

T.C.

İSTANBUL SABAHATTİN ZAİM ÜNİVERSİTESİ

LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

SOSYAL HİZMET ANABİLİM DALI

SOSYAL HİZMET BİLİM DALI

**BİPOLAR BOZUKLUK TANILI KADINLARIN
DENEYİMLERİNE YÖNELİK NİTEL BİR ARAŞTIRMA:
AİLE SİSTEMLERİ, SORUNLARI, GEREKSİNİMLERİ**

DOKTORA TEZİ

Selda MEYDAN

İstanbul

Haziran-2024

T.C.

İSTANBUL SABAHATTİN ZAİM ÜNİVERSİTESİ

LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

SOSYAL HİZMET ANABİLİM DALI

SOSYAL HİZMET BİLİM DALI

BİPOLAR BOZUKLUK TANILI KADINLARIN
DENEYİMLERİNE YÖNELİK NİTEL BİR ARAŞTIRMA: AİLE
SİSTEMLERİ, SORUNLARI, GEREKSİNİMLERİ

DOKTORA TEZİ

Selda MEYDAN

Tez Danışmanı

Doç. Dr. Emel YURTSEVER

İstanbul

Haziran-2024

Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Müdürlüğüne,

Bu çalışma, jürimiz tarafından Sosyal Hizmet Anabilim Dalı, Sosyal Hizmet Bilim Dalında DOKTORA TEZİ olarak kabul edilmiştir.

Danışman Doç. Dr. Emel YURTSEVER

Üye Doç. Dr. Mustafa KARATAŞ

Üye Dr. Öğr. Üyesi Mehmet BİRİNCİ

Üye Dr. Öğr. Üyesi Sayra LOTFI

Üye Dr. Öğr. Üyesi Yulia KRYVENKO

Onay

Yukarıdaki imzaların, adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylarım.

.....

Enstitü Müdürü

Prof. Dr. Erhan İÇENER

BİLİMSEL ETİK BİLDİRİMİ

Doktora tezi olarak hazırladığım “**Bipolar Bozukluk Tanılı Kadınların Deneyimlerine Yönelik Nitel Bir Araştırma: Aile Sistemleri, Sorunları, Gereksinimleri**” adlı çalışmamın öneri aşamasından sonuçlandığı aşamaya kadar geçen süreçte bilimsel etiğe ve akademik kurallara özenle uyduğumu, tez içindeki tüm bilgileri bilimsel ahlak ve gelenek çerçevesinde elde ettiğimi, tez yazım kurallarına uygun olarak hazırladığımı, bu çalışmamda doğrudan veya dolaylı olarak yaptığım her alıntıya kaynak gösterdiğimi ve yararlandığım eserlerin kaynakçada gösterilenlerden oluştuğunu beyan ederim.

İmza

Selda MEYDAN

ÖN SÖZ

Bu araştırma kişisel, toplumsal ve evrensel bir ihtiyacı karşılamak üzere var edilmiştir. Bu araştırma en temelde Bipolar bozukluk tanılı kadınların yaşam hikayelerinin, deneyimlerinin, sorunlarının ve gereksinimlerinin daha görünür olmasını sağlama ihtiyacından ortaya çıkmıştır. Bu kadınlar hem kadın oldukları için hem de hastalıklarından dolayı çoğunlukla toplumun görünmez bireyleri olarak yaşamaya devam etmektedirler. Kadınların bu hassasiyetlerinin ve kırılganlıklarının, kendi gerçek yaşamlarından aktarılan duygu, düşünce ve deneyimleriyle öğrenmenin ve empati kurmanın daha anlamlı olduğunu düşündüm.

“Kadınların sahip oldukları tanının içinde yer aldıkları aile sistemi ve aile üyeleri ile ilişkileri üzerinde nasıl etkileri var?” sorusundan hareketle yola çıkarak kadınların deneyimleri üzerinden aile ilişkilerine dair detaylı bilgilere ulaşılmaya çalışılmıştır. Bipolar bozukluğun bireyler, ilişkiler ve aile sistemleri üzerinde derin etkileri söz konusudur. Aile sistemi içinde bulunan tanılı bir üye, ailenin bütününe etkilemiştir. Tanılı kadınların aile sistemleri incelenirken toplumsal cinsiyet bağlamında sahip oldukları roller nedeniyle -eş, anne, evlat, kardeş- aile sistemleri kapsamında deneyimlerinin öznel bir yerden anlaşılması istenmiştir. Tanılı kadınlar, hastalıkla yaşarken ve mücadele ederken aileleri tarafından desteklenmeye, ilgi ve şefkat görmeye, güçlendirilmeye ihtiyaç duymaktadırlar. Bu araştırma sürece dahil olan tüm paydaşlara önemli sorumlulukları olduğunu göstermiştir. Politika ve hizmetlerin geliştirilmesinde kadınların görüşlerinin dikkate alınması önemlidir. Bu araştırmanın ruh sağlığı alanına ve sosyal çalışma disiplinine katkıda bulunacağını ve bu alanda daha fazla araştırma yapılmasına ilham vereceğini umuyorum.

Bu tez her ne kadar benim kalemimden çıksa da oluşması bir ekip işidir. Her birinin her aşamada emekleri ve katkıları olmuştur.

Başta akademik kariyer yolculuğumda kendisinden çok şey öğrendiğim ve birlikte olmaktan mutluluk duyduğum, tez yazım sürecinde anlayışlı tavrıyla ve akademik bilgi birikimiyle desteğini hissettiğim tez danışmanım Sayın Doç. Dr. Emel YURTSEVER’e katkıları için çok teşekkür ederim.

Tez izleme toplantılarında sabırla beni dinleyen, araştırmanın şekillenmesinde ilham kaynağı olan saygıdeğer hocalarım Doç. Dr. Mustafa KARATAŞ ve Dr. Öğr. Üyesi F. Elif ERGÜNEY OKUMUŞ'a çok teşekkür ederim.

Veri toplama sürecinde kolaylaştırıcı olan meslektaşlarıma, araştırmanın yapılabilmesini sağlayan ve asıl özneleri olan kadınlara çok teşekkür ederim.

Tez yazım süreci uzun bir yolculuk. Önemli olan ise sonuç ne olursa olsun bu yolculukta seninle birlikte olan kişilerdir. O nedenle kendimi şanslı olarak görüyorum. Çünkü her zaman olduğu gibi arkamda ve yanımda desteğini, gücünü, motivasyonunu, heyecanını, gururunu, anlayışını, emeğini, şefkatini hissettiğim büyük bir ailem vardı. Bu hususta başta Doç. Dr. Taner ARTAN'a, annem Leyla MEYDAN'a, babam Cengiz MEYDAN'a, kardeşim Ömer MEYDAN'a, anneannem Remziye ARTAN'a, geniş aileme, İstanbul Medipol Üniversitesi Sosyal Hizmet Bölümü'nde saygıdeğer Dr. Öğr. Üyesi Sayra LOTFİ başta olmak üzere Dr. Öğr. Üyesi Aylin ARICI ve kıymetli yol arkadaşlarıma, yöneticilerime, hayatımda güzel anı biriktirmemi sağlayan herkese teşekkürü bir borç bilirim.

Selda MEYDAN

İstanbul- 2024

ÖZET

BİPOLAR BOZUKLUK TANILI KADINLARIN DENEYİMLERİNE YÖNELİK NİTEL BİR ARAŞTIRMA: AİLE SİSTEMLERİ, SORUNLARI, GEREKSİNİMLERİ

Selda MEYDAN

Doktora, Sosyal Hizmet

Tez Danışmanı: Doç. Dr. Emel YURTSEVER

Haziran, 2024 - 195 + xv Sayfa

Bu araştırmada, bipolar bozukluk tanılı kadınların hastalık sürecindeki deneyimlerinden ve sürece dair algılarından yola çıkılarak aile sistemleri, yaşadıkları sorunlar ve gereksinimlerinin araştırılması amaçlanmıştır. Bu araştırma, nitel araştırma yöntemi ve fenomenolojik yaklaşım kullanılarak oluşturulmuştur. Bu araştırma, amaçlı örnekleme yöntemiyle seçilmiş olan, bir vakıf üniversitesi hastanesinin Psikiyatri polikliniğinden hizmet alan, 18 yaş ve üzeri, 15 tanılı kadınla, yarı-yapılandırılmış sorular ve metafor sorular çerçevesinde derinlemesine görüşmeler yapılarak gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın bulguları, 'Aile Sistemleri, Tanıya İlişkin Çeşitli Deneyimler, Psikososyal ve Ekonomik Gereksinimler, Metafor Sorulara İlişkin Değerlendirmeler' olmak üzere dört tema altında toplanmıştır. Araştırmanın sonuçlarına bakıldığında, bipolar bozukluk ile aile sistemlerinin karşılıklı olarak olumsuz bir etkileşim içinde olduğu, kadınların eşleri ile ilişkisinin zayıf olduğu, bekledikleri ilgi ve desteği yeterince göremedikleri, aile üyeleri tarafından verilen sosyal desteğin kadınların iyilik halini geliştirdiği, hastalık nedeniyle çocuklarıyla ilişkilerinin olumsuz etkilendiği, annelik rolünü yerine getiremedikleri, tanılı kadınların atak dönemlerinde damgalanma, iş ve gelir kaybı, ilişki, evlilik, çocuk sahibi olma konularında kayıplar, çalışma yaşamında yetersizlikler, cinsel istismar, toplumsal cinsiyet eşitsizliği, şiddet, intihar girişimi gibi birçok sorun yaşadığı, psikososyal ve ekonomik gereksinimlerinin olduğu, ekonomik desteğe, ücretsiz sağlık hizmetlerine, sosyalleşmelerini sağlayacak ortamlara, sosyal ve duygusal desteğe

gereksinimleri olduğu bulunmuştur. Ayrıca çocuk, anne, aile, kardeş kavramlarına ilişkin olumlu metaforlar üretilirken baba, eş ve bipolar bozukluk kavramları için olumsuz metaforlar kullanıldığı görülmüştür.

Anahtar Kelimeler: Bipolar bozukluk, aile sistemi, gereksinim, sosyal çalışma.



ABSTRACT

A QUALITATIVE RESEARCH ON THE EXPERIENCES OF WOMEN DIAGNOSED WITH BIPOLAR DISORDER: FAMILY SYSTEMS, PROBLEMS, AND NEEDS

Selda MEYDAN

PhD, Social Work

Thesis Advisor: Assoc. Dr. Emel YURTSEVER

June, 2024 - 195 + xv Page

This study aimed to investigate the family systems, problems and needs of women diagnosed with bipolar disorder, based on their experiences during the disease process and their perceptions of the process. This research was created using qualitative research method and phenomenological approach. This research was conducted by conducting in-depth interviews within the framework of semi-structured questions and metaphor questions with 15 diagnosed women, aged 18 and over, who were selected by purposeful sampling method and received service from the Psychiatry outpatient clinic of a foundation university hospital. The findings of the research were collected under four themes: 'Family Systems, Various Experiences Regarding Diagnosis, Psychosocial and Economic Requirements, Evaluations Regarding Metaphor Questions'. Looking at the results of the research, it can be seen that bipolar disorder and family systems interact negatively, women's relationships with their spouses are weak, they do not receive enough attention and support they expect, social support given by family members improves women's well-being, their relationships with their children are negatively affected due to the disease, and motherhood is negatively affected. diagnosed women experience many problems such as stigmatization during attack periods, loss of job and income, losses in relationships, marriage, and having children, inadequacies in working life, sexual abuse, gender inequality, violence, suicide attempts, and have psychosocial and economic needs. It has been found that they need economic support, free health services, environments that will enable them to socialize, and social and emotional support. In addition, it was observed that positive

metaphors were produced for the concepts of child, mother, family and sibling, while negative metaphors were used for the concepts of father, spouse and bipolar disorder.

Keywords: Bipolar disorder, family system, needs, social work.



İÇİNDEKİLER

TEZ ONAY SAYFASI	i
BİLİMSEL ETİK BİLDİRİMİ	ii
ÖN SÖZ	iii
ÖZET	v
ABSTRACT	vii
İÇİNDEKİLER	ix
TABLolar LİSTESİ	xiii
ŞEKİLLER LİSTESİ	xiv
KISALTMALAR	xv

BİRİNCİ BÖLÜM

GİRİŞ	1
1.1. Araştırmanın Amacı ve Problemi	2
1.2. Araştırmanın Önemi ve Özgün Değeri	3
1.3. Araştırmanın Sınırlılıkları	5

İKİNCİ BÖLÜM

KAVRAMSAL VE KURAMSAL ÇERÇEVE	6
2.1. Bipolar Bozukluk Tanısı ile İlgili Bilgiler	6
2.1.1. Tanımı ve Türleri	6
2.1.2. Hastalığa Yönelik Risk Faktörleri	9
2.1.3. Yaygınlık Durumu	10
2.1.4. Tedavi Yöntemleri	10
2.1.5. Psikiyatrik Sosyal Hizmet Uygulamaları	15
2.2. Kadınlarda Bipolar Bozukluk	14

2.3. Tanılı Kadınların Yaşadığı Sorunlar ve Gereksinimlerinin Değerlendirilmesi	17
2.4. Tanılı Kadınların Aile Sistemine İlişkin Kuramsal Çerçeve	20

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

ARAŞTIRMANIN YÖNTEMİ	29
3.1. Araştırma Yöntemi	29
3.2. Çalışma Grubu	30
3.3. Araştırmanın Geçerlilik ve Güvenilirliği	30
3.4. Veri Toplama Araçları	32
3.4.1. Yarı-Yapılandırılmış Görüşme Soruları	32
3.4.2. Metafor Sorular	33
3.5. Veri Toplama Süreci	34
3.5.1. Görüşme Sürecinin Planlanması ve Uygulanması	34
3.5.2. Araştırmada Karşılaşılan Güçlükler	35
3.5.3. Fon Desteği	36
3.6. Verilerin Analizi	36

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

ARAŞTIRMANIN BULGULARI	38
4.1. Katılımcılara İlişkin Tanıtıcı Bilgiler	38
4.2. Katılımcıların Aile Sistemine İlişkin Bulgular	41
4.2.1. Eş Alt Sistemine İlişkin Bulgular	43
4.2.2. Ebeveyn (Anne-Çocuk) Alt Sistemine İlişkin Bulgular	47
4.2.3. Diğer Aile Üyelerine İlişkin Bulgular	51
4.2.4. Katılımcılara Göre Aile Üyelerinin Hasta ve Hastalığa İlişkin Bakışı	57
4.3. Katılımcıların Tanı Sürecindeki Çeşitli Deneyimlerine İlişkin Bulgular	60
4.3.1. Atak Dönemlerinde Görülen Belirtiler	62

4.3.2. Tanı Süreci ve Sonrasında Yaşanılanlar	71
4.3.3. Bir Kadın Olarak Yaşanan Deneyimler	100
4.3.4. Tanı ile Birlikte Yaşanan Değişimler	103
4.4. Katılımcıların Gereksinimlerine İlişkin Bulgular	106
4.4.1. Psikososyal Gereksinimler	107
4.4.2. Ekonomik Gereksinimler	117
4.5. Katılımcıların Çeşitli Metaforlara İlişkin Değerlendirmelerine Yönelik Bulgular	122
4.5.1. Çocuk (evlat) Kavramına İlişkin Metaforlar	124
4.5.2. Eş Kavramına İlişkin Metaforlar	125
4.5.3. Kardeş Kavramına İlişkin Metaforlar	127
4.5.4. Anne Kavramına İlişkin Metaforlar	129
4.5.5. Baba Kavramına İlişkin Metaforlar	130
4.5.6. Aile Kavramına İlişkin Metaforlar	132
4.5.7. Bipolar Bozukluk Kavramına İlişkin Metaforlar	135

BEŞİNCİ BÖLÜM

TARTIŞMA	140
5.1. Aile Sistemlerinin İncelenmesi	140
5.2. Tanı Sürecine İlişkin Deneyimler	153
5.3. Gereksinimlerin Değerlendirilmesi	160
SONUÇ VE ÖNERİLER	167
Sonuç	167
Öneriler	172

KAYNAKÇA	173
EKLER	189
ÖZGEÇMİŞ	193



TABLULAR LİSTESİ

Tablo 4.1: Katılımcılara İlişkin Sosyodemografik Bilgiler	39
Tablo 4.2: Katılımcıların Tanı Bilgileri	40
Tablo 4.3: Aile Sistemleri Temasının Katılımcılara Göre Dağılımı	42
Tablo 4.4: Katılımcılara Göre Tanıya İlişkin Çeşitli Deneyimler	61
Tablo 4.5: Katılımcılara Göre Psikososyal ve Ekonomik Gereksinimler	107
Tablo 4.6: Metafor Sorularına İlişkin Değerlendirmeler Teması Alt Kod İstatistiği.....	123

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 4.1: Araştırmanın Temalarının Gösterimi	38
Şekil 4.2: Aile Sistemleri Teması Hiyerarşik Kod-Bölümler Modeli	42
Şekil 4.3: Tanıya İlişkin Çeşitli Deneyimler Teması Hiyerarşik Kod-Bölümler Modeli	61
Şekil 4.4: Psikososyal ve Ekonomik Gereksinimler Teması Hiyerarşik Kod-Bölümler Modeli	106
Şekil 4.5: Metafor Sorularına İlişkin Değerlendirmeler Teması Hiyerarşik Kod-Bölümler Model	123
Şekil 4.6: Çocuk Kavramına İlişkin Metaforlar	124
Şekil 4.7: Eş Kavramına İlişkin Metaforlar	126
Şekil 4.8: Kardeş Kavramına İlişkin Metaforlar	127
Şekil 4.9: Anne Kavramına İlişkin Metaforlar	129
Şekil 4.10: Baba Kavramına İlişkin Metaforlar	131
Şekil 4.11. Aile Kavramına İlişkin Metaforlar	133
Şekil 4.12. Bipolar Bozukluk İlişkin Metaforlar	135
Şekil 4.13: Katılımcıya ait Tablo Görseli	138
Şekil 4.14: Kod Bulutu	139
Şekil 4.15: Kod Haritası	139

KISALTMALAR LİSTESİ

APA	: American Psychological Association
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
STK	: Sivil Toplum Kuruluşu
TRSM	: Toplum Ruh Sağlığı Merkezi
WHO	: World Health Organization



BİRİNCİ BÖLÜM

GİRİŞ

İnsanlar yaşamları boyunca birçok sorunla karşılaşmakta ve bunlarla baş etmek durumunda kalmaktadır. İnsanların yaşamları süresince karşılaştıkları sorunlardan biri de ruh sağlığı sorunudur. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) (WHO, 2003: 4)'nün verilerine göre, dünyada yeti yitimine en çok yol açan altı hastalıktan dördünü ruhsal hastalıklar oluşturmaktadır. Dünya üzerinde yaygın bir sağlık sorunu olarak görülmesine rağmen ruh sağlığının, sağlığı iyileştirmeye yönelik küresel çabaların ihmal edilen bir parçası olmaya devam ettiği de bildirilmektedir (Ghebreyesus, 2019). Ancak Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) (WHO, 1948) "*ruh sağlığı olmadan sağlık olmaz*" ilkesi kapsamında ruh sağlığının tam bir sağlık halinin tamamlayıcısı ve bütünü olduğunu ifade etmektedir. Bu doğrultuda evrensel bir sağlık tanımına yer vererek devam etmek faydalı olmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü tarafından sağlık, "*kişinin sadece hastalık veya engellilik durumunu yaşamaması değil aynı zamanda bütüncül olarak tam bir fiziksel, ruhsal ve sosyal iyilik haline sahip olması olarak*" tanımlanmaktadır. Bu tanım, bireyin ruhsal sağlık durumu ile fiziksel sağlığının aslında eşit önemde olduğunu ve iç içe geçtiğini göstermektedir. Fiziksel olarak ortaya çıkan bir hastalığın ruhsal sağlığı etkileyebileceği gibi ruhsal olarak yaşanan hastalıkların da fiziksel hastalığa yol açan tepkiler verebildiği görülmektedir. Bu nedenle Sağlık Bakanlığı tarafından hazırlanan raporda her iki sağlık sorununu kesin olarak ayırt eden bir sınır olmadığından dolayı kişinin tam iyilik ve sağlık hali için hem fiziksel hem de ruhsal anlamda sağlıklı olması gerektiği belirtilmektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2008: 21). Bu birbirine bağlı ilişkiye dair anlayışımız büyüdükçe, ruh sağlığının bireylerin, toplumların ve ülkelerin genel refahı için çok önemli olduğu giderek daha belirgin hale gelmekte (WHO, 2003) ve bu anlayış çerçevesinde ruh sağlığı alanında da çeşitli tedavi yöntemlerinin geliştirilmeye başlandığı görülmektedir.

Ulusal literatürde son yıllarda konu ile ilgili araştırma sayılarında artışların olması olumlu görülse de özellikle şizofreni ve psikotik bozukluk epidemiyolojisi için ihtiyacın devam ettiği belirtilmektedir (Binbay, vd., 2013: 13). Bu tez kapsamında, literatürdeki ihtiyaca karşılık gelmesi ve Dünyada en yaygın görülen ruhsal hastalıklar arasında yer alması sebebiyle bipolar bozukluk ele alınmak istenmiştir.

Öte yandan ruhsal hastalıkların tüm bireyler üzerinde potansiyel bir etkisi olduğu kabul edilmekle birlikte oranlarında, deneyimlerinde ve seyrinde cinsiyetler açısından farklılıkların olması önemli görülmektedir. Bu noktada bipolar bozukluğun cinsiyetlere göre incelemesini yapan araştırmalarda (WHO, 2006: 5; Becker, vd., 2010) cinsiyetin ruh sağlığının kritik bir belirleyicisi olduğu (WHO, 2021), kadınların erkeklere göre daha fazla bu sorunu yaşadığı ve risk altında olduğu belirtilmektedir.

Kadının ruhsal sağlık durumu hem anne ruh sağlığı hem de aile sağlığını ilgilendirmektedir. Bu bilgilerden hareketle bipolar bozukluk tanılı kadınların aile sistemleri, sorunları ve gereksinimlerinin incelenmesi ihtiyacı ortaya çıkmıştır. Bu noktada aile sistemleri Sistem Kuramı temelinde incelenmiştir.

Araştırmanın birinci bölümünde araştırmanın konusu, araştırmanın amacı ve problemi, araştırmanın önemi ve özgün değeri ile araştırmanın sınırlılıkları hakkında bilgilendirmeler yapılmıştır. İkinci bölümünde bipolar bozuklukla ilgili bilgiler, kadınlarda bipolar bozukluk ve kuramsal çerçeve ile ilgili literatür araştırması yer almıştır. Üçüncü bölümde, araştırmanın yöntemi, çalışma grubu, veri toplama süreci, veri toplama araçları ve verilerin analizi aktarılmıştır. Dördüncü bölümde, araştırmanın dört tema altında toplanan bulgularına yer verilmiştir. Beşinci bölümde, araştırmanın bulguları literatür çerçevesinde tartışılmıştır. Son olarak ise araştırmanın sonuç ve önerileri sunulmuştur.

1.1. Araştırmanın Amacı ve Problemi

Bu tezde bipolar bozukluk tanılı kadınların hastalık sürecindeki yaşam deneyimlerinden ve sürece dair algılarından yola çıkılarak aile sistemlerinin, yaşadıkları sorunların ve gereksinimlerinin incelenmesi amaçlanmaktadır.

Bipolar bozukluk tanılı kadınların hastalık sürecini nasıl deneyimledikleri, nasıl algıladıkları, bu süreçte neler yaşadıkları, bu süreçten nasıl etkilendikleri, aile sistemleri, sorunları ve gereksinimlerine yer verilmektedir.

Bu amaç doğrultusunda araştırmanın temel problemi aşağıdaki gibi belirlenmiştir.

Bipolar bozukluk tanılı kadınların hastalık sürecindeki yaşam deneyimlerinden aile sistemleri nasıl etkilenmektedir?

Buna bağlı olarak alt soruları bulunmaktadır.

1. Bipolar bozukluk tanısı alan kadınların hastalık sürecindeki yaşam deneyimlerinden eş, ebeveyn ve diğer aile üyelerine ilişkin alt sistemler nasıl etkilenmektedir?
2. Bipolar bozukluk tanılı kadınların yaşadığı sorunlar nelerdir?
3. Bipolar bozukluk tanılı kadınların gereksinimleri nelerdir?

1.2. Araştırmanın Önemi ve Özgün Değeri

Bipolar bozukluk, literatürde önemli ruhsal hastalıklardan biri olarak kabul edildiği için sağlık başta olmak üzere fen ve sosyal bilimler açısından birçok çalışmada çeşitli değişkenlerle araştırılma ihtiyacı olmuştur. Yapılan literatür taramasında her bilim dalının kendi perspektifine göre incelemesi sonucunda bipolar bozukluk ile ilgili çok fazla sayıda çalışmaya rastlanabilmektedir. Çoğunlukla Tıp, Hemşirelik, Psikoloji ve Sosyal hizmet disiplinlerinin araştırmalarına konu olurken Mühendislik ve Biyokimya (Baş, 2019; Doyuran, 2019; Baki, 2021) gibi alanlarda da çalışmaların olduğu görülmektedir. Bu hususta bipolar bozukluk tanısı alan hastalar ve aileleri ile ilgili yapılan uluslararası ve ulusal araştırmalarda çoğunlukla psikiyatrik, genetik ve klinik özellikleri ile içselleştirilmiş damgalanma, işlevsellik, başa çıkma tutumları ve yaşam kalitesi gibi parametrelerin incelendiği saptanmıştır (Balaban, vd., 2016; Arguvanlı, 2018; Miklowitz, 2019; Özer, vd, 2021; Özdel, vd., 2021; Li, vd., 2021). Bipolar tanısı alan kadınlar özelinde yapılan araştırmalarda gebelik ve sonrası döneme ait hastalığın seyrinin araştırıldığı söylenebilmektedir (Canazlar, 2020; Harmankaya, 2021). Ancak bu konuların sosyal hizmet perspektifi ile incelenmesine de gereksinim vardır.

Bu konu sosyal hizmetin uygulama alanlarından biri olan Psikiyatrik sosyal hizmet çerçevesinde ele alınmaktadır. Ancak bu konuda sosyal hizmet disiplini literatüre katkı sağlayacak kadar yeterli çalışma bulunmadığı saptanmıştır. Yapılan uluslararası ve ulusal araştırmalarda çoğunlukla ruhsal hastalıkların genel bir çerçevede incelendiği ya da farklı ruhsal hastalıklarla birlikte ele alındığı söylenebilmektedir. Literatürde örnek olarak, bipolar bozukluk hastalarında iş, sosyal yaşam ve aile yaşamında yetersizlik ile ilişkili faktörler (Gutiérrez-Rojas, vd., 2011), ruhsal hastalığı olan erkeklerin yaşam deneyimleri (Akçay, 2016), bipolar bozukluğu olan ergenlerde nörobiliş ve psikososyal işlevsellik (Best, vd., 2017), kurum bakım hizmetleri ve uygulanan sosyal hizmetler (Kaya Kılıç ve Yılmaz, 2018), psikiyatrik sosyal hizmet ve iyileşme yaklaşımı (Nişancı, 2018), kadınlarda ruh sağlığı problemleri ve bağlanma örüntüleri (Taşkırın Tepe ve Özmete, 2019), hastaların sosyal işlevselliği (Bekiroğlu

ve Demiröz, 2020), bipolar bozukluk ve şizofreni hastalar için sosyal hizmet uygulamaları (Vural, 2020), bipolar bozukluğu olan bireylerin çalışma durumu ve halkın tutumları (O'Donnell, vd., 2021), iş yerinde bipolar bozukluğun yönetimi (Bourin, 2024), bipolar bozuklukta intiharın önlenmesi için yeni bir model (Schaffer ve Malhi, 2024), bipolar bozukluğu olan hastalarda psikolojik dayanıklılık (Fernández-Rocha, vd., 2024) gibi konuların ele alındığı görülmüştür. Öte yandan Tekindal ve ark. (2021) tarafından yapılan şizofreni ve bipolar bozukluk tanısına sahip kadınların yaşam öykülerinin yer aldığı araştırmanın bu tez için bir veri kaynağı oluşturduğu ifade edilmelidir.

Bu bilgilerden hareketle sosyal hizmet literatüründe bipolar bozukluk konusu ile ilgili kapsayıcı araştırmaların sayısının yeterli bulunmadığı belirtilebilir. Tanımlayıcı türde yapılan çalışmalardan destek alarak farklı bir araştırma yöntemi çerçevesinde bipolar bozukluk tanılı kadınların aile sistemlerini, sorunlarını ve gereksinimlerini bütüncül olarak incelemenin literatürde eksik olan bir ihtiyacı karşılayacağı düşünülmüştür.

Araştırmanın önemini ortaya koyan konulardan biri toplumsal yaşamda kadının statüsüne ve rolüne dikkat çekerek kadın refahı alanına katkı sunmaktır. Sağlıklı toplumların sağlıklı ailelerden oluştuğunu belirten Türkleş ve ark. (2013: 158), sağlıklı ailenin temelinde kadının yer aldığını, bilinçli, kendine güvenen ve donanımlı kadınların gelecek kuşaklar için faydalı olacağını açıklayarak kadınların ruh sağlığını korumak, iyileştirmek ve geliştirmek için kadın refahına yönelik yapılan çalışmaların önemli olduğunu ifade etmektedir. Bu sebeple bu çalışmada aile sisteminin önemli bir üyesi olan kadına odaklanılmak istenmiştir.

Bu ihtiyaç ve tespitten yola çıkarak bu araştırmanın bipolar bozukluk tanılı kadınlara yönelik sunulan hizmetlerin çeşitlenmesine, psikiyatrik sosyal hizmet uygulamasının gelişmesine katkı sağlayacağı düşünülmektedir. Bu araştırmanın sonuçlarından elde edilen bulgular ile tanılı kadınların yaşadığı daha önce dillendirilmemiş başka sorunların da varlığı görülmüştür. Dolayısıyla bu çalışmadan sonra bipolar bozukluk tanılı kadınlara ve ailelerine yönelik planlanacak hizmetlere ve politikalara kaynak oluşturması beklenmektedir.

1.3. Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu araştırma, 15 kadın katılımcı ile gerçekleştirilmiştir.

Aile sisteminin incelenmesi aşamasında sadece kadın katılımcılarla yapılan görüşmelerden elde edilen veriler kullanılmıştır. Aile sisteminin çok boyutlu ele alınabilmesi için aile üyeleri ile de görüşmeler yapabilmek araştırmaya farklı bir boyut kazandıracaktır. Ancak yöntem kısmında belirtilen güçlüklerden dolayı araştırma katılımcılarla sınırlandırılmıştır.

Katılımcıların tümünün hastalık türünün aynı düzeyde olduğu varsayılarak görüşmeler gerçekleştirilmiştir.



İKİNCİ BÖLÜM

KAVRAMSAL VE KURAMSAL ÇERÇEVE

2.1. Bipolar Bozukluk Tanısı ile İlgili Bilgiler

2.1.1. Tanımı ve Türleri

Bipolar bozukluk, tekrarlayan, depresyon ve mani veya hipomani ataklarıyla (Nierenberg, vd., 2023; WHO, 2019) ruh halindeki ve enerjideki dalgalanmalarla (Grande, vd., 2016; APA, 2021), yüksek intihar oranı, uyku sorunları ve benlik saygısı gibi psikolojik özelliklerin işlevsizliği (Rantala, vd., 2021: 28) ile karakterize olan ciddi psikososyal ve ekonomik morbiditeyle (Smith, vd., 2012: 259) ve yaklaşık 10-20 potansiyel yaşam yılı kaybıyla (McIntyre, vd., 2020: 1841) ilişkili, hastaların yaşamlarının çeşitli yönlerini etkileyen ve zarar veren duygudurum bozukluğu olarak tanımlanmaktadır (Ketter, 2010; Kubbesi, vd., 2019: 1). Bipolar bozukluğun beyindeki spesifik nedenleri belirsiz olsa da beyin kimyasallarındaki dengesizliğin düzensiz beyin aktivitesine yol açtığı ifade edilmektedir. Sevinç, depresyon ya da her ikisinin de baskın olduğu aşırı ruh hali değişimleri olarak ortaya çıkan dalgalanmaların olduğu görülebilmektedir.

Dünya çapında yaklaşık 45 milyon insanı etkileyen bu bozukluğun (GBD 2017 Disease and Injury Incidence and Prevalence Collaborators, 2018: 1817) yaklaşık %70 oranında kalıtsallığının yüksek olduğu belirtilmektedir (McIntyre, vd., 2020: 1841). Çalışmamızın sonuçları, bipolar bozukluğun akrabalık derecesi ile kalıtsallığı arasında anlamlı bir ilişki olduğunu, ayrıca genetik duyarlılığın aktarımında anne ve baba tarafının etkisinin benzer olduğunu desteklemektedir (Özdemir, vd., 2016: 279).

Bipolar bozukluğun, anksiyete, yeme bozukluğu, alkol ve madde kullanımı ile eş tanımlı olma durumu bilinmektedir (Hendrick, vd., 2000; Diffloria, vd., 2010; Kılınçel, vd., 2016). Bu nedenle bipolar bozukluk yaşayan bireylerin çoklu risk altında olması önemini daha da arttırmaktadır.

DSM-5 tarafından Bipolar bozukluğun, farklı sınıflandırmaları ve tanı kriterleri belirlenmiştir (APB, 2013: 63-65).

Bipolar I bozukluğu için bir hipomanik dönem veya majör depresif bozukluğun öncesinde veya sonrasında gelmiş olabilecek en az bir manik dönem gerçekleşmesi gerekmektedir. Bu tipte tanısı olan kişiler, manik bir dönem yaşadığında teşhis edilir ve bu dönemde

enerjilerinde aşırı bir artış yaşarlar ve kendilerini dünyanın tepesinde hissedebilmektedirler. Sevince bağlı ruh halinin kişiyi, güçlü “fikir uçuşları”, “şiddetli aktivite – belki de aşırı içki içmeyi, para harcamayı veya cinsel aktiviteyi içeren” gibi deneyimlere yönlendirebildiği belirtilmektedir (APA, 2021). Mani dönemde, en az bir hafta süreyle, neredeyse her gün, günün büyük bir bölümünde kişide, benlik saygısında abartılı bir artış ya da büyüklük düşünceleri, uyku gereksiniminde azalma, her zamankinden daha konuşkan olma, düşünce uçuşması ya da düşüncelerinin sanki birbirleriyle yarışıyor gibi birbiri ardı sıra geldiğine ilişkin öznel yaşantı, dikkat dağınıklığı, amaca yönelik etkinlikte artma (toplumsal olarak, işte ya da okulda ya da cinsel bağlamda), kötü sonuçlar doğurabilecek etkinliklere aşırı katılma (örn. aşırı para harcama, düşüncesizce cinsel girişimlerde bulunma ya da gereksiz iş yatırımları yapma) gibi davranışlar görülebilmektedir.

Bipolar II bozukluğu için en az bir majör depresif dönem ve en az bir hipomanik dönem geçirmesi gerektiği ifade edilmektedir. Hipomanik dönemler, genellikle zevkli hissettirdiği ve hatta işte veya okulda performansı arttırdığı için Bipolar II bozukluğu olan bireyler, genellikle ilk depresif dönemlerinin bir sonucu olarak tedaviye başvurmaktadırlar. Bipolar II bozukluğu olan kişilerde sıklıkla anksiyete bozukluğu veya madde kullanım bozukluğu gibi başka ruhsal hastalıklar da bulunabilmektedir (APA, 2021). Depresyon döneminde çökkün duygudurum, neredeyse bütün etkinliklere karşı ilgide belirgin azalma ya da bunlardan zevk almama durumu, kilo vermeye çalışmıyorken (diyet yapmıyorken) çok kilo verme ya da kilo alma, neredeyse her gün, uykusuzluk çekme ya da aşırı uyuma, bitkinlik ya da içsel gücün kalmaması (enerji düşüklüğü), değersizlik ya da aşırı veya uygunsuz suçluluk duyguları, düşünmekte ya da odaklanmakta güçlük çekme ya da kararsızlık yaşama, yineleyici intihar düşünceleri vb. davranışlar görülebilmektedir.

Siklotimi bozukluğu, hipomani ve sıklıkla ortaya çıkan depresif semptomlarla birlikte birçok "ruh hali değişimlerini" içeren bipolar bozukluğun daha hafif bir şekli olarak bilinmektedir. Siklotimi hastaları duygusal iniş çıkışlar yaşarlar ancak Bipolar I veya II bozukluğundan daha az şiddetli semptomlar görülebilmektedir (APA, 2021).

Diğer tanımlanmış bipolar bozukluk, bipolar I bozukluğu, bipolar II bozukluğu veya siklotimi bozukluğu kriterlerini karşılamayan bipolar benzeri fenomenler (yani kısa süreli hipomanik epizodlar ve majör depresif epizodlar, yetersiz semptomları olan hipomanik

epizodlar ve majör depresif epizodlar, herhangi bir semptomu olmayan hipomanik epizod) önceki majör depresif dönem ve kısa süreli siklotimi şeklinde gerçekleşmektedir.

Tanımlanmamış bipolar ve ilişkili bozukluk, semptomlar sosyal, mesleki ya da diğer önemli işlevsellik alanlarında klinik olarak belirgin bir sıkıntıya ya da bozulmaya neden olmakta ancak bipolar ve ilişkili bozukluklar tanı sınıfındaki herhangi bir bozukluğun tanı ölçütlerini tam olarak karşılamamaktadır.

Bipolar bozuklukların tanısı kapsamlı bir klinik değerlendirmeyle konulmakta ve mümkün olduğunda üçüncü taraflardan (örneğin aile üyelerinden alınan) bilgilerle desteklenmektedir (McIntyre, vd., 2020: 1842). Ancak bipolar bozukluğun başlangıcının çoğunlukla depresif bir dönem olması sebebiyle tek kutuplu depresyona benzediği ve klinik uygulamada doğru tanılanmasının zor olduğu da belirtilmektedir (Smith, vd., 2012: 259). Özellikle bipolar II bozukluğu olan hastaların geçmişlerinde bipolar I bozuklukta görülen daha kolay tanımlanabilen mani belirtileri olmadığı için bu durum yaşanabilmektedir. Bu sorunun, psikiyatristlerin, depresyon belirtileriyle başvuran hastalarda bipolar bozukluk tanısının konulabileceği konusunda keskin bir farkındalık geliştirinceye kadar devam edeceği ve hekimlerin bipolar bozuklukların ayırıcı tanısını, depresif belirtilerle veya depresyon öyküsüyle başvuran herhangi bir hastanın muayenesinin rutin bir parçası olarak düşünmelerinin zorunlu olduğu ifade edilmektedir (Kaye, 2005: 279). Ayrıca Bipolar bozukluğa ait depresyonun ayırt edici özellikleri arasında erken başlangıç yaşı, ailede bipolar bozukluk öyküsü, psikotik veya ters nörovejetatif özelliklerin varlığı ve antidepresan kaynaklı değişimlerin yer aldığı belirtilmektedir (Thase, 2005: 257). Ancak şu anda bu bozuklukların tanısını, prognozunu veya tedavi sonucunu bildiren geçerli bir biyobelirteç (örn. genetik test) bulunmamaktadır (Smith, vd., 2012: 259; McIntyre, vd., 2020: 1842). Oysaki bipolar bozukluğu tek kutuplu depresyondan ayıran biyobelirteçler, tanıyı iyileştirebilmekte ve tüm psikiyatrik bozukluklar için yeni kişiselleştirilmiş tedavilerin geliştirilmesine yönelik hedefler sağlayabilmektedir (Phillips ve Kupfer, 2013: 1663). Şu aşamada klinik değerlendirmenin rolü anahtar olmaya devam etmektedir. Hipomanik dönemlerin tespiti ve boylamsal değerlendirme, bipolar bozukluğu diğer durumlardan ayırmak için çok önemlidir. Bu nedenle bipolar bozuklukta gelişen farmakolojik ve psikolojik stratejilere ilişkin güncel bilgilerin son derece önemli olduğu ifade edilmektedir (Grande, vd., 2016). Her ne kadar sanıldığından daha yaygın olsa da, şizofreni ve majör depresyon gibi hastalıklarla karşılaştırıldığında nispeten yakın zamana kadar araştırmalar açısından biraz

ihmal edildiği, özellikle nozoloji, epidemiyoloji ve moleküler genetik alanlarındaki son gelişmelerin, bu bozukluğun karmaşıklığının bir kısmını çözmeye başladığı ve yakın tarihlerde bipolar bozuklukların geniş spektrumunun teşhis edilme şekillerinde önemli değişikliklere tanık olunacağı açıklanmaktadır (Smith, vd., 2012: 259). Hastalığın daha fazla ve uygun şekilde tanınmasını kolaylaştırmak için bipolar bozukluklara ilişkin mevcut tanı kriterlerinin ele alınmasına ve gözden geçirilmesine ihtiyaç olduğuna dikkat çekilmektedir (Kaye, 2005: 279).

2.1.2. Hastalığa Yönelik Risk Faktörleri

Bipolar bozukluğa yönelik çeşitli risk faktörleri bulunmaktadır. Erkeklerden farklı olarak kadınların ruhsal sağlık durumunu etkileyen biyolojik faktörlerin olduğu bilinmektedir. Biyolojik faktörlerin ele alındığı araştırmalar bulunmaktadır. Bipolar bozuklukta cinsiyetler arasındaki genetik ve biyolojik etkenlerin birtakım farklılıkları oluşturduğu görülmektedir. Bipolar bozukluk tanısı alan kadın olgularda iki yaşam dönemi, gebelik ve doğum sonrası dönem, alevlenme ve yinelemeler yönünden özel önem taşımaktadır (Kesebir, 2013). Gebelik ve doğum sonrası dönem, bipolar bozukluğun başlaması ya da atakların yaşanması açısından risk faktörü olmakla birlikte stresli durumlarda atakların şiddetinde artış olması sebebiyle kadınlar açısından ciddi bir kronik ruhsal bozukluk olarak nitelendirilmektedir (Arnold, vd., 2003; Öztürk ve Aydın, 2017: 32). Kadınların üreme döngüsü sürecinde gebelik ve emzirme dönemlerinde duygu durum bozukluklarına karşı daha savunmasız hale gelebildiği ve bu sorunların kadının kişisel refahını ve yaşam kalitesini olumsuz etkilediği ve tedavi edilmezse kişinin kendisini, bebeğin gelişimini ve aile ilişkilerini olumsuz etkileyebildiği de ifade edilmektedir (Goodman, 2005: 245). Bu durum anne ruh sağlığının, bireyin ve toplumun sağlığını etkilediğini daha anlaşılır hale getirmektedir.

Bipolar bozukluğu olan kişilerde çocuklukta kötü muamelenin yüksek yaygınlığı, bipolar bozuklukların ortaya çıkışında olumsuz çevresel maruziyetlerin rolünü vurgulamaktadır (McIntyre, vd., 2020: 1841).

Stres genellikle mani ve uyku problemlerini tetikleyen bir faktör olarak bipolar bozukluğun arkasındaki temel biyolojik mekanizmadır (Rantala, vd., 2021: 28). Bipolar bozukluk, gençler arasındaki engelliliğin ana nedenlerinden biridir; bilişsel ve

işlevsel bozulmaya ve başta intihar nedeniyle olmak üzere ölüm oranlarının artmasına neden olmaktadır (Grande, vd., 2016).

Hastalık sonucu, üretkenliğin azalması, aşırı işsizlik ve aşırı ölüm oranlarının çok daha büyük dolaylı maliyetlerini de içermektedir (Ketter, 2010).

2.1.3. Yaygınlık Durumu

Bipolar bozukluğun yaygınlığına ilişkin literatürde çeşitli sonuçlar bulunmaktadır. Dünya çapında yaklaşık 40 milyon kişiyi etkilediği (Nierenberg, vd., 2023), toplumdaki yaşam boyu görülme sıklığının %4 olduğu (Ketter, 2010), toplam nüfusun yaklaşık %1-5'ini etkilediği (Kubbesi, vd., 2019: 1) ve milliyet, etnik köken veya sosyoekonomik duruma bakılmaksızın dünya nüfusunun %1'inden fazlasını etkilediği (Grande, vd., 2016), tahmini yaşam boyu yaygınlığının %1 civarında olduğu (Vieira, vd., 2022: S862) belirtilmektedir. Ayrıca literatürde bu bozukluğun, sıklıkla geç ergenlik ve genç yetişkinlik döneminde ortaya çıktığı ve ortalama başlangıç yaşının 25 olduğu ifade edilmektedir (APA, 2021; Yatham, vd., 2018: 4). Bozukluktan etkilenen bireylerde ise psikiyatrik ve tıbbi eşlik eden hastalıkların yüksek prevalansının tipik olduğuna dair bilgi bulunmaktadır (Grande, vd., 2016).

Bipolar bozuklukların bu daha geniş kavramı şu anda gelişmekte ve uzmanlar arasında bazı tartışmaların olduğu bir alan olmaya devam etmektedir. Bipolar bozuklukların daha önce inanıldığından çok daha yaygın görüldüğü ve dolayısıyla birincil ortamda önceden düşünülenenden daha sık karşılaşıma ihtimalinin yüksek olduğu belirtilmektedir (Kaye, 2005: 272).

2.1.4. Tedavi Yöntemleri

Bipolar bozukluk tanılı bireyler, sıklıkla kalıcı semptomlar, psikososyal işlevsellikte sorunlar, bilişsel bozulma ve düşük yaşam kalitesi yaşamaktadırlar. Son on yılda, klinik ve araştırma ortamlarındaki tedavi hedefi yalnızca klinik remisyona değil, aynı zamanda fonksiyonel iyileşmeye ve daha yakın zamanda hastaların refahını ve yaşam kalitesini dikkate alarak kişisel iyileşmeye de odaklanmıştır. Bu nedenle psikiyatri ve psikolojideki eğilim, bipolar bozukluğu bütünlüyci ve bütünsel bir şekilde tedavi etmektir (Bonnin, vd., 2019: 2).

Bipolar bozukluk tanılı hastaların %50'den fazlası tedaviye uyum sağlamamaktadır. Birinci basamak tedavi, lityum gibi duygudurum dengeleyicileri, valproat ve lamotrijin gibi antikonvülzanları ve ketiapin, aripiprazol, asenapin, lurasidon ve

kariprazin gibi atipik antipsikotik ilaçları içermektedir (Nierenberg, vd., 2023; Thase, 2005: 257).

Lityum, bipolar bozukluğu olan kişilerin tedavisinde altın standart duygudurum düzenleyici madde olarak antimanik, antidepresan ve anti-intihar etkilerine sahiptir. Antipsikotikler, mani tedavisinde etkili olmasına rağmen, depresif dönem için çok az antipsikotikinin etkili olduğu kanıtlanmıştır. Divalproex ve karbamazepin akut mani tedavisinde, lamotrijin ise bipolar depresyonun tedavisinde ve önlenmesinde etkili bulunmuştur. Antidepresanlar, kısa vadeli veya uzun vadeli etkinliklerine ilişkin ikna edici kanıtların azlığına rağmen, bipolar bozukluklar için yaygın olarak reçete edilmektedir. Tıbbi ve psikiyatrik komorbiditeleri hedeflemenin, yardımcı psikososyal tedavileri entegre etmenin ve bakım verenleri dahil etmenin bipolar bozukluğu olan kişilerin sağlık sonuçlarını iyileştirdiği gösterilmiştir (McIntyre, vd., 2020: 1841).

Bipolar bozukluğun stresli sosyal ortamlar, sağlıksız beslenme kalıpları, sınırlı fiziksel aktivite ve obezite dahil olmak üzere çağdaş Batı yaşam tarzlarından kaynaklandığı, dolayısıyla bu yaşam tarzını benimsememiş toplumlarda daha az görüldüğü ve tedavisi için psikofarmakolojik müdahalelerle semptomları geçici olarak hafifletmek yerine yaşam tarzı değişiklikleriyle stresi ve stres duyarlılığını azaltmaya odaklanılması gerektiği ifade edilmektedir (Rantala, vd., 2021: 28).

Bipolar bozukluk ve diğer psikiyatrik hastalıkların, birey, aile ve toplum üzerindeki etkileri bilinmesine rağmen dünyanın çoğu yerinde, bu konuya ilişkin gereken önemin verilmediği, aksine, büyük ölçüde ihmal edildiği bildirilmektedir (WHO, 2013). Bunun için devletlerin sağlık harcamaları bütçesinden daha fazla pay ayırması gerektiğine dikkat çekilmelidir. Bu hastalık sürecinde tıbbi ve psikiyatrik tedavinin yanı sıra psikososyal destek ve hizmetlerin de hasta ve aileleri açısından iyilik halini sağladığı ve geliştirdiği bilinmektedir.

Sosyal hizmet disiplini açısından değerlendirildiğinde, bipolar bozukluk tanılı bireylere yönelik Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT) tedavisinin sonuçlarının olağan farmakoterapi tedavisiyle karşılaştırıldığında önemli ölçüde iyileştirdiği ve ilerleme kaydettiği açıklanmaktadır. Bu incelemenin gelecekteki araştırmalara yönelik sonuçları ve klinik sosyal çalışmacılara duyulan ihtiyacı ortaya çıkardığı görülmektedir (Gregory, 2010: 460).

Duygudurum bozukluklarının doğru tanısı, tedavinin etkili olması açısından kritik öneme sahiptir. Majör depresyon ile bipolar bozuklukları, özellikle de bipolar bozukluğun depresif evresini birbirinden ayırmak önemlidir çünkü genetik, klinik gidişat, sonuçlar, prognoz ve tedavi açısından önemli ölçüde farklılık gösterirler. Mevcut uygulamada bipolar bozukluklara, özellikle de bipolar II bozukluğa yeterince tanı konulmamaktadır. Bipolar bozuklukların yanlış teşhisi, özellikle hem depresif özellikler hem de idame tedavisi (nüks/nüksetmenin önlenmesi) için daha yeni ve muhtemelen daha etkili ilaçların geliştirilmesi göz önüne alındığında, hastaları zamanında ve potansiyel olarak hayat kurtarıcı tedaviden mahrum bırakmaktadır (Kaye, 2005: 271). Bu nedenle sosyal ve çevresel faktörlerin yanı sıra stresle başa çıkma mekanizmaları da bipolar bozukluğun tedavisinde müdahale için meşru hedefler olarak görülmektedir (Buila, 2009: 573).

Farmakolojik tedaviler, bipolar bozukluğun temel müdahalesi olmasına rağmen tek başına semptomları kontrol altına almak ve psikososyal işlevselliği sürdürmek için yeterli görülmemektedir. Yardımcı psikososyal müdahalelerin hastanın durumunu ve hastalığın seyrini iyileştirmeye, aile üyeleri tarafından üstlenilen bakım yükünü hafifletmeye destek olmaktadır (Justo, vd., 2007: 1). Bipolar bozuklukta aile odaklı yardımcı tedavinin kullanımını destekleyen çeşitli çalışmalar vardır. Psikoeğitim, iletişim becerileri eğitimi ve problem çözme eğitimini içeren bu yaklaşım, hastalık sonrası dönemde hastaya yakınlarıyla birlikte verilen 21 adet birer saatlik ev seansından oluşmaktadır. Miklowitz ve arkadaşları (2000, 2003) tarafından yapılan araştırmalarda, iki aile eğitimi ve gerektiğinde kriz yönetimi alan hastalarla karşılaştırıldığında, nüksetmelerde azalma ve nüks süresinde artış gözlemlenmiştir.

Aile müdahalesi, hastaların tekrarlama ve işlevsel psikososyal bozulma riskinin azaltılmasını, tüm aile üyelerinin sağlık ve refahının iyileştirilmesini, sosyoekonomik kaynakların azaltılmasını ve optimize edilmesini sağlamaktadır (Reinares, vd., 2016: 55). Aile terapisi ve ilaç tedavisi alan gruplar karşılaştırıldığında, aile terapisi grubunda ruh sağlığı, ilaç tedavisi grubuna göre daha iyi ortaya çıkmış olup aynı zamanda yaşam kalitesinde anlamlı iyileşmeler gözlemlenmiştir (Yosefi Tabas, vd., 2023: 1).

2.1.5. Psikiyatrik Sosyal Hizmet Uygulamaları

Sosyal hizmet mesleğinin sağlık boyutunda önemli bir uygulama alanı olan psikiyatrik sosyal hizmet, çok kapsamlı bir yapıya sahip olmakla birlikte ruh sağlığı alanında önemli bir ihtiyacı karşılamaktadır. Çeşitli ruh sağlığı sorunu yaşayan bireylere ve onların ailelerine yönelik sunulan sosyal hizmetleri içermektedir. Bu bireylerin ve aileleri, aile ilişkileri, aile yaşam düzenleri, çalışma yaşamları, ekonomik koşulları ile ilgili yaşamlarında sosyal hizmet uygulamalarına gereksinim duyabilmektedir. Psikiyatrik sosyal hizmet, bireylerin tedavi ve sonrası süreçlerde işlevselliklerini arttırmak, haklarını öğrenmelerini sağlamak, koruyucu, önleyici ve iyileştirici uygulamalar gerçekleştirmek ve kaynakları harekete geçirerek sorunlarının azaltılmasına destek olmak amaçlanmaktadır (Çamur ve Ayata Küçükbükcü, 2021: 465). Günümüzde psikiyatrik sosyal hizmet alanında yaygın olarak kullanılmaya başlayan toplum temelli ruh sağlığı hizmetleri, Toplum ve Ruh Sağlığı Merkezleri (TRSM) aracılığıyla ağır ruhsal bozukluğa sahip hastalara ve ailelerine psikososyal destek hizmetleri ve evde sağlık hizmetleri bütüncül şekilde sunulmaktadır (Özpolat, 2023; T.C. Sağlık Bakanlığı, 2022).

Bu doğrultuda sosyal çalışmacılar, ruh sağlığı alanında iş gücünün büyük bir kısmını oluşturmaktadır. Psikiyatri literatüründeki güncel eğilimler, bipolar bozukluğu olan kişilere yönelik psikososyal müdahalelerin rutin olarak uygulandığına işaret etmektedir. Bipolar bozukluğu olan bireylerin iyileşme süreçlerinde psikososyal müdahalelerin etkili olduğu ve bu konuda sosyal çalışmacılara önemli bir rol sunduğu ifade edilmektedir (Buila, 2009: 573). Tanılı bireylere yönelik psikoeğitim ve psikososyal destek çalışmaları sosyal çalışma uygulamaları açısından en etkili çalışmalar olarak görülmektedir. Tanılı bireylere yönelik yapılan psikososyal müdahalelerin, onların mesleki, sosyal ve ailevi sorunlarını bir dereceye kadar hafifletilebildiği ifade edilmektedir (Kaye, 2005: 279).

Bipolar bozukluğun tedavisinin karmaşık olduğunu belirten Buila (2009: 582), iyileşme sürecinde farklı bireyler için farklı müdahalelerin uygulanabildiğini açıklamaktadır. Büyük bir çoğunluğunun psikoeğitimden, güçlü aile desteğine sahip bazı kişilerin aile odaklı terapiden, epizodları tetikleyen sosyal veya rutin aksaklıklar geçmişi olanların, kişilerarası ve sosyal ritim terapisinden, daha az karmaşık belirtilere sahip olan ve ilgilenmeye istekli kişilerin bilişsel davranışçı terapiden en iyi şekilde faydalanabildiği öğrenilmiştir.

Şu ana kadar elde edilen kanıtlar, bipolar bozukluğu olan kişiler için rutin olarak psikoeğitim ve diğer psikososyal terapilerin sağlanmasını desteklemektedir. Psikososyal müdahaleler bipolar bozukluğun tedavisinde ilaca uygulanabilir bir yardımcıdır. Ruh sağlığı alanında çalışan sosyal hizmet uzmanları, bipolar bozukluğu olan bireylerin tanınmasında, tedavi edilmesinde ve bakımının yönetilmesinde önemli bir rol oynayabilmektedir. Bipolar bozukluğu olan kişiye tanı konulduktan sonra müdahale stratejisinin geliştirilmesinde mevcut durumun, olayın veya krizin değerlendirilmesi çok önemlidir. Özellikle intihar girişimi olan kişinin acil müdahaleye ihtiyacı olmaktadır. Sosyal hizmet uzmanı, oluşturduğu destek ve kaynak sistemi ile kişinin geçmişinin kapsamlı bir değerlendirmesini yapması gerekmektedir. Öte yandan psikiyatrik sosyal hizmet uygulamalarının önemli bir parçası olan psikoeğitim hizmetleri, bireylere, gruplara ve ailelere verilmekte olup ilaç uyumunu sağlamayı, hastaların başa çıkma stratejileri geliştirmelerine yardımcı olmayı ve sosyal ve mesleki işlevselliği artırmayı amaçlamaktadır (Buila, 2009: 575).

Daha net ve derinlemesine bir değerlendirme için aileyi veya önemli kişileri sürece dahil etmek çok önemli görülmektedir (Kaye, 2005: 279). Bu aşamada da sosyal hizmetin birey ve aileyi içine alan çoklu sistemlerle çalışabilmesi ve sosyal hizmet müdahaleleri yapabilmesi açısından psikiyatrik sosyal hizmet uygulamalarına ihtiyaç duyulmaktadır.

Her ne kadar psikososyal müdahaleler bipolar bozukluk tanılı bireylere ve ailelerine fayda sağlayacak gibi görünse de burada gözden geçirilen çalışmaların çoğu, araştırmaya katılacak kadar iyi durumda olan kişilere odaklanmaktadır. Bu müdahaleler, bipolar bozukluğun daha az şiddetli veya daha az kronik belirtileri olan kişilerde daha etkili olabildiği ve Bipolar bozukluk tanılı bireyin kişisel özelliklerini ve hangi müdahale türünün en iyi “uyum”u sunduğunu inceleyen daha fazla araştırmaya ihtiyaç olduğu ifade edilmiştir (Buila, 2009: 583).

2.2. Kadınlarda Bipolar Bozukluk

İrk, etnik köken ve cinsiyetin yaygınlık oranları üzerinde hiçbir etkisi olmadığını belirten Ketter (2010) kadınların hızlı döngü, karma durumlar, depresif dönemler ve bipolar II bozukluk yaşama olasılığının erkeklere göre daha fazla olduğunu açıklamıştır. Ancak Freeman ve arkadaşları (2002: 166), bipolar bozuklukta cinsiyet farklılıklarının klinik açıdan önemli olduğunu, kadınlarda ortaya çıkışının

erkeklerdekinden klinik olarak anlamlı şekillerde farklılık gösterdiğini ve daha fazla çalışma yapılmasına ihtiyaç duyulduğunu ifade etmektedir.

Bipolar bozuklukta cinsiyet faktörü önemli olmakla birlikte kadınlarda bipolar II/hipomani, hızlı döngü ve karışık atakların riski yüksek gözükmektedir. Bununla birlikte, şaşırtıcı olmayan bir şekilde, bipolar bozukluğu olan kadın ve erkekler arasındaki belki de en büyük ayırım, üreme yaşamı olaylarının, özellikle de doğumun, bu tanıya sahip kadınlar üzerindeki etkisi olmuştur (Diflorio ve Jones, 2010: 437).

Blehar ve Norquist (2002: 624) ise bipolar bozukluk tanılı kadınların hem üreme hem de sosyal rolleri nedeniyle özel durumları bulunduğunu belirtmektedir. Böylelikle bipolar bozukluğun seyri ve tedavisinde, cinsiyet farklılıkları ve kadın üreme döngüsü üzerindeki etkileri tartışılmaya devam edilmektedir.

Aynı zamanda bipolar bozuklukta ailesel aktarım açısından kadınların ailedeki ilk hasta olma durumunun erkeklere göre iki kat fazla olduğu (Currier, vd., 2006) ve güçlü bir aile öyküsü ile ilişkili olduğundan, bipolar bozukluğun başlangıç yaşının kritik öneme sahip olduğu ifade edilmektedir (Kennedy, vd., 2005). Bipolar bozukluğun kadın olgularda erkeklere göre daha geç yaşta başladığı ve kadınların tanı ve tedavi sürecine daha geç kaldığı araştırma bulgularında yer almaktadır. Bipolar bozukluk tanısı olan kadınlarda tiroit hastalığı, migren, obezite ve anksiyete bozuklukları daha sık görülürken, madde kullanım bozuklukları erkeklerde daha sık görülmektedir (Arnold, vd., 2003; Akarsu, vd., 2012).

Bipolar bozukluğun kadınlarda erkeklerden daha sık görülen iki belirtisi olan hızlı duygulanım döngüsü ve karma durumlar için daha iyi tedavilere ihtiyaç olduğu saptanmıştır. Hamilelik ve emzirme döneminde psikotrop ilaçların kullanımına ilişkin veriler sınırlı olduğundan hamile ve doğum sonrası kadınların tedavisi zordur. Bununla birlikte, kadının sağlığını geliştiren ve fetüsün veya bebeğin ilacın potansiyel olumsuz etkilerine maruz kalmasını önleyen veya sınırlayan dikkatli, bireyselleştirilmiş bir risk-fayda değerlendirmesi önemli bir tedavi hedefi oluşturmaktadır (Freeman, vd., 2002: 176).

Bipolar bozukluk tanılı kadınların tam bir değerlendirmesi, psikiyatrik ve tıbbi geçmişi, aile öyküsü, ruh hali, psikotik, anksiyete, madde kullanımı ve yeme bozukluğu belirtisi ve semptomlarına odaklanan zihinsel durum muayenesini; fizik, muayeneyi, laboratuvar testlerini (örn. tiroid fonksiyon testleri ve metabolik taramalar)

ve toksikoloji taramasını içeren tıbbi durum muayenesini ayrıca regl ve üreme geçmişinin yanı sıra hamilelik/doğum sonrası veya menopozal ruh hali veya psikotik semptomların geçmişini de içermektedir. Hormonal tedavilerin geçmişi ve tedavinin ruh hali üzerindeki etkileri de önemli görülmektedir. Son olarak, hamilelik ve doğum kontrolüne ilişkin planların tartışılması, değerlendirmenin kritik bir bileşenidir (Freeman, vd., 2002: 175).

Hormonal, sosyal rol, gelişimsel ve bilişsel ve duygusal değişkenleri devreye girdiği için bipolar bozukluğun tedavi ve mesleki müdahale aşamalarında kadın cinsiyetini hesaba katarak odaklanmak ve kadına karşı bir duyarlılık geliştirmek gerektiği görülmektedir. Tanılı kadınların, eş, anne ve diğer rolleri, hastalıklarının risk faktörlerini ve kadınlar ve aileleri açısından sonuçlarını anlamak için dikkate alınmalıdır.

Vega ve arkadaşları (2011) tarafından yapılan araştırmada özellikle kadın bipolar hastalarında tedavi uyumu ile sosyal destek arasında güçlü bir ilişki bulunmuştur. Bu nedenle bu araştırma bipolar bozukluk tanısı alan kadınların ve ailelerinin anlaşılabilirliği, sorunlarına ve gereksinimlerine uygun hizmetlerin geliştirilebilmesi açısından oldukça önemli görülmektedir. Daha önceden psikiyatrik geçmişi olmayan ve doğum sonrası depresyon gelişen her kadın, bipolar bozukluk gelişme riski özellikle yüksek olabileceğinden yakından takip edilmeli ve izlenmelidir (Kaye, 2005: 276).

Bipolar II bozukluğun, kadınlarda görülme sıklığı yaklaşık %2,3 iken erkeklerde bu oran %1,3 olarak bulunmaktadır. Bipolar I bozukluğun prevalansının ise her iki cinsiyet için de aynı düzeyde yaklaşık %1,3 olduğu tahmin edilmektedir. Kadınlarda bipolar bozukluk erkeklere göre daha geç ortaya çıkma eğilimindedir. Kadınların daha sonraki başlangıçlı hastalıklarda (45-49 yaş) aşırı temsil edildiği görülmektedir. Kadınlar erkeklere göre daha az şiddete rağmen daha fazla intihar düşüncesini ve girişimini desteklemektedir (Naguy, 2017: 381).

Majör depresyon ve şizofreni için semptomların ifade edilmesinde ve hastalığın seyrinde cinsiyet farklılıkları rapor edilmiştir. Bipolar bozuklukta cinsiyet farklılıkları giderek daha belirgin hale gelirken daha az araştırıldığı da ifade edilmektedir. Bipolar I ve bipolar II tanılarının oranında cinsiyet açısından anlamlı bir farklılık bulunmamasına rağmen bipolar II bozukluğun kadınlarda daha fazla görüldüğü aktarılmıştır. Ayrıca başlangıç yaşı, depresif veya manik dönem sayısı ve depresyon

nedeniyle hastaneye yatış sayısı açısından cinsiyetler arasında anlamlı bir farklılık ortaya çıkmamıştır. Bununla birlikte tanılı erkeklerin tanılı kadınlara göre madde kullanım bozukluğu eş tanısına sahip olma olasılığı önemli ölçüde daha yüksekken, bipolar bozukluğu olan kadınlarda toplumdaki kadınlara göre dört kat daha fazla alkol kullanım bozukluğu ve yedi kat daha fazla diğer madde kullanım bozukluğu olduğu bulunmuştur. Bipolar bozuklukta, başlangıç yaşı ve her bir kutuptaki duygulanım dönemlerinin sayısı gibi hastalık seyri değişkenleri cinsiyetler arasında farklılık göstermemektedir. Ancak kadınların manik ataklar nedeniyle hastaneye yatma olasılığı erkeklere göre daha yüksek olabilmektedir. Hastalığı olan hem erkeklerde hem de kadınlarda alkol ve diğer madde kullanım bozuklukları ile birliktelik oranları yüksek olsa da bipolar bozukluğu olan kadınlar cinsel birliktelik açısından özellikle yüksek risk altındadır (Hendrick, vd., 2000: 393).

Cinsiyetler arasında belirgin bir görülme sıklığı farkı olmasa da kadınlarda hormonal ve üreme faktörlerine bağlı olarak hastalığın seyri daha sorunlu olabilmektedir. Dahası, aşırı cinsellik ve dürtüsel cinsel davranış, manik veya hipomanik dönemlerin bir parçası olarak ortaya çıkabilir ve bu hastaların fiziksel ve duygusal sağlığı üzerinde yıkıcı etkiler yaratabilmektedir. Literatür, güvenli olmayan cinsel uygulamaların (korunmasız seks, birden fazla cinsel partner, takasla seks) görülme sıklığının arttığına ve ayrıca üreme ve cinsel sağlığın kötü olduğuna (cinsel yolla bulaşan hastalıklarda artış, istenmeyen hamilelik ve kürtaj riskinin yüksek, doğum kontrol yöntemlerinin düşük kullanımı) işaret etmektedir. Bipolar bozukluk tanılı kadın hastaların cinsel istismar öyküsünü bildirme olasılıkları da daha yüksek bulunmuştur. Etkili doğum kontrolü, hamileliğin planlanması ve cinsel yolla bulaşan hastalık riskine ilişkin dikkat ve danışmanlık, bipolar bozukluğu olan tüm kadınların aldığı sağlık bakımının ayrılmaz bir parçası olmalıdır (Vieira, vd., 2022: S862).

2.3. Tanılı Kadınların Yaşadığı Sorunlar ve Gereksinimlerinin Değerlendirilmesi

Dünya Sağlık Örgütü (2003), ruh sağlığı sorunlarının yalnızca küçük, izole bir kesimi değil, bir bütün olarak toplumu etkilediğini ve bunun küresel kalkınma için büyük bir zorluk yarattığını ifade etmektedir. Bipolar bozukluk, biliş, duygu ve davranış kontrolünü etkileyen, yetişkinlerin ailelerinde, işte ve toplumda işlev görme yeteneklerini büyük ölçüde etkileyen (WHO, 2006), kronik ağrılarla seyreden bir hastalıktan daha fazla işlevsellik kaybına neden olan, eş ve evlilik uyumunu bozan (Köse Çınar, vd., 2016), okul veya iş performansı, aile ve arkadaşlarla ilişkiler ve

topluma katılma yeteneği gibi yaşamın tüm alanlarında önemli sorunlar yaşatan ciddi bir ruhsal hastalık olarak tarif edilmektedir. Aşırı ruh hali değişimleriyle karakterize edilen bipolar bozukluk, sınırlı kaynaklar, damgalanma, ruh sağlığı hizmetlerine erişimdeki eşitsizlikler, eğitim eksikliği, ilaç maliyetleri ve sınırlı araştırma verileri nedeniyle birey, aile ve toplumların çeşitli zorluklar yaşamasına sebep olmakta ve hastalığın yükünü artırmaktadır.

Gelişmekte olan ülkelerde bipolar bozukluğun yönetimini iyileştirmek için ruh sağlığı altyapısının güçlendirilmesi, ilaca erişimin artırılması, tele-sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi, kamu bilincinin desteklenmesi ve damgalanmanın azaltılması, toplum temelli bakım sunulması, kültürel açıdan duyarlı eğitim sağlanması, STK'lar ve uluslararası kuruluşlarla işbirliği yapılması, veri toplama ve araştırmanın geliştirilmesi, ailelerin ve bakım verenlerin desteklenmesi, krize müdahale ve bütünsel yaklaşımların uygulanması şeklinde birtakım tavsiyeler açıklanmıştır. Sonuç olarak, gelişmekte olan ülkelerde bipolar bozukluğu yönetmek, politika değişikliklerini, topluluk katılımını ve uluslararası iş birliğini kapsayan çok yönlü bir yaklaşımı gerektirmektedir. Gelişmekte olan ülkeler bu tavsiyeleri uygulayarak bipolar bozukluğu etkili bir şekilde yönetme kapasitelerini artırabilir, yükünü azaltabilir ve bu durumla yaşayan bireylerin genel refahını artırabilmektedir (Al-Worafi, 2024).

Erkekler ve kadınlar genellikle belirtilerin ortaya çıkışı, bipolar bozukluğun başlangıç yaşı ve toplam duygudurum ataklarının sayısı açısından benzer olmakla birlikte başlangıçtaki atağın türü ve eşlik eden hastalık paternleri açısından farklılık göstermektedirler (Kawa, vd., 2005: 119).

Bipolar bozukluk tanılı kadınlar, güvenli olmayan cinsel uygulamalar ve zayıf üreme ve cinsel sağlık riskleriyle karşı karşıyadır; bu durum, etkili doğum kontrolü, hamilelik planlaması ve cinsel yolla bulaşan hastalıklar konusunda danışmanlık gerektirmektedir (Vieira, vd., 2022: S862).

Diğer taraftan ailede önemli roller üstlenen kadınların yaşamları boyunca yaşadıkları psikolojik ve sosyal farklılıkların onların üretkenliklerini ve yaşam kalitelerini olumsuz yönde etkilediği bu nedenle de onlarda ruhsal hastalıkların daha yaygın görüldüğü belirtilmektedir (Koyun, vd., 2011: 67). Öte yandan yıllar içerisinde aileler çeşitlendikçe kadınların aile içerisindeki rollerinin de çeşitlendiği görülmektedir. Sosyopolitik bağlamın kadınların aile içindeki rollerini etkilemede önemli bir rol

oynadığı da belirtilmelidir. Kadınların rolleri ile fiziksel ve ruhsal sağlık arasındaki bağlantıya ilişkin araştırmalar da artmaktadır (Galick, 2016). Toplumsal cinsiyet yaklaşımı çerçevesinde ev işlerinin cinsiyete dayalı bölümünde kadınların lehine çok az şeyin değiştiğini gösteren durumlar devam etmektedir. Kadınların yaşamı boyunca karşılaştığı şiddet, yoksulluk, aşırı iş yükü ve sorumluluk, eğitim ve çalışma yaşamında olamama, düşük sosyal statü gibi toplumsal cinsiyet eşitsizlikleri strese, ruhsal sorunlara yol açmakta ve kadınları orantısız şekilde etkilemektedir (Türkleş, vd., 2013: 155; Başar, 2017: 131; WHO, 2021).

Dünya Sağlık Örgütü, ruh sağlığı ile ilgili yaptığı araştırmalar sonucunda ruh sağlığı sorunu yaşayan bireylerin genellikle ciddi insan hakları ihlalleri, ayrımcılık ve damgalanma yaşadıkları bilgisini paylaşırken Becker ve ark. (2010) ise yaşam beklentisindeki artışa ve ruhsal bozuklukların daha etkili tedavisi için çeşitli yeni ilaçlara rağmen, kadınların majör depresyon, travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) ve kaygı bozuklukları için artan kırılganlık ve cinsiyet temelli risklerle karşı karşıya kalmaya devam ettiğini belirtmiştir. Aslında yaşanan bu çoklu sorunların hem ruh sağlığı sorunu olan kadını hem de ailesini etkilediği göz önünde bulundurularak kadına yönelik ilaç tedavisinin yanı sıra aile üyelerini de içerecek şekilde bir tedavi ve psikososyal destek yönteminin daha etkili olduğu düşünülmektedir. Dolayısıyla ruh sağlığı sorunu yaşayan kadının tedavisi için sosyal destek sağlayabilen sağlık hizmetlerine ve sosyal hizmetlere erişiminin de çok önemli görüldüğü ve psikososyal desteğin tedavinin önemli bir bileşeni olduğu açıklanmaktadır (WHO, 2019). Bu noktada hastalığın başlangıç ve sonraki aşamalarında kişilerin ve ailelerinin sosyal hizmet gereksiniminin değerlendirilmesine de ihtiyaç duyulmaktadır. Ruh sağlığının bireyin sosyal uyumunu ve yaşam kalitesini etkilediği belirtilmiştir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2008: 21). Bu süreçte kadınların ve ailelerinin yaşadıkları sorunlar ile ilgili baş edebilmelerinde ve psiko-sosyal destek alabilmelerinde sosyal hizmet gereksinimleri de tartışılmaktadır.

Sosyal çalışma disiplini açısından gereksinim kavramı önemli görülmektedir. Bireyin fiziksel, sosyal, psikolojik ve manevi (tinsel) ihtiyaçlarının bütüncül bir değerlendirmesi olarak ifade edilmektedir (Seden, 2016). Pierson ve Thomas (2010: 354), gereksinim kavramını, belirli bir standartta yaşamı sürdürmek için gerekli olan ihtiyaçlar anlamında kullanmakta olup bir kişinin refahı veya hayattaki başarısı ile ilgili olabildiğini de belirtmiştir. Yolcuoğlu (2010: 49) ise sorunların bireyin

gereksinimini tanımlayabildiğini, bireyin sorunlarının onun gereksinimleri ile karşılıklı ilişki içerisinde olduğunu dile getirmektedir. Buna ek olarak sosyal hizmetin gereksinim odaklı faaliyetler gösteren bir alan olduğunu ve sosyal sorunlara karşı bütüncül bir sosyal hizmet müdahalesi için bireyin gerçek gereksinimlerinin sosyal çalışmacıların, mesleki bilgileri aracılığıyla ortaya çıkartılabildiğini ifade etmektedir. Bu nedenle gereksinim kavramının sosyal hizmet uygulamaları açısından önemli olduğu bilinmelidir. Sosyal hizmetin mikro-mezzo ve makro düzeyde yaptığı çalışmalarda sorunların çözülebilmesi ve iyilik halinin sağlanabilmesi için gereksinimlerin sosyal çalışma perspektifi ile belirlenmesi ve değerlendirilmesi gerekli olmaktadır. Dolayısıyla bireyin fiziksel, psikososyal, ekonomik ve tinsel boyutlarda ihtiyaç duyduğu beslenme, barınma, eğitim, sağlık, ısınma, giyim, ulaşım, haberleşme, kanalizasyon, elektrik aydınlatması, içilebilir su ile istihdam olanağı gibi her türlü hizmet ve destek gereksinimi sosyal çalışma disiplini açısından değerlendirilebilmektedir. Bu noktada sosyal hizmetin temel hedeflerinden biri de bireyin gereksinimlerinin karşılanmasını sağlamak olarak açıklanmaktadır.

Bireyin ve ailelerin yaşadığı sorunlar göz önünde bulundurulduğunda ruh sağlığı alanında sosyal hizmete duyulan ihtiyaca da dikkat çekmek gerekmektedir. Kadınların yaşadığı sorunların bütüncül yaklaşımla ele alınması ve buna yönelik gereksinimlerinin ortaya çıkarılması konu ile ilgili çözüm yolları bulunması için adım sayılmaktadır. Bu nedenle bu alanda sosyal hizmet mesleğinin ve sosyal çalışmacıların mesleki müdahale ve çalışmalarına da oldukça ihtiyaç duyulduğu vurgulanmalıdır.

2.4. Tanılı Kadınların Aile Sistemine İlişkin Kuramsal Çerçeve

Her insanın bazı durumlar dışında bir ailenin üyesi olarak dünyaya geldiği ve yaşamının büyük bir kısmını bu aile içerisinde geçirdiği bilinmektedir. Aileyi bir sistem olarak ele alan yaklaşım doğrultusunda ailede yaşanan herhangi bir olayın ya da durumun diğer tüm üyeleri de etkilediği görülmektedir. Bu araştırma kapsamında da bipolar bozukluğun aile sistemi ile ilişkisi bağlamında değerlendirmeler de bulunulmuştur. Şöyle ki, genel çerçevede ruhsal hastalıkların aile sistemi ile ilişkisine yönelik Dünya Sağlık Örgütü (WHO, 2003: 12), ruhsal hastalıkların aile üyeleri üzerindeki yükünün boyutunu değerlendirmenin ve ölçmenin zor olması nedeniyle çoğu zaman bunun göz ardı edildiğini ifade etmektedir. Bununla birlikte, bu durumun ailenin yaşam kalitesi üzerinde önemli bir etkisinin varlığını da kabul etmektedir. Aile sistemi içerisinde yer alan aile üyelerinin, genellikle ruh sağlığı sorunu yaşayan

bireylerin birincil bakım verenleri olduğu ve bu anlamda bireye duygusal ve fiziksel destek sağladığı ifade edilmektedir. DSÖ'nün ruh sağlığı alanında yaptığı araştırma verilerine göre, dört aileden birinin halihazırda ruhsal hastalıktan muzdarip en az bir üyesi olduğu tahmin edilmektedir. Aile içerisinde birinin yaşadığı sorun ile ilgili aile üyelerinin de damgalanma ve ayrımcılığa maruz kaldığı, arkadaşlar, akrabalar, komşular ve bir bütün olarak toplum tarafından reddedilmenin ailenin izolasyon hissini arttırabildiği, bunun da sosyal aktivitelerin kısıtlanması ve normal sosyal ağlara eşit katılımın reddedilmesi ile sonuçlanabildiği görülmektedir. Bunların yanı sıra bakım verme için zaman ayırmaları gerektiğinden dolayı bazen aile üyelerinin iş bulmasını veya mevcut bir işe devam etmesini zorlaştıran durumların söz konusu olabildiği ifade edilmektedir.

Buradan hareketle tanımlı kadınların aile sistemini incelemeyi odağa alan bir araştırma üzerinde durulmaktadır. Öncelikle aile, aile sistemi, sistem kuramı ve bipolar bozukluğun aile sistemine etkisine ilişkin açıklamalar yapılmaya çalışılmıştır. Daha sonra Feminist kuram, Güçlendirme yaklaşımı ve toplumsal cinsiyet temelinde kuramsal olarak incelenmek istenmiştir.

Aile kavramı ile ilgili literatürde birçok tanımlama yapılmış olmasına rağmen en temel anlamıyla bu iki açıklamanın yeterli olduğu görülmektedir. Duyan (2010: 259) tarafından geleneksel olarak aile, anne-baba ve çocuklardan oluşan aile içerisinde bulunan üyelerin birbirlerine karşı yükümlülükler, işlevler ve sorumluluklar üstlendiği sosyal bir yapı olarak tanımlanırken Özgüven (2010: 229) ise "aileyi, aynı çatı altında yaşayan, gelirlerini paylaşan, evlilik ve kan bağlarıyla birbirine bağlı, çeşitli rollerle birbirlerini etkileyen bireylerin oluşturduğu, yasal, toplumsal ve ekonomik bir kurum" olarak ifade etmektedir. Üyeleri birbirleri için belirli yükümlülükler üstlenen ve genellikle ortak konutları paylaşan birincil grup olarak da bilinmektedir.

Aile sistemi, birey (kadın/erkek), eş (karı/koca), ebeveyn (anne/baba), çocuklar/kardeşler gibi alt sistemlerden oluşan ve yapısı, işlevi, sorumlulukları ve sınırları birbirinden farklı olan (Çamur Duyan, 2012: 2) bir yapıyı işaret etmektedir. Bir sistem olarak ailenin ele alındığı çalışmalarda aile sisteminin etkileşimsel süreci, bütünlüğü, iletişimi ve denge durumu önemli özellikler olarak nitelendirilmektedir. Ailenin alt sistemlerinden birinde oluşacak olan değişimlerin diğer alt sistemlere yansıdığı ve bütünü etkilediği bilinmektedir. Bu nedenle ailenin herhangi bir üyesinde meydana gelen sorunun tüm aile sistemini etkilediğini belirten Çamur Duyan (2012: 7), aileyi bir sistem olarak anlamak

amacıyla aile yapısının bütününe ve bireyler arasındaki etkileşime ve iletişim örüntülerine bakmak gerektiğini vurgulamaktadır. Bununla birlikte aile sistemi içerisinde sistemin bir bileşeninde ortaya çıkan değişimin, diğer bileşenleri nasıl etkilediğini ve bu etkinin yine baştaki bileşene ne şekilde yansıdığını görmek önem arz etmektedir. Buradan hareketle her ailenin yapı, fonksiyon ve gereksinimlerinin birbirinden farklı olduğu bilinmektedir. Aile sisteminin yapısal, işlevsel ve gelişimsel özellikleri bulunmaktadır (Duyan, 2010: 267-279). Aile sistemi, üyelerinin ve alt birimlerinin özelliklerinin toplamından daha fazla özelliğe sahip olmaktadır (Ünal, 2013: 33).

Sistem olarak aileye yaklaşım pek çok araştırmanın temelini oluşturmaktadır. Aslında aileye bir sistem olarak yaklaşmak, aile içinde ruhsal hastalığa sahip olan üyelerin dışarıda kalmasının ve etiketlenmesinin önüne geçmektedir. Burada aile sistemindeki işleyiş örüntüsüne dikkat edilmektedir. Bu kuram, hastalığın sadece kişinin iç ruhsal durumundan kaynaklandığı inancını kabul etmemektedir. Aile üyelerinin sistem bütünü içinde nasıl rol oynadığına bakılmaktadır. Bütün aile sistemleri birbiri ile bağlantılı ilişkilerden oluşmakta olup bir aileyi sistem olarak ele alabilmek için bireyler arasındaki bağlantıları, birbirlerine karşı tepkilerini de izlemek gerekmektedir. Bunun için de sistem kuramı çerçevesinde aileyi incelemek gerekmektedir.

Genel sistem kuramı, 1968 yılında Ludwig von Bertalanffy tarafından açıklanmaya çalışılmıştır. Bertalanffy, kuramı, teknolojik sorunları ve talepleri aşan geniş bir bakış açısına sahip olmakla birlikte genel olarak fizikten, biyolojiden davranış, felsefe alanları ve sosyal bilimlere kadar birçok disiplinde gerekli hale gelen önemli etkiye sahip yeni bir dünya görüşünün habercisi olarak ifade etmiştir (Bertalanffy, 1968). Genel sistemler kuramı, bir sistemin kendini nasıl sürdürdüğünü tanımlamaktadır. Sosyal bilimlerde bir analiz aracı olarak olay ve olguları bütünlük içinde anlamaya yarayan sistem kuramı, sosyal hizmet disiplininde de aranılan başat kuramlardan biridir. 1960'lara kadar ağırlıklı olarak benimsenen medikal modele karşı 70'li yıllarda sosyal hizmeti önemli ölçüde etkileyen sistem kuramı, mesleğe farklı bir bakış açısı getirmiştir. Bu kuramın sosyal hizmet uygulamalarına en önemli katkısı, sorunları bütüncül bir biçimde ve çoklu perspektiften inceleme olanağı tanınmasıdır. Sorunların kaynağının sadece bireylerde aranmasından ve birey üzerinde odaklanılmasından vaz geçilmiştir (Baykara Acar ve Acar, 2002: 34). Aynı zamanda sistem kuramı, sosyal aile içi ilişkileri ve iletişimlerini anlamaya yönelik sosyal hizmet alanında da oldukça yoğun bir şekilde tercih edilen ve

kullanılan etkili bir araçtır. Aile içindeki alt sistemler arasındaki etkileşimlerin incelenmesinde önemli bir yere sahiptir.

Genel sistem perspektifinde bir sistem kabul edilen aileye hem diğer sistemlerle hem de kendini oluşturan alt sistemlerle bir bütün olarak yaklaşıldığını belirten Işık (2023: 714), ailenin giderek daha fazla önem kazandığını ve aile alanına yönelik tartışmaların kuramsal yaklaşımları zenginleştirdiğini açıklamaktadır.

Sistem kuramına göre, aile bir sistem olarak değerlendirilmekte olup bireyin tam olarak anlaşılması için birey, ilişkilerinin bütünlüğü içinde ele alınmakta ve ailenin tüm bireyleri arasında karşılıklı etkileşim bulunmaktadır. Ailenin bir üyesinin gelişiminin ve davranışının, ailenin diğer üyeleri ile yakından ilişkili olduğu görüşünden hareketle aile üyelerinden birinin yaşadığı bir sorunun aynı şekilde diğer aile üyelerinin de sorunu haline geldiği görülmektedir. Bu kuram, aile sistemi içindeki ilişkinin birbirinden ayrılmaz ve iç içe geçmiş bir yapıda olduğunu açıklamaktadır. Bireyin sorununun, yalnız sorun odaklı, geçmiş ve gelişimine bağlı olmadığı, aynı zamanda içinde bulunduğu sistemin, ailenin, işlevselliğine bağlayan bir bakış açısının hâkim olduğu bir anlayış üzerine kurulduğu ifade edilmektedir. Bireyin yaşayan sisteme bağlı olduğu fikri, kuramın temel noktasını oluşturmaktadır. Bu noktada aile sisteminde herhangi bir değişimin sağlanması için uygulanacak en iyi yolun, aileyi bir bütün olarak ele alarak çalışmak olduğu belirtilmektedir. Bireyin yaşadığı sorun ile ilgili yalnız iç dinamiklerini tartışmanın eksik olacağı bu nedenle bireyin ailenin bir üyesi olduğu kabul edilerek kendi dışında var olan dinamiklerin değerlendirilmesinin gerekeceği savunulmaktadır (Corey, 2015: 519). Sistem kuramının sunduğu bu perspektif ailenin değerlendirilmesi, sorun ve ihtiyaçlarının anlaşılması konusunda detaylı bir inceleme yapma imkânı sağladığını ifade etmiştir (Erten, 2023: 267).

Bu kuram, ortaya çıkan çeşitli sorunların çoklu nesiller üzerindeki etkilerine dair geniş bir anlayışa davet etmektedir (Tittler, 2013: 228). Bu kuram ile ilgili aile üyelerine birbirlerini suçlamanın ötesine geçip ailede yaşanan sorunlardaki rollerini keşfetmelerine yardım ettiği etkin bir inceleme sürecinin olduğu belirtilmiştir (Nichols, 2013: 157). Bu nedenle İlerisoy (2012: 34), yaptığı araştırmadan yola çıkarak bu kuramın önermelerinin travmatik yaşantılar ve kronik sağlık sorunları gibi durumların bireyler ve aileleri üzerindeki etkisini anlamak üzere yapılandırılan araştırmalar için yol gösterici ve yön verici olduğunu ifade etmiştir. Bu noktada bu araştırmanın amacına ve içeriğine uygun olarak Sistem Kuramı çerçevesinde bipolar bozukluğun aile sistemi ve aile ilişkileri

üzerinde etkilerinin neler olduğunun anlaşılması amaçlanmaktadır. Aile üyelerinin yaşantıları, etkileşimleri, işlevleri doğrultusunda aile sisteminin incelenmesi sağlanmaktadır.

Aile sistemlerinde bireyler bağımsız değil ve etkileşimsel süreç içerisinde sistemin bir parçası olarak kabul edilmektedir. Aile üyelerinden her birinin davranışı bütünden ayrı düşünülmemektedir. Aile sistemlerinde, ebeveyn ve çocuk davranışlarını, birbirine bağımlı ve etkiyi karşılıklı olarak görmektedir. Aile üyeleri birbirlerinden aldıkları geri bildirimlerle sistemin değişim ve dönüşümünü sürdürebilmektedir (Emery, 2014: 110). Aileler bazı durumlarda değişime karşı direnç gösterebilir de her aile sistemi zaman içinde değişmekte ve kendisini sürekli yeniden yapılandırmaktadır (Strong, vd., 2011: 48; Goldenberg, vd., 2017: 92).

Eşler arası ilişki, ailede temel olan ilişki olarak kabul edilmekte ve bu eş alt sisteminde yaşanabilecek olumlu ya da olumsuz durumların diğer alt sistemleri de etkileyebileceği belirtilmektedir. Özellikle de çocuk ve ebeveyn ilişkisi bu süreçten etkilenmektedir. Anne ve babanın oluşturduğu ebeveyn alt sistemi, çocuk bakımı, çocukların yetiştirilmesi, ihtiyaçlarının karşılanmasından sorumlu olan sistem olarak tanımlanmakta ve bazı ailelerde ebeveynler, ebeveyn alt sistemindeki sorumluluklarını diğer akrabalar veya kurumlarla paylaşabilmektedir (Zastrow and Krist-Ashman, 2016).

Sistem olarak aileyi değerlendirdiğimizde, aile üyelerinin temel gereksinimlerinin karşılanması önemli olup roller yerine getirilmediği takdirde gereksinimler de çoğu zaman karşılanamamaktadır. Günlük yaşamı etkin bir biçimde sürdürebilmek için, ailenin kendini, alt-sistemlerin organizasyonuna dayalı bir roller ağı çevresinde örgütlemesi, toplumsal cinsiyet rollerinin aile içinde uygulanıyor olması ve çatışmasız bir işleyişi sağlaması gerekmektedir (Ünal, 2013: 33).

Kadınların aile sistemi içerisinde karşı karşıya kaldıkları sorunlara yönelik farklı kuram ve yaklaşımlara ihtiyaç duyulmaktadır. Bu nedenle Sistem kuramı, Feminist kuram ve Güçlendirme yaklaşımı çerçevesinde bipolar bozukluk tanılı kadınların yaşam deneyimlerinin aile sistemleri ve ilişkileri üzerindeki etkilerinin neler olduğunun anlaşılması amaçlanmıştır.

Sistem olarak aileye bakıldığında aile içinde kadının konumu ve rollerine yönelik bir inceleme için toplumsal cinsiyet, feminist düşünce ve beraberinde güçlendirme yaklaşımını da kullanmanın açıklayıcı ve bütüncül olduğu düşünülmüştür. Böylelikle

güçlendirme yaklaşımı, feminist kuram ve toplumsal cinsiyet temelinde yapılan değerlendirmelerin psikiyatrik sorunlar yaşayan kadınların görünürlüğünü artırması hedeflenmektedir.

Erbay (2019: 46), güçlendirmede kadın hareketleri üzerinde durmanın faydalı olduğunu, felsefe olarak kadının güçlü olmasını, özgürleşmesini ve kendine yardım etmesini öngördüğünü belirtmektedir. Ayrıca bu süreçte, kadının kendi yaşamı ile ilgili aktif bir şekilde rol alması, içindeki gücünün ortaya çıkarılması, kendi haklarını savunabilecek duruma ulaştırılması ve kendi kaderini tayin hakkına sahip olması sağlayan bir yaklaşımın benimsenmesi gerektiğini de aktarmaktadır. Burada asıl amacın, aile sistemi içinde çeşitli sorunlarla karşı karşıya kalan ve toplumsal cinsiyet eşitsizliği yaşayan kadının yaşam kalitesini artırmayı, toplumsal cinsiyet rollerinden uzaklaştırmayı ve yaşamları üzerinde kontrol sahibi olmalarına yönelik beceri ve kapasitelerini geliştirmeyi sağlamak olduğu da ifade edilmektedir.

Barnes ve Bowl, (2001: 24), güçlendirme yaklaşımında birtakım değişimlerin ve gelişimlerin gerçekleşmesinin beklendiğini, tanılı kadınlara yönelik yapılan bir güçlendirme çalışmasının, onların kişisel gelişimlerini artıracaklarını, kendi yaşam tercihleri hakkında kontrol sahibi olmalarını sağlayacağını, aldıkları hizmetlerde artışın olacağını ve eşitsizlikleri azaltacağını belirtmiştir.

Böylelikle, güçlendirmenin, kadınların iyilik hallerini geliştirdiğini, özgüvenlerini ve işlevselliklerini artırdığını ifade eden Şahin ve Eryılmaz (2023: 2479, 2490), kadınların tüm alanlarda güçlendirilmesi gerektiğini, toplumsal cinsiyet eşitsizliğinin yarattığı sorunların çözülebilmesi için konunun bütüncül bir yaklaşımla ele alınmasının faydalı olacağını vurgulamıştır.

Aile sistemi içerisinde kadının cinsiyetinden dolayı yaşadığı herhangi bir sorun ya da sistematik sosyal adaletsizlik Feminizm'in sorumluluk alanını kapsamaktadır. Bu anlayışla aile içerisindeki toplumsal cinsiyet eşitsizliğinin önlenmesi için kadınların kişisel, politik, kurumsal ve ekonomik olarak güçlendirilmesinin sağlanması, annenin suçlandığı, kadının patolojik kabul edildiği ve problemin sorumlusu ve hastalığın kaynağı olarak kadınların görüldüğü bakış açılarından uzaklaşılması, kadının deneyimlerinin erkekle aynı değerde görülmesi, aile içinde toplumsal cinsiyetçi güç eşitsizliklerinin fark edilmesi ve eşitlikçi ilişkilerin desteklenmesi önemli görülmektedir (Polat Uluocak ve Bulut, 2011: 16-19).

Türkleş ve ark. (2013), da aile işlevlerinin sağlıklı bir şekilde yürütülmesinde kadınlara önemli görevler düştüğünü ve toplumda aile kavramının sürmesi ve devamlılığı için kadın ruh sağlığının önemli bir yere sahip olduğunu belirtmektedir. Dolayısıyla bipolar bozukluk nedeniyle kadına yüklenen aile içerisindeki toplumsal cinsiyet rollerini yerine getirememesi durumu, kadının aile sistemindeki eş, ebeveyn, çocuk ve kardeş olma rollerinde işlevsel olmasını olumsuz etkileyen bir unsur olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu bakış açısıyla da tanılı kadınların aile içinde ve toplumsal yaşamda tüm alanlarda güçlendirilmelerine duyulan ihtiyacı göstermektedir. Literatür taraması neticesinde bu konuyu destekleyen ve güçlendiren araştırmaların olduğu görülmüştür. Bu bağlamda, Mavili Aktaş (2004: 6)'ın belirttiği üzere, aile, dinamik yapısından kaynaklı olarak alt sistemlerinin bütününden etkilenen ve aynı zamanda bütünü etkileyen bir sistem olma özelliği göstermektedir. Bu etkileme ve etkilenme özelliğinden dolayı, bir ailenin üyesi olarak kişilerin yaşadığı sorunların diğer aile üyelerini de etkilediği görülmeli ve ortaya çıkan bu sorunun aile sistemini nasıl etkilediği de önemli bir konu olarak değerlendirilmelidir.

Bununla birlikte Akün (2013: 97), aile sistemini etkileyen birçok sorun olduğu gibi ruh sağlığı sorununun da bireyin içinde bulunduğu aile sisteminin bir ürünü olarak ele alındığını belirtirken aile üyelerinden birinin sahip olduğu ruh sağlığı sorununun ailenin işlevselliğinin bozulmasında ve aile sisteminin etkilenmesinde önemli olduğunu ifade etmektedir. Aynı zamanda karşılıklı bağımlılık ve döngüsellik ilkeleri bağlamında, bir aile üyesindeki ruhsal bozukluğun, aile sistemi üzerinde etkide bulunduğunu, bu etkinin de tekrar birey üzerinde etki gösterdiğini açıklamaktadır.

Hastalık sadece hastayı değil, aynı zamanda atakların sonuçlarına katlanan ve genellikle asıl bakım veren haline gelen hasta yakınlarını yani aile üyelerini de etkilemektedir. Her yeni nüksetme, hastanın yaşamını ve aile dengesini bozan, her bir üyenin rollerinde değişikliklere yol açan, başa çıkma stratejilerinin geliştirilmesini gerektiren stresli bir olay olarak görülmektedir. Bakım verenlerin hastayla ilgilenerek kendilerinin ve diğer aile üyelerinin ihtiyaçlarını ihmal etmesi yaygın olmakla birlikte hastalık ile aile arasında çift yönlü bir ilişkinin olduğu ve terapötik yaklaşımın planlanmasında dikkate alınması gerektiği açıkça ifade edilmiştir. (Reinares, vd., 2016: 48).

Bipolar bozukluk tanılı bireyle yaşamak ailede çok fazla strese ve gerginliğe neden olabilmekte bu da aile ilişkilerinde ciddi sorunlara yol açabilmektedir. Aile üyeleri, bozukluğun semptomları ve sonuçlarıyla başa çıkma zorluğunun yanı sıra sıklıkla

suçluluk, korku, öfke ve çaresizlik duygularıyla da mücadele etmektedir. Aile odaklı terapinin, hastalara ve bakım verenlere bu bozuklukla baş etmenin daha iyi yollarını ve stresi azaltma yöntemlerini öğretmesi, düzenli bir günlük program uygulaması ve uygun iletişim becerileri ve problem çözme eğitimini sağlaması açısından bu bozukluğun tedavisinde önemli olarak ifade edilmektedir (Yosefi Tabas, vd., 2023: 5-6). Bipolar bozukluk ile aile sistemi arasındaki karşılıklı ilişki, yardımcı aile müdahalesinin önemini vurgulamaktadır. Hastalığın kendisinin de aile işleyişi, bakım verenin yükü ve sağlığı üzerinde güçlü bir etkiye sahip olduğunu göstermektedir. Hastaların özelliklerine ve aile ihtiyaçlarına göre özel müdahaleler yoluyla bipolar bozukluğun terapötik yönetimine bakım verenlerin dahil edilmesi ihtiyacını vurgulamaktadır. Yardımcı psikolojik müdahaleler ve özellikle aile müdahalesi, bipolar bozukluğun hastaya, yakınlarına ve bir bütün olarak topluma getirdiği kişisel ve mali yükü azaltabilmektedir. Bakım verme rolünü üstlenen aile üyeleri, aslında toplum bakım sisteminin çok önemli bir parçası olmasına rağmen, bu rolü yerine getirmek için hala çok az destek ve yönlendirme almaktadırlar (Reinares, vd., 2016: 47).

Bipolar bozukluk için tamamlayıcı bir tedavi olarak aile odaklı yaklaşımların etkinliğine ilişkin küçük gruplarla çalışmalar yapılmakla birlikte klinik uygulamada henüz kullanılacak durumda olmadığı ancak bununla ilgili araştırmaların önemli ölçüde arttığı ifade edilmektedir (Justo, vd., 2007: 2; Reinares, vd., 2016: 48).

Bu bilgiler ışığında bipolar bozukluk ve aile sistemi ilişkisi değerlendirildiğinde, bu tanı ile birey ve aile üyelerinin ilişki, iletişim ve işlevselliğinde dalgalanma ve değişimler yaşandığı, aile sisteminin yeni bir düzene ihtiyaç duyduğu görülmektedir. O nedenle bu süreçte yaşanan deneyimler de önem kazanmaktadır. Böylece bu yeni düzende aile sistemi kendini yeniden düzenlemekte ve aile içi ilişkiler, roller, iletişimler değişime uğramaktadır. Aile içinde yeni kurallar, sınırlar ve sorumluluklar ortaya çıkmaktadır. Bipolar bozukluğun aile içerisinde kadın tarafından deneyimlenmesi sadece onu etkilememekte aynı zamanda bu hastalık yaşantısından diğer tüm aile üyelerinin de farklı şekillerde etkilendiği bilinmektedir. Bu nedenle bu tür araştırmalarda sistem kuramlarının uygulanması önemli görülmektedir. Aileleri anlamak ve çözüm bulabilmek için sadece hastalığı yaşayan bireyler özelinde tıbbi tedavi etmeye odaklı bir yaklaşımla değil aile sistemini oluşturan bütün bireyler arasındaki karşılıklı ilişkileri ve etkileri vurgulayan biyopsikososyal yaklaşımla inceleme yapmak gerekmektedir. Bu perspektifin kullanılması araştırmaların özgün değerini arttırmaktadır. Bu nedenle tanılı kadınların

daha görünür olabilmelerini sağlamak için mücadele edilmesinin hem birey hem aile hem de toplum refahını geliştireceği açıktır.



ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

ARAŞTIRMANIN YÖNTEMİ

3.1. Araştırma Yöntemi

Bu çalışma, araştırmanın amacına ve içeriğine uygun olacak şekilde nitel araştırma yöntemi kullanılarak tasarlanmıştır. Kümbetoğlu (2005: 43)'na göre, nitel veri, “bireylerin, süreçlerin, olguların hakkında deneyimlerin, davranışların, faaliyetlerin tanımlandığı, niyetlerin, isteklerin, değerlerin, fikirlerin içinde yer aldığı, duyguların, hislerin, yansıtılabildiği, bilgilerin, inançların, kanaatlerin ayrıntılı biçimde aktarılabildiği bir veri” olarak tanımlanmaktadır.

Nitel araştırma, “Niçin? Nasıl? Ne şekilde?” gibi sorulara odaklandığından dolayı farklı bir bakış açısı ile bir olay veya durumun sebeplerini ve nasıl gerçekleştiğini incelemektedir. Nitel araştırma, olayı doğal ortamı içinde tasvir edip bireylerin kanaat, tecrübe, algı ve duygular gibi kişiye özel verilerle meşgul olduğundan dolayı bu araştırma modelinde “öznel ve gerçeklik” konusu üzerinde daha fazla durulmaktadır (Akarsu ve Akarsu, 2019: 27).

Bu bilgiler doğrultusunda bu çalışmada insan yaşamının daha derin anlamlarının kavranması amaçlandığı için bipolar bozukluk tanısı alan kadınların yaşam deneyimleri, duyguları ve düşüncelerinin kendi anlatıları üzerinden öğrenilmesi ve daha ötesine ulaşabilmek arzusu ile nitel araştırma modeli tercih edilmiştir. Bipolar bozukluk sürecini yaşayan her ailenin anlatacak farklı bir hikayesi olduğundan, bu alandaki nitel araştırmalar daha çok önem taşımaktadır.

Bunun yanı sıra katılımcıların kendi yaşam deneyimlerinden yola çıkarak gündelik sosyal bağlamlar içinde olguya ve duruma yönelik algılarının araştırabilmesi ve aile üyelerinin birbirleri ile olan etkileşimlerinin derinlemesine incelenebilmesi için nitel araştırma desenlerinden fenomenolojik yaklaşıma başvurulmaktadır. Bu yaklaşıma göre, olgular ve olaylar, insanın yaşadığı/deneyimlediği her şeyi içermekte olup insanın bilişini keşfederek ve dolaylı olarak insanı araştırarak, duyulara ve paylaşılan arka plan anlamlarına ve uygulamalarına erişerek doğrudan araştırılabilmeyi mümkün kılmaktadır (Titchen ve Hobson, 2005: 121).

Bu bilgilerden yola çıkarak Bryman (2012)'nin ifade ettiği gibi bu araştırmanın yöntemine uygun olan bir görüşme yöntemi kullanılmıştır. Kümbetoğlu (2005: 71)

tarafından da nitel çalışmalarda, veri toplarken sosyal olayları anlamaya çalışmak ve sorunları derinlemesine incelemeyi kolaylaştırmak için derinlemesine görüşme tekniği kullanılabilirdi ifade edilmektedir. Kadın katılımcıların yaşamlarına dahil olarak sosyal gerçekliklerini öznel deneyimlerinden öğrenmeye ve bu yolla araştırma özneleri hakkında daha derin bir anlayış kazanmaya yönelik olarak seçilen bir nitel örneklem ile çalışılarak kadınların bipolar bozukluk ile ilgili yaşam deneyimleri ve yaşadıkları sorunları aile sistemleri bağlamında ele almaya ve sosyal hizmet gereksinimlerini belirlemeye yönelik derinlemesine yarı yapılandırılmış görüşmeler gerçekleştirilmiştir. Bu görüşmelerde tanı alma sürecinde ve sonrasında aile üyeleri ile ilişkileri, aile üyelerinin deneyim ve düşünceleri de katılımcıların ifadeleri üzerinden değerlendirilmiştir.

3.2. Çalışma Grubu

Bu araştırmanın çalışma grubunu, bipolar bozukluk tanısı almış, tedavisi devam eden, 18 yaş üstü, araştırmaya gönüllü katılmayı kabul eden kadınlar oluşturmuştur. Bir vakıf üniversitesi hastanesinin Psikiyatri kliniğinden hizmet alan bu çalışma grubu, amaçlı örneklem tekniği ile seçilmiştir. Bu örnekleme yönteminde çalışma grubunun araştırma sorularının derinlemesine ele alınmasını sağlayacak şekilde en iyi bilgileri verdiği (Matthews ve Ross, 2010) ve kasıtlı olarak seçilen belirli niteliklere sahip bir grup insanın dahil edilmesi ile oluşturulduğu ifade edilmektedir (Berg, 2001: 32; Creswell ve Creswell, 2018: 262).

Creswell (2013), fenomenolojik araştırmalar için ideal katılımcı sayısının 5-25 arasında değiştiğini belirtmiştir. Ancak daha derin bir araştırma yapılması ve içerik doygunluğuna ulaşılması halinde bu sayının 2-10 katılımcıya kadar esnetilebileceği de görülmektedir (Boyd, 2001). Bu çalışma grubunun en önemli özelliği hassas grup içerisinde yer almasıdır. Bu nedenle katılımcılara erişim kolay olmamıştır. Ayrıca görüşme yapmaya ikna etmek için zamana ve güvenilir birine ihtiyaç duyulmuştur. Araştırmacı ve katılımcı arasındaki güven bağının sağlanmasında Psikiyatri hekimi kolaylaştırıcı olmuştur. Buradan yola çıkarak içerik doygunluğu ve erişim zorluğu göz önünde bulundurulduğunda bu araştırmanın çalışma grubu 15 kadın katılımcı olmuştur.

3.3. Araştırmanın Geçerlilik ve Güvenilirliği

Nitel araştırmalarda olduğu gibi nitel araştırmalarda da geçerlilik ve güvenilirlik ölçütleri bulunmaktadır. Buna ilişkin bilgiler, Creswell ve Creswell (2018: 274) tarafından hazırlanmış olup aşağıda yer almaktadır. Geçerlilik, nitel araştırmanın güçlü yönlerinden

biri olarak değerlendirilmekte ve bulguların araştırmacı, katılımcı ve okuyucular açısından doğru olup olmadığını belirlemeye dayandığı ifade edilmektedir. Güvenilirliği ise araştırmacının yaklaşımının farklı araştırmacılar arasında ve farklı projeler arasında tutarlı olduğunu göstermesi olarak açıklamaktadır.

Bu hususta bu araştırmanın geçerlilik ve güvenilirliği için uzman görüşünün alınmasını ve katılımcı geri bildiriminin sağlanmasını içeren teknikler kullanılmıştır.

Uzman görüşünün alınması tekniği, araştırmanın doğruluğunu artırmak için ilgili alanda uzmanların bilgisinin kullanılmasını ve tezin araştırmacı dışındaki kişilerde yankı uyandırması için nitel çalışmayı inceleyen ve sorular soran bir kişinin bulunmasını içermektedir. Araştırmacının ötesinde başka yorumların ortaya çıkmasını sağlayan bu tekniğin teze geçerlilik katacağı ifade edilmiştir (Creswell ve Creswell, 2018: 2745). Bu yöntem sayesinde ilk olarak literatür incelemesi sonucunda araştırmacı tarafından hazırlanan görüşme formu, ruh sağlığı alanında çalışan farklı meslek grupları tarafından değerlendirilmiştir. Bu hususta bir klinik psikolog, bir sosyal çalışmacı, bir psikiyatri hekimi ve iki akademisyenin görüşüne sunulmuştur. Yapılan incelemeler sonucunda görüşme formunun uygunluğuna dair uzman görüşü alınmıştır. Araştırmacının ötesinde farklı uzmanların bakış açılarını ortaya koyan ve ekip çalışmasını içeren bu teknik, araştırmanın geçerlilik kriterini sağlamıştır. Uzmanlardan gelen geri bildirimler değerlendirilerek araştırmacı tarafından görüşme sorularında düzenlemeler yapılmıştır.

Daha sonra oluşturulan sorular, anlaşılır ve inandırıcı nitelikte olması için bir pilot çalışma ile gönüllü olarak katılmayı kabul eden en az üç kadını katılımcı ile görüşülerek denenmiştir. Katılımcılardan alınan geri bildirimler neticesinde sorulara son hali verilmiştir.

Bu yöntemin bir diğer boyutu da bulunmaktadır. Araştırma sürecini takip eden uzmanlardan farklı olarak araştırmacıya ve teze aşına olmayan ve araştırma süreci boyunca veya çalışmanın sonunda tezin objektif bir değerlendirmesini sağlayabilen tüm araştırmayı incelemesi için harici bir denetçi/araştırmacı kullanılmasını önermektedir. Bağımsız araştırmacının belirli sorularla tezin birçok yönüne bakması prosedürünün (araştırma soruları ile veriler arasındaki ilişki, ham verilerle analiz edilmiş verilerin yorumlanması gibi) nitel bir araştırmanın genel geçerliliğini ve güvenilirliğini artıracadığını ifade etmektedir. Bunun için ise daha önce bu çalışma grubuna benzer gruplarla çalışmış olan bir akademisyenden destek alınmıştır. Araştırma verilerinin kodlama ve temaların

oluşum sürecinde ve bulguların tartışılması ve yorumlanması aşamalarında önerilerde bulunmuştur.

Diğer bir teknik olan katılımcı geri bildiriminin sağlanmasında katılımcıların ifadeleri ile araştırmacının ulaştığı sonuçlar ve varsayımların teyit edilmesi gerçekleştirilmiştir. Görüşmenin sonunda araştırmacı, toplanan verileri özetleyerek katılımcılardan bu bilgilerin doğruluğuna ilişkin geri bildirim vermesini istemiştir. Böylelikle katılımcıların ifade etmek istedikleri duygu ve düşünceleri ile araştırmacının görüşmeden elde ettiği bilgilerin birbiriyle tutarlı olup olmadığı tekrar edilmiş ve katılımcı teyidi alınmıştır. Bu aşamada beş katılımcının görüşme sonunda ifadelerine eklemeler yaptığı görülmüştür.

Ayrıca nitel araştırmaların inanılabilirliğini ve doğruluğunu arttırmak için kullanılan yöntemlerden biri de nitel araştırmaları raporlaştırma standartları kapsamında kontrol listelerinin kullanılmasıdır. Uluslararası geçerliği olan kuralların bir standart haline getirilmesi ve araştırmacıların yazımlarını raporlaştırırken gerekli ve önemli konuları gözden kaçırmamaları için belirli kontrol listeleri oluşturulmuştur. O'Brien ve arkadaşları (2014) tarafından geliştirilen "Nitel Araştırmaları Raporlaştırma Standartları (SRQR)" listesinde nitel araştırma raporlarında bulunan başlık özet, giriş, yöntem, bulgular-sonuç, tartışma ve diğer konulara ilişkin 21 standart yer almaktadır. SRQR kontrol listesinin Türkçe Uyarlaması, Tekindal ve arkadaşları (2021) tarafından yapılmıştır. Bu araştırmanın yazımında ve raporlanmasında da SRQR kontrol listesi kullanılmıştır.

3.4. Veri Toplama Araçları

Araştırmada veri toplamak amacıyla yarı-yapılandırılmış görüşme soruları ve metafor sorular kullanılmıştır.

3.4.1. Yarı-Yapılandırılmış Görüşme Soruları

Yarı-yapılandırılmış görüşme soruları, araştırmacının genel bir görüşme formu biçiminde hazırladığı, görüşmenin içeriğine bağlı olarak katılımcıların ifadeleri doğrultusunda soruların şekillendiği bir veri toplama aracı olarak tanımlanmaktadır (Matthews ve Ross, 2010; Bryman, 2012). Bu araştırmanın yarı-yapılandırılmış görüşme soruları oluşturulurken birkaç yöntem kullanılmıştır. Öncelikle araştırmacı tarafından literatür taraması yapılarak soruların genel çerçevesi oluşturulmuştur. Daha sonra bu sorular, yukarıda yer aldığı gibi ruh sağlığı alanında çalışan farklı meslek elemanlarına gönderilerek uzman görüşü alınmıştır. Son olarak ise katılımcılardan da geri bildirimler alınarak soruların son hali oluşturulmuştur. Bu sorular iki bölüme ayrılmıştır. İlk bölümde

katılımcıların yaş, eğitim durumu, medeni durum, çalışma durumu, sağlık durumu gibi sosyo-demografik bilgilerine ilişkin 15 tane soru, ikinci bölümde tanı öncesi ve sonrası süreçteki deneyimlerine ilişkin 18 tane olmak üzere 33 tane yarı-yapılandırılmış soru yer almakta olup katılımcılar hakkında bilgi sahibi olmaya yönelik şekilde hazırlanmıştır.

3.4.2. Metafor Sorular

Katılımcıların düşüncelerini metaforlar yoluyla temsil ettiği bir veri toplama yöntemi olarak bilinmektedir (Bryman, 2012: 580). Nitel araştırmalarda metaforlar, üzerinde düşünebileceğimiz, konuşabileceğimiz ve eyleme geçebileceğimiz veriler sunmak için kullanılmakta olup insanların bir alanla ilgili tecrübelerini ve yaşanmışlıklarını standart açıklamaların dışında daha derin bir açıklama ile ifade ettiği, sistematik bir araç olarak görülmektedir. Araştırmalarda katılımcıların algılarını kendi ifadeleriyle elde edebilmesine izin veren metaforlar, kavram, olay ve olguların derinlemesine araştırılmasında araştırmacılara fırsat sağlamaktadır. Metafor odaklı nitel veri toplama sürecinde katılımcıların “Bence gibidir. Çünkü” şeklinde belirtilen açık uçlu cümleleri tamamlamaları ve kavramlara ilişkin metafor üretmeleri istenmektedir (Güneş ve Fırat, 2016: 120). Bunların yanı sıra kişinin özgürce düşünmesini teşvik eden ve kendini en etkin biçimde ifade edebilmesine olanak veren metaforlar yoluyla bilgi edinmek, bu araştırmada katılımcıların belirlenen kavramların kendileri için ne ifade ettiğini değişik yönleri ile görmemizi sağlamaya yardım etmektedir. Böylelikle kişilerin oluşturdukları bu metaforlar araştırma için farklı bir veri kaynağını oluşturmaktadır.

İnsanlar, etraflarındaki dünyayı yorumlamak için birincil bilişsel araç olarak metafora güvenirlir. Metaforlar özellikle sağlık, hastalık ve tıpla ilgili söylemlerde güçlü bir şekilde yer alıyor. (Hanne, 2015: 35). Metafor yorumlama ve kullanımı anlambilimi araştırmak için yararlı bir metodoloji sağlar çünkü metaforlar akıl yürütme süreçlerinde ve kavramsal bilginin nasıl organize edildiği konusunda kritik öneme sahiptir. (Elvevåg, vd., 2011: 205).

Sosyal hizmet literatüründe de metaforların farklı işlevlerle kullanıldığı araştırmaların olduğu görülmüştür. Bu araştırmalar daha çok sosyal hizmet öğrenimi gören öğrenciler ve sosyal çalışmacıların belirlenen bazı kavramlara ilişkin metafor kullanımlarını belirleyebilmek için yapılmıştır. Öğrencilerin, psikolojik şiddet (Aktu ve Varol, 2017), sosyal çalışmacı (Apak, 2020), maneviyat (Apak ve Erdem, 2019) ve sosyal

çalışmacıların işsizlik (İsmailoğlu ve Ersoy, 2021), insan hakları (Öngen-Köse, vd., 2020) kavramlarına yönelik algılarının incelendiği araştırmaların yanı sıra Suriyeli çocukların okul kavramına dair algılarının ele alındığı (Erel, 2020) araştırmalara da ulaşılmıştır.

Bu araştırmada katılımcılardan, aile sistemlerine ithafen, aile, anne, baba, kardeş, eş, çocuk ve bipolar bozukluk olmak üzere yedi kavrama ilişkin metafor üretmeleri istenmiştir. Görüşmeler sırasında açıkça ifade edilemeyen duygu ve düşüncelerin, metaforlar yoluyla açığa çıkarılmasına katkı sağlanmıştır. Analiz sonuçlarına göre, bu metaforlar, olumlu ve olumsuz olmak üzere gruplandırılmıştır. Ortaya çıkan metaforlar, katılımcıların aile sistemlerine ilişkin oluşan bulguları destekleyecek şekilde kullanılmıştır. Bu noktada kullanılan yöntem ve çalışma grubu açısından bu tezin bir ilk olma özelliğine sahip olduğu düşünülmektedir.

3.5. Veri Toplama Süreci

Bu araştırmanın verileri, yarı yapılandırılmış görüşme ve metafor yöntem ile yüz yüze toplanmıştır. Ancak veri toplama sürecinden önce araştırmanın uygulanabilmesi için Etik Kurul izni ve araştırma izni alınmıştır.

Veri toplama sürecinde zaman, maliyet ve izin alma hususları göz önünde bulundurularak araştırmacının kolay ve uygun kriterlere sahip katılımcılara ulaşabildiği, bir vakıf üniversitesi hastanesi belirlenmiş ve araştırma hakkında görüşmek için hastanenin Psikiyatri kliniğinde görev yapan Psikiyatri hekimi ile irtibata geçilmiştir. Yapılan görüşmeler sonucunda sözlü onay alındıktan sonra araştırmanın geri kalan aşamaları planlanmıştır.

Öncelikle İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi Rektörlüğü Etik Kurulu Başkanlığı'ndan 28.01.2022 tarih ve 2022/01 sayı ile etik kurul onayı alınmıştır. Daha sonra araştırma izni alabilmek için hastane başhekimliğine dilekçe ile başvurulmuş ve 04.02.2022 tarihinde araştırma izni alınmıştır. Etik kurul onayı ve araştırma izni alındıktan sonra araştırma için veri toplama sürecine başlanmıştır.

3.5.1. Görüşme Sürecinin Planlanması ve Uygulanması

Bundan sonraki süreç katılımcıların belirlenmesi ve veri toplama aşamasına geçilmesi işlemlerini içermektedir. Hastanede tedavisi devam eden kadınlar arasından katılımcı kriterlerine sahip olanlar Psikiyatri hekimi ve araştırmacı tarafından belirlenmiş ve katılımcılarla telefon aracılığıyla iletişime geçilmiştir. Araştırmanın amacı, yöntemi ve görüşme süreci hakkında bilgi verilmiş ve araştırmaya katılmaları talep edilmiştir.

Araştırmaya gönüllü olarak katılmayı kabul eden katılımcılarla doktor randevusunun olduğu gün ve saatte görüşme yapılabilmesi için planlamalar yapılmıştır. Denk gelmeyen durumlar olması halinde ayrıca bir takvim oluşturulmuştur. Görüşmeye başlamadan önce bilgilendirilmiş onam formu ile yazılı izinleri alınmış ve görüşmelere başlanmıştır. Öte yandan eş zamanlı olarak İstanbul ili içerisinde bulunan iki farklı TRSM'ye gidilmiş ve bipolar bozukluk tanısı ve tanıya sahip kadın hastalarla görüşme yapılırken dikkat edilmesi gereken hususlar ve sosyal hizmet uygulamaları hakkında sosyal çalışmacılar ve psikologlarla da görüşmeler yapılmıştır. Bu görüşmelerde edinilen bilgiler ve gözlemler, katılımcılarla yapılan görüşmelerde de katkı sağlamıştır.

Görüşmeler sırasında katılımcılardan izin alınarak ses kaydı alınmıştır. Görüşmelerin gerçekleştirilebilmesi için hastanede özel bir oda hazırlanmıştır. Pandemi önlemlerine uygun olarak yüz yüze şekilde derinlemesine görüşmeler yapılmıştır. Yapılan görüşmeler toplamda 1050 dakika, ortalama 70 dakika sürmüştür.

Verilerin toplanması, 25.03.2022-26.05.2023 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. 2022 Mart ayı itibarıyla toplamda 30 katılımcı ile iletişime geçilmiştir. Beş katılımcı görüşmeyi kabul etmemiştir. On katılımcı görüşme yapmayı kabul ettikten sonra vazgeçmiştir. Son durumda 15 katılımcı ile görüşmeler gerçekleştirilebilmiştir.

3.5.2. Araştırmada Karşılaşılan Güçlükler

Öncelikle katılımcıların hassas ve kırılgan grup içerisinde yer alması sebebiyle veri toplama aşamasında birçok güçlük yaşanmıştır. Katılımcılara ulaşmak kolay olmadığı için onlarla çalışan, iletişimde olan ve onlara hizmet veren çeşitli kurum ve sivil toplum kuruluşlarından talep edilen destek alınamamıştır. Bu da katılımcı sayısının ve çeşitliliğinin sınırlı düzeyde kalmasına sebep olmuştur. Öte yandan ulaşılan ve iletişime geçilen katılımcıların yaklaşık %50'si ile değişken duygu durumları ve atak dönemleri nedeniyle görüşme tarihini ertelemeleri ya da tamamen görüşme yapmaktan vazgeçmelerinden dolayı görüşme yapılamamıştır. Bu durum veri toplama sürecinin uzamasına, yapılan planlamalarda aksamaların yaşanmasına neden olmuştur.

Bunların yanı sıra bu araştırma planlanırken katılımcıların aile sistemlerinin diğer aile üyelerinin deneyimlerinden yola çıkılarak incelenmesi istenmiştir. Katılımcıların çoğunluğu bekar olduğu için eş ve ebeveyn alt sistemi incelenememiştir. Diğer aile üyeleri ile görüşme yapılmak istendiğinde ise katılımcıların ebeveynlerinin birçoğunun hayatta olmadığı, olanların ise çok ileri yaşta olduğu görülmüştür. Evli katılımcıların

sayısı az olmakla birlikte onların da eşleri çalıştığı için görüşmeye yapamayacaklarını belirtmişlerdir. Boşanmış katılımcıların da eşleri ile görüşülemediği. Bu sebeplerden dolayı aile üyeleri ile yapılmak istenen görüşmeler gerçekleştirilememiş olup sadece katılımcılar sürece dahil edilmek zorunda kalmıştır. Aile sisteminin incelenmesi için katılımcıların konu ile ilgili öznel ifadeleri ve yaşam deneyimleri ele alınarak değerlendirmeler yapılmıştır.

3.5.3. Fon Desteği

Bu araştırma, veri toplama sürecinde İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Destek Programı tarafından BAP-2023-08 no'lu proje kapsamında finansal olarak desteklenmiştir.

3.6. Verilerin Analizi

Nitel araştırmalarda veri analizi; verilerin hazırlanıp organize edilmesini, kodlanmasını ve kodların bir araya getirilerek temalara indirgenmesini, daha sonra verilerin şekiller, tablolar veya bir tartışma şeklinde sunulmasını içermektedir (Creswell, 2018: 51-52). Bu kapsamda görüşmeler sırasında alınan ses kayıtları ve/veya tutulan notlar önce deşifre edilerek doküman haline getirilmiştir. Çalışmadan elde edilen veriler analiz edilirken katılımcıların ifadeleri üzerinde anlam değişikliği yaratacak herhangi bir düzeltme yapılmamış, doğrudan alıntılanmıştır. Katılımcılar için K1, K2, K3, ... K15 şeklinde isimlendirme yapılmıştır. Bu araştırmada analiz edilen veriler, 25.03.2022-26.05.2023 tarihleri arasında gerçekleştirilen görüşmelerde katılımcılar tarafından yapılan paylaşımlardan oluşmaktadır. Yazılı görüşme verileri MAXQDA2024 programına aktarılmış olup verilerin analizinde tümevarımcı bir yaklaşım benimsenmiştir. Verilerin analizi için tematik analiz ve içerik analizi yöntemleri kullanılmıştır. Tematik analiz, elde edilen verilerdeki temaların belirlenmesi, analiz edilmesi ve raporlanması için kullanılan bir yöntem olup verilerin en küçük boyutlarda düzenlenmesini ve betimlenmesini sağlamaktadır (Boyatzis, 1998: 100-103). Öncelikle kodlar oluşturulmaya çalışılmıştır. Daha sonra birbiri ile ilişkili kodlar temalar altında toplanarak isimlendirilmiştir. Daha sonra, elde edilen temalar okuyucuların anlayabileceği bir dil ile açıklanmıştır. Verilerin analiz edilerek araştırma sorusu ile ilişkilendirilmesi ve analizlerin raporlaştırılması sağlanmıştır. Son olarak, araştırmacı, elde edilen bulgulara anlam kazandırmak amacıyla bulguları yorumlamış ve çeşitli görseller ile desteklemiştir. İçerik analizi, çeşitli belgelerin içeriğinin

sistemik, objektif ve mümkünse nicel olarak incelenmesidir (Robert ve Bouillaget, 1995, aktaran Bilgin, 2006: 11). İçerik analizinin temel amacı, toplanan verilerin açıklanmasına yardımcı olacak kavramlara ve ilişkilere ulaşmaktır. Tematik analiz ile katılımcıların tanıtıcı bulguları değerlendirilirken, içerik analizi ile katılımcıların görüşlerinin içerikleri sistemik olarak incelenmektedir (Karataş, 2015: 72-73).

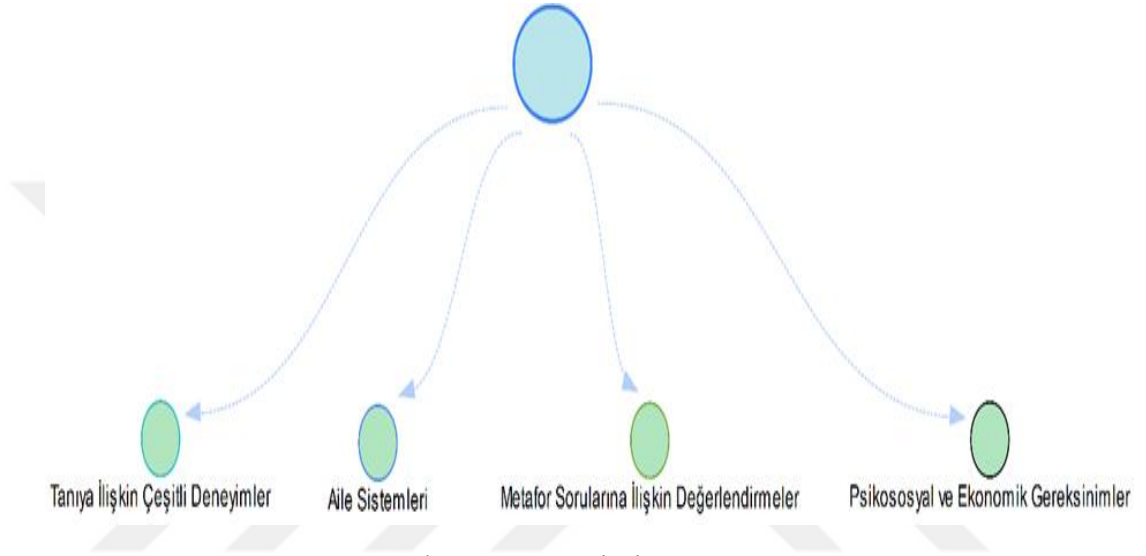


DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

ARAŞTIRMANIN BULGULARI

Bulgular başlığı altında araştırmada elde edilen nitel bulgulara yer verilmiştir.

Araştırma, Şekil 4.1’de görüldüğü üzere dört tema altında toplanmıştır. Bunlar; ‘Aile Sistemleri, Tanya İlişkin Çeşitli Deneyimler, Psikososyal ve Ekonomik Gereksinimler, Metafor Sorularına İlişkin Değerlendirmeler’ olarak belirlenmiştir.



Şekil 4.1: Araştırmanın Temalarının Gösterimi

Kaynak: Araştırmacı tarafından oluşturulmuştur.

4.1. Katılımcılara İlişkin Tanıtıcı Bilgiler

Burada katılımcılara ilişkin tanıtıcı bilgilere yer verilmiştir. Buradaki bilgiler, sosyodemografik sorular aracılığıyla toplanmıştır. Katılımcıların kişisel bilgilerinin yanı sıra aile yapıları ve tanıları hakkında da bilgiler bulunmaktadır.

Tablo 4.1: Katılımcılara İlişkin Sosyodemografik Bilgiler

Katılımcı Kodu	Yaş	Medeni Durumu	Meslek	Öğrenim Düzeyi	Gelir Durumu	Çalışma Durumu	Evlilik Yaşı	Çocuk Sayısı	Aynı Ev İçerisinde Yaşayan Kişiler	Aile Türü
K-1	39	Boşanmış	Ev kadını	İlkokul mezunu	Aile Üyelerinin Geliri	Çalışmıyor	19	1	Kök Aile Üyeleri	Geniş Aile
K-2	35	Evli	Ev kadını	Ortaokul mezunu	Aile Üyelerinin Geliri	Çalışmıyor	18	1	Kök Aile Üyeleri	Geniş Aile
K-3	43	Boşanmış	Güzellik uzmanı	İlkokul mezunu	Aile Üyelerinin Geliri	Çalışmıyor	17	1	Kök Aile Üyeleri	Geniş Aile
K-4	40	Evli	Ev kadını	İlkokul mezunu	Aile Üyelerinin Geliri	Çalışmıyor	18	2	Çekirdek Aile Üyeleri	Çekirdek Aile
K-5	37	Hiç Evlenmemiş	İşçi	Lise mezunu	Kendi Geliri	Çalışıyor	-	-	Kök Aile Üyeleri	Geniş Aile
K-6	20	Hiç Evlenmemiş	Öğrenci	Lise mezunu	Aile Üyelerinin Geliri+ Kendi Geliri	Çalışıyor	-	-	Kök Aile Üyeleri	Çekirdek Aile
K-7	19	Hiç Evlenmemiş	Yok	Lise mezunu	Aile Üyelerinin Geliri+ Kendi Geliri	Çalışıyor	-	-	Kök Aile Üyeleri	Çekirdek Aile
K-8	25	Hiç Evlenmemiş	Öğretmen	Üniversite/ Lisansüstü	Kendi Geliri	Çalışıyor	-	-	Ev Arkadaşı	Çekirdek Aile
K-9	32	Hiç Evlenmemiş	Öğrenci	Lise mezunu	Aile Üyelerinin Geliri	Çalışmıyor	-	-	Kök Aile Üyeleri	Çekirdek Aile
K-10	33	Evli	Ev kadını	Ortaokul mezunu	Aile Üyelerinin Geliri	Çalışmıyor	17	4	Çekirdek Aile Üyeleri	Çekirdek Aile
K-11	31	Evli	Muhasebeci	Lise mezunu	Aile Üyelerinin Geliri	Çalışmıyor	22	1	Çekirdek Aile Üyeleri	Çekirdek Aile
K-12	37	Evli	Öğretmen	Üniversite/ Lisansüstü	Aile Üyelerinin Geliri	Çalışmıyor	22	1	Çekirdek Aile Üyeleri	Çekirdek Aile
K-13	46	Hiç Evlenmemiş	Öğretmen	Üniversite mezunu	Kendi Geliri (Emekli)	Çalışmıyor	-	-	Kök Aile Üyeleri	Çekirdek Aile
K-14	34	Boşanmış	Akademisyen	Üniversite/ Lisansüstü	Kendi Geliri	Çalışıyor	27	-	Kök Aile Üyeleri	Tek Ebeveynli Aile
K-15	53	Evli	Serbest meslek	İlkokul mezunu	Aile Üyelerinin Geliri+ Kendi Geliri (Emekli)	Çalışmıyor	22	2	Çekirdek Aile Üyeleri	Çekirdek Aile

Kaynak: Araştırmacı tarafından oluşturulmuştur.

Tablo 4.1’de katılımcılara ilişkin sosyodemografik bilgiler görülmektedir. Katılımcıların yaşlarına bakıldığında, en genç katılımcının 19, en yaşlının ise 53 yaşında olduğu görülmüştür. Genç bir katılımcı grubunun olduğu söylenebilmektedir. Katılımcıların medeni durumlarına bakıldığında, 15 katılımcının altısının hiç evlenmemiş, altısının evli, üçünün ise boşanmış olduğu bilinmektedir. Katılımcıların öğrenim düzeyleri incelendiğinde, dört katılımcının üniversite mezuniyetine sahip olduğu görülmüştür.

Katılımcıların sadece beşi çalışmaktadır. Sadece K8 ve K14 kodlu katılımcılar, tam zamanlı bir işte çalışırken K5, K6 ve K7 kodlu katılımcıların, geçici süreli, yarı zamanlı, vardiyalı ve riskli işlerde çalıştığı bilgisi edinilmiştir. Diğer 10 katılımcı ise hastalıkları nedeniyle herhangi bir işte çalışmadıklarını belirtmişlerdir. Daha önce kısa süreli de olsa çalışma deneyimi olduğunu ifade eden katılımcılar, atak dönemlerindeki yaşamlarından dolayı işlerini bırakmak zorunda kaldıklarını

açıklamışlardır. Bu sebepten dolayı da aslında katılımcıların büyük bir çoğunluğunun kendi gelirleri bulunmadığı, ihtiyaçlarının ve bakımlarının aile üyeleri tarafından karşılandığı görülmüştür. Çalışmayan katılımcılar, birlikte yaşadıkları aile üyelerinin gelirlerinden yararlanmaktadır. Çalışmayan katılımcılar arasında emekli olanlar ise emekli maaşıyla birlikte aile üyelerinin gelirleri ile de yaşamlarını sürdürmektedir. K6 ve K7 kodlu katılımcılar, aile üyelerinin gelirleri yeterli olmadığı için kendi gelirlerini kazanmak için çalıştıklarını, K6'nın konfeksiyonda vardiyalı şekilde, K7'nin ise seks işçiliği yaparak ek gelir elde ettiği bilinmektedir.

Katılımcıların büyük bir çoğunluğu çekirdek aileye sahiptir. Hiç evlenmemiş ve boşanmış olan dokuz katılımcı kök aile üyeleri ile yaşamaktadır. Boşanmış katılımcıların hepsi kendi kök ailelerinin yanında kalmaktadır. 15 katılımcının sekizi çocuğa sahiptir. En fazla dört çocuğa sahip olan katılımcı bulunmaktadır. 18 yaşın altında evlilik gerçekleştiren İki katılımcı olduğu ifade edilmelidir.

Tablo 4.2: Katılımcıların Tanı Bilgileri

Katılımcı Kodu	İlaç Kullanma Durumu	Ailede Bireylerinde Bulunan Psikiyatrik Tanılar	Psikiyatrik Tanı Bulunan Aile Üyeleri	TRSM'den Hizmet Alma Durumu	Tedavi Durumu	Tanı Alma Yaşı	Tanı Alma Tarihi	
K-1	Düzenli	Yok		2 Yıl	İlaç Tedavisi-Psikoterapi	16	1999	Son 20-33 Yıl
K-2	Düzenli	Bipolar Bozukluk Tanısı, Şizofren Tanısı	Anne ve kardeşler Görümce	2 Yıl	İlaç Tedavisi-Psikoterapi	18	2005	Son 10-17 Yıl
K-3	Düzenli	Yok		3 Yıl	İlaç Tedavisi-Psikoterapi	33	2012	Son 10-17 Yıl
K-4	Düzenli	Bipolar Bozukluk Tanısı, Majör Depresyon Tanısı	Halalar	1 Yıl	İlaç Tedavisi	39	2021	Son 1-2 Yıl
K-5	Düzenli	Yok		2 Yıl	İlaç Tedavisi-Psikoterapi	17	2002	Son 20-33 Yıl
K-6	Düzensiz	Bilinmiyor		Hayır	Hiçbiri	17	2020	Son 1-2 Yıl
K-7	Düzensiz	Bilinmiyor		Hayır	Hiçbiri	18	2022	Son 6 Ay
K-8	Düzenli	Bipolar Bozukluk Tanısı	Anne	Hayır	İlaç Tedavisi-Psikoterapi	24	2022	Son 6 Ay
K-9	Düzenli	Depresyon Tanısı	Hala	10 ay	İlaç Tedavisi-Psikoterapi	30	2021	Son 1-2 Yıl
K-10	Düzensiz	Depresyon Tanısı	Teyze	6 Yıl	Psikoterapi	19	2009	Son 10-17 Yıl
K-11	Düzensiz	Şizofren Tanısı	Teyze	4 Yıl	Psikoterapi	23	2015	Son 4-7 Yıl
K-12	Düzenli	Bipolar Bozukluk Tanısı	Kardeş	Hayır	İlaç Tedavisi-Psikoterapi	33	2019	Son 4-7 Yıl
K-13	Düzenli	Yok		2 Yıl	İlaç Tedavisi-Psikoterapi	25	2002	Son 20-33 Yıl
K-14	Düzenli	Bipolar Bozukluk Tanısı	Kuzen	Hayır	İlaç Tedavisi-Psikoterapi	29	2018	Son 4-7 Yıl
K-15	Düzenli	Depresyon Tanısı	Kardeş	Hayır	İlaç Tedavisi	20	1990	Son 20-33 Yıl

Kaynak: Araştırmacı tarafından oluşturulmuştur.

Tablo 4.2’de katılımcılara ilişkin tanı bilgileri görülmektedir. Katılımcıların tanı alma tarihlerine bakıldığında geniş bir aralığın olduğu göze çarpmaktadır. En eski tanı tarihi 1990 iken en yeni tanı tarihi ise 2022 olmuştur. Katılımcıların tanı alma yaşı incelendiğinde, 15 katılımcıdan 10’unun tanı alma yaşı 16-25 yaş aralığındadır. En geç tanı alma yaşı ise 39 olarak tespit edilmiştir. Bipolar bozuklukta başlangıç yaşının genellikle 15 ila 25 yaş arasında olduğunu belirten araştırmalar bulunmaktadır (Nierenberg, vd., 2023: 1370). Bu araştırmada ulaşılan sonuçların bu veriyi doğrular nitelikte olduğu söylenebilir.

Dokuz katılımcı hem ilaç tedavisi hem de psikoterapiyi aynı anda devam ettirmektedir. İki katılımcı ise hiçbir tedavi yöntemini kullanmadığını belirtmiştir. Katılımcılardan beşinin ailesinde bipolar tanılı aile üyesi bulunmaktadır. Bu aile üyeleri çoğunlukla hala, anne, kardeşler olmaktadır. Bir katılımcının annesi ve altı kardeşinin de bipolar bozukluk tanısı aldığı, diğer bir katılımcının iki halasının bipolar bozukluk tanısı aldığı bilgisine ulaşılmıştır.

Ayrıca katılımcıların 11’i, ilaçlarını düzenli şekilde kullandığını belirtmiştir. Bu hastalıkta düzenli ilaç kullanımının önemli olduğu düşünüldüğünde bunun değerli ve umut verici bir bilgi niteliği taşıdığı söylenebilir.

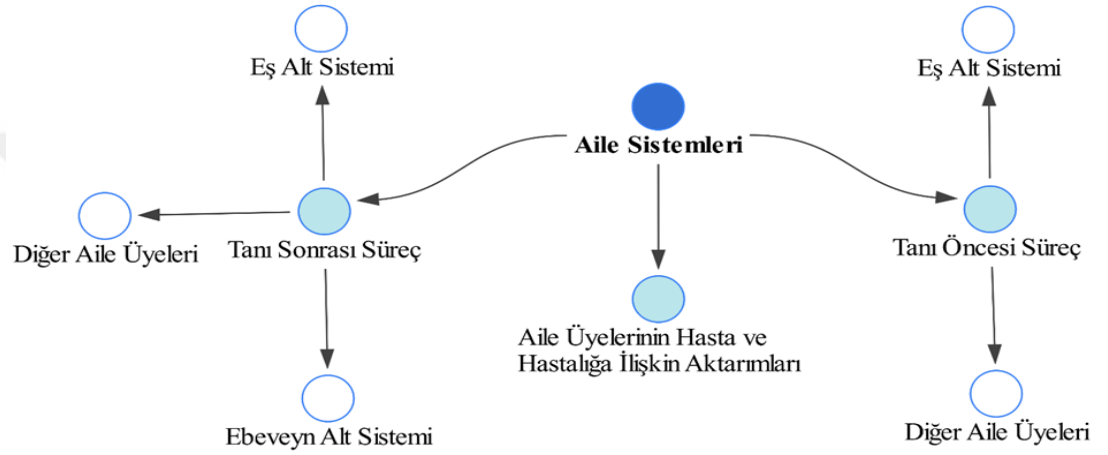
Son olarak ise dokuz katılımcının TRSM’den hizmet aldığı ve bunlardan altısının iki yıl ve altında süredir hizmet aldığı görülmüştür.

4.2. Katılımcıların Aile Sistemine İlişkin Bulgular

Bu başlıkta katılımcıların aile sistemlerine ilişkin bulgulara yer verilmiştir. Katılımcıların aile sistemlerinin bütüncül bir şekilde incelenmeye çalışılmıştır. Eş alt sisteminde evli katılımcılar, ebeveyn alt sisteminde çocuğa sahip olan katılımcılar değerlendirilmiştir. Kardeş alt sisteminde yoğunlaşan fazla veri olmadığı için ayrı bir kategori olarak ele alınmamış, diğer aile üyeleri içerisinde incelenmiştir. Bununla birlikte eş ve ebeveyn alt sistemlerine dahil olmayan katılımcılar ve hiç evlenmemiş katılımcılar bulunduğundan dolayı onlar için diğer aile üyeleri kategorisi oluşturulmuştur.

Araştırmanın ilk teması olan “Aile Sistemleri” hiyerarşik kod bölümler modeli Şekil 4.2’de görülmektedir. Aile Sistemleri teması, ‘Tanı Öncesi Süreç, Tanı Sonrası Süreç, Aile Üyelerinin Hasta ve Hastalığa İlişkin Aktarımları’ olmak üzere üç farklı kategoride incelenmiştir. Tanı Öncesi Süreç kategorisi altında Eş Alt Sistemi ve Diğer

Aile Üyeleri olmak üzere iki kod oluşmuştur. Tanı Sonrası Süreç kategorisinde ise Eş Alt Sistemi, Ebeveyn Alt Sistemi ve Diğer Aile Üyeleri olmak üzere üç kod oluşmuştur. Katılımcılar, tanı öncesi süreçte ebeveyn alt sistemine dair herhangi bir aktarımda bulunmadığı için kod sayılarında farklılıklar olmuştur. O nedenle tanı öncesi süreçte ebeveyn alt sistemi kodu oluşmamıştır. Ancak Aile Sistemi temasına ilişkin bulgular, Eş Alt Sistemine İlişkin Bulgular, Ebeveyn Alt Sistemine İlişkin Bulgular, Diğer Aile Üyelerine İlişkin Bulgular şeklinde başlıklandırılmıştır. Burada her bir alt sistemde tanı öncesi ve tanı sonrası sürecin birlikte değerlendirilmesi



amaçlanmaktadır. Böylelikle süreçler arasında benzerlikler ve farklılıkların ortaya çıkarılması istenmektedir.

Şekil 4.2: Aile Sistemleri Teması Hiyerarşik Kod-Bölümler Modeli

Kaynak: Araştırmacı tarafından oluşturulmuştur.

Tablo 4.3: Aile Sistemleri Temasının Katılımcılara Göre Dağılımı

Kod Sistemi	K.1	K.2	K.3	K.4	K.5	K.6	K.7	K.8	K.9	K.10	K.11	K.12	K.13	K.14	K.15	TOPLAM
▼ Aile Sistemleri																0
▼ Tanı Öncesi Süreç																0
Eş Alt Sistemi	2		1									1				4
Diğer Aile Üyeleri	2	2		1		2		1	1				1	1	1	12
▼ Tanı Sonrası Süreç																0
Eş Alt Sistemi	1	4		2						3	2	3		3	1	19
Ebeveyn Alt Sistemi	1	3		1					2	2	3				1	13
Diğer Aile Üyeleri	2	5	1	1	2	2	2	4	1	2	1	1	1	3	1	29
Aile Üyelerinin Hasta ve Hastalığa İlişkin Aktarımları		2		1		3	1	1		1	1	2	1		1	14
Σ TOPLAM	8	16	2	6	2	7	3	6	2	8	6	10	3	7	5	91

Kaynak: Araştırmacı tarafından oluşturulmuştur

Aile Sistemleri teması katılımcılara göre incelenmiştir. Buna göre, katılımcı görüşlerinin tanı sonrası süreçte diğer aile üyeleri, eş alt sistemi, ebeveyn alt sistemi kodları üzerine yoğunlaştığı görülmüştür.

4.2.1. Eş Alt Sistemine İlişkin Bulgular

Eş alt sistemine ilişkin bulgular, tanı öncesi ve tanı sonrası süreç bağlamında incelenmiştir. Burada her iki süreç arasında farklılıkların olup olmadığı ortaya koyulmak istenmiştir. Böylelikle eş alt sistemlerinde süreçler arasında bir karşılaştırma yapabilme fırsatı söz konusu olmaktadır. Bu alıntılar, Bipolar bozukluk tanısı almış kadınların yaşadıkları evlilik ve eş ilişkileri konusunda derinlemesine bir bakış sağlamaktadır. Eş alt sistemine ilişkin bulgular, altı evli, üç boşanmış olmak üzere toplamda dokuz katılımcının ifadelerinden oluşmuştur. İlk olarak tanı öncesi süreçteki anlatımlara yer verilmiştir.

Tanı Öncesi Süreç

Burada katılımcılara, “Tanı öncesi süreçte eşiniz ile ilişkiniz nasıldı?” sorusu sorularak cevaplar alınmıştır. Tanı öncesi sürece ilişkin üç katılımcının görüşü yer almıştır. Katılımcılardan ikisinin boşanmış birinin evli olduğu bilinmektedir. Katılımcıların ifadelerinden tanı öncesi süreçte eşleriyle ilişkilerinin sorunlu olduğu anlaşılmaktadır. Yapılan görüşmelerde katılımcılar, atak dönemlerindeki hal ve hareketlerinin eşleri tarafından anlamlandırılmadığı ve bir hastalık sebebiyle olduğu düşünemediği için tepkiyle karşılandığını bunun da tanı öncesi süreçte eş ve evlilik ilişkilerinde çatışmalara ve boşanma süreçlerine yol açtığını ifade etmişlerdir. Bu tür önemli yaşam olayları, bipolar bozukluk tanısı olan kadınlar için ek duygusal yükler getirmekte ve hem hastalığın seyrini hem de kadının genel iyilik halini olumsuz etkileyebilmektedir. Katılımcılar, konu ile ilgili şunlardan bahsetmiştir.

Zaten cehennem gibiydi ya hayatım çok kötüydüm, eşimle kavga ediyordum, bağırdığımda, çağırıyordum. Önceleri eşim kötü davranıyordu bana. Tanım olmadığı için “Delisin sen, hastasın sen, uğraşamam seninle” diyordu hep. Yaşadıklarım garip geliyordu ona. Sonra bıraktı beni zaten. Bir de eşimden ayrıldım o dönemde. Hastayım diye eşim istemedi beni. (K1)

“12 yıllık evliliğim vardı, aldatıldım. Biz boşanma sürecindeydik”. (K3)

2018’de eşimle ciddi bir tartışmamız oldu, ayrılma durumları falan konuşuldu. Sonra düzelteceğiz diye karar verdik ve toparladık ve onun arkasından ben tüp

bebek sürecine başladım ve hormon tedavisine başlar başlamaz ben de bir şeyler değişmeye başladı. Ne olduğunu anlamadım, doktora gittim. “Ben çok kötüyüm, kalkamıyorum” diye doktorlara gidiyorum sürekli. (K12)

Tanı Sonrası Süreç

Burada katılımcılara “Tanı sonrası süreçte eşiniz ile ilişkiniz nasıldı?” sorusu sorularak cevaplar alınmıştır. Tanı sonrası sürece ilişkin sekiz katılımcının görüşüne yer verilmiştir. Sekiz katılımcıdan altısı tanı sonrası süreçte eşlerinden ilgi ve destek görmediklerini belirtmişlerdir. Bunlardan ikisi boşanmış, diğerleri evlidir.

Bu alıntılardan görüldüğü üzere, eşlerin hastalığı anlamaması ve kabul etmemesi, boşanma süreçlerinin ve damgalamanın yaşanmasına sebep olmuştur. Bu durumlar, iletişimin kesilmesine ve eşler arasındaki ilişkileri zedeleme potansiyeline sahip olmuştur. Bu sürecin daha iyi anlaşılabilmesi için katılımcıların konu ile ilgili ifadeleri aşağıda yer almıştır.

Eşimin yorucu bir işi var, inşaatta çalışıyor. Ben ondan da çok şey beklemiyorum yani. Eşim bizimle vakit geçirmez pek. Biz dışarı çıkarız kızlarla o evde kalır. O yüzden birlikte aktiviteler yapamayız. Eşim hastalığımı kabul etmiş değil hala. Eşim tanı almadan önceki süreci de biliyor. O zaman aşırı hızlıydım şimdi yavaşım ya hani. Onun da işine gelmiyor, işler kalıyor tabii. Onun için “İşleri yap, çalış” diyor bana. Bir gün doktora giderken eşim de benimle geldi. Doktor dedi ki bana, “İş yapmana engel değil bu hastalık” onun yanında. O da artık hep doktorun dediğini söylüyor bana. Ama içimden gelmiyor iş yapmak ne yapabilirim ki! Makineyi boşaltmak, bulaşıkları doldurmak sıkılıyorum bu işlerden. Bana yardım için ayda bir kere eve yardımcı kadın almak istedim. Ona da izin vermiyor. “İki kızın var üç tane kadınsınız bir de temizlikçi mi tutacağız eve” diyor. (K4)

Eşim hiçbir şekilde beni anlamadı. Son üç senedir falan biraz daha anlıyor. Açıkçası tanı aldığım süreçte eşim dışında birkaç farklı kişiyle görüşüyordum. Daha doğrusu eşimden ilgi görmediğim için hep başkalarında aradım. Tanı aldıktan sonraki süreçte ailemle ilişkim tam anlamıyla hani beklediğim, istediğim gibi olmadı. Eşimin elinden geleni yaptığını biliyorum farkındayım ama yeterli gelmiyor bu süreçte. Benim ne yaşadığımı ne düşündüğümü ne kadar anlatmaya çalışsam da onun için pek bir şey ifade etmiyor. Mesela “İyi

değilim, iyi hissetmiyorum” dediğimde benimle gerçekten ilgilenmesini istiyorum. Açıkçası ihtiyacım olan ilgiyi göremiyorum eşimden. Eşimle ilişkimizde cinsellik ön planda her zaman. İki, üç sene içerisinde benim isteğim de ön planda oluyor ama bundan önce hiçbir şekilde yoktum yani. Hep onun istekleri daha öncelikliydi. (K10)

Ben o dönem evliydim ve eşim benim rahatsızlığımdan çok çok utandı. Ondan sonra bunu hiçbir zaman hiçbir kimseyle paylaşmamam gerektiğini söyledi. Ondan sonra kendisi, “Ben ömür boyu hasta biriyle mi birlikte olacağım, senin bakıcılığını mı yapacağım” şeklinde konuşmaya başlamıştı. Ondan sonra farklı nedenlerle boşanmış gibi gözüksek de aslında temelinde yatan sebeplerden birisi de buydu. Yani eşimin bana karşı tavrından dolayı evliyken hastalığım benim için utanılması, saklanması gereken bir durumdu. Ondan sonra bazı yapabildiklerime karşı bile yeteneksiz gibi hissetmeme neden olan olaylar olmuştu eski eşimin bakış açısından dolayı. (K14)

Katılımcılar, eşleri ile yaşadıkları sorunların, çocukları ile olan ilişkilerine ve aile işlevselliğine de olumsuz yönde yansıdığını ifade etmiştir.

Eşimle tanı almadan önce boşanmıştık. Tanı aldıktan sonraki süreçte de hiçbir iletişimimiz olmadı. Şu anda da hiç görüşmüyoruz. Bir gün konuşmaya gittiğimizde annem de yanımdaydı. “Alın gidin hastalıklı kızınızı” dedi. Ondan sonra da ne gördüm ne konuştum. Çocuğum da yanımda değil. Babasının yanında yaşıyor. Altı yıldan beri görüşmüyoruz. (K1)

Eşimle ilişkimiz şu an biraz karışık. Resmi evliliğimiz var ama ayrı yaşıyoruz. Eşim oğlumla beraber kendi ailesinin yanında kalıyor. Oğlumla ayrı yaşıyorum ya bir gün onu görmek için eşimin evine gittim. Ama eşim beni eve almadı. “Sen bu mahalleye giremezsin, sen beni rezil edemezsin” dedi bana. O an öyle bir ruh haline girdim ki, işte bana gösterdiği değer bu kadar ortadaydı. Uzun zamandır eşimle de ciddi problemler yaşıyoruz. Bu durumda benim hastalık süreci mi etkiliyor tabii. Eşim şu an hiç destek olmuyor bana. Hastanede yattığım bir dönemdi, eşimle ayrı olduğumuz dönemde eşimin yokluğundan ve ilgisizliğinden dolayı üç, dört tane yabancı erkekle telefonda görüştim. Hatta onlara açık fotoğraflarımı gönderdim. Sonra bunlardan biri fotoğraflarımı eşime göndereceğini söyleyerek beni tehdit etmişti. (K2)

K12 kodlu katılımcı her iki sürece ilişkin paylaşımlarda bulunmuş olup tanı öncesi süreçte olduğu gibi tanı sonrası süreçte de eşi ile çeşitli sorunlar yaşadığını ifade etmiştir.

Eşim bu süreçte çok yardımcıydı ama iyileştikten sonra onun acısı çıkıyor gibi bir şey oluyor. Ondan sonra işte ben sana şöyle iyilik yaptım, böyle yaptım, nankörlük yapma diye başıma kalktı hep. Ama o benim elimde olmayan bir durumdu. Benim kontrolümde değil, bilerek yapmıyorum bunu ama buna inanmıyor işte. En büyük sorun da bu bence. Yalandan bu şekilde davrandığımı düşünüyor. Normalde anlıyormuş gibi oluyor ama bir kavga esnasında bir yerden patlak veriyor. Sen zaten bana böyle dedin diye hala o dönemlerde yaşananları söylüyor. Depresif dönemlerimde eşimle birlikte yürüttüm daha çok. O da yani benim kadar toparlayıcı değil, yardım edebildiği kadar etmeye çalıştı. Ama hani mesela işte yemek yapamıyordum, dışarıdan söylüyorduk ama dışarıdan yemek söylüyorum diye de bana kızıyordu. Yine mi böyle diye? Halbuki yine olmak zorunda yapacak bir şey yok. Onun yerine mesela “Ya bir yardımcı tutalım da şurada bir yemek yapsın, evi temizlesin, gitsin” onu düşünemez. O süreçte elinden geldiği kadar yatırırım, kaldırayım şeklinde yardım etmeye çalıştı. Başka da yardımcı olan kimse olmadı. Eskiden ben hep eşime destek oluyordum. Sonra roller değişti. Eşim kalp hastası olunca birazcık benim hastalık durumumu da anlamaya başladı. (K12)

Sadece evli iki katılımcı, tanı sonrası süreçte eşlerinden ilgi ve destek gördüklerini ifade etmişlerdir. Bu ilgi ve desteğin onların hem eşleri ile olan ilişkilerini hem de hastalık durumunu olumlu etkilediği belirtilmiştir. Katılımcıların konu ile ilgili ifadeleri aşağıda yer almıştır.

Hastalık belirtilerim ile ilgili sadece eşime bahsetmiştim. Eşim de hemen hastalığımı öğrenmeye başlamıştı. Eşim beni tedavi sürecinde teşvik ediyordu hep. “İyi olacaksın, merak etme, ilaçlarını iç” şeklinde. O benden daha iyi ve hızlı bir şekilde öğrendi. Eşim her zaman daha anlayışlı ve toparlayıcı oldu. Eşim daha önce uyuşturucu kullanıyordu. Doğal olarak halüsinasyonlara falan aşına. O yüzden beni daha iyi anladı ve toparladı. Böyle olunca atak geçirdiğimi fark ediyordu. “Bende bir farklılık fark edersen doktora götür beni hemen” diye söyledim hep. Eşimin de borderline tanısı var. Hatta benden daha ağır sorunları oldu. Ben de onu toparladım. Yani psikolojik destek veriyoruz

birbirimize. Şu anda eşimle ilişkimiz gayet iyi, beni memnun ediyor. Mesela birkaç sene önce bir atak halindeyken başka birisine ilgi duyduğumda onu bile söyleyebilecek kadar paylaşabiliyorum. O mesela öyle bir şey olduğu zaman "Bak sen iyi değilsin, atak geçiriyorsun" şeklinde uyarır ve sakinleştirirdi. Eşim artık beni iyi tanıdığı için atak zamanlarında "Tamam ben halledeceğim, sorun yok" diyerek beni hemen sakinleştirir, sarılır. Yani bu şekilde yavaş yavaş geçti. Şu an mesela aynı şeyler olduğu zaman doğal karşılıyorum. Çünkü bunlar günlük hayatın getirdiği şeyler şeklinde diye düşünüyorum ve hiçbir etki yaratmıyor ben de artık. (K-11)

"Eşim ve kızlarım da hiç yalnız bırakmadı beni. Hep yanımdaydılar. Ama farkındayım bu süreç onları da çok yıprattı". (K-15)

Yukarıdaki ifadeler doğrultusunda bipolar bozukluk tanısına sahip kadınların eş alt sistemi incelendiğinde, kadınların çoğunluğu tanı öncesi ve sonrası süreçlerde eşlerinden ilgi ve destek görmediklerini, hastalık belirtilerinin onların eşleri ile olan ilişkilerini olumsuz etkilediğini ifade etmiştir. Burada eş ilişkilerini olumsuz etkileyen sebeplerden birinin de toplumsal cinsiyet rollerinden dolayı kadınlardan beklenen sorumlulukların hastalık sebebiyle yerine getirilememesinden kaynaklanan durumlar olduğu belirtilmelidir. Bu nedenle, tedavinin her aşamasında ve sosyal hizmet müdahalelerinde eşlerin de sürece dahil edilmesi, bilgilendirilmesi ve desteklenmesi, eşlerin hastalık farkındalığını, anlama ve kabul etme kapasitelerini arttırdığı için önemli görülmektedir. Böylece eşler arasında destekleyici bir ilişki dinamiği oluşturularak hastalığın daha iyi yönetilmesi ve tedavi sürecine olumlu katkıda bulunulması sağlanmaktadır.

4.2.2. Ebeveyn (Anne-Çocuk) Alt Sistemine İlişkin Bulgular

Burada ebeveyn olan katılımcıların görüşlerine yer verilmiştir. "Tanı öncesi ve sonrası süreçte çocuğunuzla ilişkiniz nasıldı?" sorusu sorularak cevaplar alınmıştır. Katılımcıların ifadeleri incelendiğinde, çoğunluğunun, tanı aldıktan sonra çocuk sahibi olduğu görülmüştür. Aynı zamanda katılımcılar, yoğunluklu olarak tanı sonrası süreçteki ebeveynlik deneyimleri hakkında aktarımda buldukları için sadece tanı sonrası süreç kategorisi oluşmuştur.

Ebeveyn alt sistemine ilişkin bulgulara ait 15 katılımcıdan 8'i çocuğa sahip olduğu için her birine ait görüşe yer verilmeye çalışılmıştır. Bu anlatımların, bipolar bozukluk

tanısı alan annelerin, ebeveynlik deneyimleri üzerindeki zorluklara, endişelere ve başa çıkma yöntemlerine dair önemli bir ışık tuttuğu ifade edilmelidir. Burada katılımcıların hem ebeveyn olma deneyimine ilişkin hem de çocukların tanılı bir ebeveyne sahip olma deneyimine ilişkin anlatımlar yer almaktadır. Ebeveyn alt sisteminin çok boyutlu bir değerlendirme ile incelenmesi gerektiğini de göstermektedir.

Tanılı bir ebeveyn olarak kadınlar, bipolar bozukluk nedeniyle yaşanan manik ve depresif atakların günlük ebeveynlik görevlerini yerine getirmeyi zorlaştırdığını, ebeveynlik yapma kapasitesine ve özgüvenine zarar verebildiğini ve annenin çocuğuyla olan bağını zayıflatabildiğini aktarmışlardır. Katılımcıların konu ile ilgili anlatımlarına aşağıda yer verilmiştir.

Doktoruma şunu sordum: “Onun hastalığı benim hayatımı mahvetti diye ebeveynini suçlayan var mı? Ben kendim görüyorum evet gerçekten etkiliyor yani işte oğlum 14 yaşında onun okul hayatını çok etkiledi. Depresif dönemde oğlumla hiç ilgilenemedim. Hastalandıktan sonra bir ay boyunca uyuyan bir anne vardı. Öncesinde 12 ay zaten uyudum ilk ilaçları kullanmaya başladığım zaman onun haricinde bir sene boyunca uyuyan anne vardı. Böyle devamlı hasta yatan, ölüyle diri arasında karışık bir anne durumuna geliyorsunuz. Bu durum hep çocuğa çok büyük zarar verdi. Devamlı yatakta yatan bir anne imajı oluyor. Direkt öz bakım veren kişi olarak çocuğun kafasında bir güven duygusu da zedeleniyor. Yemek de olmuyor evde ne bileyim arkadaşlarıyla sıkıntı da yaşıyor. Ne kadar anlayış göstermesini bekleseniz de çocuk etkileniyor sonuçta. O yüzden oğlumla olan ilişkim de olumsuz oldu diyebilirim. O da içten içe beni suçluyor. İleride ne kadar düzeltebiliriz bilmiyorum ama elimden geldiğince yapmaya çalışacağım. (K12)

Hastalığımın dolay ben kendimi ezik hissettim. Hastaneye yattığımda çocuklarım amcalarında kaldı. “Ben ne yaptım?” gibi üzüntü oldu ben de hep. Çocuklarımı zamanında bu hastalık yüzünden çok ihmal ettim. Ama elimde değildi. Onlar da anlayışla karşıladı her zaman, olumsuz tepki görmedim hiç. (K15)

Ayrıca postpartum depresyonun, doğum öncesi ve sonrası dönemde yaşanan zorlukların, hastalığın genetik aktarımının ve toplumsal cinsiyet rollerinin, onların annelik deneyimlerinde, çocuğun biyopsikososyal sağlığı ve anne-çocuk arasındaki

ilişki üzerinde derin etkiler yaratabildiği ve bunlardan dolayı annelerin suçluluk duygusu yaşayabildiği görülmüştür. Katılımcıların konu ile ilgili aktarımları aşağıda yer almaktadır.

"Tanı aldıktan sonra kızım doğmuştu. Mesela kızımı kucağıma almak istemedim. O dönem 2004 senesiydi. Yani çok kötü geçiyordu". (K1)

Benim bir oğlum var. Çocuğum ilk doğduğunda geceleri uyanamam, çocuğu emziremem diye çok korkuyordum. "Nasıl yaparım, ne yaparım?" diye düşünüyordum hep. Anelik çok güzel bir duygu. En çok da anne olmayı sevdim herhalde gerçekten. Çocuğum uyanmadan önce ben uyanıp kontrol ediyordum, kalkıp emziriyordum. Ama atak geçirdiğim bir dönemde ilaç içtiğim için çocuğu süttten kesmek zorunda kaldım. Sonra ilaç kullanmaya başlayınca uyumalarım ve uyanmalarım daha da zorlaştı. Oğlum sekiz aylıktı, kayınvalidem odadan beşiği alıp kendi odasına koymuştu. Sonra çocuğumla ilgilenmeme fırsat vermediler. Bana biraz daha destek olsalardı çocuğuma kendim bakabilirdim ama buna izin vermediler. Çocuğumdan çok mahrum kaldım. Yine de büyütürken elimden geldiğince yapmaya çalıştım ama zorlandım. En büyük kaygım oğlumun da benim gibi hasta olması. Bu hastalık genetik olduğu için aynı zamanda çevresel faktörler de var tabii. Oğlumun halası da psikiyatrik tanılı. Kaygılıyım yani oğlum için. Bu da ilişkimizi bozuyor tabi bazı zamanlarda. (K2)

Evde küçük bir çocuğum vardı. Daha iki yaşında ona bakmam gerekiyordu ama ben çok ağır ilaçlar alıyordum ve 7/24 yatıyordum, kafamı kaldırıyordum, yok gibiydim. Bu sebepten o dönem inatla bırakmıştım ilaçlarımı. Benim ilaç kullandığım iki senelik dönemde kızım otizmlı oldu. Ben ilgilenemeyince evin içinde çocuk telefonla oyalandı hep. O dönemde konuşmaya başlayacaktı, başlayamadı. Kızımın bu durumu ile ilgili kendimi suçlu hissediyorum. Genelde insanlar daha farklı görüyorlar. Mesela işte "Çocuğa nasıl bakabilecek, nasıl anne olabilecek?" gibi söylemlerde bulunabiliyorlar. Ama ben tam tersi olduğunu düşünüyorum ve çok fazla örneğini gördüm. Kızımın dersleri, yemesi, içmesi, psikolojisi ile ilgileniyorum. Biz bence çok daha fazla dikkat ediyoruz çocuğumuzun psikolojisine. Ben çok daha iyi ebeveyn olduğumuzu düşünüyorum. Mesela kızımın öğretmeni ile genel ruh halini, davranışlarını konuşurum. Ani tepkileri var mı gibi durumunu öğrenmeye

çalışırım. Kızımın iyi olmasını istiyorsam kendimi de bir o kadar iyi yapmam lazım. Mesela ayna gibi olduğumu düşünüyorum. Beni örnek aldığı için ona dikkat ediyorum. Onun yapmasını istemediğim şeyleri kendimde yapmamaya çalışıyorum. (K11)

Şimdi bipolar bozukluk tanılı olarak annelik deneyimi de çok başka. Bu hastalıkta çocuk sahibi olmak bile büyük bir mesele. İlaçları bırakman gerekiyor fakat bırakınca hastalık nüksediyor, atak geliyor. Yani iki tarafı da bizim için çıkmaz yol... Ona şimdi cesaret edemiyorum yani yeni bir çocuk istiyorsan ya da sıfırdan ilk defa anne olacaksan ona cesaret edemiyorsun. Her şeyi, her yönü belirsizlik...Şimdi ben tüp bebek tedavisi yapabilecek miyim bilmiyorum. Hamilelik oldu diyelim hormon değişikliğinde depresyon olmadan ilaçları nasıl bırakacağım. İlaçları bıraktıktan sonra hamilelik de depresyon geçirecek miyim? Bebek doğduktan sonra postdepresyon geçirecek miyim? Ondan sonra bunların hepsi belirsizlik. Bu süreç beni çok korkutuyor. O yüzden hem öncesinde anne olmuş olmakla hazırdaki çocuğuna bakmakla bir de anneliği planlamak yönü var, ikisi ayrı, ikisi de zor. Ama yeni bir çocuğa cesaret etmek daha zor. (K12)

Bu süreçte, çocukların, tanılı bir ebeveyne sahip olma deneyimlerini ebeveyn-çocuk ilişkisine ve rolüne yansımaları açısından da değerlendirmek önemli görülmüştür. Katılımcılar, bu süreçte çocuklarının kendilerine destek olduğunu ancak atak dönemlerinde ilişkilerinin zaman zaman olumsuz etkilendiğini belirtmişlerdir.

“Kızım babasının yanında kalıyor. Dediğim gibi ama son bir iki senedir zamanını çoğunu burada geçiriyor. Kızımı tabi ki çok seviyorum. O da elinden geldiği kadar hastalığımla ilgili bana destek olur”. (K3)

"Çocuklarım eskiden çok sinirli olduğumu söylüyorlardı bana. Ama şimdi daha iyiyiz tabii. Onlar da benden memnunlar. Büyük kızım çalıştığı için destek olamıyor ama küçük kızım ev işlerinde yardım ediyor". (K4)

Şu dönemde kızlarım çok büyük destek oluyor yani rahatsız olduğumun çok farkındalar. Çok sinirliyim ben biraz karakterim de öyle ama bu hastalık sebebiyle gelen atak dönemlerinde sinirli olma halim tavan yapıyor. Bazen çok ani tepkiler, ani sinirler gösterebiliyorum. Sonrasında telafi etmeye çalışıyorum ama ne kadar oluyor ne kadar olmuyor onu bilmiyorum. Ama

çocuklarımın beni anladıklarını düşünüyorum. Onlar da çocuk sonuçta bu yükü, sorumluluğu yüklemek istemiyorum onlara tabi ki. Ancak bu durumun hastalığımın dolaylı olduğunu biliyorlar. Hasta olmama rağmen çocuklarımla en çok ilgilenen ebeveyn benim. Her şekilde onlara yetebileceğimi düşünüyorum. (K10)

"Çocuklarımda bunalım yarattı benim durumum. "İşte bir şey yapmalıyım, kurtarmalıyım, sürekli kontrol edeyim ki bir şey olmasın" gibi durumları düşündüler hep. Onlar benim ebeveynim oldu yeri geldi. Beni akrabaların laflarından uzaklaştırmaya çalıştılar. Hep böyle bir kurtarıcı gibi davrandılar". (K15)

4.2.3. Diğer Aile Üyelerine İlişkin Bulgular

Diğer aile üyelerine ilişkin bulgular, tanı öncesi ve tanı sonrası olmak üzere iki kategoride incelenmiştir. Burada katılımcıların anne, baba, kardeş ve yakın çevreyi kapsayan diğer aile üyeleri ile ilişkisine yer verilmiştir.

Tanı Öncesi Süreç

Burada, katılımcılara, "Tanı öncesi süreçte birlikte yaşadığınız aile üyeleriniz ile ilişkiniz nasıldı?" sorusu yöneltilmiş ve cevaplar alınmıştır. 15 katılımcının 6'sı tanı öncesi süreçte aile üyeleri ile ilişkisine dair görüşlerini paylaşmıştır. Her bir öykü, hastalık belirtileri sonucu ortaya çıkan sorunların aile sistemine yansımalarını gösterirken aile içi dinamiklerin kadınların ruh sağlığı üzerindeki farklı yönlerini de görebilme olanağı sunmuştur.

Bipolar bozukluk tanılı kadınlar, tanı öncesi süreçte, aile üyelerinin genellikle hastalık belirtilerini anlamlandıramadığını, destekleyici olmaktan ziyade, ilişkilerde gerginlik ve iletişimde kopukluklara yol açan bir tavırda olduğunu ifade etmişlerdir. Konu ile ilgili ifadeler aşağıda yer verilmiştir.

"Hal böyle olunca annem diyordu kızım seni bir tedaviye götürelim. Annem Bakırköy'e götürdü sonra. Abimler vardı ama biz tartışmıştık, konuşmuyorduk. Hastanede kaldığım üç ay boyunca annem geldi, gitti benim peşimden". (K1)

Tanı almadan önceki süreçte benim ailemle aram hiçbir zaman iyi olmadı. Böyle daha da giderek kötüleşmeye başladı. Sürekli evde kavgalar, işte bardak kırmalar... Tabii bunda ailemin etkisi çok fazla. Her şeye aşırı, ani tepki

gösteren biriydim. Bunlar çok aşırı olunca ailem bundan çok rahatsız oldu ve bir psikoloğa gittik. Psikolog ilk başta “Ben sorunun sadece sende olduğunu düşünmüyorum bence ailende de var. Onlarla da görüşmem gerekiyor” dedi. Ailem bunu kabul etmedi. “Babam böyle sert mizaçlı bir kişilik olduğu için hiçbir zaman bana ve kardeşlerime sevgisini göstermediği için soğuktu. Zaten annem dışında hiçbirimiz babamla fazla ilişki kuramıyorduk. Konuşuyorduk, ama yani konuşma sayılmazdı. Aslında annemle de sürekli tartışıyorduk. Onun dışında kardeşlerimle iyiydim ama son zamanlarda böyle her şeye kızarmıştım. (K6)

"Tanı almadan önceki süreçte, ailem yaşadıklarına bir anlam veremiyordu. İlişkilerimiz çok kopmaya başlamıştı. Bir kadın olarak işte sekizde evden çıkıp sabah dörde beşe karşı eve döndüğüm için artık ailem endişelenmeye başladı ve ciddi manada biz tartışmalar yaşamaya başlamıştık". (K8)

"Yani babamla ilişkim kopuktu. En küçük abimle iletişimim daha iyiydi. Ama O da uzak mesafedeydi. Yani genel olarak aile içinde iletişimde bir kopukluk vardı diyebiliriz. Evi terk etmeden önceki dönemde annemle daha iyi ilişkimiz vardı". (K9)

"Ailem bana nasihat veriyordu. İlk atağım da ben de onları tersliyordum. “Ben iyiyim, bende bir şey yok, normalim ben” diye. Bende bir tuhafılık olduğunu ailem anladı". (K13)

Ayrıca K2 kodlu katılımcı, aile içinde yaşanan ensest, şiddet gibi travmatik olayların, aile ilişkilerinde ve iyilik hallerinde olumsuz etkiler bırakabildiğini aktarmıştır.

Şöyle ki bizim ailede ensest vardı. Küçük yaşlardan itibaren uzun yıllar kız kardeşim ve ben, büyük abim tarafından tacize uğradık. Büyük abim de bipolar hastası. Ta ki ben nişanlanana kadar. Benim evliliğim evden bir kaçıştı aslında. 18 yaşında bile değildim evlendiğimde. Hastaneye ikinci yatışımda evlendikten hemen sonra oldu. Görümcem ile bir kavgam vardı. Kayınvalidem, kayınpederim, eşim, iki görümcem, oğlum ve ben aynı evin içerisinde yaşıyorduk. (K2)

Tanı Sonrası Süreç

Burada, katılımcılara, “Tanı sonrası süreçte birlikte yaşadığınız aile üyeleriniz ile ilişkiniz nasıldı?” sorusu yöneltilmiş ve cevaplar alınmıştır. Tüm katılımcıların

görüşlerine yer verilmiştir. Tanı sonrası süreçte aile üyelerinden destek gördüğünü ifade eden katılımcılar olduğu gibi aile üyelerinin ilgisizliğinden ve iletişimsiz oluşundan şikâyet eden katılımcılar da bulunmaktadır.

Bu anlatımlarda katılımcıların aile üyelerinden beklentileri ile onların yaklaşımı arasında farklılıklar olduğu görülmüştür. Atak dönemlerinde, aile üyelerinden destek ve anlayış bekleyen katılımcılar, çoğunlukla ilgisizlik ve ihtiyaçların karşılanmaması gibi durumlarla karşılaşmıştır.

Evden kaçtığımda çok defa cinsel istismara uğradım. Sonra bir gün genital bölgede sivilceler falan çıkmaya başladı, canım yanıyordu. Hani şey belki cinsel yolla bulaşan hastalıklar falan vardır diye Cildiye doktoruna gittik. Orada duygularımı kontrol edemedim, ağladım böyle durumu anlattım doktora. Ondan sonra beni kadın doğuma yönlendirdi. Ondan sonra beni Adli Tıp'a gönderdiler. Annem dedi: "Savcılık falan ben uğraşmak istemiyorum böyle şeylerle, zaten ben kaldıramam, akrabalar duyarsa ben nasıl dışarıya çıkacağım, ne yapacağım bilmiyorum". O yüzden kendimi sadece eve kapattım. Hiçbir şey yapmak istemiyorum. "Bir yandan da annem cezalarını çekmesini istiyorum" diyor. Ama abimlerin başının belaya girmesinden, başımıza kötü şeylerin gelmesinden korkuyor. Ablam bana hep iyi yaklaşıyor, daha anlayışlı. Kardeşim de öyle. Abim bazen işte evden gittiğim zamanlar bana çok kötü davranmıştı ama bu aralar O da hep bana iyi davranıyor. Babamla zaten hiç konuşmuyorum. Anneme de kendimi anlatmaya çalışıyorum ama annem hep ağlıyor, bağılıyor bunları yaşattığım için üzülüyor. (K7)

Babamla biraz uzak yaşamak zorunda kaldım o dönemde. Yakın bir ilişkim yok açıkçası. Şu anda da annemle birlikteyim ve gayet iyi bağımız var diyebilirim. Sıcakkanlı olmalarını isterdim bana karşı. Yani sevgi ve şefkati daha fazla hissetmek isterim. En azından bu bağın daha kuvvetli olmasını isterdim. (K9)

Belki iki senedir bipoların ne olduğunu azıcık biliyorlar. O da ben zorla anlattığım için. Yani hiç araştırmadılar, hiç öğrenmediler, hiç merak etmediler. Ya babam zaten kabul edemedi. Benim zaten o halimin normal olduğunu söylüyordu. O yüzden bu durum onun hiç hoşuna gitmedi. Onun tepkileri hep "Kendine gel ne saçmalıyorsun, öyle bir sorun yok" şeklinde oluyordu. Annem kabul etmeye meyilli olsa bile babam vazgeçiriyordu onu. Annemin de toprak

gibi uysal ve anaç bir insan olmasını, güçlü olmasını çok isterdim. Hani bir şeyleri böyle çabalamasını, öğrenmesini, dinlemesini çok isterdim. Evlat gibi hissetmeyi gerçekten çok istiyorum. Ama hep ben onun annesi oldum gibi. Ben hep onu korumaya, sakinleştirmeye çalıştım. Onun anneliğini hissedemedim. (K11)

Anne babamızda bilinç ve ilgi yok o kadar bize karşı. İlişkimiz kopuk biraz. Onlar hala bizim hastalıklarımızın ne olduğunu pek bilmez. Annem zaten bilemez yani o çocuk aklı ile anlamıyor. Babam da yurt dışında çalışıyor; gidiyor, geliyor. Öyle çok bizimle bir alakası yok. Biz hastalığımızı kendimiz bulduk, kendimiz teşhis ettik, kendimiz tedavi görüyoruz. Yani mesela ben annemle aynı apartmanda oturmama rağmen o bir senelik depresyon dönemim boyunca annem bir kere gelip bana yemek yapmamıştır. Ben giderim onlara yaparım sağlıklı olduğum zaman ama onlar yapmazlar. (K12)

Katılımcılar, hastalıklarından dolayı aile üyeleri arasında iletişim kopukluğu yaşadıklarını aktarmıştır.

Biraz işte oturuyoruz, sohbet ediyoruz. Sonra kendi odasına gidiyor herkes. Pek birbirimizi göremiyoruz yani. Sadece hafta sonları. Aile içinde de pek yakın bir ilişkimiz yoktur. Yani biraz soğuş biz o konuda, öyle vicık vicık değiliz yani. Genellikle aramızda bir duvar örülü gibidir evdekilerle. Bir de evde kimsenin elinden telefon düşmüyor. O yüzden de iletişim azalınca kimse kimseyi görmüyor ki. Mesela amcamın kızları var. Onlar her zaman destek oldular. İstedğim zaman, ihtiyacım olduğunda hem maddi hem manevi destek veriyorlar. Bunu bilmek bana güç veriyor. (K1)

Şu anda ailem ve akrabalarım ile ilişkim serin yani gelen giden yok. Hastalığımın dolayısı ile kardeşlerim pek gelip gitmez. Sık sık arayıp sormaz. Aramız soğuk biraz. Ailece bir şey yapacak olduğumuzda hep benim dediğimin olmasını istiyorum. Evde plan yapıyoruz ama babam bu planı bozuyor. Genelde fikir birliği sağlayamıyoruz. Herkes kafasına göre takılıyor. Kuşak farkı çok var. O yüzden pek anlayamıyoruz. Annem olmasa babamla geçinemeyiz. Babam çok sinirli biridir. Sevgisini, şefkatini gösteremez bize. Babam bana hiç güvenmez. Babamla ilişkimin bu şekilde olması kötü hissettiriyor çünkü herkes

beni seviyor, sayıyor, babamın böyle davranması üzüyor beni. Hiçbir şekilde yaklaşamıyorum ona. Babam insanlarla çok esprili ama beni istemiyor. (K13)

Katılımcılar, bazı aile üyeleri tarafından dışlandığını ifade ederken aile içinde destek olan kişilerin olmasının da iyileşme süreçlerinde destekleyici olduğunu ifade etmişlerdir.

Şu an ben babamın evine geldim. Annem de babam da bizi hiç yüceltmedi, hep ezik yetiştik. Kayınvalidem kızı etkilenmesin diye beni evden gönderdi annemin evine. Her hastalandığımda gönderiyordu beni. Buraya geliyordum bu sefer gelinler laf ediyordu. Bizim çocuklarımız etkileniyor diye. Yani istenmeyen kişi oluyorsun her zaman bu ailen de olsa. Ama annem bana çok destek olmuştur. Kendi de bipolardı zaten. O yüzden daha iyi anlayabiliyordu beni. Ailem bu hastalığa aşına. Altı kardeşimde de bipolar bozukluk tanısı var. O yüzden ben depresyondaiken onlar beni idare eder. Onlar aynı durumdayken ben onları ederim. Hatta tedaviye devam etmeleri için ben onlara destek olurum. Çünkü ben ilaçlarımı hiç aksatmam. Ailemde herkes aynı hastalığa sahip olduğu için bu konuda onlarla da çok rahat konuşabiliyorum. (K2)

Önceden kimse kimseyle iletişim halinde olmuyordu ama ben hastalandıktan sonra babamın çok değiştiğini gördüm. Hani önceden babam bana nasılsın diye sormazdı. Kardeşlerim umursamazdı. Mesela babam sevgisini bize hiç göstermez. Kendimi güvende hissediyorum ama bir fikir ayrımına ya da bir şekilde ayrı düştüğümüzde beni anlamadıklarını anlıyorum. Oraya ait olmadığımı, onlar gibi yaşamak istemediğimi anlıyorum. Bu konuda desteklerini yok saymam bildikleri kadar oldular. Bildiğim kadarıyla dedemde ve annemin babasında ve annesinde ve birkaç akrabada daha var bu hastalık. Çünkü doktorla konuşmalarına şahit olmuştum. Doktor, “Diğer aile üyeleriniz gibi bunun hastalığı ilerlememiş, yeni başlıyor” dedi. Aslında bu hastalığa alışkınlar. (K6)

Atak geçirdiğim dönemlerde annem, uyku saatlerim, ilaç saatlerim, dışarı çıkma saatlerim konusunda çok hassaslaşır. Annem zaten hep destekçi bir pozisyonda olduğu için kendimi şu anda güçlü ve bununla barışık hissetmemi sağlamış oluyor. Sosyal destek çok önemli benim için. Yani kardeşim de şehir dışında yaşıyor ama olabildiğince bana destek vermeye çalışır. Ama babam

kendisi doktor olmasına rağmen bu hastalığa karşı eski eşim gibi bir bakış açısı vardır. Bundan çok çekinir, korkar, utanılması gereken bir şeymiş gibi davranır. Hiçbir psikiyatrist sürecimde ya da başka süreçlerde yanımda yoktu. (K14)

Tanı sonrası süreçte, aile bireylerinden gereken ilgi ve desteği gördüklerini belirten katılımcılar da bulunmaktadır. Bu ifadeler, bipolar bozukluğun atakları ile mücadele ederken aile üyelerinin anlayışlı ve destekleyici tutumlarının, kadınların iyileşme sürecini önemli ölçüde olumlu etkileyebildiğini göstermiştir.

Katılımcılar, tanı aldıktan sonra aile üyelerinin atak dönemlerindeki hareketleri anlamlandırabildiği ve bu süreçten sonra daha kabullenici, maddi ve manevi anlamda destekleyici olduğunu ifade etmişlerdir. Konu ile ilgili aktarımlar aşağıda yer almıştır.

"Aile ilişkilerimiz çok güzel. Kardeşlerimle de yakın mesafede oturuyoruz. Hastalığım sürecinde bana çok destek oldular. Hastalığım hakkında da rahatça konuşabiliyorum onlarla. İşte 'Bugün iyi değilim, bana yaklaşmayın' diye söylerim". (K3)

Onlar da destek oldular bana her zaman, şimdi de ihtiyacım olduğunda olmaya çalışıyorlar. Annem benim için güçtür. Eski dönemde aramız iyi değildi ama bu hastalıktan sonra düzeldi. Onlar da anladı benim hastalığımın dolaylı böyle olduğumu. Zaten babam ölünce ben hastalandım. (K4)

Mesela atak dönemlerimde kardeşim benimle ilgileniyor. Annem aynı şekilde. Kendi başıma bırakmamaya çalışıyorlar. Mesela hani gezmeye götürmeye çalışıyorlar, eşlik ediyorlar bana. Yani ihtiyacım olduğunda yanımda oluyorlar ama çoğu zaman benim nasıl hissettiğimi anlamıyorlar diye düşünüyorum. Atak dönemlerimde ailem ve çevremdekilerin her dediğimi yapmalarını, hiçbir şeye hayır dememelerini istiyorum. (K5)

Ben bu tanıyı aldıktan sonra ailem de benim bazı davranışlarımı anlamlandırmaya başladı ve artık hep birlikte kabullendik. Çok destek oluyorlar. Hem maddi hem manevi anlamda. Bu yaşadıklarımın hastalık sebebiyle olduğunun bilincindedir. O yüzden olumlu anlamda çok değişiklikler oldu. Hepsi anlayışlı davranıyor, çünkü depresyon dönemlerimde neler yaşadığımı ben onlara açıklıyorum. Aile içerisinde iletişimimizde büyük bir kopukluk var, birkaç senedir toparlamaya çalışıyoruz. Hani bir gün param azalır ve ihmal ederim diye korktukları için ailem psikiyatri masraflarını

üstlendiler. Onun dışında her gün irtibat halindeyiz. Ben İstanbul'dayken her gün nasıl olduğumu, seanslarımın nasıl gittiğini, kendimi nasıl hissettiğimi soruyorlar ve bunu laf olsun diye değil gerçekten içten soruyorlar. Bunun farkındayım. "Biz hep senin yanındayız. Senin için ne gerekiyorsa yaparız. Sadece sen iyileşmek iste biz senin yanındayız" şeklinde benimle zaten konuşarak da bunu ifade ediyorlar. (K8)

Ailem, hastalığımı daha yeni yeni işte birkaç senedir biraz daha iyi anlıyor ve biliyorlar. Tanıyı öğrendikten sonra zaten hep benimle annem ilgilendi. Zaten hep o götürdü, getirdi. Yani ara ara bazı dönemlerde atak yaşadığım oldu. O tabii yakından bildiği için hep fark etti ve önceden müdahale etti. Beni zorla da olsa götürdü doktora. Annem ölmeden önce sabah akşam her şekilde annem ve babamla birlikteydim. Daha çok üzülmemeyim, hastalığım tetiklenmesin diye bana çok fazla dertlerini, üzüntülerini anlatmıyorlardı. (K10)

Ailem normal karşıladı hastalığımı. Çünkü aile içerisinde önceden aynı tanıyı almış kişiler de vardı. Biliyorlardı yani. Kardeşlerimde de var aynı tanı. Biz altı kardeşiz hepimiz Bipolarız, sadece bir tane kız kardeşimde yok. Bu süreçte annem, babam, kardeşlerim çok destek oldu. (K15)

Bipolar bozukluk tanısına sahip kadınların aile sistemleri içerisinde yer alan diğer aile üyeleri ile ilişkileri incelendiğinde, katılımcıların içinde bulunduğu aile sistemlerinin bireylerin ihtiyaçlarını karşılamada ve hastalıkla mücadele etmede kritik bir role sahip olduğu görülmüştür. Bu anlatımlardan, katılımcıların çoğunluğunun aile üyeleri ile ilişkilerinin kopuk olduğu ve destek görmedikleri ortaya çıkmıştır. Aslında tanı öncesi ve tanı sonrası süreçte, her aşamada, tanılı kadınlar için aile üyeleri ile kurdukları ilişki biçiminin, onları hayata bağlayan bir konumda olduğu, iyilik halini geliştirdiği anlaşılmıştır. Katılımcıların, aile üyelerinden, hastalığın getirdiği zorluklar konusunda duyarlı olmalarını, maddi ve manevi destek sağlamalarını, empati ve anlayış ile yaklaşmalarını beklediği anlaşılmıştır. Dolayısıyla tanılı kadınların aile sistemleri açısından değerlendirildiğinde, aile içi iletişimin güçlendirilmesinin ve gerekli durumlarda profesyonel destek alınmasının önemli olduğu belirtilmelidir.

4.2.4. Katılımcılara Göre Aile Üyelerinin Hasta ve Hastalığa İlişkin Bakışı

Burada, katılımcılara, "Aile üyelerinizin size ve tanınıza yönelik yaklaşımları hakkında neler söyleyebilirsiniz?" sorusu sorulmuş ve cevaplar alınmıştır. Bu

araştırmada aile sistemleri incelendiği için aile üyelerinin hasta ve hastalığa ilişkin aktarımlarının anlaşılmasının önemli olduğu düşünülmüştür. Aslında bu ifadelerin birebir aile üyelerinden alınması istenmiştir. Ancak aile üyeleri ile görüşme konusunda çeşitli sınırlılıklar yaşandığı için onların aktarımları, söylemleri ve yaklaşımları, katılımcılar aracılığı ile öğrenilmiştir. 15 katılımcıdan 9'unun bu konu hakkındaki görüşlerine yer verilmiştir.

Katılımcıların çoğunluğu, aile üyeleri tarafından hastalıklarının yanlış değerlendirildiğini, ciddiye alınmadığını, damgalama yaşadığını, hastalığın tembellik veya kişisel tercih olarak yanlış yorumladığını bu nedenle de gereken desteği göremediklerini aktarmıştır.

"Eşim sürekli bana 'Senin bir şeyin yok, sen böyle iyisin, hasta değilsin' diyordu. Ama bu bana iyi gelmiyordu maalesef" (K4)

İşte sürekli anneme böyle bağırdıyordum, çağırıyordum, vuruyordum ama bunu hep istem dışı yapıyordum. Anneme anlatmaya çalışıyordum, "Anne, ben bunları bilerek yapmadım". Annem beni suçluyordu. Evdekiler yaptıklarımı hep yüzüme vurdular. "Sen kaçtın, sen yaptın" diye. (K7)

Yine işte saat dörde beşe kadar dışarıda kalıp içmişim. Eve nasıl geldiğimi hatırlamıyorum. Ailem ki bu konuda bana "Sen artık eskisi gibi değilsin, tanımadığımız birine dönüştün" dedikleri için "Evet bana bir şeyler oluyor. Ben psikiyatriye yeniden gideyim" dedim. Yani bu tanıyı almayı sanki kendim istemişim gibi bir sürü inanmayan insanlar oldu. Yakın çevrem, kendini bu tanıya inandırıp her şeyini hastalığının arkasına gizleme gibi söylemlerde bulundular. Bu söylem, beni çok rahatsız etti. Sanki tanıyı ben zorla almışım gibi bir tavır vardı. (K8)

"Yakın çevreyle konuşurken 'Sen sürekli para harcamak istiyorsun, cebinde 5 kuruş parayı tutamıyorsun' gibi şeyler söyleniyordu çünkü bilmiyorlardı doktora gittikten sonra anlaşıldı". (K10)

Hastalık belirtilerim ile ilgili daha öncesinde anneme ve babama söylemiştim. Ama hiç ciddiye almamışlardı. Daha çok tepki vermişlerdi. Benim bilerek böyle yaptığımı düşünüyorlardı. "Sen niye böyle şeyler yapıyorsun? Ne saçmalıyorsun sen?" şeklinde söylenmişlerdi. Yani beni ciddi şekilde

dinlememişlerdi. İkisi de “Hani ne alakası var, sen hasta değilsin, deli değilsin, niye gittin doktora, senin bir şeyin yok” dediler. Böyle tepki verdiler. (K11)

Kardeşim benden önce tanı almıştı. 19 yaşındaydı. Onun daha çok depresyon dönemleri oluyordu. Üniversiteyi kazanmıştı ama hastalık yüzünden devam edememişti. O da yatıyor, kalkmıyordu. Herkes tembellikten dolayı yaptığını düşünüyordu. Sonra öğrendik ki hastalıkmuş aslında. Eşim hastalığıma çok şaşırды, benim hasta olduğumu kabullenmek istemiyordu. Mesela karşısındaki normal bir insan hani fiziksel bir şey yok. O yüzden normal olduğumu düşünmeye çalışıyor ve normal davranıyordu. Hâlâ işte şey diyor: “Hani ben sana hasta bir insan gibi davranmak istemiyorum. Eşim gibi davranmak istiyorum”. Ona anlatmam zor oluyordu. “Tamam, bak her şey iyi ama ben hastayım, kaldıramıyorum” diyordum. (K12)

Bir gün ben arabayı kaçırdım. Ben hasta değilim artık bunu ispat etmek için. Kötü şeyler oldu. Ondan sonra doktorlar ailemle konuştu, “Bu hastalığı kabul edin, en azından çaresi var. Böyle düşünmeyin, hasta hasta deyip hastayı tek başına bırakmayın, ona yardımcı olun bu süreçte” diye. (K13)

Katılımcılar, aile üyelerinin kendilerine inanmadıkları ve hastalığı kabul etmedikleri için tıbbi tedavi yerine öncelikle bilim dışı tedavi yöntemlerine başvurduklarını ifade etmişlerdir.

Sonra eşimi aradım olayı anlattım. Başta bana inanmadı. “Hastasın sen uydurma” dedi. Ben ciddi bir şekilde anlatmaya devam edince olayı o beni hastalığımla suçlamaya devam etti. Bir de biz de şu vardı. Rahatsızlanınca ben, abim ve babam bizi hocaya götürürdü. Bir gün gittiğimiz bir hoca babama dedi ki “Bu kızın hiçbir şeyi yok, bu kara sevdaya tutulmuş. İşte size muska yapmışlar.” Sonra ben karşı çıktım bu yüzden beni falakaya yatırdılar. Ayaklarıma falan vuruyorlar ama ben hiç bağırmiyorum sesimi çıkarmıyorum. O zamanlar 15, 16 yaşlarındayım. Hoca okuyor, üflüyor falan. Öyle bir şeyler hatırlıyorum. Sonra başka hocalara da götürdüler. (K2)

Rahat dokuz ay evden dışarıya çıkmadım üniversiteye gelene kadar. Ailem, benim nerede, ne yapacağım belli olmuyormuş, her şeyi yapabilirmişim diye beni dışarı göndermiyordu. O yüzden kontrol altında tutmak istedikleri için bu şekilde davranıyorlardı. Bir kadın görüyordum, sürekli aynı kadındı ve O beni

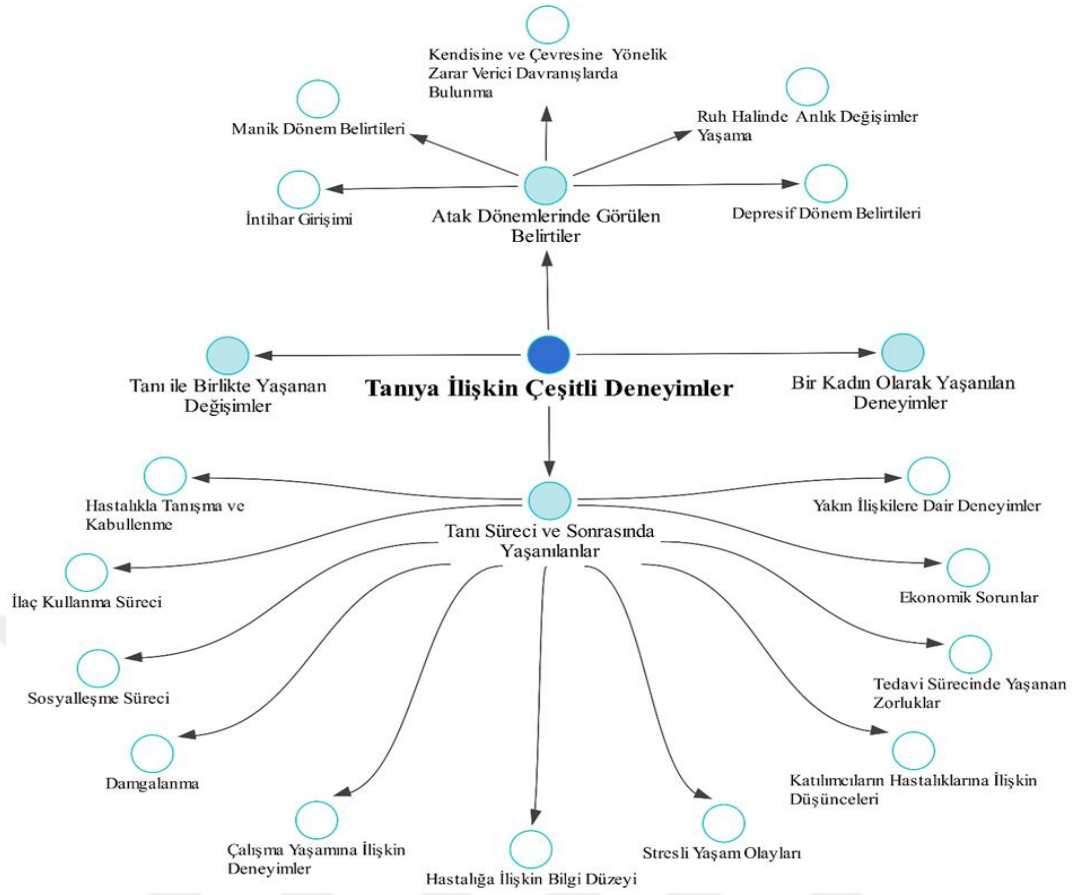
izliyordu. Aileme onu gördüğümü söyleyince işte bu sefer de psikiyatriste değil de hacı hoca denen tip var ya ona götürmeye başladılar. İşte “Namaza başlasın, kıyafetlerine, giyim kuşamına dikkat etsin” dedi hoca. Onlar da ona inanmıştı. (K6)

Aile üyelerinin hasta ve hastalığa ilişkin aktarımları incelendiğinde, bu süreçte ailelerin genel tutumunun, hastalığı reddetme ve bireyi aşağılama ve damgalamaya yönelik olduğu görülmüştür.

4.3. Katılımcıların Tanı Sürecindeki Çeşitli Deneyimlerine İlişkin Bulgular

Bu başlık altında katılımcıların tanı sürecinde yaşadıkları atak dönemlerindeki belirtilere, bu süreçte yaşadıkları sorunlara, tanılı bir kadın olarak yaşam deneyimlerine, hastalıkla birlikte yaşamlarında meydana gelen değişimlere yer verilmiştir.

Araştırmanın ikinci teması olan “Tanıya İlişkin Çeşitli Deneyimler” hiyerarşik kod bölümler modeli Şekil 4.3’te görülmektedir. Tanıya İlişkin Çeşitli Deneyimler teması dört farklı kategorinin altında incelenmiştir. Bunlar; Atak Dönemlerinde Görülen Belirtiler, Tanı Süreci ve Sonrasında Yaşanılanlar, Bir Kadın Olarak Yaşanılan Deneyimler, Tanı ile Birlikte Yaşanan Değişimlerdir.



Şekil 4.3: Taniya İlişkin Çeşitli Deneyimler Teması Hiyerarşik Kod-Bölümler Modeli

Kaynak: Araştırmacı tarafından oluşturulmuştur.

Tablo 4.4: Katılımcılara Göre Taniya İlişkin Çeşitli Deneyimler

Kod Sistemi	K.1	K.2	K.3	K.4	K.5	K.6	K.7	K.8	K.9	K.10	K.11	K.12	K.13	K.14	K.15	TOPLAM
Taniya İlişkin Çeşitli Deneyimler																0
Atak Dönemlerinde Görülen Belirtiler																0
Depresif Dönem Belirtileri	2	3		1	2	1	1	2	1	1		3			3	20
Manik Dönem Belirtileri	1	3		1	2	3		3	1	1	1				2	18
Kendisine ve Çevresine Yönelik Zarar Verici Davranışlarda Bulunma		4		2		3	1	1		1						12
Ruh Halinde Anlık Değişimler Yaşama				2		1						1			3	7
İntihar Girişimi		1				1	2		1	1		1				7
Tanı Süreci ve Sonrasında Yaşanılanlar																0
Ekonomik Sorunlar		1				1		1	1	2				1		7
Tedavi Sürecinde Yaşanan Zorluklar	2	1	1		1	1						3	1			11
Stresli Yaşam Olayları	3	2	1	1		2		1				1	2	1		14
Yakın İlişkilere Dair Deneyimler					1	1		3						1		6
Hastalıkla Tanışma ve Kabullenme	3	3	1	1		1	3	2	1	2	2	3	1	2	2	27
Hastalığa İlişkin Bilgi Düzeyi	2	1			1	1	1	2			1	1	1	1	2	13
Çalışma Yaşamına İlişkin Deneyimler	1	1	2	2	1		2	1				1	1	4	1	17
Katılımcıların Hastalıklarına İlişkin Düşünceleri			1		2		1	1		1		1	4	1		12
Dangalanma	1		1	1	1	1		1	1	1	1	2	2	4		17
İlaç Kullanma Süreci	4	1	1	1	1	2	3	1		2	1	1	2	3	1	24
Sosyalleşme Süreci	2	1	1	2	1	2	1	1	2	1	1	1	2	3		21
Bir Kadın Olarak Yaşanılan Deneyimler		2			1		1	2	1			2	1	2	2	15
Tanı ile Birlikte Yaşanan Değişimler		1	1	2	1	3	2		1			4	2	3	1	21
TOPLAM	21	25	10	16	15	24	18	22	10	14	9	24	22	33	6	269

Kaynak: Araştırmacı tarafından oluşturulmuştur.

Tanıya İlişkin Çeşitli Deneyimler teması katılımcılara göre incelenmiştir. Buna göre, katılımcı görüşleri Hastalıkla Tanışma ve Kabullenme, İlaç Kullanma Süreci, Sosyalleşme Süreci, Depresif Dönem Belirtileri kodları üzerine yoğunlaşmıştır.

4.3.1. Atak Dönemlerinde Görülen Belirtiler

Atak Dönemlerinde Görülen Belirtiler kategorisinde beş kod oluşturulmuştur. Bunlar; 'Depresif Dönem Belirtileri, Manik Dönem Belirtileri, Kendisine ve Çevresine Yönelik Zarar Verici Davranışlarda Bulunma, Ruh Halinde Anlık Değişimler Yaşama, İntihar Girişimi'dir.

Atak Dönemlerinde Görülen Belirtiler kategorisinde, 15 katılımcının dokuzu depresif atak dönemlerinde yaşadıkları belirtiler hakkında görüşlerini paylaşmıştır.

Katılımcıların çoğunluğu, depresif atak dönemlerinde mevsim geçişlerinin etkili olduğunu ve yorgunluk, sosyal izolasyon, sürekli uyuma ve sürekli ağlama şeklinde belirtileri yaşadığını ifade etmiştir. Konuyla ilgili katılımcıların ifadeleri aşağıda yer almaktadır.

"Depresif dönemlerde yorgunluk hissediyorum. Bir şeye odaklanamıyorum. Hiçbir şeyden zevk alamıyorum. Mevsimsel değişimler çok etkiliyor. İlkbaharda başka oluyorum sonbaharda bambaşka". (K2)

"Depresif dönemde evden çıkmıyorum mesela. Balkondan bile bakmıyorum. Kapının önüne çıkmaktan korkuyorum. Ne bileyim, korku gibi bir şey oluyor herhalde. Fazla kimseyle görüşmek istemiyorum". (K5)

"Evden çıkmak istemiyorum. Ağlıyorum sürekli. Hiçbir şey yapmak istemiyorum, hep uyuyorum". (K7)

"Bende sürekli uyuma isteği oluyor. Hiçbir şey yapmak istemiyorum. Hani içimden hiçbir şey yapmak gelmiyor. Bunların süresi değişiyor tabi ama en son ben de yaklaşık 13 hafta falan sürdü". (K9)

Depresif dönem daha fazla oluyor ben de. Yetersiz olduğumu düşünüyorum. Ben olmazsam her şeyin daha yolunda gideceğini, herkesin daha mutlu olabileceğini düşünüyorum. Eşimin benden bıkmış olabileceğini, yorulmuş olabileceğini düşünüyorum. Daha böyle çıkmaza giriyorum. Hani çocuklarım belki ben olmasam daha iyi olurlar işte ne bileyim. Eşim birini bulursa hani

biriyle evlenirse daha mutlu olur gibi. Kendimi suçluyorum olanlarla ilgili.
(K10)

Depresyonu yeni atlattım. O dönemde de her şeye ağlıyorum ama yani bana nasılsın diye sorduklarında ağlıyorum, her şeye ağlıyorum yani anlatamam onu. Evde oturup kendi kendime bir sebep yokken ağlıyorum. Mesela arkadaşım bana bir iyilik yapıyor. O iyilik gözümde büyüyor işte onu çok kutsallaştırıyorum. Depresyon döneminden korkmuyorum onda bir sıkıntı yok. Hani ağlayacağım, ağlayacağım geçecek yani biliyorum. Kendimi daha içe kapanık bir şekilde bulmaya başlıyorum. İnsanlardan kaçıyorum. Depresif süreçte evden hiç çıkmak istemediğim dönemler oluyor yani. Ondan sonra izole olmak istiyorum. (K14)

Bazı katılımcılar, anlatımlarında, bu belirtilerin, onların öz bakım ve günlük rutinlerini yerine getirmesini engellediğini ve yaşam kaliteleri olumsuz etkilediğini aktarmıştır. Konuyla ilgili katılımcıların ifadeleri aşağıda yer almaktadır.

"Şu an depresif dönemdeyim sanırım hiç enerjim yok biraz ev işlerinde isteksizim. Canım iş yapmak istemiyor hiç". (K4)

Ben mevsim geçişlerinde çok etkileniyorum. Özellikle yazdan kışa geçerken sonbaharda ciddi bir depresyon dönemi oluyor. Yaklaşık üç, dört senedir bu böyle. Özellikle bu sene bir de tam Eylül ayında erkek arkadaşım ile çok kritik bir olay yaşadık. Onu aldattığımı öğrendi. O yüzden depresyon sürecim çok hızlandı. Çok ciddi bir depresif atak yaşadım. Çok mutsuz oluyorum çok yani mutsuzluğun adı ben oluyorum o dönemlerde hatta beni mutlu eden hiçbir şey olmuyor yani. Ne yaşarsam yaşayayım mutlu olamıyorum. Çok değişik deli gibi uyuyorum. Saat 22.00'de uyuyorum. Sabah 10.00'da uyanamıyorum. Özbakımım sıfıra düşüyor. Neredeyse günlerce duşa girmediğim oluyor. Zorunda olmasam hiç girmem yani işe gidecek olmasam. Mesela kaşlarım, bıyıklarım çıkıyor, aldırmiyorum gibi öz saygım çok düşüyor. Aynaya bakmak bile istemiyorum. (K8)

Bendeki depresyon aynı yerde oturup sekiz, dokuz saat hiç kalkmadığım, ondan sonra işleri unuttuğum, konsantrasyon sorunu çektiğim bir şey oluyor. Bu son yaşadığım ciddi bir depresyonu yani oğlumun adını unuttum. Yemek yapmayı unuttuğum oldu. Bir senelik depresyon döneminin altı ayında ben

zaten çoğu kısmında evden çıkamadım, ağlıyordum. Ben çok yiyorum, çok uyuyorum, kalkamıyorum, çok mutsuz oluyorum. Yani şöyle iki ay boyunca hiç banyoya girmedim. Mesela mutfağa gidecek gücüm yok. Sabah eşim elimden tutuyordu. Beni kahvaltı masasına koyuyordu. O beni tekrar yatağıma götürmez ise ben orada kalıyordum akşama kadar ama akşamleyin de geliyordu. Tekrar sabah kahvaltısını toplayıp yemeği koyup yedirip yatırıyordu o kadar. Ben onun haricinde elimden tutulmadığı müddetçe kalkıp bir şey yapamadım. Aslında bilinç olarak biliyorum ben şu anda hastayım ve gerçekten de mutsuz değilim ama kendine engel olamıyorsun ne kadar bunu bilişsel düzeyde bilsen bile. (K12)

Bu ifadelerden, depresif atak dönemlerinde, tanılı kadınlar için aile sistemlerinin bakım veren rolünü destekleyici bir yaklaşımla yerine getirerek kadınların yaşam kalitesini geliştirmesi gerektiği anlaşılmıştır.

Atak Dönemlerinde Görülen Belirtiler kategorisinde, 15 katılımcıdan 12'sinin manik atak döneminde yaşadıkları belirtilere ilişkin görüşlerine yer verilmiştir. Katılımcıların bu ifadeleri, bipolar bozuklukta yaşanan manik atak dönemlerinin çeşitli yönlerini açıklamaktadır.

Katılımcılar, anlatımlarında, bu belirtiler nedeniyle çok az uyduklarını ya da hiç uyumadıklarını, normalden daha hızlı hareket etme eğilimi gösterdiklerini, harcama isteklerinin arttığını, riskli davranışlara ve cinsel dürtülere daha fazla eğilimlerinin olduğunu, sınırlar gördüklerini, sosyal işlevselliklerini sürdürmede zorlandıklarını aktarmışlardır. Konuyla ilgili katılımcıların ifadeleri aşağıda yer almıştır.

"Mesela ben dışarı çıkıyordum gece sabaha karşı 03.00-04.00 gibi. Hep böyle bir yerlere gitmek istiyordum. Ondan sonra çok konuşuyordum. Susmuyordum yani beni susturamıyorlardı". (K1)

Ben altı gün full time uyumadığımı biliyorum. Tam altı gün, altı gece hiç göz kırpmadım. Bunu iki kere yaşadım. Birini 15-16 yaş evrelerindeyken, diğerini de evliyken 25-26 yaşlarındayken yaşadım. Ben mani dönemdeki hallerimi seviyorum çünkü neşeliyim, coşkuluyum biraz daha aktifim, hayatın içinde oluyorum. Hareketli olduğum için işleri hızlı hızlı yapabiliyorum. Birçok yere yetişebiliyorum. Ama akşam olduğunda yatıyorum ya beynim çalışıyor onu durduramıyorum. Hep üretiyor hep üretiyor. Uykuya girdim girdim yoksa

sabaha kadar uyanık oluyorum. Onun dışında saman alevi gibiyim. O an hiç olmayacak bir şeye hemen sinirleniyorum. Bir de para harcama hırsı da oluyor. (K2)

"Manik dönemim daha çoktur. Manik dönemdeyken ev işleri yapıyorum, yemek yapıyorum, pastalar yapıyorum, uzun yürüyüşler yapıyorum, spor yapıyorum". (K4)

"Bir dönem oluyor mesela çok sevinçli, neşeli oluyorum böyle dışarı çıkmak, gezmek istiyorum. Sürekli para harcamak istiyorum. Çok para harcıyorum". (K5)

Evet, yani gün boyu uyumayıp ertesi gün de tekrar uyumayıp sadece 07.00'de kalkıp okula gittiğimi biliyorum ve bu iki hafta önce oldu. Okula gidip tekrar ertesi gün gelip devam edebiliyordum hayatıma. Özellikle mani döneminde libidom çok yüksek oluyor. O yüzden seks yapmak iyi geliyor. Karşılığında da para aldığım için devam ediyorum. Çünkü zevk de alıyorum yaptığım işten. (K6)

Yaz dönemlerim inanılmaz keyifli, inanılmaz heyecanlı, coşkunun, heyecanın zirve olduğu zamanlar olarak tarif ediyorum. Yaz aylarında âşık olurum, çok borca girerim, çok alkol tüketirim. Yani tüm bunları kafamda birleştirdiğimde aslında ben borderline olduğu şüphesiyle hastaneye başvurmuştum. Ama mani dönemim çok açık olduğu için bipolar bozukluk tanısı aldım. Manik ataklarda uyumak istiyorum, uyuyamıyorum ve müthiş bir enerjim oluyor. Üzerimden atamıyorum. Çılgınlar gibi alkol tüketip sayısız cinsel birliktelik yaşıyor ve bunu tanımadığım insanlarla yapıyorum. Kendimi riske atıyorum, deliler gibi kazı kazan oynuyorum. Özellikle uykum çok azalıyor, çok zor uyuyabiliyorum. Bir de yani dürtü kontrolünü kaybediyorum, çok fazla alışveriş yapıyorum. Yani cebimdeki son 200 lirayla geçen gün kazı kazan oynadım. Riskli ilişkiler yaşamak istiyorum. Ani kararlar alıyorum. (K8)

"Manik dönemde sürekli bir şeyler yapmak istiyorum. Daldan dala atlarım bazen hiç şunu yapayım, bunu yapayım, onu da yapayım. İçim sürekli kıpır kıpır oluyor". (K9)

Manik atak geçirdiğim dönemleri çok fazla yaşadım. Hep böyle gezmek, eğlenmek, para harcamak, alışveriş yapmak istiyordum, eşimle sürekli

kavgalar ediyordum. Eşim bana hem cinsel anlamda hem normal anlamda çok yetersiz geliyordu. Halüsinasyonlar falan görmeye başlamıştım. Birileri beni takip ediyor falan diye eşime söyleyip çok kötü olaylara neden olmuşum hatırladığım kadarıyla. (K10)

Beni hastaneye yatırma kararı verdiklerinde manideydim ki direkt tamam demiştim. “Tamam yatırın hadi ben o deneyimi de yaşamak istiyorum. Tamam yatacağım, gideceğim, yapacağım” böyle bir haldeydim. Orada da duramıyordum. Hastaları da boş bırakmıyordum, koşturuyordum. Müzik açıp masanın üstüne çıkıp oynadığımı hatırlıyorum. (K11)

Mani dönemindeyken “Eşim, birilerine beni takip ettiriyor, sokakta gördüğüm telefon kulübelerinde arama yapıyorum, telefonumu dinliyor, arabamı da dinliyor, evi de dinliyor” diye anlatıyordum kardeşime. Mesela kardeşimle konuşurken de “Bak şu adam şurada peşimdeydi” diye anlatıyorum ve bunlar bana çok mantıklı geliyor. Ondan sonra tabii bunu yalnızca kardeşime açıklayabiliyorum. Ben yaklaşık 13 ay böyle yaşadım. Hiç kimse de ne yaptığımı anlamadı. Zaten mani birazcık böyle oluyor şizofreni gibi tamamen kopuk değilsiniz. Söylediğiniz şeyleri başkalarına inandırabilirsiniz. Gerçeklikten kopuk değil ama gerçekte değil aslında. (K12)

“Benim genelde mani dönem daha çok oluyor. Hep mutluyum o zamanlar. Yaşadıklarım benim karakterimden mi hastalığımın mı kaynaklanıyor anlayamıyorum. Mesela ben normalde de hızlı konuşuyorum çünkü”. (K13)

Ben mani atağına daha yakındım. Mani dönemi ilk önce aşırı neşeli bir şekilde başladı. Sonra böyle, insanlar sanki beni takip ediyor gibi hissediyordum. Evden çıkmak bir tehditmiş gibi geliyordu. O yüzden her şeyden korkuyordum hatta eve yemek siparişi versem gelen kuryeden korkuyordum. Mesela bir ortamda konuşmalar oluyor ve bu konuşulanlar kesinlikle benimle ilgili, televizyonda bir haber çıkıyor, bu haber bana yönelik bir haber gibi ne olursa kendi üstüme alıyordum. Paranoyalar başlamıştı artık. Yani kendimi böyle ulu bir insan gibi hissetmeye başlamıştım, işte peygamber diyebilirsiniz, Mesih diyebilirsiniz. Bunlar gibi hissetmeye başladım işte bir görevim, misyonum olduğuna hatta belki dünyayı kurtarabileceğime falan dair böyle bir şeyler

oluşmaya başladı. Böyle çok enteresan bir şey yaşıyorsun. Mani dönemi beni çok korkutuyor. (K14)

Yukarıdaki anlatılar doğrultusunda manik atak dönemlerinin, tanılı bireyler için hem zorlayıcı hem de bazı durumlarda keyifli olabildiği, yaşanan yüksek enerjinin bazılarının işlerini daha verimli yapmasını sağlarken, aynı zamanda riskli davranışlara da yol açabildiği anlaşılmıştır. Bu dönemleri yönetmek ve kontrol altında tutmak için tanılı bireylerin hem profesyonel desteğe hem de aile desteğine ihtiyaç duydukları belirtilmelidir.

Atak Dönemlerinde Görülen Belirtiler kategorisinde, 15 katılımcıdan yedisi atak dönemlerinde hem kendilerine hem de çevrelerine yönelik zarar verici davranışlarda bulduklarını belirtmiştir. Öncelikle kendilerine zarar veren katılımcıların ifadelerine yer verilmiştir.

15 katılımcının dördü atak dönemlerinde kendine yönelik zarar verici davranışlarda bulunduğunu belirtmiştir. Bunlar arasında, hiç tanımadıkları insanlarla cinsel ilişkiye girmek, anlık kararlar almak ve riskli davranışlarda bulunmak, evden kaçmak, aile içinde şiddetli tartışmalar yaşamak, yoğun duygusal acı veya öfke anlarında, fiziksel acı yoluyla kendine zarar vermek gibi davranışların yer aldığı görülmüştür. Konuyla ilgili katılımcıların ifadeleri aşağıda yer almıştır.

“Atak geçirdiğim bir gün yanımda içi su dolu büyük bir kazan vardı. Kafamı onun içine soktum çıkardım, soktum çıkardım sürekli”. (K2)

Her şeye çok bağıryordum, dayanamıyordum. Bir de sürekli yeni insanlar alıyorum hayatıma. Yani hiç tanımadığım insanların evinde kalıyorum. Bir cinsel ilişki oluyor, ister istemez, hiç tanımadığım bir insanla bunu yapabiliyorum. Önceden yapsam mı yapmasam mı diye bir düşünürdüm ama şimdi öyle olmuyor. Sadece anı yaşıyorum. (K6)

Evden kaçmalarım oldu çokça. Tanımadığım insanlarla kaldım hep. Evde bağırmalarım vardı. Tabakları, kapıları falan kırdım öyle. Bu olaylardan sonra abim beni durdurmak için bana vuruyordu. Korumaya çalışıyordu aslında zarar gelmemesi için. Ama ben onu polise şikâyet etmiştim. Şimdi benim yüzümden ceza çekiyor. (K7)

Ben kendime zarar veriyordum. Şiddet, öfke duyduğum anlarda kendime yönelik bir şiddet eğilimim vardı. Yani kesinlikle ölme düşüncesiyle değil, o an

bir canlı olduğumu hatırlamak için kendime uyarılar savuruyordum. Fiziksel acı veriyordum kendime sürekli. Tırnaklarımla genellikle vücudumu çiziyordum ya da o an bir jilet varsa jiletle parmaklarıma öldürücü olmayan darbeler vuruyordum. Aslında kan akmasını sağlıyordum. Kan aktığı zaman çok rahatlıyordum. Çünkü bir canlı olduğumu, bir insan olduğumu hatırlıyordum. Bunu da genellikle romantik ilişkilerdeki partnerim beni manipüle ettiği zaman yapıyordum. Yani ben kendimi ona ifade edemediğim zaman yoksa durduk yere bir arkadaşımınla tartışıp kendime zarar vermem. (K8)

Ayrıca 15 katılımcının dördü atak dönemlerinde yakın çevrelerine yönelik zarar verici davranışlarda bulunduğunu belirtmiştir. K2 kodlu katılımcı hem kendine hem de çevresine yönelik zarar verici davranışlar sergilediği için iki kategori içerisinde de yer verilmiştir. Bunlar arasında fiziksel şiddet uygulamak, eşyalara zarar vermek, tehlikeli davranışlar sergilemek, öfke kontrolü zorlukları yaşama gibi davranışların yer aldığı görülmüştür. Konuyla ilgili katılımcıların ifadeleri aşağıda yer almıştır.

Kardeşlerimle kavgalarım olurdu evin içinde. Şiddete çok fazla eğilimim vardı. Ben çok kuvvetliyimdir, tüm kuvvetimle saldırıyordum. Eşyalara da zarar veriyordum. En son bundan bir buçuk yıl önce atak geçirdim pandemi zamanında. Evde bir kriz geçirdim, tencereyi, tavayı, her şeyi fırlattım ve kırdım. Yaklaşık bir ay önce benim atak tetiklendiği zaman oğlumla kavga ettik. Oğlum bıçağı aldı eline ve bağırmağa başladı. “Ne yapayım ne yapmamı istiyorsun diye?” Hemen elinden aldım ve ağlamaya başladı. Sonra kendi kendime dedim ki, “Allah’ım ben ne yapıyorum? Çocuğum hasta oluyor.” Oğluma sarıldım ve özür diledim. Oğlum dedi, “Hep böyle yapıyorsun sonra da hiçbir şey yokmuş gibi davranıyorsun. (K2)

“Biriyle kavga ettiğim zaman ya elime gelen bir şeyi vuracağım ya kıracağım. Öfkemi bu şekilde yenebiliyordum. Herkese değil benim öfkem. Haksızlık yaşadığım zaman öfkeleniyordum. Yoksa sürekli saldırgan ve öfkeli bir insan değilim sadece bazı durumlara karşı oluyor”. (K4)

“İyi davranıyorlardı, istediklerimi yapmaya çalışıyorlardı. Çünkü bir ara atak geçirdiğimde bıçak falan almıştım elime”. (K5)

"Atak geldiğinde tanıyorum artık kendimi. Öfke kontrolümü sağlayamıyorum, etrafımdakilere, çocuklarıma şiddet uygulamaya başlıyorum. Duygusal şeyler izlemiyorum, dinlemiyorum. Üzüleceğim ortamlara girmiyorum". (K10)

Yukarıdaki anlatımlar ışığında görüşme yapılan bipolar bozukluk tanılı 15 kadının yedisinin atak dönemlerinde, kendisine veya yakın çevresine yönelik zarar verici davranışlarda bulunduğu anlaşılmıştır. Bu durumların da kadınların hem psikolojik iyi oluşlarını hem aile hem de sosyal çevre ile kurdukları ilişkileri zedelediğini göstermiştir. Aile sistemlerinin işlevselliğini olumsuz etkileyen bu tür davranışların uygun müdahaleler ve terapi yöntemleri ile daha iyi yönetilebilmesi sağlanabilmeli ve yine aile desteğinin önemli olduğu vurgulanmalıdır. Ancak tanılı bireylerin riskli davranışları aynı zamanda aile üyelerinin onlardan uzaklaşmasına da yol açmaktadır.

Atak Dönemlerinde Görülen Belirtiler kategorisinde, 15 katılımcının dördü atak dönemlerinde ruh hallerinde anlık değişimler yaşadıklarına dair görüşlerini belirtmiştir. Katılımcıların bu ifadeleri, bipolar bozuklukla yaşayan kadınların günlük hayatlarında karşılaştıkları duygu dalgalanmaları ve atakları hakkında bilgi vermektedir.

Katılımcılar, aniden ve sık sık değişen duygu durumları olduğunu, akşam saatlerinde daha depresif hissettiklerini, sanrılara sahip olduklarını, uyku düzeninde bozulmalar yaşadıklarını aktarmışlardır. K12 kodlu katılımcı, sanrılarının ve paranoyak düşüncelerin aile içi ilişkilerini olumsuz etkilediğini ifade ederken K14 kodlu katılımcı, özellikle bipolar bozuklukta uyku düzeninin ve düzenli ilaç kullanımının hastalığın kontrolü için hayati önem taşıdığına dikkat çekmiştir.

O dönemlerde ben çok hareketliydim. Çok çabuk öfkelenen, sinirlenen biriydim. Bir gün çok neşeliyim, iyiyim, diğer gün çok mutsuzum mesela. Bir günüm bir günümü tutmuyordu yani. Benim hastalığımın en zor tarafı yani günü gününü tutmuyor insanın. Hava durumu gibi değişiyor. Bir gün öyle, bir gün böyle. (K4)

"Ben gündüzleri iyiyim problem yok yani hiçbir şeyim yok, enerjik oluyorum, geziyorum ama akşam olunca depresif oluyorum. Böyle sürekli hüzünlü şarkılar dinliyorum. Akşam yurda gelince ruhum daralıyor, gelmek istemiyorum. Sonra ağlamaya başlıyorum. Ben evimi özledim diye ve hiç uykum olmuyor". (K6)

Ataklarım, "Eşim, oğlum beni öldürecek mi?" şeklinde başladı. Her şeyden korkmaya başladım. Hayatım tehlikede diye uyuyamıyorum ben. Gündüzleri ya geceleri beni öldürürler uykumda diye düşünüp uyumuyordum, gündüz uyurum diyordum, gündüz de onlar gidiyordu bu sefer ben uyurken eve gelirler diye yine uyuyamıyordum. (K12)

Dönemsel yani mevsim değişimleri burada önemli, uyku önemli, ilaçları bırakmamak önemli. Ruh halimde bozulmalar ortaya çıkınca ben kendi kendime yine bir antidepresan tedavisi uygulamaya başladım doktora gitmeden. Bu antidepresan tedavisi bipolarlarda kullanılmaması gereken bir şeymiş. Aslında böyle olduğu için de atak oldu ben de. Bipolarlarda uyku düzeni çok önemlidir. Ben yaklaşık günde iki saat uyumaya başlamıştım ve kendimi inanılmaz enerjik hissediyordum. Ruh halimde artışlar olmaya başlamıştı. Uyku düzeninin bozulması aslında atağın geldiği anlamına geliyormuş. Orada doktora başvurmak gerekiyormuş. Ben onu kaçırdım. Uyku düzenimin bozulması tetiklemişti. Atak dönemlerinde hep ilaç etkisi altında olduğum için o süreçte maninin iyileşmesi ve benim işe dönmem iki haftayı buluyor gibi gözükse de onun kalıntıları sonradan devam ediyor aslında ve gerçek bir toparlanma beş ayı falan buluyor. (K14)

Katılımcıların ifadelerinden, ruh halindeki anlık değişimlerin ve dalgalanmaların, günlük yaşamı zorlayıcı ve aile içi ilişkileri bozucu etkilere sebep olduğu anlaşılmıştır.

Atak Dönemlerinde Görülen Belirtiler kategorisinde, 15 katılımcıdan yedisi atak dönemlerinde intihar girişiminde bulduklarını belirtmiştir. Bu çalışma grubu için bunun önemli bir oran olduğu düşünülmektedir.

Katılımcılar, depresif atak dönemlerinde, yaşama isteğinin azaldığını, ailesi ve çevresi tarafından anlaşılmadığını, yalnızlık hissettiğini bu nedenle de intihar girişiminde bulduklarını ifade etmişlerdir. Ancak ölüm fikrinin korkutucu geldiği K8 kodlu katılımcı, ailesine ve sevdiklerini düşünerek vaz geçtiğini belirtmiştir. İntihar düşüncesi ile ilgili katılımcıların ikilem yaşadıkları da görülmüştür. Konuyla ilgili katılımcıların anlatımları aşağıda yer almaktadır.

"Ama olup bitenler için de geçmişte kendimi suçladığım, intihara kalkıştığım zamanlar oldu. Depresifken zaten çok fazla hayata karışmayı sevmem, yaşama

isteği olmuyor. Bir kere intihar etmek istedim. Vazgeçtim, ya ölmezsem sürünürüm diye". (K2)

"Ben tedavi görürken de aynı şekildeydim ve kendime zarar vermelerim oluyordu. Ben boğazımı falan kestim, bileklerimi kesme tarzında intihar girişimlerim oldu". (K6)

"Çok ağladım, intihar etmek istedim. Mesela bu aralar hep uyurken kendimi düşecekmiş gibi hissediyorum. Sonra bağırarak uyanıyorum. İçimde intihar etme duygusu var. Böyle denize gireyim, öleyim. Böyle şeyler yaşıyorum". (K7)

Depresif dönemde ölüm fikri oluşmuyor bende yani kendimi öldürmek hiçbir zaman istemiyorum çünkü benim ailem benim için çok kıymetli ve geride bırakacaklarımı düşündüğüm zaman çok korkutucu oluyor benim için. Ama bir şekilde yok olup gitmek istiyorum ama bu geride kalanlara zarar vermesin de istiyorum. (K8)

"Ben de depresif dönemlerde ölüm isteği çok fazla oluyor. İntihara meyilli oluyorum. Sonra ölüm fikri korkutucu geliyor ve vazgeçiyorum. Geçici bir durum olduğunun farkındayım". (K9)

"Bir süre sonra intihar teşebbüsü oldu. İntihar ettiğimde 45 gün hastanede yattım. Üç kere intihar girişimim olmuştu. Yalnızlık çok fazlaydı ve beni anlamadıklarını düşünüyordum. Sürekli tartışmalar, kavgalar falan çok fazlaydı". (K10)

"Ama devamlı öleceğim korkusuyla yaşamak istemiyorum. "Ben kendimi öldüreceğim" diye anlatıyorum kardeşime". (K12)

Katılımcıların bu aktarımlarından, bipolar bozukluk tanılı kadınların depresif atak dönemlerinin ne kadar ciddi ve yaşamı tehdit edici olabildiği anlaşılmıştır. Depresif dönemlerde intihar düşünceleri ve eylemleri, bireyin psikolojik sağlığı için acil müdahale ve uzun süreli destek gerektiren ciddi sinyaller olarak değerlendirilmelidir.

4.3.2. Tanı Süreci ve Sonrasında Yaşanılanlar

Tanı Süreci ve Sonrasında Yaşanılanlar kategorisi altında 'Hastalıkla Tanışma ve Kabullenme, İlaç Kullanma Süreci, Sosyalleşme Süreci, Çalışma Yaşamına İlişkin Deneyimler, Damgalanma, Stresli Yaşam Olayları, Hastalığa İlişkin Bilgi Düzeyi,

Katılımcıların Hastalıklarına İlişkin Düşünceleri, Tedavi Sürecinde Yaşanan Zorluklar, Ekonomik Sorunlar, Yakın İlişkilere Dair Deneyimler' olmak üzere 11 kod oluşturulmuştur.

Tanı Süreci ve Sonrasında Yaşanılanlar kategorisinde, yoğun olarak görüş bildirilen hastalıkla tanışma ve kabullenme sürecine dair tüm katılımcıların ifadelerine yer vermeye çalışılmıştır. Katılımcıların ifadeleri, bireylerin bipolar bozukluk tanısıyla tanışma sürecinde karşılaştıkları zorlukları ve bu durumu nasıl kabullendiklerini derinlemesine yansıtmıştır. Her bir katılımcının deneyiminin, hastalıkla tanışma ve sonrasında hastalığı kabullenme süreçlerinde farklı zorluklar ve duygusal dönüşümler içerdiği görülmüştür.

Katılımcıların çoğu, başlarda hastalığı reddetme tepkisi gösterdiğini ve yoğun bir üzüntü hissi yaşadığını belirtmiştir. Bunlar, aslında bu sürecin başlangıç aşamalarında sıkça rastlanan tepkiler arasında yer almaktadır. Ancak zamanla, özellikle de ilerleyen tedavi süreci ve aynı tanıya sahip bireylerle kurulan etkileşimler sayesinde, katılımcıların, hastalıklarını kabullenmeye ve bu yeni gerçeklikle yaşamaya başladığı öğrenilmiştir. Konuyla ilgili katılımcıların ifadeleri aşağıda yer almaktadır.

Yani üzüldüm, “Nasıl olabilir?” dedim. Meğerse ben hastaymışım ama tanısı konmamıştı. Ben çok isyan ettim, reddettim önceleri. Neden bu benim başıma geldi diye, hep bunu düşündüm. Sonra TRSM'ye gitmeye başlayınca ve terapiye başlayınca etrafımda benim gibi olan arkadaşlarımı da gördüm ve “Allah'ım şükürler olsun demek ki benden başkaları da varmış” dedim. Halime şükrediyorum şu an mutluyum. Ben seviyorum hastalığımı. Kendimi dışlamıyorum yani. Benim hastalığım böyle bir hastalık, ben bununla ölene kadar yaşamak zorundayım. Kendimi bu şekilde teselli ediyorum. (K1)

O zaman ergendim zaten kabul etmemiştim öyle hatırlıyorum. Bunu yaşayan daha iyi bilir, hani Nasrettin Hoca'nın “Bana eşekten düşeni getirin” demesi gibi yani. Her zaman kendime söylediğim şeyler vardır. Şeker hastası olabilirdim, kalp hastası olabilirdim, engelli olabilirdim, kanser de olabilirdim. Bize verilen hastalıkta bu. Böyle düşünüyorum. Ben de yaklaşık 10 yıldır bipolarım diyebiliyorum hem de özgür bir şekilde. Hastalığımı biliyorum, kabul ediyorum ve o şekilde yaşıyorum. (K2)

"Başlarda hastalığımı söylemekten çekiniyordum ama sonra soranlara durumumu ve hastalığımı açıklıyordum. Çekinmemeye başladım çünkü hastalığımı kabul ettim artık. Onunla yaşamayı öğrenmem gerekiyordu. Ömür boyu devam eden bir şeydi". (K4)

"Bazı zamanlarda "hayır, bu gerçek değil" deyip reddettim, bu belirtileri kabul edememiştim". (K6)

Ben 17 yaşında almıştım tanıyı ama hiç takmıyordum. Ondan sonra hep evden kaçmaya başladım. Tanımadığım insanların evine gittim. Bunlar yüzünden hep kötü şeyler yaşadım. Cinsel olarak kullandılar beni, istismar ettiler. Ondan sonra ailem Erenköy'e götürdü, yatırdılar beni orada 2022 Mart ayında. "Niye bu hastalık bende var mesela" diye sorup duruyorum hep. (K7)

Halüsinasyonlar eşlik etmeye başlamıştı. Günlerce hiç uyumayıp sabahlara kadar dans etmişim. Dışarılara çıkıp koştum, saatlerce koştum, koştum, eve gelip dans etmeye devam ettim. Bu durum hiç iyiye gitmiyordu, bitecek gibi de değildi. Halüsinasyonlar devam ediyordu bir yandan. "Ben insan değilim, istesem uçabilirim" dediğimi bile hatırlıyorum. Evin her yerinin yandığını, depremler olduğunu, her tarafın parçalandığını, etrafta birtakım varlıkların dolaştığını, benimle sohbet ettiğini, konuştuğunu görüyordum. Böyle sanki normal ev içinde hep beraber yaşıyormuş gibi oluyordu. Evdeki varlıklarla ailem gibi birlikte yaşıyordum, konuşuyordum. Ailemle birlikte yaşamak kadar doğal bir süreçti benim için. Hani bir süreden sonra öyle bir hale gelmişti ki, yani algılayamıyordum gerçek mi değil mi diye? Tanı aldığımda ben inanmamıştım. Zaten ilaçları da içmedim. Bir hafta sonra bu sefer daha da şiddetlendi. O zaman bir hafta hastanede kaldım. Ben rahatça söyleyebiliyorum hastalığımı. Mesela kızımın öğretmenine direkt "Ben bipolar tanılı bir anneyim" dedim. (K11)

Uykusuzluk hiçbir şeyden keyif almama, yaşamak istememe, yemek yememe şeklinde başladı. Kendimi Allah sanıyordum işte. İşte muska denemeleri, okunmuş sular falan hocalara gitmeler, saçma sapan denemeler de olmuştu. Sonra doktora gittim. İsviçre'de yaşıyorduk. "Uyuyamıyorum, hayattan keyif almıyorum işte yemek yemek istemiyorum, hiçbir şey yapmak istemiyorum" dedim. İlk tanı konulduğu zaman kabullenmeme gibi bir durum oldu. Ama

sonra doktorumla konuştum. “Bu herhangi bir kalp hastalığı gibi, şeker hastalığı gibi, beyin hastalığı gibi, bunu kabulleneceksiniz, ilaçlarınızı da içeceksiniz” dedi. (K15)

Katılımcılar, yaşadıkları bu belirtileri anlamlandırabildiği ve bunların bilimsel bir ismi ve karşılığı olabildiğini öğrendiği için bipolar bozukluk tanısını almanın kendileri için bir rahatlama kaynağı olduğunu belirtmişlerdir. Böylelikle tanının konması, kadınların kendilerini daha iyi anlamalarına ve uygun tedavi ve destekleri almalarına da olanak tanıyan yolu açmıştır. Bu süreç, onların hastalıkla nasıl başa çıkacaklarını öğrenmelerini ve daha kontrol edilebilir bir yaşam sürdürmelerini sağlamıştır. Konu ile ilgili ifadeler aşağıda verilmiştir.

Ben tanıyı alalı altı ay kadar oldu. Zaten çok şaşırdığım bir tanı olmadı. Uzun zamandır psikiyatri geçmişim var yani yaklaşık 13-14 yaşından beri psikiyatri muayenesi alıyorum. Sonra bipolar bozukluk tanısı aldım. Bunu aldığımda davranışlarımın en azından bilimsel bir açıklaması olduğunu kendime söyleme fırsatım oldu. Tabii biraz kabullenme sürecim zor oldu. Yani “neden benim başıma geldi? keşke benim başıma gelmeseydi, keşke ben de normal olsaydım.” gibi bu tarz söylemlerim de oldu ama bunları hemen kabul edip ondan sonrasını artık iyileşmenin hızla gerçekleşmesi için elimden geleni yaptım. (K8)

"Bipolar olduğumu öğrendikten sonra aslında biraz rahatladığımı hissettim yani benim bir sorunum var ve bunun ne olduğunu öğrendim. Ben yaklaşık iki sene tedavi gördüm ve bunun bir senesi tanı almakla geçti. O yüzden tanı aldıktan sonra kendimi rahatlamış hissettim". (K9)

İlk depresyonla başladı. Zaten çok fazla ağlamalarım falan vardı. Kızımın doğumundan sonra lohusalık dönemleri daha ağır oldu. Bir süre sonra intihar teşebbüsü oldu. Sonrasında Bakırköy Devlet Hastanesi'nde tedaviye başladıktan kısa bir süre sonra zaten bipolar tanısı kondu. Artık çok para harcayacağım zaman ya da böyle ihtiyaçlarımı hissettiğimde hemen doktorla görüşmeye gidiyorum. Artık daha kontrol edilebilir bir duruma geldi benim için. (K10)

Süreç 2018'de başladı ama onun öncesinde ben şimdi geriye baktığımda görüyorum ben küçüklüğümde beri ben aslında depresyon hastasıymışım. Ben

her mevsim geçişinde atak yaşırdım. Sonbaharda Ekim gibi ben biliyordum ki bana bir şey olacak. Yani bir ay öyle giderdi. Sonra kendi kendine geçerdi. Liseden beri gayet yaşıyordum. Doktora gittikten sonra altı ay içinde hızlı bir şekilde mani atağı geçirmem ile beraber bipolar olduğum anlaşıldı. Tek bir günde başladı tarihini bile biliyorum 8 Ekim. O gün hatta nohut ıslatmışım evde yarına pişireceğim diye o nohut bir daha hiç pişmedi. Bir anda çok hızlı ve birden başladı. Tanı aldığımı ilk duyduğumda en azından bu yaşadıklarımın bir ismi varmış diye düşünüp rahatlamışım, ismi varsa bir tedavisi de vardır diye düşündüm. Ondan sonra ama sonra yavaş yavaş daha kötü hissetmeye başladım. Genç yaşta böyle artık hayatım tamamen değışti. (K12)

Tanı almadan önceki süreçlerde benim zaten mutlaka daha öncesinde psikiyatrist geçmişlerim olmuştu. O psikiyatrıstlere her gittiğimde ben de psikolog olduğum için ve kendimi tanıdığım için ben bir bipolarım diyerek gitmişim ama muhtemelen daha önce hiç atak geçirmemiş olduğum için bana bu tanıyı koymamışlardı. Belirtiler duygularda dalgalanmalar şeklinde olduğu için ben kendimce bipolar olduğum kanısına varmışım. Atak geçirdiğim zaman doktora gitmek durumunda kaldım. Bu yaşadıklarımı kendim fark ettim. Sonrasında takip edildiğimi düşündüğüm için her şeyden korkar hale geldikten sonra dedim ki, “Ben hastayım, doktora gitmem lazım”. Tanıyı ilk aldığımında bir rahatlama hissi geldi ilk önce hani artık ben bunun adını biliyorum ve aslında ne şekilde hareket etmem gerektiğini de ya da bunu nasıl kontrol altına almam gerektiğini de artık öğreneceğim şeklinde bir rahatlama hissi gelmişti. (K14)

Ayrıca, katılımcılar tarafından hastalığı kabul etme sürecinde toplumsal etkileşimlerin ve destek sistemlerinin önemini de vurgulandığı görülmüştür. Çünkü kadınların, ailelerinden, arkadaşlarından ve sağlık profesyonellerinden aldıkları destekle hastalığı kabullenme yolunda büyük adımlar attıkları, hastalığa ilişkin benzer deneyimler yaşayan diğer bireylerle bağlantı kurmalarının onları yalnız hissettirmedikleri görülmüştür.

Estetisyenlik bitirmiştım, iş arıyordum o ara. İşte bir akşam geldim. Uykum kaçtı sonra bir korku geldi, kıyamet kopacakmış gibi böyle her an bir şey olacakmış gibi çok büyük o korku, dehşet zaten anlatamıyorum, tarif edemiyorum. Ondan sonra sabahleyin saat 10.00 sırası gibi bağırmaya,

çağırmaaya başlamışım. Böyle işte telefonumu atmışım, kırmışım. Annemin gözünden gözlüğünü alıp atmışım, onlar da ambulans çağırıp beni Bakırköy'e götürmüşler. 21 gün yatırmışlar beni orada. Bipolar tanısı o şekilde konuldu ama korku benim hastalığım yani tetiklediği zaman senden bile senin bakışlarından bile korkuyordum. Annemden korkuyordum, lavaboya tek başıma gidemiyordum, tek başıma uyuyamıyordum. (K3)

İşten ayrıldım. O süreçte yani herhalde ben bir yalnızlık bir boşluk içindeyken bu hastalık ortaya çıktı diye geliyor bana öyle düşünüyorum ama yanlış olabilir. Yani bütün dünyanın yükünü ben taşıyordum. Herhalde kırıldım, koptum orada bir patlama oldu o gün. Giderek içime kapandım, asosyal oldum. Yani ben neşeli bir insanken içine kapanık bir insana dönüştüm iki sene zarfında. Hasta olduğumu ilk nasıl anladım? Yani bir enerji geldi bana böyle takmamaya başladım. Uykusuzluk oldu tabii. Bayağı üç, dört gün uyumadım ilk öyle başladı. Aşırı mutluyum. Böyle kendimi diğer insanlardan farklı görüyorum. Üstün güçlerim olduğunu zannediyorum. Karşımdaki insanın içinden geçen her şeyi okuyabiliyorum. Herkes bana hayran böyle. Kendimi Hz. Meryem zannetmeye başladım. Sonra değişik değişik hocalara götürdüler; bu kızda bir tuhaflık var ama ne? diye. Sonra Bakırköy'de benim hastalığım kondu ama iki, üç ay orada yattım. 58 kilodan 74 kiloya çıktım, kendimi tanıyamıyorum, evden çıkmıyorum. Sonra bir kurs buldum. Hani bir şeylerle meşgul olunca iyi geldi bana. Kendi kendimi tedavi etmeye çalıştım. Ya bir meşguliyet olmasını istedim hep hastalıktan kurtulmak için. (K13)

Bu bilgiler ışığında, bipolar bozuklukla tanışma ve onu kabullenme sürecinin, katılımcıların bireysel farklılıklarına bağlı olarak çeşitli zorlukları da beraberinde getirdiği anlaşılmıştır. Ancak kadınların aile sistemlerinden aldıkları uygun destek, bilgi ve tedavi ile bu durumu yönetebilmeyi öğrendiği ve yaşam kalitelerini arttırmayı başardığı görülmüştür.

Tanı Süreci ve Sonrasında Yaşanılanlar kategorisinde, 15 katılımcının 13'ü ilaç kullanma süreci ile ilgili görüşlerini paylaşmıştır. 13 katılımcıdan ikisinin sadece ilaç tedavisi, yedisinin hem ilaç tedavisi hem de psikoterapi aldığı ve ilaçlarını düzenli bir şekilde kullandığı bilinmektedir. Çalışma grubu için bu sayının yüksek bir orana karşılık geldiği görülmektedir. Katılımcılar, ilaç kullanımını sürdürme konusunda yan

etkileri nedeniyle zorluklar yaşadıklarını ifade etmişlerdir. Bu durumun, Bipolar bozukluk tanılı hastalarda sık rastlanan bir durum olduğu bilinmektedir.

15 katılımcının 11'i ilaçlardan kaynaklanan sürekli uyku hali, diğer fiziksel yan etkiler, hamilelik ve işe başlama gibi özel durumlar nedeniyle ilaç kullanımını zaman zaman bıraktığını ancak hastalık belirtileri nüksettiği ve günlük yaşam kalitesi düştüğü için ilaç kullanımına tekrar başladığını ifade etmiştir. Bu büyük bir sayıya denk gelmekle birlikte tanılı hastaların ilaç kullanımına dair genel bir yaklaşımını göstermektedir. Bu durumun ise tedaviye uyumu zorlaştıran bir faktör olarak karşımıza çıktığı görülmektedir.

İşte ilaçlarımı kullanmaya başlayınca üç aydan sonra her şey daha farklı oldu. Allah'ıma bin şükürler olsun, şimdi çok iyiyim. İlk zamanlar alışma sürecinde ilaçlar yan etki yaptı. Mide bulantısı, baş dönmesi. 2016'da ilaçları bırakıp işe girdim. Ama daha kötü oldum bırakınca. Eskiye döndüm tamamen. Başaramadım yani. Ondan sonra tekrardan başladım kullanmaya. Ondan sonra hiç bırakmadım. (K1)

"İlaçlar sürekli beni uyutuyordu. Çok ilaç kullanıyordum. Sürekli bir uyku halindeydim ve çok uyuştuğum". (K4)

"İlacı bıraktığım dönem oldu. Mesela "hep ilaç mı kullanacağım" dedim. Eski halime dönmeye başlayınca sonra hemen kullanmaya devam ettim". (K5)

"Sadece ilaç kullanarak sürekli uyuyordum. Normal şartlarda ilaçlarımı kullanmam gerekiyor ama ben doktordan habersiz bırakmışım. Daha sonra bazı rahatsızlıklar yaşadım. Ama kullanmak istemediğim için sadece bir tane ilaç kullanıyordum. İlaçları içince hayat kaçmış oluyor". (K6)

"İlaçları kullanınca kendimi böyle çok ağır hissediyorum, kullanmak istemiyorum. Hastaneden çıktıktan sonra iki ay kullandım. Sonra bıraktım, yedi aydır kullanmıyorum. İlaçlarımı kullanırken hiçbir şey düşünmüyordum, aklıma bile gelmiyordu. Bırakınca eski halime döndüm hep. Ben hep uyuyordum. İlaçlar uyuşturdu beni". (K7)

İlaçları içtiğimde hep uyuyordum sürekli. İki, üç ay hiç kendimde olmadan hep yaptığımı biliyorum. Bir tek kızıma hamile kaldığımda bıraktım ilaçlarımı. Sonrasında başladım. İkinci kızıma hamileliğimde bıraktım ve o bıraktığım dönemde bir de üstüne lohusalık falan da gelince ben ilk hastalığımdan daha

çok rahatsızlandım. Yani benim en kötü zamanlarım altı, yedi sene öncesiydi zaten. Hamile olduğum için bıraktım ilaçları. Eşim de ben de aynı şekilde çocuk isteyince doktorlar kesinlikle olmaması gerektiğini söyledi ama ben tabii ki de inatla istediğim için ilaçları bıraktım. Bir anda bırakmadım ama düzenli olarak yavaş yavaş bıraktım. Doğumdan sonra başlamam gerektiğini söylüyorlar ama bilmiyorum, şu an iyiyim böyle devam edersem başlamayı istemiyorum ama eski halime dönersem mecburen başlayacağım. (K10)

İlk tanıdan sonra iki yıl kadar ilaçlarımı kullanmıştım. Sonra bıraktım kafama göre, tekrar başladım. Şu anda kullanmıyorum ama atak da geçirmiyorum. Terapi alıyorum ilaç da kullanabilirim gerekirse o şekilde ilerliyorum. Ama o dönem inatla ilacı bırakmıştım ben hani çocuğuma bakacağım diye. (K11)

İlaçlara başladıktan sonra altı ay içinde iki ay falan hep uyudum. Bu korkularım da yavaş yavaş geçti. Üç ay sürdü geçmesi ilaçların etkisiyle bir anda kesilmedi. Onun haricinde işte yaklaşık dört ayda 40 kilo falan aldım bir anda. Bu şekilde tedaviye başlamış oldum. (K12)

"Ben de ilaç kullanmayı bırakırsam demek ki hasta olmayacağım düşüncesiyle ilaçları kullanmadım beş sene. Kursu gittiğim zaman ilaçları bırakmıştım. Çünkü kalkamıyordum. Hep uyuyordum. Çok ağır ilaçlar olduğu için evden dışarı çıkamıyordum. Hasta olmadığımı ispat etmek için ilaçları bırakmıştım". (K13)

İlk defa bipolarla ilgili bir ilaç kullanmaya başlamıştım. Daha önce antidepresan geçmişim vardı. İlaçları kullandıktan sonra altı ayı kapsayan bir süreç içerisinde ilaçların bana inanılmaz yan etkileri oldu. İlacı yaklaşık bir buçuk sene sonra bıraktım. Çünkü şey gibi düşünmüştüm. Ben artık zaten atak geçirmiyorum. İlaçlarla birlikte de kendimi çok iyi hissediyordum. Ondan sonra demek ki ben artık iyileştim, bu ilacı bırakırsam da bunun üstesinden gelebilirim gibi düşündüm. Ondan sonra psikiyatristim ile konuştuğumda çoğu bipoların denediği bir şeymiş aslında bunu öğrenmiş oldum. Ama ilaçları bıraktıktan altı ay sonra galiba ruh halimde bozulmalar ortaya çıkmaya başlamıştı. (K14)

"Tedaviye başladıktan bir sene sonra kızıma hamileyken ilaçları bıraktım. 2005 yılında rahatsızlandım. O zaman hastaneye yattım. O tarihten sonra düzenli bir

şekilde kullanıyorum ilaçlarımı. Bir gün hapımı almasam uyuyamıyorum".
(K15)

15 katılımcıdan sadece ikisi ilaçlarını kesintisiz olarak kullandığını belirtmiştir. Konuyla ilgili bazı katılımcılar şunlardan bahsetmiştir.

"İlaçlarımı hiç bırakmadım. İlk tanıdan itibaren hep kullandım". (K3)

"İlaçlarımı hiç bırakmadım, verildiği günden beri kesintisiz kullanıyorum. Çünkü tehlikeli olduğunu biliyorum, geri dönüşler oluyor o zaman". (K8)

Yukarıdaki anlatımlardan görüldüğü üzere, ilaç tedavisi, bipolar bozukluğun yönetiminde kritik bir araç olmakla birlikte süregelen bir dengeleme eylemi olmaktadır. Kadınların deneyimleri, ilaç tedavisine dair kararların kişiselleştirilmiş olması gerektiğini ve tedavi sürecinin, hastanın ihtiyaçlarına göre uyarlanması gerektiğini vurgulamıştır.

Tanı Süreci ve Sonrasında Yaşanılanlar kategorisinde, katılımcıların büyük bir çoğunluğu, tanı sürecinde yaşadıkları sosyalleşme deneyimi ile ilgili görüş bildirmişlerdir. Buradan yola çıkarak bipolar bozukluk tanısı alan kadınların sosyalleşme süreçlerinin, kişisel deneyimlerine göre farklılıklar gösterdiği, bazılarının sosyal çevrelerinden destek görürken, bazılarının ise izolasyon ve yalnızlık hissedebildiği görülmüştür. Bu durumun ise hastalığın semptomlarının yanı sıra, toplumdaki damgalama ve anlayış eksikliği ile de ilişkilendirilebildiği düşünülmektedir.

Altı katılımcı, bipolar bozukluğun getirdiği duygusal dalgalanmalar ve yaşadığı damgalama davranışları sebebiyle sosyal ilişkilerinin sınırlandığını ve arkadaş çevrelerinden uzaklaştıklarını belirtmiştir.

O zaman hiç arkadaşım yoktu. Telefon kullanmıyordum yani sosyal medyam yoktu. Ben hastalığımı kendi içimde yaşıyordum. Öyle dışarıya ben anlatamam mesela benim o kadar çok arkadaşım da yok. TRSM'den arkadaşlarım var. Onlarla görüşüyorum. Birbirimize sorular soruyoruz, yazı yazıyoruz. Onların dışında arkadaşım yok. (K1)

Arkadaş çevrem yok denecek kadar az. Bazı arkadaşlarımla telefonda görüşürüm. Ama böyle gidip geldiğim, çok samimi olduğum bir arkadaşım yok. Bir de gerek de yok çünkü. Ailem kalabalık olduğu için ihtiyaç duymuyorum.

Yengem var, yeğenlerim var, onlar yetiyor bana. Belki güvensen böyle birisi olsa yakın çevremde olabilir ama ben çok da herkesle konuşmak, arkadaş olmak istemiyorum. (K3)

"Arkadaş çevremde çok seviliyordum aslında. Sık görüştüğüm iki, üç arkadaşım var. Eskiden gelenim gidenim daha çok olurdu. Şu an o kadar değil. Kendim istemiyorum. Hizmet etmek falan zor geliyor". (K4)

"Arkadaşlarımla çok az görüşüyorum. İş arkadaşlarımla bazen dışarı çıkabiliyorum". (K5)

"Arkadaşım yok, olsa bile önceden hep böyle senin psikolojin bozuk falan diyorlardı. Bana kötü davranıyorlardı, iyi arkadaşım olsa bile hepsi benden uzaklaştı, gitti. Hiç arkadaşım yok yani". (K7)

Mesela, benim en önemli sorunumdan bir tanesi de oydu. Sosyal çevre, sosyallik sıfır. Hiç yoktu. Şu an öyle değil. Hem kızımın okuluyla ilgili hem kızımla zaten çok aktivitem oluyor. Onun haricinde sosyal medyada bipolar gruplarına girdim. Yaklaşık sekiz senede çok fazla tanıştığım insan oldu. Onlarla mesela çok fazla artık birbirimize gidiyoruz, geliyoruz. Bu bana çok iyi hissettiriyor. Ben şu an hani Türkiye'nin her yerinde ayrı bir yuvam varmış gibi hissediyorum. Böyle çok güzel. (K11)

Ayrıca sekiz katılımcı da arkadaş çevrelerinde sevildiklerini, bu ilişkiler ve sosyal desteğin kendilerini daha iyi hissetmelerine ve tedaviye daha iyi uyum sağlamalarına yardımcı olabildiğini ifade etmiştir. Özellikle bipolar bozukluk hakkında bilgi sahibi olan ve destekleyici tavırlar sergileyen yakın çevreye sahip katılımcıların kendini daha güvende ve anlaşılmış hissetmesine olanak tanıdığı görülmüştür.

"Arkadaşlarım vardı. Sevilen bir kişiydim. Bana destek olurlar. Arkadaşlarıma değer veririm, severim". (K2)

Samimi olduğum çok arkadaşım vardı. Onlarla görüşmek istiyordum ama ailem izin vermiyordu. Arkadaşlarımla herhangi bir sıkıntı yaşamadım. Hiçbir zaman işte böyle bir kendimi dışlanmış hissetmedim ya da hiç adaptasyon sorunu yaşamadım. Artık sürekli yeni insanlarla tanışıyorum, geziyorum, içiyoruz, onların evine gidiyoruz. Bu iyi bir şey mi? Tartışılır belki ama bana iyi geliyor. Biraz da riskli olduğu için ilgimi çekiyor. (K6)

Arkadaşlarımla ilişkilerim hep çok iyiydi. Sadece kendime zarar verdiğim için biraz izole olmaya çalışıyordum. Çünkü vücudumda izler vardı ve bunu her sorduklarında açıklayamıyordum. Kendim yaptım da demiyordum ama en yakın çevrem biliyordu kendime zarar verdiğimi. Onlarla ilişkilerim hep çok iyiydi. Çok fazla değişmedi açıkçası sosyal çevremdeki herkes dediğim gibi hepsi benim yanımda olmayı tercih etti. Hepsi bu tanıyı aldığım için çok fazla bana desteklerini hissettirdiler. Hiç kimseden olumsuz bir dönüt almadım. Olumsuz bir şey hissetmedim. (K8)

"Şu anda bir arkadaşım ile görüşüyorum. Yakın zamanda işte üç, dört aydır sürekli olarak görüşüyoruz. Kursu gidiyorum orada arkadaşlarım var". (K9)

Komşularıyla annem ölmeden öncesine kadar pek fazla samimi değildim. Çok böyle ihtiyaç duymuyordum ama annem ölünce bir de doğum yaptıktan sonra özellikle iki, üç komşumla daha samimi olmaya başladım. Hastalığımı da biliyorlar. Söylüyorum ama tabi ki de bipoları bilmedikleri için hani ben bile kaç sene sonra öğrendim. Ama bir hastalığının olduğunu, belli dönemlerde depresyon yaşadığımı biliyorlar yakın arkadaşlarım. Ama özellikle kızımın arkadaşlarının anneleriyle falan bunları kesinlikle konuşmuyorum. (K10)

"Çok fazla aktiftim. Sonra bir anda tamamen hastalık dönemiyle hepsi gitti zaten benimle hasta olduğumu söylediğim için görüşmeyen arkadaşlarım da oldu". (K12)

"Ben bir şeylerle uğraşmaya başladım. Dikiş, modelistlik, muhasebe kurslarına gittim. Yani insanlarla iç içe olmaya çalıştım hep". (K13)

Arkadaş çevremle ilişkilerim her zaman çok iyiydi. Onda bir problem yoktu. Yani çok da şeydim böyle sosyal kelebek gibiydim aslında. Yani birçok arkadaşım vardı hep onlarla toplu bir grup şeklinde dışarı çıkardık. Sosyal çevremde hastalığımı kimseye söylemedim. Ben şu zamana kadar sadece bu işyerimdeki iki arkadaşım söyledim. Ondan sonra onlar da çok destekleyici davrandılar. Bu da onlarla ilişkilerimin güçlenmesine katkı sağladı aslında. Arkadaşlarımla sohbet etmek bana iyi geliyor. (K14)

Görüldüğü gibi, bipolar bozukluğun sosyalleşme üzerindeki etkisi kişiden kişiye değişiklik göstermektedir. Katılımcılar için tedavi sürecinde sosyal destek ve anlayışlı bir çevrenin, hastalıkla başa çıkma konusunda önemli bir güç kaynağı olabildiği

anlaşılmıştır. Her bireyin sosyal ihtiyaçları farklı olduğundan, sosyalleşme biçimleri de kişisel sınırlar ve ihtiyaçlar doğrultusunda şekillenmelidir.

Tanı Süreci ve Sonrasında Yaşanılanlar kategorisinde, 15 katılımcıdan dokuzu tanı sürecinde çalışma yaşamlarına ilişkin deneyimlerini paylaşmıştır. Katılımcıların çalışma durumuna bakıldığında, 15 katılımcıdan sadece beşinin herhangi bir işte çalıştığı bilinmektedir.

Bipolar bozukluğun çalışma yaşamına etkilerinin oldukça karmaşık olduğu görülmüştür. Paylaşılan deneyimler, bipolar bozukluğun iş performansı üzerindeki zorlayıcı etkilerini ve çalışma ortamlarında karşılaşılan güçlükleri açıkça göstermiştir. Katılımcıların çoğunluğu, hastalığın getirdiği duygusal dalgalanmalar, atak dönemleri ve ilaçların yan etkileri sebebiyle iş hayatında engeller yaşadığını belirtmiştir.

Katılımcılar, özellikle depresif atak dönemlerinde, ilaçların da yan etkileri sebebiyle, fiziksel ve zihinsel yorgunluk yaşadığını, uyku problemlerinin, işe gitmek, işte odaklanmak ve günlük işleri yerine getirmek için performans düşüklüğü yarattığını belirtmiştir. Konuyla ilgili bazı katılımcılar şunlardan bahsetmiştir.

"Çalışıyordum, işten ayrılmak zorunda kaldım. Bir sene çalıştım ama yapamadım, çok yoruluyorum devamlı ayakta, zorlandım yani. Babamın maaşı var. Abim çalışıyor. Bir de nafakamı alıyorum işte. Öyle geçinmeye çalışıyorum". (K1)

"Depresif dönemlerimde arkadaşlarım gözü kapalı yemek yediğimi söylüyorlardı. Uyuyordum ya bildiğin at gibi ayakta uyuyordum. Konfeksiyonda ütü yaparken ütüyü elime basıyordum sonra açıyordum gözlerimi. Ondan sonra hiç çalışmadım". (K2)

Tanı alana kadar çok çeşitli işlerde çalıştım. Hastalığım çıktıktan sonra çalışamadım. Şu anda da çalışamıyorum. Annem ve babamla birlikte yaşıyorum. Onların emekli maaşı ile geçinmeye çalışıyoruz ama zor oluyor tabii ki. İlaç içtiğim için erken uyanamıyorum o yüzden de işe devam edemiyorum. (K3)

Çalışmayı denedim ama çalışamıyorum, çalışırken yoruluyorum ya çok sinirli oluyorum işte o zaman. Ya zaten bir anım bir anımı tutmuyor. Bir gün çok iyiyim, bir gün çok mutsuzum. İş yapınca hemen yoruluyorum. Bu şartlarda çalışmam ki zaten. O yüzden işi bırakmak zorunda kaldım ve gelir kaybı oldu

tabii bizim bütçede haliyle. Şu anda eskisi gibi değilim hem de çalışma düşüncem ve isteğim de yok. (K4)

Hangi işe girsem çok yavaş çalışıyorsun diye çıkarıyorlar. Yani istemiyorlar; arada işte annemle günlük işlere gidiyorum konfeksiyonda. 200 TL veriyorlar. O da zaten bir çağırıyor; bir çağırıyor, düzenli değil. Ama şimdi gece çalışıyorum. Saat 19.00-20.00 gibi işe gidiyorum, 07.00-08.00 gibi eve geliyorum. (K7)

Özellikle depresyon dönemindeyken kalkıp işe gitmek benim için çok zor ve devlet memuruyum. Hadi bugün gitmeyeyim diyemiyorum. Mecburen her gün gitmem gerekiyor. Bu da benim için çok yorucu oluyor açıkçası. O dönemde özbakımım azaldığı için saçım yağlı şekilde işe gitmek durumunda kaldığım zaman çok utanıyordum, insanların yüzüne bakmak istemiyordum. Daha esnek mesailerim olabilseydi. Yani ben bugün gelemiyorum diyebilseydim keşke. Saatler geçmiyor çalışırken çok zorlanıyorum. Evet aslında ben çok uzun çalışmıyorum. Yani yaklaşık beş saat falan çalışıyorum ama benim için çok yorucu geçiyor. Yani o günler geçmiyor sıkılıyor bitsin artık istiyorum manideyken öyle olmuyor depresyon dönemindeyken özellikle çok olumsuz etkileniyorum. Uykudan dolayı işe geç kaldığım zamanlar çok oldu. Başka bir okulda çalışsaydım çok ciddi sorunlara yol açardı bu durum ama benim okulum da o kadar olmuyor. (K8)

İngilizce dersi veriyordum. Sonra tüp bebek süreci için bırakmıştım işi ondan sonra depresyon geldi arkasından. Ondan sonra bir daha geri dönmedim zaten. Çok kilo aldım, sağlık sorunlarım var. Yani bir ilacı kullanmaya başlıyorsunuz. O sizde bir şeyi düzeltiyor mesela ama araba sürerken panik atağa sebep oluyor. Başka bir ilaca başladım. Bir hafta sonrasında gözlerim bir buçuk numara oldu. Ondan sonra beynimde uyku bölümüyle ilgili bir yerde bir şey oldu. Günde 14-15 saat falan uyuyorum. Bunu düzeltemiyorum bir türlü yani o uyanık kaldığım yedi, sekiz saatte de çok zor ayakta durabiliyorum. Sonra bir yarım saat yine uyuyup kalkmam gerekiyor. O yüzden bir senedir de uyku yüzünden işimi gücümü göremiyorum. Ondan sonra yani o hayatımı hâlâ çok etkilediği için şu anda hani iş yapmayı değil, yalnızca uyanık kaldığım yedi, sekiz saatte evin işini yapıp dışarıdaki işlerimi halletmeye çalışıyorum. Kalan vaktimi spora ve zayıflamaya ayırıyorum. Çalışmak şu anda benim için daha

ikincil sırada ama onun da vereceği çok büyük bir özgüven var, farkındayım, iyi hissediyorsunuz. Hastalığa dair de iyi bir gelişme oluyor. (K12)

Sabah işe gidip akşam geliyorum ya erken yatmam lazım, ders çalışmam lazım. Orada acayip şey oldum ya yıprandım. Hastanede tedavi olduğum zamanlarda elektrik veriyorlardı ve her şey sıfırlanıyordu ben de. Bilgisayarın faresini kullanmayı bile unutuyordum. Her şeyi tekrar sıfırdan öğrenmem gerekiyordu. İki ay böyle tekrar normale dönüyorum iş hayatıma adapte oluyorum. Sonra çalışma yaşamının ağırlığı ve iş yüküne dayanamayıp tekrar atak geçiriyorum ve her şey eskiye dönüyor. İlaçlar çok ağır geliyordu. (K13)

İlaçları kullanmaya başladığım süreçte işe de devam ediyordum ve sürekli uyukluyordum, iş yerinde kafamı masaya koyuyordum. Son atağımda çok fazla izin kullanmam gerekti. İşyerindeki arkadaşlarım benim izinlerimin düzenlenmesi konusunda çok fazla yardımcı olmaya çalıştılar bana. Yıllık iznini harcama bunu idari izne çevirelim ondan sonra işte arayarak ve mesajlarla yine sosyal desteklerle sağlamaya çalıştılar. Bunlar iyi gelen şeyler o dönemlerde. Benim bağlı olduğum şey işim, işimle ilgili olarak, yani oraya gittiğim zaman motive olduğumu hissediyorum. Atak sürecinde kendimi işe yaramaz hissediyorum. Ama işe gitmek, çalışmak kendimi bana işe yarar bir şekilde hissettiriyor, o yüzden orada bulunmak istiyorum. Zor yani, çünkü ben iki senede bir atak geçiriyorum ama bir başkası ayda bir atak geçiriyor olabilir. İki haftada bir atak geçiriyor olabilir. Yani bunu işte iş sürecinde saklamaya çalışmak ya da açık açık söyleyip de bunun sana olacak getirileri ile yüzleşmeye çalışmak çok zorlu bir süreç. Benim atak sıklıklarım az olduğu için sıkıntılı bir şekilde yaşamıyorum ama bir başkası için çok zor olabilir, çünkü gerçekten insanlar ön yargılı bakmaya başlıyorlar ve yani mobbing de yapmaya başlayabiliyorlar sonrasında. Yani sürekli ağlayarak ders anlatamazsın. Her şeye ağlıyor oluyorsun çünkü atak geçirdiğim süreçte ilaç kullanımı bunu daha da yoğunlaştırıyor ve artırıyor. Ondan sonra zaten manideyken asla ders anlatabilme imkânım olmuyor. Bir seferinde derse girmiştim. O zaman manide olduğumun farkında değildim. Öğrencilerin söylediği her şeyden bir paranoyak durumlar ortaya çıkartıp dersi işleyemez hale gelmiştim. O süreçte çalışılmaz yani. (K14)

Bununla birlikte katılımcıların büyük bir çoğunluğunun, hastalıklarının atakları sebebiyle mevcut çalışma şartlarında ve ortamlarında çalışmadığı görülmüştür. Ancak uygun çalışma ortamları, esnek çalışma koşulları, destekleyici iş arkadaşları, anlayışlı yöneticiler ve uygun mesai düzenlemeleri sağlandığı takdirde iş hayatına devam edebildiklerini ve iş hayatında karşılaştıkları zorluklarla başa çıkabileceklerini de ifade etmişlerdir.

Tanı Süreci ve Sonrasında Yaşanılanlar kategorisinde, 15 katılımcıdan 12'si tanı sürecinde yaşadığı damgalamaya ilişkin görüşlerini paylaşmıştır. Her bir katılımcının tanı sürecinde damgalamaya ilişkin benzer deneyimler yaşadığı görülmüştür. Katılımcılar, hastalıkları ile ilgili yanlış anlaşılmalara ve önyargılara nedeniyle yaşadıkları damgalamanın, aile ve sosyal çevre ile ilişkilerinde, günlük yaşamlarında önemli zorluklara yol açabildiğini ve çeşitli ayrımcılık biçimlerine maruz kaldıklarını ifade etmişlerdir.

Katılımcılar, sosyal çevrelerinde çeşitli önyargılara nedeniyle damgalama yaşadıklarını belirtmişlerdir.

Dışlanma değil de insanlar, hani sen böyle hasta olunca iyi davranırlar ya sana. Bana öyle yaptıkları için bu beni çok rahatsız ediyordu. Çünkü normal insanım, bir yerim kırık değil bir yerim eksik değil, bana ayrıcalıklı davranmaları, çok çok iyi davranmaları çok hoşuma gitmez açıkçası. Olması gerektiği gibi aslında. Onun dışında arkadaş çevremde çok espri konusu oluyor. Benim açımdan bir sıkıntısı yok. Arkadaşlarım hastalığımı biliyorlar. Bu benim bir parçam, benimsiyorum ya ne yapayım böyleyim. (K6)

Bir kere olmuştu ve bu beni çok fazla üzmüştü ve ağlamıştım. Bir dönem kiralık ev arıyorduk. % 40 engelli olanların elektrik ödemelerinde indirim oluyor. İşte güzel, sevebileceğimiz bir ev bulmuştuk. Elektrik faturasını kendi üstüme almak istedim. "Hastalığımın dolayısıyla ben daha indirimli ödüyorum" dedim. Ev sahibine durumu açıklayınca evi kiraya vermemişti. Benden korktuklarını söyleyip vazgeçmişti evi vermekten. Ben mesela buna çok üzülmiştim. İnsanlar nasıl bu kadar hızlı karar veriyorlar ve yargılıyorlar, beni tanımıyorlar bile" diye ağlamıştım. Şu zamanda psikiyatrik bir tanın varsa ev bile kiralayamaz durumda kalabiliyorsun. Bu bana çok ağır gelmişti. Ön yargılı davranmaları aslında rahatsız edici oluyor. (K11)

Diğer insanlarla acaba paylaşmalı mıyım? Paylaşırsam çünkü biliyorum ki toplumun buna karşı bir ön yargısı var. Ondan sonra işte bu çok vasıflı bir hoca olamayabilir. Biz bunu işe almayalım falan gibi bakış açıları olabilir mi acaba? şeklinde kafamda endişeler oluştu. Bu durum da beni bu rahatsızlığı zaten saklamaya iten bir sürece götürdü. Çevrenin bakış açısı seni çok etkiliyor. Artık açılma sürecini düşünmeye başladığımda bunun yıpratıcı bir süreç olduğunu söylediler hep. O yüzden de şu anda açılmıyorum kimseye. Ben başka bir yerde çalışırken henüz tanım yoktu ama arkadaşşıma Bipolar olabileceğimi söylemiştim. O zaman daha ben kendim yaşamıştım zaten yani hani bu sürece kadar gidebildiğini de görmüş olduktan sonra da artık susmayı öğrendim. O zaman işte birazcık neşeli oluyordum. “Maniye girdin herhalde” diyordu. Ondan sonra birazcık depresif oluyordum. “Depresyon dönemine mi girdin” diyordu. Benden bir makale istemişti ve onu çok hızlı bir şekilde ve gayet de düzgün bir şekilde teslim etmiştim. “Bu aralar çok yaratıcısın yine manidesin galiba” diyordu. Yani bunların hepsi aslında üstü kapalı birer mobbing oluyor. Ondan sonrasında da zaten benim bipolar olduğumu ve bu işyerinde çalışmamam gerektiğine dair bir raporu yönetime göndermişti. O yüzden hem hastalığının çalıştığın yere açıklanmaması ihtiyacıyla da raporlama sürecinin daha kolaylaştırıcı olması önemli diye düşünüyorum. Yani ilk atağımı geçirdiğimde doktorum raporuma travma sonrası stres bozukluğu tanısı yazmıştı. Psikiyatrist, “Bu insanlara daha sempatik gözükken bir şey onda çok bir sıkıntı yok” demişti. Hani bu tarz raporlamalar denenebilir belki de. Çünkü raporda Bipolar yazması insanlarda farklı algılamaya sebep olabiliyor.

(K14)

Katılımcılar, aile içindeki önyargılı yaklaşımlar nedeniyle damgalama yaşadıklarını belirtmişlerdir.

"Bazen beni anlamadıklarını düşünüyorum. Mesela ben bir şey konuşuyorum kimse beni dinlemiyor, söylediklerimi dikkate almıyor. Sonra kendi kendime diyorum ki ‘Acaba hastayım diye beni dışlıyorlar mı?’". (K1)

"Eşimin ailesi sürekli beni yargılıyordu. Ufak böyle bir sinirlensem ya da ne bileyim hani gitmek istesem, alışveriş yapmak istesem hemen, “ilacını içiyor musun?” falan gibi tepkiler gösteriyordu. Onlar beni hiç anlamadılar". (K10)

"Ailem beni çok aşağıladı bu hastalığımın dolay. İşte "hastasın şunu yapma, bunu yapma" diye. Yani hiçbir arkadaşşıma bipolar olduğumu söylemedim. Zor geldi söylemek". (K13)

Ayrıca katılımcılar, hastalık hakkındaki bilgi eksikliği ve önyargılar sebebiyle kendilerinin "dengesiz" veya "tehlikeli" olarak etiketlendiklerini bunun da bipolar bozukluğun tedavi edilebilir bir sağlık durumu olduğu gerçeğini gölgelediğini ve çeşitli yanılgılar ortaya çıkardığını açıklamıştır.

İdarecim bipolar tanılı olduğumu bilmiyor ama sakladığım bir şey değil, iş arkadaşlarımdan pek çoğu biliyor. Açıkça söylüyorum, benim utandığım bir şey değil bu tanıyı almak. Hani damgalama ya da ayrımcılığa uğrama gibi bir kaygım yok, sadece bilinç yani bu konuda bilgisi biraz az olan insanlara bipolar olduğumu söylediğim zaman sanki onlara saldıracakmışım gibi bir irkilme tepkisi veriyorlar. Ben de açıklamayı tercih ediyorum. "Bipolar hastalar başkalarına zarar vermez, öcü değiliz" şeklinde açıklamalarda bulunuyorum. İsterlerse daha fazla bilgi veriyorum. (K8)

Hani ben yakın arkadaşlarımdan olduğunu düşünüp bipolar olduğumu söyledim. Ondan sonra bir daha da görmedim yüzlerini. Bipoları delirmekle aynı şey gibi düşünüyorlar. Direkt görüşmeyi kestiler. Onun haricinde de çok söylemiyorum kimseye yani tanıdıkları, çok yakınları biliyorlar. Dışarıda insanların çok anlayabileceği bir şey değil. Bir de bir, iki defa böyle hani boş bulunup söylediğim kişilerden daha sonra çok sıkıntılı dönüşler de aldım. Bir yerde hastalığınızı sizi vurmak için kullanıyorlar. O yüzden öyle kimseye söylenecek bir durumda değil. Bu yalnızca herkese söylenecek bir şey değil. (K12)

Damgalama yaşayan katılımcılar, hastalıklarını gizleme, psikiyatrik yardım almaktan çekinme, kendilerini toplumdan izole etme, toplumsal etkileşimde bulunmaktan kaçınma gibi yaklaşımlarda bulduklarını ve bu durumun da onların sosyal destek sistemlerinden yoksun kalmasına ve iyileşme süreçlerinin daha da zorlaşmasına neden olduğunu anlatmışlardır.

"İşverenler de hastalığımızı öğrendiğinde bizi çalıştırmak istemiyorlar zaten. O yüzden her zaman gizlemek zorunda kalıyoruz". (K3)

"Herkes nasıl oldun? nasıl oldun?" diye sorup duruyor. İnsanlar böyle tuhaf bakıyor suratıma. Sanki ne olmuş ya! Hâlbuki ben gayet iyiyim yani şu an.

Hani öyle bir depresyon dönemi geçirdim ama tabii insanlar biraz dedikoducu olduğu için abarttılar hep". (K4)

"Herkes hastalığım var diyemiyorum. Hani hastalığımın dolayısıyla bir şey olduğunda "O hasta o yüzden böyle yapıyor" şeklindeki söylemlerden dolayı aslında söylemek istemiyorum. Daha yakın hissettiklerime söylüyorum". (K5)

"Bu yüzden hastalığımı söylememe kararı aldım kendi kendime. Yani "Psikiyatriste gidiyorsa bir sorunu var demek" deyip genelde almıyorlar, çok kötü bir şeymiş gibi görüyorlar. İnsanların hayatıyla, geleceğiyle oynamamalı". (K9)

Katılımcıların anlatımlarından yola çıkarak toplumda farkındalığın artmasının, bipolar bozukluk hakkında daha fazla bilgi edinilmesinin, eğitimin, açık iletişimin ve empatik yaklaşımın, damgalamanın azalmasına yardımcı olabildiği ve önyargıları ortadan kaldırdığı anlaşılmıştır.

Tanı Süreci ve Sonrasında Yaşanılanlar kategorisinde, 15 katılımcıdan sekizi tanı sürecinde yaşanan stresli olaylara ilişkin görüşlerini bildirmiştir. Stresli yaşam olaylarının, bipolar bozukluk tanısının seyrini oldukça etkilediğini belirtmiştir. Bu olaylar arasında iş kaybı yaşama, boşanma süreçleri, aile içi tartışmalar, pandemi ve deprem gibi doğal afetler, ölümler, uykusuzluk ve yorgunluk gibi fiziksel durumların da yer aldığı görülmüştür. Stresli yaşam olaylarının katılımcıların hastalığının seyrini ve şiddetini etkilemekle kalmadığı onların günlük yaşam kalitelerini de önemli ölçüde düşürebildiği görülmüştür.

Pandemi gibi toplumsal kriz dönemlerinde, özellikle evde kalma zorunluluğu veya sosyal izolasyon gibi durumların, bipolar bozukluğu olan kadınlar için ekstra zorlayıcı olabildiğini belirten katılımcılar olmuştur. Dışarı çıkamamak ve rutin aktivitelerini gerçekleştirememek, özellikle enerji seviyelerinin yüksek olduğu manik dönemlerinde kadınları daha da kötü hissettirmiştir.

1999'da ablamı kaybettim depremde yani hepsi üst üste geldi. Üzüntü, stres, aile içindeki tartışma yüzünden benim hastalığım iyice nüksetti. Pandemiye açıkçası çok bunaldım, kendimi böyle dışarı atmak istiyordum. Ama sokağa çıkma yasakları vardı. Bu durum beni kötü etkilemişti. O dönemde bizlere özel kararların çıkmasını isterdim. Çünkü bizler bazı dönemlerde evde duramıyoruz, kapalı ortamlarda. O zaman da öyle olmuştu. Dışarı çıkmak

istiyordum, gezmek istiyordum. Yürüyüş yapmayı çok seviyorum ama pandemide yapamadım uzun süre. (K1)

"Pandemide çok sıkıldım, bunaldım. Mesela işlerimi, her şeyi bırakıp dışarı çıkmak istiyordum. Dışarıyı seviyordum. İzin olunca hemen kendimi dışarıya atıyordum. O yüzden evde çok uzun saatler kalınca kendimi çok kötü hissettim". (K4)

"Pandemi sürecinde depresyon dönemim çok ağır geçti. Ben yataktan kalkamadım, babam beni kucaklayarak psikiyatriye götürdü". (K8)

Ayrıca, boşanma, aile içi çatışmalar gibi kişisel ilişkilerde yaşanan zorluklar veya iş, sınav stresi gibi faktörler de bipolar bozukluğun semptomlarını tetikleyebilmektedir. Bu stresli durumlar, mevcut hastalık semptomları üzerinde büyük bir yük oluşturabilmektedir.

İşte bunlar hep benim hastalığımı tetikliyor. Annemi kaybedeli üç ay gibi bir süre olmuştu. O gün de çok kötüyüm canlı cenaze gibi geziyordum evde. "Kızım neyin var senin?" dedi. Eşimin adı Mehmet. "Canın Mehmet'i mi istiyor?" dedi. Ben rahatsız oldum ve babama kızdım. Odama gittim. Beş dakika sonra yanıma geldi babam. İstersen ben seninle birlikte olurum dedi. Sonra dedim "Sen baba mısın, sen insan mısın? Sen bunu nasıl söylersin? Benim annem daha yeni öldü. Sen ne yapmaya çalışıyorsun? Beni bu evde tutmanın sebebi bu muydu?" dedim ve çok sinirlendim o an babama. "Senin oğlun yıllarca taciz etti şimdi sıra sende mi?" dedim. Sonrasında çok daha kötü şeyler oldu ama şimdi burada anlatmak istemiyorum. Babamı öldürmek bile istedim o an. Çevresel faktörler, yaşadığım olaylar, aile içindeki döngüler.. Bunlar çok etkiliyor beni. (K2)

"Eşimden ayrıldığı dönemde hastaneye gitmiştim. Depresyon tanısı koymuşlardı. Sonra pat diye ortaya çıktı işte bu hastalık". (K3)

İşe başladığım dönemlerde mutsuzluk, uykusuzluk, yorgunluk ataklarımı tetikledi hep. Web tasarımı öğretmenliği yaptığım dönem çok çalışıyordum, uykularımı aksattım, stresli bir süreçti benim için ve tekrar atak geçirdim. Bizim evimizle ilgili yapılması gereken bir sürü iş vardı ve bunlarla hep ben ilgilenmek zorunda kaldım. Çok stresli bir şeydi. Ben o dönemde atak geçirdim. Yani benim stresten uzaklaşmam gerekiyor. O yüzden yazın İstanbul'dan köye

gidiyoruz. Daha sakin ve stressiz yerlerde yaşamam gerekiyor. Hastalığımla baş etmem daha kolay oluyor. (K13)

"İlk atağım evliliğimde yaşadığım sorunlar yüzünden oldu. Çok yoğun bir baskı vardı üzerimde yani dışarı çıkamıyordum, sürekli ev içinde hapsedilmiş bir durumdaydım ve başka psikolojik şiddetler de vardı. O şiddetler ilk atağımı geçirmeme sebep oldu". (K14)

Ben bir şeyi çok fazla düşündüğüm zaman kafama taktığım zaman bir çıkmaza giriyorum. O zaman da zaten depresyona giriyorum. İster istemez uyku sorunu yaşıyorum. Bunların dışında stres diyebilirim. Bir üniversite öğrencisi olarak bu tanıyla yaşamak kesinlikle stresli bir yaşamı getiriyor. Yurt hayatı zaten normal bir insanı bile hasta eder, onu söyleyeyim. Umursamamaya çalışıyorum. Zor bir süreç. Hani sınavlar bir taraftan, maddi imkansızlıklar bir taraftan işte yurt hayatı bir taraftan, bunları çok düşünürsem daha da kötü olabilirim. O yüzden yurdu bir nevi otel gibi kullandığım için çok sorun olmuyor. (K6)

Bipolar bozukluğun yönetimi için ilaç tedavisi ve psikoterapinin yanı sıra katılımcıların strese maruziyetinin ve günlük yaşamda karşılaşılan zorlukların minimize edilmesinin de hastalığın kontrol altında tutulmasında önemli bir rol oynadığı görülmüştür. Bu nedenle, bipolar bozukluğu olan bireyler ve onların destek sistemleri için stresle başa çıkma stratejileri geliştirmek, hastalıkla baş etme sürecinde kritik bir öneme sahiptir.

Tanı Süreci ve Sonrasında Yaşanılanlar kategorisinde, 15 katılımcıdan 10'u hastalıklarına ilişkin bilgi düzeyleri ile ilgili görüşlerini paylaşmıştır. Bipolar bozuklukla yaşayan kadınların, hastalıklarına dair bilgi düzeyleri, tedavi süreçlerini ve hastalıkla başa çıkma yeteneklerini önemli ölçüde etkileyebilmektedir. Eğitim, farkındalık ve profesyonel destek kombinasyonunun, hastaların kendilerini daha iyi hissetmelerini sağlayabildiği ve hastalığın seyrini olumlu yönde etkileyebildiği görülmüştür. Katılımcılar, sırasıyla sağlık kuruluşlarından, internet ve medya kaynaklarından, sivil toplum kuruluşlarından ve kişisel deneyim ve içgörülerinden yararlanarak bilgiye eriştiklerini belirtmişlerdir.

Burada sağlık kuruluşları arasında TRSM'lerin direkt bilgi alma, sağlık profesyonelleri ile iletişimde olma, farklı ruh sağlığı çalışanları tarafından takip edilme

gibi çeşitli hizmetleri nedeniyle bipolar bozuklukla yaşayan katılımcılar için en güvenilir bilgi kaynaklarından biri olduğu görülmüştür. Bu tür merkezlerde psikiyatristler, psikologlar ve sosyal çalışmacılar gibi profesyonellerden alınan destek, hastaların hem mevcut durumlarını daha iyi anlamalarını sağlamaya hem de çeşitli tedavi ve destek seçenekleri hakkında bilgi edinmelerine yardımcı olmuştur.

Yani internetten araştırıyorum, çok güvenilir değil, inanmayın diyorlar ama. Onun dışında işte psikologları, psikiyatri hekimlerini dinliyorum. Hastanedeki doktorum TRSM'ye yönlendirmişti beni. Oraya gitmeye başlayınca doktor, psikolog, sosyal çalışmacıdan da bilgi aldım çoğu zaman. Mesela, oruç tutabilir miyim? dedim. "Kesinlikle tutamazsın" dediler." Sivil toplum kuruluşları ile hiç iletişime geçmedim. (K1)

"Hastanedeki ve TRSM'deki doktorumdan öğreniyorum. TRSM'de psikolog var, sosyal çalışmacı var. Onlar bana destek oluyor hep. Bilmediklerimi onlara soruyorum. Bazı haklarım varmış mesela. Emeklilik, ulaşım kartı gibi konularda sosyal çalışmacı bana bilgi verdi, yönlendirdi. Buraya gelmeseydim bu haklarım olduğunu bilmeyecektim". (K5)

Şu an gittiğim TRSM çok aktif, çok sosyal bir yer. Çalışanlar çok ilgili, takip ediyorlar. Bu çok güzel bir şey, keşke hepsinde böyle olsa. TRSM'de yapılan eğitimler sayesinde hastalığının bilincine varabildim. Hastalığımı çok yakından tanıdık. Yani çok faydası oldu. Geçen sene TRSM'deki o eğitim sayesinde bilinçli hasta olduk. Benim danışmanım sosyal çalışmacı. Bize öyle sorular soruyor ki biz güvenle cevap verebiliyoruz. Onunla önce ön görüşme yapıyoruz sonra doktora yönlendiriyor bizi. Bizim hastalığımızda bir insana güvenmek çok önemli. (K13)

Katılımcılar, hastalıkları ile ilgili bilgilere erişim konusunda internet ve çeşitli kaynakları tercih ettiklerini de bildirmişlerdir. İnternet üzerinden bilgi edinme konusunda daha temkinli yaklaşımlar da güvenilir sitelerdeki videolardan ve bilimsel makalelerden hastalık hakkında faydalı bilgilere erişebilmişlerdir.

"Kitaplardan, internetten araştırıyorum". (K2)

Hastaneden çıktığımdan beri internetteki şeyleri izliyorum. Manik, depresif dönemler varmış. Ben manik olduğum için hep o şeyleri yapıyordum. Depresif hale geldiğimde de bu sefer yaptıklarımın pişman olup ağlıyorum.

Ben hastaneden çıktığımdan beri sekiz aydır hep ağlıyorum. Yani depresif dönem yaşıyorum. Tanı aldıktan beri aslında depresif taraftayım. (K7)

Hastalığım hakkındaki bilgi düzeyim 10 üzerinden 7 diyebilirim. Terapistim makaleler atıyor, onları okuyorum. İnternette bazı şeyleri okuyorum ama genellikle güvenilir siteler yani hastanelerin sitelerinin olmasına özen gösteriyorum. Youtube videoları var güzel psikolojik şeylerin yayınlandığı siteler var, kanallar var, onları izliyorum. Aynı zamanda doktorum da bana çok güzel bilgilendirmeler yapıyor. (K8)

Bipolar bozuklukla ilgili derneklerden ve sivil toplum kuruluşlarından destek aldığı, seminerlere ve eğitimlere katıldığını belirten az sayıda katılımcı olmakla birlikte katılımcıların ifadelerinden, bu alanda hizmet veren sivil toplum kuruluşlarının yetersiz olduğu ve hastaların çoğunluğunun bu kuruluşlardan habersiz olduğu bilgisi edinilmiştir.

"Tam olarak biliyorum diyemem. Birkaç dernek var onları takip ediyorum. Seminerlerine katılıyorum. Bipolarla ilgili filmler izliyorum. Onun dışında bazen çok sık olmasa da makalelere bakıyorum. Hayatımı etkileyecek düzeyde önemli bir şey olarak görmüyorum açıkçası". (K6)

Kişisel deneyim ve içgörünün de hastalığa ilişkin bilgi edinme konusunda etkili olduğu görülmüştür. Katılımcılar, zamanla ve yaşanan deneyimlerle birlikte, kendi hastalıklarının belirtilerini tanıma ve yönetme konusunda daha yetkin hale gelebildiklerini, atakların öncül belirtilerini tanıyarak bu durumları yönetmek için daha proaktif davranabildiklerini belirtmişlerdir.

Şu an bayağı çok bilgiye sahip olduğumu düşünüyorum ama bunları zamanla öğrendim. En az 15 senemi aldı. Mesela ben bipolarlarda herhangi bir belirli bir kalıp olduğuna inanmıyorum. Herkesin atak türünün kendine özgü olduğuna inanıyorum. Hep gördüğüm, tanıdığım bipolar hastalarında da böyle gidiyor. Kendimi zamanla tanımış oldum. (K11)

Yani ben ilk andan beri zaten psikolojiyle hep ilgileniyordum. Onun haricinde hasta olduğumu öğrendikten sonra bulabildiğim her şeyi okudum, izledim. Yabancı kaynakları da taradım devamlı olarak. Ama artık eskisi kadar da çok ilgilenmiyorum yani takip etmiyorum. Onun haricinde doktorumun da söylemesiyle, hastalık esnasında içgörümü de kaybetmiyorum, takip ediyorum

kendimi. Bazen çok konuştuğumu hissediyorum ya da işte böyle kendimden bahsediyorum. Uykusuzluk süreçleri ya da çok böyle kendime güvenme hisleri geldiği zaman anlıyorum ve dikkat ediyorum. (K12)

Her atakta yeni bir şey öğreniyorum. Mesela benim çok para harcamalarım arttığı zaman, ondan sonra uyku düzenim bozulduğu zaman, alkol tüketimim yoğunlaştığı zaman, kendimi çok aşırı neşeli ve aşırı zeki hissettiğim zaman atak geliyor diyorum artık tanıyorum. Şu an düzenli olarak 5 yıldır Psikiyatriste devam ediyorum. Hiçbir bilgim yok, çünkü araştırdığımda yalnızca bipolar yaşam derneğine denk geldim. Başka da bir dernek varsa benim gözümünden kaçmış bilmiyorum. Ama sayılarının az olduğunu söyleyebilirim. Genelde videolar çekiliyor, doktorlar bilgiler veriyor. Ama zaten hastalık ilerledikçe ve her atağı yaşadığında sen bununla ilgili kendi hastalığına dair alman gereken bilgileri edinip onu yönetebilecek duruma birazcık daha geliyor oluyorsun. Sadece doktorların videoları yeterli olmuyor. O yüzden işte çeşitli etkinliklerin yapılması da gerekiyor. Daha önceden hastalık ve atak deneyimini yaşamış kişilerle iletişim kurabilmek daha iyi oluyor. O yüzden dernekler bu iletişim ortamını sağlamalıdır. (K14)

Tanı Süreci ve Sonrasında Yaşanılanlar kategorisinde, 15 katılımcının yedisi hastalıklarına ilişkin kendi düşüncelerini paylaşmışlardır. Katılımcıların bipolar bozuklukla ilgili kendi düşünceleri, bu kompleks durumla yaşamının getirdiği çeşitli duygusal tepkileri ve farklı bakış açılarını yansıtmıştır. Her bir katılımcının deneyimi, bipolar bozukluğun bireysel yaşamlar üzerindeki derin ve çok yönlü etkisini göstermiştir.

Bazı katılımcılar, tanı almanın ve uygun tedaviye başlamanın rahatlatıcı olduğunu, hastalıklarını kabul ettiğini ve bununla yaşamayı öğrendiğini ifade etmiştir.

Kendime bu hastalık tamamen geçmiyor diye söylüyordum. Yani atak azalıyor; ama geçmiyor, ömür boyu benimle artık. Üzüldüm de tabi ki ama sonradan hani yapacak bir şey yok, elden bir şey gelmiyor dedim hep. Bununla yaşamaya çalıştım artık böyle güzel şimdi. Bu insanın elinde olan bir şey değil. Herkesin mesela nasıl şeker; tansiyon hastalığı var bende de bu var. (K5)

"Tanı aldıktan sonra açıkçası ben çok mutlu oldum çünkü davranışlarımı kendime açıklayamıyorum. O yüzden bu bir hastalıksa bunun bir çözümü var.

İlaçlarımı kullandığım müddetçe ben iyi olacağım inancıyla ben çok mutlu oldum tanıyı aldığım zaman". (K8)

Evet, ben çok yanlışlar yaptım, farklı erkeklerle konuştum, farklı istekler bekledim. Bunlar da hep ilgiden dolayı oldu. Yani çok uzun bir süre bunları yaşadım ama kimseyle paylaşmadım. Yakalandıktan sonra doktorla konuşmamızda "Hastalıktan dolayı bunların olabileceğini, benim karakterim olmadığını, belirli bir tedaviden sonra geçebileceğini" söyledi. Ki çok şükür geçti. O konuşma beni çok rahatlatmıştı mesela. Ama o dönemde bu yaşadıklarımın geçebileceğini bilmiyordum. Bu tedaviyi gördükten sonra artık diyorum sabret geçecek hepsi. (K10)

Misafir gibi davranıyorum hastalığıma. Misafir olduğumu biliyorum ve bir müddet sonra gidecek diye kendimi rahatlatıyorum. Kendi kendine geçmesini bekliyorum. Ama insanın hayatından da çok şey götürüyor, senelerim gitti benim. İçimde bir isyan duygusu da var. Biraz neden ben bunu yaşıyorum diye ondan sonra ama bir yandan şükür de ediyorsunuz çünkü başka çok daha ağır hastalıklar da var. Onların yanında bu daha düşük dozda bir şey. Hani ölümle burun buruna değilsiniz yani. Ama konforlu bir hayatta sürdürmüyorsunuz. Tam olarak her zaman kafanızda acaba atak geçirecek miyim düşüncesi oluyor. (K12)

Aynı zamanda katılımcılar, hastalığın getirdiği sınırlamaları ve damgalamayı dile getirmişlerdir. Örneğin, K7, hastalığını ölümle eşleştirirken K13 ve K14, evlilik ve çocuk sahibi olma gibi hayatın önemli yönleri üzerindeki etkilerinden bahsetmiş ve toplumsal beklentiler ve bireysel hayaller arasında yaşanan iç çatışmayı göstermiştir.

"Ben evden çıkmak istemiyorum. Bu hastalık yüzünden "Herhalde ben ileriki yaşlarımı göremeden öleceğim" diye düşünüyorum". (K7)

Yani benim hastalığım öyle kötü bir hastalık değil aslında. Çünkü yaşayan birisi olarak çaresi olan bir hastalık olarak görüyorum. Bunu karşı tarafa söylediğim zaman neden o kadar tepki gösterdiklerini, benden kaçıp uzaklaştıklarını çözemedim. Bu hastalık bana neden verildi diye düşünüyorum tabi. Hastalığımın dolaylı evlenemeyeceğim, çocuk sahibi olamayacağım gibi düşünceler beni olumsuz etkiliyor. Bipolarım ama boş durmuyorum. Sürekli kurslara gidip bir şeyler öğreniyorum. Bipolar tanılı bir kişinin eve iş

getirmemesi gerekiyor. Ben bu yüzden evlenmedim çünkü çalıştığım dönemde işim bitmiyor ki uyuyorum, uyanıyorum, ders çalışıyorum. Bu soru beni çok duygulandırıyor. (K13)

Yani şey gibi düşündüm böyle aslında etraf nasıl bakarsa sen de o şekilde bakıyorsun, onu da hissetmeye başladım. Sonrasında tanı aldığım süreçte bir de şeyleri sorgulamaya başladım işte. Yine evli olduğum için acaba işte ben çocuk sahibi olmalı mıyım? Olursam o da bipolar olabilir gibi birtakım kaygılar kafamda oluşmaya başladı. (K14)

Tanı Süreci ve Sonrasında Yaşanılanlar kategorisinde, 15 katılımcıdan sekizi tedavi sürecinde yaşadıkları zorluklarla ilgili görüşlerini paylaşmışlardır. Katılımcıların ifadelerinden, doktor devamlılığının eksikliği, yetersiz muayene süresi ve iletişim, hastane koşulları ve hasta hakları, randevu sorunları, psikososyal destek ve eğitim eksikliği konularından zorluklar yaşandığı tespit edilmiştir.

Katılımcılar, devlet hastanelerindeki koşullar sebebiyle tedavi süreçleri ile ilgili fazlaca zorluklar yaşadıklarını belirtmişlerdir. Sürekli olarak doktor değişikliği yaşanması ile ilgili yaşanan zorluklara dair ifadeler paylaşılmıştır.

Ama Bakırköy'deki sürecim çok kötüydü. Mesela üç ay kalmışım orada ama hiçbir şey hatırlamıyorum. Hafızamı kaybettim, elektrik verdiler. Bildiğiniz bir ölü gibi. Hani böyle bir bitki olur ya onun gibi yani. Bir de orada sürekli doktor değişiyor. Her gittiğimde aynı doktora muayene olmak istiyorum ama hastanelerde böyle olmuyordu. Kaldığımız odalar da çok kötüydü. Farklı tanıli hastalarla aynı odada kalıyorsun. Mesela durumu daha ağır olanlar vardı. Onlar benim ruh halimi daha çok kötü etkilemişti. O yüzden devlet hastanesine gitmedim bir daha. (K1)

Bir de hastaneye de gitmek istemiyordum çünkü hastanede tedavi alırken doktorlar çok sık değiştiği için tedaviye uyumum daha zorlaşıyordu ve uzun sürüyordu. Her gittiğimde farklı bir doktora denk geliyordum. Ben her doktora kendimi açmakta, her seferinde hayatımı anlatmakta zorlanıyorum. Güven duymam gerekiyor. O da çok hızlı olmuyor ben de. Her kontrolde aynı şeyleri anlatmak istemiyordum farklı doktorlara. Bir de hastanede muayene olurken 20-25 dakika gibi kısıtlı bir süren var. O süre içerisinde her şeyi anlatamıyorsun ki. Pandemide mani dönemini çok ağır yaşadım. Hastaneler

de kabul etmiyordu o zaman. Yalnız kaldığımı hissettim. Doktorumla uzaktan da olsa internetten görüşmek istedim. Bu bana çok iyi gelirdi. (K2)

Ama bu süreçte beş tane psikiyatrist değiştirdim. Kendi istediğim şeyi bulana kadar yani bana uygun olan doktoru bulana kadar. Gittiğim doktorlar da açıklama yapmıyor bana. İlacı veriyor, gönderiyor. O ilacın ne olduğundan da haberim yok. Tabii pahalı da bir tedavi sonuçta. Ama özellikle tanılama süreci çok önemli olduğu için çok doktor gezdik. Ayrıca tedavi süreçleri ile ilgili de şu var: Ben şu anda özel hastaneye gittiğim için sorun yaşamıyorum ama devlet hastanesine gittiğimde doktor beni dinlemedi bile. İçeri girmem ve çıkmam beş dakikaydı, ilaç yazdı ve beni gönderdi. Bu şekilde olsa kesinlikle tedavi olamazdım. (K12)

"Hastanede yatmak aslında çok iyi bir şey değil ama mecbur kalınca yatıyorsun. Çünkü bir sürü hasta var. Hepsi değişik değişik yatmayı çok istemem yani. O yüzden ilaçlarımı düzenli kullanıyorum. Çünkü biliyorum ki almazsam tekrar aynı şeyleri yaşayacağım". (K3)

Yetersiz muayene süreleri ve iletişim kopukluğu ile ilgili yaşanan zorluklara dair ifadeler paylaşılmıştır.

"İki haftada bir kontrolüm vardı. Doktor hiç beni dinlemiyordu. Hiçbir şekilde sadece 'Nasılsın' deyip geçiyordu ve aileme soruyordu. Hani ne gibi davranışlarda bulunuyor işte bu durumlarda ne yapıyor falan diye ailemle irtibat kuruyordu. Beni kaile almıyordu". (K6)

Psikoeğitimin eksikliği ile ilgili yaşanan zorluklara dair ifadeler paylaşılmıştır.

"TRSM'de doktorumdan hem hastalığım hakkında bilgi alabiliyorum hem de hastalık sürecim takip ediliyor. Burada psikoeğitimler yapılıyor. Onlara katılıyorum. Çok bilgilendirici oluyor. Ama hastanelerde böyle bir ortam yok. Bu fırsatlar yok. Keşke hastanelerde de olsa. Bizimle daha yakından ilgilenilse ..." (K5)

Devlet hastanelerinde randevu almanın zor olması ve özel hastanelerin maliyetli olması ile ilgili yaşanan zorluklara dair ifadeler paylaşılmıştır.

"Devlet hastanelerinden randevu almak zor. Uzun sürelerde bulabiliyorsunuz. Özel hastanelerde masraflı ama acil durumlarda gelmek zorunda kalıyoruz". (K10)

"İstedğim doktora randevu alamıyorum. Devlet hastanesinde sürekli doktorlar değişiyor. Hatta bir seferinde bu sebepten çok kötü oldum felç geçiriyordum yanlış ilaç yüzünden. O nedenle devamlı aynı doktora gitmek lazım". (K13)

Yukarıda aktarılan birçok neden hastaların tedaviye uyumunu, tedavi sürekliliğini, doktorlarla güven ilişkisi kurmasını zorlaştırdığını açıklamışlardır. Bu zorluklar, bipolar bozukluğun yönetilmesi ve tedavisinde karşılaşılan en önemli engellerden bazılarını temsil etmektedir. Sağlık sistemlerinin bu sorunlara duyarlı yaklaşımlar geliştirerek tedavi süreçlerini iyileştirmesi, bipolar bozuklukla yaşayan bireylerin yaşam kalitelerini artırarak toplum içindeki işlevselliklerini destekleyebilmektedir.

Tanı Süreci ve Sonrasında Yaşanılanlar kategorisinde, 15 katılımcının altısı hastalık sürecinde ekonomik sorunlar yaşadıklarına dair görüşlerini paylaşmışlardır. 15 katılımcının sadece dördünün kendi gelirini kazandığı bilinmektedir. 11 katılımcı herhangi bir işte çalışmadığı için aile üyelerinin gelirlerinden yararlanmak zorunda kalmaktadırlar. Katılımcılar, Bipolar bozukluğun, bireylerin iş hayatını ve dolayısıyla ekonomik durumlarını doğrudan etkileyebilen bir hastalık olduğunu aktarmıştır. Katılımcıların deneyimleri, bipolar bozukluğun ekonomik sorunlara yol açabilecek çeşitli yönlerini göstermiştir.

Katılımcılar, hastalığın getirdiği zihinsel ve fiziksel zorluklar nedeniyle düzenli bir işte çalışmadıklarını, atak dönemlerinin iş performansını olumsuz etkilediğini bu sebeple de iş bulma konusunda güçlükler yaşadıklarını belirtmiştir. Bu durumun ise K6 kodlu katılımcıyı riskli işler yapmaya yönelttiği görülmüştür.

"Bir de biliyorsunuz bipolarken çalışmak zor. Gelirim azaldı tabi. Evde kapalı kaldım. Babam ve ailem bu konuda destekçi oluyor, evin kirasını alıyorum". (K2)

Burs alıyorum ama burs yetmiyor. Ailem de gönderiyor haliyle. O da yetmeyince hani ben de stres oluyorum. Ne yapsam ne etsem o zaman farklı çözüm yolları deniyorum. Para karşılığında erkeklerle birlikte oluyorum, istediklerini yapıyorum. Normal bir iş gibi artık benim için. (K6)

Şöyle kendime bisiklet almak istedim fakat param yetersiz olduğu için bir de babamın izin vermemesinden dolayı alamadım. Çalışmak için birkaç yere başvuruda bulundum ama dönüş yapan olmadı. Kendime uygun iş bulabilirsem çalışmak istiyorum ihtiyaçlarımı karşılamak için. Ben enstrüman çalmayı çok seviyorum. Kendime flüt almak istiyorum ama onun için bütçemiz yok. Yani param olmadığı için istediğim şeyleri alamıyorum. (K9)

"Ekonomik olarak sıkıntılarımız var. Benim bir gelirim yok şu anda". (K13)

Mani dönemlerinde aşırı harcama yapma eğilimi, bipolar bozuklukla yaşayan bireyler için ciddi bir ekonomik sorun oluşturmuştur. K8 ve K10 kodlu katılımcıların deneyimleri, bu dönemlerde yapılan harcamaların sonrasında büyük maddi pişmanlıklara ve borçlara yol açabildiğini göstermiştir.

Çok para harcadığım için ödeyemeyeceğim borçların altına girdim. O paranın harcanmasını istiyorum ve sonra parasız kalıyorum. Sonra gidip kredi kartı limitimi arttırıyorum. Sonra ödeyemiyorum, bankalar arıyor. Evet yani yaşadım mani döneminde özellikle. O dönemde pişman olmuyorum. Aradan birkaç ay geçip depresyon dönemine girdiğim zaman çok pişman oluyorum. (K8)

"Çok fazla para harcamam vardı. Açıkçası maddi anlamda çok zorlayıcı oluyor. Maddi destek, yardım iyi olabilir diye düşünüyorum bizim için". (K10)

Katılımcıların ifadelerinden, yaşadıkları gelir kaybı ve ekonomik sorunlar nedeniyle onların aile üyelerine ya da çeşitli alternatif gelir kaynaklarına bağımlı hale geldikleri görülmüştür. Bipolar bozuklukla mücadele eden kadınlar için ekonomik zorlukların, hastalığın yönetilmesini daha da güçleştiren bir faktör olduğu görülmüştür. Bu nedenle, sosyal hizmetler, maddi yardım programları ve istihdam desteği gibi kaynakların geliştirilmesi ve kolaylaştırılması, bu bireylerin yaşam kalitelerini önemli ölçüde artırabildiği, toplumun ve sağlık hizmetlerinin, bipolar bozuklukla yaşayan bireylerin ekonomik zorluklarını hafifletecek destek sistemlerini güçlendirmesinin de büyük önem taşıdığı anlaşılmıştır.

Tanı Süreci ve Sonrasında Yaşanılanlar kategorisinde, 15 katılımcıdan dördü hastalık sürecinde yakın ilişkilerle ilgili yaşadıkları deneyimleri paylaşmışlardır. Bu paylaşımlardan Bipolar bozukluğun yakın ilişkiler üzerindeki etkilerinin oldukça

karmaşık ve çoğu zaman zorlayıcı olabildiği anlaşılmıştır. Katılımcıların deneyimleri, bu durumun ilişki dinamiklerini nasıl etkilediğini göstermiştir.

Katılımcılar, bipolar bozukluğun, duygusal dalgalanmalar nedeniyle kişinin yakın ilişkilerinde bağlanmasını ve süreklilik sağlamasını zorlaştırabildiğini ifade etmişlerdir. Bunun sonucunda partnerini aldattığını belirten katılımcılar da olmuştur.

"Ama ikili ilişkilerimde hiçbir zaman birine bağlanamıyorum. Bağlanmak istiyorum. Bir kere, iki kere görüşüyorum ve üçüncü de yaptığı bir hareket tuhafıma gidiyor. Söylediği bir kelime hoşuma gitmiyor. Konuşmayı bir anda kesiyorum hiç ortada bir şey yokken. Devamlılık olmuyor aslında". (K6)

"Hastanede yattığım bir dönemdi, eşimle ayrı olduğumuz dönemde eşimin yokluğundan ve ilgisizliğinden dolayı üç, dört tane yabancı erkekle telefonda görüştüm. Hatta onlara açık fotoğraflarımı gönderdim". (K2)

Hayatıma aldığım bütün partnerlerimi aldattım. Özellikle duygusal ilişki yaşadığım partnerim tarafından manipülasyona uğradığım zamanlarda turnakla kendimi kazıma ya da bıçakla derimi sıyırma, jiletle parmak uçlarımı deşme gibi davranışlar yapıyordum. Aslında ben de onları manipüle etmiş oluyordum. Bunu yaparak o anda hemen paniğe kapılıp tamam sakın ol deyip konu her neyse hemen kapanıyordu. Fakat bu çok sık tekrarlandığı zaman ben ruh hastası etiketini alıyordum karşımdaki partnerim tarafından. Beni tedaviye yönlendiren şeylerden biridir hayatıma giren herkesin bana ruh hastası demesi. Erkek arkadaşımın çok ciddi problemler yaşadık hastalığım yüzünden. (K8)

Bazı katılımcılar, hastalıklarının belirtileri sebebiyle evlilik gibi konularda kaygılı hissettiklerini ve kendilerini geri çektiklerini ifade etmişlerdir.

"Mesela evliliği falan pek düşünmemeye başladım bu sene. Çünkü evlilik, sorumluluk demek, çocuk sorumluluk demek". (K5)

Tanı aldıktan sonra evlilikle ilgili de sorunlar yaşadım. Bu yanlış mı bilmiyorum ama ilk görüşmede bipolar olduğumu söyleyince hepsi ilk görüşmeden sonra bir daha görüşmek istemediler. Arkadaş, dost kalalım deyip gidiyorlar. Hani acaba bunu söylememem mi gerekiyor, ikinci görüşmede mi söylemem gerekiyor diye çok düşünüyorum. Bunun ayarını yapamıyorum yani. Bu zamana kadar düşünmemiştim evliliği ama dört yıldır düşünüyorum sadece. (K13)

Bu deneyimler, bipolar bozuklukla yaşayan bireylerin yakın ilişkilerde karşılaştıkları zorlukları ve duygusal karmaşaları açıkça göstermiştir.

4.3.3. Bir Kadın Olarak Yaşanan Deneyimler

Bir Kadın Olarak Yaşanılan Deneyimler kategorisinde, 15 katılımcıdan 10'u bipolar bozukluk tanılı bir kadın olmanın deneyimlerine ilişkin görüşlerini paylaşmıştır. Burada kadınlar, annelik deneyimlerine de atıfta bulunarak düşüncelerini ifade etmişlerdir. Bipolar bozukluk tanılı kadınlar hem cinsiyetlerinden dolayı hem de hastalıkları nedeniyle pek çok zorlukla karşı karşıya kaldıklarını belirtmişlerdir.

Bu deneyimler arasında aile içi şiddet, cinsel istismar, bipolar bozukluğun getirdiği dalgalanmalar, toplumsal cinsiyet eşitsizliği gibi ciddi problemlerin yer aldığı görülmüştür. Kadınlar, toplumsal yaşamdan iş yaşamına kadar her alanda kadınların hem cinsiyetleri hem de hastalıkları sebebiyle ayrımcılığa ve damgalamaya maruz kaldıklarını anlatmışlardır.

Bir kadın olarak gerçekten çok zor şeyler yaşadım. Abimin ve babamın tacizine maruz kaldım yıllarca ablamla birlikte. Psikiyatrik bir tanın olduğu öğrenilince aciz, savunmasız ve çaresiz biri gibi algılanıyorsun. O yüzden özgürce Bipolarım demek istiyorum. Bir kadın olarak şiddete, kötü muameleye, tacize maruz kalmayacağımı bilmeden yaşamak istiyorum. “En son öyle misin, böyle misin?” şeklinde sorulunca “Öyle değilim, senden farkım yok. Benim hayatım da bu şekilde. Normal bir birey gibi yaşıyorum.” demek istiyorum. (K2)

Atak geçirdiğim dönemlerde iki gün gidiyordum başkasının evine sonra bana kötü muamele yapıyorlardı, eve geri geliyordum. Tanımadığım insanlarla sosyal medya aracılığıyla görüşüyordum. Sonra evlerine gidiyordum. Cinsel istismara uğradım çok defa. Bilmiyorum böyle içimden gitmek geliyordu, hep evden kaçmak. O yüzden bu iğrenç zamanlarımı hatırlamak bile istemiyorum. Yedi, sekiz ay sürdü bu durum böyle. (K7)

Tanlı bir kadın olduğunuzda daha fazla riske açık hale gelebiliyorsunuz. Yani 20.00'de çıkıp 04.00'e 05.00'e kadar Türkiye'de bir kadın olarak ne yazık ki üzülerek söylüyorum, dışarıda durmak tehlikeli ve ben o saatlere kadar dışarıda duruyordum dolayısıyla kendimi riske atıyordum. “Bu böyle olmaz işte kız başına dışarıda o saate kadar duramazsın, başına bir şey gelebilir, tehlikeli” şeklinde konuşmalar oluyordu. (K8)

"İş başvurusu yaparken iki kere ayrımcılığa uğradığımızı düşünüyorum. Hem kadın olduğumuz için hem psikiyatrik tanımız olduğu için. Bu durumda hiç şansımız olmuyor". (K9)

Bir erkeğe göre daha kolay geçtiğini düşünüyorum. Yani bir erkek onu daha ağır yaşayabilir. Çünkü benim gibi bir sene depresyonda kalıp ailesini geçindirmek zorunda kalan biri için çok daha zor olacaktır. Hani benim böyle bir zorunluluğum yoktu en azından. Ekonomik olarak çalışmak zorunda olmayan bir kadın için daha kolay ama mesela çalışabilecekken çalışmadım da yani o yönden de sizi kısıtlıyor, hayatın dışında tutuyor. Hayattan sizi belli bir ölçüde izole ediyor ama şey yapıyorsunuz, yeni yeni bağlanma yolları bulmak zorunda oluyorsunuz. Başta felaketmiş gibi algılıyorsunuz. Sonra yavaş yavaş bunun bir felaket olmadığını, beraber yaşayacağınız bir durum olduğunu, kurtulamayacağınızı anlıyorsunuz. Kurtulmanın yollarını arıyorsunuz ama kurtulacak da bir şey yok, beraber yaşayacaksınız, onu yaşamayı öğreniyorsunuz. Ayrıca cinsellikle ilgili de kullandığımız ilaçlar çok sıkıntı çıkarıyor. O da bir erkek için daha zor olurdu. Yani bana göre birazcık daha kolay bu durum. Yani kadın rollerini çok etkiliyor. Aile bakımı yapmanız çok zorlaşıyor. Bipolar tanılı tanıdıklarım var. Onlar mani döneminde internette kumar falan da oynuyorlardı. Kendileri de hasta olduklarını bilmelerine rağmen yapıyorlardı, engel olamıyorlardı. Onların daha kötü bir şekilde aileleri ile ilişkileri bozuldu. Onların çocukları iyice anneye olan güvenlerini kaybettiler. (K12)

Toplumsal cinsiyet rolleri bağlamında incelendiğinde, evlilik ve annelik rolünün sorumluluğu altında çocuklarının ihtiyaçlarını karşılamakta güçlük çeken kadınlar, kendilerini yetersiz hissetmelerine, toplumsal beklentiler ve baskılara maruz kalmalarına neden olmuştur. Konuyla ilgili bazı katılımcılar şunlardan bahsetmiştir:

Doktorum hastalığımın evlenmeme ve çocuk sahibi olmama engel olmadığını söyledi ama ben yapamayacağımı düşünmeye başladım artık. Önceden hayal ederdim şimdi onu da yapmıyorum. Tanılı bir anne olarak çocuk bakmaya kendimi hazır hissetmiyorum. Çocuk sorumluluk demek. Bu hastalık yüzünden o sorumlulukları alabileceğimi düşünmüyorum. Çünkü atak dönemlerinde ben bakıma ihtiyaç duyuyorum. Çocuğuma nasıl bakarım. Yani insan kendini biraz

daha yetersiz hissedebiliyor. Atak döneminde özellikle depresyonda hiçbir şey yapamıyorsunuz. Ev işi, temizlik, kendinizden bile haberiniz olmuyor. (K5)

Ben sadece evdeydim. Yemeği yap, bulaşığı yıka, çocuğuna bak, bu şekilde sadece sırf buydu. Bipolar olduğum için eşim her şeyi çok araştırıp öğreniyordu. Mesela bir ara “Bipolar tanılı kişiler aldatır mı?” diye çok fazla takıntı yapmaya başlamıştı. Bu da evliliğimizi etkiliyordu. Şüphe duymaya başlamıştı benden ama sonra hallettik neyse ki. Bence anne olmakta kadın olmakta aslında bipolar olarak bu ülkede çok çok zor olduğunu düşünüyorum. (K11)

Sonra bu çocuk olayı sorun oluyor bizim. Yani çocuk sahibi olmakta bir sıkıntı yokmuş ama bakım verme aşamasında zorluklar yaşanabiliyor. Mesela atak dönemlerinde yani bir bakıcı tutmam gerekir. İşte bunları düşünmek zorunda olmak çok yıpratıyor beni. Atak zamanında öyle duygu durumlarına geçiliyor ki neredeyse kendini sergileyecek, kötü yola düşürecek hareketlerde bulunuluyor, arkadaşlarımdan biliyorum. Ben de onlar yok. Yani her bipoların göstermiş olduğu, yaşamış olduğu tepki farklı oluyor. (K13)

Ondan sonra yani sorumlulukları da artık bırakmış hale de gelmiştim. Evi çekip çevirme konusunda falan da artık her şeyi bırakmıştım. Aslında baskıdan dolayı bu şekilde olmuştu, yapamadığım için değil. Tabi ki bilmiyorum ama bir işte ailem ya da çocuğum olsaydı o süreçte onlara bakabilecek durumda, idame edebilecek durumda olmuyorum ve hani toplumda her şey kadının bakımı ve sorumluluğu altında gibi gözüküyor ya o evi çekip çevirme konusunda sıkıntılar olurdu. Bu atak sırasında bilmiyorum “Bu çocuklarıma nasıl yansır? Bu durumdan nasıl etkilenirler?” diye bir sürü sıkıntılar çıkardı. Evliyken bunları düşündüğüm bir dönem olmuştu. (K14)

Zor, üzücü tabii ki. Ben en çok çocuklarım için üzül müştüm. “Hani yeterli bir anne miyim? İhtiyaçlarını karşılayabiliyor muyum? Yoksa hastalığımın dolaylı olarak onları ihmal mi ediyorum?” gibi düşüncelere kapılıyordum. İlaçlarımı içtiğimde kalkamadım. Sabah kahvaltılarını hazırlayamadım. İşte babaları hazırladı. O gibi zorluklar oldu. Keşke yapabilseydim. Ben sürekli uyuyordum. Bu çocuklarımin çocukluğunu etkiledi. (K15)

Bipolar bozukluk tanısı almış kadınların, Türkiye'de yaşadıkları deneyimlerin oldukça zorlayıcı olabildiği, cinsiyetleri ve psikiyatrik tanıları nedeniyle artan riskler ve zorlukların kadınların yaşamını derinden etkileyebildiği anlaşılmıştır.

4.3.4. Tanı ile Birlikte Yaşanan Değişimler

Tanı ile Birlikte Yaşanan Değişimler kategorisinde, 15 katılımcıdan 11'i aldıkları tanı ile hayatlarında birtakım değişimlerin yaşandığına dair görüşlerini aktarmışlardır. Bipolar bozukluk tanısı alan kadınlar, hastalığın teşhisi ve tedavi süreciyle birlikte yaşam tarzlarında, düşünce yapılarında ve günlük rutinlerinde önemli değişiklikler yaşanabildiğini, uykularını, düşünce hızlarını ve hayata bakış açılarını etkileyebildiğini, zamanla bu değişikliklere uyum sağlayarak hem kendilerini hem de hastalıklarını daha iyi tanımaya başladıklarını belirtmişlerdir.

Katılımcılar, tanı ile hayatlarında bazı kısıtlamalar yaşadıklarını, geleceğe dair planlar yapamadıklarını belirtmişlerdir.

"Bu hastalıktan sonra hayata bakış açım değişti. Geleceğe dair planlar yapmıyorum artık mesela. Ben artık nasıl gidiyorsa öyle yaşıyorum". (K5)

Hayatım çok değişti. Her şeyim kısıtlanmaya başlandı. Markete bile gidemiyordum çünkü doktora olayı farklı anlattıkları için doktor da aileme "Bunu sakın dışarıya göndermeyin. Benim böyle bir kızım olsa markete bile göndermem." şeklinde ifadelerde bulununca annemler de arkadaşlarımla görüşmeme izin vermiyordu. Ben haliyle böyle olunca içime kapandım işte odada yalnız başıma kaldım. Bir belirsizlik vardı her zaman benim için. Onun dışında o aralar bir de halüsinasyonlar görmeye başladım. Korkuda işin içine girince. "Onun dışında bir tarafım da böyle çok dindar. "Yapma, ahiret hayatı var" diyor. Bir tarafım da "bir kere geliyorsun dünyaya yap gitsin." diyor. Ben ikisini de yapıyorum. Şu aralar bir dini derneğe gidiyorum ara sıra. Oraya gittiğimde tövbe ettiğimi düşünüyorum. Sonra oradan çıkıp eğlenmeye gidiyorum mesela. (K6)

Şu an benim tek sorunum bu aslında. Bipoların bana tek zararı evlenmemek oldu. Ben evlenmek istiyorum ama hastalığım yüzünden evlenemiyorum. Sosyal yaşamımda çok kötü değişiklikler oldu. Yeni taşınmıştık. Komşuları hiç tanımyordum. Benim tuhaf hareketlerimi komşunun çocukları gördüğü zaman bana "Deli kadın, deli kadın" diye bağıyorlardı. (K13)

Atakla birlikte kendini suçlama duyguları geliyor bana. Çünkü o dönemde çok fazla hareketleniyorum ve kendimi suçlu hissediyorum. Eskiden kurduğum arkadaşlık ilişkilerinin bir kısmını bitirdim mesela şu anda. Daha yüzeysel değil de olgun, derinlikli olan ve beni anlayabileceğini düşündüğüm arkadaşlıklar kurmaya çalışıyorum. Birçok şeyi daha olgunlukla karşılar oldum. Artık böyle bir faydası oldu bana. Şu an ev ile ilgili bir sorumluluğum yok açıkçası. Her şeyle annem ilgileniyor. Zaten atak dönemlerinde çok bir şey yapabilecek bir ruh halinde de olmuyorsun. Ama ben genel olarak sorumluluk almıyorum. Yani öyle bir problem var. (K14)

Ayrıca katılımcıların büyük bir çoğunluğu, hastalıklarının, hayat planlarını ve kariyer hedeflerini etkilediğini ifade etmiştir. K3, K7 ve K12 kodlu katılımcılar, hastalıkları nedeniyle iş ve eğitim hayallerini gerçekleştiremediklerini belirtmişlerdir. Kadınların, sosyal etkileşimlerinin ve ilişkilerinin de bu süreçten olumsuz etkilendiği bu nedenle de önceki sosyal aktivitelerine katılamayacak duruma geldikleri görülmüştür.

"Belki bu hastalık olmasaydı daha farklı olurdu. Daha içime kapandım. O ara işte dediğim gibi kurs bitirmişim, iş arıyordum belki işe girerdim, kariyer bile yapardım". (K3)

Lise mezunuyum, üniversiteyi okuma hayalim vardı ama hep yaşadıklarım yüzünden kazanamadım. Yani derslerim o kadar iyiydi ki, hep başarılı biriydim. Ne olduysa bu hastalık yüzünden yaşadıklarımın dolayısı oldu. Hastalığım yüzünden eğitim hayatım bitti. Hayatım o kadar değişti ki, alt üst oldu her şey benim ve ailem için. Oturduğum yerde o kadar rezillikler yaptım ki gittiğim kafelerde "Bana bir daha buraya gelme" falan dediler. Tanımadığım düğünlere gidiyordum böyle ama o zamanlar niye böyle şeyler yapmışım. Ben böyle biri değildim, bunları yaşayacak biri değildim. (K7)

Yani tabii ki bütün hayatım değişti zaten. Ben daha mükemmeliyetçi bir insandım. Çok fazla program, organizasyon işleri falan yapıyordum. Bu hastalıktan sonra onları yapamaz oldum artık. Çünkü bir anda hasta olup bırakabiliyorum işleri. Ama o da bana akışına bırakmayı öğretmiş oldu. Ben de artık eskisi gibi programım bozulduğunda çok umursamıyorum ya da işte ben de akışına bırakıyorum. Kafama takmıyorum. Eskiden insanların benim için ne düşündüğünü çok fazla mesele ederdim. Tanı aldıktan sonra hayatım

mahvoldu işte. Ben şunları yapabilen bir insandım, bak şimdi bunu bile yapamıyorum gibi. Eski benle yeni ben arasında o dönemde hayatımdaki aile kavramını, ailenin yerini, hayatımdaki insanların yerini, önem verdiğim şeylerin yerini, hepsini düzenlemem gerekti. (K12)

Kadınların hayatlarında yaşanan değişimlerden birinin de tedavi süreci ilerledikçe, hastalık seyrinde ve kabulünde olumlu yönde değişikliklerin yaşandığı ve tedaviye uyum sağlandığı aktarılmıştır. Konuyla ilgili bazı katılımcılar şunlardan bahsetmiştir.

"Hastalıkla birlikte hayata karşı bakış açımda farklılıklar oldu. Uykularınızda, düşünce hızınızda, hayata bakış açınızda, bunlar çok fark ediyor ve hem kendinizi hem de hastalığınızı daha iyi tanıyorsunuz zamanla". (K2)

Her şeyi kafaya takıyordum am ilaçlardan sonra öyle bir takıntım kalmadı. Aşırı hiperaktiftim o zaman aşırı yani kurulu bir robot gibi hiç durmuyordum. Şimdi ev içindeki sorumluluğumun da daha çok olduğunu düşünüyorum. Ben de öfke kontrolü yoktu. Kendi kendime bir şeyler hayal edip ağlıyordum ama şimdi onlar kalmadı. Olumlu tarafını görmeye çalışıyorum. Bu hastalıkla yaşamayı öğreniyorum. (K4)

"Yani şöyle ben biraz çarpık düşünen biriyim, pek iyi düşünemiyordum. Ama ilaçlardan sonra daha iyi düşünmeye başladım, iyi kararlar almaya başladım, ailemden hiçbir şeyi saklamamaya başladım". (K9)

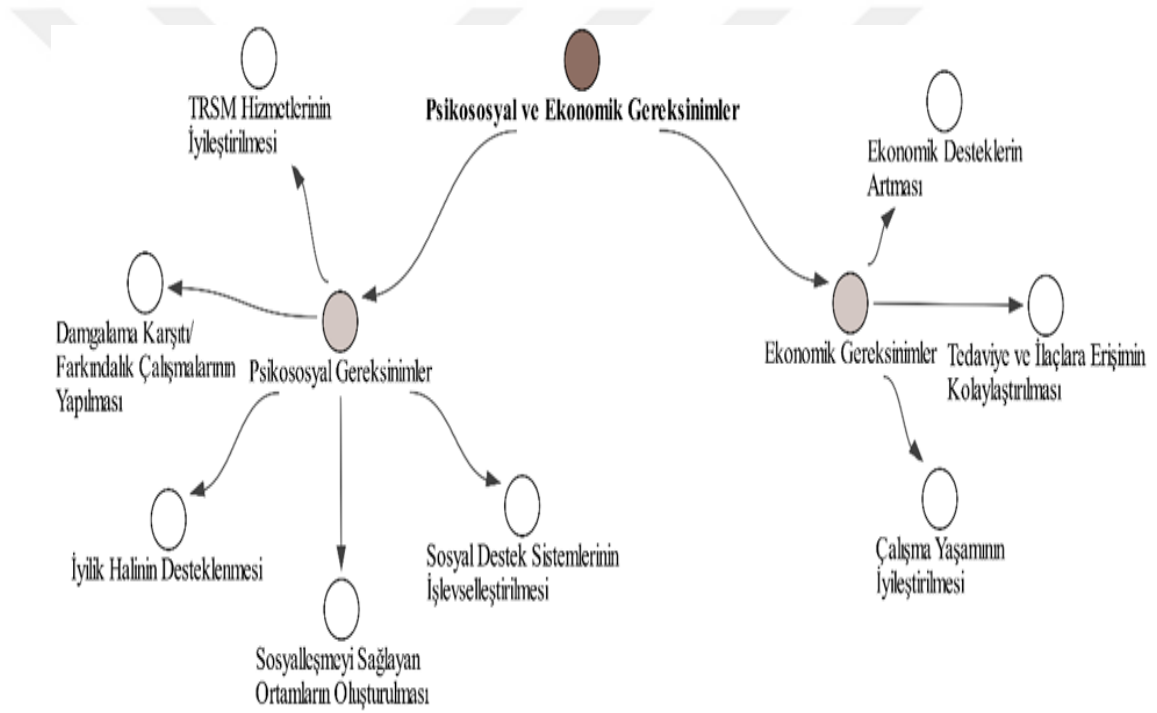
Hastalıktan sonra ilaçlarımı düzenli aldım hep. Doktorumun dediklerini yaptım. Kendi istediklerime odaklandım. Yürüyüş yaptım. Ondan sonra hoşlanmadığım ortamlarda bulunmadım. Sevdiğim şeyleri yaptım. Mesela bir göl kenarına gidip bir çay içmek gibi falan. Müzik dinlemeyi çok severim. Sürekli müzik dinliyorum. (K15)

Bu ifadelerden, tanı nedeniyle katılımcıların hayatlarında kariyer, evlilik, gelecek planları ve hayallerine dair birçok değişimin yaşandığı anlaşılmıştır. Bipolar bozukluk tanısı ile yaşamak, bireylerin yaşamlarında birçok zorlukla başa çıkma gerekliliğini beraberinde getirmekte ancak aynı zamanda hastalıkla yaşamayı öğrenmek, kişisel gelişime ve daha derin bir öz-anlayışa da katkıda bulunabilmektedir.

4.4. Katılımcıların Gereksinimlerine İlişkin Bulgular

Burada katılımcılara, “Tanı sonrası süreçte nelere gereksinim duydunuz?” sorusu sorularak cevaplar alınmış ve katılımcıların tanı sonrası süreçteki gereksinimlerine ilişkin bilgilere yer verilmiştir. Bu gereksinimler, psikososyal ve ekonomik olmak üzere iki boyutta incelenmiştir. Ayrıca katılımcıların belirttiği gereksinimlerle birlikte önerilerine de yer verilmiştir.

Araştırmanın üçüncü teması olan “Psikososyal ve Ekonomik Gereksinimler” hiyerarşik kod bölümler modeli Şekil 4.4’te görülmektedir. Psikososyal ve Ekonomik Gereksinimler teması iki farklı kategorinin altında incelenmiştir. Bunlar; ‘Psikososyal Gereksinimler, Ekonomik Gereksinimler’dir.



Şekil 4.4: Psikososyal ve Ekonomik Gereksinimler Teması Hiyerarşik Kod-Bölümler Modeli

Kaynak: Araştırmacı tarafından oluşturulmuştur.

Tablo 4.5: Katılımcılara Göre Psikososyal ve Ekonomik Gereksinimler

Kod Sistemi	K-1	K-2	K-3	K-4	K-5	K-6	K-7	K-8	K-9	K-10	K-11	K-12	K-13	K-14	K-15	TOPLAM
Psikososyal ve Ekonomik Gereksinimler																0
Psikososyal Gereksinimler																0
TRSM Hizmetlerinin İyileştirilmesi	2	1	1		1					1	1		1			8
Sosyal Destek Sistemlerinin İşlevselleştirilmesi		1		1	1	1	1	1	1	3	2	2		2	1	17
Sosyalleşmeyi Sağlayan Ortamların Oluşturulması			1		1							1			1	4
Damgalama Karşıtı/Farkındalık Çalışmalarının Yapılması		2				2		1							1	7
İyilik Halinin Desteklenmesi		2				1			1	2	1	1				8
Ekonomik Gereksinimler																0
Çalışma Yaşamının İyileştirilmesi			1	1	1			1				1	1	1		7
Ekonomik Desteklerin Artması	1				1			1				1			1	5
Tedaviye ve İlaçlara Erişimin Kolaylaştırılması											1	1		1		3
TOPLAM	3	6	3	2	5	4	1	4	2	6	5	7	3	5	3	59

Kaynak: Araştırmacı tarafından oluşturulmuştur.

Psikososyal ve Ekonomik Gereksinimler teması katılımcılara göre incelenmiştir. Buna göre, katılımcı görüşleri Sosyal Destek Sistemlerinin İşlevselleştirilmesi, TRSM Hizmetlerinin İyileştirilmesi, İyilik Halinin Desteklenmesi kodları üzerine yoğunlaşmıştır.

4.4.1. Psikososyal Gereksinimler

Psikososyal Gereksinimler kategorisi altında ‘Sosyal Destek Sistemlerinin İşlevselleştirilmesi, TRSM Hizmetlerinin İyileştirilmesi, İyilik Halinin Desteklenmesi, Damgalama Karşıtı/Farkındalık Çalışmalarının Yapılması, Sosyalleşmeyi Sağlayan Ortamların Oluşturulması’ olmak üzere beş kod oluşturulmuştur.

Psikososyal Gereksinimler kategorisinde, 15 katılımcıdan 12’si hastalığa ilişkin sosyal destek sistemlerinin işlevselleştirilmesi ile ilgili görüşlerini paylaşmıştır. Katılımcıların deneyimleri, sosyal destek sistemlerinin etkin bir şekilde işlevselleştirilmesinin, hastalıkla başa çıkmada, günlük yaşamın zorluklarıyla mücadelede ve tedavi süreçlerinde de büyük bir rol oynadığını göstermiştir. Bu aşamada her katılımcının kendi ihtiyacına göre sosyal destek sistemlerini tanımladığı görülmüştür. Bunlar arasında bakım verenlerin rolü, duygusal destek ve iletişim, sosyal destek ve tedavi süreçlerinin entegrasyonu, maddi destek gibi konular yer almaktadır.

Öncelikle katılımcılar, sosyal destek sistemleri olarak bakım verenlerin rolü üzerinde durmuşlardır. Atak dönemlerinde, özellikle ilaç takibi ve günlük bakım gibi temel ihtiyaçların yönetilmesine destek sağlayan bir bakım verene ihtiyaç duyduklarını ifade

etmişlerdir. Bunlar aile üyeleri olabildiği gibi profesyonel kişiler de olabilmektedir. Ancak bu araştırmada, aile üyelerinin sosyal destek sağlama rolü daha görünür olmuştur. Bu hususta tanıli hastaların aile sistemlerinin bu rolü yerine getirebilecek durumda olması önemli görülmüştür.

"Hastalandığım zaman ilaçlarımı takip edemiyordum. Atak dönemlerinde mutlaka bir bakım verenin olması gerekiyor. İlaç takibi yapmak zor oluyor. Kişisel olarak bakımımızı yapan, ihtiyaçlarımızı karşılayan, destek olan birinin yanımızda olması gerekiyor. Yoksa her şey daha kötü oluyor". (K2)

Yani ihtiyacım olduğunu her zaman söylemem gerekir aileme. Kendileri düşünüp destek olmazlar çoğu zaman. İhtiyacımı karşıladıklarında da geri çekilirler. Normal zamanlarımda kimseden bir beklentim yok ama atak dönemlerimde çok bekliyorum, çok ilgi istiyorum herkesten. Beni anlasınlar, benimle konuşsunlar istiyorum. Şu an tek beklentim, en büyük isteğim, eşimin annem gibi olması, beni onun gibi dinlesin, ben anlatmadan beni anlayabilsin. Annem gibi benimle ilgilenen biri olmasını çok isterim. Yoksa çok yalnız ve çok çaresiz hissediyorum. Yani aslında bu hastalık sürecini birlikte atlatabileceğiniz ya da birlikte yürütebileceğiniz birinin olmasını istiyorum. Çevremde beni anlayabilen insanlar olduğu zaman daha böyle üstesinden gelebiliyorum. Bence direkt ilaçlar tek çare olmamalı, terapi görüşmeleri de bizim hastalığımızda çok etkili oluyor. Bana çok iyi geldi mesela benimle ilgilenilmesi benimle konuşulması, birine bir şeyler anlatmak çok daha farklı hissettiriyor. Böyle yargılanmadan, her şeyiyle kabul edilip dinlenilmesi aslında iyi hissettiriyor. Ailemden de bunu istiyorum. (K10)

Aileleri destekleyecek merkezlerin olmasını isterim. Aileler hastalık hakkında hiçbir bilgiye sahip olmuyorlar ve onlar da bizim kadar hastalığı yaşıyorlar ve destek verebilmeleri için destek almaları gerekiyor. İlaç kullandığım zamanlarda verilen dozlar ağır olduğunda evde bana ve çocuğuma bakım verebilecek birisine ihtiyacım oluyordu. Çünkü hele de depresif dönemde yerimden kalkacak halim olmuyor. Çocuğun okulu, dersleri, yemesi ile ilgilenemiyorum. O yüzden de birinin bizim ihtiyaçlarımızı karşılaması gerekiyor. Eşim de bir yere kadar yapabildi çünkü. (K11)

Depresyonda kesinlikle bakım verene ihtiyaç duyuyorum. Yani elimden tutup bana yemek yedirecek biri gerekiyor. Evimle zaten ilgilenilmesi gerekiyor. Ev çöpe dönüşüyor. Bunun dışında atak dönemlerinde böyle sana bakım veren ve ilgilenen biri lazım. Tamamen o esnada bana ve evime bakım veren biri lazım. Şimdi deneyimledim böyle bir şeyi tekrar yaşarsam hemen yardımcı düşünürüm. Çünkü evin normal işleyişinin değişmesi, bütün aile bireylerinin psikolojisini de etkiliyor. Senin psikolojini etkiliyor zaten. Böyle iyice dibe çekiyorsun ama o esnada evin düzenli olması, işlerin düzenli bir şekilde ilerliyor olması, senin hastalığını da daha kolay çıkabilir hale getiriyor. Normal hayatın düzenli bir şekilde gidiyor olması hasta insanı da güvende tutuyor ve daha kolay atlatmasını sağlıyor. Yani şöyle bir bakım veren bana kesinlikle lazım oluyor. Bundan sonraki süreçlerde kesinlikle bunun için uğraşırım. (K12)

Katılımcılar, sosyal destek sistemlerini duygusal destek ve iletişim olarak da betimlemişlerdir. Katılımcıların çoğu, özellikle zor zamanlarında yanlarında olacak, onları anlayacak ve destekleyecek kişilere ihtiyaç duyduklarını ifade etmiştir. Aile üyelerinin ve arkadaşlarının desteğinin kendilerini iyi hissetmelerini sağladığını belirtmişlerdir.

"Atak dönemlerinde benimle daha fazla ilgilenilmesini, bana destek olunmasını isterim". (K4)

"Mesela insanların daha anlayışlı ve şefkatli olmasını isterim bizlere karşı. Bizleri anlamalarını isterim yani". (K5)

"Arkadaşlarım bazen de ailem duygusal anlamda destek oluyorlar. Bu bana iyi hissettiriyor. Kendimi kötü hissettiğimde genelde arkadaşlarımla konuşurum, onlar teselli ederler". (K6)

İnsanların bana şefkatli olması, annemin ve ailemin arkamda durması, mutlu olmak, bana kötü bir şey söylememelerini isterim. Şefkat vermesini, babamın da arkamızda durmasını, bize sahip çıkmasını isterim. Babamla daha yakın bir ilişki kurmak isterim. Ben zaten hani böyle kendimi yaşıyor gibi hissetmiyorum. (K7)

"Ben çok zor bir süreçten geçiyorum ve tek istediğim benim yanımda olduklarını bilmem ve hissetmem. Sorgulamadan, gitmeden, yalnızca yanımda

olmalarını istiyorum. Bipolar ömür boyu yaşanacak bir şey. Bu ihtiyaçların ömür boyu sürdürülmesi gerektiğini düşünüyorum". (K8)

"Ya mesela ben yazı yazıyorum, hikayeler yazıyorum, bunu ilk kardeşlerimle, ailemle paylaşıyorum. Onlardan olumlu dönüşler almak beni mutlu ediyor". (K9)

Sosyal destek, çok önemli bir şey gerçekten. Yani benim için en önemlisi o oldu. Yani kişilerin geçirdikleri ataklara göre ihtiyaçları ve yaşadıkları sorunlar değişebiliyor. Atak dönemlerinde annem benimle hep konuşur işte "şu an neye ağlıyorsun, şu an ne hissediyorsun?" şeklinde. Yani bu tarz konuşabildiğin, sosyal destek alabildiğin kişilere çok ihtiyaç duyuluyor. Tam aksi bir durum olsa hastalığı ve atakları atlatamayabilirdim. İnsan atak zamanlarında bunu istiyor aslında çevresindeki kişilerden. (K14)

Aynı zamanda sosyal destek sağlayıcı olarak ailelerin bu konuda desteklenmesinin gerektiğini ve böylece daha işlevsel olabildiğini belirten katılımcılar da bulunmaktadır.

Eşim de hem maddi hem manevi açıdan bana destek oldu. O yönden şanslıyım. Eşimin desteği beni daha da güçlendirdi. Eşimin desteği olmasaydı tabii ki çok kötü hissederdim. Mesela hastanede yattığım dönemde arkadaşlarım vardı. Onların durumu çok kötüydü eşlerinin ilgisizliğinden ve destek olmamasından dolayı. Hatta hastalıklarından dolayı eşleri onlardan ayrılmak istiyordu. Bazıları da eşleri onlardan ayrıldığı için hastalanmışlardı. Bu süreçte ailelerle görüşülmüyor. Hastaneye dahi alınmamışlardı. Ailelere hastaların durumları ve hastalıkları düzgün bir şekilde bir kere olsun bile anlatılmadı. Anlatılmış olsaydı çok daha rahat bir süreç yaşanırdı hem eşim hem çocuklarım için. (K15)

Katılımcıların anlatımları, bipolar bozuklukla mücadele eden bireylerin aile sistemlerinin kapsamlı ve işlevsel bir sosyal destek sisteminin parçası olmasının, tedavi sürecinin önemli bir alanını oluşturduğunu göstermiştir.

Psikososyal Gereksinimler kategorisinde, 15 katılımcıdan dokuzunun TRSM'lerden hizmet aldığı bilinmektedir. Dokuz katılımcıdan yedisi TRSM hizmetlerinin iyileştirilmesine dair görüşlerini paylaşmıştır. K10 (altı yıl) ve K11 (dört yıl), TRSM'den en uzun süre hizmet alan iki katılımcıdır.

Katılımcılar, TRSM'lerin, tanılı bireyler için oldukça önemli destek hizmetleri sunduğunu ifade etmektedir. Katılımcıların deneyimleri, bu merkezlerin sunduğu hizmetlerin kişisel iyileşme süreçlerinde büyük bir fark yarattığını göstermektedir. Katılımcıların hepsi, TRSM hizmetlerinin daha fazla iyileştirilmesini ve daha geniş bir kitleye ulaşabilmesini istemişlerdir. Bu konu ile ilgili aktarımda bulunan yedi katılımcının hepsinin sunulan hizmetlerle ilgili olumlu görüş bildirdiği görülmüştür. Aynı zamanda TRSM'ye devam eden dokuz katılımcının altısının ilaçlarını düzenli şekilde kullandığı ve hem ilaç tedavisi hem de psikoterapi hizmetlerinden yararlandığı belirtilmek istenmiştir. Bu sonuçlar da TRSM'lerde sunulan hizmetlerin tanılı bireylerin tedavi süreçleri ile ilgili olumlu gelişmelerin yaşandığının göstergesi olarak değerlendirilebilir.

Katılımcılar, özellikle TRSM'lerin sayısının ve çeşitliliğinin artırılması ve coğrafi olarak daha erişilebilir noktalarda konumlandırılmasının, daha fazla hastanın bu hizmetlerden yararlanmasını sağlayacağını ifade etmişlerdir. Katılımcıların evlerine yakın konumda hizmet veren merkezler, kendilerini daha bağımsız hissetmelerine ve düzenli olarak destek alabilmelerine olanak tanımaktadır.

"Mesela, TRSM gibi merkezler çok güzel ama onlardan başka yerlerin de olmasını isterim. Gün içinde aktif olarak vakit geçirebileceğim, sosyalleşebileceğim ve işlevsel olabileceğim yerler olsa bizim için çok güzel olur. Kendimizi daha iyi hissederiz. Evden çıkmış oluruz en azından". (K3)

TRSM gibi yerler çok iyi mesela. Ama evime uzak mesafede. Çok sık gelip gidemiyorum. Tek başıma gidemiyorum TRSM'ye uzak olduğu için. Hep birine bağımlı olmak zorunda kalıyorum. Ama evime yakın olsa kendi başıma halledebilirim. Hem bu ekonomik olarak rahatlatır bizleri. Herkesin kolay erişebileceği şekilde daha fazla sayıda açılmasını isterim. Bizim hastalığımızla ilgili daha farklı tedavi yerleri olmasını isterim. (K5)

"TRSM'lere bir standart getirilsin, sayıları arttırılsın. Her mahallede olması gerekiyor. Buralar çok önemli merkezler ve yapacak çok işleri var". (K13)

Katılımcılar, TRSM'lerde sağlanan psikososyal destek ve terapilerin kendilerini iyi hissettirdiğini ifade etmiştir.

Mesela hem hastanedeki hem TRSM'deki doktorumla konuşunca rahatlıyorum. TRSM'ye gittiğimde kendimi daha iyi hissettim. En azından benimle yakından

ilgilendiler. İstedığım zaman aradım, sordum. Eğitimler yapıyorlar. Psikolog, sosyal çalışmacı olsun hepsi ilgileniyor benimle. Burada aldığım psikoterapi de iyi geliyor bana. Bu merkezlerin şartları daha da iyileştirilse, sayıları artsa çok isterim. (K1)

Bir de TRSM'ye gidiyorum. Hastaneye çok gelemiyorum. Orası bana daha iyi geliyor. "Bugün nasıl hissediyorsun, buraya geldiğine memnun musun, neler yaşadın?" şeklinde TRSM çalışanlarının tek tek ilgilendiğini, sorduğunu biliyorum. Bunlar mutlu ediyor beni çünkü değer görüyorsun, geliyorsun burada hasta olmana rağmen seninle ilgilendiklerinde mutlu oluyorsun. İlaç tedavileri, doktorlar, tüm çalışanların senin için var olduğunu biliyorsun. (K2)

"TRSM'ler işimizi kolaylaştırıyor biraz. İstedğim zaman telefonla arayıp konuşabiliyorum. Bizi çağırıp özel ilgileniyorlar. Bu beni çok mutlu ediyor. O yüzden seviyorum orayı. Çünkü benim ilaçtan daha çok sanırım bir konuşmaya, anlatmaya ve anlaşılmaya ihtiyacım var". (K10)

"Şu an mesela kendim için TRSM bana çok iyi geliyor". (K11)

Katılımcıların aktarımlarından, TRSM'lerin hizmetlerinin iyileştirilmesinin ve sürdürülebilir hale gelmesinin, tanılı bireyler için daha kapsayıcı ve destekleyici bir çevre oluşturarak, tedaviye uyumlarının ve yaşam kalitelerinin artmasına olanak sağladığı ve toplum ruh sağlığı açısından büyük gelişmeler ortaya koyduğu anlaşılmaktadır.

Psikososyal Gereksinimler kategorisinde, 15 katılımcıdan altısı hastalık sürecinde iyilik hallerinin desteklenmesine ihtiyaçları olduğuna ilişkin görüşlerini paylaşmıştır. Bu noktada katılımcıların deneyimleri, farklı yollarla bu desteğin nasıl sağlanabileceğini ve sosyal, duygusal ve teknolojik desteklerin kişisel iyileşme süreçlerine nasıl katkıda bulunduğunu açıklamıştır.

Bazı katılımcılar, aile üyelerinden ve çevrelerinden görecekları ilgi ve sosyal desteğin, kendilerini değerli ve seviliyor hissetmelerine büyük katkı sağlayacağını ifade etmişlerdir.

"Eşimin bana biraz daha fazla değer vermesini isterdim. Bunu bana gösterseydi yaşatsaydı aslında daha başka olurdu. Değer görmek istiyorsun, hasta olmana rağmen seninle ilgilendiklerini görmek istiyorsun. Bu beni mutlu ediyor, her

şeyin senin için var olduğunu biliyorsun, bu sana artı bir değerdir yani. Seviliyorsun bu güzel bir şey yani". (K2)

Mesela ben ilaç olmadan da bu dönemi atlatabildiğimi düşünüyorum. Hani tam anlamıyla atlattım diyemem ama çevremde beni anlayabilen insanlar olduğu zaman daha böyle üstesinden gelebiliyorum. Bence direkt ilaçlar tek çare olmamalı, terapi görüşmeleri de bizim hastalığımızda çok etkili oluyor. Bana çok iyi geldi mesela benimle ilgilenilmesi benimle konuşulması, birine bir şeyler anlatmak çok daha farklı hissettiriyor. Böyle yargılanmadan, her şeyiyle kabul edilip dinlenilmesi aslında iyi hissettiriyor. Ailemden de bunu istiyorum. Bir de atak dönemlerinde herkes daha çok benimle ilgilenir, beni arar, sorsunlar, benimle ilgilenirler istiyorum. En başta eşim tabi ki de benimle ilgilenir sürekli hani benimle olsun, beni anlasın istiyorum. (K10)

Bazı katılımcılar, iyilik hallerini destekleyen araçları, dini inanç, sanat ve özgürlük olarak ifade etmişlerdir.

Kötü hissettiğim zaman ya da çok günaha battığımı hissettiğim zaman Allah'a dua ediyorum sanki böyle günah çıkarmaya geliyormuş gibi hissediyorum. Manevi olarak daha huzurlu oluyorum. Dini derneğe de o yüzden gidiyorum. Dini sohbetleri dinliyorum. Ruhumu ferahlatıyor. Yani sadece kendimi kandırmak için geliyorum. Ama sonra yine aynı hataları yapıyorum. Değişen bir şey olmuyor benim için. Anlık bir rahatlama sadece. (K6)

"Sanatla uğraşmak bana çok iyi geliyor. Resim atölyesine gidiyorum, resim yapıyorum. Sergi açmayı düşünüyorum. Bu konuda da destek görmek istiyorum". (K11)

"Yani özgür olmayı isterdim de özgürlükten kastım hani kendi ayakları üstünde durabilen, kendi kararlarını verebilen. Yani bana uygun bir iş imkânı sağlanırsa bunlara ulaşabilirim". (K9)

Bir diğer katılımcı ise farklı bir görüş belirterek teknolojik bir destek ihtiyacından bahsetmiştir. Bireylerin kendi duygu durumlarını izlemelerine ve yönetmelerine yardımcı olabilen çeşitli uygulamaların, bireylerin duygu durumlarını objektif bir şekilde gözlemlemelerine ve zaman içindeki değişimleri takip etmelerine olanak tanıdığını belirtmiştir.

Mesela, internette bu mod takip edici uygulamalar var. Böyle her gün dolduruyorsunuz. Bugün iyiyim, kötüyüm, şöyleyim, böyleyim şeklinde o da benim kendimi görmemi sağlıyor. Mesela son birkaç aydır hep iyiydim. Düz bir çizgi halinde devam etti. Benim geçmiş dört senemin bilgisi var. Onların hepsinin çizelgesini tutabiliyorsunuz. Bana çok iyi oldu. Bu tür uygulamalar geliştirilebilir diye düşünüyorum. (K12)

Her bir katılımcının, iyilik halini destekleyen mekanizmaların birbirinden farklı olduğu anlaşılmıştır. Bunun da aslında bireylerin eşsizliğinden ve ihtiyaçlarından kaynaklandığı düşünülmektedir. Görüldüğü üzere, herkese iyi gelen şeyler farklılık göstermektedir. Bu desteklerin etkin bir şekilde entegre edilmesi ise bireylerin genel iyilik hallerini artırmaktadır.

Psikososyal Gereksinimler kategorisinde, 15 katılımcıdan beşi hastalık sürecine ilişkin damgalama karşıtı ve farkındalık çalışmalarının yapılması hakkında görüşlerini paylaşmıştır. Bipolar bozukluk tanısı alan kadınların deneyimleri, damgalamayla mücadele ve toplumsal farkındalık yaratma konusunda atılacak adımların ne kadar önemli olduğunu vurgulamıştır.

Bu kısımda katılımcılar, bu hastalığın daha iyi anlaşılması ve kabul edilmesi için çeşitli önerilerde bulunmuşlardır.

Burada öne çıkan husus, ruh sağlığı alanında koruyucu-önleyici hizmetlere önem verilmesi gerektiği olmuştur. Katılımcılar, bipolar bozukluğun genetik özelliğinden dolayı aile üyelerinin bu konuda daha farkında ve dikkatli olması gerektiği konusunda uyarılarda bulunmuşlardır.

Özel yayınlar yapılsın bunlar için, televizyonlarda yayınlansın, hastalara farklı imkânlar sunulsun. Daha çok sosyal aktivitelere yönlendirilsin. Anne-babalara ve yöneticilere de bir şeyler söylemek istiyorum. Bunun eksik olduğunu gözlemledim. O yüzden bu konuda da bir şeyler yapılmasına ihtiyaç olduğunu söyleyebilirim. Mesela, çocukluk döneminde arkadaşlık ilişkileri nasıl diye gözlemek gerekir. Yani bu erken tanı için önemli. Mesela bir çocuk arkadaş ilişkisi kurmakta zorlanıyor, kendisini ifade etmiyor, çekingen tavırları varsa buna dikkat edilmeli. Mesela bu bir psikiyatrik tanı ihtimali olabilir. Yani bu göz ardı edilmemelidir. Belki de ortaya çıkabilecek hastalığın önüne geçilebilir. (K2)

Katılımcılar, hastalıkla ilgili yanlış anlaşılmaların medyanın da desteği ile eğitim ve farkındalık programları aracılığıyla damgalamayı azaltabileceğini ifade etmişlerdir.

Toplumun ruh sağlığı desteği gören insanları dışlaması hayata karşı beni zorlamıştı. Bu konuda bilinçli olmalarını isterdim. Bence bu hastalık saklanmamalı, çünkü insanların birçoğu bu hastalığı yaşıyor. Hani nasıl bir Down sendromu olan insanlar hayatımızda varsa bizim gibi olan insanlar da hayatın her alanında olmalı diye düşünüyorum. Bizleri topluma daha çok adapte etsinler. Filmler daha çok artabilir. Biz daha görünür olmak istiyoruz aslında. Hani afişler olabilir, ne bileyim toplantılar yapılabilir. Mesela üniversiteler bu öğrenciler için bir şeyler yapmıyor diye düşünüyorum. Konu ile ilgili farkındalık artırıcı seminerler, etkinlikler yapılabilirse iyi olur. Hani bilgilendirici videolar hazırlanabilir. (K6)

Onun dışında insanların bilinçlenmesine çok ihtiyaç duyuyorum. Yani herkes Bipoların farkında olmalı çünkü ben karşımdaki insanı manipüle etmek istemiyorum ama bazı davranışlarım karşımdaki insanlar tarafından manipüle olarak algılanıyor ama bipolar insanların tipik özelliklerinden biriymiş aslında bu. Ben de yeni öğrendim. Manevi anlamda bilgi desteğine çok ihtiyaç duydum. Çevremdeki insanların bilinçlenmesini çok istedim. (K8)

Birincisi en başta zaten anlayış gerekiyor. Onu bulmakta zor, insanlar anlamıyor. Fiziksel bir hastalığı anlayabiliyorlar, yatıyorsun, kalkıyorsun, kemoterapi görüyorsun, miden bulanıyor, bunu anlayabiliyorlar ama eli ayağı tam bir insanın yataktan kalkamamasını anlamıyorlar. Bunu en yakınındaki ailen bile anlayamıyor. Yalnızca yaşayan biliyor ve çok mutsuzsun gibi düşünüyorlar ama mutsuzluk değil yani o bir boşluk duygusu tamamen boşlukta sallanıyormuşsun gibi. O yüzden anlayış çok gerekli. (K12)

Ayrıca, aile üyeleri ve hasta yakınlarına yönelik psikoeğitim programlarının, onların bipolar bozuklukla yaşayan bireyleri daha iyi anlamalarını ve desteklemelerini sağlayabildiği, hastalar için daha sağlıklı bir çevre için ailelerin de desteklenmesi gerektiğinin önemli olduğu belirtilmiştir.

Aileler, hastalara çok kötü davranabiliyor. Yani o hareketleri hastalıktan dolayı yaptığını bilmiyor ve hastayı suçluyor. Yani ailenin de çok desteğe ihtiyacı var. Çünkü onlar da çok zor durumlar yaşıyor ve ne yapacağını bilmiyor. Hastalığı

bilmiyor. Dolayısıyla hizmetler yetersiz. Hastane sürecinde yani hiçbir şey neredeyse yapılmıyor. (K15)

Bu önerilerin, bipolar bozukluğun damgalanmasının azaltılması ve toplumda bu konuda daha geniş bir farkındalık yaratılması için önemli adımlar oluşturabildiği ifade edilmiştir. Böylece bipolar bozuklukla yaşayan bireyler daha destekleyici, anlayışlı ve kabul edici bir çevrede yaşama şansı bulabilmektedirler.

Psikososyal Gereksinimler kategorisinde, 15 katılımcıdan dördü sosyalleşmeyi sağlayan ortamlar hakkında görüşlerini paylaşmak istemişlerdir. Katılımcılar, sosyalleşmeyi sağlayan ortamları, destek grupları kurulması ve sosyal etkinliklere katılım şeklinde belirtmişlerdir. Katılımcıların deneyimleri, onların sosyalleşme ihtiyaçlarının, iyileşme sürecinde önemli bir yer tuttuğunu ve sosyal etkileşim fırsatlarının genişletilmesi gerekliliğini vurgulamıştır.

Katılımcılar, tanılı bireylerin bir araya gelebileceği, deneyimlerini paylaşabileceği, birbirlerine destek olabileceği, birbirlerini anlamalarına ve ortak sorunlar hakkında çözüm yolları geliştirmelerine olanak tanıyan destek grupları ve topluluk merkezleri oluşturulmasının gerekliliğinden bahsetmişlerdir. TRSM'den farklı bir yapılanmayı işaret eden bu merkezlerin aynı zamanda katılımcılara kendilerini yalnız hissetmediklerini hatırlatarak moral desteği sağlayacağını da ifade etmişlerdir.

"Sosyalleşemiyoruz. Evden dışarı çıkamıyoruz, çıkmak istemiyoruz çoğu zaman". (K3)

"Sosyalleşebileceğim arkadaş ortamı olmasını isterim. İnsanlara hastalığımla ilgili bildiklerimi, deneyimlerimi anlatmak isterim". (K5)

Hastaların tıbbi tedavinin yanında sosyalleşme ihtiyacı da oluyor. Yani sosyal boyutu biraz eksik hani tıbbi tedavi bir şekilde daha yoğun veriliyor ama sosyal kısmı daha yüksek aslında. Hastalandıktan sonra genelde evde kalıyoruz. Ben yeni yeni dışarı çıkmaya başlıyorum. O dönemlerde bizlerin sosyalleşmesini sağlayacak yerlerin olması atakları daha kolay geçirmemizi sağlayabilir. Ben mesela bipolar tanısı olan kişilerle konuşmak istiyorum. Bu süreç onlarda nasıl oluyor; deneyimlerini öğrenmek istiyorum. Ama aynı ortamda bulunmak pek mümkün olmuyor. Bir de birçoğumuz ailemiz ya da yakın çevremiz tarafından anlaşılmadığımız ve dışlandığımız için yeni insanlarla tanışmak, vakit geçirmek istiyoruz. Özellikle aynı tanıya sahip olması birbirimizi anlamamız

ve destek olmamız açısından iyi oluyor. O yüzden Bipolar tanılı kişilerin birlikte vakit geçirebileceği, sosyalleşebileceği merkezlerin olması bize iyi gelecektir. Hastalıkla baş etmemizi kolaylaştıracaktır. (K12)

Yani hastaların sosyalleşmesi ile ilgili hizmetler sağlanmaya çalışılıyor anladığım kadarıyla ama çok yeterli olduğunu düşünmüyorum. Ya da ben çok takip edemedim ve görmedim. Bipolar Yaşam Derneği bunu sağlamaya çalışıyor. Benim mesela Bipolar olan insanlarla atak dönemi ve sonrasında vakit geçirmeye ihtiyacım oluyor. Belki onlardan güç almaya, onların deneyimlerinden güç almaya ihtiyacım oluyor. Ama öyle şeyler sağlanamıyor aslında. (K14)

4.4.2. Ekonomik Gereksinimler

Ekonomik Gereksinimler kategorisi altında ‘Çalışma Yaşamının İyileştirilmesi, Ekonomik Desteklerin Artması, Tedaviye ve İlaçlara Erişimin Kolaylaştırılması’ olmak üzere üç kod oluşturulmuştur. Ekonomik Gereksinimler kategorisinde Çalışma Yaşamının İyileştirilmesi ile ilgili yoğun olarak görüş bildirmişlerdir. 15 katılımcıdan yedisi bu hastalığa sahip kişilerin çalışma yaşamının iyileştirilmesine dair görüş ve önerilerde bulunmuştur. Yedi katılımcının dördünün çalışmadığı, üçünün ise çalıştığı bilgisi bulunmaktadır. Tanılı bireyler için çalışma yaşamının iyileştirilmesinin hem bireysel hem de toplumsal açıdan büyük önem taşıdığını belirtmek gerekmektedir.

Katılımcılar, geleneksel çalışma saatleri ve koşullarının kendileri için uygun olmadığını belirtmişlerdir. İş yaşamının esnekliğinin artırılması ve özel ihtiyaçlara uygun çalışma modellerinin geliştirilmesinin, bu kişilerin işgücüne katılımını artırabileceğini ve psikolojik olarak daha stabil bir yaşam sürdürmelerine olanak tanıyacağını açıklamışlardır.

Katılımcıların bu konu ile ilgili gereksinimleri, esnek çalışma saatleri, uzaktan çalışma imkanları, eğitim ve farkındalık, özel haklar ve güvenceler başlıkları altında toparlanabilmektedir.

Katılımcılar, hastalıklarından getirdiği durumlardan dolayı çalışma yaşamında özel gereksinimleri olduklarını ve bunların gözetilerek iyileştirmelerin yapılması gerektiğini belirtmişlerdir.

Bu özel gereksinimlerden en önemlilerinin, esnek çalışma saatleri, uzaktan çalışma ve yarı zamanlı çalışma imkanlarına yönelik olduğunu ifade etmişlerdir.

Bizim yaşam düzenimize uygun bir iş modeli olmasını isterdim. Bizlerin hastalığına uygun mesela. Bizlerin çalışabileceği iş ortamları... Ama yok, şu anki çalışma sistemi de bize uygun değil. Hastalığımız tetikleniyor çünkü. Çalışamadığımız için de hem ekonomik hem psikolojik olarak kendimizi iyi hissedemiyoruz. (K3)

"Bize uygun bir çalışma sistemi de oluşturulması gerekir. Bir sürü Bipolar hastası aslında uygun koşullar olsa çalışabilir ve kendi ihtiyacını karşılayabilir. Ama bu çalışma düzeni bizi sistemin dışına atıyor". (K5)

Mesela tam zamanlı bir çalışma modeli zor oluyor. Evden çalışabileceğim, böyle evden de işini yürütebileceği işler bizim için daha uygun. Ofise gidip gelsin ama onun haricinde gidemediği bir dönemde evden takip edebilsin, işini teslim edebilsin. Böyle bir şey daha kullanışlı olabilir. Mesela devlette çalışıyor olsam depresyon geldiğinde bırakamazsın bunu. O zaman da çok sıkıntı yaşarsın yani. Esnek zamanlı çalışabileceğimiz işler olmak zorunda. Çoğu zaman hastalığını çalışma arkadaşlarına ve yöneticine söyleyemiyorsun. Çünkü seninle çalışmak istemiyor ya da en ufak bir başarısızlık durumunda hastalığını kullanıyor. (K12)

Bu tanıya sahip kişiler için özel olarak bir çalışma modeli oluşturulması gerektiğini düşünüyorum. Yoksa bu ilaçlarla ve bu çalışma koşulları ile iş hayatı olamıyor bizlerin. Sabah erken saatte uyanmak çok zor oluyor çünkü ilaç içtiğimiz için. O yüzden daha geç saatlerde işe başlamamız iyi olur. Eve iş getirmeyeceğimiz bir işte çalışmamız gerekiyor. (K13)

09.00/17.00 mesaiye çalışan ya da işte farklı vardiya türlerinde çalışan bipolar hastası için bu çok zor bir süreç. Kesinlikle farklı vardiya türlerinde çalışılmaması gerekir yani çok büyük bir risk faktörü bu hastalık için. Asla olmaması gereken bir durum. Otomatikman atağa sokabilecek bir şey. Mesela işte yarı zamanlı çalışma daha uygun bir model. Belki tanılı hastalar için onları rahatlatacak bir çalışma modeli ya da saat modeli uygulanabilir gibi. (K14)

Ayrıca, katılımcılar kendileri için özellikle atak dönemlerinde kullanabilecekleri ek izinler veya medikal izinleri içeren özel izin hakları tanınmasını istemiştir.

"2023 yılının Eylül ayında sigortam 10 senelik olacak. Malulen emekli olabilir miyim diye düşünüyorum. Elime biraz para geçsin istiyorum. Emekli olmak istiyorum sadece şu an". (K4)

Bipolar ve benzeri tanılı insanlar için, özellikle de kamuda çalışanlar için esnek mesai hakkı olabilmeli. Yani atak dönemlerinde en azından böyle bir istekte bulunmak isterdim. Özel sektörde izin almak daha zor o yüzden böyle bir hakkımız olmalı ve bu hakkımızı kullandığımız zaman mesaimizden kesilmemeli. Çünkü birçok tanılı birey çalışma yaşamından tamamen uzaklaşıyor. Birçoğu ev içerisinde yaşamını devam ettiriyor. Çünkü ya etiketleneneğini ya da dışlanacağını düşünüyor. Erken saatlerde 08.00-17.00 mesai saatlerinin bizler için çok uygun olmadığını söyleyebilirim. Eğer ki 08.00-17.00 çalışsaydım ve İstanbul gibi bir yerde 06.00'da uyanmam gerekirdi ve ben devam edemezdim işe. (K8)

Tanılı bireyler için çalışma yaşamındaki bu tür iyileştirmelerin, onların iş yaşamına daha aktif katılımlarını sağladığı, ekonomik bağımsızlıklarını artırdığı ve toplumda daha üretken ve mutlu bireyler olmalarına katkıda bulunduğu anlaşılmaktadır.

Ekonomik Gereksinimler kategorisinde, 15 katılımcıdan beşi hastalığa sahip kişilere ekonomik olarak desteklerin artmasına yönelik görüşlerini belirtmiştir.

Katılımcılar, ekonomik açıdan karşılaştıkları zorlukları dile getirerek, maddi destek ve düzenlemelerin önemli olabileceğini vurgulamışlardır. Katılımcılar tarafından çoğunlukla devlet destekli maaş ve sağlık harcamalarında maddi destek üzerinde durulmuştur.

Katılımcılar, özellikle çalışamayan veya düzenli geliri olmayan bireyler için devlet tarafından kendilerine maddi yardım ya da maaş sağlanması gerektiğini belirtmişlerdir.

"İşten ayrıldım tabi ekonomik olarak sıkıntıya düştüm. Hani elimde param olsun kendime bir şeyler alayım istedim. Bu hastalıkta birçok şeyden mahrum kalıyorsun. O yüzden paraya çok ihtiyacın oluyor". (K1)

Şu an annem babam da rahmetli oldu. Bana bakacak kimse yok. Benim için zor olsa da hastalığımı unutup mecbur çalışmak zorundayım. Devlet bize maaş verse çok iyi olur. Kimseye muhtaç olmamak için çalışıyorum. Bu hastalığı yaşayanların paraya çok ihtiyaçları oluyor. Hem hastalığın atak

dönemlerindeki çok para harcanması yüzünden hem de çalışmadığım için.
(K5)

"Bipolar bozukluk tanılı hastalara bir harçlık verilse var ya çok iyi olur ya. Çoğu zaman çalışmadığımız için paramız yeterli gelmiyor. Birlikte yaşadığımız kişilere de yük oluyoruz. Tedavi olsun, ilaçlar olsun bunlar hep para istiyor. Yani insan annesinden babasından para isteyemiyor". (K13)

Katılımcılar, devlet hastanelerindeki tedavi süreçlerindeki yetersizlikler nedeniyle özel hastane hizmeti aldıklarını ancak yüksek tedavi maliyetleri nedeniyle ekonomik olarak zorlandıklarını ifade etmişlerdir. Bipolar bozukluk tedavisinin vazgeçilmez parçaları olan Psikiyatri ve terapi gibi sağlık hizmetlerinin devlet tarafından ücretsiz şekilde karşılanması istenmiştir.

Ekonomik olarak çok ihtiyaç duydum desteğe. Çünkü hem psikiyatriye hem de terapiye belli bir ücret ödemek durumundayım. Şu an çalıştığım için belli oranda imkânım var ama çalışmayanlar için bu durum çok zor oluyor. Çoğu terapi hizmeti alamıyor bile. Devletin bu hizmetleri ücretsiz olarak her hastaya sunması gerektiğini düşünüyorum. İstanbul'da yaşıyorum ama inanın ruh ve sinir hastalıkları hastanesine randevu bulamıyordum. Benim özel hekimim var zaten ama olmayanlar için düşünüyorum. Maddi anlamda çok desteğe ihtiyaç duyuyorum. Bunu da ailem karşılıyor. (K8)

Ataklar sırasında bazen aşırı harcamalar yapılabilir. Bu gibi süreçlerde ekonomik desteğe ihtiyaç duyuluyor. Ekonomik anlamda desteklenmeleri iyi olacaktır. Onun haricinde psikiyatrist yani ben gidebiliyorum şu anda ama gittiğim psikiyatristin ücreti çok pahalı gerçekten. Devlet hastanelerinden destek almaya çalıştıklarında çok hızlı geçirildiklerine dair de bilgiler alıyorum arkadaşlarımdan. Benimki gerçekten özel olarak her bir durumla ilgileniyor ve insanın buna ihtiyacı oluyor. Yani o masrafları karşılayabilmek için bu pahalı bir hastalıktır. İlaçları da çok pahalı gerçekten o yüzden hem hastalar hem de aileleri her anlamda desteklenmelidir. Bu son atağımda çok para harcama durumuna girdim ama o tolere edilemeyecek kadar zorlanacağım durumdaydım. Bu bana çok büyük bir ekonomik kayıp olmuştu.
(K14)

Bu öneriler, bipolar bozuklukla yaşayan bireylerin ekonomik sıkıntılarını hafifletmeye ve daha bağımsız, sağlıklı bir yaşam sürmelerine olanak tanıyabilmektedir. Bu tür destekler, hastaların aileler üzerindeki maddi yükünü de azaltmış olmaktadır.

Ekonomik Gereksinimler kategorisinde, 15 katılımcıdan üçü tedaviye ve ilaçlara erişimin kolaylaştırılması ile ilgili görüş bildirmek istemiştir. Bipolar bozuklukla yaşayan bireyler için tedaviye ve ilaçlara erişimin kolaylaştırılması, bu kişilerin yaşam kalitesini doğrudan etkileyen bir faktördür. Katılımcılar bu hastalığa sahip kişilere tedavi ve ilaç desteğinin olması gerektiğini belirtmiştir. Erişilebilir ve uygun maliyetli tedavi hizmetleri sunmak, hastaların düzenli ve etkili bir şekilde tedavi görmelerini sağlayarak hastalıkla başa çıkmalarına yardımcı olabilir. Katılımcılar, ücretsiz terapi hizmetleri sunulması ve ilaç erişiminde iyileştirmeler yapılması üzerinde durmuşlardır.

Maddi imkanları kısıtlı olan hastalar için terapi hizmetlerine ücretsiz erişim hayati bir önem taşıdığı görülmüştür.

Terapi gerçekten çok iyi bir şey. Herkesin ücretsiz bir şekilde terapi alabileceği merkezlerin olması çok önemli. Buna çok ihtiyacımız var. Çünkü terapi hizmetleri çok masraflı. Tanı aldığım dönemde de keşke terapi alabilseydim diyorum. Çünkü o dönem hem sigortam yoktu hem maddi olarak ilaçları almak çok zor geliyordu ki terapiyi nasıl alayım! (K11)

Ben şimdi doktora gittiğimde uzun uzun ilgileniyor benimle. Mesela depresyon döneminde ayda bir gidiyordum doktora o ayda bir de 45 dakika oturup beni dinlemesi hatta 15 günde bir gittiğimde oluyordu, hani böyle nokta atışı ilaçlar vermeye çalışması çok şey değiştirdi. Devlette bunun olabileceğini zannetmiyorum. (K12)

İlaçların sürekli ve düzenli bir şekilde temin edilebilirliğinin sağlanması, hastaların tedaviye devam etmesini kolaylaştırmaktadır.

İlaçlara erişimle ilgili de sıkıntılar yaşayabiliyorum. Gittiğim zaman işte piyasada yok şu anda, bir hafta sonra gelecek gibi şeyler söyleniyor. Ben de artık şunu öğrendim, ilacı bulduğum zaman depolamayı birkaç tane alıyorum ki hani bir sıkıntı yaşamayalım sonrasında. Çünkü mesela zamanında içmediğinde o da riskli bir şey düzensiz olması. Dolayısıyla evet o kısım önemli ilaç temini. (K14)

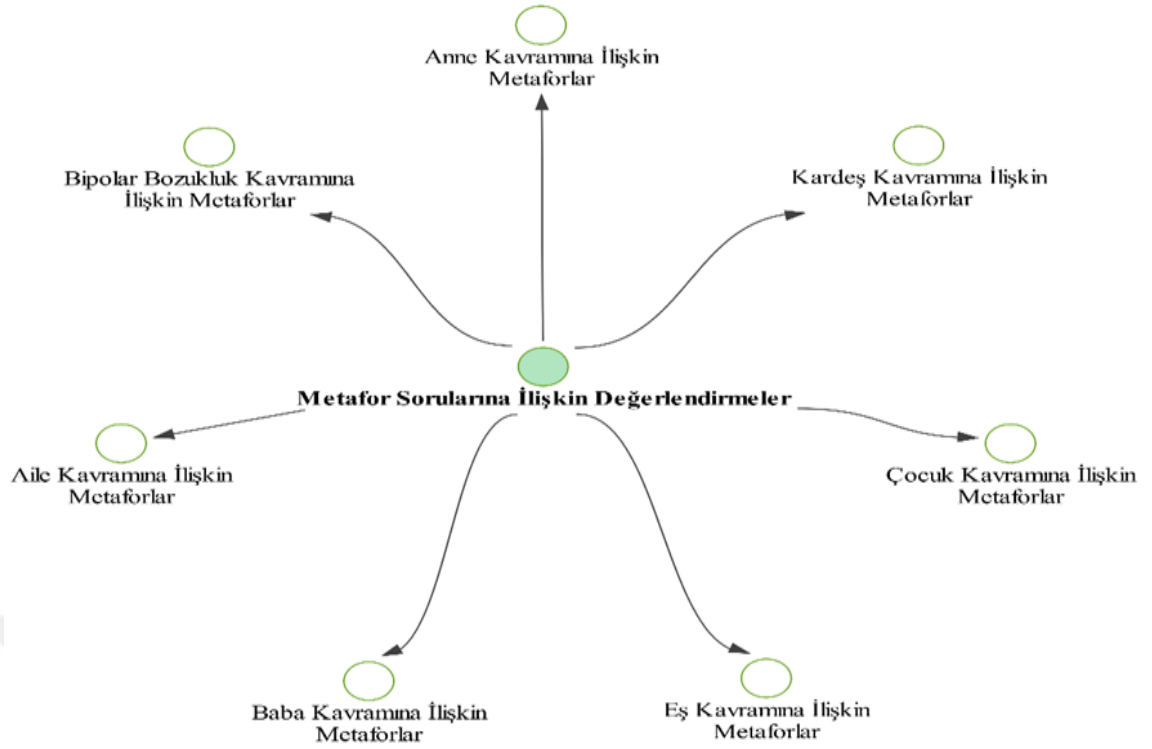
Katılımcıların ifadelerinden öğrenilen bu gereksinimler, onların tedaviye ve ilaçlara erişimini kolaylaştırarak, hastalıkla başa çıkmalarını ve toplum içinde daha aktif roller üstlenmelerini sağlayabilmektedir.

4.5. Katılımcıların Çeşitli Metaforlara İlişkin Değerlendirmelerine Yönelik

Bulgular

Bu başlıkta katılımcılardan aşağıda yer alan çocuk (evlat), anne, baba, kardeş, eş, aile ve bipolar bozukluk olmak üzere yedi kavramı benzetme yoluyla zihinlerinde uyandırdığı ifadelerle betimlemeleri ve nedenlerini belirtmeleri istenmiştir. Katılımcıların aile sistemleri incelendiği için bu sisteme dahil olan aile üyelerine ilişkin algı, duygu ve düşüncelerini metaforlar yoluyla analiz edilmesinin araştırma sonuçlarına farklı bir bakış açısı ve boyut kazandıracağı düşünülmüştür. Bu nedenle anne, baba, kardeş, çocuk ve aile kavramları kullanılmıştır. Bipolar bozukluk ise katılımcıların tanıdığı için nasıl tanımladıkları, onlar için nasıl bir anlam ifade ettiği önemli görülmüştür. Katılımcıların metaforlarından yola çıkılarak bu kavramlar, olumlu ve olumsuz olmak üzere kodlanmıştır. Metafor örneklerinin sunulduğu bu aşamada ayrıca yorumlamalar da yapılarak açıklanmaya çalışılmıştır. Katılımcıların kendilerine sorulan kavramlarla ilgili “..... gibidir. Çünkü” şeklinde belirtilen açık uçlu cümleleri tamamlamaları ve bunlara ilişkin metafor üretmeleri istenmiştir. Tanılı bireylerin deneyimlerini metaforlar yoluyla nasıl yansıtabileceği anlamaya çalışılmıştır. Metaforlara ilişkin değerlendirmelere ve yorumlara aşağıdaki başlıklarda detaylıca yer verilmiştir.

Araştırmanın dördüncü teması olan “Metafor Sorularına İlişkin Değerlendirmeler” hiyerarşik kod bölümler modeli Şekil 4.5’te görülmektedir. Metafor Sorularına İlişkin Değerlendirmeler teması yedi farklı kategorinin altında incelenmiştir. Bunlar; ‘Çocuk Kavramına İlişkin Metaforlar, Eş Kavramına İlişkin Metaforlar, Kardeş Kavramına İlişkin Metaforlar, Baba Kavramına İlişkin Metaforlar, Anne Kavramına İlişkin Metaforlar, Bipolar Bozukluk Kavramına İlişkin Metaforlar, Aile Kavramına İlişkin Metaforlar’dır.



Şekil 4.5: Metafor Sorularına İlişkin Değerlendirmeler Teması Hiyerarşik Kod-Bölümler Model

Kaynak: Araştırmacı tarafından oluşturulmuştur.

Tablo 4.6: Metafor Sorularına İlişkin Değerlendirmeler teması alt kod istatistiği

Metaforlar	Bölümler	Yüzde
Çocuk Kavramına İlişkin Metaforlar	8	9.52
Eş Kavramına İlişkin Metaforlar	9	10.71
Kardeş Kavramına İlişkin Metaforlar	10	11.90
Baba Kavramına İlişkin Metaforlar	12	14.29
Anne Kavramına İlişkin Metaforlar	14	16.67
Bipolar Bozukluk Kavramına İlişkin Metaforlar	16	19.05
Aile Kavramına İlişkin Metaforlar	15	17.86
TOPLAM	84	100.00

Kaynak: Araştırmacı tarafından oluşturulmuştur.

Metafor Sorularına İlişkin Değerlendirmeler teması altında incelenen kategoriler tabloda verilmiştir. Buna göre katılımcılar bipolar bozukluk kavramına ilişkin

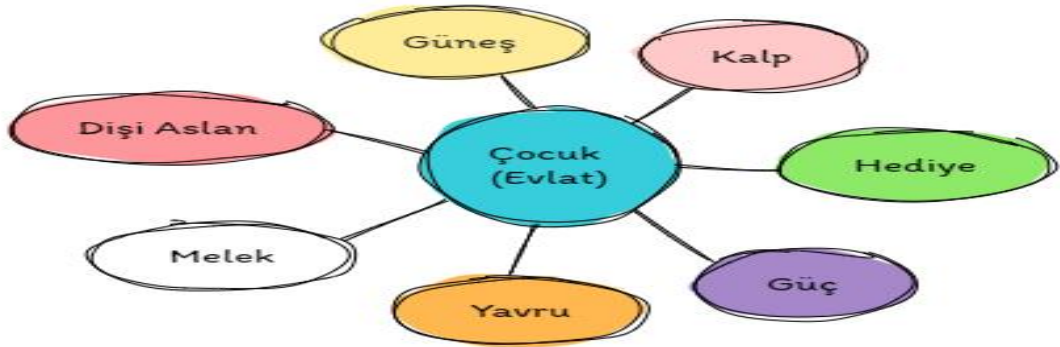
metaforlar kategorisi üzerinde yoğunlaşmıştır. Katılımcılar daha sonra sırasıyla aile kavramına ilişkin metaforlar, anne kavramına ilişkin metaforlar, baba kavramına ilişkin metaforlar, kardeş kavramına ilişkin metaforlar, eş kavramına ilişkin metaforlar ve en az olarak çocuk kavramına ilişkin metaforlar kategorisi üzerinde durmuştur.

Metaforların olumlu ve olumsuz olarak belirlenmesinde birtakım kriterler esas alınmıştır. Katılımcıların beyanları doğrultusunda metaforlar olumlu ve olumsuz olmak üzere kategorileştirilmiştir. Aynı zamanda araştırmaya bütüncül bakıldığında görüşmelerden elde edilen veriler doğrultusunda da kavramlara yönelik oluşturulan metaforların birbiri ile örtüştüğü görülmüştür. Bazı metaforlar hem olumlu hem de olumsuz kategori içerisinde yer almıştır. Burada katılımcının o metafora ilişkin belirttiği duygu ve düşünceler esas alındığı için anlam ve algı olarak bu şekilde farklılıklar ortaya çıkmıştır.

4.5.1. Çocuk (evlat) Kavramına İlişkin Metaforlar

Bu kavramı çocuk sahibi olan katılımcıların metaforlaştırması istenmiştir. Ebeveyn alt sistemine atıfta bulunması amacıyla çocuk sahibi olan katılımcılara, “Çocuk gibidir. Çünkü” şeklindeki açık uçlu cümleyi yönelterek çocuklarının onlar için ne ifade ettiği ve onu neye benzettikleri sorulmuştur.

15 katılımcıdan sekizi çocuk sahibi olduğu için sekiz katılımcıya ait metafor analizi sonuçlarına yer verilmiştir. Sekiz katılımcı metafor üretmesine rağmen K1 ve K11 kodlu katılımcılar, aynı metaforu (melek) kullandığı için analiz sonucunda yedi metafora ulaşılmıştır. Bu metaforların hepsinin olumlu olduğu Şekil 4.6’da gösterilmiştir. Katılımcıların kendi çocukları ile ilgili herhangi bir olumsuz metafor kullanmadıkları tespit edilmiştir.



Şekil 4.6: Çocuk Kavramına İlişkin Metaforlar

Kaynak: Araştırmacı tarafından oluşturulmuştur.

"Çocuk, melek gibidir. Çünkü, bana gönderilmiş bir meleğe benzetiyorum onu". (K1)

"Çocuk, kalp gibidir. Çünkü, benimle yaşıyor her an". (K2)

"Çocuk, dişi aslan gibidir. Çünkü, çok güçlü, istediğini elde edebilen bir kız". (K3)

"Çocuk, yavru gibidir. Çünkü, çok seviyorum onları". (K4)

"Çocuk, güç gibidir. Çünkü, tekrar ayağa kalkabilmeyi sağlar". (K10)

"Çocuk, melek gibidir. Çünkü, gerçekten melek olarak görüyorum onu". (K11)

"Çocuk, güneş gibidir. Çünkü, böyle güneş gibi içimi ısıtıyor, hem aydınlatıyor, mutlu ediyor böyle. Hani çiçeklerin güneşe baktığı zaman ona yüzünü dönmesi ve ısınması gibi". (K12)

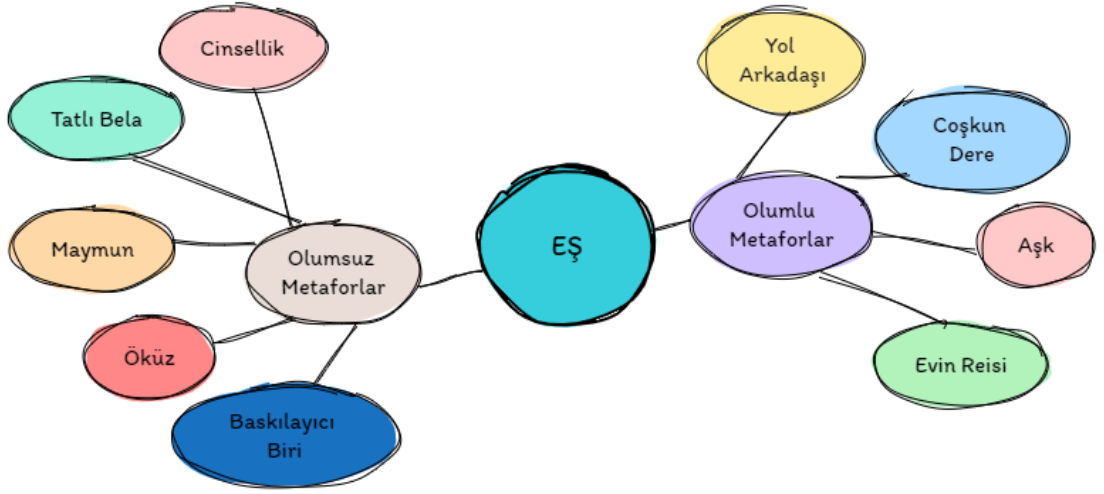
"Çocuk, hediye gibidir. Çünkü, onlar için badireler atlattım. İyi ki dünyaya getirmiş olduğum kişiler". (K15)

Katılımcıların, çocukları için kullandıkları bu metaforlar, onları nasıl algıladıklarını ve onlara yükledikleri anlamları derinlemesine ortaya koymuştur. Bunlardan, çocukların aile sistemi içinde ne kadar önemli ve merkezi bir rol oynadıklarını anlaşılmaktadır.

4.5.2. Eş Kavramına İlişkin Metaforlar

Bu kavramı evli ve boşanmış katılımcıların metaforlaştırması istenmiştir. Eş alt sistemine atıfta bulunması amacıyla evli ve boşanmış katılımcılara, "Eş, gibidir. Çünkü," şeklindeki açık uçlu cümleyi yönelterek eş kavramının onlar için ne ifade ettiği ve onu neye benzettikleri sorulmuştur. Burada evli ve boşanmış katılımcıların farklı metaforları kullanması beklenmiştir. O nedenle evli ve boşanmış olmalarına göre ayrı ayrı analiz sonuçları değerlendirilmiştir.

15 katılımcıdan altısı evli, üçü boşanmış olduğu için dokuz katılımcıya ait metafor analizi sonuçlarına yer verilmiştir. Analiz sonucunda toplamda üç olumlu, altı olumsuz metafora ulaşılmıştır. Olumlu ve olumsuz metaforlar Şekil 4.7'de gösterilmiştir.



Şekil 4.7: Eş Kavramına İlişkin Metaforlar

Kaynak: Araştırmacı tarafından oluşturulmuştur.

Olumlu metaforların hepsinin evli katılımcılar tarafından ifade edildiği görülmüştür. Evli katılımcılar, üç olumlu, üç olumsuz metafor; boşanmış katılımcılar ise üç olumsuz metafor kullanmıştır. Yani boşanmış katılımcıların hepsi olumsuz metafor üretmişlerdir.

Olumlu metafor kullanan üç katılımcının ifadeleri aşağıda yer almaktadır.

"Eş, evin reisi gibidir. Çünkü, bizim sahibimiz, bize sahip çıkar". (K4)

"Eş, yol arkadaşı gibidir. Çünkü, bu yolda tek destekçim". (K11)

"Eş, aşk gibidir. Çünkü, hediye olarak görüyorum onu". (K15)

Olumsuz metafor kullanan altı katılımcının ifadeleri aşağıda yer almaktadır.

"Eş, coşkun dere gibidir. Çünkü, yüksektir, yıkıp geçer". (K2)

"Eş, öküz gibidir. Çünkü, sevmiyordum eşimi, bir türlü de sevemedim". (K1)

"Eş, maymun gibidir. Çünkü, çok maymun iştahlı olduğu için". (K3)

"Eş, cinsellik gibidir. Çünkü, o varsa ikimiz de mutluyuz, o yoksa hiçbir şey yok". (K10)

"Eş, başımın tatlı belası gibidir. Çünkü, çok büyük destek bir yandan ama bir yandan hastalığımla ilgili suçladığı da çok oluyor". (K12)

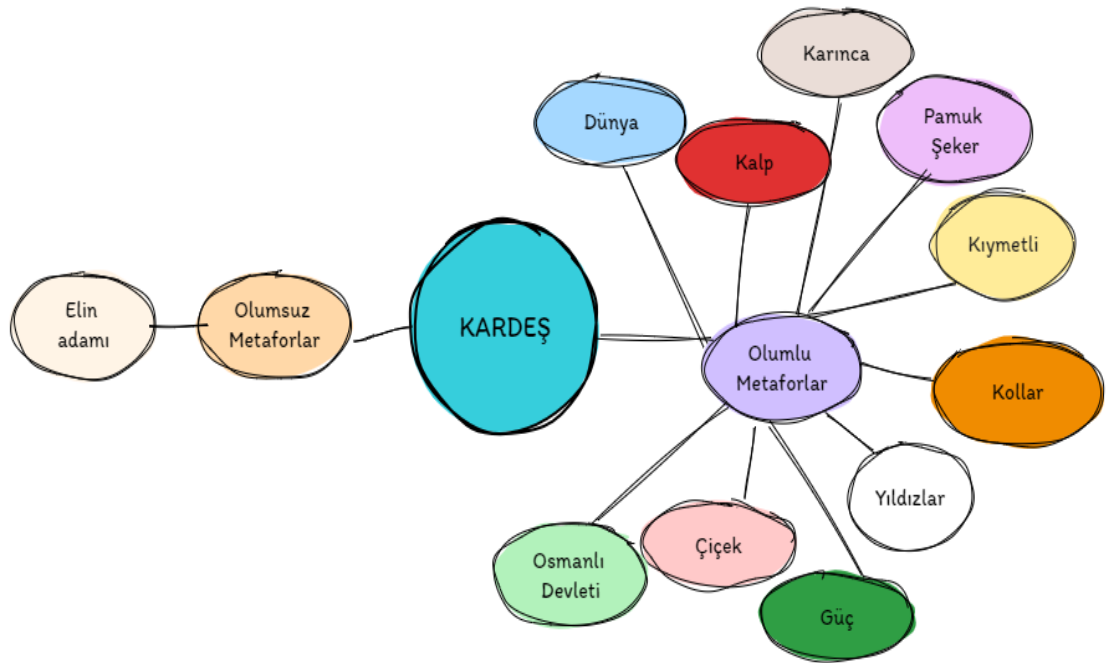
"Eş, baskı gibidir. Çünkü, seni hep yargılar". (K14)

Bu metaforlar ışığında katılımcıların eş alt sistemlerine ilişkin yorumlamalar yapılabilir. Bunlar, aile alt sistemi olarak eşlerin birbirleriyle olan ilişkilerin ve ilişkideki farklı dinamiklerin yapısının nasıl işlediği hakkında fikir sahibi olmaya yardımcı olmuştur. Eş alt sistemine ilişkin bulgular incelendiğinde, katılımcıların çoğunluğunun eşlerinden yeterli ilgi ve desteği göremediği ortaya çıkmıştır. Eşler arası bu ilişkinin de metafor kullanımına yansıdığı görülmüştür.

4.5.3. Kardeş Kavramına İlişkin Metaforlar

Bu kavramla ilgili kardeşe sahip olan katılımcıların metafor üretmesi istenmiştir. Katılımcılara, “Kardeş, gibidir. Çünkü,” şeklindeki açık uçlu cümleyi yönelterek kardeşlerinin onlar için ne ifade ettiği ve onu neye benzettikleri sorulmuştur.

15 katılımcıdan 12’si kardeşe sahip olduğu için 12 katılımcıya ait metafor analizi sonuçlarına yer verilmiştir. 12 katılımcı metafor üretmesine rağmen K5 ve K12 kodlu katılımcılar, aynı metaforu (çiçek) kullandığı için analiz sonucunda toplamda 11 metafora ulaşılmıştır. Bu metaforlardan 10 tanesinin olumlu, bir tanesinin olumsuz olduğu Şekil 4.8’de gösterilmiştir.



Şekil 4.8: Kardeş Kavramına İlişkin Metaforlar

Kaynak: Araştırmacı tarafından oluşturulmuştur.

Olumlu metafor kullanan 11 katılımcının ifadeleri aşağıda yer almaktadır.

“Kardeş, kıymetli gibidir. Çünkü, hep yanınızda olsun istersiniz”. (K1)

"Kardeş, kollar gibidir. Çünkü, sarıp sarmalar". (K2)

"Kardeş, yıldızlar gibidir. Çünkü, yıldızlar gibiyiz, biri gider biri gelir birbirimizi destekleriz. Çok aile olarak birbirimize bağlıyız yani". (K3)

"Kardeş, güç gibidir. Çünkü, yalnız olmamaktır". (K4)

"Kardeş, çiçek gibidir. Çünkü, rengarenktir". (K5)

"Kardeş, Osmanlı Devleti gibidir. Çünkü, aynı evin içerisindeyiz ama farklı milletleriz". (K6)

"Kardeş, kalp gibidir. Çünkü, seviyoruz birbirimizi". (K7)

"Kardeş, dünya gibidir. Çünkü, benim dünyam, bütün hayatım". (K8)

"Kardeş, karınca gibidir. Çünkü, çok kalabalığız". (K9)

"Kardeş, pamuk şeker gibidir. Çünkü, hem çok güzel, böyle çok tatlı falan hem de her yerime yapış yapış eden bir şey". (K11)

“Kardeş, çiçek gibidir. Çünkü, benimle ilgileniyorlar. Onlar mutlu oldukça seviniyorum”. (K12)

Olumsuz metafor kullanan bir katılımcının ifadesi aşağıda yer almaktadır.

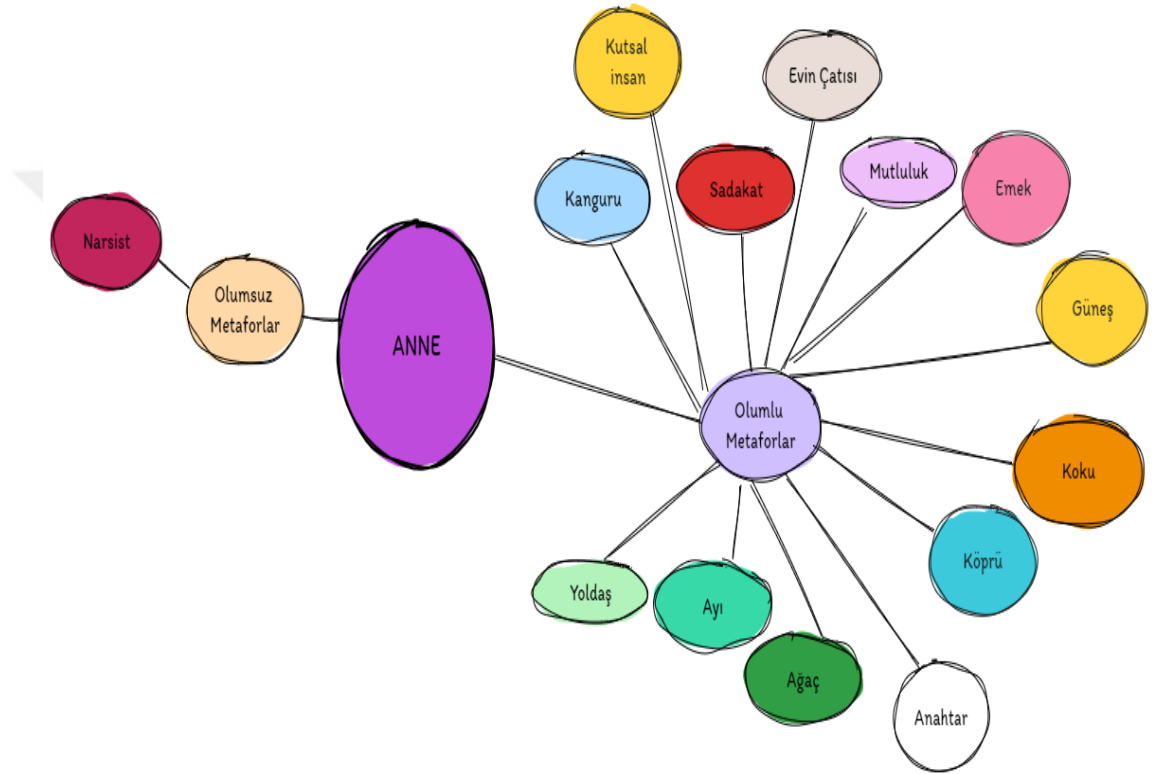
"Kardeş, elin adamı gibidir. Çünkü, evlendikten sonra elin adamı gibi oldular. Uzaklaştılar. Dengesizler". (K13)

Bu metaforlar doğrultusunda katılımcıların kardeş alt sistemleri ile ilgili değerlendirmeler yapılabilir. Ancak görüşmeler esnasında katılımcıların kardeşleri ile olan ilişkileri hakkında çok fazla anlatım yapmadığı görülmüştür. Kardeş alt sistemi hakkında bu metaforlardan bilgi edinmek gerekirse katılımcıların kardeşleri için çoğunlukla olumlu ifadeler kullanması, birbirleriyle olan ilişkilerinde destek ve sevgi hissinin daha yoğun olduğu şeklinde yorumlanması hakkında yardımcı olabilmektedir. Bu metaforlar ve ifadeler, aile sistemi içerisinde kardeş alt sisteminin önemini göstermiştir.

4.5.4. Anne Kavramına İlişkin Metaforlar

Bu kavramla ilgili tüm katılımcıların metafor üretmesi istenmiştir. Katılımcılara, "Anne, gibidir. Çünkü," şeklindeki açık uçlu cümleyi yönelterek annelerinin onlar için ne ifade ettiği ve onu neye benzettikleri sorulmuştur.

Analizler sonucunda anne kavramına ilişkin 13 olumlu, bir olumsuz metafor ortaya çıkmıştır. Bir katılımcı görüş bildirmemiştir. Olumlu ve olumsuz metaforlar, Şekil 4.9'da gösterilmiştir.



Şekil 4.9: Anne Kavramına İlişkin Olumlu Metaforlar

Kaynak: Araştırmacı tarafından oluşturulmuştur.

Olumlu metafor kullanan 13 katılımcının ifadeleri aşağıda yer almaktadır.

"Anne, kanguru gibidir. Çünkü, annem beni hep taşıdı, hep yanımdaydı". (K1)

"Anne, bir evin çatısı gibidir. Çünkü, anne olmazsa içeri kar yağar, soğuk girer, rüzgâr girer, yabancı nesnelere girer". (K2)

"Anne, güneş gibidir. Çünkü, güneş nasıl insanı ısıtıyor? Gecesi karanlığı oluyorsa bir anne de öyledir". (K3)

"Anne, yoldaş gibidir. Çünkü, tüm yolu seninle yürür. Yalnız bırakmaz". (K4)

"Anne, ağaç gibidir. Çünkü, onun sevgisi, şefkati sonsuz". (K5)

"Anne, anahtar gibidir. Çünkü, anahtarın açamayacağı hiçbir şey yok annelerin de öyle yapamayacakları, başaramayacaklar hiçbir şey yok diye düşünüyorum". (K6)

"Anne, mutluluk gibidir. Çünkü, hep arkamızda duran bize sahip çıkan hep iyiliğimizi izleyen bir tek annem". (K7)

"Anne, koku gibidir. Çünkü, huzurun kokusudur". (K8)

"Anne, ayı gibidir. Çünkü, sevgi doludur". (K9)

"Anne, emek vermek gibidir. Çünkü, biyolojik olarak bakamıyorum ona. Her şeydir aslında. Anne kedi olur, bir köpek olur, bir ağaç, bir çiçek olur". (K11)

"Anne, köprü gibidir. Çünkü, annem olmazsa düşünemiyorum ya evde cinayet çıkabilir". (K13)

"Anne, sadakat gibidir. Çünkü, her zaman yanındadır". (K14)

"Anne, kutsal insan gibidir". (K15)

Olumsuz metafor kullanan bir katılımcının ifadesi aşağıda yer almaktadır.

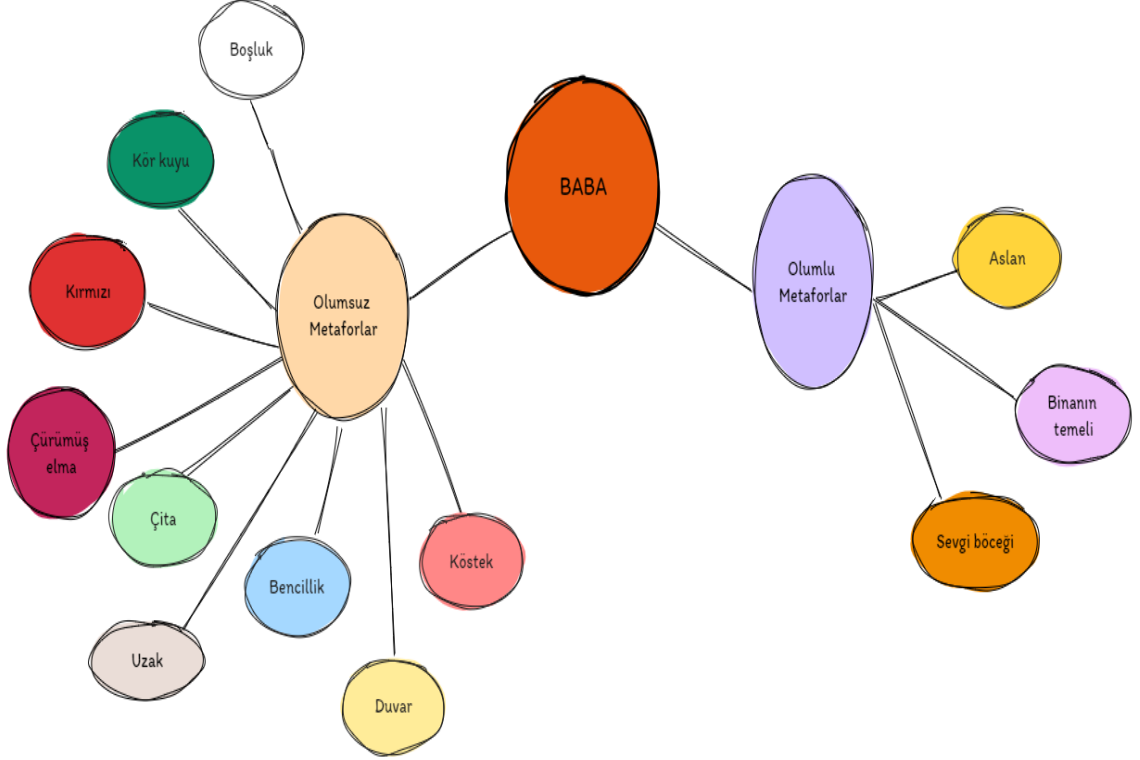
"Anne, narsist gibidir. Çünkü, narsist kişilik bozukluğuna sahip zaten. Beni sevmiyor". (K12)

Katılımcıların anneleri ile ilişkileri değerlendirildiğinde, en iyi ilişkinin kurulduğu aile üyeleri içerisinde annelerin olduğu görülmüştür. Bu metaforlar, annelerin katılımcılar üzerindeki etkilerini, koruyuculuğunu ve aile içindeki merkezi rolünü ifade etmiştir. Her bir benzetmenin, sevgi, destek, güven, şefkat, koruyucu hisleri yoğunlukla vurguladığı şeklinde yorumlanabilmektedir. Katılımcıların kullandıkları bu metaforların, araştırmanın diğer aile üyeleri bulgusunda anneleri ile ilişkileri hakkındaki aktarımlarını destekler nitelikte olduğu ifade edilmelidir.

4.5.5. Baba Kavramına İlişkin Metaforlar

Bu kavramla ilgili tüm katılımcıların metafor üretmesi istenmiştir. Katılımcılara, "Baba, gibidir. Çünkü," şeklindeki açık uçlu cümleyi yönelterek babalarının onlar için ne ifade ettiği ve onu neye benzettikleri sorulmuştur.

Analiz sonucunda baba kavramına ilişkin üç olumlu, dokuz olumsuz metafor ortaya çıkmıştır. Üç katılımcı görüş bildirmek istememiştir. Olumlu ve olumsuz metaforlar, Şekil 4.10'da gösterilmiştir.



Şekil 4.10: Baba Kavramına İlişkin Metaforlar

Kaynak: Araştırmacı tarafından oluşturulmuştur.

Olumlu metafor kullanan üç katılımcının ifadeleri aşağıda yer almaktadır.

"Baba, aslan gibidir. Çünkü, koruyucu yani. Bizi korur, savunur". (K1)

"Baba, binanın temeli gibidir. Çünkü, aileyi sağlam tutar". (K2)

"Baba, sevgi böceği gibidir. Çünkü, neşelidir, sevgi doludur. Hayata tutunmasını bilir". (K4)

Olumsuz metafor kullanan dokuz katılımcının ifadesi aşağıda yer almaktadır.

"Baba, boşluk gibidir. Çünkü, hiç görmedim, bilmiyorum. Mezarlığa gidiyorum, orada bir huzur buluyorum". (K5)

"Baba, kör/dipsiz kuyu gibidir. Çünkü, babam her zaman çok sessiz olmuştur". (K6)

"Baba, çürümüş elma gibidir. Çünkü, sürekli bize zarar veren, hep kötü şeyler söyleyen biri. Bizi de çürütüyor". (K7)

"Baba, kırmızı gibidir. Çünkü, küçükken kırmızı bir bisikletim vardı. Kırmızı demek geldi içimden". (K8)

"Baba, çita gibidir. Çünkü, sürekli koşması gerekiyor". (K9)

"Baba, bencillik gibidir". (K10)

"Baba, uzak gibidir. Çünkü, zaten hep mesafe olarak da zihinsel olarak da hep bizim uzağımızdaydı yani". (K12)

"Baba, duvar gibidir. Çünkü, ulaşamıyorum, duvar var yani arada kendisi duvar". (K13)

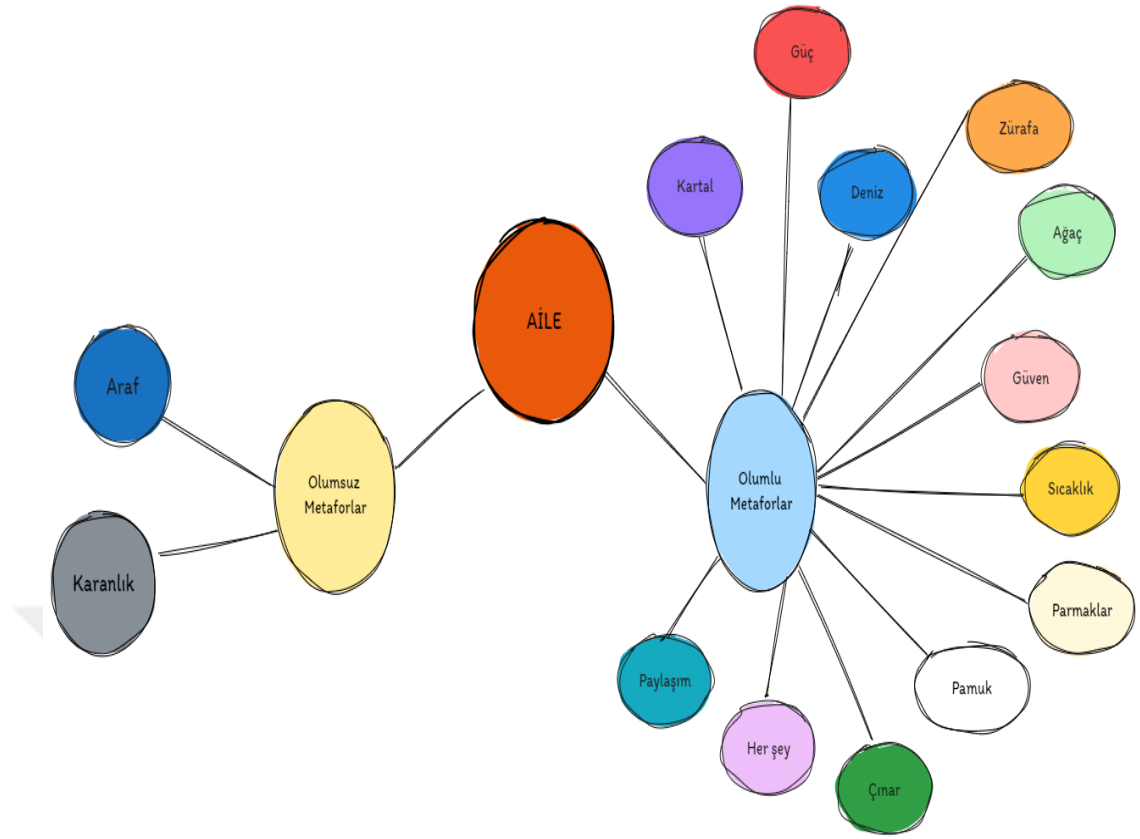
"Baba, köstek gibidir". (K14)

Katılımcıların babaları ile ilişkileri değerlendirildiğinde, aile üyeleri içerisinde zayıf bir ilişki bağının olduğu görülmüştür. Bu metaforlar, baba figürünün katılımcılar üzerindeki etkileri hakkında fikir sahibi olmamıza yardımcı olmuştur. Bu metaforlarda duygusal bağ kuramama, huzur arayışı, boşluğu doldurma, iletişim eksikliği gibi zorlayıcı ve negatif ifadelerin yoğunlukla yer aldığı sonucuna ulaşılmıştır. Katılımcıların kullandıkları bu metaforların, araştırmanın diğer aile üyeleri bulgusunda babaları ile ilişkileri hakkındaki aktarımlarını destekler nitelikte olduğu ifade edilmelidir.

4.5.6. Aile Kavramına İlişkin Metaforlar

Bu kavramla ilgili tüm katılımcıların metafor üretmesi istenmiştir. Katılımcılara, "Aile, gibidir. Çünkü," şeklindeki açık uçlu cümleyi yönelterek aile kavramının onlar için ne ifade ettiği ve onu neye benzettikleri sorulmuştur.

Tüm katılımcıların analiz sonuçlarına yer verilmiş olmasına rağmen K11 ve K15 kodlu katılımcılar, aynı metaforu (ağaç) kullandığı için analiz sonucunda toplamda 14 metafora ulaşılmıştır. Bu metaforlardan 12 tanesinin olumlu, iki tanesinin olumsuz olduğu Şekil 4.11'de gösterilmiştir.



Şekil 4.11: Aile Kavramına İlişkin Metaforlar

Kaynak: Araştırmacı tarafından oluşturulmuştur.

Aile kavramına ilişkin metaforlar, katılımcıların medeni durumlarına göre incelenmiştir. Medeni durumlarının aile kavramına ilişkin atfettikleri anlamla ilişkili olduğu düşünülmüştür. Buna göre, evli ve boşanmış katılımcıların hepsinin olumlu metaforlar kullandığı görülmüştür. Boşanmış katılımcılar şu an birlikte yaşadıkları kendi kök ailelerini düşünerek cevaplandırmışlardır. Hiç evlenmemiş altı katılımcının ikisinin olumsuz metaforlar kullandığı ifade edilmelidir.

Olumlu metafor kullanan 13 katılımcının ifadeleri aşağıda yer almaktadır.

"Aile, kartal gibidir. Çünkü, kanatlarının altına alır seni, korur". (K1)

"Aile, çınar gibidir". (K2)

"Aile, her şey gibidir. Çünkü, annem, babam, kardeşlerim her şeyimdir". (K3)

"Aile, güç gibidir. Çünkü, kalabalık güç verir". (K4)

"Aile, deniz gibidir. Çünkü, sevgileri sonsuz. Hani gözün görebileceğinden daha çok". (K5)

"Aile, sıcaklık gibidir. Çünkü, aile bireylerim bana en sıcak olurmuş, hep yakınımnda olurmuş gibi geliyor". (K8)

"Aile, zürafa gibidir. Çünkü, uzun ömür boyu ayrılamayacağın bir parça gibi". (K9)

"Aile, parmaklar gibidir. Çünkü, hepimizin huyu, karakteri her şeyi farklı, birbirimizden çok farklıyız ama aynı yerdeyiz, bağlıyız birbirimize". (K10)

"Aile, ağaç gibidir. Çünkü, en başta toprakta böyle sağlam bir şekilde köklerini salmaya başlar. Bazen tekrar yeni yapraklar çıkar çoğalır, büyür, gelişir, bazen de yapraklar solar, ölür. Ailedeki insanlar gibi". (K11)

"Aile, pamuk gibidir. Çünkü, böyle yumuşacık seni hem her tarafını kaplar hem de yumuşak düşüş sağlar. Seni sever, sarmalar". (K12)

"Aile, paylaşım gibidir. Çünkü, güvenli ortamı. Ailenle her şeyi konuşup paylaşabiliyorsun ama dışarıda herkesle konuşamıyorsun. Çözüm üretilen bir yer gibi geliyor bana aile". (K13)

"Aile, güven gibidir. Çünkü, her şeyini bilir ve seni yargılamaz". (K14)

"Aile, ağaç gibidir. Çünkü, onun fidanları oluyor, dikiliyor. Fidanlar çocuklar". (K15)

Olumsuz metafor kullanan iki katılımcının ifadeleri aşağıda yer almaktadır.

"Aile, araf gibidir. Çünkü, hem kendimi güvende hissettiğim, kendin olabildiğin falan yer hem de olmak istemediğin zaman zaman kendini oraya ait hissetmediğin yer". (K6)

"Aile, karanlık gibidir. Çünkü, sürekli bağırma, çağırma, huzur yok". (K7)

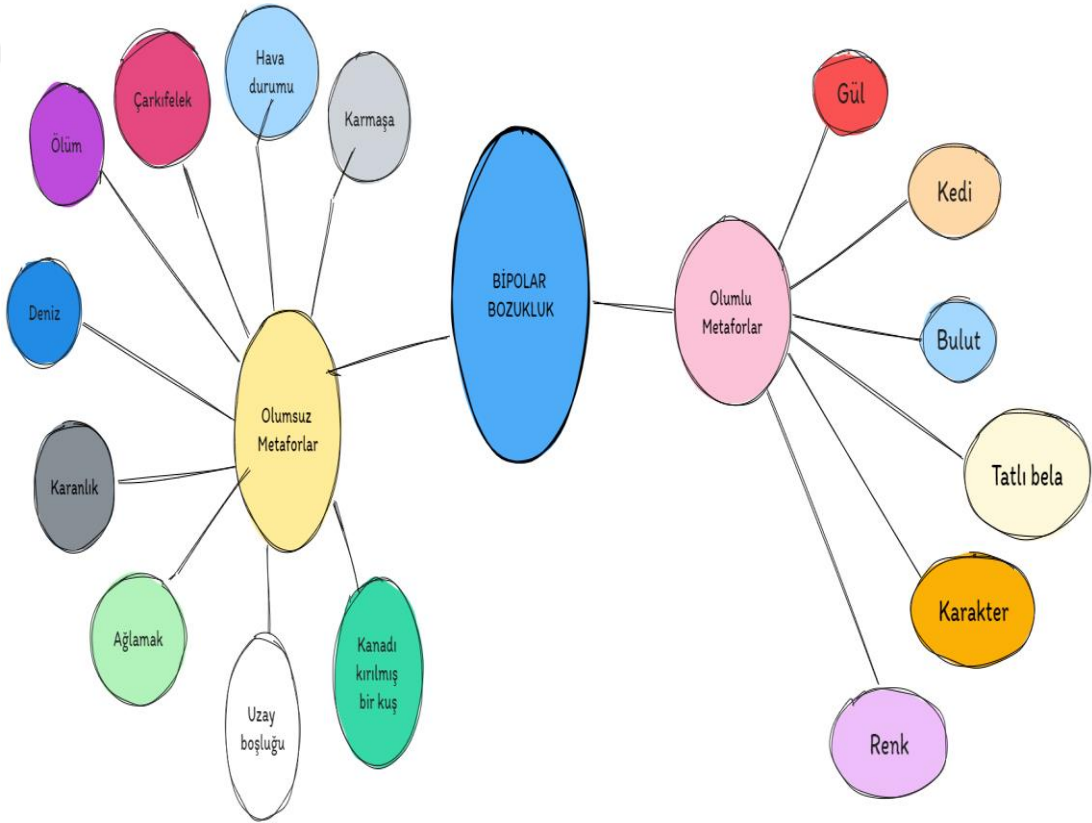
Katılımcıların aileleri ile ilişkileri değerlendirildiğinde, çoğunlukla olumlu bir ilişki bağının olduğu belirtilmelidir. Bu metaforlar, katılımcıların aile yapısı ve aile üyelerinin birbirleriyle olan ilişkileri hakkında bilgi sahibi olunmasına yardımcı olmuştur. Aile kavramının, koruyucu, destekleyici, bütünlük, güç, güven, destek, bağlılık ve yakınlık gibi ifadelerle temsil edildiği görülmüştür. Katılımcıların

kullandıkları bu metaforların, görüşmelerde aile ilişkileri hakkındaki aktarımlarını çoğunlukla destekler nitelikte olduğu ifade edilmektedir.

4.5.7. Bipolar Bozukluk Kavramına İlişkin Metaforlar

Bu kavramla ilgili tüm katılımcıların metafor üretmesi istenmiştir. Katılımcılara, “Bipolar bozukluk, gibidir. Çünkü,” şeklindeki açık uçlu cümleyi yönelterek bipolar bozukluk kavramının onlar için ne ifade ettiği ve onu neye benzettikleri sorulmuştur.

Analiz sonucunda bipolar bozukluk kavramına ilişkin altı olumlu, dokuz olumsuz metafor ortaya çıkmıştır. Olumlu ve olumsuz metaforlar, Şekil 4.12’de gösterilmiştir.



Şekil 4.12: Bipolar Bozukluk Kavramına İlişkin Metaforlar

Kaynak: Araştırmacı tarafından oluşturulmuştur.

Olumlu metafor kullanan altı katılımcının ifadesi aşağıda yer almaktadır.

"Bipolar bozukluk, gül gibidir. Çünkü, bir gün solar, bir gün açar. Güzellikleri de vardır kötü tarafları da. Bu duyguyla yaşamak zor. Avantajları da var

dezavantajları da var ama gerçekten zor. Bipolar bozukluk, yazın açan, kışın solan güle benziyor yani". (K2)

"Bipolar bozukluk, kedi gibidir. Çünkü, kedileri çok severim, onlar da ağzı vardır, dili yoktur, konuşamazlar. Ya gözlerinin içine bakarlar beni anla gibisinden". (K3)

"Bipolar bozukluk, bulut gibidir. Çünkü, her an dağılabilir, yağmuru yağdırabilir, bazen çok güzel görünebilir. Herhangi bir şekle bürünebilir. Değişkendir". (K8)

"Bipolar bozukluk, başımın tatlı belası gibidir. Çünkü, bana çok şey öğretti bir yandan. Hayatı farklı bir şekilde algılamamızı sağladı ama sıkıntılı yani böyle hani şey de değil. Nezle grip gibi bir şey değil". (K12)

"Bipolar bozukluk, benim karakterim gibidir. Çünkü, aslında ben hasta olduğumu düşünmüyorum. Çok iyi değil, kötü de değil". (K13)

"Bipolar bozukluk, renk gibidir. Çünkü, her duyguyu en yoğun şekilde yaşıyorsun". (K14)

Olumsuz metafor kullanan dokuz katılımcının ifadesi aşağıda yer almaktadır.

"Bipolar bozukluk, karmaşa gibidir. Çünkü, mesela seviniyor mesela bir bakmışsın ağlıyor, gülüyor". (K1)

"Bipolar bozukluk, hava durumu gibidir. Çünkü, sürekli değişebilir. Sabit değildir. Bir gün yağmurlu, bir gün güneş açar". (K4)

"Bipolar bozukluk, karanlık gibidir. Çünkü, yapacak bir şey yok ve onun içinde o hastalığın içindesiniz ama yapacak elimizden bir şey gelmiyor. Kendinizi dizginleyemiyorsunuz". (K5)

"Bipolar bozukluk, çarkıfelek gibidir. Çünkü, hangi saat ne hissedeceğimi bilemiyorum ya da gittiğim yürüdüğüm anda ne hissettiğimi, bir anda değişebiliyor. Birisini görüyorum mutluyum. Kötü bir şey gördüysem suratım asılıyor. Mutlu şarkı dinliyorsam çok sevinçli oluyorum. Günlük modum değişiyor". (K6)

"Bipolar bozukluk, ölüm gibidir. Çünkü, yaşıyormuşum ama hani bir yandan da yaşıyormuşum gibi hissediyorum". (K7)

"Bipolar bozukluk, deniz gibidir. Çünkü, bir dalgalı, bir durgun, öfke ve sakinlik gibi de". (K9)

"Bipolar bozukluk, ağlamak gibidir. Çünkü, çok çaresizlik, ağlamak ve hep ihtiyaç duymak gibi hep bir ondan yardım almadan kalkamamak". (K10)

"Bipolar bozukluk, uzay boşluğu gibidir. Çünkü, yüksekleri, gökyüzünü ifade ediyor. Aynı zamanda böyle yerin çok katman katman altlarını da ifade ediyor. Arafta kalmak gibi... ikisinin ortasında yaşamak gerekiyorken aslında sanki ortasında bir hayat yokmuş da yüksekte bir hayat varmış. Bir de çok diplerde varmış gibi... o ortadaki kısmı kaçırıyor muşuz gibi". (K11)

"Bipolar bozukluk, kanadı kırılmış bir kuş gibidir. Çünkü, öyle hissediyor insan". (K15)

Olumsuz metafor kullanan katılımcıların daha yoğunlukta olduğu görülmüştür. Bu metaforlar, bipolar bozukluğun katılımcılar üzerinde yarattığı duygusal dalgalanmaların ve zorlukların anlaşılması açısından yardımcı olmuştur. Metaforlardan değişkenlik, karmaşıklık, çaresizlik, belirsizlik, hüznün hislerinin daha yoğunluklu olduğu anlaşılmıştır. Araştırmanın konu ile ilgili bulguları değerlendirildiğinde, katılımcıların hastalıklarına ilişkin çoğunlukla olumsuz düşüncelere sahip olduğu bilgisine de ulaşılmıştır.

Olumlu ve olumsuz metafor kullanan katılımcıların tanı alma tarihleri incelendiğinde, olumlu metafor kullanan altı katılımcının ikisinin son 10-17 yıl, ikisinin son dört, beş yıl, birinin son 20 yıl, birinin ise son altı aydır tanı ile yaşadıkları görülmüştür. Daha yakın tarihlerde tanı alanların olumlu metaforlarda yoğunlaştığı söylenebilmektedir. Olumsuz metafor kullananlarda da hem eski hem yeni tanı almış katılımcılar bulunmaktadır. Dokuz katılımcının üçü 20 yılı aşkındır tanıya sahip olup, altısının daha yeni tanı almış olduğu görülmektedir. Ancak olumsuz metafor kullananlarda yeni tarihli tanı almış katılımcıların yoğunlaştığı ifade edilmelidir.

Ayrıca olumlu metafor kullanan katılımcıların üçünün TRSM'den hizmet almadığı, üçünün ise iki yılın üzerinde hizmet aldığı görülmüştür. Olumsuz metafor kullananların üçünün TRSM'den hizmet almadığı, altısının ise hizmet aldığı ifade edilmelidir.

Aynı zamanda bu katılımcıların ilaç kullanma durumlarına bakıldığında, olumlu metafor kullananların hepsinin düzenli bir şekilde ilaçlarını kullandığı, ilaçlarını

düzensiz şekilde kullanan dört katılımcının ise olumsuz metafor kullanan katılımcılar arasında yer aldığı görülmüştür.

Bu bilgiler ışığında K11 kodlu katılımcı ile ilgili bir bilgi notu eklenmek istenmiştir. Uzak boşluğu metaforunu kullanarak olumsuz metafor oluşturan K11 kodlu katılımcı ile yapılan görüşme sırasında katılımcı hobi olarak resimler yaptığını ifade etmiştir. Bunun üzerine katılımcı yaptığı resimlerini, 22.05.2023 tarihinde “Dünya Şizofreni Günü” kapsamında hazırlanan bir etkinlikte sergilemiştir. Araştırmacı tarafından da ziyaret edilen sergide aşağıda yer alan resim görülmüştür. Katılımcının tanısı ile ilgili duygu ve düşüncelerinin tuvale aktarıldığı bu resme metafor analizlerin yapıldığı bu araştırmada yer vermenin anlamlı olacağı düşünülmüştür. Daha sonra bu fikir katılımcı ile paylaşmış ve kendisinden 12.06.2023 tarihinde yazılı izin alınmıştır. Katılımcı, bu eserinde hastalığı ile ilgili duygu ve düşüncelerini ise Şekil 4.13’te şu şekilde açıklamaktadır: *“Bizim hastalığımızın en şiddetli atak dönemlerimizde beynimiz ve aklımız sanki şarap kadehinin içinde yuvarlanıyormuş gibi hissediyoruz. Beynimizin şarap kadehi içindeymiş gibi, sarhoş gibi kontrolsüz bir halde olması ve o haldeki beynimizi, gözlerimizi, bakışlarımızı, vücudumuzu, köklerimiz ve kendimizi dengede tutmaya ve sağlam durmaya çalıştığımız anları anlatan bir resimdir. O anlarda yaşadığımız duygular tam olarak bunlar olduğu için burada da onu resmetmek istedim.”*



Şekil 4.13: Katılımcıya ait Tablo Görseli

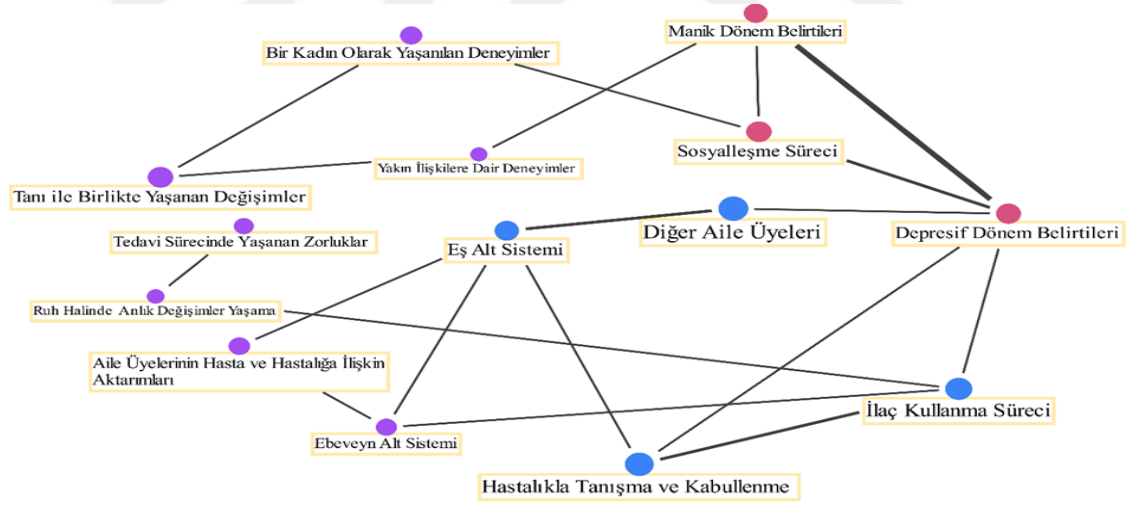
Kaynak: K11 kodlu katılımcı tarafından oluşturulmuştur.



Şekil 4.14: Kod Bulutu

Kaynak: Araştırmacı tarafından oluşturulmuştur.

Katılımcı ifadelerinin yoğunluğa göre dağılımı Şekil 4.14'te gösterilmektedir. Daha büyük puntolu olarak gösterilen kodlar daha yoğun olarak kullanılan ifadeleri gösterirken, daha küçük puntolu olan ifadeler, kodların daha az yoğun olarak kullanıldığını göstermektedir.



Şekil 4.15: Kod Haritası

Kaynak: Araştırmacı tarafından oluşturulmuştur.

Katılımcıların sıkça birlikte bahsettiği kodlar Şekil 4.15'te gösterilmektedir. Birlikte bahsedilen daha sık bahsedilen kodların ilişkisini yansıtabilecek şekilde çizgiler daha geniş gösterilmiştir. Depresif dönem belirtileri kodundan bahseden katılımcılar aynı zamanda ilaç kullanma süreci, hastalıkla tanışma ve kabullenme, diğer aile üyeleri, sosyalleşme süreci, manik dönem belirtileri kodlarından da bahsetmiştir.

BEŞİNCİ BÖLÜM

TARTIŞMA

Bu bölümde araştırmanın bulguları, araştırmanın amacı doğrultusunda ilgili literatürdeki bulgular çerçevesinde tartışılmıştır.

Bu araştırmanın temel amacı, Bipolar bozukluk tanısı alan kadınların hastalık sürecindeki yaşam deneyimlerinin aile sistemleri üzerindeki etkilerini incelemek ve sosyal hizmet gereksinimlerini belirlemektir. Bu amaca uygun olarak Bipolar bozukluk tanısı alan kadınların hastalıkla ilgili yaşam deneyimlerinin eş, çocuk ve diğer aile üyeleri ile ilişkilerine etkisinin incelenmesi, bu süreçte yaşanan deneyimlerin çeşitli boyutlarla ele alınması ve tanılı kadınların gereksinimlerinin sosyal hizmet perspektifine göre ele alınması hedeflenmiştir. Bu nedenle temel amaç ve alt amaçlar doğrultusunda elde edilen bulgular, “Aile Sistemlerinin İncelenmesi”, “Tanı Sürecine İlişkin Deneyimler” ve “Sosyal Çalışma Açısından Gereksinimlerin Değerlendirilmesi” olmak üzere üç başlık çerçevesinde ele alınmıştır.

5.1. Aile Sistemlerinin İncelenmesi

Araştırmanın bulguları doğrultusunda aile sistemi, eş, anne-çocuk ve diğer aile üyeleri bağlamında incelenmektedir. Literatürde yapılan araştırmalarda, bipolar bozukluğun yalnızca bireyin kişisel ve sosyal işlevselliğini değil, aynı zamanda aile ve sosyal çevre sistemlerini de etkileyen ve yük getiren önemli bir ruhsal bozukluk olduğu belirtilmektedir (Wadood, vd., 2020: 1; Webb, 2023: 8). Bu nedenle ailelerin, tanılı bireyle yaşamaya başlamak için yaşamlarını yeniden düzenlemek durumunda kaldıkları görülmektedir. (Karaköse, vd., 2024: 104). Bu çalışmada da hastalık deneyiminin hem bireyi hem de aile sistemlerini çeşitli şekillerde etkilediği tartışılmaktadır.

Bu başlıkta, ‘eş alt sistemi, ebeveyn alt sistemi, diğer aile üyeleri ve aile üyelerinin hasta ve hastalığa ilişkin aktarımları’ kodlarını destekleyecek şekilde eş, anne, baba, çocuk ve aile kavramlarına ilişkin metafor bulgularına da birlikte yer verilmiştir. Metaforlar, yaşam deneyimlerine bağlı olarak insanların aklından geçenleri anlatmak için kullandığı metaforik ifadeler olarak kullanılmaktadır (Sari ve Nirmala, 2022: 535). Böylelikle, katılımcıların deneyimlerinin hem anlatılar hem de metaforlar

yoluyla aktarılmaya çalışılmasının araştırmaya farklı bir içerik zenginliği kazandırdığı düşünölmektedir.

Eş Alt Sistemi

Öncelikle Bipolar bozukluk tanılı kadınların hastalık sürecindeki deneyimlerinden yola çıkarak eşleri ile ilişkilerine dair kendi paylaşımlarından elde edilen eş alt sistemine ilişkin bulgulara yönelik bir tartışma yapılmıştır.

Bipolar bozuklukta duygudurum dönemleri ile ilişki dinamikleri arasındaki etkileşim, duygusal yakınlığın, iletişim kalıplarının ve genel ilişki tatmininin şekillenmesinde önemli bir rol oynamaktadır. Buna rağmen bipolar bozukluğu olan kadınların eşlerinin deneyimleri hakkında da çok az şey bilindiği ifade edilmektedir (Voort, vd., 2009: 441). Literatürde aile üyeleri ile ilişkiler hakkında araştırmalar bulunsa da özel olarak eş alt sistemini inceleyen araştırmaların sınırlı olduğu görölmüştür. Bu nedenle, hem hastalık deneyiminin ilişkileri nasıl etkilediğini araştırmak, hem çiftlerin karşılaştığı zorlukları vurgulamak açısından bu araştırmanın önemli ve değerli olduğu düşünölmektedir.

Bu araştırmada tanı öncesi ve sonrası süreçte atak dönemlerindeki belirtiler nedeniyle tanılı kadınların çoğunluğunun eşleri ile ilişkilerinin zayıf olduğu ve bekledikleri ilgi ve desteği çoğu zaman göremedikleri ifade edilmiştir.

Literatürde eş ilişkilerini ele alan araştırmalarda da benzer sonuçların yer aldığı görölmüştür. Atak dönemlerindeki manik ve depresif belirtiler nedeniyle, tanılı bireylerin davranışlarındaki değişikliklerin ve öngörülemezliğin, ilişkide değişkenlik, güvensizlik (Granek, vd., 2016: 195), gerginlik ve çatışma yarattığını (Webb, 2023: 2) ve bunun da eşler arasındaki ilişkiyi zayıflattığını (Rowe ve Morris, 2012: 335; Webb, 2023: 1) ve sürdürmeyi zorlaştırdığını (Dore ve Romans, 2001: 153; Wittkowski, vd., 2014: 10) göstermiştir. Hatta Bangladeş'in Rajshahi şehrindeki evli kadınlar arasında bipolar bozukluğun yaygınlığını araştıran bir çalışmada, eşle ilişkilerin zayıf olması, yoksulluk ve hastalığın hemen tedavi edilememesi önemli risk faktörleri arasında gösterilmiştir (Wadood, vd., 2020: 9). Bu nedenle, evlilik yaşamında tanılı kadınların eşleri ile ilişkisinin önemli olduğu, eşler ile kurulan zayıf ilişkinin evlilik hayatını stresli hale getirebildiği bunun da hastalığın başlamasına veya nüksetmesine yol açabildiği, tanılı bireylerin iyilik halini olumsuz etkilediği ancak iyi bir ilişkinin de

hastalıkları önleyebildiği belirtilmektedir (Wadood, vd., 2020: 8; Grover, vd., 2017; Karaköse, vd., 2024: 99).

Tanılı bireylerin kadın ve erkek eşlerinin birlikte incelendiği bir araştırmada, erkeklerin ve kadınların benzer düzeyde sorunlara sahip olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Drisya, vd., 2019: 453). Erkek eşler, bakım yükünün oluşması, ev işlerinin yeterince yapılamaması, eş olma sorumluluklarının yerine getirilememesi ve ilişkilerin bozulmasını, sorun olarak ifade etmişlerdir. Araştırmaya katılan tanılı kadınlar, ev işlerini, kendileri için en sorunlu alan olarak belirtmişlerdir (Drisya, vd., 2019: 453). Bu araştırmada da tanılı kadınlar da aynı sorunlardan bahsetmişlerdir. Hastalığın başlangıcından sonra kadınlar, toplumsal cinsiyet rolleri nedeniyle kendilerinden beklenen eş olma sorumluluğunu yerine getiremediklerinden dolayı damgalanma, şiddet ve boşanma gibi sorunlar yaşadıkları görülmüştür. Hastalıktan kaynaklanan zorluklar nedeniyle ve eşlerin hastalıkla nasıl başa çıkabilecekleri konusunda çok az bilgisi bulunduğu için tanılı kadınların evliliklerinde sıklıkla ayrı yaşama ya da boşanma durumları olabilmektedir (Dore ve Romans, 2001: 153, 155). Bu noktada, eşler, fedakârlık, bakım yükü ve duygusal etki açısından evlilik yaşamının ve aile ilişkilerinin olumsuz etkilendiğini ifade etmişlerdir (Azorin, vd., 2021: 3-4). Tanılı evli kadınların, aile içi süreçlerinin sağlıklı olduğu, damgalanma arttıkça evlilik uyumlarının azaldığı ve aile işlevlerinin olumsuz yönde etkilendiği bulunmuştur (Hançer, 2018: 94). Bipolar bozukluğu olan bireylerin aile işlevlerinin değerlendirildiği başka bir araştırmada da hastalık ve olumsuz aile işlevleri arasında ilişki olduğu ortaya koyulmuştur (Ünal, 2002: 228). Bu da kadınların evlilik içi uyum sorunları ve eşler arası iletişimde zorluklar yaşamalarına sebep olmaktadır. Bipolar bozukluktan etkilenen ilişkilerde ruh hali dalgalanmalarına ve işlevsellikteki değişikliklere uyum sağlamak için eşler arasındaki roller ve sorumluluklarda esnek davranılması üzerinde durulmuştur (Miklowitz ve Johnson, 2009). Böylece eşler, birbirlerinin ihtiyaçlarına uyum sağlayabilir ve eşlerden birinin ek desteğe ihtiyacı olduğunda sorumlulukları paylaşabilirler (Webb, 2023: 6).

Bu araştırmada eş alt sisteminde yoğun olarak ilgi ve destek eksikliği ile damgalama bir sorun olarak ortaya çıkmışken literatürdeki araştırmalarda eşlerden birinin bipolar bozukluk tanısı olduğu çiftlerin, manik ve depresif atak dönemlerinde, cinsel doyumlarının bozulduğu (Kopeykina, vd., 2016: 13) ve cinsel yaşamlarından memnun olmadığı (Dore ve Romans, 2001: 153) ilişkilerdeki sorunlar olarak gösterilmiştir

(Azorin, vd., 2021: 3-4; Drisya, vd., 2019: 453). Bu araştırmada buna ilişkin bulgu ortaya çıkmamıştır. Ancak tanılı bireyler mani dönemlerinde libidolarının yüksek olduğunu ve çok fazla cinsel birliktelik yaşadıklarını ifade etmişlerdir.

Tanılı kadınlar, eşlerinin kendilerini yargıladığını, suçladığını ve hastalığı kabul etmediğini belirtmişlerdir. Buna ilişkin Webb (2023: 6), eşlerin empati yaparak tanılı eşlerinin deneyimlerini ve duygularını daha iyi anlayabildiğini, hastalığı kabul edebildiğini ve eşlerini yargılamak yerine şekatte tepki vermelerinin ilişki dinamiğinin iyileşmesine yardımcı olduğunu ifade etmiştir. O nedenle yapılan mesleki müdahalelerde, eşler arasındaki empatik iletişimin geliştirilmesine yönelik çalışmaların yapılmasının önemli olduğu söylenebilmektedir.

Bunları bildiren çalışmaların aksine bipolar bozukluğun eşler üzerinde olumlu etkilerinin olduğunu belirten araştırmalara da rastlanılmıştır. Yapılan araştırmalarda, yaşanılan zor zamanların eşlerin bağlılığının ve güveninin artmasını sağlamasının ve deneyimledikleri bilgi ve iğr sayesinde hastalıkla ve onun sonuçlarıyla yaşamayı yavaş yavaş kabul edebilmesinin, eşlerin ilişkilerini güçlendirdiği ve birlikte yaşamaya yönelik yeni hedefler ve ideallerin geliştirilmesini sağladığı ifade edilmiştir (Azorin, vd., 2021: 6; Tranvg, vd., 2008: 15). Bu araştırmada da eşleri ile ilişkilerinin olumlu olduğunu bildiren kadınlar bulursa da sayılarının çok az olduğu belirtilmelidir.

Eş kavramına ilişkin metafor bulgularına bakıldığında, kadınların çoğunluğunun eşleri hakkında olumsuz metafor kullandığı görülmüştür. Evli katılımcılar,  olumlu,  olumsuz metafor; boşanmış katılımcılar ise üç olumsuz metafor üretmişlerdir. Bu metaforlar ışığında katılımcıların eş alt sistemlerine ilişkin yorumlamalar yapılmıştır. Bunlar, bir aile alt sistemi olarak eşlerin birbirleriyle olan ilişkilerin ve ilişkideki farklı dinamiklerin yapısının nasıl işlediği hakkında fikir sahibi olmaya yardımcı olmuştur. Eş alt sistemine ilişkin bulgular incelendiğinde katılımcıların çoğunluğunun eşlerinden yeterli ilgi ve desteği göremediği ortaya çıkmıştır. Eşler arası bu ilişkinin de metafor kullanımına yansadığı görülmüştür. Ancak literatürde buna benzer araştırmalara rastlanmamıştır. Bu açıdan önemli bir veri kaynağı olacağı dşnlmektedir.

Tanılı eşe sahip olan erkek eşler açısından da incelemeler yapan araştırmaların olduğu görülmüştür. Eş alt sisteminin ilişki dinamiklerini derinlemesine anlayabilmek için sürecin her iki taraf açısından da değerlendirilmesine ihtiyaç duyulmaktadır. Bu araştırmada sadece tanılı kadınların ifadelerinden eş alt sistemi incelenmeye çalışıldığı

için eşlerinin deneyimlerine yer verilememiştir. O nedenle bu konuda yapılan çalışmaları ele almak farklı bakış açısı kazanmak için yararlı olmaktadır. Böylelikle hem tanılı kadın hem de eşi açısından iki yönlü bir anlayış geliştirmek, eş ilişkilerinin iyileşebilmesi, hastalıkla baş edilebilmesi ve eşlerin birbirlerini anlamaları ve desteklemeleri için oldukça önem taşımaktadır.

Öte yandan Bipolar bozukluk tanılı bireyle yaşamının eşlere büyük yük getirdiği ve bu yük arttıkça eşlerin yaşam kalitelerinin azaldığı (Kuş, 2016: 48), tanılı bireylerin eşlerinin depresyon düzeyinin daha yüksek olduğu (Öbekli, 2013: 67) dolayısıyla eşlerin çoğu zaman kendilerini yalnız hissettiği hatta bunun '*birlikte yalnız kalma*' duygusuna yol açabileceği, bu yükü azaltmak için eşlerin profesyonel desteğe ihtiyaç duyduğu da belirtilmektedir (Voort, vd., 2009: 441). Bu sorunların tanımlanması, eşlerin yaşam kalitesinin artırılmasına yönelik çözüm stratejilerinin geliştirilmesi açısından önemli görülmektedir.

Birçok araştırmada atak dönemlerinde tanılı bireylerin yaşadığı dalgalanma ve ruh hallerindeki anlık değişimlerin, eşlerin, ihtiyaç duyulan ilgi, destek, anlayış ve güvenceyi sağlama becerisini engelleyebildiği yönünde açıklamalar yapılmıştır (Yatham, vd., 2018; Webb, 2023: 2-4; Karaköse, vd., 2024: 103). Tanılı bireylerin eşleri ya da aile üyeleri ile görüşmelerin yapıldığı araştırmalarda benzer sonuçlara ulaşıldığı görülmüştür. Manik atak dönemlerinde, tanılı bireylerin günlük hayattaki işlevselliğini etkileyen halüsinasyonlar ve sanrılar görme, birileri tarafından takip edildiğini düşünme, aşırı neşeli ve coşkulu ruh hali, uyku ihtiyacının azalması, para harcamada artışın gözükmemesi, şiddete eğilim, madde kullanımı ve riskli cinsel davranışların, eşlerde hayal kırıklığı ve endişeye, tanılı birey tarafından duyulmama veya reddedilme duygularını yaşamalarına sebep olduğu; depresif atak dönemlerinde ise yataktan çıkamama, öz bakımında azalma, uyku ihtiyacında artma, eş ile duygusal yakınlığın azalmasının, ilişkide duygusal ulaşılabilirliğin ve iletişimin azalmasına ve izolasyon hissine neden olduğu belirtilmektedir. Böylece eşler, birbirlerine yönelik beklentilerini karşılayamaz hale gelmektedir.

Webb (2023: 5-7), bipolar bozukluk tanılı bireyle yaşamının duygusal açıdan zorlayıcı olduğunu, stres ve duygusal yük yaşabildiğini, eşlerin ve aile üyelerinin, destek ve bakım sağlamada çok önemli bir rol oynadığını ve aile sistemlerinde, eşlerin ve aile üyelerinin refahını desteklemenin, bipolar bozukluk bağlamında sağlıklı ve dayanıklı ilişkileri sürdürmenin ayrılmaz bir parçası olduğunu belirtmiştir. Bu süreçte aile

üyelerinin refahını artırmak için, “*Psikoeğitim ve Bipolar Bozukluğu Anlamak, Kişisel Bakım Uygulamaları, Destek Ağları Kurmak, Gerçekçi Beklentiler Oluşturmak, Kriz Planları Geliştirmek, Tedaviye Uyumu Teşvik Etmek ve Sağlıklı Sınırlar Uygulamak, Duygusal Destek Ağlarının Sağlanması, Partnerler ve Aile Üyeleri için Psikoterapi, Çift veya Aile Terapisi, Mola Bakımı ve Kendine Zaman Ayırmak, Hobileri ve İlgi Alanlarını Teşvik Etmek, Başa Çıkma Stratejileri Eğitimi, Düzenli Sağlık Kontrolleri*” gibi başa çıkma stratejileri önermiştir. Bunların kombinasyonunun, yalnızca bipolar bozukluğu olan bireyin değil, aynı zamanda hem eşlerin hem de aile üyelerinin iyilik halini desteklediği belirtilmelidir.

Buna göre, duygusal yakınlığı artırmanın, empati ve anlayışı geliştirmenin, görev ve sorumluluklara esnek yaklaşmanın, profesyonel desteğe başvurmanın, eş alt sisteminde değişim ve iyileşmeyi desteklediği ifade edilebilir.

Ayrıca eşleri ile olan sorunlarının çocukları ile ilişkilerine olumsuz yansıdığı ve velayet konusunda da sıkıntılı dönemler yaşadıkları tespit edilmiştir. Ebeveyn alt sisteminde buna ilişkin bulgular tartışılmıştır.

Ebeveyn (Anne-Çocuk) Alt Sistemi

Öncelikle tanılı kadınların anne olarak hastalık sürecindeki deneyimlerinden yola çıkarak çocukları ile ilişkilerine dair kendi paylaşımlarından elde edilen ebeveyn alt sistemine ilişkin bulgulara yönelik bir tartışma yapılmıştır. Atak dönemlerinin dalgalı evreleri nedeniyle bipolar bozukluğun, ebeveynlik de dahil olmak üzere günlük yaşamın tüm aktivitelerini ciddi şekilde etkileyebildiği bilinmektedir. Bipolar bozukluk tanılı kadınların ebeveynlik deneyimine dair sınırlı sayıda araştırma bulunmaktadır. Bu konu giderek daha fazla ilgi çektiği için çalışma yapmaya ihtiyaç duyulmaktadır. Ayrıca bu çalışma, bazı tanılı annelerin bipolar bozukluk nedeniyle karşılaştığı bazı zorluklara ilişkin yeni bilgiler de sunmaktadır.

Bipolar bozukluk tanısı alan annelerle, ebeveynlik konusundaki güçlü yönlerini, zorluklarını ve hizmet ihtiyaçlarını anlamak için görüşmeler yapılmıştır. Burada bazı anneler, güçlü yanlarını vurgularken bazıları da yaşadıkları zorluklardan ve sorunlardan bahsetmiştir. Bu nedenle bipolar bozukluk tanısı alan kişiler arasında ebeveynliği anlamak son derece önemlidir.

Wittkowski ve arkadaşları (2014: 2), çeşitli sebeplerden dolayı tanılı kadınların ebeveynlik rolüne endişeli yaklaşmaktadır. Tanılı annelerin doğum sonrası süreçte hem

lohusalık hem de hastalığın etkilerinden dolayı atakların daha da şiddetlenmesi en önemli sorunlar arasında gösterilmektedir. Kadınlar, toplumsal cinsiyetin yüklediği annelik rolü ve sorumluluklarını yerine getirirken yaşadıkları yetersizliklerin çocukları ile ilişkilerini olumsuz etkilediğini belirtmiştir. Özellikle depresif dönemlerde anneler, çocukları ile yeterince ilgilenemedikleri için kendilerini suçlamışlardır. Kadınların, anne olarak, geleneksel cinsiyet rolleri ile ağır bir iş yükü altına girdiğine ve ters giden durumlarda ise suçlanan tarafın kadınlar olduğuna dair bulgulara literatürdeki araştırmalarda da rastlanılmıştır (Lasswell, 2002: 519; Tjoflåt ve Ramvi, 2013: 83).

Anneler aynı zamanda ebeveynlik deneyimlerinde damgalanmaya maruz kaldıklarını ifade etmişlerdir. Hastalıklarından dolayı, çocuklarının bakımını yapamamakla suçlanmasından ve tüm yetersizliklerinin hastalıkları ile ilişkilendirilmesinden rahatsızlık duymuşlardır. Tanılı kadınlar, ebeveyn olarak aşağılandıklarını, damgalandıklarını ve "gözlem altında" tutulduklarını ve "ne olduklarının ve ne yaptıklarının" hastalığa bağlandığını belirtmektedirler. Dolayısıyla bu durum onların doğal hareket özgürlüğünün kısıtlanmasına yol açmaktadır (Tjoflåt ve Ramvi, 2013: 84-85).

Ayrıca annelerin, öngörülemeyen ruh halleri ve korkuları nedeniyle çocuklarına bağımlı olabildiklerine dikkat çeken bir sonuç ortaya koyan Venkataraman (2011: 105), aynı zamanda başka bir araştırmasında bunların çocuklarda davranış sorunlarına yol açan tutarsız ebeveynlik uygulamalarını da ortaya çıkardığını da belirtmiştir (Venkataraman, vd., 2008: 396-400).

Bazı araştırmalarda, tanılı ebeveynin olduğu ailelerde, aile ortamının heterojen olduğuna, aile uyumunun daha düşük olduğuna (Stapp, vd., 2020: 11, 14) ve çocukların, aile bağlılığı ve memnuniyetinin daha düşük olduğuna ilişkin sonuçlar yer almaktadır (Park, vd., 2015: 82).

Bipolar bozukluk tanılı ebeveynlerin olduğu ailelerde, olmayanlara kıyasla, iletişimin daha düşük, çatışmanın daha fazla olduğu rapor edilmiştir (Stapp, vd., 2020: 6; Park, vd., 2015; Ferreira, vd., 2013: 1054). Joseph ve arkadaşları (1999: 1358) tarafından yapılan bir araştırmada, tanılı annelerin büyük bir çoğunluğunun çocukları ile çok sık görüşemediği, çocuklarını iki yıldan fazla bir süredir görmediği ya da çocuklarını en son ne zaman gördüklerini bile hatırlamadıkları ve yalnızca yüzde 20'sinin çocuklarının tam velayetini elinde tuttuğu, bu annelerin tanılı olmayan annelere göre

çocuklarının velayetini daha sık kaybettiği yer almaktadır. Bu sonuçlar, anne ve çocuk arasında daha fazla işlevsiz etkileşimin ortaya çıktığını ve aile etkileşimlerini iyileştirmek için psikososyal müdahalelerin önemli olduğunu göstermiştir (Ferreira, 2013: 1056).

İlaç kullanan anneler, ilacın gelişimlerini desteklerken ebeveyn olma becerilerinde engel teşkil ettiğini vurgulamıştır (Tjoflåt ve Ramvi, 2013: 83).

Ebeveyn alt sistemi incelenirken, anne-çocuk ilişkileri bağlamında, çocuklar açısından tanıli ebeveyne sahip olma deneyimi üzerinde de durmak gerekmektedir. Çocuklar da tanıli bir ebeveyne sahip olmayı farklı boyutlarda deneyimlemişlerdir. Katılımcıların aktarımlarından, bu hastalığın kendi çocuklarının üzerinde de olumsuz etkileri olduğu ve birçok farklı sorunun yaşandığı anlaşılmıştır. Literatür incelendiğinde destekleyen bulgulara ulaşılmıştır (Azorin, vd., 2021: 3-4). Aslında her atak döneminin kendi içinde farklı zorlukları barındırdığı söylenebilir. Mani döneminde annelerin, çok ben-merkezci olduğu ve çocukların ihtiyaçlarından ziyade kendi ihtiyaçlarına öncelik verdiği, depresif dönemde ise bu durumun gerekeni yapamamaya yol açtığı ve bu değişimler nedeniyle istikrarlı ve tutarlı bir anne olamadığı ifade edilmiştir (Venkataraman, vd., 2008: 396-400; Tjoflåt ve Ramvi, 2013: 83).

Yapılan araştırmalarda, tanıli ebeveynlerin yaşadığı depresif belirtilerin, çocuklarıyla düşük kaliteli etkileşimlere yol açarken artan düzeyde duygusal ihmalle sonuçlanabildiği ifade edilmektedir (Azorin, vd., 2021). Yine depresif atak dönemlerinde, çocuklar, annelerinin gün boyu uyuduğunu, bunun da hafta sonu gezilerini veya arkadaşlarıyla dışarı çıkmak, hatta bazen okula gitmek gibi planlanmış aktivitelerini aksattığını bildirmiştir. O nedenle depresif dönemdeki bu davranışların çocuklarda hatalı modelleme nedeniyle olumsuz etki bırakabildiği de tartışılmaktadır (Venkataraman, 2011: 100). Annelerin, özellikle depresif dönemlerde ebeveynlik becerilerini yerine getirmede çok zorlandıkları, bu süre zarfında yataktan çıkmak istemedikleri, ancak bu duyguya rağmen çocuklarına bakım vermek için ayağa kalktıkları bildirilmiştir. Anneler, bu dönemlerde çocuklarına verdikleri bakımın kalitesinin düşük olduğunu ve kolayca öfkelenediklerini de eklemiştir (Venkataraman, vd., 2008: 396-400). Ayrıca, tanıli ebeveyne sahip olan çocukların, ebeveyn rolünü üstlenmek zorunda kalabildikleri, birtakım ihmaller yaşayabildikleri ve bunların çocukların gelişiminde ve ebeveyni ile bağ kurabilmesinde olumsuz etkiler bıraktığı görülmüştür (Karaköse, vd., 2024: 99,104). Erken çocukluk döneminde Bipolar

bozukluk tanısı olan ve olmayan ebeveyne sahip bireylerdeki bağlanma ilişkilerinin incelendiği bir araştırmada, Bipolar bozukluk hastalığı olan ebeveyne sahip bireylerin kaçınan ve kaygılı bağlanma düzeylerinin, normal ebeveyne sahip olan bireylerin düzeylerine oranla daha yüksek olduğu saptanmıştır (Koyuncu, 2017: 63-64).

Bipolar bozuklukta çevresel faktörler ve genetik boyutun önemli olduğu (Baytunca, vd., 2014) ve genetik geçişi en fazla olan psikiyatrik rahatsızlık olması sebebiyle bipolar bozukluğu olan bireylerin birinci derece akrabalarının bu hastalığa yakalanma riskinin çok yüksek olduğu bulunmuştur (Özdemir, vd., 2016; McIntyre, vd., 2020: 1841). Bu kapsamda tanılı annelerin çocuklarının da yaygınlık açısından yüksek risk altında olduğu ortaya koyulmaktadır. (Stapp, vd., 2020: 12; Ferreira, vd., 2013: 1051; Küçük-Öztürk ve Çam, 2017). Bu sebeple hastalığın çocuklarına miras kalmasından endişe duyan ebeveynlerin de ele alınmasının önemli olduğu üzerinde duran araştırmalarda (Dore ve Romans, 2001: 154), bu durumun çocukların özgüvenini, ruh halini ve uzun vadede işlevlerini etkileyeceği ifade edilmiştir (Venkataraman, 2011: 105; Tjoflåt ve Ramvi, 2013: 84).

Tanılı bir ebeveyni olan çocukların, ilişki zorlukları, gelişimsel gecikme ve düşük akademik başarı dahil olmak üzere birçok risk altında olduğu belirtilmektedir (Kinsella, vd., 1996). Konuk Şener ve Karaca (2022: 557) tarafından yapılan çalışmada da benzer durumlara yer verilmiştir. Çocukların yaşam deneyimlerinde duygusal sorunların yanı sıra davranış problemleri ve gelişimsel güçlükler gösterdiği, damgalanma yaşadığı, erken dönemde ağır sorumluluklar altına girdiği ve sosyal, akademik, ekonomik birçok sorunla karşılaştıkları belirtilmiştir.

Hastalık sebebiyle çocuklar üzerinde ortaya çıkan olumsuz etkiler, annelerin kendileri için olumsuz geri bildirim vermesine yol açmaktadır (Azorin, vd., 2021). Ancak, tanılı anneler, çocuklarının bu sorunları yaşadığını ifade etmesine rağmen, çocuklarla birebir görüşmelerin yapıldığı araştırmalarda, bu ailelerdeki çocukların genel olarak annelerini iyi bir ebeveyn olarak değerlendirdiği yer almaktadır. Hatta Venkataraman ve Ackerson (2008)'un yaptığı araştırma sonuçlarından yola çıkarak, çocukların, annelerini onlardan daha olumlu şekilde değerlendirdiği de görülmüştür (Venkataraman, 2011: 104). Bu sonuçtan, anne ve çocuğunun etkilenme durumunun farklı olduğu anlaşılabilmektedir. Tanılı anneye sahip olma durumunu ve hastalığın anne-çocuk ilişkisi üzerindeki etkisinin derinlemesine araştırılmasına ihtiyaç olduğu da görülmektedir. Bu nedenle velayet kararlarında önyargılı bir tutumdan ziyade

anneninin çocukla ilişkisinin öneminin dikkate alınması ve derinlemesine bir inceleme yapılması gerektiği vurgulanmalıdır. Çünkü tüm bu olumsuz deneyimlere rağmen bazı çocukların erken olgunlaşma ve içsel gelişim nedeniyle, özgüvenlerinin geliştiği, bağımsızlıklarının arttığı, daha olgun ve güçlü oldukları da bildirilmiştir (Konuk Şener ve Karaca, 2022: 558).

Öte yandan ebeveynler, çocuklarından sorumlu olmanın ve onları yanlarında buldurmanın onların ruh sağlığını ve gelişim sürecini güçlendirdiğine inanmaktadır. Ebeveyn sorumluluğu, onların sağlığı için mücadele etme, düzenli yaşama ve iyi bir rol model olma konusunda bir teşvik olarak görülmektedir (Tjoflåt ve Ramvi, 2013: 85).

Yapılan araştırmalarda, annelerin, çocukları hakkında çok olumlu konuşma yönünde eğilimlerinin olduğu görülmektedir (Venkataraman, vd., 2008: 396-400). Bu araştırmada da annelerin çocuklarına verdikleri önem ve değer hem görüşmelerde hem de metafor değerlendirmelerde ortaya çıkmıştır. Görüşmeler esnasında annelerden, çocukları ile ilişkilerini anlatmaları istendiğinde yüzeysel ve duygulardan uzak cevaplar verdikleri görülmüştür. Ancak anneler, görüşmelerde ifade etmekte zorlandıkları duygu ve düşüncelerini metaforlar yoluyla aktarabilme fırsatı bulmuşlardır. Araştırmanın metafor bulgularına bakıldığında da tüm annelerin, çocukları için “*melek, kalp, güneş*” gibi sevgi dolu olumlu metaforlar kullandığı tespit edilmiştir. O nedenle bu metafor bulgularının, tanımlı annelerin ebeveynlik deneyimlerinin incelendiği araştırmalar için önemli bir veri sunacağı düşünülmektedir.

Annelerin yaklaşık yarısının, çocuklarıyla ilgili üzüntüleriyle başa çıkmak için yardıma ihtiyaç duydukları belirtilmiştir (Joseph, vd., 1999: 1358). Anneler, yalnızca ebeveynlik konularına özel olarak değinen bir destek grubuna; çocuklarını disipline etme konusunda yardıma ve ev ve iş aktivitelerini daha iyi dengeleyebilmek için aktivitelerini yapılandırma konusunda desteğe ihtiyaçları olduğunu belirtmiştir (Venkataraman, vd., 2008: 396-400).

Ebeveyn zorlu dönemler yaşadığında, özellikle en yakın aile üyelerinden gelen hem pratik hem de duygusal ve sosyal destek çok önemlidir. Yapılan bir araştırmada, annelerin tamamı periyodik olarak çocuklarının bakımı konusunda ek destek almak

istediklerini ve bu desteğin olmayışının ek bir yük oluşturduğunu ifade etmişlerdir (Tjoflåt ve Ramvi, 2013: 84).

Bipolar bozukluğun aile sistemi içindeki çocuklar ve ergenler üzerinde önemli bir etkisi olduğunu belirten Webb (2023: 8), tanılı bir anneyle yaşayan çocuk ve ergenlerde başa çıkma becerilerini geliştirmeye yönelik “*Çocuk ve Ergenlere Yönelik Psikoeğitim, Açık ve Destekleyici Bir Ortamın Yaratılması, Duygusal İfadenin Desteklenmesi, Başa Çıkma Stratejilerinin Öğretilmesi, Güvenlik Planlarının Geliştirilmesi, Akran Desteğinin Teşvik Edilmesi, Bireysel Danışmanlık*” olmak üzere yedi tane strateji önermiştir. Sonuç olarak, bipolar bozukluktan etkilenen aile sistemi içindeki çocuk ve ergenlerde başa çıkma becerilerinin geliştirilmesi, onların duygusal refahı ve genel gelişimi için psikoeğitim sağlayarak, destekleyici bir ortam yaratarak, duygusal ifadeyi destekleyerek, baş etme stratejilerini öğretmek, güvenlik planları geliştirerek, akran desteğini teşvik ederek ve bireysel danışmanlık sunarak katkı sağlanabileceği ifade edilmiştir.

Diğer Aile Üyeleri

Burada tanılı kadınların hastalık sürecindeki deneyimlerinden yola çıkarak eş ve çocukları dışındaki anne, baba, kardeş gibi aile üyeleri ile ilişkilerine dair kendi paylaşımlarından elde edilen bulgulara yönelik bir tartışma yapılmıştır. Kendi kök ailesi ile yaşayan katılımcıların aktarımlarına yer verilmiştir. Bipolar bozukluk tanılı bireylerin aile sistemlerini inceleyen az sayıda çalışmaya rastlanılmıştır. Genel olarak sosyal çevre, özelde ise aile, tüm katılımcıların yaşamlarında merkezi bir role sahiptir. Bu nedenle aile üyelerinin deneyimlerinin öğrenilmesinin önemli ve değerli olduğu ve bu alandaki araştırmalara önemli bir veri kaynağı oluşturduğu düşünülmektedir.

Tanılı kadınların hastalık deneyimi, sadece eş ve anne-çocuk ilişkisini değil, aynı zamanda aile sistemine yayılarak tüm aile üyelerini de etkilemektedir. Aile sistemi içerisinde yer alan diğer aile üyeleri ile olan ilişkiler de atak dönemlerinde kadınların iyilik halini etkilemektedir.

Aileler, tanı öncesi süreçte hastalığı bilmediği ve belirtileri anlamlandıramadığı için kadınlara tepki göstermiştir. İlgi ve destek yerine gerginlik ve iletişim kopukluklarının yaşandığı görülmüştür. Aile sistemi içinde artan stres, aile doyumunun ve aile içi iletişimin daha düşük olmasına (Park, vd., 2015: 86), rollerde değişikliklere, iletişim

bozukluklarına ve günlük rutinlerde olası aksaklıklara yol açabilmektedir (Webb, 2023: 1).

Tanı sonrası süreçte, her ne kadar tanı alınsa da aileler hastalığı kabul etmemiş ve bunun kişisel tercih ve tembellikten dolayı yapıldığını düşünmüşlerdir ve bu şekilde söylemlerde bulunmuşlardır. O nedenle çoğunlukla ilgisizlik ve ihtiyaçların karşılanmaması söz konusu olmuştur. Araştırma bulgularından biri de katılımcının ev içi ilişkilerinin zayıf olduğu, sıkıntılarını aile üyeleriyle paylaşmadığı, paylaşsa bile kimsenin onu anlamadığı ile ilgilidir (Mengi ve Aygür, 2018: 563).

Ayrıca, katılımcılardan alınan bilgiler doğrultusunda, bazı katılımcıların aile üyelerinin tıbbi ve psikiyatrik tedaviyi önemseydiği görülürken bazılarının ise bilim dışı inançlarla hastalığı tedavi edebilme yönünde girişimlerinin olduğu öğrenilmiştir. Bununla ilgili Karaköse ve arkadaşları (2024: 101) da yaptıkları çalışmada benzer sonuçlara ulaşmışlardır.

Karaköse ve arkadaşları (2024: 103) tarafından yapılan çalışmada, tanılı bireylerin hastaneye yatışı sonrasında aile üyelerinin üzüntü dışında, suçluluk ve endişe duygularını yoğun olarak deneyimledikleri belirtilmişken bu çalışmada aile üyelerinin daha çok hastayı suçladığı görülmüştür.

Atak dönemlerinde, tanılı bireylerde, çeşitli halüsinasyonlar ve sanrılar, ruh halinde dalgalanmalar, uyku ihtiyacının azalması ve günlük hayat akışını bozacak belirtilerin ortaya çıkmasıyla birlikte aile üyelerinin harekete geçtiği görülmüştür (Karaköse, vd., 2024: 96).

Tanılı bireylerin ve aile üyelerinin, damgalamadan kaçınmak için hastalığı ve yaşananları, yakın çevrelerinden gizleme eğilimi gösterdikleri bilinmektedir (Karaköse, vd., 2024: 98). Aile üyeleri, bu durumun sebebini ise toplumun olumsuz bakış açısına, olumsuz tutum ve davranışlarına bağlamaktadır (Mengi ve Aygür, 2018: 563).

Ancak tanı sonrası süreçte bazı aile üyelerinde empati ve anlayış yaklaşımıyla ilgi ve desteğin olduğu görülmüştür. Tanı alındığı için aileler, artık hastalığa ilişkin bilgi ve farkındalığa ulaşmışlardır. Atak dönemlerinde tanılı bireylerin, aile üyeleri tarafından desteklenmesi ve anlayışla karşılanması, hastanın refahına önemli bir katkıda bulunmaktadır (Pompili, vd., 2014: 7; Mengi ve Aygür, 2018: 570). Yapılan araştırmalar, ailelerin tedavi aşamasında önemli bir role sahip olduğunu, tanılı bireye

destek sağladığını, onunla ilgilenme ve vakit geçirme için roller üstlendiğini ifade etmiştir (Karaköse, vd., 2024: 104).

Bu araştırmada katılımcıların aile üyeleri ile ilişkileri hem anlatılar hem de metaforlar aracılığıyla analiz edilmiştir. Katılımcıların aile üyeleri ile ilişkilerini farklı boyutlarda anlayabilmek için anne, baba, kardeş ve aile kavramları hakkında metafor üretmeleri istenmiştir. Katılımcılar, görüşmelerde kardeşleri ile ilişkilerine yönelik derinlemesine aktarımlar yapmamasına rağmen kardeş kavramına ilişkin ürettikleri metaforların olumlu olduğu görülmüştür. Bu da şeklinde tanımlı kadınların kardeşleri ile ilişkilerinde destek ve yakınlık hissinin daha yoğun olduğu şeklinde yorumlanmasına yardımcı olmaktadır.

Katılımcılar, görüşmelerde en fazla anneleri ile olan ilişkilerinden bahsetmişlerdir. Bu da katılımcının bipolar bozukluğu sürecinde ailede en çok ihtiyaç duyduğu kişinin annesi olduğu sonucunu karşımıza çıkarmaktadır (Mengi ve Aygür, 2018: 562). Katılımcıların büyük bir çoğunluğu, anne kavramına ilişkin olumlu metaforlar kullanmıştır. *'Kanguru, emek, ağaç, güneş, köprü, mutluluk'* gibi benzetmeler katılımcıların anneleri ile iyi bir ilişki kurduğunu göstermektedir. Katılımcıların annelerine yönelik aktarımları da kullandıkları metaforlarla uyumlu olduğunu açıklamaktadır.

Katılımcılardan, aile kavramına ilişkin metafor üretmeleri istenmiştir. Katılımcıların büyük bir çoğunluğu, görüşmelerdeki ifadelerinden de anlaşıldığı üzere ailelerine ilişkin olumlu metaforlar kullanmışlardır. Bu da katılımcıların aile ilişkileri hakkında bilgi sahibi olunmasına yardımcı olmaktadır. Bu metaforlardan, güç, güven ve destek temalarının öne çıktığı görülmüştür. Bu sonuçlar, ailelerinin, tanımlı bireyler için ne kadar önemli olduğu hakkında fikir vermektedir. Elde edilen sonuçlara göre, aile sistemlerini güçlendirecek ve aile üyelerinin de bu süreçte işini kolaylaştıracak programlar önemi göz ardı edilmemelidir. Böylelikle aile üyelerinin süreç içerisindeki gereksinimleri de görünür hale gelmiştir. Bu gereksinimler, *'Sosyal Çalışma Açısından Gereksinimlerin Değerlendirilmesi'* başlığı altında tartışılmıştır.

Son olarak baba kavramına ilişkin üretilen metaforlara bakıldığında olumsuz metaforların daha yoğunlukta olduğu görülmüştür. Katılımcılar aktarımlarında da babaları ile ilişkilerinin zayıf olduğunu, bu süreçte destek göremediklerini ifade

etmişlerdir. Dolayısıyla görüşmelerden elde edilen bilgilerle, kullanılan metaforların birbirlerini desteklediği sonucuna ulaşılmıştır.

Aslında katılımcıların görüşmeler esnasında duygu ve düşüncelerini açıkça ifade edemediği durumlar olabilmektedir. Özellikle iç dünyalarında ya da zihinlerindeki gerçekliği açığa çıkarmak için metaforlar önemli bir yerde durmaktadır. Bu araştırmada metaforlar, aile sistemlerini anlamada destekleyici ve açıklayıcı olması amacıyla kullanılmıştır. Elde edilen sonuçlar doğrultusunda, aile üyeleri arasında özellikle babayla ilişkilerin güçlendirilmesi, iletişimin geliştirilmesinin tanılı bireylerin iyilik hali için gerekli ve önemli olduğu ifade edilmelidir. O nedenle planlanan müdahale programlarında ve tedavi süreçlerinde babanın rolünün ve desteğinin artırılmasına yönelik çalışmalar üzerinde durulmalıdır.

Ayrıca literatürde tanılı bireylerin metafor yöntem kullanılarak aile sistemlerinin incelendiği araştırmalara rastlanılmamıştır. Bu açıdan da bu araştırma bulgularının önemli ve değerli bir veri kaynağı olması açısından literatüre katkı sunacağı düşünülmektedir.

5.2. Tanı Sürecine İlişkin Deneyimler

Bu başlıkta katılımcıların tanı aldıktan sonraki süreçte yaşadığı çeşitli deneyimler tartışılmıştır. Burada atak dönemlerinde görülen belirtiler, yaşanan sorunlar, bir kadın olarak yaşanan deneyimler kodları tartışılmıştır.

Katılımcılar, depresif atak dönemlerinde, yorgun hissettiklerini, sürekli uyuma ve sürekli ağlama halinde olduklarını, özbakım ve günlük rutinlerini yerine getiremediklerini; manik atak dönemlerinde ise uykusuzluk yaşadıklarını, daha hareketli olduklarını, daha fazla para harcadıklarını, cinsel dürtülerde artış görüldüğünü, sanrılar gördüklerini belirtmişlerdir. Atak dönemlerinde, ruh hallerinde anlık değişimler yaşadıkları hem kendilerine hem de çevrelerine zarar verici davranışlarda buldukları ve intihar girişimine yöneldikleri görülmüştür. Literatüre bakıldığında, tanılı bireylerde oldukça sık rastlanan belirtiler olduğu bulgulanmıştır. Bipolar bozukluk tanılı bireylerin, manik ve depresif atak dönemlerinde genellikle benzer belirtileri yaşadıkları görülmektedir. Depresif belirtiler, enerji eksikliği, dış strese yatkınlık, uyku bozukluğu ve duygusal eksiklik gibi terimlerle karakterize edilirken manik belirtilerin, olumlu, heyecan verici, ekstra enerjik hissetme, yaratıcılığa sahip olma şeklinde deneyimlendiği aktarılmaktadır (Tjoflåt ve Ramvi,

2013,82-83). Maninin, cinsel sağlığı tehlikeye atabilecek risk alma davranışıyla ilişkili olduğu mevcut tanı kriterlerinde kabul edilmektedir (McCandless ve Sladen, 2003: 47). Tanılı kadınların eşleri, atak dönemlerinde eşlerinin evlilik dışı bir ilişkiye girdiklerinin farkında olduklarını ifade etmektedirler (Dore ve Romans, 2001: 153).

Tanılı bireylerin atak dönemlerinde gösterdikleri şiddet davranışlarının, eşleri ve aile üyeleri için endişe verici olduğu belirtilmektedir (Dore ve Romans, 2001: 147). Aile üyelerinin büyük bir çoğunluğunun şiddete maruz kaldığı ve aile içi şiddete ilişkin dikkate değer risk faktörleri arasında ilaçlara ve tedaviye uyumsuzluk olduğu yer almaktadır (Labrum, vd., 2021: 10).

Russell ve Moss, (2013: 394) tarafından yapılan bir meta-analiz çalışmasında, tanılı bireylerin mani dönemindeki deneyimlerine ilişkin olumlu ifadeler kullandığı belirtilmiştir. Bu araştırmadaki katılımcılar da benzer bir deneyimden bahsetmişlerdir. Birçok bipolar bozukluk hastası aynı zamanda intihar amaçlı olmayan kendine zarar verme davranışında da bulunmaktadır (Hu, vd., 2024: 1).

İntihar olaylarının büyük çoğunluğu, psikiyatrik hastalıklar arasında en başta depresyon ve bipolar bozuklukta görülmektedir (Yükseloğlu, vd., 2019: 20). İntihar, bipolar bozuklukta önde gelen ölüm nedenlerinden biri olmasından dolayı intihar riski bipolar bozuklukta genel popülasyona göre oldukça yüksek bulunmaktadır (Webb, vd., 2014: 3; Yatham, vd., 2018: 7; Dome, vd., 2019: 1). Klinisyenlerin intihar düşüncesi ve riskini sıklıkla izlemesi önemli görülmektedir. İntihar nedeniyle tamamlanmış ölümlere ilişkin meta-analizler, duygudurum bozukluklarında intihar nedeniyle ölme olasılığının majör depresyonda 8,62 kat, bipolar bozuklukta ise 8,66 kat daha yüksek olduğunu ve her iki durumda da erkeklerle karşılaştırıldığında kadınlarda intihar girişiminin daha yüksek olduğunu göstermektedir (Arnone, vd., 2024; Anona, vd., 2024: 3-5). Bipolar bozukluğu olan kişilerin yaklaşık %15 ila %20'si intihar nedeniyle ölmektedir (Nierenberg, vd., 2023) ve bunların yaklaşık yarısı yaşamları boyunca en az bir intihar girişiminde bulunmaktadır (Rihmer ve Dome, 2016:85). Özellikle depresif dönemlerin, intihar girişimi veya ölüm risklerinin daha da yüksek olduğu tehlikeli bir dönem olduğu ifade edilmektedir (Holma, vd, 2014). Erken dönemde yaşanan travmalar ve yaşam stresi, dürtüsellik, sosyal işlevsellik ve ilişkilerdeki zorluklar, ruh hali ile ilgili değişimler, umutsuzluk, sinirlilik ve saldırganlığın yanı sıra bir takım nörobilişsel süreçlerde düzensizlik veya bozulmalar, intihar girişiminde rol

oynayan birkaç önemli psikososyal faktör olarak tanımlanmıştır (Dempsey, vd., 2024: 16). Mengi ve Aygür (2018: 561) tarafından yapılan çalışmada, katılımcının aile içi çatışmalardan ve aile baskısından kurtulmak için intihar davranışı sergilediği aktarılmıştır.

Risk altındaki tüm hastalar, kriz zamanlarında uygulanabilecek baş etme stratejilerini ve destek kaynaklarını listeleyen yazılı bir güvenlik planı geliştirmeye ve paylaşmaya teşvik edilmelidir (Yatham, vd., 2018: 19). Ayrıca, akut intihar eğilimi olan hastalarda intihar için bariz araçlara erişimin ortadan kaldırılması esastır. Önleme stratejileri, hastaların yanı sıra akrabalarına ve arkadaşlarına da uyarı işaretlerini tanıyabilmeleri için psikoeğitim verilmesini (örneğin bilgilendirme broşürleri ve/veya sağlık personeli tarafından) içermektedir. İntihar davranışı konusunda dikkatli olunması, risk dönemlerinin ve tedaviye uyumun öneminin bilincinde olunması, izolasyondan kaçınılması ve acil durumlarda yardım çağırılması gerektiği belirtilmektedir (Dome, vd., 2019: 4).

Ayrıca katılımcılar, pandemi, doğal afet, ölüm, boşanma ve aile içi tartışmaların kendilerinde stres oluşturduğunu, bu olayların da hastalık belirtilerini ve ataklarını şiddetlendirdiğini ifade etmişlerdir.

Bu sebeplerden dolayı Bipolar bozukluk açısından yüksek risk altında olan depresyonlu bireyler, özellikle de ailede bipolar bozukluk öyküsü olanlar, manik veya karma belirtilerin ortaya çıkması açısından yakından izlenmelidir (Yatham, vd., 2018: 19).

Katılımcıların tanı sürecindeki yaşadıkları en önemli sorunun hastalıkla tanışma ve kabullenme olduğu görülmüştür. Katılımcılar, hastalığın başlangıç aşamalarında reddetme, isyan, üzüntü tepkisi gösterdiklerini, kendilerini suçladıkları daha sonra aile, yakın çevre ve profesyonellerin destekleriyle kabullenmeye başladıklarını ifade etmişlerdir. Bu da tanılı bireylerde en sık rastlanan durumlardan biri olarak bilinmektedir. Hastalıkla tanışma sürecinde halüsinasyonlar, sanrılar ve uykusuzluk davranışlarının yoğun olarak eşlik ettiği bildirilmiştir. Tanılandıktan sonra bir rahatlama hissettiklerini de eklemiştir. Tanı alma deneyimi çoğu katılımcı da hem kafa karışıklığı hem de rahatlama duyguları uyandırmaktadır. Öte yandan kendilerine ne olduğunu tam olarak anlayamadıkları veya verilen bilgiyi özümseyemedikleri için aile üyelerinin tedavi süreçlerine dahil edilmesi gerektiği belirtilmektedir (Vallarino,

vd., 2019: 131; Tjoflåt ve Ramvi, 2013: 86). Tanılı bireylerin, hastalıklarına ilişkin inkâr, öfke ve umutsuzluk duygularının, tedaviye uyumsuzluğa ve hastalığın tekrarlamasına yol açtığı, intihar eğilimi gibi diğer ciddi komplikasyonlarla birleştiği ifade edilmiştir (Pollack ve Aponte, 2001: 173). Russell ve Moss, (2013: 394) tarafından yapılan bir meta-analiz çalışmasında, başlarda hastalığın kabullenilmesinin zor olduğu, daha sonra hastalıkla uyumlu bir anlam oluşturma sürecine geçtikleri belirtilmiştir. Bazı tanılı bireyler, bu hastalığa ilişkin kendi beceriksizlikleri, ahlaki sorumluluk eksikliği ve mastürbasyon düşkünlüğü gibi ifadeleri kullanarak kendilerini suçlarken, bazılarının da bu hastalığın Tanrı'nın özel bir hediyesi olduğuna ve kendilerinin misyoner olarak seçildiğine inanarak kendilerini ya da başkalarını suçlamadıkları görülmüştür (Pollack ve Aponte, 2001: 174).

Tanılı bireylerin başlangıçta ilaçları bırakma eğiliminde olduğu bilinen bir gerçektir. Bu katılımcılarda da ilaç kullanımının düzensiz olması, hastalığın tetiklenmesine ve yaşam kalitesinin düşmesine neden olmuştur. O nedenle bu hastalarda ilaçları bırakıp tekrar başlama durumu genellikle görülmektedir. Tanı sürecinde bir diğer önemli konu da tanılı bireylerin ilaç kullanımı olmuştur. İlaçların düzenli kullanılmaması, hastalığın daha ağır ataklarla yeniden başlamasına sebep olmuştur (Karaköse, vd., 2024; 100). Bu durumun, tanılı bireylerin, hastalığı kabullenme, çalışma yaşamı ve sosyalleşme sürecini de olumsuz etkilediği görülmüştür. Bipolar bozukluk tanılı bireylerde tedaviye rağmen belirtilerin tekrarlaması, aile ve sosyal ilişkiler, öz bakım, günlük aktiviteler, iş yaşamı gibi alanlardaki işlevselliklerini farklı düzeylerde etkileyerek yeti yitimine neden olmaktadır (Uzun, vd., 2024: 1).

Bipolar bozukluğun toplum tarafından ne ölçüde damgalandığını ve bu bozukluğa sahip kişiler ve aileleri için içselleştirilmiş damgalanmanın boyutunun araştırılması konusunda literatürde eksiklik bulunduğunu belirten Ellison ve arkadaşları (2013: 805), Bipolar bozuklukta orta ila yüksek derecede içselleştirilmiş damgalanmanın olduğunu açıklamışlardır. Bu çalışmada katılımcılar da hastalıkları hakkındaki yanlış bilgiler ve önyargılar nedeniyle aile üyeleri ve yakın çevreleri tarafından damgalandıklarını, hastalıklarını gizlediklerini, yardım almaktan vaz geçtiklerini ve kendilerini toplumdan izole ettiklerini belirtmişlerdir. Bu damgalanma durumunun da onların aile içi işlevselliğini ve sosyalleşme deneyimini olumsuz etkilediğini ifade eden katılımcılar olmuştur. Bundan dolayı hiç arkadaşının olmadığını, kimseyle görüşmediğini, damgalanma nedeniyle sosyal ilişkilerinin sınırlandığını açıklamıştır.

Öte yandan katılımcıların bazıları, herhangi bir damgalanma yaşamadıklarını, sosyal çevrelerinden destek gördüklerini ve iletişimin devam ettiğini aktarmıştır. Katılımcılar, ailelerinin, kendilerine inanmadıklarını, hastalığın kendi tercihleri olduğunu, bilerek bu davranışları sergilediklerini ifade ettiklerini belirtmiştir. Literatürde de aile üyeleri arasında benzer yaklaşımları gösterenlerin olduğu görülmüştür. Tanılı bireylerin büyük bir çoğunluğu, çevrelerinden gelen damgalayıcı tutumlarla karşılaştıklarını, bu tutumların da onların yaşamlarına engel teşkil ettiğini ifade etmişlerdir (Tjoflåt ve Ramvi, 2013: 84-85). Aile üyelerinin ve bakım verenlerin büyük bir çoğunluğu, manik ve depresif davranışların, hastalığın bir parçası olduğuna ve hastalıktan kaynaklandığına inanırken daha azı, davranışın hastanın kontrolü altında olduğunu belirtmiştir (Dore ve Romans, 2001: 154). Tanılı bireylerin tanı aldıktan sonra arkadaş çevrelerinin azaldığı, arkadaşlarının onlardan uzaklaştığı, iş bulma konusunda zorluklar yaşayabildiği hatta çalışmakta oldukları işlerden çıkarıldığı belirtilmektedir (Karaköse, vd., 2024: 104). Ayrıca hastalığın belirtilerinin tanılı bireylerde damgalanma ve sosyalleşememe gibi sorunlara neden olduğu bilinmektedir (Azorin, vd., 2021: 3-4). Mengi ve Aygür (2018: 559), yaptıkları örnek olay incelemesinde, katılımcının tanı aldıktan sonra çevresinden uzaklaşarak içine kapandığı belirtmiştir. Damgalanma korkusu ve başkalarının buna bağlı olumsuz tepkileri nedeniyle “kişinin özgürlüğünün elinden alınması” ve velayet kaybı gibi durumları yaşadıklarında kendi kaderini tayin hakkının kaybolduğunu ifade etmektedirler. Bunun da kadınları "normal" görünmeye itmekte ve bu da hem resmi olmayan destek ağlarından hem de profesyonellerden destek aramanın önünde bir engel oluşturmaktadır. (Wittkowski, vd, 2014: 11-12).

Russell ve Moss, (2013: 395) tarafından yapılan bir meta-analiz çalışmasında, damgalanma deneyimlerinin, “normal değil”, “deli olarak görülmek veya korkulmak” şeklinde olduğu, bunun için tanılı bireyin kendisine “Marslı” metaforunu kullandığı belirtilmiştir. Bu araştırmada tanılı kadınlar, kendileri için “deli, tehlikeli” gibi etiketlerin kullanıldığını söylemişlerdir.

Katılımcıların hastalıkları hakkındaki bilgi düzeyleri, tedavi süreçlerini ve hastalıkla başa çıkma becerilerini olumlu etkilemektedir. Sağlık kuruluşları, uzmanlar, medya, sivil toplum kuruluşları ve kişisel deneyimler, bilgi edinme araçları olarak belirtilmiştir.

Katılımcıların hastalıkları ile ilgili olumsuz duygu ve düşüncelere sahip oldukları görülmüştür. Hastalıklarının hayatlarını sınırladığını, istediklerini yapamadığını, hayallerini gerçekleştirmelerine engel olduğunu, iş kaybına neden olduğunu, evlenme ve çocuk sahibi olmasını engellediğini dile getirmişlerdir. Tanılı bireyle yakın ilişki yaşayan partnerlerden bazıları, bipolar bozukluğun kalıtsal özelliğinin, çocuk sahibi olma kararlarını etkilemiş olabileceğini düşünmektedir (Dore ve Romans, 2001: 154). O nedenle de hem tanılı bireyler hem de partnerleri, hastalıklarının çocuklarında da görülme olasılığı nedeniyle çocuk sahibi olma konusunda kaygılar yaşamaktadır. Öte yandan tanılı kadınlar, hamile kalma konusunda çeşitli endişeler yaşamaktadır. Hastalığın tekrarlama riskinin artabileceği ve ilaç kullanımının durdurulacağı gerekçesiyle doktorlar tarafından çoğu zaman tavsiye edilmediği bildirilmektedir (Vallarino, vd., 2019: 133).

Russell ve Moss, (2013: 393) tarafından yapılan bir meta-analiz çalışmasında, bipolar bozukluğun, birçok hasta için yaşam boyu sürebilecek değişikliklere yol açtığı, ilişki, iş, aileyle ilgili önemli kayıplar yaşandığı, ilişkilerin bozulması, iş ve ekonomik durumun kaybı ve arkadaşlardan yabancılaşmaya neden olduğu, hastalıklarından dolayı kendileri ile ilgili olumsuz bakış açısına sahip oldukları, kendinden tikslenme, nefret etme, hoşlanmama gibi duyguları yaşadıkları da ifade edilmiştir.

Bu araştırmada katılımcıların hastalıklarına ilişkin düşünceleri hem görüşmelerden elde edilen anlatımlarla hem de metaforlar yoluyla öğrenilmek istenmiştir. Böylelikle hastalığın katılımcılar üzerindeki etkilerine dair derinlemesine bir anlayış oluşması sağlanmıştır. Katılımcıların büyük bir çoğunluğu, bipolar bozukluğu, olumsuz anlamlar taşıyan “ölüm, karanlık, uzay boşluğu, hava durumu, deniz, çarkıfelek” metaforları aracılığıyla tanımlamışlardır. Literatürle benzer şekilde çoğunlukla olumsuz metaforların kullanıldığı görülmüştür. Bipolar bozukluk metaforlarının incelendiği araştırmalar hakkında bir çalışma yapan Schoeneman, ve arkadaşları (2012: 191), Bipolar bozukluk için *yıkım, karanlık ve korku/terör* metaforları kullanıldığı, hem *yaratıcı hem de yok edici olarak* betimlendiği ifade edilmiştir. Russell ve Moss, (2013: 392) tarafından yapılan bir meta-analiz çalışmasında, katılımcıların, bipolar bozukluğu, belirsizlik, geleceğe ilişkin umutsuzluk, korkutucu bir kontrol kaybı, kasırga, hızlı kum, okyanus dalgaları olarak metaforlaştırdığı belirtilmektedir. Tanılı bireyler, bipolar bozukluk hakkında, “hayatın kesintiye

uğraması, stres, patlama, Güney ve Kuzey Kutbu ve kutupların ters dönmesi” şeklinde ifadeler kullanmışlardır (Pollack ve Aponte, 2001: 173).

Bipolar bozukluk tanısı alan bireylerin hastalıklarına ilişkin düşüncelerinin ifade edilmesine yönelik sosyal medya içeriklerinden elde edilen verilere dayanarak hazırlanan bir çalışmada tanılı bireylerin bipolar bozukluğu, “Hayat *dalgalar* halinde ilerliyor.”, “Sürekli kendimi geliştirmek istemek ile kendimi yok etmek istemek *arasında kalıyorum.*”, “Geçmiş travmamın beni *tanımlamasına* izin vermeyeceğim.” gibi cümlelerle tanımladıkları görülmüştür. Aslında bu ifadeler, tanılı bireylerin yaşadığı yaşamın bir dalga gibi ilerlediği, dalgaları, duyguları ve davranışlarının ruh halindeki değişimlerden dolayı hiçbir zaman tahmin edilemez olduğu bu nedenle bireyin çok farklı ve alışılmadık bir şekilde davranacağı ve farkında olmadan kendisine ve çevresindekilere zarar verebileceği şeklinde açıklanmıştır. Bu ifadelerden yola çıkılarak Bipolar Bozukluk “Roller Coaster” olarak metaforlaştırılmıştır. Bu hastalığın, hastanın ruh halinin, hız trenine binmeye benzer şekilde aşırı yüksekte aşırı düşük seviyelere kadar dalgalanmasına neden olduğu, bir anda gergin, endişeli duygular olurken bir anda bağırma, gülme, hatta ağlama duygularının ortaya çıkabildiği şeklinde ifade edilmiştir. Çünkü bu hastalar her zaman duygularını kontrol edemezler. Bu, ortaya çıkan manik ve depresif belirtiler açısından bipolar hastalığı olan kişilerin yaşamlarında tanık olunabilecek bir duruma örnektir (Sari ve Nirmala, 2022: 542).

Katılımcılar, aynı şekilde hastalıklarının yakın ilişkilerine dair olumsuz deneyimler yaşamalarına da sebep olduğunu dile getirmişlerdir. Duygusal dalgalanmalar nedeniyle bağlanma problemleri yaşadıklarını, partnerlerini aldattıklarını ve evlilik sorumlulukları hakkında kaygılı hissettiklerini belirtmişlerdir.

Tanılı pek çok birey, yakın ilişkiler deneyimlerinde, damgalanma, eş bulma ve aile kurma konusunda birçok zorlukla karşılaşacağını öngörmektedir. Bu nedenle katılımcılar, eş bulma ve aile kurma konusunda karar verme konusunda psikoeğitim, akran desteği müdahaleleri, başa çıkma stratejilerinin geliştirilmesi, evde tedavi müdahaleleri, iyileşmeye yönelik uygulamalara yönelik eğitim konularında ek destek ve müdahale ihtiyaçlarını dile getirmişlerdir (Dubreucq, vd., 2023: 1-5). Bipolar bozukluk tanısına sahip olduğunu açıklamanın partner ilişkilerine olumlu sonuçları olduğunu bildiren katılımcılar, partnerden araçsal ve duygusal anlamda daha fazla yardım alma, artan yakınlık, iletişim ve rahatlamış hissetme duygularını yaşadıklarını

belirtirken (Yoshimura ve Weber, 2024: 9), olumsuz sonuçlarla karşılaşan katılımcılar, bipolar bozukluğa sahip olmasından ya da manik ya da depresif bir durumdaki davranışlarından dolayı suçluluk, utanç ve mahcubiyet, ilişkide artan çatışma ve baskı, partnerin olumsuz etkileri gibi duygularını yaşadığını açıklamıştır (Yoshimura ve Weber, 2024: 11). Tanılı kadınlar, hastalıkları nedeniyle, belirgin ve yaygın olarak, yakın ilişkilerinde reddedilme ve ilişkinin tamamen sonlandırılacağı endişesi taşımaktadırlar (Yoshimura ve Weber, 2024: 8-11).

Katılımcılar, tanılı kadın olma deneyimine yönelik hem cinsiyetleri hem de hastalıklarından dolayı cinsel istismar, şiddet, toplumsal cinsiyet eşitsizliği, damgalanma ve ayrımcılık gibi birçok zorlukla mücadele etmek durumunda olduklarının üzerinde durmuşlardır. Bu durum onları iki kat daha fazla olumsuz etkilemektedir. Hem kadın olmaları nedeniyle hem de hastalıklarındaki ruhsal dalgalanmalardan dolayı risklere ve kötü muamelelere maruz kalma durumları çok daha yüksek olmaktadır. Bipolar bozukluğa ilişkin damgalama ve ayrımcılık, cinsiyet ve etnik kökene ilişkin ek eşitsizliklerle etkileşime girerek bazı kadınları iki kat dezavantajlı hale getirmektedir (Wittkowski, vd., 2014: 12).

Ayrıca yapılan bir araştırmada, ruh sağlığı hizmetlerinde cinsel sağlığın ve cinsel davranışların göz ardı edilmesinin halihazırda cinsel istismar riski altında olabilecek kadınların savunmasızlığını artırdığına dikkat çekilmektedir. Manik veya hipomanik ruh halinin doğası bazı durumlarda cinsel açıdan riskli davranışlarla ilişkilendirildiğinden, bipolar bozukluğu olan kişiler cinsel sağlık açısından özel bir dikkat gerektirmektedir. Bipolar bozukluğu olan kadınlar için ilişkili riskler arasında planlanmamış hamilelik tehdidi veya cinsel yolla bulaşan hastalıklar yer almaktadır. (McCandless ve Sladen, 2003: 42).

5.3. Sosyal Çalışma Açısından Gereksinimlerin Değerlendirilmesi

Bu başlıkta, araştırmanın Psikososyal gereksinimler ve Ekonomik Gereksinimler kodlarına ilişkin bulguları tartışılmıştır. Katılımcıların görüşmeler esnasında belirttikleri gereksinimler incelendiğinde, psikososyal ve ekonomik gereksinimler üzerinde yoğunlaşıldığı görülmüştür. Bu gereksinimler ele alınırken katılımcıların önerilerine de yer verilmiştir. Literatür taraması sonucunda tanılı bireylerin çoğunlukla benzer gereksinimleri belirttiği görülürken farklı gereksinimlere yer veren araştırmalardan da örnekler sunulmuştur.

Psikososyal gereksinimler kodu içerisinde, tedavi sürecinde yaşanan zorluklar, hastalığa ilişkin bilgi düzeyi, damgalanma ve sosyalleşme kodları birlikte tartışılmıştır.

Katılımcılar, tanı sürecinde ve sonrasında çeşitli gereksinimlerden bahsetmişler ve önerilerde de bulunmuşlardır.

Katılımcılar, hastalıkla başa çıkmada, zorluklarla mücadele etmede ve tedavi süreçlerinde sosyal destek sistemlerinin büyük bir rol oynadığını belirten katılımcılar için bakım verme rolü, duygusal destek ve iletişim ile ailelerin desteklenmesi ihtiyacının ön plana çıktığı görülmüştür. Tanılı kadınların, hastalıkla başa çıkma becerisinde duygusal destek sağlayabilecek güvenilir birine sahip olmanın sosyal destek arayışında önemli bir faktör olduğu belirtilmiştir (Wittkowski, vd., 2014: 10). Katılımcılar, aile üyelerinden görecekları ilgi ve desteğin, dini inanç sistemlerinin, sanatla ilgilenmenin, çalışabiliyor olmanın ve teknolojik desteğin, onların iyilik hallerinin sağlanması için önemli gereksinimlerden olduğunu ifade etmişlerdir. Tanılı bireylerin, stresten uzaklaşmak, çevreleriyle etkileşim halinde olmak için farklı aktivitelere yöneldiği görülmüştür (Karaköse, vd., 2024: 97).

Ayrıca katılımcılar, tedavi sürecinde birçok zorluk yaşadıklarını aktarmışlardır. Bunlardan en önemlisinin sürekli olarak doktor değişikliği yaşanması olduğu ifade edilmiştir. Bunun dışında muayene sürelerinin yetersizliği, doktorla yaşanan iletişim kopukluğu, randevu sorunları, tedavi maliyetlerinin yüksek olması olarak sıralanmıştır. Bu nedenle birçoğu TRSM'lerden yararlanmaya başlamışlardır. Katılımcıların çoğu, kamu hizmetlerinde psikolojik müdahalelere çok az erişimlerinin olduğunu; psikoterapi hizmeti alanların genellikle özel profesyonellere para ödediğini ifade etmektedirler (Vallarino, vd., 2019: 132). Bu araştırmada da katılımcılar benzer bir durumdan bahsetmişlerdir.

TRSM'den hizmet alan katılımcılar, bu merkezlerin kişisel iyileşme süreçlerinde önemli gereksinimlerden biri olduğundan bahsederek sayı, nitelik ve erişim kolaylığı açısından bu merkezlere yönelik bazı iyileştirmeler yapılmasını önermişlerdir. Aynı zamanda katılımcılar, TRSM'de hizmet veren ruh sağlığı çalışanlarının yaklaşımı ve psikososyal destek ve terapi hizmetlerine yönelik de olumlu geri bildirimlerde bulunmuşlardır. Onlar için profesyonellerden destek almak, hastalıklarıyla başa çıkmada önemlidir (Wittkowski, vd., 2014: 12). Tanılı bireyler için sağlık çalışanlarının özellikle de doktorların yaklaşımı oldukça önemli olduğu için güven

duyabilecekleri, yargılanmayacakları bir doktorla tedaviyi sürdürmek istemektedirler. Vallarino ve arkadaşları (2019: 133) tarafından yapılan araştırmada, Bipolar bozukluk tanılı bireyler, hastalık sürecinde oluşturulan destekleyici bir ilişkinin, ruh sağlığı uzmanlarına güvenmek için bir gereklilik olduğunu belirtmişlerdir. Doktorun yalnızca yetkin değil, aynı zamanda empatik ve yardıma hazır olması, doktor ve hasta arasında bir ittifakın kurulmasına katkı sağlamaktadır. Böylelikle tanılı bireyler, ilaçlardan veya diğer tedavilerden memnuniyetsizlik de dahil olmak üzere, hastalığın tüm yönlerini özgürce tartışabileceği bir atmosferin yaratılmasından da memnun olmaktadır. Katılımcılar, bu sebeplerden dolayı hastane ortamlarından ziyade TRSM'ye daha olumlu yaklaştıklarını ve tedavileri için TRSM'lere daha istekli geldiklerini belirtmişlerdir.

Öte yandan çocuğa sahip tanılı kadınlar, hamilelikte ilaç tedavisine ilişkin kararların bireysel olarak verilmesi gerektiğini belirterek, psikoterapi, destek grupları, uyku düzeni ve beslenme danışmanlığı gibi farmakolojik olmayan müdahalelerin de dikkate alınmasının önemini vurgulamışlardır (Vallarino, vd., 2019: 133). TRSM'ye devam eden katılımcılardan biri de hamile olduğu için ilaçlarını doktor kontrolünde ve kendi isteğiyle bıraktığını belirtmiştir. Bazı katılımcılar ise tıbbi tedaviden ziyade psikoterapinin kendilerini iyi hissetmelerini sağladığını aktarmışlardır. O nedenle ilaç tedavisinin yanı sıra psikososyal müdahalelerinde tedavi sürecinde göz önünde tutulması gerekmektedir. Tanılı bireylerin akut depresif ataklarında, hastalığın nüksetmesini önlemek ve bireyin ve ailenin yaşam kalitesini yeniden sağlamak için yardımcı psikososyal müdahalelerin yararlı olduğu bildirilmiştir (Murray, vd., 2017). Bunun da tanılı bireyler için önemli gereksinimlerden biri olduğu anlaşılmıştır.

Bu araştırmada katılımcılar, damgalama karşıtı ve toplumsal farkındalığı oluşturacak çalışmaların yapılmasına yönelik duydukları gereksinimi belirtmişlerdir. Hastalıklarına yönelik koruyucu-önleyici hizmetlerin artırılmasını, medya tarafından desteklenmesini ve aile üyelerine yönelik eğitim programlarının yapılmasını önermişlerdir. Burada da katılımcılar, kendi iyilik hallerinin sağlanması için öncelikle aile üyelerinin iyi olması gerektiğini söylemişlerdir. O nedenle, aile üyelerinin gereksinimlerinin değerlendirildiği araştırmalarda benzer gereksinimlere yer verildiği görülmüştür. Aile üyelerinin bireylere tam bir destek sağlayabilmesi için tanı ile ilgili bilgiye, psikososyal desteğe, ekonomik yardıma, anlayışa, iletişime ve dinlenebileceği boş zaman yaratılmasına da ihtiyaçlarının olduğu belirtilmiştir (Karaköse, vd., 2024:

104). Bipolar bozukluğun tedavi aşamasında, tanılı bireyleri ve aileleri desteklemede, aile terapisi ve dışavurumcu sanat terapileri (Webb, 2023: 12), psikoeğitim, bilişsel davranışçı terapi, kişilerarası ve sosyal ritim terapisi ve akran desteği müdahalelerinin, yardımcı tedaviler olarak önerildiği ifade edilmiştir (Yatham, vd., 2018: 9). Bu araştırmada katılımcılar, psikoeğitim ve psikoterapi ihtiyacı üzerinde durmuşlardır.

Bipolar bozukluğun ilişkiler ve aile dinamikleri üzerindeki etkisini tanımak ve anlamak, kapsamlı bakım ve destek sağlamak için çok önemlidir. Ruh sağlığı uzmanları, bu zorlukların üstesinden gelerek, daha sağlıklı başa çıkma stratejilerini teşvik edecek ve ilişkinin dayanıklılığını artıracak müdahaleleri uyarlayabilir. Ayrıca, açık iletişimi teşvik etmek ve destek sistemleri sağlamak, aile üyelerinin bipolar bozukluğu olan bireyin desteklemenin duygusal yükünü yönetmelerine yardımcı olabilir. Ayrıca aile üyeleri için psikolojik desteğin önemli bir ihtiyaç olduğu vurgulanmıştır (Karaköse, vd., 2024: 102)

Webb (2023: 8), bipolar bozukluğun karmaşıklığından dolayı aile içi iletişim kalıplarının, aile işlevselliğinin önemli ölçüde etkilendiğini ve aile üyelerinin kafa karışıklığı, hayal kırıklığı veya çaresizlik duygularını yaşayabildiğini belirtmiştir. Tanımlı bireylerin aileleri için aile eğitiminin ve desteğinin geliştirilmesine yönelik *“Ailelere Yönelik Psikoeğitim, Aile Destek Grupları, Açık İletişimin Teşvik Edilmesi, Tedavi Planlamasına Katılım, Damgalamayı Azaltmak ve Güçlendirme Sağlamak, Sağlıklı Sınırların ve Kişisel Bakımın Teşvik Edilmesi, Aile Terapisi Aramak”* olmak üzere baş etme stratejisi ve destek mekanizmaları açıklamıştır.

Ruh sağlığı uzmanları, bipolar bozukluğun ilişkilerdeki tezahürlerini anlayarak hem bipolar bozukluğu olan bireyler hem de aileleri için sıkıntıyı hafifletmek ve sağlıklı baş etme stratejilerini teşvik etmek için hedefe yönelik müdahaleler geliştirebilmektedirler. Uzmanlar tarafından sunulan psikoeğitim, farkındalık, başa çıkma becerileri eğitimi ve aile terapisini birleştiren bütünsel bir yaklaşımın, bireyler ve ailelerinin, hastalık sürecinin zorluklarıyla daha etkili bir şekilde başa çıkabilmesine yardımcı olduğu ortaya koyulmuştur (Webb, 2023: 12).

Katılımcılar, aynı tanıya sahip bireylerle bir araya gelerek deneyimlerini paylaşabileceği, sosyal etkinliklere katılabileceği, sosyalleşme ihtiyacına yönelik sosyal destek gruplarına ihtiyaç duyduklarını ve talep ettikleri şekilde sosyalleşmelerini sağlayan ortamların oluşturulmasını önermişlerdir. Bu destek

gruplarının iyileşme sürecinde önemli bir fırsat olduğunu da vurgulamışlardır. Buna ilişkin literatür incelendiğinde, tanıli bireylerin buna yönelik daha yoğun bir gereksinim bildirdiği görülmüştür. Aynı şekilde yapılan araştırmalarda da tanıli bireyler, destekleyici bağlamda kişisel deneyim alışverişi yapabilecekleri bir olanağın sağlanmasının onlar için olumlu bir faktör olduğunu ifade etmişlerdir. Aynı zamanda hastalığın farklı aşamalarında olan tanıli bireylerle bir grup oluşturabilmenin olumlu yönünün altını çizerek bireysel veya grup formatında akran desteğine ve psikolojik müdahalelere erişimin sağlanmasının gerektiğini de öne sürmüşlerdir. Bunun yanı sıra aynı tanıya sahip diğer insanlarla tanışmanın onların kendilerini temsil etmesi, bir dayanışma duygusu sunması ve damgalamayı ortadan kaldırması açısından önemli gereksinimler arasında olduğu dile getirilmiştir. Bunların dışında tanıli bireylerin tercihlerine ve algılanan ihtiyaçlarına saygı duyan ve karar alma süreçlerine aktif katılım sunan kişi merkezli bir organizasyon kültürünün oluşturulması gereksinimi üzerinde de durulmuştur (Vallarino, vd., 2019: 132-135). Tanılı kadınlar, kendileri gibi benzer deneyimlere sahip olan insanların, hastalıklarını daha iyi anlayacağına, olumsuz tepki verme olasılıklarının daha düşük olacağına ve normalleştirici açıklamalar sunabileceklerine inanadıkları için onlardan destek aramanın daha faydalı olduğuna dair görüş bildirmişlerdir (Wittkowski, vd., 2014: 10).

Tanıli anneler, atak dönemlerinde ebeveynlik becerilerinin yeterli olmadığını ve bu becerilerinin geliştirilmesine ihtiyaç duyduklarını ifade etmişlerdir. Bipolar bozukluk tanıli ebeveynlere ve çocuklarına etkili bir şekilde nasıl destek verileceği hakkında çok az şey bildiğini belirten David ve arkadaşları (2011: 137) da tanıli kadınların, psikiyatrik ve davranışsal olarak uzmanlardan yeterli destek almadan ebeveynlik yaptıklarını bu nedenle de tanıli kadınlara yönelik destekli ebeveynlik girişimleri geliştirme ihtiyacının karşılanması gerektiğini açıklamaktadır. Kendi hastalığı ile uğraşan ebeveynlerin bakış açısından ebeveynliğe dair bir fikir sunan araştırmada, destek sistemlerinin etkinleştirilmesi gerektiği belirtilmiştir. Erken değerlendirmenin, zorlukların ve olasılıkların belirlenmesine yardımcı olan tüm aile için öngörülebilirlik ve güvenlik yaratacak bir aile destek planının hazırlanmasının hayati önem taşıdığı üzerinde durulmuştur. Ayrıca sağlık çalışanlarının ve sosyal çalışmacıların, tanıli ebeveynlerle yaptıkları ilk görüşmeden itibaren diyalog için önyargı olmadan, ebeveynin kendi deneyimini keşfetmesine olanak sağlayan açık ve olumlu bir ortam yaratması gerektiği ifade edilmiştir (Tjoflåt ve Ramvi, 2013: 92). Tanılı annelerin,

bakım verme rollerini başarıyla yönetmelerini desteklemenin bir halk sağlığı önceliği olarak kabul eden Harries ve arkadaşları (2023: 303), bu önceliği karşılamak, etkili ve kabul edilebilir müdahaleler geliştirmek için ebeveynlerin deneyimlerinin ve destek ihtiyaçlarının anlaşılmasının zorunlu olduğunu ifade etmişlerdir. Bu kapsamda, tanıli annelerin, ebeveynlik kapasitesini artırmak ve aile içi ilişkilerini desteklemek için sağlık çalışanları, sosyal çalışmacılar ve aile üyeleri tarafından eğitim, danışmanlık, sosyal destek, terapötik müdahalelerle bütüncül bir yaklaşımın benimsenerek annelerin başa çıkma becerilerinin geliştirilmesi gerektiği görülmüştür.

Bu araştırmada psikososyal gereksinimler bağlamında yukarıda yer alan bulgular elde edilmişken literatürde yapılan araştırmalara ilişkin çeşitli sonuçlara da yer verilmiştir.

Tanıli annelerin gereksinimlerinin incelendiği bir araştırmada, anneler, ataklar nedeniyle oluşan kriz durumlarında acil yardıma ihtiyaç duyduklarını belirtmişlerdir. Bu dönemlerde bazı hizmetlerin her zaman mevcut olmasını istemektedirler. Özellikle doktorlarına ulaşamadıkları saatlerde bir kriz hattı aramasına ihtiyaç duyulduğu vurgulanmıştır. Bununla birlikte tanıli anneler, sadece çocuklara yönelik bir kriz hattı ve kriz kreşleri istediklerini ifade etmişlerdir. Bu hizmetlerin tanıli ebeveynlerin çocukları için çok önemli olduğunu, ebeveynlerin atak dönemlerinde bu kreşlerin çocukların bakımı için kullanılmasının gerektiğine dikkat çekmişlerdir (Venkataraman ve Ackerson, 2008: 404). Başka bir araştırmada ise birkaç kez hastaneye yatış deneyimi yaşayan tanıli bireyler, 24 saatlik kriz hizmetlerinin, hastalığın nüksetmesine ilişkin erken uyarı işaretlerinin yönetilmesine ve manik dönemlerin başlamasının önlenmesine yardımcı olabildiğini aktarmışlardır (Vallarino, vd., 2019: 134).

Sonuç olarak, bu araştırmadaki katılımcılardan farklı olarak literatürde, tanıli bireylerin, kriz hattı, kriz kreşi, akran deneyimi desteği, beslenme danışmanlığı gibi çeşitli gereksinimlere yönelik taleplerde buldukları görülmüştür.

Tanıli bireyler, önemli temel ihtiyaçları olarak işe dönüş ve aile yaşantısına sahip olmayı ifade etmişlerdir (Drisya, vd. 2019, 453). O nedenle ekonomik gereksinimler de tanıli bireyler için önem arz etmektedir.

Ekonomik gereksinimler kodu içerisinde, ekonomik sorunlar ve çalışma yaşamına ilişkin deneyimler kodları birlikte tartışılmıştır.

Katılımcılar, hastalıklarından dolayı düzenli bir işte çalışmadıklarını, iş bulma konusunda zorluklar yaşadıklarını, gelirleri olmadığı için ailelerine bağımlı hale

geldiklerini belirtmişlerdir. Bu nedenle ekonomik desteğe, ücretsiz terapi hizmetlerine, tedavi ve ilaçlara kolayca erişim imkanına gereksinim duyduklarını aktarmışlardır. Ayrıca özel durumlarından dolayı esnek çalışma saatlerine, uzaktan çalışma imkanlarına, özel haklar ve güvencelere ihtiyaç duyduklarını belirterek çalışma yaşamlarında onların ihtiyaçları da göz önünde bulundurularak iyileştirmelerin yapılmasını önermişlerdir. Tanılı bireylerin, hastalığın başlangıcından bu yana gelirlerinde bir azalma olduğu, mali durumlarını yönetmekte zorluk çektikleri ve aile üyelerinin o zamanlarda hastanın mali durumuyla ilgili önemli bir sorumluluk üstlendiği ve bu mali desteğin sıklıkla hasta iyileştiğinde de devam etmesi gerektiği belirtilmektedir (Dore ve Romans, 2001: 152). Uzun vadeli sonuçların iyileştirilmesi için ailelerin sosyal güvenlik araçlarıyla ekonomik açıdan desteklenmesi özellikle önemlidir (Drisya, vd. 2019, 453).

Tanılı bireyler, reçeteli ilaçların, uykusuzluğa, aşırı uyku sorunlarına, dikkat eksikliğine, hafıza sorunlarına, işe devamsızlığa ve iş temposunun yavaşlamasına neden olduğunu belirtmektedir. Bu nedenle sık sık ara vermek ve kendilerini iyi hissetmedikleri takdirde izin almak, esnek çalışma programları ile iş güvenliğine sahip olmak istemektedirler (Özer, vd., 2024: 17; Fan, vd., 2019: 548).

Tanılı bireylerin çalışma deneyimlerine ilişkin neye ihtiyaç duydukları hakkında çok fazla bilgi bulunmamaktadır. Ancak bipolar bozukluğu olan bireylerin iş ortamlarında sadece meslektaşları tarafından değil aynı zamanda şirket sahipleri tarafından da hastalıklarındaki ruhsal dalgalanmalar nedeniyle damgalandıkları, ayrımcılığa uğradıkları, zorbalığa ve önyargıya maruz kaldıkları belirtilmektedir (Özer, vd., 2024: 17-18).

Yapılan bir araştırmada, tam veya yarı zamanlı çalışan tanılı bireylerin, çalışmayı yalnızca finansal kazanç ve ekonomik bağımsızlık açısından değil, aynı zamanda sosyal katılım, refah ve ruh hali istikrarı açısından da avantajlara sahip koruyucu bir faktör olarak tanımladığı ifade edilmektedir. Tanılı bireylerin iş sahibi olmalarına ve sürdürmelerine yardımcı olan müdahalelere de önem verilmesi gerektiği belirtilmiştir (Vallarino, vd., 2019: 133-135).

SONUÇ VE ÖNERİLER

Araştırmanın bu bölümünde araştırma kapsamında elde edilen sonuçlara ve önerilere yer verilmiştir.

Sonuç

Bipolar bozukluk tanısı alan kadınların aile sisteminin incelenmesini ve gereksinimlerinin sosyal çalışma açısından değerlendirilmesini amaçlayan bu araştırmada aşağıdaki sonuçlara ulaşılmıştır. Sonuçların daha iyi anlaşılabilmesi için temalar özelinde ayrı ayrı başlıklandırılması yapılmıştır.

Aile Sistemlerine İlişkin Sonuçlar

Araştırmanın alt sorularından biri olarak “*Bipolar bozukluk tanısı almış kadınların yaşam deneyimleri, aile sistemlerini nasıl etkilemektedir?*” sorusuna cevap aranmıştır. Buradan hareketle, katılımcıların tanı alma sürecindeki yaşam deneyimlerinin, eş, çocuk ve diğer aile üyeleri ile ilişkilerine ve aile sistemlerindeki değişimlerin neler olduğuna dair sonuçlar elde edilmiştir.

Öncelikli olarak eş alt sistemi ile ilgili ulaşılan sonuçlara göre, tanı öncesi ve sonrası süreçte atak dönemlerindeki belirtiler nedeniyle tanılı kadınların çoğunluğunun eşleri ile ilişkilerinin zayıf olduğu, bekledikleri ilgi ve desteği çoğu zaman göremedikleri sonucuna ulaşılmıştır. Hastalık nedeniyle eşinden boşanan ve çocuklarının velayetini alamayan kadınların da olduğu görülmüştür.

Ebeveyn alt sistemi ile ilgili sonuçlara bakıldığında, burada karşılıklı bir etkileşim ve ilişkisellik sürecinin olduğu tespit edilmiştir. Bu deneyimin hem ebeveyn hem de çocuk açısından etkileri olmuştur. Tanılı bir ebeveyn olma deneyimi kapsamında kadınların, atak dönemlerinde, annelik rolünü yeterince yerine getiremediği, kendileri ve çocukları için bir bakım verene ihtiyaç duyduğu, sorumluluklar bakımından anne-çocuk rollerinde karışıklıkların yaşandığı, anne-çocuk ilişkisinin ve iletişiminin olumsuz etkilendiği bu sebeple kadınların suçluluk hissettikleri sonucuna ulaşılmıştır. Tanılı bir ebeveyne sahip olma deneyimi olarak incelendiğinde ise çocuklar için farklı sonuçların ortaya çıktığı görülmüştür. Çocukların bazılarında birtakım gelişimsel gerilemelerin olduğu, akademik başarılarında düşüşlerin olduğu, duygusal ve davranışsal problemler yaşadığı, annelerinin hastalığı nedeniyle damgalanmaya çok

açık olduğu görülmüştür. Genel olarak ise çocukların genetik başta olmak üzere birçok risk faktörü ile karşı karşıya olduğu sonucu bulunmuştur.

Diğer aile üyeleri ile ilgili sonuçlar ise tanılı kadınların aile üyelerinin hastalığı kabul etmede dirençli olduklarını, hastalık belirtileri nedeniyle kişisel tercih ya da tembellik olarak görüldüğünü, bu nedenle kadınların açıkça suçlandığı ve damgalandığı, tedavi için kısmen bilim dışı inançlara yönelme olduğunu, bu süreçte destek olan ve ilgi gösteren aile üyeleri olduğu kadar tam tersi davranan, uzaklaşan ve dışlayan, destek göstermeyen aile üyelerinin de olduğunu göstermiştir.

Aile sistemine ilişkin bir sonuca varmak gerekirse, kadınların hastalık deneyimlerinin çoğunlukla aile sistemleri, aile ilişkileri, aile uyumu ve işlevselliği üzerinde olumsuz etkiler yarattığı ifade edilebilir.

Tanı Sürecine İlişkin Deneyimlere ait Sonuçlar

Araştırmanın alt sorularından biri olarak “*Bipolar bozukluk tanısı alan kadınların yaşam deneyimleri sorunlarını ve yaşamlarını nasıl etkilemektedir?*” sorusuna cevap aranmıştır. Buradan hareketle, burada atak dönemlerinde görülen belirtiler, yaşanan sorunlar ve bir kadın olarak deneyimlere ait sonuçlara yer verilmiştir.

Kadınların, depresif atak dönemlerinde, yorgunluk, aşırı uyku hali, özbakım ve günlük rutinlerini yerine getirmede yetersizlik yaşadıkları; mani döneminin ise bunların tam zıttı olacak şekilde aşırı enerji, neşe, hareketlilik, duygu, davranış ve dürtülerde artışlar, para harcamada aşırılıklar, sanrılar görme şeklinde gerçekleştiği sonucuna varılmıştır. Bununla birlikte kendine ve çevresine zarar verici davranışlarda bulunma ve intihar girişiminin görüldüğü de tespit edilmiştir.

Tanılı kadınların hastalıkları sebebiyle çeşitli sorunlar yaşadıkları da görülmüştür. Pandemi, doğal afet, ölüm, boşanma ve aile içi tartışmalar gibi stresli yaşam olaylarının hastalığın belirtilerini ve ataklarını çok fazla etkilediği, hastalığın ret, inkar gibi aşamalardan sonra kabul edilebildiği, kadınların bunun için kendini suçladığı, ilaçları bırakma eğiliminde oldukları, aile, yakın çevre ve toplum tarafından damgalanma yaşadıkları, hastalıkları ile ilgili olumsuz duygu ve düşüncelere sahip oldukları, hastalığın kendileri ve ailelerinin yaşamlarında kalıcı ve olumsuz değişimlere yol açtığı, ilişki, aile, evlilik, çocuk sahibi olma, iş, gelir konularında büyük kayıplar yaşadıkları ve kaygılar hissettikleri, geleceğe dair umutsuz düşüncelerinin olduğu ve hayallerini gerçekleştiremedikleri sonuçlarına ulaşılmıştır.

Tanılı bir kadın olarak deneyimlerine ilişkin sonuçlar, kadınların hem cinsiyetleri hem de hastalıklarından dolayı özel ve kamusal alanda daha fazla toplumsal cinsiyet eşitsizliği, cinsel istismar, şiddet, kötü muamele, damgalanma, ayrımcılık gibi birçok zorlukla mücadele etmek durumunda olduğu ve eğitim, sağlık ve çalışma hizmetlerine erişimde ve sosyal destek alma konusunda da hak ihlalleri yaşadığı, kaynak ve fırsatlarla yeterince buluşamadığı tespit edilmiştir. Bunlar da tanılı bir kadın olma deneyiminin bireyde travma ve olumsuzluklar yarattığını, birtakım riskleri iki kat daha fazla yaşama durumunun oluştuğunu göstermektedir.

Gereksinimlere İlişkin Sonuçlar

Araştırmanın alt sorularından biri olarak “*Bipolar bozukluk tanısı alan kadınların gereksinimleri nelerdir?*” sorusuna cevap aranmıştır. Buradan hareketle, burada tanılı kadınların hastalık sürecindeki gereksinimlerine ilişkin sonuçlar paylaşılmıştır. Katılımcıların ifadelerinden yola çıkılarak gereksinimler psikososyal ve ekonomik olmak üzere iki başlık altında toplanmıştır. Katılımcıların bu gereksinimlerini ifade ederken kaynak, fırsat ve hizmetlere erişimde yaşadıkları zorlukları ve yetersizliklere de atıfta buldukları görülmüştür. Aslında olması gereken veya olmasını istedikleri, eksikliğini hissettikleri, yaşam kalitelerini artırmaya ve iyilik hallerini geliştirmeye destek olacak ihtiyaçlarını da görünür hale getirmişlerdir. Katılımcıların üzerinde durduğu her bir gereksinim ayrıca katılımcıların önerileri olarak da değerlendirilmiştir.

Psikososyal gereksinimler, TRSM hizmetlerinin iyileştirilmesi, sosyal destek sistemlerinin işlevselleştirilmesi, sosyalleşmeyi sağlayan ortamların oluşturulması, damgalama karşıtı/farkındalık çalışmalarının yapılması ve iyilik halinin desteklenmesi şeklinde oluşmuştur.

Katılımcılar, atak dönemlerinde aile üyeleri tarafından bakım verilmesine ve duygusal destek ve iletişim sağlanmasına, hastane ortamlarının ve koşullarının iyileştirilmesine, TRSM'lerin sayılarının artmasına ve daha kolay erişilebilir olmasına, hastane randevu sistemlerinin düzenlenmesine, tedavilerde doktor devamlılığının sağlanmasına, psikoterapi hizmetlerinin kendileri için ücretsiz verilmesine, ailelerinin hastalık süreci ile ilgili bilgilendirilmesine, eğitimler, seminerler yapılmasına, dini inanç sistemleri, sanat ve teknoloji alanlarında destekleyici çalışmaların yapılmasına, kendilerinin ve ailelerinin hastalıkla baş etme konusunda güçlendirilmesine, ilaç tedavisinin yanı sıra psikoterapi tedavisinin de daha fazla yapılmasına, ruh sağlığı uzmanlarından

tarafından destek, ilgi, anlayış gösterilmesine, damgalama karşıtı, toplumsal bilinçlenmeyi ve farkındalığı artıracak çalışmalar ve pskoeğitimlerle aile ve toplumla ilişkilerin geliştirilmesine yönelik profesyonel desteğin sağlanmasına, sosyalleşmeye, aynı tanıya sahip bireylerle deneyim paylaşımına, sosyal aktivitelere katılıma, ebeveynlik becerileri ile ilgili danışmanlık verilmesine ihtiyaç duyduklarına dair birçok sonuca ulaşılmıştır.

Ekonomik gereksinimler ise çalışma yaşamının iyileştirilmesi, ekonomik desteklerin artması, tedaviye ve ilaçlara erişimin kolaylaştırılması şeklinde belirlenmiştir.

Katılımcılar, kendileri için esnek çalışma modellerinin geliştirilmesine, uzaktan çalışma sisteminin uygulanmasına, ihtiyaçlarına göre çalışma saatlerinin planlanmasına, işe alımlarda kolaylıklar sağlanmasına, gelirlerini kendilerinin kazanmaları için fırsatlar verilmesine, bağımsız ve özgür bir yaşam becerisine sahip olunmasına, ekonomik yardım ve Bipolar bozukluk için maaş desteği verilmesine, ücretsiz terapi hizmetleri sağlanmasına, tedavi ve ilaçlara daha ucuz şekilde ve kolayca erişim imkanı oluşturulmasına, çalışma ortamlarında daha hassas iş sağlığı ve güvenliği hizmetlerinin sağlanmasına, özel durumlarından dolayı özel hak ve izinler verilmesine, iş ortamında mobbing ve damgalamanın engellenmesine yönelik tedbirler alınmasına ihtiyaçlarının olduğuna dair bilgilere ulaşılmıştır.

Katılımcıların bu ihtiyaçlarına dikkat çekmek oldukça önemlidir. Birçoğu literatürde yer almasına rağmen değişen ve dönüşen yaşam koşullarında tanılı kadınların ihtiyaçlarının da değişebileceği düşünülmektedir. Bu nedenle bipolar bozukluk tanılı bireylere yönelik psikososyal ve ekonomik alanlarda yapılacak iyileştirmeler için hizmetler ve politikaların planlanması açısından gereksinimlerini ve önerilerini onların ifadelerinden öğrenmek ve göz önünde bulundurmak büyük bir önem ve değer taşımaktadır.

Metafor Değerlendirmelere İlişkin Sonuçlar

Bu araştırmada katılımcıların anne, baba, kardeş, eş, çocuk (evlat), aile ve bipolar bozukluk kavramlarına ilişkin metafor sonuçları da bulunmaktadır.

Katılımcıların, anne, kardeş, evlat ve aile kavramlarına ilişkin daha olumlu metaforlar kullandığı sonucu ile karşılaşılmıştır. Anne kavramı için, sadakat, mutluluk, güneş, köprü, ağaç, emek; kardeş kavramı için, çiçek, güç, kalp, dünya; evlat kavramı için,

güneş, melek, kalp, hediye; aile kavramı için güç, ağaç, güven, çınar metaforları tercih edilmiştir.

Bununla birlikte eş, baba ve bipolar bozukluk kavramları için olumsuz metaforların daha fazla üretildiği görülmüştür. Eş kavramı için, maymun, öküz, baskı, bela; baba kavramı için, kırmızı, kör kuyu, boşluk, duvar; bipolar bozukluk içinse çarkıfelek, hava durumu, karanlık, uzay boşluğu ve ölüm metaforları kullanılmıştır.

Metaforlar, katılımcıların zihin dünyalarında bu kavramların tezahürünü görebilmek ve anlayabilmek için önemli araçlardır. Bazen görüşmelerde sözcüklerle ifade edilemeyen duygu ve düşünceler, metaforlar aracılığıyla kavramlarla açığa çıkabilmektedir. Bu araştırmada elde edilen metafor sonuçlarının, literatürde değerli bir veri kaynağı oluşturması beklenmektedir.

Araştırma sonuçları göz önüne alındığında, bipolar bozukluğun kadınların yaşamında birçok sistemi etkilediği ve aynı zamanda birçok faktörden de etkilendiği görülmüştür. Sistemik bakış açısıyla ele alınan bu araştırmada bipolar bozukluk deneyiminin kadının aile sistemini, etkileşimlerini ve ilişkilerini, sorunlarını, yaşam kalitesini, becerilerini, iyilik halini nasıl etkilediği ve aynı zamanda nasıl etkilendiği de gerçek yaşam hikayeleriyle sunulmaya ve açıklanmaya çalışılmıştır. Bu sonuçlardan hareketle, tanılı kadını, ailesi, sosyal çevresi, özel ve kamusal alanda var oluşuyla bütüncül bir bakış açısı çerçevesinde değerlendirmenin gerekli olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Bu sonuçlar ile tanılı bireylere sunulan sınırlı hak ve hizmetlerin yeterli gelmediği, hastalıklarına özgü özel gereksinimlerinin göz önünde bulundurularak iyileştirmelerin yapılması, tıbbi, psikolojik, sosyal ve ekonomik alanlarda fırsat, kaynak ve sosyal hizmetlerin çeşitliliğinin ve tam erişilebilirliğinin sağlanması, damgalamanın önlenmesi için toplumsal farkındalığa öncelik verilmesi, bireylerin ve aile üyelerinin desteklenmesi, güçlendirilmesi, politika ve hizmetlerin oluşturulmasında daha duyarlı hareket edilmesi gerektiği gösterilmiştir.

Öneriler

Bu başlıkta araştırma sürecinde yaşanan deneyimlerden yola çıkılarak araştırmacılara ve politika yapıcılara/uygulayıcılara yönelik çeşitli önerilere yer verilmiştir.

- Bipolar bozuklukla yaşayan bireylerin toplumsal, psikolojik ve ekonomik olarak daha aktif ve bağımsız bireyler olabilmesi için destekleyici politikalar geliştirilebilir.
- Bipolar bozukluk tanılı bireyler ve bakım verenleri için acil yardım desteği verebilecek bir telefon hattı ya da uygulaması geliştirilebilir.
- Bipolar bozukluk tanılı bireylerin atak dönemlerinde krize müdahale şeklinde hizmet verebilecek Bipolar bozukluk bakım merkezi modeli oluşturulabilir.
- Bipolar bozukluk tanılı ebeveynlerin atak dönemlerinde çocuklarının bakımının aksamaması için çocukların hizmet alabileceği bir kriz kreşi yapılabilir.
- Endüstriyel sosyal hizmet uygulaması kapsamında iş yerlerinde bipolar bozukluk tanılı çalışanlar için terapi seansları, stres yönetimi atölyeleri, krize müdahale hizmetleri gibi psikolojik destek programlarının oluşturulmasının yanı sıra hem çalışanların hem de işverenlerin farkındalığının gelişmesi ve empati kurabilmesi için bipolar bozukluk hakkında eğitimler düzenlenebilir.
- Bipolar bozukluğun neden olduğu aşırı ve kontrolsüz harcama dönemleri için özel acil durum fonları oluşturulabilir ve ekonomik kayıpları azaltmaya yönelik mali danışmanlık ve bütçe yönetimi eğitimleri verilebilir.
- Okul sosyal hizmeti uygulaması kapsamında çeşitli çalışmalar yapılabilir. Risk grubundaki öğrencilere yönelik bipolar bozuklukla ilgili tanılama için tarama ve kontroller yapılabilir. Bununla birlikte ruh sağlığı uzmanları tarafından bipolar bozukluk ve diğer psikiyatrik hastalıklarla ilgili öğrencilere, okul yönetimine ve ailelere yönelik bilgilendirici ve farkındalığı sağlayan eğitimler ve seminerler verilebilir.
- Bipolar bozukluk tanısına yönelik koruyucu-önleyici ruh sağlığı hizmetleri ve sosyal hizmetler geliştirilmelidir.

KAYNAKÇA

- Akarsu, S., vd. (2012). Bipolar Bozuklukta Cinsiyete Göre Klinik ve Sosyodemografik Özelliklerin Karşılaştırılması. *Gülhane Tıp Dergisi*, 54: 279-283.
- Akçay, S. (2016). *Ruh sağlığı ve erkeklik: hegemonik erkeklik bağlamında ruhsal hastalığı olan erkeklerin yaşam deneyimlerini anlamak* (Yayınlanmamış Doktora Tezi). Hacettepe Üniversitesi, Ankara.
- Akün, E. (2013). Yapısal Aile Sistemleri Kuramı Bağlamında Ergenlik Döneminde Aile Yapısı ve Ergenlik Dönemi Sorunları. *Ankara Üniversitesi Dil ve Tarih-Coğrafya Fakültesi Dergisi*, 53(1): 85-116.
- Al-Worafi, Y.M. (2024). Bipolar Disorder Management in Developing Countries. In: *Handbook of Medical and Health Sciences in Developing Countries*, Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-030-74786-2_46-1
- American Psychological Association (APA). (2021). What Is Bipolar Disorder? <https://www.psychiatry.org/patients-families/bipolar-disorders/what-are-bipolar-disorders> [13.12.2021].
- Amerikan Psikiyatri Birliği. (2013). Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, Beşinci Baskı (DSM-5). E. Köroğlu (Çev.), *Tanı Ölçütleri Başvuru Elkitabı*, Ankara: Hekimler Yayın Birliği.
- Anona, K., vd. (2024). Co-Occurrence of Bipolar Disorder and Personality Disorders in the United States: Prevalence, Suicidality and the Impact of Substance Abuse. *Journal of Affective Disorders*, 345: 1-7. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2023.10.087>
- Arguvanlı, S. (2018). Bipolar Bozukluğu Olan Bireyler ve Aileleri. *Türkiye Klinikleri J Psychiatr Nurs-Special Topics*, 4(1): 48-53.
- Arnold, L.M. (2003). Gender Differences in Bipolar Disorder. *Psychiatr Clin North Am*, 26: 595-620.
- Arnone, D., vd. (2024). Risk of Suicidal Behavior in Patients with Major Depression and Bipolar Disorder – A Systematic Review and Meta-Analysis of Registry-Based Studies. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 159, 105594. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2024.105594>

- Azarin, J., Lefrere, A., ve Belzeaux, R. (2021). The Impact of Bipolar Disorder on Couple Functioning: Implications for Care and Treatment. A Systematic Review. *Medicina*, 57. <https://doi.org/10.3390/medicina57080771>
- Baki, P. (2021). *Bipolar bozuklukta otomatik mani değerlendirmesi için çokkipli bir yaklaşım* (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Boğaziçi Üniversitesi, İstanbul.
- Balaban, Ö., vd. (2016). Bipolar I Bozukluk Hastalarının Bakımverenlerinde Yaşam Kalitesi Yük ve Sosyal Destekle İlişkili mi? *Klinik Psikiyatri*, 19: 15-26. 10.5505/kpd.2016.97269
- Barak Özer, A., vd. (2021). Bir Toplum Ruh Sağlığı Merkezinde İzlenen Olguların Sosyodemografik ve Klinik Özelliklerinin Değerlendirilmesi. *Kocaeli Med J.*, 10(3): 184-192.
- Barnes, M. & Bowl, R. (2001). *Taking Over the Asylum: Empowerment and Mental Health*. New York: Palgrave Publishing.
- Baş, A. (2019). *Bipolar bozukluk hastalığının fonksiyonel MR görüntüleri ile analizi* (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Erciyes Üniversitesi, Kayseri.
- Başar, F. (2017). Toplumsal Cinsiyet Eşitsizliği: Kadın Sağlığına Etkisi. *ACU Sağlık Bil Derg*, (3): 131-137.
- Baykara Acar, Y., & Acar, H. (2002). Sistem Kuramı-Ekolojik Sistem Kuramı ve Sosyal Hizmet: Temel Kavramlar ve Farklılıklar. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 13(1): 29-35.
- Baytunca, M.B., Aydın, R. ve Eremiş, S. (2014). Bipolar Bozukluğun Genetik Alt Yapısı. *The Journal of Pediatric Research*, 1(2): 49-53.
- Becker, M.A., Levin, B.L. ve Hanson, A.R.M. (2010). Public Health and Women's Mental Health. Levin, B.L., Becker, M.A (Eds.), In: *A Public Health Perspective of Women's Mental Health*, Springer.
- Bekiroğlu, S. & Demiröz, F. (2020). Toplum Ruh Sağlığı Merkezlerinden Hizmet Alan Ağır Ruhsal Hastalığa Sahip Bireylerin Sosyal İşlevselliğinin İncelenmesi. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 31(3): 1053- 1079.
- Bertalanffy, L. (1968). *General System Theory: Foundations, Development, Applications*. New York: George Braziller.

- Best, M.W., vd. (2017). Neurocognition and Psychosocial Functioning in Adolescents with Bipolar Disorder. *J Affect Disord.*, 207: 406-412. 10.1016/j.jad.2016.09.063
- Binbay, T., vd. (2013). Türkiye’de Psikiyatrik Epidemiyoloji: Yakın Zamanlı Araştırmalarda Temel Bulgular ve Gelecek İçin Öneriler. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 24: 1-18.
- Blehar, M.C. & Norquist, G. (2002). Mental Health Policy and Women. Kornstein S, Clayton A (Eds.), *Women’s Mental Health*, New York: The Guilford Press, 613-627.
- Bonnín, C.D.M., vd. (2019). Improving Functioning, Quality of Life, and Well-being in Patients With Bipolar Disorder. *Int J Neuropsychopharmacol*, 22(8): 467-477. <https://doi.org/10.1093/ijnp/pyz018>
- Bourin, M. (2024). Management of Bipolar Disorder at Work. *Arch Depress Anxiety*, 10(1): 041-044. 10.17352/2455-5460.000091
- Buila, S. (2009). Evidence-Based Research on the Effectiveness of Psychosocial Interventions for Bipolar Disorder. *Social Work in Mental Health*, 7: 572-586. <https://doi.org/10.1080/15332980802297408>
- Canazlar, E.Ö. (2020). *Bipolar bozukluk tanılı kadın hastalarda gebelik ve lohusalıktaki duygudurum epizodlarının hastalığın seyrine etkisi* (Uzmanlık Tezi). Aydın Adnan Menderes Üniversitesi, Aydın.
- Currier, D., vd. (2006). Sex Differences in the Familial Transmission of Mood Disorders. *J Affect Disord*, 95: 51-60.
- Çamur, G. & Ayata Küçükbükcü, R. (2021). Psikiyatrik Sosyal Hizmet Amaçları-Roller Sorumlulukları. *Samsun Sağlık Bilimleri Dergisi*, 6(3): 463-476.
- David, D.H., Styron, T., ve Davidson, L. (2011). Supported Parenting to Meet the Needs and Concerns of Mothers with Severe Mental Illness. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, 14(2): 137–153. <https://doi.org/10.1080/15487768.2011.569668>
- Dempsey, R.C., vd. (2024). The Types of Psychosocial Factors Associated with Suicidality Outcomes for People Living with Bipolar Disorder: A Scoping

- Review. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 21, 525.
<https://doi.org/10.3390/ijerph21050525>
- Diflorio, A. & Jones, I. (2010). Is Sex Important? Gender Differences in Bipolar Disorder. *International Review of Psychiatry*, 22(5): 437–452.
<https://doi.org/10.3109/09540261.2010.514601>
- Dome, P., Rihmer, Z., ve Gonda, X. (2019). Suicide Risk in Bipolar Disorder: A Brief Review. *Medicina*, 55(8), 403. <https://doi.org/10.3390/medicina55080403>
- Dore, G., & Romans, S.E. (2001). Impact of Bipolar Affective Disorder on Family and Partners. *Journal of Affective Disorders*, 67(1–3): 147-158.
[https://doi.org/10.1016/S0165-0327\(01\)00450-5](https://doi.org/10.1016/S0165-0327(01)00450-5)
- Doyuran, K. (2019). *Bipolar bozuklukta serum pregnenolone, dehidroepiandrostenedion ve sulfat esterlerinin periferik NMDA, GABA reseptörleri ile ilişkisi* (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Dokuz Eylül Üniversitesi, İzmir.
- Drisy, P., vd. (2019). Marital Problems among Partners of Patients with Bipolar Affective Disorder. *Indian Journal of Psychological Medicine*, 41(5): 448-454.
https://doi.org/10.4103/IJPSYM.IJPSYM_409_18
- Dubreucq, M., Lysaker, P.H., & Dubreucq, J. (2023). A Qualitative Exploration of Stakeholders' Perspectives on the Experiences, Challenges, and Needs of Persons with Serious Mental Illness as They Consider Finding a Partner or Becoming a Parent. *Frontiers in Psychiatry*, 13.
<https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.1066309>
- Ellison, N., Mason, O. ve Scior, K. (2013). Bipolar Disorder and Stigma: A Systematic Review of the Literature. *Journal of Affective Disorders*, 151(3): 805-820.
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2013.08.014>
- Elvevåg, B., vd. (2011). Metaphor Interpretation and Use: A Window into Semantics in Schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 133(1-3): 205-211.
<https://doi.org/10.1016/j.schres.2011.07.009>
- Emery, R. (2014). Families as Systems: Some Thoughts on Methods and Theory. McHale, S., Amato, P., Booth, A. (Eds.), *Emerging Methods in Family Research*,

National Symposium on Family Issues 4. Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-319-01562-0_7

Erbay, E. (2019). Güç ve Güçlendirme Kavramları Bağlamında Sosyal Hizmet Uygulaması. *Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi*, 42: 41-64.

Erten, R. (2023). Sistem Kuramı Çerçevesinde Çalışma Yaşamının Aile Sistemi Üzerine Etkilerinin Değerlendirilmesi: İşçi Aileler Üzerine Nitel Bir Araştırma. *Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi*, 23(59): 263-297.

Fan, J.K., Mustard, C. ve Smith, P.M. (2019). Psychosocial Work Conditions and Mental Health: Examining Differences Across Mental Illness and Well-Being Outcomes. *Annals of Work Exposures and Health*, 63(5): 546–559. <https://doi.org/10.1093/annweh/wxz028>

Ferreira, G.S., vd. (2013). Dysfunctional Family Environment in Affected Versus Unaffected Offspring of Parents with Bipolar Disorder. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 47(11): 1051-1057. <https://doi.org/10.1177/0004867413506754>

Fernández-Rocha M.L., García-Izquierdo, M., Ríos-Rísquez, M.I. (2024). Psychological Resilience and Suicide Attempt in Patients With Bipolar Disorder: An Exploratory Study. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 30(1): 44-51. [10.1177/10783903211050682](https://doi.org/10.1177/10783903211050682)

Freeman, M.P., Arnold, L.M. ve Mcelroy, S.L. (2002). Bipolar Disorder. Kornstein S, Clayton A, (Eds.), *Women's Mental Health*. New York: The Guilford Press, 166-181.

Galick, A. (2016). Women's Roles in Families. Constance L. Shehan (Ed.) *The Wiley Blackwell Encyclopedia of Family Studies*. John Wiley & Sons, Inc. 10.1002/9781119085621.wbef486

GBD 2017 Disease and Injury Incidence and Prevalence Collaborators. (2018). Global, Regional, and National Incidence, Prevalence, and Years Lived with Disability for 354 Diseases and Injuries for 195 Countries and Territories, 1990–2017: A Systematic Analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *The Lancet*, 392: 1789–1858. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)32279-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)32279-7)

- Ghebreyesus, T.A. (2019). The WHO Special Initiative for Mental Health (2019-2023): Universal Health Coverage for Mental Health. *World Health Organization*. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/310981/WHO-MSD-19.1-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y> [5.05.2021].
- Goodman, J.H. (2005). Women's Mental Health. *JOGNN*, 34(2). <https://doi.org/10.1111/j.1552-6909.2005.tb00339.x>.
- Grande, I., vd. (2016). Bipolar Disorder. *Lancet*, 387(10027): 1561–1572.
- Granek, L., vd. (2016). Living with Bipolar Disorder: The Impact on Patients, Spouses, and Their Marital Relationship. *Bipolar Disord*, 18:192-199.
- Gregory, V. (2010). Cognitive-Behavioral Therapy for Bipolar Disorder: Implications for Clinical Social Workers. *Journal of Social Service Research*, 36: 460-469. <https://doi.org/10.1080/01488376.2010.510950>
- Grover, S., Nehra, R. ve Thakur, A. (2017). Bipolar Affective Disorder and Its Impact on Various Aspects of Marital Relationship. *Ind Psychiatry J*, 26: 114–120. https://doi.org/10.4103/ipj.ipj_15_16
- Gutiérrez-Rojas, L., Jurado, D. ve Gurpegui, M. (2011). Factors Associated with Work, Social Life and Family Life Disability in Bipolar Disorder Patients. *Psychiatry Res.*, 186(2-3): 254-60. 10.1016/j.psychres.2010.06.020
- Hançer, N.G. (2018). *Bipolar bozukluğu olan evli kadın hastalarda içselleştirilmiş damgalanma düzeyinin evlilik uyumu ve aile içi süreçler ile ilişkisi* (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Gaziantep Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Gaziantep.
- Hanne, M. (2015). Diagnosis and Metaphor. *Perspectives in Biology and Medicine*, 58(1): 35-52. <https://doi.org/10.1353/pbm.2015.0010>
- Harmankaya, F.M. (2021). *Bipolar bozukluk tanılı kadınlarda gebelikte ve postpartum dönemde rekürrens ve ilişkili etkenler* (Uzmanlık tezi). Necmettin Erbakan Üniversitesi, Konya.
- Harries, C.I., vd. (2023). Parenting and Serious Mental Illness (SMI): A Systematic Review and Metasynthesis. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 26(2): 303–342. <https://doi.org/10.1007/s10567-023-00427-6>

- Hendrick, V., vd. (2000). Gender and Bipolar Illness. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 61(5): 393–397. <https://doi.org/10.4088/jcp.v61n0514>
- Holma, K.M., vd. (2014). Differences in Incidence of Suicide Attempts Between Bipolar I and II Disorders and Major Depressive Disorder. *Bipolar Disord*, 16: 652-661.
- Hu, Z., vd. (2024). A Comparative Study of Cognitive Function in Young Patients with Bipolar Disorder with and without Non-Suicidal Self-Injury. *Acta Psychologica*, 243, 104137. <https://doi.org/10.1016/j.actpsy.2024.104137>
- Işık, E. (2023). Genel Sistem Teorisinden Aile Sistemleri Teorisine: Aile Çalışmalarında Sistem Kuramı. *DEÜ Edebiyat Fakültesi Dergisi*, 10(2): 701-716.
- Joseph, J., vd. (1999). Characteristics and Perceived Needs of Mothers with Serious Mental Illness. *Psychiatr Serv.*, 50(10):1357-1359.
- Justo, L.P., Soares, B.G. ve Calil, H.M. (2007). Family Interventions for Bipolar Disorder. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2007(4): CD005167. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD005167.pub2>
- Karaköse, Ş., vd. (2024). Kronik Ruhsal Hastalığı Olan Bireylerin Yakınlarının Tedavi ve Hastaneye Yatış Sürecindeki Deneyimleri. *Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 11(1): 91-107. <https://doi.org/10.34087/cbusbed.1378708>
- Kawa, I., vd. (2005). Gender Differences in Bipolar Disorder: Age of Onset, Course, Comorbidity, and Symptom Presentation. *Bipolar Disorders*, 7(2): 119-125. <https://doi.org/10.1111/j.1399-5618.2004.00180.x>
- Kaya Kılıç, A. & Yılmaz, S. (2018). Türkiye’de Ruhsal Hastalığı Olan Bireylere Yönelik Kurum Bakım Hizmetleri ve Bu Hizmetlerde Sosyal Hizmet Uygulamaları. *PJESS*, 5(1): 1-14.
- Kaye, N. (2005). Is Your Depressed Patient Bipolar?. *Journal of American Board of Family Medicine*, 18(4): 271-281. <https://doi.org/10.3122/jabfm.18.4.271>
- Kennedy, N., vd. (2005). Gender Differences in Incidence and Age at Onset of Mania and Bipolar Disorder over a 35-year Period in Camberwell, England. *Am J Psychiatry*, 162: 257-262.

- Kesebir, S., vd. (2013). Kadınlarda Bipolar Bozukluk. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 5(2): 220-231. 10.5455/cap.20130514
- Ketter, T.A. (2010). Diagnostic Features, Prevalence, and Impact of Bipolar Disorder. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 71(6): 27652.
- Kılınçel, Ş., vd. (2016). Remisyon Dönemi Bipolar Affektif Bozuklukta Sosyodemografik Özellikler ile Anksiyete ve İntihar Girişimi İlişkisi. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 27(1).
https://turkpsikiyatri.com/DigerDosyalar/20.KES_YT_BILDIRILER.pdf
[20.11.2021].
- Kinsella, K., Anderson, R. ve Anderson, W. (1996). Coping Skills, Strengths and Needs as Perceived by Adult Offspring and Siblings of People with Mental Illness: A Retrospective Study. *Psychiatr Rehab J.*, 20(2): 24-32.
<https://doi.org/10.1037/h0095388>
- Konuk Şener, D., & Karaca, A. (2022). Şizofreni veya Bipolar Bozukluk Tanılı Ebeveyn Çocuklarının Yaşam Deneyimleri. *Sağlık Bilimlerinde Değer*, 12(3): 554-559. <https://dx.doi.org/10.33631/sabd.1173951>
- Kopeykina, I., vd. (2016). Hypersexuality and Couple Relationships in Bipolar Disorder: A Review. *J. Affect. Disord.*, 195: 1-14.
- Kornstein, S., & Clayton, A. (2002). *Women's Mental Health: A Comprehensive Textbook*. New York: Guilford Press.
- Koyun, A., Taşkın, L. ve Terzioğlu, F. (2011). Yaşam Dönemlerine Göre Kadın Sağlığı ve Ruhsal İşlevler: Hemşirelik Yaklaşımlarının Değerlendirilmesi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 3(1): 67-99.
- Koyuncu, G.Ş. (2017). *Erken çocukluk döneminde bipolar bozukluğu olan ebeveyne sahip bireylerdeki bağlanma ilişkileri ile erken çocukluk döneminde bipolar bozukluğu olmayan ebeveyne sahip bireylerdeki bağlanma ilişkilerinin karşılaştırılması* (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Beykent Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Kuş, S. (2016). *Şizofreni ve bipolar bozukluk hastalarının eşlerinin yaşam kalitelerinin değerlendirilmesi* (Uzmanlık Tezi). Akdeniz Üniversitesi, Antalya.

- Küçük-Öztürk, G., & Çam, M. (2017). Ebeveyninde Bipolar Bozukluk Olan Gençlerin Benlik Tasarımlarının İncelenmesi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 8: 66-71.
- Labrum, T., vd. (2021). Violence by Persons with Serious Mental Illness Toward Family Caregivers and Other Relatives: A Review. *Harvard Review of Psychiatry*, 29(1): 10–19. <https://doi.org/10.1097/HRP.0000000000000263>
- Lasswell, M. (2002). Marriage and Family. Kornstein S, Clayton A, (Eds.) *Women's Mental Health*. New York: The Guilford Press, 515-526.
- Li, W., vd. (2021). Independent Replications and Integrative Analyses Confirm *TRANK1* as a Susceptibility Gene for Bipolar Disorder. *Neuropsychopharmacol*, 46: 1103–1112. <https://doi.org/10.1038/s41386-020-00788-4>
- Mavili Aktaş, A. (2004). Aile Terapisinde Sosyal Hizmet Yaklaşımı. *Aile ve Toplum Dergisi*, 7(2).
- McCandless, F. & Sladen, C. (2003). Sexual Health and Women with Bipolar Disorder. *Issues and Innovations in Nursing Practice*, 44: 42-48. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2003.02766.x>
- McIntyre, R., vd. (2020). Bipolar Disorders. *Lancet*, 396: 1841-1856. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)31544-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)31544-0).
- Mengi, A. & Aygür, R.Ş. (2018). Bipolar Bozukluğu Olan Bireylere Yönelik Bir Araştırma: Örnek Olay İncelemesi. *KSBD*, 10(19): 553-57.
- Miklowitz, D. (2019). *The Bipolar Disorder Survival Guide: What You and Your Family Need to Know*. New York: Guilford Press.
- Miklowitz, D.J. & Johnson, S.L. (2009). The Psychopathology and Treatment of Bipolar Disorder. *Annual Review of Clinical Psychology*, 5: 343-363.
- Miklowitz, D.J., vd. (2003). A Randomized Study of Family-Focused Psychoeducation and Pharmacotherapy in the Outpatient Management of Bipolar Disorder. *Archives of General Psychiatry*, 60: 904–912.
- Miklowitz, D.J., vd. (2000). Family-focused Treatment of Bipolar Disorder: 1-year Effects of a Psychoeducational Program in Conjunction with Pharmacotherapy. *Biological Psychiatry*, 48: 582–592.

- Miola, A., vd. (2023). Prevalence and Outcomes of Rapid Cycling Bipolar Disorder: Mixed Method Systematic Meta-Review. *Journal of Psychiatric Research*, 164: 404-415. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2023.06.021>
- Murray, G., vd. (2017). Towards Recovery-Oriented Psychosocial Interventions for Bipolar Disorder: Quality of Life Outcomes, Stage-Sensitive Treatments, and Mindfulness Mechanisms. *Clin Psychol Rev*, 52: 148-163.
- Naguy, A. (2017). Bipolar in Women: Any Gender-based Difference? *Indian Journal of Psychological Medicine*, 39(3): 381-382. <https://doi.org/10.4103/0253-7176.207345>
- Nierenberg, A.A., vd. (2023). Diagnosis and Treatment of Bipolar Disorder: A Review. *JAMA*, 330(14): 1370-1380. <https://doi.org/10.1001/jama.2023.18588>
- Nişancı, A. (2018). Ruh Sağlığı Alanında İyileşme Yaklaşımı ve Psikiyatrik Sosyal Hizmet. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 30(1): 231-259.
- O'Brien, B.C., vd. (2014). MHPE Standards for Reporting Qualitative Research. *Academic Medicine*, 89(9): 1245-1251. 10.1097/ACM.0000000000000388
- O'Donnell, L.A., Szechy, K.A. ve Loree, A.M. (2021). Public Attitudes Towards Individuals with Bipolar Disorder in the Workplace. *Social Work in Mental Health*, 19(5): 440-456.
- Öbekli, T. (2013). *Şizofreni ve bipolar bozukluk tanısı ile ayaktan tedavi gören hastaların eşlerinin depresyon, anksiyete ve cinsel işlev düzeylerinin incelenmesi* (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). İstanbul Arel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Özdel, K., Kart, A. ve Türkçapar, M.H. (2021). Bipolar Bozukluk Tedavisinde Bilişsel Davranışçı Terapi. *Arch Neuropsychiatry*, 58:(Ek 1): 66-76. <https://doi.org/10.29399/npa.27419>.
- Özdemir, O., vd. (2016). Family History in Patients with Bipolar Disorder. *Archives of Neuropsychiatry*, 53: 276-279. <https://doi.org/10.5152/npa.2015.9870>
- Özer, G., Işık, İ. ve Escartín, J. (2024). Is There Somebody Looking out for Me? A Qualitative Analysis of Bullying Experiences of Individuals Diagnosed with Bipolar Disorder. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 21, 137. <https://doi.org/10.3390/ijerph21020137>

- Özpolat, A.O. (2023). Toplum Ruh Sağlığı Hizmetlerinin Sosyal Hizmet Perspektifiyle Değerlendirilmesi. *Dicle Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 32: 40-59.
- Öztürk, N. ve Aydın, N. (2017). Anne Ruh Sağlığının Önemi. *Marmara Üniversitesi Kadın ve Toplumsal Cinsiyet Araştırmaları Dergisi*, 2: 29-36.
- Park, M.H., vd. (2015). Preliminary Study of Anxiety Symptoms, Family Dysfunction, and the Brain-Derived Neurotrophic Factor (BDNF) Val66Met Genotype in Offspring of Parents with Bipolar Disorder. *Journal of Psychiatric Research*, 61: 81-88. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2014.11.013>
- Phillips, M. & Kupfer, D. (2013). Bipolar Disorder Diagnosis: Challenges and Future Directions. *The Lancet*, 381: 1663-1671. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)60989-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)60989-7)
- Polat Uluocak, G. & Bulut, I. (2011). Aile Terapilerinin Feminist Teori Açısından İncelenmesi. *Aile ve Toplum*, 7(24): 9-24.
- Pollack, L.E. & Aponte, M. (2001). Patients' Perceptions of Their Bipolar Illness in a Public Hospital Setting. *Psychiatric Quarterly*, 72(2): 167-179. <https://doi.org/10.1023/A:1010371626859>
- Pompili, M., vd. (2014). Impact of Living with Bipolar Patients: Making Sense of Caregivers' Burden. *World J Psychiatry*, 4: 1-12.
- Rantala, M., vd. (2021). Bipolar Disorder: An Evolutionary Psychoneuroimmunological Approach. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 122: 28-37. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2020.12.031>
- Reinares, M., vd. (2016). The Role of Family Interventions in Bipolar Disorder: A Systematic Review. *Clinical Psychology Review*, 43: 47-57. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.11.010>
- Reinares, M., Sanchez-Moreno, J. ve Fountoulakis, K.N. (2014). Psychosocial Interventions in Bipolar Disorder: What, for Whom, and When. *Journal of Affective Disorders*, 156: 46-55. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2013.11.018>
- Rihmer, Z. & Döme, P. (2016). Major Mood Disorders and Suicidal Behavior. RC O'Connor, J. Pirkis (Eds.), *The International Handbook of Suicide Prevention*,

Second Edition. John Wiley & Sons, Ltd.
<https://doi.org/10.1002/9781118903223.ch4>

- Rowe, L. & Morris, A. (2012). Patient and Partner Correlates of Couple Relationship Functioning in Bipolar Disorder. *Journal of Family Psychology*, 26(3): 328-337.
<https://doi.org/10.1037/a0027589>
- Russell, L. & Moss, D. (2013). A Meta-Study of Qualitative Research Into the Experience of ‘Symptoms’ and ‘Having a Diagnosis’ for People Who Have Been Given a Diagnosis of Bipolar Disorder. *Europe’s Journal of Psychology*, 9(2): 385-405. <https://doi.org/10.5964/ejop.v9i2.560>
- Sari, N.A. & Nirmala, D. (2022). Conceptual Metaphors of Mental Disorder Issues (A Cognitive Linguistic Study). *International Conference of Humanities and Social Science (ICHSS)*, 2: 535–546.
<https://programdoktorpbuins.org/index.php/proceedings/article/view/188>
[01.05.2024].
- Schaffer, A. & Malhi, G.S. (2024). A New Model for the Prevention of Suicide in Bipolar Disorder: Every Patient, Every Setting, Every Provider. *Bipolar Disorders*, 26(4): 309-312. <https://doi.org/10.1111/bdi.13442>
- Schoeneman, T.J., vd. (2012). “A Fire in the Blood”: Metaphors of Bipolar Disorder in Jamison’s *An Unquiet Mind*. *J Med Humanit*, 33: 185–205.
<https://doi.org/10.1007/s10912-012-9177-5>
- Shokrgozar, S., vd. (2024). Investigating Gender Differences in Quality of Life and Social Support in Patients with Severe Mental Illnesses. *International Journal of Social Psychiatry*, 00207640241227366.
- Smith, D.J., Whitham, E.A. ve Ghaemi, S.N. (2012). Bipolar Disorder. *Handb Clin Neurol*, 106: 251-263. <https://doi.org/10.1016/B978-0-444-52002-9.00015-2>
- Stapp, E.K., vd. (2020). Parental Bipolar Disorder, Family Environment, and Offspring Psychiatric Disorders: A Systematic Review. *J Affect Disord*, 268: 69-81. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.03.005>
- Şahin, H. & Eryılmaz, R. (2023). Kadının Güçlendirilmesi Üzerinde Sosyo-Demografik Faktörlerin Etkisinin İncelenmesi. *Üçüncü Sektör Sosyal Ekonomi Dergisi*, 58(3): 2478-2493. 10.15659/3.sektor-sosyal-ekonomi.23.09.2211.

- Taşkıran Tepe, H. & Özmete, E. (2019). Kadınlarda Bağlanma ve Ruh Sağlığı Arasındaki İlişkinin Sosyal Hizmet Bakış Açısıyla Değerlendirilmesi. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 30(3): 866-888. <https://doi.org/10.33417/tsh.622578>
- Tekindal, M., vd. (2021). 'I'm not a Schizophrenic!' Qualitative Research on the Life Stories of Women Diagnosed with Schizophrenia and Bipolar Disorder. *İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 6(3): 125-132.
- Tekindal, M., vd. (2021). Nitel Araştırmaların Raporlanmasında Standartlar: SRQR Kontrol Listesinin Türkçe Uyarlaması. *OPUS-Uluslararası Toplum Araştırmaları Dergisi*, 18(42): 5425-5443. 10.26466/opus.882177
- Thase, M. (2005). Bipolar Depression: Issues in Diagnosis and Treatment. *Harvard Review of Psychiatry*, 13: 257-271. <https://doi.org/10.1080/10673220500326425>
- The World Health Report. (2001). *Mental Health: New Understandings, New Hope*. Geneva: WHO.
- Tjoflåt, M. & Ramvi, E. (2013). I am Me! Experiencing Parenting While Dealing With One's Own Bipolar Disorder. *Social Work in Mental Health*, 11(1): 75-97. <https://doi.org/10.1080/15332985.2012.736465>
- Tranvåg, O. & Kristoffersen, K. (2008). Experience of Being the Spouse/Cohabitant of a Person with Bipolar Affective Disorder: A Cumulative Process Over Time. *Scand. J. Caring Sci.*, 22: 5-18.
- Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı. (2008). *Ruh Sağlığı Modülleri*. Ankara: Sağlık Bakanlığı Yayınları.
- Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı. (2022). Toplum Ruh Sağlığı Merkezi (TRSM) Nedir? <https://surmenedh.saglik.gov.tr/TR309608/toplum-ruh-sagligi-merkezi-trsm-nedir.html> [10.07.2024].
- Türkleş, S., vd. (2013). Kadınlarda Ruh Sağlığını ve Aile İşlevlerini Etkileyen Etmenler. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 16(3): 154-162.
- Uzun, G., vd. (2024). The Relationship of Functioning and Life Satisfaction with Illness Management and Recovery in Patients with Bipolar Disorder: A Cross-Sectional Study. *Community Mental Health Journal*. <https://doi.org/10.1007/s10597-024-01270-x>

- Ünal, G. (2002). Bipolar Affektif Bozukluğu Olan Hastaların Aile İşlevlerinin Değerlendirilmesi. *Düşünen Adam*, 15(4): 221-228.
- Ünal, S. (2013). Sistemik Aile Terapilerinde Temel Kavramlar. *Türkiye Klinikleri J Psychiatry-Special Topics*, 6(1): 32-37.
- Vallarino, M., vd. (2019). Experiences of Mental Healthcare Reported by Individuals Diagnosed with Bipolar Disorder: An Italian Qualitative Study. *Community Mental Health Journal*, 55: 129–136. <https://doi.org/10.1007/s10597-018-0311-3>
- Venkataraman, M. (2011). Parenting Among Mothers With Bipolar Disorder: Children's Perspectives. *Journal of Family Social Work*, 14(2): 93–108. <https://doi.org/10.1080/10522158.2011.553781>
- Venkataraman, M. & Ackerson, B. (2008). Parenting Among Mothers With Bipolar Disorder: Strengths, Challenges, and Service Needs. *Journal of Family Social Work*, 11(4), 389-408. <https://doi.org/10.1080/10522150802441825>
- Vieira, A., vd. (2022). Addressing the Sexual and Reproductive Health of Women with Bipolar Disease. *European Psychiatry*, 65: S862. <https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2022.2235>
- Voort, T., Goossens, P. ve Bijl, J. (2009). Alone Together: A Grounded Theory Study of Experienced Burden, Coping, and Support Needs of Spouses of Persons with a Bipolar Disorder. *International Journal of Mental Health Nursing*, 18(6): 434-443. <https://doi.org/10.1111/j.1447-0349.2009.00634.x>
- Vural, F. (2020). *Bipolar bozukluk ve şizofreni hastalarının sosyal hizmet perspektifinden değerlendirilmesi: Kütahya ili örneği* (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Uşak Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Uşak.
- Wadood, A., vd. (2020). Bipolar Disorder Among Married Women in Bangladesh: Survey in Rajshahi City. *PLOS ONE*, 15(2): e0229539. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0229539>
- Webb, A.J. (2023). The Impact of Bipolar Disorder on Relationships and Family Dynamics: Coping Strategies and Support. *Authorea*, 1-14. <https://doi.org/10.22541/au.169531401.19399326/v1>

- Webb, R.T., vd. (2014). Suicide, Hospital-Presenting Suicide Attempts, and Criminality in Bipolar Disorder: Examination of Risk for Multiple Adverse Outcomes. *J Clin Psychiatry*, 75: e809-16.
- Wittkowski, A., McGrath, L.K., ve Peters, S. (2014). Exploring Psychosis and Bipolar Disorder in Women: A Critical Review of the Qualitative Literature. *BMC Psychiatry*, 14: 281. <https://doi.org/10.1186/s12888-014-0281-0>
- World Health Organization (WHO). (1948). What is the WHO Definition of Health? <https://www.who.int/about/who-we-are/frequently-asked-questions> [10.12.2020].
- World Health Organization (WHO). (2003). *Investing in Mental Health*. Switzerland: Nove Impression.
- World Health Organization (WHO). (2006). Mental Health. https://www.who.int/health-topics/mental-health#tab=tab_2 [6.05.2021].
- World Health Organization (WHO). (2019). Mental Disorders. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders> [5.05.2021].
- World Health Organization (WHO). (2021). Gender and Women's Mental Health. <https://www.who.int/teams/mental-health-and-substance-use/promotion-prevention/gender-and-women-s-mental-health> [13.12.2021].
- Yaghmaei, S., vd. (2024). Unheard Voices: The Sexual Challenges of Families of Patients with Bipolar Disorder: A Qualitative Content Analysis. *Bipolar Disorders*, 26(2): 148-159. <https://doi.org/10.1111/bdi.13369>
- Yatham, L.N., vd. (2018). Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) and International Society for Bipolar Disorders (ISBD) 2018 Guidelines for the Management of Patients with Bipolar Disorder. *Bipolar Disord*, 20(2): 97-170. <https://doi.org/10.1111/bdi.12609>
- Yosefi Tabas, M., vd. (2023). Effectiveness of Family-Focused Therapy in Bipolar Disorder: A Randomized Controlled Trial. *Iran J Psychiatry Behav Sci*, 17(4): e138878. <https://doi.org/10.5812/ijpbs-138878>


Yoshimura, C.G. & Weber, C.R.P. (2024). Disclosing Bipolar Disorder in Romantic Relationships. *Communication Reports*, 1–16.
<https://doi.org/10.1080/08934215.2024.2332703>



EKLER

Ek 1: Etik Onay Belgesi

Evrak Tarih ve Sayısı: 21.02.2022-E.22209

 T.C.
İSTANBUL SABAHATTİN ZAİM ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
ETİK KURULU

ETİK ONAY BELGESİ

Tarih	28.01.2022
Sayı	2022/01
Araştırmanın Niteliği	Doktora Tezi
Araştırmanın Adı	<i>Bipolar Bozukluk Tanısı Alan Kadınların Aile Sisteminin İncelenmesi ve Sosyal Hizmet Gereksinimleri</i>
Sorumlu Araştırmacının Adı Soyadı	Selda MEYDAN
Danışman Adı Soyadı	Doç. Dr. Emel YURTSEVER
Karar	UYGUNDUR

(İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi Etik Kurulu'nun kararı tavsiye niteliğinde olup, Üniversitemizle ilgili etik ilkelerinin belirlenmesi ve değerlendirilmesi amacıyla taşımaktadır.)

Prof. Dr. Nasuh USLU
Başkan

Prof. Dr. Metin TOPRAK
Üye

Prof. Dr. Mustafa ATEŞ
Üye

Prof. Dr. Mehmet Emin KÖKTAŞ
Üye

Prof. Dr. Ayşe Nefise BAHÇECİK
Üye

Prof. Dr. Yahya Kemal YOĞURTÇU
Üye

Av. Bilal ŞAMAT
Üye

Kurul Yeminli Kâtibi Zeyneb Funda TEZ

1 / 1

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.
Evrak sorgulaması <https://ebys.izu.edu.tr/en/Vision/Sorgula/BSC2R7MUK> adresinden yapılabilir.

Ek 2: Doktora Tezi Soru Formu

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

Sizi Doç. Dr. Emel YURTSEVER danışmanlığında Selda MEYDAN tarafından yürütülen “Bipolar Bozukluk Tanısı Alan Kadınların Aile Sistemlerinin İncelenmesi ve Sosyal Hizmet Gereksinimleri” başlıklı araştırmaya davet ediyoruz. Bu araştırmanın amacı bipolar bozukluk tanısı alan kadınların aile sisteminin incelenmesi ve sosyal hizmet gereksinimlerinin belirlenmesidir. Tanı alma sürecinden sonra kadınların ve ailelerinin yaşadığı sorunlar hakkında konuşmak ve bu süreçte ihtiyaç duyulan sosyal hizmet müdahalelerini belirleyebilmek ve çözüm yolları geliştirmeye çalışılmak amaçlanmaktadır. Bu nedenle sizin, bu görüşmedeki düşüncelerinizi paylaşmanız araştırmanın amacına ulaşması için yol gösterici olacaktır. Görüşme esnasında ifade edilenlerde doğru-yanlış cevap diye bir ayırım yoktur. Hiç kimse belirttiği duygu ve düşüncelerinden dolayı yargılanmayacak, aksine önemle üzerinde durularak çözüme yönelik doğru bilgiler oluşturulacaktır. Bu nedenle, konuya ilişkin duygu ve düşüncelerinizi tüm içtenlik ve samimiyetle ve özgürce belirtebilirsiniz. Araştırmada sizden tahminen 60 dakika ayırmanız istenmektedir. Bu çalışmaya katılmak tamamen **gönüllülük** esasına dayanmaktadır. Çalışmanın amacına ulaşması için sizden beklenen, bütün soruları eksiksiz, kimsenin baskısı veya telkini altında olmadan, size en uygun gelen cevapları içtenlikle verecek şekilde cevaplamanızdır. Bu formu okuyup onaylamanız, araştırmaya katılmayı kabul ettiğiniz anlamına gelecektir. Ancak, çalışmaya katılmama veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmayı bırakma hakkına da sahipsiniz. Bu çalışmadan elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacak olup kişisel bilgileriniz **gizli tutulacaktır**. Kimliğinizi deşifre edecek herhangi bir bilgiye yer verilmeyecektir. Araştırmada Kişisel veri toplanacağından **6698 sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu** ve ilgili mevzuat uyarınca kişisel verileri korumak amacıyla gerekli tüm tedbirler alınacaktır.

Eğer araştırmanın amacı ile ilgili verilen bu bilgiler dışında şimdi veya sonra daha fazla bilgiye ihtiyaç duyarsanız araştırmacıya şimdi sorabilir veya *****@gmail.com e-posta adresi ve 05** *** ** * numaralı telefondan ulaşabilirsiniz. Bu araştırmaya katılmayı kabul ettiğiniz için şimdiden teşekkür ederim.

Yukarıda yer alan ve araştırmadan önce katılımcıya verilmesi gereken bilgileri okudum ve katılmam istenen çalışmanın kapsamını ve amacını, gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları anladım. Çalışma hakkında yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen araştırmacı/araştırmacılar tarafından yapıldı. Bana, çalışmanın muhtemel riskleri ve faydaları sözlü olarak da anlatıldı. Kişisel bilgilerimin özenle korunacağı konusunda yeterli güvence verildi.

Bu koşullarda söz konusu araştırmaya kendi isteğimle, hiçbir baskı ve telkin olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Katılımcının:

Adı-Soyadı:

İmzası:

İletişim Bilgileri: E-posta:

Telefon:

Araştırmacının

Adı-Soyadı: Selda MEYDAN

İmzası:

YARI YAPILANDIRILMIŞ GÖRÜŞME SORULARI

SOSYO-DEMOGRAFİK SORULAR	
1. Yaş	
2. Medeni Durumu	() hiç evlenmemiş () evli () boşanmış
3. Öğrenim Düzeyi	() ilkokul mezunu () ortaokul mezunu () lise mezunu () üniversite mezunu/lisansüstü
4. Çalışma Durumu	() tam zamanlı () yarı zamanlı () çalışmıyor
5. Meslek	
6. Gelir Durumu	() aile üyelerinin geliri () kendi geliri () her ikisi de
7. Aile türü	() çekirdek aile () geniş aile () tek ebeveynli aile
8. Çocuk sayısı (varsa)	
9. Evlenme yaşı	
10. Aynı ev içerisinde birlikte yaşadığı aile üyeleri	() anne () baba () eş () çocuk () arkadaş () kardeş () diğer
11. Tanı alınan tarih	
12. Tedavi durumu	() ilaç tedavisi () psikoterapi () her ikisi de
13. Ailenizde psikiyatrik hastalık tanısı olan var mı? Bipolar bozukluk tanısı olan var mı?	
14. Tanılı hastalığınız için ilaç kullanma durumu	() düzenli () düzensiz
15. TRSM'den hizmet alma durumu	() evet (ne kadar süredir?.....) () hayır

TANI ÖNCESİ VE SONRASI SÜRECE YÖNELİK SORULAR	
Tanı almadan önceki süreç	
16. Tanı alma süreciniz nasıl gerçekleşti? Hastalıkla tanışma sürecinde neler hissettiniz?	
17. Bu süreçte aile yaşamınız ve aile ilişkileriniz nasıldı? Bu süreç sizi ve aile üyelerini nasıl etkiledi?	
18. Bu süreçte sosyal yaşamınız ve arkadaş ilişkileriniz nasıldı?	
19. Çalışma yaşamınıza ilişkin varsa deneyimleriniz nelerdir?	
Tanı aldıktan sonraki süreç	
20. Tanı alındıktan sonraki süreç ile ilgili bilgi verir misiniz? Nasıl hissettiniz? Neler yaşadınız?	
21. İlaç kullanma süreciniz ile ilgili bilgi verebilir misiniz?	
22. Hastalığınız hakkındaki bilgi düzeyinizi nasıl değerlendiriyorsunuz? Nereden-nasıl bilgi edindiniz?	
23. Bu süreçte yaşadığınız sorunlar neler oldu? Bunlar sizi nasıl etkiledi ve nasıl hissettiniz?	
24. Bu süreçte aile yaşamınız ve aile ilişkileriniz nasıldı? Bu süreç sizi ve aile üyelerini nasıl etkiledi?	
25. Aile üyelerinin size ve hastalığınıza yönelik yaklaşımı nasıldı?	
26. Bu süreçte sosyal yaşamınız ve arkadaş ilişkileriniz nasıldı?	
27. Çalışma yaşamınıza ilişkin varsa deneyimleriniz nelerdir?	
28. Tanı aldıktan sonra hayatınızdaki değişiklikler neler oldu?	
29. Bir kadın olarak deneyimleriniz neler oldu? Nasıl hissettiniz?	
30. Bu süreçte gereksinimleriniz neler oldu? Bunların karşılandığını düşünüyor musunuz? Bunlarla ilgili önerileriniz nelerdir?	
31. Bu süreçte sosyal destek mekanizmalarınız nelerdi?	
32. COVID-19 pandemisi sürecinde nasıl hissettiniz?	
33. Yaptığımız görüşme ile ilgili ne düşünüyorsunuz? Nasıl hissettiniz?	

METAFOR SORULAR

34. Aile, gibidir. Çünkü,
35. Bipolar bozukluk, gibidir. Çünkü,
36. Anne, gibidir. Çünkü,
37. Baba, gibidir. Çünkü,
38. Kardeş, gibidir. Çünkü,
39. Eş, gibidir. Çünkü,
40. Çocuk (evlat), gibidir. Çünkü,



ÖZ GEÇMİŞ

Selda Meydan

A. EĞİTİM

Yüksek Lisans: İstanbul Üniversitesi Siyaset Bilimi ve Kamu Yönetimi Anabilim Dalı Sosyal Politika ve Sosyal Hizmetler Bilim Dalı, 2018, İstanbul

Lisans: İstanbul Üniversitesi Sosyal Hizmet Bölümü, 2024, İstanbul

Lisans: Trakya Üniversitesi Uluslararası İlişkiler Bölümü, 2012, Edirne

B. MESLEKİ DENEYİM

2014-2019 İstanbul Gelişim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Yüksekokulu Sosyal Hizmet Araştırma Görevlisi

2019-2020 İstanbul Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Yüksekokulu Sosyal Hizmet Araştırma Görevlisi

2020-Devam ediyor İstanbul Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Yüksekokulu Sosyal Hizmet Öğretim Görevlisi

C. PROJELERİ

Meydan, S. (Araştırmacı). Yükseköğretim Kurumları Destekli Proje, (BAP-2023-08). Bipolar Tanısı Alan Kadınların Aile Sisteminin İncelenmesi ve Sosyal Hizmet Gereksinimleri, 2023.

D. YAYINLARI

Uluslararası diğer hakemli dergilerde yayınlanan makaleler

Lotfi, S., Meydan, S., Özkan, AO. (2023). COVID-19 pandemisi sürecinde yaşlı bireylerin durumunun sosyal hizmet bağlamında değerlendirilmesi.

Journal of Mehmet Akif Ersoy University Economics and Administrative Sciences Faculty, 10 (3). [10.30798/makuiibf.1097753](https://doi.org/10.30798/makuiibf.1097753)

Lotfi, S., Meydan, S., Özkan, AO. (2022). Kadınlarda saldırganlık davranışının çeşitli değişkenler çerçevesinde incelenmesi. *İstanbul Gelişim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 16, 223- 243. [10.38079/igusabder.1025766](https://doi.org/10.38079/igusabder.1025766).

Artan, T., Meydan, S., Irmak, HS. (2021). COVID-19 Korkusu Ölçeği'nin Türkçe uyarlaması: geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. *Archives of Health Science and Research*, 8(2), 117-123. [10.5152/ArcHealthSciRes.2021.20113](https://doi.org/10.5152/ArcHealthSciRes.2021.20113)

Lotfi, S., Meydan, S., Erbaş, K. (2020). Üniversite öğrencilerin algılanan helikopter anne tutumunun benlik saygısı ve problemlere karşı olumsuz tutuma etkisinin incelenmesi. *Archives of Health Science and Research*, 7(3), 231-237. [10.5152/ArchHealthSciRes.2020.19045](https://doi.org/10.5152/ArchHealthSciRes.2020.19045)

Yeşilkayalı, E., Meydan, S. (2017). Bir ortaokul özelinde okul sosyal hizmeti ihtiyacının belirlenmesi. *Akademik Sosyal Araştırmalar Dergisi*, (53), 206-221. <http://dx.doi.org/10.16992/ASOS.12670>

Uluslararası bilimsel toplantılarda sunulan ve bildiri kitabında basılan bildiriler

Lotfi, S. Meydan, S. ve Özkan, A.O. COVID-19 Pandemisi Sürecinde Yaşlı Bireylerin Durumunun Sosyal Hizmet Bağlamında Değerlendirilmesi. 23. ULUSAL SOSYAL HİZMET SEMPOZYUMU, Burdur, Türkiye, 19 -21 Kasım 2021.

Meydan, S. ve Çetinkaya Büyükbodur, A. Sosyal Hizmet Odağında Sosyal Güvencesizlik. 5. Uluslararası Sosyal, Beşerî ve İdari Bilimler Sempozyumu, İstanbul, Türkiye, 25-27 Ekim 2018.

Çetinkaya Büyükbodur, A. ve Meydan, S. Madde Bağımlısı Ergenlere Multisistemik Yaklaşım Temelli Müdahale. 5. Uluslararası Sosyal, Beşerî ve İdari Bilimler Sempozyumu, İstanbul, Türkiye, 25-27 Ekim 2018.

Yazılan uluslararası kitaplar veya kitaplarda bölümler

Meydan, S. (2021). Siyaset ve Sosyal Hizmet. (Ed. M. Zafer Danış ve Beyza Erkoç). *Sosyal Hizmet Meslek ve Disiplininin Diğer Meslek ve Disiplinler ile İlişkisi*. Nobel Akademik Yayıncılık, 213-226.

Ulusal hakemli dergilerde yayınlanan makaleler

Lotfi, S., Meydan, S., Yüksek, N. (2021). Geçici koruma altında bulunan Suriyeli çocukların uyum sürecine yönelik bir araştırma: İstanbul örneği. *Ufkun Ötesi Bilim Dergisi*, 21(2), 160-187. 10.54961/uobild.971401

Meydan, S. (2020). Analysis of the level of respect for differences of Social Work department students. *Türk Uygulamalı Sosyal Hizmet Dergisi*, 3(2), 147-159.

Ulusal bilimsel toplantılarda sunulan ve bildiri kitabında basılan bildiriler

Yeşilkayalı, E. ve Meydan, S. (2016). Çocuk Hakları için Okul Sosyal Hizmeti. *Sosyal Hizmet Sempozyumu 2015*, Manisa: Celal Bayar Üniversitesi.

Meydan, S., Büyükbodur, A. ve Bulut, S. (2016). Yerel yönetimlerde Klientalist bakış açısının hak temelli sosyal hizmet yaklaşımı çerçevesinde incelenmesi. 8. *Ulusal Sosyal Hizmetler Kongresi Bildiri Kitabı*, Ankara: SABEV Yayınları.

Büyükbodur, A, Bulut, S. ve Meydan, S. (2016). Yerel yönetimlerde sosyal hizmetlerin Maslow'un ihtiyaçlar hiyerarşisi bağlamında yapılandırılma sorunsalı. 8. *Ulusal Sosyal Hizmetler Kongresi Bildiri Kitabı*, Ankara: SABEV Yayınları.

Meydan, S. Türkiye'de Çocuk Evliliklerinin Ekonomik, Toplumsal, Kültürel ve Hukuksal Boyutlarıyla Değerlendirilmesi. SHUDER 1.Sosyal Hizmet Öğrenci Kongresi, Türkiye, 8 -10 Mayıs 2015.