.33      | % 13. 33 (2 kişi) |

Çizelge 5 e göre; katılımcı kardeşlerin cinsiyet durumuna göre medeni durumu karşılaştırıldığında ise ; kadın katılımcıların %40 ının evli , %13.33 ünün dul olduğu görülmektedir. Erkek katılımcıların da %33.33 ünün evli, %13.33 ünün ise bekar olduğu görülmektedir.

Çizelge 6: Katılımcı Kardeşlerin, Hasta Olan Kardeşlerinin Tanısı

| Hasta Kardeş Tanısı     | Sayı | Yüzde   |
|-------------------------|------|---------|
| Şizofreni               | 7    | % 46.67 |
| Bipolar Duyg. Bozukluğu | 5    | % 33.33 |
| Organik Olmayan Psikoz  | 1    | % 6.67  |
| Şizoafektif Bozukluk    | 2    | % 13.33 |
| Toplam                  | 15   | % 100   |

Çizelge 6 ya göre katılımcıların hasta olan kardeşlerinin tanılarına göre gruplandırılmış ve yüzdeler olarak ifade edilmiş durumu göstermektedir. İlk göze çarpan nokta, katılımcıların çoğunluğunun hasta kardeşlerinin şizofreni tanısı yüzde 46.67'sini oluşturmasıdır. İkinci sıklıkta olan tanı, yüzde 33.33 ile bipolar duygulanım bozukluğudur. Şizoafektif bozukluk tanısı alan kardeşlerin oranı yüzde 13.33'te kalırken, organik olmayan psikoz tanısı alan kardeş sayısı yüzde 6.67'dir.

Çizelge 7: Katılımcıların Hasta Olan Kardeşleri ile Birlikte Yaşama Durumları

| Birlikte Yaşama Durumu | Katılımcı Sayısı | Yüzde   |
|------------------------|------------------|---------|
| Birlikte               | 8                | % 53.33 |
| Ayrı                   | 5                | % 33.33 |
| Ayrı, Aynı Bina        | 2                | % 13.33 |
| Toplam                 | 15               | % 100   |

Çizelge 7 ye göre; katılımcıların hasta olan kardeşleri ile birlikte yaşama durumları görülmektedir. Katılımcıların %53.33'ü (8 kişi) hasta kardeşleri ile birlikte yaşamaktadır. %33.33'ü (5 kişi) ise hasta kardeşlerinden ayrı bir yerde yaşamaktadır. Ayrıca, %13.33'lük bir grup (2 kişi) ise aynı apartman binasında, ancak farklı dairelerde yaşamaktadır.



## a. Ana Temalar Ve Alt Temalar

Çizelge 8: Ana Temalar Ve Alt Temalar

|   |  |  |
|---|--|--|
| Kardeşlerin Hastalık Algısı   | <b>Kardeşlerin Hastalığı Tanımlama Şekilleri</b> <ul style="list-style-type: none"><li>Zorlu Hastalık Algısı</li><li>Duygusal Dalgalanmalar</li><li>İlaçların Kolaylık Sağlayıcı Rolü</li></ul> <b>Hastalık İlk Öğrenildiği Zamandaki Duygu ve Düşünceler</b> <ul style="list-style-type: none"><li>Duygusal Deneyimler ve Kabullenme Süreci</li><li>Bilinçsizlik ve Gecikmiş Tanı</li></ul> <ul style="list-style-type: none"><li>Tanı ve Tedavi Zorlukları</li><li>İrade İle İlgili Hastalık Tanımlamaları</li><li>Hastalığın Ceza Olduğunu Düşünme</li></ul>  |  |
| Hastalığın Kardeşlerin Psikososyal Yaşamlarına Etkileri   | <b>Olumsuz Katkılar</b> <ul style="list-style-type: none"><li>Sosyal Yaşamda Kısıtlılıklar ve Sosyal İzolasyon</li><li>Rol ve Sorumluluklarda Artış</li><li>Hastalık ve Aile Dinamiklerine Olumsuz Etkisi</li><li>Stres ve Tükenmişlik</li><li>Toplumsal Yargı/Damgalanma ve Mahcubiyet</li><li>İş ve Ekonomik Kayıplar</li><li>Hastalığın Olumsuz Etkisi Kaynaklı Duygusal Zorlanmalar</li></ul> <b>Olumlu Katkılar</b> <ul style="list-style-type: none"><li>Hastalık Sebebi ile Sosyal Yardım Alınması</li><li>Duygusal Gelişim ve Sosyal Farkındalığın Artması</li><li>Kardeşlik Bağı ve Dayanışma</li></ul> <b>Kardeşler ile İlişkileri</b> | <b>Zorluklarla Baş Etme Yolları</b> <ul style="list-style-type: none"><li>Din ve İbadete Yönelme</li><li>Bireysel Aktiviteler ve Alan Yaratma</li><li>İlaç Tedavisi ve Profesyonel Yardım</li></ul> <b>Hastalığın Gelecek Yaşama Etkisine Dair Düşünceler</b> <ul style="list-style-type: none"><li>Geleceğe Dair Belirsizlik Sebebi ile Endişe ve Kaygı</li><li>Gelecekte Oluşabilecek Sosyoekonomik Zorluklar</li><li>Alternatif Bakım Seçenekleri</li></ul> |
| Psikolojik Bozukluğu Olan Kardeş Sahibi Birey Olarak Gereksinim Duyulan Sosyal Hizmet İhtiyaçları | <b>Psikolojik Destek</b> <ul style="list-style-type: none"><li>Erişilebilir Ruh Sağlığı Hizmetleri</li><li>Aile Müdahaleleri</li></ul> <b>Ekonomik Destek</b> <ul style="list-style-type: none"><li>Ulaşım Desteği</li><li>Maddi Yardım</li></ul> <b>Sosyal Destek</b> <ul style="list-style-type: none"><li>Topluma Katılım Desteği</li><li>Farkındalık Çalışmaları</li></ul>   |  |

Ağır ruhsal bozukluğu olan kardeş sahibi bireylere yönelik araştırmada; yapılan yarı yapılandırılmış mülakatlar sonucunda elde edilen veriler tablo 5.2.8. de şema şeklinde sunulmuştur. Veriler sonucunda kardeşlerin hastalık algısı, hastalığın kardeşlerin psikososyal yaşamına etkisi ve psikolojik bozukluğu olan kardeş sahibi birey olarak gereksinim duyulan sosyal hizmet ihtiyaçları 3 ana tema olarak şekillenmiştir. Bu ana temaların alt temaları tablo 5.2.8. de yer almaktadır.

## B. Kardeşlerin Hastalık Algısı

### 1. Katılımcı Kardeşlerin Hastalığı Tanımlama Şekilleri

Katılımcı kardeşlere; hasta olan kardeşlerinin hastalığını nasıl tanımladıklarına dair sorular sorulmuş olup kardeşlerin hastalık hakkındaki bilgi düzeyleri öğrenilmeye

çalışılmıştır. Katılımcı kardeşlerin hastalığı tanımlama biçimlerine göre söylemleri yorumlanmış ve alt temalar oluşturulmuştur. Bu ifadelerdeki temalar; araştırmada yer alan katılımcıların, hasta olan kardeşlerinin zorlu psikolojik hastalıklarını ve bu hastalıklarla ortaya çıkan çeşitli zorlukları ele almaktadır. Katılımcıların söylemlerine göre aşağıdaki noktaların dikkat çektiği görülmektedir;

#### **a. Zorlu Hastalık Algısı**

Özellikle kardeşleri şizofreni tanısına sahip katılımcılar; hastalığın karmaşıklığına ve sürekli bir ilgi gereksinimine vurgu yapmışlardır. Hastalığın tanımlamasında “zor” kelimesinin çok fazla kullanıldığı dikkat çekmektedir. Halüsinasyonlar, şüpheler ve takıntılar gibi belirtilerle başa çıkmanın zorluğu ifade edilmektedir. Aşağıda katılımcıların hastalığı nasıl tanımladıklarına dair söylemlerinin birkaç örneğine yer verilmiştir.

*“Yani zor bir hastalık. Sürekli ilgi isteyen bir hastalık. Tanısı şizofreni ama tam olarak hastalığın içeriği hakkında bilgi sahibi değilim zor bir hastalık.”(Katılımcı 1).*

*“Çok takıntı durumuna sahip bir hastalık. Çok takıntılı. Şüphe kuşku. Kendisi hakkında bir şeyler konuşulduğunu düşünür. Oturma odasında bir şey konuşuluyor odaya gelir benim arkamdan mı konuştunuz şöyle mi dediniz böyle mi dediniz diye sorgular. Şüphelenir. Aşırı yoğun şüpheleri var. Çok zor bir hastalık. Yıpratıcı bir hastalık “(Katılımcı 4).*

*“Tanısını biliyorum. Şizofreni. Güzel bir hastalık değil tabi. Çok kötü ve zor bir hastalık. Allah kimsenin başına vermesin. Hem kardeşim için hem birlikte yaşayanlar için çok zor bir hastalık. Mesela biz görmüyoruz ama o görüyor olmayan şeyleri. Halüsinasyon görüyor. Kendi kendine konuşuyor. Karşısında canlı bir insan varmış gibi muhabbet ediyor” (Katılımcı 7).*

Katılımcı 15 kardeşten 8 i hastalık tanımlamalarında “zor” kelimesini sıklıkla kullanmıştır. Bu da toplam katılımcı sayısının % 53.33 lük kısmına denk gelmektedir.

#### **b. Duygusal Dalgalanmalar**

Kardeşleri Bipolar Duygulanım Bozukluğuna tanısına sahip katılımcılar; kardeşlerinin yaşadığı duygusal dalgalanmalar ve atakların aile içerisindeki üyeleri etkilediğini ve aileler için zorlayıcı bir durum oluşturduğunu belirtmektedirler.

Özellikle üzücü olaylara aşırı duyarlılık, ailenin sürekli tedirgin olması durumunu birlikte getirdiğini ifade etmektedirler. Örnek olarak bazı katılımcıların söylemleri aşağıdaki gibidir.

*“Tanısı bipolar. Duygu bozukluğu hastalığı olduğunu biliyorum. Atak geçiriyor. Üzülmemesi gerekiyor. Kötü bir olay olduğunda çok etkileniyor. Özellikle aileden biri vefat ettiğinde çok etkileniyor” (Katılımcı 6).*

*“Değişik bir hastalık. Bipolar bozukluk diyorlar tanısını. Tam da bilemiyorum. Bazen çok neşeli bazen de çok içine kapanık. Ruh hali değişiyor. Atak dönemlerinde bize düşman oluyor. Zor bir hastalık. Allah kimsenin başına vermesin” (Katılımcı 15).*

### **c. İlaçların Kolaylık Sağlayıcı Rolü**

Katılımcıların kardeşlerinin hastalık tanıları farklı olmasına rağmen, hastalık tanımlamalarında sıklıkla ilaçların kolaylık sağlayıcı rolünden bahsetmektedirler. İlaçların hastalığın kontrol altına alınmasında önemli bir rol oynadığı vurgulanmakta olup hastalığın etkilerini hafifletip normal bir yaşama katılımı sağladığı büyük çoğunluk tarafından ifade edilmektedir. Örnek olarak bazı katılımcıların söylemleri aşağıdaki gibidir.

*“En ufak şeyde yine füzuli harcamalar yapıyor onu harcamaları kontrol altında tutmaya çalışıyoruz. Evden çıkmak istemiyor. Hareketsiz kaldı. Konuşarak düzelebileceği sanıyordum ancak öyle olmadığını anladım. Tedavi gerektiren bir hastalık. İlaç kullandığı sürece iyilik halinde” (Katılımcı 2).*

*“İlaçlarla kontrol altında tutulabilir bir hastalık bence. Ancak mevcut durumunun fazlası da azı da olmaz. Hayatına devam etmesini sağlar bu ilaçlar. Bir şekilde hasta da olsa normal hayata katılabiliyor ilaç sayesinde” (Katılımcı 12).*

### **d. Tanı ve Tedavi Zorlukları**

Hastalığın tanısı konma sürecinde yaşanan karışıklıklar ve tanının geç konulması katılımcı kardeşlerin hastalığı tanımlarken belirttikleri alt temalardan biri olarak görülmektedir. Tedaviye geç başlanması konusunda katılımcı kardeşlerin ebeveynlerini suçlar bir tavırda olduğu görüşmeler esnasında gözlemlenmiştir. Kardeşler anne babalarının hastalık hakkında bilgi eksikliği sebebi ile hasta olan kardeşlerini umursamadıklarını, tedavi için ilgili doktorun bulunması ve uygun tedavi

yöntemlerinin seçilmesi konusunda hastalık başlangıcında sıkıntı yaşadıklarını belirtmektedirler. Aşağıda bazı katılımcıların örnek söylemlerine yer verilmiştir.

*“Aslında kardeşimin hastalığı çocukluktan bu yana devam ediyor. İlk belirtileri o zaman başladı. Anne babam göçmen. Hastalık çocukluğundan vardı aslında. Anne babam diyordu ki Yasemin çok kilolu bir bebekmiş. Nazar değdi. Bu sebeple hasta oldu diye inanyorlardı. Neyse uyum problemleri, birtakım psikolojik problemler baş gösteriyor ancak hastane uzak diye götürmüyorlar. Tedaviye çok geç başlanmış”* (Katılımcı 9).

*“Tabi ilk zamanlar araştırdık her taraftan. Kitaplar, internet araştırdık. İyileşmeyecek bir hasta bunu biliyoruz. Çok geç kaldık tedaviye”* (Katılımcı 8).

### ***e. İrade İle İlgili Hastalık Tanımlamaları***

Katılımcı kardeşlerin hastalık tanımlamalarında dikkat çeken bir nokta ise hasta olan kardeşin iradesi sebebi ile hastalığa yakalandıklarına dair yanlış inanç geliştirmeleri. Katılımcı kardeşler iradesizlik durumunun, hasta olan kardeşin psikolojik sağlığı üzerinde olumsuz etkiler yarattığını düşünmekle birlikte, bu durumun ruhsal bozuklukların ortaya çıkmasına neden olabildiğini düşünmektedirler. Bu duruma örnek olarak söylemlere aşağıda yer verilmiştir.

*“Ruhsal bozukluktan tanısı. Ailevi problemlerden kaynaklı olduğunu düşünüyorum. Tam olarak tanısını bilmiyorum aslında. İradesizlik durumu mevcut. Bence irade de bitiyor iş. İradesi zayıf olduğu için psikolojisi bozuldu”* (Katılımcı 11).

*“İçine kapanık. Birçok yönü ile kendini salıyor. İradesi zayıf olduğu için hastalıkla baş edemiyor. Şizofreni tanısı biliyorum. Sıkıntılı bir hastalık”* (Katılımcı 10).

### ***f. Hastalığın Ceza Olduğunu Düşünme***

Bazı katılımcılar, ağır ruhsal bozukluk tanısına sahip olan kardeşlerinin geçmişteki davranışları sebebi ile hasta olduklarını ve hastalığın bir ceza olarak verildiğini düşünmektedirler. Bu yanlış inanç ise katılımcı kardeşlerin hastalığın kaynağını anlamaya çalışma çabalarını yansıtmaktadır. Hastalığın geçmiş yaşam ile ilişkilendirilmeye çalışması, hastalığı anlama çabası olarak görülebilir. Aşağıda bazı katılımcıların örnek söylemlerine yer verilmiştir.

*“Valla çok eskiye dayanıyor aslında hikâyesi. 11-12 yaşlarındayken çok asabiydi, küfür ederdi. Zalimdi. Hayvanlara zarar verip öldürürdü. Derede köpekleri*

*boğarak öldürürdü. Bütün bu sebepler yüzünden bu hastalık” Allah’ın kardeşime verdiği bir ceza”. Ben o şekilde yorumluyorum”(Katılımcı 13).*

Özetle katılımcı kardeşler; kardeşlerinin hastalıklarını genel olarak "zor" olarak tanımlamaktadır. Alt tema hem şizofreni hem de bipolar bozukluk gibi ağır ruhsal bozuklukların, hem bireyler hem de aileleri üzerinde zorlayıcı bir etki yarattığıdır. İlgili kişiler, hastalıkların getirdiği günlük zorlukları, takıntıları, şüpheleri, duygu değişimlerini ve sosyal izolasyonu vurgulayarak, hastalıkların yaşam kalitesini ve ilişkileri nasıl etkilediğini ifade etmektedir. Bu durum, hem kişinin kendisi için hem de aile üyeleri için duygusal ve fiziksel açıdan zorlu bir sürecin parçası olduğunu göz önüne getirmektedir. Ayrıca, tedavi sürecinde ilaç kullanımının önemi ve düzenli doktor kontrolüne vurgu yaparak, bu zorlayıcı durumların kontrol altına alınabileceğini ifade etmektedirler. Bu anlatımlar, hem ruhsal sağlık sorunlarına sahip bireylerin hem de ailelerinin bu durumla başa çıkarken karşılaştıkları güçlükleri ve umutlarını yansıtmaktadır.

## **2. Katılımcı Kardeşlerin Hastalığı İlk Öğrendikleri Zamana Dair Duygu ve Düşünceleri**

Katılımcı kardeşlere, kardeşin psikolojik bozukluğu olduğunu ilk öğrendikleri veya anladıkları dönemdeki ilk duygu düşünceleri sorulmuştur. Katılımcıların büyük bir çoğunluğu kabullenme süreçlerindeki duygusal dalgalanmalardan bahsetmişlerdir. Hastalığın reddedilmesi ve psikiyatriste gitmenin reddedilmesi büyük bir çoğunluk tarafından ifade edilmiştir. Bazı katılımcılar dini olarak hastalığa çare aradıklarını ifade etmişlerdir. Katılımcıların söylemlerine aşağıdaki başlıklar altında yer verilmiştir.

### ***a. Duygusal Deneyimler ve Kabullenme Süreci***

Çoğu katılımcı, hastalığın öğrenilmesinin ardından duygusal zorluklar yaşamıştır. Derin bir üzüntü hissettiklerini ve çaresiz hissettiklerini belirtmişlerdir. Bu duruma örnek için bazı katılımcıların söylemlerine yer verilmiştir.

*“İlk öğrendiğimde çok da anlamadım açıkçası. Panik atak zannettim. Belirtileri geçer diye düşündüm. Sonra geçmedi, takıntıları falan artmaya başladı. Bir de zaman zaman düzeldiği için hasta değil zannediyorduk ancak bipolar böyle bir hastalıkmış aslında. Şaşırdık ve üzüldük tabii” (Katılımcı 15).*

*“Tabiki çok üzüldüm ilk hastalığı öğrendiğimde. Dünya başıma yıkıldı”*  
(Katılımcı 4).

*“Hastalığı ilk öğrendiğimde “dünyam yıkıldı”. Sorumluluğumuz birken ikiye çıktı. Ne yapacağız diye düşündüm. Önceden hiç başımıza gelmediği için böyle bir olay. Sağlık kuruluşuna başvurmamız çok uzun süre aldı. Ağladım, isyan ettim, çok üzüldüm”* (Katılımcı 5).

4,5 ve 15 numaralı katılımcılar hastalığı öğrendiklerinde üzüntü duyduklarını belirtmişlerdir. 4 ve 5 numaralı katılımcıların “ dünya başıma yıkıldı” söylemi hastalığı ilk öğrendiklerinde derin bir üzüntü duyduklarını göstermektedir.

### ***b. Hastalığın Reddedilmesi ve Aile İçi Zorluklar***

Hastalığın ilk öğrenildiği dönemlerde, birçok katılımcı hastalığın kabullenilmediğini ve aile içinde zorluklar yaşandığını ifade etmekle birlikte, hastalığın başlangıç döneminde ailelerin, özellikle anne ve babalarının, hastalığı reddetme eğilimi gösterdiklerini ve bilinçsiz olarak davrandıklarını belirtmişlerdir. Hastalığın kabullenilmemesi ile birlikte aile içinde psikososyal problemler olmuştur. Hastalığın kabul edilme sürecinde de aile üyeleri arasında iletişim sorunları olduğu görülmektedir. Hastalığın başlangıcı ile birlikte aile dinamiklerinin derinden etkilendiği anlaşılmaktadır. Örnek olarak bazı katılımcıların söylemleri aşağıdaki gibidir.

*“Şimdi şöyle ben uzun yıllar çok sıkıntı yaşadım. Kabul etmediler hastalığı. 5 kız 1 erkek kardeşiz. Abla diyorum bu rahatsızlık geçecek bir şey kişilik bozukluğu değil diyordum. Doktora gitmek şart dedim. Bu böyle olmayacak dedim. Hastalığı ben ablamdan ve ailemden önce kabullendim ve ona doktora götürmek için ikna etmeye çalıştım. Onu ikna etmem uzun zaman aldı. Ailemi ikna etmem uzun süre aldı. Kabul etmediler hastalığı. Sonrasında tedaviye başladık. Yıpratıcı ve yorucu bir süreçti”*  
(Katılımcı 2) .

2 numaralı katılımcı kardeş diğer katılımcıların söylemlerinden farklı olarak hastalığı kendisinin kabul ettiğini ancak ailesinin kabul etmediğini ifade etmiştir. Bu süreçten bahsederken sık sık gözleri dolmuş ve hastalığı aileye kabul ettirme konusunda çok zorlandığını ifade etmiştir.

*“Üzıldüm tabi o zaman. İlk öğrendiğimde. Küçüktü kardeşim. Hastaneye götürdük. Bakırköy’e götürdük. Orada ilk yatışı oldu. Kabullenmemiz uzun zaman aldı. Üzüliyorsun tabi. Kabullenemiyorsun. O da tek başına dışarı çıksın gezsın dolaşsın istiyorsun. Ama zor bir hastalık yani. Üzücü. Kronik. Geçsin bitsin istiyorsun” (Katılımcı 7).*

*“Ben, kardeşim ve anne babamdan ayrı yaşıyordum. 2013 yılında ilk hastalık ortaya çıktı. Şimdi yani nasıl dile getirebilirim ki düşüncelerimi? O zamanlar ve genel olarak da çok duygusal olmadığımız için hastalık üzerine eğilmedik. Geçip gider bu hastalık diye düşündük. Kabul etmedik. İnkâr ettik. Tam tanısı konulalı 2-3 ay oldu aslında. Bilmiyorum. Duygularım karışık” (Katılımcı 11).*

*“İlk başlarda aslında konduramadık. Kabul etmedik. Kendi kendine yetemedi baş edemedi.” (Katılımcı12).*

### **c. Bilinçsizlik ve Gecikmiş Tanı**

Katılımcı kardeşlerin büyük çoğunluğu, hastalığın belirtilerini ilk fark ettiklerinde küçük yaşta olduklarını belirtmişlerdir. Köy yaşamı, doktora ulaşma zorluğu gibi nedenlerle kardeşlerinin tanı sürecinin uzadığını ifade etmişlerdir. Ebeveynlerin hasta olan kardeşe karşı bilinçsiz olarak yaklaştıkları için hastalığın anlaşılmasının geciktiğini ifade etmişlerdir. Birçok katılımcı, hastalığın tanısının geç konulduğunu ve tedaviye geç başlandığını ifade etmiştir. Bu gecikmiş tanı ve tedavi başlangıcı, hastalığın daha da kötüleşmesine neden olduğunu belirtmişlerdir. Örnek olarak bazı katılımcıların söylemleri aşağıdaki gibidir.

*“Annem babam göçmendi. Çok da eğitilmiş insanlar değillerdi. Neyse kardeşim problemleri, birtakım psikolojik problemler yaşıyordu ancak hastane uzak diye annemler götürmüyorlardı. Tedaviye çok geç başlandı. Hastalık ilerledi maalesef.”(Katılımcı 9).*

*“Yani o zaman bizde küçüktük. İlkokuldan sonra şikâyetleri başladı ama tanı alması baya bir zaman aldı. Anlamamız zaman aldı. Memlekette köyde yaşıyorduk anlamıyorduk. Doktora götüremiyorduk çok fazla. Dediğim gibi o zaman biz de küçüktük bilinçli değildik. Pek bir şey anlamadık. Tedaviye geç başlandı hastalık şiddetlendi”(Katılımcı 1).*

*“Köyde yaşıyorduk. Geçip gider diye düşünmüştük. Geçmedi. Tanı konması ve tedavi gecikti. O sırada biz de yıprandık” (Katılımcı 8).*

#### **d. Dini İnançların Rolü**

Bazı katılımcılar hastalığı ilk öğrendiklerinde din ile hastalığı bağdaştırdıklarını belirtmişlerdir. Hastalığın başlangıcında “şeytan kaçması” gibi dini inançlar, tedavi sürecini etkilemiş ve ruh sağlığı kuruluşuna başvurularını geciktirmiş olması sebebi ile hastalık süreci ilerlemiş ve hasta olan kardeşlerde yeti yitimine yol açmıştır. Örnek olarak bazı katılımcıların söylemleri aşağıdaki gibidir.

*“Önceden hiç başımıza gelmediği için böyle bir olay. Daha önce hep dini olarak bir şey olduğunu düşünüyorduk. Üç harflilerden şüphelendik. Çeşitli dini hocalara götürdük. Sağlık kuruluşuna başvurmamız çok uzun zaman aldı” (Katılımcı 5).*

*“Aslında ilk öğrendiğimde vesvese diye tanımladım ben. Birlikte yaşıyorduk o zaman daha kardeşim evlenmemişti. Benim yanımdaydı. Bayramda akraba ziyaretinde saçma ve anlamsız konuşmalara başladı. Etrafa zarar verdi. Dini olarak yorumladım ve geçeceğini düşündüm. Farklı dini hocalara, imamlara götürdüm kardeşimi ama hastalık ilerlemiş tabi o sıra. Geç kaldık” (Katılımcı 14).*

*“Gerek cahillikten gerek ilgisizlikten. Deli deyip geçerdik. Çarpılmış bu diyoruz. Ne olduğunu anlamıyorduk. Şizofreni eşittir deli gibi bir şey bizim gözümüzde. Zaten belirtiler ilk başladığında biz doktora götürmekte geç kaldık. Hocalara götürdük. Dini olarak bir şeyler yapmak istedik. Gezmediğimiz yer kalmadı” (Katılımcı 13).*

5,14 ve 13 numaralı katılımcı kardeşlerinin hastalığının psikiyatrik bir rahatsızlık olduğunu ilk başlangıçta düşünmemişlerdir. Dini inançları doğrultusunda hastalığı yorumlamışlar ve çeşitli dini liderlere giderek hastalığa çözüm aramışlardır. *Çözümsüz kaldıktan sonra psikiyatri başvuruları olmuş ve tedaviye başlanmıştır.*

*“Değişik davranıyordu. Farklıydı. Bazen çok neşeli bazen çok mutsuzdu. Şeytan kaçmış içine diye konuluyorduk kendi aramızda” (Katılımcı 15).*

15 numaralı katılımcı kardeş de diğer katılımcıların söylediklerine benzer bir şekilde kardeşinin hastalığını anlayamadığını ve “içine şeytan kaçması” şeklinde dini inancı doğrultusunda hastalığı yorumlamıştır.



## C. Hastalığın Kardeşlerin Psikososyal Yaşamlarına Etkisi

Bu araştırmaya yön veren ana sorulardan biri olan; ağır ruhsal bozukluğa sahip olan kardeş sahibi bireylerin psikososyal problemleri ile ortaya çıkan yaşam deneyimlerini anlamak araştırmanın sorununu ele almak için son derece önemlidir. Katılımcı kardeşler ile yapılan görüşmelerde; psikososyal yaşamlarının etkilendiği anlaşılmaktadır. Kardeşin sahip olduğu hastalık sebebi ile psikososyal yaşamın çeşitli yönlerden etkilendiği görülmüştür. Bu etkilerin, sosyal yaşamda kısıtlılıklar, rol ve sorumluluklarda artış, stres ve tükenmişlik, sosyal izolasyon, ikili ilişkiler, ekonomik kısıtlılıklar gibi öne çıkan etmenler olduğu görülmüştür.

### 1. Olumsuz Etkiler

#### a. Sosyal Yaşamda Kısıtlılıklar ve Sosyal İzolasyon

Ağır ruhsal bozukluğu olan kardeşi olan sağlıklı kardeşlerin en sık ve belirgin olarak karşılaştıkları problem sosyal yaşamda meydana gelen kısıtlılık sonucu sosyal izolasyon durumudur. Katılımcı kardeşler, psikolojik bozukluğa sahip olan kardeşin toplumda uygunsuz davranışlar sergilemesi, toplum tarafından dışlanması, psikolojik bozukluğa sahip olan kardeşlerinin dışarı çıkmaktan kaçınması, sosyal ilişkilerde zorlanmaları gibi konuların üzerinde yoğunlaştıkları görülmüş olup bu sebeplere bağlı kendi sosyal yaşamlarını kısıtlamakta oldukları görülmüştür. Ayrıca katılımcı kardeşlerden hasta olan kardeşinin bakım vereni olanlar; bakımının kendi sosyal yaşamlarını engellemesi gibi nedenlerle sosyal yaşamlarında kısıtlılıklar yaşamaktadırlar.

*"Kardeşimle bir yere gidemiyorum. Sürekli onunla ilgilenmem gerekiyor. Komşulara gidemiyorum, çünkü onu tek başına bırakamam. Toplum içinde rahat hareket edemiyoruz"*(Katılımcı 2).

*"Yaşamımı çok fazla etkiliyor. Kardeşimle bir yere gidemiyorum. Misafirlığe arkadaşlarımla görüşmeye gidemiyorum. Evde bıraksam tek başına sürekli telefon etmeye başlıyor. Ne konuşuyorsunuz? Ne zaman geleceksin? Gibi. Örneğin yakın bir zamanda oğlumun düğünü olacaktı. O sırada atak yaşadık. O evleniyor ben neden evlenemiyorum diye sinir krizi geçirdi. Evde bağırmağa başladı. Misafirlere rezil olduk. Hastaneye yatırmak zorunda kaldım"* (Katılımcı 4).

Katılımcı 2 ve 4 kardeşin bakım ihtiyacından dolayı sosyal hayatlarını kısıtlamak zorunda kaldıklarını belirtmişlerdir. Katılımcı 4 psikolojik bozukluğa sahip olan kardeşin hastalık belirtileri (şüphencilik vb.) sebebi günlük yaşantısında bir dizi kısıtlamaya gittiğini ve kişisel sınırlarının kalmadığını ifade etmiştir. Hasta olan kardeşin şüpheli yaklaşımları sebebi ile toplumsal stigmaya uğradığı anlaşılmıştır.

*"Fazla sosyal bir insan olamadım. Aslında olurdum ama ablam pek fazla misafir sevmiyor. Ben de yaşamımı ona göre yönlendiriyorum. Ayır yaşıyoruz aslında ama ona göre bir hayat yaşıyorum. Sosyalleşemiyorum. Komşularıma gidemiyorum"* (Katılımcı 9).

Katılımcı 9 kardeşinden ayrı yaşamasına rağmen kardeşin bakım ihtiyacı olduğunu düşünme, endişeler sebebi ile sosyalleşemediğini; hayatını kardeşinin ihtiyaçlarına göre şekillendirdiğini belirtmektedir.

*"Zaten çok fazla sosyal bir yaşamımız yok. Ancak toplumda işlerimizi halletmek için hareket etmemiz gerekirse kardeşim de bizimle birlikte oluyor. O süreçlerde topluma karıştığımızda tabiki eksiklikler oluyor. Bu eksiklikler bana da yansıyor. İnsanlara dik dik bakıyor, rahatsız ediyor. Ben sürekli mahcup oluyorum ve özür diliyorum. Böyle olunca dışarı çıkmak istemiyorum."*(Katılımcı 11)

*"Kardeşim bağırp çağırduğunda, komşular rahatsız oluyor. Evden çıkamıyoruz, çünkü insanlar bize kötü bakıyor. Mahalledeki ilişkilerimiz olumsuz etkileniyor. Sürekli ona göre yaşamaktayım. "Bir bedende iki kişilik bir hayat yaşıyorum." Onun istemediği bir yere gidemiyorum, onu tek bırakamıyorum"* (Katılımcı 10).

Katılımcı 10 ve 11 toplumsal stigma sebebi ile kardeşleri ile birlikte dışarı çıkamadıklarını belirtmiştir. Sosyal izolasyon yaşamak durumunda kaldıklarını, dışarıdaki insanların bakışları sebebi ile kötü hissettiklerini ifade etmiştir. Özellikle katılımcı 10 un "bir bedende iki kişilik hayat yaşıyorum" söylemi kişisel sınırların ortadan kalktığını ve olumsuz bir durum yaşandığını göstermektedir.

### ***b. Rol ve Sorumluluklarda Artış***

Katılımcıların büyük çoğunluğu hasta olan kardeşlerinin hastalığı nedeniyle rol ve sorumluluklarında artış yaşadıklarını ifade etmişlerdir. Sorumluluklarda artış ile birlikte sağlıklı kardeşin psikososyal yaşamlarının etkilendiği anlaşılmıştır. Kardeşe

birincil bakım verenlerin özellikle hasta olan kardeşin bakım ihtiyacının üstlenilmesi sebebi ile artan rol ve sorumluluklarından bahsettikleri görülmüştür. Ayrıca artan sorumluluklardan bahseden katılımcılar; hasta olan kardeşin finansal olarak desteklenmesi, finansal ihtiyaçlarının karşılanması, duygusal destek sağlamak ve günlük ihtiyaçlara yardımcı olmak gibi durumlardan bahsetmişlerdir.

*"Sorumluluklar tabiki artıyor. Artmaz olur mu artıyor. Maddi manevi zorluyor tabi. 2 çocuğum var ancak 3. Çocuğum gibi hissediyorum." (Katılımcı 1).*

*"Sorumluluğumu çok arttırdı. Çocuk gibi bakıyorum işte. Napalım"(Katılımcı 2).*

*"Tabiki sorumluluklarımı arttırdım. Onun babası gibiyim. Aslında benden büyük. Ama ben ondan büyük gibi davranıyorum ve onunla ilgileniyorum"(Katılımcı 3).*

1,2 ve 3 numaralı katılımcılar, psikolojik bozukluğa sahip kardeşlerinin ihtiyaçlarını karşılarken onların ebeveynleri gibi hissettiklerini belirtmişlerdir. Burada katılımcıların söylemlerinden rol karmaşası olduğu anlaşılmaktadır.

*"Sorumluluklarımı çok fazla arttırdı. Şu anda da hem kendi evime hem annem ve ablamın evine bakıyorum. Tuvalet temizliğini, öz bakımını ben yapıyorum. Birlikte yaşamıyoruz aslında ama ben ablamın her zaman temiz kokmasını isterim. Kimsenin "aa bak bu deli ve pis" desin istemem. Evde yemek yaparken onları da düşünerek yemek yaparım" (Katılımcı 9).*

*"Sorumluluklarım çok arttı. Şu an ben ilgileniyorum çoğunlukla. Daha önceleri anne babam ilgileniyordu ancak yaşlandıkları için ben ilgilenmeye başladım. Anne babam köye gidiyorlar çoğunlukla. Benim çocuğum gibi oldu artık. Mecbur yapacak bir şey yok. Parmağı kesemezsin, canımız o bizim. Kardeşimin kişisel hijyenine ve öz bakımına yardım ediyorum. Çünkü bakmıyor kendine. Temizlenmiyor. Bir kere sakal tıraşı olurken çok derinden kesmişti cildini. O yüzden ben korkuyorum bir şey olmasın diye. Yardım ediyorum" (Katılımcı 13).*

*"Tabiki arttırdı. Ben onun her şeyini takip ediyorum. Tırnağını kesiyorum, saçını tarıyorum, tuvalet ihtiyacı için yardımcı oluyorum, yemek yapıyorum" (Katılımcı 10).*

9,10 ve 13 numaralı katılımcılar, kardeşlerinin öz bakımına yardımcı olduklarını, günlük ihtiyaçlarında da sürekli destek sağladıklarını belirtmişlerdir.

*“Sorumluluklarım çok arttı. Şu an ben ilgileniyorum çoğunlukla. Dediğim gibi çocuklarına koruyucu aile oldum. Hastalık sebebi ile çocuklarına bakamadı bende koruyucu aile oldum. Bu bile büyük bir sorumluluk. 2 çocuğum vardı 4 oldu. Bir de kardeşimi sayarsak 5” (Katılımcı 14).*

14 numaralı katılımcı, kardeşinin hastalık atağı sırasında yeğenlerinin devlet korumasına alındığını; sonraki süreçte ise kardeşinin üzülmemesi ve çocuklarına yakın olabilmesi için; çocuklarına koruyucu aile olduğunu ve sorumluluklarının arttığını ifade etmiştir.

### ***c. Hastalık ve Aile Dinamiklerine Olumsuz Etkisi***

Katılımcı kardeşler kardeşin hastalığının getirdiği zorluklarla başa çıkarken, psikolojik bozukluğa sahip kardeşin yanı sıra, kendilerinin de bu süreçte büyük bir zorlukla karşı karşıya olduklarını ifade etmektedirler. Hastalık sebebi ile ortaya çıkan zorlayıcı durumlar sebebi le eşleri ile problemler yaşadıklarını belirtmektedirler. Aile dinamiklerinin hastalıktan etkilendiği görülmektedir.

*“İşte kimse bakmayınca yükü bana kaldı kardeşimin. Aynı binada oturuyoruz evi ayrı. Kendi ailemde sıkıntı oluyor. Oğluma suç atıyor. Bana vurdu diyor. Küçük çocuk ona nasıl vursun. İftira atıyor çocuklarıma hastalık kaynaklı. Sonra da eşim bana kızıyor” (Katılımcı 7).*

Katılımcı 7 diğer kardeşlerinin hasta olan kardeşe bakım vermek istemediklerini ve bu sebeple kendisinin bakım verdiğini ifade etmektedir.

*“Eşim ile zaman zaman problem yaşamaya devam ediyorum. Çünkü onun çocuklarına da bakıyorum kardeşime de bakıyorum. Sürekli yanlarındayım ve destek oluyorum. Eşim kızıyor. Biraz daha az ilgilen diyor ama o benim canım napabilirim ki. O allahın bana bir emaneti. Günah olur bakmazsam. Bazen kardeşim bize geldiğinde hiçbir işe yardım etmiyor ve sorumluluk almıyor. Ben biliyorum hastalıktan kaynaklı ama eşim bu durumu anlamıyor” (Katılımcı 14).*

*“Eşime göstermediğim ilgiyi kardeşime gösteriyorum. Sonuçta bir mecburiyet yaşıyorsun. Kardeş işte. Atsan atılmaz satsan satılmaz. Eşim de kardeşime hoşgörülü davranıyor ancak 3-4 sene bizimle birlikte yaşadı kardeşim. O zamanlar biraz*

*problem oluyordu eşim ile aramızda. Ben de kardeşimi anne babamın yanına geri gönderdim. Boşanma aşamasına gelmiştik çünkü eşimle. Hastalık sebebi ile atak geçirdiğinde çocuklarım korkuyordu, eşim de bana kızıyordu” (Katılımcı 11).*

Katılımcı 7, 11 ve 14 kardeşin hastalığının kronik olması, bakım gereksinimi oluşması, atak dönemlerinde olumsuz durumlar yaşanması vb. durumlar sebebi ile eşleri ile sıkıntı yaşadıklarını, eşlerinin hasta olan kardeşin durumunu anlamadıklarını ifade etmişlerdir.

*“Evin içerisinde bir kez atak geçirmişti. Hayatımın en kötü günüydü. O gün madde kullanmış kardeşim. Çocuklarımın yanında bağırdı çağırdı. Etrafa zarar verdi. Çocuklarım çok korktu. Sürekli tedirgin ve korku içinde yaşamaya başladılar. Çocuklarımı farklı bir odaya götürmüştüm onları da korumaya çalışıyordum ama sonuçta amcaları. Sonraki süreçte de hep ondan korkar oldular” (Katılımcı 5).*

Katılımcı 5 hasta olan kardeşin alevlenme sürecine çocuklarının şahit olduğunu belirtmiştir. Bu süreç sonrasında çocuklarının sürekli olarak hasta olan kardeşten korktuklarını ifade etmiştir.

#### ***d. Stres ve Tükenmişlik***

Birçok katılımcı psikolojik bozukluğu olan kardeşin hastalığı sebebi ile yoğun bir stres ve tükenmişlik yaşadıklarını belirtmişlerdir. Bu stres ve tükenmişliğin sebeplerinin ise bakım vermenin zorlayıcılığı, katılımcı kardeşlerin hastalık sebebi ile endişe yaşamaları(kardeşin başına bir şey geleceğinden korkma, kötüleşeceğini düşünme vb.) , hastalık sebebi ile ortaya çıkan olumsuz durumlar sebebi ile psikososyal yaşamlarının; iş ve sosyal yaşamlarını olumsuz etkilenmesi olduğu görülmüştür. Ayrıca kardeşleri bipolar duygulanım bozukluğuna sahip katılımcılar hastalık sebebi ile oluşan atak dönemlerinde maddi harcamaların artmasıyla birlikte ekonomik yoksunluk içine düştüklerini ve bu sebeple çok yoğun stres altında yaşadıklarını belirtmişlerdir. Katılımcı kardeşlerin verdikleri cevaplar, ağır ruhsal bozukluğu olan kardeşleri olan bireylerin yaşamlarını önemli ölçüde etkilediğini göstermektedir. Aşağıda katılımcılardan bazılarının söylemlerine örnek verilmiştir

*“Ailem sorumluluğu bana yükledi. Kardeşimle ben ilgilenmek zorunda kaldım. Kardeşimin hastalık sebebi ile yaptığı borçları da ben üstlendim. Hastalıktan kaynaklı maddi sıkıntıya girdim. O dönemde oluşan borçları ödemeye çalışıyorum. Borçlar*

*sebebi ile evlenemiyorum. Çıkmazdayım. Kayboluyordu. Evden kaçıyordu. Kayıp ilanları vermiştik. Ailem ve akrabalarım beni suçlamıştı. Sorumlusu sendin ve kaybetti gibisinden. Çok üzülmüştüm. İnsan kardeşinin kötülüğünü ister mi? Kardeşime karşı beni düşman olarak ilan ettiler. Aslında her şeyi ile ben ilgileniyordum ama suçlandım. Tükendim artık.” (Katılımcı 3).*

Katılımcı 3 kardeşinin hastalığı sebebi ile evden kaçtığını belirtmiştir. Bu olumsuz durumun neticesinde ailesinin katılımcı kardeşi suçlaması; hastalık sebebi ile kardeşi strese soktuğu görülmüştür.

*“Hangi birini anlatayım ki? Bakmak o kadar zor ki. Anlatılacak gibi değil. Allah bana güç veriyor. Dayanıyorum. Bazen de sinirleniyorum ve fittiriyorum. Şüpheleri beni çok zorluyor. Bakıma ihtiyacı olması yıpratmıyor. Hastalık sebebi ile sürekli kuşku ve şüphe halinde. Şüpheleri beni bitiriyor. Sinirleniyorum. Bazen kendime zarar vermek istiyorum. Tükendim” (Katılımcı 4).*

Katılımcı 4 kardeşinin hastalık belirtileri sebebi ile sürekli kuşkulu ve şüpheli yaklaşımlarının kendisine zarar verdiğini ifade etmiştir. Hasta olan kardeşine bakım vermenin zorluğundan bahsetmiş olup günlük yaşamda ciddi bir yük ve stres ile baş ettiği görülmüştür.

#### ***e. Toplumsal Yargı/Damgalanma ve Mahcubiyet***

Katılımcı kardeşlerle yapılan görüşmelerde toplum içerisinde damgalandıkları ve ayrımcı hareketlere uğradıkları görülmüştür. Toplumsal dışlanma ve damgalanma durumu katılımcı kardeşlerin ifadelerinde belirgin olarak ortaya çıkmakta olup bu durumlara bağlı olarak mahcubiyet durumu yaşandığı görülmüştür. Katılımcı kardeşlerin çevrelerindeki insanların, kardeşin sahip olduğu ruh sağlığı problemlerine karşı anlayış göstermekte zorlandıkları ve bu durumun aile üyelerini mahcup edici şekilde olumsuz etkilediği dile getirilmiştir. Aşağıda katılımcılardan bazılarının söylemlerine örnek verilmiştir.

*“Komşularımız rahatsız oluyor. Sinirlendiği zaman komşularımızın camını kırıyor. Bahçesindeki eşyalara zarar veriyor. Onlar da doğal olarak bizi polise şikâyet ediyorlar. Sürekli aşağılayıcı bakışlara maruz kalıyorum. Kendimi çok kötü hissediyorum. Doğru düzgün komşu ilişkim kalmadı. Ama napalım? Biz onların tutsağıyız” (Katılımcı 10).*

Katılımcı 10 kardeşinin komşularına zarar verici davranışlarda bulunduğunu ve bu sebeple kanunla ihtilafa düşüklerini belirtiyor. Ayrıca “biz onların tutsağıyız” söylemi katılımcı 10 un içerisinde bulunduğu durumda çaresiz kaldığını göstermektedir.

*“Kardeşimin şizofreni hastası olduğunu duyan kişiler benimle evlenmek istemiyor. Ben hasta değilim ki. Anlatmaya çalışıyorum ancak kimse beni anlamıyor. Suçlayıcı bakışlara maruz kalıyorum” (Katılımcı 3).*

Katılımcı 3 kardeşinin hastalığı sebebi ile romantik ilişkiler konusunda sıkıntı yaşadığını ve bu sebeple damgalandığını ifade etmiştir.

*“Sinir öfke problemi de vardı kardeşimin ilk başlarda. Evdeki eşyalara da sokaktaki arabalara da zarar verirdi. Gece kafasına siyah poşet geçirip insanların arabalarını parçalardı. Sağa sola tuvaletini yapardı. Tabi hep aynı yerde oturduğumu için komşuların yargılayıcı bakışları hala devam ediyor” (Katılımcı 13).*

*“Toplumda işlerimizi halletmek için hareket etmemiz gerekirse kardeşim de bizimle birlikte oluyor. O süreçlerde topluma karıştığımızda tabi ki eksiklikler oluyor. Bu eksiklikler bana da yansıyor. İnsanlara dik dik bakıyor, rahatsız ediyor. Ben sürekli mahcup oluyorum ve özür diliyorum. İnsanların bize kötü bakış atmasından ziyade kardeşim herkese baktığı için insanlar da hasta olduğunu bilmiyor ve sürekli sıkıntı çıkıyor” (Katılımcı 11).*

Katılımcı 10 ve 13 kamusal alanlarda kardeşin hastalığı sebebi ile kardeş ile birlikte dışarı çıktığında yargılayıcı bakışlara maruz kaldıklarını belirtmişlerdir.

#### ***f. İş ve Ekonomik Kayıplar***

Ağır ruhsal bozukluğu olan kardeş sahibi bireyler ile yapılan görüşmelerde; katılımcıların kardeşlerinin hastane kontrolleri ve hastalık sebebi ile ortaya çıkan olumsuz durumlarda işe gidememe, ekonomik olarak kayba uğrama gibi durumlar yaşadıkları görülmüştür. Özellikle bipolar duygulanım bozukluğu tanılı kardeş sahibi bireylerin bu konuda ortak bir görüşte oldukları görülmüştür. Aşağıda katılımcılardan bazılarının söylemlerine örnek verilmiştir.

*“Mesela ben kardeşimle hastaneye gitmesem hastaneye gitmek istemiyor. Bana bağlandı. Sorun çıkarıyor hastaneye gidip gelmek konusunda. Bir işim olacağı zaman hep ertelemek zorunda kalıyorum. Bugün günlük olarak işe gidecektim mesela*

*kardeşimi hastaneye getirdiğim için gidemedim. Ekonomik olarak bir kayba uğradım. Düzenli bir işe giremiyorum”(Katılımcı 7).*

Katılımcı 7 kardeşinin hastane kontrolleri sebebi ile gelir kaybına uğradığını, düzenli izin alabileceği bir iş bulamadığını ifade etmiştir.

*“En ufak şeyde yine füzuli harcamalar yapıyor. Onun harcamaları kontrol altında tutmaya çalışıyoruz. Her atak dönemine girdiğinde bir şekilde maddi kayba uğruyoruz. İsteddiği olmadığında sinirleniyor etrafa zarar vermek ile bizi tehdit ediyor”* (Katılımcı 2).

*“Ailem sorumluluğu bana yükledi. Kardeşimle ben ilgilenmek zorunda kaldım. Kardeşimin hastalık sebebi ile yaptığı borçları da ben üstlendim. Hastalıktan kaynaklı maddi sıkıntıya girdim”(Katılımcı 3).*

Katılımcı 2 kardeşinin hastalık atağı dönemindeki aşırı para harcaması sebebi ile finansal zorluk yaşadığını belirtmiştir. Katılımcı 3 de hastalık atağı döneminde kardeşinin borçlandığını ve hala o döneme ait borçları ödemesi sebebi ile ekonomik yoksunluk yaşadığını belirtmiştir.

*“Emekli olmadan önce çok uzun süre kardeşimi işe götürdüm yanımda. Muhasebeciydim. Sürekli problem yaşıyordum iş yerindeki arkadaşlarımlar. Ama napabilirim evde tek bırakamıyordum. Sürekli iş değiştirmek zorunda kalıyordum. Beni kardeşimle kabul eden bir iş yeri bulmam uzun süre aldı”* (Katılımcı 10)

Katılımcı 10 iş hayatına kardeşi ile birlikte katılım göstermek zorunda kaldığını ifade etmiştir.

### ***g. Hastalığın Olumsuz Etkisinden Kaynaklı Duygusal Zorlanmalar***

Katılımcı kardeşler; ağır ruhsal bozukluğa sahip olan kardeşleri ile ilişkilerinden bahsederlerken; hastalık belirtilerinin (saldırganlaşma, takıntı, paranoya vb.) kendilerini ve aile üyelerini nasıl etkilediğine dair endişelerini dile getirmektedirler. Aşağıda katılımcılardan bazılarının söylemlerine örnek verilmiştir.

*“Kolay hiçbir yönü yok. Hastalığın kolay yönü olur mu? Tam tersi o kadar çok zor bir hastalık ki. “Biz her sabah bugün neyle karşılaşacağız, neler yaşayacağız, nasıl uyanacağız?” diye düşünüyoruz. En büyük korkumuz kardeşimin başına bir şey gelmesi. Sürekli endişe içerisindeyiz”* (Katılımcı 10).



10 numaralı katılımcı kardeş hastalıktan dolayı kendi psikosoyal yaşamının çok fazla etkilendiğini belirtmektedir. Her gün endişeli olduğunu, hastalığın sabit ve stabil olmamasından kaynaklı sürekli tedirgin bir ruh hali içerisinde olduğundan bahsetmiştir.

*“Zaman zaman beni düşman olarak görüyor. Hastalığından kaynaklı olduğunu biliyorum ama üzüliyorum. Gizli saklı işler yapmaya çalışıyordum ve ben uğraşıyordum ortaya çıkınca. Tabi yaşamın verdiği yükler var. Bende bazen haliyle sıkılıyorum bunalıyorum. Yapma abla etme abla konuşuyordum. Kızıp bağırap çağırdığım zamanlar da oldu açık konuşmak gerekirse. Belli bir şeyden sonra taşıyorsunuz sıkıntılarım da vardı zaten boşanmışım çocuğumun sorumluluğu vardı. Düşmanca tavırları kaldıramıyordum. Ama her şeye rağmen bir yandan da beraber yaşıyoruz. Durumu düzeltmeye çalışıyorum. Tolere etmeye çalışıyorum”*(Katılımcı 2).

2 numaralı katılımcı, kendi hayatında çeşitli kopmalar yaşarken boşanma süreci içerisindeyken, anne babasının kardeşi ile birlikte yaşadığı eve geri döndüğünü belirtmiştir. Kendi hayatında boşanmadan kaynaklı zor bir süreç yaşarken kardeşin hastalığı ile birlikte bu sürecin daha da zorlaştığını ve duygusal olarak çok yıprandığını ifade etmiştir.

*“Ben çok zorlanıyorum dönem dönem. Annemin babamın yapmadığı destek olmadığı şeyler konusunda bile destek oluyorum. Olmadığımda kendimi suçlu hissediyorum. Biraz ailem de suçlu hissettiriyor. Atak dönemlerindeki öfke problemi ile baş ettiğim dönemlerde intiharı düşündüğüm bile oldu”*(Katılımcı 11).

11 numaralı katılımcı, kardeşinin hastalığından dolayı duygusal olarak zorlandığını ifade etmektedir. Anne babasının kardeşinin hastalığı konusunda katılımcıya yönelik suçlu hissettirecek davranışlarının olduğu görüşmeler esnasında anlaşılmıştır. Katılımcı kardeşinin hastalık ataklarında kendisini suçladığını ifade etmiştir.

## **2. Olumlu Katkılar**

Katılımcı kardeşlere yaşamın olağan akışında bugüne kadar olan süreçte psikolojik bozukluğa sahip kardeşlerinin olmasının getirdiği olumlu katkılar sorulmuştur. Katılımcılar arasında ortak temalar, hastalık ve getirdiği yükler sonucunda

olgunlaşma, empati geliştirme ve hastalık sebebi ile alınan sosyoekonomik desteklerin katkısı etrafında yoğunlaştığı görülmüştür.

#### **a. Hastalık Sebebi ile Sosyal Yardım Alınması**

Katılımcı kardeşlerin bir kısmı, kardeşin hastalığı sebebi ile evde bakım aylığından yararlandıklarını ve bu yardımın hayatlarına ekonomik yönden olumlu bir katkı getirdiğini ifade etmişlerdir. Aşağıda katılımcılardan bazılarının söylemlerine örnek verilmiştir

*“Olumlu geri dönüş olur mu bilmiyorum ama evde bakım aylığı ve çocuklarına baktığım için SED yardımı alıyorum. Yoksa başka olumlu bir katkısı yok” (Katılımcı 14).*

*“Aslında tam olarak olumlu bir katkı sayılmaz ama evde bakım aylığı hayatımıza gelen olumlu bir katkı. Çünkü harcamaları olduğunda oradan destek olabiliyorum. Diğer türlü eşimle tartışıyoruz. Eşim kendi parasından vermek istemiyor. Sıkıntı çıkarıyor” (Katılımcı 9).*

#### **b. Duygusal Gelişim ve Sosyal Farkındalığın Artması**

Katılımcı kardeşlerle yapılan görüşmelerde kardeşlerin psikolojik bozukluğa sahip olması ve hastalığı deneyimleme süreçlerine dair görüşlerinde kardeşlerin duygusal olarak geliştikleri anlaşılmıştır. Bu gelişme, katılımcı kardeşleri daha duyarlı, olgun ve yardımsever, empati yeteneği yüksek bireyler haline getirmiştir. Aşağıda katılımcılardan bazılarının söylemlerine örnek verilmiştir

*“Hayatta her şeyin olabileceğini anladım. Biraz beni olgunlaştırdı. Ben en küçükleriyim aslında ama en büyükleri gibi oldum” (Katılımcı 2).*

Katılımcı 2 kardeşinin hastalığı sonrasında olgunlaştığını ve daha ılımlı olduğunu ifade etmiştir.

*“Olumlu katkı olarak böyle hastalıkların var olduğunu öğrendim. Bugüne kadar inanmıyordum. Görüyordum dışarıda böyle insanlar ancak inanmıyordum. Yalan söylediklerini dümen çevirdiklerini düşünüyordum. Daha duyarlı bir insan oldum. Daha çok yardım eden bir insan oldum. Hayırsever oldum” (Katılımcı 5).*

Katılımcı 5 kardeşinin hastalığından sonra yardım etme davranışının geliştiğini ve hayırseverlik faaliyetlerinde bulunduğunu ifade etmiştir.

*“Beni daha çok sabırlı yaptı. Tamamen olumlu katkı diyemem. Yüzde elliye elli diyebilirim. Empati yapabiliyorum. Empati yeteneğimi arttırdı. Bazen dayanamıyorum sabrım taşıyor” (Katılımcı 9).*

Katılımcı 9 kardeşinin hastalığı sonrası empati yeteneğinin arttığını ifade etmiştir.

### ***c. Katılımcıların Psikolojik Bozukluğa Sahip Olan Kardeş ile İlişkileri***

Katılımcı kardeşlere; psikolojik bozukluğu olan kardeşleri ile ilişkilerinin nasıl olduğu sorulmuş ve bu ilişkiyi tanımlarken zor ve kolay yönlerinin göz önüne alınması gerektiği belirtilmiştir. Katılımcıların kardeşleriyle ilişkilerinden bahsederken zorluklar özelinde hastalık sebebi ile çıkan olumsuz durumlardan bahsetmekle birlikte, aile bağları ve dayanışma gibi olumlu unsurlar üzerinde de durmuşlardır. Sonuç olarak, ağır ruhsal bozukluğu olan kardeşleri olan bireyler, kardeşleri ile ilişkilerinden bahsederken, bu durumun hem olumlu hem de olumsuz yönlerini deneyimlemekte olduklarını belirtmişlerdir.

### ***d. İlaçlı Tedavinin İlişkiyi Kolaylaştırması***

Katılımcı kardeşler; kardeşleri ile ilişkilerinden söz ederken ilaç kullanım durumuna sürekli olarak vurgu yapmışlardır. İkili ilişkilerinde ilaç kullanımının düzenli olduğu dönemlerde kardeşleri ile ilişkilerinin daha olumlu seyrettiğini belirtmektedirler. Örnek olarak bazı katılımcıların söylemleri aşağıdaki gibidir.

*“Zaman zaman beni düşman olarak görüyor. Hastalığından kaynaklı olduğunu biliyorum ama üzülüyorum. Gizli saklı işler yapmaya çalışıyordu ve ben uğraşıyordum ortaya çıkınca. Tabi yaşamın verdiği yükler var. Bende bazen haliyle sıkıyırım bunalıyorum. Yapma abla etme abla konuşuyordum. Kızıp bağırıp çağırdığım zamanlar da oldu açık konuşmak gerekirse. Belli bir şeyden sonra taşıyorsunuz sıkıntılarım da vardı zaten boşanmışım çocuğumun sorumluluğu vardı. Düşmanca tavırları kaldıramıyordum. Ama her şeye rağmen bir yandan da beraber yaşıyoruz. Durumu düzeltmeye çalışıyorum. Tolare etmeye çalışıyorum. Şu an çok kolay ilişkimiz. Şu an güzel. İlaç tedavisi sayesinde güzel. İlaçları almazsa işler değişir” (Katılımcı 2).*

*“Hasta olmadığında atak geçirmediğinde kardeşim gayet sakin bir insan. Sabit ve normal bir durumdayken ilişkimiz çok iyi yani ilaçlarını düzenli kullandığı sürece. Ama hastalık kaynaklı bize düşmanca davranabiliyor” (Katılımcı 5).*

#### ***e. Kardeş ile İletişim Kurma Problemleri***

Katılımcı kardeşlerin; psikolojik bozukluğa sahip olan kardeşleri ile iletişim kurma noktasında problem ve güçlükler yaşadıkları belirtilmiştir. Çoğu katılımcı kardeş; hasta olan kardeş ile gerek hastalık belirtileri, gerek kendi iletişim problemleri sebebi ile sağlıklı bir iletişim kuramamaktadır. Örnek olarak bazı katılımcıların söylemleri aşağıdaki gibidir.

*“İlişkimizdeki en zor yön aslında onun iletişimsizliği ile ilgili. Beni dinlemiyor. İletişim kuramıyoruz. Tuvalet adabı, alışkanlığı konusunda çok sıkıntı yaşıyoruz ve sürekli bu yüzden kavga ediyoruz” (Katılımcı 7).*

*“Kardeşim kolay kolay konuşmaz. Takıntıları var. Konuşmuyor. İletişim kuramıyoruz.” (Katılımcı 13).*

*“Anlaşabiliyoruz kardeşimle. Çok sıkıntım olmuyor ancak zor yönlerinden bahsetmek gerekirse kardeşim birçok şeyi bize yaptırmaya çalışıyor. Çocuk gibi davranıyor. İşte burayı ara, şunu söyle vb. gibisinden. Dışarı çıkmak istemiyor. İletişim kurmuyor veya sadece kendi isteklerini yaptırmak için iletişim kuruyor. Sorumluluk almıyor” (Katılımcı 10).*

Katılımcı 10 kardeşinin iletişim kurma problemi sebebiyle ikinci kişilerle iletişim kurma konusunda kendisine daha fazla sorumluluk yüklendiğini ifade ediyor. Kardeşinin yerine iletişim kurduğundan bahsediyor.

#### ***f. Kardeşlik Bağı ve Dayanışma***

Katılımcı kardeşler; hasta olan kardeşleri ile ilişkilerinin olumlu yönlerinden bahsederken sıklıkla kardeşlik bağı ve dayanışmaya vurgu yapmışlardır. Katılımcı kardeşler hasta olan kardeşlerine karşı dayanışma ve destek duygusu içerisinde olduklarını belirtmekle birlikte hasta olan kardeşlerine yardım etmek için çaba göstermektedirler. Aralarındaki kardeşlik bağı sebebi ile hasta olan kardeşi anlamaya çalışmaları, empati yapmaları ve yardım etmeleri bu bağı güçlendirmektedir.

*“Bana çok düşkündür. Benim için canını verir. Benim dişim ağrırsa 3 gün başımdan ayrılmaz.” Ben artık onun dilini anlıyorum. Neyden etkilenir neye kızar.*

*Psikolojik sağlığını bozacak faktörlerden uzak tutmaya çalışıyorum. Her şeyini bana anlatır. Sürekli muhabbet ederiz. Onun isteklerini anlamaya çalışıyorum” (Katılımcı 12).*

*“İlişkimiz iyi. Arkadaş gibiyiz aynı zamanda her şeyimizi de paylaşıyoruz” (Katılımcı 11).*

*“İlişkimiz çok iyi. Ben kesinlikle yalnız bırakmıyorum kardeşimi. Kardeşim anne ve babamla yaşıyor ama ben sürekli destek oluyorum ilaç takibini yapıyorum” (Katılımcı 14).*

### **3. Psikolojik Bozukluğa Sahip Kardeşin Olmasının Getirdiği Zorluklarla Baş Etme Yolları**

Katılımcı kardeşler; psikolojik bozukluğa sahip kardeşin olması sebebi ile birtakım psikososyal sorunlar yaşamaktadırlar. Bu problemlerle baş etmek için neler yaptıkları sorulmuş olup katılımcılar benzer zorluklarla baş etme stratejilerini paylaşmıştır. Baş etme stratejilerinde ortaya çıkan ortak temalar; Dini aktivitelere yönelme, bireysel aktiviteler yaparak kendine alan ayırma, destek ve kabullenme süreçleri için yardım alma, ortak temalar olarak öne çıkmaktadır.

#### **a. Din ve İbadete Yönelme**

Katılımcı kardeşler hastalık kaynaklı zor durumlarla baş etme yöntemi olarak dinî aktivitelere yöneldiklerini belirtmişlerdir. Bu baş etme yöntemi sonrasında rahatladıklarını ifade etmişlerdir. Aşağıda katılımcılardan bazılarının söylemlerine örnek verilmiştir

*“İbadet ediyorum. Atak geçirdiği ve çok zorlandığı dönemlerde dini sohbetlere gidiyorum. Dini sohbetlere gidince, orada derdimi anlatıyorum ve kardeşim için dua ediyoruz. Sonucunda rahatlıyorum” (Katılımcı 1).*

*“Çok bunaldığımda ibadet ediyorum. Namaz kılıyorum ve dua ediyorum. O zaman rahatlıyorum” (Katılımcı 14).*

#### **b. Aktiviteler ve Alan Yaratma**

Kendi kendilerine bir alan yaratma çabası, katılımcıların zorluklarla başa çıkma stratejileri arasında öne çıkmaktadır. Kitap okuma, belgesel izleme, dikiş kursuna gitme, sahilde yürüyüş yapma, temizlik gibi bireysel aktiviteler ile katılımcı

kardeşler rahatlama ve stres ortamından uzaklaşmayı amaçlamaktadırlar. Aşağıda katılımcıların söylemlerine örnek verilmiştir.

*“Dikiş kursuna rahatlamak için gittim, kitap okuyorum, belgesel izlemeyi çok severim. Kardeşime de farklı bir televizyon aldım o da oradan izliyor. Kendime küçük de olsa bir alan yaratmaya çalışıyorum” (Katılımcı 10).*

Katılımcı 10 hastalığın getirdiği zorluklarla baş etme yöntemi olarak hobilerine yönelttiğini ifade etmiştir.

*“Bazen bağırup çağırıyorum. Evde çiğlik atıyorum kendimi rahatlatmaya çalışıyorum. Kendimi boşaltıyorum. Yoksa insan patlama derecesine gelir. Bağırmasam ona kızmasam kendime zarar vereceğim. Çıkıp gidiyorum çok bunaldığımda. Sahile çıkıyorum. Yürüyüş yapıyorum” (Katılımcı 4)*

*“Sahile çıkıyordum yürüyüşe. Hala daha zorlandığımda çıkıp deniz kenarında yürüyüş yapınca kafamı boşaltabiliyorum. Kendi kendimi rahatlatıyorum” (Katılımcı 2).*

Katılımcı 2 ve 4 duygusal yoğunluğu ile baş etmek için gerçekleştirdiği rutinlerden bahsetmiştir.

*“Çok dayanamadığım ve sabrım taşıdığı zamanlarda temizlik yaparak sakinleşmeye çalışıyorum. Ev işi yapıyorum. Ev işi yaptığımda tek başıma kalıp kendime alan yaratabiliyorum çünkü” (Katılımcı 9).*

Katılımcı 9 diğer katılımcılardan farklı olarak kendisine kişisel alanı temizlik yapabildiğinde yarattığını ifade etmiştir. Duygusal stresle başa çıkmada ev temizliğini bir araç olarak kullanmaktadır.

### ***c. İlaç Tedavisi ve Profesyonel Yardım***

Katılımcı kardeşlerin ikisi zorlukla baş edemedikleri için ruh sağlığı kuruluşlarına başvurduklarını ve ilaç kullandıklarını belirtmişlerdir. Ancak görüşmeler esnasında da katılımcı kardeşlerden ilaç tedavisi almayanların yoğun stres belirtileri gösterdikleri görülmüştür. Aşağıda katılımcıların söylemlerine örnek verilmiştir.

*“Zorluklarla baş etmek için sorunda uzaklaşmaya çalışıyorum. Sorunların beni etkilediğini düşünüyorum. Benim de okb problemim var ve kardeşim alevlenince benim hastalığımda tetikleniyor. İlaç kullanıyorum. Tabiki kardeşimin alevlenme*

*dönemlerinde ben de mutlaka bir psikiyatri uzmanına kontrole gidiyorum çünkü durumdan etkileniyorum”(Katılımcı 13).*

*“Bazen alevlenme döneminde ilaç dozları ile oynuyorum. Fazla ilaç veriyorum kardeşime. Biliyorum yaptığım yanlış ama baş edemiyorum. Hastane yatışa kabul etmiyor. Ben napayım. Bende insanım. Çıkıp gidiyorum çok bunaldığımda. Ben de antidepressan kullanıyorum. Olmuyor çünkü” (Katılımcı 4).*

#### **4. Psikolojik Bozukluğa Sahip Kardeşin Olmasının Gelecek Yaşama Etkisine Dair Düşünceler**

Katılımcı kardeşlere; psikolojik bozukluğu olan kardeşin gelecekte kendi yaşamlarına nasıl etki edeceği konusundaki duygu düşünceleri sorulmuştur. Katılımcı kardeşler gelecek yaşama dair endişelerini dile getirmişlerdir. Katılımcılar, kardeşinin gelecekte kendilerine ve ailelerine yük olacağını düşünerek endişe ve kaygı duymaktadırlar. Kardeşe gelecekte bakım vermenin; sosyoekonomik olarak zorlayacağını düşünme ve buna bağlı olarak endişe ve kaygı duydukları görülmüştür. Katılımcılar, kardeşine bakmak için maddi ve manevi olarak büyük bir fedakârlık yapmak zorunda kalacaklarını düşünmektedirler. Ayrıca katılımcı kardeşler gelecekte psikolojik bozukluğu olan kardeşin bakım ihtiyacı oluşması halinde; alternatif bakım seçenekleri aramaktadırlar. Engelli bakım merkezlerinden destek almak isteyen katılımcıların yanında buna karşı olan ve kabul edilebilir bir seçenek olmadığını düşünen katılımcılarda mevcuttur. Bir katılımcı kardeşinin evlenmesi halinde geleceğe dair endişesi kalamayacağını dile getirmiştir.

##### **a . Geleceğe Dair Belirsizlik Sebebi ile Endişe ve Kaygı**

Katılımcı kardeşler gelecekte psikolojik bozukluğa sahip olan kardeşin bakım ihtiyacı olabileceği ve bakım vermenin getirdiği zorluklar sebebi ile endişe ve kaygı duymaktadırlar. Aşağıda katılımcıların söylemlerine örnek verilmiştir.

*“Gelecekte ne olacağını düşünmez miyim? Her gün bunu düşünüyorum. Ben yaşlanınca ne olacak? Kim bakacak? Kardeşim de bunu problem ediyor. Küçük oğluma diyor ki ablama bir şey olursa bana bakar mısın? Endişe ediyorum. Olduğu kadar artık. Napayım elimden geleni yapıyorum. Diğer kardeşlerim bakmıyor. Biri öğretmen. Öğretmen olan kardeşimin eşine hastalık döneminde bıçak çekmişti. Bu*

*sebeple kimse evine istemiyor. Korkuyorlar. Benden başka bakacak kimse yok” (Katılımcı 4).*

*“Tabi ki de gelecekte ne olacağını düşünüyorum. Annem yaşlı. Birkaç yıl sonra bakamayacak kardeşime. Gelecekte ne olacak diye düşünüyorum. Benim de korkularım var aslında benim de psikolojik problemlerim var. Korkuyorum tabiki” (Katılımcı 7).*

*“Annem vefat ederse ne olacak diye düşünüyorum. En azından şu an ayrı bir evde annemle birlikte. Ama diğer türlü olursa eşim ablamı kabul etmeyebilir yanımızda kalmasını. Bu konuda tedirginim” (Katılımcı 9).*

### ***b. Gelecekte Oluşabilecek Sosyoekonomik Zorluklar***

Katılımcılar, kardeşine gelecekte bakım verecek olmanın sosyal ve ekonomik zorluklar yaratacağını düşünüyor.

*“Gelecekte evlenmeyi düşünüyorum. Şu an bekarım. Ancak evlendiğimde de kardeşime ve anneme bakmam gerekiyor. Evlenme niyeti ile görüştüğüm kişiler kardeşim ile aynı evde yaşamayı kabul etmiyorlar. Ancak kardeşime bakmaya mecburum. Evlendim diyelim evlensem dahi iki ayrı ev kurmak zorundayım ve sürekli iki eve bakmak zorundayım. Böyle bir maddi durumum yok. Aile kurup kendi hayatımda ilerleyemiyorum. Bakım evine de veremem. O tarz yerler bize ters. İnsanlar ne düşünür hakkımızda” (Katılımcı 3).*

*“Nasıl etki edecek onu bilemiyorum. Şu an için geleceği göremediğimiz için bilemiyorum. Ne zamana kadar bakabilirim onu da bilemiyorum. Planım yok bakabildiğim kadar bakıcam ama bende yaşlanıyorum ve ekonomik olarak zorlanıyorum. Eşim çok fazla kazanmıyor. Ben çalışmıyorum. Çocuklarım var. Gün geçtikçe ekonomik olarak zorlanıyoruz” (Katılımcı 1).*

### ***c. Alternatif Bakım Seçenekleri***

Katılımcılar, kardeşin bakım ihtiyacı oluşması halinde alternatif bakım seçenekleri aramaktadırlar. Bakım merkezi seçeneklerini düşünen katılımcıların yanı sıra aile bireylerini gelecekte bakım konusunda teşvik eden katılımcıların da olduğu görülmüştür.

*“Tabi ki düşünüyorum. Ben yaşlanıyorum. Kardeşime bakacak hiç kimse yok. Açıkçası diğer kardeşlerimde bakmazlar. Kolay biri değil Kolay bir hasta değil. Ben*



*ritmi tutturdum alıstım o sebeple bakabiliyorum. İmkanım var bakabiliyorum. Ama gerçekten yoruluyorum. Yorulduğum zamanlar oluyor. En son çare olarak devletten yardım isteyeceğim. Bakabildiğim yere kadar bakacağım. Bakım merkezleri araştırıyorum. Eğer bakamazsam o seçeneği düşüneneğim gelecekte” (Katılımcı 10).*

10 numaralı katılımcı kardeşinin gelecekte bakım ihtiyacı oluşması halinde devlete bağlı bakım kuruluşlarından destek almak istediğini ifade etmiştir.

*“Gelecek konusunu düşünüyorum aslında ama bizim ilk amacımız onu evlendirmek aslında. Belki o zaman iyileşir diye düşünüyorum İyileşmezse bile eşi bakar. Ama işte bir taraftan da korkuyoruz. Evlendirme konusunda. Hem ona bakacak biri olur ama kaş yaparken de göz çıkartmış olur muyuz? “( Katılımcı 11).*

11 numaralı katılımcı diğer katılımcılardan farklı olarak, kardeşinin evlenmesi halinde gelecekte oluşabilecek bakım ihtiyacı durumunun çözüleceğini düşünmektedir.

*"Bana bir şey olsa da kardeşim geride kalırsa diye ona ev aldım. Benden sonra evi elinden almaya çalışırlarsa diye ona aldığım evin kullanım hakkını ölünceye kadar ona devrettim. Bir şekilde babamdan kalan maaş ile bakıcı tutarsa evinde kalır ve hayatını sürdürebilir. Kira ödemez. Elimden bu geldi ve bunu yapabildim" (Katılımcı 12).*

12 numaralı katılımcı kardeşi ile birlikte yaşamaktadır. Ancak kendisi vefat ettikten sonra kardeşinin geride bırakmamak için kardeşine ait bir ev aldığını ve bu şekilde geleceğe dair bakım ihtiyacı oluşması durumunda kardeşinin problemini çözdüğünü düşünmektedir.

*“Bazen tedirgin oluyorum ama kendi oğlumu tembihliyorum. İllaki o da ilgilen sin alışsın diye. İlgilenmek lazım sonuçta insan. Oğluma aşıl amaya çalışıyorum bakması için. Diğer kardeşlerimi bakım konusunda teşvik etmeye çalışıyorum zaman zaman gelecek yaşamı düşündüğümde. .Benden sonra da yaşamına devam etmesini istiyorum. Kardeşlerime ve oğluma da kabul ettirdim artık hasta olduğunu”( Katılımcı 2).*

*“Düşünüyorum ne olacak diye ama kardeşimin oğlunu ben büyütüyorum şu an koruyucu aile olduğum için. Oğluna aşıliyorum ve tembihliyorum bakması için. Gözüm kapalı onlara güvenirim. Gözüm arkada kalmayacak” (Katılımcı 14).*

2 ve 14 numaralı katılımcı ise geleceğe dair bakım ihtiyacı oluşması halinde ailenin diğer üyelerinin bilinçlendirilmeye çalıştıklarını ifade etmişlerdir. Bakım yükünün aile dinamikleri arasında paylaştırılmaya çalışıldığı belirtilmiştir.

## **D. Psikolojik Bozukluğu Olan Kardeş Sahibi Birey Olarak Gereksinim Duyulan Sosyal Hizmet/Destek İhtiyaçları**

Katılımcı kardeşler, psikolojik bozukluğa sahip olan kardeşlerinin sosyal ve ekonomik desteklere ihtiyaç duyduğunu belirtmişlerdir. Bu destekler arasında maddi yardım, ulaşım desteği, barınma desteği, iş bulma desteği, eğitim desteği vb. yer almaktadır. Katılımcı kardeşlerin birçoğu, kardeşlerinin uzakta yaşaması nedeniyle hastaneye ulaşım konusunda zorluk yaşadıklarını belirtmiştir. Bu durum, kardeşlerinin ruh sağlığı kuruluşlarına daha erişilebilir bir konumda olması ve fiziksel destek alabilmeleri için taleplerini içermektedir. Hastalık sebebi ile maddi zorluklar yaşadıklarını belirten katılımcı kardeşler psikolojik bozukluğa sahip kardeşlerinin tedavi masrafları ve günlük ihtiyaçları için maddi destek talep etmektedirler. Ayrıca birçok katılımcı benzer olarak kardeşlerinin sosyalleşme ihtiyacından bahsetmişlerdir.

### **1. Psikolojik Destek**

Katılımcı kardeşler gereksinim duydukları ihtiyaçlardan bahsederken özellikle hasta yakınlarına da psikolojik destek sağlanması gerektiği üzerinde durmuşlardır. Ruhsal bozukluğu bireyle birlikte çevreni de etkilemesi bu ihtiyacın gerekli olduğunu düşündürmektedir.

#### **a. Erişilebilir Ruh Sağlığı Kurumları**

Ağır ruhsal hastalıklar bireyi ve içerisinde yer aldığı çevreyi de etkilemektedir. Katılımcı kardeşler ile yapılan görüşmelerde; kardeşlerin büyük bir kısmı ruh sağlığı hizmetlerine ücretsiz şekilde erişmek istediklerini ve psikolojik destek konusunda öncelendirmeleri gerektiğini ifade etmişlerdir.

*“Zaten gün geçtikçe yaşılanıyoruz. Ben yaş aldıkça onu hastaneye getirip götürmem çok zor olacak. Yakınları olarak bizlere de psikolojik destek hizmeti verilmeli. Ben çok ihtiyaç duydum. Yıprandım. Çünkü bu hastalık genetik. Evde ruh sağlığı hastalığı olmayan kişi olarak ben 3-4 kişi ile aynı anda uğraştım ve bundan dolayı destek almak istediğim çok zaman oldu. Ancak kendi imkanlarımızla destek*

*almamız gerektiği ifade edildi kardeşimin tedavi gördüğü kurumlarda. Bu hastalık bizi de yıpratıyor. Bizi görün lütfen” (Katılımcı 2).*

Katılımcı 2 kendisinin gün geçtikçe yaş aldığını ve ilerleyen süreçlerde karşılaşacağı zorlukları ve bir kardeşinin ruh sağlığı sorunlarıyla başa çıkmanın getirdiği yükü vurgulamaktadır. Katılımcı 2 aynı zamanda ağır ruhsal hastalıkların genetik yatkınlığı sebebi ile 3-4 aile üyesinin benzer durumda olduğunu ve hastalıkların getirdiği yüklerle tek başına mücadele ettiğini bildirmiştir. Bu durumu açıklarken psikolojik destek eksikliğine vurgu yapmış ve herkes için ruh sağlığı hizmetlerinin olması gerektiğini; sadece hasta olan kardeşe değil, aynı zamanda aile üyelerine de yönelik olması gerektiği konusunda bir çağrıda bulunmuştur.

*“ Kardeşim Bipolar hastası. Nereye gitsek bu hastalığın genetik olduğu ifade ediliyor. Ben korkuyorum acaba bende bu hastalık var mı diye... Özellikle bizim gibi kardeşi olanların yakınları analiz edilmeli. Devlet bu konuya eğilmeli. Mesela bu kişi bipolar aileye psikolojik destek sağlayalım denmesi gerekiyor. Destek almak istediğimizde hastanelere yönlendiriyorlar ancak sıra bulamıyoruz. Bize ayrıcalık tanınmalı” (Katılımcı 15).*

*“Ben çok korkuyorum bir gün hastalanırım kardeşim gibi diye. O sebeple bizlere psikolojik destek verilmesi lazım ücretsiz olarak” (Katılımcı 13).*

Katılımcı 15 ve 13 ruh sağlığı hizmetlerine erişim konusunda; ağır ruhsal bozukluğa sahip bireylerin yakınlarına pozitif ayrımcılık yapılması gerektiğini dile getirmiştir.

### ***b. Aile Müdahaleleri***

Katılımcılar ile yapılan görüşmelerde bazı katılımcıların benzer hastalık deneyimlerine sahip aile bireylerinin bir araya getirilmesi gerektiği konusundaki düşünceleri göze çarpmıştır. Topluluk desteğinin önemi üzerinde durularak aile destek programlarının ruhsal bozukluğa sahip bireylerin yakınları üzerinde yoğunlaştırılmasının gerekliliği belirtilmiştir.

*“Aileler ile ilgili programlar olmalı. Aileler ihmal ediliyor. Ailelere de destek verilmeli. Eğer ailelere destek verilirse biz toplum olarak bu hastalıkla daha kolay mücadele ederiz. Benzer deneyimler yaşayan aile üyelerinin düzenli olarak bir araya*

*gelmesi. Nasıl mutluluk paylaştıkça çoğalırsa üzüntü de paylaştıkça azalır” (Katılımcı 10)*

*“Mesela Avrupa’da insana , engellilere çok değer veriliyor. Psikolojisi bozuk olanlara da keza öyle. İnsanı düzeltebilmek için çok uğraş veriyorlar. Çünkü neden biliyor musunuz? Hasta olan insanla empati yapıyorlar. Karşıdaki insanın yerine koyuyorlar. Ailelerini anlıyorlar. Bizde aileler çok göz ardı ediliyor. Annesi babası özellikle kardeşleri. Aileler bir araya getirilmeli ve aileler birbirine destek olmalı” (Katılımcı 13)*

Katılımcı 10 ve 13, ağır ruhsal bozukluğa sahip bireylerin ailelerinin de desteklenmesi gerektiğini dile getirmiştir. Ruh sağlığı hizmetlerine erişimde ,ağır ruhsal bozukluğa sahip bireylerin ailelerinin önceliklendirilmesi gerektiği ve benzer deneyimleri yaşayan aileler ile bir araya gelerek destek grupları oluşturulması gerektiğini belirtmişlerdir. Her iki katılımcı da, ruhsal sağlık konusunda sadece hasta olan bireyin kendisine değil ailesinin de ruhsal sağlığına odaklanılması gerektiğini belirtmiştir. Katılımcı 10'un ifadesine göre benzer deneyimlere sahip aile üyelerinin düzenli olarak bir araya gelmesi önerisi, topluluk desteğinin önemini göstermektedir.

## **2. Ekonomik Destek**

Katılımcılar ile yapılan görüşmelerde, ağır ruhsal bozukluğa sahip kardeşin hastalığı sebebi ile ekonomik güçlükler yaşadıklarını ve bu durum sonucunda çeşitli destek taleplerinin olduğunu dile getirmişlerdir. Finansal yardım, aynı yardımlar, sosyal konut desteği, ulaşım desteği vb. ihtiyaçlarını dile getirmişlerdir. Katılımcıların ifadelerinden; ruhsal bozukluğa sahip kardeşin işlevselliğinin bozulması sebebi ile gelir getirici bir faaliyette bulunamamasının katılımcıları ekonomik olarak güçlüğü soktuğu, hasta olan kardeşe yardım etmediklerinde suçluluk duygusu geliştirdikleri görülmüştür. Ayrıca katılımcıların büyük çoğunluğu ulaşım ihtiyacından bahsetmekle birlikte; ailelere de ulaşım özelinde ekonomik destek sağlanması gerektiğini belirtmişlerdir.

### **a. Maddi Yardım**

Katılımcılar ile yapılan görüşmelerde, ağır ruhsal bozukluğa sahip kardeşlerinin ihtiyaçlarını karşılayabilmeleri için maddi destek taleplerinin ağırlıkta olduğu görülmüştür. Katılımcıların ifadelerinden; ruhsal bozukluğa sahip kardeşin

işlevselliğinin bozulması sebebi ile gelir getirici bir faaliyette bulunamamasının katılımcıları ekonomik olarak güçlüğü, hasta olan kardeşe yardım etmediklerinde suçluluk duygusu geliştirdikleri görülmüştür

*“Benim planım da ve isteklerim de şöyle bir şey var. Mesela devlet bu kişilere ev alma hakkı ve ev sahibi olma hakkı tanısaydı benim hayatım daha kolay olurdu. En azından maddi olarak. Sosyal konutlardan ücretsiz yararlanmaları lazım. Böyle olursa bende kendi hayatımı kurabilir ve evlenebilirim” (Katılımcı 3).*

3 numaralı katılımcının ifadesinden ekonomik destek beklentisi olduğu anlaşılmaktadır. Katılımcı 3 ün dile getirdiği sosyal konutlardan ücretsiz yararlanma desteği, maddi olarak daha iyi bir yaşam sürme arzusunu yansıtmaktadır. Katılımcı ifadesinde kendi hayatını kurmak ve evlenmek için kardeşinin desteklenmesi gerektiğini ifade etmiştir. 3 numaralı katılımcının annesi ve kardeşinin bakımını üstlenmesi ve kendi hayatını kuramamasının bu ihtiyacı dile getirme sebebi doğurduğu düşünülebilir.

*“Çok para harcıyor. Para yetiştiremiyorum. Maddi desteğe ihtiyacımız var. Maddi yardımlardaki gelir kriterine uymuyoruz ancak istekleri bitmiyor ki ruhsal hastalıktan dolayı. Onun istediği şeyi almazsam kıyametler koparıyor. Abur cubur istiyor. Meyve istiyor. Ruhsal hastalık ile uğraşmak gerçekten çok zorlu” (Katılımcı 4).*

4 numaralı katılımcı sosyal yardım kriterlerinin farkında olduğunu ancak ruhsal engelli bireylerin ihtiyaçlarının karşılanmaması durumunda çok fazla olumsuz etki yaşadıklarını ve kendi gelir kaynaklarının yetersiz olduğunu belirtmiştir. Ruhsal engelli bireylerin ihtiyaçlarının karşılanabilmesi için gelir kriterlerinin tekrar gözden geçirilmesi gerektiğini belirtmiştir.

### ***b. Ulaşım Desteği***

Katılımcılar ile yapılan görüşmelerde, hasta olan kardeşlerinin ruh sağlığı kuruluşlarına ulaşımı noktasında problem yaşadıkları görülmüştür. Çoğu katılımcının kardeşi ruhsal engel sebebi ile engelli raporuna sahiptir. Toplu taşımadan ücretsiz yararlanmaktadır. Ancak kardeşin ruhsal hastalığı sebebi ile çoğu katılımcı toplu taşıma kullanamadıklarını dile getirmiştir.

*“Hastaneye ulaşım konusunda da sıkıntı yaşıyoruz. Belediyeden destek istiyoruz ancak ağır engelli olmadığı için çok orali olmuyorlar. Kendi imkanlarımızla geliyoruz. Hastaneye ben getiriyorum. Kardeşimin engelli otobüs kartı var ancak ağır engelli olmadığı için bana refakatçi kartı vermiyorlar ücretsiz şekilde. Ruh sağlığı hastalarında buna bir çözüm getirilmesi lazım” (Katılımcı 7).*

Katılımcı 7 diğer katılımcıların büyük çoğunluğuna benzer olarak ulaşım desteği ihtiyacından bahsetmiştir. Ancak farklı olarak kendi kardeşinin hastalık belirtileri sebebi ile toplu taşıma kullanmadığını ulaşım konusunda özellikli bir hizmet olması gerektiğini, kardeşinin hastaneye ulaşımında refakat gerektiğini belirtiyor. Refakat için de kendisinin de ulaşım desteğinden yararlanması gerektiğini belirtiyor.

*“Kardeşim çok fazla uyuyor. Aktiviteler olması lazım. Çünkü sürekli uyumak istiyor. Sosyalleşmesi için güvenli ortamlar olmalı. Ulaşım desteği sağlanmalı. Evet ücretsiz ulaşım kartı mevcut ancak otobüse binmek istemiyor. Toplu taşımada zorlanıyor. Mahallemizde sosyalleşebileceği güvenli bir ortam olması lazım. Aslında onun hastalığını yadırgamayacak bir iş yerinde de çalışabilir. Bu konuda destek sağlanmalı” (Katılımcı 14).*

Katılımcı 14 de diğer katılımcılar ile benzer söylemlere yer vererek kardeşinin toplu taşıma kullanmak istemediğini belirtmektedir.

*“Hani aslında diyorlar ya engelliye önem veriyoruz diye ben öyle bir şey göremedim. Bu hastalık grubunun görünür bir engeli olmadığı için mi göz ardı ediliyor anlayamadım. Ruhsal hastalığı olan kişiler göz ardı ediliyor. Aileleri de göz ardı ediliyor. Sosyal aktiviteler konusunda daha fazla imkan olmalı. Güvenli ortamlar oluşturulmalı. Ulaşım desteğini istediğimizde sağlanmasını isterim. Çünkü bu kişiler toplu taşıma kullanamıyor ancak belediye hizmetleri örneği ağır fiziksel engeli olanları hastaneye götürmekte destek sağlıyor sadece. Ruhsal engel yine burada da göz ardı ediliyor” (Katılımcı 9).*

Yerel yönetimlerin ulaşım desteğinde fiziksel engellilere yönelik olan pozitif ayrımcılıktan, katılımcı 9 rahatsızlık duyduğunu ifade ediyor. Ruhsal engelli bireylerin hastaneye ulaşımı konusunda yerel yönetimlerin özellikli bir hizmet geliştirmesinin gerekli olduğu ifade ediliyor.

### 3. Sosyal Destek

#### a. Topluma Katılım Desteği

Katılımcıların ifadelerinden anlaşıldığı üzere, ruh sağlığı hastalarının ihtiyaç duyduğu en önemli desteklerden biri sosyalleşme desteğidir. Ağır ruhsal bozukluğa sahip bireyler sosyal izolasyona maruz kalmaktadırlar. Bu nedenle, ruh sağlığı hastalarının sosyal aktivitelere katılımının teşviki ve onlara sosyalleşme fırsatları sunulması gerektiği katılımcılar tarafından ifade edilmiştir. Katılımcıların neredeyse tamamı psikolojik bozukluğu olan kardeşin sosyal izolasyon sürecinden bahsetmişlerdir. Bu durum için sosyalleşmek, etkinliklere katılmak, yaşam koçu hizmeti ve güvenli bir şekilde çalışabilecekleri iş ortamlarının oluşturulması için destek beklediklerini ifade etmişlerdir.

*“Aslında ruhsal hastalıklara yönelik kurslar çok kısıtlı. Bu kişiler sosyalleşmek istemiyorlar. Herkesin evi de yakın olmuyor maalesef kurs merkezlerine Tedavi programlarına zorunlu olarak bir kurs konmalı. Örneğin spor. Her gün tedavi programında spor olmalı” (Katılımcı 10).*

10 numaralı katılımcı ağır ruhsal bozukluğu olan kardeşinin tedavi programında zorunlu olarak sosyal aktiviteler olması gerektiğini ifade ediyor.

*“Kardeşim çok fazla uyuyor. Aktiviteler olması lazım. Çünkü sürekli uyumak istiyor. Sosyalleşmesi için güvenli ortamlar olmalı. Ulaşım desteği sağlanmalı. Evet ücretsiz ulaşım kartı mevcut ancak otobüse binmek istemiyor. Toplu taşımada zorlanıyor. Mahallemizde sosyalleşebileceği güvenli bir ortam olması lazım. Aslında onun hastalığını yadırgamayacak bir iş yerinde de çalışabilir. Bu konuda destek sağlanmalı” (Katılımcı 14).*

*“Tabi ki. Bu kişilerin toplum içine çıkmalarının desteklenmesi gerekiyor. Sosyalleşmeleri gerekiyor. Ancak hastalıkta sosyalleşmeyi kabul etmiyorlar. Özellikle ilaç takibinden öte tamamen sosyalleşebilecekleri kafe gibi mekanlar oluşturulmalı devlet tarafından” (Katılımcı 6).*

6, 10 ve 14 numaralı katılımcı; kardeşlerinin sosyalleşebilmesi için evlerine yakın güvenli bir alan oluşturulması gerektiğini ifade ediyor.

*“Destek olarak hayatın içine katılması lazım. Aslında çalışıyor. Ancak sürekli hastalık sebebi ile izin alıyor. Bunu işverenler hoş görmüyor. Onun hastalığının*

*farkında olan yerler oluşturulmalı. Evet engelli kadrosundan işe alım yapıyor ancak ruhsal engelli raporunu gören işverenler bunu istemiyor. Ruhsal engel işte bu deli falan diyorlar. Bu konuda etiketliyorlar. Zorunlu olarak ruhsal engelli kadrosu açılmalı devlet tarafından. İşverenler zorunda kalmalı çalıştırmak için. “(Katılımcı 5).*

5 numaralı katılımcı engelli istihdamının zorunlu olduğunu ancak ruhsal engelli bireylerin istihdamının işverenler tarafından tercih edilmediğini belirtiyor. Çalışabilecek durumda olan ruhsal engelli bireyler için zorunlu “ruhsal engelli” kadrosu kontenjanı açılmasının gerekliliğini dile getirmiştir.

*“Sürekli evde olduğu için sosyalleşmesini sağlayacak aktiviteler gerekiyor. Dışarı çıkıp ona refakat edecek birileri olması gerekiyor. Bu sağlanmalı devlet tarafından. Gezmesi ve sosyalleşmesi için” (Katılımcı 7).*

Katılımcı 7 ağır ruhsal bozukluğa sahip kardeşinin sosyalleşebilmesi için bir nevi yaşam koçu desteği olması gerektiğini ifade ediyor. Kardeşinin sosyalleşebilmesi için profesyonel olarak dışarıda yardımcı olabilecek birinin gerekliliğini dile getirdiği görülmüştür.

### ***b. Farkındalık Çalışmaları***

Katılımcılar ile yapılan görüşmelerde kardeşlerinin hastalığı hakkında toplum tarafından damgalamaya uğradıkları anlaşılmıştır. Hastalığının bilinmemesinden kaynaklı bu durumun oluştuğunu düşünen katılımcılar; bilgilendirici oturumlar ile farkındalık çalışmaları yapılmasının gerekliliğini belirtmişlerdir.

*“Çok daha erken müdahaleler yapılması lazımdı. Devletin ruh sağlığına yönelik farkındalık çalışmaları yapması lazımdı. Çünkü biz tedaviye çok geç kaldık. Eğer erken tanı ve tedavi olsaydı “bu hastalık hem beni, hem ailemizi, hem de toplumu bu kadar yıpratmazdı” (Katılımcı 10).*

Katılımcı 10 ruhsal hastalıklar konusunda farkındalık çalışmaları yapılmasının gerekliliğinden bahsetmiştir.

*“Bizde psikoloji hastalarına şu şekilde yaklaşıyor. İlaç verdim düzelsin anlayışı ile. Ama hayata katılmasıyla alakalı bir şey yapılmadı, yapılmıyor. Bu konuda eksiklikler var. Tabi bu benim görüşüm. Mesela bizim ülkemizde down sendromlular için çok kampanya yapıldı. Hayatın içindeler. Ama mesela benim kardeşim gibi ruh*



*sağlığı bozuk olanlar da engelli ama onları göz ardı ediyorlar. Bunun için bir çalışma yapılması lazım” (Katılımcı 13).*

Katılımcı 13 de diğer engel gruplarının benimsendiğini ancak ruhsal engelli bireylere yönelik yeterli çalışmanın yapılmadığını dile getirmiştir. Ağır ruhsal bozukluğu olan bireylerin görmezden gelindiğini ve bunun için farkındalık çalışmaları yapılması gerektiğini dile getirmiştir.



## V. TARTIŞMA, SONUÇ VE ÖNERİLER

### A. Tartışma

Bu bölümde, katılımcılar ile yapılan görüşmelere ilişkin bulgular, ilgili literatür bağlamında ele alınacak, çalışmanın güçlü ve zayıf yönleri sunulacak ve gelecekte yapılacak araştırmalar için öneriler sunulacaktır.

#### 1. Katılımcı Kardeşlerin Hastalık Algısı

Veriler incelendiğinde, katılımcı kardeşlerin hastalık algısı çeşitli başlıklar altında ele alınmıştır. Kardeşlerin hastalığı tanımlama biçimleri ile alakaları veriler incelendiğinde, katılımcı kardeşlerin büyük bir çoğunluğu; kardeşin sahip olduğu ağır ruhsal bozukluğu zorlayıcı bir deneyim olarak görmekle birlikte hastalığın zorlu olduğunu düşünmektedirler. Ayrıca zorlu hastalık algısının; kardeşinin tanısı şizofreni olan katılımcılar tarafından daha fazla bildirildiği görülmüştür. Hastalığın karmaşıklığı ve süreç içerisinde ortaya çıkan ilgi ve destek ihtiyacı ile katılımcı kardeşlerde zor hastalık algısı geliştiği düşünülmektedir. Liberman'a göre (2011, s. 288-294) ruhsal hastalıklara sahip bireylerin hastalık sonucu ortaya çıkan işlevsel kayıplara bağlı olarak yeti yitimi oluşmaktadır. Aile üyeleri ve dolayısıyla kardeşler de hastalığa sahip bireyin yeti yitimine karşı yük algılamaktadırlar. Yük, ruhsal bozuklukların aile bireyleri üzerindeki olumsuz etkisi olarak tanımlanmıştır. Bu bağlamda kardeşlerin zorlu hastalık algısı yük literatürü ile paralellik göstermiştir.

Kardeşleri Bipolar Duygulanım Bozukluğuna tanısına sahip katılımcılar; kardeşlerinin yaşadığı duygusal dalgalanmalar ve atakların aile içerisindeki üyeleri etkilediğini ve aileleri için zorlayıcı bir durum oluşturduğunu belirtmektedirler. Bu bulgu da ilgili literatürdeki bakım verenin ruhsal hastalığı olan birey ile yaşadığı deneyimler sonucu duygusal rahatsızlık hissetmesini ifade eden öznel yük ve yaşanan olumsuz deneyimlerin aile içerisindeki yaşama etkisini ortaya koyan nesnel yük kavramları ile açıklanabilir (Grandón, vd. 2008: 335-343). Kardeşler hastalık tanımlamaları yaparken öznel ve nesnel yüklerini belirtmişlerdir. Ayrıca alan yazındaki şizofreni hastasına bakım veren kardeşlerle yapılan bir araştırmada

kardeşlerin % 90 ının ruhsal bozukluğa sahip olan kardeşin hastalığının kendileri ve aileleri üzerinde algılanan sıkıntı ve yük açısından olumsuz bir etki yarattığı bildirilmiştir (Pierazzuoli, vd. 2020, s. 70-74).

Katılımcı kardeşler; ilaçlı tedavinin kolaylık sağlayıcı rolü üzerinde durmuşlardır. Ayrıca hastalıkların kontrol altına alınmasında ilaçların önemli bir rol oynadığını ve bu ilaçların etkilerinin hastalığın semptomlarını hafifletip normal bir yaşama katılımı sağlamada kilit bir faktör olduğunu düşündükleri görülmüştür. İlgili literatürde ruhsal hastalıklar konusunda bilgilendirme ve farkındalık amacı taşıyan aileden aileye eğitim programları incelenmiş ve eğitime katılan 34 kişiye; eğitim öncesi uygulanan ankette, ilaçlı tedavinin mutlaka uygulanması gerektiğine dair görüş bildirenlerin yüzdesel oranının % 94,1 olması bulgu ile paralellik göstermiştir (Yıldırım, vd. 2014: 35).

Hastalığın tanısının konma sürecinde yaşanan karışıklıklar ve tanının geç konulması katılımcı kardeşlerin hastalığı tanımlarken belirttikleri alt temalardan biri olarak ortaya çıkmıştır. Kardeşlerin tedaviye geç başlanması konusunda eleştirel davrandıkları görülmüştür. Ebeveynleri suçlayarak, anne babalarının hastalık hakkında bilgi eksikliği sebebi ile hasta olan kardeşlerini umursamadıklarını, tedavi için ilgili doktorun bulunması ve uygun tedavi yöntemlerinin seçilmesi konusunda hastalık başlangıcında sıkıntı yaşadıklarını belirtmektedirler. Bu bulgu katılımcı kardeşlerin ebeveynleri ile ilişkisine de bağlı olabilir. Ağır ruhsal bozukluğu olan hastaların kardeşleri ile yapılan gözlemsel bir çalışmada ( Pierazzuoli, vd. 2020: 69-74) ; ebeveyn stilleri ve bağlanma ilişkisi incelenmiş olup ebeveyn figürleri ile olumsuz deneyimler yaşayanların daha eleştirel bir tutum sergiledikleri görülmüştür.

Katılımcı kardeşlerin hastalık tanımlamalarında; hasta olan kardeşin “iradesizliği” sebebi ile hasta olduğuna dair geliştirdikleri yanlış bir inanç olduğu görülmüştür. Katılımcı kardeşlerden bazıları iradesizlik ve hastalık arasında bir nedensellik ilişkisi kurmaya çalışmıştır. Bu durum katılımcı kardeşlerin hastalığı anlama çabası olarak yorumlanabileceği gibi hasta olan kardeşin psikososyal sağlığına yönelik olumsuz bir değerlendirme yapılmasına da neden olabilir. Katılımcılardan bazıları hastalığı ilk öğrendiklerinde din ile hastalığı bağdaştırmışlardır. Hastalığın başlangıcında “şeytan kaçması” gibi dini inançlar tedavi sürecini etkilemiş ve ruh

sağlığı kuruluşuna başvurularını geciktirmiş olması sebebi ile hastalık süreci ilerlemiş ve hasta olan kardeşlerde yeti yitimine yol açmıştır.

Din ve psikoloji alanında yapılan bir araştırmanın bulgularında araştırmaya katılanlardan bazılarının psikolojik problemleri karakter ile ilişkilendirdiği ortaya çıkmıştır. Hastalık değerlendirmesi yapılırken, ilaçların kişiyi tedavi edemediği ve bunun sebebinin kişinin karakterindeki zayıflık olarak algılandığı ortaya çıkmıştır (Çağlan, 2019: 79-80). Bu anlamda elde edilen bulgular literatür ile bağlantılıdır. Ayrıca ağır ruhsal bozuklukların çeşitliliği ve karmaşıklığı da bu konuda bilgi eksikliği olduğunu ve yanlış inançların ortaya çıkabileceğini göstermektedir. Bu yanlış inançla bağlantılı olarak bazı katılımcılar kardeşin sahip olduğu psikolojik bozukluğu ceza olarak görmektedirler. Ağır ruhsal bozukluk tanısına sahip olan kardeşlerinin geçmişteki davranışları sebebi ile hasta olduklarını ve hastalığın bir ceza olarak verildiğini düşünmektedirler. Bu alanda yapılan bir araştırmada da psikolojik bozukluğa sahip bireylerin ve yakınlarının hastalığı daha önceden işlenen bir günah sebebiyle ortaya çıktığı, bu sebeple cezalandırıldıklarını düşündükleri verisi ortaya çıkmıştır (Çağlan, 2019: 109). Araştırmadan elde edilen bulgu ve ilgili literatürdeki bulgular bağlantı göstermiştir. Bu yanlış inanç durumunun ise katılımcı kardeşlerin hastalığın kaynağını anlamaya çalışma çabalarını yansıttığı düşünülmektedir. Hastalığın geçmiş yaşam ile ilişkilendirilmeye çalışması, hastalığı anlama çabası olarak görülebilir.

Şizofreni tanısı gibi benzer ağır ruhsal hastalıklar ile ilk kez karşılaşılması; tedavi edilemeyen, çözümsüz ve ölümcül bir hastalığa yakalanılmış algısı yaratarak trajik tepkilere neden olabilmektedir. Hastalığa sahip bireyin yakınları kendini suçlama eğilimi gösterirler. Genellikle akrabaların %50 sine yakın bir oran; sahip olunan psikolojik bozukluğun erken uyarıcı işaretlerini anlayamadıkları ve hastalığın ortaya çıkmasını engelleyemedikleri ve geç kaldıkları için kendilerini suçlama eğilimi gösterirler (Lieberman, 2011: 294). Katılımcı kardeşlere, kardeşin psikolojik bozukluğu olduğunu ilk öğrendikleri veya anladıkları dönemdeki ilk duygu düşünceleri sorulmuştur. Katılımcıların büyük bir çoğunluğu kabullenme süreçlerindeki duygusal dalgalanmalardan bahsetmişlerdir. Hastalıkla karşılaşan aile üyeleri tedirginlik, suçluluk ve utanç gibi duyguları bir arada yaşamaktadırlar. Hastalık ve tedavi sürecine dair bir bilinmezlik içerisinde olunması, aile üyelerinin ne yapacağını bilememe

durumunu ortaya çıkarmaktadır (Köroğlu ve Hoccoğlu, 2017: 172) . Elde edilen bulgular ilgili literatürle de paralellik göstermiştir.

Hastalığın reddedilmesi ve sağlık kuruluşuna başvurunun gecikmesi, katılımcıların büyük bir çoğunluğu tarafından ifade edilmiştir. Ebeveynlerin hasta olan kardeşe karşı bilinçsiz olarak yaklaştıkları için hastalığın anlaşılmasının geciktiği, hastalığın tanısının geç konulduğu ve tedaviye geç başlandığı katılımcıların ifadelerinde yer alan söylemlerden elde edilen bulgular arasındadır. Bu gecikmiş tanı ve tedavi başlangıcı, hastalığın daha da kötüleşmesine neden olduğu belirtilmiştir. Bu alanda yapılan bir araştırmada şizofreni tanılı bireylerin ailelerinin karşılaştıkları güçlükler incelenmiş ve ailelerin hastaların hastaneye gitme konusunda dirençli olmaları en büyük güçlüklerden biri olarak ortaya çıkmıştır. Ayrıca hastalık ve semptomları ile ilgili aile içerisindeki bilinmezlik ve bilgi eksikliği hastalığın daha ağır yaşanmasına ve ailenin bu süreçten daha kötü şekilde etkilenmesine neden olmuştur (Gök, 2018: 88). Ayrıca katılımcıların kendilerini ve ailelerini suçlayıcı söylemleri elde edilen bulgular arasındadır. Ebeveynlerinin baskıcı tutumu sonucu kardeşlerinin hasta olduğunu düşünen katılımcılar da mevcuttur. Hastalık ile karşılaşıldığında derin bir üzüntü hissettiklerini ve çaresiz hissettiklerini belirtmişler. Aile üyelerinin ruhsal hastalık ortaya çıktığında birbirlerini suçlayıcı tavırlar gösterdiği bilinmektedir. Yapılan bir araştırmada da; kötü ebeveynlik tutumları, aileler tarafından hastalığın kaynağı olarak görülmüştür. (Köroğlu ve Hoccoğlu, 2017: 171-172). Bu anlamda elde edilen bulgular literatür ile paralellik göstermiştir.

## **2. Hastalığın Kardeşlerin Psikososyal Yaşamlarına Etkisi**

Bu araştırmaya yön veren ana sorulardan biri olan; ağır ruhsal bozukluğa sahip olan kardeş sahibi bireylerin psikososyal problemleri ile ortaya çıkan yaşam deneyimlerini anlamak araştırmanın sorununu ele almak için son derece önemlidir. Katılımcı kardeşler ile yapılan görüşmelerde; psikososyal yaşamlarının etkilendiği anlaşılmaktadır. Kardeşin sahip olduğu hastalık sebebi ile psikososyal yaşamın çeşitli yönlerden etkilendiği görülmüştür. Bu etkiler olumlu ve olumsuz etkiler olarak ayrılmış, kardeşlerin ilişkileri, katılımcıların hastalığın zorlukları ile baş etme yolları ve geleceğe dair düşünceleri analiz edilmiştir.

Ağır ruhsal bozukluğa sahip kardeşi olan sağlıklı kardeşlerin en sık ve belirgin olarak karşılaştıkları problem sosyal yaşamda meydana gelen kısıtlılık sonucu sosyal

izolasyon durumudur. Katılımcı kardeşler, psikolojik bozukluğa sahip olan kardeşin toplumda uygunsuz davranışlar sergilemesi, toplum tarafından dışlanması, psikolojik bozukluğa sahip olan kardeşlerinin dışarı çıkmaktan kaçınması, sosyal ilişkilerde zorlanmaları gibi konuların üzerinde yoğunlaştıkları görülmüş olup bu sebeplere bağlı kendi sosyal yaşamlarını kısıtlamakta oldukları bulgusu elde edilmiştir. Ağır ruhsal bozukluğa sahip bireylerin yakınları üzerindeki toplumsal damga bu konuda oldukça önemlidir. Hastalığa sahip bireyin yakınları, hastalığın ortaya çıkış sebebi ile kendilerini suçlamakta; yüz kızartıcı bir suç işlemiş gibi toplumdan soyutlanmaktadır (Koroğlu ve Hocaoğlu, 2017: 171). Ayrıca katılımcı kardeşlerden hasta olan kardeşinin bakım vereni olanlar; bakımının kendi sosyal yaşamlarını engellemesi gibi nedenlerle sosyal yaşamlarında kısıtlılıklar yaşamaktadırlar. Ağır ruhsal bozukluklulara sahip bireylerin yakınları genellikle yalnız ve izole hissetmektedirler. Hastalığa sahip bireyin yakınları genellikle enerjisi ve zamanını bakım sorumluluğu sebebi ile hasta olan kişiye yöneltmektedirler. Birçok aile ve bakım veren, sosyal yaşamlarından fedakarlık yaparak (Friedrich, vd. 2008: 262) nadiren arkadaşlarını ziyaret eder veya topluluk aktivitelerinden çekinirler. 6 farklı aileden gelme içerisinde kardeşlerin de olduğu aile üyeleriyle yapılan bir araştırmada; şizofreni hastalığından kaynaklanan yaşam değişiklikleri araştırılmıştır. Araştırmaya katılanlar; normal yaşamlarını kaybettiklerini ve hastalığa göre hayatlarını şekillendirdiklerini belirtmişlerdir (Stein ve Wemmerus, 2001: 725-728). Bu bağlamda araştırmada elde edilen katılımcı kardeşlerin sosyal izolasyon yaşadığı bulgu ilgili literatürle benzerdir.

Katılımcıların büyük çoğunluğu hasta olan kardeşlerinin hastalığı nedeniyle rol ve sorumluluklarında artış yaşadıklarını ifade etmişlerdir. Sorumluluklarda artış ile birlikte sağlıklı kardeşin psikososyal yaşamlarının etkilendiği bulgusu ortaya çıkmıştır. Kardeşinin birince derecede bakım vereni olmayan katılımcılar da aynı şekilde rol ve sorumluluklarının arttığını belirtmişlerdir. Kardeşe birincil bakım verenlerin ise özellikle hasta olan kardeşin bakım ihtiyacının üstlenilmesi sebebi ile artan rol ve sorumluluklarından bahsettikleri görülmüştür. Ayrıca artan sorumluluklardan bahseden katılımcılar; hasta olan kardeşin finansal olarak desteklenmesi, finansal ihtiyaçlarının karşılanması, duygusal destek sağlamak ve günlük ihtiyaçlara yardımcı olmak gibi sorumluluklarını dile getirmişlerdir. Kronik hastalık teşhisi konmuş bireylerin ailelerindeki rol değişimini inceleyen bir

araştırmada hastalığa sahip bireylerin sorumluluklarına yerine getirmekte kardeşlerinin yardımcı olduğu, kardeşlerin hasta olan bireye yardımcı olmak için iş ve okul yaşamından ayrılmak durumunda kaldıkları, kardeşin günlük hayatına devam etmesi için gereken sorumlulukları yüksek bir oranla, kardeşlerin üstlendiği verisi elde edilmiştir (Abdan, 2023: 85-89). Bu anlamda elde edilen bulgu sorumluluk artışı literatürü ile paraleldir.

Katılımcı kardeşlerin, kardeşin hastalığının getirdiği zorluklar sebebi ile aile dinamikleri içerisinde bozulma olmuştur. Hastalık sebebi ile ortaya çıkan zorlayıcı durumlar; eşleri ile problemler yaşamlarına neden olmuştur. Kardeşe gösterilen ilgi, katılımcıların eşlerinin hasta olan kardeşten korkması, hasta olan kardeşin katılımcının çocuklarıyla problemler yaşaması gibi bulgular ortaya çıkmıştır. şizofreni gibi ağır ruhsal bozukluğa sahip kardeşleri olan bireyler; hasta olan kardeşler tarafından tehdit edildiklerini hissedebilir ve bu durum sonucunda kendisinin ve ailesinin güvenliği için endişelenebilir. Ailesi ile ilişkileri bozulabilir. Kendini güvende hissetmeyen sağlıklı kardeş hasta olan kardeşten uzaklaşabilmektedir ( Smith ve Greenberg, 2008: 57-58). Bu araştırma bulgusunda da grldğu gibi hastalık aile dinamiklerini etkilemektedir. Katılımcı kardeşler ile yapılan araştırmada literatürden farklı olarak sağlıklı kadın kardeşlerin eşleri ile ilişkilerinin bozulması dikkat çekmiştir. Hasta olan kardeşinin bakımına yardımcı olan, gelir getirici bir işte çalışmayan kadınların; hasta olan kardeşin bakımı ve ihtiyaçlarını karşılama sürecindeki aldığı sorumluluktan dolayı eşleri ile problemler yaşamışlardır. Bu farklılık Türkiye'deki geleneksel evlilik ilişkilerinin kültürel etkisi sebebiyle oluşmuş olabilir.

Birçok katılımcı psikolojik bozukluğu olan kardeşin hastalığı sebebi ile yoğun bir stres ve tükenmişlik yaşamıştır. Bakım vermenin zorlayıcı etkileri, hastalığın alevlenme dönemindeki olumsuz durumlar, hasta olan kardeşin daha da ktleşeceğine dair inanç, kardeşin başına kötü bir Şey geleceğini düşünme gibi durumlar, katılımcıları yoğun bir stres ve tükenmişliğe sürüklemiştir. Ayrıca hastalık ataklarında özellikle bipolar duygulanım bozukluk tanısına sahip kardeşi olan katılımcılar; hastalığın mani dönemlerinde kardeşlerinin aşırı finansal harcamaları sebebi ile ekonomik yoksunluğa düştüklerini ve sürekli borç ödemek zorunda kaldıkları için yoğun stres yaşadıklarını belirtmişlerdir. şizofreni hastası olan bireylerin kardeşlerinin iyi olma durumlarını stres ve başa çıkma modeli çerçevesinde inceleyen bir araştırmada; araştırmaya katılan kardeşlerin, gleri ve enerjilerinin



kalmadığını, tükenmiş durumda hissettiklerini, sürekli olumsuz durumların kardeşin başına geleceğini düşünme sebebi ile endişe seviyelerinin arttığını, kaygı içerisinde yaşamak durumunda kaldıkları (Yüksel, 2013: 65-75) verileri elde edilmiştir. Bu anlamda katılımcı kardeşler ile yapılan görüşmelerden elde edilen bulgu benzer çalışmaların bulguları ile paralellik göstermiştir. Kardeşin bakımı ve harcamaları sebebi ile ekonomik kayba uğradıklarını; iş yerinden kardeşin kontrolleri için sürekli izin almaları gerektiği için tam zamanlı bir işte çalışmadığını belirten katılımcılar mevcuttur. Ağır ruhsal bozukluk sahibi bireylere bakım verenler; özellikle şizofreni tanısına sahip bireylerin bakım verenlerinin ekonomik yoksunluk altına girdikleri görülmüştür. Dünya Sağlık Örgütü; (who.int, 2008) ağır ruhsal bozukluk hastalarına bakım verenlerin gelir getirici bir işte çalışmaması, hasta olan bireyin üretim faaliyetlerine katılmaması, ev içi rollerin değişmesi ve rutinlerin bozulması gibi durumların ekonomik yük ile sonuçlandığını bildirmiştir. Aynı zamanda ekonomik yük bildiren bakım verenlerin yaklaşık olarak %51 oranında stres yaşadıkları belirtilmiştir. Elde edilen bulgu bakım verenlerin ekonomik yükü literatürü ile aynı doğrultudadır.

Damgalama ve ayrımcı hareketlere uğrama elde edilen bir diğer bulgulardandır. Katılımcılar, kardeşin hastalığı sebebi ile kamusal alanlarda damgalama yaşadıklarını ve ayrımcı hareketlere maruz kaldıklarını bildirmişlerdir. Toplumsal dışlanma yaşayan kardeşlerin bu sebeple, komşuluk ilişkileri bozulmuş, adli makamlar ile temasa geçmek zorunda kaldıkları ifade edilmiştir. Şizofreni hastalığına sahip kardeşi olanlar ve hastalığa sahip kardeşi olmayanlar ile yapılan bir araştırmada; hasta kardeşe sahip olan bireylerin ikincil kurbanlar haline geldiği, sağlıklı kardeşlerin; utanma ve damgalama yaşadıkları belirtilmiştir. Sağlıklı kardeşlerin toplumsal damgalamaya uğradığı; şiddetli hastalık belirtileri sebebi ile çözümsüz kalındığı için toplum tarafından baskı altında hissettikleri belirtilmiştir (Barak ve Solomon, 2005: 234-238). Bu araştırmadan da görüldüğü üzere kardeşler toplum içerisinde damgalamaya uğramaktadırlar. Bulgular literatür ile bağlantılıdır.

Katılımcılar; hastalığın kendi yaşamlarına etkisinden bahsederken olumlu katkılardan da bahsetmişlerdir. Kardeşin hastalığı sebebi ile sosyal yardım alınması ve katılımcıların hastalıktan sonra duygusal ve sosyal farkındalıklarının artması ve kardeşlik bağı ile gelişen dayanışma olumlu katkılar arasında yer edinmiştir. Katılımcıların büyük bir kısmı kardeşin hastalığından sonra, empati yeteneklerinin

arttığını, sabırlı ve hayırsever biri olmaya başladıklarını belirtmişlerdir. Şizofreninin kardeşlerin algılarına etkisi üzerine yapılan bir çalışmada; hastalığa sahip bireylerin kardeşleri kendilerini başkalarına karşı daha duyarlı olarak değerlendirmişler ve insanlara yardım edebilecekleri mesleki faaliyetlere yönelmişlerdir (Barak ve Solomon, 2005: 234-241). Katılımcılar ile yapılan görüşmelerde; kardeşin hastalığından sonra, empati yeteneklerinin artarak, sabırlı ve hayırsever biri olarak kendilerini tanımlamaları literatür taramasındaki araştırma bulgularıyla benzerlik göstermektedir. 2017 yılında Kore’de gerçekleştiren bir araştırma da elde edilen bulgular ile benzerdir. Kore’deki çalışmada, katılımcılar şizofreni hastası bir kardeşe sahip olmanın olumlu etkilerini tanımlarken, diğer ağır ruhsal bozukluğa sahip bireylere karşı şefkat duyduklarını ve derinleşen kardeşlik bağı ile birlikte kişisel gelişimlerinin pozitif yönde katkı yaptığını belirtmişlerdir (Parka ve Le, 2017: 100). Ancak literatür taramasında elde edilen; sağlıklı kardeşlerin,

Kardeşin sahip olduğu ağır ruhsal bozukluk sonrası insani yardım mesleklerine yönelmesi bulgusu ile katılımcılar ile görüşmeler sonucu elde edilen bulgular benzer değildir. Katılımcıların meslek seçimi kardeşin hastalığından etkilenmemiştir. Bu durumun sebebinin kültürel kodlar ile yorumlanacağı düşünülmekle birlikte; Türkiye’de dini inanç ve hayırseverlik faaliyetlerinin profesyonel bir iş kültürü içerisinde yer almasının yaygın olmaması da bu sonucu doğurmuş olabilir.

Katılımcı kardeşler; ağır ruhsal bozukluğa sahip kardeşleri ile ilişkilerinin olumlu yönlerinden bahsederken kardeşlik bağına vurgu yapmışlardır. Kardeşlik bağı ve dayanışma/destek içerisinde oldukları bulgusu elde edilmiştir. Kardeşlik bağı sebebi ile hastalığa sahip kardeşi empatik bir anlayış içerisinde anlamaya çalışmışlardır. Kardeşlerin öfke, kıskançlık, üzüntü, sevgi, utanç gibi duyguların birleşimi olarak tanımlanan kardeşlik bağı kavramı araştırma bulguları ile uyumludur. Kardeşlik bağı kavramını ortaya koyan araştırmacılar; kardeşin hastalığından kaynaklı yaşanan üzüntü ile birlikte kayıp hissinin ortaya çıktığını; hasta olan kardeşin acısı ile empati kurmaya çalışmayı da kardeşlik bağı kavramının içerisinde açıklamışlardır (Stalberg, vd. 2004: 448-450). Kardeşleri ile ilişkilerinden bahseden katılımcılar; birçok kez kardeşinin sanki kendi çocuğu gibi olduğunu ifade etmiştir. Bu anlamda ağır ruhsal bozukluktan kaynaklı rol karmaşası oluşmuştur. 2017 yılında şizofreni hastalığına sahip bireylerin kardeşleri ile Kore’de gerçekleştirilen bir çalışmada da benzer bulgular elde edilmiştir. Araştırmaya katılan 8 katılımcının neredeyse tamamı

kardeşi ile olan ilişkisini ebeveyn-çocuk ilişkisi olarak tanımlamıştır. Ayrıca ebeveyn rolüne giren kardeşler; ebeveynleri için de terapist rolü üstlendiklerini belirtmişlerdir (Parka ve Le, 2017: 99-100). Elde edilen bulgu literatür ile benzerdir.

Katılımcılar ağır ruhsal bozukluğa sahip kardeşin hastalığı sebebiyle birtakım psikososyal problemler yaşamaktadır. Yaşadıkları psikososyal problemler ile baş etme yöntemleri incelenmiş ve şu bulgular elde edilmiştir. Kardeşler zorluklar ile baş ederken; din ve ibadete yönelme, bireysel aktiviteler ve alan yaratma, ilaç tedavisi ve profesyonel yardım alma gibi süreçlere başvurdukları görülmüştür. Şizofreni hastalarının kardeşlerinin başa çıkma yöntemlerinin incelendiği bir araştırmada kardeşlerin; hasta olan kardeşin hastalığına odaklanmadan, zevk ve rahatlama elde etmek amacıyla ev içi ve dışındaki aktivitelere odaklandığı verisi elde edilmiş ve bu veri “dolaylı başa çıkma” başlığı altında toplanmıştır (Yüksel, 2013: 63-76). Bu da araştırmadaki katılımcılar ile yapılan görüşmelerde; katılımcıların ev işi yapma, yürüyüşe çıkma, film izleme gibi belirttikleri baş etme yöntemlerinin dolaylı başa çıkma olarak adlandırılabilceğini göstermiştir. Bulgu literatür ile uyumludur. Ayrıca zorluklar ile baş etme yöntemi olarak dini inancı doğrultusunda ibadet ettiğini söyleyen katılımcılar da mevcuttu. Palyatif bakım hastalarının yakınlarının başa çıkma yöntemlerinin incelendiği bir araştırmada; bakım verici rolünün oldukça zorlayıcı ve olumsuz duyguları beraberinde getirmesi sebebi ile araştırmaya katılan katılımcılar; zorlandıkları ve strese girdikleri durumlarda dini baş etme yöntemlerini kullandıklarını bildirmişlerdir (Özdemir, 2016: 42-48). Zor süreçler içeren hastalıklara sahip bireylerin yakınlarının başa çıkma yöntemleri literatür ile benzerdir. İlaç tedavisi ve profesyonel yardım sürecine girdiğini katılımcılar da mevcuttu. Ağır ruhsal bozukluğu olan hastaların kardeşi olarak bakım verenlerin psikolojik faktörlerinin incelendiği bir araştırmada; ( Pierazzuoli, vd. 2020: 69) bakım verme rolünün üstlenilmesinin yüksek düzeyde psikolojik strese yol açtığı ve bakım verenin yaşam kalitesinin olumsuz etkilemesi sebebi ile bakım veren kardeşlerin, kronik hastalıklarının, psikosomatik semptomları, anksiyete ve depresyon düzeylerinde artış görüldüğü bildirilmiştir.

Araştırmada elde edilen bir diğer bulgu ise katılımcıların; ağır ruhsal bozukluğa sahip kardeşin hastalığının geleceğe etkisine dair düşüncelerini içeren bulguydu. Katılımcıların bazıları geleceğe dair belirsizlik sebebi ile endişe ve korku bildirmişlerdir. Bazı katılımcılar da kardeşin bakımının tam zamanlı üstlenilmesi ihtimalinde sosyoekonomik zorluk yaşayacaklarını bildirmişlerdir. Alternatif bakım

seçenekleri arayan katılımcılar da; kardeşin gelecekte bakım ihtiyacı oluşması durumunda devlet destekli kurum bakımından yararlanabileceklerini veya ailedeki diğer üyeleri bakım konusunda teşvik etmeye çalışacaklarını bildirmişlerdir. Otizmin kardeşler üzerine etkisinin incelendiği bir sosyal hizmet araştırmasında, otizme sahip olan bireyin ebeveynlerinin yaşlanması halinde; otizm spektruma sahip kardeşin bakım sorumluluğu için sağlıklı kardeşlerin düşünceleri sorulmuştur. Bu araştırmada, bazı sağlıklı kardeşler; otizm spektruma sahip bireyi kendi evlerine getirerek bakım vereceklerini bildirirken; bazı kardeşler de gözetimli daire, bakım evi ve grup evi gibi seçeneklerden yararlanabileceklerini ifade etmişlerdir (Ferraioli ve Harris, 2009: 50). Araştırmanın bulguları literatür ile benzerlik göstermiştir. Ayrıca zihinsel engelli kardeşi olan bireylerin geleceğe dair bakım verme düşüncelerinin incelendiği bir araştırmada; çocukluk ve ergenlik dönemindeki kardeşlik ilişkisinin kalitesi, hastalığın şiddeti ve kardeş ile evlerinin mesafesi gibi faktörlerin; sağlıklı kardeşin gelecekte bakım vermeye ilişkin düşüncelerini etkilediği bildirilmiştir ( Smith ve Greenberg, 2008: 29-37).

### **3. Psikolojik Bozukluğu Olan Kardeş Sahibi Birey Olarak Gereksinim Duyulan Sosyal Hizmet İhtiyaçları**

Katılımcılar ile yapılan görüşmelerde; ağır ruhsal bozukluğu olan kardeş sahibi bir birey olarak ihtiyaç duydukları sosyal hizmet faaliyetleri anlaşılmaya çalışılmıştır. İfade edilen sosyal hizmet ihtiyaçları; psikolojik, sosyal ve ekonomik olarak üç ayrı başlık altında değerlendirilmiştir. Psikolojik destek ihtiyaçlarından bahseden katılımcılar; kardeşin sahip olduğu ağır ruhsal bozukluk sebebi ile kendilerinin de desteğe ihtiyaç duyduklarını; bu sebeple erişilebilir ruh sağlığı kuruluşları olması gerektiğini belirtmişlerdir. Yine psikolojik destek ihtiyaçlarında ailelere yönelik destek ve eğitim programlarının olması gerektiğini ifade etmişlerdir. Ekonomik destek ihtiyaçlarında; kardeşin hastalığından kaynaklı oluşan maddi destek ihtiyacı ve ulaşım desteğinden bahsetmişlerdir. Ulaşım desteğinde ise özellikle kardeşin tek başına dışarı çıkamadığını; toplu taşıma kullanmadığını ve özellikli bir hizmet geliştirilmesi gerektiğinden bahsetmişlerdir. Sosyal destek ihtiyaçlarında ise ağır ruhsal bozukluğu olan kardeşin sosyal izolasyonu sebebi ile topluma katılım desteği sağlanması, hastalık hakkında farkındalık çalışmaları yapılması ve ağır ruhsal bozukluğa sahip bireylerin zorunlu istihdamı gibi ihtiyaçları belirtmişlerdir.

Ağır ruhsal bozukluğa sahip bireylerin bakım verenleri olarak genellikle ebeveynleri üzerine odaklandığından; ruh sağlığı çalışanlarının kardeşleri göz ardı ettiği araştırmalarda ortaya çıkmış olup, psikoeğitim sreclerinde kardeşler özelinde bir çalışma yapılmasının gerekli olduğu belirtilmektedir (cochranelibrary.com, 2015). Katılımcıların kardeşlerinin hastalıklarını yönetme sürecinde karşılaştıkları zorlukların, literatürde de yer alan psikoeğitim desteği halinde azalabileceği düşünülmektedir.

Psikozlu kişilerin kardeşlerinin ihtiyaçlarının incelendiği bir araştırmada; yalnızca kardeşleri içeren destek gruplarına katılım ihtiyacı, hastalık ve semptomlar hakkında daha fazla bilgi edinme, kardeşlerin kendi psikososyal yaşamlarını olumsuz etkileyen durumlar ile baş edebilmelerini için psikolojik destek sağlanması, ilişki-aile sorunları ve damgalama alanında çalışmalar yapılması, aile terapisi, sosyal izolasyon için destek gibi ihtiyaçları bildirilmiştir (Amaresha, vd. 2014: 111-123). Literatür ile araştırma bulguları karşılaştırıldığında uyumlu sonuçlar çıkmıştır. Farklı olarak katılımcıların bildirdiği sosyal hizmet ihtiyaçlarında; maddi yardım ihtiyacı ve ulaşım desteği ortaya çıkmıştır. Literatürde bu doğrultuda benzerlik gösterilmemesinin sebebi; katılımcıların sosyoekonomik düzeyi ve ülke politikaları ile alakalı olabilir. Literatür araştırmalarının yapıldığı ülkelerin daha gelişmiş ülkeler olması sebebi ile sosyal politika uygulamalarında daha özellikli uygulamalara sahip olabileceği bu sebeple Türkiye’de yapılan araştırma ile farklılık gösterebileceği düşünülmektedir.

## **B. Sonuç ve neriler**

Ağır ruhsal bozukluğu olan kardeş sahibi bireylerin, hastalığın kendi yaşamlarına etkilerinin sistem kuramı perspektifinden değerlendirilmesini amaçlayan bu araştırma; üç ana temaya ayrılmış, alt temalar oluşturulmuştur. Bulgular; kardeşlerin hastalık algıları ve tanımlamalarına ilişkin bilgiler, hastalığın kardeşlerin yaşamına psikososyal etkileri ve katılımcı kardeşlerin sosyal hizmet ihtiyaçlarına ilişkin bilgiler olmak üzere üç ana başlık altında verilen incelenmiştir.

Ağır ruhsal bozukluğu olan kardeşe sahip bireylerin hastalığı tanımlama biçimleri farklılık göstermiştir. Zorlu hastalık algısına sahip olan katılımcıların yanı sıra, ilaçların kolaylık sağlayıcı rolü üzerinde duran ve tanı ve tedavi sürecindeki zorluklar ile hastalığı tanımlayan katılımcılar da olmuştur. Özellikle tanı ve tedavi

süreçlerindeki gecikme ve hastalık konusundaki bilgisizliğin; ağır ruhsal bozuklukları daha da şiddetlendirdiği anlaşılmıştır. Ayrıca katılımcıların bazıları hastalıkları ceza olarak görmekte ve irade ile ilgili hastalık tanımlamalarında bulunmuşlardır. Katılımcıların hastalık hakkında bilgi sahibi olmamalarının, hastalığa dair yanlış inanç ve tutum geliştirmelerine sebep olduğu görülmüştür.

Katılımcıların hastalık ile ilk karşılaşma öykülerinde ise yaşadıkları kültürün belirleyici olduğu ortaya çıkmıştır. Katılımcılar dini inançları doğrultusunda hastalığa çözüm aramışlardır. Ancak bu durum psikolojik bozukluğa sahip kardeşin, hastalığının gidişatını daha da kötü etkilemiştir. Katılımcılar kardeşin sahip olduğu hastalığı çok geç kabullenmiş ve bu da aile dinamiklerini olumsuz etkilemiştir.

Ağır ruhsal bozukluğa sahip kardeşi olan bireyler hastalık sebebi ile ortaya çıkan, bir takım psikososyal problemler yaşamaktadırlar. Kardeşin sahip olduğu hastalığın katılımcıların yaşamına birçok olumsuz etkisinin olduğu görülmüştür. Sosyal yaşamda kısıtlılıkların ve sorumluluklarda artışın en çok öne çıkan olumsuz etkiler arasında olduğu görülmüştür. Toplum içerisinde hastalık sebebi ile damgalama ile karşılaşan katılımcılar sosyal izolasyon süreci yaşamaktadırlar. Toplumsal yargı ve damgalama süreci sonucunda; katılımcıların yoğun bir stres ve tükenmişlik deneyimlediği görülmüştür. Hastalık kaynaklı duygusal zorlanmalar öne çıkmıştır. Kardeşin hastalığı aile dinamiklerini olumsuz etkilemiş olup katılımcıların eşleri ile problemler yaşadıkları görülmüştür. Ayrıca kardeşin sahip olduğu hastalığın kronikliği sebebi ile katılımcıların iş ve ekonomik kayba uğradıkları görülmüştür. Hasta olan kardeşlerin genellikle gelir getirici bir faaliyette bulunmamaları; katılımcıların kardeşlerine ekonomik olarak destek olmak zorunda hissetmelerine sebep olmuştur.

Katılımcılar kardeşin sahip olduğu ruhsal bozukluğun olumlu katkılarını da belirtmişlerdir. Olumlu katkılar arasında kardeşin hastalığı sebebi ile alınan sosyal yardımların kardeşin bakım yükünü azalttığı gözlemlenmiştir. Ayrıca duygusal gelişim ve sosyal farkındalığının arttığını ifade eden katılımcıların daha empatik ve hayırseverlik davranışlarına yöneldikleri bulgusu elde edilmiştir. Bu durumun hastalığın getirdiği zorluklar ile baş ederken yaşanan süreçteki duygusal olgunlaşmadan kaynaklandığı düşünülmektedir. Kardeşin hastalığını deneyimleyerek öğrenen katılımcıların, ihtiyaç sahibi bireylere yönelik pozitif ayrımcılık içeren düşüncelere sahip olması duygusal gelişimlerinin bir kanıtıdır.

Kardeşin sahip olduğu psikolojik bozukluğun getirdiği zorluklarla baş etme sürecinde katılımcılar farklı baş etme yöntemleri kullanmaktadırlar. Dini inanç ve kültürel farklılıklar sebebi ile dini baş etme yöntemlerini (namaz kılma, dua etme vb.) kullanan katılımcıların yanı sıra, bireysel aktivitelere yönelerek kendisine alan tanımaya çalışan katılımcılar da mevcuttu. Bireysel aktivitelere yönelen katılımcıların, kardeşin hastalığına odaklanmadan farklı bir odan noktası belirlemelerinin rahatlamalarına yardımcı olacağı düşünülmektedir. Kardeşin hastalığı sebebi ile yoğun stres ve tükenmişlik yaşayan katılımcılar da ilaç tedavisi ile birlikte profesyonel yardım aldıklarını belirtmişlerdir. Katılımcıların kardeşin sahip olduğu hastalığa yakalanma korkusu sebebi ile profesyonel yardıma başvurdukları düşünülmektedir.

Psikolojik Bozukluğu Olan Kardeş Sahibi Birey Olarak Gereksinim Duyulan Sosyal Hizmet İhtiyaçları ise üç ana ihtiyaç çerçevesinde şekillenmişti. Katılımcılar; psikolojik, sosyal ve ekonomik destek ihtiyaçlarını belirtmişlerdir. Katılımcılar kardeşin sahip olduğu ruhsal probleme odaklanmakla birlikte kendi destek taleplerini dile getirmişlerdir. Erişilebilir ruh sağlığı kuruluşları ve kardeşleri içeren sosyal destek gruplarının oluşturulması gerektiği belirtilmiştir. Katılımcıların yaşadıkları zorluklara çözüm önerileri olarak bu ihtiyaçları belirttiği düşünülmektedir. Ağır ruhsal bozukluklar, bireyler üzerinde ciddi psikolojik etkiler bıraktığı için katılımcılar profesyonel psikolojik destek alarak bu zorlu süreçle başa çıkma ihtiyacı duymaktadırlar. Ekonomik ve sosyal destek ihtiyaçlarından da bahsedilmiştir. Ekonomik destek konusunda maddi yardım ve ulaşım talepleri öne çıkmış, özellikle özel ulaşım hizmetlerine ihtiyaç olduğu belirtilmiştir. Sosyal destek ihtiyaçlarında ise kardeşlerin sosyal izolasyonunu ile birlikte topluma katılımın desteklenmesi, farkındalık çalışmaları yapılması ve ağır ruhsal bozukluğa sahip bireylerin istihdamında zorunlu desteklerin sağlanması gibi başlıklar öne çıkmıştır. Ağır ruhsal bozukluklar, iş gücüne katılımı ve günlük aktiviteleri olumsuz etkileyebilir. Sahip olunan ruhsal bozukluk hastalık belirtileri sebebi ile bireyin topluma tam olarak katılamamasına ve üretim faaliyetlerinde yer alamamasına neden olabilir. Bu nedenle, ekonomik destek ve özel ulaşım hizmetleri gibi kaynaklar, kardeşler ve aileler için önemli bir destek olabileceği düşünülmektedir.

Ağır ruhsal bozukluk (şizofreni duygu durum bozuklukları) bireylerin biyopsikososyal yaşamını etkileyen çok boyutlu bir kavram olarak ortaya çıkmaktadır. Ağır ruhsal bozukluklar kişinin gündelik hayatını ve aile ilişkilerini olumsuz etkileyen

hastalıklar olup aileler çaresizlik, öfke kızgınlık gibi çeşitli olumsuz duygular yaşamaktadır. Doğal olarak bu yıpratıcı süreçten etkilenen; aile üyelerinden biri olan kardeşlerdir. Araştırma bulgularında da kardeşlerin bu süreçten nasıl etkilendiklerine dair veriler sunulmuştur. Ağır ruhsal bozukluğu olan kardeşe sahip bireyler stresli bir yaşam ile mücadele etmektedirler. Ruhsal bozukluk kardeş ilişkilerini de olumsuz etkilemekte olup yetişkin kardeşlerin psikososyal sağlığı da olumsuz etkilemektedir. Sağlıklı kardeşlerin psikososyal yaşamı, sosyal çevresi, eş-arkadaş ilişkileri ve meslek seçimi de dahil olmak üzere, ciddi bir şekilde ağır ruhsal bozukluktan etkilenmektedir. Ağır ruhsal bozukluğa sahip kardeşin hastalığı sebebi ile kardeşin bakımına enerji harcama; katılımcıların aile ve iş yaşamlarını da zaman zaman etkilemektedir.

Bu sonuçlardan yola çıkarak, psikiyatrik sosyal hizmet alanında çalışan sosyal çalışmacıların yetişkin sağlıklı kardeşlere yönelik destekleyici müdahaleler kullanmaları önerilmektedir. Hasta olan kardeşin problemleri ile başa çıkabilmek için kardeşlerin bir araya getirildiği akran dayanışma grupları oluşturulmalı ve katılımcılar psikososyal olarak desteklenmesinin önemli olduğu düşünülmektedir. Kardeşler özelinde sorun çözme ve problemler ile baş etme atölyeleri oluşturulmasını; kardeşlerin baş etme becerilerini arttıracakları düşünülmektedir. Ağır ruhsal bozukluğa sahip bireylerin yakınlarına hastalık ve süreci hakkında düzenli olarak yapılandırılmış psikoeğitim uygulanmasının kolaylık sağlayacağı ön görülmektedir. Bu uygulamalar sürecinde kardeşler göz ardı edilmemesi önem arz etmektedir. Ağır ruhsal bozukluğun türüne ve yönetimine dair eğitim programları sunularak, kardeşlerin daha iyi anlayış ve etkili başa çıkma stratejileri kazanmalarına yardımcı olunması halinde sürecin pozitif seyredeceği düşünülmektedir. Bütün bu uygulamalar için erişilebilir ruh sağlığı kuruluşları olması önerilmektedir. Aynı durumu paylaşan bireyleri bir araya getiren sosyal destek grupları yaygınlaştırılmasının olumlu katkı sağlayacağı ön görülmüş olup böylece hastalığa sahip bireylerin yakınlarının baş etme becerilerinin artacağı düşünülmektedir. Ağır ruhsal bozukluğa sahip bireylerin ulaşım ihtiyaçlarına yönelik özel hizmetlerin sağlanması önerilmektedir. Sahip olunan ruhsal bozukluk sebebi ile çoğu hasta ve yakını toplu ulaşım kullanamamakta taksit vb. özel hizmetlerden yararlanmakta ve bu sebeple ekonomik olarak kayba uğramaktadırlar. Ayrıca ağır ruhsal bozukluğa sahip bireylerin tedavi sürecine destek olan kişilerin de ulaşımından ücretsiz yararlanmalarını kolaylaştırmak önerilmektedir. Ayrıca toplum içerisinde ağır ruhsal bozukluklar hakkında farkındalık çalışmaları yapılması ve kamu spotlarının



oluşturulması önerilmektedir. Farkındalık alışmaları sonucunda toplumsal uyumun artıp damgalamanın azalacağı dűřünölmektedir.

Ađır ruhsal bozukluđa sahip bireylerin istihdam sorunları da kardeřler tarafından sıkça dile getirilmiřtir. Engelli kadrolarında iřverenler tarafından damgalama sebebi ile iře katılım gűsteremeyen ađır ruhsal bozukluđa sahip bireylere; özel kontenjanlar oluřturulması önerilmektedir. Bűylece ruhsal bozukluđa sahip birey ekonomik hayata katılım sađlayacak yakınları ve kardeřlerinin űzerindeki yűkűn azalacađı dűřünölmektedir. Ađır ruhsal bozukluđa sahip bireylerin kardeřleri; kardeřlerin kurumlara bařvurusu beklenmeden tespit edilebileceđi bir sistem oluřturulmalı ve kardeřler űzeline űnleyici ve koruyucu uygulamaların hayata geçirilmesi űnem arz etmektedir. Ailesinde ađır ruhsal bozukluđa sahip birey olan yakınlardan genç yetişkinlik ve ergenlik dűneminde olan kardeřler varsa; bu yař gruplarına űzgű eđitim ve rehberlik faaliyetleri sunulması űnleyici uygulamalar arasında yer edinmesi önerilmektedir.

Sosyal hizmet bakıř açısı ile bu arařtırma deđerlendirildiđinde bűtűncűl ve kapsamlı bir yaklařımın uygulanması gerektiđi dűřünölmektedir. Ađır ruh sađlıđı problemlerinin birey ile birlikte çevresini ve içerisinde bulunduđu okul, iř gibi alt sistemleri de etkilemesi sebebi ile her bir alt sistem için farklı özűm űnerileri uygulanması önerilmektedir.



## VI. KAYNAKÇA

### KİTAPLAR

- BLACK, D. W., ve GRANT, J. E. (2013). **DSM-5 Guide Book**, Virginia, American Psychiatric Publishing.
- BULUT, I. (1993). **Ruh Sağlığının Aile İşlevlerine Etkisi**, Ankara: Başbakanlık Kadın ve Sosyal Hizmetler Müsteşarlığı Yayınları,74. Baskı.
- ÇETİNKAYA DUMAN, Z. ve BADEMLİ, K. (2022). **Şizofreni Tedavisinde Aileden Aileye Destek Programı**, İstanbul, Plus One Basım.
- ÇÖLGEÇEN, Y. (2021). **Psikiyatrik Sosyal Hizmet- Koruyucu, Tedavi Edici, Rehabilitasyon Edici Ruh Sağlığı Alanında** Ankara: Nobel Yayıncılık, 1. Baskı.
- GÖRMEZ, A. (2021). **Psikiyatri Cep Kitabı**, İstanbul, İstanbul Medikal Yayıncılık, 1. Baskı.
- LIBERMAN, R. P. (2011). **Yetiyetiminden İyileşmeye Psikiyatrik İyileştirim El Kitabı**, Çev. Mustafa Yıldız, Ankara, Türkiye Sosyal Psikiyatri Derneği Yayıncılık.
- ÖZDEMİR, U. (2019). **Psikiyatrik Sosyal Hizmet** , Ankara, Nobel Yayınları, 2. Baskı.
- ÖZTÜRK, O. ve ULUŞAHİN, A. (2015). **Ruh Sağlığı ve Bozuklukları**, Ankara, Bayt Yayıncılık, 13. Baskı.
- TAYCAN, O., ve COŞKUN, B. (2020). **Ruh Sağlığını Güçlendirme. Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları**, Ankara, BAYT Bilimsel Araştırmalar Basın Yayın ve Tanıtım.
- SOYGÜR, H . , ALPTEKİN, E., ATBAŞOĞLU, E.C. ve HERKEN, H. (2007), **Şizofreni ve Diğer Psikotik Bozukluklar**, Ankara, BAYT Bilimsel Araştırmalar Basın Yayın ve Tanıtım.

## MAKALELER

- ACAR, H. BAYKARA, Y., ACAR, H. (2002) **Sistem Kuramı- Ekolojik Sistem Kuramı ve Sosyal Hizmet: Temel Kavramlar ve Farklılıklar**. Toplum ve Sosyal Hizmet Dergisi, cilt 13, sayı 1, ss.29-35.
- AMARESHA, A. C., VENKATASUBRAMANIAN, G., ve MURALIDHAR, D. (2014). "Needs of Siblings of Persons with Psychosis: A Systematic Descriptive Review", **Clinical Psychopharmacol Neuroscience**, cilt 12, sayı 2, ss.111-123.
- ALBAYRAK, H. (2020). "Toplum Ruh Sağlığında Sosyal Hizmet Uygulamaları" ,**Toplum ve Hekim Dergisi**, cilt 35, sayı 4, ss.282-292.
- ATMACA, S. (2016). "Paranoya: Bir Vaka Değerlendirmesi ve Klinik Uygulamalardaki Farklılıklar", **AYNA Klinik Psikoloji Dergisi**, cilt 3, sayı 3, ss.1-9.
- BADEMLİ, K.,ve ÇETİNKAYA DUMAN, Z. (2013). "Şizofreni Hastalarının Bakım Verenleri", **Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar Dergisi**, cilt 5, sayı 4, ss.461-478.
- BAG, B. (2018). "Toplum Ruh Sağlığı Hemşireliğinde Uygulamaya Yönelik Bir Model Örneği: Recovery ", **Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar Dergisi**, cilt 10, sayı 4, ss.481-493.
- BARAK, D., & SOLOMON, Z. (2005). "In the shadow of schizophrenia: a study of siblings' perceptions", **Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences**, cilt 42, sayı 4, ss.234-241.
- BAŞER, D., KIRLIOĞLU, M., ve MAVİLİ AKTAŞ, A. (2013). "Sosyal Hizmet Mesleğinin Bir Uygulama Alanı Olarak Toplum Temelli Ruh Sağlığı Sistemi ve Güncel Değişimler", **Toplum ve Sosyal Hizmet Dergisi**, cilt 24, sayı 2, 179-192.
- BAYKARA ACAR, Y., & ACAR, H. (2002). "Sistem Kuramı- Ekolojik Sistem Kuramı ve Sosyal Hizmet: Temel Kavramlar ve Farklılıklar", **Toplum ve Sosyal Hizmet Dergisi**, cilt 13, sayı 1, ss.29-35.

- BİNBAŞI, T., ULAŞ, H., ELBİ, H., & ALPTEKİN, K. (2011). “Türkiye’de Psikoz Epidemiyolojisi: Yaygınlık Tahminleri ve Başvuru Oranları Üzerine Sistemik Bir Gözden Geçirme”, **Türk Psikiyatri Dergisi**, cilt 22, sayı 1, ss.40-52
- BÜYÜKBAYRAM, A., & ENGİN, E. (2018). “Acil Psikiyatrik Bakım Ve Ruh Sağlığı Triyajı”, **Psikiyatri Hemşireliği Dergisi**, cilt 9, sayı 1, ss.61-67.
- CAN SAKA, M., & HASANLI, J. (2023). “Şizofreni Genetiğinde Yenilikler”, **Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar Dergisi**, cilt 13, sayı 1, ss.26-34.
- ÇAMUR, G., & KÜÇÜKBÜKÜ AYATA, R. (2021). “Psikiyatrik Sosyal Hizmet Amaçları-Roller Sorumlulukları”, **Samsun Sağlık Bilimleri Dergisi**, cilt 6, sayı 3,ss. 463-476.
- ÇİÇEKOĞLU, P., & DURAN, S. (2018). “Dünyada ve Türkiye’de Toplum Temelli Koruyucu Ruh Sağlığı Hizmetleri”, **Türkiye Klinikleri Dergisi**, cilt 1, sayı 1, 8-14.
- ÇELİK, M., & KARAAZİZ, M. (2023). “Bipolar Bozukluk Sahibi Bir Bireyin Tanı, Ataklarının Seyri Ve Depresif Döneminin İncelenmesi: Olgu Sunumu” **Sosyal Bilimler Dergisi**, cilt 10, sayı 63, ss.456-463.
- DİNÇ, A., & TAN, L. (2022). “Sosyal Hizmet Uzmanları Açısından Verilen Sosyal Hizmetlerin İşlevleri: Trabzon Örneği”, **Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi**, cilt 11, sayı 4, ss.1377-1391.
- ERBAY, E. (2004). “Sosyal Hizmette Kriz Müdahalesi”, **Toplum ve Sosyal Hizmet Dergisi**, cilt 15, sayı 1, ss.85-94.
- ERBAY, E. (2019). “Güç Ve Güçlendirme Kavramları Bağlamında Sosyal Hizmet Uygulaması”, **Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi**, cilt 19, sayı 42, ss.41-63.
- FERRAIOLİ, S. J., & HARRİS, S. L. (2009).“The Impact of Autism on Siblings”,**Social Work in Mental Health**, cilt 8, sayı 1, ss.41-53.
- FRIEDRİCH, R. M., LIVELY, S., & RUBENSTEİN, L. (2008). “Siblings Coping Strategies and Mental Health Services: A National Study of Siblings of Persons With Schizophrenia”, **Psychiatric Services**, cilt 59, sayı 3, ss.229-339.

- GÖKÇE, E. U. (2022). “Uluslararası İlişkiler Çalışmalarında Açıklamaya Ve Anlamaya Dayalı Nitel Araştırma Süreci, Yöntemler Ve Bilgisayar Destekli Veri Analizi”, **Pamukkale Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi**, cilt 51, sayı 1, ss.37-53.
- GÖZEN, Ö., & BUZ, S. (2020). “Türkiye’de Koruyucu ve Önleyici Ruh Sağlığı Uygulamaları:Sosyal Hizmet Uzmanları ve Hastaların Deneyimlerine Dair Nitel Bir Araştırma”, **Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar Dergisi**, cilt 12, sayı 1,ss. 18-42.
- GRANDÓN , P., JENARO,C. ve LEMOS, S. (2008). “Primary Caregivers Of Schizophrenia Outpatients: Burden And Predictor Variables” **Psychiatry Research**, cilt 158, sayı 3, ss. 335-343.
- GÜLTEKİN, B. K., KESEBİR, S., & TAMAM, L. (2014). “Türkiye’de Bipolar Bozukluk”, **Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar Dergisi**, cilt 6, sayı 2, ss.199-209.
- GÜZEL, S., & ZUBUROĞLU, Y. (2021). “Çevresel ve Sosyal Faktörler ile Ruh Sağlığı Üzerine Bir İnceleme: Ruh Sağlığı Alanında Sosyal Hizmet Mesleğinin Önemi”, **Manisa Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi**, cilt 8, sayı 1, ss.142-150.
- KAPLAN, A. (2023). “Yüksek Güvenlikli Adli Psikiyatri Hastanelerinde Kimsesiz Evsiz Hastalar”, **Uluslararası Sosyal Hizmet Araştırmaları Dergisi**, cilt 3, sayı 1, ss.49-59.
- KARAKAYA, C. (2021). “Sosyal Hizmette Sosyal Eylem Yaklaşımının Kullanılması”,**Toplum ve Sosyal Hizmet Dergisi**, cilt 32, sayı 4, ss.1487-1508.
- KARAOĞLAN, M., KAŞARCI, G., ŞAHİN, E., & İPLİK, E. S. (2020). “Madde İlişkili Psikotik Bozuklukların Tedavisinde Kullanılan Atipik Antipsikotikler”.,**Experimed Dergisi**, cilt 10, sayı 1, ss.49-58
- KEÇECİ, G. (2017). “Makro Sosyal Hizmet Uygulamasında Kullanılan Modeller, Teknikler ve Sosyal Hizmet Uzmanlarının Rollerini”,**Toplum ve Sosyal Hizmet Dergisi**, cilt 28,sayı 1, ss.187-201.

- KOCAL, Y., KARAKUŞ , G. VE SERT, D. (2017). “Şizofreni: Etyoloji, Klinik Özellikler ve Tedavi”, **Arşiv Kaynak Tarama Dergisi**, cilt 26, sayı 2, ss.251-267.
- KÖROĞLU, A., & HOCAOĞLU, Ç. (2017). “Şizofreninin Aile Üzerine Olan Etkisi”, **Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi**, cilt 7, sayı 3, ss. 170-175.
- KÖSESOY, B. C. (2023). “Palyatif Bakımda Sosyal Çalışmacı Varlığı”, **Uluslararası Sosyal Bilimler Dergisi**, cilt 7, sayı 31, ss. 82-97.
- MAVİLİ AKTAŞ, A. (2004). “Aile Terapisinde Sosyal Hizmet Yaklaşımı”, **Aile ve Toplum Dergisi**, cilt 2, sayı 7, ss. 1-10.
- MORTAN, O. ve SÜTÇÜ TEKİNSAV, S. (2011). “İşitsel Varsanılarda Bilişsel Davranışçı Terapi”,**Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar Dergisi**, cilt 3, sayı 4, ss. 647-663.
- NİŞANCI, A. (2019). “Ruh Sağlığı Alanında İyileşme Yaklaşımı Ve Psikiyatrik Sosyal Hizmet”,**Toplum ve Sosyal Hizmet Dergisi**, cilt 30, sayı 1, ss. 231-259.
- ORAL,M. ve TUNCAY, T. (2012). “Ruh Sağlığı Alanında Sosyal Hizmet Uzmanının Rol ve Sorumlulukları”, **Toplum ve Sosyal Hizmet Dergisi**, cilt 23, sayı 2, ss. 93-114.
- ÖZER, S., ULUSOY, S., KABAĞCI, E. ve ULUŞAHİN, A. (2003). “Şizotipal Kişilik Özellikleri; Alt Ölçeği: Değerlendiriciler Arası Güvenilirlik Çalışması”,**Klinik Psikiyatri Dergisi**, cilt 1, sayı 6, ss. 141-146.
- ÖZTÜRK, N., ÖZER, Ü., UZUN, U. ve ÖZEN, Ş. (2016). “Akut ve Geçici Psikotik Bozukluk İzleminde Tanı Stabilitesi: Bir Ön Çalışma”,**Klinik Psikiyatri Dergisi**, cilt 19, sayı 2, ss. 73-77.
- PADHY, S. ve HEDGE, A. (2015). “Şizoaffektif Bozukluk: Kavramın Ortaya Çıkışı ve Güncel Durumu”, **Türk Psikiyatri Dergisi**, cilt 26, sayı 2, ss. 131-137.
- PARKA, M. ve LE, K.-J. (2017). “Korean Sibling Caregivers of Individuals Diagnosed with Schizophrenia”, **Asian/Pacific Island Nursing Journal**, cilt 2, sayı 3, ss. 97-102.

- PIERAZZUOLI, F. ve CASTELLÌ, M. R., GATTI, E. ve PRIMERANO, G. (2020). “Psychological factors of sibling caregivers of patients with severe mental disorders: an observational study”, **Research in Psychotherapy: Psychopathology, Process and Outcome**, cilt 23, sayı 412, ss.67-76.
- SANCAK, B., ÖZGEN, G., ÖZER, Ü. ve UZUN, U. (2014). “Bir Akut Psikoz Kliniğinde Yatan Erkek Hastalarda Psikoaktif Madde Kullanımı ve Klinik Değişkenler Üzerine Etkisi”, **Bağımlılık Dergisi**, cilt 15, sayı 4, ss. 167-172.
- SANCHEZ, O., LACORT, M., QUILES, C., GIMENO, G., & DOMINGO, J. (2020). “Epidemiology of schizophrenia and its management over 8- years period using real-world data in Spain” ,**BMC Psychiatry**, cilt 20, sayı 149, ss.1-9.
- SMITH, M. J., & GREENBERG, J. S. (2008). “Factors Contributing to the Quality of Sibling Relationships for Adults With Schizophrenia”, **Psychiatric Services**, cilt 59, sayı 1, ss. 57-62.
- STALBERG, G., EKERWALD, H., ve HULTMAN, C. M. (2004). “At Issue:Siblings of Patients With Schizophrenia:Sibling Bond, Coping Patterns, and Fear of Possible Schizophrenia Heredity”, **Schizophrenia Bulletin**, cilt 30, sayı 2, ss.445-458.
- STEIN, C. H. ve WEMMERUS, V. A. (2001). “Searching for a Normal Life: Personal Accounts of Adults With Schizophrenia, Their Parents and Well-Siblings”, **American Journal of Community Psychology**, cilt 29, sayı 5, ss. 725-746.
- SUMMAKOĞLU, D. ve ERTUĞRUL, B. (2018). “Şizofreni ve Tedavisi”, **Lectio Scientific Journal of Health and Natural Sciences**, cilt 2, sayı 1, ss. 43-61.
- ZENGİN, O. (2011). “Sosyal Hizmetin Sağlık Hizmetlerinin Sunumundaki Rolü”, **Konuralp Tıp Dergisi**, cilt 3, sayı 3, ss. 29-34.
- ZUBUROĞLU YANARDAĞ,, M., & ÖZMETE, E. (2017). “Bir Mesleki Uygulama Alanı Olarak Geçmişten Geleceğe Klinik Sosyal Hizmet”, **Toplum ve Sosyal Hizmet Dergisi**, cilt 28, sayı 1, ss. 203-225.
- KARAOĞLAN, M., KAŞARCI, G., ŞAHİN, E. ve İPLİK, E. S. (2020). “Madde İlişkili Psikotik Bozuklukların Tedavisinde Kullanılan Atipik Antipsikotikler”, **Experimed Dergisi**, cilt 10, sayı 1, ss. 49-58.



## ELEKTRONİK KAYNAKLAR

- ALTINBAŞ, K.,” Bipolar Bozuluk Hakkında Bilmeniz Gerekenler, Abdi İbrahim Otsuka,<http://www.bipolarturkiye.org/images/bipolar-bozukluk-hakkinda-bilmeniz-gerekenler.pdf>, (Erişim Tarihi: 09.13.2023)
- URL-1 “Social Action as a Method of Social Work”, <https://egyankosh.ac.in/bitstream/123456789/17245/1/Unit-5.pdf>, (Erişim Tarihi: 10 Aralık 2023.)
- URL-2 “Şizofreni Destek Programı Hasta Yakını Kitapçığı”, Şizofreni Dernekleri Federasyonu, <https://sizofrenifederasyonu.org/category/hasta-ve-hasta-yakini-kitapcıkları>, (Erişim Tarihi: 6 Haziran 2023)
- URL-3“Bipolar II Bozukluğu”, <https://www.dualpsikoloji.com/bireysel/duygudurum-bozukluklari/bipolar-ii-bozuklugu.html#:~:text=Bipolar%20I%20bozukluk%2C%20bir%20veya,bir%20hipomani%20d%C3%B6nemi%20ile%20tan%C4%B1mlan%C4%B1>, (Erişim Tarihi: 24 Ağustos 2023)
- URL-4 “Integrating Mental Health Into Primary Care: A Global Perspective”,<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia>, (Erişim Tarihi: 29 Aralık 2023)
- URL-4 “Mental Health”, (17, Haziran 2022). Ocak 2024, 10 tarihinde [who.int/: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response) ,(Erişim Tarihi: 10 Ocak 2024)
- URL-5 “Mental Health Information”, National Institute of Mental Health, <https://www.nimh.nih.gov/health/statistics/mental-illness>, (Erişim Tarihi: 10 Mart 2023)
- URL-6 “Psychoeducation For Siblings of People With Severe Mental Illness” , <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD010540.pub2/full>, (Erişim Tarihi: 3 Ocak 2024)
- URL-7 “Güncel Türkçe Sözlük.”, “ <https://sozluk.gov.tr/>” (Erişim Tarihi: 10 Kasım 2023)

URL-8 “Psikotik Bozukluk Nedir? Belirtileri ve Tedavisi.,”<https://npistanbul.com/psikotik-bozukluk> “, (Erişim Tarihi: 26 Eylül 2023)

URL-9 “Bipolar Bozukluk (İkiuçlu bozukluk, Manik Depresif Hastalık).”  
<https://psikiyatri.org.tr/halka-yonelik/22/bipolar-bozukluk-ikiuclu-bozukluk-manik-depresif-hastalik>,(Erişim Tarihi: 23 Ağustos 2023)

## **TEZLER**

ABDAN, Ç. (2023). “Kronik Hastalık Tanısı Alan Birey ve Yakınlarında Depresyon ve Aile İçi Rol Değişimi”, (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi), Karabük: Sosyal Hizmet Ana Bilim Dalı, Karabük Üniversitesi.

ÇAĞLAN, K. (2019). “Psikolojik Hastalıkların Yanlış Yorumlanması ve İnanç Eksikliği Olarak Damgalanması Sürecinde Manevi Destek İhtiyacı”, (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi ), Sosyal Bilimler Enstitüsü Felsefe ve Din Bilimleri Bölümü Din Psikolojisi Bilim Dalı, İstanbul Üniversitesi.

ÇÖLGEÇEN, Y. (2018). “Psikiyatrik Sosyal Hizmet ve Hastane-Toplum Ruh Sağlığı Merkezi Uygulamaları( Manisa İli Örneği)”, ( Yayımlanmamış Doktora Tezi), Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yalova Üniversitesi.

DEMİRCİOĞLU, S. (2019). “Kronik Ruhsal Bozukluğu olan bireylerin ailelerinin Toplum Ruh Sağlığı Merkezi’nden aldıkları Hizmetlerin Sosyal Destek ve Bakım Yükü İle İlişkisi”, Psikiyatri Hemşireliği Programı, Koç Üniversitesi.

GÖK, F. A. (2018). “Şizofreni Tanısı Olan Bireylerin Ebeveynlerinin Yaşantılarının Güçlendirme Yaklaşımı Çerçevesinde İncelenmesi”,(Yayımlanmamış Doktora Tezi), Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sosyal Hizmet Anabilim Dalı, Ankara Üniversitesi.

KAYA, H. (2015). “Şizoaffektif Bozukluk Hastalarında Peroksiredoksin-1 Düzeyi Ve Oksidatif Metabolizmanın İncelenmesi”, (Tıpta Uzmanlık Tezi), Tıp Fakültesi, Gaziantep Üniversitesi.

ÖZDEMİR, F. (2016). “Palyatif Bakım Alan Hastaların Yakınlarının Yaşadıkları Psikososyal Sorunlar İle Dini Basa Çıkma Tarzları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi”, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul Medipol Üniversitesi

Yüksel, M. M. (2013). “The well-being of siblings of patients with schizophrenia: An evaluation within the transactional stress and coping model / Şizofreni hastalarının kardeşlerinde psikolojik iyilik halinin stres ve başa çıkma modeli ile değerlendirilmesi”, Psikoloji Ana Bilim Dalı Sosyal Bilimler Enstitüsü, Orta Doğu Teknik Üniversitesi.

## **DİĞER KAYNAKLAR**

Bipolar Bozukluklar Derneği. (2023). *Bipolar Bozukluk Hkında Bilmeniz Gerekenler*.

T.C. Sağlık Bakanlığı. (2011, 02 16). Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri Hakkında Yönerge.

T.C. Sağlık Bakanlığı. (2011). Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı (2011-2023). *Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı (2011-2023)*. Ankara: T.C Sağlık Bakanlığı.

T.C. Sağlık Bakanlığı. (2020). Acil servislerde madde kullanım bozukluklarına yaklaşım rehberi. S. Bakanlığı içinde, *acil servislerde madde kullanım bozukluklarına yaklaşım rehberi* (s. 1-82). Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı.

T.C. Sağlık Bakanlığı. (2021). *ULUSAL RUH SAĞLIĞI EYLEM PLANI (2021-2023)*. T.C. Sağlık Bakanlığı.



## **EKLER**

**Ek-1:** Etik Kurul Onayı

**Ek-2:** Araştırma İzin Formu

**Ek-3:** Araştırma Görüşme Yönergesi

**Ek-4:** Araştırma Katılımcıları İçin Onam Formu



## Ek-1: Etik Kurul Onayı

Evrak Tarih ve Sayısı: 14.07.2023-90449



T.C.  
İSTANBUL AYDIN ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ  
Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Müdürlüğü

Sayı : E-88083623-020-90449  
Konu : Etik Onayı Hk.

14.07.2023

Sayın Selen KARGA

Tez çalışmanızda kullanmak üzere yapmayı talep ettiğiniz anketiniz İstanbul Aydın Üniversitesi Sosyal ve Beşeri Bilimler Etik Komisyonu'nun 06.07.2023 tarihli ve 2023/06 sayılı kararıyla uygun bulunmuştur.

Bilgilerinize rica ederim.

Dr.Öğr.Üyesi Mehmet Sencer GIRGIN  
Müdür Yardımcısı

*Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.*

Belge Doğrulama Kodu : BS54FRU1YP Pin Kodu : 74492 Belge Takip Adresi : <https://www.turkiye.gov.tr/istanbul-aydin-universitesi-ebys?>  
Adres : Beşyol Mah. İnönü Cad. No:38 Sefaköy , 34295 Küçükçekmece / İSTANBUL Bilgi için : Tuğba SÜNNETÇİ  
Telefon : 444 1 428 Unvanı : Yazı İşleri Uzmanı  
Web : <http://www.aydin.edu.tr/> Kep Adresi : [iau.yazisleri@iau.h03.kep.tr](mailto:iau.yazisleri@iau.h03.kep.tr) Tel No : 31002







## Ek-2: Araştırma İzin Formu



T.C.  
İSTANBUL VALİLİĞİ  
İl Sağlık Müdürlüğü

Sayı : E-15916306-604.01.01-225191573  
Konu : Selen KARGA "nı Anket İzni hk.

25.09.2023

### PENDİK DEVLET HASTANESİNE

İlgi : a) 28.08.2023 tarihli ve 88083623-020.03.01-E.94263 sayılı yazınız.  
b) 31.08.2023 tarihli ve E-91825363-604.01.01-223349052 sayılı yazı.

Aydın Üniversitesi Rektörlüğü'nün ilgi sayılı yazısı ile Üniversitenin Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Sosyal Hizmet Anabilim Dalı Sosyal Hizmet tezli yüksek lisans programı öğrencisi Selen KARGA'nın "**Ağır Ruhsal Bozukluğu Olan Kardeş Sahibi Bireylerin Yaşam Deneyimleri: Nitel Bir Çalışma**" adlı tez çalışmasını Müdürlüğümüze bağlı kurumda yapma talebi Birimimize iletilmiştir

Söz konusu araştırma, hastanenizin ilgi (b) sayılı görüşüne istinaden Müdürlüğümüz Sağlık Hizmetleri Başkanlığı Araştırma, Basılı Yayım, Duyuru İçeriği Değerlendirme Komisyonu **19.09.2023** tarih ve **2023/14** sayılı kararınca uygun görülmüştür.

Çalışmanın kurumunuzun uygun gördüğü zaman diliminde (başvuru dosyasında belirtilen aralık gözetilerek) sürecin koordinasyonunun tarafınızca sağlanması ve çalışma bitiminde bir nüshasını elektronik ortamda (CD halinde) Müdürlüğümüze teslim edilmesi gerektiğinin başvuru sahibine tebliği hususunda; Gereğini bilgilerinize rica ederim.

Uzm. Dr. Hasan Basri VELİOĞLU  
Başkan

**Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.**

Belge doğrulama kodu: 5AC17D64-28C9-4A9D-84C4-AA84AF83DE5C

Belge doğrulama adresi: <https://www.turkiye.gov.tr/saglik-bakanligi-ebys>

Binbirdirek mah. Peykhane sok. No: 8 Fatih/İSTANBUL 34122  
Telefon No: 02126383000  
e-Posta: [ist.sagligingel@saglik.gov.tr](mailto:ist.sagligingel@saglik.gov.tr) İnternet Adresi:  
<https://istanbulism.saglik.gov.tr/>  
Kep Adresi: [ism.34@hs01.kep.tr](mailto:ism.34@hs01.kep.tr)

Bilgi için: Nuray TÜRKÖĞLU  
Hemşire

Telefon No: 02126383399 - 3106





### Ek-3: Araştırma Görüşme Yönergesi

#### YARI YAPILANDIRILMIŞ DERİNLEMESİNE GÖRÜŞME YÖNERGESİ

“Ağır Psikolojik Bozukluğu Olan Kardeş Sahibi Bireyler” isimli bu araştırma, İstanbul Aydın Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Sosyal Hizmet Anabilim Dalı bünyesinde gerçekleştirilecektir. Araştırma kapsamında sorulara vereceğiniz cevaplar sadece araştırma amaçları çerçevesinde kullanılacaktır. Araştırma amacıyla yapılacak görüşme esnasında verdiğiniz cevapların unutulmaması amacıyla ses kayıt cihazı ile yanıtlarınız kaydedilecektir. Araştırmaya katılmayı kabul ettiğiniz için şimdiden teşekkür ederim.

#### Yarı Yapılandırılmış Derinlemesine Görüşme Örneği

- 1- Kendinizden söz eder misiniz? (Yaş, medeni durum, eğitim ve çalışma durumu, doğduğu yer, yaşadığı yer).
- 2- Kardeşinizin sahip olduğu psikolojik bozukluğu siz nasıl tanımlarsınız?
- 3- Kardeşinizin psikolojik bozukluğu olduğunu öğrendiğinizde/anladığınızda ilk duygu ve düşünceleriniz nelerdi?
- 4- Psikolojik bozukluğu olan kardeşinizle ilişkinizden söz eder misiniz? Bu ilişkiyi nasıl değerlendiriyorsunuz? (Zorlukları ve kolaylıkları).
- 5- Kardeşinizin sahip olduğu psikolojik bozukluğun sizin psikososyal yaşamınızı (aile ve sosyal yaşam özelinde) nasıl etkilediğini düşünüyorsunuz?
- 6- Psikolojik bozukluğa sahip kardeşiniz olması sizin aile ve sosyal yaşamda üstlendiğiniz roller ve sorumluluklar konusunda etkisi olduğunu düşünüyor musunuz?
- 7- Yaşamınızın olağan akışında bugüne kadar olan süreçte, psikolojik bozukluğa sahip kardeşinizin olmasının getirdiği olumlu katkılar veya olumsuzluklar oldu mu? Bunlardan söz eder misiniz?
- 8- Psikolojik bozukluğa sahip kardeşiniz olması, gelecekte sizin yaşamınıza nasıl etki edeceği konusundaki duygu ve düşüncelerinizden söz eder misiniz?
- 9- Psikolojik bozukluğa sahip kardeşiniz olmasının getirdiği zorluklarla baş etme yollarınız nelerdir? Bunlarla ilgili düşünceleriniz nelerdir?

Psikolojik bozukluğu olan kardeş sahibi bir birey olarak gereksinim duyduğunuz sosyal hizmetler (veya herhangi diğer destekler) nelerdir?



#### **Ek-4: Araştırma Katılımcıları İçin Onam Formu**

### **ARAŞTIRMA AMAÇLI ÇALIŞMA GÖNÜLLÜ KATILIM FORMU**

Değerli Katılımcı,

İstanbul Aydın Üniversitesi Sosyal Hizmet Yüksek Lisans öğrencisi olarak “Ağır Psikolojik Bozukluğu Olan Kardeş Sahibi Bireyler” adlı araştırmayı yürütmekteyim. Yürütmekte olduğum araştırmanın amacı ağır psikolojik bozuklukların doğal bir sonucu olarak ortaya çıkan ailesel problemlerde, kardeşlerin etkilenme düzeyi ve yaşam deneyimlerini incelemektir.

Araştırmaya katılımınız gelecek dönemlerde gerçekleştirilebilecek psikiyatrik sosyal hizmet alanında kardeşler ile ilgili çalışmalara ışık tutabilir. Araştırmaya katılımınız gönüllülük esasına dayalı olup kimlik bilgileriniz kullanılmayacaktır. Araştırmaya katılımı kabul ettiğinizde elde edilen veriler gizli kalacak, sadece eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanılacaktır

Araştırmadan ekilmeniz durumunda herhangi bir olumsuzlukla karşılaşmayacaksınız. Araştırma için gerçekleştirilecek görüşme sorularına vereceğiniz yanıtlar araştırma sonuçlarını doğrudan etkileyeceği için samimi bir şekilde görüşlerinizi ifade edebilmenizi rica ederim. Araştırmaya katılmayı kabul ederek vereceğiniz değerli katkılarınız için teşekkür ederim.

#### **Katılımcının Beyanı:**

Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlamadan önce katılımcıya verilmesi gereken bilgileri okudum. Bu koşullar altında bana ait bilgilerin araştırmada kullanılmasını konusunda araştırmacıya yetki veriyor ve araştırmaya katılmayı gönüllü olarak kabul ediyorum. Formun imzalı ve tarihli kopyası tarafıma teslim edilmiştir.

Katılımcının

Adı-Soyadı

İletişim Bilgileri

Tarih

İmza

Araştırmacının

Adı-Soyadı

İletişim Bilgileri

Tarih

İmza



## ÖZGEÇMİŞ

**Ad Soyad :** Selen KARGA

### ÖĞRENİM DURUMU:

**Lisans:** :Yalova Üniversitesi

:Sosyal Hizmet

:2014-2018

**Yüksek Lisans:** :İstanbul Aydın Üniversitesi

: Sosyal Hizmet

: 2022-2024

### MESLEKİ DENEYİM:

Sosyal Çalışmacı: Sağlık Bakanlığı, İstanbul Sağlık Müdürlüğü, Pendik Devlet Hastanesi