



T.C.

YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**ŞİZOFRENİ HASTALARINA BAKIM VERENLERİN  
EVLİLİK İLİŞKİSİ VE SOSYAL HİZMET  
GEREKSİNİMLERİ ÜZERİNE BİR ARAŞTIRMA**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**A. Aslıhan EYÜBOĞLU**

SOSYAL HİZMET PROGRAMI

Ankara, 2017



T.C.  
YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**ŞİZOFRENİ HASTALARINA BAKIM VERENLERİN EVLİLİK  
İLİŞKİSİ VE SOSYAL HİZMET GEREKSİNİMLERİ ÜZERİNE  
BİR ARAŞTIRMA**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**A. Aslıhan EYÜBOĞLU**

SOSYAL HİZMET PROGRAMI

Ankara, 2017

T.C.  
**YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ**  
**SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

Şizofreni Hastalarına Bakım Verenlerin Evlilik İlişkisi Ve Sosyal Hizmet  
Gereksinimleri Üzerine Bir Araştırma

A. Aslıhan EYÜBOĞLU

Yüksek Lisans Tezi

08/09/2017

Tez Danışmanı

Yrd. Doç. Dr. Esra Çalık VAR

Jüri Üyeleri

Yrd. Doç. Dr. Esra Çalık VAR

Doç. Dr. Rıza GÖKLER

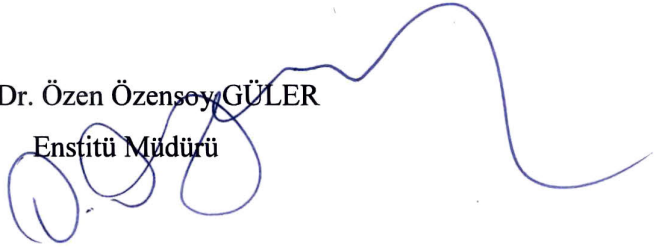
Doç. Dr. Kamil ALPTEKİN



Okuduğumuz ve Savunmasını dinlediğimiz bu tezin bir Yüksek Lisans derecesi için  
gerekten tüm kapsam ve kalite şartlarını sağladığını beyan ederiz.

Prof. Dr. Özen Özensoy GÜLER

Enstitü Müdürü



Bu tezin Yüksek Lisans derecesi için gereken tüm şartları sağladığını tasdik ederim.

## BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün aşamalarda patent ve telif haklarını ihlal edici etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tezde kullanılmış olan tüm bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi beyan ederim.

  
A. Ashhan EYÜBOĞLU

08/09/2017

## TEŞEKKÜR

Başta bu çalışmanın her aşamasında desteği ve değerli katkılarını benden esirgemeyen ilk tez danışmanım Sayın Doç. Dr. Gülsüm Çamur Duyan'a ve aynı şekilde benden ilgisini, emeğini, bilgisini eksik etmeyen ikinci tez danışmanım Sayın Yrd. Doç. Dr. Esra ÇALIK VAR'a ve sıcak yaklaşımı ile desteğini eksik etmeyen Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sosyal Hizmet Bölüm Başkanı Sayın Doç. Dr. Cengiz ÖZBESLER'e

Tez savunma jürimde olup yapıcı önerleri ile tezime katkı sağlayan çok değerli hocalarım Sayın Doç. Dr. Kamil ALPTEKİN ve Sayın Doç. Dr. Rıza GÖKLER'e,

Tez konusuna karar vermeden önceki dönemlerde şizofreni hasta yakınları olarak beni bu konuyu çalışmama teşvik eden ve acı hayat tecrübeleri sayesinde bu tezin ilk ilmeklerinin dokunmasına vesile olan Sevgili Şule, Sevgi, Ayşe, Rabia Hanımlar ile Mustafa ve Nezih Beyler'e

Çalışmam için ön araştırma yaptığım dönemlerde benimle değerli bilgi birikimlerini paylaşan Sayın Dr. Basri Köylü'e ve veri toplama sürecinde bana tüm imkânlarını sunan Şizofreni Hastaları ve Hasta Yakınları Derneğinin yöneticilerinden Sayın Meral Taşkent, Perihan Güleç Hanımlara ve Dernek Çalışanları Sevgili Zehra Kömürcü ve Mehtap Çoşkun'a

Verilerimin analizinde bana yardımcı olduğu ve bu süreçte büyük bir özenle çalışarak bana büyük bir destek verdiği için İstatistik Uzmanı Sayın Damla Selin Demirel'e ve aklıma takılan her soruda yanımda olduğu ve benden ilgisini, desteğini eksik etmediği değerli arkadaşım Sayın Doç. Dr. Hasan Atak'a

Ben tezime çalışırken kapıdan başını uzatıp bir şeye ihtiyacın var mı diye soran rahmetli canım annem, anneannem, rahmetli dedem ve çok sevdiğim ve bana hayatımın her aşamasında destek olduğu gibi tezimin düzenlenmesi konusunda da destek olan çok sevdiğim kardeşime

Sonsuz saygı, sevgi ve teşekkürlerimi sunarım.

A. Aslıhan EYÜBOĞLU

# İÇİNDEKİLER

<b>ÖZET</b> .....	<b>ii</b>
<b>ABSTRACT</b> .....	<b>iii</b>
<b>SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ</b> .....	<b>iv</b>
<b>TABLolar DİZİNİ</b> .....	<b>v</b>
<b>1. GİRİŞ</b> .....	<b>1</b>
<b>2. GENEL BİLGİLER</b> .....	<b>4</b>
2.1. Ruh Sağlığının Tanımı ve Önemi.....	4
2.1.1. Ruhsal Hastalıklar .....	4
2.1.2. Şizofreni Hastalığı ve Kuramsal Çerçeve.....	7
2.1.2.1. Şizofreni Hastalığı Öncesi Kişilik ve Uyum .....	8
2.1.2.2. Şizofreni Hastalığının Türleri.....	9
2.2. Sosyal Hizmetler .....	9
2.2.1. Sistem Yaklaşımı ve Sosyal Hizmet .....	10
2.2.1.1. Ruh Sağlığı Alanında Sosyal Hizmet Uygulamaları.....	12
2.2.1.2. Psikiyatrik Sosyal Hizmet Uygulamaları ve Tarihsel Gelişimi .....	14
2.2.2. Psikiyatrik Sosyal Hizmet Uzmanının Rolü ve Sorumlulukları .....	22
2.2.2.1. Klinik Düzeyde Uygulamalar.....	27
2.2.2.2. Ruh Sağlığı Alanında Makro Odaklı Sosyal Hizmet Uygulamaları .....	32
2.2.2.3. Şizofreni Hastalığı Tedavisinde Sosyal Hizmet Uzmanlarının Rol ve Görevleri .....	34
2.3. Evlilik İlişkisi .....	37
2.3.1. Şizofreni ve Evlilik İlişkisi.....	38
2.3.2. Şizofreni ve Aile Yaşamı.....	41

<b>3. MATERYAL VE YÖNTEM.....</b>	<b>43</b>
3.1. Araştırmanın Modeli .....	43
3.2. Çalışma Grubu.....	43
3.3. Araştırmanın Etiği .....	44
3.4. Veri Toplama Araçları.....	44
3.4.1. Şizofreni Hastalarına Bakım Veren Birey Yapılandırılmış Görüşme Formu .....	44
3.5. Verilerin Toplanması.....	45
3.6. Verilerin Analizi.....	45
<b>4. BULGULAR .....</b>	<b>46</b>
4.1. Şizofreni Hastalarına Bakım Veren Evli ya da Boşanmış Bireylerin Sosyo-Demografik Özelliklerine İlişkin Bulgular .....	46
4.1.1. Şizofreni Hastalarına Bakım Veren Evli ya da Boşanmış Bireylerin Yaşlarına İlişkin Bulgular.....	46
4.1.2. Şizofreni Hastalarına Bakım Veren Evli ya da Boşanmış Bireylerin Cinsiyetlerine İlişkin Bulgular.....	47
4.1.3. Şizofreni Hastalarına Bakım Veren Evli ya da Boşanmış Bireylerin Yakınlık Derecelerine İlişkin Bulgular.....	47
4.1.4. Şizofreni Hastalarına Bakım Veren Evli ya da Boşanmış Bireylerin Eğitim Durumlarına İlişkin Bulgular.....	48
4.1.5. Şizofreni Hastalarına Bakım Veren Evli ya da Boşanmış Bireylerin Medeni Durumlarına İlişkin Bulgular.....	49
4.1.6. Şizofreni Hastalarına Bakım Veren Evli ya da Boşanmış Bireylerin Evlilik Süresi ile Boşanan Bakım Verenlerin Boşanma Sebeplerine İlişkin Bulgular.....	49
4.1.7. Şizofreni Hastalarına Bakım Veren Evli ya da Boşanmış Bireylerin Çocuk Sahibi Olmalarına İlişkin Bulgular.....	50
4.2. Şizofreni Hastalarının Sosyo-Demografik Özelliklerine İlişkin Bulgular.....	52
4.2.1. Şizofreni Hastalarının Cinsiyet, Yaş, Medeni Durum ve Çocuk Sahibi Olma Özelliklerine İlişkin Bulgular .....	52
4.2.2. Şizofreni Hastalarının Hastalık Durumlarına İlişkin Bulgular.....	53



4.2.3. Şizofreni Hastalarının Sosyo-Ekonomik Özelliklerine İlişkin Bulgular .....	54
4.3. Bakım Verme Sürecine İlişkin Bulgular .....	55
4.3.2. Bakım Veren Bireylerin İhtiyaç Duyduklarında Sorumluluklarını Eşlerine Devredebilmeleri ile Cinsiyetleri Arasındaki İlişkiye Ait Bulguların Tartışılması.....	56
4.3.3. Şizofreni Hastalarına Bakım Veren Evli ya da Boşanmış Bireylerin Bakım Verme Sürecini Nasıl Değerlendirdiklerine İlişkin Bulgular .....	57
4.4. Şizofreni Hastasına Bakım Veren Evli ya da Boşanmış Bireylerin Bakım Verme Sürecinin Kendilerinde ve Eşlerinde Uyandırdığı Duygudurumuna İlişkin Bulgular .....	58
4.4.1. Şizofreni Hastasına Bakım Veren Evli ya da Boşanmış Bireylerin Bakım Verme Sürecinin Kendilerinde Uyandırdığı Duygudurumuna İlişkin Bulgular .....	58
4.4.2. Şizofreni Hastasına Bakım Veren Evli ya da Boşanmış Bireylerin Bakım Verme Sürecinin Eşlerinde Uyandırdığı Duygudurumuna İlişkin Bulgular .....	60
4.5. Şizofreni Hastasına Bakım Veren Evli ya da Boşanmış Bireylerin Evlilik ve Aile İlişkilerine İlişkin Bulgular .....	62
4.5.1. Bakım Verme Sürecinin Evli ya da Boşanmış Bireylerin Evlilik ve Aile İlişkilerine Etkilerine İlişkin Bulgular.....	62
4.5.2. Şizofreni Hastasına Bakım Veren Evli ya da Boşanmış Bireylerin Kendi Evlilik İlişkilerini Uyum ve Ortak Hareket Etme Açısından Nasıl Değerlendirdiklerine İlişkin Bulgular .....	64
4.5.3. Şizofreni Hastasına Bakım Veren Evli ya da Boşanmış Bireylerin Kendi Evlilik İlişkilerinin İletişim ve Paylaşım Boyutunu Nasıl Değerlendirdiklerine İlişkin Bulgular.....	66
4.5.4. Şizofreni Hastasına Bakım Veren Evli ya da Boşanmış Bireylerin Kendi Evlilik İlişkilerindeki Karşılıklı Destek Olma Durumlarını Nasıl Değerlendirdiklerine İlişkin Bulgular.....	68
4.5.5. Şizofreni Hastasına Bakım Veren Evli ya da Boşanmış Bireylerin Evlilik İlişkilerinde Birbirlerine Vakit Ayırma ve İlgi Gösterme Boyutunu Nasıl Değerlendirdiklerine İlişkin Bulgular .....	70

4.5.6. Şizofreni Hastasına Bakım Veren Evli ya da Boşanmış Bireylerin Evlilik İlişkilerinden Duydukları Memnuniyeti Nasıl Değerlendirdiklerine İlişkin Bulgular.....	71
4.5.7. Şizofreni Hastasına Bakım Veren Evli ya da Boşanmış Bireylerin Evlilik İlişkilerindeki Çatışmaların Artma / Azalma Durumlarına İlişkin Bulgular.....	72
4.6. Şizofreni Hastasına Bakım Veren Evli ya da Boşanmış Bireylerin Sosyal Hizmet Gereksinimlerine İlişkin Bulgular .....	74
4.6.1. Şizofreni Hastasına Bakım Veren Evli ya da Boşanmış Bireylerin Sosyal Dışlanmaya Maruz Kalma Durumlarına İlişkin Bulgular .....	74
4.6.2. Şizofreni Hastasına Bakım Veren Evli ya da Boşanmış Bireylerin Hasta ile İletişimlerine İlişkin Bulgular.....	75
4.6.3. Şizofreni Hastasına Bakım Veren Evli ya da Boşanmış Bireylerin Bakım Verme Sürecinden Sonra Hayatlarındaki Değişiklere İlişkin Bulgular .....	75
4.6.4. Şizofreni Hastasına Bakım Veren Evli ya da Boşanmış Bireylerin Profesyonel Yardım Alma Durumları ve Bu Yardımın Türüne İlişkin Bulgular.....	76
4.6.5. Şizofreni Hastasına Bakım Veren Evli ya da Boşanmış Bireylerin Kişisel İhtiyaçları ile İhtiyaç Duydukları Hizmetlere İlişkin Bulgular.....	77
<b>5. TARTIŞMA .....</b>	<b>79</b>
5.1. Şizofreni Hastalarına Bakım Veren Evli ya da Boşanmış Bireylerin Sosyo-Demografik Özelliklerine İlişkin Bulgular .....	79
5.1.1. Şizofreni Hastalarına Bakım Veren Evli ya da Boşanmış Bireylerin Yaşlarına İlişkin Bulguların Tartışılması.....	79
5.1.2. Şizofreni Hastalarına Bakım Veren Evli ya da Boşanmış Bireylerin Cinsiyetlerine İlişkin Bulguların Tartışılması.....	80
5.1.3. Şizofreni Hastalarına Bakım Veren Evli ya da Boşanmış Bireylerin Yakınlık Derecesine İlişkin Bulguların Tartışılması.....	80
5.1.4. Şizofreni Hastalarına Bakım Veren Evli ya da Boşanmış Bireylerin Eğitim Durumuna İlişkin Bulguların Tartışılması.....	81
5.1.5. Şizofreni Hastalarına Bakım Veren Evli ya da Boşanmış Bireylerin Medeni Durumlarına İlişkin Bulguların Tartışılması.....	81

5.1.6. Şizofreni Hastalarına Bakım Veren Evli ya da Boşanmış Bireylerin Evlilik Sürelerine İlişkin Bulguların Tartışılması.....	82
5.1.7. Şizofreni Hastalarına Bakım Veren Evli ya da Boşanmış Bireylerin Çocuk Sahibi Olmalarına İlişkin Bulguların Tartışılması.....	83
5.1.8. Şizofreni Hastalarına Bakım Veren Evli ya da Boşanmış Bireylerin Sosyo-Ekonomik durumlarına İlişkin Bulguların Tartışılması .....	83
5.2. Şizofreni Hastalarının Sosyo-Demografik Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışılması .....	84
5.2.1. Şizofreni Hastalarının Cinsiyet, Yaş, Medeni Durum ve Çocuk Sahibi Olma Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışılması.....	84
5.2.2. Şizofreni Hastalarının Hastalık Durumlarına İlişkin Bulguların Tartışılması .....	85
5.2.3. Şizofreni Hastalarının Sosyo-Ekonomik Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışılması .....	86
5.3. Bakım Verme Sürecine İlişkin Bulguların Tartışılması.....	88
5.3.1. Bakım Verme Süresine İlişkin Bulguların Tartışılması .....	88
5.3.2. Bakım Veren Bireylerin İhtiyaç Duydukları Taktirde Sorumluluklarını Eşlerine Devredebilmeleri ile Cinsiyetleri Arasındaki İlişkiye Ait Bulguların Tartışılması.....	88
5.3.3. Şizofreni Hastalarına Bakım Veren Evli ya da Boşanmış Bireylerin Bakım Verme Sürecini Nasıl Değerlendirdiklerine İlişkin Bulguların Tartışılması.....	89
5.4. Şizofreni Hastasına Bakım Veren Evli ya da Boşanmış Bireylerin Bakım Verme Sürecinin Kendilerinde Uyandırdığı Duygudurumuna İlişkin Bulguların Tartışılması .....	90
5.4.1. Şizofreni Hastasına Bakım Veren Evli ya da Boşanmış Bireylerin Bakım Verme Sürecinin Kendilerinde Uyandırdığı Duygudurumuna İlişkin Bulguların Tartışılması.....	90
5.4.2. Şizofreni Hastasına Bakım Veren Evli ya da Boşanmış Bireylerin Bakım Verme Sürecinin Eşlerinde Uyandırdığı Duygudurumuna İlişkin Bulguların Tartışılması .....	91

5.5. Şizofreni Hastasına Bakım Veren Evli ya da Boşanmış Bireylerin Evlilik ve Aile İlişkilerine İlişkin Bulguların Tartışılması .....	92
5.5.1. Bakım Verme Sürecinin Evli ya da Boşanmış Bireylerin Evlilik ve Aile İlişkilerine Etkilerine İlişkin Bulguların Tartışılması.....	92
5.5.2. Şizofreni Hastasına Bakım Veren Evli ya da Boşanmış Bireylerin Kendi Evlilik İlişkilerini Uyum ve Ortak Hareket Etme Açısından Nasıl Değerlendirdiklerine İlişkin Bulguların Tartışılması .....	93
5.5.3. Şizofreni Hastasına Bakım Veren Evli ya da Boşanmış Bireylerin Kendi Evlilik İlişkilerinin İletişim ve Paylaşım Boyutunu Nasıl Değerlendirdiklerine İlişkin Bulguların Tartışılması.....	94
5.5.4. Şizofreni Hastasına Bakım Veren Evli ya da Boşanmış Bireylerin Kendi Evlilik İlişkilerindeki Karşılıklı Destek Olma Durumlarını Nasıl Değerlendirdiklerine İlişkin Bulguların Tartışılması .....	95
5.5.5. Şizofreni Hastasına Bakım Veren Evli ya da Boşanmış Bireylerin Evlilik İlişkilerinde Birbirlerine Vakit Ayırma Boyutunu Nasıl Değerlendirdiklerine İlişkin Bulguların Tartışılması.....	96
5.5.6. Şizofreni Hastasına Bakım Veren Evli ya da Boşanmış Bireylerin Evlilik İlişkilerinden Duydukları Memnuniyeti Nasıl Değerlendirdiklerine Ait Bulguların Tartışılması.....	96
5.5.7. Şizofreni Hastasına Bakım Veren Evli ya da Boşanmış Bireylerin Evlilik İlişkilerindeki Çatışmaların Artma / Azalma Durumlarına İlişkin Bulguların Tartışılması .....	97
5.6. Şizofreni Hastasına Bakım Veren Evli ya da Boşanmış Bireylerin Sosyal Hizmet Gereksinimlerine İlişkin Bulguların Tartışılması.....	98
5.6.1. Şizofreni Hastasına Bakım Veren Evli ya da Boşanmış Bireylerin Sosyal Dışlanmaya Maruz Kalma Durumlarına İlişkin Bulguların Tartışılması.....	98
5.6.2. Şizofreni Hastasına Bakım Veren Evli ya da Boşanmış Bireylerin Hasta ile İletişimlerine İlişkin Bulguların Tartışılması.....	98
5.6.3. Şizofreni Hastasına Bakım Veren Evli ya da Boşanmış Bireylerin Bakım Verme Sürecinden Sonra Hayatlarındaki Değişiklere İlişkin Bulguların Tartışılması.....	99

5.6.4. Şizofreni Hastasına Bakım Veren Evli ya da Boşanmış Bireylerin Kişisel İhtiyaçları ile İhtiyaç Duydukları Hizmetlere İlişkin Bulguların Tartışılması .....	100
---	-----

<b>6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....</b>	<b>101</b>
----------------------------------	------------

<b>7. KAYNAKLAR .....</b>	<b>106</b>
---------------------------	------------

<b>8. EKLER.....</b>	<b>121</b>
----------------------	------------

EK-1. Şizofreni Hastalarına Bakım Veren Birey Gönüllü Katılım Formu .....	121
---	-----

EK-2. Şizofreni Hastalarına Bakım Veren Birey Görüşme Formu.....	123
--	-----

EK-3. Özgeçmiş .....	132
----------------------	-----



## ÖZET

### **Şizofreni Hastalarına Bakım Verenlerin Evlilik İlişkisi ve Sosyal Hizmet Gereksinimleri Üzerine Bir Araştırma**

Bu araştırma, şizofreni hastalarına bakım verenlerin evliliklerinin bakım verme sürecinden nasıl etkilendiği ile ilgili görüşlerini ortaya koymak amacıyla yapılmış, bulgular sosyal hizmet mesleğinin başta şizofreni hastalığı olmak üzere psikiyatrik hastalıklardaki uygulama alanları ile sosyal hizmet uzmanlarının şizofreni hastalığının tedavisindeki rol ve görevleri kapsamında değerlendirilmiştir.

Bu araştırmanın verileri Kartopu yöntemi ile şizofreni hasta ve hasta yakınları tarafından kurulan derneklere üye olan 97 kişiye uygulanan anket formlarının yüz yüze ya da telefon görüşmesi aracılığıyla doldurulması sonucunda elde edilmiştir. Araştırma sonucunda elde edilen bilgiler, "SPSS İstatistik 22.0" programında analiz edilerek değerlendirilmiştir.

Araştırma bulgularına göre, şizofreni hastasına bakım veren evli ya da boşanmış bireyler bakım verirken hissettikleri duyguları tutsaklık ve bağımlılık olarak ifade etmişlerdir. Bakım verme süreci ile birlikte katılımcılar evlilik ilişkilerinin olumsuz etkilendiğini; eşi ile uyumsuzluklarının arttığını; evlilik ilişkilerinin zayıfladıklarını ve eşleri ilişkilerinde daha huzursuz olduklarını; eşleri ile daha az iletişim kurduklarını; eşlerinin kendilerine bu süreçte maddi manevi destek olmadığını; eşleri ile ortak kararlar alıp uygulayamadıklarını; eşleri ile birlik ve beraberlik duygularının azaldığını; evlilik ilişkilerinden önceki dönemlere oranla daha az memnun olduklarını belirtmişlerdir. Elde edilen bu bulgular sosyal hizmet kapsamında tartışılmıştır.

**Anahtar Kelimeler:** Evlilik İlişkisi, Psikiyatrik Sosyal Hizmet, Şizofreni Hastasına Bakım Verme

## ABSTRACT

### **A Study on the Marital Relationships and Social Works Needs of Caregivers of Schizophrenic Patients**

This study aims to reveal the views of the caregivers of schizophrenic patients about how their marriage is affected by the caregiving process. The findings were evaluated based on the practice areas of the profession of social work regarding psychiatric diseases, with schizophrenia being in the first place, and the roles and duties of social workers in the treatment of schizophrenia.

The data of this study were collected through the administration of the survey forms, either face-to-face or on the phone, to 97 people who are members to the societies founded by schizophrenic patients and their relatives determined by snowball sampling. The data collected were analyzed via “SPSS Statistics 22.0” program.

According to the research findings, the participants, either married or divorced, taking care of patients with schizophrenia described their feelings while giving care as captivity and servitude. They stated that after the care-giving process began, their marital relationships were negatively affected; their nonconformity with their spouses increased; their marital bondage weakened; they were more uneasy in their relationships with their spouses; they communicated less with their spouses; their spouses did not support them during this process in material or spiritual terms; they could not make common decisions and implement them with their spouses; their unity and solidarity with their spouses decreased; and they were less satisfied with their marital relationships compared to previous periods. The obtained findings were discussed within the scope of social work.

**Keywords:** Caregivers of Schizophrenic Patients, Marital Relationship, Psychiatric Social Works

## **SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ**

DSÖ : Dünya Sağlık Örgütü  
SPSS : Statistical Package for Social Sciences





## TABLolar DİZİNİ

<b>Tablo 4.1.</b>	Şizofreni hastalarına bakım veren evli ya da boşanmış bireylerin yaşlarına ilişkin bulguların dağılımı.....	46
<b>Tablo 4.2.</b>	Şizofreni hastalarına bakım veren evli ya da boşanmış bireylerin cinsiyetlerine ilişkin bulguların dağılımı.....	47
<b>Tablo 4.3.</b>	Şizofreni hastalarına bakım veren evli ya da boşanmış bireylerin yakınlık derecelerine ilişkin bulguların dağılımı.....	48
<b>Tablo 4.4.</b>	Şizofreni hastalarına bakım veren evli ya da boşanmış bireylerin eğitim durumlarına ilişkin bulguların dağılımı .....	48
<b>Tablo 4.5.</b>	Şizofreni hastalarına bakım veren evli ya da boşanmış bireylerin medeni durumlarına ilişkin bulguların dağılımı .....	49
<b>Tablo 4.6.</b>	Şizofreni hastalarına bakım veren evli ya da boşanmış bireylerin evlilik süreleri ile boşanan bakım verenlerin boşanma sebeplerine ilişkin bulguların dağılımı .....	50
<b>Tablo 4.7.</b>	Şizofreni hastalarına bakım veren evli ya da boşanmış bireylerin çocuk sahibi olmalarına ilişkin bulguların dağılımı .....	51
<b>Tablo 4.8.</b>	Şizofreni hastalarına bakım veren evli ya da boşanmış bireylerin sosyo-ekonomik durumlarına ilişkin bulguların dağılımı .....	51
<b>Tablo 4.9.</b>	Şizofreni hastalarının cinsiyet, yaş, medeni durum ve çocuk sahibi olma özelliklerine ilişkin bulguların dağılımı.....	52
<b>Tablo 4.10.</b>	Şizofreni hastalarının hastalık durumlarına ilişkin bulguların dağılımı.....	53
<b>Tablo 4.11.</b>	Şizofreni hastalarının sosyo-ekonomik özelliklerine ilişkin bulguların dağılımı .....	54
<b>Tablo 4.12.</b>	Bakım verme sürecine ilişkin bulguların dağılımı .....	55
<b>Tablo 4.13.</b>	Bakım veren bireylerin ihtiyaç duyduklarında sorumluluklarını eşlerine devredebilmeleri ile cinsiyetleri arasındaki ilişkiye ait bulguların dağılımı .....	56
<b>Tablo 4.14.</b>	Şizofreni hastalarına bakım veren evli ya da boşanmış bireylerin bakım verme sürecini nasıl değerlendirdiklerine ilişkin bulguların dağılımı.....	57

<b>Tablo 4.15.</b> Şizofreni hastasına bakım veren evli ya da boşanmış bireylerin bakım verme sürecinin kendilerinde uyandırdığı duygudurumlarına ilişkin bulguların dağılımı.....	58
<b>Tablo 4.16.</b> Şizofreni hastasına bakım veren evli ya da boşanmış bireylerin bakım verme sürecinin eşlerinde uyandırdığı duygudurumlarına ilişkin bilgilerin dağılımı .....	61
<b>Tablo 4.17.</b> Bakım verme sürecinin evli ya da boşanmış bireylerin evlilik ve aile ilişkilerine etkilerine ilişkin bulguların dağılımı .....	63
<b>Tablo 4.18.</b> Şizofreni hastasına bakım veren evli ya da boşanmış bireylerin kendi evlilik ilişkilerini uyum ve ortak hareket etme açısından nasıl değerlendirdiklerine ilişkin bulguların dağılımı .....	65
<b>Tablo 4.19.</b> Şizofreni hastasına bakım veren evli ya da boşanmış bireylerin kendi evlilik ilişkilerinin iletişim ve paylaşım boyutunu nasıl değerlendirdiklerine ilişkin bulguların dağılımı.....	67
<b>Tablo 4.20.</b> Şizofreni hastasına bakım veren evli ya da boşanmış bireylerin kendi evlilik ilişkilerindeki karşılıklı destek olma durumlarını nasıl değerlendirdiklerine ilişkin bulguların dağılımı .....	69
<b>Tablo 4.21.</b> Şizofreni hastasına bakım veren evli ya da boşanmış bireylerin evlilik ilişkilerinde birbirlerine vakit ayırma, ilgi gösterme boyutunu nasıl değerlendirdiklerine ilişkin bulguların dağılımı .....	70
<b>Tablo 4.22.</b> Şizofreni hastasına bakım veren evli ya da boşanmış bireylerin evlilik ilişkilerinden duydukları memnuniyeti nasıl değerlendirdiklerine ilişkin bulguların dağılımı.....	72
<b>Tablo 4.23.</b> Şizofreni hastasına bakım veren evli ya da boşanmış bireylerin evlilik ilişkilerindeki çatışmaların artma / azalma durumlarına ilişkin bulguların dağılımı .....	73
<b>Tablo 4.24.</b> Şizofreni hastasına bakım veren evli ya da boşanmış bireylerin sosyal dışlanmaya maruz kalma ve toplumdaki destek görme durumlarına ilişkin bulguların dağılımı.....	74
<b>Tablo 4.25.</b> Şizofreni hastasına bakım veren evli ya da boşanmış bireylerin hasta ile iletişimlerine ilişkin bulguların dağılımı.....	75
<b>Tablo 4.26.</b> Şizofreni hastasına bakım veren evli ya da boşanmış bireylerin bakım verme sürecinden sonra hayatlarındaki değişikliklere ilişkin bulguların dağılımı .....	76

<b>Tablo 4.27.</b> Şizofreni hastasına bakım veren evli ya da boşanmış bireylerin profesyonel yardım alma durumları ve bu yardımın türüne ilişkin bulguların dağılımı .....	77
<b>Tablo 4.28.</b> Şizofreni hastasına bakım veren evli ya da boşanmış bireylerin kişisel ihtiyaçları ile ihtiyaç duydukları hizmetlere ilişkin bulguların dağılımı .....	78



# 1. GİRİŞ

Sağlıklı bir aile ortamında kişi beden ve ruh sağlığı için gerekli olan sevgiyi, şefkati, ilgiyi bulur (1). Evlilik yolu ile oluşan aile sisteminin sağlıklı olması hem o ailenin bireylerini hem de toplumu olumlu yönde etkilemektedir.

İnsan hayatındaki en önemli yaşantılardan biri olan evlilik yaşantısı niteliği ile doğru orantılı olarak insanın yaşam kalitesi etkilenmektedir., Evlilik kurumu aracılığı ile kalıcı bir beraberlik için bir araya gelen iki insanın kurmuş olduğu aile sisteminde çiftlerin geçmiş yaşantıları, kök ailelerinin örüntüleri, benlik şemaları etkin olarak rol almaktadır. Çiftlerin birbirlerine ve çocuklarına karşı üstlendikleri ortak sorumluluklarına sahip çıkış yollarını, birbirleri ile olan etkileşim biçimlerini, gelecek beklentilerini etkileyen sebeplerden bir tanesi de çiftlerin yetişmiş oldukları kök aileleridir.

Evlilik yaşantısında bireysel farklılıklardan kaynaklanan nedenlerden dolayı eşler arasındaki ilişkinin, iletişim biçiminin, sosyal hayatı algılayışının ve olaylara bakış açısının eşlerden eşlere değiştiği görülmektedir (2). Kişinin geçmiş yaşantısı ile birlikte gelişen aynı bilgiyi farklı yorumlayarak ona göre farklı tepki verme şekilleri evli çiftlerin evlilik uyumlarını etkilemektedir.

Evlilik ilişkisi uyum içinde yaşanıldığında evli çiftlerin hayat kalitelerine katkı sağlayacaktır bunun tam tersi olduğunda ise evli çiftlerin fiziksel ve psikolojik sağlığını olumsuz yönde etkileyecektir. Evlilik ilişkisindeki uyum, evli bir bireyin psikolojik hali için sahip olması gereken en önemli ilişkilerden biridir (3).

Evlilik üzerine yapılan ilk araştırma bir evliliği mutlu ya da mutsuz yapan sebeplere odaklanmıştır (4). Bu soru önemli bir sorudur çünkü insan, yapısı gereği çevresi ve kendisiyle uyumlu olabildiği derecede mutlu ve huzurludur. Evlilik de sosyal hayatın bir parçası olduğundan bireylerin uyumlu bir şekilde yaşamasını gerektiren bir

beraberliktir. Evlilik uyum içerisinde yaşanıldığında hayatın tadını çıkartmaya ve evlilik ilişkisindeki çiftlerin yaşam kalitesini artırmaya yarayan bir araç olduğu düşünülmektedir (3).

Evlilik ilişkisinde yaşanan ciddi seviyedeki olumsuzluklar evli çiftlerin ruh sağlığının bozulmasına ve dolayısı ile sosyal işlevselliklerinin olumsuz yönde etkilenmesine yol açmaktadır. İnsanın biyolojik, ruhsal ve toplumsal yanı birbiriyle sürekli etkileşim halindedir (5).

Ruh sağlığı yaşam kalitesini olumlu ya da olumsuz yönde etkilemektedir. Ruh sağlığı bozulan kişinin sosyal işlevselliği azalmaktadır. Sosyal Hizmetlerin meslek olarak temel ilgi alanlarını sosyal işlevsellik sorunları, toplumsal damgalanma ve yeti yitimi gibi konular oluşturmaktadır.

Dünyada ruhsal hastalıkların yaygınlığı yüksektir (6). Dünya Sağlık Örgütünün verilerine göre şizofreni hastalığının Asya ve Avrupa Kıtalarında görülme oranları % 0,085'dir (7). Şizofreni, ruhsal bir sendromdur ve bu sendrom sonucunda kişinin gerçeği değerlendirme yetisi bozulmaktadır. Şizofreni düşünme, algılama, duygulanım alanlarında çok ciddi bozukluklara yol açmaktadır (8). Şizofreni, diğer ruhsal hastalıklar arasında kişiye, kişinin ailesine ve topluma en yıkıcı zarar veren hastalıktır (9).

Şizofreni hastalığına yakalanan kişi geçmiş algılama ve yorumlama biçiminden uzaklaşarak kendi dünyasına çekilir. İçer çekilme ile birlikte üretimden uzaklaşma, çevre ile uyumsuzluk ve çatışmalar gündeme gelir. Bütün bu olumsuzlukların yaşandığı bir aile içinde yaşamak diğer aile üyelerinin kişiliklerine ciddi hasarlar oluşturacak bir süreçtir (10). Ailede şizofreni hastalığının olması ailelerin yaşadığı sorunların artmasına neden olmaktadır. Şizofreni hastalığı aile sistemi ve dolayısı ile evlilik sistemi üzerinde birçok yönden olumsuz etki yaratabilir.

Şizofreni hastalığı ile ilgilenen temel bilim dalı psikiyatridir. Bununla birlikte bilimler derinleştikçe bölümlere ve dallara ayrılmış, uzmanlaşmalar başlamıştır. Her meslek dalı sadece kendi bölümleri arasında bilgi alışverişine yönelmekle kalmamakta aynı zamanda da diğer diğer mesleklerle de, bilgi alışverişine girmek ve ortak hareket etmek zorundadır (11). Psikiyatri bilim dalı insanı biyo-psiko-sosyal bir varlık olarak

değerlendirmektedir ve bu bilim dalının diğer sosyal bilimlerle yakın bir ilişkisi bulunmaktadır. Psikiyatrinin ilişki içinde olduğu sosyal meslek gruplarından biri de sosyal hizmet mesleğidir (12).

1800'lu yıllar ile birlikte hem ruh sağlığı alanında hem de sosyal hizmet mesleğinde yeni yaklaşımların ortaya çıktığı görülmektedir. Ruh sağlığı alanında, ruh hastalarına kötü muamelenin terk edildiği yıllar ile toplumlarda sosyal refah, sosyal adalet ve insan hakları savunucularının çıkış yıllarının birbirine çok eş zamanlı olduğu görülmektedir (13). Bu eş zamanlılığın sonucu olarak da Derezotes'in yedi paradigma altında topladığı sosyal hizmet yaklaşımlarından biri olan Tıbbi ve Psikiyatrik Sosyal Hizmet doğmuştur.

Şizofreni hastalarına bakım verenler ile ilgili çalışmalar genelde bakım verenlerin şizofreni hastalığından kaynaklı sorunlar ile nasıl baş ettiğini araştırmışlardır. Şizofreni hastalarına bakım verenlerin evlilik ilişkilerini sosyal hizmet bağlamında inceleyen bir çalışma bilindiği kadarıyla yapılmamıştır.

Bu çalışmanın genel amacı şizofreni hastasına bakım verenlerin evliliklerine ilişkin algılarının incelenmesidir. Bu genel amaç doğrultusunda aşağıdaki sorulara yanıt aranacaktır:

1. Şizofreni hastasına bakım veren evli ya da boşanmış bireylerin sosyo-demografik ve ekonomik özellikleri nelerdir?
2. Şizofreni hastasına bakım veren evli ya da boşanmış bireyler; şizofreni hastası bireye bakım verme sürecine ilişkin görüşleri nelerdir?
3. Şizofreni hastasına bakım veren evli ya da boşanmış bireyler kendi evlilik yaşamlarına ilişkin görüşleri nelerdir?
4. Şizofreni hastasına bakım veren evli ya da boşanmış bireyler sosyal hizmete hangi noktalarda gereksinimleri duyduklarına ilişkin görüşleri nelerdir?
5. Şizofreni hastasına bakım veren evli ya da boşanmış bireylere eşlerinin / eski eşlerinin destek olma durumları ile cinsiyetlerinin ilişkisi nedir?

## **2. GENEL BİLGİLER**

### **2.1. Ruh Sağlığının Tanımı ve Önemi**

Biyo-psiko-sosyal bir varlık olan insanın, sağlıklı bir şekilde hayatına devam edebilmesi için bedensel, ruhsal, sosyal olarak dengeli yaşam tarzına sahip olması gerekmektedir. Bedensel sağlığın tanımını yapmak daha kolay iken neyin normal neyin normal dışı olduğunun ayrımı tam olarak yapılamadığından ruh sağlığının tanımını yapmak oldukça zordur.. Her ne kadar ruh sağlığının tanımı toplumdan topluma, kültürden kültüre değişiklik gösterse de kişinin kendisi, çevresindekiler ve içinde bulunduğu toplum ile barışık olması ve bu kendisi ve diğerleri ile uyum içinde olabilmek için dengeli bir çaba sarf etme gücünü bulması olarak tanımlanabilir (14).

Ruh sağlığı, DSÖ tarafından “Bireyin kapasitesini fark ettiği, yaşamın getirdiği sorunlar ile baş edebildiği, üretkenliğini ve verimini koruyarak çalışma hayatında olduğu ve dahil olduğu topluma katkı sağlayabilecek iyi olma hali olarak tanımlanmıştır (15). Ruh sağlığı birey, bireyin ailesi, toplum açısından hayati öneme sahip; toplumun da sorumluluk alanında olan bir konudur (16).

Multi faktöriyel sebepler sonucu oluşan şizofreni; bireyin kişiler arası ilişkilerini, iş yaşamını ve dolayısı ile de topluma uyumunu etkileyen ağır psikotik belirtileri olan bir hastalıktır. Şizofreni hastalığının sonucunda aile dengesi bozulmaktadır ve hastanın ve ailesinin toplumsal çevresini ciddi anlamda etkilemektedir (17).

#### **2.1.1. Ruhsal Hastalıklar**

Çok çeşitli ruhsal hastalıklar bulunmaktadır. Bu hastalıkları genel olarak kategorilere ayırdığımızda Somatizasyon, Obsesif Kompulsif Bozukluk, Kişilerarası Duyarlılık, Depresyon, Anksiyete Bozukluğu, Hostilite, Fobik Anksiyete, Paronoid Düşünceler, Psikotizm kavramları karşımıza çıkmaktadır.

*Somatizasyon*, geniş çaplı bir klinik görüntüdür. Bununla ilişkili olarak somatizasyonu olan olgular olabildiğince karışık bir grup meydana getirmektedir. Somatizasyonun şiddeti, ne kadar sürdüğü, duygudurum bileşinin şiddeti ile derecesi, kişinin duygularını anlatma ve tanıma kabiliyeti olgular içinde büyük değişkenlik göstermektedir. Somatizasyonla çok farklı şekillerde örneğin anksiyete, depresif bozuklarda ya da psikiyatrik bozukluğu olmayan kişilerde gelir geçer yakınmalar şeklinde ortaya çıkabilmektedir fakat bu kişilerin ortak özellikleri, duygusal uyarılara ve strese cevapları bilişsel ve duygusal olmaktan ziyade bedensel olmaktadır (18).

*Obsesif Kompulsif Bozukluk*, kompulsiyonların veya obsesyonların tabloya hakim olduğu ruhsal bir bozukluktur. Kompulsiyonlar, bireyin obsesyona tepki vermek için ya da sert kurallara uyum göstermekten kendini alamadığı, sürekli tekrarlayan davranışlar veya zihinsel hareketlerdir. Obsesyonlar ise, bireyin istememesine rağmen uygunsuz bir şekilde ortaya çıkan ve rahatsız edici sıkıntı ya da anksiyete yol açan devamlı düşünceler, düşlemler ya da dürtülerdir (19).

*Kişilerarası Duyarlılık*, kişilerarası iletişimlerde duyarlılık sahibi kişilerde kolaylıkla kırılma ve incinme, başkaları tarafından değer verilip önemsenmesine ve buna paralel olarak kötü davranış sergilendiğine inanma, kendini başkalarından daha aşağı olarak hissetme, başkalarının yanındayken yanlış bir şey yapmamaya dikkat etmek zorunda kalmak gibi davranışsal kontroller sonucu kişilerarası ilişkilerde sorunlar çıkmasına sebep veren bir durumdur (18).

*Depresyonun* kelime anlamı çöküş demektir ve geçiciden kalıcıya ve hafiften şiddetliye değişen duygudurum bozukluğu spektrumu anlamına gelmektedir. Depresyon; üzüntü duygusuna kişinin etkinliği ve günlük yaşantısına etki eden, davranışsal, zihinsel ve duygusal belirtilerin eşlik ettiği bir durumdur (18).

*Anksiyete Bozukluğu*; çevreden gelebilecek herhangi bir uyarıcıya karşı geliştirilen normal sınırların ötesine geçen korku duyma halidir. Bu hal çaresizlik duyguları ve yaygın duygusal reaksiyonlarla belirgin hale gelebildiği gibi, psişik ve fizik yakınmalarla maskelenmiş veya beraber olabilmektedir. Anksiyetenin kişide göstereceği belirtiler arasında, sıkıntı hissi veya göğüste ağrılar, aritmiler ve



taşikardi, huzursuzluk ve motor gerilim, baş ağrısı, nefes almada zorluk, konsantrasyon eksikliği, uykusuzluk, yorgunluk, huzursuzluk, aşırı tedirginlik, panik duygusu, endişe, kaygı, korku gibi hisler bulunmaktadır (20).

*Hostilitenin* temelinde başkalarından hoşlanmama ve başkalarını olumsuz duygular ile değerlendirme yatmaktadır. Bazı araştırmacılar, saldırgan tutum ile hostaliteyi birbirine eşit davranış örüntüsü olarak tanımlamaktadırlar. Hostalite kendi içinde dışsallaştırılmış öfkeyi barındırır ve bireyin öfke kontrolü azaldıkça hostaliteyi etkileyen etmenler artmaktadır (21).

*Fobik Anksiyete*, yani fobi durumunda oluşan anksiyete ve tepkiye sebep olarak gösterilen uyarılarla orantısız bir şiddetle meydana gelir. Fobik kişi orantısız tepkisinin mantıklı olmadığını bildiği halde, kimi zaman panik seviyesine varan fobik tutum davranışlarını engelleyemez. Fobik kişiler, fobi meydana getiren ortamlarda ısrarcı bir kaçınma davranışı sergilerler. Birçok insanda sınırlı korkulara rastlanabilir. Bu tip korkular bilhassa çocukluk döneminde doğal olarak kabul görür. Bunlar kişinin özgürlüğüne kısıtlama getirdiği, özgürce yaşamasını engellediği an fobik nitelik kazanır. Fobik anksiyete, panik bozukluk ya da yaygın anksiyete bozukluğundan farklı olarak süregelen ve özgür değil, özel bir konum, durum ya da nesneye bağlıdır (22).

*Paranoid Düşünceler*, Paranoid kişilik bozukluğunda görülen kişilik karakteristikleri, kincilik, kendini üstün görme, aşırı gururluluk, aşırı kıskançlık, kuşkuculuk, geçimsizlik gibi özelliklerdir. Kişinin düşünce sisteminde paranoid eğilimler bulunur. Bu kişiler çok çabuk alınırlar ve başkalarının bakış, söz ve davranışlarını kendilerine karşı olumsuz değerlendirmeye eğilimlidirler. Yakın ilişkilerde ve cinsel konularda alıngan, aşırı duyarlı ve kuşkucudurlar. Kusurlarını ve başarısızlıklarını başkalarını haksız bularak ve eleştirerek rasyonalize ederler (22).

*Psikotizm ya da Psikotik Bozukluklarda* tekdüzelik, afektif donukluk, ileri seviyede dezorganize ya da katatonik davranış, dezorganize konuşma, halüsinasyonlar, sanrılar gibi belirtilere rastlanılmaktadır. Şizofreni psikotik bozuklukların başında gelmektedir. Paranoid bozukluk ile şizofreni arasında gidip gelen; tam olarak paranoid ya da şizofreni tanısı konulamayan diğer psikozlar ise,

Kısa Reaktif Psikoz, Şizofreniform Bozukluk, Şizoaffektif Bozukluk ve Başka Türlü Adlandırılmayan Psikotik Bozukluktur.

### 2.1.2. Şizofreni Hastalığı ve Kuramsal Çerçeve

Şizofreni Hastalığı multi faktöriyel sebepler sonucu oluşan; kişinin duygularına, düşüncelerine, davranışlarına, diğer insanlar ile olan ilişkilerine, iş yaşamına ve topluma uyumuna ağır zararlar veren bir hastalıktır (6).

Hipokrat okuluna bağlı eski Yunan hekimlerinin yazıları ile Eski çağ Sanskrit yazılarında şizofreniyi andıran ruh hastalıklarının anlatılmaktadır. Bedenlerine şeytan girdiğine inanıldığı için pek çok hasta Orta Çağda diri diri yakılmıştır. Alman hekim Emile Kraepelin (1856 - 1926) şizofreniyi diğer ruhsal hastalıklardan ve zeka geriliklerinden ayıran ilk kişidir (23).

Kraepelin ile birlikte ruhsal hastalıklar ilk defa modern anlamda tanımlanarak sınıflandırılmıştır. . Kraepelin (1887) şizofreni hastalığına o dönemde “erken bunama” anlamına gelen “Dementia Praecox” ismini vermiştir. Kraepelin hastalığın erken yaşta başladığını belirtmiş ve hastanın kişiliğinde meydana gelen hızlı yıkıma bunama adı vermiştir (23).

Kraepelin'in çağdaşlarından İsviçreli psikiyatr Eugen Bleuler (1857-1939) şizofreni terimini ilk kullanan hekimdir.. Eugen Bleuler'in 1911'de yayınladığı “*Dementia Praecox veya Şizofreniler Grubu*” adlı kitabı bu hastalığa yeni bir bakış açısı getirmiştir. Eugen'e göre bu hastalık sadece erken yaşlarda başlayan bir hastalık değildir ve bu hastalığa yakalanan kişilerde bunama olmak zorunda değildir. Eugen bu hastalık sonucu .kişinin ruhsal hayatında yaşadığı yarılmaya “*schizofrenia*” yani zihin bölünmesi / yarılması adını vermiştir (22).

Her toplumda en sık görülen ruhsal bozukluklardan biri şizofrenidir.. şizofreni hastalarının dünyadaki sayısı 60-65 milyondur. Ülkemizdeki şizofreni hastalarının sayısı ise 600 binden fazladır. Şizofreninin görülme sıklığı her toplumda % 1,0'dir. Eğer ebeveynlerden biri şizofreni hastası ise çocuğun şizofreni hastası olma olasılığı %12,0'dir. Eğer her iki ebeveyn de şizofreni hastası ise çocuğun şizofreni hastası

olma olasılığı %40,0'dir. Kısacası birinci dereceden biyolojik akrabalarından birinde şizofreni hastalığı var ise diğer yakın akrabaların bu hastalığa yakalanma olasılığı yaklaşık 10 kat daha fazladır (10).

Küçük çocuklarda klinik tablodaki içerik ve değişkenlik daha azdır. Çocuk ne kadar erişkinliğe yakın bir yaşta bu hastalığa yakalanır ise o kadar da erişkinlere benzer klinik özellikler göstermektedir. Çocuklardan erişkinlerde görülen tüm psikopatolojiyi çıkarmalarının beklenmeyeceği; vurgulanarak erişkinlerle karşılaştırıldıklarında çocukların zeka gelişimleri ve yaşam deneyimleri sınırlı olduğu hatırlatılmıştır. İşte bu yüzden çocuklar duygularını tam anlamı ile ifade edemeyebilirler ve çocuklardaki sanrısız oluşumlar daha basittir. (24).

Bazı yayınlar şizofrenik bozuklukların kadınlarda ve erkeklerde aynı oranda görüldüğünü belirtirken bazı yayınlar erkeklerin kadınlara göre daha fazla şizofreni hastalığına yakalandığını belirtmişlerdir. Kadınlardaki östrojen hormonunun antidopaminerjik etkiye yol açtığı için hastalığa direnç gösteren bir rolü olduğu düşünülmektedir (25).

### **2.1.2.1. Şizofreni Hastalığı Öncesi Kişilik ve Uyum**

Şizofreni hastalarının şizofreniye yakalanmadan önceki hallerine bakıldığında bu hastaların sessiz, yalnızlığı seven, tuhaf, güvensiz kişiler olduğu görülmektedir. Hastalık öncesine ait bu bilgiler ayırıcı teşhiste yardımcı olan bilgilerdir. Aileler hastalanmadan önce çocuklarının sessiz, uyumlu, çalışkan ve arkadaşsız olduklarını anlatırlar. Hastalık öncesi bu belirtileri taşımayan hastalara duygu durum bozukluğu teşhisi de düşünülmelidir. Şizofreninin başlangıç yaşı genellikle 18-25 yaşlarıdır ve şizofreni hastalığı her hangi bir psikolojik stres sonucu başlayabilir. Ergenlik çağında dürtülerin aşırılışması, cinsel veya saldırgan dürtülere karşı koyamama gibi durumlar psikozun başlamasından hemen önce sık sık görülen durumlardır (26).

Bazı kronik ruhsal hastalıklarda zekâda eksilme, gerilik izlenimi gözlemlenir. Şizofrenide ise zeka geriliği olmaz iken hasta ilk şizofreni teşhisi aldığı anda sağlıklı topluma göre bu hastanın IQ skorlarının ortalama 10 puan daha düşük olduğu

görülür.. Skorun düşük olmasının sebebi hastanın ilgisinin kolayca dağılıyor olması; sorulara geç ve yanlış cevap veriyor olması olarak düşünülmektedir (24).

Şizofreni ile birlikte düşünce değişikliği, içgörüde azalma,duyguların yaşanmaması ve ifade edilememesi, idrak azlığı, davranışsal gariplikler, bilişsel işlevlerde azalma gibi birçok alanda değişiklikler meydana gelir. Heterojen görünümlü olan şizofreni hastalığının ,genel bir görünümü yoktur. Hastaların bazıları bazı belirtileri gösterirken diğerleri başka belirtiler göstermektedirler (26).

### **2.1.2.2. Şizofreni Hastalığının Türleri**

DSM IV, şizofreni alt tiplerini 5 alt tip olarak tanımlamıştır. Bunlar sırası ile; Paranoid Tip, Dezorganize Tip, Katatonik Tip, Ayrışmamış Tip, Rezidüel Tip'dir. .

*Paronoid Tipte*, bir ya da birden fazla sanrı görülmektedir. İşitsel sanrılar çoktur. Başlangıç yaşı geçtir (27). *Dezorganize Tipte*, düzensiz, dengesiz konuşma konuşma ve davranış görülmektedir. Genellikle hastanın duygu durumu donuk ya da uygunsuzdur (28). *Katatonik Tipte*, hasta uzun süre aynı pozisyonda kalabilir ve dış dünya ile kopuk bir görüntüsü mevcuttur (29). *Ayrışmamış Tip / Farklaşmamış Tip*, şizofreninin diğer alt tiplerinin özelliklerini karşılamayan şizofreni tipidir (27). *Rezidüel Tipte*, hastada vurdumduymazlık, sosyal çekilme, girişimde azlık, düşüncede somutlaşma, duyguda küntlük, kişisel bakımda azalma görülür. Hasta toplumdan uzaklaşarak içine kapanmıştır (26).

## **2.2. Sosyal Hizmetler**

IASSW (2001) ve IFSW (2001)'e göre sosyal hizmetin temel ilkeleri insan hakları ve sosyal adelettir. Sosyal hizmet mesleği, sosyal değişimi destekler ve insanların iyilik hallerinin daha da iyiye gitmesi için insanların ilişkilerinde sorun çözmelerine, onların diğer insanlar ile olan ilişkilerinin güçlenmesine yardımcı olur ve insanları özgürleştirmeyi amaçlayarak bu amaç için insan davranışını ve sosyal sistemleri inceleyen teorilerden destek alır (30).

Günümüzdeki sosyal hizmet uygulamasının temel bakışını temsil eden Genelci Sosyal Hizmet Yaklaşımına göre; bir sosyal hizmet uzmanı bir vakaya yaklaşırken içinde bulunduğu durumun gerektirdiği uygun yaklaşımı, modeli ve uygulama tekniklerini mikro-mezzo-makro düzeyde uygulayabilecek bilgi-beceri ve değer üçlüsüne sahip olmalıdır.

1925 yılındaki Milford Konferansında, bireye odaklanılarak yani müracaatçının yaşadığı sorunun asıl sebebinin kendisi olduğuna inanılarak onu tedavi etmeye çalışan Geleneksel Yaklaşım diğer bir adı ile Medikal Model yerine müracaatçıları yaşadıkları toplumdan ya da sistemden derinlemesine etkilenen varlıklar olarak değerlendirmenin daha doğru olduğunu savunan Genelci Yaklaşımdan bahsedilmiştir. Biyo-psiko-sosyal bir varlık olan insan doğumdan itibaren çevre ile uyum sağlama çabasıdadır. Genelci Sosyal Hizmette göre bu uyumlanma sürecinde sosyal işlevsizlik yaşayan bireylerin güçlü yanlarına odaklanarak onlara farklı bakış açısı kazandırmaya çalışılmalıdır.

Genelci sosyal hizmet, bireylerin, grupların ve toplumların sosyal, psikolojik, ekonomik, eğitim ihtiyaçlarına kaynak bulmaya çalışan ya da tüm bu kesimlerin gelişimlerini destekleyen ve gerek mikro, gerek mezo gerek ise makro boyutta sorunlara çözüm üretmeye çalışan bir yaklaşımdır. Bütün bu çözüm üretme süreci içinde sosyal hizmet sadece insanları kendilerine özgü sorunları ve gereksinimleri olan eşi olmayan varlıklar olarak görmekle kalmaz aynı zamanda da kişinin sosyal, psikolojik ve fiziksel iyilik halinin ancak çevresi ile uyumu gerçekleştiğinde düzeleceğini söyler. Sosyal hizmetin odağı olan bireyden topluma, toplumdan bireye akan sosyal sorunlara ve bu sosyal sorunların yol açtığı ruhsal sorunlara çözüm üretmek için sistematik metotlarla geliştirilen sosyal hizmetin üç temel yaklaşımı bulunmaktadır. Bunlar; Sistem Yaklaşımı, Ekolojik Yaklaşım ve Güçlendirme Yaklaşımıdır.

### **2.2.1. Sistem Yaklaşımı ve Sosyal Hizmet**

Bireye odaklanan Medikal Modele karşı geliştirilen eleştirilerin olduğu döneme denk gelen 1940'lı yıllar ile birlikte Ludwingvon-Bertalanffy ve arkadaşları tarafından geliştirilen düzenli sistemlerin oluşumu ve davranış ile bağlantısı üzerine

geliştirilen teoriler "Genel Sistem Teorisi" olarak sosyal hizmete adapte edilmiştir. Sistem Yaklaşımını sosyal hizmete uygulama düşüncesi 1950'li yılların sonları ile 1960'larda hız kazanmıştır ve Amerikalı yazarlar Howards Goldstein ile Pincus ve Minahan'ın 1973'deki yayınları sonucunda doruğa ulaşmıştır (31). Pincus ve Minahan'ın geliştirdiği bu yaklaşıma göre; insan yaşamında insanların fark edilmesi gerekmektedir. İnsanın iyilik halini etkileyen üç sistem bulunmaktadır. Bunlar; Aile, arkadaşlar, komşular, iş arkadaşlarını kapsayan formal ya da diğer adı ile doğal sistemler. Toplum organizasyonlarını, birlikleri ve meslek örgütlerini kapsayan formal sistemler. Hükümet, hastaneler ve okulları kapsayan toplumsal sistemlerdir. Sosyal hizmet uygulamasına yeni kavramlar sistematik bakış açısı getirilmiştir. Bunlar; değişim ajanı, müracaatçı, hedef ve eylem sistemleridir. Son olarak da açık bir şekilde tanımlanmış aşamalar ve sistematik uygulamalar yöntemleri geliştirilmiştir.

Sistem yaklaşımı, 1960'lardan bu yana sosyal hizmetin insan davranışlarını değerlendirmede birincil olarak kullandığı yaklaşımdır. Sistem yaklaşımı, müracaatçının karmaşık yaşam koşullarının ardında yatan faktörlere bakarken karmaşık yaşam koşulları ile bu koşullara etki eden sebepleri ilişkilendirir. Her bir sistem alt sistemleri içinde barındırır ve her bir sistem diğer sistemlerin bir parçasıdır. Tüm sistemler hem bağımsızdırlar hem de birbiri ile etkileşim halindedirler. Sistem teorisinin odağı etkileşimdeki parçaların iletişim kalıplarını ve bu parçaların aralarındaki ilişkidir. Her sistem kendi içinde sınırlarını barındırır. Bu sınırlar açık ya da kapalı olabilirler. Enerji, kaynaklar, bireyler, bilginin sisteme girilmesi ya da bilginin sisteme girilmemesine bakılarak sistemin açık ya da kapalı olduğu anlaşılır. Sistemin işlevsel olabilmesi için her bir sistemin sürecini tekrarlaması gerekmektedir. Sistemin sürecini tekrarlamasının tek sebebi sadece görevlerini yerine getirmek değil aynı zamanda da varlığını sürdürmektir (31).

Tamamlanabilir aşamalar ile ilerlemeyen sistem, enerjisini kullanırken ve işlevini yerine getirirken yetersiz kalır. Sistemin yetersiz kalmasına sonlanma denir. Sistem organizasyonunda karışıklığa yol açanlar, sistemin olumsuz sonlanması; sistemin enerjisini etkili bir şekilde kullanarak yeni bir enerji elde etmesi ve sistemin sınırlarını zorlamasıdır. Sistem de karışıklık olsa da sistem hiçbir zaman için durmaz. Sistem olumlu ya da olumsuz sonlanmaya ulaşmak için sürekli hareket halindedir .

Sistem içindeki herhangi bir parçada meydana gelen değişim tüm sistemi etkiler (32).

### **2.2.1.1. Ruh Sağlığı Alanında Sosyal Hizmet Uygulamaları**

Sanat ve bilim olarak tanımlanan sosyal hizmet mesleği insanların yaşam kalitesini geliştirmeye yardımcı olan insana hizmet mesleklerinden bir tanesidir. Sosyal hizmet mesleğinin odağı sosyal işlevsellik olduğu için insanların yakın ve uzak çevreleriyle daha etkin bir etkileşim kurmalarına yardımcı olur (28)

Sosyal hizmet mesleği, insanların kendi sosyal çevrelerinde rahat davranmalarını ve iş görebilmelerini sağlamak için insanların çevrelerini değiştirmelerine yardımcı olmayı amaçlar (28). Türkiye'de 1962 yılında, Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı bünyesinde kurulan Sosyal Hizmetler Akademisi ile sosyal hizmet meslek olarak kabul edilmiştir.

Sosyal hizmetin toplamda 4 amacı bulunmaktadır. Bunlar, insanların problemler ile baş etme, problemleri çözüme ve gelişme kapasitelerini artırmak; müracaatçıyı kaynak, hizmet ve olanak sağlayan sistemler ile bağlantıya geçirmek; sistemlerin etkin ve insancıl olarak işlev görmesine olanak sağlamak ve son olarak da sosyal politikaların gelişimini ve ilerlemesini sağlamak için katkıda bulunmaktadır. Bununla birlikte bazı yazarlar tarafından sosyal hizmet mesleğinin amaçlarına güçler yaklaşımı ve işbirliğine dayalı çalışma yoluyla müracaatçı sistemlerinin güçlendirilmesi ve sosyal adaleti geliştirme ve eşitlik için çalışma olmak üzere ilave iki amaç eklemektedir (13).

Sosyal Hizmet Eğitim Konseyi (CSWE) yukarıdaki amaçlara ek olarak dört amaca vurgu yapmıştır. Bunlar: tüm sistemlerin sosyal işlevselliklerinin artırılması başarılı olmak, sistemlere dahil olanların stresini hafifletmek ya da önlemeye çalışmak, onlara kaynaklarını kullanırken yardımcı olmak; sosyal politikalar yürütülürken insanların temel ihtiyaçlarının nasıl karşılanacağını ve insan kapasitesinin nasıl desteklenmesi gerektiğini hesaplayarak hareket etmek; risk altındaki grupları güçlendirmek, sosyal ve ekonomik adaleti sağlamak için gereken sosyal politik faaliyet süresi boyunca hizmet, kaynak ve programları takip etmek ve

son olarak da bu amaçlara yönelik profesyonel bilgi ve becerileri geliştirilip bu bilgi ve becerileri test etmek (25).

Bütün bu amaçların ötesinde sosyal hizmetin ana amacı sosyal işlevsellikte var olan ya da olası problemler ile ilgilidir (13). Buradan da yola çıkarak sosyal işlevsellik kavramını anlamanın sosyal hizmeti anlamanın olmazsa olmazı olduğu aşıkardır.

Sosyal hizmeti diğer mesleklerden ayırarak onun temel faaliyet alanını ortaya koyan kavram sosyal işlevsellik kavramıdır. Bir kişinin dahil olduğu topluluğun alt kültürlerince gerekli görülen büyük sosyal rollerinin kişinin temel ihtiyaçlarını karşılayabilecek görevleri başarabilme yeteneğine pozitif sosyal işlevsellik denir. , Temel ihtiyaçlar, yiyecek, barınma ve tıbbi bakım, sosyal kabul, sosyal destek, hayatın anlamını bulmak gibi ihtiyaçlardır.. Büyük sosyal roller, bir aile üyesi olmak, ebeveyn, eş öğrenci, hasta, işçi, komşu ve vatandaş olmak gibi örnekleri içerir. Bir kişinin sosyal rolleri bazen onun cinsiyet, etnisite, kültür, din, uğraş ve topluma bağımlı olarak değişen rolleriyle ilişkili olarak hayat ve beklentiler doğrultusunda değişir. Kısaca sosyal işlevsellik kavramı, bireyi içinde bulunduğu sosyal ve ekonomik çevresi ile bireyin kapasite ve eylemlerini bir araya getirmeye odaklanır (25).

Sosyal hizmet mesleği kişilerin, grupların ve toplumların gerek toplumsal gerek ruhsal gerekse fiziksel açılardan mümkün olan en yüksek refah seviyesine erişebilmelerine yardımcı olmaya çalışır. Bu amaca ulaşabilmek için takip ettiği yöntemler insanla uğraşan (doktorluk, hemşirelik, psikolojiklik, avukatlık, öğretmenlik ve din adamlığı) diğer mesleklerin metotlarından farklıdır. Sosyal hizmet mesleği bireyi kendinden ve ailesinden, toplumdan ve bağlı olduğu kurumlardan, yaşadığı çevreden, dahil olduğu ekonomik sistemden ve sağlık durumundan ve dolayısı ile de bütün bunlardan etkilenen psikolojik durumundan ayırmaz aksine bütün bu unsurların hepsini bir arada dikkate alarak çalışır. İşte bu yüzden ki insanlarla doğru ve etkili iletişim kurmakta güçlük yaşayan, kendi potansiyelini gerçekleştirirken sıkıntı yaşayan, içinde bulunduğu toplumun taleplerine cevap veremeyen insanlarla çalışan sosyal hizmet mesleği bütün bu sıkıntıları yaşayan bireylerin sadece görünürdeki sorunlarına çözüm bulmaya



çalışmakla kalmaz aynı zamanda da onların ruhsal sıkıntılarına çözüm bulmaya çalışır. Sosyal hizmet mesleği, ruh sağlığı alanında koruyucu-önleyici ve tedavi-rehabilitasyon edici fonksiyonlarıyla mikro, mezo ve makro çalışmalar yürütür.

### 2.2.1.2. Psikiyatrik Sosyal Hizmet Uygulamaları ve Tarihsel Gelişimi

Bedensel ve ruhsal olarak bir bütün olan insanın sağlıklılık hali Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından "ruhsal, bedensel ve sosyal olarak tam bir iyilik hali" olarak tanımlanmıştır. Ruh sağlığı oldukça geniş kapsamlı bir kavramdır. Bu kavram, bireylerin davranışlarını, içinde buldukları nüfus birikimini, bireyin ve toplumun fonksiyonlarını ve çeşitli disiplinlerde bu konuyla ilgili profesyonel kişilerin ruh sağlığı ile ilgili çalışmalarını kapsar. Moral ve etik kavramları, dini yorumları, kişisel araştırmaları, değer yargılarını, psikolojik ve psikiyatrik teorileri, politik, ekonomik ve diğer çeşitli sorunları içerir (29).

Kişiden kişiye, toplumdaki topluma ve yaşanan çağa göre kriterleri değişen genel geçer ruh sağlığı tanımları da kuramcılardan kuramcılara göre değişiklik göstermektedir. Karl Menninger, ruhsal sağlığı, insanların dünyaya ve kendilerine mutluluk ve karşılıklı olumlu bir etkileşim ile uyum sağlamaları olarak tanımlamıştır. Jonnes ve Boehm'a göre ise, ruh sağlığı hem sosyal çevrede kabullenilen hem de kişisel olarak doyurucu olan bir sosyal faaliyet durumu ve düzeyidir. Moreno'ya göre "*insanın dahil olduğu bir toplum var ise ve bu toplumda yaratıcı ve verimli bir şekilde hayatını sürdürebiliyor ve içinde bulunduğu ortama uyum sağlayabiliyorsa*" ruhsal açıdan sağlıklıdır. Erikson, olumlu ruh sağlığında kişinin kendisiyle özdeşleşmesi üzerinde durur. Erikson'a göre insanın egosu insanın diğerleri için ne ifade ettiği ile paralellik göstermektedir (29).

Halk arasında ruh sağlığı bozulmuş kişilere takılan lakaplardan bir tanesi de "*anormal*" lakabıdır. "*Anormal*"ın var olduğu her durumda "*Normal*"de vardır. Ancak normal ve anormalin tanımının kültürden kültüre, toplumdaki topluma, hatta zaman içinde değiştiği de unutulmamalıdır.

Bilimsel açıdan normal olan ve olmayan davranışları ayırt edecek belirli bir ölçüt yoktur. Normal ve normal olmayan davranışları tanımlamak için kullanılan

temelde iki karşıt görüş bulunmaktadır. Birinci görüşe göre; kişinin toplumsal normlara uyma derecesi onun ne kadar normal olduğunu belirlediği gibi bu normlardan sapma derecesi de kişinin ne kadar normal olmadığını belirler. İkinci görüşe göre ise; normalite belirleyen toplumun kuralları değil de kişinin kendisini iyi hissedebilme derecesidir (33).

Normal ruh sağlığının tanımını yapabilmek için bilimsel yaklaşımla geliştirilen ölçütler; istatistiksel ve kliniksel tanımlama olarak ikiye ayrılmaktadır. İstatistiksel tanımlamaya göre normal kişi; matematiksel olarak çoğunluğa uyan ve an eğrisinin iki aşırı uunda kalmayan kişidir (14). Klinik tanımlamaya göre normal kişi ise; belirgin bir ruhsal bozukluk tanısı almamış kişidir.. (13). Klinik tanım normalite tanımlayabilmek için birçok görüş ortaya atmıştır. Bu görüşlere göre kısaca değinilirse çevresi ile uyumlu kişi, aşırı bunaltı içinde olmayan kişi ve bunun getirmiş olduğu kendinden hoşnutluk ve ilişkilerinde rahatlık ve mutlu olma hali içinde olan kişi, id, ego ve süper ego arasındaki dengeyi sağlamış kişi normal kişidir.

1992 yılında kurulan Dünya Ruh Sağlığı Federasyonu, 1948'den beri her yıl 10 Ekim tarihinde ayrı bir tema ile Dünya Ruh Sağlığı Gününü kutlayarak topluma farkındalık kazandırmayı amaçlamaktadır. Bütün bu toplumu bilinçlendirme ve dikkat çekme çabalarından da anlaşılacağı üzere ruhsal rahatsızlıklar bireyi bireyi toplumdan ve dış gerçeklerden uzaklaştırarak onu sosyal izolasyon içinde yaşadığı verimsiz bir hayata mahkum bırakabilir (34).

Dünya Sağlık rgtnden Ruh Sağlığı Bölüm Başkanı Norman Sartorius, ruh sağlığı programlarının psikiyatrik çalışmalardan farklı olduğunu ifade etmiştir. Sartorius'a göre psikiyatri bilim dalı ruhsal bozuklukların önlenmesi, onların tanısının konması ve onları tedavi etmek ile uğraşır. Bütün bunları da klinik ortamda; tek tek hastalar ve onların en yakın çevreleri ile ilgilenererek gerçekleştirir. Ruh sağlığı programları psikiyatri biliminden farklı olarak toplum içindeki psikiyatrik bozuklukların azalmasının yollarına ve araçlarına odaklanmışlardır (34).

Tıbbın bir dalı olan psikiyatri bilim dalı yani ruh hekimliği;- kişinin gerek zihinsel gerek ise duygusal yetilerinde, davranışlarında, evre ile olan uyumunda ortaya çıkan - bozuklukların araştırılması, tanımlanması, sınıflandırılması, tedavisi

ve korunması ile uğraşır. Tıp biliminin temel dalı olan psikiyatri; farmakoloji, biyokimya ve genetik gibi bilimlerle ortak çalışmak ile kalmayıp psikanaliz, klinik psikoloji, psikoloji, sosyoloji, sosyal psikoloji, sosyal antropoloji, gibi bilimlerden de yararlanmaktadır (14).

Psikiyatri, akıl ve beden rahatsızlıkları sonucu ruhsal belirtiler ile ilgili bir tıp dalı olarak kabul edilmeden önceki dönemlerde de psikiyatrik rahatsızlıkların var olduğu ve bu rahatsızlıklar için içinde bulunulan döneme uygun şekilde yöntemler geliştirildiği bilinmektedir (29). Bundan yaklaşık yarım milyon yıl öncesinde Taş Devri'nin mağara adamları tarafından ruh hastalıklarına ilişkin yöntemlerin uygulandığı bilinmektedir. O dönemin doktorları, epilepsi krizlerine yakalanan ya da baş ağrısı çeken hastalarını tedavi etmek için bugünkü adı ile trepanasyon denilen cerrahi işlemi uygulamışlardır. Bu işlemin uygulanma için taştan yapılmış araçlar yardımı ile hastanın kafatasında yuvarlak bir delik açılması gerekmektedir. Bu işlemin amacı ise açılan bu delikten kişiyi rahatsız eden kötü ruhların çıkmasının sağlanmasıdır (13).

19. yüzyılda başlayan ve özellikle Avrupa'nın etkilendiği aydınlanma döneminin etkisi ile ruh sağlığı ile ilgili yapılan çalışmalar, pozitif bilimlerin kabul ettiği yöntemlerle yapılmıştır. Bu dönemden itibaren bilim olarak incelenmeye başlanan ruh sağlığının yolu mesleki bir disiplin olma yolunda ilerlerken dinin etkisinden uzaklaşan sosyal hizmet mesleği ile çakışmıştır.

Sosyal hizmet mesleğinin kendisine ait bir misyonu olduğu gibi kendine ait bir bilgi temeli, değerler sistemi, etik kuralları ve beceri repertuarı da vardır. Sosyal hizmet mesleğinin temel odak noktası , birey ve onun sosyal çevresi arasındaki etkileşimdir. Sosyal hizmet mesleğinin sorumluluğunda psiko-sosyal ve ekonomik sebeplerden kaynaklı sorunları ortadan kaldırılabilmektedir. Psikiyatri ise sosyal hizmet mesleğinden farklı olarak tıbbın bir dalıdır (35).

Psikiyatrik sosyal hizmet ruhsal ve akılsal güçlükleri yüzünden sosyal ve ruhsal işlevlerinde sıkıntı olan kişilere hizmet veren hastanelerde, akıl sağlığı kliniklerinde, toplum ruh sağlığı programlarında, çocuk rehberlik bürolarında uygulanan sosyal hizmetlerdir (36).

Hekim olan psikiyatri uzmanı ruhsal bozuklukların teşhisinde, tedavisinde ve bununla bağlantılı olarak toplumun ruh sağlığının korunmasında birincil düzeyde sorumluluk almaktadır. Hekimin bu sorumluluğu tek başına üstlenmek gibi bir durumu söz konusu değildir, psikiyatri hekimi psikiyatri ekibi ile eklektik bir çalışma yürütür. Bu ekipte koruma, iyileştirme ya da geliştirme rollerini üstlenen diğer profesyoneller de bulunmaktadır. . Bu profesyonellerden biri de sosyal hizmet uzmanıdır. Psikiyatri bilim dalının temel çabası hastayı yeniden sağlığına kavuşturmak için bedensel ve ruhsal ögelere odaklanmak iken sosyal hizmet mesleğinin temel çabası ise sosyal ögelere odaklanmaktır. Diğer ifadeyle, sosyal hizmet uzmanı sosyal sağlığı sağlamak için etkin ve karar verici rol alan konumunda iken psikiyatri hekimi de ruhsal ve bedensel sağlığı sağlamak için de etkin ve karar verici rol alan konumundadır (35).

Psikiyatri alanında çalışan sosyal hizmet uzmanları, zihinsel rahatsızlığı olan, istismara uğramış ya da madde bağımlılığı olan bireyleri tespit ve tedavi ederler. Psikiyatri servisinde çalışan sosyal hizmet uzmanlarının hedefleri arasında aynı zamanda müracaatçıların topluma kazandırılması da vardır. Bu amaç doğrultusunda psikiyatrik sosyal hizmet uzmanları, bireylerle sosyal hizmet, gruplarla sosyal hizmet, sosyal rehabilitasyon, sosyal işlevsellik için ihtiyaç duyulan beceri eğitimleri ile ilgilenirler. Psikiyatrik sosyal hizmet, maddenin bağımlılığı gibi alanlarda da çalıştığı için psikiyatrik sosyal hizmet uzmanları madde bağımlılığı, bağımlılık tedavi merkezlerinde çalışırken bireylerle, ailelerle sosyal hizmet uygulamaları yaptıkları gibi yerel yönetimlerle de konu ile ilgili savunuculuk, eğitim ya da kaynak buluculuk hizmetleri üzerinden bağlantıya geçebilirler (37).

Tarihsel süreç içinde psikiyatri alanındaki ilk sosyal hizmet uygulamaları ile bugünkü psikiyatrik sosyal hizmet uygulamaları köken olarak birbirine benzemekle birlikte zaman içinde psikiyatrik sosyal hizmet önemli bir gelişim göstermiştir (13).

Uygulandığı dönemde psikiyatrik sosyal hizmet olarak adlandırılmasa da 1800'li yıllardan beri Batı'da var olan psikiyatrik sosyal hizmetin ilk var olduğu dönem 1880'li yıllar, ülke ise İngiltere'dir. Bu dönemde psikiyatrik sosyal hizmet; ruhsal hastalığı olduğu için toplumdan uzaklaştırılmış olarak akıl hastanelerinde yaşayan hastalara destek olmak ve özellikle de taburcu olduktan sonra hastanın

bakımı için gereken bilgilerin verilmesi için hastaların evlerini ziyaret eden gönüllüler tarafından yürütülmekte idi.

Psikiyatrik sosyal hizmet olarak isim almayan sosyal hizmet çalışmaları 20.yüzyıl'a kadar tıbbi sosyal hizmetin içinde varlığını sürdürmüştür. Bu yüzyıla kadar olan sürede sosyal hizmet mesleği odağını bireyin çevresi ile etkileşimine çevirdiği için bireyin ruhsal durumunun sorgulanması geri planda kalmıştır. 20. Yüzyıl ile birlikte sosyal hizmet mesleğinin odağı bireyin ruhsal durumu olmaya başladığı andan itibaren psikiyatrik sosyal hizmet o dönem psikiyatri alanında isminden çok söz ettiren bir model olan psikiyatrik modelden esinlenmeye başlamıştır.

New York Akıl Hastanesi bakım sonrası hizmet için 1911 yılında sosyal hizmet uzmanlarını istihdam etmiştir. Yine Amerika'da 1912 yılında sosyal hizmet uzmanının psikiyatri ekibinin bir parçası olduğu görüşü savunulmuştur. 1913 yılında Boston'daki bir akıl hastanesinde sosyal hizmet bölümü kurulmuştur. Bütün bu çalışmalar ruhsal hastalıkların psikolojik yönünün yanında sosyal yönlerinin de varlığının kabul edildiğini ve psikolojik sağlık personeline yardım edecek ekibin içinde sosyal hizmet uzmanlarının da olması gerektiğini kanıtlamıştır (38).

1920-1930'lu yıllarda Freud ve arkadaşlarının geliştirmiş olduğu psikodinamik model sosyal hizmet mesleği üzerindeki etkisini korumuştur. Freud'un geliştirmiş olduğu psikodinamik model dışında sosyal hizmet mesleği fonksiyonel kuram, sorun çözme yaklaşımı, ego psikolojisi, etkileşim çözümlenmesi ve terapötik çevre uygulamalarını da kullanmıştır (39).

Bireysel deneyimlerin odak olarak alındığı bu yıllarda sosyal hizmet uzmanları bireyin davranışlarıyla ve ilişkilerinde geliştirdiği tutumlarla ayrıntılı olarak ilgilenmişlerdir. Hamilton, 1940'lı yıllarda "Hamilton Teşhisi adı ile -person in the situation- durum içinde birey yaklaşımını geliştirerek sosyal hizmet uzmanlarının ilgi alanına müracaatçının erken çocukluk dönemine ilişkin deneyimler ve bu deneyimlerin müracaatçının hayatına müracaatçı fark etmese de bilinçdışı olarak yön verdiği ile hipotezlerin önem kazanmasına yol açmıştır (40).

1940'lı yıllarda sosyal hizmet odağını bireyle sosyal hizmet çalışmasından grup çalışmasına doğru yönetmeye başladı. Buradaki amaç bireyin toplumsal uyumunu grup çalışmalarında geliştirmesini sağlamak ve mikro-kozmoz bir sistem olan grubun verdiği tepkilere göre kendini grup içinde yeniden yapılandırmasını sağlamak idi.

II. Dünya Savaşının çıkması ile birlikte psikiyatrik sosyal hizmet, kamu kurumları ile ortak çalışmalar yapmak mecburiyetinde kalmıştır. Asker ailelerine psikolojik destek vermek için sosyal hizmet uzmanları bu ailelerin evlerini ziyarete başlamışlardır. 1947'de kabul edilen Ulusal Ruh Sağlığı Yasası ile sosyal hizmet uzmanlarının sayısı artırılmıştır ve bu artış ile sadece asker ailelerine değil aynı zamanda da askerlere ve halkın geri kalanına psikolojik destek olmaya çalışılmıştır.

1950'li yıllar ile birlikte sosyal hizmet mesleği sosyal reforma karşı bireysel tedavi çatışmalarını yaşamıştır. 1960'lı yıllar ile birlikte teşhis yaklaşımı ve fonksiyonel yaklaşım daha da gelişerek değerlendirme, durum içinde birey, süreç, ilişki ve müdahale başlıkları adı altında incelenmeye başlanmıştır.

Davranışsal akımın ortaya çıkması ile birlikte 1960'lı yıllarda sosyal hizmet de psikoloji akımlarının vermiş olduğu refleksi göstererek psikodinamik yaklaşıma tepki vermeye başlamıştır. 1970'li yıllarda ise problemin tanımlanmasından ziyade problemin müdahalesi üzerine yoğunlaşmaya başlayan sosyal hizmet mesleği aile ile sosyal hizmet çalışmaları, kısa dönemli sosyal hizmet çalışmaları, sosyal kişisel çalışmalar, krize müdahalede sosyal hizmet yaklaşımı gibi yeni yaklaşımlar kabul etmeye başlamıştır. Bu dönemde hizmet veren sosyal hizmet uzmanlarının kullandıkları yaklaşımlar transaksiyonel analiz, davranış değiştirme terapisi ve gerçeklik terapisi, krize müdahale, görev merkezli sosyal kişisel yaklaşım gibi yaklaşımlar olmuştur (40).

1970'li yıllar aynı zamanda sosyal hizmetin sistem yaklaşımı ile tanıştığı yıllar olduğu için psikiyatrik sosyal hizmet de bu yaklaşımdan nasibini almış ve bireyin patolojisi ile toplumun sebeplerini ayrı ayrı incelemeyi bırakarak toplum içinde birey yaklaşımını benimsemiş ve bireyin dahil olduğu sistemlerin ve alt sistemlerin bireyin ruhsal durumunu etkilediğine vurgu yapmıştır.

1980 - 1990 yılları arasındaki dönemde Avrupa enflasyon, işsizlik ile mücadele ederken sosyal hizmet mesleği psikiyatrik sosyal hizmetin ilgi alanlarına giren evsizlik, AIDS, madde bağımlılığı gibi alanlara ilgisini artırmaya başlamıştır. Ruhsal sorunları olan bireyler ekolojik yaklaşımın etkisi altında değerlendirilmeye başlanmış ve sistem yaklaşımı da etkisini devam ettirmiştir. Ekolojik yaklaşım, müracaatçının kişisel yeteneklerinin geliştirilmesi için müracaatçıya yaşam becerilerinin öğretilmesini ve müracaatçıya yardım ederken çevreden destek alarak sosyal desteği geliştirmeyi hedefleyen bir yaklaşımdır.

1990'lı yıllarda Saleebey Güçler yaklaşımını geliştirmiştir. Güçler yaklaşımı, insanların sahip oldukları beceri ve değerleri geliştirmenin sahip olmadıklarına odaklanmaktan çok daha işlevsel olduğunu savunan bir yaklaşımdır. Her insanın doğasından gelen fiziksel, duygusal, bilişsel, sosyal, ilişkisel ve ruhsal bir çok gücü olduğunu ve bu güçlerin insana enerji, kaynak, beceri ve değişim olanağı sağladığını savunarak psikiyatrik sosyal hizmetin çalışma alanı olan bireyin sosyal işlevselliğini artırmaya yönelmiştir (41).

2000'li yıllar ile birlikte psikiyatrik sosyal hizmetin alanına değişen dünyanın yeni dinamikleri olan boşanma, evsizlik, işsizlik, şiddet, bağımlılık, göç gibi hem bireyin ve ailesinin ruhsal dünyasını etkileyen hem de tüm toplumu etkileyen konular girmeye başlamıştır. Psikiyatrik sosyal hizmet bu alanlarda faaliyet gösterirken birey ile sosyal hizmet çalışmasına ek olarak grup ile sosyal hizmet çalışması, aile ile sosyal hizmet çalışması, toplum ile sosyal hizmet çalışması gibi alanları da hizmet alanına almıştır.

Türkiye'deki sosyal hizmet çalışmalarına baktığımızda; 1960 yıllara kadar, Türkiye'de sosyal hizmetlerin daha çok kimsesizlerin, bakıma muhtaçların yardımlarını karşılamaya çalışan Darülaceze ve Darüleytam gibi kurumlar aracılığı ile yürütülen hizmetler olduğu görülmektedir. 1926 yılında Atatürk'ün emri ile kurulan Himaye-i Etfal Cemiyeti (Çocuk Esirgeme Kurumu), kimsesiz çocukların bakımını üstlenen bir kurumdur. 1936 yılında, savaştan yeni çıkmış bir ülke olan Türkiye yoksullara yapılacak sosyal yardımların denetimini Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı'na vermiştir.

Birleşmiş Milletlerin İkinci Dünya Savaşı sonrasında kimsesiz çocuklar için başlattığı uluslararası çalışmalarından bir tanesi de Türkiye ile yapılan çalışmadır. Bu çalışma sonucu 1957 yılında Türkiye’de, Birleşmiş Milletler Sosyal Refah Müşavirliği’nin önderliğinde, başta Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı olmak üzere ilgili diğer bakanlık, kamu ve özel kuruluş temsilcilerinin de katılımıyla, Türkiye’de uygulanan mevcut sosyal hizmetlerin bilimsel ve mesleki bir yaklaşımla yeniden örgütlenmesini amaçlayan toplantıda alınan kararlar sonucunda bu alan ile ilgili araştırma yapmak için 1959 yılında 7355 sayılı kanunla Sosyal Hizmet Enstitüsü, Sosyal Hizmet eğitimi vermek için 1961 yılında Sosyal Hizmetler Akademisi kurulmuştur. Aynı amaçla 1963 yılında da S.S.Y.B. bünyesinde uygulama amaçlı Sosyal Hizmetler Genel Müdürlüğü kurulmuştur (42).

Yapısı gereği duyguları olan ve düşünen bir canlı olan insan diğer bir deyişle bio-psiko-sosyal bir varlık olarak tanımladığımız insana yardım etme anlayışında olan sosyal hizmet mesleği, Türkiye’deki ilk psikiyatrik sosyal hizmet çalışmasını 1957 yılında İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Psikiyatrisi Enstitüsü ile yapmıştır. Sosyal hemşire adı verilen görevlilerin yardımı ile hastanın çevresel ve kişisel özellikleri belirlenmiş, hastanın aile içi ilişkilerinin geliştirilmesi için yardım edilmiş, bakım verenlerin olumsuz tutum ve davranışlarını belirlemek ve düzeltmek amacı ile ev ziyaretleri yapılmıştır.

İlk sosyal hizmet uygulamaları Türkiye’nin en büyük ruh sağlığı hastanesi olan Bakırköy Akıl ve Sinir Hastanesindeki yöneticinin yönetiminde, bir grup Sosyal Hizmetler Akademisi öğrencisi tarafından yapılmıştır. 1967 yılında bir sosyal hizmet uzmanı Bakırköy Akıl Hastanesinde çalışmaya başlamıştır (13).

1968 yılında Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri kliniğine, 1970 yılında Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Kliniğine, 1972 yılında ise Gülhane Askeri Tıp Akademisi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kliniğine sosyal hizmet uzmanlarının atamaları yapılmıştır (13).

T.C. Sağlık Bakanlığının 2011 verilerine göre Türkiye’deki sağlık alanında aktif olarak hizmet veren sosyal hizmet uzmanının sayısı 613’dür. Bu uzmanların çalıştıkları alanlara bakıldığında 529’unun Sağlık Bakanlığında, 71’inin



üniversitelerde, 13'nün de özel sektörde çalıştığı görülmektedir. Türkiye'de her 100 bin kişi için aktif çalışan sosyal hizmet uzmanının sayısı 0,92'dir (43).

Türkiye'de ruh sağlığı politikalarının geliştirilmesine sebep olan 1970'li yıllardaki toplumsal hareketler ve eleştirel psikiyatrik ya da psikolojik akımları; ruhsal sorunlar yaşayan bireylerin sadece kurum hizmeti olarak iyileştirilmelerinin yeterli olmadığını bununla birlikte bu bireylerin modern psikiyatri, klinik psikoloji ve sosyal hizmetler disiplinlerinin katkılarından üst seviyede yararlanmalarına yardımcı olacak ve süreç içinde bu bireylerin içinde buldukları toplumda kaybettikleri rollerini yeniden kazanmalarına yardımcı olacak toplum temelli ruh sağlığı hizmetlerinden yararlanmaları gerektiğini savunmuşlardır.

Kurum (hastane) ve toplum temelli hizmetler ruh sağlığı hizmetlerinin temelini oluştururlar. Kurum temelli hizmetlerin olumsuzlukları dışlama ve yoğunluktur (44). Evrensel yaklaşımlara göre artık kurum temelli hizmetler yerini toplum temelli hizmetlere bırakmaktadır. Türkiye'de bu yaklaşımlardan etkilenmektedir (45).

Ruh sağlığı hizmetlerinden toplum temelli hizmetlerin başarılı olmasını sağlamanın yolu damgalama, ayrımcılık ya da dışlama gibi olumsuzlukların doğru şekilde ortadan kaldırılması ile ilgilidir. Bu noktada da ruhsal sıkıntıları olan bireylerin iyilik hallerine ulaşmalarının tek çözümü yalnızca hekimlik yaklaşımı değil aynı zamanda da sosyal hizmetlerin de içinde bulunduğu bütünsel bir yaklaşımın uygulanmasıdır (46).

### **2.2.2. Psikiyatrik Sosyal Hizmet Uzmanının Rolü ve Sorumlulukları**

Günümüzde toplumsal sorunlar artarak çoğalmaktadır. Bu durum da sosyal hizmet mesleğinin psikiyatrik ekip içindeki yerini güçlendirmektedir. Solomon, Leonard, Weschler ve Kramer ruh hastalıklarını toplumsal sorun olarak tanımlamaktadırlar. Bunun sebebini de ruh hastalıklarına yakalanan bireyin kendisinin, ailesine dolayısı ile topluma getirdiği ekonomik maliyetlerin yüksek olması; ruh hastalığına yakalanan bireyin üretkenliğindeki azalma sonucu toplam verimliliklerindeki düşme; ve son olarak da ruh sağlığı bozukluğunun toplumu bütün olarak etkileyerek toplumsal sistemin işleyişinin bozulmasına yol açmasıdır. İşte bu

sebeplerden dolayı da sosyal hizmet ruhsal hastalıkların sonucunda ortaya çıkan toplumsal sonuçlar ile ilgilenmektedir (47).

Sağlık Bakanlığı, DSÖ'nün üye ülkelerden *"Herkes İçin Sağlık"* başlığı altında kendi sağlık stratejilerini belirlemesini talep etmesi üzerine ruh sağlığı hedefini *"2020 yılına kadar, halkın psiko-sosyal iyilik durumunu geliştirmek ve ruh sağlığı olan kişilerin özel bakım almalarını sağlamak"* olarak belirlemiştir (48).

Sağlık Bakanlığının 2011 - 2016 Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planında belirlediği hedeflerden bazıları psikiyatrik sosyal hizmet uzmanlarının çalışma alanları içine girmektedir. Bunlar;

- Ruh sağlığı sistemlerinden toplum temelli sisteme geçmek,
- Ruhsal hastalıkları olan bireylere uygulanan damgalama ve ayrımcılığa son vermek,
- Kadına uygulanan şiddeti ortadan kaldırmaya çalışmak ya da en azından azaltmak,
- Çocuk istismarını önlemek,
- İntiharı azaltmak,
- Riskli gruplar için hazırlanan koruyucu hizmet ve erken tanılama programlarını sürdürmek,
- Çocuk takip programlarında diğer programlara ek olarak psiko-sosyal gelişim programlarını da uygulamaya sokmak,
- Zihinsel- ruhsal tedavi ve rehabilitasyon süreçlerini iyileştirmektir.

Ruhsal sağlığın fiziksel sağlığı, fiziksel sağlığın ise ruhsal sağlığı etkileme özelliği olduğu düşünülür ise tıbbi sosyal hizmet ile psikiyatrik sosyal hizmetin birbirinden keskin sınırlarla ayrılması da çok mümkün değildir. Resmi Gazete (1973), tıbbi sosyal hizmetin tanımını yaparken psikiyatrik sosyal hizmetin görev tanımını da vermiştir. Bu tanıma göre; hastaneye yatırılmış her hastanın en

etkin şekilde tedavi olabilmesi için sosyal hizmet uzmanlarınca sağlanacak ekonomik, sosyal, eğitsel ve destekleyici hizmetler ile birlikte bu hastaların ailesi ve çevreleri ile olan ilişkilerinin yeniden düzenlenmesi, bu hastaların taburcu olmalarından sonra yaşadıkları kişisel ve ailevi sorunlarının çözümlenmesi gibi konuların tümünü içine alan çalışmalara Tıbbi Sosyal Hizmet denmektedir (49).

Sağlık Bakanlığına bağlı yataklı toplum ruh sağlığı merkezlerinin kurulması ve işleyişi hakkındaki usul ve esasları belirleyen Şubat 2011 tarihli Tıbbi Sosyal Hizmet Uygulama Yönergesinde psikiyatrik sosyal hizmet uzmanının görev tanımları ve çalışma alanları belirlenmiştir.

Bu yönergeye göre psikiyatrik sosyal hizmet uzmanının rolü ve sorumlulukları;

- Merkezin sorumluluğundaki bölgelerde yaşayan hastaları tespit ederek bu hastaların merkeze kaydını sağlamak için ilgili kurum ya da kişilerle irtibat kurmak;
- Hastalar ve yakınları ile bağlantıya geçerek bu kişilere merkezin faaliyetleri ve görev tanımı hakkında bilgilendirmek yapma ve onları merkeze davet etmek;
- Bakıma muhtaç ya da hastaneye yatışı gereken hastaların yatış yaptıkları hastaneler ile bağlantıya geçerek bu hastaların ihtiyaçlarına cevap vermek;
- Damgalamayı önlemek için gereken kurumlar ile ortak çalışmalar geliştirmek. Hastaların gerek sosyal gerek ise hukuki hakları konusunda hastalara bilgi vermek; bu hastaların karşılaştıkları güçlüklerin çözümünde onlara destek olmak;
- Hastaların ihtiyaç duyduklarında sivil toplum kuruluşları ya da diğer kurumlarla bağlantıya geçmelerini sağlamak;
- Merkezi ziyaret eden hasta ya da hasta yakınlarına merkez hakkında bilgi vermek; hastalara bireysel danışmanlık ya da grup terapisi yapmak;

- Hastalara ve ailelerine psiko-sosyal-eğitimler vermek;
- Ev ziyareti yaparak hastaneye yatması gereken hastalar ile karşılaşıldığında bu hastaları gereken kliniklere nakletmek;
- İstatistiksel veri toplamak ve elde edilen verilerin değerlendirilmesi için oluşan ekipte yer almak;
- Merkezin faaliyetlerine aktif katılım sağlamayı kesen hasta ve hasta yakınları ile bağlantıya geçerek hastayı tekrar merkez ile bağlantılandırmaktır.

Tedavi ve izleme hizmetlerinde sadece klinik açıdan değil aynı zamanda da toplumsal ve ekonomik acıdan da yaklaşılmalıdır. Bu elektik yaklaşımı sürdürecek hastaların ve toplumun ihtiyaçlarını karşılayabilecek farklı bilgi ve becerilere açısından donanımlı meslek elemanlarından oluşan ağdaş ekiplere ihtiyaç duyulmaktadır. Toseland medikal ve psikiyatrik tedavi kurumlarındaki ekipleri ortak bir amaç için bir araya gelen ve sahip oldukları uzmanlıkları ve yetkinliklerini birbirleriyle paylaşan, uzman gruplar olarak tanımlanmaktadır. Her farklı disiplinden gelen meslek elemanı sadece kendi bilgi ve becerisini değil aynı zamanda da farklı değer sistemlerini, meslek tanımlarını ve referanslarını da beraberinde getirir. Bir ekip çalışmasının disiplinli olması demek farklı etik ilkelerin birbirleriyle uyumlu olarak hareket etmesi demektir (47).

Ruh sağlığı alanında etkinlik gösteren psikiyatrik tedavi ekiplerinde psikiyatristler, psikiyatrik hemşire, psikiyatrik sosyal hizmet uzmanı, klinik psikolog, uğraşı terapisti gibi elemanlar bulunur (13). Bu ekipte yer alacak uzmanların kişilik özelliklerinin tedavi sürecinde hastaları etkileyici yönleri mevcuttur. Bu zellikleri Arıkan (1989) şöyle tanımlamıştır: Sorumluluk duygusu taşıyabilmek; anksiyetenin üstesinden gelebilmek; kendi duygularını denetleyebilmek ve uygun davranışlarda bulunmak; etik değerlere saygı duymak ve güvenir olmak; ekip içinde çalışma becerilerine sahip olmak; çeşitli toplumsal kuruluşlarla işbirliği yapabilme yetisine sahip olmak (13).

Bütün bunlara ek olarak Oral ve Tuncay çeşitliliğe saygı duyabilmek; eşitsizliğe karşı çıkabilmek; iyileştirebilme özelliğine sahip olmak; kişilerin ihtiyaçlarını ve güçlü yönlerini belirleyebilmek özelliklerini eklemişlerdir (35).

Ruh sağlığı alanında faaliyet gösteren sosyal hizmet uzmanı hastalıkların önlenmesi ve toplum ruh sağlığının korunması anlamına gelen birincil koruma, ruh sağlığı bozukluklarının erken tanınması ve tedavisi hizmetlerini ikincil koruma ve ruh sağlığı bozulan hastaların tekrar toplumla uyumunu sağlayan üçüncül koruma faaliyetlerini gerçekleştiren ekibin içinde yer almaktadır (50).

Ruh sağlığı alanında birincil korumayı hedefleyen bir sosyal hizmet uzmanının temel amacı ruhsal bozuklukların ortaya çıkma oranını düşürme, hastalıkları önlemeye yönelik çalışmalar yapmaktır. Bu açıdan bakıldığında birincil korumayı hedefleyen sosyal hizmet uzmanının temel görevi bireylerin, ailelerin ve toplumun sadece ruhsal değil aynı zamanda da toplumsal sağlığını korumak, geliştirmek için sistematik çalışmalar yapmaktır (47).

Ruh sağlığı alanında ikincil korumayı hedefleyen bir sosyal hizmet uzmanının temel amacı ruhsal hastalıkların erken tanısını koymak, tedavi ve bakımını (51). sağlamaktır. İkincil koruma alanında hizmet veren bir sosyal hizmet uzmanı ev ziyaretleri yaparak, okullarda, sağlık kurumlarında ve toplum merkezlerinde çalışarak olası problemlerin erken tanısı ve müdahalesi üzerine odaklanarak problemin ciddi boyutlara ulmasına engel olmaya çalışır (52).

Ruh sağlığı alanında üçüncül korumayı hedefleyen bir sosyal hizmet uzmanının temel amacı ise kronikleşmiş ruhsal bozukluklar sonucu oluşan işlev bozukluklarını azaltmaktır. Sosyal hizmet uzmanı üçüncül korumayı hedeflediğinde rehabilitasyon çalışmaları yapmaktadır (51).

Sosyal hizmet uzmanı, sosyal hizmet uygulaması yaparken temelde klinik düzey ya da toplumsal düzey üzerinden uygulama yapar. Mikro ve mezzo uygulamalar klinik düzeyin, makro uygulamalar ise toplumsal düzeyin içinde olan uygulamalardır.

### 2.2.2.1. Klinik Düzeyde Uygulamalar

Klinik düzeydeki sosyal hizmet yaklaşımının odağı hasta, hastanın ailesi ve hastanın sosyal çevresidir. Hastanın sahip olduğu özellikler ve hastalığın niteliği klinik düzeyde yapılacak müdahalenin sınırlarını netleştirir. Hastayla çalışmak demek vizite görüşmesi yapmak; klinikte bireysel ya da grup çalışması yapmak: ev ve işyeri/okul ziyaretleri yapmak; gündüz/ gece hastanesi uygulamalarını gerçekleştirmek; hastanın sosyal işlevsellik noktasında daha gelişmesini sağlamak için gezi, uğraşı, spor gibi etkinlikleri düzenlemek ve olarak da taburculuk sonrasında hastayı takip etmek demektir.. Hastanın ailesiyle çalışmak demek hastanın dahil olduğu aile üyeleri ile görüşmek; hastaların ailelerinden oluşan , gruplar ile grup çalışmaları yapmak ve hasta ailerine ev ziyaretlerini yapmak demektir. Hastanın sosyal çevresine yapılan ziyaretlerin amacı ise hasta ve ailesi hakkında bilgi edinmek, hastanın sosyal çevresini bilgilendirmek, hastaya kaynak bulmak ve hasta ile bağlantıya geçmek içindir (35).

Sosyal hizmet uygulamasının üç farklı seviyesinden biri olan mikro sistem; birey ve onun yakın çevresine diğer bir deyişle birey, karı - koca, ebeveyn - çocuk, yakın arkadaş - aile fertlerinin dahil olduğu sistemlerin karşılıklı etkileşimlerine odaklanır. Sosyal hizmetin diğer bir uygulama seviyesi olan mezzo sistem ise aile sistemi kadar samimi olunmama ile birlikte okul - iş yerindeki arkadaşlar, komşular, yardım sistemindeki arkadaşlar gibi bireyin yakın çevresinde dahil olduğu ama daha az samimi olduğu kişilerle kurulan karşılıklı etkileşime odaklanır (53).

Psikiyatri ve sosyal hizmetin birçok ortak özellikleri bulunmaktadır. Bu iki mesleğin her ikisi de kişisel ve sosyal sorunlar yaşayan insanlar ile çalışma yaparlar. Her iki meslek de kişilerin diğer insanlarla olan ilişkilerini geliştirmelerine; kişilerin duygularındaki sorunları fark etmelerine; kişilerin anlama yeteneklerini daha da geliştirmelerine yardımcı olmaya çalışırlar (6). Psikiyatrik sosyal hizmet uzmanının yararlandığı alan sadece sosyal hizmetler değil aynı zamanda da psikiyatri ve psikolojidir de. Sosyal hizmet uzmanı psikiyatri ve psikolojinin ilkelerinden yola çıkarak müracaatçının içinde bulunduğu ruhsal sınırlılıklara rağmen müracaatçının sosyal işlevselliğini artırmaya çalışır.

Psikiyatrik sosyal hizmet uzmanını psikiyatristlerin yaklaşımından ayıran en temel özellik bireyi tek başına ele almayı bireyin yakın çevresini de sorunun bir parçası olarak görmesidir yani mikro düzey ile çalışırken bile mezo düzeyden destek almasıdır. Psikiyatrist ise odağını biyolojik yaklaşım üzerinden tutarak hastaya teşhis koymaya çalışır (54).

Bireysel, aile ve grup terapileri hastanın sosyal işlevselliğini artırdığı, hastaya istihdam durumu sağladığı, hastanın kişiler arası iletişimini geliştirdiği, hastaya ailevi sorumluluk verdiği ve hastayı topluma yakınlaştırmayı sağladığı için ruhsal hastalıkların tedavisinde etkin terapilerdir.

Sosyal hizmetin mikro sistemdeki odağı olan bireylerle sosyal hizmet çalışması planlı bir çalışma disiplini içinde barındırır. Psikiyatrik sosyal hizmet uzmanı bu çalışmayı yürütürken hastanın ya da hasta yakınlarının duygudurumlarını düzene sokmak ve hastaların ilaç kullanma alışkanlıklarını düzene sokmak, hasta ailelerinin hastanın ilaç kullanma alışkanlıklarını doğru tutum ve davranışlarla takip etmelerini sağlamak, hastalıktan sonra yeniden şekillenmesi gereken aile içi ilişkilerin yeniden doğru şekilde yapılandırılmasını sağlamak, hastalığın ortaya çıkması ile birlikte toplumdaki uzaklaşmayı önlemek ya da toplumun geliştirdiği damlayıcı davranışlarla baş etmeyi öğrenmek, hastalıkla ilgili gerek hasta gerek ise hasta yakını olarak en işlevsel şekilde baş etmeyi ve hayatın içinde tüm sıkıntılara rağmen hayatın içinde var olmaya devam etmeyi hasta ve hasta yakınlarına öğretmeyi planlarlar.

Psikiyatrik sosyal hizmet uzmanları bireyler sosyal kişisel sosyal çalışma yapmadan önce ya da bu görüşmeler esnasında sosyal inceleme yaparlar. Hastanın kendisi, ailesi ve sosyal çevresi hakkında bilgi toplanması, hastanın ve ailesinin ne tür sorunları olduğu ve bu sorunların ne tür önlemlerle çözülebileceği, hasta ve ailesinin sosyal ve ekonomik yönden incelenmesi, eksikliklerinin nasıl desteklenmesi gerektiğinin bulunması, hastanın kurum bakımına ihtiyacı olup olmadığı ya da bir kuruma havale edilip edilmemesi gerektiğinin belirlenmesi için yapılan görüşmelerin geneline sosyal inceleme denilir (55). Psikiyatrik sosyal hizmet uzmanı doğru bir sosyal inceleme yaparak hastalığın doğru tanısı ve hastalık için geliştirilecek olan doğru sağılatım planının yapılandırılmasına yardımcı olur.

Sosyal inceleme sadece hastalığın planlanması için geçerli olmayıp aynı zamanda da hastanın çevresine ve çevresinin hastaya olumlu olumsuz etkilerinin tespiti, hastanın maddi durumunun detaylı bir şekilde incelenmesi ve gerek duyulduğunda kaynak buluculuk rolü ile hasta ve ailesine destek olunması gibi konularda da gerekli olan bir sosyal hizmet yaklaşımıdır.

Bireylerin sorunlarla baş etme ve bireylerin gelişme kapasitelerini artırabilmek amacıyla çevresi içindeki bireye odaklanan sosyal hizmet uzmanı sorunlarını tam olarak çözemeyenler ve gereksinimleri karşılanmayanlar için danışman, eğitmen, bakım verici davranış değiştirici olarak destekleyici hizmetler sunması gerekir (56). Psikiyatrik sosyal hizmet uzmanları hasta ve hasta ailelerine psiko-eğitim verirler ya da danışmanlık yaparlar.

Psikiyatrik literatüre göre psiko-eğitim sözcüğü genelde bilişsel ve davranışsal hasta ve ailesi için gerekli olan psikososyal tedavi yöntemlerini açıklamak için kullanılır.. Hasta ve ailesine psiko-eğitim verilmesinin amaçları; ailenin gerek yükünü gerek ise stresini azaltmak; aileye değişime dair umut vermek; hastalığın nüksetmesini önlemek; hastanın ve ailesinin hayat kalitesini artırmak; hasta ve ailesine başa çıkma becerileri kazandırmak; etkili bilişsel davranış değişiklikleri yapmak; duygusal destek sağlamak; hastalığın semptomlarını öğretmek; tedaviye uyumu artırmaktır (57).

Kronik psikiyatrik hastası olan aileler için psiko-eğitim oldukça işe yarayan bir yöntemdir. Psiko-eğitim aracılığı ile şizofreni gibi kronik psikiyatrik hastası olan aileler hastalık sürecindeki rollerini doğru bir şekilde öğrenmektedirler. Karşılaşacakları olası sorunlar hakkında önceden bilgi sahibi olmaları ailelerin üretecekleri çözümleri hızlandırıcı ve kolaylaştırıcı olmaktadır (58).

Kronik psikiyatrik hastası olan ailelere, bu hastalık hakkında ve tedavi yöntemleri hakkında bilgi verilmesi ailelerin içinde buldukları durumları daha iyi anlamalarını sağlayarak tedavinin gidişatını olumlu yöne çevirmektedir. Hastaya bakımveren ile hasta arasındaki iletişim psiko-eğitim aracılığı ile daha fonksiyonel hale gelir (59).



Psikoeğitimi aracılığıyla uzmanlarla işbirliği yaparak, tedavi sürecine somut katkılar sağlamaktadır. Bu sayede hastanın gereksinimleri farkına varılarak hastanın günlük yaşam etkinliklerinin niteliği işlevsel hale getirilir ve bu sayede pratik çözümler üretilmesi için ortak çalışmalar yapılır. Hastanın alevlenme dönemlerinde hastaya doğru müdahale edilmesi sağlanarak hastanın ve ailesinin yaşam kalitesi üst seviyeye çıkartılır (60).

Sosyal hizmet mesleğinin yöntemlerinden biri olan grup çalışması temelde belirli amaç etrafında bir araya gelen küçük gruplar olarak ifade edilebilir. , Grup çalışmasının temel amacı gruba katılan üyelerin gerek sosyal gerek ise psikolojik gereksinimlerinin karşılanması ve bu yol ile onların sorunlar ile daha etkili bir şekilde baş etmelerini öğrenmelerine yardımcı olmaktır (36). Sosyalleştirme grupları, sorun çözme grupları, etkileşim grupları, eğitim grupları, destek grupları olmak üzere grup çalışmalarını amaçlarına göre beş grupta ayrılırlar.

Sosyalleştirme Grupları; grup üyelerinin daha sosyal hale gelmesi için davranış ve tutumlarını değiştirmek ya da geliştirmek için kullanılır. Sorun Çözme Gruplarında; katılımcılar bu grup sürecinin sonunda çıkar elde etmeyi amaçlarlar ve duruma göre kazanma ya da kaybetmeleri söz konusudur. Etkileşim Gruplarına katılanlar duygularını doğru ifade etmeyi öğrenirler ve diğer grup üyeleri tarafından kendilerinin nasıl algılandığını fark ederek içgörü geliştirirler. Eğitim Gruplarının temel amacı grup üyelerine belirli bir konu hakkında bilgi vermektir. Destek Grupları; aynı kaderi paylaşan ya da benzer özellikleri taşıyan grup üyelerinin birbirlerine destek vermek ve sahip oldukları bilgileri birbirleri ile paylaşmak için bir araya geldikleri gruplardır (28).

Ailelerin yaşadıkları sorunlarla baş edebilme becerilerinin geliştirilmesinde grup çalışmasının önemi büyüktür (61). Toplum içinde, gruplar halinde yaşayan insan dahil olduğu topluluğa ait olduğunu ve bu topluluk tarafından dışlanmadığını bildiğinde çevresiyle daha olumlu iletişim kurma ihtiyacı içinde olacaktır. Bu açıdan bakıldığında grup çalışmaları sayesinde aileler içinde buldukları duruma uyum sağlayacak yetenekler geliştirirlerken, bu sorunu büyüten davranışları fark edip onlar ile de baş etmeyi öğrenirler (62).

Grup üyelerinin aynı ya da benzer kronik psikolojik hastalıklardan etkilenen bireyler olması ve benzer yaşam deneyimlerine sahip olması desteğin sağlanmasında önemli bir kaynaktır. Aileler yaşadıkları güçlüklerden elde ettikleri uzmanlıklarını - başarılarını grup ortamına getirerek diğer grup üyelerinin de yaşadıkları sorunları çözebilmelerinde bu uzmanlıkları kullanmalarına yardımcı olurlar. Aileler kendilerini anlayan insanların olduğu grup ortamında güçlüklerle baş etme becerilerini arttırarak kendileri gibi benzer sorunlar yaşayan ailelere yardımcı olma imkanına sahip olurlar (61).

Grup çalışmasının ailelerin yaşadıkları stres, izolasyon, yalnızlık, suçluluk, damgalanmışlık, depresyon, çaresizlik veya umutsuzluk gibi olumsuz duygularla baş etmelerinde büyük yardımı vardır. Sosyal hizmet uzmanı ailelere yönelik planlayacağı ve uygulayacağı grup çalışması ile ailelerin dile getirmekte zorlandıkları düşünceleri ve duygularını grup ortamında rahatlıkla ifade edebilmelerine ortam sağlar. Ayrıca grup ortamında ailelerin yaşadıkları sorunları ve hastalıkla baş etme yollarını paylaşmalarına fırsat vererek ailelerin birbirlerine destek olmalarını ve sosyalleşmelerini sağlar, ailelere hastalıkla baş etme becerileri kazandırır. Grup üyesi olan ailelerin aynı yaşanmışlıklara sahip olması paylaşımlarını güçlendirip, gruptan kabul, anlayış ve destek bulmalarını sağlayacaktır (63).

Kronik psikolojik rahatsızlık ile mücadelesinde başarılı olan hastaların taburcu olma kararını psikiyatri hekimi verirken taburculuk sürecini ve sonrasındaki süreci takip etmeyi psikiyatrik sosyal hizmet uzmanı yapar. Hasta ve ailesinin psiko-sosyal gereksinimleri ile ekonomik ve ihtiyaçlarını belirlenmesi psikiyatrik sosyal hizmet uzmanının taburculuk esnasında dikkate aldığı noktalardır.

Özellikle sosyal güvencesi olmayan hastaların taburcu olduktan sonra nereye götürüleceği sorunları ile psikiyatrik sosyal hizmet uzmanı ilgilenir (55). Taburculuk sonrası izlenmesi gereken hastaları ev ziyaretleri ile takip eden psikiyatrik sosyal hizmet uzmanı ev ziyareti yaparak aile merkezli bir yaklaşımı benimsemiş olur (61). Ev ziyareti yapan psikiyatrik sosyal hizmet uzmanı aile merkezli bir yaklaşımla hasta ve ailelerini destekleyerek hastalıktan etkilenenlerin hastalığa uyum düzeylerini arttırmaya çalışır.

Özetle; mikro düzeyde çalışan psikiyatrik sosyal hizmet yaklaşımı, psikiyatri ve psikolojinin ilkelerinden destek alarak hasta ve hasta yakınları ile bireysel sosyal çalışma, grupla çalışma, ev ziyaretleri, sosyal inceleme ve taburculuk işlemlerinin takibi gibi alanlarda hizmet vermektedir. Bu hizmeti verirken müracaatçının sosyal ve ruhsal işlevselliğini en üst seviyeye çıkarmayı hedefler ve bunu yaparken de müracaatçının çevrenin ve aile sisteminin içinde bulunduğu koşulları da dikkate alan bir yaklaşım benimser.

### **2.2.2.2. Ruh Sağlığı Alanında Makro Odaklı Sosyal Hizmet Uygulamaları**

Sosyal hizmet mesleği ruhsal hastalıklar ile makro seviyede çalışırken Aydın ve Puruçuoğlu göre hastalığı etkileyen çevresel, sosyal, sosyo-ekonomik ve politik koşulların etkisini ortaya koymaya çalışır (64). Sosyal problem ve politikaların analizini yaparak toplumun dikkatini, odaklandıkları soruna çekmeye çalışır ve bu yönde bir bilinç oluşturmak için çaba harcar. Sosyal kaynakların gelişimini sağlamak için mücadele eder ve sosyal politikalar geliştirir (65).

Sosyal hizmet mesleği politika geliştirirken ya da ruh hastalıklarını etkileyen dış etkenlere odaklanırken savunuculuk, damgalama ile mücadele ve toplumun bilinçlendirilmesi çalışmaları yapar (66).

NASW (National Association of Social Workers)'ın etik ilkeler listesi temel insani gereksinimlerin karşılanması ve sosyal adaletin geliştirilmesine yönelik hedef doğrultusunda sosyal hizmet uzmanlarının politika ve yasaların değiştirilmesi için savunuculuk yapmaları gerekmektedir (67, 68).

Ruhsal sağlığı bozuk kişilerin sahip oldukları olumsuz özelliklerin ve bunlardan kaynaklı önyargıların neden olduğu ayrımcı ve adaletsiz uygulamalara damgalama denir (69). Toplumsal damgalama ile mücadele etmek için oluşturulmaya çalışılan ya da geliştirilen sosyal politika önerileri sosyal hizmet uygulamasının parçasından biridir. Sosyal hizmet sosyal eylem yöntemini kullanarak sosyal adaleti sağlamaya çalışır. Sosyal hizmet, damgalamayı önlemek, her türlü ayrımcılığın önünü kesmek, sosyal içerme ya da sosyal adaleti sağlamak

için gereken her türlü faaliyetleri desteklerken mücaratçıların bu konulardaki ihtiyaçlarına da cevap vermeye çalışır (35).

Sosyal hizmet uzmanları toplumu eğitmeyi amaçlayan kampanyaları; seminerler, konferanslar, sergiler düzenleyerek, gönüllü çalışmalarını organize ve teşvik ederek yapabilirler (70). Sosyal hizmet uzmanlarının uygulama alanlarına ilişkin bilimsel bilgi üretme sorumluluğu da bulunmaktadır (66). Çalışma alanları ile akademik çalışmalar yaparak da toplumu dolaylı yoldan bilinçlendirmektedirler.

Yaşanan krizler, hastalıklar ve ruhsal güçsüzlükler ile baş etmek için mikro ruh sağlığı hizmetlerinden makro ruh sağlığı hizmetlerine bütüncül ve koordineli bir yaklaşım hizmeti ile geçmek gerekmektedir. Bu hizmetlerden bir tanesi de koruyucu önleyici çalışmalardır. Sosyal hizmet mesleği koruyucu önleyici yaklaşımları ile ruh sağlığında etkin olarak faaliyet göstermektedir. Makro düzeyde koruyucu önleyici çalışmalarda sosyal hizmet mesleği işlevsellik katan ve refah attıran uygulamalarda etkin görev almaktadır (71).

Ruh sağlığını etkileyen etkenler arasında aile dinamikleri, travma, stresli yaşam olayları, cinsiyetçi ve kültürel kodlar, gelenekler, eğitimin kalitesi, refah düzeyi, sağlıklı olma hali ve sosyal güvenlik ve istihdam politikaları, yasalar ve göç, bulunmaktadır (72). İşte bütün bu etmenlerin toplumsal değişim sürecine uyum sağlaması için makro düzeyde çalışan psikiyatrik sosyal hizmet uzmanının ruhsal risk taraması, koruyucu sağlık hizmetlerini uygulamaya geçirmesi, toplumu eğitmesi, toplumsal ihtiyaçlar doğrultusunda hizmet geliştirmektedirler.

Ruh sağlığı bozukluğunun tedavisi mikro odaklı olsa da hastalığa yakalanma nedenleri dolaylı olarak makro odaklıdır. Bireyin sosyal işlevselliğine odaklanan sosyal hizmet mesleğinin toplumun refah düzeyine katkı sağlamadan bireye ulaşması mümkün değildir. Toplumun sosyo-ekonomik politikaları değişmeden, sosyal koşulların olumsuz etkileri düzeltilmeden, ruh sağlığı politikaları yeniden yapılandırılmadan, ruh hastalığına karşı geliştirilmiş ön yargılar yani damgalama ya da sosyal dışlama ortadan kaldırılmadan, sosyal adalet mekanizmalarının doğru şekilde çalışması sağlanmadan toplum içindeki bireyin sağlıklı ve sosyal işlevselliğini yerine getirebilecek olması mümkün değildir. Bütün bunların etkin ve

işlevsel olarak yeniden yapılandırılması için psikiyatrik sosyal hizmet makro düzeyde çalışmaktadır.

### **2.2.2.3. Şizofreni Hastalığı Tedavisinde Sosyal Hizmet Uzmanlarının Rol ve Görevleri**

Hastanın karar verme yetisini derinden etkileyen, hasta ve hasta yakını olarak hayatın sağladığı imkanlardan hastalık öncesine göre daha az yararlanılmasına sebep olan, içinde bulunulan durum dolayısı ile sosyo-ekonomik koşulları olumsuz etkileyen, birey ve aile sisteminde yaşanan olumsuz değişimler dolayısı ile normatif sisteme uyumu zorlaştıran, sistem ve ekolojik yaklaşım açısından bakıldığında topluma olumsuz unsurları yayan ve değişimi bu yöne kaydıran şizofreni hastalığı tam da yukarıda bahsedilen sebeplerden dolayı sosyal hizmetin çalışma konularından bir tanesidir. Sosyal hizmet mesleği; bireyi karar verme özgürlüğünü noktasında bilinçlendiren; bireyi içinde bulunduğu çevrenin değişen sosyo-ekonomik koşullarına ve normatif sistemine uyum sağlamasına yardımcı olarak toplumu daha işlevsel ve etkin bir hale getirmeye çalışan ve bütün bunlara ulaşmak için de gerekli olan bilgi, yöntem ve becerileri kullanan bir meslektir (73).

Şizofreni hastalığı ile çalışan psikiyatrik sosyal hizmet uzmanları hastalığı biyolojik, psikolojik, duygusal, sosyal ve ekonomik boyutları ile ele alırken aynı zamanda da şizofreni hastalarının, ailelerinin ve çevrenin ihtiyaçlarına da odaklanırlar.

Sosyal hizmet uzmanları psikolojik ve sosyo-ekonomik sorunlar yaşayan karşı kişilere danışmanlık hizmeti verirken bu kişiler ihtiyac doğrultusunda bilgi paylaşımında bulunurlar ya da içinde buldukları sosyal hayata ait farklı alternatifleri onlara gösterirler ve daha sağlıklı bir gelecek kurmaları için doğru karar almalarına destek olurlar. Bununla birlikte psiko-sosyal yardım gerektiren kişilerin günlük hayattaki sorunlarını etkin bir şekilde çözebilmeleri için özellikle bunalım ve kriz dönemlerine müdahale ederek onların inisiyatif sahibi olmalarına yardımcı olacak motive edici telkinler verirler (74).

Sosyal hizmet uzmanları hastaların sosyal, psikolojik ve fiziksel iyilik hallerinin sağlanmasında ihtiyaç duydukları kaynakları sağlamada ve harekete geçirmede hasta, aile toplumuyla çalışır. Ailelerin ve hastaların hastalık süreci ve neden olduğu sorunlara uyum sağlamaları için sosyal destek sağlar. Sosyal güvenlik sistemlerini ve hastaların sigorta seçeneklerini değerlendirerek hastalar için gereken bakım hizmetleri ve diğer toplumsal kaynaklarına ulaşmalarında kaynak buluculuk yaparlar (61).

Sosyal hizmet uzmanları hasta yakınları ile çalışırken hasta yakınlarını kendi kaynaklarını kullanma yönünde cesaretlendirir, hastalık nedeniyle ortaya çıkan problemlerle başa çıkmayı yine kendi yetenekleri ile çözmeyi öğretir, hasta yakınlarını psiko-sosyal açıdan değerlendirerek hasta yakınları için uygun olan toplumsal kaynak ve hizmetleri hasta yakınları ile buluşturur, hasta yakınlarına danışmanlık hizmeti verirler (75). Diğer bir deyişle şizofreni hastası yakınları ile çalışan sosyal hizmet uzmanları kaynak buluculuk, savunuculuk, danışmanlık, eğitmenlik gibi rolleri üstlenirler. Şizofreni hasta yakınları ile çalışan sosyal hizmet uzmanlarının rol ve fonksiyonları şunlardır;

- Şizofreni hastalarına hastane ortamında verilen bakım ve sağlanan yardımın ev ortamında da devam etmesi için aileye yardımcı olmak;
- Hasta ve ailelerine psiko-sosyal destek sağlamak ve danışmanlık yapmak;
- Aile ile bu hastalık ve beraberindeki değişiklikler açısından, onları rahatlatarak, endişe ve sıkıntılarını giderecek mikro ya da mezo düzeyde çalışmalar yapmak;
- Hastalık tanısının yarattığı duygusal etkiyi anlamak ve tanının yarattığı psiko - sosyal bozukluklara müdahale etmek ve ailenin gerçekleri, hastanın özelliklerini olduğu gibi kabul etmesini sağlamak;
- Ailenin hasta kişiye karşı olumlu tutumu, içten kabul ediş duygularının gelişmesini ve kişiye gerekli ilgi, sevgi ve bakımın gösterilmesini sağlamak;

- Ailede kişinin sahip olduğu görev ve sorumluluklar konusunda aile ve hastayla g6r6şmek ve aralarında iletişimi sağlamak;
- Hasta ve ailesinin ilişkilerini d6zenlemeye y6nelik çalışmalar yapmak;
- Hastaların ve ailelerinin g6nl6k problemlerle başa çıkma becerilerini artırmak - onları g6lendirmek;
- Hasta ailelerine problem 6zme becerisi kazandırmak;
- Hastaların g6nl6k yaşamlarını bağımsızlaştıran yardımcı araçlara hastalar ve ailelerinin ulaşmasını sağlamak;
- Ailelerin veya hastaların ihtiyaçları doğrultusunda onların uygun kurum ve sistemler ile ilişkini sağlamak ve hasta ailelerini bu kaynaklar hakkında bilgilendirmek;
- Hastaların ve ailelerin hastalıklar ile ilgili hukuki ve mali konular ile ilgili bilgilerini arttırmak;
- Kısa ve uzun vadeli hedefleri belirleyerek hastaların gelecekteki bakım ihtiyaçlarını karşılayacak m6dahale planı yapmak;
- Hastanın bağlantılık olduğu sosyal çevrenin hastanın fiziksel durumuna uygun hale gelebilmesini sağlamak için proje ve eğitim çalışmaları yapmak;
- Diğer profesyonellerin de işbirliğini sağlayarak hastalık hakkında toplumu ve ailelerini bilinçlendirici, hastaların hakları ve yararlanabilecekleri kuruluşları tanıtıcı eğitim çalışmaları yapmak;
- Hastaların ve ailelerin diğer hastalar ve ailelerle ilişki kurmasını, bilgi ve deneyim paylaşımını sağlayıcı grup çalışmaları organize etmek ve yapmak;
- Diğer profesyonellerin de işbirliğini sağlayarak hastalık hakkında eğitim çalışmaları d6zenleyerek toplumu ve ailelerini bilinçlendirmektir

(<http://psikiyatricsosyalhizmet.com/bakirkoy-ruh-ve-sinir-hastanesi-sosyal-hizmet-uygulamalari> (61, 76, 77, 78).

### 2.3. Evlilik İlişkisi

M.Ö 2000 yılından beri varlığını sürdüren evlilik kişinin yaşamının bir tür mekanı hatta tanığıdır (3). Tüm olanlar onunla, ondan aynı zamanda ona olmaktadır. Aynı evde yaşamak üzere bir araya gelen evli bireyler, o güne kadar taşıdıkları tüm özelliklerle bir araya gelmektedirler. Artık, aralarındaki ilişki, gündelik yaşamı da sürdürdükleri aynı mekanda yaşanmaya başlanır. Yaşantıları diğer çiftlerle benzerlik gösterse de ilişkiler çeşitlilik gösterirler (79).

Evlilik üzerine yapılan ilk akademik çalışmanın temel sorusu mutlu ve mutsuz evliliklerin farklarının neler olduğudur (4). İnsan, yapısı gereği çevresi ve kendisiyle uyumlu olabildiği ve sürdürebildiği derecede mutlu ve huzurludur. Evlilik de sosyal hayatın bir parçası olarak bireylerin uyumlu olmasını gerektiren bir beraberliktir. Evlilik ilişkisindeki uyum, evli bir bireyin psikolojik hali için sahip olması gereken en önemli ilişkilerden biridir (3).

Evlilik ilişkisi ile ilgili yapılan çalışmalarda mutlu evlilik, evlikte başarı, evlilikte doyum ve uyumlu evlilik gibi kavramlara ait tam bir fikir birliği elde edilememiştir. İşte bu yüzden de evlilik ilişkisini etkileyen farklı bir çok değişkenin bir araya gelmesi ile ortaya çıkan evlilik uyumunun kapsamlı bir şekilde irdelenmesi gerekmektedir (3).

Yapılan araştırmalar genel olarak birbirleri ile etkili iletişim kuran; kendi evlilik ve aile içi konuları üzerinde anlaşabilen ve fikir birliğine sahip; karşılaştıkları sorunlara yapıcı çözüm getiren; birbirlerini etkilemeye açık olan çiftlerin evliliklerini , uyumlu evlilik olarak tanımlamışlardır (80). Yine araştırmalara göre bir evliliğin uyumlu olması için o evlilik içindeki çatışmaların az olması; eşlerin birbirleri ile vakit geçirmekten hoşlanarak boş zaman faaliyetleri düzenlemeleri; eşlerin birbirlerine duygusal yakınlık göstermekten çekinmemeleri gerekmektedir (81).



Evliliğin uyum içerisinde yaşanıldığında hayatın tadını çıkartmaya araç olduğu ve insanın yaşam kalitesiyle ilgili olduğu düşünülmektedir (3). Evlilik, insan yaşamının birçok yönünü etkileyen önemli bir kurumdur. Evlilik uyumu, çiftlerin fiziksel ve psikolojik sağlığını etkileyen önemli bir etmendir (79).

Kişilik yapısı olgun, uyumlu, dengeli, uzlaşmaya istekli olan ve geçmiş aile öykülerinde ciddi sorunlar bulunmayan çiftler yüksek uyumlu çiftler olarak değerlendirilir (81). Eşler arasında uyum, ilişkideki tüm alanları ve belki de hayatın diğer alanlarını etkileyebilen önemli etkenlerden biridir (82).

İnsanın biyolojik, ruhsal ve toplumsal yanı birbiriyle sürekli etkileşim halindedir (82). Ruh sağlığı yaşam kalitesini etkilemektedir. Ayrıca ruh sağlığının bozulması sosyal işlevselliğin azalmasına sebep olmaktadır. Sosyal Hizmetler ruhsal sorunların yol açtığı, sosyal işlevsellikten kaynaklanan sorunlar, yeti yitimi ve toplumsal damgalanma ile çalışan bir meslektir.

### **2.3.1. Şizofreni ve Evlilik İlişkisi**

Evlilik; aile kurmak ve türünü devam ettirmek için iki insanın bir ömür beraberce yaşamak için bir araya geldiği ve bu birliktelikten meydana gelen , çocuklarına ve kendi birlikteliklerine karşı ortak sorumluluk yüklendikleri; etkileşimde buldukları diğer sistemlerden etkilenen ve bu sistemlere dahil olan evrensel bir kurumdur (83).

Bireyler ilişkiye başlarlarken kişisel tutumlarını, dürtüsel isteklerini, beklentilerini gerek bilinçli gerek ise bilinçsiz bir şekilde belirlerler ve bu doğrultuda da hareket ederler. Bireyin kişiliğini onun duygusal yaklaşımı, düşünce tarzı ile davranış biçimi belirler. İlişkiyi başlatmak; o ilişkiyi sürdürmek; ilişki içinde o ilişkiden zevk almak; ilişkide hayal kırıklığı yaşamak; ilişkiye uyumlanmak; ilişki esnasında ortaya çıkan sorunları çözerken geliştirilen yol, yöntem v.s. hem bireyin kişiliğini etkiler hem de bu davranışlar bireyin kişiliğinin etkisi altında gerçekleştirilen davranışlardır (84).

Aynı evde yaşamak üzere bir araya gelen evli bireyler, o güne kadar taşıdıkları tüm özelliklerle bir araya gelmektedirler (79). İki insan bir araya geldiği andan itibaren geçmiş yaşam deneyimleri ve tarzları birbirlerini etkilemeye başlar (85). Bu etkileşim biçimlerinin uyumlu olması halinde, bu çift iki kişiden oluşan psikolojik bir sistem oluşturur. Bu aynı zamanda, bireylerin sosyal hayatlarıyla kendi iç dünyalarının ilişkilerinin yeniden düzenlenmesi anlamına gelmektedir (79).

Dünyada ruhsal hastalıkların yaygınlığı yüksektir (6). Türkiye Ruh sağlığı profili sonuçlarından elde edilen verilere göre toplumun % 17,2'si ruhsal hastalıklara sahiptir (51). Ruhsal bir sendrom olan şizofreni, başta gerçeği değerlendirme yetisi olmak üzere düşünme, algılama ve duygulanım alanlarında önemli bozuklukların yaşanmasına yol açan bir hastalıktır (8). Şizofreni, ruhsal hastalıklar içerisinde bireye, ailesine ve topluma en ağır hasarlar veren hastalıktır (9). ABD’nde gerçekleştirilen geniş bir alan çalışmasında şizofreninin bir yıllık yaygınlığı %1.0 ve yaşam boyu yaygınlığı %1.4 olarak bulunmuştur. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün 2010 yılı verilerine göre, 15 -35 yaş aralığına denk gelen yetişkin nüfusun binde yedisinde yani ortalama 29 milyon kişide şizofreni hastalığı görülmektedir. Cinsiyet farkına göre şizofreni hastalığına yakalanma oranı erkeklerde kadınlara oran ile daha fazladır (86, 87).

Ruhsal problemler, bireyi ve bireyin yaşamındaki diğer bireyleri de etkilemektedir, aynı şekilde şizofreni sadece hastayı değil aynı zamanda da onunla yaşayan diğer aile üyelerinin yaşamlarını da doğrudan etkilemektedir (88, 89). Ruhsal bozuklukların tanı ve tedavisi ile ilgili yapılmakta olan çalışmalar, bireyin içinde yaşadığı sistemler çerçevesinde ele alınması gerektiğini vurgulamaktadırlar (79).

Bir ilişkiye başlamak; o ilişkiyi devam ettirebilmek; ilişki esnasında ortaya çıkan problemlerle baş edebilmek ve işlevsel çözümler üretebilmek gibi davranışların tümü kişilik ile bağlantılı davranış şekilleridir (90). Bir kişinin diğer insanlar ile kurduğu ilişki ve o ilişkiden elde ettiği dönütler o kişinin kendi hakkında bilgi edinmesi için gereklidir. Evlilik ilişkisinin gidiş hattını çiftlerin kişilikleri, dahil oldukları kültürel çevre ve geçmiş yaşantıları etkiler.. Kişilerin şemaları şimdiki yaşam deneyimlerinden elde edilen bilgilerin geçmiş yaşam deneyimleri ile yeniden

harmanlanarak işlenmesi sonucu oluşur. Bu yeniden harmanlama sürecinde geçmiş bellek temsilleri etkinliğini korumaktadırlar (91).

Evlilik döneminde bireysel farklılıklardan kaynaklanan nedenlerden dolayı eşler arasındaki ilişkinin, iletişim biçiminin, sosyal hayatı algılayışın ve olaylara bakış açısının değiştiği görülmektedir (2). Kişinin şimdiki zamanda elde ettiği bilgiyi nasıl yapılandıracağı ve bir sonraki aşamada onu nelerin beklediği hakkındaki geçmişten gelen bilgisi kişinin şemasıdır (92).

İnsan hayatındaki en önemli yaşantılardan biri olan evlilik yaşantısı ve bu yaşantının niteliği kişinin yaşam kalitesi ile direkt olarak bağlantılıdır (6). Olumsuz geçmiş yaşam deneyimleri ya da şu anda yaşadığı sorunlu hayatın etkisinden kurtulamayan kişinin yaşam kalitesini evlilik hayatını etkileyecektir.

Şizofreniye yakalanan kişi geçmiş algılama ve yorumlama yaklaşımlarına yabancılaşarak kendine ait bir dünyasının içine girerek toplumdan uzaklaşır. Genç yaşta şizofreni hastası olan kişi gençlik yıllarını üretimden uzak, çevresi ile önemli uyum sorunları ve çatışmalar yaşayarak geçirir (10). Böyle bir üye varlığına sahip bir aile bireyi olarak o kişi ile aynı evde yaşamak da diğer aile üyelerinin şema oluşumlarını derinden etkileyecek bir süreçtir.

Aile örüntülerinin ve evlilik ilişkilerinin incelenmesi gerek kuramsal gerekse klinik amaçlar için önem taşımaktadır. Sistemik açıdan bakıldığında, çift alt sistemi, ailenin işleyişi açısından çok önemlidir. İlişkiler zaman içinde değişebilen, kalıcı olmayıp, dinamik ve çevre ile etkileşim içinde olmalıdır. Öğeler sürekli olarak birbirlerini etkiler ve birbirlerinden etkilenirler (79). Olumlu şemalara sahip bireylerin hayata bakışı olumlu olurken, olumsuz şemalara sahip bireylerin hayata bakışı olumsuz olmaktadır. Neye inanırsan onu yaşarsın ilkesinden yola çıkarak geçmiş yaşantılarının etkisini üzerinde taşıyan bireylerin evlilik hayatlarındaki uyumlarında da sıkıntı olmaktadır.

### 2.3.2. Şizofreni ve Aile Yaşamı

Aile bireylerinin birbirleri ile karmaşık etkileşimde bulunduğu, sosyal yaşamın temel sistemlerinden biri olan aile sisteminde her bir aile üyesi diğer aile üyelerine ilişkisel olarak bağlıdır (93).

Kişilerin yaşamında önemli bir yeri olan aile, kişilere bedensel ve ruhsal sağlık için gerekli ilgi, sevgi, şefkat ve bakım imkanı sunan en doğal ortamdır (1). Bir ailenin sahip olduğu sosyokültürel özellikleri o aile üyelerinin sağlıklarını yakından etkilemektedir. Aile fertlerinin birisinin hastalanması aile sistemi üzerinde birçok yönden olumsuz etki yaratabilir. Hastalığın ruhsal hastalık olması kimi zaman biyolojik hastalığın sonuçlarından daha kalıcı ve aile sistemi için daha yıkıcı olabilmektedir (94).

Şizofreni hastalarının toplumdan dışlanması bu hastaların ailelerinin yaşadığı sorunların artmasına yol açmaktadır. Şizofreni hastası üye varlığına sahip ailelerin genelde yaşadıkları duygular utanç, çaresizlik, korku, gelecek kaygısı ve öfkedir. Bu ailelerde anksiyete ve depresyon ortaya çıkmaktadır. Şizofreni hastasına üye varlığına sahip ailelerin yaşadığı temel sorunlar; aile içi çatışmalar, toplumsal dışlanma, şizofreni hastalığının sosyal hayata olumsuz etkisi ve ekonomik sorunlardır. Bütün bu sorunları yaşarken yeterli sosyal destek alamayan, duygularını bastıran ve hastalıkla doğru baş etme yollarını bilmeyen ailelerin yükü diğer ailelere nazaran daha fazladır (95).

Şizofreni hastalığı sadece hastayı değil aynı zamanda da onunla birlikte yaşayanları da etkiler. Şizofreniye yakalanan kişinin duygu, düşünce ve davranışlardaki ani ve şiddetli değişim ailenin bütün üyelerini etkiler. Hastalığın hangi aşamada olduğu aile bireylerinin bu hastalıktan ne kadar etkilenecekleri ile direk bağlantılıdır. Şizofreni hastasının geçirdiği ilk psikotik atak hastanın ailesinde şok etkisi yaparken sekizinci kez hastaneye yatırılmış olan bir hastanın ailesi bu hastalıktan bıkkınlık yaşıyor olabilir. Bu hastalık sonrasında aile üyelerinin en sık yaşadığı duygular utanç ve suçluluk duygularıdır. Hastalığa yakalanan aile üyesinin iş hayatından aniden çekilmesi ile birlikte ciddi boyutlarda ekonomik sorunlar ortaya çıkmaktadır. (96).

Şizofreni hastalarının anne / babaları çocukları için gelecek hayelleri kurarlarken aniden bu umutlarının artık yok olduğunu ve beklentilerinin boşa çıktığını fark ederek bu durumun yasını tutmaya başlarlar. İçinde .buldukları durum o kadar acıdır ki yas süreci bitmeyen bir yas sürecine dönüşmeye başlar. Şizofreni ile birlikte diğer aile üyelerinde hem duygusal sorunlar ortaya çıkar hem de bu üyelerin mesleki verimliliklerinde performans kaybı gözlemlenir. Şizofreni hastası olmayan diğer çocuk ya da çocuklarda hasta kardeşi ret etme, öfke krizleri, aileden uzaklaşma, hasta kardeşe duyulan aşırı ilgi dolayısı ile bu kardeşi kıskanma ya da sağlıklı olarak hayatına devam ettiği için suçluluk duyma gibi duygular ortaya çıkmaktadır (95).

Türkiyede şizofreni tanısı almış hastaların büyük çoğunluğu ailesi ile birlikte yaşamaktadır. Yapılan araştırmaların çoğu şizofreni hastaların büyük çoğunluğunun hiç evlenmediğini belirtmiştir. Şizofreni hastalığı sonucunda bu hastalar ile birlikte yaşayan aile üyelerinde de önemli sorunlar ortaya çıkmaktadır (97). Evlenmeyen ve çalışmayan kök aileleri ile birlikte bir ömür yaşayan şizofreni hastaları ile beraber yaşayan diğer aile üyeleri de tüm hayatları boyunca bu hastaların yaşadıkları benzer sıkıntılara katlanmak zorunda kalacaklardır (98).

Elde edilen klinik araştırmalarının sonuçlarına göre şizofreni hastasının yakınlarında sabırsızlık, çaresizlik, umutsuzluk, bıkkınlık ya da ilgisizlik gibi duygusal durumlar ve tutumlar gözlenmektedir. . Buna benzer duygu ve tutum sergileyen aile üyelerinin de bazı ruhsal bozuklara sahip oldukları gözlenmiştir (99).

### 3. MATERYAL VE YÖNTEM

Bu bölümde araştırma modeli, çalışma grubu, veri toplama araçları, verilerin toplanması ve verilerin analizi ile ilgili açıklamalara yer verilmiştir.

#### 3.1. Araştırmanın Modeli

Bu araştırma, nicel araştırma yöntemlerinden olan tarama araştırması olarak tasarlanmıştır. Tarama araştırmaları geçmişte ya da o anda var olan bir durumu var olduğu şekliyle betimlemeyen, tanımlamayı amaçlayan bir araştırma yöntemidir.. Bu modelde, araştırmaya konu olan her neyse onları değiştirme ve etkileme çabası yoktur. Bilinmek istenen şey meydandadır. Amaç o şeyi doğru bir şekilde gözlemleyip belirleyebilmektir yani değiştirmeye kalkmadan gözlemektir. Bu kapsamda var olan araştırmada şizofreni hastalarına bakım verenlerin evlilik ilişkilerine dair algılarını betimlemeye çalışılmıştır. (100).

#### 3.2. Çalışma Grubu

Araştırmada seçkisiz olmayan örneklem yöntemlerinden kartopu örnekleme kullanılmıştır. Bu araştırmada ulaşılmaya çalışılan evreni Ankara İlinde ikamet eden şizofreni hastasına bakım veren evli ya da bekar kişiler oluşturmaktadır. Araştırmacı bu araştırma için ihtiyaç duyduğu çalışma grubu ile bağlantıya 16 Ekim 2015 tarihinde geçmeye başlamış ve 23 Ocak 2016 tarihinde son vermiştir.

Araştırmacı araştırmaya katılacak katılımcılara ulaşmak için Ankara İlinde faaliyet gösteren Şizofreni Dernekleri ile bağlantıya geçmiş olumlu yanıt veren derneklerden araştırma izni aldıktan sonra veri toplamaya başlamıştır.

Dernekler aracılığı ile otuz kişiye ulaşılmıştır. Çalışma grubunun sayısını arttırmak için kartopu örnekleme yöntemiyle onların tanıdığı kişilere ulaşılmış ve araştırmada 97 katılımcıya ulaşılmıştır.

Araştırmacı veri toplama sürecinin ilk başlarında katılımcılar ile yüz yüze görüşmeyi denemiştir ancak katılımcıların büyük çoğunluğu şizofreni hastalarını yalnız başlarına bırakmadıklarını, evlerine şizofreni hastalarının tanımadıkları kimseleri kabul etmediklerini ve görüşmeye bakım verdikleri bu hastalar ile birlikte gelmeleri gerektiğini belirterek görüşmeye hastaları ile birlikte geldikleri takdirde ise kendileri ve hastaları hakkında sorulan soruların bu hastaların şüphelenmelerine sebep vereceğini ve şüphelenme sonucunda ortaya çıkacak olumsuz sonuçlara katlanmak istemediklerini ifade etmişlerdir. Bu nedenle anket formları telefon görüşmesi ile uygulanmıştır. Telefon görüşmeleri ortalama bir saat sürmüştür. Katılımcılara araştırmanın amacı, verilen bilgilerin gizliliği ile ilgili bilgiler verilmiş, araştırmaya katılmaya onay veren katılımcılarla görüşmeye devam edilmiştir.

### **3.3. Araştırmanın Etiği**

şizofreni Hastalarına Bakım Veren Birey Yapılandırılmış Görüşme Formu kullanılmadan önce araştırmaya katılan katılımcılara araştırmanın amacı ve formun içeriği hakkında açıklamalarda bulunulmuş ve sözlü onamları alınmıştır. Katılımcılara araştırmada kullanılan görüşme formunda sorulan bilgilerin gizli tutulacağı, gerektiğinde araştırmadan çekilme hakkını kullanabilecekleri konusunda bilgi verilmiştir.

### **3.4. Veri Toplama Araçları**

Bu araştırmada araştırmacı tarafından geliştirilen şizofreni Hastalarına Bakım Veren Birey Yapılandırılmış Görüşme Formu (Ek 3) aracılığı ile veri toplanmıştır.

#### **3.4.1. şizofreni Hastalarına Bakım Veren Birey Yapılandırılmış Görüşme Formu**

şizofreni Hastalarına Bakım Verenlerin sosyo demografik özellikleri, evliliğe ilişkin görüşleri ve sosyal hizmet ihtiyaçlarını belirlemek amacıyla amacı ile katılımcı tarafından iki gruptan oluşan şizofreni Hastalarına Bakım Veren Birey Yapılandırılmış Görüşme Formu oluşturulmuştur. Formun ilk kısmı katılımcıların yaş, cinsiyet, medeni durum, kaç yıllık evli oldukları, eğitim düzeyi, meslek, sağlık

sigortasına sahip olup olmama vb. sosyo-demografik özellikleri ölçmeye yarayan 23 soru ve bakım verme süresini, bakım vermeyi gönüllü tercih edip etmedikleri ve bakım verme süreci boyunca bakım vermenin aile hayatlarına olumlu ya da olumsuz etkilerini ölçen 17 sorudan oluşmaktadır. Formun ikinci kısmı ise katılımcıların evliliğe ilişkin algılarını ölçen 34 ifadeden oluşmaktadır.

### **3.5. Verilerin Toplanması**

Araştırmaya katılanların demografik bilgilerinin ve evlilik ilişkilerine ait soruların bulunduğu Şizofreni Hastalarına Bakım Veren Birey Yapılandırılmış Görüşme Formunun önüne araştırmanın amacı yazılmıştır. Şizofreni Hastalarına Bakım Veren Birey Yapılandırılmış Görüşme Formu örneklem miktarınca çoğaltılmıştır.

Araştırmaya katılmayı kabul eden 10 dernek üyesi ile yüz yüze diğer katılımcılarla telefon görüşmesi yolu ile Görüşme Formundaki sorular yöneltilmiştir. Katılımcılara, kendilerinden elde edilen bilgilerin sadece bilimsel amaçlı kullanılacağı ve kimlik bilgilerinin deşifre edilmeyeceği bilgisi verilmiştir. Katılımcılar şizofreni hastalığı ile tanışma öykülerini detaylı bir şekilde anlatmışlardır. Katılımcılar ile yapılan telefon görüşmeleri yaklaşık bir saat sürmüştür.

### **3.6. Verilerin Analizi**

Yapılandırılmış Görüşme Formu kullanılarak elde edilen veriler, SPSS 22.0 programı ile işlenerek veri tabanı hazırlanmıştır. Araştırmanın amacı doğrultusunda verilerin, değişkenlerin niteliğine göre yüzde, ortalama, standart sapma değerleri belirlenmiştir. Demografik değişkenlerden süreksiz olan değişkenlere ait tanımlayıcı istatistikler (frekans ve yüzde değerleri) ve sürekli olan değişkenlere ait (frekans, yüzde, ortalama ve standart sapma) hesaplanmıştır. Ayrıca süreksiz değişkenler arasındaki ilişki kaykare tekniği ile hesaplanmıştır.



## 4. BULGULAR

Bu bölümde, araştırmanın genel ve alt amaçları doğrultusunda verilerin analiz edilmesi sonucunda elde edilen bulgulara yer verilmektedir.

### 4.1. Şizofreni Hastalarına Bakım Veren Evli ya da Boşanmış Bireylerin Sosyo-Demografik Özelliklerine İlişkin Bulgular

#### 4.1.1. Şizofreni Hastalarına Bakım Veren Evli ya da Boşanmış Bireylerin Yaşlarına İlişkin Bulgular

Bu bölümde, araştırma kapsamına alınan şizofreni hastasına bakım veren evli ya da boşanmış bireylerin yaşlarına ilişkin bulgular açıklanmıştır. Araştırmaya katılan şizofreni hastasına bakım veren evli ya da boşanmış bireylerin yaşlarına ilişkin bulgular frekanslar ve yüzdeler şeklinde Tablo 4.1.'de sunulmuştur.

**Tablo 4.1.** Şizofreni hastalarına bakım veren evli ya da boşanmış bireylerin yaşlarına ilişkin bulguların dağılımı.

Değişken	Kategori	Bakım Veren	
		f	%
Yaş	20-29 yaş	1	1,0
	30-39 yaş	10	10,3
	40-49 yaş	14	14,4
	50-59 yaş	29	29,9
	60-69 yaş	27	27,8
	70 yaş ve üstü	16	16,5

Bakım verenlerin yaş aralığı 20-29 yaş ile 70 yaş ve üstü arasında değişmektedir. Bakım verenlerin yaş aralığı % 29,9 ile 50 - 59 yaş arasında değişmektedir.

#### 4.1.2. Şizofreni Hastalarına Bakım Veren Evli ya da Boşanmış Bireylerin Cinsiyetlerine İlişkin Bulgular

Bu bölümde, araştırma kapsamına alınan şizofreni hastasına bakım veren evli ya da boşanmış bireylerin cinsiyet ilişkin bulgular açıklanmıştır. Araştırmaya katılan şizofreni hastasına bakım veren evli ya da boşanmış bireylerin cinsiyetlerine ilişkin bulgular frekanslar ve yüzdeler şeklinde Tablo 4.2.'de sunulmuştur.

**Tablo 4.2.** Şizofreni hastalarına bakım veren evli ya da boşanmış bireylerin cinsiyetlerine ilişkin bulguların dağılımı.

Değişken	Kategori	Bakım Veren	
		f	%
Cinsiyet	Kadın	67	69,1
	Erkek	30	30,9

Bu araştırmaya katılanların % 69,1'i kadın, % 30,9'u erkektir.

#### 4.1.3. Şizofreni Hastalarına Bakım Veren Evli ya da Boşanmış Bireylerin Yakınlık Derecelerine İlişkin Bulgular

Bu bölümde, araştırma kapsamına alınan şizofreni hastasına bakım veren evli ya da boşanmış bireylerin yakınlık derecesine ilişkin bulgular açıklanmıştır. Araştırmaya katılan şizofreni hastasına bakım veren evli ya da boşanmış bireylerin yakınlık derecelerine ilişkin bulgular frekanslar ve yüzdeler şeklinde Tablo 4.3.'de sunulmuştur.

**Tablo 4.3.** Şizofreni hastalarına bakım veren evli ya da boşanmış bireylerin yakınlık derecelerine ilişkin bulguların dağılımı.

Değişken	Kategori	Bakım Veren	
		f	%
Yakınlık Derecesi	Anne - baba	4	4,1
	Eş	18	18,6
	Kardeş	12	12,4
	Çocuk	53	54,6
	Diğer	10	10,3

Bu araştırmaya katılanların hastalar ile olan yakınlık dereceleri % 4,1 bakım verenin anne - babası, % 18,6 bakım verenin eşi, % 12,4 bakım verenin kardeşi, % 54,6 bakım verenin çocuğudur. Şizofreni hastasına bakım verenlerin % 10,3 Diğer seçeneğini işaretlemiştir.

#### 4.1.4. Şizofreni Hastalarına Bakım Veren Evli ya da Boşanmış Bireylerin Eğitim Durumlarına İlişkin Bulgular

Bu bölümde, araştırma kapsamına alınan şizofreni hastasına bakım veren evli ya da boşanmış bireylerin eğitim durumlarına ilişkin bulgular açıklanmıştır. Araştırmaya katılan şizofreni hastasına bakım veren evli ya da boşanmış bireylerin eğitim durumlarına ilişkin bulgular frekanslar ve yüzdeler şeklinde Tablo 4.4.'de sunulmuştur.

**Tablo 4.4.** Şizofreni hastalarına bakım veren evli ya da boşanmış bireylerin eğitim durumlarına ilişkin bulguların dağılımı.

Değişken	Kategori	Bakım Veren	
		f	%
Eğitim Durumu	Okur-yazar değil	2	2,1
	Okur-yazar	2	2,1
	İlköğretim mezunu	30	30,9
	Lise mezunu	28	28,9
	Üniversite mezunu ve üstü	35	36,1

Bakım verenlerin eğitim durumlarının oranları % 2,1 okur-yazar değil, % 2,1 okur-yazar, % 30,9 ilköğretim mezunu, % 28,9 lise mezunu, % 36,1 üniversite olarak tespit edilmiştir.

#### 4.1.5. Şizofreni Hastalarına Bakım Veren Evli ya da Boşanmış Bireylerin Medeni Durumlarına İlişkin Bulgular

Bu bölümde, araştırma kapsamına alınan şizofreni hastasına bakım veren evli ya da boşanmış bireylerin medeni durumlarına ilişkin bulgular açıklanmıştır. Araştırmaya katılan şizofreni hastasına bakım veren evli ya da boşanmış bireylerin medeni durumlarına ilişkin bulgular frekanslar ve yüzdeler şeklinde Tablo 4.5.'de sunulmuştur.

**Tablo 4.5.** Şizofreni hastalarına bakım veren evli ya da boşanmış bireylerin medeni durumlarına ilişkin bulguların dağılımı.

Değişken	Kategori	Bakım Veren	
		f	%
Medeni Durum	Evli	75	77,3
	Boşanmış	22	22,7

Bakım verenlerin % 77,3'ü evli % 22,7'si ise boşanmıştır.

#### 4.1.6. Şizofreni Hastalarına Bakım Veren Evli ya da Boşanmış Bireylerin Evlilik Süresi ile Boşanan Bakım Verenlerin Boşanma Sebeplerine İlişkin Bulgular

Bu bölümde, araştırma kapsamına alınan şizofreni hastasına bakım veren evli ya da boşanmış bireylerin evlilik süreleri ile boşanan bakım verenlerin boşanma sebeplerine ilişkin bulgular açıklanmıştır. Araştırmaya katılan şizofreni hastasına bakım veren evli ya da boşanmış bireylerin evlilik süreleri ile boşanan bakım verenlerin boşanma sebeplerine ilişkin bulgular frekanslar ve yüzdeler şeklinde Tablo 4.6.'de sunulmuştur.

**Tablo 4.6.** Şizofreni hastalarına bakım veren evli ya da boşanmış bireylerin evlilik süreleri ile boşanan bakım verenlerin boşanma sebeplerine ilişkin bulguların dağılımı.

Değişken	Kategori	Bakım Veren	
		f	%
Evlilik Süresi (Evlili Olan Katılımcılara Ait)	9 yıl ve altı	6	8,0
	10-19 yıl	7	9,3
	20-29 yıl	17	22,7
	30-39 yıl	17	22,7
	40-49 yıl	18	24,0
	50-59 yıl	10	13,3
Evlili Kalma Süresi (Boşanmış Katılımcılara Ait)	9 yıl ve altı	2	9,1
	10-19 yıl	7	31,8
	20-29 yıl	5	22,7
	30 yıl ve üstü	8	36,4
Evliliğin Bitiş Sebebi (Boşanmış Katılımcılara Ait)	Alkol kullanımı	2	9,1
	Şiddetli geçimsizlik	12	54,5
	Eşin şizofreni hastası olması	2	9,1
	Cevapsız	6	27,3

Şu anda evli olup bakım vermeye devam edenlerin evli kalma yıl aralığı 9 yıl ve altı ile 50 - 59 yıl arasında değişmektedir. Boşanmış bakım verenler ise 9 yıl ve altı ile 30 yıl ve üstü arasında evli kaldıklarını belirtmişlerdir. Boşanmış bakım verenlerin boşanma nedenleri sorulduğunda araştırmaya katılanlar bu soruya % 9,1 alkol kullanımı, % 54,5 şiddetli geçimsizlik, % 9,1 eşin şizofreni hastası olması olarak cevap vermişlerdir.

#### 4.1.7. Şizofreni Hastalarına Bakım Veren Evli ya da Boşanmış Bireylerin Çocuk Sahibi Olmalarına İlişkin Bulgular

Bu bölümde, araştırma kapsamına alınan şizofreni hastasına bakım veren evli ya da boşanmış bireylerin çocuk sahibi olmalarına ilişkin bulgular açıklanmıştır. Araştırmaya katılan şizofreni hastasına bakım veren evli ya da boşanmış bireylerin çocuk sahibi olmalarına ilişkin bulgular frekanslar ve yüzdeler şeklinde Tablo 4.7.'de sunulmuştur.

**Tablo 4.7.** Şizofreni hastalarına bakım veren evli ya da boşanmış bireylerin çocuk sahibi olmalarına ilişkin bulguların dağılımı.

Değişken	Kategori	Bakım Veren	
		f	%
Çocuk Sahibi Olma Durumu	Var	93	95,9
	Yok	4	4,1

Araştırmaya katılanların % 95,9'nin çocuğu varken % 4,1'inin çocuğu yoktur.

#### 4.1.8. Şizofreni Hastalarına Bakım Veren Evli ya da Boşanmış Bireylerin Sosyo-Ekonomik Durumlarına İlişkin Bulgular

Bu bölümde, araştırma kapsamına alınan şizofreni hastasına bakım veren evli ya da boşanmış bireylerin sosyo-ekonomik durumlarına ilişkin bulgular açıklanmıştır. Araştırmaya katılan şizofreni hastasına bakım veren evli ya da boşanmış bireylerin sosyo-ekonomik durumlarına ilişkin bulgular frekanslar ve yüzdeler şeklinde Tablo 4.8.'de sunulmuştur.

**Tablo 4.8.** Şizofreni hastalarına bakım veren evli ya da boşanmış bireylerin sosyo-ekonomik durumlarına ilişkin bulguların dağılımı.

Değişken	Kategori	Bakım Veren	
		f	%
Gelir Getirici Bir İşte Çalışma Durumu	Çalışıyor	34	35,1
	Çalışmıyor	63	64,9
Çalışılan Meslek Grubu	Sağlık sektörü	3	3,1
	Eğitim sektörü	4	4,1
	Özel sektörde işveren ya da çalışan	22	22,7
	Devlet memuru ya da devletten emekli	5	5,2
	Cevapsız	63	64,9
Aylık Ortalama Gelir	1000 TL ve altı	8	8,2
	1001 TL - 1500 TL	23	23,7
	1501 TL - 2000 TL	13	13,4
	2001 TL - 2500 TL	15	15,5
	2501 TL - 3000 TL	22	22,7
	3001 TL - 3500 TL	2	2,1
	3501 TL ve üstü	14	14,4

Araştırmaya katılanların % 35,1'i gelir getirici bir işte çalışırken % 64,9'u gelir getirici bir işte çalışmamaktadır. Gelir getirici bir işte çalışanların % 3,1 sağlık sektöründe, % 4,1 eğitim sektöründe, % 22,7 özel sektörde iş veren ya da çalışan, % 5,2 devlette çalışan ya da devletten emeklidir. Araştırmaya katılanların ortalama aylık gelirleri 1.000 TL ve altı ile 3.501 TL arasında değişmektedir.

## 4.2. Şizofreni Hastalarının Sosyo-Demografik Özelliklerine İlişkin Bulgular

### 4.2.1. Şizofreni Hastalarının Cinsiyet, Yaş, Medeni Durum ve Çocuk Sahibi Olma Özelliklerine İlişkin Bulgular

Bu bölümde, bakım verenlerin bakmakla yükümlü oldukları şizofreni hastalarının cinsiyeti, yaşı, medeni durumu, çocuk sahibi olup olmadıklarına ilişkin bulgular açıklanmıştır. Araştırmaya katılan şizofreni hastalarının cinsiyet, yaş, medeni durum ve çocuk sahibi olma durumlarına ait bulgular frekanslar ve yüzdelere şeklinde Tablo 4.9'de sunulmuştur.

**Tablo 4.9.** Şizofreni hastalarının cinsiyet, yaş, medeni durum ve çocuk sahibi olma özelliklerine ilişkin bulguların dağılımı.

Değişken	Kategori	Şizofreni Hastası	
		f	%
Cinsiyet	Kadın	33	34,0
	Erkek	64	66,0
Yaş	20 yaş ve altı	4	4,1
	21 - 30 yaş	18	18,6
	31 - 40 yaş	39	40,2
	41 - 50 yaş	17	17,5
	51 - 60 yaş	15	15,5
	61 yaş ve üstü	4	4,1
Medeni Durum	Evli	22	22,7
	Bekâr	75	77,3
Çocuk Sahibi Olma Durumu	Var	25	25,8
	Yok	72	74,2

Bu araştırmaya katılan bakım verenlerin bakmakla yükümlü oldukları şizofreni hastalarının % 34,0'i kadın, % 66,0'u erkektir. şizofreni hastalarının yaş aralığı 20 yaş ve altı ile 61 yaş ve üstü olarak değişmektedir. Hastaların % 22,7'si evli % 77,3' ise bekar dır. Hastaların % 25,8'nin çocuğu varken % 74,2'sinin çocuğu yoktur.

#### 4.2.2. şizofreni Hastalarının Hastalık Durumlarına İlişkin Bulgular

Bu bölümde, bakım verenlerin bakmakla yükümlü oldukları şizofreni hastasının şizofreni hastalığına yakalanma yaşı; düzenli olarak tedavi görüp görmediği; yatarak tedavi görüp görmediği; yatarak tedavi görme sayısına ilişkin bilgiler açıklanmıştır. Araştırmaya katılan şizofreni hastalarının hastalık durumlarına ait bulgular frekanslar ve yzdeleler şeklinde Tablo 4.10'de sunulmuştur.

**Tablo 4.10.** şizofreni hastalarının hastalık durumlarına ilişkin bulguların dağılımı.

Değişken	Kategori	şizofreni Hastası	
		f	%
şizofreniye Yakalanma Yaşı	10 yaş altı	1	1,0
	11 - 20 yaş	49	50,5
	21 - 30 yaş	39	40,2
	31 - 40 yaş	5	5,2
	41 yaş ve st	3	3,1
Düzenli Olarak Tedavi Olma Durumu	Oluyor	91	93,8
	Olmuyor	6	6,2
Yatarak Tedavi Görme Durumu	Yatarak tedavi oldu	74	76,3
	Yatarak tedavi olmadı	23	23,7
Yatarak Tedavi Görme Sayısı	1 kere	21	28,4
	2 kere	13	17,6
	3 kere	20	27,0
	4 kere	5	6,8
	5 kere	9	12,2
	6 kere	6	8,1

Hastaların şizofreniye yakalanma yaşları 10 yaş ve altı ile 41 yaş ve üstü olarak değişmektedir. Hastaların % 93,8'i düzenli olarak tedavi olurken % 6,2'si düzenli



olarak tedavi olmamaktadır. Hastaların % 76,3'ü yatarak tedavi olmuşken % 23,7'si yatarak tedavi olmamıştır. Yatarak tedavi olan hastaların hastaneye yatma sıklığı 1 ile 6 kez arasında değişmektedir.

#### 4.2.3. Şizofreni Hastalarının Sosyo-Ekonomik Özelliklerine İlişkin Bulgular

Bu bölümde, bakım verenlerin bakmakla yükümlü oldukları şizofreni hastalarının gelir getirici bir işte çalışıp çalışmadığı; çalışan hastaların meslekleri; sağlık güvencesinin olup olmadığı; tedavi masraflarının nasıl karşılandığına ilişkin bilgiler açıklanmıştır. Araştırmaya katılan şizofreni hastalarının sosyo-ekonomik durumlarına ait bulgular frekanslar ve yüzdeler şeklinde Tablo 4.11'de sunulmuştur.

**Tablo 4.11.** Şizofreni hastalarının sosyo-ekonomik özelliklerine ilişkin bulguların dağılımı.

Değişken	Kategori	Şizofreni Hastası	
		f	%
Gelir Getirici Bir İşte Çalışma Durumu	Çalışıyor	10	10,3
	Çalışmıyor	87	89,7
Çalışan Hastaların Meslekleri	Devlet memuru	4	4,1
	Emekli	1	1,0
	Mavi At Kafe'de eleman	1	1,0
	Sahaf	1	1,0
	Veteriner hekim	1	1,0
	Yazar	1	1,0
	Yurt dışında işçi	1	1,0
Sağlık Güvencesi Durumu	Var	96	99,0
	Yok	1	1,0
Tedavi Masraflarının Karşılama Yolu	SGK	96	99,0
	Tüm masraflar ücretli	1	1,0

Hastaların % 10,3'ü gelir getirici bir işte çalışırken % 89,7'si çalışmamaktadır. Gelir getirici bir işte çalışanların % 4,1'i devlet memuru, % 1,0'i emekli, % 1,0'i Mavi At Kafe'de eleman, % 1,0'i sahaf, % 1,0'i veteriner hekim, % 1,0'i yazar, % 1,0'i yurt dışında işçidir. Hastaların % 99,0'unun sağlık güvencesi varken

% 1,0'inin sağlık güvencesi yoktur. Hastaların % 99,0'ü tedavi masraflarını SGK'dan ile yararlanarak karşılarken, % 1,0'i tüm masraflara ücret ödemektedir.

### 4.3. Bakım Verme Sürecine İlişkin Bulgular

#### 4.3.1. Bakım Verme Sürecine İlişkin Bulgular

Bu bölümde, şizofreni hastasına bakım veren evli ya da boşanmış bireylerin kaç yıldır bakım verdiği, bakım verenin bakım verme sürecini gönüllü olarak üstlenip üstlenmediği; bakım veren bu bakımı gönüllü olarak vermiyor ise bakım verenin bakım vermesini zorunlu kılan sebeplerin neler olduğuna ilişkin bilgiler verilmiştir. Araştırma sonucu elde edilen bakım verme sürecinin demografik bilgilere ait bulgular frekanslar ve yüzdeler şeklinde Tablo 4.12'de sunulmuştur.

**Tablo 4.12.** Bakım verme sürecine ilişkin bulguların dağılımı.

Değişken	Kategori	Bakım Veren	
		f	%
Bakım Verme Süresi	10 yıl altı	37	38,1
	11 - 20 yıl	33	34,0
	21 - 30 yıl	20	20,6
	31 yıl ve üstü	7	7,2
Bakım Verme İsteği	Gönüllü	88	90,7
	Gönülsüz	9	9,3
Gönülsüz Bakım Verme Nedeni	Benden başka bu bakımı verebilecek kimse yok	8	88,9
	Ailede bana bu görev verildi	1	11,1

Araştırmaya katılan şizofreni hastalarına bakım veren evli ya da boşanmış bireylerin şizofreni hastalarına bakım verme süresi 10 yıl ve altı ile 31 yıl ve üstü olarak değişmektedir. Şizofreni hastalarına bakım verenlerin % 90,7'si bakım verme sürecini gönüllü yürütürken evli % 9,3'ü bakım hizmetini gönülsüz vermektedir. Bakım verme sürecini gönülsüz yürüten bakım verenlerin % 88,9'u kendilerinden başka bakım veren olmadığı için şizofreni hastasına bakmak zorunda olduklarını belirtmişlerdir; % 11,1'i ise bakım verme sürecinin aileleri tarafından kendilerine görev olarak verildiğini ifade etmişlerdir.

#### 4.3.2. Bakım Veren Bireylerin İhtiyaç Duyduklarında Sorumluluklarını Eşlerine Devredebilmeleri ile Cinsiyetleri Arasındaki İlişkiye Ait Bulguların Tartışılması

Bu bölümde, şizofreni hastasına bakım veren evli ya da boşanmış bireylerin ihtiyaç duyduklarında sorumluluklarını eşlerine devredebilmeleri ile cinsiyetleri arasındaki ilişkilere ait bulgular verilmiştir. Şizofreni hastasına bakım veren evli ya da boşanmış bireylerin ihtiyaç duyduklarında sorumluluklarını eşlerine devredebilmeleri ile cinsiyetleri arasındaki ilişkilere ait bulgular Tablo 4.13'de sunulmuştur.

Bu bölümdeki sorular görüşme formunda evli bireyler için şimdiki zaman eki ile boşanmış bireyler için ise di'li geçmiş zaman eki ile sorulmuştur. Tablolarda ise zaman eklerinin yer tutmasını önlemek amacı ile sadece şimdiki zaman eki ile soru kökleri verilmiştir.

**Tablo 4.13.** Bakım veren bireylerin ihtiyaç duyduklarında sorumluluklarını eşlerine devredebilmeleri ile cinsiyetleri arasındaki ilişkiye ait bulguların dağılımı.

			Şizofreni Hastasına Bakım Verme Sürecinde Eşim Bana Destek Oluyor			Toplam
			Evet	Hayır	Hiçbir fikrim yok	
Cinsiyet	Kadın	n	20	38	9	67
		%	29,9	56,7	13,4	100,0
	Erkek	n	22	8	0	30
		%	73,3	26,7	0,0	100,0
Toplam		n	42	46	9	97
		%	43,3	47,4	9,3	100,0
			Şizofreni Hastasına Bakım Verme Sürecinde Eşim Bana Destek Oluyor			Toplam
			Evet	Hayır		
Cinsiyet	Kadın	n	15	45	60	
		%	25,0	75,0	100,0	
	Erkek	n	18	11	29	
		%	62,1	37,9	100,0	
Toplam		n	42	33	56	
		%	47,7	37,1	62,9	

\* Hiçbir fikrim yok cevabı verenler (n=9) analiz dışı bırakılarak analizler gerçekleştirilmiştir.

Elde edilen veriler sonucu bakım veren bireylerin ihtiyaç duyduklarında sorumluluklarını eşlerine devredebiliyor olmaları ile cinsiyet arasında istatistiksel

olarak anlamlı bir ilişki vardır. ( $\chi^2$  (sd=1, n=89) = 11,515; p = 0,001 < 0,05, (sd: serbestlik derecesi)).

Erkek katılımcılarında evet cevabını verenlerin oranı (% 62,1), kadın katılımcılarda evet cevabını verenlerin oranından (% 25,0) yüksektir. Kısaca erkekler eşlerine sorumluluklarını daha çok devredebildiklerini düşünmektedirler.

#### 4.3.3. Şizofreni Hastalarına Bakım Veren Evli ya da Boşanmış Bireylerin Bakım Verme Sürecini Nasıl Değerlendirdiklerine İlişkin Bulgular

Bu bölümde, şizofreni hastasına bakım veren evli ya da boşanmış bireylerin bu süreci nasıl değerlendirdiklerine ilişkin bilgiler verilmiştir. Katılımcıların bu süreci tanımlamalarına ait bulgular frekanslar ve yüzdeler şeklinde Tablo 4.14'de sunulmuştur.

**Tablo 4.14.** Şizofreni hastalarına bakım veren evli ya da boşanmış bireylerin bakım verme sürecini nasıl değerlendirdiklerine ilişkin bulguların dağılımı.

Değişken	Kategori	Bakım Veren	
		f	%
Bakım Verme Sürecinin Değerlendirilmesi	Çok zor	49	50,5
	Zor	32	33,0
	Normal	8	8,2
	Kolay	5	5,2
	Çok kolay	3	3,1

Şizofreni hastasına bakım veren evli ya da boşanmış bireylerin % 50,5'i bakım verme sürecini çok zor, % 33,0'ü zor, % 8,2'si normal, % 5,2'si kolay, % 3,1'i çok kolay olarak tanımlamışlardır.

#### 4.4. Şizofreni Hastasına Bakım Veren Evli ya da Boşanmış Bireylerin Bakım Verme Sürecinin Kendilerinde ve Eşlerinde Uyandırdığı Duygudurumuna İlişkin Bulgular

##### 4.4.1. Şizofreni Hastasına Bakım Veren Evli ya da Boşanmış Bireylerin Bakım Verme Sürecinin Kendilerinde Uyandırdığı Duygudurumuna İlişkin Bulgular

Bu bölümde, şizofreni hastasına bakım veren evli ya da boşanmış bireylerin bakım verme sürecinin kendilerinde uyandırdığı duygudurumlarını nasıl yorumladıklarına ve bakım verme süreci ile ilgili ifadeleri nasıl cevaplandırdıklarına ilişkin bilgiler verilmiştir. Bakım verenlerin bakım verme süreci ile birlikte gelişen Duygudurumuna ilişkin bulgular Tablo 4.15'de verilmiştir.

Bu bölümdeki sorular görüşme formunda evli bireyler için şimdiki zaman eki ile boşanmış bireyler için ise di'li geçmiş zaman eki ile sorulmuştur. Tablolarda ise zaman eklerinin yer tutmasını önlemek amacı ile sadece şimdiki zaman eki ile soru kökleri verilmiştir.

**Tablo 4.15.** Şizofreni hastasına bakım veren evli ya da boşanmış bireylerin bakım verme sürecinin kendilerinde uyandırdığı duygudurumlarına ilişkin bulguların dağılımı.

Değişken	Kategori	Bakım Veren	
		f	%
Şizofreni Hastasına Bakım Vermeye Başladıktan Sonra Kendimi Daha Az Yalnız Hissediyorum	Evet	33	34,0
	Hayır	52	53,6
	Hiçbir fikrim yok	12	12,4
Şizofreni Hastasına Bakım Vermeye Başladıktan Sonra Kendimi Daha Sabırlı Buluyorum	Evet	65	67,0
	Hayır	29	29,9
	Hiçbir fikrim yok	3	3,1
Şizofreni Hastasına Bakım Vermeye Başladıktan Sonra Kendimi Daha Mutlu Hissediyorum	Evet	18	18,6
	Hayır	75	77,3
	Hiçbir fikrim yok	4	4,1
Şizofreni Hastasına Bakım Vermeye Başladıktan Sonra Kendimi Eskisinden Daha Az Sınırlı Hissediyorum	Evet	30	30,9
	Hayır	64	66,0
	Hiçbir fikrim yok	3	3,1

Katılımcılar bakım verme deyince ilk hissettiğim duygu tutsaklık. Bakım verme süreci ile ilgili bakım veren evli veya boşanmış bireyler genelde tutsaklık duygusu hissettiklerini bildirmişlerdir.

Bu konuda görüşlerine başvuru D.E.'nin (kadın, evli, 41, üniversite mezunu) bakım verme süreci ile ilgili görüşleri şöyledir:

Bakım verme deyince ilk hissettiğim duygu tutsaklık, çünkü istediğim gibi hiçbir zaman davranamıyorum. Davranışlarımı ve ailemi sürekli hastama göre kontrol altında tutmam gerekiyor. Özgür olmak, istediğim gibi davranabilmek istiyorum ama o zamanda hastam etkileniyor. Çok zorlanıyorum, ailem de çok zorlanıyor. Eşim bu durumu kabullenemiyor. Sanırım benim tutsak olmam ilişkimizi kötü yönde çok etkiliyor.

Bakım verme deyince ilk hissettiğim duygu bağımlılık. Bakım verme süreci ile ilgili bakım veren evli veya boşanmış bireylerden bazıları bağımlılık duygusu hissettiklerini bildirmişlerdir.

Bu konuda görüşlerine başvuru A.Y.'nin (erkek, evli, 63, lise mezunu) bakım verme süreci ile ilgili görüşleri şöyledir:

Bakım verme deyince ilk hissettiğim duygu bağımlılık. Yani bağımlıyım işte. Hep beraber yapıyoruz her şeyi. Yalnız kalmak diye bir şey yok ki bizim hayatımızda. O bize muhtaç bizsiz bir şey yapamaz ki!

Şizofreni hastasına bakım veren evli ya da boşanmış bireyler "Şizofreni hastasına bakım vermeye başladıktan sonra kendimi daha az yalnız hissediyorum ya da hissederdim." ifadesini % 53,6 hayır, % 12,4 hiçbir fikrim yok, % 34,0 evet olarak işaretlemişlerdir.

Şizofreni hastasına bakım veren evli ya da boşanmış bireyler " Şizofreni hastasına bakım vermeye başladıktan sonra kendimi daha sabırlı buluyorum ya da buluyordum." ifadesini % 29,9 hayır, % 3,1 hiçbir fikrim yok, % 67,0 evet olarak işaretlemişlerdir.

Şizofreni hastasına bakım veren evli ya da boşanmış bireyler "Şizofreni hastasına bakım vermeye başladıktan sonra kendimi daha mutlu hissediyorum ya da hissediyordum." ifadesini % 77,3 hayır, % 4,1 hiçbir fikrim yok, % 18,6 evet olarak işaretlemişlerdir.

Şizofreni hastasına bakım veren evli ya da boşanmış bireyler "Şizofreni hastasına bakım vermeye başladıktan sonra kendimi eskisinden daha az sınırlı hissediyorum ya da hissediyorum.." ifadesini % 66,0 hayır, % 3,1 hiçbir fikrim yok, % 30,9 evet olarak işaretlemişlerdir.

#### **4.4.2. Şizofreni Hastasına Bakım Veren Evli ya da Boşanmış Bireylerin Bakım Verme Sürecinin Eşlerinde Uyandırdığı Duygudurumuna İlişkin Bulgular**

Bu bölümde, şizofreni hastasına bakım veren evli ya da boşanmış bireylerin bakım verme sürecinin eşlerinde uyandırdığı duygudurumlarını nasıl yorumladıklarına ve bakım verme süreci ile ilgili ifadeleri nasıl cevaplandırdıklarına ilişkin bilgiler verilmiştir. Bakım verenlerin eşlerinin bakım verme süreci ile birlikte gelişen duygudurumuna ait bulgular frekanslar ve yüzdeler şeklinde Tablo 4.16'de sunulmuştur.

Bu bölümdeki sorular görüşme formunda evli bireyler için şimdiki zaman eki ile boşanmış bireyler için ise di'li geçmiş zaman eki ile sorulmuştur. Tablolarda ise zaman eklerinin yer tutmasını önlemek amacı ile sadece şimdiki zaman eki ile soru kökleri verilmiştir.

**Tablo 4.16.** Şizofreni hastasına bakım veren evli ya da boşanmış bireylerin bakım verme sürecinin eşlerinde uyandırdığı duygudurumlarına ilişkin bilgilerin dağılımı.

Değişken	Kategori	Bakım Veren	
		f	%
Şizofreni Hastasına Bakım Vermeye Başladıktan Sonra Eşimin Daha Mutlu Olduğunu Görüyorum	Evet	11	11,3
	Hayır	81	83,5
	Hiçbir fikrim yok	5	5,2
Şizofreni Hastasına Bakım Vermeye Başladıktan Sonra Eşimin Daha Az Sinirli Olduğunu Görüyorum	Evet	18	18,6
	Hayır	70	72,2
	Hiçbir fikrim yok	9	9,3
Şizofreni Hastasına Bakım Vermeye Başladıktan Sonra Eşimin Eskisinden Daha Sabırlı Olduğunu Görüyorum	Evet	24	24,7
	Hayır	68	70,1
	Hiçbir fikrim yok	5	5,2

Katılımcılar bakım verme sürecinde eşlerinin evden uzaklaşmak istediklerini bildirmişlerdir..

Bu konuda görüşlerine başvuru H.G.'nin (kadın, evli, 49, lise mezunu) eşinin bakım verme süreci ile ilgili görüşleri şöyledir:

Bakım verme deyince eşimin ilk hissettiği duygu evden uzaklaşma isteği. Oğlum şizofren hastası olduktan sonra ben kendimi oğluma bakar, eşimi de farklı bahanelerle eve geç gelir buldum. Yıllardır bu böyle devam ediyor.

Bakım verme deyince eşimin ilk hissettiği duygu bıkkınlık. Bakım verme süreci ile ilgili bakım veren evli veya boşanmış bireylerden bazıları eşlerinin bıkkınlık duygusu hissettiklerini bildirmişlerdir.

Bu konuda görüşlerine başvuru S.L.'nin (kadın, boşanmış, 58, ilköğretim mezunu) bakım verme süreci ile ilgili görüşleri şöyledir:

Bakım verme deyince eşimin ilk hissettiği duygu bıkkınlık. Adam bizden bıktı ondan gitti zaten. Önceden iyi kötü idare ederdik ama hastalıktan sonra çok bıktı, bizi bırakıp gitti.



Şizofreni hastasına bakım veren evli ya da boşanmış bireyler "Şizofreni hastasına bakım vermeye başladıktan sonra eşimin daha mutlu olduğunu görüyorum ya da görüyordum." ifadesini % 83,5 hayır, % 5,2 hiçbir fikrim yok, % 11,3 evet olarak işaretlemişlerdir.

Şizofreni hastasına bakım veren evli ya da boşanmış bireyler "Şizofreni hastasına bakım vermeye başladıktan sonra eşimin daha az sinirli olduğunu görüyorum ya da görüyordum." ifadesini % 72,2 hayır, % 9,3 hiçbir fikrim yok, % 18,6 evet olarak işaretlemişlerdir.

Şizofreni hastasına bakım veren evli ya da boşanmış bireyler "Şizofreni hastasına bakım vermeye başladıktan sonra eşimin eskisinden daha sabırlı olduğunu görüyorum ya da görüyordum." ifadesini % 70,1 hayır, % 5,2 hiçbir fikrim yok, % 24,7 evet olarak işaretlemişlerdir.

#### **4.5. Şizofreni Hastasına Bakım Veren Evli ya da Boşanmış Bireylerin Evlilik ve Aile İlişkilerine İlişkin Bulgular**

##### **4.5.1. Bakım Verme Sürecinin Evli ya da Boşanmış Bireylerin Evlilik ve Aile İlişkilerine Etkilerine İlişkin Bulgular**

Bu bölümde, şizofreni hastasına bakım veren evli ya da boşanmış bireylerin eşlerinin ya da eski eşlerinin bakım verme sürecini destekleyip desteklemediği; çocuklarının bakım verme sürecini destekleyip desteklemediği, bakım verme sürecinin evli ya da boşanmış bakım verenlerin evlilik ilişkilerini olumsuz etkileyip etkilemediği, bakım verme sürecinin evli ya da boşanmış bakım verenlerin aile ilişkilerini olumsuz etkileyip etkilemediğine ilişkin bilgiler verilmiştir. Bakım verme sürecinin evli ya da boşanmış bireylerin evlilik ve aile ilişkilerine etkilerine ait bulgular frekanslar ve yüzdeler şeklinde Tablo 4.17'da sunulmuştur.

**Tablo 4.17.** Bakım verme sürecinin evli ya da boşanmış bireylerin evlilik ve aile ilişkilerine etkilerine ilişkin bulguların dağılımı.

Değişken	Kategori	Bakım Veren	
		f	%
Eşin Bakım Vermeyi Destekleme Durumu	Destekliyor	75	100,0
Eski Eşin Bakım Vermeyi Destekleme Durumu	Destekliyor	16	72,7
	Desteklemiyor	6	27,3
Çocukların Bakım Vermeyi Destekleme Durumu	Destekliyor	84	90,3
	Desteklemiyor	9	9,7
Bakım Vermenin Evlilik İlişkisine Etkisi	Olumsuz etkiledi	44	45,4
	Olumsuz etkilemedi	46	47,4
	Hiç düşünmedim	7	7,2
Bakım Vermenin Aile İlişkisine Etkisi	Olumsuz etkiledi	43	44,3
	Olumsuz etkilemedi	48	49,5
	Hiç düşünmedim	6	6,2
Şizofreni Hastasına Bakım Vermeye Başladıktan Sonra Bakım Sürecinin İlişkimiz Üzerindeki Olumsuz Etkileri Geçmişte Yaşadığımız Olaylarla Kıyaslandığında Daha Azdır	Evet	11	11,3
	Hayır	76	78,4
	Hiçbir fikrim yok	10	10,3

Şizofreni hastasına bakım veren evli bireylerin % 100,0'ü bakım verme sürecini desteklerken eski eşlerin % 72,7'si desteklemektedir; şizofreni hastasına bakım verenlerin eski eşlerinin % 27,3'ü ise bakım verme sürecine destek vermemişlerdir. Şizofreni hastasına bakım verenlerin çocuklarının % 90,3'ü bakım verme sürecini desteklerken % 9,7'si bakım verme sürecini desteklememektedir.

Şizofreni hastasına bakım veren evli ya da boşanmış bireyler bakım verme sürecinin evlilik ilişkisine etkisini % 45,4 olumsuz etkiledi, % 47,4 olumsuz etkilemedi, % 7,2 ise hiç düşünmedim olarak ifade etmişlerdir.

Şizofreni hastasına bakım veren evli ya da boşanmış bireyler bakım verme sürecinin aile ilişkisine etkisini % 44,3 olumsuz etkiledi, % 49,5 olumsuz etkilemedi, % 6,2 ise hiç düşünmedim olarak ifade etmişlerdir.

Şizofreni hastasına bakım veren evli ya da boşanmış bireyler "Şizofreni hastasına bakım vermeye başladıktan sonra bakım sürecinin ilişkimiz üzerindeki olumsuz etkileri geçmişte yaşadığımız olaylarla kıyaslandığında daha azdır ya da azdı." İfadesine % 78,4 hayır, % 10,3 hiçbir fikrim yok, % 11,3 evet olarak işaretlemişlerdir.

#### **4.5.2. Şizofreni Hastasına Bakım Veren Evli ya da Boşanmış Bireylerin Kendi Evlilik İlişkilerini Uyum ve Ortak Hareket Etme Açısından Nasıl Değerlendirdiklerine İlişkin Bulgular**

Bu bölümde, şizofreni hastasına bakım veren evli ya da boşanmış bireylerin bakım vermeye başladıktan sonra evlilik ilişkilerini uyum ve ortak hareket etme açısından nasıl değerlendirdiklerine ilişkin bulgular verilmiştir. Bakım verenlerin evlilik ilişkilerini uyum ve ortak hareket etme açısından nasıl değerlendirdiklerine ait bilgiler frekanslar ve yüzdeler şeklinde Tablo 4.18.'de sunulmuştur.

Bu bölümdeki sorular görüşme formunda evli bireyler için şimdiki zaman eki ile boşanmış bireyler için ise di'li geçmiş zaman eki ile sorulmuştur. Tablolarda ise zaman eklerinin yer tutmasını önlemek amacı ile sadece şimdiki zaman eki ile soru kökleri verilmiştir.

**Tablo 4.18.** Şizofreni hastasına bakım veren evli ya da boşanmış bireylerin kendi evlilik ilişkilerini uyum ve ortak hareket etme açısından nasıl değerlendirdiklerine ilişkin bulguların dağılımı.

Değişken	Kategori	Bakım Veren	
		f	%
Şizofreni Hastasına Bakım Vermeye Başladıktan Sonra Evliliğimde Eşimle Daha Uyumluyum	Evet	23	23,7
	Hayır	54	55,7
	Hiçbir fikrim yok	20	20,6
Şizofreni Hastasına Bakım Vermeye Başladıktan Sonra Eşimle Daha Kolay Ortak Kararlar Alıp Bu Kararları Uygulayabiliyoruz	Evet	41	42,3
	Hayır	48	49,5
	Hiçbir fikrim yok	8	8,2
Şizofreni Hastasına Bakım Vermeye Başladıktan Sonra Eşimle Bakım Verme Sürecini Kolaylaştıracak Hedefler Belirleyebiliyoruz	Evet	42	43,3
	Hayır	48	49,5
	Hiçbir fikrim yok	7	7,2
Şizofreni Hastasına Bakım Vermeye Başladıktan Sonra Eşimle Aramdaki Birlik ve Beraberlik Duygularının Arttığını Fark Ettim	Evet	24	24,7
	Hayır	51	52,6
	Hiçbir fikrim yok	22	22,7
Şizofreni Hastasına Bakım Vermeye Başladıktan Sonra Aile Yaşantımızla İlgili Faaliyetlerimizi Eşimle Birlikte Planlamaya Başladık	Evet	40	41,2
	Hayır	45	46,4
	Hiçbir fikrim yok	12	12,4

Şizofreni hastasına bakım veren evli ya da boşanmış bireyler "Şizofreni hastasına bakım vermeye başladıktan sonra evliliğimde eşimle daha uyumluyum ya da uyumluydum." İfadesine % 55,7 hayır, % 20,6 hiçbir fikrim yok, % 23,7 evet olarak işaretlemişlerdir.

Şizofreni hastasına bakım veren evli ya da boşanmış bireyler "Şizofreni hastasına bakım vermeye başladıktan sonra eşimle daha kolay ortak kararlar alıp bu kararları uygulayabiliyoruz ya da uyguluyorduk." İfadesine % 49,5 hayır, % 8,2 hiçbir fikrim yok, % 42,3 evet olarak işaretlemişlerdir.

Şizofreni hastasına bakım veren evli ya da boşanmış bireyler "Şizofreni hastasına bakım vermeye başladıktan sonra eşimle bakım verme sürecini kolaylaştıracak hedefler belirleyebiliyoruz ya da belirliyorduk." İfadesine % 49,5 hayır, % 7,2 hiçbir fikrim yok, % 43,3 evet olarak işaretlemişlerdir.

Şizofreni hastasına bakım veren evli ya da boşanmış bireyler "Şizofreni hastasına bakım vermeye başladıktan sonra eşimle aramdaki birlik ve beraberlik duygularının arttığını fark ettim ya da etmiştim." İfadesine % 52,6 hayır, % 22,7 hiçbir fikrim yok, % 24,7 evet olarak işaretlemişlerdir.

Şizofreni hastasına bakım veren evli ya da boşanmış bireyler "Şizofreni hastasına bakım vermeye başladıktan sonra aile yaşantımızla ilgili faaliyetlerimizi eşimle birlikte planlamaya başladık ya da planlıyorduk." İfadesine % 46,4 hayır, % 12,4 hiçbir fikrim yok, % 41,2 evet olarak işaretlemişlerdir.

#### **4.5.3. Şizofreni Hastasına Bakım Veren Evli ya da Boşanmış Bireylerin Kendi Evlilik İlişkilerinin İletişim ve Paylaşım Boyutunu Nasıl Değerlendirdiklerine İlişkin Bulgular**

Bu bölümde, şizofreni hastasına bakım veren evli ya da boşanmış bireylerin bakım vermeye başladıktan sonra evlilik ilişkilerinin iletişim ve paylaşım boyutunu nasıl değerlendirdiklerine ilişkin bulgular verilmiştir. Bakım verenlerin evlilik ilişkilerinin iletişim ve paylaşım boyutunu nasıl değerlendirdiklerine ait bilgiler frekanslar ve yüzdeler şeklinde Tablo 4.19'de sunulmuştur.

Bu bölümdeki sorular görüşme formunda evli bireyler için şimdiki zaman eki ile boşanmış bireyler için ise di'li geçmiş zaman eki ile sorulmuştur. Tablolarda ise zaman eklerinin yer tutmasını önlemek amacı ile sadece şimdiki zaman eki ile soru kökleri verilmiştir.

**Tablo 4.19.** Şizofreni hastasına bakım veren evli ya da boşanmış bireylerin kendi evlilik ilişkilerinin iletişim ve paylaşım boyutunu nasıl değerlendirdiklerine ilişkin bulguların dağılımı.

Değişken	Kategori	Bakım Veren	
		f	%
Şizofreni Hastasına Bakım Vermeye Başladıktan Sonra Eşimle Daha Çok İletişim Kurmaya Başladım	Evet	24	24,7
	Hayır	59	60,8
	Hiçbir fikrim yok	14	14,4
Şizofreni Hastasına Bakım Verme Sürecinde Yaşadığım Sıkıntıları Eskisine Göre Daha Çok Eşimle Paylaşabiliyorum	Evet	41	42,3
	Hayır	49	50,5
	Hiçbir fikrim yok	7	7,2
Şizofreni Hastasına Bakım Vermeye Başladıktan Sonra Eşimle Korku ve Endişelerimi Daha Çok Paylaşabiliyorum	Evet	43	44,3
	Hayır	47	48,5
	Hiçbir fikrim yok	7	7,2
Şizofreni Hastasına Bakım Vermeye Başladıktan Sonra Kimse ile Konuşamadıklarımı Eşimle Konuşmaya Başladım	Evet	40	41,2
	Hayır	46	47,4
	Hiçbir fikrim yok	11	11,3
Şizofreni Hastasına Bakım Vermeye Başladıktan Sonra Eşimle Daha Kolay Konuşabiliyoruz	Evet	35	33,1
	Hayır	48	49,5
	Hiçbir fikrim yok	14	14,4

Şizofreni hastasına bakım veren evli ya da boşanmış bireyler "Şizofreni hastasına bakım vermeye başladıktan sonra eşimle daha çok iletişim kurmaya başladım ya da başlamıştım." İfadesine % 60,8 hayır, % 14,4 hiçbir fikrim yok, % 24,7 evet olarak işaretlemişlerdir.

Şizofreni hastasına bakım veren evli ya da boşanmış bireyler "Şizofreni hastasına bakım verme sürecinde yaşadığım sıkıntıları eskisine göre daha çok eşimle paylaşabiliyorum ya da paylaşıyordum." İfadesine % 50,5 hayır, % 7,2 hiçbir fikrim yok, % 42,3 evet olarak işaretlemişlerdir.

Şizofreni hastasına bakım veren evli ya da boşanmış bireyler "Şizofreni hastasına bakım vermeye başladıktan sonra eşimle korku ve endişelerimi daha çok paylaşabiliyorum ya da paylaşıyordum." İfadesine % 48,5 hayır, % 7,2 hiçbir fikrim yok, % 44,3 evet olarak işaretlemişlerdir.

Şizofreni hastasına bakım veren evli ya da boşanmış bireyler "Şizofreni hastasına bakım vermeye başladıktan sonra eşimle daha kolay konuşabiliyoruz ya da konuşuyorduk." İfadesine % 49,5 hayır, % 14,4 hiçbir fikrim yok, % 36,1 evet olarak işaretlemişlerdir.

Şizofreni hastasına bakım veren evli ya da boşanmış bireyler "Şizofreni hastasına bakım vermeye başladıktan sonra kimse ile konuşamadıklarımı eşimle konuşmaya başladım ya da başlamıştım." İfadesine % 47,4 hayır, % 11,3 hiçbir fikrim yok, % 41,23 evet olarak işaretlemişlerdir.

#### **4.5.4. Şizofreni Hastasına Bakım Veren Evli ya da Boşanmış Bireylerin Kendi Evlilik İlişkilerindeki Karşılıklı Destek Olma Durumlarını Nasıl Değerlendirdiklerine İlişkin Bulgular**

Bu bölümde, şizofreni hastasına bakım veren evli ya da boşanmış bireylerin bakım vermeye başladıktan sonra evlilik ilişkilerindeki karşılıklı destek olma durumlarını nasıl değerlendirdiklerine ilişkin bulgular verilmiştir. Bakım verenlerin evlilik ilişkilerindeki karşılıklı destek olma durumlarını nasıl baktıklarına ait bilgiler frekanslar ve yüzdeler şeklinde Tablo 4.20'de sunulmuştur.

Bu bölümdeki sorular görüşme formunda evli bireyler için şimdiki zaman eki ile boşanmış bireyler için ise di'li geçmiş zaman eki ile sorulmuştur. Tablolarda ise zaman eklerinin yer tutmasını önlemek amacı ile sadece şimdiki zaman eki ile soru kökleri verilmiştir.

**Tablo 4.20.** Şizofreni hastasına bakım veren evli ya da boşanmış bireylerin kendi evlilik ilişkilerindeki karşılıklı destek olma durumlarını nasıl değerlendirdiklerine ilişkin bulguların dağılımı.

Değişken	Kategori	Bakım Veren	
		f	%
Şizofreni Hastasına Bakım Verme Sürecinde Eşim Bana Destek Oluyor	Evet	42	43,3
	Hayır	46	47,4
	Hiçbir fikrim yok	9	9,3
Şizofreni Hastasına Bakım Vermeye Başladıktan Sonra Eşim Maddi ve Manevi Destek Olma Noktasında Öncesine Göre Daha İstekli	Evet	42	43,3
	Hayır	48	49,5
	Hiçbir fikrim yok	7	7,2
Şizofreni Hastasına Bakım Vermeye Başladıktan Sonra Eşimin Desteğinden Çok Memnunum	Evet	42	43,3
	Hayır	47	48,5
	Hiçbir fikrim yok	8	8,2
Şizofreni Hastasına Bakım Vermeye Başladıktan Sonra Sorumluluklarımın Bir Kısmını Eşime Devredebiliyorum	Evet	33	34,0
	Hayır	56	57,7
	Hiçbir fikrim yok	8	8,2

Şizofreni hastasına bakım veren evli ya da boşanmış bireyler "Şizofreni hastasına bakım verme sürecinde eşim bana destek oluyor ya da oluyordu." İfadesine % 47,4 hayır, % 9,3 hiçbir fikrim yok, % 43,3 evet olarak işaretlemişlerdir.

Şizofreni hastasına bakım veren evli ya da boşanmış bireyler "Şizofreni hastasına bakım vermeye başladıktan sonra eşim maddi ve manevi destek olma noktasında öncesine göre daha istekli ya da istekli idi." İfadesine % 49,5 hayır, % 7,2 hiçbir fikrim yok, % 43,3 evet olarak işaretlemişlerdir.

Şizofreni hastasına bakım veren evli ya da boşanmış bireyler "Şizofreni hastasına bakım vermeye başladıktan sonra eşimin desteğinden çok memnunum ya da memnundum." İfadesine % 48,5 hayır, % 8,2 hiçbir fikrim yok, % 43,3 evet olarak işaretlemişlerdir.

Şizofreni hastasına bakım veren evli ya da boşanmış bireyler " Şizofreni hastasına bakım vermeye başladıktan sonra sorumluluklarımın bir kısmını eşime



devredebiliyorum ya da devrediyordum." İfadesine % 57,7 hayır, % 8,2 hiçbir fikrim yok, % 34,0 evet olarak işaretlemişlerdir.

#### 4.5.5. Şizofreni Hastasına Bakım Veren Evli ya da Boşanmış Bireylerin Evlilik İlişkilerinde Birbirlerine Vakit Ayırma ve İlgi Gösterme Boyutunu Nasıl Değerlendirdiklerine İlişkin Bulgular

Bu bölümde, şizofreni hastasına bakım veren evli ya da boşanmış bireylerin evlilik ilişkilerinde birbirlerine vakit ayırma ve ilgi gösterme boyutunu nasıl değerlendirdiklerine ilişkin bulgular verilmiştir. Bakım verenlerin evlilik ilişkilerinde birbirlerine vakit ayırma, ilgi gösterme ve kendilerini yalnız hissetme boyutunu nasıl değerlendirdiklerine ait bilgiler frekanslar ve yüzdeler şeklinde Tablo 4.21'de sunulmuştur.

Bu bölümdeki sorular görüşme formunda evli bireyler için şimdiki zaman eki ile boşanmış bireyler için ise di'li geçmiş zaman eki ile sorulmuştur. Tablolarda ise zaman eklerinin yer tutmasını önlemek amacı ile sadece şimdiki zaman eki ile soru kökleri verilmiştir.

**Tablo 4.21.** Şizofreni hastasına bakım veren evli ya da boşanmış bireylerin evlilik ilişkilerinde birbirlerine vakit ayırma, ilgi gösterme boyutunu nasıl değerlendirdiklerine ilişkin bulguların dağılımı.

Değişken	Kategori	Bakım Veren	
		f	%
Şizofreni Hastasına Bakım Veren Olarak Eşime Geçmiş Dönemlere Göre Daha Çok Vakit Ayırabiliyorum	Evet	22	22,7
	Hayır	61	62,9
	Hiçbir fikrim yok	14	14,4
Şizofreni Hastasına Bakım Vermeye Başladıktan Sonra Eşim Benimle Eskisinden Daha Fazla İlgilenir Oldu	Evet	21	21,6
	Hayır	63	64,9
	Hiçbir fikrim yok	13	13,4
Şizofreni Hastasına Bakım Vermeye Başladıktan Sonra Eşimin Bakım Sürecinde İhtiyaçlarımı Daha Çok Önemseydiğini Hissediyorum	Evet	34	35,1
	Hayır	51	52,6
	Hiçbir fikrim yok	12	12,4

Şizofreni hastasına bakım veren evli ya da boşanmış bireyler "Şizofreni hastasına bakım veren olarak eşime geçmiş dönemlere göre daha çok vakit ayırabiliyorum ya da ayırabiliyordum." İfadesine % 62,9 hayır, % 14,4 hiçbir fikrim yok, % 22,7 evet olarak işaretlemişlerdir.

Şizofreni hastasına bakım veren evli ya da boşanmış bireyler "Şizofreni hastasına bakım vermeye başladıktan sonra eşim benimle eskisinden daha fazla ilgilenir oldu ya da olmuştum." İfadesine % 64,9 hayır, % 13,4 hiçbir fikrim yok, % 21,6 evet olarak işaretlemişlerdir.

Şizofreni hastasına bakım veren evli ya da boşanmış bireyler " Şizofreni hastasına bakım vermeye başladıktan sonra eşimin bakım sürecinde ihtiyaçlarımı daha çok önemsendiğini hissediyorum ya da hissediyordum." İfadesine % 52,6 hayır, % 12,4 hiçbir fikrim yok, % 35,1 evet olarak işaretlemişlerdir.

#### **4.5.6. Şizofreni Hastasına Bakım Veren Evli ya da Boşanmış Bireylerin Evlilik İlişkilerinden Duydukları Memnuniyeti Nasıl Değerlendirdiklerine İlişkin Bulgular**

Bu bölümde, şizofreni hastasına bakım veren evli ya da boşanmış bireylerin evlilik ilişkilerinden duydukları memnuniyeti nasıl değerlendirdiklerine ait bulgular verilmiştir. Şizofreni hastasına bakım veren evli ya da boşanmış bireylerin evlilik ilişkilerinden duydukları memnuniyeti nasıl değerlendirdiklerine ait bulgular frekanslar ve yüzdeler şeklinde Tablo 4.22'de sunulmuştur.

Bu bölümdeki sorular görüşme formunda evli bireyler için şimdiki zaman eki ile boşanmış bireyler için ise di'li geçmiş zaman eki ile sorulmuştur. Tablolarda ise zaman eklerinin yer tutmasını önlemek amacı ile sadece şimdiki zaman eki ile soru kökleri verilmiştir.

**Tablo 4.22.** Şizofreni hastasına bakım veren evli ya da boşanmış bireylerin evlilik ilişkilerinden duydukları memnuniyeti nasıl değerlendirdiklerine ilişkin bulguların dağılımı.

Değişken	Kategori	Bakım Veren	
		f	%
Şizofreni Hastasına Bakım Vermeye Başladıktan Sonra Eşimle İlişkimden Önceki Dönemlere Göre Daha Memnunum	Evet	15	15,5
	Hayır	60	61,9
	Hiçbir fikrim yok	22	22,7
Şizofreni Hastasına Bakım Vermeye Başladıktan Sonra Eşimle Daha Huzurluyuz	Evet	15	15,5
	Hayır	69	71,1
	Hiçbir fikrim yok	13	13,4

Şizofreni hastasına bakım veren evli ya da boşanmış bireyler "Şizofreni hastasına bakım vermeye başladıktan sonra eşimle ilişkimden önceki dönemlere göre daha memnunum ya da memnundum." İfadesine % 61,9 hayır, % 22,7 hiçbir fikrim yok, % 15,5 evet olarak işaretlemişlerdir.

Şizofreni hastasına bakım veren evli ya da boşanmış bireyler "Şizofreni hastasına bakım vermeye başladıktan sonra eşimle daha huzurluyuz ya da huzurluyduk." İfadesine % 71,1 hayır, % 13,4 hiçbir fikrim yok, % 15,5 evet olarak işaretlemişlerdir.

#### **4.5.7. Şizofreni Hastasına Bakım Veren Evli ya da Boşanmış Bireylerin Evlilik İlişkilerindeki Çatışmaların Artma / Azalma Durumlarına İlişkin Bulgular**

Bu bölümde, şizofreni hastasına bakım veren evli ya da boşanmış bireylerin evlilik ilişkilerindeki çatışmaların artma / azalma durumlarına ilişkin bulgular verilmiştir. Şizofreni hastasına bakım veren evli ya da boşanmış bireylerin evlilik ilişkilerindeki çatışmaların artma / azalma durumlarına ilişkin bulgular frekanslar ve yüzdeler şeklinde Tablo 4.23'de sunulmuştur.

Bu bölümdeki sorular görüşme formunda evli bireyler için şimdiki zaman eki ile boşanmış bireyler için ise di'li geçmiş zaman eki ile sorulmuştur. Tablolarda ise zaman eklerinin yer tutmasını önlemek amacı ile sadece şimdiki zaman eki ile soru kökleri verilmiştir.

**Tablo 4.23.** Şizofreni hastasına bakım veren evli ya da boşanmış bireylerin evlilik ilişkilerindeki çatışmaların artma / azalma durumlarına ilişkin bulguların dağılımı.

Değişken	Kategori	Bakım Veren	
		f	%
Şizofreni Hastasına Bakım Vermeye Başladıktan Sonra Bakım Verme Dolayısıyla Stresli Olduğum Dönemlerde Eşim Bana Anlayış Gösterdi	Evet	46	47,4
	Hayır	42	43,3
	Hiçbir fikrim yok	9	9,3
Şizofreni Hastasına Bakım Vermeye Başladıktan Sonra Verme Sürecinden Kaynaklı Kavgalarımızın Sayısı Azaldı	Evet	33	34,0
	Hayır	43	44,3
	Hiçbir fikrim yok	21	21,6
Şizofreni Hastasına Bakım Vermeye Başladıktan Sonra Bakım Verme Sürecinden Kaynaklı Sürtüşmeden Ve Çatışmadan Sonra Barışma Süremiz Kısaldı	Evet	39	40,2
	Hayır	35	36,1
	Hiçbir fikrim yok	23	23,7
Şizofreni Hastasına Bakım Vermeye Başladıktan Sonra Eşimin Davranışlarına Farklı Bakış Açılarında Bakabiliyor Ve Onu Daha Çok Anladığımı Hissediyorum	Evet	27	27,8
	Hayır	58	59,8
	Hiçbir fikrim yok	12	12,4
Şizofreni hastasına bakım vermeye başladıktan sonra evlilik ilişkimiz daha da güçlendi ya da güçlenmişti.	Evet	21	21,6
	Hayır	55	56,7
	Hiçbir fikrim yok	21	21,6

Şizofreni hastasına bakım veren evli ya da boşanmış bireyler "Şizofreni hastasına bakım vermeye başladıktan sonra bakım verme dolayısıyla stresli olduğum dönemlerde eşim bana anlayış gösterdi ya da gösterirdi." İfadesine % 43,3 hayır, % 9,3 hiçbir fikrim yok, % 47,4 evet olarak işaretlemişlerdir.

Şizofreni hastasına bakım veren evli ya da boşanmış bireyler "Şizofreni hastasına bakım vermeye başladıktan sonra verme sürecinden kaynaklı kavgalarımızın sayısı azaldı ya da azalmıştı." İfadesine % 44,3 hayır, % 21,6 hiçbir fikrim yok, % 34,0 evet olarak işaretlemişlerdir.

Şizofreni hastasına bakım veren evli ya da boşanmış bireyler "Şizofreni hastasına bakım vermeye başladıktan sonra bakım verme sürecinden kaynaklı sürtüşmeden ve çatışmadan sonra barışma süremiz kısaldı ya da kısalmıştı." İfadesine % 36,1 hayır, % 23,7 hiçbir fikrim yok, % 40,2 evet olarak işaretlemişlerdir.

Şizofreni hastasına bakım veren evli ya da boşanmış bireyler "Şizofreni hastasına bakım vermeye başladıktan sonra eşimin davranışlarına farklı bakış açılarından bakabiliyor ve onu daha çok anladığımı hissediyorum ya da hissediyordum." İfadesine % 59,8 hayır, % 12,4 hiçbir fikrim yok, % 27,8 evet olarak işaretlemişlerdir.

Şizofreni hastasına bakım veren evli ya da boşanmış bireyler " Şizofreni hastasına bakım vermeye başladıktan sonra evlilik ilişkimiz daha da güçlendi ya da güçlenmişti." İfadesine % 56,7 hayır, % 21,6 hiçbir fikrim yok, % 21,6 evet olarak işaretlemişlerdir.

#### 4.6. Şizofreni Hastasına Bakım Veren Evli ya da Boşanmış Bireylerin Sosyal Hizmet Gereksinimlerine İlişkin Bulgular

##### 4.6.1. Şizofreni Hastasına Bakım Veren Evli ya da Boşanmış Bireylerin Sosyal Dışlanmaya Maruz Kalma Durumlarına İlişkin Bulgular

Bu bölümde, şizofreni hastasına bakım veren evli ya da boşanmış bireylerin sosyal dışlanmaya Maruz kalma durumlarına ilişkin bulgular verilmiştir. Şizofreni hastasına bakım veren evli ya da boşanmış bireylerin evlilik ilişkilerindeki çatışmaların artma / azalma durumlarına ilişkin bulgular frekanslar ve yüzdeler şeklinde Tablo 4.24'de sunulmuştur.

**Tablo 4.24.** Şizofreni hastasına bakım veren evli ya da boşanmış bireylerin sosyal dışlanmaya maruz kalma ve toplumdaki destek görme durumlarına ilişkin bulguların dağılımı.

Değişken	Kategori	Bakım Veren	
		f	%
Sosyal Çevreden Dışlanma Durumları	Evet	37	38,1
	Hayır	60	61,9
Şizofreni Hastalarına Toplumun Destek Olması Durumuna Ait Görüşler	Toplum şizofreni hastalarına destek olmuyor	51	52,6
	Hiçbir fikrim yok	6	6,2
	Toplum şizofreni hastalarına destek oluyor	40	41,2

Şizofreni hastasına bakım veren evli ya da boşanmış bireylerin % 38,1'i sosyal çevrelerinden dışlandıklarını, % 61,9'u ise dışlanmadıklarını belirtmişlerdir.

Şizofreni hastasına bakım veren evli ya da boşanmış bireylerin % 52,6'sı toplumun şizofreni hastalarına destek olmadığını, % 6,2'si hiçbir fikirlerinin olmadığını, % 41,2'si ise toplumun şizofreni hastalarına destek olduğunu belirtmişlerdir.

#### 4.6.2. Şizofreni Hastasına Bakım Veren Evli ya da Boşanmış Bireylerin Hasta ile İletişimlerine İlişkin Bulgular

Bu bölümde, şizofreni hastasına bakım veren evli ya da boşanmış bireylerin hasta ile iletişimlerine ilişkin bulgular verilmiştir. Şizofreni hastasına bakım veren evli ya da boşanmış bireylerin hasta ile iletişimlerine ilişkin bulgular frekanslar ve yüzdeler şeklinde Tablo 4.25'de sunulmuştur.

**Tablo 4.25.** Şizofreni hastasına bakım veren evli ya da boşanmış bireylerin hasta ile iletişimlerine ilişkin bulguların dağılımı.

Değişken	Kategori	Bakım Veren	
		f	%
Şizofreni Hastaları ile İletişimleri	Fena sayılmaz	27	27,8
	Pek iletişim kurmayız	70	72,2

Şizofreni hastasına bakım veren evli ya da boşanmış bireyler, şizofreni hastaları ile olan iletişimlerini % 27,8 fena sayılmaz, % 72,2 pek iletişim kurmayız olarak ifade etmişlerdir.

#### 4.6.3. Şizofreni Hastasına Bakım Veren Evli ya da Boşanmış Bireylerin Bakım Verme Sürecinden Sonra Hayatlarındaki Değişiklere İlişkin Bulgular

Bu bölümde, şizofreni hastasına bakım veren evli ya da boşanmış bireylerin bakım verme sürecinden sonra hayatlarındaki değişikliklere ilişkin bulgular verilmiştir. Şizofreni hastasına bakım veren evli ya da boşanmış bireylerin Bakım Verme sürecinden sonra hayatlarındaki değişikliklere ilişkin bulgular frekanslar ve yüzdeler şeklinde Tablo 4.26'de sunulmuştur.

**Tablo 4.26.** Şizofreni hastasına bakım veren evli ya da boşanmış bireylerin bakım verme sürecinden sonra hayatlarındaki değişikliklere ilişkin bulguların dağılımı.

Değişken	Kategori	Bakım Veren	
		f	%
<b>Bakım Verme Sürecinden Sonra Hayatlarına Ait Değişiklikler</b>	Sosyal çevrem değişti	12	12,4
	Yaşama bakışım değişti	5	5,2
	Aile / evlilik yaşantım değişti	18	18,6
	Kişiliğim değişti	2	2,1
	Sağlığım değişti	14	14,4
	Tüm hayatım değişti	46	47,4

Şizofreni hastasına bakım veren evli ya da boşanmış bireyler bakım verme sürecinden sonra hayatlarında meydana gelen değişiklikleri % 12,4 sosyal çevrem, %5,2 yaşama bakışım, % 18,6 aile/evlilik yaşantım, % 2,1 kişiliğim, % 14,4 sağlığım ve % 47,4 tüm hayatım olarak ifade etmişlerdir.

#### **4.6.4. Şizofreni Hastasına Bakım Veren Evli ya da Boşanmış Bireylerin Profesyonel Yardım Alma Durumları ve Bu Yardımın Türüne İlişkin Bulgular**

Bu bölümde, şizofreni hastasına bakım veren evli ya da boşanmış bireylerin profesyonel yardım alma durumlarına ilişkin bulgular verilmiştir. Şizofreni hastasına bakım veren evli ya da boşanmış bireylerin Bakım Verme sürecinden sonra profesyonel yardım alma durumları ve bu yardımın türüne ilişkin bulgular frekanslar ve yüzdeler şeklinde Tablo 4.27'de sunulmuştur.

**Tablo 4.27.** Şizofreni hastasına bakım veren evli ya da boşanmış bireylerin profesyonel yardım alma durumları ve bu yardımın türüne ilişkin bulguların dağılımı.

Değişken	Kategori	Bakım Veren	
		f	%
Profesyonel Yardım Alma Durumu	Psikiyatrist	17	17,5
	Sosyal hizmet uzmanı	4	4,1
	Psikolog	6	6,2
	Yardım almadım	70	72,2
Profesyonelden Yardım Alma Türü	İlaç desteği	17	63,0
	Taburculuk hizmeti	3	11,1
	Psikoterapi	3	11,1
	Aile grupları	4	14,8

Şizofreni hastasına bakım veren evli ya da boşanmış bireylerin % 17,5'si psikiyatristten, % 4,1'i sosyal hizmet uzmanından, % 6,2'si psikologdan yardım aldıklarını belirtirken % 72,2'si ise hiçbir uzmandan yardım almadıklarını belirtmişlerdir.

Şizofreni hastasına bakım veren evli ya da boşanmış bireylerin % 63,0'ü ilaç desteği, % 11,1'i taburculuk hizmeti aldıklarını, %11,1'i psikoterapi gördüklerini, % 14,8'i ise aile gruplarına dahil olduklarını beyan etmişlerdir.

#### **4.6.5. Şizofreni Hastasına Bakım Veren Evli ya da Boşanmış Bireylerin Kişisel İhtiyaçları ile İhtiyaç Duydukları Hizmetlere İlişkin Bulgular**

Bu bölümde, şizofreni hastasına bakım veren evli ya da boşanmış bireylerin kişisel ihtiyaçları ile ihtiyaç duydukları hizmetlere ilişkin bulgular verilmiştir. Şizofreni hastasına bakım veren evli ya da boşanmış bireylerin Kişisel İhtiyaçları ile İhtiyaç Duydukları Hizmetlere ait bilgilere ilişkin bulgular frekanslar ve yüzdelere şeklinde Tablo 4.28'de sunulmuştur.



**Tablo 4.28.** Şizofreni hastasına bakım veren evli ya da boşanmış bireylerin kişisel ihtiyaçları ile ihtiyaç duydukları hizmetlere ilişkin bulguların dağılımı.

Değişken	Kategori	Bakım Veren	
		f	%
<b>Bakım Verenlerin Kişisel İhtiyaçları</b>	Anlaşılmaya ihtiyacım var	15	15,5
	Öldükten sonra çocuğuma nasıl bakılacağına emin olmaya ihtiyacım var	18	18,6
	Hastamın şizofreni hastası olduğunu toplumdan saklamamaya ihtiyacım var	45	46,4
	Sosyal çevremi yeniden kazanmaya ihtiyacım var	15	15,5
	Hastamın iyileşmesine ihtiyacım var	4	4,1
<b>İhtiyaç Duyulan Hizmetler</b>	Çocuğumun işe girmesi için yardımcı olunmasını istiyorum	49	50,5
	Ücretsiz psikolojik destek istiyorum	14	14,4
	Benim yaşadıklarımı anlayacak insanlarla bir arada olmamı sağlayacak bir hizmete ihtiyacım duyuyorum	22	22,7

Şizofreni hastasına bakım veren evli ya da boşanmış bireyler en çok ihtiyaç duydukları sosyal hizmet gereksinimlerini % 15,5 anlaşılmaya ihtiyacım var, %18,6 öldükten sonra çocuğuma nasıl bakılacağından emin olmaya ihtiyacım var, % 46,4 hastamın şizofreni hastası olduğunu toplumdan saklamamaya ihtiyacım var, % 15,5 sosyal çevremi yeniden kazanmaya ihtiyacım var, % 4,1 ise hastamın iyileşmesine ihtiyacım var olarak ifade etmişlerdir.

Şizofreni hastasına bakım veren evli ya da boşanmış bireylerin en çok ihtiyaç duydukları hizmetleri % 50,5 çocuğumun işe girmesi için yardımcı olunması, % 14,4 ücretsiz psikolojik destek, % 22,7 beni anlayacak insanlarla bir arada olmamı sağlayacak hizmetlerin olması, % 12,4 hiçbir fikrim yok olarak ifade etmişlerdir.

## **5. TARTIŞMA**

Bu bölümde; araştırma bulguları, literatürde konuyla ilişkili çalışmaların bulgularıyla karşılaştırılarak yorumlanmıştır. Tartışma, bulguların sunulma sırası ile yürütülmüştür.

### **5.1. Şizofreni Hastalarına Bakım Veren Evli ya da Boşanmış Bireylerin Sosyo-Demografik Özelliklerine İlişkin Bulgular**

#### **5.1.1. Şizofreni Hastalarına Bakım Veren Evli ya da Boşanmış Bireylerin Yaşlarına İlişkin Bulguların Tartışılması**

Bu bölümde, araştırma kapsamına alınan şizofreni hastasına bakım veren evli ya da boşanmış bireylerin yaş ortalamalarına ilişkin bulgular ile diğer araştırmalarda elde edilen sonuçlar karşılaştırılacaktır.

Bu araştırmada şizofreni hastalarına bakım verenlerin yaş ortalamasının çoğunluğu 50-59 yaş aralığındadır. Çınar'ın şizofreni hastalarına bakım verenlerle yaptığı araştırmada da bakım verenlerin yaş aralığının 48 - 62 yaş, Yılmaz ise çalışmasında 51-60 yaş olarak bildirmiştir. (101,102). Yurt dışında yapılan çalışmalarda da şizofreni hastalarına bakım verenlerin yaş aralığı 41-75 yaş ile 40-49 olarak belirtilmiştir (103, 104). Bu araştırma ile yapılan araştırmaların birbirine uyumlu olduğu görülmüştür

Şizofreni hastasına bakım veren bireylerin yaş aralığının 40 yaş ve üzerinde olması bakım verenlerin büyük oranda hastanın ebeveyni olması ile bağlantılı olduğu düşünülmektedir.

### **5.1.2. Şizofreni Hastalarına Bakım Veren Evli ya da Boşanmış Bireylerin Cinsiyetlerine İlişkin Bulguların Tartışılması**

Bu bölümde, araştırma kapsamına alınan şizofreni hastasına bakım veren evli ya da boşanmış bireylerin cinsiyet ortalamalarına ilişkin elde edilen bulgular ile diğer araştırmalarda elde edilen bulguların karşılaştırılması yapılacaktır.

Bu araştırmanın verilerine göre şizofreni hastasına bakım verenlerin cinsiyeti % 69,1 kadındır. Kaya, şizofreni hastalarına bakım verenler ile yaptığı araştırmada da bakım verenlerin cinsiyetini % 69,23 kadın; Durat ve arkadaşları şizofreni hasta yakınları ile yaptığı araştırmada şizofreni hastalarına bakım verenlerin cinsiyetlerini % 61,4 kadın olarak bildirmişlerdir. Yurt dışında yapılan çalışmalarda da şizofreni hastalarına bakım verenlerin büyük oranda cinsiyetlerinin kadın olduğu belirtilmiştir (105, 106).

Bu çalışmanın verileri ile daha önce yapılmış araştırmaların verileri ile uyumludur. Kadınların daha çok bakım veriyor olması toplumsal cinsiyet üzerinden kadına atfedilen bakım rolü ile açıklanabilir.

### **5.1.3. Şizofreni Hastalarına Bakım Veren Evli ya da Boşanmış Bireylerin Yakınlık Derecesine İlişkin Bulguların Tartışılması**

Bu bölümde, araştırma kapsamına alınan şizofreni hastasına bakım veren evli ya da boşanmış bireylerin yakınlık derecesine ilişkin elde edilen bulgular ile diğer araştırmalarda elde edilen bulgular karşılaştırılacaktır.

Bu araştırma sonucunda elde edilen verilere göre bakım verenlerin yakınlık derecesi % 54,6 ebeveyndir. Ebrinç ve arkadaşlarının şizofreni aileleri ile yaptığı araştırmada da şizofreni hastalarına bakım verenlerin büyük çoğunluğunun ebeveynleri olduğu belirtilmiştir (107). Benzer şekilde Gümüş'ün yaptığı çalışmada da şizofreni hastalarına bakım verenlerin yakınları çoğunlukla şizofreni hastalarının ebeveynleridir (108). Bu çalışmanın verileri ile daha önce yapılmış çalışmaların verileri uyumludur.

Şizofreni hastalarının sosyal işlevsellik düzeylerinin ve evlenme oranları düşük olduğu için evlenip kendilerine yeni bir hayat kurma oranları düşüktür. Şizofreni hastalarının kardeşleri evlendiklerinde kendi aile sistemleri içinde hayatlarına devam ettikleri için bu hastalara kendi anne babalarının bakmak zorunda kaldığı düşünülmektedir.

#### **5.1.4. Şizofreni Hastalarına Bakım Veren Evli ya da Boşanmış Bireylerin Eğitim Durumuna İlişkin Bulguların Tartışılması**

Bu bölümde, araştırma kapsamına alınan şizofreni hastasına bakım veren evli ya da boşanmış bireylerin eğitim durumuna ilişkin elde bulgular ile diğer araştırmalarda elde edilen bulgular karşılaştırılacaktır.

Bu araştırmaya katılan bakım verenlerin % 30,9'ü ilkokul mezunlardır. Ceylan'ın şizofreni hasta aileleri ile yaptığı çalışmada da şizofreni hastalarına bakım verenlerin eğitim durumları % 28,1 ilkokul mezunudur (28). Yılmaz'ın araştırmasına göre de şizofreni hastalarına bakım verenlerin % 49,3'ü ilköğretim mezunlardır. Maldonado ve arkadaşlarının çalışmalarında da benzer şekilde şizofreni hastalarına bakım verenlerin eğitim durumlarının % 31,1 ilkokul olduğunu belirtilmiştir. Bu çalışmanın verileri daha önce yapılmış araştırmaların verileri ile uyumludur.

Şizofreni hastalığının sebeplerinden bir tanesinin ailenin olumsuz tutumu olduğu düşünüldüğünde şizofreni hastalarının ailelerinin eğitim durumlarının düşük olması anlamlıdır.

#### **5.1.5. Şizofreni Hastalarına Bakım Veren Evli ya da Boşanmış Bireylerin Medeni Durumlarına İlişkin Bulguların Tartışılması**

Bu bölümde, araştırma kapsamına alınan şizofreni hastasına bakım veren evli ya da boşanmış bireylerin medeni durumlarına ilişkin elde edilen bulgular ile diğer araştırmalarda elde edilen bulguların karşılaştırılması yapılacaktır.

Bu çalışmaya katılan şizofreni hastalarına bakım verenler % 77,3 evlidirler. Çetin'in araştırmasına göre şizofreni hastasına bakım verenler % 78,1 evlidirler

(109). Durmaz'ın şizofreni hastasına bakım veren aile üyeleri ile yaptığı çalışmada şizofreni hastasına bakım verenlerin medeni durumlarının % 64,5 evli olduğu belirtilmiştir (27).

Shibre ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada şizofreni hastalarına bakım veren bireylerin medeni durumlarının çoğunlukla evli olduğu belirtilmiştir (110). Zahiruddin ve arkadaşları da çalışmalarında bakım veren şizofreni hasta yakınlarının evli olduklarını belirtmişlerdir (111). Bu araştırma ile yapılmış olan diğer araştırmaların uyumlu olduğu görülmektedir.

Bakım verenlerin şizofreni hastalarının ebeveynleri olması, hastalıkla baş edebilmek için evliliğin sosyal desteğine ihtiyaç duymaları ve evliliklerini devam ettirmeye yönelik çabaları bu sonucu ortaya çıkarmış olabileceği düşünülmektedir.

#### **5.1.6. Şizofreni Hastalarına Bakım Veren Evli ya da Boşanmış Bireylerin Evlilik Sürelerine İlişkin Bulguların Tartışılması**

Bu bölümde, araştırma kapsamına alınan şizofreni hastasına bakım veren evli ya da boşanmış bireylerin evlilik süreleri ile diğer araştırmaların verileri karşılaştırılacaktır.

Bu araştırmadaki verilere göre şizofreni hastalarına bakım verenlerden evliliği devam eden bireylerin evlilik süreleri % 24,0 40 - 49 yıldır. Araştırmacı şimdiye kadar yaptığı araştırmalarda şizofreni hastalarına bakım verenlerden evli olanların evlilik süresini inceleyen herhangi bir araştırmaya ulaşamamıştır. Atam'ın Serabral Palsili çocuğu olan annelerin evlilik yaşantılarını inceleyen araştırmasına göre Serabral Palsili çocuğa bakım veren annelerin evlilik süreleri % 12,2 21 yıl ve üstüdür (112).

Şizofreni hastalarına bakım verenlerin evlilik sürelerinin uzun olmasını şizofreni hastalığının sosyal ve ailesel destek gerektiren bir hastalık olduğu için aile içi huzursuzluklar yaşansa dahi boşanma ile ortaya çıkacak sosyal yalnızlığın sonuçlarından kaçmak olması ile ilişkilendirebiliriz.

### **5.1.7. Şizofreni Hastalarına Bakım Veren Evli ya da Boşanmış Bireylerin Çocuk Sahibi Olmalarına İlişkin Bulguların Tartışılması**

Bu bölümde, araştırma kapsamına alınan şizofreni hastasına bakım veren evli ya da boşanmış bireylerin çocuk sahibi olmalarına ilişkin elde edilen bulgular ile diğer araştırmalarda elde edilen bulguların karşılaştırılması yapılacaktır.

Bu çalışmanın verilerine göre şizofreni hastalarına bakım verenlerin % 95,9'u çocuk sahibidir. Arslantaş ve Adana'nın yaptığı araştırmaya göre şizofreni hastalarına bakım verenler % 90,0 çocuk sahibidirler (113). Bu araştırma ile Arslantaş ve Adana'nın araştırması uyumludur. Şizofreni hastalarına bakım verenlerin çocuk sahibi olmaları bakım verenlerin şizofreni hastalarının ebeveynleri olmaları ile ilgili görünmektedir.

### **5.1.8. Şizofreni Hastalarına Bakım Veren Evli ya da Boşanmış Bireylerin Sosyo-Ekonomik durumlarına İlişkin Bulguların Tartışılması**

Bu bölümde, araştırma kapsamına alınan şizofreni hastasına bakım veren evli ya da boşanmış bireylerin sosyo-ekonomik durumlarına ilişkin elde edilen bulgular ile diğer araştırmalardaki bulguların karşılaştırılması yapılacaktır.

Bu araştırmaya katılan şizofreni hastasına bakım veren bireylerin % 64,9'u çalışmamaktadır. Tel ve Pınar araştırmasına göre de şizofreni hastalarına bakım verenler % 56,3 çalışmamaktadırlar (114). Okanlı'nın şizofreni hasta aileleri ile yaptığı çalışmada şizofreni hastalarına bakım aile üyesinin çalışmama oranı % 71,4'dür (115).

Navidian ve arkadaşlarının şizofreni hastalarına bakım verenler ile yaptığı yurt dışı çalışmasına göre şizofreni hastalarına bakım verenlerin büyük çoğunluğu çalışmamaktadır (116). Benzer şekilde Tahir ve arkadaşları da şizofreni hastalarına bakım verenlerin büyük çoğunluğunun çalışmadığını belirtmiştir (117).

Bu çalışmanın verileri ile yapılmış olan diğer çalışmaların verileri uyumludur. Şizofreni hastalarına bakım verenlerin çalışma oranlarının düşük olması şizofreni

hastalığının ciddi bakım gerektiren bir hastalık olmasından kaynaklı olduğu ilişkilendirilebilir.

Bu çalışma şizofreni hastasına bakım veren bireylerin düzenli gelirlerini % 23,7 1001 TL - 1500 TL olarak belirtmiştir. Bakım verenlerin aylık gelir seviyelerini ölçen diğer araştırmalar bakım verenlerin gelir seviyelerini derecelendirirken TL üzerinden değil yeterli ya da yetersiz, kötü - orta - iyi, gelir giderden az - gelir gidere denk - gelir giderden fazla ya da gelirini yeterli buluyor / bulmuyor şeklinde derecelendirme yapmışlardır.

Yılmaz şizofreni hasta aileleri ile yaptığı çalışmada şizofreni hastasına bakım verenlerin gelir seviyelerini % 14,6 kötü olarak belirtmiştir (102). Çınar'ın şizofreni ailelerinin bakım yükleri ile ilgili yaptığı çalışmada ise şizofreni hastalarına bakım verenlerin gelir seviyeleri % 53,3 gelir giderden az olarak belirtilmiştir (101). Bu çalışmanın verileri ile diğer çalışmaların verileri uyumludur. Şizofreni hastalarına bakım verenlerin gelir seviyelerinin düşük olmasını şizofreni hastalarına bakım verenlerin büyük çoğunluğunun çalışma hayatları olmadıkları ile ilişkilendirebiliriz.

## **5.2. Şizofreni Hastalarının Sosyo-Demografik Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışılması**

### **5.2.1. Şizofreni Hastalarının Cinsiyet, Yaş, Medeni Durum ve Çocuk Sahibi Olma Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışılması**

Bu bölümde, bakım verenlerin bakmakla yükümlü oldukları şizofreni hastalarının cinsiyeti, yaşı, medeni durumu, çocuk sahibi olup olmadıklarına ilişkin elde edilen bulgular ile diğer araştırmalarda elde edilen bulgular karşılaştırılacaktır.

Bu çalışmaya katılan şizofreni hastalarının cinsiyetleri bakım verenlerin % 66,0 erkektir. Salkın'ın şizofreni hastaları ile yaptığı araştırmada da şizofreni hastalarının cinsiyeti % 61,5 erkek olarak bildirilmiştir (118). Kocatürk'ün şizofreni hastalarının intihar davranışlarını inceleyen çalışmasında şizofreni hastalarının cinsiyeti % 65,7 erkek olarak belirtilmiştir (119). Bu çalışmada elde edilen veriler ile literatürdeki veriler uyumluluk göstermektedir.

Bu çalışma şizofreni hastalarının yaş aralığını % 40,2 ile 31 - 40 yaş olarak belirtmiştir. Sönmez'in yaptığı çalışmada da şizofreni hastalarının çoğunlukla 34,07 yaş aralığında olduğunu belirtmiştir (120). Pehlivan'ın çalışmasına göre şizofreni hastalarının yaş aralığı çoğunlukla 36,24 olarak belirtilmiştir (121). Bu çalışmada elde edilen veriler, şizofrenin genç yetişkinlik döneminde ortaya çıkan bir hastalık olduğu bilgisiyle değerlendirildiğinde literatürdeki verilerle uyumluluk göstermektedir.

Bu çalışmaya katılan şizofreni hastalarının medeni durumu % 77,3 bekar olarak belirtilmiştir. Kütükçü'nün şizofreni hastaları ile yaptığı çalışmada bekar olan şizofreni hastaları % 68,0 olarak belirtilmiştir (122). Tanrıverdi'nin şizofreni hastalarına bakım verenlerle yaptığı çalışmaya göre şizofreni hastalarından bekar olanlar % 74,2'dir (123). Bu çalışma ile yapılmış olan diğer çalışmaların verileri uyumludur.

Şizofreni hastalığı bilişsel, duyuşsal ve duygusal yeti yitimini beraberinde getiren bir hastalıktır. Bu hastalığa yakalanan bireylerin çoğunluğunda sosyal algısal bozulma, işlevsellik sorunları yaşamaları sebebi ile evlenmemiş olmaları ilişkilendirilebilir.

Bu çalışmadaki verilere göre şizofreni hastası olan bireylerin % 74,2'sinin çocukları yoktur. Sügün'nün şizofreni hastalarının yaşam niteliklerini araştırdığı çalışmada çocuk sahibi olmayan şizofreni hastaları % 90,4'dür (124). Gümüş de çocuk sahibi olmayan şizofreni hastalarının oranını % 81,3 olarak belirtmiştir (125). Bu çalışmada elde edilen veriler ile literatürdeki veriler uyumluluk göstermektedir. Şizofreninin yaşamın pek çok alanını etkilediği düşünöldüğünde evliliklerini uzun süre devam ettirmede sorunlar yaşadıkları ve devam ettiremedikleri belirtilebilir.

### **5.2.2. Şizofreni Hastalarının Hastalık Durumlarına İlişkin Bulguların Tartışılması**

Bu bölümde, bakım verenlerin bakmakla yükümlü oldukları şizofreni hastasının şizofreni hastalığına yakalanma yaşı; düzenli olarak tedavi görüp



görmediği; yatarak tedavi görme sıklığı ilişkin elde edilen bulgular ile diğer araştırmaların bulguları karşılaştırılacaktır.

Bu çalışmada şizofreni hastalarının hastalanma yaşı % 50,5 11 - 20 yaş aralığında bulmuştur. Sönmez çalışmasında da şizofreni hastalarının hastalanma yaşı büyük çoğunlukla 19,8 olarak belirtmiştir (120). Bu çalışmada elde edilen veriler ile literatürdeki veriler uyumluluk göstermektedir.

Bu araştırmaya katılan şizofreni hastaları % 93,8 düzenli tedavi görmektedirler. Pehlivan'ın çalışmasında da düzenli olarak tedavi gören şizofreni hastaları % 71,0 olarak belirtmiştir (121). Çetin yaptığı çalışmada şizofreni hastalarının % 71,9'nin düzenli olarak ilaç kullandıklarını belirtmiştir (109). Bu çalışma ile yapılmış diğer araştırmaların verileri uyumludur.

Şizofreni hastalığı psikotik bir beyin hastalığıdır ve ilaç kullanılmadığı takdirde ataklara yol açmaktadır. Bütün bu sebeplerden dolayı şizofreni hastalarının büyük çoğunlukta düzenli tedavi oluyor olmaları anlamlıdır.

Bu araştırmaya katılan şizofreni hastalarının % 27,0 3 kez hastaneye yatış yapmışlardır. Sügün'nün çalışmasında da şizofreni hastalarının hastaneye yatış sıklıkları % 38,3 1 -5 kez olarak belirtilmiştir (124). Çetin'nin şizofreni hastaları ile yaptığı çalışmada da şizofreni hastalarının hastaneye yatma sıklığı % 31,2 1-2 kezdir (109). Bu araştırmanın verileri ile yapılmış olan diğer araştırmaların verileri uyumludur.

### **5.2.3. Şizofreni Hastalarının Sosyo-Ekonomik Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışılması**

Bu bölümde, bakım verenlerin bakmakla yükümlü oldukları şizofreni hastalarının gelir getirici bir işte çalışıp çalışmadığı; çalışan hastaların meslekleri; sağlık güvencesinin olup olmadığına ilişkin elde edilen bulgular ile diğer araştırmalardaki bulgular karşılaştırılacaktır.

Bu çalışmadan elde edilen verilere göre çalışmayan şizofreni hastalarının oranı % 89,7'dir. Bademli'nin çalışmasında da çalışmayan şizofreni hastalarının oranı % 81,8 olarak belirtilmiştir (126). Gülseren ve arkadaşlarının şizofreni hastalığının aile yüküne etkisini araştıran çalışmada da çalışmayan şizofreni hastaları % 76,3 olarak belirtilmiştir (127). Brown'un çalışmasında ise çalışan şizofreni hastalarının oranı sadece % 11'dir (128). Bu çalışmada elde edilen veriler ile diğer araştırmaların verileri uyumludur.

Şizofreni hastalığı bilişsel ve duygusal yeti yitimi ile ve ani psikotik atakların olduğu bir hastalıktır. Bu sebepten dolayı şizofreni hastalarının büyük çoğunluğunun çalışmıyor olması anlamlıdır.

Bu çalışma meslek sahibi olan şizofreni hastalarının % 4,3'ünün devlet memuru olduğunu belirtmiştir. Yıldırım'ın şizofreni hastaları ve aileleri ile yaptığı çalışmada çalışan şizofreni hastalarından devlet memuru olanlar % 6,3'dur (129). Pehlivan'ın kadın psikiyatrik hastalar ile yaptığı çalışmada devlet memuru olan şizofreni hastaları % 2,0'dir (121). Elde edilen veriler ile bu araştırma arasında uyumluluk olduğu görülmektedir.

Bu çalışma şizofreni hastalarının % 99,0'ının sağlık güvencesi olduğunu belirtmiştir. Eryıldız yaptığı çalışmada, kendi araştırmasına katılan şizofreni hastalarının büyük çoğunluğunun sağlık güvencesine sahip olduğunu belirtmiştir (130). Bademli de yaptığı çalışmada şizofreni hastalarının % 90,9 sosyal güvencelerinin olduğunu belirtmiştir (126). Bu araştırmanın verileri ile diğer araştırmaların verileri uyumludur.

Bu araştırmaya katılan şizofreni hastalarının SGK'larının olması şizofreni hastalığının düzenli ilaç tedavisi ve zaman zaman hastaneye yatış gerektiren bir hastalık olması ile ilişkilendirilebilir.

### **5.3. Bakım Verme Sürecine İlişkin Bulguların Tartışılması**

#### **5.3.1. Bakım Verme Süresine İlişkin Bulguların Tartışılması**

Bu bölümde, şizofreni hastasına bakım veren evli ya da boşanmış bireylerin kaç yıldır bakım verdiğine ilişkin elde edilen bulgular ile diğer araştırmalardaki bulgular karşılaştırılacaktır.

Bu araştırma şizofreni hastalarına bakım verme süresini % 38,1 10 yıl ve altı olarak belirtmiştir. Karaağaç'ın şizofreni hastalarına bakım verenlerle yaptığı çalışmada da şizofreni hastalarına bakım verme süresi % 27,3 6 ile 10 yıl olarak belirtmiştir (131). Ekincinin çalışmasına göre bakım verme süresi çoğunlukla 8,4 yıldır (123). Wong ve arkadaşlarının çalışmasında belirtilen bakım verme süresi % 29,1 0 ile 5 yıl arasındadır (132). Bu araştırmanın verileri ile diğer araştırmaların verileri uyumludur.

#### **5.3.2. Bakım Veren Bireylerin İhtiyaç Duydukları Taktirde Sorumluluklarını Eşlerine Devredebilmeleri ile Cinsiyetleri Arasındaki İlişkiye Ait Bulguların Tartışılması**

Bu bölümde, şizofreni hastasına bakım veren evli ya da boşanmış bireylerin bakım verme sürecinde ihtiyaç duyduklarında bakım verme sorumluluklarını eşlerine devredebilmeleri ile cinsiyetleri arasındaki ilişki diğer araştırmalar ile karşılaştırılarak incelenecektir.

Bu araştırma elde edilen sonuçlara göre bakım verenlerin bakım verme süreçlerini ihtiyaç duyduklarında eşlerine devredebilmeleri ile cinsiyetleri arasında anlamlı bir farklılık bulunmuştur.

Araştırmaya katılan bakım verenlerden erkek katılımcılar sorumluluklarını eşlerine % 62,1 devredebildiklerini belirtirlerken; kadın katılımcıların sorumluluklarını eşlerine devredebilmelerinin oranı % 25,0'dır.

Archbold ve arkadaşlarının bakım verenler ile yaptıkları çalışmaya göre bakım verenler çoğunlukla yakın aile üyeleridir ve bu aile üyelerinin cinsiyeti yine çoğunlukla kadındır (104). Altun ve arkadaşları tarafından yapılmış bir araştırmada bakım verenlerin % 78,0 kadın olduğu ve bakım vermeyi eski sorumluluklarının devamı olarak gördükleri, erkeklerin ise bakım verme sorumluluğuna yabancı oldukları bildirilmiştir (106). Elde edilen veriler ile yapılan çalışma arasında uyum bulunmuştur.

Şizofreni hastalarına bakım verenler ile ilgili yapılan çalışmalarda bakım verenin daha çok kadın olmasının ve bu kadınların ihtiyaç duyduklarında sorumluluklarını eşlerine devredemiyor olmalarının sebebi, bakım vermenin toplumda kadına atfedilen rollerden biri olarak algılanması ile bağlantılı olabilir.

### **5.3.3. Şizofreni Hastalarına Bakım Veren Evli ya da Boşanmış Bireylerin Bakım Verme Sürecini Nasıl Değerlendirdiklerine İlişkin Bulguların Tartışılması**

Bu araştırmaya katılan bakım verenler şizofreni hastasına bakım verme sürecini % 50,5 çok zor olarak değerlendirmektedirler. Araştırmacı şimdiye kadar yaptığı araştırmalarda bakım verme sürecinin bakım verenler tarafından nasıl değerlendirildiğini ölçen çalışmalara rastlamamıştır.

Araştırmada şizofreni hastasına bakım vermenin bakım verenler hastaların beklenmedik ve garip davranışlarından dolayı sıklıkla her gün çeşitli streslere maruz kaldıklarını damgalanan bir aile üyesine sahip olmanın vermiş olduğu utancı yaşadıklarını, tükenmişlik duygusunun etkisi ile giderek artan aile içi çatışmaların yaşandığı bir aile ortamında yaşadıklarını bakım verme sürecinin kesintisiz olarak devam ediyor olmasından kaynaklı enerji kaybı yaşadıklarını; evlilik ilişkilerinin yıprandığını belirtmişleridir.

#### **5.4. Şizofreni Hastasına Bakım Veren Evli ya da Boşanmış Bireylerin Bakım Verme Sürecinin Kendilerinde Uyandırdığı Duygudurumuna İlişkin Bulguların Tartışılması**

##### **5.4.1. Şizofreni Hastasına Bakım Veren Evli ya da Boşanmış Bireylerin Bakım Verme Sürecinin Kendilerinde Uyandırdığı Duygudurumuna İlişkin Bulguların Tartışılması**

Bu bölümde, şizofreni hastasına bakım veren evli ya da boşanmış bireylerin bakım verme sürecinin kendilerinde uyandırdığı duygudurumlarını nasıl yorumladıklarına ve bakım verme süreci ile ilgili ifadeleri nasıl cevaplandıklarına ilişkin bu araştırmada elde edilen bulgular ile diğer araştırmalardaki bulgular karşılaştırılacaktır.

Bu araştırma, şizofreni hastalarına bakım veren bireylerin bakım verme sürecinden sonra kendilerini % 67,0 daha sabırsız, % 77,3 daha mutsuz, % 66,0 daha sınırlı ve % 53,6 daha yalnız bulduklarını belirtmiştir.

Işıkhan'ın yaptığı çalışmada bakım veren bireylerin büyük oranda bakım verme sürecinden sonra psikolojik olarak daha yıpranmış olduklarını belirtmiştir (133). Gökcan da aynı şekilde bakım verme sürecinin bakım veren bireylerde büyük çoğunlukla duygu durum bozukluklarına yol açtığını belirtmiştir (134).

Rodriguez ve Murhpy bakım veren bireylerin büyük çoğunlukla bakım verme süreci ile birlikte psikolojik sorunlar yaşadıklarını belirtmişlerdir (135). Ayrıca Kazak ve Marvin'nin çalışması da bu bulguları destekleyen niteliktedir (136).

Schulz ve Beash yaptıkları çalışmada, bakım verme sürecini üstelenen bireylerin % 63,0'ünün moral olarak düşük olduklarını belirtmiştir (137). Bu çalışmada belirtilen sınırlılık, sabırsızlık ve mutsuzluk duyguları ile paralellik göstermektedir. Elde edilen veriler ile diğer araştırmaların verileri uyumludur.

Bakım verenlerdeki hakim duygunun tükenmişlik olması; bakım verenlerin sosyal destek kaynaklarından uzak olması, bakım verme sürecinin tüm zamanlarını

alması, şizofrenin kendine özgü pozitif ve negatif belirtilerinin bakım veren üzerindeki olumsuz etkisi olabilir.

#### **5.4.2. Şizofreni Hastasına Bakım Veren Evli ya da Boşanmış Bireylerin Bakım Verme Sürecinin Eşlerinde Uyandırdığı Duygudurumuna İlişkin Bulguların Tartışılması**

Bu bölümde, şizofreni hastasına bakım veren evli ya da boşanmış bireylerin bakım verme sürecinin eşlerinde uyandırdığı duygu durumlarına ait verilerin diğer araştırmalar ile karşılaştırılması yapılacaktır.

Bu araştırma şizofreni hastasına bakım veren evli ya da boşanmış bireylerin eşlerinin % 83,5 daha mutsuz, % 72,2 daha sinirli, % 70,1 daha az sabırlı olduğunu belirtmektedir.

Araştırmacı bakım verenlerin eşlerinin duygusal durumlarını inceleyen araştırmalara şimdiye kadar yaptığı incelemeler üzerinden rastlayamamıştır. Ancak Friedrich ve Friedrich'in çalışmasına göre bakım verenlerin eşlik ilişkileri eskisinden daha fazla strese maruz kalmaktadır ve eşlik ilişkilerindeki iyilik halinde azalma görülmektedir (138). Gibbons ve arkadaşlarının çalışmasına göre bakım verenlerin yakınlarında anksiyete, depresyon gibi duygudurumlarına rastlandığı görülmektedir (139). Elde edilen veriler ile diğer araştırmaların verileri uyumludur.

Bakım verenlerin şizofreni hastaları ile sürekli bir arada olmaları, sosyal ortamlardan dışlanmaları, sorumluluklarını eşlerine devredecek imkan bulamamaları gibi sebepler yüzünden bakım verenler depresyon ve anksiyete yaşamaktadırlar. Bakım verenlerin eşleri de eşlerinin içinde bulunmuş olduğu bu olumsuz duygu durumdan direk etkilenmekte olmalarının bu araştırmada elde edilen bulgular ile bağlantılı olduğu düşünülmektedir.

## **5.5. Şizofreni Hastasına Bakım Veren Evli ya da Boşanmış Bireylerin Evlilik ve Aile İlişkilerine İlişkin Bulguların Tartışılması**

### **5.5.1. Bakım Verme Sürecinin Evli ya da Boşanmış Bireylerin Evlilik ve Aile İlişkilerine Etkilerine İlişkin Bulguların Tartışılması**

Bu bölümde, şizofreni hastasına bakım verme sürecinin bakım veren bireylerin aile ve evlilik ilişkilerine etkileri dair bulunan verilerin diğer araştırmalar ile karşılaştırılması yapılacaktır.

Bu araştırma, bakım vermenin sürecinin % 49,5 aile ilişkisini olumsuz etkilediğini bulmuştur. Eripek'in çalışmasında bakım verme sürecinin aile içi ilişkileri olumsuz etkilediği belirtmiştir (140). Akyar'ın çalışmasına göre de bakım verme süreci aile içi ilişkilerin bozulmasına yol açmaktadır (141). Bu araştırmanın verileri ile diğer araştırmaların verileri uyumludur.

Şizofreni hastasına bakım verme süreci sadece bakım vereni ilgilendiren bir süreç değildir; bakım verme süreci ani psikotik ataklar geçiren bir hasta ile aynı evde yaşamak ve bu atakların ne zaman geleceğinin bilinmemesinden kaynaklı olarak bu evin içinde tedirgin bir şekilde yaşamak da demektir. Bu tedirginliğin tüm aile üyelerini olumsuz etkilemesi şizofreni hastalarına bakım veren bireylerin aile ilişkilerinin olumsuz etkilenmesi beklenen bir durumdur.

Bu araştırma, bakım verme sürecinde yaşanan olumsuzluklar ile bakım verme süreci öncesinde yaşanan olumsuzluklar kıyaslandığında bakım verme sürecindeki olumsuzlukların eksiye nazaran % 78,4 daha fazla olduğunu belirtmiştir. Bazı çalışmalar benzer şekilde bakım verme sürecinin önceki dönemlere nazaran daha sorunlu bir süreç olduğunu belirtmiştir. Akyar'ın araştırmasına göre bakım verme süreci ile bakım verme süreci sonrası karşılaştırıldığında bakım verme sürecinde yaşanan olumsuzluklar daha önceki süreçlere göre daha fazladır (141). Elde edilen veriler ile diğer araştırmaların verileri uyumludur.

Aile sistemli bir yapıdır ve ailenin her üyesinin diğer üyesini olumlu ya da olumsuz etkileme özelliği bulunmaktadır. Bir aile içinde şizofreni hastası olması

yeterince sıkıntılı durum iken o aileye bakım vermektten tüklenmiş, stresli ve mutsuz bir bireyi eklemek daha da sıkıntılı bir sürecin oluşmasına yol açmaktadır. Hele ki bakım vermektten tüklenmiş bu birey yeri geldiğinde sorumluluklarını eşine devredemiyor ve eşi ile korkularını, ihtiyaçlarını paylaşmıyor ise içinde bulunduğu aile sistemini olumsuz etkilemesi oldukça olasıdır.

### **5.5.2. Şizofreni Hastasına Bakım Veren Evli ya da Boşanmış Bireylerin Kendi Evlilik İlişkilerini Uyum ve Ortak Hareket Etme Açısından Nasıl Değerlendirdiklerine İlişkin Bulguların Tartışılması**

Bu bölümde, şizofreni hastasına bakım veren evli ya da boşanmış bireylerin bakım vermeye başladıktan sonra evlilik ilişkilerini uyum ve ortak hareket etme açısından nasıl değerlendirdiklerine ilişkin bulgular ile diğer araştırmalarda elde edilen bulgular karşılaştırılacaktır.

Bu çalışmaya katılan bakım verenler şizofreni hastasına bakım vermeye başladıktan sonra evlilik ilişkilerinde % 55,7 eşleri ile uyumlu olmadıklarını belirtmişlerdir. Girli yaptığı çalışmada bakım verme sürecinin büyük oranda evlilik ilişkisinde uyumsuzluğa yol açtığını belirtmektedir (142). Floyd ve Zmich'in çalışmasına göre engelli çocuğa sahip çiftlerin eşlerinin evlilik uyumları, engelli çocuğa sahip olmayan çiftlerden daha düşüktür (143). Elde edilen veriler ile diğer araştırmaların verileri arasında uyum olduğu görülmektedir.

Bu araştırma bakım verenlerin bakım verme sürecinden sonra eşleri ile ortak karar alma ve uygulama noktasında % 49,5 zorluk yaşadıklarını; bakım verenlerin bakım verme sürecini kolaylaştıracak hedefleri eşleri ile birlikte % 49,5 belirleyemediklerini; bakım verenlerin bakım verme sürecinden sonra aile yaşantıları ile ilgili faaliyetleri % 46,4 eşleri ile planladıklarını bulmuştur. Trute yaptığı çalışmada engelli bireye sahip ailelerin düşük fikir birliğine sahip olduklarını belirtmişlerdir (144). Elde edilen veriler ile diğer araştırmaların verilerinin uyumlu olduğu görülmektedir.

Bu çalışmaya katılan bakım verenler % 52,6 eşleri ile aralarında birlik beraberlik duygularında azalma olduğunu belirtmişlerdir. Trute'un çalışmasına göre



engelli bireye bakım veren bireyin eşlik ilişkisinde beraberlik duygusun da sıkıntılar yaşandığı belirtilmiştir (144). Elde edilen veriler ile diğer araştırmaların verilerinin uyumlu olduğu görülmektedir.

Ailenin ruhsal ya da fiziksel engelli üye varlığına sahip olması gerek aile üyeleri için gerek ise eşlik ilişkisi için yıpratıcı bir durumdur. Engelli çocuk varlığı ebeveynlerden birinin ya da ikisinin kendini suçlu hissetmesine yol açabilmektedir. Bu duygu ile baş edemeyen çiftlerin birbirlerinden uzaklaştığı ve uyum problemi yaşadığı, birlik beraberlik duygularında azalma olduğu bilinmektedir.

### **5.5.3. Şizofreni Hastasına Bakım Veren Evli ya da Boşanmış Bireylerin Kendi Evlilik İlişkilerinin İletişim ve Paylaşım Boyutunu Nasıl Değerlendirdiklerine İlişkin Bulguların Tartışılması**

Bu bölümde, şizofreni hastasına bakım veren evli ya da boşanmış bireylerin bakım vermeye başladıktan sonra evlilik ilişkilerinin iletişim ve paylaşım boyutunu nasıl değerlendirdiklerine ilişkin elde edilen bulgular ile diğer araştırmalarda elde edilen bulgular karşılaştırılacaktır.

Bu çalışmaya katılan şizofreni hastalarına bakım veren bireyler eşleri ile daha az % 60,8 iletişim kurmaya başladıklarını; % 50,5 eşleri ile sıkıntılarını paylaşmadıklarını; % 48,5 eşleri ile korku ve endişelerini paylaşmadıklarını; % 47,4 kimse konuşamadıklarını eşleri ile de konuşmadıklarını; % 49,5 eşleri ile daha zor konuştuklarını belirtmişlerdir.

Doornbos'un yaptığı ruhsal hastalıklar üzerine yaptığı çalışmada kronik ruhsal hastalıklara bakım vermenin evlilik ilişkisinde uzaklaşmalara yol açtığı belirtilmiştir (145). Rose psikiyatrik hastalıklar ile ilgili yaptığı çalışmada bakım verme sürecinin evlilik ilişkisinde büyük oranda kopma meydana getirdiğini belirtmiştir (146). Bu araştırmanın verileri ile diğer araştırmaların verileri uyumludur.

Şizofreni gibi kronik ruhsal hastalığa yakalanma sebepleri multi-faktöreyel sebeplere dayanmaktadır. Genetik yatkınlık olsa da sağlıklı aile içi ilişkiler bireylerin kronik ruhsal hastalıklara yakalanma olasılığını azaltmaktadır. Şizofreni hastası üye

varlığına sahip eşlerin sorun çözme yetersizlikleri ya da isteksizleri; kendi duygu durumlarını özgürce paylaşamama durumları aile sistemin baştan beri sağlıklı olarak gelişmiş olmasına ek olarak bakım verme sürecinin getirmiş olduğu geleceğe yönelik kaygı ve endişelerinin içinde kaybolmaları ile de bağlantılı olabilir.

#### **5.5.4. Şizofreni Hastasına Bakım Veren Evli ya da Boşanmış Bireylerin Kendi Evlilik İlişkilerindeki Karşılıklı Destek Olma Durumlarını Nasıl Değerlendirdiklerine İlişkin Bulguların Tartışılması**

Bu bölümde, şizofreni hastasına bakım veren evli ya da boşanmış bireylerin bakım vermeye başladıktan sonra evlilik ilişkilerindeki karşılıklı destek olma durumlarını nasıl değerlendirdiklerine ilişkin bulgular diğer araştırmalar ile karşılaştırılacaktır.

Bu araştırmaya katılan bireyler şizofreni hastasına bakım verme sürecinde eşlerinden % 47,4 destek almadıklarını, % 49,5 eşlerinin maddi ya da manevi destek olma konusunda isteksiz olduklarını, % 48,8 eşlerinin desteğinden memnun olmadıklarını, ve % 57,7 sorumluluklarını eşlerine devredemediklerini, belirtmiştir.

Yeşil ve arkadaşları yaptıkları çalışmada bakım veren bireylerin % 74,8 bakım verme sürecinde yardım almadıklarını belirtmişlerdir (147). Yıldız çalışmasında bakım verenlerin büyük bir kısmının eşlerinden destek görememekten yakındığını belirtmiştir (148). Elde edilen veriler ile literatürdeki diğer veriler uyumludur.

Kronik ruhsal, zihinsel ya da fiziksel hastalıklarda bakım verenlerin büyük çoğunluğunun kadın olması kadına yüklenen toplumsal cinsiyetçi rol ile alakalıdır. Bu çalışmaya katılan bakım verenlerin büyük çoğunluğu kadındır, araştırmadaki verilere göre bakım verme sürecinde eşlerinin maddi ya da manevi destek konusunda isteksiz olmasının sebebinin de bu cinsiyetçi yaklaşım ile ilgili olduğu düşünülmektedir.

### **5.5.5. Şizofreni Hastasına Bakım Veren Evli ya da Boşanmış Bireylerin Evlilik İlişkilerinde Birbirlerine Vakit Ayırma Boyutunu Nasıl Değerlendirdiklerine İlişkin Bulguların Tartışılması**

Bu bölümde bakım verme sürecinin çiftlerin birbirlerine ayırdıkları süreyi nasıl etkilediğine ilişkin verilerin diğer literatür araştırmaları ile karşılaştırmaları yapılacaktır.

Bu araştırmada şizofreni hastasına bakım veren evli ya da boşanmış bireylerin eşlerine geçmiş dönemlere göre % 62,9 daha az vakit ayırdıkları belirtilmiştir. Gülseren ve arkadaşlarının yaptığı araştırmada bakım verme sürecinin yoğunluğundan dolayı bakım veren kişinin büyük oranda eşine eskisi gibi vakit ayıramadığını belirtmiştir.

Akyar'ın çalışmasında bakım verme süreci ile birlikte bakım veren eşin eskisinden daha az oranda eşine vakit ayırdığı belirtilmiştir (141). Diğer araştırmalar da bakım verme sürecinden sonra eşe ayrılan vaktin azaldığını belirtmektedirler (149, 150). Elde edilen veriler ile diğer araştırmaların verileri arasında uyum bulunmaktadır.

Şizofreni hastasına bakım verme süreci bakım verenin tüm gününü alan bir süreçtir. Bakım verme sürecinde bakım veren kendi hayatına ait bir zaman dilimi ayırmakta dolayısı ile de eşine zaman ayırmakta zorlanmaktadır.

### **5.5.6. Şizofreni Hastasına Bakım Veren Evli ya da Boşanmış Bireylerin Evlilik İlişkilerinden Duydukları Memnuniyeti Nasıl Değerlendirdiklerine Ait Bulguların Tartışılması**

Bu bölümde, şizofreni hastasına bakım veren evli ya da boşanmış bireylerin evlilik ilişkilerinden duydukları memnuniyeti nasıl değerlendirdiklerine ait bulgular literatürdeki diğer araştırmalar ile karşılaştırılacaktır.

Bu araştırmanın verilerine göre şizofreni hastasına bakım veren bireyler bakım verme sürecinden sonra eşleri ile olan ilişkilerinden % 61,9 memnun değillerdir.

Friedrich ve arkadaşlarının çalışmasında da bakım verme süreci ile birlikte evlilikteki memnuniyetin azaldığı görülmektedir (138).

Bu araştırma şizofreni hastasına bakım verenlerin eşleri ile bakım verme sürecinden itibaren % 71,1 daha huzursuz evlilik ilişkisi olduğunu belirtmiştir. Kalav bakım verenler ile yaptığı çalışmada bakım verme sürecinin eş ile daha stresli bir ilişkiye sebep olduğunu belirtmiştir (151). Elde edilen veriler ile diğer araştırmaların verilerinin uyumlu olduğu görülmektedir.

Her insanın kendine zaman ayırmaya, ihtiyaç duyduğunda maddi ya da manevi destek görmeye, yaşadığı korku ve endişeleri eşi ile paylaşmaya, eşi ile birlikte hoş vakit geçirmeye ihtiyacı vardır. Bakım verme süreci ile birlikte gelişen süreçte çiftlerin karşılanmayan bireysel ya da ilişkisel ihtiyaçlarının evlilik ilişkilerindeki memnuniyetsizliğin azalmasına ve huzursuz bir ilişki yaşamalarına yol açtığı düşünülmektedir.

#### **5.5.7. Şizofreni Hastasına Bakım Veren Evli ya da Boşanmış Bireylerin Evlilik İlişkilerindeki Çatışmaların Artma / Azalma Durumlarına İlişkin Bulguların Tartışılması**

Bu bölümde, şizofreni hastasına bakım veren evli ya da boşanmış bireylerin evlilik ilişkilerindeki çatışmaların artma / azalma durumlarına ilişkin bulguların diğer araştırmalar ile karşılaştırılması yapılacaktır.

Bu araştırma bakım verme süreci sonrasında eşler arasındaki kavgaların sayısının % 44,3 arttığını; % 56,7 evlilik ilişkilerinde bozulma olduğunu belirtmiştir.

Girli yaptığı çalışmada bakım verme sürecinin evlilik ilişkisini büyük oranda olumsuz etkilediğini belirtmektedir (142).

Evlilik ilişkisi sadece duygusal bir ilişki değil aynı zamanda da sorun çözme ilişkisidir. Şizofreni üye varlığına sahip ailelerin aile dinamiklerinin çok da sağlıklı olmadığı bilinmektedir. Bu sağlıklı yapıya bir de şizofreni hastalığı eklenince evlilik ilişkisinin daha da kötüye gitmesi, çatışmaların artması olağandır.

## **5.6. Şizofreni Hastasına Bakım Veren Evli ya da Boşanmış Bireylerin Sosyal Hizmet Gereksinimlerine İlişkin Bulguların Tartışılması**

### **5.6.1. Şizofreni Hastasına Bakım Veren Evli ya da Boşanmış Bireylerin Sosyal Dışlanmaya Maruz Kalma Durumlarına İlişkin Bulguların Tartışılması**

Bu bölümde, şizofreni hastasına bakım veren evli ya da boşanmış bireylerin sosyal dışlanmaya maruz kalma durumlarına ilişkin bu araştırmada elde edilen bulgular ile diğer araştırmalarda elde edilen bulgular karşılaştırılacaktır.

Bu araştırmaya katılan şizofreni hastalarına bakım veren bireylerin % 38,1'i sosyal çevreden dışlandıklarını belirtmişlerdir. Okan'ının çalışmasında toplumsal etiketlenme yaşayan (stigma yaşama, şizofreniden dolayı kişiler arası ilişki sorunları yaşama ya da bu korku ile sosyal izolasyon yaşama vs..) bakım verenlerin oranını % 28,6 olarak belirtmiştir (115).

Bu araştırmaya katılan bakım verenler toplumun hastalarına % 52,6 destek olmadıklarını belirtmişlerdir. Karadağ'ın yaptığı çalışmada engelli çocuğa sahip annelerin % 45,3 çevrelerinden sosyal destek görmediklerini belirtilmiştir (152). Bu araştırmada elde edilen veriler diğer araştırma verileri ile uyumludur.

Toplumun dezavantajlı grupları görmezden gelme, yok sayma ya da uzak durma eğilimi şizofreni hastalığı için de geçerlidir. Hastalığa ait ön yargılar ve endişelerin bu eğilimi daha da artırmakta olduğu düşünülmektedir.

### **5.6.2. Şizofreni Hastasına Bakım Veren Evli ya da Boşanmış Bireylerin Hasta ile İletişimlerine İlişkin Bulguların Tartışılması**

Bu bölümde, şizofreni hastasına bakım veren evli ya da boşanmış bireylerin hasta ile iletişimlerine ilişkin elde edilen bulgular ile diğer araştırmaların bulguları karşılaştırılacaktır.

Bu araştırmaya katılan bakım verenler hastalar ile % 72,2 pek iletişim kurmadıklarını belirtmişlerdir. Atagün ve arkadaşlarının çalışmasına katılan bakım verenler % 84,9 hastaları ile iletişim sorunları yaşadıklarını belirtmişlerdir (153). Elde edilen veriler ile diğer veriler uyumludur.

şizofreni hastalığında kronik psikotik atakların olması; duyuusal yeti yitiminin ortaya çıkması sonucu hasta ile bakım verenlerin ilişkilerinin hastaların fiziksel ihtiyaçlarını karşılanmaktan öte olmaması beklenen bir durumdur.

### **5.6.3. şizofreni Hastasına Bakım Veren Evli ya da Boşanmış Bireylerin Bakım Verme Sürecinden Sonra Hayatlarındaki Değişiklere İlişkin Bulguların Tartışılması**

Bu bölümde, şizofreni hastasına bakım veren evli ya da boşanmış bireylerin bakım verme sürecinden sonra hayatlarındaki değişiklere ilişkin bulgular ile diğer araştırmalardaki bulgular karşılaştırılmıştır.

Bu araştırma şizofreni hastasına bakım veren evli ya da boşanmış bireylerin hayatlarındaki değişiklikleri; % 12,4 sosyal çevrem değişikliği; % 5,2 yaşama bakışta değişiklik; % 18,6 aile / evlilik yaşantısında değişiklik; % 2,1 kişilikte değişiklik; % 14,4 sağlıkta değişiklik; % 47,4 tüm hayatta değişiklik olarak belirtmiştir.

Kaya'nın yaptığı çalışmada, şizofreni hastalarına bakım verenlerin bakım verme sürecinden sonra % 24,64 fiziksel yakınma yaşadığını; % 36,51 özel sosyal hayatı olmadığını; % 19,05 kendisine vakit ayıramadığını belirtmiştir (154).

Karataş'ın bakım verenler ile yaptığı çalışmada bakım verme sürecinden sonra bakım verenlerin % 53,3 sosyal hayatlarının (sosyal aktivitelere katılamama, misafirliğe gidememe ya da misafir ağırlayamama, bakıma muhtaç birey ile sürekli vakit geçirmek zorunda kalma vs) olumsuz etkilendiğini belirtmiştir (155). Elde edilen veriler ile diğer araştırmaların verilerinin uyumlu olduğu görülmektedir.

şizofreni hastalığı sadece bu hastalığa yakalanan bireylerin hayatını tamamı ile değiştirmemektedir aynı zamanda da şizofreni hastasına bakım veren bireylerin ve

aile üyelerinin hayatını değiştirmektedir. Gerek toplumsal ön yargılar gerek ise hastalığın olası sonuçları dolayısıyla şizofreni hastasına bakım veren bireyler geçmiş sosyal hayatlarından kopmak zorunda kalmaktadırlar. Bu ani ve zorlantılı kopuş ile birlikte bakım verenin kişiliğinde, evlilik ilişkisinde, sosyal hayatında, psikolojik ve fizyolojik sağlığında olumsuz değişikliklerin olması olasıdır.

#### **5.6.4. Şizofreni Hastasına Bakım Veren Evli ya da Boşanmış Bireylerin Kişisel İhtiyaçları ile İhtiyaç Duydukları Hizmetlere İlişkin Bulguların Tartışılması**

Bu bölümde, şizofreni hastasına bakım veren evli ya da boşanmış bireylerin kişisel ihtiyaçları ile ihtiyaç duydukları hizmetlere ait bulguların diğer araştırmalar ile karşılaştırılması yapılacaktır.

Bu çalışmadaki şizofreni hasta yakınları kişisel ihtiyaçlarını % 46,4 şizofreni hastalığını saklamak zorunda kalmamak olarak tanımlamışlardır. Magliano ve arkadaşlarının yaptığı çalışmaya göre bakım verenlerin kişisel talepleri büyük çoğunlukla bakım verenlerin hastalarının şizofreni hastası olduğunu toplumdan saklamak zorunda kalmamak olduğu belirtilmiştir (156). Chien ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada hasta yakınlarının temel ihtiyaçlarından bir tanesinin toplumun hastalara olan bakışının değiştirilmesi olduğunu belirtilmiştir (157). Elde edilen veriler ile diğer araştırmaların verileri uyumludur.

Şizofreni hastalığı beraberinde toplumsal damgalanmayı ve dışlanmayı getiren bir hastalıktır. Bu çalışmaya katılan bakım verenlerin sosyal hizmet gereksinimlerinin damgalanmadan ya da dışlanmadan kaçmak için bu hastalığı saklama eğiliminde olmasının altında yatan nedenlerin başında şizofreni hastasına bakım vermenin getirmiş olduğu duygusal tükenmişlik olduğu dışünülebilir.

## 6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu bölümde, araştırma bulgularından elde edilen sonuçlar ve sonuçlara dayalı önerilerde bulunulmuştur.

Ankara İlinde aktif faaliyet gösteren Şizofreni Hastaları ve Yakınları Dayanışma Derneğine üye olan şizofreni hastasına bakım veren evli ya da boşanmış 97 katılımcı ile yürütülen araştırmanın sonuçları aşağıda verilmiştir.

1. Bu çalışmada şizofren hastalarının çoğunun erkek ve çoğunluğunun 31 - 40 yaş aralığında olduğu; çoğunluğunun bekar olduğu ve çalışmadığı; nerede ise hepsinin sağlık sigortalarının olduğu; şizofreni hastalığına çoğunlukla 11 -20 yaş aralığında yakalandıkları ve şimdiye kadar en az 1 kere hastaneye yattıkları belirlenmiştir.

2. Bu çalışmaya katılan bakım verenlerin çoğunlukla 50 - 59 yaş aralığında olduğu; üçte birinin ilköğretim diğer üçte birinin ise üniversite ve üstü mezunu olduğu; çoğunluğunun çalışmadığı ve gelirlerinin çoğunlukla 1001 TL - 1500 TL arasında olduğu; bakım verenlerin yarıdan fazlasının kadın olduğu; bakım verdikleri şizofreni hastasının çoğunlukla kendi çocukları olduğu; çoğunlukla 10 yıl ve altı süredir bakım vermeyi gönüllü olarak üstlendikleri saptanmıştır.

3. Bu çalışmaya katılan bakım verenlerin bakım verme süreci ile birlikte tüm hayatlarının değiştiği ve duygusal açıdan çökkünlük yaşadıkları; kendilerini daha yalnız, sabırsız, sinirli, mutsuz hissettikleri belirlenmiştir.

4. Bu çalışmaya katılan bakım verenlerin yaşadıkları duygusal çökkünlük halinin eşlerinde de görüldüğü saptanmıştır.

5. Bakım verme sürecinin bu çalışmaya katılan bakım verenlerin evlilik ilişkilerinde kopma, uzaklaşma ve huzursuzluğa yol açtığı belirlenmiştir.

6. Bu çalışmaya katılan bakım verme sürecini üstlenen bireylerin bakım verme sürecinde eşlerinde çoğunlukla maddi ve manevi destek alamadıkları ve ihtiyaç



duydıkları zamanlarda bakım verme hizmetini eşlerine devredemedikleri belirlenmiştir.

7. Bu çalışma, bakım verme süreci ile birlikte eşler arasındaki stresin ve gerginliğin çocuğunla arttığı ve bakım verenlerin evlilik ilişkilerindeki kavga sayılarının arttığı saptamıştır.

8. Bu çalışmaya katılan bakım verenlerin şizofreni hastalarının toplum tarafından dışlanmadığını ancak toplumun şizofreni hastalarına destek olmadığı belirttikleri saptanmıştır.

9. Bu çalışmaya katılan bakım verenlerin bakım verme sürecinde çoğunlukla profesyonel bir destek almadıkları, alanların ise psikiyatrik ilaç desteği aldıkları saptanmıştır.

10. Bu çalışmaya katılan bakım verenlerin temel ihtiyacının şizofreni hastası olan yakınlarını toplumdaki saklamak zorunda kalmamak ve şizofreni hastalarının işe girmesine yardımcı olunması olduğu belirlenmiştir.

Araştırmada elde edilen sonuçlar doğrultusunda aşağıdaki öneriler geliştirilmiştir.

#### Mikro Düzey Sosyal Hizmet Uygulamaları Açısından Öneriler;

1. Şizofreni hastalığı duygusal ve düşünsel yeti yitimine yol açan ağır kronik psikiyatrik bir hastalıktır. Şizofreni hastalığının ilk ortaya çıkışı genelde psikiyatrik atak ile olmaktadır.

Araştırma kapsamındaki şizofreni hastalarının şizofreniye yakalanma yaş ortalaması çoğunlukla 11 - 20 yaşdır ve araştırmaya katılan bakım verenler çoğunlukla kendi çocuklarına bakım vermektedirler.

Çocuklarından verim bekledikleri bir dönemde çocuklarının ani bir atak ile farklı bir kişiliğe bürünmüş olmalarına şahit olan anne - babaların da en az şizofreni hastaları kadar psikolojik destek almaları gerekmektedir.

Bu bağlamda şizofreni hastasına bakım veren ya da şizofreni hastasının yakını olan bireylerin tespitinin Toplum Ruh Sağlığı Merkezlerince yapılıp; bu bireylerin psikolojik destek almaları yolunda ikna edilmeleri gerekmektedir.

2. Kronik psikiyatrik hastalara bakım verme hizmeti uzun yıllar ve kesintisiz süren bir hizmet olması nedeni ile başta bakım veren birey olmak üzere tüm aile üyelerini yıpratmaktadır.

Bakım verenin kişisel özellikleri, sorunlara yaklaşımı, duygusal yeterliliği bakım verme hizmetini kolaylaştırmak ya da zorlaştırmaktadır. Bakım veren bireyin hasta ile geliştirdiği olumlu ya da olumsuz iletişim hastalık sürecini derinden etkilemektedir. Hastalığın olumsuz seyri de hem bakım vereni hem de diğer aile üyelerini hem de bakım verenin evlilik ilişkisini etkilemektedir.

Bakım verenlerin bakım verme sürecinde hastaya nasıl davranırlar ise hastalığın seyrinin daha rahatlayacağını anlatan eğitimler ücretsiz olarak Toplum Ruh Sağlığı Merkezlerinde, psikiyatri kliniklerinde ya da Sosyal Hizmetler Müdürlüğü'ne bağlı Aile Danışma Merkezlerinde verilmelidir.

3. Bakım veren bireylerin çoğunluğunun cinsiyeti kadındır, bakım verme sürecinde eşlerinden yeterli destek alamadıklarını belirtmişlerdir. Bakım verme süreci bakım verenin tüm zamanını kapsayan duygusal ve fiziksel yükleri barındıran bir süreçtir. Bu süreçte eşlerin birbirine destek olmaları aile ve evlilik ilişkilerini güçlendirecektir.

Toplumsal olarak bakım verme sürecinin kadının görevi olduğuna dair yargılar bulunmaktadır. Erkek eşin kadın eşe destek olmamasının ya da kadın eşin bunaldığında sorumluluklarının bir kısmını en azından geçici bir süre erkek eşe devredemiyor olmasının sebeplerinin başında toplumsal cinsiyetçilik yatmaktadır.

Psikiyatri klinikleri, Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri, Sosyal Hizmetler Müdürlüğü'ne bağlı Aile Danışma Merkezleri eşler arasındaki sorumluluğu paylaşacak, eşlerin birbirine empati ile yaklaşmasına yol açacak aile eğitimleri düzenlenmelidir.

### Mezzo Düzey Sosyal Hizmet Uygulamaları Açısından Öneriler;

1. Şizofreni hastalığı üye varlığına sahip olmak beraberinde sosyal dışlanmayı da getirmektedir. Bio- psiko-sosyal bir varlık olan insan bir topluma dahil olduğu sürece varlığını ruhsal sağlıklılık hali ile sürdürebilir. Şizofreni hasta yakınlarının yaşadıkları olumsuz deneyimlerin olumsuz sonuçlarını azaltmaya yönelik şizofreni hasta yakınları grup çalışmaları Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri, hastanelerin psikiyatri klinikleri, dernekler tarafından ücretsiz olarak düzenlenmelidir.

3. Araştırma kapsamında elde edilen bulgulara göre bakım verenlerin büyük çoğunluğu eşlerinin ne düşündüğünü anlamaya çalışmamışlardır. Bu bağlamda şizofreni hastasına bakım verenlerin eşleri ile ortak katılacağı grup çalışmalarının dernekler, Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri ve hastanelerin psikiyatri kliniklerince düzenlenmelidir.

3. Şizofreni hastalarının ve hasta yakınlarının üye olduğu ticari ve sanatsal faaliyetler yapan derneklerin sayısının artırılması ya da derneklerdeki hizmet alanlarının daha genişletilmesi gerekmektedir.

4. Şizofreni hasta yakınlarına ev ziyaretleri aracılığı ile ulaşılp derneklerin Toplum Ruh Sağlığı Merkezlerinin ve hastanelerin psikiyatri kliniklerinin düzenledikleri faaliyetlere katılımlarının sağlanması gerekmektedir.

### Makro Düzey Sosyal Hizmet Uygulamaları Açısından Öneriler;

1. İnsanın en temel özelliği sosyal bir varlık olmasıdır. Bakım veren bireylerin bakım verdikleri şizofreni hastaları ile bağımlı yaşamak zorunda hissetmeleri onları toplumdan uzaklaştırmaktadır.

Toplum Ruh Sağlığı Merkezlerine sadece şizofreni hastalarının değil aynı zamanda da aile üyelerinin de devam ederek aynı sıkıntıları yaşayan bireyler ile tanışmaları ve Toplum Ruh Sağlığı Merkezlerinde çalışan sosyal hizmet uzmanları tarafından yürütülecek şizofreni hasta yakınları psikoteknik eğitimleri, grup terapilerinin tanıtımlarının yapılmasını teşvik edecek devlet politikalarının Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı tarafından geliştirilmelidir.

2. Şizofreni ilaçları maddi külfeti olan ilaçlardır. Şizofreni teşhisi alan hastaların sağlık sigortaları bulunmasa bile şizofreni ilaçlarının T.C. Sağlık Bakanlığı tarafından karşılanması sağlanacak bir sistem geliştirilmelidir. Unutulmalıdır ki ilacını alamayan şizofreni hastası kendi dahil yakın çevresine ciddi sıkıntılar doğuracaktır.

3. Şizofreni hastasına bakım vermek bedenen ve ruhsal olarak külfetli bir görevdir. Bağlantılı bakanlıklar tarafından şizofreni hastasına bakım verenlere bakım veren maaşı bağlanmalıdır.



## 7. KAYNAKLAR

1. Elmacıoğlu T. Başarıda Aile Faktörü, 1. Baskı. İstanbul, Hayat Yayıncılık, 2000: 157.
2. Özyaydınlık K. Toplumsal Cinsiyet Temelinde Türkiye’de Kadın ve Eğitim, Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi, 2014, 14(33): 93-112.
3. Gülererli N. Öğretmenlerin Evlilik Uyumları ile Yaratıcılıkları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı, Yüksek Lisans tezi, İstanbul: Marmara Üniversitesi, 2014.
4. Terman LM, Buittenwieser P, Ferguson LW, Johnson WB, Wilson DP. Psychological Factors in Marital Happiness, New York, McGraw-Hill, 1938:1253.
5. Bahadır G. Hasta İletişimi, 1. Baskı. Genel Tıpta Hekim - Psikiyatri, İstanbul, Üniversitesi Yayını, 2009.
6. Yıldırım S, Gürkan A. Psikososyal Açıdan Kansere ve Psikiyatri Hemşiresinin Rolü, Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2010, 26(1):87-97.
7. Donegan KR. Promoting the Role of the Psychiatric Nurse, Journal of Psychosocial Nursing, 1998, 36(4):13-23.
8. Fortinash KM, Holoday-Worret PA. Therapeutic Nurse-client Relationship. Psychiatric Nursing Care Plans 3rd ed., K.M. Fortinash, P.A. St. Louis, Holoday-Worret. 1999; 255-257.
9. Yıldız M. Bireyden Toplumla Ruh Sağlığı, İstanbul, Erler Matbaacılık, 2013: 151 - 164.
10. Forum Askı. Şizofreni Belirtileri. <http://www.forumaski.com/psikoloji/67377-sizofreni-belirtileri-sizofreni-nedir.html>, 11 Eylül 2016.
11. Özdemir U. Psikiyatri Tedavi Ekibinin Ekip Çalışması Kavramlarına İlişkin Kendi Bilgilerini ve Çalıştıkları Psikiyatri Kurumlarını Değerlendirmeleri, VI. Ulusal Sosyal Psikiyatri Kongresi, Nevşehir, 1999.
12. Ersoy M. Psikiyatri ve Sosyal Bilimlerin İlişkisi, Klinik Psikiyatri Dergisi, 1999, 4(2):230-238.

13. Özdemir U. Psikiyatrik Sosyal Hizmet, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sosyal Hizmet Anabilim Dalı, Doktora tezi, Ankara, Hacettepe Üniversitesi, 1998.
14. Öztürk O. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları, Ankara, Nobel Tıp Kitapevleri, 2004: 788.
15. Türkiye Psikiyatri Derneği ve Şizofreni Dernekleri Federasyonu'nun Dünya Ruh Sağlığı Günü Basın Açıklaması, 10 Ekim 2014.
16. Coşkun A. Halk Eğitim Merkezlerinde Açılan Kurslara Katılan Yetişkinlerin Beklentilerinin ve Memnuniyetlerinin Değerlendirilmesi (Tuzla Örneği), Sosyal Bilimler Enstitüsü, Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı, Yüksek Lisans tezi, İstanbul, Yeditepe Üniversitesi, 2012.
17. Yıldırım A, Buzlu S, Hacıhasanoğlu R, Camcıoğlu TH, Erdiman S, Ekinci M. Şizofreni Hastalarının Ailelerine Uygulanan Aileden Aileye Destek Programının Hastalık Hakkında Bilgi, Aile Yüğü ve Öz Yeterlilik Üzerine Etkisi, II. Uluslararası VI. Ulusal Psikiyatri Hemşireliği Kongresi, Erzurum, 2012.
18. Kesebir S. Depresyon ve Somatizasyon, Klinik Psikiyatri, 2004, (Ek 1):14-19.
19. Amerikan Psikiyatri Birliği, Psikiyatride Hastalıkların Tanımlanması ve Sınıflandırılması Elkitabı (DSM-IV-TR) (E. Köroğlu, Çev.), Yeniden Gözden Geçirilmiş 4. Baskı, Ankara, Hekimler Yayın Birliği, 2001:191 - 209.
20. Sharpe M, Mayou RA. Somatoform Disorders: A Help or Hindrance to Good Patient Care, British Journal of Psychiatry, 2004, 184(6):465-467.
21. Köknel Ö. Bireysel ve Toplumsal Şiddet, İstanbul, Altın Kitaplar Yayınevi, 1996, 271.
22. Sadock BJ. Kaplan S. Klinik Psikiyatri, 2. Baskı. Ankara, Güneş Kitabevi, 2005, 1719.
23. Göğüş A. Şizofreni ve Diğer Psikozlar, <http://aliekemalgogus.com/> 13 Haziran 2014.
24. Erhan A. Ruh Sağlığı ve İnsan, Yurdum Yazılım, 2014.
25. Güz H. Şizofreni ve Cinsiyet, Anadolu Psikiyatri Dergisi, 2000; 1(3):180-185.

26. Yener F. Şizofrenlerin Aile Bireylerinde Görülen Ruhsal Bozuklukların ve Belirtilerin İncelenmesi, *Düşünen Adam Dergisi*, 1991; 4(3):21-31.
27. Belene E. Şizofrenide Anksiyete Belirtilerinin Pozitif, Negatif ve Depresif Belirtilir, İntihar Düşüncesi, İçgörü ve Yaşam Kalitesi Açısından İncelenmesi, *Psikiyatri Birimi, Uzmanlık tezi*, İstanbul: TC Sağlık Bakanlığı Bakırköy Ord. Prof. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 2009.
28. Duyan V. Sosyal Hizmetin İşlev ve Roller, *Toplum ve Sosyal Hizmet Dergisi*, 2003, 14(2): 1-22.
29. Kozacıoğlu G. Gördürür H. Bireyden Topluma Ruh Sağlığı, İstanbul, Alfa Basım Yayın, 1995: 254.
30. IASSW. (International Association of Schools of Social Work), International Defination of Social Work, 2001.
31. Duyan V, Sayar Ö, Özbulut M, Sosyal Hizmeti Tanımak ve Anlamak: Sosyal Hizmet Alanında Çalışanlar İçin Bir Rehber, *Sosyal Hizmet Uzmanları Derneği*, Ankara, Öncü Basımevi, 2008:86.
32. Sosyal Hizmet Uzmanı. [www.sosyalhizmetuzmani.org/sosyalhizmetetigi.docx](http://www.sosyalhizmetuzmani.org/sosyalhizmetetigi.docx). 25 Kasım 2014.
33. Köroğlu E. Psikonazoloji Tanımlayıcı Klinik Psikiyatri, Ankara, HYB Yayıncılık, 2001, 189-226.
34. Özlü A, Yıldız M, Aker T, Zarit Bakıcı Yük Ölçeğinin Şizofreni Hasta Yakınlarında Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması, *Nöropsikiyatri Arşivi*, 2009; 39-42.
35. Oral M, Tuncay T. Ruh Sağlığı Alanında Çalışan Sosyal Hizmet Uzmanlarının Rol ve Sorumlulukları, *Toplum ve Sosyal Hizmet Dergisi*, 2012, 14(2):93-114.
36. Bulut I. Prof. Dr. Sema Kut'a Armağan, Yaşam Boyu Sosyal Hizmet, Koşar N. G, Duyan. V. (Ed), Ankara, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Hizmetler Yüksekokulu Yayını, 1999: 179-196.
37. O\*NET - Occupational Outlook Handbook. U.S. Department of Labor, Bureau of Labor Statisticics, 2010 - 2011.

38. Kerson T. Mccoyd J., Social Work in Health Settings: Practice in Context, Routledge Publishing, Third Edition, Newyork, Taylor and Francis Publishing, 2010:406.
39. Payne M. Modern Social Work Theory, Basingstoge, Macmillan Publishing, 1991: 285.
40. Johnson GL. Social Work Practice-A Generalist Approach, Boston, Allyn and Bacon Publishing, 1998:132.
41. Saleebey D. The Strengths Perspective in Social Work Practice, UK, Pearson highered Publishing, 2005:527-545.
42. Sosyal Hizmet Uzmanı. Dünden Bugüne Türkiye'de Sosyal Hizmet Mesleği <http://www.sosyalhizmetuzmani.org/turkiyedesosyalhizmetmeslegi.htm> 25 Kasım 2014.
43. Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı, Ankara, Sağlık Bakanlığı, Yayın No: 8, 2011: 2011-202.
44. Yıldız M, Yazıcı A, Böke O. Demographic And Clinical Characteristics In Schizophrenia: A Multi Center Cross-Sectional Case Record Study, Türk Psikiyatri Dergisi, 2010, 21(3):213-24.
45. Alataş G, Karaoğlan, Arslan M, Yanık M. Toplum Temelli Ruh Sağlığı Modeli ve Türkiye'de Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri Projesi, Nöropsikiyatri Arşivi, 2009, 46:25-29.
46. Yılmaz V. İnsan Hakları ve Karşılaştırmalı Sosyal Politika Yaklaşımı Işığında Türkiye'de Ruh Sağlığı Politikaları: Tespitler ve Öneriler, İstanbul, İstanbul Bilgi Üniversitesi, 2012:1-38.
47. Yılmaz S, Kalyoncu A, Pektaş Ö, Mırsal H, Beyazyürek M, Bağımlılık Tedavi .Kliniklerinde Sosyal Hizmet Uygulamaları, VI. Anadolu Psikiyatri Günleri, Erzurum, 1997, Bilimsel Çalışmalar Kitabı:309-313.
48. T.C. Sağlık Bakanlığı, Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı (2011-2023), Ankara, Sağlık Bakanlığı Yayınları, 2011:125.
49. Remi Gazete. 1973. Milli Eğitim Temel Kanunu. <http://www.resmigazete.gov.tr/arsiv/14574.pdf> 14 Haziran 2016.



50. Johnson S. Social Work Practice A Generalist Approach, Massahussetts, Paramount Communications Company, 1993:400.
51. Pektaş İ, Bilge A, Ersoy MA. Toplum Ruh Sağlığı Hizmetlerinde Epidemiyolojik Çalışmalar ve Toplum Ruh Sağlığı Hemşireliğinin Rolü. Anadolu Psikiyatri Dergisi 2006, 7(sayı):43-48.
52. Şimşek Z.T. Ruhsal Bozukluğu Olan Kişilerin Yaşam Kaliteleri ve Toplum İçinde Bakım ve Tedavilerine Örgütsel Bir Yaklaşım, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sosyal Hizmetler Anabilim Dalı, Doktora tezi, Ankara: Hacettepe Üniversitesi, 2000.
53. Sheafor B.W. Horejisi C.R. Techniques and Guidelines for Social Work Practice, USA, Allyn and Bacon Publishing, 2003:400.
54. McKibbin C. Patterson TL, Jeste DV. Assessing disability in older patients with schizophrenia: results from the WHODAS-II. J Nerv Ment Dis. 2004, 192(6):405-13.
55. Duyan V. Sosyal Hizmet Temelleri, Yaklaşımları, Müdahale Yöntemleri, Ankara, Sosyal Hizmet Uzmanları Derneği Genel Merkezi, 2012:300.
56. Aslan İ. Tıbbı Sosyal Hizmet Uzmanlarının Sorun Çözme Becerilerinin İncelenmesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sosyal Hizmet Anabilim Dalı, Yüksek Lisans tezi, Ankara, Ankara Üniversitesi, 2015.
57. Yurtsever E, Kutlar T, Tarlacı N, Kamberyan K. Yaman M. Ruh Hastalıkları Tedavisinde Psikososyal Bir Boyut: Psikoeğitimsel Bir Model, Düşünen Adam Dergisi, 2001, 14(1):33-40.
58. Kaplan H.I. Sadock B.J. Klinik Psikiyatri, (Çev. Ed. Abay E.), Ankara, Nobel Tıp Kitapevleri, 2004:189-219.
59. Dixon L, Lehman AF, Family Interventions for Schizophrenia. Schizophrenia Bulletin, 1995, 21(4):631-643.
60. Arıkan Ç. Ruh Hastalıklarının Tedavisinde Psiko-sosyal Boyut, Çağdaş Psikiyatrik Tedavide Psikiyatrik Sosyal Hizmetin Yeri, Ankara, Şafak Matbaacılık, 1996:63-80.

61. Bekiroğlu S. Nöromüsküler Hasta Ailelerinin Yaşadıkları Güçlükler ve Sosyal Hizmet İhtiyaçları, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sosyal Hizmet Anabilim Dalı, Yüksek Lisans tezi, Ankara, Ankara Üniversitesi, 2013.
62. Duyan V. Sağlıkta Psikososyal Boyut, Ankara, Tıbbı Sosyal Hizmet, 1996:4-20.
63. Callahan MB. The Role Of Nephrology Social Worker In Optimizing Treatment Outcomes For End - Stage Renal Disease Patients. UK, Dialysis Transplantation, 1988, 27(10):630-674.
64. Aydın E, Purutçuoğlu E. Hemodiyaliz Hastalarının Sosyotropik - Otonomik Kişilik Özelliklerin Belirlenmesi, Tıbbı Sosyal Hizmet Dergisi, 2014, (12)4:6-17.
65. Pincus A. Minahan A. Social Work Practice: Model and Method, yer, Peacock Press, 1973.
66. Attepe Ö.S. Şizofreni Tanısı Almış Bireylerin Ailelerinin Bakım verme Deneyimleri ve Sosyal Destek İlişkilerinin Psikiyatrik Sosyal Hizmet Temelinde İncelenmesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sosyal Hizmet Anabilim Dalı, Doktora tezi, Ankara, Hacettepe Üniversitesi, 2015.
67. Naswe. 2016. Practice. [www.naswdc.org/practice/standards](http://www.naswdc.org/practice/standards) 15 Kasım 2015.
68. Schneider L.R. Netting F.L. Influencing Social Policy in a Time of Devolution: Upholding Social Work's Great Tradition, Social Work, 1999, 44(4):349-358.
69. Sartorius N, Gaebel W, Cleveland H.R, Stuart H, Tsuyoshi A, Julio A.F, Baumann A, Gureje O, Jorge M.R, Kastrup M, Suzuki Y, Tasman A. WPA Guidance on How to Combat Stigmatization of Psychiatry and Psychiatrists, World Psychiatry, October 2010, 9(3):131-144.
70. Turan N. Kanser Hastalığının Önlenmesi ve Tedavi Edilmesinde Psikososyal Faktörlerin Önemi, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Hizmetler Yüksekokulu Dergisi, 1984, 2(1):12-20.
71. Başer D, Kırlioğlu M, Mavili A, Aktaş A, Sosyal Hizmet Mesleğinin Bir Uygulama Alanı Olarak Toplum Temelli Ruh Sağlığı Sistemi ve Güncel Değişimler, Toplum ve Sosyal Hizmet Dergisi, 2013, 24(2):179-192.

72. Coşkun B. Psychiatry in Turkey, International Psychiatry Bulten, 2004, 3:13-15.
73. Kut S. Sosyal Hizmet Mesleği: Nitelikleri, Temel Unsurları, Müdahale Yöntemleri, Ankara, 1988:119.
74. Seyyar A. Teorik ve Pratik Boyutlarıyla Sosyal Bakım, İstanbul, Kilim Matbaacılık, 2004:8.
75. Auslander G, Dobraf J, Epstein I. Comparing Social Work's Role in Renal Dialysis in Srael and the United States: The Practice-based Research Potential of Available Clinical Information, Social Work in Health Care, 2000.
76. Psikiyatrik Sosyal Hizmet. 2016. Sosyal Çalışmacı Görevleri. <http://psikiyatriksosyalhizmet.com/bakirkoy-ruh-ve-sinir-hastanesi-sosyal-hizmet-uygulamalari> 20 Mart 2016.
77. Psikiyatri, 2016. Ruh Sağlığı Çalışanları Görev Tanımlaması. <http://www.psikiyatri.org.tr/pagepublic.aspx?menu=38> 23 Mart 2016.
78. Ergül E, Serinesen Ö, Sövcü N, Varan Ö. Şizofreni Hastasına Sahip Ailelerle ilgili Bir Çalışma. Uygulamalı Sosyal Hizmet Araştırma Raporu, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Sosyal Hizmet Bölümü, Ankara, Hacettepe Üniversitesi, 2006.
79. Fidanoğlu O. Evlilik Uyumunu ile Eşlerin Somatizasyon Düzeyleri Arasındaki İlişki ve Diğer Sosyodemografik Değişkenler Açısından Karşılaştırılması, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Bilim Dalı, Yüksek Lisans tezi, İstanbul: Marmara Üniversitesi, 2007.
80. Erbek E, Beştepe E, Akar H, Eradamlar N. Alpkın RL. Evlilik Uyumunun Empatik Eğilim, İletişim ve Çatışma Çözme Stillerine Göre Yordanması, Evlilik Uyumunu Dergisi, 2005, 18(1):39-47.
81. Spanier G.B. Romanticism and Marital Adjustment, Journal of Marriage and The Family, 1972, 34:481-487.
82. Günay S. Evlilik Çatışması Nedensellik-Sorumluluk Yüklemleri, Eşlerin Evlilik İlişkisinden Sağladıkları Genel Doyuma İlişkin Görüşleri ve Evliliğe İlişkin Değerlendirmeler Arasındaki İlişkiler, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sosyal

- Psikoloji Anabilim Dalı, Yüksek Lisans tezi, Ankara, Ankara Üniversitesi, 2007.
83. Erdoğan S. Evlilik Uyumu ile Psikiyatrik Rahatsızlıklar, Bağlanma Stilleri ve Mizaç ve Karakter Özellikleri Arasındaki İlişkilerin İncelenmesi, Türk Psikiyatri Dergisi, 2014 24(1):9 -18.
  84. Ceylan R. Entegre Eğitime Katılan ve Katılmayan Engelli Çocukların Annelerinin Depresyon ve Umutsuzluk Düzeylerinin İncelenmesi, Fen Bilimleri Enstitüsü, Klinik Psikoloji Anabilim Dalı, Doktora tezi, Ankara, Ankara Üniversitesi, 2004.
  85. Turanlı P. Orta Yetişkinlikte Evlilik Uyumu ile Benlik Saygısı ve Bağlanma Stilleri Arasındaki İlişkinin Saptanması, Psikoloji Anabilim Dalı, Yüksek Lisans tezi, İstanbul, Maltepe Üniversitesi, 2010.
  86. Chan S.W. Global Perspective of Burden of Family Caregivers for Persons with Schizophrenia, Arch Psychiatr Nurs Journal, 2011, 25(5):339-349.
  87. Lewine R. At Issue: Sex and Gender In Schizophrenia, Schizophr Bull, 2004, 30(4):755-762.
  88. Doğan O. Psikiyatrik Epidemioloji, İzmir, Ege Psikiyatri Yayınları, 2002,5:22-27.
  89. Maldonado G, Coqueo U, Kavanagh J. Burden of Care and General Health in Families of Patient With Schizophrenia. Social Psychiatry Psychiatr Epidemiology, 2005, 40(11):899-904.
  90. Doğan O. Şizofrenik Bozukluklarda Psikososyal Yaklaşımlar, Anadolu Psikiyatri Dergisi, 2002, 3:69-74.
  91. Güngör H.C, İlhan T. Evlilik Uyumu ve Mizah Tarzları Arasındaki ilişkiler, Aile ve Toplum Eğitim Kültür ve Araştırma Dergisi, 2008, 4(13):97-107.
  92. Boyacıoğlu G. Üniversite Öğrencilerinde Kişilerarası Şemalar ve Depresif Belirtiler Arası İlişki, Nörolojik Bilimler ve Psikiyatri Enstitüsü, Klinik Psikoloji Anabilim Dalı, Doktora tezi, Ankara: Hacettepe Üniversitesi, 1994.
  93. Nazlı S. Aile Danışmanlığı. 3. Basım. Ankara, Anı Yayıncılık, 2003:382.

94. Güler Ç, Çobanoğlu Z. Sosyal Çevre, 1. Baskı, Ankara, Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 1994:20.
95. Gülseren L. Şizofreni ve Aile: Güçlükler, Yükler ve Duygular, Gereksinimler, Türk Psikiyatri Dergisi, 2002, 13(2):143-151.
96. Özlü A. ve ark. Şizofreni Hastalarına Bakım Verenlerde Travma Sonrası Gelişim ve İlişkili Etkenler, Anadolu Psikiyatri Dergisi, 2010, 11:195-205.
97. Yıldız M. Bir İlk Deneme Değerlendirmesi, Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri ABD Psikiyatrik Rehabilitasyon Birimi Gündüz Hastanesi Uygulaması, Psikiyatrik Rehabilitasyon Bülteni, 2005, 1(1):1-19.
98. Magliano L. et al. Social And Clinical Factors Influencing The Choice of Coping of Coping Strategies in Relativez of Patiens With Schizophrenia: Results of The BIOMED I Study” Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol, 1998, 33:405-412.
99. Çetinkaya DZ, Aşti N, Üçok A, Kuşçu MK. Şizofreni Hastalarına ve Ailelerine Bağımsız ve Sosyal Yaşam Becerileri Topluma Yeniden Katılım Programı Uygulaması, İzlenmesi, Anadolu Psikiyatri Dergisi, 2007, 8(2):91-101.
100. Karasar N. Bilimsel Araştırma Metodu, Ankara, Hacetepe Taş Kitapçılık, 1984:79.
101. Çınar İ. Şizofreni Hasta Ailelerinin Bakım Yükleri ve Sosyal Destek Düzeyleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi, Hemşirelik Programı, Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans tezi, İzmir, Ege Üniversitesi, 2011.
102. Yılmaz S. Şizofreni Tanılı Hasta ve Ailelerinin Eğitim Gereksinimleri Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı, Doktora tezi, İstanbul, İstanbul Üniversitesi, 2011.
103. Zahid MA, Ohaeri JU. Relationship of Family Caregiver Burden With Quality of Care And Psychopathology in A Sample Arab Subject With Schizophrenia, BMC Psychiatry, 2010, 10(sayı):71.
104. Chien WT. Effectiveness of Psychoeducation And Mutual Support Group Program For Family Caregivers of Chinese People With Schizophrenia. The Open Nursing Journal, 2008, 2: 28-39.

105. Ukpong D. Şizofreni Hastalarına Bakım Veren Nijeryalılar Arasında Yük ve Ruhsal Sıkıntı: Pozitif Ve Negatif Semptomların Rolü, Türk Psikiyatri Dergisi, 2012, 23(1):40-5.
106. Sharif F, Shaygan M, Mani A. Effect of a psycho-educational intervention for family members on caregiver burdens and psychiatric symptoms in patient with schizophrenia in Shiraz, Iran. BMC Psychiatry, 2012, 12(48):2-9.
107. Ebrinç S ve ark. Sizofren Hasta ve Ailelerinde Aile \_İşlevselliği, Sosyal Destek ve Duygu Dısavurumunun İncelenmesi, Anadolu Psikiyatri Dergisi, 2001, 2(1):5-14.
108. Gümüs B.A Şizofreni Hastalarının ve Yakınlarının Sağlık Eğitim Gereksinimleri, Anadolu Psikiyatri Dergisi, 2006, 7:33-42.
109. Çetin N. Şizofreni Hastalarının Günlük Yaşam Aktivite Düzeyi ile Aile Üyelerinin Bakım Yükü ve Dışa Vuran Duygu Durumu İlişkinin İncelenmesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Hemşire Hemşirelik Programı, Yüksek Lisans tezi, Ankara, T.C Genelkurmay Başkanlığı Gülhane Askeri Tıp Akademisi Komutanlığı Müdürlüğü, 2011.
110. Shibre T, Kebede D, Alem A, ve Ark. Schizophrenia: İllness İmpact on Family Members in Traditional Society-Rural Ethiopia. Social Psychiatry Psychiatric Epidemiology, 2003, 38(1):27-3.
111. Zahiruddin O, Salleh, M.R. Burden of Care in Schizophrenia: Implication of Psychopathology of the Illness. Malaysian Journal of Psychiatry, 2005, 13(2):34-40.
112. Atam A. Serabral Palsili Çocuğu Olan ve Olmayan Annelerin Evlilik Yaşantılarında Algıladıkları Doyum ve Evliliklerinde Problem Çözme Becerilerinin İncelenmesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Psikoloji Anabilim Dalı, Yüksek Lisans tezi, İstanbul, TC Maltepe Üniversitesi, 2009.
113. Arslantaş H., Adana F. Şizofreninin Bakım Verenlere Yükü. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar, 2011, 3(2):251-277.
114. Tel H., Ertekin Pınar Ş. Kronik Ruhsal Sorunlu Hastaların Primer Bakım Vericilerinde Tükenmişlik ve Depresyon Arasındaki İlişkinin İncelenmesi, Sivas Psikiyatri Hemşireliği Dergisi, 2013, 4(3):145-152.

115. H Durmaz. Kişilerarası İlişkiler Terapi Teknikleri ve Psikoeğitimin Şizofreni Hasta Ailelerinde Öz-Etkililik ve Bakım Yüküne Etkisi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı, Doktora tezi, Erzurum, T.C. Atatürk Üniversitesi, 2015.
116. Navidian A., Kermansaravi F., Rigi SN. The Effectiveness of A Group Psycho-Educational Program on Family Caregiver Burden of Patients With Mental Disorders. BMC Research Notes, 2012, 5(1):1.
117. Syed Tahir, H Shah, Syed Mohammad Sultan, Mohammad Faisal, Muhammad Irfan, Psychological Distress Among Caregivers of Patients With Schizophrenia, J Ayub Med Coll Abbottabad, 2013, 25(3-4):sayfa.
118. Salkın G. Şizofreni ve Şizofreni Spekturumunda Yer Alan Hastalarda Metabolik Sendrom Sıklığı, Seyri ve İlişkili Etmenler, Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Uzmanlık tezi, Aydın, Adnan Menderes Üniversitesi, 2013.
119. Kocatürk K. Şizofreni Hastalarında İntihar Davranışının Bilişsel İşlevlerle İlişkisi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Tıpta Uzmanlık tezi, Eskişehir, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, 2011.
120. Sönmez S. Şizofreni Hastalarında Psikoeğitim Grup Çalışmasının Pozitif ve Negatif Belirtiler, Sosyal İşlevsellik, Yeti Yitimi, İçgörü ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkilerinin Araştırılması, Psikiyatri Anabilim Dalı, Tıpta Uzmanlık tezi, İstanbul, T.C. Sağlık Bakanlığı Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 2009.
121. Şentürk Pehlivan K. Kadın Psikiyatrik Hastaların Cinsel Yaşam, Evlilik, Aile Planlaması ve Kontrasepsiyon, Gebelik Ve Çocuk Sahibi Olma, Aids ve Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar Açısından Riskli Davranışlarının Genel Populasyonla Karşılaştırmalı Çalışması, Psikiyatri Kliniği, Uzmanlık tezi, İstanbul, Sağlık Bakanlığı Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 2004.
122. Kütükcü A. Atipik Antipsikotik İlaç Kullanan Kronik Şizofreni Hastalarının Metabolik Profilleri Düşük IGF - I Düzeylerinin Şizofreni ve Metabolik Sendrom ile İlişkisi, Psikiyatri Anabilim Dalı, Uzmanlık tezi, İstanbul, İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, 2000.

123. Tanrıverdi D. Şizofreni Hastalarının Bakım Vericilerine Verilen Psikoëğitimin Bakım Yüklerine Etkisi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı, Doktora tezi, Erzurum, Atatürk Üniversitesi, 2008.
124. Süngü Sığun G. Şizofreni Bozukluğu Olan Bireylerin Yaşam Niteliği ile Hastalığın Negatif - Pozitif Belirtileri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans tezi, İzmir, Ege Üniversitesi, 2005.
125. Babacan Gümüş A. Şizofrenik Bozukluğu Olan Bireylerin ve Yakınlarının Sağlık Eğitimi Gereksinimlerinin İncelenmesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Yüksekokulu, Yüksek Lisans tezi, İzmir, Ege Üniversitesi, 2002.
126. Bademli K. Aileden Aileye Destek Programının Şizofreni Hastalarına Bakım Verenlerin Ruh Sağlıklarına ve Başetme Yöntemlerine Etkisi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı, Doktora tezi, İzmir, Dokuz Eylül Üniversitesi, 2012.
127. Gülseren L. ve ark. Şizofrenide Aile Yükünü Etkileyen Etmenler, Türk Psikiyatri Dergisi, 2010, 21(3):203-212.
128. Brown S, Birtwistle J. People With Schizophrenia And Their Families. Fifteen-Year Outcome. Br J Psychiatry. 1998, August,73:139-44.
129. Yıldırım A. Psikoëğitimsel Yaklaşımın ve İzleme Çalışmasının Şizofreni Tanılı Hasta Ailelerinin Aile İşlevleri ve Hastaların Sosyal Destek Düzeylerine Etkisi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı, Erzurum, Atatürk Üniversitesi, 2007.
130. Eryıldız D. Sağlık Bakanlığı Bakirköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Başhekim: Doç Dr. Medaim Yanık Gündüz Hastanesi ve Rehabilitasyon Merkezi'ne Devam Eden Kronik Şizofreni Hastaları ile Bir Rehabilasyon Programına Katılmayan Kronik Şizofreni Hastalarının İşlevsellik ve Yaşam Kalitesi Açısından Karşılaştırılması Uzmanlık tezi, İstanbul, 2008.
131. Karaağaç H. Şizofreni Hastalarına Bakım Verenlerin Travma Sonrası Gelişimlerinin ve Bakım Yüklerinin Yaşam Kalitelerine Etkisinin İncelenmesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sosyal Hizmet Politika ve Uygulamaları Tezli



- Yüksek Lisans Programı, Yüksek Lisans tezi, Ankara, Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, 2016.
132. Wong DFK et al. Quality of Life of Caregivers with Relatives Suffering From Mental Illness in Hong Kong: Roles of Caregiver Characteristics, Caregiving Burdens and Satisfaction With Psychiatric Services, *Health and Quality of Life Outcomes*, 2012, January 31:10-15.
133. Işıkhani V. Zihinsel Engelli Çocuğa Sahip Annelerin Psiko-Sosyal ve Sosyoekonomik Sorunları, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sosyal Hizmet Anabilim Dalı, Ankara, Hacettepe Üniversitesi.
134. Gökcan K. Engelli Çocuğa Sahip Ailelerin Beklentileri. <http://www.sosyalhizmetuzmani.org/ozurlucocukailerleri.htm> 14 Kasım 2016.
135. Rodriguez Cm, Murhp L, Parenting Stress and Buse Potential in Mothers of Children with Developmental Disabilities *Child Maltreatment Journal*, 1997, 2(3):245-252.
136. Kazak, A.E. Marvin, R.S. Differences, Difficulties and Adaptation: Stress and Social Networks in Families with a Disabilities: Linking Process with Outcome, *Journal of Pediatric Psychology*, 1984, 24(1):41-53.
137. Schulz R. Beach S. Caregiving As a Risk Factor for Mortality the Caregiver Health Effects Study, *JAMA*, 1999. 282(23):2215-2219.
138. Friedrich WN, Friedrich WL. Psychosocial Assets of Parents of Handicapped and Nonhandicapped Children. *Am J Ment Defic* 1981, 85:551-553.
139. Gibbons JS, Horn SH, Powell JM ve ark. Schizophrenic Patients and Their Families: A Survey in a Psychiatric Service Based on a DGH unit. *Br J Psychiatry*, 1984, 144:70-77.
140. Eripek, S. Zihinsel Engelli Çocuklar, Eskişehir, Anadolu Üniversitesi Yayınları Eğitim Fakültesi Yayınları, 1996:9.
141. Akyar İ. Alzheimer Hastalarına Bakım Verenlerin Yaşadıkları Güçlükler, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans tezi, Ankara, Hacettepe Üniversitesi 2006.

142. Karpaz D, Girli A. Yaygın Gelişimsel Bozukluk Tanılı Çocukların Anne-Babalarının Yas Tepkilerinin, Evlilik Uyumlarının ve Sosyal Destek Algılarının İncelenmesi, Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Özel Eğitim Dergisi, 2012, 13(2):69-85.
143. Floyd FJ, Zmich DE. Marriage and the Parenting Partnership: Perceptions and Interactions of Parents With Mentally Retarded and Typically Developing Children, Child Development, 1991, 62(6):1434-1448.
144. Trute, B. Child and Parents Predictors of Family Adjustment in Households Containing Young Developmentally Disabled Children. Family Relations, 1990, 39:292-297.
145. Rose L.E. Families of Psychiatric Patients: A Critical Review and Research Directions Nursing, Archives of Psychiatric Nursing, 1996, 10(2):67-76.
146. Rose L.E. Mallinson RK, Gerson LD. Mastery, Burden, and Areas of Concern Among Family Caregivers of Mentally Ill Persons, Arch Psychiatr Nurs, 2006 20(1):41-51.
147. Yeşil T. ve Ark. Kronik Hastalığı Olanlara Bakım Verenlerin Bakım Yükü Ve Yaşam Kalitesinin İncelenmesi, Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi Araştırma Makalesi, 2016, 5(4): 54-66.
148. Yıldız F. Çocuklarda Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Ebeveynlerinde Anksiyeteye Neden Olan Bir Unsur Mudur? Türkiye Euras J Fam Med 2016, 5(2):86-90.
149. Beşer N. Öz F. Kemoterapi Alan Lenfomalı Hastaların Anksiyete-Depresyon Düzeyleri Ve Yaşam Kalitesi, Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, 2003, 7:47-58.
150. Karabuğa H. Kanserli Hastalara Bakım Verenlerde Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans tezi, İstanbul, Marmara Üniversitesi, 2009.
151. Kalav S. İnme Tanısı Almış Hastalara Bakım Veren Aile Üyelerinin Bakım Verme Yükü İle Yaşam Kaliteleri Arasındaki İlişki, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans tezi, Mersin, Mersin Üniversitesi, 2011.

152. Karadağ, G. Engelli Çocuğa Sahip Annelerin Yaşadıkları Güçlükler ile Aileden Algıladıkları Sosyal Destek ve Umutsuzluk Düzeyleri, TAF Prev Med Bull, 2009, 8(4):315-322.
153. Yılmaz Özpolat A. Kronik Hastalıklarda Bakım Veren Yükü, Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar Dergisi, 2011, 3(3):513-552.
154. Kaya Y. Şizofreni Hastalarının Sosyal İşlevsellikleri ve Hastalara Bakım Veren Yakınlarının Bakım Yükü, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans tezi, Ankara, Hacettepe Üniversitesi, 2013.
155. Karataş Z. Evde Bakım Hizmeti Sunan Aile Bireyi Bakıcıların Moral ve Manevi Değerlerinin Başaçıkmadaki Etkisi Sosyal Bilimler Enstitüsü Felsefe ve Din Bilimleri Anabilim Dalı, Yüksek Lisans tezi, Rize, Rize Üniversitesi 2011.
156. Magliano L, Fadden G, Economou M and Ark. Family Burden And Coping Strategies in Schizophrenia: 1-Year Follow-Up Data From The BIOMED I Study. Soc Psychiatry Epidemiol, 2000, 35:109-115.
157. Chien WT, Norman I, Thompson DR. A Randomized Controlled Trial of a Mutual Support Group for Family Caregivers of Potential With Schizophrenia, Int Nurs Studies, 2004, 41:637-649.

## 8. EKLER

### EK-1. Şizofreni Hastalarına Bakım Veren Birey Gönüllü Katılım Formu

#### ŞİZOFRENİ HASTALARINA BAKIM VEREN BİREY GÖNÜLLÜ KATILIM

Günümüzde Türkiye'de yaklaşık bir milyon şizofreni hastası bulunmaktadır. Bu hastalığın aile üyelerine olan olumsuz etkisi üzerine bazı çalışmalar yapılmıştır.

Bu çalışma, Turgut Özal Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sosyal Hizmetler Bölümü Öğretim Üyesi Sayın Doç. Dr. Gülsüm ÇAMUR DUYAN danışmanlığında yürütülen '*Şizofreni Hastalarına Bakım Verenlerin Evlilik İlişkisi ve Sosyal Hizmet Gereksinimleri Üzerine Bir Araştırma*' adlı tezde kullanılmak amacıyla hazırlanmıştır. Bu görüşmenin amacı şizofreni hastalarına bakım verenlerin yaşadıkları güçlükleri bu güçlüklerin veya içinde bulunduğu durumun hâlihazırda evlilik ilişkisine nasıl yansıdığı ve sosyal hizmet gereksinimlerinin belirlenmesidir.

Bu çalışma ile sonra şizofreni hastalığının bireysel bir hastalık olmaktan çok bu hastalığa yakalanan kişilere bakım verenlerin ailelerini ve onların evlilik ilişkilerini de etkileyen bir hastalık olduğuna dair bir farkındalık oluşturmak ve şizofreni hastalarına bakım verenlerin de destek almasının onların aile hayatlarına olumlu katkı sağlayacağı ve topluma daha sağlıklı bireyler yetiştirmesine yol açacağına inanılmaktadır.

Şizofreni Hastaları ve Hasta Yakınları Derneği ile Turgut Özal Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sosyal Hizmetler Bölümünün izni ile yürütülen bu çalışmada kullanılan tüm bilgiler tamamen gizli kalacaktır. Araştırmaya katılmanız sadece sizin gönüllü olmanıza bağlıdır ve bu konuda hiçbir zorunluluğunuz bulunmamaktadır. Çalışmanın herhangi bir aşamasında hiçbir neden göstermeksizin ayrılabilirsiniz. Katılmayı kabul ederseniz araştırmacı tarafından "Şizofreni Hastalarına Bakım Veren Birey Görüşme Formu" adı ile size bir görüşme formu verilecektir. Araştırmada kullanılan formlar toplam 10 - 15 dakikanızı alacaktır. Çalışmanın değerlendirilmesi sırasında isminiz kaydedilmeyecek, size bir kod

numarası verilecektir. Çalışmada yer alan görüşme formu sorularının gerçeğe uygun olarak cevap verilmesi araştırma sonuçlarının bilimsel ve güvenilir olması açısından önemlidir.

Araştırmanın gönüllü olur-onam formunu okudum. Araştırma ile ilgili istediğim tüm açıklamalar yeterli yapılmıştır ve tüm sorularıma tatmin edici cevaplar verilmiştir.

Araştırmaya kendi rızamla gönüllü olarak katılmak istiyorum.

Gönüllünün Adı Soyadı

Tarih

İmzası

Bu araştırma ile ilgili yukarıda yer alan ve istenen diğer bilgiler katılımcıya tarafımdan açıklanmıştır ve yazılı onamını aldım.

Araştırmacının Adı Soyadı

Tarih

İmzası

## EK-2. Şizofreni Hastalarına Bakım Veren Birey Görüşme Formu

### TANITICI BİLGİLER

1. Cinsiyetiniz

Kadın  Erkek

2. Eğitim durumunuz

Okur-yazar değil  Okur-yazar  İlköğretim mezunu  Lise mezunu

Üniversite mezunu ve üstü

3. Yaşınız? .....

4. Medeni durumunuz nedir? Evli  Boşanmış

5. Kaç yıldır evlisiniz? .....

6. (Lütfen bu soruya boşandıysanız cevap veriniz.) Kaç yıl evli kaldınız?.....

7. Boşanma nedeninizi belirtiniz

.....

8. Çocuk /çocuklarınız var mı? Evet  Hayır

9. Ailenizin toplam ortalama aylık geliri ne kadardır? .....

10. Gelir getirici herhangi bir işte çalışıyor musunuz?

Evet  (Ne iş yapmaktasınız?) .....

Hayır

## HASTA VE HASTALIKLA İLGİLİ BİLGİLER

11. Hasta ile yakınlık dereceniz nedir?

Anne babam  Eşim  Kardeşim  Çocuğum  Başka.....

12. Hastanızın cinsiyeti Kadın  Erkek

13. Hastanızın yaşı nedir?.....

14. Hastanız evli mi? Evet  Hayır

15. Hastanın çocuğu var mı? Evet  Hayır

16. Hastanız kaç yaşında iken tanısı konuldu?

.....

18. Hastanız düzenli olarak tedavi görüyor mu? Evet  Hayır  (Nedenini yazınız).....

19. Hastanız hiç yatarak tedavi gördü mü? Evet  Hayır

20. Hastanız yatarak tedavi gördü ise şimdiye kadar kere hastaneye yattı?

.....

21. Hastanız çalışıyor mu?

Evet  (Ne iş yapıyor) ..... Hayır

22. Hastanın herhangi bir sosyal güvencesi var mı? Evet  Hayır

23. Tedavi ve hastane masraflarını nasıl karşılıyorsunuz? (Birden fazla seçenek işaretlenebilir)

SGK (SSK, Bağ-kur, Emekli Sandığı, Yeşil Kart)

Hastanın anne babasına ait sigorta kapsamında

Tüm işlemler ücretli

Sosyal çevreden gelen yardımlarla

Sosyal yardım olarak

Özel sigorta

Başka.....

24. Hastanıza kaç yıldır bakım vermekttesiniz? .....

25. Hastanıza bakımı isteyerek (gönüllü olarak mi) veriyorsunuz?

Evet  Hayır

26. Hastanıza bakımı gönüllü olarak vermiyorsanız, neden bu bakımı üstleniyorsunuz? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.)

Benden başka bu bakımı verebilecek kimse yok

Hastam sadece benimle iletişim kurduğu için ona bakmaya mecburum

Ailede bu görev bana verildi

Ailece böyle karar aldık

Başka.....

27. Eşiniz bakım vermenizi destekliyor mu?

Evet  Hayır  (Nedenini belirtiniz).....

28. Eski eşiniz bakım vermenizi destekler miydi?

Evet  Hayır  (Nedenini belirtiniz).....

29. Çocuk ya da çocuklarınız var ise onlar bakım vermenizi destekliyor mu?

Evet

Hayır  (Nedenini belirtiniz).....

30. Size göre bakım vermeniz evlilik ilişkinizi olumsuz yönde etkiledi mi?

Evet.....(Evetse ne tür bir olumsuzluk, belirtiniz).....

Hayır

Hiç düşünmedim



31. Size göre bakım vermenizin aile ilişkileriniz üzerine olumsuz etkisi oldu mu?

Evet (Evetse ne tür bir olumsuzluk belirtiniz).....

Hayır

Hiç düşünmedim

32. Bakım verme sürecinin sizde uyandırdığı duygu nedir? (Açıkça belirtiniz)

.....

33. Bakım verme sürecinin eşinizde uyandırdığı duygu nedir? (Açıkça belirtiniz)

.....

34. Hastanıza bakım verdiğiniz için sosyal çevrenizden (aile, arkadaşlık, komşuluk gibi) dışlanma yaşadınız mı?

Evet  Hayır

35. Hastanız ile iletişiminiz nasıldır? (Lütfen tek seçenek işaretleyiniz)

Gayet iyidir

Fena sayılmaz

Pek iletişim kurmayız

Hiç iletişim kurmayız

36. Hastanıza bakım verme süreci sizde neyi ya da neleri değiştirdi? (Birden fazla seçenek işaretleyiniz)

Sosyal çevremi

Yaşama bakışımı

Aile yaşantımı

Kişiliğimi

Sağlığımı

Başka (belirtiniz).....

37. Hastanıza bakım verdiğiniz sürece hiç herhangi bir yerden profesyonel yardım (psikiyatrist, psikolog, sosyal hizmet uzmanı gibi) aldınız mı?

Evet

Hayır

38. Hastanıza bakım verme sürecinde herhangi bir profesyonel bir yardım aldıysanız, ne tür bir yardım aldınız? (Belirtiniz)

.....

39. Size göre şizofreni hasta yakınlarına toplumda yeteri kadar destek & yardım var mı?

Evet

Hayır

40. Size göre şizofreni hasta yakınlarının en çok neye ihtiyacı vardır? (Belirtiniz).....

.....

41.. Size göre şizofreni hasta yakınlarına ne tür hizmetler verilmeli? (Belirtiniz)

.....

Aşağıdaki ifadeleri dikkatli bir şekilde okuduktan sonra şizofreni hastasına bakım vermenin şu anki ya da geçmişteki evlilik hayatınızı nasıl etkilediğini soran soruların olduğu yandaki kutucuklara aşağıdaki verilen örnekteki gibi doldurarak görüşlerinizi belirtiniz. Lütfen her ifadeyi bir kez işaretleyiniz ve işaretlenmemiş ifade bırakmayınız.

**Örnek:**

	Evet	Hayır	Hiç Düşünmedim
--	------	-------	-------------------

<b>İfadeler</b>			
	Evet	Hayır	Hiç Düşünmedim
1) Şizofreni hastasına bakım vermeye başladıktan sonra evliliğimde eşimle daha uyumluyum ya da uyumluydum.			
2) Şizofreni hastasına bakım vermeye başladıktan sonra eşimle daha çok iletişim kurmaya başladım ya da başlamıştım			
3) Şizofreni hastasına bakım verme sürecinde yaşadığım sıkıntıları eskisine göre daha çok eşimle paylaşabiliyorum ya da paylaşıyordum.			
4) Şizofreni hastasına bakım verme sürecinde eşim bana destek oluyor ya da oluyordu.			
5) Şizofreni hastasına bakım veren olarak eşime geçmiş dönemlere göre daha çok vakit ayırabiliyorum ya da ayırabiliyordum.			
6) Şizofreni hastasına bakım vermeye başladıktan sonra eşimin daha mutlu olduğunu görüyorum ya da görüyordum.			
7) Şizofreni hastasına bakım vermeye başladıktan sonra eşim maddi ve manevi destek olma noktasında öncesine göre daha istekli ya da istekli idi.			
8) Şizofreni hastasına bakım vermeye başladıktan sonra eşimle daha kolay ortak kararlar alıp bu kararları uygulayabiliyoruz ya da uyguluyorduk.			
9) Şizofreni hastasına bakım vermeye başladıktan sonra eşimle korku ve endişelerimi daha çok paylaşabiliyorum ya da paylaşıyordum.			

10) Şizofreni hastasına bakım vermeye başladıktan sonra eşimin daha az sinirli olduğunu görüyorum ya da görüyorum.			
11) Şizofreni hastasına bakım vermeye başladıktan sonra eşimle bakım verme sürecini kolaylaştıracak hedefler belirleyebiliyoruz ya da belirliyorduk.			
12) Şizofreni hastasına bakım vermeye başladıktan sonra eşimle aramdaki birlik ve beraberlik duygularının arttığını fark ettim ya da etmiştim.			
13) Şizofreni hastasına bakım vermeye başladıktan sonra bakım sürecinin ilişkimiz üzerindeki olumsuz etkileri geçmişte yaşadığımız olaylarla kıyaslandığında daha azdır ya da azdı.			
14) Şizofreni hastasına bakım vermeye başladıktan sonra eşim öncesine göre bizim de psikolojik destek almamız gerektiğini düşünüyor ya da düşünüyordum.			
15) Şizofreni hastasına bakım vermeye başladıktan sonra kendimi daha sabırlı buluyorum ya da buluyordum.			
16) Şizofreni hastasına bakım vermeye başladıktan sonra kendimi daha mutlu hissediyorum ya da hissediyordum.			
17) Şizofreni hastasına bakım vermeye başladıktan sonra kimse ile konuşamadıklarımı eşimle konuşmaya başladım ya da başlamıştım.			
18) Şizofreni hastasına bakım vermeye başladıktan sonra eşimin eskisinden daha sabırlı olduğunu görüyorum ya da görüyordum.			
19) Şizofreni hastasına bakım vermeye başladıktan sonra kendimi eskisinden daha az sinirli hissediyorum ya da hissediyorum.			

20) Şizofreni hastasına bakım vermeye başladıktan sonra eşimle ilişkimden önceki dönemlere göre daha memnunum ya da memnundum.			
21) Şizofreni hastasına bakım vermeye başladıktan sonra eşim benimle eskisinden daha fazla ilgilenir oldu ya da olmuştu.			
22) Şizofreni hastasına bakım vermeye başladıktan sonra eşimin desteğinden çok memnunum ya da memnundum.			
23) Şizofreni hastasına bakım vermeye başladıktan sonra eşimin bakım sürecinde ihtiyaçlarımı daha çok önemseydiğini hissediyorum ya da hissediyordum.			
24) Şizofreni hastasına bakım vermeye başladıktan sonra eşimle daha huzurluyuz ya da huzurluyduk.			
25) Şizofreni hastasına bakım vermeye başladıktan sonra aile yaşantımızla ilgili faaliyetlerimizi eşimle birlikte planlamaya başladık ya da planlıyorduk.			
26) Şizofreni hastasına bakım vermeye başladıktan sonra bakım verme dolayısıyla stresli olduğum dönemlerde eşim bana anlayış gösterdi ya da gösterirdi.			
27) Şizofreni hastasına bakım vermeye başladıktan sonra kendimi daha az yalnız hissediyorum ya da hissedirdim.			
28) Şizofreni hastasına bakım vermeye başladıktan sonra verme sürecinden kaynaklı kavgalarımızın sayısı azaldı ya da azalmıştı.			
29) Şizofreni hastasına bakım vermeye başladıktan sonra bakım verme sürecinden kaynaklı sürtüşmeden ve çatışmadan sonra barışma süremiz kısaldı ya da kısalmıştı.			

30) Şizofreni hastasına bakım vermeye başladıktan sonra evlilik ilişkimiz daha da güçlendi ya da güçlenmişti.			
31) Şizofreni hastasına bakım vermeye başladıktan sonra sorumluluklarımın bir kısmını eşime devredebiliyorum ya da devreliyordum.			
32) Şizofreni hastasına bakım vermeye başladıktan sonra eşimin davranışlarına farklı bakış açılarından bakabiliyor ve onu daha çok anladığımı hissediyorum ya da hissediyordum.			
33) Şizofreni hastasına bakım vermeye başladıktan sonra daha huzurlu bir evlilik yaşamak için hastamıza nasıl bakmamız gerektiği konusunda bir uzmandan destek aldık ya da almıştık.			
34) Şizofreni hastasına bakım vermeye başladıktan sonra eşimle daha kolay konuşabiliyoruz ya da konuşuyorduk.			

Araştırmamıza katkıda bulunduğunuz için teşekkür ederiz

**Doç. Dr. Gülsüm ÇAMUR DUYAN**

**A. Aşlıhan EYÜBOĞLU**

### EK-3. Özgeçmiş

<b>KİŞİSEL BİLGİLER</b>	
Adı Soyadı	: A. Aslıhan EYÜBOĞLU
Doğum tarihi	: 08.01.1976
Doğum yeri	: İSTANBUL
Medeni hali	: BEKAR
Uyruğu	: T.C.
E-mail	: aslihan@aslihaneyuboglu.com
<b>EĞİTİM</b>	
Lise	: Kazım İşmen Lisesi
Lisans	: Hacettepe Üniversitesi Edebiyat Fakültesi İngiliz Dilbilimi Bölümü : Anadolu Üniversitesi Açık Öğretim Fakültesi Sosyoloji Bölümü
<b>YABANCI DİL BİLGİSİ</b>	
İngilizce	: İleri
<b>ÜYE OLUNAN MESLEKİ KURULUŞLAR</b>	