



**ŞİZOFRENİ HASTALARINA BAKIM VEREN KADINLARIN YAŞADIKLARI GÜÇLÜKLERİN
DEĞERLENDİRİLMESİ: NİTEL BİR ARAŞTIRMA**
**ASSESSMENT OF THE DIFFICULTIES FACED BY WOMEN WHO CARE FOR SCHIZOPHRENIC
PATIENTS**

Fulya AKGÜL GÖK*

Öz

Bu araştırmada, şizofreni hastası çocuklarına bakım veren kadınların bakım verme sürecinde yaşadıkları psiko-sosyal, fiziksel ve ekonomik güçlükler, yaşadıkları güçlüklerle ilişkin algılarının belirlenmesi ve derinlemesine bir şekilde incelenmesi amaçlanmıştır. Nitel araştırma yöntemiyle tasarlanmış olan bu çalışmada fenomenolojik yaklaşım temel alınmıştır. Bu bağlamda bakım veren kadınların yaşamış oldukları güçlükler ve deneyimler kendi algılamaları doğrultusunda anlaşılmaya çalışılmıştır. Kartopu örnekleme yoluyla toplam 11 bakım veren kadın ile yarı yapılandırılmış görüşme formu aracılığıyla veriler toplanmıştır. Veriler araştırmacı tarafından derinlemesine analiz edilmiştir. Araştırmaya katılan kadınların yaş dağılımı 40-58 arasındadır. Eğitim durumlarına bakıldığında 4'ünün ilköğretim, 5'inin lise ve 2'sinin üniversite mezunu olduğu görülmektedir. Çalışma durumlarına bakıldığında 3 kadın katılımcının çalıştığı, 8'inin ise çalışmadığı görülmektedir. Şizofreni hastalığı hakkında yeterli bilgi sahibi olmayan kadınların, hastalığın ilk aşamasında, hastada görülen semptomlara farklı anlamlar yükledikleri görülmüştür. Hastalık hakkında bilgi sahibi olmayan kadınlar, hastaya yönelik kendi içgüdüleriyle hareket ettiklerini ifade etmişlerdir. Hastalık teşhisi konulduğunda, araştırmaya katılan kadınların büyük çoğunluğu özellikle çaresizlik ve belirsizlik duygusu yaşadıklarını belirtmişlerdir. Araştırmaya katılan kadınların büyük çoğunluğu, bakım sorumluluğunu büyük ölçüde kendileri üstlenmişlerdir. Bakım veren kadınlar, her ne kadar bakım vermenin güçlüklerini ifade etseler de, kendi rollerinin bir parçası olarak bakım verme rolünü içselleştirmişlerdir. Hastalık hakkında bilgi sahibi olma durumu, bakım veren kadınların baş etme stratejilerini etkilemektedir. Sosyal çevreden, eşten ve aileden alınan desteğin, kadınların psikolojik durumu üzerinde olumlu bir etki yarattığı görülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Şizofreni, Bakım Verme, Kadın, Güçlükler.

Abstract

In this study it's aim to determine psychosocial, physical and economic difficulties experienced by women who care for their schizophrenic children, also to determine their perception of these difficulties and analyze of them deeply. This study has been carried out with qualitative research method with using phenomenological approach. Therefore, difficulties and experiences of the women has been tried to understand from their own perceptions. Data has been collected through semi-structured interview form with 11 women who were reached by snowball sampling. Data has been analyzed deeply by the researcher. Women participated the research are between the ages of 40 and 58. It's seen that 4 of them graduate of primary school; 5 of them graduate of high school and 2 of them graduate of university. Also 3 of them are working but 8 of them are unemployed. It's seen that women not having enough information about the schizophrenia has attributed different meaning to early symptoms of the disease. Also these women expressed that they were acting with their instincts towards the patients. All of the participant stated that they felt especially desperation and uncertainty when their children diagnosed. Most of the participants have responsibility of caring for their children. These women expressed the difficulties of caring of their children but they interiorized this care giving act as a part of their role. Having information about the disease have effect on the coping strategies of them. It's found out that support from social environment, spouse and family have a positive effect on women's psychology.

Keywords: Schizophrenia, Caregiving, Women, Difficulties.

1. GİRİŞ

Psikiyatrik hastalıklar, hastaları, hastalara bakım veren bireyleri ve diğer aile üyelerinin yaşamlarını derinden etkilemektedir. Şizofreni hastaları tedavi gördükleri kurumdan taburcu olduktan sonra genellikle ailelerinin yanına dönmektedir (Dixon vd., 2000). Aile içinde ise ruhsal hastalığı olan bireye bakım verme rolü kadına verilmektedir. Nitekim gelişmekte olan birçok ülkede de, ruhsal hastalığı olan bireylerin bakımı aile üyeleri tarafından sağlanmaktadır (Chadda vd., 2000). Konuya toplumsal cinsiyet meselesiyle bakıldığında, genel olarak kadınların bakım verme sürecinin tam olarak merkezinde oldukları ve bakım vermenin kadınların "görevlerinden" biri olduğu düşünülmektedir. Ayrıca toplum tarafından içselleştirilen ve kuşaktan kuşağa aktarılan, kadınların daha "duygusal" ve "duyarlı" olduğuna ilişkin inancın, kadınlar tarafından da içselleştirilmesi, kadını bakım verme sürecinin temel aktörü haline getirebilmektedir. Bu bağlamda yapılan birçok çalışmada da, psikiyatrik hastalığı olan bireylere bakım verenlerin daha çok kadınlar olduğu görülmektedir (Akın ve Demirel, 2003; Stone vd., 1987; O'Connell, 2006; Aşık, 2011; Çetin vd., 2013).

* Arş. Gör., Ankara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sosyal Hizmet Bölümü.



Bakım verme sürecinin merkezinde yer alan kadınlar, bakım verme, diğer çocukların gereksinimlerini karşılama, ev içi işleri yapma vb. tüm sorumlulukları üstlenmektedir. Bakım veren bireylerin psiko-sosyal ve fiziksel olarak yaşamış oldukları tüm bu güçlükler literatürde “yük” kavramı ile açıklanmaktadır. Platt, yük kavramını bakım veren bireylerin hayatını etkileyen olumsuz durumlar, zorluklar ya da problemlerin varlığı olarak tanımlamıştır (Lowyck vd., 2004). Bakım yükü nesnel ve öznel yük olarak sınıflandırılmıştır. Nesnel yük bakım veren kişinin yaşamının bazı kısımlarındaki değişiklikleri ve aksaklıkları (Montgomery vd., 1985); hastanın rahatsız edici davranışları ya da hastalığın yol açtığı ekonomik zorluklar, günlük yaşam ve sosyal faaliyetlerdeki kısıtlanmalar gibi yükün gözlemlenebilir yönünü (Arslantaş ve Adana, 2011) ele alırken; öznel yük bakım veren kişi için bakım yükünden kaynaklanan duygusal tepkiler (Montgomery vd., 1985) olarak tanımlanmaktadır.

Bakım veren kadınlarda “yük”e neden olan faktörler arasında hastalığın semptomları, hastalık hakkında bilgi sahibi olma durumu, kadınların kök ailelerinde yaşamış oldukları toplumsal cinsiyet rolleri ile ilişkili deneyimler, sosyal destek düzeyleri ve baş etme stratejileri yer almaktadır. Özellikle eş, aile desteği ve bakım veren kadınların algıladıkları sosyal destek, kadınların yaşadıkları güçlüklerin düzeyini önemli ölçüde etkilemektedir. Literatürde toplum yapısının değişimine bağlı olarak ortaya çıkan çekirdek aile modelinde, aile üyelerinin ruhsal hastalıklarla başa çıkmada daha savunmasız olduğu belirtilmektedir. Nitekim Ganguly vd. (2010), geçmişte geleneksel geniş aile yapısının strese karşı bir tampon görevi görmekte olduğunu belirtmiştir. Günümüzde ise sanayileşme beraberinde aile yapısını, toplumsal yapıyı değiştirmiş ve kadınların iş yaşamında aktif rol almaya başlamasını sağlamıştır. Böylelikle geniş aile yapısı yok olmaya başlamış, çekirdek aile ruhsal hastalıklarla baş etmede daha savunmasız kalmış (Ganguly vd., 2010) ve bakım ihtiyacı olan bireylerin evde bakımı güçleşmiştir (Subaşı, 2001). Bu durumla ilişkili olarak bakım veren bireyler hastalıkla ve hastalığın ortaya çıkardığı sorunlarla baş etmede kendilerini büyük ölçüde yalnız hissetmektedirler (Magliano vd., 1998; Çetin vd., 2013). Literatürde primer bakım veren kişilerin bakım verme rolünü nasıl gerçekleştirecekleri konusunda kaygı ve belirsizlik yaşadıkları bildirilmiştir. Ayrıca kaynaklara nasıl ulaşılacaklarını ve bu kaynakları nasıl kullanacaklarını bilememekten dolayı da sorunlar yaşadıklarını belirtmişlerdir (Atağün vd., 2011; Karancı, 1997; Schulz ve Sherwood, 2008; Schumacher vd., 2008). Tüm bu etkenlerin yanısıra bakım veren bireyler başta olmak üzere, aile üyelerinin ve bakım veren kadınların hastanın ihtiyaçları doğrultusunda yaşamlarını şekillendirmeleri, böylece eskiden yaptıkları faaliyetlerinin sekteye uğraması, kendilerine ayırdıkları özel saatlerin azalmasına yol açmaktadır. Bu durum, primer bakım veren kişilerde ve ailede duygusal sıkıntılara, ekonomik ve toplumsal sorunlara neden olabilmektedir.

Yapılan bu çalışmada, bakım verme sürecinde bakım veren kadınların yaşamış oldukları güçlükler, kendi anlatılarıyla ortaya konulmuş ve değerlendirilmiştir.

2.YÖNTEM

2.1.Çalışma Grubu

Bu çalışmada nitel araştırma yöntemi kullanılmıştır. Nitel araştırma, gözlem, görüşme ve doküman analizi gibi nitel veri toplama tekniklerinin kullanıldığı araştırmadır (Yıldırım ve Şimşek, 2011). Dolayısıyla bu araştırmada ruhsal hastalığı olan bireylere bakım veren kadınların yaşadıkları sıkıntı ve güçlüklerin kendi algılamaları doğrultusunda belirlenmesi amaçlanmaktadır.

Araştırma fenomenolojik yaklaşımla gerçekleştirilmiştir. Bu yaklaşım, bireylerin kendi anlamlandırmaları ve algılamaları ile “şeyleri” nasıl ifade ettiklerini belirlemeyi sağlamaktadır (Patton, 1990). Bu araştırmanın örneklemini, ilk epizod şizofreni hastası olmayan bireylere bakım veren, yasal olarak evli olan ve eşyle birlikte yaşayan kadınlar oluşturmaktadır. Araştırmanın sadece kadınlarla yapılmış olmasının nedeni, literatürde toplumsal cinsiyet bakış açısının yansımaları olarak kadınların aile içinde ve bakım konusunda daha fazla sorumluluk alıyor olmasıdır. Amaçlı örnekleme yöntemlerinden kartopu örnekleme tekniği ile bu bireylere ulaşılmıştır. Görüşmelerin kendini tekrar etmeye başlaması ve araştırmacının belli bir doygunluk noktasına ulaşmasıyla görüşmeler tamamlanmıştır. Bu bağlamda 11 bakım veren kadın ile yüz yüze yarı yapılandırılmış derinlemesine görüşmeler gerçekleştirilmiştir.

2.2. Veri Toplama Araçları

Araştırmada veriler, araştırmacılar tarafından hazırlanan yarı yapılandırılmış görüşmeler ile elde edilmiştir. Ayrıca gözlem notlarından da yararlanılmıştır. Görüşme formunda bakım veren bireyler ile aile üyelerinin sosyo-demografik ve aile özellikleri, ailedeki iletişim örüntüleri, bakım verme sürecinde ne gibi sorunlarla karşılaştıkları, bu sorun ve güçlüklerin nelerden kaynaklandığını içeren sorular yer almaktadır.



2.3. Veri Toplama Süreci ve Verilerin Analizi

Araştırmaya katılan ruhsal hastalığı olan bireylere bakım veren kadınlarla yaklaşık 60-90 dakika süren derinlemesine görüşmeler gerçekleştirilmiştir. Derinlemesine görüşmelerin yapılmasında ses kayıt cihazının kullanılması konusunda katılımcıların onayı alınmıştır. Aynı zamanda katılımcılar için araştırmanın amacı ve ne şekilde kullanılacağına ilişkin bilgileri içeren bilgilendirilmiş onam formu hazırlanmış ve bu form görüşmelere başlanmadan önce katılımcılar tarafından okunarak imzalanmıştır. Araştırma kapsamında, katılımcıların gerçek isimleri kullanılmamış, katılımcılara takma isimler verilmiştir.

Görüşmeler, katılımcıların kendilerini rahat hissedebilecekleri ev ortamında ya da iş yerinde gerçekleştirilmiştir.

Derinlemesine görüşmeler yoluyla elde edilen verilerin yer aldığı ses kayıtları olduğu gibi metne aktarılmıştır. Metinler araştırmacı tarafından tekrar tekrar okunduktan sonra, bu alanda uzman iki kişi tarafından tekrar okunarak araştırmanın güvenilirliği sağlanmaya çalışılmıştır. Araştırmacıların verdikleri yanıtlar araştırmanın amacına uygun olarak temalara ayrılarak analiz edilmiştir.

3. BULGULAR

Araştırmaya katılan kadınların yaş dağılımı 40-58 arasındadır. Eğitim durumlarına bakıldığında 4'ünün ilköğretim, 5'inin lise ve 2'sinin üniversite mezunu olduğu görülmektedir. Çalışma durumlarına bakıldığında 3 kadın katılımcının çalıştığı, 8'inin ise çalışmadığı görülmektedir.

Psikiyatrik hastalıklar hem hastanın kendisi hem de bu hastalara bakım veren bireyler için oldukça zorlu süreçleri beraberinde getirebilmektedir. Özellikle toplumsal cinsiyet bakış açısının olduğu bir toplumda kadınların ev içi işler ve bakım verme sorumluluklarının daha fazla olduğu düşünülmektedir. Psikiyatrik hastalığı olan bireye bakım verme, kadının hem öznel hem de nesnel yüklerle mücadelesini beraberinde getirmektedir. Bu çalışmada kadınların bakım verme sürecinin ve yaşadıkları güçlüklerin daha iyi anlaşılması bakımından öncelikle "çekirdek ve kök ailede yaşanan deneyimler" değerlendirilmiştir. Sonrasında araştırma, "hastalığın fark edilmesi", "hastalık hakkında bilgi sahibi olma durumu", "hastalığa verilen tepkiler", "yaşanan güçlükler" ve "baş etme" olarak temalara ayrılmıştır.

Çekirdek ve Kök Ailede Yaşanılan Deneyimler

Toplumsal cinsiyet rollerinin egemen olduğu ailelerde yaşayan veya yaşamış olan kadınlar, ev işleri ve çocuk bakımı gibi eylemlerden öncelikli olarak sorumlu olan bireyler olabilmektedir. Kök ailede gerçekleştirilen ve yaşanan bu eylemler ve deneyimler, kadınların evlendikten sonra içinde buldukları aile yapısında da etkilerini sürdürebilmektedir. Bu durum kadınların özellikle aile içinde üstlendikleri rolleri içselleştirmelerine neden olabilmektedir. Bunun yanı sıra erkeğin aile içinde üstlendiği roller, eşine ve çocuklarına olan tutumu da kadının bu rolleri içselleştirmelerine veya üstlenmelerine neden olabilmektedir.

"Annem ve babamın arası çok iyi değildi. Annem de babamdan göremediği alakayı kardeşimden mi bekledi artık orasını bilmiyorum ama erkek kardeşime aşırı ilgi gösterdi, hatta biz hep ikinci gelirdik onun gözünde. Her şeyiyle böyle, her denileni yaptı etti yani. Babam çok aşırı baskıcı bi adam. Aslında C'nin sorunları bizde de var yani. Çocukluktan kaynaklanan bi durum bizinkisi." (Ayşe, 54).

"Annem çok aşırı cahil. Şimdi köyden gelmişler Ankara'ya yerleşmişler. Babam çok zengin olmuş. Yani ondan sonra bi tane ... ya her şeyi anlatayım artık. Babamın bi bayan arkadaşı vardı yani. Eve doğru düzgün gelmezdi. Sadece para konularıyla ilgileniyordu. İşte o bayanla ölene kadar beraber oldu, eve falan gelmezdi. Evdeki bütün yük annemdeydi." (Ayla, 41).

Kadınların aile içinde üstlenmiş olduğu sorumluluklar ve yaşanan güçlükler çocuklarının da bu şekilde bir döngünün içine girmesine neden olabilmektedir. Hatta bu durum evlendikten sonra kurulan düzen içerisinde bile etkisini gösterebilmektedir.

"Ben anamdan böyle gördüm. Hani gelenekler filan bizde böyleydi yani. Kadın erkeğe de bakar, evin işini de yapar, yemeğini de yapar yani. M. hastalandıktan sonra da yine normal evde yaptığım şeyleri yaptım ama bi de oğlanın işte hastalığı filan bazı zamanlar tükendiğimi sanıyorum." (Aslı, 56)

"Annem babama saygıda hiç kusur etmedi. Valla bence sevmiyordu da babamı ama ne bileyim işte, her dediğini yapardı. Yorulurdu, sinirlenirdi ama ya içine atar ya da bizden çıkarırdı. E şimdi ben bunu gördüm ben de öyle yapıyorum; başka türlü süni yapmaya çalışsam da olmaz ki beceremem, nasıl yapılır bilmiyorum. Bi yanda oğlanın durumu onun bakımı, bi yanda kocamla uğraşıyorum, ben de arada kayınıyorum işte.." (Duygu, 50).

Toplumun, ailelere, kadın ve erkeklere attığı roller ve sorumluluklar, kuşaktan kuşağa aktarılma eğilimi gösterebilmekte ve bu durum bireyin yaşantısına yön verebilmektedir. Kadınların bazıları her ne kadar bu durumun farkında olsa bile, bu durum bir şekilde yaşamlarına, eylemlerine ve düşüncelerine yansıtılabilmektedir.



Hastalığın Fark Edilmesi

Toplumda psikiyatrik hastalıklar diğer hastalık türlerine göre ailede daha yıkıcı etkilere neden olabilmektedir. Bu durumun nedenleri arasında toplumun önyargısı, bilgi eksikliği ve psikiyatrik hastalıkların aile tarafından gizli tutulması nedeniyle toplumda çok fazla görünür olmaması yer alabilir. Hastalık süreci ailenin dinamiklerini etkilemekte ve özellikle bu hastalara bakım veren bireylerin yaşam seyrini değiştirebilmektedir.

Araştırmaya katılan kadınların çoğunluğunda, şizofreni hastalığı hakkında ya bilgi sahibi olmadığı ya da çok az bilgiye sahip olduğu görülmektedir. Bakım veren kadınların bazıları hastalık teşhisi konmadan önceki süreçte, hastalığın semptomlarına bir anlam veremezken bazı kadınlar semptomların şiddetlenmesi ve hastanın saldırgan davranışlar göstermesi sonucunda bakım verdikleri bireyi doktora götürme ihtiyacı hissetmişlerdir.

"Anne dedi, omzuma bir el değdi dedi. O elin kim olduğunu hatırlamıyor. Sonra Çorum'a geldi, oturduğumuz evin yanında boş bir arsa vardı. Sınava iyi geçersel sallayarak gülerek gelirdi. O gün ne bakıyorsun dedi açsana kapıyı. Hiç yani S.'den duymadığımız laflar. Böyle hiç bi halini görmediydim. Sonra odasına kapandı yemek bile yemedi. Sonra bi sinir bi öfke öyle iki gün yattı. Bi gün evden çıktı bu. Sonra geri döndü. Evde namaz sureleri vardı küçük onu almış gitmiş. Daha önce dine yatkınlığı yoktu öyle bişeyi yoktu. Öyle daha önce namaz kılmıyordu, öyle şeyleri filan bilir ama günlük namaza gitmiyordu. İşte öyleliklen ben dedim babaya bunda bi şeyler var. hiç yemek yemiyordu, konuşmuyordu. Bunu bir psikoloğa götürelim dedim" (Nergis, 58).

Hastalık hakkında bilgi sahibi olmayan bireyler, hastalığın ilk aşamasında hastanın normal dışı davranışlarını farklı olaylarla ilişkilendirmişlerdir. Araştırmaya katılan kadınlardan bazıları, bu semptomların ergenlik dönemine geçiş sürecinden kaynaklandığını düşünürken, bazıları ise "görünmeyen varlıkların-cinlerin" çocuklarına musallat olduğunu düşünüp tıp dışı çare arayışlarına girmişlerdir.

"...Küfür etmeye başladı. M. şöyle mi diyorum, bana küfür ediyo, kızıyo. Herhalde dedim buluş şeysinde döneminde çocuk, sonra sıklaşmaya başladı. Anne diyo nolur bana şıtt demeyin diyo, ayağımdan çekiyolar diyo bağırıyo böyle. Lan oğlum bi şey yapmıyoz diyom. Ben de dedim hocalık herhalde. Oraya götürdük buraya götürdük, bi sürü paramız gitti. Önce hocalara götürdük, Allah biliyor ya. Sonra şeye götürdüm, bir hastaneye. Aslında ta o zamanlar getirmem lazımmış." (Fatma, 55).

"Ben aslında hacıya hocaya hiç inanmazdım. Ama işte insan çaresiz kalınca her yolu deniyor..." (Yasemin, 47).

Daha önceden ruhsal hastalıklar hakkında bilgi sahibi olmayan bireyler, hastalık semptomlarının ortaya çıkmaya başladığı ilk zamanlarda, karmaşık duygu ve düşüncelerle mücadele ederken; bazı aileler yakınlarında gördükleri değişikliklerin normal dışı olduğunu düşünüp profesyonel yardım almayı tercih etmektedir. Bunun dışında bazı aileler yakınlarında gördükleri normal dışı davranışları, "doğaüstü güçler" ile anlamlandırmaya çalışarak tıp dışı arayışlara yönelebilmektedir.

Hastalık Hakkında Bilgi Sahibi Olma Durumu

Psikiyatrik hastalıklar diğer kronik hastalıklara göre insanlar arasında çok fazla konuşulmayan, gizli tutulmaya çalışılan ve dolayısıyla hakkında fazla bilgi sahibi olunmayan bir hastalık türüdür. Hastalık hakkında eksik veya hiç bilgi sahibi olmama ise ailelerin büyük bir çaresizlik ve umutsuzluk duygusu yaşamalarına neden olabilmektedir. Ayrıca hasta yakınları ve hastaya birincil bakım veren bireylerin süreç içinde hastaya nasıl davranacaklarını öngörememeleri de psikolojik, sosyal ve fiziksel güçlüklerin üst seviyede yaşanmasına neden olmaktadır.

"Hiç bilmediğim bir hastalık. Önceden ne duydum ne gördüm. Ama son zamanlarda bana babasına çok kötü davranmaya başladı, bir bakıyosun bağırıp çağırıyor önüne geçeni kırıp atıyor. Biz de bi doktora götürelim nedir ne değıldir diye. Açıkçası çok bilgim de yok. Ben nasıl davranmam gerektiğini bilmiyorum..." (Meryem, 56).

"Böyle psikolojik hastalıklarla ilgili açıkçası hiç bilgi sahibi değıldim. Çünkü hiç karşılaşmamıştım daha önce. Herhalde babamdaki belirtiler dedim (gülerek). İnternette baktım herhalde ne demek olduğuna. Doktorundan öyle ayrıntılı bilgi ben almadım. İlk ben öğrenmedim çünkü ben yoktum, hatırlamıyorum. Babamı görünce, herhalde babam gibidir bu insanlar dedim. Kabullendik yani. Hastalığın x, y, z ne olduğu önemli değıl yani. Ama şunu anladım hangi hastalık olursa olsun bir şeyi bilmemek yani ne yapacağımı nasıl davranacağımı bilmemek çok zor..." (Çiçek, 45).

Hastalıkla ilgili yeterince bilgi sahibi olmama durumu, ailelerin kendilerince doğru olanı yaptıklarını zannedip aslında yapılmaması gereken davranışların yapılmasına neden olabilmektedir.

"Ben daha önce hiç duymadığım bu hastalık başımıza geldi. Doktora sordum bu nasıl bir hastalıktır diye. Bana anlattı. Benim anladığım hastaya işte yakın olacan samimi olacan. Cinsel arzuları çok oluyomuş. Para çok harcıyomuş. Biz elimize geçen parayı veriyoz, istiyoz çünkü vermezsek olay oluyo. Ama para hiç önemli değıl" (Ayşegül, 46).



"O zamanlar anne dedi ben ilaçlardan böyle oluyorum. Ben dedi ilaçları içtiğim zaman dedi başıma sarı bi yılan gelip oturuyor dedi. Ben bu ilaçları dağıtacağım dedi. Sen bu ilaçları sakın verme bana dedi. Ben de vermedim bi daha." (Nergis, 58).

Psikiyatrik hastalıklarla ilgili yeterince veya hiç bilgi sahibi olmama, hem hastanın hem de ailede özellikle bakım veren bireyin hayatını daha da zorlaştırmaktadır. Bakım veren birey açısından psikolojik, fiziksel, sosyal güçlüklerin artmasına neden olarak, bakım yükünü artırabilmektedir.

Hastalığa Verilen Tepkiler

Toplumda psikiyatrik hastaların ötekileştirilmekte ve damgalanmaktadır. Bu durum insanlar arasında bu hastalıkların konuşulmamasına, saklanmasına neden olmakta ve insanların ruhsal hastalıklar hakkında yeterli bilgi sahibi olmasını engellemektedir. Bu durum ise hastalıkla ilk kez karşılaşan bireylerin bilgi sahibi olana kadar geçen süreyi sancılı geçirmelerine ve büyük tepkiler vermelerine neden olmaktadır. Hastalık hakkında bilgi sahibi olan bireyler ise yaşanan sorunlarla daha iyi baş edebilmekte ve süreci daha rahat kontrol edebilmektedir.

"Yani ben sadece dedim bu bir hastalıktır iyileşecek yani. Ama bu kadar uzun süreceğini zannetmiyordum o zaman bilmiyordum. Yani en fazla dedim, internetten filan da araştırdım, 6 ay sürer. Dedim 3-6 ay sürer sonra hastalığı iyileşir oğlumun. Demek ki öyle değilmiş. Bir ömür boyu sürecekmış bu hastalık. Hayatına devam edecek ama bir ömür boyu ilaç kullanacak yani. On beş yaşında bu hastalığa yakalandı kahroluyorum..." (Güler, 48).

Aileler, hastalığı kabullendikten sonra ise bundan sonraki yaşamlarının nasıl olacağı ve kendilerinin ölümünden sonra kimin bakım vereceği konusunu düşünmeye başlamaktadırlar.

"Aslında oğlumun rahatsızlığını hiç kabullenmedim şu anda da kabullenmiyorum. Yani kimseyle bu konuyu paylaşmak istemiyorum. Sadece ben diyebilirim oğlum hakkında bişeyler; eşim bana dediği zaman ben kabullenmiyorum insan kabullenmek istemiyor. Yani bu hastalığı kabullenmek istemiyorum. Çocuk yarın büyüdü evlenecek askere gidecek üniversiteye gidecek bu sene arkadaşları üniversite sınavına girdi hepsi. Bu sene nasıl üniversiteye gidecek gidemez ki. Bizim sağlığımız yerinde olduğu sürece yanındayız. Uzun süreli planlar yapmak istemiyorum. Yani şu anda sağlıklıyım yanındayım ama bizden sonra da çok şükür ablası var ona destek olacak." (Ayşegül, 46).

Ailelerin hastalık teşhisini ilk duydukları süreç ve sonraki süreçler arasında farklılıklar gözlemlenmektedir. Hastalık teşhisini büyük bir üzüntü ve çaresizlikle karşılayan aileler sonraki süreçlerde düşünsel yolculuktan geçmekte ve oluşturdukları savunma mekanizmaları sayesinde sürece ayak uydurabilmektedir.

"İlk hastalığı ortaya çıktığı zaman o zaman pek bilmiyordum hastalığı. Halası halasının çocukları şizofreni. Üzüldüm çok üzüldüm. Hayallerim vardı. Hiç kimseyle paylaşmadım. Çünkü toplumda ilaç alanlara hep deli gözüyle bakıldığını gördüm. O yüzden kimseye söylemedim ilk zamanlar. Sonraları dedim bitek ölümün çaresi yok, sonunda ölüm yok ya bi şekilde Allah'ın izniyle düzeler." (Fatma, 55).

Ailelerin hastalığa verdikleri tepkiler; yaş, bilgi düzeyi, sosyo-ekonomik düzey, aile yapısı ve ilişkileri, sosyal destek sistemleri, hastanın yakınlık durumu ve kişisel özellikler gibi bazı değişkenlere göre farklılık göstermekle birlikte, genellikle şok ve inkar olarak ortaya çıkmaktadır. Bazı bireyler, sonraki süreçlerde bir baş etme mekanizması olarak hastalık hakkında bilgi sahibi olmak için çaba gösterirken, bazı bireyler derin bir çaresizlik ve suçluluk duygusu ile mücadele etmektedir.

Yaşanan Güçlükler

Hastalık süreci, hastalığın semptomları ve toplumun ruhsal hastalıklara olan olumsuz tutum ve davranışları ruhsal hastalığı olan bireyin ailesinde strese ve yüke neden olmaktadır. Bakım verme süreci, bakım veren bireylerin sosyal aktivitelerini ve kendilerine ayıracakları zamanı kısıtlamaktadır. Araştırmaya katılan kadınlar bakım verme sürecinin psikolojik ve fiziksel etkilerini şu şekilde ifade etmişlerdir:

"Biz yaz boyu dışarıya çıkmadık. Balkonda oturduk dışarıyı izledik. Yani öyle kolay değil... Eskiden spor yapardım, sporu bıraktım. Yani sadece yapman gerekeni yapıyorsun işte..." (Ayşe, 54)

"Hastalık ortaya çıktığından beri kendi hayatım kalmadı diyebilirim. Yani bi defa kendi bakımın tamamen duruyor, hiç yenilik yapmıyorsun, kendine hiçbir şey yapmıyorsun. Ben alışverişi kestim alışveriş yapmıyorum. Evden çıkıyorum ama mutlu etmiyor ki hiçbir şey. Eskiden alışveriş yapan, onunla mutlu olan, sürekli yenilik isteyen, saç bakımı yapan yani her türlü bakımı yapan biriydim. Ama artık önemsemiyorum. Çünkü onun bakımı dışında üzüntüsü dışında, bi de evin yükü var. Ben olmasam ev birbirine girer. Ama işte içim rahat çok şükür. Çocuğum tabi bakıcım, sonuna kadar..." (Aslı, 56)

Yakınlarında ortaya çıkan ruhsal hastalıkla ilişkili olarak kendi davranışlarını sorgulamak, bakım veren bazı kadınlarda pişmanlık ve suçluluk duygusuna neden olmaktadır. Bu durum ise bakım veren kadınlarda duygusal yüke neden olmaktadır.



"Ben önceleri arkadaşlarla çevremle sürekli gezer tozardık yani biz Iğdır'da yaşıyoruz ama Iğdır'ın da şeyi güzeldir yani. Saat onda bile iki arkadaş çıkar rahatlıkla bir yerde oturabiliyoruz. Ben derdim ki M. sen ders çalış ben saat onda gelicem. Bir gün evdeysem diğer gün değildim. M.'nin hastalığını fark ettikten sonra ben kendimde suç aradım. Çünkü M.'ye yemeğini bırakıp çıkıyordum. O ara çok suçladım kendimi. O bir yıl boyunca M. dışarı çıkmadı. Ama ben yaptım yakıştırdım dışarı çıktım. Acaba evde kalsa mıydım diyorum yalnız mı bıraktım acaba..(Ağlama)" (Güler, 48).

Hastaların çoğunluğu zamanlarını evde geçirmekte ve genellikle hastanın yanında olan kişi anne veya abla olmaktadır. Bu durum bakım veren kadınların ve ailenin hastalığın semptomlarından kaynaklanan davranışlardan bizzat etkilenmelerine neden olabilmektedir. Dolayısıyla bakım veren bireyler sürekli olarak stres yaşamaktadırlar.

"Sürekli kendine zarar mı verir acaba korkusuyla yaşıyorum. Oğlum rahatsız olduğundan beri üç yıldır beraber yatıyoruz. Yani öyle kolay değil çocuğunuzun öyle olması. Mesela çıkıyoruz ya diyelim dışarıya bu çocuk evde kendine zarar verir diye korkuyoruz. Bi gün eve geldim baktım fotoğrafları yakıyordu. Beni gördü çok telaşlandı. Gelme balkona gelme ben toplıycam dedi. Yani neyi düşünerek öyle yaptı bilmiyorum. Yani her an her şeyle karşılaşabilirsiniz." (Fatma, 55).

Hastaların, ilaçlarını düzenli olarak kullanmamaları veya hiç kullanmak istememeleri ve bundan dolayı hastanın saldırgan davranışlar sergilemesi aile üyelerini zor durumda bırakmaktadır. Özellikle bakım veren annelerin hissettikleri çaresizlik duygusu, duygusal sorunlarının artmasına neden olmaktadır.

"Mümkün mü evde bırakmak, ne mümkün. O yüzden bir yere gitmiyorum da. Önceden ilacı içiyordu. Şimdi de ben ölene kadar ilaç mı içecem diyo. Eve geç geliyordu, o gelene kadar yatmıyodum. Sonraları ilaç almadığından babasına bana bıçak çekti. Odadan, korkumuza çıkamıyoz..." (Meryem, 56).

"İnsan çocuğundan korkar mı? Bu öyle bi acı ki.. Saldırgan olduğu zamanlarda sanki o benim çocuğum değilmiş de başka biriymiş gibi geliyor bana. İki kere el kaldırdı bana, bazen yalnız olduğumuz zamanlarda yine yaparsa diye korkuyorum..." (Duygu, 50).

Ruhsal hastalıklarda ilaç kullanımının son derece önemli olduğunun bilincinde olan hasta yakınları, hastalar için ilaç kullanımının ne kadar önemli olduğunu şu şekilde belirtmişlerdir:

"...Yani ilaçların olmaması çok kötü oluyor yani. Yani bir psikolojik hasta için. Yani elin kolun ağrımış hiç bi şey ama beynin ağrımış çok kötü bi şey. Beyni hasta olan hastalığını kabul etmiyor yani. Bi kere orda gidiyosun sen. Kötü oluyorsun." (Ayla, 41).

Türkiye'nin toplumsal yapısının bir yansıması olan toplumsal cinsiyet bakış açısına göre kadınlar ev içi işlerde rol alırlar. Bakım verme ise bu rollerin bir devamı olarak görülür. Dolayısıyla ruhsal hastalığı olan bireye bakım veren kadınlar, bu süreçte eşlerinden yeterli desteği görememektedir. Ayrıca erkek bu süreci genellikle ev dışında geçirirken, kadın ise eve daha bağımlı hale gelmekte ve kendisine ayırdığı zaman azalmakta veya kendisine zaman ayıramamaktadır. Bu durum kadınların psikolojik olarak tükenmelerine neden olmaktadır.

"Bizim babamız pek evine bağlı değildir. Bazı yaramaz hareketleri vardır. İçki, oyun işte. Evlendim evleneli böyle, 40 senedir. Gece gelir geç saatte bağırır, çağırır hiç neden yok yere. Bir işin bir ucundan tutmaz. Varsa yoksa benim üstüme." (Nergis, 58).

Türkiye'de "bakım rolünün" "kadının görevi" olarak düşünülmesi, kadınların bakım verme sürecinde, sorumluluğun büyük bir bölümünü almalarına ve genellikle de bu durumu içselleştirmelerine neden olmaktadır. Hastalık sürecinin ailede, eş, kardeş ve ebeveyn-çocuk sistemini etkilemesi, bu süreçte ilişkilerde bozulmaların görülmesi, genellikle eş desteğinin olmaması veya yetersiz olması, kadının kendisine ayıracağı zamanın azalması, sosyal destek sistemlerinin zayıf olması, hastalığın derecesi ve semptomları ve damgalanma gibi nedenlerden dolayı özellikle bakım veren kadınlar psiko-sosyal ve fiziksel güçlüklerle karşı karşıya kalmaktadır.

Baş Etme

Şizofreni hastalarının aileleri, hastaya bakım verme sürecinde hem hastalığın semptomlarıyla hem de kendi kişisel ihtiyaçlarıyla baş etmeye çalışmaktadır (Gülseren, 2002). Baş etme süreci, sosyal destek durumu, gelir düzeyi, hastalığın süresi, hastanın hastalığa uyumu, bakım verenin kişisel özellikleri ve aile içi ilişkiler gibi değişkenlerden etkilenmektedir. Dolayısıyla, ailenin ve hastaya bakım veren bireyin maruz kaldığı stres, baş etme stratejilerine etki etmektedir.

Yapılan çalışmalarda, bakım veren bireyde stres yaratan faktörler arasında, bakım veren bireyin hastanın durumuyla ilgili endişeleri, hastalıkla ilgili deneyim azlığı, hastalığın süresinin uzun olması ve bu süreçte bakım verenin yaş olarak bakımının zorlaşması yer almaktadır (Chien ve ark., 2005; Doornbos, 2002).



Araştırmaya katılan kadınlardan Ayşegül, süreçle nasıl baş edeceğini bilemediğini ve hastalık sürecinde kimseden, eşinden bile, destek göremediğini şu cümlelerle ifade etmiştir:

“Ne yapabilirim diye düşünüyorum, nasıl davranmalıyım.. Ruh halimi bilmiyorum ki nasıl olduğunu. Çok kötü bi duygu. Nasıl başa çıkarım, nasıl davranmalıyım, nasıl yardım edebilirim. Bu süreçte bana yardımcı olan hiç kimse yok. Ama kalmadı artık, dayanamıyorum. Çünkü yıllarca eşimden şey yaptığım için. Eşimin bana yardımcı olmasını çok isterdim..(Ağlama)”. (Duygu, 50).

Bakım veren bireylerin bir kısmı, süreci bir başkasıyla paylaşmak yerine el işleri yaparak veya ev içinde kendilerini oyalayacak bir iş bularak psikolojik olarak sürecin yoğunluğunu hafifletme yoluna gitmektedir.

“El işi yaparım canım sıkılınca, evin şeklini değiştiririm. Yaptıklarımı satardım iğne oyası yapıp. Ama şimdi gözlerim iyi değil.”(Nergis, 58).

Araştırmaya katılan kadınlardan biri, dini ritüellerin yaşadıkları güçlüklerle başa çıkmada oldukça önemli bir yere sahip olduğunu şu sözlerle ifade etmiştir:

“Valla hastalıkla, bu süreçle baş edebilmek için benim en önemli kaynağım, beni güçlü hissettiren imanım. Çok bunaldığım zamanlarda dua ederim yani namaz kılarım. Allah’a sığınırım. Tek tutunacak dalım bu. Ne bileyim çok rahatlıyorum...” (Fatma, 55).

Araştırmaya katılan kadınların bir kısmı, sosyal desteğin önemli bir baş etme mekanizması olduğunu belirtmişlerdir. Kadınların bir bölümü hastalığın ilk zamanlarında, süreci arkadaş veya akrabalarıyla paylaşmak istemezken ileriki evrelerde yakın gördükleri kişilerle paylaşma ihtiyacı hissetmişlerdir.

4.SONUÇ VE ÖNERİLER

Türkiye’de genel olarak bakım verme, “kadınlık rolünün” bir parçası olarak görülmektedir. Bazı kadınlar “bakım verme rolünü”, kök ailelerinde edindikleri değer, tutum ve davranışların bir sonucu olarak içselleştirirlerken, bazı kadınlar eş ve yakın akraba desteği olmadığından bu rolü tamamen üstlenmek durumunda kalmışlardır. Çekirdek ve kök ailesinden yeterli destek göremeyen kadınlar ise hastalık sürecinin merkezinde yer almaya başlamışlardır. Bu durum bakım verenlerin bakım verme sürecinde yaşadıkları güçlüklerin artmasına neden olmaktadır. Bunların yanısıra literatürde bakım verme sürecinde yüke neden olan ve stres yaratan etkenler, hastalığın semptomları, damgalanma, aile içi ilişkilerde yaşanan sorunlar, hastanın durumuyla ilişkili olarak yaşanan belirsizlik, suçluluk duygusu olarak belirtilmektedir (Öztürk, 2001; Provencher ve Mueser, 1997; Ferriter ve Huband, 2003; Gülseren, 2002; Murray-Swank vd., 2007).

Araştırmada kadınlara, çekirdek ve kök ailelerinde yaşamış oldukları, toplumsal cinsiyet rolleri temelindeki deneyimleriyle ilgili sorular yöneltilmiştir. Böylece araştırmaya katılan kadınların “bakım verme rolünü” nasıl tanımladıklarına ve kendilerini bakım verme sürecinin neresinde gördüklerine ilişkin bilgilerinin ve deneyimlerinin paylaşılması amaçlanmıştır. Sonuçta kadınların neredeyse tamamına yakınının, annelerinden gördükleri tutum ve davranışları kendi çekirdek ailelerinde de devam ettirdikleri görülmüştür.

Hastalık hakkında yeterli bilgi sahibi olmayan kadınlar, hastalığın ilk aşamasında hastanın semptomlarına farklı anlamlar yüklemişlerdir. Bazıları bu semptomları “görünmez varlıkların-cinlerin” musallat olmasıyla ilişkilendirirken, bazı kadınlar ergenlik döneminin bir yansıması olarak değerlendirmişlerdir. Bu durumun çözümü olarak ya profesyonel yardım almışlardır ya da tıp dışı çare arayışlarına girmişlerdir.

Hastalığın teşhisi konulduktan sonraki süreçte, özellikle hastalık hakkında yeterli bilgisi olmayan ve hastaya nasıl davranacakları konusunda sorun yaşayan bireyler, kendi içgüdüleriyle hareket etmişler ve aslında yapılmaması gereken davranışlarda bulunmuşlardır. Dolayısıyla bakım veren kadınların tüm bu nedenlerden dolayı yaşadıkları çaresizlik ve umutsuzluk duygusunun neden olduğu psikolojik güçlükler, ağır bir yük duygusuyla kendisini göstermiştir. Nitekim Gülseren, ailelerin hastalık teşhisi konulduktan sonra çaresizlik, suçluluk, belirsizlik, korku ve endişe gibi duygular yaşayabildiğini ifade etmiştir (Gülseren, 2002).

Hastalık belirtilerinin görülmeye başlanması ile birlikte, aileler hastanın tuhaf davranışları karşısında korku, şaşkınlık ve endişe gibi duygular yaşayabilmektedir (Teschinsky, 2000). Ailelerin ilk belirtiler karşısında verdikleri tepkiler, hastalıkla ilgili bilgi sahibi olan veya olmayan birçok ailede gözlenmektedir. Nitekim şizofreni hastalığı ile ilgili yeterli bilgi sahibi olan bireyler de benzer şekilde yeterli bilgiye sahip olmayan bireyler gibi yakınlarına ilk teşhis konulduğu zaman neredeyse benzer tepkiler verdiklerini belirtmişlerdir. Ancak hastalığın nasıl bir hastalık olduğunu bilen bireyler nasıl bir süreçten



gececeklerini yaklaşık olarak tahmin edebilmekte ve süreçle daha iyi baş edebilmekteyken; hastalık hakkında bilgi sahibi olmayan bireyler belirsizlik ve çaresizlik duygusunu daha fazla hissetmektedirler. Yapılan bir çalışmada, bakım veren bireyin bakım ile ilgili bilgi düzeyinin artmasıyla birlikte, stresin ve bakım yükünün azalabileceği ortaya konulmuştur (Taşdelen ve Ateş, 2012). Araştırmaya katılan kadınların hastalık teşhisinden sonra verdikleri tepkiler değerlendirildiğinde, genellikle şok ve inkar şeklinde başlayan tepkilerin, sonraki süreçlerde kadınların psiko-sosyal durumları ve karakterlerine göre şekillendiği görülmektedir. Hastalıkla ilgili suçluluk duygusu, kendilerinin ölümünden sonra hastaya kimin bakacağı ve çevrenin hastalıkla ilgili düşünceleri araştırmaya katılan kadınların sorguladıkları konular arasında yer almaktadır. Hastalık sürecinde kendilerine destek olacak kişilerin varlığı, eşten görülen destek ve hastalıkla ilgili bilgi sahibi olma girişimleri araştırmaya katılan kadınların hastalıkla baş etmelerine yardımcı olmaktadır. Nitekim yapılan bir araştırmada, şizofreni hastasına bakım veren bireylerin aile ve arkadaşlarıyla zaman geçirmelerinin, önemli baş etme stratejileri arasında yer aldığı belirtilmiştir (Nehra vd., 2005).

Bakım veren kadınlar hastalık sürecinde güçlükler yaşamaktadır. Aile içi ilişkiler, eş desteği, hastanın ve bakım veren bireylerin özellikleri ve hastalık hakkında bilgi sahibi olup olmama durumu yaşanan güçlükler üzerindeki önemli belirleyicilerdir. Araştırmaya katılan kadınlar bakım verme sürecinde kendilerine yeterince zaman ayıramadıklarını, dışarıda çok fazla zaman geçiremediklerini ve "eve kapandıklarını" belirtmişlerdir. Bunun yanı sıra hastalığın ortaya çıkmasıyla ilgili kendi davranışlarını sorguladıklarını, zaman zaman suçluluk ve pişmanlık yaşadıklarını ifade etmişlerdir. Yapılan bazı çalışmalarda, şizofreni hastasına bakım veren bireylerin öfke, suçluluk, utanç, belirsizlik ve çaresizlik duygularını yaşadıkları belirtilmektedir (Awad ve Voruganti, 2008; Yavaş Ayhan, 2013). Bu durumların yanısıra hastanın ilaç kullanımına direnç göstermesi de süreci olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Ayrıca araştırmaya katılan kadınların büyük bir kısmı, hastanın ilaç kullanımına direnç gösterdiklerini ve bu durum karşısında çaresizlik duygusu yaşadıklarını belirtmişlerdir. Hastaya birincil bakım veren kadınların ifade ettikleri bir başka konu da, hastanın durumuyla ilgili olarak yaşadıkları belirsizliktir. Özellikle hastaların anneleri, kendilerinin ölümünden sonra çocuklarına kimin bakacağı, çocuklarının hayatının nasıl olacağı konusunda belirsizlik duygusundan kaynaklanan endişeler yaşamaktadır.

Bakım verme sürecinde kadınların yaşadıkları sorunlar arasında eşlerinden tatmin edici bir destek görememeleri yer almaktadır. Bir yandan hastalık sürecinin doğrudan içinde yer almaları bir yandan da evin tüm işlerini üstlenmeleri ve bu süreçte eşlerinden destek görememeleri kadınların ifade ettikleri güçlüklerden bazılarıdır.

Hastalık sürecinde özellikle hastaya bakım veren kişiler, hastalık süreci, psiko-sosyal ve ekonomik güçlükler karşısında ağır bir yük duygusuyla baş etmeye çalışmaktadırlar. Bu süreçte her birey kendine özgü baş etme yöntemleri geliştirmeye çalışmaktadır. Bazı bakım veren bireyler için el işi yapmak veya evde kendisini oyalayacak bir uğraşı bulmak bir baş etme yöntemi olabilmektedir. Araştırmaya katılan kadınların bir kısmı sosyal desteğin önemli bir baş etme mekanizması olduğunu belirtirken, bazı kadınlar dini ritüellerin kendileri için önemli bir baş etme mekanizması olduğunu belirtmiştir. Ganguly ve ark., (2010)'nın yapmış oldukları çalışmada, araştırmaya katılan bakım veren bireyler, acıma ve merhamet gibi duygularla bakım verme sürecini devam ettirme, gelecekte bir şeylerin düzeleceğini umut etme, Tanrı ile olan bağını güçlendirme, dini pratiklere katılma ve benzer sorunları olan diğer insanlara yardım etmeyi içeren çoklu baş etme stratejileri kullandıklarını ifade etmişlerdir. Nehra ve ark. (2005) ise şizofreni hastasına bakım veren bireylerin aile ve arkadaşlarıyla zaman geçirmelerinin, önemli baş etme stratejileri arasında yer aldığını ifade etmişlerdir.

Bu çalışma, araştırmaya katılan bakım veren kadınların, bakım verme sürecinde yaşamış oldukları güçlüklerini; çaresizliklerini, yalnızlıklarını, endişelerini, korkularını ve bu gibi benzer duygularını; düşüncelerini derinlemesine bir şekilde incelemek ve değerlendirmek amacıyla yapılmıştır.

Araştırmadan elde edilen bulgular sonucunda:

- Bakım verme sürecinde neredeyse merkezde yer alan kadınların yaşamış oldukları güçlükleri anlamının ve değerlendirmenin, bu süreçte aileye ve özelde bakım veren kadınlara yönelik olarak yapılacak düzenlemeler ve politikalar için yararlı olabileceği düşünülmektedir.
- Ruhsal hastalığı olan bireylere bakım veren kadınların, bakım verme sürecinde yaşadıkları sorunların derinlemesine bir şekilde analiz edilmesi ve bu sorunların çözümüne yönelik olarak güçlendirme odaklı müdahale çalışmalarının yapılması gerekmektedir.
- Bakım sorumluluğunun neredeyse tamamını üstlenen kadınların eşleri ve diğer aile üyeleriyle müdahale odaklı bireysel ve grup görüşmelerinin yapılması gerekmektedir.



- Ruhsal hastaların tedavilerinin yürütüldüğü sağlık kurumlarında birey ve aile görüşmelerinin zorunlu tutularak, aile içi ilişkiler, rol paylaşımı ve toplumsal cinsiyet gibi konularda farkındalık arttırmaya yönelik çalışmaların yapılması gerekmektedir.
- Bakım veren kadınların yaşamış oldukları güçlüklerin derinlemesine bir şekilde anlaşılabilmesi için nitel çalışmalara ağırlık verilmelidir.

KAYNAKÇA

- AKIN, A. ve DEMİREL, S. (2003). "Toplumsal cinsiyet kavramı ve sağlığa etkileri", *Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 25 (4), s.73-82.
- ARSLANTAŞ, H. ve ADANA, F. (2011). "Şizofreninin bakım verenlere yükü", *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 3(2), s.251-277
- AŞIK, H. (2011). *Kronik Ruhsal Hastalığı Olan Bireylerin Ailelerine Verilen Psikiyatri Hizmetlerinin İncelenmesi*, Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi (basılmamış), İzmir.
- ATAGÜN, M.İ., BALABAN, Ö.D., ATAGÜN, Z., ELAĞÖZ, M. ve ÖZPOLAT, A.Y. (2011). "Kronik hastalıklarda bakım veren yükü", *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 3(3), s.513-552.
- AWAD, A.G. ve VORUGANTI, L.N. (2008). "The burden of schizophrenia on caregivers", *Pharmacoeconomics*, 26(2), s.149-162.
- CHADDA, R. K., PRADHAN, S. C., BAPNA, J. S., SINGHAL, R. ve SINGH, T. B. (2000). "Chronic psychiatric patients: An assessment of treatment and rehabilitation related needs", *International Journal of Rehabilitation Research*, 23, s.55-58.
- CHIEN, W. T., CHAN, S., MORRISSEY, J. ve THOMPSON, D. (2005). "Effectiveness of a mutual support group for families of patients with schizophrenia", *Journal of Advanced Nursing*, 51(6), s.595-608.
- ÇETİN, N., DEMİRALP, M., OFLAZ, F. ve ÖZŞAHİN, A. (2013). "Şizofreni hastalarının günlük yaşam aktivite düzeyi ile aile üyelerinin bakım yükü ve dışa vuran duygu durumu ilişkisi", *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 14, s.19-26.
- DIXON, L., ADAMS, C. ve LUCKSTED, A. (2000). "Update on family psychoeducation for schizophrenia", *Schizophrenia Bulletin*, 26(1), s.5-20.
- DOORNBOS, M. M. (2002). "Predicting family health in families of young adults with severe mental illness", *Journal of Family Nursing*, 8(3), s.241-263.
- FERRITER, M. ve HUBAND, N. (2003). "Experiences of parents with a son or daughter suffering from schizophrenia", *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 10(5), s.552-560.
- GANGULY, K. K., CHADDA, R. K. ve SINGH, T. B. (2010). "Caregiver burden and coping in schizophrenia and bipolar disorder: A qualitative study", *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, 13(2), s.126-142.
- GÜLSEREN, L. (2002). "Şizofreni ve aile: güçlükler, yükler, duygular, gereksinimler", *Türk Psikiyatri Dergisi*, 13(2), s.143-151.
- KARANCI, N. (1997). "Şizofren hasta yakınlarının dünyası: Nedensel atıflar, yükler ve umutlar", *3P Dergisi*, 5(2), s.42-45.
- LOWYCK, B., DE HERT, M., PEETERS, E., WAMPERS, M., GILIS, P. ve PEUSKENS, J. (2004). "A Study of the family burden of 150 family members of schizophrenic patients", *European Psychiatry*, 19, s.395-401.
- MAGLIANO, L., FADDEN, G., MADIANOS, M., CALDAS de ALMEIDA, J.M., HELD, T., GUARNERI, M. MARASCO, P. ve TOSINI, M.MAJ. (1998). "Burden on the families of patients with schizophrenia: Results of the biomed study", *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 33, s.405-412.
- MONTGOMERY, J.R.J., GONYEA, J.G. ve HOOYMAN, N.R. (1985). "Caregiving and the experience of subjective and objective burden", *Family Relations*, 34, s.19-26
- MURRAY-SWANK, A., GLYNN, S., COHEN, A. N., SHERMAN, M., MEDOFF, D. P., FANG, L. J., DRAPALSKİ, A. ve DIXON, L. B. (2007). "Family contact, experience of family relationships, and views about family involvement in treatment among va consumers with serious mental illness", *Journal of Rehabilitation Research and Development*, 44(6), s.801-812.
- NEHRA, R., CHAKRABARTI, S., KULHARA, P. ve SHARMA, R. (2005). "Caregiver-coping in bipolar disorder and schizophrenia", *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 40, s.329-336.
- O'CONNELL, K.L. (2006). "Needs of families affected by mental illness", *Journal of Psychosocial Nursing & Mental Health Services*, 16(3), s.40-48.
- ÖZTÜRK, O. (2001). *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları*, (8. Basım), Ankara: Feryal Matbaası.
- PATTON, M. Q. (1990). *Qualitative Evaluation and Research Methods*, SAGE Publications, inc.
- PROVENCHER, H. L. ve MUESER, K. T. (1997). "Positive and negative symptom behaviors and caregiver burden in the relatives of persons with schizophrenia", *Schizophrenia research*, 26(1), s.71-80.
- SCHULZ, R. ve SHERWOOD, P.R. (2008). "Physical and mental health effects of family caregiving", *American Journal of Nursing*, 108(9), s. 23-27
- SCHUMACHER, K.L., STEWART, B.L., ARCHBOLD, P.G., CAPARRO, M., MUTALE, F. ve AGRAWAL, S. (2008). "Effects of caregiving demand, mutuality, and preparedness on family caregiver outcomes during cancer treatment", *Oncology Nursing Forum*, 35(1), s. 49-56.
- STONE, R., CAFFERATA, G. L. ve SANGL, J. (1987). "Caregivers of the frail elderly: A national profile", *The Gerontologist*, 27(5), s. 616-626.
- SUBAŞI, N. (2001). *Ankara İli Çankaya İlçesinde Evde Bakım Durumu Araştırması*, Hacettepe Üniversitesi Tıpta Uzmanlık Tezi, Ankara.
- TAŞDELEN, P. ve ATEŞ, M. (2012). "Evde bakım gerektiren hastaların bakım gereksinimleri ile bakım verenlerin yükünün değerlendirilmesi", *Hemşirelikte eğitim ve araştırma dergisi*, 9(3), s.22-29.
- TESCHINSKY, U. (2000). "Living with schizophrenia: the family illness experience", *Issues in Mental Health Nursing*, 21(4), s.387-396.
- YAVAŞ AYHAN, A. (2013). *Şizofreni Hastalarına Bakım Verenlerin Sağlık Eğitimi Gereksinimleri İle Bakım Yükleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi*, Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi (basılmamış), Ankara.
- YILDIRIM, A. ve ŞİMŞEK, H. (2011). *Sosyal Bilimlerde Nitel Araştırma Yöntemleri*, Ankara: Seçkin Yayıncılık.