

# 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 araştırılmasını amaçlar. 54 bipolar affektif bozukluğu olan hasta 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 kullanılarak 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; 2003, 16(1): 39-45*

## SUMMARY

*In this study, it is aimed to investigate that what measure to health of the spouses of the bipolar affectif disorder. 54 of the spouses of the bipolar affectif disorder to form event group and 54 of the spouses of the physchial disorder to form control group. The identifying information form and family function assesment 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 differ from the control group in the problem solving, communication, roles, giving the necessary assistance general functions, behavior control. But this differance is not observed in the sub dimension called giving on emational reaction. The data showed that there 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 belirtilere başvuran bireylerin ele alınmasında ve sağaltım sürecinde, onların içinde yaşadığı ailenin değerlendirilmesi, gerek tanı koymada gerekse uygun sağaltıma yönlendirmede; 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).

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 epizotlarla seyreden kronik bir hastalıkla karşı karşıya kalan hastalar, fiziksel, sosyal, yaşamsal alışkanlıklar yönünden çoğu zaman güçlükler yaşamakta ve bu aileyi de etkilemektedir.

Güleç (7); Kohlve ark.'nın ailedeki psikiyatrik hastalığı olan bireyler üzerinde yaptığı çalışmalarında su sonuçlara vardığını ifade etmiştir: Ruh 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, ailede 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 dolarlar. Emosyonel durumları labil olabilir ve bazen impulsif olarak kendini gösterebilir (13).

Leahey tarafından yapılan çalışmada ise, aile sistemi hemşireliğinin aktif toplu bakım veren hastanelerde uygulanmasının başarılı olabileceği vurgulanmıştır. Ayakta tedavi gören hastaların tedavi gördüğü ünitelerdeki 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 düzenlemiştir (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 çalışmaya tanımlayıcı ve kesitsel türde bir araştırma yapılmıştır.

### **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 psikiyatri klinik ve polikliniklerinde 1 Haziran-31 Ağustos 1998 tarihleri arasında yatarak ya da 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 örneklemi (n=108).

### **Veri toplama araçları**

Verilerin toplanmasından hastalar ve eşleri ile ilgili 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 değerlendirme ölçeği bir bütün olarak aile sisteminin çeşitli boyutları hakkında bilgi toplamak ve bu bilgiyi direkt olarak aile üyelerinden almak amaçındadır. 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).

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

Verilerin Değerlendirilmesi: Verilerin değerlendirilmesinde SPSS programı kullanılmıştır. Verilerin sayısı ve yüzde dağılımları t testi,  $\chi^2$  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 üstündedir. % 53.7'si kadın ve % 46.3'ü erkektir, % 48.1'i ilkököl mezunu, % 29.6'sı ortaokul mezunu, % 20.4'ü fakülte ve yüksekokul mezunu, % 1.9'u okuryazardır; % 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 kısmının yaşamında göç yer almak-

tadır. Evlilik yıllarına göre bipolar affektif bozukluğu olan hastalar incelendiğinde % 72.2'lik kısım ile 10 ve üzeri yıllık evliler ilk sırayı almaktadır.

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

Tanıtıcı Bilgiler	Bipolar Affektif Bozukluğu Olan Hasta Eşleri		Ruhsal Hastalığı Olmayan Hasta Eşleri	
	Sayı	%	Sayı	n
<b>Yaş</b>				
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
<b>Cinsiyet</b>				
Kadın	29	53.7	25	46.3
Erkek	25	46.3	29	53.7
<b>Eğitim Düzeyleri</b>				
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
<b>Meslek Grubu</b>				
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
<b>Gelir Düzeyleri</b>				
Gelir giderden yüksek	15	22.8	2	3.7
Gelir giderde dengeli	31	57.4	36	66.7
Gelir giderden düşük	8	14.8	16	29.6
<b>Sosyal Konum</b>				
Üst tabaka	15	27.8	2	3.7
Orta tabaka	31	57.4	51	94.4
Alt tabaka	8	14.8	1	1.9
<b>Aile Tipleri</b>				
Çekirdek aile	43	79.6	48	88.9
Geniş aile	11	20.4	6	11.1
<b>Göç Etme Durumları</b>				
Göç eden	34	63	42	77.8
Göç etmeyen	20	37	12	22.2
<b>Evlilik Yılı</b>				
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
<b>Toplam</b>	54	100	54	100

## 2. HASTA EŞLERİNİN FİZİKSEL HASTALIK DURUMLARI

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	n
<b>Hastalık Durumu</b>				
Hastalık var	25	46.3	20	37
Hastalık yok	29	53.1	34	63
Toplam	54	100	54	100
<b>Hastalığın Çıkış Zamanı</b>				
Eşin hastalığından sonra	18	72	8	32
Eşin hastalığından önce	7	28	12	68
Toplam	25	100	25	100

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

Vaka grubu eşlerde fiziksel hastalığı olanların % 72'sinin hastalığı, eşin hastalığından sonra ortaya çıkmıştır. Kontrol grubuna 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

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	n
<b>Aile İçi Yaşamlarını Değerlendirme Durumları</b>				
Yapı ve işleyişi sağlıklıdır	18	33.3	28	51.9
Yapı ve işleyişi kısmen sağlıklı yada sağlıklı	36	66.7	26	49.1
Toplam	54	100	54	100

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

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.

## 4. EŞLERİN SOSYAL DESTEK VE PSİKOLOJİK YARDIMA DUYDUKLARI İHTİYAÇ

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

	Bipolar Affektif Bozukluğu Olan Hasta Eşleri		Ruhsal Hastalığı Olmayan Hasta Eşleri	
	Sayı	%	Sayı	n
<b>Sosyal Destek ve Psikolojik Yardıma Duyulan İhtiyaç</b>				
Bazen	8	14.8	4	7.4
Zaman zaman	15	27.8	9	16.7
Sıklıkla	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

## 5. BİPOLAR AFFEKTİF BOZUKLUĞU OLAN VE OLAMAYAN HASTA EŞLERİNİN ADÖ ALT ÖLÇEK PUANLARININ KARŞILAŞTIRILMASI

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 çözüme	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	0.628	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

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

### Vaka ve kontrol grupları,

#### Yaş gruplarına göre dağılımları incelendiğinde:

Problem çözüme alt boyutunda 30-40 yaş 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 incelendiğinde:

Problem çözüme 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 çözüme alt boyutunda orta-liste 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 yargılarına etkiler. Ruh hastalıklarına karşı tutum ve onları kabullenme ya da onlarda etkilenme, olumlu ilişkiler kurma açısından eğitim durumunun önemli bir yer teşkil ettiğine inanılmaktadır.

#### Algıladıkları sosyal tabakalara göre dağılımları incelendiğinde:

İletişim alt boyutunda kendini alt tabaka olarak nitelendirenlerde ( $t=4.7$   $p<0.01$ )

İki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi ile aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu ortaya çıkmıştır.

#### Aile tiplerine göre dağılımları incelendiğinde:

Problem çözüme 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.

## SONUÇ

Araştırma bulguları değerlendirildiğinde:

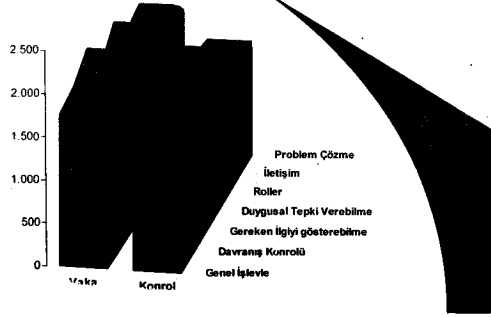
\* Vaka ve kontrol grubu hasta eşlerinin aile işlevlerinde ADÖ'nün problem çözüme, iletişim, roller, gereken ilgiyi gösterebilme, davranış kontrolü ve ge-

nel 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 ölçeklerinde teker teker incelendiğinde;



HASTA AİLELERİNİN ADÖLTA ÖLÇEK PLANLARININ KARŞILAŞTIRILMASI



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 yaşamayanlarda, aile yaşamını sağlıklı olarak nitelendirenlerde,

İletişim alt boyutunda, kadınlarda, orta-lise 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,

- Duygusal tepki verebilme alt boyutunda, erkeklerde, çekirdek aile yapısı gösterenlerde,

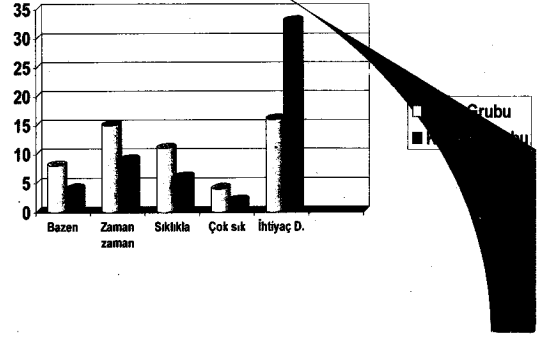
- Davranış kontrolü alt boyutunda, erkeklerde, geliri giderden düşük ve yüksek olanlarda, çekirdek aile yapısı gösterenlerde, göç yaşamış olanlarda, aile yaşamını sağlıklı olarak nitelendirenlerde,

- Genel işlevler alt boyutunda, erkeklerde, çekirdek aile yapısı gösterenlerde, göç yaşamış olanlarda, aile yaşamını sağlıklı olarak nitelendirenlerde iki grup arasında anlamlı farklılıklar gözlenmiştir.

### ÖNERİLER

- Aile üyelerinin işlevlerini sağlıklı olarak yerine getirememesi, sorun yaşamaya anlamına gelen kriz döneminde çözüme aileyi de katmak, onların ileriki krizlerde başa çıkma yetisini artıracak, tüm sorumluluğun hastanın üzerine olmasını önleyecek, gereksiz hospitalizasyonlara engel olacağına inanılmaktadır.

### Sosyal Destek ve Psikolojik Yardıma Duyulan İhtiyaç



- Tüm PSİKİYATRİ EKİBİNİN, aile üyelerine özellikle tedavi süreci ve beklentilerini içeren mesajları vermeleri, taburculuk sonrası aile içinde yaşanabilecek sorunları minimize edeceğine inanılmaktadır.

- Bipolar affektif bozukluk gibi tekrarlayıcı ve kronik bir hastalığı olan bireye sahip olan ailelere psikiyatri ekibi tarafından destek verilmesi ileriki dönemlerde hasta ailelerinin 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: (1995). Psikiyatri kliniklerinde taburcu olmaya hazır hasta ve hasta ailelerinin gereksinimlerinin karşılanması, Ulusal psikiyatri kongresi bildiri özet kitapçığı, İstanbul, 27-30; 1995.
2. Aydın C, Yalçın S: Psikiyatrik hastalar ve anababaların ruhsal belirtilerinin karşılaştırılması Çocuk ve ergen psikiyatrisi günleri kongre kitabı, Kuşadası s:394-401; 1992.
3. Bright MA: Therapeutic ritual helping families grow, Journal of psysocial nursing 28(2):25-29; 1990.
4. Bulut I: Aile değerlendirme ölçeği el kitabı, Özgüzeliş matbaası, Ankara 1-7; 1990.
5. Eker D: Ailenin ve toplumun akıl hastalıkları ile ilgili tutumları, Aile ve Toplum 2(1):72-77; 1991.
6. Fidaner H: (1985). Ruh sağlığı hizmetlerinde aileye yaklaşım, Sevdî matbaacılık, İzmir; 1985.
7. Güleç C: Aile ve evlilik krizlerinde acil psikoterapi, psikoloji dergisi 6(22):20-26; 1988.
8. Hegap S. MC, Guffuin Akiskal MD, Schucht M: Training and research in service setting Comorbidity and bipolar disorder, Genetics of bipolar disorder, Bipolar disorders book of abstract, Kuşadası; 1998.
9. Hoagwood J, Kimberly M: Sexüel abused children s percep-

tions of family functioning, *Child and adolescent social-work journal*, 6(2):139-149; 1989.

10. Howells J: *Advances in family psychiatry*, Copyright international universities press., New York. s:527-540; 1979.

11. Kocaman G: Ailelerin hastalık durumlarında gösterdikleri davranışsal yanıtların incelenmesi, II. Ulusal hemşirelik kongresi bildirileri, İzmir; 1990.

12. Maizade M: The relationship between family functioning and demographic characteristic in an epidemiological study, *Can J psychiatry* 32(7):526-533; 1987.

13. Miklowitz G: *Bipolar illness and family*, First international

conference on bipolar disorder, Pittsburg-Pensilvania; 1994.

14. Mürüvet B: *Sağlıklı insan ilişkileri*, Armani Ltd. Şti., Ankara; 1998.

15. Özdemir H, Şahin A, Cesur G: Psikotik ve nevrotik tanı alan üyeye sahip ailelerin aile işlevlerinin karşılaştırılması, XXXII. Ulusal psikiyatri kongresi bildiri özet kitapçığı, Ankara; 1996.

16. Penn D, Muesser K: Research up date on the psysocial treatment of schizoprenia, *Amj Psychiatry* 153(5):607-617; 1991.

17. Yener F, Kırılı S: Şizofrenilerin aile bireylerinde görülen ruhsal bozuklukların ve belirtilerin incelenmesi, *Düşünen Adam* 4(3):21-23; 1991.

beciya