

Bipolar Affektif Bozukluğu Olan Hastaların Aile İşlevlerinin Değerlendirilmesi

Gülseren ÜNAL *

ÖZET

Bu çalışmada bipolar affektif bozukluğu olan hasta eşlerinin aile işlevlerinin ne ölçüde sağlıklı olduğunun araştırılması amaçlanmıştır. 54 bipolar affektif bozukluğu olan hasta ve eşi vaka grubunu oluştururken, 54 ruhsal bozukluğu olmayan hasta eşi kontrol grubunu oluşturdu. Hasta eşlerine tanıtıcı bilgi formu ve A.D.Ö. (Aile Değerlendirme Ölçeği) uygulandı. Verilerin analizinde yüzde dağılımları, Ki kare, varyans analizi, t testleri SPSS 6.0 programı uygulanarak yapıldı. Araştırmada yer alan vaka grubu ve kontrol grubu A.D.Ö.'nün problem çözme, iletişim roller gereken ilgiyi gösterebilme, genel işlevler ve davranış kontrolü alt boyutunda farklılık gösterirken, bu fark duygusal tepki verme alt boyutunda görülmemiştir. Bulgular; hastalık ve olumsuz aile işlevleri arasında ilişki olduğunu ortaya koymuştur.

Anahtar kelimeler: Bipolar affektif bozukluk, aile değerlendirme ölçeği, aile işlevleri

Düşünen Adam; 2002, 15(4): 221-228

SUMMARY

In this study, it is aimed to investigate that what measure to healthy of the spouses of the bipolar affectif disorder: In bipolar affective disorders patients group, 54 spouses chosen as the event group, and 54 spouses chosen gram healthy volunteers as control group. The identifying information form and family function assessment scale have been applied to spouses of the patients. In the analysis of the data with help of the percent distributions, analysis of variance, chi square test, t test have been used with SPSS for windows 6.0 programme. The event group included in the research from the control group in the problem solving, communication, roles, giving the necessary assistance, general functions, behavior control. But this difference is not observed in the sub dimension called giving an emotional reaction. The data showed that was relationship between negative family function and disorder

Key words: Bipolar affective disorder, family function, family assesment scale

GİRİŞ

Toplumun temel ve en önemli birimlerinden biri olma özelliğini yüzyıllardır kaybetmeyen aile, bireye hayat vermekte ve onu etkilemektedir. Aile içi dinamiklerde meydana gelen değişimler bireyin yaşantısında sorun yaratabildiği gibi, bireyin yaşadığı krizler de aile içi ilişkilere yansımakta ve fonksiyonlarda değişmelere neden olmaktadır.

Ruhsal belirtilerle başvuran bireylerin ele alınmasında ve sağaltım sürecinde, onların içinde yaşadığı ailenin değerlendirilmesi, gerek tanı koymada gerekse uygun sağaltıma yönlendirilmede; ayrıca klinik gidiş ve sonucun belirlenmesinde önem taşır. Bireyin ruhsal sorunları aile dinamikleri ile ilişkili olabileceği gibi, evde hasta bir kişinin varlığı nedeni ile ailede işlevler felce uğramış olabilir (5).

* Atatürk Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu, Öğr. Gör.

Son yıllarda aile işlevlerinin ve sosyal desteğin tıbbi ve psikiyatrik hastalıklar üzerinde etkisi önem kazanmıştır. Hasta yanında ailesinin de teşhis ve tedaviye etkin bir şekilde katılması, süreçlerin daha sağlıklı geçirilmesini sağlayacağından, özellikle yaşamda kriz olabilecek olan bipolar affektif bozukluk için temeldir (2,3).

Bipolar affektif bozukluk gibi epizodlarda seyreden kronik bir hastalıkla karşı karşıya kalan hastalar, fiziksel, sosyal, yaşamsal alışkanlıklar yönünden çoğu zaman güçlükler yaşamakta ve bu aileyi de yakından etkilemektedir.

Güleç (7); Kohlve ve ark'nın ailedeki psikiyatrik hastalığı olan bireyler üzerinde yaptığı çalışmalarında şu sonuçlara vardığını ifade etmiştir: Ruhsal hastalığı olan bireyler, uygun bir tedavi ile iyileştirildiklerinde bile oldukça ciddi aile krizlerinin ortaya çıkmasına neden olmaktadır.

Klinik gözlemlerde; şizofrenik hastaya sahip ailelerin bazı üyelerinin sabırsız, öfkeli, çaresiz, umutsuz, bıkkın, ilgisiz tavırlar sergiledikleri şeklindedir. Bu da, bu tip ailelerin her zaman psikiyatrik bir tanı koyduracak kadar olmasa bile bir takım ruhsal bozukluk belirtileri verdiklerini ortaya koymaktadır (16,17).

Bipolar affetif bozukluk manik epizot sonunda, ailece yaygın bir şekilde posttravmatik stres bozukluğu görüldüğü düşünülmektedir. Hastayı da içeren aile üyelerinin epizodu süregeliyorsa ya da herhangi bir zamanda nüks ediyorsa, üyeler emosyonel olarak birbirinden uzaktalmış gibi hislerle dolurlar. Emosyonel durumları labil olabilir ve bazen impulsif olarak kendini gösterebilir (13).

Leahey tarafından yapılan araştırmada ise, aile sistemi hemşireliğinin aktif toplu bakım veren hastanelerde uygulanmasının başarılı olabileceği vurgulanmıştır. Ayakta tedavi gören hastaların tedavi gördüğü ünitelerdeki aile sistemi hemşireliğinin başarısı ve ilgisi nedeni ile, Callgory Bölge Hastanesinde aile sistemi hemşireliği pratiklerinin yayılması konusunda cesaret verici çalışmalar yapılmıştır. Aile ve hastane görüşmeleri, özellikle zor durumda olan ailelerin sorunlarının çözümünde aile sistemi hemşireliği enstitüsündeki personel birlikte düzenlenmiştir (8).

Sonuç olarak; hemşire terapist, terapötik ritüellerin oluşumunun temelinde yatan ailenin yaşam deneyimlerini anlamaya çalışır. Seçilen girişimlerde önemli olan, ailenin dünyaya bakış açısını kapatmasıyla ilgili ritüeller, problemler, tanımlanan çözümlerdir. Ailenin deneyimleri, hemşire terapist repertuarında değilse, meslektaşlarının konsültasyonu, toplumun uzmanları, ailenin net bir şekilde anlaşılmasının kolaylaşmasını sağlar.

GEREÇ ve YÖNTEM

Araştırmanın Tipi

Bu çalışma tanımlayıcı ve kesitsel türde bir araştırmadır.

Araştırmanın Yeri

Araştırma, Dokuz Eylül Üniversitesi ve Ege Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastaneleri ile Atatürk Devlet Hastanesi'nde yapılmıştır.

Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Sözü edilen hastanelerin klinik ve polikliniklerinde 1 Haziran-31 Ağustos 1998 tarihleri arasında yatarak yada ayaktan tedavi alan bipolar affektif bozukluğu olan hasta eşleri (vaka grubu n=54) ile ruhsal bozukluğu olmayan hasta eşleri (Kontrol Grubu n=54) araştırmanın evrenini oluşturmaktadır. Araştırmanın evreni aynı zamanda örneklemdir (n=108).

Veri Toplama Araçları

Verilerin toplanmasından hastalar ve eşleri ile ilgili bilgileri toplamak için TANITICI BİLGİ FORMU ve Bulut tarafından ülkemizde geçerlilik güvenilirliği yapılmış olan AİLE DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ (ADÖ) kullanılmıştır.

1. Tanıtıcı Bilgi Formu: Bipolar affektif bozukluğu olan ve olmayan hasta eşlerinin bazı sosyo demografik özelliklere (yaş, aile tipi, gelir durumu, eğitim düzeyi, cinsiyet, meslek grubu, gelir düzeyleri, sosyal konum, evlilik yılı, göç etme durumları) yönelik saptamaları ortaya koymaktadır.

2. Aile Değerlendirme Ölçeği (ADÖ): Aile değer-

Tablo 1. Bipolar affektif bozukluğu olan ve olmayan hasta aileleri ile ilgili tanıtıcı bilgiler.

Tanıtıcı Bilgiler	Bipolar affektif bozukluğu olan hasta eşleri		Ruhsal hastahğı olmayan hasta eşleri	
	Sayı	%	Sayı	%
Yaş				
20-30	8	14.8	7	13
31-40	16	29.6	11	20.4
41-50	11	20.4	11	20.4
51 ve üstü	19	35.2	25	46.3
Cinsiyet				
Kadın	29	53.7	25	46.3
Erkek	25	46.3	29	53.7
Eğitim Düzeyleri				
İlkokul mezunu	26	48.1	18	33.3
Orta-lise mezunu	16	29.6	18	33.3
Fakülte-yüksek okul	11	20.4	16	29.6
Diğer (okur-yazar)	1	1.9	2	3.7
Meslek grubu				
İşçi	7	13	9	16.7
Memur	15	27.8	21	38.9
Serbest meslek	4	7.4	2	3.7
Küçük esnaf	6	11.1	0	0
Ev hanımı	19	35.2	19	35.2
Çiftçi	3	5.6	3	5.6
Gelir düzeyleri				
Gelir giderken yüksek	15	22.8	2	3.7
Gelir gidere dengeli	31	57.4	36	66.7
Gelir giderden düşük	8	14.8	16	29.6
Sosyal konum				
Üst tabaka	15	27.8	2	3.7
Orta tabaka	31	57.4	51	94.4
Alt tabaka	8	14.8	1	1.9
Aile tipleri				
Çekirdek aile	43	79.6	48	88.9
Geniş aile	11	20.4	6	11.1
Göç etme durumları				
Göç eden	34	63	42	77.8
Göç etmeyen	20	37	12	22.2
Evlilik yılı				
1 ve daha az	2	3.7	2	3.7
2-5 yıl	7	13	3	5.6
5-10 yıl	6	11.1	6	11.1
10 yıl ve üzeri	39	72.2	43	79.6
Toplam	54	100	54	100

lendirme ölçeği bir bütün olarak aile sisteminin çeşitli boyutları hakkında bilgi toplamak ve bu bilgiyi direkt olarak aile üyelerinden almak amacıyla. Bu ölçek, ailenin yapısal ve örgütsel özelliklerini ve aile üyeleri arasındaki etkileşimi, sağlıklı ve sağlıksız olarak ayırt edebilecek şekilde tanımlanmıştır. Daha önce geliştirilmiş olan MC. Master Aile İşlevleri

Modelinin klinik olarak aileler üzerinde uygulanması ile elde edilmiştir. 7 alt ölçekten oluşmuştur. Bunlar; problem çözme, iletişim, roller, duygusal tepki verebilme, gereken ilgiyi gösterebilme, davranış kontrolü, genel işlevler'dir. 60 sorudan oluşmaktadır. Ülkemizde geçerlilik güvenilirliği I. Bulut tarafından yapılmıştır (4).

Tablo 2. Bipolar affektif bozukluğu olan ve olmayan hasta eşlerinin fiziksel sorunları olma durumlarına göre dağılımları.

	Bipolar affektif bozukluğu olan hasta eşleri		Ruhsal hastalığı olmayan hasta eşleri	
	Sayı	%	Sayı	%
Hastalık durumu				
Hastalık var	25	46.3	20	37
Hastalık yok	29	53.1	34	63
Toplam	54	100	54	100
Hastalığın çıkış zamanı				
Eşin hastalığından sonra	18	72	8	32
Eşin hastalığından önce	7	28	12	68
Toplam	25	100	25	100

Tablo 3. Bipolar affektif bozukluğu olan ve olmayan hasta eşlerinin aile içi yaşamlarını değerlendirme durumlarına göre dağılımları.

	Bipolar affektif bozukluğu olan hasta eşleri		Ruhsal hastalığı olmayan hasta eşleri	
	Sayı	%	Sayı	%
Aile içi yaşamlarını değerlendirme durumu yapı ve işleyişi sağlıklıdır	18	33.3	28	51.9
Yapı ve işleyişi kısmen sağlıklı ya da sağlıklı değil	36	66.7	26	49.1
Toplam	54	100	54	100

Verilerin Toplanması: Sözü edilen hastanelerde Psikiyatri kliniğinde yatarak ya da ayaktan tedavi gören hasta eşleri alınmıştır. Bu grup denek grubunu oluştururken, kontrol grubu da aynı hastanelerin farklı klinikleri seçilen ruh hastalığı olmayan hasta eşleri meydana gelmiştir. Anketlerin uygulanma süresi yaklaşık 30 dk.'dır.

Verilerin Değerlendirilmesi: Verilerin değerlendirilmesinde SPSS programı kullanılmıştır. Verilerin sayı ve yüzde dağılımları t testi, χ^2 testi, ANOVA kullanılarak değerlendirilmiştir.

BULGULAR VE TARTIŞMA

1. TANITICI BİLGİLER

Araştırma kapsamındaki bipolar affektif bozukluğu olan hasta eşlerinin % 14.8'i 20-30 yaş grubunda, % 29.6'sı 31-40 yaş grubunda, % 20.4'ü 41-50 yaş grubunda, % 35.2'si 51 yaş ve üstündedir; % 53.7'si kadın ve % 46.3'ü erkektir, % 48.1'i ilköğretim mezunu, % 29.6'sı orta okul mezunu, % 20.4'ü fakülte ve yük-

seköğretim mezunu, % 1.9'u okur yazardır; % 35.2'si ev hanımı, % 27.8'si memur, geri kalanı işçi, serbest meslek, küçük esnaf ve çiftçidir; % 57.4'ünün gelir düzeyi dengeli, % 57.4'ü kendini orta tabaka olarak nitelendirmektedir.

Bipolar affektif bozukluğu olan hastaların aile tipleri % 79 gibi bir oranla daha fazla çekirdek aile yönündedir. Göç durumlarına bakıldığında eşlerin % 63 gibi büyük bir kısmının yaşamında göç yer almaktadır. Evlilik yıllarına göre bipolar affektif bozukluğu olan hastalar incelendiğinde % 72.2'lik kısım ile 10 ve üzeri yıllık evliler ilk sırayı almaktadır.

2. HASTA EŞLERİNİN FİZİKSEL HASTALIK DURUMLARI

Bipolar affektif bozukluğu olan hasta eşlerinin % 46.3'ü fiziksel soruna sahip olurken, % 53.1'i bu soruya negatif yanıt vermiştir. Ailede ruh hastalığı olmayan hasta eşlerinde de durum benzerdir. Yine % 63'lük büyük çoğunluğun herhangi bir fiziksel sorunu olmadığı ortaya çıkmıştır.

Tablo 4. Bipolar affektif bozukluğu olan ve olmayan hasta eşlerinin, sosyal destek ve psikolojik yardıma duydukları ihtiyaca göre dağılımları.

	Bipolar affektif bozukluğu olan hasta eşleri		Ruhsal hastalığı olmayan hasta eşleri	
	Sayı	%	Sayı	%
Sosyal destek ve psikolojik yardıma duyulan ihtiyaç	8	14.8	4	7.4
Bazen	15	27.8	9	16.7
Zaman zaman	11	20.4	6	11.1
Çok sık	4	7.4	2	3.7
İhtiyaç duymadım	16	29.6	33	61.1
Toplam	54	100	54	100

Vaka grubu eşlerde fiziksel hastalığı olanların % 72'sinin hastalığı, eşin hastalığından sonra ortaya çıkmıştır. Kontrol grubunda ise sonuç aksidir. Bu sonuç ailedeki ruhsal hastalığın varlığının, diğer aile üyelerinin sağlığını olumsuz yönde etkilediği sonucunu ortaya koymaktadır.

3. AİLE İÇİ YAŞAMLARINI DEĞERLENDİRME BİÇİMLERİ

Bipolar affektif bozukluğu olan hasta eşleri aile içi yaşamlarını değerlendirirken %66.7'lik kısım kısmen sağlıklı ya da sağlıklı olarak nitelendirmişlerdir. %33.7'lik kısım sağlıklı olarak nitelendirmiştir. Ruhsal hastalığı olmayan hasta eşlerinde durum farklıdır. %44.1'lik kısım kısmen sağlıklı ya da sağlıklı olarak nitelendirilmiştir. Bu sonuç, ruhsal bozukluğu olan hastasıyla birlikte yaşamın aile işlevlerini daha olumsuz etkilediğini ve ileriki dönemlerde eşlerin kriz durumu ile karşı karşıya gelebileceklerini düşündürmektedir.

4. EŞLERİN SOSYAL DESTEK VE PSİKOLOJİK YARDIMA DUYDUKLARI İHTİYAÇ

Bipolar affektif bozukluğu olan hasta eşleri, hastalarına bakım verirken, çeşitli sıklıklarda bir uzmana ihtiyaç duyduklarını belirtmişlerdir. 54 kişilik hasta popülasyonunun sadece %29.6'lık kısmı herhangi bir sosyal destek ya da psikolojik yardıma ihtiyaç duymadığını belirtmiştir. Ruhsal hastalığı olmayan hasta eşlerinde ise durum farklıdır. Bu grubun %61.1'i ihtiyaç duymadığını belirtmiştir.

İki grup arasında yapılan X^2 önemlilik testi ile bipo-

lar affektif bozukluğu olan ve olmayan hasta eşlerini sosyal destek ve psikolojik yardıma duydukları ihtiyaçları arasında anlamlı farklılık bulunmuştur ($X^2=10.82$, $SD=3$, $p<0.05$).

5. BİPOLAR AFFEKTİF BOZUKLUĞU OLAN VE OLAMAYAN HASTA EŞLERİNİN ADÖLTA ÖLÇEK PUANLARININ KARŞILAŞTIRILMASI

Hasta eşlerinin sorunlarla başa çıkma kapasitesi ailenin düzeyini gösteren problem çözme alt boyutunda ($t=3.94$, $p<0.05$), aile üyeleri arasında doğrudan ya da dolaylı gelişen ilişki şeklini oluşturan iletişim alt boyutunda ($t=2.47$, $p<0.05$) ailenin maddi ve manevi ihtiyaçlarını karşılayan davranış örüntülerinin ifade eden roller alt boyutunda ($t=2.36$, $p<0.05$), aile üyelerinin birbirine gösterdiği ilgi bakım ve sevgiyi ifade eden gereken ilgiyi gösterebilme alt boyutunda ($t=2.07$, $p<0.05$), psikolojik ve sosyal tehlikenin algılandığı durumlarda aile üyelerine standart konulması ve disiplin sağlanması anlamını taşıyan davranış kontrolü alt boyutunda ($t=3.64$, $p<0.05$), diğer tüm alt boyutu kapsayan genel işlevler alt boyutunda ($t=4.11$, $p<0.05$) bipolar affektif bozukluğu olan hasta eşlerinin, ruh hastalığı olmayan hasta eşlerine oranla daha yüksek puan aldıkları gözlenmiştir. Ortalamalar arasındaki bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır.

Her türlü duygunun ağırlıklı bir şekilde sözle ve hareketle ifade edebilme şeklini gösteren duygusal tepki verebilme alt boyutunda ise bipolar affektif bozukluğu olan hasta eşlerinin ruh hastalığı olmayan hasta eşlerinden daha düşük puan aldıkları, aralarındaki bu farkın ise istatistiksel olarak anlamsız olduğu ortaya

Tablo 5. Bipolar affektif bozukluğu olan ve olmayan hasta eşlerinin ADÖ puan ortalamalarının incelenmesi.

Alt Ölçekler	Bipolar Affektif Bozukluğu Olan Hasta Eşleri		Ruh Hastalığı Olmayan Hasta Eşleri		t	p
	x	SS	x	SS		
Problem çözme	1.859	0.573	1.457	0.484	3.94	<0.05
İletişim	1.728	0.532	1.489	0.473	2.47	<0.05
Roller	2.039	0.268	1.783	0.489	2.36	<0.05
Duygusal tepki verebilme	1.731	0.570	1.665	0.610	0.59	>0.05
Gereken ilgiyi gösterebilme	2.126	0.617	1.919	0.405	2.07	<0.05
Davranış kontrolü	1.887	0.484	1.578	0.394	3.64	<0.05
Genel işlevler	1.772	0.564	1.387	0.395	4.11	<0.05

çıkmıştır (t=0.59, p<0.05).

Aştı⁽¹⁾ psikiyatri kliniklerinde taburcu olmaya hazır hasta ve hasta ailelerinin gereksinimlerini araştırdığı çalışmada ve Hoagwood ve Kimberly⁽⁹⁾ cinsel olarak kötüye kullanan çocukların aile fonksiyonlarını değerlendirme durumları üzerine yaptığı çalışmaların da bulgularımızı destekler yönde sonuçlar elde etmişlerdir.

Özdemir ve ark.'ları⁽¹⁵⁾ tarafından yapılan çalışmada psikotik tanı alan üyeye sahip ailelerin aile işlevleri ve sosyodemografik bilgileri içeren anket formu ve ADÖ uygulanmıştır. Sonucunda genel olarak psikiyatrik bozukluğu olan hastaya sahip ailelerin aile işlevlerinin sağlıklı olduğu saptanmıştır.

6. VAKA KONTROL GRUBU HASTA EŞLERİNİN SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERE GÖRE ADÖ ALT ÖLÇEK PUAN ORTALAMALARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Vaka kontrol grupları,

Yaş guruplarına göre dağılımları incelendiğinde:

- Problem çözme alt boyutunda 30-40 grubunda (t=2.19 p<0.05)
- Roller alt boyutunda 51 ve üstü yaş grubunda (t=2.31 p<0.05)
- İki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi ile aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu ortaya çıkmıştır.

Cinsiyete Göre Dağılımları İncelendiğinde:

- Problem çözme alt boyutunda kadınlarda (t=3.60 p<0.05)

- İletişim alt boyutunda kadınlarda (t=2.92 p<0.05)
- Duygusal tepki verebilme alt boyutunda erkeklerde (t=2.09 p<0.05)
- Gereken ilgiyi gösterebilme alt boyutunda erkeklerde (t=2.16 p<0.05)
- Davranış kontrolü alt boyutunda erkeklerde (t=2.75 p<0.05)
- Genel işlevler alt boyutunda erkeklerde (t=3.15 p<0.05)
- İki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi ile aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu ortaya çıkmıştır.

Eğitim durumuna göre dağılımları incelendiğinde:

- Problem çözme alt boyutunda orta-lise mezunu olanlarda (t=2.73 p<0.05)
- İletişim alt boyutunda orta-lise mezunu olanlarda (t=2.62 p<0.05)
- İki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi ile aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu ortaya çıkmıştır.

Kişilerin eğitim durumları değer yargılarını etkiler. Ruh hastalıklarına karşı tutum ve onları kabullenme ya da onlarda etkilenme, olumlu ilişkiler turma açısından eğitim durumunun önemli bir yer teşkil ettiğine inanılmaktadır.

Algıladıkları sosyal tabakalara göre dağılımları incelendiğinde:

- İletişim alt boyutunda kendini alt tabaka olarak nitelendirenlerde (t=4.7 p<0.05)
- İki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi ile aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu ortaya çıkmıştır.

Aile tiplerine göre dağılımları incelendiğinde:

- Problem çözme alt boyutunda çekirdek aile ($t=3.54$ $p<0.01$)
- İletişim alt boyutunda çekirdek aile ($t=2.18$ $p<0.05$)
- Roller alt boyutunda çekirdek aile ($t=2.5$ $p<0.05$)
- Gereken ilgiyi gösterebilme alt boyutunda çekirdek aile ($t=1.83$ $p<0.05$)
- Davranış kontrolü alt boyutunda çekirdek aile ($t=3.44$ $p<0.01$)
- Genel işlevler alt boyutunda çekirdek aile ($t=3.7$ $p<0.01$)
- İki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi ile aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu ortaya çıkmıştır.

Yaşanan göç olayına göre dağılımları incelendiğinde:

- Problem çözme alt boyutunda göç eden ($t=3$ $p<0.01$)
- İletişim alt boyutunda göç eden ($t=2.2$ $p<0.05$)
- Davranış kontrolü alt boyutunda göç eden ($t=2.60$ $p<0.05$)
- Genel işlevler alt boyutunda göç eden ($t=2.5$ $p<0.05$)
- İki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi ile aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu ortaya çıkmıştır.

İç ve dış göç birey ve ailenin yapı, işlev ve uyum sürecini önemli ölçüde etkilemektedir. aile hazırlık ve göç sürecini gerçekleştirdikten sonra, gidilen ortamda aşırı bir uyum çabasına girer. Bunun sonucunda ailenin dengesi bozulabilir ve göç süreci aile yapısını değiştirebilir, işlevlerini bozabilir (6).

Gelir durumuna göre dağılımları incelendiğinde:

- Problem çözme alt boyutunda gelir gidere dengeli olanlarda ($t=2.44$ $p<0.05$)
Geliri giderlerden düşük olanlarda ($t=2.45$ $p<0.05$)
- İletişim alt boyutunda gelir giderden düşük olanlarda ($t=2.45$ $p<0.05$)
- Davranış kontrolü alt boyutunda geliri giderden yüksek olanlarda ($t=6.9$ $p<0.05$)
Geliri giderden düşük olanlara ($t=2.12$ $p<0.05$)
- Roller alt boyutunda geliri giderden yüksek olanlarda ($t=4.24$ $p<0.01$)
- İki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi ile aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu ortaya çıkmıştır.

Ekonomik sorunlar, evde iletişimi bozan ve dayanışmayı engelleyen etkenler arasındadır. ancak sorun en önemli yönü ekonomik olanaksızlıktır (10,14).

Bipolar affektif bozukluğu olan hastalar manik dönemde pek çok davranışları gibi para yönetimi konusunda da sorun yaşarlar. Böylece birlikte yaşadığı aile de bu durumdan etkilenir ve zarar görür.

Maizade ve ark.'nın (12) demografik karakter ile aile fonksiyonları arasındaki ilişkiyi araştıran çalışmasında, sosyo ekonomik durum ile aile fonksiyonları arasında anlamlı bir ilişki olduğu ortaya konmuştur. Bu çalışma bulgularımızı destekler niteliktedir.

Aile yaşamlarını değerlendirme biçimlerine göre dağılımları incelendiğinde:

- Problem çözme alt boyutunda sağlıklı olarak nitelendirenler ($t=4.6$ $p<0.01$)
- Roller alt boyutunda sağlıklı olarak nitelendirenler ($t=3.67$ $p<0.01$)
- Davranış kontrolü alt boyutunda sağlıklı olarak nitelendirenler ($t=7.42$ $p<0.01$)
- İletişim alt boyutunda sağlıklı olarak nitelendirenler ($t=2.6$ $p<0.05$)
- Genel işlevler alt boyutunda sağlıklı olarak nitelendirenler ($t=8.16$ $p<0.01$)
- İki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi ile aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu ortaya çıkmıştır.

Aile üyelerinden herhangi biri hastalık epizodu taşıyorsa, bu tüm aileyi kötü etkiler dağıtır, aile üyeleri ne yapacaklarını bilmek isterler; daha az zarar görmek için bu periyotta nasıl davranmaları gerektiğini öğrenmeye çalışırlar (11,13,15).

Miklowitz'in (13) bipolar affektif bozukluğu olan hasta aileleri üzerine yaptığı çalışmasında; inkar safhasını yaşayan ailelerin, hastalığa inanmasının zor olduğunu belirtmişlerdir ve aile anlaşılmadığını ya da tedavi edilmediğini düşünür. Aile stres devam ettiğinde, tekrarlamayacağını ve kronik bir hastalık olduğuna inanmadığını ifade eder. Bu durum aile işlevlerinde bozulmaların başladığı evredir.

SONUÇ

Araştırma bulguları değerlendirildiğinde:

- Vaka ve kontrol grubu hasta eşlerinin aile işlevlerinde ADÖ'nün problem çözme, iletişim, roller gereken ilgiyi gösterebilme, davranış kontrolü ve genel işlevler alt boyutlarında farklılık gösterdikleri; ancak duygusal tepki verebilme alt boyutunda bunun olmadığı ortaya çıkmıştır.
- Vaka ve kontrol grubu hasta eşleri sosyodemografik özelliklerine göre ADÖ'nün alt ölçüklerinde teker teker incelendiğinde;
- Problem çözme alt boyutunda 30-40 yaş grubunda, kadınlarda, orta-lise eğitim düzeyinde olanlarda, geliri giderden düşük ve yüksek olanlarda, çekirdek aile yapısı gösterenlerde, göç yaşayanlarda, aile yaşamını sağlıklı olarak nitelendirenlerde,
- İletişim alt boyutunda, kadınlarda, orta-lise eğitim düzeyinde olanlarda, geliri giderden düşük olanlarda, kendini alt tabaka olarak nitelendirenlerde, çekirdek aile yapısı gösterenlerde, aile yaşamını sağlıklı olarak nitelendirenlerde,
- Roller alt boyutunda, 51 ve üstü yaş grubunda, geliri giderden yüksek olanlarda, çekirdek aile yapısı gösterenlerde, aile yaşamını sağlıklı olarak nitelendirenlerde,
- Gereken ilgiyi gösterebilme alt boyutunda, erkeklerde, geliri giderden düşük ve yüksek olanlarda, çekirdek aile yapısı gösterenlerde,
- Davranış kontrolü alt boyutunda, erkeklerde, geliri giderden düşük ve yüksek olanlarda, çekirdek aile yapısı gösterenlerde, göç yaşamış olanlarda, aile yaşamını sağlıklı olarak nitelendirenlerde,
- Genel işlevler alt boyutunda, erkeklerde, çekirdek aile yapısı gösterenlerde, göç yaşamış olanlarda, aile yaşamını sağlıklı olarak nitelendirenlerde iki grup arasında anlamlı farklılıklar gözlemlenmiştir.

ÖNERİLER

- Aile üyelerinin işlevlerini sağlıklı olarak yerine getirememesini, sorun yaşaması anlamına gelen kriz döneminde çözüme aileyi de katmak, onların ileriki krizlerde başa çıkma yetisini artıracak, tüm sorumluluğun hastanın üzerine olmasını engelleyecek, gereksiz hospitalizasyonlara engel olacağına inanılmaktadır.
- Tüm PSİKİYATRİ EKİBİNİN, aile üyelerine özellikle tedavi sürecini ve beklentilerini içeren mesajları vermeleri, taburculuk sonrası aile içinde yaşanabilecek sorunları minimize edeceğine inanılmaktadır.

cek sorunları minimize edeceğine inanılmaktadır.

- Bipolar affektif bozukluk gibi tekrarlayıcı ve kronik bir hastalığı olan bireye sahip olan ailelere psikiyatri ekibi tarafından destek verilmesi ileriki dönemde hasta ailelerini işlevlerini sağlıklı olarak yerine getirmesini sağlayacağı, bu sürecin başlangıcı olan taburculuk planının oluşturulmasında ve erken tanı, stres ve ruhsal dengeyi bozabilecek etkenleri önlemek amacıyla sosyal ve kişisel beceriler kazandırmak, başa çıkma yöntemlerini öğretmek ve sosyal destek geliştirilmesini amaçlayan koruyucu psikiyatri alanında anahtar görevi PSİKİYATRİ HEMŞİRESİNİN yapacağına inanılmaktadır.

KAYNAKLAR

1. Aştı N: Psikiyatri kliniklerinde taburcu olmaya hazır hasta ve hasta ailelerinin gereksinimlerinin karşılanması. 31. Ulusal Psikiyatri Kongresi Bildiri Özet Kitapçığı, İstanbul s.27-30, 1995.
2. Aydın C, Yalçın S: Psikiyatrik hastalar ve anababaların ruhsal belirtilerinin karşılaştırılması. Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Günleri Kongre Kitabı s.394-401, 1992.
3. Bright MA: Therapeutic ritual helping families grow. J Psychosocial Nurs 28:25-29, 1990.
4. Bulut I: Aile Değerlendirme Ölçeği El Kitabı. Özgeleş Matbaası s: 1-7, 1990.
5. Eker D: Ailenin ve toplumun akıl hastalıkları ile ilgili tutumları. Aile ve Toplum 2:72-77, 1991.
6. Fidaner H: Ruh Sağlığı Hizmetlerinde Aileye Yaklaşım. Sevdî Matbaacılık s.64-85, 1985.
7. Güleç C: Aile ve evlilik krizlerinde acil psikoterapi. Psikoloji Dergisi 6:20-26, 1988.
8. Hegap S, Guffin Akisal, Schucht M: Training and research in service setting comorbidity and bipolar disorder. Genetics of bipolar disorder. Bipolar Disorders Book of Abstract s.38-42, 1998.
9. Hoagwood J, Kimberly M: Sexual abused children's perceptions of family functioning. Child Adolesc Soc Work J 6:139-149, 1989.
10. Howells J: Advances in family psychiatry. Copyright International Universities Press New York 527-540, 1979.
11. Kocaman G: Ailelerin hastalık durumlarında gösterdikleri davranışsal yanıtların incelenmesi. II. Ulusal Hemşerilik Kongresi Bildirileri 16-24, 1990.
12. Maizade M: The relationship between family functioning and demographic characteristics in an epidemiological study. Can J Psychiatry 32: 526-533, 1987.
13. Miklowitz G: Bipolar illness and family. First International Conference on Bipolar Disorder, Pittsburgh-Pensilvania 138-169, 1994.
14. Mürtvet B: Sağlıklı İnsan İlişkileri s:20-38; 86-93, 1998, Armani Ltd. Şti. Ankara.
15. Özdemir H, Özşahin A, Cesur G: Psikotik ve nevroitik tanı alan üyeye sahip ailelerin aile işlevlerinin karşılaştırılması. XXXII. Ulusal Psikiyatri Kongresi Bildiri Özet Kitapçığı, Ankara s.22-35, 1996.
16. Penn D, Mueser K: Research up date on the psysocial treatment of schizophrenia. Am J Psychiatry 153:607-617, 1991.
17. Yener F, Kırılı S: Şizofrenlerin aile bireylerinde görülen ruhsal bozuklukların ve belirtilerin incelenmesi. Düşünen Adam 4:21-23, 1991.