



Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü
Sosyal Hizmet Anabilim Dalı

**EBEVEYNİ KRONİK RUHSAL HASTALIK TANISI ALAN
BİREYLERİN ÇOCUKLUK ÇAĞI DENEYİMLERİNİN SOSYAL
HİZMET PERSPEKTİFİNDEN DEĞERLENDİRİLMESİ**

Özlem GÖZEN

Doktora Tezi

Ankara, 2025

EBEVEYNİ KRONİK RUHSAL HASTALIK TANISI ALAN BİREYLERİN ÇOCUKLUK
ÇAĞI DENEYİMLERİNİN SOSYAL HİZMET PERSPEKTİFİNDEN
DEĞERLENDİRİLMESİ

Özlem GÖZEN

Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü

Sosyal Hizmet Anabilim Dalı

Doktora Tezi

Ankara, 2025

KABUL VE ONAY

Özlem GÖZEN tarafından hazırlanan "Ebeveyni Kronik Ruhsal Hastalık Tanısı Alan Bireylerin Çocukluk Çağı Deneyimlerinin Sosyal Hizmet Perspektifinden Değerlendirilmesi" başlıklı bu çalışma, 24.06.2025 tarihinde yapılan savunma sınavı sonucunda başarılı bulunarak jürimiz tarafından doktora tezi olarak kabul edilmiştir.

Prof. Dr. Elif Gökçearslan (Başkan)

Prof. Dr. Tarık Tuncay (Danışman)

Prof. Dr. Sema Buz (Üye)

Prof. Dr. Seda Attepe Özden (Üye)

Doç. Dr. Sinan Akçay (Üye)

Yukarıdaki imzaların adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylıyorum.

Prof. Dr. Uğur ÖMÜRGÖNÜLŞEN

Enstitü Müdürü

YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI

Enstitü tarafından onaylanan lisansüstü tezimin/raporumun tamamını veya herhangi bir kısmını, basılı (kağıt) ve elektronik formatta arşivleme ve aşağıda verilen koşullarla kullanıma açma iznini Hacettepe Üniversitesine verdiğimi bildiririm. Bu izinle Üniversiteye verilen kullanım hakları dışındaki tüm fikri mülkiyet haklarım bende kalacak, tezimin tamamının ya da bir bölümünün gelecekteki çalışmalarda (makale, kitap, lisans ve patent vb.) kullanım hakları bana ait olacaktır.

Tezin kendi orijinal çalışmam olduğunu, başkalarının haklarını ihlal etmediğimi ve tezimin tek yetkili sahibi olduğumu beyan ve taahhüt ederim. Tezimde yer alan telif hakkı bulunan ve sahiplerinden yazılı izin alınarak kullanılması zorunlu metinlerin yazılı izin alınarak kullandığımı ve istenildiğinde suretlerini Üniversiteye teslim etmeyi taahhüt ederim.

Yükseköğretim Kurulu tarafından yayınlanan “**Lisansüstü Tezlerin Elektronik Ortamda Toplanması, Düzenlenmesi ve Erişime Açılmasına İlişkin Yönerge**” kapsamında tezim aşağıda belirtilen koşullar haricince YÖK Ulusal Tez Merkezi / H.Ü. Kütüphaneleri Açık Erişim Sisteminde erişime açılır.

- Enstitü / Fakülte yönetim kurulu kararı ile tezimin erişime açılması mezuniyet tarihimden itibaren 2 yıl ertelenmiştir. ⁽¹⁾
- Enstitü / Fakülte yönetim kurulunun gerekçeli kararı ile tezimin erişime açılması mezuniyet tarihimden itibaren ... ay ertelenmiştir. ⁽²⁾
- Tezimle ilgili gizlilik kararı verilmiştir. ⁽³⁾

24/06/2025

Özlem GÖZEN

“*Lisansüstü Tezlerin Elektronik Ortamda Toplanması, Düzenlenmesi ve Erişime Açılmasına İlişkin Yönerge*”

- (1) Madde 6. 1. Lisansüstü teze ilgili patent başvurusu yapılması veya patent alma sürecinin devam etmesi durumunda, tez danışmanının önerisi ve enstitü anabilim dalının uygun görüşü üzerine enstitü veya fakülte yönetim kurulu iki yıl süre ile tezin erişime açılmasının ertelenmesine karar verebilir.
- (2) Madde 6. 2. Yeni teknik, materyal ve metotların kullanıldığı, henüz makaleye dönüşmemiş veya patent gibi yöntemlerle korunmamış ve internetten paylaşılması durumunda 3. şahıslara veya kurumlara haksız kazanç imkanı oluşturabilecek bilgi ve bulguları içeren tezler hakkında tez danışmanının önerisi ve enstitü anabilim dalının uygun görüşü üzerine enstitü veya fakülte yönetim kurulunun gerekçeli kararı ile altı ayı aşmamak üzere tezin erişime açılması engellenebilir.
- (3) Madde 7. 1. Ulusal çıkarları veya güvenliği ilgilendiren, emniyet, istihbarat, savunma ve güvenlik, sağlık vb. konulara ilişkin lisansüstü tezlerle ilgili gizlilik kararı, tezin yapıldığı kurum tarafından verilir *. Kurum ve kuruluşlarla yapılan işbirliği protokolü çerçevesinde hazırlanan lisansüstü tezlere ilişkin gizlilik kararı ise, ilgili kurum ve kuruluşun önerisi ile enstitü veya fakültenin uygun görüşü üzerine üniversite yönetim kurulu tarafından verilir. Gizlilik kararı verilen tezler Yükseköğretim Kuruluna bildirilir. Madde 7.2. Gizlilik kararı verilen tezler gizlilik süresince enstitü veya fakülte tarafından gizlilik kuralları çerçevesinde muhafaza edilir, gizlilik kararının kaldırılması halinde Tez Otomasyon Sistemine yüklenir

* Tez danışmanının önerisi ve enstitü anabilim dalının uygun görüşü üzerine enstitü veya fakülte yönetim kurulu tarafından karar verilir.

ETİK BEYAN

Bu çalışmadaki bütün bilgi ve belgeleri akademik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi, görsel, işitsel ve yazılı tüm bilgi ve sonuçları bilimsel ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu, kullandığım verilerde herhangi bir tahrifat yapmadığımı, yararlandığım kaynaklara bilimsel normlara uygun olarak atıfta bulunduğumu, tezimin kaynak gösterilen durumlar dışında özgün olduğunu, **Prof. Dr. Tarık TUNCAY** danışmanlığında tarafımdan üretildiğini ve Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Tez Yazım Yönergesine göre yazıldığını beyan ederim.

Özlem GÖZEN

ADAMA SAYFASI

Dostum, yoldaşım, canım Doğu'ya...

TEŞEKKÜR

İnsanlık son yüzyılda çok hızlı bir değişimden geçti. Savaşlar, teknolojik gelişmeler, iklim değişiklikleri, pandemi ve afetler... Bu yoğun değişikliklere uyum sağlamaya, dayanışmaya ve bir yandan da bu hızlı savruluşun içinde kendimle bağımı koparmamaya çalışırken ortaya çıktı bu çalışma. Zaman zaman gündemi takip etmeyip yazmaya çalışırken, zaman zamansa insanlık nereye gidiyor ben ne yapıyorum diye hayıflanırken yazmaya çalıştım. Bunca karmaşanın içinde beni bu çalışmayı yapmaya iten merakın, bu karmaşanın da baş sorumlularından olduğunu gördüm okuduğum, izlediğim gündemin yorumlarında. Çözüm üretmekten uzak, neden olduğunu bile bilemediğimiz çatışmaların ortasında merakım daha da alevlendi. Tek doğruculuğumuzun insanlığa etkisini; zihinlerimizde inşa edilen, inşa ettiğimiz algılarımızın, düşüncelerimizin, söylemlerimizin ötekine ve ötekini algılayışımıza etkisini merak ediyordum. Ötekinin kim olduğunu, benim kim olduğumu, benim ve ötekim olanın nasıl inşa edildiğini merak ediyordum. Çünkü buradan başlıyordu bu çalışmanın öznelere oluşturanlar gibi tüm ötekilerin, tüm görünmeyenlerin deneyimleri.

Bu sorular yalnızca benim değil, bundan yüzyıllar önce de insanlığın zihnini meşgul etmişti elbette. Ateşin bulunmasından tekerleğin icadına, aydınlanma döneminden içinde bulunduğumuz çağa insan hep sormuştu kendine. İçinde bulunduğu koşturmacada, zaman zaman cılızlaşan kendisiyle bağın içinde hep sormuştu. “Bu yaşam neden böyle sürüp gider, amacı nedir, böyle sürüp gitmesini isteyen kimdir?” (Orwell, 2021).

Önce özümüze baktık, özümüze sorduk. Sonra dini öğretilere, mitolojiye, tarih anlatılarına, edebi eserlere... Neyin, kimin nasıl ve niçin bu şekilde anlatıldığını sorguladık. Gerçeklikleri, kavramları, söylemleri sorgulamaya başladık. Gerçeğin bir tek olmadığını, uyumun tek tipleşmek/ tek tipleştirmek olmadığını, farklı olanın ille de normal dışı olmadığını, uygarlaşmanın barbarlığa dönüşmemesi gerektiğini anladık. Ancak her anlama bir uygulamaya dönüşmüyordu. Bu çalışmayı, sunduğum önerilerle anlamının uygulamaya dönmesini umut ederek

sonlandırdım. Bu çalışma sürecinde çok şey öğrendim. Öğrenme sürecimi anlamlı kılan, yollarımızın kesiştiği, paylaştıkları ile bu çalışmayı ortaya çıkaran, her biri birer yetişkin olsa da içlerindeki çocuğu bana açan tüm öznelere sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Hayatta kendin olarak kalabilmenin ancak düşünmek, hissetmek ve eylemek arasındaki hassas denge ile mümkün olduğunu öğrendiğim sevgili danışmanım Prof. Dr. Tarık Tuncay'a teşekkür ederim. Çok kıymetli bilgi ve deneyimlerini aktaran, öğrenme yolculuğumu değerli kılan akademik bir danışman olmanın yanı sıra her daim destekleyici, güçlendiren, yürüdüğüm yola ışık tutan bir rehber oldu.

Henüz bir lisans öğrencisi iken akademisyen olma fikrimi oluşturan ve süreç boyunca ne sorsam sabırla dinleyip yanıtlar veren tez izleme komitesi üyesi kıymetli hocam Doç. Dr. Sinan Akçay'a ve her duygusal dalgalanmamda, heyecanımda beni sakinleştiren tezimin gelişmesi için kıymetli katkılar sunan tez izleme komitesi üyesi sevgili hocam Prof. Dr. Seda Attepe Özden'e teşekkürlerimi sunarım.

Tez savunma jürisinde yer alarak güçlendirici ve değerli yorumları ile çalışmama önemli katkılar sunan Prof. Dr. Elif Gökçe Arslan' a ve yorumları ile çalışmamı güçlendiren, lisans döneminden beri üzerimde çokça emeği olan, aynı zamanda yüksek lisans danışmanım Prof. Dr. Sema Buz'a sonsuz teşekkürlerimi sunuyorum.

Hem iş arkadaşı hem dost olarak varlıklarına şükran duyduğum, akademik anlamda beni geliştirirken dostlukları ile de birlikte büyüüp olgunlaştığım Ali Dikmen, İsmail Orbay, Gizem Akoğlu Demirel, Ecem Naz Nazlıer Mayda, Merve Nur Bozkurt Karalı ve Anıl Mayda ve Burcu Genç Arslan'a teşekkür ediyorum.

Yıllar içinde emek emek inşa ettiğimiz dostluğumuzla her zaman olduğu gibi tez sürecimde de hem akademik hem psikolojik desteklerini hep hissettiğim canım İlkay Başak Adıgüzel'e; hem yakın dostum hem akran desteğim olarak her daim yanımda olan, muhteşem geri bildirimleri ile tezimi hep daha ileri taşıyan canım Günseli Ayça Şaldırdak'a; çocukluğum ve gençliğimde olduğu gibi tez sürecimde de hep yanımda olan eskimeyen eski dostum Merve İnan İçöz'e; bu süreçte tez

yoldaşlığı yaptığımız canım Pelin Şatıroğlu Güldalı'na ve güçlendirici konuşmaları ile desteğini hiçbir zaman esirgemeyen canım Hacı Çevik'e çok teşekkür ederim.

Bu süreçteki destekleri için annem, babam ve canım kardeşlerime çok teşekkür ederim. Son olarak varlığıyla içimi ısıtan canım kızım Güneş' e ve bir eş olmanın çok ötesinde en yakın arkadaşım, dostum olan, her zorluğu birlikte aştığım, birlikte büyüdüğüm, birlikte güldüğüm, desteğini her zaman hissettiğim Doğu'ya çok teşekkür ederim.

ÖZET

GÖZEN, Özlem. *Ebeveyni Kronik Ruhsal Hastalık Tanısı Alan Bireylerin Çocukluk Çağı Deneyimlerinin Sosyal Hizmet Perspektifinden Değerlendirilmesi*, Doktora Tezi, Ankara, 2025.

Ebeveyni kronik ruhsal hastalık tanısı almış çocuklarla ilgili çalışmalar çoğunlukla ruh sağlığı, psikoloji veya tıp disiplinlerinin merceğinden yürütülmüştür. Bu alanda sosyal hizmet disiplininin sunduğu özgün ve bütüncül yaklaşıma yeterince yer verilmediği gözlemlenmektedir. Özellikle çocuğun iyi oluşunu, sosyal adaleti ve yaşam kalitesini merkeze alan, birey-çevre etkileşimini gözetten bir perspektif eksikliği göze çarpmaktadır. Bu eksiklik, bu çocukların deneyimlerini sosyal hizmet bakış açısıyla ele alan, karşılaştıkları risk ve koruyucu faktörlerle başa çıkma biçimlerini derinlemesine inceleyen nitel araştırmalara olan ihtiyacı belirgin kılmaktadır. Bu çalışma, tam da bu noktadan hareketle, ebeveyni kronik ruhsal hastalık tanısı almış bireylerin çocukluk çağı deneyimlerini görünür kılmayı, onların sesini duyurmayı ve bu deneyimleri sosyal hizmetin özgün bakış açısıyla, yani hak temelli, katılımcı ve güçlendirici bir yaklaşımla değerlendirmeyi amaçlamaktadır.

Araştırma nitel yöntemle yürütülmüş, veri toplama sürecinde derinlemesine görüşmeler kullanılmıştır. Özneler, farklı sosyo-demografik özelliklere sahip, çocukluk döneminde ebeveyni ruhsal hastalık tanısı almış 22 yetiştikenden oluşmuştur. Veriler, tematik analiz yoluyla MAXQDA programı kullanılarak analiz edilmiştir.

Bulgular, öznelere aile içi ilişkilerde yoğun sorumluluk üstlendiklerini, bilgi eksikliği, damgalama ve ihmal gibi deneyimlerle karşılaştıklarını ortaya koymuştur. Bununla birlikte, bazı çocukların bu süreçte empati, öz savunuculuk, psikolojik dayanıklılık geliştirdikleri ve bazı baş etme yolları kullandıkları gözlenmiştir. Geniş aile yapıları, öğretmenler ve kurumsal sistemler hem risk hem koruyucu faktörler olarak belirlenmiştir. Özellikle sistem düzeyinde çocukların çoğu zaman görünmez kaldıkları, desteğe erişimde yapısal engeller yaşadığı tespit edilmiştir.

Araştırma sonucunda, çocukların psikososyal destek mekanizmalarına erken erişiminin sağlanması, ruh sağlığı okuryazarlığının artırılması ve sosyal hizmet sisteminde çocuk merkezli bütüncül bir yaklaşımın geliştirilmesi önerilmiştir. Bu çalışma, çocukların kendi sesleriyle görünür kılınmasını amaçlayan etik ve reflektif bir nitel araştırma olarak, sosyal hizmet alanı için önemli bir bilgi kaynağı sunmaktadır.

Anahtar Sözcükler

Ruhsal hastalık tanılı ebeveyn, ruh sağlığı, ebeveyn ruhsal hastalığı, çocuk koruma, risk ve koruyucu faktörler, baş etme

ABSTRACT

GOZEN, Ozlem. *Evaluation of from Social Work Perspective Childhood Experiences of Adult Children Whose Parents Are Diagnosed with Chronic Mental Illness*, Ph. D. Dissertation, Ankara, 2025.

Studies on children whose parents have been diagnosed with chronic mental illness have mostly been conducted from the perspective of mental health, psychology or medical disciplines. It is observed that the unique and holistic approach offered by the social work discipline is not sufficiently included in this field. In particular, there is a lack of a perspective that focuses on child well-being, social justice and quality of life, and considers the interaction between the individual and the environment. This deficiency highlights the need for qualitative research that addresses the experiences of these children from a social work perspective and examines in depth how they cope with the risk and protective factors they face. This study aims to discover the childhood experiences of individuals whose parents have been diagnosed with chronic mental illness and to evaluate these experiences from the unique perspective of social work.

The study was conducted using qualitative methodology and in-depth interviews were used in the data collection process. The subjects consisted of 22 adults with different socio-demographic characteristics, whose parents were diagnosed with mental illness during childhood. The data were analyzed through thematic analysis using MAXQDA software.

The findings revealed that the subjects assumed intense responsibility in family relationships and faced experiences such as lack of information, stigmatization and neglect. However, it was observed that some children developed empathy, self-advocacy, psychological resilience and used some coping strategies during this process. Extended family structures, teachers and institutional systems were identified as both risk and protective factors. Especially at the structural level, it was found that children often remain invisible and there are structural barriers in accessing support.

As a result of the research, it was suggested that children should have early access to psychosocial support mechanisms, mental health literacy should be increased and a child-centered holistic approach should be developed in the social service system. As a qualitative study aiming to explore children's own experiences, this study makes an important contribution to social work literature and practices..

Keywords

Parent with mental illness, mental health, parental mental illness, child protection, risk and protective factors, coping

İÇİNDEKİLER

KABUL VE ONAY	i
YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI.....	ii
ETİK BEYAN.....	iii
ADAMA SAYFASI.....	iv
TEŞEKKÜR.....	v
ÖZET.....	viii
ABSTRACT.....	ix
İÇİNDEKİLER.....	x
KISALTMALAR DİZİNİ.....	xv
TABLOLAR DİZİNİ.....	xvi
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	xvii
GİRİŞ.....	1
1. BÖLÜM: GENEL BİLGİLER.....	3
1.1. ARAŞTIRMANIN SORUNU	3
1.2. ARAŞTIRMANIN AMACI.....	8
1.3. ARAŞTIRMANIN ÖNEMİ.....	9
2. BÖLÜM: KURAMSAL ÇERÇEVE	11
2.1. RUH SAĞLIĞI: TANI VE TEDAVİNİN DÖNÜŞÜMÜ, GÜNCEL YAKLAŞIMLAR	12
2.1.1. Türkiye’de Ruh Sağlığı: Mevzuat ve Uygulama	16
2.2. EBEVEYNİN RUHSAL HASTALIĞI BAĞLAMINDA ÇOCUK KORUMA.....	21
2.2.1. Türkiye’de Çocuk Koruma: Mevzuat ve Uygulama	21
2.3. RUH SAĞLIĞI VE ÇOCUK KORUMANIN KESİŞİMİNDE SOSYAL HİZMET: Ekolojik Sistem Kuramı ve Güçlendirme Yaklaşımı	31

2.4. EBEVEYNİN RUHSAL HASTALIĞI EKSENİNDE ÇOCUK OLMAK: zorluklar ve baş etme yolları.....	36
2.4.1. Ebeveynin Ruhsal Hastalığın Çocuk Üzerindeki Çok Boyutlu Etkileri: Deneyimler ve Kırılganlıklar	39
2.4.2. Ebeveyni Ruhsal Hastalık Tanısı Almış Çocuklar İçin Koruyucu Faktörler: Baş Etme Kanalları	44
3. BÖLÜM: YÖNTEM	51
3.1. ARAŞTIRMANIN YÖNTEMİ	52
3.2. ARAŞTIRMANIN COREQ KONTROL LİSTESİNE GÖRE RAPORLANMASI. 53	
3.2.1. Araştırma Ekibi ve Düşünümsellik	54
3.2.2. Araştırmanın Tasarımı.....	56
3.2.3. Analiz ve Bulgular	69
3.3. GÜVENDUYULABİLİRLİK	72
3.3.1. İnanırcılık	73
3.3.2. Onaylanabilirlik.....	73
3.3.3. Aktarılabirlik	74
3.4. ARAŞTIRMANIN SAHASINA GENEL BİR BAKIŞ.....	74
3.4.1. Saha Öncesi	74
3.4.2. Saha Süreci	76
3.4.3. Öznelerin Özellikleri	80
3.5. ETİK KONULAR.....	89
4. BÖLÜM: BULGULAR	91
4.1. TANI ALAN EBEVEYN VE DİĞER AİLE ÜYELERİ İLE İLİŞKİLER- YA İÇİNDESİNDİR ÇEMBERİN YA DA DIŞINDA YER ALACAKSIN	92
4.1.1. Hastalığın Zamansal Seyri: <i>“Benim zaten annemin öncesinde bir intihar geçimi var. Ben çocukken intihar girişiminde bulunmuştum.”</i>	93
4.1.2. Hastalığı Kabullenme Süreci: <i>“Böyle bir durumun olması ayıptı. ...Hani tırnak içerisinde söylüyorum ‘adam delirmiş tımarhaneye kapatmışsın’ ın uygulanmış haliydi.”</i>	97

4.1.3. Hastalığa Dair Metaforlar: “...uyuduğun zaman bile yanında, asla yanından ayrılmayan, hiç kurtulamadığın bir canavar.”.....	102
4.1.4. Hastalığın Psikolojik Etkileri: “...tamamen bir başıma kaldığım için kendimi daha bir savunmacı, hakkını arayan ya da sorumluluklarını yerine getiren biri olmayı istedim.”	107
4.1.5. Aile İçi İletişim ve İlişki Dinamikleri: “Dedem öldü, amcam geldi. Halam gitti, babaannem geldi. ... Kimin annem olduğunu bilemedim.... Ben böyle topaç gibiydim yani nerede olursam bir orada bir burada...”	119
4.2. YAKIN SOSYAL ÇEVREYLE İLİŞKİLER- HEP BÖYLE Mİ VARLA YOKUN SAVAŞI	144
4.2.1. Yakın Akrabalar ile İlişkiler: “Herkesin dilinde anlıyoruz ama iş yardım konusunda gelince o yok.”.....	145
4.2.2. Komşularla İlişkiler: “... Kalabalık, birbirini bilmeyen, sabah akşam kendi iş telaşında koşan insanlar... artık komşuluk ilişkisi yoktu.”	152
4.2.3. Akranlarla İlişkiler: “Görünürsem her şeyi öğrenecekler diye korkuyordum.”	156
4.3. KURUMSAL SİSTEMLERLE İLİŞKİLER- All the lonely people, where do they all belong	160
4.3.1. Eğitim Sistemiyle İlişkiler	161
4.3.2. Sağlık Sistemiyle İlişkiler	166
4.3.3. Sosyal Hizmet Sistemiyle İlişkiler: “Süreci nasıl yönetiyorsak yönettik. Yönetemezsek en fazla 2. sayfa haberinde görürsünüz bizi.”	176
4.3.4. Ruh Sağlığı Politikalarının Düzenlenmesinde Hizmet Alanların Sesinin Eksikliği: “O sorundan mustarip olan kişiler en iyi çözümü tahmin edecek olanlardır.”	184
4.4. TOPLUMLA İLİŞKİLER VE DAMGALAMA- PULLARIMI GÖMDÜĞÜM DENİZ SÖYLEDİ TUZUNU BANA	186
4.4.1. Kişisel Düzeyde Damgalanma: “Annemin akıl hastası olduğunu kimseye söylemezdim. Öldü derdik. Yok derdik.”	187
4.4.2. Kişiler Arası Düzeyde Damgalanma: “Ben seninle arkadaşlık yapamam çünkü senin baban ruh hastasıymış.”	191

4.4.3. Yapısal Düzeyde Damgalama: <i>“Bipolarsın, şizofrensin dediklerinde insanların o korkulu bakışlarını hâlâ çözmüş değiliz.”</i>	194
4.4.4. Toplumdaki Algı Dönüşümü ve Damgalama ile Mücadele.....	201
4.5. BAŞ ETME MEKANİZMALARI- YOU BREAK ME DOWN AND BUILD ME UP BELIEVER.....	204
4.5.1. İnanç Kanalı: <i>“Kim kadere iman ederse, kederden emin olur.”</i>	205
4.5.2. Duygu ve Hayal Gücü Kanalı: <i>“...herkese derim, ağlayacağım kimse gelmesin.”</i>	207
4.5.3. Sosyallik Kanalı: <i>“Sonra bir bakıyorum unutmuşum, herkesle aynı yaşıyorum.”</i>	209
4.5.4. Bilişsel/Düşünsel Kanalı: <i>“hemen bir yapılacaklar planı hani oluşturuyorum. İşte ne yapacağım doktora gitmemiz lazım, yatış lazım, ilaç değişimi lazım gibi.”</i>	211
4.5.5. Fiziksel Kanal: <i>“Doğa yürüyüşlerini çok severim. ...Bana çok iyi geldi.”</i> ... 213	213
4.6. DENEYİMİN SESİ OLARAK ÖZNELERDEN ÖNERİLER- “GÖRÜYORUM, DÜŞÜMDEN BÜYÜK BAHÇE YOK”	215
4.6.1. Psikososyal Destek Hizmetlerinin Güçlendirilmesi: <i>“O çocukların o kritik zamanları geçmeden, ağır yaralar almadan, ne diyeyim, daha fazla çalışma.”</i> ..	216
4.6.2. Eğitim ve Farkındalık: <i>“Hizmeti bilmiyorum olabilirim, başvurabilecek yetkinliğim olmayabilir. Yani tarama olsa okullarda falan, evlerine ziyarete gidilse öğrencilerin.”</i>	218
4.6.3. Sağlık Sistemi ve Kurumlar: <i>“Öyle bir sistem olsun ki mesela bu engelli raporu düştüğünde işte RAM'dan, ... o böyle sahaya düştüğünde hepimize o bilgiler gelsin. Biz kendi adımıza neler yapabiliriz?”</i>	221
4.6.4. Ruh Sağlığı Profesyonellerinin İstihdamının Arttırılması: <i>“Sahalarda olalım. Ne bileyim gerekiyorsa PDR'ciler çok atansın, sosyal hizmet uzmanları atansın,”</i>	223
5. BÖLÜM: TARTIŞMA	225
5.1. TANI ALAN EBEVEYN VE DİĞER AİLE ÜYELERİ İLE İLİŞKİLER	225
5.2. YAKIN SOSYAL ÇEVREYLE İLİŞKİLER	242

5.3. KURUMSAL SİSTEMLERLE İLİŞKİLER.....	248
5.4. TOPLUMLA İLİŞKİLER VE DAMGALANMA	257
5.5. BAŞ ETME MEKANİZMALARI	262
SONUÇ VE ÖNERİLER.....	269
KAYNAKÇA	297
EK 1. ORJİNALLİK FORMU	327
EK 2. ETİK KURUL İZİNİ	329
EK 3. AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU	330
EK 4. YARI YAPILANDIRILMIŞ GÖRÜŞME FORMU	332

KISALTMALAR DİZİNİ

ASHB: Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı

ASM: Aile Sağlığı Merkezi

ÇEK: Çocuk Esirgeme Kurumu

ÇKK: Çocuk Koruma Kanunu

ÇHS: Çocuk Hakları Sözleşmesi

HEC: Himaye-i Etfal Cemiyeti

SHÇEK: Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu

SHM: Sosyal Hizmet Merkezi

WHO: World Health Organization (Dünya Sağlık Örgütü)

TRSM: Toplum Ruh Sağlığı Merkezi

TABLolar DİZİNİ

Tablo 1. Türkiye’de Ruh Sağlığı Hizmetlerine Esas Teşkil Eden Yasal Dayanaklar	17
Tablo 2. Ruhsal Hastalık Tanılı Bireylere Yönelik Sosyal Hizmet ve Hukuki Koruma Çerçevesi	20
Tablo 3. Çocuk Koruma ve/veya Ruh Sağlığı Alanında Hizmet Sunan Kuruluşlar	27
Tablo 3. Çocuk Koruma ve/veya Ruh Sağlığı Alanında Hizmet Sunan Kuruluşlar (Devam)	28
Tablo 3. Çocuk Koruma ve/veya Ruh Sağlığı Alanında Hizmet Sunan Kuruluşlar (Devam)	29
Tablo 4. Katılımcı Ulaşım Kanalları ve Görüşme Koşulları	60
Tablo 5. Kodlama Örneği	71
Tablo 6. Öznelerin Sosyodemografik Özellikleri	80
Tablo 7. Ebeveyni Ruhsal Hastalık Tanısı Almış Çocuklar İçin Risk Faktörleri ve Koruyucu Faktörler Haritası	277
Tablo 7. Ebeveyni Ruhsal Hastalık Tanısı Almış Çocuklar İçin Risk Faktörleri ve Koruyucu Faktörler Haritası (Devam)	278
Tablo 7. Ebeveyni Ruhsal Hastalık Tanısı Almış Çocuklar İçin Risk Faktörleri ve Koruyucu Faktörler Haritası (Devam)	279
Tablo 7. Ebeveyni Ruhsal Hastalık Tanısı Almış Çocuklar İçin Risk Faktörleri ve Koruyucu Faktörler Haritası (Devam)	280
Tablo 7. Ebeveyni Ruhsal Hastalık Tanısı Almış Çocuklar İçin Risk Faktörleri ve Koruyucu Faktörler Haritası (Devam)	281
Tablo 7. Ebeveyni Ruhsal Hastalık Tanısı Almış Çocuklar İçin Risk Faktörleri ve Koruyucu Faktörler Haritası (Devam)	282
Tablo 8. ASHB, Sağlık Bakanlığı, Millî Eğitim Bakanlığı İş Birliği Önerisinde Kurumların Roller ve Sorumlulukları	293
Tablo 8. ASHB, Sağlık Bakanlığı, Millî Eğitim Bakanlığı İş Birliği Önerisinde Kurumların Roller ve Sorumlulukları (Devam)	294

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1. Türkiye’de Çocuk Koruma Politikalarının Tarihsel Gelişimi.....	23
Şekil 2. Türkiye’de Çocuk Korumanın Aktörleri	25
Şekil 3. Ekolojik Sistem Yaklaşımı	31
Şekil 4. Ana Tema ve Alt Tema Haritası	92
Şekil 5. Tanı Alan Ebeveyn ve Diğer Aile Üyeleri ile İlişkiler Ana Tema, Alt Tema ve Kategori Haritası.....	93
Şekil 6. Hastalığın Zamansal Seyrine İlişkin Kod Modeli.....	94
Şekil 7. Öznelerin Hastalığı Kabullenme Sürecine İlişkin Kod Modeli.....	97
Şekil 8. Öznelerin Ebeveynlerinin Hastalığa Dair Metaforlarını Gösterir Kod Modeli .	103
Şekil 9. Ebeveynin Hastalığının Özne ve Diğer Aile Üyeleri Üzerindeki Psikolojik Etkilerini Gösterir Kod Modeli.....	107
Şekil 10. Hastalığın Özneler Üzerindeki Psikolojik Etkilerine İlişkin Görüşlerinin Dağılımını Gösterir Kod Modeli.....	108
Şekil 11. Cinsiyetlerine Göre Hastalığın Özneler Üzerindeki Psikolojik Etkileri ile İlgili Görüşlerinin Dağılımını Gösterir İki Vaka Modeli.....	113
Şekil 12. Tanı Alan Ebeveyne Göre Hastalığın Özneler Üzerindeki Psikolojik Etkileri ile İlgili Görüşlerinin Dağılımını Gösterir İki Vaka Modeli.....	114
Şekil 13. Öznelerin Hastalığın Diğer Aile Üyeleri Üzerindeki Psikolojik Etkilerine İlişkin Görüşlerinin Dağılımını Gösterir Kod Modeli.....	116
Şekil 14. Aile İçi İletişim ve İlişki Dinamiklerini Gösterir Kod Modeli.....	120
Şekil 15. Ebeveynlerle İlişkileri Gösterir Kod Modeli.....	121
Şekil 16. Kardeşler ve Diğer Aile Üyeleri ile İlişkileri Gösterir Kod Modeli	127
Şekil 17. Hastalığın Yakın İlişkilere ve Ebeveynliğe Yansımalarını Gösterir Kod Modeli	137
Şekil 18. Yakın Sosyal Çevre ile İlişkileri Gösterir Kod Modeli.....	145
Şekil 19. Yakın Akrabalar ile İlişkileri Gösterir Kod Modeli	145

Şekil 20. Komşular ile İlişkileri Gösterir Kod Modeli.....	152
Şekil 21. Akranlarla İlişkileri Gösterir Kod Modeli	156
Şekil 22. Kurumsal Sistemlerle İlişkileri Gösterir Kod Modeli.....	161
Şekil 23.Eğitim Sistemiyle İlişkileri Gösteri Kod Modeli	162
Şekil 24. Sağlık Sistemiyle İlişkileri Gösteri Kod Modeli	166
Şekil 25.Sosyal Hizmet Sistemiyle İlişkileri Gösterir Kod Modeli	176
Şekil 26. Toplumla İlişkiler ve Damgalanmanın İnşasını Gösterir Kod Modeli	186
Şekil 27. Kişisel Düzeyde Damgalanmayı Gösterir Kod Modeli.....	187
Şekil 28. Kişiler Arası Düzeyde Damgalanmayı Gösterir Kod Modeli	191
Şekil 29. Yapısal Düzeyde Damgalanmayı Gösterir Kod Modeli	195
Şekil 30. Öznelerin Baş Etme Kanallarını Gösterir Kod Modeli	205
Şekil 31.Öznelerden Gelen Önerileri Gösterir Kod Modeli.....	216

GİRİŞ

Her çocuk, dünyaya anlam verme yolculuğuna bir hikâyenin içinde başlar. Kimileri güvenli limanlarda büyürken, kimileri de dalgalı denizlerde, fırtınalı aile içi iklimlerde tutunacak bir bağ arar. Ruhsal hastalık, hastalığı deneyimleyen bireyle birlikte onunla yaşayan tüm aile üyelerinin yaşam dünyasını dönüştüren çok yönlü bir olgudur. Bu dönüşümün en sessiz tanıkları ise çoğu zaman çocuklardır. Onlar, bir yandan ebeveynlerinin iyilik hali için endişe taşıırken, diğer yandan kendi çocukluklarını sessizce erteler; sorularını içlerine gömer, duygularını bastırır, görünmezleşirler. Modern toplumda ruh sağlığına dair farkındalık artsa da ebeveyni ruhsal hastalık tanısı almış çocukların özgül deneyimlerine yönelik ilgi hâlâ sınırlı ve dağınıktır. Bu çocuklar çoğunlukla sistemlerin kör noktalarında kalmakta ne deneyimleri duyulmakta ne de ihtiyaçları bütüncül bir yaklaşımla karşılanmaktadır.

Bu çalışmanın çıkış noktası bu görünmezliği ortadan kaldırmanın yanı sıra bu görünmezliğin neden sürdüğünü, nasıl yeniden üretildiğini ve kimler tarafından dönüştürülebileceğini sorgulamaktır. Zira bu mesele yalnızca bireysel düzeyde bir “ruh sağlığı” sorunu değil, sosyal adaletin, çocuk haklarının ve yapısal eşitsizliklerin de meselesidir. Çocukların yaşamında etkili olan risk ve koruyucu faktörlerin sadece klinik semptomlar üzerinden değil, sosyal bağlam, kültürel anlamlar, kurumsal pratikler ve politik yapılar çerçevesinde de değerlendirilmesi gerekmektedir. Bu noktada sosyal hizmet disiplini, sunduğu bütüncül, ekolojik ve güçlendirici bakış açısıyla önemli bir boşluğu doldurmaktadır.

Bu çalışma, ebeveyni kronik ruhsal hastalık tanısı almış bireylerin çocukluk çağı deneyimlerini, sosyal hizmetin özgün perspektifiyle anlamayı hedeflemektedir. Konuyu çocukların sesini duyurmayı, özneliğini tanımayı ve insan hakları temelinde kapsayıcı politika önerileri geliştirmeyi amaçlayan bir sosyal adalet meselesi olarak ele almaktadır. Öznelerin çocukluk deneyimleri, yalnızca travmaların değil, aynı zamanda direnç ve baş etme stratejilerinin, bağ kurma arayışlarının ve sistemle yaşanan karşılaşmaların da hikâyesini anlatmaktadır. Bu yönüyle araştırma görünmeyeni görünür kılmanın yanı sıra sosyal hizmetin

etik, eleştirel ve hak temelli duruşunu da araştırma sürecine ve bulguların yorumuna taşımaktadır.

Buradan hareketle bu çalışma, sessizliğe hapsolmuş çocukluk anlatılarını gün yüzüne çıkararak, toplumsal yapıların bu çocukları nasıl marjinalleştirdiğini sorgulayan ve bu yapıların dönüştürülmesine yönelik somut politika önerileri sunan bir bilgi üretimi çabasıdır. Bu çaba sosyal hizmetin bir meslek pratiği olmasının yanı sıra bir savunuculuk, hak temelli müdahale ve toplumsal sorumluluk alanı olduğunu da bir kez daha ortaya koymaktadır.

1. BÖLÜM

GENEL BİLGİLER

1.1. ARAŞTIRMANIN SORUNU

Ruh sağlığı biyolojik, psikolojik, sosyal, ekonomik ve hukuki olmak üzere birden çok boyutu olan bir olgudur. Dünya nüfusunun %13'ü ruhsal hastalıkla yaşamaktadır ve dünyada her dört kişiden biri ruhsal hastalık yaşama riski taşımaktadır (WHO, 2022). Dünya Ruh Sağlığı Monitörü kapsamında 2024 yılında yapılan ve 31 ülkeyi kapsayan bir araştırma, bireylerin yaşadığı en büyük problemlerden birinin ruh sağlığı sorunları olduğunu ortaya koymaktadır (Ipsos, 2024). Oranlar özellikle Covid-19 pandemisi sonrasında ruh sağlığının tüm dünyada artan bir sağlık problemi olarak öne çıktığını göstermektedir. Türkiye'nin Ulusal Hastalık Yüğü Çalışması (2017)'na göre ise yeti yitimine yol açan ilk 20 hastalıktan 5'ini ruhsal hastalıklar oluşturmaktadır (Kılıç, 2017). Türkiye Ruh Sağlığı Profili Araştırması II (2023) verileri nüfusun yaklaşık %26'sının yaşamı boyunca bir ruhsal hastalık geçirdiğini ve ruhsal hastalık geçirenlerin %71'inin evli olduğunu ortaya koymaktadır (T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2023). Bu da çok sayıda çocuğun ruhsal hastalık tanılı bir ebeveyni olduğunu göstermektedir.

Kurum temelliden toplum temelli ruh sağlığı hizmetlerine geçişin arttırdığı dönemde çok sayıda ebeveyn, çoğu ebeveynlik sorumluluğunu tek başına yürütmek durumunda kalmıştır (Nicholson, Biebel, Williams, ve Katz-Leavy, 2002; Sell ve diğerleri, 2021a). Psikiyatri hizmetlerindeki eğilimlerin ailelere asgari düzeyde kaynak sağladığı ve ruhsal hastalığı olan ebeveynleri, iyileşme sürecinde ebeveynlik rollerini yalnız başına sürdürmek zorunda bıraktığı görülmektedir (Rampou, Havenga ve Madumo, 2015; Shor ve Moreh-Kremer, 2016). Araştırmalar, ruhsal hastalığı olan ebeveynlerin, hastalıklarının türüne ve belirtilerinin şiddetine bağlı olarak ebeveynlik sorumluluklarını yerine getirmekte zorlandığını ortaya koymaktadır (Bronte-Tinkew, Moore, Matthews, ve Carrano, 2007; Pape ve Collins, 2011; Oyserman, Bybee, Mowbray, ve Hart-Johnson, 2005; Le François, 2010; Montgomery ve diğerleri, 2011). Bu durum, sadece

ebeveynlik sürecini değil, aynı zamanda çocuklar, aile sistemi, kök aile, okul ve çevreyle olan ilişkileri de etkilemektedir.

Ebeveynin ruhsal hastalığı bireysel bir sağlık meselesi olmanın ötesinde çocukların aile içindeki konumlarını, sosyal ilişkilerini ve gelişimsel süreçlerini etkileyen çok yönlü bir toplumsal sorundur. Bu durum, çocuğun ebeveyniyle, diğer aile üyeleriyle, arkadaşları ve sosyal çevresiyle kurduğu ilişkilerde çeşitli kırımlara neden olabilmektedir. Ayrıca hastalığın tanı ve tedavi süreci, çocukların duygusal düzenleme kapasitelerini, sosyal becerilerini ve psikolojik dayanıklılıklarını olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Ruhsal hastalıkla yaşayan aile yapılarında, bakım yükü genellikle ebeveynin tedavi sürecine ve semptom yönetimine yoğunlaştığından, çocukların ihtiyaçları çoğu zaman arka planda kalmaktadır. Değişen ruh sağlığı politikaları ve hizmet modelleri, aileyi tedavi süreçlerine daha fazla dahil etmeyi hedeflese de çocuklar bu bütünlük yaklaşımında hâlâ sistemin dışında tutulmaktadır (Dam ve Hall, 2016). Bu durum, ebeveyni ruhsal hastalık tanısı almış çocukların yalnızlaşmasına, sessizleşmesine ve ihtiyaçlarının görünmez kalmasına yol açmaktadır.

Bu çocukların yaşantılarına dair en çarpıcı metaforlardan biri, Fraiberg'in (1974) "görünmez çocuklar" ifadesidir. Bu görünmezlik çocukların toplumsal farkındalık düzeyinde yeterince tanınmamasıyla sınırlı değildir. Profesyonel hizmet sistemlerinde süreklilik, kapsayıcılık ve çocuk merkezlilik açısından ciddi boşluklar söz konusudur. Bu gruba yönelik hizmetler çoğunlukla ebeveynin hastalığına odaklanan medikal müdahaleler kapsamında şekillenmektedir. Çocuğun sosyal çevresiyle etkileşimlerini, öznel deneyimlerini, baş etme mekanizmalarını ve gelişimsel kaynaklarını değerlendiren sistematik, sosyal hizmet odaklı destek yapıları eksik kalmaktadır. Oysa çocukların bu süreçte yaşadığı zorlukları anlamak için yalnızca patolojiye değil, aynı zamanda sosyal bağlamlara, destekleyici ya da engelleyici çevresel etkenlere, bilgiye erişim ve bakım alma hakkına, yani tümüyle çocuk refahı ve sosyal adalet eksenine odaklanan disiplinler arası bir bakışa ihtiyaç vardır.

Mevcut literatür, ebeveyni ruhsal hastalık tanısı almış çocuklara dair araştırmaların çoğunun psikoloji, psikiyatri veya tıp disiplini içinde

konumlandığını, çocuğun sesinden deneyimlerini, sosyal destek sistemleriyle etkileşimlerini ve dayanıklılık kaynaklarını ele alan nitel çalışmaların oldukça sınırlı kaldığını göstermektedir. Özellikle Türkiye bağlamında, bu çocukların aile içindeki konumlanışlarını, kurumsal sistemlerle ilişkilerini ve karşılaştıkları yapısal eşitsizlikleri merkeze alan ampirik araştırmaların eksikliği dikkat çekicidir. 2000’li yıllarla birlikte “milenyum morbiditesi (Palfrey, Tonniges, Green ve Richmond, 2005)” olarak adlandırılan ruh sağlığı sorunlarına verilen önem artmıştır. Bu kavram, çocukluk çağındaki bulaşıcı hastalıkların (kızamık, kabakulak gibi akut hastalıklar) yerini giderek daha fazla gelişimsel, davranışsal, duygusal ve ruhsal sorunların (öğrenme güçlükleri, duygusal bozukluklar, aile içi travmalar, ruhsal hastalıklar ve bunlarla baş etme) aldığı durumu tanımlamak için ortaya atılmıştır. Ruhsal hastalıkların birey ve aile üzerindeki etkilerini azaltmak için koruma ve önlemeye yönelik programlara daha fazla önem verilmeye başlanmıştır. Ancak, ebeveyni ruhsal hastalık tanısı almış çocuklar özelinde koruyucu ve önleyici programlar için kanıt niteliği oluşturan risk faktörleri ve koruyucu faktörlerin neler olduğuna dair literatürde önemli boşluklar bulunmaktadır. Ebeveyni ruhsal hastalık tanısı almış çocukların hangi koşullarda daha iyi baş etme becerileri geliştirdiği, hangi koruyucu faktörlerin psikososyal iyilik hallerini desteklediği ve hangi sosyal hizmet müdahalelerinin etkili olduğu gibi temel sorular hâlâ yeterince yanıtlanmamıştır. Oysa Betancourt ve arkadaşlarının (2015) da vurguladığı gibi, bireysel ve sosyal kaynakları destekleyen müdahaleler, ruhsal hastalıklara bağlı riskleri önemli ölçüde azaltmakta ve çocuğun direnç kapasitesini artırmaktadır. “Ebeveyni ruhsal hastalık tanısı almış çocuklar için risk teşkil eden durumların neler olduğu ve hangi koruyucu faktörlerin çocukların dayanıklılığını artırabileceği”, ile “bu çocukların baş etme becerilerini geliştirip refah düzeylerini artıracak sosyal hizmet modelleri” ne ilişkin literatür eksikliği bu araştırmanın kuramsal problemidir.

Bu çalışma, söz konusu literatür eksikliğini yalnızca kuramsal bir boşluk olarak değil, sahadan doğan acil bir ihtiyaç olarak da ele almaktadır. Araştırma, araştırmacının çocuk koruma ve ruh sağlığı alanlarında sosyal hizmet uzmanı olarak sürdürdüğü mesleki uygulamalardan edindiği deneyim ve gözlemlerle de şekillenmiştir. Bu bağlamda, mevcut hizmet modellerinin çoğunlukla yetişkin

odaklı kurgulandığı, çocukların ihtiyaçlarının ise çoğu zaman tanımlanmadığı ve müdahale kapsamının dışında bırakıldığı açıkça görülmektedir. Çocukların özgün deneyimlerinin, öznel bakış açılarının ve sosyal bağlamdaki karşılaşmalarının sistematik biçimde ele alınmaması, bu grubun destek mekanizmalarına erişimini daha da zorlaştırmaktadır.

Araştırmalar ruhsal hastalık tanılı ebeveyni olan çocuklarda bireysel, ailesel ve sosyal kaynakları artırmanın ruhsal hastalık görülme riskini azalttığını (Wille ve Bettge, 2008) ve koruyucu faktörleri artıran uygulamaların da risk faktörlerini %40 oranında düşürdüğünü göstermektedir (Siegenthaler, Munder ve Egger, 2012). Ancak çalışmalar, ruhsal hastalık tanılı ebeveynlerin çocuklarının bireysel deneyimlerine dair bilgi üretmekten ziyade genellikle ebeveynin hastalığına odaklanmaktadır. Sonuç olarak bu araştırma “görünmez çocukların” ebeveynlerinin hastalık sürecine ilişkin deneyimlerini biyopsikososyal bir model çerçevesinde ele alarak, sosyal hizmet uygulamaları için özgün ve kanıta dayalı bir temel oluşturma gereksiniminden doğmuştur. Çalışma bu “görünmezliğin” nasıl üretildiğini, hangi yapılar tarafından sürdürüldüğünü ve bu yapıları dönüştürmek için sosyal hizmetin ne gibi yapısal ve güçlendirici müdahaleler geliştirebileceğini ortaya koymayı amaçlamaktadır. Araştırmanın temel motivasyonu, ebeveyni ruhsal hastalık tanısı almış kişilerin öznel çocukluk hikâyelerini gün yüzüne çıkararak, bu alanda çocuk merkezli, çok aktörlü, hak temelli ve biyopsikososyal modele dayalı sosyal hizmet uygulamalarına kuramsal ve ampirik zemin oluşturmaktır. Bu yönüyle çalışma, hem sosyal hizmet literatüründe var olan boşluğu doldurma hem de mesleki uygulamalara dönük kanıta dayalı öneriler geliştirme iddiasını taşımaktadır.

Sosyal hizmet, sosyal sorunları çözümlenme ve çözüme noktasında özellikle güçsüzleştirilmiş gruplarla çalışan uygulamalı bir disiplindir. İnsan hakları ve sosyal adalet çerçevesinde eşitsizliği ortadan kaldırmak amacıyla bu grupların güçlenmelerini destekleyerek refah hallerini sağlamayı ve sürdürmeyi amaçlayan sosyal hizmet disiplini ruhsal hastalık tanılı bireyler ile ailelerinin korunmasına ve güçlendirilmesine yönelik çalışmalar yürütürken birçok yöntem ve yaklaşımı bir arada kullanmaktadır. Bu araştırmada bu yaklaşımlardan ekolojik sistem

yaklaşımı ve güçlendirme yaklaşımı bir arada kullanılacaktır. Bu yaklaşımlar bireyi bulunduğu çevreyle birlikte değerlendirip, kişisel sorunların politikalarla bağlantısını ortaya koyarak ruh sağlığını çok boyutlu biçimde ele almaktadır.

Ekolojik sistem yaklaşımı birey ve çevrenin bulunduğu ya da kesiştiği noktadaki transaksionlara/etkileşimlere odaklanır. Medikal modelden sistem yaklaşımına geçişle birlikte sosyal hizmet mesleğinin odağı bireyden, birey ve çevre etkileşimine kaymıştır. İnsanların gelişim evreleri, potansiyelleri ve çevresiyle uyumu ekolojik yaklaşımın odağını oluşturur (Teater, 2014). Yaklaşım medikal ve sosyal süreçleri bir arada değerlendirerek, hastalığın kendisini ve etkilerini hasta, ailesi, sosyal çevresi ve toplum bağlamını birlikte ele alarak değerlendirir. Ekolojik sistem yaklaşımı çerçevesinde risk ve koruyucu faktörlerin incelenmesi çalışılan grubun genel sosyo-demografik özelliklerine, bu gruba yönelik bakım ve destek sağlayan sosyal destek sistemlerine, kuruluşlara, meslek gruplarına, toplumun ruhsal hastalıklara ve ruh sağlığına bakışı gibi alanlara da odaklanmayı gerekli kılmaktadır. Güçlendirme yaklaşımı ise değişim için çevreyi ve kaynakları da işin içine katarak dayanıklılıktan ve destekleyici sosyal çevreden faydalanmaktadır. Tıpkı ekolojik yaklaşım gibi birey, aile, grup, toplum ve politik sistemlerle bütüncül biçimde çalışmayı kapsar. Buna ek olarak toplumdaki belirli bireyleri ve sosyal grupları etkileyen gücü elinde bulunduran grupların olumsuz tanımlama ve değerlendirmelerini anlamak, bunlarla mücadele etmek, bunları yapı söküme uğratmak ve tersine çevirmek için (Payne, 1991) “bilinç yükseltme ve eleştirel bilinç” ten yararlanır. Freire (1973) eleştirel bilinci sosyal, politik ve ekonomik çelişkileri algılamayı öğrenmek ve baskı unsurlarını anlayıp bunlara karşı eyleme geçmek olarak tanımlamıştır ve eleştirel bilinci artırmada güçlendirmeyi temel metot olarak görmektedir (Lee, 2001). Ruhsal hastalık tanılı ebeveyni olan çocuklar için risk ve koruyucu faktörleri ele alan çalışmalar (Radicke ve diğerleri, 2021; Wille, Bettge ve Ravens-Sieberer, 2008) çoğunlukla ekolojik sistem yaklaşımı bağlamında birey, aile ve toplumla ilişkilenmelerde “uyum” u ele almaktadır. Ancak bu ilişkilenmelerde zaman zaman birey -ahlaki atıflarla- “uyumsuzluk” üzerinden öteki olarak görülmektedir. Yalnızca ekolojik sistem yaklaşımı üzerinden bu konuyu ele alan çalışmalar koruyucu ve destekleyici sosyal mekanizmaları sekteye uğratan, güçsüzleştirici sosyal inşalara çoğunlukla

değınmemiştir. Buradan hareketle bireylerin yaşadığı sorunları sadece bireysel değil, toplumsal ve politik bağlamda da ele almak, çocukları pasif kurbanlar olarak görmek yerine kendi yaşamlarının uzmanı olarak konumlandırmak için bu çalışmada iki yaklaşım eklektik biçimde kullanılmıştır.

1.2. ARAŞTIRMANIN AMACI

Bu araştırmanın temel amacı, ebeveyni ruhsal hastalık tanısı almış bireylerin çocukluk dönemine ait deneyimlerini ve bu süreçteki ihtiyaçlarını ortaya çıkarmak ve görünür kılmaktır. Araştırma, bu deneyimlerden yola çıkarak çocuklar için risk ve koruyucu faktörleri belirlemeyi ve bu faktörlere dayalı olarak çocukların korunması ve güçlendirilmesi için öneriler geliştirmeyi hedeflemektedir. Bu kapsamda şu sorulara cevap aranacaktır:

- 1) Ebeveyni ruhsal hastalık tanısı almış çocukların tanı alan ebeveynleriyle ve diğer aile üyeleriyle ilişkilerine dair deneyimleri nelerdir? (Bağlanma örüntüleri, iletişim biçimleri, aile yapısı, hane içi sorumlulukların dağılımı vb.)
- 2) Ebeveyni ruhsal hastalık tanısı almış çocukların yakın akraba, komşu ve akranlarıyla olan ilişkilerine dair deneyimleri nelerdir? (Aile sınırları, sosyal destek kaynakları, akranlarla paylaşım vb.)
- 3) Ebeveyni ruhsal hastalık tanısı almış çocukların eğitim, sağlık, sosyal hizmet vb. sistemlerle olan ilişkilerine dair deneyimleri nelerdir? (Okul- ev dengesi, eğitim, sağlık ve sosyal hizmet sistemlerine dahil olma vb.)
- 4) Ebeveyni ruhsal hastalık tanısı almış çocukların toplumla ilişkilerine dair deneyimleri nelerdir? (Ruhsal hastalıklara dair dini ve kültürel öğretiler, ruh sağlığı politikaları, ruhsal hastalıklara dair toplumsal algı vb.)
- 5) Ebeveyni ruhsal hastalık tanısı almış çocukların baş etme mekanizmaları ve deneyimleri sorunlara dair çözüm önerileri nelerdir?

1.3. ARAŞTIRMANIN ÖNEMİ

Bu araştırma, ebeveyni ruhsal hastalık tanısı almış çocukların yaşam deneyimlerine ilişkin sosyal hizmet odaklı nitel çalışmaların sınırlı olduğu mevcut literatür bağlamında önemli bir boşluğu doldurmaktadır. Mevcut literatür, ağırlıklı olarak ebeveynin hastalığına ya da çocuğun patolojik risklerine odaklanan medikal yaklaşımlar çerçevesinde şekillenmiştir. Bu çalışma ise çocukların kendi sesleriyle ifade ettikleri deneyimlerini, sosyal çevreyle etkileşimleri ve dayanıklılık örüntüleriyle birlikte ele alarak sosyal hizmet disiplininin özgün, bütüncül ve insan hakları temelli yaklaşımını kuramsal düzeyde literatüre kazandırmaktadır. Bu yönüyle araştırma, birey-çevre etkileşimini temel alan ekolojik sistem kuramı ve güçlendirme yaklaşımı çerçevesinde yürütülerek, ruhsal hastalıkların sosyal belirleyicilerine ve çocukların psikososyal ihtiyaçlarına, çocuğun korunmasında risk ve koruyucu faktörlere yönelik yeni kuramsal tartışmalara alan açmaktadır.

Araştırma bulguları, ruhsal hastalıkla yaşayan ailelerde çocukların çoğu zaman göz ardı edilen bakım ihtiyaçlarını, duygusal yüklerini ve baş etme stratejilerini görünür kılarak sosyal hizmet uzmanları, psikososyal destek sağlayan öğretmenler ve sağlık çalışanları gibi meslek elemanları için müdahale süreçlerini yeniden düşünmeyi mümkün kılmaktadır. Bu yönüyle çalışma, uygulayıcıların çocuk merkezli, travma bilgili ve güçlendirici hizmet anlayışı geliştirmesine katkı sağlayacaktır. Ayrıca elde edilen veriler üzerinden risk ve koruyucu faktörler belirlenerek, saha çalışanlarının çocukları erken fark edebilmesini, doğru yönlendirme yapabilmesini ve çok düzeyli destek sunabilmesini mümkün kılacak müdahale çerçevelerinin oluşturulmasına katkı sunmaktadır.

Bu çalışma, çoğu zaman sessizleştirilmiş ya da sistem içinde görünmez hâle gelmiş çocukların varlığını, haklarını ve ihtiyaçlarını toplumun ve bu sahada profesyonel olarak çalışanların gündemine taşıyarak önemli bir farkındalık katkısı sunmaktadır. Öznelerin anlatımları aracılığıyla çocukluk dönemindeki kırılganlıkların ve dayanıklılık potansiyellerinin görünür hâle gelmesi, yalnızca sosyal hizmet uzmanlarının değil, eğitimciler, ebeveynler, medya ve sivil toplum aktörlerinin de çocuklara yönelik daha kapsayıcı ve duyarlı bir yaklaşım geliştirmesini teşvik etmektedir. Bulgular özellikle ruh sağlığına yönelik toplumsal

damgalamanın azaltılması ve çocukların yalnızlaştırılmasının önlenmesi noktasında bir bilinçlendirme aracı işlevi görmektedir.

Elde edilen bulgular, çocukların korunmasına ve güçlendirilmesine yönelik sosyal hizmet modellerinin, mevcut ruh sağlığı hizmetleriyle nasıl bütünleştirilebileceği konusunda politika yapıcılar için kanıta dayalı bir zemin oluşturmaktadır. Araştırma, çocukların sosyal politika süreçlerinin aktif öznesi olarak tanınmaları gerektiğini vurgulamaktadır. Bu bağlamda çalışma, çocuk haklarına dayalı bütüncül sosyal hizmet politikalarının geliştirilmesi, ruhsal hastalık yaşayan ailelere yönelik erken müdahale ve izleme sistemlerinin kurulması, çocuk merkezli vaka yönetimi uygulamalarının yaygınlaştırılması gibi alanlarda somut öneriler sunarak politika üretimine doğrudan katkı sağlayacak bir bilgi kaynağıdır.

2. BÖLÜM

KURAMSAL ÇERÇEVE

*...Masada otururken, durmadan bunları düşünüyordum. Onlar yaşıyorlardı, kendilerini yaşıyorlardı.
Ben kimdim ya da kimi canlandırıyordum?*

Oğuz Atay, Tehlikeli Oyunlar

Dünya çapında, yaklaşık %15- 28 ailede en az bir ebeveyn ruh sağlığı semptomları yaşamakta (Plass-Christl ve diğerleri, 2017; Stambaugh ve diğerleri, 2017) ve ruhsal hastalıkların aile yaşamı, sosyal yaşam ve istihdama katılım gibi alanlardaki zorluklarıyla baş etmeye çalışmaktadır (Radicke ve diğerleri, 2021). Farklı ülkelere ait bulgular dünya üzerinde ruhsal hastalık tanılı birçok ebeveynin bulunduğunu göstermektedir. Çocuk ve ergen ruh sağlığı hizmetlerinde yapılan araştırmalar, ebeveynlerin ruhsal hastalık prevalans oranlarının %16 ile %79 arasında değiştiğini bildirmektedir (Campbel ve diğerleri, 2021). Örneğin ABD'de ruhsal hastalık tanılı ebeveyn oranlarının, tanısı bulunmayan ebeveynlerle benzer oranlarda ya da daha yüksek oranlarda olduğu (kadınlarda %67,2'ye karşı %62,4 ve erkeklerde %75,5'e karşı %52,9) bulunmuştur (Nicholson, Biebel, Williams ve Katz-Leavy, 2002).

Artan sayıda kanıt, çocuk ruh sağlığının geliştirilmesi ve sürdürülmesinde bakım verenin ruh sağlığının önemli rolü olduğuna vurgu yapmaktadır (Betancourt, McBain, Newnham ve Brennan, 2015). Bu çalışma ruhsal hastalık tanılı ebeveynle yaşayan çocuklar için risk ve koruyucu faktörleri ortaya koyarak, çocuğun korunması ve güçlendirilmesi odağında değerlendirme kriterleri ve sosyal hizmet müdahale önerileri oluşturmayı amaçlamaktadır. Ruh sağlığı ve çocuk koruma alanlarının kesişiminden doğan bu çalışmanın kuramsal çerçevesi dört bölüm olarak tasarlanmıştır. İlk bölümde ruh sağlığı alanındaki dönüşüm ile güncel yaklaşımlar ele alınmış ve bu alanda sunulan hizmetlerin yasal dayanaklarına değinilmiştir. Ardından çocuk koruma kavramına değinilerek uluslararası ve ulusal mevzuat aktarılmış ve ebeveyni ruhsal hastalık tanısı almış çocukların ruh sağlığı ve çocuk koruma bağlamında yaralanabilecekleri hizmet modellerine yer verilmiştir. Üçüncü bölümde çalışmanın

kuramsal temelini oluşturan ekolojik sistem kuramı ve güçlendirme yaklaşımı aktarılmıştır. Son olarak bu çalışmanın öznesi olan ebeveyni ruhsal hastalık tanısı almış çocukların deneyimleri ve baş etme kanalları literatürdeki çalışmalar üzerinden incelenmiş ve çocukların deneyimlerini risk ve koruyucu faktörler üzerinden okumak amacıyla risk ve koruma kavramlarından söz edilmiştir.

2.1. RUH SAĞLIĞI: TANI VE TEDAVİNİN DÖNÜŞÜMÜ, GÜNCEL YAKLAŞIMLAR

“Delilik şüphesiz aptallıktan iyidir. Delilik var olmuş bir zekânın yok oluşudur; aptallık, var olmamış bir zekânın var olmamaya devam edişidir. Deliliğin hiç olmazsa mazisi şanlı. Aptallığın şerefli bir tarihi bile yok.”

Peyami Safa, Matmazel Noralya'nın Koltuğu

Ruh sağlığı, “insanların yaşam olaylarının yarattığı stresle baş etmelerini, yetenek ve güçlü yanlarını fark etmelerini, öğrenme ve çalışma yoluyla bir değer üreterek içinde yaşadıkları topluma katkı sunmalarını sağlayan ruhsal iyilik halidir” (WHO, 2022). Hemen hemen herkes hayatının bazı dönemlerinde bu ruhsal iyilik halinin bozulduğunu hissedebilir. Ancak kişilerin hayatlarını derinden etkileyen ruhsal hastalıklar (yaygın tıbbi kullanımıyla psikiyatrik hastalıklar) bunun ötesinde bir durumdur. Düşünce, duygu ve/veya davranışlarda önemli değişiklikleri içeren ruhsal hastalıklar kişinin toplumsal yaşamı, çalışma yaşamı ve aile hayatında ortaya çıkan sıkıntılar ve/veya sorunlar olarak tanımlanır (Njoku, 2022). Dünya genelinde ruhsal hastalıkların tanılanmasında yaygın olarak DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders /Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı) ve ICD-11 (The International Classification of Diseases/ Uluslararası Hastalık Sınıflaması) tanı sistemleri kullanılmaktadır. Ruhsal hastalıklar geçici ya da kronik olabilmektedir. Bu çalışmada kronik ruhsal hastalık tanılı ebeveynlerin çocuklarıyla çalışılmıştır. En az üç ay süren ve süresiz olarak devam etmesi beklenen herhangi bir fiziksel veya ruhsal sağlık durumu kronik olarak kabul edilir. Kronik ruhsal hastalıklar kişinin bilişsel ve/veya duygusal refahını sürekli bir şekilde etkileyen, genellikle tamamen tedavi edilemeyen, süreğen hastalıklardır. Ruhsal hastalık tanılı bireylerden bazıları yaşamlarının bazı

dönemlerinde semptomlar yaşarken, kronik ruhsal hastalık tanılı bireyler hastalıklarını yaşamları boyunca yönetmek zorundadırlar.

Erich Fromm Yaratmayan İnsan Yok Etmek İster isimli eserine “Hiçbir şey bilmeyen, hiçbir şeyi sevemez.” sözüyle başlar. Bize önce kendimizi sonra ötekini bilmeyi; sevmenin önce bilmekle, tanımakla gerçekleşeceğini anlatır. Ruhsal hastalıkları tanımaya ve tedavi etmeye ilişkin uygulamalar da önce bilmekle başlamıştır. İnsana ve topluma dair bilgi artıkça tanı ve tedavi sistemleri dönüşmüştür. Orta çağ ve Rönesans'ta delilik, ilahi gücün bir ifadesi olarak görülmüş, ancak 17. yüzyılın ortalarından itibaren “deliler” öteki haline gelmiş ve toplumdan dışlanmıştır (Foucault, 2015). İnsan davranışının daha çok filozoflar ve din adamları tarafından ele alındığı 1800'lerin başlarına kadar (Neuman, 2020) “akıl” ve “akıl olmayan” üzerinden tanımlanan deliliğin, fiziksel acı veren tedavilerle iyileşeceğine inanılmıştır (Tekelioğlu, 2003). 18. yüzyılla birlikte deliliğe dair bilgi üretiminde tıp dünyası baskın hale gelmiş, 1960'lara kadar en yaygın tedavi modeli “asylum” adı verilen depo tipi hastanelerde, toplumdan azade biçimde yataklı tedavi olmuştur (Foucault, 2006). Depo tipi hastanelerde başta hijyen sorunu olmak üzere koşulların yetersizliği, uzun vadede olumlu sonuçlar elde edilememesi (Zangwill, 2009), tedavi odağına rağmen psikiyatri hastanelerinden ayrılan insanların çoğunun sıklıkla yeniden tedavi için geri döndüğünü gösteren çok sayıda ampirik kanıt bulunması (Fitzsimons & Fuller, 2002) ve sosyal bilimlerin bu alana katkılarıyla birlikte depo tipi kurumların sayıları azaltılarak toplum temelli, toplum içerisinde tedavi anlayışına doğru bir dönüşüm başlamıştır. Bu dönüşümün mihenk taşlarından biri de insan hakları hareketidir.

İkinci Dünya Savaşı sonrasında radikal yaklaşımların etkisiyle ortaya çıkan insan hakları hareketi ruh sağlığı alanını da etkilemiştir. Savaş sonrasında savaşın yıkıcı etkilerine bağlı olarak başta askerlerde olmak üzere toplumda ruhsal hastalıkların görülme sıklığı artmıştır. İngiltere, Galler, İrlanda, Fransa, ABD gibi birçok ülkede yayınlanan raporlar, sağlık hizmetlerinin daha çok toplum temelli ortamlarda ve hastanelerin psikiyatri birimlerinde verilmesi ve ruh sağlığı konusunda daha fazla araştırma yapılması çağrısında bulunmuştur (Walsh, Daly ve Moran, 2016). Bu

çağrının ve ruh sağlığı alanındaki dönüşümün fitilini ateşleyen 1900'lü yıllarda yaşanan toplum ruh sağlığı hareketi olmuştur.

Toplum ruh sağlığı hareketinin temel amacı, ruhsal hastalıkların yol açtığı bireysel ve toplumsal sorunlarla baş etmek için hastalıkların ortaya çıkışını sosyal refah koşullarıyla ilişkili olarak ele almak ve hastanenin sınırları ötesinde iyileşmeye katkı sunmaktır (Stuart, 1997). Bu hareket ruh sağlığı sisteminin yoksullar için kurumsal bir depo, varsıllar için de varoluşçu bir felsefe haline geldiği gerçeğiyle yüzleşmesini sağlamıştır. Rappaport (1981), Amerika örneklemini üzerinden bu hareketi şöyle anlatmıştır: 1900-1965 yılları arasında var olan ruh sağlığı sisteminde, ebeveyn devlet oluşturmaya yönelik bir reform akımı hakimdir. Hükümet, yasama organları ve politika yapıcılar bu alanda hizmetler geliştirmişler ancak koruma odağıyla gerçekleştirdikleri bu hizmetlerin yol açtığı hak kayıpları ve suistimalleri göz önünde bulundurmamışlardır. 1960'ların ortalarına gelindiğinde dönemin ekonomik koşulları bağlamında yoksullukla mücadele hareketi başlamıştır. Toplum ruh sağlığı hareketi de buna eşlik etmiştir. Delilik olgusuna dair insani, ahlaki ve sosyal düzen kaygılarından kaynaklanan tepkiler artmıştır. Toplum ruh sağlığı hareketinin öncüsü olan reformcular sosyal kontrol kurumlarının yol açtığını düşündükleri olumsuz etkileri yıkmak isterken, mali muhafazakârlar da yatılı tedavi masraflarından kurtulmak istemiştir (Rappaport, 1981). Çoğu ülkede hastane temelli sistem üzerinden gelecekteki yatak gereksinimlerinin planlanmasında kullanılan nüfus sayımı verileri yataklı tedavinin yetersiz kalacağını göstermiştir (Walsh, Daly ve Moran, 2016). 1950'lerin ortalarından itibaren İngiltere ve ABD'de ve hemen sonrasında da Kıta Avrupası ve İskandinavya'da ortaya çıkan ruh sağlığı politikalarındaki değişim ihtiyacı Dünya Sağlık Örgütü (WHO)'nün de teşvikiyle ruh sağlığında yeni stratejiler geliştirilmesine zemin hazırlamıştır (Novella, 2010). Bu alanda yapılan reformların temel amacı, iltica temelli bakım sistemi yerine toplum odaklı yeni terapötik yaklaşımlar oluşturmaktır. Bu dönemde yaşanan dönüşümlerle birlikte "kurumsuzlaştırma, kurum dışılaştırma" olarak da Türkçeye çevrilen "deinstitutionalization" kavramı ortaya çıkmıştır. Depo tipi hastanelerin çoğu kapatılmış, genel hastanelerde psikiyatri (güncel adıyla ruh sağlığı

ve hastalıkları) bölümleri kurulmuştur. Ayakta ve günübirlik tedaviyi teşvik eden toplum temelli kurumlara doğru bir kayma olmuştur.

Toplum ruh sağlığı hizmetlerinin koruma ve önleme, bilgilendirme, güçlendirme ve damgalamayı önleme olmak üzere dört çalışma alanı bulunmaktadır (Başer, Kırlioğlu ve Mavili Aktaş, 2013). Bu çalışma alanları kapsamında (Thornicroft ve diğerleri, 2010; Drake, Szmukler, Mueser ve Thornicroft, 2011; Thornicroft, Deb ve Henderson, 2016);

- 1) Nüfus temelli bir yaklaşım sergilenir, hizmet sunumu coğrafi bölgelere ayrılarak sağlanır. Hastalar ve ailelerinin sosyo ekonomik özellikleri incelenir. Mikro ve makro boyutta önleme çalışmaları yürütülmektedir. Hizmetler hastalığın biyolojik, psikolojik, sosyal ve kültürel boyutlarını ele alan multidisipliner bir ekip tarafından düzenlenir. Buna ek olarak sunulan hizmetler etnik azınlıklar, evsizler, çocuklar, ergenler ve göçmenler gibi gruplar için sosyal adaleti sağlamayı amaçlar.
- 2) Güçlendirme yaklaşımı bağlamında sunulan hizmetler müracaatçı grubun (hasta, ailesi, sosyal ağları, ilişkide olduğu topluluk ve kuruluşlar vb.) güçlü yanlarına, istek ve kapasitelerine odaklanarak şekillendirilir. Amaç müracaatçı grubun pozitif kimlik geliştirmesine, hastalık deneyimini yeniden çerçevelemesine, kendi yaşamının sorumluluğunu üstlenmesine, sosyal rolleri gerçekleştirme becerisini geliştirmesine destek olmak ve çevresel olumsuzlukları azaltmaktır.
- 3) Hizmetler kanıta dayalı biçimde tasarlanır ve sunulur. Bilimsel veriler temelinde müracaatçı grubunu ortak karar alma sürecine dahil etmeyi amaçlayan değerlendirmelere ve müdahale planlarına öncelik verilir.

Toplum temelli ruh sağlığı anlayışını salık veren dönüşüm aynı zamanda sosyal hizmet disiplininin psikiyatri sahnesindeki ortaya çıkışına da zemin hazırlamıştır. Ruh sağlığı alanında koruma ve bakım amaçları arasındaki dikatomik mücadelenin ortasında sosyal hizmet, “bireyin biricikliği” ilkesiyle bir taraf seçmenin zorunluluğunu ortadan kaldırmıştır. Thompson’ın söz ettiği sosyal bakım- sosyal kontrol karşıtlığının en fazla yaşandığı alanlardan olan ruh sağlığı alanında genel geçer değerlendirme

ölçütlerinden yararlanılmakla birlikte, tam da Sokrates'in söz ettiği gibi bir mutlak doğru arayışı söz konusudur. Aranılan mutlak doğru tek bir cevap değil, birçok farklı çözümdür (Rappaport, 1981). Ve bu mutlak doğru baskın ideolojiye göre şekillenen değil, her seferinde kişinin yüksek yararını sağlamayı amaçlayan doğrudur.

Özetle ruh sağlığı alanındaki dönüşüme kadar ruh sağlığı hizmetlerinden yararlananlar kendileri için neyin iyi olduğunu anlamayan hastalar olarak görülmüşler ve toplumdan uzak depo tipi hastanelerde tedavi edilmişlerdir. Ancak bu dönüşümle birlikte hastayı, çevresini ve toplumu aktif biçimde tedavi sürecine dahil eden güçlendirme temelli uygulamalara geçilmeye başlanmıştır. Toplum ruh sağlığı hareketi hastalar ve çevreleri için güçlenme hareketiyken; aynı zamanda sosyal hizmetin de bu alanda güçlenmesini sağlamış, “sosyal yardım” sınırlılığından çıkılmasının önünü açmıştır. Güncel yaklaşımlar bağlamında ruhsal hastalıklar, hastalık tanılı bireyi, ailesini ve sosyal çevresini birlikte ele alarak değerlendirmekte hem bireyi hem de çevresini tedavi sürecine dahil etmektedir.

Dünya'daki gelişmelere paralel olarak Türkiye'de de sağlığın biyopsikososyal boyutlarının bütüncül biçimde ele alınması, hastalar ve çevreleriyle birlikte çalışılması hedeflenmektedir. Ancak yalnızca hasta ile değil, hastanın ailesi ve çevresiyle de çalışması hedeflense de ailelerin yeterince sisteme dahil edilemediğini, toplumla çalışma noktasında sıkıntılar yaşandığını gösteren araştırmalar mevcuttur (Dam ve Hall, 2016; Attepe Özden ve İçağasıoğlu Çoban, 2018; Gözen ve Buz, 2020). Çalışmanın bu kısmında Türkiye'de ruhsal hastalık tanısı bulunan bireyler ve ailelerinin yararlanabilecekleri ruh sağlığı hizmetleri ve bu hizmetleri şekillendiren mevzuata kısaca yer verilecektir.

2.1.1. Türkiye'de Ruh Sağlığı: Mevzuat ve Uygulama

Türkiye'de ruh sağlığı hizmetleri, kamu ve özel sektör tarafından sunulmakta olup, mevzuat çerçevesinde hizmetler belirli meslek grupları tarafından yürütülmektedir. Türkiye'de ruh sağlığı hizmetlerinin yasal dayanakları ve uygulama alanları, çeşitli kanunlar ve yönetmeliklerle düzenlenmiştir. Ruh sağlığı hizmetlerine dayanak oluşturan temel yasal düzenlemeler aşağıda tablo olarak sunulmuştur.

Tablo 1. Türkiye’de Ruh Sağlığı Hizmetlerine Esas Teşkil Eden Yasal Dayanaklar

Anayasa’da Sağlık Hakkı ve Ruh Sağlığı	Ruh sağlığı hizmetlerine ilişkin en temel yasal dayanaklardan biri, T.C. Anayasası’nın 56. maddesidir. Bu madde, devletin bireylerin fiziksel ve ruhsal sağlığını koruma yükümlülüğünü vurgulamaktadır. Anayasal çerçevede, ruh sağlığı hizmetlerinin herkes için erişilebilir olması esastır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2025).
1219 Sayılı Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun	Ruh sağlığı alanında çalışan meslek gruplarının yetki ve sorumluluklarını belirleyen yasal dayanaktır. Bu kanun sağlık mesleklerinin çalışma usulleri düzenlerken, psikiyatristlerin tıbbi teşhis koyma ve ilaç yazma yetkilerini açıkça tanımlamaktadır. Ancak, psikolog ve psikolojik danışmanların yetkilerine ilişkin net bir çerçeve bulunmadığı gibi ruh sağlığı alanında çalışan meslek gruplarından biri olarak sosyal hizmet uzmanlarının yetki ve sorumlulukları da bu kanunda bulunmamaktadır (Resmi Gazete, 1928).

Türkiye’de ruh sağlığı hizmetlerinin yasal çerçevesini belirlemek amacıyla uzun yıllardır bir Ruh Sağlığı Yasası çıkarılması yönünde çalışmalar sürdürülmektedir. Ruh Sağlığı Yasası Tasarısı’na yönelik çalışmalar, farklı dönemlerde çeşitli meslek örgütleri ve sivil toplum kuruluşlarının iş birliğiyle yürütülmüştür Türkiye Psikiyatri Derneği, Türk Psikologlar Derneği, Sosyal Hizmet Uzmanları Derneği, Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Derneği, Türkiye Çocuk ve Genç Psikiyatrisi Derneği bu alanda aktif şekilde çalışan derneklerden bazılarıdır (Oral, 2017). Ancak halen ruh sağlığı hizmetlerinin sunumu, hizmet alanların hakları ve hizmet veren meslek gruplarının tanımlanması gibi konuları düzenleyen kapsamlı ve özel bir yasa bulunmamaktadır. Yasanın bulunmaması erken tanı, risk değerlendirmesi ve aile temelli müdahale programlarının yapılandırılmasında birtakım boşluklara yol açmaktadır. Özellikle bu çalışmanın öznesi olan ruhsal hastalık tanılı ebeveynlerin düzenli ve sürdürülebilir tıbbi ve psikososyal tedaviye erişimlerinin olmaması hem ebeveynlerim hem de çocuğun iyilik hâlini olumsuz etkilemektedir. Ebeveynin tedavisi sürecinde çocuklara yönelik aile

danışmanlığı, geçici bakım ve kriz müdahalesi gibi destek hizmetlerinin yasal bir zeminde tanımlanmamış olması, bu çocukların sistem dışı kalmasına ve ihmal ya da istismar riskine maruz bırakılmasına neden olmaktadır. Buradan hareketle “ruhsal hastalık tanılı bireylerin ebeveynlik kapasitelerini destekleme” ve “çocukların yüksek yararını esas alma” gibi ihtiyaçları da gözetilen bütüncül bir Ruh Sağlığı Yasası, koruyucu ve önleyici hizmetlerin gelişimi için elzemdir.

Türkiye’de ruh sağlığı hizmetleri devlet hastaneleri, üniversite hastaneleri, Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri (TRSM), Aile Sağlığı Merkezleri (ASM) ve Sağlıklı Hayat Merkezleri gibi kurumlar aracılığıyla verilmektedir. Özel sektör kapsamında ise özel hastanelerin ruh sağlığı ve hastalıkları klinikleri ve bağımsız çalışan ruh sağlığı profesyonelleri hizmet sunmaktadır. Sağlık Bakanlığı’na bağlı ruh sağlığı ve hastalıkları hastaneleri ve devlet hastaneleri ile üniversite hastanelerinin ruh sağlığı ve hastalıkları kliniklerinde ayakta ve yataklı tedavi hizmetleri sunulmaktadır. TRSM’lerde hastalar ve yakınları için toplum temelli ruh sağlığı modeline dayanan ayakta sağlık hizmetleri sunulmaktadır. Aile Sağlığı Merkezleri’nde birinci basamak sağlık hizmetleri bağlamında ayakta tıbbi sağlık hizmetleri ve Sağlıklı Hayat Merkezleri’nde ise koruyucu sağlık hizmetleri bağlamında psikososyal destek hizmetleri sunulmaktadır. Halihazırda kamu kanalıyla hizmet sunan 10 tane ruh ve sinir hastalıkları hastanesi (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2025) ve 207 tane TRSM (T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Ruh Sağlığı Dairesi Başkanlığı, 2023) bulunmaktadır.

Türkiye’de ruh sağlığı bozuklukları yaygın olmakla birlikte tam oranlar bilinmemektedir. Türkiye Ruh Sağlığı Profili- 2 Araştırması (2023) ’nda nüfusun %26’sının yaşamı boyunca en az bir ruhsal hastalıkla baş ettiği ortaya konulsa da çalışmada aktarılan sınırlılıklar bağlamında saptanan oranların gerçek oranları tam olarak yansıtmadığı, ruhsal hastalık prevalansının bu orandan daha yüksek olduğuna dair kanıların bulunduğu aktarılmıştır. Yapılan bazı çalışmalarda farklı oranlar sunulmuştur. Örneğin Türkiye genelinde şizofreninin yaşam boyu görülme sıklığı 1000 kişi başına 8,9 olarak tahmin edilmektedir (Binbay, Ulaş, Elbi ve Alptekin, 2011). Evli kadınlar arasında yapılan bir çalışmada, kadınların %25,9’unun ruhsal hastalığa sahip olduğu belirlenmiş ve en yaygın bozukluğun majör depresyon olduğu tespit edilmiştir (Simsek, Ak,

Altindag ve Günes, 2008). Bu oranlar Türkiye’de çok sayıda çocuğun ruhsal hastalık tanılı ebeveynle yaşadığını ortaya koymaktadır. Ruh sağlığına yönelik küresel bulgular da ruhsal hastalık tanılı bireyler arasında ebeveynliğin oldukça yaygın olduğunu (Pfeiffenberger, D’Souza, Huthwaite ve Romans, 2016; Stambaugh ve diğerleri, 2017), ancak bu alanda çalışan profesyonellerin müdahale planlarının çok azında çocuk koruma (%5,8) odağının olduğunu, kurumsal olarak daha çok ebeveynin merkezi olduğu bir modelin izlendiğini ve çocukların ya “koruyucu faktör” ya da “stres kaynağı” olarak görüldüğünü göstermektedir (Pfeiffenberger, D’Souza, Huthwaite ve Romans, 2016). Ayrıca farklı çalışmalar ebeveyn ruh sağlığı bozukluklarının çocukları savunmasız hale getiren önemli bir risk faktörü olduğunu (Elbracht ve diğerleri, 2023; Stambaugh ve diğerleri, 2017), ebeveynleri ruhsal hastalıklarla mücadele eden çocukların, ruh sağlığı sorunları yaşama olasılığının iki ila üç kat daha fazla olduğunu (Plass-Christl ve diğerleri, 2017), sosyal destek sistemlerinin zayıf olduğunu ve aile içi şiddet deneyimlerinin yaygın olduğunu (Naughton, Maybery ve Goodyear, 2017) ortaya koymaktadır. Bu veriler, ruhsal hastalık tanılı bireylerin ebeveynlik rolü üstlendiği durumların toplumda hiç de azımsanmayacak bir yaygınlığa sahip olduğunu ve çocuklar açısından ciddi psiko-sosyal riskler barındırdığını göstermektedir. Bu çerçevede hem ebeveynin hem de çocuğun korunmasına yönelik hukuki ve kurumsal düzenlemelerin yapılması büyük önem taşımaktadır. Türkiye’de ruhsal hastalık tanılı bireylerin uzun süreli bakım ve rehabilitasyon hizmetlerinden yararlanabilmeleri 2828 sayılı Sosyal Hizmetler Kanunu ile düzenlenmiştir. Ayrıca olası risk durumlarında çocuğun korunması özelinde 4721 sayılı Türk Medeni Kanunu’ndan ve faydalanılmaktadır.

Tablo 2. Ruhsal Hastalık Tanılı Bireylere Yönelik Sosyal Hizmet ve Hukuki Koruma Çerçevesi

2828 Sayılı Sosyal Hizmetler Kanunu (Resmi Gazete, 1983).	Bu kanun birçok dezavantajlı gruba hizmet sunarken kullanılmaktadır. Bu çalışma özelinde ise en az %40 ruhsal engelli raporu bulunan, hanede kişi başına düşen geliri asgari ücretin üçte ikisinden az olan kişiler bu kanun ile sunulan hizmetlerden yararlanabilmektedir. Bu yasa kapsamında, bu koşulları sağlayan ve özel gereksinimi olan bireylere yönelik bakım merkezleri ve rehabilitasyon hizmetleri ücretsiz olarak sunulmaktadır.
4721 Sayılı Türk Medeni Kanunu (Resmi Gazete, 2001)	<p>Kanun çocuğun korunmasını esas alarak ebeveynin ruh sağlığıyla ilgili durumlarda velâyetin kaldırılmasını düzenlemektedir. Kanunun 348. maddesi uyarınca, ana ve babanın deneyimsizliği, hastalığı veya benzeri nedenlerle velayet görevini gereği gibi yerine getirememesi ve bu durumun diğer koruyucu önlemlerle giderilememesi hâlinde, hâkim velâyetin kaldırılmasına karar verebilir. Burada geçen "hastalık" kavramı, özellikle ağır ruh sağlığı bozukluklarını da kapsayacak şekilde değerlendirilmektedir.</p> <p>Kanunun 405. maddesi, akıl hastalığı veya akıl zayıflığı nedeniyle kendi işlerini göremeyen, bakımı ve korunması için sürekli yardıma muhtaç olan ya da başkalarının güvenliğini tehlikeye sokan ergin bireylerin kısıtlanarak vesayet altına alınmasını öngörmektedir. Bu hüküm, çocuğun bakımını üstlenen bireylerin ruhsal açıdan yeterliliğini yitirdiği durumlarda, sadece çocuğun değil, ebeveynin de korunmasını amaçlar. Ayrıca aynı maddede, bu durumu fark eden idari makamların, noterlerin ve mahkemelerin vesayet makamına bildirimde bulunma yükümlülüğü getirilmiştir. 408. madde ise yaşlılık, ağır hastalık veya sakatlık nedeniyle işlerini yönetemeyen bireylere, talep üzerine kısıtlanma imkânı tanımaktadır.</p>

Ruhsal hastalık oranlarında yıldan yıla yaşanan artış ruhsal hastalık tanılı ebeveyni olan çocukların oranlarının da artacağına işaret etmektedir. Ebeveynlerin ruh sağlığı

ve ebeveynlik pratikleri ile çocukların gelişimi arasındaki etkileşim ebeveynler ile çocukların ihtiyaçlarını birlikte göz önünde bulunduran bütünleşik ruh sağlığı uygulamalarının ve multidisipliner yaklaşımların gerekliliğini vurgulamaktadır. Ebeveynler ve çocuklar için daha sağlıklı ortamların oluşturulması kültürel hassasiyet ile sosyal çevre ve toplum desteğini içeren kapsamlı müdahaleleri gerektirmektedir. Ruhsal hastalık tanılı ebeveynlerin ve çocuklarının karşılaştığı çok yönlü ihtiyaçların anlaşılması, sosyal hizmet disiplininin bu alandaki rolünü ve yaklaşım biçimlerini değerlendirmeyi gerekli kılmaktadır. Ruh sağlığı alanındaki yasal düzenlemeler, ebeveynin ruh sağlığı durumuna bağlı riskleri sınırlı biçimde ele almıştır. Ebeveynin ruhsal hastalığı bağlamında çocuğun korunması ihtiyacının nasıl şekillendiği ve bu alandaki kurumsal yanıtların yeterliliği bir sonraki bölümde ele alınmıştır.

2.2. EBEVEYNİN RUHSAL HASTALIĞI BAĞLAMINDA ÇOCUK KORUMA

“...Biz büyük sabırsızlıkla çocukların büyümelerini bekliyoruz. Onların kafalarına vuruyoruz, adam olmaları için. Seniyezitseni olarak görüyoruz onları. Kafalarını traş ediyoruz çabuk büyüsünler diye. Benim içimdeki çocuk büyümedi.”

Oğuz Atay, Tehlikeli Oyunlar

Çocuğun korunmasına dair algılayış ve politikalar çocuk kavramının nasıl ele alındığı ile yakından ilişkilidir. Bu bölümde bu ele alınış üzerinden Türkiye’de çocuk koruma sistemi aktarılarak ruh sağlığı ve çocuk korumanın kesişiminde hizmet sunan kuruluşlara ve müdahalelerine kısaca yer verilecektir.

2.2.1. Türkiye’de Çocuk Koruma: Mevzuat ve Uygulama

Çocuk koruma meselesi sosyal politikanın bir çıktısıdır. Sosyal politika ise demografik yapı, ekonomik koşullar, siyasal ideolojiler, kültürel ve sosyal normlar, toplumsal talepler, teknolojik gelişmeler ve uluslararası etkiler bağlamında şekillenir. Bu bağlamda Türkiye’de çocuk koruma meselesini tarihsel olarak sosyal politikadaki gelişmelerin yansıması biçiminde ele almak faydalı olacaktır. Zira sosyal politikanın temel gündemi olan “toplumdaki dezavantajlı gruplara destek sağlama ve eşit fırsatlar sunma” konusunda dezavantajlı grupların hangi bakış açısıyla ele alındığı sosyal

hizmetin en canlı tartışmalarından olan “sosyal bakım/ sosyal kontrol” ikilemi ile yakından ilişkilidir. Türkiye’de çocuk koruma politikaları altı farklı dönemde incelenebilir. Her dönemde sunulan sosyal hizmetler o dönemin hâkim ideolojisinden ağırlıkla şekillenmiştir. Türkiye’de benimsenen çocuk koruma politikaları ve bu politikaların şekillenmesinde etkin olan bakış açıları aşağıda sunulmuştur. Unutulmamalıdır ki sosyal hizmet uygulamalarında ideal olan, sosyal bakım ve sosyal kontrol arasında denge kurabilmektir. Bu, hem bireylerin refahını ve haklarını korumayı hem de toplumun genel çıkarlarını gözetmeyi içerir. Aşağıda sözü edilen dönemler boyunca Türkiye’deki çocuk koruma politikaları, sosyal politikanın genel gelişimine ve sosyal hizmetlerdeki hâkim bakış açılarına paralel olarak evrilmiştir. Her dönemde hem çocukların refahını artırmaya yönelik sosyal bakım hem de toplumsal normları korumaya yönelik sosyal kontrol politikaları çocuk koruma sisteminin temel bileşenleri olmuştur. İçinde bulunulan zamana ve koşullara göre bu bileşenler her daim değişecek ve dönüşecektir.

Osmanlı Dönemi (1299-1922)	Erken Cumhuriyet Dönemi (1923-1945)	Refah Devleti İnşası (1946-1980)	1980-2000	2000'ler ve Sonrası	Pandemi Dönemi ve Geleceğe Dönük Beklentiler
<ul style="list-style-type: none"> Osmanlı Dönemi'nde çocuk koruma, sosyal bakım odaklı bir yaklaşımla aile ve vakıflar aracılığıyla yürütülmüştür. Yetim çocuklara barınma ve eğitim sağlanırken, aile çocukların korunmasında temel kurum olarak görülmüştür. 	<ul style="list-style-type: none"> Bu dönemde sosyal bakım odaklı politikalar benimsenerek çocukların refahı modernleşme sürecinin bir parçası haline getirilmiştir. "Çocuk Davası" Cumhuriyet'in ilk yıllarının en önemli konularından biri olmuştur. 1926 Medeni Kanun'u ile çocukların korunması anayasal hak olarak tanınmış, eğitim ve sağlık hizmetlerine erişimleri sağlanmıştır. Bu dönemde ulusun yeniden inşası temelinde ilköğretim zorunlu hale getirilmiş, eğitim yaşamı içinde çocuk yoksulluğu sorunu gün yüzüne çıkmıştır. 	<ul style="list-style-type: none"> Çocukların refahını artırmaya yönelik sosyal yardım programları uygulanırken, sosyal kontrolü amaçlayan programlar da yapılandırılmıştır. 1961 Anayasası ile devlet, çocukların eğitim, sağlık ve sosyal güvenlik hizmetlerine erişimini sağlamakla yükümlü hale gelmiştir. 1949'da kurulan Çocuk Esirgeme Kurumu, yetim ve korunmaya muhtaç çocuklara sosyal bakım sağlarken, çocukları toplumsal normlara uygun şekilde yetiştirmek için sosyal kontrol mekanizmalarını da içermiştir. 	<ul style="list-style-type: none"> 1983'te Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu kurulmuş ve 2828 sayılı Sosyal Hizmetler Kanunu çıkarılmıştır. 1989'da ÇHS'yi imzalayan Türkiye, uluslararası standartları sağlayacağına dair güvence vermiştir. Bu dönemde çocuklara yönelik sosyal bakım uygulamaları (çocuk yuvaları, yurtlar, koruyucu aile vb.) daha çok çocukların temel haklarını korumayı hedeflerken; sosyal kontrol uygulamaları (çocuk suçluluğuna ve çocuk işçiliğinin yönelik çalışmalar vb.) ise toplumsal düzenin ve normların korunmasını amaçlamıştır. 	<ul style="list-style-type: none"> 2005'te 5395 sayılı Çocuk Koruma Kanunu yürürlüğe girmiştir. 2011'de Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı kurulmuş, Bakanlık sosyal bakım odaklı çocuk koruma politikalarını genişletmiş ve aile destek programları ile sosyal yardımları sunmuştur. Bu dönemde çocuk koruma uygulamalarının şekillenmesinde sosyal kontrol ve sosyal bakım perspektifleri birbirini tamamlayacak uygulamalarla şekillendirmeye çalışılmıştır. 	<ul style="list-style-type: none"> Pandemi döneminde, çocukların eğitimi ve sağlığı için uzaktan eğitim ve dijital hizmetler gibi politikalar geliştirilmiştir. Dijitalleşmenin artmasıyla, çocukların korunmasında dijital ihmal ve istismar, siber zorbalık, dijital bağımlılık ve mahremiyetin korunması gibi konular gündeme gelmeye başlamıştır. Postmodernizmin etkisiyle "çocuk" ve "çocukluk" kavramları dönüşüm geçirmekte, bu dönüşüm de çocuklar için yeni sosyal sorunları ve yeni çözüm önerilerini gündeme getirmektedir. Bu dönemde çocuk koruma politikalarının daha esnek, daha çocuk merkezli ve farklılıklar temelinde daha kapsayıcı olması amaçlanmaktadır.

Şekil 1. Türkiye'de Çocuk Koruma Politikalarının Tarihsel Gelişimi

2.2.1.1. Türkiye'de 2000'ler Sonrası Çocuk Koruma Hizmetleri

Çocuk koruma meselesi uzun yıllar boyunca Türkiye'nin gündeminde kalan bir konu olmuştur halen de kalkınma planlarında, strateji ve eylem planlarında, ulusal ve uluslararası programlarda yer almaktadır. 2000'ler sonrasında Türkiye'de çocuk koruma politikaları, çocukların haklarını tanıyan, koruyucu ve önleyici hizmetlere odaklanan bir anlayışla reforme edilmeye çalışılmaktadır. Hâlen çözülmesi gereken bazı yapısal sorunlar ve uygulama eksiklikleri bulunsa da bu dönemdeki gelişmeler, Türkiye'nin çocuk koruma sisteminin modernleşmesi açısından oldukça önemlidir. 2000'ler sonrası Türkiye'de çocuk koruma hizmetlerinde önemli yapısal dönüşümler yaşanmıştır. Çocuk haklarını öncelikle ve uluslararası standartlara uyum sağlama motivasyonu ile şekillenen bu süreç, ihtiyaç temelinde yeni kurum ve kuruluşların kurulması, var olan kurum ve kuruluşların dönüştürülmesi ve mevzuat değişiklikleri gibi köklü reformlarla şekillenmiştir.

Çocuk hakları ve çocuk koruma politikalarının temeli, uluslararası yükümlülükler, anayasal düzenlemeler ve özel kanunlarla şekillendirilmiştir ve bu alanda hizmet sunan pek çok aktör bulunmaktadır. Türkiye'de çocuğun korunmasına yönelik kamusal hizmetler, başta ASHB başta olmak üzere, Sağlık Bakanlığı, Adalet Bakanlığı, Millî Eğitim Bakanlığı, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı ile İçişleri Bakanlığı tarafından sunulmaktadır. Bu bakanlıkların yanı sıra, uluslararası kuruluşlar, sivil toplum örgütleri ve belediyeler de çocuk koruma alanında önemli hizmetler sağlamaktadır. Çalışmanın bu bölümünde Türkiye'de çocuk koruma alanındaki aktörler, bu aktörlerin temel müdahale alanları ve sundukları hizmetler aşağıdaki tablo ile kısaca aktarılmıştır.



Şekil 2. Türkiye'de Çocuk Korumanın Aktörleri

Şekilde de görüldüğü üzere çocuk koruma alanında en önemli sorumluluğu üstelenen bakanlık ASHB'dir. Bakanlık tarafından sunulan çocuk koruma hizmetleri yoğunlukla 5395 sayılı Çocuk Koruma Kanunu (ÇKK) kapsamında şekillenmektedir. Bu kanun "korunmaya ihtiyacı olan" ve "suça sürüklenen" çocukların korunmasını amaçlamaktadır. Kanun, çocuk kavramını "daha erken yaşta ergin olsa bile 18 yaşını doldurmamış birey" olarak tanımlarken, "korunmaya ihtiyacı olan çocuk" ve "suça sürüklenen çocuk" kavramlarını ayrı ayrı ele almıştır. Kanunda, korunmaya ihtiyacı olan çocuk, "bedensel, zihinsel, ahlaki, sosyal ve duygusal gelişimi ile kişisel güvenliği tehlikede olan, ihmal veya istismara uğrayan ya da suç mağduru olan çocuk" olarak tanımlanırken; suça sürüklenen çocuk "kanunlarda suç olarak tanımlanan bir fiili işlediği iddiasıyla hakkında soruşturma veya kovuşturma yapılan ya da işlediği fiil nedeniyle hakkında güvenlik tedbiri kararı verilen çocuk" olarak ifade edilmiştir (Resmi Gazete, 2005).

5395 Sayılı Çocuk Koruma Kanunu kapsamında çocuğun korunması için alınan tedbirler, çocuğun bireysel ihtiyaçlarına ve içinde bulunduğu koşullara göre belirlenmektedir. Bu tedbirler arasında, çocuğun ve ailesinin rehberlik hizmetlerinden yararlanmasını amaçlayan danışmanlık tedbiri, çocuğun eğitime devam etmesini sağlamak veya mesleki eğitim gibi alternatif programlara yönlendirmek için alınan eğitim tedbiri ve barınma ihtiyacı olan çocuklar için güvenli bir yaşam ortamı sağlanmasını içeren barınma tedbiri yer almaktadır. Çocuğun fiziksel veya ruhsal sağlığını korumak veya tedavi etmek için sağlık tedbiri alınır. Ayrıca, aile ortamında bakımı mümkün olmayan çocukların devlet kurumları veya koruyucu aileler tarafından bakım altına alınmasını sağlayan bakım tedbiri de uygulanmaktadır. Bunun yanı sıra suça sürüklenen çocuklar için cezalandırma yerine eğitimi ve topluma entegrasyonu hedefleyen adli ve güvenlik tedbirleri de uygulanır.

Kanunda da görüldüğü üzere halihazırda sunulan hizmet modellerinde meslek elemanları ihmal ya da istismar ve suça sürüklenme durumu yaşanmadıkça çocuk ile yüz yüze gelmemektedir. Benzer şekilde bu çalışmanın öznelerini oluşturan ebeveyni ruhsal hastalık tanısı almış çocuklar da ihmal, istismar ya da

suça sürüklenme durumunda çocuk koruma sistemi ile tanışmaktadır. Çocuklar sıklıkla ebeveynlerinin hastalığına bağlı olarak sağlık sistemi ile karşılaşmaktadır ancak durum burada da benzerdir. Pek çok ülkede olduğu gibi Türkiye’de de çocuk koruma hizmetleri koruma, önleme ve güçlendirme boyutlarının hepsini kapsayacak biçimde yapılandırılmamıştır. Sunulan hizmetler daha çok ihmal, istismar ve suça sürüklenmenin gerçekleşmesinden sonraki süreçlerle sınırlı kalmaktadır. Nitekim ASHB’ nin çocuk koruma alanında sunduğu “Koruyucu ve Önleyici Hizmetler”, çocuğa yönelik şiddet, istismar ve ihmal çağrılarında yapılan müdahaleleri kapsamaktadır (Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı, 2024). Ebeveyni ruhsal hastalık tanısı almış çocuklarla yapılan çalışmaların ortak sonucu da bir ruhsal hastalıkla mücadele ederken ebeveynlik becerilerini yürütmeye çalışan ana babalarla yaşayan çocukların bir ihmal ya da istismar yaşamadıkça sistemde görünmez oldukları yönündedir (Pfeiffenberger, D’Souza, Huthwaite ve Romans, 2016; Buldukoğlu, Bademli, Karakaya, Göral ve Keser, 2011; Pölkki, Ervast ve Huupponen, 2004). Aşağıdaki tabloda Türkiye’de ebeveyni ruhsal hastalık tanısı almış bir çocuğun karşılaşılabileceği kurumlar ve yararlanabileceği hizmet modelleri sunulmuştur.

Tablo 3. Çocuk Koruma ve/veya Ruh Sağlığı Alanında Hizmet Sunan Kuruluşlar

Kurum/ Kuruluş	Hizmet Türü	İçeriği
Sağlık Bakanlığı	Hastaneler	Hasta olan ebeveynin tedavi süreci desteklenir. İhtiyaç olması durumunda çocuk psikiyatri bölümü sürece dahil olur. Hastanelerin sosyal hizmet birimleri ise hasta gruplarının ve yakınlarının tedavi sürecinde karşılaştıkları <u>sosyal ve sosyoekonomik</u> sorunların çözülmesinde rol alır (Resmî Gazete, 2014).
	Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri	Ruhsal hastalıkların biyopsikososyal yönden değerlendirmesi, tedavisi ve izlemesi yapılır. Hasta yakınlarına ağır ruhsal bozukluklarla ilgili psikoeğitimler verilir ve destek sağlanır (Sağlık Bakanlığı, 2011). Ayrıca TRSM’ler, risk altındaki bireyleri tespit etmek için tarama yapmakla, yaşam koşullarını değerlendirerek risk analizi gerçekleştirmekle ve uygun sosyal hizmet müdahalelerini planlamakla yükümlüdür. Bu süreçte bireylerin toplumdan dışlanmasını önlemek amacıyla damgalamayla da aktif olarak mücadele ederler (Sağlık Bakanlığı, 2011).

Tablo 3. Çocuk Koruma ve/veya Ruh Sağlığı Alanında Hizmet Sunan Kuruluşlar (Devam)

	Çocuk İzlem Merkezi	Çocuğun cinsel istismara uğraması durumunda etkin bir şekilde korunmasını sağlamak amacıyla gerekli müdahaleleri koordine eder (Sağlık Bakanlığı, 2018).
	Sağlıklı Hayat Merkezi	Hastalığa değil, sağlığa yatırım amacıyla kurulan Sağlıklı Hayat Merkezlerinde, risk faktörleriyle mücadele bağlamında Ruh Sağlığı Danışmanlığı hizmeti sunulmaktadır (Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, 2024).
Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı	Sosyal Hizmet Merkezleri (SHM)	SHM'ler birey, aile ve topluma koruyucu, önleyici, destekleyici, eğitici ve rehberlik odaklı sosyal hizmetler sunarak ihtiyaçlara çözüm üretmeyi amaçlar. Aile refahını artırmak, çocukların ve gençlerin sağlıklı gelişimini desteklemek SHM'lerin temel görevlerindedir (Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı, 2025)
	Çocuk Koruma Hizmetleri	Çocuk Hizmetleri Genel Müdürlüğü korunma ihtiyacı olan veya suça sürüklenen çocukların haklarını ve refahını korumak için koruyucu, destekleyici ve rehabilite edici hizmetler sunar (Resmi Gazete, 2006). Başlıca hizmetler: - Çocuk Destek Merkezleri ve Çocuk Evleri - Koruyucu ve Önleyici Hizmetler - Özel Kreş, Gündüz Bakımevleri ve Çocuk Kulüpleri - Koruyucu Aile ve Evlat Edinme Hizmeti - Sosyo Ekonomik Destek Hizmeti - Aile Yanında Destek Hizmetleri (Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı, 2024).
	Engelli Gündüz Bakım Merkezleri	WHO ve ASHB iş birliği ile pilot uygulama olarak hastalar ve yakınlarına hizmet sunması için Ankara Keçiören'de açılan 100. Yıl Gündüzlü Yaşam Rehabilitasyon ve Aile Danışma Merkezi özellikle bu alanda hizmet sunmaktadır (Resmi Gazete, 2013). Merkez bütüncül ruh sağlığı anlayışı çerçevesinde hastalar ve aileleri ile çalışmaktadır.
Millî Eğitim Bakanlığı	Rehberlik ve Araştırma Merkezleri	Psikososyal destek hizmetleri kapsamında, eğitim kurumlarından elde edilen veriler doğrultusunda risk altındaki öğrencileri tespit edilip sorumluluk bölgesine ilişkin risk haritası oluşturur. Danışmanlık tedbir kararı alınan çocuklara ve onların bakımından sorumlu kişilere yönelik psikososyal destek sağlar (Millî Eğitim Bakanlığı, 2022).

Tablo 3. Çocuk Koruma ve/veya Ruh Sağlığı Alanında Hizmet Sunan Kuruluşlar (Devam)

	Okul Rehberlik ve Psikolojik Danışmanlık Servisleri	Risk altındaki öğrencilere yönelik erken tanılama, psikolojik destek, özel eğitim ve mesleki yönlendirme hizmetleri sunarak onların duygusal, sosyal ve akademik gelişimlerini destekler. Ayrıca ailelere danışmanlık yaparak çocukların güvenli bir ortamda gelişimini sağlamak için çalışır (Milli Eğitim Bakanlığı, 2001).
Belediyeler	Psikolojik Danışmanlık Hizmetleri	Belediyelerin psikolojik danışma merkezleri, bireylerin ruh sağlığını korumaya ve desteklemeye yönelik ücretsiz hizmetler sunar. Bu merkezlerde evlilik ve aile danışmanlığı, çocuk ve ergen danışmanlığı, yetişkin danışmanlığı gibi bireysel desteklerin yanı sıra grup çalışmaları, aile eğitim seminerleri düzenlenir (İBB Sağlık, 2024; Ankara Büyükşehir Belediyesi, 2024).
Sivil Toplum Kuruluşları	Psikolojik Danışmanlık Hizmetleri Destek Grupları	Türkiye'deki sivil toplum kuruluşları, ebeveyni ruhsal hastalık tanısı almış bireylere psikolojik danışmanlık, psikososyal destek grupları, eğitim ve farkındalık programları gibi hizmetler sunmaktadır. Şizofreni Dernekleri Federasyonu, Ruh Sağlığı Derneği, Ruh Sağlığında İnsan Hakları Girişimi Derneği, Şizofreni Hastaları ve Yakınları Dayanışma Derneği bu alanda hizmet sunan STK'lardan bazılarıdır (Görmezden Gelmeyelim, 2021).

1989 tarihli Çocuk Hakları Sözleşmesi başta olmak üzere tüm uluslararası bildirge ve belgelerde “her çocuğun öz ailesiyle yaşama hakkı” vurgulanmıştır. Buna bağlı olarak çocuk koruma alanında devletler tarafından sunulan hizmetler çoğunlukla aile ekseninde planlanmaktadır. Bu hizmetler (1) tüm çocuklara yönelik sağlık taramaları ve devlet destekli eğitim gibi genel hizmetler, (2) yoksulluk ve sosyal izolasyon nedeniyle dezavantajlı durumda olan gruplara yönelik destek hizmetleri, (3) geçici süreli olarak kriz yaşayan ailelere yönelik

finansal destek ya da danışmanlık gibi hizmetler, (4) ailenin varlığını sürdürmesine engel olan sorunlara karşı çocukları riskten koruma ile bireysel düzeyde aile üyelerine ve grup düzeyinde aileye danışmanlık ve terapi hizmetleri, (5) kriz ya da istismara bağlı olarak dağılan ailelerde aile dışında bakıma ihtiyaç duyan çocuklara yönelik geçici süreli ya da kalıcı destek hizmetleri olmak üzere beş farklı düzeyde sınıflandırılmaktadır (Hardiker, 2002). Türkiye’de de hakkında bakım tedbiri verilen çocuklar için öncelikli hedef, koşullar uygunsa çocuğun biyolojik ailesinin yanına döndürülmesi ve aile yanında desteklenmesinin sağlanmasıdır (Özateş ve Atauz, 2011).

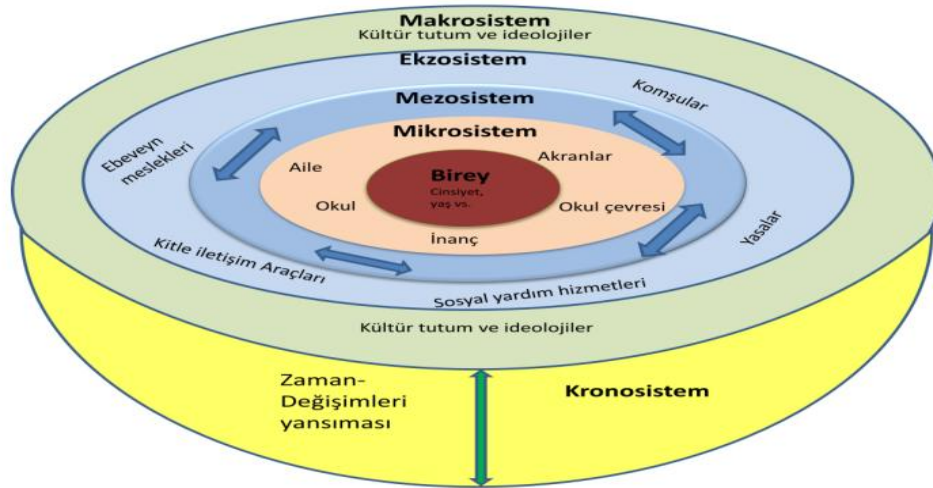
Ancak ruhsal hastalık tanılı ebeveynlerin ebeveynlik becerilerini geliştiren, ebeveyn- çocuk arasındaki ilişki dinamiklerini doğrudan destekleyen hizmet modellerinin olmayışı nedeniyle aile odağındaki hizmetler özellikle de çocuğun geri döndürülemez zararlara uğraması durumunda çocukta iyileşmesi zor travmalarla birlikte kurumlara karşı olumsuz tavır ve suçlamalara da yol açmaktadır. Bu açıdan bakıldığında asıl odaklanılması gereken çocuğun biyopsikososyal açıdan ihmal ve istismarının nasıl ele alıp önleyebileceğine ilişkin veriler oluşturup müdahale planlarının bu veriler ışığında düzenlenmesidir. Bu bağlamda, çocuğun maruz kaldığı ihmal ve istismarın erken tanınması, önlenmesi ve uygun müdahale süreçlerinin geliştirilmesi için sosyal hizmet disiplininin nasıl bir konum aldığı ve hangi kuramsal çerçevelerden beslendiği önem kazanmaktadır.

Çalışmanın bu zamana kadar olan kısmında ruh sağlığı ve çocuk koruma kavramlarına değinilmiş, bu alanlardaki uygulamaları şekillendiren mevzuat kısaca aktarılmış ve Türkiye’de halihazırda bu alanlarda sunulan hizmet modellerine yer verilmiştir. Bir sonraki bölümde ruh sağlığı ve çocuk korumanın kesişiminde yer alan ebeveyni ruhsal hastalık tanısı almış çocuklarla çalışmada sosyal hizmet disiplininin bakış açısı aktarılacaktır. Elbette sosyal hizmet uygulamalarında birçok farklı kuram ve yaklaşımdan faydalanılmaktadır. Ancak burada bu çalışmanın kuramsal zeminini de oluşturan ekolojik sistem yaklaşımı ve güçlendirme kuramına yer verilmiştir.

2.3. RUH SAĞLIĞI VE ÇOCUK KORUMANIN KESİŞİMİNDE SOSYAL HİZMET: EKOLOJİK SİSTEM KURAMI VE GÜÇLENDİRME YAKLAŞIMI

Hastane temelliden toplum temelli tedaviye geçiş aynı zamanda bir algılayış dönüşümü anlamına gelmektedir. 1960'lara kadar daha çok tıbbın bilgisinin hâkim olduğu bu alana sosyal bilimler de dahil olmuştur. Bu dönüşümün ardından bireyi çevresi içinde ele alarak "biyopsikososyal" bağlamda değerlendiren ekolojik sistem kuramı ruh sağlığı bilgisine yön vermede önde gelen anlayışlardan biri olmuştur. Benzer yıllarda yükselen sosyal refah devleti anlayışıyla birlikte çocuk koruma alanı da dönüşmüş, çocuk korumayı yalnızca yoksulluk ve hayırseverlik bağlamında ele alan bakış yerine çocuğu içinde bulunduğu aileyle ele alıp uygulamayı buna göre şekillendiren bir yaklaşım hâkim olmaya başlamıştır.

Ekolojik sistem kuramının odak noktası "çevresi içinde birey" kavramıdır (Zastrow, 2010). Bu kurama göre birey kendisini çevreleyen fiziksel ve sosyal çevre, toplumdaki kültürel yapı, değer ve normlardan etkilenir. Bu kuram "çevresi içinde birey" odağı ile birey, aile, grup ve/ veya toplulukların arasındaki sürekli etkileşimlerle ilgilenir (Teater, 2014).



Şekil 3. Ekolojik Sistem Yaklaşımı

Ekolojik sistem kuramında yer alan sistemler organizma, mikrosistem, mezosistem, ekzosistem, makrosistem ve kronosistemdir. Organizma kavramı birey ya da grubu ifade etmek için kullanılır ve sistemin merkezi olarak kabul edilir. Yaş, cinsiyet gibi bireysel özellikler bu kapsamda değerlendirilir. Organizma kuramında yer alan çeşitli sistemlerden etkilenirken, kendi gelişim ve davranışlarını şekillendirme noktasında da aktif bir katılımcıdır. Bu çalışmada “organizma” kavramı çalışmanın örneklem grubu olan ebeveyni ruhsal hastalık tanısı almış kişileri ifade etmektedir. Mikrosistem, organizmanın içinde yaşadığı ve günlük olarak etkileşimde bulunduğu aile, arkadaşlar, akranlar, okul ve topluluk ortamlarını ifade eder. Mikrosistem kapsamında “ruhsal hastalık ekseninde ebeveyn çocuk ilişkisi”, “sağlıklı ebeveyn ve/ veya diğer aile üyeleriyle ilişkiler”, “akraba, komşu, arkadaş ve akranlarla ilişkiler”, “eğitim, sağlık, çalışma, sosyal hizmet vb. sistemlerle ilişkiler”, ve “toplumla ilişkiler” ele alınacaktır. Mezosistem, organizmanın mikrosisteminde bulunan farklı bileşenleri (örn: okul-aile) arasındaki ilişkileri ifade eder. Bileşenler arasındaki ilişkilerin bireyin yaşamına etkisinin ne olduğunu sorgular. Mezosistem kapsamında “aile üyelerinin birbirleriyle ve akraba, komşu, arkadaş ve akranlarla ilişkileri”, “aile üyelerinin eğitim, sağlık, çalışma, sosyal hizmet vb. sistemlerle ilişkileri”, “eğitim, sağlık, çalışma, sosyal hizmet vb. sistemlerin birbirleriyle ilişkileri” “aile üyelerinin toplumla ilişkileri”, değerlendirilecektir. Ekzosistem, mikrosistem ve mezosistem üzerindeki etkileri aracılığıyla dolaylı yoldan bireyi etkileyen politikalar, çalışma ortamı (işyerindeki iklim), kitle iletişim araçları gibi sistemleri içerir. Makrosistem ise kültürel değerler, inançlar, yasalar ve kurumlar gibi bireyin içinde yaşadığı kültürel ve toplumsal bağlamı ifade eder. Ekzosistem ve makrosistem bağlamında ebeveyni ruhsal hastalık tanısı almış bireylerin içinde yaşadıkları kültür ve inanç sistemiyle ilişkileri, sağlık sisteminin kültür ve inanç sistemleriyle ilişkileri, yasalar ve kurumlar üzerinden bu bireylerin eğitim, çalışma, sağlık ve sosyal hizmet sistemleriyle ve politikalarla ilişkileri değerlendirilecektir. Kronosistem tarihsel olaylar, aile yapısındaki değişimler, kültürel değişimler, teknolojik gelişmeler gibi kırılma noktaları ile geçişleri içerir. Kronosistem kapsamında ise ruh sağlığını algılayıştaki dönüşüm üzerinden bu dönüşümün

ebeveyni ruhsal hastalık tanısı alan çocuklar üzerindeki etkisi ele alınmaya çalışılacaktır.

Ekolojik sistem kuramı, bireylerin yaşamını etkileyen sistemlerin çoklu etki düzeylerini değerlendirmek için bir çerçeve sunar. Bu teori bireylerin, mikro seviyeden (bireyler ve aileler) makro seviyeye (toplumsal ve kültürel yapılar) kadar değişen birbirinden etkilenen ve birbirini etkileyen bir dizi sistemin içinde gömülü olduğunu varsayar. Sosyal hizmet, bu sistemlerin her birinin müracaatçı üzerindeki etkisini göz önünde bulundurarak, onların ihtiyaçlarını daha iyi anlayabilir ve buna göre müracaatçının durumuna uygun uygulamalar geliştirebilir. Bununla birlikte ekolojik sistem kuramına yöneltilen bazı eleştiriler de bulunmaktadır. Bu eleştiriler şöyle sıralanabilir (Gambrill, 2012; Blundo, 2001):

- Bireyin failliğini göz ardı etmesi: Kuram sosyal yapı ve sistemlere uyumlanmaya çok vurgu yapıp, bireyin karar verme ve seçim yapma rolünü göz ardı etmiştir. Saleeby (2006)' ye göre kuram bireyin failliğini ve özerkliğini ihmal ettiği için eleştiriye açıktır.
- Birey- çevre etkileşiminde bireysel sorumlulukları merkeze alması: Birey-çevre uyumunda bireysel sorumluluğu önceleyen kuram güç ve eşitsizlik konularını ele almamıştır (Trevithick, 2012). Yoksulluk, ayrımcılık gibi eşitsizliklerin güç dinamiklerini nasıl etkilediğini anlamak için bir kuramsal çerçeve sunmamıştır. Dolayısıyla sınıfsal farklılıklar, kültürel çeşitlilikler, sosyal adalet, sosyal sorunların sosyal ve politik yapılarla ilişkisi gibi konular arka planda kalmıştır.
- İnsan deneyimlerini göz ardı etmesi: Ekolojik sistem kuramı insan deneyimlerinin sosyal, kültürel ve tarihsel boyutlarına gereken önemi vermemesi yönüyle de eleştirilmektedir.

Sonuç olarak bazı sınırlılıkları olsa da ekolojik sistem kuramı bireyler, aileler, topluluklar ile daha geniş sistemler arasındaki karşılıklı ve dinamik ilişkileri anlamak için bir bakış sunmaktadır (Teater, 2014). Ebeveyni ruhsal hastalık tanısı almış çocukların korunması ve güçlendirilmesi için müdahale önerileri

geliştirmeyi amaçlayan bu çalışmada, literatür ve bulguların analizinde herhangi bir eksiklik yaşanmaması için ekolojik sistem kuramının eleştirildiği noktalara bir yanıt niteliğinde olan güçlendirme yaklaşımı da kullanılmıştır. Çünkü ekolojik sistem kuramı, birey ile çevre arasındaki etkileşimleri anlamayı sağlarken, güçlendirme yaklaşımı ise bireylerin ve toplulukların kendi ihtiyaç ve sorunlarına ilişkin farkındalıklarının artmasının ve eyleme geçmelerinin yolunu açmayı sağlamaktadır.

Güçlendirmenin temel kavramı olan güç herhangi bir eylemin amaçlarını özgürce seçmek ve araçlara hükmetmek bağlamında eyleme yetisidir (Bauman, 2018). İnsanların, grupların ve toplulukların kendilerini ilgilendiren konular üzerinde hakimiyet kazandığı (Rappaport, 1987) sürekli değişen bir süreçtir, dolayısıyla güçlendirme faaliyetleri doğrusal değil diyalektik bir model izlemektedir. Güçlendirme yaklaşımı güçlü yanların keşfedilmesi, olumlu yönde değişim için çabalamanın desteklenmesi, maddi ve politik kaynakların artırılması ve adil biçimde dağıtılması, eşitsizliklerin giderilmesi gibi yollarla birey ve toplumun refahını arttırmayı amaçlamaktadır (Zimmerman, 2000). Literatür, bireyleri güçlendirmenin yanı sıra grupların toplu olarak güçlenmesi gerektiği üzerinde durmaktadır (Masterson ve Owen, 2006). Çünkü güçlendirme yaklaşımına göre “güçsüzlük” bireysel bir yetersizlik değildir. Toplumsal ve kurumsal yapı kaynaklı güçsüzlükler yaşanabilir. Güçlendirme üç temel düzeyde ele alınmaktadır (Thompson, 2016):

(1) Kişisel (bireysel) düzeyde güçlendirme insanların içsel olarak kendilerini hissetmeleri ve kendileri üzerinde gerçek anlamda kontrol hissine sahip olmaları demektir. (2) Kişilerarası düzey insanları frenleyen, alıkoyan anlam çerçevelerini zayıflatmayı ve kalıp yargılarla mücadele etmeyi gerektirir. Kişiler arası gücün kaynağı sosyal statüdür (sahip olunan ırk, cinsiyet, sınıf vb.) ve güçlenme yeni beceriler kazanarak yeni pozisyonlar edinilmesidir. (3) Yapısal düzeyde güçlendirme ise daha çok yasama, politika, finansal ve örgütsel süreçlere ilişkin değişikliklerle fırsat eşitliğinin sağlanmasıdır. Bu da yaş, cinsiyet, yapabilirlik (ability), engel durumu, ırk, gelir, sosyal sınıf, cinsel yönelim ya da başka herhangi bir farklılık biçiminden bağımsız olarak herkesin sosyal içerimini sağlamak

anlamına gelir (Masterson & Owen, 2006). Bu çalışmada ebeveyni ruhsal hastalık tanısı almış yetişkinlerin çocukluk çağı deneyimleri üzerinden üç düzeyde güçsüzleşmeye yol açan risk faktörleri ile güçlenmeyi destekleyen koruyucu faktörlerin neler olduğu anlaşılmasına çalışılacaktır.

Güncellenen 2014 tanımıyla birlikte “sosyal değişim ve gelişim ile sosyal uyum ve insanların güçlendirilmesini desteklemek (IASSW, 2014)” sosyal hizmet disiplininin ve uygulamalarının temel amaçlarından biri olmuştur. Sosyal hizmetin rolü, toplumda ezilen birey ve gruplarla etkileşimde bulunarak onları mümkün olan her şekilde desteklemek veya güçlenmelerine destek olmaktır (Kruger, 2000). Güçlendirme sürecinde sosyal hizmet uzmanları birbirinden ayrı sınırlar çizmeksizin mikro: kişisel, mezo: kişiler arası ve makro: yapısal düzeyde çalışmalar yürütür ve baskı ile ayrımcılığa karşı müracaatçıyla birlikte eyleme geçer. Bu bağlamda güçlendirmenin en az iki şartı vardır (Rappaport, 1981).; (1) İnsanların kendi yaşamlarında halihazırdaki sorun çözme biçimlerine bakmak ve bunu nasıl yaptıklarına ilişkin daha fazla bilgi edinmek. Aynı zamanda müracaatçıların bir sorun yaşarken kendi yöntemlerini kullanmalarının ortaya çıkardığı yaşamları üzerinde kontrol sahibi olma hissini anlamayı ve bu çözüm yollarını kapsayan sosyal politika ve programların üretiminde onlara destek olmayı gerektirir (Rappaport, 1981). Bir sorunun doğası gereği birçok çözümü olabilir. Çözümü üretenler farklı deneyimlere sahip farklı insanlar olabilir. Güçlendirme tepeden inme merkezi çözümler yerine; politikanın öznesi konumunda olan insanlardan başlayan ve aşağıdan yukarı biçimde yapılanan yerel ve kurum temelli çözümlere olanak tanır. Bunu sorunun bulunduğu ortam, çevre, mahalledeki farklı varsayımlar temelinde teşvik ederek standardize uygulamalar yerine kişiye, bölgeye, ülkeye özgü çözüm yollarına olanak tanır. Çünkü ebeveyn devlet modelinde bir çocuk olarak görülmekle dönüşüm sonrasında bir vatandaş olarak görülmek arasındaki fark büyüktür (Rappaport,1981).

Ruh sağlığı ve çocuk koruma alanlarının kesişiminden doğan bu çalışmada, ekolojik sistem kuramı ve güçlendirme yaklaşımı birbirinin tamamlayıcı biçimde kullanılmıştır. Ekolojik sistem kuramı, çocuğun yaşadığı riskleri ve ihtiyaçları çok

katmanlı bir şekilde çevresel bağlamı da dikkate alarak değerlendirmeye olanak tanırken; güçlendirme yaklaşımı hem çocuğun hem de ebeveynin bu risklerle baş etme kapasitesini artırmayı ve onları karar alma süreçlerinde aktif birer özne olarak tanımayı hedefler. Risk değerlendirme sürecinde ekolojik kuram sistemler arası etkileşimi temel alırken, güçlendirme yaklaşımı bireyin içsel ve çevresel kaynaklarını harekete geçirir. Müdahalelerin planlamasında ekolojik sistem kuramı, okul, aile, sağlık sistemi ve sosyal hizmetler arasında eşgüdümlü bir yaklaşımı teşvik ederken; güçlendirme yaklaşımı da bireyin sürece katılımını, öz yeterliliğini ve haklara erişimini önceler. Bu iki yaklaşım birlikte ele alındığında, kişisel ve yapısal düzeyde çok boyutlu ve hak temelli sosyal hizmet müdahaleleri için güçlü bir kuramsal zemin sunmaktadır. Bu zeminin kanıt temelli biçimde oluşturulması amacıyla ebeveynin ruhsal hastalığı durumunda çocuklar için risklerin ve koruyucu faktörlerin neler olduğunun bilinmesine ihtiyaç vardır. Çalışmanın bu kısmında ebeveynin ruhsal hastalığı üzerinden risk faktörü ve koruyucu faktör kavramları ele alınacak ve daha önce yapılan çalışmalarda elde edilen bulgular üzerinden ebeveyni ruhsal hastalık tanısı almış çocukların bireysel ve yapısal düzeyde karşılaştıkları çeşitli zorluklara ve bu zorluklarla baş etmede kullandıkları baş etme kanallarına değinilecektir.

2.4. EBEVEYNİN RUHSAL HASTALIĞI EKSENİNDE ÇOCUK OLMAK: ZORLUKLAR VE BAŞ ETME YOLLARI

Daha önce de değinildiği üzere ruh sağlığı alanındaki dönüşümle birlikte birçok ülkede toplum temelli tedavi modeline geçilmiştir. Benzer şekilde çocuk koruma alanında da aile temelli destek hizmetlerinin daha çok teşvik edildiği görülmektedir. Çalışmalar toplum temelli modelin hastalar için yeniden yatışları azalttığını ve sosyal işlevsellik ile uyumlanmayı artırdığını (Castillo ve diğerleri, 2019; Miyamoto , Hashimoto-Koichi, Akiyama ve Takamura, 2015) ve aile temelli destek hizmetlerinin ise çocukların iyi oluşunu, güvenliğini ve sağlıklı gelişimini desteklerken, onların katılımını teşvik eden, bütüncül ve hak temelli bir yaklaşım sunduğunu (Betancourt, Abrams, McBain ve Fawzi, 2010; Harkin, Stafford ve Leggatt-Cook, 2020) göstermektedir. Bu eğilimler birlikte değerlendirildiğinde ruhsal hastalık tanılı ebeveynlerin çoğunluğunun zamanlarının daha çok

evlerinde geçirdikleri ve ruhsal hastalık ekseninde ebeveynlik rollerini sürdürmek durumunda kaldıkları görülmektedir. Bazı çalışmalar birçok ruhsal hastalığın çocukluk ve ergenlik dönemlerinde başladığını (Erskine ve diğerleri, 2016; Polanczyk, Salum, Sugaya, Caye ve Rohde, 2015), küresel düzeyde çocuk ya da ergenlerin (10-19 yaş arası) en az %14'ünün bir ruhsal bozukluk yaşadığını (WHO, 2024) ve ebeveyni ruhsal hastalık tanısı almış kişilerde ruhsal hastalık görülme riskinin daha fazla olduğunu (Plass-Christl ve diğerleri, 2017; Homlong, Rosvold, Sagatun, Wentzel-Larsen ve Haavet, 2015) ortaya koymaktadır. Ancak güncel çalışma bulgularına ve biyopsikososyal açıdan risk grubunda olmalarına rağmen, ebeveyni ruhsal hastalık tanısı almış çocuklar, sağlık hizmetlerinin sunumunda ve çocuk koruma sisteminde çoğunlukla görünmezdir. Yapılan çalışmalar ruhsal hastalık tanılı ebeveynin hastalık temelinde şekillenen davranışlarının çocuklar üzerinde doğrudan olumlu ve olumsuz etkileri olduğunu (Aldridge ve Becker, 2004; Riebschleger, 2004) ve bu çocukların daha görünür kılınması gerektiğini (Gladstone, Boydell ve McKeever, 2006; Saragosa ve diğerleri, 2022) ortaya koymaktadır.

Dünya genelinde ruh sağlığı sorunlarının yaygınlığı ve etkileri göz önüne alındığında, bireylerin yaşam boyu iyi oluşlarını desteklemenin en etkili yollarından birinin erken tanı ve müdahale olduğu açıktır. Bu bağlamda, birçok ülkenin ruhsal hastalıkların önlenmesini bir halk sağlığı önceliği haline getirmeye çalıştığı görülmektedir (WHO, 2021). Ebeveyni ruhsal hastalık tanısı almış çocuklar hem gelişimsel süreçlerinin hassasiyeti hem de içinde buldukları çevresel koşullar nedeniyle özel bir risk grubunu oluşturmaktadır. Önceki bölümde de ifade edildiği üzere bu çocuklar ruh sağlığı ve çocuk koruma sistemlerinin kesişiminde yer almalarına rağmen çoğunlukla bu sistemler içinde görünmez kalmakta ve özgül ihtiyaçları yeterince karşılanmamaktadır. Bu nedenle, ebeveyni ruhsal hastalık tanısı almış çocukların maruz kaldığı risk faktörlerinin belirlenmesi ve bu riskleri azaltabilecek, önleyebilecek koruyucu unsurların tanımlanması bireysel ve politika düzeyinde yapısal müdahaleler için bütüncül bir yaklaşımın geliştirilmesi açısından kilit bir öneme sahiptir.

Teknik anlamda "risk" kavramı belirli koşul ya da koşullar dizisi bağlamında olumsuz bir olayın gerçekleşme olasılığını açıklamak için kullanılır. Risk faktörleri ise bu olaydaki belirteçler ve nedenlerdir (Fraser, Gallnsky ve Richman, 1999). Risk faktörleri, "bir sorunun oluşma, devam etme veya şiddetlenme olasılığını artıran herhangi bir olay, durum veya deneyim" olarak tanımlanabilir (Fraser ve Terzian, 2005). Kişinin hayatı boyunca yaşayacağı riskler hem mizaç, cinsiyet, genetik faktörler gibi kişisel özellikleri hem de aile, okul, içinde yaşanılan çevre ve toplumla etkileşimlerden doğan ve bunlarla iç içe geçmiş deneyimleri içerebilir. Dolayısıyla riskleri bireysel, çevresel, sosyal riskler vb. olarak ayrı ayrı düşünmek yerine birbiriyle ilişkilerini göz önünde bulundurup bir bütün olarak ele almak gerekir. Çalışmalar tek başına bir risk faktörünün olmadığını, eş zamanlı olarak ortaya çıkan, birbirlerini tetikleyen bir dizi risk faktörünün bir arada ortaya çıktığını, risk faktörleri arttıkça sorun yaşama olasılığının arttığını, yaşanan sorunların tek bir olumsuz durumdan ziyade biriken bir dizi olaydan oluştuğunu göstermektedir (Garmezy, 1993). Birden fazla risk faktörüne maruz kalmakla birlikte öngörülen olumsuz sonuçları yaşamayan çocuklar olduğunu gösteren çalışmalar (Garmezy, 1993) neticesinde araştırmacılar dikkatlerini dezavantajlı çocukların yaşamlarını keşfetmeye çevirmişlerdir. "Neden bazı bireyler, önemli bir baskı unsuru altında uyumlu bir şekilde işleyişini sürdürebilirken, diğer bireyler bu seviyede bir adaptasyon sergileyemez?" sorusu riskleri çalışan araştırmacıların psikolojik dayanıklılık konusuna ve koruyucu faktörlere yönelmesine zemin hazırlamıştır. Koruyucu faktörler; risk yaratan durumların ve olumsuz yaşam olaylarının etkisini azaltan ya da ortadan kaldıran, bireyin yeterliklerini ve uyumlanmasını destekleyen durumlardır (Masten, 1994). Risk faktörleri ve koruyucu faktörler arasındaki doğrusal olmayan ve birbirini etkileyen ilişkilere odaklanmak, koruyucu faktörler için tanımlanan değişkenleri, risk faktörleri için tanımlanan değişkenlerin tam tersi olarak düşünmekten vazgeçmeyi gerektirir (Hawkins, Catalano ve Miller, 1992). Koruyucu faktörler maruz kalınan belirli bir riske yanıt olarak kullanılan bireyden bireye farklılık ve çeşitlilik gösteren kaynaklardır. "Ebeveynin ruhsal hastalığı" çok yönlü risk faktörlerine yol açan bir fenomen olduğundan, çocuğun korunması da çok yönlü risk değerlendirmeleri ile koruyucu- önleyici müdahale kombinasyonlarını bir arada kullanılmayı gerektirir. Bu çalışmada risk

faktörleri ebeveynin ruhsal hastalığı bağlamında çocukların biyopsikososyal yönlerden ihmal ya da istismarlarına yol açabilecek ya da zemin hazırlayabilecek olay, durum ve deneyimleri ifade etmektedir. Koruyucu faktörler ise ebeveynin ruhsal hastalığı sürecinde olası riskleri önleyerek çocukların iyilik hallerini destekleyecek olay, durum ve deneyimleri ifade etmektedir. Bu alanda yapılan çalışmalar daha çok tıp kökenli çalışmalardır ve çocukların ruhsal hastalık yaşama riskleri ile farklı değişkenler arasındaki ilişkileri incelemektedir. Bu çalışmalar neticesinde bazı risk faktörleri tespit edilmişse de doğrudan ebeveyni ruhsal hastalık tanısı alan çocuklar için risk faktörleri ve koruyucu faktörleri tespit etmeyi amaçlayan çalışmalar sınırlıdır (Radicke, ve diğerleri, 2021). Çalışmanın bu bölümünde ebeveyni ruhsal hastalık tanısı almış çocuklar için çeşitli risklere zemin oluşturan zorluklara ve ardından da çocukların zorlu deneyimler karşısında benimsedikleri baş etme yollarına değinilecektir.

2.4.1. Ebeveynin Ruhsal Hastalığın Çocuk Üzerindeki Çok Boyutlu Etkileri: Deneyimler ve Kırılganlıklar

Ebeveynin ruhsal hastalığı bir sağlık sorunu olmanın yanı sıra aile sistemi içinde çok katmanlı etkiler yaratan bir olgudur. Bu bağlamda, ruhsal hastalık tanılı bir ebeveynle büyüyen çocukların deneyimleri, aile içi ilişkilerden sosyal çevreyle etkileşime, duygusal yükten gelişimsel risklere kadar geniş bir yelpazeye yayılmaktadır. Çocuklar çoğu zaman ebeveynlerinin bakım verme kapasitesindeki dalgalanmalarla başa çıkmak, aile içi belirsizlikle uyum sağlamak, duygularını bastırmak ve aynı zamanda kendi gelişimsel süreçlerini sürdürmek zorunda kalmaktadır. Bu süreçte biyopsikososyal yönden karşılaştıkları zorluklar onların görünmez risklerle çevrili hale gelmelerine neden olmaktadır. Bu bölümde daha önce yapılmış bazı çalışmalarda çocukların karşı karşıya kaldıkları, risk unsuru olarak kabul edilebilecek zorluklara yer verilmiştir:

Tutarsız Ebeveyn- Çocuk İlişkisi, Var Olan Ebeveynin Yokluğu

Çalışmalarda ebeveynle kurulan iletişimin genel olarak tutarsız ve kafa karıştırıcı bulunduğu ve bu nedenle ebeveyne duyulan güvenin azaldığı (Somers, 2007; Valiakalayil, Paulson ve Tibbo, 2004); ilişkideki ikircikli durumlar, güvensizlik ve

ebeveynin duygusal ve fiziksel yokluğu gibi nedenlerle çocuklarda korku, kaygı, endişe, kayıp, utanç ve yalnızlık gibi duyguların ortaya çıktığı (Mordoch ve Hall, 2008; Dunn, 1993; Knutsson-Medin, Edlund ve Ramklint, 2007) bulunmuştur. Araştırmalar özellikle diğer yetişkinlerin ebeveynin hastalığını çocuğun doğumuyla ilişkilendirdiği ailelerde büyüyen ya da hasta olan ebeveyni rahatsız etmemeleri talep edilen çocuklarda kendini suçlama, reddedilmişlik ve düşük benlik saygısı duygularının görüldüğünü ortaya koymaktadır (Focht-Birkerts ve Beardslee, 2000; Hedman Ahlström, Skärsäter ve Danielson, 2011; Grant, Repper ve Nolan, 2008; Handley, Farrell, Josephs, Hanke ve Hazelton, 2001). Birçok çalışma çocukların ruhsal hastalığa ilişkin bilgisizlikleri nedeniyle ebeveynlerini tanıma, anlama ve ebeveynlerinin durumunu yönetme çabalarının arttığını (Mordoch, 2010; Fudge ve Mason, 2004; Garley, Gallop, Johnston, ve Pipitone, 1997; Cogan, Riddell ve Mayes, 2005), ortaya koymaktadır. Ayrıca çalışmalar çocukların ebeveynlerinin iyileşmeyeceğine ilişkin endişe duyduklarını (Meadus & Johnson, 2000), ebeveynleri gibi hasta olmaktan korktuklarını (Handley, Farrell, Josephs, Hanke, ve Hazelton, 2001; Riebschleger, 2004; Somers, 2007; Foster, 2010), çoğunlukla duygu ve düşünceleri ile baş başa kaldıklarını (Meadus ve Johnson, 2000; Handley, Farrell, Josephs, Hanke ve Hazelton, 2001; Ostman, 2008) göstermektedir. Ebeveynin duygusal ve fiziksel yokluğu çocuklarda kendi kendilerine yardım etmeleri ve yaralarını kendilerinin iyileştirmeleri gerektiği algısına yol açmaktadır. Çalışmalar çoğu ailede hastalık hakkında konuşmanın bir sessizlik paradoksuna dönüştüğünü göstermektedir (Trondsen, 2012; Ahlström, Skärsäter ve Danielson, 2007).

Aile Yapısında Dönüşümler, İstismar ve Bakım Verme

Yapılan çalışmalar tanı öncesi semptom görülme dönemi de dahil olmak üzere tanı ve tedavi süreçlerinde aile içi dinamiklerde değişim olduğunu göstermektedir. Boyd (2008)'a göre, ruhsal hastalıklar ailenin var olan rutinlerini, aile içindeki rol ve sorumlulukların dağılımını, iletişim örüntülerini, baş etme ve problem çözme becerilerini etkilemektedir (Buldukoğlu, Bademli, Karakaya, Göral ve Keser, 2011). Ruhsal hastalıkla birlikte aile uyumu bozulmakta ve ailenin yaşam döngüsü değişime uğramaktadır. Aile içinde çatışmalar yaşanmakta ve bu

çatışmalar zaman zaman boşanmayla sonuçlanmaktadır (Ostman ve Hansson, 2002). O'Connell (2008)'in çalışmasında elde ettiği bulgulara göre annenin ruhsal hastalığının olduğu ailelerde ebeveynler birbirleri ve çocukları ile çatışma yaşamakta ve zaman zaman birbirlerine şiddet uygulamaktadır ki bu da çocuğun yüksek düzeyde duygusal istismarına yol açmaktadır. Bazı araştırma bulguları çocukların ihmal ve istismara maruz kaldıklarını ortaya koymaktadır (Somers, 2007). Dunn (1993) tarafından yapılan bir çalışmada çocukların ihmal ve istismar içeren kaotik bir aile hayatı yaşadıkları bununla birlikte hasta olan ebeveynlerine karşı sadakat ve suçluluk hissettikleri bulunmuştur. 2010 yılında Foster tarafından yapılan bir çalışmada ise katılımcıların yarısından fazlası duygusal, fiziksel ya da cinsel istismara maruz bırakıldığını ve istismarın zaman zaman hasta olmayan ebeveyn tarafından işlendiğini belirtmiştir.

Ebeveyni ruhsal hastalık tanısı almış çocukları konu edinen ve farklı yıllarda yapılan çalışmaların ortak bulgularından biri "bakım verme" konusudur. Çalışmalar doğum sırası ve cinsiyete göre farklılık göstermekle birlikte çocukların sorumluluk düzeylerinin arttığı, bakım veren rolü üstlendikleri, aile üyelerine destek verdikleri, hasta ebeveynlerini koruma eğilimi gösterdikleri (Khalifeh, Murgatroyd, Freeman, Johnson ve Killaspy, 2009; (Trondsen, 2012; Ahlström, Skärsäter ve Danielson, 2007; Ahlström, Skärsäter ve Danielson, 2009), ev işleriyle işlerle ilgilendikleri (Aldridge ve Becker, 2004; Aldridge, 2006; Van Parys ve Rober, 2013; Pihkala, Sandlund ve Cederström, 2012; Fjone, Ytterhus ve Almvik, 2009) yönündedir. Özellikle annenin ruhsal hastalığı durumunda çocuğun bakım süreci aile içinde sorun haline gelmektedir ve çoğunlukla baba çalıştığından çocuklar bakımla ilgili sorumluluk almamaktadır (Pölkki, Ervast, & Huupponen, 2004).

Okul Yaşamına Katılım, Düşük Akademik Başarı ve Davranışsal Sorunlar

Çocukların okul yaşantısına ilişkin çalışma bulguları iki farklı uçta gruplanmıştır. Ruhsal hastalıklar hakkındaki bilgisizlik ya da yanlış bilgilenmenin yol açtığı damgalama, okulu çocuklar için riskli bir yer haline getirirken; bazı çalışmalar okulun çocuklar için bir "nefes alanı" olduğunu da göstermektedir. Çocuklar ruhsal hastalıklara ilişkin olumsuz düşüncelerin yaygın olduğunu ve çoğu insanın

ruhsal hastalıklardan korktuğunu (Ostman, 2008), diğer çocukların ebeveynlerinin durumunu bilmesi halinde okulda damgalama ve zorbalığa maruz kaldıklarını dile getirmişlerdir (Larsson, Knutsson-Medin ve Sundelin, 2000; Aldridge ve Becker, 2004; Ali, Ahlström, Krevers ve Skärsäter, 2012; Griffiths, Norris, Stallard ve Matthews, 2012).

Evdeki aile iklimi ve bakım verme yüküne bağlı olarak ruhsal ve fiziksel olarak yorgun olan çocuklar zaman zaman sınıfta uyuyakalmakta, bu da okul rutinlerinin aksamasına ve akademik başarılarının düşmesine yol açmaktadır (Garley, Gallop, Johnston ve Pipitone, 1997; Mordoch ve Hall, 2008; Pölkki, Ervast ve Huupponen, 2004). Bazı çalışma bulguları okulda çoğu kişinin ebeveyninin hastalığı hakkında dedikodu yaptığı düşüncesiyle çocuklarda benlik saygısının düştüğü, çocukların damgalanma endişesiyle hastalık kaynaklı sıkıntılarını kimseyle paylaşamayarak içine attıkları, sağlıklı ebeveyni olan arkadaşlarına öfke duydukları, zaman zaman okulda zorbalıklara maruz kaldıkları ya da zorbalık uyguladıkları yönündedir (Pölkki, Ervast ve Huupponen, 2004; O'Connell, 2008; Foster, 2010). Bazı çalışmalar da bu çocukların akran grubu ve sosyal çevreyle olumsuz ilişkiler kurduklarını, madde kullanımı ve suça yönelme gibi riskli davranışlar sergilediklerini ortaya koymaktadır (Oyserman, Mowbray, Meares ve Firminger, 2000; Nathiel, 2007).

Ruhsal Hastalığa İlişkin Bilgisizlik ve Sağlık Hizmetleriyle Bağlantı

Araştırmalarda ebeveyni ruhsal hastalık tanısı almış çocukların hastalığın ne olduğu, ne gibi belirtilerinin olduğu, yaşamlarını nasıl değiştireceği, ne kadar süreceği, kendilerinin hastalık geçirme riski, hastalık sürecinde neler yaşayacakları gibi konularda bilgi almaya ihtiyaçlarının olduğu, ebeveynin tekrar hastaneye yatmasından korktukları ve hastalık öncesi yaşama dönmek istedikleri görülmektedir (Kinsella, Anderson ve Anderson, 1996; Riebschleger, 2004; Pölkki, Ervast ve Huupponen, 2004; Knutsson-Medin, Edlund ve Ramklint, 2007). Araştırmalar teşhis sonrasında da çocukların sağlık sistemiyle ilişkilendirmelerinin zayıf olduğunu, sağlık ekibinde bulunan meslek elemanlarından bilgi ve destek alamadıklarını, aktif çaba harcamaları durumunda ise ancak diğer aile üyelerinden bilgi alabildiklerini, bu bilgi eksikliğinin ıssızlık ve yalnızlık

duygularına yol açtığını, ancak bununla birlikte hastaneyi ebeveynleri için güvenli bir yer olarak algıladıklarını göstermektedir (Riebschleger, 2004; Somers, 2007; Foster, 2010; Van Parys, Smith, ve Rober, 2014).

Sosyal Çevreyle İlişkiler ve Damgalanma

Ebeveyni ruhsal hastalık tanısı almış çocuklarla yapılan araştırma sonuçları hastalığın çoğu ailede utanç verici bir sır olarak görüldüğünü, çocukların damgalanma korkusu nedeniyle ebeveynlerinin hastalığını çoğunlukla çevrelerinden gizlediklerini, uzun dönem yataklı tedavinin çoğunlukla hem ebeveynde hem çocukta damgalanmayla sonuçlandığını, çocukların zaman zaman akranları tarafından zorbalığa maruz bırakıldıklarını, bu gibi nedenlerle çocukların kendilerini izole ettiklerini ve sosyal destek sistemlerinin zayıf olduğunu göstermektedir (Kinsella, Anderson ve Anderson, 1996; Oyserman, Mowbray, Meares ve Firminger, 2000; Diaz-Caneja ve Johnson, 2004; Nathiel, 2007; Tabak ve diğerleri, 2016).

Yapılan çalışmalar akraba, komşu ve arkadaşlar gibi sosyal çevre ile olan ilişkilerde çocukların damgalayıcı tutumlardan mustarip olduğunu ortaya koymaktadır (Ali, Ahlström, Krevers ve Skärsäter, 2012; Fudge ve Mason, 2004; Griffiths, Norris, Stallard ve Matthews, 2012; Cogan, Riddell ve Mayes, 2005). Ahlström ve arkadaşlarının 2007 ve 2009 yılında yaptıkları çalışmalar arkadaş ve akrabaların destekleyici davranmadıklarını göstermektedir. Nitekim çocuklar ebeveynlerinin hastalığına bağlı olarak dahil oldukları sosyal çevredeki (mahalle ağlarındaki) akran grubu ve sosyal çevreyle kötü ilişkiler kurabilmektedir (Larsson, Knutsson-Medin ve Sundelin, 2000; Mordoch ve Hall, 2008). Damgalanma bir bakıma çocukların olumsuz deneyimleri için bir çatı oluşturma niteliğindedir.

Deneyimlerde görüldüğü üzere ebeveynin ruhsal hastalığı çocukların birçok duyguyu bir arada yaşamasına neden olmaktadır. Bir çalışmada çocuklar bu durumu “duygu gökkuşağı” olarak tanımlamışlardır (Pölkki, Ervast, & Huupponen, 2004). Bu farklı duygular çocukları hem pozitif hem negatif yönde etkilemektedir. John Dewey ve Freire’ye göre düşünmek ve hissetmek birbirinden ayrılmaz bir

bütündür (Lee, 2001). Yukarıda anlatılan birtakım nedenlerle kendisinin “normal” bir ebeveyne sahip diğer çocuklardan farklı olduğunu düşünen, bu nedenle kendini baskı altında hisseden çocuklar olabileceği gibi, tersi yönde düşünen ve hisseden çocuklar da vardır.

2.4.2. Ebeveyni Ruhsal Hastalık Tanısı Almış Çocuklar İçin Koruyucu Faktörler: Baş Etme Kanalları

Koruyucu faktörler kavramı bireylerin içinde buldukları duruma uyumlanarak baş etme sürecini anlatıyor denilebilir. Darwin’in “Survival of the fittest” sözüyle anlattığı, Jack London’ın tüm roman ve öykülerinde atıfta bulunduğu en zalim, en zorlu koşullarda hayatta kalma çabası gösteren insanın dayanakları koruyucu faktörlerdir. Bu çalışmada da koruyucu faktörler ile ebeveynlerinin ruhsal hastalığı ekseninde olumsuz yaşam olaylarına maruz kalan çocukların hayatta kalma becerilerini ve yeterliklerini geliştiren ortam ve özelliklerden söz edilmektedir. Ebeveyni ruhsal hastalık tanısı almış çocuklar için koruyucu faktörler doğuştan gelen kişilik özellikleri olabileceği gibi, aynı zamanda gelişimsel sürece etki eden ilişkisel (bakım veren- çocuk ilişkisi, ebeveynler arası ilişki, öğretmen- çocuk ilişkisi, toplumla ilişkiler vb.) ve çevresel özellikler de olabilir.

İnsan ırkının zorlayıcı koşullar altında “hayatta kalma çabası” uzun yıllar birçok bilim dalının önde gelen merak konularından biri olmuştur. Psikoloji bilimi de insanın bilişsel ve psikolojik gelişimi bağlamında bu konuyu incelemiştir. Ortaya atılan temel teorilerden elde edilen bilgi kümesi “baş etme yöntemleri, yılmazlık” gibi kavramlar çerçevesinde insanın sağkalım stratejilerine ilişkin açıklamalar sunmaktadır. Ebeveyni ruhsal hastalık tanısı almış çocuklarla yapılan çalışmalarda yalnızca çocukların olumsuz deneyimlerine yer verilmemiştir. Araştırmalar çocukların bu süreçteki anlam oluşturma ve baş etme süreçlerine ilişkin bulgular da sunmaktadır. Bu bulgular tüm zorluklarına rağmen, çocukların bu süreci bir “içsel gelişim, olgunlaşma” olarak gördüklerini göstermektedir (Pölkki, Ervast ve Huupponen, 2004; Ostman ve Hansson, 2002). Çocukların hastalığı ve etkilerini yeniden çerçeveleyerek anlam oluşturdıkları ve bu anlam çerçeveleri bağlamında baş etme yöntemleri belirledikleri görülmektedir.

Jasmin Lee Cori (2017)'nin *Annenin Duygusal Yokluğu* kitabında anlattığı üzere insanlar içlerindeki ebeveyn imajını zedelemekten, ebeveynleriyle aralarındaki hassas ilişkiyi bozmaktan korktukları için zihinlerinin özelinde dahi bakım verenleri olan ebeveynlerini eleştirmekten korkarlar. Bunun altındaki temel nedenin ise yetersiz sevgi görmenin yarattığı hayal kırıklığı, acı ve öfkeden gizlenmek olduğunu dile getiren Lee Cori iyileşmenin ve güçlenmenin tecrübe etmeye değer bir yolculuk olduğunu vurgulamaktadır. Yapılan çalışmalar çocukların kullandıkları baş etme yöntemleri ile kendi iyilik hallerini korumaya ve artırmaya çalıştıklarını göstermektedir.

Bu çalışmada baş etme kavramı ile ebeveyni ya da ebeveynleri ruhsal hastalık tanısı almış çocukların gündelik yaşam deneyimlerini yönetme biçimleri aktarılmıştır. Çocuklarla yapılan çalışmalarda baş etmeyi “durumu kurtarma, yönetme, uyumlanma, izleme” gibi sözcüklerle ifade ettikleri görülmüştür (Garley, Gallop, Johnston ve Pipitone, 1997; Ahlström, Skärsäter ve Danielson, 2007; Grant, Repper ve Nolan, 2008). Çocuklar ebeveynlerinin hastalığını kabullenmede ya da yönetmede farklı baş etme yöntemleri kullanmaktadırlar (Focht-Birkerts ve Beardslee, 2000; Mordoch ve Hall, 2008; Meadus ve Johnson, 2000). Bu çalışmada çocukların benimsedikleri baş etme becerileri Lahad (1997) tarafından tanımlanan baş etme modeli çerçevesinde ele alınmıştır. Freud, Erickson, Adler, Jung, Frankl, Rogers, Lazarus gibi önemli bilim insanlarının teorilerinden yararlanan ve stres altındaki insanların başa çıkma mekanizmalarını inceleyen Lahad (1992) insanların benimsediği baş etme yöntemlerini “BASiC-Ph” modeli ile açıklamaktadır (Lahad, 2017). Bu modelde her harf insanların benimsediği bir baş etme kanalını ifade etmektedir.

-B (Belief): İnanç/ inanış kanalı. Zorlu yaşam olayları karşısında insana rehberlik eden inanç ve değerleri ifade eder. Burada inanç ile kastedilen yalnızca dini inançlar değildir. Yaşama dair geliştirilen anlam ve inanışlar ile siyasi görüşler bu kapsamda değerlendirilir. Ayrıca kendiliğe ilişkin inşa edilen “güçlü olma” inancı ve kendini gerçekleştirme ihtiyacı da inançlar kategorisinde yer alır. Valikalayil ve arkadaşları (2004) ebeveyni ruhsal hastalık tanısı almış çocuklarla yaptıkları çalışmada çocukların dua etmeyi bir baş etme yöntemi olarak kullandıklarını

bulmuşlardır. Cogan ve arkadaşlarının (2005) yaptığı karşılaştırmalı nitel çalışma, çocukların ruhsal hastalıklar hakkındaki bilgilerinin hastalığa ilişkin inançlarına etki ettiğini ve bunun da baş etme yöntemi geliştirmelerini etkilediğini ortaya koymuştur. İlgili çalışmada ebeveynini hastanede ziyaret eden çocukların ebeveyninin durumunun bir hastalık olduğuna inanma olasılıklarının daha yüksek olduğu bulunmuştur. Ayrıca çocuklar geçmişteki istismarlar ile yaşanan yerin çevresel ve sosyal anlamda olumsuz koşullara sahip olmasının ruhsal hastalıklara neden olduğuna inandıklarını dile getirmişlerdir. Çocuklardan bazıları ise ebeveyninin beynindeki bir sorun nedeniyle hasta olduğuna inandığını belirtmiştir. Çocukların hastalığa ilişkin genel inanışlarını belirleyen şeyin kendi deneyimleri olduğu görülmektedir. Bir çalışmada ruhsal hastalıkların diğer hastalıklar gibi olduğuna inanmanın bir baş etme yöntemi olarak kullanıldığı ortaya çıkmıştır (Meadus ve Johnson, 2000).

-A (Affect): Duygu kanalı. Ağlama, gülme, deneyimlerini biriyle paylaşma gibi duygu ifadeleri kullanarak bir durumla baş etmektir. Hissettiklerini yansıtan müzik, yazı ya da resimler aracılığıyla sözel olmayan yollarla duyguların ifadesi de bu kapsamda yer alır. Fjone ve arkadaşlarının (2009) çalışmasında çocukların duygu kanalını kullanarak sanatsal faaliyetler yoluyla ebeveynlerinin hastalık süreciyle baş ettiği bulunmuştur. Çocuklar günlük yazarak (Valiakalayil, Paulson ve Tibbo, 2004) hislerini aktarma yoluyla da bu süreçte duygu kanalını kullanmaktadır.

Ebeveyne bakım vermenin çocuklar için ne kadar uygun olduğu tartışılmakla birlikte bakım verme sürecinde çocuklar bir duygu yumağı yaşamaktadır. Özellikle ebeveynin alevlenme dönemlerinde öfke ve hayal kırıklığı (Griffiths, Norris, Stallard ve Matthews, 2012) hisseden çocukların, duygularını içeride tutarak ve ebeveyne duygusal mesafe koyarak (Pölkki, Ervast ve Huupponen, 2005) süreci yönettikleri görülmektedir. Bazı çalışmalar ebeveynlerin durumunun iyi olduğu günlerde hissedilen ebeveyn şefkati ile sıcak aile ikliminin çocukların iyilik hallerini güçlendirdiğini, süreçle baş etmelerini kolaylaştırdığını ortaya koymaktadır (Rose ve Cohen, 2010; Riebschleger, 2004). Van Prays ve Rober (2013) ile Ostman (2008)'in çalışmaları ebeveynin durumuna ilişkin endişeleri bir

arkadaş, yakın aile üyeleri ya da sağlıklı olan ebeveyn ile paylaşmanın çocukların kendilerini daha “normal” hissetmelerini sağladığını göstermektedir.

-S (Social): Sosyal kanal. Bir gruba ait olmaktan, sosyal bir rol üstlenmekten ve bir örgütün/grubun parçası olmaktan destek almayı ifade eder. Ebeveyni ruhsal hastalık tanısı almış çocuklarla yapılan çalışmalar büyükanne, dede, teyze, amca gibi yakın aile üyelerinden oluşan gruptan duygusal destek almanın, bu grupla aidiyet geliştirmenin hastalığı yönetme süreçlerine olumlu etkisi olduğunu ortaya koymaktadır (Handley, Farrell, Josephs, Hanke ve Hazelton, 2001; Mordoch ve Hall, 2008; Valiakalayil, Paulson ve Tibbo, 2004; Ahlström, Skärsäter ve Danielson, 2007; Ahlström ve Skärsäter, 2009). Hastalık ya da evdeki durumlar hakkında konuşmalar da arkadaş gruplarına dahil olmanın bir baş etme yöntemi olarak kullanıldığını gösteren çalışmalar bulunmaktadır (Garley, Gallop, Johnston ve Pipitone, 1997; Meadus ve Johnson, 2000; Fjone, Ytterhus ve Almvik, 2009; Maybery, Reupert, Patrick, Goodyear ve Crase, 2009). Ayrıca benzer deneyimleri yaşayan çocuklarla arkadaş olmanın, bu çocukların katılımına açık grup çalışmalarına katılmanın, birbirleriyle deneyim ve öneri paylaşmanın çocuklarda sağaltıcı ve güçlendirici bir etki sağladığını gösteren araştırma bulguları vardır (Riebschleger, 2004; Mordoch ve Hall, 2008; Somers, 2007; Garley, Gallop, Johnston ve Pipitone, 1997).

- I (Imagination): Hayal gücü ve yaratıcılık kanalı. Odağı sorunlardan başka yöne çevirmek için hayal kurma, iyi düşünceler ya da güdümlenmiş görsellik gibi yolların kullanılmasıdır. Çözümler hayal etmek için sanat (yaratıcı resimler yapmak, yazılar yazmak vb.), hayaller ve rüyalar kullanılabilir. Sorunlarla baş etmede mizah etkin olarak kullanılır. Çalışmalar bazı çocukların sessiz kalıp şiir ya da mektup yoluyla olumsuz duygularını yazdığını, okul etkinliklerini bir eğlence aracı olarak kullandıklarını göstermektedir (Ahlström, Skärsäter ve Danielson, 2007/2009). Ebeveynin ya da ebeveynlerin ruhsal hastalık tanısı aldığı ailelerde çocuklar aile üyelerindeki yoğun stresi azaltmak için mizahı kullanmakta, aile üyelerini teselli etmekte ve onları üzecek şeyler yapmaktan kaçınmaktadır (Mordoch, 2010; Van Parys ve Rober, 2013; Griffiths, Norris, Stallard ve Matthews, 2012). Böyle ailelerde hasta ebeveynin aile ortamında ve hane içi

işlerde yer almasını (Pölkki, Ervast ve Huupponen, 2005) dileyen çocuklar genellikle ebeveynlerin ilişkilerinde devamlılık ve tutarlılık olduğunu (Riebschleger, 2004), aileleriyle birlikte yaşadıklarını (Aldridge ve Becker, 2004; Mordoch ve Hall, 2008) hayal ederler.

- C (Cognition): Biliş- düşünce kanalı. Bilgi toplama, problem çözme, kendinle içsel konuşmalar yapma (internal conversation), kendi iç yolunu bulma (self navigating) bu kapsamda yer alır. Analitik düşünme yoluyla tercih ya da yapılacaklar listeleri oluşturulur. Çalışmalar çocukların yoğun biçimde bilişsel kanalı kullandıklarını, ancak hastalık hakkındaki yanlış bilgilenme ya da bilgi yetersizliği (Ahlström, Skärsäter ve Danielson, 2007/2009; Cogan, Riddell ve Mayes, 2005; Valiakalayil, Paulson ve Tibbo, 2004) nedeniyle çoğunlukla gözlem yoluyla bilgi toplayarak yaşamlarını planladıklarını ortaya koymaktadır. Mordoch (2010) ile Pölkki ve arkadaşlarının (2005) çalışmaları doğum sırasına göre farklı düzeylerde olsa da çocukların hastalık hakkında bilgi sahibi olmayı istediklerini ortaya koymuştur. Çalışmalar çocukların öğretmenleri ya da ruh sağlığı alanında çalışan meslek elemanları ile konuşmak istediğini göstermektedir (Handley, Farrell, Josephs, Hanke ve Hazelton, 2001; Ostman, 2008). İlgili kişilerden bilgi alan çocuklar bunun anlam oluşturma süreçlerinde en yararlı şey olduğunu ifade etmişlerdir. Ebeveynlerinin hastalığı hakkında bilgilenen çocukların hastalık semptomlarını tahmin ederek yorumladıkları (Focht-Birkerts ve Beardslee, 2000; Pihkala, Sandlund, ve Cederström, 2012), ebeveynlik ile hastalığa bağlı davranışları ayırt ettiklerinden mutsuzluk, acı duygularının azaldığı görülmüştür (Ali, Ahlström, Krevers ve Skäräster, 2012; Mordoch ve Hall, 2008). Bilgilenme neticesinde ebeveyn ve çevreleri ile yakınlık ve açık iletişimin arttığı (Pihkala, Sandlund ve Cederström, 2012), izolasyonun azaldığı (Cogan, Riddell ve Mayes, 2005; Fudge ve Mason, 2004) görülmüştür.

Bilgi alma gerçekleştiği zaman ebeveynin atak/ alevlenme dönemlerinde çocuklar bu dönemin geçeceğini, ebeveynin zaman ve alana ihtiyacı olduğunu bilirler, bu nedenle yakın ilişki yerine ebeveyne mesafe koyarlar (Riebschleger, 2004). Hastalığa ilişkin anlamlandırmaların bu yönde değişimi çocukların etkili baş etme yöntemleri geliştirmelerine de olanak sağlamıştır. Bununla birlikte hastalık

hakkında bilgi alamayan çocukların da ailede güvenlik ve istikrarı sağlamak için ebeveynlerini davranışlarını izlediği ve bu davranışlara uyum sağlama yolları buldukları, tepkilerini buna göre düzenledikleri, koruyucu stratejiler tasarladıkları ve etkinliklerini evdeki ihtiyaç durumuna göre planladıkları (Ahlström, Skärsäter ve Danielson, 2007/2009; Garley, Gallop, Johnston ve Pipitone, 1997) bulunmuştur. Ebeveynin yeterince yanında olmadığını hisseden çocuklarda kendi kendime büyümem gerek hissi ortaya çıkabilir (Lee Cori, 2017). Nitekim Murdoch ve Hall (2008) çalışmalarında, çocukların benlik duygularını korumak, kendi hayatlarına sahip olmak ve kendi kendilerine büyümek için -bilişsel değerlendirmeler neticesinde- duygusal olarak uzaklaşmak, kendi hayatını yaşamak, yalnızca kendi seçtiklerini aileyle paylaşmak, “yalnız uçmak” (tek başına hareket etmek) ve sürece karışmamayı tercih etmek gibi yollar kullandıklarını bulmuştur.

- Ph (Physiological focus): Fiziksel kanal. Bu kanalı kullanan kişiler çoğunlukla vücut hareketlerinden faydalanır. Doğa yürüyüşleri, yemek yemek, sigara ya da alkol kullanmak, spor, meditasyon, gevşeme ve duyarsızlaştırma kullanılan temel baş etme yöntemlerindedir. Çalışmalar daha çok doğum sırasına göre daha önce doğan büyük çocukların fiziksel kanalı kullanmayı tercih ettiğini ortaya koymaktadır. Daha çok büyük çocuklar akranlarıyla oyun oynamayı, spor yapmayı, doğada bulunmayı, kendi ilgi alanlarına odaklanmayı baş etme yöntemi olarak kullanmışlardır (Pölkki, Ervast ve Huupponen, 2005; Meadus ve Johnson, 2000; Ostman, 2008; Grant, Repper ve Nolan, 2008). Aynı zamanda bazı çocuklar bu süreçte televizyon izlemeyi, evden uzaklaşarak okul aktiviteleriyle ilgilenmeyi (Garley, Gallop, Johnston ve Pipitone, 1997; Somers, 2007; Maybery, Reupert, Patrick, Goodyear ve Crase, 2009; Fjone, Ytterhus ve Almvik, 2009) tercih etmişlerdir.

Lahad olumsuz yaşam olayları karşısında insanların birden fazla kanalı bir arada kullandıklarını öne sürmüştür. Her insan kendi durumunu karakterize eden baş etme yöntemi ve kaynaklarına sahiptir. Lahad (2017) bir kişinin deneyimini kendi sözleriyle nasıl anlattığını dinleyerek ve hikayesinin içeriği ile hikâyeyi nasıl inşa ettiğine bakarak benimsediği baş etme yöntemlerinin anlaşılabilirliğini

savunmaktadır. Ebeveyni ruhsal hastalık tanısı almış çocukların yaşam deneyimleri karşısında sergiledikleri baş etme biçimleri, dayanıklılık potansiyelleri ve içsel kaynakları, onların sadece mağdur değil aynı zamanda aktif özne olarak değerlendirilmesi gerektiğini ortaya koymaktadır. Bu bölümde sunulan bulgular; tutarsız ebeveyn ilişkileri, istismar, sosyal damgalanma ve bilgi eksikliği gibi çok boyutlu risklerin yanı sıra, çocukların bilişsel, duygusal, sosyal ve yaratıcı baş etme kanalları aracılığıyla geliştirdikleri koruyucu mekanizmaları da kapsamlı şekilde ortaya koymuştur. Bir sonraki bölümde ebeveyni ruhsal hastalık tanısı almış çocukların deneyimlerini kendi sesleri ve sözleriyle anlatmalarına kapı açma, hikâyeyi onlardan dinleyeme arzusuyla başlayan bu çalışmanın yöntemi aktarılacaktır.

3. BÖLÜM

YÖNTEM

Araştırma yapmak bir yolculuk gibidir (Akçay, Adıgüzel, & Beydili Gürbüz, 2021). Yolda olmanın heyecanıyla başlıyorum bu yolculuğa. Sonucunda nereye varacağım, yolda nelerle karşılaşacağım? Hangi zor kararları alacağım, nelerle yüzleşecek, yorulduğumda kaç kere kendime hadi kalk yola devam et diyeceğim? “Ötekini” anlamaya çalışırken kaç kez birbirimize sözlerimizle sarılacağız? “Ötekini” anlamaya çalışırken kaç kez kendimi göreceğim farklı yüzlerde? Duyguların milyonlarca farklı tonunda. Ama biliyorum! Biliyorum, bu en iyi bildiğim şey. Doğamda var bu anlama çabası... Kulağını kesen Van Gogh’un içindekileri anlama çabası, James Murray ile William Chester Minor¹’un bir sözlük oluşturmak amacıyla başlayan birbirini anlama çabası... Milyarlarca yıllık geçmişinde dünyanın, küçücük bir toz zerreciği kadar yer kaplayan bir insan olarak aklımın, kalbimin derinliklerinde var bu anlama çabası. Tam da buradan başlıyorum bu çalışmaya, bu anlama çabasından.

Ebeveyni ruhsal hastalık tanısı almış kişilerin çocukluk çağı deneyimleri üzerine düşünmek, kendi seslerinden onları dinlemek, anlamak ve yaşantılarını anlamlandırarak iyilik hallerini, güçlenmelerini desteklemek amacıyla yola çıktığımız bu araştırmayı tam da bu amaçlarla örtüşen nitel araştırma yöntemiyle tasarladık. İnsanların ve kültürlerin detaylı ve derinlemesine bir biçimde betimlenmesini amaçlayan; bireylerin gerçekliğe atfettikleri anlamları, olaylara, süreçlere ve durumlara dair algı ve anlayışlarını ortaya çıkarmayı hedefleyen bir eylem olarak (Kümbetoğlu, 2015) nitel araştırma yöntemini kullandık. Araştırmanın yöntemi aynı zamanda takip edilecek yolun bir haritasını oluşturmamızı sağladı. Bu bölümde bu çalışmanın yol haritasını sunacağım. Araştırmanın yol haritasını sunarken de nitel araştırmaların açık ve kapsamlı raporlanmasını sağlamak amacıyla, 2007 yılında araştırmacılar tarafından

¹ Oxford İngilizce Sözlüğü’nün ilk baskısını hazırlayan James Murray ile akıl hastanesinde yatan Dr. William Chester Minor’un keşif yollarının ve birbirilerini tanımalarının gerçek hikayesi The Professor and the Madman filminde anlatılmaktadır.

geliştirilen 32 maddelik Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research (COREQ) kontrol listesinden (Attepe Özden, ve diğerleri, n-Nitel araştırmaların rapor edilmesi: COREQ kontrol listesinin türkçe uyarlaması) faydalandım. Bu bölümde araştırmanın yöntemine, COREQ kriterlerine göre çalışmanın raporlaştırılma sürecine, çalışmanın güvencüyulabilirliğine, araştırma sahasına ve etik konulara değineceğim.

3.1. ARAŞTIRMANIN YÖNTEMİ

Bu çalışmada ebeveyni ruhsal hastalık tanısı almış kişilerin çocukluk çağı deneyimlerine odaklanarak bu deneyimleri sosyal hizmet perspektifinden değerlendirmeye çalıştık. Bu değerlendirme neticesinde ebeveyni ruhsal hastalık tanılı çocuklar için risk faktörleri ve koruyucu faktörlerin neler olduğunu ortaya çıkarmayı amaçladık. Çalışmada çocukların, ebeveynlerinin hastalığına yüklediği anlamı ve hastalık ekseninde kendileri ve sosyal çevreleriyle ilişkilerinin nasıl inşa olduğunu anlamak bizim için çok önemliydi. Bu anlama çabası içerisinde düşünceden, kültürden, tarihten ve geleneklerden ari biçimde bilgi edinme fikrine dayanan pozitivist paradigmadan yararlanmanın (Kuş, 2012) bizi sınırlayacağını düşündük. İnsanların gerçekliği kavramsallaştırmasında öznel yorumlarına bakılmaksızın doğru bilgiye ulaşamayacağını savunan yorumsayıcı paradigmadan yararlanmaya karar verdik. Yorumlayıcı bakışın temel amacı toplumsal yaşama ilişkin bir anlayış geliştirmek ve insanların kendi ortamlarında nasıl anlam oluşturdıklarını keşfetmektir (Neuman, 2020).

Sosyal hizmet uygulaması, doğası gereği, bireyin iç ve dış dünyası ile deneyimlerinin bileşimini kabul etmelidir ve karşılıklılık duygusu geliştirerek insanların yaşamlarına dair karmaşıklığı daha iyi anlamayı ve ihtiyaçları daha gerçekçi şekilde değerlendirmeyi sağlamalıdır (Lee, 2001). Bu bağlamda bu çalışmada öznelerin deneyimleri üzerinden dünyalarını, sorun ve ihtiyaçlarını derinlemesine kavrama amacıyla yorumlayıcı paradigmayı temel alan nitel araştırma yöntemini kullanmanın uygun olacağını düşündük. Nitel araştırma; araştırma öznelerinin bakış açılarını ve anlam dünyalarını ortaya koymayı, dünyayı araştırma öznelerinin gözleriyle görmeyi, gerçeği olduğu gibi tanımlamayı amaç edinmekte, ne ve nasıl sorularına odaklanmaktadır (Kuş,

2009; Kümbetoğlu, 2015). Bir sorun ya da konunun keşfedilmesi amacıyla yapılan nitel araştırma kolaylıkla ölçülemeyen değişkenleri belirleme ya da sessizleştirilmiş/ susturulmuş sesleri duyma ihtiyacı nedeniyle gereklidir (Creswell, 2016). Bu çalışmada nitel araştırma yönteminin tercih edilmesinin temel nedeni, öznelerin anlatımlarına ve öznel deneyimlerine odaklanılması gerekliliğidir. Genellenebilir sonuçlar elde etmeyi ve değişkenler arası ilişkileri ölçmeyi amaçlayan nicel yöntemin, ebeveynin ruhsal hastalığı gibi karmaşık, duygusal ve sosyal yönleri olan bir durumun çocuklar üzerindeki etkisi gibi çok katmanlı bir konuyu anlama amacımızla uyuşmayacağını düşündük. Çünkü bu çalışmayla bu durumun yaygınlığını değil, çocukların ne hissettiklerini ve sosyal çevrelerinden nasıl etkilendiklerini ve bu durumla nasıl baş ettiklerini anlamayı amaçlıyorduk. Dolayısıyla, nicel yöntemlerin bu tür derinlemesine bilgiye ulaşmak için yeterli olmayacağı kanısına vardık. Ayrıca, karma yöntem kullanımı da değerlendirdik fakat bu çalışmada ağırlıklı olarak bireysel yaşantılardan ve kişisel anlatılardan elde edeceğimiz bilgilere odaklandığımız için, yalnızca nitel yöntemle ilerlemeyi daha uygun bulduk.

3.2. ARAŞTIRMANIN COREQ KONTROL LİSTESİNE GÖRE RAPORLANMASI

Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research (COREQ) kontrol listesi 2007 yılında Tong, Sainsbury ve Craig tarafından yayınlanmış ve 2022 yılında Attepe Özden ve arkadaşları tarafından Türkçe' ye uyarlanmıştır (Attepe Özden ve diğerleri, 2022). Toplam 32 madde ve üç ana bölümden oluşan bu kontrol listesi, nitel araştırmaların kapsamlı, sistematik ve eksiksiz biçimde raporlanmasını kolaylaştırmaktadır. Bu çalışmada, araştırmanın raporlanmasında COREQ kontrol listesinden yararlandık. Tabloda yer alan her bir maddeyle ilgili detaylı bilgiyi ilgili olduğu ana alanın altında sunduk. Tekrara neden olmaması için aynı bilgileri içeren başlıklara yer vermedik.

3.2.1. Araştırma Ekibi ve Düşünümsellik

Görüşmeci/ Kolaylaştırıcı

Görüşmeler tarafımda gerçekleştirildi. Yaptığım derinlemesine görüşmeler sonrasında, ihtiyaç duyduğum konularda danışmanım Prof. Dr. Tarık Tuncay ile görüştüm.

Akademik Dereceler

Görüşmeleri, lisans, yüksek lisans eğitimlerim ve devam etmekte olan doktora eğitimim sırasında edindiğim kuramsal bilgiler ile mesleki uygulama bilgilerimin kesişiminden doğan bir perspektifle gerçekleştirdim.

Meslek

Bir sosyal hizmet uzmanı olarak başladığım mesleki yaşantımda, fark ettiğim uygulama eksikliklerinden yola çıktım, görüşmeler sırasında devam ettiğim araştırma görevliliğinin bana kazandırdığı akademik birikim ve etik ilkeler çerçevesinde araştırma sürecini yürüttüm.

Cinsiyet

Kendimi tanımladığım kadın kimliği ile görüşmelerimi gerçekleştirdim. Kimi zaman erkek öznelerin kendisini açma sürecinin cinsiyet farklılığından olumsuz etkilendiğini hissettim. Böyle zamanlarda güçlendirme perspektifinden ve motivasyonel görüşme ilkelerinden yararlandım. İlgili durumlarda erkek cinsiyet kimliğine sahip danışmanımdan da destek aldım ve ortak deneyimlerden hareketle bu farklılıktan doğan zorlukları en aza indirmeye çalıştım.

Deneyim ve Eğitim

Hacettepe Üniversitesi Sosyal Hizmet Bölümü'nde lisans eğitimimi tamamladıktan sonra 2 yıl süreyle sahada çalıştım. Bu 2 yıl içerisinde 8 ay ruhsal engellilik alanında, 4 ay sosyo ekonomik destek hizmetleri alanında ve yaklaşık bir yıl da sosyal hizmet merkezinde, korunmaya ihtiyacı olan çocuk biriminde

sosyal hizmet uzmanı olarak görev yaptım. Ardından Hacettepe Üniversitesi Sosyal Hizmet Bölümü'nde yüksek lisans eğitimime başladım. Aynı zaman diliminde ilgili kurumda araştırma görevlisi olarak da çalışmaya başladım ve yaklaşık 10 yıldır bu kurumda çalışmaya devam ediyorum.

Katılımcılarla Kurulan İlişki

2013- 2014 yılları içerisinde yatılı bir engelli bakım merkezinde ruhsal hastalık tanılı bireylerle çalıştım. Bu süreçte ruhsal hastalık tanılı, %40 üzeri engelli raporu bulunan, gelir testine uygun olup devlet desteği ile kuruluştaki kalan kişiler ve merkezin ücretini kendi bütçesiyle karşılayabilen gruplarla temas ettim. Merkezde yatılı rehabilitasyon hizmeti alan kişilerin aile üyeleri ile kişisel sosyal çalışma ve grup çalışmaları yaptım. Bu çalışmalar sırasında ebeveyn olan hastaların 18 yaş altı çocuklarının sürece dahil edilmediğini gördüm. Bunun üzerine bu çocuklarla da temas kurma çabası içerisine girdim. Ancak çocukların sürecin dışında tutulduğunu, çoğu zaman hastalık hakkında dahi bilgilendirilmediğini gözlemledim. Merkezdaki hizmet alanların 18 yaş üstü çocukları ile yaptığım görüşmelerde ve grup çalışmalarında bu kişilerin büyük çoğunluğunun çocukluk dönemindeki olumsuz yaşantıları nedeniyle psikososyal desteğe ihtiyaç duyduklarını, sosyoekonomik düzeyi görece iyi olanların bu desteği aldığını, ancak özellikle devlet desteğiyle kurumda kalan kişilerin çocuklarının herhangi bir hizmetten çoğunlukla maddi nedenlerle yararlanamadığını gördüm. Öyle ki, bu çocukların çoğu iş yaşamları nedeniyle yalnızca birkaç bireysel görüşmeye katılmış, grup çalışmalarına çoğunlukla katılım sağlayamamıştı. Bu kurumdaki çalışmalarımın sonuna 2014- 2015 yılları arasında yaklaşık bir yıl çocuk koruma alanında sosyal hizmet uzmanı olarak çalıştım. Bu süreçte ebeveyni ruhsal hastalık tanısı almış veya tanısı olmadığı halde ruhsal hastalığı olduğu açıkça anlaşılan ebeveynleri ile yaşayan birçok çocukla karşılaştım. Mümkün olan durumlarda sağlık ve danışmanlık tedbirleri ile bu çocukların aile yanında destek hizmetlerinden yararlanmaları yönünde görüş bildirdim. Zaman zaman yatılı eğitim tedbiri ve bakım tedbiri önermek durumunda kaldım. Çocukları da içinde buldukları gelişim dönemlerine göre kendi hayatlarına dair karar alma süreçlerine dahil etmeye çalıştığım bir meslek yaşamı geçirdim. Çalışma

yaşamında yaptığım gözlemler neticesinde bilgilendirme gibi basit çözümlerle başlayan koruyucu ve önleyici hizmetlerin eksikliğini gördüm ve bu konuyu derinlemesine araştırma isteği duydum.

Öznelerin Görüşmeciyile İlgili Bilgisi

Görüşme yaptığım öznelere sosyal bilimler alanında doktora eğitimi aldığımı, bu araştırmayı eğitimim kapsamında yaptığımı anlatarak araştırmanın amacı hakkında temel bilgiler verdim. Öznelere bilgilendirirken güç ilişkisi oluşturmayacak, katılıma dair zorunluluk hissettirmeyecek, eşitlikçi bir dil ile kendimi tanıtmaya ve araştırmayı anlatmaya özen gösterdim. Zaman zaman çalışma hakkında ve benim hakkımda daha detaylı bilgi almak isteyen öznelere bu çalışmayı yürütmedeki kişisel motivasyonlarımı da aktardım.

3.2.2. Araştırmanın Tasarımı

Metodolojik Yönelim ve Kuram

Bu araştırmada nitel araştırma desenlerinden fenomenolojik yaklaşımı kullandık. Fenomenolojik yaklaşım günlük deneyimlerin anlam ve doğasına ilişkin derinlemesine bir anlayışın kavranmasını amaçlar (Patton, 2014). Van Manen (1990)'a göre fenomenolojinin temel amacı; bir fenomenle ilgili bireysel deneyimleri evrensel nitelikteki bir açıklamaya dönüştürmektir (Creswell, 2016). Husserl (1913) fenomenolojik yaklaşımla insanların olayları betimleme ve duyularıyla tecrübe etme biçimlerinin araştırılmasını kasteder (Patton, 2014). Odak noktasındaki fenomenin “ebeveynin ruhsal hastalığına ilişkin deneyimler” olduğu bu araştırmada ebeveyni ruhsal hastalık tanısı almış çocukların bu fenomeni kendi özlerinde nasıl algıladıkları, nasıl tanımladıkları, nasıl deneyimledikleri üzerinden çocukların korunmasında risk ve koruyucu faktörlerin belirlenmesini amaçladık. Fenomenolojik yaklaşımın, ebeveynin ruhsal hastalığı gibi genellikle sessizleştirilen veya toplum tarafından görünmez kılınan deneyimlerin, bireylerin kendi anlatımıyla şekillenmesine ve hem duygusal hem de bilişsel düzeyde anlam üretimine olanak sağlayacağını düşündük. Bu yaklaşımla deneyimlerinin öznelere nasıl bir içsel karşılık bulduğuna

ulaşılabilirliğimize karar verdik. Öznelerin kendi kelimeleriyle aktaracakları yaşantıların, onların bu fenomeni nasıl yapılandırdıklarına ve bu süreçte hangi risk ve koruyucu faktörleri ile karşılaştıklarına dair derinlemesine bir anlayış sağlayacağını öngördük. Bu yönüyle fenomenolojik yaklaşım, araştırmamızın amaçlarıyla yüksek düzeyde örtüştü.

Örnekleme

Ebeveyni ruhsal hastalık tanısı almış kişilerin çocukluk çağı deneyimlerini sosyal hizmet perspektifinden değerlendirmeye çalıştığımız bu çalışmada maksimum çeşitlilik ve amaçlı örnekleme kullanmaya karar verdik. Patton (2014), çeşitlilik gösteren küçük ölçekli gruplarda her bireyin kendine özgü deneyiminin, araştırmanın derinliğini ve niteliğini artırabileceğini belirtmektedir. Farklı ve dağınık görünen veri kümelerinden dahi anlamlı temaların çıkarılabileceğine dikkat çeken Patton, bu yönüyle maksimum çeşitlilik örneklemesinin gücünü vurgular. Bu nedenle çalışmada tanı alan ebeveynlerin ve öznelerin farklı biyolojik cinsiyet dağılımlarında olmasına özen gösterdik. Aynı zamanda çalışmaya ebeveyninin ruhsal hastalığı ekseninde kurum bakımı deneyimi olan özneleri de dahil ettik. Farklı özelliklere sahip olmakla birlikte ortak bir fenomeni paylaşan, ebeveyni ruhsal hastalık tanısı almış kişilerin deneyimlerine derinlemesine ulaşmayı ve onların özgün özelliklerinin bu deneyime nasıl katkı sağladığını anlamayı hedefledik. Amaçlı örnekleme yöntemi ise araştırmanın amacı doğrultusunda belirlediğimiz kriter ya da özelliklere bağlı olarak araştırmacının amaçlarına en uygun cevapları verebilecek birey ya da gruplardan oluşan (Aziz, 2015; Kümbetoğlu, 2015) bir grupla çalışmamıza olanak sağladı.

Literatüre göre ruhsal hastalık tanısı konulduğu andan itibaren çalışanların birincil ilgi odağı çoğunlukla ebeveyn (tanılı kişi) olurken çocukların deneyim ve ihtiyaçları arka planda kalmaktaydı. Ayrıca daha önce yapılan çalışmalar örnekleme olarak çoğunlukla erken çocukluk döneminde olan bireyleri kapsıyordu. Ergenler ve genç yetişkinlerle yapılan çalışmalar, özellikle de nitel çalışmalar sınırlı sayıdaydı. Ebeveynin ruhsal hastalığının çeşidine ve düzeyine göre uygulanan tedaviler değişkenlik gösteriyordu. Ebeveynin yataklı ya da ayaktan tedavi görmesine göre çocukların deneyim ve ihtiyaçları ve bu bağlamda risk ve

koruyucu faktörler de değişkenlik gösteriyordu. Ayrıca bireylerin yaşantısının içerisindeyken yaşantıyı doğru değerlendirememesi ve travmatize olma ihtimallerini de göz önünde bulundurduk ve “öznelere zarar vermeme” etik ilkesinden hareket ettik. Sonuç olarak çalışmanın dahil etme kriterlerini:

- Ebeveyni kronik ruhsal hastalık nedeniyle yataklı ya da ayaktan tedavi görmüş ya da görmeye devam ediyor olmak,
- Bilişsel yeti yıkımına yol açacak herhangi bir ruhsal hastalık tanısı bulunmamak,
- 18 yaş üzeri yetişkin olmak.

Dışlama kriterlerini ise:

- Ebeveyninin ruhsal hastalığına ilişkin yeterli düzeyde hatırlama kapasitesine sahip olmamak,
- Kendi ruhsal sağlığı nedeniyle görüşme sürecinde sıkıntı yaşama ve zarar görme riski taşımak,
- Ebeveynin araştırma kapsamına uygun olmayan (örneğin akut dönem dışında, geçici ruhsal zorluk yaşayan) tanı almış olması biçiminde belirledik.

Katılımcılara Ulaşma Yöntemi

İlk olarak öznelere aşına olmak için 2022 yılında 20 Haziran- 29 Temmuz tarihleri arasında Şizofreni Dernekleri Federasyonu'na bağlı Mavi At Kafe'de gönüllü olarak haftada iki gün mesleki uygulama yaptım. Bu mesleki uygulama sürecinde yeniden ruhsal hastalık tanılı bireylerle grup çalışması ve aileleri ile de bireysel görüşmeler yapma olanağı buldum. Halihazırda buraya düzenli olarak gelen kişilerden ebeveyn olanlar ile görüşüp çalışmamdan bahsettim. Çocuğunun çalışmaya katılmasının uygun olduğunu düşünen üyeler, çocuklarının da rızasını alarak bana iletişim bilgilerini verdiler. Buradaki uygulama sürecim boyunca örneklem grubu için bir ağ oluşmaya başladı.

Aynı dönemde doktora tezimi savunabilmek için yapmam gereken başka bir araştırma çalışması için de Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Araştırma Etik Kurulu'ndan izin almıştım (07.05.2024). Bu çalışma için de Bilkent Şehir Hastanesi Psikiyatri Bölümü'nde yataklı ve ayaktan tedavi alan hastaların 18 yaş üstü çocuklarından nicel veri topluyordum. Bu araştırmaya katılmayı kabul eden kişilere de tez çalışmamdan söz ettim. Çalışmaya katılmayı kabul eden 9 özne oldu. Özellikle erkek öznelere daha çok bu kanalla ulaşabildim. Ankara ve farklı şehirlerden öznelere ulaşısam da araştırmanın sahası Ankara ili oldu. İl dışında yaşayan özneler ile tedavi ya da farklı nedenlerle Ankara'da buldukları süreçlerde kendilerini rahat hissettikleri, kendi tercih ettikleri yerlerde görüşmeleri gerçekleştirdik.

Tablo 4.Katılımcı Ulaşım Kanalları ve Görüşme Koşulları

Özne	Ulaşma Kanalı	Yaşadığı Yer	Görüşme Yapılan Yer	Görüşme Tarihi	Görüşme Süresi
1. Eylem	Mavi At	Ankara	Öznenin iş yeri	28.03.2024	59dk
2. Doğu	Mavi At	Ankara	Araştırmacının ofisi	30.03.3024	1sa 4dk
3. Merve	Davet Afişi	Kırşehir	Kahveci	21.04.2024	57dk
4. Sahra	Mavi At	Ankara	Pastane	24.04.2024	2sa 22dk
5. Deniz	Davet Afişi	Burdur	Kahveci	26.04.2024	1sa 21dk
6. Yağmur	Davet Afişi	Kastamonu	Araştırmacının ofisi	29.04.2024	1sa 6dk
7. Asi	Davet Afişi	Kanada	Whatsapp Masaüstü	30.04.2024	1sa 18dk
8. Nehir	Davet Afişi	Ankara	Öznenin iş yeri	06.05.2024	56dk
9. Güneş	Davet Afişi	Almanya	Araştırmacının ofisi	07.05.2024	55dk
10. Duru	Davet Afişi	Bartın	Whatsapp Masaüstü	08.05.2024	1sa 10dk
11. Atakan	Şehir	Ankara	Whatsapp Masaüstü	09.05.2024	1sa 16dk
12. Burçak	Davet Afişi	Ankara	Araştırmacının ofisi	21.05.2024	1sa 11dk
13. Derin	Davet Afişi	Çorum	Araştırmacının ofisi	30.05.2024	1sa 23dk
14. Lülü	Davet Afişi	Ankara	Öznenin iş yeri	14/ 21.07.2024	2sa 42dk
15. Berrak	Şehir Hast	Ankara	Whatsapp Masaüstü	20.07.2024	1sa 5dk
16. Ece	Şehir Hast	Ankara	Kahveci	02.08.2024	41dk
17. Mert	Şehir Hast	Ankara	Kahveci	05.08.2024	1sa
18. Yunus	Şehir Hast	Ankara	Kahveci	20.09.2024	1sa 24dk
19. Aslan	Şehir Hast	Antalya	Kahveci	30.09.2024	46dk
20. Asil	Şehir Hast	Bingöl	Araştırmacının ofisi	02.10.2024	1sa 30dk
21. Umut	Şehir Hast	İstanbul	Araştırmacının ofisi	29.01.2025	42dk
22. Karatay	Şehir Hast	Ankara	Araştırmacının ofisi	30.01.2025	52dk

Örneklem Büyüklüğü

Nitel araştırmaların doğası gereği örneklem büyüklüğü sayısal ölçütlerden çok, elde edilen verilerin anlamsal derinliği, zenginliği ve araştırma sorularına katkı sağlama düzeyi ile belirlenir (Akçay ve Koca,2024). Buradan hareketle Patton (2014)'ın da önerdiği üzere örneklem yapısını oluştururken araştırma konusu hakkında deneyime sahip ve bu deneyimi anlamlandırabilecek bireyleri dikkatle seçmeye özen gösterdim. Ebeveyni ruhsal hastalık tanısı almış bireyler arasından bu duruma dair çocukluk deneyimlerini aktarabilecek ve bu sürece dair anlamlı içgörüler sunabilecek özneleri belirledim. Niceliksel bir temsiliyetten çok, nitel veriye dayalı derinlikli bilgiye ulaşmak birincil önceliğimdi. Amaçlı örnekleme ile araştırmanın odağındaki olguyu en iyi şekilde ortaya koyabilecek ve farklı deneyimleri yansıtabilecek bir grup oluşturmaya çalıştım. Görüşmelerin bir noktadan sonra tekrar etmeye başlaması ve yeni bilgi ya da tema ortaya çıkmaması neticesinde çalışmayı 22 özne ile tamamladım.

Katılmama Durumu/ Katılımcı Reddi

Araştırmaya katılmayı kabul edip sözleştiğimiz gün ve saatte görüşme yerine gelmeyen 4 özne oldu. Bu öznelerin hepsi de erkekti. Öznelerden biri iki kez görüşmeden bir saat önce işi çıktığı için gelemeyeceği yönünde mesaj attı. Üçüncü kez sözleştiğimizde görüşme için kararlaştırdığımız yere gelmedi. Kendisini aradığımda telefonu açmadı. Görüşme saatinden üç saat sonra bu görüşmeyi yapamayacağını bildiren bir özür mesajı yazdı.

İki özne, görüşme gününden bir gün önce hatırlatma yapmak için aradığımda telefonumu engellemişti. Bu öznelere bir daha ulaşamadım. Son özneyle görüşmeden bir gün önce telefonlaştık ve ertesi gün görüşmek üzere sözleştik. Görüşme günü önce biraz geç kalacağını söyleyen özne, sonrasında başka bir gün görüşebileceğini bildiren bir mesaj yolladı. İkinci kez görüşme için gün ve saat belirledik. Görüşmeden bir gün önce telefonda konuşup teyitleştik. Ertesi gün görüşme yerinde özneyi beklemeye başladım. Görüşme saatini biraz geçince özneyi aradım ancak telefonumu açmadı. 15 dakika bekleyip yeniden aradığımda beni engellediğini anladım.

Görüşme davetini kabul etmelerine rağmen sözleştiğimiz gün ve saatte görüşmeye gelmeyen dört öznenin tamamının erkek olması benim için bu durumun toplumsal cinsiyet bağlamında değerlendirilmesini gerekli kıldı. Toplumsal olarak erkeklere atfedilen duygusal mesafe, güçlülük ve kırılabilirlik göstermeme gibi normlar özellikle çocukluk çağına dair travmatik deneyimlerin paylaşılmasını zorlaştırabilirdi. Görüşme davetine yanıt verme süreçlerinde gösterdikleri kaçınma davranışları bende duygusal içeriği yoğun, mahrem ve öz-yüzleşme gerektiren bu konularla yüzleşmede erkek öznelerin daha fazla direnç ya da rahatsızlık yaşayabileceğine dair bir izlenim uyandırdı. Nitekim gerçekleştirdiğim görüşmelerde bazı sosyodemografik özelliklere göre değişkenlik gösterse de kadın özneler görüşmeyi bir paylaşım ya da destek alanı olarak değerlendirip kendilerini açarken, erkek özneler açısından bu süreç zaman zaman toplumsal erkeklik normlarıyla çatışan bir duygularını açma- güçlü görünme mücadelesine dönüştü.

Veri Toplama Sahası

Araştırma sürecinde ebeveyni ruhsal hastalık tanısı almış bireylerin oluşturduğu örnekleme ulaşmak beklediğimden daha zorlayıcı bir deneyim oldu. Bu güçlüğün en önemli nedenlerinden biri, doğrudan bu gruba hizmet sunan bir kurum ya da destek mekanizmasının bulunmamasıydı. Öznelere doğrudan ulaşmak için herhangi bir resmi kanal mevcut olmadığından -Bilkent Şehir Hastanesi öncesinde -büyük ölçüde kişisel bağlantılarım, sosyal çevrem ve güven ilişkileri üzerinden ilerlemem gerekti. Gönüllü mesleki uygulama ve davet afişi ile uzun sürede oldukça az sayıda kişiye ulaşabildim. Sosyal medyadaki paylaşımım yeniden paylaşma yoluyla sosyal çevrem tarafından birçok kere paylaşılsa da 10 kişi bu kanal üzerinden çalışmaya katılmak için gönüllü oldu. Bunun temel nedenlerinden biri şüphesiz ki ruhsal hastalıklara ilişkin toplumsal damgalamanın oldukça güçlü olmasına bağlı olarak bireylerin bu konudaki deneyimlerini açıkça paylaşmalarının zor olmasıydı. Sosyal çevrem kanalıyla birçok kişiye ulaşısam da çoğu kişi ebeveynlerinin ruhsal hastalık tanısını başkalarıyla konuşmak konusunda tereddütlüydü ya da süreci yeniden hatırlamanın duygusal ağırlığıyla başa çıkmakta zorlanacağını düşünüyorlardı. Bu durum özne bulma sürecimi

doğrudan etkilediği için direkt iletişim kurma olanağı bulduğum olası öznelere iletişim kurarken güven temelli bir yaklaşım benimsedim, süreci oldukça dikkatli ve hassas bir şekilde yürütmeye çalıştım. Davet afişi kanalıyla katılan kişiler doğrudan iletişim kurarak çalışmayı anlatabildiğim kişilerdi. Doğrudan iletişim kurarak çalışmayı aktardığım 5 kişi de çalışmaya katılmak istemediğini belirtti.

Diğer araştırma çalışması nedeniyle Bilkent Şehir Hastanesi'nde veri toplamaya başlamak saha sürecimi kolaylaştırdı ve hızlandırdı. Çünkü buraya gelen kişiler dışarıda hastalığı saklasalar da hastanedeki bekleme alanları ortak deneyimi paylaşan insanların birbirleriyle deneyimlerini paylaşmalarına olanak sağlıyordu. Ancak burada da doğrudan hizmet sağlanan kişiler ebeveynler olduğundan ve ebeveynlere de doğrudan böyle bir araştırmadan söz etmek doğru olmayacağından poliklinik ve yataklı serviste hasta yanında gelen kişinin hastanın çocuğu olup olmadığına dair bilgiyi alma konusunda doktorlardan destek aldım. Saha sürecinde polikliniğin bulunduğu alanın dışında hekimlerle konuşmaya çalıştıklarında hasta yakınlarının kısık sesle hastalıktan söz etmeleri, eczanede ilaç alan kişilere eczacının kısık bir sesle ilaçların kullanım talimatını anlatması, ilaçları yanlış bir durum varmış gibi hızlıca çantaya koyup vermesi gibi gözlemlerim ruhsal hastalıklara yönelik damgalamayı derinden hissetmeme yol açtı.

Sahada önyargılarla ilgili büyük bir gerçeklikle yaşayarak yüzleştim. Yaz döneminde araştırma verilerini toplarken zaman zaman hastaneye 7 yaşındaki kızımın gitmek durumunda kalıyordum. Kızım bazen kendi kendine vakit geçiriyordu. Bazen de ben ebeveyni tanı almış kişilerle görüşüp tez çalışmasına onları davet ederken, kızım yakınlarından izin alarak tanılı olan ebeveynle sohbete başlıyordu. Onlarla kendince oyunlar oynayıp, sohbet kurduğu günlerden birinde yatış verilen 65 yaş üstü bir kadının ağladığını gördük. Kızından izin alarak kadının yanına gitti. Kadının, psikiyatride yataklı tedavi göreceği için ağladığını paylaşıp "Bu artık benim alnımda bir leke." demesi üzerine "Ama neden ağlıyorsun ki teyzeciğim kolumuz kırılıp doktora gitmemiz ne kadar normale ruhumuz için gitmemiz de normal. Hem senin alnında hiç leke yok, baksana!" dedi. Yüksek lisans sürecimde de TRSM'lerde veri toplamış, bilişsel yeti yıkımı

çalışmaya katılmalarını engellemeyecek şizofreni hastaları ile görüşmüştüm. Ruh sağlığı ve “delilik” olgusu evimizde sıklıkla konuşulan kavramlardı. Kızım da Mavi At Kafe’yi benimle defalarca ziyaret etmiş, üyelerle oyunlar oynamıştı. Bu süreçte ben zaman zaman üstesinden geldiğimi sandığım ön yargılarımı farkına bile varmadan beslerken, kızımın o söylemleri hem önyargının nasıl inşa edildiğini hem de doğru bilgilenme ve temas yoluyla tersinin de nasıl inşa edilebileceğini bana gösterdi.

Katılımcı Olmayanların Varlığı

21 görüşmede özne ve benim dışımda herhangi başka bir kimse görüşme ortamında bulunmadı. Halka açık kafelerde yaptığımız görüşmelerde içeceklerimizi önden alıp görüşmelere öyle başladık. Öznelerin istediği zamanlarda mola verdik ya da molasız şekilde görüşmeyi tamamladık. Yalnızca mola zamanlarında içecek getiren garsonlar hızlıca servis yapıp gittiler. Görüşmelerden birinde bir erkek özne nişanlısı ile görüşmeye gelmek istediğini, bunun kendisini daha iyi hissettireceğini bildirdi. Bu kafama takılan bir durumdu danışmanım ve tez izleme komitesi üyelerime danışıp bunun sorun olmayacağına ilişkin teyit aldıktan sonra görüşmeyi öznenin nişanlısı eşliğinde gerçekleştirdik. Görüşme öncesinde toplumdaki hâkim “erkeklik” algısı nedeniyle öznenin nişanlısının yanında duygularını açamamasından tedirginlik duymuştum. Ancak görüşme tam tersi yönde ilerledi. Evlilik süreçlerinde de toplumsal dayatmalardan ne kadar yorulduklarından söz eden çift gözlemlediğim kadarıyla birbirleriyle dost olabilmişlerdi. Nitekim özne Umut duygularından söz ederken gözü dolduğu anlarda nişanlısı elinden tutarak ona destek oldu.

Görüşme Rehberi

Öznelerin çocukluk çağına ait kişisel deneyimlerini anlayabilmek amacıyla derinlemesine görüşme tekniğinden yararlandım. Derinlemesine görüşme, açık uçlu soruların sorulması, dinlenmesi, cevapların kaydedilmesi ve ilişki ilave sorularla araştırma konusunun detaylı şekilde incelenmesini mümkün kılar. Niteliksel araştırmalarda kullanılan derinlemesine görüşme tekniği, sosyal dünyadaki görünür birçok olgu, süreç ve ilişkinin görünümünden çok özüne

inmeyi, bunların ayrıntılarını kavramayı ve bütüncül bir biçimde anlamayı mümkün kılan bir veri oluşturma aracıdır. Araştırılan konuya odaklanır. Bu konu etrafında bireylerin görüş, düşünce ve değerlendirmelerini bir araya getirerek veri oluşturmayı amaçlar. Bireyin anlatı ve ifadelerine yansıyanlarla, onu ve içinde yer aldığı koşulları derinlemesine anlama çabası bu teknikle gerçekleştirilebilir (Kümbetoğlu, 2015). Derinlemesine görüşmelerde veri toplama aracı olarak danışmanımla birlikte oluşturduğumuz yarı yapılandırılmış görüşme formunu kullandım. Yarı yapılandırılmış görüşme formumuz 3 ana bölümden oluşuyordu. Birinci bölümde öznelerin sosyo demografik bilgilerine ilişkin veri toplamayı amaçladık. İkinci bölümde ebeveynin/ebeveynlerin hastalığına dair bilgiler almayı amaçlayan sorular hazırladık. Üçüncü bölüm ise üç alt bölümden oluşuyordu. Bu bölümlerde öznelerin ebeveynin/ebeveynlerin hastalık sürecine ilişkin deneyim, ihtiyaç ve baş etme mekanizmalarını mikro, mezo ve makro boyutta ortaya çıkarmayı amaçlayan sorular hazırladık. Yarı yapılandırılmış form sayesinde hem araştırma sorularımı yönlendirebildim hem de öznelerin anlatmak istedikleri yeni ve beklenmedik boyutlara alan açabildim.

Saha sürecine başlamadan önce pilot görüşmeler yaptım. Bu görüşmelerde hem soruları hem de içeridenliği paylaşım paylaşımama durumumu test ettim. Bu noktada öznelerden gelen geri bildirimleri ve gözlemlerimi danışmanıma aktardım ve soru formunun işlerliği üzerinde anlaşmaya vardıktan sonra saha sürecine başladım. Ruhsal hastalık gibi toplumsal olarak damgalanabilen bir konuyu ele aldığım için veri toplama sürecini etik ilkelere duyarlı, öznenin içsel rahatlığını ön planda tutan ve güven ilişkisine dayalı bir şekilde yürütmeye özen gösterdim.

Tekrarlanan Görüşmeler

Öznelerin tamamına yakını ile tek seferde derinlemesine görüşme yaptık. Bir öznenin (Lülü) kendi isteği doğrultusunda görüşmeyi ele aldığı bölümlere göre ikiye ayırıp iki farklı günde tamamladık. Bir özne ile de (Aslan) yaptığım görüşmenin deşifresini yaparken bazı konularda yüzeysel kaldığımı fark ettim ve ikinci kez görüşme talebinde bulundum.

Ses/ Görüntü Kaydı

İki görüşme hariç tüm görüşmelerimi ses kayıt cihazı ile kayıt altına aldım. Ses kaydı almayı neden tercih ettiğimi, bu kayıtların nasıl alınacağını, hangi amaçlarla kullanılacağını ve görüşme sonrasında kayıtların nasıl imha edileceğini öznelere açık ve ayrıntılı bir şekilde açıkladım. 21 özne ses kaydı almamı kabul ederken, 1 özne (Asil) kayıt almamı istemedi. Bu görüşmede konuştuklarımızı yazılı olarak kayıt altına aldım. Çevrimiçi görüşmeleri görüntülü arama yoluyla bilgisayardan gerçekleştirip bildirimlerimi kapattım. Bu görüşmelerde de ses kaydı aldığımı bildirip, ses kayıt cihazını göstererek bilgisayarımın hoparlörünün yanına koyduğum cihazla kayıt aldım. Ses kaydını sonlandırırken de görüntülü olarak cihazı kapattığımı öznelere gösterdim.

Saha Notları

Veri toplama sürecinde bir saha günlüğü tuttum. Kimi zaman yazılı olarak notlar aldım, bazen de yazmaya elverişli olmayan zaman ve ortamlarda sesli kayıtlar tuttum. Her görüşme öncesinde, görüşme sırasında ve sonrasında neler gözlemlediğimi, neler hissettiğimi ve düşündüğümü yazmaya çalıştım. Öznelerin ses tonları, yüz ifadeleri, sessizlikleri, ortamın özellikleri ve kendi içsel tepkilerim gibi görüşme kayıtlarında doğrudan yer almayan unsurları da bu notlar aracılığıyla kayıt altına almaya çalıştım. Daha önce değindiğim gibi bu çalışma için ben içeridendim ve bunun veri kaybı, sempati ya da konr tranferans gibi durumlara yol açmasından tedirginlik duyuyordum. Bu nedenle saha notları benim için kendimi anlama ve bu çalışmanın neresinde yer aldığımı kavrama noktasında oldukça önemliydi. Saha notları sürece nasıl dahil olduğumu ve veriye nasıl yaklaştığımı daha bilinçli bir şekilde değerlendirmeme olanak sağladı. Bazı görüşmelerin ardından kafamda soru işaretleri oluştu. Sindirmekte zorlandığım travmatik anılar oldu. Özellikle bir öznenin yanında kaldığı yakın akrabalarından gördüğü şiddeti anlattığı bir görüşme ile kurum bakımı deneyimi olan iki öznenin deneyimlerini anlattıkları görüşmelerden karnımda demir bir yumru, kalbimde düğüm olmuş bir ip yumağı hissiyle çıktım. Bu ve benzeri durumlarda hassas konularda araştırma yürüten akranlarımdan aldığım destek benim için çok kıymetliydi. Akran desteği içinde bulunduğum duygu gökkuşağını

anlamlandırmam ve saha sürecinde yeniden bir araştırmacı olarak var olabilmem için bana destek sağladı. Tüm bu duygu geçişlerine saha günlüğümde yer vermek, yazmak benim için araştırmacı olarak kalmamı sağlayan bir eylem oldu.

Ayrıca zaman zaman görüşmelerin ardından kafamda oluşan soru işaretleri, yorumlamakta zorlandığım anlatılar ya da yöntemsel tereddütler de oluştu. Bunları not alıp anlamlı sorulara, sorunlara dönüştürerek danışmanımla paylaştım. Danışmanımla yaptığım görüşmeler sezgisel tepkilerimi sorgulama, özne anlatılarına daha açık bir tutum geliştirme ve kendi önyargılarımı fark etme konusunda bana yol gösterici oldu. Danışmanımla yaptığım görüşmeler çalışmanın etik boyutunu da güçlendirdi. Bu sayede, hem özneye zarar vermeme ilkesini gözetmeye hem de veriyle daha duyarlı ve eleştirel bir ilişki kurmaya özen gösterdim.

Tüm bu süreç boyunca tuttuğum saha notları ve danışman görüşmeleri, araştırma sürecimin düşünümsel yönünü pekiştirerek öznel ile nesnel arasındaki dengeyi daha bilinçli bir biçimde kurmama yardımcı oldu. Böylece araştırmacı konumumun veriye etkisini sürekli olarak sorguladım.

Süre

Görüşmelerin süresi öznelerin anlatım derinliğine, duygusal yoğunluğa ve paylaşım istekliliğine göre değişiklik gösterdi. En kısa görüşme 41 dakika sürdü, en uzun görüşme ise 2 saat 42 dakikaya ulaştı. Her özneye süreci kendi temposunda ve ihtiyaç duyduğu şekilde ifade etme alanı tanımaya özen gösterdim. Bu nedenle süre konusunda katı bir sınırlama getirmediğim. Görüşmelerin doğal akışında ilerlemesine ve öznenin kendini rahat hissettiği ölçüde paylaşımda bulunmasına öncelik verdim. Görüşmelerin niteliği açısından değerlendirdiğimde çoğunlukla bunun süre ile doğrudan bağlantılı olmadığını, öznenin paylaşma konusundaki hazır bulunuşluğunun görüşmenin içeriğini etkileyen en önemli etmen olduğunu gördüm. Görece uzun süren görüşmelerde önce hazır bulunuşluğun ve güvenin inşası gerekiyordu. Bunlar gerçekleştikten sonra yarı yapılandırılmış form üzerinden ilerledik.

Veri Doygunluğu

Nitel araştırmanın nesneliliği gibi veri doygunluğu da üzerinde tartışmaların sürdüğü ve yol haritalarının oluşturulduğu bir kavramdır. Ben de verilerin doygunluğu konusunda karar verme sürecimde bu yol haritalarını takip ettim. Veri toplama süreci öncesinde gönüllü mesleki uygulama ile başlayan sahadaki sürecim hastanedeki veri toplama sonrasında sonlandı. Gözlem ve katılımı içeren bu süreç yaklaşık olarak iki yıl sürdü, bu süreci saha günlükleri ile kayıt altına aldım. Derinlemesine görüşmelere ilişkin veri toplama ve analiz sürecimi birlikte yürüttüm. Her görüşmenin ardından elde ettiğim verileri analiz ederek yeni bilgi, tema ya da kavramsal katkı ortaya çıkıp çıkmadığını düzenli olarak değerlendirdim. Bu süreçte Hennink ve Kaiser'in (2022) sunduğu ampirik değerlendirme stratejilerinden yararlanarak, temaların tekrar etmeye başladığı noktaları belirlemeye çalıştım. 17. görüşmeden itibaren öznelerin ifadelerinin mevcut temaları yeterince betimlediğini, yeni kodların ortaya çıkmadığını ve tematik çeşitliliğin doygunluğa ulaşmaya başladığını gözlemledim. Veri doygunluğu kararımı sadece içerik tekrarına değil, verilerin araştırma sorularıyla örtüşme düzeyine ve kavramsal derinliğe göre de şekillendirdim. Akçay ve Koca'nın (2024) da vurguladığı gibi, doygunluk yalnızca "yeni veri gelmiyor" ifadesiyle sınırlandırılmaz; aynı zamanda elde edilen verilerin araştırma amacına yönelik anlam üretme kapasitesini ne ölçüde taşıdığı da önemlidir. Bu bağlamda, Saunders ve arkadaşlarının (2018) ortaya koyduğu doygunluk türlerinden indüktif tematik doygunluk ile veri doygunluğu yaklaşımını bir arada değerlendirdim. Görüşmelerin belirli bir aşamasında veriler hem içerik açısından yinelenmeye başlamış hem de kavramsal olarak derinlikli bir anlam bütünlüğü oluşturmuştu. Bu nedenle yalnızca sayısal sınırları değil, içeriksel ve anlamsal doyumu da temel olarak veri toplama sürecini sonlandırmaya kararı verdim.

Transkriptlerin Geri İletilmesi

Araştırmanın başlangıç aşamasında metne döktüğüm ses kayıtlarını öznelere iletmeyi planlamıştım. Ancak bu dökümleri ilettiğim üç öznenen belki de ilk defa bu kadar açık biçimde söze döktükleri bazı olumsuz deneyimlerini harflere, kelimelere bürünmüş şekilde görmenin yarattığı sarsıcı etkiyle ilgili geri bildirim

aldım. Karatay'ın "Konuşurken, anlatırken daha kolaydı. Görüşme sonunda kendimi çok rahatlamış hissetmişim ama bu... Karşımda görüp bunu okumak...Bu bana iyi gelmedi." ifadesi ve diğer iki öznenin benzer söylemleri neticesinde transkriptleri geri iletmemeye, isteyen özne olursa paylaşmaya karar verdim. Herhangi bir öznenin de böyle bir talebi olmadı.

3.2.3. Analiz ve Bulgular

Verilerin analizini yaparken nitel veri analiz programlarından MAXQDA'nın 2020 sürümünden faydalandım. Araştırmanın tasarım sürecinde olduğu gibi analiz sürecinde de Dr. Öğretim Üyesi Zeynep KURNAZ'ın Youtube kanalında² bulunan videolardan ve canlı yayınlardan faydalandım. MAXQDA programı kullanım becerilerimi bu videolar sayesinde geliştirdim. Analizlerimi yaparken Braun ve Clarke (2006)'ın sıralı tematik analiz aşamalarını uyguladım:

Analiz sürecine başlamadan önce, görüşme kayıtlarını dikkatlice dinleyip deşifre ederek veriye derinlemesine aşinalık kazandım. Öznelerin anlatılarını bir bütün olarak kavrayabilmek için metinleri birkaç kez okuyarak veride tekrar eden ifadeleri, duyguları ve vurguları not aldım.

Verileri üçüncü kez okuduğumda analiz sürecine başladım. Analizin ilk aşamasında dikkatimi çeken anlamlı bölümlere ve anlatılara bunları kısaca açıklayan isimler vermişim. Üçüncü okumada bu isimleri kavramsal kodlara dönüştürdüm.

Daha sonra benzer kodları gruplandırarak alt temalar oluştururdum ve bu alt temaları daha üst düzey kavramsal yapılar altında birleştirerek temaları oluşturmaya çalıştım. Süreç boyunca danışmanım ve tek izleme komitesi üyeleri ile iletişim halinde kaldım. Braun ve Clarke (2006)'ın da belirttiği üzere analiz doğrusal değil döngüsel bir şekilde ilerledi; sık sık veri setine geri dönerek hem kodları hem de temaları gözden geçirdim, bazılarını yeniden adlandırdım ya da birleştirdim. Nihai temaların her birini, araştırma sorularıyla ilişkili ve öznelerin deneyimlerini anlamlandırmaya yönelik bütünlüklü yapılar olacak şekilde

² <https://www.youtube.com/@ZeynepKurnaz/videos>

belirledim. Bu nedenle analiz sürecimin önce tümevarımsal, sonra tümdengelsel biçimde ilerlediğini söyleyebilirim.

Veri Kodlayanların Sayısı

Araştırma verileri yalnızca benim tarafımdan kodlandı. Süreç içinde ne zaman desteğe ihtiyaç duysam danışanım Prof. Dr. Tarık Tuncay ile görüştüm.

Temaların Türetilmesi

Analiz sürecim önce tümdengelsel sonra tümevarımsal Şekilde ilerledi. Ancak tabi ki bu çalışmaya bazı sorular sorarak başlamıştım. Ve temel amacım bu sorulara yanıtlar üretmekti. Dolayısıyla temaları oluştururken veriler içindeki anlamları amaçlarla ilişkili biçimde ortaya çıkarmaya çalıştım. Tema ve alt temaları isimlendirirken ilk etapta içerikleri hakkında bilgi veren isimler verdim, ikinci aşamada bu isimleri kavramsallaştırmaya çalıştım. Son olarak da tema ve alt tema isimlerine deneyimleri görünür kılacak Şekilde düzenledim. Görüşmelerden bazen yönetmekte zorlandığım bir duygu yumağı ile ayrılıyordum. Böyle zamanlarda temel baş etme kanallarımdan biri olan müzikten yararlanıyordum. Ana temaları isimlendirirken saha sürecimde alma listemde bulunan ve ilgili temaları yansıtığını düşündüğüm Şarkı sözlerinden faydalandım. Öznelerin söylemlerini görünür kılmak amacıyla da alt tema isimlerine öznelerin anlatılarından alıntılar ekledim.

Verilerin ve Bulguların Tutarlılığı

Yaptığım analiz sonucunda öznelerin kişisel ve kişiler arası bağlamda aktardıkları çocukluk deneyimlerinin mevcut literatürle büyük ölçüde uyumlu olduğunu gördüm. Özellikle duygusal y k, sosyal izolasyon ve ebeveynleşme gibi temalar daha önceki çalışmalarla benzerlik gösterdi. Bununla birlikte, yapısal bağlamda elde ettiğim verilerin, öznelerin yaşları ve yaşadıkları bölgelere göre farklılıklar gösterdiğini gördüm. Bu farklılıklar sosyal destek mekanizmalarına erişim, sağlık hizmetleriyle kurulan ilişkiler, toplumda ruhsal hastalıklara yönelik algı gibi konularda kültüre özgü bazı gerçekliklerin ve zaman içinde değişen kültürel

yapının altını çizdi. Bu yönüyle bu araştırma literatürdeki genel bulgularla örtüşürken aynı zamanda yerel bağlamda özgün katkılar da sundu diyebiliriz.

Ana Temaların Açıklığı

Ana temaları belirlerken verilerde sık tekrar eden, anlamlı örüntüler oluşturan ve araştırma sorularıyla ilişkili olan içerikleri esas aldım. Bu temaları kavramsallaştırarak hem kuramsal arka planla hem de öznelerin deneyimleriyle ilişkili hale getirmeye çalıştım. Ana temaların açıklığını ve tutarlılığını artırmak amacıyla yalnızca temaları ve ilişkili kodları içeren bir kod kitabı oluşturdum.

Alt Temaların Açıklığı

Alt temaları belirlerken tekrar eden verileri bulmaya çalıştım. En az iki kez tekrar eden, araştırma soruları ile bağlantılı örüntüleri bir araya getirerek kategorize etmeye ve böylelikle alt temaları oluşturmaya çalıştım. Alt temaları kavramsallaştırırken hem öznelerin ifadelerinden hem de çalışmanın kavram setinden faydalanmaya çalıştım. Kavramlara öznelerin kendi ifadelerinden alıntılar da ekledim. Verilerin anlaşılabilirliğini görünür kılmak için analiz sürecinde temaların ve alt temaların oluşumuna dair oluşturduğum kod kitabından bir örneği aşağıda paylaştım.

Tablo 5. Kodlama Örneği

Kod Sistemi	Tanım	Ne Zaman Kodlama Yapıldı	Örnek
EBEVEYN VE DİĞER AİLE ÜYELERİYLE İLİŞKİLER			
Hastalığı Kabullenme Süreci	Öznenin hastalığı kabul etme aşamasındaki psikolojik süreçler, duygusal tepkiler ve davranışsal değişimler.	Görüşmelerde hastalık kabullenme ifadesi veya süreci anlatılırken	"Hani böyle bunu kabullenmemesinde. İşte maalesef ki bu süreç bizi çok yıprattı. Ben hala çoğu yerde mesela babamın kişilik bozukluğunun olduğunu dile getirmekte zorlanırım. Hani bunu çok nadir yerlerde söyleyebiliyorum. Çünkü maalesef hala kabul edilen bir şey değil."

3.3. GÜVENDUYULABİLİRLİK

Nitel araştırmalarda güvenduyulabilirlik kavramını incelerken, araştırmacıların bulgularının geçerliliğini nasıl sağladığına dair önemli kavrayışlar sunan birkaç öncü çalışma öne çıkmaktadır. Bu kavram genellikle Guba ve Lincoln'un çalışmalarına dayanan inandırıcılık, aktarılabirlik, güvenilirlik ve doğrulanabilirlik boyutları çerçevesinde ele alınmaktadır (Morse, 2015). Bu çerçeve nitel araştırmaların değerlendirilmesinde temel bir yapı haline gelmiş ve geçerlilik ile güvenilirlik gibi geleneksel kavramlardan, nitel araştırmaya daha uygun kriterlere yönelimi teşvik etmiştir. Bu paradigma değişimi nitel araştırmalardaki öznel doğayı kabul ederken, sistematik metodolojik yaklaşımlar yoluyla da titiz bir çalışma planı sunar (Morse, 2015).

Güvenilirlik üzerine yapılan çalışmalar bu alana farklı perspektiflerden katkılar sunmuştur. Örneğin, Shenton (2004), güvenilirliği sağlamak için gerekli stratejiler arasında üçgenleme (triangulation) ve araştırma bağlamında uzun süreli etkileşimi vurgular. Nowell ve arkadaşları (2017) ise tematik analizde anlamlı nitel sonuçlara ulaşabilmek için yöntemin ciddiyle uygulanmasının, verilerin özenli ve sistematik biçimde analiz edilmesinin, bulguların güvenilir biçimde sunulmasının ve araştırmacının bilimsel sorumluluk bilinciyle hareket etmesinin önemine dikkat çeker. Bu görüşler nitel araştırmalarda güvenilirliğin yalnızca nicel ölçütlerle sınırlı kalmayan, daha incelikli bir anlayışla ele alınması gerektiğini ortaya koymaktadır. Nitel araştırmalar konusunda Morse ve arkadaşları (2002), araştırmacıların yalnızca geleneksel geçerlilik ve güvenilirlik kavramlarına bağlı kalmaksızın güvenilirliği sağlamak için çeşitli doğrulama stratejileri kullanabileceklerini öne sürmekte ve güvenilirliğin dinamik doğasını tartışarak, metodolojik titizliği artıran yansıtıcı (reflektif) uygulamalar önermektedir (Morse ve diğ., 2002). Bu çalışmaların ortak paydası, güvenilirliğin çok yönlü doğasını vurgulamaları, birden fazla strateji ile çerçevenin bütüncül biçimde kullanılmasını önermeleri ve araştırmacıları çalışmalarının özgün bağlamına uygun metodolojiler geliştirmeye davet etmeleridir. Bu bağlamda bu bölümden ben çalışmanın güvenduyulabilirliğini temellendirmek için inanılrlık, uzman incelemesi, onaylanabilirlik ve aktarılabirlik alt başlıklarına yer verdim.

3.3.1. İnandırıcılık

İnandırıcılık verilerin doğruluğuna ve araştırmacılar tarafından yapılan yorumlara duyulan güveni ifade eder (Cook ve Campbell, 1979; akt: Lincoln ve Guba, 1985). Bu kavram nicel araştırmalardaki iç geçerliliğe karşılık gelir ve araştırma bulgularının öznelerin düşüncelerini ve duygularını ne ölçüde doğru yansıttığını sorgular (Shenton, 2004). Bu çalışmada inandırıcılığı artırmak için kullanılan yöntemlerden uzun süreli etkileşim, katılımcı teyidi ve uzman incelemesini (Holloway ve Wheeler, 1996) kullandım.

3.3.2. Onaylanabilirlik

Lincoln ve Guba (1985), onaylanabilirliği, araştırma sürecine dair kararların ve yorumların açıkça izlenebilir ve değerlendirilebilir olması gerektiği ilkesine dayandırır. Bu doğrultuda, araştırmacının yalnızca nihai sonuçlarının değil, bu sonuçlara nasıl ulaşıldığının da şeffaf biçimde ortaya konması gerekmektedir. House (2015) da onaylanabilirliğin sağlanması için araştırmacının düşünsel süreci, analiz araçları ve bu sürece ilişkin kanıtları açık biçimde paylaşmasının önemine dikkat çeker.

Onaylanabilirliği artırmak amacıyla araştırma tasarımı, çalışmanın amacı, veri toplama araçlarının hazırlanma süreci, öznelerin seçilme gerekçeleri, görüşme süreçleri ve veri analizinin nasıl gerçekleştirildiğini detaylı biçimde açıkladım. Araştırma boyunca aldığım kararlar ve uyguladığım yöntemleri, COREQ kontrol listesi üzerinden sistematik bir şekilde aktardım ve böylece sürecin dışarıdan izlenebilirliğini ve değerlendirilebilirliğini sağlamaya çalıştım. Ayrıca analiz sürecine dair şeffaflık sağlamak için veri analizinde kullandığım temalara ve kodlara ilişkin bir örneği sundum.

Onaylanabilirliği güçlendiren bir diğer yöntem ise, öznelerin kendi ifadelerine doğrudan yer verilmesidir. Bu bağlamda öznelerin çocukluk çağı deneyimlerini özgün anlatımlarıyla aktarabilmeleri amacıyla bulgular kısmında doğrudan alıntılar kullandım. Bu yolla yorumlamalarımın yalnızca kuramsal çerçeveye değil, aynı zamanda öznelerin yaşam deneyimlerine dayandığını da ortaya

koymaya çalıştım. Öznelerin sesini yorumlamalarımla birlikte sunarak yorumların veriyle nasıl ilişkilendiği açık biçimde göstermeye çalıştım.

3.3.3. Aktarılabilirlik

Nitel araştırmalarda amaç genellenebilir sonuçlar üretmekten ziyade öznelerin deneyimlerini derinlemesine anlamaktır. Bu bağlamda aktarılabilirlik, bir araştırma bulgusunun başka bağlamlarda ne ölçüde anlamlı olabileceğini değerlendirme sorumluluğunu okuyucuya bırakır. Araştırmacının görevi ise, bulguların başka bağlamlara aktarılabilmesi için gerekli olan bağlamsal detayları mümkün olduğunca açık biçimde sunmaktır (Başkale, 2016). Böylelikle okuyucunun bulguları kendi bağlamına göre değerlendirmesine olanak sağlar (Shorts ve Hepko, 2002). Aktarılabilirliği sağlamak amacıyla, bu araştırmada kullandığım örneklem seçim yöntemini COREQ listesinde paylaştım. Öznelerin sosyo-demografik özellikleri ile çalışma sahasının fiziksel ve sosyal koşullarını da bir sonraki bölümde ayrıntılı biçimde tanımladım.

3.4. ARAŞTIRMANIN SAHASINA GENEL BİR BAKIŞ

Bu bölümde araştırma saha öncesi ve saha sürecinde yaşadıklarımı Saldana (2023)'nin önerdiği üzere nitel araştırmanın sanat ve edebiyatla iç içeliğini temel alarak aktarmaya çalıştım. Saha öncesini anlattığım kısımda kullandığım betimlemelerde, temaları isimlendirirken kullandığım şarkıların sözlerine atıfta bulundum. Kendimi daha iyi ifade edebilmek için bu tezi yazarken okuduğum bazı romanlardan alıntılara yer verdim.

3.4.1. Saha Öncesi

Her nitel araştırma bir yolculuk gibidir. Uzun süren yolculuk boyunca kahramanların neler yaşayacağını, nasıl dönüşeceğini bilmeyiz. Bir Oğuz Atay romanı okur gibi nitel araştırma boyunca biz de kahramanların anlattıkları üzerinden bir yolculuğa çıkar, onların içsel dünyalarını anlamlandırmaya çalışırız. Araştırmacı ve öznelerden oluşan kahramanların dünyasında, onların yolunu onların ayakkabıları ile yürümeye çalışırız. Dünyayı onların gözünden görmek için çabalarız. Bazen dışında oluruz çemberin bazen içinde, tıpkı çalışmanın

kahramanları gibi. Kahramanların kendi ekosistemlerinden oluşan çemberlerin dışında ya da içinde yer alışları (Tema 1) gibi. Bazen uzanan bir elin kalmadığı çocuklukta, bir var bir yok olan akrabaların arasındaki yalnızlığı anlamlandırma çabası (Tema 2). Yanlarından geçen sistemlerin çarptığı ama görmediği (Tema 3), ait olmaya çalıştıkları denizin tuzunda parlak renkli pullarını korumaya çalışan (Tema 4), kırıldığı yerden kendine inanarak (Tema 5) ıkan, kurduğu dűřlerle kendi büyük bahçesini kuran (Tema 6) kahramanların hikayesini okuruz. Bu hikâyeye bir üst okuma yaparken kahramanlara acımak yerine onları tanımaya çalışırız. Kahramanı Hikmet üzerinden “Fakat albayım ben kendim olalı yıllar geçmiş. Kendimi tanımadan geçen yılları unutmuşum. Onları nasıl öğrenmeli acaba?” diye soran Ođuz Atay (2021) gibi biz de nitel araştırmada hem ötekini hem de kendimizi sorgular, anlamaya çalışırız. Okuduđunuz bu çalışma da ötekini anlamaya çalışırken kendini de ötekinde anlayan bir varoluşçulukla ortaya çıktı ve yürütüldü.

Araştırmanın ilk tasarımında ebeveyni ruhsal hastalık tanısı almış kişiler için bir güçlenme ölçeği geliştirme arzusuyla yola çıkmıştım ve bir karma yöntem araştırması tasarlamıştım. Böylelikle bu çalışmada daha nizami daha matematiksel bir yerden kendimi konumlandırmayı amaçlıyordum. Eğer bir gün bütün arzu ve kaprislerinin nasıl geliştiklerine ve hangi yolları takip ettiklerine dair kesin bir matematik formülü ortaya çıkarsa insanın hiçbir şey istememeye başlayacağını söylüyor Dostoyevski (2020), Yer Altından Notlar isimli eserinde. Nitel araştırmanın güzel yanı da belki tam olarak bu. Bu çalışma insan söz konusu olduğunda matematiksel bir formül sunmanın mümkünsüzlüğünü ortaya koydu benim için. Ve bu çalışma insan aklı ile duygularını ön plana çıkararak, insanların zorlu koşullar altındaki sağ kalım stratejileri üzerinden yağmurun ne zaman yağacağına, yağmur yağdığında ıslanmamak için nerede durulacağına dair bir yol haritası oluşturma çabasına dönüştü. Değindiğim gibi bir ölçek geliştirme amacıyla yola çıkmıştım ve yaklaşık bir yıl buna yönelik okuma yapıp sorular oluşturduktan sonra oluşturduğum soruların işlerliğini kontrol etmek için kartopu örneklem yoluyla ulaştığım 5 kişiyle pilot görüşmeler yaptım. Bu pilot görüşmelerde “Annem böyle olup ben güçlü olacağıma, keşke annem hiç böyle olmasaydı da ben güçsüz kalsaydım.”, “Hocam hangi güçlenmeden

bahsediyorsun! Keşke biri, birileri olsaydı da yanımda bu yaşadıklarımı hiç yaşamasaydım.” ve benzeri sözler üzerinden görüştüğüm 5 öznenen de benzer geri bildirimleri aldım. Bu geri bildirimlerden elde ettiğim veriler neticesinde danışmanımla uzun bir görüşme yaptık. Ve öznelere ihtiyacının benim düşündüğümde başka olduğu üzerinde durduk ve “Ne olsaydı bir şeyler daha farklı olurdu, bu süreç kırılma noktaları artırmadan daha destekleyici bir şekilde geçilebilirdi?” sorularının cevaplarını aramam gerektiği üzerinde uzlaştık. Bu uzun görüşme neticesinde danışmanımın da yönlendirmeleri ile çalışmayı yeniden tasarladık. Literatür ve uygulamalardaki boşluk ve bu görüşmelerden elde ettiğimiz veriler neticesinde ebeveyni ruhsal hastalık tanısı almış kişilerin çocukluk çağı deneyimleri üzerinden risk faktörleri ve koruyucu faktörleri ortaya çıkarmayı amaçladık. Bu bağlamda çalışmanın problemini, amaçlarını ve yöntemini yeniden tasarlayarak tez izleme komitesi üyelerimin de desteğiyle görüşme formumuzu oluşturduk. Formu oluşturduktan sonra pilot görüşmeler yaptım ve soruların işlendiğinden emin oldum. Etik kurul izni de (19.03.2024 tarih ve 2024/06-19 sayılı) çıktıktan sonra Mavi At Kafe’ de gönüllü mesleki uygulama ile başlayan saha gözlem sürecim resmi olarak bir veri toplama sürecine dönüştü.

3.4.2. Saha Süreci

Görüşmelerin başlangıç süreci öznelere ulaşma biçimime göre değişkenlik gösterdi. Mavi At Kafe kanalıyla ulaştığım bir kişi ile önce yüz yüze tanışmış ve aynı ortamda bulunmuştuk. Sonrasında ona çalışmadan bahsettim ve katılmak isteyip istemeyeceğini sordum. Aklına takılan her konuyla ilgili sorduğu sorulara verdiğim yanıtlardan sonra çalışmaya katılmaya karar verdi. Buse K. aracılığıyla tanıştığım iki kişi ve davet afişi kanalıyla gelen kişiler direk çalışmaya katılmak amacıyla benimle ilk görüşmelerini yaptılar. İlk görüşmelerde onlara çalışmayı, amacını, çalışma sonucunda neler yapmayı planladığımı aktardım. İlk görüşme çoğunlukla telefonda gerçekleşti. Telefonda katılmaya karar veren ve güven ilişkisinin temellerini atabildiğimiz kişilerle derinlemesine görüşme yapmak üzere yer ve gün/ saat planlaması yaptık.

Hastane kanalıyla ulaştığım kişilerde ise süreç daha farklı işledi. Doktorların yönlendirdiği kişiler dışında iletişim kurduğum çoğunlukla beni hasta yakını

sanıp sohbet etmeye başladılar. Konuşmamız ilerledikçe yaşadıkları deneyimlerin benim için önemli olduğunu ve bu konunun daha bilinir, görünür hale gelmesi için bir araştırma yaptığımı söyledim. Bundan sonrasında konuşmayı devam ettirip çalışmayı soran ve katılmaya karar veren kişiler de olduğu gibi az da olsa “Biz yıllardır bunları anlatıyoruz, bir şey olduğu yok.” diyerek beni tıbbi personel olarak konumlandırıp kızanlar da oldu.

Derinlemesine görüşmeler için bir araya geldiğim tüm öznelere Ek 4’te bulunan Aydınlatılmış Onam Formu’nu sesli olarak okudum ve kendilerine de bir kopyasını verdim. Form üzerinden sordukları sorular olduğunda bunları da yanıtladım. Karşılıklı olarak formu imzaladıktan sonra görüşmelere başladık. Görüşmeler bazen öznenin iş yerinde, bazen benim okuldaki ofisimde çoğunlukla ise öznelere görüşmeyi tercih ettikleri halka açık kafelerde gerçekleşti. Görüşmelerin gerçekleştirildiği fiziksel mekânların öznelere kendilerini rahat hissedebilecekleri ve deneyimlerini açıkça ifade edebilecekleri alanlar olması önemliydi. Bu yüzden mekân seçimini öznelere bıraktım. Öznelere seçtikleri mekanlar çoğunlukla sessiz, sakin, çalışma odası biçiminde görüşme alanları olan yerlerdi. Büyük ve kalabalık mekanlarda da genel olarak en kuytuda, kenarda, gözlerden uzak kalan masalara oturmayı tercih ettiler. Bazı görüşmeler öznelere iş yerindeki uygun alanlarda gerçekleşti. Mekânın ve oturacakları yerin öznelere tarafından belirlenmesi hem güven inşasında hem de eşitlikçi ilişki kurmada bir ilk adım işlevi gördü diyebilirim.

Görüşmeler sırasında yalnızca veri toplayan bir araştırmacı olmanın ötesinde öznelere yaşantılarına tanıklık eden, kelimelerin ardındaki deneyimleri, duyguları anlamaya çalışan bir konumdaydım. Anlatılanlar yalnızca bu çalışma için sunulan bilgiler değildi, öznenin zaman yolculuğunda kimi zaman ilk kez dile getirilen kırılma anlarıydı. Kimi zaman sessizliği birlikte göğüsledik, kimi zaman sözlerimle sarıldım öznelere. Göz göze geldiğimiz bazı anlarda bir dudak bükmesiyle hiçbir şey konuşmadan çok şeyler anlattı öznelere. Amacım yalnızca bu çalışmaya temel teşkil edecek verilerini toplamak değildi. Amacım belki de ilk defa kendilerini bu derece açan öznelere dinlenilmenin, anlaşılmanın kapılarını sonuna kadar açmaktı aynı zamanda. Bu yüzden her görüşme bir yolculuk gibiydi onların

hayatlarına. Bazen duygusal yoğunluğun yüksek olduğu anlarda görüşmelere kısa aralar verdik, öznelerin duygularını düzenlemesi ve devam edebilmesi için alan açtık. Görüşmeler boyunca anlatıların duygusal ağırlığını içselleştirmeme ve süreci etik bir çerçevede yürütme konusunda kendimi de yönettim. Araştırmacı olarak kendi duygularımı ve sınırlarımı fark ettim. Duygularımı yönettim, araştırma etiğini ve öznelerin iyilik halini gözettim. Bu süreç benim için yalnızca bir veri toplama süreci olmadı. Duygusal dayanıklılığımı sınavan, empatik kapasitemi artıran ve profesyonel etikle iç içe örülmüş karşılaşmalar bütününe dönüştü. Bazı özneler deneyimlerini söze dökerken zorlandılar. Özellikle travmatik anılara değinilirken bazen metaforlar, bazen şarkı sözleri ya da çocukluk imgeleri aracılığıyla kendilerini açtılar. Böyle zamanlarda yanlış anlamaların önüne geçmek için sondaj soruları ile bu metafor ve imgelerin ardındaki anlamları ortaya çıkarmaya çalıştım.

Görüşmeler öznelerin kendi yaşam anlatılarını yeniden yapılandırmalarına, yaşadıklarını anlamlandırmalarına ve seslerini duyurduklarını hissetmelerine olanak sağlayarak aynı zamanda bir güçlenme pratiğine de dönüştü. Bu deneyim çalışmanın kuramsal çerçevesinde bulunan güçlendirme kuramının katılım, farkındalık kazanımı ve kontrol duygusunun yeniden inşası ilkeleri ile de örtüşmekteydi. Öznelerin yaşantılarına yönelik bilgi üretiminin öznesi olmaları, onları edilgen konumdan çıkararak kendi deneyimlerinin tanığı ve anlatıcısı haline getirdi. Görüşmelerimiz öznelerin nasıl birer manolya ağacı gibi uzun ve çetin bir kıştan sonra çiçek açtıklarını, en fazla kırıldıkları yerden nasıl kök saldıklarını yansıtarak, yaşamlarında nelerin üstesinden gelerek hayatlarını kendi kontrollerinde yeniden inşa ettikleri üzerinde durarak son buldu. Bu nedenle çoğunlukla karşılıklı olarak kendimizi daha iyi hissederek bitirdik. Tabi ki bunlar travmatize edici deneyimlerdi, zorluydu. Dolayısıyla öznelerin zarar görmemesi ilkesi birincil önceliğimdi. Bazı öznelerin görüşmeler sonrasında ihtiyaç duymaları halinde destek alabilecekleri gönüllü psikososyal destek ağlarıyla iletişim kurmalarını sağladım. Öte yandan ben de bir araştırmacı olarak bu karşılaşmalardan, temaslardan yalnızca veri ile değil, derin bir farkındalık ve olgunlaşma ile ayrıldım. Görüşmelerin sonunda oluşan bu karşılıklı güçlenme hali

araştırmanın sadece akademik bir çalışma olmanın yanı sıra insani ve toplumsal bir dönüşüm başlatma potansiyeline sahip olduğunu da ortaya koydu.

Araştırmacı olarak bu çalışmada yalnızca kuramsal bilgiye ve mesleki deneyime sahip biri değil, aynı zamanda ortak deneyim üzerinden konuyla kişisel bir bağı da bulunan bir “içeriden”dim. Gerekli durumlarda paylaştığım ve öznelerle kurduğum güven ilişkisini kolaylaştıran bu bağ aynı zamanda sürekli bir öz düşünümsellik hali gerektirdi. Nitel araştırma yürütürken nesnel olmanın mümkün olduğunun bu kadar tartışıldığı bir dönemde kendi deneyimlerimi, öznelerin deneyimlerinden ayırabilmek için danışman ve akran desteği aldım. Bu noktada kendi kişisel deneyimlerim, hayat görüşüm, öznelerle ilişkilerim üzerine düşünüp kendimi daha detaylı keşfedip, anlamlandırıp bu anlamlandırmanın araştırmaya nasıl yansıdığı üzerine düşündüm. Yaşantılar arasında sınır kurmak ve kişisel olanla mesleki olanı ayırt edebilmek saha sürecinde etik sorumluluğumu diri tutmamı sağladı. Özne anlatılarını öznellikten arınmış biçimde değerlendirebilmek için sürekli olarak refleksif bir tutum geliştirdim. Bu bağlamda içeridenliğim, sahaya olan farkındalığımı daha da artıran ancak analiz sürecinde ise sürekli sorgulamaya özen göstermeme olanak sağlayan bir unsur olarak varlık gösterdi. Görüşmelerde kurduğumuz ilişkiyi sorguladım. Sınırlarımız var mıydı? Ve görüşmelerde bir dostluk ilişkisinden ziyade, ortak bir deneyim etrafında kümelenmiş, kendileri için, kendileri ile ilgili politikalarda söz sahibi olabilmek, bir değişim dönüşüm yaratabilmek için bir arada olan bir güçlenme kardeşliği oluştuğunu gördüm. Görüşmelerde sıklıkla “Bunu daha önce kimseye anlatmamıştım.”, “Bunları şu an nasıl anlattığımı ben bile bilmiyorum.” gibi söylemler yer aldı. Özellikle erkek özneler ilk defa duygularını dile getirdiklerini sıklıkla vurguladılar. Bu noktada görüşmeci olarak benim içeriden oluşumun derinlemesine paylaşımlar yapılmasında oldukça etkili olduğunu düşünüyorum.

3.4.3. Öznelerin Özellikleri

Tablo 6. Öznelerin Sosyodemografik Özellikleri

Özne	Yaş	Cinsiyet	Medeni Durum	Eğitim Durumu	Çalışma Durumu	Tanı Alan Ebeveyn/Tanı	Terapötik Destek Almış mı?
1. Eylem	33	Kadın	Bekar	Lisans mezunu	Çalışıyor	Anne/ Bipolar bozukluk	Evet
2. Doğu	32	Erkek	Bekar	Lisans mezunu	Çalışıyor	Anne/ Major Depresyon	Evet
3. Merve	19	Kadın	Bekar	Lisans okuyor	Çalışmıyor	Anne/ Major Depresyon	Hayır
4. Sahra	34	Kadın	Boşanmış	Ortaöğretim mezunu	Çalışmıyor	Baba/ Şizofreni	Hayır/ maddi nedenler
5. Deniz	24	Kadın	Bekar	Lisans mezunu	Çalışıyor	Anne/ Sosyal kaygı bozukluğu	Evet/ maddi nedenlerle bırakmış
6. Yağmur	19	Kadın	Bekar	Lisans okuyor	Çalışmıyor	Baba/ Major Depresyon	Hayır/ maddi nedenler
7. Asi	25	Kadın	Bekar	Lisans mezunu	Çalışıyor	Anne/ Major Depresyon	Evet/ maddi nedenlerle bırakmış
8. Nehir	34	Kadın	Evli	Lisans mezunu	Çalışıyor	Baba/ Bipolar bozukluk	Hayır
9. Güneş	28	Erkek	Evli	Doktora yapıyor	Çalışıyor	Anne/ Major Depresyon	Hayır
10. Duru	23	Kadın	Bekar	Lisans mezunu	Çalışıyor	Anne/ Bipolar bozukluk	Hayır/ maddi nedenler
11. Atakan	32	Erkek	Evli	Lisans mezunu	Çalışıyor	Baba/ Bipolar bozukluk	Hayır/ maddi nedenler
12. Burçak	20	Kadın	Bekar	Lisans okuyor	Çalışıyor	Baba/ Şizofreni	Hayır/ maddi nedenler
13. Derin	34	Kadın	Evli	Lisans mezunu	Çalışıyor	Baba/ Bipolar bozukluk	Hayır
14. Lülü	42	Kadın	Evli	Lisans mezunu	Çalışıyor	Anne/ Şizofreni	Evet/ maddi nedenlerle bırakmış
15. Berrak	34	Kadın	Evli	Doktora yapıyor	Çalışıyor	Anne/ Anksiyete bozukluğu	Hayır
16. Ece	24	Kadın	Bekar	Lisans mezunu	Çalışıyor	Anne/ Şizoaffektif bozukluk	Hayır/ maddi nedenler
17. Mert	23	Erkek	Bekar	Önlisans mezunu	Çalışmıyor	Baba/ Şizofreni	Hayır
18. Yunus	31	Erkek	Bekar	Yüksek lisans yapıyor	Çalışıyor	Anne/ Şizofreni	Hayır
19. Aslan	26	Erkek	Bekar	Lisans mezunu	Çalışıyor	Anne/ Şizofreni	Hayır
20. Asil	21	Erkek	Bekar	Önlisans mezunu	Çalışıyor	Anne/ Major Depresyon	Hayır
21. Umut	28	Erkek	Bekar	Lisans mezunu	Çalışıyor	Anne/ Major Depresyon	Hayır/ maddi nedenler
22. Karatay	26	Kadın	Bekar	Lisans mezunu	Çalışıyor	Baba/ Borderline	Hayır/ maddi nedenler

Tabloda görüldüğü üzere araştırmaya katılan 22 öznenin çoğunluğu kadındır. Öznelerin yaş aralığı 19 ile 42 arasında değişmekte olup, çoğunluğu 20'li yaşlarının sonlarında ve 30'lu yaşların başındadır. Öznelerin çoğunun bekar olup, yalnızca beşi evli ve biri boşanmıştır. Öznelerin önemli bir bölümünün lisans mezunu ya da lisans öğrencisi olduğu, büyük çoğunluğunun çalıştığı görülmektedir. 13 katılımcının annesi, 9'unun ise babası ruhsal hastalık tanısı almıştır. Tanı türleri arasında en sık karşılaşılanlar major depresyon, şizofreni ve şizoaffektif bozukluklar ile bipolar bozukluklardır.

Terapötik destek alma durumu konusunda tablo çarpıcı bir görünüm sergilemektedir. Sadece altı katılımcı doğrudan "evet" yanıtını verirken, pek çoğu "hayır" ya da "evet ama maddi nedenlerle bırakmış" şeklinde yanıt vermiştir. Özellikle ekonomik gerekçelerle destek alamamak ya da süreci sürdürememek sıkça dile getirilen bir engel olmuştur.

Tablo görünümünün yanı sıra öznelerin her birine ilişkin kısa tanıtım paragrafları sunulmuştur.

1. Eylem: Üniversite mezunu ve aktif çalışma hayatı içinde yer alan bir kadındır. Görüşme sürecinde ölçülü ama içten bir anlatımla çocukluk yaşlarından itibaren annesinin ruhsal hastalığının eşlik ettiği yaşam hikâyesini benimle paylaştı. Başta oldukça mesafeli bir tutum takınırken görüşme ilerledikçe duygularını açmaya başladı. Annesi, Eylem henüz küçük bir çocukken majör depresyon tanısı almış, ilerleyen yıllarda ise bu tanı bipolarlara dönüşerek daha belirgin bir seyir kazanmış. Eylem' in anlatısında en çok dikkat çeken konular duygularla baş etme becerilerinin ve empati kapasitesinin yaşadığı zorluklar sayesinde gelişmiş olmasını söylemesiydi. Görüşme süreci onun deyimi ile bir yandan geçmişe dönüp bakmasını sağlarken, bir yandan da bugünkü benliğini nasıl şekillendirdiğini ortaya çıkardı.

2. Doğu: Tarih bölümü mezunu ve özel sektörde çalışan erkek bir öznedir. Annesinin ruhsal hastalığı onun hayatında belirleyici bir kırılma alanı oluşturmuştu. Özellikle çocukluk döneminde güven ve özgüven eksikliği, yoğun bir içe kapanma ve bastırılmış duygularla örülü bir gelişim süreci yaşamıştı ve

bunun yol açtığını düşündüğü bir kekemelik durumu vardı. Görüşmenin başlarında konuşurken tutuklukları olsa da güven ilişkisi ve rahatlatıcı ortamla birlikte tutukluklar geçti. Annesinin öngörülemez davranışları, zaman zaman fiziksel şiddete varan öfke nöbetleri ve intihar girişimleri, Doğu'nun çocukluk hafızasında "sevgi" ile "korku" nun iç içe geçtiği ikircikli temsiller oluşturmuştu. Erkek bir özne olmakla birlikte kendini düşündüğünden çok daha derin biçimde açtı. Ataerkil erkeklik inşası nedeniyle daha önce duygu paylaşımında çok bulunamadığını, bu ortamın sağlanmasının ona iyi geldiğini ilettili.

3. Ahsen: Sosyoloji lisans öğrencisi bir genç kadındır. Doğup büyüdüğü köyde annesinin hem psikolojik hem de fiziksel sağlık sorunlarıyla iç içe bir çocukluk geçirmişti. Ahsen Sosyoloji bölümünde aldığı "Psikoloji" dersinde annesinde bir hastalık olduğunu anladığını, ilk ara tatilde annesini doktora götürdüğünü ve anksiyete bozukluğu tanısının konulduğunu aktardı. Özellikle çocukluk döneminde bayılmalarına ve krizlerine tanıklık ettiği annesinin durumunun hastalık olabileceğinin hiç düşünülmemesini, farklı durumlar olduğu düşüncesiyle yıllarca hoca hoca gezdirilmesini, bilgisizliğin yol açtığı kayıp yıllar olarak nitelendirdi. Görüşme boyunca sondaj soruları ile Ahsen'in duygularını öğrenmeye çalışsam da o daha çok davranış ve düşüncelerini dile getirdi. Daha çok bakım verme üzerine inşa olan kültürel kimliğinin bunda etkili olduğunu düşünüyorum.

4. Sahra: Lise mezunu ve bir çocuk annesi bir kadındır. Başından sonuna dek deneyim ve duygu paylaşımının oldukça yoğun olduğu, benim çok sormama gerek anlamadan Sahra'nın kendisini açtığı bir görüşmeydi. Güven temelli ilişki oldukça kolay kuruldu. Sahra, çocuk yaşta annesinden ayrılmıştı, kendisi doğmadan önce şizofreni tanısı alan babası ve 8 yaşındaki kızıyla birlikte yaşıyordu. Anlatısında en çok dikkat çeken şeyler babasının hastalığıyla değil, çevresinin yargılayıcı ve dışlayıcı tutumlarıyla verdiği mücadeleydi. Babasını "hem annesi hem babası" olarak tanımlarken, onun hastalığıyla kurduğu ilişkiyi bir baş etme hikâyesine dönüştürdüğünü gözlemledim. Sahra'nın anlatılarında aile içi rol karmaşaları, bakım yükünü tek başına üstlenmesi, destekten yoksun bırakılma ve buna rağmen ayakta kalma çabası daha çok ön plana çıktı. İçi gülen

gözleriyle anlattığı travmatik anılar bazı şeylerin ne kadar üstesinden geldiğinin ama bunun da ne kadar yalnız bir yolculuk olduğunun göstergesiydi.

5. Deniz: Üniversite mezunu ve kamuda sosyal hizmet uzmanı olarak görev yapan bir kadındır. Deniz bulunduğumuz mesleki camia üzerinden beni daha önceden tanıdığı için hiyerarşik bir konumlandırma yapmıştı. Görüşmeye böyle başlasak da “öznenin sorunun uzmanı olması” na yaptığım vurgu ve aktif dinlemeyle bir yakınlık kurduk ve görüşme eşitlikçi bir tonda ilerledi. Görüşme boyunca açık yüreklilikle konuşan Deniz, kimi zaman gözleri dolarak, kimi zaman mizahi bir yerden yaşadıklarını ifade etti. Bir sosyal hizmet uzmanı olarak anlatılarında bireysel deneyimler kadar sistemsal sorunlara da değindi. Kişisel olan ile politik olanın bağlantısının en fazla kurulduğu görüşmelerden biriydi benim için.

6. Yağmur: Üniversite öğrenimini sürdüren genç bir kadındır. Görüşme sürecimiz başlangıçta dikkatli ve temkinli başladı. Her ne kadar katılım konusunda istekli olsa da bana oldukça şüphe ile yaklaştı. Ona çalışma motivasyonlarımı anlattıktan sonra görüşme Yağmur’un iç dünyasının kapılarını sonuna kadar açtı ve uzun uzun anlatmaya başladı. Babası uzun yıllardır depresyon tanısıyla tedavi gören Yağmur, üniversite sınavına hazırlandığı dönemde babasının bakımına eşlik ederken kendi ruhsal sıkıntılarının da ortaya çıktığı bir kırılma yaşamış. Kendisi de obsesif kompulsif bozukluk tanısı ile tedavi görüyor. Bu nedenle terapistinin onayıyla onun uygun gördüğü bir zaman diliminde Yağmur ile görüştük. Yağmur ile yaptığım görüşme ruhsal hastalıkların çevresel etmenlerden ne denli etkilendiğini anlamamı sağlayan bir görüşmeydi. Terapiden farklı olarak görüşmenin onda bir dostla hasbihal etme hissi uyandırdığını ve çok iyi geldiğini paylaştı.

7. Asi: Sosyoloji mezunu ve Kanada’da yaşamaya yeni başlamış biridir. Asi ile çevrim içi olarak görüştük. Yapacağım ilk çevrim içi görüşme olacağı için biraz tedirgin olmuştum ancak duygu ve deneyimlerin samimi biçimde paylaşıldığı, yakınlığın kurulabildiği bir görüşme oldu. Görüşmede bol bol mizahi anlatılarla kendini ifade eden Asi, zaman zaman da hüznüyle içini döktü. Görüşme boyunca, annesine duyduğu duygudaşlık ve kızgınlık arasında gidip gelen bir anlatım

sergileyen Asi için görüşme zaman zaman duygularını yeniden tanımladığı alana dönüştü. Kendi ifadesiyle “herkesin normal başka, ben sonradan öğrendim” sözyle farkındalıklarına vurgulayan Asi görüşme sürecinde “Bu sorduğunu daha önce hiç düşünmemiştim, şimdi düşününce...” cümlesini sık sık kullandı. Bu cümle ve görüşme sonunda söylediği “Bazı şeyleri hâlâ ilk kez tanımlıyor gibiyim.” cümlesiyle yeniden çerçeveleme ve inşa sürecinin yeni yeni başladığını ve uzun süre devam edeceğini hissettirdi bana.

8. Nehir: Kamuda çalışan, iki çocuk annesi bir kadındır. Oldukça sakin ve şefkatli bir yapısı olan Nehir’in anlatıları boyunca çok güçlü bir inanç sistemine sahip olduğunu ve buradan destek aldığını gördüm. Ergenlik yıllarında babasının hastalığı ile mücadele etmişti. Daha sonra en küçük kardeşinde ruhsal hastalık ortaya çıkmıştı. Bunlara ek olarak Nehir’in sürekli bakıma ihtiyacı olan engelli bir çocuğu da vardı. Nehir’le yaptığım görüşme bana onun dayanıklılığının ne kadar yüksek olduğunu ve inanç kanalının bir insanın zorluklarla baş etmedeki öneminin ne denli büyük olduğunu derinden hissettirdi.

9. Güneş: Tıp fakültesi mezunu ve yurt dışında görev yapan bir hekimdir. Görüşme sürecinde ne söyleyeceğini ve nasıl ifade edeceğini dikkatle seçen, analitik değerlendirmelerin ağır bastığı bir dil kullandı. Zaman zaman ise çocukluk deneyimleriyle kurduğu bağı yansıtan, duygu yoğunluğu yüksek cümlelere yer verdi. Güneş, olumsuz yaşam olayları karşısında duygularına mesafeye yaklaşarak onları analiz ediyor ve neden-sonuç ilişkileri kurarak onları bir problem çözer gibi çözüyordu. Çözülemez olanları ise görmezden geliyordu. İlk kez bazı duygularını sesli olarak tanımladığını ifade etmesi, onun görmezden gelmeye dayalı düşünme biçimini ve hayata devam etme stratejilerini görünür kıldı. Sorunların mutlaka çözümlenerek devam edilmesi inancının aksine onun geçmişe değil, geleceğe odaklanarak kendine yeni bir hayat inşa ettiğini görmek araştırmacı olarak beni hem şaşırttı hem de etkiledi.

10. Duru: Sosyal hizmet mezunu ve sivil toplum kuruluşunda çalışan genç bir kadındır. Görüşme başında kontrollü ve toparlayıcı bir dil kullanımı hâkimdi. Ancak hastalık sürecine ilişkin deneyimlere geldiğimizde duygu temelli paylaşımları yoğunlaştı. Duru ailesinin en büyük çocuğu olarak yüklendiği

sorumluluklarla erken yaşta olgunlaşmıştı. Özellikle annesinin yataklı tedavi sürecini paylaşırken zaman zaman duygu boşalmaları yaşayan Duru, kendisine dahi ilk kez bu kadar açık konuştuğunu, bu görüşmenin onun için bir dağılma ve yeniden toparlanma niteliğinde olduğunu belirtti.

11. Atakan: Üniversite mezunu ve özel sektörde çalışan evli bir erkektir. Görüşme boyunca deneyimlerini duru bir anlatımla aktardı. Ancak duygularını doğrudan ifade etmekten kaçındı. Daha çok düşünsel çözümler ve metaforlar üzerinden kendini ifade etti. Kendisi gibi ruhsal hastalık tanılı bir ebeveyni olan eşiyle ortak deneyimlerine sık sık vurgu yaptı. Babasının yataklı tedavi sürecindeki mekanların soğukluğuna, kapatılmışlık hissine dair anlatımları çok içtendi. Atakan yüz yüze görüşmek istemediğinden çevrim içi olarak konuştuk.

12. Burçak: Üniversite öğrenimine devam eden ve aynı zamanda çalışan genç bir kadındır. Şizofreni tanılı babasıyla geçen çocukluğu hem fiziki hem de duygusal güvenlikten yoksunlukla, sık yer değişiklikleri, koruma kararları ve bakım verenlerin sürekli değişimleriyle şekillenmişti. Kuruma alınma sürecini başta istemese de zamanla eğitimin, desteğin ve görece istikrarın sunduğu olanaklarla yeni bir aidiyet alanı inşa etmişti kendine. Ancak Burçak kurum bakımının kendi içinde taşıdığı eşitsizlik, etiketleme ve adaletsizliklere de uzunca bir yer verme ihtiyacı hissetti görüşmemizde. Duygu yoğunluğunun oldukça fazla olduğu bu görüşme yalnızca kendi yaşamını değil, koruma altındaki diğer çocukların yaşamlarını da dönüştürmeyi amaçlayan Burçak'ın geleceğe dönük amaç ve hedeflerini paylaştığı, kırıldığı yerden güçlenme anlatısına dönüştü.

13. Derin: İki çocuk annesi, engelli bakım merkezinde yöneticilik yapan bir kadındır. Görüşme için Derin'in hazır bulunuşluğu oldukça yüksekti. Babasının hastalığı ve ataerkil kültür ekseninde çocukluk döneminden beri yaşadığı sevgisizlik ve değersizlik hissini deneyimleri üzerinden açık yüreklilikle paylaştı. Çocukluk deneyimleri ve bu deneyimlerin bugünkü aile yaşantısına yansımaları konusunda farkındalığı oldukça yüksekti. Görüşmede psikososyal destek almaya ihtiyacı olduğunu ifade etti ve bir klinik psikolog ile iletişim kurması için aracılık yaptım.

14. Lülü: Kamu kurumunda çalışan, iki çocuk annesi bir kadındır. Annesi paranoid şizofreni tanısı aldıktan sonra, Lülü henüz 20 günlükken ablası ve abisi ile birlikte devlet korumasına “verilmiş (kendi söylemi ile)” ve çocukluk yıllarını kurum bakımında geçirmişti. Görüşmemiz duygusal yoksunluk ile aile ve sistem ihmalinin izlerini taşıyan bir yaşamın zamanla dayanıklılık, farkındalık ve dönüşümle nasıl harmanlandığını ortaya koydu. Görüşmeyi iki farklı günde tamamladık. İlk görüşmemizde daha çok Lülü’ nün annesinin hastalığını nasıl deneyimlediğini gördük. İkinci görüşmede ise kişiler arası ve yapısal düzeydeki deneyimlerden bahsettik. Aynı zamanda bir yazar olan Lülü’ nün farkındalık düzeyi oldukça yüksekti. Yaşadıklarını yalnızca kişisel değil, toplumsal bir mesele olarak da değerlendiren bir bilinçle aktardı.

15. Berrak: Doktora eğitimine devam eden, sağlık sektöründe çalışan, bir çocuk annesi bir biyologdur. Berrak’ın emzirme süreci devam eden oldukça küçük bir bebeği olduğundan görüşmemizi online olarak gerçekleştirdik. Ancak bu durum yakınlık kurmamıza engel olmadı. Ses kaydını başlatmadan önce annelik deneyimlerimiz üzerinden yakınlık kurduk. Çok başarılı bir öğrenci olan Berrak eğitimin evden çıkışında varoluşsal bir kaçış ve yeniden doğuş kapısı olduğunu ve öğretmenlerinin eğitimine devam edebilmesinde en büyük destekçiler olduğunu anlattı. En yakın arkadaşı olarak da tanımladığı eşi ile benzer deneyimleri olduğunu, onun annesinin de ruhsal hastalık tanısının bulunduğu, zorlu deneyimlerden gelerek eşitlikçi bir ilişkiye dayanan sevgi temelli bir aile kurduklarını aktardı.

16. Ece: Sağlık Bilimleri Fakültesi mezunu, kamu hastanesinde çalışan genç bir kadındır. Erken yaşta babasını kaybeden ve annesinin ruhsal hastalığı ekseninde bir çocukluk geçiren Ece lise döneminde kurum bakımını deneyimlemişti. Görüşme başında Ece oldukça mesafeli ve temkinliydi. Görüşme ilerledikçe bu durumun güvenli ilişkilerin yoksunluğundan kaynaklanan bir savunma mekanizması olduğunu ifade etti ve yavaş yavaş bana güven duyup duygu ve deneyimlerini daha açık biçimde paylaşmaya başladı. Annesiyle daha mesafeli ve sınırlı bir ilişki sürdürürken annesinin farklı evliliklerinden olan iki kardeşinin

bakımını ve vasiliğini üstlenen Ece'nin kendi gibi kardeşlerinin de hayatını dönüştürmeye çalıştığını hissettim.

19. Mert: Ön lisans mezunu ve KPSS'ye hazırlanan genç bir erkektir. Görüşme boyunca en çok toplumsal olarak içselleştirilmiş eril kodların etkisiyle babasının hastalığına dair konuşmakta zorlandığı gözlemlerim. Duygularını doğrudan ifade etmekten kaçınan Mert'te, güçlü ve kontrollü görünme çabası belirgindi. Ancak görüşmenin ilerleyen aşamalarında güven duygusu pekiştikçe yavaş yavaş iç dünyasını bana açmaya başladı. Sorduğum pek çok sorunun, hayatında ilk kez düşündüğü sorular olduğunu belirtti; defalarca "ilk kez birine kendimi bu kadar anlattım" ifadesini dile getirdi. Ses kaydı sonlandıktan sonra yaklaşık yarım saat daha görüştük ve bu süre zarfında, duygularını çok daha açık bir biçimde paylaştı. Kendi ifadesiyle bu kadarını anlatmış olmasına şaşırarak ve bir miktar da hafiflemiş hissederek görüşmeyi sonlandırdı.

18. Yunus: Öğretmen olarak görev yapan, yüksek lisans eğitimine devam eden bir erkektir. Annesi 11 Eylül olayları sonrası yaşadıkları ırkçılıkla tetiklenip, o dönem yaşadıkları Amerika'da tanı almıştı. Görüşme boyunca oldukça açık, düşünsel derinliği yüksek ve çözüm odaklı bir anlatım sergileyen Yunus, kimi zaman mizahla, kimi zaman inançla yoğrulmuş içgörülerini benimle paylaştı. Bireyci ve kolektivist iki farklı kültürdeki deneyimleri ile yapısal düzeyde çeşitli değerlendirme ve öneriler sundu. Yunus'un anlatıları olumlu biçimde geliştirilen inanç kanalının baş etmedeki önemini derin biçimde anlamama olanak sağladı.

19. Aslan: Üniversite mezunudur ve turizm sektöründe çalışmaktadır. Antalya'da yaşayan Aslan ile annesini kontrole getirdiği zaman Ankara'da görüştük. Kendisi küçük yaşta ayrılan anne ve babasının yaşam alanları arasında bir aidiyet arayışı yaşadığını aktaran Aslan, çocukluk dönemi boyunca annesinin sanrılı düşüncelerini gerçeklik olarak yorumladığı, hasta olduğunu çok sonra öğrendiği üzerinde durdu. Halihazırdaki romantik ilişkisinde partnerinin de ebeveyni ruhsal hastalık nedeniyle tedavi görüyordu.

20. Asil: Ön lisans mezunu ve yaşlı bakım teknisyeni olarak çalışan genç bir erkektir. Asil de çalışmaya farklı bir ilden katıldı. Bingöl' de yaşayan Asil ile kontrol

için annesini getirdikleri dönemde Ankara'da görüştük. Asil oldukça utangaç biriydi, başlarda çalışmaya katılma konusunda tereddütleri vardı. Aklına takılan tüm sorulara aldığı yanıtlardan sonra çalışmaya katılmaya karar verdi ancak ses kaydı alınmasını istemedi. Asil ile görüşmede aldığım notları daha sonra okuyup görüşmeyi gözden geçirdiğimde toplumsal deneyimlerle ilgili yeterince derinleşmediğimi fark ettim ve ikinci bir görüşme daha yaptık. İkinci görüşmede eski bir dostla görüşür gibi hissettiğini belitti ve daha açık bir şekilde deneyimlerini paylaştı. Asil, zaman zaman mizahi ifadelerle hasta olmaya dair duyduğu kaygıları hafifletmeye çalıştı. Ben de bu konuda yapılan çalışmaların gösterdiği düşük oranları aktararak onu rahatlatmaya çalıştım. Asil'in anlatıları büyüklerimden dinlediğim ve artık geçmişte kaldığını düşündüğüm kimseyi geride bırakmayan Anadolu kolektifliğinin halen bir yerlerde yaşamaya, devam etmeye çalıştığını bana gösterdi.

21. Umut: Üniversite mezunu ve özel sektörde çalışan bir erkektir. Çalışmaya İstanbul'dan katıldı. Ankara'da yaşayan nişanlısı Karatay'ı ziyarete geldiğinde yüz yüze görüştük. Görüşmeye nişanlısı ile katılmak istedi. Bu ilk başta beni kaygılandırırsa da görüşmede nişanlısından aldığı destekle kendini daha rahat ifade edebildi. Annesi ona hamileyken tanı almıştı. Bu nedenle tüm yaşamı boyunca hastalıktan sorumlu tutulduğu üzerinde durdu. Nişanlısının babası da ruhsal hastalık tanısı almıştı. Ortak deneyimler üzerine inşa olan ilişkilerinin yalnızca romantik bir ilişki olmadığını, sıkı bir dostluğa dönüştüğünü gözlemledim.

22. Karatay: Lisans mezunu, öğretmen olarak görev yapan ve nişanlı bir kadındır. Kadın öznelerle görüşme yapmayı sonlandırmama rağmen Umut'un nişanlısı olan Karatay'ın çalışmaya katılma isteğini geri çevirmedim. Karatay, Umut'un babasına öfke duymasından endişe ettiği için görüşmeye onun girmesini istemedi (Umut'un böyle bir talebi oldu). Karatay diğer öznelerden farklı olarak kendisinin, annesinin ve kardeşlerinin yaşamlarıyla sık sık tehdit edildiği, psikolojik şiddeti yoğun biçimde deneyimlediği bir hayat geçirmişti. Karatay'ın yaşadığı her türlü tehdide ve dışlanmaya rağmen kendine özgü bir direnç geliştirmesi hem bireysel bağımsızlık hem de duygusal anlamda kendi sınırlarını çizme becerisi kazanması

bende hayranlık uyandırdı. Yoğun duygu aktarımlarının olduğu görüşmemizin ona kendini çok iyi hissettirdiğini defaten vurguladı.

3.5. ETİK KONULAR

Veri oluşturma aşamasına geçmeden önce Hacettepe Üniversitesi Sosyal ve Beşerî Bilimler Araştırma Etik Kurulu'na başvuruda bulunarak çalışmamın etik uygunluğuna ilişkin resmi onay aldım. 19.03.2024 tarihli ve 2024/06-19 sayılı bu etik kurul onayı sonrasında saha sürecine başladım. Araştırmaya katılmaya uygun bireylerle görüşmeler yapmadan önce Gönüllü Katılım Forumu'nda yer alan bilgiler doğrultusunda öznelere araştırmanın amacı, kapsamı, görüşmenin içeriği, süresi ve hangi koşullarda çalışmadan çekilebileceklerine dair detaylı bilgi verdim. Cevaplamak istemedikleri soruları atlayabileceklerini, görüşmeyi diledikleri zaman sonlandırabileceklerini, ses kaydının yalnızca onayları dâhilinde alınacağını ve bu kayıtların sadece bilimsel amaçla kullanılacağını açıkça ifade ettim.

Öznelerin mahremiyetini gözetmek ve kimliklerinin açığa çıkmasını engellemek adına her görüşme anonimleştirildi. Gerçek adlar yerine kendileri tarafından belirlenmiş takma adlar kullandım, bir isim belirtmek istemeyenlere ben rastgele isimler verdim. Paylaşımlarda yer alan şehir adları, nadir yaşam olayları ve tanınabilir her türlü bilgiyi metinleştirme sürecinde gizledim. Ses kayıtlarını yalnızca ben dinledim ve metne döktükten sonra orijinallerini imha ettim. Görüşmeler boyunca notlar alırken dahi tanımlayıcı herhangi bir bilgiye yer vermemeye dikkat ettim.

Bu araştırmayı yürütürken nitel araştırmanın etik ilkelerinden biri olan zarar vermeme ilkesine titizlikle bağlı kaldım. Çalışmanın konusu öznelere açısından geçmişte yaşanan travmatik anıların tetiklenme riskini taşıdığından, her görüşme öncesinde ve sonrasında etik duyarlılığımı gözden geçirdim. Görüşme sırasında beden dilimden ses tonuma, soru sorma biçimimden sessizlikleri karşılamama kadar birçok iletişim unsurunu etik bir dikkatle yönetmeye çalıştım.

Araştırma sürecinde yalnızca etik kuralların teknik gerekliliklerine değil, etik farkındalık kültürüne de önem verdim. Nitel araştırma süreçlerinde etik meseleler yalnızca veri toplama aşamasında değil, araştırmanın tüm boyutlarında – tasarım, analiz, yorumlama ve yayım süreçlerinde – dikkate alınmalıdır (Shaw,2003). Bu bağlamda anlatıların analizi sırasında öznelerin ifade ettikleri değerlerin, sosyal adalete dair inançlarının ve kişisel anlamlarının bozulmamasına önem verdim. Öznelerin anlattıklarını yalnızca bir veri olarak görmek yerine, adalet, mahremiyet ve özsaygı çerçevesinde konumlandırımdım.

Ayrıca nitel araştırmanın doğasında yer alan özne-araştırmacı ilişkisini sadece veri akışı olarak değil, etik bir etkileşim olarak gördüm. Refleksif etik (Shaw,2003) anlayıştan hareketle, kendi iç sesimi de sürekli olarak sorguladım. Bu araştırmayı yürütürken benzer deneyimlere sahip bir araştırmacı olarak içeridenlik konumumun farkındaydım. Duygusal yakınlığının veri üretim sürecine etkisini dikkatle gözlemledim. Görüşmelere başlamadan önce dört pilot görüşme (içeriden olma durumumu görüşme öncesinde, görüşme sırasında ve görüşme sonrasında paylaşarak ve hiç paylaşmayarak) gerçekleştirerek içeridenlik bilgisini paylaşıp paylaşmamanın veri aktarımını nasıl etkilediğini anlamaya çalıştım. Konumumun özne üzerinde yaratabileceği etkileri gözlemledim ve bunu veri akışını bozmadan, yeri geldiğinde açık ederek yeri geldiğinde ise paylaşmayarak yönettim.

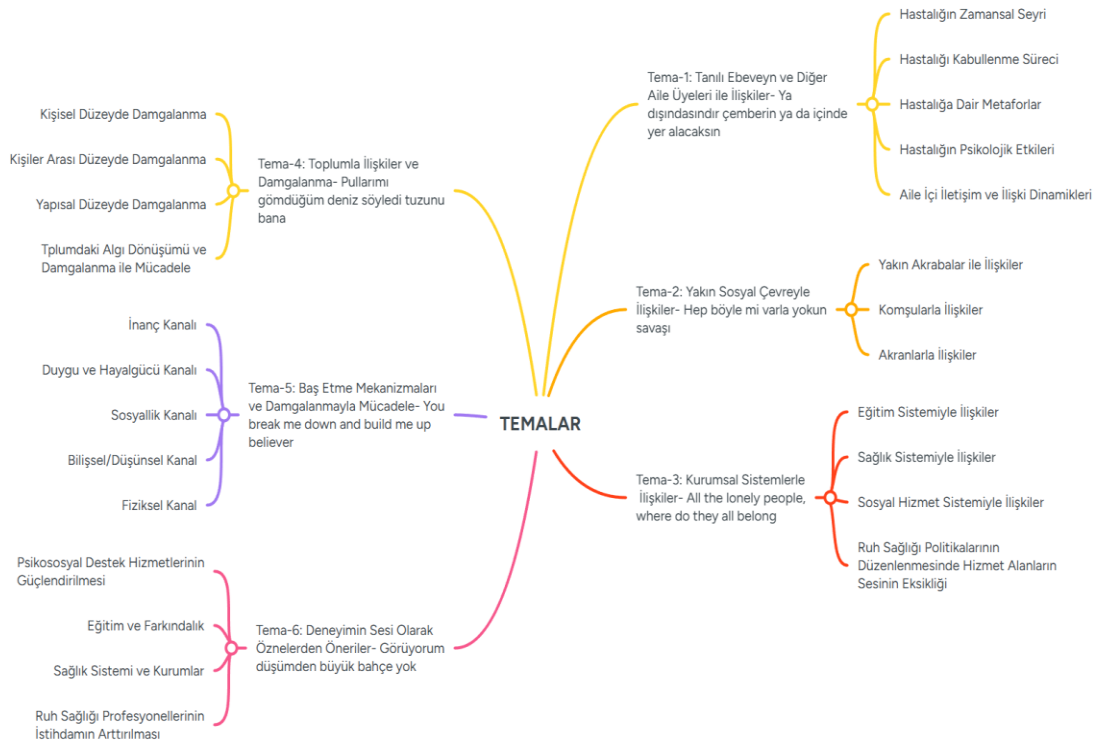
Bu süreçte yalnızca öznelere değil, kendime karşı da etik sorumluluğumun bilincindeydim. Görüşme öncesi, görüşme sırasında ve görüşme sonrasında araştırmacı olarak kendi yargılarımı ve içsel süreçlerimi gözden geçirmeye devam ettim. Görüşmeler sırasında duyduğum anlatılara karşı kendi tepkilerimi, önyargılarımı ya da duygusal yüklenmelerimi fark ettiğim anlarda özdenetim sağladım. Bu etik öz düşünümsellik, çalışmanın hem metodolojik tutarlılığını hem de insani duyarlılığını korumamı mümkün kıldı.

Sonuç olarak, bu araştırmanın her aşamasında Uluslararası Sosyal Hizmet Uzmanları Federasyonu'nun Etik İlke ve Kuralları 'na ve nitel araştırmanın temel etik prensiplerine bağlı kalarak süreci yürüttüm.

4. BÖLÜM

BULGULAR

Bu araştırmanın temel amacı ebeveyni kronik ruhsal hastalık tanısı almış yetişkinlerin çocukluk dönemine ilişkin deneyimlerini sosyal hizmet perspektifinden anlamak ve bu deneyimlerden hareketle çocukların refahı ve iyilik hali noktasında risk ve koruyucu faktörleri yansıtmaktır. Yapılan görüşmeler ve tematik analiz sonucunda araştırma sorularıyla doğrudan bağlantılı altı ana tema belirlenmiştir. Bu temalar; öznelerin tanı alan ebeveynleri ve diğer aile üyeleriyle; yakın akraba, komşu ve akran çevreleriyle; eğitim, sağlık, sosyal hizmet gibi sistemlerle ilişkileri, toplumla ilişkiler ve damgalanma, baş etme mekanizmaları ve öneriler şeklinde yapılandırılmıştır. Her bir tema altında öznelerin çocukluk deneyimlerinde belirginleşen ilişkisel örüntüler, yetersizlikler, psikososyal yönden yükler ile destek mekanizmaları ve onları güçlendirdiklerini düşündükleri yönler ele alınmıştır. Bu bağlamda analiz bölümü çocukların ruhsal hastalıkla şekillenen aile ortamlarında nasıl konumlandıklarını, hangi sosyal çevrelerde destek bulabildiklerini veya dışlandıklarını ve bu deneyimlerin uzun vadeli etkilerini görünür kılmayı amaçlamaktadır. Analiz sonucunda ulaşılan ana temalar ve alt temalar Şekil 4 'de görselleştirilerek sunulmuştur.



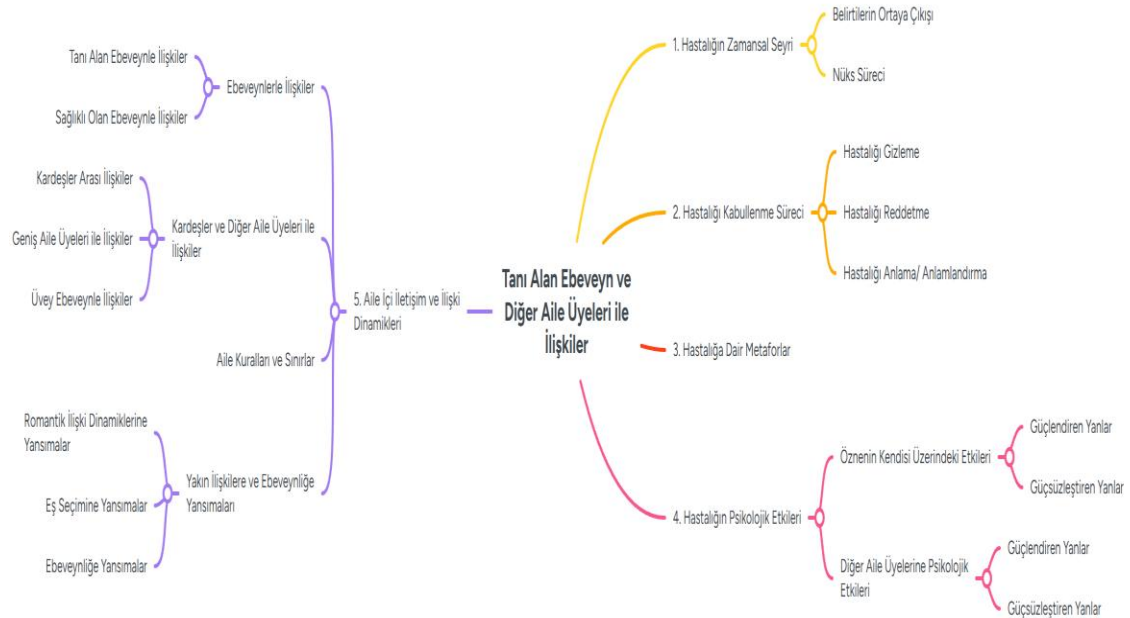
Şekil 4. Ana Tema ve Alt Tema Haritası

4.1. TANI ALAN EBEVEYN VE DİĞER AİLE ÜYELERİ İLE İLİŞKİLER- YA İÇİNDESİNDİR ÇEMBERİN YA DA DIŞINDA YER ALACAKSIN

"Ya içindedir çemberin, ya da dışında yer alacaksın..."³ Bu temaya ismini veren bu dize, bir aidiyet ikilemini ve bir içinde bir dışında yer alınan aile sisteminde verilen bir varoluş sınavını işaret etmektedir. Ebeveyni ruhsal hastalık tanısı almış çocukların deneyimleri böyle ikircikli bir durum etrafında şekillenmektedir: Aile sisteminin içinde kalarak hastalıkla baş etme yolları geliştirmek ya da sistemin dışına itilerek yalnızlaşmak... Bu tema kapsamında öznelerin çocukluk dönemlerinde ebeveynlerinin ruhsal hastalığına tanıklık ederken ebeveynleri ve diğer aile üyeleriyle olan ilişkilerinin nasıl şekillendiği, destek ağlarının varlığı ya da yokluğunun bireysel dayanıklılıklarına nasıl yansıdığı anlaşılmaya çalışılmıştır. Öznelerin anlatıları hastalığın zamansal seyri, hastalığı kabullenme süreci, hastalık ekseninde ebeveynle ve diğer aile üyeleri

³ Selim Atakan tarafından bestelenip Yeni Türkü grubu tarafından seslendirilen "Çember" Murathan Mungan şiirine ait dizedir. URL: https://youtu.be/ed8g3l_cBRA?si=NvfF8Kz4bORu2vtU

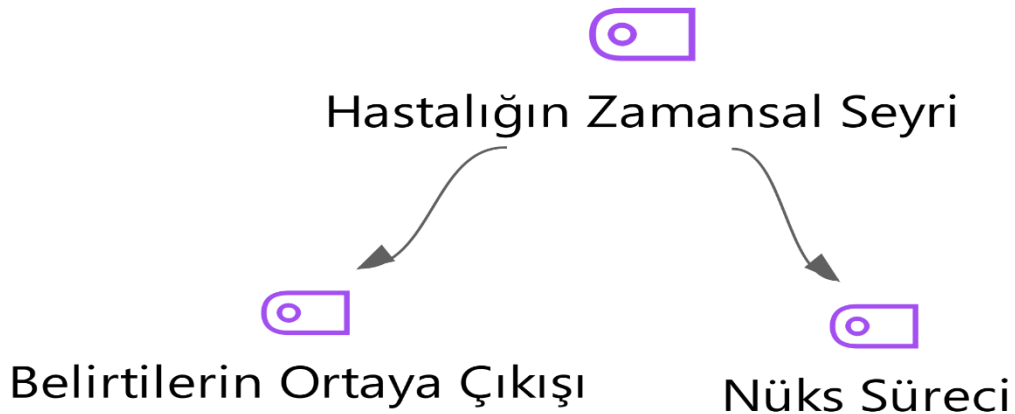
ile ilişkiler ve aile içi dinamiklerde yaşanan dönüşümler gibi karmaşık süreçlere ilişkin deneyimleri ortaya koymuştur.



Şekil 5. Tanı Alan Ebeveyn ve Diğer Aile Üyeleri ile İlişkiler Ana Tema, Alt Tema ve Kategori Haritası

4.1.1. Hastalığın Zamansal Seyri: *“Benim zaten annemin öncesinde bir intihar geçimi var. Ben çocukken intihar girişiminde bulunmuştu.”*

Bu bölümde öznelerin hastalığın zamansal seyri ile ilgili görüşlerine dair bulgular yer almaktadır. Bu bulgular belirtilerin ortaya çıkışı ve nüks süreci kod grupları altında yoğunlaşmıştır. Görüşmelerde yer alan anlatılar çoğunlukla belirtilerin açık bir teşhis konmadan önce uzun süre boyunca gözlemlendiğini ve bu belirtilerin günlük yaşamda çeşitli zorluklarla kendini gösterdiğini ortaya koymaktadır.



Şekil 6. Hastalığın Zamansal Seyrine İlişkin Kod Modeli

4.1.1.1. Belirtilerin Ortaya Çıkışı

Öznelerin büyük çoğunluğu ruhsal hastalığın ilk belirtilerinin genellikle iletişim problemleri, duygudurum dalgalanmaları, aşırı kıskançlık, içe kapanma ya da gerçeklikten kopma şeklinde ortaya çıktığını belirtmiştir. Bazı özneler ebeveynin bu belirtilerinin başlangıçta “kişilik özelliği”, “aile yapısı”, ya da “geçici bir durum” olarak değerlendirildiğini, bu nedenle profesyonel yardımın geciktiğini ifade etmiştir. Örneğin Mert babasının hastalığının “kıskançlık” ve “iş tutamama” gibi davranışlarla başladığını belirtmiş, bu durumun aile içinde ilk olarak genetik eğilim veya karakter özelliği olarak yorumlandığını söylemiştir:

“Galiba ilk zamanlar babam düzenli bir işte çalışmayıp, insanlarla anlaşamamış ya da kendi üşengeçliğinden kaynaklı, aile bireylerinde biraz üşengeçlik vardır. Çıkıp kıskançlıkla başladığını söylüyorlar. Annem çok kıskançtı diyor. Takıntılı durumlar belli başlı kendini göstermiş. Geçer diye düşünmüşler. Geçmeyince ondan kaynaklı olarak doktora gitmişler.” (Mert, tanı alan ebeveyn: baba)

Öznelerden Burçak babasının zamanla gerçeklik algısında değişiklikler meydana geldiğini, kendini peygamber olarak tanıttığını “Ben peygamberim, Allah geliyor bana bunu söylüyor falan diye.” sözleri ile ifade ederek belirtilerin uzun vadeli bir seyir izlediğini belirtmiştir. Burçak bu sürecin neredeyse 10 yıla yayıldığını, ancak resmi teşhisin yalnızca son birkaç yıl içinde konulduğunu dile getirmiştir. Benzer şekilde Deniz de belirtilerin uzun süredir olduğunu ancak hastaneye başvurma ve tanı alma sürecinin aradan yıllar geçtikten sonra olduğunu aktarmıştır:

“Benim zaten annemin öncesinde bir intihar geçimi var. Ben çocukken intihar girişiminde bulunmuştum. 2020 yılında Mayıs ayında abimle annem birlikte yaşarken, annem yine sanırım çok depresif bir döneme giriyor. Orada ister istemez sosyal çevresi çok bulunmadığı için. Sonrasında böyle panik atak tarzında belirtiler göstermeye başlıyor. Titreme, ağlama, kişisel bakımını yapmama vs. derken abim endişelenip memleketine getiriyor. Hani burada çevresi var, rahatlar, sosyal destek iyi gelir vs. derken... Durumun düzelmediğini fark ediyorlar. Sonrasında hatta ben de o zaman Covid'di, üniversite dönemindeydim. Ben de memlekete gittim. Bizim yapabileceğimiz bir şey olmadığını fark ettik. Bu sosyal desteğin bir yerde tıkanıp bir şeydi. Artık bir psikolojik destek alması gerektiğinin farkına vardık. O yüzden ilk bir araştırma hastanesine götürdük. Orada başladı tedavi.” (Derin, tanı alan ebeveyn: anne)

Derin çocukluk dönemlerinde de annesinin depresif olduğunu, intihar girişimi sonrası hastaneye götürülmediğini, kendisi lise yıllarındayken annesinin hastaneye götürülmesi için ısrar ettiğini ama bunların dikkate alınmadığını ifade etmiştir. Bu sefer annesinin hastaneye götürülmesinin abisi sayesinde olduğunu, abisi atanıp para kazanmaya başladığı için sözünün dikkate alındığını, kendisinin önerisinin yine önemsenmediğini belirtmiştir. Bu anlatılar belirtilerin ortaya çıkışının çoğunlukla uzun süreli ve belirsiz bir seyir izlediğini, erken dönemde fark edilen sinyallerin çoğu zaman doğru değerlendirilmeyerek göz ardı edildiğini ve bu durumun da tanı sürecinin ertelenmesine yol açtığını göstermektedir. Belirtilerin kronik biçimde devam etmesi ya da şiddetli alevlenmeler sonucunda ebeveynlerin tanı ve tedavi süreci başlamıştır. Tedavi süreci hastalığın seyrine göre yataklı ya da ayaktan yapılmıştır. Tanıdan sonra öznelerin sıklıkla karşılaştıkları zorluklardan biri literatürde “döner kapı olgusu” olarak bilinen nüks sürecidir.

4.1.1.2. Nüks Süreci

Öznelerin büyük bölümü, ebeveynlerinin tedavilerini aksatmadığı sürece çoğunlukla iyi olduklarını, ancak genellikle ilaç kullanımının kesilmesiyle alevlenmelerin başladığını belirtmiştir. Anlatılar ruhsal hastalıklarda tıbbi tedavinin önemini ortaya koyar biçimde nükslerin tedaviye uyumsuzluk, özellikle de ilaç bırakma sonrasında ortaya çıktığına dikkat çekmektedir:

“Sürekli annemin krizleri, şeyleri olmaz. Sadece sanrıları yükseliyordu. Sürekli bir şüphe duyuyordu insanlardan. Bir tehdit oluşturacak şeylerden korkuyordu. Sürekli başına bir şey gelecek gibi bir paniği vardı, korkusu vardı. Bize bir şey olacağı için korkuyordu. Sürekli o sesleri duyuyordu. Ama ilaçlara devam ediyordu ama bazen kendini iyi hissettiği zaman da ilaçlarını almıyordu. İlaçlarını almadığı zaman da tekrar nüksediyordu.” (Aslan, tanı alan ebeveyn: anne)

Aslan'ın ifadesi ve Yunus'un, annesinin uzun yıllar düzenli ilaç kullanımıyla iyilik halini koruduğunu ancak zamanla ilaçların etkisini yitirmesiyle atakların tekrar ettiğini belirttiği anlatısı bu durumu somutlaştıran örnekler arasında yer almaktadır. Burçak ise babasının sık sık ilaçlarını bırakmasının nükslere yol açtığını ve bu nükslerde duyduğu yorgunluğu şu sözlerle aktarmıştır:

“İlk zamanlar kullanıyor mesela. Sonra bırakıyor. Sonra yine aynı şeyler oluyor. Yok ilaçlar sana kilo yapıyor. Sen kadın mısın? Sana kilo yapsa ne fark eder değil mi? Öyle. Gidiyor. Geliyor. Ve hep aynı şeyler. Diyorum ki hani salmasınlar ya alsınlar da kalsın orada (hastanede).” (Burçak, tanı alan ebeveyn: baba)

Hastalığın zamansal seyri alt teması kapsamında elde edilen veriler, ruhsal hastalıkların çocuklar açısından yalnızca bir “teşhis anı” ndan ibaret olmadığını, aksine tanı öncesinden başlayan, çoğu zaman belirsizlik ve müdahale eksikliğiyle şekillenen uzun soluklu bir süreci kapsadığını açıkça ortaya koymaktadır. Anlatılar çocukların ruhsal hastalığın etkilerini çoğu zaman yıllar süren ve çoğu kez adlandırılmayan davranışsal ve duygusal değişimler üzerinden deneyimlediğini göstermektedir. Özellikle belirtilerin kişilik özelliği ya da geçici durum gibi gerekçelerle açıklanması, hastalığın ciddiyetinin başlangıçta fark edilmemesine ve dolayısıyla müdahalenin gecikmesine neden olmaktadır. Bu durum yalnızca ebeveynin tedavi sürecini geciktirmemekte, aynı zamanda çocuğun bu sürede yaşadığı stres, kafa karışıklığı ve yalnızlık gibi duyguların da zamanla kronikleşmesine zemin hazırlamaktadır.

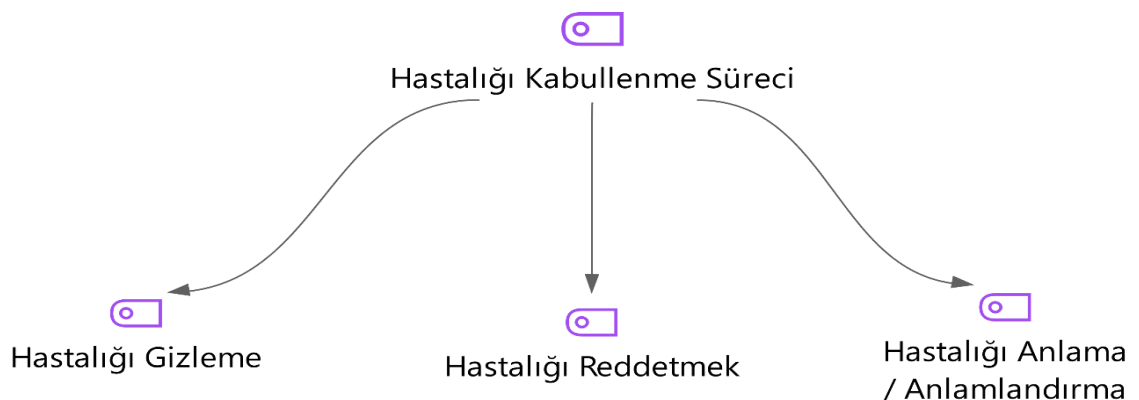
Tanı öncesi dönemde destek mekanizmalarının yetersizliği, çocuğun anlamlandıramadığı davranışlar karşısında duygusal olarak yalnız kalmasına, hatta kimi zaman kendini suçlamasına yol açabilmektedir. Bu süreçte çocuğun yaşadığı duygusal yük, çoğu zaman görünmez kalmakta ve ancak belirtiler

şiddetlendikten ve krizler ortaya çıktıktan sonra dikkate alınmaktadır. Bu da müdahalenin çoğu zaman kriz-odaklı ve geçici nitelikte olmasına neden olmaktadır.

Nüks süreciyle ilgili anlatılar hastalığın döngüsel yapısının çocuklar tarafından da açık biçimde fark edildiğini göstermektedir. Özellikle ilaç tedavisinin kesilmesiyle başlayan nükslerin, çocuklar açısından yeni bir kriz dönemi anlamına geldiği görülmektedir. Bu durum, çocukların yalnızca bir ruhsal hastalıkla değil, tekrarlayan kriz döngüleriyle baş etmeye çalıştığını, yani süreklilik arz eden bir belirsizlik ve tetikte olma halini deneyimlediğini ortaya koymaktadır. Nükslerin aile içinde “norm” haline gelmesi ise çocukların gelişimsel güvenlik algısını zedelemekte, aile sistemindeki istikrarı bozmaktadır.

4.1.2. Hastalığı Kabullenme Süreci: “Böyle bir durumun olması ayıptı. ...Hani tırnak içerisinde söylüyorum ‘adam delirmiş tımarhaneye kapatmışsın’ in uygulanmış haliydi.”

Bu bölüm öznelere ebeveynlerinin hastalığını nasıl anlamlandırdıkları, bu durumu içselleştirme veya reddetme süreçlerinde ne tür duygusal ve bilişsel yollar izledikleri üzerine odaklanmaktadır. Ruhsal hastalığa dair bilgi edinme sürecinin yalnızca bir öğrenme eylemi olmadığı, kişisel kabullenişin ve sosyal kimliğe dair sınır çizmenin de bir parçası olduğu görülmektedir.



Şekil 7. Öznelere Hastalığı Kabullenme Sürecine İlişkin Kod Modeli

Bu alt tema hastalığı kabullenme sürecinde öznelerin hastalığı nasıl anlamlandırdıkları, hastalıkla ilişkilene biçimleri ve bu süreçte bilgiye nasıl eriştiklerine dair deneyimlerini ortaya koymaktadır.

4.1.2.1. Hastalığı Gizleme

Buradaki anlatılar hastalığa dair bilgilenme gerçekleştikçe ebeveynin hastalığının da kabul edilmeye başlandığını ortaya koymuştur. Ancak yoğun biçimde damgalanma endişesi taşıyan öznelerin büyük bir kısmının anlatıları hastalığı reddetme ve gizleme davranışı sergiledikleri yönündendir. Hastalığın bir “ayıp” ya da “utanç” unsuru olarak içselleştirilmesi aile içinde bu konuda sessizliğe yol açmıştır. Dış dünyayla ebeveynlerinin hastalığını paylamama konusunda tembihlenen özneler, zamanla kendilerini yalnız hissetmeye başlamışlardır. Bu da öznelerin seslerinin bastırılmasına ve sosyal desteğe ulaşmalarının engellenmesine yol açmıştır:

“Böyle bir durumun olması ayıptı. Çünkü şey hani şimdiki gibi şey değil. ... Hani tırnak içerisinde söylüyorum ‘adam delirmiş tımarhaneye kapatmışsın’ ın uygulanmış haliydi. Ondan dolayı çok böyle gizli saklı tuttuğumuz kendi aile içerisinde... Tembihleniyorduk da zaten hani böyle olduğunu kimseye söylemeyin diye. Abim de ben de kendi içimizde çözümlenmeye çalışıyorduk.” (Atakan, tanı alan ebeveyn: baba)

Benzer şekilde kurum bakımı deneyimi olan Lülü de zaten kurum bakımı insanların gözünde bir damga unsuru iken annesinin hastalığını da bu nedenler arasına koymak istemediği için gizlediğini aktarmıştır:

“Aslına bakarsan annemin hastalığını ben hep kendime sakladım. Hiç kimseye paylaşmadım. Zaten yurttan geliyor olmak bazı insanlar için sorun. Bir de delinin kızı. Bu zaten benim sırrım oldu. Yani annemin akıl hastası olduğunu kim... Öldü derdik. Yok. Öldü. Öldü. Yok. Gitmiş. Kim? Adamına göre cevap verirdim. Hiç kimseye annem akıl hastası demezdim.” (Lülü, tanı alan ebeveyn: anne)

Sonuç olarak öznelerin ifadeleri ebeveynin ruhsal hastalığının çocuklar tarafından bir “sır” olarak içselleştirildiğini ve bu sırrın damgalanma korkusuyla sıkı sıkıya saklandığını ortaya koymaktadır. Ruhsal hastalıkların ilişkilendirildiği

damgalar çocukların hem aile içinde hem de sosyal çevrede bu konuyu konuşmaktan kaçınmalarına neden olmuştur. Özneler hastalığı gizleme davranışlarını hem aile içindeki tembihlenme pratiklerine hem de toplumsal normlara uyum sağlama zorunluluğuna dayandırmakta, bu durum ise onların sosyal destek arayışlarını bastırarak görünmezliklerini pekiştiren bir izolasyon duvarı örmektedir.

4.1.2.2. Hastalığı Reddetme

Öznelerin ebeveynin ruhsal hastalığını yalnızca dış dünyadan gizlemekle kalmayıp, aynı zamanda kişisel düzeyde de reddettikleri gözlemlenmiştir. Bu reddediş, özellikle öznelerin kendi sosyal kimliklerini inşa ederken kusurlu görülen ebeveyn kimliğinden ayrışma ihtiyacı duymalarından kaynaklanmaktadır.

“Annemin akıl hastalığını bütün gençliğim zamanında reddettim. Bir akıl hastası kadının çocuğu olmayı reddettim. Çünkü ben aynı zamanda çocuk yuvasında kaldığım için orada da ‘Deli X’in Kızı’, işte yaz tatillerinde köye gittiğimde yine ‘Deli X’in Kızı’. ... Ben onun kızı olmak istemiyordum çünkü kendimi deli diye tanımlamıyordum.” (Lülü, tanı alan ebeveyn: Anne)

Bu anlatı, Lülü'nün annesinin ruhsal hastalığını reddetme biçimiyle kendi benliğini koruma ve dışsal etiketlenmeden kaçınma mücadelesini gözler önüne sermektedir. Lülü, “deli” olarak tanımlanan birinin çocuğu olmanın, kendi sosyal çevresi tarafından nasıl yeniden üretildiğini deneyimleyerek, bu kimliği reddederek bireysel sınırlarını çizmeye çalışmıştır. Bu bağlamda reddetme davranışı tek başına hastalığa değil, damgalanmış bir kimliğe karşı verilen savunma refleksi olarak okunabilir.

Öte yandan bu çalışmada öznelerin anlatıları, hastalığı anlama ve bu duruma ilişkin anlam oluşturma çabalarını da görünür kılmıştır. Bazı özneler, hastalığı olağandışı bir durum olarak ele alıp kabullenmiş, bu da onların süreci kontrol altına alma yönündeki psikolojik uyum stratejilerine işaret etmiştir:

“Babamın hastalığını, yani ismine ne denilebilir bilmiyorum, bu konuda uzman değilim ama babamı şöyle tanımlıyorum, eşi benzeri olmayan bir hasta. Mesela

depresyon dediğimiz rahatsızlık her iki üç kişiden birinde görülüyor. Ve muhtemelen belirtiler aynı. Ama babamdaki hastalık çok kişide bulunmayan, tanımlanması çok zor, çok değişik git gel ruh hallerinin olduğu, bambaşka bir durum diye tanımlıyorum ben. Farklı bir şey, yani eşi benzeri olmayan bir rahatsızlık diye tanımlıyorum.” (Karatay, tanı alan ebeveyn: baba)

Karatay, babasının hastalığını “eşi benzeri olmayan bir durum” biçiminde tanımlayarak bu karmaşıklığı anlamlandırmaya ve aynı zamanda kişiselleştirmemeye çalışmıştır. Bu anlatı, bazı öznelerin bir yandan anlam oluşturma sürecini yürütürken, diğer yandan kendilerini bu deneyimin merkezinden uzaklaştırmaya çalıştıklarını ortaya koymaktadır. Bazı anlatılarda reddetme ve anlamlandırma pratikleri aynı anda işleyen, birbiriyle çelişmeyen ama farklı işlevler üstlenen baş etme yolları olarak görülmüştür

4.1.2.3. Hastalığı Anlama/Anlamlandırma

Öznelerin anlatılarına göre hastalığa ilişkin bilgi edinmek hem hastalığı anlama hem de kabullenme noktasında özneler için dönüm noktası olmuştur. Az sayıda özne ebeveynlerinin hastalığına ilişkin bilgiye çeşitli yollarla ulaştıklarını ve bu bilgilenmeden sonra hastalığı anlamlandırabildiklerini ifade etmişlerdir. Bu bilgi kaynakları bireysel araştırmalar, aile içi anlatılar, sosyal çevre ile sağlık ve eğitim alanındaki kurumların çalışanları biçiminde çeşitlenmiştir. Özellikle bireysel merakla yürütülen araştırmaların çoğunlukla internet ortamında yapıldığı görülmüştür. Annesi tanı alan Aslan “*Biraz araştırdım internetten, çevirdim falan.*” sözleriyle bu durumu bildirirken, Deniz’ in söylemleri de internet üzerinden hastalık hakkında bilgi edindiğini göstermektedir:

“Ruh sağlığıyla alakalı çok iyi bir hizmet almak, bilgi almak istiyorsanız sanırım bu konuda milyarlarca harcamamız gerekiyor. Bizim de bunu yapacak gücümüz açıkçası yoktu. Çünkü babam işsizdi o süreçte. Bu sebeple biz hani devlet kanalından, devletten yararlanmak zorundaydık. Çok bir bilgi alamadık. Ben daha çok dediğim gibi hani makale okudum bu konuda. İşte ruh sağlığı hakkında her hastalığı oturup teker teker araştırdım. Elime kalem aldım. Bu annemde var. Bu annemde yok. Annemin böyle bir davranışı oldu. Böyle bir davranışı olmadı.

Oturup teker teker araştırdım. Dünya Sağlık Örgütü'nün bir kitabı var hastalıklarla alakalı. Oturup onu inceledim.” (Deniz, tanı alan ebeveyn: anne)

Öznelerin az bir kısmı aile üyeleri aracılığıyla bir hastalık olduğu bilgisine ulaşmış, ancak hastalığın ne olduğunu, nasıl olduğunu aile üyelerinin de bilmediğini belirtirmiştir. Sağlık çalışanlarından alınan bilgi ise bu süreçte en yapısal ve dönüştürücü bilgi kaynağı olarak öne çıkmıştır:

“Ben babam ne zaman düzelir diye sordum. Çünkü hani bilmiyorum. Araştırmadım da açıkçası. ... Bana dedi ki babanın hastalığını bir grip gibi düşün dedi. Yani mesela bu sene grip oldum dedi. Mesela bu sene içerisinde dört beş kere grip olabilirsin ya da bu seneyi hiç grip olmadan da atlatabilirsin. Yani ölene kadar kimse, hiçbir doktor size grip olmazsınız garantisini veremez dedi.” (Sahra, tanı alan ebeveyn: baba)

Sahra'nın bir doktorla yaptığı görüşmede aldığı grip benzetmesi hastalığın nükslerle seyreden doğasını anlamlandırmasına yardımcı olmuş ve onun ifadesiyle bu açıklama kendisine *“bir pencere açmıştır”*. Bu anlatılar doğru bilgiye erişimde kurumsal rehberliğe duyulan ihtiyacı ortaya koymaktadır.

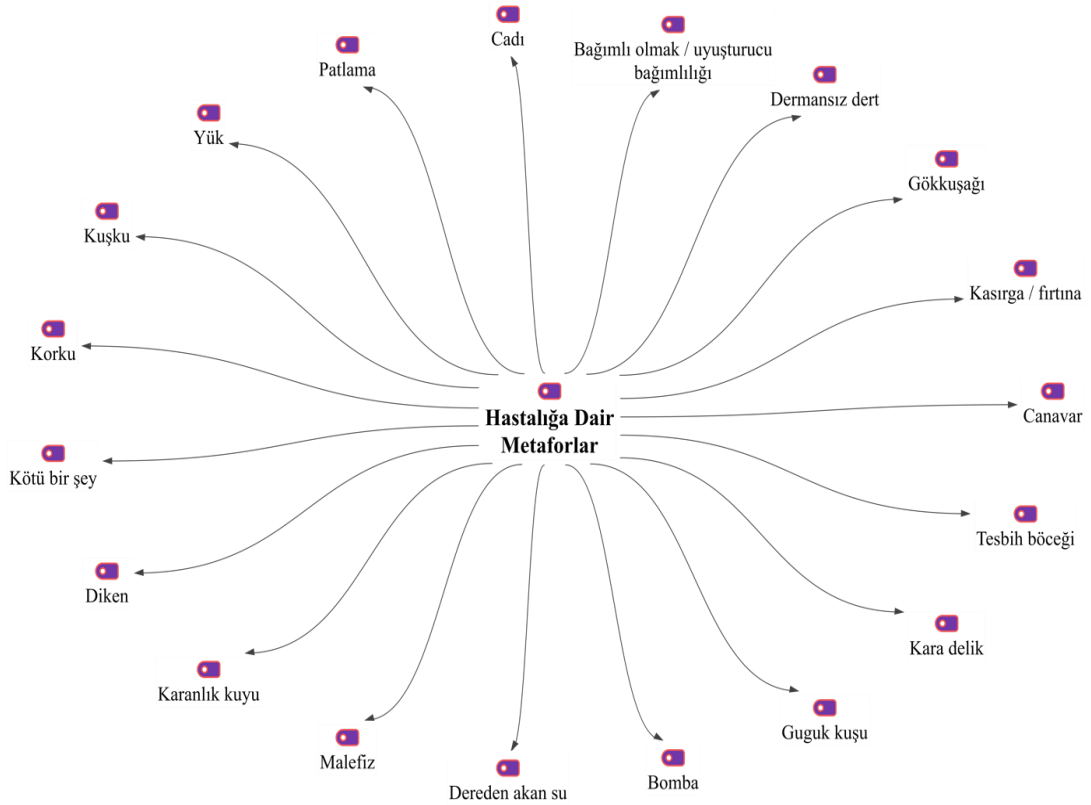
Bu kategorideki bulgular ebeveynin ruhsal hastalığını kabullenme sürecinin yalnızca bireysel olmadığını, toplumsal, kültürel ve yapısal faktörlerle şekillendiğini göstermektedir. Öznelerin tamamına yakını çocukluk döneminde bilgiye erişememiş ya da damgalanmış bir delilik söylemi bağlamında bilgi almıştır. Öznelerin anlatılarında sıkça dile getirilen damgalanma korkusu, çocukların hastalıkla ilgili duygularını ifade etmelerini ve sosyal çevrelerinden destek istemelerini önemli ölçüde engellemiştir. Hastalığın ayıp ya da kusur olarak kodlandığı aile içi söylemler ve sosyal çevrenin dışlayıcı tutumları, çocukların duygularını bastırmalarına ve bu durumu saklamalarına yol açmıştır. Bu bağlamda gizleme ve reddetme davranışları hem psikolojik savunma mekanizmaları hem de kültürel olarak içselleştirilmiş normlara bir uyum stratejisi olarak okunabilir.

Öte yandan bazı öznelerin zamanla bilgiye yönelerek hastalığı anlamlandırmaya çalışmaları, bu sürecin tamamen bir reddedişle sınırlı kalmadığını, farklı

zamanlarda ve bağlamlarda değişebilen esnek bir uyum süreci içerdiğini göstermektedir. Özellikle bireysel araştırma süreçleri, internet taramaları ve sağlık çalışanlarıyla yapılan görüşmeler, öznelerin daha bilinçli, rasyonel ve empatik bir bakış açısı geliştirmelerine olanak sağlamıştır. Bu yönüyle bilgi yeniden yapılandırma aracı olarak da kullanılmıştır. Ancak bilgiye erişimdeki eşitsizlikler, bu dönüşüm sürecinin herkes için mümkün olmadığını göstermektedir. Öznelerin çoğu maddi yetersizlikler nedeniyle nitelikli bir hizmete erişemediğinden, gizleme kaygısından ya da yeterli kurumsal hizmet modeli olmadığından bilgiye ulaşmakta zorlanmıştır.

4.1.3. Hastalığa Dair Metaforlar: “...uyuduğun zaman bile yanında, asla yanından ayrılmayan, hiç kurtulamadığın bir canavar.”

Ruhsal hastalık deneyimleri çoğu zaman kelimelere dökülemeyecek kadar karmaşık ve yoğun duygulanımlar barındırmaktadır. Bu nedenle yaşanan duygu ve deneyimlere anlam kazandırmak için metaforik anlatımlara sık sık başvurulmaktadır. Çocukların ebeveynlerinin hastalığını nasıl anlamlandırdıklarını anlamak amacıyla öznelere ebeveynlerinin ruhsal hastalıklarını metaforik olarak neye benzettikleri sorulmuştur. Öznelerin ebeveynlerinin hastalığına dair metaforik anlatımları ham kodlar halinde Şekil 9’da sunulmuştur.



Şekil 8. Öznelerin Ebeveynlerinin Hastalığa Dair Metaforlarını Gösterir Kod Modeli

Anlatılar ebeveynin hastalığının öznelerin yaşamlarında çoğunlukla kontrol edilemeyen, korkutucu ve belirsizlik içeren bir deneyim olduğunu ortaya koymuştur. En sık karşılaşılan metaforlardan biri “canavar” olmuştur. Burçak ve Karatay babalarının hastalığını sürekli tetikte olunması gereken, öngörülemeyen ve ürkütücü bir varlık olarak tarif etmişlerdir. Bu metafor ruhsal hastalığın tıpkı canavarlar gibi görünmeyen, kontrol edilemeyen, ne zaman isterse o zaman ortaya çıkan belirsiz doğasını yansıtmakta, özneler ve aile sistemi için bir tehdit nesnesine dönüşen hastalığın zaman zaman ebeveynin kişiliğinden ayrılamayacak kadar onunla iç içe geçtiğini düşündürmektedir.

“Böyle bir canavar, senin uyuduğun zaman bile yanında, asla yanından ayrılmayan, hiç kurtulamadığın bir canavar.” (Karatay, tanı alan ebeveyn: baba)

Bununla birlikte, bazı metaforlar hastalığın ani ve yıkıcı etkilerini vurgulamaktadır. Örneğin “bomba”, “patlama” ve “kasırga/fırtına” gibi metaforlar hastalığın zaman

zaman ani krizlere dönüşmesini simgelemektedir. Öznelerden Asil atak süreçlerini patlamaya hazır bir düdüklü tencereye benzetmiştir:

“Yani siz bilir misiniz böyle eski düdüklüler vardı ben çocukken. Tepesine böyle bir şey takılıyordu. Kaynayıp duman çıkarken ötüyordu o. Sen sanıyordun o patlayacak. Anneme öyle atak gelince ben öyle görüyorum. Sanki patlayacak birazdan gibi. Annem gider ocağı kapardı. Ben diyorum biz gideceğiz yanına sakinleştireceğiz, ocağı biz kapayacağız bu zaman.” (Asil, tanı alan ebeveyn: anne)

Öznelerden bazıları ise hastalığı belirsizlik ve çözümsüzlüğü çağrıştıran metaforlarla tanımlamıştır. “Kara delik”, “karanlık kuyu”, “diken”, “korku”, “kuşku” gibi metaforlar, öznelerin çaresizlik duygularını, iletişimsizlik ve yalnızlaşma deneyimlerini ifade etmektedir. Bazı öznelerin korkutucu metaforlar kullandıkları ama bu metaforları kullandıkları için suçluluk hissettikleri de gözlemlenmiştir:

“... o zamanki izlediğim çizgi filmlerden falan böyle. Böyle kötü karakterler, böyle bir cadı karakterler gibi. Böyle kötü kötü gülen, kötülük yapan. Kötülük yapmıyordu ama yani böyle bambaşka birisi oldu mesela. Bize gerek fiziksel şiddette de bulundu doğal olarak. O yüzden böyle kötü cadılar diyebilirim yani. Bilmiyorum ne kadar doğru bir şey oldu ama tabi bir anne için ama...” (Doğu, tanı alan ebeveyn: anne)

Benzer şekilde Lülü de annesini bir korku nesnesi olarak tanımlarken aynı zamanda annesinin gözlerinin ardında gördüğünü söylediği sevgiyi şu metaforla aktarmıştır:

“Malefiz izleyince ya da görünce, niyeyse o kadını anneme benzettim... Malefiz’ in de gözleri sinirli sinirli bakarken sonra özellikle o küçük kız çocuğundan sonra ikinci filmde sevgi dolu yanının ortaya çıkışı. Bir tarafta şiddet gösteriyor. Bir tarafta kapılarda bizi bekliyor. Çok zor bir yaşantının içerisinde. Herkes bize şiddet göstereceğini söyleyerek korkuturken onun yuva, yurt kapılarda bizi beklemesi.” (Lülü, tanı alan ebeveyn: anne)

Annesinin hastalığını “Böyle dermansız dert gibi bir şey.” sözleriyle açıklayan Eylem ile “Karanlık bir kuyudasın, yapayalnızsın, kimse seni anlamıyor.”

sözleriyle açıklayan Yağmur'un anlatıları hastalığın süregiden ve tükenmişlik yaratan yönünü yansıtmakta ve bu metaforların arkasındaki derin duygusal izolasyonu da ortaya koymaktadır.

Deniz ise bu hastalığı bir yüke benzetmiş ama aynı zamanda annesinin yükünü de taşıyacağını şu sözlerle ifade etmiştir:

"Bu hastalığı bir şeye benzeyecek olsam benim açımdan bir 'yük' e benzetirdim. Çünkü, tamam tanısını bilmiyorduk ama öncesinden beri bu olduğu için ben ailede çok orta bulucu, her şeyi halledici bir çocuk olarak büyüdüm. Bu yüzden de ister istemez çok fazla yaşımdan büyük davranışlar sergilemem gerekti ki hala öyle. Annem açısından değil ama kendim açısından böyle sürekli sırtımda bir yük gibi. ...Tabii ki taşınılabılır, yani sonuçta anne o. Ama ekstra bir yük benim için." (Deniz, tanı alan ebeveyn: anne)

Bazı metaforlar ise hastalığın hem tehdit hem de kırılabilirlik barındıran yönlerini bir arada taşımaktadır. Annesinin hastalığını "tesbih böceği" ne benzeten Asi hastalığı savunmaya çekilme, kapanma ve hassasiyet üzerinden kurgulanmıştır:

"O böyle hani dışarıdan böyle dokunuyorsun, kapanıyor ya hani ona böyle dokunduğun zaman." (Asi, tanı alan ebeveyn: Anne)

Öznelere Atakan ise "guguk kuşu" metaforu ile hastalığın aile dengelerini bozucu ve yabancılaştırıcı etkisini ifade etmiştir:

"Guguk Kuşu... Guguk kuşu kendi yumurtasını gider başka kuşların yuvasına koyar. O kuş büyüyünce diğer kuş kendi çocuğu zanneder. Fakat daha sonrasında kuş çıktıktan, yumurtadan çıktıktan sonra başka bir kuş olduğu fark edilir. O guguk kuşunun yavrusu da diğer yavruları atar yuvadan dışarı. Babam böyle çok şeydi de hasta dönemlerinde, çok serbest bir adam olmuştu. Çok evle alakalı durumları yoktu... Bir gece çıkıyor ve durduk yere hani evin o huzur ortamını dağıtan, böyle herkesi de kendi odasına çeken bir ortama getiriyordu evi. Ondan dolayı böyle bir guguk kuşu havası vardı." (Atakan, tanı alan ebeveyn: baba)

Metaforlar arasında nadiren de olsa daha yumuşak ve dönüştürücü anlamlar barındıran örnekler de yer almıştır. Sahra'nın kasırgadan sonra gelen gökkuşağı

metaforu krizin ardından gelen iyilik halini, yani ruhsal hastalığın döngüsel ve geçici doğasını daha umutlu bir yerden tarif etmiştir:

“Bir kasırgaya benzetebilirdim. Hani yani yağmur öncesi fırtınaya benzetebilirim mesela. Fırtına, fırtına çıkar, sonra bir yağmur yağar, sonra o düzleme evresini de hani yağmurdan sonra çıkan gökkuşağı.” (Sahra, tanı alan ebeveyn: baba)

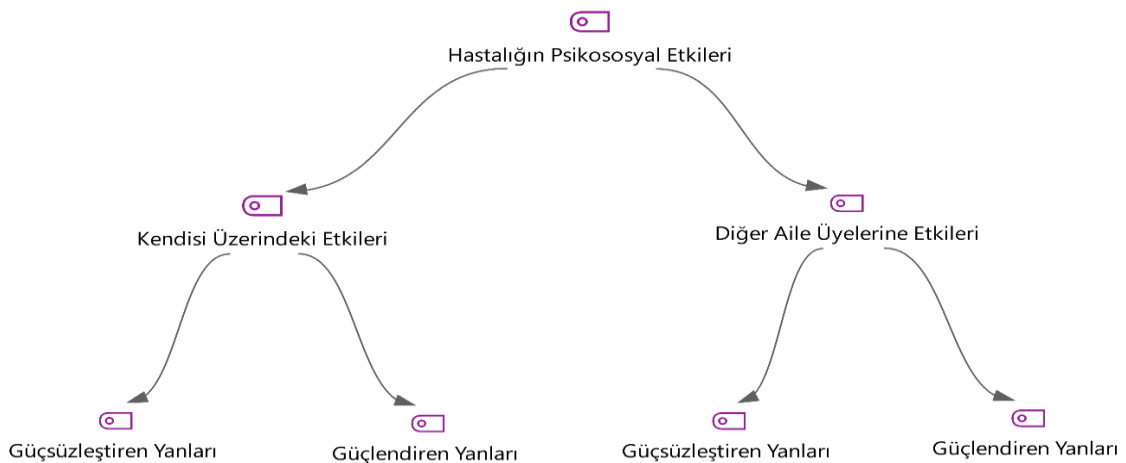
Öznelerin metaforik anlatımları çocukluk dönemlerinde deneyimledikleri karmaşık duyguları ifade etme çabalarının bir yansımasıdır. Bu metaforlar, hastalığın öznelerin iç dünyasında, aile içi ilişkilerde ve gündelik yaşam pratiklerinde bıraktığı derin etkileri sembolik olarak ortaya koymaktadır. “Canavar”, “kara delik”, “bomba” ya da “guguk kuşu” gibi metaforlar çocukların hastalıkla ilişkilendirdikleri korku, öngörülemezlik, kontrolsüzlük, tehdit ve yabancılaşma gibi duyguları somutlaştırmalarına imkân tanımıştır. Bu somutlaştırma özellikle çocukluk döneminde ruhsal hastalık gibi soyut bir kavramı anlama ve ifade etmede sınırlı kapasiteye sahip özneler için bir dışavurum olanağı sağlamaktadır. Metaforlar aynı zamanda öznelerin maruz kaldıkları psikososyal riskleri ve bunlar karşısında geliştirdikleri başa çıkma stratejilerini de dolaylı biçimde ortaya koymaktadır. Örneğin, “yük” metaforu yalnızca sorumluluk hissini değil, aynı zamanda ebeveynleşme sürecini ve duygusal yüklenmeyi de ima etmektedir. “Tesbih böceği” ya da “Malefiz” gibi metaforlar ise ruhsal hastalığın çift yönlü doğasına –hem korunma/kapanma ihtiyacına hem de öfke ve saldırganlığa– işaret etmektedir.

Bazı öznelerin metaforlar aracılığıyla ebeveynlerine ilişkin ikircikli duyguları dile getirmeleri –örneğin hem korku hem sevgi barındıran temsiller– bağlanma örüntülerinin karmaşıklığını ve çocuğun zihninde ebeveyn imgesinin parçalanmış doğasını gözler önüne sermektedir. Bu, aynı zamanda travma sonrası bilişsel yeniden anlamlandırma sürecinin bir göstergesi olarak da değerlendirilebilir. Diğer yandan, nadir de olsa umut ve dönüşüm içeren metaforlar öznelerin bu deneyimi yalnızca olumsuzlukla değil, iyileşme ve yeniden bütünleşmeyle de ilişkilendirdiklerini göstermektedir. Bu yönüyle metaforlar, ruhsal hastalıkla yaşayan çocukların desteklenmesinde profesyoneller için değerli bir değerlendirme aracı olarak da işlev görebilir. Metaforik anlatımlar üzerinden

yürütülecek çalışmalar, çocukların dilini konuşmak ve onların deneyimlerine daha yakından temas edebilmek açısından büyük önem taşıyacaktır. Sonuç olarak, bu tür anlatımların hem akademik araştırmalarda hem de uygulamalı sosyal hizmet alanında dikkate alınması, ruhsal hastalık deneyimiyle yaşayan bireylerle daha empatik ve bütüncül bir yaklaşım geliştirilmesine katkı sağlayacaktır.

4.1.4. Hastalığın Psikolojik Etkileri: “...tamamen bir başıma kaldığım için kendimi daha bir savunmacı, hakkını arayan ya da sorumluluklarını yerine getiren biri olmayı istedim.”

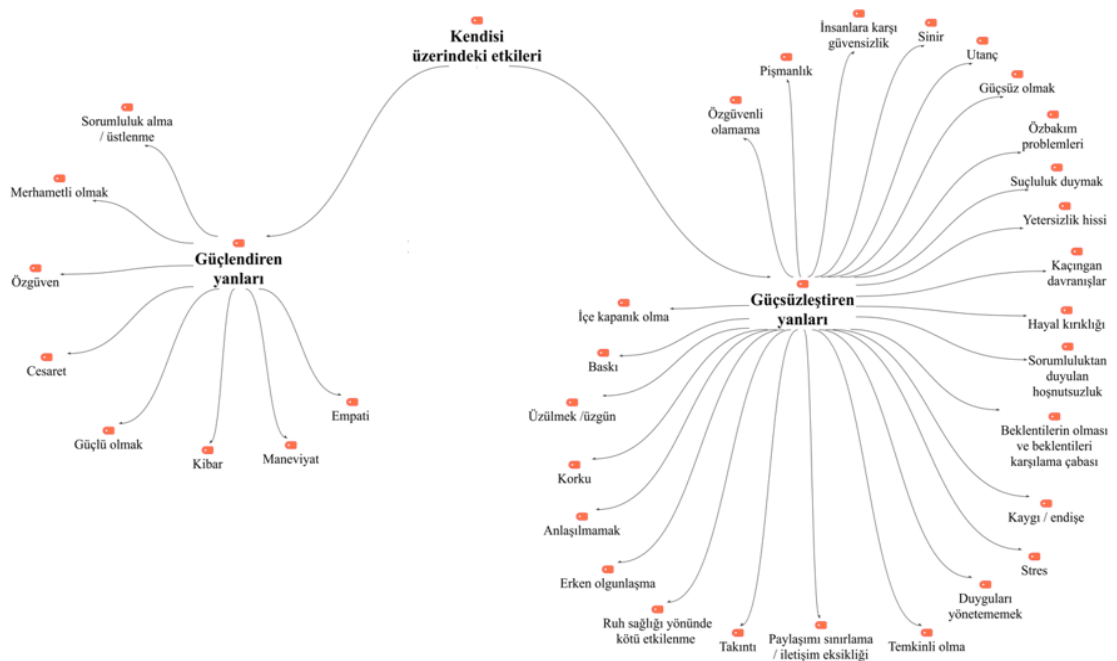
Bu alt tema kapsamında ebeveyni ruhsal hastalık tanısı almış bireylerin hastalık sürecinde yaşadıkları psikolojik etkiler iki alt başlık altında ele alınmıştır. Öznelerin anlatılarında çocukluk çağından itibaren yaşanan bu süreçlerin çoğunlukla yalnızlık, kaygı, korku, öfke, suçluluk ve değersizlik gibi duygularla örülü olduğu görülmektedir. Bununla birlikte bazı özneler için bu deneyimler güçlenme, dayanıklılık geliştirme ve baş etme stratejileri oluşturma açısından dönüştürücü bir rol de üstlenmiştir. Hastalığın aile sistemi üzerindeki yansımaları ise çoğunlukla iletişimde kopukluk, sorumlulukların yeniden dağılımı, kardeşler arası rol çatışmaları ve bakım yükünün paylaşımı gibi olgular üzerinden şekillenmiştir. Bu bağlamda hastalığın hem bireysel hem de ilişkisel ve sistemik sonuçlar doğurduğu ve tüm aile üyelerini etkilediği anlaşılmaktadır.



Şekil 9. Ebeveynin Hastalığının Özne ve Diğer Aile Üyeleri Üzerindeki Psikolojik Etkilerini Gösterir Kod Modeli

4.1.4.1. Öznenin Kendisi Üzerindeki Psikolojik Etkiler

Öznelerin anlatıları ruhsal hastalık tanısı almış ebeveynle yaşamının travmatik ve dönüştürücü, olgunlaştırıcı etkileri bir arada yarattığını göstermektedir. Görselde “öznenin kendisi üzerindeki psikolojik etkiler” güçlendiren yanlar ve güçsüzleştiren yanlar olmak üzere iki boyutta sınıflanmıştır. Bu ayrımlar öznenin doğrudan kendi söylemleri üzerinden yapılandırılmıştır ve öznenin aynı anda hem kırılabilirlik hem de direnç gösterebileceği gerçeğini ortaya koyarak çocukluk deneyimlerinin çok yönlü doğasına dikkat çekmektedir. Şekil 11’de hastalığın öznenin üzerindeki psikolojik etkilerini gösterir ham kod modeli sunulmuştur.



Şekil 10. Hastalığın Öznenin Üzerindeki Psikolojik Etkilerine İlişkin Görüşlerinin Dağılımını Gösterir Kod Modeli

4.1.4.1.1. Öznenin Güçlendiren Yanlar

Çalışma kapsamında erişilen güçlendiren yanlar çoğunlukla öznenin içsel kaynaklarının fark edilmesi ve geliştirilmesiyle başlayan pozitif kimlik inşasına işaret etmektedir. “Güçlü olmak”, “cesaret”, “özgüven” ve “sorumluluk alma” gibi ifadeler erken yaşta edinilen baş etme becerilerinin dayanıklılığı artırdığını

göstermektedir. Örneğin Berrak yaşanmışlıkların kendisinde geliştirdiği içsel güce işaret etmiştir:

“Bir sorunu hallediyorsunuz, ondan sonra diğer bir sorunu da halledebiliyorsunuz. Artık bir özgüven gelmeye başlıyor. Demek ki ben güçlü biriyim ve başarabilirim yani... İnsana ister istemez bir özgüven geliyor.” (Berrak, tanı alan ebeveyn: anne)

Karatay’ ın ifadeleri de bu bulguyu desteklemektedir:

“Diğer insanlar gibi basit şeylere üzülüp çabuk yıkılmam diye düşünüyorum. Daha fazla sorunlarla başa çıkabilirim çünkü hayatımda hep en büyük destek mekanizmam kendi kendime şudur, sen neler yaşadın bunu mu atlatamayacaksın gibi... Çünkü sen çok büyük şeyler atlattın onu da atlatabilirsin gibi bir güçlü hissetme durumu oluyor.” (Karatay, tanı alan ebeveyn: baba)

Öte yandan “merhametli olmak”, “empati”, “kibar olmak” ve “maneviyat” gibi değerler öznelerin yaşadıkları zorluklara rağmen sosyal duyarlılıklarını koruduklarını ve başkalarının ihtiyaçlarına karşı daha açık hale geldiklerini, diğerkâm olduklarını ortaya koyar niteliktedir. Öznelerden Duru’ nun sözlerinde empatik becerinin gelişim süreci ön plana çıkmıştır:

“Güçlendiren unsurlar dediğim gibi insanlara bakış açımı değiştirdi. Yani bu hastalık ya da işte herkesin başına gelebilir. Önemli olan aslında bu hastalık sonrasında nasıl bir tavır takındığın, insanlara bunu nasıl anlattığın, nasıl yaklaşman gerektiği. İnsanlarla iletişimimi aslında çok etkiledi benim. İletişime geçme şeyimi geliştirdi.” (Duru, tanı alan ebeveyn: anne)

Duru gibi öznelerin büyük çoğunluğu hastalık sürecinin kendilerinde empati becerisini geliştirdiğini belirtmişlerdir. Eylem’ in anlatısı öznelerin ortak sesi niteliğindedir:

“Muhtemelen annemin etkisi var bunda. Annemin psikolojik rahatsızlığının etkisi işte. Hani şu çok sinirli biri diyor ya biri. Acaba psikolojisinden kaynaklı mı, yani yaşadıkları mı psikolojisini, onu ona itti. O anlayışsızlığı, o tahammülsüzlüğü falan her şeyi psikolojiye yormaya başladım. Empati duygum yükseldi, anlayışım yükseldi. Kolay kolay kızamıyorum bu tarz durumlara, kızamıyorum yani.” (Eylem, tanı alan ebeveyn: anne)

Empati gelişiminin yanı sıra öznelerin önemli bir kısmının anlatıları erken yaşta gelişen sorumluluk alma becerisinin kişisel düzeyde güçlenmeye katkı sunduğunu gösterir niteliktedir. Ece' nin sözleri yaşadığı yalnızlık deneyiminin onu savunma mekanizmalarını geliştirmeye ve öz savunuculuk becerilerini güçlendirmeye ittiğini göstermektedir:

“Onun dışında sosyal sorumluluklarım, yani bu konuda beni geliştirdi. Haklarım konusunda da hakkımı arama konusunda da. Çünkü tamamen bir başıma kaldığım için kendimi daha bir savunmacı, hakkını arayan ya da sorumluluklarını yerine getiren biri olmayı istedim.” (Ece, tanı alan ebeveyn: anne)

Bu anlatılar kendine ilişkin farkındalık ve içsel kaynakların keşfi sürecini doğrudan yansıtırken, baş etme kapasitesinin gelişimine de işaret etmektedir. Düşünülenin aksine öznelerin yalnızca mağduriyet yaşamadığı, yaşadıkları zorlukları yeniden çerçeveleyip öznel anlam üretimi yoluyla bir pozitif kimlik inşa ettikleri görülmektedir.

4.1.4.1.2. Özneleri Güçsüzleştiren Yanlar

Öznelerin anlatıları güçlendiren yanlara karşılık güçsüzleştiren yanlar da ön plana çıkmıştır. Güçsüzleştiren yanlar, öznelerin duygularını, içsel çatışmalarını ve ilişkisel zorluklarını ortaya koymaktadır. “Üzölmek”, “kaygı”, “korku”, “suçluluk” ve “utanç” gibi duygular, içsel dünyada taşınan yoğun ve karmaşık duygusal deneyimlerin birer yansımasıdır. Örneğin Ahsen çocuklukta yaşanan bilinmezliğin ve bastırılan duyguların yarattığı korku ve kaygıyı şu sözlerle aktarmıştır:

“Annem bayıldığı zaman önceden daha çok küçükken bizi dışarı çıkarıyorlardı. Görmeyelim, etkilenmeyelim diye. Ama biz daha çok endişeleniyorduk, çok korkuyorduk, ağlıyorduk. Mesela annemin o an ihtiyacı vardı. Biz o ihtiyacını ona yardım etmek yerine ağlıyorduk.” (Ahsen, tanı alan ebeveyn: anne)

Eylem' in sözleri ise öznelerin çoğunluğunda ortak olan genetik yakınlık kaygısına işaret etmektedir:

“Bundan birkaç yıl önce annem yüzünden değil ama böyle annemin bu hastalık meselesi yüzünden ben böyle bir depresyona girer gibi olmuştum. O dönem korkuyordum annem gibi olacağım, genetik herhalde ondan böyleyim herhalde falan diye düşünüyordum ama sonra geçti şükür. ... Çünkü şey genetik de oluyor ya, korkuyordum.” (Eylem, tanı alan ebeveyn: anne)

Anlatılarda çıkan “özgüven eksikliği”, “yetersizlik hissi” ve “anlaşılmamak” gibi ifadeler ise öznelerin kendilik değerinin aşındığına işaret etmektedir. Doğu’ nun ifadeleri ebeveynin hastalık sürecinin çocukların özgüvenine etkisini en çarpıcı biçimde ortaya koyan paylaşımlardan biridir:

“Dediğim gibi özgüven kaybı, daha içi kapanık ama daha böyle özgüveni kırık, özgüveni hatta hiç olmayan, özgüveni sıfır, hep karamsar bakan, yani değişimin çok zor olacağını, bu her şey için geçerli, değişimin çok zor olacağını düşünen bir insan yaptı beni o yıllar içerisinde özellikle.” (Doğu, tanı alan ebeveyn: anne)

Özgüven eksikliğinin beraberinde gelen “içe kapanma”, “kaçınan davranışlar sergileme” ve “iletişim eksikliği” ifadeleri ise sosyal ilişkilerdeki gerilemeye işaret etmektedir. Berrak’ın anlatısı bu gerilemeyi ortaya koymaktadır:

“Çünkü kötü bir ortamda büyüdüm ve insanlara güvenmemem gerektiğini çok iyi biliyordum. Bu yüzden içine kapanık bir çocuktum.” (Berrak, tanı alan ebeveyn: anne)

Ayrıca “erken olgunlaşma”, “duyguları yönetememek” ve “temkinli olma” gibi söylemler, çocukların yaşlılarına kıyasla ağır sorumluluklar üstlendiğini ve bu durumun gelişimsel baskılar yarattığını düşündürmektedir. Berrak yaşlılarıyla kurduğu ilişkiler bağlamında yaşadıklarını çarpıcı bir şekilde ifade etmiştir:

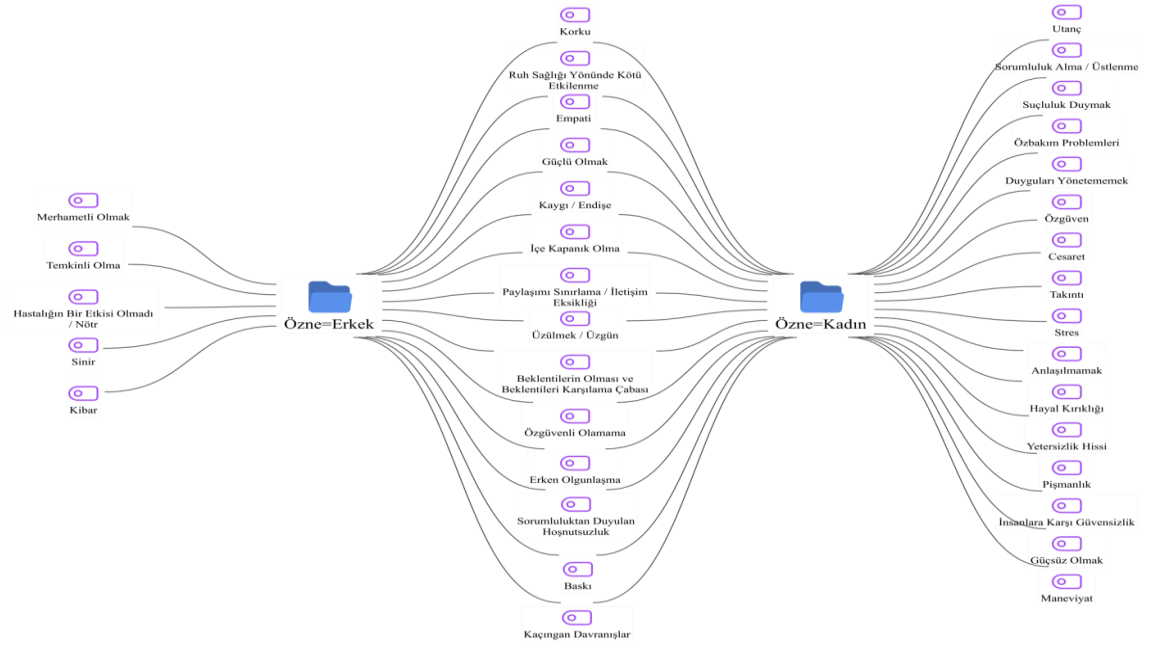
“Ya hayır çünkü ben çok yetişkindim, onlar çok çocuktu. Yani onların çok başka sorunları vardı. Onların en büyük sorunu beğendikleri erkeklerin onlara bakmamasıydı mesela. Ya da annesinin evden çıkarken etek boyuna karışmasıydı. İşte ne bileyim istedikleri dershaneye gidememektir ya da istedikleri kaseti bir ay sonra almaları gerekmesiydi. Şimdi bunun içerisinde nasıl anlatabilirsiniz ki annenizle ve üvey babanızla yaşadığınız sorunları?” (Berrak, tanı alan ebeveyn: anne)

Sonuç olarak öznelerin anlatıları, ebeveynin ruhsal hastalığının çocuklar üzerindeki etkisinin tek yönlü bir mağduriyet ya da travma deneyimiyle sınırlı olmadığını, aksine karmaşık, çelişkili ve çok yönlü bir deneyim alanına işaret ettiğini ortaya koymaktadır. Anlatılar, çocukların bir yandan yoğun duygusal yüklerle baş etmeye çalışırken, diğer yandan bu zorlayıcı koşullar içinde kişisel dayanıklılıklarını, empatik kapasitelerini ve sorumluluk alma becerilerini geliştirme yönünde içsel kaynaklarını harekete geçirdiklerini göstermektedir. “Aynı anda hem güçlü hem kırılgan olmak” bu bağlamda öznelerin deneyimlerini tanımlayan temel ikilemlerden biri olarak öne çıkmaktadır.

Güçlendiren yanlar kapsamında kullanılan ifadeler olumsuz yaşam deneyimlerinin, olumlu psikolojik kaynaklara evrilebileceğini göstermektedir. Zorluklar karşısında bazı öznelerin anlam üretme, anlamlandırma ve benlik kurgusunu yeniden yapılandırma becerileri, onların dayanıklılık düzeyini artırmış ve psikososyal işlevselliklerini sürdürmelerini sağlayabilmiştir. Öznelerin anlattığı baş etme stratejileri, yalnızca bireysel bir iyileşme değil, toplumsal duyarlılık ve empati gibi sosyal değerlerin içselleştirilmesine de katkı sağlamaktadır.

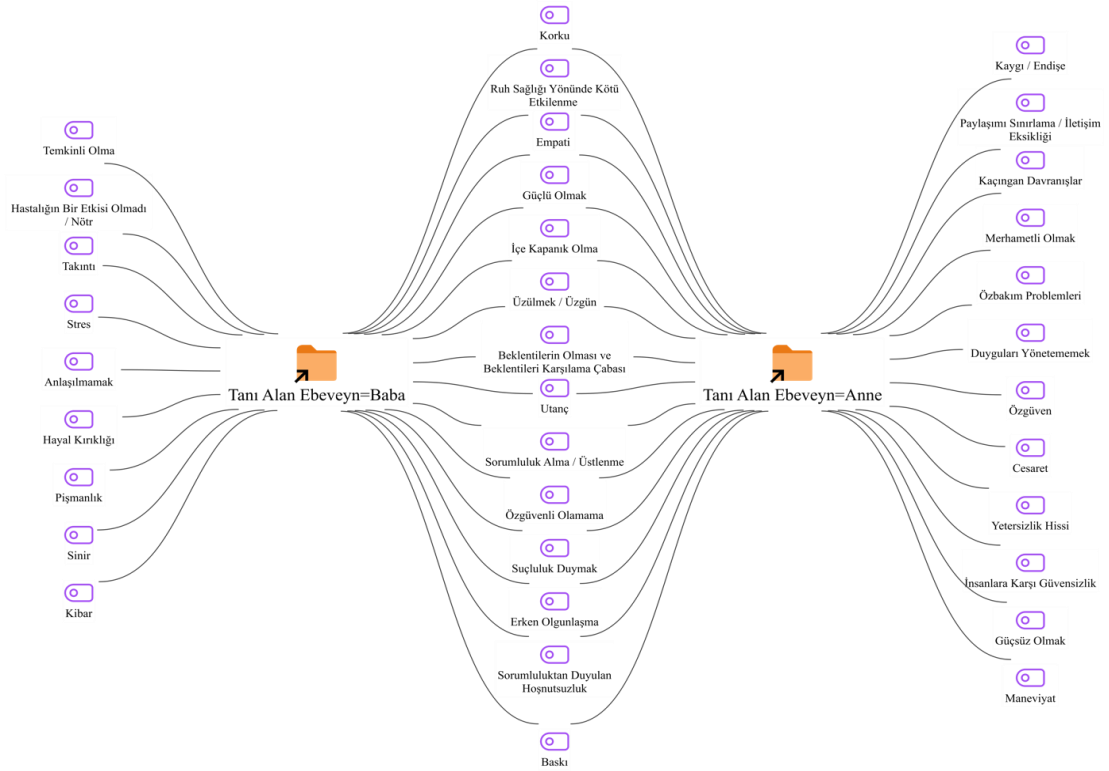
Bununla birlikte, güçsüzleştirilen yanlar ise ruhsal hastalığın çocuğun gelişimsel süreci üzerinde nasıl bir içsel çatışma ve duygusal yüklenme yarattığını net biçimde ortaya koymaktadır. Çocukların erken dönemde yaşadıkları belirsizlik, kaotik ortam ve duygusal ihmal, onların öz benlik gelişimlerini ve kişilerarası güven inşasını olumsuz yönde etkilemiştir. Ayrıca öznelerin birçok anlatısında görülen erken yaşta olgunlaşma, yaşlılarıyla temas kuramama, sorumlulukları erken üstlenme, onların yaşlarının üstünde gelişim göstermek zorunda kalmalarına ve zaman zaman da sosyal izolasyona neden olmuştur. Bu durum, çocuğun çocuk olma hakkının gölgede kaldığı çelişkili bir sürece işaret etmektedir.

Çalışma kapsamında ruhsal hastalık tanısı alan ebeveynin ve öznenin cinsiyetine göre psikolojik etkilenme biçimlerinde farklılıklar olup olmadığı iki vaka modeli kullanılarak incelenmiştir. Şekil 12 ve Şekil 13’te sunulan bu modeller öznelerin ve tanı alan ebeveynin cinsiyeti bağlamında deneyimlerin nasıl anlamlandırıldığını ve hangi duygularla ifade edildiğini ortaya koymaktadır.



Şekil 11. Cinsiyetlerine Göre Hastalığın Özneler Üzerindeki Psikolojik Etkileri ile İlgili Görüşlerinin Dağılımını Gösterir İki Vaka Modeli

Öznelerin cinsiyetlerine göre yaşadıkları etkiler farklılıklar göstermektedir. Kadın özneler ruhsal hastalık deneyimini daha çok duygusal ifadelerle tanımlarken, “suçluluk, utanç, yetersizlik hissi, duyguları yönetememek, özgüven eksikliği” gibi ifadeler ön plana çıkmaktadır. Bu durum kadınların toplumsal olarak duygularını daha fazla gösterebilme inşasıyla da ilişkilendirilebilir. Aynı zamanda “maneviyat, cesaret ve empati” gibi olumlu başlıklar da kadın katılımcılar tarafından sıklıkla vurgulanmıştır. Erkek özneler ise daha sınırlı sayıda ve çoğunlukla daha savunucu ifadelerle deneyimlerini aktarmış, “temkinli olma, kibar olma, merhametli olma” gibi dolaylı duyguların yanı sıra bazı durumlarda “içe kapanma, kaygı ve ruhsal olarak kötü etkilenme” gibi kırılma içeren anlatılara da yer vermişlerdir. Ancak genel olarak erkek öznelerde duygusal ifadenin daha sınırlı olduğu dikkat çekmektedir.



Şekil 12. Tanı Alan Ebeveynine Göre Hastalığın Özneler Üzerindeki Psikolojik Etkileri ile İlgili Görüşlerinin Dağılımını Gösterir İki Vaka Modeli

Tanı alan ebeveynin anne olduğu durumlarda öznelerin yaşadıkları etkiler daha yoğun kırılmalıklar içermektedir. Özellikle “*korku, kaygı, özgüvenli olamama, duyguları yönetememek, utanç ve özbakım problemleri*” gibi anlatılar, bakım veren figürle kurulan bağın sarsılması sonucu gelişen duygusal yükleri yansıtmaktadır. Annelik figürü toplumsal olarak duygusal güvenlik, şefkat ve süreklilikle özdeşleştirildiğinden bu figürdeki bir zedelenme bireyin temel güven duygusunu daha derinden etkilemiştir denilebilir. Öte yandan tanı alan ebeveynin baba olması durumunda ise daha çok “*sinir, stres, pişmanlık, hayal kırıklığı, anlaşılmama*” gibi dışa dönük ve çatışmalı duygular öne çıkmaktadır. Baba figürüyle ilişkilendirilen otoriter, mesafeli ya da öngörülemez yapının öznelerin duygu düzenlemelerinde zorlanmaya ve çatışmaya dayalı yanıtlar geliştirmelerine yol açtığı gözlemlenmektedir.

Bu iki model birlikte değerlendirildiğinde ruhsal hastalık deneyiminin çocuklar üzerinde bıraktığı psikolojik etkilerin ebeveyn-çocuk ilişkisinin niteliği, toplumsal cinsiyet rolleri ve bireyin kendilik gelişimiyle olan etkileşimi bağlamında çok

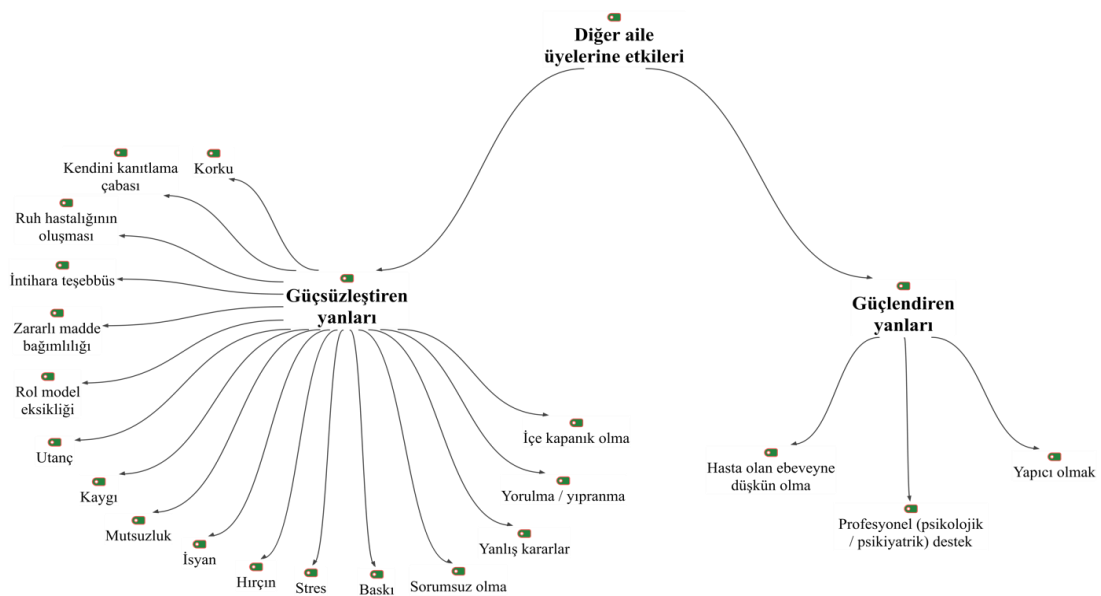
boyutlu bir biçimde şekillendiği görülmektedir. Özellikle tanı alan ebeveynin anne olduğu örneklerde duygusal kırılmalıkların daha yoğun yaşandığı ve öznenin psikolojik güvenlik hissinin daha derinden sarsıldığı görülmektedir. Bu durum, çocuğun temel güven duygusunu şekillendiren ilk bakım veren figürünün (genellikle anne) ruhsal hastalıkla birlikte sürekliliğini, duygusal erişilebilirliğini ya da bakım kapasitesini yitirmesiyle, çocuğun içsel dünyasında kaotik, güvensiz ve tutarsız bir bağlanma örüntüsünün gelişmesine neden olabileceğini düşündürmektedir.

Öte yandan tanı alan ebeveynin baba olduğu durumlarda ise çocukların yaşadığı duygusal tepkiler daha çok dışavurumcu, çatışmalı ve öfke temelli duygularla karakterize edilmiştir. Bu bağlamda, baba figürüne yüklenen otorite, güç, denetleyicilik ve duygusal mesafelilik gibi toplumsal beklentiler, çocuğun yaşadığı hayal kırıklığı, öfke ya da pişmanlık duygularını ifade etmesine yol açarken, aynı zamanda bastırılmış bir ihtiyaç alanının da varlığını düşündürmektedir.

Öznelerin kendi cinsiyetlerine göre geliştirdikleri baş etme biçimleri de dikkate değerdir. Kadın öznelerin duygularını daha açık ve detaylı bir şekilde ifade edebilmesi sadece bireysel özelliklerden değil, aynı zamanda toplumsal olarak kadınlara atfedilen duygusal ifade serbestliği ve empati rollerinden kaynaklanıyor olabilir. Erkek öznelerde ise duyguların daha sınırlı, dolaylı ve savunucu biçimde ifade edilmesi, toplumsal cinsiyet normlarının erkek çocuklara yüklediği güçlü, dayanıklı ve çözüm odaklı olma beklentileriyle ilişkilidir. Bu durum, toplumsal cinsiyet normlarının, çocukların yaşadıkları duygusal deneyimleri nasıl içselleştirdiğini ve ifade ettiğini doğrudan şekillendirdiğini göstermektedir. Sonuç olarak hastalığın psikolojik etkileri hem ebeveynin hem de çocuğun cinsiyetine bağlı olarak da şekillenmektedir denilebilir. Bu da öznelerin deneyimlerinin çeşitlenmesinde kişisel özelliklerle birlikte kültürel normlara, aile içi rollerin yapılanmasına ve sosyal etkileşim biçimlerine dair daha geniş bir bağlama işaret etmektedir.

4.1.4.2. Diğer Aile Üyelerine Psikolojik Etkisi

Öznelerin anlatıları ruhsal hastalık tanısı almış bir ebeveynin varlığının ailedeki tüm üyeleri etkilediğini göstermektedir. Şekil 14'te yer alan kod dağılımı, doğrudan öznelerin sınıflandırması üzerinden hastalığın diğer aile üyeleri üzerindeki psikolojik etkilerini iki ana boyutta ortaya koymaktadır: güçsüzleştirilen ve güçlendiren yanlar. Bu dağılım, ruhsal hastalığın yalnızca bir bireyin meselesi olmadığını, tüm aile sistemini etkileyen ekolojik bir olay olduğunu ortaya koymaktadır.



Şekil 13. Öznelerin Hastalığın Diğer Aile Üyeleri Üzerindeki Psikolojik Etkilerine İlişkin Görüşlerinin Dağılımını Gösterir Kod Modeli

4.1.4.2.1. Aile Üyelerini Güçlendiren Yanlar

Özneler tarafından aile üyeleri için tanımlanan en belirgin güçlü yan aile üyelerinin “hasta olan ebeveyne düşkün olma” sıdır. Özellikle annenin tanı aldığı bazı ailelerde tanı sonrası eşler arasındaki bağın güçlendiği aktarılmıştır:

“Ama şunu fark ettim, gidiyorum geliyorum, anneme bir şey olduysa babam benden daha çok ilgili. İkisinin arasındaki... Bu onlar için daha iyi. Bağ kuvvetlendirdi yani ikisinin arasındaki.” (Ahsen, tanı alan ebeveyn: anne)

Bunun yanı sıra “yapıcı olma” gibi tutumlar ve “psikolojik destek almak” bazı aile üyelerinin bu süreci daha dayanıklı şekilde göğüslemelerine olanak tanımıştır. Atakan profesyonel desteğe erişebilen kardeşinin bu süreci daha sağlıklı yönetebildiğini ifade etmiştir:

“Daha öncesinde psikiyatrik destek alıp da anlatmış olduğu yerlerde bir yazıya dökmüş olduğu bir şey var. Ona çok iyi geldi destek almak... Asistan anlattı rol model olarak babasını alamıyor, örnek alamıyor. O yüzden aileden başka birini alıyor. O da abisi gibisinden demiş. Bana hareketleri genelde benzer. Ben de daha yapıcı davranırım ona karşı” (Atakan, tanı alan ebeveyn: baba)

Öznelerin anlatıları ruhsal hastalık tanısı almış bir ebeveynin bulunduğu ailelerde bu sürecin tüm aile üyelerini etkilediğini ve bu etkilerin kimi zaman birbirini destekleyici, dayanıklılığı artırıcı bir etkileşim ağına dönüşebildiğini ortaya koymaktadır. Anlatılar bu zorlayıcı sürecin aile içi bağların yeniden yapılanmasına, işlevsel dayanışma biçimlerinin gelişmesine ve kolektif baş etme yollarının inşasına da zemin hazırlayabildiğini göstermektedir. Bu anlatılar bireysel krizlerin tüm sistemde dönüşüm yaratabileceğini, bazı durumlarda aile içi dayanışmayı güçlendirebileceğini ortaya koymaktadır. Özellikle eşler arasındaki bağın güçlenmesi ya da kardeşler arası destek ilişkilerinin artması bu tür bir yeniden yapılanmanın olumlu örnekleri olarak değerlendirilebilir.

4.1.4.2.2. Aile Üyelerini Güçsüzleştiren Yanlar

Aile üyelerini güçsüzleştiren etkiler çoğunlukla üyelerde ruhsal hastalıkların oluşmasına dair kaygı, duygusal tükenme, korku, içe kapanma ve rol karmaşası gibi ifadelerde kendini göstermiştir. Öznelerden Nehir küçük kardeşine bipolar tanısı konduğunu belirtmiş ve bu duruma ilişkin karmaşık duygularını şu sözlerle ifade etmiştir:

“Yani bazen düşündüğümde şu an hatta küçük erkek kardeşime de bipolar tanısı konu maalesef ki. Düşündüğümde hani bazen diyorum ki keşke olmasaydı hani keşke babam böyle olmasaydı ya da böyleydiyse keşke onu evlendirmeselerdi gibi düşünüyorum. Ama bazen de tabi bu mesleğin, bu işin içinde olduğum için bu kişilerin topluma kazandırılması gerektiğini düşünüyorum.” (Nehir, tanı alan ebeveyn: baba)

Benzer biçimde babası tanı almış olan Derin de *“Şu anda benim ağır madde bağımlısı bir kardeşim var... kendisinden hiçbir şekilde o acıyı çıkaramayan bir kardeşim.”* Sözleriyle kardeşinin ruhsal hastalık tanısı aldığını ve madde bağımlılığı geliştirdiğini vurgulayarak, ruhsal hastalığın aile içinde başka formlarda tekrar ettiğini belirtmiştir.

Sürekli bakım yükü üstlenen aile üyeleri için duygusal tükenmişlik kaçınılmaz hale gelmiştir. Aslan, bakım yükünün ablasında yarattığı yorgunluğu dile getirmiştir:

“Ablam daha çok yıprandı, daha çok yoruldu. Sürekli annemleydi. ... annemin sürekli sanrıları geldiği zaman- hala bile bazen gelebiliyor- yaşamını olumsuz etkileyebiliyor. Ablam daha çok yıprandı. En çok o yıprandı bence bu hastalıktan.”
(Aslan, tanı alan ebeveyn: anne)

Yağmur ise annesinin babasına bakım verirken ne kadar zorlandığını *“Şöyle diyeyim bıktılar artık. Bıktılar yani. ... Annemi böyle bunalıma sokacak şeyler söylüyordu.”* sözleriyle ifade etmiştir. Bu ifadeler bakım verenlerin yoğun bir duygusal yıpranma yaşadıklarını ortaya koymaktadır.

Bazı aile bireyleri bu süreci yoğun korku ve kaygı ile yaşamış, hatta ruhsal ve fiziksel tepkiler geliştirmiştir. Duru, kız kardeşinin *“her şeyden korkar hale geldiğini, insanlarla tanışmaktan çekindiğini”* aktarırken; Lülü, kurum bakımı alan ablasının annesini bir düğünde görünce *“çığlık çığlığa kaçtığını”* ve bu durumun onda derin bir korku, iz bıraktığını anlatmıştır. Eylem ise kardeşinin annesinin hastalığı sonrası içine kapandığını şu sözleri ile ifade etmiştir:

“Sen niye gelmiyorsun okula dediklerinde; annem hasta, ben artık gelemeyeceğim falan diyormuş. Şimdi bunu bu illaki bir çocukta yer ediyordur diye düşünüyorum. ... Kardeşim, böyle şey bir hayat. Nasıl desem? Daha hassas bir psikolojiye sahip, içine kapandı.” (Eylem, tanı alan ebeveyn: anne)

Hastalığın aile üyelerine bir etkisi de yaşam kararlarını etkilemesidir. Karatay, hastalığını bir baskı mekanizması olarak yansıtan babası nedeniyle ablasının *“evde durmaktansa evlenmeyi tercih ettiğini, mutsuz bir evlilik içerisinde kaybolduğunu”* ifade ederken, Derin, sert mizacının hastalık temelli mi olduğunu

kestiremediği babasının kardeşine zorla tıp eğitimi aldırıldığını ve alanını seçerken de çocuğunun kararlarını baskıladığını anlatmıştır:

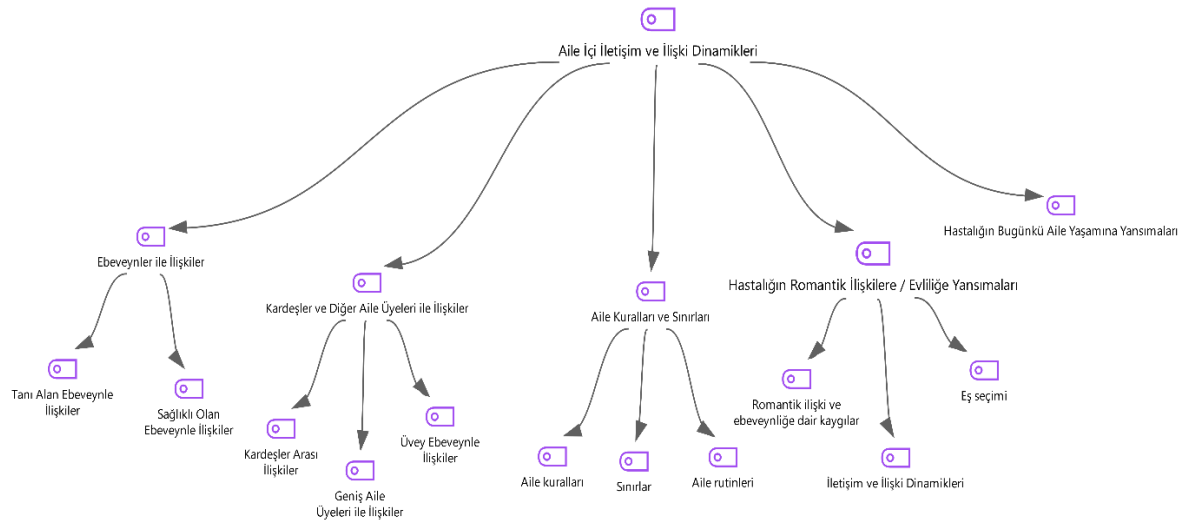
“Mesela uzmanlığında bile dedi ki hani ben psikiyatri istiyorum. Babam dedi ki ‘Hayır hayır hayır, ben deli doktor oldu dedirtemem.’ dedi.” (Derin, tanı alan ebeveyn: baba)

Bu ifadeler tanı alan ebeveynin öfke yönetimi yapamadığı, baskı uyguladığı durumlarda aile içinde bireysel özgürlüğün nasıl daraldığını ve olumsuz iletişim biçimlerinin bireyleri nasıl yönlendirdiğini açıkça ortaya koymaktadır.

Öznelerin anlatılarında görülen duygusal tükenmişlik, rol karmaşası, bakım yükünün adaletsiz dağılımı, kuşaklararası aktarım yoluyla ruhsal sorunların tekrar etmesi ve bireysel yaşam kararlarının baskı altında şekillenmesi ebeveynin ruhsal durumunun aile üyeleri üzerinde oluşturduğu riskleri net biçimde yansıtmaktadır. Bu bağlamda sosyal hizmet müdahalelerinin ekolojik sistem perspektifinde bütüncül biçimde tüm aile üyelerini kapsamaması, özellikle aile içinde bakım yükünü üstlenen bireyleri işe vuruk biçimde desteklemesi, psikososyal desteği kapsayan koruyucu ve önleyici hizmetlerin geliştirilmesi gerektiği görülmektedir.

4.1.5. Aile İçi İletişim ve İlişki Dinamikleri: “Dedem öldü, amcam geldi. Halam gitti, babaannem geldi. ... Kimin annem olduğunu bilemedim.... Ben böyle topaç gibiydim yani nerede olursam bir orada bir burada...”

Ruhsal hastalık tanısı alan bir ebeveynin varlığı aile üyeleri arasındaki iletişim biçimlerini, bağlanma ve ilişki örüntülerini derinden etkileyebilmektedir. Bu bölümde öznelerin aktarımları doğrultusunda aile içinde kurulan ya da kurulmayan/ kurulamayan iletişimin niteliği, duygusal mesafe, bakım verme rolleri, bağlanma ilişkileri ve hastalığın romantik ilişkilere ve bugünkü aile yaşamına yansımaları ele alınacaktır.



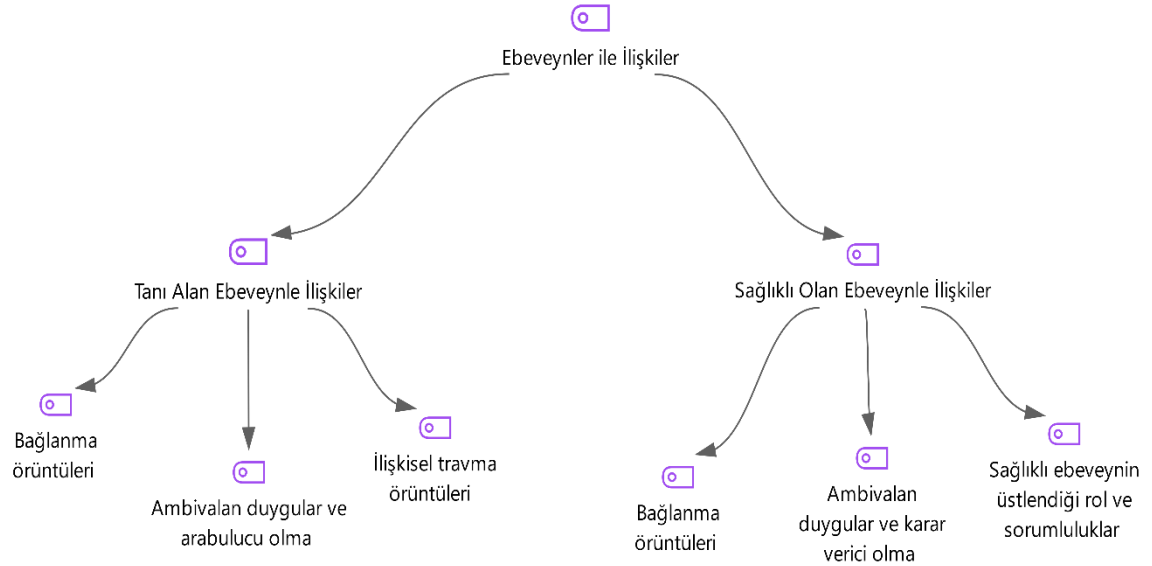
Şekil 14. Aile İçi İletişim ve İlişki Dinamiklerini Gösterir Kod Modeli

“Aile İçi İletişim ve İlişki Dinamikleri” alt teması altında toplanan anlatılar çocuğun gelişiminde en yakın çevre olan mikrosistemin belirleyici etkisini açıkça göstermektedir. Ebeveyn- çocuk, ebeveyn- ebeveyn ve aile üyeleri arasındaki ilişkilerin niteliği, bağlanma örüntüleri, iletişim ve yaşayış biçimleri çocukların bireysel dünyasında doğrudan yansıma bulmuştur. Bu yansımalar güvenli bağlanmadan kaygılı-kaçıngan ya da dağınık bağlanma örüntülerine uzanan çeşitlilikler sergilemiştir. Bu ilişki dinamikler öznelerin sadece çocukluk döneminde değil, yetişkinlikteki romantik ilişkilerinde ve ebeveynlik yaklaşımlarında da izlerini sürdürmüştür. Anlatılar bazı öznelerin aile içindeki olumsuzluklara rağmen kendi içsel kaynaklarını keşfederek dayanıklılık geliştirme, sınır koyabilme, destek talep edebilme veya sağlıklı ilişkiler kurma gibi güçlendirici adımlar attığı yönündedir. Öznelerin kendilik inşasının ve ilişki dinamiklerin merkezinde yer alan ebeveynlerle ilişkilerin bireylerin gelişimsel süreçlerine ve öznel deneyimlerine etkisi bir sonraki başlıkta ayrıntılandırılmıştır.

4.1.5.1. Ebeveynlerle İlişkiler

Ebeveynlerle kurulan ilişkiler öznelerin bilişsel, duygusal ve sosyal gelişiminde belirleyici bir rol oynamaktadır. Mikrosistem düzeyinde yer alan ebeveyn-çocuk ilişkisi, bireyin yaşam boyu sürececek güven duygusu, özdeğer / özyeterlilik algısı ve sosyal işlevsellik gibi temel becerilerinin inşasında merkezi bir konuma

sahiptir. Öznelerin anlatıları ebeveynlerle ilişkilerin bu merkezi rolünü farklı örüntülerde ortaya koymaktadır.



Şekil 15. Ebeveynlerle İlişkileri Gösteri Kod Modeli

4.1.5.1.1. Tanı Alan Ebeveynle İlişkiler

Tanı alan ebeveynle kurulan ilişkilerde belirgin bir şekilde farklılaşan bağlanma örüntüleri dikkat çekmektedir. Öznelerin anlatılarında hem güvenli ve kaygılı-kaçıngan bağlanma örüntülerine hem de dağınık (deorganize) bağlanma örüntülerine rastlanmıştır. Güvenli bağlanma örüntüsünde ebeveynin hastalığına rağmen sevgi, koruyuculuk ve duygusal destek deneyimleri ön plandadır. Örneğin Sahra babası tarafından sevildiğini, korunduğunu aktarmıştır:

"Bana karşı çok korumacı yani bana zarar vermeyen bir adamdı. Beni göz bebeği gibi hatta üstüme o kadar çok titreyen bir babaydı. Benimle oyunlar oynayan... O hasta halinde bile beni yanında böyle bir kuş ya da bir kedi yavrusunu böyle hemen sahiplenir ya pençeleri arasında, öyle bir babaydı yani. " (Sahra, tanı alan ebeveyn: baba)

Bakım tedbiri kapsamında devlet koruması altında yaşayan Lülü ise kendisini sürekli kuruma ziyarete gelen annesi tarafından sevildiğini hissettiğini şu çarpıcı sözleriyle ifade etmiştir.

"Yani akıl hastası olabilir, çevresine zarar verebilir, küfredebilir, saldırgan olabilir ama çocuklarının varlığından haberdardı. Ve seviyordu kendince, kendi bildiği yöntemlerle. Bu benim içime hep bir yara bandı gibi mi diyeyim, merhem mi diyeyim, o korkularımı örten pozitif yanını görmeye çalışırsın ya bazen. Akıl hastası da olsa seviyordu, şefkatliydi ama diyebiliyorsun." (Lülü, tanı alan ebeveyn: anne)

Öte yandan, kaygılı-kaçıngan bağlanma örüntülerinde duygusal kopukluk, reddedilme ve sevgi arayışı öne çıkmıştır. Burçak'ın sözleri var olan ebeveynin yokluğunu göstermektedir:

"Babama dair hatırladığım hiçbir şey yok zaten. ... Daha varlığı bir gölge gibi, silüet gibi babaydı." (Burçak, tanı alan ebeveyn: baba)

Dağınık bağlanma örüntülerinde ise ebeveynin hem sevgi hem de kaygı kaynağı olması nedeniyle bireylerde karışık, tutarsız duygusal tepkiler oluşmuştur. Umut annesi ile yaşadığı kopukluğu anlatırken, Atakan da babası ile tanı öncesi ve sonrasında değişen ilişkiye dikkat çekmiştir:

"Yani 7-8 yaşına kadar çok iyiydim. Ondan sonra beni suçladıklarını anlayınca (hastalık doğum sonrası ortaya çıktığı için) biraz biraz azalıyor. 13-14 yaşına kadar geldikten sonra zaten ters düşüyorsun. 17 yaşından sonra zaten irtibat tamamen koptu. Hani konuşuyorsun ama bayramdan bayrama." (Umut, tanı alan ebeveyn: anne)

"Tanı süreci ve tedavi sürecinde hani korkutucu bir baba hatırlıyorum o dönemlerde. Çünkü çok mevcutta da bir hastalıktan kaynaklı da bir sinir var, tedavi de istemiyor ondan kaynaklı da bir sinir var. ... Her şeye sinirlenen, yakıp kavuran bir adam. İşte bolca yüksek sesin olduğu bir ev. Bolca bağırış çağırışın olduğu bir ev... Ama ondan sonra tedavisinden sonrasında hani bayağı şey Türk filmleri tablosu gibi... Saçma sapan bir mutlu aile tablosu olan, yumuşak karınlı, gayet hoş nezih, hala da öyledir tatlı minnoş bir adam." (Atakan, tanı alan ebeveyn: baba)

İkinci olarak ambivalan duygular ve arabaluculuk rolleri tanı alan ebeveynle ilişkilerde belirgin kodlar olarak ortaya çıkmıştır. Özneler bir yandan ebeveynlerine karşı yoğun sevgi, bağlılık ve koruma içgüdüleri taşıırken, diğer yandan yaşadıkları olumsuz deneyimler, ihmal, korku ve öfke gibi duygularla da

baş etmek zorunda kalmışlardır. Bu çift yönlü duygulanım çocukların ebeveynlerine yönelik tekil ve saf duygular geliştirmesini güçleştirmiş ve karmaşık bir ilişki ağı yaratmıştır. Sahra'nın anlatısı bu ikircikli duygusal yapıyı açıkça ortaya koymaktadır:

"Annebaba derim ben babama. Annebabam diye seslenirim mesela. Hem annem hem babam ya. O benim kanatlarım ve kalem. O benim hem derdim hem de devam." (Sahra, tanı alan ebeveyn: baba)

Anlatılarda sıkça çocukların ev içindeki çatışmalar sırasında arabulucu rolüne sürüklendiği gözlemlenmiştir. Tartışmaların yoğun olduğu aile ortamlarında çocuklar çoğu zaman sessiz kalmayı, taraf tutmamayı, ortamı yatıştırmaya çalışmayı ya da ebeveynleri arasında köprü kurmayı bir baş etme stratejisi olarak benimsemişlerdir. Bu rollerin erken yaşta üstlenilmesi kimi zaman öznelerin bireysel sınırlarının muğlaklaşmasına neden olmuştur. Örneğin Deniz arabuluculuk sürecini şu sözlerle tanımlamıştır:

"Ben çok küçükken bile, 7-8 yaşındayken bile sürekli ailede birleştirici bir güçtüm. ... Bu sebeple ben sürekli ortalığı toparladığım için, insanlar işte kavga ettiğinde sürekli o küçük yaşta onların aralarını ben düzeltirdim." (Deniz, tanı alan ebeveyn: anne)

Bu roller, çocukların kendi gelişimsel ihtiyaçlarından feragat ederek aşırı sorumluluk üstlenmesine ve erken olgunlaşmalarına yol açmıştır. Nitekim arabuluculuk deneyimi ve bu duygusal karmaşanın öznelerin yalnızca çocukluk dönemlerini değil, yetişkinlikteki ilişki örüntülerini de derinden etkilediği bu alt tema altındaki kategorilerde de görülmüştür.

Son olarak tanı alan ebeveynle ilişkilerde ilişki travma örüntüleri sıklıkla gözlemlenmiştir. İlişkisel travmalar; duygusal ihmal, sözel/fiziksel şiddet, tehditler ve güven kaybı başlıkları altında şekillenmektedir. Sokağa oynamaya çıkmak istediği zamanlarda sıklıkla tehditle karşı karşıya kalan Eylem'in ifadesi ise çocuğun ebeveynin ölüm tehdidi altında hissettiği yoğun kaygıyı ve psikolojik şiddeti ortaya koymaktadır:

"Özellikle biz evden oyun oynamaya çıkmak istediğimiz zamanlarda yalnız kalmak istemezdi. Biz de çocuğuz yani hani aklının bir köşesi dışarıyı istiyor, o sokağı istiyor. Bir yandan da annen gitme diye yalvarıyor, yalnız kalmak istemiyorum diyor. Çocukluk daha ağır basıyordu çıkmak istiyordum açıkçası. Annem o zamanlarda hemen- eşarp kullanır benim annem- o eşarla boğazını hemen sıkardı mesela, cidden de morarırdı yani var ya. Açardık, yalvar yakar açardık. Kendimiz müdahale ederdik. Açardık yani eşarbını. Bazen çıktığımda hep aklımın kenarında eve döndüğümde annemi öyle eşarla boğulmuş gördüğüm anlar belirirdi oyunun ortasında." (Eylem, tanı alan ebeveyn: anne)

Yağmur ise " Sevgisini net hissettiğim dönemler oluyor yani. Ama bazen işte o aşığılaması oluyor. Hani seninle diyor şeytan bile arkadaş olmak istemez gibi bir şeyler böyle oluyor. Hani böyle ağır lafları da oluyor. E ben zaten sosyalleşemiyorum kimseyle işte bunlardan." sözleri ile duygusal ihmal ve psikolojik şiddetin uzun vadeli etkilerine örnek teşkil etmiştir. Bu tür travmatik deneyimler öznelerde sürekli bir tetikte olma hali, çatışmalı ortamlardan korkma ama aynı zamanda sorunları çatışma ile çözmeye yönelme, kaygı bozuklukları ve ilişki kurma zorlukları gibi etkiler bırakmıştır.

4.1.5.1.2. Sağlıklı Olan Ebeveynle İlişkiler

Tanı alan ebeveynle kurulan ilişkilerde gözlemlenen ambivalan duygular, ilişkisel travma örüntüleri ve bağlanma dinamiklerindeki kırılmalıklar çocukların gelişimsel süreçlerinde önemli risk faktörlerini oluşturmuştur. Bununla birlikte birçok özne anlatısında sağlıklı ebeveyn figürünün varlığı bu zorlu deneyimlere karşı koruyucu bir faktör olarak öne çıkmıştır. Öznelerin çoğu için sağlıklı olan ebeveyn güven duygusunu desteklemiş, duygusal ihtiyaçları kısmen ya da bütünüyle karşılamış ve gelişimsel süreçte dengeleyici bir rol üstlenmiştir. Bu bölümde sağlıklı olan ebeveynle kurulan ilişkilerin bağlanma örüntüleri, duygusal deneyimler ve ilişkisel işlevsellik bakımından nasıl şekillendiği ele alınmıştır.

Çalışmada sağlıklı olan ebeveynle kurulan ilişkilerde baskın olarak güvenli bağlanma örüntüsünün geliştiği gözlemlenmiştir. Güvenli bağlanmada çocuk, ebeveyninin ihtiyaç duyduğunda yanında olacağına dair temel bir güven geliştirir, duygularını özgürce ifade edebilir ve duygusal düzenleme becerisi kazanır.

Örneğin Duru, babasının koruyucu ve destekleyici tavrını anlatarak güvenli bağlanmanın temel unsurlarını vurgulamıştır:

“Bir problem olduğunda hani bizimle ilgili, her zaman işte bununla ilgili karşı tarafla da iletişime geçen birisiydi. Tutumları aslında güvenliydi yani.” (Duru, tanı alan ebeveyn: anne)

Benzer şekilde Asil de babasının hem otoriter hem de destekleyici yanını ifade etmiş, " *Sert görünür ama canını verir bizim için. Ben biliyorum her zaman babam arkamdadır.*" diyerek güven duygusunu aktarmıştır. Bununla birlikte bazı öznelerin ifadelerinde daha sınırlı düzeyde kaygılı-kaçıngan bağlanma izleri de görülmüştür. Örneğin sağlıklı ebeveyniyle daha mesafeli ve biçilen rollere dayalı bir iletişim kuran özneler ihtiyaçlarını dolaylı biçimde ifade ettiklerini belirtmişlerdir. Doğu'nun ifadesi duygulara doğrudan temas etmede zorluklar olduğunu ima etmektedir:

“Babamı karşı biraz daha resmiyim, çünkü babam biraz daha duygularını göstermeyen birisi yani. ... O yüzden anneme çok bağılyken, çok yakın ilişkim varken, babama karşı biraz daha mesafeli. Babama ben en son ne zaman sarıldım hatırlamıyorum.” (Doğu, tanı alan ebeveyn: anne)

Sağlıklı ebeveynle kurulan ilişkilerde nadiren de olsa dağınık bağlanma örüntülerine ve zaman zaman da ambivalan duyguların izlerine de rastlanmıştır:

“Benim babamla aram düzeleli sanırım bir iki sene falan oldu. Onun dışında kendisini severdim ama aynı zamanda en çok kızdığım kişi de oydu bu dünyadaki. Çünkü dünya görüşlerimiz çok farklıydı. Küçüklüğümde şey dediğimi hatırlıyorum. Babamın yaptıklarına bakardım ve şey derdim. Babam bunu yapıyorsa yanlış büyük ihtimal. Ben bunu yapmayayım o zaman.” (Deniz, tanı alan ebeveyn: anne)

Öznelerin anlatılarında zaman zaman ebeveynlerine duydukları sevgi ve minnet duyguları ile hissettikleri öfke, kırgınlık ve yetersizlik duyguları iç içe geçmiştir. Bu ikircikli duygulanım özellikle ebeveynin çocuğun tüm ihtiyaçlarını karşılamaya çalışırken kendi sınırlarına takılması ya da ebeveynlik rollerini sürdürürken zorluk yaşaması durumlarında da belirginleşmiştir. Örneğin Nehir annesine karşı hem takdir hem suçluluk duygusunu aynı anda taşıdığını belirtmiştir:

"Annemle bağlanmam güzel ama şu an anneme de içimde içten içe bir öfke var. Neden? Çünkü kendini çok görmezden geldi. Kendini çok yıprattı. Annem her şeyi yapardı ama bazen de çok yorulurdu, o zaman kendimi suçlu hissederdim. Şu an 53 yaşına girecek ve bir gün olsun kendisi için bir şey yaptığını hatırlamıyorum. (Nehir, tanı alan ebeveyn: baba)

Bu durum, bağlanma kuramında söz edilen "güvenli ama koşullu" deneyimlere benzer bir duygusal dalgalanma yaratmakta, ebeveyn figürüne duyulan sevgiye zaman zaman hayal kırıklığı, çaresizlik veya kendini suçlama gibi karmaşık duygular da eşlik etmektedir.

Öznelerin tanı alan ebeveynle ilişkilerinde arabuluculuk rolüne rastlanmıştır. Tanı alan ebeveynleriyle ilişkilerinde ise kimi zaman da ailenin kriz anlarında aktif karar verici rolünü üstlendiklerini ifade etmişlerdir. Sağlıklı olan ebeveynin yaşadığı duygusal ve fiziksel tükenmişlik karşısında çocuklar, aileyi koruma sorumluluğunu taşıma ve kritik kararları alma pozisyonuna itilmiştir:

"Kriz anlarında ne yapılması gerektiğine çoğu zaman ben karar verirdim. Birini arayalım mı, hastaneye mi gidelim diye düşünürdüm." (Nehir, tanı alan ebeveyn: baba)

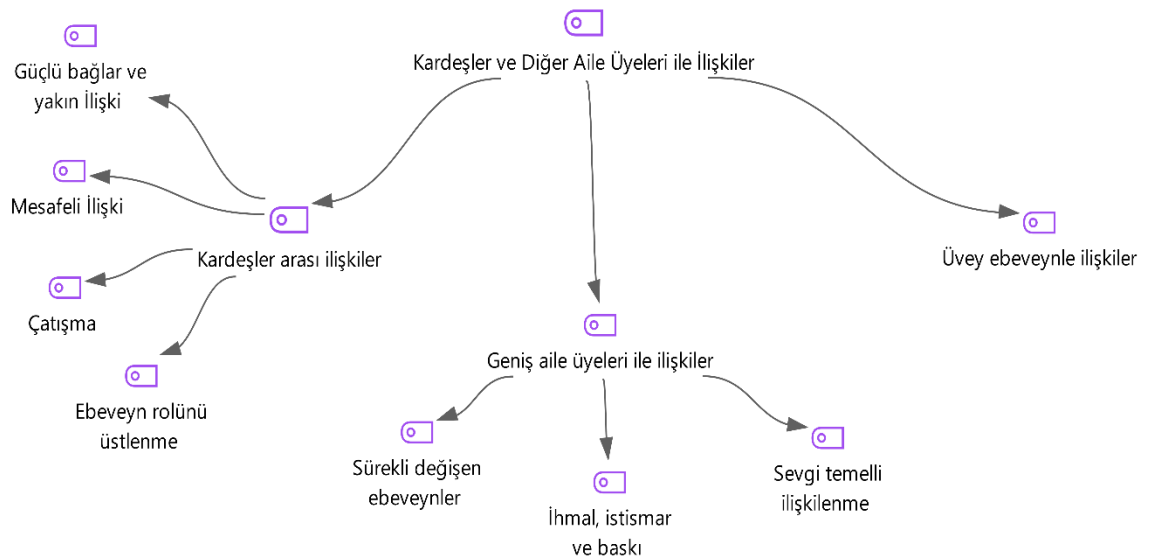
Bu tür erken sorumluluk yüklenmeleri öznelerin öz-yeterlilik duygusunu geliştirse de gelişim dönemlerine uygun olmayan yükler üstlenmelerine ve yetişkinlikte mükemmeliyetçilik, kontrol arzusu veya karar verme anksiyetesi gibi psikososyal zorluklar yaşamalarına yol açabilmektedir. Nitekim Nehir güçlü bir kadın figür olarak annesini rol model aldığı aktarmış ve çocukluğuna damga vuran bu sorumluluk üstelenen kimlik nedeniyle evliliğinde de sorumluluğun çok büyük bir kısmını kendisinin yüklendiğini, annesinden aldığı bu toplumsal cinsiyet rolleri ile mükemmeliyetçiliğin kendisini çok yorduğunu ifade etmiştir.

"Yani bir erkeğin de hani toplumda bir erkeğin yapması gereken işleri de annem yaptığı için ben de böyle biri olmaya kalkıştım hep. O zaman da şimdi de.... Onun gibi bir kadın, bir anne olmak istemiyorum. Bu kadar fedakâr olmak istemiyorum diyorum ama onun güçlü olması hani bana bu şekilde örnek olması bana çok şey kattı ama çok da yordu." (Nehir, tanı alan ebeveyn: baba)

Buradaki anlatılarda rastlanılan davranış örüntüleri, çocuğun kendi gelişimsel ihtiyaçlarını bastırarak ebeveynlerinin duygusal dengesini sağlamaya çalıştığına işaret etmektedir.

4.1.5.2. Kardeşler ve Diğer Aile Üyeleri ile İlişkiler

Ruhsal hastalıkla şekillenen aile yapısında kardeşler ve diğer aile üyeleriyle kurulan bağlar da çocukluk deneyimlerinin önemli bir bileşenini oluşturmaktadır. Bu bölümde, öznelere kardeşleriyle ve diğer geniş aile bireyleriyle olan ilişkilerine dair anlatıları incelenmiş, destekleyici ya da zorlayıcı etkileşimlerin çocukluk dönemine nasıl yansıdığı değerlendirilmeye çalışılmıştır.



Şekil 16. Kardeşler ve Diğer Aile Üyeleri ile İlişkileri Gösterir Kod Modeli

4.1.5.2.1. Kardeşler Arası İlişkiler

Çocukluk döneminde yaşanan aile içi krizler ve belirsizlikler birçok öznenin kardeşleriyle daha güçlü bir duygusal bağ kurmasına zemin hazırlamıştır. Kardeşler, öznelere mikrosisteminde krizlere karşı bir destek kaynağı olarak işlev görmüş, aralarında duygusal dayanışma ve karşılıklı koruma örüntüleri gelişmiştir. Öznelere anlatılarında bu dayanışma sıklıkla vurgulanmıştır. Örneğin

Mert'in söylemi hastalığın ailede kardeşler ve aile üyeleri arasındaki dayanışmayı artırdığını gösterir yöndedir:

"Kardeşimle de aramdaki bağ iyidir. ...Aile yaşantımız bence eskisine göre daha güçlü. Kendi fikirlerimizi alıyoruz. ... Dışarıyı karıştırmıyoruz en azından...Birbirimiz için canımızı veririz. O derece seviyoruz birbirimizi. Yani bu dediğim annem, babam ve kardeşim tabi." (Mert, tanı alan ebeveyn: baba)

Kadın öznelerden Deniz'in anlatısı ise doğrudan kardeşler arasındaki dayanışmayı göstermektedir:

"Sonrasında ister istemez yaş büyüdükçe birbirimize çok fazla tutunmaya başladık. Ayağımız taşa değse annemizden babamızdan önce birbirimize söylemeye başladık." (Deniz, tanı alan ebeveyn: anne)

Bu anlatılar kriz zamanlarında kardeş ilişkilerinin yalnızca aile içi destek ağı işlevi görmekle kalmadığını, aynı zamanda bireylerin yaşamı regüle etme becerilerini de güçlendirdiğini göstermektedir. Bununla birlikte bazı öznelerin anlatılarında kardeşler arası ilişkiler mesafeli, kopuk veya yüzeysel düzeyde kalmıştır. Ailenin genel dinamiklerindeki bozulmaların kardeşler arası duygusal uzaklaşmaya ve iletişim kopukluklarına yol açtığı söylenebilir. Örneğin Umut, kardeşiyle ilişkisindeki uzaklığı *"İki abim vardı ama biri il dışındaydı. Öbürüyle de çok şey paylaşmadım."* sözleriyle aktarırken; Yağmur, *"Abimle kopuktuk. Aşağılama ve uzaklaştırma vardı hep sözlerinde."* diyerek ifade etmiştir. Nehir ise kardeşinin sorumsuz davranışları nedeniyle ona olan kızgınlığını şöyle aktarmıştır:

"Ama benden 1-1,5 yaş küçük olan kardeşime hep öfkem var. Çünkü çok rahat büyümeye çalıştı. Yani karşısında hasta olan bir babası vardı. Bunu biraz sorumluluk alabilirdi. Evdeki büyük erkek oydu. Ailem ona bu kadar imkân tanımamasına rağmen bunu hiç değerlendiremedi. Ve hala 33 yaşında şu an gene de ailemin sırtında bir kambur. Böyle tarif edebilirim onu." (Nehir, tanı alan ebeveyn: baba)

Kardeşler arasında güçlü bağlar ya da mesafeli ilişkilendirmelerin yanı sıra çatışmalar olduğu da görülmüştür. Aile içi stres ve ebeveyn işlevsizlikleri zaman zaman kardeşler arasında gerilim, çatışma, kıskançlık veya duygusal

yaralanmalar yaratmıştır. Örneğin Eylem ve Umut kardeşiyle ilişkilerini şöyle ifade etmişlerdir:

"Kedi köpek gibiydik. Kavga anlarında kekeme olduğu için oradan vururdum. Bunu çocuk dünyasında nasıl yer etti bilmiyorum." (Eylem, tanı alan ebeveyn: anne)

"Bir büyük abimle hiç anlaşamazdık. Her şeyde onu ön plana koyarlardı. En başarılı o, en akıllı o gibi. Ailede çocuklar arası bariz bir ayırım vardı, zorbalığa uğradığımı düşünüyorum." (Umut, tanı alan ebeveyn: anne)

Bu tür anlatılar, kardeşler arası ilişkilerde sevgi ve dayanışmanın yanı sıra kıyaslama, rekabet ve duygusal incinmenin de zaman zaman yoğun biçimde yaşandığını işaret etmektedir.

Ebeveyni ruhsal hastalık tanısı almış bireylerin kardeşler arası ilişkilerinde dikkat çeken temel örüntülerden biri de bazı çocukların kardeşlerine karşı bir ebeveyn figürü gibi davranmak zorunda kalmalarıdır. Literatürde ebeveynleşme (parentifikasyon) olarak geçen bu süreç ebeveyn işlevlerinin yetersiz olduğu aile sistemlerinde çocukların rollerinde kayma yaşanması ve gelişimsel dönemlerine uygun olmayan sorumluluklar üstlenmeleri sürecidir. Atakan, abisinin kendisine nasıl ikinci bir ebeveyn figürü olduğunu şu sözlerle ifade etmiştir:

"Abim ikinci annem gibidir benim. ... beni büyüten abim oldu." (Atakan, tanı alan ebeveyn: baba)

Benzer şekilde Nehir de küçük kardeşi doğduğunda üstlendiği rolü şöyle anlatmıştır:

"Dediğim gibi küçük kardeşime şu an üzülüyorum. Çünkü doğduğunda ben 12-13 yaşındaydım. Küçük annesi gibi bir şeydim." (Nehir, tanı alan ebeveyn: baba)

Bu tür deneyimler çocuğun bakım veren konumuna zorunlu olarak geçişini ve kardeşinin duygusal ve fiziksel ihtiyaçlarını karşılamaya çalışmasını ifade etmektedir. Bu deneyimler erken yaşta problem çözme, başkalarının ihtiyaçlarını gözetme ve liderlik etme becerileri geliştirse de bu sürecin gönüllü değil zorunlu

bir yüklenmeyle gerçekleşmesi duygusal tükenmişlik ve erken olgunlaşma gibi riskleri de beraberinde getirmiştir. Duru, bu dinamiği şu sözleriyle ifade etmiştir:

"Dediğim gibi hani abla şeysi olduğu için her şeyde. Bu arada ailem beni sen onlardan sorumlusun, senin onlara bakman gerekiyor. Bir şey olduysa ilk bana soracaklarını... Hani o şekilde yetiştiğim için o dönemde bu sorumluluk fazla da gelmişti. " (Duru, tanı alan ebeveyn: anne)

Elbette ki kardeşlere ebeveynlik yapmak aynı zamanda kardeşler arası ilişkinin niteliğini de değiştirmiştir. Özneler kardeşlerine eşit düzeyde bir kardeş gibi değil, bakım veren bir figür gibi de yaklaşmıştır. Bu da ilişkinin doğasında koruyuculuk ve zaman zaman da otoriterlik unsurları barındırmasına neden olmuştur. Kendi çocukluk ihtiyaçlarının karşılanmaması, ilerleyen dönemlerde yakın ilişkilerde aşırı koruyuculuk, mükemmeliyetçilik, otoriterlik veya bağımlılık/bağımsızlık dengesi kurmakta zorluklar yaratabilmektedir. Öznelerin bu deneyimleri hem kardeşleriyle hem de daha geniş sosyal çevreleriyle kurdukları ilişkilere yansımıştır. Özellikle ilişkilerde aşırı sorumluluk hissetme ya da kontrol etme eğilimleri bu erken ebeveynlik deneyimlerinin uzun vadeli izdüşümleri olarak yorumlanabilir.

4.1.5.2.2. Geniş Aile Üyeleri ile İlişkiler

Geniş aile üyeleri özellikle ebeveynlerin bakım verme kapasitesinin olmadığı, zayıfladığı veya ebeveynlerin fiziksel ya da duygusal olarak çekildiği durumlarda çocukların bakımından sorumlu hale gelmişlerdir. Bu durum da çocuğun içinde bulunduğu aile sisteminde sürekliliği ve güveni tehdit eden "bakım veren figürlerin değişimi" örüntüsü bağlamında bu tez de üretilen "harmanlanmış aile" kavramını ortaya çıkarmıştır. Özneler kimi zaman dede, hala, amca, anneanne, babaanne ya da ya da üvey ebeveynler ve onların aile üyelerinin geçici ya da kalıcı olarak ebeveyn işlevini üstlendiğini harmanlanmış yapıdaki ailelerde, kimi zaman da bakıcı annenin sürekli değiştiği kurum bakımı sisteminde yaşamlarını sürdürmüşlerdir. Bu durumun ise bağlanma ilişkilerinde karmaşaya yol açtığını belirtmişlerdir. Sahra'nın anlatısı bu geçişkenliği çok çarpıcı biçimde ortaya koyar niteliktedir:

"Dedem öldü, amcam geldi. Halam gitti, babaannem geldi. Sonra o da öldü. En sonunda babamla kaldık. Bir gün orada, bir gün burada... Kimin annem olduğunu bilemedim.... Ben böyle topaç gibiydim yani nerede olursam bir orada bir burada... Böyle bir roller karıştı yani. Biri gidiyor, biri geliyor. Birilerinin yerine birilerini koyuyorum falan benim kafa çorba. " (Sahra, tanı alan ebeveyn: baba)

Bu tür deneyimler çocuklarda hem bağlanma figürlerinin tutarsızlaşmasına hem de kimlik gelişimi açısından ciddi rol belirsizliklerine neden olmuştur. Bununla birlikte harmanlanmış aile üyelerinin bazıları çocuklara bakım sunarken ihmal, baskı ve hatta zaman zaman istismar uygulamışlardır. Bu yaşantılar çocukların kendilerini sürekli tehdit altında hissettikleri bir bağlam yaratmıştır. Sahra değişen amca evlerinde çocukluk döneminde zaman zaman beslenme gibi temel ihtiyaçlarının dahi karşılanmadığını aktarmış ve genç yetişkinliğinde bile evlendirilme baskısına maruz kaldığını *"Yani halalarım böyle oku oku diyor ama bir yandan da evliliği araya sıkıştırıyorlar falan yani annelik olmuyor o zaman o, çünkü başarılı bir çocuğum da."* sözleriyle ifade etmiştir. Benzer şekilde Mert'in *"Dedem vasiydi. Annem hiçbir karar veremiyordu. Sürekli yönlendirilmişti. Ezilmişti."* anlatısı, dedesinin baskı ve kontrolünü ve annesinin sürekli edilgenleştirildiğini gözler önüne sermektedir. Bu deneyimler çocukların karar alma hakkını öğrenememelerine, edilgenleşmelerine ve özgüven kaybına yol açmıştır. Bazı özneler, sürekli değişen geniş aile bireylerinden oluşan bu harmanlanmış aile yapısındaki baskılara rağmen kendi yollarını çizme, duygusal sınırlar koyma ve bireysel farkındalık geliştirme becerilerini ortaya koyarak edilgenlikten aktif bir özneliğe geçmiştir. *"Beni en çok yaralayan babam değildi. Onun ilacı vardı. Ama o baskıcı amcalar, yengeler, halalar..."* diyerek yaşadığı baskı mekanizmalarını aktaran Sahra zamanla sınır çizdiğini ve artık babası ve kızı ile bir aile olup kendi hayatlarını kurduklarını da aktarmıştır. Benzer şekilde Mert de 18 yaşına girdikten sonra babasının vasisi olduğunu ve aile olarak artık kendi kararlarını kendilerinin aldığını aktarmıştır.

Geniş aile bireyleriyle kurulan ilişkilerde bazı durumlarda çocuklar sadece ihmal ve baskıya değil, aynı zamanda açık ya da örtük cinsel istismara da maruz kalmışlardır. Çocukların duygusal ve fiziksel sınırlarının ihlal edilmesi temel güvenlik duygusunun sarsılmasına, travmatik bağlanma örüntülerinin oluşmasına

ve uzun vadeli psikolojik etkilerin gelişmesine yol açmıştır. En çarpıcı anlatılardan biri ise Lülü' ye aittir. Lülü, geniş aile içerisindeki korunmasızlık ve istismara maruz bırakılma durumunu doğrudan bir cinsel istismar anlatısıyla şu şekilde ifade etmiştir:

"Biz yuvadan geliyorduk, yaz tatiline gidiyorduk. Üvey annemin köyünde babamın yanında kalıyorduk. Yengemin topal bir erkek kardeşi vardı ve bizi istismar ediyordu." (Lülü, tanı alan ebeveyn: anne)

Anlatılar bu harmanlanmış aile sisteminde çocuğun korunmasız bırakılmasının, sessizliğe ve gizil şiddete maruz bırakılmasına da yol açtığını görünür kılmaktadır.

Tüm olumsuzluklara rağmen bazı geniş aile üyeleri çocuklar için koruyucu, destekleyici ve duygusal anlamda telafi edici ilişkiler sunmuştur. Bu üyeler, çocuklar için alternatif bağlanma figürleri haline gelmiş ve duygusal güvenliğin kısmen yeniden inşasını mümkün kılmıştır. Deniz babaannesi ile kurduğu bağı şöyle ifade etmiştir:

"Babaannem bize her şeyi öğretti. Tuvaleti, top oynamayı, okula gitmeyi... Annem ilgilenememişti. Babaannem büyüttü bizi. ...95 yaşına kadar ayağımız taşa değmeden haberi oldu. Ben karanlıktan korktuğumda anneme değil babaanneme söyledim. O her zaman gelirdi, beklerdi. İster istemez aileyi en tutucu güç de oydu. O gittiği zaman biz ister istemez şey böyle yani yavru kuş uçmayı öğreneceği zaman yuvadan atılır ya bir anda biz dört kişiyi yuvadan böyle attılar gibi oldu. O anlamda küçükken de bu annemin hastalık sürecinde de hani babaannem çok anlamasa da çok birleştirici bir güçtü yani bizim için." (Deniz, tanı alan ebeveyn: anne)

Bu ifadeler, çocukların güvenli ve sürekli bir bağ kurma ihtiyacının, değişken ve belirsiz aile ortamlarında ne denli hayati bir işlev taşıdığını ortaya koymaktadır. Geniş aile üyelerinden bazıları çocukların bu temel ihtiyacına karşılık vererek duygusal sürekliliği sağlayan bir "tamir edici bağlanma figürü" haline gelmişlerdir. Bazı anlatılarda çocukların fiziksel ihtiyaçlarının ötesinde duygusal ihtiyaçlarının da karşılandığı, korkularının yatıştırıldığı, rutinlerin sağlandığı ve şefkatin

deneyimlendiği bir ilişki örüntüsü görülmektedir. Bu örüntüler de birincil bağlanma figürünün yokluğunda veya yetersizliğinde çocuğun alternatif güvenli bağlanma ilişkileri geliştirme kapasitesine işaret etmektedir. Nitekim Deniz'in babaannesinin kaybıyla hissettiği "yuvasızlaşma" metaforu da bu ilişkilerin çocuğun psikolojik güvenliğindeki yerini çarpıcı biçimde yansıtmaktadır. Geniş aile üyeleri ile kurulan güvenli bağlanmadaki koruyucu bağlam öznelere için kısmen "tampon görevi" görmüştür. Ancak tüm geniş aile ilişkileri bu şekilde olumlu ve telafi edici nitelikte olmamıştır. Özellikle bakım veren figürlerin sürekli değiştiği, rollerin belirsizleştiği ve koruyucu işlevin zayıf olduğu durumlar çocuklarda kararsız, kaotik ve travmatik bağlanma örüntülerine zemin hazırlamıştır. Ayrıca geniş ailenin baskıcı ve yönlendirici tutumları, bazı çocukların özgüvenlerini zedelemiş ve bireysel karar alma becerilerini sekteye uğratmıştır. Bu bağlamda geniş ailenin bir destek sistemi olmaktan ziyade kontrol ve baskı üreten bir yapı hâline gelmesi çocuklar için bir risk faktörü olarak değerlendirilmelidir. Tüm bu veriler geniş aile sisteminin hem koruyucu hem de risk oluşturan yönleriyle çift yönlü etkiler barındırdığını göstermektedir. Bu çift yönlülük, sosyal hizmet uygulamaları açısından da kritik bir öneme sahiptir. Zira çocukların bakım sürecine katılan tüm aktörlerin davranış ve tutumları çocukların gelişimini doğrudan etkilemektedir. Bu nedenle sosyal hizmet müdahalelerinde geniş aile dinamiklerinin dikkatle değerlendirilmesi hem koruyucu aktörlerin güçlendirilmesi hem de zarar verici etkilerin önlenmesi açısından hayati bir gereklilik olarak ortaya çıkmaktadır.

4.1.5.2.3. Üvey Ebeveynle İlişkiler

Üvey ebeveynle kurulan ilişkiler öznelere için çoğunlukla duygusal kopukluk, güvensizlik ve yerinden edilme duygularını pekiştirmiştir. Bu da aile sisteminde temel güvenin zedelenmesine ve duygusal ortamın stabilize olmasına yol açmıştır. Öznelerin anlatılarında üvey ebeveyn figürleri reddedilme, ihmal ve istismarın kaynağı olarak betimlenmiştir. Berrak'ın yaşadığı deneyim bu durumu çarpıcı şekilde ortaya koymaktadır:

"Başta beni de zaten istemedi, başta değil hiçbir sürecin hiçbir noktasında istememişti. Ve ben 10 yaşında hiç tanımadığım babamın evine gönderildim bir dönem. Ama o da evliydi, işte hem üvey çocukları vardı hem yeni eşinden bir tane

oğlu olacaktı vesaire. Benim bakımımı üstlenemediği için yaklaşık bir 8 ay sonra ben annemin yanına geri döndüm. Bu süreçte yer yer annemlerle yer yerde annemin eşinin annesinde kaldım." (Berrak, tanı alan ebeveyn: anne)

Benzer anlatılar öznelerin hem fiziksel hem de duygusal olarak yerinden edilme deneyimi yaşadığını ve aidiyet duygularının ciddi şekilde zedelendiğini göstermektedir. Bu tür deneyimler öznelerin ilerleyen yaşamlarında güvenli bağlar kurmakta zorluk yaşamalarına ve kimlik gelişimlerinde belirsizlikler oluşmasına yol açabilmektedir. Üvey ebeveynle kurulan ilişkilerde açık ve örtük travmatik deneyimlerin varlığı dikkat çekmiştir. Ece'nin anlatısında bu durum şu şekilde dile getirilmiştir:

"Şöyle ki annemin bu düzensiz ilişkileri sonucunda ben tacize maruz kalmıştım. Bunu anlamlandırdığımda çok geçti ve zaten sürekli çatışma halindeydim kendisiyle. Ve sürekli okuldan uzaklaşıyordum ya da çevreme karşı da hırçınlaşıyordum." (Ece, tanı alan ebeveyn: anne)

Bu anlatılar üvey ebeveynle kurulan ilişkilerde büyük ölçüde aile içi koruyucu yapıların çöküşünün çocuk üzerindeki etkilerini de görünür kılmaktadır. Çocuklar, birincil bakım verenlerin eksikliği veya işlevsizliği sonucunda içinde buldukları yeni aile yapılarında sıklıkla duygusal dışlanma, reddedilme, bakım ihlali ve hatta istismar gibi travmatik yaşantılara maruz kalmışlardır. Güvenli bağlanma ilişkileri kurulamadığı gibi aksine çocuğun yakın ilişkilerle ilgili zihinsel temsillerinde güvensizlik ve öngörülemezlik temalarının ağır bastığı örüntüler dikkat çekmektedir. Anlatılarda görülen sürekli ev değiştirme, düzensiz bakım, yetersiz ebeveyn işlevi ve aile içi sınır ihlalleri öznelerin kimlik gelişiminde süreksizlik yaratmaktadır. Bu da çocukların "ben kimim, nereye aitim, kim bana değer verir" gibi temel sorularına istikrarlı yanıtlar geliştirmelerini engellemekte ve kimlik edinimine karşı rol karmaşasına yol açmaktadır.

Sonuç olarak, bu bulgular üvey ebeveyn ilişkilerinin niteliksel olarak incelenmesi gerektiğini, her yeni aile düzenlemesinin çocuk açısından otomatik olarak bir "çözüm" sunmadığını, aksine uygun destek ve denetim mekanizmaları olmadan ikincil travmaların kaynağı olabileceğini göstermektedir. Çocuğun içine yer aldığı yeni aile bağlamının fiziksel ve duygusal güvenlik, koruyuculuk ve sosyal

destek kapasitesi açısından değerlendirilmesinin de zorunlu olduğunu ortaya koymaktadır.

4.1.5.3. Aile Kuralları ve Sınırlar

Aile yapısının çocuklar üzerindeki etkisini belirleyen temel unsurlardan biri de aile içi kuralların ve sınırların varlığıdır. Özellikle ruhsal hastalık tanısı almış bir ebeveynin bulunduğu ailelerde, kuralların nasıl belirlendiği ve sınırların ne ölçüde uygulanabildiği, çocukların gelişimsel ihtiyaçlarını karşılamada belirleyici unsurlardandır.

Öznelerin büyük bir bölümü ailelerinde net, tutarlı ve sürdürülebilir kuralların olmadığını ifade etmiştir. Kuralların ya hiç konulmadığı ya da “gündelik ve geçici müdahaleler” düzeyinde kaldığı anlatılar çocukların rehbersiz büyüdüğü ve sınırların belirsizleştiği bir aile dinamiğini ortaya koymaktadır. Bu durum aile sisteminde düzen, öngörülebilirlik ve güvenlik sağlayan yapıların eksikliğine işaret etmektedir. Doğu ve Nehir’in anlatılarında bu belirsizliği şöyle ifade etmişlerdir:

"Babam hiçbir zaman kural koyucu olmadı. Aksine ne istersek yapan bir insandı. Annem zaman zaman sigara az iç, alkol az iç gibi şeyler söylerdi ama çok katı bir kural olmadı." (Doğu, tanı alan ebeveyn: anne)

"Babam daha çok karışmak istemeyen... Ya işte verelim para, para istiyorlar ver, hani yapsınlar diyen bir bireydi. ...Erkek kardeşlerim de tabii hani böyle karşılarında despot, kuralları olan bir baba görmedikleri için küçük yaştan itibaren hep böyle işte hani gençler yapar ya işte böyle 16-17'yken hadi araba kiralayalım, ehliyetini daha yeni almıştı, araba kaza yaptı, hadi benim kardeşim ödesin." (Nehir, kadın, tanı alan ebeveyn: baba)

Çocukluk döneminde kuralların ve sınırların belirgin olmadığı aile ortamlarında büyüyen bireyler, yalnızca aile içi ilişkilerde değil dış dünyadaki sosyal ilişkilerde de yön bulmakta güçlük yaşayabilmektedir. Kurallar ve sınırlar çocuklara hangi davranışların kabul edilebilir olduğunu, kendi haklarını nasıl koruyabileceklerini ve başkalarının sınırlarına nasıl saygı göstereceklerini öğreten temel bir çerçeve sunmaktadır. Bu yapının eksikliği çocukların yetişkinlikteki ilişkilerinde aşırı uyum

gösterme, sınırlarını koruyamama ya da tam tersine aşırı kontrol etme gibi örüntüler geliştirmesine neden olabilmektedir. Çocuklukta eksik kalan bu rehberlik öznelerin hem kendileriyle hem de başkalarıyla güvene dayalı bağ kurmasını zorlaştırabilmektedir. Bazı öznelerin anlatılarında ise kuralların aşırı katı, müdahaleci ve hatta takıntılı bir düzeyde olduğu görülmektedir. Özellikle obsesif-kompulsif yapıda olan ebeveynlerle yaşayan özneler günlük yaşamlarının her yönünün denetlendiğini, fiziksel ve zihinsel alanlarının ihlal edildiğini aktarmışlardır. Berrak'ın anlatısı bunun çarpıcı bir örneğidir:

"... işte evde pantolonumuzla oturmak, dışarıda giydiğimiz çorapla yürümek, ondan sonra banyo yapmadan uyumak vesaire gibi her şey çok ciddi bir sıkıntıydı. Ayakkabı bağlarken bağcığı yere değıdirmek... Yani çok çok basit görebileceğiniz her şey evde inanılmaz bir kıyamete sebep oluyordu. ... Yani hep kapana kısılmış büyüdük aslında. Hep müdahaleli büyüdük. Her şeyimize, fikirlerimizden, hareketlerimize, söyleyeceğimiz sözlerden, yiyeceğimiz yemeğe, banyo saatimizden, kıyafetimize kadar her şeyimiz her zaman bağımlıydı." (Berrak, tanı alan ebeveyn: anne)

Bu tür aşırı denetim ortamları, bireylerde güvenli bağlanmanın gelişimini zedeleyen, kaygılı veya kaçınan bağlanma örüntülerine zemin hazırlayan koşullar yaratabilmektedir. Öznelerin bir kısmı ailede sınırların net çizilmediğini, bir kısmı ise sağlıklı sınırlar çizildiğini ifade etmiştir. Nehir "*Hiçbir zaman sınırlar yoktu. Zaten sınır olsaydı ya da annemin koyduğu sınırları babam destekleseydi bu aşamaya gelinmezdi.*" ifadesini belirsiz kuralların ailede yarattığı kaotik ortamı anlatmak için kullanmıştır. Yunus ise sevgi temelli sınır koymanın önemini aktarmıştır:

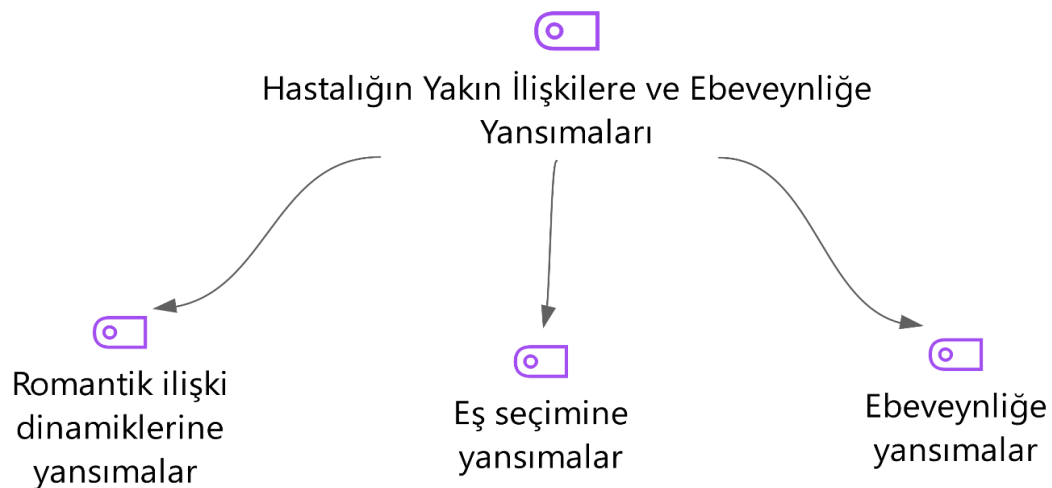
"Babam o sınırı koydu bize. ... Çocuğa sınır koyma şart bir şeydi. Babamın o şeyini şimdi görüyorum. Çok beğeniyorum. ... Sevgiyi çok gördüğümüz ama aynı zamanda kuralların net belli olduğu bir aile." (Yunus, tanı alan ebeveyn: anne)

Çocukların sağlıklı psikososyal gelişimi için aile içinde kuralların ve sınırların varlığı kadar, bu yapıların nasıl sunulduğu da kritik önem taşımaktadır. Kuralsızlık çocukta sınırlarını tanıyamama, ilişkilerde neyin kabul edilebilir neyin ihlal edici olduğunu ayırt edememe gibi sorunlara yol açabilirken, aşırı katı ve müdahaleci

kurallar ise çocuğun bireyselliğini bastırarak duygusal ifade özgürlüğünü zayıflatabilmektedir. Bu iki uç arasında bir denge kurmak çocukların hem güvenli sınırlar içinde büyüebilmelerine hem de kendi bireysel kimliklerini sağlıklı şekilde inşa edebilmelerine olanak sağlayacaktır. Bu kural ve sınırlar bağlamında anlatılar bazı ailelerde yemek saatleri, birlikte vakit geçirme gibi tekrarlanan günlük rutinler yoluyla belirli bir düzen kurulduğunu ortaya koymaktadır. Bu rutinler kimi zaman destekleyici ve bağ kurucu işlev görmüş, kimi zaman ise katı kuralların bir uzantısı olarak deneyimlenmiştir. Anlatılar, ruhsal hastalık tanısı almış bir ebeveynin bulunduğu ailelerde sağlıklı bir aile ortamı oluşturulabilmesi için kuralların, sınırların ve rutinlerin açık, tutarlı ve yaşa uygun biçimde belirlenmesi gerektiğine işaret etmektedir. Bu sürece çocukların da katılımının sağlanması öz düzenleme becerilerinin gelişimini destekleyecektir.

4.1.5.4. Hastalığın Yakın İlişkilere ve Ebeveynliğe Yansımaları

Ebeveyni ruhsal hastalık tanısı almış bireylerin çocukluk döneminde edindikleri ilişki deneyimleri yalnızca o döneme değil, aynı zamanda yetişkinlikteki romantik ilişkilere ve evlilik bağlarına ilişkin tutumlarına da etki etmektedir. Öznelerin anlatıları bu etkilenmenin romantik ilişkilere ve ebeveynliğe dair kaygılar, iletişim ve ilişki dinamikleri, eş seçimi olmak üzere üç başlıkta toplandığını göstermektedir.



Şekil 17. Hastalığın Yakın İlişkilere ve Ebeveynliğe Yansımalarını Gösterir Kod Modeli

4.1.5.4.1. Romantik İlişki Dinamiklerine Yansımalar

Öznelerin anlatıları çocukluk döneminde ruhsal hastalık tanısı almış ebeveynle kurulan ilişkinin, yetişkinlik dönemindeki romantik ilişkilerde iletişim ve ilişki dinamiklerine doğrudan yansıdığını ortaya koymaktadır. Romantik ilişkilerde duygusal iletişim, güven, özerklik ve bağlılık dengesine dair kurulan örüntüler çoğu zaman çocuklukta ebeveynle kurulan ilişki modelinin devamı niteliğindedir. Öznelerin bir kısmı ilişkilerinde duygularını açıkça ifade etmede zorlandıklarını, partnerlerine karşı tetikte olduklarını, ebeveynlerinin ilişki örüntülerini devam ettirdiklerini veya sınırlarını koruyamadıklarını belirtmiştir. Doğu, ilişkilerinde çocuk gibi davrandığını belirterek, *“Kız arkadaşlarım çocuk gibi davrandığımı söyledim. Bu sevgi eksikliğinden gelen bir şey.”* sözleriyle duygusal olarak olgunlaşmamasının sevgisizlikle ilişkili olduğunu aktarmıştır. Derin ise, evliliğinde yöneten tarafın sürekli kendisi olduğunu, eşinin sakinliğinin bile yorucu hale geldiğini aktarmıştır:

“Eşim benim sanki üçüncü çocuğum. Yani onu da ben idare etmek zorundayım. Bir şeyleri hep ben düşünmek zorundayım. ... Çok bir beyefendi, konuşma şeklinde görenler falan hayran kalır, eder. Ama dağ gibi arkamda değil mi diyeyim. İşte onu da yönetmek beni yoruyor mu diyeyim.” (Derin, tanı alan ebeveyn: baba)

Oldukça sakin bir yapıya sahip olan Güneş zaman zaman ilişkisinde anne babasının ilişki örüntülerini tekrarladığını fark ettiğini ve bunun kendisinde içsel bir çatışmaya yol açtığını şu ifadelerle dile getirmiştir:

“Yani bilmiyorum sanki ben de öyle bir şeyler görüyorum kendimde. ... Hani yanlış bir çıkarım yaptığımı ... Ve bu annemin de yaptığı bir şey oluyor yani. Ben de sanki oradan bir şeyler almışım gibi görünüyor.... Belki daha da alevleniyor tartışmalar. Belki orada daha da çok yansımalar oluyordur.” (Güneş, tanı alan ebeveyn: anne)

Öznelerden Yağmur ise evliliğe dair ciddi bir kaçınma duygusu hissettiğini şöyle aktarmıştır. Yağmur'un kendisini “birine yük olmak” üzerinden tanımlaması ilişki içerisinde kendine biçtiği değersizliğe işaret etmektedir:

“Ben evlensem mutlu olamam gibi geliyor. Ya hasta olursam ben. Babam gibi bir insana yük olabilirim. O insan beni çekmek zorunda değil sonuçta.” (Yağmur, tanı alan ebeveyn: baba)

Bağlanma örüntülerinin bu noktada belirleyici olduğu görülmektedir. Güvenli bağlanma geliştiren bireyler romantik ilişkilerde daha esnek ve açık bir iletişim kurabilirken, kaygılı ya da kaçınan bağlanan bireylerin ilişkilerinde kontrol, geri çekilme, içe kapanma gibi savunma mekanizmaları daha sık devreye girmektedir. Bu da yakınlık, bağımsızlık ve güven arasında sağlıklı bir denge kurmakta zorlanmalarına yol açmaktadır. Ece'nin *“Yakın dokunma süreçlerinde çok sıkıntı yaşıyordum. Anlatamadım. Kendimi içe kapanık gibi hissettim.”* anlatısı bağlanma zorluklarının geçmiş istismar deneyimleriyle de iç içe geçtiğini göstermektedir. Ece'nin istismar deneyimi sonrası yaşadığı fiziksel yakınlıkla ilgili zorlukları ifade etmesi bu örüntülerin yalnızca duygusal değil, bedensel sınırlar bağlamında da kendini tekrar ettiğini ortaya koymaktadır.

Bu anlatılar partnerlere karşı geliştirilen iletişim biçimlerinin, güven sınırlarının ve duygusal tepkilerin özneler için bir bağ kurma süreci olmanın yanı sıra geçmişle duygusal düzlemde yeniden karşılaşma ve baş etme alanı haline geldiğini işaret etmektedir. Bazı özneler bu örüntüleri fark ederek dönüştürme çabası içinde olduklarını ifade etmiş, bazılarının ise ilişkilerinde bu örüntülerle hâlâ mücadele ettikleri görülmüştür.

4.1.5.4.2. Eş Seçimine Yansımalar

Öznelerin eş seçimine dair en çarpıcı bulgulardan biri evli ya da halihazırda romantik ilişkisi olan bireylerin büyük çoğunluğunun, ebeveyni veya geniş aile üyelerinden biri ruhsal hastalık tanısı almış kişilerle ilişki içinde olmalarıdır. Bu durum rastlantısal bir eşleşme olmaktan ziyade, ortak kırılma noktalarının paylaşıldığı, karşılıklı anlaşılma ve damgalanma yükünün hafiflediği bir ilişki zemin olarak değerlendirilebilir. Özneler benzer yaşam deneyimlerinin ilişkide duygusal yakınlığı artırdığını, “normatif aile anlatısı”nın baskısından kaçınmaya yardımcı olduğunu ve ilişki içinde daha rahat ifade alanı sağladığını aktarmışlardır. Aslan, *“Sevgilim de benzer şeyler yaşadığı için hiçbir sıkıntı yok. Birbirimizi biliyoruz,*

anlıyoruz.” diyerek ortak deneyim üzerinden gelişen bağın güven verici etkisini vurgulamıştır. Bu tür birliktelikler bireylerin geçmiş kırılma noktalarını birlikte yeniden anlamlandırdığı ilişkiyel onarım alanları olarak düşünülebilir. Aynı zamanda benzer biçimde damgalanan bireylerin bir araya gelerek sosyal norm baskısını azaltmaları ve ilişkiyel güvenli alanlar oluşturmaları da bu bulgunun psikososyal açıklamalarındandır. Berrak’ın anlatısı bunu çarpıcı biçimde ortaya koymaktadır:

“Biz yirmi yaşında tanıştık. Biraz mücadeleli oldu ama eşim de çok anlayışlıydı. O yüzden hani onun da annesinin psikolojik problemleri olduğu için beni anlayabiliyordu. ... İkimiz de bu baskılardan sıyrılıp zaten ailemizden ayrılıp bir eve çıkmıştık yirmi iki yaşındayken. Ve o şekilde düzenimizi kurduk ... Tabi çok genç yaşta çok mücadele etmemiz gerekti. Sahilde uyuduk, parkta uyuduk aç kaldık, bir simidi paylaştık, bir tane kaşıktan yemek yedik ama şimdi gülerek andığımız zamanlar. Çünkü ondan öncesinde yalnız başımıza mücadele ediyorduk bütün bu problemlerimizle. Yatağı yattığımızda yalnız başımıza ağlıyorduk ama artık ağlamamız gerekmiyordu. Çünkü birbirimizi anlatıp gülebiliyorduk.” (Berrak, tanı alan ebeveyn: anne)

Öznelerin birbirlerine “yaralandıkları yerden sarılmaları”, metaforik olarak aşılana ağaçların benzer kesitlerden birbirine tutunarak çiçek açması ve meyve vermesiyle özdeşleştirilebilir. Bu da romantik ilişkilerin hem bireysel hem de kolektif bir geçmişle yüzleşme ve duygusal iyileşme alanı olarak işlediğini göstermektedir.

Öte yandan ailesinde ya da bir yakınında herhangi bir ruhsal hastalık tanısı bulunmayan eşlerle evli olan iki kadın özne, tartışma zamanlarında en çok ebeveynlerinin durumunun kullanıldığını ifade etmişlerdir.

“İşte kardeşim de tanı aldığından beri. Mesela eşimle çatıştığımızda işte senin ailen zaten bak baban da hasta. Kardeşinde de çıktı. Hani lafı şuraya getiriyor bazen işte sende de çıkar gibi gibi mesela böyle. Bu tarz konuşmalar tabii ki beni çok rahatsız ediyor.” (Nehir, tanı alan ebeveyn: baba)

Bu anlatılar öznelerin aile geçmişinden dolayı ikincil damgalamaya maruz kaldığını ve bu damganın ilişkiyel düzlemde bir güç ve kontrol aracı olarak yeniden üretildiğini göstermektedir. Bunların yanı sıra birçok özne eş seçim

sürecinde çocukluk deneyimlerinin belirleyici olduğunu ifade etmiştir. Bazı özneler ebeveyn figürünün yokluğunu ya da işlevsizlik örüntüsünü telafi etmek amacıyla “güçlü”, “kararlı” ya da “sakin karakterli” eşlere yöneldiklerini belirtmiş, bazıları ise ebeveyninin sorunlu olduğunu düşündüğü yönlerini taşıyan partnerleri tekrar eden bir biçimde seçtiklerini aktarmışlardır. Öznelerin bazıları bu süreci bilinçli yönettiğini belirtirken, bazıları da geri dönüp baktıklarında seçimlerinin ve ilişki yaşama biçimlerinin aslında çocukluk travmalarının yansıması olduğunu fark ettiklerini ifade etmişlerdir.

4.1.5.4.3. Ebeveynliğe Yansımalar

Öznelerin önemli bir kısmı ebeveyn olmayı düşünürken yoğun kaygılar yaşadıklarını ifade etmiştir. Bu kaygılar çoğunlukla “ya ben de hasta olursam”, “çocuğuma zarar verir miyim” ya da “ailemde gördüğüm ilişki tekrar eder mi” gibi söylemler etrafında şekillenmiştir. Babası gibi hasta olmaktan korktuğunu sıklıkla yineleyen Karatay hasta olmaktan çok, maruz kaldığı ebeveynlik biçimini uygulamaktan korktuğunu aktarmıştır:

“Beni en çok korkutan mesela ileride bir çocuk sahibi olduğumda ona yeterli bir ebeveynlik yapabilir miyim? Yoksa babam gibi bir ebeveyn mi olurum? En büyük korkum babam gibi bir ebeveyn olmak.” (Karatay, tanı alan ebeveyn: baba)

Benzer şekilde Atakan, “*Ya biz genel olarak çocuk düşünmüyoruz. Benim düşünmememin en büyük sebeplerinden bir tanesi kalıtsal olarak. Doğru bir gen taşımıyoruz. Bu geni de aktarmanın bir mantığı yok olarak yaklaşıyoruz.*” ifadesiyle genetik aktarım endişesinin çocuk sahibi olma kararını nasıl etkilediğini açıkça ortaya koymuştur. Öznelerin ebeveynliğe dair taşıdıkları kaygılar yalnızca ruhsal hastalığın genetik aktarımı ihtimaliyle sınırlı kalmamakta aynı zamanda çocuklukta maruz kalınan ebeveynlik tarzının yeniden üretileceğine dair derin bir korkuyu da içermektedir. Bu durum öznelerin ebeveynlik kavramını yalnızca bir bakım verme işlevi olarak görmediklerini de göstermektedir. Karatay’ın “Babam gibi bir ebeveyn olur muyum?” sorusu ise benlik algısı ile ebeveyn figürü arasındaki kopmamış bağın bir yansımasıdır.

Bu anlatılar çocukluk dönemindeki ilişkisel deneyimlerin bireyin ileriki yaşamında kuracağı bağlara, üstleneceği rollerle ilgili beklentilerine ve öz yeterlik algısına doğrudan etki ettiğini göstermektedir. Bu bağlamda ebeveynin ruhsal hastalığı eksenindeki deneyimlerin öznelerin ebeveynlik potansiyelinin de merkezine yerleştiği, geçmiş deneyimlerin geleceğe dair ilişki tahayyüllerini şekillendirdiği anlaşılmaktadır.

Anlatıların ortaya koyduğu üzere ebeveyni ruhsal hastalık tanısı almış bireylerin bugünkü aile yaşamları geçmişte maruz kaldıkları ilişkisel örüntülerden, bakım deneyimlerinden ve içselleştirdikleri kaygılardan izler taşımaktadır. Anlatılar bu etkilerin ebeveynlik pratiklerine doğrudan yansıdığını ortaya koymaktadır. Bulgular çocuklukta yaşanan duygusal yoksunluk, travmatik bağlanma ya da ebeveyn figürlerinin eksikliği gibi deneyimlerin, ebeveynlik modeli oluşturmada bilinçli ve bilinçdışı etkileri olduğunu açıkça gözler önüne sermektedir. Bazı özneler ebeveynlik deneyimlerinde kendi ebeveynlerinin davranış örüntülerini istemeden tekrar ettiklerini ya da içsel çatışmalar yaşadıklarını belirtmiştir. Derin'in anlatısı bu aktarımı dramatik bir biçimde gözler önüne sermektedir:

"... yüksek ihtimalle ilk çocuğumu sanki ben babamışım da o benim. Küçük kız çocuğu, hani Derin varmış gibi... Büyük oğlumdan, o çocuğumdan sanki hayatın intikamını alıyormuşum gibi. ... İçimde çok fazla kavga ediyorum." (Derin tanı alan ebeveyn: baba)

Bu ve benzer ifadeler kuşaklararası travma aktarımının davranış düzeyinde kalmadığını, duygusal hafızaya da işlendiğini göstermektedir. Öte yandan bazı özneler geçmiş deneyimlerinden hareketle çocuklarına karşı daha bilinçli ve yapıcı ebeveynlik stratejileri geliştirdiklerini ifade etmişlerdir. Berrak kendi annesinden öğrendiklerinin olumlu bir rehber olmadığını, ancak bu sayede ne yapmaması gerektiğini daha net görebildiğini ifade etmiştir:

"Nasıl bir anne olmam gerektiğini bilmiyorum ama nasıl bir anne olmamam gerektiği konusunda oldukça iyi fikirlere sahibim." (Berrak, tanı alan ebeveyn: anne)

Bu anlatılar ruhsal hastalıkla yaşayan bir ebeveynin çocuk üzerindeki etkilerinin çocuklukla sınırlı kalmadığını, yaşamının ileri evrelerine, özellikle de kendi ebeveynlik deneyimine duygusal, davranışsal ve düşünsel düzeyde taşındığını göstermektedir. Bulgular ebeveynin ruhsal hastalığının zamanlar ötesi bir deneyim alanı olduğunu ortaya koymaktadır. Öznelerin bazıları bu etkileri fark ederek dönüştürücü adımlar atarken, bazıları ise hâlâ geçmişten gelen izlerle mücadele etmektedir.

Bu temada ortaya konan bulgular aile içi ilişkilerin hastalığın seyriyle birlikte değişen, kırılmalı ve ikircikli bir yapıya sahip olduğunu göstermektedir. Özellikle ebeveynin ruhsal hastalığının yeniden alevlendiği dönemlerde çocuklar bakım veren konumuna geçerek yaşlılarından çok daha erken dönemde sorumluluk üstlenmek zorunda kalmıştır. Bilgiye erişimdeki eşitsizlikler hastalığı anlamamanın ve kabullenmenin her özne için mümkün olmamasına neden olurken, damgalanma korkusu bu süreçte en belirleyici unsur olmuştur.

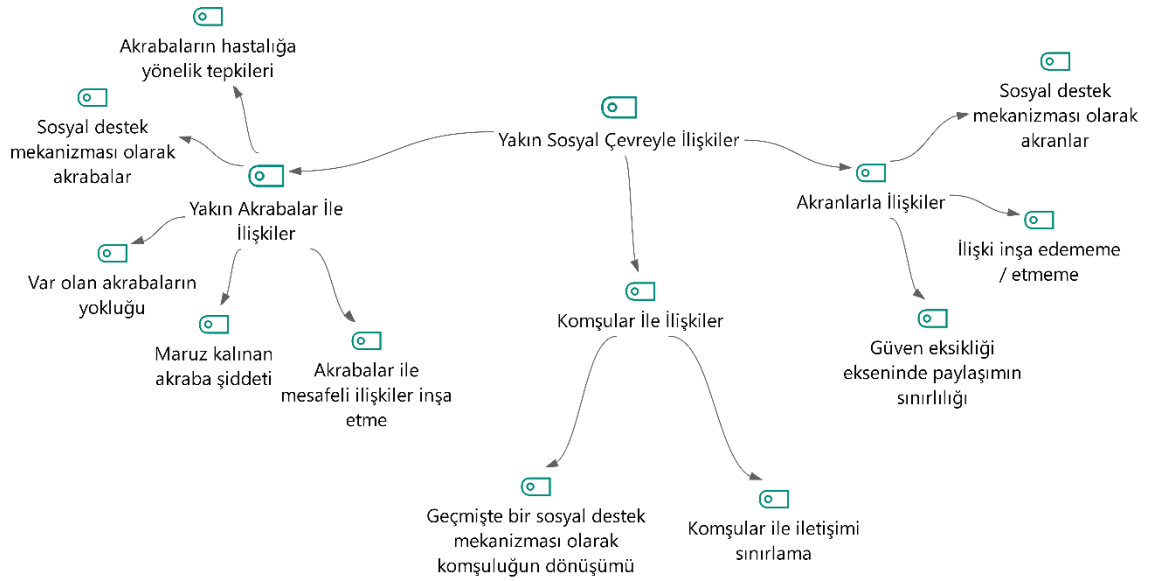
Ebeveynin ruhsal hastalığı çocuklarda derin psikososyal etkiler bırakmıştır. Ancak özneler hastalığın etkileri aynı anda hem güçlendirici (empati, sorumluluk, öz savunuculuk) hem de güçsüzleştirici (kaygı, özgüven eksikliği, sosyal çekilme) yönde duygular geliştirmiştir. Tanı alan ebeveynle ilişkilerde güvenli, kaygılı-kaçıngan ve dağınık bağlanma örüntüleri gözlemlenmiştir; özneler çoğu zaman sevgi ve korku gibi zıt duyguları bir arada deneyimlemiştir. Sağlıklı olan ebeveyn figürü, birçok durumda koruyucu bir unsur olsa da bu ilişkinin de zaman zaman mesafeli ya da ambivalan duygularla örülü olduğu görülmüştür. Kardeş ilişkileri kimi zaman dayanışma ve destek sunarken, kimi zaman çatışma, sorumluluk eşitsizliği ve ebeveynleşme gibi zorlayıcı dinamikleri içermiştir. Harmanlanmış aile yapılarındaki geniş aile üyeleri ise çift yönlü etkiler yaratmıştır. Bazı durumlarda bakım ve duygusal güvenlik sağlayan üyeler, bazı durumlarda baskı, ihmal, hatta istismarın kaynağı olmuştur. Çoğunlukla tanı alan ebeveynin farklı evlilikleri nedeniyle yeniden oluşan aile yapılarında üvey ebeveynle ilişkiler genellikle güvensizlik, yerinden edilme, ihmal ve istismar ile karakterize edilmiştir. Son ebeveynin ruhsal hastalığı eksenindeki deneyimlerin öznelerin yaşamlarına uzun vadeli yansımaları bulunduğunu görülmüştür.

Çalışmanın kuramsal çerçevesini oluşturan ekolojik sistem kuramı ve güçlendirme yaklaşımı bağlamında ebeveynin hastalığının aile sisteminde yarattığı çatlaklara rağmen öznelerin baş etme repertuarlarını geliştirdiği de ortadadır. Bu da çalışmanın bulgularını yalnızca risk temelli bir perspektifle değil, aynı zamanda dayanıklılık ve güçlenme odağıyla da değerlendirmeyi gerekli kılmıştır. Bireyin yalnızca aile içi deneyimlerle şekillenmediği, sosyal çevresiyle ve toplumla kurduğu ilişkilerle de biçimlendiği unutulmamalıdır. Bu çerçevede bir sonraki bölümde öznelerin yakın akrabaları, komşuları ve akranlarıyla kurdukları ilişkiler ele alınacaktır.

4.2. YAKIN SOSYAL ÇEVREYLE İLİŞKİLER- HEP BÖYLE Mİ VARLA YOKUN SAVAŞI

“Hep böyle mi varla yokun savaşı mı? Ya kazanan yoklar onlar hep böyle mi?”⁴ sözleriyle “Yalnızlığı Anla” şarkısı ebeveyni ruhsal hastalık tanısı almış bireylerin bir var bir yok olan sosyal çevreleriyle ilişkilerindeki derin yalnızlığı ve görünmezliği dile getirir niteliktedir. Bu tema kapsamında öznelerin yakın akrabaları, komşuları ve akranlarıyla kurdukları ilişkiler üzerinden şekillenen deneyimleri değerlendirilmiştir. Anlatılar hastalıkla birlikte gelen görünürlüğün/görünmezliğin zaman zaman sosyal desteğe, zaman zaman sosyal izolasyon ve damgalanmaya evrildiğini göstermektedir. Öznelerin bu ilişkileri yeniden tanımlama ve sınırlama biçimleri onların hem kırılma hem de direnç alanlarını görünür kılmakta, sosyal ağların iyilik halini destekleyici veya engelleyici rolünü derinlemesine anlamaya olanak tanımaktadır.

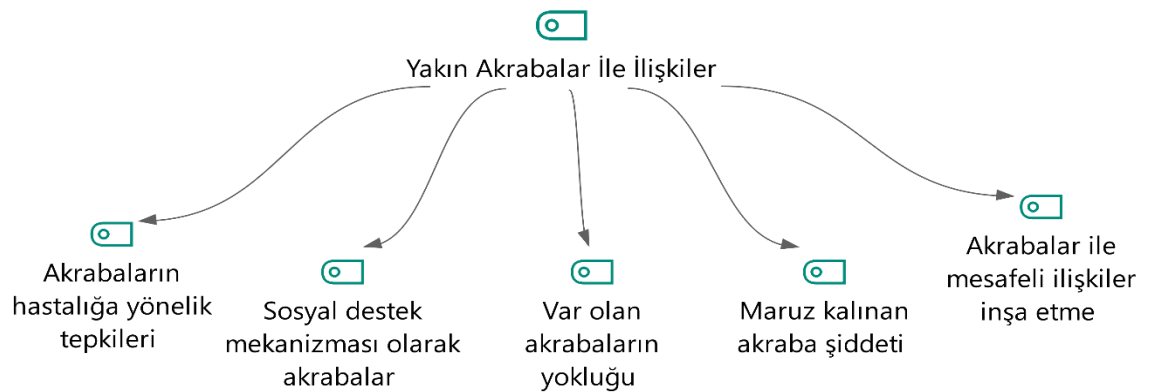
⁴ Bora Ebeoğlu ve Tarık Sezer tarafından yazılıp bestelenen Kazım Koyuncu tarafından seslendirilen “Yalnızlığı Anla” isimli şarkıya ait sözdür. URL: <https://youtu.be/VATCuC8-yF0?si=i2kd-TAzDxACy7NI>



Şekil 18. Yakın Sosyal Çevre ile İlişkileri Gösterir Kod Modeli

4.2.1. Yakın Akrabalar ile İlişkiler: “Herkesin dilinde anıyoruz ama iş yardım konusunda gelince o yok.”

Bu alt tema ebeveyni ruhsal hastalık tanısı almış bireylerin, yakın akrabalarının hastalığa yönelik tutumlarını ve bu tutumların birey üzerindeki etkilerini ortaya koymaktadır. Öznelerin anlatıları akrabaların hastalığı nasıl algıladıkları, hastalığa dair bilgi ve inanç düzeyleri, destek ya da reddediş pratikleri gibi unsurlar etrafında çeşitlenmektedir.



Şekil 19. Yakın Akrabalar ile İlişkileri Gösterir Kod Modeli

4.2.1.1. Akrabaların Hastalığa Yönelik Tepkileri

Öznelerin anlatılarının yoğunlaştığı alanlardan biri akrabalarının hastalığa yönelik tepkileri olmuştur. Öznelerin bir kısmı akrabalarının hastalığı görmezden geldiğini ve çoğu zaman hastalığın ciddiyetinin kavramadıklarını ifade etmişlerdir. Karatay'ın sözleri hastalığın ebeveynin olağan davranış örüntüsü olarak algılandığını ve bu durumun aile üyelerinin yaşantısı üzerindeki etkilerinin görünmez olduğunu göstermektedir:

“Akrabalar çoğunlukla zaten babamın hasta olduğunu kabul etmiyorlardı. O onun huyu falan gibi. Siz takmayın kafanıza. Anlattığınız kadar da kötü değildir gibi bizi daha yok sayarak bir iletişim içindelerdi bizimle.” (Karatay, tanı alan ebeveyn: baba)

Benzer anlatılar ruhsal hastalıkların kültürel inkârının akrabalar arasında oldukça yaygın olduğunu ortaya koyar niteliktedir. Ruhsal hastalıkların “huy” ya da “karakter” olarak değerlendirilmesi tedaviye erişimin gecikmesine ya da engellenmesine neden olduğu gibi hastalar ve ailelerinin ihtiyaç duydukları desteklerden yoksun kalmasına da yol açabilmektedir.

Bazı akrabalar “mahsus yapıyor”, “dikkat çekmek istiyor” gibi geri bildirimler vererek hastalığı sahte, kontrollü ya da kurgulanmış bir davranış biçimi olarak yorumlamıştır.

“Mahsus yapıyor derlerdi. Tabii çünkü babam gerçekten akıllı bir insandı. Yani hani nerede ne yapacağını bilen... Ondan dolayı adamın hasta olmasını kabul edemiyorlar. Mahsus yaptığını düşünüyorlar. Deliye vuruyor diyorlar.” (Sahra, tanı alan ebeveyn: baba)

Bu tutum hem tanı alan ebeveyne yönelik ahlaki bir yargılama tarzını hem de çocuğun yaşadığı deneyimin geçersizleştirilmesini, önemsizleştirilmesini beraberinde getirmektedir. Ailede ruhsal hastalıklara dair bilgi eksikliği ve toplumsal önyargılar bu tür yaklaşımları güçlendirebilmektedir. Bununla birlikte hastalığı alay ve aşağılama nesnesi haline getiren akrabalar olduğu da görülmüştür. Bu durum hem tanı alan ebeveynde hem de çocuklarında ikincil

travmayı tetikleyebilmektedir. Aynı zamanda dalga geçilerek “senin annen/ baban deli” gibi söylemlerle gösterilen bu yaklaşım biçimi yoluyla ebeveynin “normal dışı” olarak çerçeveselenmesi çocuklarda korku, utanç ve yalnızlığa yol açabilmektedir. Lülü’ nün bu konudaki anlatısı oldukça sarsıcıdır:

“Babam kadın kılığına girmiş, annemi taklit ediyor. Herkes kahkaha atıyor, biz ablamla ikimiz donduk. ... O korkuyu büyüttüler sadece. Babamı kollamaya çalışırken, annemden daha çok korkmanıza sebep oldular.”
(Lülü, tanı alan ebeveyn: anne)

Bazı öznelere ise akrabaların hastalığı ilk öğrendiklerinde empatik davrandıklarını ancak zamanla bu ilginin yok olduğunu belirtmiştir. Ahsen annesinin hastalığıyla ilgili akrabalarının tutumunu “Çok yakın akrabalarında konuyu olduğu gibi anlatınca anlıyorlar. Ama bir zamana kadar anlıyorlar. Sonra devamında yine kendi bildikleri gibi hareket ediyorlar.” sözleriyle paylaşmıştır. Bu ifade anlık/geçici duyarlılık ile sürdürülebilir destek arasındaki kopukluğa işaret etmektedir. Bu durumlardaki geçici ilgi öznelere ihtiyaç duyduğu sosyal destek mekanizmalarının eksik kalmasına yol açmakta ve terk edilme, görülmemeye hissini pekiştirmektedir.

4.2.1.2. Sosyal Destek Mekanizması Olarak Akrabalar

Bu alt tema kapsamında öznelere akrabalarından gördükleri sosyal destek türleri, bu desteğin sürekliliği ve niteliğine dair anlatılar ele alınmıştır. Akrabalardan gelen sosyal destek duygusal, pratik ve maddi destek biçimlerinde çeşitlenmektedir. Destekleyici akrabaların varlığı kadar desteğin sınırları ve eksiklikleri de dikkat çekmiştir:

“Ailede teyzelerim özellikle iki tane. Teyzem çok uğraşmıştı. Dayım çok yardımcı olmuştu. Ailede de olması gereken çok mükemmel bir şey değildi. Onu da söyleyeyim hani böyle sürekli yanımda olmadılar. Ama ilgisiz de kalmadılar. İkisinin ortası yani. Yapmaları gerekeni yaptılar ama ekstra yapmaları gerekiyordu. Onu da yapmadılar.” (Eylem, tanı alan ebeveyn: anne)

Bazı özneler ebeveynin atakları sırasında özellikle yakın akrabaların pratik müdahaleler ve kriz yönetiminde aktif olduklarını ifade etmiştir. Örneğin Yunus *“Ablam dediğim amcamın kızı... iğneyi yapıp ambulansla götürdüler. Sonra biz bir iki hafta o ablamlarda kaldık.”* sözlerinde olduğu gibi hekim olan akrabasının acil durumlardaki desteklerine sıklıkla yer vermiştir. Akrabaların özellikle moral verme, ebeveyni sakinleştirme, olumlu konuşmalar yapma gibi psikososyal destekler sağladığını belirten anlatılar da olmuştur. Bu anlatılarda akrabaların yalnızca çocukların üstlenmek durumunda kaldıkları yükleri hafifletmekle kalmadığı aynı zamanda çocuk ve ebeveyne duygu regülasyonu konusunda destek oldukları görülmüştür.

Özellikle babanın tanı aldığı çoğu ailede sunulan desteğin daha çok maddi boyutta olduğunu gösteren bulgular bulunmaktadır. Ebeveynlerin düzenli gelir kaynağının bulunmadığı durumlarda geniş ailenin erkek üyeleri aileyi maddi olarak desteklemiştir:

“Anne tarafım iyidir. Destek olurlar yani. Yani ellerinden geldiğince... Ne kadar olabilirler ki? Aileyi yaşayan biziz sonuçta. Maddi olarak çok vardır, dedemin özellikle. Manevi olarak da ellerinden geldiğince.” (Mert, tanı alan ebeveyn: baba)

Bununla birlikte öznelerin önemli bir kısmı destek gördükleri akrabaları özellikle tekil figürler üzerinden tanımlamıştır. Bu da destek ağının sınırlılığına işaret etmektedir. Ancak anlatıların büyük çoğunluğu türü fark etmeksizin sunulan desteğin süreli, sınırlı olduğunu göstermektedir. Kolektif dayanışmanın geleneksel aile yapılarındaki görünümünü yansıtan anlatılar, akraba desteğini öznelerin sosyal sermaye kaynaklarından biri olarak gösterse de destek ağları genellikle geniş ve sürekli olmaktan çok, kişilere özgü ve bağlamsal bir yapıdadır. Bu bulgular ebeveyni ruhsal hastalık tanısı almış çocukların korunmasında ailenin sahip olduğu kaynaklar olarak kullanılabilse de kurumsal mekanizmalara ihtiyaç olduğunu, akrabalık ilişkilerinin örgütlü sosyal hizmet desteğiyle bütünleşmediği durumlarda çocuğun üstün yararının mümkün olmayacağını ortaya koyar niteliktedir.

4.2.1.3. Var Olan Akrabaların Yokluğu

Öznelerin bu kod kapsamındaki anlatıları fiziksel olarak ulaşılabilir olan, aile soy zinciri içinde bulunan ve "var" kabul edilen akrabaların, destek, ilgi ve bakım bağlamında nasıl "yok" olduklarını betimlemektedir. Birçok özne akrabaların temel ihtiyaçlar konusunda bile kayıtsız kaldığını ifade etmiştir. Beklenen maddi veya manevi desteğin gelmemesi hem fiziksel hem duygusal bir yokluk üretmektedir:

“Herkesin dilinde anlıyoruz ama iş yardım konusunda gelince o yok.” (Umut, tanı alan ebeveyn: anne)

Anlatılarda görünür ancak etkisiz bir sermaye olarak ortaya çıkan akrabaların ilgisizliğine karşı açık bir öfke ve kırgınlığın olduğunu dile getiren özneler akrabalarının ihmalkâr olmanın yanı sıra zaman zaman aktif olarak zarar verici roller üstlenebildiklerini ifade etmişlerdir:

“Mesela amcam ölüm habercisidir. Kim ölmüş, hemen. Verme haber yani o adam hasta. Hasta oldu mu hepimiz kapınızı kapatıveriyorsunuz. Ne oluyor sonra ben mücadele ediyorum. Yani aslında onlardı benim topuğuma sıkın. Yani babamın şeyi falan değil yani. Ben onlarla mücadele ettim.” (Sahra, tanı alan ebeveyn: baba)

Akrabaları ile ilişkilerinde sevgi, şefkat ve güven eksikliğinin yanı sıra pratik desteklerin yokluğunu yoğun bir şekilde hissettiklerini vurgulamışlardır:

“Şeyi hiç unutmam mesela ben amcamın eşiyile, amcamın oğluyla yıllardır, 15 senedir konuşmuyorum. Niye? Şöyle. Annem rahatsızlanmış. Yanımızda değil İstanbul'da, teyzemin yanında. Ben kahvehanede çalışıyorum. Gidiyorum, geliyorum. Aç! Bir ay boyunca aç yatıyorsun. Ama komşuna baktığın zaman amcanın eşi, gelinleri var. Yemek bile yedirmemiş sana. Akrabadan destek yok. Böyle olunca işte konuşmuyorsun, tepkini gösteriyorsun.” (Umut, tanı alan ebeveyn: anne)

Bu durum da erken yetişkinleşme ve ebeveynleşmiş çocuk olma gibi sonuçlara yol açmaktadır. Çocuklukta temel ihtiyaçların karşılanamaması kadar görünmez hale gelen ilgi ve destek ihtiyacı da gelişimsel kaynakları köreltmektedir. Neticede

özneler ebeveynlerinin hastalığının yanısıra sosyal destek sisteminin çökmesiyle de baş başa kalmışlardır. Bu çökmenin en büyük göstergelerinden biri çocukların maruz kaldıkları şiddet olmuştur.

4.2.1.4. Maruz Kalınan Akraba Şiddeti

Ebeveyni ruhsal hastalık tanısı almış bireylerin çocukluk dönemlerinde akrabaları tarafından doğrudan ya da dolaylı biçimlerde fiziksel, duygusal, psikolojik, sözel ve sembolik şiddet türlerine maruz kaldıkları görülmüştür. Çocukların maruz kaldıkları fiziksel şiddet çoğu zaman “kontrol etme” ya da “eğitme” adı altında meşrulaştırılmıştır. Bazı özneler akrabalarının kendi bedenleri, davranışları, hatta yiyecek ve içecek tüketimleri üzerinde sınır ihlali yapan, baskıcı ve aşığılayıcı bir kontrol kurduklarını belirtmişlerdir. Sahra'nın anlatıları fiziksel şiddet ile uygulanan gündelik mikro şiddet örüntülerinin çocukların beden bütünlüğü ve özdenetimi hakkına yapılan sistematik müdahaleler olduğunu sarsıcı biçimde ortaya koymaktadır:

“... Şimdi bir anda anneden koparılıp yenge bakacak. E ben taharet almayı bilmiyorum, popomu silmeyi bilmiyorum. ... Onun için dayak yedim yengem tarafından. ... Sonra yatağa çıış, idrarımı çok kaçıırıyordum. Her gün dua ederek yatırıyordum. Ne olur bugün Allah'ım işemeyeyim, lütfen kızmasınlar bana diye. Ondan sonra işiyordum, işediğim için bana su içmeyi yasaklamışlardı. Suyu yasaklamışlardı, ben su içemiyordum. Evde susadığım da tuvalete gidip gizli gizli su içiyordum.” (Sahra, tanı alan ebeveyn: baba)

Bu deneyimler, çocukların bedensel ve psikolojik sınırlarının ihlal edildiğini göstermektedir. Fiziksel şiddet yalnızca travmatik bir anı değil, aynı zamanda kalıcı bir güven yıkımı da yaratmaktadır. Özellikle bakım veren figürlerden gelen şiddetin doğrudan bağlanma travması ile ilişkili olduğu bilinmektedir. Bununla birlikte özneler yalnızca fiziksel değil, yoğun bir sözel ve duygusal şiddete de maruz kalmışlardır. Özneler akrabalarının sözel olarak küçültücü, suçlayıcı ve damgalayıcı tutumlarına maruz kaldıklarını ifade etmiştir:

“Deli olursak annemin kızımız, akıllı olursak iyi ki yurda verdik diye övünürlerdi.”
(Lülü, tanı alan ebeveyn: anne)

Psikolojik şiddet görünmez olmakla birlikte içselleştirilebilir ve bireyin benlik algısı üzerinde derin izler bırakabilir. Nitekim psikolojik şiddete maruz bırakılan öznelerin anlatıları içselleştirdikleri şiddet damgaları ile yıllarca mücadele ettiklerini de ortaya koymuştur. Bu anlatılara damgalama teması altında değinilecektir. Maruz kalınan akraba şiddeti yalnızca bedene değil kimliğe, onura, mahremiyete ve güvene yönelik bir saldırıdır. Ancak akrabaların susturucu ve baskılayıcı yapısıyla mücadele eden çocukların hayatta kalma pratikleri geliştirdiği de görülmüştür. Bu pratiklerden biri de büyüdükçe akrabalar ile mesafeli ilişkiler inşa etmektir.

4.2.1.5. Akrabalar ile Mesafeli İlişkiler İnşa Etme

Öznelerin önemli bir bölümü akrabalarından beklenen ilgi ve destek yerine dışlayıcı, suçlayıcı ya da mesafeli tutumlarla karşılaştıklarını ifade etmiştir. Bu tutumlara neticesinde zamanla biriken kırgınlıklar ve travmatik anılar, akrabalık bağlarına karşı bir güvensizlik geliştirmelerine, akrabalarla ilişki kurmaktan kaçınmalarına ve onlardan uzaklaşarak daha içe dönük bir yapı oluşturmalarına neden olmuştur:

“Şöyle akrabalar daha çok doldurmaya yönelik oluyor. O yüzden hiç görüşmek istemiyorum. Mesela akraba bir şey duyuyor, anneme anlatıyor. Annem çok kötü etkileniyor ondan. Sürekli kafasında ay böyle oldu, ay böyle oldu diye evin içinde söylüyor. Mesela ben çevreme yakın akrabalarım olduğunda anneme bir şey anlatmayın. Olumlu şeyler anlatın. Başka konuşacak konunuz mu yok?... Yani işte daha az görüşüyoruz bu yüzden.” (Ahsen, tanı alan ebeveyn: anne)

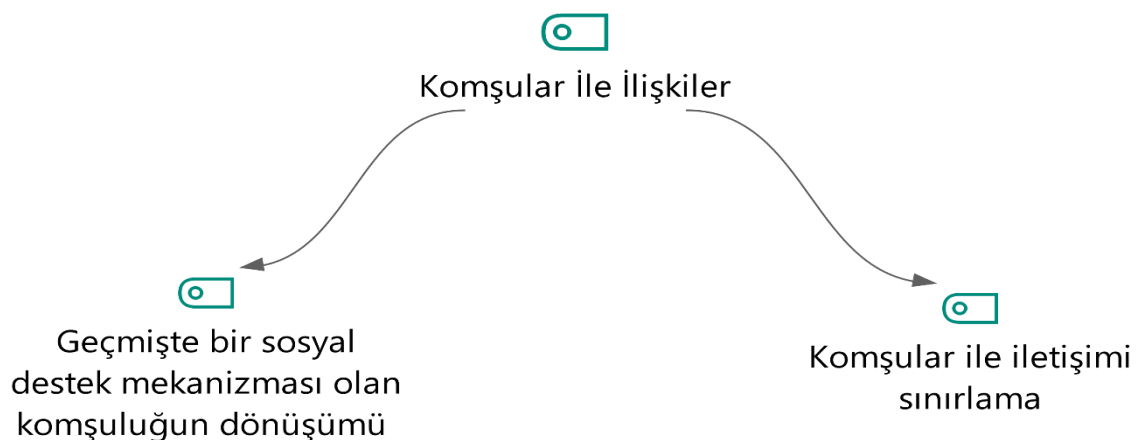
Öznelerin akrabalarıyla mesafeli ilişkiler inşa etmeleri duygusal emniyet alanı yaratma çabası olarak yorumlanabilir. Görünmeyen, anlaşılmayan, yok sayılan ya da damgalanma kaygısı hisseden özneler için bir var bir yok olan akrabalarına karşı koydukları mesafe psikolojik iyilik halinin sürdürülebilirliği açısından önemli bir koruma duvarı işlevi görmektedir.

Sonuç olarak bulgular akrabalık ilişkilerinin çocuklukta yalnızca genetik veya soy bağıyla tanımlanmadığını, aynı zamanda bu bağların içinde barındırdığı bakım, destek, anlayış ve güven pratikleriyle anlam kazandığını ortaya koymaktadır.

Öznelerin çocukluk deneyimlerinde akrabalar kimi zaman kriz anlarında devreye giren destekleyici figürler olarak görünse de çoğunlukla sürdürülebilirliği olmayan, sınırlı ve bağlamsal yardımlar sunmuşlardır. Bazı özneler için bu bağlar hiç kurulmamış ya da erken yaşta sarsıcı deneyimlerle zedelenmiştir. Özellikle inkâr, küçümseme, alay ve açık şiddet gibi davranışlar hem hasta ebeveyni hem de çocuğun da onurunu, güvenliğini ve aidiyet duygusunu hedef almıştır. Böyle durumlarda akrabalık bağları çocuklar için güvenli liman olmaktan çıkmıştır. Bu bağlamda akrabalarla zaman içinde gelişen mesafeli ilişkiler, öznelerin yalnızlık ya da kopuşu değil, aksine hayatta kalmak, sınır çizmek ve kendini korumak için geliştirdiği dirençli bir strateji olarak okunabilir. Akrabalık bu anlatıların çoğunda bir “kaynak” tan ziyade bir “yük” haline gelirken, koruyucu ve düzenleyici sosyal destek işlevinin bireysel çaba ve içsel baş etme mekanizmalarıyla ikame edildiği görülmektedir. Bu da çocukların erken yaşta duygusal olarak bağımsızlaşmak zorunda kaldıklarına, fakat bu bağımsızlığın bir seçimden çok bir zorunluluk olduğuna işaret etmektedir.

4.2.2. Komşularla İlişkiler: “... Kalabalık, birbirini bilmeyen, sabah akşam kendi iş telaşında koşan insanlar... artık komşuluk ilişkisi yoktu.”

Ebeveyni ruhsal hastalık tanısı almış bireylerin çocukluk dönemlerinde komşularıyla kurdukları ilişkilere dair anlatılar bu ilişkilerin niteliğini, sosyal destek üretip üretmediğini ve zaman içinde nasıl evrildiğini ortaya koymaktadır.



Şekil 20. Komşular ile İlişkileri Gösterir Kod Modeli

4.2.2.1. Geçmişte Bir Sosyal Destek mekanizması Olan Komşuluğun Dönüşümü

Öznelerin bazı anlatıları çocukluk dönemlerinde yaşadıkları topluluklarda komşuların adeta bir akraba gibi rol üstlendiklerini ve gerek kriz anlarında gerek gündelik hayatta önemli bir sosyal destek mekanizması oluşturdukları yönündedir. Özellikle mahallenin bir kolektif dayanışma ortamı sunduğu geçmiş dönemlerde komşular yalnızca yan evde oturan bireyler değil, aynı zamanda çocukların güvenebildiği, hastalığın etkilerini dengeleyen bir tampon sistem işlevi gören figürlerdir. O dönem ailesiyle Amerika'da yaşayan ve yaşadığı bölgedeki Müslümanlar arasında sıkı bir bağ olduğunu anlatan Yunus, annesinin atak döneminde kendilerini kaçırmaya çalıştığını ve bu süreçte bir komşularından gördüğü desteği şu sözleri ile aktarmıştır.

“Orada Islamic Center vardı. Tüm Müslümanlar beraber yemek yerlerdi, namaz kılarlardı. Anneler birbirlerinin çocuklarına bakardı. Güven ortamı, dayanışma ortamı olduğundan hiç öyle terk edilmiş hissetmedik. Zaten annem bir ara bizi abimle beraber tutup böyle kaçırmaya falan çalıştı, bizi öldürmeye falan çalışıyordu. Bizim yan tarafta bir tane Hintli bir Müslüman aile vardı. Onlar bizi aldı, onlar birkaç gün bize baktı. Çok sahip çıkıyorlardı.” (Yunus, tanı alan ebeveyn: anne)

Benzer şekilde Aslan'ın anlatıları kolektif kültürden bireyci kültüre doğru yaşanan dönüşümle azalsa da halen bazı topluluklarda komşuluğun etkili bir sosyal destek ve dayanışma ağı olduğunu ortaya koymaktadır.

“Eskiden ben biliyorum yani mahallemizin delisi vardı. Bir kadın, Deli Ayşe derlerdi. Oğluyla kocası kazada ölmüş, delirmiş sonra. Öyle kimse dalga geçme ya da bir fenalık olmazdı. İşte mahalleli evine yemek götürürdü, kontrol ederdi kadınlar hep. ... Sonra bir akrabamız var o yani hani ileri hasta. Evi yoktu işte herkes ortak para topladı. Burada Almanya'da çalışan çok bizde. Onlar falan para yolladılar, ona işte köyde bir ev yaptırdık. Köy kahvesine gel dediler çalış öyle harçlık olsun diye para veriyorlar. Sonra bir sağlıkçı hatta dedi sosyal hizmetlere deyin aylık bağlar diye öyle aylık bağladılar. Kendi işini falan yapıyor, yaşıyor öyle. Hani burada sahip çıkarlar. Annemin de bilen çok az ama bilseler de öyle bu deli diye görüşmeyelim falan olmaz burada yani.” (Aslan, tanı alan ebeveyn: anne)

Araştırmadaki anlatılar komşuluğun duygusal, pratik ve kültürel düzeyde kurulan bir sosyal güvenlik ağı olduğunu göstermektedir. Özellikle mahalle tipi yaşam biçiminde aileler hastalığın getirdiği yükü paylaşabilmişlerdir. Bu bağlamda komşular, görünmeyen bir sosyal destek birimi gibi işlev görmüştür. Ancak aynı öznelerin anlatılarında bu destek sisteminin zamanla zayıfladığı, bazı durumlarda ise tümüyle ortadan kalktığı görülmektedir.

4.2.2.2. Komşularla İletişimi Sınırlama

Öznelerin anlatılarında ön plana çıkan komşuluk bağlarının zayıfladığı yönündeki dönüşüm çoğunlukla yerleşim biçimindeki değişiklikler (apartman yaşamı), mahallenin demografik yapısının değişmesi, hastalığın toplum gözünde damgalanma nesnesine dönüşmesi ve insanların bireyselleşmesi gibi nedenlerle açıklanmıştır:

“O zaman tüm mahalle biz aile gibiydik. Herkes bizi çocuğu gibi sever sayardı, annemi de öyle herkes çok sahiplenirdi. ... Sonrasında apartmana taşındık. ... Kalabalık, birbirini bilmeyen, sabah akşam kendi iş telaşında koşan insanlar olduk.”
(Deniz, tanı alan ebeveyn: anne)

Bu dönüşümün Türkiye'nin toplumsal yapısındaki topluluk dayanışmasını önceleyen kolektif kültürden, hayatta kalmaya dayanan bireyci kültüre doğru yönelen geçişini yansıttığı söylenebilir. Mahallede kolektif bir duyarlılık ve müdahale varken, apartman ortamı daha çok gizlilik, mesafe ve yabancılaşma ile karakterize edilmektedir. Bu durum, komşuların çocuk üzerindeki koruyucu etkisinin zaman içinde zayıflamasına, çocukların ise daha erken yaşta yalnız başa çıkma stratejileri geliştirmek zorunda kalmalarına neden olmuştur.

Anlatılarda ortaya çıkan önemli öğelerden biri çeşitli nedenlerle komşularla iletişimin sınırlandırıldığı ve giderek mesafeli hale geldiğidir. Bu sınırlandırma davranışları çoğu zaman koruyucu bir strateji olarak geliştirilmiş, ancak aynı zamanda toplumsal damgalama ve dışlanma hissiyle de örülmüştür. Öznelerin bazıları ebeveyninin olumsuz etkilenmemesi için komşularla bilinçli olarak mesafe kurduklarını ifade etmişlerdir:

“Anneme de diyorum. Olumsuz bir şey gördüysen kalk eve gel. Dinleme... Gelen olumsuzluklara karşı da biz mesafe koyduk. Sağlığı daha kötü olmasın diye.”
(Ahsen, tanı alan ebeveyn: anne)

Bu türden anlatılar öznelerin dış çevrenin tetikleyici etkilerine karşı önlem geliştirdiğini, sosyal çevrenin destek değil stres üretici olduğu durumlarda geri çekilmenin bilinçli bir seçim olduğunu ortaya koymaktadır. Öznelerin yaşça daha genç olan bir bölümü (takribi olarak 30 yaş altı denilebilir), ebeveynin yaşadığı atakların mahalle halkı tarafından fark edilmesiyle birlikte komşuların tutumlarının değiştiğini ve ilişkilerde değişim yaşandığını belirtmiştir:

“Sen kimlerin kızındansın?...’nın kızırım diyorum. Böyle bana bakıyorlar, uzaklaşıyorlar.” (Burçak, tanı alan ebeveyn: baba)

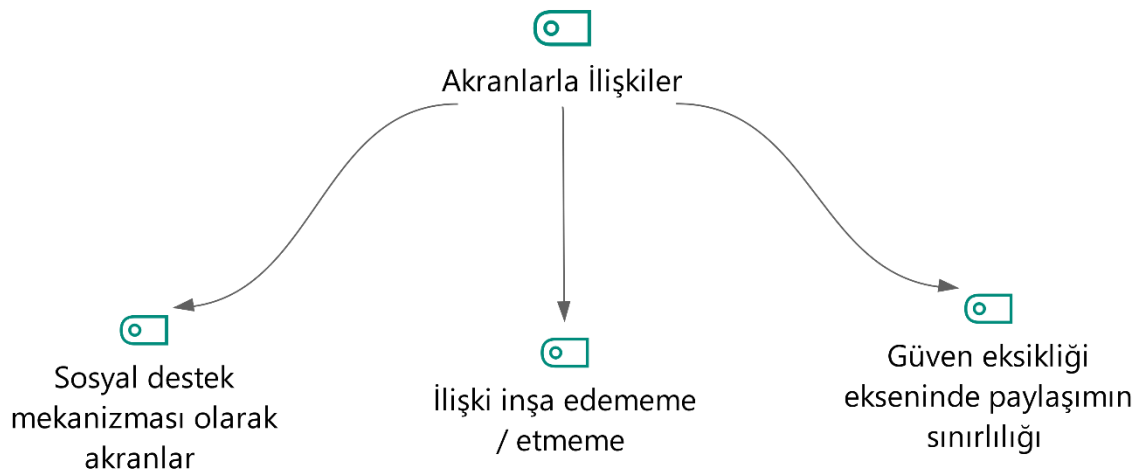
Bu tür tepkiler damgalamanın sessiz dili olarak değerlendirilebilir. Öznelerin sosyal kimliği yalnızca kendisi üzerinden değil ebeveyninin hastalığı ile de belirlenmektedir. İlişkisel damgalamanın bir örneği olan bu durum öznelerin sosyal etkileşimlerden bilinçli olarak geri çekilmesine yol açabilmektedir. Yaşça daha genç öznelerin komşuluğa ilişkin bu anlatıları da bir dönüşüm yaşandığını destekler niteliktedir.

Sonuç olarak anlatılar komşuluk ilişkilerinin mekânsal bir yakınlıkla sınırlı kalmadığını, aynı zamanda sosyal aidiyeti, görünür olmayı ve duygusal korunmayı da içeren bir alan olduğunu göstermektedir. Komşular bazı durumlarda çocuk ve ailesi için bir sosyal destek ağı işlevi görerek güçlendirici bir rol üstlenmiş, bazı durumlarda ise sessiz yargıların, mesafeli ve damgalayıcı tutumların kaynağı haline gelmiştir. Özellikle mahalle tipi kolektif yaşamdan apartmanlaşma ile şekillenen bireysel yaşama geçiş bu destek ağının zayıflamasına neden olmuştur. Çocuklar daha erken yaşta yalnızlaşma, dışlanma ve görünmez olmayla başa çıkmak zorunda kalmışlardır. Komşularla sınır koyma ya da ilişkiyi bilinçli olarak mesafeli tutma davranışı ise kendini koruma ve toplumsal etiketlemeden uzak durma stratejisi olarak okunabilir. Bu sonuçlar çevresel etkileşimin hem koruyucu hem de risk faktörü olabileceğini, sosyal

ilişkilerin bireyin kendi yaşamını kontrol etme duygusunu yeniden inşa etmesinde nasıl bir rol oynayabileceğini ortaya koymaktadır.

4.2.3. Akranlarla İlişkiler: “Görünürsem her şeyi öğrenecekler diye korkuyordum.”

Akran ilişkileri çocukluk ve ergenlik döneminde bireyin kimlik gelişimi ve aidiyet hissi açısından önemli bir role sahiptir. Ebeveyni ruhsal hastalık tanısı almış kişilerin akranlarıyla kurdukları ilişkiler çoğu zaman hem koruyucu hem de kırılabilir deneyimlerin kesişim noktası halindedir. Bu bölümdeki anlatılar öznelere akranlarından zaman zaman güçlü bir sosyal destek gördüklerini ancak aynı zamanda güven eksikliği, damgalanma korkusu, utanç ve sosyal kaygı nedeniyle sınırlı ve temkinli biçimde ilişkilerini sürdürdüklerini göstermektedir. Bu ilişkileri anlamak hem sosyal destek mekanizmalarının işleyişini hem de içsel savunma stratejilerinin nasıl geliştiğini anlamak açısından önemlidir.



Şekil 21. Akranlarla İlişkileri Gösterir Kod Modeli

4.2.3.1. Sosyal Destek Mekanizması Olarak Akranlar

Bu bölümdeki bazı anlatılar öznelere yaşadıkları zorlu süreçlerde akranlarından gördüğü sosyal desteği ortaya koymaktadır. Özellikle ergenlik ve genç yetişkinlik dönemlerinde bu destek çoğu zaman bir dayanışma duygusu, empati ve

kapsayıcılıkla birleşmiştir. Öznelerin bazıları doğrudan paylaşımda bulunmasalar dahi arkadaş çevresinin kendisini gözlemleyerek destek sunduğunu ifade etmiştir:

“Üniversiteye başladım. İlk iki yıl ben yurttan ağıladım. Oda arkadaşım... Gel gidelim, kafanı dağıtım gibi şeyler diyerek moddan çıkarmaya çalışıyordu.” (Doğu, tanı alan ebeveyn: anne)

“Çok iyi destek oluyorlar. Mesela memlekette olan yakın arkadaşım aileme göz kulak oluyor.” (Ahsen, tanı alan ebeveyn: anne)

“Ama hani üniversiteden işte bir tane ilkokul arkadaşım üniversiteden de arkadaşız. Onun da babasına şizofren teşhisi konmuştu. Onunla konuşuyorduk daha çok. O destek oluyordu, birbirimize destek oluyorduk.” (Duru, tanı alan ebeveyn: anne)

Bulgular, ebeveyni ruhsal hastalık tanısı almış bireylerin özellikle ergenlik ve genç yetişkinlik dönemlerinde akran ilişkileri aracılığıyla anlamlı bir sosyal destek ağı geliştirebildiklerini göstermektedir. Öznelerin anlatılarında arkadaş çevresi hem duygusal yüklerin hafifletilmesinde hem de gündelik yaşamın sürdürülebilirliğinde önemli bir işlev üstlenmiştir. Akranlar, öznelerin yaşadığı içe kapanma, üzüntü ve yalnızlık gibi duygusal süreçlere karşı doğrudan müdahalede bulunmuşlardır. Kimi zaman sözlü destek, kimi zaman da birlikte vakit geçirme ve dikkat dağıtma biçiminde destek sunmuşlardır. Bu destek biçimleri, öznelerin duygu durumlarını düzenlemelerinde, güvenli ilişkiler geliştirmelerinde ve yaşam olaylarını daha az yıpratıcı bir biçimde karşılamalarında koruyucu bir rol oynamıştır.

Akranlardan gelen sosyal desteğin her zaman sözlü paylaşıma dayanmadığı, kimi zaman gözleme ve sezgiye dayalı olarak da inşa edildiği ise dikkat çekici bir noktadır. Öznelerden bazıları yaşadıklarını doğrudan dillendirmeseler bile, arkadaşlarının bu durumu fark edip kendilerine yönelik destekleyici tavırlar sergilediğini belirtmişlerdir. Ayrıca, ruhsal hastalığa sahip ebeveyni olan başka bir akranla kurulan ilişkiler, yalnız olmadıklarını fark ettikleri ve karşılıklı anlayışın geliştiği bir alan yaratmıştır. Bu tür ilişkiler de hem destek almak hem de destek vermek yoluyla öznelerin güçlenmelerini ve baş etme kapasitelerini artırmalarını

sağlamıştır. Akran desteği bu yönüyle, profesyonel olmayan ancak yüksek etkili bir sosyal destek biçimi olarak öznelerin yaşamlarında kritik bir rol oynamaktadır.

4.2.3.2. Akranlarla İlişki İnşa Edememe/ Etmeme

Her ne kadar arkadaşlar sosyal destek mekanizması olsa da bazı özneler ebeveynlerinin durumunu paylaşamadıklarını, bu nedenle de arkadaşlık ilişkileri geliştirmekte ya da sürdürülebilir bağlar kurmakta zorlandıklarını ifade etmiştir. Bu durum hem yapısal (ör. evin fiziksel koşulları, ebeveyn kısıtlamaları) hem de bireysel (sosyal anksiyete, utanç, yalnızlık) nedenlerle gerçekleşmiştir:

“Şey, benim annem evi temizlemediği için, hani şey vardır ya bir kere sen gidersen arkadaşında kalırsın sonra onu davet etmen gerekir, senin sırandır. Ben bir kere gidip kalıyordum sonra annem ne bir daha gitmeme izin veriyordu ne de eve davet edebiliyordum. Ev pis çünkü.” (Asi, tanı alan ebeveyn: anne)

“Hiç kimseyle hiçbir iletişim kurmazdım.... Bu iletişim kurmuyor olmamın sebebi görünmemek. Görünürsem her şeyi öğrenecekler diye korkuyordum. Görünürsem hakkımda her şeyi öğrenecekler, bana da ona göre davranacaklar. Saklıyorsun.” (Lülü, tanı alan ebeveyn: anne)

Erken yaşta geliştirilen ve sosyal savunma mekanizmalarını işaret eden bu anlatılar öznelerin ilişki inşa etmeyerek aynı zamanda duygusal bağ kurmanın yaratacağı olası kırılma da önlemeye çalıştıklarını ortaya koymaktadır. Özellikle yaşlılarından farklı yaşam deneyimlerine sahip olmak öznelerin ilişki kurma motivasyonunu azaltmaktadır. Öznelerin deneyimleri, akran ilişkilerinin yalnızca var olup olmamasıyla değil, bu ilişkilerin güvenli ve paylaşımcı bir düzlemde kurulup kurulamamasıyla da doğrudan ilişkilidir.

4.2.3.3. Güven Eksikliği Ekseninde Paylaşımın Sınırlılığı

Öznelerin anlatılarına göre akranlarla ilişki kurmakta geri durmalarının temel nedenlerinden biri de güven eksikliğidir. Çoğunlukla güven temelli ilişkilendirmeler yaşamayan pek çok özne hastalıkla ilgili yaşantılarını akranlarıyla paylaşmakta tereddüt ettiklerini, bazı durumlarda da bu bilgiyi tamamen gizlediklerini aktarmıştır. Anlatılar bu durumun damgalanma kaygısı, utanma, dışlanma

korkusu ya da kimsenin anlayamayacağına dair inançla ilişkili olabileceğini göstermektedir:

“Şöyle dediğim gibi bu benim aklımda kaldığı kadarıyla bu biraz ayıp bir süreç olarak hatırlıyorum ben. Ve ondan dolayı da hani hiç genel olarak kimseyle de paylaşmadığımız bir durumdu. Ondan dolayı ben ne şeye yansıtırdım arkadaşlarıma böyle bir şeyden bahsediyordum, ne öğretmenlerime böyle bir durumdan bahsediyordum.” (Atakan, tanı alan ebeveyn: baba)

“Hani çok anlatma gereği duymuyordum. Bunların sadece bana has olduğunu düşünüyordum. Çünkü onların aile ilişkilerine baktığımda böyle şeylerin olmadığını görebiliyordum. Sadece ne bileyim, onlar böyle ailesiyle çatıştığında teselli anlamında böyle şeyler oluyor gibi cümleler kurarak açıyordum. Yoksa detaylı bir konuşmaya girmedim çok fazla.” (Ece, tanı alan ebeveyn: anne)

Anlatılar paylaşım konusundaki bu sınırın çoğu zaman bireyin maruz kaldığı ya da şahit olduğu olayların çevresindekilerce “normalleştirilemeyeceği” inancından beslendiği, öznelerin çoğu zaman “anlatılabilir” olanla “anlatılması gereken” arasında sıkıştığı yönündedir:

“Onların en büyük sorunu sevgilisinden ayrılmak. Benimki eve gidince babam beni doğrayacak mı, bıçaklayacak mı?” (Karatay, tanı alan ebeveyn: baba)

Bu tür içsel kıyaslar, öznelerin kendi yaşantısını anlatılamaz, aktarılmaz ve paylaşılması “ağır” bir gerçeklik olarak görmesine neden olmakta ve ilişkisel damgalanmanın içselleştirilmesine de yol açmaktadır. Bunun da ebeveynin hastalığına ilişkin bilgi paylaşımını sosyal dışlanmayla özdeşleştirmeye ve bu nedenle güven ilişkisi kurmakta zorlanmaya yol açtığı söylenebilir. Anlatılar ortaya çıkan iletişimsel ketlenmenin sosyal izolasyon ile sonuçlandığını gösterir niteliktedir.

Sonuç olarak ebeveyni ruhsal hastalık tanısı almış bireylerin akran ilişkilerinde destek ve yalnızlık, açıklık ve gizlilik, güven ve geri çekilme gibi ikili duygu durumları iç içe geçmiştir. Bazı özneler için akranlar sosyal destek sağlayan, empati geliştiren ve hayatla bağ kurmayı kolaylaştıran birer güç kaynağı olurken, bazıları için damgalanma korkusunun, görünür olmaktan kaçınmanın ve duygusal

geri çekilmenin zeminine dönüşmüştür. Güven temelli ilişkilene deneyiminin sınırlılığı birçok öznde hem duygusal yalnızlığı pekiştirmiş hem de paylaşım ihtiyacını bastıran bir mekanizma olarak işlemiştir. Bu anlatılar akran ilişkilerinin sadece bireysel düzeyde değil sosyal dışlanma, toplumsal normlar ve ruhsal hastalıklara ilişkin kültürel algılar çerçevesinde de şekillendiğini göstermektedir. Bu bağlamda çocuğun iyilik halini destekleyecek akran ortamlarının ancak güvenli, kapsayıcı ve damgalamadan uzak ilişkilerle mümkün olabileceği anlaşılmaktadır.

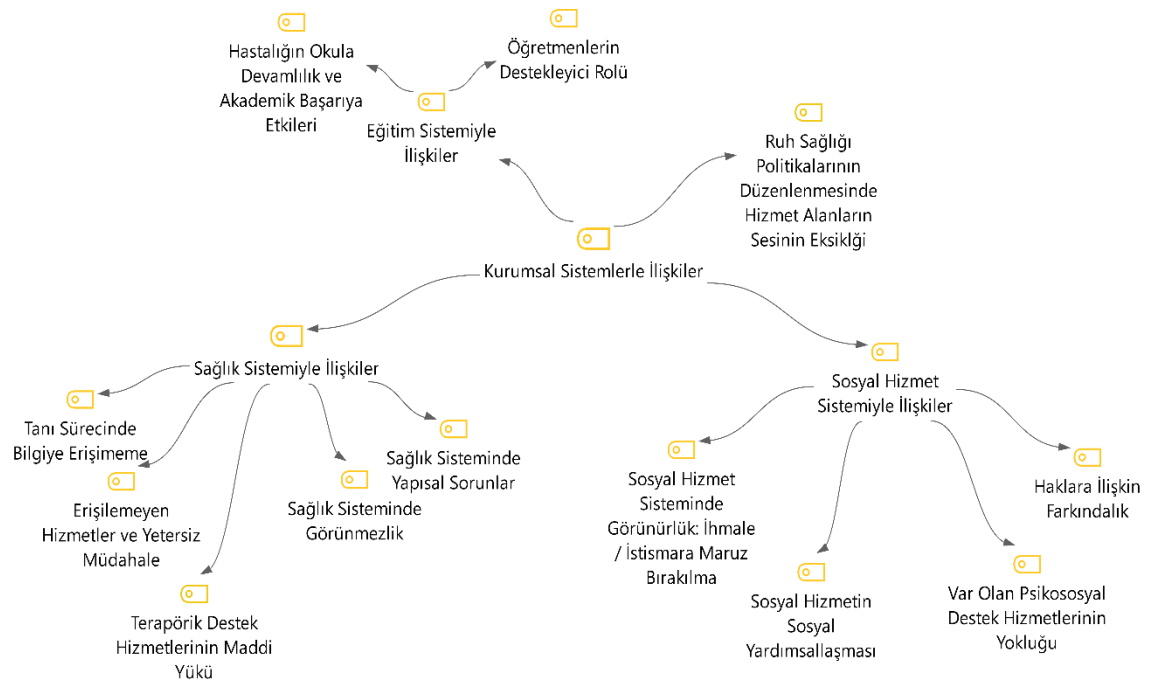
Bu tema kapsamında ulaşılan bulgular ebeveyni ruhsal hastalık tanısı almış bireylerin akrabalar, komşular ve akranlar gibi yakın çevre ile ilişkilerinde oldukça farklılaşan iki uçlu deneyimler yaşadığı göstermektedir. Bir yandan bu sistemlerden görülen duygusal destek, dayanışma ve empatik ilişkiler özneler için kolektif bir baş etme mekanizması işlevi görmüştür. Diğer yandan ise hastalığı saklama eğilimi ve damgalanma kaygısı sosyal ilişkilerde ciddi kısıtlamalar yaratmıştır. Bu çift yönlü bulgular, yakın çevredeki bu sistemlerin çocuklar için hem güçlü bir koruyucu faktör hem de bu sistemlere erişilemediğinde ciddi bir risk kaynağı olabileceğini göstermekte ve sosyal hizmet müdahalelerinde bu ikili yapının dikkatle ele alınması gerektiğine işaret etmektedir.

4.3. KURUMSAL SİSTEMLERLE İLİŞKİLER- ALL THE LONELY PEOPLE, WHERE DO THEY ALL BELONG

The Beatles grubunun şarkısında geçtiği üzere nereye ait tüm bu yalnız insanlar ("All the lonely people, where do they all belong?⁵") sorusu yalnız bırakılmışların, görülmeyenlerin ve sesini duyuramayanların toplumsal konumunu sorgularken, ebeveyni ruhsal hastalık tanısı almış çocukların kurumsal sistemlerle yaşadıkları deneyimlere de güçlü bir metaforik zemin sunmaktadır. Bu bölümde öznelerin karşılıklı etkileşim içinde oldukları kurumsal sistemler olan eğitim, sağlık ve sosyal hizmet sistemleriyle kurulan ilişkiler, bu sistemlerin destekleyici ya da dışlayıcı tutumları bağlamında incelenmektedir. Öznelerin anlatıları tanı sürecinde bilgiye

⁵ Sözü ve bestesi Paul McCartney ve John Lennon'a ait olan Eleanor Rigby adlı The Beatles grubu şarkısına ait sözlerdir. URL: https://youtu.be/HuS5NuXRb5Y?si=-QK_VG2ehUiu2AUS

erişimin zorluğu, eğitim ve sağlık sistemindeki eksiklikler ve sosyal hizmet kurumlarının çoğunlukla yokluğu ya da işlevsizliği üzerinden şekillenmektedir. Bu sistemlerin çocukların hayatında koruyucu bir rol oynaması beklenirken çoğu zaman yalnızlığın, ihmalin ve sistematik boşlukların yeniden üretildiği alanlara dönüştüğü görülmektedir. Şarkının da işaret ettiği gibi tüm bu yalnız insanlar nereye aittir sorusu, sosyal politikanın sınırlarını ve sosyal hizmetin sorumluluk alanlarını bir kez daha düşünmeye davet etmektedir.



Şekil 22. Kurumsal Sistemlerle İlişkileri Gösterir Kod Modeli

4.3.1. Eğitim Sistemiyle İlişkiler

"Eğitim Sistemiyle İlişkiler" alt teması ebeveyni ruhsal hastalık tanısı almış kişilerin çocukluk çağında eğitimle kurdukları ilişkinin nasıl şekillendiğini, bu süreçte karşılaştıkları kişisel ve yapısal engelleri ve bazı durumlarda okulun koruyucu potansiyelini ortaya koymaktadır.



Şekil 23.Eğitim Sistemiyle İlişkileri Gösteri Kod Modeli

4.3.1.1. Hastalığın Okula Devamlılığa ve Akademik Başarıya Etkileri

Bu tema altında ortaya çıkan temel bulgulardan biri ebeveynin hastalık süreçlerinin çocukların okula devam süreçlerine ve akademik başarılarına yaptığı etkiler üzerinedir. Kadın öznelerden bir kısmı ruhsal hastalıkla baş eden ebeveynlerinin yanında kalmak, onları yalnız bırakmamak ya da ev içi roller üstlenmek zorunda oldukları için düzenli olarak okula devam edemediklerini aktarmıştır. Örneğin Ahsen ise final döneminde annesine bakım verdiği için o dönem başarısız olduğunu belirtirken, Eylem ise eğitim hayatını bırakmak istediğini çünkü annesinin kendisine daha çok ihtiyacı olduğunu ifade etmiştir:

“Aklım sürekli annemde kalıyordu, hani okulda hep annemi düşünüyordum. Lise yıllarımda düşünüyordum. İlkokulu çok hatırlamıyorum açıkçası ama lisede... Çünkü annem yatmadan önce bayağı bir hastalık yani tekrar bir nüksetmişti. Yani kötü bir dönemdeydi. Bir de ben de ergenlik çağlarındayım. Lise 1'deyim, yani ergenliğe yeni girdim. Hani derse adapte olamıyordum, annemi düşünüyordum. Hatta derste ağladığımı falan hatırlıyorum, biliyorum. ... Tek kız evlat benim. Erkek kardeşim var. Hani evin bakımı da çekip çevirmesi de tabiri caizse benim sorumlumdaydı. Kimse bana bunu yükledi. Hani sen yapacaksın demedi ama ben öyle olduğunu düşündüm, öyle yapmaya başladım.” (Eylem, tanı alan ebeveyn: anne)

“Şey bazen o kadar yoruluyorum ki. Çünkü annemin sorumlulukları da bana da kalıyor. Yani annem ben evdeyken yemek dahi yapmaz. Her şey bana kalıyor. Ama online sistemdeyken finale girerken hem yemek yapıyordum hem finale girmeye çalışıyordum. Bu beni eğitim hayatım için çok yormuştu. Bir tane alttan dersim oldu bunun yüzünden. (Ahsen, tanı alan ebeveyn: anne)

Ev içi bakım emeğini görünmeyen bir yük olarak omuzlayan özneler, bu durumun eğitimde sürekliliklerini sekteye uğrattığını belirtmişlerdir. Bazı özneler ise fiilen okulda bulunabilseler bile okuldayken akıllarının evde olduğunu, ebeveynlerinin ne durumda olduğunu düşündüklerini ifade etmişlerdir. Öznelerin anlatıları eğitimin yalnızca sınıf içindeki başarıyla değil, çocuğun duygusal güvenliğinin sağlanması ile doğrudan ilişkili olduğunu ve ders dışı stresörlerin çocuğun öğrenme kapasitesini etkileyebildiğini göstermektedir. Bazı kadın özneler ise aksamalara, tam olarak orada olamamalarına rağmen okula devam edebildiklerini, akademik potansiyellerinin olduğunu ancak evde yaşanan duygusal baskı, hastalıkla ilişkili stres ya da ebeveyn tutumları nedeniyle bu başarıyı sürdüremediklerini ifade etmişlerdir. Karatay’ın ev içindeki öğrenme ikliminin akademik performans üzerinde belirleyici olduğunu gösterir sözleri şöyledir:

“Üniversiteye hazırlanırken de çok parlak bir çocuktum ama hep bir baskı vardı. İşte bu sene kazanamazsan bir daha hakkın yok gibi, test kitabı alamama gibi, kaynaklara ulaşamama gibi sıkıntılar yaşıyordum zaten. Bunların yanında bir de psikolojik baskı sürekli oluyordu babam tarafından. Bu sene kazandın kazandın, bir daha yapamazsın gibi. Sınav anında ben bildiğiniz atak geçirdim yani. Elim ayağım titredi. ... O yüzden bir başarı gösteremedim. Ve bu durumda babamın zaten uygun gördüğü herhangi bir meslek edinmek zorunda kaldım. Çünkü onu da yapmasam, yani bu bölümü de okumasam zaten üniversite okuyamayacaktım. En azından lisans mezunu olabilmek adına bu bölüme gittim.” (Karatay, tanı alan ebeveyn: baba)

Tüm bu olumsuzluklara rağmen bazı özneler için okul bir kaçış, nefes alma ve güçlenme alanı olarak işlev görmüştür. Okulun sunduğu sosyal çevre, öğretmen desteği veya rutinler çocukların iyilik hâlini desteklemiştir. Asil, annesinin başarılı olmasını istemesiyle birlikte okulun kendisi için önemli bir alana dönüştüğünü ve

annesinin etkisiyle başarılı olduğunu ifade etmiştir. Bununla birlikte eğitimde fırsat eşitsizlikleri olduğu görülmüştür. Ev içi emek ve duygusal bakım yüküyle ilgili anlatılar kadın öznelerden gelmiştir. Bu durumun bakım yükünün toplumsal cinsiyetlendirilmesi ile doğrudan ilişkili olduğu kanısına varılmıştır. Ayrıca bazı özneler özellikle kız çocukları için eğitime erişimin ebeveynin hastalığının da etkisiyle daha da zorlaştığını vurgulamışlardır. Sahra, babasının "*kız kısmı okumaz*" şeklindeki anlayışı ve yakın akrabaların bu anlayışı destekler biçimde babasını yönlendirici davranışları nedeniyle okula katılım konusunda engellendiğini belirtmiş, okula devam edebilmek için yoğun çaba gösterdiğini aktarmıştır. Bu durum ruhsal hastalıkla birleştiğinde çocuğun kültürel ve toplumsal olarak da eğitimin dışına itilmesine yol açmıştır.

4.3.1.2. Öğretmenlerin Destekleyici Rolü

Bulgulara göre eğitim sisteminin bir parçası olarak öğretmenler bireysel düzeyde çocukların yaşamına dokunan en önemli aktörlerden biri olmuştur. Öznelerin anlatıları, bazı öğretmenlerin akademik rehber olmanın yanı sıra duygusal güven, psikolojik destek ve hatta fiziksel barınma gibi çok yönlü destekler sunduğunu göstermektedir. Eğitim hakkının çeşitli nedenlerle sekteye uğradığı durumlarda öğretmen figürü çocuk için adeta koruyucu bir faktöre dönüşmüştür. Ebeveyni ruhsal hastalık tanısı almış kişilerin çocukluk anlatılarında öğretmenler bazı durumlarda bakım sorumluluğunu görünür kılan, duygusal yükleri fark eden ve bu yüklerin taşınmasına katkı sunan kişiler olarak öne çıkmıştır. Bu öğretmenler öğrencilerinin anlatmadığı ama davranışlarında, yüz ifadelerinde, devamsızlıklarında sezilebilen kırılma noktalarını tanımlamış, duygusal açıdan kapsayıcı ve düzenleyici bir ilişki biçimi kurmuşlardır.

Bazı öğretmenler çocuğun eğitim hakkına dair somut destekler de sunmuştur. Bu destek kimi zaman öğrenciyi okulda tutacak bireysel yönlendirmeler kimi zaman da sınavlara hazırlanmak için kaynak temin etmek, eksik ihtiyaçlarını karşılamak ya da evinde kalacak yer sunmak gibi hayatı doğrudan etkileyen müdahalelere dönüşmüştür. Berrak'ın anlatısı bu çok yönlü koruyucu işlevin somut bir örneğidir:

“Hayatım boyunca bana hep destek oldular. İlkokulda, ortaokulda, lisede her zaman öğretmenlerim yanımdaydı. Çünkü annemin evliliğinden gördüğüm zararı da onlar azaltmaya çalıştılar her zaman.... Çünkü ben şanslıydım benim öğretmenlerim vardı, bana zarar vermek istemiyorlardı. Beni her zaman koruyorlardı. Benim destekçimlerdi, beni anlıyorlardı. Beni evlerinin birer üyesi gibi görüyorlardı.... Evim yoktu, öğretmenlerimin evinde kaldım. Okul aile birliği kıyafetimi karşıladı. Test kitabım yoktu, öğretmenlerim fotokopi getirirdi. Onlar benim destekçilerimdi. Ve evlerinde bir yerim, bir yatağım vardı.” (Berrak, tanı alan ebeveyn: anne)

Benzer biçimde rehber öğretmenler duygusal yükün yoğunlaştığı dönemlerde öğrenciyle kurdukları güven ilişkisi aracılığıyla regülasyonu kolaylaştırmışlardır. Bazı özneler bu öğretmenleri *“psikolojik dayanak”*, *“her gün gidip konuştuğum kişi”* gibi tanımlarla aktarmış, onların varlığını başarısızlığa sürüklenen derslerden kopmamayı sağlayan bir tampon alan olarak betimlemiştir. Bazı durumlarda öğretmenler öğrencinin yaşadığı travmayı yalnızca fark etmekle kalmayıp onu sosyal hizmet sistemine yönlendiren bir “erken uyarı mekanizması” gibi de işlev görmüştür. Ece’nin istismara maruz bırakılmasının ardından yaşadığı süreç bu türden bir müdahaleyi net biçimde yansıtmaktadır:

“Bir gün okulda sinir krizi geçirdim. Ve bunu gidip öğretmenlerimle paylaşmaya gereği duydum. Daha sonrasında onlar da sosyal hizmetlerle paylaştı.” (Ece, tanı alan ebeveyn: anne)

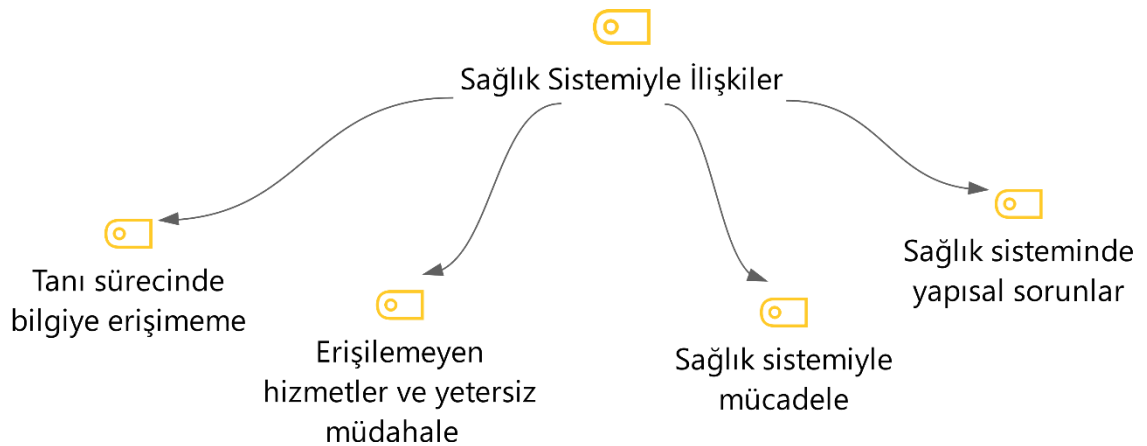
Ece’nin deneyimi öğretmenlerin çocuğun yaşadığı riskli durumu görünür kılma ve müdahale sürecine dahil olma konusunda da etkin bir rol oynadığını göstermektedir.

Sonuç olarak eğitimle kurulan ilişkinin bireysel motivasyon ya da başarıdan ibaret olmadığı, sosyal, kültürel ve psikolojik pek çok etkenle iç içe geçtiği görülmektedir. Ebeveyni ruhsal hastalık tanısı almış kişilerin özellikle çocukluk ve ergenlik dönemlerinde eğitim sistemiyle ilişkilene deneyimleri hem görünmeyen bakım yüklerinin hem de toplumsal cinsiyet temelli eşitsizliklerin belirleyici olduğu çok boyutlu bir tablo sunmaktadır. Bu deneyimlerde okul -çoğunlukla da öğretmenler aracılığıyla- güvenli, kapsayıcı ve destekleyici bir mekâna

dönüşebilmiştir. Özellikle öğretmen figürünün çocukları “görme” si, güven temelli ilişki kurması, kapsayıcı tutumu ve yönlendirici müdahaleleri eğitim hakkının sürdürülebilmesinde belirleyici bir unsur haline gelmiştir. Bulgular öğretmenlerin bilgi aktarıcısı olmakla birlikte aynı zamanda çocuğun yaşamındaki riskleri fark eden ve harekete geçen koruyucu figürler olarak desteklenmesi, eğitim sisteminin sosyal hizmet temelli bütüncül yaklaşımlarla güçlendirilmesi gerektiğini göstermektedir. Eğitime devamlılığın sağlanması ve bu alanındaki eşitsizliklerin giderilmesi için tek başına başarıyı değil, sosyal kırılmalıkları gözetilen adil ve duyarlı yapılar inşa edilmesine ihtiyaç olduğu görülmüştür.

4.3.2. Sağlık Sistemiyle İlişkiler

Bu alt temada ebeveyni ruhsal hastalık tanısı almış bireylerin sağlık sistemiyle kurdukları dolaylı ya da doğrudan ilişkileri tematik bir bütünlük içinde ele alınmaktadır. Şekil 24'te sunulan kod modeli, çocukluk ve ergenlik dönemlerinde sağlık hizmetlerine erişim deneyimlerinin, öznelerin hastalığa ve bakım süreçlerine dair algılarını nasıl şekillendirdiğini ortaya koymaktadır. Kodlar, sağlık sisteminin işleyişine dair gözlemleri, profesyonellerle yaşanan etkileşimleri, destek ya da destek eksikliğini ve sistemsel tıkanmaları içeren anlatılardan türetilmiştir. Her bir başlık, sağlık hizmetlerinin çocukların ruhsal, duygusal ve bilişsel gelişimine nasıl temas ettiğini – ya da edemediğini – anlamak adına ayrı ayrı ele alınacaktır.



Şekil 24. Sağlık Sistemiyle İlişkileri Gösteri Kod Modeli

4.3.2.1. Tanı Sürecinde Bilgiye Erişememe

Ruhsal hastalığın tanı süreci ailedeki tüm üyeleri etkileyen karmaşık bir süreçtir. Bu süreçte özellikle çocukların hastalıkla ilgili bilgiye erişimi hem ebeveynlerinin davranışlarını anlamlandırma hem de baş etme mekanizmaları geliştirme açısından kritik önemdedir. Ancak öznelerin büyük çoğunluğu tanı sürecinde bilgi akışından dışlandıklarını, sağlık profesyonelleriyle anlamlı bir iletişim kuramadıklarını ve hastalığın niteliğine dair çoğu zaman yalnızca tahminlerle baş başa kaldıklarını ifade etmiştir. Öznelerden Doğu, annesinin çeşitli psikiyatristlere gittiğini ancak bu süreçte kendilerine yönelik hiçbir bilgilendirme yapılmadığını vurgulamaktadır:

“Annemin gitmiş olduğu doktorlar vardı ama gelip özellikle bize anlatan olmadı. Özellikle bizleri de çağırıp hastalık hakkında bilgiler veren herhangi bir kimse olmadı.” (Doğu, erkek, tanı alan ebeveyn: anne)

Öyle ki Doğu annesinin tanısını halen bilmediğini, artık merak etmediğini bildirmiş görüşme sonrasında tanıyı öğrenip bilgi vermiştir. Benzer durum dört özne için daha geçerlidir. Atakan, babasının hastalığına dair hiçbir zaman bilinçli bir açıklama duymadığını belirtmiş hem hasta bireyin hem de aile üyelerinin bilgiye erişememesinin yapısal bir sorun olarak hâlâ sürdüğünü ifade etmiştir. Tanıyı bilmeyen özneler yıllarca bilmedikleri için artık merak etmedikleri yönünde ifadeler kullanmışlardır:

“Onun dışında babamın konunun özelinde psikolojik bir rahatsızlığı var lakin şeyi hatırlamıyorum yani hastalığın adını tam hatırlamıyorum. Bir sinir kontrol edememe durumu vardı babamın. Öyle bir hastalığı var, hatta uzun bir süre tedavi gördü kendisi. Hem yatılı olarak tedavi gördü hem sonrasında da hala ilaç kullanıyor. Tanısını da artık merak etmiyorum açıkçası, ruhsal hastalık işte. (Atakan, tanı alan ebeveyn, baba)

Öznelerin büyük çoğunluğu da tanıyı yaşı büyüdükçe, tedavi sürecine dahil olacakları zaman öğrenmiştir. Bulgular tanı sürecinin ailede kapalı bir sistemde yürütüldüğünü ve özellikle çocukların tamamen sistem dışı bırakıldığını göstermektedir.

Ahsen ve Eylem gibi kadın özneler ise hastalıkla ilgili bilgi ihtiyacının çocukluk döneminde kendi inisiyatifleriyle karşılanmaya çalışıldığını, doktorlarla kendilerinin birebir konuşmaya çalıştığını ancak bunun da çoğu zaman sonuçsuz kaldığını aktarmışlardır. Eylem annesinin hastaneye yattığı süreçte yalnızca “ilaçlarla ilgili bazı açıklamalar duyduğunu” ama hastalığın ne olduğuna dair hiçbir şey öğrenmediğini belirtmiştir. Ahsen ise hastane ziyaretlerinde doktorun kendisine hiçbir şey sormadığını, bilgi de paylaşmadığını ifade ederek dışlanmışlık duygusunu ortaya koymuştur:

“Mesela annem işte hastaneye gidiyor ama bana doktor ya da başka biri de hiç demedi yani bu hastalık şöyle falan diye. Bana kimse anlatmıyor da sormuyor da.” (Ahsen, tanı alan ebeveyn: anne)

Bilgiye erişimin olmayışı çocuğun yaşadığı olayları, ebeveyninin davranışlarını ve ev içindeki belirsizliği anlamlandırma fırsatından yoksun kalması anlamına gelmektedir. Bilgiye erişilememesi çocuklar için yaşamlarına dair denetime de erişilememesi demektir. Hangi davranışın hastalık temelli olduğunu kestiremeyen çocuklar ebeveynlik biçimiyle özdeşleştirdikleri ancak daha sonra hastalığın bir çıktısı olduğunu öğrendikleri davranışlar nedeniyle ebeveynlerine karşı sevgi ve nefret arasında gidip gelen zıt kutuplu duygular hissetmişlerdir. Çocuklar hastalığın yol açtığı etkileri yönetmeyi öğrenmek yerine bu ikircikli duyguları yönetmeye çalışmışlardır. Bu da öznelerde hem korku hem de suçluluk duygusunu pekiştiren bir zemin yaratmıştır.

Buna karşın nadiren de olsa olumlu örnekler dile getirilmiştir. Sahra babasını ilk kez bir psikiyatrist aracılığıyla tanıyabildiğini, doktorun “grip gibi inişli çıkışlı seyreden bir durum” olarak hastalığı açıklamasının onu çok rahatlattığını ifade etmiştir. Sahra'nın ifadesi sağaltıcı bilgi paylaşımının çocukta nasıl bir pencere açabileceğini göstermesi açısından dikkate değerdir:

“... babam ne zaman düzelir diye sordum. ...Bana dedi ki babanın hastalığını bir grip gibi düşün dedi. ... Güzel bakılırsa, ilaçlarını kullanırsa bu seneyi sorunsuz atlatır ya da iki üç kez atak geçirebilir ama sizi yormadan

da geçirebilir. Hani bazen grip oluruz yatak döşeklik oluruz, bazen de ayakta atlatırız onun gibi düşünün dedi.” (Sahra, tanı alan ebeveyn: baba)

Sonuç olarak bulgular tanı sürecinde bilgilendirme eksikliğinin bireysel bir sorun olmaktan ziyade yapısal ve kültürel olarak hastalık bilgisinin yalnızca hekim-hasta arasında sınırlı tutulduğu bir sistemsel sorun olduğu yönündedir. Bu durum, çocukların hem hastalığı anlamlandırma sürecini hem de duygusal düzenleme becerilerini geliştirmesini engellemekle birlikte daha çok belirsizlik, korku ve yalnızlığa yol açmaktadır.

4.3.2.2. Erişilemeyen Hizmetler ve Yetersiz Müdahale

Bu kategoriye ilişkin anlatılar ruhsal hastalıkla başa çıkmaya çalışan ebeveynlerin ve çocuklarının sağlık hizmetlerine erişiminin büyük oranda eşitsiz ve çoğu zaman da yüzeysel olduğunu ortaya koymaktadır. Görüşmelerde öne çıkan ortak payda psikososyal destekten yoksun, daha çok farmakolojik müdahaleye dayalı bir sistemin varlığıdır. Hizmete erişilebildiği durumlarda bile alınan hizmetin niteliği sorgulanmaktadır. Birçok özne verilen sağlık hizmetinin hastalığın çok boyutlu doğasına yanıt vermediğini dile getirmektedir. Özellikle bazı özneler ruh sağlığı alanındaki hizmetlerin yalnızca “reçete” ile sınırlı kaldığını, bu sürecin kısa, aceleci ve yüzeysel yürütüldüğünü belirtmiştir. Mert’in ifadeleri bu konudaki ifadeleri çarpıcıdır:

“Yani işte çok kısa. Ekstra bir ilgi yok. Direk ilacını kullanıyor musun, kullanmıyor musun? Kan tahlili, bu kadar.” (Mert, tanı alan ebeveyn: baba)

Yağmur psikoloğa erişebildiği zamanlarda dahi “sert ve umursamaz” bir tavırla karşılaştığını, bunun sonucunda destek alma isteğini kaybettiğini ifade etmiştir. Sadece erişim değil, hizmetin içeriksel niteliği de eleştirilmektedir. Berrak devlet hastanesindeki randevu sisteminin yetersizliğine, görüşme süresinin çok kısa olmasına dikkat çekmiştir. Bu kısa sürede doktorların yalnızca “moralim bozuk” cümlesiyle ilaç yazdığını belirtmiştir. *“Psikiyatra gidiyorsun, cipralax veriyor, çıkıyorsun.”* diyerek tek tip ve derinliksiz tedavi pratiklerini eleştirmiştir.

Hizmetlerin niteliksel yetersizliği kadar, ekonomik erişim sorunları da öne çıkmaktadır. Kamu hizmetlerinin sınırlılığı ve yalnızca tıbbi boyutta oluşu birçok aileyi özel sektörden hizmet almaya yöneltmiştir. Ancak bu durum da karşılanması güç bir maddi yük olarak karşılarına çıkmıştır. Anlatılar, bireyselleştirilmiş bakım yerine standartlaştırılmış müdahalenin norm haline geldiğini göstermektedir. Sağlık sisteminin yalnızca hastaya değil, aynı zamanda aile üyelerine de erişim sunması gerekirken bu konuda ciddi bir eksiklik olduğu görülmektedir. Nehir, babası hastanede çalışmasına rağmen randevu bulmanın imkânsız olduğunu, psikiyatristin babasına 5 dakikadan fazla zaman ayırmadığını belirtmiştir. Bu durum sistemdeki insan kaynağı yetersizliğinin birebir deneyimlere nasıl yansıdığını ortaya koymaktadır.

Sağlık sisteminin tıbbi tedaviyi önceleyen, standartlaşmış, bireyi anlamayan, dinlemeyen ve gerçek anlamda görmeyen yapısı öznelerin sisteme olan güvenini köreltmekte ve destek alma motivasyonunu kırmaktadır. Psikolojik destek almak isteyen özneler özellikle maddi boyutta yetersizlik algısı nedeniyle sistemden uzaklaşmakta ya da tedaviyi yarıda bırakmak durumunda kalmaktadır. Öznelerin birçoğu hastalıkla yalnız başa çıkmayı, sistemin sunduğu “eksik destekten” daha güvenilir bulduğunu ifade etmiştir.

Öznelerin ortaklaştığı önemli bir deneyim ruh sağlığı hizmetlerine özellikle de psikoterapi ve uzman desteğine erişimin büyük ölçüde maddi koşullara bağlı olmasıdır. Terapiye ulaşmak çoğu zaman coğrafi ya da kurumsal sınırlılıkların yanı sıra ekonomik olanaksızlıklar nedeniyle de imkânsız hâle gelmektedir. Anlatılar psikososyal destek ihtiyacı olan çocuk ve ailelerin ciddi bir eşitsizlikle karşı karşıya kaldığını, ruh sağlığı hizmetinin kamusal bir hak olmadığını, ekonomik güçle sınırlı bir ayrıcalığa dönüştüğünü göstermektedir. Atakan sosyal fobi gibi ruhsal sorunların psikoterapiyle çözülebileceğine inandığını ancak kaliteli destek alabilmek için “*önce sağlık sisteminden (kamusal) çıkmak*”, ardından “*çok güzel bir bütçe ayırmak*” gerektiğini ifade etmiş ve terapinin gelecekteki verimliliğe dair maddi kaygılarla gölgelenmiş bir süreç olduğunu aktarmıştır:

“Psikoterapiye ulaşmak için sağlık sisteminden bir çıkmam gerekiyor. İyi bir psikolog bulmam lazım. Bunun için çok güzel bir bütçe ayırmam gerekiyor. Ve o

bütçeden sonrasında da kendimi ona emanet etmem gerekiyor. Ki ben kendim de biliyorum, ben o bütçeyi ona ayırdıktan sonra bu kadar para verdik şimdi bir tedavi olamazsak ne olacak yaklaşımına da girerim. Bu benim tedavi olmamam için bir neden olur yani bir sebep olur açıkçası. Yani şey gibi geliyor bana mevcut sağlık sistemi -bu benim yorumum cahilliğim de olabilir- Bir hastalık var, biz bu hastalığın üstüne örtelim. Bir şekilde devam etsin, gitsin, yürüsün. Yani en azından düzenli bir sıkıntı çıkartmasın. Üstünü örterek devam edelim. Hani ondan sonra çözülmüş mü, çözülmemiş mi... Yani şu an babamın tedavisi çözüldü mü çözümedi mi bilmiyoruz ama ilaç kullanarak hayat devam ediyor. "(Atakan, tanı alan ebeveyn: baba)

Bu ifade öznelerin yalnızca hizmete ulaşamamakla kalmayacağını, aynı zamanda bu yatırım "karşılıksız kalabilir" endişesiyle bunu erteleyebileceklerini de göstermektedir. Berrak'ın anlatısı da benzer biçimde terapiye erişimin maddi güce dayandığını ve kamu sisteminin bu konuda neredeyse tamamen işlevsiz kaldığını ortaya koymaktadır:

"Psikoloğa zaten gidemiyorlar çünkü özel. Devletin içinde bile gitsen üç beş dakikaya sıkıştırılmış bir psikiyatr görüşmesi. Bir insan ruhsal bozukluğunu bu sürede nasıl anlatabilir ki?" (Berrak, tanı alan ebeveyn: anne)

Doğu ise hem yaşadığı bölgedeki sağlık kurumlarında randevu bulmanın neredeyse imkânsız olduğunu, hem de özel danışmanlık hizmetlerinin "ulaşılabilir" olduğunu şöyle ifade etmiştir:

"Şu an bir danışmana gidip içini dökmek, ondan yardım almak en fazla ihtiyaç duyulan şeydir. Ama yapılamıyor çünkü ücretlerden ötürü ulaşamıyor." (Doğu, tanı alan ebeveyn: anne)

Derin ise, "Sahada çok az kişi var. Özelde bu hizmet çok çok pahalı. Kimse yetişemiyor. Randevu bulmak bile çok zor." ifadesiyle erişimin pahalı olmasından ve hizmeti verecek nitelikli insan kaynağının da sınırlı olmasından yakınmıştır.

Karatay'ın "Psikiyatriye gidiyorsun, iki dakikada ilaç yazıyorlar. Psikologlara erişmek ise çok pahalı. Parası olan yaşıyor gibi. Parası olmayan ölsün gibi." sözleri ise maddi yükü karşılayamamakla birlikte gelen kamusal hizmete olan güven kaybını ortaya koyar niteliktedir. Bulgular ruh sağlığı hizmetlerine erişimin

ekonomik eşitsizliklerle şekillendiğini ve kamusal sistemin bu ihtiyaca cevap vermekte ciddi biçimde yetersiz kaldığını göstermektedir. Özellikle ruhsal hastalıklarla yaşayan ailelerin çocukları açısından bu durum hem ebeveynin hem de çocuğun gereksinimlerinin karşılanamadığı, risklerin önlenemediği ve uzun vadede fırsat eşitsizliklerini derinleştirdiği bir yapıya dönüşmektedir.

4.3.2.3. Sağlık Sisteminde Görünmezlik

Özellikle ruh sağlığı alanında sağlık hizmetlerinin hastaya ve hasta yakınlarına erişilebilir ve kapsayıcı biçimde sunulması oldukça önemlidir. Ancak öznelerin anlatıları ruhsal hastalıkla baş eden ebeveynlerin çocuklarının çoğu zaman yalnız bırakıldığını, sağlık sistemiyle karşı karşıya geldiklerinde görünmez olarak konumlandıklarını göstermektedir. Özneler hastaneye erişimden tedaviye katılıma kadar pek çok süreçte gözlemci, süreci yürütmeye çalışan, yönlendiren ve uyarıcı failere dönüşmüşlerdir. Özellikle kadın öznelerin anlatılarında sağlık kurumlarıyla karşılaştıklarında ya ebeveynlerini temsil ettikleri ya da müdahale edilmeyen durumları düzeltmeye çalıştıkları görülmektedir. Ahsen, annesinin uyku problemi nedeniyle ilacın dozunu artırmak isteyen doktora müdahale ederek, *“...gece uyanmak annem için normal bir durum, bunun için ilacı arttırmayalım.”* demiş, ardından annesinde dozaj arttırmamanın etkisine dair gözlemlediklerini hekime aktarmıştır. Çocuklar yetişkinleştikçe tedavi sürecine aktif olarak katılmakta ve çoğunlukla bakım veren rolü üstlenmektedir.

Bazı özneler, ebeveynlerinin tedavi sürecinde kendi varlıklarının bile tanınmadığını ifade etmişlerdir. Sahra, babasının tüm hayatına dair bilgileri kendisinin sağladığını ancak hiçbir sağlık profesyonelinin kendisine bir şey sormadığını şu sözlerle dile getirmiştir:

“Ben yokum yani. Babamın hayatına dair bilgiler veriyorum ama bana kimse bir şey sormuyor.” (Sahra, tanıli ebeveyn: baba)

Bu ifade çocukların tedavi sürecine dahil edilmemesiyle değil, sistem tarafından tamamen dışlanmalarıyla açıklanabilecek bir durumdur. Çocukların sağlık kurumları gibi sistemlerle sağlıklı etkileşim kuramaması, bu sistemler tarafından

görünmemesi gelişimsel olarak onları yalnızlaştıran bir süreç yaratmaktadır. Nitekim özneler sağlık profesyonellerinin kendi yaşadıkları duygusal yükleri ve destek ihtiyacını görmediğini, bunun da sistemle kurulan ilişkiyi yıpratıcı hale getirdiğini ifade etmişlerdir. Lülü, hastane ortamında hastayı getirenlerin yorgun ve çaresiz olduğunu, ancak hiçbir görevlinin “Nasılsınız?” bile demediğini, bu durumun sağlık sisteminin hasta merkezli olmasının yanı sıra duyarsız ve sınırlı olduğunu hissettirdiğini söylemiştir.

Bazı mücadele deneyimleri ise sistemin açık hatalarına karşı öz savunma geliştirmek zorunda kalan öznelerin anlatıdır. Karatay, ablasının kendisi üzerinden (sanki kendisinin ruhsal sağlık sorunları varmış gibi davranarak) babasının destek almasını sağlamaya çalıştığını, bir psikologla yaptığı görüşmede bunu psikoloğa aktardığını, ancak bu özel görüşmenin babasıyla paylaşıldığını, bunun sonucunda daha ağır tehditlere ve ebeveyn tarafından gelen tepkilere maruz kaldıklarını ifade etmiştir:

“Ablam psikoloğa gidiyor. Asıl amacı babamı götürürebilmek. Böyle bir şey kurgulamış aklında. İşte psikologla konuşuyor. Diyor ki ben iyiyim, benim bir şeyim yok ama babam böyle böyle rahatsız. Babamdan ötürü biz de rahatsızlanıyoruz. Babamla konuşup onu ilaç kullanmaya ikna edebilir misiniz ya da sıkıntısı neyse çözümüne yönelik bir şeyler yapabilir misiniz diye. Doktor da bu durumu alıp babamla paylaşarak kızınız sizden şikayetçi, psikolojik rahatsızlığınız olduğunu düşünüyor gibi söylemiş babama. Bir devlet hastanesinin psikiyatri bölümünde oluyor bu. Ve babam bunu duyduktan sonra hepten tabiri caizse cinlendi diyebiliriz yani. Kafayı yedi o dönem. Nasıl olur da sizi benim gibi mükemmel bir babayı şikâyet edersiniz gibi daha büyük tehditlerle karşı karşıya kalmaya başladık. Ve hayatımızın en sıkıntılı süreçleriyle o dönem tanıştık.” (Karatay, tanı alan ebeveyn: baba)

Bu durum etik dışı bir profesyonel davranış olmanın yanı sıra çocuğun güvenliğini tehdit eden ve travmayı derinleştiren bir sistemsel açık olarak görünmektedir. Sağlık sisteminin süreci yalnızca hastayla sınırlı tuttuğu, bakım verenleri göz ardı ettiği bir diğer örnek de Ece'nin deneyiminde görülmektedir. Ece, psikologların doğrudan “hasta” kavramını kendisine yönelttiğini, ancak kendisinin ihtiyaç duyduğu şeyin bu tanıdan ziyade duygularının anlaşılması olduğunu aktarmıştır.

Öznelerin anlatıları sağlık sisteminin çoğu zaman sadece tıbbi tanı ve müdahale üzerine odaklandığını, hasta yakınlarının fiziksel, psikolojik ve sosyal durumlarının ise görünmez kaldığını ortaya koymaktadır. Sağlık sistemi çocuklara destekleyici bilgi sunmadığı gibi psikososyal bir destek kaynağı da sunmamaktadır. Deneyimlerini tanımadan çocuklardan işlevsel roller beklenmektedir. Bu nedenle çocuklar sistemin içinde var olsalar da bu sistemde nereye ait olduklarını bulmaya çalışırken, sistemle mücadele ederek hayatta kalmak zorunda kalmışlardır.

4.3.2.4. Sağlık Sisteminde Yapısal Sorunlar

Araştırma bulguları ruh sağlığı hizmetlerinin sunumunda yapısal yetersizliklerden kaynaklanan köklü sorunlar bulunduğu da işaret etmektedir. Görüşmelerde ruhsal hastalık tanısı almış ebeveynlerin tanı ve tedavi süreçlerinde çoğu zaman psikiyatrik hizmetlerin kısa süreli, ilaç odaklı ve yüzeysel kaldığı sıklıkla dile getirilmiştir. Anlatılar, bireysel deneyimlerin ötesinde sağlık sisteminin ruhsal destek sunma kapasitesinin sınırlı ve “biçimsel” olduğunu ortaya koymaktadır.

Öznelerin çoğu sistemin ruh sağlığını çok boyutlu olarak ele almadığını, tedavinin yalnızca tıbbi boyutla sınırlı kaldığını, “ilaçla geçiştirme” anlayışına dayandığını ve psikososyal boyutun tamamen göz ardı edildiğini belirtmiştir. Berrak, devlet hastanelerinde sistemin duyguya değil, protokole yanıt verdiğini ifade etmiştir. Aynı özne tedaviye yönelik bireysel gereksinimlerin, yaşanan travmaların ya da aile öyküsünün dikkate alınmadığını, bu nedenle annesinin doğru şekilde teşhis edilemediğini ve uzun yıllar yanlış tanı ile yanlış tedavi gördüğünü aktarmıştır. Berrak gibi birçok özne de benzer biçimde psikiyatrik görüşmelerin süresinin kısığını ve ilk görüşmede yapılan aceleci tanılamaları eleştirmiştir. Deniz, annesine ilk seansta “bipolar bozukluk” tanısı konulduğunu ve bu sürecin yalnızca 20 dakikalık bir görüşmeye dayandığını ve başka bir doktora gittiklerinde tanının değiştiğini de belirtmiştir:

“Annemi götürdüğümüz doktor, yani iki doktor değiştirmek zorunda kaldık biz. Çünkü hani doktora ben durumu izah etmeme gerek kalmadan doktor direkt antidepressan yazdı. Dinlemediniz dedim. Benim annemin neyi olduğunu

dinlemediniz dedim. Ve annem hani bu kadar büyük bir sosyal kaygı yaşarken siz annemin suratına bipolar bozukluk dediniz ilk görüşmeden. Siz annemle 45 dakika bile değil 20 dakikalık bir görüşme neticesinde bunu söyleyemezsiniz. Böyle bir tanıma varamazsınız yani. ... Birkaç saat seans daha devam ettik. Baktık böyle devam ediyor. Bir doktor değiştirdik. Sonraki doktor oldukça ilgiliydi, tanı değişti vesaire ama dediğim gibi iyi olması da hani bu insanla alakalı.” (Deniz, tanı alan ebeveyn: anne)

Bu tür örnekler tanı koyma süreçlerinde yeterli değerlendirme yapılmadığını ve hızlı reçete yazma pratiğinin, hastayı derinlemesine anlama ve mesleki sorumlulukla yaklaşma gibi klinik dikkat ve özenin önüne geçtiğini göstermektedir. Özneler bu noktada doktorlarda değil, sistemin kendisinde sorun olduğunu defaatle dile getirmişlerdir. Hastalara ayrılan sürenin kısa oluşunun yanı sıra Umut’un aktardığı bir başka yapısal sorun ise uzmanlık yetersizliğidir. Annesinin ilaçlarını yenilemek için gittiği hastanede doktorun, mevcut ilacı keyfi biçimde değiştirmesi sonucu annesinin sağlık durumunun hızla kötüleştiğini ifade etmiştir. Bu tür örnekler klinik sürekliliğin, hasta takibinin ve hekim- hasta ilişkilerinin kurumsal bağlamda sürdürülemediğini göstermektedir.

Yapısal sorunlar yalnızca hizmetin içeriğiyle sınırlı değildir. Aynı zamanda sağlık sisteminin coğrafi, ekonomik ve yönlendirici eşitsizlikleriyle de ilişkilidir. Öznelerden bazıları yaşadıkları bölgelerde ruh sağlığı hizmetlerinin yeterli olmadığını, hastane açılması yönündeki taleplerin görmezden gelindiğini, hatta ruhsal hastalıkların tedavi edilemeyeceğine dair inançların kurum politikalarına bile yansıdığını belirtmiştir. Lülü bu durumu sert biçimde ifade etmiştir:

“İstemiyor şehrine hastane açmak. Niye? Çünkü akıl hastalığının tedavisi yok onlara göre. Ne gerek var yatan hastaya? İlacı daya daya gönder.” (Lülü, tanı alan ebeveyn: anne)

Ayrıca öznelerin çoğu terapötik hizmetlerin kamusal sistemde sunulmadığını ya da çok sınırlı biçimde sunulduğunu belirtmiştir. Güneş, annesinin terapi görmediğini ve sistemin yalnızca farmakolojik müdahaleler sunduğunu ifade etmiştir. Özneler hastanelerde danışmanlık ya da psikolog hizmetlerinin varlığından dahi haberdar olmadıklarını, psikiyatri hizmeti dışında başka bir

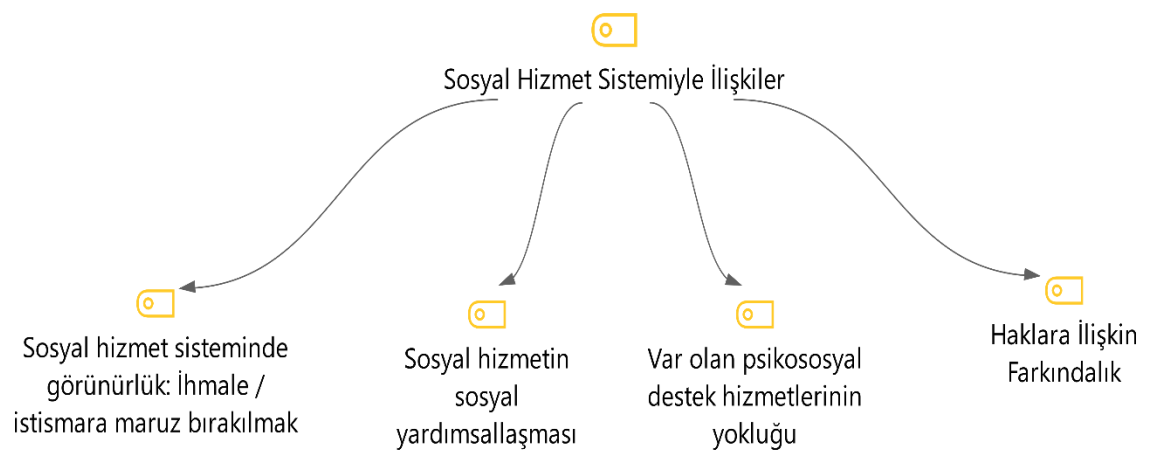
destek biçimi olduğunu yetişkinliklerinde öğrendiklerini aktarmıştır. Karatay'ın şu ifadesi bu durumu özetler niteliktedir:

“Devlet hastanesinde psikolog olduğunu çok geç öğrendim. Psikiyatriye giriyorsun, iki dakikada ilaç yazıyorlar. Kimse senin ne yaşadığını ne hissettiğini sormuyor.”
(Karatay, tanı alan ebeveyn: anne)

Sağlık sistemi çocuğun gelişimine destek sunması gereken temel kurumsal yapılardan biridir. Ancak yapısal eksiklikler bu sistemin çoğu zaman destekleyici değil engelleyici bir rol üstlenmesine neden olmaktadır. Sistemle kurulan bu ilişki, çocuğun sağlık hizmetine güvenini azaltmakta ve kendi yaşamı üzerinde denetim kurma kapasitesini zayıflatmaktadır. Ayrıca sağlık sistemi çocuğun yaşantısına ve bakım verme sorumluluğuna dair hiçbir geri bildirim mekanizması sunmamaktadır.

4.3.3. Sosyal Hizmet Sistemiyle İlişkiler: “Süreci nasıl yönetiyorsak yönettik. Yönetemezsek en fazla 2. sayfa haberinde görürsünüz bizi.”

Bu alt tema öznelere sosyal hizmet sistemiyle kurdukları ilişkilere dair deneyimlerini ele almaktadır. Deneyimler sosyal hizmet sisteminde görünürlüğe, sosyal hizmetin sosyal yardım olarak algılanmasına, psikososyal desteklerin olmayışına ve haklara ilişkin farkındalığa dair kodların etrafında kümelenmiştir.



Şekil 25. Sosyal Hizmet Sistemiyle İlişkileri Gösterir Kod Modeli

4.3.3.1. Sosyal Hizmet Sisteminde Görünürlük: İhmale/ İstismara Maruz Bırakılmak

Bu kategori ebeveynlerinin ruhsal hastalığı ile baş etmeye çalışırken öznelerin sosyal hizmet sistemi tarafından çoğunlukla fark edilmediklerini, sistemin onları görmezden geldiğini ya da yalnızca istismar durumlarında müdahalede bulunduğunu göstermektedir. Bu durum, sosyal hizmet sisteminin koruyucu ve önleyici değil, gecikmeli biçimde işlediğini ve çocukların ancak “zarar gördüklerinde” fark edilebildiğini ortaya koymaktadır. Öznelerden pek çoğu çocukluklarında maruz kaldıkları ihmal ve istismar biçimlerine rağmen sosyal hizmet uzmanlarıyla hiç temas kuramadıklarını belirtmiştir. Berrak, bu yokluğu ancak lise yıllarında sorgulayabildiğini şöyle dile getirmiştir:

“Çok ilginç aslında bunu biraz daha böyle liseye geçtiğimde düşünmüştüm. Yani neden bana bir sosyal hizmetler alanından sahip çıkan olmadı diye. İşte bilmiyorum galiba annem de babam da hayatta olduğu için mi annem beni vermeye gönüllü olmadığı için olabilir. Bir de sosyal hizmetleri hep biz kötü bilirdik yani hani oraya gidersen başın belaya girer, oraya gidersen iyi yetişemezsin. İşte orada daha kötüsü var, orada daha büyük taciz var... Şimdi tabii sistem tam olarak nasıl bilmiyorum ama o zamanlar bizim için ürkütücüydü birazcık da.” (Berrak, tanı alan ebeveyn: anne)

Bu ifade sistemin eksik işleyişini ve sosyal hizmet kurumlarının toplumdaki algısal karşılığını görünür kılmaktadır. Sosyal hizmetin çocuk için bir koruma alanı değil “kaçınılması gereken bir yer” olarak konumlandığına dair bu tür algılar yardım arama davranışlarını da bastırmaktadır. Benzer şekilde Karatay babasının ruhsal hastalığına kendi deyimini ile “deli raporu” verildiğini, ancak ne ailesiyle ne de çocuklarla bir sosyal hizmet uzmanının görüşmediğini vurgulamış bunu şöyle ifade etmiştir:

“Bir rapor verildi ve hastayla biz baş başa bırakıldık. Süreci nasıl yönetiyorsak yönettik. Yönetemezsek en fazla 2. sayfa haberinde görürsünüz bizi.” (Karatay, tanı alan ebeveyn: baba)

Bu anlatı ile Karatay, sistemin tanı koyan ve belgeleyen ancak bu bilgiyi çocuk yararına koruyucu müdahaleye dönüştürmeyen pasif işleyişini sert biçimde eleştirmiştir.

Bazı öznelere ise ancak çok görünür ve ağır durumlar yaşandığında sistemle temas edebilmiştir. Örneğin Ece, annesinin düzensiz ilişkileri sonucu tacize maruz kaldığını ve bu durumun anlamlandırılmasının ardından, bir sinir krizi sonrası okul aracılığıyla sosyal hizmetlere yönlendirildiğini aktarmıştır. Bu örnek, yalnızca kriz anında müdahale edildiğini ve çocukların önleyici hizmet mekanizmalarıyla değil, ancak “görünür travmalar” üzerinden tanındığını göstermektedir. Oysa sosyal hizmet, çocuk koruma perspektifinde yalnızca şikâyet temelli değil, risk temelli ve erken uyarı sistemiyle işlemelidir. Ancak Ece sosyal hizmet sistemine girdikten sonra bakım tedbiri için davanın sonlanmasını beklemiş, 8 ay kadar ilk kabul biriminde kalmış ve sonrasında da aile yanında destek hizmetiyle anneannesinin yanında yaşamaya başlamıştır. Ancak ilk kabul birimindeyken eğitim hizmetleriyle olan ilişkisi, bütün sosyal destek sistemiyle, arkadaşlarıyla, öğretmenleriyle ilişkisi kesilmiştir. Bu nedenle tacizi paylaştığı için cezalandırıldığını hissettiğini paylaşmıştır. Aynı zamanda o dönem ihtiyacının kendisine bakım versin diye anneannesinin yanına yerleştirilmek olmadığını, üvey ebeveyninin tacizinden korunmaya ihtiyaç duyduğunu belirtmiştir. Bu da kuruma yerleştirme gibi müdahalelerde çocukların duygu ve ihtiyaçlarının yeterince dikkate alınmadığını, sistemsiz işleyişin ön planda tutulduğunu gösterir niteliktedir.

Benzer şekilde babasının hastalığı nedeniyle kurum bakımına alınan Burçak’ın koruma altındayken yaşadığı deneyimler de çocuk katılımının çok sağlanmadığı, çocukların sesinin bastırıldığı yönündedir. Kurumdaki bakıcı annelerden şikâyetçi olan Burçak, müdürlere durumu ilettiğini ancak her seferinde yalnızca yetişkinlerin dikkate alındığını şöyle ifade etmiştir:

“Anneleri niye kimse denetlemiyor mesela? Yani kimse denetlemiyor. Benim hiçbir şeyime faydaları yok. Orada hani her şey. Mesela sosyal hizmet uzmanlarının şeyi var. Anne ne diyorsa o doğrudur. Ben bunu çok yaşadım. Annelerle kavga ettim.

Anne haklı. Ama yani bana sormuyor ki sen neden böyle oldun? Ne oldu? Hiçbir şeyin başını sormuyorlar.” (Burçak, tanı alan ebeveyn: baba)

Bu durum, kurum içi ilişkilerde çocuğun özne olarak değil, sosyal kontrol perspektifinden yönetilmesi gereken bir nesne olarak ele alındığına işaret etmektedir. Nitekim Burçak sevilmek ve onay almak için duygularını paylaşması değil sorgusuz biçimde kurallara uyup başarılı olması gerektiğini dile getirmiştir. Başarılı bir öğrenci olan, halihazırda yüksek öğrenimine devam eden ve farkındalığı oldukça yüksek olan Burçak katılım hakkının, ifade hakkının ve duygusal güvenliğin ihmal edildiğini, sistemin koruyucu olma işlevini yapısal olarak yerine getiremediğini daha çok bir kontrol aracı olduğunu öne sürmüştür. Tüm bunlara rağmen iyi ki ailesinin yanında değil de kurumda kaldığını da eklemiş, kurumun ona sunduğu imkanların, özellikle eğitim imkanının ailesiyle mümkün olamayacağını da belirtmiştir. Bu da ebeveyni ile yaşadığı ikircikli duyguları kurum ile de yaşadığını göstermektedir.

Sistemde meslek elemanı olarak bulunan bazı öznelere çocukların ihtiyaçlarının tanınmadığına ve destek mekanizmalarının etkisiz olduğuna dikkat çekmiştir. Nehir’in “... *biz bu çocuklara ne zaman el uzatıyoruz? Ya biri ötekini öldürüyor ya boşanıyor... O zaman ancak alıyoruz!*” sözü sosyal hizmetin yalnızca kriz sonrası kurtarıcı bir aktör olarak işlev gördüğünü çarpıcı biçimde özetlemektedir.

Bu bulgular çocuk hakları temelli sosyal hizmet anlayışının gerekliliğini açıkça ortaya koymaktadır. Hak temelli hizmetlerde çocuk yalnızca “zarar gördüğünde” değil, risk altındayken de görünür olmalıdır. Ancak bu şekilde sistem çocukların güvenliğini, iyilik halini sağlayabilir ve psikososyal gelişimini destekleyici müdahaleler sunabilir. Görüşmelerde ortaya çıkan anlatılar, sosyal hizmetin çocuklarla bütüncül, sürekli ve ilişki temelli çalışmadığı sürece yalnızca formaliteye bir indirgenmiş yapıda kalacağını göstermektedir.

4.3.3.2. Sosyal Hizmetin Sosyal Yardımsallaşması

Çalışmanın bulguları sosyal hizmet sisteminin çoğu zaman çocukların çok yönlü gelişimsel ihtiyaçlarını gözetemeyen bir hak temelli yaklaşımdan ziyade ekonomik temelli desteklere odaklanan bir “yardım” anlayışıyla yapılandığını ve daha çok

bu odaktan doğru tanındığını ortaya koymaktadır. Sosyal hizmete dair deneyimlerin büyük kısmı maddi destek odaklı olup, psikososyal destek ya da aile içi bütüncül müdahaleye ilişkin bir iz içermemektedir. Bu durum, sosyal hizmetin sosyal yardımsallaşmasının -yani yalnızca yoksulluğa müdahale eden, bireyi ihtiyaç sahibi kimliğine indirgemiş bir anlayışla çalışan bir sistem olarak bilindiğinin ve çoğunlukla da böyle işlediğinin- göstergesidir. Yunus, ailesinin hiçbir zaman ekonomik destek almadığını belirtirken, sosyal hizmetle temasın yalnızca yoksulluk durumuna bağlı olarak kurulduğunu düşündüğünü “*Sosyal yardım ve ihtiyaç yani parasal destek hiçbir zaman olmadı.*” ifadesiyle dile getirmiştir. Benzer şekilde birçok özne ailesinin ekonomik durumu görece iyi olduğu ya da geniş aile tarafından desteklendiği için sosyal hizmetle hiç karşılaşmadığını ifade etmiştir. Bu ifadeler sosyal hizmet sisteminin müdahale eşiğinin yalnızca maddi yoksunlukla sınırlı olarak bilindiğini, ruhsal hastalık, ihmal ya da bakım sorumluluğu gibi diğer kırılganlık alanlarında sosyal hizmetin varlığının bilinmediğini ortaya koymaktadır.

Bazı özneler ise sosyal yardım aldıklarını ancak bu desteğin çocukların psikososyal ya da akademik gelişimine yönelik herhangi bir destekle birleşmediğini ifade etmiştir. Duru, üniversiteye başlarken kendisine ve kardeşine burs yatırıldığını ancak bunun dışında sosyal hizmet sisteminin hiçbir yönlendirme ya da danışmanlık sunmadığını belirtmiştir:

“Yani aslında bize ekonomik anlamda destek oldular. Onun dışında mesela ben üniversiteye giderken burs yatırmışlardı ilk dönem. Kardeşime de aynı şekilde. Psikolojik anlamda zaten görüşme olmadı. Yani böyle bir görüşme, bir danışmanlık tedbiri gibi bir şey olmadı zaten.” (Duru, tanı alan ebeveyn: anne)

Sosyal hizmetin bu şekilde algılanması ve daha çok ekonomik destek hizmetleriyle sınırlı kalması güçlenmenin sağlanması noktasında oldukça sıkıntılıdır. Zira yalnızca maddi destek sunulan kişilerin, kendi yaşamları üzerinde denetim kurabilecek içsel kaynakları geliştirilemediği sürece gerçek anlamda güçlenmeden söz edilmesi mümkün değildir. Aksine sosyal yardım öz yeterliliğe dönüşmediğinde, bağımlılığı artırma veya bireyin potansiyelini sınırlama riski de bulunmaktadır. Nitekim Sahra'nın anlatısı bu durumu açık biçimde ortaya

koymaktadır. Kendisine bakım veren kişi olarak bir gelir desteği önerildiğinde o dönem bunu reddettiğini, çünkü kendisini bu desteğe bağlı olarak “körelecek biri” gibi hissettiğini dile getirmiştir:

“Bakım aylığından hep bahsediyorlardı ama ben hiç şey yapmak istemedim. Çünkü benim sigortam var. Ben kendi ayaklarımın üzerinde duruyorum. İyi ki de şey yapmamışım. Çünkü düşünsenize, onu alacaktım bana da yetecekti. Mesela şu an yetiyor yani. Evden de hani çok fazla çıkmıyorum, etmiyorum falan ya. Körelecektim. Almadım. Vardı o hakkım. Mesela diyorlardı, bahsediyorlardı babama çıkar bak baktığın için şey yaparlar falan filan. Bir de istemiyordum yani. Babama baktığım için yani devletten para almak benim hala zoruma gidiyor.”
(Sahra, tanı alan ebeveyn: baba)

Sahra babasına bakım vermesi nedeniyle şu anda bu destekten yararlandığını kısık sesle ve utanarak söylemiş, kızının artık büyüdüğünü, babası için ruhsal engellilere gündüz bakım verecek bir hizmet olsa çalışmak istediğini ifade etmiştir. Sahra'nın bu yaklaşımı sosyal yardımın bireyde nasıl bir damgalanma, yetersizlik ya da bağımlılık duygusu yaratabileceğine de işaret etmektedir. Sosyal yardımların gerektiğinde güçlendirici bir hak olarak sunulması ve bireyin kendi yaşamında dönüşüm yaratabilmesi için onu özneleştiren destekleyici hizmetlerle bütünleştirilmesi gerekmektedir.

Tüm bu anlatılar sosyal hizmetin yalnızca ekonomik ihtiyaçlara yanıt vermesiyle tanındığını ve çoğunlukla bu boyutla sınırlı kaldığını, çocuğun gelişimsel riskleri, bakım yükü, travma geçmişi ya da psikososyal kırılganlıklarının hizmet radarına girmediğini göstermektedir.

4.3.3.3. Var Olan Psikososyal Destek Hizmetlerinin Yokluğu

Öznelerin sosyal hizmet sistemiyle ilişkilenmelerinde ortaya çıkan önemli bir bulgu da psikososyal destek hizmetlerinin ya hiç sunulmadığı ya da son derece yüzeysel, işlevsiz ve biçimsel kaldığını yönündedir. Mevcut desteklerin büyük ölçüde maddi yardım odaklı olması, ruhsal hastalıkla baş eden ebeveynin çocuklarının duygusal, gelişimsel ve ilişkisel ihtiyaçlarını görünmez kılmıştır. Mert'in anlatısı sosyal hizmet uzmanlarıyla temasın yalnızca ekonomik

değerlendirmeye sınırlı olduğunu ve hiçbir zaman bir “ilişki ya da destek” kurulmadığını göstermesi açısından çarpıcıdır:

“Bunların yaptığı ekonomik durumu elverişli mi maaşı almaya, ona bakmak. Psikolojik bir soru sorup muhabbet edecek insanlar değillerdi.” (Mert, tanı alan ebeveyn: baba)

Eylem’ in “Hayır hiç ilişkimiz olmadı. Çünkü ailemiz kendini döndürebiliyordu. Ama başka bir destek de olmadı.” ifadesi ise sosyal hizmetlerin sunumunda psikososyal yönden desteklenmesi gereken ama “yoksul görünmeyen” çocukların sistemin dışında kaldığını ortaya koymaktadır. Oysa ruhsal hastalık yaşayan bir ebeveynin çocuğu olmak kendi başına travmaya açık bir durumdur ve maddi koşullardan bağımsız olarak psikososyal destek gerektirmektedir. Bazı özneler sosyal hizmet uzmanlarıyla temas kurmuş olsa bile bu ilişkinin yalnızca idari görevler ve denetimle sınırlı kaldığını aktarmıştır.

Duru’nun “Bir tıbbi müdahale gerekiyordu ama hemen peşine bir sosyal destek gerçekleşmedi.” söylemi de multidisipliner çalışmanın eksikliğine işaret etmekte ve sağlık-sosyal hizmet bütünlüğünün sahada kurulamamış olduğuna dikkat çekmektedir. Öznelerden bazıları ise hizmetlerin olduğunu ancak kendilerinin araştırıp bulabileceğini, bunun da çocukken oldukça zor olduğunu bildirmişlerdir. Bu da risk temelli tarama, erken müdahale ya da koruyucu programların sistem içinde kurumsallaşmadığını göstermektedir. Özneler sosyal hizmet sisteminin yalnızca denetleyici ya da belgeleyici bir işlevle temas ettiğini, ancak iyileştirici ya da destekleyici hiçbir yönünü deneyimlemediklerini açıkça belirtmiştir. Anlatılar sosyal hizmet sisteminin çocukların mikrosisteminde yaşanan krizlere dokunamadığı, kurumlar düzeyinde koruyucu bir psikososyal destek örüntüsünü kuramadığı yönündedir. Bu boşlukların çocukların baş etme kapasitelerini zayıflatması, riskli koşulların varlığı durumunda uzun vadede çocuğun iyilik halinin zedelenmesine yol açması ve çocukların sosyal hizmet sistemi ile güven bağı kuramamasına neden olması oldukça muhtemeldir.

4.3.3.4. Haklara İlişkin Farkındalık

Bir diğer önemli bulgu öznelere hem kendilerinin hem de ebeveynlerinin sosyal haklarından haberdar olmamalarıdır. Duru, annesinin engelli aylığı hakkında hiçbir bilgisi olmadığını, ancak toplum ruh sağlığı merkezindeki bir meslek elemanının yönlendirmesiyle bu haktan yararlanabildiklerini belirtmiştir. Nehir ise geçmişte haklara dair görünürlüğün az olduğunu, bugün engelli olan çocuğu ve tanısı bulunan babası için sunulan hakları öğrenince geçmişte bu hakların neden kendilerine sunulmadığını sorguladığını ifade etmiştir:

“Açıkçası şunu düşünüyorum mesela şu an ben oğlum ağır engelli bir birey, babam engelli. Bu var olan haklarını sonuna kadar kullanmak isterim. Bana verilen hakları. Ama babam o dönemde öyle düşünmemiş. Ki hani biraz da bunun dediğim gibi görünür olması çok önemli. Yani eskiden işte ne nasıl diyeyim. Evde bakım aylığıdır, işte engelli bireyin en basiti işte otobüse ücretsiz binmesi işte ne bileyim. İşte sudan ücretsiz yararlanması, yok işte internette indirim olması gibi gibi. Hani bunların biraz daha görünür olması bence bunu rahatlattı.” (Nehir, tanı alan ebeveyn: baba)

Haklara ilişkin farkındalığın düşüklüğü çoğu zaman destek talebinde bulunma davranışını da baskılamaktadır. Bazı öznelere özellikle geçmiş kuşak ebeveynlerin devletten yardım talep etmeyi bir zayıflık veya utanılacak bir durum olarak gördüklerini, bu nedenle var olan hakları dahi kullanmadıklarını ifade etmiştir. Bu durum sosyal hizmet sisteminin hak temelli bir çerçevede değil yardım odaklı ve damgalayıcı bir anlayışla tanımlanmasının doğrudan bir sonucu olarak okunabilir. Bu anlayışın yıllar içinde değiştiği de özne anlatılarında gözlemlenmiştir. Bireylerin haklarına dair bilgi ve erişim araçlarına ulaşamamalarının da sistematik bir dışlanma biçimi olduğu anlaşılmaktadır. Bulgular güçlenmenin desteklenmesi için haklara ilişkin farkındalık ile bu haklardan yararlanma kapasitesinin artırılmasını önceleyen eylem planlarına olan ihtiyacı görünür kılmıştır.

4.3.4. Ruh Sağlığı Politikalarının Düzenlenmesinde Hizmet Alanların Sesinin Eksikliği: “O sorundan mustarip olan kişiler en iyi çözümü tahmin edecek olanlardır.”

Kuramsal bölümde de bahsedildiği üzere toplum ruh sağlığı hareketinin savunusu ruhsal hastalık tanısı almış bireylerin yalnızca tıbbi müdahale alan edilgen hastalar olarak değil, toplumsal yaşamın aktif katılımcıları ve politika yapım süreçlerinin öznesi olarak tanımlanmalıdır. Ancak öznelerin anlatıları politika yapımı ya da sağlık, eğitim, sosyal hizmet gibi kurumsal hizmet modellerinin işleyişinin düzenlenmesinde hizmet alanların dâhil edilmediğini, deneyimden doğan bilginin politika üretiminde karşılık bulmadığını açık biçimde ortaya koyar niteliktedir. Özneler ruh sağlığına ilişkin uygulamaların çoğu zaman “masa başında”, “uzaktan” ve “genel geçer şablonlarla” üretildiğini ifade etmiş; bu durumun sahada ciddi karşılıksızlıklar yarattığını vurgulamıştır. Deniz, ruh sağlığı alanında yaşanan yapısal sorunların çözümü için yalnızca teknik bilgiye değil, o yaşantıyı deneyimlemiş kişilerin katkısına ihtiyaç duyulduğunu şöyle dile getirmiştir:

“Bir konuda bir insanı anlamak ve hayatını kolaylaştırmak istiyorsak o insanla iletişime geçmeden bunu yapamayız. O sorundan mustarip olan kişiler en iyi çözümü tahmin edecek olanlardır.” (Deniz, tanı alan ebeveyn: anne)

Bu ifade hizmet alanın pasif bir faydalanıcı değil, politikanın eşit bir kurucu bileşeni olarak değerlendirilmesi gerektiğine işaret etmektedir. Ancak mevcut sistem bu diyalogu kurmaktan uzak, yukarıdan aşağıya işleyen bir yapı üretmektedir. Benzer biçimde Derin, karar alıcı düzeyde yapılan ruh sağlığı toplantılarına genellikle “ağalar, paşalar” ın katıldığını, ancak bu kişilerin yaşantıyı bizzat deneyimlemedikleri için sahaya dair bilgi aktarımı yapamadıklarını şu sözlerle ifade etmiştir:

“Üst düzey toplantılarda olanlar sahayı bilmiyor. Orada bu süreci bizzat yaşamış biri olmalı. Yoksa hep kör nokta kalıyor.” (Derin, tanı alan ebeveyn: baba)

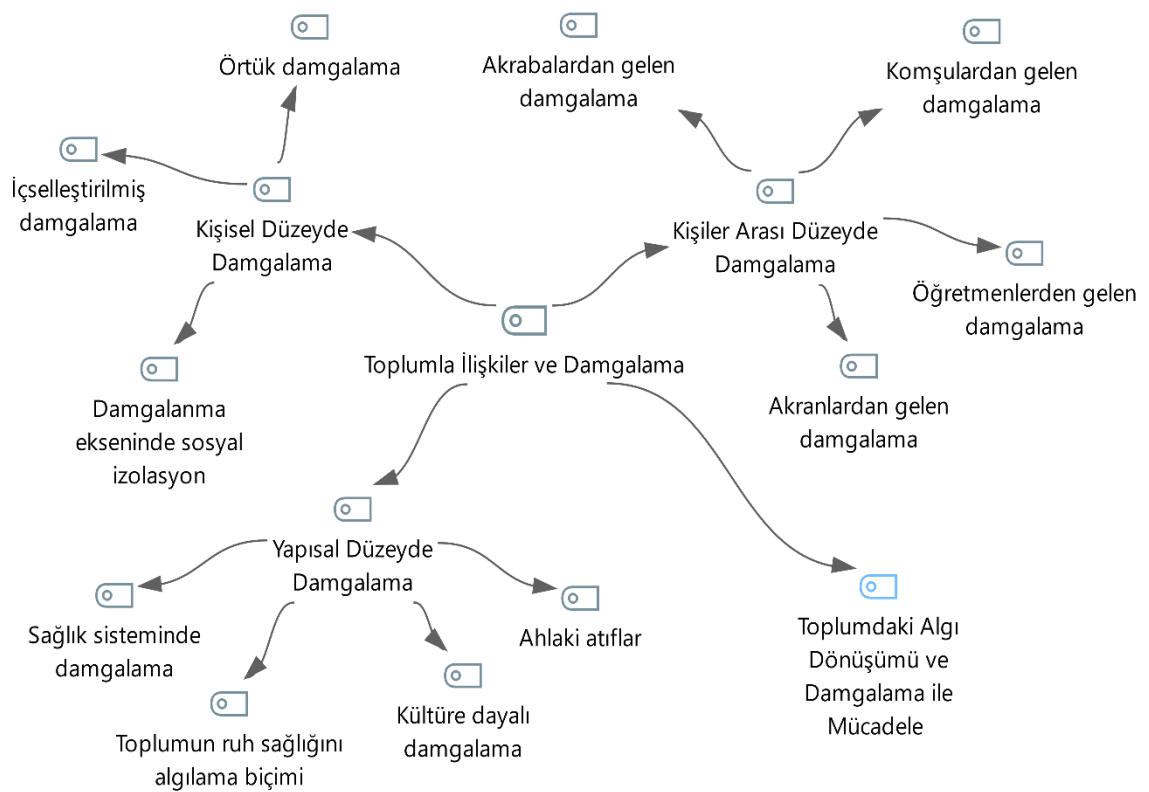
Bu anlatılar katılım ilkesinin retorik düzeyde kalmadan, karar alma süreçlerinde içselleştirilmesi gerektiğini ortaya koymaktadır. Katılımcı sosyal politika yaklaşımı öznelerin tek başına hizmeti alan değil, onu birlikte tasarlayan aktörler olması gerektiğini savunmaktadır. Ancak bu çalışma kapsamında böyle bir katılımın yapısal olarak sağlanmadığı ve teşvik edilmediği görülmüştür. Atakan'ın *“Bu benim bu süreçlerle ilgili ilk defa konuşmam. İlk defa bu konudaki fikirlerimi biri soruyor bana.”* cümlesi, hizmet alanların deneyimlerinin sistemin hiçbir katmanına yansımadağını ve ilk kez bu araştırma sırasında konuşabildiğini ifade etmesi açısından anlamlıdır. Bu cümle bireysel bir sessizliğin yanı sıra kurumsallaşmış bir suskunluğun varlığını temsil eder niteliktedir. Ve çocukken yaşadığı deneyimleri yıllarca ifade edememiş bir bireyin ruh sağlığı sisteminin dışında bırakıldığını, bir politika öznesi olarak hiç varlık gösteremediğini yansıtmaktadır.

Öznelerin tamamına yakınının yaşadığı kriz, bakım yükü, ihmal ya da sosyal dışlanma süreçlerine dair *“fikirlerinin alınmadığını”* belirtmiş olmaları çocukların ve gençlerin katılım hakkının sistematik olarak ihlal edildiğinin bir göstergesidir. Sonuç olarak ruh sağlığına ilişkin politika ve uygulamaların şekillendirilmesinde hizmet alanların sesine sistematik biçimde yer verilmemesi sahadaki boşlukların süreğenliğini artırmakta ve sunulan hizmetlerin hissedilen ihtiyaçla bağınyı zayıflatmaktadır. Oysaki öznelerin anlatıları gözlem ya da tanıklıktan ziyade politik biçimlendirme süreçlerinin en hakiki bilgi kaynaklarından biridir.

Sonuç olarak ebeveynin ruhsal hastalığı gibi bir risk olgusu hem kişisel hem yapısal kırılmalıklar üzerinden değerlendirilmelidir. Bu bağlamda sosyal hizmet sisteminin işlevselliği hem risk faktörlerinin azaltılmasında hem de koruyucu faktörlerin desteklenmesinde kritik bir rol oynamaktadır. Çalışmanın bulguları, eğitim, sağlık ve sosyal hizmet politikalarında koruyucu ve önleyici, hak temelli ve bütüncül müdahale modellerinin yapılandırılması ve yaygınlaştırılması gerektiğine işaret etmektedir.

4.4. TOPLUMLA İLİŞKİLER VE DAMGALAMA- PULLARIMI GÖMDÜĞÜM DENİZ SÖYLEDİ TUZUNU BANA⁶

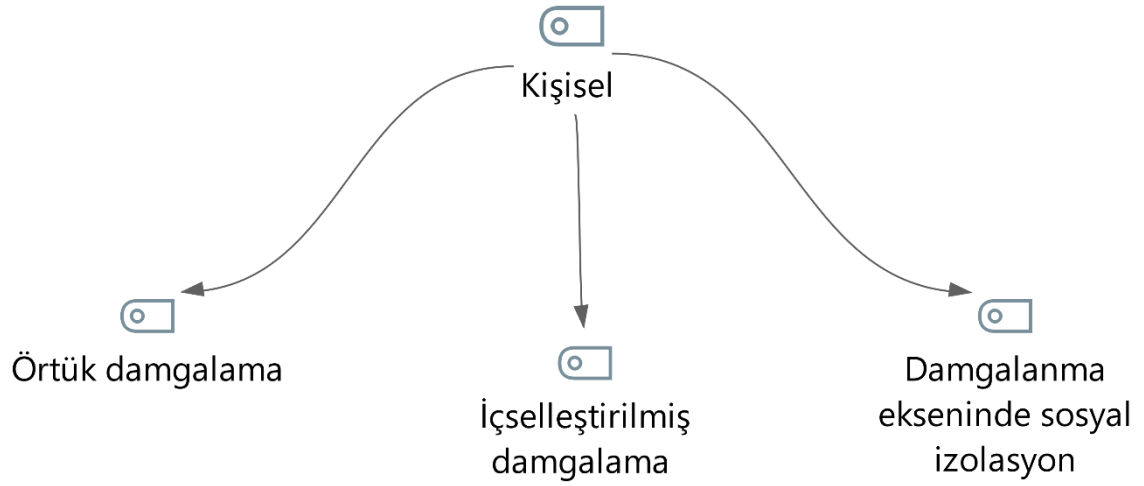
Bu tema kapsamında öznelerin topluyla kurdukları ilişkilerde karşılaştıkları damgalanma biçimleri ve bu deneyimlerin kişisel, kişiler arası ve yapısal düzeylerde nasıl inşa edildiği değerlendirilmiştir. Pullarını gömdükleri deniz tarafından taşlanan özneler, ebeveynlerinin ruhsal hastalığı nedeniyle çoğu zaman örtük ya da açık biçimde etiketlenmiş, kimi zaman akranları, öğretmenleri ya da komşuları tarafından dışlanmış, kimi zamansa sağlık sistemi ve kültürel normlar eliyle görünmezleştirilmiştir. Bu tema aidiyet kurmak istedikleri toplum tarafından görünmez yaralarına tuz basılan öznelerin topluyla kurdukları ilişki biçimlerini görünür kılmaya çalışmaktadır.



Şekil 26. Toplumla İlişkiler ve Damgalanmanın İnşasını Gösterir Kod Modeli

⁶ Mabel Matiz (Fatih Karaca) tarafından yazılıp Onur Nevşehir tarafından bestelenen " Pullarımı Gömdüğüm Deniz" isimli Mabel Matiz şarkısına ait sözdür. URL: <https://youtu.be/tbTtPzv9iSg?si=dcRcMlxuzBmDkQq0>

4.4.1. Kişisel Düzeyde Damgalanma: “Annemin akıl hastası olduğunu kimseye söylemezdim. Öldü derdik. Yok derdik.”



Şekil 27. Kişisel Düzeyde Damgalanmayı Gösterir Kod Modeli

4.4.1.1. Örtük Damgalama

Damgalama kişilerin bir farklılık üzerinden etiketlenmesi ve bu etiketin toplumsal ilişkiler içinde yeniden ve yeniden üretilmesi sürecidir. Goffman'ın (2021) damgalama kuramına göre toplum, "normal" addedilen kimliklere göre bir standart belirler ve bu standarttan sapma gösterenler ile onların yakınlarını "eksik" ya da "kusurlu" olarak konumlandırır. Bu süreç, yalnızca görünür bir etiketlemeyle sınırlı kalmaz. Bireylerin kendi kimliklerini ifade etme biçimlerini, ilişki kurma pratiklerini ve sosyal dünyaya katılım yollarını da şekillendirir. Ebeveyni ruhsal hastalık tanısı almış kişilerin toplumla ilişkilene deneyimlerinde baskın biçimde ortaya çıkan damgalama çoğu zaman örtük imalar, sessizlik, uzaklaşma ve görmezden gelme yoluyla inşa edilmiştir. Toplumsal ilişki ağlarının içine yerleşmiş bu örtük dışlayıcılık biçimleri, öznelere kendilerini ifade etme, ait hissetme ve destek arama davranışlarını doğrudan etkilemiştir. Bu bölümde toplumla ilişkilene melerde üretilen damgalamanın öznelere tarafından nasıl dile getirildiği ve damgalanmaya karşı geliştirdikleri stratejilerle birlikte ele alınmıştır.

Öznelere anlatılarında örtük damgalanma örüntülerine rastlanmıştır. Bu bağlamda öznelere kimliklerinin damgalanacağını düşündükleri parçasını

görünmez kılmaya çalışmışlardır. Özne anlatılarında bu stratejiler çoğunlukla utanç, çekinme, kendini ifade etmekten geri durma ve sosyal maskelerle görünürlükten kaçınma biçiminde tezahür etmiştir. Öznelerden Asi, toplumda ötekileştirilen bireylerle özdeşleştiğini ifade ederken, kendi görünürlüğünü geri çekerek kendine “güvenli” bir alan açtığını belirtmektedir:

“Ben mesela çok uzun bir süre kendimi sıkıntılı olarak gördüğüm için, hem de biraz cinsiyet kimliğimle de alakası var bu durumun. Nasıl desem, bütün toplumdan dışlananlar olarak, bunun içinde sapığı var, çok dürtüsel hareket ettiği için olan sapığı var ayrı bir kategori olarak. Yani o bütün dışlanan insanlar birlikte arkadaşlık ediyorduk. Ama ben mesela kendimi çok sıkıntılı gördüğüm için de kendimi o insanlara ait hissedip o insanlarla görüşmüş olabilirim.” (Asi, tanı alan ebeveyn: anne)

Lülü, öğretmeninden aldığı “sen çok sivri zekalısın” övgüsünü ilk anda bir aşağılama ya da dolaylı bir hakaret olarak algıladığını, bunun nedeninin annesiyle özdeşleştirilmiş bir damganın (ruhsal hastalık ve olası “delilik” yaftası) kendisine bulaşma ihtimali olduğunu dile getirmiştir:

“Sen çok sivri zekalısın dediğinde önce ilk hissettiğim acaba annemin akıl hastası olduğunu mu duydu? Sivri zekanın hakaret olduğunu zannettim önce.” (Lülü, tanı alan ebeveyn: anne)

Lülü bu sözü ilk duyduğunda zekânın olumlu bir özellik olduğunu düşünmek yerine, “aşırı zekâ”nın ya da “sivrilenin” toplumsal anlamda “anormal” ya da “rahatsız edici” olarak yorumlanabileceğini düşünmüştür. Bu düşünce bireyin kamusal alanda var olma biçimini etkileyen, görünmez bir damga yönetimi stratejisine işaret etmektedir denilebilir. Lülü kimliğinin bu parçasını gizlemeye çalıştığı gibi, her sinyali bu kimliğin açığa çıkma ihtimaliyle ilişkilendirerek yorumlamıştır. Örtük damgalama içinde kodlanan ifadeler öznelerin toplumun tepkisini önceden kestirerek kimliklerinin belirli yönlerini sakladıklarını, “görünmezlik” yoluyla var olmaya çalıştıklarını göstermektedir.

4.4.1.2. İçselleştirilmiş Damgalama

Bulgularda sıklıkla rastlanan bir diğer örüntü de öznelerin toplumun ruhsal hastalık veya hasta yakını olma hâline yönelik negatif yargılarını kendi benliklerine yönelttiklerini ve bu yargıları içselleştirerek kendilerini değersiz ya da eksik hissettiklerini gösteren içselleştirilmiş damgalamadır.

“Ben bile kabul etmemiştim akıl hastası bir kadının çocuğu olmayı. Paylaşmaktan utanıyordum.” (Lülü, tanı alan ebeveyn: anne)

“İçimde bir ses sürekli bana herkesin hayatı öyle olur ama seninki öyle olmaz. Herkes oraya gidebilir ama sen oraya gidemezsin çünkü senin baban normal değil gibi bir ses vardı içimde. Bunu çok uzun süre atlatamadım. Hala tam olarak atlattığıma emin değilim. Bir şeylerin hayatta böyle tam olarak yoluna girebileceğine inanamıyorum. Bir şeyler yoluna girince de şaşırıyorum. Aha oldu falan diye. Halbuki gayet normal herkeste olabilecek şeyler.” (Karatay, tanı alan ebeveyn: baba)

Bu durumun utanılacak bir şey olmadığını bilmesine rağmen içten içe bir değersizlik hissi taşımaya devam ettiğini ifade eden Karatay ve Lülü'nün anlatıları üzerinden öznelerin hem ebeveynleriyle olan ilişkilerinde hem de kamusal yüzlerinde bir “ikilik” yaşadıklarını, bu ikiliği korumak için çoğu zaman gerçeği inkâr ettiklerini söylemek mümkündür.

4.4.1.3. Damgalanma Ekseninde Sosyal İzolasyon

Bulguların ortaya koyduğu üzere damgalanma korkusu nedeniyle yaşanan inkâr ya da gizleme ihtiyacı öznelerin çevreleriyle olan ilişkilerinde geri çekilmeye, yalnızlaşmaya ve duygusal bağ kurmaktan kaçınmaya yani sosyal izolasyona yol açmıştır. Öznelerin büyük bir kısmı arkadaşlık ilişkilerinde yüzeysel kaldıklarını ve çoğu zaman insanlarla duygusal bağ kuramadıklarını ifade etmiştir. Burçak, yalnızca liseden bir arkadaşının babasının durumunu bildiğini ifade ederken, Deniz ise sürekli ebeveyniyle ilgili düşünceler aklını meşgul ettiği için kimseyle yakın arkadaşlık kuramadığını belirtmiştir:

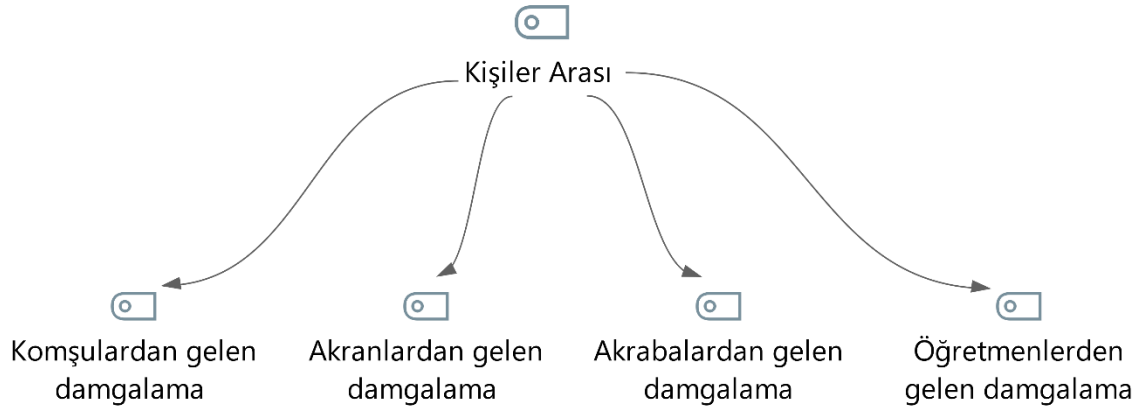
“Kendi yaşadığım travmaları tam anlamıyla çözemedim. O zaman keşfettim. Çünkü o süreçte ister istemez uykuda problem yaşıyorsunuz. Düşüncelerinizde problem yaşıyorsunuz. Geleceğe dair bir umudunuz yok. İnsan ister istemez şunu düşünüyor. Ölene kadar ailemle mi ilgileneceğim? Ben hayallerimin peşinden gidemeyecek miyim? Çünkü yani ister istemez her şeyde onları da düşünmeniz gerekiyor attığınız her adımda. Kafanızda bu kadar düşünce olunca ister istemez sosyal ilişkilerinizde tabii bir şekilde ilerleyemiyorsunuz.” (Deniz, tanı alan ebeveyn: anne)

Karatay ise yaşlılarının “basit sorunlarını” küçümseyerek kendi dünyası ile sosyal çevresinin dünyası arasındaki farklılıklar nedeniyle insanlardan uzaklaştığını çarpıcı bir şekilde ifade etmiştir:

“Şöyle oldu, beni yalnızlaştırdı. Çünkü arkadaşlarımdan dertlerine bakıyordum. Onların dertleri bambaşkaydı. İşte sevgililerinden ayrılmak gibi, işte düşük not almak gibi. Onların derdi benim nezdimde çok basitken, benim derdim acaba eve gidince babam işte delirip beni doğrayacak mı bıçakla, öldürecek mi? Mesela benim lise çağım böyle geçti. İnsanların derdi çok basit geliyordu bana. Ve o yüzden kendi yaşlılarımla pek bir ilişki kuramıyordum. Daha olgun işte benden 6-7 yaş büyük, belki 10 yaş büyük insanlarla daha fazla iletişim kurabiliyordum. ... Çocukken de öyleydi. Yetişkinliğimde de böyle devam etti. Yaşlılarımla pek iletişim kuramıyorum.” (Karatay, tanı alan ebeveyn: baba)

Bu anlatılar öznelerin sadece damgalanma korkusuyla değil, yaşadıkları deneyimleri “normatif hayat” ile örtüştüremedikleri için de kendilerini geri çektiklerini göstermektedir. Bu durum kişisel düzeyde görülen ilişkisel damgalanma kadar, “yaşantının aktarılabilir olmamasının” getirdiği bir yalnızlaşmayı da işaret etmektedir. Yaşlılarının gündemleriyle kendi deneyimleri arasındaki kopukluk, öznelerde hem yabancılaşma hem de aidiyet eksikliği duygularını pekiştirmiştir. Bu da sosyal izolasyonu kronikleşen bir yaşam biçimi haline getirmiştir.

4.4.2. Kişiler Arası Düzeyde Damgalanma: “Ben seninle arkadaşlık yapamam çünkü senin baban ruh hastasıymış.”



Şekil 28. Kişiler Arası Düzeyde Damgalanmayı Gösterir Kod Modeli

Ebeveyni ruhsal hastalık tanısı almış bireylerin çocukluk anlatılarında en yakından en uzağa doğru ilerleyen bir sosyal çevre örüntüsü içinde komşular, akrabalar, akranlar ve öğretmenler eliyle farklı biçimlerde damgalanma yeniden ve yeniden üretilmiştir.

4.4.2.1. Komşulardan Gelen Damgalama

Öznelerin en sık karşılaştığı kişiler arası damgalama biçimlerinden biri komşular tarafından yöneltilen dışlayıcı tutumlar olmuştur. Ahsen komşuların ailelerine karşı mesafe koyduklarını ve bu mesafenin açıkça hissedildiğini belirtmişti:

“Herkes uzaktı. Suçlama mı deyim... Uzaklaşıyorlardı. Kendinden sınırlandırıyorlardı.” (Ahsen, tanı alan ebeveyn: baba)

Bu damgalamaların hem bireye hem de onun aile aidiyetine yönelik olduğu görülmektedir. Karatay, babasının hastalığının “*huyululuk*” ya da “*esereklilik*” gibi adlarla anıldığını, bunun da komşular arasında şaka yoluyla dolaşan ama kendisinde incinme yaratan bir dil ürettiğini söylemiştir:

“Komşular dersek de yani daha sosyoekonomik düzey düşük, eğitim düzeyi düşük bir çevrede yaşadığım için. Bu bir huy, babamın normali gibi tanımlandı. İşte eserekli adam gibi ve dalga geçilmeler işte bunun üzerinden goy goy yapmalar gibi. Böyle şeylerle de karşılaştım. Aa zaten senin baban buna kızar ki. Sen zaten onu

yapamazsın ki zaten baban seni döver işte. Sen onu yapsan baban seni öldürür gibi. Böyle cümleleri çevreden işte komşulardan da duyunca zaten çok üzülüp geriliyordum. Yani burada aslında şaka yollu bir damgalama vardı ama babama değil bize karşıydı bu.” (Karatay, tanı alan ebeveyn: baba)

Bu anlatılar öznelerin mahalle ölçeğinde kolektif bir damgalamayla çevrelendiğini gösterir niteliktedir. Komşuların sergilediği bu tutumlar, çocukların sosyal çevrede güvensizlik, utanç ve yabancılaşma hissetmelerine neden olmaktadır. Aynı zamanda ruhsal hastalığa dair toplumsal algıların yüzeysel, etiketleyici ve aşağılayıcı boyutunu da gözler önüne sermektedir. Bu durum mahalle bağlamında damgalamanın kültürel temellerle nasıl iç içe geçtiğini de işaret etmektedir.

4.4.2.2. Akranlardan Gelen Damgalama

Damgalamanın yalnızca alay ya da adlandırma yoluyla değil, duygusal temasın kesilmesi, “merhaba-merhaba” düzeyinde sınırlandırılmış ilişkiler kurulması ve öznelerin yalnızlaşmasına neden olan bir mesafelenme süreciyle de işlediği görülmektedir. Özellikle çocukluk ve ergenlik döneminde bireyin sosyal kimliğini şekillendiren en güçlü sosyal çevrelerden biri olmasına rağmen akranlar arasında damgalama sıklıkla görülen bir örüntüdür. Sahra, çocukken babasının hastalığını arkadaşlarına söyleyip ardından arkadaşının dediğini aktarmıştır:

“İlk burada hani böyle ailelerden bahsedilir. Ben babamın ruh hastası olduğunu söyledim sonra bu kız da ertesi gün böyle geldi bana ben seninle arkadaşlık yapamam. Neden dedim. Senin baban dedi ruh hastasıymış dedi. İyi olduğunu söyledim sana dedim, ben yapamam dedi. Ondan sonra ben de onların evine gittiğimde evlerinde içki şişeleri falan görmüştüm tamam mı ben de seninle yapamam senin baban da içiyor demiştim. Yani çocukken böyle acımasız olursun ya, o seni acıttı, canını yaktı. Ben de böyle yapmıştım.” (Sahra, tanı alan ebeveyn: baba)

Bu anlatı açık biçimde dışlamanın çocuklar arasında nasıl kolaylıkla yeniden üretildiğini, yetişkinlerin taşıdığı önyargıların kuşaklar arası aktarımı yoluyla çocuklara nasıl geçtiğini ortaya koymaktadır. Bu tür deneyimlerin öznelerde erken yaşta kırılma, utanma ve ilişkisel savunma davranışlarının yerleşmesine

neden olarak, ileriki yaşamda güvenli bağlar kurmayı zorlaştıran bir psikososyal zemin oluşturduğu söylenebilir.

4.4.2.3. Akrabalardan Gelen Damgalama

Öznelerin anlatıları damgalamanın yalnızca komşulara ya da akranlara özgü olmadığını, aynı zamanda en yakın sosyal çevre olan akrabalardan da kaynaklanabileceğini açık biçimde ortaya koymuştur. Özneler, özellikle ebeveynin ruhsal hastalığının yarattığı toplumsal damgaların akrabalarla ilişkilerde sessizce yeniden üretildiğini, bazı durumlarda ise açık dışlamalara ve aşağılayıcı etiketlemelere dönüştüğünü ifade etmişlerdir. Damgalama sözlü ifadelerin yanı sıra duygusal mesafenin artması, temastan kaçınılması ve bireyin görünmezleştirilmesi gibi örtük yollarla da gerçekleşmiştir. Lülü'nün teyzeleri hakkındaki sözleri ailesi tarafından sistematik bir dışlanma yaşadığını ve bu dışlanmanın hem annesine hem de kendisine yöneldiğini göstermektedir:

“Altı kız kardeşin altısını da böyle gördüm... Niye muhatap olsunlar? Hani bu kadar hayatın onlar için getirdiği fırsatların içine niye akıl hastası bir ablayı soksunlar? Ya da onun yuvadaki çocuklarını soksunlar?” (Lülü, tanı alan ebeveyn: anne)

Bu ifade akraba düzeyinde kurumsallaşmış damgalamanın, aidiyet duygusunu nasıl zedelediğini ve “değer” atfının nasıl ruhsal sağlık statüsüne bağlandığını açıkça ortaya koymaktadır. Benzer şekilde Sahra'nın “Deli! Deli!” biçiminde tekrar edilen dışlayıcı söylemleri hatırlaması ve “delinin kızı” biçiminde arkasından konuşulduğunu öğrenmesi, kolektif bir etiketin taşıyıcısı hâline geldiğini ve çocukluk döneminde kendisine yöneltilen bu tanımlamaların uzun vadeli etkiler bıraktığını göstermektedir. Burada damgalama hem ebeveyne hem de doğrudan çocuğun kimliğine sirayet eden bir miras gibi işlemektedir.

Bu anlatılar öznelerin hem “taşınan damga” hem de “yansıtılan sosyal kimlik” aracılığıyla sistematik olarak dışlandığını ve bu dışlanmanın sosyal olarak inşa edilmiş bir süreç olduğunu ortaya koymaktadır. Ayrıca bu durum, yani en yakın sosyal çevresinde yaşadığı ayrımcılığın, gelişimsel olarak güven duygusunu ve benlik algısını zedelediğini de göstermektedir.

Sonuç olarak akrabalardan gelen damgalama aidiyet, kabul ve güvenlik gibi temel psikososyal ihtiyaçların karşılanmasını da engellemiştir. Bu durum sosyal

izolasyonunu artıran ve psikolojik dayanıklılığını zorlayan önemli bir risk faktörü olarak görülebilir. Ayrıca akrabaların destekleyici bir yapı olması varsayımının her zaman geçerli olmadığını, müdahale planlarında aile içi damgalayıcı dinamiklerin görünür kılınmasının ve alternatif destek mekanizmalarının yapılandırılmasının gerekliliğini ortaya koymaktadır.

4.4.2.4. Öğretmenlerden Gelen Damgalama

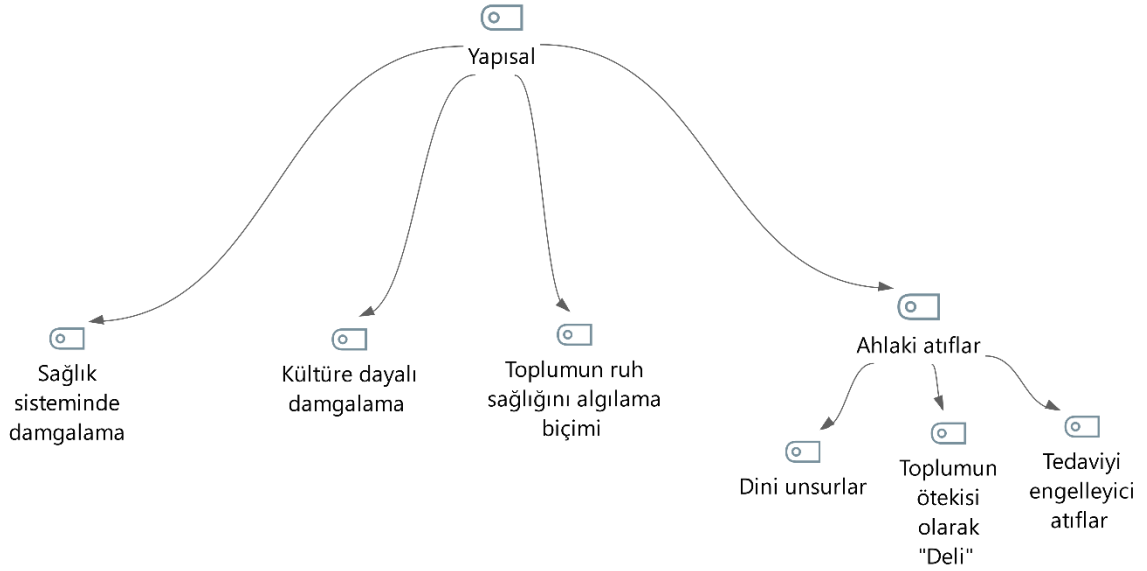
Bulgulara göre tüm bu kişiler arası ilişkiler ağı içinde öğretmenlerin konumu ayrı bir kırılma noktası olarak öne çıkmıştır. Öğretmenlerin destekleyici rolünün yanı sıra çocukla kurdukları ilişki biçimiyle damgalamayı yeniden üretebildiklerini gösteren anlatılar da mevcuttur. Öznelerden Yağmur okulda sorunlarını asla dile getiremediğini, öğretmenleri tarafından kendisiyle dalga geçildiğini “Okuldaki hocalar bile bana bunu yaptı, dalga geçti benimle. Yani öyle söyleyeyim, bir derdimi asla anlatamazdım. Bana da bir deli muamelesi” sözleriyle anlatmıştır. Bu anlatı öğretmenlerin, çocukların sosyal kimliklerini “eksik” ya da “sorunlu” olarak çerçevelemesinin damgalamanın otorite figürleri eliyle de yeniden üretilmesine yol açtığını göstermektedir.

Sonuç olarak bir kişinin toplumsal normlardan sapmış bir kimlikle ilişkilendirilmesi, onunla ilişkili tüm çevresel bağlar için “sorunlu” bir alan yaratır niteliktedir. Özellikle norm belirleyici otorite pozisyonundaki bir yetişkinin damgalayıcı tutumu, çocuğun okul ortamındaki aidiyet duygusunu zedeleyerek eğitime olan motivasyonunu olumsuz yönde şekillendirebilmektedir. Damga, hasta olan ebeveynin taşıdığı bir iz olmaktan çıkıp aile üyelerinin ve bu çalışma özelinde çocuklarının sosyal haritasına işlenen bir kalıp olarak risk faktörü halini almıştır.

4.4.3. Yapısal Düzeyde Damgalama: “Bipolarsın, şizofrensin dediklerinde insanların o korkulu bakışlarını hâlâ çözmüş değiliz.”

Bireyin bir grubun üyesi olması nedeniyle sistematik biçimde dezavantajlı konuma itilmesi yapısal düzeyde damgalanmayı ortaya çıkarmaktadır. Bu durum,

hizmete erişim, tedavi hakkı, eğitim olanakları ve toplumsal görünürlük gibi alanlarda kalıcı eşitsizliklerin oluşmasına yol açar.



Şekil 29. Yapısal Düzeyde Damgalanmayı Gösterir Kod Modeli

4.4.3.1. Sağlık Sisteminde Damgalama

Görüşmelerde sağlık sisteminden toplumsal normlara, kültürel geleneklerden medya temsillerine uzanan geniş bir düzlemde yapısal dışlama biçimlerinin nasıl içselleştirildiğine, yeniden üretildiğine ve öznelerin hayatında nasıl somutlaştığına dair bulgulara ulaşılmıştır. Az sayıda özne sağlık sistemiyle kurdukları ilişkilerde doğrudan damgalayıcı ve ayrımcı yaklaşımlarla karşılaştıklarını aktarmıştır. Lülü psikiyatri hastalarının hastaneye yatırılırken dahi sınıflandırıldıklarını şöyle ifade etmiştir:

“Sağlık sistemi hastaya bile yeterince yetmiyor. Çünkü hastaları ayırmışlar: Problem çıkararan, çıkarmayan. Uyumlu, uyumsuz.” (Lülü, tanı alan ebeveyn: anne)

Bu da ruh sağlığı hizmetlerinde kişinin sistemle kurduğu uyumun esas alındığı bir yaklaşımın olduğunu açığa çıkarmaktadır. Bu tür damgalayıcı yaklaşımlar toplumsal normlar ve kültürel yapı içerisinde de yeniden üretilmektedir.

4.4.3.2. Kültüre Dayalı Damgalama

Öznelerin anlatıları yaşanılan yörelerin kültürü temelinde oluşturulan “delilik olgusunun” ruhsal hastalıklara dair damgayı oluşturmaya etki ettiğini ortaya koymuştur. Özellikle kırsal kesimlerde hâlen ruhsal hastalıkların “delilik”, “cin çarpması” ya da “ailenin ayıbı” şeklinde tanımlandığını gösteren anlatılar mevcuttur. Öznelerden Sahra, ruhsal hastalıkların “akrabalardan saklamaya” çalışılırken sosyal çevreyle daha kolay paylaşılabilirdiğini anlatmıştır:

“Arada bir böyle aman duymasınlar, etmesinler diye kendi aralarında... Ailelerinden! Bak ben bunu çok duydum. Ailelerinden saklıyorlar ama diğer böyle arkadaş çevreleri, eş dost hani böyle şey olur ya yakın buldukları insanlardan mesela saklamıyorlar. Ama akrabalar saklanıyor. ... Akrabalar bilmiyor ama yedi kat el biliyor, niye çünkü ailenin ayıbı!” (Sahra, tanı alan ebeveyn: baba)

Öznelerin bir kısmı olumsuz tanımlamalar nedeniyle hastalığı sakladıklarını, yardım arayışını gizlediklerini ya da tedavi yerine “hocaya götürme” gibi alternatif yollar arandığını ifade etmiştir. Kültürel düzlemde şekillenen bu dışlayıcı bakış açısı “itibar, aile adının kötü anılması” gibi kolektif değerlerle iç içe geçmiştir:

“Hep yaşadığım yerde şunları duyarak büyüdüm sürekli. Bende de öyle bir algı vardı da algım yavaş yavaş değişmeye başladı. Ben psikiyatrik hastalığa gidene böyle hep deli gözle bakılıyordu. Yani hocaya gidilirdi. ... Hani doktora gidersen güçsüzsün, delisin gibi böyle bir lakap takıyorlardı. Ama ben artık bunun gerilik olduğunu düşünüyorum.” (Yağmur, tanı alan ebeveyn: baba)

“Biliyorsun küçük yerlerde Deli! Deli diye gösterilir, alay edilir, istismar edilir. Ama aile asla bunun nasıl yönetileceğini bilmez.” (Lülü, tanı alan ebeveyn: anne)

Öznelerden Deniz’in kardeşinin evlilik sürecinde aile içinde dillendirilen cümle bu kültürel kodların, bireyin yaşamını doğrudan nasıl belirlediğini göstermektedir:

“Abimin evleneceği zaman bile şu soru soruldu aile içinde. Acaba onlar da duyar mı? ... Acaba abimin evliliğine bu aslında engel olur mu? Sorun olur mu diye çok düşündük.” (Deniz, tanı alan ebeveyn: anne)

Bu ifade, ruhsal hastalık tanısının sadece tanı alan kişiyle değil, ailenin tamamıyla ilişkilendirilen kalıtsal, utanç verici bir durum olarak algılandığını ve bir “aile damgasına” dönüştüğünü ortaya koymaktadır. Kültürel zeminde kurulan bu damgalama pratikleri toplumun genel olarak ruh sağlığına dair algı biçimleri ile doğrudan bağlantılıdır.

Bulgular ruhsal hastalıklara yönelik damgalamanın kültürel normlar ve kolektif değerlerle doğrudan bağlantılı olduğunu göstermektedir. Ruhsal hastalıkların “delilik” ya da “ailenin ayıbı” gibi kavramlarla açıklanması hastanın ve ailesinin sosyal itibarını tehdit edici bir unsur olarak görülmesine yol açmaktadır. Bu nedenle aileler hastalığı akrabalarından saklama, yardım arayışını gizleme veya alternatif yöntemlere yönelme eğilimi göstermektedir. Akışkan sosyal ilişkilerin hâkim olduğu topluluklarda, bireysel kimlikten ziyade “aile kimliği” ön planda tutulmakta ve ruhsal hastalığın getirdiği etiket, aile üyelerinin toplumsal kabulünü doğrudan tehdit etmektedir. Ailede ruhsal hastalığın varlığı, ailenin toplumdaki “sağlıklı aile” arketipine zarar verebilecek bir unsur olarak görülmekte ve bu nedenle hastalık gizlenmeye çalışılmaktadır.

4.4.3.3. Toplumun Ruh Sağlığını Algılama Biçimi

Öznelerin büyük bir kısmı toplumun ruh sağlığı sorunlarını tanımlamakta zorlandığını, bu sorunları genellikle “şiddet, sapkınlık, tehlike” gibi kavramlarla eşleştirdiğini belirtmiştir. Araştırma öznelerinden Burçak, babasının nöbetlerinin mahallelinin gözünde “delilik” ve “tehlike” göstergesi olarak konumlandığını ve komşuların babasından korktuğunu belirtmiştir:

“Ya hocam herkes korkuyor açıkçası. Babamı görünce öyle. Ne bileyim sokakta millet çocuğunu oynatamıyor babam köydeyken ya. Hani korkuyorlar açıkçası. Hani deli damgasını yedi ya bir kere yani yapacak bir şey yok ama garip. ... Onlar biri gidiyor birine söylüyor. Diğeri gidiyor diğerine söylüyor. Böyle yani. Kulaktan kulağa duyuluyor, duyuluyor. Tüm koca köy babamdan korkuyor. Kimse de yaklaşmıyor.” (Burçak, tanı alan ebeveyn: baba)

Bu korkunun tanı alan bireyi ve ailesini toplum dışına iten ve kulaktan kulağa aktarılan bilgiler ile sosyal izolasyona yol açan bir toplumsal yapıya zemin

hazırladığı görülmektedir. Özneler, bu dışlama sürecinde medyada yer alan temsiller ile gazetelerde yer alan “*şizofren X ailesini katletti*” haberlerinin fazlaca etkili olduğunu vurgulamışlardır. Atakan ve Derin’in anlatıları ruh sağlığına yönelik algının toplumca organize edilen bir dışlama süreci olduğunu gösterir niteliktedir:

“Babamın bu ilk ikna sürecinden bahsediyoruz ya hani aslında o babamın kendi ikna olma süreci değil, toplumsal bir ikna olma süreci. Yani o adam kafasında mahalle baskısını hissediyor, Mahalle baskısını yaşıyor. Babası ne diyecek, abisi ne diyecek, kardeşleri ne düşünecek. Arkadaşları ne diyecek? Onları düşünüyor ve bir ikna, yani bir ikna süreci oluyor. Ya bir insan mesela kanser olsa tedavisi için ikna edilir mi insan!” (Atakan, tanı alan ebeveyn: baba)

“Toplum tarafından hala evet kabul görmüş olsa da evet insanlar daha fazla tedavi almış olsa da ama işte ne bileyim bir insanın sarı saçlısın, mavi gözlüsün diye etiketlemiyorlar ama işte bipolarsın, şizofrensın, paranoidsın bilmem nesin diye etiketlendiklerindeki insanların o korkulu bakışlarını hala çözmüş değiliz.” (Derin, tanı alan ebeveyn: baba)

Bu örüntüler aynı zamanda kurumsallaşmış bir güç oluşturarak hasta ve ailesi üzerinde haklarına erişimi dahi engelleyecek kadar öz sansür de oluşturmaktadır:

“İnsanlar etiketlenmemek için gitmiyorlar. Sicilime işler mi, iş bulabilir miyim?” (Asi, tanı alan ebeveyn: anne)

“Mesela insanlar psikiyatri fişi kestirip o psikiyatrın kapısının önünde bile durmaya utanıyor. Ya mesela psikiyatrinin önünde durmuyor, gidiyor ortopedinin önünde duruyor, sırası gelince hemen içeri giriyor. En basiti bu. Yani insanların gene kabul etmesi zor.” (Nehir, tanı alan ebeveyn: baba)

Buradaki anlatılar toplumun ruh sağlığı sorunlarını genellikle olumsuz kavramlarla eşleştirdiğini ve psikiyatrik tanı alan bireyler ile ailelerini görünmeyen bir çeperin dışına ittiğini göstermektedir. Mahalleli ve yakın çevrenin korkuya dayalı yaklaşımı, hasta ve ailesini toplumdan izole ederek damgalama döngüsünü pekiştirmektedir. Medyada ruhsal hastalıkların sıklıkla olumsuz ve şiddetle ilişkilendirilerek sunulması da bu algıyı güçlendirmektedir. Sonuç olarak,

toplumun ruh sağlığını algılama biçimi hem tanı alan bireyin hem de ailesinin sosyal yaşamdan dışlanmasına ve haklara erişim konusunda öz sansüre yol açan derin bir damgalama ortamına yol açmaktadır. Bu yapısal damgalamanın en tehlikeli yönü de görünmezliğe ve suskunluğa dönüşmesidir. Bu görünmezliğe en büyük katkı yapan etmenlerden biri de ahlaki atıflardır.

4.4.3.4. Ruhsal Hastalıklara Ahlaki Atıflar

Ebeveyni ruhsal hastalık tanısı almış öznelerin anlatıları bu ahlaki atıfların dini referanslar, kadercilik, “deli” yaftası ve tedaviye erişimi engelleyen toplumsal baskılar üzerine inşa edildiği yönündedir. Birçok öznenin anlatılarında dini unsurların hem baş etme stratejisi olduğu hem de damgalayıcı pratiklere zemin hazırladığı görölmektedir. Ruhsal hastalıkların “*iman eksikliği*”, “*günah*”, “*duadan uzaklaşma*” ya da “*Allah’ın cezası*” gibi anlamlarla çerçeveslendiği durumlarda, bireylerin sağlık hizmetlerine yönelmesi gecikmiş, tedavi arayışı yerine hocaya gitme, muska yazdırma, okunmuş su içirme gibi pratikler tercih edilmiştir. İlahiyat Fakültesi mezunu olan Karatay bu atıfları şu çarpıcı sözlerle ifade etmiştir:

“Dini inanışlar ve yanlış inanışlar olarak tanımlıyorum ben bunu. İşte kişinin dinden koştukça psikolojik sorunlarının arttığına inanırlar bir kesim dindarlar. Bu dindarlık çeşidinde de işte insanların işte psikolojik rahatsızlığım var dediğinde sen ne oldu namazını mı aksattın? Ya da sen zikrimi mi az çektin de böyle oldun gibi söylemler duyuyordum yani. ... Yani bu bence toplum bu psikolojik rahatsızlıklar yönünde biz toplum olarak gelişemedik ve bu gelişemememizin en büyük nedeninin yanlış din algıları olduğunu düşünüyorum.” (Karatay, tanı alan ebeveyn: baba)

Ahsen’in anlatısı da ruhsal hastalıklara ilişkin bilgisizlikle dini unsurların birleşiminin tedaviye erişimi ne kadar geciktirdiği ortaya koymaktadır:

“Ya annemi zaten kaç yıl hoca hoca gezdirdiler. Ben okula gidince derste görünce aa dedim bunlar annemi anlatıyor. Sonra işte ilk yıl vizelerden sonra gelince annemi dedim baba bir hastaneye götürelim. Sıra aldım, teşhis kondu. Yoksa işte öncesinde 7-8 yıl ben sanıyorum hocaya götürdüler. Ama şimdi ben bilinçlendirdim onları, anlattım. Daha biri hoca deyince yok diyorlar.” (Ahsen, tanı alan ebeveyn: anne)

Öznelerin anlatıları, dini referansların psikolojik bir destek aracı olabileceğini kabul etmekle birlikte, yanlış dini yorumların bireyleri suçluluk duygusuyla baş başa bıraktığını ve profesyonel desteğe erişimi geciktirdiğini göstermektedir. Dini atıflarla iç içe geçen bir diğer yapısal dışlayıcılık biçimi ise ruhsal hastalığın toplum tarafından ahlaki bir sapma olarak kodlanmasıdır. Özellikle “deli” kelimesinin kullanımında bu durum açık biçimde gözlemlenmektedir. Anlatılarda söz edilen “deli” kelimesi tıbbi bir durumu değil, ötekileştirilen, korkulan, aşağılanan ve kontrol edilmesi gereken bir figürü temsil etmektedir.

“Çocukken duyduklarım ile yetişkinde duyduklarım arasında fark oldu bende. Çocukken korkutarak anlattıkları insan, yetişkinde “yazık kadıncağıza” oldu. Ancak bu kadar evrildi. Niye biliyor musun? Ben büyüdüm. Ben onların karşısında sağlıklı bir şekilde durduğum için artık benimle kafaların içindeki bütün karanlığı paylaşamaz hale geldiler. Onlarda bir şey değişmedi ... Bana kızdıklarında zaten anası da deli. Ananız Deli X, orayı yaktı, burayı yaktı diye tekrar etmiyor olmasının sebebi onun akıl hastalığını anlamasıyla alakalı değil. Benim büyüdüğüm ve artık bu sözleri duymaktan da hoşlanmadığımı belli ki belli ettim davranışım ile.” (Lülü, tanı alan ebeveyn: anne)

Öznelerden Deniz’in anlatısı ise annesinin ilacını misafir geldiğinde gizlice içmesi, damgalanma korkusunun ev içi davranışları bile biçimlendirdiğini ortaya koymaktadır:

“Ya da tamamen ucu bucağı olmayan bir çılgınlık gibi görüyor. Ortaları yok. Ya Allah vergisi diyen var ya da o deli diyen var. O sebeple annem ister istemez şey yapamıyordu en başta. İlacını gizli yutardı. Evde misafir olduğu zaman ilacını gizli yutardı.” (Deniz, tanı alan ebeveyn: anne)

Bu örneklerde görüldüğü üzere özneler ve ebeveynleri, ruhsal hastalıklara yüklenen kültürel anlamlarla birlikte değersizleştirilmekte ve görünmez kılınmaktadır. Ruhsal hastalık ailenin tamamının üzerinde taşıdığı bir etikete dönüşmekte ve bu etiket de özneleri korku, utanç ve suskunluk sarmalına itmektedir. Tüm bu dini, kültürel ve toplumsal kodlamalar, doğrudan tedavi süreçlerini de etkilemektedir. Bir hekim olarak Güneş, tanının konmasının veya psikiyatrik yardım alınmasının ancak sosyal onayın ardından mümkün

olabildiğinin önemle altını çizmiştir. Bu noktada damgalamanın tedaviye ulaşma hakkına da yönelmiş bir bariyer olduğu görülmektedir. Bu bulgular ruhsal hastalığın tek başına klinik bir durum olmadığını, kültürel olarak damgalanmış, ahlaki olarak sorgulanmış ve yapısal olarak görünmezleştirilmiş bir toplumsal deneyim hâline geldiğini ortaya koymaktadır.

4.4.4. Toplumdaki Algı Dönüşümü ve Damgalama ile Mücadele

Öznelerin toplumla ilişkilerine dair anlatılar, ruhsal hastalık tanısı alan bireylerin 'normatif toplumsallık' dışında konumlandırılarak bir 'aykırılık' ya da 'tehlike' nesnesi haline getirildiğini ve bu yolla damgalı bir sosyal kimlikle inşa edildiklerini ortaya koymaktadır. Bununla birlikte toplumsal algının değiştiğine işaret eden ve umut verici nitelikte olan anlatılar da dikkat çekici biçimde yaygındır. Damgalama üzerinde birincil derecede rol oynayan ruhsal hastalıklara yönelik toplumsal algılar tarihsel süreç içinde sosyal, kültürel ve bilimsel etkilerle biçimlenmektedir. Toplumun ruhsal hastalıklara dair bilgi birikimi, duyarlılığı ve yaklaşımları değiştikçe, damgalamaya karşı verilen tepkilerde de dönüşüm gözlenmiştir. Özneler bu dönüşümün kişisel düzeyde farkındalığın artmasının yanı sıra yapısal düzeyde yaşanan değişimlerle mümkün olduğunu aktarmışlardır.

Bazı öznelerin anlatıları ruhsal hastalıklara ilişkin bireysel tutumların olumlu yönde değiştiğini ve bu değişimin bireydeki içsel damgalamanın çözülmesine katkı sunduğunu göstermektedir. Bu dönüşümün çoğu zaman bilgiye erişim, kendini ifade edebilme ve normalleşme süreçleriyle ilişkili olduğu görülmüştür. Güneş'in sözleri bu dönüşümün bireyin iç dünyasındaki yankısını açıkça yansıtmaktadır:

“... çok fazla terapi öneren veya destek sunan kişilerin, uzmanların sayısının arttığını görüyorum toplumda. İnsanlar kabullendikçe bu sorunlarını medikal olarak da tedavi olarak da ve terapi olarak da birçok tedavi yöntemlerine açık olduklarını düşünüyorum.” (Güneş, tanı alan ebeveyn, anne)

Benzer şekilde Eylem' in “psikoloğa gitmenin artık ayıp görülmediği” yönündeki ifadesi, öznelerin ruh sağlıklarına ilişkin utanma ve gizleme eğilimlerinin zamanla yerini açıklık ve yardım arayışına bıraktığını göstermektedir. Anlatılar, bireylerin

artık “deli” yaftasına değil, yaşadıkları deneyimlere yönelik anlamlı açıklamalara odaklandıklarını ortaya koymaktadır. Bu durum da ruh sağlığı konularında görünürlüğün ve farkındalığın arttığını göstermektedir. Özellikle sosyal medya ve dijitalleşmenin etkisiyle kişiler arası anlayış düzeyinin arttığı belirtilmiştir. Doğu'nun sözleri bu dijital etkiyi özetler niteliktedir:

“Artık herkesin elinde bir akıllı telefon olduğu için ve internet, Facebook, Instagram, Tik Tok gibi mecralarda bu tarz açıklamalı videolara denk geldiği için insanlar bu konu hakkında bilgi sahibi oldukları için bakış açıları biraz daha değişti. ... Bu açıdan internetin de tabii etkisi iyi oldu. Ama tam %100 olmadı, olmadı hiçbir zaman. Ama en azından artık gördüğü zaman en azından ne şekilde konuşması gerektiğini insanlar biliyor.” (Doğu, tanı alan ebeveyn, anne)

Anlatılar toplumda ruh sağlığına dair algının zaman içinde dönüşmekte olduğunu göstermiştir. Önceden psikiyatrik destek almak ya da ilaç kullanmak “ayıp”, “tehlikeli” veya “engelleyci” olarak görülürken, bu durum giderek daha fazla normalleşmekte ve toplumsal kabule yaklaşmaktadır. Farklı toplumsal kesimlerin psikiyatrik hizmetlere erişimi artmıştır. Bu değişim hem damgalamanın şiddetinde azalması hem de ruh sağlığıyla ilgili toplumsal farkındalığın yükselmesi anlamına gelmektedir. Tam anlamıyla bir kabullenmeden bahsetmek için hâlâ bazı dirençlerin sürdüğü, ancak geçmişe kıyasla önemli bir ilerlemenin kaydedildiği anlaşılmaktadır:

“Çünkü gittiği hocadan alamadığı şeyi veya istediği karşılanmayan ihtiyacı, sağlık kuruluşunda karşılayabileceğin bilincine varıyor.” (Ahsen, tanı alan ebeveyn: anne)

“Ya tabii şu anda sosyoekonomik açıdan daha alt seviyede olan insanlar da artık psikiyatra gitmeye başladılar. Ve bu biraz daha normalize oldu yani zaman içerisinde. Hala çok direnç var tabii ki. Ama eskisi kadar değil, eskiden çok okumuş insanların bile kabullenemediği ve işte aaaaaa ilaç kullanıyormuş dediği bir toplumdaki şimdi insanlar için bir antidepresan kullanmak ya da ne bileyim psikotik herhangi bir ilaç kullanmak çok normal bir şey. Ve bu işe girişinize bile engel olmayan bir şey. Eskiden bu işinize, işe girerken engel olurdu yani. Şimdi öyle bir şey yok.” (Berrak, tanı alan ebeveyn: anne)

Şüphesiz ki yapısal düzenlemeler olmadan ruh sağlığına dair toplumsal algının dönüşümü de mümkün olmayacaktır. Ancak ruh sağlığı hizmetlerine dair yapısal dönüşüm öznelerin anlatılarında yer yer görünürlük kazansa da bu gelişmelerin kapsayıcılığı ve erişilebilirliği hâlen tartışmalıdır. Anlatılar geçmişe kıyasla bazı alanlarda ilerlemeler olduğunu fakat bu ilerlemelerin sürdürülebilir, eşitlikçi ve bütüncül bir sistem inşası için yeterli olmadığını göstermektedir. Örneğin araştırma öznelerinden Duru, ruh sağlığı hizmetlerine erişimde geçmişe kıyasla olumlu değişimlerin yaşandığını şu sözleriyle ifade etmiştir:

“Geçmişe baktığımız zaman, yanlış bilmiyorsam hani o zamanlar iki yer vardı sadece, Erenköy ve Derince olduğunu söylemişlerdi. Şu an daha fazla seçenek var. ... Ama yeterli mi? Daha yeterli değil bence.” (Duru, tanı alan ebeveyn: anne)

Bu ifade algı dönüşümü ile ruh sağlığı alanında hizmet veren birimlerin nicelik olarak arttığını ancak niteliksel dönüşümün sınırlı kaldığını ortaya koymaktadır. Benzer biçimde, Karatay'ın *“Ben devlet hastanesinde psikolog olduğunu çok geç öğrendim. Mesela sadece psikiyatr var sanıyordum.”* anlatısı da devlet hastanelerindeki psikolog hizmetlerinin varlığının geç fark edilmesi üzerinden sistemin görünürlüğüne dair sorunlara işaret etmektedir. Öznelerin anlatıları yapı olarak var olan hizmetlerin kullanıcılar tarafından bilinirliğinin sınırlı olduğunu, sistemin kendini tanıtmaya ve erişimi kolaylaştırma yönünde eksiklikler barındırdığını ortaya koymaktadır. Nitekim bu çalışmada araştırmacı ebeveyni ruhsal hastalık tanısı almış bir çocuğun erişebileceği hizmetlerin yer aldığı kısmı yazarken kim tarafından hangi hizmetlerin sunulduğuna, hizmet modelinin içeriğine ve bu hizmetlere nereden, nasıl erişilebileceğine dair bilgilere görece zor erişmiştir.

Ruh sağlığı hizmetlerinin ayaktan tedavi modeliyle yaygınlaştırılması geçmişte yalnızca hastane yatışıyla ilişkilendirilen psikiyatrik müdahalenin daha gündelik bir rutine entegre edilebileceğini göstermektedir. Ancak araştırma bulguları çoğu öznenin bu hizmet modelinden haberinin olmadığını ortaya koymuştur. Yapısal düzeyde yaşanan gelişmeler, ruh sağlığına ilişkin algının olumlu yönde değiştiğine ve görünürde bir hizmet artışı olduğuna işaret etse de bu algıda tam

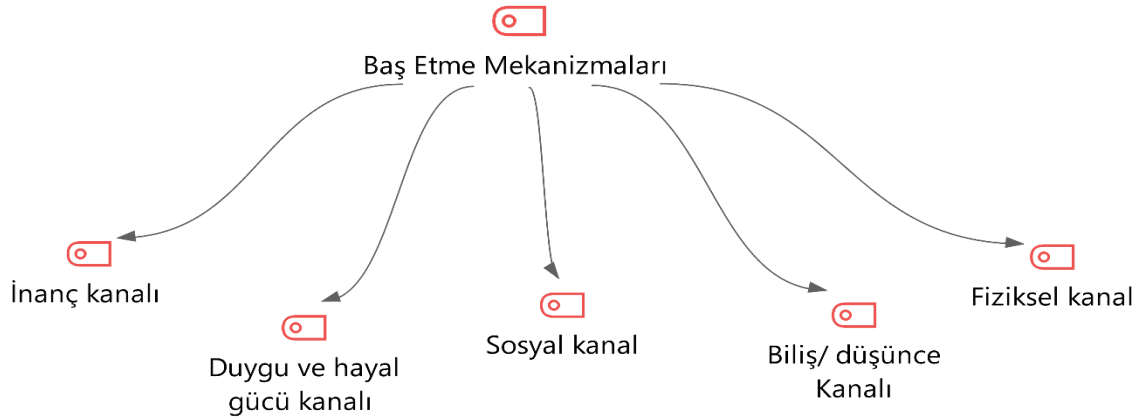
anlamıyla farkındalığı artıran ve damgalamayı ortadan kaldıran bir dönüşümün gerçekleşmediği görülmektedir.

Sonuç olarak bu tema altındaki bulgular mikro düzeyde aile ve akran çevresinde başlayan damgalayıcı tutumların, mezo düzeyde okul, hastane, sosyal hizmet kurumları gibi kurumsal alanlarda yeniden üretildiğini, makro düzeyde ise sağlık hizmetleri, medya temsilleri ve kültürel normlar eliyle pekiştirildiği göstermektedir. Bu durum hem bireysel baş etme kapasitesini azaltan bir risk faktörü olarak ortaya çıkmakta, hem de damgalamayla mücadeleyi destekleyebilecek sosyal hizmet mekanizmalarının gerekliliğini görünür kılmaktadır. Öznelerin anlatılarında destekleyici öğretmenler ya da bilgiye dayalı farkındalık gibi örnekler, koruyucu faktörlerin varlığına işaret etmektedir. Bu da toplumsal düzeyde farkındalık artırmaya yönelik çalışmaların yapısal düzeyde algı dönüşümünde kritik bir rol oynayabileceğini göstermektedir.

4.5. BAŞ ETME MEKANİZMALARI- YOU BREAK ME DOWN AND BUILD ME UP BELIEVER

Ruhsal hastalık tanılı bir ebeveynle büyümek, çocuklar için çoğu zaman kırılğanlaştırıcı bir süreç olsa da aynı zamanda Imagine Dragons'un şarkısında dediği gibi çocukları yeniden inşa edip, kendine inanan insanlara (You break me down and build me up, believer⁷) çeviren bir süreç olmuştur. Bu bölümde ele alınan baş etme mekanizmaları kişisel, kişiler arası ve yapısal düzeylerde karşılaştıkları güçlüklerle baş etmeye çalışan öznelerin aktif direnç pratikleri geliştirdiklerini göstermektedir. Öznelerin baş etme deneyimleri içsel güce yönelme, anlam kurma, bağ kurma ve toplumsal dönüşüm için mücadele gibi yollar etrafında şekillenmiştir.

⁷ Dan Reynolds, Wayne Sermon, Ben McKee, Daniel Platzman, Justin Trante ve Mattman ve Robin tarafından yazılıp bestelenen Imagine Dragons grubunun "Believer" isimli şarkısına ait sözlerdir. URL: <https://youtu.be/W0DM5lcj6mw?si=DqyDDYAus88BthH9>



Şekil 30. Öznelerin Baş Etme Kanallarını Gösterir Kod Modeli

4.5.1. İnanç Kanalı: “*Kim kadere iman ederse, kederden emin olur.*”

“Baş Etme Mekanizmaları” ana teması altında yer alan “İnanç Kanalı”, öznelerin karşılaştıkları zorluklarla başa çıkma süreçlerinde içsel bir güç kaynağı olarak çeşitli inanç sistemlerini nasıl kullandıklarını ortaya koymuştur. Burada inanç yalnızca bir dini sistem veya rahatlama/ kabullenme biçimi değildir. Aynı zamanda özneleri içsel dünyalarına anlam veren, varoluşsal kriz anlarında tutunmalarını sağlayan bir yaşam stratejisi olarak şekillenmiştir. Çalışmada inanç, öznelerin psikolojik dayanıklılıklarının artmasında önemli bir kaynak olarak öne çıkmıştır. Öznelerin anlatıları inancın farklı işlevlerini yansıtmaktadır. Örneğin Nehir bir atak anında yaşadığı çaresizliği şöyle dile getirmiştir:

“Babam asla uyumuyor sürekli evin içinde geziniyor, saçma sapan hareketler. Kendi kendine konuşuyor, işte ne bileyim elinde bıçakla falan. O esnada insanın ne kadar aciz bir varlık olduğunu anladım. Ve secdeye kapanıp ağlaya ağlaya hani Allah'ım ben kulum, ben bir şey yapamıyorum. Yapacak olan sensin.” (Nehir, tanı alan ebeveyn: baba)

Bu anlatı inancın bireyin yapabilirliklerini kabullenmesine olanak tanıyan ve böylece içsel bir teslimiyetle sükûnete ulaşmasını sağlayan bir işlev gördüğünü göstermektedir. Benzer şekilde Umut, başa çıkma stratejisi olarak tevekkül mekanizmasına başvurduğunu ifade etmiştir:

“Biraz da tevekkül diyelim. Allah'a sığınıyorsun. Vardır bir bildiği deyip motive ediyorsun kendini.” (Umut, tanı alan ebeveyn: anne)

Bazı özneler için inanç aynı zamanda kader anlayışı ve kabullenişle birleşerek suçluluk ve isyan duygularını yatıştıran bir çerçeve sunmuştur. Yunus'un sözleri dini inancın hem bilişsel hem de duygusal düzenleyici olarak işlev gördüğünü göstermektedir:

“Genellikle işte Kur'an okuma. Hani bir de kader diye bir şey var ya... Hakiki imanın mütea noktasıdır diye geçer. Hani her şey bir şekilde kadere bağlandığı için. Japonlarda da meşhurdur, 'Shukumei' derler. Kaçan olmadığı zaman kabul etme durumu oluyor. Kabul etme durumu olduğu zaman zaten isyan olmuyor. Zaten o genelde üzüntü, isyandan geliyor. Hani keşke bu olmasaydı, şöyle olsaydı. O yararlı olmuyor. Görüyorum sağda solda, yararlı olmuyor. Daha da kötü yapıyor insanı. Keşke ile başlayan cümle çok iyi bir cümle değil. En çok yararlı olan şeyler bu. 'Awareness'. Bu farkındalığın olması. Özellikle kaderin, iman ettiğiniz zaman hani işte şey derler ya. 'Men âmene bi'l kader emine min'el keder', 'Kim kadere iman ederse, kederden emin olur.' Kederden kurtulursun. Gerçekten öyle.” (Yunus, tanı alan ebeveyn: anne)

İnanç kanalı aynı zamanda öznelerde umut duygusunu da canlı tutan bir araç olmuştur. Anlatılar, öznelerin yaşadığı olumsuz durumları anlamlandırma biçimlerinin aynı zamanda onlara geleceğe dair bir umut sunduğunu ve bu umudun da onlar da sağkalımı sağladığını göstermektedir. Bununla birlikte inancın baş etme stratejisi olarak kullanımı fatalist bir kabullenışı değil, aksine sorumluluk alma ve çözüm arayışlarını da içermektedir. Araştırma öznelerinden Asil, bu noktada inancın salt teslimiyetten ziyade, aklın ve çözümün de bir parçası olması gerektiğine dikkat çekmiştir:

“Yani Allah'tandır ama sana da akıl vermiştir, onun için ne yapacağını da öğrenmek gerekir... Bu işin çaresi ilaçtır, kendindir, kalbindir, içini- aklını ferah tutmaktır, duadır ama öyle muska yazma, okunmuş yeme içme değildir.” (Asil, tanı alan ebeveyn: anne)

Sonuç olarak bu çalışmada inanç kanalının bir baş etme mekanizması olarak içsel huzur sağlama, yaşananları kabullenme, anlamlandırma, umut inşası ve

aktif başa çıkma stratejilerini destekleme gibi farklı düzlemlerde işe yaradığı görülmüştür. Özellikle damgalama ile başa çıkmada, inancın “kader” ve “sınav” anlayışıyla birleşerek yaşanan zorlukların anlamlandırılmasını ve psikolojik dayanıklılığın artmasını sağladığı görülmektedir. Bazı özneler yaşadıkları sıkıntıları ilahi bir imtihan ya da seçilmişlik duygusu içinde değerlendirerek, ebeveynin hastalığının olumsuz etkilerine karşı daha olumlu bir bakış geliştirebilmişlerdir.

4.5.2. Duygu ve Hayal Gücü Kanalı: “...herkese derim, ağlayacağım kimse gelmesin.”

“Emotion” (duygu) “ve Imagination” (hayal gücü) kanalları, insanların kriz durumlarında anlamlandırma süreçlerine yardımcı olan yaratıcı, sezgisel ve duygusal kaynaklara başvurmaları anlamına gelmektedir. Öznelerin anlatılarında duygu kanalıyla baş etme biçimlerinin önemli bir yer tuttuğu görülmüştür. Örneğin Derin’in ifadesi, duyguyu bastırmak yerine onu tanıma ve yaşama eğilimini yansıtmaktadır:

“En çok ne yaparım odama kapanır ağlarım. Gözlerimden ağladığım çok belli olur. Onu kamufle edebiliyorsam ederim, edemiyorsam umurumda değil de herkese derim, ağlayacağım kimse gelmesin.” (Derin, tanı alan ebeveyn, baba)

Benzer şekilde Eylem’ in sözleri ise duygusal sürecin geçiciliğini kabul ederek bir tür duygu düzenleme mekanizması geliştirdiğini göstermektedir:

“Beynimi yönetmeye çalışıyorum mu diyeyim. O an mesela diyelim ki üzgünüm ya şey yapmıyorum aman üzülmeiyim demiyorum. Şöyle düşünüyorum. Üzüleceğim ve bu üzüntü bitecek. Şu an ağlıyorum ya bir gün sonra iki gün sonra bu ağlamayacağım bir daha. Onu bilerek ağlıyorum. Mesela yani ağlamamı böyle durdurmuyorum ya da işte öfkeliysem sinirliyse mesela hani onun unutmaya çalışmak yerine kızacaksam kızıyorum iç dünyamda. Ama onun uzun sürmeyeceğini, öfkemin çok devam etmeyeceğini biliyorum.” (Eylem, tanı alan ebeveyn: anne)

Hayal gücü ve yaratıcı faaliyetler de baş etmede sıkça kullanılan yollar arasında yer almıştır. Asi’nin “*Hep bilgisayar oynuyordum, hep müzikle ilgileniyordum, hep*

resim çiziyordum.” sözleri, dikkat odağını değiştirme yoluyla stresle baş etmeye işaret etmektedir. Benzer şekilde yaşça küçük öznelerden olan Burçak’ın *“Kulaklıklarımızı takardık ve bir şeyler izlerdik.”* anlatısı dijital içerikler kullanarak farklı bir şeyle ilgilenme ve dikkat dağıtma davranışının da baş etmede bir kaçış işlevi gördüğünü ortaya koyar niteliktedir.

Bazı özneler ise düşünce üretimini yaratıcı yazı veya okuma eylemi ile desteklediğini bildirmiştir. Öznelerden Atakan, yazı yazarak, kompozisyon yarışmalarına katılarak duygularını dönüştürdüğünü dile getirmiştir:

“Yazı yazardım hatta o dönemlerde şeyim falan çok iyiydi. ...Hatta işte bir yarışmaya falan katıldım... İlk üçe girmişti. ... Hani günlük yazma gibi değil, kafamdan bir şeyler üretip türetip bir senaryo yazmak gibi tamamen bir öykü gibi, hikâye kompozisyon gibi aslında, bana çok iyi gelirdi.” (Atakan, tanı alan ebeveyn, baba)

Berrak da benzer şekilde yazı yazmanın ona çok iyi geldiğini belirtmiştir. Yazı yazmak, gitar çalmak ve ilham verici diziler izlemek gibi yaratıcı ve duygusal etkinlikler yoluyla kendini ifade etmiş ve duygusal rahatlama sağlamıştır. Özellikle “mücadele” temalı dizilerden aldığı motivasyon, hayal gücünü besleyerek, zorluklarla başa çıkma sürecinde umut ve direnç geliştirmesine katkı sunmuştur:

“Hatta lisede kompozisyon birinciliğim falan vardı. Sayısal bir öğrenci olmama rağmen yazmamdan her zaman öğretmenlerim de çok memnun kalırlardı. Onun dışında gitar çalardım mesela. ...Güzel diziler izlerdim. Doktorlar dizisi o zamanlar benim için çok güzeldi mesela. Çünkü insanlar mücadele ediyorlardı. Bir hengamenin içindelerdi. Hayatlarındaki zorluklara rağmen mesleklerini icra etmeye çalışıyorlardı vs. gibi. Yani şu an bize aptal gelebilecek ama o zaman için bana motivasyon verebilecek diziler vardı.” (Berrak, tanı alan ebeveyn: anne)

Aynı zamanda bir yazar olan Lülü’ nün anlatısı ise öznelerin kendilerine dönük bilişsel destek üretme gereksinimlerinin bir yansımasıdır:

“Her yaptığım şey kendim için aslında. Mesela yazdığım şeyler, çizdiğim, söylediğim şeyler biraz kendim için. Çünkü benim buna, telkine, sürekli de ihtiyaçım olabilir. Çok hastalıklı gelebilir ama insanın kendini sevmesi, kendiyile

barışması, başka insanlarla mücadele edebilmesi için sürekli tetikte de olması lazım. Sürekli kendine, hani vitamin alırsın ya enerjin düşmesin diye. Ben de okuyarak, böyle yüreğime su serpen şeyler... Mesela kendimi iyi hissetmek için ne gerekir? ... Hani kendimi gerçekten besliyorum bir şeylerle. Ruhumu besliyorum. Bir insanın cahilliğiyle mücadele etmektense beni ne daha iyi hissettirir” (Lülü, tanı alan ebeveyn: anne)

Araştırmanın bulguları, kriz ve zorlu yaşam olaylarıyla başa çıkmada öznelerin yoğun biçimde “duygu” ve “hayal gücü” kanallarını kullandıklarını göstermiştir. Bu kanallar öznelerin duygularını inkâr etmek yerine tanıma, yaşama ve yönetme, aynı zamanda içsel dünyalarını zenginleştirerek psikolojik dayanıklılıklarını desteklemesine aracılık etmiştir. Aynı zamanda öznelerin dikkat odağını değiştirmeleri, zihinsel kaçış ve olumlu duygulanım üretmeleri baş etme stratejilerini zenginleştirmiştir. Bazı anlatılar sanatsal ve yaratıcı etkinliklerin umut ve direnç inşa edici rolüne işaret etmektedir. Öznelerin çoğunda izledikleri medya içeriklerinin hayal gücünü ve yaşam enerjisini artırmada etkili olduğu görülmüştür. Öznelerin ilham aldıkları dizi ve filmler aracılığıyla toplumsal rolleri ve dayanıklılık hikâyelerini modellemeleri, zorlu koşullarda umut duygusunu canlı tutan önemli bir baş etme kaynağı olmuştur. Bu bulgular, yaratıcı ve duygusal baş etme yollarının bireysel iyilik halini desteklemede ne kadar kritik bir rol oynadığını ve sosyal hizmet uygulamalarında bu kaynakların güçlendirilmesinin önemini ortaya koymaktadır.

4.5.3. Sosyallik Kanalı: “Sonra bir bakıyorum unutmuşum, herkesle aynı yaşıyorum.”

Sosyal kanal, bireyin yaşadığı stresörlerle başa çıkmasında dışsal kaynaklardan destek alma sürecini ifade etmektedir ve sosyal destek sistemlerinin bireyin psikolojik sağlamlık düzeyine yaptığı katkıyla doğrudan ilişkilidir. Özellikle ebeveyni ruhsal hastalık tanısı almış bireylerde sosyal ilişkiler çoğu zaman yalnızlığı dengeleme, duygusal yükü hafifletme, sosyal katılımı sağlama ve gündelik yaşama tutunma işlevi görmektedir. Çalışma kapsamında yer alan anlatılar sosyal kanalla baş etmenin arkadaşlar, kuzenler, iş çevresi, romantik ilişkiler ve bazen de oyun ya da sohbet aracılığıyla sağlandığını göstermiştir.

Araştırma öznelerinden Sahra'nın sözleriyle aktardığı gibi kriz anlarında fiziksel olarak evden uzaklaşmak, kendini korumak için arkadaşlarla bir araya gelmek sosyal kanalla baş etmenin hem kaçış hem de koruyucu işlevini yansıtmaktadır:

“Babam çok atak geçirip şey yaptığında onunla fazla o ortamda kalmıyordum. Vurup kafayı çıkıyordum evden... Yoksa o bana saldırıyor, ben kendimi korumak zorunda kalıyorum. Olmuyor! ... Kaçıyordum derken hani arkadaşşıma gidiyordum.”
(Sahra, tanı alan ebeveyn: baba)

Eylem' in *“Hastalık hakkında konuşma, bahsetme anlamında çok olmuyor işte ifade edemiyorum. Hani derdimi ya da şöyle yaptı, buna üzüldüm, şöyle oldu falan diyemiyorum. Çünkü ben dersem daha çok fazla olumsuzunu duyacağım gibi geliyordu, konuşmak istemiyordum o yüzden. Ama şöyle oluyordu arkadaşlarımla oyun oynayarak çocukluk dönemimde yani ilkokul çağlarında oyunla falan herhalde kafadan atıyordum o durumları.”* sözleri ve Asi' nin *“Yani ben zaten o zamanlarda hep bilgisayar oynuyordum, rahatlıyordum.”* sözleri yüz yüze ya da dijital ortamda sosyal temasın oyunla bütünleştiğinde duyguları düzenlemeye destek olduğunu gösterir niteliktedir. Öznelerin anlatıları sosyal temas yoluyla yaşantılarını yeniden anlamlandırma, duyguları düzenleme ve yönetme fırsatı yakaladıklarını ortaya koymaktadır. Öznelerden Doğu'nun kuzenleriyle buluşma, birlikte kahve içme gibi basit sosyal etkileşimleri *“yalnız kalmama”* biçiminde yorumlaması, bu tür temasların sosyal izolasyonu önleme üzerindeki etkisine işaret etmektedir. Benzer şekilde, Nehir'in iş yerindeki arkadaşlarıyla kurduğu etkileşim, sosyal çevrenin bireyin yaşamındaki destekleyici gücünü yansıtmaktadır:

“Mesela benim oğlumun zihinsel engeli var. Mesela beni rahatlatan yerlerden biri burası, iş yerim. Çevremdeki insanlar. Benimle muhabbet etmeleri, beni rahatlatmaları. ...Gelip burada benim bir işimde bana destek olmaları, ya nasılsın, oğlun nasıl, ne yaptın gibi bir muhabbet beni o kadar rahatlatıyor ki.” (Nehir, tanı alan ebeveyn: baba)

Bununla birlikte sosyal kanalla baş etme yalnızca aktif konuşma ya da paylaşım anlamına gelmemektedir. Bireylerin bir sosyal gruba dahil olma hissi, bazen

anlatmadan, yalnızca birlikte vakit geçirerek de gerçekleşebilir. Araştırma öznelerinden Asil'in arkadaşlarıyla sosyalleşmesini aktardığı *“Arkadaşlarımla buluşuyorum. Öyle 101 falan oynuyoruz. Durumu anlatmadan tabii onlarla oturuyorum, içim rahatlıyor öyle.”* ifadesi sosyal katılımın varoluşsal rahatlatıcı bir etkisi olduğuna işaret eder niteliktedir. *Burçak'ın “Arkadaşlarımla dışarı çıkıyorum, geziyoruz... Sonra bir bakıyorum unutmuşum, herkesle aynı yaşıyorum.”* ifadesi gibi doğrudan eyleme dayalı anlatılar da sosyal kanalın gündelik yaşamla kurulan teması nasıl sürdürdüğünü ortaya koymaktadır. Tüm bu örneklerde görüldüğü üzere sosyal destek öznelerin duygusal yükünü azaltmanın yanı sıra "hayatın akışına" devam edebilmeyi sağlayarak "normalleşme" hissi de yaratmaktadır.

4.5.4. Bilişsel/Düşünsel Kanalı: *“hemen bir yapılacaklar planı hani oluşturuyorum. İşte ne yapacağım doktora gitmemiz lazım, yatış lazım, ilaç değişimi lazım gibi.”*

Biliş kanalı öznelerin yaşadıkları zorluklarla başa çıkarken zihinsel süreçleri, bilgi arayışını ve kendilerini düzenlemeye dönük stratejileri nasıl kullandıklarına ilişkin bir kavrayış sunmaktadır. Bu baş etme biçimi öznelerin deneyimlerini, bilgi temeliyle anlamlandırma, içsel kontrolü sağlama ve psikolojik dayanıklılığı artırma çabalarının zihinsel bir düzlemde nasıl sürdürdüklerini ortaya koymaktadır. Öznelerin ifadelerinde en yoğun görülen baş etme biçimi olan biliş kanalı çoğunlukla “içsel konuşma”, “kendini ikna etme”, “alternatif düşünceler üretme” ve “bilişsel yeniden yapılandırma” biçimlerinde kendini göstermiştir. Örneğin öznelerden katılımcılardan Eylem, yaşadıklarının geçiciliği konusunda kendini telkin ederken, Umut ise kendisiyle yürürken konuştuğunu ve *“Bazen yokluğa düşünüyorsun ya. Konuşacak kimse de yok. O zaman diyorsun en azından kendimle konuşayım. ...Şöyle olur, böyle olur diye. Bunu yaparsan böyle olur.”* gibi akıl yürütmelerle kendini ikna etmeye çalıştığını aktarmıştır. Bu örnekler öznelerin içsel kontrol ile duygu ve düşüncelerini yönlendirme, yönetme kapasitelerini göstermektedir.

Bilgi arayışı ve öğrenme bu kanalın en önemli unsurlarındandır. Yağmur baş etme sürecinde sadece kendisi için değil ailesi için de bilgiye ulaşma ve bunu aktarma yolunu seçtiğini belirtmiştir:

“Ben YouTube'dan psikologlar dinliyordum. Hatta annem de dinliyordu. İşte Beyhan Budak diye bir psikolog vardı YouTube'dan onu dinliyorduk. Sonra işte bunu babama da dinletiyorduk bazen. İşte babam kapattırıyordu, bize hayır siz anlatın diyordu. Ben tam anlayamıyorum diyordu. Sonra işte ben de o psikoloğun dediğini aslında babama aktarmaya çalışıyordum. (Yağmur, tanı alan ebeveyn: baba)”

Ahsen ise makale okumaya başladığını ve hastalık hakkında daha derinlikli bilgi edinmenin perspektifini değiştirdiğini ifade etmiştir. Hastalığa dair bilgi edinimi öznelerin anlam üretmelerine, bilişsel olarak bu süreci yeniden yapılandırmalarına, sosyal ve duygusal farkındalık kazanmalarına olanak sağlamıştır. Bazı anlatılarda görülen “akademik başarıya ya da başarılı insanların yaşamına yönelme” veya “bilimsel çıkarım yapma” gibi davranışlar da öznelerin kendi yaşamları üzerinde kontrol algısını artırma çabasıyla bağlantılıdır denilebilir:

“Ben başarılı bir öğrenciydim ve hiç değilse derslerinde iyi olmuş olmak, hiç değilse onların istediği gibi bir öğrenci olmuş olmak. Ne bileyim işte hiç değilse etraftan kabul görmüş olmak benim için başarı ya da motivasyon kaynağıydı tabii ki. Ona göre kendimi yönlendiriyordum. Motivasyonum genelde bunlar oluyordu.” (Güneş, tanı alan ebeveyn: anne)

“Baş etme stratejisi olarak açıkçası böyle ünlü insanların TEDx konuşmaları olsun. İnsanların yaşam deneyimlerini dinleyerek kendime belli kesitlerini örnek alıyorum.” (Ece, tanı alan ebeveyn: anne)

Bunlara ek olarak özneler karşılaştığı kriz anlarında bilişsel/düşünsel baş etme kanalını kullanarak hızlıca bir “yapılacaklar planı” oluşturmuşlardır. Somut adımlar belirlemek ve sistematik biçimde planlama yapmak öznelerde kontrol duygusunu artırmış ve belirsizlikle baş etmeyi kolaylaştırmıştır. Bu yaklaşım, yaşanan zorlukları rasyonel bir çerçevede değerlendirmeyi, çözüm odaklı

düşünmeyi ve içsel düzenlemeyi sağlayarak psikolojik dayanıklılığı güçlendiren bilişsel bir baş etme stratejisi olarak öne çıkmaktadır:

“Yani bu hastalıklarda da hemen bir yapılacaklar planı hani oluşturuyorum. İşte ne yapacağım doktora gitmemiz lazım, yatış lazım, ilaç değişimi lazım gibi.” (Yunus, tanı alan ebeveyn: anne)

“Yani kendim için kendi hastanemdeki birimlere başvuruyorum daha çok psikolog anlamında. Kardeşlerim için de orada hani görüşme sağlıyorum. (Ece, tanı alan ebeveyn: anne)

Bu çerçevede değerlendirildiğinde bilişsel/düşünsel baş etme kanalı içsel konuşma, bilgi arayışı, bilişsel yeniden yapılandırma, planlama yapıp aksiyon alma yoluyla öz düzenleme gibi çeşitli şekillerde öznelerin içsel kaynaklarını fark etme ve dayanıklılıklarını artırma süreçlerinin önemli bir parçasıdır. Bulguların ortaya koyduğu üzere bireysel kontrolü sağlama çabası, öğrenme ve anlamlandırma yoluyla yaşantıyı yeniden inşa etme gayreti öznelerin daha sağlıklı kararlar almasına olanak sağlamış, psikolojik dayanıklılığını artırmış ve baş etme becerilerini güçlendirmiştir. Sonuç olarak bu kanalın etkin kullanımı, öznelerin yaşam üzerinde daha fazla kontrol hissetmelerini ve geleceklere dair umut ve motivasyon geliştirmelerini desteklemiştir.

4.5.5. Fiziksel Kanal: “Doğa yürüyüşlerini çok severim. ...Bana çok iyi geldi.”

Fiziksel kanal, öznelerin ruhsal yüklerini bedensel faaliyetler aracılığıyla düzenlemeye çalıştıkları bir baş etme biçimi olarak öne çıkmıştır. Bazı özneler fiziksel aktiviteyi doğrudan duygu düzenleme için kullandığını ifade etmiştir. Örneğin Ahsen, dışarı çıkıp yürüyüş yapmanın ve kulaklıkla müzik dinlemenin kendisine iyi geldiğini belirtirken, Yağmur ise “Kendimi daha çok uykuya veriyorum.” diyerek uykunun zihinsel yoğunluğu geçici olarak askıya alma biçiminde işlediğini aktarmıştır. Güneş’in sözleri de fiziksel geri çekilmenin zihinsel düzenleme üzerindeki etkisine işaret etmektedir:

“Belki de uyumak. Yani gündelik hayatımda da ve bazı problemlerde falan uyumak bir şey çözümüyor ama belki de şöyle bir ilgisi olabilir. Kafamda çok büyüttüğüm bir mevzuu uyuyup belki uyandıığım zaman belki de o çok ciddi değilmiş ya da belki de daha sakin bir süreçte düşünmek için ertelemiş olabiliyorum.” (Güneş, tanı alan ebeveyn: anne)

Bir başka örnekte Deniz, sporun kendisini “meşgul ederek iyi hissettirdiğini” ifade etmiş ve bunun kaçış değil, daha verimli zaman kullanımı biçiminde işlediğini vurgulamıştır. Benzer şekilde Derin, doğa yürüyüşlerine ve su kenarında vakit geçirmeye başvurduğunu belirterek fiziksel alanların duygusal anlamda da iyileştirici potansiyeli olduğunu ifade etmiştir:

“Doğayı çok severim. Doğa yürüyüşlerini çok severim. Kendimce, kendi adıma iyi etmek adına bunlara başladım. Bana çok iyi geldi. Çok iyi geldi. İşten çıkabilme imkânım varsa, bir barajımız var suyu çok severim. Ne zaman kendimi kötü hissetsem o barajı suyun dibindeyim. Orada bir güzel otururum.” (Derin, tanı alan ebeveyn: baba)

Bununla birlikte kimi baş etme yolları riskli alışkanlıkları da içerebilmektedir. Mert’in ifadesi, bazı öznelerde fiziksel rahatlama arayışının bağımlılık riski taşıyan davranışlarla iç içe geçtiğini göstermektedir:

“Onun dışında kafamı genelde alkol alarak dağıtırım. Arkadaşlarla vakit geçiririm. İşte arkadaşlarla paylaşacağım zaman da alkol alınca paylaşabilirim. Bir destek ya da bir fikir beklediğim için de değil yani. Öyle konuşmak gerektiği için ama alkol alınca.” (Mert, tanı alan ebeveyn: baba)

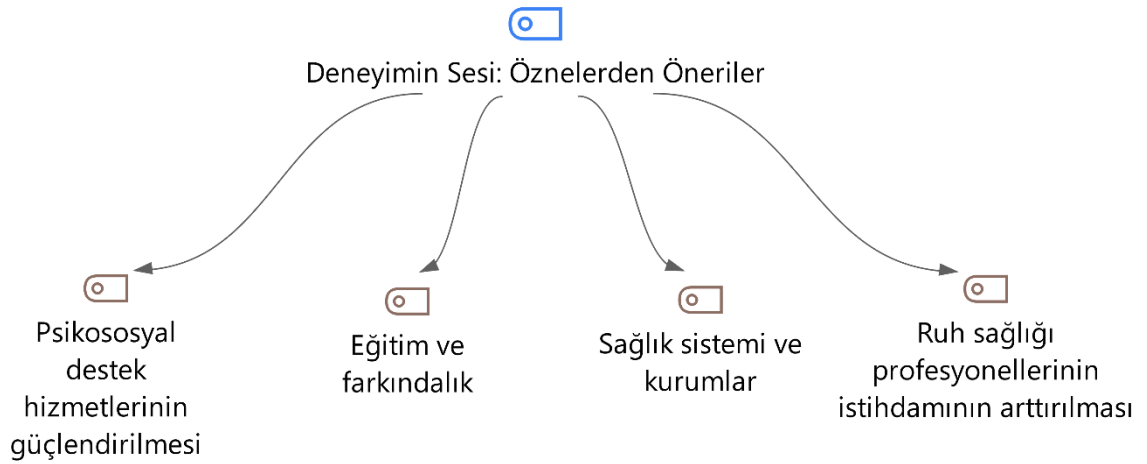
Bu tür örnekler, fiziksel baş etme kanallarının zaman zaman başa çıkılamayan duyguların bastırılmasında kullanıldığını da ortaya koymaktadır. Hem olumlu hem de olumsuz biçimlerde ortaya çıksa da fiziksel baş etme stratejileri öznelerin yaşamında önemli bir yere sahiptir. Fiziksel hareket, doğayla temas, uyku ve dinlenme ya da çeşitli alışkanlıkların kullanımı öznelerin zihinsel yüklerini hafifletmelerine, duygusal gerilimi boşaltmalarına ve yaşamda bir alan açmalarına olanak tanımaktadır. Bu baş etme biçimi öznelerin kendi bedeni aracılığıyla duygusal dengelerini yeniden kurma çabalarının somut bir yansımasıdır.

Sonuç olarak ebeveynin ruhsal hastalığına dair çok yönlü deneyimler çocukların görünmez risklerle çevrilmesine neden olmakta ve çeşitli baş etme mekanizmalarının geliştirilmesi ihtiyacını doğurmaktadır. Ancak bu çok boyutlu kırılganlık alanı içerisinde dahi koruyucu faktörler devreye girmekte ve bireylerin psikolojik dayanıklılıklarını destekleyen unsurlar ortaya çıkmaktadır. İnanç kanalı, anlam bulma, umut geliştirme, içsel denge kurma, değiştirilemez durumlar için teslimiyet, değiştirilebilir durumlar için sorumluluk alma motivasyonu bağlamında koruyucu işlev görmüştür. Duygu ve hayal gücü kanalı, duyguları tanıma, ifade etme ve yaratıcı yollarla dönüştürme olanağı tanınması, böylece öz farkındalığı ve ruhsal bütünlüğü desteklemesi yönüyle koruyucudur. Sosyallik kanalı yalnızlık ve sosyal izolasyonla baş etmede önemli bir dışsal kaynak olarak öznelerin yaşamında koruyucu bir faktör olmuştur. Bilişsel/düşünsel kanal, zorlu yaşam olaylarını tanıma, anlamlandırma, bilişsel yeniden yapılandırma sağlanması yönüyle öznelerin kontrol hissi geliştirmelerine destek olmuştur. Fiziksel kanal ise stresin somatik ve bilişsel düzeyde düzenlenmesini sağlayarak riskleri azaltmıştır.

4.6. DENEYİMİN SESİ OLARAK ÖZNELERDEN ÖNERİLER- “GÖRÜYORUM, DÜŞÜMDEN BÜYÜK BAHÇE YOK”

Bu tema, çalışmada kullanılan güçlendirme kuramı yaklaşımına paralel olarak öznelerin sadece deneyimlerini değil, aynı zamanda deneyimin bilgisine dayalı önerilerini de görünür kılmayı amaçlamaktadır. Hayatı yakalayıp onunla sarılan, kendi bahçelerini inşa etmeye çalışan öznelerin “seslerinden” bir dönüşüm düşünün çağrısı olarak sundukları öneriler "Görüyorum, düşümden büyük bahçe yok"⁸ başlığı altında ele alınmıştır.

⁸ Sezen Aksu tarafından yazılıp Onno Tunç ile birlikte bestelenen “Düş Bahçeleri” isimli şarkıya ait sözdür. URL: <https://youtu.be/j2LZxhXzWeg?si=qL0q9l3LQ6t8xdkY>



Şekil 31.Öznelerden Gelen Önerileri Gösterir Kod Modeli

Yaşadıkları zorlu yaşam olaylarının ardından “sözü olan aktörler” olarak konumlanan özneler, ruh sağlığı hizmetlerinden toplumsal farkındalığa, aile içi ilişkilere dair bilinçlenmeden hak temelli taleplere uzanan geniş bir yelpazede öneriler sunmuştur. Öneriler eleştirilere dair onarıcı ve dönüştürücü bir gelecek tahayyülünü içermektedir. Her bir öneri, öznelerin yaşam bilgeliğinden ve deneysel birikiminden süzülerek gelen, toplumsal iyileşmeye katkı sunabilecek yön gösterici nitelikler taşımaktadır.

4.6.1. Psikososyal Destek Hizmetlerinin Güçlendirilmesi: “O çocukların o kritik zamanları geçmeden, ağır yaralar almadan, ne diyeyim, daha fazla çalışma.”

Kendi çocukluklarında bu tür desteklerin eksikliğini deneyimleyen özneler, en çok psikososyal destek sistemlerinin geliştirilmesine yönelik önerilerde bulunmuştur. Öneriler, yalnızca ruhsal hastalık tanısı olan ebeveyne ile birlikte ebeveynin çevresindeki tüm aile üyelerine yönelik kapsayıcı hizmetlerin geliştirilmesi yönündedir.

“Dediğim gibi beni anneannemin yanına sosyoekonomik destek yardımıyla yerleştiler. Tabi ki ekonomik kısmı çok önemli bu süreçte yani bir insan size bakabileceğini söylüyor kurum da bunu destekliyor ama onun dışında psikolog boyutu da önemli. Bence belli aylık görüşmeler ya da haftalık başlayarak aylığa indirmeler... Ya da aile komple, aile görüşmeleri düzeyinde bunun devam etmesini

isterdim açıkçası. Çünkü bir çocuğun sorununu çözebilmek için bence aileden başlamak gerekiyor. Aile ilişkilerinin dinlenmesi çok önemli bence.” (Ece, tanı alan ebeveyn: anne)

Benzer şekilde Deniz, ruh sağlığı hizmetlerinin risk altındaki aile üyelerine de önleyici biçimde ulaştırılmasını talep etmiştir. Deniz, “... öyle bir birim olmalıydı ki ev ev gezip ailelerle iletişime geçebilseydi.” diyerek pasif hizmet modelinden aktif bir modele geçilmesi gerektiğini belirtmektedir. Özneler, psikososyal destek hizmetlerinin önleyici ve güçlendirici boyutları da içermesi gerektiğini vurgulamıştır. Öznelerden Atakan ve Derin çocuklarla düzenli görüşmeler yapılması gerektiğini savunarak, çocukların erken dönemde desteklenmesinin gelecekteki riskleri azaltacağını belirtmiştir:

“Burada abimle ve benle birinin görüşüyor olması gerekiyordu. Veyahut atıyorum keşke öyle bir devlet yapısına sahip olsak da işte ebeveynde böyle bir rahatsızlık var. Bu ebeveynin işte çocuklarıyla da ayrı ayrı görüşelim de onlara da bir destek sağlayalım. ...Bizi de bir şekilde bir sürece, bir terapi yöntemine dahil etse çok daha bilinçli ilerlerdik.” (Atakan, tanı alan ebeveyn: baba)

“O çocukların o kritik zamanları geçmeden, ağır yaralar almadan, ne diyeyim, daha fazla çalışma... Gençlerle daha fazla çalışma, ailelerle daha fazla çalışma olsun istiyorum. Pedagoglar olsun, sosyal hizmet uzmanları olsun, psikologlar olsun. Onlar istihdam edilse keşke bu alanda.” (Derin, tanı alan ebeveyn: baba)

Bu öneriler ruh sağlığı alanında koruyucu ve önleyici hizmetleri merkeze alan bütüncül bir yaklaşımın gerekliliğine işaret etmektedir. Birçok özne gibi Duru da sözleriyle, aile üyelerinin de psikososyal müdahale süreçlerine dahil edilmesi gerektiğini belirtmiştir:

“Devlet bu yöne biraz daha somut bir şeyle bakıyor bence. Bu tarz hasta bireyler var, hastalık olarak bakıyoruz. Nasıl şey yapabilirim? Para verebilirim. Böyle bir yaklaşım var. Ama baktığımız zaman aslında o birey sadece ekonomik anlamda zorluk yaşadığı için olmuyor bir şeyler. Ya da onunla çözülebilecek bir şeyler değil. Sosyal hizmet aslında zaten aslında bunun için var. Çocuklar ve diğer aile üyeleriyle ilgili bence ruh sağlığını önceleyen farklı çalışmalar da yürütülmesi gerekiyor.” (Duru, tanı alan ebeveyn: anne)

Özneler ayrıca hizmetlerin niteliğine dair sorunlara da değinmişlerdir.

“...rahat ve güvende hissettiren bir ortam olsa çok iyi olabilirdi mesela. Yani şey en böyle erişilebilir ruh sağlığı hizmetleri yani devlet hastaneleri diye düşünüyorum. ... Ama mesela 15 dakika. 15 dakika nedir ya?” (Asi, tanı alan ebeveyn: anne)

Asi' nin süre söylemine benzer şekilde Umut da “bir hastayla en az 30-45 dakika seanslar yapılmalı” diyerek terapötik ilişkinin yüzeysel kalmaması gerektiğini belirtmiştir. Son olarak önerilerde adaletli hizmet dağılımı ve erişilebilirlik talepleri de öne çıkmıştır. Öznelerden Karatay'ın, “*Nasıl bir cildiyyeden, dahiliyyeden randevu alabiliyorsak bir psikologdan da aynı şekilde randevu alabilmeliyiz.*” sözleri, ruh sağlığı hizmetlerinin temel sağlık hakkı kapsamında daha erişilebilir olması gerektiğine işaret etmektedir.

Bulgular, ebeveyni ruhsal hastalık tanısı almış kişilerin çocukluk dönemlerinde yaşadıkları deneyimlerin, mevcut psikososyal destek hizmetlerinin yetersizliğiyle yakından ilişkili olduğunu göstermektedir. Öznelerin anlatılarında ön plana çıkan temel ihtiyaç, ruh sağlığı hizmetlerinin erişilebilirlik ve nitelik açısından geliştirilmesi gerekliliğidir. Psikososyal desteğin hasta ve ailenin tüm üyelerini kapsayacak biçimde bütüncül bir yaklaşımla yapılandırılması yönünde kuvvetli bir talep mevcuttur. Görüşmelerde özneler, devletin ve sağlık sisteminin mevcut uygulamalarının ekonomik yardımlar ve kısa süreli görüşmelerle sınırlı kaldığını, ancak aile dinamiklerine ve çocukların gelişimsel gereksinimlerine odaklanan, koruyucu ve önleyici hizmet modellerine ihtiyaç duyulduğunu vurgulamış ve buna yönelik öneriler sunmuşlardır. Buna ek olarak öznelerin talepleri ruh sağlığı hizmetlerinin, temel bir hak olarak, diğer tıbbi branşlarla eşit düzeyde sunulması yönündeki beklentiyi ortaya çıkarması açısından da önemlidir. Seans sürelerine dair öneriler niteliksel iyileştirmelerin de zorunlu olduğunu ortaya koymaktadır.

4.6.2. Eğitim ve Farkındalık: “*Hizmeti bilmiyor olabiliyim, başvurabilecek yetkinliğim olmayabilir. Yani tarama olsa okullarda falan, evlerine ziyarete gidilse öğrencilerin.*”

Bu alt tema, öznelerin toplumsal düzeyde ruh sağlığına ilişkin bilgi eksikliğinin ve yanlış kanaatlerin damgalamayı pekiştirdiğine, koruyucu ve önleyici

müdahalelerin de önünü tıkadığına ilişkin görüşlerini ortaya koymuştur. Özneler eğitim ve farkındalık çalışmaları önermiş ve bu çalışmaların toplumun her kesimini kapsamaması gerektiğini ifade etmiştir. Özellikle ailelerin, öğretmenlerin, rehberlik servislerinin ve kamuoyunun bilinçlendirilmesinin ruh sağlığı konularındaki ayrımcı tutumların azaltılmasında ve daha erken müdahale fırsatlarının yaratılmasında kritik önemde olduğunu vurgulamışlardır.

Araştırma öznelerinden bazıları, ruh sağlığına dair bilginin erken yaşta eğitim sistemi aracılığıyla verilmesini önermiş, sistematik bir farkındalık programının gerekliliğine dikkat çekmişlerdir. Öznelerin çoğunluğu, eğitim kurumlarının ruh sağlığı bozukluğuna ilişkin potansiyel risklerin belirlenmesinde kilit rol oynayabileceğini belirtmiştir. Berrak, eğitiminin bilgilendirme işlevinin yanı sıra koruyucu işlevi de olabileceğini vurgulamıştır:

“Bir kere bence okulun rehberlik sisteminin çok daha gelişmiş olması gerekiyor. Bence sosyal hizmetlerle birlikte çalışıyor olmaları lazım. Çünkü öyle bir noktadayız ki şu anda dünya olarak çocukların evde nelere maruz kaldıklarını gerçekten tahmin edemiyorum. Ve bunu belirleyebileceğimiz tek yer okullar. Çünkü evden çok daha uzun süre okulda vakit geçiriyor bu çocuklar. Ve gerekli desteği okuldayken görmeye başlamaları lazım. Bunun onlar için normal olması lazım. Kendilerini ifade etmek, yardım istemek ne zaman normalleşir, o zaman normal çocuklar yetiştiririz bence. Ya da ailelere ancak o zaman dokunabiliriz. ... Hani bu noktada sosyal hizmetler ile okulların çok daha sıkı bir ilişki içerisinde olması gerekiyor.” (Berrak, tanı alan ebeveyn, anne)

Nehir ise çocuklarla birebir çalışacak okul sosyal hizmeti birimlerinin kurulmasını ve bu birimlerin aile taramaları yapmasını önermiş, rehberlik servislerinin bu alanda daha aktif rol alması gerektiğine dikkat çekmiştir. Karatay da benzer şekilde koruyucu ve önleyici sosyal hizmetlerin yetersiz olduğunu, çocukların hizmeti ve nereden başvuru yapacağını bilemeyeceğini ve tarama temelli hizmetler yapılması gerektiğini vurgulamıştır:

“Şöyle olsaydı mesela babamın tehditlerinin yani devlet deseydi ki biz seni koruruz sana baban bu şekilde zarar veremez ya da anneme deseydi ki biz seni bir şekilde destekleriz sen bu adamdan ayrılabilirsin yani bu şekilde olsaydı ama bunları

bırakın da benim bunları yaşadığımı bilen bile yoktu ki bu konuda destek verilsin bana çok uçuk geliyor açıkçası. Yani sen başvurursan destek var gibi ama o da göstermelik. Yani dedim ya haberler, sayılar ortada. Bir de belki ben başvuramayacak durumdayım. Hizmeti bilmiyor olabilirim, başvurabilecek yetkinliğim olmayabilir. Yani tarama olsa okullarda falan, evlerine ziyarete gidilse öğrencilerin. (Karataş, tanı alan ebeveyn: baba)

Karataş'ın anlatısı mevcut sosyal hizmetlerin zarar gerçekleştikten sonra devreye giren, başvuru temelli yapısının çocuklar için erişilebilir olmadığını ortaya koymaktadır. Hizmete ulaşmak için yalnızca bireysel başvurunun yeterli olmadığı, riskli durumların tespitinde tarama ve önleme mekanizmalarına ihtiyaç duyulduğu vurgulanmaktadır. Bu durum, koruyucu ve önleyici sosyal hizmetlerin güçlendirilmesi ve özellikle okul temelli tarama programlarının yaygınlaştırılması önerisine işaret etmektedir. Öznelerin önerileri sadece okullarla sınırlı kalmamıştır. İş yerlerinde ya da kamu kuruluşlarında da ruh sağlığı konusunda zorunlu eğitimlerin verilmesi gerektiği belirtmişlerdir. Aynı zamanda öznelerin çoğu, ruh sağlığı konularının “tabu olma niteliğinin” sürdüğüne ve bilgi kirliliğine dikkat çekmiş, halkın ruh sağlığına dair doğru bilgiye erişimini sağlayacak merkezi kampanyalar önererek bu konuda eğitim politikalarının güçlendirilmesini talep etmişlerdir:

“Bence herkes eğitimden geçirilmeli bu konuda. Hatta ben şunu da düşünüyorum, küçük yaşlarda bile belki psikolojik bir eğitim almaları gerektiğini düşünüyorum. Psikoloji dersi. Çünkü çok bilinmiyor, psikoloji hakkında herkes böyle kafadan bir şeyler söylüyor. Çok bilgi kirliliği var. En çok bence bu alanda bilgi kirliliği var.” (Yağmur, tanı alan ebeveyn: baba)

Ayrıca bilinçsizlik temelinde, “ruhsal farklılıklara sahip bireylerde bir yanlışlık olduğu” düşüncesinin sessizce üzerinde anlaşılmış bir kültürel yargıdan beslendiği aktarılmıştır. Bu kültürel yargıların dönüşmesi noktasında öznelerden Yunus, metrolarda ya da kamusal alanlarda afiş ve broşürlerle bilgilendirici çalışmalar yapılmasını önermiştir.

4.6.3. Sağlık Sistemi ve Kurumlar: “Öyle bir sistem olsun ki mesela bu engelli raporu düştüğünde işte RAM'dan, ... o böyle sahaya düştüğünde hepimize o bilgiler gelsin. Biz kendi adımıza neler yapabiliriz?”

Öznelerin anlatıları, ruh sağlığı hizmetlerine erişimde yaşanan sorunlara yönelik eleştirilerle birlikte bu alanın yeniden yapılandırılması ve insan onuruna uygun bir hizmet sunumu geliştirilmesine dair çeşitli öneriler içermektedir. Özneler mevcut sistemin yalnızca semptomları baskılamaya yönelik kısa süreli ve yüzeysel müdahaleler sunduğunu belirtirken, bütüncül ve uzun soluklu psikososyal desteklerin yaygınlaştırılması gerektiğini vurgulamışlardır. Öznelerden Yağmur empati, açıklık ve aktif dinleme gibi yöntemlerin uygulanabileceği alan ve sürenin sağlanması gerektiğine vurgu yapmıştır:

“Daha çok sorunlara böyle anlayışlı olmaları gerektiğini düşünüyorum (ruh sağlığı çalışanlarını kastediyor). Daha böyle biraz güler yüzlü, daha böyle bir olumlu bakma.” (Yağmur, tanı alan ebeveyn: baba)

Özneler ayrıca sağlık kurumlarının çocuklara ve gençlere yönelik hizmetlerde yetersiz kaldığını, bu yaş grubuna özgü destek mekanizmalarının geliştirilmesi gerektiğini belirtmiştir. Sahra'nın *“Ben çocukken hep itelenen, ötelenen bir çocuk, ertelenen hani arka planda olan bir çocuk olduğum için bilemeyeceğim. Tabii evet yoktu bir şey. Bir bilgilendirme, bir destek! Yani bence küçük yaşta çocuklara, 18 yaşına kadar falan çocuklara destek sağlanmalı. Çünkü bilmiyorlar.”* sözü çocuklara yönelik koruyucu ruh sağlığı hizmetlerinin yapılandırılması çağrısı niteliğindedir.

Kurumsal koordinasyon eksikliği de sıklıkla dile getirilen bir sorundur. Derin, bütünlük veri paylaşımı ve kurumlar arası iş birliğine dayalı bir hizmet ağına duyulan ihtiyacı vurgularken, Lülü, ruh sağlığı alanının yeterince kaynak ayrılmadığını ifade etmiş ve kurum sayılarının arttırılmasını önermiştir.

“Öyle bir sistem olsun ki mesela bu engelli raporu düştüğünde işte RAM'dan, hastaneden, muhtarlıktan, Aile Sosyal Hizmetler'den öyle ortak bir otomasyon sistemi olsun ki o böyle sahaya düştüğünde hepimize o bilgiler gelsin. Biz kendi

adımıza neler yapabiliriz? O raporu alan insan işte hastaneye, sosyal yardımlaşmaya, valiliğe, belediyeye dolanmak yerine o sisteme düştü, arkadaşlar sen oraya çık, sen oraya çık, ben buraya gideyim diye hani sahalarda olalım istiyorum.” (Derin, tanı alan ebeveyn: baba)

“Niye bu gruba hizmet sunan birkaç yüz tane daha bir yer yok? Kazanç şeyi yok. Halbuki aç. Konuşmayan, yardıma ihtiyacı olan o kadar çok insan ortaya çıkacak ki.” (Lülü, tanı alan ebeveyn: anne)

Öznelerin deneyimlerinden yola çıkarak oluşturdukları önerilerden biri de takip sistemlerinin geliştirilmesidir. Bu öneri, sağlık hizmetlerinin sürekliliğini sağlamak ve olası krizleri önleyici bir yapı kurmak adına oldukça önemlidir.

Bunlara ek olarak halihazırda bakım veren görevi üstlenen özneler, ruhsal hastalık tanılı bireylere bakım verenlerin günlük yaşamlarını sürdürürken ihtiyaç duydukları evde bakım desteği, gündüz bakım evi desteği, mobilizasyon desteği gibi mekanizmalara dair önerilerde bulunmuşlardır. Bu öneriler ruh sağlığı alanında mobil hizmetlerin geliştirilmesine ve ev temelli müdahalelerin yaygınlaştırılmasına yönelik ihtiyacı vurgulamaktadır. Sahra'nın sözleri, bakım veren bireylerin yükünü hafifletecek hizmet yapılarına duyulan ihtiyacı çarpıcı biçimde gözler önüne sermektedir:

“Şimdi mesela ben çocuğum yokken de çocuklu bir birey gibiydim. Çünkü babamın hastane şeyleri falan. Bunlar gerçekten çok yorucu. ... Hep böyle kafada bir arka planda bir sorumluluğum olduğu biri vardı falan. Ne bileyim bu yüklerin biraz alınması çok iyi olurdu. Bak şimdi mesela şimdi bile düşünüyorum. Eee kızım hani diyorum 3. sınıfa gelse, en azından şey yapsın da bir iş hayatında tam zamanlı atılayım diyorum. ... Yani bu yönden devlet mesela şöyle bir destek verse ben çok isterim. Sağlık hizmeti var deniliyor ama belirli şartlar var işte. Yani var, yok değil ama hep bir prosedür, abuk subuk bir prosedür. Bak ben mesela şimdi çocuğuma mı bölüneyim e babama mı bölüneyim? Mesela atıyorum babamın ben çalışırken babamı hastaneye götür götür yapacak birini yollasın çok isterim... Yani düşünsenize ben 34 yaşındayım. Gencim, mesela benim üretimde olmam

gerekıyor. ... Ben şu anda mesela oturuyorum evde, köreliyorum.” (Sahra, tanı alan ebeveyn: baba)

Öznelerin önerileri deneyimin bilgisini görünür kılarken sağlık sistemine yönelik dönüşüm çağrısının da altını çizmektedir.

**4.6.4. Ruh Sağlığı Profesyonellerinin İstihdamının Arttırılması:
“Sahalarda olalım. Ne bileyim gerekiyorsa PDR’ciler çok atansın,
sosyal hizmet uzmanları atansın,”**

Öznelerin önerileri arasında dikkat çeken başlıklardan biri de ruh sağlığı alanında çalışan profesyonellerin istihdamlarının arttırılmasıdır. Bu öneri sistemsal bir ihtiyaca işaret etmektedir. Öznelerin ifadelerinde ruh sağlığı hizmetlerine erişimin güçlüğü, destek sistemlerinin yetersizliği ve kurumların kapasite sorunları, istihdam yetersizliğiyle doğrudan ilişkilendirilmiştir. Bu nedenle istihdam hem hizmet sunumunun yaygınlaştırılması hem de nitelikli personelin sahada aktif biçimde var olması açısından bir çözüm önerisi olarak ortaya konulmuştur. Bir engelli bakım merkezinde pedagoğ olarak çalışan Derin’in şu ifadesi bu ihtiyacı doğrudan görünür kılmaktadır:

“Mahalle mahalle, gerekiyorsa parsel parsel, köy köy. Sahalarda olalım. Ne bileyim gerekiyorsa PDR’ciler çok atansın, sosyal hizmet uzmanları atansın, ... Sahada çok fazla bunlardan olsun ki açık bir yerler de kalmayalım.” (Derin, tanı alan ebeveyn: baba)

Anlatılarda istihdam, erişilebilirliğin ve eşit hizmet sunumunun temel koşulu olarak konumlandırılmaktadır. Özneler, psikososyal hizmetlerin etkinliğinin ruhsal iyilik haline öncelik verilerek arttırılabileceğini belirtmiş ve bu doğrultuda yeni birimlerin açılması ve bu alanlarda personel istihdam edilmesi gerektiğini ifade etmiştir:

“Fiziksel olsun, ruhsal olsun her şeyin çözümü için ilk ruhsal olarak bakmak gerekiyor bazı şeylere. Bu sebeple bu anlamda yeni belki de birimler açılabilir, belki de yeni kurumlar açılabilir bilmiyorum ama istihdamın artması gerektiğini düşünüyorum ben.” (Deniz, tanı alan ebeveyn anne)

Bulgular ruh sağlığı alanında çalışan profesyonellerin sayısal ve niteliksel olarak yetersizliğinin de temel bir sorun olduğunu ortaya koymaktadır. Özneler ruh sağlığı alanı profesyonellerinin sayısının artırılması, koruyucu ve müdahale edici hizmetlerin erişilebilirliğini ve etkinliğini artıracak önemli bir adım olarak sunulmuştur.

5. BÖLÜM

TARTIŞMA

Bu araştırmanın amacı ruhsal hastalık tanısı almış ebeveynlerin çocuklarının deneyimlerini görünür kılmak ve bu deneyimler üzerinden çocuklar için risk ve koruyucu faktörleri belirlemektir. Araştırma sonucunda elde edilen bulgular ebeveynin ruhsal hastalığı ekseninde çocukların yaşadıkları zorlu deneyimler ve geliştirdikleri baş etme mekanizmalarının bireysel özellikleri, aile dinamikleri, kurumsal sistemler, kültürel normlar, toplumsal yapı ve sosyal destek kaynakları ile yaşadıkları döngüsel ve dinamik etkileşimler içinde geliştiğini ortaya koymuştur. Bu etkileşimlerde özneleri güçsüzleştiren, kırılanlaştıran, edilgen kılan yanlar olduğu gibi tersi yönde öznelerin kırıldıkları noktadan güçlenmelerini, sağ kalım stratejileri geliştirmelerini, dayanıklılıklarını artırmalarını sağlayan yanlar da olmuştur. Bu bağlamda tartışma bölümünde tema haritasına bağlı kalınarak elde edilen bulgular literatürle birlikte ele alınarak değerlendirilecektir

5.1. TANI ALAN EBEVEYN VE DİĞER AİLE ÜYELERİ İLE İLİŞKİLER

Çalışmanın ilk temasını oluşturan “tanı alan ebeveyn ve diğer aile üyeleri ile ilişkiler” kapsamında ulaşılan sonuçlar, ebeveyni ruhsal hastalık tanısı almış kişilerin çocukluk deneyimlerinin karmaşık doğasını ortaya koymuştur. Hastalığın zamansal seyri bağlamında öznelerin anlatıları, tanı öncesi dönemin belirsizlik, bilgi eksikliği ve müdahale yetersizliği ile örülü olduğunu göstermektedir. Bu alanda yapılan çalışmalar da bu bulguyu destekler niteliktedir. Çocukların ebeveynlerinin ruhsal hastalığı hakkında yeterli bilgiye sahip olmadıkları, sağlık sisteminin çocukları görünmez kıldığını, yaşlarına uygun bilgilendirme yapılmadığı ve klinisyenlerin aile ve çocuk odaklı uygulamalarda bilgi ve beceri eksikliği yaşadığı, daha çok hasta odaklı çalışmaya yatkın oldukları görülmektedir (Tchernegovski, Hine, Reupert ve Maybery, 2018; Goodyear ve diğerleri, 2015). Öte yandan bu çalışmanın bulgularını destekler biçimde bilgiye erişimin çocuklar için olumsuz örüntülerle baş etmede hayati önemi olduğunu gösteren çalışmalar

vardır. Bazı çocukların yaşadıkları kafa karışıklığına rağmen özellikle hastalık hakkında bilgilendikçe (Reupert ve Maybery, 2010; (Knutsson-Medin, Edlund ve Ramklint, 2007) ve ailede hastalığa ilişkin iletişim arttıkça dayanıklılık ve uyum geliştirebildikleri bilinmektedir (Reupert ve Maybery, 2007; Pölkki, Ervast ve Huupponen, 2004). Bu çocuklar, destekleyici müdahaleler aracılığıyla endişelerini ifade etme ve ebeveynlerinin yaşadığı sorunları daha iyi anlama fırsatı elde edebilmektedir. Bu bulgular, ebeveynin ruhsal hastalığına verilen tepkilerin çocuklar arasında farklılıklar gösterebileceğini ortaya koysa da bilgiye erişimin önemini vurgulamakta ve tanı öncesi dönemde genç bireylerin yaşadığı belirsizliğin azaltılmasında bilgilendirmenin gerekliliğinin altını çizmektedir.

Her zaman belirtiler tanınmadığı için değil bazen de farklı yorumlandığı için ruhsal hastalıklar fark edilmemektedir. Bu çalışmada ebeveynlerdeki belirtilerin genellikle “kişilik özelliği” ya da “geçici duygu durumları” şeklinde yorumlandığı ve bu nedenle profesyonel desteğin geciktiği görülmüştür. Bu durum yalnızca ebeveynin değil, çocuğun da maruz kaldığı psikososyal sorunların kronikleşmesine ve yardım almada gecikmeye yol açmıştır. Aldo ve arkadaşları (2016)’nın çalışmasında da ruhsal belirtilerin birçok durumda bireyler tarafından yanlış yorumlandığı, bireylerin destek aramak yerine içsel yollarla bastırma veya kendiliğinden geçmesini bekleme eğilimi gösterdikleri görülmüştür.

Bu çalışmada hastalığın döngüsel doğasına, yani “nüks” süreçlerine ilişkin bulgular da dikkat çekicidir. Bu süreç, çocukların sürekli bir kriz ve belirsizlik içinde yaşamasına neden olmuş, bu da gelişimsel süreçte güvenli bağlanma duygusunu zedelemiş ve istikrarsız aile yapılarının oluşmasına yol açmıştır. Benzer şekilde ebeveynin kronik ruhsal hastalığının, ailedeki duygusal güven ortamını ve istikrarı bozarak çocukların bağlanma örüntülerinde güvensizlik ve gelişimsel kırılganlıklara neden olduğunu belirten çalışmalar bulunmaktadır (Maybery, Reupert, Patrick, Goodyear, ve Crase, 2009; Rutter, 1984). Çocukların ebeveynlerinin ruhsal durumunu anlayamamalarından kaynaklanan kaygı ve istikrarsızlık duyguları (Trondsen, 2012) ile bu koşullar altında büyüyen çocuklarda ikincil travma belirtilerinin gelişmesi (Lombardo & Motta, 2008), ruhsal

hastalığın döngüsel ve öngörülemez doğasının çocuklar üzerindeki etkilerini ortaya koymaktadır.

Hastalığı kabullenme sürecine ilişkin bulgular, araştırmanın kuramsal çerçevesini oluşturan güçlendirme yaklaşımı açısından dikkate değer dinamikler barındırmaktadır. Öznelerin çoğu damgalanma korkusu nedeniyle hastalığı hem kişisel hem de toplumsal düzlemde gizlemiş ya da reddetmiştir. Bu savunma mekanizmaları, hastalığın sosyal olarak “ayıp” ya da “kusurlu” addedilmesiyle ilişkili olup, çocukların yardım arayışlarını sınırlandırmış, yalıtılmışlıklarını pekiştirmiştir. Bu bulgular, ruhsal hastalıklara dair damgalama literatürüyle güçlü biçimde örtüşmektedir. Ruh sağlığına yönelik damgalamanın -özellikle ruhsal hastalığın zayıflıkla ilişkilendirildiği toplumlarda- yardım arama davranışlarını önemli ölçüde azalttığını gösteren çalışmalar bulunmaktadır (Clement ve diğerleri, 2015; Corrigan, Druss ve Perlick, 2014). Bu durum, çocukların içinde buldukları koşulları ve duygusal ihtiyaçlarını gizlemelerine neden olabilmektedir. Ancak bazı özneler zamanla bilgiye yönelerek, hastalığı anlama ve kabullenme sürecinde bireysel dönüşüm yaşamışlardır. Özellikle internet araştırmaları, makale okumaları ve sağlık personelinden alınan bilgiler öznelerin hastalığı yeniden çerçevelemelerine olanak tanımıştır. Bu çalışmada da görüldüğü üzere ailevi ve toplumsal damgalamadan kaynaklanan utanç mekanizmaları, çocukların hem kendilerini hem de yaşadıkları durumu algılama biçimlerini derinden etkilemekte, ebeveynin ruhsal sorunları hakkında iletişimi sınırlandırarak sosyal destek arayışını engellemektedir (Murphy, Peters, Wilkes ve Jackson, 2015; Bowers, Manion, Papadopoulos ve Gauvreau, 2013; Rüsç ve diğerleri, 2014). Damgalama temelli bu sosyal izolasyon bulguların ortaya koyduğu üzere aile içinde bir “gizlilik kültürü” oluşmasına, çocukların bilgiye ulaşamamasına ya da yaşadıklarını açıkça ifade etmemesine (McCormack, White ve Cuenca, 2016) yol açmaktadır. Bununla birlikte çalışmanın bulgularında da görüldüğü üzere ebeveynin yaşadığı hastalığın zamanla anlaşılmasının bilgi içerikli internet paylaşımları ya da danışmanlık seansları aracılığıyla mümkün olduğu (McCormack, White ve Cuenca, 2016), çevrim içi ruh sağlığı bilgilerine erişimin ruh sağlığı okuryazarlığını belirgin şekilde artırdığı, bunun da başa çıkma becerilerini geliştirdiği ve yardım arama isteğini artırdığı (Chen, Zheng, Liang, Xie

ve Gu, 2020) görülmektedir. Ancak bu süreçte bağlamsal etkenlerin öneminin de göz ardı edilmesi gerektiği sonuçlarına ulaşılmıştır. Bilgi yoluyla güçlenme mümkün olsa da bu, büyük ölçüde ruh sağlığı hakkında açık iletişimin teşvik edildiği bir ortamın varlığına bağlıdır.

Sonuç olarak ebeveynin ruhsal hastalığı tanısı aldığı durumlarda çocukların maruz kaldığı belirsizlik ve bilgi eksikliği çocuk koruma sisteminin önleyici hizmet sunumundaki yetersizliklerini görünür kılmaktadır. Çocuk Hakları Sözleşmesi'nde tanımlandığı üzere her çocuğun sağlık ve bilgiye erişim hakkı olsa da ebeveyni ruhsal hastalık tanılı çocukların yaşadığı deneyimler bu hakların yeterince hayata geçirilemediğini ortaya koymaktadır. Bu gruptaki çocukların yaşadığı görünmezlik, çocuk koruma alanında sorumlu olan aktörlerin tanı öncesi, tanı süreci, hastalığı kabullenme ve anlamlandırma gibi daha erken evrelerde devreye giremediğini göstermektedir.

Araştırmada çocukların gizlilik kültürü ve damgalanma korkusu nedeniyle yaşadıklarını sakladıkları ve destek aramaktan uzak durdukları görülmekle birlikte, bazı öznelerin zamanla çevrim içi kaynaklar aracılığıyla hastalığı anlamlandırmaya çalışmaları ve bu süreçte güçlenmeleri dikkat çekicidir. Bu bulgu, özellikle pandemi sonrası dijitalleşen hizmet modellerinin çocuk koruma sistemine entegre edilebilmesi açısından önemli bir pencere sunmaktadır. Yaşa uygun, damgalayıcı olmayan bir dille hazırlanmış dijital eğitim ve danışmanlık içerikleri çocukların bilgiye erişimini kolaylaştırabilir ve ruh sağlığı okuryazarlığını, öz farkındalıklarını ve baş etme becerilerini güçlendirebilir. Sosyal hizmet sisteminin bu potansiyeli desteklemesi çocukların edilgen yardım alıcılar yerine, bilgiye ulaşabilen ve karar alabilen aktif öznelere dönüşmesine katkı sağlayacaktır.

Araştırmada ortaya çıkan ebeveynin ruhsal hastalığına dair geliştirilen metaforik anlatımlar öznelerin ebeveynlerinin ruhsal hastalığı karşısında yaşadığı duygusal yüklenme, iletişim eksikliği, ebeveyn rolünü üstlenme ve bağlanma karmaşası gibi psikososyal etkileri sembolik düzeyde somutlaştırmalarına imkân tanımıştır. Aynı zamanda bu metaforlar, çocukların iç dünyasındaki parçalanmış ebeveyn imgelerini ve travmatik yaşantılara karşı geliştirdikleri bilişsel yeniden

anlamlandırma süreçlerini de görünür kılmıştır. Bu çocuklarla yapılan farklı çalışmalarda çocukların hastalık sürecine dair deneyimlerini çeşitli metaforlarla paylaştıkları görülmüştür (Mordoch ve Hall, 2008; Pölkki, Ervast, ve Huupponen, 2004). Faugli ve arkadaşları (2020), çocukların duygularını ve içinde buldukları durumları tanımlamak için metaforları nasıl kullandıklarını ve bu sayede yeni anlamlar üreterek nasıl baş etme stratejileri geliştirdiklerini ortaya koymuştur.

Öte yandan metaforlar çocukların psikolojik başa çıkma mekanizmaları hakkında çok şey ortaya koysa da her çocuk bu sembolik ifadeler aracılığıyla güçlenme veya çözüm bulamayabilir. Bulgular metaforların bazı öznelere güçlenmeye katkı sağlarken, bazılarında kırılganlığı ve çaresizlik hissini ön planda tuttuğunu ortaya koymaktadır. Lombardo ve Motta'nın (2008) çalışması, metaforik ifadelerin umutsuzluk ve hayal kırıklığı gibi olumsuz duyguları barındırması hâlinde, bizzat duygusal sıkıntının kaynağı hâline gelebileceğini ortaya koymuştur.

Metaforik anlatımlar, çocukların yaşadıkları psikososyal riskleri ifade etme kapasitelerinin gelişmediği ya da bastırıldığı durumlarda koruyucu hizmetlerin temel değerlendirme araçlarından biri olarak kullanılabilir. Özellikle erken yaşta çocukların yaşadıkları travmaların anlaşılmasında, dilsel sınırlılıkları aşan ve duygusal içeriği daha doğrudan yansıtan bu tür anlatımlar, çocuk koruma sisteminde çalışan meslek elemanları için önemli bir içgörü sunmaktadır. Ancak sağlık ve çocuk koruma hizmetlerindeki psikososyal boyutun eksikliği nedeniyle çocukların bu tür sembolik dışavurumları çoğu zaman görünmez kalmaktadır. Metaforik anlatımlara dayalı değerlendirme araçlarının geliştirilmesi, çocuğun sesini ve deneyimini merkeze alan bütüncül koruma ve destek mekanizmalarının oluşturulması için sosyal hizmet alanında atılacak güçlü adımlardan biridir. Bu yaklaşım, çocukların daha görünür olduğu, koruyucu, önleyici ve onarıcı bir çocuk koruma sisteminin inşasına katkı sunacaktır.

Tanı alan ebeveyn ve diğer aile üyeleriyle ilişkiler ana teması kapsamında ortaya çıkan önemli bulgulardan biri de ebeveyni ruhsal hastalık tanısı almış bireylerin çocukluk dönemlerinde yaşadıkları psikolojik etkilerin hem kırılganlaştırıcı, güçsüzleştirici hem de güçlendirici yönler barındırdığıdır. Özneler yalnızlık, kaygı, korku, suçluluk, değersizlik ve özgüven eksikliği gibi duygusal yüklerle baş

etmeye çalışırken aynı zamanda sorumluluk alma, empati geliştirme, dayanıklılık kazanma ve pozitif kimlik inşası gibi güçlendirici süreçler de yaşamışlardır. Bu bulgular çalışmanın kuramsal bölümünde de aktarılan daha önce bu alanda yapılmış çalışmalarla da uyumludur (Foster, 2010; Buldukoğlu, Bademli, Karakaya, Göral ve Keser, 2011; Homlong, Rosvold, Sagatun, Wentzel-Larsen, ve Haavet, 2015; Trondsen, 2012; Ostman ve Hansson, 2002). Ayrıca bu çalışmanın bulgularının da ortaya koyduğu üzere çocuklar erken yaşta gelişimsel olarak uygun olmayan yetişkin rollerini üstlenmekte, ebeveynin duygusal dalgalanmalarına denge kurma çabası içinde kendi ihtiyaçlarını bastırabilmektedir (Wiegand-Grefe, Sell, Filter ve Plass-Christl, 2019; Cudjoe, Tam, Effah, Amegashie ve Tweneboah, 2023). Drost ve arkadaşlarının (2016) sistematik derlemesi, ruhsal hastalığı olan ebeveynlerin çocuklarının sıklıkla yabancılaşma ve anlaşılmama duyguları yaşadıklarını ve bunun da duygusal deneyimlerini sağlıklı biçimde işlemelerini engelleyebileceğini ortaya koymaktadır. Bu çalışmanın bulgularını destekler şekilde literatüre göre çocukların ebeveynin ruhsal hastalığına dair toplumsal damgalamayı içselleştirmesi, utanç, değersizlik ve sosyal izolasyon duygularını da pekiştirmektedir (Ostman ve Kjellin, 2002; Murphy, Peters, Wilkes ve Jackson, 2015b).

Çalışmanın bulgularına göre tanı alan ebeveynin ya da çocuğun cinsiyeti, yaşanan psikolojik etkilenmenin niteliğini zaman zaman farklılaştırmaktadır. Benzer şekilde ebeveynin ruhsal hastalığına bağlı işlevsizlik özellikle annenin tanı aldığı durumlarda çocuklarda duygusal güvenlik açısından daha derin kırılğanlıklar yaratırken (Reedtz, Lauritzen, Stover, Freili, ve Rognmo, 2019; Naughton, Maybery, Sutton ve Goodyear, 2019; Chen, 2023); babanın hastalığı söz konusu olduğunda aile içinde çatışma, rol karmaşası ve saldırgan başa çıkma stratejilerinin öne çıktığı görülmektedir (Backer, Murphy, Fox, Ulph ve Calam, 2016; Chen, 2023). Bulguların ortaya koyduğu üzere öznenin ya da tanı alan ebeveynin cinsiyeti fark etmeksizin öznelere tamamı ebeveyni gibi hasta olmaktan kaygı duyduğunu gösterse de çalışmalar (Rutter, 1984; Rasic, Hajek, Alda ve Uher, 2014), çocuklarda görülen ruhsal hastalıklara dair kaygının ebeveynin hastalığının şiddetiyle doğrudan ilişkili olduğunu ortaya koymaktadır.

Ancak ruhsal hastalıklardaki genetik yatkınlığın, davranışsal sorunlar ve duygusal bozulmalarla birlikte görülebildiğini gösteren çalışmalar da mevcuttur (Naughton M. A., Maybery, Sutton, & Goodyear, 2019). Bu da kaygının ve genetik yatkınlık riskinin azaltılmasında birey, aile ve toplum düzeyinde çocukların dayanıklılıklarını artıran ve güçlenmelerine katkı sağlayan deneyimlerin desteklenmesi gerektiğine işaret etmektedir. Nitekim bu çalışmanın bulguları ebeveynin ruhsal hastalığının getirdiği kırılğan yapının, aynı zamanda olumlu başa çıkma yollarının gelişimine zemin hazırlayabildiğini de ortaya koymuştur.

Bulgulara göre zorlayıcı deneyimlerle baş eden bazı çocukların, yaşadıkları travmatik olayları anlamlandırma, ebeveynin davranışlarını kendi kişiliklerinden ayırma ve süreci daha yönetilebilir bir çerçeveye oturtma kapasiteleri artmıştır. Bu bulgular, literatürdeki çok sayıda çalışma ile de örtüşmektedir. Bazı çalışmalar ruhsal hastalık yaşayan ebeveynle yaşayan çocukların başlangıçta yoğun duygusal zorluklar yaşasalar da zamanla kendi güçlü yönlerini keşfederek anlamlı bir içgörü ve psikolojik uyum geliştirebildiklerini göstermektedir (Backer, Murphy, Fox, Ulph ve Calam, 2016; Beardslee, Gladstone, Wright ve Cooper, 2003; Pölkki, Ervast ve Huupponen, 2004). Bulguları da destekler şekilde bu sürecin en önemli destekleyicilerinden biri olan yaşa uygun bilgilendirme müdahaleleri, çocukların özneleşme kapasitelerini artırmakta, ebeveynin davranışlarını kendi kişiliklerinden ayırabilmelerine ve travmatik süreci daha yönetilebilir bir çerçeveye oturtmalarına yardımcı olmaktadır (Christiansen, Anding, Schrott ve Röhrle, 2015; Pihkala, Sandlund ve Cederström, 2012; Ali, Ahlström, Krevers ve Skärsäter, 2012; Fudge ve Mason, 2004). Ebeveynin ruhsal durumunu anlamlandırmaya çalışan çocukların daha yüksek düzeyde empati, anlayış ve sosyal beceriler geliştirdiğine, bu becerilerin ise psikososyal işlevselliklerini olumlu etkilediğine dair bulgular (Solantaus, Paavonen, Toikka ve Punamäki, 2010; Rutter, 1984; Maybery ve Reupert, 2009; Drost, van der Krieke, Sytema ve Schippers, 2016) bu çalışmanın bulguları ile uyumludur. Özellikle öz-şefkatin bu sürece katkısı büyüktür. Dunkley-Smith ve arkadaşları (2022), öz-şefkat geliştiren çocukların utanç ve suçluluk duygularıyla başa çıkmada daha başarılı olduklarını, bu durumun ise dayanıklılıklarını artırarak sağlıklı sosyal ilişkiler kurmalarını sağladığını ifade etmektedir.

Ebeveyni ruhsal hastalık tanısı almış bireylerin kişisel düzeydeki çocukluk deneyimlerinin hem kırılğanlaştırıcı hem de güçlendirici yönler taşıdığına dair bu çalışmanın bulguları, risk ve koruyucu faktörlerin iç içe geçmiş yapısını vurgulayan kuramsal çerçeveye uyum içindedir. Ebeveynin ruhsal hastalığı biyopsikososyal düzeyde çok yönlü bir risk faktörü oluştururken, bu durumla baş etme süreçlerinde geliştirilen beceriler ise dayanıklılığı artıran koruyucu faktörlerin işleyişine işaret etmektedir. Bulgular sosyal hizmet müdahalelerinde bu ikili doğanın birlikte değerlendirilmesi gerektiğini ortaya koymaktadır.

Çalışma bulguları, ebeveynin ruhsal hastalığının yalnızca bireysel düzeyde değil, tüm aile sistemi üzerinde etkili olduğunu ortaya koymuştur. Aile içi ilişkilerde yaşanan rol karmaşası, bakım yükünün dengesiz dağılımı, iletişim kopuklukları ve duygusal mesafeler, bazı aile bireylerinde duygusal tükenmeye ve psikolojik kırılğanlıklara neden olmuştur. Öte yandan, bazı ailelerde hastalığın ortaya çıkışı dayanışmayı artırmış, aile üyelerinin ortak baş etme stratejileri geliştirmelerine ve duygusal bağlarını kuvvetlendirmelerine zemin hazırlamıştır. Aile içi etkileşimler, yaşanan zorluklara verilen tepkilere bağlı olarak çatışma ve rol karmaşasından, dayanışma ve ortak başa çıkma stratejilerine kadar değişkenlik göstermektedir (Tabak ve diğerleri, 2016; Siegenthaler, Munder ve Egger, 2012). Bu bağlamda aile içi iletişim biçimi belirleyici bir unsur olarak öne çıkmaktadır. Bu çalışmanın bulguları ile tutarlı olarak çalışmalar ruhsal hastalık hakkında açık, tutarlı ve dürüst iletişim kurulamayan ailelerde yanlış anlamaların ve çatışmaların yoğunlaştığını (Power ve diğerleri, 2015; Cudjoe, Tam, Effah, Amegashie ve Tweneboah, 2023; Foster, 2010), buna karşılık açık iletişimin teşvik edildiği aile yapılarında çocukların başa çıkma becerilerinin geliştiğini (Power ve diğerleri, 2015; Beardslee, Gladstone, Wright ve Cooper, 2003; Fritz, de Graaff, Caisley, van Harmelen ve Wilkinson, 2018) ve bunların da aile dayanıklılığını artırdığını göstermektedir.

Bulgular da görüldüğü üzere psikososyal yönden destekleyici müdahaleler bu süreci dönüştürme potansiyeline sahiptir. Nitekim iyi uygulama örneği olarak ele alınabilecek ruhsal hastalıkla yaşayan ebeveynlerin çocuklarına yönelik geliştirilen programlar, aile içi iletişimi iyileştirerek stresin azaltılmasına katkı

sağlamış, çocukların duygularını ifade etme ve hastalığı anlamlandırma süreçlerinde olumlu etki yaratmıştır (Wolpert, Hoffman, Martin, Fagin ve Cooklin, 2015; Plass-Christl ve diğerleri, 2017; Wille ve Bettge, 2008; Reupert ve diğerleri, 2013). Cooklin (2013), hem hasta ebeveyni hem de çocuğu desteklemeye yönelik müdahale programlarının çocuklarda özneleşmeyi, yani karar alma, ifade etme ve anlamlandırma becerilerini güçlendirdiğini ve bu sayede ailevi koşullarla daha sağlıklı başa çıkabildiklerini belirtmektedir.

Tüm bu bulgular, kırılma ve güçlenmenin birbirini dışlayan değil, iç içe geçen süreçler olduğunu göstermektedir. Çocukların yaşantıları ebeveynin hastalığının şiddeti, ebeveyn-çocuk ilişkisinin niteliği ve sosyal destek ağlarının varlığı gibi birçok etmene bağlı olarak farklılık göstermektedir. Wiegand-Grefe ve arkadaşlarının (2019) da belirttiği üzere, bazı çocuklar olağanüstü bir uyum ve kaynak üretme becerisi sergilerken, bazıları ise psikolojik krizlerle karşı karşıya kalabilmektedir. Bu nedenle, çocukların yaşadığı bu çok yönlü deneyimlerin hem farkında olmak, müdahale ve destek sistemlerinin etkili şekilde yapılandırılması açısından kritik önemdedir. Zira çocukların ruhsal hastalık karşısındaki deneyimini tek başına travma odaklı bir ekseninde değerlendirmek, sosyal hizmetin müdahale kapasitesini sınırlandıracaktır. Çalışmanın bulguları zorlayıcı yaşam olaylarını anlamlandırarak güçlenme neticesinde bir özneleşme sürecine işaret etmektedir. Dolayısıyla çocuk koruma alanındaki müdahaleleri yapılandırırken müracaatçı grubu daha da dezavantajlı hale getiren edilgenleştirici bir yaklaşım yerine bu grubun sorun üzerinde anlam kurabilmesini, karar alabilmesini ve çevresiyle ilişkilerini bu anlam üzerinden dönüştürebilmesini sağlayacak müdahale modellerine ihtiyaç olduğu görülmektedir. Nitekim öznelerin anlattığı sorumluluk alma, empati geliştirme, duygusal dayanıklılık kazanma gibi olumlu çıktılar, kurumsal destekle beslendiğinde çocuklar için olumlu bir sosyal öğrenme biçiminin yaratılabileceğinin göstergesidir. Bu bağlamda sosyal hizmet müdahalelerinde öznenin çocuk olması, onun deneyimini küçümsemek ya da yalnızca bir mağduriyet üzerinden tanımlamak anlamına gelmemelidir. Aksine görüldüğü üzere çocukların yaşam hikâyelerinde var olan dirençlilik, dayanıklılık yalnızca bireysel özelliklerle açıklanamamaktadır. Çocukların oluşturduğu hayatta kalma setleri bilgiye erişim imkânları, aile ve toplum desteğinin varlığı ya

da yokluğu ekseninde şekillenmektedir. Nitekim çalışmanın ilk teması kapsamında aile içi iletişim ve ilişki dinamiklerine dair bulgular da bu sistemlerle etkileşimin önemini kapsamlı biçimde ortaya koymaktadır.

Öznelerin ebeveynleri ve diğer aile üyeleri ile ilişkilerine dair anlatılarında güvenli bağlanma kadar kaygılı, kaçınan ya da dağınık bağlanma örüntülerine de rastlanmıştır. Bu durum, çocuğun gelişimsel ihtiyaçlarının karşılanmasında ebeveynin ruhsal durumunun belirleyici rolünü gözler önüne sermiştir. Bowlby (2013)'nin bağlanma kuramına göre, çocuğun temel bakım vereniyle kurduğu erken dönem bağlanma ilişkisi, bireyin güvenlik algısını, stresle baş etme becerilerini ve sonraki dönem ilişkilerini doğrudan etkiler. Ainsworth ve arkadaşlarının (2015) geliştirdiği “Yabancı Durum Testi” ile tanımlanan bağlanma örüntüleri —güvenli, kaygılı/kararsız, kaçınan ve dağınık— çocukların duygusal düzenleme biçimlerini ve ilişki kurma kapasitelerini anlamada önemli ipuçları sunmaktadır. Bu çalışmadaki anlatılar, çocukların çoğu zaman ebeveynlerine karşı hem sevgi ve koruma hem de öfke ve korku gibi çelişkili duygular beslediğini ortaya koymuştur. Bu ambivalan yapı, içsel dünyalarında duygusal çatışmaların yaşanmasına ve yerleşmesine yol açmıştır. Bu bulgular literatürle de uyumludur. Özellikle ruhsal hastalıkla seyreden ebeveynlik biçimlerinde, bakım verenin tahmin edilebilirlikten uzak, tutarsız ya da duygusal olarak erişilemez olması, çocuklarda çoğunlukla kaygılı ya da dağınık bağlanma örüntülerine neden olmaktadır (Lyons-Ruth, 1996; Toth, Cicchetti, Macfie, & Emde, 1997). Bu bağlamda ebeveynin ruhsal sağlığı, çocukla kurulan ilişkinin niteliği ile birlikte çocuğun bağlanma tarzını da biçimlendirmektedir.

Bununla birlikte, sağlıklı ebeveynin desteği çocukların özgüvenini, duygusal düzenleme becerilerini ve öz-değer algısını güçlendiren önemli bir koruyucu faktör olarak öne çıkmıştır. Chen ve arkadaşları (2024)'nin bulguları da ebeveyn ve çocuk arasındaki pozitif baş etme süreçlerinin, aile üyeleri arasında karşılıklı duygusal destek sağlayarak dayanıklılığı artırdığını ortaya koymaktadır. Ailede duygusal desteğin sürekliliği açısından, sağlıklı bir ebeveyn figürüyle kurulan güvenli bağlanma ilişkisi belirleyici bir koruyucu faktördür. Mijl ve Vingerhoets (2020), bir bakım verene geliştirilen güven temelli ilişkinin, çocuklarda duygusal

istikrar ve öz-yeterlilik duygusu geliştirdiğini, bu bağlamda dayanıklılığı doğrudan desteklediğini belirtmiştir. Rehberlik sunan ve duygusal onay sağlayan bir ebeveyn figürü, çocukların duygularını açıklıkla ifade etmesine olanak tanırken, izolasyon hissini de azaltmaktadır.

Ancak bulgular sağlıklı ebeveynlerin hem çocuklar hem tanı alan eş için destekleyici olduğunu ortaya koymakla birlikte, çoğu zaman çocukların erken yaşta bakım veren, arabulucu ya da karar verici gibi roller üstlendiklerine ve gelişimsel süreçlerine uygun olmayan sorumluluklar aldıklarına işaret etmektedir. Bu durum, literatürde özellikle ruhsal hastalığı olan ebeveynlerin duygusal olarak erişilemez hale gelmesiyle açıklanmakta ve çocukların duygusal gelişimlerinin, ebeveynin bakım ve güvenlik sağlama kapasitesindeki düşüş nedeniyle risk altına girdiği bulgularıyla (Rutter & Quinton, 1984; Naughton, Maybery, Sutton ve Goodyear, 2019; Aldridge ve Becker, 2004) örtüşmektedir.

Çalışmanın kardeşlik ilişkilerine dair ortaya koyduğu bulgular, ruhsal hastalığı olan bir ebeveynle büyüyen çocukların, aile içi rollerde yaşadığı dönüşümleri ve bu dönüşümlerin ilişkisel sonuçlarını anlamak açısından oldukça açıklayıcıdır. Öznelerin anlatılarında, kardeşlere ebeveynlik yapma durumunun hem bir sorumluluk alanı olarak hem de gelişimsel yük olarak deneyimlendiği görülmektedir. Bu bulgu, literatürde tanımlanan ebeveynleşme olgusuyla doğrudan örtüşmektedir. Kriz anlarında çocukların bakım verici roller üstlenmesi onların empati kapasitesini artırsa da bu durumun getirdiği duygusal yük göz ardı edilmemelidir (Khalifeh, Murgatroyd, Freeman, Johnson ve Killaspy, 2009; Pölkki, Ervast ve Huupponen, 2004; Pihkala, Sandlund ve Cederström, 2012).

Çalışmada kardeşler arası ilişkilerin niteliğine dair bulgulara da erişilmiştir. Bee ve arkadaşları (2013), kardeşlerin birbirlerine sunduğu duygusal desteğin ruhsal hastalığın yarattığı karmaşık aile atmosferine karşı bir tampon işlevi gördüğünü ve aidiyet duygusunu güçlendirdiğini vurgulamaktadır. Ancak ebeveynin ruhsal hastalığı, duygusal destek kapasitesini sınırladığında, çocuklar arasında kıyaslama, ihmal duygusu ve duygusal mesafe görülebilmektedir. Nitekim çalışmalar bakım beklentilerinin eşitsiz dağılımının, yeterli aile desteğinin olmadığı durumlarda rekabet, çatışma ve kardeşler arası mesafeyi körüklediğini

ortaya koymaktadır (O'Connell, 2008; Ostman ve Hansson, 2002; Aldao, Gee, De Los Reyes ve Seager, 2016). Yani her ne kadar bazı çocuklar bu süreçten sorumluluk ve dayanıklılık becerileri geliştirerek çıksa da bu deneyimlerin tüm çocuklar için olumlu sonuçlar doğurmadığı açıktır. Çocukların bakım verme rollerine nasıl yaklaştığı bu süreçlerin duygusal etkilerini anlamada belirleyicidir. Bazı çocuklar bu rolleri içselleştirerek daha olumlu başa çıkma stratejileri geliştirebilirken, mecburiyetle üstlenilen roller duygusal yıpranmaya neden olabilmektedir.

Sonuç olarak, bu çalışmanın bulguları önceki araştırmalarla tutarlılık göstermektedir. Bu bulgular, ruhsal hastalığın aile içi iş bölümünü bozduğunu, sağlıklı ebeveynin yükünü arttığını, kardeşler arası ilişkilerin niteliğinin bakım verme üzerinden yapılandığını ve çocuklara fazladan sorumluluk yüklediğini gösteren çalışma bulgularıyla da uyumaktadır (Maybery, Reupert, Patrick, Goodyear, ve Crase, 2009; Gladstone, McKeever, Seeman, ve Boydell, 2014). Öte yandan bulgular aile içi çatışmalar ve kırılma kadar, birlikte başa çıkma stratejilerinin dayanışma ve bağlılık duygusunu pekiştirebileceği de göstermektedir. Aile içi iletişim ve etkileşimlerin niteliği, bu dayanıklılık kapasitesinin belirleyici unsuru olarak öne çıkmaktadır (Boursnell, 2014; Murphy, Peters, Jackson, ve Wilkes, 2011). Tüm bu veriler ebeveynin ruhsal durumunun çocuğun gelişimsel süreçlerine etkisinin, aile sistemi içerisinde rol dağılımı, duygusal temas ve ilişkilerin niteliği üzerinden anlaşılması gerektiğini ortaya koymaktadır. Bağlanma örüntüleri ve roller üzerinden inşa edilen bu ilişkilerde çocukların geniş aile üyeleri ile olan deneyimlerine dair bulgular oldukça dikkat çekicidir.

Bu çalışmada öznelerin geniş aile üyeleriyle kurdukları ilişkiler de çift yönlü bir yapı sergilemiştir. Özneler bakım verme ya da maddi destek sağlama gibi pratik sosyal destekler bağlamında sıklıkla değişen geniş aile üyelerinin yer aldığı harmanlanmış aile yapılarında yaşamışlardır. Bazı çocuklar için bu harmanlanmış aile yapısındaki büyükanneler, halalar ya da teyzeler güvenli bağlanma figürleri olurken, bazıları için bu ilişkiler baskı, ihmal ya da fiziksel/duygusal istismar gibi olumsuz deneyimlere dönüşmüştür. Literatür bu çift

yönlü yapıyı büyük ölçüde doğrular niteliktedir. Özellikle geleneksel bağların güçlü olduğu kültürlerde büyükanne, hala ve teyze gibi geniş aile üyeleri, ebeveyni ruhsal hastalıkla mücadele eden çocuklar için çoğunlukla destekleyici figürler olarak işlev görmektedir (Mahomed, Stein, Chauhan ve Pathare, 2019; Liang, Lin, Van IJendoorn ve Wang, 2021; McCormack, White, ve Cuenca, 2016).

Öte yandan, geniş aile üyeleriyle yaşanan ilişkiler her zaman destekleyici olmadığı, kimi durumlarda bu ilişkilerin çocukların iyi oluşuna zarar verdiği sonuçlarına ulaşılmıştır. Araştırmalar, bazı bakım veren aile üyelerinin çocukları görmezden gelebildiğini, duygusal ya da fiziksel ihmalde bulunabildiğini, hatta istismara varan davranışlar sergileyebildiğini ortaya koyarak (Gladstone, McKeever, Seeman ve Boydell, 2014; Ensink ve diğerleri, 2015) bu çalışmanın bulgularını desteklemektedir. Bu çalışmada da görüldüğü üzere bu olumsuz deneyimlerin kökeninde sıklıkla kültürel beklentiler, damgalayıcı tutumlar ve ruhsal hastalığa dair bilgi eksikliği yer almaktadır (Mahomed, Stein, Chauhan ve Pathare, 2019). Bu bulgular sosyal hizmet uygulamalarında ebeveynin ruhsal hastalığı bağlamında çocukların iyilik halini değerlendirirken, geniş ailenin sunduğu destek ve oluşturduğu risklerin birlikte ele alınması gerektiğini ortaya koymaktadır. Geniş aile içindeki destek ilişkilerinin sürekliliğinin ve niteliğinin bütüncül biçimde değerlendirilmesi, aile ilişkilerinin karmaşıklığının kabul edilmesi, tüm aile üyelerinin destekleyici olamayabileceği gerçeği doğrultusunda her aileye özgü müdahalelerin planlanmasını gereklidir.

Geniş aile ilişkilerinin yanı sıra, ebeveynlerin yeniden evlenmesiyle oluşan yeni aile yapılarında çocukların yaşadığı deneyimler, çocukların içsel dünyalarında daha fazla karmaşıklığa yol açmıştır. Çalışma bulguları bu yeni yapıların çocuklar açısından otomatik bir iyileşme ya da koruyucu sistem sunmak yerine, çoğu zaman duygusal kopukluk, güvensizlik, yerinden edilme ve ikincil travma riskini artırabildiğini göstermektedir. Bu durum literatürde de geniş şekilde desteklenmektedir. Ruhsal hastalığa sahip bir ebeveynle büyüyen çocukların mevcut travmalarının, yeni bir ebeveyn figürüyle karşılaştıklarında daha da derinleşebileceğini, çünkü bu figürlerin çoğu zaman çocuğun duygusal

ihtiyaçlarını anlayacak ya da karşılayacak donanıma sahip olmadığını (Dam, Joensen ve Hall, 2018), ocukların yeniden yapılandırılan bu aile ortamlarında bağlanma stillerinde dalgalanmalar yaşadığını ve bunun da güven inşa etmeyi zorlaştırarak duygusal kopukluğu artırdığını (Kageyama ve diğeri, 2023) gösteren çalışmalar bulunmaktadır. Bu bulgularla örtüşen şekilde Backer ve arkadaşları (2016)'nın çalışması üvey ebeveynin gelişinin aile içi ilişkilerdeki hassas dengeleri bozabileceğini, çocuğun savunmasızlığını artırabileceğini, çocukta yeni bir aidiyet yaratmak yerine, mevcut kırılan bağlanma örüntülerini daha da zedeleyebileceğini vurgulamaktadır. Sonuç olarak, bulguların da işaret ettiği gibi ruhsal hastalığı olan ebeveynin bulunduğu ailelerde yeniden evlenme ile ortaya çıkan yeni aile düzenlemeleri çoğunlukla risk faktörü haline gelmektedir. Dolayısıyla, bu tür yeniden yapılanmalar ocuk koruma sistemleri açısından özel dikkat gerektiren kırılma alanlarıdır.

Son olarak bu temada ulaşılan sonuçlar, ebeveyni ruhsal hastalık tanısı almış bireylerin çocuklukta edindikleri ilişkisel deneyimlerin yetişkinlikteki romantik ilişkiler, eş seçimi ve ebeveynlik pratikleri üzerindeki belirleyici etkilerini gözler önüne sermektedir. Bulgular özellikle güvenli bağlanmanın gelişmediği durumlarda romantik ilişkilerde sıkça karşılaşılan kaygı, kaçınma, kontrol ve değersizlik hislerinin çocuklukta yaşanan bağlanma örüntüleriyle doğrudan ilişkili olduğunu ortaya koymaktadır. Murphy ve arkadaşlarının (2015a) alışmaları, çocuklukta ruhsal hastalıkla şekillenen aile ortamlarında büyüyen bireylerin, yetişkinlikte güvenli ilişki kurmakta zorlandıklarını ve sürekli bir tetikte olma haliyle romantik ilişkilerinde kaygı geliştirdiklerini ortaya koymaktadır. Bu tetikte olma hali, bulgularda da görüldüğü üzere bireyin çevresine karşı sürekli temkinli ve savunucu bir tutum içinde olmasına neden olmakta, bağ kurma sürecini zorlaştırmaktadır. Benzer şekilde Nilsson ve arkadaşları (2014), bu bireylerin kendilerini sosyal olarak dışlanmış hissettiklerini, çocuklukta yeterince desteklenmediklerine inandıklarını ve bu dışlanmışlık hissini ilişkisel uyumu olumsuz etkilediğini göstermektedir. Romantik ilişkiler örüntüsünde gözlenen bir diğeri bozulma ise kaçınma davranışı ve değersizlik hissidir. Ruhsal hastalığı olan ebeveynle kurulan güvensiz ilişkiler, bireyin ileriki yaşantısında duygusal yakınlıktan kaçınma, mesafe koyma ve derin ilişkilerden uzak durma eğiliminde

olmasına (Murphy, Peters, Jackson, ve Wilkes, 2011; Hughes, Lowey, Quigg, ve Bellis, 2016), değersizlik hissetmesine ve düşük öz saygıya (Murphy, Peters, Wilkes, ve Jackson, 2015b) neden olmaktadır. Ayrıca çalışmada eş seçimine ilişkin olarak öznelerin çoğunun benzer kırılabilirlik taşıyan partnerleri tercih ettiği görülmüştür. Ruhsal hastalık tanısı almış ebeveynlere sahip bireylerin, benzer aile geçmişlerine sahip partnerler seçme eğilimi, çeşitli psikolojik ve sosyolojik kuramlar çerçevesinde anlaşılabilir bir olgudur. “Assortative mating” olarak bilinen bu eğilim, bireylerin benzer deneyimleri paylaşan partnerleri bilinçdışı şekilde tercih edebildiklerini göstermektedir (Schwartz, 2013). Kendisinde ya da ailesinde ruhsal hastalık geçmişi olduğunu belirten kişilerin, benzer deneyimlere sahip romantik partnerleri seçmeye daha yatkın oldukları (Boysen, 2022; Wiegand-Grefe ve diğerleri, 2023) ve bu durumun duygusal aşinalık üzerinden ortak deneyimler kanalıyla bağ kurma ve anlaşılma ihtiyacını karşılayarak sorunlarla baş etmeye çalışan bireyler için cazip hale geldiğini gösteren (Sell ve diğerleri, 2021b) çalışmalar bulunmaktadır.

Öznelerin ebeveynliğe dair anlatıları hem genetik aktarım riskine hem de çocuklukta yaşadıkları olumsuz ebeveynlik örüntülerinin kendi ebeveynliklerinde tekrar etme olasılığına dair kaygılarını açıkça ortaya koymuştur. Bu bulgu, literatürde ruhsal hastalık tanısı almış ebeveynlerin çocuklarında sıklıkla rastlanan kalıtsal geçiş endişesi ve ebeveynlik rolüyle ilgili güvensizliklerle örtüşmektedir. Çalışmalar (Khalifeh, Murgatroyd, Freeman, Johnson ve Killaspy, 2009; Montgomery, Mossey, Bailey ve Forchuk, 2011; Lacey ve diğerleri, 2015; Maybery, Reupert, Patrick, Goodyear ve Crase, 2009) ruhsal hastalığı olan ebeveynlerin çocuklarında ruhsal hastalık görülme riskinin belirgin şekilde arttığını ortaya koyarak bu kaygının temelsiz olmadığını göstermektedir. Bu durum, öznelerin ebeveynliğe dair taşıdıkları genetik aktarım korkusunu bilimsel bir çerçevede doğrularken, Küçük Öztürk’ün (2022) aktardığı gibi, bu korkunun bireylerin ebeveynliğe dair kimlik ve yeterlik algılarını şekillendirdiği de görülmektedir. Hazan ve Shaver (1987) bu döngüden kopmanın mümkün olduğunu belirtse de öznelerin anlatıları bu arzunun genellikle bilinçdışı alışkanlıklar ve içsel çatışmalarla gölgelendiğini göstermektedir. Ayrıca toplumsal damgalanma da bu bireylerin kendilerini yetersiz görmelerini

pekiştirmekte ve ebeveynlikten uzak durma eğilimlerini artırmaktadır (Küçük Öztürk, 2022). Dolayısıyla genetik ve ilişkisel aktarıma dair bireysel kaygıların, geçmiş deneyimler, bağlanma örüntüleri ve toplumsal algılarla iç içe geçmiş çok yönlü bir süreci yansıttığı ve bireylerin ebeveynlik sürecine hazırlanmasında bütüncül psikososyal desteklerin gerektiği söylenebilir.

Ancak bu kaygılarla birlikte, bazı öznelere geçmiş deneyimlerinden öğrenerek daha bilinçli ebeveynlik stratejileri geliştirebildikleri görülmüştür. Bu, Mordoch ve Hall (2008)'in çalışmalarında da belirtildiği gibi, bireyin yaşadığı zorluklara reflektif biçimde yaklaşarak geçmişten ders çıkarma ve daha sağlıklı aile ilişkileri kurma becerisiyle açıklanabilir. Bu bireyler için ebeveynlik tekrar eden bir döngüyü beslemek yerine bu döngüyü kırma ve yeni, daha sağlıklı bağlanma biçimleri oluşturma fırsatıdır. Ayrıca koruyucu faktörler ve destekleyici çevre koşulları sayesinde bazı bireylerin daha sağlıklı ebeveynlik pratikleri geliştirebildiklerini gösteren çalışmalar da mevcuttur (Drost, van der Krieke, Sytema ve Schippers, 2016; Gladstone, McKeever, Seeman ve Boydell, 2014).

Çalışmanın bulguları, bireylerin ebeveynlik süreçlerinde geçmişten gelen izlerle mücadele ederken aynı zamanda bu geçmişten güç alan yeni stratejiler geliştirebildiklerini göstermektedir. Bazı öznelere kendi ebeveynlerinin olumsuz örüntülerini fark ederek onları tekrarlamamak üzerine bilinçli tercihler geliştirmiştir, bazıları ise hâlâ bu örüntülerle başa çıkmaya çalışmaktadır. Buradan hareketle ruh sağlığı uygulamalarında çocuklukta edinilen deneyimlerin farkına varılmasına, bu farkındalığın destekleyici çevrelerle buluşmasına ve bireysel dayanıklılık süreçlerinin desteklenmesine yönelik hizmet modellerinin geliştirilmesi ihtiyaç vardır.

Çalışmanın ilk teması olan “tanı alan ebeveyn ve diğer aile üyeleri ile ilişkiler” kapsamında ulaşılan bulgular, ebeveyni ruhsal hastalık tanısı almış bireylerin çocukluk deneyimlerinin çok katmanlı yapısını gözler önüne sermiş; çocukların çoğu zaman sistem içinde görünmez kaldıklarını ortaya koymuştur. Ekolojik sistem kuramı çerçevesinden değerlendirildiğinde, çocuğun mikrosisteminde yer alan aile çevresi ve özellikle ebeveynin işlevselliği, çocukların psikososyal gelişiminde belirleyici bir role sahiptir. Ancak Türkiye’deki sosyal hizmet

sisteminin, bu görünmeyen riskleri tespit etmede ve önleyici müdahalelerde bulunmada yetersiz kaldığı anlaşılmaktadır.

Türkiye'de çocuk koruma sisteminin mevcut yapısı, ruhsal hastalık tanılı ebeveynlerin çocuklarına yönelik bütüncül ve sistematik bir destek sunmaktan uzaktır. Hizmetler genellikle çocuğun ihmal, istismar ya da suça sürüklenme gibi durumlarla karşılaşmasından sonraki müdahalelerle sınırlıdır. Halbuki bu çalışmada da görüldüğü üzere, çocukların yaşadıkları zorlukların çoğu, tanı öncesi dönemde başlayan, aile sistemine yayılan ve zamanla kronikleşen çok boyutlu sorunların bir sonucudur.

Bu noktada, çocuk koruma sisteminde görev alan profesyonellerin, belirsizlik, bilgi eksikliği ve rol karmaşası gibi psikososyal risk alanlarına dair farkındalıklarını artırmaları gerekmektedir. Ruh sağlığı alanında koruyucu ve önleyici yaklaşımların yaygınlaştırılması için, çocukların yaşına uygun dille hazırlanmış çevrim içi danışmanlık hizmetleri ile ruh sağlığı okuryazarlığını destekleyen içeriklerin geliştirilmesi elzemdir. Çocukların, ruhsal hastalıkla ilgili sorunların belirtileriyle karşılaştıklarında hangi kurum ve kuruluşlardan destek alabileceklerini bilmeleri, erişilebilir bilgi kaynaklarının (internet, televizyon, sosyal medya gibi) yaygınlaştırılmasıyla mümkün olabilir. Türkiye'de halen çocukların erken tanılanmasını ve aile temelli müdahale programlarını destekleyen özel bir Ruh Sağlığı Yasası bulunmamaktadır. Bu durum, çocuğun yüksek yararı gözetilerek yapılandırılacak müdahale modellerinin hukuki zeminini zayıflatmaktadır.

Sonuç olarak, tespit edilen sorunların önlenmesi ve çözümüne katkı sunulabilmesi için çocuk koruma sisteminin bağlamsal, çok aktörlü ve erken müdahaleye dayalı bir modelle yeniden yapılandırılmasına ihtiyaç olduğu tespit edilmiştir. Çalışmanın ortaya koyduğu bulgular sosyal hizmet sistemine hem bir eleştiri hem de bir davet sunmaktadır. Eleştiridir; çünkü kişisel düzlemdeki deneyimlerin çoğunlukla ilk kez bu çalışma içinde aktarılması mevcut sistemde çocukların görünmezliğini doğrulamaktadır. Davettir; çünkü ekolojik sistem kuramı ve güçlendirme yaklaşımı çerçevesinde yapılandırılacak müdahalelerle bu çocuklar edilgen yardım alıcılar olmaktan çıkıp kendi hayatlarının öznesi

haline gelebilecektir. Çocuk koruma sistemi erken müdahale odağında bu çocukların yalnızca risklerini azaltmakla kalmayıp, dayanıklılık ve sosyal öğrenme kapasitelerini güçlendirecek yapılarla desteklenmelidir. Bu gereklilik hem çocuğun gelişim hakkını hem de toplum temelli ruh sağlığı politikalarının bütüncül niteliğini teminat altına alacaktır. Erken müdahale için risk ve koruyucu faktörlerin bağlam içinde analiz edilmesinin elzem olduğu görülmüştür. Bu noktada sosyal hizmet uzmanlarının aile sistemini bütüncül şekilde değerlendirirken yararlanabilecekleri ebeveyni ruhsal hastalık tanısı almış çocuklar için risk ve koruyucu faktörleri ortaya koyan bir harita çalışmanın öneriler bölümünde sunulmuştur.

5.2. YAKIN SOSYAL ÇEVREYLE İLİŞKİLER

Çalışmanın ikinci teması olan “yakın sosyal çevre ile ilişkiler” bağlamında akrabalar, komşular ve akranlar gibi çocukların günlük yaşamda doğrudan etkileşimde bulunduğu sosyal çevreyle ilişkilerine dair bulgulara ulaşılmıştır. Bulgulara göre çocukların akrabalarıyla ilişkileri çoğu zaman sınırlı, bağlamsal ve geçicidir. Bazı akrabalar kriz anlarında pratik destek sunarken, önemli bir kısmı hastalığı görmezden gelen, küçümseyen, damgalayan ya da şiddet uygulayan figürlere dönüşmüştür. Akrabalık ilişkileri çocuğun bakım, güven ve destek beklentisinin karşılanmadığı durumlarda, bir “sosyal sermaye” olmaktan çıkarak “yük” haline dönüşmüştür. Literatürde de benzer şekilde bazı akrabaların belirli kriz anlarında destek verdiği ancak bu desteğin sürdürülebilir olmadığı, bu tutarsızlığın da çocuklarda güven duygusunu zedelediği görülmektedir (Cudjoe ve Awortwe, 2024; Cudjoe ve Chiu, 2021). Akrabalık desteğindeki eksikliğin, çocukların yalnızlık duygusunu pekiştirdiğini ve erken yaşta duygusal dayanıklılık geliştirme zorunluluğunu beraberinde getirdiğini (Reupert ve Maybery, 2007), bu gibi durumlarda çocukların ruhsal hastalıkla ilişkili ailesel stres faktörlerini içselleştirme eğilimi gösterdiğini ve duygusal bağımsızlık adına ilişkisel kopuşlar yaşayabildiklerini (Yamamoto ve Keogh, 2018) ortaya koyan çalışmalar bulunmaktadır. Destek yerine damgalama ile karşılaşan çocukların bu çalışmada da görüldüğü üzere ailevi sorunlarını gizleme, görünmez kalma ve sosyal çevreden uzaklaşma eğilimleri geliştirdikleri Wahl ve Harman, 1989; Cudjoe, Chiu

ve Tam, 2023) bilinmektedir. Bu eğilim çocukların hem ruhsal durumunu hem de yakın çevrelerindeki sosyal destek sistemlerine erişimini olumsuz etkilemektedir (Iseselo, Kajula ve Yahya-Malima, 2016; Longmate ve diğerleri, 2021).

Bununla birlikte destekleyici akrabaların kriz anlarında sunduğu maddi, manevi ve pratik yardımların, çocukların duygusal olarak toparlanmalarına ve yaşam koşullarını dengeleme çabalarına katkı sağladığı da görülmüştür. Çalışmanın bulguları, akraba desteğinin aile dayanıklılığını artırdığına işaret eden araştırmalarla da örtüşmektedir (Goodyear ve diğerleri, 202; Thomas ve Kalucy, 2003; Solantaus, Paavonen, Toikka ve Punamäki, 2010). Ancak özneler, destekleyici akrabaların varlığına rağmen bu desteğin genellikle süreklilik arz etmediğini ve çoğunlukla bireysel yükümlülüklerle sınırlı kaldığını ifade etmiştir. Bu desteklerin çoğunlukla bireysel düzeyde, bağlamsal ve geçici nitelikte olması yapısal düzeyde koruyucu bir etki yaratmakta yetersiz kalmasına yol açmaktadır. Cudjoe ve Awortwe (2024), bu durumun aile üyelerinin kendi psikososyal zorluklarından kaynaklandığını ve damgalamanın kolektif dayanıklılığı zayıflattığını belirtmektedir. Fergeus ve arkadaşları (2018) ise bakım veren akrabaların iyi olma hali ile çocuklara sağlanan destek arasındaki ilişkiye dikkat çekmiş, ruhsal olarak iyi durumda olmayan bakım verenlerin ikincil bir zarar görme sürecinin kaynağı olabileceğine dikkat çekmiştir.

Kollektif kültürden bireyci kültüre doğru bir geçiş yaşayan Türkiye gibi toplumlarda akrabalarından sonra yakın çevrenin başında komşular gelmektedir. Bulgular komşularla kurulan ilişkilerin dönüşüme uğradığını ortaya koymuştur. Geleneksel mahalle yapısında kolektif destek sunan komşular, apartmanlaşma ve bireyselleşmeyle birlikte mesafeli, sessiz bir konuma ve damgalayıcı tutumlara yönelmiştir. Bu süreçte özneler, damgalamadan ve sosyal çevrenin hastalığı tetikleyici etkisinden korunmak için sınır koyma ve öz düzenleme stratejileri bağlamında komşuluk ilişkilerini sınırlandırmıştır. Aynı zamanda kronosistem düzeyinde değerlendirildiğinde bu dönüşüm Türkiye'nin kırsal-kentsel geçiş sürecinde topluluk dayanışmasından bireyci kültüre yönelimini de yansıtmaktadır.

Komşuluk ilişkilerindeki bu dönüşümün altında yatan en belirleyici unsurlardan biri damgalamadır. Ruhsal hastalık tanılı bireyler ve yakınlarının sıkça kamusal

damgalamaya maruz kaldığını, bunun da özsaygılarını zedeleyerek hizmetlere erişimlerini engellediğini (Rüsch, Angermeyer ve Corrigan, 2005), damgalamanın toplumun ruhsal hastalığa dair algısını bozarak korku, ayrımcılık ve yabancılaşma ürettiğini (Liljeqvist, Kling, Hallén ve Jormfeldt, 2020; Vaccaro ve Butryn, 2020; Corrigan, Druss ve Perlick, 2014) gösteren çalışmalar bulunmaktadır. Link ve arkadaşları (2004), damgalamanın topluluk içi etkileşimleri şekillendiren bağlamsal bir değişken olduğunu ve kentleşmeyle birlikte bu etkinin daha görünür hâle geldiğini savunmaktadır. Bu çalışmanın bulgularının da ortaya koyduğu üzere özellikle anonimleşen kent yaşamı, kişilerarası bağların ve destek ağlarının zayıflamasına neden olmuştur. Galea (2005), yoğun kentleşmenin yarattığı psikolojik baskının ruhsal hastalıkları arttırırken yakın çevredeki sosyal desteği daha da erişilmez kıldığını belirtmektedir. Bu durum ruhsal hastalıkla mücadele eden bireyler ve aileleri için mahalle düzeyinde yabancılaşmayı derinleştirmektedir. Nitekim ruhsal hastalığı olan bireylerin ailelerinin yalnızca hastalıkla değil, yapısal damgalamayla da baş etmek zorunda kaldığı görülmektedir (Yin, Li ve Zhou, 2020; Gonzales, Chan ve Yanos, 2017). Bu bağlamda yapısal damgalamanın ruh sağlığı üzerindeki doğrudan ve zararlı etkileri dikkat çekicidir (Hatzenbuehler, 2016; Goffman, 2021). Damgalamanın içselleştirilmesi, empati eksikliği ve sessizlikle birleştiğinde, komşular gibi yakın çevre ile olan ilişkiler çocuklar için bir destek kaynağı olmaktan çıkarak ek bir stres faktörüne dönüşmektedir. Bu da destek sağlama kapasitelerini zayıflatmakta ve bakım yükünü artırmaktadır. Oysa geleneksel kültürel yapılarda komşular, çocuk bakımında kolektif sorumluluk üstlenmektedir (Abdullah ve Emery, 2022; Cudjoe ve Awortwe, 2024). Daha çok kolektif kültürün hâkim olduğu topluluklarda yapılan araştırmalar bu tür koruyucu sosyal kontrol biçimlerinin, ebeveyni ruhsal hastalık tanısı almış çocuklar için ihmal ve istismarı azaltıcı etkisi olduğunu dahi göstermektedir (Abdullah, Jordan, Lu ve Emery, 2022; Cudjoe ve Awortwe, 2024).

Bulgular bir bakıma halen geleneksel toplumcu kültürün varlığını sürdürdüğü bu toplumsal yapıda mahalle desteğinden faydalanabilmenin mümkün olabileceğini ancak bunun koşulları olduğunu da ortaya koymaktadır. Bu çalışmanın bulgularını destekler nitelikte komşular ve akrabaların, ruhsal hastalık konusunda

bilgilendirildiklerinde, çocuklara psikososyal ve yönlendirici destek sunabilecek güçlü bir pozisyonda olabilecekleri görülmüştür (Rudder, Riebschleger ve Anderson, 2014). Ayrıca mahalle düzeyinde geliştirilecek topluluk değerlerine dayalı müdahalelerin, damgalamayı azaltabileceği, bireyci kültürün yarattığı izolasyonu dengeleyebileceği ve çocukların korunmasını güçlendirebileceği bilinmektedir (Abdullah ve Emery, 2022; Abdullah, Jordan, Lu ve Emery, 2022; Cudjoe ve Awortwe, 2024).

Akran ilişkilerinde ise destek ile dışlanma, açıklık ile gizlilik gibi ikili duygular iç içe geçmiştir. Bazı bireyler için akranlar sosyal destek ve empati kaynağı olurken, bazıları için damgalanma korkusu ve utanç nedeniyle erişilmesi güç kişiler haline gelmiştir. Akran ilişkilerindeki bu ikili durum çocukların sosyal bağ kurma becerilerini ve içsel savunma mekanizmalarını anlamamıza olanak sağlamaktadır. Önceki çalışmalarda, ruhsal hastalığı olan ebeveynlere sahip çocukların akran ilişkilerinde benzer zorluklarla karşılaştığı ve bazı çocukların benzer deneyimleri paylaşanlarla arkadaşlıklar kurarak ortak deneyim temelinde kendilerinin daha rahat hissettikleri (Yamamoto ve Keogh, 2018; Cudjoe, Chiu ve Tam, 2023), bazılarının ise damgalama korkusu ve utanç nedeniyle engellerle karşılaştığı (Mordoch ve Hall, 2008; Larsson, Knutsson-Medin ve Sundelin, 2000) bulunmuştur. Ayrıca, ebeveynin ruhsal hastalığına maruz kalan çocukların, akran etkileşimlerinde duygusal ve sosyal gelişimi bozabilecek psikolojik yüklerle başa çıkmaya çalıştıkları bilinmektedir (Solantaus, Paavonen, Toikka ve Punamäki, 2010).

Öte yandan, çocukların bazı akran ilişkileri aracılığıyla empatik destek alma, duygularını paylaşabilme ve sosyal hayata yeniden katılma yönünde deneyimler yaşamaları psikolojik dayanıklılığı artırıcı bir unsur olarak görülmüştür. Literatürde yapılan birçok çalışma da akran desteğinin psikolojik dayanıklılığı artıran temel bir koruyucu faktör olduğunu ortaya koyarak bu çalışmanın bulgularını desteklemektedir. Akran desteği alan çocukların daha etkili problem çözme stratejileri geliştirdiğini ve bu sayede hem psikolojik sağlamlıklarını hem de sosyal yaşama entegrasyonlarını artırdıklarını gösteren çalışmalar bulunmaktadır (Cudjoe, Chiu ve Tam, 2023; Bee ve diğerleri, 2013). Akranlar

aracılığıyla kurulan bağlar, çocukların ruhsal hastalığa dair deneyimlerini normalleştirmelerine ve kendilerini “farklı” hissetme düzeylerini azaltmalarına yardımcı olmaktadır (Bee, Berzins, Calam, Pryjmachuk ve Abel, 2013; Cudjoe, Chiu ve Tam, 2023). Bu ilişkiler, çocukların yalnız olmadıklarını fark etmelerine ve benzer deneyimlere sahip kişilerle duygusal bir bağ kurmalarına olanak tanımıştır. Akranlar tarafından duyulmak, anlaşılmak ve kabul edilmek, çocukların özsaygısını yeniden inşa etmelerine katkıda bulunmakta, duygularını tanımlama ve sahiplenme becerilerini geliştirmektedir. İyi uygulama örneği olarak alınabilecek bazı programlarda akran desteği alan grupların, yalnızlık hissini azalttığı, duygusal rahatlama sağladığı ve aidiyet duygusunu güçlendirdiği ortaya konmuştur (Reupert ve diğerleri, 2013; Naughton, Maybery ve Goodyear, 2017; Solantaus, Paavonen, Toikka ve Punamäki, 2010). Grup temelli destek programlarının, çocuklara duygularını açıkça ifade edebilecekleri bir alan sunduğu ve bu sayede damgalanma deneyimlerini hafiflettiği görülmüştür (Plass-Christl ve diğerleri, 2017; Wille ve Bettge, 2008).

Sonuç olarak “yakın sosyal çevre ile ilişkiler” temasında elde edilen bulgular, çocuk koruma uygulamalarının yalnızca aile içi süreçlerle sınırlı kalmaması gerektiğini, çocuğun içinde yaşadığı sosyal çevrenin (akraba, komşu, akran gibi mikrosistem aktörlerinin) hem koruyucu hem de risk artırıcı işlevler taşıyabildiğini göstermiştir. Ekolojik sistem kuramı çerçevesinde değerlendirildiğinde, ailenin ardından gelen bu çevresel katmanlar çocuğun sosyal sermayesini doğrudan etkileyerek psikososyal gelişimi üzerinde belirleyici rol oynamaktadır. Çocuk Hakları Sözleşmesi'nin "her çocuğun gelişim potansiyelini gerçekleştirme hakkı" ilkesi de bu çevresel kaynakların nitelikli biçimde yapılandırılmasını gerekli kılmaktadır.

Araştırma bulgularına göre, çocukların akrabalarından aldığı destek çoğu zaman geçici, bağlamsal ve tutarsız olmuş, komşuluk ilişkileri ise damgalayıcı tutumlar nedeniyle sınırlandırılmıştır. Bu durum, çocuk koruma sistemlerinin çevresel kaynakları içeren çok düzeyli müdahale planlarıyla yapılandırılması gerektiğine işaret etmektedir. Komşular ve akranlar gibi sosyal aktörlerin koruma sistemine

aktif şekilde dâhil edilmesinin, ihmal ve istismarın önlenmesinde önemli bir rol oynadığı, bu çalışmanın bulgularıyla da desteklenmektedir.

Ancak Türkiye'deki mevcut çocuk koruma mevzuatı, çocuğun iyilik hali zarar gördükten sonra devreye girerek işlemekte; ihmal, istismar veya suça sürüklenme gibi durumlar gerçekleşmeden önce müdahale mekanizmaları harekete geçmemektedir. Bu yapı, özellikle ebeveyni ruhsal hastalık tanısı almış fakat açık risk göstergesi taşımayan çocukların sistem dışında kalmasına yol açmaktadır. Bu nedenle çocuk koruma sisteminin koruyucu ve önleyici düzeyde erken müdahaleyi esas alan bir yapıya dönüştürülmesi gerekmektedir. Bu dönüşümün tek başına kurumsal düzeyde olamayacağı, toplumsal farkındalık ve sosyal sermayenin yeniden inşası yoluyla mümkün olacağı görülmüştür. Akrabaların, komşuların ve akranların ruhsal hastalıklar konusunda bilgilendirilmesi, damgalayıcı söylemlerin azaltılması ve mahalle ölçeğinde geliştirilecek katılımcı müdahale modelleri, çocuğun yakın çevresinden psikososyal destek ve güç almasını kolaylaştıracaktır.

Araştırma bulgularına göre çocuklar, iyi bilgilendirilmiş bir sosyal çevrede daha yüksek düzeyde duygusal rahatlama, aidiyet hissi ve psikososyal destek deneyimlemektedir. Bu bulgu, toplum temelli ruh sağlığı hizmetlerinin içinde yaşanan sosyal bağlama yönelmesi gerektiğini ortaya koymaktadır. Her ne kadar mevzuatta toplum temelli ruh sağlığı hizmetlerinin, birincil basamak sağlık kuruluşlarının ve okul rehberlik ve psikolojik danışmanlık servislerinin koruma ve önleme, bilgilendirme, güçlendirme ve damgalamayı önleme olmak üzere çalışma alanları bulunsa da bulgular bu çalışma alanlarında hizmet sunumunun yeterli düzeyde olmadığını ortaya koymaktadır. Benzer şekilde zarar gerçekleştikten sonra yanıt veren dönüşmesinin, çocuk koruma sistemlerinin ihmal ile istismarı önlemeyi ve çocuğun sosyal çevresini güçlendirmeyi hedefleyen, hak temelli, katılımcı ve güçlendirici çok düzeyli müdahalelerle yapılandırılmasının elzem olduğu sonuçlarına ulaşılmıştır.

5.3. KURUMSAL SİSTEMLERLE İLİŞKİLER

Çalışmanın üçüncü teması olan “kurumsal sistemlerle ilişkiler”, ebeveyni ruhsal hastalık tanısı almış çocukların eğitim, sağlık ve sosyal hizmet sistemleriyle olan deneyimlerine dair önemli ipuçları sunmaktadır. Bulgular bu kurumlarla kurulan ilişkilerin çoğunlukla yüzeysel, eşitsiz ve dışlayıcı bir nitelik taşıdığını ortaya koymakta ve çocukların temel haklarına erişimlerini kısıtlayarak onları görünmezleştiren bir yapının varlığına işaret etmektedir. Çocukların söz konusu sistemlerle ilişkileri, hak temelli değil yardım temelli bir yaklaşımla şekillenmektedir. Bu da çocuğun öznelğini zayıflatan ve sosyal dışlanmayı pekiştiren bir hizmet sunum modeline neden olmaktadır.

Eğitim sistemi özelindeki deneyimlerde okulun bazı çocuklar için kaçış alanı, bazıları içinse duygusal bir yüklenme mekânı haline geldiği görülmüştür. Okulun bir sığınak olarak işlev gördüğüne işaret eden çalışmalar (Maybery, Reupert, Patrick, Goodyear ve Crase, 2009; Hughes ve diğerleri, 2017), eğitim ortamının yapısal düzeni, rutinleri sağladığını, sosyal ilişkiler aracılığıyla çocuklara evdeki belirsizlik ve duygusal yükten uzaklaşma imkânı sunduğunu ve çocukların okulu normalleşmenin bir yolu olarak gördüklerini ortaya koymuştur. Trondsen (2012) de benzer biçimde okulun çocuklara aidiyet hissi kazandıran, kimliklerini aile bağlamından bağımsız olarak deneyimleyebilecekleri bir sosyal alan sunduğunu vurgulamıştır. Bu bakımdan okul, çocukların psikolojik dayanıklılığını artırma potansiyeline sahip koruyucu bir kaynak olarak tanımlanmıştır.

Öte yandan, okulun bir duygusal yük kaynağına dönüşmesi de sıkça vurgulanan bir başka bulgudur. Çocukların sosyal etkileşimlerde yaşadığı zorluk ve görünmeyen duygusal yüklerin öğretmenler tarafından fark edilmemesi okulu çocuklar için baskılayıcı ve stres verici bir ortama dönüşebilmektedir (Murphy, Peters, Wilkes ve Jackson, 2015b; Rüşch, Angermeyer ve Corrigan, 2005). Nitekim Knutsson-Medin ve arkadaşlarının (2007) çalışması çocukların yaşadıkları ailevi sorunları öğretmenlere ya da rehberlik birimlerine açmaktan çekindiklerini, damgalanma korkusu nedeniyle okulda yalnızlaştıklarını ortaya koymuştur. Bulgular literatür ile ele alındığında sosyal damgalanmanın çocukların akran ilişkilerini olumsuz etkileyerek yardım isteme davranışlarını engellediğini ve

okulun çocuklar için stres ve sosyal dışlanmanın yoğunlaştığı bir alana dönüştüğünü söylemek mümkündür. Okul kültüründe damgalamayı azaltmaya yönelik kolektif farkındalık çalışmalarının ve rehberlik, danışmanlık, akran destek grupları gibi okul temelli destek sistemlerinin güçlendirilmesinin çocukların psikolojik dayanıklılıklarını artırdığını ve yaşadıkları duygusal yükü azalttığını ortaya koyan (Hughes, Lowey, Quigg, ve Bellis, 2016; Maybery, Reupert ve Goodyear, 2015; Bains ve Diallo, 2015) bulgulardan hareketle okulun sadece akademik değil, psikososyal gelişimi de gözeten bir kurum olarak düzenlenmesi gerektiği görülmüştür.

Bu çalışmada öğretmen figürü, bazı durumlarda çocuklara duygusal destek sunarak koruyucu bir rol üstlenmiştir. Bazı öğretmenlerin sağladığı duygusal destek, rehberlik ve fiziksel güvenlik (örneğin barınma, kaynak temini) bilgi ve kaynak sunan bir rehberlik ile birlikte duygusal yükleri hafifletmeye yardımcı olan psikolojik bir güvenlik alanı da sağlamıştır. Öğretmenlerin ebeveynin hastalığına ilişkin bilgi paylaşımı ve duygusal yakınlık kurarak baş etme stratejilerinin gelişmesine katkı sunduğunu (Reedtz ve diğerleri, 2019), öğretmen desteğinin çocukların yaşadıkları baskıyı azaltarak, bilgiye ulaşmalarını ve kaynaklara erişimlerini kolaylaştırdığını (Backer ve diğerleri, 2016) ortaya koyan çalışmalar bulunmaktadır. Villatte ve arkadaşlarının (2022), bu çocuk grubunda algılanan sosyal destek ve sosyal aidiyet arasındaki ilişkiyi araştırdıkları çalışmanın bulguları da öğretmenlerle kurulan anlamlı ilişkilerin çocuklarda sosyal aidiyet hissini güçlendirdiğini, bu hissin de duygusal düzenleme ve psikolojik dayanıklılık üzerinde belirleyici bir rol oynadığını göstermektedir. Bu bağlamda, destekleyici öğretmen-öğrenci ilişkileri, çocuğun özneleşmesini mümkün kılan, zorluklarla baş etme kapasitesini artıran ve dayanıklılığı besleyen koruyucu bir faktör olarak ön plana çıkmaktadır.

Öğretmenler zaman zaman destek sunarak koruyucu bir rol üstlenmiş olsa da bu desteklerin yapısal değil bireysel inisiyatife bağlı olması, eğitim sisteminin çocuk koruma bağlamında kurumsal bir işlev üstlenemediğinin de göstergesidir. Okullarda sosyal hizmet uzmanlarının bulunmaması, okul sosyal hizmeti

modelinin uygulamaya geçirilmemesi çocukların psikososyal gelişimini destekleyecek bütüncül müdahalelerin eksikliğine işaret etmektedir.

Özellikle kız çocuklarının ev içi bakım sorumluluğunu üstlenmeleri, eğitim hayatlarının sekteye uğramasına neden olmuştur. Bu durum toplumsal cinsiyet eşitsizliğinin eğitim fırsatlarına doğrudan etkisini gözler önüne sermektedir. Toplumsal normlar bağlamında, kız çocukları küçük yaşlardan itibaren bakım verme rolüne sosyal olarak hazırlanmıştır. Ruhsal hastalıkla etkilenen aile yapılarında ev içi sorumlulukların büyük oranda kız çocuklarına yüklendiği ve bunun eğitim sürecini sekteye uğrattığı (Maybery ve Reupert, 2009), kız çocuklarının erkek akranlarına kıyasla daha düşük eğitim düzeyine ulaştığı ve okulu bırakma oranlarının daha yüksek olduğu (Bee, Berzins, Calam, Prymachuk ve Abel, 2013) daha önce yapılan birkaç çalışmada da görülmüştür. Bu durum kız çocukları için eğitime erişim ve akademik süreklilikte büyük engeller yaratmakla birlikte (Naughton, Maybery, Sutton ve Goodyear, 2019; Phelan, Bromet ve Link, 1998), aynı zamanda onların akademik başarı hedefinden uzaklaşmasına (Bortes, Strandh ve Nilsson, 2020) da yol açmaktadır. Bu çalışmanın bulgularını destekler şekilde kız çocuklarının okul ile hane içi işlerdeki sorumlulukları bir arada yerine getirirken yoğun stres ve kaygı yaşadıkları, bunun da akademik performans ve öz güven üzerinde yıkıcı etkiler yarattığı bulunmuştur (Solantaus, Paavonen, Toikka ve Punamäki, 2010). Bu bağlamda, ruhsal hastalığın yarattığı bakım yükünün kız çocuklarının üzerindeki etkisi hem eğitim hem de psikolojik sağlık açısından çok yönlü riskler içermektedir. Tüm bu bulgular, özellikle bakım yükü altındaki kız çocuklarına yönelik sosyal destek mekanizmalarının geliştirilmesinin gerekliliğine işaret etmektedir. Eğitim sisteminin bu özgül ihtiyacı görerek harekete geçmesi hem akademik başarıyı hem de toplumsal eşitliği destekleyici sonuçlar sağlayacaktır.

Benzer şekilde, sağlık sisteminin de çocukları çoğunlukla tedavi sürecine dâhil etmeyen, hastalık merkezli ve yetişkin odaklı bir hizmet modeliyle işlediği görülmüştür. En başta tanı sürecinde bilgiye erişimden dışlanan çocuklar, çoğu zaman sadece "hasta yakını" olarak görülmüş ve duygusal ihtiyaçları göz ardı edilmiştir. Maybery ve arkadaşlarının (2009) çalışmaları, ruhsal hastalığı olan

ebeveynlerle birlikte yaşayan çocukların sayısının oldukça fazla olduğunu ve bu grubun ruh sağlığı açısından özel bir destek gereksinimi taşıdığını ortaya koyarak, çocukların müdahale süreçlerinde görünür kılınması gerektiğini vurgulamaktadır. Ancak sağlık sistemleri çoğunlukla yetişkin hastaya odaklanmakta ve çocukların psikososyal etkilenmelerin bakım planlarının dışında tutulmaktadır (Dam, Joensen ve Hall, 2018; Mordoch ve Hall, 2008). Bu sistematik dışlama, çocukların bilgiye erişim hakkını sınırladığı gibi duygusal destek taleplerinin karşılanmasını da engellemektedir. Oysa bu çalışmada da görüldüğü gibi daha önce yapılan çalışmalar da (Drost, van der Krieke, Sytema ve Schippers, 2016; Boström ve Strand, 2021) çocukların profesyonellerce tanınmak ve ebeveynin hastalığına dair süreçlerde yer almak istediklerini ortaya koymaktadır. Bu taleplerin yok sayılması, çocukların ruhsal ihtiyaçlarının görünmez kılınmasına ve tedavi sürecinde yalnızlaştırılmalarına yol açmaktadır. Bu yapısal ruhsal sağlık sorunlarını kuşaklar arası beslenen bir döngüye dönüştürmektedir. Bu nedenle çocukların tedavi süreçlerine katılımı hak temelli bir zorunluluk olmanın yanı sıra koruyucu ruh sağlığı uygulamalarının da önemli bir parçasıdır.

Bulgulara göre ruh sağlığı hizmetlerinin mevcut uygulamaları, çocukların ruhsal ihtiyaçlarını karşılamada ciddi eksiklikler barındırmaktadır. Kısıtlı süreli görüşmelerin ve ağırlıklı olarak farmakolojik müdahalelere dayalı protokollerin kullanılması, çocukların psikososyal açıdan desteklenmesinin önünde önemli bir engel oluşturmaktadır. Bu eksiklik çocukların gelişimsel süreçlerinde uzun vadeli olumsuz etkiler doğurabilecek bir ihmal alanına işaret etmektedir (Drost, van der Krieke, Sytema, ve Schippers 2016; Bournsnel, 2014). Aile temelli müdahaleleri güçlendirmek için sistem düzeyinde değişim gereklidir. Çocukların tanınması ve desteklenmesi için -bulguları destekler nitelikte- ruh sağlığı alanında çalışan meslek elemanlarının aile içi dinamikler ve çocukların ihtiyaçları, aile içi roller, çocukların yüklenmiş olduğu bakım sorumlulukları ve psikososyal riskler konusunda özel eğitim almaları gerektiği görülmektedir (Reupert ve Maybery, 2007; Pierce ve diğerleri, 2020; Afzelius, Plantin ve Östman, 2018). Etkin bir müdahale için aile bütünü kapsayan bir bakış açısı şarttır. Bu noktada bir paradigma değişimi yapılarak çocukların “hasta yakını” değil, “desteklenmesi

gereken bir birey” olarak sistematik biçimde sürece dâhil edilmesi gerekliliği görüşmüştür.

Mevcut sistemin bu eksikliklerine karşı bazı uygulamalar olumlu örnekler sunmaktadır. Örneğin, Solantaus ve arkadaşları (2010) tarafından geliştirilen ve Finlandiya’da uygulamaya konulan, bir iyi uygulama örneği olan çocuk ve aile programı, ebeveyn tedavisiyle birlikte çocuğun da duygusal ihtiyaçlarının gözetildiği bir model sunmuştur. Bu gibi programlar, aile bütününe yönelik kapsamlı bir yaklaşım benimsenmesinin etkili sonuçlar doğurabileceğini ortaya koymaktadır.

Çalışmanın bulgularına göre sosyal hizmet sisteminde çoğunlukla erken uyarı mekanizmaları ve önleyici hizmetler yeterince işletilmemiş, sosyal hizmetler sosyal yardımlar olarak kodlanmıştır. Sosyal hizmet uygulamalarının ancak kriz durumlarında devreye girdiği bir yapı sergilediği görülmüştür. Bu bulgu, eğitim ve sağlık sisteminde vurgulanan yapısal yetersizliklerle örtüşmekte ve ruh sağlığı ile çocuk koruma hizmetlerinde rutin olarak yer almayan erken tanılama ile koruyucu- önleyici stratejilere duyulan kritik ihtiyacı gözler önüne sermektedir. Bu eksiklik, yalnızca çocukların yeterince desteklenememesiyle sonuçlanmamakta, aynı zamanda sistem içinde görünmez hâle gelen çocukların ihmal ve istismar riskiyle karşı karşıya kalmasına neden olmaktadır. Farklı araştırma bulguları da ruhsal hastalığı olan ebeveynlerin çocuklarının, yalnızca kriz anlarında devreye giren sosyal hizmetler nedeniyle sürekli destekten mahrum kaldığını ve bunun olumsuz duygusal ve davranışsal sonuçlara yol açtığını göstermektedir (Goodyear ve diğerleri, 2015; Maybery, Reupert, Patrick, Goodyear ve Crase, 2009; Naughton, Maybery, Sutton ve Goodyear, 2019). Risk altında olan bu aileler için farklı ülke örneklerinde sosyal hizmetlerin yalnızca sorunlar kritik bir eşiğe ulaştığında devreye girmesi, süregiden bir sorun olarak literatürde de dikkat çekmektedir (Lauritzen, Reedtz, Van Doesum ve Martinussen, 2015; Afzelius, Plantin ve Östman, 2018). Bu konuda yapılan sınırlı sayıda çalışmada, önleyici girişimlerin uygulamada oldukça yetersiz kaldığı, hizmetlerin hâlâ ağırlıklı olarak yetişkin odaklı olduğu ve çocukların yaşadığı özgün deneyimlerin

çoğunlukla göz ardı edildiği bulunmuştur (Foster, O'Brien ve Korhonen, 2012; Stallard, Norman, Huline-Dickens, Salter ve Cribb, 2004).

Daha önce yapılmış çalışmalar gibi bu çalışmada da ebeveynin ruhsal hastalık tanısının bulunduğu ailelerin çocuklar için çeşitli riskleri barındırdığı bulunmuştur. Bununla birlikte bu çalışma çocukların dayanıklılıklarının artmasına, güçlenmelerine destek sağlayan koruyucu faktörleri de ortaya çıkarmıştır. Ancak bu çalışmada da görüldüğü üzere bu risk faktörlerini ya da koruyucu faktörleri değerlendiren yapısal bir erken uyarı sistemi bulunmamaktadır. Müdahaleler daha çok bu alanda çalışan profesyonellerin bireysel çabaları ile şekillenmektedir. Çocukların korunmasında aktif rol üstlenmesi beklenen kurumsal sistemlerdeki hizmet modelleri yetersizdir ya da var olan hizmet modellerinde multidisipliner iş birliğinin sağlanamamaktadır. Nitekim Naughton ve arkadaşları (2019) da sağlık ve sosyal hizmet alanında çalışan profesyonellerin genellikle birbirinden kopuk ve eşgüdümsüz çalıştığını, bunun da ebeveynin ruhsal sağlığı önceliklendirilirken aile bütününe desteklenmesini zorlaştırdığını ortaya koymuştur. Oysa çocukları kapsayan erken müdahale stratejilerinin önemini (Reupert ve Maybery, 2007; Solantaus, Paavonen, Toikka ve Punamäki, 2010) ve kriz ortaya çıkmadan önce ebeveynin işlevselliğine yönelik değerlendirmelerin sosyal hizmet süreçlerine entegre edilmesinin gerekliliğini (Ackerson, 2003) ortaya koyan çalışmalar bulunmaktadır. Ancak tanı alan ebeveyn ile aile üyelerini kapsayan bir bütüncül yaklaşım, ebeveynin ve çocuğun ihtiyaçlarını dengeleyecek, ailelerin karşılaştığı zorlukların daha etkili biçimde ele alınmasına imkân sağlayacaktır.

Öznelerin aktarımları, sosyal hizmetlerin çoğu zaman sadece maddi destek sağlamakla sınırlı kaldığını, psikososyal desteklerin ise ya sunulmadığını ya da erişilmesinin çok güç olduğunu ortaya koymuştur. Bu durum, ruhsal hastalığı olan ebeveynlerle yaşayan çocuklara yönelik hizmet sunumunun dar bir bakış açısına dayandığını göstermektedir. Oysa çocukların yalnızca ekonomik değil, duygusal ve psikolojik ihtiyaçları da bulunmaktadır. Nitekim daha önce yapılan bazı çalışmalar (Gladstone, Boydell, Seeman ve McKeever, 2011; Maybery, Reupert, Patrick, Goodyear ve Crase, 2009), ebeveynin hastalığının çocuklar üzerindeki

etkilerinin sadece maddi yardımlarla hafifletilemeyeceğini, psikosozal desteklerin bu müdahalelere entegre edilmesi gerektiğini belirtmektedir. Psikosozal destek hizmetleri sistemde var gibi görünse de zor erişilebilir durumdadır. Bunun bir nedeni Türkiye’de sosyal hizmetlerin sosyal refahın sağlanması ve sürdürülmesi üzerine yapılandırılması ve meslek elemanlarının görev tanımlarının da daha çok sosyal refah görevliliği üzerinden çerçevelenmesi olarak yorumlanmıştır. Bu alanda bir dönüşüm olmakla birlikte genelci eğitim nedeniyle danışmanlık hizmetleri için yeterli mesleki donanımın olmaması da bunun nedenlerinden olabilir. Ayrıca sahada hâkim olan hayırseverlik temelli bakış açısı nedeniyle psikosozal destek ihtiyacının işaretleri de fark edilmeyebilir. Zira Ostman (2008) tarafından yapılan bir araştırma, sosyal hizmetlerin çoğunlukla ebeveynin acil ihtiyaçları gibi sistem içinde karşılanabilir görünür ihtiyaçları merkeze aldığını ve çocukların psikosozal durumları ile gelişimsel gereksinimlerinin büyük ölçüde görmezden geldiğini ortaya koymaktadır. Bu noktada ruh sağlığı alanında çalışan uzmanların çocukların ihtiyaçlarını tanımlamada ve onlara uygun psikosozal müdahalelerde bulunmada yeterli eğitim almadığını gösteren çalışmalar da bulunmaktadır (Drost, van der Krieke, Sytema, ve Schippers 2016; Yamamoto ve Keogh, 2018). Bu bulgular sosyal hizmet sisteminde çocukların ihtiyaçlarının sistematik biçimde değerlendirilemediğini ve katılım haklarının ihlal edildiğini ortaya koymaktadır.

Sonuç olarak Türkiye’de ruhsal hastalığı olan ebeveynlerin çocuklarına yönelik sunulan yapısal hizmetler, görünürde kapsamlı bir koruma ağı sunsa da uygulamada ciddi yapısal eksiklikler barındırmaktadır. Ruh sağlığı ve çocuk koruma alanındaki aktörlerin çalışma ilkelerini belirleyen mevzuat çocuğun korunmasına ve yüksek yararına ilişkin maddeler barındırırsa da bu ilkeler, hizmetlerin uygulanış biçiminde çoğunlukla karşılık bulamamaktadır. Mevcut yapı çocukların gelişimsel, duygusal ve psikosozal ihtiyaçlarını bütüncül biçimde değerlendiren koruyucu-önleyici bir model yerine, kriz temelli, geçici ve yüzeysel ve daha çok ayni/ nakdi müdahalelere dayanmaktadır. Bu durum, çocukların yalnızca bir ihmal ya da istismar neticesinde “görünür hale geldiklerinde” destek alabildikleri bir sistem doğurmakta, sosyal hizmetin erken müdahale ve bütüncül koruma misyonunu zayıflatmaktadır.

Hizmet sunumunda yaygın biçimde gözlemlenen yardım temelli ve filantropik bakış açısı, çocukları hak sahibi bireyler olarak değil, ihtiyaç içinde olan “yardıma muhtaç” özneler olarak konumlandırmaktadır. Bu yaklaşım, özellikle psikososyal destek hizmetlerinde belirginleşmektedir. Psikososyal destekler sağlık ve çocuk koruma hizmetlerinde görünürde sistemin bir parçası olarak tanımlansa da erişim zorluğu, yeterli meslek elemanı ile mesleki donanımın olmayışı ve hizmet sunumundaki parçalanmış yapı nedeniyle işlememekte ya da işlevselliğini yitirmektedir. Haklarında bakım tedbiri bulunan öznelerin dahi danışmanlık ya da sağlık tedbiri gibi hizmetlerden yararlandırılmamaları bunu çarpıcı biçimde ortaya koymaktadır. Nitekim sosyal destek hizmetlerine dair veriler paylaşılırken, bakım ve barınma dışında uygulanan tedbirlere dair şeffaf bir izleme mekanizmasının olmaması çocukların sosyal hizmet sistemindeki varlığının, çoğu zaman yalnızca ekonomik yardım başvuruları veya kriz durumlarında fark edilen bir edilgenliğe indirildiğinin de en büyük göstergesidir. Bu ise çocuğun sosyal hizmetin öznesi olma hakkını ihlal eden ve çocuğun üstün yararını öncelermeyen bir uygulama pratiğini beraberinde getirmektedir.

Bulguların ortaya koyduğu üzere sistemin parçalı yapısı, çocuk koruma, ruh sağlığı ve eğitim sistemleri arasındaki eşgüdüm eksikliğiyle derinleşmektedir. Multidisipliner iş birliğinin yokluğu, ebeveynin ruhsal hastalığı gibi aileyi çok boyutlu etkileyen bir durum karşısında, çocuğun gelişimsel risklerinin erken dönemde fark edilmesini ve desteklenmesini imkânsız hale getirmektedir. Sosyal hizmet uzmanları, sağlık çalışanları ve eğitimciler arasında sürdürülebilir bir bilgi paylaşımı mekanizması olmadığı için çocuklara yönelik müdahaleler bireysel çabalarla sınırlı kalmakta, sistematik hale gelememektedir. Bu durum, çocukların ihtiyaçlarının rastlantısal biçimde fark edilmesine ve genellikle de ihmal edilmesine neden olmaktadır.

Sonuç olarak, eğitim, sağlık ve sosyal hizmet sistemlerinin mevzuattaki kurumsal varlığı ile sahadaki uygulama pratiği arasında ciddi bir kopukluk bulunduğu görülmektedir. Tablo 3’te de sunulduğu üzere, Türkiye’de çocuk koruma ve ruh sağlığı alanında hizmet sunan çok sayıda kamu kurumu, yerel yönetim ve sivil toplum kuruluşu bulunmaktadır. Bu yapılar teorik olarak geniş bir müdahale ağına

işaret etmektedir. Ancak çalışmanın bulguları, bu kurumların ebeveyni ruhsal hastalık tanısı almış çocuklar açısından koruyucu ve önleyici düzeyde ya hiç devreye girmediğini ya da görünürlüklerinin son derece sınırlı kaldığını göstermektedir.

Nitekim saha verilerinde belediyeler, STK'lar ya da toplum temelli hizmetlere ilişkin herhangi bir doğrudan anlatıya rastlanmamış olması, bu hizmetlerin ya çocuklar ve aileler tarafından bilinmediğine ya da ulaşılabılır olmadıklarına işaret etmektedir. Bu durum, mevcut hizmetlerin yalnızca var olmalarının yeterli olmadığını, erişilebilirlik, yaygınlık ve farkındalık eksikliklerinin, sistemin en kırılgan çocuk gruplarına dahi ulaşamamasına neden olduğunu göstermektedir. Özellikle sivil toplum kuruluşlarının çocuklara yönelik psikososyal destek grupları, farkındalık atölyeleri ve danışmanlık gibi hizmetler sunmasına rağmen, bu hizmetlerin kamusal sistemle entegrasyonunun eksik olması önemli bir boşluğu işaret etmektedir.

Bu bağlamda değerlendirildiğinde, çocukların temel haklarına dayalı, katılımcı ve güçlendirici, koruyucu ve önleyici bir hizmet anlayışının yerine, sıklıkla yardım odaklı, gecikmeli ve zarar sonrası müdahalelerin yapıldığı bir sistemin işlediği görülmektedir. Kurumsal olarak tanımlanmış olan sosyal hizmet, sağlık ve eğitim temelli destek mekanizmaları, sahada çoğunlukla ancak ihmal, istismar ya da suça sürüklenme gibi kriz durumlarında devreye girmektedir. Bu işleyiş ebeveyni ruhsal hastalık tanısı almış çocukların büyük bir kısmını görünmezlik içinde bırakmakta ve onları hem psikososyal destek hizmetlerinden hem de hak temelli hizmetlerden mahrum bırakmaktadır.

Ezcümlle ruh sağlığı ve çocuk koruma sisteminin yasal düzenlemelerin yanı sıra kurumsal işleyiş, toplumsal farkındalık ve çocukların erişilebilirliğini önceleyen çok düzeyli stratejilerle güçlendirilmesi gerekmektedir. Bu bağlamda hizmetlerin yaygınlaştırılması, bilinirliğinin artırılması, STK'larla daha güçlü iş birliği yapılması, yerel düzeyde bilgilendirme çalışmalarının yürütülmesi ve hizmet alan çocukların deneyimlerinin düzenli olarak izlenmesi büyük önem taşımaktadır. Aksi halde bu alanda hizmet sunan kurumsal sistemlerin hak temelli, kapsayıcı ve sürdürülebilir bir yapıya kavuşması mümkün olmayacaktır.

5.4. TOPLUMLA İLİŞKİLER VE DAMGALANMA

“Toplumla ilişkiler ve damgalanma” temasına ilişkin ulaşılan bulgular, ebeveyni ruhsal hastalık tanısı almış kişilerin sosyal çevreleri ve kurumsal sistemlerle kurduğu ilişkilerin çok eşitsiz ve dışlayıcı nitelikte olduğunu ortaya koymuştur. Bu deneyimler, yalnızca öznelerin içselleştirdiği değil, toplumsal yapının işleyişinde, kültürel normlarda ve kurumsal hizmet modellerinde var olan ayrımcı pratiklere dair önemli ipuçları sunmaktadır. Damgalama hem kişisel hem de kişiler arası ve yapısal düzeyde öznelerin dışlanmasına yol açan bir kırılma biçimi olarak ortaya çıkmıştır.

Araştırmanın sonuçlarına göre damgalamanın kişisel boyutu çocukların benlik algısını, öz değer duygusunu ve aidiyet hissini derinden etkilemektedir. Çocuklar kendisinde doğrudan damgalanmayı gerektirecek bir durum bulunmamasına rağmen, yakın ilişkide olduğu bireyin damgalanmış bir grup ya da durumla bağlantılı olması sebebiyle sosyal dışlanma ve önyargılara maruz kalmak üzerinden tanımlanan ilişkilendirilmiş damgalamaya maruz bırakılmıştır. Bu ilişkiel damga çoğunlukla çocuklar tarafından içselleştirilmiştir. İçselleştirilmiş damga, çocukların sosyal yaşamda geri planda kalmalarına, kendi deneyimlerini bastırmalarına ve sosyal destek sistemlerinden uzak durmalarına neden olmuştur. Dolayısıyla damgalama, çocukların en başta kendileriyle kurdukları ilişkiyi olumsuz etkilemektedir. Nitekim bu sonuçlar, daha önce yapılan araştırmalarla da örtüşmektedir (Ali, Ahlström, Krevers ve Skärsäter, 2012; Griffiths, Norris, Stallard ve Matthews, 2012; Tabak ve diğerleri, 2016). Çalışmalar içselleştirilmiş damgalamanın düşük özsaygıya ve damgayla özdeşleştirilme korkusuna yol açtığını (Stallard, Norman, Huline-Dickens, Salter ve Cribb, 2004), çocukların çevreden gelen damgalayıcı tutumları yoğun biçimde deneyimlediğini ve bu tutumların çocukların kendilerini yetersiz ve dışlanmış hissetmelerine yol açtığını (Gladstone, Boydell, Seeman ve McKeever, 2011), bu dışlanma deneyimlerinin ise çocukların yardım arayışlarını engellediğini ve bu durumun onların baş etme kapasitesini zayıflattığını (Ambikile ve Outwater, 2012), göstermektedir. Çocukların maruz kaldığı damgalanma nedeniyle utanma, değersizlik ve kimlik inkârı yaşadıkları, bu duygularla baş edebilmek için

çoğu zaman ebeveynlerinin hastalığını gizledikleri ve duygularını ifade etmekten kaçındıkları görülmektedir (Gladstone, McKeever, Seeman ve Boydell, 2014; Maybery ve diğerleri, 2009). Ayrıca çocukların maruz bırakıldığı ilişkisel damgalama ruh sağlığı sorunlarının doğasının yanlış anlaşılmasına neden olabilir. Örneğin, Koschade ve Lynd-Stevenson, ruhsal hastalıkla yaşayan ebeveynler tarafından yetiştirilen çocukların toplumsal damgalamayı içselleştirebileceğini ve bu nedenle ebeveynlerinin ruh sağlığı sorunlarını kabul etmekten ya da yardım aramaktan kaçınabileceklerini vurgulamaktadır (Koschade ve Lynd-Stevenson, 2011). Bu çalışmanın bulgularıyla tutarlı biçimde çocukların toplumsal alanda “fark edilmemeyi” bilinçli bir stratejiye dönüştürdükleri, görünmez kalmanın damgalanma riskinden korunma yolu olarak tercih edildiği bilinmektedir (Reupert ve diğerleri, 2013; Naughton, Maybery ve Goodyear, 2017).

Çalışmanın bulguları ebeveyni ruhsal hastalık tanısı almış bireylerin çocukluk deneyimlerinde damgalamanın derin bir kişiler arası örüntü olarak yaşandığını da ortaya koymaktadır. Komşulardan başlayarak, akrabalara, akranlara ve öğretmenlere uzanan bu örüntü, çocuğun en yakın çevresinde gelişen ilişkiler aracılığıyla damgalamanın yeniden üretildiğini göstermiştir. Bu bulgu, çocukların maruz kaldığı damgalamanın gelişimsel ve sosyal kimlik oluşumu üzerindeki etkilerini anlamak açısından önemlidir. Bu çok katmanlı damgalanma yapısı, önceki araştırmalarla da tutarlılık göstermektedir. Daha önce yapılmış bazı çalışmalar ebeveyni ruhsal hastalığa sahip çocukların akranları tarafından sıklıkla dışlandığını (Cudjoe, Chiu ve Tam, 2023; Larsson, Knutsson-Medin ve Sundelin, 2000; Griffiths, Norris, Stallard, & Matthews, 2012), akrabalar başta olmak üzere sosyal çevrede çocuklara yönelik damgalayıcı tutumların yaygın olduğunu ve bu tutumların çocukların sosyal konumlanmalarını doğrudan etkilediğini (Ahlström, Skärsäter ve Danielson, 2007; Ali, Ahlström, Krevers ve Skärsäter, 2012; Fudge ve Mason, 2004) ve bu dışlanmanın toplumda ruh sağlığına dair bilgi eksikliğinden beslendiğini (Griffiths, Norris, Stallard ve Matthews, 2012; Cogan, Riddell, ve Mayes, 2005) ortaya koymuştur. Gözen, Tuncay ve Kamış (2025)'in çalışması ise bakım verenin sıklıkla değiştiği, geniş aile üyelerinin ikame

ebeveynler olarak yer aldığı harmanlanmış aile yapılarında damgalamanın daha yoğun yaşandığını göstermektedir.

Benzer şekilde damgalama sadece bireysel düzeyde değil, toplumsal ebeveynlik normlarıyla bağlantılı olarak sosyal ve eğitimsel ortamlarda da yeniden üretilmektedir (Reupert, ve diğerleri, 2021). Sosyal mesafe ve damgalanma beklentisi çocukların özsaygılarını olumsuz etkileyerek kişiler arası ilişkilerini zayıflatmakta (Wahl ve Harman, 1989; Hinshaw ve Stier, 2008) ve bu döngü öz damgalama paradoksu (Corrigan ve Watson, 2002) ile birleşerek, çocukların ya kendilerini yetersiz hissetmelerine ya da toplumsal önyargılara karşı öfke geliştirmelerine neden olmaktadır. Nitekim bulguları destekler nitelikte öğretmen, akran ve aile çevresindeki etkileşimlerin çocukların kimlik gelişimini ve psikolojik sağlığını doğrudan etkilediğini gösteren çalışmalar (Corrigan, Druss, ve Perlick, 2014; Murphy G. , Peters, Wilkes, ve Jackson, 2015b) da bulunmaktadır.

Bulgular, çocukların sosyal ilişkiler ağı içinde taşıyıcı birer "damga nesnesi" olarak konumlandığına işaret ederken aynı zamanda damgalamanın en az görünür fakat en derin etkilerinden birinin de yapısal düzeyde ortaya çıktığını göstermiştir. Bu çalışmada bu grup özelinde literatürde çoğunlukla kişisel ya da kişiler arası etkileşim düzeyinde tartışılan damgalama olgusunun yapısal boyutuna dair bulgular elde edilmiştir. Yapısal damgalamanın sağlık sistemi üzerindeki yansımaları, psikiyatrik tanı alan bireylerin sistemle kurduğu ilişkinin "uyum" üzerinden tanımlandığını ve damgalayıcı ayrımları meşrulaştırdığını göstermiştir. Benzer şekilde eğitim sistemi de bir yanıyla çocukları güçlendiren bir alan sunarken öte yandan ruhsal hastalıklara ilişkin farkındalık düzeyinin düşük olması ve kurumsallaşmış destek sistemlerinin olmamasına bağlı olarak damgalayıcı tutumların öğretmenler ve akranlar yoluyla yeniden üretildiği, yapısal düzeyde eşitsizliklerin pekiştirildiği bir alan olarak inşa olmuştur.

Yapısal düzeyde damgalamanın en önemli kaynaklarından biri de kültür ve atıflardır. Kültürel normların damgalayıcı etkisi ise daha derin ve kalıcı bir damgaya neden olmuştur. Ruhsal hastalığın "deli", "cin çarpması" ya da "ailenin ayıbı" gibi ahlaki atıflarla açıklanması, tüm ailenin damgalanmasına yol açmış ve hastalık, bir "aile suçu" na dönüşmüştür. Bu durum, yardım arama davranışının

ertelenmesine, tedavi süreçlerinin reddedilmesine veya alternatif yolların (hoca, muska vs.) tercih edilmesine neden olmuştur. Bu bulgular damgalamayı toplumsal algı ve kültür üzerinden ele alan literatürle de uyuşmaktadır. WHO Paradoksu (Pescosolido, ve diğerleri, 2015)'na göre kolektif kimliğin ön planda tutulduğu toplumlarda toplumsal normlara aykırı durumlar daha kolay görünür hâle geldiğinden, damgalanma algısı da daha yoğun ve baskılayıcı şekilde hissedilebilirken, bireyci kültürlerde damgalanma genellikle daha az belirgin olsa da sosyal bağların zayıflığına bağlı olarak bireylerin destek bulması zorlaştırabilir. Asya ülkelerinde (örn. Çin, Kore, Japonya, Asian America) genellikle daha yüksek damgalama seviyeleri ve ruhsal hastalıklara yönelik daha ahlaki atıflar görülmekte (Krendl ve Pescosolido, 2020; Lauber ve Rössler, 2007; Cheng, 2015; Mirza, Birtel, Pyle ve Morrison) hastalık daha çok kişinin bir hatasının ya da toplum normlarına uymamasının bir sonucu olarak değerlendirilmektedir. Bu tür atıflar, damgalanmayı artırıp hem bireyin hem de ailesinin sosyal kabulünü zorlaştırmaktadır. Çalışmalar ruhsal hastalıklarla ilgili algıları doğaüstü ve dini açıklamaların şekillendirdiği Asya ülkelerinde (Cheng, 2015; Lauber ve Rössler, 2007) olsun, hastalıkların açıklanmasında daha çok nörobiyolojik atıfların kabul gördüğü Batı dünyasında (örn. Avustralya, İngiltere, ABD) olsun (Mirza, Birtel, Pyle ve Morrison; Pescosolido ve diğerleri, 2015; Griffiths ve diğerleri, 2006; Barry ve Grilo, 2002; Mellor, Carne, Shen, McCabe ve Wang, 2012) bu atıfların bir kombinasyonunun hakim olduğu Türkiye' de olsun damgalamaya katkı sunan "bilgi eksikliği, ön yargı ve ayrımcılık (Thornicroft, Rose, Kassam, & Sartorius, 2007)" setlerinin bir tutarlılık gösterdiğini ortaya koymaktadır. Damgalama algısının kültürel bağlamla şekillendiği ve bireylerin topluma entegrasyonunu etkilediği görülmektedir. Bu durum bireyci kültürün batı dünyasının dışına taşındığını, yayıldığını ve WHO Paradoksu'nun da değiştiğini ortaya koymaktadır. Bulgular ve literatür birlikte ele alındığında ruhsal hastalıklara ilişkin bilgiye erişilebilirliğin kolaylaşması ile tezat biçimde geleneksel toplumcu bağların zayıflamasıyla damgalamanın da yoğun biçimde hissedildiği söylenebilir.

Son olarak bu tema kapsamında erişilen sonuçlar, ruhsal hastalığa sahip ebeveynlerin çocuklarının maruz kaldığı damgalamanın zamanla toplumsal farkındalık ve hizmet erişimindeki gelişmelerle birlikte kısmen azaldığını, ancak

hâlâ yapısal sınırlılıklar nedeniyle kalıcı dönüşümün sağlanamadığını göstermektedir. Bireysel düzeyde utanma ve gizleme eğilimlerinin yerini giderek açıklık ve yardım arayışına bırakması umut verici bir gelişme olmakla birlikte, ruh sağlığı hizmetlerinin tanıtım, erişim ve nitelik açısından hâlen önemli eksiklikler taşıdığı görülmektedir. Bu bulgular, damgalamayla mücadelede bireysel ve yapısal düzeyde müdahale ve politikaların geliştirilmesinin gerekliliğini ortaya koymaktadır. Literatür de bu bulguları destekler niteliktedir. Clément ve arkadaşlarının (2015) çalışması damgalamanın azaltılmasında ruh sağlığı okuryazarlığının önemine vurgu yapsa da yapısal sorunlar çözülmediği sürece toplumsal farkındalığı ve ruh sağlığı okur yazarlığını artıran kampanyaların sınırlı etki yarattığı (Parcesepe ve Cabassa, 2013) bilinmektedir. Bu çalışmada da görüldüğü üzere özellikle dezavantajlı gruplarda damgalama hâlen tedaviye erişimi engelleyen bir unsurken (Bastola ve Paudel, 2023) ve bölgesel eşitsizlikler ile hizmet sunumundaki yetersizlikler mevcudiyetini sürdürürken (Tiller, Maguire ve Newman-Taylor, 2023) yapısal değişimlerle desteklenmeyen bireysel farkındalık artışının dönüşüm yaratmayacağı aşikârdır.

Görüldüğü üzere damgalamanın kişisel, kişiler arası ve yapısal düzeydeki etkileri, ruh sağlığı hizmetlerinin işleyiş biçimiyle doğrudan ilişkilidir. Türkiye 2006 yılı itibariyle ruh sağlığı hizmetlerinde toplum temelli modele geçiş yapmayı hedeflese de bu dönüşüm sınırlı düzeyde gerçekleşmiş, hizmetler çoğu zaman yalnızca tanı almış bireyin klinik izlemiyle sınırlı kalmıştır. Kuramsal bölümde çocuk koruma ve ruh sağlığı kesişiminde yararlanılabilecek hizmet modellerine dair bir tablo sunulmuştur. Ancak bulgular Sağlık Bakanlığı özelinde TRSM, Aile Sağlığı Merkezi ve Sağlıklı Hayat Merkezi gibi koruyucu ve önleyici hizmetler sunması planlanan kuruluşların daha çok tıbbi odakta hizmet sunmaya devam ettiğini göstermektedir. Aile üyelerine psikoeğitim verilmesi, risk taraması, damgalamayla mücadelede toplumsal farkındalık artırma mevzuatta yer alan koruyucu ve önleyici müdahalelerdir. Ancak bu müdahalelerin işlemediği, işlediği yerlerde de birey bazında kaldığı sonuçlarına ulaşılmıştır.

Kuramsal bölümde de aktarıldığı üzere çocuk koruma sisteminin temel işlevlerinden biri çocuğun yüksek yararını gözetmek ve gelişimini tehdit eden her

türlü riski ortadan kaldırmaktır. Ancak damgalanma gibi görünmez fakat bir o kadar da yıkıcı bir tehdide karşı etkili çocuk koruma, ancak sosyal hizmet uzmanlarının çocukla erken ve sürekli temas kurabilmesiyle mümkündür. Bu bağlamda sosyal hizmetin koruyucu ve güçlendirici rolünün sistematik biçimde tanınması, yaygınlaştırılması ve okullar, Sağlıklı Hayat Merkezleri, belediyeler ya da STK'lar gibi çalışmanın öznelerinin yararlanabileceği kuruluşlarda yapısal düzeyde farkındalığı arttıracak çalışmaların yapılması gereklidir. Aynı zamanda halihazırda var olan kuruluşlarda da damgalamayı yeniden üretmeden risk taramalarının yapılması ve risk haritalarının oluşturulması elzemdir. Bunun için de halihazırda ruh sağlığı ve çocuk koruma alanlarının kesişiminde hizmet sunan Çocuk İzlem Merkezleri, TRSM'ler, Sosyal Hizmet Merkezleri ve benzeri kuruluşlardaki ruh sağlığı profesyonellerinin sayısının arttırılmasına ve bu profesyonellerin de eğitimle desteklenerek ruhsal hastalıklara dair bilgi/ bilinç düzeyinin yükseltilmesine ihtiyaç vardır. Bu kuruluşlarda yer alan profesyonellerin çocukların içselleştirilmiş damgalama ile baş etmesine destek olmasına, okullarda ve kurumsal ortamlarda damgalayıcı tutumlarla mücadele etmesine ve kültürel atıfların dönüştürülmesine katkı sunacak çalışmalar yürütmesi beklenmektedir. Ruh sağlığı profesyonellerinin toplum temelli çalışmalarda aktif rol üstlenmelerini sağlayacak yapısal düzenlemeler, damgalamaya dair toplumsal farkındalığın geliştirilmesinde ve kurumsal sistemlerin çocuk dostu biçimde yeniden yapılandırılmasında etkili olacaktır.

5.5. BAŞ ETME MEKANİZMALARI

Çalışma kapsamında elde edilen bulgular ebeveyni ruhsal hastalık tanısı almış bireylerin çocukluk ve gençlik dönemlerinde karşılaştıkları zorluklarla başa çıkarken sergiledikleri direnç biçimlerinin ve geliştirdikleri baş etme mekanizmalarının çok boyutlu doğasını ortaya koymuştur. Özneler yaşadıkları travmatik ya da zorlayıcı deneyimleri aynı zamanda bir yeniden inşa süreci olarak tanımlamışlardır. Küçük yaşta geliştirilen başa çıkma becerileri ve uyumlanma kapasitesinin çocuklarda daha iyi duygusal düzenleme sağladığı ve psikolojik dayanıklılığı artırdığı bilinmektedir (Herbert, Manjula, ve Philip, 2013; Christiansen ve diğerleri, 2015). Bu türden dayanıklılık becerileri yalnızca anlık

zorlukların üstesinden gelmeyi kolaylaştırmakla kalmayıp, çocukların gelecekteki sosyal-duygusal gelişimlerini de olumlu yönde şekillendirmektedir.

Baş etme bağlamında çocukların yeniden inşa sürecinde sıklıkla başvuru alan inanç kanalı, öznelerin inandıkları manevi sistemler aracılığıyla yaşadıkları zorluklara anlam kazandırma, kabullenme, umut üretme ve içsel güç bulma pratiklerine işaret etmiştir. İnancın sadece bir teslimiyet alanı olarak değil, aynı zamanda çözüm arayışını da içeren ve öznelerin psikolojik dayanıklılıklarını besleyen bir yaşam stratejisi olarak kullanıldığı görülmüştür. Bu bulgular, daha önce yapılmış nitel ve nicel araştırmalarla da örtüşmektedir. Literatürde çocukların travmatik ya da zorlayıcı yaşam olayları karşısında yalnızca kırılma yaşamadıkları, aynı zamanda bu deneyimler aracılığıyla bazı güçlenme biçimleri geliştirdikleri ve direnç kazanabildikleri ortaya konmuştur (Küçük Öztürk, 2022; Drost, van der Krieke, Sytema ve Schippers, 2016). Özellikle maneviyat bu süreçte çocuklara baş etme kaynakları sunan önemli bir unsur olarak öne çıkmaktadır. Farklı gruplarla yapılan çalışmalarda inanç kanalıyla başa çıkma biçimlerinin artan psikolojik dayanıklılık, azalan depresyon düzeyleri ve yaşamla yeniden bağ kurma gibi olumlu ruh sağlığı sonuçlarıyla ilişkili olduğu görülmüştür (Mueller, Plevak ve Rummans, 2001; Tarakeshwar ve Pargament, 2001). Özellikle olumlu bir tinselliğe sahip kişilerin içinde buldukları zorlayıcı durumları daha geniş bir varoluşsal bağlamda değerlendirme eğiliminde oldukları, bu çerçevede yaşadıkları zorluklara anlam ve amaç yükleyebildikleri görülmektedir (Pargament, Koenig, Tarakeshwar ve Hanh, 2004). Böyle bir çerçeve, çocuğun anlam inşası yoluyla aktif bir özne haline gelmesini mümkün kılmaktadır. Özellikle tıbbi ve psikiyatrik sosyal hizmet uygulamaları açısından bakıldığında, bu bulgular terapötik süreçlerde spiritüel ve dini inançların dikkate alınmasının gerekliliğine de işaret etmektedir. Kronik hastalıklar ve ruh sağlığı sorunları bağlamında sağlık hizmeti sunan profesyonellerin, bireylerin yaşamındaki manevi boyutları değerlendirmeleri ve desteklemeleri gerektiğine dair görüşler giderek yaygınlaşmaktadır (Mueller, Plevak, ve Rummans, 2001; Riebschleger, Tableman, Rudder, Onaga, ve Whalen, 2009). Güçlendirme yaklaşımı çerçevesinde değerlendirildiğinde, inanç kanalıyla başa çıkma biçimlerinin çocukların kişisel kaynaklarını harekete geçirme, sosyal destek sistemlerini

anlamlandırma ve toplumsal önyargılara karşı daha dirençli bir benlik algısı geliştirme noktasında önemli işlevler üstlendiği görülmektedir.

Çalışma bulguları öznelere bu süreçte yaşadıkları zorluklarla mücadele ederken sıklıkla duygu ve hayal gücü kanalına başvurduklarını da ortaya koymuştur. Duygu ve hayal gücü kanalı ise duygusal ifadeyi bastırmak yerine onu tanıma, yaşama, dönüştürme ve kendini yeniden inşa ederek güçlenme biçiminde öne çıkmıştır. Sanat, yazma, oyun ve dijital medya gibi yaratıcı araçlarla duygularını düzenlemeye çalışan bireyler, aynı zamanda bu yollarla benlik bütünlüğünü koruma ve psikolojik olarak denge kurma stratejileri geliştirmişlerdir. Bu bulgu literatürde hayal gücü ve yaratıcı eylemlerin, çocukların ruhsal olarak zorlayıcı yaşam olaylarıyla baş etme yollarından biri olduğunu gösteren çalışmalarla örtüşmektedir. Örneğin ruhsal hastalığı olan ebeveynlerle yaşayan çocukların, hayal gücü kanalı ile olumsuz deneyimlerine dair kendi içsel anlatılarını kurduklarını ve bunun hem bir baş etme stratejisi hem de aile içindeki duygusal karmaşayı anlamlandırma aracı olduğunu gösteren çalışmalar vardır (Murphy, Peters, Wilkes ve Jackson, 2018; Dam, Joensen ve Hall, 2018). Benzer biçimde Dam ve Hall (2016), çocukların hayali oyunlar yoluyla çevrelerindeki ambivalan ve öngörülemeyen durumu anlamlandırmaya çalıştıklarını, bu yaratıcı oyunların çocuklar için “duygusal prova” işlevi de gördüğünü ifade etmiştir. Bu da çocukların deneyimlerini dolaylı yollarla ifade etmeye çalıştıklarını ve yaratıcı eylemlerin regülasyon alanları sunduğunu göstermektedir. Son yıllarda sanat temelli faaliyetlere dair yapılan çalışmalar da bu baş etme biçimini destekler niteliktedir. Resim yapmak, müzikle ilgilenmek ya da yazı yazmak gibi yaratıcı faaliyetlerin, çocukların karmaşık duygularını ifade etmelerine olanak tanıdığı vurgulanmaktadır (Pierce ve diğerleri, 2020; Oliveira ve diğerleri, 2022). Özellikle ifade özgürlüğünün sınırlı olduğu, duyguların bastırıldığı aile ortamlarında bu tür faaliyetler, çocuklara alternatif bir iletişim alanı sunmakta ve içsel deneyimlerini dışa vurma fırsatı yaratmaktadır. Özellikle aile içi açık iletişimin teşvik edildiği müdahale programları, ebeveynin hastalığına dair açık konuşmayı mümkün kılarak çocukların duygularını güvenli biçimde paylaşabilmesine olanak tanımaktadır. Suess ve arkadaşları (2017), duygusal diyalogların normalleşmeyi sağladığını, duygusal zekâyı ve stresle başa çıkma becerilerini artırdığını

belirtmektedir. Bu tür etkileşimler, çocukların içinde buldukları karmaşık durumu tanımasına, duygularını adlandırmasına ve anlamlı bir biçimde ifade etmesine olanak vermektedir. Tabak ve arkadaşları (2016), çocukların duygularını paylaşabilecekleri güvenli grup ortamlarının, onların duygularını tanımalarını ve başkalarıyla duygusal deneyimleri üzerinden bağ kurmalarını kolaylaştırdığını ortaya koymuştur. Ebeveyni ruhsal hastalık tanısı almış çocuklarla yürütülecek çalışmalarda duygu ve hayal gücü araçlarının kullanıldığı grup müdahalelerine başvurulması, çocukların duygusal deneyimlerinin geçerliliğini kabul etmelerine ve kendilerini yalnız hissetmemelerine olanak sağlayacaktır.

Bu çalışmanın bulgularına göre, ebeveyni ruhsal hastalık tanısı almış çocuklar için sosyalleşmek önemli bir baş etme kanalı olarak öne çıkmıştır. Akrabalar ve arkadaşlarla kurulan ilişkisel bağların çocuklarda bir “normallik hissi” yaratmasının, duyguların düzenlenmesine yardımcı olduğu ve gündelik yaşamın sürekliliğini desteklediği görülmüştür. Sosyal kanal ile baş etmek öznelere tarafından var olma, görülme ve aidiyet hissiyle doğrudan ilişkilendirilmiştir. Bu bulgu, çocukların sosyal bağlar aracılığıyla psikolojik dayanıklılık geliştirdiklerini ve ruhsal olarak denge sağlayabildiklerini ortaya koyan çok sayıda çalışmayla (Naughton, Maybery, Sutton ve Goodyear, 2019; Aldridge, 2006; Mordoch ve Hall, 2008) örtüşmektedir. Sosyal bağ kurmaya odaklı müdahalelerin çocukların dayanıklılığını artırmada dönüştürücü bir etkisi olduğu bilinmektedir (Foster, O'Brien ve Korhonen, 2012). Bu alanda yapılan öncü çalışmalar (Maybery, Reupert, Patrick, Goodyear ve Crase, 2009; Reupert ve Maybery, 2007), sosyal destek sistemlerinin çocukların üzerindeki riskleri azaltan koruyucu bir çerçeve sunduğunu ve sosyal bağların önleyici müdahalelerde temel alınması gerektiğini, bu müdahalelerde de sosyal destek stratejilerinin çok perspektifli yaklaşımlar içinde ele alınmasının elzem olduğunu belirtmiştir.

Öznelere sağ kalım setlerinde en belirgin biçimde öne çıkan baş etme stratejilerinden biri bilişsel/düşünsel kanal olmuştur. Bu kanal, bireylerin içsel konuşmalar yoluyla kendileriyle diyaloga girerek duygularını düzenlemeleri, bilişsel yeniden çerçeveleme yoluyla yaşantılarını anlamlandırmaları ve bilgi

arayışıyla belirsizlikle başa çıkmaları gibi çeşitli zihinsel süreçleri kapsamaktadır. Bu süreçler aracılığıyla özneler mevcut durumlarına dair kontrol hissini yeniden inşa etmiş ve kendilerine ilişkin farkındalık geliştirerek psikolojik dayanıklılıklarını artırmışlardır. Bilgi edinme yoluyla yaşantıyı anlamlandırma, terapi deneyimleri, bireysel farkındalık geliştirme ve ruh sağlığına dair olumlu tutumların içselleştirilmesi koruyucu bir faktörler olarak ön plana çıkmıştır. Bulgularla tutarlı biçimde Jorm (2012), ruh sağlığına dair bilgi düzeyinin bireylerin damgalanmaya karşı tutumları, baş etme mekanizmaları ve yardım arama davranışları üzerinde dönüştürücü bir etkisi olduğunu vurgulamıştır. Bilgiye erişimin, yaşanan durumu anlamlandırmayı kolaylaştıran ve özerklik geliştirme süreçlerini destekleyen bir baş etme kanalı olduğu bulunmuştur. Benzer şekilde çocukların düzeyine uygun olarak sunulan bilgi ve destekleyici içeriklerin dayanıklılığı artırabildiğini gösteren çalışmalar vardır (Riebschleger, Grové, ve Costello, 2017; Beardslee ve diğerleri, 2003). Bu çalışmalar bilginin destekleyici bağlamlar içinde sunulmasının çocukların psikolojik gelişimi için önemini ortaya koymaktadır. Yapılandırılmış bilgi paylaşımının ise damgalanma, izolasyon ve utanç duygularını azalttığını ve çocukların ruhsal durumu anlamlandırma kapasitelerini artırdığını gösteren çalışmalar mevcuttur (Christiansen ve diğerleri, 2015; Rapa ve diğerleri, 2025). Bilişsel yeniden yapılandırma süreçlerinde özellikle bilginin ve üzerine düşünmenin önemli bir işlev gördüğü anlaşılmaktadır (Carver, Scheier ve Weintraub, 1989). Riskleri önceden gözeten ve problem çözmeye dayalı baş etme stratejilerinin kısa vadede rahatlama sağladığı, uzun vadede ise psikolojik dayanıklılığı güçlendirme potansiyeli taşıdığı bilinmektedir (Holahan, Moos, Holahan, Brennan ve Schutte, 2005). Biliş temelli baş etme biçimlerinin desteklenmesi bağlamında, psiko-eğitim temelli müdahalelerin çocuklar için önemli ölçüde fayda sağladığı bulunmuştur (Reupert ve Maybery, 2007; Power ve diğerleri, 2015). Nitekim çalışmalar ebeveynin ruhsal hastalığına dair bilgi düzeyinin artmasının çocukların sosyal destek ağlarına daha bilinçli şekilde yönelmesini kolaylaştırdığını (Yamamoto ve Keogh, 2018; Chen, 2023; Backer ve diğerleri, 2016), çocukların gelişimlerinin erken dönemlerinde bilişsel yeniden çerçeveleme stratejilerini kullanabildiklerini ve uygun rehberlik sağlandığında öfke ve üzüntü ifadelerini hafifletebildiklerini (Morris ve diğerleri, 2011), kendi

düşünceleri üzerinde düşünerek duygularını düzenleyebildiklerini (Davis, Levine, Lench ve Quas, 2010) göstermektedir. Bulgular ve literatür çocukların duygusal dünyalarında yön bulmalarında bilişsel kanalın oldukça belirleyici olduğunu ortaya koymaktadır. Bilgi edinme, bilişsel yeniden çerçeveleme ve meta bilişsel farkındalık gibi becerilerin kazandırılmasını ve geliştirilmesini amaçlayan erken dönem müdahaleleri özellikle karmaşık aile ortamlarında bulunan çocukların baş etme kapasitelerinin artırılmasında kritik bir öneme sahiptir.

Son olarak yürüyüş, dans, doğada vakit geçirme, spor ve uyku gibi fiziksel aktiviteler öznelerin benimsedikleri baş etme yöntemleri olmuştur. Ancak bazı durumlarda bu kanalın riskli alkol kullanımı gibi davranışlarla iç içe geçtiği de görülmüştür. Daha önce bu grupta yapılan bazı çalışmalar (Chen, Weiss, Heyman ve Cooper, 2010; Reupert ve diğerleri, 2013) düzenli fiziksel etkinliklerin kaygı ve depresyonu azaltma, başarı hissi kazandırma ve aidiyet duygusunu pekiştirme gibi çok boyutlu faydalar sunduğunu göstermektedir. Mordoch ve Hall (2008)'in çalışması ise ebeveynlerinin ruhsal sorunlarıyla baş eden çocukların fiziksel aktiviteler ve açık hava etkinlikleri aracılığıyla yaşamlarında bir ritim ve denge kurabildiklerini, bu faaliyetlerin çocuklara yapılandırılmış bir alan ve kişisel başarı deneyimi sunduğunu belirtmektedir. Bu bulgular, fiziksel kanalın psikolojik iyilik hâline olumlu katkılar sağlayan sağlıklı bir baş etme stratejisi olduğunu desteklemektedir. Ancak bu çalışmada da görüldüğü üzere fiziksel kanalın bu olumlu yönlerinin yanında dikkat edilmesi gereken riskli kullanım biçimleri de bulunmaktadır. Santvoort ve arkadaşları (2015), ruhsal hastalığı olan ebeveynlerle yaşayan çocukların, sağlıklı baş etme yollarına erişemediklerinde, madde kullanımı gibi uyumsuz stratejilere yönelebileceklerini belirtmiştir. Bu durum, fiziksel kanalın yanlış yönlendirilmesi hâlinde duygusal sıkıntıyı hafifletmek yerine daha da derinleştirebilecek önemli bir risk faktörüne dönüşebileceğini göstermektedir.

Sonuç olarak ebeveyni ruhsal hastalık tanısı almış kişilerin baş etme stratejilerinin tek yönlü ve pasif süreçler yerine çok yönlü, yaratıcı ve dönüştürücü yollarla örülü aktif direniş pratikleri içerdiği görülmüştür. Baş etme biçimleri çocukların yaşam deneyimlerine anlam katmış, psikolojik dayanıklılıklarını

desteklemiş ve onları özne olarak yeniden inşa etmiştir. Ancak araştırma bulgularına dayanarak, baş etme mekanizmalarının çoğunlukla öznelerin kendi çabalarıyla inşa edildiğini, sistemin sunduğu profesyonel psikososyal desteklerin eksik ya da erişilemez olduğunu söylemek mümkündür. Öznelerin anlatılarında terapiye, psikolojik danışmanlığa veya sosyal hizmet desteğine yönelimi tetikleyecek bir yapıdan çok, bu hizmetlerin yokluğu nedeniyle bireysel çözüm üretme gerekliliği öne çıkmaktadır. Bu durum koruyucu ve önleyici hizmetlerin yetersizliğini ve çocukların yaşamında kurumların destekleyici rol üstlenmekten uzak durduğunu göstermektedir. Bu yapısal boşluk, baş etme stratejilerinin bireysel dayanıklılıkla sınırlı kalmasına ve bazı durumlarda da riskli davranışlara dönüşmesine neden olabilmektedir. Bu durum, Türkiye’de tanı alan bireyi çevresiyle birlikte ele alan, bütüncül ve koruyucu bir ruh sağlığı sistemine duyulan ihtiyacı açık biçimde ortaya koymaktadır. Sosyal hizmet disiplini açısından bu bulgular, çocukların psikolojik, sosyal, kültürel ve yapısal bağlamlarda koruyucu ve önleyici müdahalelerle desteklenmesi gerektiğini göstermektedir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu araştırma, ebeveyni ruhsal hastalık tanısı almış kişilerin çocukluk dönemlerine ilişkin deneyim ve ihtiyaçlarını sosyal hizmet perspektifiyle ortaya koyarak, çocuklar için risk ve koruyucu faktörleri belirlemeyi ve bu faktörlere dayalı koruma ve güçlendirme önerileri geliştirmeyi amaçlamaktadır. Bu ana amaç kapsamında 5 temel soruya yanıt aranmıştır. Bu sorulardan ilki ebeveyni ruhsal hastalık tanısı almış çocukların tanı alan ebeveynleriyle ve diğer aile üyeleriyle ilişkilerine dair deneyimlerinin neler olduğudur. Bu soru kapsamında elde edilen sonuçlar tanı alan ebeveynin duygusal olarak erişilmez olması, bu ebeveynle ilişkinin güvensiz ve belirsiz olması nedeniyle öznelerin çoğunun kaygılı, kaçınan ya da dağınık bağlanma örüntülerine sahip olduklarını göstermiştir. Az sayıda özne hastalık sürecine rağmen duygusal bağlılık sürdürebilmiş ve güvenli bağlanma gerçekleştirilmiştir. Bu soru kapsamındaki sonuçlar tanı öncesi dönemde başlayan bilgi eksikliği ve belirsizlik duygusunu ön plana çıkarmış, bu durum çocukların ebeveynlerini anlayamamasına yol açmıştır. Aile içinde de çoğunlukla şeffaf ve açık iletişim çoğunlukla kurulamamış, hastalığa dair konuşmalar bastırılmıştır. Hastalık çoğu ailede dillendirilmeyen, adlandırılmayan bir mesele olarak kalmıştır. Öznelerin büyük çoğunluğunun başta geniş aile üyeleri olmak üzere bakım verenin sürekli değiştiği harmanlanmış aile olarak kavramsallaştırılan aile yapılarında yaşadığı görülmüştür. Bu aile yapılarında sağlıklı ebeveyn özneler için çoğunlukla koruyucu ve düzenleyici bir rol üstlenmiştir. Ancak bu destek de her zaman yeterli olmamıştır. Çoğunlukla çocuklar erken yaşta bakım verme sorumluluğu alarak ebeveynleşmiş ve gelişimsel dönemlerine uygun olmayan rolleri üstlenmişlerdir. Bu bağlamda çoğu özneler kardeşlerinin bakımından, hane içi işlerden ya da hasta ebeveynin takibinden sorumlu tutulmuştur. Kardeşin ya da ebeveynin ebeveyni olmak, çocukların sorumluluk yükünü arttırmış ve kimi zaman da kardeşler arasında rekabete, gerilime ya da yalnızlaşmaya yol açmıştır. Bununla birlikte bazı özneler için kardeşler önemli bir sosyal destek kaynağıdır. Harmanlanmış aile yapılarında geniş aile üyeleri çoğu zaman destek sunmaktan kaçınmış ya da ebeveynin durumunu yok saymıştır. Nadiren de olsa bazı akrabaların duygusal olarak

kapsayıcı tutum sergilediği ve somut destek sunduğu ancak bu desteklerin de sürekli olmadığı ve bireysel düzeyde kaldığı görülmüştür. Harmanlanmış ailenin başka bir formu olarak üvey ebeveynin dahil olduğu yeni aile yapılarında genellikle güven zedelenmesi, ikincil travma, yerinden edilme ve dışlanma deneyimleri görülmüştür. Bazı özneler bu yeni aile yapılarında ihmal ve istismara maruz bırakılmıştır.

Bu araştırma sorusu kapsamında ulaşılan sonuçlar çoğu ailede düzenli sınırlar ve kuralların oluşturulmadığını, bunun da çocukların davranışsal rehberlikten yoksun kalmasına ve kendi sınırlarını kendilerinin belirlemek zorunda kalmasına yol açtığını göstermiştir. Bu soru kapsamında ulaşılan önemli sonuçlardan biri çocuklukta kurulamayan güvenli bağların, yetişkinlikteki romantik ilişkilerde güven sorunlarına, değersizlik hissine ve kaçınma davranışlarına yol açtığı yönündedir. Öznelerin neredeyse tamamına yakını romantik ilişkilerde kendileriyle benzer deneyime sahip eşler seçmiştir. Aynı zamanda öznelerin özellikle genetik yatkınlık nedeniyle ebeveyn olmaya dair kaygılar taşıdıkları, ebeveynleri gibi bir ebeveyn olmaktan korktukları görülmüştür. Bununla birlikte öz farkındalık geliştiren öznelerin ebeveynliklerini olumlu yönde dönüştürdükleri de dikkat çekici bir sonuçtur. Bu soruya ilişkin sonuçlar çoğunlukla yetişkin gibi davranmak durumunda kalan öznelerin çoğu zaman çocuk olma haklarının ihlal edildiğini ortaya koymaktadır. Bu ihlalin önlenmesi için bu araştırma sorusu kapsamında elde edilen sonuçlar üzerinden tanı alan ebeveynleriyle ve diğer aile üyeleriyle ilişkilerine dair deneyimlerde özneler için risk faktörleri ve koruyucu faktörlerin neler olduğu belirlenmiştir.

Araştırma sonuçları, ebeveyni ruhsal hastalık tanısı almış bireylerin çocukluk dönemine dair aile içi ilişkilerinde hem risk hem de koruyucu faktörlerin iç içe geçtiğini ortaya koymuştur. Bu bağlamda, öncelikle çocukların gelişimsel ve duygusal bütünlüklerini tehdit eden başlıca risk faktörleri ebeveynin ruhsal hastalığı nedeniyle duygusal olarak erişilemez hale gelmesi, ebeveyn-çocuk ilişkisinde güvensizlik ve belirsizlik yaşanması, aile içinde hastalığa dair açık ve anlaşılır iletişimin kurulamaması, bilgi eksikliği ve tanı öncesi dönemde yaşanan anlamlandırma güçlükleri, çocukların erken yaşta ebeveyn rolünü üstlenmek

zorunda kalmaları (ebeveynleşme) ve gelişimsel olarak uygun olmayan sorumluluklara maruz bırakılmaları, harmanlanmış aile yapılarında yaşanan ihmal ve istismar örüntüleri olarak belirlenmiştir.

Bununla birlikte bazı örneklerde gözlenen koruyucu faktörler, çocukların bu kırılganlık ortamında özneleşme süreçlerine de adım attıklarını göstermektedir. Özellikle sağlıklı ebeveynin istikrarlı desteği, çocuğun öz-değer, özgüven ve duygusal düzenleme becerilerinin inşasında koruyucu bir sosyal sermaye işlevi görmüştür. Ayrıca bazı çocukların yaşadıkları zorluklara rağmen anlam üretme, empati geliştirme, direnç gösterme gibi yollarla içsel kaynaklarını aktive ettikleri görülmektedir. Bu durum, tartışma kısmında da bolca yer verildiği üzere sosyal bilim literatüründeki “dayanıklılık” ve “güçlenme” kavramları ile açıklanabilir. Bu sonuçlar çocukların içinde buldukları dezavantajlı sosyal çevreye rağmen kendi içsel kaynaklarını harekete geçirerek zorlayıcı yaşam olaylarına karşı baş etme stratejileri geliştirdiklerini göstermektedir.

Araştırmanın ikinci sorusu ebeveyni ruhsal hastalık tanısı almış çocukların yakın akraba, komşu ve akranlarıyla olan ilişkilerine dair deneyimlerinin neler olduğudur. Bu soru kapsamında ulaşılan sonuçlar yakın çevreyle kurulan ilişkilerin çoğunlukla kırılgan, tutarsız ve sınırlı destek içeren bir yapıda olduğunu göstermiştir. Öznelerin büyük çoğunluğunun, başta geniş aile üyeleri olmak üzere yakın akrabalarından sürekli ve güven veren bir destek alamadıkları, akrabaların çoğunlukla ruhsal hastalığı inkâr ettiği, görmezden geldiği, hastalık olarak kabul etmediği ya da damgaladığı ve bu durumun da çocukların yalnızlaşmasına neden olduğu sonuçlarına ulaşılmıştır. Akrabalar zaman zaman kısa süreli bakım sorumluluğu üstlenmiş olsalar da bu destekler sürdürülebilir olmamış ve bireysel düzeyde kalmıştır. Ayrıca sürekli değişen bakım verenlerle büyüyen özneler, aidiyet hissi kurmakta zorlandıklarını aktarmıştır.

Bu soru kapsamında elde edilen sonuçlar yakın sosyal çevre sistemlerinden biri olan komşularla ilişkilerin yıllar içinde dönüşüm geçirdiğini, destekleyici sosyal bağların azaldığını ve sıklıkla damgalayıcı tutumların ilişkileri şekillendiğini göstermiştir. Sonuçlar komşuların ruhsal hastalığı küçümseyici, alaycı ya da dışlayıcı biçimlerde adlandırdıkları yönündedir. Bu damgalayıcı tutumların

çocukları ve ailelerini sosyal çevreden izole ettiği, komşular tarafından kullanılan etiketleyici ifadelerin utanç, kaygı ve gizlenme ihtiyacı gibi etkilere yol açtığı görülmüştür.

Akran ilişkileri de benzer biçimde çoğunlukla dışlayıcı deneyimlerle karakterize edilmiştir. Sonuçlar okul çağında hastalığın akranlar tarafından öğrenilmesinden korkulduğu, zaman zaman alaya alınma, uzak durulma gibi olumsuz davranışlara maruz kalındığı yönündedir. Zaman zaman rehber öğretmen veya sınıf öğretmeni tarafından yapılan yönlendirmelerin mahremiyet ihlaline yol açtığı görülmüştür. Bu durum, okul ortamında da kendilerini güvende hissetmemelerine, damgalanmalarına ve sosyal ilişkilerden geri çekilerek izole olmalarına neden olmuştur.

Bununla birlikte sonuçlar destekleyici akraba, kapsayıcı komşu ya da empatik akran deneyimlerinin olduğunu da ortaya koymuştur. Duygusal olarak kabul sunan arkadaş ortamı, güvenli bağ kurulabilen bir akraba figürü yaşanan zorluklarla başa çıkmayı kolaylaştırmıştır ancak bu tür deneyimler bireyler düzeyinde ve inisiyatife bağlı kalmış ve sistematik bir destek yapısına işaret etmemiştir.

Bu araştırma sorusu kapsamında ulaşılan sonuçlar ebeveyni ruhsal hastalık tanısı almış çocukların akraba, komşu ve akran ilişkilerinde risk faktörleriyle karşılaştığını ortaya koymuştur. Akrabaların desteğinin yetersiz ve tutarsız olması, komşuların damgalayıcı tutumları ve akran çevresindeki dışlayıcı davranışlar, çocukların sosyal izolasyon ve ilişkisel damgalama yaşamasına neden olmuştur. Buna karşılık, bazı bireysel ilişkiler koruyucu etki göstermiştir. Akraba, komşu ya da akranlardan gelen duygusal veya somut sosyal destek güven, aidiyet hissi ve sosyal olarak rahatlama sağlamıştır.

Bu çalışmanın cevap aradığı üçüncü soru ebeveyni ruhsal hastalık tanısı almış çocukların eğitim, sağlık, sosyal hizmet vb. sistemlerle olan ilişkilerine dair deneyimlerinin neler olduğudur. Bu soru kapsamındaki sonuçlar eğitim sistemi içerisinde çocukların büyük bir bölümünün görünmez kaldığı ya da damgalayıcı tutumlara maruz bırakıldığı yönündedir. Rehberlik hizmetleri çoğu zaman

çocukların yaşadığı kırılganlığı tespit etmekte yetersiz kalmıştır. Hastalığa ilişkin bilgiler zaman zaman öğretmenler tarafından uygunsuz biçimde ele alınmış ve mahremiyeti ihlal edecek şekilde paylaşılmıştır. Sağlık sistemiyle ilişkilerde ise hastalık odaklı ve ebeveyn merkezli bir yaklaşımın baskın olduğu dikkat çekmektedir. Ruhsal hastalığın tedavi süreci çoğunlukla yalnızca ebeveyn ekseninde yürütülmüş, çocukların yaşadıkları duygusal etkiler büyük ölçüde göz ardı edilmiştir. Çocukların ruhsal iyilik halleri çoğu zaman fark edilmemiş, sağlık sistemi içinde bu alana yönelik yapılandırılmış bir hizmet modeliyle karşılaşılmamıştır. Ayrıca sağlık kurumlarındaki sosyal hizmet birimlerinin bu çocukların desteklenmesinde aktif bir rol üstlenmediği ya da sistemin çocukları görmediği anlaşılmıştır. Sosyal hizmet sistemiyle olan ilişkilere dair anlatılara ise çok az rastlanmıştır ve bunlar da yoksulluk ya da bakım tedbiri alınan durumlarla ilintilidir. Anlatılardaki bu yokluk, sistemin ruhsal hastalık yaşayan ailelerdeki çocukları fark edemediğine ve görünmez hale getirdiğine işaret etmektedir. Mevcut sosyal hizmet uygulamalarında süregelen ve yapısal stres faktörlerine dair önleyici ya da güçlendirici müdahale mekanizmalarının sınırlı olduğu görülmüştür. Sonuçlar sosyal hizmet sisteminin daha çok sosyal yardım düzeyinde sınırlı kaldığını, hak temelli ve bütüncül destek yaklaşımlarının yeterince gelişmediğini ortaya koymaktadır. Bununla birlikte eğitim sisteminde bazı öğretmenlerin çocuğun yaşadığı zorlukları fark ederek yargılayıcı olmayan bir tutum sergilediği ve çocuklarla güvene dayalı bir ilişki kurduğu görülmüştür. Sağlık sistemi bağlamında ise yine kişisel düzeyde çocukların kendisine doğrudan ya da dolaylı biçimde yönelerek ilgi gösteren sağlık çalışanları olmuştur. Sosyal hizmet sistemiyle ilgili doğrudan olumlu bir deneyim aktarımı olmamıştır. Bu da hizmetlere ulaşım açısından bilinirlik düzeyinin dahi oldukça kısıtlı olduğunu, sistemin çocukları riskleri önceden tespit eden bir yerden görmediğini göstermektedir. Bu bulgular, sistemlerin yapısal düzeyde etkili işlemediğini ancak bireysel düzeyde etik sorumluluk taşıyan bazı profesyonellerin çocuğun yaşamında iyileştirici bir fark yaratabildiğini ortaya koymuştur.

Bu soruya ilişkin sonuçlar eğitim, sağlık ve sosyal hizmet sistemlerinin bu çocukların yaşamına dair geliştirdiği müdahale biçimleri arasında ciddi bir kopukluk olduğunu da ortaya koymuştur. Sistemler arası veri paylaşımı ya da

disiplinler arası iş birliğinin kurulamadığı görülmüştür. Bu bağlamda çocukların yaşadığı psikososyal zorlukların yalnızca bireysel değil, aynı zamanda kurumsal düzeydeki eksikliklerle de derinleştiği anlaşılmıştır. Çocukların yaşamında yer alan bu temel sistemlerin koruyucu bir yapı oluşturmak yerine, çoğu zaman kendi sınırları içinde işlediği ve çocukların bütüncül ihtiyaçlarını karşılamaktan uzak kaldığı tespit edilmiştir. Bu çalışmanın özgün katkılarında biri olarak, önceki çalışmaların çoğunlukla kişisel düzeydeki deneyimlere odaklandığı bir alanda, yapısal düzeydeki eksiklikleri görünür kılmadır. Öznelerin aktarımlarından yola çıkılarak sistemlerin işlevselliği, erişilebilirlik düzeyi ve hizmet sunum modelleri bütüncül bir perspektifle değerlendirilmeye çalışılmıştır. Böylece çalışma, sosyal hizmet başta olmak üzere ruh sağlığı ve çocuk koruma alanlarının kesişiminde politika ve uygulama düzeyinde yapısal dönüşüme ihtiyaç duyulan noktaları somutlaştıran bir bilgi üretmiştir. Bu sistemlerle ilgili tespit edilen risk faktörleri ve koruyucu faktörler ise şöyledir. Eğitim, sağlık ve sosyal hizmet sistemleriyle ilişkilerinde başlıca risk faktörleri; öğretmenlerin duyarsızlığı, rehberlik hizmetlerinin yetersizliği, mahremiyet ihlalleri, sağlık hizmetlerinde çocukların göz ardı edilmesi ve sosyal hizmet sisteminin koruyucu-önleyici müdahalelerde bulunmaması olmuştur. Buna karşın, az sayıda öğretmenin destekleyici tutumu, nadiren de olsa sağlık çalışanlarının çocuğa yönelmesi ise sınırlı koruyucu faktörler olarak öne çıkmaktadır.

Araştırma kapsamında cevap aranan dördüncü soru ebeveyni ruhsal hastalık tanısı almış çocukların toplumla ilişkilerine dair deneyimlerinin neler olduğudur. Araştırma sonuçları öznelerin toplumla ilişkilerinde yoğun biçimde damgalanma, yabancılaşma ve görünmezlik yaşadıklarını ortaya koymuştur. Toplumun damgalayıcı ve dışlayıcı yapısı karşısında birçok özne, ebeveyninin hastalığını gizlemiştir. Ruhsal hastalık çoğu ailede hem ev içinde hem de toplumda adlandırılmayan, konuşulmayan ve bastırılan bir konuya dönüşmüştür. Kendilerini saklama ve uyum sağlama baskısı hisseden özneler, çocukluk dönemlerinde “fark edilmemek” ve “normal olmak” için çaba harcamışlardır. Damgalama ve gizlenme deneyimleri, toplumsal ilişkilerde güvensizlik ve içe kapanma eğilimi yaratmıştır. Damgalanma temelli sosyal geri çekilme öznelerin yalnızlaştırmış ve toplumsal aidiyet duygusunun zayıflatmıştır.

Ancak tüm bu olumsuz tabloya karşın olumlu toplumsal deneyim de vardır. Hastalığı yargılamayan ve destek sunan toplumsal ilişkiler, ruhsal hastalığı anlama çabası gösteren, kapsayıcı tutum sergileyen arkadaşlar ve yetişkinler rahatlatıcı ve koruyucu bir rol oynamıştır. Sonuçlara göre bu tür ilişkiler, öznelerin toplumla bağ kurma kapasitesini desteklemiştir.

Bununla birlikte genel eğilim, toplumun ruhsal hastalığa ve bu hastalığa sahip bireylerin çocuklarına karşı hâlen büyük ölçüde sessiz, uzak ve dışlayıcı bir tutum içinde olduğunu göstermektedir. Kamuoyunda bu çocukların varlığına ilişkin farkındalık son derece düşüktür. Eğitim, medya ve sosyal politika alanlarında ruhsal hastalığın çocuk üzerindeki etkileri nadiren konu edilmekte, bu durum öznelerin hem bireysel hem toplumsal düzeyde görünmez kalmasına yol açmaktadır.

Dördüncü soru kapsamında öznelerin toplumla ilişkilerinde karşılaştıkları başlıca risk faktörleri ebeveynin hastalığına yönelik toplumsal damgalama, ikincil damgalama yoluyla çocuğun da etiketlenmesi, hastalığın gizlenmesine neden olan toplumsal sessizlik, mahremiyetin tehdit altında olması ve öznelerin sosyal ilişkilerden geri çekilmesine yol açan yabancılaşma ve yalnızlık duygusudur. Toplumun ruhsal hastalığı ve bu hastalıkla yaşayan çocukları görmezden gelmesi, destek mekanizmalarının eksikliği ve hak temelli bir sosyal yaklaşımın yokluğu da bu riskleri pekiştirmektedir. Buna karşın hastalığı yargılamayan ve kapsayıcı tutum sergileyen sosyal çevre, somut destek sunan bireyler ve anlayış gösteren akranlar koruyucu faktörler olarak dikkat çekmektedir.

Araştırma kapsamında yanıt aranan son soru ise ebeveyni ruhsal hastalık tanısı almış çocukların baş etme mekanizmaları ve deneyimlerine dair çözüm önerilerinin neler olduğudur. Bu soru kapsamında ulaşılan sonuçlara göre çocuklar karşılaştıkları zorluklarla kendi içsel kaynaklarını kullanarak baş etmişlerdir. En sık karşılaşılan baş etme kanalları bilişsel kanal, inanç kanalı ve duygu ile hayal gücü kanalı olmuştur. Ayrıca kardeşler arası dayanışma hem duygusal yükün paylaşılması hem de ortak deneyim üzerinden anlam üretimi açısından destekleyici bir unsur olarak öne çıkmıştır. Bu deneyimlerin ortaya koyduğu kırılmalara karşı özneler çeşitli çözüm önerileri geliştirmişlerdir.

Öznelerin önerileri deneyimin sesi olarak çalışmanın önerile bölümünde yapılandırılarak sunulmuştur.

Son olarak çalışmanın ana sorusu ebeveyni ruhsal hastalık tanısı almış çocukların iyilik halinin korunması ile refahının sağlanması ve geliştirilmesi noktasında risk faktörleri ve koruyucu faktörlerin neler olduğudur. Bu ana soru çerçevesinde alt amaç sorularında elde edilen bulgular risk faktörleri ve koruyucu faktörler olarak sınıflandırılmıştır. Bu sınıflama sahada bu çocuklarla çalışan meslek elemanlarının yararlanabilmesi için bir risk ve koruyucu faktör rehberi olarak sunulmuştur. Her ne kadar sınıflama yapılırken kuramsal zeminle bağlantılı olarak kişisel, kişiler arası ve yapısal düzeylerdeki risk faktörleri ve koruyucu faktörler birbirinden ayrılarak sunulmuşsa da bu düzeylerin birebirlerine etki ettiği ve iç içe geçtiği unutulmamalıdır. Sosyal hizmet disiplininde bireyin biricikliği ve durumun bağlamı göz önünde bulundurarak rehberdeki her bir madde kısaca açıklanmıştır.

Tablo 7. Ebeveyni Ruhsal Hastalık Tanısı Almış Çocuklar İçin Risk Faktörleri ve Koruyucu Faktörler Haritası

Risk Faktörleri		Koruyucu Faktörler
<p><u>Bilgi Eksikliği ve Belirsizlik:</u> Hastalık hakkında çocukların aile ve kurumlar tarafından bilgilendirilmemesi.</p> <p><u>Kendiliğın Değersizliği:</u> Ebeveynin hastalığından dolayı suçlanan veya ihmal edilen çocuklarda değersizlik, tetikte olma ve kaygılı ruh hallerinin oluşması.</p> <p><u>Damgalanmanın İçselleştirilmesi:</u> Toplumdaki damgalanma pratikleri nedeniyle çocuklarda utanma, değersizlik ve kimlik reddi duygularının görülmesi. Bu nedenle hastalığı saklama ya da yardım istemekten kaçınma davranışı gösterme.</p> <p><u>Şeffaf ve Açık İletişimin Kurulamaması:</u> Aile içinde hastalığın konuşulmasının tabu olması ve duygusal kapalılık.</p> <p><u>Okula Devamsızlık ve Düşük Akademik Başarı:</u> Bakım verme sorumluluğu ya da ebeveynle ilgili düşünceler nedeniyle okula devamlılıkta ya da ders başarısında düşüş görülmesi.</p>	<p>KİŞİSEL</p>	<p><u>Ruhsal Hastalıklara İlişkin Bilgilendirme:</u> Çocukların ilişkide oldukları sistemler (aile, okul, sağlık, sosyal hizmet vb.) tarafından yapılacak hastalıkların işaretlerine, tanılanmasına, tedaviye ve nüks yönetimine ilişkin yaşlarına uygun, anlaşılır ve güvenilir bilgilendirme çalışmaları.</p> <p><u>Çocukların Öz Farkındalık Geliştirilmesi:</u> Çocuğun ilişkide olduğu sistemlerde olumlu geri bildirim aldığı, kabul gördüğu ve desteklendiği ilişkiler aracılığıyla benlik algısının güçlendirilmesi. Ebeveynin durumunun bir hastalık olduğuna ve ebeveyninden ayrı bir birey olduğuna dair ayırıştırıcı düşünceler geliştirmenin desteklenmesi.</p> <p><u>Damgalama Karşıtı Farkındalık Gelişimi için Açık İfade Alanları:</u> Çocuğun duygularını, deneyimlerini ve ebeveyninin hastalığını yargılanmadan ifade edebileceği güvenli alanlara sahip olması ve damgalamaya karşı farkındalığının desteklenmesi.</p> <p><u>Şeffaf, Duygusal Olarak Erişilebilir ve Açık Aile İletişimi:</u> Aile üyeleri arasında duyguların, yaşananların ve soruların açık şekilde paylaşılabilidiği, çocuğun düşüncelerine değeri verilen ve duygusal olarak erişilebilir bir aile iletişim yapısının bulunması.</p> <p><u>Okula Devamlılık ve Yüksek Akademik Başarı:</u> Çocukların kimlik inşasına olumlu etki eden ve sosyal aidiyet hissi yaratan eğitime devamlılığın bulunması, özgüveni artıran akademik başarı artışının olması.</p>

Tablo 7. Ebeveyni Ruhsal Hastalık Tanısı Almış Çocuklar İçin Risk Faktörleri ve Koruyucu Faktörler Haritası (Devam)

Risk Faktörleri		Koruyucu Faktörler
<p><u>Tanı Alan Ebeveynin Duygusal Olarak Erişilemez Olması:</u> Çocuğun duygusal ihtiyaçlarına yanıt veremeyen, tepkisiz ya da öngörülemez ebeveyn figürünün varlığı.</p> <p><u>Tanı Alan Ebeveyn ile Tutarsız İletişim:</u> Ebeveynin sözel ve bedensel düzeyde çelişkili mesajlar iletmediği, öngörülemez tepkiler verdiği (özellikle nüks dönemlerinde) ve bu durumun çocukta ilişki karmasına ve gerçeklik algısında kırılma yarattığı iletişim örüntülerinin varlığı.</p> <p><u>Güvensiz ve Belirsiz Bağlanma Örüntüleri:</u> Kaygılı, kaçınan veya dağınık bağlanma biçimleri ile bakım verenlerle ilişki istikrarsızlığının varlığı.</p> <p><u>Ebeveynleşme:</u> Ebeveyn işlevlerinin eksikliği nedeniyle çocukların kardeşlerine ya da ebeveynlerine bakım vermesi. Karar alıcı ve duygusal arabuluculu rolleri üstlenmeleri.</p> <p><u>Kardeş İlişkilerinde Gerilim:</u> Ebeveynin işlevsizliği, kardeşler arasında bakım yükünün adaletsiz dağılımı ve rol karmaşası durumlarında kardeşler arası ilişkilerin gergin olması.</p> <p><u>Destekleyici Bir Bakım Veren Eksikliği:</u> Güvenli bağ kurulabilecek sabit bir bakım verenin olmaması durumunda bağlanma örüntülerinin ve aidiyetin zedelenmesi.</p>	<p>KIŞILAR ARASI</p>	<p><u>Güvenli Bağlanmanın Kurulabileceği Bir Ebeveynin Varlığı:</u> Duygusal olarak erişilebilir, istikrarlı, çocukla sürdürülebilir bir güven ilişkisi kurabilen ebeveynin varlığı.</p> <p><u>Çocuğun Yaşına Uygun Roller Üstlenmesini Destekleyen Aile Yapısı:</u> Çocuğun gelişimsel dönemine uygun sorumluluklar almasını, çocuk kalabilmesini ve bakım yükünden korunmasını sağlayan destekleyici aile sistemi.</p> <p><u>Kardeşler Arası Dayanışma İlişkileri:</u> Rollerin adil dağıtıldığı, ortak deneyimin güvenli bağlara dönüştüğü, duygusal paylaşım ve destek temelli kardeşlik ilişkilerinin varlığı.</p> <p><u>İstikrarlı Bir Bakım Veren Varlığı:</u> Çocuğun duygusal ihtiyaçlarını tanıyan, bağ kurabileceği, istikrarlı bir bakım verenin varlığı.</p>

Tablo 7. Ebeveyni Ruhsal Hastalık Tanısı Almış Çocuklar İçin Risk Faktörleri ve Koruyucu Faktörler Haritası (Devam)

Risk Faktörleri		Koruyucu Faktörler
<p><u>Ailede Kural ve Sınırların Yokluğu:</u> Kuralların belirsiz ya da aşırı katı olması sonucu çocukların davranışsal rehberlikten yoksun kalması ya da sınır ihlalleri yaşamaları durumu.</p> <p><u>Aile İçi İletişimde Bozulmalar / İletişimsizlik / Şiddet Temelli İletişim:</u> Ailede açık ve şefkatli iletişimin kurulamaması ve yoğun biçimde çatışma ortamının olması.</p> <p><u>Üvey Ebeveynle Kurulan Olumsuz İlişkiler:</u> İhmal, istismar, dışlanma, güven kaybı ve ikincil travmaya neden olabilecek yeni aile yapıları.</p> <p><u>Geniş Aile Üyelerinin Desteksizliği veya İnkârcı Tutumu:</u> Geniş aile üyelerinin yok sayıcı ya da baskıcı rollerle çocuğun gelişiminde destek yerine ihmal kaynağı olması.</p> <p><u>Yalnızlaşma, Sosyal Geri Çekilme ve Sosyal İzolasyon:</u> Damgalanma korkusu nedeniyle yakın sosyal çevre ile ilişkilerde mesafe ve toplumsal etiketlenmeden kaçınmak için sosyal izolasyonun olması.</p>	<p>KIŞILAR ARASI</p>	<p><u>Ailede Esnek Kurallar ve Sağlıklı Sınırların Olması:</u> Ailede tutarlı ve sevgi temelli sınırların olması. Aile üyelerinin katılımı ile oluşturulan esnek kuralların olması.</p> <p><u>Şiddetsiz İletişim Örüntülerinin Benimsenmesi:</u> Aile içi iletişimde çocukların duygu düzenleme kapasitelerini ve kendilerini ifade etme becerileri güçlendiren şiddetsiz iletişim örüntülerinin bulunması.</p> <p><u>Destekleyici Geniş Aile İlişkileri:</u> Çocuğun duygularını dikkate alan, bakım veren ve hastalığı yargılamadan kabul eden geniş aile üyelerinin olması.</p> <p><u>Güvenli Sosyal İlişkiler ve Aidiyet Hissi Oluşturan Yakın Çevre:</u> Çocuğun kabul gördüğü, dışlanma yaşamadan duygularını ifade edebildiği ve sosyal aidiyet geliştirebildiği ortamların, grupların (arkadaş çevresi, okul, mahalle vb.) varlığı.</p>

Tablo 7. Ebeveyni Ruhsal Hastalık Tanısı Almış Çocuklar İçin Risk Faktörleri ve Koruyucu Faktörler Haritası (Devam)

Risk Faktörleri		Koruyucu Faktörler
<p><u>Okul Sisteminde Damgalama ve Dışlanma:</u> Akranların, öğretmen ya da idarecilerin hastalığa yönelik bilgisizliği ve önyargısı durumunda çocukların etiketlenmesi. Kapsayıcı ve güvenli olmayan bir okul ortamının varlığı.</p> <p><u>Sosyal Çevreden Gelen Damgalama:</u> Akraba, komşu ve akranlar gibi yakın çevre tarafından ebeveynin hastalığının inkâr edilmesi ya da açık ve örtülü biçimde damgalanmasını içeren davranışlarda bulunulması. Ya da akraba, komşu veya arkadaşlar gibi yakın çevreden gelen dışlayıcı, alaycı veya etiketleyici tutumların varlığı.</p> <p><u>Sosyal Desteksizlik:</u> Yakın çevreden (akraba, komşu, akran) sosyal desteğin olmaması, var olan desteğin süreli ya da kısıtlı olması.</p>	<p>KİŞİLER ARASI</p>	<p><u>Empatik ve Destekleyici Akran İlişkileri:</u> Çocukların kendilerini ifade etmelerine, duygularını paylaşmalarına, anlaşılmalarına ve duygularını normalleştirmelerine destek sunan arkadaşların olması.</p> <p><u>Destekleyici Okul İklimi:</u> Destekleyici ve güven temelli öğrenci öğretmen ilişkileri ile kapsayıcı akran desteğinin bulunduğu okul ortamı.</p> <p><u>Sosyal Kabul Temelli Kapsayıcı Yakın Çevre İlişkileri:</u> Akraba, komşu ve arkadaşlar gibi yakın çevre aktörlerinin ruhsal hastalıkla ilgili önyargıdan uzak, destekleyici, yargılamayan ve kapsayıcı tutumlar sergilemesi, çocuğun ve ailesinin topluluk içinde kabul görmesinin ve duygusal güvenlik duygusunun gelişmesinin desteklenmesi.</p> <p><u>Sosyal Destek Kaynaklarının Sürekliliği ve Erişilebilirliği:</u> Akraba, komşu ve akranlar gibi yakın çevreden çocuğun duygusal ihtiyaçlarını gözeten, süreklilik arz eden ve ulaşılabilir nitelikte pratik ve duygusal sosyal destek sağlanması.</p>

Tablo 7. Ebeveyni Ruhsal Hastalık Tanısı Almış Çocuklar İçin Risk Faktörleri ve Koruyucu Faktörler Haritası (Devam)

Risk Faktörleri		Koruyucu Faktörler
<p><u>Çocuk Olma Hakkının İhlali:</u> Oyun, bakım, duygusal destek ve güvende olma gibi temel çocukluk ihtiyaçlarının karşılanmaması.</p> <p><u>Psikolojik Destek Ücretlerinin Karşılanabilir Olmaması:</u> Bu hizmetlerin ekonomik olarak devamlılığı sağlayamayacak ücretlerde olması.</p> <p><u>Psikososyal Destek Hizmetlerinin Erişilebilir Olmaması:</u> Yapısal eksiklikler nedeniyle psikososyal desteklere erişimin ancak zarar görme sonrasında mümkün olması.</p> <p><u>Yararlanılabilecek Hizmet Sistemlerinin Görünmezliği:</u> Mevzuatta var olan çalışmalara ilişkin görünürlüğün/ bilinirliğin azlığı ve hizmetlerin yeterince tanıtılmaması.</p> <p><u>Koruyucu ve Önleyici Sistemlerin Eksikliği:</u> Risk tarama, önleme ve erken müdahale mekanizmalarının olmayışı ya da yetersiz oluşu.</p> <p><u>Hasta Odaklı ve Tıbbi Yönlerle Sınırlı Kalan Sağlık Sistemi:</u> Çocuğun psikososyal ihtiyaçlarını görmezden gelen, tanılı alan bireyi ve hastalığın tıbbi boyutunu odağa alan sağlık sistemi.</p>	<p>YAPISAL</p>	<p><u>Psikososyal Destek Hizmetlerinin Görünür ve Erişilebilir Olması:</u> Çocuğun bulunduğu çevrede (okul, mahalle, aile sağlığı merkezi vb.) görünür ve erişilebilir psikososyal destek hizmetlerinin varlığı ve bu hizmetlerin ailelere etkin biçimde tanıtılması.</p> <p><u>Çocuk Merkezli Risk İzleme ve Erken Müdahale Programları:</u> Çocuklara yönelik sistematik risk tarama, psikoeğitim ve koruyucu müdahale programlarının sağlık, okul ve sosyal hizmet kurumlarında bütüncül olarak yapılandırılması.</p> <p><u>Aile Temelli, Psikososyal Boyutu İçeren Bütüncül Sağlık Hizmetleri:</u> Tanılı bireyin yanı sıra aile sisteminin tamamını ve özellikle çocuğun ihtiyaçlarını gözeten, tıbbi tedavinin yanında psikososyal destek bileşenlerini içeren bütüncül sağlık hizmetlerinin sunulması.</p>

Tablo 7. Ebeveyni Ruhsal Hastalık Tanısı Almış Çocuklar İçin Risk Faktörleri ve Koruyucu Faktörler Haritası (Devam)

Risk Faktörleri		Koruyucu Faktörler
<p><u>Ruhsal Hastalıklara İlişkin Toplumsal Düzeyde Bilgisizlik, Tabulaştırma ve Damgalama:</u> Ruhsal hastalıkların kültürel ve ahlaki atıflarla tanımlanması, toplumsal düzeyde bilgi eksikliğinin ve önyargının olması.</p> <p><u>Eğitimde Toplumsal Cinsiyet Eşitsizliği:</u> Kız çocuklarının bakım rolü ve hane içi roller üstlenmesi nedeniyle eğitim haklarının ihlal edilmesi.</p>	<p>YAPISAL</p>	<p><u>Damgalama Karşıtı Kamu Politikaları ve Müdahale Programları:</u> Toplumsal önyargıları dönüştüren yapısal ve kurumsal önlemlerin alınması.</p> <p><u>Hizmet Alan–Hizmet Sunan İlişkisinin Destekleyici Nitelikte Olması:</u> Çocukların kurumlardan duygusal ve yönlendirici destek almalarını destekleyen, yardım arama davranışının teşvik eden hizmet sunan- hizmet alan ilişkileri.</p> <p><u>Haklara Dair Farkındalık Düzeyinin Yüksek Olması:</u> Çocukların haklarına ve hak ihlalleri durumunda başvurabilecekleri mekanizmalara dair bilgi düzeyinin yüksek olması.</p> <p><u>Sosyal Becerileri Destekleyen Okul Programları:</u> Çocukların duygularını ifade etme, ilişki kurma ve zorlayıcı durumlarla baş etme becerilerini geliştirmeyi amaçlayan rehberlik derslerinin ve programların varlığı.</p> <p><u>Gelişmiş Toplum Temelli Ruh Sağlığı Hizmetleri:</u> Hastalığı ailesel ve çevresel bağlamda ele alan, risk taramayı, koruyucu ve önleyici müdahaleleri önceleyen hizmetler.</p> <p><u>Politika Yapım Süreçlerinde Hizmet Alanların Katılımının Olması:</u> Gerçekçi ve kapsayıcı politikalar oluşturulmasında hizmetleri doğrudan deneyimleyenlerin görünür olması.</p>

ÖNERİLER

Ebeveyni ruhsal hastalık tanısı almış kişilerin çocukluk çağı deneyimlerini sosyal hizmet perspektifinden ele alan bu çalışmada uygulayıcılar, araştırmacılar ve politika yapıcılar için öneriler sunulmuştur.

Uygulayıcılar İçin Öneriler

1. 1. Çocuklara yaşlarına uygun bilgilendirme sunulmalı, aile sistemini kapsayan psikososyal müdahaleler geliştirilmelidir.

Ebeveyni ruhsal hastalık tanısı almış çocuklar çoğunlukla hastalığın adlandırılmadığı, açıklanmadığı ve konuşulmadığı bir aile ortamında büyümektedir. Bu durum çocuğun bireysel gelişiminin yanı sıra içinde bulunduğu aile sistemindeki ilişkisel dinamikleri de zedelemektedir. Ekolojik sistem kuramı, bireyin çevresiyle kurduğu ilişkiler içinde değerlendirilmesi gerektiğini vurgular. Bu bağlamda önerilen müdahaleler de mikro (birey ve aile), mezo (okul, sağlık ve sosyal hizmet vb. yapıları) ve makro (yapısal politika ve hizmet modelleri) düzeylerde yapılandırılmalıdır. Ayrıca güçlendirme yaklaşımı, müracaatçının bilgiye erişimini ve haklarını tanımasını önceleyen bir duruş benimser. Bu doğrultuda, ebeveyni ruhsal hastalık tanısı almış çocuklara yönelik yaşa, bilişsel kapasiteye ve dayanıklılık düzeyine uygun bilgilendirme yapılması çocukların gelişimsel bütünlüğünü destekleyecek etik bir sorumluluktur. Bilgilendirme, hastalığa ilişkin bilgi sunumunun yanı sıra çocuğun duygularını ve sorularını ifade edebileceği güvenli ve yargılayıcı olmayan bir iletişim ortamının kurulmasını da içermelidir.

Buna ek olarak destek, çocuğun bireysel olarak meslek elemanları ile kurduğu ilişkiyle sınırlandırılmamalıdır. Çocuğun ebeveyniyle / bakım vereniyle doğrudan konuşabilmesini, bilgi alabilmesini mümkün kılan aile temelli oturumlar yürütmek sosyal hizmet uzmanlarının temel rolleri arasında yer almalıdır. Bu oturumlarda ailenin kendi iç iletişimini güçlendirmesine ve duyguların karşılıklı olarak ifade edilebildiği bir diyalog ortamı kurulmasına aracılık etmek amaçlanmalıdır.

Böylece hem meslek elemanı ile hem de çocuğun bağlı olduğu aile sistemiyle güven ilişkisi yeniden tesis edilebilir.

Bilgilendirme yapılırken gerekli durumlarda, çocuğa bireysel danışmanlık sunulmalı ve gelişimsel açıdan uygun araçlarla (oyun terapisi, yaratıcı anlatım, metaforların kullanımı, hikâye temelli müdahaleler vb.) destek sağlanmalıdır. Ancak bu destek, aile sisteminden kopuk değil, onunla bütünleşik biçimde ele alınmalıdır. Çocuğun bu bütünsellik içinde duygu düzenleme becerilerinin, öz-değer algısının ve psikolojik dayanıklılığının geliştirilmesi hedeflenmelidir.

Sonuç olarak bilgilendirme temelli bu tür müdahaleler, çocukların yalnız olmadıklarını hissetmesini sağlayacak, baş etme stratejileri geliştirmelerine destek olacak ve güven ilişkilerinin yeniden inşasına katkı sağlayacaktır. Sosyal hizmet uzmanlarının ve psikososyal destek sunan ruh sağlığı çalışanlarının bu süreçte empatik ve açık iletişim içeren bir ilişki kurması, müdahalenin etkili ve dönüştürücü olmasını sağlayacaktır.

2. Çocuklarla güven temelli ilişkiler kurulmalıdır.

Çalışma sonuçları çocukluk yıllarında en çok hissedilen duyguların yalnızlık, anlaşılmama ve duygusal ihmal olduğunu, çocukların güven ilişkisi kuramadığını, yaşadıkları durumu paylaşabilecekleri bir yetişkin bulamadıklarını ortaya koymuştur. Sosyal hizmet disiplini, bireylerle kurulan ilişkinin niteliğini müdahalenin temel unsuru olarak görür. Bu nedenle güven ilişkisi başlı başına iyileştirici bir müdahale biçimidir. Çocukların kendilerini ifade edebilmeleri, duygularını paylaşabilmeleri ve destek alabileceklerine inanmaları için güven temelli bir ilişkinin kurulması ön koşuldur. Bu bağlamda sosyal hizmet uzmanları, çocuklarla çalışırken tutarlı, şefkatli, erişilebilir ve yargılayıcı olmayan bir ilişki tarzı benimsemelidir. Bu ilişki sosyal hizmetin etik ilkeleri doğrultusunda mahremiyeti koruyan, çocuğun öznelğine saygı duyan ve süreklilik içeren bir biçimde yapılandırılmalıdır. Bu ilişkinin kurulmasında amaç, çocuğun çevresinde güven ilişkileri kurabileceği yeni bağlar (örneğin bakım veren, öğretmen, akraba) oluşturmak ve bu bağların niteliğini güçlendirmektir. Yani güven ilişkisi bir nihai hedef değil, çocuğun sistem içinde yeniden bağ kurmasını mümkün kılan bir araç

olarak değerlendirilmelidir. Böyle bir ilişki biçimi uzun vadede çocuğun psikososyal gelişimini ve dayanıklılığını destekleyecek bir temel oluşturacaktır.

3. Aile temelli müdahaleler özellikle ilişki dinamikleri güçlendirecek şekilde yeniden yapılandırılmalıdır.

Sonuçların ortaya koyduğu üzere ebeveynlerden birinin ruhsal hastalığı durumunda aile sistemi işlevsizleşmekte ve ailede rol karmaşaları görülmektedir. Bu da çocuklarla birlikte aile sisteminin bütün olarak desteklenmesi gerektiğini ortaya koymaktadır. Sosyal hizmet ekolojik sistem yaklaşımı bağlamında yalnız bireysel düzeyde değil sistem temelli çalışır. Aile sistemine yönelik müdahaleler ebeveynlik becerilerini geliştirmeyi, aile içindeki işlevsiz etkileşim kalıplarının (örneğin çifte bağ, üçgenleşme, ebeveynleşme) tanımlanmasını, bu örüntülerin görünür kılınarak müzakere edilmesini ve yeniden yapılandırılmasını da hedeflemelidir. Bu kapsamda, sosyal hizmet uzmanları aile ile birlikte çalışarak;

- Ebeveynleşmiş çocuk rollerini tanımlamalı, bu rolleri yeniden dağıtacak destekleyici müdahale planları geliştirmeli,
- Tutarsız veya çelişkili ebeveynlik biçimlerini ilişki haritalarıyla analiz etmeli,
- Sağlıklı ebeveynin ya da diğer bakım verenin/ verenlerin işlevini sürdürmesini desteklemeli ve dayanıklılığını artıracak kaynaklara erişimini sağlamalıdır.

Bu tür aile temelli müdahaleler yalnızca çocuğu korumaz, aynı zamanda aile içinde yeniden bağ kurma kapasitesini artırarak ikincil travmaların oluşumunu da engeller. Bu nedenle müdahale sürecinin temel amacı kişisel düzeyin ötesine geçerek çocuk için koruyucu ilişki bağları yaratmak olmalıdır.

Ayrıca, aileyle yürütülecek bu tür çalışmaların yerelin sosyal yapısını, kültürel kodlarını ve toplumsal değerlerini dikkate alınarak uyarlanması büyük önem taşımaktadır. Bulgular ve tartışma bölümlerinde söz edilen iyi uygulama örnekleriyle uyumlu şekilde, kültür temelli, sosyal hizmete özgü aile programları geliştirilmeli ve bu programlar birincil basamak sağlık kuruluşlarında, okul

psikolojik danışmanlık ve rehberlik birimlerinde (uygulamaya geçmesi halinde okul sosyal hizmet birimlerinde), yerel yönetimlerin aile danışmanlığı birimlerinde ve sosyal hizmet merkezlerinde uygulanabilir hale getirilmelidir.

Sonuç olarak, aileyi yalnızca çocuğun çevresi olarak değil, müdahalenin öznesi ve taşıyıcısı olarak gören bir bakış açısı hem ekolojik sistem kuramının hem de güçlendirme yaklaşımının ruhuna uygun, sürdürülebilir sosyal hizmet modellerinin temelini oluşturacaktır.

4. Okul, sağlık ve sosyal hizmet sistemleri, yerel yönetimler ve STK'lar gibi çocuk korumanın aktörleri arasında iş birliği ve yönlendirme mekanizmaları kurulmalıdır.

Araştırma bulguları, çocukların mevcut sosyal hizmet, sağlık ve eğitim sistemlerinden dağınık, parçalı ve eşitsiz biçimlerde yararlanabildiğini göstermektedir. Çocuklar birden fazla sistemle temas hâlinde olsalar da bu temaslar genellikle birbirinden kopuk, eşgüdüksüz ve kısa süreli olmaktadır. Sağlık sisteminde yalnızca hastaya odaklanılmış, okul rehberlik servisleri riskleri fark etme ve müdahale etmede yetersiz kalmış, sosyal hizmet sistemi ise ancak yoksulluk ya da çocuğun iyilik halinin zarar görmesi durumlarında devreye girmiştir. Çocuk korumanın diğer aktörlerine ilişkin herhangi bir anlatıya ise rastlanmamıştır. Bu durum, kurumlar arası iletişim ve iş birliği eksikliği nedeniyle çocukların ihtiyaçlarının bütüncül biçimde karşılanamadığını, ekolojik sistem kuramının öngördüğü ilişkiyel destek ağlarının sahada kurulamamış olduğunu göstermektedir.

Bu nedenle çocuk koruma alanında çocukla temas eden tüm kurumsal yapıların rollerinin net biçimde tanımlandığı, bilgi paylaşımının güvenli yollarla aktarıldığı, bütüncül ve sistemik bir vaka yönetimi modeline dayalı kurumsal iş birlikleri geliştirilmelidir. Kurumlararası iş birliği, aile ve çocuk merkezli ortak bir anlayışla yapılandırılmalıdır. Başta sağlık, eğitim ve sosyal hizmet alanında çalışan meslek elemanları olmak üzere bu alanda çalışan aktörler, çocuğun ve ailesinin yaşadığı durumu birlikte değerlendiren ortak bir formülasyon etrafında buluşmalıdır. Ailenin her kuruma ayrı ayrı aktardığı bilgiler, aile sisteminin anlaşılmasına katkı sunan bir analiz verisi olarak ele alınmalıdır. Bu sistemik perspektif hem çocuğu

hem de bir bütün olarak aileyi güçlendirmeyi hedefleyen müdahale modellerinin geliştirilmesini mümkün kılacaktır. Bu bağlamda okul rehberlik servisleri, ASM'ler, Sağlıklı Hayat Merkezleri, TRSM'ler, SHM'ler, yerel yönetim birimleri ve STK'lar çocuk korumanın temel aktörleri olarak ortak izleme, değerlendirme ve müdahale süreçlerine katılmalıdır. Bu kurumlar arasında güvenli bilgi paylaşımını, tanılamayı, yönlendirmeyi ve takibi mümkün kılacak ortak ağ temelli bir yönetim modeli kurulmalıdır. Böyle bir model hizmetlerin koordinasyonunun yanı sıra çocukların sistem içinde sürdürülebilir biçimde "görünür" olmasını sağlayacaktır.

Ayrıca çocukların günlük yaşamlarını sürdürdüğü mahalle, okul ve sosyal çevreler, müdahalenin bizzat yürütüldüğü yerel sistemler olarak ele alınmalıdır. Bu nedenle çocuk koruma ağı, topluluk temelli bir yaklaşımla genişletilmeli, belediyeler bünyesindeki psikolojik danışma merkezleri, sosyal yardımlaşma birimleri ve yerel STK'lar, ailenin güçlendirilmesine yönelik tamamlayıcı işlevler üstlenmelidir. Bu süreçte güçlendirme yaklaşımının ilkeleri gereği, çocuk ve ailesi pasif hizmet alıcılar değil, müdahale sürecinin bilgisi, deneyimi ve sesi olarak görülmelidir.

5. Toplumda ruhsal hastalıkla ilgili doğru bilginin yaygınlaştırılması, bireylerde ve grup düzeyinde damgalamaya karşı farkındalık düzeyinin artırılması amacıyla eğitimler ve medya kampanyaları düzenlenmelidir. Okullarda ruh sağlığı okuryazarlığını geliştirecek müfredat desteklenmelidir.

Sonuçlar kişisel, kişiler arası ve yapısal düzeyde damgalama, ruhsal hastalıklara yönelik toplumsal önyargılar ve ahlaki atıfların özneler üzerindeki olumsuz etkilerini ortaya koymuştur. Sosyal hizmet, damgalamanın ortadan kaldırılmasında bilgilendirme, güçlendirme ve savunuculuğun birlikte yürütülmesi gerektiğini savunur. Bu kapsamda ruhsal hastalıkların tıbbi bir durum olduğuna, ebeveynin davranışlarının çocuğun suçu olmadığına ve tedavi edilebilirlik çerçevesinde ele alınması gerektiğine dair bilgilerin yaygınlaştırılması önemlidir. Ulusal düzeyde hazırlanacak kamu spotları, dizilerde ve haber bültenlerinde bilinçli içerik kullanımı, çok takipçili sosyal medya hesaplarında/ dijital mecralarda ruh sağlığı okuryazarlığı kampanyaları gibi araçlar, toplumda hem bilgi düzeyini artırabilir hem de farkındalığı geliştirebilir.

Grup düzeyinde ise Sağlık Bakanlığı, ASHB ve Millî Eğitim Bakanlığı iş birliğiyle özellikle öğretmenler, okul rehberlik servisleri, mahalle muhtarları, imamlar, ASM çalışanları gibi toplumda güven figürü olarak görülen aktörlere farkındalık eğitimleri verilmelidir. Bu kişilerin, damgalayıcı yaklaşımlar yerine kapsayıcı ve destekleyici tutumlar benimsemesi çocuklar için koruyucu çevresel faktörler yaratabilecektir. Ayrıca bu aktörlerin bilinçlenmesi, ruhsal hastalıkla yaşayan ebeveynlerin çocuklarının erken fark edilmesini ve ihtiyaç duyduklarında güvenli bir destek ağına ulaşabilmelerini kolaylaştıracaktır.

Buna ek olarak çocuklar için de okullarda ruh sağlığı okuryazarlığı müfredat içerikleri oluşturulmalı, öğretmenlerin ve öğrencilerin ruh sağlığı hakkında doğru bilgiye erişimi sağlanmalıdır. Böylelikle hem önyargılar kırılacak hem de çocuklar için daha kapsayıcı ve koruyucu bir okul iklimi inşa edilecektir.

Araştırmacılar İçin Öneriler

1. Hizmet alanlar olarak çocukların katılımıyla uygulama temelli karma yöntem çalışmaları yapılmalıdır.

Sonuçların ortaya koyduğu üzere, çocukların yaşadıkları deneyimler kişisel, kişiler arası ve yapısal düzeylerde görünmez kılınmıştır. Bu görünmezlik, çocukların hizmet nesnesi olmanın yanı sıra, yaşadıkları sistemin pasif tanıkları olarak konumlandırıldığını göstermektedir. Sosyal hizmetin hak temelli yaklaşımı, çocukların yalnızca gözlem nesnesi değil, hizmetin planlayıcısı ve değerlendiricisi olarak da sürece aktif biçimde katılması gerektiğini savunur. Bu nedenle, yalnızca “çocuklar hakkında” anlatıya dayalı araştırmalar değil, “çocuklarla birlikte”, çok aktörlü ve çocukların sesini doğrudan içeren katılımcı araştırma modelleriyle desteklenen karma yöntemli çalışmalar yapılması önerilmektedir. Bu tür araştırmalar hem çocukların bireysel deneyimlerini hem de müdahale süreçlerine ilişkin değerlendirmelerini içerecektir.

Örneğin çocukların, danışmanlık hizmetleri, destek grupları veya aile içi müdahale programları gibi uygulamalara ilişkin deneyimlerinin doğrudan geri bildirimleriyle değerlendirilmesi, hizmet süreçlerinin sahici biçimde yeniden

yapılandırılmasına katkı sunacaktır. Ancak bu yaklaşım, salt uygulamaların etkisini ölçmekten ibaret olmamalıdır. Araştırmalar bireysel müdahaleler ile sistemik müdahalelerin (örneğin aile terapisi, aile içi rol haritalama, ebeveynlik örüntülerinin yeniden düzenlenmesi vb.) çocukların psikolojik dayanıklılığı üzerindeki etkilerini karşılaştırmalı olarak incelemelidir. Bu tek başına hangi müdahalenin “daha etkili” olduğunu ortaya koymaktan ziyade, müdahalelerin hangi bağlamda, hangi çocuk için, hangi sistemde ve neden daha etkili olduğunu da anlamaya olanak sağlayacaktır.

Çalışmada da görüldüğü üzere ruhsal hastalıklar ve bunun etrafında şekillenen yaşantılar, kültürel olarak nesiller arası travmaların, sessizlik kalıplarının, bakım rolleriyle örtülmüş ebeveynleşmenin ve aile içi işlevsiz örüntülerin görünmeden kuşaktan kuşağa aktarıldığı yapılarla şekillenmektedir. Bu nedenle, nesiller arası aktarımın hem anlatı hem ilişki örüntüleri düzeyinde analiz edildiği nitel araştırmalara duyulan ihtiyaç da belirgindir. Bu tür araştırmalar, bireyin ait olduğu aile sistemini ve sistemin tarihsel yüklerini de anlamaya olanak tanıyacaktır.

2. Bu çocuklarla sahada karşılaşp onlara hizmet sunan meslek elemanlarının deneyimlerini ortaya koyacak çalışmalara ihtiyaç vardır.

Sonuçlar rehber öğretmenler, sosyal hizmet uzmanları, aile hekimleri ve yerel düzeyde çalışan diğer meslek elemanlarının çoğu zaman ya bu çocukları fark edemediğini ya da destek sağlama konusunda hazırlıksız olduğunu ortaya koymuştur. Oysa bu meslek elemanlarının çoğu, çocukların gündelik yaşamındaki ilk temas noktalarıdır. Bu nedenle, onların fark etme becerileri, müdahale kapasiteleri ve destek sunma pratikleri oldukça kritik bir rol oynamaktadır. Ancak bu aktörlerin bilgi düzeyleri, tutumları, karşılaştıkları engellere ilişkin bilgilere ihtiyaç duyulmaktadır. Bu tür çalışmalar hem eğitim ihtiyaçlarını belirlemek hem de uygulamada karşılaşılan yapısal sorunları tespit etmek açısından önemlidir. Aynı zamanda meslek elemanlarının sesini duymak, hizmet sistemlerinin yeniden yapılandırılmasında bilimsel, uygulamaya dayalı ve kanıt temelli veri üretimini mümkün kılacaktır.

3. Geniş aile ilişkileri ve alternatif bakım kaynakları araştırılmalıdır.

Sonuçlara göre harmanlanmış aile yapıları oldukça yaygındır. Bu yapılar içinde çocuklar zaman zaman ihmal ve istismar riskiyle karşılaşsa da geniş aileden gelen somut destek koruyucu bir işlev görmektedir. Bu iki uçlu bulgular, literatürde “kinship care” (akrabalık temelli bakım) olarak adlandırılan ve uluslararası çocuk koruma politikalarında alternatif bakım modeli olarak değerlendirilen uygulamaların Türkiye bağlamında da araştırılması gerektiğine işaret etmektedir. Türkiye’de bu bakım türü olsa da hukuki sistemde ve sosyal hizmet sisteminde görünürlüğü sınırlıdır. Bu alandaki destek sistemleri, riskler ve iyi uygulama örnekleri değerlendirilerek, geniş aile bakımının nasıl güçlendirilebileceğine dair veri oluşturulmasına ihtiyaç vardır.

4. Okul ve toplum düzeyinde destek sistemlerinin etkisi değerlendirilmelidir.

Harmanlanmış aile ile benzer şekilde okul, komşular ve akranlar gibi toplum aktörleri zaman zaman damgalayıcı, zaman zaman da kapsayıcı ve koruyucu roller üstlenmiştir. Bu bağlamda araştırmaların çocuğun içinde bulunduğu okul ve mahalle ortamına da odaklanması gerektiği görülmüştür. Rehber öğretmenlerin, okul psikolojik danışmanlarının ve toplum temelli destek sistemlerinin çocukların korunmasına, dayanıklılıklarına ve sosyal bağlılık düzeylerine etkisi incelenmelidir.

5. Hak temelli sosyal hizmet modellerinin etkinliği üzerine karşılaştırmalı çalışmalar yapılmalıdır.

Türkiye’de sosyal hizmet sisteminin koruyucu ve önleyici yaklaşımlar sunmakta yetersiz kaldığı, sistemin ancak kriz anlarında devreye girerek tepkisel ve yardım odaklı işlediğini görülmüştür. Oysa birçok ülke, ruhsal hastalığa sahip ebeveynlerin çocuklarına yönelik özel tanımlamalar, risk değerlendirme formları ve erken müdahale sistemleri geliştirmiştir. Hak temelli sosyal hizmet modelleri, çocuğun görünürlüğünü, katılımını ve bireysel ihtiyaçlarını önceleyen bütüncül bir yaklaşım sunmaktadır. Türkiye’de bu çerçevenin eksikliği nedeniyle çocuklar hem destek hizmetlerinden mahrum kalmakta hem de sistem içinde

izlenememektedir. Bu nedenle karşılaştırmalı analizlerle farklı ülke uygulamaları incelenmeli, etkili örnekler yerelin bilgisi ile harmanlanarak Türkiye'ye özgü çocuk koruma modelleri geliştirilmelidir.

Politika Yapıcılar İçin Öneriler

1. Politika yapım süreçlerinde öznelerin deneyimlerini temel alan veri üretimi sağlanmalıdır.

Tezin sonuçlarında açıkça görüldüğü üzere, ebeveyni ruhsal hastalık tanısı almış çocuklara dair sistematik veri üretimi yoktur. Bu gruba ilişkin sayısal veri, izleme araçları, risk göstergeleri ya da hizmet kullanım sıklıkları kayıt altına alınmamaktadır. Bunun sonucunda çocuklar hem aile içindeki sorunlara maruz kalmakta hem de yapısal görünmezlik nedeniyle haklara erişimden dışlanmaktadır. Bu görünmezliğin aşılması için çocuğun süreçlerin öznesi ve yorumlayıcısı olarak dahil edildiği, katılımcı değerlendirme modeline dayanan veri toplama sistemleri, izleme araçları ve değerlendirme modelleri geliştirilmelidir. Özellikle hizmet alan çocukların kendi deneyimlerine dair geri bildirimleri, çocuk koruma politikalarının şekillenmesinde belirleyici olmalıdır.

2. Aile sistemini de merkeze alan çocuk dostu hizmetler planlanmalı ve hizmet sunanlara bu bağlamda hizmet içi eğitimler verilmelidir.

Hali hazırda hâkim olan hizmet anlayışı, çocuğun yüksek yararı bağlamında sıklıkla yalnızca fiziki koşullara veya bireysel danışmanlıklara indirgenmektedir. Oysa politik düzeyde çocuk dostu hizmet anlayışı fiziksel ortamların düzenlenmesi ile birlikte, gelişim dönemine uygun şiddetsiz iletişim dilini, mahremiyetin korunmasını, güven ilişkisi kurmayı ve çocuğun aktif katılımını teşvik eden profesyonel yaklaşımları gerektirmektedir. Bununla birlikte sosyal hizmetin ekosistemik bakış açısı, çocuğun güvenlik ve gelişim hakkını ailesiyle ve çevresiyle kurduğu ilişkiler bağlamında değerlendirmektedir. Bu nedenle hizmetler çocuğun bireysel iyilik halinin yanı sıra -eğer mümkünse- aile sisteminin güçlendirilmesini ve sürekliliğini esas alan bütüncül bir yaklaşımla ele alınmalıdır.

Bu yaklaşım doğrultusunda, aile ve çift terapisi gibi sistem temelli müdahaleler, sosyal güvenlik sistemi kapsamına alınmalıdır. Rehber öğretmenler, sosyal hizmet uzmanları, psikolojik danışmanlar ve sağlık personeli gibi çocuklarla doğrudan ilişki kuracak meslek elemanlarına yönelik hizmet içi eğitim programları sistem odağında düşünme becerileri, ilişki örüntüsü okuryazarlığı ve rol çatışmalarının çözümüne dair bilgileri de içerecek biçimde güncellenmeli ve bu programlar ulusal ölçekte yaygınlaştırılmalıdır.

3. Toplum temelli psikososyal hizmetler yaygınlaştırılmalıdır.

Sonuçlar yalnızca kurumsal destek mekanizmalarına değil, mahalle düzeyinde erişilebilir, katılımcı destek modellerine ihtiyaç olduğunu göstermiştir. Belediyeler, ASM'ler, TRSM'ler ve Sağlıklı Hayat Merkezleri koordinasyon içinde çalışarak mahalle düzeyinde çocuk ve aile danışma birimleri, erken müdahale ekipleri ve grup destek uygulamaları hayata geçirmelidir. Özellikle ruhsal hastalıkla birlikte yaşayan ailelere yönelik ev temelli ziyaretler, aile eğitim programları ve çocuklara yönelik akran destek grupları yaygınlaştırılmalıdır.

4. Harmanlanmış aile modellerinde destekli akraba bakımı yasal güvence altına alınmalıdır.

Araştırma sonuçları, ebeveyni ruhsal hastalık tanısı almış çocukların önemli bir kısmının harmanlanmış aile modeli içinde büyüdüğünü göstermektedir. Bu bakım türü, sıklıkla formel sistemlerin dışında, yasal korumadan yoksun biçimde gerçekleşmektedir. Bakım vermede "yakın çevre sistemi" olarak tanımlanan bu sistemin işlemesi için yapısal destek gereklidir. Akraba destekli bakımı esas alan harmanlanmış aile, bir alternatif bakım modeli olarak değil, aile sistemindeki rol belirsizliklerini azaltan ve sınır çizen bir yapısal müdahale olarak gerekçelendirilmelidir. Bu doğrultuda;

- Akraba bakım verenlerin yasal statüleri tanımlanmalı,
- Harmanlanmış aileler sosyal hizmet sistemi içinde izlenebilir hale getirilmeli,

- Bakım verenlere yönelik eğitim, danışmanlık ve sosyo ekonomik destek hizmetleri sağlanmalı,
- Çocuğun bakım sürekliliği, güvenliği ve aidiyet duygusu yasal güvence altına alınmalı,
- Nüks dönemlerinde ebeveynler için geçici süreli bakım modelleri hayata geçirilmelidir.

Bu politik model, bakım hizmetlerini düzenlemenin yanı sıra çocuğun sistem içindeki görünürlüğü ve korunma hakkını da güçlendirecektir.

Bir İş Birliği Önerisi: Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı, Sağlık Bakanlığı ve Milli Eğitim Bakanlığı

Son olarak uzun bir araştırma yolculuğu sonunda sahada ebeveyni ruhsal hastalık tanısı almış çocuklarla aktif temas eden ve hizmet sunan üç bakanlığın, ASHB, Sağlık Bakanlığı ve Millî Eğitim Bakanlığı'nın iş birliğini temel alan bir hizmet sunum biçimi önerilmiştir:

Tablo 8. ASHB, Sağlık Bakanlığı, Millî Eğitim Bakanlığı İş Birliği Önerisinde Kurumların Roller ve Sorumlulukları

Bakanlık	Temel Rolü	Sorumlulukları
ASHB	Koordinasyonu sağlamak ve sosyal hizmet müdahalelerini planlamak	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Çok disiplinli ekiplerle iş birliği yaparak koordinasyonu sağlamak ➤ Aile bazında risk değerlendirmesi yaparak çocuğun korunmasını öncelemek ➤ Aile eğitimleri yapmak ve aile temelli müdahale sistemlerini geliştirmek

Tablo 8. ASHB, Sağlık Bakanlığı, Millî Eğitim Bakanlığı İş Birliği Önerisinde Kurumların Roller ve Sorumlulukları (Devam)

Sağlık Bakanlığı	Tanı, tedavi ve psikoeğitim süreçlerinin yürütülmesini sağlamak	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Birincil basamak sağlık kuruluşları üzerinden aile bireylerinin takibi ➤ Çocuk psikiyatrisi ve psikolog hizmetlerine yönlendirme ➤ Aile hekimleri ve sağlık çalışanları için ruh sağlığı farkındalık eğitimleri ➤ Ruhsal hastalık hakkında çocuklara ve bakım verenlere yönelik bilgilendirme materyalleri hazırlamak ve psikoeğitimler yapmak
Millî Eğitim Bakanlığı	Erken tanı için risk taraması yapmak, okul temelli psikososyal destek programları yürütmek ve ruh sağlığı eğitiminin müfredata entegrasyonunu sağlamak	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Öğretmenler ve psikolojik rehberlik ve danışmanlık birimleri aracılığıyla risk bildirimini ➤ Ruh sağlığı farkındalığı için öğretmen eğitimleri ➤ Psikolojik rehberlik ve danışmanlık birimleri tarafından yapılandırılmış grup çalışmaları ile sosyal beceri eğitimi ➤ Akademik destek ve okul içi sosyal aidiyetin güçlendirilmesine yönelik çalışmalar

Bu iş birliği önerisinin ana amaçları ve bileşenleri şöyledir:

1. Erken Tanılama ve İzleme Sisteminin Oluşturulması

- ASHB ve Sağlık Bakanlığı iş birliği ile “Çocuk Ruh Sağlığı İzlem” birimlerinin kurulması.
- ASHB, Sağlık Bakanlığı ve Millî Eğitim Bakanlığı başta olmak üzere çocuk korumanın aktörleri olan kurum ve kuruluşların risk bildirimlerinde bulunabilmeleri için protokole dayalı ortak bir havuz sisteminin oluşturulması.

2. Okul Temelli Psikososyal Destek Programlarının Yapılandırılması

- Millî Eğitim Bakanlığı rehberlik ve psikolojik danışmanlık birimleri tarafından sosyal beceri ve psikolojik dayanıklılık geliştirmeyi amaçlayan

grup çalışmaları planlanması ve haftada 2 ders saati olmak üzere dönemlik olarak yürütülmesi.

- Millî Eğitim Bakanlığı tarafından halihazırda öğretmenlere verilen dönemlik seminer programlarına ruh sağlığı farkındalığı konusunun dahil edilmesi.
- Damgalamaya karşı çocuklara ve ebeveynlerine yönelik sınıf düzeyinde seminerler düzenlenmesi.
- Akademik güçlük yaşayan çocuklara yönelik bireysel destek planlarının oluşturulması. Okula devamsızlık ve akademik güçlüklerin ardındaki psikososyal etmenlerin aile bazında değerlendirilmesi.

3. Aile Odaklı Sosyal Hizmet Müdahalelerinin Planlanması

- Risk bildirimlerinde sosyal hizmet uzmanları tarafından sosyal inceleme yapılması ve bu incelemelerde özellikle aile içi rollerin değerlendirilmesi.
- Risklerin önlenebilmesi için gerekli durumlarda özellikle 5395 sayılı KK kapsamında danışmanlık, yatılı eğitim ve sağlık tedbirlerinin uygulamaya konulması.
- Ebeveynlerin bakım verme becerilerini geliştirmek üzere sağlıklı ebeveynlere ve ruhsal hastalık tanılı ebeveynlere bilişsel düzeylerine uygun olan ebeveynlik eğitimleri verilmesi.
- Ev ziyaretleriyle takibi yapılan vakalara ve sağlık/danışmanlık/eğitim tedbirlerine yönelik periyodik izleme sisteminin geliştirilmesi.

4. Sağlık Sisteminde Sosyal Boyutun Geliştirilmesi

- Ruhsal hastalığı olan ebeveynlerin TRSM, ASM ve Sağlıklı Hayat Merkezi gibi birincil basamak sağlık kuruluşları üzerinden takip edilmesi ve bu takip sürecine çocuklar başta olmak üzere diğer aile üyelerinin dahil edilmesi.
- Çocukların destek ihtiyacı var ise psikiyatrist, psikolog görüşmelerinin düzenlenmesi.

- Sağlık Bakanlığı Ruh Sağlığı Daire Başkanlığı tarafından aile hekimleri başta olmak üzere sağlık kuruluşu personellerine psikoeğitim verilmesi.
- ASHB ve Sağlık Bakanlığı iş birliği ile hazırlanacak psikoeğitim içeriği, yararlanılabilecek hizmet modelleri ve başvuru yollarının bulunduğu materyallerin birincil basamak sağlık kuruluşları kanalıyla hizmet alan kişilere dağıtılarak bilgilendirme sağlanması.

Bu iş birliği temelli çalışma önerisi kapsamında, çocukların ve ailelerin çok yönlü olarak desteklenmesi amaçlanmaktadır. Bu iş birliğinin temel amaçlarından biri psikososyal destek hizmetlerine erişimin artırılmasıdır. Böylece hem çocukların hem de bakım verenlerin psikososyal ihtiyaçlarının daha etkin karşılanması sağlanabilir. Aynı zamanda damgalanmanın azaltılması ve çocukların öz-yeterlik duygusunun güçlendirilmesi önemli bir kazanım olacaktır. Bu sürecin bir diğer olumlu etkisi de okul devamlılığının artırılması, çocukların iyilik halinin ve sosyal aidiyet duygusunun güçlendirilmesidir. Bu iş birliği aile içinde bakım rolleri ve kriz yönetimi gibi işlevlerin sağlıklı bir şekilde yürütülmesine de katkı sağlayacaktır. Son olarak, kurumlar arası iş birliğinin çocuk yararına işlerlik kazanması, sistem düzeyinde bütüncül ve etkili müdahalelerin hayata geçirilmesini mümkün kılacaktır.

KAYNAKÇA

- Abdullah, A., & Emery, C. (2022). Caregivers' perceptions of informal social control practices to reduce child neglect: A qualitative study in Ghana. *Child Abuse Negl*, 133. doi:10.1016/j.chiabu.2022.105848
- Abdullah, A., Jordan, L., Lu, S., & Emery, C. (2022). Collective value of Abiriwatia and protective informal social control of child neglect: Findings from a Nationally Representative Survey in Ghana. *Health Soc Care Community*, 30(6), s. e5745-e5754. doi:10.1111/hsc.14005
- Ackerson, B. J. (2003). Coping with the dual demands of severe mental illness and parenting: the parents' perspective. *Families in Society*, 84(1), s. 109-118. doi:10.1606/1044-3894.69
- Afzelius, M., Plantin, L., & Ostman, M. (2018). Families living with parental mental illness and their experiences of family interventions. *J Psychiatr Ment Health Nurs*, 25(2), s. 69-77. doi:10.1111/jpm.12433
- Ahlström, B. H., Skärsäter, I., & Danielson, E. (2009). Living with major depression: experiences from families' perspectives. *Scand J Caring Sci*, 23(2), s. 309-316. doi:10.1111/j.1471-6712.2008.00624.x
- Ahlström, B., Skärsäter, I., & Danielson, E. (2007). Major depression in a family: what happens and how to manage - a case study. *Issues Ment Health Nurs.*, 28(7), s. 691-706. doi:10.1080/01612840701416023
- Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı. (2024). *Koruyucu ve Önleyici Hizmetler*. Aralık 31, 2024 tarihinde <https://www.aile.gov.tr/sss/cocuk-hizmetleri-genel-mudurlugu/koruyucu-ve-onleyici-hizmetler/> adresinden alındı
- Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı. (2025). *Sosyal Hizmet Merkezleri*. Ocak 4, 2025 tarihinde <https://www.aile.gov.tr/sss/aile-ve-toplum-hizmetleri-genel-mudurlugu/sosyal-hizmet-merkezi/> adresinden alındı
- Ainsworth, M. D., & Wall, S. N. (2015). *Patterns of Attachment: A Psychological Study of the Strange Situation*. New York: Routledge.
- Akçay, S., & Koca, E. (2024). Nitel araştırmalarda veri doygunluğu. *Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 24(3), s. 829-848. doi:10.18037/ausbd.1423415

- Akçay, S., Adıgüzel, İ., & Beydili Gürbüz, E. (2021). Sosyal Hizmet Araştırması Yapmak: Bir Yolculuğun İnşası. S. Akçay, İ. Adıgüzel, & E. Beydili Gürbüz (Dü). içinde Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık.
- Aldao, A., Gee, D. G., De Los Reyes, A., & Seager, I. (2016). Emotion regulation as a transdiagnostic factor in the development of internalizing and externalizing psychopathology: Current and future directions. *Development and Psychopathology*, 28, s. 927–946. doi:10.1017/S0954579416000638
- Aldridge, J. (2006). The experiences of children living with and caring for parents with mental illness. *Child Abuse Review*, 15(2), s. 79–88. doi:10.1002/car.904
- Aldridge, J., & Becker, S. (2004). *Children Caring for Parents with Mental Illness*. Bristol: The Policy Press.
- Ali, L., Ahlström, B., Krevers, B., & Skärsäter, I. (2012). Daily life for young adults who care for a person with mental illness: a qualitative study. *J Psychiatr Ment Health Nurs*, 19(7), s. 610-617. doi:10.1111/j.1365-2850.2011.01829.x
- Ambikile, J., & Outwater, A. (2012). Challenges of caring for children with mental disorders: Experiences and views of caregivers attending the outpatient clinic at Muhimbili National Hospital, Dar es Salaam - Tanzania. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health*, 6(1). doi:10.1186/1753-2000-6-16
- Ankara Büyükşehir Belediyesi. (2024). *Gençlik Çocuk ve Aile Danışmanlık Merkezi*. Aralık 31, 2024 tarihinde <https://www.ankara.bel.tr/sosyal-hizmetler/psikolojik-danismanlik-hizmetleri/hakkimizda> adresinden alındı
- ASHB. (2025). *Koruyucu ve Önleyici Hizmetler*. Ocak 4, 2005 tarihinde <https://www.aile.gov.tr/sss/cocuk-hizmetleri-genel-mudurlugu/koruyucu-ve-onleyici-hizmetler/> adresinden alındı
- Attepe Özden, S., & İçağasıoğlu Çoban, A. (2018). Toplum ruh sağlığı merkezlerinde çalışan profesyonellerin gözünden toplum temelli ruh sağlığı hizmetleri. *J Psychiatric Nurs*, 9(3), s. 186-194. doi:10.14744/phd.2018.00922
- Attepe Özden, S., Tekindal, M., Gedik, T. E., Ege, A., Erim, F., & Tekindal, M. (tarih yok). n-Nitel araştırmaların rapor edilmesi: COREQ kontrol listesinin türkçe uyarlaması. *Avrupa Bilim ve Teknoloji Dergisi*, 35, s. 522-529.

- Attepe Özden, S., Tekindal, M., Gedik, T. E., Erim, F., Ege, A., & Tekindal, M. A. (2022). Nitel araştırmaların rapor edilmesi: COREQ kontrol listesinin Türkçe uyarlaması. *Avrupa Bilim Ve Teknoloji Dergisi*, 35, s. 522-529.
- Aziz, A. (2015). *Sosyal Bilimlerde Araştırma Yöntemleri ve Teknikleri*. Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık.
- Backer, C., Murphy, R., Fox, J. R., Ulph, F., & Calam, R. (2016). Young children's experiences of living with a parent with bipolar disorder: understanding the child's perspective. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 90(2), s. 212-228. doi:10.1111/papt.12099
- Bains, R., & Diallo, A. (2015). Mental health services in school-based health centers: systematic review. *The Journal of School Nursing*, 32(1), s. 8-19. doi:10.1177/1059840515590607
- Barry, D., & Grilo, C. (2002). Cultural, psychological, and demographic correlates of willingness to use psychological services among East Asian immigrants. *J Nerv Ment Dis*, 190(1), s. 32-39. doi:10.1097/00005053-200201000-00008
- Bastola, N., & Paudel, D. (2023). Rising suicide rates: navigating the complexity of mental health for global impact. doi:10.31235/osf.io/jkuf7
- Başer, D., Kırılıoğlu, M., & Mavili Aktaş, A. (2013). Sosyal hizmet mesleğinin bir uygulama alanı olarak toplum temelli ruh sağlığı sistemi ve g¼ncel değişimler. *Toplum Ve Sosyal Hizmet*, 24(2), s. 179-192.
- Bauman, Z. (2018). *Sosyolojik D¼ř¼nmek*. İstanbul: Ayrıntı Yayınları.
- Beardslee, W., Gladstone, T., Wright, E., & Cooper, A. (2003). A family-based approach to the prevention of depressive symptoms in children at risk: evidence of parental and child change. *Pediatrics*, 112(2), s. e119-e131. doi:10.1542/peds.112.2.e119
- Bee, P., Berzins, K., Calam, R., Prymachuk, S., & Abel, K. (2013, Sep 10). Defining quality of life in the children of parents with severe mental illness: A preliminary stakeholder-led model. *PLoS One*, 8(9). doi:10.1371/journal.pone.0073739
- Betancourt, T. S., Abrams, E. J., McBain, R., & Fawzi, M. C. (2010). Family-centred approaches to the prevention of mother to child transmission of hiv. *ournal of the International AIDS Society*, 13 (Suppl 2)(S2). doi:10.1186/1758-2652-13-S2-S2
- Betancourt, T., McBain, R., Newnham, E., & Brennan, R. (2015). The intergenerational impact of war: longitudinal relationships between caregiver and child mental

- health in postconflict Sierra Leone. *J Child Psychol Psychiatry*, 56(10), s. 1101-1107. doi:10.1111/jcpp.12389
- Binbay, T., Ulaş, H., Elbi, H., & Alptekin, K. (2011). Türkiye'de psikoz epidemiyolojisi: Yaygınlık tahminleri ve başvuru oranları üzerine sistematik bir gözden geçirme. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 22(1), s. 40–52.
- Blundo, R. (2001). Learning strengths-based practice: Challenging our personal and professional frames. *Families in Society: The Journal of Contemporary Social Services*, 82(3), s. 296-304. doi:10.1606/1044-3894.192
- Bortes, C., Strandh, M., & Nilsson, K. (2020). Parental illness and young people's education. *Child Ind Res*, 13, s. 2069–2091. doi:10.1007/s12187-020-09731-x
- Boström, P., & Strand, J. (2021). Children and parents with psychosis-Balancing between relational attunement and protection from parental illness. *J Child Adolesc Psychiatr Nurs*, 34(1), s. 68-76. doi:10.1111/jcap.12302
- Bournsnel, M. (2014). Assessing the capacity of parents with mental illness: Parents with mental illness and risk. *International Social Work*, 57(2), s. 92–108. doi:10.1177/0020872812445197
- Bowers, H., Manion, I., Papadopoulos, D., & Gauvreau, E. (2013). Stigma in school-based mental health: perceptions of young people and service providers. *Child Adolesc Ment Health*, 18(3), s. 165-170. doi:10.1111/j.1475-3588.2012.00673.x.
- Bowlby, J. (2013). *Bağlanma ve Kaybetme 1 : Bağlanma*. İstanbul: Pinhan Yayıncılık.
- Boysen, G. A. (2022). Mental illness and mate value: Evidence for reduced mate value among romantic partners perceived as having mental illness. *Evolutionary Behavioral Sciences*, 16(3), s. 261–275. doi:10.1037/ebs0000255
- Bronte-Tinkew, J., Moore, K. A., Matthews, G., & Carrano, J. (2007). Symptoms of major depression in a sample of fathers of infants: Sociodemographic correlates and links to father involvement. *Journal of Family Issues*, 28(1), s. 61-99. doi:10.1177/0192513X06293609
- Buldukoğlu, K., Bademli, K., Karakaya, D., Göral, G., & Keser, İ. (2011). Ruhsal hastalığı olan ebeveynle yaşamak. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 3(4), s. 683-703. doi:10.5455/cap.20110331
- Campbel, I. T., A., R., Sutton, K., Basu, S., Davidson, G., Middeldorp, C., . . . Maybery, D. (2021). Prevalence of mental illness among parents of children receiving

- treatment within child and adolescent mental health services (CAMHS): a scoping review. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 30(7), s. 997-1012. doi:10.1007/s00787-020-01502-x
- Carver, C., Scheier, M., & Weintraub, J. (1989). Assessing coping strategies: a theoretically based approach. *J Pers Soc Psychol*, 56(2), s. 267-283. doi:10.1037//0022-3514.56.2.267
- Castillo, E. G., Ijadi-Maghsoodi, R., Shadravan, S., Moore, E., Mensah, M. O., Docherty, M., & ... Wells, K. B. (tarih yok). Community interventions to promote mental health and social equity. *Focus*, 18(1), s. 60-70. doi:10.1176/appi.focus.18102
- Castillo, E., Ijadi-Maghsood, i. R., Shadravan, S., Moore, E., Mensah, M. 3., Aguilera Nunez, M., . . . Jones, F. (2019). Community interventions to promote mental health and social equity. *Curr Psychiatry Rep.*, 21(35). doi:10.1007/s11920-019-1017-0
- Chen, J., Weiss, S., Heyman, M., & Cooper, B. L. (2010). The active balance childhood program for improving coping and quality of life in chinese american children. *Nurs Res.*, 59(4), s. 270-279. doi:10.1097/NNR.0b013e3181e507c7
- Chen, W., Zheng, Q., Liang, C., Xie, Y., & Gu, D. (2020). Factors influencing college students' mental health promotion: the mediating effect of online mental health information seeking. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 17(3). doi:10.3390/ijerph17134783
- Chen, Y. (2023). Roles of physical functioning and comorbid mental illness of chronically ill parents and their spouses' health status in adolescent functioning. *Journal of Adolescence*, 96(2), s. 381-393. doi:10.1002/jad.12282
- Cheng, Z. (2015). Asian Americans and European Americans' stigma levels in response to biological and social explanations of depression. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 50(5), s. 767-776. doi:10.1007/s00127-014-0999-5
- Christiansen, H., Anding, J., Schrott, B., & Röhrle, B. (2015). Children of mentally ill parents—a pilot study of a group intervention program. *Frontiers in Psychology*, 6. doi:10.3389/fpsyg.2015.01494
- Clement, S., Schauman, O., Graham, T., Maggioni, F., Evans- Lacko, S., Bezborodovs, N., . . . Thornicroft, G. (2015). What is the impact of mental health-related stigma

- on help-seeking? A systematic review of quantitative and qualitative studies. *Psychological Medicine*, 45(1), s. 11-27. doi:10.1017/S0033291714000129
- Cogan, N., Riddell, S., & Mayes, G. (2005). The understanding and experiences of children affected by parental mental health problems: a qualitative study. *Qualitative Research in Psychology*, 2(1), s. 47-66. doi:10.1191/1478088705qp024oa
- Condon, L., Driscoll, T., Merrell, J., Storey, M., Thomas, A., Mansel, B., & Snelgrove, S. (2020). Promoting children's health when a parent has a mental health problem: a mixed methods study of the experiences and views of health visitors and their co-workers. *BMC Health Serv Res.*, 20(1). doi:10.1186/s12913-020-5015-z
- Cooklin, A. (2013). Promoting children's resilience to parental mental illness: engaging the child's thinking. *Advances in Psychiatric Treatment*, 19(3), s. 229-240. doi:10.1192/apt.bp.111.009050
- Corrigan, P. W., & Watson, A. C. (2002). The paradox of self-stigma and mental illness. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9(1), s. 35-53. doi:10.1093/clipsy.9.1.35
- Corrigan, P. W., Druss, B. G., & Perlick, D. A. (2014). The impact of mental illness stigma on seeking and participating in mental health care. *Psychological Science in the Public Interest*, 15(2), s. 37-70. doi:10.1177/1529100614531398
- Creswell, J. (2016). *Nitel araştırma yöntemleri: Beş Yaklaşımına Göre Nitel Araştırma ve Araştırma Deseni*. Ankara: Siyasal Kitabevi.
- Cudjoe, E., & Awortwe, V. (2024). A phenomenological investigation of kinship involvement in the lives of children whose parents have mental illness. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being*, 19(1). doi:10.1080/17482631.2024.2414481
- Cudjoe, E., & Chiu, M. (2021). Kinship Care Support for Children Whose Parents Have Mental Illness in Ghana. R. Baikady, S. Sajid, J. Przeperski, V. Nadesan, I. Rezaul, & J. (. Gao içinde, *The Palgrave Handbook of Global Social Problems*. Cham: Palgrave Macmillan. doi:10.1007/978-3-030-68127-2_70-1
- Cudjoe, E., Chiu, M. Y., & Tam, C. H. (2023). Navigating peer relationships: What do friendships look like for children whose parents have mental illnesses? *Child Abuse Review*, 32(3), s. 1–9. doi:10.1002/car.2793

- Cudjoe, E., Tam, C., Effah, D., Amegashie, E., & Tweneboah, A. (2023). Living with parental mental illness is like a roller coaster: Reflections on children's lifeworld in the family setting. *J Clin Nurs*, 32(13-14), s. 3516-3527. doi:10.1111/jocn.16417
- Dam, K., & Hall, E. (2016). Navigating in an unpredictable daily life: A metasynthesis on children's experiences living with a parent with severe mental illness. *Scand J Caring Sci.*, 30(3), s. 442-457. doi:10.1111/scs.12285
- Dam, K., Joensen, D., & Hall, E. (2018). Experiences of adults who as children lived with a parent experiencing mental illness in a small-scale society : A Qualitative study. *J Psychiatr Ment Health Nurs*, 25(2), s. 78-87. doi:10.1111/jpm.12446
- Davis, E., Levine, L., Lench, H., & Quas, J. (2010). Metacognitive emotion regulation: children's awareness that changing thoughts and goals can alleviate negative emotions. *Emotion*, 10(4), s. 498-510. doi:10.1037/a0018428
- Devlet Planlama Teşkilatı. (2000). *Uzun Vadeli Strateji ve Sekizinci Beş Yıllık (2001-2005) Kalkınma Planı*. Ankara: Devlet Planlama Teşkilatı.
- Diaz-Caneja, A., & Johnson, S. (2004). The views and experiences of severely mentally ill mothers--a qualitative study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 39(6), s. 472-482. doi:10.1007/s00127-004-0772-2
- Drake, R., Szmukler, G., Mueser, K., & Thornicroft, G. (2011). Introduction to Community Mental Health Care. G. Thornicroft, G. Szmukler, & K. Mueser içinde, *Oxford Textbook of Community Mental Health*. New York: Oxford University Press.
- Drost, L., van der Krieke, L., Sytema, S., & Schippers, G. (2016). Self-expressed strengths and resources of children of parents with a mental illness: A systematic review. *Int J Ment Health Nurs*, 25(2), s. 102-115. doi:10.1111/inm.12176
- Dunkley-Smith, A., Reupert, A., & Sheen, J. (2022). It's like they're learning what it is for the very first time': Clinician's accounts of self-compassion in clients whose parents experience mental illness. *Psychol Psychother*, 95(3), s. 738-753. doi:10.1111/papt.12396
- Dunn, B. (1993). Growing up with a psychotic mother: A retrospective study. *American Journal of Orthopsychiatry*, 63(2), s. 77-189. doi:10.1037/h0079423
- Elbracht, T., Busmann, M., Adema, B., Daubmann, A., Kilian, R., Winter, S., . . . Wiegand-Grefe, S. (2023). Associations of symptom severity of mentally ill

- parents on family functioning and children's mental health. *Psychology*, 14(2). doi:10.4236/psych.2023.142013
- Ensink, K., Normandin, L., Target, M., Fonagy, P., Sabourin, S., & Berthelot, N. (2015). Mentalization in children and mothers in the context of trauma: An initial study of the validity of the Child Reflective Functioning Scale. *Br J Dev Psychol*, 33(2), s. 203-217. doi:10.1111/bjdp.12074
- Erskine, H. E., Baxter, A., Patton, G. C., Moffitt, T. E., Patel, V., Whiteford, H., . . . Scott, J. G. (2016). The global coverage of prevalence data for mental disorders in children and adolescents. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 26(4), s. 395-402. doi:10.1017/s2045796015001158
- Faugli, A., Kufås, E., Haukland, M., Kallander, E., Ruud, T., & Weimand, B. (2021). 'I have cried a lot': a qualitative study on children experiencing severe parental illness. *Scand J Caring Sci*, 35(4), s. 1196-1206. doi:10.1111/scs.12938
- Fergeus, J., Humphreys, C., Harvey, C., & Herrman, H. (2018). Supporting foster and kinship carers to promote the mental health of children. *Child & Family Social Work*, s. 1-7. doi:10.1111/cfs.12583
- Fitzsimons, S., & Fuller, R. (2002). Empowerment and its implications for clinical practice in mental health: A review. *Journal of Mental Health*, 11(5), s. 481-499. doi:10.1080/09638230020023
- Fjone, H. H., Ytterhus, B., & Almvik, A. (2009). How children with parents suffering from mental health distress search for 'normality' and avoid stigma: To be or not to be...is not the question. *Childhood*, 16(4), s. 461-477. doi:10.1177/0907568209343743
- Focht-Birkerts, L., & Beardslee, W. (2000). A child's experience of parental depression: Encouraging relational resilience in families with affective illness. *Fam Process*, 34(9), s. 417-434. doi:10.1111/j.1545-5300.2000.39403.x
- Foster, K. (2010). 'You'd think this roller coaster was never going to stop': experiences of adult children of parents with serious mental illness. *J Clin Nurs.*, 19(21-22), s. 3143-3151. doi:10.1111/j.1365-2702.2010.03293.x.
- Foster, K., O'Brien, L., & Korhonen, T. (2012). Developing resilient children and families when parents have mental illness: a family-focused approach. *Int J Ment Health Nurs*, 21(1), s. 3-11. doi:10.1111/j.1447-0349.2011.00754.x

- Foucault, M. (2006). *Deliliğin Tarihi*. Ankara: İmge Kitabevi.
- Foucault, M. (2015). *Akıl Hastalığı ve Psikoloji*. (E. Bayoğlu, Çev.) İstanbul: Ayrıntı Yayınları.
- Fraser, M. W., Gallnsky, M. J., & Richman, J. M. (1999). Risk, protection, and resilience: Toward a conceptual framework for social work practice. *Social Work Research*, 23, s. 131-143. doi:10.1093/swr/23.3.131
- Fraser, M., & Terzian, M. (2005). Risk and Resilience in Child Development : Principles and Strategies of Practice. G. Mallon, & P. Hess (Dü) içinde, *Child Welfare for the Twenty-First Century: A Handbook of Practices, Policies, and Programs* (s. 55-71). New York: Columbia University Press. Nisan 8, 2024 tarihinde www.jstor.org/stable/10.7312/mall13072.8 adresinden alındı
- Fritz, J., de Graaff, A., Caisley, H., van Harmelen, A., & Wilkinson, P. (2018). A systematic review of amenable resilience factors that moderate and/or mediate the relationship between childhood adversity and mental health in young people. *Front Psychiatry*, 19(9). doi:10.3389/fpsy.2018.00230
- Fromm, E. (2023). *Yaratmayan İnsan Yok Etmek İster*. İstanbul: Destek Yayınları.
- Fudge, E., & Mason, P. (2004). Consulting with young people about service guidelines relating to parental mental illness. *Australian e-Journal for the Advancement of Mental Health*, 3(2), s. 50-58.
- Galea, S., Ahern, J., Rudenstine, S., Wallace, Z., & Vlahov, D. (2005). Urban built environment and depression: a multilevel analysis. *J Epidemiol Community Health*, 59(10), s. 822-827. doi:10.1136/jech.2005.033084
- Gambrill, E. (2012). *Critical Thinking in Clinical Practice: Improving the Quality of Judgments and Decisions*. Hoboken: John Wiley ve Sons.
- Garley, D., Gallop, R., Johnston, N., & Pipitone, J. (1997). Children of the mentally ill: a qualitative focus group approach. *J Psychiatr Ment Health Nurs.*, 4(2), s. 97-103. doi:10.1046/j.1365-2850.1997.00036.x.
- Garnezy, N. (1993). Children in poverty: resilience despite risk. *Psychiatry*, 56(1), s. 127-136. doi:10.1080/00332747.1993.11024627
- Gladstone, B., Boydell, K., & McKeever, P. (2006). Recasting research into children's experiences of parental mental illness: Beyond risk and resilience. *Soc Sci Med*, 62(10), s. 2540-2550. doi:10.1016/j.socscimed.2005.10.038

- Gladstone, B., Boydell, K., Seeman, M., & McKeever, P. (2011). Children's experiences of parental mental illness: a literature review. *Early Interv Psychiatry*, 5(4), s. 271-289. doi:10.1111/j.1751-7893.2011.00287.x
- Gladstone, B., McKeever, P., Seeman, M., & Boydell, K. (2014). Analysis of a support group for children of parents with mental illnesses: managing stressful situations. *Qual Health Res.*, 24(9), s. 1171-1182. doi:10.1177/1049732314528068
- Goffman, E. (2021). *Damga Örselenmiş Kimliğin İdare Edilişi Üzerine Notlar*. (L. Ü. Ş. Geniş, Çev.) Ankara: Heretik Yayınları.
- Gonzales, L., Chan, G., & Yanos, P. (2017). Individual and neighborhood predictors of mental illness stigma in New York state. *Stigma Health*, 2(3), s. 175-181. doi:10.1037/sah0000043
- Goodyear, M., Hill, T., Allchin, B., McCormick, F., Hine, R., Cuff, R., & O'Hanlon, B. (2015). Standards of practice for the adult mental health workforce: meeting the needs of families where a parent has a mental illness. *Int J Ment Health Nurs*, 24(2), s. 169-80. doi:10.1111/inm.12120
- Goodyear, M., Zechmeister-Koss, I., Bauer, A., Christiansen, H., Glatz-Grugger, M., & Paul, J. (2022). Development of an evidence-informed and codesigned model of support for children of parents with a mental illness- "It takes a village" approach. *Front Psychiatry*, 12. doi:10.3389/fpsyt.2021.806884
- Görmezden Gelmeyelim. (2021). *Türkiye'de Bulunan Hasta & Hasta Yakınları Dernekleri*. Ocak 5, 2025 tarihinde <https://www.gormezdengelmeyelim.com/dernekler> adresinden alındı
- Gözen, Ö., & Buz, S. (2020). Türkiye'de koruyucu ve önleyici ruh sağlığı uygulamaları: Sosyal hizmet uzmanları ve hastaların deneyimlerine dair nitel bir araştırma. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 12(Ek 1), s. 18-42. doi:10.18863/pgy.662628
- Gözen, Ö., Tuncay, T., & Kaniş, G. Z. (2025). Navigating stigma and building resilience: the role of perceived social support in individuals with mentally ill parents. *International Journal of Social Psychiatry*. doi:10.1177/00207640251345979
- Grant, G., Repper, J., & Nolan, M. (2008). Young people supporting parents with mental health problems: experiences of assessment and support. *Health Soc Care Community*, 16(3), s. 271-281. doi:10.1111/j.1365-2524.2008.00766.x

- Griffiths, J., Norris, E., Stallard, P., & Matthews, S. (2012). Living with parents with obsessive-compulsive disorder: children's lives and experiences. *Psychol Psychother*, 85(1), s. 68-82. doi:10.1111/j.2044-8341.2011.02016.x
- Griffiths, K., Nakane, Y., Christensen, H., Yoshioka, K., Jorm, A., & Nakane, H. (2006). Stigma in response to mental disorders: a comparison of Australia and Japan. *BMC Psychiatry*, 6(21). doi:10.1186/1471-244X-6-21
- Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. (2024). *SHM Nedir?* Ocak 3, 2025 tarihinde <https://shm.saglik.gov.tr>: <https://shm.saglik.gov.tr/shm-nedir.html> adresinden alındı
- Handley, C., Farrell, G., Josephs, A., Hanke, A., & Hazelton, M. (2001). The Tasmanian children's project: the needs of children with a parent/carer with a mental illness. *Aust N Z J Ment Health Nurs*, 10(4), s. 221-228. doi:10.1046/j.1440-0979.2001.00214.x
- Hardiker, P. (2002). A framework for conceptualising need and its application to planning and providing services. H. Ward, & W. Rose içinde, *Approaches to Needs Assessment in Children's Services*. London: Jessica Kingsley.
- Harkin, J., Stafford, L., & Leggatt-Cook, C. (2020). Influences on children's voices in family support services: practitioner perspectives. *Child & Family Social Work*, 25(4), s. 955-963. doi:10.1111/cfs.12781
- Hatzenbuehler, M. (2016). Structural stigma: Research evidence and implications for psychological science. *Am Psychol*, 71(8), s. 742-751. doi:10.1037/amp0000068
- Hawkins, J., Catalano, R., & Miller, J. (1992). Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood: implications for substance abuse prevention. *Psychol Bull.*, 112(1), s. 64-105. doi:10.1037/0033-2909.112.1.64.
- Hazan, C., & Shaver, P. (1987). Romantic love conceptualized as an attachment process. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52(3), s. 511-524. doi:10.1037/0022-3514.52.3.511
- Hedman Ahlström, B., Skärsäter, I., & Danielson, E. (2011). Children's view of a major depression affecting a parent in the family. *Issues Ment Health Nurs*, 32(9), s. 560-567. doi:10.3109/01612840.2011.579689

- Herbert, H. S., Manjula, M., & Philip, M. (2013). Growing up with a parent having schizophrenia: experiences and resilience in the offsprings. *Indian Journal of Psychological Medicine*, 35(2), s. 148-153. doi:10.4103/0253-7176.116243
- Hinshaw, S., & Stier, A. (2008). Stigma as related to mental disorders. *Annu Rev Clin Psychol*, 4, s. 367-393. doi:10.1146/annurev.clinpsy.4.022007.141245
- Holahan, C., Moos, R., Holahan, C., Brennan, P., & Schutte, K. (2005). Stress generation, avoidance coping, and depressive symptoms: a 10-year model. *J Consult Clin Psychol*, 73(4), s. 658-666. doi:10.1037/0022-006X.73.4.658
- Homlong, L., Rosvold, E., Sagatun, Å., Wentzel-Larsen, T., & Haavet, O. (2015). Living with mentally ill parents during adolescence: a risk factor for future welfare dependence? A longitudinal, population-based study. *BMC Public Health*, 15(413). doi:10.1186/s12889-015-1734-1
- Hughes, K., Bellis, M. A., Hardcastle, K. A., Sethi, D., Butchart, A., Mikton, C., . . . Dunne, M. P. (2017). The effect of multiple adverse childhood experiences on health: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Public Health*, 2.
- Hughes, K., Lowey, H., Quigg, Z., & Bellis, M. (2016). Relationships between adverse childhood experiences and adult mental well-being: results from an English national household survey. *BMC Public Health*, 16. doi:10.1186/s12889-016-2906-3
- IASSW. (2014). *Global Definition of Social Work*. Aralık 28, 2018 tarihinde <https://www.iassw-aiets.org/global-definition-of-social-work-review-of-the-global-definition/> adresinden alındı
- İBB Sağlık. (2024). *Psikolojik Danışma Merkezleri*. Aralık 30, 2024 tarihinde <https://saglik.ibb.istanbul/psikolojik-danismanlik-merkezleri-pdm/> adresinden alındı
- Ipsos. (2024). Dünya Ruh Sağlığı Monitörü. Şubat 12, 2025 tarihinde alındı
- Iseselo, M., Kajula, L., & Yahya-Malima, K. (2016). The psychosocial problems of families caring for relatives with mental illnesses and their coping strategies: a qualitative urban based study in Dar es Salaam, Tanzania. *BMC Psychiatry*, 16. doi:10.1186/s12888-016-0857-y
- Kageyama, M., Sakamoto, T., Kobayashi, A., Hiramata, A., Tamura, H., & Yokoyama, K. (2023). Childhood adversities and psychological health of adult children of

parents with mental illness in Japan. *Healthcare (Basel)*, 11(2). doi:10.3390/healthcare11020214

- Khalifeh, H., Murgatroyd, C., Freeman, M., Johnson, S., & Killaspy, H. (2009). Home treatment as an alternative to hospital admission for mothers in a mental health crisis: a qualitative study. *Psychiatr Serv.*, 60(5), s. 634-639. doi:10.1176/ps.2009.60.5.634
- Kılıç, C. (1998). Erişkinlerle ilgili sonuçlar. N. Erol, C. Kılıç, M. Ulusoy, M. Keçeci, & Z. (. Şimşek içinde, *Türkiye Ruh Sağlığı Profili: Ana Rapor*. Ankara: Sağlık Bakanlığı Yayınları.
- Kılıç, C. (2017, Nisan 18). *Ulusak Hastalık Yükü Çalışması Sonuçları ve Çözüm Önerileri*. Nisan 1, 2023 tarihinde <https://silo.tips/download/ulusal-hastalk-yk-almas-2017> adresinden alındı
- 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), s. 24–32. doi:10.1037/h0095388
- Knutsson-Medin, L., Edlund, B., & Ramklint, M. (2007). Experiences in a group of grown-up children of mentally ill parents. *J Psychiatr Ment Health Nurs*, 14(8), s. 744-752. doi:10.1111/j.1365-2850.2007.01181.x.
- Krendl, A. C., & Pescosolido, B. A. (2020). Countries and cultural differences in the stigma of mental illness: The East–West divide. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 51(2), s. 149–167. doi:10.1177/0022022119901297
- Kruger, A. (2000). Empowerment in social work practice with the psychiatrically disabled: Model and method. *Smith College Studies in Social Work*, 70(3), s. 427-439.
- Kuş, E. (2012). *Nicel – Nitel Araştırma Teknikleri Sosyal Bilimlerde Araştırma Teknikleri Nicel mi? Nitel mi?* Ankara: Anı Yayıncılık.
- Küçük Öztürk, G. (2022). Journey of a psychiatric nurse: Growing up with parents with mental illness. *Psychiatr Ment Health Nurs*, 29(1), s. 9-13. doi:10.1111/jpm.12726
- Kümbetoğlu, B. (2015). *Sosyoloji ve Antropolojide Niteliksel Yöntem ve Araştırma* (4. Baskı b.). İstanbul: Bağlam Yayıncılık.
- Lacey, M., Paolini, S., Hanlon, M., Melville, J., Galletly, C., & Campbell, L. (2015). Parents with serious mental illness: differences in internalised and externalised

- mental illness stigma and gender stigma between mothers and fathers. *Psychiatry Res.*, 225(3), s. 723-733. doi:10.1016/j.psychres.2014.09.010
- Lahad, M. (1997). The Story of Coping Resources. M. Lahad, & A. Cohen (Dü) içinde, *Community Stress Prevention Volume I* (s. 1-18). Qiryat Shemona: The Community Stress Prevention Centre.
- Lahad, M. (2017). From victim to victor: The development of the BASIC PH model of coping and resiliency. *Traumatology*, 23(1), s. 27-34. doi:10.1037/trm0000105
- Larsson, B., Knutsson-Medin, L., & Sundelin, C. v. (2000). Social competence and emotional/behavioural problems in children of psychiatric inpatients. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 9(2), s. 122-128. doi:10.1007/pl00010708. PMID: 10926062
- Lauber, C., & Rössler, W. (2007). Stigma towards people with mental illness in developing countries in Asia. *Int Rev Psychiatry*, 19(2), s. 157-178. doi:10.1080/09540260701278903
- Lauritzen, C., Reedtz, C., Van Doesum, K., & Martinussen, M. (2015). Factors that may facilitate or hinder a family-focus in the treatment of parents with a mental illness. *J Child Fam Stud*, 24(4), s. 864-871. doi:10.1007/s10826-013-9895-y
- Lee Cori, J. (2017). *Annenin Duygusal Yokluğu*. İstanbul: Koridor Yayıncılık.
- Lee, J. (2001). *The Empowerment Approach to Social Work Practice*. New York: Colombia University Press.
- Lee, J. (2001). *The Empowerment Approach to Social Work Practice*. New York: Colombia University Press.
- LeFrançois, B. (2012). Distressed fathers and their children: a review of the literature. *Int J Soc Psychiatry*, 58(2). doi:10.1177/0020764010387478
- Li, Y., Li, P., Yuan, M., Li, Y., Zhang, X., Chen, J., . . . P., S. (2024). Social-ecological perspective on the suicidal behaviour factors of early adolescents in China: a network analysis. *Gen Psychiatr*, 37(1). doi:10.1136/gpsych-2023-101317
- Liang, X., Lin, Y., Van IJzendoorn, M., & Wang, Z. (2021). Grandmothers are part of the parenting network, too! A longitudinal study on coparenting, maternal sensitivity, child attachment and behavior problems in a Chinese sample. *New Dir Child Adolesc Dev*, 180, s. 95-116. doi:10.1002/cad.20442

- Liljeqvist, M., Kling, S., Hallén, M., & Jormfeldt, H. (2020). Swedish mental health nurses' experiences of portrayals of mental illness in public media. *Issues Ment Health Nurs.*, 41(4), s. 348-354. doi:10.1080/01612840.2019.1658244.
- Link, B., Yang, L., Phelan, J., & Collins, P. (2004). Measuring mental illness stigma. *Schizophr Bull*, 30(3), s. 511-541. doi:10.1093/oxfordjournals.schbul.a007098
- Liu, S. H., Hsiao, F., Chen, S., Hsieh, M. H., & Shiao, S. (2024). Individual resilience among adult children of parents with bipolar disorder in chinese society: an inductive and deductive content analysis approach. *Journal of Transcultural Nursing*. doi:10.1177/10436596241290786
- Lombardo, K. L., & Motta, R. W. (2008). Secondary trauma in children of parents with mental illness. *Traumatology*, 14(3), s. 57–67. doi:10.1177/1534765608320331
- Longmate, C., Lowder, E., Givens, A., Van Deirse, T., Ghezzi, M., Burgin, S., & Cuddeback, G. (2021). Social support among people with mental illnesses on probation. *Psychiatr Rehabil J*, 44(1), s. 70-76. doi:10.1037/prj0000428
- Mahomed, F., Stein, M., Chauhan, A., & Pathare, S. (2019). 'They love me, but they don't understand me': Family support and stigmatisation of mental health service users in Gujarat, India. *Int J Soc Psychiatry*, 65(1), s. 73-79. doi:10.1177/0020764018816344
- Masten, A. S. (1994). Resilience in Individual Development: Successful Adaptation Despite Risk and Adversity. M. Wang, & E. Gordon (Dü) içinde, *Educational Resilience in Inner-City America: Challenges and Prospects* (s. 3-25). New York: Lawrence Erlbaum.
- Masterson, S., & Owen, S. (2006). Mental health service user's social and individual empowerment: Using theories of power to elucidate far-reaching strategies. *Journal of Mental Health*, 15(1), s. 19-34.
- Maybery, D. J., Reupert, A. E., Patrick, K., Goodyear, M., & Crase, L. (2009). Prevalence of parental mental illness in Australian families. *Psychiatric Bulletin*, 33(1), s. 22-26. doi:10.1192/pb.bp.107.018861
- Maybery, D., & Reupert, A. (2009). Parental mental illness: a review of barriers and issues for working with families and children. *J Psychiatr Ment Health Nurs*, 16(9), s. 784-791. doi:10.1111/j.1365-2850.2009.01456.x

- Maybery, D., Reupert, A. E., Patrick, K., Goodyear, M., & Crase, L. (2009). Prevalence of parental mental illness in Australian families. *Psychiatric Bulletin*, 33(1), s. 22-26. doi:10.1192/pb.bp.107.018861
- Maybery, D., Reupert, A., & Goodyear, M. (2015). Goal setting in recovery: Families where a parent has a mental illness or a dual diagnosis. *Child & Family Social Work*, 20(3), s. 354–363. doi:10.1111/cfs.12084
- McCormack, L., White, S., & Cuenca, J. (2016). A fractured journey of growth: making meaning of a 'Broken' childhood and parental mental ill-health. *Community, Work & Family*, 20(3), s. 327–345. doi:10.1080/13668803.2015.1117418
- McCormack, L., White, S., & Cuenca, J. (2016). A fractured journey of growth: making meaning of a 'Broken' childhood and parental mental ill-health. *Community, Work & Family*, 20(3), s. 327–345. doi:10.1080/13668803.2015.1117418
- Meadus, R., & Johnson, B. (2000). The experience of being an adolescent child of a parent who has a mood disorder. *J Psychiatr Ment Health Nurs.*, 7(5), s. 383-390. doi:10.1046/j.1365-2850.2000.00319.x.
- Mellor, D., Carne, L., Shen, Y.-C., McCabe, M., & Wang, L. (2012). Stigma toward mental illness: a cross-cultural comparison of Taiwanese, Chinese immigrants to Australia and Anglo-Australians. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 44(3), s. 352-364. doi:10.1177/0022022112451052
- Millî Eğitim Bakanlığı. (2001, Nisan 17). *Millî Eğitim Bakanlığı Rehberlik Ve Psikolojik Danışma Hizmetleri Yönetmeliği*. Ocak 2, 2025 tarihinde https://orgm.meb.gov.tr/alt_sayfalar/mevzuat/Milli%20E%C4%9Fitim%20Bakanl%C4%B1%C4%9F%C4%B1%20Rehberlik%20ve%20Psikolojik%20Hizmetler%20Y%C3%B6netmeli%C4%9Fi.htm adresinden alındı
- Millî Eğitim Bakanlığı. (2022, Nisan 7). *Rehberlik ve Araştırma Merkezi (RAM)*. Ocak 2, 2025 tarihinde <https://orgm.meb.gov.tr/www/rehberlik-ve-arastirma-merkezi-ram/icerik/1929> adresinden alındı
- Mirza, A., Birtel, M. D., Pyle, M., & Morrison, A. P. (tarih yok). Cultural differences in psychosis: The role of causal beliefs and stigma in White British and South Asians. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 50(3), s. 441–459. doi:10.1177/0022022118820168

- Miyamoto, Y., Hashimoto-Koichi, R., Akiyama, M. M., & Takamura, S. (2015). Mental health and social service needs for mental health service users in Japan: a cross-sectional survey of client- and staff-perceived needs. *International Journal of Mental Health Systems*, 9(19). doi: 10.1186/s13033-015-0009-7
- Miyamoto, Y., Hashimoto-Koichi, R., Akiyama, M., & Takamura, S. (2015). Mental health and social service needs for mental health service users in Japan: a cross-sectional survey of client- and staff-perceived needs. *Int J Ment Health Syst.*, 9(19). doi:10.1186/s13033-015-0009-7
- Montgomery, P., Mossey, S., Bailey, P., & Forchuk, C. (2011). Mothers with serious mental illness: their experience of "hitting bottom. *ISRN Nurs.* .
- Mordoch, E. (2010). How children understand parental mental illness: "You don't get life insurance. What's life insurance?". *J Can Acad Child Adolesc Psychiatry*, 19(1), s. 19-25.
https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC2809442/pdf/ccap19_1p0019.pdf
adresinden alındı
- Mordoch, E., & Hall, W. (2008). Children's perceptions of living with a parent with a mental illness: finding the rhythm and maintaining the frame. *Qual Health Res.*, 18(8), s. 1127-1144. doi:10.1177/1049732308320775
- Morris, A., Silk, J., Morris, M., Steinberg, L., Aucoin, K., & Keyes, A. (2011). The influence of mother-child emotion regulation strategies on children's expression of anger and sadness. *Dev Psychol*, 47(1), s. 213-225. doi:10.1037/a0021021
- Mowbray, C. T., Bybee, D., Hollingsworth, L., Goodkind, S., & Oyserman, D. (2005). Living arrangements and social support: Effects on the well-being of mothers with mental illness. *Social Work Research*, 29(1), s. 31–39. doi:10.1093/swr/29.1.41
- Mueller, P., Plevak, D., & Rummans, T. (2001). Religious involvement, spirituality, and medicine: implications for clinical practice. *Mayo Clin Proc*, 76(12), s. 1225-1235. doi:10.4065/76.12.1225
- Murphy, G., Peters, K., Jackson, D., & Wilkes, L. (2011). A qualitative meta-synthesis of adult children of parents with a mental illness. *J Clin Nurs*, 20(23-24). doi:10.1111/j.1365-2702.2010.03651.x.

- Murphy, G., Peters, K., Wilkes, L., & Jackson, D. (2015a). Childhood parental mental illness: living with fear and mistrust. *Issues Ment Health Nurs.*, 36(4), s. 294-299. doi:10.3109/01612840.2014.971385
- Murphy, G., Peters, K., Wilkes, L., & Jackson, D. (2015b). Adult children of parents with mental illness: navigating stigma. *Child & Family Social Work*, 22(1), s. 330–338. doi:10.1111/cfs.12246
- Murphy, G., Peters, K., Wilkes, L., & Jackson, D. (2018). Adult children of parents with mental illness: parenting journeys. *BMC Psychol*, 6(1). doi:10.1186/s40359-018-0248-x.
- Nathiel, S. (2007). *Daughters of Madness: Growing Up and Older with a Mentally Ill Mother*. Santa Barbara: Praeger.
- Naughton, M. A., Maybery, D., Sutton, K., & Goodyear, M. (2019). Impact of parental mental illness on children's HoNOSCA results in a regional child and adolescent mental health service. *Int J Ment Health Nurs.*, 28(5), s. 1053-1064. doi:10.1111/inm.12609
- Naughton, M., Maybery, D., & Goodyear, M. (2017). Prevalence of mental illness within families in a regional child-focused mental health service. *International Journal of Mental Health Nursing*, 27(2), s. 901-910. doi:10.1111/inm.12386
- Neuman, W. L. (2020). *Toplumsal Araştırma Yöntemleri: Nicel ve Nitel Yaklaşımlar I*. (Ö. Akkaya, Çev.) Ankara: Siyasal Kitabevi.
- Neuman, W. L. (2020). *Toplumsal Araştırma Yöntemleri: Nicel ve Nitel Yaklaşımlar I*. (Ö. Akkaya, Çev.) Ankara: Siyasal Kitabevi.
- Nicholson, J., Biebel, K., Williams, V., & Katz-Leavy, J. (2002). Prevalence of parenthood in adults with mental illness: Implications for state and federal policy, programs, and providers. *Psychiatry Publications and Presentations*, 153, s. 120-137.
- Nilsson, S., Gustafsson, L., & N. M. (2014). Young adults' childhood experiences of support when living with a parent with a mental illness. *Journal of Child Health Care*, 19(4), s. 444-453. doi:10.1177/1367493513519296
- Njoku, I. (2022, Novemver). *What is mental illness?* www.psychiatry.org: <https://www.psychiatry.org/patients-families/what-is-mental-illness> adresinden alındı

- Novella, E. (2010). Mental health care and the politics of inclusion: a social systems account of psychiatric deinstitutionalization. *Theor Med Bioeth*, 31(6), s. 411-427. doi:10.1007/s11017-010-9155-8
- O'Connell, K. (2008). What can we learn? Adult outcomes in children of seriously mentally ill mothers. *J Child Adolesc Psychiatr Nurs.*, 21(2), s. 89-104.
- O'Connell, N., O'Connor, K., McGrath, D., Vagge, L., Mockler, D., Jennings, R., & Darker, C. (2021). Early Intervention in Psychosis services: A systematic review and narrative synthesis of the barriers and facilitators to implementation. *Eur Psychiatry*, 65(1). doi:10.1192/j.eurpsy.2021.2260
- Oliveira, P., Porfírio, C., Ribeiro, I., Carvalho, J., Sequeira, C., & Pires, R. (2022). Art Therapy in Mental Health Promotion. *Med. Sci. Forum*, 16(1). doi:10.3390/msf2022016006
- Oral, T. (2017). Bitmeyen uğraşımız: Ruh sağlığı yasası. *Türkiye Psikiyatri Derneği Bülteni*, 20(1), s. 7-8.
- Ostman, M. (2008). Interviews with children of persons with a severe mental illness - Investigating their everyday situation. *Nordic Journal of Psychiatry*, 62(5), s. 354-359. doi:10.1080/08039480801960065
- Ostman, M., & Hansson, L. (2002). Children in families with a severely mentally ill member. Prevalence and needs for support. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.*, 37(5), s. 243-248. doi:10.1007/s00127-002-0540-0
- Ostman, M., & Kjellin, L. (2002). Stigma by association: psychological factors in relatives of people with mental illness. *Br J Psychiatry*, 181, s. 494-498. doi:10.1192/bjp.181.6.494
- Oyserman, D., Bybee, D., Mowbray, C., & Hart-Johnson, T. (2005, Aug). When mothers have serious mental health problems: parenting as a proximal mediator. *J Adolesc.*, 28(4), s. 443-63. doi:10.1016/j.adolescence.2004.11.004
- Oyserman, D., Mowbray, C., Meares, P., & Firminger, K. (2000). Parenting among mothers with a serious mental illness. *Am J Orthopsychiatry*, 70(3), s. 296-315. doi:10.1037/h0087733

- Özateş, Ö. S., & Atauz, S. (2011). Sosyal hizmet uzmanlarının aileye dönüş ve aile yanında destek projesine ilişkin değerlendirmeleri. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 22(2), s. 101-112.
- Palfrey, J., Tonniges, T., Green, M., & Richmond, J. (2005). Addressing the millennial morbidity--the context of community pediatrics. *Pediatrics*, 115(4 Suppl), s. 1121-1123. doi:10.1542/peds.2004-2825b.
- Pape, S., & Collins, M. (2011). A systematic literature review of parenting behaviours exhibited by anxious people. *European Psychiatry*, 26(S2), s. 170-170. doi:10.1016/S0924-9338(11)71881-8
- Parcesepe, A., & Cabassa, L. (2013). Public stigma of mental illness in the United States: a systematic literature review. *Adm Policy Ment Health*, 40(5), s. 384-399. doi:10.1007/s10488-012-0430-z
- Pargament, K., Koenig, H., Tarakeshwar, N., & Hahn, J. (2004). Religious coping methods as predictors of psychological, physical and spiritual outcomes among medically ill elderly patients: a two-year longitudinal study. *J Health Psychol*, 9(6), s. 713-730. doi:10.1177/1359105304045366
- Patton, M. Q. (2014). *Nitel Araştırma ve Değerlendirme Yöntemleri*. Ankara: Pegem Akademi.
- Payne, M. (1991). *Modern Social Work Theory A critical introduction*. London: Macmillan.
- Pescosolido, B., Martin, J., Olafsdottir, S., Long, J., Kafadar, K., & Medina, T. (2015). The theory of industrial society and cultural schemata: Does the "cultural myth of stigma" underlie the WHO schizophrenia paradox? *AJS*, 121(3), s. 783-825. doi:10.1086/683225
- Pfeifferberger, A. S., D'Souza, A., Huthwaite, M., & Romans, S. (2016). The well-being of children of parents with a mental illness: the responsiveness of crisis mental health services in wellington, new zealand. *Child & Family Social Work*, 21(4), s. 600-607. doi:10.1111/cfs.12186
- Phelan, J., Bromet, E., & Link, B. (1998). Psychiatric illness and family stigma. *Schizophr Bull*, 24(1), s. 115-126. doi:10.1093/oxfordjournals.schbul.a033304
- Pierce, M., Abel, K. M., Muwonge, J. J., Wicks, S., Nevriana, A., Hope, H., . . . Kosidou, K. (2020). Prevalence of parental mental illness and association with socioeconomic adversity among children in sweden between 2006 and 2016: a

- population-based cohort study. *The Lancet Public Health*, 5(11), s. e583-e591. doi:10.1016/s2468-2667(20)30202-4
- Pihkala, H., Sandlund, M., & Cederström, A. (2012). Children in Beardslee's family intervention: relieved by understanding of parental mental illness. *Int J Soc Psychiatry*, 58(6), s. 623-628. doi:10.1177/0020764011419055
- Plass-Christl, A., Haller, A., Otto, C., Barkmann, C., Wiegand-Grefe, S., Hölling, H., . . . Klasen, F. (2017). Parents with mental health problems and their children in a German population based sample: Results of the BELLA study. *PLoS One*, 12(7). doi:10.1371/journal.pone.0180410
- Polanczyk, G. V., Salum, G. A., Sugaya, L., Caye, A., & Rohde, L. A. (2015). Annual research review: a meta-analysis of the worldwide prevalence of mental disorders in children and adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 56(3), s. 345-365. doi:10.1111/jcpp.12381
- Power, J., Goodyear, M., Maybery, D., Reupert, A., O'Hanlon, B., Cuff, R., & Perlesz, A. (2015). Family resilience in families where a parent has a mental illness. *Journal of Social Work*, 16(1), s. 66-82. doi:10.1177/1468017314568081
- Pölkki, P., Ervast, S., & Huupponen, M. (2004). Coping and resilience of children of a mentally ill parent. *Soc Work Health Care*, 39(1-2), s. 151-63. doi:10.1300/j010v39n01_10
- Radicke, A., Barkmann, C., Adema, B., Daubmann, A., Wegscheider, K., & Wiegand-Grefe, S. (2021). Children of parents with a mental illness: predictors of health-related quality of life and determinants of child-parent agreement. *Int J Environ Res Public Health*, 18(2). doi:10.3390/ijerph18020379
- Radicke, A., Sell, M., Adema, B., Daubmann, A., Kilian, R., Busmann, M., . . . Wiegand-Grefe, S. (2021). Risk and protective factors associated with health-related quality of life of parents with mental illness. *Front Psychiatry*. doi:10.3389/fpsy.2021.779391
- Rampou, A. M., Havenga, Y., & Madumo, M. (2015). Parenting experiences of mothers living with a chronic mental illness. *Health SA Gesondheid*, 20(1), s. 118-127. doi:10.1016/j.hsag.2015.04.004
- Rappaport, J. (1981). In praise of paradox: a social policy of empowerment over prevention. *Am J Community Psychol*, 9(1), s. 1-25. doi:10.1007/BF00896357.

- Rappaport, J. (1987). Terms of empowerment/exemplars of prevention: Toward a theory for community psychology. *American Journal of Community Psychology*, 15(2), s. 121-148.
- Rasic, D., Hajek, T., Alda, M., & Uher, R. (2014). Risk of mental illness in offspring of parents with schizophrenia, bipolar disorder, and major depressive disorder: a meta-analysis of family high-risk studies. *Schizophr Bull.*, 40(1), s. 28-38. doi:10.1093/schbul/sbt114
- Reedtz, C., Lauritzen, C., Stover, Y. V., Freili, J. L., & Rognmo, K. (2019). Identification of children of parents with mental illness: a necessity to provide relevant support. *Frontiers in Psychiatry*, 9. doi:10.3389/fpsy.2018.00728
- Resmi Gazete. (1928, Nisan 11). *Tababet Ve Şuabatı San'atlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun*. Mart 18, 2025 tarihinde www.mevzuat.gov.tr: <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuatmetin/1.3.1219.pdf> adresinden alındı
- Resmi Gazete. (1983, Mayıs 25). *Sosyal Hizmetler Kanunu*. Mart 18, 2925 tarihinde www.mevzuat.gov.tr: <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=2828&MevzuatTur=1&MevzuatTertip=5> adresinden alındı
- Resmi Gazete. (2001, Aralık 22). *4721 Sayılı Türk Medenî Kanunu*. Mart 31, 2025 tarihinde www.aile.gov.tr: <https://www.aile.gov.tr/eyhgm/mevzuat/ulusal-mevzuat/kanunlar/turk-medeni-kanunu/> adresinden alındı
- Resmi Gazete. (2005, Temmuz 15). *Çocuk Koruma Kanunu*. Ocak 28, 2024 tarihinde www.mevzuat.gov.tr: <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuatmetin/1.5.5395.pdf> adresinden alındı
- Resmi Gazete. (2006, Aralık 24). *Çocuk Koruma Kanununa Göre Verilen Koruyucu Ve Destekleyici Tedbir Kararlarının Uygulanması Hakkında Yönetmelik*. Aralık 30, 2024 tarihinde www.mevzuat.gov.tr: <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=10884&MevzuatTur=7&MevzuatTertip=5> adresinden alındı
- Resmi Gazete. (2011). *633 Sayılı Kanun Hükmünde Kararname*. Ocak 23, 2025 tarihinde www.resmigazete.gov.tr: <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2011/06/20110608m1-1..pdf> adresinden alındı

- Resmi Gazete. (2013, Şubat 9). *Sosyal Hizmet Merkezleri Yönetmeliği*. Aralık 30, 2024 tarihinde <https://resmigazete.gov.tr/eskiler/2013/02/20130209-3.htm> adresinden alındı
- Resmî Gazete. (2014, Mayıs 22). *Sağlık Meslek Mensupları ile Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Diğer Meslek Mensuplarının İş Ve Görev Tanımlarına Dair Yönetmelik*. Ocak 2, 2015 tarihinde www.mevzuat.gov.tr:www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=19696&MevzuatTur=7&MevzuatTertip=5 adresinden alındı
- Reupert, A., & Maybery, D. (2007). Families affected by parental mental illness: A multiperspective account of issues and interventions. *American Journal of Orthopsychiatry*, 77(3), s. 362-369.
- Reupert, A., & Maybery, D. (2010). Knowledge is power": educating children about their parent's mental illness. *Soc Work Health Care*, 49(7), s. 630-646. doi:10.1080/00981380903364791
- Reupert, A., Cuff, R., Drost, L., Foster, K., van Doesum, K., & van Santvoort, F. (2013). Intervention programs for children whose parents have a mental illness: a review. *Med J Aust.*, 199(3 Suppl), s. 18-22. doi:10.5694/mja11.11145
- Reupert, A., Gladstone, B., Helena Hine, R., Yates, S., McGaw, V., Charles, G., . . . K., F. (2021). Stigma in relation to families living with parental mental illness: An integrative review. *Int J Ment Health Nurs*, 30(1), s. 6-26. doi:10.1111/inm.12820
- Riebschleger, J. (2004). Good days and bad days: the experiences of children of a parent with a psychiatric disability. *Psychiatr Rehabil J.*, 28(1), s. 25-31. doi:10.2975/28.2004.25.31.
- Riebschleger, J., Grové, C. C., & Costello, S. (2017). Mental health literacy content for children of parents with a mental illness: thematic analysis of a literature review. *Brain Sci.*, 26(7). doi:10.3390/brainsci7110141
- Riebschleger, J., Tableman, B., Rudder, D., Onaga, E., & Whalen, P. (2009). Early outcomes of a pilot psychoeducation group intervention for children of a parent with a psychiatric illness. *Psychiatr Rehabil J.*, 33(2), s. 133-141. doi:10.2975/33.2.2009.133.141

- Rose, H. D., & Cohen, K. (2010). The experiences of young careers: A meta-synthesis of qualitative findings. *Journal of Youth Studies*, 13(4), s. 473-487. doi:10.1080/13676261003801739
- Rudder, D., Riebschleger, J., & Anderson, G. R. (2014). Kinship care for children of a parent with a mental illness. *Journal of Family Social Work*, 17(2), s. 102–118. doi:10.1080/10522158.2014.880982
- Rutter, M. Q. (1984, Nov). Parental psychiatric disorder: effects on children. *Psychol Med.*, 14(4), s. 853-80. doi:10.1017/s0033291700019838
- Rüsch, N., Angermeyer, M., & Corrigan, P. (2005). Mental illness stigma: concepts, consequences, and initiatives to reduce stigma. *Eur Psychiatry*, 20(8), s. 529-539. doi:10.1016/j.eurpsy.2005.04.004
- Rüsch, N., Corrigan, P., Powell, K., Rajah, A., Olschewski, M., Wilkniss, S., & Batia, K. (2009). A stress-coping model of mental illness stigma: II. Emotional stress responses, coping behavior and outcome. *Schizophr Res.*, 110(1-3), s. 65-71. doi:10.1016/j.schres.2009.01.005
- Rüsch, N., Müller, M., Lay, B., Corrigan, P., Zahn, R., Schönenberger, T., . . . Rössler, W. (2014). Emotional reactions to involuntary psychiatric hospitalization and stigma-related stress among people with mental illness. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*, 264, s. 35-43. doi:10.1007/s00406-013-0412-5
- Safa, P. (2024). *Matmazel Noralya'nın Koltuğu* (43. Baskı b.). İstanbul: Ötüken Neşriyat.
- Sağlık Bakanlığı. (2011). *Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri Hakkında Yönerge*. Ocak 2, 2025 tarihinde <https://www.saglik.gov.tr/TR,11269/toplum-ruh-sagligi-merkezleri-hakkinda-yonerge.html> adresinden alındı
- Sağlık Bakanlığı. (2018). *Çocuk İzlem Merkezleri Hakkında Genelge*. Aralık 30, 2024 tarihinde <https://khgmsaglikhizmetleridb.saglik.gov.tr/TR-42930/cocuk-izlem-merkezleri-hakkinda-genelge.html> adresinden alındı
- Saleeby, D. (2006). *The Strengths Perspective in Social Work Practice*. Boston: Pearson/Allyn ve Bacon.
- Saragosa, M., Frew, M., Hahn-Goldberg, S., Orchanian-Cheff, A., Abrams, H., & Okrainec, K. (2022). The young carers' journey: A systematic review and meta ethnography. *Int J Environ Res Public Health*, 19(10). doi:10.3390/ijerph19105826

- Schwartz, C. R. (2013). Trends and variation in assortative mating: Causes and consequences. *Annual Review of Sociology*, 39(1), s. 451-470.
- Sell, M. R., Adema, B., Daubmann, A., Kilian, R., Stiawa, M., Busmann, M., . . . Wiegand-Grefe, S. (2021a, Oct 18). Parents with mental illness: Parental coping behavior and its association with children's mental health. *Front Psychiatry*. doi:10.3389/fpsy.2021.737861
- Sell, M., Daubmann, A., Zapf, H., Adema, B., Busmann, M., Stiawa, M., . . . Wiegand-Grefe, S. (2021b). Family functioning in families affected by parental mental illness: Parent, child, and clinician ratings. *Int J Environ Res Public Health*, 18(15). doi:10.3390/ijerph18157985
- Shor, R., & Moreh-Kremer, M. (2016). Identity development of mothers with mental illness: Contribution and challenge of motherhood. *Social Work in Mental Health*, 14(3), s. 215-226. doi:10.1080/15332985.2015.1017135
- Siegenthaler, E., Munder, T., & Egger, M. (2012). Effect of preventive interventions in mentally ill parents on the mental health of the offspring: systematic review and meta-analysis. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 51(1), s. 8-17. doi:10.1016/j.jaac.2011.10.018.
- Simsek, Z., Ak, D., Altindag, A., & Günes, M. (2008). Prevalence and predictors of mental disorders among women in Sanliurfa, Southeastern Turkey. *Journal of Public Health*, 30(4), s. 487–493. doi:10.1093/pubmed/fdn025
- Smith, M. (2004). Parental mental health: Disruptions to parenting and outcomes for children. *Child & Family Social Work*, 9(1), s. 3-11. doi:10.1111/j.1365-2206.2004.00312.x
- Solantaus, T., Paavonen, E., Toikka, S., & Punamäki, R. (2010). Preventive interventions in families with parental depression: children's psychosocial symptoms and prosocial behaviour. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 19(12), s. 883-892. doi:10.1007/s00787-010-0135-3
- Somers, V. (2007). Schizophrenia: The impact of parental illness on children. *The British Journal of Social Work*, 37(8), s. 1319–1334. doi:10.1093/bjsw/bc1083
- Stallard, P., Norman, P., Huline-Dickens, S., Salter, E., & Cribb, J. (2004). The effects of parental mental illness upon children: A descriptive study of the views of parents

and children. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 9(1), s. 39-52. doi:10.1177/1359104504039767

Stambaugh, L., Forman-Hoffman, V., Williams, J., Pemberton, M., Ringeisen, H., Hedden, S., & Bose, J. (2017). Prevalence of serious mental illness among parents in the United States: results from the National Survey of Drug Use and Health, 2008-2014. *Ann Epidemiol.*, 27(3), s. 222-224. doi:10.1016/j.annepidem.2016.12.005

Stracke, M., Heinzl, M., Müller, A. D., Gilbert, K., Thorup, A. A., Paul, J. L., & Christiansen, H. (2023). Mental health is a family affair—Systematic review and meta-analysis on the associations between mental health problems in parents and children during the COVID-19 pandemic. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 20(5). doi:10.3390/ijerph20054485

Stuart, P. (1997). Community care and the origins of psychiatric social work. *Soc Work Health Care*, 25(3), s. 25-36. doi:10.1300/J010v25n03_03

T.C. Sağlık Bakanlığı. (2025). *Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2023*. Ankara: TC Sağlık Bakanlığı. Mart 18, 2025 tarihinde <https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/50500/0/siy202307032025pdf.pdf> adresinden alındı

T.C. Sağlık Bakanlığı. (2025). *T.C.Anayasası 56.Madde*. Mart 18, 2025 tarihinde www.saglik.gov.tr:https://www.saglik.gov.tr/TR-11472/tcanayasasi-56madde.html#:~:text=%E2%80%9CHerkes%20sa%C4%9F%C4%B1kl%C4%B1%20ve%20dengeli%20bir,%C3%B6nlemek%20Devletin%20ve%20vatanda%C5%9Flar%C4%B1n%20%C3%B6devidir. adresinden alındı

T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Ruh Sağlığı Dairesi Başkanlığı. (2023). *TRSM Adresleri*. Mart 18, 2025 tarihinde hsgm.saglik.gov.tr:https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/trsm-adresleri.html adresinden alındı

T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. (2023). *Türkiye Ruh Sağlığı Profili Araştırması - 2 Sonuç Raporu*. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü.

Tabak, I., Zabłocka-Żytka, L., Ryan, P. P., Joronen, K., Viganò, G., Simpson, W., . . . Dawson, I. (2016). Needs, expectations and consequences for children growing up in a family where the parent has a mental illness. *Int J Ment Health Nurs.*, 25(4), s. 319-329. doi:10.1111/inm.12194

- Tarakeshwar, N., & Pargament, K. I. (2001). Religious coping in families of children with autism. *Focus on Autism and Other Developmental Disabilities*, 16(4), s. 247-260. doi:10.1177/108835760101600408
- Tchernegovski, P., Hine, R., Reupert, A., & Maybery, D. J. (2018). Adult mental health clinicians' perspectives of parents with a mental illness and their children: single and dual focus approaches. *BMC Health Serv Res*, 18(611). doi:10.1186/s12913-018-3428-8
- Teater, B. (2014). Sistem Kuramı ve Ekolojik Yaklaşım. B. Teater içinde, *Sosyal Hizmet Kuram ve Yöntemleri* (S. A. Özden, Çev., s. 25-49). Ankara: Nika Yayınevi.
- Teater, B. (2014). Social work practice from an ecological perspective. C. L. (Ed.) içinde, *Case studies in social work practice* (3rd ed.). C. LeCroy içinde, *Case Studies in Social Work Practice*. Belmont, CA: Brooks/Cole.
- Tekelioğlu, O. (2003). *Foucault Sosyolojisi*. Bursa: Alfa Aktüel Kitabevi.
- Thomas, L., & Kalucy, R. (2003). Parents with mental illness: lacking motivation to parent. *Int J Ment Health Nurs*, 12(2), s. 153-157. doi:10.1046/j.1440-0979.2003.00282.x
- Thompson, N. (2016). *Güç ve Güçlendirme*. Ankara: Nika Yayınevi.
- Thornicroft, G., Alem, A., Antunes Dos Santos, R., Barley, E., Drake, R., Gregorio, G., . . . Wondimagegn, D. (2010). WPA guidance on steps, obstacles and mistakes to avoid in the implementation of community mental health care. *World Psychiatry*, 9(2), s. 67-77. doi:10.1002/j.2051-5545.2010.tb00276.x
- Thornicroft, G., Deb, T., & Henderson, C. (2016). Community mental health care worldwide: current status and further developments. *World Psychiatry*, 15(3), s. 276-286. doi:10.1002/wps.20349
- Thornicroft, G., Rose, D., Kassam, A., & Sartorius, N. (2007). Stigma: ignorance, prejudice or discrimination? *Br J Psychiatry*, 190, s. 192-193. doi:10.1192/bjp.bp.106.025791
- Tiller, J., Maguire, T., & Newman-Taylor, K. (2023). Early intervention in psychosis services: A systematic review and narrative synthesis of barriers and facilitators to seeking access. *Eur Psychiatry*, 66(1). doi:10.1192/j.eurpsy.2023.2465
- Trevithick, P. (2012). Practice Perspectives. M. Gray (Dü.) içinde, *The Sage Handbook of Social Work*. London: Sage.

- Trondsen, M. (2012). Living with a mentally ill parent: exploring adolescents' experiences and perspectives. *Qual Health Res.*, 22(2), s. 174-188. doi:10.1177/1049732311420736
- Turner, M., Bernard, M., Birchwood, M., Jackson, C., & Jones, C. (2013). The contribution of shame to post-psychotic trauma. *Br J Clin Psychol*, 52(2), s. 162-182. doi:10.1111/bjc.12007
- Vaccaro, R., & Butryn, T. M. (2020). Media representations of bipolar disorder through the case of Suzy Favor Hamilton. *Women in Sport and Physical Activity Journal*, 28, s. 131-139. doi:10.1123/wspaj.2019-0006
- Valiakalayil, A., Paulson, L. A., & Tibbo, P. (2004). Burden in adolescent children of parents with schizophrenia. The Edmonton High Risk Project. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.*, 39(7), s. 528-535. doi:10.1007/s00127-004-0778-9
- Van Parys, H., & Rober, P. (2013). Trying to comfort the parent: A qualitative study of children dealing with parental depression. *J Marital Fam Ther*, 39(3), s. 330-345. doi:10.1111/j.1752-0606.2012.00304.x
- Van Parys, H., Smith, J. A., & Rober, P. (2014). Growing up with a mother with depression: An interpretative phenomenological analysis. *The Qualitative Report*, 19(29), s. 1-18. doi:10.46743/2160-3715/2014.1245
- van Santvoort, F., Hosman, C., Janssens, J., van Doesum, K., Reupert, A., & van Loon, L. (2015). The impact of various parental mental disorders on children's diagnoses: A systematic review. *Clin Child Fam Psychol Rev*, 18(4), s. 281-299. doi:10.1007/s10567-015-0191-9
- Villatte, A., Piché, G., & Benjamin, S. (2022). Perceived support and sense of social belonging in young adults who have a parent with a mental illness. *Front Psychiatry*, 12. doi:10.3389/fpsy.2021.793344
- Wahl, O., & Harman, C. (1989). Family views of stigma. *Schizophr Bull*, 15(1), s. 131-139.
- Walsh, D., Daly, A., & Moran, R. (2016). The institutional response to mental disorder in Ireland: censuses of Irish asylums, psychiatric hospitals and units 1844-2014. *Ir J Med Sci*, 185(3), s. 761-768. doi:10.1007/s11845-015-1368-4
- WHO. (2021). *Comprehensive mental health action plan 2013-2030*. Geneva: World Health Organization.

- WHO. (2022). World mental health report: transforming mental health for all. s. 39-50. Şubat 14, 2025 tarihinde alındı
- WHO. (2024, Ekim 10). *Ergenlerin ruh sağlığı*. Ocak 3, 2025 tarihinde <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health> adresinden alındı
- Wiegand-Grefe, S., Sell, M., Filter, B., & Plass-Christl, A. (2019). Family functioning and psychological health of children with mentally ill parents. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 16(7). doi:10.3390/ijerph16071278
- Wiegand-Grefe, S., Warkentin, H., Adema, B., Daubmann, A., Kilian, R., Winter, S., . . . Busmann, M. (2023). Families with mentally ill parents and their partners: Overlaps in psychiatric symptoms and symptom coping. *Int J Environ Res Public Health*, 20(7). doi:10.3390/ijerph20075240
- Wille, N., Bettge, S., & Ravens-Sieberer, U. (2008). BELLA study group. Risk and protective factors for children's and adolescents' mental health: results of the BELLA study. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 17(Suppl 1), s. 133-147. doi:10.1007/s00787-008-1015-y.
- Wolpert, M., Hoffman, J., Martin, A., Fagin, L., & Cooklin, A. (2015). An exploration of the experience of attending the Kidstime programme for children with parents with enduring mental health issues: Parents' and young people's views. *Clin Child Psychol Psychiatry*, 20(3), s. 406-418. doi:10.1177/1359104514520759
- Yamamoto, R., & Keogh, B. (2018). Children's experiences of living with a parent with mental illness: A systematic review of qualitative studies using thematic analysis. *J Psychiatr Ment Health Nurs*, 25(2), s. 131-141. doi:10.1111/jpm.12415
- Yin, M., Li, Z., & Zhou, C. (2020). Experience of stigma among family members of people with severe mental illness: A qualitative systematic review. *Int J Ment Health Nurs*, 29(2), s. 141-160. doi:10.1111/inm.12668
- Zangwill, O. L. (2009). *Modern Psikolojinin Gelişimi*. (Y. Özakpınar, Çev.) İstanbul: Ötüken Neşriyat.
- Zastrow, C. (2010). Bir Meslek ve Uzmanlık Alanı Olarak Sosyal Hizmet. D. Çiftçi (Dü.) içinde, *Sosyal Hizmete Giriş* (s. 2-29). Ankara: Nika Yayınevi.

Zimmerman, M. (2000). Empowerment Theory: Psychological, Organizational and Community Levels of Analysis. E. Rappaport (Dü.) içinde, *Handbook of Community Psychology* (s. 43-63). New York: Kluwer Academic/Plen.

EK 1. ORJİNALLİK FORMU

	HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ	Doküman Kodu Form No.	FRM-DR-21
		Yayın Tarihi Date of Pub.	04.01.2023
	FRM-DR-21 Doktora Tezi Orijinallık Raporu PhD Thesis Dissertation Originality Report	Revizyon No Rev. No.	02
		Revizyon Tarihi Rev. Date	25.01.2024

**HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
SOSYAL HİZMET ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞINA**

Tarih: 10/07/2025

Tez Başlığı: Ebeveyni Kronik Ruhsal Hastalık Tanısı Alan Bireylerin Çocukluk Çağı Deneyimlerinin Sosyal Hizmet Perspektifinden Değerlendirilmesi

Yukarıda başlığı verilen tezinin a) Kapak sayfası, b) Giriş, c) Ana bölümler ve d) Sonuç kısımlarından oluşan toplam 242 sayfalık kısmına ilişkin, 15/05/2025 tarihinde şahsım/tez danışmanım tarafından TurniİN adlı intihal tespit programından aşağıda işaretlenmiş filtrelemeler uygulanarak alınmış olan orijinallık raporuna göre, tezinin benzerlik oranı % 1' dir.

Uygulanan filtrelemeler**:

- Kabul/Onay ve Bildirim sayfaları hariç
- Kaynakça hariç
- Alıntılar hariç
- Alıntılar dâhil
- 5 kelimeden daha az örtüşme içeren metin kısımları hariç

Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Tez Çalışması Orijinallık Raporu Alınması ve Kullanılması Uygulama Esasları'nı inceledim ve bu Uygulama Esasları'nda belirtilen azami benzerlik oranlarına göre tezinin herhangi bir intihal içermediğini; aksinin tespit edileceği muhtemel durumlarda doğabilecek her türlü hukuki sorumluluğu kabul ettiğimi ve yukarıda vermiş olduğum bilgilerin doğru olduğunu beyan ederim.

Gereğini saygılarımla arz ederim.

Özlem Gözen

Öğrenci Bilgileri	Ad-Soyad	Özlem Gözen	
	Öğrenci No	N18144991	
	Enstitü Anabilim Dalı	Sosyal Hizmet	
	Programı	Sosyal Hizmet	
	Statüsü	Doktora <input checked="" type="checkbox"/>	Lisans Derecesi ile (Bütünlük) Dr <input type="checkbox"/>

DANIŞMAN ONAYI

UYGUNDUR.
Prof. Dr. Tanık TUNCAY

*Tez Almanca veya Fransızca yazılıyor ise bu kısımda tez başlığı **Tez Yazım Dilinde** yazılmalıdır.

**Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Tez Çalışması Orijinallık Raporu Alınması ve Kullanılması Uygulama Esasları'nın ikinci bölümü madde (4/3'te de belirtildiği üzere: Kaynakça hariç, Alıntılar hariç/dâhil, 5 kelimeden daha az örtüşme içeren metin kısımları hariç (Limit match size to 5 words) filtreleme yapılmalıdır.

	HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ	Doküman Kodu Form No.	FRM-DR-21
	FRM-DR-21 Doktora Tezi Orijinallik Raporu <i>PhD Thesis Dissertation Originality Report</i>	Yayın Tarihi Date of Pub.	04.01.2023
		Revizyon No Rev. No.	02
		Revizyon Tarihi Rev.Date	25.01.2024

TO HACETTEPE UNIVERSITY
GRADUATE SCHOOL OF SOCIAL SCIENCES
DEPARTMENT OF SOCIAL WORK

Date:10/07/2025

Thesis Title (In English): Evaluation of from Social Work Perspective Childhood Experiences of Adult Children Whose Parents Are Diagnosed with Chronic Mental Illness

According to the originality report obtained by myself/my thesis advisor by using the Turnitin plagiarism detection software and by applying the filtering options checked below on 15/05/2025 for the total of 242 pages including the a) Title Page, b) Introduction, c) Main Chapters, and d) Conclusion sections of my thesis entitled above, the similarity index of my thesis is 1%.

Filtering options applied**:

- Approval and Declaration sections excluded
- References cited excluded
- Quotes excluded
- Quotes included
- Match size up to 5 words excluded

I hereby declare that I have carefully read Hacettepe University Graduate School of Social Sciences Guidelines for Obtaining and Using Thesis Originality Reports that according to the maximum similarity index values specified in the Guidelines, my thesis does not include any form of plagiarism; that in any future detection of possible infringement of the regulations I accept all legal responsibility; and that all the information I have provided is correct to the best of my knowledge.

I respectfully submit this for approval.

Özlem Gözen

Student Information	Name-Surname	Özlem Gözen	
	Student Number	N18144991	
	Department	Department of Social Work	
	Programme	Social Work	
	Status	PHD <input checked="" type="checkbox"/>	Combined MA/M Sc-PhD <input type="checkbox"/>

SUPERVISOR'S APPROVAL

APPROVED
Prof. Dr. Tank TUNCAY

**As mentioned in the second part (article (4)/3) of the Thesis Dissertation Originality Report's Codes of Practice of Hacettepe University Graduate School of Social Sciences, filtering should be done as following: excluding reference, quotation excluded/included, Match size up to 5 words excluded.

EK 2. ETİK KURUL İZİNİ



HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ ARAŞTIRMA ETİK KURULU

KURUL KARARI

<u>OTURUM TARİHİ</u>	<u>OTURUM SAYISI</u>	<u>KARAR SAYISI</u>
19.03.2024	2024/06	2024/06-19
Araştırma Numarası : SBA 23/479		Değerlendirme Tarihi : 19.12.2023

Üniversitemiz İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Sosyal Hizmet Bölümü öğretim üyelerinden Prof. Dr. Tarık TUNCAY'ın sorumlu araştırmacı olduğu, Özlem GÖZEN'in doktora tezi olan, SBA 23/479 kayıt numaralı *"Ebeveyni Ruhsal Hastalık Tanısı Alan Bireylerin Çocukluk Çağı Deneyimlerinin Sosyal Hizmet Perspektifinden Değerlendirilmesi"* başlıklı araştırma önerisi gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş olup, idari izinlerin tamamlanması kaydı ile 20 Mart 2024 – 20 Aralık 2024 tarihleri arasında geçerli olmak üzere etik açıdan **uygun bulunmuştur**.

Çalışma tamamlandığında sonuçlarını içeren bir rapor örneğinin Etik Kurulumuza gönderilmesi gerekmektedir.

Prof. Dr. Nüket
PAKSOY ERBAYDAR
Kurul Başkanı

Prof. Dr. Güzide Burça
AYDIN
Kurul Üyesi

Prof. Dr. Mehmet Özgür
UYANIK
Kurul Üyesi

Prof. Dr. Ayşe KİN
İŞLER
Kurul Üyesi

Prof. Dr. Burcu Balam
DOĞU
Kurul Üyesi

Prof. Dr. Tolga
YILDIRIM
Kurul Üyesi

Prof. Dr. İpek GÜRBÜZ
Kurul Üyesi

Prof. Dr. Betül ÇELEBİ
SALTIK
Kurul Üyesi

Doç. Dr. Merve BATUK
Kurul Üyesi

Doç. Dr. Gülten İŞİK
KOÇ
Kurul Üyesi

Doç. Dr. İbrahim Halil
ÖNCEL
Kurul Üyesi

Dr. Öğr. Üyesi Melike
Hacer ÖZKAN
Kurul Üyesi

Dr. Öğr. Üyesi Müge
DEMİR
Kurul Üyesi

Dr. Öğr. Üyesi Burcu
Ersöz ALAN
Kurul Üyesi

İZİNLİ
Dr. Öğr. Üyesi Güneş
GÜNER
Kurul Üyesi

EK 3. AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU

(Araştırmacının Açıklaması)

Ebeveyni ruhsal hastalık tanısı almış çocuklar için risk faktörleri ve koruyucu faktörlerle ilgili yeni bir araştırma yapmaktayız. Araştırmacının ismi "Ebeveyni Kronik Ruhsal Hastalık Tanısı Alan Bireylerin Çocukluk Çağı Deneyimlerinin Sosyal Hizmet Perspektifinden Değerlendirilmesi" dir.

Sizi de bu araştırmaya katılmanız için davet ediyoruz. Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Bu araştırmada yer almayı kabul etmeden önce, araştırmacının ne amaçla yapılmak istendiğini anlamanız ve kararınızı bu bilgilendirme çerçevesinde özgürce vermeniz gerekmektedir. Aşağıdaki bilgileri lütfen dikkatlice okuyunuz, sorularınız olursa sorunuz ve açık yanıtlar isteyiniz.

Bu araştırmayı yapmak istememizin nedeni, ebeveyni ruhsal hastalık tanısı almış çocukların deneyim, ihtiyaç ve baş etme mekanizmalarının anlaşılması ihtiyacıdır. Katılımcıların kendi deneyimleri üzerinden ebeveyni ruhsal hastalık tanısı alan çocukların korunmasında koruyucu faktörler ile risk faktörlerinin belirlenmesi amaçlanmaktadır. Hacettepe Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Sosyal Hizmet Anabilim Dalının öğretim üyeleri tarafından gerçekleştirilecek bu çalışmaya katılımınız araştırma için önemlidir.

Eğer araştırmaya katılmayı kabul ederseniz size 3 ana bölümde 38 adet soru sorulacak ve konu hakkındaki görüşlerinizi, düşüncelerinizi, deneyimlerinizi aktarmanız istenecektir. Sizin çalışma için ayırmanız gereken ortalama 75 dakika sürenin yeterli olacağı düşünülmektedir.

Bu çalışmaya katılmanız için sizden herhangi bir ücret istenmeyecektir. Çalışmaya katılmanız için yol yemek gibi bir masraf olması durumunda bu miktar araştırma bütçesinden karşılanacaktır. Bunun dışında size herhangi bir ödeme yapılamayacaktır.

Çalışma için ses kaydı alınması gerekmektedir. Bu ses kaydı yazılı metin haline getirildikten sonra imha edilecektir. Ses kaydı alınmasını kabul etmezseniz yazılı kayıt alınacaktır.

Bu araştırmacının sonuçları bilimsel amaçlarla kullanılacaktır. Araştırmadan çekilmeniz ya da araştırmacı tarafından araştırmadan çıkarılmanız halinde, sizle ilgili veriler kullanılmayacaktır. Ancak veriler bir kez anonimleştikten sonra araştırmadan çekilmeniz mümkün olmayacaktır. Sizden elde edilen tüm bilgiler gizli tutulacak, araştırma yayınlandığında da varsa kimlik bilgilerinizin gizliliği korunacaktır. Ancak çalışmanın verileri etik kurullar ya da resmi makamlarca gereği halinde incelenebilecektir.

Bu çalışmaya katılmayı reddedebilirsiniz. Bu araştırmaya katılmak tamamen isteğe bağlıdır ve reddettiğiniz takdirde hiçbir olumsuz durumla karşılaşmayacaksınız. Yine çalışmanın herhangi bir aşamasında onayınızı çekmek hakkına da sahipsiniz.

(Katılımcının Beyanı)

Araştırmacı Özlem Gözen tarafından Hacettepe Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Sosyal Hizmet Anabilim Dalında nitel bir araştırma yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı. Bu bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya "katılımcı" olarak davet edildim.

Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin ihtimamla korunacağı konusunda bana yeterli güven verildi.

Projenin yürütülmesi sırasında herhangi bir sebep göstermeden araştırmadan çekilebilirim. Ayrıca gerektiğinde araştırmacı tarafından araştırma dışı tutulabilirim.

Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da yol ve yemek ücreti dışında bir ödeme yapılmayacaktır.

Araştırma kapsamında yapılacak görüşmede ses kaydı yapılmasını kabul ediyorum. Bana ses kayıtlarının üçüncü kişilerin erişemeyeceği biçimde saklanacağını, metin haline getirildikten sonra imha edileceğinin, kimlik bilgilerimin açığa çıkarılmayacağını güvencesi verilmiştir.

Araştırma ile ilgili bir sorum olduğunda, _____ no'lu telefondan ve Hacettepe Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Sosyal Hizmet Anabilim Dalı adresinden arayabileceğimi biliyorum.

Bu araştırmaya katılmak zorunda değilim ve katılmayabilirim. Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış değilim. Eğer katılmayı reddedersem, bu durumun bana herhangi bir zarar getirmeyeceğini de biliyorum.

Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Kendi başıma belli bir düşünme süresi sonunda adı geçen bu araştırma projesinde "katılımcı" olarak yer alma kararını aldım. Bu konuda yapılan daveti kabul ediyorum.

İmzalı bu form kağıdının bir kopyası bana verilecektir.

Araştırmacıların;

Adı Soyadı:

Adres:

Telefon:

E-Mail:

İmza:

Katılımcının;

Adı Soyadı:

Adres:

Telefon:

İmza:

Tarih

EK 4. YARI YAPILANDIRILMIŞ GÖRÜŞME FORMU

1. KİŞİSEL BİLGİLER:
 - 1.1. Yaş, Cinsiyet
 - 1.2. Medeni Durumu
 - 1.3. Eğitim Durumu
 - 1.4. Çalışma Durumu
 - 1.5. Doğduğu, yaşadığı yerler (Neresi, çehresi nasıldı, sıklıkla yer değiştirme/taşınma var mıydı vb.) ve ailenin sosyokültürel özellikleri (ırk, etnik köken, yaşantı tarzı, din, dil vb.)
 - 1.6. Sağlık Durumu (Fizyolojik ya da ruhsal sağlık durumu)
 - 1.7. Kök ailesi kimlerden oluşuyor (Tanıtıcı bilgiler: Yaşları/cinsiyetleri/ özel durumları- hastalık vb.)
 - 1.8. Ailesi kimlerden oluşuyor (Tanıtıcı bilgiler: Yaşları/cinsiyetleri/ özel durumları- hastalık vb.)
 - 1.9. Kök ailesinin ekonomik durumu nasıldı (Örn: Geliri giderinden az, geliri giderine denk, geliri giderinden fazla)
2. EBEVEYNİN HASTALIĞINA DAİR BİLGİLER:
 - 2.1. Ruhsal hastalık tanısı bulunan ebeveyni /ebeveynleri
 - 2.2. Ebeveynin/ ebeveynlerin tanısı
 - 2.3. Ne zaman tanı konuldu
 - 2.4. Ebeveynin/ ebeveynlerin tedavi süreci (yataktan/ayaklı/ kullanılan ilaçlar ve etkileri/ eşlik eden başka hastalıklar oldu mu vb.)
 - 2.5. Ebeveynin/ ebeveynlerin hastalığını nasıl tanımlıyor? Hastalığa dair duygu ve düşünceler
 - 2.6. Hastalığı metaforik olarak neye benzetiyor?
 - 2.7. Hastalığı anlama/ anlamlandırma sürecine yardımcı olan bilgi ve kaynaklar
 - 2.8. Ebeveynin hastalığının yaşamına etkileri (olumlu/olumsuz etkiler, hastalık yaşamında nasıl bir rol oynadı, yaşamını yön verme noktasında nasıl etkileri oldu vb.)
 - 2.9. Ebeveynin/ ebeveynlerin hastalığı ile baş etmede kullandığı yöntemler, içsel ve dışsal motivasyon kaynakları, destek hizmetleri
 - 2.10. Ebeveynin hastalığının ailedeki diğer bireylerin ruh sağlığına ve yaşam kalitesine etkisi.
3. EBEVEYNİN/ EBEVEYNLERİN HASTALIK SÜRECİNE İLİŞKİN DENEYİMLER
 - 3.1. Kişisel Düzey/ Mikro Sistem: (Bağlanma, hane içi yaşantı, kurallar, sınırlar, ebeveynlik tutumları, kurum içi yaşantı vb. bağlamında tanı öncesi ve sonrası deneyimler)
 - 3.1.1. Hasta olan ebeveynle /ebeveynleriyle ilişkiler
 - 3.1.2. Sağlıklı olan ebeveynle ve diğer aile üyeleriyle ilişkileri
 - 3.1.3. Akrabalarla ve komşularla ilişkiler
 - 3.1.4. Akranlarla/ arkadaşlarla ilişkiler
 - 3.1.5. Kurum deneyimi varsa: Koruma kararının alınma süreci, ebeveynin hastalığının bu karara etkisi, kurum personeli ile ilişkiler)
 - 3.1.6. Okul/ İş yeriyile ilişkiler (Öğretmenlerle, iş arkadaşlarıyla, okul ya da iş yeri yöneticisiyle ilişkiler)

- 3.1.7. Sağlık/sosyal yardım sistemiyle ilişkiler (Sağlık ve sosyal hizmet profesyonelleriyle ilişkiler)
 - 3.1.8. Toplumla ilişkiler (Ruhsal hastalıklara ve hastalara dair toplumsal ve kültürel bakış, anlam çerçeveleri ve inançların etkisi bağlamında günlük yaşamda toplumla ilişkilenmeler, Toplumun ruhsal hastalıklar konusundaki fikir ve inançlarının ebeveynin/lerin hastalığına ve tedavisine etkileri)
 - 3.1.9. Bu deneyimlerde kişiyi güçsüzleştiren ve güçlendiren unsurlar (Tüm bu ilişkiler bağlamında psikolojik dayanıklılığı, hastalık sürecini yönetme, hastalıkla ve hastalığın getirdikleriyle baş etme süreci vb.)
 - 3.1.10. Bu deneyimlerin bugünkü aile yaşantısına yansımaları
 - 3.1.11. (Şimdi ve burada) Kendi ruh sağlığını ve baş etme stratejilerini nasıl tanımlıyor
 - 3.1.12. Ebeveynin/lerinin hastalığıyla ilgili gelecekte ne gibi zorluklar ve fırsatlarla karşılaşacağını düşünüyor
- 3.2. Kişiler Arası Düzey/ Mezo Sistem: (“Ebeveynin/ebeveynlerin hastalığı” ve “ruhsal hastalıklara ilişkin kültürel, inançsal ve toplumsal algılayışlar bağlamında...)
- 3.2.1. Aile üyelerinin birbirleriyle ilişkileri
 - 3.2.2. Aile üyelerinin akraba ve komşularla ilişkileri
 - 3.2.3. Aile üyelerinin akranlarla/arkadaşlarla ilişkileri
 - 3.2.4. Aile üyelerinin okul/ işyeriyle ilişkileri
 - 3.2.5. Aile üyelerinin sağlık/sosyal yardım sistemiyle ilişkileri
 - 3.2.6. Aile üyelerinin toplumla ilişkileri
 - 3.2.7. Aile üyelerinin, ebeveynin/lerin hastalığına ve tedavisine yönelik fikir ve inançlarının etkileri
 - 3.2.8. Bu deneyimlerde kişiyi güçsüzleştiren ve güçlendiren unsurlar
- 3.3. Yapısal Düzey/ Makro Sistem:
- 3.3.1. Ruhsal hastalıklara dair toplumsal ve kültürel bakış ile inançların zaman içindeki değişimini nasıl değerlendiriyor
 - 3.3.2. Toplumun ruh sağlığı konusundaki farkındalığının ve destek hizmetlerinin zaman içindeki değişimini nasıl değerlendiriyor
 - 3.3.3. Ruhsal hastalıklara dair toplumsal ve kültürel bakış ile inançların politikaların inşasıyla ilişkisi
 - 3.3.4. Ruhsal hastalıklara dair toplumsal ve kültürel bakış ile inançların haklara erişimle ilişkisi
 - 3.3.5. Ruh sağlığına dair yasaların/politikaların oluşturulması sürecinde katılım
 - 3.3.6. Ruh sağlığı hizmetlerinin ve desteklerinin ne yönde ve nasıl gelişmesini beklediği
 - 3.3.7. Bu dönüşüm ve bunlara dair deneyimlerde kişiyi güçsüzleştiren ve güçlendiren unsurlar