



T.C.

BURDUR MEHMET AKİF ERSOY ÜNİVERSİTESİ

SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

SOSYAL HİZMET ANABİLİM DALI

**AĞIR RUHSAL HASTALIĞI BULUNAN BİREYLERE
BAKIM VERENLERİN BAKIM VERME DENEYİMLERİ VE
POLİTİKA ÖNERİLERİ**

Sema GÜZEL

YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN

Doç. Dr. Melek ZUBAROĞLU YANARDAĞ

BURDUR – 2021

T.C.

BURDUR MEHMET AKİF ERSOY ÜNİVERSİTESİ

SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

SOSYAL HİZMET ANABİLİM DALI

**AĞIR RUHSAL HASTALIĞI BULUNAN BİREYLERE
BAKIM VERENLERİN BAKIM VERME DENEYİMLERİ VE
POLİTİKA ÖNERİLERİ**

Sema GÜZEL

YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN: Doç. Dr. Melek ZUBAROĞLU YANARDAĞ

JÜRİ ÜYESİ: Doç. Dr. Seda ATTEPE ÖZDEN

JÜRİ ÜYESİ: Dr. Öğretim Üyesi Hasan Hüseyin TEKİN

BURDUR – 2021

ETİK BEYAN

T.C.

MEHMET AKİF ERSOY ÜNİVERSİTESİ

SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

ETİK BEYAN

Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğine göre hazırlamış olduğum “Ağır Ruhsal Hastalığı Bulunan Bireylere Bakım Verenlerin Bakım Verme Deneyimleri ve Politika Önerileri” adlı tezin hazırlanması sürecinde akademik etik ilkeleri ihlal etmediğimi taahhüt eder, tezimin kağıt ve elektronik kopyalarının Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü arşivlerinde aşağıda belirttiğim koşullarda saklanmasına izin verdiğimi onaylarım.

Sosyal Bilimler Enstitüsü Lisansüstü Eğitim-Öğretim Yönetmeliğinin ilgili maddeleri uyarınca gereğinin yapılmasını arz ederim.

☐ Tezimin tamamı her yerden erişime açılabilir.

☐ Tezim sadece Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi yerleşkelerinde erişime açılabilir.

☒ Tezimin 3 yıl süreyle erişime açılmasını istemiyorum. Bu sürenin sonunda uzatma için başvuruda bulunmadığım takdirde, tezimin tamamı her yerden erişime açılabilir.

Sema GÜZEL

28/01/2021

TEŞEKKÜR METNİ

Bu araştırmanın başından sonuna kadar deneyimleri ve bilgi birikiminden yararlandığım, bana yeni bakış açıları kazandıran, değerli görüş ve önerileri ile bana destek olan danışmanım Doç. Dr. Melek ZUBAROĞLU YANARDAĞ'a,

Çalışmamın başından itibaren olumlu katkılar sunan, bu süreçte bana çok destek olan, birlikte çalışmaktan keyif aldığım değerli iş arkadaşlarım Psikolog Derya ÖZBAĞCI ve Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Uzmanı Dr. Ulaş YILMAZ'a

Meslek hayatıma ilk başladığım yıllardan itibaren hep yanımda olan beni hep destekleyen iyi ki var dediğim Psikolog Özge TANBERKEN'e,

Tez çalışmam boyunca beni motive eden güler yüzlü arkadaşım ve meslektaşım Sosyal Hizmet Uzmanı Işın YILMAZ'a,

Araştırmamı gerçekleştirdiğim Kumluca Devlet Hastanesi Toplum Ruh Sağlığı Merkezi çalışanlarına,

Bu süreçte araştırmaya katılmayı kabul eden tüm hasta yakınlarına,

Çalışmam sürecinde bana destek olan, umut aşılayan, motivasyon sağlayan Kadir YABACI'ya,

Yaşamımın her anında yanımda olan bana sonsuz sabır, destek, ilgi ve sevgi gösteren canım annem Nevin GÜZEL, babam Adnan GÜZEL'e

Hayatım boyunca varlığıyla bana destek olan abim Muhammet GÜZEL'e,

Teşekkürlerimi sunuyorum.

Sema GÜZEL

(GÜZEL, Sema, Ağır Ruhsal Hastalığı Bulunan Bireylere Bakım Verenlerin Bakım Verme Deneyimleri ve Politika Önerileri, Yüksek Lisans Tezi, Burdur, 2021)

ÖZET

Bu araştırmada; en az 6 aydır toplum ruh sağlığı merkezine devam eden ağır ruhsal hastalığı(bipolar bozukluk, şizofreni ve organik olmayan psikoz)bulunan bireylere 1 yıl ve üzerinde süredir bakım verenlerin ve toplum ruh sağlığı merkezinde görevli sağlık profesyonellerinin (psikiyatrist, sosyal hizmet uzmanı, psikolog, hemşire vb.) bakım verme deneyimlerini, görüşlerini ve bu alana ilişkin politika önerilerini değerlendirmek amaçlanmıştır. Bu temel amaç doğrultusunda gerçekleştirilen araştırmanın ağır ruhsal hastalığı bulunan bireylere, ailelerine, bu alanda çalışan sağlık profesyonellerine ve toplum ruh sağlığı merkezi modeline katkı sağlaması hedeflenmiştir. Nitel araştırma yöntemi kullanılarak hazırlanan bu çalışmada; Kumluca Devlet Hastanesi Toplum Ruh Sağlığı Merkezi'ne devam eden 21 hastanın yakını ve merkezde görevli 5 sağlık profesyoneliyle yarı yapılandırılmış görüşme formu aracılığıyla derinlemesine görüşmeler yapılmıştır. Ses kaydı alınan bu görüşmeler öncelikle metne aktarılmış, sonrasında NVİVO-10 paket programı kullanılarak analiz edilmiştir. Analiz sonucunda veriler “bakım verenler” ve “sağlık profesyonelleri” olarak ikiye ayrılmış, her iki grup için farklı değerlendirmeler yapılmıştır. İlk grupta toplum ruh sağlığı merkezine devam eden hastalara bakım verenlerin deneyimleri, toplum ruh sağlığı merkezine ilişkin görüşleri ve alanla ilgili politika önerilerine yer verilmiştir. İkinci grupta ise merkezde görevli sağlık profesyonellerinin toplum ruh sağlığı merkezinde hasta ve hasta yakınlarıyla çalışırken edinmiş oldukları deneyimler, merkezdeki mesleki rol ve görevlerine ilişkin görüşler, alana ilişkin değerlendirmeler ve politika önerileri bulunmaktadır. Araştırmanın bulguları doğrultusunda elde edilen sonuçların ağır ruhsal hastalığı bulunan bireylere bakım verenlere, bu alanda çalışan sağlık profesyonellerine ve toplum ruh sağlığı hizmeti modeline fayda sağlayacağı düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Ağır ruhsal hastalığı bulunan birey, toplum ruh sağlığı merkezi, bakım veren, deneyim, sağlık profesyonelleri.

(GÜZEL, Sema, Ağır Ruhsal Hastalığı Bulunan Bireylere Bakım Verenlerin Bakım Verme Deneyimleri ve Politika Önerileri, Yüksek Lisans Tezi, Burdur, 2021)

ABSTRACT

This study aims to evaluate the caretaking experiences, opinions and policy recommendations on this field of the healthcare professionals (psychiatrist, social worker, psychologist, nurse, etc.) who work in community mental health center and people who have been giving care for 1 year or more to the individuals with severe mental disorder (bipolar disorder, schizophrenia, and nonorganic psychosis) who have been consulting to a community mental health center at least for 6 months. The goal of this study conducted in line with this main objective is to contribute to the individuals with severe mental disorder, their families, healthcare professional working in this field and the model of community mental health center. In this study performed by using qualitative research method, in-depth interviews have been carried out with the relatives of 21 patients in Kumluca Public Hospital Community Mental Health Center and 5 healthcare professionals working in the center through a semi-structured interview form. These interviews which were recorded as audio have been transcribed and analyzed by employing the NVIVO-10 package program. As a result of the analysis, the data have been separated into two groups as "caretakers" and "healthcare professionals", and each group has been evaluated differently. The first group includes the experiences of people who provide care for patients consulting to community mental health center, their opinions on community mental health center and their policy recommendations on the field. The second group includes the experiences of healthcare professionals working in the center that they acquired while working with the patients and their relatives in the community mental health center, their opinions on their professional roles and duties in the center, evaluations on the field and policy recommendations. It is considered that the results acquired in line with the research findings will benefit to the people taking care of individuals with severe mental disorders, healthcare professionals working in this field and community mental health service model.

Keywords: Individual with severe mental disorder, community mental health center, caretaker, experience, healthcare professionals.

İÇİNDEKİLER

ETİK BEYAN.....	ii
TEŞEKKÜR METNİ.....	iii
ÖZET.....	iv
ABSTRACT	v
İÇİNDEKİLER	vi
TABLolar DİZİNİ	ix
ŞEKİLLER DİZİNİ	x
KISALTMALAR DİZİNİ	xi
GİRİŞ	1

BİRİNCİ BÖLÜM KAVRAMSAL ÇERÇEVE

1. GENEL BİLGİLER.....	4
1.1. Şizofreni	4
1.1.1. Şizofreni Epidemiyolojisi	5
1.1.2. Şizofreni Etiyolojisi	6
1.1.3. Şizofreni ve Tedavi	7
1.1.4. Şizofreni Tanı Kriterleri	9
1.2. Bipolar Bozukluk	12
1.2.1. Bipolar Bozukluk ve Epidemiyoloji.....	13
1.2.2. Bipolar Bozukluk ve Etiyoloji	14
1.2.3. Bipolar Bozukluk Tanı Kriterleri	14
1.2.4. Bipolar Bozukluk ve Tedavi	19
1.3. Ağır Ruhsal Hastalığı Bulunan Bireylerin Tedavi Uyumu	20
1.4. Bakım Veren.....	22
1.4.1. Bakım Verenlerin Durumu.....	24
1.4.2. Şizofreni ve Aile	26
1.4.3. Bipolar Bozukluk ve Aile.....	29
1.4.4. Sağlık Profesyonellerinin Bakım Verme Deneyimleri	31
1.5. Ağır Ruhsal Hastalık ve Stigma	33
1.6. Toplum Temelli Ruh Sağlığı Hizmetleri	35

İKİNCİ BÖLÜM AĞIR RUHSAL HASTALARA BAKIM VERENLERLE NİTEL BİR ÇALIŞMA

2. GEREÇ VE YÖNTEM.....	39
2.1. Araştırmanın Amacı	39
2.2. Araştırmanın Önemi	39

2.3. Araştırmanın Yöntemi	40
2.3.1. Araştırma modeli.....	40
2.3.2. Araştırmanın Yeri ve Özellikleri.....	40
2.3.3. Araştırmanın Zamanı	41
2.3.4. Araştırmanın Örneklemi ve Evreni	41
2.3.5. Araştırmaya Dâhil Edilme Kriterleri.....	42
2.3.6. Veri Toplama Araçları	42
2.3.6.1. Kişisel Bilgi Formu	43
2.3.6.2. Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu	43
2.3.6.3. Bilgilendirilmiş Onam Formu	44
2.3.7. Verilerin Toplanması	45
2.3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları	45
2.3.9. Araştırmanın Güçlükleri.....	46
2.3.10. Araştırmanın Etik Yönü	46
2.3.11. Verilerin Analizi.....	46
3. BULGULAR.....	48
3.1. Bakım Verenlerin Bakım Verme Deneyimleri.....	50
3.1.1. Ailelerin Bakım Verme Deneyimleri	50
3.1.2. Hastalık Semptomlarıyla İlgili Deneyimler	70
3.1.3. Tedaviyle İlgili Deneyimler	85
3.1.4. TRSM İle İlgili Deneyimler	90
3.1.4.1. Hastayla İlgili Deneyimler	91
3.1.4.2. Yakınlarına İlişkin Deneyimler	100
3.1.5. Yakınların Politika Değerlendirmeleri ve Önerileri.....	104
3.2. Ağır Ruhsal Hastalığı Bulunan Bireylerle Çalışan Sağlık Profesyonellerinin Deneyimleri	109
3.2.1. Sağlık Profesyonellerinin TRSM'ye Yönelik Görüşleri	110
3.2.2. TRSM'de Çalışırken Yaşanan Güçlükler	112
3.2.2.1. Ağır Ruhsal Hastalığı Bulunan Bireylerle Çalışıyor Olmanın Getirdiği Sorunlar	113
3.2.2.2. Fiziki Yetersizlikler	116
3.2.2.3. Sağlık Profesyonelleriyle İlgili Yaşanan Sorunlar	118
3.2.3. Sağlık Profesyonellerinin TRSM'deki Deneyimleri.....	123
3.2.4. Sağlık Profesyonellerinin TRSM'deki Rol, Sorumluluklar ve Görüşleri	126
3.2.5. Sağlık Profesyonellerinin TRSM Hizmetleri Hakkındaki Görüşleri	130
3.2.6. Sağlık Profesyonellerinin Alana İlişkin Politika Önerileri	136

4. TARTIŞMA.....	144
4.1. Bakım Verenlerin Bakım Verme Deneyimleri.....	144
4.2. Ağır Ruhsal Hastalığı Bulunan Bireylerle Çalışan Sağlık Profesyonellerinin Deneyimleri	153
5. SONUÇ	161
5.1. Bakım Verenlerin Deneyimleri	161
5.2. Sağlık Profesyonellerinin Deneyimleri	164
6. KAYNAKÇA.....	167
EKLER.....	188
ÖZGEÇMİŞ.....	194



TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo 1 Araştırmaya katılan hasta yakınlarına ilişkin bilgiler	48
Tablo 2 Araştırmaya katılan sağlık profesyonellerine ilişkin bilgiler	110



ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1. Ailelerin bakım verme deneyimleri teması ve alt kodlar	50
Şekil 2. Hastalık semptomlarıyla ilgili deneyimler teması ve alt kodlar	70
Şekil 3. Tedaviyle ilgili deneyimler teması ve alt kodlar	86
Şekil 4. TRSM ile ilgili deneyimler teması, ana kodlar ve alt kodlar.....	91
Şekil 5. Yakınların politika değerlendirmeleri ve önerileri teması ve alt kodlar.....	104
Şekil 6. Sağlık profesyonellerinin TRSM'ye yönelik görüşleri teması ve alt kodlar ...	111
Şekil 7. TRSM'de yaşanan güçlükler teması, ana kodlar ve alt kodlar	113
Şekil 8. Sağlık profesyonellerinin TRSM'deki deneyimleri teması ve alt kodlar	123
Şekil 9. Sağlık profesyonellerinin TRSM'deki rol, sorumluluklar, görüşleri teması ve alt kodlar	126
Şekil 10. Sağlık profesyonellerinin TRSM hizmetleri hakkındaki görüşleri teması ve alt kodlar	131
Şekil 11. Sağlık profesyonellerinin alana ilişkin politika önerileri teması ve alt kodlar	136

KISALTMALAR DİZİNİ

AÇSHİM : Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler İl Müdürlüğü

DSÖ/ WHO : Dünya Sağlık Örgütü

DSM-IV : Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı Dördüncü Baskısı

DSM-V : Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı Beşinci Baskısı

İŞKUR : Türkiye İş Kurumu

STK : Sivil Toplum Kuruluşları

SYDV : Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma Vakfı

TRSM : Toplum Ruh Sağlığı Merkezi

GİRİŞ

Dünya Sağlık Örgütü tarafından sağlık; sadece hastalık veya engelliliğin bulunmaması değil bedensel, sosyal ve ruhsal açıdan iyilik durumu olarak tanımlanmıştır (WHO, 1948). Ruhsal sağlık genel sağlıkla bir bütündür. Fiziksel sağlığın iyi olması için ruh sağlığına önem verilmelidir. Dünya genelinde; her dört bireyden biri tüm yaşamı boyunca bir veya daha fazla sayıda ruhsal ve davranışsal sorun yaşamaktadır. Yeti kaybı ve erken yaşta ölüme en sık neden olan 10 hastalık arasından 5'ini psikiyatrik hastalıklar oluşturmaktadır (WHO, 2001; Akt. Gültekin, 2010: 585). Ruhsal bozukluklar, tüm dünyada önemli bir hastalık yükü olarak karşımıza çıkmaktadır; bu hastalığa yönelik etkili müdahaleler mevcuttur ancak ihtiyaç duyanların çoğuna erişilememektedir (WHO, 2003). Ruhsal hastalıklar içerisinde ağır ruhsal hastalıkların oranı da azımsanmayacak durumdadır. Ağır ruhsal hastalıklar kişileri yaşam boyu etkilemektedir. Ağır ruhsal hastalığı bulunan kişiler ve aileleri toplumsal yaşamda dezavantajlıdırlar. Ağır ruhsal hastalık kavramının içinde bipolar bozukluk ve şizofreni bulunmaktadır (Aşık, 2011: 5). Şizofreni fazla bilinmekle birlikte organik olmayan psikoz, şizoaffektif bozukluk gibi diğer psikozlar da bulunmaktadır. İki uçlu duygudurum bozukluğu ve şizofreni, kaynağında çevresel ve genetik unsurların etkili olduğu ruhsal hastalıklardır. Bu hastalıkların kalıtım yapısına bakıldığında çok farklı fonksiyonu olan genlerin bulunduğu görülmektedir (Kokurcan, 2014: 17). Sağlık Bakanlığı'nın 9453 sayılı Bakanlık Onayı ile 06/03/2014 tarihinde yürürlüğe giren Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri Hakkında Yönerge'sinde "Ağır ruhsal hastalık: bilişsel, yönetsel ve sosyal beceri alanlarındaki yıkıcı etkisi nedeniyle yeti yitimi ile giden şizofreni ve benzeri psikotik bozukluklar ve duygudurum bozuklukları gibi kronik ruhsal hastalıklar olarak" tanımlanmıştır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2014). Bu hastalıkların doğası gereği algıda, düşüncede ve bunlara bağlı olarak davranışta gelişen anormallikler kişinin ve ailesinin yaşamını büyük ölçüde etkilemektedir. Ayrıca psikotik bozukluklar, ülkemizde tedavi merkezlerinde yatarak tedavi edilen hastaların büyük çoğunluğunu oluşturmaktadır (Delibaş ve Çam, 2018: 59). Bu durumda ağır psikiyatrik hastalığı bulunanların ciddi bir sağlık maliyetine sahip olduğunu da göstermektedir. Ağır ruhsal hastalıkların tedavisinde öncelikle farmakolojik tedavinin önemi ön plana çıkmakla birlikte psikiyatrist müdahalesi, psikoterapi, grup psikoterapi, iş uğraş terapisi vb. müdahaleler de önemlidir. Özellikle hastalığın negatif belirtileri olan sosyal hayattan

kendini çekme, istekte ve enerjide azalma, zevk alamama, kendini soyutlama,içselleştirilmiş damgalanma, özbakım becerilerinde düşüş gibi hastalık belirtilerine müdahalede bu yöntemler önemli rol teşkil etmektedir. Ayrıca bu hastalık grubunun diğer belirtileri olan ve gözle görülebilen karışık konuşma, anlamsız kelimeler, halüsinasyon, sanrılar ve varsanılarla kendini gösteren pozitif belirtiler düzenli medikal tedavi (farmakoterapi) ile daha kısa sürede tedavi edilirken, negatif belirtilerin tedavi edilmesi daha fazla zaman gerektirebilmektedir. Tüm bu belirtileri gösteren hastayla aynı evde yaşayan ve özellikle birincil bakım verenlerin yaşamı bu durumdan büyük ölçüde etkilenmektedir. Son yıllarda kronik psikiyatri hastalarının toplum içinde tedavi edilmesi anlayışının gelişmesi yakınlarının hastalarıyla ilgili daha fazla sorumluluk almaları sonucunu beraberinde getirmiştir. Böylece aileler, hakkında yeterince bilgi sahibi olmadıkları hastalıkla ve hazır olmadıkları bakım veren rolü ile karşı karşıya kalmışlardır. Ağır ruhsal hastalığı bulunan bireyle beraber yaşama ve onun bakımını üstlenme, bakım verenlerin fiziksel, sosyal, ekonomik ve duygusal yönden güçlük yaşamalarınıneden olmuştur. Toplum temelli ruh sağlığı modeliyle beraber ağır ruhsal hastalığı bulunan bireyler,TRSM’lerde sağlık profesyonelleritarafından daha uzun sürede daha geniş zaman aralığında takip edilmeye başlanmıştır. Sağlık profesyonelleri TRSM’de hem hastanın tedavi ve rehabilitasyonunu takip etmek de hem de ailelere hastalık hakkında bilgi vererek aileleri bu sürece hazırlamaktadır. Hastane yatışı sonrası taburcu olan remisyon dönemindeki hasta bireye evde ailesi tarafından bakım verilmekte, toplum ruh sağlığı merkezine devam ettiği sürede de bu merkezlerde görevli sağlık profesyonelleri tarafından sağlık bakım hizmeti verilmektedir. Ailelerin ve sağlık profesyonellerinin farklı bakım verme deneyimleri bulunmaktadır. Ailelerin genellikle; çaresizlik, gerginlik, stres, suçluluk, kızgınlık, kaygı, üzüntü, hayal kırıklığı, korku, huzursuzluk, tükenmişlik hisleri yaşadığı ayrıca hastanın işlevselliğindeki bozulmaların aileye yeni rol ve sorumluluklar yüklediğibakım verenlerin aile, iş ve sosyal yaşamlarındaki sorumluluklara ilave ettikleri bu yeni sorumluluğun bakım verenlere olumsuz deneyimler yaşattığı bilinmektedir. Bazen de bu süreçte bakımverenler; özgüven artışı, manevi doyum vb. olumlu deneyimler de yaşayabilmektedir.

TRSM’lerde görevli sağlık profesyonelleri de ağır ruhsal hastalığı bulunan bireylerle çalışırken deneyimler edinmektedir. Sağlık çalışanlarının genelinin daha

önceden bu hastalık grubuna yönelik önyargıları bulunabilmekte, TRSM’de çalışmaya başlamalarıyla düşünceleri değişmektedir. TRSM’ye yapılan görevlendirmelerde çalışacak personelin yeterli bilgi, beceri ve eğitime sahip olması durumunun gözetilmesi de gerekir. Aksi takdirde sağlık çalışanları bu alanda yetersiz hissedebilir, mesleki doyum sağlamakta güçlük yaşayabilir. Hasta ve ailelerden gelen geri bildirimler ve verimli bir ekip çalışması TRSM çalışanları için en iyi motivasyon kaynağıdır.

Bu araştırmada Antalya İli’nde hizmet veren Kumluca Devlet Hastanesi Toplum Ruh Sağlığı Merkezi’ne kayıtlı ve merkeze aktif devam eden hastaların bakım verenleri ve merkezde görevli sağlık profesyonellerinin bakım verme deneyimlerinin araştırılması ve politika önerilerinin oluşturulması hedeflenmektedir.

Bu araştırmanın ağır ruhsal hastalıklar ve bakım verme süreci hakkında; ağır ruhsal hastalığı bulunan bireylere, ailelerine ve toplum ruh sağlığı merkezi çalışanlarına katkı sağlayacağı ayrıca bu alanda yapılması planlanan akademik çalışmalara ışık tutacağı düşünülmektedir. TRSM’deki mevcut sorunların tespit edilmesinde ve ağır ruhsal hastalığı bulunan bireylere bakım verenlerin bilgi ve bilinç düzeylerinin artmasında araştırmanın etkili olacağı öngörülmektedir. Ağır ruhsal hastalığı bulunan bireylere bakım verenlerin ve sağlık profesyonellerin bilgileri, becerileri, deneyimleri, görüş ve değerlendirmeleri bu araştırmayı önemli kılmaktadır.

BİRİNCİ BÖLÜM

1. GENEL BİLGİLER

1.1.Şizofreni

Şizofreni: halüsinasyon, hezeyan gibi pozitif bulgulardan kognitif bozulmalara kadar değişiklik gösteren semptomlarla giden süregelen ruhsal bir hastalıktır (Acar ve Kartalcı, 2014: 218). Soygür vd. (2007: 1) şizofreniyi, ruhsal durumun hemen tüm alanlarında belirtiler gösteren, çoğunlukla genç yaşlarda ortaya çıkan gidiş ve sonlanışı hastadan hastaya ve süreç içinde değişen, hâlâ etiyojisi tam anlamıyla bilinmeyen ve mühim ölçüde yeti yitimine sebep olan bir halk sağlığı sorunu şeklinde tanımlamıştır. Kocal vd.(2017: 260) de şizofreninin başlangıcının akut veya sinsi biçimde ortaya çıkabileceğini ve hastalık başlamadan önce şaşkınlık, depresyon, uykusuzluk, özbakımını aksatma, konsantreolamama ve endişe gibi prodromal bulgular olabileceğini belirtmişlerdir. Bu tablo bazen birkaç hafta veya bir kaç ay sürmekle birlikte, genellikle birkaç yıla kadar devam edebilmektedir. Hastalığın ortaya çıkışında, genetik yatkınlıkla birlikte tetikleyici unsurlar etkili olmaktadır. Bu hastalıkta; düşünce, algı, biçim ve içerikte çarpıtmalar (sanrılar ve halüsinasyonlar), değişmiş ruh hali (düzleştirilmiş, uygunsuz veya künt etki),amaçsız davranış (tuhaf) ve basmakalıp aktivite veya hareketsizlik görülebilmektedir (Ayuso Mateos, 2000: 1). Van Os vd. (2010: 203) psikotik sendromun ilişkili semptom boyutlarını;psikoz (halüsinasyonlar ve sanrılar), motivasyon bozukluğu (avolasyon veya motivasyon), duygusal düzensizlik (depresyon, mani) ve bilgi işlemedeki değişiklikler (bilişsel bozulma) şeklinde tanımlamıştır. Şizofreni tahrip edicidir; halüsinasyonlar, dezorganize düşünce, amaca yönelik davranışların kaybı ve sosyal işlevsellikte bozulmayla karakterizedir. Hastalık sürecinde bu hastaların çoğu çalışıyorlarsa işlerini, öğrenciyseler eğitimlerini sürdüremezler(Shultz ve Andreasen, 1999; Akt. Kendi ve Güney, 2001: 2). Şizofreni özelliklerine bakıldığında olası ilk belirtileri halüsinasyonlar ve delüzyonlardır ancak şizofrenili bir birey düşünüldüğünde görünümü ve davranışları özgündür (Alan vd., Çev. Ed. Akı, 2015: 3). Öztürk (1994: 187)de şizofreninin çok heterojen görünümlü bir bozukluk olduğundan tek tip bir genel görünümle tanımlanamayacağını, hastaların genelinde belirgin donukluk, vurdumduymazlık, ilgisizlik ve çekingen

görünüm olduğunu; uzun süredir hasta olan bireylerde dağınık, bakımsız, genel görünüm ve özbakım eksikliği semptomları görülebileceğini belirtmiştir. Ayrıca iletişimde, bilişsel yetilerde, duygulanımda, idrakta, düşüncede, hareketlerde ve fizyolojik özelliklerde farklılıklar oluşabilmektedir. Şizofreni tanısı bulunan kişilerde daima hastalıktan önceki işlevselliğinde az ya da çok hasar meydana gelmekte ve kişinin sahip olduğu güç azalmaktadır. Bireylerin günlük yaşamları etkilendiği için başkasına bağımlı hale gelebilmektedirler (Summakoglu ve Ertugrul, 2018: 48; Çetin vd.,2013: 20).

1.1.1. Şizofreni Epidemiyolojisi

Şizofreni tüm toplumlarda görülebilir, bugüne kadar şizofreninin tedavisi ve özellikleri ile ilgili oldukça fazla sayıda araştırma yapılmıştır (Yavuz, 2008: 50; Kocal vd., 2017: 251). Şizofreni, dünya çapında 21 milyon kişiyi etkileyen ciddi bir ruhsal bozukluktur. Düşünme, algılama, duygu, dil, benlik ve davranış duygusu gibi çarpıtmalarla karakterizedir (Mishra vd., 2016: 26). Sayısal olarak bakıldığında toplumun yaklaşık %1'ine etki eden çoğunlukla yirmi beş yaşından önce ortaya çıkan, tüm toplumsal gruplarda görülebilen iletişim, sosyal ilişki, iş becerilerini bozan ve kronik ilerleyen çok boyutu olan bir ruhsal rahatsızlıktır (Sadock ve Sadock, 2005).

Binbay vd. (2011: 40)'nin araştırmasında ülkemizdeki şizofreni yaygınlığının diğer ülkelerde bildirilen tahminlere göre daha yüksek olduğu görülmüş ve bu sonuçta örneklem özelliklerinin, çevresel risk etkenlerinin ve araştırmalarda kullanılan yöntemlerin de etkisinin olabileceği düşünülmüştür. Elde edilen epidemiyolojik veriler bu yüksekliğin nedenini anlamak için yetersiz kalmaktadır.

Karamustafalıoğlu vd. (1998: 22)'nin çalışmasında cinsiyet durumuna göre değerlendirme yapıldığında erkeklerde hastalık başlangıcının daha erken, negatif semptomların daha çok, tedaviye cevabın daha az, obstetrik komplikasyonların ve beyin görüntüleme incelemelerinde anomali varlığının daha yoğun; kadınlarda ise ailelerinde psikoz öyküsünün daha çok, hastalık öncesi işlevsellik, mesleki uyum, sosyalliğin ve hastalığın seyrinin daha iyi olduğunun görüldüğü belirtilmiştir. Şizofreni ile ilgili gerçekleştirilen epidemiyolojik çalışmalarda genellikle erkeklerde ve kadınlarda rastlanma oranlarının denk ve başlangıç yaşının erkeklerde daha erken olduğu, sosyal ve

ekonomik yönden sorun yaşayan ailelerde şizofreniyle karşılaşma durumunun daha sık olduğu tespit edilmiştir (Kocal vd., 2017: 251).

Bu hastalık 15-40 yaş aralığında ortaya çıkmakla birlikte çoğunlukla 18-25 yaş aralığında hastalığı tetikleyebilecek stresörlerle karşılaşıldığında başlayabilmektedir (Öztürk, 1994: 185). Alptekin vd.(2009)'nin çalışmasında da toplum genelinde bu hastalığın ömür boyu yaygınlığı kadınlarda bin kişide 6.5 iken, erkeklerde bin kişide 11.6 olup, eğitim durumu (yüksek ya da düşük) ve medeni durumla (bekâr veya evli olma) arasında ilişkisi saptanmadığı görülmüştür (Akt. Binbay vd., 2011: 45).

1.1.2. Şizofreni Etiyolojisi

Günümüzde psikoz çalışmaları odağında, hastalığın nedeninin keşfedilmesi konusunda güçlük yaşanmaktadır. Psikoz veya şizofreni dediğimiz klinik tablonun sınırlarının çok karışık olması bunun en önemli nedenidir (Binbay vd., 2014: 269). Bu hastalığı açıklamak için özgün araştırmalara ihtiyaç vardır; özgün katkıların yapılabileceği alanlar içerisinde göç, kentleşme, etnik ayrımcılık, madde kullanımı gibi çevresel etkenlerin iyi araştırılması ön planda yer almalıdır (Binbay vd., 2010: 13).

Şizofreniye neden olan faktörler kesin olarak bilinmemekle beraber genetik, biyolojik, kimyasal, psikolojik çevresel ve toplumsal unsurların hastalığın ortaya çıkışı üzerindeki etkisi hakkında araştırmalar yapılmaktadır. Şizofreni tanısı olan hasta ve yakınları arasındaki bağıntının zaman içerisindeki değişim ve gelişimi incelendiğinde daha evvel bu hastalığın bütünüyle biyolojik veya psikolojik yönden değerlendirilerek çözülmeye çalışıldığı görülmüştür (Arslantaş vd., 2009: 4; Gülseren, 2002: 146). Bu hastalığın ortaya çıkışında etkili olan etmenler arasında genetik faktörlerin önemi büyüktür ve kalıtımla alakalı gelişmelerin katkısıyla son dönemlerde bağlantı analizleriyle şizofrenide riski artıracak birçok gen tanımlanabilmiştir (Acar ve Kartalcı, 2014: 217). Şizofreninin oluşmasında kalıtsal unsurların yanı sıra kalıtıma bağlı olmayan etkenlerin de etkili olduğu görülmektedir. Bilinen verilerle bir kişide şizofreni oluşma riskini belirleme olası değildir. Yapılan araştırmalar ve tartışmalara bakıldığında bu hastalıkta tek gen geçişi gibi basit bir genetik geçiş şeklinin bulunmadığı düşünülmektedir (Ateş ve Abay, 2001: 55,57). Ailede hastalık öyküsü varsa genetik yatkınlık olan kişilerde şizofreni görülme ihtimali artmaktadır. Şizofreni görülmesi

açısından en riskli grup, tek yumurta ikizleri olarak değerlendirilebilir. Daha sonra ise baba ve annenin her ikisinin de şizofreni olduğu kişilerde bu risk oranı artmaktadır (Gottesman, 1991; Akt. Algönül, 2017: 4). Hastalıkla ilgili çevre faktörü değerlendirildiğinde bu hastalığın ortaya çıkışında önemli bir rolü olduğu görülmektedir. Psikotik sendrom için çevresel risklerin incelenmesi, metodolojik olarak geçerli olabilir ve çevrenin hangi yönlerinin bu hastalığı gerçekten açıkladığı veya aracılık ettiği tespit edilebilir (Van Os vd., 2010: 203).

Eren (2006: 45)'nin yaptığı araştırmada tıbbi kayıtlardan ve hastalardan edinilen bilgilerle, işlevsellik boyutunda mesleki aktiflik durumları değerlendirildiğinde erkeklerin genelde işlevselliğinin düşük olduğu, düzenli bir iş yaşamlarının bulunmadığı saptanmıştır. Ev hanımı olan kadınlarda da kendilerinden beklenen ev hanımlığı ile alakalı temel ev işlerini yerine getirebildiği belirtilmiştir.

Hafner (2002: 187-288)'in çalışmasında da şizofreninin sosyal seyri ve hastalığın şiddetinin yaşam döngüsü boyunca önemli değişkenlik gösterdiği erkeklerindaha genç yaşta daha kötü, ileri yaşlarda önemli ölçüde iyi olduğu; kadınların menopoza yaşına kadar çok iyi, daha sonra kötüleştiği, uzun vadede kadınların hastalıkla daha iyi başa çıktığı ve sonuç olarak erkeklerden daha iyi yaşam doyumuna sahip oldukları belirtilmiştir. Şizofreni genellikle genç yetişkinlikte başlar. Yaşam beklentisi, çoğunlukla intihar sonucunda yaklaşık 10 yıl azalır. Bugün hastalığın seyri başlangıçta tarif edilenden daha elverişli sayılsa bile tam olarak iyileşenlerin sayısı etkilenenlerin sadece azınlığıdır (Rössler vd., 2005: 399).

1.1.3. Şizofreni ve Tedavi

İnsan ruhsal, bedensel ve sosyal yönlerden bir bütündür. Ruh sağlığı alanında insanlar sağlık hizmetlerinden, diğer branşlara göre daha bütüncül bir şekilde faydalanabilmektedir (Summakoglu ve Ertugrul, 2018: 51). Şizofreni genellikle tam veya kısmi remisyon dönemleri ile değişen nöksler ile karakterize kronik bir hastalıktır (Herz vd., 2000: 277). Hastalığın erken teşhisi bir remisyondan sonra nöks için yüksek riskli hastalık dönemi bakımından açıkça önemlidir (Hooley, 2007: 330).

Şizofreninin tedavisinde farmakoterapi; tedavi sürecinin en önemli unsuru olup psikotrop ilaçların yararı ilacı öngörülen şekilde hastalarca alınmasına bağlı olmasına

karşın tedavinin başında ilk önce doktor ve hastası arasında terapötik ve güven ilişkisinin kurulması ayrıca bu süreçte işbirliğini etkileyebilecek dezorganizasyon, bilişsel bozukluk ve sosyal destek yetersizliği vb. etkenler tespit edilmelidir (Kocal vd., 2017: 263; Roberts, 2011: 361-362). Karamustafalıoğlu vd. (1998: 29)'nin yapmış olduğu çalışmaya göre şizofreni tedavisinde kadın hastaların tüm tedavilere daha iyi oranda cevap verdikleri, daha az antipsikotik dozuna ihtiyaç duydukları ve psikososyal tedavi ve rehabilitasyondan yararlanmaları olasılığının daha çok olduğu belirtilmiştir. Bu gözlemler, tedavi programlarında ve müdahalelerinde cinsiyete özgü değişikliklerin gündeme getirilmesinin yararlı olabileceğini düşündürmektedir. Bu hastalara düşük dozda verilen antipsikotiklerle beraber sosyal ve psikolojik tedavi tekniklerinin de kullanılması ailenin ve hasta bireyin yaşam şartlarını iyileştirmektedir (Hogarty,1993: 18; Akt. Algönül, 2017: 8).

Şizofreni hastalığının tedavisinde de çok yönlü müdahale gereklidir. Şizofreni kapsamlı ve uzun vadeli bireysel özelliklere göre tedavi ihtiyaçlarının olduğu bir tanıdır. Bu hastaların ailelerine yönelik müdahale programlarında aile ve akrabalar eğitilmekte ve hastalıkla daha etkili başa çıkabilmektedirler. Bu aile eğitimlerinin hastalığın gidişatı üzerinde olumlu etkileri olmakla beraber bu hastalığın tedavisinde elde edilen sonuçlar mütevâzidir (Bellack ve Mueser, 1993: 317). Aileler çoğu zaman şizofreni hastalığı ve tedavisi hakkında yeterli bilgi ve beceriye sahip değildir. Hastanın bakımını sağlayan yakınlarının hastalıkla alakalı inanç, düşünce ve görüşleri hastaya karşı davranışlarını ve dolaylı yoldan hastalığın gidişatını etkileyebilen önemli unsurlardır (Ran vd., 2003; Akt. Yıldız vd., 2010: 2). Bu hastalıkta yakınlar tedavinin bir parçası olarak görülmeli, ailenin şizofreniyle ilgili bilgileri, algısını ve şizofreniyle baş etme yetilerini dikkate almak ve bunlar arasındaki bağlantının tanımlanabilmesi ve hastalıkla ilgili sorunların çözümünde bakım veren yakınlarla bir uyum, uzlaşma oluşturulmasına ortam oluşturacaktır (Şenkal Ertürk ve Kömürcü, 2017: 48). Bu nedenle hastalara ve ailelerine yönelik psikoeğitimler gerçekleştirilmektedir. Yapılan psikoeğitimlerle hastalığı iyileştirmek, uyumu artırmak ve erken nüksü önlemek için bilgi, daha iyi refah duygusuna katkıda bulunmak için bir amaçtır. Ayrıca aileler hastalık, iletişim kurma yolları, aile ve çevresel stresi azaltma konusunda bilgilendirilmektedir. Böylece aileler ve hastalar; hastalıkla daha iyi başa çıkabileceklerini öğrenmekte ve hastanın yeniden hastaneye yatışının azaltılması amaçlanmaktadır. Görüldüğü gibi psikoeğitimler; bilişsel, davranışsal, eğitici ve

destekleyici müdahaleleri içermektedir (Praskoa vd., 2011: 386-387). Hastalara yönelik bireysel psikoterapi, aile terapileri, grup psikoterapileri düzenlenmekte bu terapilerden yararlanan hastaların sosyal işlevsellik, istihdam durumu, kişiler arası iletişim, ailevi görevler, topluma kendisini ait hissetme gibi öznel fonksiyonelliğini artırmada gelişme sağlandığı alanda çalışan uzmanlar tarafından kabul görmüştür (Emiroğlu, 2009: 10). Şizofreni hastaları ve aileleri için psikoeğitim, tüm şizofreni hastalarına sunulan kapsamlı bir psikososyal tedavi paketinin temel bir parçası olmalıdır. Gelecekteki araştırmalar, aile müdahalelerinin klinik rutine entegre edilmesi sürecine odaklanmalı ve değerlendirmeli ve uzun vadeli etkileri daha ayrıntılı olarak incelemelidir (Pitschel Wcdz vd., 2001: 87). Şizofreni hastalarının işlevselliğinin artırılması için psikiyatrik rehabilitasyondan faydalandırılması gereklidir. Psikiyatrik rehabilitasyon şizofreni tedavisinin temel bileşenlerinden biri haline gelmiştir. Ruh sağlığı alanında gerçekleştirilen rehabilitasyonla; inatçı semptomlarla kendini gösteren ve giden fonksiyonel yetersizliği ve bozukluğu devam eden kişilerin sosyal ve ruhsal ihtiyaçlarını gidermek için gerçekleştirilen kapsamlı, koordineli ve uzun vadeli çalışmaların tamamıdır (Sönmez, 2009: 18). Baştuğ ve Karancı (2018: 8)'nın çalışmasında şizofreni hastalığı bulunan hastaların becerilerine veya mesleklerine uygun işlerde çalıştırılmasının bireysel ve sosyal iyilik hali için önemli olduğu, hastalığın psikolojik semptomlarını hafifletecek damgalamanın ve sosyal çekinmenin neden olduğu yalnızlığı azaltacak işsizliğe ve iletişimin bozulmasına bağlı olarak kaybedilen yetilerin kazandırılmasına yardım edecek müdahale planlarının geliştirilmesinin öneminden söz edilmiştir.

1.1.4. Şizofreni Tanı Kriterleri

Amerikan Psikiyatri Birliği tarafından yayımlanan Psikiyatride Hastalıkların Tanımlanması ve Sınıflandırılması El Kitabı Yeniden Gözden Geçirilmiş Beşinci Baskı (DSM-V)'ya göre şizofreni tanı kriterleri aşağıda belirtilmiştir.

DSM-5-TR Şizofreni Tanı Ölçütleri (F20.9)

“A. Aşağıdaki belirtilerden ikisinden (ya da çoğundan) her biri, bir aylık (ya da başarıyla

tedavi edilmişse daha kısa) bir sürenin önemli bir kesiminde bulunur. Bunlardan en az

birinin (1), (2) ya da (3) olması gerekir.

1. Sanrılar.

2. Varsanılar.

3. Darmadağın konuşma (örn. sık sık konudan sapma gösterme ya da anlaşılmaz konuşma).

4. İleri derecede dağınık davranış ya da katatoni davranışı.

5. Silik (negatif) belirtiler (duygusal katılımda azalma ya da kalkışmama).

B. Bu bozukluğun başlangıcından beri geçen zamanın önemli bir kesiminde, iş, kişilerarası ilişkiler ya da kendine bakım gibi, bir ya da birden çok ana alanda işlevsellik düzeyi, bu bozukluğun başlangıcından önce erişilen düzeyin belirgin olarak altındadır (ya da çocukluk ya da ergenlikte başlamışsa, kişilerarası, okulda ya da işle ilgili işlevsellik, erişilmesi beklenen düzeye erişemez).

C. Bu bozukluğun süregiden bulguları en az altı ay sürer. Bu altı aylık evre, A tanı ölçütünü karşılayan, en az bir aylık (ya da başarıyla tedavi edilmişse daha kısa süreli) belirtileri (açık evre belirtilerini) kapsamalıdır ve ön (prodromal) ve artakalan (rezidüel) belirti evrelerini kapsayabilir. Bu bozukluk, ön ya da artakalan evreleri sırasında, yalnızca silik (negatif) belirtilerle ya da bu hastalığın A tanı ölçütünde sıralanan iki ya da daha çok belirtinin eşikaltı biçimleriyle (örn. yadırganacak denli olağana aykırı inançlar, olağandışı algısal yaşantılar) kendini gösterebilir.

D. Şizoduygulanımsal (şizoaffektif) bozukluk ya da psikoz özellikleri gösteren depresyon bozukluğu ya da ikiye bölünmüş (bipolar) bozukluk dışlanır, çünkü ya açık evre belirtileriyle eşzamanlı olarak yeğin (majör) depresyon ya da mani dönemleri ortaya çıkmamıştır ya da açık evre belirtilerinin olduğu sırada duygu durum dönemleri ortaya çıkmışsa bile, bunlar hastalığın açık ve artakalan dönemlerinin toplam süresinin az bir kesiminde bulunmuştur.

E. Bu bozukluk bir maddenin (örn. kötüye kullanılan bir madde, bir ilaç) ya da başka bir sağlık durumunun fizyolojiyle ilgili etkilerine bağlanamaz.

F. Otizm açılımı kapsamında bir bozukluk ya da çocuklukta başlayan bir iletişim bozukluğu öyküsü varsa, şizofreni tanısı konabilmesi için gerekli diğer belirtilerin yanı

sıra belirgin sanrılar ya da varsanılar da en az bir aylık (başarıyla tedavi edilmişse daha kısa) bir süreyle varsa, ayrıca şizofreni tanısı da konur” (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2013: 49-50).

DSM-5-TR Şizoduygulanımsal (Şizoaffektif) Bozukluk Tanı Ölçütleri (F25)

“A. Yeğın (majör) bir duygudurum dönemiyle (yeğın depresyon ya da mani dönemi) eşzamanlı olarak şizofrenin A tanı ölçütünün karşılandığı, kesintisiz bir hastalık sürecinin olması.

NOT: Yeğın depresyon dönemi A 1 tanı ölçütünü kapsamalıdır: Çökkün duygudurum.

B. Hastalığın yaşam boyu süresince, yeğın bir duygudurum döneminin (depresyon ya da mani dönemi) olmadığı iki ya da daha çok hafta, sanrılar ya da varsanılar bulunur.

C. Yeğın bir duygudurum döneminin tanı ölçütlerini karşılayan belirtileri, hastalığın açık ve artakalan kesiminde, toplam sürenin büyük bir çoğunluğunda bulunur.

D. Bu bozukluk, bir maddenin (örn. kötüye kullanılabilen bir madde, bir ilaç) ya da başkabir sağlık durumunun fizyoloji ile ilgili etkilerine bağlanamaz” (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2013: 51).

Şizofreni Alt Tipleri (DSM IV Tanı Ölçütleri)

“Paranoid tip

A) Bir ya da birden fazla sanrı veya sıklıkla işitme varsanılarının bulunması.

B) Dezorganize konuşma, dezorganize veya katatonik davranış, düz veya uygunsuz duygulanım klinik görünümde baskın değildir.

Dezorganize tip

Aşağıdaki tüm ölçütler karşılanmalıdır.

A) Dezorganize konuşma, dezorganize davranış, düz veya uygunsuz duygulanım.

B) Katatonik tip ölçütleri karşılanmamalıdır.

Katatonik tip

Aşağıdakilerden iki veya daha fazlası klinik görünümüne hâkimdir.

A) Katalepsi (balmumu esnekliğini de kapsamalı) ya da stupor ile karakterize motor hareketsizlik.

B) Amaçsız ve dış uyarıdan etkilenmeyen aşırı motor aktivite.

C) Aşırı negativizm (tüm girişimlere hareketsiz direnç ya da hareket ettirme girişimlerine rağmen katı postürü sürdürme) yada mutizm.

D) Postür alma, bunun da kanıtı olarak istemli hareketlerde tuhafliklar (uygunsuz ve bizar postürlerin takınılması), sterotipik hareketler, belirgin mannerizm veya belirgin grimas.

E) Ekolali veya ekopraksi.

Ayrışmamış tip

DSM-IV-TR'deki A ölçütleri karşılanmıştır ancak paranoid, dezorganize, katatonik tip tanıkriterleri tam olarak karşılanmaz.

Rezidüel tip

Aşağıdaki ölçütler karşılanmıştır.

A) Belirgin sanrı, varsanı, dezorganize konuşma ve ileri derecede dezorganize ya da katatonik davranışın olmaması.

B) Negatif semptomların ya da A ölçütündeki iki ya da daha fazla semptomun daha hafif biçiminin varlığı ile belirlendiği üzere bu bozukluğun sürdüğüne ilişkin kanıtlar vardır”(American Psychiatric Association, 1994; Akt. Şimşek, 2006: 9-10).

1.2.Bipolar Bozukluk

Bipolar bozukluk en zayıflatıcı ve ciddi ruhsal hastalıklar arasındadır (Dell’Aglia vd., 2013: 100).Bu hastalık oldukça tekrarlayıcıdır ve komorbidite oranları yüksektir. Çalışmalar anksiyete komorbiditesinin, intihar girişimi ve kötü genel sonuç riski ile ilişkili olduğunu göstermiştir (Williams vd., 2008: 275). Bipolar bozukluk beyni etkileyerek kişinin duygu durumunda, enerjisinde ve günlük yapması gereken işleri yerine getirme yetisinde bozulmalara neden olmaktadır. Bu tanının en belirgin özelliği duygudurum dalgalanmalarıdır (Silver ve Wellman, 2002: 831-836). Gürsoy vd. (2018: 4)’ne göre bipolar bozukluk uzun süreçli, ataklar esnasında önemli fonksiyon

kaybına neden olan bir ruhsal hastalıktır. Ayrıca bu tanıda hastalığın remisyon dönemleriyle gittiği, hastalığın özellikleri arasında depresif nöbetler ve manik dönemlerin görüldüğü, hastanın bariz şekilde psikososyal becerilerinin bozulduğu ve yeti yitimine uğradığı bir tablo söz konusudur (Akt. Can Saka vd., 2001: 284). Uğur (2008: 60) tarafından yapılan araştırmada da iki uçlu duygudurum bozuklukları; “nöbetler şeklinde kendini gösteren, bireyin becerilerinde, yetilerinde bozulmaya neden olan, geçirilen nöbetlerin iyileşmesi ve nöbetlerin arasında sağaltım, iyilik halinin bulunduğu dönemlerle karakterize olan, hastalığın gidişinde hastanın duygulanımında sürekli bir artışa neden olarak döngüsel veya dönemsel şekilde tekrar eden belirtilerdir” şeklinde tanımlanmıştır.

1.2.1. Bipolar Bozukluk ve Epidemiyoloji

Merikangas vd. (2011: 241)’nin araştırmasında hayat boyu genellikle görülme oranları bipolar-II için % 0,4, bipolar-I için %0,6 ve eşik altı bipolar bozukluk için %1,4 bulunmuştur. Bipolar bozuklukta hastalık semptomları genellikle ergenlik döneminde ortaya çıkmaktadır. Bu hastalıkta depresif dönemden manik döneme doğru değişim gösteren karma durum ve bir yıl içerisinde birçok atakların olduğu (bazen hızlı tekrarları içeren klinik belirtiler) bilinmektedir (Özalp ve Karslıoğlu, 2015: 401). Ergenlikten önce nadir görülen bipolar bozukluğun başlangıç yaşı genelde erkeklerde 18, kadınlarda 20’dir. Hastalığın başlangıcı 20’lerin ortasında daha sık görülse de hastalığın ilk bulgularının 15-19 yaşları arasında ortaya çıktığı düşünülmektedir. Bu durumu 20-24 yaşları arasındaki ikinci bir atak takip etmektedir. Bu sebeple semptomların ilk ortaya çıktığı dönemle ilk hastane yatışı arasında 5 ile 10 yıllık bir ara vardır (Güleç ve Köroğlu, 2007; Akt. Demiroğlu, 2018: 14-15). İki uçlu duygudurum bozukluğunun ömür boyu yaygınlığı erkek ve kadın karşılaştırıldığında farklılık gösterdiği ayrıca hastalığın tıbbi özellikleri ve gidişinde yaş, cinsiyet açısından değişiklikler olduğu bulunmuştur. Bu hastalarda hastalığın ilk ortaya çıktığı yaş, madde kullanım öyküsü, yatış süreci ve ne kadar yatarak tedavi gördüğü; psikotik özellikler açısından kadınlar ve erkekler arasında farklılık olduğu tespit edilmiştir (Akarsu vd., 2012: 279-280).

Bipolar bozukluk tanısı olan yetişkinlerin çocuklarında yine söz konusu hastalığa sahip çocukların anne ve babasında ya da kan bağı olan yakınlarında rastlanma verilerinin yüksek oranda tespit edilmesi kalıtsal etiyolojinin önemine dikkat

çekmiştir (Baytunca vd., 2014: 50). Turan (2007: 65)'nın araştırmasında bipolar bozukluğun genetik yüklülük gösteren bir yapıya sahip olduğu belirtilmiştir. Söz konusu araştırmada yakınlarda ruhsal rahatsızlık geçmişi % 68 bulunduğu, birinci derece aile üyelerinde ruhsal rahatsızlık durumu % 54 olarak ve bu hastalıkların da % 38'inde duygudurum bozukluğu olduğu tespit edilmiştir.

1.2.2. Bipolar Bozukluk ve Etiyoloji

İki uçlu duygudurum bozukluğu kendini tekrar eden, hipomani, mani, depresyon ve karma dönemlerle giden süregelen bir yapıya sahiptir. Etiyolojisi hakkında çeşitli tartışmalar bulunmaktadır; kalıtsal, çevresel, nörobiyolojik ve hormonal etmenler, nörokimyasal etkenlerden söz edilmekte ve çalışmalar gerçekleştirilmekte ancak bu hastalığın etiyolojisi halen tam olarak aydınlatılamamıştır (Baytunca vd., 2014: 52). Barnett ve Smoler (2009: 331)'in çalışmasında bipolar bozukluk, mani ve depresyon atakları ile karakterize bir duygudurum bozukluğu denilmektedir. İkiz çalışmalar, bipolar bozukluğun en kalıtsal tıbbi bozukluklar arasında olduğunu ve spesifik duyarlılık genlerini belirleme çabalarının son yirmi yılda yoğunlaştığını göstermiştir. Bu hastalığın erkekler ve kadınlarda eşit oranda görülmesi muhtemel olup genellikle bireylerde tekrarlayan majör depresyon atakları vardır. Manik bölümler anormal ve sürekli olarak yükselen dönemlerde kişinin aşağıdaki semptomlara sahip olabileceği irritabl veya geniş ruh hali, şişirilmiş benlik saygısı veya görkem, fikirlerin uçuşu veya yarışı, azalan uyku ihtiyacı, normalden daha konuşkan olma veya konuşmaya devam etme isteği, dikkat dağınıklığı, psikomotor ajitasyon veya acı verici sonuçlara sebep olabilecek zevkli aktivitelere aşırı katılım görülür (Vega vd., 2011: 664).

1.2.3. Bipolar Bozukluk Tanı Kriterleri

DSM-V'in ortaya çıkmasıyla birlikte "karışık bölüm" terimi bırakılmış ve yerini maniklere geniş çapta uygulanabilecek "karışık özellikler" belirteci almıştır, bipolar spektrumda ve majör depresifte hipomanik ve depresif ataklar bozukluklar belirginleşmiştir (Muneer, 2017: 1).

DSM-V'te iki uçlu duygudurum bozukluğu, bipolar bozukluk I ile bipolar bozukluk II olarak ikiye ayrılmıştır.

“Bipolar bozukluk I tanısının konulabilmesi için minimum bir mani dönemi ve evellinde veya daha sonra bir hipomani ya da majör depresyon süreci yaşanması tanı için gerekli kriterlerindendir.

İki uçlu duygudurum bozukluğu II’de ise o süreçte veya daha önceden çıkmış olan bir hipomani dönemi için o süreçte veya geçmiş dönemde meydana gelmiş, ortaya çıkmış olan majör dönemi yaşanması ve bu dönemler arasındaki geçişlerin bireylerin işlevselliklerini etkilemesi kriterlerdendir. Her iki tür içinde belirtilerin ortaya çıktığı dönemde başka bir ruhsal hastalığın bulunmaması bir diğer kriterdir” (DSM-V, 2013).

DSM –V Mani Dönemi Tanı Kriterleri

“A. Kabarmış, taşkın ya da çabuk kızan, olağandışı ve sürekli duygudurumun ve amaca yönelik etkinlikte ve içsel güçte, olağandışı ve sürekli bir artışın olduğu ayrı bir dönemin, en az bir hafta (ya da hastaneye yatırılmayı gerektirmişse herhangi bir süre) süreyle, neredeyse her gün, günün büyük bir bölümünde bulunması.

B. Duygudurum bozukluğunun olduğu ve içsel güçte ya da etkinlikte artma olduğu dönem boyunca, aşağıdaki belirtilerden üçü (ya da daha çoğu) (çabuk kızan bir duygudurum varsa dördü) belirgin derecede vardır ve bunlar olağan davranışlardan önemli ölçüde değişiktir:

1. Benlik saygısında abartılı bir artış ya da büyüklük düşünceleri.
2. Uyku gereksiniminde azalma (örn. yalnızca üç saatlik bir uykuyla kendini dinlenmiş olarak duyumsar).
3. Her zamankinden daha konuşkan olma ya da konuşmaya tutma.
4. Düşünce uçuşması ya da düşüncelerinin sanki birbiriyle yarışıyor gibi birbiri ardı sıra geldiğine ilişkin öznel yaşantı.
5. Dikkat dağınıklığı (kişinin dikkati, önemsiz ya da ilgisiz bir dış uyarana kolaylıkla dağılır) olduğu bildirilir ya da öyle olduğu gözlenir.
6. Amaca yönelik etkinlikte artma (toplumsal olarak işte ya da okulda ya da cinsel bağlamda) ya da psikodevinsel kıskırma (ajitasyon) (bir amaca yönelik olmayan anlamsız etkinlik).

7. Kötü sonuçlar doğurabilecek etkinliklere aşırı katılma (örn. aşırı para harcama, düşüncesizce cinsel girişimlerde bulunma ya da gereksiz iş yatırımları yapma).

C. Duygudurum bozukluğu, toplumsal ya da işle ilgili işlevsellikte belirgin bir düşmeye neden olacak denli ya da kişinin kendisine ya da başkalarına bir kötülüğünün dokunmaması için hastaneye yatırılmasını gerektirecek denli ağırdır ya da psikoz özellikleri vardır.

D. Bu dönem, bir maddenin (örn. kötüye kullanılabilen bir madde, bir ilaç, başka bir tedavi) ya da başka bir sağlık durumunun fizyolojiyle ilgili etkilerine bağlanamaz.

Not: Antidepresan tedavi (örn. ilaç tedavisi, elektrokonvülsif terapi) sırasında ortaya çıkan ve söz konusu tedavinin fizyolojiyle ilgili etkilerinin ötesinde sendrom düzeyinde süren tam bir mani dönemi, bir mani dönemi için dolayısıyla iki uçlu I bozukluğu tanısı için yeterli bir kanıttır.

Not: A-D tanı ölçütleri bir mani dönemini oluşturur. İki uçlu I bozukluğu tanısı konabilmesi için yaşam boyu en az bir kez mani dönemi geçirilmiş olması gerekir”(DSM-V, 2013).

DSM –V Hipomani Dönemi Tanı Kriterleri

“A. Kabarmış, taşkın ya da çabuk kızan, olağandışı ve sürekli bir duygudurumun ve etkinlikte ve içsel güçte, olağandışı ve sürekli bir artışın olduğu ayrı bir dönemin, en az dört ardışık gün süreyle, neredeyse her gün, günün büyük bir bölümünde bulunması.

B. Duygudurum bozukluğunun olduğu ve içsel güçte ya da etkinlikte artma olduğu dönem boyunca, aşağıdaki belirtilerden üçü (ya da daha çoğu) (çabuk kızan bir duygudurum varsa dördü) sürmüştür, bunlar olağan davranışlardan önemli ölçüde değişik ve belirgin derecede olmuştur:

1. Benlik saygısında abartılı bir artış ya da büyüklük düşünceleri.
2. Uyku gereksiniminde azalma (örn. yalnızca üç saatlik bir uykuyla kendini dinlenmiş olarak duyumsar).
3. Her zamankinden daha konuşkan olma ya da konuşmaya tutma.
4. Düşünce uçuşması ya da düşüncelerinin sanki birbiriyle yarışıyor gibi birbirinin ardı sıra geldiğine ilişkin öznel yaşantı.

5. Dikkat dağınıklığı (kişinin dikkati, önemsiz ya da ilgisiz bir dış uyarana kolaylıkla dağılır) olduğu bildirilir ya da öyle olduğu gözlenir.

6. Amaca yönelik etkinlikte artma (toplumsal olarak işte ya da okulda ya da cinsel bağlamda) ya da psikodevinsel kışkırtma (ajitasyon) (bir amaca yönelik olmayan anlamsız etkinlik).

7. Kötü sonuçlar doğurabilecek etkinliklere aşırı katılma (örn. aşırı para harcama, düşüncesizce cinsel girişimlerde bulunma ya da gereksiz iş yatırımları yapma).

C. Bu dönem, kişinin belirtisiz olduğu zamanlarda olduğundan çok daha değişik, işlevsellikte belirgin bir değişikliğin görüldüğü bir dönemdir.

D. Duygudurum bozukluğu ve işlevsellikte olan değişiklik başkalarınca gözlenebilir.

E. Bu dönem, toplumsal ya da işle ilgili işlevsellikte belirgin bir düşmeye neden olacak denli ya da kişinin kendisine ya da başkalarına bir kötülüğünün dokunmaması için hastaneye yatırılmasını gerektirecek denli ağır değildir. Psikoz özellikleri varsa, söz konusu dönem, tanım olarak, mani dönemidir.

F. Bu dönem, bir maddenin (örn. kötüye kullanılabilen bir madde, bir ilaç, başka bir tedavi) fizyolojiyle ilgili etkilerine bağlanamaz.

İkiuçlu I Bozukluğu için not: A-F tanı ölçütleri bir hipomani dönemini oluşturur. İkiuçlu I bozukluğunda hipomani dönemleri sık görülür ancak ikiuçlu I bozukluğu tanısı konulabilmesi için hipomani dönemlerinin olması gerekli değildir.

İkiuçlu II Bozukluğu için not: Antidepresan tedavi (örn. ilaç tedavisi, elektrokonvülsif terapi) sırasında ortaya çıkan ve söz konusu tedavinin fizyolojiyle ilgili etkilerinin ötesinde sendrom düzeyinde süren tam bir hipomani dönemi, bir hipomani dönemi tanısı için yeterli bir kanıttır. Ancak bir ya da iki belirti (özellikle antidepresan kullanımından sonra ortaya çıkan çabuk kızmada artış, sinirlilik ya da kışkırtma belirtileri) bir hipomani dönemi tanısı için ne yeterli sayılmalı, ne de ikiuçlu bozukluğa yatkınlığın bir göstergesi olarak görülmelidir”(DSM-V, 2013).

DSM-V Yeğîn (Majör) Depresyon Dönemi Tanı Kriterleri

“A. Aynı iki haftalık dönem boyunca, aşağıdaki belirtilerden beşi (ya da daha çoğu) bulunmuştur ve önceki işlevsellik düzeyinde bir değişiklik olmuştur; bu

belirtilerden en az biri ya (1) çökkün duygudurum ya da (2) ilgisini yitirme ya da zevk almamadır. Not: Açıkça başka bir sağlık durumuna bağlı belirtileri kapsamayın.

1. Çökkün duygudurum, neredeyse her gün, günün büyük bir bölümünde bulunur ve bu durumu ya kişinin kendisi bildirir (örn. üzüntülü, boşlukta ya da umutsuzdur) ya da bu durum başkalarınca gözlenir (örn. ağlamaklı görünür). (Not: Çocuklarda ve ergenlerde kolay kızan bir duygudurum olabilir.)

2. Bütün ya da neredeyse bütün etkinliklere karşı ilgide belirgin azalma da bunlardan zevk almama durumu, neredeyse her gün, günün büyük bir bölümünde bulunur (özel anlatıma göre ya da gözlemle belirlenir).

3. Kilo vermeye çalışmıyorken (diyet yapmıyorken) çok kilo verme ya da kilo alma (örn. bir ay içinde ağırlığının % 5'inden daha çok olan bir değişiklik) ya da neredeyse her gün, yeme isteğinde azalma ya da artma.

(Not: Çocuklarda beklenen kilo alımını sağlayamama göz önünde bulundurulmalıdır.)

4. Neredeyse her gün uykusuzluk çekme ya da aşırı uyuma.

5. Neredeyse her gün, psikodevinsel kışkırtma (ajitasyon) ya da yavaşlama (başkalarınca gözlenebilir; yalnızca özel, dinlilik sağlayamama ya da yavaşladığı duygusu taşıma olarak değil).

6. Neredeyse her gün, bitkinlik ya da içsel gücün kalmaması (enerji düşüklüğü).

7. Neredeyse her gün, değersizlik ya da aşırı ya da uygunsuz suçluluk duyguları (sanrısallık olabilir) (yalnızca hasta olduğundan ötürü kendini kınama ya da suçluluk duyma olarak değil).

8. Neredeyse her gün, düşünmekte ya da odaklanmakta güçlük çekme ya da kararsızlık yaşama (özel anlatıma göre ya da başkalarınca gözlenir).

9. Yineleyici ölüm düşünceleri (yalnızca ölüm korkusu değil), özel eylem tasarlamaksızın yineleyici kendini öldürme (intihar) düşünceleri ya da kendini öldürme girişimi ya da kendini öldürmek üzere özel bir eylem tasarlama.

B. Bu belirtiler klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında işlevsellikte düşmeye de neden olur.

C. Bu dönem, bir maddenin ya da başka bir sağlık durumunun fizyolojiyle ilgili etkilerine bağlanamaz.

Not: A-C tanı ölçütleri bir yeğin depresyon dönemini oluşturur. İki uçlu I bozukluğunda yeğin depresyon dönemleri sık görülür ancak ikiuçlu I bozukluğu tanısı konabilmesi için böyle dönemlerin olması gerekli değildir.

Not: Önemli bir yitim (kayıp) (örn. yas, batkınlık [parasal çöküntü], doğal bir yıkım sonucu yitirilenler, önemli bir hastalık ya da yeti yitimi) karşısında gösterilen tepkiler arasında, A tanı ölçütünde belirtilen, yoğun bir üzüntü duygusu yaşama, yitimle ilgili düşünüp durma, uykusuzluk çekme, yeme isteğinde azalma ve kilo verme gibi belirtiler olabilir ve bunlar da bir depresyon dönemini andırabilir. Bu gibi belirtiler anlaşılabilir ya da yaşanan yitime göre uygun bulunabilse de, önemli bir yitime olağan tepkinin yanı sıra bir yeğin depresyon döneminin de olabileceği göz önünde bulundurulmalıdır. Bu karar, kişiden alınan öykünün ve yitim bağlamında yaşanan acının küresel ölçülere göre dışavurumunun değerlendirilmesini gerektirir”(DSM-V, 2013).

1.2.4. Bipolar Bozukluk ve Tedavi

Bipolar bozukluk toplumun hemen hemen hepsini etkileyen yaygınlığı olan bir hastalıktır. Müdahale edilmediğinde erken ölüm, genel sağlık tablosunda bozulma gibi olumsuz neticeler meydana gelirken, doğru tanı teşhisi ve müdahaleyle hastanın yaşam koşulları iyileştirilebilmektedir (Yeloğlu ve Hocaoglu, 2017: 41). Bu hastalığın kendini yineleme oranı bir hayli yüksektir; şiddeti bir süreklilik içerir. Kişinin yaşadığı her atak, yeni bir atak ihtimalini artırır (Aksoy ve Kelleci, 2016: 210; Angst, 2007: 189; Eroğlu ve Özpoyraz, 2010: 208).

Bu hastalığın tedavisi iki evrelidir. Birincisi akut dönem tedavisi ikincisi koruyucu tedavidir; akut tedavinin temel hedefi, hastalık belirtileri başladığında bu belirtileri olabildiğince hızlı yatıştırmaktır. Bir diğer tedavi evresi olan koruyucu tedavi de en az akut dönem tedavisi gibi değerli olan bir aşamadır. Depreşme ve tekrarların engellenmesi, eşikaltı belirtilerin bertaraf edilmesi ve hastaların fonksiyonellik düzeylerinin artırılması koruyucu tedavinin temel amaçlarındandır. Koruyucu tedavi planı tespit edilirken hastalık süresi, atakların sayısı ve niteliği, döngü sıklığı, aniden mi başlamış, hastalığa eşlik eden fiziksel rahatsızlıklar, mevsimsellik, bunlara yönelik

alınan farmakolojik tedavi, tıbbi kontrendikasyonlar, önceden koruyucu tedavi yapılıp yapılmadığı, bu koruma tedavisine verdiği cevaplar, yineleme, ailede hastalık geçmişi, hasta ve aile iş birliği ve yaşam koşulları saptanmalıdır. Koruma tedavisinde ilk basamak hasta ve yakınlarının bilgilendirilmesi ve bilinçlendirilmesidir (Eroğlu ve Özpoyraz, 2010: 210).

Bu hastalığın tedavisinde özellikle lityum, bazı antiepileptikler (karbamazepin, valproik asit, lamotrijin) duygudurumu düzenleyen ilaçlar olarak kullanılmaktadır (Eroğlu ve Poyraz, 2010: 207; Demiroğlu, 2018: 22). İlaç tedavisine ek olarak bu hastalığın tedavisinde psikoterapilerin de olduğu görülmektedir. Bu hastalığın tedavi sürecinde hasta ve aileye büyük rol ve sorumluluk düşmektedir. Hasta ve ailenin tedavi sürecine katılım oranı tedaviden elde edilecek faydayı artıracaktır. Grup psikoeğitimi, hastaların hastalıklarını ve bununla nasıl başa çıkacaklarını öğrendikleri destekleyici, etkileşimli bir ortam sağlar (Miklowitz, 2006: 28-33). Şiddetli ve kalıcı ruhsal hastalığı olan hastalara yönelik bütünsel, kapsamlı ve kesintisiz bakım planı sağlayan psikososyal rehabilitasyon, semptom yönetimi ve sosyal beceri eğitimi kolaylaştırmakta ve bilişsel performansı geliştirmektedir (Antai Otong, 2003: 151). Farmakoterapi ile birlikte kullanıldığında, bu müdahaleler nüksetme süresini uzatabilir, semptom şiddetini azaltabilir ve ilaç uyumunu artırabilir. Aile odaklı terapi, bipolar hastaların ailelerindeki yüksek stres ve çatışmayı azaltmayı ve böylece hastanın hastalık seyrini iyileştirmeyi amaçlamaktadır.

1.3.Ağır Ruhsal Hastalığı Bulunan Bireylerin Tedavi Uyumu

Tedaviye uyum ve uyumsuzluk beraber değerlendirildiğinde uyumun hastanın, doktorun bütün önerilerine davranış yönünde de uyum göstermesini içermekteyken, tedaviye uyumsuzluk ise doktorun düzenlediği reçetede ilaçları kullanmama veya düzensiz şekilde kullanma, doktorunun bilgisi dışında farklı ilaç kullanma, kontrollere düzenli gitmeme ve buna benzer başka davranışları içermektedir. Özellikle süreğen hastalıklarda tedavi planına uymama tedavide başarısızlığa neden olan önemli durumlardan birisidir (Muslu, 2010: 1).

Alsalem (2017: 1)'in araştırmasında hastalar içinde psikiyatrik hastalarının uyumsuzluk oranının diğerlerine göre yüksek olduğu belirtilmiştir. Örneğin bipolar bozukluğu olan kişilerde tedaviye uyumsuzluk oldukça yüksektir (Çakır vd., 2010: 57;

Ragesh vd., 2016: 352). Bu hastalığa sahip kişilerde aile, arkadaş desteği veya mesleki bir hayatının olması uyum sürecini etkilemektedir. Örneğin herhangi bir işte çalışan hastalar, çalıştıkları yerde ilaç kullanımı nedeniyle daha kolay etiketlenebilecekleri kaygısıyla genellikle doz atlamak şeklinde ilaç kullanımında uyumsuzluk gösterebilmektedirler (Üstünsoy Çobanoğlu vd., 2003: 215). Bu da bu hastaları en çok endişelendiren damgalanma korkusu ile yakından ilişkilidir (Dilbaz vd., 2006: 223).

Tedaviye uyumsuzluk; psikiyatrik bozukluğu olan hastalar, doktorlar ve sağlık sistemleri için önemli bir zorluk olmaya devam etmekte bu da hastalar için daha kötü sonuçlar doğurabilmektedir. Tedaviye uyumsuzluk sonucu şizofreni ve buna bağlı psikozlarda hasta için yıkıcı ve topluma pahalıya mâl olan sonuçlar oluşabilmektedir (Alsalem, 2017: 1). Örneğin acil servis ziyaretlerinin ve hastanede yatarak tedavilerin artması; hastaların psikiyatri servislerine geri kabul edilmesi sonucunu doğurmaktadır (Roberts, 2011: 361-362; Shoib vd., 2014: 224). Bahar vd. (2015: 96)'nin çalışmasında ise en güçlü uyumsuzluk belirleyicileri; ilaç sayısının artması, yan etkinin varlığı ve hastanın ilaç almayı unutması olarak tespit edilmiştir. Ayrıca psikiyatri hastalarının tedaviye uyumu; alınan tedavinin daha etkili olmasını sağlamakla birlikte hastalık seyrinin iyi yönde ilerlemesini de sağladığı belirtilmiştir. Shishani vd.(2018: 29)'nin çalışmasında psikiyatri hastalarında tedaviye uyumsuzluğun belirgin sebepleri unutkanlık ve dikkatsizlik olarak bildirilmiştir. Ayrıca toplum desteği düşük olan hastaların karmaşık ilaç rejimi olan reçeteli ilaçlara uymalarının güç olduğu; doktor tarafından olabildiğince basit bir ilaç rejimi oluşturulmasının farmakoterapide uyumsuzluk oranını azaltabileceği belirtilmiştir. Kelleci ve Ata(2011: 109)'nın araştırması sonucunda da özel kişi ve sosyal arkadaş desteğinin varlığını hisseden hastalarda düzenli farmakolojik tedaviye uyum puanlarının yüksekliğinin daha çok olduğu, arkadaş desteğiyle tedaviye uyum arasında zayıfta olsa bir alanın bulunduğu tespit edilmiştir. Kişinin sorunlarına duyarlılık gösterilerek ve iyi bir psikolojik eğitim verilerek uyumu artırılabilir. Özellikle hastanın tedavi ve hastalıkla ilgili sahip olduğu inanç ve düşünceleri üzerinde durmak ve hasta ile bu konuda görüşmeler yapmak uyumsuzluğu önleyebilecek metotlardandır. Bu yaklaşımlarla hastalığın depresme riskini de önemli düzeyde düşecektir (Üstünsoy Çobanoğlu vd., 2003: 217). Şizofrenide de tedavi uyumunun sağlanması ve artırılması için bireyselleştirilmiş, kapsamlı tıbbi müdahale gerektiren, tedavinin yeniden düzenlenmesi, yeni hedefli ve

hastalığa, hastaya özgü bireysel psikoterapilerin geliştirilmesine ve deneysel olarak test edilmesine olanak sağlamıştır. Bireysel psikoterapi, ciddi bir psikiyatrik hastalığa uyumun insani yönlerini ele alır ve rezidüel semptomlar, nüksetmeyi önleme, inkâr, demoralizasyon, tedaviye uyum, kişisel ilişkiler ve benlik saygısı gibi sorunları hedefler (Fenton, 2000: 67). Çetinkaya Duman ve Ertem (2016: 151)'in şizofren bireylerle ilgili yapmış olduğu araştırmasında da bu hasta grubunda ilaç uyumu, işbirliğinin artırılması ve içgörünün geliştirilmesi amacıyla motivasyonel görüşme yönteminin önemli bir yer olduğu belirtilmiştir. Bu yöntem psikiyatri klinik ve polikliniklerinde, toplum ruh sağlığı merkezlerinde hastalarla tedavi sırasında iş birliği oluşturulabilmesi, özbakımın sürdürülmesi, sağlıklı yaşam biçimlerine yönelik davranışların kazanılması ve sürdürülmesinde kullanılmaktadır.

1.4.Bakım Veren

Türkiye’de süregelen ruhsal hastalığa sahip kişilerin takipleri ve tedavileri çoğunlukla bakımevi, hastane gibi kurumlarda değil ailelerinin evinde ya da kendi evlerinde sürdürülmektedir. Bu nedenle aileler hastalarının çok çeşitli ihtiyaçlarını ömür boyu karşılama ve sorunlarını çözme gerçeğiyle yüzleşmek durumundadırlar (Akvd., 2012: 331). Ülkemizde aileler bilhassa tıbbi tedavi konusunda desteklenmemekte genellikle hastalık semptomlarıyla ilgili bir eğitim ve kuruluş desteği almamaktadır. Bu durum yakınının bakımını üstlenen aile üyesinde tükenmişlik oluşturabilmektedir (Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı, 2011).

Genellikle aileler ağır ruhsal hastalığı bulunan bireylere bakım veren birincil kişiler olmakla birlikte bu gruba aileden sonra en çok bakım verenler sağlık profesyonelleri olmaktadır. Bu çalışmada toplum ruh sağlığı merkezinde görev yapan sağlık profesyonellerinin bakım deneyimlerine de yer verilecektir. TRSM bütün çalışmalarını multidisipliner ekip anlayışıyla gerçekleştirir. TRSM ekipleri, merkezden hizmet alan hastaların ihtiyaçları doğrultusunda, belirlenen hedeflere ulaşmak için kendi uzmanlık alanları içinde birlikte hareket ederler. Her bir sağlık çalışanının kendi mesleki beceri ve sorumlulukları çerçevesinde farklı deneyimleri bulunmaktadır. Ensari vd. (2013: 110) TRSM’de çalışan sağlık profesyonellerinin görevlerini; tespit edilen hastaların merkeze kayıtları yapıldıktan sonraki süreçte oluşturulan bakım planları ile tedavilerinin gerçekleştirilmesi, damgalama ile mücadele çalışmalarının yapılması,

hastaların sosyoekonomik sorunlarının giderilmesi, kurumlar arası işbirliğinin sağlanması, kamuoyunda bilgi ve bilinç düzeyinin artırılması, hastaların topluma tekrar kazandırılması olarak belirtmişlerdir. Sağlık Bakanlığı'nın 2014 yılında resmi gazete yayımlanan Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri Hakkında Yönerge'sinde "Toplum ruh sağlığı merkezi'nde çalışan sağlık profesyonellerinin rol ve görevleri öncelikle ortak olarak belirlenmiştir. Ancak sağlık profesyonelleri merkezin işleyişine uygun olarak kendi mesleklerinin gereği olan görevleri de yerine getirmekten sorumludurlar" ibaresi yer almaktadır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2014). Sağlık Bakanlığı Toplum Ruh Sağlığı Merkezi Çalışma Rehberi'nde TRSM çalışanlarının görev ve sorumlulukları belirlenmiştir.

"Merkezin sorumlu psikiyatristi ilgili sağlık kurumları ve TRSM arasında eşgüdümü sağlar, psikoterapi hizmetlerini, personel görev dağılımını ve iş akışını planlayarak başhekimin onayına sunar. Ayrıca merkezin takip ettiği hastaların tedavisini planlar ve tedavi gözetimini yürütür; merkez personeline yönelik gerekli eğitim ve süpervizyonu sağlar, TRSM'nin hizmet sunumuyla alakalı düzenli aralıklarla toplantılar yapar ve yönetir. TRSM kayıtlarının zamanında ve doğru tutulmasını, her hastanın aile hekimi ile iletişim kurmasını sağlar. Merkezde sunulan sağlık hizmetlerinin etik ilkelere ve hasta haklarına dair mevzuata uygun şekilde yürütülmesini gözetir, gezici ekip faaliyetlerine katılır. Merkezdeki diğer meslek elemalarından sosyal çalışmacı, psikolog ve hemşirenin ortak görevleri; hizmet alanlara ve ziyaretçilere merkezin amacını ve çalışmaları ile ilgili bilgi verilmesi, hizmet alanlara ve ailelerine yönelik psikososyal müdahaleler yürütülmesi, gezici ekip çalışmalarının yapılması, yataklı tedavi gerektirecek hastanın kötüye gitmesi durumunda hastanın ilgili kliniğe nakline destek verilmesi, veri formlarının doldurulması ve ölçeklerin (skala) izlenmesi, istatistik/verilerin toplanması ve değerlendirilmesidir."

Ayrıca merkeze devam etmeyen hastaların yakınlarıyla iletişim kurarlar ve gerektiğinde merkezden taburculuk işlemlerini yürütürler, kamuoyu farkındalığını artırma ve damgalamayla mücadele faaliyetlerini yerine getirirler. Sosyal çalışmacılar meslekleri gereği ilgili TRSM'den hizmet alanların bakım planları çerçevesinde ihtiyaçlarının (yasal, sosyal, ekonomik, barınma, istihdam) karşılanmasında kolaylaştırıcılık bakımından ilgili kurum ve kuruluşlarla irtibata geçer, stigmatla mücadele amacıyla projeler geliştirir, gerek olduğunda bu konuyla ilgili kurumlararası

işbirliğini sağlar, hasta ve ailelere sosyal ve yasal hakları konusunda destek ve danışma hizmeti verir, yaptığı işlemlerle ilgili kayıtları tutar uygular”(T.C. Sağlık Bakanlığı, 2011: 17-18).

Hanson (1993: 105-106)'nın 1993 yılında yayımlanan çalışmasında da sosyal çalışmacıların müdahale yaklaşımıyla alakalı hasta yakınının deneyimine ve ihtiyaçlarına göre yüklerinin bir kısmını azaltmak için aileleri müdahaleye dâhil ettiği ve iletişim kurma biçimlerine dikkat ettiği, ailelere ağır ruhsal hastalıkla başa çıkma sürecinde dört ayrı aşama ile ilgilendiği; bu dört aşamanın da profesyonel yardımdan önce, hastaneye yatış, toplum bakımı ve son olarak ailenin birinci basamak sağlık hizmetlerine dönüşü olarak sıralandığı ve tüm bunlar yapılırken sosyal hizmet uzmanlarının süreçte aileyi ve hastayı takip ettiği belirtilmiştir. Abay ve Çölgeçen (2018: 2149) de psikiyatrik sosyal hizmet alanının; hasta birey ve yakınlarının hastalık sebebiyle oluşan sosyal, ruhsal, mali ve hukuki problemlerini tespit eden, çözümlemeye çalışan, ilgili sorunlara karşı güçlendirici yaklaşım sergileyen mesleki özelliği olduğu bilgisini vermiştir.

Psikolog ve hemşireler de TRSM'de kendi mesleki bilgi ve becerileri doğrultusunda çalışmalar sürdürmektedir. “Psikologlar mesleki sorumlulukları çerçevesinde hizmet alanların rehabilitasyon ve psikososyal programlarını takip eder, yazılı kayıtlarını tutar, hizmet alanların psikometrik analizini yürütür ve kaydedilen ilerlemeyi izler, eğitim aldıkları terapotik müdahaleleri uygular. Hemşireler de görev ve sorumlulukları gereği hizmet alanların genel sağlık durumunu (diyabet, hipertansiyon vb.) izler ve yazılı kayıtlarını tutar, gerektiğinde hizmet alanların genel sağlık tedavilerini uygular” (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2011: 17-18). Bu alanda hizmet veren her meslek elemanı kendi alanında farklı düzeylerde tedaviye dâhil olmaktadır.

1.4.1. Bakım Verenlerin Durumu

Kronik ruhsal hastalığı bulunan bireylerin hastanelerden erken taburcu edilmesi bu bireylerin %50-%90'ının öncelikle aileleriyle veya akrabalarıyla yaşamlarını sürdürmeleri sonucunu doğurmuştur. Bakım verende ortaya çıkan bakım yükünü ailenin yaşadığı üzüntünün büyüklüğü, evdeki çatışma ortamı, emosyonel, fiziksel ve mali güçlükler artırmıştır (Arslantaş ve Adana, 2011: 254). Ağır ruhsal hastalığı bulunan

bireylerin %10'unun uzun bir süre bakım almaya ihtiyaçduyduğu düşünülmektedir. Avrupa'da şizofreni tanısı bulunan bireylerin yaklaşık %50'si kendi aileleriyle birlikte otururken, ülkemizde bu oranın %95'den çok olduğu düşünülmektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı, 2011-2023: 30). Birçok aile bu akrabalarına bakma rolünü üstlenmektedir. Görüldüğü gibi bakım veren olmak seçilemeyen ve planlanamayan bir durumdur (Eicher ve Batshaw 1993; Reilly vd., 2015: 4). Bakım veren rolü, bakım ihtiyacı duyulan hastalığın gidişi ile belirlenerek değişebilmektedir (Atagün vd., 2011: 514).

Ailede hasta bir bireyin olması; ailenin tüm işlevlerinde bozulmalara ve aksamalara neden olmaktadır. Bazen ailelerde hasta kişinin rol ve sorumluluklarını da ailedeki başka bir kişi üstlenmek zorunda kalmaktadır. Ayrıca bu durumda hastalık iç görüsünün olmaması, suçluluk duyma, toplumdan çekinme, utanma gibi duygu ve düşünceler hastaları ve yakınlarını etkileyebilmektedir (Bulut, 1993: 33). Bu hastalığa sahip bireye bakım veren ailelerde genellikle hastalık bir süredir mevcuttur ve aile yaşam döngüsünün evrimi veya aile üyelerinin kişilikleri nedeniyle aile faaliyetlerinin ve ilişkilerinin ne kadar değişebileceğini değerlendirmek imkânsızdır. Ağır ruhsal hastalığı bulunan bir akrabaya bakmak statik bir süreç değildir çünkü bakım alıcıların durumları değiştikçe bakım sürecide değişir (Shamsaei vd., 2015: 2). Bu hastaların günlük aktivitelerinde yardıma veya denetime ihtiyaç duymaları sıklık durumuna göre bakıcılarına büyük bir yük getirir bunun sonucunda bakıcı ruhsal ve fiziksel sağlık sorunları ile karşı karşıya kalabilmektedir (Rabin vd., 2016: 1819). Veltman vd. (2002: 109, 114)'nin çalışmasının sonucuna göre ruh sağlığı profesyonellerinin, bakım veren ailelerin zorlu rollerine en iyi nasıl karşılık verebilecekleri konusunda karar vermeleri ve kişisel gelişimlerini ve başarı duygusunu geliştirmeleri için yardım etmeleri gerekir. Araştırmada bakıcılar tarafından ortak olumsuz etkilerinyanı sıra doyum, sevgi ve gurur gibi faydalı etkiler de bildirilmiştir. Ana temalar damgalanma, sistem sorunları, öğrenilen yaşam dersleri ve hasta akrabalarına sevgi ve bakım vermeyi içermiştir. İlginç bir şekilde; bakıcılar tarafından memnuniyet, sevgi ve gurur gibi yararlı etkiler bile bildirilmiştir.

Sağlık Bakanlığı'nın (2006) oluşturduğu Ulusal Ruh Sağlığı Politikası'nda da şizofreni, bipolar bozukluk gibi süreğen ruhsal hastalık tanısı bulunanların yakınlarına yönelik uygun plan ve programların yapılması, hastanın ailesinin de tedavi ve ve

rehabilitasyon çalışmalarının içinde olmasının önemi belirtilmiştir (Aşık, 2011: 4). Bu şekilde ailenin üzerinde bulunan yük hafifletilebilir ve daha bilinçli şekilde hastaya bakım verilmesi sağlanabilir. Bakım verenlerin özellikleri de bakım verme sürecini etkileyen bir diğer unsur olarak karşımıza çıkmaktadır. Ağır ruhsal hastalığı bulunan bireylere birincil bakım verenler de tükenmişlik artıkça olası çökkünlük (depresyon) yaşanma ihtimali de artmaktadır. TRSM’lerde hastalara yönelik tıbbi tedaviyle beraber rehabilitasyon hizmetlerine de ağırlık verilmesinin, hasta yakınlarının da tedaviye dâhil edilerek psikososyal çalışmaların yaygınlaştırılmasının, hastalık hakkında yakınlarla ve topluma bilgi verilmesinin, hastaların hastaneden taburcu olduktan sonra bakım imkânlarının artırılmasının, depresyon ve tükenmişliğin azalması konusunda yardımcı olacağı düşünülmektedir (Tel ve Ertekin Pınar, 2013: 146, 151).

Yıldırım vd. (2013: 2) bakım verenlerin bakım verme sürecinde karşılaştığı zorlukları; etkili başa çıkma yöntemlerini bilmemeye, ailenin hastalık hakkında yeterli bilgiye sahip olmamasına ve ailenin var olan diğer yüklerine, ailenin ve hastanın kendi öz yeterliliklerine bağlamaktadır. Yapılan müdahalelerde de bu durumların değerlendirilmesi gerektiğini belirtmektedirler. Hastaları ve bakıcıları desteklemek hayati önem taşımaktadır.

1.4.2. Şizofreni ve Aile

Şizofreni tanısı almış olan bireyler, çoğunlukla aileleriyle beraber yaşamlarını sürdürmek durumunda kalmaktadır. Bunun sonucunda aileler, hasta bireye birincil bakım veren konumuna gelmektedir. Şizofreni hastanın ailesi ilk evrede çoğunlukla karmaşık duygular yaşamakta ne yapacaklarını bilmemektedirler. Onları nasıl bir sürecin beklediğini bilmeyen ve yakınların ortaya çıkan farklılıkları şaşkınlıkla gören aile fertleri suçluluk, gerginlik, tedirginlik hissedebilmekte ve utanabilmektedir. Hasta ise kendisinde ve yaşamında ortaya çıkan değişimin etkisiyle beraber ailenin kendisine yansıttığı duygu, düşünce ve davranışlarla kötü olabilmekte ve aile ortamı bozulabilmektedir (Anderson ve Adams 1996: 505; Akt. Ceylan, 2007: 18).

Şizofreni, hasta birey kadar onun çevresindeki diğer kişileri de etkilemektedir. Davranış, duygu ve düşüncelerde ciddi şekilde bozulma ailenin tüm bireylerince hissedilir. Şizofreninin aile fertleri üzerindeki etkisi, şizofreninin hangi evrede olduğuyula yakından alakalıdır. Örneğin ilk psikotik atağını yaşayan hastanın yakınları

şok, şaşkınlık ve kaygı yaşarken yedinci defa hastaneye yatışı yapılan başka bir hastanın yakınları tükenmişlik, bıkkınlık hissedebilir (Gülseren, 2002: 144). Görüldüğü gibi ailenin yükü zaman içinde değişebilir, hastanın semptomatolojisinin doğasından etkilenir, spesifik yokluğunda iyileşme olasılığı düşük olmaktadır (Magliona vd., 1999: 109).

Ülkemizde ağır ruhsal hastalığı bulunan bireylere yönelik verilen tedavi hizmetleri kültürel ve sosyal özelliklerle birlikte değerlendirildiğinde; bu tanıyı almış kişiye bakım vermenin yüklediği sorumlulukların ve görevlerin bir hayli çok olduğu görülmüştür (Attepe Özden, 2015: 7). Bakıcılar hasta bakımının neredeyse tamamını üstlenirler. Bu sorumluluk, bakıcıları kendileri ve aile sisteminin geri kalanı için olumsuz sonuçları olan yoğun bir yüke maruz bırakmaktadır (Urizar vd., 2013: 235). Yapılan çalışmalar aile bireylerinin bazılarının şizofreni tanısı hakkında gerekli bilgiye sahip olmadığını bu nedenle hasta bireylere karşı aşırı eleştirel bir tutum ya da aşırı koruyucu kollayıcı davranabildiklerini, tüm bunların sonucu olarak da hastalık relaps oranının arttığını göstermiştir (Arslantaş vd., 2009: 4). Hastalık nedeniyle oluşan semptomlar ve bozukluklar; hastaların rol performanslarında farklı derecelerde başarısızlıklara neden olur; aile üyelerine uyum sağlayamazlar ve ailelerinin beklentilerini karşılayamazlar ve bu durum da herkes için endişelendirici ve üzücü olabilir (Schene, 1990: 290).

Kate vd. (2013: 380)'nin yaptığı çalışmada da şizofreninin ciddi bir ruhsal hastalık olduğu bu nedenle bakım verenler üzerinde önemli bir yük oluşturduğu, bakım veren ailelerin de hastanın fiziksel, duygusal ve finansal sorunları, anormal davranış, sosyal ve mesleki işlev bozukluğundan etkilendiği bildirilmiştir. Ayrıca hastalığın semptomları bakım verene güçlüğü yönünden belirleyicidir. Bakım verenleri etkileyen sorun özellikli eylemin pozitif semptomlar, bakım verenlerin fonksiyonelliklerini en fazla etkileyen unsurun negatif belirtiler ve yetersiz kaynak durumu olduğu, günlük yaşam faaliyetlerinin kesintiye uğramasının en büyük nedeninin iki belirti alanını da kapsadığı saptanmıştır (Atagün vd., 2011: 519-520). Arslantaş (2018:40)'ın çalışmasında bu kavramlar şu şekilde açıklanmıştır: objektif yük hastaların semptomları, davranış ve sosyodemografik özellikleri, ev halkı günlük işlerindeki değişimler, aile ve sosyal ilişkiler, iş, boş zaman, fiziksel sağlığı; subjektif yük ise aile üyeleri arasında subjektif sorun ve ruh sağlığıdır. Provencher vd. (1997: 71) de nesnel

yükü fiziksel problemler, finansal zorluklar ve hane halkı gerilimi gibi olumsuz sonuçlar; öznel yükü rahatsız edici davranışlar nedeniyle üzüntü şeklinde tanımlamışlardır. Karancı (2000: 9)'nın hastaların aileleriyle gerçekleştirdiği araştırmada da ailelerin şizofreni yakınlarıyla alakalı en çok yaşadıkları güçlükleri; aile ortamında çatışmalar (%57), hasta bireyin neden olduğu kaygı, stres, gerginlik ve üzüntü vb. duygusal durumlar (%48), tedavi için gerekli giderler ve hastanın kendi harcamaları (%27) olarak bildirilmiştir.

Bakım verenlerin daha fazla görev üstlenmesi sosyal ilişkilerini zayıflatmakla birlikte kariyerlerinde ilerleme fırsatlarını kaybetmelerine, mali durumlarının kötüleşmesine (çünkü hasta bireyler daha az çalışmakta veya tamamen çalışmayı bırakmaktadır) neden olmaktadır. Şizofren hastanın ailede oluşturduğu en büyük maliyetlere bakıldığında, hastanede yatarak tedavi gören hasta ve ayaktan tedavi, toplum temelli hizmetler (örn. sosyal hizmet uzmanı, toplum psikiyatrisi, hemşire) ve ilaç tedavisi olduğu görülmüştür (Davies ve Drummond, 1990: 523). Ayrıca ekonomik etkinin çok farklı boyutları olabildiği, hastaya bakabilmek için bakım verenler işlerine devam edemediği, işten sık sık izin alabildiği ya da tam gün mesaiyi tercih etmediği görülmüştür (Atagün vd., 2011: 520). Şizofreninin doğrudan aileye mali yükü uzun süren psikiyatrik, medikal tedavi ve yatarak hastane tedavileri; dolaylı yoldan ise üretim sahasındaki iş gücü kaybını kapsamaktadır. Bu konuda yapılan araştırmaların çoğunda, ciddi bir ruhsal hastalığı olan kişilerin aile bakıcılarının önemli streslerden muzdarip oldukları, orta derecede yükler yaşadığı ve çoğu zaman ruh sağlığı uzmanlarından yetersiz yardım aldıkları görülmüştür (Saunders, 2003: 175). Görüldüğü gibi şizofreni tanılı yakınlarına bakanlar psikolojik sorunlar yaşamaktadır. Hastalık semptomlarının kontrol altına alınıp tutulması, hastaların sosyalleştirilmesi, ailelerine hastalığın yapısı hakkında ve doğru bir biçimde nasıl başa çıkılacağı konusunda bilgi verilmesi, yakınların üzerindeki yükün azalmasını sağlayacaktır (Köroğlu ve Hocaoglu 2017: 174).

Şizofreni tanısına sahip hastaya sağlık hizmeti sunulurken sağlık profesyonelleri tarafından da ailenin yaşadığı endişe, kaygı ele alınmalı ve aile müdahale programlarında bu konularda aile desteklenmelidir (Rammohan vd., 2002: 225). Bakım verme rolünü üstlenen yakınlar son derece stres verici bir durumla karşı karşıya kalmaktadır. Yaşanılan stres bakım verenin ruhsal durumunun iyi oluşunu ve uzun

dönemde hastaya destek verme becerisini etkilemekle beraber aynı zamanda, hastalık seyrini ve hastadan beklentileri de etkilemektedir (Şengül İnan ve Çetinkaya Duman, 2013: 210). Şengün İnan ve Çetinkaya Duman (2013: 2010)'ın çalışmasında şizofreni tanısı konulmasıyla beraber başlayan bakım verme sürecinde; bakım verenlerin yaşadıkları zorluklar, başetme becerileri/yöntemleri, ruhsal durumları, hastaneden taburcu edildikten sonra da aile ve tedavi ekibinin iş birliğini devam ettirmesi ve bakım verenlerin kendi ruhsal durumlarını nasıl koruyacakları, geliştirebilecekleri bu doğrultuda sorun çözme, daha girişken davranma, benlik saygısını artırma, umut etmeyi öğretme ve toplumda bulunan kaynaklara nasıl erişilebileceği vb. konularda bakım verenlere baş etme becerileri öğretme ve güçlendirme yönünde eğitim verilmesine yönelik program oluşturulması, geliştirilmesi ve bunların sahada uygulanması önemli olduğu belirtilmiştir. Bakım verene yüklenen görevler sebebiyle hastanın tedavi sürecinde; müdahaleyi yürüten ruh sağlığı profesyonellerinin bu detayları değerlendirip elverişli bir müdahale planlaması yapmasının, tedavinin seyrini olumlu yönde etkileyebileceği ön görülmektedir (Ceco ve Çakın Memik, 2017: 20).

1.4.3. Bipolar Bozukluk ve Aile

Vasudeva vd. (2013: 356-357)'nin çalışmasında bipolar bozukluğu olan hasta ile psikotik semptomları olan hasta yakınlarının yükleri karşılaştırılmış bipolar bozukluğu olan hastaların daha uzun hastalık ve tedavi süresi olmasına rağmen yükün şizofreni bakıcılarında daha fazla olduğu; farklılığın olası nedenlerinden birinin, bipolar hastaların çoğunun remisyonda olması, şizofreni hastalarında bazı kalıntı semptomların ya da şizofreni hastalarında bipolar bozukluğa göre daha düşük işlevsellik seviyesinin olmasının etkili olduğu düşünülmüştür.

Bipolar bozukluk; duygudurumdaki bariz dalgalanmalar, manik ataklar ve depresyonla seyreden iki uçlu duygudurum bozukluğudur. Hastalar epizodlarla devam eden, süregelen olan bu hastalıkla karşı karşıya kaldıklarında; sosyal, yaşamsal, fiziksel alışkanlıklar bakımından çoğunlukla zorluklar deneyimlemekte bu durum da aileyi etkilemektedir (Ünal, 2002: 222).

Bipolar bozukluk hastalarına bakım veren kişiler arasında, eşler en yüksek düzeyde subjektif bakım yüküne maruz kalmakta olup bunu anne ve babalar takip

etmektedir (Ak vd., 2012: 335). Bipolar hastanın eşi her gün hastalığın sonuçları ile karşı karşıyadır; hastada genellikle günlük dürtüsellik, disinhibisyon, uykusuzluk, öfke nöbetleri, manik ataklar ve depresyon nöbetleri sırasında hüznün, eleştiri ve bazen intihar düşünceleri oluşabilmektedir. Bipolar hastanın eşinin hastalığın damgalanma, hastanın patolojik davranışı, aşırı sorumluluk, duygusal yaşamın değiştirilmesi, psikişik ve somatik problemleri vb. nedenlerle yaşam kalitesi düşmektedir (Ellouze, 2011: 41). Bazen bakım verenler hastalığa neden olduğunu düşünerek suçlu hisseder veya kişiyi/hastayı reddeder ve sinirlilik yaşar çünkü hastalık hayatını olumsuz etkilemektedir (Pompili vd., 2014: 2). Ailelerde kızgınlığın yanı sıra genellikle keder, utanma hisleri ve suçluluk duygusu da görülmektedir. Öznel yükün belirtileri olan stres, endişe ve suçluluk hissi vb. tepkiler bakım verenlerin depresyona girmesine neden olabilmektedir (Atagün vd., 2011: 517, 518).

Arguvanlı Çoban ve Taşçı (2013: 25)'nın araştırmasında bipolar bozukluğu olan bireye bakım verenlerin %36,8'inin fiziksel sağlığı, %90,8'inin ruh sağlığı, %50'sinin kendi bakımlarının etkilendiği saptanmıştır. Bireylerin %55,3'ünün sosyal ilişkilerinin, %60,5'inin aile içi iletişimlerinin, %63,2'sinin mali olarak etkilendiği tespit edilmiştir. Bakım veren bireylerin %36,8'inin fiziksel sağlıklarının etkilenmesine karşın tamamına yakınının ruh sağlığının etkilendiği saptanmıştır.

Bakım verenlerin yaşadığı güçlükler aynı hastalığın yapısı gibi dalgalanma göstermektedir. Örneğin bu hastalar mani döneminde aşırı harcama yaparak aileyi ekonomik bir krize sokabilir ya da çökkünlük döneminde bu hastaların intihar düşüncesi artmaktadır ve ailenin çok dikkatli olması gereklidir. Bu da ailelerde yoğun stres, kaygı, gerginlik ve üzüntüye neden olabilir. Holmes ve Deb (2003: 21)'in araştırmasında dakronik hastalık nedeniyle oluşan ekonomik sorunun, aile üyelerinin duygusal sorun yaşama ihtimalini direkt artırdığı, aynı zamanda ailenin bir bütün olarak kronik hastalıklarla psikolojik olarak başa çıkma yeteneğini de azalttığı belirtilmiştir. Bir aile üyesindeki kronik hastalık, tüm ailede bunaltıya (duygusal problem) yol açabilecek durumsal krizler yaratabilmektedir. Aile üyeleri çok üzülürse evde bakım sağlama yetenekleri tehlikeye girebilmektedir. Bir hastaya uzun süre bakım verme ve yaşın ilerlemesiyle tecrübeler artmakla beraber, bireylerde tükenmişlik de yaşanmasına neden olabilmektedir. Uzun süre aynı hastaya bakım verilmesi sonucu bir süre sonra hastaya olan ilgi azalabilir, bakım verenin bedensel sağlık durumu kötüleşebilir ya da kayıplar

yaşayabilir. Böyle bir tablonun oluştuğu ailelerde hastanın sosyal desteği azalacak ve hastada tedaviye uyumsuzluk görülme ihtimali artacak ve hastalığın seyri de olumsuz yönde ilerleyecektir.

Bakım veren ailelerde maddi durumun iyi olmaması, sosyal güvencenin bulunmaması gibi durumlar ailelerin karşılaştığı sorunları çözmesini engelleyerek ailelerin ruh sağlığının bozulmasına neden olabilmektedir. Bakım verenler genellikle yaşadıkları sorunla baş edemedikleri için güçlük yaşamakta ve çaresizlik hissedebilmektedir (Arguvanlı Çoban ve Taşcı, 2013: 27-28). Perlick vd. (2008: 485)'nin çalışmasında duygu durumunda bozukluk olan hastaların bakıcıları arasında fiziksel sağlık ve ruhsal sağlık sorunları ve diğer kronik ruhsal hastalıklar arasında ilişki bulunduğu, bu nedenle bakım verenlerin yükünü azaltmaya yönelik basit müdahaleler (örneğin, yük, psikoeğitim ve destek müdahaleleri hakkında soru sorma) ve aile müdahalelerinin önemli olduğu belirtilmiştir. Araslantaş ve Adana (2011: 251)'nin çalışmasında da kronik ruhsal bozukluğu olan hastalara yönelik uygulanan tedavi programlarından daha iyi sonuç alabilmek için yakınlarla yönelik psikososyal ve rehabilitasyon çalışmalarının uygulanmasının bakım verme sürecindeki yükü hafifletici bir unsur olduğu belirtilmiştir.

Aschbrenner vd. (2009: 304)'nin çalışmasında bipolar bozukluğu olan hastaların, ebeveynlerinin yaşamlarının olumsuz etkilenen birçok yönünün bulunmasıyla birlikte bipolar bozukluğu olan yetişkin çocukların ebeveynlerinin; genel psikolojik iyi olma haline, yaşamda amaca, pozitif ilişkilere ve özerklik düzeylerine de sahip olduğu saptanmıştır.

1.4.4. Sağlık Profesyonellerinin Bakım Verme Deneyimleri

Sağlık çalışanlarının birçoğu hâlâ ruh sağlığı ve hastalıkları konusunda ön yargılıdır. TRSM'lerde görevli sağlık profesyonelleri ağır ruhsal hastalığı bulunan bireylere yönelik damgalamayla mücadele edilmesi gerektiğini belirtmektedirler. Hastaların tedaviye direnmesi ve hastalık iç görülerinin bulunmaması uzun süre TRSM'de çalışan personel de tükenmişlik yaşanmasına neden olmaktadır. Personel sürekli ağır ruhsal hastalığı bulunan bireylerle çalışmaktan dolayı zihnen yorgun hissedebilmektedir. TRSM'de çalışırken hasta ve hasta yakınlarının damgalanma

endişesi yaşamaları nedeniyle güçlük yaşadıkları bilinmektedir. TRSM’lerde görevli sağlık çalışanları verilen hizmetle alakalı genellikle olumlu görüş bildirmektelerdir.

TRSM çalışanlarının belli bilgi ve becerilere sahip olmaları hem verilen hizmetin kalitesini hem de çalışanın mesleki doyumunu artıracaktır. Sağlık çalışanlarınınperspektifinin geniş olması hastalığa ve hastaya bütüncül yaklaşması gerekmektedir. TRSM’lerin toplumumuzda hâlâ yeterince bilinmemesi nedeniyle çoğu zaman hizmet sunumu sırasında ihtiyaçlar karşılanmaya çalışılırken yeterli destek bulunamamaktadır. Sağlık çalışanlarının TRSM’de görevlendirilmeden önce alanla ilgili donanımlarının artırılması gerekmektedir;hastalık, hastalık semptomları, müdahale seçenekleri, hastaya yaklaşım vb. konularda detaylı eğitimlerin verilmesi çalışanın yaptığı müdahalelerin etkisini artıracaktır. Ayrıca TRSM’de verilen hizmetin kalitesinin ve verimliliğinin artmasını sağlayacak en büyük etmen iyi bir ekip çalışmasıdır.

TRSM’ler hâlâ ihtiyaç oranında yaygın değildir, çok geniş bir nüfus ve coğrafi bölgeden sorumlu olma ve personel ve araç sorununun bulunması nedeniyle bütün hastalara ulaşılamamakta ve hastalarda uzaklık nedeniyle merkeze sürekli gelememektedir. Aileler de yeterli imkân ve bilince sahip olmayınca hastalar TRSM’ye devam etmekte güçlük yaşamaktadırlar. Diğer kamu kurum ve kuruluşlarından, aile sağlığı merkezlerinden yeterli destek alınamamaktadır. Hasta ve ailelerinin sık sık gördüğü ve güvendiği otorite olarak da kabul ettiği aile hekimlerinden ve birimlerden merkeze yapılacak yönlendirmeler çok önemlidir.

Çetin vd. (2013: 20)’nin çalışmasında ruh sağlığı ve hastalıkları profesyonellerinin şizofren bir yakınına bakan aile üyelerine ihtiyaç duydukları eğitim, danışmalık ve yardım hizmetinin verilmesi gerektiği belirtilmiştir. Sağlık çalışanlarının hastayla ilgili yapacakları müdahalelerle ailenin çabasını desteklemesinin hastalarının günlük yaşam faaliyetlerinde daha bağımsız olmalarını sağlayıcı yöntemlerle aile üyelerinin yaşam kalitelerinin artıracığı bildirilmiştir. Bu alanda görevli sağlık profesyonellerine ve diğer çalışanlara verilecek eğitimlerle, kronik ruhsal hastalık hakkında daha detaylı bilgiye sahip olmaları, tedavi aşamasında her bir çalışanın üzerine düşen rol ve sorumluluğu iyi anlaması/benimsemesine ve hastalara uygun şekilde yaklaşarak onlara yardımcı olmalarına destek olacaktır.

Şizofreniye yönelik tutumların diğer sağlık çalışanlarının yanı sıra hemşire meslek grubunda da ele alınması ve bilgiye yönelik eksikliklerin giderilmesi gerekmektedir. Etiketleme karşıtı kampanya ve eğitim çalışmaları sağlık çalışanı için de gerekmektedir (Özyiğit vd., 2004: 111).

1.5.Ağır Ruhsal Hastalık ve Stigma

Ağır ruhsal hastalığı bulunan bireyler, yaşadıkları toplumun normal kabul ettiği kalıpların dışında davranış sergilemeleri nedeniyle toplumdaki diğer kişiler tarafından kusurluluk veya değersizlikle nitelendirilmektedir. Hastalar bu nedenle bulundukları yerlerde daha az istenilen kişiler olarak düşünülmektedir (Karagöl vd., 2013: 97). Baskın kültürel inançlar, etiketli kişileri olumsuz özelliklerle damgalanmaya maruz bırakmakta “biz” ve “onlar” kategorilerini geliştirerek hastaların ayrımcılık yaşamalarına neden olmaktadır (Szczesniak, 2018: 2599). Hastalar hakkındaki negatif düşünce, davranış ve tutumlar nedeniyle hastalarda sosyal statü kaybı ve dışlanma yaşanmaktadır (Büber vd., 2014: 36-37).

Damgalanma çoğunlukla sosyal etkileşim sırasında ortaya çıkmakta bireyin gerçek sosyal kimliği (olabileceği özellikler) kanıtlanmış toplumun normatif beklentilerini karşılamıyorsa birey damgalanmayla karşı karşıya kalmaktadır. Bireyin sosyal kimliği bozulunca rolünü yerine getiremediği varsayılmaktadır (Kurzban ve Leary, 2001: 187). Hastalık nedeniyle oluşan kayıplar ve insanların etiketleyici tutum hastayla birlikte yakınlarını da olumsuz etkilemektedir (Ulusoy ve Aslan Delice, 2015:162). Avcil vd. (2016: 175)’nin çalışmasında ruhsal hastalıklara yönelik damgalanmanın ruhsal hastalığı olanlar ve yakınlarının yaşam standardında ciddi etkisinin bulunduğu; toplumun psikiyatri hastası etiketinin çoğunlukla bu hastaların tedavilerinde engel oluşturduğu belirtilmiştir. Damgalamayla oluşturan önyargı ve ayrımcılık, etkili tedaviler ve bakım arama arasındaki bağlantının kesilmesinde önemli bir nedendir (Corrigan vd., 2014). Yaşanılan toplumda belli tutumlarla sık karşılaşılması o toplumda ruhsal hastalıkların algılanma biçimini bazen de hastaların klinik görünümlerini bile etkileyebilir (Lefle, 1989: 557). Oban ve Küçük (2011: 147)’ün çalışmasında da ruhsal hastalığı olan kişilere karşı toplumun davranışlarının, düşüncelerinin bu alanda sunulan hizmetleri en çok etkileyen faktörlerden olduğu;

ayrımcılık ve buna bağlı damgalamanın ruhsal hastalığı olanların bu durumu fark etmesini, tedaviye başvurmasını, tedaviye uyumunu direkt etkilediği belirtilmiştir.

Ağır ruhsal hastalığın ailelerdeki yansıması bazen daha farklı olabilmektedir. Aileler, kardeşlerinin veya çocuklarının hastalıkları nedeniyle kendilerini sorumlu ve suçlu hissetmekte hem de hasta yakınları utanılması gereken, yüz kızartıcı bir suç işlemiş gibi, insanların gözünde “şizofreni bir çocuğun annesi-babası veya şizofreni bir kişinin çocuğu olarak” tüm bunlara dayanmak zorunda kalmaktadır. Ailelerin üzerindeki damganın şiddetinin çok daha fazla olduğu görülmektedir. (Babacan Gümüş, 2006: 27).

Damgalanmanın hasta ve yakınları üzerindeki bir diğer etkisi içselleştirilmiş damgalanmadır. Ruhsal hastalığı bulunan bireylerin stigmatizasyonla karşılaşmaları evrensel düzeyde bir sorun olup toplum sağlığı bakımından önemli sonuçlar doğurmaktadır. İçsel damgalanma yaşayan kişilerde kendini suçlama, değersiz hissetme, benlik saygısında azalma ve toplumdan izolasyon gibi depresyon bulguları görülebilir (Karagöl vd., 2013: 100). Kendini damgalama bireylerin toplumsal ön yargıları kabul ettiği benlik hakkında olumsuz duygular ile karakterizedir ve buna kimlik dönüşümü, stereotip onaylama ve uyumsuz davranış eşlik etmektedir. İçselleştirilmiş damgalanma sosyal işlevselliği tehlikeye atmakta daha zayıf mesleki sonuçlara ve artan sosyal izolasyona neden olmaktadır (Weich vd., 1997: 304; Yanos vd., 2012: 1033; Balhara vd., 2016: 128). Bu alanda yapılan sosyal damgalanma ile ilgili çoğu çalışma, içsel damgalanma ve şizofreni hastalarına odaklanma eğilimindedir (Park vd., 2019: 563). Aker vd. (2002: 12)’nin yaptığı araştırmada örnekleminin %87,3’ü şizofrenlerin yaşamlarıyla ilgili sağlıklı kararlar alamayacağını, %71’i bir şizofrenle komşu olmaktan rahatsız olacağını, %80’i iş yerinde şizofren bir kişiyle beraber çalışmak istemediğini, %96,7’si evlenirken bir şizofreni hastasını tercih etmeyeceğini, %63’ü bu hastaların toplumda kendi başına dolaşmaması gerektiğini ve %73,7’si bir şizofreni bireye asla evini kiraya vermeyeceğini belirtmiştir. Ayrıca saldırganlıkla ilgili olarak da şizofrenlerin saldırgan olduğu düşünenlerin oranı %73 olarak belirlenmiştir.

Ruh sağlığı çalışanlarının psikiyatri hastasının tedavisini olumsuz yönde etkileyebilecek tutumlarının olması üzerinde önemle durulması gereken bir diğer konudur. Sağlık çalışanları özellikle ilk aşamada bu alana yönelik bakış açılarını gözden

geçirmeli ve bu alanda kendilerini geliştirmeye yönelik çalışmalıdırlar. Böylece hasta bireye ve ailelerine yönelik daha sağlıklı hizmet verebilecekler ve onların sağlık ve yaşam kalitesi bu durumdan olumlu etkilenecektir (Çam ve Çuhadar, 2011: 140). Arkan vd. (2011: 216-217)'nin çalışmasında ruhsal sorun yaşayan bireylerin sağlık profesyonellerinin negatif tutum/davranışlarına karşı çok hassas olduğu ayrıca sağlık profesyonellerinin negatif tutumlarının hastaların ihtiyaçları olan tedavi desteğini alabilmelerini ve gerekli görüldüğünde başka kaynaklara, tedavi merkezlerine yönlendirilmelerini de etkileyen önemli bir unsur olduğu belirtilmiştir. Hemşirelerin tutumlarının, ruhsal sorun yaşayan hastalar üzerinde önemli oranda etkili olduğu ve tedavi merkezindeki terapi ortamının düzenlenmesinde belirleyici olduğu bildirilmiştir.

Ruhsal hastalıklar içerisinde şizofreni tanı grubuyla ilgili etiketlenme konusunda daha fazla çalışma yapıldığı görülmüştür. Stigmatizasyonu önlemek için toplum eğitilirken hastalar ve aileleri de tedavileri sırasında bu stigmatla baş etmeye yönelik bilgilendirilmelidirler (Kocabaşoğlu ve Aliustaoğlu, 2003: 192).

1.6.Toplum Temelli Ruh Sağlığı Hizmetleri

Dünya genelinde ruhsal hastalıklara yönelik hizmetler; toplum temelli model, hastane temelli model ve toplum-hastane dengeli model şekilde verilmektedir (Songur ve ark, 2017: 276). 1950'li yıllardan başlayarak ruh ve sinir hastalıkları hastanelerinin çok kalabalık hale geldiği, hastalara kötü davranıldığı, hastaların işkenceye maruz kaldıkları, uzun bir süre toplumdan tecrit edildikleri ve tüm bunların o hastaya en az yaşadığı hastalık kadar zararının olduğu konuşulmaya başlanmıştır (Patel vd., 2014; Akt. Songur ve ark, 2017: 278). 1960'lı yıllardan itibaren gelişmiş ülkelerde, hastane temelli modelin ruh hastalığını önleme ve tedavi sonrasında da hastanın sağaltım sürecinin devam etmesinde yetersiz olması ve insan hakları ihlallerinin yoğun biçimde yaşanması nedeniyle hastane temelli model tercih edilmemeye başlanmıştır (Alataş vd., 2009: 25).

Ülkemizde 2006 yılında yayımlanan Ruh Sağlığı Politikası metninde; ruh sağlığına yönelik sunulan hizmetlerin yetersiz olduğu ve geliştirilmesi gerektiği, ruh sağlığı hizmet modelinin toplum temelli anlayış ile sürdürülmesi, toplum temelli rehabilitasyon çalışmalarının yapılması, yaygın sağlık sistemine ve birinci basamak sağlık hizmetleriyle bütünleştirilmesi, ruh sağlığı alanı ile ilgili hukuki alt yapının

oluşturulması ve geliştirilmesi, etiketlenmeyi önlemek için hasta hakları konusunda çalışmalar yapılması, ruh sağlığı alanında araştırma, eğitim ve profesyonellerin artırılması gibi konulara değinilmiştir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2006). Yayımlanan Ruh Sağlığı Politikası metni doğrultusunda 2009 yılında toplum ruh sağlığı merkezlerinin (TRSM) açılmasına karar verilmiştir. Ağır ruhsal hastalıkların tedavisinde ve takibinde kontrol ve takip merkezi olarak planlanan TRSM'lerin nüfusu 100-300 bin olan yerlere bir merkez açılması biçiminde düşünülmüştür (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2011: 27). TRSM'lerin; nüfusu 100.000 ve üzeri olan her bölgede ya da ilçede bir adet olacak şekilde hizmet vermesi planlanmıştır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2006: 70). Sağlık Bakanlığı'nın 7364 sayılı Makam Onayı ile 16/02/2011 tarihinde yürürlüğe giren Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri Hakkındaki Yönergesi'nde TRSM; "Sağlık Bakanlığı'na ait ruh sağlığı ve hastalıkları hastaneleri ve bünyesinde psikiyatri kliniği veya yeteri kadar ruh sağlığı ve hastalıkları uzman tabibi bulunan genel hastanelere bağlı olarak, ruh sağlığı ve hastalıkları uzman tabibinin sorumluluğunda faaliyet göstermek üzere açılan ve Bakanlık tarafından tescil edilmiş merkezi ifade eder." ibaresi bulunmaktadır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2011).

Toplum temelli ruh sağlığı anlayışıyla birlikte geleneksel kurumların tedavideki yeri azalmaya başlamış ve bu kurumların yerini bakım veren, hastaların tedavi dışında rehabilite edilmelerine olanak veren ve topluma yeniden kazandırılmalarına yardımcı olan bakım merkezleri almaya başlamıştır. Toplum temelli ruh sağlığı anlayışının temeli, ağır ruhsal hastalığı bulunan bireylerin toplum içinde ve tüm rol ve görevlerini de göz ardı etmeksizin sağaltımı esas almasıdır (Karasu, 2013: 96). Toplum temelli bakım modeli kapsamında aile ve hastaya odaklanan toplum ruh sağlığı merkezlerinde; bipolar bozukluk, şizoaffektif bozukluk ve şizofreni gibi ağır ruhsal hastalığı bulunan bireylere hafta içi mesai saatlerinde hizmet sunulmaktadır. Toplum temelli model, hasta ve ailelere yönelik psikososyal destek hizmetlerinin önemini vurgulamaktadır (Gökçeasrlan Çiftçi vd., 2015: 168). Ülkemizde yeni bir kavram olan toplum temelli ruh sağlığı modeli, orta düzey ülkelerdeki modellere benzemektedir. Bu modelde olgulara yönelik bakım planları görevli ekip tarafından hazırlanmakta ve takip edilmektedir, gezici ekip çalışmalarıyla ev, iş yeri ziyaretleri yapılmakta böylece hastaların bulundukları ortamda takip ve tedavileri yapılabilir. Ailelere ve hastalara ihtiyaç duydukları konularda psikoeğitimler verilmekte, hastaların iş uğraşı faaliyetleriyle yeni

beceriler kazanmaları sağlanmaktadır (Aydın, 2016: 3). Toplum temelli ruh sağlığı anlayışı; hastalıkla beraber azalan işlevselliğin önlenmesi, hastaların tedavi-takiplerinin yapılması için hastaların ev ortamlarında, iş yerlerinde-mahallelerinde kendilerinin temel ihtiyaçlarını karşılayacak biçimde becerilerini geliştirmeyi, yaşamlarında karşılaştıkları problemlerle baş etme becerisi kazandırmayı ve gereksinim duydukları sosyal yardım ve destek mekanizmalarını harekete geçirmeyi amaçlamaktadır (Çiçekoğlu ve Duran, 2018: 8).

TRSM'lere kayıtlı olan, hizmet alan hastalara ve ailelerine; sorumlukları ve hakları, merkezin işlevleri (farmakoterapi, alevlenmeyi önleme, tedavi planı, merkezin iletişim bilgileri vb.), işleyişi ve gördükleri tedavi süreci hakkında bilgi verilir. Hastalar ve yakınları acil bir durumun oluşması halinde veya mesai saatleri dışında desteğe ihtiyaç duyduklarında nasıl davranacakları, hastaneye nasıl ulaşacakları vb. konularda da bilgilendirilirler (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2012). TRSM çalışanlarının kronik ruhsal hastalığı bulunan bireylere ve onların yakınlarına yönelik; hastalık hakkında bilgilendirme eğitimi, hastalara sosyal beceri eğitimi, ruhsal eğitim, bilişsel davranışçı terapi, grup terapisi gibi çalışmalar yürüttüğü böylece hastalık belirtilerinin iyileşmesine ve hastanın işlevselliğinin artmasına yardımcı olunduğu görülmektedir.

Toplum ruh sağlığı merkezinde psikiyatri uzmanı, sosyal çalışmacı, hemşire, psikolog, ergoterapist, iş uğraşı terapisti ve diğer ekip üyeleri görev yapmaktadır. Ülkemizde ruh sağlığında çok yeni olan bu merkezler ağır ruhsal hastalığı bulunan bireylerin tedavisi, sosyal rehabilitasyonu ve bakımı yönünden çok önemlidir (Saruç ve Kaya Kılıç, 2015: 53). Bu merkezlerde bütüncül yaklaşım doğrultusunda hastalara ve ailelerine yönelik planlar ve uygulamalar yapılmaktadır; sosyal hizmet uzmanları her bir olguya yönelik mikro, mezzo ve makro düzeyde müdahalelerde bulunmaktadır (Gökçearslan Çiftçi, 2015: 173). Toplum ruh sağlığı merkezinde hastalara problem çözme eğitimi verilmekte, hastalar aşamalı olarak bir sorunla karşılaştığında nasıl düşünüleceği, çözüm için nasıl seçenekler oluşturulacağı, seçenekler arasında en uygun olanının nasıl seçileceği, seçilen öneriyi hayata geçirmek için kaynaklara ulaşma yöntemleri, sonucun nasıl değerlendirileceği öğretilmektedir. Bu hastaları bütüncül değerlendirmek ve hizmetlerden en iyi en doğru biçimde faydalanmaları bu merkezin başta gelen amaçlarındandır. Toplum ruh sağlığı merkezindeki toplum vurgusu, ruhsal hastalığı olan bireylerin toplumdan soyutlanmadan, içinde yaşanılan toplumla

bütünleşmesini, kaynaşmasını ifade etmektedir (Gökçeaslan Çiftci ve ark 2015: 168-169). TRSM’lerde sosyal hizmet uzmanları; bu hastalara yönelik stigmatı engellemek, stigmaya neden olabilecek sosyal risk etkenlerini tespit ederek azaltmak veya ortadan kaldırmak ayrıca hastaların ve ailelerinin yeniden topluma dâhil olmalarını sağlamak amacıyla çalışmalar yürütmektedir (Büber vd. 2014/2015: 35). Bakım verenlerin ve hastaların ruhsal iyilik hallerini koruyucu desteklerin artırılması, bilgilendirme çalışmaları ve tedavi planının içine aileleri de dâhil etme gerekliliği sağlık çalışanlarının ilgi odağında olmalıdır. Bu hastalarla alâkalı yapılan tedavilerden daha iyi sonuçlar alabilmek için, bakım verenlere, ailelere yönelik psikososyal çalışmaların; hastalarla ilgili de rehabilitasyon uygulamalarının artırılması bakım verenin yükünü azaltmada ve yükün getirdiği problemlerle baş etmede önemli bir etken olabilir (Arslantaş, 2018: 40).

İKİNCİ BÖLÜM

2. GEREÇ VE YÖNTEM

Bu bölümde araştırmanın; amacı, önemi, yöntemi, örnekleme, veri toplama araçları, süreci, verilerin analizi, etik konuları, sınırlılıkları ve varsayımları bulunmaktadır.

2.1.Araştırmanın Amacı

Ağır ruhsal hastalığı bulunan bireylere (bipolar bozukluk, şizofreni ve organik olmayan psikoz) bakım veren aile üyeleri ve TRSM’de görevli olan sağlık profesyonellerinin bakım verme deneyimleri ve toplum ruh sağlığı modeli hakkındaki görüşlerinin ve bu alana yönelik politika önerilerinin değerlendirilmesi araştırmanın amacıdır. Bu temel amaç doğrultusunda yapılan araştırmayla sürdürülmekte olan toplum ruh sağlığı hizmetleri ve gelecekte bu alanın geliştirilmesi yönünde katkı sağlanması hedeflenmektedir.

2.2.Araştırmanın Önemi

Tüm dünyada ruh sağlığı alanına ilişkin çok ciddi gelişmeler olmakla birlikte, Türkiye’de de toplum ruh sağlığı modeline geçiş sağlanmış; 2008 yılında ilk olarak Bolu ilinde açılan toplum ruh sağlığı merkezi sonraki yıllarda tüm ülkede yaygınlaştırılmıştır. Ülkemizde toplum temelli ruh sağlığı alanında olumlu gelişmeler mevcuttur. Toplum ruh sağlığı modelinin amacı ağır ruhsal hastalığı bulunan bireyleri hastane modelinin yerine toplum içinde, ailesinin yanında, tıbbi tedavinin yanı sıra rehabilitasyon ve mesleki iş uğraşı çalışmalarının da sürdürüldüğü toplum ruh sağlığı merkezlerinde takip edilmesidir.

Araştırmada hastaya birincil bakım veren aile üyelerinin deneyimlerine, görüşlerine, alana ilişkin politika önerilerine ayrıca aileden sonra hastalarla en çok bir arada olan ve onlara yakın olan sağlık profesyonellerinin deneyimlerine, görüşlerine yer verilmiş olması araştırmayı önemli kılmaktadır. Bu araştırmanın hasta yakınlarına, sağlık profesyonellerine ve bu alana ilişkin akademik çalışmalara ışık tutacağı düşünülmektedir. Ayrıca araştırmanın konusuyla alakalı mevcut sorunların tespit edilmesine, ilerleyen zamanda dönüşüm geçireceği düşünülen toplum temelli ruh sağlığı

modelindeki gelişmelere katkı sağlayacaktır. Bu alanla ilgili en önemli görüşler bizzat bu hasta grubuyla bir arada bulunan aile ve sağlık çalışanlarına aittir.

2.3.Araştırmanın Yöntemi

2.3.1. Araştırma modeli

Barışeri (2013: 5)'ye göre nitel araştırmanın bireylerin hadise, olgu ve durumlara karşı bakış açısını ve davranışını bir bütün şekilde tetkik etmesi onun en temel özelliğini oluşturmaktadır. Araştıran kişi bu olguları ve durumları ortamında subjektif şekilde izler. Araştırmacı katılımcılarının kullanmış olduğu sözel ifadelerin, bahsettiği kavramların ne anlamı olduğunu tespit etmeye ve katılımcının hareketlerinin anlamsal olarak tanımlanmaya çalışır. Bu yöntem, nitel araştırmaya dâhil edilen grubun sosyal etkileşimlerinin ya da davranışlarının algılanış biçimini sunmaktadır. Ayrıca bu araştırmaya konu olan öznelere kendi ifadelerinin derlendiği bir yöntemdir (Kümbetoğlu, 2012; Akt. Akgün, 2019: 44). Olgu bilimi (fenomenoloji):durumlar, olaylar ve deneyimlerin tespit edilmesinde kullanılan bir yaklaşımdır. Bu yaklaşımın temelinde bireylerin kendi tecrübelerinden elde ettiği deneyimleri bulunur. Olgu biliminde bireylere herhangi bir müdahalede bulunulmadan, ifade ettikleri direkt kabul edilir. Kişilerle yapılan görüşmeler kayıt altına alınarak onların o sıradaki davranış ve tutumları gözlemlenir (Yıldırım ve Şimşek, 2018; akt. Gültekin, 2019: 21). Yıldırım ve Şimşek (2008: 40-41)'e göre algılara ilişkin veriler ise; araştırmada çalışılacak gruba dâhil edilen katılımcıların süreç hakkında ne düşündükleriyle ilişkilidir. Görüşme yöntemiyle, insanların bakış açıları, kişisel deneyimleri, değerleri, duyguları ve algıları ortaya çıkarılır. Görüşme yönteminin; araştırmacının gözlemi ve yazılı dokümanlardan elde edilen verilerle destekleniyor olması araştırmanın güvenilirliğini ve geçerliliğini artırmaktadır (Yıldırım ve Şimşek, 2008: 40-41). Nitel yaklaşımda analizler içerik analizi ya da betimsel analiz kullanılarak yapılmaktadır. İçerik analizinde elde edilen nitel verileri açıklayabilecek kavramlara ve bağlamlara ulaşmak en önemli amaçtır (Yıldırım ve Şimşek, 2006, 227).

2.3.2. Araştırmanın Yeri ve Özellikleri

Resmi kaynaklardan edinilen bilgiye göre Kumluca Devlet Hastanesi Toplum Ruh Sağlığı Merkezi'nin 15/10/2015 tarihinde açıldığı, 01/03/2016 tarihinde ilk hasta

kabulünü yaptığı, 2020 Kasım Ayı verilerine göre açılışından itibaren 92 kadın, 127 erkek hastaya ulaşıldığı, taşınma, taburcu vb. nedenlerle ayrılan hastalar olduğu şu an aktif 85 kadın, 114 erkek hastanın kayıtlı olduğu, TRSM'ye covid-19 salgınından önce günlük ortalama 15-20 hastanın devam ettiği pandemi nedeniyle Sağlık Bakanlığı tarafından alınan kararlar doğrultusunda günlük devam eden hasta sayısının azaltıldığı öğrenilmiştir.

TRSM'ye şizofreni, psikotik bozukluk, bipolar bozukluk tanısı olan hastaların kayıtlı olduğu; merkezde tıbbi-medikal tedavi, rehabilitasyon hizmetleri psikososyal destek, ev ziyaretleri, tedavi takibi, hasta-aile eğitimleri verildiği, ayrıca halk eğitim merkezinden görevlendirilen öğretmenler tarafından resim, müzik, ahşap oymacılığı, dikiş nakış kurslarının verildiği öğrenilmiştir. Hastaların mesleki becerileri de geliştirilmeye çalışılmaktadır. TRSM'de özel gün ve haftalarda ya da planlanan dönemlerde şiir dinletisi, sinema günü, spor faaliyetleri gibi etkinlikler gerçekleştirilmektedir. Merkezde 1 psikiyatrist, 1 psikolog, 1 sosyal hizmet uzmanı, 2 hemşire görev yapmaktadır. Merkezdeki psikiyatrist, psikolog ve sosyal hizmet uzmanı hastane ve TRSM arası dönüşümlü çalışmaktadır. 1 hemşire hem TRSM'ye hem de TRSM'nin alt katındaki ağız ve diş sağlığı merkezinde görevlidir. Pandemi nedeniyle tüm personel dönüşümlü olarak çalışmaya başlamıştır.

2.3.3. Araştırmanın Zamanı

Antalya İl Sağlık Müdürlüğü'nden Kumluca Devlet Hastanesi Toplum Ruh Sağlığı Merkezinde çalışmanın yapılabilmesi için 01.11.2019 ve 30.08.2020 tarihleri arasında izin alınmıştır. Bu süre içinde hasta yakınları ve sağlık profesyonelleri ile planlanan görüşmeler tamamlanmıştır.

2.3.4. Araştırmanın Örneklemi ve Evreni

Araştırmanın evrenini Kumluca Devlet Hastanesi Toplum Ruh Sağlığı Merkezi'ne 2016, 2017, 2018, 2019 ve 2020 yılında kayıt edilen, düzenli ve düzensiz devam eden hastaların yakınları ve merkezde görev yapan sağlık profesyonelleri oluşturmuştur. Bu çalışmalarda örneklem sayıları doğrultusunda ve maksimum çeşitlilik (cinsiyet, yaş, eğitim, medeni durum, hastanın tanısı, bakım verme süresi...)

esasına göre ortalama olarak 20 kişi belirlenmiştir. Sağlık profesyonellerinde ise halihazırda bulunan 5 sağlık profesyoneli en az 2,5 yıldır bu birimde çalışıyor olmasından dolayı hepsinin çalışmaya dâhil edilmesi planlanmıştır. Daha sonra Kumluca Devlet Hastanesi Toplum Ruh Sağlığı Merkezine kayıtlı hastalar arasında TRSM'ye en az 6 ay devam eden kayıtlanmış, kriterlerimize uygun 25 hasta saptanmıştır. Bu hastaların yakınlarının telefon numaralarına ulaşılarak tek tek aranmış ve araştırma hakkında bilgi verilmiş ve görüşme talebinde bulunulmuştur. Çalışmamıza katılmayı 25 hasta yakını ve 5 sağlık profesyoneli kabul etmiştir. Araştırma sürecinde bir hastanın vefat etmesi, 3 hastanın il dışına taşınması nedeniyle sayı 25 e tamamlanamamış, 21 hasta yakını ile görüşme sağlanmıştır. Merkezde çalışan 5 sağlık profesyoneli ile görüşme gerçekleştirilmiştir.

2.3.5. Araştırmaya Dâhil Edilme Kriterleri

a) Bakım Verenler

- Araştırmaya katılmaya gönüllü olmak,
- Araştırma yönergesini takip edecek zihinsel kapasitede olmak,
- Hastanın en az 6 ay TRSM'de devam etmesi,
- Hastaların en az 1 yıllık tanı geçmişlerinin bulunması.

b) Sağlık Profesyonelleri

- Araştırmaya katılmaya gönüllü olmak olmak,
- Sağlık profesyonelinin en az 1 yıl süreyle birimde çalışıyor olması.
- TRSM'de profesyonel meslek elemanı olarak çalışıyor olmak (hekim, hemşire, sosyal hizmet uzmanı, psikolog)

2.3.6. Veri Toplama Araçları

Araştırmaya ait veriler, araştırmacı tarafından hazırlanan kişisel bilgi formu ve yarı yapılandırılmış görüşme formu ile elde edilmiştir. Araştırma konusu ile ilgili derinlemesine bilgi sağlayabilecek, hastaların TRSM'ye devam etmeleriyle ilgili görüşlerini ortaya koymak için açık uçlu sorudan oluşturulmuş hasta yakınları ve sağlık profesyonelleriyle derinlemesine görüşmeler yapılmıştır. Görüşmeler genellikle katılımcıların ikamet adresinde yapılmıştır. Sağlık profesyonelleri ile görüşmeler TRSM

ve hastanede yapılmıştır. Bütün görüşmeler yüz yüze yapılmıştır. Görüşme sırasında yansız olmaya, yönlendirici olmamaya ve görüşülen kişiyle güven ilişkisi kurulmaya dikkat edilmiştir.

2.3.6.1.Kişisel Bilgi Formu

Araştırmada hasta yakınları ve sağlık profesyonelleri hakkında genel bilgiler toplamayı sağlayan araştırmacı tarafından hazırlanmış olan kişisel bilgi formu kullanılmıştır. Bu form hasta yakını (Ek 2), sağlık profesyoneli (Ek 3) için ayrı ayrı oluşturulmuştur. Bilgi formları ilgili literatür incelenerek araştırmaya katılanların, cinsiyet, yaş, eğitim, mesleği, yakının tanısı, yakınının yaşı, bakım verme süresi, hastayla arasındaki kan bağı ilişkisi, hastalıkla ilgili herhangi bir yardım alıp almama durumu hasta yakını ile ilgili görüşme formunda bulunmaktadır. Sağlık profesyoneliyle ilgili bilgi formunda yaş, cinsiyet, meslek, mesleki deneyim süresi, ruh sağlığı alanındaki çalışma süresi ve Kumluca Devlet Hastanesi TRSM’de çalışma süresi bulunmaktadır.

2.3.6.2.Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu

Hasta yakınları için sorular;

1. Bakım veren olmak hayatınızı nasıl etkiliyor? Tarif edebilir misiniz?
2. Bakım veren olmak fiziksel (alkol sigara kullanımı, kronik yorgunluk, beslenme, uyku düzeni, özbakım, somatik şikayet, konsantrasyon bozukluğu, ek fiziksel rahatsızlıklar...) olarak sizi nasıl etkilemektedir?
3. Bakım veren olmanın sizin ruhsal ve duygusal durumunuza (endişe, korku, kaygı, ümitsizlik, huzursuzluk, yalnızlık duygusu, kendine güvende azalma, ağlama isteği, gelecek kaygısı, agresyon...) etkileri nelerdir?
4. Bakım veren olmak sizi sosyal olarak (kendine ve aileye vakit ayırabilme, komşuluk ilişkileri, arkadaşlık ilişkileri, sosyal etkinliklere katılabilme, yaşam kalitesi, damgalanma...) nasıl etkilemektedir?
5. Bakım veren olmak sizi ekonomik olarak (hastanın beslenme, ilaç, tedavi, ulaşım masrafı, çalışamama, iş kaybı...) nasıl etkilemektedir?
6. Bakım verme süreciyle ilgili aktarmak istediğiniz başka deneyimleriniz var mı? Varsa bu deneyimler nelerdir?

7. Hastanıza bakım verme sürecinde devamlı veya zaman zaman size destek olan başka bireyler var mı? Açıklayınız.
8. Hastanız düzenli olarak toplum ruh sağlığı merkezine gidiyor mu?
1)Evet (ne sıklıkla) 2)Hayır
9. Hastanızın TRSM'den hizmet alması sizin ve hastanızın yaşamını nasıl etkiledi?
10. Sizin bu hastalık grubuna bakım verenlere tavsiyeleriniz nelerdir?
11. Ağır ruhsal hastalığı bulunan bireylere yönelik politikalarla ilgili neler düşünüyorsunuz, geliştirilebilecek yeni politika öneriniz nelerdir?

Sağlık profesyonelleri için sorular;

1. TRSM'de çalışmaya başlamadan önce ve çalışma süreciniz boyunca ruh sağlığı alanına ilişkin deneyimleriniz nasıldı?
2. TRSM'de çalışan sağlık profesyonelleri bu hasta grubuna hizmet verirken hangi konularda zorluk yaşamaktadır?
3. TRSM'de mesleğinizle ilişkiligörev ve sorumluluklarınız nelerdir?
4. TRSM'de çalışan bir sağlık profesyoneli olarak kendi mesleğinizle ilgili sorumluluk ve görevleriniz hakkında düşünceleriniz nelerdir?
5. Ağır ruhsal hastalığı bulunan bireylere bakım sürecindeki deneyimleriniz (fiziki, sosyal, ruhsal, duygusal ve ekonomik) nelerdir?
6. TRSM hizmet sunumunun daha aktif ve verimli olabilmesi için düşünce ve önerileriniz nelerdir?
7. Ağır ruhsal hastalığı bulunan bireylere bakım veren ailelere önerileriniz neler olur?
8. Ağır ruhsal hastalığı bulunan bireylerle ilgili politikalar hakkında neler düşünüyorsunuz, sizce bu alanla ilgili geliştirilebilecek yeni politika önerileri neler olabilir?

2.3.6.3.Bilgilendirilmiş Onam Formu

Araştırmaya katılan hasta yakınları ve sağlık profesyonellerinden araştırmanın amacı ve konusu hakkında bilgilendirilmiş ve araştırmaya katılmayı kabul ettiğine dair sözlü ve yazılı onamlar (EK-1) alınmıştır.

2.3.7. Verilerin Toplanması

Hasta yakınları; merkez kayıt sistemi üzerinden cinsiyeti, yaşı, eğitim durumu, çalışma yılı, yaşadığı yer gibi kriterler dikkate alınarak belirlenmiş ve kişilere telefonla ulaşılmıştır. Hasta yakınları, yapılan telefon görüşmelerinde, araştırmanın amacı ve içeriği ile gönüllülük ve gizlilik esasları hakkında bilgilendirilmiştir. Yapılan bilgilendirme sonrasında araştırmaya katılmayı kabul eden hasta yakınları ile gerçekleştirilecek yüz yüze görüşmeler hasta yakınlarının uygunluk durumuna göre planlanmıştır. Görüşmeler katılımcıların ikamet adreslerinde ve TRSM’de yapılmıştır. Hasta yakınları ile planlanan görüşmeler tamamlandıktan sonra araştırmaya katılmayı kabul eden sağlık profesyonelleri ile görüşmeler yapılmıştır. Her bir görüşme öncesinde gönüllüye araştırma amacı ve kayıt cihazının neden kullanıldığına yönelik bilgilendirme yapılmış ve araştırmaya katılmayı kabul eden hasta yakınları ve sağlık profesyonellerinden imzalı onam formu alınmıştır. Her bir görüşme ses kayıt cihazı ile kayıt altına alınmıştır. En uzun görüşme 60 dakika, en kısa görüşme 30 dakika olmakla birlikte görüşmeler ortalama 40 dakika sürmüştür. Toplam 1040 dakika görüşme yapılmıştır.

2.3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu çalışmanın sınırlılıkları şu şekildedir:

1. Araştırmaya merkeze en az 6 ay düzenli devam eden ve araştırmaya katılmaya gönüllü hasta yakınlarının dâhil edilmesi, TRSM’nin ilçede bulunması nedeniyle hasta sayısının fazla olmaması, küçük yerleşim yerlerinde damgalanma endişesiyle hastaların TRSM’ye gelme konusunda dirençlerinin bulunması araştırmada sınırlılık olarak kabul edilmiştir. Görüşmelere başlanmasından kısa bir süre sonra ortaya çıkan Yeni Koronavirüs (COVID-19) pandemi süreci nedeniyle çalışmaya geçici süre ile ara verilmiş, COVID-19 pandemisinde sağlık hizmet sunumunun normalleşme süreci ile birlikte görüşmelere tekrar başlanmış, hasta yakınlarıyla görüşmeler açık alanlarda, gerekli sosyal mesafe, maske vb. önlemler alınarak yapılmıştır. Araştırma sırasında vefat eden ve ikamet değişikliği yapan hastaların bulunması katılımcı sayısını azaltmıştır. TRSM’nin ilçede bulunması nedeniyle merkezde çalışan sağlık personeli sayısı da azdır.

2. Araştırma sonuçları, çalışmada kullanılan istatistiksel teknikler ile sınırlıdır.

2.3.9. Araştırmanın Güçlükleri

Özellikle görüşmeden önce onam formu imzalatılıyor olması bazı hasta yakınlarının tedirginlik yaşamasına neden olmuş ve görüşmeye katılım motivasyonunu olumsuz etkilemiştir. Onam formları, araştırmaya ilişkin gerekli bilgilendirmeler yapıldıktan sonra, hasta yakınlarının rızası alınarak imzalatılmıştır. Görüşmelerin hasta yakınlarının ikamet adresinde yapılmış olması, kişilerin farklı ilçelerde ikamet etmesi sebebiyle mesafelerin uzak olması ve ilgili adreslerin bulunamaması hastalarla yapılan görüşmelerin planlanmasında güçlük yaşanmasına sebep olmuştur.

2.3.10. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın yapılması için Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanlığı'na başvurulmuş; 2019/12 toplantı ve GO 2019/172 karar numarasıyla izin alındıktan sonra araştırma için çalışmaya başlanmıştır. Araştırmanın uygulanabilmesi için Antalya İl Sağlık Müdürlüğü'nden yazılı izin alınmıştır. Etik açıdan uygunluk doğrultusunda araştırmaya katılmayı kabul eden tüm katılımcılardan yazılı onay almak için öncelikle araştırmanın amacı, katılım şartları, araştırmanın faydası, gizlilik ilkeleri hakkında bilgi verilmiş, sonrasında yazılı onayları (bilgilendirilmiş gönüllü olur formu) alınmıştır. Görüşmelere ait ses kayıtları ve alınan notlar şifre korumalı klasörde araştırmacının kişisel bilgisayarında saklanmıştır. Araştırmada görüşme formlarında katılımcıların beyanlarından söz ederken kimlik bilgileri yerine (HY1), (SP1) şeklinde kodlar kullanılarak mahremiyet yönünden kimlik bilgileri gizli tutulmuştur.

2.3.11. Verilerin Analizi

Araştırma sürecinde 26 katılımcıyla yarı yapılandırılmış görüşme formları aracılığıyla derinlemesine görüşmeler yapılmıştır. Görüşmeler sırasında ses kayıt cihazıyla oluşturulan kayıtlar ve yarı yapılandırılmış görüşme formları üzerine alınan notlar veri analiz sürecinde kolaylaştırıcı olmuştur. Görüşmeler toplam 1040 dakika sürmüştür.

Verilerin analizi ses kayıt cihazı ile elde edilen veriler çözümlenerek elde edilmiş ve 259 sayfalık bir döküm oluşturulmuştur. Word dökümlerinin analizi NVIVO 10 nitel veri analiz programı kullanılarak yapılmıştır. Program kapsamında yorumlanması yapılan bu veriler araştırmacı tarafından tekrar tekrar okunmuştur. Araştırmacı tarafından hazırlanan yarı yapılandırılmış görüşme formunda belirlenen konu başlıkları ve analiz sonrasında, elde edilen bilgiler incelenmiş, değerlendirilmiştir. Katılımcıların görüşleri içerdiği anlamlara göre kodlanmış, ortaya çıkan kodlar aralarındaki benzerliklere göre kategoriler oluşturulmuştur. Kategoriler ortak yönler göre birleştirilmiş temalar elde edilmiştir. Bulgular kısmında kodlar, ana kodlar ve temalara yer verilmiştir.



3. BULGULAR

Araştırmada elde edilen veriler NVİVO 10 paket programı kullanılarak analiz edilmiştir. Araştırmaya 21 hasta yakını ve 5 sağlık profesyoneli katılmıştır. Her iki grup ayrı değerlendirilmiştir. İlk bölümde hasta yakınlarına dair elde edilen bulgular yer almaktadır. TRSM'ye en az 6 ay devam eden hastaların yakınlarıyla görüşme sağlanmıştır. Görüşmede katılımcıların cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim durumu, mesleği, hastalarının tanısı, hastayla yakınlık dereceleri, bakım verme süresi, bakım verdiği yakınının yaşı, hastayla aynı evde yaşama durumu, hastalıkla ilgili yardım alıp almama durumlarıyla ilgili bilgiler Tablo-1'de yer almaktadır.

Tablo 1 Araştırmaya katılan hasta yakınlarına ilişkin bilgiler

Görüşülen Kişi	Cinsiyet	Kaç Yaşında	Medeni Durum	Eğitim Durumu	Meslek	Hastanın Yakınlık Derecesi	Hastasının Tanısı	Hastası Kaç Yaşında	Bakım Verme Süresi	Hasta ile Aynı Evde Yaşama Durumu	Hastanın Bakımıyla İlgili Ek Bir Maddi Destek Alıp Almama Durumu
HY1	Kadın	59	Dul	İlkokul	Ev Hanımı	Oğlu	Şizofreni	39	20 Yıl	Evet	Evet (SYDV)
HY2	Kadın	82	Dul	Okuryazar	Ev Hanımı	Oğlu	Şizofreni	53	30 Yıl	Evet	Hayır
HY3	Kadın	73	Dul	İlkokul	Ev Hanımı	Oğlu	Organik Olmayan Psikoz	51	2 Yıl	Evet	Evet (SYDV)
HY4	Kadın	64	Evli	İlkokul	Ev Hanımı	Kızı	Bipolar Bozukluk	30	17 yıl	Evet	Hayır
HY5	Kadın	72	Dul	Okuryazar Değil	Çiftçi	Oğlu	Organik Olmayan Psikoz	53	43 yıl	Evet	Hayır
HY6	Kadın	57	Evli	İlkokul	Ev Hanımı	Kızı	Bipolar Bozukluk	40	16 yıl	Evet	Evet (AÇSHİM)
HY7	Kadın	50	Evli	İlkokul	Ev Hanımı	Erkek Kardeşi	Şizofreni	43	10 yıl	Evet (Dönemsel)	Hayır
HY8	Erkek	50	Evli	İlköğretim	Boyacı	Eşi	Bipolar Bozukluk	44	2 yıl	Evet	Hayır
HY9	Kadın	57	Evli	İlkokul	Ev Hanımı	Kızı	Bipolar Bozukluk	37	20 yıl	Evet	Hayır

HY10	Erkek	40	Evli	İlkokul	Oto Yıkamacı	Eşi	Bipolar Bozukluk	41	20 yıl	Evet	Evet (SYDV)
HY11	Erkek	42	Evli	İlkokul	Otobüs Şoförü	Kız Kardeşi	Organik Olmayan Psikoz	55	16 yıl	Evet (Dönemsel)	Evet (AÇSHİM)
HY12	Kadın	55	Evli	Lise	Ev Hanımı	Oğlu	Şizofreni	33	27 yıl	Evet	Hayır
HY13	Erkek	52	Evli	İlköğretim	İşçi	Kızı	Bipolar Bozukluk	23	5 yıl	Evet	Hayır
HY14	Kadın	64	Dul	İlkokul	Ev Hanımı	Kızı	Şizofreni	44	22 yıl	Evet	Hayır
HY15	Kadın	48	Evli	İlkokul	İşçi	Oğlu	Organik Olmayan Psikoz	26	10 yıl	Evet	Hayır
HY16	Erkek	80	Evli	Universite	Emekli	Oğlu	Şizofreni	39	22 yıl	Evet	Evet (AÇSHİM)
HY17	Kadın	61	Evli	İlkokul	Ev Hanımı	Kızı	Bipolar Bozukluk	38	35 yıl	Evet	Hayır
HY18	Erkek	60	Evli	Lise	Emekli	Erkek Kardeşi	Şizofreni	57	25 yıl	Hayır	Hayır
HY19	Kadın	50	Evli	İlkokul	Ev Hanımı	Kızı	Bipolar Bozukluk	26	2 yıl	Evet	Hayır
HY20	Erkek	53	Evli	Lise	Çiftçi	Erkek Kardeşi	Bipolar Bozukluk	55	38 yıl	Hayır (Aynı Bina)	Hayır
HY21	Kadın	48	Evli	İlköğretim	Ev Hanımı	Oğlu	Bipolar Bozukluk	22	2 yıl	Evet	Evet (SYDV)

İlk bölümde bakım veren aile fertleriyle yapılan görüşmede elde edilen bulgulara yer verilmiştir. Bakım verenlerin 14'ü kadın, 7'si erkek; 12'si ilkokul, 3'ü ilköğretim, 3'ü lise, 1'i üniversite, 1'i okuryazar ve 1'i okuryazar değildir. Bakım verenlerin 16'sı evli, 5'inin eşi vefat etmiştir. Bakım verenlerin mesleklerine bakıldığında 12'sinin ev hanımı, 3'ünün serbest meslek, 2'sinin işçi, 2'sinin çiftçi, 2'sinin emekli olduğu görülmüştür. Bakım verenlerin 15'i çocuğuna, 2'si eşine, 4'ü kardeşine bakım vermektedir. Bakım verenlerin 12'si bakım verdiği hasta ile farklı cinsiyettedir. Bakım verilen hastaların 4'ü organik olmayan psikoz, 7'si şizofreni ve 10'unu bipolar bozukluk tanısına sahiptir. Bakım verenlerin 17'si aynı evde, 2'si aynı evde dönemsel, 1'i aynı binada, 1'i farklı evde yaşamaktadır. Katılımcıların yaş ortalaması 57 yıl, hastaların yaş ortalaması 40 yıl, ortalama bakım verme süresi 18 yıldır. Ağır ruhsal hastalığı bulunan bireylere bakım veren ailelerin 3'ü aile çalışma ve sosyal hizmetler il müdürlüğünden evde bakım maaşı, hastaların 4'ü sosyal yardımlaşma ve dayanışma vakfından engellilik maaşı almaktadır.

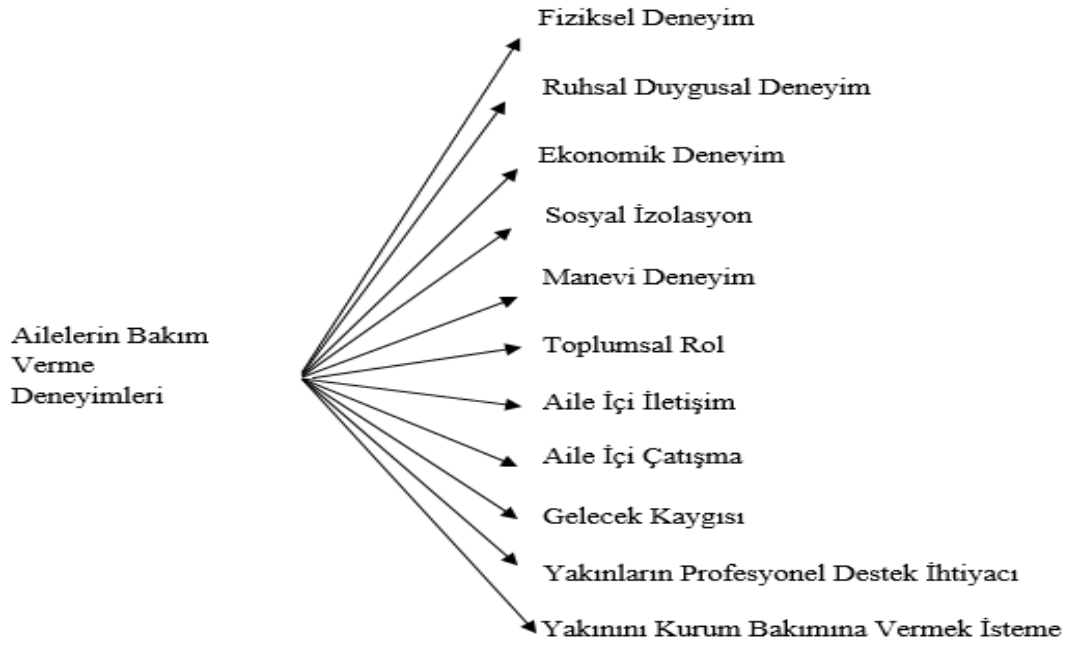
3.1.Bakım Verenlerin Bakım Verme Deneyimleri

Bu bölümde ağır ruhsal hastalığı bulunan bireylere bakım veren ailelerin bakım verme deneyimleriyle ilgili ana kodlar ve alt kodlar oluşturulmuştur. Ana kodlardan yola çıkarak 5 tema belirlenmiştir; ailelerin bakım verme deneyimleri, hastalık semptomlarıyla ilgili deneyimler, tedaviyle ilgili deneyimler, TRSM ile ilgili deneyimler, yakınların politika değerlendirmeleri ve önerileridir. Aşağıda her bir temanın altında ana kodlar ve alt kodlara yer verilmiştir.

3.1.1. Ailelerin Bakım Verme Deneyimleri

Ailede kronik ruhsal hastalığı olan bireyin varlığı, ailenin tüm bireylerini etkilemekle birlikte özellikle primer bakım veren rolünü üstlenen aile bireyini; fiziksel, ruhsal, ekonomik ve sosyal yönden etkilemektedir. Bu bölümde TRSM'ye devam eden hastaların yakınlarının bakım verme sürecindeki deneyimleri temasının altında fiziksel, ruhsal-duygusal, ekonomik, sosyal izolasyon, manevi deneyim, toplumsal rol, aile içi iletişim ve aile içi çatışma, gelecek kaygısı, yakınların profesyonel destek ihtiyacı ve yakınının kurum bakımına vermek isteme kodlarına yer verilmiştir. Ailelerin bakım verme deneyimleri teması kapsamında ortaya çıkan kodlar şekil 1'de gösterilmiştir.

Şekil 1. Ailelerin bakım verme deneyimleri teması ve alt kodlar



a) Fiziksel Deneyim

Ağır ruhsal hastalığı bulunan bireylere bakım verenlerde; yakınlarının hastalıkları sonucu yetilerini ve işlevselliklerini kaybetmeleri nedeniyle sorumluluklarını yerine getirememesi dolayısıyla onun görevlerini de bakım verenin üstlenmesi yetersiz dinlenme, iştah kaybı, baş ağrısı, uykusuzluk, kronik yorgunluk hissi, kendi kişisel ihtiyaçlarını karşılayamama vb. durumlar oluşturmaktadır.

Katılımcıların genelinde fiziksel deneyim olarak uykusuzluk yaşandığı, yetersiz dinlenme, enerji düşüklüğü, halsizlik ve kendini yorgun hissetme durumlarının olduğu görülmüştür.

(HY1) “... Beni çok konuştuğunda uyutmuyor.”

(HY13) “... İnsan bazen o kadar çok zorlanıyor ki isyan ediyor. Gece uyumuyor, yoruluyorsun. ...Dinlenme diye bir şey olmuyor, yatsan da dinlenmiyorsun kalksan da dinlenmiyorsun. Çoğu zaman bir saat uyuyorum bazen uyumuyorum.”

Katılımcı HY12 yorgun hissettiğini, temizlik konusunda sorun yaşadığını, oğlunun odasını sürekli kirlettiğini, ev içi sorumluluklarını yerine getirmediğini bu davranışlarının kendisini zorladığını ifade etmiştir.

(HY12) “...Çok yoruldum, evet çok yorgun hissediyorum. Yemeğini götürüp odada yiyor, hiç temizlemiyor, sürekli odasına gidip temizliyoruz. Yatağını çok kirletiyor, dikkat etmiyor sürekli çarşaf değiştiriyor. Kendim sağlıklı olsam yapacağım ama çok yoruluyorum

bunları yaparken. Gerçekten hiç yardımcı olmuyor mesela bazen ekmeği bile almaya gitmiyor. Aç kalır ekme yemez fakat almaya da gitmez. Oğlum evde hiç yardımcı olmaz, yemeğini bile odasında yemesine izin veriyorum ama tabaklarını getir diyorum yine de getirmiyor. Tabakları birikiyor kuruyor. Bende almıyorum alsın kendisi getirsin diye eşimle de gitmiyoruz bilerek getirmesi için sonra mecbur yine gidip topluyorum yapmıyor.”

Katılımcı HY15 iş stresi de yaşadığını, rahat şekilde uyumadığını, sürekli yorgun hissettiğini, kendisine hiç vakit ayıramadığını, uyurken dahi tedirgin olduğunu ifade etmiştir.

(HY15) “... İş stresi var zaten rahat uyudum kalktım gibi bir şey yok. Zaten onu düşünüyorsun, yorgunsun, bitkinsin bu şekilde kalkıyorsun. Diyorum ki bugün işe gitmeyeyim mecburum gitmeye. Gitmeye gücüm yok ama kalkıp o işe gitmek zorundayım. Ben yokum zaten hep onlar için yaşıyorum. ...Kendime vakit dediğim sadece yatma zamanı uyku. Tedirgin yatıyorsun tedirgin kalkıyorsun.”

Katılımcı HY18 de genellikle uykusuzluk yaşadığını, kardeşini düşündüğünde uyuyamadığını, sürekli yardıma ihtiyacının olup olmadığını düşündüğünü anlatmıştır. Konuyla ilgili şöyle bir örnek vermiştir; önceki yıllarda fiziksel sağlığı yönünden çok kötü hissettiği bir anda kardeşinin vasisi olması nedeniyle imzasına gerek duyulduğunu, gidip imzayı attığını sonrasında hastaneye gittiğini, yatışının olduğunu ve beyin ameliyatı geçirdiğini ifade etmiştir.

(HY18) “...Bazen aklıma bir şey geldiğinde uyuyamıyorum. Kardeşimi düşündüğümde uyuyamıyorum ya da başka sorunları. Gündüz de aynı böyle kafam yerinde olmuyor. ...Örnek vereyim ben beyin kanaması geçiriyormuşum. O kadar kötüyüm, o sırada beni arıyor işte tedavi görecekti ben vasisi olduğum için benim imza atmam gerekiyormuş, o hâlde gidip orada imza attım, sonra hastaneye geldim ameliyat oldum bu olaydan 4 saat sonra.”

Katılımcı HY21 ve HY4 yakınlarının gece hastalandığı dönemlerde uyumadıklarını, HY21 yakınının gece kendilerine zarar vermesinden korktuğunu, HY4 de yakını uyuyamadığı için kendilerinin de uykusuz kaldığını, sürekli yakınlarını gözlemlediklerini ifade etmiştir.

(HY21) “...Benim hayatımı zorlaştırıyor. Önce bir dönem hırçınlığımızda oldu, geceleri hiç uyumadım. Geceleri kalkıp vurabilir mi? Ne yapacağını bilmiyorsun çünkü. Bir dönem onu yaşadık 2-3 ay. O süreçte uykusuzluk, korkugünlerce uyumadığımız zamanlar oldu bizim.”

(HY4) “...Kızım uyumadı biz uyumadık hep böyle ayakta durduk. ...Benim gözüüm onun üzerindeydi günlerce uykusuz kaldım. O hastanelerde yatarken sabaha kadar uykusuz kaldım.”

(HY5) “...Yıprandım çok yıprandım. ...Sabaha kadar durduğumda oldu. Evlenince dahada yüküm arttı. Çocuklarına da ben bakıyorum oğlumun. ...Çok yıprandım hâlâ yıpranmaktayım.”

HY6, yakınının gece kendilerine fiziksel şiddet uygulama riskinin bulunması ve evden izinsiz ayrılarak kaybolacağına dair endişelerinin varlığı nedeniyle uykusuz kaldığını ifade etmiştir.

(HY6) “...Uyumadığımız günler oldu, 24 saat uyumazdık. Ellerini bile bağladığımız oldu büyük kızımın, bir zarar vermesin diye çünkü kapıya pencereye vururdu, kaçıp gitmesin diye.”

(HY19) “...Evladımı düşünmek için uykusuz kaldım, gündüz çalıştım, gece yastığa kafamı koyduğumda uyuyamazdım, benim çocuğum nasıl olacak Allah'ım iyi olma gücünü göster, sürekli iyi olduğu günleri göreyim diye çok dua ettim. ...Bedenen bayağı bir yoruldum düşünmekten.”

(HY14) “...Yorgun oluyorum, uyku bozukluğu var, düşünmekten uyuyamıyorum. Uyuyamayınca sinirler tabii ki bozuluyor. Dönem dönem uyku bozukluğu yaşıyorum.”

(HY20) “...Unutkanlık oldu biraz bende, yani yatağımdan yorgun kalkıyorum buna benzer şeylerim oldu. Zaman zaman kendimi bitkin yorgun hissettim.”

Katılımcı HY17 ise kızının kendisini sürekli sinirlendirdiğini, evde yardım etmediğini bu nedenle kendisinin yorulduğunu, sinirlendiğinde başının ağrıdığını söylemiştir.

(HY17) “...Neler yaşadık, biz çok şeyler yaşadık, kimsenin başına vermesin Allah çok zor. Uykularım kaçıyor bu olaylar aklıma geldiğinde. ...Gün içinde elim ayağım tutmaz oldu, içinde bir çarpıntı var, yaşlılıkta var. İşlerimi yapmakta zorlanıyorum, kızım yardım etmiyor, evde hiç iş yapmıyor, temizlik yapmıyor, yemeği vaktinde pişirmiyor beni sinir ediyor sadece sinirleniyorum ona. Yoruluyorum onun ihtiyaçlarını da ben karşılıyorum. Sinirlendiğinde başım ağrıyor.”

Bakım verenler öncelikle hastanın ihtiyaçlarını karşıladıklarını, kendi ihtiyaçlarını bu nedenle karşılayamadıklarını ya da ikinci plana attıklarını ifade etmişlerdir.

(HY7) “...Kendi ihtiyaçlarımızı, işlerimizi çok aksattık. Sürekli telefon geliyordu. Kardeşin şunu yaptı, kardeşin öyle yaptı. ...Bir komşum arıyor, bir amcam arıyor, bir ablam arıyor,

kahvedeki arkadaşı arıyor; kahve sahibi bugün kardeşin şunu yaptı, bunu yaptı. ...Sürekli berabersiniz onun sorumluluğu size ait.”

(HY16) “...Yemek yiyemedik yesekte boğazımızda kaldı. Bizim normal yaşamımızı mutlaka etkiledi, geriye düşürdü.”

Katılımcılardan bir kısmının bakım verme sürecinde hem yakınlarının rahatsızlığı hem de yaşamlarında var olan diğer sorunlar nedeniyle fiziksel rahatsızlıklarının ortaya çıktığını düşündükleri görülmüştür. Katılımcılardan bir tanesi fiziksel etki olarak bakım verme sürecinde çok zorlandığını ve kendisinin erken menopoza girdiğini belirtmiştir.

(HY14) “...Tabii ki benim hastalıklarım var ama bu tamamen kızımın hastalığıyla ilgili değil. Hem diğer sorunlar var; kolesterolüm vetiroid var, vertigo var. Başka bir rahatsızlığım yok. Yaşadığım sıkıntıları bir kızımın üstüne yıkmak istemiyorum. ...Kızımın rahatsızlığında günlük yaşamdaki sorunun üstüne tuz biber olabiliyor bazen.”

(HY9) “...Erken menopoza girdim. ...Çok kötü hissediyordum kendimi, çok ağlıyordum ilk zamanlar. Şimdi konuşabiliyorum ama o zaman hep ağlıyordum. ...Başımda damar tıkanıklığı var. Başım çok ağrır oldu, baş dönmesi gibi. Mideme kramplar giriyor. Artık omuzlarımdan aşağı bastırıyorlar bir yorgunluk var gibi hissediyorum.”

Katılımcılardan bir kısmı bakım verme sürecinde karşılaştıkları sorunlarla baş etmede alkol ve sigara kullanımını artırma vb. davranışlarının ortaya çıktığını ifade etmişlerdir.

(HY10) “...Stresle alkole sardığım oldu, onun dışında çok alkol alan bir insan değilim.”

(HY12) “...Aile ve akrabalarından da bir yardım görmeyince sigaraya sardım, sigaradan dolayı akciğerimde sıkıntı çıktı, akciğer kanseri ameliyatı oldum. Şu an tedavi ile kontrol altındayım. Bunların hepsi yaşadıklarımdan dolayı oldu. Mesela ben baypas ameliyatı oldum oğluma bakarken.”

(HY16) “...Ben sigara kullanımımı artırdım, yaşımla ilerledikçe geride bıraktığım oğlumu düşünüyorum o beni hakikaten de yıpratıyor.”

(HY20) “...Örneğin bir paket içiyorsam 2 paket içtiğim oldu bazı dönemler stresten.”

b) Ruhsal ve Duygusal Deneyim

Bu süreç tüm aile bireylerini ruhsal yönden olumsuz etkilemektedir. Özellikle sürekli bakım veren için büyük stres kaynağı haline gelmektedir. Hasta yakınları stres, ağlama isteği, kızgınlık, üzüntü, kaygı, korku, gerginlik, ümitsizlik ve sinirlilik

yaşayabilmektedir. Hasta yakınları bakım verme sürecinin uzaması, hastalığın getirdiği yeti yitimi ile tükenmişlik yaşayabilmekte ve buna bağlı tepkisel durumlar ortaya çıkabilmektedir.

Katılımcı HY19 ve HY17 bakım verme sürecinde zaman zaman sinirlendiklerini bu durumu hastalarına yansıtmadıklarını söylemişlerdir.

(HY19) “...İster istemez elimde olmayarak gerginlik oluyor ama hiç kimseye bildirmeden onları üzmeden yaşadım. ...Bazen neden böyle oluyor derdim. Bir taraftan kızın hastalığı var, diğer taraftan çalışıyorsun, onun yorgunluğu var.”

(HY17) “...Mecburum ona bakmaya, sinirleniyorum yardımcı olmadığından, evini temizlemediğinden kızıyorum. İçimde bir korku var, her an bir şey olacaktı gibi geliyor. Kızımın yüzünden içimde bir korku oldu. Gerginim, sessiz kalıyorum, genelde içime atıyorum, dışarıya bağırıp çağırmıyorum, vurup kırmıyorum, içime atıyorum kendime oluyor zararım.”

Katılımcı HY18 ve HY20 yakınlarına bakım verme sürecinde sinirlilik oluştuğunda diğer aile üyelerine bunu yansıttıklarını ifade etmişlerdir.

(HY18) “...Bazen kardeşimi takip etmekten dolayı ben de sinirleniyordum, evdekilere bağırıyordum.”

(HY20) “...Vallahi çok zor günler yaşadık, yaklaşık 25-30 senedir birebir ben ilgileniyordum zaten. İster istemez biz de psikolojik olarak bayağı yıprandık, bizde bir asabi hale geldik. ...Kardeşim ne zaman hastalansa bende sinirlilik durumu oluşuyor. Bazen hanıma kızıyorum, ona bir şey diyemediğimiz için başkasından çıkarabiliyorum acısını.”

Katılımcı H12’nin bakım sürecinde tükenmişlik yaşadığı görülmüştür.

(HY12) “...Ağlıyorum yani ölmek istiyorum gerçekten. Artık hastalığım da aklıma gelmiyor. Keşke ölsem de kurtulsam diyorum. ...Geriliyorum çok sinirleniyorum.”

Katılımcılar bakım verme sürecinde yaşanan durumla baş etmede zorlandıklarını genellikle ağlama isteğinin oluştuğunu ifade etmişlerdir.

(HY13) “...Vallahi benim yaşamaktan vazgeçmiş gibi bir hâlim var şuan. Ben sürekli ağlıyorum, şu anda bile ağlıyorum, ben ağlamasam ne yapayım.”

(HY14) “...Evde hasta bir kişinin olması insanı üzüyor, yani yıpratıcı. ...Bazen akşamları onlar uyuduktan sonra çok ağladım. ...Onlara hiç ağladığımı göstermedim.”

(HY16) “...Bazen kenarlara kuytu yerlere çekilirdim ağlardım, o dönemler vardı, eşimin bile haberi yoktur. Oğlumdan beklentilerim vardı. ...2 yıldır kabuğuma çekildim, sinirimi ortaya dökmeden kabuğuma çekiliyorum.”

(HY4) “...Kendimiz çok üzüldük, ağladık ama kızımıza belli etmedik, öyle bir durumumuz oldu. Çok yıprandık yani o hastalık dönemleri anlatılamaz.”

(HY6) “...Çok ağladım o orada acı çekerken boğazımdan ekmek geçmezdi bazen. O yemezken ben de yiyemezdim. Dünyaya küsmüş gibi bir hâlin oluyor.”

(HY7) “...Çok psikolojimi bozdu, onu düşünüyorum, böyle yüzüne bakıyorum, annem yok, babam yok, o bana bir annemin bir babamın hatırası diyorum. Bakarken ağlıyorum, ağlama isteği geliyor.”

(HY8) “...Kendim hastaneye götürdüm. Orada pencerelerin hepsi demirli, kapı kolu yok ve anahtarla açıp kapatıyorlar. Eşimi oraya bırakıp geldim, refakatçi bile kabul etmiyorlar, doktor gözetiminde onu oraya bırakıp döndüğümde kesinlikle orada çok zorlandım. Çok duygulandım.”

(HY21) “Çok ağladığım zamanlar oldu ümitsizliğe kapılıp. Bakıyorsun hiçbir şey yok, hastalığında hiçbir gelişme yok. Ne olacak nereye kadar böyle devam edecek? Böyle devam ederse bu hayat çok sıkıcı ve sıkıntılı bir süreç. ...Ben sinirle mesela bazen felç olacaktım gibi geliyor, üzüntüyle bilmiyorum.”

c) Ekonomik Deneyim

Bakım verenler hastayla ilgili olarak; hastaneye yatışı, tedavi hizmetleri, ilaç kullanımı, kişisel masrafları, hastanın üretkenliğinin kaybolması, hastaya bakım verme nedeniyle çalışamama sonucunda ekonomik güçlük yaşamaktadır. Katılımcılar yakınlarının hastalık nedeniyle çalışmadıklarını ifade etmişlerdir.

(HY1) “...Ne yapayım, uğraşıyorum elimden geldiği kadar. Oğlumda çalışmıyor, kendisi de diyor ben hap attığım için çalışmıyorum diye.”

(HY15) “...Evde 3 erkek var, üçüde taşı sıkırsa suyunu çıkartır ama hiçbirisi çalışmıyordu, ben bakıyordum hepsine, eşim de çalışmıyordu. Birinin zekâ sıkıntısı var, diğerinin psikolojik sıkıntısı var. Benim de gücüm yetmiyor ama kalkıp gitmek zorunda kalıyorum işe. Hem maddi hem manevi ben bakıyorum, hem çalışmak zorundayım. Biz iş yerinde de sıkıntı yaşıyoruz ama benim ekmek kapım orası. Maddi yönden kendini çaresiz hissettim, hiçbir şey olmuyor. Örneğin eczaneye borçlanıyorum, ailedeki herkes eczaneden gidip sürekli ilaç alıyor, eczaneye ciddi paralar ödüyorum.”

Katılımcı HY10 yakınına bakım verme sürecinde işlerini takip ederken zorlandığını söylemiştir.

(HY10) “...İş yerine gidemiyorsun, işleri takip edemiyorsun, kendi ihtiyaçlarından kendi işimden kıstım tedavisini devam ettirebileyim diye.”

Katılımcı HY13, ekonomik olarak zorluk yaşadığını, tedavi masraflarını karşılamak için genel sağlık sigortasına başvurduğunu ifade etmiştir.

(HY13) “...Ekonomik anlamda da yıpranma oluyor, ilaçları eczaneye yazdırıyoruz. Muayene paraları çıkıyor eşiminki ayrı, çocuğunki ayrı hepsi birikince. Şu an sosyal güvencem yok, bağ-kuru ödeyemiyorum. Hanım ve kızı genel sağlık sigortası yaptırdım.”

Bakım veren HY17, önceki dönemde sosyal güvenceleri olmadığı için ekonomik olarak zorlandıklarını ayrıca yakınlarının kendilerinden habersiz borç edinme alışkanlığının da olduğunu ifade etmiştir.

(HY17) “...Önceden bizi çok etkiledi, önceden bağ-kurumuz da yoktu. ...Kızın hastalığından dolayı bağ-kura kayıt olduk, iyi ki de olmuş eşim. Çok sıkıntı çektik ödemekte, güçlük çektik. Şimdi rahatız ilaç parası yönünden, kontrollerine götüremedik parasızlıktan. ...Bazen borç edinme olayları var, sürekli bakkala gidip borç yazdırıyor.”

Bazı katılımcılar yakınlarının kişisel harcamalarıyla ilgili sorun yaşadıklarını ifade etmişlerdir.

(HY16) “...Onun isteklerini gerçekleştirmek zor. Yok nedir bilmez, ihtiyacını bilmez. Benden hiçbir zaman pantolon istemedi, sadece tek istediği boğazı ile alakalı. Ben şunu yiyeceğim demez, ben sürekli şunu yiyeceğim der.”

(HY7) “...Parası yetmediği zaman borçlanma oldu, bizden de aldı. Kahvede birkaç kişiye borçlanmış. Maaşını aldığı anda borçlarını ödüyor. 7 milyar para çekmiş bankadan şimdi az az maaşından kesiliyor. Örneğin bunu ödediğinde bir daha çektiğinde ne yapacağız. Ben daha önce bir bankanın müdürü ile konuşmuştum bu çocuk şizofreni hastası diye...”

(HY21) “...Bazen kendimi çaresiz hissediyorum o iyileşmiyor. Bizim yapacağımız bir şey yok, masraf fazla gelir yok. Bir de her şeyin en iyisini istiyor, sigaranın bile en iyisini alıyor. Bakıyorsun bize zarar verme şeyi var gibi. Oğlum diyorsun biraz daha ucuzunu al, bunu almak istiyorum diyor, pahalı olanı alıyor. ...Bir de oğlumun sürekli harcamaları var.”

(HY3) “...Aldığı yardım maaşı (SYDV, 2022 Engelli aylığı) kendine yetmiyor, alıyor, bitiriyor, sigaraya vermese iyi olacak.”

HY20, yakınının mali hesap yapamadığını bu nedenle onun gelir ve gider takibini kendisinin yaptığını ifade etmiştir.

(HY20) “...Kardeşim 25 senedir her şeyi bana devretti. Parasını, harçlığını, evin ihtiyaçlarını ben takip ettim. Vasisi değilim.”

Katılımcılar yakınlarının tedavisi için hem devlet hastanelerine, hem özel kliniklere hem de profesyonel olmayan destekler (hacı-hoca vb.) için para harcadıklarını ifade etmiştir.

(HY21) “...TRSM’ye gelip gitmek, doktora götürmek, babasının bir işi yok, bir gelirimiz yok, bu nedenle zorlandık. Özele gittik, özel psikoloğa da gittik. Hocalara gittik, 12 milyar aldı geçmiş günü tam hatırlamıyorum.”

(HY7) “...Hocalar çok para aldı, bir tanesi 10 sene önce 3,5 bin lira para istedi benden. ...Ondan sonra doktora götürmeye başladım.”

(HY8) “...Psikolojik özelliklere gidince ekstra bir masraf oluyordu. Yoksa diğer bütün hastane masraflarını yeşilkart karşıladı.”

(HY9) “...Hocaya gidiyoruz hoca da para istiyor. O zamanlar bir kurban parası verdim, kaç sene önce hocaya bir bakmada o kadar para alıyordu ki iyi olsun diye bir şeyler satıp ona para veriyordum. ...Kim bilir ne zaman aşarız bu ekonomik sıkıntıyı bilmiyorum. Eşimin aylığından dolayı bize maaş bağlanmıyor, eşimin emekli maaşını banka borç için çekiyor.”

HY12, Aile Çalışma ve Sosyal Hizmetler İl Müdürlüğü’ne ekonomik destek almak için başvurduğunu, evde bakım maaşı aldığını, şu anda evli olduğu eşine ait malların bir kısmının üstünde gözükmemesi nedeniyle yardımın kesildiğini ancak yakını için yardıma ihtiyacı olduğunu ifade etmiştir.

(HY12) “...Maaş almak için başvurduğum, bakım parası almak için bizim yüzde seksen raporumuz var. Bakım parası önce bana verdiler, sonra tekrar yine başvurduğum olmadı. Üvey babanın mallar üstümüze gözükmüyor, gelir getirmiyor ama elimize gelen bir şey yok. Çok uğraştım, sonra vazgeçtimartık. Buna para da versen yine bakmazlar yani. Ekonomik açıdan çok yıprandım. Hani kendi bir maaşım olmadığından, oğlumun maaşı olmadığından dolayı eşimin de eline bakmak bir de üvey baba öz baba değil. ...O yandan çok etkilendim.”

d) Sosyal İzolasyon

Hasta bireyin yakınları sosyal geri çekilme yaşamaktadır. Hastalar zamanlarının çocuğunu evde geçirmekte ve primer bakım verenin de hastanın yanında kalması

nedeniyle sosyal hayatı kısıtlanmaktadır. Bakım verenlerin bir kısmı yakınlarının hastalığı ve hastalık semptomları nedeniyle olumsuz duygular (utanç, alınganlık vb.) hissettiği için hastayı ve kendisini çevreden soyutlamaktadır.

Katılımcılardan bazıları yakınlarının hastalığı ve hastalık semptomları nedeniyle sosyal hayata uyum sağlayamadıklarını ifade etmişlerdir.

(HY10) “...İşin gerçeği bir ailenin yanına gidemiyoruz, arkadaşın yanına gidemiyoruz, kimseye uyum sağlayamıyoruz, alıştık artık böylesine. Bir misafirliğe gidiyoruz, gittiğimiz yerde dört dörtlük bakım bekliyor ama eve gelecek bir misafiri bana söylemiyor, kabul etmiyor.”

(HY14) “...Misafirliği çok iyidir, ilgilenir. Meyvesini falan verir ama o misafir gelinceye kadar sorun yaşıyoruz. Of nereden geldi, niye geliyor böyle şeyler yaşıyoruz. Üzüliyorum ben bunları görünce.”

(HY17) “...Hiçbir yere gidemiyorum, huzursuzum. Bir çocuğum dışarıda kaç senedir dışarıda çalışıyor, bir gün gidipte orada kalamıyorum. Bunu yalnız bırakıp gidemiyorum, götüreyim desem diğer kızım istemiyor. Gözüm arkada kalıyor.”

Katılımcı HY15, sosyal aktivitesinin bulunmadığını, kendisiyle ilgili hiç plan yapmadığını, arkadaş edinmediğini, kimseye güvenmediğini, komşularıyla görüşmediğini, kendisini her şeye kapattığını, sosyal çevresinin olmadığını ifade etmiştir.

(HY15) “...Yaşamımızı sürdürmeye çalışıyoruz. Her zaman istediğimiz gibi olmuyor, gezmeye gideceğiz gidemiyoruz. Hiç kendimi düşünmedim yani, kendim için hiçbir şeyim yoktur. ...Ben arkadaş yapmadım. ...Komşu olarak da kimsem yok. Komşulardan hiç kimseyi istemiyorum, ben hiç kimseye gitmiyorum. Sosyal etkinliğe karşı kendimi kapattım. Mesela ben düşün de yapsam kimse gelmez herhalde. Misafir geliyor, eşime bir şey söylüyor, çocuğuma bir şey söylüyor, onlar beni daha da huzursuz ediyor. O bakımdan ben kimseyi istemedim gelip yorum yapıyorlar, beni anlamıyorlar.”

Katılımcı HY4’ün de kızının rahatsız olacağını düşündüğü durumlarda sosyal hayatıyla ilgili kısıtlamalar yaptığı, ilk önce kızının ruh halini düşündüğü görülmüştür.

(HY4) “...Mesela bilmeyen dostlarımıza hani hastalığı anlatılmayacak kişiler olur, onlara söyledim bugün müsait değilim ilerde misafirliğe alabiliriz gibi şeyler söyledik. Kızım duyup da incinmesin, duyduğu zaman sıkıntı olur diye hastalığını söylemediğimiz kişiler oldu.”

Katılımcı HY12, oğlunun komşuları tarafından evlerinde istenmediği için sosyal ilişkilerinin azaldığını ifade etmiştir.

(HY12) “...Kimseye gitmiyorum ki çünkü ben gitsem oğlum da arkamdan geliyor. Gelmek istiyor, bu yüzden hiç kimseyle görüşmüyorum. Siz gelin diyorum insanlara, ben gelemem diyorum. ...Çünkü oğlumu istemiyorlar, ayakları kirli oluyor, bazen yıkamıyor. Konu komşu bile benden elini ayaklarını çektiler. Ne için oğlum geliyor diye.”

(HY5) “...Kumluca dışına onu evde bırakıp gidemedim. Bir defa hastalandım, onda da evi yakacaktı az kalsın, sobayı patlatmış. Onun için ben eşimle yurt dışına çalışmaya gidemedim. Ben bir el içine çıkamadım desem olur. Önce o fırında çalışırken hiç olmazsa bir komşuya çalışmaya gidip kafamı dağıtıyordum. Aşağı yukarı 10 senedir evdeyim, hiçbir yere gitmiyorum.”

(HY6) “...Bir yere gidemiyorsun, devamlı evdesin, kendini bunlara adanmış oluyorsun, küçük kız ve büyük kızla geçiriyorum tüm vaktimi. ...Herkes seracı kimse gelip ne yapıyorsun demez. Önceden oturduğum yerde komşularım gelip gidiyorlardı, burada kimse gelip gitmiyor.”

(HY9) “...Aileme hiç vakit ayıramıyorum. Komşularımı eve alamıyorum. Onlara gidemiyorum. Sadece aşağıda bahçede çay içerken falan hadi gel otur derler. 5 dakika otururum, öyle rahat bir zaman ayda bir kere olabilir belki, o da nadir.”

Katılımcı HY21, sosyal etkinliğinin bulunmadığını sürekli evde eşi ve çocuğu ile beraber olduklarını, komşuya bile gidemediğini, oğlunun ev kazası oluşturabilecek davranışlarının bulunduğunu, onu evde yalnız bırakamadığı için bir yere gidemediğini ifade etmiştir. Gelen misafirlerle ilgili de sorun yaşadığını anlatmıştır.

(HY21) “... Ben yani hiçbir iş yapamıyorum bir komşuya gitme yok. Toplumda hiçbir şeyim yok, sürekli evde 3 kişi. Sigara içiyor, bazen sigarayı yanık bırakıyor, ateşi yanık bırakabiliyor bazen. Evde ne yapacağını bilemiyoruz. O yüzden korkuyoruz. Zaten bir kuaföre gidemiyorsun, evden çıkamıyorsun ki çünkü gidemiyoruz. ...Sürekli vücut yorgun, bitkin durumdayım. Yani yaşamış yaşamamış çok da şey değil. Bu süreçte sürekli evde olduğum için hep yalnızım. 3 kişilik hapisane gibi bir şey oldu bu bizim için. Fazla misafir gelmiyor, kabul edemiyorum. ...Bazen gelen misafirlerin çocuğu olduğunda, gürültü olunca istemiyor misafir gelmesini. Misafir gelince çok mutlu olmuyor.”

Katılımcılardan bazıları ise yakınlarının hastalığı ve hastalıksemptomları nedeniyle topluma karışmak istemediğini, utandığını veya kendisinin enerji düşüklüğü ve isteksizlik yaşadığını ifade etmiştir.

(HY13) “...Bazen denize gidelim diyor çocuk. İnsanın içinde öyle bir isteksizlik var ki gitmek dahi istemiyorsun, gitsen bir şey yapmak istemiyorsun. İnsanda öyle bir isteksizlik oluyor ki rahatsızlık olunca. ...Akşam topluluk çaya katılmak istemiyorum, kahveye zaten hayatta gözükmem, ben düğüne de gitmem. Çocuktan da sıkılıyorum, o yüzden gitmek istemiyorum sanki herkes bana bakıyormuş gibi geliyor.”

(HY18) “...Eşim bazen der bana sürekli sen niye çok konuşmuyorsun diye. Ben yapamıyorum, kimseyle konuşamıyorum. Normalde evde eşimle o bir köşede oturur, ben bir köşede otururum, konuşmak bile gelmez içimden. Kardeşimin sıkıntılarından herhalde konuşamıyorum.”

(HY20) “...İçime kapandım. Çok konuşmak istemedim gelen gidenle. İyi olduğum zamanlar aileme vakit ayırdım. Çok ihmal etmedim onları, elimden geldiği kadar ama sakın bir yerlere kaçmak istediğim zamanlar oldu. ...Bir süre biraz geri durdum dışarıdaki etkinliklerden, hani gitmek istemedim daha doğrusu gitmek zorunda olduklarıma gittim. ...İnsanın mutlu olduğunda her şeyi yapası gelir. Öz gülmeyince yüz gülmez derler ya biraz da öyle. Onu bir yerlere götürdüğümde de sorun yaşadım. 5 dakika oturmadan beni eve götür der.”

e) Manevi Deneyim

Araştırmaya katılanların geneli yakınlarından birisinin ruhsal hastalığı bulunmasını manevi boyutta anlamlandırmaktadır. Dini ritüellerin yaşadıkları güçlüklerle başa çıkmada oldukça önemli bir yere sahip olduğunu ifade etmişlerdir. Bakım verme yükünü azaltmak için hastalığı sınav gibi algıladıkları görülmüştür. Katılımcıların bir kısmı yakınlarının durumunu diğer hastalarla ya da yakınlarının ilk hastalık dönemi ile karşılaştırmaktadırlar.

(HY1) “...Ne yapalım hepsi Allah’tan. Cennetlikmiş böyle buna bakan diyor hocalar, inşallah Allah’ım, sabre delim.”

(HY12) “...Allah’a isyan etmiyorum ama Allah’ım neden böyle oldu? Keşke daha iyi olsaydı diyorum. Bir de düşünüyorum yani Allah’ım daha da beter olabilirdi, bir de şükrediyorum Allah’a.”

(HY13) “...Yapacak bir şey yok, Allah’ın hediyesi. Allah’ın hediyesi deyip geçiyoruz, sabrediyorum, sabretmek güzel bir şey.”

(HY14) “...Ben kızıma üzüliyorum. Allah’ım bana nasıl bir hediye verdin diyorum, üzüliyorum. Bazen de kendimi teselli ediyorum, demek ki Allah’ın sevgili kuluyum ki rabbim bana bunu verdi, ben bu işin üstesinden geleceğim, kızıma moral vereceğim diyorum. Kızımı iyileştireceğim, ona destek olacağım diye kendi kendimi teselli ediyorum.”

(HY15) “...Ben rahatlamak için zikir çekiyorum. Allah'ım benim aklımı da alıp onları kimseye muhtaç etme. Yani bilmiyorum, niyetle olan değil nasipte olan, benim nasibime bu çocuklar çıktı. ...Allah'ım bunu böyle takdir ettiği için ben Allah'tan gelene razıyım dedim.”

(HY19) “...Ağlayarak çok Allah'tan yardım istedim. O da Allah'tan gelen bir hastalık imtihan oluyoruz, Allah'tan gelen bir hastalığınimtihan olduğunu anladığım için ben hiç kimseden çekinmedim. Bu da bir imtihan herkes farklı şekillerde imtihan ediliyor.”

(HY5) “...Mücadele ettik ama imkânsız doğuştan. Allah'ımın vergisi bir şey. ...Bu da bir Allah'ın şeyi, mesela aklı fazla olmuş o da bir Allah'ın hikmeti eksik olmuş o da bir şey.”

(HY6) “...İmtihan dünyası mecbur bakacaksın, atamayız. Gücümün yettiği kadar bakmak zorundayım. Ama gücüm yetmezse orasını bilemeyeceğim. Allah'tan geldi diye kendimi şey etmedim bakarım diye. Allah verir bir şifasını diye...”

(HY9) “...Tabii ki o Allah'ın takdiri, hediyesi diye düşünüyorum. Oradan zaten bir rahatlıyorum, yoksa zaten insan kendisi bunalıma girer. ...Allah inancımızı bitirmesin.”

Katılımcılardan bazılarının yakınlarının ruhsal hastalığını “nazarla” ilişkilendirdikleri görülmüştür.

(HY2) “... Böyle çocuk nazar mı oldu? Ne oldu? Bilemedim. Kimi diyor bu çocuk nazar mı oldu? Allah bilecek artık ne diyelim.”

(HY3) “...Allah'ım sabır ediyorum. Okumanın çok faydası oluyor. Çocuklarımı tüm kötülüklerden koru diye dua ediyorum. ...Benim oğlum çok iyi yorgancıydı, benim çocuğum yarı yarıya da nazar oldu nazar.”

f) Toplumsal Rol

Ruhsal hastalık süreci hastayla birlikte o ailede, eş, kardeş, ebeveyn ve çocukların hepsini etkilemektedir. Aile içi ilişkilerde genellikle bir kişi sorumluluğun çoğunluğunu üstlenmektedir. Yaşanılan kültürde toplumsal cinsiyet rollerinin baskın olduğu ailelerde aile içinde bakıma muhtaç birisi varsa o kişinin bakımı genellikle kadınlar tarafından yapılmaktadır. Araştırmaya katılan bakım verenlerden 14'ü kadın 7'si erkektir. Ayrıca ebeveyn boyutunda değerlendirildiğinde 21 hasta yakınından 15'i çocuklarına bakım vermektedir.

(HY1) “...Ben de ne yapayım, katlanıyorum anne olduğumuzdan. Ben dayanmasam kim dayanacak diyorum.”

(HY12) “...Kendim için yaşamıyorum ki artık. Şu an ben oğluma odaklanmışım, yani bir yere gitse merak ediyorum. ...Öyle kaygılarım oluyor tabii ki yani. Ama sonuçta evladın

yani mecbur bakacaksın, artık kendini ona adapte ediyorsun. O bakımdan benim evladım, ben bu çocuğa ömür boyu yaşadığım sürece bakacağım yani. Sokağa atacak değilim.”

(HY13) “...Bakmayacak mısın bakacağım, atacak mıyım çocuğumu.”

(HY14) “...Sürekli kızımın benim yanımda olmasını istiyordum. ...Kendimi geri plana attım, genelde önce çocuklarımı düşündüm bilhassa şizofren tanısı olan çocuğumu.”

(HY15) “...Annelik duygusu annelik zaten bizim görevimiz. Vicdanlı merhametli bir anne olduğumuz sürece kendi çocuğum olmuş, komşunun çocuğu bile olsa insan üzülüyor. ...Ben kendimi düşünmüyorum artık, hep onlar için yaşıyorum, onların ihtiyaçlarını düşünüyorum.”

(HY17) “...Ama ne yapayım evlat atılmıyor. Senden başka kim ilgilenecek?”

(HY19) “... Hiçbir zaman anne baba evladını reddedemez.”

(HY2) “...Elimden geldiği kadar bakıyorum ama insan yavrusunu düşünüyor. Tabii ki baktığım için mutlu oluyorum, beraber pişiriyoruz, yiyoruz rahatımız iyi.”

(HY3) “...Senin bir çocuğun olsa ne diyeceksin? İyi olsun istiyorum. Anne çok katlanır, anne çok sabırlıdır.”

(HY4) “...Kendimi unuttum çocuğumu düşünmekten. Kendimi hiç düşünmedim, ben tek çocuğumu düşündüm.”

(HY5) “...Çocuklara hem ana hem baba oldum, yetiştirdim yani.”

(HY6) “...Anne mesela bir şey olsa kimse bakmaz, gücüm yettiği sürece kızımı yanımdan ayırmam.”

Katılımcılar HY11, HY18 ve HY7 kardeşlerine bakım verdiklerini başka bakacak kimse olmadığını ifade etmişlerdir.

(HY18) “...Biz yardım etmezsek olmayacak, zaten kardeşim diye yapıyorum.”

(HY7) “...Sonuçta kardeşimiz, annemizin ve babamızın yadigârı yani.

(HY11) “...Eli ayağı tuttuğu müddetçe biz ona bakacağız, ayakta olan bir hastayı gidip yatılı bir kuruma kapatmayız.”

g) Aile İçi İletişim

Ruhsal hastalıkbazen aile bireylerinin birbirine daha yakın hale gelmesini sağlayabilmektedir. Araştırmaya katılan bakım verenlerden bazılarının aile içi iletişime önem verdikleri, hasta olan yakınlarına destek oldukları, hastalık semptomlarından dolayı yakınlarıyla doğru iletişim kurmaya çalıştıkları görülmüştür.

(HY18) “...Kızım her zaman iletişimimiz iyiydi babasıyla da öyle. Kızıma şiddet yoktur bizim evimizde.”

HY4: “...Biz birbirimize yardımcı oluyoruz. Ben sinirlendiğimde kızım bana destek olur. Mesela ailede bir sinirlilik yaşandığında eşim sinirlendiğinde ben onun üstüne gitmem. Ben sinirlenirsem onlar benim üstüme gelmezler. Yani biz bir ortasını buluruz, ileriye kaçmayız.”

(HY8) “...İşten sonra zamanımın tamamını eşime ayırdım, en büyük destekçisi bendim. Biz eşimle birbirimizi çok iyi anlıyoruz. Hep onun ne istediğini anlamaya çalıştım, onu konuşturmaya çalıştım, her şeyi yerine getirmeye çalıştım.”

h) Aile İçi Çatışma

Hasta bireylerin genellikle aileleriyle beraber yaşamları nedeniyle; iletişim ve aile içi ilişkilerde yaşanan güçlükler aile üyeleri arasında çatışmaya neden olmaktadır. Aileler hastalık semptomlarının etkisiyle oluşan hastanın davranışlarının aile içinde probleme neden olduğunu ifade etmişlerdir.

(HY10) “...Hatta eşim bir ara küçük kızıma zıt oldu. Bu evden ya o gidecek, ya ben dedi kızım için. Bak anlatıyorum çocuğa annenin hastalığı böyle diye, ertesi gün yine değişiyor çocuğun hareketleri. Ben de çocuğa karşı gerginlik gösteriyorum o zaman. Bazen en alakasız zamanlarda bile yine kavga ediyorlar. Çocuklara kızmamın asıl sebebi aslında eşim, çocuklarla geçinemiyor.”

HY11 ve HY7 kardeşlerine aynı evde bakım vermeleri nedeniyle çocuklarıyla sorun yaşadıklarını ifade etmişlerdir. Özellikle çocukların anlayışlı karşılamadığı bakım verenlerin çocuklarını ikna etme konusunda güçlük yaşadığı görülmüştür.

(HY11) “...Benim çocuklarla işte halam sürekli bizde kalıyor diye bazen sorun yaşıyoruz. İlk zamanlar çocuklar sürekli halam bizde mi kalacak derdi, öyle bir sıkıntımız oluyordu. Ben de önlerinden anlatırdım, durum böyle halanıza kim bakacak derdim.”

(HY7) “...Psikolojim bozuldu. Tabii ki kardeşimin sorunlarından çocuklarımla da sorun yaşıyorum. Neden dayım böyle yaptı? Neden sen dayıma iyi davranıyorsun ayaklarını yıkamadığında? Dayıma kızmıyorsun, bize kıızıyorsun; dayıma şunu yediriyorsun, bize yedirmiyorsun. Dayıma iyi söylüyorsun. Sürekli onlarla böyle sorunlar yaşadım. Dayıma söyle diğer odaya gitsin, dayıma söyle bizim odada yatmasın, dayıma söyle bizim odada öksürmesin böyle çok sorunlar yaşadım yani.”

HY12 de eşinin; bakım verdiği oğlunun üvey babası olması nedeniyle oğluna kötü davrandığını, ikinci evliliğinden olan oğlunun da hasta oğluna karşı saldırgan

davranışlarının olduğunu ayrıca bakım verdiği oğlunun da şiddet içeren davranışlar sergilediğini bu nedenle aile içinde huzurun olmadığını ifade etmiştir.

(HY12) “...Benim aile huzurum da kaçtı, Ben o kadar çok zorlandım ki ilk başta üvey babası ona karşı kötüydü, sonra düzeldi. ...Evde huzurumuz yoktu, sabahlara kadar birbirimize giriyorduk. Bir de kardeşi var o da aşırı sinirli, o da dövmeyle kalkıyordu, babası dövmeyle kalktı, artık baş edemiyorduk yani, camları falan kırdı. Şimdi şu an çok sakin, Allah'a şükür.”

Katılımcılar aile içinde hastalık semptomları nedeniyle huzursuzluk yaşandığını aile bireylerinin tartıştığını ifade etmişlerdir.

(HY13) “...Bazen bende sinirlenme oluyor, hanımla tartışıyoruz. İlk zamanlar kendimi kontrol edemiyordum, sinirleniyordum ama şimdi çıkıp gidiyorum bazen sakinleşmek için.”

(HY15) “...Babaya serttir, kardeşiyle de kavga ediyorlar, sürekli ben alttan alıyorum arayı ben buluyorum. Anlaşamıyorlar kardeşiyle. Babaya ters oluyor. Babası ona karışıyor bazen ona kızıyor, sigaradan tartışıyorlar babasıyla.”

HY17, kızının hastalık nedeniyle ev içi rol ve sorumluluklarını yerine getirmediğini, dürtülerini kontrol edememesi nedeniyle bazı davranışlarının olduğunu eşiyle arasında sorun oluştuğunu ifade etmiştir.

(HY17) “... Kızım hiçbir iş yapmak istemiyor, hastalandığında eli ayağı tutmaz oluyor, titriyor. Eşi de çalışıp da eve geliyor ki evde yemek yok, evde huzursuzluk var. Bu bir telefon aldı, telefonda da oraya buraya mesaj çekmeye başlamış, başkaları ile arkadaşlık kurmaya kalkmış. Eşi de kışkandı yapma kızım dedik, sözümüzü tutmadı, eşi de ayrılmaya karar verdi.”

Katılımcı HY18 kardeşiyle aynı evde kalmamasına rağmen kendi aile yaşamına da onun hastalığının stresini yansıttığını ifade etmiştir.

(HY18) “...Huzursuzluk oluyor, evde bir tartışma oluyor, huzursuzluk oluyor. Bizim eve de yansıyor. Bağırıyorum, çağırıyorum bazen. Artık son raddeye gelince. Ben de patlayınca patlıyorum artık.”

D)Gelecek Kaygısı

Katılımcılar bakım verdikleri yakınlarıyla ilgilihastanın geleceğinin nasıl olacağı, kendileri yaşlanınca veya hayatta olmayınca hastayla kimin ilgileceği

konusunda endişe duymaktadır. Yeterli sosyal desteklerinin olmaması bu kaygıyı artırmaktadır. Bakım verenlerin hastalık ve tedavi süreci hakkında bilgilerinin yetersiz olması yaşadıkları kaygıyı artırmaktadır.

(HY1) “...Ben olmasam ne olur bunun hâli? İyi olur mu acaba? Diyorum, işte onları düşünüyorum. İyi olur inşallah Allah'ım diyorum. Dua ediyorum, öyle dua ediyorum.”

(HY10) “...Eşimin kardeşleri ilgilenmedi, sen hepsine bakarsın işine de, karına da bakarsın, ölürse de ölür dediler. Herkes kaderini yaşar, biz seni yine evlendiririz dediler. Ekonomik durumum çok kötü de olsa ben asla onu ailesine teslim etmem, devlete teslim ederim, devlete teslim etmek daha mantıklı çünkü diğer tarafta hiçbir şey yok.”

(HY11) “...İlerde bana veya hanıma bir şey olursa o zaman huzurevinde kalabilir. Ne zaman kimin öleceğini Allah bilir, onu bilemezsin. ...Yapacak bir şey yok.”

Katılımcıların özellikle bakım veren olarak vefat ederlerse sonrasında çocuklarına kimin bakım vereceğiyle ilgili yoğun kaygılarının olduğu, yeterince aile desteğinin olmamasının da kaygıyı artırdığı görülmüştür.

(HY14) “... Ben rahatsızlansam kızım kimin yanında kalır? Ölmüş olsam kızıma kim bakacak? Kim ilgilenecek? Diyorum, tamam kardeşleri var ama illaki anne olarak düşünüyorum. Şimdi kızımı evlendirmeyi düşünmüyorum mesela. Ben iyileştireceğim derken kızımın belki daha kötü olmasına neden olabilirim, mümkün değil ölene kadar bakarım.”

(HY2) ““...Acaba ben ölürsem bu çocuk ne olur? ...Ben ölmezsem biraz daha yaşarsam azıcık daha ben ona iyi kötü bakarım, uğraşırım. Benim de kendime hiç ümidim yok.”

(HY5) “...Vallahi üzülüyorum, ne de olsa çocukları bakmasa yarın rezil olur. Üzülüyorum yani Allah bundan beter etmesin. Vallahi yarın ölsem çok rezil olur, benim kaygım o... Gelecek kaygım mesela aylığımla huzurevine atarlar, başka bir şey etmezler.”

(HY12) “...Evladım yani onu çok seviyorum, ben ölürsem ne olacak buna? Ben hastayım, sağlıklı bir insan değilim. Şimdi ben buna bakıyorum, ben öldükten sonra ne olacak? Gelecek kaygısı var, kimse bakmaz, ne olacak bir yurda falan yerleştirseydim diyorum.”

(HY21) “...Biz örneğin ölsek kalınca yapabileceği bir şey olsa, keşke kendini hayatta idame edecek. Bizim endişemiz bizim ne kadar yaşayacağımız belli değil. ...Keşke düzenli küçükte olsa, bir işi olsa, kendi işini yapabilme durumu olsa.”

(HY16) “...İki kardeş olsaydı iyi kötü bunu taşır derdik, gözümüz arkada kalmazdı. Bizim tek kaygımız oğlumuzu geride bırakmak, geride bırakacağımız oğlumuzun kaygısı var. Canımız sağ olduğu sürece biz oğlumuzu kimseye muhtaç etmeyiz, kimseye de ezdirmeyiz. ...Bizim en büyük istediğimiz kendi ekmeğini alıp yemesi, kendi ihtiyacını görebilmesi.

Annesi yemek öğretiyor. En büyük kaygımız biz gittikten sonra ne olur? Zaten bizi en büyük yıpratıcı şey o."

(HY17) *"...Ben ölsem çok rezil olur diyorum. Kardeşleri de kızıyor, bakmak istemiyorlar.Öyle huysuzluğundan kardeşleri de bakmak istemiyor, merak ediyorum ne olacak hâli diye?"*

Bakım verenlerden bazıları da gelecek denildiğinde çocuklarını evlendirmek istediklerini ancak hastalığı nedeniyle kaygı yaşadıklarını ifade etmişlerdir.

(HY3) *"...İyi olursa evlenir diyorum, inşallah iyi olur da evlenir."*

(HY9) *"...Biz vefat edersek hâli ne olur diye düşünüyorum. ...Babası bu kızı evlendirirsek iyi olur mu? Diye çok soruyor bana, ben de diyorum ki sen ceza vermiş olursun. En ufak bir değişiklik ona çok heyecan veriyor, heyecanını bastıramıyoruz ve çok zorlanıyoruz. Hayat zorlaşıyor. Bir makarnayı bile pişiremeyen kızı babası evlendirelim diyor. Senin yemeğini bile pişiremiyor, evini temizleyemiyor, sen bu kızı evlendirirsen ceza vermiş olursun diyorum. Karşı çıkınca bana kızıyor."*

(HY15) *"...Doktoru evlendirebilirsin onu dedi; ama evliliğe hiç yanaşmıyor. O konuda hiçbir şey konuşmuyor. İnşallah iyileşir. ...Örneğin evlense bir sorun çıkar mı evliliğinde?"*

(HY17) *"...Yani ümitsizim ben gelecekte. Bir evlense de evine güzelce bağlı olsa, bir yuva kursa, başının çaresine bakmış olsa benim sağlığında hoşuma gidecek. Başında bir adam olsa onu koruyucu kollayıcı."*

(HY6) *"...Acaba ben gittiğimde kim bakar? Düşüncesi var. ...Evlen diyorum evlenmiyor, evlenmem anne diyor. İyi olsaydı da evi yuvası olsaydı diyorum.Kim istemez yuvası olsun,çocukları olsun. ...Evlense ne olacak kendine bakamıyor ki ilacı aldığında ben gece üstünü örtüyorum."*

(HY4) *"...Kızım için mesela gelecekte sağlıklı hayat geçirip kendi yuvasını kurmasını isterim. Kızımı her yönüyle kabul eden isteyen birisi olursa, kızımı evlendirmeyi düşünürüm.Öyle göndermek değil de benim gözetimimde mesela; iki daire mi olur, altlı üstlü altında ben otururum üstünde onlar oturur, mesela kiracımış gibi."*

(HY2) *"...Hadi ben bugün öldüm bu çocuk ne olacak? Münazara ediyorum. ...Anne ben evleneyim dese belki olabilirdi, demeyince insan cesaret edemiyor."*

Katılımcılardan bir kısmının gelecekle ilgili karamsar oldukları görülmüştür. HY18'in kardeşinin tekrar eski sağlığına dönemeyeceğini ifade etmiştir.

(HY18) *"...Aynı şekilde devam edecek bu iyileşmez dediler, zamanında yaşlandıkça belki düzelir dediler, başka şey beklemiyorum ben. Aynı şekilde devam edecek."*

HY7 ise kardeşiyle ilgili gelecek kaygısı yaşadığını, kendisinin bakım vereceğini ancak ev şartlarının yeterli olmadığını ifade etmiştir.

(HY7) “...Allah'ım bundan beterini etmesin diyorum. Bilmiyorum daha kötü olursa, yatalak olursa bakımı çok zor olur, yani nasıl bakarız. Ben çalışmaya mecburum, günlük işçiliğe gidiyorum. Ablamın evi ve benim evim müsait değil. Evlerimizde bir oda var. O odada çocuklar kalıyor. Yatıracak yerimiz sorun.”

i) Yakınların Profesyonel Destek İhtiyacı

Ruhsal hastalık, hasta birey kadar aile fertlerinin ruh sağlığında etkilemektedir. Bir ailenin çocuğunun kronik ruhsal bir hastalığının olduğunu ve hiçbir zaman eskisi gibi olamayacağını öğrenmesi ailede sarsıntı oluşturabilmektedir. Ailelerin ruhsal durumları yakınlarının hastalığının hangi evrede olduğuyla yakından ilişkilidir. Bakım verenler; hastalık semptomu, hastalığın kronik olması, tedavinin uzun sürmesi, ekonomik sorunlar vb. birçok stres faktörünün etkisiyle profesyonel desteğe ihtiyaç duymaktadır. Bakım verenlerin bir kısmı psikiyatri ilacı kullanmaktadır.

(HY12) “...İşte bu oğlumun sorunları başladığından beri ilaç aldım. Ondan sonra hâlâ kullanıyorum ara ara bıraktım. Şimdi en son bu ameliyatlardan sonra doktor sürekli kullanmam gerektiğini söyledi çünkü sürekli ağlıyordum. Ne olacağım? Ben ne zaman öleceğim? Buna benzer korkularım vardı.”

(HY4) “...Sinirlerime hâkim olamadığım zamanlar oldu, sinirsel oldum. Antalya'daki doktorumuza anlattım. Dedim çok sinirsel oldum, bana bir şey dendiğinde kabul edemez oldum. Doktor normal bir ilaç yazdı, kaç sene kullandığımı bilmiyorum. ...Buradaki doktorum 1 ay şimdi yazdığım ilacı atacaksın o bittikten sonra bir ay boşlukta duracaksın ondan sonra yanına geleceksin dedi. Tavsiyeye uydum, ilacı bıraktım gittim. Ne farkını gördün dedi, ben de hiç fark görmedim aynı evvelki gibiyim doktor bey dedim. Bana sen haplık değilsin, bırak şu hapi dedi. Bıraktım Allah'a şükür şimdi normal hayatta yaşıyoruz, herkes gibi sinirleniyorsun arada o da herkeste olan bir şey, şimdi ilaç da almıyorum.”

(HY13) “...Bu süreçle alakalı bir ara eşimi doktora götürdüm psikiyatriye, o biraz ilaç kullandı, sonra ilacın faydası yok dedi bıraktı. ...İntihar etmeyi çok düşündüm bir türlü beceremedim, her şeyi bırakayım diyorum. ...Psikiyatriye gittim, o bana ilaç verdi sakinleştim.”

(HY15) “...Uykusuzluk geldiğinde gittim doktora dedim dişlerimi sıkıyorum, sakız çiğneyince gevşeme oluyordu. Psikiyatrist bana ilaç verdi, onu attığımda da uyurdum, ben uyurken onlara bir şey olursa diye çok korktum, uyur kalırsam diye. Biraz hap kullandım, hapım bitti kendimi iyi hissettim, başka da kullanmadım, 3 ay gibi bir süre kullandım.”

(HY16) “...Psikiyatrik destek aldım. Anne de ilaç kullanıyor psikiyatri ilacı. Ben uzun süredir kullanıyorum. Oğlumun hastalığı ilk başta beni çok etkiledi, anneyi daha çok etkiledi. Etkilendiğimi anladığım an psikiyatrik destek almak için başvurdum. Baktım bu sinirlilik benim günlük yaşamımı etkiliyor. ...Son 4 aydır ilaç kullanmıyorum. Biz oğlumun hastalığının 3. ya da 4. yılında psikiyatrik destek aldık. Çok sinirleniyordum o zaman sen neden böylesin? Diğer çocuklara neden benzemiyorsun başkalarının çocuklarına? Söylesem bile bunları davranışlarımla oğluma hissettiriyordum. Eşim de benim sinirliliğimden ve oğlumuzun rahatsızlığı nedeniyle psikiyatriye gitti. ...En azından 15 yıl kullandık ilacı.”

(HY7) “... Tanımlanmamış anksiyete bozukluğu dedi doktor, ilaç kullanıyorum.”

(HY6) “...Psikolojim bozuluyor, yapamıyorsun hatta kaç kere buradaki doktor hanım hap verdi, hapi attım. Küçük kıza bakamadım, baktım uyanamıyorum, doktora söyledim, o zaman atmayacaksın dedi bana, atmadım.”

(HY17) “...Kendim de kızımın doktoruna gittim, depresyon ilacı kullanıyorum.” ...Sürekli moralim bozuk, depresyona o yüzden girdim, huzursuz oldum. Böyle etkiledi beni, üzüldüm.”

Katılımcılardan bazıları profesyonel desteğe ihtiyaç duyduklarını ancak destek almadıklarını ifade etmişlerdir.

(HY20) “...Kendime hiç fırsat gelmedi ki düşündüm de o hapi kullandığım zaman çalışamayacaktım çünkü ben çalışmak zorundayım.”

(HY21) “... Şu anda ben zaten psikolojik olarak bittim. Hem maddi hem manevi olarak. Ben hep karamsarım. Bazen kendim tedavi görsem diyorum. Bazen oğlumun öldüğünü ister hâle geldim çünkü tedavisine bir çare bulamıyorsun. Sürekli vurucu kırıcı olduğu zamanlar da ya biz ölelim ya da o ölsün dediğimiz zamanlar oldu. ... Hap kullanmadım ama bende bir sinirlilik var. Şu an ben kendimi iyi hissetmiyorum, ilaç alsam olacak yani sabır gücüm kalmadı, artık tahammülsüzleştim.”

(HY9) “...Doktorlar sürekli bana destek al diyorlar kızımın doktorları. ...Tamam ben de düşünüyorum ama direniyorum. Ben o ilaçları kullanınca bağımlı olursam diye korkuyorum.”

j) Yakınını Kurum Bakımına Vermek İsteme

Katılımcılar bakım verme süresinin uzaması nedeniyle, zorlandıkları dönemlerde yakınlarını bakımevine yerleştirmeyi düşündüklerini ifade etmişlerdir.

(HY11) “...Bir ara eşimle düşündük, bakım maaşını almayalım. Sosyal hizmetlere söyleyelim huzurevine mi yerleştirelim? Sosyal hizmetlere gittim, oranın müdürüne

anlattım. Hatta ben maaştan da vazgeçtim. O zaman müdür böyle devam et dedi, şimdi çocuklar alıştı zaten.”

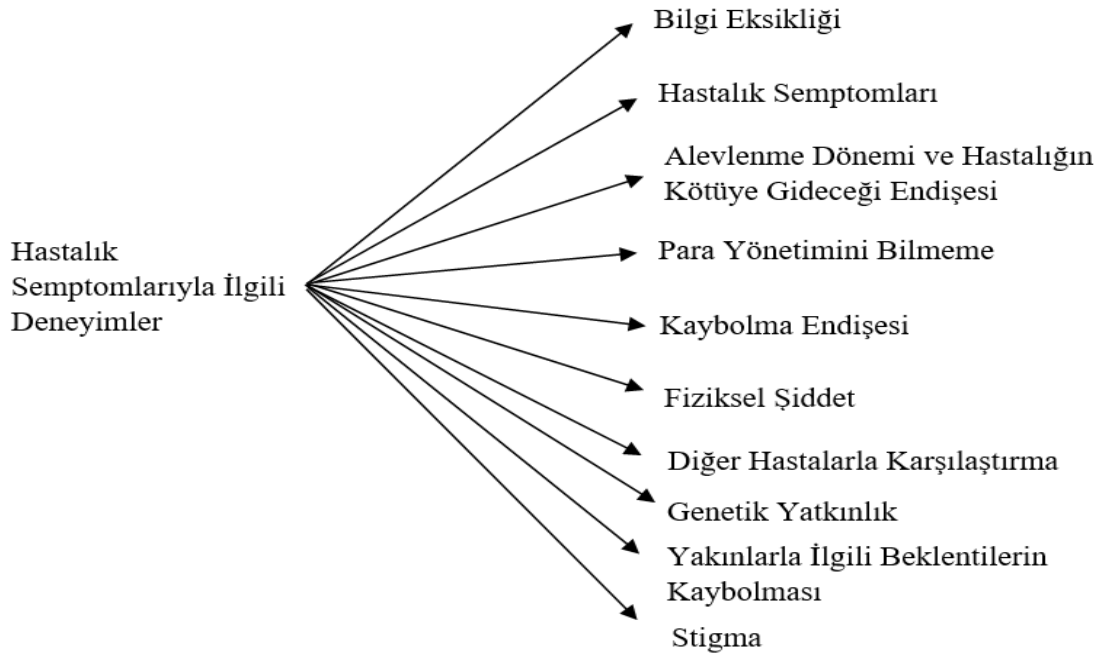
(HY12) “... Allah kimsenin başına vermesin çok zor. Bakımevlerine vermeye çalıştım, özel bakım evleri varmış. Bir bakımevine gitsin dedim, o da olmadı.”

(HY18) “... Şimdi maaşı var, ileride verelim maaşını yurda baksınlar öyle istiyorum. ...Ben onu da araştırdım bir ara, kendisi istedi. Gittik araştırdık ama devlet ödemezse şu kadar para alacağız sizden dediler.”

3.1.2. Hastalık Semptomlarıyla İlgili Deneyimler

Bu bölümde de hastalık semptomlarıyla ilgili deneyimler temasının altında; bilgi eksikliği, hastalık semptomları, alevlenme dönemi ve hastalığın kötüye gideceği endişesi, para yönetimini bilmeme, kaybolma endişesi, fiziksel şiddet, diğer hastalarla karşılaştırma, genetik yatkınlık ve yakınlarıyla ilgili beklentilerin kaybolması, stigma kodları yer almaktadır. Hastalık semptomlarıyla ilgili deneyimler teması kapsamında ortaya çıkan kodlar şekil 2’de gösterilmiştir.

Şekil 2. Hastalık semptomlarıyla ilgili deneyimler teması ve alt kodlar



a) Bilgi Eksikliği

Ağır ruhsal hastalıklar konusunda toplum yeterince bilgi sahibi değildir. Hastalıkla ilgili yanlış ya da eksik bilgi sahibi olma nedeniyle aileler çaresizlik ve ümitsizlik hissetmektedirler. Bakım verenler hastalığın gidişi, tedavi süreci hakkında yeterli bilgiye sahip olmama, sonraki süreci öngörememe nedeniyle sorunlar yaşayabilmektedirler.

Katılımcı HY13, yaşadıkları çevrede bu hastalıkların bilinmemesi nedeniyle güçlük yaşadığını söylemiştir.

(HY13) “...Bizim köy yerinde aileyle birlikte olmak zorundasın, annen de kayınvaliden de iyi olmadığın zaman hemen seni dışlıyorlar. Ben yaşayarak öğrendim bunların hepsini, doktorlar bile bilmiyor bu hastalığı, çevreye açıklayamıyorum her şey açıklanmıyor.”

Katılımcıların geneli hastalık ilk ortaya çıktığında bilgi eksikliği nedeniyle çare için profesyonel olmayan destek (hacı-hoca vb.) arayışına girdiklerini ifade etmişlerdir.

(HY1) “... Duyduğumuz hocaya gittik, hocanın hiç faydası olmuyor, illa doktor olacak, hap olacak. Hocanın birisi de demiş bu doktorluk diye.”

Katılımcı HY20, toplumda bu hastalıkların bilinmemesi nedeniyle hastalık semptomlarına bağlı oluşan davranışlar gereği olumsuz tavır ve tutumlara maruz kaldığını ifade etmiştir.

(HY20) “...20 yaşlarındayken oldu bu. Babam anlayamamış onun hastalığını, çalışamazmış, biraz çalışır işi bırakmış. Belli bir müddet sonra babam bakmış hasta olduğunu anlamış. ...Onun hastalığında askerlik dönemi etkili oldu, oradaki insanlardan çok etkilenmiş, çok bozulmuş oraya gittikten sonra, oradadayak da yemiş, astsubaylar falan anlamamış hasta olduğunu, karşı geliyor diye dayak atmışlar. O çok etkilemiş, tuzu biberi olmuş daha doğrusu.”

(HY10) “...Önceki imkânlarla şimdiki imkânlar arasında dağlar kadar fark var. Eşimin biz evlenmeden önce rahatsızlığı varmış. Biz evlendikten sonra biraz fark ettik. O zaman neyin ne olduğunu tam olarak kavrayamadık. Gün geçtikçe biraz anlamaya çalıştık işin gerçeği o yıllarda toplumda da yani bu rahatsızlığı tam olarak bilen yok.”

(HY14) “...Tabii ki bazı şeyleri yaşadık, bu rahatsızlığın verdiği bir sıkıntı oldu yani. Biz de bilmediğimiz için sonradan farkına vardık. ...Hastalığın ilk zamanları çok şaşkındım, rahatsızlığını bilemedik çünkü böyle genetik olabileceğini tahmin edemedik.”

Katılımcılardan bazıları, hastalığın ilk dönemlerinde durumu anlayamadıkları için yakınlarına yanlış tutum ve davranış sergilediklerini zamanla hastalığı öğrendiklerini ifade etmişlerdir.

(HY8) “...Eşim daha önce bir defa ağır değildi, o zaman ilaç kullanarak atlattı. O dönemler biz hastalığı bilmediğimiz için aramızda bazen tartışma oluyordu. Ben sen isteseydin bunların daha iyisini yaparsın diyordum. Biz de o a zamanlar anlayamamışız hastalığı. Bu hastalık iki dönemli, biz biraz oradan tecrübe edindik. Şimdi hastalandığında ben hep destek oluyorum.”

(HY9) “...Ben önceden bu hastalık hemen geçiverecek sandım aynı grip gibi. Tedaviden sonra eski sağlıklı hâline dönüverecekmiş gibi hissettim.”

b) Hastalık Semptomları

Kronik ruhsal hastalıklar; kişilerde düşünce, duygu ve bilişsel yetilerde bozulmalarla birlikte sosyal ve mesleki becerilerinde de kayıplar oluşturmaktadır. Hasta bireylerde psikoz ve bipolar bozukluk tanılarına özgün semptomlar görülebilmektedir. Bipolar bozukluk; mizaçta derin depresyondan, aşırı neşe (mani) durumuna değişen dalgalanmalar ve arada normal geçen evrelerle belirlidir (Kum, 2000: 124). Şizofrenide görülen bazı belirtiler zihinsel ve bedensel işlevlerde aşırı artma ve bozulma şeklinde ortaya çıkarken (pozitif yani taşmış belirtiler), bazıları ise zihinsel ve bedensel işlevlerin azalması ya da kaybolması (negatif yani azalmış belirtiler) şeklinde görülür (Yıldız, 2005: 39).

Katılımcı HY10, bakım verdiği eşinin sanrılarının olduğunu bu sanrılar sonucu kendisine ve çocuklarına zarar verebileceğini düşündüğünü bu nedenle kaygılarının oluştuğunu söylemiştir.

(HY10) “...Benim eşim kafasında çok şeyler tasarlamış. Sürekli bana geçmişe dönük akıl almaz şeyler söylüyor. Bir anı bir anına gerçekten tutmuyor. Kendine bir zarar verebilir, çocuklara bir zarar verebilir diye çok korktum. Hatta bir ara ayrı yatıyorduk, o zaman bile odanın kapısını kilitlemeyi düşündüm, hatta bir iki sefer kilitledim.”

Algı sistemindeki bozulmalar yanılsama ya da varsanılar şeklinde ortaya çıkar: insanın işitme, görme, dokunma, tatma, koklama hislerini ilgilendiren alanlarda bazen de daha karmaşık şekillerde ortaya çıkmaktadır (Yıldız, 2005: 38). Hastaların halüsinasyonlara bağlı fiziksel şiddet eğilimi artmaktadır.

HY11: Hastalık sürecinde biraz hırçındı. Vurup kırıyordu bazen. Bazen de durgun oluyordu. Böyle bağıırıyordu çağırıyordu. Örneğin siz burada otururken birden elektrik çarptığını söyler. Karşısında oturanı iterdi, seni elektrik çarptı derdi. Hiç haberin olmazdı bunu yaparken. Ateş yanıyor, gitme oraya yanacaksın derdi. İlk hastalıkları böyle başlamıştı.”

Katılımcı HY7, kardeşinin hezeyanlarının olduğunu gösteren davranışlarının bulunduğunu ifade etmiştir. 2 yıl önce evdeki eşyaları kırdığını, aşırı agresif dönemleri olduğunu, hastaneye götüremediklerini kolluk eşliğinde götürdüklerini, halüsinasyonların etkisiyle normal olmayan davranışlar sergilediğini söylemiştir.

(HY7) “...Tam olarak bilmiyoruz nasıl başladığını, ilk önce evden kaçarak başladı, evden uzaklaşıyordu. Bir iki ay başka yerlerde kalıyordu. Sonra tekrar geliyordu. 2 yıl böyle hiç sözümüzü dinlemedi, bağırıyordu, evdeki eşyaların hepsini kırdı. Televizyon, pencere, soba yani evde ne kadar bardak, tabak, çanak her şeyi kapıdan dışarıya attı. Tavanı da kırdı, çok hırçındı o zamanlar, doktora götüremedik. Sonra polisle götürdük. Çok bağırıyordu, daha önce mesela seni görüyordu sen bana dil çıkardın, münasip şeylerini gösterdin diyordu. ...Benim de gelip gidenim olduğu zaman çok psikolojim bozuldu. ...Bazen Eskişehir'e gideceğim orada benim karım ve bir tane de çocuğum var diyor. ...Hâlbuki böyle bir şey yok, böyle bir hayali durumu var.”

Katılımcı HY16, yakınının halüsinasyon gördüğünü ve kendisine ait bir dünyada daha yaşadığını, kendi kendisine konuştuğunu, sanrılarının olduğunu söylemiştir.

(HY16) “...Oğlum iki dünyada yaşıyor, hem benimle irtibat kurmak zorunda hem de kendi içindeki ile irtibat kurmak zorunda. Zaman zaman bağırıyor kendi kendine birisi ile kavg ediyor sanki.”

HY9, yakınındaki pozitif (sanrı, varsanı hareketlerde taşkınlık, davranış değişiklikleri vb.) ve negatif belirtilerden (içine kapanma, aileden, çevreden uzaklaşma, konuşmama vb.) söz etmiştir.

(HY9) “...Hiçbir şey yapmadı suyu bile zorla verdik. Sadece bağıırırdı, çığlık atardı. ...Bağıra bağıra yoldan dahi duyulurdu o sesler. İrtibatı kesti bizimle konuşmayı kesti, öyle çok ağır bir vakaydı ki şu an ben buna hasta diyemiyorum. Sabit bir yere bakıyordu cin, peri görmüş gibi. 40 gün yatağın içinden çıkmadı, yatağın içinde konuşmadan yatıyordu öylece. İnan biz şaşkın haldeydik, sadece ağlıyorduk. Bunu demek çok zor ama artık bugün ölecek yarın ölecek diye bekliyorduk.”

Katılımcı HY18, yakınının halüsinasyon gördüğünü, hastalığının arttığı dönemlerde çocuğuyla tartışma yaşadığını, ayrıca kardeşinin oğluyla birlikte evde bulaşık yıkamadıklarını, bulaşık kapları direkt çöpe attıklarını söylemiştir.

(HY18)“...Hastalık artığında çocuklarla çatışmaya başlıyor. Bulaşık yıkamazlar, çöpe atarlar kaşıkları ve tabakları. Bir tane kaşık kalmamış,hâlbuki kaç kaşık verdik biz onlara.

...Sürekli beni arıyor, abi kalmadı bitti diyor. Önceleri oturduğu yerde halüsinasyon görüyordu, orada böcek var orada İsa var, yanımda İsa oturuyor derdi.”

Şizofreninin klinik belirti ve bulgularından birisi de dağınıklık ve bakımsızlıktır. Motor etkinliklerde yavaşlama ve hareketi sürdürmede yetersizlik sonucu hastalar özbakımlarını sürdürmede güçlük yaşamaktadırlar. Bunların sonucunda özbakımda ciddi bozulmalar oluşmaktadır.

Katılımcı HY2 ve HY5 yakınlarının özbakımlarında sorun olduğunu ifade etmişlerdir.

(HY2) “...Oğlum hemen yıkanmayı arzu etmiyor.”

(HY5) “ Şimdi kendin yıkan demedikten sonra bir sene dursa durur.”

Katılımcı HY12 yakınının tuvaletini tutamadığını, evin içinde altına kaçırdığını ve mevsime uygun giyinmeyi bilmediğini dile getirmiştir.

(HY12) “...Geçen gün bile odasından iki adım yerdeki olan tuvaletine gidememiş, altına yapmış. Daha geçen hafta oldu bu. Oğlum dedim evin içinde bile yani nasıl yaptın hani dışarıda tamam ama iki adım yerde bile nasıl oldu. Gittim banyoya gece her yer kirli. ...Oğlum mevsime göre giyinmiyor, bazen kışın ortasında altına şort üstüne ceket giyip gidiyor”

HY14, kızının bazı tepkisel ve tekrarlayan davranışlarının olduğunu ifade etmiştir.

(HY14) “...Ergenlik zamanında tabii ki, dokunmalar mesela yanımdan geçerken dokununca neden dokunuyorsun bana derdi. Ondan sonra farkına vardık. Antalya'da doktora gittik, doktor söyledi yani. Kızım genelde elini çok sık yıkardı, titizliği vardı. İlk başta davranışlarını çok fark etmedik, içe kapanıktı, çocukluğundan var içe kapanıklık.”

Bipolar bozukluk tanısının semptomları arasında bulunan gündelik hayatlarındaki iniş çıkışlar ve değişimler dışarıdan gözlemlenebilir.

Katılımcı HY13, yakınının duygudurumunun değiştiğini, halüsinasyon gördüğünü, somatizasyon ve hezeyanlı düşünceleri olduğunu, gündelik hayata ilişkin işlevlerinin azaldığını ifade etmiştir.

(HY13) “... Duygudurum bozukluğu dedi doktor, başka bir tanesi bipolar bozukluk dedi. Poşet poşet ilaç kullanıyor, kendi kendine konuşuyor, yerinde duramıyor. Mesela bugün sakindi, dün de sakindi, ondan önceki gün duramıyordu, konuşup duruyordu. Bazen geceleri de uyumuyor. Ayrıca benim kız duruyor duruyor, ben kanser oldum diyor, göğüs

kanseri oldum diyor, kalbim ağrıyor diyor, rahim kanseri oldum diyor. Rahatlaması için biz tek tek bütün branş doktorlarına gidiyoruz. Evde hiçbir iş de yapmıyor bu, her yer toz oluyor, ev temizliği yapmıyor, istek yok çocukta.”

Bipolar bozukluk manik atak döneminde; hastalarda enerji artışı, hızlı düşünme ve konuşma, uyku gereksiniminde azalma görülmektedir. Manik atak döneminde belirtilerden bir tanesi de cinsel istekte artmadır. Majör depresif dönemdeki bipolar hastalarda; enerjide azalma, yorgunluk, psikomotor yavaşlama ve ajitasyon görülebilir. Hastalar buna bağlı olarak günlük yaşamdaki sorumluluklarını yerine getiremeyebilir.

Katılımcı HY17, kızının evli olduğunu ancak başka erkeklerle de konuşmak istediğini, bu davranıştan hoşlandığını ifade etmiştir. Kızının ev içi becerileri azaldığını söylemiştir.

(HY17) “...Benim kızım iyi bir sohbet eden erkek olsun, kadın olsun onu çok benimsiyor, öyle şeyleri seviyor. ...Evde hiç iş yapmıyor, temizlik yapmıyor, yemeği vaktinde pişirmiyor ve bulaşık yıkamıyor.”

Bipolar bozukluğu bulunan hastalarda da hastalık semptomlarına bağlı şiddet davranışları görülebilmektedir.

Katılımcı HY19, yakınının hastalık döneminde çevreye karşı şiddet içeren davranışlarının olduğunu söylemiştir.

(HY19) “...Hastalık döneminde böyle kırıp yıkma hareketleriyle krize girdi, sinirlendiğinde bir şeyler kırmak istiyor. Ben de üzüldüm öyle yapınca.”

HY20’nin anlattıklarından yakınının sanrılarının olması nedeniyle şiddet davranışının olduğu görülmüştür.

(HY20) “...Evde herkesi çok zorladı, geçen sene çok şiddetli oldu, evde büyü var dedi. Cam çerçeve hiçbir şey koymadı.”

Katılımcı HY4, kızının hastalığını fark ettiğinde bipolar bozukluğun taşkınlık döneminde olduğunu ifade etmiştir. Bipolar hastalarda manik dönemde konuşmada artış ve hızlı konuşma görülmektedir.

(HY4) “...Kızımın hastalığı; ilk önce bu konuşmaya başladı, hırçınlaşmaya başladı, biz bunu doktora götürdük, mani taşkınlık dedi. Ondan sonra devam ettik hastaneye, bipolar dediler. Önce mani taşkınlık vücut yapıyor bunu dediler, vücut taşıyor, konuşarak başladı, ondan sonra konuşmaları arttı.”

Katılımcı HY6, kızının çevreye şiddet içeren ve tekrarlayan davranışlarının olduğunu söylemiştir. Ayrıca temiz tabakları ve kıyafetleri tekrar yıkadığını, yemek yemediğini, ısrarla yedirdiklerini ve kişisel temizliğini ısrar ederek yaptırabildiklerini ifade etmiştir.

(HY6) “...Kırıp dökmeye başladı, evden kaçmaya başladı. Kızım devamlı vurur kırardı, dökerdi. Kendi kendine konuşurdu. ...Temizlik yaparım derdi de yapamazdı, yapıyormuş gibi olurdu. Temiz olan şeyleri tekrar temizlerdi. Temiz kıyafetleri, kapları götürür tekrar yıkardı. ...Yemez içmez, bağlarım durmaz, tükürür kaç gün aç kaldığını bilirim, babası zorla ağzına verirdi. ...Vücut temizliği gelmezdi aklına, kendim temizlettirdim.”

Bipolar bozukluk depresyon dönemindeki hastaların hareketlerinde yavaşlama, iletişimde azalma ve konuşma içeriğinin fakirleşmesi görülebilmektedir.

(HY8) “...Robotlaşma vardı. Hareketleri çok yavaşladı. Yürürken kolları çok oynamazdı, böyle robot gibi. İletişim hiç yoktu, ben sorardım, o da cevap verirdi. Günlük markete gittiğinde bir ihtiyacı olduğunda gider gelirdi. Onları ben tek tek sorardım, hatta adım adım sorardım hangi yoldan gittin?Nasıl yaptın? Ne aldın? Çünkü kendisi bir kelime dahi üretemiyordu. ”

Bipolar bozukluk depresyon döneminde büyük bir üzüntü, endişe, suçluluk, değersiz hissetme, her zaman yapılan faaliyetlere karşı isteksizlik ve ilgisizlik oluşmaktadır (Davison ve Neale Çev. Ed. Dağ, 2004: 235).

HY21, yakınının sürekli kötü bir şey olacağına dair sanrısının ve aktif halüsinasyonlarının olduğunu ifade etmiştir. Bu semptomların etkisiyle çevresine ve kendisine zarar verdiğini ifade etmiştir.

(HY21) “...Sürekli bir şey olur mu kaygısı var. Gün içerisinde bile hiç olumlu bir kelime bile konuşmuyor. Sürekli kötü bir şey olabileceğini düşünüyor. ...Bir de hiç mutlu değil, gülmeyi unuttu desek olur. Bir de sürekli seslerin etkisinde kalıyor. Yani sesler diyor ki anneni vur diye şey derlermiş, onların dediğini yapıyorum diyor. Bazen görüntü bazen otururken gözleri bir şeyleri takip ediyor. Bazen ben bunları yapmak istemiyorum ama o seslerin verdiği emirler beni çok rahatsız ediyor diyor. Geçen yaz o sesler at demiş, kendini şu balkondan attı. Allah korudu bir şey olmadı, sonra ambulans falan geldi.”

c) Alevlenme Dönemi ve Hastalığın Kötüye Gideceği Endişesi

Katılımcıların bakım verme sürecinde en çok zorluk yaşadıkları dönemlerin başında alevlenme dönemi gelmektedir. Bakım verenler yaygın olarak hastalığın daha da kötüye gideceği ya da artacağı kaygısını taşımaktadırlar.

(HY1) “...Bazen korkuyorum, oğlum kötü mü olur diye? ...Hani daha ilerler mi diye korkuyorum işte. ...Önce bir yıl hap atmadı bu, biz de bilmedik attırmadık, oğlum kötüleşti. Hap atmayacağım dedi. Her gün belediye başkanı geldi adamlarıyla çok çektik.”

(HY2) “...Bir şey oldu, babasına saldırdı ilk defa o zaman Manisa'ya gitti tedaviye.”

(HY6) “...Biraz iyi olurdu, her sene yaşıyorduk 3-4 ay.”

(HY9) “...Allah'ım kimselere göstermesin, diğer ailelere de. Bizim müstakil evimiz vardı, en soğuk aylarda çeşmenin suyu ile biz yüzümüzü yıkayamazdık, o ise suyu tepesinden aşağı tutardı. Kızım böyle yapma derdik ama yok, üzerini çıkardığı zamanları biliriz, o yüzden bu günlere hamdolsun. Ama kolay süreç değil.”

(HY14) “...Kızım sinirlendiği zaman kaygım daha çok artıyor. Tekrar hastalığı artacak mı? Rahatsızlığı başa mı dönecek? İlaçlarını almadı mı acaba? Diyorum kendi kendime. Hastalığı artarsa diye korkuyorum.”

(HY7) “...Kardeşimin iyileşeceğini hiç düşünmedim, genelde bu hastalık böyle ancak daha kötüye giderse diye çok endişelendim, hani bakımı çok zor olur. İnşallah daha kötü olmaz.”

(HY8) “...Allah bilecek düşünmek bile istemiyorum tekrar hastalanır diye. Kesinlikle eşimi her zaman, elimden geldiği kadar neşeli ortama sürüklemek istiyorum. O hasta olduğu zaman bizim ailemiz de onunla beraber etkileniyor.”

Katılımcı HY20'nin yakınınınbipolar bozukluk tanısı bulunmaktadır. HY20 her yıl özellikle bahar aylarında hastalığının arttığını anlatmıştır. Erkenfark ettiklerinde ayaktan tedavi gördüğünü fark edemediklerinde ise hastaneye yatışının yapıldığını ifade etmiştir.

(HY20) “...Yıllar geçti mesela 3-5 ay iyi, arada bir hastalanıyor. Hastalığı artıyor, tavan yaptığı dönemler oluyor. Burada müdahale edebildiğimiz zaman bir doktorla hallettik ama bastıramadığım zamanlar eğitim araştırmaya götürdük. Bir hafta on gün orada kaldı, tedavi gördü, iyileşti geldi. Özellikle bu mevsim geçişlerinde çok sinsi bir hastalık ilk başta kimse anlayamaz hasta olduğunu, yavaş yavaş o aşamada eğer bastıramazsan hastalık artıyor, zaten bastırması en az 2-3 ay sürüyor. Genelde yılda bir iki defa tekrar ediyor özellikle bahar aylarında benim gördüğüm kadarıyla ama geçen yaz temmuz ağustos döneminde çok şiddetli bir dönemi oldu. Bize zıt gitmeye başladı, her yaptığımız hata oldu, otursak hata oluyor, kalksak hata oluyor, bizi ters görmeye başladı. Elinde olan bir şeyi bazen fırlatabiliyordu. Şu anda o atakları biraz şey oldu tedavi sürecinde. Sürekli bir şey olur mu kaygısı var. ”

d) Para Yönetimini Bilmemesi

Ağır ruhsal hastalığı bulunan bireylerde genellikle aşırı para harcama ve para yönetimini bilmeme durumu olabilmektedir.

(HY12) “...Oğlum sürekli para isteyen birisi sürekli para ister. Parayı alır, kola alır ve cips alır. ...Günde 10 lira yol parası veriyorum. Oğlum çarşıya gidebiliyor ama bir alışveriş yapmayı bilmez. ...Çok para istiyor sürekli herkesten para istiyor konudan komşudan.”

(HY18) “...Ailemden kalan mirasları takip ediyorum. Onun payını düşeni harçlık olarak veriyorum. Ne kadar çok verirsem hemen harcıyor. Arıyor abi gel bana alışveriş yap diyor. Parayı verince kendisi hemen tüketiyor. O yüzden ben alıyorum.”

(HY21) “...Mesela market için günlük 100 lira ver, ona bir şeyler alır bitirir yani. Hep abur cubur yemek istiyor Hiç boş durmak istemiyor.”

(HY5) “...Her şeyi bize ait. Ne kadar kendi aylığını da alsın, onu kendi yönetemez ki aylığını alamaz alsın da ona köşeyi dolandırmazlar.”

e) Kaybolma Endişesi

Katılımcıların geneli yakınlarının kaybolması, zarar görmeleri ve tekrar onları görememe endişesi yaşadıklarını ifade etmişlerdir.

(HY11) “...Bir ara toplum ruh sağlığı merkezine gidiyordu, otobüsü fark etmemiş normal dolmuşa binmiş TRSM servisine değil. Dolmuş ben hastaneye gideceğim demiş. Normal hastaneye gitmiş, burası değil ki demiş o zaman dolmuşçuya. ...Sonra oraya polis gelmiş, sonra getirip toplum ruh sağlığı merkezine bırakmışlar.”

(HY12) “...En çok oğlumun kaybolmasından korkuyorum. Bir gün eve gelememesinden, bir şey olursa diye çok korkuyorum. Başına bir iş mi geldi? Birisi zarar mı verdi? Diye korkuyorum.”

(HY17) “...Oraya buraya kendi başına gidiyor. Elinde bir telefon var, onu da alamıyorum. Başına bir iş mi gelecek? Kız çocuğu birisi alır gider, kötü durumlara düşebilir, hamile kalır. Bu konulardan çok tedirginim. Kızım aklıma geldiğinde başım ağrıyor, endişeleniyorum.”

(HY19) “...En çok ben uyur kalırsam evden mi çıkar gider? Bizi uyutur da hani gider mi? Allah korusun ondan korkardım ya da kendine bir şey mi yapar? Bilemezdim o anki ruh halini, ruhunu içinden geçeni ne yapacak bilemezdim. Hastalandığı dönemlerde bir gün evden çıkıp gidecek diye çok korktum.”

(HY3) “...İlk zamanlar takip ede takip ede, bir yere gidecek, bir şey olacak diye ödüm kopardı. Onun görmeyeceği şekilde onu takip ederdim, saklanırdım. Nereye gittiğine bakardım.”

(HY5) “...Yorulduğum evden kaçtı aradım buldum gece de gündüz de. Huzursuz oluyorsun. ...Acaba geç kaldığında araba altında mı kaldı? Birine sataştı da itiverdiler mi? Yolun kenarına mı düştü? Öyle yerlerden çok endişelendim. ...Çok üzülüm beş gün eve gelmedi aradım, bir kişi haber vermiş küçük oğlana öyle bulduk.”

(HY6) “...Üzülüyorum kaçıp gidecek mi? ...Her şey geliyor aklıma birisi götürüp gidecek mi? Mafya mı götürüp gidecek? Bir şey mi olacak? ...Çok kapıları kilitledik, uykusuz kaldık. ... Acaba kaçır da dağa taşır mı gider? Bulamaz mıyız? Korkusu vardı.”

(HY7) “...Mesela kaybolur gider mi? Diye aklımdan çok geçti, önceden evden kaçıp kaçıp gidiyordu. Hep onlar aklıma gelir, şimdi rahatız.”

f) Fiziksel Şiddet

Hastanın tedavisiz kalması nedeniyle durumunun ağırlaşmasıyla hasta daha fazla yeti yıkımı yaşamaktadır. Tüm bu nedenler, hastanın fiziksel şiddet gösterme ihtimalini artırmaktadır. Tedavi uyumsuzluğu ve psikotikseptomların artışı, hastaların kendilerine ve başkalarına karşı şiddet kullanımını etkilemektedir. Tedaviye uyum son derece önemlidir, tedavi uyumuyla birlikte hastanın fiziksel şiddet uygulamaya dair semptomları yatıştırılabilir ancak özellikle bipolar bozukluk ve şizofreni gibi ağır ruhsal hastalıklarda şiddet oranının daha yüksek olduğuna dair bir inanış vardır. Bu konuyla ilgili çalışmaların yapılması gereklidir çünkü bu grupta bulunan hastalar saldırganlıkla ilgili ciddi bir stigmaya maruz bırakılmaktadır.

Katılımcı HY1, oğlunun önceki yıllarda ilaç kullanmak istemediğini bu nedenle kendisine yönelik şiddet uyguladığını ifade etmiştir.

(HY1) “...Hap yüzünden çok şeyler çektik... Yemeğime hap katıyorsun dedi, beni burada evin önünde sürüdü, her yerim çürüdü, kafamı tellere vurdu.”

HY17, yakının daha önceden şiddet davranışlarının olduğunu, şu an tedaviye uyumlu olmasıyla birlikte şiddet davranışlarının ortadan kalktığını ifade etmiştir. Ancak küçük çocuklara karşı hırçınlığının devam ettiğini söylemiştir.

(HY17) “...Depresyon ilacı kullandığından beri sakinleşti, önceleri en küçük bir şey söylesem hemen vururdu bana. ...Yaramaz bir çocuk olduğunda çocuğa sinir oluyor, çocuğa vuruyor, öyle bir huyu var.”

Katılımcı HY18, kardeşinin tedavisiz kaldığı dönemlerde durumunun ağırlaştığını, kendilerine zarar vermeye çalıştığını, gördüğü tedavi sonucunda şu an durumunun iyi olduğunu ifade etmiştir.

(HY18) “...Çok ağırdı, bizi öldürmeye çalıştı, benim çocuklarıma da saldırdı o zaman. Hastalık hiç düzelmüyor biraz hafifliyor, sonra tekrar başlıyor ama bu aralar çok iyi Allah'a şükür düzeldi, burada daha iyi oldu.”

Katılımcı yakınının hastalığın alevlenme döneminde kendisine ve çevreye karşı şiddet girişiminde bulunduğunu, şu an şiddet içerikli bir davranışının olmadığını fakat bu kaygıyı sürekli yaşadığını ifade etmiştir.

(HY20) “...Takip ettiğin zaman neden beni takip ediyorsun, ben hasta mıyım diyor. Ben de geriden takip ediyorum, yine görüyor. Hatta bana birkaç yumruk attı, bana buna benzer olaylar yaşadık. Bizi en çok zorlayan şeylerden bir tanesi bir gün bakkala kızmış bıçağı aldı yürüdü, o bakkalı öldüreceğim diye, bunlar ister istemez insanı tedirgin ediyor, birisine zarar verecek korkusu oluyor ister istemez.”

Katılımcı HY21, oğlunun hastalığı artığında kendisine zarar verici davranışlarının bulunduğunu, halüsinasyon yaşadığında kendilerine fiziksel şiddet uyguladığını ve o zamanlarda bu durumla kendilerinin baş etmede yetersiz kalmaları nedeniyle bu yönde endişe ve korkularının devam ettiğini ifade etmiştir.

(HY21) “...Kendine zarar verdi, şu camı bile kırdı o zaman, geçen yaz bize ve kendisine bir şey yapacak diye hep tereddüt içerisinde yaşadık. Vurucu kırıcı olduğu zaman çok yıprandım, hep korku yaşadım. Uzandığın zaman gelip ansızın vurabilir ne yapacağını bilmiyorsun. Bir sabah kalktı babaya ansızın vurmaya başladı. O zaman bir de güçleniyor ki anlatılmaz, 3-4 kişi komşuları da çağırdık çünkü kendimiz baş edemedik. Tutamıyorsun ki burnuma bir vurdu, o güç anlatılmaz bir şey. Ben o şiddetli anlarını hiç unutamıyorum, kendine ve bize zarar vermesini unutamıyorum.”

(HY6) “...Annem diye severdim az sonra millet gittiğinde beni dövmeye kalkardı. Kendini boğar öldürür mü? Bize bir şeyler yapar mı? Diye çok korktum. Onları bile yaşadım. Kardeşleri vardı acaba kardeşlerine vurur mu? Bir şey yapar mı? Korkardım devamlı gözlerdim. Dövüştü, yalnız kaldığımda korkardım kızımdan, bazen çünkü döver vururdu.”

Hastalığı öğrenme aşamasında yaşanan gecikmeler, teşhis süresinin uzaması, hastalık hakkında edinilen bilgilerin eksikliği ve alevlenme dönemlerinin fark edilmemesi hasta yakınlarını şiddete yönlendirebilmektedir.

Katılımcı HY12, ikinci eşinin hasta olan çocuğuna karşı şiddet içeren davranışlarının olduğunu, sonraki süreçte eşinin depresyon tedavisi görmeye başlaması üzerine sakinleştiğini ifade etmiştir. Önceki yıllarda eşinin çocuğuna karşı daha sık şiddet gösterdiğini söylemiştir. Oğlunun eşyalara zarar verdiğini, ikinci eşinden olan çocuğuyla da kavga ettiklerini, küçük oğlunun hasta çocuğuna yönelik fiziksel şiddet içeren davranışlarının olduğunu ifade etmiştir.

(HY12) “...Eşim depresyon geçirdikten sonra kullandığı ilaçlardan dolayı sakinleşti, eski çok dövdü oğlumu. ...Oğlum olay çıkardı, vurdu kırdı, öteki oğlanla birbirine girdi, polis çağırdım, jandarmalık olduk. ...Çok çaresiz kaldım, bana bıçak çekiyordu.”

g) Diğer Hastalarla Karşılaştırma

Hastalıkla beraber ailenin yaşam standartları değişmekte aile yeni duruma adapte olarak yaşamını sürdürmeye çalışmaktadır. Ailelerin bir kısmı yeni durum nedeniyle uzun süre uyumsuzluk yaşamaktadır. Kendilerini başka ailelerle kıyaslayarak ya da geçmişteki tecrübeleri ile şu anki durumlarını karşılaştırarak buna bağlı savunma mekanizmaları geliştirmektedir. Katılımcıların çoğu şükrederek bakım verme yükünü hafifletmeye çalışmaktadırlar.

(HY10) “...Ama yine de ben halime şükrediyorum, beterin beteri var.”

(HY14) “...Sonra diyorum sadece benim kızım değil sonuçta başkalarıda var. İyileşir benim kızımda diğerleri gibi olur diyorum. Çok şükür yine iyileşti yani, ilaçla ilgili kaygım oluyor.”

(HY15) “...Allah beterinden saklasın daha kötü olabilir. Mesela eli ayağı tutmayabilir daha bir muhtaç şekilde olabilir. Başka çocukları görüyorsun; yemeğini yiyemeyen, tuvalete gidemeyen çocuklar oluyor en azından onları yapabiliyorlar Allah'a bin şükür.”

(HY16) “...Oğlum çok iyidir saldırgan bir tavrı yok. Yalan söylemez. Karıncaya dahi zarar vermez, değil insanlara zarar versin.”

(HY2) “...İşte bazen çok şükür Allah'ım diyorum, benim çocuğuma diyorum, yine beni idare ediyor. Buna da şükür olmayanlar da var, şiddetlenenler var diyorum.”

(HY3) “...Benim oğlumun çok sıkıntısı yok o zamanlar ilaçlarını atmamış sıkıntı ondan olmuş. Keşke iyileşse oradaki (TRSM) herkes de iyi olsa. Onlara da üzülüyorum.”

(HY5) “...Daha neleri var, bir yere bir zararı da yok. Allah'a şükür neleri var, zarar ziyan eden mesela. ...Ben öyle bir toplantılarına gittim, orada benim oğluma benzemez neler var.”

h) Genetik Yatkınlık

Katılımcılarla yapılan görüşmelerde aile içerisinde birden fazla kişide ağır ruhsal hastalık olabileceği görülmüştür. 3 ailenin diğer üyelerinde bipolar bozukluk, 1 ailenin diğer üyesinde geçmişte şizofreni tanısı olduğu öğrenilmiştir.

Katılımcı HY10, kayınvalidesinin intihar ettiğini, ondada eşinin hastalığının bulunduğunu, eşinin de intihar girişimde bulunduğunu ifade etmiştir. Bipolar bozukluk depresif dönemdeki hastaların intihar eğilimi fazladır.

(HY10) “...Benim kayınvalidem intihar etti. Yanlış hatırlamıyorsam kayınvalidem intihar ettikten sonra eşimin tıp fakültesini yatışı yapıldı. Annesinin olayından sonra karımın durumu da bir anda çok değişti. Ailesinde de var bu rahatsızlık, ablasıda öyle.”

(HY13) “...Benim diğer kız var evli, 2 çocuğu var. Ondanda çok çektim 2012'den beri. Ben onu yatırdım 2012'de Antalya'da. Hastanede onun tanısına düşünce bozukluğu dediler. 15 gün kadar yattı hastanede. O da aynı ilaçları kullanmaya devam ediyor.”

(HY4) “...İşte bizim ailede var bu hastalık; amcada var, hâlâda var, eşim de rahatsız.”

(HY14) “...Şimdi bizim rahatsızlığımız babadan gelme. Babanın kendisinde de vardı şizofrenlik.”

ı) Yakınlarla İlgili Beklentilerin Kaybolması

Hastalığın epidemiyolojisi gereği hastalığın doğuştan olmaması, genellikle gençlik döneminde başlaması nedeniyle aile içinde zorlu bir kabullenme süreci olmaktadır. Araştırmaya katılan aileler arasında özellikle çocukları hasta olan ailelerde telafi edici ruhsal süreçlerde uzamaya ya da yetersizliğe yol açar. Çocuklarıyla ilgili gerçekleşmeyen beklentilerinin olması ve eski sağlığına geri dönemeyeceğini bilmek aileleri üzmektedir.

Katılımcılar genel olarak çocuklarıyla ilgili gelecek planlarının ve beklentilerinin gerçekleşmemesi nedeniyle üzgün olduklarını dile getirmiştir.

(HY12) “... Duygusal anlamda neden böyle oldu? Niye benim çocuğum? Daha iyi olabilirdi diyorsun. Onun okuduğunu görmek, evlendiğini görmek istiyorsun. Çok üzülüyorum ben.” (HY19) “... Kızım hastalanıncaya kadar çok iyiydi. Onunla gurur duyardım. Etkinliklere katılırdı, halk oyununa giderdi, spora giderdi başarılıydı. ...Böyle kızım kendisini her yerde savunan bir insandı dışa açıktı. Okul döneminde de dışarıda kaldı, her şeyini dört dörtlük kendisi yaptı. Ailede kimsede yok bu hastalık. Benim kızım da çıktı.”

(HY2) “...Oğlum bazen aklıma gelir ağlarım, bu çocuğum neydi ne oldu derim. Aklımdan geçmezdi böyle olabileceği. Öyle bir pratikti, okulu bitirdi, tıpi kazandığında öğretmenler bile oğlum için biz böyle olacağını biliyorduk dediler.”

(HY9) “...Çünkü benim sapasağlam çocuk bakmışım bitmiş tükenmiş. Antalya'daki gittiğimiz ilk doktorun bir tanesi dedi ki ben sordum benim çocuk ne zaman iyi olacak diye. O zaman o doktor iyi olmaz dedi ya o zaman hastane üstüme göçtü resmen. İlk zamanlar diyorum ki bu benim çocuğum olamaz diyorum, onu düzeltmek istiyorsun düzelmiyor.”

HY15, oğlunun hastalığının kendisinin hayata bakış açısını değiştirdiğini ifade etmiştir.

(HY15) “...Hayata daha iyi bağlandım, hayatın kıymetini daha iyi anladım. Elimde bir çocuğum var ona güveniyorum, geleceğim diyorum, o da hastalanıyor. Benim ona güvenip onun beni destekleyeceği yerde, ben onu destekledim, şu gördüğünüz düzeye ben getirdim. Bir çocuğun var, ona bir umut bağlıyorsun, o da böyle oluyor.”

i) Stigma

Geçmişten günümüze psikiyatri hastalarının dışladığı ve ötekileştirildiği bilinmektedir. Ağır ruhsal hastalıklar toplumda diğer hastalıklar kadar (ortopedik, işitme, görme vb.) bilinmemektedir. Bu nedenle hastalıkla yeni karşılaşan hasta yakınları uzun süre yakınının hastalığını anlayamamakta ve tedaviye geç kalınmaktadır. Ayrıca hasta ve ailesi çevreden çekindikleri için kendilerini toplumdan izole ederek yaşamlarını devam ettirmeyi tercih etmektedirler. Hasta yakınları bu süreci oldukça zor geçirmekte bu sebeple hastada yeti yıkımı oluşmaktadır. Hastalık hakkında bilgi sahibi olan aileler yaşanan yeni duruma daha çabuk adapte olmakta ve süreci hem hasta için hem kendileri için kolaylaştırmaktadır.

Katılımcı HY5, bakım verdiği oğlunun iki kızı olduğunu, onların babalarının hastalığından rahatsız olduklarını, yaşadıkları çevrede stigma içeren davranışlara maruz kaldıklarını, bu nedenle hastalık konusunda kimseyle paylaşımda bulunmadıklarını ifade etmiştir.

(HY5) “...Bilhassa çocuklar çok şey ediyor, sakın kalabalıkta gelip görünmesin, bizim babamızın olduğunu bilmesinler. ...Çocuklarda utanıyor hani. ...Veli toplantılarına okula ben gidiyorum, baba niye gelmedi diye soruyorlar. Ben anlatıyorum babalarının durumunu, çocuk diyor niye anlattın. ...Oğluma karşı bir laf atma yüzümüze karşı duymadık, arkadan bir kişiden duydum sadece, delinin kızı demişler büyük kız için.”

Katılımcılar ister istemez yaşadıkları çevrede yakınlarına karşı damgalayıcı davranışların olduğunu ya da hastalık hakkında yeterli bilgileri olmadığı için olumsuz geri bildirimde bulunduklarını ifade etmişlerdir.

(HY3) “...Oğlum bir gün asansöre binmiş, komşu da binmiş, oğlum hiçbir şey yapmadım düğmeye bastım diyor. Komşu oğluma bağırması sen niye düğmeye basıyorsun diye. Oğlum da bu asansör sizin mi diye bağırması, birbirlerine bağırışlar.”

(HY15) “Gideceksek her yere beraber gideceğiz, ben öyle düşünüyorum. ...Tek gitmemi istiyorlarsa gitmiyorum. Kabul ederseniz o şekilde gelirim diyorum.”

(HY16) “Hastamızı kimseden saklamayı düşünmüyoruz. En çok yakın akrabalarımız etiketledi. Oğlum belki anlamadı ama biz anladık, yani yıkıldık destek beklerken yabancından desteği alabilirken ama yakınımızdan o desteği alamamak bizi daha çok kırdı. Kin duyuyorsun, öfkeleniyorsun o insanlara. Eşim tarafı iyi davrandı genelde, benim ailem oğlumu kendi çocuklarıyla karşılaştırdı. ...Direkt söylemeseler bile davranışlarla belli ettiler. ...Bu gruba yönelik devletin daha fazla el uzatması gerekiyor. Toplumda bu kesim dışlanıyor, öteleniyor.”

(HY17) “...Herkes biliyor hastalığını, dışlayıcı davranıyorlar onlara gittiğindesaatlerce orada oturuyor. İnsanlar da huzursuz oluyor, kızımın evine gittiğini istemiyor. Bu nedenle dışlıyorlar onu. Kendilerine gelsin istemiyorlar.”

(HY20) “...Bulunduğumuz çevre küçük bir çevre, ilk zamanlar çevreden utandık, insanlar duymasın istedik. ...İnsanları rahatsız etmesin gibi şeyler olmuştu ama dedik bu hastalık, duyan duysun artık bunu aştık yani.”

(HY12) “...Oğlumun hastalığından dolayı utandığım zamanlar oldu, şimdi mesela ben oğluma temiz ol diyorum, temizliğine özen göstermiyor. Banyoya sokamıyorum. Yani üstü başı kirli ayağında bir terlik, toz içinde. Kendi kardeşlerim hiç yardımcı olmuyor, onlar direkt götür Bakırköy’e yatır diyorlar, deli bu diyorlar.”

(HY4) “...Mesela bir topluma da girmiş olsa kızım asla hastalığını belli etmez.”

Katılımcı HY6 ise kızına bakım vermekle ilgili kendisine suçlayıcı davrandıklarını, kızından deli vb. sözlerle bahsettiklerini söylemiştir.

(HY6) “...O delidir ona bakmayın derlerdi. Kendi kendilerine arkasından çok laf ederlerdi. Üzülmüş gibi olurlardı da sonradan bir çocuğuna bakmamış derlerdi, laf ederlerdi.”

Katılımcılardan HY13 ve HY14 kızlarının evlenmemesiyle ilgili yorum yapıldığını, stigmaya maruz kalmamak için hastalığı gizlemek durumunda kaldıklarını ifade etmişlerdir.

(HY13) “... Dedikodu oluyor mutlaka. Kulağıma gelsede duymuyorum artık çünkü yapacak bir şey yok. Biz bu hastalığı yaşayarak öğrendik. Köy yerinde anlatamıyorsun böyle şeyleri. Geçen istemeye geldiler, 23 yaşında bu kız. Dışarıdan okuyor diyorum yalan söylüyorum ne yapayım ben. Bilmiyorum hani belki iyileşir diyorum ileride önüne engel olarak çıkar mı?”

(HY14) “...Gezmeye gittiğimizde de misafirler geldiğinde de çocuklarımız arasında kızım en büyükleri 44 yaşında eeee niye evlenmedi diyorlar. İnsanlardan bazen beklemediğim yorumlar alıyorum. ...Önceki yıllarda aşağıda abim çocuğunu dövecek, yengem de onu engellemek için eniştten yıllar önce yeğenini döverken delirtti sende onu mu delirteceksin demiş, benim kızım bunu duymuş çok üzüldü, hâlâ da aklından çıkmaz. Bunlar mesela hoş değil yani bu şekilde konuşmalar iyi bir şey değil.”

Katılımcılardan bazıları damgalanma endişesi yaşamadıklarını ifade etmişler.

(HY8) “...Ben eşimden çekinmiyorum, utanmıyorum kol kola da gezerim, çantasını bile taşıyım, taşıdığımda oldu, kim ne yorum yaparsa yapsın.”

(HY11) “...Ben kardeşime bakmaktan mutluyum severek bakıyorum. Kız kardeşimin çocuğuna bakarken bile çevreden çok fazla laf duyduk, söz duyduk. Bir çocuğa bakacaksanız kendi çocuğunuza bakın dediler. Kimisi iyi dedi, kimisi kötü dedi.”

(HY18) “...Kim ne derse desin niye utanacaksın beni bilen bilir. Benim hakkımda ne kadar şeyler anlatmış, kötülemiş, kötülerse kötülesin ben ne yapayım. İnsanlar, komşular biliyor onu da biliyor bizi de biliyorlar. Kimse bir şey demez, Türk milleti farklıdır, bazıları vardır yine tek tük de ülkemizde %99'u güzel görürler, kötü görmezler.”

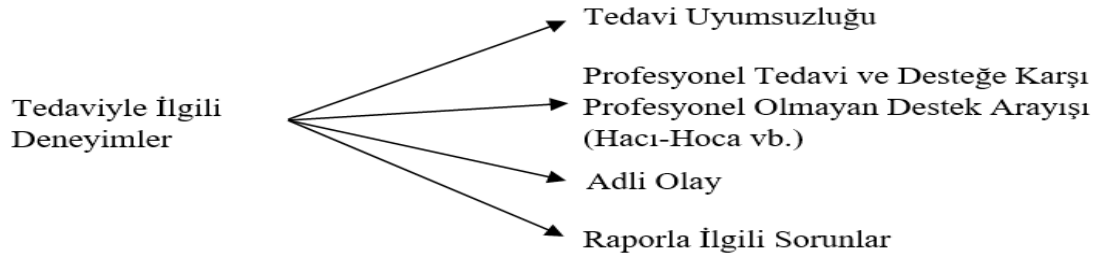
(HY7) “...Götürmekte hiç utanmam, gittiğim yere götürürüm kardeşimi. Toplumda mutlaka ona farklı bakan oluyor. Genelde neden olduğunu soruyorlar, ne bileyim nasıl duruyorsunuz bununla diyorlar aynı yerde. Bazıları diyor bu çok kokuyor. Bazıları dışlerinden rahatsız oluyor sapsarı. Sen nasıl duruyorsun. Senin miden nasıl bulanmıyor diyorlar, bulansa ne yapacağım atacak mıyım onu.”

(HY19) “...Öyle konuşanlar olur bazen, hiç düşünmem bile ben onları hiç takmam takmadım da. ...Başkaları gibi evladımın hiç utanmadım kimseden çekinmedim.”

3.1.3. Tedaviyle İlgili Deneyimler

Tedaviyle ilgili deneyimler temasının içerisinde; tedavi uyumsuzluğu, profesyonel tedavi ve desteğe karşı profesyonel olmayan destek arayışı (hacı-hoca vb.), adli olay, raporla ilgili sorunlar bulunmaktadır. Tedaviyle ilgili deneyimler teması kapsamında ortaya çıkan kodlar şekil 3'te gösterilmiştir.

Şekil 3. Tedaviyle ilgili deneyimler teması ve alt kodlar



a) Tedavi Uyumsuzluğu

Hastaların farmakolojik tedaviyi reddetmeleri ya da aksatmaları neticesinde hastanın sosyal becerilerinin, yetilerinin, özbakımlarının azalması ya da saldırgan davranışlar sergilemesi aileye güçlük yaşatmaktadır. İlaç kullanımının önemini farkında olan aile üyeleri ilaçlarla ilgili şunları söylemişlerdir;

(HY1) “...Haptan çok çektik, hap atmayacağım dedi. Çok doktorlara gittik; Manisa’ya götürdük, Antalya’ya, İstanbul’a götürdük. Manisa’da iki defa hastaneye yatırdık. Hapımı atmazsa polisler bizi çağır dediler. Kaç kere onlar geldi. Onlar yardım ettiler işte.”

(HY9) “... Bakımı zor. En çok biz ilaç konusunda sorun yaşadık. Kızıma da hak veriyorum, çok ilaç kullan kullan bıkıyor. Ancak iğne kullanmak o kadar zor geldi ki, şimdi atveriyor. Benim en çok zorlandığım şey bakarken ilaçlarını vermek.”

(HY11) “...Haplarını düzenli atmazsa, rahatsızlık başlarsa, o zaman yapamaz ya da az yapar. İlaçları kullanınca işleri genelde yapıyor.”

(HY19) “...Antalya’da doktora çıkardıktan sonra eve geldi. 3 gün sonra ben hapları kullanmayacağım dedi, sonra özele götürdük. Yine bir şey bahane etti, bir ara iyiydik, sonra bir şeyler kırdı.”

Katılımcılardan bazıları hastanın ilaçları düzensiz kullandığını, bazen artırıp bazen azalttığını ifade etmişlerdir.

(HY21) “...Sürekli sıkıntı geldiğini söylüyor, hapını sürekli içmek istiyor. Bazen hapi kontrolsüz içiyor. Sıkıntı sık sık geldiği için o hapa çok ihtiyaç duyduğunu zannediyor.”

(HY13) “...Kumluca’ya doktora 2-3 yıldır gidiyoruz, Antalya’ya gidiyoruz bir netice alamıyoruz. Doktora gittiğimizde bir sürü ilaç değiştiriyorlar, sonra Finike’ye gittik biraz. ...Daha önce Antalya’da bir doktora gittik. Buradaki Finike’deki doktora gittik. Çok ilaç değiştirdi bu. İlaç kullanmak istemedi, bu iğneye geçtik. Evde bir şey yapmıyor zaten. Onda da belli olmuyor ne yapacaksın değiştiriyor sürekli bu. İlk dönemler iyiydi oraya (TRSM)

gittiğinde, ondan sonra bir düzelme oldu ilaçları etkiledi. Sonra ilaçları kendiliğinden azaltıp içmiş, her gün takip edememiştım, ondan sonra takip etsek de faydası olmadı.”

(HY7) “...İlacını fazla almış, erken bitirmiş. Neden attın diyorım kafam iyi değildi diyor, ikişer ikişer attım kafam iyi oldu rahatsızlığım geçti diyor. Oraya (TRSM) gittikten sonra ilaçlarını daha düzenli kullandı.”

(HY20) “... Zaten çok doktor değiştirdik kesin bir tedavi bulamadık. Açıkçası kesin çözümü sanırım yok bunun. Düzenli gittiği zaman belli bir seviyede durabiliyor biz fark etmeden ilaçları bıraktığı zamanlar oluyor. Bir de o ilacın yan etkileri var, onları okuduğunda kalbe, başka hastalıklara yol açabileceğini gördüğünde, bazen kendi kendine bırakabiliyor. O zaman hastalık artığında, hastalığı bastırmak da çok zor.”

Katılımcılardan bazıları da yakınlarının TRSM’ye düzenli devam etmediği konusunda söylemlerde bulunmuştur.

(HY18) “...İlacını aldıktan sonra iyi, TRSM’ye bazen gitmek istemiyor.”

(HY3) “...TRSM çok güzel, oğlum da devam etse oraya çok güzel olacak. Başka bir şey yok.”

Katılımcı HY8, eşinin sık sık doktor değiştirdiğini, ilacın etkisini hemen görmek istediği, değişim olmayınca hekimini değiştirdiğini ifade etmiştir.

(HY8) “...Bir sürü doktora gittik. Eşim çok sabırsız olduğu için ilaçlar hemen beni iyileştirsın istiyor. İlk buradaki doktora başladık devlet hastanesindeki. Eşim bu ilaçlar bana iyi gelmiyor dedi diye Finike’ye gittik. Oradan farklı ilaç aldı, sonuçta ilaçların hepsi de psikolojik ilaçlar orada yazılan ilaçlar için de fayda vermedi diyerek Antalya’ya bir doktora gittik 4-5 ay ona gittik geldik. Onun ilaçları birazcık fayda verdi, ondan sonra tekrar yine bu ağırlaştı. Oradan tekrar farklı bir doktor bulduk ona gittik.”

b) Profesyonel Tedavi ve Desteğe Karşı Profesyonel Olmayan Destek Arayışı (Hacı/Hoca vb.)

Ruhsal hastalıklar hakkında yeterince bilgi sahibi olmayan kişiler yakınlarında hastalık semptomları ortaya çıkınca ilk aşamada ne olduğu anlayamamaları, sağlıklı bireyin davranışlarının değişmesinin nasıl bir hastalık olduğunu kavrayamamaları onlarda karmaşık duygu ve düşünceler oluşturmakta ve bazı aileler kültürel inanç veya yaşadıkları toplumda çözüm olarak önerilen veya çevre baskılarından profesyonel olmayan destek (hacı-hoca vb.) arayışına girmektelerdir.

(HY1) “...Nazar mı oldu ne oldu bilemedim? Nazar da olurmuş, hocaya şeye de çok gittik, hocaya Aydın’a götürdü amcası.”

(HY21) “...Bir şeyler gördüğünü sandığı zaman oğlumuz, köylü olarak bir şey bilmediğimiz için işte bunu hocalık diye gittik ama tıpta da böyle bir şey olduğunu sonradan öğrendik, görüntülerin, seslerin olduğunu sonradan öğrendik hastalıkta da oluyormuş. Biz hocalık yönüne bakarak şey yaptık. ...Çaresizlik inanır mısınız? İnsanı her yola şey yapıyor.”

(HY10) “...Hocalara da götürdük zaten. Ama tedavide doktor ihmal edilmeyecek doktor bana öyle dedi.”

Katılımcılardan bazıları hastalığın ilk dönemlerinde “cin, şeytan musallat olması” gibi durumları düşündükleri o yüzden profesyonel olmayan bir çözüm arayışına girdiklerini ifade etmişlerdir.

(HY11) “...İlk bize kardeşimin hasta olduğunu eskiden hoca, cin, şeytan işi derlerdi. Biz o sıralarda kardeşimi bayramda falan görüyorduk, öğrenince hocaya falan götürdük onu.”

(HY7) “...Birisi geliyor misafir geliyor bakıyor durumu iyi değil diyor, bu çocuğu diyor falan yerde bir hoca var, ona okutun kesinlikle bu geçer diyor. Ne yapayım ben de belki iyileşir ümidiyle hocaya götürdüm Muğla’ya. Ondan sonra Elmalı’nın köylerine buradaki köylerden her yerden muska yaptırdım, okutmalık bu dediler. Tabii herkesin dediğini dinliyorum, hem doktora götürüyorum hem hocaya götürüyorum. Hocanın birisi sen bu çocuğu buralara getirme bunun beyninde sorun doktora götür dedi. Okutmalık falan cinli değil bu dedi.”

Katılımcılardan HY18 ve HY20, yakınlarının daha önce aileleri tarafından hocalara götürüldüğünü, bunun onların hastalığı üzerinde olumsuz etki oluşturduğunu ifade etmişlerdir.

(HY18) “...Almanya’da da biz bunu doktora gösterdik, orada da şizofren dediler çünkü orada bir şeyler yaptılar ama olmadı. Annem illa hocalara götürdü tutturdu, oradan oraya kaç tane hocaya gittik. Zamanında bir hoca bunu alıştırdı, onunla beraber hastaların yanına gidiyordu, onunla beraber oturuyordu dua biliyorsa ediyordu. ...Bir gün sabah kalkmış köyde gitmiş ezan okumuş vaktinden önce bütün köy ayağa kalkmış ezan okundu diye. Annem durmadan hocalara götürdü, oradan dini takıntısı oluştu.”

(HY20) “...Hocalara da gitmiş, hocalar ters etki yapmış benim görüşüm. Hocanın birisine gitmiş sende cin var, şeytan var. Sonra birine gitmiş, kötü yere basmışsın, sana büyü yapmışlar demiş. Benden önce babam çok gitmiş. ...Babam Aydın’dan Mersin’e kadar ne kadar çok hoca varsa onların hepsine gitmiş. ...Hocaya gitmesi onun hastalığını kötü etkilemiş bence.”

Katılımcılardan iki aile profesyonel tedavi ve desteğe karşı profesyonel olmayan destek arayışı (hacı-hoca vb.)’nın işe yaramadığını bildiklerini bu nedenle başvurmadıklarını ifade etmiştir.

(HY13) “...Hocaya gitsen, hoca ne yapacak.”

(HY16) “...Sadece bir yere gitmedik, eşim çok ısrar etti ama hocalara gitmedik. Eşim bazen her yere götürdük diyor orası kaldı, belki oradan bir şifa olurdu dedi.”

c) Adli Olay

Katılımcılardan bazıları yakınlarının bakım verme sürecinde adli olay yaşadıklarını ifade etmişler, bu olayların bir kısmının da aile içi tartışmalar sonucu ortaya çıktığı görülmüştür.

(HY10) “...Kapı komşumuz vardı, onunla bir kavga etmişler, hatta karakolluk olduk sonra tatlıya bağlandı. Kafasında sürekli bir şeyler kurguluyor. Karakolluk olduğumuz kadının yanına gittik, kadın bize neler anlattı, kadına neler neler söylemiş.”

(HY15) “...Emniyetle ilgili olayları oluyor, emniyet geldi evin her yerini karıştırdı, onu hiç anlayamadım. Mahkemesi vardı, adli olaylara karıştık yani. Bir olayda bakkalla kavga etti, ondan sonra da bir şey olmadı emniyete yansıdı, emniyete gittik.”

(HY17) “...Depresyona girdi, hırçınlaştı, bana bağıyor, laf söylüyor. Biz bir şey dediğimizde hemen jandarmayı çağırıyor, dövüyorlar, huzursuz ediyorlar, sığınma evine gideceğim diye sığınma evine gitti. Başka birileriyle konuşma olayları olduğunda, diğer kızlarım olsun damatlar olsun geldiğinde çok tartışıyoruz.”

(HY18) “...Evde sürekli tartışıyorlar bir gün baba oğul mahkemelik oldular, hatta benimle de oldu. Bir gün alışverişe gittik çok fazla almayacağım, şu kadar alacağım dedim. Önce tamam dedi, sonra bir koli çıkarttı ben almayacağım yeter dedim. Bana böyle yapamazsın diye arabanın ön tarafından bir taş attı. Arabanın hem önü hem de arkası patladı. Tartıştık orada ben polis çağırdım, mahkemelik olduk. ...Yine bir gün yaylada annemi ve babamı dövmüş, komşular jandarmaya şikâyet etmiş.”

(HY6) “...Kapıyı açmış, kaçtı tutamadım. Kapıların hepsini çala çala altıncı kata çıkmış, altıncı katta hamile bir kadın varmış çok korkmuş, hemen polisi çağırmış. Orada pencereden atacağım diye tutturdu, pencereden indireceğiz diye uğraştık.”

Katılımcı HY12, oğlunun alevlenme döneminde karıştığı adli olay sonrası psikiyatri servisine yatışının yapıldığını söylemiştir.

(HY12) “...Oğlum olay çıkardı, vurdu kırdı, öteki oğlanla birbirine girdi, polis çağırdım. İstanbul’a yatışı yapıldığında oğlum bizi şikâyet etti. Babasıyla birbirlerine girdiler, babası

vurdu bir yerleri morardı, çünkü adamın üzerine çok geldi saldırdı. Görenler de oğluma git babanı savcılığa şikâyet et demiş, oğlumda etmiş, adli olaydan gitti İstanbul'a."

d) Raporla İlgili Sorunlar

Ağır ruhsal hastalıklar ruhsal engelli sınıfına girmektedir. Bu grubun ruhsal engelli sayılarak sosyal yardımlardan yararlanabilmesi için sağlık kurulundan belirli engel oranlarına veya ibarelere (tam bağımlı, kısmi bağımlı) sahip rapor alması gerekmektedir. Hastalık semptomları nedeniyle bu hasta grubunda kendi yaşamını idame ettiremeyen, günlük ev içi sorumluluklarını yerine getiremeyen bakıma muhtaç bireyler bulunmaktadır. Ayrıca bu hastalarda tedavisiz kaldığı dönemdeki engel oranıyla ilaçlarını düzenli kullandığı dönemdeki engel oranı değişmektedir.

(HY10) *"...Zaten bu hastalık aslında toplumda tam bilinmiş değil. Herkes hâlâ elinde, ayağında ve vücudunda bir şey arıyor. Rahatsızlık arıyor."*

(HY21) *"...Eşim ve ben çalışmıyoruz. Sürekli onun başındayız. Ailelere bir maddi destek desek, devlet çalışın sağlamsınız der. Yatalak bir hasta olmadığı için ailelere de bir şey verilmiyor. Destek olmadığı için zor geliyor."*

(HY7) *"...Bir maaş çıkartalım diye muhtara söyledik. O da Antalya'dan çıkarın dedi. Yüzde sıfır engel vermişlerdi ilk gittiğimizde. Tekrar Antalya'ya gittik. Bir buçuk sene uğraştık bir sene vermediler, hani tedavisi yapılırsa belki düzelir dediler. Baktılar hâlâ düzelmedi..."*

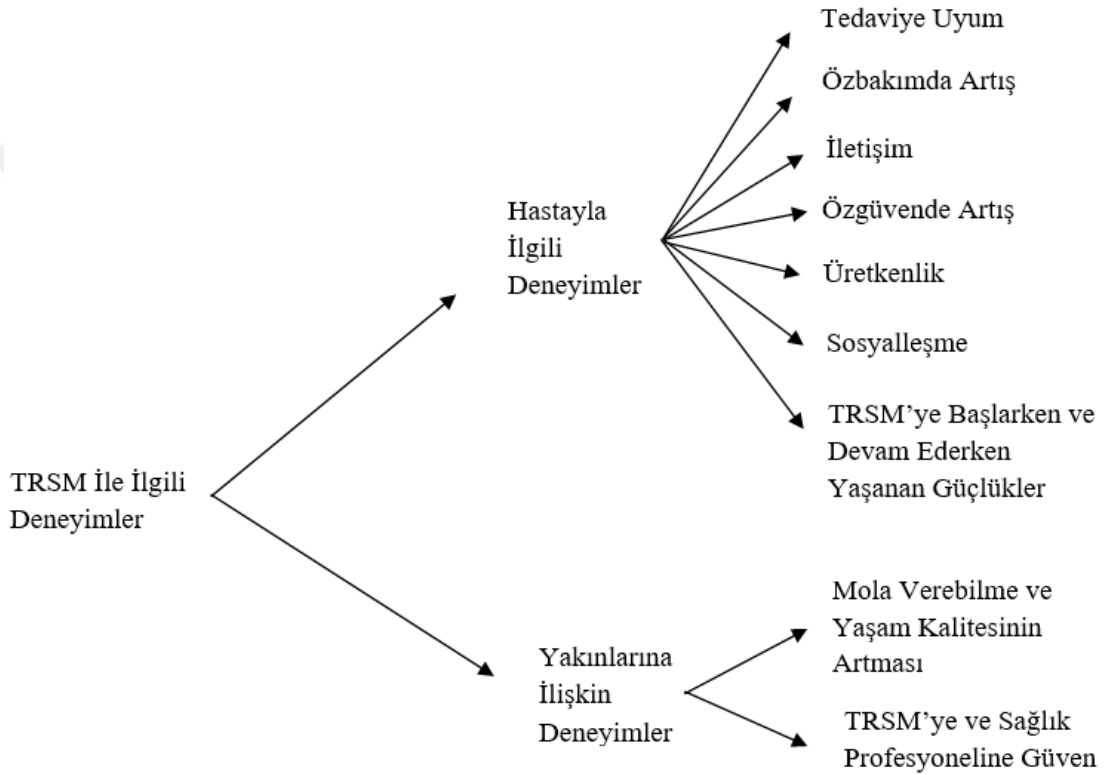
(HY9) *"...En son ki sağlık kurulundan engel oranı düşük çıktı. Dışarıdan baktığında fiziki olarak bir şey yok ama bakım olarak sana muhtaç senin eline bakıyor, hiçbir şey yapamıyor. Çay, kahve ancak yapıyor bir makarnayı bile pişiremez. Ben çalışmaya gittiğimde makarna kutusunu almış, bir üst kat komşuya çıkmış, makarnayı bana pişiriverin diye ben aç kaldım demiş. Şimdi doktora gidiyorsun, hani farklı farklı doktorlara gittiğimiz oluyor oldu, anlatıyorsun olayı ilacı yazıyor, direkt hastayı birebir günlük yaşamda görme imkânı olmuyor."*

3.1.4. TRSM'ile İlgili Deneyimler

TRSM'de hem hastaya hem de bakım verene yönelik psikoeğitim ve rehabilitasyon çalışmaları yapılmaktadır. Hastaya yönelik; semptomların kontrol altına alınması, hastanın psikososyal ve iş uğraşı becerilerinin artırılması, hastalıkla ilgili iç görü kazandırılması vb. çalışmalar gerçekleştirilmektedir. TRSM ile ilgili deneyimler temasının altında 2 ana kod ve onlara bağlı alt kodlar oluşturulmuştur. Hastayla ilgili

deneyimler ana kodunun altında; tedaviye uyum, özbakımda artış, iletişim, özgüvende artış, üretkenlik, sosyalleşme, TRSM'ye başlarken ve devam ederken yaşanan güçlükler yer almaktadır. Yakınlara ilişkin deneyimler ana kodunun altında; mola verebilme ve yaşam kalitesinin artması, TRSM ve sağlık profesyoneline güven bulunmaktadır. TRSM ile ilgili deneyimler teması kapsamında ortaya çıkan ana kodlar ve kodlar şekil 4'te gösterilmiştir.

Şekil 4. TRSM ile ilgili deneyimler teması, ana kodlar ve alt kodlar



3.1.4.1. Hastayla İlgili Deneyimler

a) Tedaviye Uyum

Hasta bireyin yaşamını olabilecek en uyumlu şekilde devam ettirebilmesinin yolu tedaviye uyumunun olmasıyla ilişkilidir. Araştırmaya katılan aileler, yakınlarının tedaviden fayda görme durumlarını aşağıdaki cümlelerle anlatmışlardır;

(HY1) “...İğnelerin faydası oldu, önce çok çektik risperdal iğnesi yumuşattı, o iğneyi çok yaptırdı. Allah razı olsun hepsinden. İlaçlarını oradan yazdırıp takip ediyorlar.”

(HY12) “...Tedaviye uyumlu, ilaçlarını artık kendisi günü gününe içiyor, oradan uyarıyorlar herhalde, saatinde içmeye çalışıyor.”

(HY7) “...TRSM’de ilaçlarını düzenli kullanıyor.”

(HY14) “...Tedavisini önceden ben takip ediyordum, doktora gideceğinde ilaçlarını kullanacağında hatırlatıyordum. TRSM’de daha düzenli oldu.”

(HY16) “...TRSM’ye gittikten sonra ilaçla alakalı şöyle bir değişiklik oldu; önceden iğneden kaçardı oğlum. İlaç konusunda çok bilinçli, ilacını kendisi düzgün kullanıyor.”

(HY4) “...Ben bütün doktorlarıma uydum. ...Onlara göre hareket ettim. ... Kızım haplarına devam ediyor, doktorumuz hapi azalttı şimdi. Kızım önceki gibi değil, yarımmlara düşürdü, bazılarını kaldırdığı da oldu, kızım çok normale girdi şu anda.”

(HY19) “...Yine tedavilerine devam ediyor. Haplarını azalttı doktor. Allah’a şükür iyi şimdi kızım. Vaktinde yatıyor, uyuyor, çalışıyor ve bağırma çağırma yok.”

(HY3) “...Şimdi biraz daha iyi oldu, önceden daha farklıydı oğlu. Bu merkezi açanlardan Allah razı olsun, merkeze vesile olanlara çok dua ediyorum.”

Katılımcılardan HY18, yakınının ilacını düzenli kullanmasıyla birlikte hastalık semptomlarının azaldığını ve TRSM’ye gitmeye başladıktan sonra yatışının olmadığını ifade etmiştir.

(HY18) “...Burada TRSM’ye gidiyor, çok memnunum çünkü ilacını içiyor. Orada ilacını veriyorlar,iğnesini vuruyorlar, arada sırada eve gelip bakıyorlar ben de gidip eve bakıyorum, parasını veriyorum. Rahatsız eskisi gibi başkalarına rahatsızlık verme huyu yok. ...Burada TRSM’ye başladıktan sonra hiç yatışı olmadı.”

Katılımcı HY5, TRSM’de hastasının fiziksel sağlığını da takip ettiklerini, kendisinin de yakının beslenmesini ona göre düzenlediğini ifade etmiştir.

(HY5) “...Yine evvelkine göre değişti rahatsızlığı. Eskiden ilaç kullanmıyordu, orada kullanmaya başladı.Başka bir rahatsızlığı olmadığı için doktora götürülüyordu. Merkezde tansiyon ölçümü yaptıklarında tansiyonunun olduğu çıkmış, yemeklerini tuzsuz yapıyorum.”

b) Özbakımda Artış

Bu gruptaki hastaların özbakım becerileri zayıftır. TRSM’de hastaların el yüz yıkama, tırnak kesme, duş alma, vücut temizliği, kıyafet temizliği ve değişimi, ağız ve diş temizliği, saç tarama, tıraş olma, vb. günlük rutinlerini zamanında ve gerektiği kadar yapması için mesleki çalışmalar yapılmaktadır.

Katılımcılar yakınlarının TRSM'ye devam etmesi, ilaçlarını düzenli kullanmaları ve oradaki personelin vermiş olduğu psikoeğitimler ve hemşireler tarafından verilen kişisel hijyen eğitimleriyle hastalarının özbakım becerilerinde artış olduğunu ifade etmişlerdir.

(HY11) “...Örneğin TRSM'ye gidecekse pazar günü banyosunu yapar. Kendi temizliğine dikkat etmeye çalışıyor. Kendi yapıyor, kendi yapmayınca da biz söylüyoruz.”

(HY12) “...Dış görünüşe önem veriyor artık. Kirli gezmeye çalışıyor, banyo yapmasa bile kışın kıyafetlerini değiştiriyor, mesela ayakkabı giyiyor, terlik giymeye çalışıyor. Ama tırnaklarını ben kesmek istiyorum, o konuda zorlanıyorum, etimi kesersin diyor.”

(HY14) “...Kıyafet giyip çıkarma düzeni değişti önce kendisine bakmıyordu, özbakımı gelişti. Kendine daha bir bakar hâle geldi, takar takıştırır. Misafirlğe gider gibi hazırlanır TRSM'ye giderken. Sürekli evde olsaydı bu kadar olmazdı.”

(HY17) “...Son zamanlarda böyle kendine dikkat etmeye başladı. Önceden dikkat etmiyordu güzel kıyafetler giymeye başladı misafirlğe gider gibi.”

(HY19) “...TRSM'de her şeyi arttı. Yani bakımından, giyimine kuşamına artık her şeyini yapıyor. Önceden yapmıyordu, hastayken kendine bakmıyordu, duşunu alırken bile her zaman almak istemezdi, bazen 3-4 gün geçerdi yapmak istemezdi. Şimdi sürekli duş alıyor.”

(HY20) “...Banyo yapıyor, tıraş olurken biraz zorlanıyor eşi yardımcı oluyor ona. Bazen saçını tarıyor, süsleniyor, kıyafetlerini giyiyor çıkıyor. TRSM'ye gittikten sonra hani birazcık daha dikkat eder hâle geldi.”

(HY6) “...Üstü başı daha düzenli, Allah'ım çok şükür. ...Duşa girmezdi, şimdi duşuna bile rahat girip çıkıyor. Allah'a çok şükür, evvel elbise bile pek fazla şey yapmazdı. Ama oraya gideli temiz temiz giyer gider. Doğru düzgün giyemezdi, yazmasını bile öylesine bağlardı. Şimdi güzel giyimli kuşamlı gidiyor geliyor.”

(HY9) “...Temizliğine daha çok dikkat eder oldu. Banyo ve tuvalet temizliği sıkıntılıydı. Müsait olmadığı dönemlerde göndermek istemezdim. Dikkat etmezdi, evde dikkat etmiyordu, o yüzden gönderirken tedirgindim. Ama öyle olmadı korktuğum gibi oraya gittiğinden beri temizliğine daha çok dikkat ediyor. Önceden duş aldırırdım mesela tırnağını kestiremezdim, tırnaklarını çok uzatırdı, ayak tırnakları bile kırılır giderdi kesmezdi.”

Katılımcı yakınının özbakımının TRSM'ye gittikten sonra değiştiğini ancak dış fırçalamayı reddettiğini söylemiştir.

(HY16) “...Duşunu alır, tıraşına karışmıyorum makine aldım onu kullanıyor. Saç tıraşına gitmeye zorlanıyor, ikna ediyoruz. Sakal tıraşına da gitmiyor kendisi oluyor. Tırnaklarını kesiyor fakat diş fırçalaması zayıf. TRSM’ye giderken fırçalıyordu. Korona zamanı gitmedi fırçalamıyor. Oğlum giyim konusunda düzensiz giyinir, TRSM’ye gideceği gün aynanın karşısına geçer, üzerini kaç defa değiştirir, yakışıklı gözükecek.”

(HY7) “...Okula (TRSM) giderken tırnaklarını kendisi kesiyordu, akşamüstü geldiğinde ellerini sabunluyordu, ayaklarını yıkıyordu, banyo yapıyordu. Temizlik konusunda ben yarın milletin yanında kokarsın insanlar sana kızar derdim. O zaman hemencecik yapıyordu. Ama normalde evdeyken ona dikkat etmez. Kahveden geldiği zaman üstün kokuyor hadi değiştir dediğimde, boş ver yine yarın kahveye gideceğim diyordu ama okula (TRSM’yi kast ediyor) gideceğinde daha değişik oluyor. Kıyafetlerin değiştiriyor mesela her gün değiştirmese de iki günde bir değiştiriyor. ...Sadece dişlerini fırçalamıyor, diş fırçalamayı yapamadı gerisini tamamını her şeyi banyosunu, tıraş olmasını yapıyor artık.”

Katılımcı yakınının özbakımında değişikli olmadığını ifade etmiştir. (Yakını 6 ay TRSM’ye devam etmiş, covid-19 salgını nedeniyle TRSM’ler kapanmıştır)

(HY21) “... Ben söylersem üstünü başını düzeltiyor giyiyor, özbakımı yok, isteksizlik var.”

c) İletişim

Ağır ruhsal hastalığı bulunan bireylerde geliştirilmesi gereken bir diğer durum iletişim yetersizliğidir. Hastalık semptomları gereği, düşünce fakirleşmesi, dikkat ve yoğunlaşma nedenleriyle hastalar iletişim kurmakta güçlük yaşamaktadır (Yıldız, 2008: 4). Hastalara temel iletişim kuralları, dinleme, konuşma, zamanı paylaşma, iletişim eksikliklerini gözden geçirme, iletişimi başlatabilme ve sürdürme vb. konularda TRSM’de destek sağlanmaktadır. Aile içi iletişim becerilerinin geliştirilmesiyle; aile içinde daha iyi iletişim kurulması ve aile içi dinamiğin artması amaçlanmaktadır. Katılımcılar genel olarak yakınları TRSM’ye başladıktan sonra kısmen iletişimlerinin ve aile içi paylaşımlarının arttığını, ilişkilerinin düzeldiğini söylemişlerdir.

HY11) “...Ayrıca TRSM’ye gittikten sonra konuşması arttı. TRSM’de yapılan şeylerin hepsini anlatıyor. Oraya gittikten sonra değişti, arttı davranışları.”

(HY4) “...İletişim konusunda kızım o kadar başarılı oldu ki çok memnunuz, iyi ki böyle bir şey açmışlar, Allah razı olsun. Çok memnunuz.”

(HY20) “...Biraz daha iyileşti sanırım oranın faydası oldu ona. İletişimi biraz daha düzeldi, biraz daha sakinlik var onda. Uzun süre devam etse belki daha da çok faydası olacak ona, korona süreci etkiledi. Bazen oradaki personeli arıyor, konuşuyor iyi geliyor.”

(HY14) “... Kızım daha suskundu önceden, şimdi biraz daha iyi artık konuşuyor.”

(HY9) “...Oraya gittikten sonra iletişimi daha normalleşti. Önceden kesinlikle bir şeye hayır dediğinde biz onu ikna bile edemezdik, şimdi hayır dese bile daha sonradan geliyor. Düşünüyor, tamam anneciğim sen haklısın diyor.”

Katılımcı yakını TRSM’ye başladıktan sonra gelişen iletişimi ile birlikte aile içi tartışmaların azaldığını ifade etmiştir.

(HY15) “...İletişimi düzeldi, öncekine bakış bile değişti, mizacı değişti. Oradakilerin çok faydası oldu. Oraya gittikten sonra iletişimi düzeldi, evde kavgalar azaldı.”

Katılımcı TRSM’nin aile içi iletişimlerini ve ilişkilerini güçlendirdiğini ifade etmiştir.

(HY16) “...TRSM’ye gittikten sonra benimle iletişimi düzeldi. Sinirlendiğinde beni düşman görüyor. ...Ben oğlumun hastalığı ile geç barıştım fakat oğlumun benimle barışmasını TRSM yaptı. Toplum ruh sağlığı merkezinin bana en büyük katkısı oğlumun benimle barışması oldu. Şimdi benim boynuma sarılır. Baba hadi be oynayalım der, benim aslan babam der, kafanı yorma baba der, bana bir içini dök der, sohbet ederiz. Biz arkadaş gibi olduk oğlumla.”

(HY3) “... Daha iyi konuşuyor, önce kızardı konuşmazdı.”

d) Özgüvende Artış

TRSM’de hastalara yönelik öz yeterlilik, kendine güvenin desteklenmesi yönünde çalışmalar sürdürülmektedir. Bu hasta grubu genellikle damgalanma, içsel damgalanma vb. nedenlerle toplum dışında kaldığı için sosyal ortamlarda da kendilerine güvenleri yoktur. Grup çalışmalarında buna yönelik amaçlar oluşturulmaktadır. Sosyal beceri grupları oluşturulmakta; bu gruplarda stresle başa çıkma, iletişim, toplumsal faaliyetlere katılma, özgüveni artırma, uyarıcı işaretleri tanıma ve izleme, inatçı belirtilerle baş etmeyi öğrenme, ilaç yan etkilerini öğrenme, hastalık ve somptomları öğrenme ve sorun çözme becerileri vb. amaçları oluşturulmaktadır.

(HY15) “...İşe girmeden önce oraya her gün düzenli gidiyordu. İŞKUR’dan işe yerleşti belediye, o da çok iyi oldu. Toplum ruh sağlığı merkezine gittikten sonra hiç yatışı olmadı. Ben anne gözüyle kendisine güveninin geldiğini görüyorum.”

(HY10) “...TRSM’ye başladıktan bir süre sonra kendisine çok fazla özgüveni geldi, ev işlerinde olsun.”

(HY14) “... Biraz olsun kendisine güveni geldi.”

(HY16) “...Oraya gittikten sonra kendisine güveni gelmeye başladı”.

(HY17) “...Sakin öncesine göre mutlu. Kendine özgüveni geldi. Mutlu oluyor, kendine güveniyor.”

(HY19) “...Akrabalarla gelip gitme iyi. Özgüveninde artış oldu. Başarıyı yaparım dedi.”

(HY20) “...Kendine güveni biraz arttı. Mesela çok topluma giremezdi önceden, konuşsa bazen konuşacağını unutturdu, ondan sonra yavaş yavaş değişim başladı. Mesela orada birkaç defa şarkı söylemiş, oraya devam etse biraz daha açılacak abim.”

e) Üretkenlik

Ağır ruhsal hastalığı bulunan bireyler hastalık ve hastalık semptomları, tedaviye geç kalma vb. nedenlerle sosyal becerilerle birlikte mesleki becerilerde de kayıplar yaşayabiliyorlar. Katılımcılar TRSM’de hastaların üretkenliğini artırmak amacıyla her bir hastanın yeteneği ve ilgisine göre iş uğraşı çalışmalarına dâhil edildiğini, hastalara yönelik sosyal ve mesleki rehabilitasyon çalışmaları yapıldığını ifade etmişlerdir. Mutfak becerileri, terzilik, takı tasarımı, kabak oymacılığı vb.alanlarda TRSM’de yapılan çalışmalara katılan hastaların ev içi aktivitelerinde artış olduğu öğrenilmiştir.

(HY1) “...Evet oraya gittikten sonra azıcık açıldı. İş yapası geliyor, iyi oluyor, şükür.”

Katılımcı H11 ve HY6 yakınlarının TRSM’ye gidince ev işlerini yapmaya çalıştıklarını, HY11 kardeşinin orada el işi yaptığını, boncuk dizdiğini, paspas ördüğünü ifade etmiştir.

(HY11) “...Orada daha iyi, mesela boncuk diyor, el işi yapıyor. Eve geldiğinde mesela bize ip aldırды, eve paspas örerdі, bir şeyler yapardı, örmeyi de severdi, şunu yapalım derdi, oraya gidince biraz daha kendini geliştirdi tabii. Evde mesela bulaşık yıkama ve yemek yapmada artış oldu. Mesela hafta sonu olduğunda, ekmek kalmadığında ekmek yapalım der.”

(HY6) “...Oraya gidince çok iyi olduk. Yine de bazen şunu yap derim, bazen yapası gelir, bezen ikiletmez, bazen yapası gelmez. Hap attığı için bazen normal karşılarım ama bazen de bir şeyler yapsın diye azarlarım. ...Güzel yemek yapıyor, evi silip süpüreceğim diye uğraşılıyor, önceden temiz yeri temizleyeceğim diye uğraşırdı.”

(HY9) “...Toplum ruh sağlığı merkezine gidip geldikten sonra her yaptığını anlatır. Çok mutlu oluyor alıştıktan sonra tabii ki. Temizliğe yardım ediyor şimdi, TRSM’ye gitmeden önce temizliğe yardım etmezdi, oraya gittikten sonra biraz daha yardım eder hale geldi.”

Katılımcıların geneli yakınlarının TRSM’de yapılan işüğraşı çalışmalarına katılmasıyla özgüvenlerinin arttığını söylemişlerdir.

(HY19) “...Orada bir şeylerle meşgul oldu, boyama yaptı. Hep onları getirip bana gösterirdi, çok güzel olmuş derdim, boncuk yapardı tek tek, onlardan da çok memnundu.Sürekli bir şeylerle uğraşmak ister, yapmayı sever. Bu etkinliklerle beraber büyük bir özgüven oldu kendisine. Kıyafet, bilezik, orada elinde kıyafet dikmiş, sonra da makinede kendisi kesmiş, hocası göstermiş, çok güzel oradan memnun özgüveni geldi.”

(HY3) “...Merkezde el işi yapmışlar, orada el işi sattılar, ben de aldım. Boncukla uğraşıyorlardı geçen gün.”

(HY14) “...TRSM’ye gittiğinde orada bir şeyler yapıyor. Mesela takı yapmayı çok seviyor, bileklik yapmayı çok seviyor, küpe gibi yüzük gibi şeyleri yapmayı çok seviyor.”

(HY17) “...El işi yapıyormuş orada, oyun oynuyorlarmış hocalarla, oyun oynuyoruz diyor. El işi yaptık diyor, bazen boncukla bir şeyler yapmışlar, bileklik yapmışlar, onları yaptık diye anlatıyor.”

(HY4) “...Kızım için bambaşka oldu oraya gideli dediler. Kızımın el işleri, becerileri, kızım ne kadar yetenekli, sosyalleşti, topluma giriyor, kızım da çok farklılıklar var diyen insanların haddi hesabı belirsiz.”

(HY7) “...Merkeze gittiğim bir gün orada neler yaptıklarına baktım. Boyama yapıyorlarmış, kuş vermiş resim öğretmeni kuşu boyayın diye 2-3 tane hasta sade renkle boyamış, tek bir renk birisi siyah boyamış ya da mavi boyamış, benim kardeşim bütün renkleri paylaştırmış, farklı farklı boyamış kanatlarını her şeyi bilinçli yapıyor benim kardeşim.”

(HY16) “...Resim yapıyor, boncuk diziyorseviyor, kabak yapıyordu seviyordu. Örneğin gidip kendi ihtiyaçlarını alıp gelebiliyor, seçebiliyor. TRSM’nin bize katmış olduğu şeyler sadece alışveriş değil hayata bakış açısı. Örneğin komşu çağırdığında yardım eder misin dese tedirgin olmadan gider.”

(HY15) “...Orada kabak oymacılığına başladı, onunla uğraşrdı. Daha önceden sadece yatmak isterdi, ama kabak oymacılığına başladığında zorla kalkar onu yapmaya çalışırdı.”

f) Sosyalleşme

Ağır ruhsal hastalığı bulunan bireyler, iletişimi güç kurmaları, hastalık semptomlarına bağlı davranışlarından dolayı genellikle toplum ve çevresi tarafından

dışlanan yalnızlaşan bir gruptur. TRSM’de sağlık profesyonellerinin hizmet sunumu sırasında samimi, ilgili davranması, diğer hastalarla arkadaşlık kurabilmesihastanın sosyalleşmesine katkı sağlamaktadır. TRSM’de hastaların sosyalliğini artırmak, toplumsal kuralları öğrenmesiamacıyla sosyal beceri eğitimleri düzenlenmekte, öğrenilen bilgilerin toplumsal hayata taşınması için hastalara çeşitli uygulamalar yaptırılarak ödevler verilmektedir. TRSM’desık sık sosyal kültürel etkinlikler düzenlenmektedir. Hastaların ailelerinden sonra TRSM’ye bağımlı hâle gelmesini önlemek için pek çok kamusal alanda aktiveler yapılmaktadır.

Katılımcılar yakınlarının TRSM’ye devam etmeleriyle birlikte sosyal ilişkilerinin değiştiğini aşağıdaki cümlelerle ifade etmişlerdir;

(HY1) “...Şükür oraya gidince faydası oluyor, vakit geçiriyor, onlarla arkadaş oluyor.”

(HY11) “...Orada sosyal faaliyet olduğu içintopluma katıldığı için biraz daha arkadaş çevresi edindi. TRSM’dekilerin isimlerini sayıyor, orada çalışan personelleri anlatır, orada karşılaştığı olayları anlatır. Pikniğe, yürüyüşe gittik der. Orada yapılanların tamamını anlatır. Oraya gitmeyi her zaman istiyor.”

(HY15) “...Dışarıya çok gitmezdi artık gidiyor. Arkadaşları oldu sosyalleşti. Sokağa çıkıp gezip geliyor şimdi. Önceden çok yatardı.”

(HY19)“...Orada arkadaşlar edindi. Diğerlerine baktı hastanelerde tedavi olarak gelmişler, yatarak tedavi görmüşler, onlarla konuşmuş. Önceden sürekli yatmak isterdi, kalkıp bir yere gitmek istemezdi.”

(HY2) “...Evet ne de olsa faydası oldu, arkadaşları var daha önce çıkmazdı dışarı. Şimdi çıkıyor maşallah istediğini getiriyor. Her şeyi yapıyor, evvel çıkmazdı şimdi çok şükür.”

(HY21) “...Orada bir şeyler izlediğini söyledi, arkadaşları ile tanıştı. TRSM’ye haftada bir gün gittiği için gelişmedi bence, daha çok gitmesi gerekirdi.”

(HY5) “...Orada ne yaptılarsa, nereye gittilerse, ne iş yaptılarsa gelir hepsini anlatır. Taş topladık, pikniğe, spora götürdüler der.”

(HY6) “...Gürültüyü kaldıramıyordu, bazen Karatepe’de eğlenceler olurdu, yarıda bırakır gelirdik. ...Şimdi etkilenmiyor, şimdi gidesi geliyor.”

(HY12) “...Mesela oğlum artık kendi başına Finike’den Kumluca’ya gidebiliyor dönüp gelebiliyor. Biraz daha toplumda davranışları değişti eskisi gibi değil. Çok faydasını gördü. Arkadaş edindi kendisi gibi arkadaşları var, ondan çok memnun. Oradaki hemşireleri çok seviyor, oradakilerden çok memnun, herkesten çok memnun, çok mutlu yani eskisi gibi değil.”

Katılımcılar yakınlarının TRSM'de arkadaşlık ilişkisi kurabildiğini, oradaki hastalarla birbirlerini anladıkları için dışlanmadığını, yapılan sosyal aktivitelerinde olumlu etkilendiğini ifade etmiştir.

(HY14) “...Kendisini ifade edebiliyor anlatabiliyor. Oranın tabii kısmen faydası oldu. Arkadaşlık ilişkileri gelişti, şu anda oradan iki kişiyle görüşüyor, arkadaşlarını seviyor. TRSM'ye gitmeden önce çok arkadaşı yoktu. TRSM'de arkadaşları oldu. Şimdi kendi arkadaşları var, sürekli telefonla konuşuyor.”

(HY20) “...Abim birkaç gün gitmiyor özlemeye başlıyor orayı. Orada arkadaşları var, onları görmek istiyor, en büyük avantajı oradaki hastaların benim abimi yadırgamaması tabii. Buradaki çevre biraz yadırgıyor, o rahatlığı var, arkadaş ediniyor orada.”

(HY4) “...Oraya gidince önce üç beş arkadaşı oldu, şimdi daha da çok, sayısı belirsiz oldu arkadaşlarının. ...Kızım topluma karıştı, ayak uydurdu. Önce nasıl eve misafir alacağım diye bayağı strese girerdim. Misafirlğe giderken de sıkıntı yaşırdık. Şimdi onların hiçbirisi yok.”

g) TRSM'ye Başlarken ve Devam Ederken Yaşanan Güçlükler

Yapılan görüşmelerde ortaya çıkan bir diğer durum hastaların TRSM'ye başlaması ve devam etmesi sürecinde yaşanan güçlüklerdir. TRSM'ye ilk defa başlayacak hasta ve hasta yakınları TRSM'ye karşı önyargı ve toplum tarafından damgalanma endişesi yaşayabilmektedir. Hasta merkeze gelmek istese bile yakını izin vermeyebilmektedir. Bir diğer sorun hastaların TRSM'ye başladıktan bir süre sonra tedavi planına uymayarak merkeze gelmek istememeleridir.

(HY10) “...Biraz rahat ettik oraya başladıktan sonra. İlk zamanlar bayağı değişiklik olmuştu. Ben eşime her zaman git diyorum. Orada yapılan işler bana göre değil basit diyor.”

(HY13) “...Oraya hiç gitmek istemedi, ilk başta orası delilerin yeri dedi. Ancak oraya gittiği bir dönem tedavi oldu, çok güzeldi her şey iyiydi, ondan sonra ne olduysa tekrar bozuldu.”

(HY16) “...Şimdi toplum ruh sağlığı merkezinin gözlemi altında. İlk etapta oraya uyum sağlamakta zorlandı, arkadaşlarıyla anlaşamadı, bana böyle bakıyorlar falan dedi.”

(HY20) “...Biz aile olarak ilk zamanlar sıcak bakmamıştık oraya. Diğerleride hasta, abime bağıırırlarsa etkisi nasıl olur diye düşünüyorduk. Abim daha iyi oldu bence. Toplum ruh sağlığı merkezindeki bana göre en önemli şeylerden bir tanesi dışlama olmaması.”

(HY7) “...İlk gitti ben ne yapacağım orada deliler var dedi. Öyle şeyler yapıyorlar, ne yaptıklarını bilmiyorlar, insana bakıyorlar dedi. İlk gittiğinde böyle hoşlanmamıştı. Sonra doktor ben de geleceğim deyince ikna oldu.”

(HY9) “...Biz ilk TRSM’ye başladığımızda orada bir hemşire vardı. O kadar çok uğraştı ki o zaman kızım orayı kabul etmiyordu, erkek kardeşi habersiz götürdü oraya. Çok zorluk çekti oradakiler başaramıyorlardı. Tam TRSM’den içeriye girecek beni eve göre götürün diyordu. Bir iki ay biz kızım ile beraber gittik geldik TRSM’ye. En son oradaki hemşire herhalde başaramayacağız dedi. Hemşire hanım ben 18 senedir uğraşıyorum, bırakmamışım sizde bırakmayın bıkmak yok dedim. Ben kızımı bir ay bekledim toplum ruh sağlığı merkezinde, eşim sabah servisle beraber kızımı götürüyordu, kızımı oraya bıraktıktan sonra yaya oradan buraya kadar geliyordu, bir ay boyunca böyle yaptık. Bıkmadan uğraşıyorduk.”

Katılımcılardan HY12, oğlunun TRSM’ye ulaşımında sorun yaşadıklarını, dolmuş kullanarak gitmenin oğlu için riskli olduğunu ifade etmiştir. Yine HY21 başka ilçede ikamet ettiklerini yakınlarının TRSM’ye gidiş gelişlerinin hem mesafe hem ekonomik olarak sorun oluşturduğunu söylemiştir.

(HY12) “...TRSM’ye şimdi otobüsle gidiyor. Koronadan önce servisle gidiyordu. Karşıdan karşıya geçerken yolda bir şey mi olacak? Diye korkuyorum. Servis olmayınca benim için çok zor oluyor.”

(HY21) “...Biz de toplum ruh sağlığı merkezine gitmesini istiyoruz, Demre’den Kumluca’ya TRSM’ye gitmesi biraz zor. Mesafe var bir ilçeden diğerine.”

Katılımcı HY17 ve HY4TRSM’de karma hizmet verilmesi, kadın ve erkek hastaların bir arada bulunmaları nedeniyle; kadın hastaları merkeze gönderme konusunda endişe yaşadıklarını ifade etmişlerdir.

(HY17) “...TRSM’de erkekler de varmış, o yüzden bazen göndermek istemiyorum.”

(HY4) “...İlk nasıl olacak bu dedim. Oranın durumunu sordum, erkek kadın neyse hep bir arada olacak dendi. Kızım dedim ortama karışamaz, erkeklerin içinde duramaz ki dedim. Ben de gittim bir hafta kadar, baktım kızım ortama alıştı, devam ediyor bana gerek kalmadı.”

3.1.4.2. Yakınlarına İlişkin Deneyimler

TRSM hasta kadar hasta yakınına da çeşitli hizmetler sunmaktadır. Hasta yakınlarına hastalık ve hastalık semptomları, farmakolojik tedavi, iletişim vb. konulardapsikoeğitimler yapılmaktadır. Bakım vereni destekleyen çalışmalar, hasta ve

yakını açısından süreci kolaylaştırılmaktadır. Sürekli hastayla birlikte olan bakım verenler, hasta TRSM'ye gidince kendilerine vakit ayırabilmektedir.

a) Mola Verebilme ve Yaşam Kalitesinin Artması

Araştırmaya katılan aileler yakınları TRSM'yegittiğinde yaşadıkları duyguyu 'rahatlama, güven duyma' olarak tanımlamıştır.

(HY1) "...Şükür bende azıcık dinlendim. Oraya gitmese hiç hakkından gelinmeyecek. Allah razı olsun, azıcık kafamı dinliyorum."

(HY11) "...Biz Antalya'ya gittiğimizde en azından orada güvende olduğunu biliyoruz."

(HY12) "...Mesela ben bir yere gittiğimde artık kafam rahat. Oğlumu TRSM'ye gönderiyorum, ben kafam rahat şekilde 2-3 gün duruyorum. Odasını temizlemeye imkânım oluyor. Normalde odadan çıkmıyor, temizlettirmiyor. Oraya gidince kendi işime gücüme bakıyorum. Mesela evde kimse olmayınca gideceğim yer, alacağım misafir oluyor. Kendime vakit ayırabiliyorum."

(HY14) "...Kızım mutlu oluyor, ben de mutlu oluyorum. Orada güvende olduğunu biliyorum. Benim için orası güvenilir yer o yönden rahatız."

(HY15) "...Hastalığı daha kötüye gidebilirdi şu an iyi oldu. En azından bir kişi değil kaç kişinin gözünün önünde oluyordu orada. Güveniyordum o yönden rahattım. Evin içinde, dışarıda rahatlardım. Önceden oğlumla ilgili tereddüt ediyordum, yapamaz diyordum. Yalnız bırakmak istemiyordum. ...Artık yapabileceğini biliyoruz."

(HY16) "...TRSM'ye gittikten sonra onu evde bırakıp komşuya gidebiliyoruz. Evde basit şeyleri yapabiliyor. Yemekleri, makarnasını, pilavını pişirir. Menemen yapar bunları öğrendi yani. İyileşmesi bizi de rahatlattı, en azından bizim kendimize ayıracak vaktimizi çoğalttı. Evde de bir kişi sürekli nöbetleşe onun peşinde dolaşıyorduk. Şimdi dolaşmıyoruz bu büyük bir fark. Orada hastalık konusunda genel olarak çok değişiklik olmadı."

(HY17) "...En azından kafam biraz rahatladı. Kendi kafası dağılıyor, mutlu oluyor bende burada mutlu oluyorum, kafam rahat oluyor. Hasta olan herkes gitmeli bence. Güvenli olmuş oluyor orası benim için. Aklım kalmıyor onda, bende diğer kızımın yanına gidiyorum. Huzurlu oluyorum, işime gücüme iyi bakıyorum."

(HY18) "...Ben çok memnunum TRSM'den, gerçekten çok iyi bir yer. Bizi bayağı rahatlattı. ...Bu TRSM'ye gitmeden önce beni sürekli arardı, kısa bir süre içerisinde 50-100 defa arıyordu. Telefonumun sesini kapatırdım. Bana telefonda ulaşamayınca buraya mahalleye gelirdi dolaşırdı. Şimdi beni günde 1 defa arıyor, önce çok arardı. Benim rahatlığım ikide bir aramıyor beni."

(HY20) “...Bize faydası oldu, sürekli evde onu gözetlemek zorunda kalıyorduk, şimdi en azından 3-5 saat orada emin yerde olduğunu bilmek bizi rahatlattı. Kafa açısından rahatız, kendimize vakit ayırabiliyoruz.”

(HY4) “Ben o kadar rahatladım ki hatta kızıma bile söylüyorum. Kızımın hayatında da çok şeyler değişti benim hayatımda da. Böyle boşlukta hissettim, sanki bir kuş gibi uçtum, sorunum kalmadı. Kızıma karşı sorunluyum demek değil, o kadar yüklerimiz kalktı ki kuş gibi dememin anlamı.”

(HY5) “...Vallahi benim kafam dinlendi, oğlum bir el içine girdi. Evvelki gibi değil. ...Oraya gittiğinden beri gündüz kafam dinlendi yine akşam geldiğinde sorun çıkarmıyor. Merkezdeyemesini içmesini de kontrol ediyorlarmış.”

(HY6) “...Ben iyi oldum biraz, önceden buramda bir çarpıntı vardı hiç geçmezdi. Stres oluyordu, koyup gitsem gözüm arkada kalıyordu, götürsen her yere götüremiyorsun.”

(HY7) “...Toplum ruh sağlığı merkezine gittikten sonra daha sakin oldu. Ertesi gün toplum ruh sağlığı merkezine gideceğini bilmek bile benim kafamı rahatlatıyor.”

(HY9) “...Nefes aldık yani çok rahatladık. Güvende hissettiğim için çok rahatladım. ...Kendime vakit ayırabiliyorum, rahatça işe gidebiliyorum.”

b) TRSM’ye ve Sağlık Profesyoneline Güven

Katılımcı aileler; sağlık profesyonellerinin hasta bireylere ve kendilerine samimi, ilgili davrandıklarınıyardım ettiklerini ifade etmişlerdir. Hastanın tedavilerinin takip edilmesi, ilaçlara daha kolay ulaşılması konusunda rahatladıklarını söylemişlerdir.

(HY15) “... Sağlık çalışanlarından Allah razı olsun. Onlar çok güzel bakıyorlar, bizden daha çok ilgileniyorlar.”

(HY3) “...Ümitsizlik geldiğinde aklıma toplum ruh sağlığı merkezine dayanıyorum. Merkezde kim varsa ilgilenen, onlara güveniyorum”

(HY7) “...Sağlık çalışanlarıda destek oluyor beni sürekli arar, her ay hemşireler arar. Sürekli sorarlar durumunda bir değişiklik var mı? İlaçlarını düzenli kullanıyor mu? Aktivite olduğunda ararlar, kardeşimi davet ederler. Çağırdıklarında bazen gidiyor etkinliklere. Gittiğinde eğleniyor da. ...Toplum ruh sağlığı merkezi çok güzel bir okul. Kardeşime çok faydası oldu. En azından nerede olduğunu, güvende olduğunu biliyoruz. Yağmurda, güneşte değil, karnı aç değil, çayını içiyor akşama kadar. Oynayacağı, vakit geçireceği bir yer var, çok faydası oluyor çok. Daha güvenli oluyorsun, nerede olduğunu biliyorsun.”

(HY19) “...TRSM’ye gidince saat kaçta gideceğini geleceğini biliyoruz. Yani bizim de gözümüz arkada kalmadı, acaba orada ne yapıyor demedik, güvenilir ellerde olduğu için.

Güvendik inandık, Allah'a şükür o da iyi oldu kendine de güvendi. Doktoruma da güvendim.”

(HY4) “...Allah razı olsun TRSM açıldı, bu sene 3 sene oldu. Kızım açıldığı günden beri bırakmadı orayı. Sağ olsun oradaki hemşireler, doktorlar, sosyalciler (sosyal hizmet uzmanı) bütün herkesi çok sever. Güler yüzlerine işte böyle kızımın devam etmesi, biz çok mutluyuz onun adına. ...Orayı açana, emek verene, çalıştırana, çalışanlarına çok teşekkür ederiz.”

(HY20) “...Sağlık çalışanlarından yeterince destek aldık. Mesela oradaki arkadaşlar da iyi davranıyor ona.”

(HY5) “...İyi ki Allah'tan orası açılmış diyorum. Vatandaşa ve millete faydası olan bir şey.”

(HY6) “...TRSM için şükrettim, Allah razı olsun milletimize devletimize zeval gelmesin, çok memnunum.”

(HY9) “Çok faydası oldu TRSM'nin. Hamdolsun özeniyorlar, uğraşıyorlar. Bir de şöyle bir şey var orada aç mı kaldı? Yerine göre ilacını kullanmadığında ilacı eline veriyorum kahvaltı yapmıyorsa, orada kahvaltısını yaptıktan sonra ilacını veriyorlar o yüzden orada güvende olduğunu hissediyorum. Belki biz TRSM'ye gitmeseydik tekrar hastaneye yatarı. Çalışanlar kızımı gözlediği için hemen engelliyorlar sıkıntıyı. Belki de TRSM bunun için açıldı diye düşünüyorum. Hem madden hem manen diyeyim, hem de güven duymam nedeniyle, onun oraya gitmesi benim çok işimi gördü, bana çok katkı sağladı. ...İnşallah bu virüsler geçer de tekrar eskisi gibi bir araya geliriz. Allah eksik etmesin onları, bu bir ekip işidir.”

(HY11) “...Şu anda iyi yani TRSM açıldı. Oraya gitti, şu anda bir sıkıntımız yok. Bu hastalık takip isteyen bir şey takip edersen iyi oluyor, iyi bakamazsan gerileme oluyor.”

Katılımcı yakınının TRSM'ye gitmesiyle günlük para harcama miktarının azaldığını, bunu da kendilerini rahatlattığını ifade etmiştir.

(HY12) “...Oğlum orayı çok seviyor. TRSM'ye gidince ben rahat ettim. Çok memnunum, yani para harcamıyor da o kadar.”

Katılımcılar hastanın tedavisinin takibi ve ilaçlarının temininde TRSM'nin çok katkısı olduğunu ifade etmiştir.

(HY14) “...Benim için orası güvenilir bir yer. Allah razı olsun her zaman yanımızdalar. Hastalarımızı sürekli takip ediyorlar. Bizden daha çok hastalıkları tanıyorlar.”

Katılımcı HY16, yakının TRSM'deki personele çok güvendiğini, orada yapmayı en çok sevdiği şeyin günaydın toplantıları olduğunu ifade etmiştir. Düzenlenen

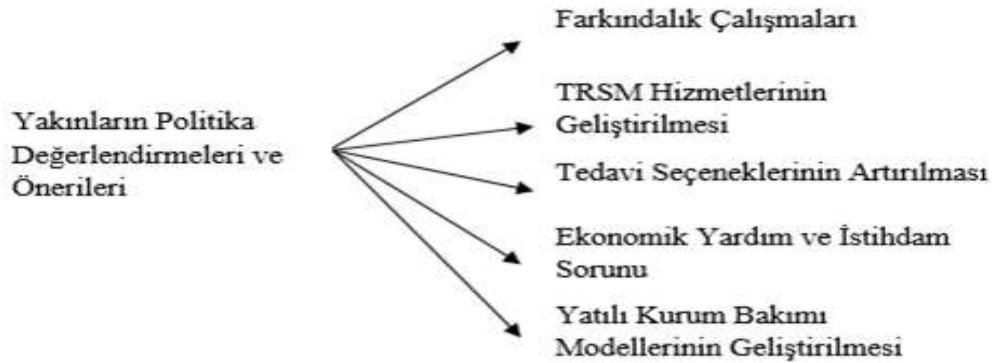
toplantılarda hastalar hem sosyalleşme hem de kendilerini ifade edebilme becerisi de kazanmaktadır.

(HY16) “...En çok sevdiği şey sabah yapılan toplantılar. O toplantıda oğluma söz hakkı verildiği, kendini izah etme şansını elde ettiği için mutlu oluyor. İlk önce oradaki personele ısındı, ondan sonra oradaki diğer arkadaşlarına ısındı. Oraya gidince burayı özliyor, buraya gidince orayı özliyor. Örneğin ev işlerinde bize yardımcı oluyor. Oğlum orada güvende olduğunu biliyor, güvenerek gidiyor TRSM’ye. Örneğin kıza bize, evden gitse, bizi terk etse ilk gideceği yer orası olur. Dayıları var mesela oralara gitmez yani, TRSM’ye gider.”

3.1.5. Yakınların Politika Değerlendirmeleri ve Önerileri

Bu araştırmanın önemli bir odak noktası da ağır ruhsal hastalığı bulunan bireylere bakım verenlerin aldığı ve ihtiyaç duyduğu hizmetlerin neler olduğunun tespit edilerek değerlendirilmesidir. Ailelerin verdiği cevaplara göre 5 kod oluşturulmuştur; farkındalık çalışmaları, TRSM hizmetlerinin geliştirilmesi, tedavi seçeneklerinin artırılması, ekonomik yardım ve istihdam sorunu ve yatılı kurum bakımı modellerinin geliştirilmesidir. Yakınların politika değerlendirmeleri ve önerileri teması kapsamında ortaya çıkan kodlar şekil 5’te gösterilmiştir.

Şekil 5. Yakınların politika değerlendirmeleri ve önerileri teması ve alt kodlar



a) Farkındalık Çalışmaları

Bakım verenler özellikle ağır ruhsal hastalıkların bilinmediğini, kamu kurum ve kuruluşlarında dahi hastalığın bilinmemesinden dolayı güçlük yaşadıklarını ifade etmişlerdir.

(HY13) “...Keşke bu hastalıkla ilgili ülke çapında televizyonla insanlara bilgi verilse.”

(HY10) “...Karşıdaki insan anlayamıyor. Sağlık ocağında çalışan bir arkadaş vardı. Ona anlattım benim eşimin hastalığını, olur mu öyle şey hasta olsa evin yolunu bulamaz dedi. Baktım sağlıkçı bile bunu kavrayamamış, onun için normal bir insandan da bunu kavrayabilmesini, anlayabilmesini beklememek lazım.”

(HY15) “...Benim oğlum adli olayları karıştırdığında emniyetteki kişiler sanki oğlum normalmiş gibi davranmışlar, çok kötü davranmışlar. Onun hastalığını düşünmemişler. Emniyette daha anlayışlı konuşabilirlerdi çünkü görünüşte sağlam ama hem fiziksel hem de psikolojik sıkıntısı var. Çok kötü davranmışlar ona. Oğlumu anlayıp dinleyebilirlerdi.”

(HY9) “...Diğer kurumlarda da hiç bizim gibi ailelerin neler çektiğini bilmiyorlar. Yardım için gittiğinde seni anlayamıyorlar. ...Genellikle bu hastalar halktan uzak halkın tanımadığı hastalar. Yaşamayan bilmiyor bu hastaları.”

b) TRSM Hizmetlerinin Geliştirilmesi

Katılımcılar TRSM’de verilen hizmetlerden memnun olduklarını ancak fiziki koşullar, verilen hizmetler vb. konularda birtakım eksiklikler bulunduğunu ifade etmişlerdir. Binanın güvenli olmadığını, müstakil bir yer olmasının daha güvenli olacağı, hastaların günlük yaşamını kolaylaştırıcı eğitimler ve çalışmaların artırılabilceği ifade edilmiştir.

(HY11) “...Daha iyi bir TRSM açılabilir. Mesela orası şimdi dış hastanesiyle beraber karışık. Geniş bir arazi içinde tek katlı olsa daha iyi olabilirdi. Önünde parkı, havuzu olabilirdi, sosyal faaliyet olabilirdi. Bu hastalar psikiyatri hastaları olduğu için yüksek binada olmalarını çok uygun görmüyorum. 3. ve 4. kattaki camlardaki ızgaralar bence çokkoruyucu değil. Biri diğerini itse, belki ızgaralar dayanmaz. Belki bir iş sahası oluşturulabilir bunların el becerisini geliştirmek için. TRSM’de zaten el işi yapıyorlar onlar biraz daha geliştirilebilir. Mesela bir yere bir küçük dükkân açılabilir.”

(HY20) “...Bu merkezlerin daha geniş olması lazım bence el işi yapılıyor ama bence bina dar, o anlamda daha geniş alanlar oluşturulabilirdi. İş alanları oluşturulabilirdi. Daha farklı atölyeler olabilirdi. TRSM çalışmaları biraz daha geliştirilebilir.”

(HY16) “...Sadece ekonomik yardım yetmiyor bazen bu çocukların topluma kazandırılması gerekiyor. Bizim çocuğumuz geleceğe hazırlanmalı, bizim yokluğumuzda bizim çocuğumuz ayakta kalmayı becerebilsin yeter. Bir yeteneği geliştirilsin, sağlıklı olma durumuna ulaşsın ulaşmayanlar da mutlaka olacaktır. Ama en azından bir denensin. Örneğin tiyatroya gidiyoruz, kahvaltıya gidiyoruz toplum içinde kaynaşmaya çalışıyoruz ama alışveriş yapmayı öğrenmesi gerekiyor. Kendine bir şey seçmeye götürülsün. Ekmek alsın, hayatla iç içe olması sağlanmalı, bizler de aile olarak destek olmaya çalışıyoruz ama sağlıkçıların da destek olması gerekiyor. Sağlıkçıların söylediği her şey onun için bir kural oluyor ve yapmaya çalışıyor ve daha çok benimsiyor bizden aynı şeyi gördüğünde sanki biz emrediyormuşuz gibi düşünüyor. Daha çok hastamızın hayata dokunması sağlanmalı. Ruh sağlığı merkezinin dışına da taşsın bu çocuk. Alışverişini yapabilsin, adres verilsin, pusula arar gibi bir yerleri bulsun. Örneğin postanede bir fatura yatırsın, bankadan bir para çeksin ya da para yatırsın kurallı bir şekilde bunları görürse yaşama hazırlanacaktır. Bütün TRSM’lerde bu yapılmalıdır, o zaman biz arkamıza bakmadan gidebiliriz gönül rahatlığıyla.”

Katılımcı HY14, kendilerinin psikososyal desteğe ihtiyaç duyduklarını, onlara yönelik çalışmalarında yapılması gerektiğini, TRSM ve personelin yeterli sayıda olmadığını ve artırılması gerektiğini ifade etmiştir.

(HY14) “...Devlet illaki maddi olarak değil manevi olarakta mesela ara sıra bize gelsin. Sohbet edelim, bizim yanımızda olsunlar, zaten yanımızdalar ama onlarda yetemiyor her yere açılsın bu hastaneler çoğalsın, insanlarda hastalarının farkına varsınlar, tedavi ettirsinler. ...Aslında mutfakta kendini geliştirebilirdi özellikle bayan hastalar için bizim istediğimiz yemek gibi pasta gibi börek gibi becerileri olsa daha güzel olurdu.”

(HY21) “...Gelip gitme durumu çok zor. Hem yorgunluk oluyor oğlumun gitmesi açısından bizim ilçede de olsa mesela.

(HY7) “...Elmalı’da açılmasını çok isterim yazın Elmalı’ya gidiyor. Hem oradaki hastalarda faydalanır. Kardeşim 4 ay orada kalacak.”

Katılımcı HY15 ise TRSM hizmetlerinden memnun olduğunu, hastaların oradaki personel gözetiminde çalıştırılmasını ve çalışması karşılığı maaş verilmesinin yararlı olacağını düşündüğünü söylemiştir.

(HY15) “...Eğer orası olmasaydı benim oğlum daha bir içine kapanık olurdu, oraya giden hiçbir şey yapmayan kişi oraya gittiğinde; eline tornavida alır, bıçak çatal alır, yemek yapmayan kişi orada yemek yapmayı öğrenebilir, iş öğrenebilir, onlar olmasa çok daha kötü olur. Örneğin bir bayan yemek yapmasını bilmiyorsa, bir soğan soymasını bilmiyorsa, orada onu gösterecekler, makarna pişirmesini öğretecekler, evde bulursa yiyorlar,

bulamazlarsa yemiyorlar. Oğlum bir ara orada yemek pişiriyorlar diye özendi eve geldi bana yemek pişirmeyi öğret anne dedi. Orada gördükten sonra eve geldi özendi, yemek yapmaya çalıştı. Orası çok güzel TRSM açılmalı, onlar olmasa çok daha kötü olur benim oğlum. Hem maddi yönden de desteklenmeli, orada parada verebilirler yaptıkları iş karşılığında ya da bu hastalar sağlıkçıların gözetiminde çalışmalı, en küçük bir sıkıntıda fark edip yardımcı olabilirler.”

Katılımcı HY17 ise TRSM’de kadın erkek ayrı hizmet verilmesini ve sürekli merkezde doktor bulunması gerektiğini diğer rehabilitasyon çalışmalarının da önemli olduğunu ancak bu hastanın tedavisini ve ilacını hekimin düzenlediğini ifade etmiştir.

(HY17) “...Keşke TRSM’de kadın erkek ayrı olsaydı. Gözüm arkada kalıyor, aklım orada kalıyor. Kızıma güvenemiyorum oraya gittiği iyi. ...Tedavi amaçlı bir şeyler yapılması gerekiyor, doktorun TRSM’de sürekli olması gerekiyor. Onlara daha kapsamlı bir tedavi uygulanması gerekiyor. Sadece el işleri yeterli olmaz bence.”

Katılımcı HY9 bakım verme sürecinin çok zor olduğunu, diğer bakım veren ailelerle bir araya gelerek bilgi paylaşımında bulunmanın ve hastalarının kendilerinden bağımsız yaşayabilmeleri adına çalışmaların yapılmasının kendileri için yararlı olacağını düşündüğünü ifade etmiştir.

(HY9) “...Diğer ailelerle bir araya gelip birbirimize bir güç sağlasak destek alsak, paylaşıp dertlerimizi. Yani sabır istiyor bu iş, diğer ailenin bana söyleyeceği bir kelime benim hayatımda bir şeyler değiştirecek belki benimki onunkini değiştirecek. Öyle bir şansımız olmadı çok fazla ailelerle. ...Yılda bir defaya mahsus olmak üzere, 15 gün bütün ailelerden bu hastalar kopup ayrı bir yerde doktor gözetiminde yaşamalılar. Orada bunlara görev verecekler, kendi başlarının çaresine bakacaklar bunu istiyorum. ...Hastalığın yeni ortaya çıktığı ailelerde bu çocuklarla nasıl iletişim kurulacak, nasıl yardım edilecek buna dair bir kitapçık çıkartılabilir, ailelere de dağıtılabilir.”

c) Tedavi Seçeneklerinin Artırılması

Katılımcılardan bazıları yakınlarının yatarak tedavi görmesini istediklerini ancak ruh ve sinir hastalıkları hastanelerinin ve psikiyatri servislerinin yeterli olmadığını yakınlarının hastalığı arttığında yatış işlemlerinde zorluk yaşadıklarını ifade etmişlerdir.

(HY13) “...En son çare hastaneye yatırmak çünkü orada kontrol altında olur. Orada doktor günü gününe kontrolünü yapar, daha iyi tedavi olabilir belki, ilaç değişimi olabilir, ben istiyorum ki gidip yatırırım hastaneye, kötü bende biliyorum ama yapacak bir şey yok.”

(HY14) “...Hatta biraz hastanede kalsın dedim, kendine güveni gelsin, biraz ayrılalım diye doktor da kızınızda hastane yatışı gerekli değil dedi. Kızım biraz daha iyi ama diğer hastaların yatabileceği kalıcı hastaneler oluşturulabilir aslında daha güzel olur yani devlet hastanesi gibi yatılı olarak. Kızımdan daha fazla rahatsız olan hastalar için hastaneler oluşturulabilir, o hastaları iyi edecek.”

(HY18) “...İlaçlar uyutuyor, ağzından su akıyor, ağır çok ağır ilaçlar içiyor, içmeyince de kötü oluyor. Hastanelerden ilacını ayarlamadan çıkartıyorlar. Bu bölge hastaneleri de çok uzak. Türkiye'deki her bölgede bir hastane şart yani. Türkiye'de çok az.”

(HY20) “...İlçelerde de hastalandığı zaman yatırabileceğimiz, özel bir yer olması lazım. Çünkü Antalya'ya gidiyoruz, orada da yerler dolu yatıracak yer yok. En çok biz bu ilçede yatıracak yer olmamasının sıkıntısını çok yaşadık.”

d) Ekonomik Yardım ve İstihdam Sorunu

Ağır ruhsal hastalığı bulunan bireyin karşılaştığı en önemli sorunlardan birisi de işsizliktir. Genel olarak iş yerlerinde ruhsal hastalığı olan birey çalıştırılmak istenmemekte ve onun yerine engelli kadrosunda görme, ortopedik engeli vb. bulunan kişiler tercih edilmektedir. Bu hastaların ekonomik olarak gelir elde etmesi, mesleki rehabilitasyonla işlevlerinin artması, yaşamın içinde yer alması için iş imkânı çok önemlidir. Ailelerde de çoğu zaman primer bakım veren de çalışamadığı için aile ekonomik zorluk yaşayabilmektedir. Çalışamayacak durumda olan aileler ekonomik yardımlarla desteklenmelidir.

(HY12) “...Benim eşimin sadece emeklimesi var öğretmen. Biz bunu hem çocukların ihtiyaçları için hem geçim için kullanıyoruz, eve gelir getiren yok. Benim açımdan buna bir maaş olsaydı, ben böyle aile içinde kendimi biraz daha güvende hissedebilirdim. ...Çünkü oğlumun yüzde seksen raporu var. Benim oğlum bekçilik yapabilirdi bir yerde. Bir yeri bekleyebilirdi. Mesela kolay işlerde çalışabilirdi oğlum.”

(HY13) “...Beni mesela malulen emekli edebilir devlet, benim imkânım olsa, biraz daha iyi olur daha iyi bakarım kızıma.”

(HY15) “...Evde bir sen çalışıyorsun. Evin elektriğini, suyunu keserler o zaman oğlunu bırak senin psikolojin bozulur, oğlum kötü olduğu zamanlarda ekonomik destek isterdim, insanlara yardım çok önemli, ben çok yardım almayı denedim olmadı.”

(HY16) “...Keşke devlet bütçesi elverseydi daha fazla desteklenseydi bu çocukların bakımını üstlenmek kolay değil, biz onun bakımını üstleniyoruz. Yani yeterli olmuyor gelir olarak, kıt kanaat geçinmeye çalışıyor aileler. Diğer ailelerinde desteğe ihtiyacı var.”

Katılımcılardan HY19 ve HY21 ise genç hastaların çalıştırılması gerektiğini, zihinlerinin iş ile meşgulken dağılacağını, kendisine güveninin geleceğini ayrıca ekonomik gelir elde edeceğini söylemişlerdir.

(HY19) *Gençlere iş alanı olsa istedikleri işe girebilseler böyle olmayacak. Hastaların da kafasını dağıtması için bir şeyler yapması gerekiyor. Bir şeyler yapınca kendisine özgüveni geliyor. Bu çocuklara iş imkânı sağlanması gerekiyor. Ekonomik durumu yeterli olmayanlara ekonomik yardım yapılabilir. Maddi manevi destek lazım bu ailelere çünkü herkes doktora götüremez, geliri olmayınca zor yani.”*

(HY21) *“...Bir iş sahası olsa en azından ileride kendisini idare ettirebilecek, yapabileceği bir iş. ...En azından yapabileceği bir iş sahası olabilse çünkü bizim gelir olmayınca onun da bir geliri yok, 3 kişinin masrafı zor oluyor.”*

e) Yatılı Kurum Bakımı Modellerinin Geliştirilmesi

Ağır ruhsal hastalığı bulunan bireye uzun süre bakım vermek, sürekli onunla birlikte vakit geçirmek, hastanın tedavisiz kaldığı ya da tedavi uyumsuzluğunun olduğu dönemlerde ailelere yatılı kurum bakımını düşündürmektedir.

(HY1) *“Rahmetli eşim gecede yatsa keşke orada derdi (TRSM’de), gece ne yapacak derdim. Hapını gece atmıyor ya hapını da attırırlar derdi.”*

(HY18) *“...Çok kötü şartlarda bakılan hastalar var, onları devlet kontrol etsin ve alsın ellerinden. Bakanada zor hastayada zor. Böyle hastalar için yurtlar olsa, yatılı kalınabilen yerler olsa. Biz bakamazsak kim bakacak? Şimdi ayakta kendi ihtiyaçlarını karşılayabiliyor, karşılayamaz hâle geldiğinde ne olacak?”*

(HY6) *“...Bakamayanlar bakımevine gitse iyi olur düşüncesindeyim.”*

3.2.Ağır Ruhsal Hastalığı Bulunan Bireylerle Çalışan Sağlık Profesyonellerinin Deneyimleri

Bu bölümde sağlık profesyonellerinin ağır ruhsal hastalığı bulunan bireylere sağlık hizmeti sunma sürecinde yaşadığı deneyimler ele alınmıştır. Araştırmaya katılan 5 sağlık profesyoneli ile görüşme yapılmıştır. Görüşme yapılan katılımcıların temel bilgileri; meslek, yaş, cinsiyet, eğitim durumu, mesleki deneyim süresi, ruh sağlığı alanındaki deneyim süresi ve Kumluca Devlet Hastanesi Toplum Ruh Sağlığı Merkezi’ndeki mesleki deneyim süresine ilişkin bilgiler Tablo-2’de yer almaktadır.

Tablo 2 Araştırmaya katılan sağlık profesyonellerine ilişkin bilgiler

Görüşülen Kişi	Cinsiyet	Kaç Yaşında	Medeni Durum	Eğitim Durumu	Mesleği	Mesleki Deneyim Süresi	Ruh Sağlığı Alanında Mesleki Deneyim Süresi	Kumluca Toplum Ruh Sağlığı Merkezindeki Mesleki Deneyim Süresi
SP1	Kadın	35	Evli	Lisans	Psikolog	14 Yıl	12 Yıl	3,5 Yıl
SP2	Erkek	43	Evli	Lisans	Hemşire	19 Yıl	4 Yıl	4 Yıl
SP3	Erkek	41	Bekâr	Lisans	Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Uzmanı	18 Yıl	7-8 Yıl	4 Yıl
SP4	Kadın	42	Evli	Lisans	Hemşire	15 Yıl	2,5-3 Yıl	2,5-3 Yıl
SP5	Erkek	46	Evli	Yüksek Lisans	Sosyal Hizmet Uzmanı	27 Yıl	3-4 Yıl	3-4 Yıl

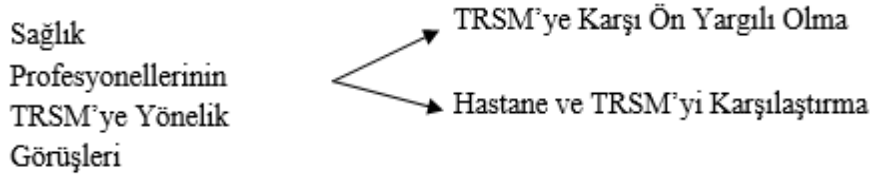
Bu bölümde sağlık profesyonellerinin ağır ruhsal hastalığı bulunan bireylere sağlık hizmeti sunma sürecinde yaşadığı deneyimler ele alınmıştır. Sağlık profesyonellerinden 3'ü erkek 2'si kadındır ve 4'ü evli, 1'i bekâr; 2'si hemşire, 1'i psikolog, 1'i psikiyatrist, 1'i sosyal hizmet uzmanıdır. Çalışanların yaş ortalaması 41'dir. Çalışanların eğitim durumu 4'ü lisans, 1'i yüksek lisanslıdır. Mesleki deneyim sürelerinin ortalaması 18 yıl, ruh sağlığı alanındaki mesleki deneyim sürelerinin ortalaması 6 yıl, Kumluca Devlet Hastanesi Toplum Ruh Sağlığı Merkezi'ndeki çalışma sürelerinin ortalaması 3,5 yıldır. Araştırmaya katılan sağlık profesyonellerinin cevaplarına göre ana kodlar ve alt kodlar oluşturulmuştur. Sağlık profesyonelleriyle yapılan görüşme sonrası 6 tema oluşturulmuştur. Sağlık profesyonellerinin TRSM'ye yönelik görüşleri, TRSM'de çalışırken yaşadığı sorunlar, TRSM'deki deneyimleri, TRSM'deki rol sorumlulukları ve sorumluluklarıyla ilgili görüşleri, TRSM hizmet sunumu hakkındaki görüşleri ve alana ilişkin politika önerileridir.

3.2.1. Sağlık Profesyonellerinin TRSM'ye Yönelik Görüşleri

Bu bölümde sağlık profesyonellerinin, TRSM'de çalışmaya başlamadan önce bu alanla ilgili görüşleri, bilgileri ve TRSM'de çalışmaya başladıktan sonraki süreçte edinmiş oldukları deneyimler yer almaktadır. Sağlık profesyonellerinin TRSM'ye yönelik görüşleri temasının altında; TRSM'ye Karşı Ön Yargılı Olma, Hastane ve

TRSM'yi Karşılaştırma kodları ele alınmıştır. Sağlık profesyonellerinin TRSM'ye yönelik görüşleri teması kapsamında ortaya çıkan kodlar şekil 6'da gösterilmiştir.

Şekil 6. Sağlık profesyonellerinin TRSM'ye yönelik görüşleri teması ve alt kodlar



a) TRSM'ye Karşı Ön Yargılı Olma

Araştırmaya katılan sağlık profesyonellerinin 2'si TRSM hakkında daha önceden bilgisinin olmadığını, ağır ruhsal hastalığı bulunan bireylerle ilgili ön yargılarının bulunduğunu, TRSM'de bu hasta grubuyla çalıştıkça önyargılarının yok olduğunu ifade etmişlerdir.

(SP2) “...Toplumdan dışlanmış bir grup. Dışarıdan çok farklı olan bir grup ama içlerine girdiğinizde bambaşka bir dünya ile karşılaşıyorsunuz. Önceden biz hep korku ile bakardık bu hastalara. Bilmediğimiz, tanımadığımız için ancak içlerine girdiğimizde, konuştukça onları dinledikçe onların bize güveni artıkça daha farklı bir dünya ile karşılaştık.”

(SP5) “...Ben merkeze çalışmaya başlamadan önce böyle bir merkezin olduğunu dahi bilmiyordum. Ben aslında daha bir sorunlu ve sıkıntılı bir grup bekliyordum. Her gün sorun çıkacak diye düşünüyordum. Beklediğim çok daha farklıydı ama bulduğum çok daha iyiydi. Ciddi bir tükenmişlik yaşayacağımı düşünmüştüm TRSM'de ama öyle olmadı. Ne kadar profesyonel olsakda bir şizofrene bir bipolarla güvenle yaklaşamıyorduk, bilmiyordum bu alanı buraya geldikten sonra bu alanı tanıdım.”

b) Hastane ve TRSM'yi Karşılaştırma

Araştırmaya katılan sağlık profesyonelleri; ağır ruhsal hastalığı bulunan bireylerin hastaneden aldığı sağlık hizmeti ile TRSM'den aldığı sağlık hizmetini değerlendirmiştir. Bu değerlendirme sonucunda; hastanın hastanede hizmet alırken daha sınırlı bir sürede görülebildiğini ancak TRSM'de hem hastanın anamnezinin daha detaylı alınabildiği hem de hasta ve ailesiyle daha uzun görüşmelerin yapılabildiği görülmüştür. Ayrıca TRSM'de çalışılan grubun hastanede poliklinik hizmeti alan diğer hasta grubuna göre daha ağır olduğu, bu nedenle uzun süre TRSM'de çalışmanın kişide

tükenmişlik sendromuna yol açabileceği ifade edilmiştir. Katılımcılardan biri TRSM’de çalışmayı hastanede çalışmaya göre daha eğlenceli bulunduğunu söylemiştir.

(SP3) “...Hastaları bu kadar yakın gözlemde bulundurmak ya da hastaları birebir takip edebilmek, hasta yakınlarıyla yoğun bir temasın içerisine girebilmek anlamında daha fazla farkındalığın olduğu bir deneyim oldu benim için toplum ruh sağlığı merkezi. Daha önceden hastanın belki ailesi ile ya da aile içerisinde konumu ile ilgili çok fazla bilgi sahibi olmuyordum çünkü polikliniğe başvuran hastalarla geçirilebilecek süreler maalesef çok kısıtlı. Bu anlamda yeterince durumları ile ilgili bilgi sahibi olamıyorduk. Artı gelişimlerini gözlemleyebilmek açısından hastaların toplum ruh sağlığı merkezine gelmeleriyle ve geldikten sonra faaliyetler ve bütünlükçü olarak yapılan çalışmalardan sonra ilerlemelerini görmek açısından sosyal, mesleki, bilişsel ve kendi hastalıklarının farkındalıklarına varmaları ve gelişimlerini görmek açısından oldukça iyi bir deneyim oldu.”

Katılımcı SP5, TRSM’de çalışmanın kendisine mesleki doyum sağladığını diğer sosyal hizmet uzmanlarına da hastane yerine TRSM’yi önerdiğini ifade etmiştir.

(SP5) “...Burada çalışmak beni eğlendiriyor mesela hastanede çalışsanız hiçbir şey yapmıyorsunuz ama burada mesela spora gidiyorsunuz, müzikle uğraşıyorsunuz, resimle uğraşıyorsunuz, bir kitap okuyup onun üzerine çalışabiliyor, yorum yapabiliyorsunuz bu da meslekte doyum sağlıyor aslında. Benim sosyal hizmet uzmanlarına önerim çalışmak için hastane yerine toplum ruh sağlığı merkezini tercih etmeleridir.”

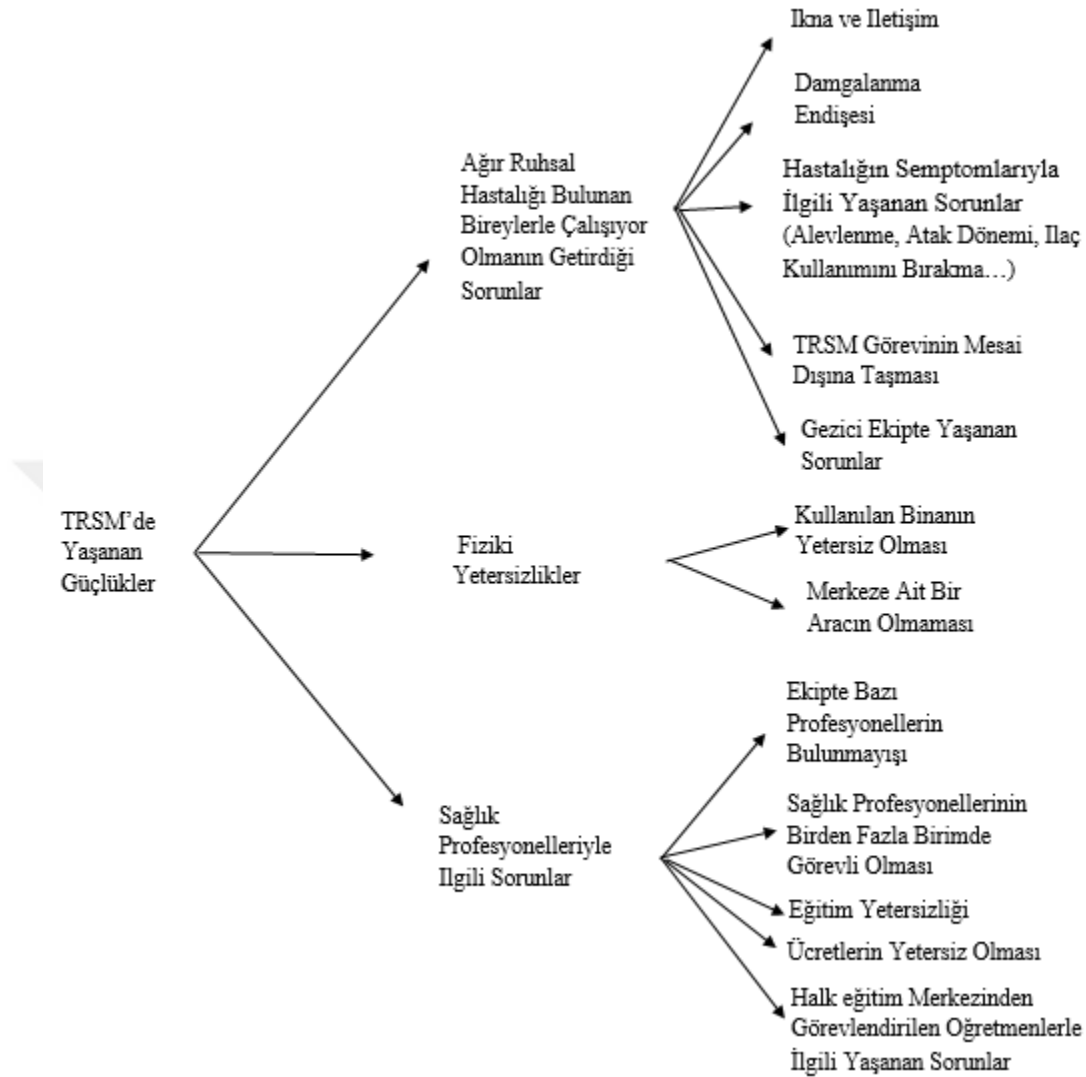
Katılımcı SP1, TRSM’de çalışmanın gönüllük ilkesine dayanmasına rağmen uzun süre ağır ruhsal hastalığı bulunan bireylerle çalışmanın, diğer hasta gruplarıyla çalışmaktan daha yorucu olabileceğini ifade etmiştir.

(SP1) “...Hastanede çalışmak süreklilik açısından daha kolay, toplum ruh sağlığı merkezinde çalışmak gönüllülüğe dayalı bir şey ama sürekli kronik bir grupta devam etmek hastanede çalışmaktan daha zor.”

3.2.2. TRSM’de Çalışırken Yaşanan Güçlükler

Bu bölümde TRSM’de çalışırken yaşanan güçlükler temasının altında 3 ana koda yer verilmiştir. Bunlar ağır ruhsal hastalığı bulunan bireylerle çalışıyor olmanın getirdiği sorunlar, fiziki ve sağlık profesyonelleriyle ilgili sorunlardır. TRSM’de çalışırken yaşanan güçlükler teması kapsamında oluşturulan ana kodlar ve alt kodlar şekil 7’de gösterilmiştir.

Şekil 7. TRSM’de yaşanan güçlükler teması, ana kodlar ve alt kodlar



3.2.2.1. Ağır Ruhsal Hastalığı Bulunan Bireylerle Çalışıyor Olmanın Getirdiği Sorunlar

TRSM’de çalışan sağlık profesyonelleri ağır ruhsal hastalığı bulunan bireylerle çalışırken karşılaştıkları güçlüklerle ilgili oluşturulan 6 alt kod içerisinde; ikna ve iletişim, damgalanma endişesi, hastalığın semptomlarıyla ilgili yaşanan sorunlar (alevlenme, atak dönemi, ilaç kullanımını bırakma...), TRSM görevinin mesai dışına taşması ve gezici ekipte yaşanan sorunlar yer almaktadır.

a) İkna ve İletişim

Katılımcılar yeni hasta ve ailelerini TRSM'ye davet ederken, TRSM'de yapılan aile eğitimlerine katılımda, tedavi ve rehabilitasyon çalışmaları sırasında ikna ve iletişim konusunda zorluk yaşadıklarını ifade etmişlerdir.

(SP1) “...Ailelerle çalışırken de zorlanabiliyoruz. İlk başta TRSM'ye davet ettiğimizde ya da TRSM'yi tanıttığımızda, böyle bir merkezin olduğunu anlattığımızda, gelebileceklerinden bahsettiğimizde, ilk önce mesela bilmedikleri bir yere karşı bir tutumları olabiliyor. Aile eğitimlerine katılım sağlamakta zorlanıyoruz.”

(SP2) “...Zor bir durum ikna etme konusunda zorluk yaşayabiliyoruz. Hastaları ikna etmek zorundasın, hastalar özbakımlarını yerine getirmiyor mesela. Toplum ruh sağlığı merkezinde telefonla hastaları arıyoruz, TRSM'yi tanıtıyoruz, TRSM'ye davet ediyoruz ama kendisinin hasta olmadığını söylüyorlar veya burayı yatışı yapılan bir yer olarak biliyorlar. Onun için gelmek istemiyorlar.”

(SP4) “...Örneğin günlük yapması gereken alışkanlıklardan bahsettik. Bunları anlatırken biraz daha çok zorlandım ne tarafından tutarsanız tutun kişinin dünyasına girmek bazen çok zor olabiliyor.”

b) Damgalanma Endişesi

Sağlık profesyonelleri, ağır ruhsal hastalığı bulunan bireyler ve yakınlarının damgalanma endişesi nedeniyle TRSM'ye gelmek istemediği ya da ailesi tarafından gönderilmek istenmemesi gibi bir durumla karşılaştıklarını,merkezin ilçede hizmet vermesinin bu endişeyi artırdığını ifade etmişlerdir.

(SP1) “...Hastasını hasta olarak dışarıya çıkarmaktan dolayı bir korku yaşıyorlar bazı aileler. Bu zamana kadar evdeydi, sakindi, çok ajite değildi. Kimse fark etmiyordu hasta olduğunu, iyi kötü idare edebiliyordu ama adı toplum ruh sağlığı merkezi olunca böyle bir yere biz hastamızı götürürsek deli derler, hasta olduğu anlaşılır ve bu durum bizi ve ailemizi çok fazla etkiler. Hani merkeze gelen ve çevresine karşı ben okula gidiyorum ya da halk eğitime kursa devam ediyorum diyen hastalarımız var.”

(SP2) “...Bir de küçük bir ilçe olduğumuz için damgalama korkusuyla da gelmek istemiyorlar. Çoğu kişi burada birbirini tanıyor, negatif bir durum var toplum ruh sağlığı merkezine karşı. TRSM deyince insanlar hemen ben gelmek istemiyorum diyor, ailesi hastasının gelmesini kabul etmiyor, hâlbuki hasta gelmek istiyor.”

c) Hastalığın Semptomlarıyla İlgili Yaşanan Sorunlar (Alevlenme, Atak Dönemi, İlaç Kullanımını Bırakma...)

Katılımcı SP2 ağır ruhsal hastalığı bulunan bireylerle ilgili bilgi ve deneyiminin bulunmadığını, özellikle hastalığın semptomlarını ve alevlenme dönemlerini öğrendiğini, hastalığın yapısı gereği özellikle özbakım konusunda hastalarla sorun yaşayabildiğini söylemiştir. SP4 de özellikle kişisel hijyen becerilerini öğretirken zorlandığını ifade etmiştir.

(SP2) “...İlk zamanlar zorlandım burada, sonra biraz daha alıştık onlara, belirtilerini öğrendik bu konuda bilgimiz arttı. Alevlenme dönemlerini, hastalık dönemlerini öğrendim. Onları ikna edebilmek, tedaviye inandırabilmek, bir şeye inandırabilmek kolay olmuyor. Zor bir görev. ...Genelde bireysel temizlik problemi yaşıyoruz; hastalar banyo yapmıyor, tırnaklarını kesmiyor, dişlerini fırçalamıyor, günlük kıyafetlerini değiştirmiyor, saç bakımı olmuyor, sakallarını tıraş etmiyorlar bunlar zor tabii ikna edemiyoruz, zor ikna oluyorlar.”

(SP4) “...Bu temel yaşam becerilerini bu gruptaki hastalara kazandırmak zor. Örneğin hastalarımızdan bir tanesine diş fırçalama alışkanlığını ne yaptıysak kazandıramadık. Ben elimle fırçalıyorum diyor, parmağımla fırçalıyorum ağzımı diyor ya da fırça benim diş etlerime zarar veriyor, acıtıyor, kanatıyor diyerek bu alışkanlıktan kaçıyor ne yaparsak yapalım bunu o hastaya öğretemedik.”

Katılımcı SP5 de hastalığın alevlenme döneminde; onlarla iletişim kurmanın bir hayli zor olduğunu, bu nedenle yapılan faaliyetlere katılmak istemediklerini, bazen de saldırgan davranış sergileyebildiklerini ifade etmiştir.

(SP5) “...Hastaların alevlenme döneminde, atak dönemlerinde iletişim kurmak ya da yaptığımız faaliyetlere katmak çok zor olabiliyor. Atak dönemlerinde birkaç hastamız saldırganlaştı, bize yönelik bir saldırganlık yoktu ama genel olarak agresiflikleri vardı. Birkaç gün küçük krizler yaşadık ama o kadar büyütülecek şeyler değildi. ...Burada çalıştığımız hastalardan geri bildirim almakta da çok zorlanıyoruz, bazen geri bildirim alamadığımız hastalar bile olabiliyor.”

d) TRSM Görevinin Mesai Dışına Taşması

Katılımcılar TRSM’ye gelen hasta ve hasta yakınlarının mesai saati dışındada kendileriyle görüşmek istediklerini, herhangi bir sorun yaşadıklarında sağlık profesyonellerini telefonla aradıklarını söylemişlerdir.

(SP1) “...Bazen profesyonellik ve ebeveynlik duygusu ikisi birbirine karıştırılabilir çünkü TRSM’ye sürekli gelen hastalarda size bir şey danışmadan, sormadan bir şey yapmama hissiyatı başlıyor ya da o hâle geliyorsunuz ki mesai saatiniz bitiyor, eve dönüyorsunuz ama hastanın bineceği servis, alacağı ilaç konusunda akşam bile aranmak gerekebilir.”

Bu gözlemlediğim ve ekip olarak yaşadığımız sorunlar direkt birebir olarak yaşadığım şeyler değil ama sürekli mesaimiz bitse bile hastanızla alâkalı bir şeylerle uğraşabiliyorsunuz en basitinden hastanın servise binmesi, evinden alınıp TRSM'ye gelmesi için birçok telefon görüşmesi yapmak zorunda kalabiliyorsunuz.”

(SP2) “...Biz hastalarla sadece burada görüşmüyoruz, kendi şahsi telefon numaralarımızdan da arıyorlar bizi, gece gündüz bir sıkıntıları olduğunda. Ben kaç defa ilaç almayan, ilaçlarını kullanmayan hastaların aileleri aradığında görüştüm. Ailevi sıkıntı yaşayanlarla telefon üzerinden iletişim kurduk, yardımcı olmaya çalıştık. Merkezle kısıtlı kalmıyor buradaki çalışmalar. Bunun sonucunda mesai sorunumuz oluyor, saat 17:00'dan sonra da bizim merkezin işlerini takibimiz devam ediyor.”

(SP4) “...Mesaimizin haricinde telefonlarımız zaten sürekli açık. Bir bakıyorsunuz gecenin 11'inde 12'sinde hasta aradı, benim böyle bir sıkıntım var, ben şu anda ne yapacağım? Ne yapacaksınız? Doktora da yönlendiremezsiniz, o esnada psikoloğa da yönlendiremezsiniz. Telefonda ne kadar destek olabiliyorsanız oluyorsunuz. Biraz rahatladıktan sonra, sabahında ya psikiyatriste ya da psikoloğa yönlendirebiliyorsunuz.”

e) Gezici Ekipte Yaşanan Sorunlar

Katılımcılar tarafından gezici ekip çalışmasında; akut/alevlenme döneminde olan veya uzun süre tedavisiz kalmış hastayla karşılaşıldığında o an nasıl müdahale edilmesi gerektiğiyle ilgili bir hekim ya da bir güvenlik desteğine ihtiyaç duyulduğu ifade edilmiştir.

(SP1) “...Gezici ekiplerde alevlenme/akut dönemde olan bir hastaya nasıl yaklaşmamız ve kimlerle işbirliği (diğer kamu kurumları ve kuruluşları) içerisine girmemiz gerektiği konusunda sıkıntı yaşıyoruz.”

(SP4) “...Gezici ekip olarak, yanımızda herhangi bir güvenlik olmaması dolayısıyla evleri ziyarete gittiğimiz zaman ne tür bir şeyle karşılaşacağımızı bilmiyoruz. Çok şükür fiziksel bir şiddete maruz kalmadık ama gittiğimiz bir ev ziyareti esnasında sözel şiddete uğradık.”

3.2.2.2. Fiziki Yetersizlikler

Bu bölümde fiziki yetersizlikler ana kodunun altında; kullanılan binanın yetersiz olması ve merkeze ait bir aracın olmamasına yer verilmiştir.

a) Kullanılan Binanın Yetersiz Olması

Katılımcılar genel olarak TRSM binasının uygun fiziki şartlara sahip olmadığını, verilen hizmetin kalitesinin artırılması için bu şartların iyileştirilmesi gerektiğini ifade etmişlerdir. Merkezde hastalara hizmet verebilmek için; 1 grup terapi ve eğitim odası, 2

uğraş terapi odası, 1 okuma ve dinlenme salonu, 1 hasta gözlem odası, 1 görüşme odası, 1 yemek salonu ve mutfak bulunmaktadır.

(SP2) “...Fiziki mekân olarak 3. kattayız, buranın 1 katlı olması ya da müstakil olması, toprak işlenebilecek bahçesinin olması, hastalarla orada ekim dikim çalışmalarının yapılabilmesi, zihinlerini dağıtabilecek faaliyetlerin yapılabilmesi çok faydalı olurdu. Biz şu an aile hekimliği, diş hastanesi ve TRSM olarak aynı binadayız.”

Katılımcı SP3 tarafından TRSM fiziki şartlarının iyileştirilmesiyle, sağlık çalışanlarının daha rahat hizmet sunabileceği, merkezin ulaşım açısından daha merkezi bir yerde olmasının hastalar yönünden daha kolaylaştırıcı olacağı ifade edilmiştir.

(SP3) “...Toplum ruh sağlığı merkezi ciddi fiziki ihtiyacı olan bir alan, özerk bağımsız her tür faaliyetin kolaylıkla üretilebileceği bir fiziki mekân sağlanması gerekmektedir. Ayrıca sağlık çalışanlarının çalıştığı yerlerin; hem çalışanların hem hastaların daha rahat faaliyet yürütebileceği genişlikte ve modern tıbbın sağladığı koşulları barındırması lazım. ...Fiziksel olarak bu tür mekânların toplumun dışında değil, kolayca ulaşılabilen yerlerde hizmet vermesi önemlidir. Ayrıca bu merkezilerin toplum çalışmalarının ve günlük faaliyetlerin kolayca yürütülebileceği belirli bir özerkliğe de sahip yerlerde hızlı şekilde düzenlenmesi gerekiyor.”

Katılımcı SP4 de ağız diş sağlığı merkezi ve aile sağlığı merkeziyle aynı binada bulunulmasından dolayı, binanın işlevinin yeterli olmadığını ayrıca diğer birimlere gelen hastaların TRSM’ye gelen hastalara damgalayıcı tutumlarının kendisini rahatsız ettiğini dile getirmiştir.

(SP4) “...Bir de merkezle ilgili yaşadığımız sıkıntı var. Bizim toplum ruh sağlığı merkezimizle ilgili olarak mesela kullandığımız binada sadece TRSM olarak hizmet verilmiyor. Bunun içerisinde diş hekimlerinin poliklinikleri ve aile hekimlerinin bulunduğu poliklinikler de var. En üst katta da TRSM var. Şimdi ya aile hekimine ya da diş hekimine gelen bir hasta orada TRSM hastalarını görünce ya da merdivenlerden çıkarken ya da bahçede ya da başka bir yerde gördüğü zaman ona bakış açısı farklı oluyor, bu durum beni rahatsız ediyor.”

Katılımcı SP5, sosyal hizmet uzmanı olarak TRSM’ye devam eden hastalara yönelik fiziksel aktivite, diğer rehabilitasyon çalışmaları için TRSM’de yeterince araç gereç ve alanın bulunması halinde daha verimli çalışmaların yapılabileceğini ifade etmiştir.

(SP5) “...Bizim çalıştığımız yerde fiziksel anlamda çok ciddi eksikliklerimiz var. Bir bahçe olsa, her gün spor yapabileceğimiz bir alanımız olsa ya da araç gereçlerimiz yeterince

fazla olsa bu hizmet modelinin daha etkin daha hızlı ve daha başarılı olabileceğini düşünüyorum.”

b) Merkeze Ait Bir Aracın Olmaması

TRSM hizmet modelinde ev ziyaretleri işlevsel bir çalışmadır. Bu işlevsellik hastanın ev ortamında, aile ilişkilerinin ve yaşadığı ortamın ne kadar elverişli olup olmadığı konusunda gözlem ve değerlendirmelerin yapılması yönünden gereklidir. Katılımcılar merkeze ait bir aracın olmaması nedeniyle yapılan gezici ekip sayısının ihtiyacı karşılamadığını aşağıdaki cümleleriyle ifade etmişlerdir.

(SP2) “...Ayrıca ev ziyaretleri yapamıyoruz, hastaları yerinde göremiyoruz, odalarını inceleyemiyoruz. Servis probleminiz var, aracımız yok. Bu nedenle ev ziyaretlerine gidemiyoruz, sadece burada görebiliyoruz hastaları.”

(SP4) “...Gezici ekip olayında TRSM olarak araç sıkıntımız oluyor. Belki bu alanda destek olunabilir, ihtiyaç olduğu anda gezici ekibe çıkamıyoruz, bu nedenle çok fazla kişiye ulaşamıyoruz.”

3.2.2.3.Sağlık Profesyonelleriyle İlgili Yaşanan Sorunlar

Sağlık çalışanları, sağlığın diğer alanlarıyla karşılaştırıldığında TRSM ve ağır ruhsal hastalıklar konusunda daha az bilgi sahibidir. Teorik eğitimlerin yanı sıra uygulamalı eğitimlerde de eksiklik bulunmaktadır. Hizmet içi eğitimlerle yetiştirilen sağlık profesyonellerinin yeri sıklıkla değişmektedir. Bunun sonucunda eğitimi olmayan ve alanı tanımayan başka bir sağlık çalışanı görevlendirilmektedir. Hasta grubunun hassas bir yapıda olması, yeni gelen sağlık profesyoneliyle ilgili güvensizlik yaratmakta, ona alışması zaman almaktadır.

Sağlık profesyonelleriyle ilgili yaşanan sorunlar ana kodunun içinde; ekipte bazı profesyonellerin bulunmayışı, sağlık profesyonellerinin birden fazla birimde görevli olması, eğitim yetersizliği, ücretlerin yetersiz olması ve halk eğitim merkezinden görevlendirilen öğretmenlerle ilgili yaşanan sorunlar yer almaktadır.

a) Ekipte Bazı Profesyonellerin Bulunmayışı

TRSM’lerde multidisipliner ekip anlayışı ile hizmet verilmektedir. Sağlık profesyonelleri, TRSM’de sunulan hizmetlerde ekip çalışmasının çok önemli olduğunu söylemiştir. Katılımcıların geneli ekipte bazı profesyonellerin olmadığını ayrıca diğer tüm ekip üyelerinin sürekli TRSM’de bulunmaması farklı birimlerde de görevli olması

nedeniyle sorun yaşandığını ifade etmişlerdir. Katılımcılardan biri, rotasyonlu çalışıldığı için merkezde tüm ekibin beraber çalışmadığını, meslek elemanlarının sayı olarak az olduğunu, birden fazla işi takip etmek durumunda kaldığını ayrıca merkezde tam zamanlı hekim olmadığı için hekim desteğinin yetersiz kaldığını belirtmiştir.

(SP1) “...Sürekli rotasyon ile çalışmak, belki daha kolay diğerlerinin de bu konuda bilgi sahibi olmasını sağlayabilir. ...Çalışırken hep eksik ekiple çalışıyoruz. Evet mesleki eleman olarak hemşire sayısı diğer elemanların sayısına göre daha fazla olduğu için hemşireler üzerinden giden bir süreç olarak gözüküyor ama meslek elemanları az sayıda olduğu için birkaç işi beraber yapmak zorunda kalıyorlar. Bu anlamda doktorlar yetersiz kalıyor sayı olarak, o yüzden hep koordineli devam etmek zorunda kalıyoruz. Birçok işi hep uzaktan takip ediyoruz. Merkezlerde sekreterler olmuyor genelde, mesela bizim merkezimizde sekreter yok. Sekretarya işlemlerini biz kendimiz yürütüyoruz, yürütmek zorunda kalıyoruz. Hastaların takipleri, evrak işlerini kendimiz takip ediyoruz. Yine halk eğitim öğretmenleri bu merkezlerde görev yapıyor. Aslında ergoterapistlerin olması gerekiyor ama Türkiye’de ergoterapist sayısı çok az olduğu için genelde bu ayak TRSM’lerde halk eğitim öğretmenleri tarafından sağlanıyor. Binada güvenlik yok. Orada hasta ajite olduğunda bir doktorumuz olmadığından hastaya tıbbi olarak nasıl müdahale etmemiz gerektiğini bilmediğimizden süreci telefonla yönetmeye çalışıyoruz. Hasta hastanede olmuş olsaydı; depo iğnesi ya da gerekli tedavisi uygulanabilirdi. Merkezin hastaneden uzak olması o anda erişilebilir bir doktorun olmaması, yapabileceğiniz tıbbi müdahaleyi aksatabiliyor.”

Katılımcı SP4, TRSM’de görevli hemşire olarak diğer meslek elemanlarının tam zamanlı orada bulunmaması nedeniyle onların görevini üstlendiğini söylemiştir.

(SP4) “...Bu kadar meslek elemanı olarak TRSM’de çalışıyoruz ama yeri geliyor birbirimizin yerini tamamlamak zorunda kalıyoruz çünkü orada tam zamanlı olarak psikiyatrist yok, psikolog yok hemşire olarak diğer arkadaşımın görevlerindeki yapıyorum.”

Katılımcı SP5, TRSM’ye güvenlik görevlisi, ergoterapist ve bir oyun terapistinin görevlendirilmesinin yapılan çalışmaların verimini artıracaklarını söylemiştir.

(SP5) “...Merkezde ergoterapist olsa çok daha başarılı çalışmalar ortaya çıkar. Oyun terapisi eğitimi alan bir psikolog bir sosyal hizmet uzmanı olmalı TRSM’lerde. Kesinlikle TRSM’lerde bir güvenliğin olması lazım. Burası çok sorunlu bir TRSM olmadığı için biz ihtiyaç duymuyoruz, kendi sorunlarımızı kendimiz hallediyoruz.”

b) Sağlık Profesyonellerinin Birden Fazla Birimde Görevli Olması

Katılımcılar, TRSM ekip üyelerinin farklı birimlerde de görevli olması nedeniyle TRSM’de verilen hizmetlerin aksadığını, bu nedenle TRSM çalışmalarına

yeterli zaman ayırlamadığını ifade etmişlerdir. Aynı anda farklı birimlerde görevlendirilmenin çalışanlarda zihin bölünmesine neden olduğunu söylemişlerdir.

(SP1) “...Çalışan kişilerin hastaneyle birlikte TRSM’de değil de sadece TRSM’de ya da hastanede çalışması gerekiyor. İki yerde çalışan personelde zihin yorgunluğu oluşuyor. Hastaneye gidince TRSM’nin işini, TRSM’ye gidince hastanenin işini takip etmek zorunda kalıyorsunuz. Benim burada yaşadığım en önemli sıkıntı merkeze gidiyorum, arkamdan hastaneden hasta geliyor. Ben merkezdeki hastanın görüşmesini bırakıp günlük işlem olduğu için hastaneden gelen hastanın işlemini yapmak zorunda kalıyorum. Bu da beni hem iş hem de zihin olarak bölüyor.”

(SP2) “Ben vardiyalı çalışıyorum, dış hastanesine de bakıyorum. Burada bir sosyal hizmet uzmanı ve bir hemşire sabit duruyor. Her iki tarafa da bakmak zor oluyor. Pandemi dönemi hariç yoğun oluyordu, hem ağız dış sağlığı merkezine hem de TRSM’ye bakmak.”

(SP4) “...Biz TRSM’de şimdi iki hemşireyiz, hemşirelerimizden bir tanesi her gün hem dişte hem de TRSM’de görevlendirildi. Ben de normalde tam zamanlı TRSM’de idim. Beni de artık yarı zamanlı olarak aldılar. Haftanın üç günü toplum ruh sağlığı merkezindeyim.”

Katılımcı SP3, hem hastanede hem de TRSM’de görevli olmanın TRSM’ye yeterli zaman ayıramama gibi bir durumu ortaya çıkarabildiğini dile getirmiştir.

(SP3) “...Aslında belki olması gereken şey psikiyatri hekiminin hem hastane hem TRSM’de çalışması yerine mümkünse tüm zamanını tüm gününü oraya verebilmesidir. Bu tedavi veya toplum ruh sağlığı felsefesi açısından daha uygun bir şey ama kendi açımdan söylersem fiziki kısmı söyleyeyim; hem devlet hastanesi poliklinik hizmetini yürütmek hem toplum ruh sağlığı biriminde bir sorumlu hekim olarak çalışıyor olmak bazen yeterli zaman ayıramama gibi bir durum ortaya çıkartabiliyor.”

c) Eğitim Yetersizliği

Katılımcılar tarafından Sağlık Bakanlığı’nın düzenlemiş olduğu eğitimlerin yetersiz olduğu, TRSM’de hâlâ birinci eğitimi almayan personelin bulunduğu, eğitimlerin bu birimde göreve başlamadan önce verilmesinin daha anlamlı olacağı, var olan eğitimlerin içeriğinin (alevlenme dönemi, hastalık semptomları vb.) zenginleştirilmesi gerektiği ifade edilmiştir.

Katılımcı SP1, daha önceden çalıştığı TRSM’de edinmiş olduğu mesleki tecrübeye dayanarak bu anlamda çok zorlanmadığını ancak TRSM’de görevlendirilen önceden ruh sağlığı ve TRSM alanında deneyimi bulunmayan diğer çalışanların bu hasta grubuyla çalışırken zorlandığını; Sağlık Bakanlığınca düzenlenen eğitimlerin yetersiz olduğunu, bu nedenle bazen hastaya yapılan müdahalelerin de yetersiz

kaldığını, eğitimlerin ivedi şekilde verilmesi ve içeriğinin zenginleştirilmesi gerektiğini söylemiştir.

(SP1) “...Eğitim eksikliğinden bahsedebiliriz. Bu konuda yaşadığımız zorluklar; gelen hemşire ya da diğer sağlık personelleri bilgi sahibi olmadığı için ne yapacaklarını bilmesi konusunda sıkıntı yaşanabiliyor. Evet bir şeyler yapmaları lazım ama bir kısır döngü içerisinde kalınıyor, bir sonraki adımı bilemiyor, bu noktada eğitim açığı ortaya çıkıyor. Gidiyoruz TRSM konusunda eğitim alıyoruz ancak bu eğitimler hep birinci aşamada kalıyor. Var olan bu eğitimler devam eden personele bir şekilde ikinci ve üçüncü eğitim modülleri olarak verilmeli. Bu eğitimler devam ederse bizler bu çalışmayı ikinci, üçüncü adımlara taşıyabiliriz. En azından her merkezden bir kişi bu eğitimi alsa bir şekilde içinde bulunulan kısır döngüden çıkılır.”

Katılımcı SP2 de TRSM konusunda verilen eğitimlerin içeriğinin zenginleştirilmesi, özellikle alevlenme döneminde olan hastaya nasıl müdahale edileceği konusunda donanımlarının artırılması ve eğitimlerin sürekliliğinin sağlanması gerektiğini ifade etmiştir.

(SP2) “...Bu merkezde çalışan personelin ruh sağlığı alanında özellikle bu hastalık grubuna yönelik alevlenme döneminde neler yapılabilir, her şey planlı kağıt üzerinde olmuyor, yaşayarak öğreniliyor, nasıl müdahale edilmeli, alevlenme döneminde hastalığın nasıl seyrini etkileyebiliriz, özellikle bu ve benzeri konularda biz eğitim alabiliriz. Bu eğitimlerin süreklilik arz etmesi gerekiyor, güncellenerek devam ettirilmesi gerekiyor. TRSM çalışmalarının. 2-3 günlük eğitimle zor olduğunu düşünüyorum, ben 4 yıldır toplum ruh sağlığı merkezinde çalışıyorum aldığım bu kadar eğitimle.”

Katılımcı SP5, TRSM’de çalışmaya başlamadan önce ilgili personelin oryantasyon alması gerektiğini, kendilerinin hiçbir eğitim almadan direkt merkezde göreve başladığını bu durumun yaptığı müdahaleleri eksik kılacağını ifade etmiştir.

(SP5) “...Biz TRSM’ye gelirken bir oryantasyona tabi tutulmadık, ben isterdim ki ciddi bir oryantasyona tabi tutalım yani bir ay iki ay neyse gözlemleyelim ondan sonra müdahalelere başlayalım. Biz direkt işe atıldık, sahada öğrendik yapabileceklerimizi. Bu biraz yetersiz kalıyor ya da yaptığım müdahalelerin eksik olmasına neden olabiliyor. TRSM’nin kendi eğitimleri var ama onları buraya başladıktan sonra almaya başlıyorsun. Bu yanlış bence önce eğitim alınmalı, sonra merkeze gelinmeli. Örneğin ben 3 yıldan beri hâlâ eğitime gitmedim.”

d) Ücretlerin Yetersiz Olması

Görüşme yapılan sağlık profesyonellerinin 4'ü, TRSM'nin riskli birim olarak görülmediğini söylemiştir. TRSM çalışanlarına performans konusunda herhangi bir katkının olmaması, personelin motivasyonunu olumsuz şekilde etkilemektedir.

(SP1) “...Mesela ekonomik anlamda toplum ruh sağlığı merkezlerinin çalışanlara herhangi bir katkısı yok. Bu iyileştirilebilirse belki personelin TRSM'ye gitmesi teşvik edilebilir. TRSM'ler riskli birimler ama bu noktada herhangi bir riskli birim olarak görülüp ek ödemelerde düzenleme yapılmıyor, belki bu noktada bunlar iyileşirse insanların TRSM'de çalışmaya olan bakış açıları biraz daha değişebilir.”

(SP2) “...Ekonomik olarak TRSM'de çalışmanın hiçbir getirisi yok. Aslında normal bir poliklinik gibi buranın ek döneri. Yorgunluğunun ve yıpranmanın karşılığında motive edici bir şey yok ekonomik anlamda.”

(SP3) “...Ekonomik olarak da şurası bir gerçek; çalışanın da motivasyonunu sağlayabilecek şeyler olmak zorunda. Toplumun uzun bir süre öcü olarak gördüğü bilgisizlikten, dışlamadan, yanlış tanımlamadan dolayı öyle bir grupla çalışıyorsunuz bu anlamda sağlık profesyonellerinin motivasyonlarını sağlayıcı şeylerin olması gerektiğini düşünüyorum. Onun dışında ekonomik olarak ne yazık ki geri bildirimlerden alınan çok fazla besleyici bir yönü yok. Belki bununla ilgili düzenlemelerin yapılması, buraların özellikli birimler olarak kabul edilmesi, buna yönelik ek motivasyon sağlanabilmesi için faydalı olabilir.”

(SP4) “...TRSM'de işin içine girdiğinizde gerçekten çok riskli durumlarla karşılaşabileceğinizin farkına varıyorsunuz, belki bu anlamda riskli bir birim olarak değerlendirilmesi açısından destek olunması gerekir diye düşünüyorum”.

e) Halk Eğitim Merkezinden Görevlendirilen Öğretmenlerle İlgili Yaşanan Sorunlar

Katılımcılar halk eğitim merkezinden gelen öğretmenlerin TRSM alanında bilgisinin olmaması nedeniyle ön yargılı yaklaşıtlarını, alışınca kadar sorun yaşadıklarını ve halk eğitim merkezinden yeterince öğretmen görevlendirilmediğini belirtmişlerdir.

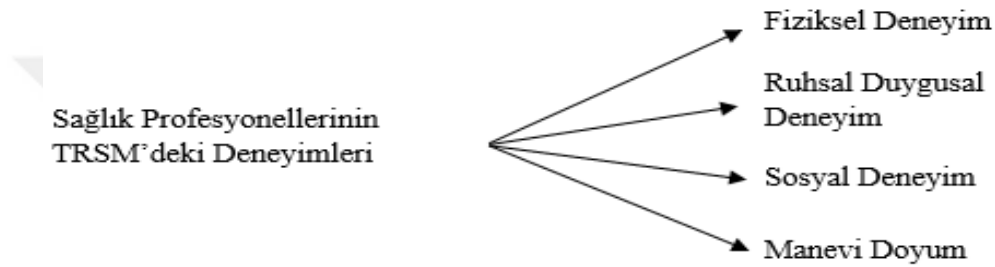
(SP1) “...Halk eğitim merkezinden gelen öğretmenlerle ilgili zorluk yaşıyoruz. Öğretmenler geliyor, düzenlemiş oldukları kurslarla ilgili; ders saatleri, ders süreleri ve öğrenci sayısını tamamlama konusunda problem yaşıyorlar. Hastalık konusunda hiçbir bilgiye sahip değiller. Siz hem öğretmenin hastaya olan tepkilerini kontrol etmeye çalışıyorsunuz hem de öğretmene hastalık konusunda bilgi vermek zorunda kalıyorsunuz. Aslında bu da ekstra bir iş yükü.”

(SP4) “...Halk eğitim merkezinden yeterince öğretmen görevlendirmesi yapılmıyor.”

3.2.3. Sağlık Profesyonellerinin TRSM’deki Deneyimleri

Bu bölümde sağlık profesyonellerinin TRSM’deki deneyimleri temasının altında bulunan kodlar; fiziksel deneyim, ruhsal-duygusal deneyim, sosyal deneyim ve manevi doyumdur. Sağlık profesyonellerinin TRSM’deki deneyimleri teması ve alt kodları şekil 8’de gösterilmiştir.

Şekil 8. Sağlık profesyonellerinin TRSM’deki deneyimleri teması ve alt kodlar



a) Fiziksel Deneyim

Katılımcılar TRSM’de çalışırken fiziksel ve çoğunlukla zihinsel yorgunluk yaşadıklarını, alevlenme, atak dönemlerinde bu grupla çalışmanın daha stresli ve yorucu hâle geldiğini ifade etmişlerdir.

(SP2) “...Fiziksel ve zihinsel olarak yorgunluk oluyor. Bazen alevlenme dönemlerinde hastaların üzerimize yürüdüğü zamanlar oluyor, bir arkadaşımızın başına geldi. Hastalar sürekli soru soruyorlar, sürekli ilgi bekliyorlar. Bu yorgunluğu eve taşıyoruz. Zihin yorgunluğundan bazen insan kendi çocuklarını bile dinlemek istemiyor. Fiziksel olarak şiddet görmedik ama alevlenme döneminde hastalar bağırabiliyor.”

Katılımcı SP3 ise hem hastanede hem TRSM’de çalışmanın kendisinde fiziki bir yük oluşturmadığını, TRSM’de görev yapmaktan, orada yaptığı çalışmalardan daha fazla keyif aldığını ifade etmiştir.

(SP3) “...Hem TRSM hem de hastanede çalışmanın fiziki olarak ekstra bir iş yükü ya da yorgunluk verdiğini düşünmüyorum. Hatta bazen orada seminer düzenleme, hastalarla tek tek görüşme, hastalara biraz daha fazla zaman ayırmanın daha fazla keyif sağladığını ifade edebilirim.”

Katılımcı SP4 ise TRSM’nin ağır iş yükünün olmadığını, orada zihin yorgunluğunun ön plana çıktığını ifade etmiştir.

(SP4) “...Fiziksel olarak şöyle söyleyeyim; TRSM öyle çok ağır iş gerektiren bir merkez değil. Belki bedensel olarak çok yorulmuyorsunuz ama zihinsel anlamda çok yoğun çalışmanız gerekiyor.”

b) Ruhsal ve Duygusal Deneyim

Katılımcılar TRSM’de çalışırken özellikle diğer sağlık çalışanları tarafından kendilerini işe yaramaz hissettirici tutum sergilendiğini, TRSM’de iş yapılmadığını düşündüklerini dile getirmişlerdir. Ayrıca ağır ruhsal hastalığı bulunan aynı bireylerle uzun süre çalışmanın, orada görevli personeli duygusal yorgunluğa bağlı olarak tükenmişliğe sürükleyebileceğini ifade etmişlerdir.

(SP1) “...Bazen şunu çok fazla yaşıyorsunuz. TRSM’de çalışan kişiler; diğer kişiler tarafından orada boş olarak tanımlanıyor, işte siz orada ne yapıyorsunuz? Boş boş oyunlar oynuyorsunuz. Kekler, börekler; her şeyiniz var, fırınınız var, ocağınız var, dolabınız var. Siz orada çalışıyor musunuz? Orada çalışılıyor mu? Gözüyle bakılabiliyor. Bu da bir anlamda sizin iş motivasyonunuzu etkiliyor. Duygusal olarak da sizi işe yaramaz hissettirebiliyor. Sağlık çalışanları özellikle böyle hissettirebiliyor. Zaman zaman daha çok duygusal çökkünlük hissedebiliyoruz, duygusal yorgunluğa bağlı. Çalışanlarda sürekli aynı grupla çalışmanın etkisiyle tükenmişlik gelişebilir. Hastada gelişme olmayınca, eğitim yönünden desteklenmeyince; hep aynı şeyleri yapıyor olmak, hep aynı grupla çalışıyor olmak tükenmişliğe sebep oluyor.”

Katılımcı SP2, hastalık semptomlarından dolayı hastaların girdikleri ruh hallerinin kendilerini de etkilediğini ancak onların tedavilerinde gelinen aşamayı görünce mutlu olduğunu ifade etmiştir.

(SP2) “...Bipolar hastalar bazen çok duygusal oluyor, bazen çok coşkulu oluyorlar. Onların atak dönemlerinde ağlamaları falan etkiliyor. Ruhsal anlamda sıkıntı var fakat baktığında onlar da duygusal davranabiliyorlar, biz de etkileniyoruz bu durumdan. ...Ancak onları daha iyi gördüğümüzde, hastalıklarındaki tedavi oranını gördükçe gelişimi gördükçe biz de çok mutlu oluyoruz.”

Katılımcı SP3, çalışılan hasta grubunun yeti yitiminin, bilişsel kayıplarının çok belirgin olduğunu, diğer insanların korktuğu, tuhaf karşıladığı hastalara tarafınca düzenlenen tedavilerden hastaların fayda sağladığını gördüğünde kendisini iyi hissettiğini ifade etmiştir.

(SP3) “...Ruhsal olarak herkes tabii yaptığı işin tatmini noktasında ki işimiz insanla uğraşmak ve uğraştığımız hasta grubu da ciddi anlamda yeti yitimi dediğimiz bilişsel kayıpların çok belirgin olduğu hastaların bu anlamda da bazen toplumda tuhaf ya da

korkulacak denilen semptomlara sahip olan hasta grubu. Hastaların tedavilerinde fayda görüyor olmaları ve bunu gözlemliyor olmanız yaptığınız işten dolayı sizi besleyen bir şey.”

Katılımcı SP4, merkeze gelen hastalarla duygu paylaşımında bulunduğunu ifade etmiştir.

(SP4) “...Yeri geliyor onlarla beraber üzüliyorsunuz, yeri geliyor onlarla beraber oturup sevinçlerimizi paylaşıyoruz. Kahkahalar atıyoruz, şunu söyleyeyim insanın gerçekten böyle bir merkezde çalışıp etkilenmemesi mümkün değil.”

Katılımcı SP5, Merkezde çalışırken rahatlamak amacıyla danışmanlığa ihtiyaç duyduğu dönemlerin olduğunu ifade etmiştir.

(SP5) “...Bazen benim de oryantasyona ihtiyaç duyduğum, danışmanlık almak istediğim, rahatlamak istediğim dönemler oldu.”

c) Sosyal Deneyim

Katılımcı SP3 sosyal anlamda da hastalarla birlikte yapılan etkinliklere katılmanın, uzun süre aynı hastaları takip etmenin hastalarla iletişimi artırdığını ifade etmiştir.”

(SP3) “...Sosyal yönden uzun bir süre bu hasta grubuyla çalışınca artık şey gibi oluyorsunuz; hastalarla onlardan bazı konularda daha fazla bilgi sahibi olan arkadaşları pozisyonuna geliyorsunuz. Bu anlamda arkadaş olmanın elbette ki size sağladığı ayrı bir keyif var çünkü birlikte bazen yürüyüşlere gitmek, ortak piknikler yapmak ya da kahvaltı organizasyonları, birlikte film seyretmek, birlikte sosyal kültürel etkinliklerde bulunmak, camı sıkılan birisiyle oturup sohbet etmek hekim olarak değil ama orada bulunan ve bir şekilde onu gözlemleyen bu şekilde bir ihtiyacı olduğunu bilen birisi olarak bu tür bir faaliyet yürütmek ya da bu tür bir sosyal ilişki geliştirmek onları daha iyi anlamamıza yardımcı oluyor.”

SP4, ağır ruhsal hastalığı bulunan bireylerle sosyal etkinliklere katıldıklarını, beraber vakit geçirebildiklerini, onların çok farklı olmadıklarını gördüğünü belirtmiştir.

(SP4) “...Pikniklere gidiyoruz, sinema salonlarına gidiliyor, onlarla birlikte yorumlar yapabiliyorsunuz okuduğunuz bir kitap hakkında ya da bir paragraf hakkında. Sosyal olarak bu tür bir grupta vakit geçirilebilmiş bunu gördüm. Sosyal faaliyet yapılabilirdiymiş, belli paylaşımlarınız olabiliyormuş, onların farklı olmadığının farkına varıyorsunuz.”

SP5, onlarla beraber sosyal etkinliklere katıldığında mutlu olduğunu ifade etmiştir.

(SP5) “...Onlarla hani burada spor yapıyoruz, sinemaya gidiyoruz, yürüyüş yapıyoruz ben mutlu oluyorum.”

d) Manevi Doyum

Katılımcılar bu hasta grubuyla çalışmanın kendilerini manevi anlamda iyi hissettirdiğini ve hayata olan bakış açılarını değiştirdiğini söylemişlerdir.

(SP1) “...Bu grupta çalışma maneviyat yönünden insanı etkiliyor. Bazen yardımcı olmanın verdiği ya da iyi bir şey yapıyor olmanın verdiği doyum mutlu ediyor.”

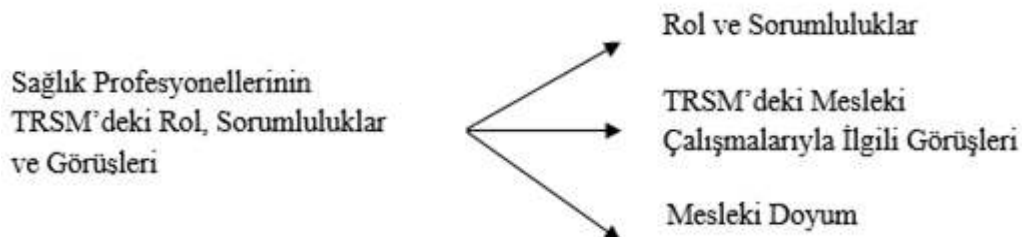
Katılımcı SP5, bu alanda çalışmanın kendisinin analiz becerisini geliştirdiğini, hayata olan bakış açısında değişiklik olduğunu, hastadaki gelişmeleri ve hastanın mutluluğunu gördüğünde manevi doyum olduğunu ifade etmiştir.

(SP5) “...Daha çok bana şunu sağladı hayata bakış açım değişti. Davranışları analiz etmeyi öğrendim; insanlar neden böyle davranıyor, benim kafamda daha net oluşmaya başladı. Daha az yargılıyorum insanları ve daha çok şükür ediyorum. Hayatta birçok meseleyi de kafaya takmıyorum. Burada manevi tatmini en üst düzeyde yaşıyorsun. Karşılığını onların gözlerindeki ışıktaki görüyorsun.”

3.2.4. Sağlık Profesyonelinin TRSM’deki Rol, Sorumluluklar ve Görüşleri

Bu bölümde sağlık profesyonelinin TRSM’deki rol, sorumluluklar ve görüşleri temasının altında 3 kod bulunmaktadır. Rol ve sorumluluklar, TRSM’deki mesleki çalışmalarıyla ilgili görüşler ve mesleki doyum. Sağlık profesyonellerinin TRSM’deki rol, sorumluluklar ve görüşleri teması ve alt kodları şekil 9’da gösterilmiştir.

Şekil 9. Sağlık profesyonellerinin TRSM’deki rol, sorumluluklar ve görüşleri teması ve alt kodlar



a) Rol ve Sorumluluklar

Bu bölümde TRSM’de çalışan sağlık profesyonelleri kendi meslekleriyle ilgili TRSM’de sürdürdükleri çalışmalarından bahsetmişlerdir. Görev ve sorumluluklarını açıklarken ortak görevlerden de söz etmişlerdir. Her mesleğin kendi görev ve sorumluluklarıyla beraber, TRSM personelinin ortak görevleri de bulunmaktadır.

Katılımcı SP1, psikolog olarak TRSM’de vaka yöneticisi olarak kendi vakalarını takip ettiğini, test uygulanması gereken hastalara test yaptığını, hasta ve ailelere yönelik eğitimler verdiğini, bunların dışında diğer meslek elemanlarıyla ortak yürüttükleri görevlerin olduğunu dile getirmiştir.

(SP1) “...Bir psikolog olarak *mesela vaka takip etmek, test uygulamamız gerekirse testleri uygulamak, gerekli durumlarda ailelere, hastalara eğitimler vermek, bunlarla ilgili görev ve sorumluluklarımız var ama bunlar TRSM’de çalışan herkesin ortak sorumlulukları. Bir psikoloğun TRSM’de ekstra yapabileceği şey; uygulanabilecek herhangi bir test ya da materyali hastaya uygulamaktır. Onun dışında aslında hemşiresi, sosyal hizmet uzmanı ya da diğer psikologu ile ortak hedefler düzenlenir, ortak görev ve sorumluluklarımız var daha çok.*”

Katılımcı SP2, TRSM’de hemşire olarak hastaların ilaç ve enjeksiyonlarını takip ettiklerini, hastalığın semptomlarıyla ilgili hasta ve ailesine bilgi verdiklerini, hekimle irtibat halinde çalışmalarını sürdürdüklerini, kişisel hijyen konusunda hastalara eğitim verdiklerini ifade etmiştir.

(SP2) “...*Mesleğimiz hemşirelik, onların ilaçlarını ve enjeksiyonlarını takip ediyoruz. Hastalıklar hakkında bilgilendirmeye çalışıyoruz, alevlenme dönemlerinde neler yapmaları gerektiği hakkında bilgi veriyoruz, doktor beyle iletişim kurarak onlara yardımcı olmaya çalışıyoruz. Ailelerini bilgilendiriyoruz, alevlenme döneminde yaşayabilecekleri şeyleri ailelere anlatıyoruz. Eğer müdahale edemezlerse bizimle irtibata geçmelerini söyleyip bizde doktor beye yönlendiriyoruz. Özbakımlarını öğretiyoruz, takip ediyoruz, hijyen eğitimleri yapıyoruz ve hastalıklar hakkında eğitimler veriyoruz.*”

Katılımcı SP4 ise hemşirelik görevinin yanı sıra özellikle hastalarla ilgili gelişmeleri, hastaların anlık gelişen bunalımlarını, sorunlarını, hastalık semptomlarını ve ailesel durumlarını takip ettiğini söylemiştir.

(SP4) “...*Merkezde şöyle bir sorumluluğumuz var; hem hasta konusunda hem aile konusunda hiçbir şeyi göz ardı etmememiz gerekiyor. Hastaların ilaçlarını, tedavilerinde herhangi bir değişiklik olup olmadığını, alevlenme dönemlerini, ondan sonra bu hastaların*

içerisinde enjeksiyon yaptırılanlar da var, mesela bu enjeksiyonların takibini yapmamız gerekiyor.”

Katılımcı SP3 TRSM’de hekim pozisyonunda çalıştığını, bu nedenle hekim olarak hastanın tedavisinin düzenlenmesinin yanı sıra merkezin idareci rolünü üstlendiğini ayrıca TRSM ve hastalık semptomları vb. konularda eğitimci rolünün de bulunduğunu ifade etmiştir.

(SP3) “...Ben psikiyatri uzmanıyım, o anlamda bir hekim olmaktan kaynaklı bir rolüm var. İkincisi de yönetici idareci pozisyonunda kendi yetenekleri ve iş tanımları doğrultusunda çalışan personelin sevk idare ve görev bölüşümü noktasında planlama ile ilgili rollerim var. Hekim olarak; tanı koymak, tedavinin takibi, yürütülen tedaviden hastanın geri bildirimlerine göre tedavinin yeniden ayarlanması. Bunlar bazen ilaç tedavisi ya da başka tedaviler de olabilir. Bazen hastane sevk, yatışlar ile ilgili durumlara karar vermek, atakların başlaması döneminde uygulanabilecek tedbirlerin alınması anlamında faaliyet yürütmek ve hastaların klinik olarak izleminin yapılması bu klasik belki ama her devlet hastanesindeki bir iştir. Diğer bir nokta TRSM’de koordineli olarak çalışıyorsanız. Hem TRSM’den gelen geri bildirimleri almak hastalık, kişi ve tedaviyle ilgili ayrıca tedavinin yan etkilerine göre yeniden tedavinin düzenlenmesi gibi faaliyet yürütülüyor. Diğer bir konuda verilmesi gereken eğitimler var. TRSM’yi aynı zamanda bir eğitim birimi olarak da görmek gerekiyor”

b) TRSM’deki Mesleki Çalışmalarıyla İlgili Görüşleri

Katılımcı SP1, TRSM’de görevli bir psikolog olarak merkezdeki göreviyle ilgili; diğer meslek elemanlarıyla da ortak görev tanımlarının olduğunu, bu nedenle daha net görev tanımlamalarının yapılması gerektiğini ifade etmiştir.

(SP1) “...TRSM’de daha çok bütün meslek elemanları olarak ortak görevlerimiz var ama belki birazcık daha bunların netleştirilmesinde fayda var. Çünkü hepimiz vaka yöneticisiyiz, hepimiz aynı işlemleri yapıyoruz. Bunun dışında hepimizin yaptığı mesleki görevlerimiz de var. Vaka yöneticisi olarak psikologların, hemşire sıkışır vakasında psikolog görüşmesinin daha uygun olacağını düşünür, o noktada hastasının psikologla görüşmesini sağlayabilir. Ancak hem kendi hastalarını takip etmek hem vaka yöneticisi olmak hem de diğer meslek elemanlarının hastasını takip etmek zor olabiliyor. Vaka yöneticisinin sürekli merkezde duran hemşirelerden, bu süreci takip edebilecek kişilerden sağlanması, uygun ve gerekli yerlerde işin içerisine doktor, sosyal hizmet uzmanı ve psikoloğun girmesi durumunda tanımlar bence biraz daha net olacaktır.”

Katılımcı SP5, sosyal hizmet uzmanının TRSM’de yürüttüğü çalışmalara değinmiş; sosyal hizmet alanıyla alakalı net görev tanımlarının bulunmadığını,

TRSM’de hasta ve aileye yönelik çalışmalarını sürdürdüğünü, bu alanda kesinlikle bu mesleğin önemli olduğunu belirtmiştir.

(SP5) “...Buradaki hastaların toplum oryantasyonunun sağlanmasında ailelerin desteği çok önemli. Bununla alakalı çalışmaların daha yararlı olabileceğini düşündüm ve her şeyden önemlisi biz mesleki olarak daha çok beden, ruhen ve sosyal yönden tam bir iyilik hâli olarak tanımlanan sağlıkta bizim özellikle sosyal hizmet uzmanlarının sosyal sağlık açısından çok önemli olduğunu düşünüyorum. Biz daha çok mesleki olarak sosyal kısımla ilgileniyoruz ve ailelerle görüşürüz. Bir sorun çıktığında ailelerin nasıl davranması gerektiği ile alakalı görüşmeler yapıyoruz. Bu durumun onların hayatını çok değiştirdiğini düşünüyorum. ...Sosyal hizmet mesleği kesinlikle TRSM’lerde olmazsa olmaz mesleklerden bir tanesi bence.”

Katılımcı SP3, TRSM’de görevli bir psikiyatrist olarak merkezde hastaların ve ailelerin daha uzun süre görülebildiği, tedavi takibinin ve hastayı gözlemin daha rahat yapıldığını ifade etmiştir. Ayrıca TRSM’de muayene dışında eğitim, seminer vb. çalışmaların yapılmasının bu hizmet açısından daha kapsayıcı olduğunu ifade etmiştir.

(SP3) “...Toplum ruh sağlığı merkezinde faaliyet yürütmek her şeyden önce belki hekimin bunun bir ihtiyaç olduğunu düşünebilmesi ve bunu kabul etmesi ile mümkündür. Çünkü şunu biliyoruz ki modern sağlık anlayışı artık sadece bir şekilde hasta ile kısıtlı sürede temasını sürdürüp ki bu poliklinik koşullarında ve günümüzdeki sağlık politikaları nedeni ile ne yazık ki çok kısa bunun çok yetersiz olduğunu düşünüyorum. O anlamda da toplum ruh sağlığı merkezinde bu bireylere daha fazla, yeterince zaman ayrılması; başta söylediğim gibi aile bireyleri ile temas kurulması, tedavinin faydasını ya da yeterliliğini daha uzun süre gözlenebilmesi ya da bazen yürüttüğümüz seminerler, eğitim ve bilgilendirme faaliyetlerini düşündüğümüz zaman verilen hizmetin daha kapsayıcı olduğunu görüyoruz. Bakım verdiğimiz grupla ilgili örneğin ilk size geldiği zaman kendini ifade edemeyen ya da her konuşmada 3-5 kelime ile ifade eden hastalar oluyor. Bu hastaların tıbbi tedavi, sosyal, mesleki ya da iletişim becerileriyle ilgili bir süre toplum ruh sağlığı merkezinde takip edilmesinden sonra hastanın kendisini çok rahat ifade edebildiğini, hastalığını tanıdığını, bireyin hastalık ve tedaviden kaynaklı yan etkileri size bildirebildiğini görüyorsunuz. Hastayla birlikte onun tedavisini düzenlemeniz hem hekim olarak her şeyi bilen her şeyi yönlendiren her şeye karar veren pozisyonunuzdansa daha hastayla birlikte daha eşitlikçi olması gerektiği gibi bir hekim hasta ilişkisi sağladığını düşünüyorum.”

c) Mesleki Doyum

Araştırmaya katılan sağlık profesyonelleri TRSM’de hizmet sunumunda genel olarak mesleki doyum sağlayabildiklerini belirtmişlerdir. SP2, aldığı eğitimin

sınırlılığına göre TRSM’ de mesleki doyum sağlayabildiğini, daha detaylı eğitim almaları gerektiğini ifade etmiştir.

(SP2) “...Mesleki doyum sağlayabildiğimi düşünüyorum burada, çünkü dediğim gibi uzun süreli bir eğitim almadım. Ben bu mesleği nereye kadar yapabileceğimi, neler yaşayabileceğimi bilmiyorum. En azından uzun süreli bir eğitim alabilirdik.”

Katılımcı SP4, TRSM’de görevi gereği hastalara katkısının olduğu kadar burada çalışmanın kendisine de katkısının bulunduğunu dile getirmiştir.

(SP4) “...Toplum ruh sağlığı merkezinde hem kendi işimi hem de kendi işimin haricinde farklı şeyler yapabildiğimi düşünüyorum yani güzel ilişkiler anlamında da çok şeyler yapabildiğimi düşünüyorum.”

Katılımcı SP5, TRSM’de hastaların gerçek duygularını yansıttıklarını, hastalar mutlu olduğunda motivasyonunun arttığını ifade etmiştir.

(SP5) “...Onların hayatlarına ne katkıda bulunursanız, direkt geri alıyorsunuz çünkü ekstra bir perde maske kullanmıyorlar. Hakikaten yaptığınız çalışmayı beğeniyorlarsa gülümsüyorlar, beğenmiyorlarsa bunu açıkça belirtiyorlar bu çok önemli. ...Kişi ne kadar mutlu olursa, ona ne kadar yararlı oluyorsa yaptığınız çalışma, bu size mesleki tatmin sağlıyor.”

Katılımcı SP3, TRSM’de görevli bir hekim olarak hastaya uyguladığı tedaviyle var olan semptomlarının azalması, yeti yitimiyle kaybedilen bazı becerilerinin kazandırıldığını ya da iyileşmeler olduğunu görmenin mesleki doyum sağladığını belirtmiştir.

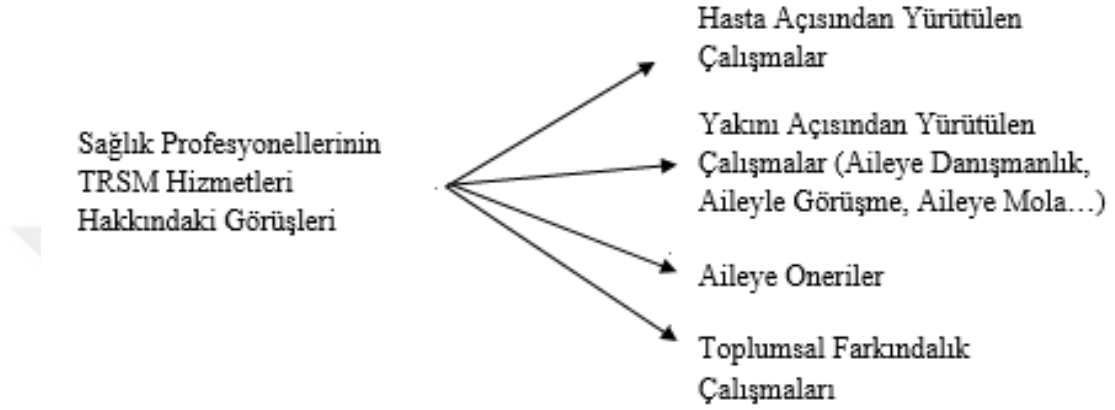
(SP3) “...Çünkü bir ya da iki bireyin bile şüphe ile ilgili hezeyanlarını azaltıyor olabilmek ya da şüpheden dolayı ikinci bir insanla temas kurmayan bu bireylerin tedavilerinde fayda görüp bunu ya ortadan kaldırılması ya da daha azaltılması sonrasında çok rahat sosyal grup içerisinde iletişim kurabildiklerini gördüğümüz zaman yaptığınız işin önemini belki tekrar tekrar test etmek açısından faydalı oluyor. Bu da sizi hekim olarak hem iyileştiren hem de yaptığınız işe olan saygınızı artıran bir şey. Hasta geri bildirimlerinden ya da kendi gözlemlerimizden gördüğüm için söylüyorum, hekim doyumunu da artıran bir şey olarak düşünüyorum.”

3.2.5. Sağlık Profesyonellerinin TRSM Hizmetleri Hakkındaki Görüşleri

Bu bölümde sağlık profesyonellerinin TRSM hizmetleri hakkındaki görüşleri temasının altında; hasta açısından yürütülen çalışmalar, yakını açısından yürütülen

çalışmalar, ailelere yönelik öneriler ve toplumsal farkındalık çalışmaları kodları bulunmaktadır. Sağlık profesyonellerinin TRSM hizmetleri hakkındaki görüşleri teması ve alt kodlarına şekil 10 da yer verilmiştir.

Şekil 10. Sağlık profesyonellerinin TRSM hizmetleri hakkındaki görüşleri teması ve alt kodlar



a) Hasta Açısından Yürütülen Çalışmalar

Katılımcı SP2, TRSM’de hastaların dışlanmadığını, sosyalleştğini, TRSM ekibi ve diğer hastalarla sohbet ettiklerini, çeşitli işuğraşı çalışmalarına katılarak beceri kazandıklarını, ailelere yönelik de paylaşım toplantılarının düzenlendiğini ifade etmiştir.

(SP2) “...Onlara da sonuçta değer verilmesi gerekiyor, dışlamamak lazım toplumdan. Bu hastalar toplumdan dışlandığı için toplumun hep farklı söylemleri olduğu için arkadaş grupları yok. Toplumdan dışlanmışlar, konuşabilecekleri ve dertleşebilecekleri ailelerinden başka kimseleri yok. Burada onlara yardımcı oluyoruz. TRSM ekibi ve diğer hastalarla sohbet ediyorlar, hastalarla arkadaşlık ilişkisi kuruyorlar. Farklı öğretmenler geliyor buraya halk eğitimden. İş uğraşı çalışmaları yapılıyor burada; dikiş-nakış, resim, ahşap boyama gibi kurslar açılıyor. Hastalarımız bu kurslara katılarak ürün yapıyorlar.”

SP3, hasta ve ailelerinin en çok etkilendiği konuların başında gelen damgalanmayla ilgili TRSM’de çeşitli çalışmaların yürütüldüğünü, hasta ve ailelerine de damgalanmayla ilgili bilgilendirme çalışmaları yapıldığını söylemiştir.

(SP3) “...Damgalama çalışmalarının bireylere yansması nasıl oluyor ya da oldu? Her şeyden önce hastalıklarıyla ilgili ruhsal sağlık profesyonellerinden daha doyurucu bilgi alma şansları oldu. Hasta ve ailesi hastalığın belirtileriyle ilgili nasıl önlem alabilecekleri ya da hangi durumlarda daha dikkatli olacaklarıyla alakalı bilgi sahibi oldular.”

SP4, TRSM'ye gelen hastalara yönelik onların sosyalleşmesini sağlayıcı, kaybedilen yetileri iyileştirici, sosyal ve temel yaşam becerilerini kazandırıcı çalışmalar sürdürdüklerini ifade etmiştir.

(SP4) “...Hasta geliyor, geldiği zaman orada çeşitli etkinliklerde bulunuyor, zamanını geçiriyor, çeşitli sosyal aktivitelere katılıyor, belirli alışkanlıklar kazanıyor yani kısacası elimizden geldiği kadarıyla topluma kazandırmaya çalışıyoruz bu hastaları.”

SP5, bu hasta grubunun TRSM'de hastalık konusunda iç gözü kazandığını, ilaç tedavisinin önemini kavradığını ve özbakım becerilerini öğrendiğini ifade etmiştir. Hastaların, TRSM'de hayatlarının değiştiğinin ve sosyal yönden gelişme sağladıklarını dile getirmiştir.

(SP5) “...Onlarla alakalı en önemli ilerleme; bir hastalığı kabul etme ve bununla mücadele etmeyi öğrendiler. İkinci ilaç kullanmazlarsa sorun yaşayacaklarını öğrendiler, üçüncüsü hijyenle alakalı her gün yapılan toplantılarda hemşire arkadaşların çalışmalarıyla onu oturtular. Aslında her şeyden önemlisi buraya geldiklerinde onların hayatları değişiyor; spor ve resim yapıyorlar, müzikle uğraşıyorlar, tiyatro ile uğraşıyorlar, film izliyorlar ve kitap okuyorlar onların hayatlarının değiştiğinin farkındalar. Sosyal yönden toplum ruh sağlığı merkezlerinin en büyük yararı bu. Hastalar beraber dışarıda buluşuyorlar, çay içiyorlar, vakit geçiriyorlar ve kendilerine bir grup oluşturuyorlar, bu onlar için çok değerli.”

b) Yakını Açısından Yürütülen Çalışmalar (Aileye Danışmanlık, Aileyle Görüşme, Aileye Mola...)

Ağır ruhsal hastalığı bulunan bireylerin çoğunluğu aileleriyle yaşamakta ve tüm zamanını beraber geçirmektedirler. Ağır ruhsal hastalıkların tedavisinde sağlık çalışanları, hasta ve aile işbirliği önemlidir. Hastalık ve hastalık semptomları, tedavi düzenliliği, TRSM'nin önemi hakkında ailelere eğitimler verilerek bilinçlenmeleri sağlanmaktadır. Aynı zamanda aile bireylerinin yalnız olmadıkları duygusu, bir sorun yaşadıkları zaman başvurabilecekleri, yardım alabilecekleri bir birimin olması, onlara baş etme mekanizması açısından oldukça yarar sağlamaktadır.

Katılımcı SP2, ailelerin hastanın ilaç ve uyku düzenine dikkat etmesi, alevlenme belirtileri fark ettiklerinde; TRSM personeliyle iş birliği sağlamalarının önemli olduğunu söylemiştir.

(SP2) “...En önemli olay hastaların ilaçlarını düzenli kullanmasıdır. Ailelerin hastaların uyku saatlerine ve özbakımlarına dikkat etmesi gerekiyor. Bir sıkıntı olduğunda personelle iletişim kurmaları ayrıca şiddet olduğunda neler yapmaları gerektiğini bilmeleri gerekiyor.”

Katılımcı SP1 psikolog olarak TRSM’ye devam eden hastaların ailelerini değerlendirdiğinde; sürekli hastasıyla beraber ve bakım veren rolünde olmaktan dolayı tükenmişlik yaşadıklarını, hastalarının TRSM’ye gelmesinin ailelerin kendileriyle ilgili özgürlük alanı oluşturmasını sağladığını belirtmiştir. Ayrıca TRSM’de hasta kadar ailesinin de sağlık profesyonelleriyle yeterince görüşme imkânı bulduklarını, ailelere de hastalık konusunda danışmanlık yapılması, hastalık konusunda eğitim verilmesi, ilaçların anlatılması, yakınlarıyla nasıl iletişim kurulması konusunda bilgi verilmesinin hasta ve ailesinin hayatını kolaylaştırdığını ve tedavi sürecini olumlu etkilediğini ifade etmiştir.

(SP1) “...Merkeze devam eden hastaların ailelerine baktığımızda; bu zamana kadar aileler sürekli hasta ile beraber olmanın vermiş olduğu tükenmişliği çok fazla yaşıyorlar. Kendilerine ait bir yaşamları yok, dışarı çıkamıyorlar, sürekli hastaya bağlı olarak kalıyorlar ama bu hastalar merkeze geldiklerinde hem hasta için bir özgürlük alanı, ailede bu noktada nefes alıp kendisine zaman ayırabiliyor ve hastasının ne kadar iyileştiğini görebiliyor. Biliyorsunuz ülkemizde poliklinik ortamlarında muayene olduğunuzda bu maalesef şartlar gereği çok uzun görüşemeyebiliyorsunuz. Polikliniğe giriyorsunuz, hastalığınızın ilacı neyse ya da o andaki şikâyeti neyse bununla alakalı bilgi verebiliyorsunuz, en fazla 5 ya da 10 dakika kalabiliyorsunuz doktorunuzun yanında o an ne anlatabilirsiniz ya da doktorunuz o anda size hangi çözüm yolunu bulabilirse onu uygulayabiliyorsunuz. İlaç tedaviniz destekleniyor ama bu hastalık hiçbir zaman tek başına ilaç tedavisi ile giden bir hastalık değil. O yüzden vaka yöneticileri önemli, merkezlere gittiğinizde ailenin kendi sıkıntısını anlatabileceği şeylere de çözüm bulunabiliyor ya da hastayla alakalı bireysel sıkıntılara da çözüm bulabiliyorsunuz. Merkezler hasta ve yakınının sıkıntılarının daha geniş zaman dilimlerinde konuşulabilmesi imkânı sunuyor. Bu nedenle hastaların ve ailelerin kesinlikle toplum ruh sağlığı merkezinden hizmet almaları gerektiğini düşünüyorum. En basitinden hastayla nasıl iletişim kurması gerektiği ya da bu hastalığın semptomlarının neler olduğu, hangi durumlarda bunların uyarıcı işaret olduğu,

hangi noktada hastasının alevlenmeye girdiğini öğrenmeleri için merkeze gelmeleri önemli.”

Katılımcı SP3, hasta yakınları ve topluma yönelik yapılan damgalanma çalışmalarıyla ilgili kendilerine olumlu geri bildirim verildiğini ifade etmiştir.

(SP3) “...Topluma yönelik bu hastalıkların ne olduğuyla ilgili buna damgalama da dâhil olmak üzere ya da nasıl yardımcı olunabileceği ile alakalı bilgilendirme faaliyetleri yapıldı. Bunlar şüphesiz hasta ve hasta yakınlarını etkiledi, bize olumlu olarak geri döndüler.”

Katılımcı SP4 ve SP5, ailelerin hastaları TRSM’de iken kendilerine vakit ayırabildiklerini, dinlenebildiklerini söylemişlerdir.

(SP4) “...Aile çocuğunu TRSM’ye gönderdiği zaman kafasında hiçbir soru işareti olmuyor, yakınının güvenilir bir yerde olduğundan emin oluyor. Kendisi nefes almış oluyor.”

(SP5) “...Toplum ruh sağlığı merkezi ailelerin hayatlarına çok büyük bir kolaylık sağlıyor. Ailelerin nefes almasından bahsetmiştik.”

c) Ailelere Yönelik Öneriler

Katılımcı SP1, hasta yakınlarına yapabileceği en önemli önerinin hastaların TRSM’ye devamı konusunda teşvik olduğunu, ailelerin merkezde yapılan eğitimlere katılım sağlamasıyla birlikte hastalık konusundaki bilgi düzeyinin artacağını dile getirmiştir.

(SP1) “...Ailelerle ilgili en önemli önerim hastalarını merkeze gitmeleri konusunda teşvik etmeleri olur. ...Bu ailelere verilen eğitimler çok önemli, özellikle bu merkezlerde uygulanan aile eğitimlerinin hastaların ailesine verebileceğimiz en güzel önerilerden olduğunu, muhakkak katılmalarının gerektiğini düşünüyorum. Ailelerin de kesinlikle toplum ruh sağlığı merkezinden hizmet almaları gerekiyor.”

Katılımcı SP2, ailelerin hastalarının tedavi uyumunun sağlanması, uyku hijyenlerine dikkat etmesi, özbakım becerilerini desteklemesi, ailelerin hastalık konusunda bilinçlendirilmesi gerektiğini söylemiştir. Ailelerin tedavi sürecinde aktif rol almaları gerektiğini ifade etmiştir.

(SP2) “...Hastaların ilaçlarını düzenli kullanması, artı uyku saatlerine ve özbakımlarına dikkat edilmesi gerekiyor. Aileler bilinçlendirilmeliler. Hastanın yapmış olduğu hareketleri keyfi olarak düşünüyorlar, hastalığın etkisi ya da kullandığı ilacın yan etkisi olabileceğini düşünemiyorlar. Bazı aileler hastanın yaşadığı durumdan bir habersiz yaşıyor.”

Katılımcı SP3, bu hasta grubuna bakım verme sürecinin çok uzun olması nedeniyle bir süre sonra bakım veren ailelerin tükenmişlik sonucu öfke yaşayabildiğini ifade etmiştir. SP3, ailelerin bir kısmının bu öfkeyi hastaya yansıttıklarını, bu nedenle ailelerin de TRSM'den hizmet alarak hastalık konusunda bilinçlenmesinin faydalı olacağını aynı zamanda bakım verenlerin de ruhsal iyilik hâlinin önemli olduğunu söylemiştir.

(SP3) “...Bakım veren aileler uzun süre bu hasta grubu ile beraber yaşamaktadır. Şunu çok iyi biliyorum, aile bir süre sonra ciddi anlamda bir tükenme bir öfke yaşayabiliyor. Hasta niye iyileşmiyor ya da niye bunlar daha kötüye gidiyorlar. Bunun sonucunda aileler hasta bireyleri toplumun dışında tutmak gibi bir anlayış geliştiriyor. Damgalanma ya da dışlanma bazen ilk önce ailede başlıyor. Bu aileler hizmet içi eğitim kapsamında dönem dönem TRSM'lere davet edilmektedir. Böylece gün içerisinde gözlem yapma, bu hasta grubundaki bireylerle zaman geçirme ve sağlık profesyonellerinden bu anlamda destek alabilme şansına sahip oluyorlar. Bazen bu hasta gruplarının yakınlarıyla birebir görüşme yapılıyor, bu da risklerin bir kısmını ortadan kaldırılabilmesini sağlıyor. Hasta yakınlarının hastalığı daha net tanıyor olması, belirtileri gözlemleyebiliyor olması, tedavi süreçlerine ortak katılmaları, tedavinin faydası açısından oldukça anlamlıdır. O anlamda tedaviye ortak olmalarını öneriyoruz az önce de söylediğimiz gibi hekim hasta ortak karar verdikleri gibi hekim, hasta yakını ve hasta üçlüsünün bu anlamda tedavi sürecine ortak olması tedavideki faydayı daha da artıracaktır. Aynı zamanda aile bireylerinin yalnız olmadıkları duygusu, bir sorun yaşadıkları zaman başvurabilecekleri yardım alabilecekleri bir birimin olması, onlara baş etme mekanizması açısından oldukça yarar sağladığını düşünüyorum. Bakım verenin bakımı dediğimiz müdahaleyle hasta yakınları öncelikle kendi ruhsal dayanıklılıklarını artırmak açısından bu merkezlerden fayda görebiliyorlar. Aynı zamanda da hastaya yönelik tedavi sürecine ortak olmak ve tedavi sürecini sahiplenebilmek için buradaki gözlemleri onlarda daha fazla farkındalık oluşturuyor.”

d) Toplumsal Farkındalık Çalışmaları

Ağır ruhsal hastalıklarla ilgili farkındalık oluşturmak amacıyla çalışmalar yapılmaktadır. Katılımcılar düzenlemiş oldukları farkındalık çalışmalarına yerel yöneticileri, kamu çalışanlarını, hastaların ailelerini, tüm halkı davet ettiklerini söylemiştir. Hasta ve yakınlarının damgalanma endişesi yaşadıklarını ifade etmişlerdir.

(SP2) “...Kumluca Kültür Merkezi'nde seminer de verdik; aile hekimlerini, kaymakamı, ilçede önde gelen kişileri, idarecileri, aileleri davet ettik. Bu çalışmayla hem TRSM'yi tanıtmayı hem hastalık hakkında bilgi vermeyi amaçladık. Tabii damgalama çok önemli, burada herkesin en büyük korkusu o.”

Katılımcı SP3, TRSM kapsamında yürüttükleri farkındalık çalışmalarını toplumun geneline yaydıklarını ifade etmiştir.

(SP3) *“Bu ruhsal hastalıkların toplum tarafından bilinmesi önemli, bununla ilgili faaliyetler yürütülüyor. Önemli günlerde bununla ilgili aile içi eğitimler ve seminerler yapılıyor. Çünkü bu toplum ruh sağlığı merkezleri; sadece hastalara değil, hasta yakınlarına yönelik çalışmalar sürdürmektedir. Hasta ve hasta yakınında damgalanmayla ilgili oluşturulmaya çalışılan anlayış değişikliğini toplumun geneline yaymaya çalıştık.”*

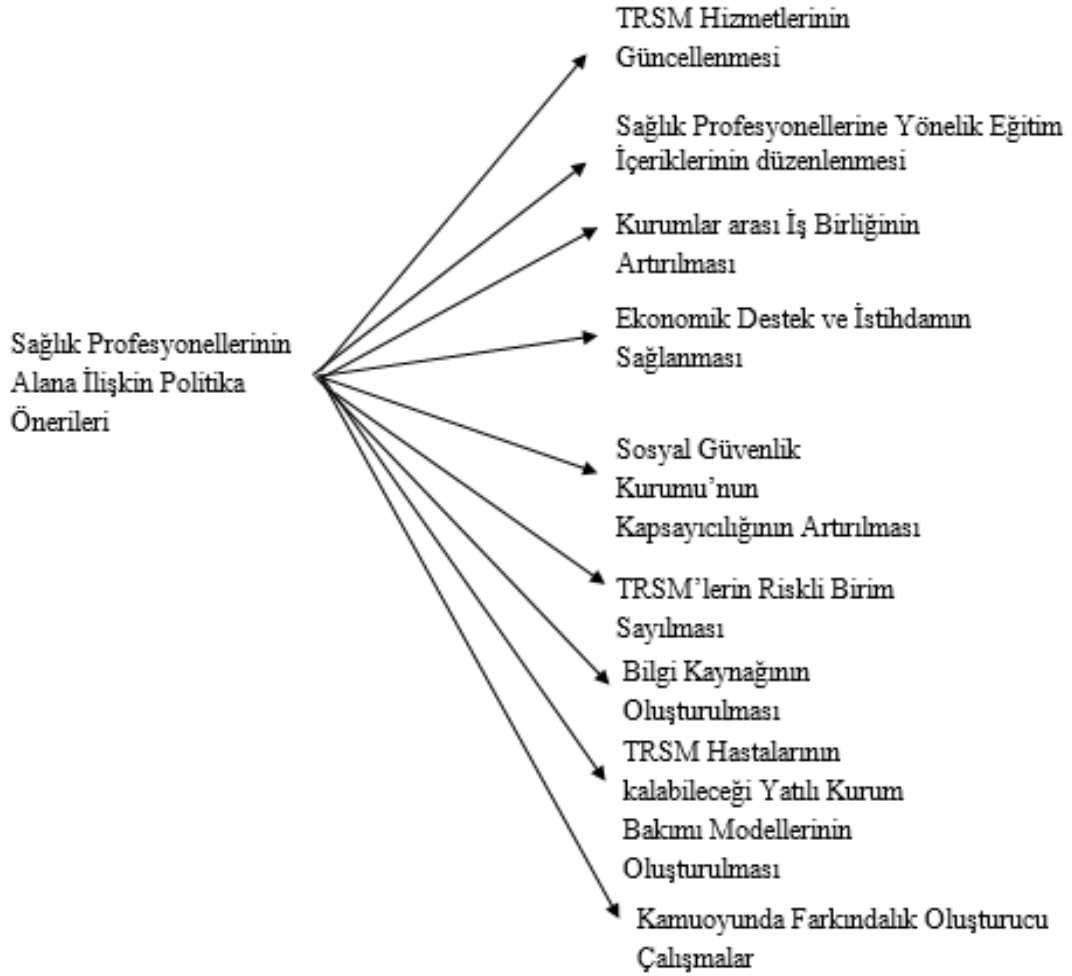
Katılımcı SP4 de damgalanma çalışmalarının önemine değinmiş, TRSM’ye devam eden hastaların toplumda damgalanmaya maruz kalmadan haklarından faydalanabilmeleri için çalışma yürüttüklerini ifade etmiştir.

(SP4) *“...Hastalarımızın öncelikle toplu taşımalarından ücretsiz faydalanmaları için engelli kimlik kartı çıkarılmasını sağladık. Ancak hastalarımız engelli kartını gösterdiklerinde şoförler bile hastalara senin ne engelin var ki diyerek tavır sergileyebiliyorlar. Toplumun bu hasta grubu hakkında bilinçlendirilmesine yönelik çalışmalar artırılmalıdır.”*

3.2.6. Sağlık Profesyonellerinin Alana İlişkin Politika Önerileri

Bu bölümde sağlık profesyonelinin alana ilişkin politika önerileri temasının altında; TRSM hizmetlerinin güncellenmesi, sağlık profesyonellerine yönelik eğitim içeriklerinin düzenlenmesi, kurumlar arası iş birliğinin artırılması, ekonomik destek ve istihdam sağlanması, sosyal güvenlik kurumunun kapsayıcılığının artırılması, TRSM’lerin riskli birim olarak sayılması, bilgi kaynağının oluşturulması, TRSM hastalarının kalabileceği yatılı kurum bakımı modellerinin artırılması, kamuoyunda farkındalık oluşturmaya yönelik çalışmalar yer almaktadır. Sağlık profesyonellerinin alana ilişkin politika önerileri teması kapsamında oluşturulan alt kodlar şekil 11’de gösterilmiştir.

Şekil 11. Sağlık profesyonellerinin alana ilişkin politika önerileri teması ve alt kodlar



a) TRSM Hizmetlerinin Güncellenmesi

Katılımcılar genel olarak TRSM şartlarının iyileştirilmesi gerektiğini, bu nedenle istenilen kalitede ve verimlilikte hizmetlerin sunulamadığını ifade etmişlerdir. Katılımcı SP1, TRSM biriminin de özel eğitim merkezleri gibi kısmen bağımsız birimler olarak hizmet vermesinin hizmet sunumu açısından daha yararlı olabileceğini düşündüğünü dile getirmiştir. Katılımcılar TRSM'deki görevli olan ekibin tam zamanlı olarak orada çalışmasının gerektiğini, iş yükünün fazla olmasının sunulan hizmetin verimini azalttığını ifade etmişlerdir.

(SP1) “...Gezici ekiplerin biraz daha aktif hale getirilmesi gerektiğini düşünüyorum mesela bizim merkezimizde biz çok sık gezici ekibe çıkamıyoruz çünkü bundaki en önemli sıkıntı meslek elemanlarının hep dönüşümlü çalışıyor olması. Meslek elemanlarının merkezde hep birer tane olması. Meslek elemanlarının sayısının artırılması gerekiyor ve kesinlikle personelin farklı birimlere bölünmemesi gerekiyor. Belki TRSM'ler özel eğitim merkezleri gibi ayrı binalarda, nasıl özel eğitim merkezlerinde sürekli orada öğretmenler var ve aynı

zamanda Milli Eğitim Bakanlığı'na bağlı çalışıyor. Sürekli orada bir ekip var hem eğitimsel anlamda hem de davranışsal anlamda eğitiliyor. Belki bir öneri olarak TRSM'lerin kısmen özel eğitim ya da özel tıp merkezleri gibi bir yapılanmaya dönüştürülmesinin faydalı olacağını düşünüyorum. Oraya ait bir ekip olacak ve o ekip hiçbir yeri takviye etmek zorunda kalmayacak, hep orada olacak ve gelen hastalar daha düzgün takip edilebilecek.”

Katılımcı SP2, bu hasta grubunun sürekli takip edilmesiyle, çok fazla yeti yıkımı ve bilişsel kayıplar olmadan müdahale edilmesiyle tedavi masrafının azaltılabileceğini, yatarak tedavi masraflarının ülke ekonomisine daha büyük yük oluşturduğunu ifade etmiştir.

(SP2) “...Ayaktan tedavi ve yatarak tedavi arasında maddi olarak büyük uçurum var. Biz bu hastaların yatışını ne kadar azaltırsak ülkeye olan tedavi maliyetini de azaltırız. Bu hasta ve aileleriyle iletişim kurarak, onların yatışını önleyebilecek eğitimlerle aileleri daha çok takip edersek, o hastaların yatışı daha da azalacaktır. Bu şekilde yatarak tedavi gören hasta maliyeti ayaktan tedavi için kullanılabilir.”

SP3, TRSM hizmetinin faydalı olmasına rağmen birçok eksiğinin bulunduğunu, çok yönlü müdahale için diğer kamu kurum ve kuruluşlarından da destek alınması gerektiğini belirtmiştir.

(SP3) “Bu hastalığın getirmiş olduğu bilişsel, eğitim, sosyal-ikili ilişkiler, evlilik hayatı ya da normal günlük yürüteceği faaliyetlerin yıkımı noktasında da hastalığın iyileştirilmesi için klinik ve farmakolojik tedavilerin dışında da bir sağaltımın olması gerekiyor. Türkiye'de tabii ruh sağlığı anlamında pek çok şey daha yeni düzenleniyor. Bu merkezlerle ilgili dönem dönem yönetmelikler ya da işleyişle ilgili faaliyet planlamaları yapılıyor bunlar yetersiz olmakla birlikte elbette ki sürdürüldüğü için oldukça anlamlı ama toplumla birlikte dediğimiz zaman bu tür merkezler sadece sağlık politikalarını yürüten birim tarafından değil, işte eğitim anlamında eğitim kurumlarıyla, halk eğitim kurumlarıyla, iş anlamında ya da bu insanların daha fazla dışarıda vakit geçirebilecekleri birimlerin oluşturulması, yerel yönetimler anlamında bu tür yapıların da desteğinin sağlanabileceği güçlü ve entegre bir politikanın belki hızlı bir şekilde hayata geçirilmesi noktasında bir faaliyet yürütülmesi gerekiyor diye düşünüyorum.”

SP4, TRSM imkânlarının artırılması ve merkeze gelen hastalarla ilgili daha detaylı çalışmalar yapılması, hastaların bağımsız şekilde yaşamlarını sürdürmesini sağlayıcı çalışmalara ağırlık verilmesi gerektiğini söylemiştir.

(SP4) “...TRSM binalarının bir standardının olması, atölyesinin, mutfağının, spor salonunun ve sinema salonunun bunların teker teker değerlendirilip o standarda göre

düzenlenmesi sağlanabilir. Bu anlamda güzel şeyler olabilir. Aileler olmadan bu kişiler hayatlarını nasıl devam ettirebilecek, bu konularda çalışmalar geliştirilebilir. TRSM'deki çalışmalar sürekli güncellenmelidir.”

SP5, TRSM’de görevli personelle ilgili mesleki standartların olmadığını, yapılan çalışmalarla ilgili çok fazla kayıt tutulmadığını, bu nedenle bütün meslek elemanlarının mesleki çalışma standartlarının belirli olması gerektiğini söylemiştir. TRSM’de pek çok konuda araç ve gereçlerin yetersiz olduğu bununla ilgili standartların olması gerektiğini bağış vb. yollarla araç gereç sağlandığını dile getirmiştir.

(SP5) “...Mesleki olarak standartlaşma yok maalesef. Yapacağımız işler neler olmalı? Ana hatları ile bunları yapmamız lazım. Mesela bir sosyal hizmet uzmanı TRSM alanında kaç grup çalışması yapmalı? Kaç kişisel görüşme yapmalı? Bunların raporları nasıl olmalı? Bunlarla alakalı bir çalışma yapılması lazım. Meslek standartları yokçünkü bazen duyuyorum hasta akşama kadar oturuyor, merkezde akşam geri geri gidiyor, bunu çözmek lazım. ...TRSM oluşturulurken standart araç gereç listesi hazırlanmalı, her TRSM’de bunlar sağlanmalı.”

b) Sağlık Profesyonellerine Yönelik Eğitim İçeriklerinin Düzenlenmesi

Katılımcılar ağır ruhsal hastalığı bulunan bireylerin hassas ve bilgi donanımı gerektiren bir grup olması nedeniyle bu alanda çalışanların eğitim ihtiyacının ivedi şekilde giderilmesinin öneminden söz etmişlerdir. TRSM’de görevli sağlık profesyonellerinin 3’ünün daha önceden bu alanla ilgili bilgisinin bulunmadığı, 2 personelin Sağlık Bakanlığı’nın düzenlemiş olduğu eğitime 3 yıldır katılamadığı öğrenilmiştir.

(SP1) “...Eğitimlerin online ya da yüz yüze de olsa devam etmesi gerekiyor. En azından şuan birinci eğitimi alanlar artık biz bunu aldık biliyoruz gibi düşünmüyorlar. Eksikliklerin olduğunu herkes biliyor. Bence bu noktada eğitimler devam ederse insanlar bildiklerinin üstüne yenilerini katabilirler.”

(SP3) “...TRSM çalışıyor olmakla ilgili gerekli eğitimlerin bu sağlık çalışanlarına yönelik hızlıca planlanıp verilmesi gerekiyor. Bu hizmete başlandığında alanda yetişmiş toplum ruh sağlığı felsefesi almış hazır sağlık çalışanı kitlemiz yoktu, zamanla bu eğitimler verildi ama yine de pek çok yerde bu eksikliklerin hızlıca giderilmesi lazım. Burada çalışan ya da çalışacak olan sağlık personeli kadrolarının hasta ve bölge bazlı düşünüldüğünde yeterli düzeyde olması gerekiyor. Personelin yeterli olmaması durumunda TRSM’de görevli sağlık çalışanlarının zamanla tükenmesine de yol açar. Çünkü tek bir psikoloğun tek bir sosyal hizmet uzmanının bir hemşirenin ya da tek bir hizmetlinin haftanın 5 gününün çok kalabalık

çok hareketli olan bir toplum ruh sağlığı biriminde çalışması bir süre sonra bu kişide hem tükenmeye hem öfkeye hem de yaptığı işe yabancılaşmaya yol açacaktır.”

(SP4) “...Toplum ruh sağlığı merkezi ekiplerine aşamalı olarak eğitimler düzenlenebilir. Hizmet içi eğitimlerin sık ve planlı bir şekilde düzenlenmesi, 6 ayda ya da 3 ayda bir yapılması lazım. Türkiye’de ve dünyada bu alanda ortaya çıkan gelişmelerden haberdar olunması gereklidir. TRSM’de daha farklı neler yapılabilir, ekip olarak bunların konuşulması ya da bakanlıkta bunun geliştirmesiyle alakalı yeni programlar düzenlenebilir.”

(SP5) “...Şu an modül oluşturulur, internetten otursunuz ve çalışabilirsiniz, modüller de kontrol edilir. O modülleri geçenler TRSM’de çalışmaya başlayabilir, böyle bir ara çözüm üretilebilir. İnternet ortamında eğitimler verilebiliyor.”

c) Kurumlar Arası İş Birliğinin Artırılması

Toplum ruh sağlığı modelinde sadece sağlık ayağıyla değil, tüm kamu kurum ve kuruluşlarıyla iş birliği ile hastaların desteklenmesi gereklidir. Çünkü hastalara bütüncül bir destek sağlanmaya çalışılmaktadır. Bu nedenle TRSM hizmet sunumunda kurumlar arası koordinasyon önemlidir. Katılımcı SP1, SP2 ve SP3 kurumlar arası koordinasyon hakkında aşağıdaki açıklamaları yapmıştır;

(SP1) “...Toplum ruh sağlığı merkezlerindeki kurumlar arası işbirliği olmazsa olmazlardandır. Belki bunun ayaklarının daha sağlam olması konusu iyileştirilebilir. Özellikle bu noktada iller çok sıkıntı yaşamıyorlar ama biz ilçe toplum ruh sağlığı merkezi olarak il merkezinde olmadığımız için çok fazla sıkıntı yaşıyoruz. Yıl içerisinde bir ya da iki kez kurumlar arası işbirliği için toplanıyoruz ama bunun daha aktif olabilmesi için belki daha sık belki daha belirleyici toplantılar yapılabilir bence.”

(SP2) “...Belediyeler de bu hastalara ulaşım konusunda kolaylık sağlayabilir.”

(SP3) “...Birçok çalışma sempatik kanallarla, ikili ilişkilerle sürdürebiliyor. Belki bununla ilgili rollerin daha çok netleştirilmesi, yönetmeliklerin Sağlık Bakanlığı dışında; sosyal hizmetler gibi diğer bakanlıklarla ortak çalışmalarla çıkartılarak, bu konuda temas kurulacak olan kişilerin belli olması ya da birimlerin belli olması hem hizmet çeşitliliğini ve renkliliği artıracaktır hem de ortaya çıkabilecek bürokratik engellerin ortadan kaldırılmasına yardımcı olacaktır.”

d) Ekonomik Destek ve İstihdam Sağlanması

Katılımcılar tarafından hastaların istihdamıyla birlikte ekonomik destek sağlandığı ayrıca bu durumun mesleki rehabilitasyonlarına katkı sağladığı ifade

edilmiştir. İstihdamın sağlanamadığı ailelerin, ekonomik yardımlarla desteklenmesinin ailelerin refah seviyesini iyileştireceği düşünülmektedir.

(SP2) “...Ayrıca psikiyatri hastalarının part-time çalışabilecek iş imkânları olursa kamuda, çalışan hastanın zihni de boş kalmayacak bu onun tedavisine katkı sağlayacaktır ve ekonomik anlamda zor durumda olan ailelere destek olacaktır.”

(SP3) “...Ailelerle ilgili aynı zamanda bu insanların çoğu iş gücü kaybı anlamında sıkıntı yaşamaktadırlar. Her ne kadar hastaların bazen engelli kadrolarında ya da İŞKUR birimi üzerinden istihdamı belli bir ekonomik kazanç sağlasada çok yeterli olmamakla birlikte bunlarla ilgili faaliyet alanlarında düzenlemeler yapılarak genişletilmesinin faydalı olacağını düşünüyorum.”

(SP4) “...Ekonomik anlamda belki destek olunabilir. Aileler çocuklarına, yakınlarına daha iyi bakabilsinler, onları daha iyi şartlarda yetiştirebilsinler.”

e) Sosyal Güvenlik Kurumu’nun Kapsayıcılığının Artırılması

Ailelerin ekonomik sorunları nedeniyle hastanın ilaç kullanımının ve doktor kontrollerinin aksaması, hastalığın süregenleşmesine ve alevlenme dönemlerine neden olabilir. Katılımcılar TRSM hastalarının kullandıkları ilaçların pahalı olduğunu, bazı hastaların sosyal güvencelerinin olmadığını bu nedenle ilaçlarını almakta güçlük yaşadıklarını söylemişlerdir.”

(SP2) “...Toplum ruh sağlığı merkezi üyelerinin sosyal güvenceleri olmuyor bu nedenle de ilaç alma konusunda, TRSM’ye gelip gitme konusunda sıkıntı yaşıyorlar. Bu hasta grubuna yönelik sosyal güvenlik konusunda bir iyileştirme yapılabilir.”

(SP4) “...Hastaların ilaçlarını temin etmeleri konusunda destek alınabilir, kullandıkları ilaçlar gerçekten pahalı olan ilaçlar, belki bunlarla alakalı çalışma düzenlenebilir.”

f) TRSM’lerin Riskli Birim Olarak Sayılması

Katılımcıların bir kısmı TRSM’de sağlık profesyonellerinin doğrudan hastaların akut alevlenme dönemleri ile karşı karşıya kaldıklarını, hastaların ne tepki vereceğini önceden tahmin etmenin mümkün olmadığını, ev ziyaretlerinde güvende hissetmediklerini ifade etmişlerdir. Sağlık Bakanlığı tarafından TRSM’lerin riskli alan olarak görülmediği ve ücret yönünden personelin desteklenmediğinden söz etmişlerdir.

(SP1) “...Toplum ruh sağlığı merkezlerinin kesinlikle riskli birimler olarak değerlendirilmesi, ekonomik anlamda çalışan personele yönelik çalışmaların yapılması gerektiğini düşünüyorum.”

(SP2) “...Ayrıca toplum ruh sağlığı merkezinde çalışan ekibe ekonomik olarak daha iyi şartlar sağlanabilir. Çalışan personelin motivasyonu artırılabilir.”

(SP4) “...TRSM ekiplerinin ekonomik olarak desteklenmesi konusunda çalışma yapılabilir.”

g) Bilgi Kaynağının Oluşturulması

Katılımcı SP5, TRSM’de hizmet sunarken ihtiyaç duyulan bilgi kaynaklarının kısıtlı olduğunu, merkezler arası vaka paylaşım gruplarının oluşturularak bilgi paylaşımının olabileceğini söylemiştir.”

(SP5) “...Bir rehber hazırlanabilir burada ne yapacaksın?Şöyle bir şey olabilir bir bülten hazırlanarak bir elektronik dergi sadece TRSM için örnek vakaların tartışıldığı, örnek projelerin paylaşıldığı, belki böyle elektronik bir dergi çıkarılırsa çok faydalı olabilir. Her ay bir TRSM bir vaka paylaşacak. Bu vakaya yönelik neler yapıldı? Neler planlandı? Neler gerçekleştirildi? ...Bir bilgi havuzu olsa buraya gelen kişiler ondan faydalanarak kendi donanımların artırabilirler.”

h) TRSM Hastalarının Kalabileceği Yatılı Kurum Bakımı Modellerinin Artırılması

Katılımcı SP5 bu hasta grubunun kalabileceği yatılı kurum bakım imkânlarının geliştirilmesi gerektiğini ifade etmiştir.

(SP5) “...Yatılı bakım çok önemli hepsi için değil de bazı hastalar var hakikaten hiç kimse yok. Bazı hastaları yerleştirebileceğimiz hizmet modeli ya da uzun süre tutabileceğimiz bir hizmet modeli yok. Rehabilitasyon merkezleri var yatılı olan, onlar da daha çok sağlık bakımı gibi devam ettiriliyor. ...Bizim toplum ruh sağlığı köyleri kurmamız lazım.”

I) Kamuoyunda Farkındalık Oluşturmaya Yönelik Çalışmalar

Yapılan görüşmeler damgalamayla mücadelede toplumla çalışmanın önemli bir yeri olduğunu göstermektedir. Katılımcılar merkezin tanıtımı ve toplumdaki ön yargıların yok olmasında topluma yönelik yapılan çalışmaların etkili olduğuna değinmişlerdir.

(SP2) “...Ayrıca bu hastaların TRSM’ye gelmesini önleyen en önemli unsurlardan bir tanesi de damgalanmadır. Damgalamayla ilgili daha detaylı kampanyalar yapılarak, bu merkezler ve hastalıklar halka duyurulmalıdır.”

(SP4) “...Toplum ruh sağlığı merkezinden bile haberdar olmayan aileler var. Aile hekimlikleri olabilir, farklı yerler olabilir. Aile hekimleri ile iletişime geçerek bu şekilde değerlendirmeler yapılabilir, erişim çok önemli. Toplumsal algıyı değiştirebilmek adına

damgalanmayla alakalı belki medya da kullanılarak bu grubun toplumda daha rahat bulunması, bu gruba nasıl davranılması gerektiği hususunda güncel politikalar düzenlenebilir.”



4. TARTIŞMA

Araştırmanın bu bölümünde, TRSM'den hizmet alan ağır ruhsal hastalığı bulunan bireylerin bakım verenleri ve TRSM'de sağlık hizmeti sunan sağlık profesyonelleriyle yapılan görüşmeler sonucunda elde edilen bulgular, literatürde bulunan bilgiler doğrultusunda desteklenerek tartışılacaktır. Araştırma kapsamında elde edilen bulgular hasta yakınları ve sağlık profesyonellerinin deneyimleri ve görüşleri olarak 2 farklı bölümde değerlendirilecektir.

4.1. Bakım Verenlerin Bakım Verme Deneyimleri

Ailelerin bakım verme deneyimleri temasının altında; fiziksel, ruhsal-duygusal, ekonomik, sosyal izolasyon, manevi deneyim, toplumsal rol, aile içi iletişim, aile içi çatışma, gelecek kaygısı, yakınların profesyonel destek ihtiyacı ve yakınını kurum bakımına vermek isteme kodlarına yer verilmiştir. Araştırmaya katılan ailelerin tamamına yakınının fiziksel olarak etkilendiği özellikle uykusuzluk ve yorgunluktan söz ettiği görülmüştür. Bakım verenlerden 1'i yaşadığı zorlu olay neticesinde erken menopoza girdiğini belirtmiştir. Bakım verenlerden süreci yönetmekte güçlük çektiği için 1'inin alkol; 3'ünün ise sigara kullanımını artırdığı görülmüştür. Gallagher ve Mechanic (1996: 1691-1692) çalışmasında stres ve sağlık arasındaki bu bağlantı değerlendirilmiş; bir hanede ruhsal hastalığı olan üyeye yaşayan bireyler için daha fazla risk altında olduğu, daha kötü genel fiziksel sağlık deneyimi beklenebildiği, ruhsal hastalığın şiddeti veya yıkıcılığının, hasta olmayan aile üyelerinin sağlığı üzerinde olumsuz etkileri olabildiği belirtilmiştir. Ortaya çıkan hastalık, bakıcının günlük yaşamı, fiziksel sağlığı gibi duygusal refahı üzerinde de önemli bir etkiye sahiptir (Mishravd., 2016: 26). Ağır ruhsal hastalığı bulunan bireye sürekli bakım verme durumu bir süre sonra büyük stres kaynağı hâline gelmektedir. Hasta yakınları bakım verme sürecinin uzaması, hastalığın getirdiği yeti yitimi ile tükenmişlik yaşayabilmekte ve buna bağlı tepkisel durumlar ortaya çıkabilmektedir. Tel ve Ertekin Pınar (2013: 151)'in çalışmasında ağır ruhsal hastalığı bulunan bireylerin primer bakım verenlerinde depresyon ve tükenmişlik yaşandığı; tükenmişlik ve depresyon arasında yakın ilişki bulunduğu görülmüştür. Araştırmaya katılan bakım verenlerin ruhsal ve duygusal olarak bakım verme sürecinde ağlama isteği ve sinirlilik yaşadığı, bazılarının ise yaşadığı gerginliği diğer aile üyelerine yansıttıkları görülmüştür. Hastalığın semptomları, kronik

olması olması, tedavinin uzun sürmesi ve diğer stres faktörlerine bağlı olarak bakım verenler profesyonel desteğe ihtiyaç duymaktadırlar. Bakım verenlerden 4'ü daha önce psikiyatri ilacı kullandığını şuan ilacı bıraktığını, diğer 4'ü hâlâ psikiyatri ilacı kullanmaya devam ettiğini, 3'ü ise destek almaya ihtiyacı olduğunu düşündüğünü ancak almadığını ifade etmiştir. Bakım verme süreciyle ilgili olarak; hastaneye yatışı, tedavi hizmetleri, ilaç kullanımı, kişisel masraflar, özel sağlık hizmetlerinden faydalanma, hastanın üretkenliğinin kaybolması, profesyonel olmayan tedavi için ödenen ücretler, hastanın borç edinmesi ve hastaya bakım verme nedeniyle çalışamama sonucu bakım verenler ekonomik güçlük yaşamaktadırlar. Elde edilen bulgular değerlendirildiğinde; bakım verenlerin 2'sinin yakınının hastalık nedeniyle çalışmadığı, 6'sının tedavi masrafları, 3'ünün kişisel masrafları, 2'sinin hastaya bakım vermenin işlerini etkilemesi, 2'sinin hastanın borç edinme davranışının olması ve 3'ünün profesyonel olmayan desteğe başvurmalarının kendilerini ekonomik yönden olumsuz etkilediği görülmüştür. Yapılan bir araştırmada aile bireylerinin, ruhsal hastalıkta en çok ekonomik anlamda yük hissettiklerini bildirdikleri görülmüştür (Nars ve Kausar 2009; Akt. Güvenç, 2020: 59). Ayrıca ağır ruhsal hastalığı bulunan bireyin yeti yitimi nedeniyle çalışamaz hâle gelmesinin yol açtığı gelir kaybı, kronik sağlık sorunları, tedavi masrafları bakım verenler için zorlayıcı bir durum olarak karşılırlarına çıkmaktadır (Gülseren vd., 2010: 204). Ağır ruhsal hastalığı bulunan bireyler zamanlarının çoğunu evde geçirmekte ve primer bakım verenin de hastanın yanında kalması nedeniyle sosyal hayatı kısıtlanmaktadır. Ayrıca hastalık semptomları nedeniyle olumsuz duygular hissettikleri için ailelerin bir kısmı kendisini ve bakım verdiği hastayı yaşanan çevreden izole etmektedir. Bakım verenlerden 3'ünün hastalık semptomları nedeniyle çevreye uyum sağlayamadıkları, 4'ünün içe kapanma yaşadığı, 4'ünün stigmaya maruz kaldığı, 3'ünün sürekli hastaya bakım vermekten dolayı sosyal aktivitelere katılamadığı tespit edilmiştir. Saruç ve Kaya Kılıç (2015: 67) tarafından yapılan araştırmada hastaların çevreyle olan ilişkilerine bakıldığında %61,4'ünün arkadaşlarının olmadığı ve komşularıyla görüşmedikleri tespit edilmiştir. Araştırmaya katılanların geneli yakınlarından birisinin ruhsal hastalığı bulunmasını manevi boyutta anlamlandırmaktadır. Manevi anlamlandırmanın baş etme mekanizması olarak kullanıldığı görülmüştür. Bakım verenlerin 9'unun hastalığı “manevi olarak sınav/hediye” şeklinde anlamlandırdıkları; 2'sinin “nazar inanışıyla” ilişkilendirdiği

görülmüştür. Yaşanılan toplumun geleneksel özellikleri bakım verenin belirlenmesinde etkili olabilmektedir. Genellikle primer bakım veren rolünü ailedeki kadınların üstlendiği görülmüştür. Araştırmaya katılan bakım verenlerden 14'ü kadın 7'si erkektir. Ayrıca ebeveyn boyutunda değerlendirildiğinde 21 hasta yakınından 15'i çocuğuna, 4'ü kardeşine, 2'si eşine bakım vermektedir. Araştırmanın bulgularında da görüldüğü gibi bakım verenlerin büyük çoğunluğu kadındır. Tüm dünyada kadınlar, ruhsal hastalara ve yaşlılara, kronik tıbbi durumları veya engeli olan bireyler için bakım sağlayıcı rolündedir (Gruneir vd., 2013; Akt. Tanrıkulu, 2019: 10). Toplumsal cinsiyet bakış açısının baskın olduğu toplumlarda kadınların ev içi işler ve bakım verme sorumluluklarının daha yoğun olduğu; ağır ruhsal hastalığı bulunan bireye bakım vermenin kadınlara hem öznel hem de nesnel yük getirdiği düşünülmektedir (Akgül Gök, 2017: 435). Saruç ve Kaya Kılıç (2015: 63)'ın araştırmasında şizofreni hastalarının beraber yaşadıkları kişiler incelenmiş, hastaların %53,1'inin ebeveynleriyle, %22,9'unun ise özel bakımevinde kaldığı görülmüştür. Evli olup eşiyile beraber yaşayanların oranı %11,4 ve tek başına yaşayanların oranı ise %4 bulunmuştur. Ailedeki ruhsal hastalık bazı durumlarda aile fertlerinin birbirine daha çok bağlanarak destek sunmasını sağlamaktadır. Diğer aile bireyleri hasta olan bireye destek olmaya çalışmaktadır. Katılımcıların bir kısmı aile içi iletişimlerinin güçlü olduğunu belirtmiştir. Bazı ailelerde de hastalık ve hastalık semptomları nedeniyle çatışma durumunun olduğu, ailenin genel uyumunun bozulduğu görülmüştür. Bakım verenlerden 5'i ailede çatışma yaşandığını, 2'si hastaya aynı evde bakım vermekten dolayı diğer aile üyeleriyle tartıştığını söylemiştir. Danacı vd. (2005) tarafından gerçekleştirilen çalışmada ailenin iletişimindeki işlev bozukluğu ile hastaların kişilerarası ilişkiler, sosyal etkinlikler alanlarındaki işlev bozukluğunun ilişkili olduğu bulunmuştur (Akt. Duman Çetinkaya ve Bademli, 2013: 83). Pazvantoğlu vd.(2014: 59)'de yaptığı çalışmada bakım verme işlevinin bakım verenlerde en fazla yarattığı yükün, ruhsal gerginlik ve özel yaşamlarında bozulma olduğu tespit edilmiştir. Yapılan görüşmelerin tamamına yakınında en çok karşılaşılan durumlardan birisi bakım verenlerin hastalarıyla ilgili yaşadıkları gelecek kaygısıdır. Bakım verenlerin hastalarının geleceği, kendileri yaşlanınca ya da vefat edince hastaya kimin bakım vereceğiyle ilgili kaygılandıkları görülmüştür. Bakım verenlerin 7'sinin sosyal desteklerinin olmadığını kendilerinin vefat etmesi halinde hastaya kimin bakacağıyla

ilgili endişe yaşadıkları ayrıca 2'sinin de böyle bir durumda hastanın kurum bakımına verilmesi gerektiğini düşündükleri görülmüştür. Yapılan görüşmelerde bakım verenlerin 7'sinin annelik rolünün de etkisiyle çocuklarının gelecekte evlenme durumlarıyla ilgili hastalık nedeniyle evlenip evlenemeyecekleri, çocuklarının evlenmesini istedikleri ancak tüm bu durumun onların kaygılarını artırdığı tespit edilmiştir. Bakım verme sürecinin uzaması, alevlenme dönemleri vb. nedenlerle hasta yakınları zorlandıkları dönemlerde hastalarını kurum bakımına vermek istediklerini ifade etmişlerdir. Bakım verenlerin 3'ü yakınlarını kurum bakımına vermek istediklerini bununla ilgili girişimlerinin olduğunu sonra vazgeçtiklerini söylemiştir.

Hastalık semptomlarıyla ilgili deneyimler temasının altında; bilgi eksikliği, hastalık semptomları, alevlenme dönemi ve hastalığın kötüye gideceği endişesi, para yönetimini bilmeme, kaybolma endişesi, fiziksel şiddet, diğer hastalarla karşılaştırma, genetik yatkınlık ve yakınlarla ilgili beklentilerin kaybolması bulunmaktadır. Bakım verenler hastalığın gidişi, tedavi süreci hakkında yeterli bilgiye sahip olmama, sonraki süreci öngörememe nedeniyle sorunlar yaşayabilmektedir. Bakım verenlerin 7'si bilgi eksikliği nedeniyle özellikle hastalık hakkında bilgi sahibi olmadıkları için zorlandıklarını ifade etmişlerdir. Bakım verenler hastalık ve hastalık semptomlarına bağlı bakım verme sürecinde zorluk yaşamaktadırlar. Şizofrenide taşkınlık belirtileri (beynin işlevselliğinde aşırılaşma ya da çarpıtma); varsanılar, sanrılar, dağınık düşünce ve konuşma, dağınık davranıştır. Şizofrenide yoksunluk belirtileri (beynin işlevselliğinde azalma ya da kaybolma); düşünce fakirleşmesi, duygulanımda bozulma, irade/istek azalması, zevk almada azalma, hareketlerde yavaşlama, dikkat sorunları, bellek sorunlarıdır (Yıldız, 2005: 40). Şizofren hastaya bakım verenlerin 3'ü pozitif belirtiler nedeniyle, 2'si pozitif belirtilere bağlı şiddet davranışı, 3'ü ise özbakım yetersizliği nedeniyle sorun yaşadığını ifade etmiştir. Bipolar bozukluğu olan hastalara bakım verenlerin 1'i sanrı ve hezeyanlar, 2'si manik dönem belirtileri, 2'si depresif dönem belirtileri, 3'ü hastalık semptomların bağlı fiziksel şiddet davranışından dolayı güçlük yaşadığını ifade etmiştir. Bakım verenlerden 8'inin yakınının hastalığının kötüye gideceği, alevlenme/atak dönemi, hastanın ajite olması endişesi yaşadıkları görülmüştür. Bakım verenlerden 4'ünün hastalarının para yönetimini bilmemesi nedeniyle zorlandıkları görülmüştür. 8 hasta yakınının da hasta bireyin kaybolabileceği, olumsuz olaylar yaşayabileceği endişesi yaşadıkları görülmüştür. Ağır ruhsal hastalığı bulunan

bireylerin tedavisiz kalmalarıyla birlikte daha fazla yeti yıkımı oluşmaktadır. Hastalık semptomlarının etkisiyle bazı hastalar fiziksel şiddet uygulamaktadırlar. Tedavi uyumuyla hastalık semptomları yatıştırıldığında fiziksel şiddet davranışı da azabilir, ortadan kalkabilir. Ağır ruhsal hastalığı bulunan bireyler ve fiziksel şiddetle ilgili yaygın bir inanış bulunmaktadır. Bu nedenle hastalar toplum tarafından ciddi düzeyde stigmaya maruz bırakılmaktadır. Bu konuyla ilgili daha fazla çalışma yapılmasına ihtiyaç vardır. Tedaviyle birlikte hastalık semptomlarının azalması, fiziksel şiddet riskini azaltmaktadır. Bakım verenlerden 6'sı yakınlarının geçmiş dönemde tedavisiz kaldığını, fiziksel şiddet içeren davranışlarının bulunduğunu, 1'i alevlenme döneminde fiziksel şiddet uyguladığını söylemiştir. Bakım verenlerin 1'i de hasta oğlunun eşyaları kırdığını, diğer aile fertleri tarafından hasta olan oğluna karşı fiziksel şiddet uygulandığını söylemiştir. Aileler hastalık ortaya çıktığında yeni duruma adapte olarak yaşamlarını sürdürmeye çalışmaktadır ancak ailelerin bir kısmı bunu sağlamakta güçlük yaşamaktadır. Bakım verenlerden 7'si hastalarını diğer hastalarla karşılaştırmışlardır. Baş etme yöntemi olarak bakım verdikleri hastalarının durumunu daha kötü olan diğer hastalarla karşılaştırarak iyi hissetmeye çalıştıkları görülmüştür. Yapılan görüşmelerde diğer aile üyelerinde psikiyatrik hastalık varlığı sorgulanmış; araştırmaya katılan bakım verenlerden 1'i geçmişte ailede bir şizofren hastasının daha olduğunu, 3'ü ise diğer aile fertlerinde de bipolar bozukluğun olduğunu söylemiştir. Kronik ruhsal hastalık nedeniyle genel olarak bakım verenlerin yakınlarıyla ilgili gelecek beklentilerinin yok olduğu, bu nedenle üzüntü yaşadıkları görülmüştür. Araştırmaya katılanlarda bu durum en çok ebeveynlerde görülmüştür. Bakım veren ebeveynlerden 5'i çocuklarıyla ilgili gelecek beklentilerinin kaybolduğunu, onlarla ilgili kurdukları hayallerin gerçekleşmeyeceğini bilmenin onları üzdüğünü belirtmiştir. Bakım verenlerden 1'i bu hastalık durumunun kendisine daha çok güvenmesini sağladığı söylemiştir. Bakım veren yükü, içerisinde hüznü barındırmaktadır. Hayaller, beklentiler, umudun yitirilmesi ve her yinelemede çaresizliğin yeniden ortaya çıkması bu hüznün sebebi olmaktadır (Ceco ve Çakın Memik, 2017: 20). Ağır ruhsal hastalığı bulunan bireyler toplumda damgalanan grupların başında gelmektedir. Hasta ve aile çevreden çekindikleri için tedaviye başvurmakta gecikebiliyorlar. Bakım verenlerden 7'si çevre tarafından stigmaya maruz bırakıldıklarını, 2'si direkt maruz kalmadıklarını ancak yapıldığını düşündüklerini, 1'i kızına bakmadığını söylediklerini kendisine suçlayıcı dil

kullandıklarını, 2'si kızlarının evlenmemesiyle ilgili soru sorduklarını, kendilerinin de stigmaya maruz kalmamak için hastalığı gizlediğini ifade etmişlerdir. Bakım verenlerden 5'i ise çevrenin tepkisini umursamadığını önceliğinin yakının sağlığı olduğunu söylemiştir. Ruhsal hastalıklara yönelik damgalanmanın, ruhsal hastalığı olanlar ve yakınlarının yaşam standartlarında ciddi etkisi bulunmaktadır. Hasta birey hakkında toplum tarafından sosyal olarak kabul edilemeyeceğine ilişkin tutumlar ve ön yargılar bulunmaktadır. Psikiyatri hastası etiketi çoğunlukla bu hastaların tedavilerinde çok büyük bir engeldir (Avcil vd., 2016: 175).

Tedaviyle ilgili deneyimler temasının içerisinde; tedavi uyumsuzluğu, profesyonel tedavi ve desteğe karşı profesyonel olmayan destek arayışı (hacı-hoca vb.), adli olay, raporla ilgili sorunlar bulunmaktadır. Bakım verenlerin 7'si hastasının tedavi uyumsuzluğunun (özellikle farmakolojik tedavi uyumsuzluğu) olduğunu, 3'ü yakınının sık sık doktor değişikliği yaptığını, 2'si de TRSM'ye düzenli gitmediğini belirtmiştir. Hastalık inkârı, bilgi eksikliği, iç görü eksikliği ve ilaç yan etkileri tedavi uyumsuzluğunun sebeplerinin başında gelmektedir (Dikeç ve Kutlu, 2014: 144). Ailelerin genelinin hastalık ortaya çıktığında profesyonel tedaviye karşı profesyonel olmayan tedavi (hacı/hoca) arayışına girdiği görülmüştür. Bakım verenlerden 7'sinin profesyonel olmayan tedaviye başvurduğu, 2'sinin hacı hocaya gitmenin yakınlarının durumunu kötüleşmesine yol açtığını düşündüğü, 2'sinin de hiçbir zaman hocaya gitmediği öğrenilmiştir. Sarıkoç vd. (2015: 35-36)'nin araştırmasında; araştırmaya katılan hasta yakınlarından % 40'ının bakım verdiği hastası için tıbbi tedavi dışındaki uygulamalara başvurduğu, bu bireylerin %89,3'ünün geleneksel dini yaklaşımları tercih ettiği belirtilmiştir. Ruhsal hastalıkların kronikleşme eğilimlerinin yüksek olması ve bazı ruhsal hastalıkların nedeninin açıklanamaması; Türk toplumunun kültürel yapısı ve dini inançlarına paralel olarak toplumun bu hastalıkları kötü ruhlara, mistik güçlere bağladığı ya da kaderci yaklaşımlarda bulunabildikleri bilinmektedir. Katılımcılardan bazıları yakınlarının bakım verme sürecinde adli olay yaşadığını ifade etmiş, bu olayların bir kısmının da aile içi tartışmalar sonucu ortaya çıktığı görülmüştür. Katılımcılardan 6'sı yakınlarının adli olay yaşadığını, 3'ünün aile içi tartışma sonucu yaşandığını ifade etmişlerdir. Ağır ruhsal hastalığı bulunan bireylerle ilgili elde edilen bir diğer bulgu hastalığın düzeyinin; tedavi uyumuna ya da hastalığın dönemlerine göre değişmesi ayrıca dışarıdan görünen fiziksel bir sağlık probleminin bulunmaması

nedeniyle sağlık kurulunda sorun yaşanmasıdır. Katılımcılardan 3'ü hastalarının sağlık kurulu raporuyla ilgili sorun yaşadıklarını ifade etmişlerdir.

TRSM ile ilgili deneyimler temasının altında 2 ana kod ve onlara bağlı alt kodlar oluşturulmuştur. Hastayla ilgili deneyimler ana kodunun altında; tedaviye uyum, özbakımda artış, iletişim, özgüven artışı, üretkenlik, sosyalleşme, TRSM'ye başlarken ve devam ederken yaşanan güçlükler yer almaktadır. Bakım verenlerle ilişkin deneyimler kodunun altında; mola verebilme ve yaşam kalitesinin artması, TRSM ve sağlık profesyoneline güven bulunmaktadır. Yapılan görüşmelerde bakım verenlerin geneli hastasının TRSM'ye devam ettiği dönemde tedavi uyumunun arttığını belirtmiştir. Ayrıca hastaların TRSM'de fiziksel sağlık durumlarının da takip edildiği görülmüştür. Ağır ruhsal hastalığı bulunan bireylerin hareketlerinin yavaşlaması ve hastalık semptomları nedeniyle özbakımla ilgili sorun yaşadıkları görülmüştür. Hastaların TRSM'ye düzenli devam etmeleri orada yapılan çalışmalara katılmaları halinde özbakımları artmaktadır. Bakım verenlerin 10'u hastalarının özbakımlarının arttığını, 2'si yakınının dişlerini hâlâ fırçalamadığını, 1'i de tırnak bakımının yetersiz olduğunu ifade etmiştir. Bakım verenlerden 1'i de yakınının TRSM'ye 6 ay devam ettiğini, covid salgınından sonra gidemediğini bu nedenle özbakımında gelişme olmadığını belirtmiştir. Ağır ruhsal hastalığı bulunan bireyler; hastalığın semptomları nedeniyle iletişim kurabilme, sürdürme, iletişim kuralları vb. konularda sorun yaşamaktadırlar. Bakım verenlerden 8'i yakınlarının TRSM'de iletişimlerinin geliştiğini söylemişlerdir. TRSM'lerde grup tedavisinin uygulandığı şizofreni hastalarında yaşam kalitesinde düzelme, iletişim kurma becerilerinde iyileşme, hastalık belirtilerinde iyileşme saptanmıştır (Üçok, 2002; Akt. Güvenç, 2020: 13). TRSM'de yapılan sosyal beceri eğitimleri, grup çalışmaları, iş uğraşı çalışmaları ve diğer rehabilitasyon çalışmalarıyla hastaların iletişimlerinin geliştiği özgüvenlerinin arttığı görülmüştür. Bakım verenlerden 7'si yakınlarının TRSM'ye gittikten sonra özgüveninin arttığını söylemiştir. Ağır ruhsal hastalığı bulunan bireylerde diğer beceriler gibi hastalıkla beraber ev işi, mesleki vb. becerilerde de kayıplar yaşanmaktadır. Ensari vd. (2013: 110)'nin çalışmasında Bolu TRSM'de bireysel görüşmeler, grup çalışmaları (ruhsal eğitim), aile eğitimi, toplumsal beceri eğitimlerinin yanında müzik, resim, el sanatları, trikotaj, okuma, öykü yazımı gibi iş uğraşı çalışmalarının yapıldığı belirtilmiştir. TRSM'de hastaların becerilerini geliştirici çalışmalar yapılmaktadır. Bakım verenlerin 12'si yakınlarının TRSM'de

katıldıkları iş uğraşı çalışmalarıyla birlikte üretkenliklerinde artış olduğunu söylemiştir. TRSM’de yapılan tüm çalışmalar hastalık semptomları nedeniyle iletişim kurmakta zorlanan, kendilerini toplumdan izole ederek yaşamlarını sürdüren hastaların sosyalliklerini artırmaktadır. Sosyal beceri eğitimleri, sosyal kültürel aktivite, iş uğraşı terapileri yapılmaktadır. Bakım verenlerden 12’si yakınlarının TRSM’de sosyalleştiğini ifade etmiştir. Hasta yakınları TRSM’de hastalarının dışlanmadığını belirtmişlerdir. Yapılan görüşmelerde tespit edilen bir diğer durum, bakım verenlerin genelinin kendilerinin ve hastalarının ilk başta TRSM’ye karşı önyargılı olmasıdır. Hastaların TRSM’ye başlaması ve devam etmesi konusunda güçlük yaşanmaktadır. Bu güçlüklerin başında çevre tarafından stigmaya maruz kalma endişesi gelmektedir. Bakım verenler’in 4’ü hastasının TRSM’ye karşı önyargılı olduğunu, 1’i kendisinin önyargısının olduğunu, 1’i hastanın oradaki faaliyetlerden sıkıldığını, 2’si ulaşımda sorun yaşandığını, 2 hasta yakını da kadın erkek karma hizmet sunulması nedeniyle ilk başta önyargılarının olduğunu ifade etmiştir. Güvenç (2020: 57)’in çalışmasında hasta yakınları tarafından merkeze devam etmemenin nedenlerinden birisinin oraya çok ağır hastaların gittiğinin düşünülmesi ayrıca merkeze gidince çevre tarafından damgalamanın artacağı ve hastalığın alevleneceği korkusu tespit edilmiştir. TRSM’ler takip edilen hastaların yanı sıra, hasta yakınlarında gözlemlenen veya ifade edilen psikiyatrik veya sosyal destek ihtiyacıyla ilgili çözümler üretir, yönlendirmelerde bulunur (Gültekin, 2019: 14). Bakım verenlere yönelik hastalık, hastalık semptomları, hastayla iletişim, tedavi süreci vb. konularda eğitimler düzenlenmektedir. Araştırmaya katılan aileler, hastaları TRSM’ye gittiğinde rahat hissettiklerini ve sağlık profesyonellerine güvendiklerini ifade etmişlerdir. Katılımcıların bir kısmı hastaya ve kendilerine ilgili davrandıklarını, yardım ettiklerini söylemişlerdir. Bakım verenlerden 13’ü TRSM’ye ve sağlık profesyonellerine güvendiklerini, bunu ifade ederken hastalarının da merkeze olan güveninin bu durumu etkilediğini belirtmişlerdir.

Bakım verenlerin politika değerlendirmeleri ve önerileri temasının altında ailelerin verdiği cevaplara göre 5 kod oluşturulmuştur; farkındalık çalışmaları, TRSM hizmetlerinin geliştirilmesi, tedavi seçeneklerinin artırılması, ekonomik yardım ve istihdam sorunu, yatılı kurum bakımı modellerinin geliştirilmesi, yakınların politika değerlendirmeleri ve önerileridir. Bu araştırmanın en önemli amaçlarından birisi katılımcıların bu alanla ilgili deneyimlerinden yola çıkarak politika değerlendirmeleri ve

önerilerini tespit etmektir. Bakım verenler özellikle ağır ruhsal hastalıkların bilinmediğini, kamu kurum ve kuruluşlarında dahi hastalığın bilinmemesinden dolayı güçlük yaşadıklarını bu konuda farkındalık çalışmaları yapılması gerektiğini belirtmişlerdir. Yakınlara hastalıkla en doğru başa çıkma yöntemleri hakkında bilgi verilmesi bakım verenlerin yaşamlarını kolaylaştıracaktır (Köroğlu ve Hocaoglu, 2019: 300). Soygür (2016: 1)'ün çalışmasında toplumda ruhsal hastalıklara bağlı damgalanma ile mücadele kapsamındaki çalışmaların yetersizliğinden söz edilmiştir. Katılımcılar TRSM'de verilen hizmetlerin iyi olduğunu düşünmekle birlikte fiziki koşullar, verilen hizmetler vb. konularda eksikliklerin bulunduğunu çalışmaların revize edilmesi gerektiğini belirtmişlerdir. Bakım verenlerden 2'si fiziki koşulların iyileştirilmesi, 1'i oradaki çalışmaların geliştirilmesi, 1'i ailelere de danışmanlık hizmeti verilmesi, 1'i yakınların sağlık çalışanlarının gözetiminde istihdam edilmesi, 2'si TRSM'lerin çoğaltılması gerektiğini söylemiştir. Ayrıca katılımcılar tarafından ailelerle bilgi paylaşım toplantılarının yapılması ve kadın erkek ayrı hizmet verilmesi gerektiği belirtilmiştir. TRSM'lerde ailelere yönelik duygu ve deneyim paylaşımı toplantılarının artırılması ayrıca ailelere yönelik bu hastalıkla yaşama konusunda detaylı eğitimler verilmesi önemlidir. Bakım verenlerden 4'ü özellikle hastaların alevlenme/atak dönemlerinde yatışının yapılabileceği psikiyatri servislerinin yetersiz olduğunu söylemiştir. Tedavi seçeneklerini yetersiz buldukları görülmüştür. Türkiye'de ruh sağlığı hastalarının daha uzun süreli tedavisinin sağlanabileceği psikiyatri yatağı oldukça azdır. Genel hastanelerdeki psikiyatri servislerindeki yatak sayısının artırılması ayrıca ruhsal hastaların uzun süre kalabileceği yatılı bakım evlerinin geliştirilmesi gereklidir (Songur vd., 2017: 287). Bakım verenlerin bir kısmı ekonomik yardım ve istihdam alanında değerlendirme yapmıştır. Bakım verenler özellikle ihtiyacı olanlara ekonomik yardım ve hastalarına yönelik istihdam olanaklarının artırılmasına yönelik önerilerde bulunmuşlardır. Bakım verenlerin 4'ü ekonomik yardım, 2'si hastaların istihdamı konusunda öneride bulunmuştur. Ağır ruhsal hastalığı bulunan bireylerin istihdamının sağlanmasında, topluma kazandırılmalarında ve sosyal işlevselliğinin artırılmasında merkezin sunduğu hizmetler önemlidir (Ensari vd., 2013: 112). Işık vd.(2019: 401)'nin çalışmasında da bu hasta grubunun işe kabul edilme konusunda da çeşitli güçlüklerle karşılaştıkları; engelli kadrosunda çalıştırılmak için genellikle fiziksel engelli kişilerin tercih edildiği tespit edilmiştir. Ağır ruhsal hastalığı bulunan bireylerle

çok uzun süre beraber olmanın, onun bakımını sürdürmenin, hastanın tedavisiz kaldığı ya da tedavi uyumsuzluğunun olduğu dönemlerde ailelere yatılı kurum bakımı hizmetini düşündürdüğü görülmüştür. Katılımcılardan 3'ü hastaların bazı durumlarda yatılı kurum bakımı hizmeti almaları gerektiğini söylemiştir. .

4.2. Ağır Ruhsal Hastalığı Bulunan Bireylerle Çalışan Sağlık Profesyonellerinin Deneyimleri

Sağlık çalışanlarının TRSM'ye yönelik görüşleri temasının altında TRSM'ye karşı ön yargı; hastane ve TRSM'yi karşılaştırma kodları bulunmaktadır. Araştırmaya katılan sağlık profesyonellerinin 2'sinin önceden TRSM ve ağır ruhsal hastalığı bulunan bireyler hakkında bilgisinin olmadığı görülmüştür. Sağlık profesyonelleri ağır ruhsal hastalığı bulunan bireylerin hastaneden ve TRSM'den aldığı hizmetleri karşılaştırmış, TRSM'de hasta ve hasta yakınıyla daha detaylı görüşmelerin yapılabildiğini, hastalık öyküsünün yeterince alınabildiğini söylemiştir. Yapılan görüşmelerde hastanede diğer hastalarla yapılan poliklinik çalışmalarına göre uzun süre TRSM'de ağır ruhsal hastalığı bulunan bireylerle çalışmanın daha tüketici olabileceği belirtilmiştir. Sağlık profesyonelleri ağır ruhsal hastalığı bulunan bireylerin hastaneden aldığı sağlık hizmeti ile TRSM'den aldığı sağlık hizmetini değerlendirmiştir. Bu değerlendirme sonucunda; hastanın hastanede hizmet alırken daha sınırlı bir sürede görülebildiğini ancak TRSM'de hem hastanın anamnezinin daha detaylı alınabildiği hem de hastayla ve ailesiyle daha uzun görüşmelerin yapılabildiği ve hastanın birebir takip edilebildiği görülmüştür. Şahin ve Elboğa (2019: 432)'nin çalışmasında TRSM'lerde standart muayeneye kıyasla, fonksiyonel ve klinik sonuçlarda daha fazla gelişme sağlandığı, psikoz ve duygudurum bozuklukları yönünden ekip çalışması uygulandığı belirtilmiştir. TRSM'nin sunduğu hizmet modelinin ağır ruhsal hastalığı bulunan bireylere, yakınlarına ve topluma birçok faydası bulunmaktadır. Bu hizmetlerin toplum geneline yaygınlaştırılması ve herkesin faydalanması toplum ruh sağlığı açısından önemlidir (Saruç ve Kaya Kılıç, 2015).

TRSM'de çalışırken yaşanan güçlükler temasının altında 3 ana koda yer verilmiştir; ağır ruhsal hastalığı bulunan bireylerle çalışıyor olmanın getirdiği sorunlar, fiziki yetersizlikler ve sağlık profesyoneli ile ilgili sorunlardır. TRSM'de çalışan sağlık profesyonelleri ağır ruhsal hastalığı bulunan bireylerle çalışırken karşılaştıkları

güçlüklerle ilgili oluşturulan 5 alt kod içerisinde; ikna ve iletişim, damgalanma endişesi, hastalığın semptomlarıyla ilgili yaşanan sorunlar, TRSM görevinin mesai dışına taşması, gezici ekipte yaşanan sorunlar yer almaktadır. Ağır ruhsal hastalığı bulunan bireylerin büyük çoğunluğu hasta olduklarını kabul etmezler, aile fertleri de stigma korkusundan veya utandıkları için bir tedavi kurumuna başvurma konusunda çekimserdirler (Saylavcı, 2014; Akt. Güvenç, 2020: 57). Katılımcıların geneli ağır ruhsal hastalığı bulunan birey ve ailesiyle çalışırken ikna ve iletişim konusunda sorun yaşadıklarını; yeni hasta ve ailelerini TRSM'ye davet ve merkezde sürdürülen çalışmalara dâhil etmeye çalışırken bir dirençle karşılaştıklarını belirtmişlerdir. Özellikle hasta ve ailelerinin damgalanma kaygısı nedeniyle TRSM'ye gelmek ya da ailesi tarafından gönderilmek istenmediği görülmüştür. Avcı vd. (2016)'nin çalışmasında da hastaların damgalama korkusu, sosyal ortamlarda kaygı yaşama ve ulaşım sorunu nedenleri ile merkeze gelmedikleri belirtilmiştir.

Araştırmaya katılan sağlık profesyonellerinden 3'ünün bu alanda deneyimlerinin olmadığı, alanla ilgili bilgi ve beceriyi merkezde kazandıkları görülmüştür. Hastalık ve semptomları nedeniyle azalan özbakımla ilgili sorun yaşadıkları, en çok alevlenme döneminde olan hastayla çalışırken zorlandıkları görülmüştür. TRSM'de mesai saatinin dışında da oranın iş takibinin devamının söz konusu olduğu görülmüştür. Katılımcılar tarafından gezici ekip sırasında; akut/alevlenme döneminde olan veya uzun süre tedavisiz kalmış hastayla karşılaşıldığında o an nasıl müdahale edilmesi gerektiğiyle ilgili bir hekim ya da bir güvenlik desteğine ihtiyaç duyulduğu ifade edilmiştir. Meslek elemanlarının sayısının yetersiz olması, merkezde çalışan personelin yeterli eğitime sahip olmaması, TRSM'de hizmet sunumunu güçleştirmektedir (Arslan Delice, 2017). Oral ve Tuncay (2012: 108)'in çalışmasında da psikiyatri alanının sürekli gelişime açık olması nedeniyle klinisyenlerin sürekli güncel çalışmalarla desteklenmesi gerektiği belirtilmiştir. Katılımcıların hepsi TRSM binasının uygun fiziki şartlara sahip olmadığını, verilen hizmetin kalitesinin artırılması için bu şartların iyileştirilmesi gerektiğini ifade etmiştir. Merkez binasının kapasitesinin artırılmasında daha geniş arazi içinde olması daha merkezi bir yerde olunması gerekliliği belirtilmiştir. Yapılan bir araştırmada, TRSM yönetmeliğine göre ihtiyaç duyulan fiziksel koşulların asgari gereksinimlerinin karşılamadığı ortaya çıkmıştır. Aynı çalışmanın bulgularına göre; TRSM'lerin sahip olduğu mekânlarla, kayıtlı hastaların ancak %13'lük kısmının

ihtiyaçlarına cevap verilebilmektedir. Mekânın yetersiz olması nedeniyle verilen hizmetin kalitesinin azaldığı tespit edilmiştir (Açık Etike, 2018). Araştırma bulgularına göre rehabilitasyon çalışmaları için yeterince araç ve gereç olmadığı tespit edilmiştir. Katılımcılar merkeze ait bir aracın olmaması nedeniyle yapılan gezici ekip sayısının ihtiyacı karşılamadığını ve ev ziyaretlerinin TRSM'nin en temel çalışmalarından olduğunu, hastaların ev ve aile ortamında görülemediği bilgisi verilmiştir. Merkeze yeni hasta kaydetmede en aktif yöntemin ev ziyaretleri olması nedeniyle hasta sayısının artmasında da sorun yaşandığı görülmüştür. TRSM'de yapılan ev ziyaretlerinin amacı hasta ve ailesini ev ortamlarında gözlemlemek veya takip etmektir (Aslantaş, 2009). Yapılan gezici ekiplerle aile ve hastanın ihtiyacı olan müdahaleler yerinde ve hızlı sunulmaktadır (Kaya Kılıç, 2019: 191). Sağlık profesyonelleriyle de ilgili sorunlar yaşandığı görülmüştür. Katılımcılar TRSM Uygulama Yönergesi'ne göre bulunması gereken tüm personelin merkezde görevlendirilmediğini, ekip olarak hizmet verilmediğini, bu nedenle TRSM'de ekip çalışmasında problem yaşandığını söylemişlerdir. Saruç ve Kaya Kılıç (2015: 57-85) çalışmalarında merkezde multidisipliner ekip anlayışı çerçevesinde; psikiyatrist, sosyal hizmet uzmanı, psikolog, hemşire ve usta öğreticilerin (halk eğitim merkezi öğretmenleri) görevli olduğunu belirtmişlerdir. Katılımcılar, TRSM ekip üyelerinin farklı birimlerde de görevli olması nedeniyle TRSM'de verilen hizmetlerin aksadığını, bu nedenle TRSM çalışmalarına yeterli zaman ayrılamadığını ifade etmişlerdir. Katılımcıların birden fazla birimde görevli olması sonucu zihin yorgunluğunun oluştuğu, zihinlerinin bölündüğü görülmüştür. Karakaş vd.(2017: 47)'nin çalışmasında Sağlık Bakanlığı bünyesinde acil ve yoğun bakım hemşireliği gibi ruh sağlığı alanında da sertifika programlarının düzenlenmesi ve eğitim alan çalışanların hastanelerde ilgili birimlerde görevlendirilmesinin sağlanması önerilmiştir. Katılımcılar tarafından özellikle eğitim konularının yetersiz olduğu, bakanlığın düzenlediği teorik eğitimin geliştirilmesi gerektiği, TRSM'de hâlâ ilk eğitimi almayan 2 personelin bulunduğubelirtilmiştir. Verilen eğitimlerin içeriğinin (alevlenme dönemi, hastalık semptomları vb.) geliştirilmesi ve zenginleştirilmesi gerektiği vurgulanmıştır. Bu çalışmaların yapılması durumunda TRSM hizmet sunumunun kalitesi, hasta ve aileye sağladığı fayda artacaktır. Yapılan farklı çalışmalarda da bakım verenlerin ve yakınlarının hastalık ve hastalık semptomları hakkında genel bilgiler, iletişim ve sosyal ilişkiler kurma, hastalık

belirtileriyle baş etme, günlük yaşam becerilerini geliştirme konularında eğitime ihtiyaç duydukları ve eğitimleri almalarının tedavi yönünde fayda sağlayacağı belirtilmiştir (Bademli ve ark, 2016: 6; Babacan Gümüş, 2006: 29). Görüşme yapılan sağlık profesyonellerinin 4'ü, TRSM'nin riskli birim olarak görülmediğini belirtmiştir. TRSM'de çalışmanın sağlık profesyonellerine performans konusunda herhangi bir katkısının olmamasının personelin motivasyonunu olumsuz şekilde etkilediği görülmüştür. Soygür (2016: 2)'ün çalışmasında da merkezlerde görevli sağlık profesyonellerinin ek ödemeleriyle ilgili mevcut durumun alanda çalışanları mağdur ettiği, bu alanda çalışanların ağır ruhsal hastalığı bulunan bireylerin akut alevlenme dönemleri ile karşı karşıya kaldığı, güvenlik riski yaşadığı belirtilen personelin, maddi anlamda da desteklenmemesinin ve performanstan yararlanamıyor olmasının motivasyonlarını olumsuz etkilediği belirtilmiştir. Sağlık profesyonelleri halk eğitim merkezinden gelen öğretmenlerle ilgili sorun yaşandığını; TRSM alanında bilgilerinin olmaması nedeniyle onların ön yargılı davrandıklarını, onlara da eğitim verildiği ayrıca halk eğitim merkezlerinden TRSM'ye yeterince öğretmen görevlendirmesi yapılmadığı belirtilmiştir. TRSM'lerde ücret yetersizliği, eğitim eksikliği, personelin yerinin sürekli değiştirilmesi, çalışanlarda tükenmişliğe da motivasyon kaybına neden olmaktadır (Attepe Özden ve İçağasıoğlu Çoban, 2018: 191-192). TRSM konusunda yeterli eğitimi almayan ekibin, TRSM'de görevlendirilmesi sağlık hizmeti sunumunda büyük sorunlara yol açabilmektedir. Tüm bunlar yürütülmeye çalışılan hizmetin kalitesini düşürmektedir (Karasu ve Can Saka, 2015; Bilge vd., 2016: 4).

Sağlık profesyonellerinin TRSM'deki deneyimleri temasının altında; fiziksel deneyim, ruhsal-duygusal deneyim, sosyal deneyim ve manevi doyum bulunmaktadır. Katılımcıların genelinde TRSM'de çalışırken fiziksel ve çoğunlukla zihinsel yorgunluk yaşadıkları ve özellikle alevlenme, atak dönemlerinde TRSM'de çalışmanın daha stresli olduğunu düşündükleri görülmüştür. Ancak ruhsal ve duygusal anlamda daha çok etkilendikleri bu alanda çalışırken özellikle diğer sağlık çalışanları tarafından kendilerini işe yaramaz hissettirici tutumlarla karşılaştıkları görülmüştür. Arkan vd. (2011: 229)'nin sağlık alanında eğitim alan öğrencilerin ve sağlık personelinin ruhsal hastalıklara karşı tutumlarında son 10 yılda bir değişiklik olmadığı, reddeden ve dışlayan tutumlarının devam ettiği; ülkemizde sağlık çalışanlarının üniversite eğitim programlarına ruhsal hastalıklar, damgalanma konularının eklemesinin

önerildiği görülmüştür. Ayrıca katılımcılar tarafından ağır ruhsal hastalığı bulunan bireylerle uzun süre çalışmanın, merkez ekibinde duygusal yorgunluğa bağlı olarak tükenmişlik oluşturabileceği belirtilmiştir. Bunlara rağmen hastaların tedavilerindeki gelişmeyi gördüklerinde motivasyonlarının arttığı belirtilmiştir. Ağır ruhsal hastalığı bulunan bireyleri tedavi etmenin, toplum tarafından dışlanan ve korkulan bir grupta çalışmanın ve başarı elde etmenin motivasyon sağladığı görülmüştür. Sağlık profesyonellerinin ağır ruhsal hastalığı bulunan bireylerle sosyal anlamda paylaşımda bulunabildikleri görülmüştür. Katılımcılar bu hasta grubuyla çalışmanın kendilerini manevi anlamda iyi hissettirdiğini ve hayata olan bakış açılarını değiştirdiğini söylemiştir. TRSM'lerin yönetsel ve mali olarak hastanelerle ilgili bir kuruma bağlanmış olması hem ilkesel olarak çelişki yaratmakta hem de mali olarak pek çok soruna yol açmaktadır (Soygür, 2016: 2).

Sağlık profesyonellerinin TRSM'deki rol, sorumluluklar ve görüşleri temasının altında; rol ve sorumluluklar, TRSM'deki mesleki çalışmalarıyla ilgili görüşler ve mesleki doyum kodları bulunmaktadır. Bu bölümde TRSM'de çalışan sağlık profesyonelleri kendi meslekleriyle ilgili TRSM'de sürdürdüğü çalışmalarından bahsetmişlerdir. Görev ve sorumluluklarını açıklarken ortak görevlerden de söz etmişlerdir. Her mesleğin kendi görev ve sorumluluklarıyla beraber, TRSM personelinin ortak görevleri bulunmaktadır. Yapılan görüşmelerde TRSM'de ortak görevlerin bulunduğu daha net görev tanımlarının yapılması gerektiği görülmüştür. TRSM'de sunulan hizmetin kalitesinin geliştirilmesi için eğitimlerin içeriğinin ve sıklığının artırılması gerektiği görülmüştür. Araştırmaya katılan sağlık profesyonellerinin TRSM'de hizmet sunumunda genel olarak mesleki doyum sağlayabildikleri; hastaya yapılan müdahale sonucunda hastalığın semptomlarındaki iyileşmeyi görünce mesleki doyum sağlayabildikleri görülmüştür. Bu alanda meslek tanımlarının eksik olması, personel ek ödemelerinin ve personel eğitimlerinin yetersiz olması, TRSM hizmetlerinin verimini ve kalitesini azaltmaktadır (Attepe Özden ve İçağasıoğlu Çoban, 2018).

Sağlık profesyonellerinin TRSM hizmetleri hakkındaki görüşleri temasının altında; hasta açısından yürütülen çalışmalar, yakını açısından yürütülen çalışmalar, ailelere öneriler, toplumsalfarkındalık çalışmaları kodları bulunmaktadır. Katılımcılar ağır ruhsal hastalığı bulunan bireylerin TRSM'de dışlanmadığını, sosyalleştiklerini,

hastaların becerilerini geliştirmeye yönelik çalışmalar düzenlendiğini belirtmişlerdir. Attepe Özden ve İçağasioğlu (2018: 193)'nin çalışmasında da sağlık profesyonellerinin TRSM'lerin hastane yatış oranını azaltma, damgalamanın önlenmesi, toplumsal bütünleşme konularında faydalı ve etkili çalışmaların olduğunu belirttikleri görülmüştür. Ensari vd. (2013: 112)'nin çalışmasında TRSM'de sunulan hizmetlerin hastaların yaşam kalitesi, genel ve sosyal işlevselliğinin belirgin olarak artırdığı; yeti yitiminin de önemli derecede azalttığı bulgusuna ulaşılmıştır. Katılımcılartarafından ağır ruhsal hastalığı bulunan bireylerin çoğunluğunun aileleriyle yaşadığı ve tüm zamanını beraber geçirdikleri, hastalık nedeniyle içsel damgalanma yaşadıkları, bu nedenle toplumdan izole oldukları, sosyal faaliyetlere katılım sağlayamadıkları belirtilmiştir. Ağır ruhsal hastalıkların tedavisinde sağlık çalışanları, hasta ve aile işbirliği önemlidir. Ailelere ağır ruhsal hastalık, semptomlar, tedavi, hastalarla iletişim vb. konularda eğitimler verildiği; merkeze geldiklerinde kendilerini yalnız hissetmedikleri, merkez çalışanlarından kendileri için de destek aldıkları görülmüştür. Lasebikan ve Ayinde (2013: 139)'nin çalışmasında da şizofreni hastalarının aileleri ve bakıcıları için psikoeğitim programları ve psikososyal destek gibi diğer müdahaleleri gerektiği bildirilmiştir. Katılımcılar tarafından TRSM'ye devam eden hastaların aileleri değerlendirildiğinde; sürekli hastasıyla beraber ve bakım veren rolünde olmaktan dolayı tükenmişlik yaşadıkları, hastalarının TRSM'ye gelmesinin ailelerin kendileriyle ilgili özgürlük alanı oluşturmasını sağladığı belirtilmiştir. Katılımcıların ailelere yapılacak en önemli önerinin hastalarını TRSM'ye devamı konusunda teşvik olduğunu, ailelerin merkezde yapılan eğitimlere katılım sağlamasıyla birlikte hastalık konusundaki bilgi düzeyinin artmasının hastaya katkı sağlayacağını, ailelerin hastalarının tedaviye uyumunun sağlanmasında önemli olduğunu belirttikleri görülmüştür. Katılımcılar bu hasta grubuna bakım verme sürecinin çok uzun olması nedeniyle bir süre sonra bakım veren ailelerin tükenmişlik sonucu öfke yaşayabildiğini ifade etmişlerdir. Bakım verenlerin hastayla birlikte geçirdiği zamanın azaltılması için yeni programların geliştirilmesive yaygınlaştırılması hem bakım veren hem de hasta için önemlidir (Yazıcı vd., 2016: 100). Hasta yakınlarının TRSM'den hizmet almasının kendi ruhsal durumlarında da iyileşme sağlayacağı ve koruyucu olacağı belirtilmiştir. Ağır ruhsal hastalığı bulunan bireylere bakan ailelerin sosyal ve psikolojik ihtiyaçlarının tespit edilerek desteklenmesi, tüm toplumun, ailelerin ruhsal sağlık ve hastalıklar konusunda

bilgilendirilmesi, hastalıktaki yinelemeleri azaltacak, bireylerin topluma yeniden kazandırılmasını sağlanacaktır. Ruhsal hastaya bakım verenlerin ruh sağlığı korunmuş olacak ve bu konudaki sorunlara çözüm getirilmiş olacaktır (Gürhan, 1993: 86).Katılımcılar düzenlemiş oldukları farkındalık çalışmalarına yerel yöneticileri, kamu çalışanlarını, aileleri, tüm halkı davet ettiklerini söylemişlerdir. TRSM'ye devam eden hastaların toplumda damgalanmaya maruz kalmadan haklarından faydalanabilmeleri için çalışma yürüttüklerini ifade etmişlerdir.

Sağlık profesyonelinin alana ilişkin politika önerileri temasının altında; TRSM hizmetlerinin güncellenmesi, sağlık profesyonellerine yönelik eğitim içeriklerinin düzenlenmesi, kurumlar arası iş birliğinin artırılması, ekonomik destek ve istihdam sağlanması, sosyal güvenlik kurumunun kapsayıcılığının artırılması, TRSM'lerin riskli birim olarak sayılması, bilgi kaynağının oluşturulması, TRSM hastalarının kalabileceği yatılı kurum bakımı modellerinin oluşturulması ve kamuoyunda farkındalık oluşturmaya yönelik çalışmalar kodları yer almaktadır. Sağlık profesyonellerinin ağır ruhsal hastalığı bulunan bireylere etkili bir şekilde hizmet verebilmeleri için yetkinlikleri artırılmalıdır. TRSM'de görevli personelin sürekli merkezde bulunması, personel sayısının artırılmasının sunulan hizmetin kalitesini artıracığı bu hastaların sürekli takip edilmesiyle çok fazla yeti yıkımı ve bilişsel kayıpların önüne geçilmesiyle tedavi masrafının azaltılabileceği, yatarak tedavi masraflarının ülke ekonomisine daha büyük yük oluşturduğu belirtilmiştir. Hastaların ilaçlarını almada ekonomik zorluk yaşanması, tedavilerinin düzensizleşmesine yol açmaktadır. Bu hastaların ve bakım verenlerinin yaşadığı güçlükleri çözecek politikalar geliştirmelidir (Baştuğ ve Karancı, 2018: 6). Araştırma bulgularına göre katılımcılar,TRSM'de çok yönlü müdahale gerçekleştirildiği bu nedenle diğer kamu kurum ve kuruluşlarından da destek alınması gerektiğini belirtmişlerdir. TRSM'de görevli personelle ilgili mesleki standartların olmadığı, yapılan çalışmalar hakkında çok detaylı kayıt tutulmadığı, bu nedenle bütün meslek elemanlarının mesleki çalışma standartlarının belli olması gerektiğini ifade etmişlerdir.Toplum ruh sağlığı modelinde sadece sağlık ayağıyla değil, kamu kurum ve kuruluşlarıyla iş birliği ile hastaların desteklenmesi gereklidir. Çünkü hastalara bütüncül destek sağlamaya çalışılmaktadır. Bu nedenle TRSM hizmet sunumunda kurumlar arası koordinasyon önemlidir. Yılmaz (2012: 8)'ın çalışmasında toplum temelli ruh sağlığı hizmetlerinde hastaya bütüncül

yaklaşıldığı sadece tıbbi tedavi değil sosyal hizmet alanında da gelişmeler olması gerektiği bunun kurumlar arası işbirliğiyle mümkün olacağı belirtilmiştir. Katılımcılar hastaların istihdamının; hastaya ve aileye ekonomik destek ve hastanın mesleki rehabilitasyonuna katkı sağladığını belirtmişlerdir. İstihdamın sağlanamadığı ailelerin ekonomik yardımlarla desteklenmesinin, ailelerin refah seviyesini iyileştireceği düşünülmektedir. Saruç ve Kaya Kılıç (2015)'ın çalışmasında da TRSM'den yararlanan hastalara mesleki eğitimlerin verilmesi ve devamında bu eğitimleri alan hastaların istihdam edilmeleri için gerekli çalışmaların diğer kuruluşlarla işbirliğiyle yapılmasının öneminden söz edilmiştir. Katılımcılar TRSM hastalarının kullandıkları ilaçların pahalı olduğunu, bazı hastaların sosyal güvencelerinin olmadığını, bu nedenle ilaçlarını almakta güçlük yaşadıklarını söylemişlerdir. Hastaların topluma entegrasyonu için sağlık, eğitim, sosyal yardım, istihdam ve sosyal güvence vb. konularda durumlarının tespit edilerek desteklenmesi gereklidir. Bu durumda ancak ruhsal engelli bireylere ilgili hakların tanınmasıyla sağlanabilir (Aslantürk, 2016: 259). Katılımcılar Sağlık Bakanlığı tarafından TRSM'lerin riskli alan olarak görülmediği ve ücret yönünden personelin desteklenmediğinden söz etmişlerdir. TRSM'de hizmet sunarken ihtiyaç duyulan bilgi kaynaklarının kısıtlı olduğunu, merkezler arası vaka paylaşım gruplarının oluşturularak bilgi paylaşımının olabileceği belirtilmiştir. Ayrıca katılımcılar tarafından ağır ruhsal hastalığı bulunan bireylerin kalabileceği yatılı kurum bakımı imkânlarının geliştirilmesi gerektiği ifade edilmiştir. Ulaş (2008: 5)'ın çalışmasında da buna benzer örnekler verilmiştir. Fransa'da önemli derecede yeti yitimi olan hastaların rehabilitasyonları için hastanelerin dışında kalabilecekleri destekli barınma yerleri, korumalı evler, korunaklı apartmanların bulunduğu belirtilmiştir. Yapılan görüşmelerin tamamında damgalama ve ayrımcılıkla mücadelede toplumla çalışmanın önemli bir yeri olduğu belirtilmiştir. Avcil vd. (2016)'nin çalışmasında da yakınında ağır ruhsal hastalık tanısı olan ailelerin büyük kısmında, toplum tarafından reddedilme ve damgalama korkusu olduğu bu nedenle hastalığı olabildiğince gizlemeye çalıştıkları belirtilmiştir. Toplumda özellikle toplum liderlerinin bu konuda eğitilmesi, ağır ruhsal hastalığı bulunan bireylere yönelik damgalamayı azaltmada önemli bir yoldur (Çam ve Bilge, 2013: 92).

5. SONUÇ

5.1. Bakım Verenlerin Deneyimleri

- Bakım verenlerin sosyodemografik özellikleri değerlendirildiğinde çoğunluğunun ebeveyn, kadın, evli, ilkokul mezunu olduğu ve hastayla aynı evde yaşadığı tespit edilmiştir.
- Bakım verenlerin genelinin fiziksel ve zihinsel anlamda yorgun hissettiği görülmüştür.
- Ailede ağır ruhsal hastalığı bulunan bireyin olmasının diğer aile fertlerini de ruhsal ve duygusal olarak etkilediği, bakım verenlerden; psikiyatri ilacı kullananların olduğu, bir kısmının kullanmaya devam ettiği, bir grup bakım verenin de psikiyatrik destek alması gerektiğini düşündüğü ancak almadığı tespit edilmiştir.
- Katılımcıların tamamına yakınının bakım verdiği hastasıyla ilgili gelecek kaygısı yaşadığı görülmüştür. Kendileri vefat ettikten sonra hastaya kimin bakım vereceğiyle ilgili yoğun kaygıları bulunmaktadır. Özellikle bakım veren ebeveynlerin, çocuklarının evlenmesini istedikleri ancak hastalık semptomları nedeniyle kaygı yaşadıkları görülmüştür.
- Hastaların çalışamaması, tedavi masrafları, kişisel harcamaları, özel sağlık hizmetleri ücretleri, profesyonel olmayan desteğe başvurma, hastanın para yönetimini bilmemesinin bakım verenleri ekonomik yönden etkilediği saptanmıştır. Katılımcılardan bir kısmının hastasıyla ilgili ekonomik yardım aldığı tespit edilmiştir.
- Hasta ve hasta yakınlarının (hastalık semptomları, stigma, bakım veren rolü gereği sosyal aktivitelere katılmama vb.) kendilerini toplumdan izole ettikleri görülmüştür.
- Bakım verenlerin hastalık ilk ortaya çıktığında yaşadıkları toplumda ağır ruhsal hastalıkların yeterince bilinmemesi, bulunulan çevrenin kültürel özellikleri, inançları nedeniyle hastalığı manevi boyutta değerlendirdikleri "Allah'ın hediyesi/sınavı ve nazar" ile ilişkilendirdikleri, baş etme mekanizması olarak bu durumu kullandıkları görülmüştür. Bu nedenlerle bakım verenlerin hastalık

sürecinin başında profesyonel destek yerine profesyonel olmayan destek arayışına girdikleri görülmüştür.

- Bakım verenlerin hastalık ve hastalık semptomlarıyla ilgili; hastalığın bilinmemesi, sanrı ve varsanılar, hastanın fiziksel şiddet uygulaması, özbakımının azalmasıyla ilgili ciddi düzeyde sorun yaşadıkları ayrıca bakım verenlerin sürekli hastalığın kötüye gideceği ve hastanın kaybolacağı, zarar göreceği endişesi yaşadıkları görülmüştür.
- Hastaların tedavi uyumsuzluğu, tedavisiz kalması durumunda çevresine fiziksel şiddet uygulayabileceği saptanmıştır.
- Hasta ve hasta yakınlarını hastalık sürecinin başından itibaren en çok zorlayan durumlardan bir tanesinin stigmaya maruz kalmak olduğu; ailelerin bir kısmının çevrenin tutumlarını umursamadığı görülmüştür.
- Hastaların genelinin dönemsel tedavi uyumsuzluğunun olduğu tespit edilmiştir.
- Hastaların alevlenme döneminde adli olay yaşayabildiği görülmüştür.
- Katılımcıların bazıları yakınları için sağlık kuruluna başvurdıklarında sorun yaşadıklarını, dış görünüşünde herhangi bir engel olmaması, ilaçlarını kullandığında durumun biraz daha iyileşmesi halinde engellilik oranının çıkmadığını bu hastalardan hiçbir becerisi olmayanların bulunduğu belirtmişlerdir.
- TRSM'ye devam eden hastaların tedavi uyumunun, özbakımının, üretkenliğinin, sosyalliğinin, özgüveninin arttığı bakım verenler ve sağlık profesyonelleriyle yapılan görüşmelerde tespit edilmiştir.
- Hasta ve hasta yakınlarının TRSM'ye başlarken ve devam ederken önyargı, ulaşım vb. konularda zorluk yaşadığı görülmüştür.
- Bakım verenlerin çoğunluğunun hastalarının TRSM'ye gitmesiyle kendilerine zaman ayırabildikleri; orada güvende olduğunu bildikleri, TRSM ve sağlık profesyonellerine güvendikleri görülmüştür.
- Bakım verenlerin geneli TRSM hizmetlerinden memnun olduklarını ancak verilen hizmetlerin (merkez binası, yürütülen çalışmalar, TRSM sayısı, aile paylaşım toplantıları vb.) geliştirilmesi gerektiğini belirtmiştir.
- Ayrıca tedavi seçeneklerinin artırılması, ihtiyaç olduğunda psikiyatri servislerinde hastanın yatışı için yer bulunamadığı bildirilmiştir.

- Yapılan görüşmelerde çalışabilecek hastaların istihdam edilmesi, ihtiyacı olan ailelerin sosyal yardımlarla desteklenmesi gerektiği belirtilmiştir.

Öneriler

- TRSM fiziki şartlarının iyileştirilmesi ve hizmet modelinin geliştirilmesi yönünde mevzuat çalışmaları yapılmalıdır. TRSM ve TRSM personel sayısı artırılmalıdır.
- Ağır ruhsal hastalık ve stigma konusunda çok kapsamlı farkındalık çalışmaları yapılmalıdır.
- Ağır ruhsal hastalığı bulunan bireylerin istihdamına yönelik çalışmalar yapılmalı, ihtiyacı olan ailelere yönelik ekonomik yardımın kapsamı geliştirilmelidir. Ağır ruhsal hastalığı bulunan bireylerin mesleki rehabilitasyonu için kamuda istihdam edilecek ruhsal engelli kontenjan sayısı artırılmalıdır.
- Bakım veren ailelerin ruhsal dayanıklılığını artırmaya yönelik psikososyal destek çalışmaları oluşturulmalıdır.
- Ağır ruhsal hastalığı bulunan bireyler ve aileleriyle ilgili daha fazla bilimsel araştırmanın yapılması bu alana katkı sağlayacaktır.
- TRSM’de hastalara yönelik yapılan çalışmaların içeriğinin hastaların ihtiyaçlarına göre geliştirilmesine önem verilmelidir.
- TRSM’lerde ailelere yönelik yapılan çalışmalar artırılmalı, ailenin bu tedavi sürecinin parçası olması sağlanmalıdır. Ailelere yönelik paylaşım toplantıları düzenlenmelidir.
- Tüm kamu kurum ve kuruluşlarının düzenli olarak TRSM ve ağır ruhsal hastalıklar hakkında bilgilendirilmesi gereklidir.
- Ağır ruhsal hastalığı bulunan bireylerden ekonomik yoksunluk içinde olanlar ilaçlarını alırken sorun yaşamaktadırlar. Bu konuyla ilgili SGK kapsamında çalışma yapılmalıdır.
- Toplum ruh sağlığı hizmetleri sürekli geliştirilmesi gereken bir alandır; tüm dünyada bu alanla ilgili yapılan çalışmalar takip edilmeli ve TRSM’de çalışan personele eğitim verilmelidir.
- Ağır ruhsal hastalığı bulunan bireylere ve ailelerine destek sağlayabilecek STK’lar artırılmalıdır.

- Ağır ruhsal hastalığı bulunan bireylere yönelik yatılı kurum bakım hizmet alternatifleri oluşturulmalıdır.
- Ağır ruhsal hastalığı bulunan bireylerin ailelerinden bağımsız kalabileceği, temel yaşam becerilerini öğrenip uygulayabileceği barınma alanlarına ihtiyaç duyulmaktadır. Bu yönde çalışmaların yapılması önemlidir.

5.2.Sağlık Profesyonellerinin Deneyimleri

- Sağlık profesyonellerinin TRSM ve ağır ruhsal hastalığı bulunan bireyler konusunda yeterince bilgi sahibi olmadığı tespit edilmiştir.
- Katılımcılar TRSM’de çalışmanın fiziksel yükten çok zihinsel yorgunluk oluşturduğunu belirtmişlerdir. İlerleyen süreçte TRSM’de çalışmanın tükenmişliğe yol açabileceğini söylemişlerdir.
- TRSM’de 3 yıldır görevli sağlık profesyonellerinden Sağlık Bakanlığı’nın düzenlediği TRSM eğitimi almayanların olduğu görülmüştür. Diğer çalışanların da verilen eğitimin yetersiz olduğunu, eğitimlerin geliştirilmesi gerektiğini düşündükleri tespit edilmiştir.
- TRSM’de görevli personel sayısının artırılması, ekip üyelerinin farklı birimlerde görevlendirilmemesi gerektiği belirtilmiştir.
- Toplumdan dışlanan, hastalık nedeniyle ciddi yeti yitimi olan ağır ruhsal hastalığı bulunan bireylere hizmet sunulduğu TRSM’lerin riskli birim olarak değerlendirilmediği, ek performans verilmediği belirtilmiştir.
- Ağır ruhsal hastalığı bulunan bireylerin hastane ve TRSM’den hizmet alma durumu karşılaştırıldığında TRSM’de hasta ve ailesinin durumunun daha detaylı değerlendirilebildiği, tedavi takibinin birebir gözlemleyerek yapılabildiği, tıbbi tedavinin yanı sıra rehabilitasyon çalışmalarının sürdürüldüğü; poliklinik şartlarında ise hastanın 10-15 dakika görülebildiği belirtilmiştir.
- Katılımcıların ağır ruhsal hastalığı bulunan bireylerle çalışırken; hastalık semptomları, özbakım sorunu, alevlenme ve atak dönemleri, ikna-iletişim,hasta ve hasta yakınının damgalanma endişesi konularıyla ilgili güçlük yaşadığı tespit edilmiştir.TRSM’de mesai saati dışında da hastaların tedavilerinin takip edildiği görülmüştür.

- Katılımcıların araç yetersizliği nedeniyle yeterince ev ziyareti yapamadıkları ve ev ziyareti sırasında yanlarında bir güvenlik ya da hekim olmaması nedeniyle ajite hasta vb. durumlarda güçlük yaşadığı görülmüştür.
- Halk eğitim merkezinden iş uğraşı kursları için görevlendirilen öğretmenlerin ağır ruhsal hastalıklar hakkında bilgi sahibi olmamaları nedeniyle sağlık profesyonellerinin görevlendirilen öğretmenlerle ilgili sorun yaşadıkları ayrıca yeterince öğretmen görevlendirmesi yapılmadığı tespit edilmiştir.
- Sağlık profesyonellerinin TRSM’de sürdürdükleri çalışmalarla ilgili mesleki ve manevi yönden doyum sağladıkları görülmüştür.
- Araştırmaya katılanların geneli TRSM’de görev tanımlarının net olmamasıyla ilgili sorun yaşandığını belirtmişlerdir.
- Sağlık profesyonelleriyle yapılan görüşmelerde TRSM’de hastalara yönelik sürdürülen çalışmalarla hastalık semptomlarında ve sosyal, mesleki becerilerde iyileşme olduğu; hastaların sosyalliğinin, iletişiminin, üretkenliğinin, özbakımının, tedavi uyumunun arttığı, hastalık hakkında iç görü kazandıkları görülmüştür.
- Katılımcılar hastalar TRSM’ye gelince ailelerin kendilerine vakit ayırdığını, özgürlük alanının oluştuğunu, ailelere yönelik de TRSM’de çalışmaların yürütüldüğünü belirtmişlerdir.
- Sağlık profesyonelleri tarafından ailelere yapılan en önemli önerinin kendisinin ve hastasının TRSM’ye devam etmesi, tedavi uyumunun sağlanmasının olduğu görülmüştür.
- Katılımcıların TRSM hizmetlerinin güncellenmesi, personele yönelik eğitim içeriklerinin geliştirilmesi ve sıklığının artırılması gerektiğini, kurumlar arası iş birliğinin yeterince sağlanmadığını düşündükleri saptanmıştır.

Öneriler

- Sağlık profesyonellerinin üniversite derslerinden başlayarak hizmet içi eğitim, bakanlık eğitimi vb. şekillerde ağır ruhsal hastalık ve TRSM konusunda bilgilendirilmesinin sağlanması gereklidir.

- TRSM fiziki şartlarının iyileştirilmesi, merkeze bir araç tahsis edilmesi, merkezde bulunması gereken diğer personelin görevlendirmesinin yapılması sunulan hizmetin kalitesini artıracaktır.
- TRSM'lerin riskli birim olarak değerlendirilmesi, orada görevli personelin motivasyonunu artıracak, diğer sağlık çalışanlarını da TRSM'de çalışma konusunda teşvik edecektir.
- Merkezde görevli tüm çalışanların haftanın 5 günü TRSM'de aktif çalışmalarının sağlanması gereklidir.
- TRSM'de görevli sağlık profesyonellerinin görev tanımlarının daha net hale getirilmesi önemlidir.
- Ekonomik yönden yoksunluk içinde olan hasta ve hasta yakınlarıyla ilgili ekonomik yardım alternatiflerinin oluşturulması önemlidir.
- Ülkemizdeki tüm TRSM'lerle ortak bir program oluşturularak düzenli vaka paylaşımlarının yapılması, TRSM ve ağır ruhsal hastalığı bulunan bireylerle ilgili yazılı bir kaynak oluşturulması sağlanmalıdır.
- TRSM'de yapılması planlanan çalışmalarla ilgili TRSM standartlarının belirlenmesi sunulan hizmetin kalitesini artıracaktır.
- TRSM'de çalışan sağlık profesyonellerinin yıpranmasına neden olan durumlarla ilgili yapılan çalışmalar artırılmalıdır.

6. KAYNAKÇA

Abay, A. R. ve Çölgeçen, Y., (2018),“Psikiyatrik Sosyal Hizmet-Koruyucu, Tedavi Edici ve Rehabilitasyon Edici Ruh Sağlığı Alanında Sosyal Çalışmacıların Rolü”,*Uluslararası Toplum Araştırmaları Dergisi*, C.9, S.16,(2149-2185).

Acar, C. ve Kartalcı, Ş., (2014),“Şizofreninin Etiyopatogenezinde Katekol-O-Metiltransferaz (Comt) Geninin Rolü. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar”, *Current Approaches in Psychiatry*, C.6, S.3, (217-226).

Açık Etike B., (2018), “Toplum Ruh Sağlığı Merkezi (TRSM) Binalarının Bina Program Verilerinin Belirlenmesi Üzerine Bir İnceleme”, Çukurova Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü Mimarlık Anabilim Dalı,Yüksek Lisans Tezi, Adana.

Avcıl, C., Bulut, H., Hızlı Sayar, G., (2016),“Psikiyatrik Hastalıklar Ve Damgalama”,*Üsküdar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, C.2, S.2, (175-202).

Ak, M., Yavuz, K. F., Lapsekili, N., Türkçapar, M. H., (2012), “Kronik Psikiyatrik Bozukluğu Bulunan Hastaların ve Bakım Verenlerinin Bakım Yüğü Açısından Değerlendirilmesi”,*Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi*, C.25, S.4, (330-337).

Akarsu, S., Erdem, M., Bolu, A., Günay, H., Beyazıt, G., Ak, M., Zincir, S., (2012),“Bipolar Bozuklukta Cinsiyete Göre Klinik ve Sosyodemografik Özelliklerin Karşılaştırılması”,*Gülhane Tıp Dergisi*, C.54, (279-283).

Aker, T., Özmen, E., Ögel, K., Sağduyu, A., Uğuz, Ş., Tamar, D., Boratav, C., Liman, O., (2002),“Birinci Basamak Hekimlerinin Şizofreniye Bakış Açısı”,*Anadolu Psikiyatri Dergisi*, C.3, S.1, (5-13).

Akgül Gök, F., (2017),“Şizofreni Hastalarına Bakım Veren Kadınların Yaşadıkları Güçlüklerin Değerlendirilmesi: Nitel Bir Araştırma”,*Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi*,C.10, S.53, (433-441).

Aksoy, A. ve Kelleci, M., (2016),“Bipolar Hastalarda İlaç Uyumu: Stresle Başetme Ve Sosyal Destekle İlişkisi”, *Düşünen Adam The Journal of*

Psychiatry and Neurological Sciences, C. 29, S. 3, (210-218).

Bellack, A. S., Mueser, K.T., Gingerich, S., Agresta, J., (2015), *Şizofreni İçin Sosyal Beceri Eğitimi*, Çeviri Edt. Esra Akı, Hiper Tıp, Ankara.

Alataş, G., Akfer, K., Arslan, M., (2009), “Toplum Temelli Ruh Sağlığı Modeli ve Türkiye’de Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri Projesi”, *Nöropsikiyatri Arşivi*, C.46, S.1, (25-29).

Algönül, Ö. (2017), “Şizofreni Tanılı Hastalara Birincil Bakım Veren Bireylerin Duygu Dışavurumu Açısından Değerlendirilmesi”, Işık Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Klinik Psikoloji Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.

Alptekin, K., Ulaş, H., Akdede, B. B., Tümüklü, M., Akdavar, Y., (2009), “Psikotik Belirtilerin Yaygınlığı ve Risk Faktörleri: İzmir, Türkiye”, *Soc. Psychiatry Pscyhiatr Epidemiol*, C.44, (905-910).

Alsalem, M. S., (2017), “Psychotropic Medication Non-Adherence Among Psychiatric Patients at King Abdulaziz Hospital-Makkah”, *International Neuropsychiatric Disease*, C.10, S.2, (1-11).

Amerikan Psikiyatri Birliği, (1994), “DSM-IV Tanı Ölçütleri”, Çev. Edt. Ertuğrul Köroğlu, Hekimler Yayın Birliği, Ankara.

Amerikan Psikiyatri Birliği, (2013), *DSM-V Tanı Ölçütleri*, Çev. Edt. Ertuğrul Köroğlu, Hekimler Yayın Birliği, Ankara.

Angst, J., (2007), “The Bipolar Spectrum The Bipolar Spectrum”, *British Journal of Psychiatry*, (189-190).

Antai Otong, D., (2003), “Psychosocial rehabilitation”, *The Nursing Clinics of North America*, Vol.38, Issue.1, (151–160).

Anderson, J. and Adams, C., (1996), “Family Interventions in Schizophrenia”, *British Medical Journal*, Vol.313, Issue.7056, (505-506).

Arslantaş, H., (2015), “Psikiyatrik Hastalıklarda Evde Bakım ve Hemşirelik Sürecinin Uygulanması”, *Atatürk üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, C.12, S.4.

Arguvanlı Çoban, S. ve Taşçı, S., (2013), “Bipolar Bozuklukta Bakım Verenlerin Sorunları”,*Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, C.1, S.1, (21-30).

Arkan, B., Bademli, K. Ve Çetinkaya Duman, Z., (2011), “Sağlık Çalışanlarının Ruhsal Hastalıklara Yönelik Tutumları: Son 10 Yılda Türkiye’de Yapılan Çalışmalar”, *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, C.3, S.2, (214-231).

Arslan Delice, M., (2017), *Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri İçin Kılavuz*, Nobel Tıp Kitapevleri, İstanbul.

Arslantaş, F. ve Adana, F., (2011), “Şizofreninin Bakım Verenlere Yüğü”, *Current Approaches in Psychiatry*, C.3, S.2, (251-277).

Arslantaş, H., Sevinçok, L., Uygur, B., Balcı, V., Adana, F., (2009), “Şizofreni Hastalarının Bakım Vericilerine Yapılan Psikoeğitimin Hastalardaki Klinik Gidiş ve Bakım Vericilerin Duygu Dışavurumu Düzeylerine Olan Etkisi”, *Adü Tıp Fakültesi Dergisi*, C.10, S.2, (3–10).

Arslantaş, H., (2018), “Psikiyatri Hastalarının Bakım Vericilerinde Yüğü ve Baş Etme Stratejileri”, *Türkiye Klinikleri J Psikiyatr Nurs-Special Topics*, C.4, S.1, (39-47).

Aschbrenner, K. A., Greenberg, J. S., Seltzer, M. M., (2009), “Parenting An Adult Child With Bipolar Disorder in Later Life”, *J Nerv Ment Dis*, Vol.197,Issue.5, (298–304).

Aslantürk, H., (2016), “Ruh Sağlığı Alanında Toplumsal Entegrasyon ve Sosyal Haklar”, *Tjfmpe*, C.10, S.4, (259-270).

Aşık, H., (2011), “Kronik Ruhsal Bozukluğu Olan Bireylerden Ailelerine Verilen Psikiyatri Hizmetlerinin İncelenmesi”, Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İzmir.

Atagün, M. İ., Balaban, Ö. D., Atagün, Z., Elagöz, M., Yılmaz Özpolat, A., (2011), “Kronik Hastalıklarda Bakım Veren Yüğü”, *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, C.3, S.3, (513-552).

Ateş, İ. ve Abay, E., (2001), “Şizofreninin Genetiği”, *Klinik Psikiyatri*, C.4, (53-59).

Attepe Özden, S., (2015), “Şizofreni Tanısı Almış Bireylerin Ailelerinin Bakım Verme Deneyimleri ve Sosyal Destek İlişkilerinin Psikiyatrik Sosyal Hizmet Temelinde İncelenmesi”, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sosyal Hizmet Anabilim Dalı, Doktora Tezi, Ankara.

Attepe Özden, S. ve İçağasıoğlu Çoban, A., (2018), “Toplum Ruh Sağlığı Merkezlerinde Çalışan Profesyonellerin Gözünden Toplum Temelli Ruh Sağlığı Hizmetleri”, *Journal Psychiatric Nursing*, C.9, S.3, (186-194).

Aydın, E., (2016),”Vaka Yönetiminin Şizofreni Hastalarının Klinik Belirtileri, Sosyal İşlevselliği ve Yaşam Kalitesi Üzerindeki Etkileri”. Sağlık Bakanlığı Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu İstanbul İli Bakırköy Bölgesi Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Kliniği, Tıpta Uzmanlık Tezi.

Ayuso Mateos, J., (2000),“Global Burden Of Schizophrenia in the Year”,*Global Burden Of Disease Working Paper Geneva: WHO*.

Babacan Gümüş, A., (2006),“Şizofrenide Hasta ve Ailelerin Yaşadığı Güçlükler”, *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, C.1, S.2, (23-34).

Bademli, K., Keser, İ., Lök, N., Acar, G., Kaya Kılıç, A., Güvendiren, H., Buldukoğlu, K., (2016), “Şizofren Hastaların ve Bakım Verenlerin Eğitim Gereksinimlerinin Belirlenmesi”, *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, C.19, S.1.

Bahar, G., Savaş, H., Ünal, A., Bahar, A., (2015),“İki Uçlu Duygudurum Bozukluğu Hastalarının Tedaviye Katılımları ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi”,*Journal Of Mood Disorders*, C.5, S.3, (95-103).

Balhara, Y. P., Parmar, A., Sarkar, S., Verma, R., (2016),“Stigma in Dual Diagnosis: A Narrative Review”,*Indian J Soc Psychiatry*, Vol.32,Issue.2, (128-133).

- Barışeri, N., (2013), “Araştırma Yaklaşım ve Yöntemleri: Müzik Eğitiminde Uygulamalı Araştırmalar”,*Sanat Eğitimi Dergisi*, C.1, S.1, (1-13).
- Barnett, J.H. and Smoller J. W., (2009), “Genetics Of Bipolar Disorder”,*Neuroscience*, Vol.164, Issue.1, (331-343).
- Baştuğ, G. ve Karancı, A. N., (2018), “Şizofreni Tanısı Konan Hastaların Hastalıklarına İlişkin Düşünceleri Konusunda Yarı Niteliksel Bir Çalışma”,*Kriz Dergisi*, C.24, S.1, (1-11).
- Bauer, R., Koepke, F., Sterzinger, L., Spiessl, H., (2012), “Burden, Rewards, And Coping The Ups And Downs of Caregivers Of People With Mental İllness”,*J Nerv Ment Dis*, Vol.200, Issue.11, (928-934).
- Baytunca, M. B., Aydın, R., Erermiş, S.N., (2014), “Bipolar Bozukluğun Genetik Altyapısı”,*The Journal of Pediatric Research*, C.1, S.2, (49-53).
- Bellack, A.S. and Mueser, K.T., (1993), “Şizofreni İçin Psikososyal Tedavi”,*Şizofreni Bülteni*, Vol.19, Issue.2, (317-336).
- Bilge, A., Mermer, G., Çam, O., Çetinkaya, A., Erdoğan, E., Üçkuyu, N., (2016), “Türkiye’deki Toplum Ruh Sağlığı Merkezlerinin 2013-2015 Yıllarının Profili”,*Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, C.2, S.2, (1-5).
- Binbay, T., Ulaş, H., Alptekin, K., (2010), “Şizofreni Epidemiyolojisine Türkiye’den Katkı Yapmak: Nasıl ve Neden?”,*Klinik Psikiyatri*, C.13, S.1, (9-15).
- Binbay, T., Ulaş, H., Elbi, H., Alptekin, K., (2011), “Türkiye’de Psikoz Epidemiyolojisi: Yaygınlık Tahminleri ve Başvuru Oranları Üzerine SistematiK Bir Gözden Geçirme”,*Türk Psikiyatri Dergisi*, C.22, S.1, (40-52).
- Binbay, T., Direk, N., Aker, T., Akvardar, Y., Alptekin, K., Cimilli, C., Çam, B., Deveci, A., Gültekin, B.K., Şar, V., Taycan, O., Ulaş, H., (2014), “Türkiye’de Psikiyatrik Epidemiyoloji: Yakın Zamanlı Araştırmalarda Temel Bulgular ve Gelecek İçin Öneriler”,*Türk Psikiyatri Dergisi*, C.25, S.4(264-281).

Bulut, I., (1993),*Ruh Hastalığının Aile İşlevine Etkisi*, Başbakanlık Kadın ve Sosyal Hizmetler Müsteşarlığı Yayınları, Ankara.

Büber, B., Kars, B., Gülsün, M., Nergizci, M., (2014/2015),“Şizofreniye Yönelik Damgalamanın Önlenmesinde Sosyal Hizmet Müdahaleleri Bağlamında Sosyal Politika Önerileri”,*Ufkun Ötesi Bilim Dergisi*, C.14/15, S.1, (35-51).

Can Saka, M., Özer, S., Uluşahin, A., (2001), “Bipolar Bozukluk Bir Yıllık İzlem Çalışması”, *Türk Psikiyatri Dergisi*,C.12, S.53, (283-92).

Ceco, U. ve Çakın Memik, N., (2017),“Bakım Verenin Yükü Penceresinden Otizme Bakış”, *Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, C.3, S.2, (19-21)

Ceylan, B., (2007), “Şizofreni ve Kronik Böbrek Yetmezliği Hastalarına Evde Bakım Veren Aile Üyeleri Ve Bakım Rolü Olmayan Bireylerde Suçluluk ve Utanç Düzeylerinin Karşılaştırılması”, Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimler Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Konya.

Corrigan, P. W., Druss, G. B., Perlick, D. A., (2014),“The Impact Of Mental Illness Stigma on Seeking and Participating In Mentalhealth Care”,*Psychological Science In The Public Interest*, Vol.15, Issue.2, (37–70).

Çam, O. ve Çuhadar, D., (2011),“Ruhsal Hastalığa Sahip Bireylerde Damgalama Süreci ve İçselleştirilmiş Damgalama”,*Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, C.2, S.3, (136-140).

Çam, O. ve Bilge, A., (2013), “Türkiye’de Ruhsal Hastalığa/Hastaya Yönelik İnanç, Tutum ve Damgalama Süreci: Sistemik Derleme”,*Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*,C.4, S.2, (91-101).

Çakır, F., İlnem, C., Yener, F., (2010), “Kronik Psikotik Hastalarda Taburculuk Sonrası Takip ve Tedaviye Uyum”,*Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi*,C.23, S.1, (50-59).

Çetin, N., Demiralp, M., Oflaz, F., Özşahin, A., (2013), “Şizofreni Hastalarının Günlük Yaşam Aktivite Düzeyi ile Aile Üyelerinin Bakım Yükü ve Dışa Vuran Duygu Durumu İlişkisi”,*Anadolu Psikiyatri Dergisi*,C.14, (19-26).

Çiçekoğlu, P. ve Duran, S.,(2018), “Dünyada Ve Türkiye’de Toplum Temelli Koruyucu Ruh Sağlığı Hizmetleri”,Edt. Gül Ünsal Barlas, *Toplum Ruh Sağlığı Hemşireliği*,Türkiye Klinikleri, Ankara.

Davison, G. C. and Neale, J. M., (1943),*Anormal Psikolojisi*, Çeviri Edt. İhsan Dağ (2004),Türk Psikologlar Derneği, Ankara.

Danacı, A. E., Karaca, N., Deveci, A., (2005), “Şizofreni Hastalarında Aile İşlevselliği ile Sosyal İşlevsellik Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi”,*Türkiye’de Psikiyatri*, C.7, S.3, (103-108).

Davies, L.M. and Drummond, M. F., (1990),“The Economic Burden of Schizophrenia”,*Psychiatric Bulletin*, Vol.14, (522-525).

Delibaş, D. H. ve Çam, B., (2018), “Bir Eğitim ve Araştırma Hastanesinde Yatan Psikotik Bozukluk Tanılı Hastaların Sosyodemografik ve Klinik Özellikleri”,*Journal of Contemporary Medicine*, C.8, S.3, (259-263).

Dell’aglio. J.R. J.C., Basso, L. A., Lima Argimon I. I., Arteche, A., (2013),“Systematic Review of The Prevalence of Bipolar Disorder and Bipolar Spectrum Disorders in Population-Based Studies”, *Trends Psychiatry Psychother*, Vol.35,Issue.2, (99-105).

Demiroğlu, F., (2018),“Şizofreni ve Bipolar Bozukluk Tanısı Almış Hastaların Baş Etme Tutumları ile Bilişsel Şema Alanlarının Psikiyatrik Tanı Almamış Kişilerle Karşılaştırılması”, Haliç Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Uygulamalı Psikoloji Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi. İstanbul.

Dikeç, G. ve Kutlu, Y., (2014),“Bir Grup Şizofren Hastasında Tedaviye Uyum ve Etkileyen Etmenlerin Belirlenmesi”,*Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, C.5, S.3, (143-148).

Dilbaz, N., Karamustafalıoğlu, O., Oral, T., Önder, E., Çetin, M., (2006),“Psikiyatri Polikliniğe Başvuran Şizofreni Hastalarında Tedaviye Uyumun ve Uyum Etkileyen Faktörlerin Değerlendirilmesi”, *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*, C.16, S.4, (223-232).

Duman Çetinkaya, Z. ve Bademli, K., (2013), “Kronik Psikiyatri Hastalarının Aileleri: SistematiK Bir İnceleme”,*Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, C.5, S.1, (78-94).

Eicher, P. S. and Batshaw, M. I., (1993), “Cerebral Palsy”,*Pediatr Clin North Am*, Vol.40, Issue.3, (537-551).

Ellouze, F., Ayedi, S., Cherif, W., Ben Abba, T., M’rad, M. F., (2011), “Spouses and Bipolar Disorder”,*Encephale*, Vol.37, (41-47).

Ensari, H., Gültekin, B.K., Karaman, D., Koç, A., Beşkardeş, A.F., (2013), “Bolu Toplum Ruh Sağlığı Merkezi Hizmetlerinin Şizofreni Hastalarındaki Yaşam Kalitesi, Yeti Yitimi, Genel ve Sosyal İşlevsellik Üzerine Etkisi: Bir Yıllık İzleme Sonuçları”,*Anadolu Psikiyatri Dergisi*, C.14, S.2, (108-114).

Emiroğlu, B., (2009), “Şizofreni Hastalarında İşlevsel İyileşme Ölçeğinin Türkçe Versiyonunun Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması”, Maltepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.

Eroğlu Zengin, M. ve Özpoyraz, N., (2010), “Bipolar Bozuklukta Koruyucu Tedavi”,*Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, C.2, S.2, (206-236).

Eren, K., (2006), “Şizofreni Ve Cinsiyet Farklılıkları”, T.C Sağlık Bakanlığı Bakırköy Prof. Dr. Mahzar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Uzmanlık Tezi, İstanbul.

Fenton, W.S., (2000), “Evolving Perspectives on Individual Psychotherapy for Schizophrenia”,*Schizophrenia Bulletin*, Vol.26, Issue.1, (47-72).

Gottesman, I. I., (1991), *Schizophrenia Genesis: The Origins Ofmadnes*, Whfreeman/Times Books.

Gruneir, A., Forrester, J., Camacho, X., Gill, S. S., Bronskill, S. E., (2013), “Gender Differences in Home Care Clients and Admission to Long-Term Care in Ontario, Canada: A Population-Based Retrospective Cohort Study”,*Bmc Geriatrics*, Vol.13, Issue.48.

- Gülseren, L., (2002), “Şizofreni ve Aile: Güçlükler, Yükler, Duygular, Gereksinimler”, *Türk Psikiyatri Dergisi*, C.13, S.2, (143- 151).
- Gülseren, L., Çam, B., Karakoç, B., Yiğit, T., Danacı, A.E, Çubukçuoğlu, Z., Taş, C., Gülseren, Ş., Mete, L.,(2010), “Şizofrenide Ailenin Yükünü Etkileyen Etmenler”, *Türk Psikiyatri Dergisi*, C.21, S.3, (203-12).
- Gültekin, B. K., (2010), “Ruhsal Bozuklukların Önlenmesi: Kavramsal Çerçeve ve Sınıflandırma”, *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, C.2, S.4, (583-594).
- Gültekin, M., (2019), “Toplum Ruh Sağlığı Merkezinde Verilen Hizmetlerin Hasta Yakını Tarafından Değerlendirmesi: Tuzla Örneği”, Üsküdar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sosyal Hizmet Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
- Hanson, J.G., (1993),“Families Of People With A Severe Mental Illness: Role Conflict, Ambiguity and Family Burden”,*The Journal of Sociology & Social Welfare*, Vol.20, Issue3, (105-118).
- Hooley, J. M., (2007), “Expressed Emotion And Relapse of Psychopathology”,*Annual Review Of Clinical Psychology*, Vol.3, (329-352).
- Gallagher, S., Mechanic, D., (1996), “Living With The Mentally Ill: Effects On The Health And Functioning of Other Household Members”,*Soc Sci Med*, Vol.42, Issue.2, (1691– 1701).
- Gökçearslan Çiftçi, E., Akgül Gök, F., Arslan, E., (2015), “Kurum Bakımından Toplum Temelli Bakıma Geçiş: Toplum Ruh Sağlığı Merkezlerinde Çalışan Sosyal Hizmet Uzmanlarının Rolü”, *Toplum ve Sosyal Hizmet*, C.26, S.1, (163-175).
- Gürhan, N., (1993), “Psikiyatri Hastalarına Sahip Ailelerin Sosyal İhtiyaçlarına Destek”,*Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, C.9, S.3, (83-87).
- Gürsoy, M. S., Abbak, Ö., Beyazyüz, M., Albayrak, Y., (2018), “Bipolar Bozukluk Hastalarında Tedavi Uyumu ile Mizaç Ve Karakter Özellikleri Arasındaki İlişki”,*Yeni Symposium Dergisi*, C.56, S.1, (3-7).

Güvenç, N. M., (2020), “Toplum Ruh Sağlığı Merkezine Kayıtlanan Hastaların Merkeze Devam Etmeme ya da Düzensiz Devam Etme Nedenlerine Yönelik Hasta Yakınları ve Sağlık Profesyonellerinin Görüşleri”, Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Aydın.

Hafner, H., (2002), “Schizophrenia: Do Men and Women Suffer From The Same Disease?”, *Rev. Psiq. Clín*, Vol.29, Issue.6, (267-292).

Herz, M. I., Lamberti, J. S., Mintz, J., Scott, R., O'Dell S. P., M. C., Cartan, L., vd., (2000), “A Program for Relaps Prevention in Schizophrenia”, *Arch Gen Psychiatry*, Vol.57, (277- 283).

Hogarty, G.E., (1993), “Prevention of Relapse in Chronic Schizophrenic Patients”, *The Journal of Clinical Psychiatry*, Vol.54, (18-23).

Holmes, A. M. and Deb, P., (2003), “The Effect of Chronic Illness on the Psychological Health of Family Members”, *The Journal of Mental Health Policy And Economics J Ment Health Policy Econ*, Vol.6, (13-22).

Işık, I., Savaş, G., Kılıç, N., (2019), “Şizofreni Hastalığına Sahip Bireylerin Çalışma Hayatı Konusunda Yaşadıkları Güçlükler”, *Acu Sağlık Bil. Dergisi*, C.10, S.3, (399-408).

Karagöl, A., Çalışkan, D., Beyazyüz, M., (2013), “Halk Sağlığı Açısından Ruhsal Bozukluklarda Üç Boyutuyla Damgalama”, *Sted*, C.22, S.3, (96-101).

Karakaş, S.A., Polat, H., Ay, E., Küçüköğlü, S., (2017), “Türkiye’de Bir Psikiyatri Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin Ruhsal Sorunu Olan Bireylere Karşı Tutumları ile Tükenmişlikleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi”, *Bozok Tıp Dergisi*, C.7, S.1, (40-48).

Karancı, N., (2000), “Şizofren Hasta Yakınlarının Dünyası: Nedensel Atıflar, Yükler, Umutlar”, *Şizofreni Yazıları*, C.1, S.2, (6-12).

Karamustafalıoğlu, N., Tomruk, N., Alpay, N., (1998), “Şizofrenide Cinsiyet Farklılıkları: Bir Gözden Geçirme”, *Düşünen Adam Dergisi*, C.11, S.2, (22-32).

Karasu, U., (2013),“Yönergeden Uygulamaya: Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri (TRSM)”,*Türkiye Psikiyatri Derneği Sürekli Eğitim/ Sürekli Mesleki Gelişim Dergisi*, C.3, S.2, (95-97).

Karasu, S. ve Can Saka, M., (2015), “Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri: Sorunlar- Öneriler”, *TPD 20. Kuruluş Yıldönümü Sempozyumu*, C.18,S.2.

Kate, N., Grover, S., Kulhara, P., Nehra, R., (2013), “Relationship of caregiver burden with coping strategies, social support, psychological morbidity, and quality of life in the caregivers of schizophrenia”,*Asian Journal of Psychiatry*, Vol.6, Issue.5, (380-388).

Kaya Kılıç, A., (2019),“Toplum Ruh Sağlığı Merkezi Gezici Ekip Çalışmalarında Ruhsal Bozukluğu Olan Birey ve Ailenin Belirlenen Sorunlarına Yönelik Yapılan Müdahalelerin İncelenmesi”, *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, C.10, S.3, (190-196).

Kelleci, M. ve Ata, E. E., (2011),“Psikiyatri Kliniği'nde Yatan Hastaların İlaç Uyumları ve Sosyal Destekle İlişkisi”,*Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, C.2, S.3, (105-110).

Kendi, M. ve Güney, M., (2001), “Gündüz Hastanesi İzlem Çalışması”,*Kriz Dergisi*,C.12, S.1, (1-19).

Kocabaşoğlu, N. ve Aliustaoğlu, S., (2003), “Stigmatizasyon”,*Yeni Symposium*,C.41, S.4, (190-192).

Kocal, Y., Karakuş, G., Sert, D., (2017), Şizofreni: Etiyoloji, Klinik Özellikler ve Tedavi,*Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*, C.26, S.2, (251-267).

Kokurcan, A., (2014),“Şizofreni Genetiğinde Yeni Gelişmeler ve Bunların Klinik Uygulamaya Etkisi”,*New/Yeni Symposium*, C.52, S.1, (17-23).

Köroğlu, A. ve Hocaoglu, Ç., (2017),“Şizofreninin Aile Üzerine Etkisi”,*Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*,C.7, S.3, (170-175).

Köroğlu, A. ve Hocaoglu, Ç., (2019), “Şizofrenide Aile Yüğü, Aile İşlevleri Ve Başa Çıkma Tutumları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi”,*Ortadoğu Tıp Dergisi*, C.11, S.3, (294-302).

Köroğlu, E. ve Güleç, C., (2007), *Psikiyatri Temel Kitabı*, Medico Graphics Matbaası, Ankara.

Kum, N., (2000), *Psikiyatri Hemşireliği El Kitabı*, Birmat Matbaacılık, İstanbul.

Kurzban, R. and Leary, M. R., (2001), “Evolutionary Origins of Stigmatization: The Functions Of Social Exclusion”, *Psychological Bulletin*, Vol.127, Issue.2, (187-208).

Kümbetoğlu, B., (2012), *Sosyolojide ve Antropolojide Niteliksel Yöntem ve Araştırma*, Bağlam Yayıncılık, İstanbul.

Lasebikan, V.O. and Ayinde, O.O., (2013), “Effects of Psychopathology, Functioning and Anti-Psychotic Medication Adherence on Caregivers’ Burden in Schizophrenia. Indian”, *J Psychol Med*, Vol.3, (135-140).

Lefle, H., (1989), “Family Burden and Family Stigma in Major Mental Illness”, *American Psychologist*, Vol.44, Issue.3, (556-60).

Magliano, L., Fadden, G., Economou, M., Held, T., Xavier, M., Guarneri, M., Malangone, C., Marasco, C., Maj, M., (1999), “Family Burden and Coping Strategies in Schizophrenia: 1-Year Follow-Up Data From The Biomed I Study”, *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, Vol.35, Issue.3, (109-115).

Merikangas, K.R., Jin, R., He, J. P., Kessler, R.C., Lee, S., Sampson, N. A., Viana, M.C., Andrade, L.H., Hu, C., Karam, E.G., Ladea, M., Medina Mora, M.E., Ono, Y., Posada Villa, J., Sagar, R., Wells, J.E., Zarkov, Z., (2011), “Prevalence And Correlates Of Bipolar Spectrum Disorder in the World Mental Health Survey Initiative”, *Arch Gen Psychiatry*, Vol.68, Issue.3, (241-251).

Miklowitz, D. J., (2006), “A Review of Evidence-Based Psychosocial Interventions for Bipolar Disorder”, *Journal of Clinical Psychiatry*, Vol.678, Issue.11, (28–33).

Mishra, S. K., Pandey, A. K., Adhikari, B. R., Nepal, S., (2016), “Caregiver Burden and Coping Strategies in Schizophrenia: A Hospital Based Study”, *J Psychiatrists’ Association of Nepal*, Vol.5, Issue.1, (26-31).

- Muneer, A., (2017), “Mixed States in Bipolar Disorder: Etiology, Pathogenesis And Treatment”, *Chonnam Medical Journal*, Vol.53, Issue.1, (1-13).
- Muslu, S., (2010), “Şizofrenide Sosyal Desteğin ve Aile Tutumunun Hastanın Tedaviye Uyumu Üzerindeki Etkisinin Araştırılması”, Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Disiplinlerarası Sosyal Psikiyatri Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Ankara.
- Nasr, T. and Kausar, R., (2009), “Psychoeducation And The Family Burden in Schizophrenia: A Randomized Controlled Trial”, *Ann Gen Psychiatry*, Vol.8, (1-6).
- Oban, G. ve Küçük, L., (2011), “Gençlerde Ruhsal Hastalıklara Yönelik Damgalamayla Mücadelede Eğitimin Rolü”, *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, C.2, S.3, (141-148).
- Özalp, E. ve Karşhoğlu, E.H., (2015), “Tedaviye Dirençli Bipolar Bozukluk”, *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, C.7, S.4, (401-418).
- Öztürk, M.O. (1994), *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları*, Hekimler Yayın Birliği, Ankara.
- Özyiğit, Ş., Savaş, H. A., Ersoy, M. A., Yüce, S., Tutkun, H., Sertbaş, G., (2004), “Hemşire ve Hemşirelik Öğrencilerinin Şizofreniye Karşı Tutumları”, *Yeni Symposium*, C.42, S.3, (105-112).
- Park, K., Minhwa, L., Seo, M., (2019), “The Impact of Self-Stigma on Self-Esteem Among Persons with Different Mental Disorders”, *International Journal of Social Psychiatry*, Vol.65, Issue.7-8, (558–565).
- Park, S. G., Bennett, M. E., Couture, S. M., Blanchard, J. J., (2013), “Internalized Stigma in Schizophrenia: Relations with Dysfunctional Attitudes Symptoms, And Quality of Life.”, *Psychiatry Research*, Vol.205, (43-47).
- Pazvantoğlu, O., Sarısoy, G., Böke, Ö., Alptekin Aker, A., Özturan, D., Ünverdi, E., (2014), “Şizofrenide Bakım Veren Yükünün Boyutları: Hastaların İşlevselliğinin Rolü”, *Düşünen Adam Dergisi*, C.27, S.1, (53-60).

Patel, V., Minas, H., Cohen, A., Prince, M. A., (2014), “Brief History of Global Mental Health. New York: Global Mental Health: Principles and Practice”, *Oxford University Press*, (3-26).

Perlick, D.A., Rosenheck, R.A., Mikloetz, D.J, Kaczynski, R., Link, B., Ketter, T., Wisniewski, W., Wolff, N. Sachs, G., (2008), Caregiver Burden and Health in Bipolar Disorder: A Cluster Analytic Approach. *Nih Public Access Author Manuscript*, Vol.196,Issue.6, (484–491).

Pitschel'wcdz, Q., Leucht, S., Bduml, J., Kissling, W., Engel, R.R., (2001), “The Effect of Family Interventions on Relapse And Rehospitalization in Schizophrenia a Meta-Analysis”, *Schizophrenia Bulletin*, Vol.27, (73-92).

Pompili, M., Harnic, D., Gonda, X., Forte, A., Dominici, G., Innamorati, M., Fountoulakis, K. N., Serafini, G., Sher, L., Janiri, L., Rihmer, Z., Amore, M., Girardii, P., (2014), “World Journal of Psychiatry Impact of Living With Bipolar Patients: Making Sense of Caregivers’ Burden”, *World J Psychiatr*, Vol.4,Issue.1, (1-12).

Praskoa, J., Vrbova, K., Latalova, K., Mainerova, B., (2011), “Psychoeducation For Psychotic Patients”, *Biomed Pap Med Fac Univ Palacky Olomouc Czech Repub*, Vol.155,Issue.4, (385–396).

Provencher, H.L., (1996), “Objective Burden Among Primary Caregivers of Persons With Chronic Schizophrenia”, *Psychiatric and Mental Health Nursing*, Vol.3, Issue.3, (181- 187).

Rabin, F., Nahar, J. S., Mullick, Msi., Ahmed, Hu., Farzana, N., (2016), “Adaptation, Linguistic and Clinimetric Validation of the Bangla Version of Zarit Burden Interview”, *Bsmmuj*, C.9, (181-187).

Provencher, H. L. and Mueser, K. T., (1997), “Positive and Negative Symptom Behaviors and Caregiver Burden in the Relatives of Persons With Schizophrenia”, *Schizophrenia Research*, Vol.26,Issue.1, (71-80).

Ragesh, G., Ameer, H., Chaturvedi, S. K., (2016), “Nonadherence To Medications Among Persons With Bipolar Affective Disorder - A

Review”, *International Journal Of Health Sciences & Research*, Vol.6, Issue.6, (352-359).

Rammohan, A., Rao, K., Subbakrishna, D. K., (2002), “Burden and Coping in Caregivers of Persons With Schizophrenia”, *Indian Journal Of Psychiatry*, Vol.44, Issue. 3, (8220-227).

Ran, M.S., Xiang, M. Z., Cecilia, Lwc ..., (2003), “Effectiveness of Psychoeducational Intervention for Rural Chinese Families Experiencing Schizophrenia: A Randomised Controlled Trial”, *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, Vol.38, (69-75).

Reilly, Re., Gray, Je., Jung, J., (2015), “Sharing Information With Families That Carry the Burden of Care for Relatives With Severe Mental Illness”, *Journal Of Ethics In Mental Health*, Vol.1, (1-5).

Roberts, D. V., Fredrick, M. M., Carr, H. N., Velligan, D. I., (2011), “Interventions to Improve Oral Medication Adherence in Psychosis: The Role of Adherence Measurement”, *Neuropsychiatry*, Vol.1, Issue.4, (361–36).

Rössler, W., Salize, H. J., Van Os J., Riecher-Rössler A., (2005), “Size of Burden of Schizophrenia and Psychotic Disorders”, *European Neuropsychopharmacology*, Vol.15, Issue.4, (399-409).

Sadock, B. J. ve Sadock, V. A., (2005), *Klinik Psikiyatri*, Çeviri Edt. Hamdullah Aydın, Güneş Kitabevi, İstanbul.

Sarıkoç, G., Demiralp, M., Özşahin, A., Açikel, C.H., (2015), “Ruhsal Hastalıklarda Yardım Arama: Hasta Yakınlarının Tutumlarına Yönelik Bir Çalışma”, *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi*, C.4, S.1, (32-38).

Saruç, S., Kaya Kılıç, A., (2015), “Toplum Ruh Sağlığı Merkezinden Hizmet Alan Hastaların Sosyal Profili ve Merkezde Verilen Hizmetler”, *Toplum ve Sosyal Hizmet Dergisi*, C.26, S.2, (53-71).

Saunders, J. C., (2003), “Families Living with Severe Mental Illness: A Literature Review”, *Ment Health Nurs*, Vol.24, Issue.2, (175-98).

Saylavcı, E., (2014),“Toplum Ruh Sağlığı Merkezlerine Başvuran Hastaların Memnuniyet Durumlarının İstatiksel Değerlendirilmesi: Kahramanmaraş Şirikçioğlu Trsm Uygulaması”,Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Ankara.

Schene, A. H., (1990), “Objective and Subjective Dimensions of Family Burden”,*Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, Vol.25,Issue.6, (289-297).

Shamsaei, F., Cheraghi, F., Esmaeilli, R., (2015), “Family Challenge Of Caring For The Chronically Mentally Ill: A Phenomenological Study”,*Iranian Journal of Psychiatry And Behavioral Sciences*, Vol.9,Issue.3, (1-7).

Shishani, N., Abdeljaleel, S., Safi, M., Zubi, M., Alzubi, M., (2018), “Prevalence Of Non-Adherence Within Psychiatric Patients in Prince Zaid Hospital at Rms in Jordan, A Cross Sectional Study”, *International Research Journal of Pharmacy And Medical Sciences (Irpms)*, Vol.1,Issue.6, (27-30.)

Shult, S. K.and Andersen, N. C., (1999), “Schizophrenia”,*Lancet*,Vol.353, (1425-1430).

Shoib, S., Mushtaq, R., Dar, Mm., Mir, Ja., Shah, T., Singh, R., Ahmad, J., Kyser, S., (2014), “Psychosocial and Medical Factors Affecting Treatment Compliance in Patients Attending Psychiatric Hospital: A Study From Kashmir”,*International Journal of Basic & Clinical Pharmacology*, Vol.3,Issue.1, (220-224).

Silver, H. J. and Wellman, N. S., (2002), “Family Caregiver Training is Needed to Improve Outcomes For Older Adults Using Home Care Technologies”,*J Am Diet Assoc*, Vol.102,Issue.6, (831-836).

Songur, C., Saylavcı, E., Kıran, Ş., (2017)., “Avrupa’da ve Türkiye’de Ruh Sağlığı Hizmetlerinin Karşılaştırmalı Olarak İncelenmesi”,*Social Sciences Studies Journal*, C.3, S.4, (276-89).

Soygür, H., (2016), “Türkiye’de Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri: Quo Vadis?”,*Arch Neuropsychiatr*, C.53, (1-3).

Soygür, H., Alptekin, K. Atbaşıoğlu, C., Herken, H., (2007), *Şizofreni ve Diğer Psikotik Bozukluklar*, Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları, Bilimsel Çalışma Birimleri Dizisi, Tuna Matbaası, Ankara.

Sönmez, S., (2009).,“Şizofreni Hastalarında Psikoeğitim Grup Çalışmasının Pozitif ve Negatif Belirtiler, Sosyal İşlevsellik, Yeti Yitimi, İçgörü ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkilerinin Araştırılması”, T.C. İstanbul Sağlık Bakanlığı Bakırköy Prof. Dr. Mahzar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi. Uzmanlık Tezi, İstanbul.

Summakoglu, D. ve Ertugrul, B., (2018), “Şizofreni ve Tedavisi”,*Lectio Scientific Journal Of Health And Natural Sciences*, C.2, S.1, (43- 61).

Szcześniak, D., Kobylko, A., Wojciechowska, I., Kłapciński,M., Rymaszewska, J., (2018), “Internalized Stigma and its Correlates Among Patients With Severe Mental Illness”,*Neuropsychiatr Dis Treat*, Vol.14, (2599–2608).

Şahin, Ş. ve Elboğa, G., (2019),“Toplum Ruh Sağlığı Merkezinden Yararlanan Hastaların Yaşam Kalitesi, Tıbbi Tedaviye Uyumu, İçgörü ve İşlevsellikleri”,*Cukurova Medical Journal*,C.44,S.2, (431-438).

Şengün İnan, F. ve Çetinkaya Duman, Z., (2013), “Şizofreni Hastasına Bakım Verenlerin Ruh Sağlığını Etkileyen Faktörler: Sosyodemografik Değişkenler ve Stresle Başa Çıkma Tarzları”,*Anadolu Hemşirelik Ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, C.16, S.4, (205-211).

Şenkal Ertürk, İ. ve Kömürcü, B., (2017), “Şizofreninin Tekrarlanmasında Ailede Duygu Dışavurumunun Önemi ve Sonuçları Üzerine Bir Derleme”,*Klinik Psikoloji Dergisi*, C.1, S.1, (44-51).

Şimşek, D., (2006), “Şizofreni Hastalarında Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi”, Süleyman Demirel Üniversitesi, Psikiyatri Anabilim Dalı. Uzmanlık Tezi, Isparta.

Tanrikulu, S., (2015), Evinde Bir Aile Üyesine Bakım Veren Kadınların Bakım Verme Yüklerinin İncelenmesi”, Başkent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sosyal Hizmet Anabilim Dalı,YüksekLisans Tezi, Ankara.

T.C. Sağlık Bakanlığı, (2011), “Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri İçin Çalışma Rehberi”, Ankara.

Resmi Gazete, 06.03.2014 Tarih ve 9453 Sayılı, “T.C. Sağlık Bakanlığı Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri Hakkında Yönergesi”.

Tel, H. ve Ertekin Pınar, Ş., (2013), “Kronik Ruhsal Sorunlu Hastaların Primer Bakım Vericilerinde Tükenmişlik ve Depresyon Arasındaki İlişkinin İncelenmesi”, *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, C.4, S.3, (145-152).

T.C. Sağlık Bakanlığı, 2011-2023 Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı, Ankara.

T.C. Sağlık Bakanlığı, (2006), T.C. Ruh Sağlığı Politikası, Ankara.

Ulaş, H., (2008), “Batı Avrupa Ülkelerinde ve Türkiye’de Psikiyatrik Hizmetler”, *Türkiye Psikiyatri Derneği Bülteni*, C.11, S.2, (2-12).

Ulusoy, S. ve Arslan Delice, M., (2015), “Şizofreni Tanısı ile İzlenen Bir Olgunun İşlevselliğinin Artırılmasında Bireysel Danışmanlığın Rolü”, *Düşünen Adam The Journal Of Psychiatry And Neurological Sciences*, C.28, S.2, (162-166).

Uğur, M., (2008), “Türkiye’de Sık Karşılaşılan Psikiyatrik Hastalıklar”, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, Sempozyum Dizisi, İstanbul.

Yılmaz, V., (2012), *İnsan Hakları Ve Karşılaştırmalı Sosyal Politika Yaklaşımı Işığında Türkiye’de Ruh Sağlığı Politikaları: Tespitler ve Öneriler*, Rusihak Yayınları, İstanbul.

Urizar, A. C., Castillo, C. M., Giráldez, S. L., Maturana, S. L., Pérez, M. R., Tapia, F. M., (2013), “An Updated Review on Burden on Caregivers of Schizophrenia Patients”, *Psicothema*, Vol.26, Issue.2, (235-243).

Uslu, E. ve Buldukoğlu, K., (2018), “Şizofrenide İlaç Tedavisine Uyum ve Psikiyatri Hemşiresinin Rolü”, *Ankara Sağlık Bilimleri Dergisi*, C.7, S.1, (61-72).

Üçok, A., Atlı, H., Çetinkaya, Z., Kandemir, P.E.,(2002), “Şizofreni Hastalarında Bütüncül Yaklaşımlı Grup Tedavi-Sinin Yaşam Kalitesine Etkisi: Bir Yıllık Uygulama Sonuçları”,*Nöropsikiyatri Arşivi*, 39.

Ünal, G., (2002),“Bipolar Affektif Bozukluğu Olan Hastaların Aile İşlevlerinin Değerlendirilmesi”, *Düşünen Adam Dergisi*, C.15, S.4, (221-228).

Üstünsoy Çobanoğlu, S., Aker, T., Çobanoğlu, N., (2003), “Şizofreni ve Diğer Psikotik Bozukluğu Olan Hastalarda Tedaviye Uyum Sorunları”,*Düşünen Adam Dergisi*, C.16, S.4, (211-218).

Weich, S., Lewis, G., Churchill, R., Mann, A. (1997), “Strategies for the Prevention of Psychiatric Disorder in Primary Care in South London”, *Lof Epidemiology And Community Health*, Vol.51, (304-309).

Williams, J., Alatiq, Y., Crane, C., Barnhofer, T., Fennell, M., Duggan, D. S., Hepburn, S., Goodwin, G. M. (2008), “Mindfulness-Based Cognitive Therapy (Mbct) In Bipolar Disorder: Preliminary Evaluation of Immediate Effects On Between-Episode Functioning”,*Journal of Affective Disorders*, Vol.107,Issue.1-3, (275-279).

World Health Organization, (1948), “Constitution”.

World Health Organization, (2001), “The World Health Report 2001: Mental Health: New Understanding, New Hope. Geneva”.

World Health Organization (2003), “The Mental Health Context. Mental Health Policy And Service Guidance Package”.

Van Der Voort, Tyg., Goossens, Pj., Van Der Bijl, Jj., (2007), “Burden, Coping And Needs For Support Of Caregivers for Patients with a Bipolar Disorder: A Systematic Review”,*Journal Psychiatric and Mental Health Nursing*, Vol.14,Issue.7,(679-687).

Van Os, J., Kenis, G., Rutten, B. P., (2010),“The Environment and Schizophrenia”,*Nature*, Vol.468,Issue.7321, (203-12).

Vasudeva, S., Sekhar, C. K., Rao, P. G., (2013), “Caregivers Burden of Patients With Schizophrenia and Bipolar Disorder: A Sectional Study”, *Indianjpsychol Med*, Vol.35, Issue.4, (352–357).

Vega, P., Barbeito, S., Azúa, S. R., Cengotitabengoa, M. M., González Ortega, I., Saenz, M., González-Pinto, A., (2011), “Bipolar Disorder Differences Between Genders: Special Considerations for Women”, *Women's Health*, Vol.7, Issue.6, (663–676).

Veltman, A., Cameron, J., Stewart, D. E., (2002), “The Experience of Providing Care to Relatives With Chronic Mental Illness”. *J Nerv Ment Dis*, Vol.190, Issue.2, (108-114).

Yanos, P., West, M. L., Gonzales, L., Smith, S. M., Roe, D., Lysaker, P. H., (2012), “Change in Internalized Stigma and Social Functioning Among Persons Diagnosed With Severe Mental Illness”, *Psychiatry Res*, Vol.200, Issue.2-3, (1032-1034).

Yavuz, R., (2008), “Şizofreni Türkiye’de Sık Karşılaşılan Psikiyatrik Hastalıklar”, İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, *Sempozyum Dizisi*, 62, (49-58).

Yazıcı, E., Karabulut, Ü., Yıldız, M., Baskan Tekeş, S., İnan, E., Çakır, U., Boşgelmez, Ş., Turgut, C., (2016), “Şizofrenisi Olan Hastalara Bakım Verenlerin Yüğü ve İlişkili Etmenler”, *Neuropsychiatr*, C.53, S.2, (96-101).

Yeloğlu, Ç. H. ve Hocaoglu, Ç., (2017), “Önemli Bir Ruh Sağlığı Sorunu: Bipolar Bozukluk”, *Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Dergisi*, C.8, S.30, (41-54).

Yıldırım, A., ve Şimşek, H., (2006), *Sosyal Bilimlerde Nitel Araştırma Yöntemleri*, Seçkin Yayınları, Ankara.

Yıldırım, A., ve Şimşek, H., (2008), *Sosyal Bilimlerde Nitel Araştırma Yöntemleri*, Seçkin Yayıncılık, Ankara.

Yıldırım, A., ve Şimşek, H., (2018), *Sosyal Bilimlerde Nitel Araştırma Yöntemleri*, Seçkin Yayıncılık, Ankara.

Yıldırım, A., Buzlu, S., Hacıhasanoğlu Aşlar, R., Camcıoğlu, T. H., Erdiman, S., Ekinci, M., (2013), “Şizofreni Hastalarının Ailelerine Uygulanan Aileden Aileye Destek Programının Hastalık Hakkında Bilgi, Aile Yüğü ve Öz Yeterlilik Üzerine Etkisi”,*Türk Psikiyatri Dergisi*, 24, (1-7).

Yıldız, M., (2008), *Şizofrenide Ruhsal ve Toplumsal Beceri Eğitimi*.

Yıldız, M., Yazıcı, A., Çetinkaya, Ö., Bilici, R., Elçim, R., (2010), “Şizofreni Hastalarının Yakınlarının Hastalıkla İlgili Bilgi ve Görüşleri”,*Türk Psikiyatri Dergisi*, C.21, S.2, (105-113).

EKLER

EK-1 Onam Formu

AĞIR RUHSAL HASTALIĞI BULUNAN BİREYLERE BAKIM VERENLERİN BAKIM / VERME DENEYİMLERİ VE POLİTİKA ÖNERİLERİ

Onam Formu

Değerli Katılımcı;

Bu çalışma, Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi'nden yüksek lisans öğrencisi Sema GÜZEL tarafından Dr. Öğretim Üyesi Melek Zuharoğlu Yanardağ danışmanlığında bilimsel bir çalışma kapsamında yürütülmektedir. Bu çalışmanın amacı; Antalya İli Kumluca Devlet Hastanesi Toplum Ruh Sağlığı Merkezi'ne kayıtlı ağır ruhsal hastalığı bulunan bireylere bakım verenlerin ve toplum ruh sağlığı merkezinde görevli sağlık profesyonellerinin bakım verme deneyimlerinin incelenmesi ve bu konuda oluşturulabilecek politikaların geliştirilmesidir. Çalışmaya katılım tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Çalışmadaki sorularda kesinlikle kimlik belirleyici bilgiler istenmemektedir ve rahatsızlık verecek sorular bulunmamaktadır. Çalışmayı istediğiniz zaman bırakmakta serbestsiniz. Yalnızca sizin talebiniz doğrultusunda, formları doldururken rahatsızlık duymanız halinde veya araştırmanın kesintiye uğraması gibi durumlarda araştırmaya katılımınız otomatik olarak düşmüş olacaktır. Araştırma formlarını doldurmanız sonrasında, bu çalışmaya devamlılık sağlamanız veya yapmanız gereken herhangi bir ek işlem gerekli olmayacaktır. Çalışma sonlanıncaya kadar çalışmaya katılım konusundaki kararınızı etkileyebilecek bir husus olması halinde size bilgi verilecektir. Bununla birlikte, sorulara samimi cevaplar vermeniz araştırmada elde edilen sonuçların geçerli ve güvenilir olmasını sağlayacaktır. Verdiğiniz tüm cevaplar gizli tutulacak ve elde edilen bilgiler sadece araştırma amaçları doğrultusunda kullanılacaktır. Veriler bilimsel amaçlarla kullanılacak ve kişisel bilgiler gizli tutularak yayımlanabilecektir. Bu çalışmaya yaklaşık 30 katılımcının/ gönüllünün (25 hasta yakını – 5 personel) katkı vermesi öngörülmektedir.

Çalışmayla ilgili her türlü sorularınız eksiksiz cevaplandırılacaktır.

Çalışma hakkında bilgi almak için Sema GÜZEL ile e-posta üzerinden (sema.guzel@saglik.gov.tr) iletişim kurabilirsiniz.

Katılımınız için teşekkürler.

Yukarıdaki tüm açıklamaları okudum. Yukarıda konusu ve amacı geçen araştırmayla ilgili gerekli tüm açıklamalar tarafıma formda adı geçen araştırmacı tarafından yapıldı. Bu çalışmaya hiçbir baskı altında olmadan, tamamen gönüllü olarak katılıyorum ve istediğim zaman yarıda kesip çıkabileceğimi biliyorum. Verdiğim bilgilerin bilimsel amaçlı yayınlarda kullanılmasını kabul ediyorum. (Formu doldurup imzaladıktan sonra araştırmacıya geri veriniz).

Gönüllünün:

Adı Soyadı

Tarih

İmza

---/---/---

İletişim numarası ve e-posta adresi:.....

Araştırmacının:

Adı Soyadı

Tarih

İmza

---/---/---

EK-2-Hasta Yakını İle Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu

HASTA YAKINI İLE YARI YAPILANDIRILMIŞ GÖRÜŞME FORMU

GÖRÜŞME NUMARASI:.....

I-Sosyo-demografik Bilgiler

12. Yaşınız?
13. Cinsiyetiniz?
14. Medeni Durumunuz?
15. Öğrenim durumunuz?
16. Mesleğiniz?
17. Hasta ile yakınlık dereceniz?
18. Yakınızın hastalığını biliyor musunuz?
 - 1) Evet (Hastalığın adı) 2)Hayır
19. Hasta ile aynı evde mi yaşıyorsunuz?
20. Hasta ile aranızda cinsiyet farkı var mı?
21. Ne kadar zamandır hastanın bakımıyla ilgileniyorsunuz?
22. Hastanın bakımıyla ilgili ek bir maddi destek alıyor musunuz? Açıklayınız.

II- Bakım Verenlerin Bakım Verme Deneyimleri ve Görüşleri

23. Bakım veren olmak hayatınızı nasıl etkiliyor? Tarif edebilir misiniz?
24. Bakım veren olmak fiziksel (alkol sigara kullanımı, kronik yorgunluk, beslenme, uyku düzeni, özbakım, somatik şikayet, konsantrasyon bozukluğu, ek fiziksel rahatsızlıklar...) olarak sizi nasıl etkilemektedir?
25. Bakım veren olmanın sizin ruhsal ve duygusal durumunuza (endişe, korku, kaygı, ümitsizlik, huzursuzluk, yalnızlık duygusu, kendine güvende azalma, ağlama isteği, gelecek kaygısı, agresyon...) etkileri nelerdir?
26. Bakım veren olmak sizi sosyal olarak (kendine ve aileye vakit ayırabilme, komşuluk ilişkileri, arkadaşlık ilişkileri, sosyal etkinliklere katılabilme, yaşam kalitesi, damgalanma...) nasıl etkilemektedir?
27. Bakım veren olmak sizi ekonomik olarak (hastanın beslenme, ilaç, tedavi, ulaşım masrafı, çalışamama, iş kaybı...) nasıl etkilemektedir?
28. Bakım verme süreciyle ilgili aktarmak istediğiniz başka deneyimleriniz var mı? Varsa bu deneyimler nelerdir?

29. Hastanıza bakım verme sürecinde devamlı veya zaman zaman size destek olan başka bireyler var mı? Açıklayınız.
30. Hastanız düzenli olarak toplum ruh sağlığı merkezine gidiyor mu?
1)Evet (ne sıklıkla) 2)Hayır
31. Hastanızın TRSM'den hizmet alması sizin ve hastanızın yaşamını nasıl etkiledi?
32. Sizin bu hastalık grubuna bakım verenlere tavsiyeleriniz nelerdir?
33. Ağır ruhsal hastalığı bulunan hastalara yönelik politikalarla ilgili neler düşünüyorsunuz, geliştirilebilecek yeni politika öneriniz nelerdir?



EK-3 Sağlık Görevlisi Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu
SAĞLIK GÖREVLİSİ YARI YAPILANDIRILMIŞ GÖRÜŞME FORMU

GÖRÜŞME NUMARASI:.....

I. Sosyo-demografik Bilgiler

1. Yaşınız:
2. Cinsiyetiniz:
3. Eğitim durumunuz:
4. Mesleğiniz:
5. Mesleki deneyim süreniz:
6. Ruh sağlığı alanındaki mesleki deneyim süreniz:
7. Kumluca Toplum Ruh Sağlığı Merkezindeki (TRSM) mesleki deneyim süreniz:

II. Sağlık Profesyonellerinin Bakım Verme Deneyim ve Görüşleri

8. TRSM’de çalışmaya başlamadan önce ve çalışma süreciniz boyunca ruh sağlığı alanına ilişkin deneyimleriniz nasıldı?
9. TRSM’de çalışan sağlık profesyonelleri bu hasta grubuna hizmet verirken hangi konularda zorluk yaşamaktadır?
10. TRSM’de mesleğinizle ilişkili görev ve sorumluluklarınız nelerdir?
11. TRSM’de çalışan bir sağlık profesyoneli olarak kendi mesleğinizle ilgili sorumluluk ve görevleriniz hakkında düşünceleriniz nelerdir?
12. Ağır ruhsal hastalığı bulunan bireylere bakım sürecindeki deneyimleriniz (fiziki, sosyal, ruhsal, duygusal ve ekonomik) nelerdir?
13. TRSM hizmet sunumunun daha aktif ve verimli olabilmesi için düşünce ve önerileriniz nelerdir?
14. Ağır ruhsal hastalığı bulunan bireylere bakım veren ailelere önerileriniz neler olur?
15. Ağır ruhsal hastalığı bulunan hastalarla ilgili politikalar hakkında neler düşünüyorsunuz, sizce bu alanla ilgili geliştirilebilecek yeni politika önerileri neler olabilir?

EK-4 Etik Kurul İzni



T.C.
BURDUR MEHMET AKİF ERSOY ÜNİVERSİTESİ
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu

ARAŞTIRMA PROJESİ DEĞERLENDİRME RAPORU

Toplantı Tarihi: 07.11.2019 Çarşamba
Toplantı No:2019/12
Karar No: GO 2019/172

Üniversitemiz Sosyal Bilimler Enstitüsü Yüksek Lisans öğrencisi Sema GÜZEL'in sorumlu araştırmacı olduğu, "*Ağır Ruhsal Hastalığı Bulunan Bireylere Bakım Verenlerin Bakım Verme Deneyimleri ve Politika Önerileri*" başlıklı proje önerisi araştırmacının gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş olup, etik açıdan uygun bulunmuştur.

EK-5 T. C. Sağlık Bakanlığı İzni



T.C.
ANTALYA VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü



Sayı : 35645234-619
Konu : Yüksek Lisans Tezi Araştırma İzni/
Sema GÜZEL

ANTALYA KUMLUCA DEVLET HASTANESİNE (Hasta İletişim Birimi)

İlgi : 28/01/2020 tarihli ve 28950620-929-235 sayılı yazınız.

İlgi tarih ve sayılı yazınıza istinaden; hastanenizde Sosyal Hizmet Uzmanı olarak görev yapan (PI1337) Sema GÜZEL'in Yüksek Lisans Tez Programı kapsamında "Ağır Ruhsal Hastalığı Bulunan Bireylere Bakım Verenlerin Bakım Verme Deneyimleri Ve Politika Önerileri" adlı çalışmasının hastaneniz bünyesindeki Toplum Ruh Sağlığı Merkezi'nde çalışan personel ve hizmet alan hastaların ailelerine yönelik uygulama talebi; iş ve işlemlerin aksatılmaması, hasta/hasta yakını ve çalışan haklarına riayet edilerek, hastane kuralları, etik kurallar ve bilgi güvenliği dikkate alınarak, gönüllülük esasına göre uygulanması koşuluyla tarafımızca uygun görülmüştür.

Bilgilerinizi ve gereğini arz ederim.

e-imzalıdır.
Uzm. Dr. Mehmet AKDAĞ
Başkan

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler :

Adı ve Soyadı: Sema GÜZEL

Eğitim Durumu :

Lisans Öğrenimi: Adnan Menderes Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Sosyal Hizmet Bölümü

Yüksek Lisans Öğrenimi: Burdur Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü Sosyal Hizmet Anabilim Dalı, Sosyal Politika ve Sosyal Hizmetler Tezli

Yüksek Lisans Programı 2018- ...

Yabancı Dil(ler) ve Düzeyi:İngilizce- Başlangıç Düzeyi

İş Deneyimi: Sosyal çalışmacı kadrosunda; Artvin İl Sağlık Müdürlüğü (2013), Zonguldak İl Sağlık Müdürlüğü (2013 Eylül-2015 Mart), Sağlık Bakanlığı Tütün ve Diğer Bağımlılık Yapıcı Maddelerle Mücadele Daire Başkanlığı (2015 Mart-2016 Haziran), Zonguldak İl Sağlık Müdürlüğü (2016 Haziran-2017 Ekim)'nde çalıştım 2017 yılı Ekim ayından itibaren Kumluca Devlet Hastanesi'nde görevliyim.

Bilimsel Yayınlar ve Çalışmalar:GÜZEL, S. &ZUBAROĞLU YANARDAĞ, M. (2019). Türkiye’de Ruhsal ve Duygusal Engelliler,2.Uluslararası Sağlık Bilimleri ve Yaşam Kongresi-2019, Burdur (Tam Metin Bildiri)

GÜZEL, S. &ZUBAROĞLU YANARDAĞ, M. (2021).Çevresel ve Sosyal Faktörler ile Ruh Sağlığı Üzerine Bir İnceleme: Ruh Sağlığı Alanında Sosyal Hizmet Mesleğinin Önemi, *Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi* (2021 Mart sayısı için kabul almıştır.)