



Toplum Ruh Sağlığı Merkezinden Hizmet Alan Hastaların Aile İşlevlerinin Değerlendirilmesi

Melike YÖNDER ERTEM

İzmir Katip Çelebi Üni., Sađ. Bil. Fak., Hemş. Böl., Hemşirelikte Öğretim ABD. İzmir

0000-0002-7039-3650

Geliş Tarihi / Received
05.10.2020

Kabul Tarihi / Accepted
19.11.2020

Yayın Tarihi / Published
30.12.202

Özet: Kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin aile işlevlerinin belirlenmesi, bakımveren gereksinimlerinin saptanabilmesi ve buna yönelik girişimlerin planlanabilmesi bakımından önemlidir. Araştırma, bir Toplum Ruh Sağlığı Merkezi'nden hizmet alan psikiyatri hastalarının aile işlevlerinin belirlenmesi amacıyla kesitsel tanımlayıcı türde planlanmıştır. Gereç ve Yöntemler: Bu çalışma, Türkiye'nin ege bölgesinde bir toplum ruh sağlığı merkezinde yapılmıştır. Araştırma, Ekim 2018-Şubat 2019 aylarında gerçekleştirilmiştir. Araştırmada; "Aile Tanıtım Formu" ile "Aile Değerlendirme Ölçeği" kullanılmıştır. Bulgular: Psikiyatrik tanımlı bireylere 20 yıl ve üzeri bakım veren ailelerde aile işlevselliği arasında pozitif yönde anlamlı ilişki olduğu ve Aile Değerlendirme Ölçeği toplam puanı ile "duygusal tepki, ilgi gösterme, roller, davranış kontrolü ve genel fonksiyonlar" alt boyutları arasında çok ileri düzeyde pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir. Sonuç ve Öneriler: Çalışmadan elde edilen bulgular ışığında psikiyatrik tanımlı hastaların ailelerine yönelik; hastalık, aile içi iletişim becerileri, aile içi roller ve davranış kontrolüne yönelik planlamaların yapılması ve danışmanlık verilmesi önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Ruh Sağlığı, Toplum, Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri.

Evaluation of Family Functions of Patients' Served by The Community Mental Health Center

Abstract: Introduction and Aim: It is important to determine the family functions of individuals with chronic mental illness, to determine the needs of caregivers and to plan appropriate interventions. The research was carried out descriptively in order to evaluate the family functions of psychiatric patients receiving service from a Community Mental Health Center. Materials and Methods: This study was conducted as a cross-sectional analytical descriptive and in a community mental health center in Turkey's Aegean region. The research was carried out between October 2018 and February 2019. Considering the accessibility by the researchers, 52 patients close to 20% of the universe constituted the sample group of the study. In the research, "Family Evaluation Scale" and "Family Promotion Form" tools were used. Results: There is a significant positive correlation between family functionality in families providing care for individuals with psychiatric diagnoses of 20 years or more, and determined that there is a relationship between the Family Assessment Scale total score and "roles, emotional reaction, interest, behavior control and general functions" sub-dimensions. Conclusion and Suggestions: Findings obtained from the study show that communication, roles, emotional reaction, behavior control sub-dimensions continue unhealthy. It is recommended that those who care for patients with psychiatric diagnoses should be trained to support family functions, about illness and family functions, planning for counseling skills, roles and behavioral control, and counseling.

Keywords: Mental Health, Community, Community Mental Health Services.

Sorumlu yazar: Melike YÖNDER ERTEM

Adres: İzmir Katip Çelebi Üni., Sađ. Bil. Fak., Hemş. Böl., Hemşirelikte Öğretim ABD., İzmir

e-posta: melike_yonder@hotmail.com

GİRİŞ

Kronik ruhsal hastalıklar bireylerde; bilişsel yıkım, yeti yitimi ve sosyoekonomik alanda bazı kayıplara neden olduğu için bu hastalar ailevi ve toplumsal rollerini yerine getirirken bazı zorlukla karşılaşmaktadırlar. Bu nedenlerle de bakımverenleri tarafından desteklenmesi büyük önem taşımaktadır (Gültekin, 2010, Buldukoğlu ve ark., 2011). Süreğen ruhsal hastalığa sahip olan bireyler, genellikle aileri ile birlikte yaşamaktadır ve bu aileler bakımverme ile ilgili rolü genel anlamda herhangi bir destek almaksızın yerine getirmektedirler (Alataş, ve ark., 2011, Duman ve Bademli, 2013). Bakımveren bireyler, ruhsal hastalığa sahip bireyin bakım ve izlem sürecinde bir takım zorluklar yaşayabilmektedir. Aile üyelerinin; anksiyete, utanç, suçluluk, korku, stres, çaresizlik, umutsuzluk gibi bazı duygulara sahip olduğu belirtilmektedir (Taktak ve ark., 2000). Aile içinden en az bir kişinin, hastanın düzenli bakım ve takibi için sosyal, akademik, profesyonel ya da ailevi rollerinde değişiklikler yaşayabildiği belirtilmektedir. Ayrıca işten ayrılma yada farklı bir işe geçiş yapma gibi durumlar nedeniyle sosyo-ekonomik alanda kayıplarının olabildiği belirtilmektedir (Alataş ve ark., 2011, Magliano ve ark., 2006, Tel ve ark., 2010, Yıldırım, 2014). Yapılan bir çalışmada kronik ruhsal hastalığa sahip bireylerin bakım verenlerinde, hastanın bakım ve takibi

konusunda yaşadıkları zorluk nedeniyle depresyon ve anksiyete belirtilerinin daha sık ortaya çıktığı saptanmıştır (Yıldırım, 2014). Yapılan farklı bir çalışmada ise şizofreni tanılı hastaların pozitif ve negatif belirti şiddeti arttıkça aile yükünün arttığı, sosyal işlevsellik düzeyi azaldıkça aile yükünün arttığı, hasta yakınlarının daha çok olumlu biçimde yeniden yorumlama ve gelişme, etkili başetme becerileri, plan yapma gibi yöntemlerini kullandıkları saptanmıştır (Köroğlu ve Hocoğlu, 2019). Aile yükü olarak ifade edilen kavram, süreğen ruhsal hastalığı olan bir bireyin akrabalarının yaşadığı fiziksel, ruhsal, toplumsal, ekonomik sorunların tümünü içermektedir (Arguvanlı Çoban ve ark., 2013, Shah, Wadoo, Latoo, 2010). Hastalık belirtilerinin sürmesine ve pekişmesine zemin hazırlayan fonksiyonel olmayan aile dinamikleri; iletişim çatışmalarının, rol karmaşasının, güç dengesinde çatışmaların sıklıkla deneyimlendiği bir ortam olması bakımından başlı başına bir stresör olarak ifade edilebilir. Sonuçta, ruhsal hastalığa sahip bireylerin birlikte yaşadığı aile üyelerinin sağlığı koruma, geliştirme ve aile üyelerinin tedavi sürecinde sorumluluk alabilmesi, işbirliği kurması bakımından aile işlevlerinin değerlendirilmesi önem taşımaktadır.

Aile işlevleri kavramı, karşılaşılan problemlere yönelik birlikte çözüm yolları arayabilen, karşılıklı duygusal bağın olduğu,

aile içindeki rollerinin, sorumluklarının farkında olup bunları yerine getirebilen, yapıcı bir etkileşim içinde olan aile dinamikleri olarak tanımlanmaktadır (Epstein ve ark., 1983). Lewis, Beavers, Gosselt ve Philips (1976) ailevi fonksiyonlarını istendik seviyede uygulayabilen aileleri fonksiyonel; ailede kullanılan iletişim yöntemlerinin yetersiz ya da hatalı olması bakımından işlevlerini yürütemeyenleri ise fonksiyonel olmayan aileler olarak tanımlamaktadır. Ayrıca ailelerin bazı öne çıkan temel özellikleri olduğunu açıklamışlardır. Bunlar: aile üyelerinin bir arada olmalarının onları mutlu etmesi ve karşılıklı olarak birbirlerini destekleyebilmeleri, kendilerinin ve başkalarının düşüncelerine karşı saygı duyması, ailede uygun etkileşim yöntemlerinin uygulanması, rollerini yerine getirebilmeleri, eşler arasındaki sorunların ebeveynlik rolünü etkilememesi, uygulaması zor kurallar koymak yerine yeri geldiğinde esnek olabilmek ve aile içinde fikir alışverişinin bulunmasıdır (Lewis ve ark., 1989). Bu tanım ışığında, fonksiyonel yapıdaki bir aile "sağlıklı", fonksiyonel olmayan (işlevsel olmayan) aile de "sağlıksız" aile olarak yorumlanmaktadır. Duygu dışa aktarımı, duygu düzenleme becerileri, kişilerarası ilişkiler, stresle başetme yöntemleri, rol dağılımı ve sorumluk paylaşımı gibi özellikler bir ailenin işlevleri hakkında genel bir bilgi

verebilmektedir (Allender ve Spradley, 2005, Stuart, 2013). Ayrıca tüm bu özelliklerin taburculuk sonrası süreçte psikiyatrik hastalığın alevlenmesini etkilediği belirtilmektedir (Leff ve ark., 1982). Yapılan bir araştırmada; şizofreni tanılı bireylerin bulunduğu ailelerin, kişilerarası ilişkiler ve stresörlerle baş edebilme konularında, epilepsi ve bipolar tanılı bireylerin ailelerine oranla daha fazla zorluk yaşadığı saptanmıştır (Ünal ve ark., 2004). Başka bir çalışmada ise şizofreni tanılı hasta ailelerinin; problem çözme yöntemleri, iletişim becerileri, duygu ifade yöntemleri, rollerin yerine getirilmesi, zaman ayırma, davranışların kontrol edilebilmesi ve genel işlevlerde fonksiyonel bozukluk saptanmıştır (Danacı ve ark., 2005). Gülseren, Coşkun, Gülseren ve Kültür (1992) tarafından yapılan bir araştırmada; şizofreni tanılı bireylerin ailelerinde etkileşim, ilgi gösterme, rol ve sorumluluk konusunda yüksek düzeyde fonksiyonel kayıp saptanmıştır (Gülseren ve ark., 1992). Ayrıca aile işlevleri ile hastalık başlangıç yaşı, hastane yatış süresi, yatış ve relaps sıklığı, tedaviye uyumsuz davranışlar arasındaki ilişkiyi araştıran çalışmalar mevcuttur (Deniz ve ark., 1998, Köroğlu ve Hocaoğlu, 2019, Taktak ve ark., 2000). Kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin aile işlevlerinin belirlenmesi, ailenin ihtiyaç duyduğu konuların saptanabilmesi ve bunlara yönelik girişim ve yöntemlerin

planlanabilmesi bakımından önem arz etmektedir. Bu nedenle Toplum Ruh Sağlığı Hemşireleri tarafından psikiyatrik tanısı olan bireylerin ailelerinin değerlendirilmesi, rehabilitasyon planı oluşturulmasında büyük önem taşımaktadır. Konu ile ilgili literatür incelendiğinde özellikle üçüncü basamak sağlık hizmetlerinden yararlanan kronik ruhsal hastalığa sahip bireylerin aile işlevlerinin değerlendirildiği çalışmalara ulaşılamamıştır. Dolayısıyla bu çalışmanın literatüre bu açıdan da katkı sunacağı düşünülmektedir. Araştırma, bir Toplum Ruh Sağlığı Merkezi'nden hizmet alan psikiyatri hastalarının aile işlevlerinin değerlendirilmesi amacıyla kesitsel-tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

GEREÇ ve YÖNTEM

Araştırmanın Türü

Bu çalışma, kesitsel-tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma, 2018 Ekim- 2019 Şubat tarihleri arasında Ege Bölgesi'nde bulunan bir üniversite hastanesine bağlı olarak hizmet vermekte olan Toplum Ruh Sağlığı Merkezinde gerçekleştirilmiştir.

Araştırmanın Evreni Örnekleme

Araştırmanın evrenini; Türkiye'nin Ege Bölgesi'nde bir Toplum Ruh Sağlığı Merkezi'ne (TRSM) kayıtlı olup, en az 6 aydır düzenli olarak devam eden hastaların

primer bakım vermekle sorumlu bir aile üyesi oluşturmuştur. Araştırma, 2018 Ekim-2019 Şubat tarihleri arasında TRSM'ye gelen 78 hasta yakınından çalışmaya katılmayı kabul eden 52 hasta yakını (katılım oranı: %66.6) ile tamamlanmıştır.

Veri Toplama Araçları

Araştırmanın veri toplama araçları; "Aile Tanıtım Formu" ile "Aile Değerlendirme Ölçeği (ADÖ)" dir.

Aile Tanıtım Formu

Araştırmaya katılan hasta yakınlarına yönelik sosyodemografik ve hasta birey ile ilgili bilgileri içeren bir formdur. Araştırmacılar tarafından literatür taranarak oluşturulan formda; katılımcıların yaşı, cinsiyeti, öğrenim düzeyi, işi, sosyoekonomik düzeyi, psikiyatrik tanılı hastaya bakım süresi gibi sorulara yer verilmiştir.

Aile Değerlendirme Ölçeği (ADÖ)

Aile işlevlerinin belirlenmesine yönelik geliştirilen ölçüm aracının ülkemizdeki geçerlik ve güvenilirlik çalışması Bulut (1990) tarafından yapılmıştır. Ölçeğin puanlanması ve değerlendirilmesi yapılırken her madde için cevap seçenekleri dört grupta toplanmıştır. Değerlendirmede, seçeneklere 1'den 4'e kadar puan verilmektedir. "Aynen Katılıyorum" seçeneğine 1 puan, "Büyük Ölçüde Katılıyorum" seçeneğine 2 puan, "Biraz Katılıyorum" seçeneğine 3 puan ve "Hiç Katılmıyorum" seçeneğine ise 4 puan

verilmektedir. Ölçek, 60 maddeden ve yedi alt boyuttan oluşmaktadır. Bu alt boyutlar; iletişim, roller, duygusal tepki verebilme, problem çözme, davranış kontrolü, gereken ilgiyi gösterme ve genel işlevlerdir. Problem çözme alt boyutu; ailenin karşılaştığı güçlükleri işlevselliği bozmayacak biçimde çözebilmesidir. İletişim; aile üyeleri arasında ortaya çıkan etkileşim olarak ifade edilebilir. Roller; aile içindeki bireylere düşen sorumlulukları, görevleri ve bunların nasıl dağılım gösterdiğini tanımlamaktadır. Duygusal tepki verebilme; ailede yer alan üyelerin duygu aktarımını ve duygusal tepki verme biçimlerini tanımlamaktadır. Gereken ilgiyi gösterme; aile içinde üyelerin karşılıklı olarak etkinliklere katılma ve onları ilgilendiren konulara dahil olma boyutunu tanımlamaktadır. Davranış kontrolü; aile üyelerinin davranış örüntülerini saptama ve devam ettirme yöntemlerini belirler. Genel işlevler boyutu ise; ailenin genel anlamda diğer alanlardaki işlevsellik düzeyini belirler. Ölçekten elde edilen puan, her alt boyut için toplanıp ortalaması alınarak hesaplanmaktadır (Bulut, 1990). Bu şekilde her aile üyesi için yedi alt ölçek puanı elde edilir. Kuramsal olarak 2 ayırt edici bir sayı olup, 2' nin üzerindeki puan ortalaması, aile işlevlerinin sağlıklı biçimde olması şeklinde yorumlanmaktadır. Bu çalışmada ölçeğin Cronbach alfa iç tutarlık katsayısı Problem Çözme için .80, İletişim için .84, Roller için

.75 ve Duygusal Tepki Verebilme için .86 olarak bulunmuş; yapılan uyarlama çalışmasında bu ölçeğin Türkiye örnekleminde geçerli ve güvenilir olduğu belirtilmiştir (Bulut, 1990).

Verilerin Toplanması

Araştırmacı tarafından bakımverenlere çalışma hakkında bilgi verilmiş ve anket formları dağıtılarak yüzyüze görüşme yöntemiyle veriler toplanmıştır. Anketleri cevaplama sürecinin, hekim veya hemşire görüşme saati ile eşzamanlı olmaması göz önünde bulundurulmuştur.

Araştırmanın Etik Boyutu

Çalışma Helsinki Deklarasyon ilkeleri doğrultusunda yürütülmüştür. Araştırmanın yapılabilmesi için ilgili üniversitenin İnvaziv olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan izin alınmıştır (Karar no:2019/315). Çalışmaya katılım konusunda gönüllülük esas alınmıştır. Araştırmaya katılmayı kabul eden katılımcılara, görüşme öncesi araştırmanın amacı ve önemi, görüşme için harcayacağı süre konusunda açıklama yapılmış ve onamları alınmıştır. Bu çalışma Helsinki Deklarasyonu ilkelerine uygun olarak yapılmıştır.

İstatiksel Analiz

İstatistiksel analizler için IBM SPSS 22 programı kullanılmıştır. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metotlar (ortalama, standart sapma, medyan, frekans, ortanca, minimum,

maksimum) kullanılmış, 0.05 anlamlılık düzeylerinde değerlendirilmiştir. Verilerin analizinde; normal dağılım, korelasyon, tek yönlü varyans analizi, bağımsız örneklerde t testi analizleri uygulanmıştır.

BULGULAR

Sosyodemografik ve Psikiyatrik Özelliklerin İncelenmesi

Çalışmaya katılanların yaş ortancası 55.00 ± 12.70, 29'u kadın olmak üzere 52 kişi katılmıştır. Bakım vericilerin %51.9'unun ilkokul mezunu, %86.5'inin evli, büyük bölümünün ailedeki rolünün anne (%44.2) ve baba (%26.9) olduğu belirlenmiş ve katılımcıların %32.7'si yeterli sosyal desteğe sahip olduğunu belirtmiştir (Tablo 1).

Aile Değerlendirme Ölçeği Alt Boyutları

Puan Ortalamaları

Araştırmada aile değerlendirme alt boyutlarından elde edilen puan ortalamaları 2.00'nin üstünde bulunmuştur. Çalışma grubunun genel olarak aile işlevlerine bakıldığında problem çözme, roller, duygusal tepki verebilme, gereken ilgiyi gösterebilme, davranış kontrolü ve genel işlevler alanlarında bozulma olduğu görülmüştür (Tablo 2).

Tablo 1. Sosyodemografik ve Psikiyatrik Özelliklerin İncelenmesi

Sosyodemografik Özellikler	n	%
Yaş grupları		
19-35	3	5.8
36-55	24	46.2
56-65	16	30.8
66-81	9	17.3
Cinsiyet		
Kadın	29	55.8
Erkek	23	44.2
Medeni Durum		
Bekar	2	3.8
Evli	45	86.5
Dul/Boşanmış	5	9.6
Eğitim Durumu		
Okur yazar değil	8	15.4
Okur yazar	4	7.7
İlkokul mezunu	27	51.9
Ortaokul mezunu	3	5.8
Lise mezunu	4	7.7
Üniversite	6	11.5
Aile Tipi		
Çekirdek	43	82.7
Geniş	7	13.5
Parçalanmış Aile	2	3.8
Ailedeki rolü		
Anne	23	44.2
Baba	14	26.9
Çocuk	2	3.8
Kardeş	6	11.5
Eş	5	9.6
Diğer	2	3.8
Maddi Durum		
Gelir giderden az	22	42.3
Gelir gidere denk	26	50.0
Gelir giderden fazla	4	7.7
Hastalık öyküsü		
Var	17	32.7
Yok	35	67.3
Psikiyatrik bakım süresi		
1-9 yıl	20	38.5
10-19 yıl	16	30.8
20 yıl ve üstü	16	30.8
Sosyal destek varlığı		
Var	17	32.7
Yok	35	67.3
Yaşadığı yer		
Köy/ Kasaba	13	25.0
İl merkezi	39	75.0
Total	52	100.0

Tablo 2: Aile Değerlendirme Ölçeği Alt Boyutları Puan Ortalamaları

Alt boyutlar	Mean ± Std. Dev.	Min-Max
Problem Çözme	1.837 ± 0.528	1.00- 2.83
İletişim	2.182 ± 1.597	1.00- 2.67
Roller	2.173 ± 2.090	1.36- 3.73
Duygusal tepki verme	2,096 ± 0.734	1.00- 4.00
İlgi gösterme	1,882 ± 0.510	1.00- 3.57
Davranış kontrolü	2.09 ± 0.550	1.11- 3.56
Genel fonksiyonlar	1.891 ± 0.707	1.00- 4.75

Aile Değerlendirme Ölçeği Alt Boyutlar Arasındaki İlişki

Alt boyutlar arasındaki ilişki incelendiğinde; problem çözme alt boyutunun genel fonksiyonlar ile ilişkili olduğu ($p<.05$), iletişim boyutunun; roller, duygusal tepki, ilgi gösterme, davranış kontrolü alt boyutu ile anlamlı derecede ilişkili olduğu ($p<.01$); roller boyutunun davranış kontrolü boyutu ile çok ileri düzeyde ($p<.001$), duygusal tepki ile ileri düzeyde ($p<.01$) ve ilgi

gösterme boyutu ile ilişkili olduğu ($p<.05$) saptanmıştır. Duygusal tepki verme boyutunun; ilgi gösterme, davranış kontrolü ve genel fonksiyonlar boyutları ile ileri düzeyde anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır. İlgi gösterme boyutunun; davranış kontrolü ve genel fonksiyonlar boyutları ile ileri düzeyde anlamlı ilişki gösterdiği saptanmıştır. Davranış kontrolünün genel fonksiyonlarla ileri düzeyde anlamlı ilişki ($p<.01$) bulunmuştur (Tablo 3).

Tablo 3: Aile Değerlendirme Ölçeği Alt Boyutları Arasındaki İlişki

Boyutlar (n=52)	Problem Çözme r (p)	İletişim r (p)	Roller r (p)	Duygusal tepki r (p)	İlgi gösterme r (p)	Davranış kontrolü r (p)	Genel fonksiyonlar r (p)
Problem Çözme	-	-.046 (.744)	-.129 (.361)	.191 (.176)	.071 (.618)	.025 (.859)	.335* (.015)
İletişim		-	.356** (.010)	.376** (.006)	.380** (.005)	.367** (.008)	.260 (.063)
Roller			-	.367** (.007)	.286* (.040)	.503** (.000)	.246 (.079)
Duygusal tepki verme				-	.380** (.005)	.461** (.001)	.433** (.001)
İlgi gösterme					-	.386** (.005)	.414** (.002)
Davranış kontrolü						-	.367** (.008)
Genel fonksiyonlar							-

* Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed); ** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

TARTIŞMA

Ruh sağlığı alanında ortaya çıkan gelişmeler, kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin toplum içinde bakımını olanaklı kılması, hastanın yaşamında ailelerin anahtar rol üstlenmelerini sağlamış ve bakım yükünü hastaneden ailelere ve diğer

toplum temelli kurumlara yönlendirmiştir (Macleod ve ark., 2011, Liberman, 2008). Dolayısıyla bu durumda aileler bakım sürecinde bazı zorlanmalar yaşayabilmekte ve aile işlevleri olumsuz şekilde etkilenebilmektedir. Ailelerin bakım vermede yaşadıkları güçlükler, başa çıkma

becerilerinde azalma gibi nedenlerle aile içi iletişimde sorunlar, keder, kayıp, öfke, utanç ve suçluluk duygusu yaşayabildiği bildirilmektedir (Macleod ve ark., 2011).

Araştırmamızda aile değerlendirme ölçeğinin alt boyutlarından elde edilen puan ortalamalarının (problem çözme, ilgi gösterme ve genel fonksiyonlar dışında) 2.00'nin üstünde olduğu saptanmıştır. ADÖ'den elde edilen puan ortalamaları 2.00'yi geçtikçe aile işlevselliği bakımından sağlıksızlığın arttığı kabul edilmesi nedeniyle özellikle bu alt boyutlara ilişkin aile işlevlerinde bozulma olduğu görülmektedir. Aile işlevlerinin, ruhsal ve fiziksel hastalıkların oluşumunda ve prognozunda önemli rol oynadığı vurgulanmaktadır (Köroğlu ve Hocaoğlu, 2019). Ailevi dinamiklerde ortaya çıkan değişimler, hasta bireyin yaşantısında sorun oluşturabildiği gibi, bireyin yaşadığı kriz veya sorunlar da aile içi ilişkilere yansımakta ve işlevlerde değişmelere neden olabilmektedir (Köroğlu ve Hocaoğlu, 2019). Psikiyatri hastalarının ailelerine yönelik yapılan çalışmalarda da aile işlevlerinde bozulmalar ve yetersizlikler olduğu saptanmıştır (Weinstock ve ark., 2013, Saeki ve ark., 2002). Ghamari (2012)'nin kolej öğrencilerinde yaptıkları bir araştırmada; somatizasyon, depresyon ve anksiyete bozukluklarının, aile işlevlerini olumsuz olarak etkilediği saptanmıştır (Ghamari, 2012). Saeki ve ark. (2002)'nin

yapmış oldukları çalışmada depresyon tanılı bireylerin bozulmuş aile işlevlerinin olduğu ve bunun özellikle "problem çözme", "iletişim" ve "genel fonksiyonlar" boyutunda olduğu saptanmıştır (Saeki ve ark., 2002). Bizim çalışmamızda da benzer şekilde "iletişim" alt boyutu puan ortalaması 2'nin üzerinde olduğu bulunmuştur. Ayrıca iletişim boyutunun; roller, duygusal tepki, ilgi gösterme, davranış kontrolü alt boyutu ile anlamlı derecede ilişkili olduğu saptanmıştır. İletişim alanındaki bozukluk diğer alt boyutlardaki bozuklukların ortaya çıkmasını etkilediği düşünülmektedir. Nitekim etkili bir iletişim örüntüsüne sahip olmayan ailelerde duygusal tepki verme, aile içi rol dağılımı, ilgi gösterme ve davranışların kontrol edilmesine yönelik alt boyutlarında da yetersizlikler/eksikliklerin olması ve bu durumun diğer sosyal problemlere de yol açması kaçınılmaz olmaktadır. Diğer bir ifade ile aile içi ilişki dengesinin düzenlenmesinde iletişim; hem uyumun sağlanması hem de çatışmaların çözümlenebilmesi için temel bir kavramdır. Aile üyeleri bazı durumlarda sahip oldukları farklı görüşler nedeniyle aile içinde çatışma yaşamamak için fikirlerini paylaşmayabilir, iletişim kurmaktan çekinebilir ya da birbirlerinden farklı düşündükleri gerçeğini görmezden gelebilmektedirler (Nichols ve Schwartz, 2004). Bu bağlamda iletişim sorunları, ailenin tüm işlevlerini yerine

getirmesini zorlaştırmaktadır. Aile içi iletişim açık ve dolaysız değilse diğer işlevlerin de beklenen düzeyde yerine getirilmesi olanaksız olarak ifade edilmektedir (Bulut, 1990).

Konu ile ilgili olarak Cuhadar, Savaş, Ünal, Gökpınar (2015)'in bipolar hastalarla yapmış oldukları bir çalışmada, hastaların aile işlevlerine yönelik % 43.2'si problem çözme, % 34.6'sı iletişim, % 61.7'si roller, % 44.4 duygusal tepki verebilme % 86.4 gereken ilgiyi gösterme, si davranış kontrolü, % 35.8 genel fonksiyonu sağlıklı olarak tanımladıkları belirlenmiştir (Cuhadar ve ark., 2015).

Kabasakal (2012), çocuk psikiyatri polikliniğine başvuran ailelerle yaptığı araştırmasında, ebeveynlerin; problem çözme (2.000), iletişim (2.003), roller (2.231), gereken ilgiyi gösterme (2.40), davranış kontrolü (2.196) alt ölçeklerinden ve ADÖ toplam (2.14) ortalama puanlarının 2.00'nin üzerinde olduğu saptanmıştır (Kabasakal, 2012).

Ruhsal hastalıklar ailenin günlük işleyişini, aile bireyleri arasındaki rol ve ilişkileri, aile bireylerinin birbiri ile iletişimini, stresle baş çıkma ve problem çözme becerilerini etkilemektedir (Buldukoğlu ve ark., 2011). Kronik ruhsal hastalıklar, ailenin işlevlerini tüm yönleriyle etkileyebilmekte ve tüm aile ilişkileri ve rolleri, bazen kalıcı olarak değiştirebilmektedir.

SONUÇ

Çalışmadan elde edilen bulgular, Toplum Ruh Sağlığı Merkezinden hizmet almakta olan hasta ailelerinin; iletişim, roller, duygusal tepki verme, davranış kontrolü alt boyutlarının sağlıklı olarak sürdürdüğünü göstermektedir. Psikiyatrik tanıli hastalara bakım verenlerde aile işlevlerini desteklemek için bakım vermekte olan kişilerin hastalık ve aile işlevleri hakkında eğitilmesi, aile içi iletişim becerilerine, rollere ilişkin ve davranış kontrolüne yönelik planlamaların yapılması ve danışmanlık verilmesi önemlidir. Ayrıca literatür incelemesinde konuya ilişkin çok yetersiz sayıda araştırmanın olduğu saptandığından, ülkemizde toplum ruh sağlığı hizmetlerinin gelişimine katkı sunması bakımından psikiyatri hastalarının aile işlevlerinin değerlendirilmesine ilişkin çalışmaların planlanması önerilmektedir.

Çıkar Çatışması Bildirimi: Makalede ismi listelenen yazarın, makalede sunulan veriler ve/veya makalenin konusu ile ilgili olarak herhangi bir kişi ya da kuruluş ile çıkar ilişkisi bulunmamaktadır.

KAYNAKLAR

- Alataş G, Kahiloğulları AK, Yanık M** (2011) Ulusal ruh sağlığı eylem planı 2011- 2023. Ankara.
- Allender JA, Spradley BW** (2005) Community Health Nursing Concepts and Practice, 5th edition. Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins.
- Arguvanlı Çoban S, Özkan B, Medik K, Saraç B**

(2013) The quality of life of people with bipolar disorders and their caregivers [Article in Turkish]. *J Psy Nurs* 4:61-6.

Buldukoğlu K, Bademli K, Karakaya D, Göral G, Keser İ (2011) Ruhsal hastalığı olan ebeveynle yaşamak. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar* 3:683-703.

Bulut I (1990) Aile değerlendirme ölçeği el kitabı. Ankara: Özgüneli Matbaası, s: 6-8.

Çuhadar D, Savas HA, Unal A, Gokpinar F (2015) Family functionality and coping attitudes of patients with bipolar disorder. *Journal Of Religion & Health* 54:1731-1746.

Danacı AE, Karaca N, Deveci A (2005) Şizofreni hastalarında aile işlevselliği ile sosyal işlevsellik arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi. *Türkiye' de Psikiyatri* 7(3):103-108.

Deniz H, İlnem C, Yener F (1998) Şizofren bireyin algıladığı duygu dışavurum düzeyinin relapsla ve aile işlevleriyle ilişkisi. *Düşünen Adam: Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi* 11(3), 5-15.

Duman ZÇ, Bademli K (2013) Kronik psikiyatri hastalarının aileleri: sistematik bir inceleme. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar* 5:78-94.

Epstein NB, Baldwin LM, Bishop DS (1983) The McMaster family assessment device, *Journal of Marital and Family Therapy* 9:171-180.

Ghamari M (2012) Family function and depression, anxiety, and somatization among college students. *Int. J. Acad. Res. Business Soc. Sci* 2;101-105.

Gülseren L, Coşkun S, Gülseren Ş, Kültür S (1992) Şizofreni ve bipolar bozukluk tanısı konan hastalar ile ailelerinde aile işlevleri üzerine karşılaştırmalı bir çalışma. *3P Dergisi* 7:23-32.

Gültekin BK (2010) Ruhsal bozuklukların önlenmesi: kavramsal çerçeve ve sınıflandırma. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar* 2:583-94.

Kabasakal C (2012) Çocuk psikiyatri polikliniğine ilk başvuran ailelerin aile işlevselliği ve çocuk yetiştirme tutumları (Yüksek Lisans Tezi). Haliç Üniversitesi, İstanbul.

Köroğlu A, Hocaoğlu Ç (2019) Şizofrenide aile

yükü, aile işlevleri ve başa çıkma tutumları arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Ortaoğu Tıp Dergisi* 11(3), 294-302.

Leff J, Kuipers L, Berkowitz RA (1982) Controlled trial of social intervention in the families of schizophrenic patients. *Br. J Psychiatry* 141:121-134.

Lewis JM, Beavers WR, Gossett JT, Phillips VA (1989) No single thread: psychological health in family systems. 2. Basım. Brunner/Mazel Publishing.

Lieberman RP (2008) Yetiyitiminden iyileşmeye. Psikiyatrik İyileştirim El Kitabı. American Psychiatric Publishing, Inc. Washington DC, (Çev. ed. Yıldız, M). Türkiye Sosyal Psikiyatri Derneği, Ankara, s: 278-310.

Magliano L, Fiorillo A, Malangone C, De Rosa C, Maj M (2006) Patient functioning and family burden in a controlled, real-world trial of family psychoeducation for schizophrenia. *Psychiatr Serv* 57:1784-91.

Macleod SH, Elliott L, Brown R (2011) What support can community mental health nurses deliver to carers of people diagnosed with schizophrenia? Findings from a review of the literature. *Int J Nurs Stud* 48: 100-20.

Nichols MP, Schwartz RC (2004) Family therapy: concepts and methods. 2nd ed. Boston: Allyn and Bacon Inc.

Saeki T, Asukai N, Miyake Y, Miguchi M, Yamawaki S (2002) Characteristics of family functioning in patients with endogenous monopolar depression. *Hiroshima J Med Sci* 51: 55-62.

Shah AJ, Wadoo O, Latoo J (2010) Psychological distress in carers of people with mental disorders. *JMP* 3:327.

Stuart WG (2013) Principles and Practice of Psychiatric Nursing, 10th edition. St.Louis, Mosby.

Taktak Ş, Erkıran M, Karşıdağ Ç, Özeren M, Alpay N (2000) Şizofren olgularda aile işlevselliğinin algılanması, sosyodemografik ve klinik özelliklerle ilişkisi üzerine bir çalışma. *Düşünen Adam: Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi* 13(4):196-203.

- Tel H, Saraç B, Günaydın Y, Medik K, Doğan S** (2010) Psikiyatrik hastalık tanılı primer bakım vericilerinin sosyal destek durumunun belirlenmesi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi* 1:103-7.
- Ünal S, Kaya B, Çekem B** (2004) Şizofreni, İki uçlu duygudurum bozukluğu ve epilepsi hastalarında aile işlevlerinin karşılaştırılması. *Türk Psikiyatri Dergisi* 15(4):291-299.
- Weinstock LM, Wenze SJ, Munroe MK, Miller IW** (2013) Concordance between patient and family reports of family functioning in bipolar i disorder and major depressive disorder. *The Journal of Nervous and Mental Disease* 201: 377-83.
- Yıldırım FG** (2014) Psikiyatri hastalarına bakım verenlerin ruhsal durumları ve bakım yükünün değerlendirilmesi. [Yüksek lisans tezi] Haliç Üniversitesi, İstanbul.