

Araştırma Makalesi / Research Article

**İntihar ile Hayatını Sonlandıran Şizofrenili Bir Annenin Çocuğu Olmak:
Sosyal Hizmet Etiği Bağlamında Durum Çalışması**

*Being a Child of a Mother with Schizophrenia Who Ended Her Life by
Suicide: A Case Study in the Context of Social Work Ethics*

Ali Fuat ERSOY ¹ & Tuğçe UĞURLU ²

Geliş/Received: 09.06.2024

Kabul/Accepted: 23.08.2024

Öz

Şizofreni ve diğer psikotik bozukluklarda tanı konulan kişinin yanı sıra bakım verenlerin hayatı da olumsuz etkilenmektedir. Şizofrenili bireylerin intihar etme olasılığı yapılan araştırmalarda birbirleriyle ilişkilendirilen bir risk faktörü olmuştur. Bu araştırmada da şizofreni tanısı almış ve intihar ile hayatını sonlandırmış bir annenin diğer iki çocuğunun görüşmeyi kabul etmemesi neticesinde ailenin en büyük (31 yaş) ve en fazla bakım veren çocuğu ile görüşme sağlanarak derinlemesine bilgiler toplanmıştır. Derinlemesine görüşmenin yanı sıra anne ile ilgili dokümanlar incelenmiş ve görüşme sırasında aktif olarak gözlem yapılarak veri çeşitlemesi yapılmıştır. Bu araştırmanın amacı hem ağır bir psikiyatrik hastalık olan şizofreninin hem de intiharın yaşandığı bir ailedeki aile üyelerinden biriyle sağlanan görüşmelerle yaşadıkları psikososyal sorunlar kapsamında sağlanan ve sağlanamayan destekler değerlendirilerek ailenin yaşantısını sosyal hizmet etik ilke ve değerleri kapsamında incelemektir. Yapılan araştırmada nitel araştırma desenlerinden durum çalışması deseni kullanılmıştır. Araştırmanın katılımcısı, intihar ile hayatını sonlandıran şizofrenili bir annenin en büyük çocuğudur ve çalışma boyunca kendisinden “görüşmeci/katılımcı” olarak bahsedilmiştir. Katılımcı belirlenirken nitel araştırmanın amaçlı örnekleme yöntemlerinden biri olan ölçüt örnekleme kullanılmıştır. Görüşmeci ile derinlemesine görüşmeler için veri toplamak amacıyla araştırmacı tarafından hazırlanan yarı yapılandırılmış görüşme formu kullanılmıştır. Verilerin analizinde ise holistik (bütüncül) tek durum analizine başvurulmuştur.

Anahtar Kelimeler: Aile, intihar, sosyal hizmet etiği, şizofreni

Abstract

In addition to the person diagnosed with schizophrenia and other psychotic disorders, the lives of caregivers are also negatively affected. The possibility of individuals with schizophrenia committing suicide has been identified as a significant risk factor in previous research. In this study, because the other two children of a mother diagnosed with schizophrenia who committed suicide did not accept to be interviewed, an interview was conducted with the oldest child (aged 31), who also provided the most care, and in-depth information was collected. In addition to the in-depth interview, documents related to the mother were examined and data diversification was achieved through active observation during the interview. The purpose of this study is to

¹ Sorumlu Yazar/Corresponding Author, Prof. Dr., Karabük Üniversitesi İktisadi İdari Bilimler Fakültesi Sosyal Hizmet ABD, Karabük, Türkiye. E-mail: alifuatersoym@karabuk.edu.tr, <https://orcid.org/0000-0001-7665-6741>

² Doktora Öğrencisi, Karabük Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Sosyal Hizmet Programı, Karabük/Türkiye. E-posta: tugceugurluu@gmail.com, <https://orcid.org/0000-0002-3834-9473>

Önerilen Atf/Suggested Citation: Ersoy, A.F. & Uğurlu, T. (2024). İntihar ile Hayatını Sonlandıran Şizofrenili Bir Annenin Çocuğu Olmak: Sosyal Hizmet Etiği Bağlamında Durum Çalışması. *Anadolu Kültürel Araştırmalar Dergisi*, 8(3), 368-399.

examine the lives of families within the scope of social work ethical principles and values by evaluating the support provided and not provided within the scope of psychosocial problems experienced by a family member in a family where both schizophrenia, a severe psychiatric illness, and suicide had occurred. The study used a case study design, one of the qualitative research methods. The participant of the study was the oldest child of a schizophrenic mother who committed suicide and was referred to as "interviewee/participant" throughout the study. Criterion sampling, one of the purposeful sampling methods in qualitative research, was used to select the participant. A semi-structured interview form prepared by the researcher was used to collect data through in-depth interviews with the interviewee. Holistic single-case analysis was used in the data analysis.

Keywords: Family, suicide, social work ethics, schizophrenia

1. GİRİŞ

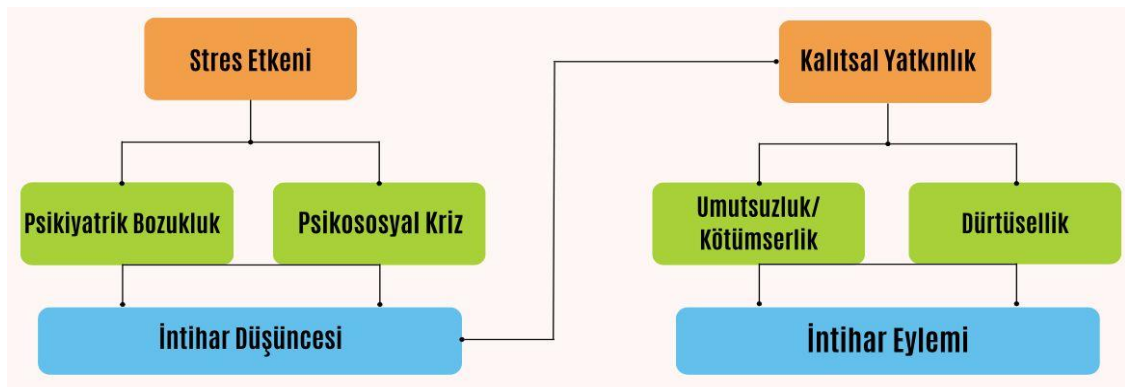
Şizofreni sebebi henüz bilinmemekle beraber çeşitli etkenlerin kombinasyonunun sonucu olduğu düşünülür (Carlborg vd., 2010, s. 1153) ve genellikle bireylerin gençlik yıllarında başlayan, ruhsal birçok belirti gösteren ve süreç boyunca ciddiyeti kişiden kişiye değişiklik gösteren bir toplum sağlığı sorunudur (Soygür ve Erkoç, 2007, s. 1). Yıkıcı bir hastalık olabilen şizofreni, bireylerin bazen mantığını ve gerçekle olan bağını, dürtülerini, isteklerini ve arkadaşlarını kaybetmelerine neden olan bir hastalıktır (Siris, 2001, s. 127). Özellikle düşünce ve algıda bozulmalara yol açan dalgalı halde iyileşme ve tekrar şiddetlenme ile seyreden şizofreni bakım verene sorumluluklar getiren bir hastalıktır (Arslantaş ve Adana, 2011, s. 252). Şizofrenili bireyler toplumda tehlikeli, saçma konuşmaları olan, tedavi olamayacak ve gitgide daha da ağırlaşacak sanılan bir hastalıktır (Üçok, 1999, s. 68). Oysa her şizofrenili birey bazen benzer bazen ise çok farklı şekilde yaşanan bir süreçten geçer. Sevdikleri kişinin tuhaf davranışları, düşmanca tavrı, ifadesiz ya da korkulu bakışları ve kuşkucu hallerinden şüphelenen ve bir sorun olduğunu fark eden genellikle aile üyeleridir (Terschinsky, 2000, s. 388-389). Ruhsal problemleri genellikle uzun yıllar süren şizofrenili bireylerin bakımını geçmişte psikiyatri kurumları üstlenmekteyken (Caqueo Urizar vd., 2009, s. 2) günümüzde şizofrenili bireyler ailesiyle aynı evde yaşamakta (Saunders, 2003) olup aile üyeleri şizofrenili bireyin bakımını üstlenirken fiziksel, psikolojik ve ekonomik zorluklar yaşamaktadır (Bademli ve Çetinkaya Duman, 2013). Kurum bakımının bitirilmesi nedeniyle bakım yükü psikiyatri hastanelerinden ailelere doğru kaymıştır ve bu durum bakım sağlayan kişilerde negatif etkilere sebep olmaktadır (Salleh, 1994).

Birey, şizofreni tanısı aldığı anda ailesi şaşkınlık ve bilinmezlik arasında karmaşık duygular yaşayarak utanç ve damgalanma korkusuyla tedaviden kaçabilmektedir (Terschinsky, 2000). Travmatik olaylarda veya ciddi hastalıklarda en başta nasıl başa çıkılacağına bilinmemesi normal sayılabilir. Fakat sonradan durumu kabullenip sorunlarla başa çıkmaya çalışılmalıdır. Ruhsal hastalığa sahip bir bireyin olduğu ve durumla başa çıkmaya çalışan ailelerle çalışma yapan Potasznik ve Nelson (1984) ailelerde aile yükünün ve stresinin alınan desteklerden duyulan memnuniyet, kişisel gelişim düzeyi, sosyoekonomik düzey ve sosyal ağların güçlülüğüne göre değişmekte olduğu sonucuna ve bu stresin doğası gereği kronik olduğuna ulaşmıştır. Bir diğer çalışmada da şizofrenili bireylerin ailelerin yükünün manik/depresif dönemlerindeki belirtilerine ve hastalığın ciddiyetine, ailenin sosyal destek düzeyine ve aldıkları profesyonel desteklere göre değiştiği belirlenmiştir (Magliano vd., 2002). Bu çalışmalardan elde edilen bulgulara göre sosyal hizmet bağlamında ruhsal hastalıklara sahip bireylerin aile yüklerini azaltarak yaşam kalitelerini arttırmak için kişisel ve sosyoekonomik düzeylerini artırma çalışmaları ile desteklerden duyulan memnuniyeti ve sosyal ağların güçlendirilmesini amaçlayan çalışmalar yapılabilir. Akıl hastalığı, bireysel tanı ve tedavi görülen bir durum olsa da ailevi bir deneyimdir ve bu durumdan en savunmasız şekilde etkilenenler arasında ailede yaşayan çocuklar vardır (Kinsella vd., 1996, s. 24).

Aile içinde uyumun sağlanması, aile üyelerinin işlevsellik düzeylerinde başarılı bir denge kurması ile mümkündür (Saunders, 2003, s. 189). Aile içindeki dengeyi sarsan faktörlerden biri de aile üyelerinden birinin şizofreni gibi psikiyatrik bir rahatsızlığa sahip olmasıdır. Bu gibi durumlarda aile süreklilik arz eden zorlu bir uyum sağlama sürecine girilebilmektedir. Nitekim ruhsal hastalığa sahip bireylerin ailelerinde fiziksel ve duygusal sıkıntılar yaşanmakta (Arslantaş ve Adana, 2011; Caqueo Urizar vd., 2009; Hirst, 2005) ve aile işlevsellikleri bozulmaktadır (Saunders ve Byrne, 2002).

Ruhsal hastalığa sahip bireylerin ailelerinde ekonomik kaynaklarda, sosyal yaşamda, fiziksel sağlıkta, evlilik ve aile ilişkilerinde özetle aile kimliğinde değişiklikler yaşanabilir (Saunders, 2003, s. 189). Şizofreni tanılı bireylerin aileleri arkadaşlar, akrabalar, bireysel ve grup terapisi, dini kaynaklar ve kitaplar gibi çeşitli yollarla durumla başa çıkma araçları bildirmişlerdir (Hatfield, 1979). Özellikle aile, arkadaşlar veya benzer deneyimleri yaşayan kişilerle paylaşım yapmak, şizofreni ile yaşayan aileler için başa çıkmada oldukça yararlı bulunmuştur (Saunders ve Byrne, 2002, s. 221). Bu kaynakların etkili ve aktif kullanımı şizofreni tanılı birey ve ailesi için yapılacak müdahalelerde ve yaşam kalitesini arttırmada oldukça kıymetlidir. Örneğin Cuijpers'in (1999) yapmış olduğu çalışmada ruhsal hastalığa sahip bireylerin ailelerinde aile müdahalelerinin oldukça etkili olduğu; hasta ve aile üyeleri arasındaki ilişkileri iyileştirdiği ve psikolojik sıkıntıları hafifletmede olumlu etkilere sahip olduğu anlaşılmıştır.

İntihar, kişinin başka birine duyduğu öfkeden kaynaklanan veya başkaları tarafından yönlendirilerek de yapılma ihtimali olan ancak kişinin sadece kendine yönelik uyguladığı bir şiddet eylemidir (American Psychiatric Association, 2003, s. 128). İntihar eden kişi hayatını kaybettiğinde o kişiyle olay sonrasında görüşme sağlanamadığı için neden böyle bir eylem gerçekleştirdiği birinci ağızdan sorgulanamamaktadır. Dolayısıyla intihar, halk arasında endişeye neden olan ve intihar etmiş birine sebepleri sorulamadığından anlaşılması zor bir durumdur (Cavanagh vd., 2003, s. 395). Yapılan araştırmalarda şizofrenili bireyler ile intihar riskinin ilişkilendirildiği görülmüştür (Denning vd., 2000; Hawton vd., 2005; Sher ve Kahn, 2019; Siris, 2001; Tsuang, 1978). Elbette intihar hiçbir zaman tek bir sebep veya tek bir stres faktörü sebebiyle başvuru olan bir yol değildir (Hawton ve Van Heeringen, 2009, s. 1374). Çoğunlukla psikiyatrik bir bozukluğun komplikasyonu olmakla beraber her psikiyatrik bozukluğu olan kişinin intihar etmesi gibi bir genelleme olamayacağından ek risk faktörlerini de incelemek gerekir (Mann, 2002, s. 302). Aynı zamanda birçok çalışmada intihar eden bireylerin tamamına yakınının farklı sebepler de etkili olmakla beraber psikiyatrik bir bozukluğa sahip oldukları sonuçlarıyla karşımıza çıkmaktadır (Cavanagh vd., 2003; Hawton ve Van Heeringen, 2009; Mann, 2002; Vijayakumar ve Rajkumar, 1999).



Şekil 1. İntihar Davranışının Strese Yatkinliği Modeli (Mann, 2003, s. 821)

Mann'ın (2003) yukarıdaki şekilde modellediği üzere psikiyatrik bozukluklar intihar düşüncesinin oluşumunda ve intihar eylemine dönüşmesinde önemli bir stres etkenidir. Şizofrenili bireylerin intihar risklerini değerlendirirken olumsuz davranışları, tedaviye uyum sağlayamaması, tehdit ve korkuları ve düzenli ilaç kullanmaması dikkate alınması gereken unsurlardandır (Hawton vd., 2005, s. 19). İntiharın kişinin aile hayatı ve sosyal çevresi üzerindeki etkilerinin araştırılması, intihar eden bireyin yakın çevresinde hayatta kalanlar için uzmanların nasıl bir yaklaşım sergileyeceği ve nasıl desteklerde bulunacağı konusunda oldukça kıymetli bir meseledir (Cerel vd., 2008, s. 38). Ayrıca intihar vakalarında aile üyeleriyle yapılan çalışmalarda sosyal hizmet etiği bağlamında hareket edilmesi aile üyelerinin intihardan etkilenme düzeylerini en aza indirmede ve bireysel değerlerine saygı duyarak planlamalar yapmada önemli düzeyde katkı sağlayacaktır. Etik, sosyal hizmet uzmanına neyin yapılması neyin yapılmaması gerektiğini gösteren ilke ve kriterlerdir ve meslek elemanı ile müracaatçı arasındaki ilişkiler açısından bağlayıcıdır (Yolcuoğlu, 2014, s. 373). Bir yandan psikiyatrik rahatsızlıklardan olan ve bireyle birlikte ailesini de derinden etkileyen şizofreni öte yandan ailenin geri kalanında derin bir belirsizlik bırakan intihar konuları sosyal hizmetin kapsamına giren, aile ilişkilerini ve aile dinamiğini etkileyen iki önemli çalışma konusudur. Bu bağlamda yapılan veya yapılması gereken müdahalelerde sosyal hizmet etik ve değerleri göz önünde bulundurulmalıdır. Sosyal hizmet uzmanlarının gerek şizofrenili bireyler ve aileleri ile gerekse de intihar eden bireylerin aileleriyle çalışırken sosyal hizmet etik ilke ve değerlerini temel alması gerekmektedir. Sosyal hizmet uygulamalarına ışık tutan ve her alanda öncülük etme potansiyeline sahip olan Ulusal Sosyal Hizmet Uzmanları Derneği (NASW, 2021), sosyal hizmet uzmanlarının etik değerlerini 6 başlıkta sıralamış ve etik ilkelerle bağdaştırmıştır. Etik ilkeler ve bağdaştırılan sosyal hizmet değerleri;

- 1- Sosyal hizmet uzmanlarının önceliğinin ihtiyaç sahiplerini desteklemek ve sosyal sorunların giderilmesini amaçlamak olduğunu ifade eden "hizmet değeri",
- 2- Savunmasız gruplara yönelik yapılan ayrımcılıkla, yoksulluk, işsizlik ve tüm sosyal adaletsizliklerle profesyonel mücadeleyi ve fırsat eşitliğini amaçlayan "sosyal adalet değeri",
- 3- Tüm bireysel farklılıklara ve değerlere saygılı ve sorumlu olmayı hedefleyen "bireyin onuru ve haysiyeti değeri",
- 4- Değişimin gerçekleşmesi için sosyal ilişkilerin önemini vurgulayan "insan ilişkilerinin önemi değeri",
- 5- Sosyal hizmet uzmanlarının profesyonel çalışmalar için güvenilir olması gerektiğini belirten "dürüstlük değeri",
- 6- Mesleki anlamda kendilerini hem teorik hem de pratik anlamda geliştirmelerini ifade eden "yetkinlik değeri" (NASW, 2021).

Sosyal hizmet uzmanlarının etik sorumlulukları ise müracaatçılara, meslektaşlara, uygulama ortamlarına, mesleğe ve topluma karşı sorumluluklar olarak gruplandırılmış ve etik karar verme sürecini yönlendirmektedir (Zubaroglu Yanardağ, 2020, s. 1206). Etik, sosyal hizmetin hassas müracaatçı gruplarıyla çalışırken sosyal hizmet değerleri üzerine kurulmuş olan yol göstericidir (Öztürk, 2009, s. 105). Şizofreni ve intihar, ayrı ayrı oldukça hassas konular olup bu bağlamda araştırmada yer verilen örnek olay değerlendirilirken sosyal hizmet etiği kapsamında çıkılmaması araştırmacının değeri için oldukça önemlidir.

2. YÖNTEM

Bu araştırma; şizofreni tanılı ve hayatını intihar ile sonlandıran bir annenin yaşam öyküsünü çocuğu ile yapılan görüşmeler sonucu detaylıca incelemek ve sosyal hizmet değerleri çerçevesinde değerlendirmek amacıyla nitel araştırma yönteminde ve durum çalışması deseninde tasarlanmıştır. Durum çalışmasının literatürde farklı tanımlamaları olsa da temelde bir durumun derinlemesine incelenip açıklanmasıdır (Subaşı ve Okumuş, 2017, s. 425). Durum çalışmalarında arşiv ve doküman inceleme, gözlem ve görüşme gibi nitel araştırmalarda kullanılan tüm veri toplama şekillerinin uygulanması uygundur (Ergün, 2023, s. 147). Bu çalışmada şizofreni tanısı almış olan bir annenin intihar ile sonlanan hayatına ilişkin durum çalışması çocuğu ile yapılan görüşmeler, sağlık raporları, ölüm raporu ve diğer dokümanların incelenmesi ve yapılan gözlemlerle yapılmıştır. Elde edilen verilerin analizinde, duruma bütünüyle odaklanılması amaçlandığından bütüncül (holistik) tek durum analizine (Yin, 2003, s. 39) başvurulmuştur.

Durum çalışması (Ergün, 2023; Subaşı ve Okumuş, 2017), ülkemiz literatüründe vaka çalışması (Vural Akar ve Cenkseven, 2005), örnek olay çalışması (Köklü, 1994; Vural Akar ve Cenkseven, 2005) veya örnek olay incelemesi yöntemi (Topcu ve Kurtulmuş, 2017) gibi farklı kavramlarda karşımıza çıkmaktadır. Durum çalışmasının odak noktası tek bir vakanın detaylıca analiz edilmesine, anlaşılmasına (Ergün, 2023) ve karmaşık konuların çözümlenmesine ışık tutan bir bakış açısı sağlamaktır (Heale ve Twycross, 2017, s. 8). Durum çalışmasında odak ve sınırlar bulunmaktadır; odak bazen bir birey bazen bir kurum ve bazen bir ulus bile olabilirken sınırlar da bu bağlamda tanımlanmaktadır (Miles ve Huberman, 1994). Durum çalışmasının özellikle kullanıldığı bir disiplin olmadığından sosyal bilimler, uygulamalı bilimler veya güzel sanatlar gibi pek çok farklı disiplinde çalışılabilir (VanWynsberghe ve Khan, 2007, s. 81). Durum çalışmalarının özünde araştırmacının ilgilendiği bir ögenin genellikle belli bir perspektiften bakarak küçük detaylarına kadar ayrıntılı olarak incelemesi yer almaktadır (Tight, 2010, s. 337). Çalışmada yer alan durumun olağandışı olması sebebiyle durum çalışması (örnek olay) deseni tercih edilmiştir. Sosyal hizmet çalışmalarında durum çalışmaları (vaka analizleri) genellikle sosyal hizmet uygulamalarına ihtiyaç duyan birey ve ailelere odaklanarak durumun arka planını detaylıca analiz etmekte ve anlaşılmasını sağlamaktadır (Krysik ve Finn, 2010, s. 113). Çalışmanın odak noktası şizofrenili annenin intiharı ve ailesinin olağan dışı yaşam öyküsü olduğundan içsel durum çalışması modeli kullanılmıştır.

2.1. Araştırmanın Amacı ve Önemi

Araştırmanın amacı, yaklaşık 20 yıldır şizofreni tanısı almış ve üç kez intihar girişimi sonucunda dördüncü intihar girişimi ile hayatını sonlandırmış bir annenin çocuklarından en fazla bakım veren çocuğu ile yapılan derinlemesine görüşmeler aracılığıyla yaşadıkları zorlukların sosyal hizmet etik ilke ve değerleri bağlamında değerlendirilmesidir. Şizofreninin ağır bir ruhsal hastalık olmasının yanında şizofrenili bireyin evli ve çocuklu olması durumu daha da ağırlaştırmaktadır. Araştırma, ebeveyn olma sorumluluğunu tam anlamıyla yerine getiremeyecek durumda olan şizofrenili bir annenin eşinin ve üç çocuğunun ne gibi sorunlar yaşadığı ve intihar sonrası ortaya çıkan yeni bir travma ile nasıl başa çıktıklarının araştırılması üzerine kurulmuştur.

Şizofrenili bireyler ve aileleriyle ilgili yaşanan sorunlar, klinik bulgular veya ilişkiler gibi pek çok alanda hem ülkemiz hem de dünya literatüründe çok fazla akademik yayın mevcuttur. Ancak hem şizofreni tanısı olan hem de intihar ile hayatını sonlandıran bir annenin çocuklarıyla yapılan bir çalışmaya araştırmacı tarafından rastlanmamıştır. Bu

nedenle bir aile için çifte travmayı ve beraberinde birçok karmaşık sorunu barındıran bu çalışmanın, şizofrenili bireyler ve aile üyelerinin ne gibi risklerle karşı karşıya olduğunu gösteren uç örnekleri barındırdığından literatür için önemli bir araştırma olduğu düşünülmektedir.

2.2. Katılımcının Özellikleri

Çalışmaya katılım sağlayan görüşmeci intihar ile hayatını sonlandıran şizofrenili annenin üç çocuğundan 31 yaşında olan en büyük çocuğudur. Diğer erkek (30 yaş) ve kız kardeş (27 yaş) görüşmeyi kabul etmemiştir. Konunun hassasiyeti ve çalışmaya gönüllü katılım esası dolayısıyla sadece en büyük çocuk ile görüşme sağlanarak ailenin yaşadıkları derinlemesine konuşulmuştur. Katılımcı, aile üyeleri arasında şizofrenili annenin bakım sorumluluğunu en fazla üstlenen kişidir. Annenin akut alevlenme dönemlerinde (şizofreninin negatif belirtilerinin en yüksek olduğu zaman) annenin gerek evde gerek hastanede yatılı tedavi gördüğünde en sık bakım verenin kendisi olduğunu ifade etmiştir. Ayrıca hastalığın belirtilerinin en aza indiği dönemlerde de kendisinin annesiyle çok iyi bir ilişkisi olduğunu ve farklı bir şehirde evli olduğu halde sıkça annesini ziyarete gittiğini dile getirmiştir.

2.3. Veri Toplama Aracının Geliştirilmesi

Katılımcıya aile üyeleri ve aile yaşantısı hakkında yarı yapılandırılmış sorulardan oluşan derinlemesine görüşme formu hazırlanmıştır. Sorular geliştirilirken annesinin durumunun oldukça özel olduğu ve katılımcının zorlu bir sürece şahit olduğu göz önünde bulundurularak yarı yapılandırılmış görüşme formu dikkatli ve hassas bir şekilde oluşturulmuştur. Ayrıca görüşmelerde konunun hassasiyetine uygun kelimeler kullanılması için araştırmacı tarafından dikkate değer bir çaba gösterilmiştir. Şizofrenili ve intihar ile hayatını sonlandıran anne, araştırmanın odağını oluşturmaktadır. Araştırmanın sınırları ise annenin eşi ve çocukları, şizofreni tanısı aldıktan intihar sonrası sürece kadar olan zaman, sosyal çevre ve aldıkları desteklerdir. Araştırmada bahse konu anne ve ailesinin bu süreçte yaşadıkları sosyal hizmet etik ilke ve değerleri bağlamında değerlendirilerek konu dışına çıkılmamasına özen gösterilmiştir.

Durum çalışması desenini diğer desenlerden ayıran en belirgin özelliği araştırmanın konusuna ilişkin hangi durumda çalışılıyorsa verilerin birden çok veri toplama aracı ile toplanmasının önerilmesidir (Ergün, 2023, s. 135). Bu araştırmada da durumu ve elde edilen verileri detaylıca açıklamak amacıyla yapılan derinlemesine görüşmelerin yanı sıra gözleme başvurulmuş ve araştırma konusu kapsamına giren dokümanlar incelenmiştir. Böylece birden fazla veri toplama aracı kullanılarak veri çeşitlemesi yapılmıştır.

2.4. Verilerin Toplanması ve Analizi

Çalışma için katılımcıya önceden hazırlanmış bilgilendirilmiş onam formu okutularak araştırmaya katılmaya, görüşme yapmaya ve ses kaydı alınmasına dair rızası alınmıştır. Görüşmeler, katılımcının müsait olduğu zaman dilimleri gözetilerek o saatlerde yapılmıştır. Aynı zamanda katılımcının kendi evinde daha rahat hissedeceğini belirtmesi üzerine görüşmeler katılımcının evinde yapılmıştır. Görüşmelerden elde edilen ses kayıtları, araştırmacı tarafından zarar görmeyecek şekilde bilgisayar ortamında depolanarak yedeklenmiş ve araştırmaya dahil edilebilmeleri için Word ortamında yazıya aktarılmıştır. Araştırmanın mahremiyeti, konunun hassasiyeti ve paylaşılan özel bilgiler nedeniyle oldukça önemlidir. Bu konuda dikkatli davranılarak gizliliğe önem verilmiştir. Veriler durum çalışmasının bir analiz türü olan holistik (bütüncül) analiz türünde analiz edilmiştir. Ses kayıtlarının yazıya aktarılmış hali araştırmacı tarafından defalarca okunarak tekrar eden

kelime grupları, önemli ayrıntılar ve çalışmanın içeriğine uygun kategoriler belirlenmiş ve bütüncül olarak analiz edilmiştir. Sonrasında katılımcının annesinin özellikleri, şizofreni hastalığının aile üyeleri üzerindeki etkisi, intihar sonrası aile üyelerinin yaşadıkları ve bu zorlu süreçte aldıkları destekler sosyal hizmet etik ilkeleri ve değerleri kapsamında değerlendirilerek elde edilen veriler literatürle desteklenmiştir.

2.5. Etik Kurul Onayı

Bu araştırmanın kavramsal çerçevesinin hazırlanması, veri toplama araçlarının uygulanması, verilerin toplanması, verilerin analizi ve yorumlanması aşamalarının tamamında etik kurallara uygun hareket edilmiştir. Karşılaşılabilecek tüm etik ihlallerde ANKAD Yayın Kurulu'nun hiçbir sorumluluğu bulunmamaktadır. Tüm sorumluluk yazarlara aittir. Bu çalışmanın ANKAD dışında herhangi bir akademik yayın ortamına değerlendirme için gönderilmemiş olduğunu taahhüt ederim. Yapılan bu çalışmada "Yükseköğretim Kurumları Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Yönergesi" kapsamında uyulması belirtilen tüm kurallara uyulmuştur. Yönergenin ikinci bölümü olan "Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiğine Aykırı Eylemler" başlığı altında belirtilen eylemlerden hiçbiri gerçekleştirilmemiştir. Araştırma için Karabük Üniversitesi Sosyal ve Beşerî Bilimler Etik Kurul'unun 31.01.2024 tarih ve 2024/06-17 sayılı kararı ile etik kurul izni alınmıştır.

3. ÖRNEK OLAY SUNUMU

Anne şizofrenili birey olmadan önce baba madenci olup ailenin maddi durumu oldukça iyiymiş. Annenin rahatsızlıkları başladıktan sonra ekonomik kaynaklar annenin tedavisine harcanmış ve maaşın çoğunluğu da tedavilere gitmeye başlanmış. Annenin şizofreni sebebiyle şüpheli olmasına sebep olan halüsinasyonları başladığında ailede huzur kalmamış. Özellikle bu akut alevlenme (hastalığın belirtilerinin en fazla ortaya çıktığı) dönemlerinin Nisan-Mayıs gibi başladığını belirten katılımcı, bu dönemler geldiği zaman annesinin kullandığı ilaçların fayda etmediğini dile getirmiştir. Baba, anneye karşı çok ilgisizmiş. Annenin rahatsızlığı çocukların eğitim hayatını etkilemiş ve kardeşler ortaokuldan sonra okuyamamışlardır. Erkek kardeş, liseye gitse de annesinin rahatsızlığına kafa taktığı için derslerine devam edemediğini söyleyerek okulu bırakmıştır. Sonrasında erkek kardeş işe girmiş ve aileyle birlikte yaşamış. Kız olan iki kardeş de evliymiş. Küçük kız kardeş eşiyile birlikte doğuda kaldığı ve üç çocuğu olduğu için ailenin yanına fazla gelemezmiş. Fakat büyük kız kardeş (araştırmanın katılımcısı) evli olduğu halde annesinin akut alevlenme dönemlerinde sık sık köye gidip annesinin bakımını üstlenirmiş. Olaylara en çok şahit olan ve annesinin hastalığında gerek evde gerek hastanede bakımını sağlayan büyük kız kardeşmiş. Anne son dönemlerde çok sık karın ağrısı yaşadığını ve buna dayanmadığını belirtirmiş. Aile üyeleri evde sürekli anneye bir şey olacağı korkusuyla yaşamış. Çünkü anne intihar vakasından önce üç kere daha intihar girişiminde bulunmuş. Son gerçekleşen intihar olayında ise anne balkon demirine kendini asarak ölü bulunmuştur. Annenin ölümü sonrasında kardeşler en çok babayı sorumlu tutmaktadır. Annelerinin babalarından hiçbir destek görmediğini, önüne bir çay dahi koymadığını ve annelerinin aç aç öldüğünü düşünmektedirler. Özellikle intihar ettiği zamanlarda şizofreni ataklarının olmadığını ve babalarının bir lafına takılıp intihar ettiğine ihtimal vermektedirler. Katılımcı annelerinin sağlıklıyken yüzünden gülücükler eksik olmadığını, şizofreni atakları başladığında ise bir kere bile gülmediğini söylemiştir. Annesinin yaşadığı zorluklar sonucunda katılımcı annesinin yatağında ölü bulunmasını dahi istediğini belirtmiştir. Ayrıca kendisi de ölmek için defalarca dua ederek yalvardığını ifade etmiştir. Annesinin ölümünden sonra bütün aile üyelerinin aylarca korktuğunu ve evde tek kalamadıklarını dile getirmiştir.

3.1. Katılımcının Annesinin Kişilik Özellikleri

Araştırmaya konu olan anne yaklaşık 20 yıldır şizofreni tanısıyla yaşamını devam ettiren evli ve üç çocuk annesi bir kadındır. Katılımcı, annesinin şizofreni hastalığının zaman zaman belirginleştiğini zaman zaman ise sakinleştiğini “*Annem mesela bir zamanı oluyordu iyi oluyordu bir zamanı oluyordu hastalığı tutuyordu... Annemin hastalığının ilk başladığı zamanı tam net hatırlamıyorum, işte kendimi bildim bileli neredeyse.*” ifadeleriyle dile getirmiştir.

Hastalık öncesi maddi ve sosyal anlamda iyi durumda olduklarını belirten katılımcı “*Benim babam madenciydi, ocakta çalışıyordu. Büyük amcamın oğlu da madenciydi, karısı falan akşamüzeri ocaktan geliyorlardı. Telefonlaşıyorlardı, hemen Bartın’a oturmaya yemek yemeye giderdik de biz gece denize girerdik. Annemler yengemler falan yukarıda otururlardı. Bak bunları çok iyi hatırlıyorum. Annem hasta olmadan önce maddi yönden de baya iyiydik. Babam bana tomar tomar para saydırırdı, yılbaşında ikramiye alırdı. Okula giderdim herkes bana ‘Ayakkabın nerden, çantan nerden?’ derdi. Çok lükstüm ortaokula giderken, annem hasta olduktan sonra annemin gülmesi gitti biz bittik. Ortaokulla lise arasındaydım ben o dönemde olması lazım annemin hastalığının başlangıcı, çünkü ortaokuldayken annem bize patates kızartıyordu. Hep böyle biz gelirken çay koyardı çocuklar gelecek diye benim annem çok iyi bir insandı. O bize çok düşküdü, dört dörtlük baktı bize.*” ifadeleriyle annesinin patates kızartması yaptığı için o zamanlar iyi olduğunu söylemekte ve bu durum şizofreninin birçok insan için rutin olarak nitelendirilebilecek anıların yaşanmasını ne denli zorlaştırdığını göstermektedir.

Katılımcı “*Kendi halinde yaşardı, namazını kılardı. Annem namazını hiç bırakmazdı. Hasta olduktan sonra her şeyi unuttu anneciğim. Teravihe çok giderdi annem, mevlitlerimiz olurdu. Herkesin imrenerek baktığı bir insan olduğu için çok göze battı çok.*” sözleriyle annesinin hastalık dönemlerinden önce çok inançlı bir insan olduğunu belirtmiştir. Akut alevlenme zamanları, şizofreni hastalarının hem pozitif hem negatif semptomlarında farklı şiddetlerde artış görüldüğü zamanlardır (Rosen vd., 1984, s. 283). Annesinin şizofreninin akut alevlenme zamanları dışında sohbet etmeyi sevdiğini belirten katılımcı “*...Annem çok isterdi yanında durmamı, bir yere gitmemi hiç istemezdi. O şurada yatardı, ben burada. Ben ev işlerini yapıyordum, köyde böyle iki kanepeler var değil mi, ‘Gel işi bırak otur azıcık konuşalım, gel işi bırak sohbet edelim’ diye hep bana böyle derdi. Yeni doğmuş bebek gibi severdi beni annem, ben de onu şapır şupur öperdim. Sanki hiç dünyaya gelmemiş de ben annem yokmuş gibiyim, çok severdi beni böyle. Ben ev işlerini yapardım, oturturdu beni o sohbet ederdi, bu iyi olduğu zamanlarda. ‘Kızım kocanla şöyle ol, kocanla bir sorun olsa derdi eğer senden yıkılırsa gelme kapıma ama kocandan yıkılırsa kapım sonuna kadar açık’ derdi. Ondan sonra ‘Ayrılık gibi bir şey düşündüğün zaman kendini İstanbul köprüsünden aşağı at. Öyle şeyleri bana yaşatma’ derdi. Hiç unutmam o sözü, hiç unutmuyorum ayrılık konusu oldu mu akli çıkardı. Neden, başkalarının kulağına gidecek de söz olacak diye hiç istemezdi öyle şeyler yaşamamızı.*” sözleriyle annenin çocuklarına evlilik hakkında öğütler verdiğini ve diğer insanların ne düşündüğünün anne için önemli olduğunu ifade etmiştir. Öte yandan “*Erkek kardeşim iş yerinden eve gelmeden anneme ‘Ne getireyim sana?’ derdi. Poşetlerle gelirdi her akşam dolu dolu poşetlerle gelirdi. Annemi bebek gibi severdi, annem de ona çok düşküdü. O yüzden onun evlenmesini çok istedi. Çok söyledi gelinimize ‘Evlenmiyor musun?’ diye, ‘Oğlumun düğününde evin önünde davula vurduracağım da vurduracağım’ derdi. Onun evlendiğini görmeyi çok merak ederdi.*” ifadeleriyle erkek kardeşiyle annesinin arasında kuvvetli bir bağ olduğunu dile getirmiştir.

Katılımcı, annesinin diğer insanların ne diyeceğini çok önemseydiği için kızlarının elbise giymesinden, gezmesinden veya saçlarını açmasından dahi hoşlanmadığını *“Ben mesela annemin yanında bu saçımı böyle hayatta salamazdım hayatta. Ben mesela evlendim de mi köye gittim elbise giyiyordum kuzenimin düğünü vardı, eşime ‘Ne olursun beni seviyorsan bunu giydirme’ dedi. Ben o gün o elbiseyi giymedim annem istemediği için, pantolon ve kazakla gittim düğüne. Saç açmayı, elbiseyi hayatta sevmezdi. Bir de köy yerinde yanlış anlaşılıyor, her şeyin dedikodusu yapılıyor diye sevmezdi. Mesela ben köye gidiyordum evliyim bir de annemin yanına gittiğimde arkadaşlarımın yanına gideceğim mesela evlenen arkadaşlarımın yanına hayatta yollamazdı beni yollamadı da hiç, ‘Gitme kızım laf olur, gitme yanında dur kızım’ derdi.”* sözleriyle ifade etmiştir.

Şizofreni belirtileri başlamadan önce annesinin birçok insana iyiliği dokunduğunu belirten katılımcı, *“Herkeste çok emeği vardı, herkese ekmek yedirmişliği var. Bir bayramda 12-13 sofraya kurardılar, babaannemlerin ailesi çok kalabalıktı. Annem öyle kalabalık aileleri aşmış bir insan, kaç kişiyi yedirmiş bir insan. Yengem derdi ki ‘Babaannenden gizli bana yumurta saklardı da verirdi. İnekleri sağardı da bana bir şişe verirdi, çocuğa sütlaç yapmamı söylerdi. Ben ilk evlendiğimde kayınvalidem bana çok laf söylerdi de senin annen öğretti bana her şeyi söylerdi. Senin annen bana her şeyi öğretti’ derdi.”* diyerek yengesinden annesinin eski zamanlardaki iyiliklerini dinlediğini belirtmiştir.

3.2. Şizofrenili Birey Olmak: Hastalığın Belirtileri

Şizofrenili bireylerin kişiden kişiye değişmekle beraber iyileşme süreçleri uzun sürmekte ve hastalıkları hafif, orta ve şiddetli şekilde doğal bir seyre sahip olmaktadır (Jobe ve Harrow, 2005, s. 892). Şizofreni hastalarının normal düşüncelerinin silikleştiği ve davranışlarının farklılaştığı veya yok olduğu durumlarda yaşananlar, hastalığın negatif belirtileri anlamına gelmektedir (Mäkinen vd., 2008, s. 334). Halüsinasyonlar, sanrılar ve tuhaf davranışlar ise şizofreninin pozitif belirtileri arasındadır (Rosen vd., 1984, s. 277). Pozitif ve negatif belirtilerin isimleri olumlu ya da olumsuz anlamından ziyade semptomların kendini aktif ya da pasif olarak göstermesi anlamında kullanılmaktadır.

Şizofreni hastaları, işitsel ve görsel halüsinasyonlar deneyimlemektedir (Mueser vd., 1990). Şizofreni hastalığından dolayı annesinin akut alevlenme dönemlerinde şüpheli bakışları ve şüpheli ya da hakaret içeren konuşmaları olduğunu belirten katılımcı *“Mesela hasta olduğu zaman ‘Ben seni şurada gördüm. Ben senin ne yaptığını iyi biliyorum’ derdi. Mesela biriyle bir şey konuş diyelim, iki kişi bir şey konuşuyorsa annem onların konuştuklarını üzerine alınıyordu. Hastalığı öyleydi, sataşır. Laf söylerdi, namusa kadar küfrettiği olurdu... Hastayken böyleydi, hastayken her türlü şeyi söylüyordu insanlara ama iyileşince ‘Senle çay içelim’ derdi.”* diyerek annesinin akut alevlenme dönemleri bittiğinde yaptıklarını ve yaşadıklarını hatırlamadığını belirtmiştir. Aynı zamanda katılımcı *“Hasta olunca ‘Beni mancaraya çakma’ derdi hep. Yani ‘Beni kandırma, bilmemezlikten gelme’ anlamında, hep öyle derdi. Annem hastayken bana bile laf söylerdi, ‘Sana kim akıl veriyor? Kim dolduruyor seni? Sen de mi beni mancaraya çakmaya çalışıyorsun? Sen de mi değiştin?’ derdi bana. Neler derdi, mesela ben eşimle konuşuyordum. Eşimin bana kötü bir şey dediğini zannederdi, hastayken çok yanlış düşünüyordu. Her konuşmamızı yanlış düşünüyordu.”* diyerek herkesin kendisi hakkında konuştuğunu ve kendisini kandırdığını düşündüğünü belirtmiştir. Annenin paranoyası ve çevredeki insanlara sözlü tacizi nedeniyle aile üyelerinin sosyal hayatı olumsuz etkilenmiştir.

Şizofreni hastalarında depresyon belirtileri sıkça karşılaşılan bir durumdur (Johnson, 1981). Bununla ilgili olarak annesinin akut alevlenme dönemleri geldiğinde mutlu ifadelerinin

kaybolduğundan bahseden katılımcı, “*Annem hastalandığında aynı sen başkasıymışsın gibi seni farklı görürdü, saydırdı. Onunla sohbet et... Senin konuşmalarından her şeyi çıkarırdı, bir şeyler çıkarmaya bakardı. Zaten hasta olduğunda konuşmasından, gözlerinden hep anlardık biz. Hep böyle kardeşlerimizle birbirimize ‘Annemin hastalığı geliyor’ derdik. Bazen konuşmasından anlardık. Annem iyiyken güler yüzü hiç eksik olmazdı, hastayken de o güler yüzünü asla göremezsin. Sanki içine birisi giriyordu, öyleydi.*” sözleriyle ise annesinin hastalık zamanlarında bambaşka bir insan gibi olduğunu dile getirmiştir. Katılımcı “*Hastalığını ilk kendi kendine konuşmasından anladık. Çok kendi kendine konuşuyordu, mırıldanıyordu. Kendi kendine konuşup sinirleniyordu. Bir de insanlara bakışından, gözlerinden de belli oluyordu. Konuşmasından da belli oluyordu.*” sözleriyle ise aile üyelerinin annenin şizofreni hastalığını ilk başlarda bakışlarından ve kendi kendine konuşmasından anladıklarını ifade etmiştir. Kendi kendine konuştuğu zamanlar, şizofreni hastalarının işitsel halüsinasyon yaşadıklarının bir göstergesi olabilir.

Annenin şizofreni ataklarının bir diğer ve ilginç belirtisi ise katılımcının “*Bir de annem hasta olunca seccade sererdi her yere. Evin önünde balkon vardı oraya seccade dolduruyordu, her yere. Bir de onu yapardı hastayken. Sabah bir kalkardık, evin önünde seccadeler var. Her yeri seccade doldurmuş. Bir de ölen babaannemin birkaç kıyafeti vardı evde, onları sererdi hastayken. Biz de kalkınca onları toplardık. Durum hocalık mı doktorluk muydu bilmiyorum.*” ifadeleriyle anlattığı üzere annenin akut alevlenme dönemlerinde özellikle evin belli bir kısmına seccade sermesi ise bu süreçte aile üyelerine farklı bir deneyim yaşatmıştır.

Johnson’un (1981) yapmış olduğu çalışmada da şizofreni hastalarında depresyon belirtilerinin yüksek oranda görüldüğü ortaya çıkmıştır. Şizofreni hastalarının yaşadıkları depresif belirtiler, hastanın ve çevresindeki kişilerin yaşam kalitesini kötüleştirmektedir (Reine vd., 2003). Özellikle hastalığın kısa bir dönem değil yıllarca sürmesinden kaynaklanan huzursuzluğu belirten katılımcı “*Arabada babama vuruyordu, annemi kale almıyorlardı ya araba gidiyordu. Onların ikisi bildikleri için annemin hastalığını bir şey demezlerdi, annem daha çok uzanırdı onlara. Babama vurmaya çalışırdı, rahatlayamıyordu. Hep ‘Muhtar gelecek, polis gelecek. Bu olay çözülecek. Bu çözülecek. Muhtar gelmeden ben rahatlayamam. Polis gelecek, karakoldan gelecekler. Bu iş çözülecek’ derdi. Sanki böyle bir olay varmış gibi kavgalarında hep böyle derdi. Gerçekten ben şu an anlatıyorum ama bir de bunun yaşanmış boyutunu düşün. Bu sadece bir ay olan bir mesele değil ki tam 18 yıldan fazla süren bir mesele.*” diyerek annenin hastalığın başladığı dönemlerde sürekli kendi içinde bazı problemleri çözmeye çalışırcasına konuşmalarının olduğunu ifade etmiştir.

Conley vd.’nin (2007) 3 yıl boyunca takip ettiği şizofreni hastalarıyla ilgili yaptığı çalışmada, şizofreni hastası hakkında güvenlik endişesi (şiddet veya intihar riski) olduğu zaman aile ilişkilerinin ve yaşam memnuniyetinin daha düşük olduğu bildirilmiştir. Bu çalışmanın katılımcısı da benzer şekilde annesinin kendine zarar verme ihtimalinin aile üyeleri için unutulamaz bir gerçek olduğunu ve anne ölmeden önce hep bu korkuyla yaşadıklarını dile getirmiştir. Katılımcı “*Her yıl böyleydi, bir sene değil ki. Bir yere giderdik, oradan geldik, annemi evde göremeyince aklımız giderdi. ‘Dağa mı gitti, dereye mi attı kendini?’ derdik. Annemi arardık her yerde, baktık yengemlerde oturuyormuş mesela. Nasıl korkuyla yaşadık.*” sözleriyle annenin olumsuz bir şey yapmasından hep korktuklarını belirtmiştir.

Şizofrenili bireylerin %30’undan fazlası uygulanan ilaçlara ve tıbbi müdahalelere eşit yanıt vermemekte ve ilaçların yan etkileri de bu durumu etkilemektedir (Arslantaş ve Adana,

2011, s. 253). Annesinin şizofreni atakları geldiğinde kullandığı ilaçların hiçbir şekilde durduramadığını, atak dönemi dışında ise sürekli uyuttuğunu ifade eden katılımcı “*Mesela annem hasta oldu hastanede yatıyor değil mi, hastaneden anneme ilaç veriyorlardı. Annem çıkıyordu, ilacı kullanıyordu. Sonra tekrar hastaneye yatacak değil mi, doktor değişiyordu, başka doktor oluyordu. O doktor başka ilaç yazıyordu, ‘Önceki doktor bunu niye yazmış?’ derdi. O başka ilaç yazardı. Annem onu kullanıyordu yine aynı oluyordu. Yine gidiyordu, yine başka ilaç yazdı. İlaçları kullanıyordu, onlar da uyku yapardı. Hep uyurdu kolu kanadı tutmasın ‘Vermeyin bana bu ilaçları. Hiçbir yerim tutmuyor’ derdi. O ilaçları kullanıyordu ya çıkarken o ilaçları veriyordu. O ilaçları kullanırken tabi kafası rahatlıyordu, uyuyordu. Ama o ilaçlar da uyku yaptığı için artık beyni yerinde yokmuş gibi hissediyordu. Yatıyordu öyle, bir zaman sonra ilaçları bırakıyordu. Bir süre iyi oluyordu sonra yine kötü oluyordu. Annemin hastalığı gelmeyecek bir daha diye, nasıl umutla bakıyordum.*” sözleriyle annenin şizofreni tedavisi sürerken aynı doktora denk gelmenin pek mümkün olmadığını ve sürekli farklı tedaviler uygulandığını dile getirmiştir. Ayrıca doktor değiştikçe uygulanan tedavinin değiştiğini ve her seferinde verilen farklı ilaçlarla yeniden umutlandıklarını ifade etmiştir.

Şizofrenili bireylerin doğum mevsimleri araştırılmış olup (Dora vd., 2004) bu bireylerin akut alevlenme dönemlerinin özellikle belli bir mevsimde olup olmadığına dair yapılan bir araştırmaya rastlanmamıştır. Ancak bu araştırmadaki katılımcı, şizofrenili olan annesinin kış aylarında daha sakin olduğunu fakat yaz aylarında hastalığın akut alevlenme dönemlerinin arttığını belirtmiştir. Katılımcının “*Annemin belli dönemleri oluyordu. O dönemler geldiği zaman isterse on tane ilaç içerse için fayda etmiyor. Hatta doktor derdi ki ‘Şizofreni hastaları Nisan-Mayıs aylarında çok artar’ derdi. O aylarda ben hep köydeydim, annemin hastalığı geldiği zamanlarda köydeydim. Nisan ayı geldiği zaman ben hiç sevinmezdim, ne korkardım. Annemin hastalığı gelecek diye ne korkardım. Halbuki yazı seviyorum ama sıcaklıklar artınca hastalıklar da artıyor. İlaç kullansa bile onun bir dönemi var.*” sözleriyle belirttiği şizofreni hastalığının akut alevlenme dönemlerinin özellikle yaz aylarına denk gelmesi ilginç ve ayrı bir çalışma konusu olabilir. Ancak şizofrenili bireylerin akut alevlenme dönemlerinin mevsimsel bağlantısının olup olmadığının incelenmesi için daha boylamsal araştırmalar gerekmektedir.

3.3. Şizofreni Hastalığının Şizofrenili Birey ile Eşinin İlişkisi Üzerindeki Etkisi

Şizofreni uzun süreli şekilde yaşam kalitesini düşüren ve bireyin aktif olarak hayata dahil olmasını engelleyen bir psikiyatrik rahatsızlıktır (Mäkinen vd., 2008, s. 334). Şizofreni, bireysel bir hastalık gibi gözükse de aslında aile üyelerini derinden etkilemektedir. Şayet şizofrenili birey evliyse bu durum eş ilişkisi üzerinde de birtakım etkiler bırakacaktır. Eşler, sadece şizofrenili bireylerin bakım verme sorumluluğundan yana değil evlilik birlikteliği ve aile rollerindeki karmaşadan kaynaklanan sorunlar da yaşamaktadır (Jungbauer vd., 2004, s. 665). Aile üyelerinden birinin bakımını üstlenmekle kendi psikolojik sağlığı açısından yoğun bir şekilde risk altına girdiğinden dolayı eşlerin bu süreçte farklı desteklerden faydalanmaları oldukça önemlidir (Hirst, 2005, s. 706). Katılımcı “*Annem hasta olunca hastanede yatıyordu. İki hafta olunca o siniri geçiyordu, eski haline geliyordu... Yaz ayı olunca hastalığı çok coşardı. Kışın sık sık olmazdı da yazın girişiyle başlardı. Ramazan ayı geliyordu, herkes evinde oruç açıyordu ama bizim evde kıyamet kopuyordu. Bağrıışmalar, babam bağırıyordu. Annemin üzerine yürüyordu, ‘Sus sus sus’ derdi. Babamın başımın etini yerdı annem, laf söylerdi. Babam lafları çekemiyordu.*” sözleriyle hastalığın sık tekrarladığı dönemlerden tekrar bahsetmiş ve bu süreçte babasının annesine bağırdığını belirtmiştir. Annesinin ölümünden babasını da oldukça sorumlu tutan katılımcı “*Annem çok çekti, aç aç öldü. Hiç kahvaltı yapmazdı. O ağrı çok kötüydü. Babam hiçbir şey yapmıyordu, hiç hiç.*”

Sadece hastanelere götürüp getiriyordu o kadar. Önüne bir çay koymuşluğu yok, aç aç öldü anneciğim. Öyle bir kızıyoruz ki kız kardeşimle birlikte babama. Bir şey diyemiyoruz. Niçin? Annem üzülür, annem darılır, annemin hatırası diye bir şey diyemiyoruz. Ama hiç bakmadı, hiç bakmadı. Mutfağa girmeyen adam şimdi mutfakta neler yapıp yiyorlar. E sen anneme de hazırlayıp koysaydın önüne bir çay, annemin de gözü gönlü açılırdı. Belki intihar etmezdi, ben hep öyle diyorum. Azıcık babam anneme ilgi gösterseydi, hiç annem öyle bir şey yapmazdı. Ben bunu adım kadar iyi biliyorum. Doktor babamın yüzüne ‘Kahvelere gitmeyeceksin, eşinle evde oturacaksın. Eşine bakacaksın’ dedi doktor kaç kere yanımda. Hiçbirini yapmadı, hiç.” diyerek babanın anneye olan ilgisizliği sebebiyle annesinin yemek bile yiyemediğini ve babanın anneye hiç bakmadığını belirtmiştir. Buna karşın annenin babaya olan sevgisini de “Annem mesela böyle konuşmamızı hiç istemezdi. Babama laf etmemizi hiç istemezdi, çok severdi babamı. Annem babamı çok seviyordu, babam hasta olunca akli çıkıyordu. Nasıl bakardı ona, çorbalar şeyler... Hayatta laf söyletmezdi ona mesela annem iyiyken babama bir şey söylesek ‘Babana bir laf söylemeyin, o hasta’ derdi. Hemen savunmaya geçerdi. Çok severdi çok, babam hiçbir şey yapmadı ama hiç. Hasta olduğunu bile bile yapmazdı.” sözleriyle dile getirmiştir.

3.4. Şizofreni Hastalığının Şizofrenili Birey ile Çocuklarının İlişkisi Üzerindeki Etkisi

Şizofrenili bireylerin aileleri, bakım yükünün yanı sıra hastalığın korkutucu ve anlamlandırılması güç olan belirtilerine karşı ne tepki vereceklerini bilemezler (Brady ve McCain, 2004). Şizofreni hastası bir annenin, çocuklarıyla olan ilişkisi ve anneliğin gerektirdiği uyumu sağlaması potansiyel olarak beklenemez (Malhotra vd., 2015). Bu nedenle akıl hastalığı olan bireylerin aileleri ile çalışılırken bu ailelerdeki çocukların savunmasızlığı ve yaşanan zorluklarla mücadele edebilmeleri için daha fazla profesyonel desteğe ihtiyaç duydukları gözden kaçırılmamalıdır (Kinsella vd., 1996, s. 31). Çünkü anne veya babası ciddi akıl hastalığına sahip çocuklarda sosyal hayata katılımda engellenme hissi, endişeli hissetme durumu ve genel iyilik hallerinin olumsuz etkilenmesi sıklıkla yaşanabilmektedir (Bee vd., 2013). Saunders ve Byrne’nin (2002) şizofreni hastalarına bakan 26 aile üyesi ile yapmış olduğu bir çalışmada bu araştırma ile benzer olarak bakım veren aile üyelerinin psikolojik sıkıntılar yaşadığı, sosyal desteğe ihtiyaç duydukları ve psikolojik anlamda uzman kişilerle iş birliği yapmak istedikleri sonucuna ulaşılmıştır. Benzer şekilde 210 şizofreni hastasının aile üyeleriyle yapılan diğer çalışmada (Salleh, 1994) şizofrenili bireylerin akrabaları stres ve depresyon belirtileri bildirmiştir. Bu çalışmada da araştırmacı, literatürde yapılan çalışmalarla benzer sonuçlar elde etmiştir. Örneğin katılımcı kanser olmayı ya da ölmeyi düşündüğünü “*Sen ‘Allah’ım benim canımı al’ diye dua ettiğini biliyor musun? Ben hiç unutmuyorum, çok ettim. Canımı alsın diye çok dua ettim. Hasta olayım diye çok dua ettim, Allah’ım affetsin ben ne kadar cahilmişim. Sırf evden dışarı çıkabilmek için insan ‘Kanser olayım’ der mi? Öyle hatırlıyorum, hasta olayım da hastaneye gideyim diye bakardım. Çünkü neden? Bir dünya yüzü göreyim diye, bir yere götüren yok ki... Bir de huzur yoktu, hastalık vardı.*” diyerek açıkça ifade etmiştir.

Evin büyük çocukları yetiştirilme tarzına göre değişebilmekle beraber en fazla sorumluluğu üstlenen çocuklar olabilmektedir. Katılımcının ailesinde de annenin bakım sorumluluğunu büyük oranda en büyük kardeş (katılımcı) üstlenmiş ve sorumlulukları diğer kardeşlere göre fazla olmuştur. Örneğin “*Ben tutuyordum annemi, kimse tutmuyordu ki. Kapıyı kitlerdim, odaya kitlerdim de annemle otururdum odanın içinde tutardım onu. Babam kahveye giderdi, herkes bana ‘Annen seni keser, bıçak alır’ derdi. Hiç korkmadım ki ‘Yapmaz’ derdim. Çünkü az çok ne yapıp yapmayacağını tahmin ediyordum. Neler derdi bana anneciğim. ‘Gece size bir şey yapar siz uyurken’ diye bize çok söylerlerdi. Benim şimdiki korkum zaten buradan*

geliyor, bir ses geldiği zaman benim kalbim tık tık atıyor... Psikiyatri hastanesinde yatmak bana ölüm geldi, sırf annem iyi olsun diye durdum. Biliyor musun? Anneciğimin karnını doyuruyordum, ilacını veriyordum, yürütüyordum.” ifadeleriyle hem şizofrenili annenin ataklarını atlatmasında yardımcı olma hem de fiziksel bakım sorumluluğunu üstlendiğini belirtmektedir. Ayrıca bu yaşananların kendisinde gereksiz korku travması bıraktığını dile getirmektedir.

Şizofreni hastaları ayakta tedavinin yanı sıra hastanede yatarak da tedavi görmektedir. Yaşadıkları depresif belirtiler, hastaların psikiyatri hastanelerine yatma riskini arttırmaktadır (Tollefson vd., 1999). Ayrıca şizofreni hastalığında ortaya çıkan bu depresif belirtilerin, şizofrenili bireylerin intihar etme riskini arttırdığı anlaşılmıştır (Siris, 2001). Bu süreç, hastanın yakınları için de karmaşık bir süreç haline gelebilmektedir. Hastanede annenin bakımının kendisine ait olduğunu ifade eden katılımcı “*Annemi hastayken hastaneye yatırmak çok zordu. Yatmak istemiyordu ağlardı, bağırdı. Çok bağırdı ‘Ben o yataklarda yatamıyorum, yatırmayın beni. Benim doktorluk zorum yok’ diye. Hastayken hastaneye yatırıyorlardı, kafası düzelince çıkıyordu. Ne bağırdı annem ne bağırdı. Bir gün beraber götürdük hastaneye, annem sakinleşmedi diye doktor beni de aldı içeriye... Evliyken bekledim bu daha 5-6 sene önce olan bir olay. Bir hafta bekledim, annemin çok kanaması vardı. İç çamaşırlarını alıyordum, gece yıkıyordum. Annemin odasında petek vardı, peteğe asıyordum. Sabaha kadar kuruyordu, sabah çıkarıyordum üstünü tekrar yıkayıp asıyordum. Öyle ben anneme orada bir hafta baktım.*” diyerek annesi hastanede kalmak istemediği için kendisinin de psikiyatri hastanesinde yattığını ve çeşitli zorluklar yaşadığını belirtmiştir. Zisook vd.’nin (1999) 45-79 yaş aralığındaki 60 ayakta tedavi gören şizofreni hastası ile yapmış olduğu çalışmada şizofreni hastalarının daha önce psikiyatri hastanesine yatma ihtimalleri yüksek ve evli olma ihtimalleri düşük bulunmuştur (s. 1741). Çalışmada daha önce yatılı bir şekilde tedavi gören annenin evli ve çocuklu olmasının sebebinin şizofreni hastalığının evliliğinin ilerleyen yıllarında ortaya çıkmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Somers’in (2007) yaptığı çalışmada bu araştırmayla uyumlu şekilde şizofrenili ebeveynlerin çocuklarının diğer çocuklara kıyasla okul sorunlarının daha fazla olduğu, akrabalarıyla daha az iletişim kurduğu ve hizmetlere daha az erişim sağladığı ortaya çıkmıştır. Eğitim hayatlarının yanı sıra çocukların yaşı ilerledikçe iş hayatına katılımları da aile üyelerinden ve aile içi dinamiklerden etkilenebilmektedir. Katılımcı annesinin hastalandığı süreçte uzun yıllar çalıştığını ve çalışırken çeşitli zorluklar yaşadığını “*Ben çalışıyordum, kardeşlerim okuyordu. Ondan sonra gece 00.00’da işten geliyordum hiç unutmam, gece yemek yapıyordum sabah 06.00’da tekrar işe gidiyordum. Bir de gittiğim yol da uzundu, tekstile gidiyordum. Şimdi de hiç sevmiyorum çalışmayı hiç. Çok ezildim çalışmak konusunda, çok bağırdılar.*” sözleriyle dile getirmiştir. Annenin hastalığı sadece büyük çocuğun iş hayatını değil ortanca ve erkek olan kardeşin de okul hayatını etkilemiştir. Erkek kardeşinin annenin hastalığı sebebiyle derslere odaklanamadığını belirten katılımcı, “*Erkek kardeşim liseye gidiyordu çocuk annemin hastalığını kafasına taktı da haftada okuyamadı. ‘Derslere kafa veremiyorum’ dedi, lise 2’den aldılar onu. Ben okumayı çok seviyordum, beni bile okutmadı babam. Ben de çok isterdim okumak da okutmadılar beni, babam okutmadı. Bizim orada ‘Kız kısmı uzakta okumaz, kız kısmı şurada okumaz, kız kısmı bahçelerde çalışır’ mantığı var.*” diyerek hem kendisi okuyamadığını hem de kardeşinin okuyamadığını belirtmiştir.

Çocuklar birçok konuda ailede yaşanan olaylardan en çok etkilenen gruptur. Annenin şizofrenili birey olduğu bir ailede çocukların etkilenmemesi neredeyse imkansızdır. Öyle ki

katılımcı *“Ben hastaneye gideceğim diye ‘Kanser olaydım’ diye dua ettiğim günleri biliyorum. Bak şimdi ne kadar aklıma geliyor yani bir yer bir görelim diye kanser olayım derdim tövbe tövbe.”* sözleriyle sosyal hayata katılamadıkları ve dışarı çıkabilmek için kanser olma duaları ettiğini ifade etmiştir. Kişinin annesinin ölümünü istemesi normal şartlarda beklenen bir durum değildir. Ancak şizofreninin çok zor şartlara sahip olduğunu belirten katılımcı, *“O hastalık konusu gerçekten çok zor. İnsan annesi ölsün diye bakar mı? Ben baktım, ben bunu kimseye diyemedim. Ben annem ölsün diye dört gözle baktım. Neden? Ağrı çekiyordu, çok ağrı çekiyordu. Ölsün diye bakıyordum ama isterdim ki yatağında ölü bulunsun. Onu çok isterdim. Şimdi farklı öldüğü için çok kafama takıyorum.”* ifadeleriyle annesinin acıları nedeniyle ölmesini dilediğini ama ölümünün intihar ile değil kendiliğinden olmasını istediğini dile getirmiştir.

Ebeveyn olmak, çocuğun sadece büyütülmesinden çok daha öte bir sorumluluk gerektirip fiziksel, duygusal, sosyal ve entelektüel anlamda gelişimini destekleyebilme becerisini de gerektirmektedir (Çetinkaya Büyükbodur vd., 2022, s. 427). Ancak ciddi ruh sağlığı sorunu olan ebeveynler için bu sorumlulukları yerine getirmek mümkün olmayabilir. Katılımcı annesinin çocuklarıyla ilgilenebilecek sağlığa ve ruh haline sahip olmadığı için kendisiyle vakit geçiremediğini, hiçbir derdini anlatamadığını üzülenek belirtmiştir. Ayrıca katılımcı *“Çok ağlardım anneme destek olamıyorum diye ağlardım. ‘Niye başkalarının anneleri geziyor?’ derdim. ‘Herkes orucunu açıyor, bizim ev ağlıyor. Bizde huzur yok. Biz ne yaptık? Biz kime ne yaptık?’ derdim. Çok söylenirdim, çok ağlardım. Çok isyan ettiğim zamanlar oldu Allah affetsin. Mesela evden kaçıp da gidebilirdim, Allah korusun. Birisinin peşine gidebilirdim annemi bırakıp ama ben annemi çok severdim. Onu bırakıp gitmeyi asla düşünmedim.”* sözleriyle zamanında çok isyan ettiğini ve annesinin yaşadığı zorluklarda birçok riskle kendisinin de karşı karşıya olduğunu dile getirmiştir. Katılımcının bir diğer ifadesi ise annesine doyamadığını, annesiyle vakit geçiremediğini belirten *“Sadece doyamadım ki... Ne vakit geçirebildim ne güzel çay içebildim. Tabi iyiyken çok çay içtim yine de içimde çok şey kaldı... Hiçbir derdimi anlatamadım, bir şeyin dedikodusunu bile yapamadım. Bir şeyi anlatırken bile karşılıklı konuşamadım. Yani o ukdeler var ya insanın boğazına düğümleniyor işte. Annelik de göremedim ondan, hiçbir anneliğini göremedim. Çünkü kadın kendinde değildi. Yani kadının bizle ilgilenecek ne hali ne tavrı kalmadı ki, hastaydı. Kendinde bile değildi ki. Kendinde olmayan bir kadındı zaten bir annelik göremedim ki...”* sözleri olmuştur. Anne veya babanın ciddi bir rahatsızlığı söz konusu olduğunda çocukların temel ihtiyaçlarından olan güven ve anlaşılma isteği eksik kalabilmektedir. Kız kardeşin evli ve uzak şehirde olduğunu bu nedenle annesinin rahatsızlıklarına pek fazla şahit olmadığını belirten katılımcı, *“Kız kardeşim 8-9 sene evliken uzakta kaldı... O hiçbir şey görmedi. Erkek kardeşimle biz vardık. O da küçükkken okuyordu büyüyünce işe girdi yine ben evdeydim. Erkek kardeşim evde durmuyordu ki akşamları evdeydi o zaman da odasına gider yatarı. O şeyleri fazla hatırlamıyorum. Annemi hep babamla ben tutardım”* diyerek erkek kardeşinin ise anneye aynı evde yaşamasına karşın olaylara çok fazla dahil olmadığını belirtmiştir.

3.5. Şizofrenili Bireyin Ailesine Sosyal Çevrenin Etkisi

Sosyal çevre, birçok konuda bireyler için önemli bir destek unsurudur. Bazı durumlarda ise çevredeki insanlar destek olmak yerine bireylerin yaşadıkları zorlukları daha da sıkıntılı hale sokabilmektedir. Sosyal destek, şizofreni hastalarının yaşam sürelerini dahi etkileyen bir unsurdur (Christensen vd., 1999). Bibou-Nakou vd.’nin (1997) 31 kronik şizofreni hastasının bakım verenleri ile yapmış olduğu çalışmada aile üyelerinin bakım yükleri ve yaşadıkları sıkıntılarla ilgili olarak akrabaların sosyal performanslarının eksikliği çok önemli

bir faktör olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu çalışmanın katılımcısı da özellikle sosyal çevreden destek görmediklerini, kimsenin evlerine gelip gitmediğini ve çevredeki kötü niyetli insanların bu durumu suistimal etmeye çalıştıklarını bildirmiştir. Annesinin hastanede yatmasının öz halası tarafından hastalıktan değil de keyfiyetten olduğu düşünülen katılımcı, *“Annem hastanede yatıyor bir gün, ben halamları aradım teker teker bayramını kutluyorum gidemedim diye. Halam bana dedi ki ‘Senin annen niye yatıyor bilmiyorum ki, evi var köyü var. Rahat mı batıyor annene?’ dedi. Zaten elim ayağım titredi öyle deyince... Ben bir şey de diyemedim. ‘Sana yazıklar olsun hala’ dedim kapattım telefonu ağladım... Halbuki anneciğimin ne kadar ekmeğini yediler.”* sözleriyle annesinin zamanında iyilikler yaptığı insanların annenin hastalığında olumsuz yorumlarıyla huzursuzluk çıkarttıklarını belirtmiştir. Ayrıca cenaze günü de halasının gelmeyip onları yalnız bıraktığını dile getiren katılımcı, *“Babamın 3-4 tane kardeşi var, cenaze günü geldiler. Yiyip içtiler ve gittiler. Bizim yanımızda kimse kalmadı, hâlâ kız kardeşim onun derdinde, hâlâ onun kavgasını yapıyor. Hiç unutmuyor işte ‘Bizim evimizde niye kalınmadı, biz o kadar kötü bir insan mıydık?’ diyor. Hâlâ ona ağlıyor, sadece teyzemin kızı var benim ablam, benden büyük o kaldı bir de gelinimiz kaldı.”* diyerek birçok akrabanın evlerinde kalmadıklarını ve bu duruma çok üzüldüklerini ifade etmiştir. Şizofrenili bireylerin sosyal işlevselliğinin bozulması olağan durumlardan biri olmakla beraber bu durum şizofrenili birey ve ailesi için sosyal reddedilme ve damgalama gibi sorunlu ilişkileri de yanı sıra getirmektedir (Hooley, 2010, s. 238). Bu çalışmada da sosyal çevreye karışmadıklarını belirten katılımcı *“Annem hasta diye korkudan kimse bizim eve giremiyordu. Annem sataşacak diye, annem hasta olunca insanlara çok sataşıyordu.”* ve *“Herkesle aramız bozuktan birkaç kişi değil ki. En basiti yanı başımızda amcamın karısı var. Sülalemize gelin gelen birisi vardı, ona çok söyleniyordu mesela. ‘Ben senin kimlere gittiğini iyi biliyorum, ne yaptığını iyi biliyorum’ deyip namusuna laf ediyordu. Namus konusu olunca kötü oluyordu işte, zor tutuyorduk zor sokuyorduk eve onu.”* sözleriyle annenin halüsinasyonlar nedeniyle söylediği laflardan dolayı kimsenin evlerine gelmediğini ve herkesle sorun yaşadıklarını dile getirmiştir. Ayrıca *“Mesela hiç annemle bir pazara gitmişliğim yok, en çok ona üzüliyorum. Hiç pazar yapmışlığımızı bilmiyorum. Bir derdimi hayatta anlatmadım ona... Kimseye laf atmasın, kavga olmasın diye yalvarıyordum anneme ‘Kimseye bir şey söyleme’ diye. Kafası yerinde yoktu. Sanki bir insan madde kullanır da kafası bulanır ya öyleydi. Geri çekişiyordum pencereden, kapıyı kitlerdim hasta olduğu zaman. Millet düğüne giderdi bizim evin önünden, pazara, manava giderdi. Birine sataşacak diye korka korka çekişiyordum annemi.”* ifadeleri de ailede birinin sürekli annenin başkalarına laf söylemesine engel olmaya çalıştığını ve sanrısız düşünceleri durduramadıklarını belirtmiştir. Mueser vd.’nin (1990) yapmış olduğu çalışmada şizofreni hastalarında işitsel halüsinasyonların görsel halüsinasyonlara kıyasla çok daha yaygın olduğu anlaşılmıştır. Bu çalışmada da katılımcı yaygın bulunan sonuçla uyumlu şekilde annesinin sürekli kendi kendine konuştuğunu ve başkalarının kendisi hakkında konuştuğunu düşündüğünü dile getirirken aslında işitsel halüsinasyonlar yaşadığını belirtmiş ancak görsel halüsinasyona dair herhangi bir ifade bulunmamıştır. Bu durum, ailenin sosyal eksiklikler yaşamasını da beraberinde getirmiştir.

Annesinin hastalık dönemlerinde sık sık İstanbul’dan Zonguldak’a gittiği için sosyal çevreden olumsuz yorumlar aldığını belirten katılımcı, *“Bana en yakın arkadaşlarım bile kızardı. ‘Niye sürekli köye gidiyorsun?’ anlamazlardı. Herkes bana ‘İyi kocan seni aldatmıyor. Sürekli köye geliyorsun’ dedi. Neler dediler bana neler, çok laf işittim. Yanımda güle güle konuşurlardı, alay eder gibi...”* ifadeleriyle yaşadığı zorlukların yanı sıra evli olup eşini tek bıraktığı için insanlardan olumsuz sözler duyduğunu ifade etmiştir.

Çevredeki insanlar tarafından katılımcı ve ailesine destek olmaktan ziyade maalesef annenin hastalığının suistimal edilme durumu söz konusu olmuştur. Katılımcı *“Yengemler beni dağa oturtuyorlardı hem kendi işini yaptırıyorlardı hem de öğreneyim diye. Annem hasta ya ‘Yanımda yetiş’ diyorlardı sap taşıttırıyorlardı, odun taşıttırıyorlardı. Beni çok ezdiler, ben çok kişinin işini gücünü gördüm.”* ifadeleriyle annenin hastalığını bilen yakınların iş öğretme bahanesiyle kendi işlerini yaptırıldıklarını dile getirmiştir. Öte yandan *“Halimizi hatırımızı sormayı bırak annemin hastalığından dolayı bizden faydalanmak isteyen insanlar bile oluyordu. Biz genç kızdık annem hasta babam da bizle uğraşmıyor diye büyük büyük insanlar bizi arardı kullanmak için, kaçırmak için, taciz için arardı... Benim büyük eniştem vardı onun gözleri iyi bakmazdı yani bizi arar ‘Bize kız getir. Arkadaşın var mı?’ derdi bize. Biz küçüktük. Arıyorlardı bizi, telefonumuz vardı hep ararlardı 15-16 yaşındaydık. Halbuki bizi arayanlar hep evli insanlardı, çok sataştılar bize o konuda. Babama söylesem babam inanmazdı ki, ‘Sen aradın, sen coşturdun’ derlerdi. Böyle görüyorlardı bizim orada kızları, kimse inanmazdı ki. Kız kardeşim bile hâlâ bela okur ona, onun korkusuna kulaklarını tıkaya tıkaya çok uyuduğu oldu onun. O köyün birbirine tutuşmadığına şükretsiner o kadar çok günahımızı aldılar.”* sözleriyle kötü niyetli insanların taciz ve durumu kötüye kullanma amaçlı kendisini ve kız kardeşini aradıklarını fakat çevrenin kendilerini suçlayacaklarını düşündükleri için bu durumu kimseye söylemediklerini belirtmiştir.

3.6. Şizofrenili Annenin İntihar Öyküsü

Şizofrenide büyük ölçüde var olan intihar riskinin önlenmesi, bireyin uyaranlara karşı duygusal tepkileriyle olan katılımını iyileştirme ve tedavi etme ile mümkün olacaktır (Hawton vd., 2005, s. 9). Topluma kıyasla şizofrenili bireylerin on kat daha yüksek intihar oranlarına sahip olduğu tahmin edilmektedir (Baxter ve Appleby, 1999, s. 322). İntihar riskini önlemek karmaşık bir süreç olduğundan en güvenilir yol profesyonel meslek elemanlarının intihar riski yüksek olan şizofrenili bireyleri nasıl belirleyecekleri konusunda eğitilmeleri, en iyi tedavinin uygulanması ve tedaviye uyum sürecini desteklemektir (Sher ve Kahn, 2019). İntihar eden kişilere psikolojik otopsi yapılması, intiharın hangi durumlarda ciddi bir risk haline geldiğinin anlaşılabilmesi için önemlidir; bu teknik intihar eden kişinin en yakın çevresiyle görüşmeler yapıldıktan sonra sosyal hizmet raporları ve sabıka geçmişi incelenerek intihar öncesi fiziksel ve bedensel sağlığı ve yaşam şartları hakkında doğru bir değerlendirme yapılmasına dayanmaktadır (Cavanagh vd., 2003, s. 395). Elde edilen bulgular doğrultusunda yapılan değerlendirmelerde bireylerin intihara yatkınlığı nitelikte tespit edilebilir. İntihara meyilli kişiler için öncelikle intihar riski detaylı değerlendirilmeli, mevcut psikiyatrik bozuklukların tedavisi sağlanmalı ve sonrasında intihara teşebbüsünü azaltacak müdahalelerde bulunulmalıdır (Hirschfeld ve Russell, 1997). Yapılan tıbbi müdahalelerin diğer bir deyişle tıbbi temasın yüksek olması önleyici tedavilerin etkililiğini de aynı düzeyde yükseltmektedir (Isacsson vd., 1995). İntihar önlenemediğinde ve aile üyelerinden biri intihar ettiğinde ise geride kalan aile üyeleri üzerine odaklanılmalıdır. İntihar tek başına yapılan bir eylem gibi gözükse de sonrasında geride kalanlar için ölümün nedenini anlamak, suçlamalarla başa çıkmak ve önleyemedikleri için kendilerini sorumlu tutmak arasında geçen zorlu, kafa karıştırıcı ve karmaşık bir süreci getirmektedir (Cerel vd., 2008).

Katılımcı, annesinin intihar öyküsünü şu sözlerle anlatmıştır:

“Sabah 10.00-11.00 gibi intihar etmiş, günlerden Cuma’ydi. Babam ‘O sabah aynı kahvaltı yaptık’ dedi. Babam evin önüne inmiş tavuklarımız vardı bizim, tavuklara yem vermiş. Oradan da cumaya gidecekmış, kahveye gitmiş

oradan da geçen arabalara binip gidecekmış. Bakmış kâğıt mı ne bir şey eksikmiş, cüzdanını mı ne unutmuş evde. Eve geliyor annemi arıyor, annem yok. O arada annem yapmış, o sırada olmuş. Bir bakıyor balkondan sarkmış halde görüyor. Nasıl başım ağrıyor şimdi. Yengemler de 'Biz onu aşağıda zannettik, aşağı bakınca bir bağırdım öyle görünce' dedi. Babam bir bağırmış annemi öyle görünce, yengem bir koşmuş 'Sen ne yaptın yenge!' demiş. Ondan sonra o ona haber vermiş o ona... Babam eline bıçak almış, annem yaşıyor mu diye bakmış. 'Yaşasaydı ipi kesecektim yaşasın diye' dedi. Savcı gelince 'Burada bıçak ne geziyor?' diye sormuş babam da söylemiş, düşün de yaşasın diye keseceğini söylemiş. Babam aşağı inmiş, kahveye gitmiş o arada eve gelmiş. Cüzdanı eksik diye işte annemi arıyor bulamıyor, balkonlara bakmış öyle görmüş. Babamı çok suçladık. Benim çok şüphem vardı. Babam bir şey mi dedi, yanlış bir kelime mi kullandı diye oraya asması için anneme akıl mı verdiler diye neler düşündük neler."

Annemin ölümü şüpheli bir ölüm olduğundan intihar olup olmadığına dair çok fazla kesi atılarak otopsi yapılmıştır. Katılımcı dini olarak regl olan kadının ölen kişiyi görmesinin ölüyü rahatsız edeceğine inanmaktadır. Kendisinin regl olması nedeniyle cenazede annesini son kez göremediğini ve kız kardeşinin ise görmeye girdiğinde otopsi kesiklerini görünce hemen bayıldığını belirten katılımcı, "Annem morgdaydı caminin morgunda yatıyordu, ertesi gün gömdüler onu. Öldüğü gün yetişemedi gömmeye, ertesi gün gömdüler. Ben yetiştim ben akşam üzeri 19.00 gibi vardım köye. Bugün öldü bugün bindim, öğleye doğru öğrendim. Annem sabah ama otopsiye gitti Zonguldak'a, yarmışlar annemi ben göremedim. Çünkü regl oldum köyde, bir de dedim cahillik yapmayayım yani pis şeyle gitmesin diye ben girmedim. Kardeşimle canım dayıcım girdi. Kardeşim zaten 'Pamuklardan kafası falan yarılmış, pamukları böyle açamadım. Pamukları açtım açtım hani annemin yüzü gözükmedi' dedi. Hep kanama olmuş, yarmışlar ya baştan aşağı zaten komple yarılmış annem. O gün kardeşimin kayınpederi o hastanede annemi yıkayan kadınları arabayla evine bırakmış da 'Ben böyle ölüm görmedim, zor yıkadık' demiş oradaki kadın yardıkları için işte. Ben bunları bilmiyordum ben bu sefer gittiğimde öğrendim bunları. Onlara özel para vermişler, tam hastane kapanıyormuş akşam kadınlar evine gideceklermiş işte tam da annemin cenazesi gelince parayla yıkatmışlar annemi orada. Kadınlar hep demişler orada 'Bunun kızı yok mu? İçeri girsinler, görsünler' diye. Dedeme, enişteme falan hep sormuşlar. Keşke varsaydım oraya. Ne kadar çok içim yanıyor. Bir de kız kardeşim gitse bile onda bayılma huyu var. O cenaze günü de çok bayıldı. Çok kustu. Onun bir özelliği var, ölüm ya da üzüntülü durumlar olduğu zaman çok kusuyor, o gün çok kustu cenaze boyunca. O yüzden o da çok pişmanlık duyuyor 'Çok pişmanım. Abla ben niye yıkamaya gitmemişim annemi?' diyor. Gitse ne olacak? Annemi öyle görünce zaten kapıda bayılırdı o." sözleriyle kız kardeşin annenin cenazesini yıkamadığı için pişmanlık duyduğunu fakat bayılma rahatsızlığından dolayı zaten bu durumun gerçekleşmeyeceğini ifade etmiştir.

Yapılan araştırmalarda şizofrenili bireylerin intihar ve erken ölüm riskine sahip olduğu ortaya çıkmıştır (Jobe ve Harrow, 2005). Bu çalışmadaki şizofrenili annenin intihar girişimi ilk değildir. Daha önce de farklı zamanlarda tam üç kez intihar girişiminde bulunmuştur. Dördüncü intihar girişimi gerçekleştiğinde hayatını kaybetmiştir. Katılımcı annesinin ilk intihar girişimini "Ben küçükken annem kendini asmaya bizim evin önündeki direğe çıktı. İlk hastalığı geldiği zaman yaptı bunu. Çok küçüktüm, o zamanlar normal kavga etmişti diye hatırlıyorum. Hastalığının yeni yeni başlamış olması lazım, gözümüzün önünde direğe çıktı. Trafo direği var ya ona çıktı. Aldılar hemen oradan. Benim çoktan kafayı yemem lazımdı da

kendimi tuttum. Allah acıdı bana, kurban olduğum Allah'ım acıdı. Çok zordu çok.” sözleriyle, ikinci intihar girişimini *“Ağrılara dayanamıyor diye intihar etmeye kalktı. Hatta hiç unutmuyorum ‘Anne sen bizi düşünmüyor musun? Sen bizi mi bırakacaktın?’ diye ben hüngür hüngür ağlıyordum. Annem hiçbir cevap vermedi bana, ayağı yırtılmıştı annemin”* ve üçüncüsünü ise *“Annem bir kere de o balkondan kendini attı, düştü. Bir kere düşmüşlüğü var bir kere de benim kurtarmışlığım var. Ben o zaman İstanbul'daydım. İkinci kattan aşağı atmış kendini, o zaman da ufak tefek yaraları vardı yaralanmıştı. Bunlar çok uzak zamanlarda değildi, son senelerdi.”* ifadeleriyle dile getirmiştir.

Annenin son zamanlarda yoğun bir karın ağrısı çektiğini ve intihar etmesinde bu ağrıların da etkili olduğuna inanan katılımcı *“Bir kere ben mutfakta kendini astığı o intihar ettiği yerden kendini atarken yakaladım annemi, geri çektim. En son zamanlarına yakındı. Artık ‘Ağrılarım var dayanamıyorum’ diye kendini balkondan aşağı bırakmak istedi de ben çektim onu içeri...”* ve *“Çok ağrısı vardı, babam dağa yaprak toplamaya gidiyordu. Sürekli babamı arıyordu, ‘Gel ne olursun hastayım, dayanamıyorum.’ derdi... O ağrılara dayanamadı da intihar etti zaten.”* diyerek intiharda ağrıların tetikleyici olduğunu ifade etmiştir. Ayrıca *“Hiç o intihar ettiği yer aklıma gelmezdi. Koca bedeni nasıl oraya aşağı koyuvermiş? Balkonda anten demiri vardı, balkon demirinin üzerinde. O demirden aşağı sarkıtmış kendini, oradan ip asıp salmış kendini. Zaten atışıyla kırılmış bütün boyun kemikleri.”* sözleriyle de annesinin akla gelmeyecek şekilde farklı bir yöntemle intihar ettiğini dile getirmiştir.

3.7. Annenin İntiharı Sonrasında Ailenin Yaşadıkları

İntihar, geride kalanlar için zorlu bir süreci ve yıkıcı bir deneyimi getirmektedir (Cerel vd., 2008). Şizofrenili bireylerin intihar riski özellikle hastaneye kabul sırasında veya taburcu olduktan hemen sonra daha yüksektir (Carlborg vd., 2010, 1153; Mortensen ve Juel, 1993; Qin ve Nordentoft, 2005). Diğer yandan şizofrenili bireylerde yaşadıkları halüsinasyonlar nedeniyle anlamsız ve ruhsal olarak kendi iradeleri dışında intiharlar gerçekleşebilmektedir (Duyan vd., 2014, s. 391). Aile üyelerinden birinin intiharı, diğer aile üyelerinde ağır etkiler bırakabilmektedir. Örneğin katılımcı *“Babam intihar sonrasında eve hiç giremedi biliyor musun? ...Mesela babam kahveye gidince ben yengeme gidiyordum. Babam kahveden gelince beni almadan eve girmiyordu korkusundan. Giremediğinden korktuğunu anlıyorduk. Mesela evin önünde bekliyordu kardeşimi kaç ay öyle beklemiş eve girmeden kapıda işten gelmesini bekliyormuş. Biz döndükten sonra cenazeden sonra aylarca kardeşimi eve giremediğinden kapıda beklemiş.”* sözleriyle babasının intihar olayı sonrasında uzun bir süre eve tek başına giremediğini, oğlunun işten gelmesini beklediğini ve evde tek kalamadığını dile getirmiştir.

Ebeveyn intihar ettikten sonra geride kalan çocuklarda travma sonrası stres bozukluğu gibi psikolojik ve ruhsal sorunlar kalabilir (Janet Kuramoto vd., 2009). Katılımcı babayla benzer şekilde çocukların da evde kalırken korktuklarını *“Köye gittiğim zaman kızımın tek başına evde duramıyorum. Hâlâ çok korkuyorum. Halbuki korkacağım bir insan değil ama korkuyorum. Aylarca eve giremedik aylarca...”* ve *“Çok korkuyorduk tir tir titriyorduk. Bir de evdeki mutfağın balkonunda oldu, hâlâ da öyleyiz. Mesela mutfakta bir yemek yapsak her dakika aklımıza geliyor. Elimden gelse o mutfağı yıkmak istiyorum. Her şey canlanıyor gözümüzde, korkmamak elde değil. Ben bu yüzden köye gitmeyi hiç istemiyorum. Halbuki annemin yeri nesinden korkuyorum değil mi? Kimseye de korkumuzdan diyemiyorduk, bizi yanlış anlarlar da kınarlar diye söyleyemiyorduk.”* sözleriyle dile getirmiş ve intihar olayının gerçekleştiği mutfakta sürekli anıların zihinlerinde canlandığını ifade etmiştir.

3.8. Annenin Şizofreni Hastalığı ve İntiharı ile Aile Üyelerinin Başa Çıkma Yöntemleri

Şizofreni, tıbben tedavisi mümkün olmayan bir hastalık değildir. Ancak her şizofreni hastası tedavilere tepki vermeyebilmektedir. Örneğin toplamda 274 psikiyatrik hasta ile yapılan 15 yıllık çoklu takip çalışmasında şizofreni hastalarının yaklaşık %40'ının iyileşme gösterdiği ortaya çıkmıştır (Harrow vd., 2005). Sonuçlar umut verici olsa da bu çalışmada konu olan şizofrenili anne ailenin tüm çabalarına rağmen iyileşme gösterememiştir. Aile üyeleri, annenin şizofreni hastalığında çeşitli alanlarda destek alarak sorunların çözülebileceğine inanmışlardır. Şizofreni hastaları ve yakınları ile yapılan bir çalışmada (Mueser vd., 1997) yaşanan negatif belirtilerle baş edebilmek için bireylerin davranışsal, bilişsel, sosyal-sosyal olmayan, problem odaklı-duygu odaklı çeşitli yanıtlar verdiği ortaya çıkmıştır (s. 335-336). Bu çalışmada da katılımcı ve ailesi gerek tıbbi açıdan destek alarak gerek manevi açıdan destek alarak şizofreninin getirdiği zorluklarla başa çıkmaya çalışmışlardır. Katılımcı “*Özel hastanelere götürdük, hocalara gittik... O ağrısı geçmedi işte, artık hocalık mıydı... Hocaya gitsek ‘Üç harfliler bulaşıyor’ dedi. Doktora gitsek ‘Bir şey yok’ diyorlardı ama kadın ağrıdan ölüyordu.*” sözleriyle annenin halüsinasyonlarına da son zamanlardaki ağrılarına da çözüm bulamadıklarını belirtmiştir.

Dini inancı gereği annesinin iyileşmesi için adak adayan katılımcı “*Karabük’teki özel hastaneye gitmeye başladığında annem ‘Annem iyileşsin parkta herkese şeker dağıtacağım’ dedim. Olmadı ki dağıtamadım, annem öldü işte... Erkek kardeşim annem iyileşsin diye kurban kesti. İyi olsun diye annemin niyetine kesti... Annem öldü annemin 7. gününde okuttuğumuz mevlitte dağıttık o etleri, ondan bile umudum vardı.*” sözleriyle benzer şekilde erkek kardeşinin de annesinin iyileşmesini niyet ederek kurban kestiğini ve böylece annenin şizofreni hastalığının bitmesini umut ettiklerini dile getirmiştir. Fakat anne iyileşsin diye kesilen kurbanlığın etleriyle annenin mevlidinde gelen kişilere yemek yapılmış ve dilekleri gerçekleşmemiştir.

Olayları yadsıma, bir çeşit savunma mekanizmasıdır. Annenin intiharı sonrası kıyafetleri ile anısını yaşatma çabası, aslında olanları kabullenememenin bir yansımasıdır. Dini olarak kıyafetlerin aslında evde durmaması gerektiğini belirten katılımcı “*O travmaları atlatamadık, kendimize zor geldik. Hep ağlıyorduk, yemek yiyemiyorduk. Çünkü evin her tarafında hatırası vardı, kokusu her şeyi duruyordu. Kıyafetlerini kimseye vermedik, duruyorlar. ‘Biz giyeceğiz. Niye birine verelim?’ dedik. Aslında durmuyormuş kimsenin ama biz kimseye vermek istemedik.*” diyerek travmaları atlatamadıklarını, annenin ölümünü kabullenemediğini ve hatıra olarak kıyafetlerini sakladıklarını dile getirmiştir.

İntihar sonrası süreçte kardeşler birbirlerini destekleyerek yaşanan travmanın üstesinden gelmeye çalışmışlardır. Katılımcı, “*Mesela biz üç kardeş bir mesajlaşma grubu açtık. Hayatta yapmadığımız bir şeydi, birbirimize hep oradan yazdık. ‘Sen iyi misin? Ben iyiyim. Bu günler geçecek’ gibi hep birbirimizi sorardık. Hâlâ duruyor, birbirimize destek olduk. Kimse destek olmadı ki bize, kimsemiz yokmuş bizim. Babam yoktu sadece kardeşler arasındaydı. Biz erkek kardeşime bir şey olmasın diye korkuyorduk... Yine biz oraya buraya gidiyoruz derken kafamızı dağıtıyorduk ama o aynı ortamda bulunduğu için ona çok odaklanmıştık. Ona bir şey olmasın istiyorduk çünkü o anneme çok düşkündü.*” ifadeleriyle üç kardeşin birbirine destek olmak için mesajlaşma grubu açarak sürekli iletişimde olduklarını ve özellikle erkek kardeşin psikolojisini hem annesinin intihar ettiği evde yaşaması hem de annesine olan düşkünlüğü sebebiyle daha da önemsediklerini belirtmiştir.

Bir diğer ilginç bulgu ise, bir yıl sonra acının yerini yaşamın doğal akışında gerekli olan kutlamaların alabilmesidir. Katılımcı annesi öldükten tam bir sene sonra aynı güne denk

gelen günde erkek kardeşlerinin nişanını yaptıklarını “*Mesela en kötüsü de annemin öldüğü günün senesi dolduğunda aynı gün biz erkek kardeşimin nişanını yaptık biliyor musun? Biz onu nasıl atlamışız, nasıl unutmuşuz bilmiyorum. Annemin öldüğü günün senesinde kardeşimin nişanı oldu. Onlar o günü istedi, biz onu yaptık.*” sözleriyle ifade etmiş ve nasıl annelerinin ölüm yıl dönümünü unuttuklarını şaşkınlıkla anlatmıştır. Acının yerini kutlamaların ve diğer anıların alabilmesi yaşanan durumu kabullenme göstergesi olmakla beraber katılımcı bu durumdan pişmanlık duyduğunu belirtmiştir. Araştırmacı tarafından bu durum, erkek kardeşin evlenmesinin anne öldüğü için ablalarda büyük bir sorumluluk bırakması ve bu sorumluluğun telaşından ötürü tarihe dikkat edilemediği bir süreç olarak yorumlanmıştır.

3.9. Şizofrenili Birey ve Ailesine Sağlanan Destekler ve Beklentileri

Sosyal hizmet uzmanları şizofrenili bireylerin sosyal hayata katılımlarını sağlamalı, toplumsal önyargı ve damgalamaların ortadan kaldırılması ve bireylerin hakları olan hizmet ve politikaların uygulanabilmesi için gerekli kurum ve kuruluşlarla iş birliği yapmalıdır (Büber, 2015, s. 37). Bu süreçte sosyal hizmet etik ve değerleri sosyal hizmet uzmanlarına yol gösterici niteliğindedir. Çünkü şizofreni, bireylerin akut alevlenme dönemlerinde farkında olmadıkları birçok şey yaşamalarına sebep olabilen ve haklarının savunulmasına ihtiyaç duyabilecekleri bir hastalıktır. Aynı zamanda şizofrenili bireylerin aileleri de ne gibi destekler alabilecekleri konusunda bilgilendirilmeye ve yönlendirilmeye ihtiyaç duyabilmektedir. Çünkü şizofrenili birey kadar ailesi de birçok açıdan risk altında olabilmektedir.

Katılımcı, “*Hep var bu şizofreni annemde. Hep var, annem 19-20 seneden beri hastaydı. Şizofreni teşhisi konduğu için bekârken ben annemden maaş bile alıyordum. Babam benim maaşımı bir sene boyunca elimden aldı. Bana bile vermedi, ben evlenince kesildi o para. Hiç bana para vermedi babam, hep böyle kendisi aldı o kartı.*” ifadeleriyle annesinin şizofreni hastalığından dolayı bakım parası niteliğinde bir maddi destek aldığını fakat babasının o maddi desteği kendisine hiç vermediğini belirtmiştir. Ancak “*Maddi olarak annem hasta diye raporu vardı. Ondan para aldık sadece ama manevi yönden hiçbir destek almadık. Hiçbir doktor da demedi biliyor musun ‘Aile üyeleriyle görüşeyim teker teker’ diye hiç. Yillardır aynı hastalığı çektik, halbuki üç tane çocuğunun olduğu her sistemde çıkıyor. Hiç demediler, bizle görüşmediler...*” sözleriyle hiçbir zaman psikolojik ya da manevi destek almadıklarını, kimsenin bu zorlu hastalığa rağmen aile üyeleriyle görüşme sağlamadığını ifade etmiştir.

Şizofrenili bireyler ve aile üyelerinin sosyal hizmet etik ilkelerine ve değerlerine uygun bir şekilde hizmetlerden faydalanabilmeleri için istek ve talepleri doğrultusunda hareket edilmesi kıymetli olacaktır. Örneğin katılımcı annesinin yaşadığı zamanlara dönebilse maddi destek istemediğini “*Bana para verseler ne ben köyde bir yere gidemezdim ki sadece annemin iyi olmasını isterdim. Annemin hastalığında ben hiç para istemedim ki. Annemin yüzünün gülmesini çok isterdim, annemle vakit geçirmeyi çok isterdim. Burada hiçbir zorluk yok, gelsinler de köydeki insanları dinlesinler.*” diyerek belirtmiş ve annesiyle vakit geçirebilmeyi istediğini dile getirmiştir. Öte yandan “*Çok isterdim bu hastalık konusunda yeni branşlar açulsun hem psikiyatri anlamında hem uzmanlık anlamında çok isterdim. Çünkü bu çekene de çektirene de zor bir hastalık. Diyorum ya en çok yaptığım şey ‘Allah canımı alsın’ diye dua ediyordum... Resmen yalvarıyordum.*” sözleriyle psikolojik olarak çok ciddi sorunlar yaşadığını ve kendisinin de sürekli ölümü düşündüğünü belirtmiştir. Bu nedenle psikolojik tedavi almayı çok istediğini “*Psikologlarla, psikiyatristlerle konuşup*

hayatımın akışını idame ettirebilmek isterdim. İyi ki kardeşlerimizden biri yapmadı. Bizden biri de intihar edip o acıyla ölebilirdi yani kolay acı değildi hele ben... Zaten diyorum ya dua ediyordum. Bir insan Allah'tan bir şey ister ya ben onu istiyordum. İnsan 'Canımı al' diye dua eder mi? Ben çok ettim... Hastalıkla ilgili görüşmeye kimse gelmedi." diyerek dile getirmiş ve annenin çocuklarından birinin de o acıyla intihar etme riskinin olduğunu ifade etmiştir. Bu tür riskler dikkate alınması ve profesyonel müdahale edilmesi gereken risklerdir. Katılımcının sözlerinden de anlaşılacağı üzere şizofrenili birey kadar aile üyeleri, özellikle çocukları varsa onlar da ciddi psikolojik sıkıntılar yaşayabilmektedir. Bu nedenle sosyal hizmet uzmanları, ruhsal problemlere sahip bireyler ve aileleriyle vaka çalışmalarında yoğunlaştırılmış, bakım alan ve bakım verenlerin istek ve değerlerini kapsayan günlük uygulamalar yapmalıdır (Payne, 2015).

Katılımcı hem babasının hem de sosyal çevrenin desteğinin olmamasının anneyi intihara sürüklediğini düşünmektedir. Katılımcının bu düşüncesi, Christensen vd.'nin (1999) yapmış olduğu çalışmada elde edilen şizofrenili bireylerin sosyal destek kaynaklarının artmasıyla hayatta kalma sürelerinin arttığı bulgusuyla örtüşmektedir. Sosyal destekler, şizofrenili bireyler ve ailelerinin yüklerini hafifletmede etkili bir unsurdur (Magliano vd., 2002). Katılımcı "*Annem için babamın destek olmasını çok isterdim. Yani anneme karşı çok ilgili olsun isterdim. Ben inanıyorum ki babam anneme destek olsaydı annem bu kadar ilerlemezdi... Hep ortada olan annem oldu, bizim için de yakınlarımızın destek olmasını isterdim.*" sözleriyle hem babasından hem de sosyal çevreden destek almalarının annesine ve aile üyelerine iyi geleceğini belirterek sosyal çevrenin sorunlarıyla başa çıkmasında ne kadar önemli olduğunu bir kere daha vurgulamıştır. Bu bağlamda sosyal desteklerin artırılabilmesi amacıyla sosyal hizmet uzmanları tarafından ev ziyaretlerinin yapılması kıymetli olabilir (Gelfand vd., 1996).

Annesinin şizofrenili bir birey olmasına rağmen sosyal hizmet uzmanlarının çocukların bakımından endişe edip kontrole veya çocukları kurum bakımına almaya gelmediğini "*Bizi sosyal hizmetlerden gelip alabilirlerdi değil mi? Annesi hasta diye alabilirlerdi. Muhtarlar bir işe yaramıyordu ki. Muhtarlık yapsaydı başımızda doğru düzgün birisi olsaydı köyü geçindiren akıllı bir insan olsaydı işin ucu nereye kadar giderdi? Alsalar gitmezdim hiç istemezdim ki kim bakacaktı o zaman anneme?"* diyerek ifade eden katılımcı, profesyonellerin gelmemesinin muhtarın sorumsuzluğundan ve durumu ilgili mercilere aktarmamasından dolayı olduğunu düşünmektedir. Katılımcı burada aslında velayet kaybının mümkün olduğundan bahsetmekte fakat bununla ilgili dahi profesyonel birilerinin gelmediğinden hayıflanmaktadır. Literatüre bakıldığında da şizofrenili annelerin çocuklarıyla ilgili çeşitli riskler mevcut olduğundan velayet kaybı ihtimali yüksektir (Seeman, 2010).

Annesi psikiyatri hastanesine yattığı zaman bakımını üstlenen bir hasta bakıcının olmamasından yakınan katılımcı "*Çok isterdim anneme bir yerde bakılsın, iyileşene kadar. Hastalandığında bakımını isterdim. Akıl hastanelerinde bakıcı yok, ne altını değiştirmesi her yer kokudan geçilmiyordu. Ter kokusu bir yandan yataklar kan oluyordu annemin yatağını ben değiştiriyordum. Annemi banyoda yıkardım, yıkamak için bir şey bulamıyordum. Kanlı şeyleri orada yıkardım. Annemin yanındaki peteğe asardım. Oraya da bir güneş geliyordu, insan yatamıyordu o sıcakta. Çok baktım anneme çok, iyi ki bakmışım. Ne yapardım o acularla ben de giderdim.*" ifadeleriyle annesinin akut alevlenme dönemleri geçene kadar bakımının bir kurum tarafından üstlenilmesini istediğini belirtmiştir. Geçmiş yıllarda mevcut olan kurum bakımı, şizofrenili bireylerin aile ortamında bakımının daha uygun olacağı

düşünüldüğünden uygulamadan kaldırılmış olup günümüzde mevcut değildir (Caqueo Urizar vd., 2009).

4. SONUÇ VE ÖNERİLER

Aile üyelerinin birbirleriyle olan ilişkileri birçok unsurdan etkilenmektedir. Ancak aile üyelerinden birinin ağır fiziksel, psikolojik ya da sosyal bir rahatsızlığının olması aile dinamiklerini derinden etkileyebilir. Şizofreni, ağır bir psikiyatrik hastalıktır ve eğer şizofrenili birey evli ve çocukluysa bu hastalık onları da hastalığa sahip olan kişi kadar etkileyebilir. Bu araştırmada da şizofrenili bir annenin yıllar süren tedavi sürecindeki zorluklar ve intihar ile sonlanan hayatı sonrası aile üyelerinin yaşadığı psikososyal sıkıntılar, ailenin başa çıkma stratejileri, aileye sağlanan ve sağlanmayan destekler sosyal hizmet etik ilke ve değerleri kapsamında değerlendirilmiştir. Şizofreni, bireylerin yaşam kalitelerini düşüren ciddi ruh sağlığı problemlerinden olmakla beraber hastalığın belirtilerinin aktif ve pasif olduğu dönemler olabilmektedir. Şizofrenili bir kişi ile yaşayan eş, kardeşler, anne, baba ve çocuklar şizofrenili bireyin hastalığının farkında olmadığı dönemlerde dahi oldukça etkilenebilmektedir. Bakım veren kişilerin sorumluluğu ağır olabilmekte ve bu kendi yaşamlarında stres yaşamalarına sebep olabilmektedir. Şizofrenili birey eğer bir ebeveynse aile içi ilişkiler daha karmaşık hâle gelebilmekte ve çocuklar bakım verme sorumluluğunu alabilmektedir. Ayrıca ebeveynin intiharı diğer aile üyeleri için ömür boyu arkada derin soru işaretleri bırakan bir olgudur. Yaşanan tüm bu olumsuzluklar sosyal hizmet etik ve değerleri kapsamında değerlendirildiğinde bireylerin etkili ve verimli hizmetlere ulaşarak bireysel ve ailevi olarak yaşam kalitelerinin artırılması için çok daha kapsamlı çalışmalara ihtiyaç duyulduğu düşünülmektedir.

Literatürde yer alan birçok çalışma şizofreni tanısı alan bireylerin aile üyelerinin bu durumdan olumsuz etkilendiğini ve ciddi stres belirtileri yaşadıklarını göstermektedir (Angermeyer vd., 2003; Bibou-Nakou vd., 1997; Brady, 2004; Salleh, 1994; Saunders ve Byrne, 2002). Oldridge ve Hughes'in (1992) çalışmasında ise ağır ruhsal hastalığa sahip bireylerin aile üyelerinde genel nüfusa kıyasla iki kat daha fazla anksiyete, depresyon ve uykusuzluk gibi psikolojik sıkıntılar bildirildiği ortaya çıkmıştır. Benzer şekilde literatürde şizofreni tanısı alan annelerin anne-çocuk ilişkileriyle ilgili çalışmalara bakıldığında çocuklarda ruhsal ve davranışsal sorunlar görüldüğü ve annelerin çocuklarıyla olan ilişkilerinde sıkıntılar yaşadıkları belirlenmiştir (Beisser vd., 1967; Malhotra vd., 2015; Schulsinger, 1976; Seeman, 2010; Somers, 2007). Geçmiş araştırmaların sonucuyla benzer şekilde annesinin şizofreni hastalığından dolayı kanser olmaya veya ölmeye dair dua ettiğini ve depresif yıllar geçirdiğini ifade eden katılımcının sözleri ruhsal bozukluklara sahip ailelerin çocuklarının ciddi risk altında olabileceğini göstermektedir. Ayrıca katılımcı şizofrenili bir anne ile aynı evde yaşamının kolay olmadığını ve kardeşler olarak kendilerinin de o süreçte intihar etme riskinin olabileceğini birkaç kez vurgulamıştır. Schulsinger'in (1976) şizofrenili annelerin çocuklarını 10 yıl süreyle takip ettiği çalışmada elde edilen ve 10 yıllık süre zarfında hayatını kaybeden 8 çocuktan 4'ünün ölüm nedeninin intihar olduğu bulgusu, katılımcının bu ifadesini destekler niteliktedir.

Şizofrenili bireylerin yaşadıkları halüsinasyonlar ve sanrılar nedeniyle intihar etme riskleri bulunmaktadır. Şizofrenili bireylerde erkek olmak, bekâr olmak, yalnız yaşamak, işsiz olmak ve kişisel beklentilerin yüksek olması intihar riskini arttırmakla beraber şizofrenili bireylerin intihar oranı yaklaşık %10 olarak düşünülmektedir (Sher ve Kahn, 2019, s. 361; Miles, 1977; Siris, 2001; Tsuang, 1978). Thara'nın (2004) yapmış olduğu ve ilk ataklarını geçiren 90 şizofrenili bireyin 20 yıl sonra ölenler dahil %82 oranla takibini sağladığı uzun

vadeli çalışmada 16 kişilik ölüm sayısının 7'sinin (4 erkek 3 kadın) intihar sebebiyle ölmesi de oldukça ilginç bir bulgudur. Bu çalışmaya konu olan şizofrenili annenin hayatı boyunca bilinen üç intihar girişimi sonrasında dördüncü intihar girişiminin gerçekleşmesi ile hayatını kaybetmesi de bu bulguları destekler niteliktedir. Genellikle şizofreni hastası kadınlar ilaç içme, karbonmonoksit zehirlenmesi gibi daha az şiddet içeren yöntemlerle intihar ederken; erkekler silah ile kendini vurma veya asma gibi şiddet içeren yöntemlerle intihar etmektedir (Denning vd., 2000). Ancak bu çalışmanın katılımcısının annesi kendini asarak intihar etmiş ve bu genellemeye dahil olmamıştır.

Araştırma sonuçlarının sosyal hizmet etik ve değerleri bağlamında incelenmesiyle annenin şizofreni hastalığı ve babanın çocuklarla fazla ilgilenememesi nedeniyle çocuklar, savunmasız ve sosyal çevre tarafından suistimale açık bir hâle gelmiştir. Savunmasız gruplara yönelik sosyal adaletin sağlanması değeri de maalesef hizmetlerin ulaşmamasından kaynaklı gerçekleşmemiştir. Katılımcı ve kardeşlerinin çocukken yaşadıkları sosyal çevre baskısı ve suistimali, büyüdüklerinde travmaları olarak kalmıştır. Katılımcının bireysel anlamda hiçbir isteğinin yerine getirilmediği, dışarı çıkabilmek için kanser olma duaları ettiği ve çevredeki insanların aileyle görüşmediği göz önüne getirildiğinde bireylerin onurunun ve değerinin gözetilmediği anlaşılmaktadır. Bu bağlamda özellikle şizofrenili bireyler ve aileleriyle kapsamlı çalışmalar gerçekleştirilerek bireylerin önce kendi değerinin farkında olmaları, yaşadıkları sosyal adaletsizliklerle mücadele edilerek fırsat eşitliği sağlanması önem arz etmektedir. Ayrıca kişiler arası ilişkinin önemine vurgu yapan değer de katılımcının sosyal çevreden destek beklemesini ve birileriyle derdini paylaştığında rahatlayabileceği düşüncesini yansıtmaktadır. Bu bağlamda hem şizofrenili bireyler ve aileleriyle hem de intihar eden bireylerin aileleriyle çalışan sosyal hizmet uzmanlarının belli bir yetkinliğe sahip olmaları ve müracaatçılara yönelik dürüst bir tutum sergileyerek sosyal çevreyi de kapsamına alan müdahalelerde bulunması önemlidir. Sosyal hizmet uzmanlarının şizofrenili bireylerin aileleriyle çalışmalar düzenlemesi ve teyze, hala, yenge ve yakın komşular gibi ailenin sosyal destek kaynağı olabilecek kişilerle görüşerek hastalığın tanıtılması, iletişimin öneminin vurgulanması sağlanabilir. Çevredeki insanların şizofrenili bir bireyle ilk kez karşılaşması ve tedirgin olması olağan bir durum olduğundan bu konuda bilgilendirmeler yapılarak ön yargılar kırılabilir.

Şizofrenili bireyler ve ailelerinin başa çıkma yöntemlerinin öğrenilmesi, yapılacak olan planlamalarda ve müdahalelerde anahtar niteliğindedir. Mueser vd.'nin (1997) şizofrenili bireyler ve aileleriyle yaptığı çalışmada hastalar ve yakınlarının hastalığın negatif belirtileriyle baş etmede birbirlerinden farklı stratejiler kullandıkları karşımıza çıkmaktadır. Bu çalışmada da katılımcı, annesinin yaşadığı hastalık belirtilerinin farkında olmadığını fakat aile üyelerinin tıbbi olarak, dini olarak, bilişsel olarak ve sosyal olarak başa çıkma stratejileri gösterdiklerini ifade etmektedir. Ancak aile, şizofrenili bir bireyin ailesi olmalarından dolayı herhangi bir risk grubuna dahil edilerek çalışma veya görüşmelere dahil edilmemiş; katılımcı ise bu profesyonel hizmetlerin eksikliğinden yakınmaktadır. Benzer şekilde Bee vd.'nin (2013) yapmış olduğu çalışmada akıl hastalığına sahip ebeveynlerin 13-18 yaş arası çocukları, profesyonel hizmetlerin eksikliğinden ve verilen desteklerde görünmez olduklarından yakınmaktadır. Bu nedenle özellikle ciddi akıl hastalığına sahip bireylerin aileleri de kapsamlı bir şekilde çalışmalara dahil edilerek risk grubunda oldukları unutulmamalıdır. Hayatını intihar ile sonlandıran şizofrenili bir annenin çocuğu ile yapılan derinlemesine görüşmeler sonucunda elde edilen bulgular, sosyal hizmet etik ve değerleri bağlamında değerlendirildiğinde ailenin gerekli olan hizmetlere erişim sağlayamadığı sonucuna varılmaktadır. Şizofrenili anne tıbbi olarak tedavi edilmeye çalışılsa da aile için

aynı durum söz konusu değildir. Ailenin de birçok açıdan hastalığın zorluğuna şahit olduğu ve özellikle çocukların ciddi risk altında olduğu bu durumda, herhangi bir psikolojik veya sosyal hizmetten faydalanılmamıştır. Eğer şizofrenili annenin hayata uyum sağlaması ve aile ilişkilerinin yeniden düzenlenmesi için gerekli psikososyal destekler sağlanabilseydi annenin intiharının önlenebileceği düşünülmektedir. Psikolojik ve sosyal olarak hem şizofrenili bireylere hem de ailelerine gerekli kurumlarca destek sağlanması oldukça kıymetli olacaktır.

Şizofreni hastalarının manik ve depresif dönemlerinin olduğu ve dönem dönem hastalığın belirtilerinin daha agresif hâle geldiği bilinmektedir. Hastalığın belirtilerinin yoğun olduğu dönemlerde şizofrenili bireylerin bakımları psikiyatri kurumlarında sağlanabilirse ailenin yükü oldukça hafifletilmiş olacaktır. Bu çalışmadan da anlaşılacağı üzere hastalığın belirtileri bazı dönemlerde tamamen kaybolabilmekte ve bu dönemlerde kişi sağlıklı bir bireyin yapabileceği birçok aktiviteye dahil edilebilir hale gelmektedir. Bireyin aktif bir yaşam sürmesi, hastalığın gidişatına olumlu desteklerde bulunabilir. Aktif ve sosyal bir yaşam, şizofrenili bireylerin risk grubunda olduğu intihar vakalarının azalmasında yardımcı olabilir.

KAYNAKÇA

- American Psychiatric Association (APA). (2003). Practice guideline for the assessment and treatment of patients with suicidal behaviors. *Am J. Psychiatry*, 1–60.
- Angermeyer, M. C., Schulze, B. & Dietrich, S. (2003). Courtesy stigma-a focus group study of relatives of schizophrenia patients. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 38, 593-602.
- Arslantaş, H. & Adana, F. (2011). Şizofreninin bakım verenlere yükü. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 3, 251-277.
- Bademli, K., & Çetinkaya Duman, Z. (2013). Şizofreni hastalarının bakım verenleri. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 5 (4), 461-478. DOI: 10.5455/cap.20130529
- Baxter, D. & Appleby, L. (1999). Case register study of suicide risk in mental disorders. *British Journal of Psychiatry*, 175 (4), 322–326. DOI:10.1192/bjp.175.4.322
- Bee, P., Berzins, K., Calam, R., Prymachuk, S. & Abel, K. M. (2013). Defining quality of life in the children of parents with severe mental illness: a preliminary stakeholder-led model. *PLoS ONE*, 8 (9), e73739. DOI:10.1371/journal.pone.0073739
- Beisser, A. R., Glasser, N. & Grant, M. (1967). Psychosocial adjustment in children of schizophrenic mothers. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 145 (6), 429–440. DOI:10.1097/00005053-196712000-00001
- Bibou-Nakou, I., Dikaiou, M. & Bairactaris, C. (1997). Psychosocial dimensions of family burden among two groups of carers looking after psychiatric patients. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 32, 104-108. DOI: 10.1007/bf00788928
- Brady, N. (2004). *A portrait of families with a member labeled schizophrenia*. Unpublished Doctoral Dissertation, Case Western Reserve University, Cleveland, Ohio.
- Brady, N. & McCain, G. (2004) Living with schizophrenia: A family perspective, *OJIN: The Online Journal of Issues in Nursing*. 10 (1).

- Büber, B., Kars, B., Gülsün, M. & Nergizci, M. (2015). Şizofreniye yönelik damgalamanın önlenmesinde sosyal hizmet müdahaleleri bağlamında sosyal politika önerileri. *Ufku Ötesi Bilim Dergisi*, 14-15 (1), 35-51.
- Caqueo Urizar, A., Gutiérrez Maldonado, J. & Miranda Castillo, C. (2009). Quality of life in caregivers of patients with schizophrenia: a literature review. *Health Qual Life Outcomes*, 7 (84), 1-5.
- Carlborg, A., Winnerbäck, K., Jönsson, E. G., Jokinen, J. & Nordström, P. (2010). Suicide in schizophrenia. *Expert Review of Neurotherapeutics*, 10 (7), 1153–1164. DOI: 10.1586/ern.10.82
- Cavanagh, J. T. O., Carson, A. J., Sharpe, M. & Lawrie, S. M. (2003). Psychological autopsy studies of suicide: a systematic review. *Psychological Medicine*, 33 (3), 395–405. DOI:10.1017/s0033291702006943
- Cerel, J., Jordan, J. R. & Duberstein, P. R. (2008). The Impact of suicide on the family. *Crisis*, 29 (1), 38–44. DOI:10.1027/0227-5910.29.1.38
- Christensen, A. J., Dornink, R., Ehlers, S. L. & Schultz, S. K. (1999). Social environment and longevity in schizophrenia. *Psychosomatic Medicine*, 61 (2), 141–145. DOI:10.1097/00006842-199903000-00003
- Conley, R., Aschersvanum, H., Zhu, B., Faries, D. & Kinon, B. (2007). The burden of depressive symptoms in the long-term treatment of patients with schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 90 (1-3), 186–197. DOI:10.1016/j.schres.2006.09.027
- Cuijpers, P. (1999). The effects of family interventions on relatives' burden: a meta-analysis. *Journal of Mental Health*, 8 (3), 275–285.
- Çetinkaya Büyükbodur, A., Sakarya, H. & Kılıçlı, A. (2022). Şizofreni tanısı olan annelerin bebekleri ile ilişkisi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar - Current Approaches in Psychiatry*, 14 (3), 427-436. DOI:10.18863/pgy.1065019
- Denning, D. G., Conwell, Y., King, D. & Cox, C. (2000). Method choice, intent, and gender in completed suicide. *Suicide Life Threat Behaviour*, 30 (3), 282–88.
- Dora, İ., Önal, O., Ceylan, M. E., Kenar, J. & Kılınç, E. (2004). Şizofreni ve doğum mevsimi ilişkisi. *Düşünen Adam*, 17 (1), 5-20.
- Duyan, V., Yolcuoğlu, İ. G. & Artan, T. (2014). Dünü, bugünü, yarınıyla insanı anlamak (insan davranışının kökenleri ve sosyal çevrenin etkileri). Ankara: Nar Yayınevi.
- Ergün, N. (2023). *Durum Çalışması (Case Study)*. Adnan Çetin (Ed.). Nitel araştırma yöntemleri kuram, uygulama ve sınırlılıklar (s. 133-156) içinde. Konya: Çizgi Kitabevi.
- Gelfand D. M., Teti, D. M., Seiner, S. A. & Jameson, P. B., (1996). Helping mothers fight depression: evaluation of a home-based intervention program for depressed mothers and their infants. *J Clin Child Psychol*, 25, 406-422.
- Harrow, M., Grossman, L. S., Jobe, T. H. & Herbener, E. S. (2005). Do Patients with schizophrenia ever show periods of recovery? A 15-year multi-follow-up study. *Schizophrenia Bulletin*, 31(3), 723–734. doi:10.1093/schbul/sbi026
- Hatfield, A. B. (1979). The Family as Partner in the Treatment of Mental Illness. *Psychiatric Services*, 30 (5), 338–340. DOI:10.1176/ps.30.5.338

- Hawton, K. & Van Heeringen, K. (2009). Suicide. *The Lancet*, 373 (9672), 1372–1381. DOI:10.1016/s0140-6736(09)60372-x
- Hawton, K., Sutton, L., Haw, C., Sinclair, J. & Deeks, J. J. (2005). Schizophrenia and suicide: systematic review of risk factors. *British Journal of Psychiatry*, 187 (01), 9–20. DOI: 10.1192/bjp.187.1.9
- Heale, R. & Twycross, A. (2017). What is a case study? *Evidence Based Nursing*, 21 (1), 7–8. DOI:10.1136/eb-2017-102845
- Hirschfeld, R. M. A. & Russell, J. M. (1997). Assessment and treatment of suicidal patients. *New England Journal of Medicine*, 337 (13), 910–915. DOI:10.1056/nejm199709253371307
- Hirst, M. (2005). Carer distress: a prospective, population-based study. *Social Science & Medicine*, 61 (3), 697–708. DOI:10.1016/j.socscimed.2005.01.001
- Hooley, J. M. (2010). Social factors in schizophrenia. *Current Directions in Psychological Science*, 19(4), 238–242. DOI:10.1177/0963721410377597
- Isacsson G, Holmgren P, Wasserman D, & Bergman U. (1995). Antidepressants and suicide. *BMJ*, 310, 127.
- Janet Kuramoto, S., Brent, D. A. & Wilcox, H. C. (2009). The impact of parental suicide on child and adolescent offspring. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 39 (2), 137–151. DOI:10.1521/suli.2009.39.2.137
- Jobe, T. H. & Harrow, M. (2005). Şizofreni hastalarının uzun dönem sonuçları: bir inceleme. *Kanada Psikiyatri Dergisi*, 50 (14), 892–900. DOI:10.1177/070674370505001403
- Johnson, D. A. (1981). Studies of depressive symptoms in schizophrenia. *The British Journal of Psychiatry*, 139 (2), 89–101. DOI:10.1192/bjp.139.2.89
- Jungbauer, J., Wittmund, B., Dietrich, S. & Angermeyer, M. C. (2004). The disregarded caregivers: subjective burden in spouses of schizophrenia patients. *Schizophrenia Bulletin*, 30 (3), 665–675. DOI:10.1093/oxfordjournals.schbul.a007114
- Kinsella, K. B., Anderson, R. A. & Anderson, W. T. (1996). Coping Skills, strengths, and needs as perceived by adult offspring and siblings of people with mental illness: a retrospective study. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 20 (2), 24–32. DOI:10.1037/h0095388
- Köklü, N. (1994). Örnek olay çalışma metodları. *Ankara University Journal of Faculty of Educational Sciences (JFES)*, 27 (2), 771-779. DOI: 10.1501/Egifak_0000000372
- Krysik, J. L. & Finn, J. (2010). *Research for effective social work practice* (2. Baskı.). New York: Routledge.
- Magliano, L., Marasco, C., Fiorillo, A., Malangone, C., Guarneri, M. & Maj, M. (2002). The impact of professional and social network support on the burden of families of patients with schizophrenia in Italy. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 106 (4), 291–298. DOI:10.1034/j.1600-0447.2002.02223.x
- Mäkinen, J., Miettunen, J., Isohanni, M. & Koponen, H. (2008). Negative symptoms in schizophrenia—a review. *Nordic Journal of Psychiatry*, 62 (5), 334–341. DOI:10.1080/08039480801959307

- Malhotra, M., Kumar, D. & Verma, R. (2015). Effect of psychosocial environment in children having mother with schizophrenia. *Psychiatry Research*, 226 (2-3), 418–424. DOI:10.1016/j.psychres.2014.11.028
- Mann, J. J. (2002). A current perspective of suicide and attempted suicide. *Annals of Internal Medicine*, 136 (4), 302-311. DOI:10.7326/0003-4819-136-4-200202190-00010
- Mann, J. J. (2003). Neurobiology of suicidal behaviour. *Nature Reviews Neuroscience*, 4 (10), 819–828. DOI:10.1038/nrn1220
- Miles, C. P. (1977). Conitions predisposing to suicide: a review. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 164 (4), 231–246. DOI:10.1097/00005053-197704000-00002
- Miles, M. B. & Huberman, A. M. (1994). *Qualitative data analysis*. USA: SAGE Publications. İkinci Baskı.
- Mortensen, P. B. & Juel, K. (1993). Mortality and causes of death in first admitted schizophrenic patients. *British Journal of Psychiatry*, 163 (02), 183–189. DOI:10.1192/bjp.163.2.183
- Mueser, K. T., Bellack, A. S. & Brady, E. U. (1990). Hallucinations in schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 82 (1), 26–29. DOI:10.1111/j.1600-0447.1990.tb01350.x
- Mueser, K. T., Valentiner, D. P. & Agresta, J. (1997). Coping with negative symptoms of schizophrenia: patient and family perspectives. *Schizophrenia Bulletin*, 23 (2), 329–339. DOI:10.1093/schbul/23.2.329
- NASW (2021). *Code of ethics*. Washington, DC: NASW Publ. Erişim Adresi: <https://www.socialworkers.org/About/Ethics/Code-of-Ethics/Code-of-Ethics-English> Erişim Tarihi: 03.05.2024
- Oldridge, M. & Hughes, I. (1992). Psychological well-being in families with a member suffering from schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 161, 249–251.
- Öztürk, A. B. (2009). Sosyal hizmet etiğinde farklı yaklaşımlar. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 20 (1), 105-116.
- Payne, M. (2015). Yetişkinlere yönelik hizmetler ve sağlıkla ilgili sosyal hizmet. Tarık Tuncay (Çev.). *Sosyal Hizmet Temel Alanlar ve Eleştirel Tartışmalar* (s. 371-391) içinde. Ankara: Nika Yayınevi.
- Potasznik, H. & Nelson, G. (1984). Stress and social support: the burden experienced by the family of a mentally ill person. *American Journal of Community Psychiatry*, 12, 589–607.
- Qin, P. & Nordentoft, M. (2005). Suicide risk in relation to psychiatric hospitalization. *Archives of General Psychiatry*, 62 (4), 427. DOI:10.1001/archpsyc.62.4.427
- Reine, G., Lancon, C., Di Tucci, S., Sapin, C. & Auquier, P. (2003). Depression and subjective quality of life in chronic phase schizophrenic patients. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 108(4), 297–303. DOI:10.1034/j.1600-0447.2003.00132.x
- Rosen, W. G., Mohs, R. C., Johns, C. A., Small, N. S., Kendler, K. S., Horvath, T. B. & Davis, K. L. (1984). Positive and negative symptoms in schizophrenia. *Psychiatry Research*, 13 (4), 277–284. DOI:10.1016/0165-1781(84)90075-1

- Salleh, M. R. (1994). The burden of care of schizophrenia in malay families. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 89, 180-185.
- Saunders, J. C. (2003). Families living with severe mental illness: a literature review. *Issues in Mental Health Nursing*, 24 (2), 175–198. DOI:10.1080/01612840305301
- Saunders, J. C. & Byrne, M. M. (2002). A Thematic analysis of families living ith schizophrenia. *archives of psychiatric nursing*, 16 (5), 217–223. DOI:10.1053/apnu.2002.36234
- Schulsinger, H. (1976). A Ten-year follow-up of children of schizophrenic mothers clinical Assessment. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 53 (5), 371–386. DOI:10.1111/j.1600-0447.1976.tb00085.x
- Seeman, M. (2010). Parenting issues in mothers with schizophrenia. *Current Women's Health Reviews*, 6 (1), 51–57. DOI:10.2174/157340410790979734
- Sher, L. & Kahn, R. S. (2019). Suicide in Schizophrenia: An Educational Overview. *Medicina*, 55 (7), 361-371. DOI:10.3390/medicina55070361
- Siris, S. G. (2001). Suicide and schizophrenia. *Journal of Psychopharmacology*, 15 (2), 127–135. DOI:10.1177/026988110101500209
- Somers, V. (2007). Schizophrenia: the impact of parental illness on children. *British Journal of Social Work*, 37 (8), 1319–1334. DOI:10.1093/bjsw/bcl083
- Soygür, H. & Erkoç, Ş. (2007). *Şizofreni kavramına tarihsel bir bakış*. Haldun Soygür vd. (Ed.). *Şizofreni ve Diğer Psikotik Bozukluklar* (s. 1-12) içinde. Ankara: Türkiye Psikiyatri Derneği.
- Subaşı, M. & Okumuş, K. (2017). Bir araştırma yöntemi olarak durum çalışması. *Atatürk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 21 (2), 419-426.
- Terschinsky, U. (2000). Living with schizophrenia: the family illness experience. *Issues in Mental Health Nursing*, 21 (4), 387–396. DOI:10.1080/016128400248004z
- Thara, R. (2004). Twenty-year course of schizophrenia: the madras longitudinal study. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 49 (8), 564–569. DOI:10.1177/070674370404900808
- Tight, M. (2010). The curious case of case study: a viewpoint. *International Journal of Social Research Methodology*, 13 (4), 329–339. DOI:10.1080/13645570903187181
- Tollefson, G. D., Andersen, S. W. & Tran, P. V. (1999). The Course of depressive symptoms in predicting relapse in schizophrenia: a double-blind, randomized comparison of olanzapine and risperidone. *Biological Psychiatry*, 46 (3), 365–373. doi:10.1016/s0006-3223(99)00049-9
- Topcu, E. & Kurtulmuş, S. (2017). *Türkiye 'deki suriyelilerle çalışan sivil toplum kuruluşları ve gönüllülere yönelik etüt çalışması, gönüllüler grubu örnek olay incelemesi: ankara örneği*. Ankara, Turkey: T.C. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı.
- Tsuang, M. T. (1978). Suicide in schizophrenics, manics, depressives, and surgical controls. *archives of General Psychiatry*, 35 (2), 153. DOI:10.1001/archpsyc.1978.01770260031002
- Üçök, A. (1999). Şizofreni: damga, mitler ve gerçekler. *Psikiyatri Dünyası*, 3, 67-71.

- VanWynsberghe, R. & Khan, S. (2007). Redefining case study. *International Journal of Qualitative Methods*, 6 (2), 80–94. DOI:10.1177/160940690700600208
- Vijayakumar, L. & Rajkumar, S. (1999). Are risk factors for suicide universal? a case-control study in India. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 99 (6), 407–411. DOI:10.1111/j.1600-0447.1999.tb00985.x
- Vural Akar, R. & Cenkseven, F. (2005). Eğitim araştırmalarında örnek olay (vaka) çalışmaları: tanımı, türleri, aşamaları ve raporlaştırılması. *Süleyman Demirel Üniversitesi Burdur Eğitim Fakültesi Dergisi*, 6 (10), 126 – 139.
- Yin, R. K. (2003). *Case study research design and methods* (3. Baskı). London: Sage Publications.
- Yolcuoğlu, İ. G. (2014). *Sosyal hizmet/sosyal çalışma bilim ve mesleğine giriş*. İstanbul: Nar Yayınevi.
- Zisook, S., Ann McAdams, L., Kuck, J., Harris, J., Bailey, A., Patterson, T. L. Judd., L. L. & Jeste, D. V. (1999). Depressive symptoms in schizophrenia, *Am J Psychiatry*, 156, 1736-1743.
- Zubarođlu Yanardağ, M. (2020). Sosyal hizmet mesleki uygulamalarında müracaatçılara karşı etik sorumluluklar ve etik karar verme süreci. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 31 (3), 1201-1226.

Research Article

**İntihar ile Hayatını Sonlandıran Şizofrenili Bir Annenin Çocuğu Olmak:
Sosyal Hizmet Etiği Bağlamında Durum Çalışması**

*Being a Child of a Mother with Schizophrenia Who Ended Her Life by
Suicide: A Case Study in the Context of Social Work Ethics*

Ali Fuat ERSOY & Tuğçe UĞURLU

EXTENDED ABSTRACT

Introduction

Although the cause of schizophrenia is not yet known, it is a public health problem that is thought to be the result of a combination of various factors and usually begins in the youth of individuals, shows many psychological symptoms and varies in severity from person to person throughout its progression. In addition to the person diagnosed with schizophrenia and other psychotic disorders, the lives of caregivers are also negatively affected. The probability of individuals with schizophrenia to commit suicide has been identified as a significant risk factor in various studies. Because the other two children of a mother diagnosed with schizophrenia who also ended her life by suicide did not accept the interview, the oldest child of the family (age 31), who also provided the most care, was interviewed, and in-depth information was collected. In addition to the in-depth interview, documents related to the mother were examined, and data diversification was achieved by actively observing during the interview. The purpose of this study is to examine the family's life within the scope of social work ethical principles and values by evaluating the support provided and not provided within the scope of psychosocial problems experienced by a family member whose family had witnessed both schizophrenia and suicide.

Method

This study used a case study design to examine in detail the life story of a mother diagnosed with schizophrenia who ended her life by suicide, based on the interviews conducted with her child and to evaluate it within the framework of social work values. The participant was the oldest child of the schizophrenic mother and was referred to as "interviewee/participant" throughout the study. Criterion sampling, one of the purposeful sampling methods of qualitative research, was used to select the participant. A semi-structured interview form prepared by the researcher was used to collect data during in-depth interviews with the interviewee. This study was conducted with the interviews conducted with the participant, the examination of health reports, death reports and other documents, and observations. Holistic single-case analysis was used in the data analysis.

There are many academic publications in both national and international literature covering various aspects such as the problems experienced by individuals with schizophrenia and their families, clinical findings, or interpersonal relationships. However, the researcher has not come across a study conducted with the children of a mother who was diagnosed with schizophrenia and ended her life by suicide. Therefore, this study, which presents double

trauma for a family and numerous complex problems, is significant for the literature as it contains extreme examples showing the risks faced by individuals with schizophrenia and their family members. Various studies in the literature show that family members of individuals diagnosed with schizophrenia are negatively affected by this condition and experience serious stress symptoms. In the study by Oldridge and Hughes (1992), family members of individuals with severe mental illness reported psychological problems such as anxiety, depression and insomnia twice as often compared to the general population. Similarly, studies on mother-child relationships of mothers diagnosed with schizophrenia, indicated that children experience psychological and behavioral problems, while mothers have difficulties in their relationships with their children. Similar to the results of past studies, the participant stated that her mother prayed for cancer or death due to schizophrenia and she had depressive years. This finding indicates that children of families with mental disorders may be at serious risk. In addition, the participant emphasized several times that it was not easy to live in the same house with a schizophrenic mother and that they, as siblings, may also be at risk of committing suicide during that period. The finding from Schulsinger's (1976) 10-year study, which showed that four of the eight children of schizophrenic mothers died by suicide, supports this statement of the participant.

Conclusion

Looking at the research results in the context of social work ethics and values, it is evident that children become vulnerable and open to abuse by the social environment due to the mother's schizophrenia and the father's inability to care for the children. Unfortunately, the value of providing social justice for vulnerable groups has not been realized due to the lack of access to services. The social environment pressure and abuse experienced by the participant and his siblings as children remained their traumas even when they grew up. Considering that none of the participant's individual wishes were fulfilled, they prayed for cancer to escape the situation, and the people in the environment did not meet with the family, it is understood that the dignity and value of individuals were not respected. In this context, it is important to conduct comprehensive studies, especially with individuals with schizophrenia and their families so that individuals can recognize their own value, and equal opportunities can be provided by combating the social injustices they experience. In addition, the value emphasizing the importance of interpersonal relationships reflects the idea that the participant expects support from the social environment and could relax when he shares his troubles with someone. In this context, social workers who work with both individuals with schizophrenia and their families and those who have committed suicide should have a certain level of competence and an honest attitude towards clients and make interventions to include the broader social environment. Social workers can organize work with families of individuals with schizophrenia and meet with people who can be a source of social support for the family, such as aunts, nephews, and close neighbors, to introduce the disease and emphasize the importance of communication. Since it is normal for people in the environment to encounter a person with schizophrenia for the first time and to be nervous, prejudices can be broken by providing information on this issue. Learning the coping methods of individuals with schizophrenia and their families is the key to effective planning and intervention. In the study conducted by Mueser et al. (1997) with individuals with schizophrenia and their families, patients and their relatives used different strategies to cope with the negative symptoms of the disease. In the present study, the participant reported not being aware of the symptoms of her mother's illness, but that the family members showed coping strategies medically, religiously, cognitively, and socially. However, the

family was not included in any risk group and was not included in the study or interviews due to being the family of a schizophrenic individual; thus, the participant complained about the lack of these professional services. Similarly, in the study conducted by Bee et al. (2013), children of parents with mental illness between the ages of 13 and 18 complained about the lack of professional services and feeling invisible in the support process. Therefore, families of individuals with serious mental illnesses in particular should be included in studies and it should not be forgotten that they are in the risk group. When the findings obtained from in-depth interviews conducted with the child of a schizophrenic mother who ended her life by suicide are evaluated in the context of social work ethics and values, it is concluded that the family could not access the necessary services. Although the schizophrenic mother received medical treatment, the same was not the case for the family. In this situation where the family witnessed the difficulty of the illness in many ways and especially the children were at serious risk, no psychological or social services were available. Providing psychosocial support to the mother to help her adapt to life and reorganize family relationships could have potentially prevented her suicide. Psychological and social support for both individuals with schizophrenia and their families is invaluable and should be prioritized by the relevant institutions.