

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
EĞİTİM BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
AİLE EĞİTİMİ VE DANIŞMANLIĞI ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ

KRONİK HASTALIKLARIN, HASTALARIN AİLE İŞLEVLERİ
VE YAŞAM DOYUMLARI ÜZERİNE ETKİSİ

AYŞE EZGİ ACAR

İzmir 2011

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
EĞİTİM BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
AİLE EĞİTİMİ VE DANIŞMANLIĞI ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ

KRONİK HASTALIKLARIN, HASTALARIN AİLE İŞLEVLERİ
VE YAŞAM DOYUMLARI ÜZERİNE ETKİSİ

AYŞE EZGİ ACAR

Danışman

PROF. DR. A. DİLEK GÜLDAL

İzmir 2011

YEMİN METNİ

Yüksek Lisans Tezi olarak sunduğum “Kronik Hastalıkların, Hastaların Aile İşlevleri Ve Yaşam Doyumu Üzerine Etkisi” adlı çalışmanın, tarafımdan bilimsel ahlak ve geleneklere aykırı düşecek bir yardıma başvurmaksızın yazıldığını ve yararlandığım eserlerin kaynak dizininde gösterilenlerden oluştuğunu, bunlara atıf yaparak yararlanmış olduğumu belirtir ve bunu onurumla doğrularım.

22/06/2011

Ayşe Ezgi ACAR



Eğitim Bilimleri Enstitüsü M¼d¼rl¼đ¼ne

İşbu alışma, j¼rimiz tarafından Aile Eğitimi Ve Danışmanlığı Anabilim Dalı Aile Eğitimi Ve Danışmanlığı Programında Y¼KSEK LİSANS TEZİ olarak kabul edilmiştir.

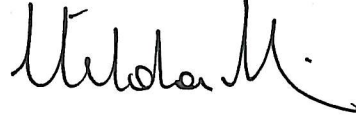
Başkan : Prof. Dr. A. Dilek G¼LDAL



¼ye : Yrd. Doç. Dr. Hadiye K¼¼KKARAG¼Z



¼ye : Doç. Dr. Vildan MEVSİM



Onay

Yukarıda imzaların, adı geçen ¼đretim ¼yelerine ait olduğunu onaylarım.

22/06/2011



Prof. Dr. h. c. İbrahim ATALAY
Enstit¼ M¼d¼r¼

T.C
YÜKSEKÖĞRETİM KURULU
ULUSAL TEZ MERKEZİ

TEZ VERİ GİRİŞİ VE YAYIMLAMA İZİN FORMU

Referans No	405374
Yazar Adı / Soyadı	Ayşe Ezgi ACAR
Uyruğu / T.C.Kimlik No	T.C. 12908873334
Telefon / Cep Telefonu	05324437905
e-Posta	eziacar@gmail.com
Tezin Dili	Türkçe
Tezin Özgün Adı	Kronik Hastalıkların, Hastaların Aile İşlevleri Ve Yaşam Doyumları Üzerine Etkisi
Tezin Tercümesi	Effects Of Chronic Diseases On Family Functions And Life Satisfactions of The Patients
Konu Başlıkları	Psikoloji
Üniversite	Dokuz Eylül Üniversitesi
Enstitü / Hastane	Eğitim Bilimleri Enstitüsü
Bölüm	
Anabilim Dalı	Aile Eğitimi ve Danışmanlığı Anabilim Dalı
Bilim Dalı / Bölüm	
Tez Türü	Yüksek Lisans
Yılı	2011
Sayfa	92
Tez Danışmanları	Prof. A. Dilek GÜLDAL
Dizin Terimleri	
Önerilen Dizin Terimleri	
Yayımlama İzni	<input checked="" type="checkbox"/> Tezimin yayımlanmasına izin veriyorum <input type="checkbox"/> Ertelenmesini istiyorum

a. Yukarıda başlığı yazılı olan tezinin, ilgililenenlerin incelemesine sunulmak üzere Yükseköğretim Kurulu Ulusal Tez Merkezi tarafından arşivlenmesi, kağıt, mikroform veya elektronik formatta, internet dahil olmak üzere her türlü ortamda çoğaltılması, ödünç verilmesi, dağıtımı ve yayımı için, tezimize ilgili fikri mülkiyet haklarımız saklı kalmak üzere hiçbir ücret (royalty) ve erteleme talep etmeksizin izin verdiğimi beyan ederim.

05.07.2011

İmza:.....

Yazdır

Sonsuzluğu öğreten Annem ve Babama...

TEŞEKKÜRLER

Hayatıma ufuk çizgisi çizmeyen annem ve babama,

Dördüncü yaprağım Onur'a,

İdeal kelimesini kıskandıran değerli tez danışmanım Prof. Dr. A. Dilek Güldal'a,

Yüksek Lisans eğitimim boyunca hoşgörü ve yardımını hiçbir zaman esirgemeyen kocaman yürekli hocam Yrd. Doç. Dr. Hadiye Küçükkaragöz'e,

Yüksek Lisans eğitimim boyunca her türlü derdime hoşgörü ile çare bulan Eğitim Bilimleri Enstitüsü Öğrenci İşlerinin değerli emektarları Nurşen Korkmaz ve Dicle Kayhan'a,

Psikoloji deryasına küçük kayıklar yapıp bizleri yerleştiren değerli lisans hocalarım Yrd. Doç. Dr. H. Özlem Sertel Berk, Yrd. Doç. Dr. Sevim Cesur ve Yrd. Doç. Dr. Göklem Tekdemir Yurtdaş'a,

Aile alanıyla tanışmamı sağlayan ve bu alanda çalışmamı teşvik eden Prof. Dr. Hürol Fışiloğlu'na,

İleri görüşlülüğü sayesinde İller arasında okumamı teşvik eden Değerli Kocaeli Vali Yardımcım Sayın İdris Kurtkaya ve doktora beklentisiyle beni onurlandıran Değerli Kocaeli Valim Gökhan Sözen'e, verdikleri destekten dolayı İzmir Vali Yardımcılarım Sayın Özlem Bozkurt Gevrek ve Şahin Aslan'a,

İzmir Valiliği'nde bana kucak açan çalışma arkadaşlarım A. Özlem Yenen, Yasemin Ceylan, Gülbin Şentürk ve Ebru Bulut'a; emek ve desteğine hayran kaldığım Münevver Okumuş ve oda arkadaşım Ezgi Özdoğan'a,

İzmir'deki kalem Hasan ve Nuran Acar'a,

Aynı yolun yolculuğunda ayrı limanlarda aynı şevk ve aşkla mesleklerimizi yürüttüğümüz değerli meslektaşlarım, dostlarım Nil, Zehra, Zeynep, Yağmur, Barış ve Eren'e, uzmanlık serüveninde bilgi, deneyim ve paylaşımlarıyla yolumu aydınlatan Dünya, Kemal, Burcu, Mehmet ve diğer sınıf arkadaşlarıma,

İzmir'in en güzel hediyesi yol arkadaşlarım, iyi yürekli dostların Sinem ve Berkin'e,

Güneşli günlerim Dilha, Güney, Çınar ve Çiçek'e,

hayatımda olduğunuz ve beni desteklediğiniz için sonsuz teşekkürler...

İÇİNDEKİLER

YEMİN METNİ

TEZ VERİ GİRİŞİ VE YAYIMLAMA İZİN FORMU

İTHAF.....	i
TEŞEKKÜRLER.....	ii
İÇİNDEKİLER.....	iii
TABLO LİSTESİ.....	v
ÖZET.....	vi
ABSTRACT.....	vii

BÖLÜM I

GİRİŞ

1.1. Problem Durumu.....	2
1.2. Araştırmanın Amacı ve Önemi.....	3
1.3. Araştırmanın Problemi.....	4
1.4. Araştırmanın Alt Problemleri.....	4
1.5. Sayıtlar.....	5
1.6. Sınırlılıklar.....	5
1.7. Tanımlar.....	6
1.8. Kısaltmalar.....	6

BÖLÜM II

KURAMSAL ÇERÇEVE VE LİTERATÜR

2.1. Aile İşlevleri.....	7
2.1.1. Aile Tanımı.....	7
2.1.2. Aile Değerlendirilmesi.....	8
2.1.3. Aile İşlevleri.....	10
2.1.4. Ailenin İşlevlerini Etkileyen Faktörler.....	12
2.2. Yaşam Doyumu.....	14
2.3. Kronik Hastalıklar.....	16
2.3.1. Kronik Böbrek Hastalığı.....	18
2.3.2. Diyabet Hastalığı.....	22
2.3.3. Multiple Skleroz (MS) Hastalığı.....	24

2.4 Kronik Hastalıklar ve Aile İşlevleri	26
2.5. Kronik Hastalıklar ve Yaşam Doyumu	28
2.6. Kronik Hastalıklar, Aile İşlevleri ve Yaşam Doyumu Üzerine Yapılan Çalışmalar	29

BÖLÜM III

YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Modeli	33
3.2. Evren ve Örneklem	34
3.3. Veri Toplama Araçları	35
3.3.1. Gönüllü Bilgilendirme Formu	35
3.3.2. Demografik Bilgiler Formu	36
3.3.3. Aile Değerlendirme Ölçeği	36
3.3.4. Yaşam Doyum Ölçeği	38
3.4. Verilerin Toplanması	39
3.5. Verilerin Çözümlemesi	40

BÖLÜM IV

BULGULAR

4.1. Katılımcıların Demografik Yapılarına İlişkin Bulgular	41
4.2. Araştırmanın Problemlerine İlişkin Bulgular	46
4.3. Araştırmanın Alt Problemlerine İlişkin Bulgular	48

BÖLÜM V

SONUÇLAR, TARTIŞMA VE ÖNERİLER

5.1. Sonuçlar ve Tartışma	57
5.2. Öneriler	61

KAYNAKÇA	63
-----------------------	----

EKLER	69
--------------------	----

TABLO LİSTESİ

Tablo 1: Örneklemin Cinsiyete Göre Dağılımı	41
Tablo 2: Örneklemin Aile Yapısına Göre Dağılımı	42
Tablo 3: Örneklemin Eğitim Durumuna Göre Dağılımı	43
Tablo 4: Örneklemin İş Durumuna Göre Dağılımı	43
Tablo 5: Örneklemin Yaş Ortalama, Standart Sapma ve Minimum-Maksimum Değerleri...	44
Tablo 6: Kronik Hastalık Grubunun Sahip Oldukları Hastalık Yıllarına Göre Dağılımı	45
Tablo 7: Aile Değerlendirme Ölçeği'nin Kronik Hastalık ve Kontrol Grupları İçin Ortalama, Standart Sapma ve Alınan Minimum ve Maksimum Puanları.....	46
Tablo 8: Yaşam Doyum Ölçeği'nin Kronik Hastalık ve Kontrol Grupları İçin Ortalama, Standart Sapma ve alınan Minimum ve Maksimum Puanları.....	47
Tablo 9: Aile İşlevleri Düzeyleri İle Yaşam Doyum Düzeyi Arasındaki İlişki	48
Tablo 10: Aile İşlevleri Düzeylerinin Kronik Hastalık ve Kontrol Grupları İçin Mann Whitney U-Testi Sonuçları	49
Tablo 11: Yaşam Doyum Düzeylerinin Kronik Hastalık ve Kontrol Grupları İçin Mann Whitney U-Testi Sonuçları	50
Tablo 12: Aile İşlevleri Düzeylerinin Cinsiyet Değişkenine Göre Mann Whitney U-Testi Sonuçları	51
Tablo 13: Yaşam Doyum Düzeylerinin Cinsiyet Değişkenine Göre Mann Whitney U Testi Sonuçları	52
Tablo 14: Aile İşlevleri Düzeylerinin Kronik Hastalık Gruplarına Göre Kruskal Wallis H Testi Sonuçları	53
Tablo 15: Yaşam Doyum Düzeylerinin Kronik Hastalık Gruplarına Göre Kruskal Wallis H-Testi Sonuçları	54
Tablo 16: Aile İşlevleri Düzeylerinin Kronik Hastalık Yıllarına Göre Kruskal Wallis H-Testi Sonuçları	55
Tablo 17: Yaşam Doyum Düzeylerinin Kronik Hastalık Yıllarına Göre Kruskal Wallis H-Testi Sonuçları	56

ÖZET

ACAR, Ayşe Ezgi. *Kronik Hastalıkların, Hastaların Aile İşlevleri ve Yaşam Doyumları Üzerine Etkisi*, Yüksek Lisans Tezi, İzmir, 2011.

Kronik hastalıkların, hastaların aile işlevleri ve yaşam doyumları üzerine etkisini görebilmek amacıyla tasarlanan bu çalışma, kronik hastalığı olan bireylerin aile işlevleri ve yaşam doyum düzeyleri ve bu iki değişkenin ilişkisini ortaya koymaktadır. Ayrıca bu düzeylerin cinsiyet, kronik hastalık grupları ve kronik hastalık yıllarına göre değişimleri incelenmiştir.

Araştırma amaçlarına göre temel araştırma, yürütüldüğü çevreye/ortama göre araştırma saha çalışması, yöntemine göre ise betimsel (tarama,tasviri) bir araştırma olarak yapılandırılmıştır.

Araştırmanın örnekleme belli bir kronik hastalığı olan yetişkin bireylerden oluşan Kronik Hastalık Grubu ile herhangi bir kronik hastalığı bulunmayan Kontrol Grubu olarak belirlenmiştir. Kronik Hastalık Grubu, Kronik Böbrek Hastalığı (40), Diyabet Hastalığı (40) ve Multiple Skleroz (MS) hastalığı (40) olmak üzere 120 kişiden oluşmakta ve Kontrol Grubuyla birlikte toplam örneklem 240 kişiden oluşmaktadır.

Araştırmada veri toplamak amacıyla Gönüllü Bilgilendirme Formu, Demografik Bilgiler Formu, Aile Değerlendirme Ölçeği ve Yaşam Doyum Ölçeği kullanılmıştır. Kronik Hastalık Grubu için veriler Dokuz Eylül Üniversitesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı Endokrin Bölümü, Nefroloji Bölümü ve İzmir İl Sağlık Müdürlüğü Tepecik ve Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastaneleri Nöroloji Anabilim Dallarında takipli hastalar üzerinden elde edilirken; Kontrol Grubu için İzmir’de yaşayan katılımcılar seçkisiz olarak belirlenmiştir.

Veriler istatistiksel olarak SPSS 16,0 programı yardımıyla değerlendirilmiş ve analiz edilmiştir. Elde edilen bulgularda; Kronik Hastalık Grubu ve Kontrol Grubu arasında aile işlevi ve yaşam doyum düzeyleri arasında herhangi bir farklılaşma veya ilişki olmadığı ortaya çıkmıştır. Ayrıca Kronik hastalık grubunun aile işlevleri ve yaşam doyum düzeyleri cinsiyete, kronik hastalık alt gruplarına ve kronik hastalık yıllarına göre belli alt ölçeklerde farklılaşmalar göstermesine karşın; genelinde anlamlı farklılaşma gözlemlenmemiştir.

Anahtar Sözcükler

Kronik Hastalık, Kronik Böbrek Hastalığı, Diyabet Hastalığı, Multiple Skleroz (MS) Hastalığı, Aile İşlevleri, Yaşam Doyumu

ABSTRACT

ACAR, Ayşe Ezgi. *Effects of Chronic Diseases on Family Functions and Life Satisfactions of The Patients*, Master Thesis, Izmir, 2011.

Designed to observe the affect of the chronic diseases on the family functions and life satisfactions, this research indicates the family functions and life satisfaction levels of individuals with chronic diseases the relationship between these two variables. Besides, changes of these levels depending on sex, chronic disease group and chronic disease durations are examined.

The research is structured as basic research according to research targets, the field study according to the environment in which it has been carried out and descriptive research according to its method.

Sample of the research is defined as Chronic Diseases Group comprising of adult individuals with a certain chronic disease and Control Group with no chronic diseases. Chronic Diseases Group includes 120 people; Chronis Kidney Disease (40), Diabetics (40) and Multiple Sclerosis (MS) (40) and the whole sample includes 240 people along with Control Group.

Voluntary Information Form, Demographic Information Form, Family Evaluation Scale and Life Satisfaction Scale are used in the research to collect data. While data for Chronic Diseases Group is obtained from patients treated at Dokuz Eylul University Internal Diseases Department Division of Endocrinology, Division of Nephrology and Izmir Provincial Directorate of Health Tepecik ad Bozkaya Training and Research Hospital Department of Neurology, data for Control Group is obtained from Izmir residents randomly.

Data are assessed and analyzed statistically with SPSS 16.0 program. Under the light of the findings, it is revealed that there are no differentiations or relationship between family functions and life satisfactions of Chronic Diseases Group and Control Group. Although family functions and life satisfaction levels of Chronic Diseases Group differ depending on certain subscales such as sex, chronic diseases subgroups and chronic diseases duration, no significant differentiation in general has been observed.

Keywords

Chronic Disease, Chronic Kidney Disease, Diabetics, Multiple Sclerosis

Family Functions, Life Satisfaction

BÖLÜM I

GİRİŞ

Bu araştırma kronik hastalıkların, hastaların aile işlevleri ve yaşam doyumları üzerine etkisini ve bu iki değişkenin ilişkisini incelemek amacıyla tasarlanmıştır. Kronik hastalıkların aile işlevlerini ve yaşam doyumlarını cinsiyet, hastalık türü ve süresinin nasıl etkilediği bu araştırmanın diğer hedeflerini oluşturmaktadır. Bu araştırmanın sonuçları, kronik hastalıkların, hastalar ve aileleri üzerindeki etkileri üzerine önemli bilgiler sağlayacak, hastalık grupları arasındaki farklılaşma veya benzerliklere dikkat çekecektir.

Kronik hastalıklar yüzyılımızın en önemli sağlık problemleri arasında gösterilmekte ve bireylerin yaşamları üzerindeki etkileri tartışılmaktadır. Bireyin kronik hastalıklarla birlikte değişen hayatına içinde bulunduğu ailenin de dahil olması, bireyin hastalığı tek başına yaşamadığı sonucunu getirmektedir. Bunun üzerine yapılan araştırmalar hasta üzerinden değil hasta yakınları ve çoğu zaman seçilen bir kronik hastalık türü üzerinden yapılandırılmıştır. Yapılan literatür taramasında kronik hastalıkların gruplanarak aile işlevleri ve yaşam doyumları üzerindeki etkisini ölçmeye yönelik herhangi bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu sebeple çalışmanın problem cümlesi “kronik hastalıkların, hastaların aile işlevleri ve yaşam doyumları üzerine etkisi ve ilişkisi” olarak belirlenmiştir.

Araştırmada kronik hastalıklar Böbrek, Diyabet ve Multiple Skleroz Hastalığı olarak gruplandırılmıştır. Katılımcılar, kronik hastalık grubu ve kontrol grubu olarak belirlenmiş ve toplam 240 kişiden oluşturulmuştur. Veri toplama araçları olarak Demografik Bilgiler Formu, Aile Değerlendirme Ölçeği ve Yaşam Doyum Ölçeği kullanılmıştır. Araştırmada demografik değişkenler, aile işlevleri düzeyleri ve yaşam doyum düzeyleri, hastalık gruplarına göre ve gruplar arası karşılaştırmalı olarak incelenmiştir.

1.1. Problem Durumu

Kronik hastalıklar, yaşam koşullarının değişimiyle insan hayatına katılan ve ölüm risklerinin azaltılması ve kontrol edilebilir hale gelmesiyle de hayat boyu devam eden hastalıklar olarak tanımlanmaktadır. Bu hastalıklar kanser, kalp hastalıkları gibi yaşamı tehdit edici hastalıklar olabileceği gibi diyabet, kronik böbrek rahatsızlıkları, MS (Multiple Skleroz) hastalığı gibi kontrol edilebilir ve denetlenebilir olabilmektedir.

Kronik Hastalıklar, bireyin tanı almasından itibaren yüzleşme, depresif ruh durumu, uyum ve güçlenme evreleri gibi çeşitli evrelerle hastalığa uyumunu sağlarken yaşam doyumu ve kalitesi üzerinde çeşitli etkilere yol açmaktadır. Hastanın değişim ve dönüşümü, tüm ailenin ekonomik, psikolojik, sosyal değişim ve dönüşümü haline gelmektedir. Kronik hastalığın aile sistemine dahil olmasıyla birlikte hızlı bir şekilde aile içi rollerde değişiklikler meydana gelmekte ve aile yeni bir döngüye/sisteme girmektedir. Bu dönüşüm süreci kronik hastalığa sahip olan birey kadar içinde bulunduğu aileyi de etkilemektedir. Bu noktada ailenin sağlığı önem kazanmaktadır.

Aile sağlığı literatürde aile işlevlerinin fonksiyonel olması veya olmaması durumuyla eşdeğer kabul edilmektedir. Lewis, Beavers, Gosselt ve Philips , ailelerin işlevlerini beklenen düzeyde yerine getirmesini fonksiyonellik yani sağlıklı olma durumu olarak belirtmektedir. Bir ailenin fonksiyonel sayılması için aile üyelerinin birlikte olmaktan zevk almaları, birbirine destek ve cesaret verebilmeleri, kendilerinin ve diğerlerinin öznel görüşlerine saygı duymaları, birbirleriyle açık iletişim kurabilmeleri, aile üyelerinin iş bitirici yapıya sahip olmaları, iyi eş olmanın birinci derece, iyi ebeveyn olmanın da ikinci derece doyum kaynağı olduğunun farkında olmaları, aile üyelerinin yakınlıklarının kişisel farklılıkları göz ardı etmeden yapılandırabilmeleri, katı kurallar yerine yeni deneyimlere açık olmaları, otoriteden ziyade fikir alışverişinin var olabilmesi gerekmektedir (Bulut, 1990).

Bireylerin kronik hastalıklarıyla baş ederken aile sistemlerinde meydana gelen değişimler ailelerin sağlıklarını yitirmelerine sebep olmakta ve bu sebeple aile destekleri çoğu zaman en üst düzeyde sağlanamamaktadır. Bu güne kadar yapılan

kronik hastalıklar ve aileleri ile ilgili araştırmalar çoğunlukla kronik hastalığı olan çocuklar ve kanserli bireylerin aileleri üzerindeki uygulamaları içermektedir. Oysa birey erişkin olduktan sonra da kronik hastalık tanısı alabilmekte, yaşam koşulları değişebilmekte, ailesi üzerinde etkilere sebep olabilmektedir. Kronik hastalığı bulunan erişkin bireylerin yaşam doyumları ve ailelerine dair araştırmalar yok denebilecek kadar az sayıdadır.

Tüm bu sebeplerden ötürü kronik hastalıkların, hastaların aile işlevleri ve yaşam doyumları üzerindeki etkisi araştırmanın temel sorusunu oluşturmaktadır. Öncelikle kronik hastalığa sahip olan ve olmayan bireylerin demografik bilgilerin betimlenmesi sağlanacaktır. Ardından bireyin kronik hastalık tanısı ile birlikte aile işlevleri ve yaşam doyum düzeyleri; kontrol grubu ile farklılık olup olmadığı; cinsiyetin, kronik hastalık türünün veya kronik hastalık yılının bu etkide rolünün olup olmadığı araştırmanın alt sorularını oluşturmaktadır.

1.2. Araştırmanın Amacı ve Önemi

Yaşadığımız yüzyılın en iyi tıp eğitimlerinden birine sahip olan ölkemizde tanı koyma ve tedavi süreçleri oldukça hızlı, sağlıklı ve çağa uygun şartlarda ilerlemektedir. İlerleyen bilgi birikimi ile birlikte insanoğlunun ömrü uzamaktadır. Bununla birlikte bireyler yaşam kalitelerini ve doyumlarını aynı düzeyde tutmaya çalışmakta fakat çoğu zaman ilerleyen yaşlarında kronik hastalıklardan etkilenmektedir. Kronik hastalık tanısıyla birlikte birey, hayatında yeni bir yapılandırmaya gitmek zorunda kalmakta ve buna ailesi eşlik etmektedir. Birey ve aile birlikte hayat ve yaşayış biçimlerini değiştirmek zorunda kalmaktadır. Hekimler bu bilinçle aileleri hastalık konusunda bilgilendirmekte ve hastalığın seyrini onlara da aktarmaktadır. Fakat çoğu zaman bu işlem kısa sürelerle sığdırılmaya çalışılmaktadır. Bireylerin hastalıkla baş ederken aile destekleri çoğu zaman en üst düzeyde sağlanamamakta ve ailedeki bozucu etkisi ölçülememektedir. Bu etkiyi ölçerek, hastalığın ailedeki etkisini araştırmanın iyileşme sürecinde etkisi olabileceği düşünölmektedir. Oysa bu güne kadar yapılan kronik hastalıklar ve aileleri ile ilgili

araştırmalar çoğunlukla çocuklar ve kanserli bireyler üzerinden yapılandırılmış ve yetişkinlik döneminde sahip olunabilecek kronik hastalıklar göz ardı edilmiştir.

Kronik hastalıkların aile işlevlerindeki etkisini görmeye yönelik yapılması planlanan bu tezle birlikte, hastalıkların aile işlevlerine etkisi saptanarak; ailelerin tedavi süreçlerine ne denli katılıp katılmamaları gerektiği konusunda fikir yürütülebilecektir. Ayrıca kronik hastalıkların türlerine göre aile işlevlerini etkilemelerinde farklılıklar saptanırsa hastalıkların tedavi düzenlemeleri bu verilere göre yeniden yapılandırılabilir. Böylelikle bazı hastalıklarda aile işlevleri düzeylerindeki etkinin daha büyük olduğunu saptamak, bu ailelere yönelik eğitim programları yapmayı gerektirecektir.

Ailelerin işlevlerinde bozulmaları engellemek üzere kronik hastalıklara veya türlerine göre geliştirilecek eğitim programları tedavi süreçlerini hızlandırabilecek, aile desteğini arttırabilecek, aile içi iletişim ve rolleri kuvvetlendirebilecektir. Böylelikle birey hastalıkla baş etme becerilerini ailesinin yardımıyla daha hızlı sağlayacak ve kronik hastalıkla yaşam doyumunu etkilerini en aza indirebilecektir.

1.3. Araştırmanın Problemi

Kronik hastalığı bulunan bireylerin aile işlevleri düzeyleri ile yaşam doyum düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?

1.4. Araştırmanın Alt Problemleri

1.4.1. Kronik hastalık grubu aile işlevleri düzeyleri ile kontrol grubu aile işlevleri düzeyleri arasında anlamlı bir fark var mıdır?

1.4.2. Kronik hastalık grubu yaşam doyum düzeyleri ile kontrol grubu yaşam doyum düzeyleri arasında anlamlı fark var mıdır?

1.4.3. Kronik hastalık grubunun aile işlevleri düzeyleri cinsiyete göre farklılaşmakta mıdır?

1.4.4. Kronik hastalık grubunun yaşam doyumu düzeyleri cinsiyete göre farklılaşmakta mıdır?

1.4.5. Kronik Hastalık grubu aile işlevleri düzeyleri kronik hastalık alt gruplarına göre farklılaşmakta mıdır?

1.4.6. Kronik Hastalık grubu yaşam doyum düzeyleri kronik hastalık alt gruplarına göre farklılaşmakta mıdır?

1.4.7. Kronik Hastalık grubu aile işlevleri düzeyleri hastalığa sahip olma yıllarına göre farklılaşmakta mıdır?

1.4.8. Kronik hastalık grubu yaşam doyum düzeyleri kronik hastalığa sahip olma yıllarına göre farklılaşmakta mıdır?

1.5. Sayıtlar

Araştırmaya gönüllü olarak katılan katılımcıların uygulanan veri toplama araçlarını en doğru ve özgün şekilde yanıtladıkları varsayılmaktadır.

1.6. Sınırlılıklar

Bu araştırma;

Kronik Hastalık alt grupları olarak belirlenen Böbrek, Diyabet, Multiple Skleroz ile sınırlıdır.

Uygulama kronik hastalık grubu 120 ve kontrol grubu 120 kişiden oluşan katılımcılar ile sınırlıdır.

Kullanılan ölçme araçlarının ölçtüğü nitelikler ile sınırlıdır.

Katılımcıların öznel algıları ile sınırlıdır.

1.7. Tanımlar

- **Kronik Hastalık:** Kalıcı ve giderek artan hasara neden olan, geri dönüşü olmayan değişikliklere neden olarak betimlenmekte, uzun dönem gözetim, koruma, rehabilitasyon ve bakıma ihtiyacı olan durumlar olarak tanımlanmaktadır.
- **Aile İşlevleri:** Ailenin sağlıklı olmasını sağlayan problem çözme, iletişim, roller, duygusal tepki verebilme, gereken ilgiyi gösterme, davranış kontrolü düzeylerinin tümü aile işlevleri olarak tanımlanmaktadır.
- **Yaşam Doyumu:** Bireyin kendi belirlediği beklentileri, gereksinimleri, istek ve arzularına ilişkin bireyin bilişsel yargı ve değerlendirmeleri olarak tanımlanmaktadır.

1.8. Kısaltmalar

ADÖ: Aile Değerlendirme Ölçeği

YDÖ: Yaşam Doyum Ölçeği

MS: Multiple Skleroz Hastalığı

BÖLÜM II

KURAMSAL ÇERÇEVE VE LİTERATÜR

Bu bölümde araştırmanın kuramsal çerçevesi aktarılacak, araştırmanın ortaya çıkışını sağlayan bilimsel altyapı ve çalışmalar hakkında bilgi verilecektir.

2.1. Aile İşlevleri

2.1.1. Aile Tanımı

Her birey kendini bir aile içinde var etmekte ve var oluşuna yine bir aile ile devam etmektedir. Bu nedenle aile en temel hali ile toplumu oluşturan en küçük yapı birimi olarak tanımlanmaktadır. Aile, birçok ekol ve bakış açısı tarafından farklı şekillerde tanımlanmaktadır. Her ailenin kendini nasıl tanımladığına göre değişim göstermektedir. Aile sistemi bakış açısı bireyin tam olarak anlaşılabilmesi için ilişkilerin bir bütün olarak ele alınması gerektiğine inanır ve tüm bireylerin arasındaki etkileşimi ortaya çıkarmayı hedefler.

Türk Aile Yapısı Özel İhtisas Komisyonu tarafından yapılan tanıma göre aile, kan bağılılığı, evlilik ve diğer yasal yollardan, aralarında akrabalık ilişkisi bulunan ve çoğunlukla aynı evde yaşayan bireylerden oluşan; bireylerin cinsel, psikolojik, sosyal ve ekonomik ihtiyacının karşılandığı, topluma uyum ve katılımlarının sağlandığı ve düzenlendiği temel bir birim olarak tanımlanmaktadır. (Akt. Nazlı, 2000).

Aile, iki yetişkin kişinin yasal ve törel bağlara uyarak kurdukları biyolojik, psikolojik ve sosyolojik işlevleri olan kurum olarak tanımlanmıştır (Özgüven, 2009). Fışıloğlu (2008) aileyi kendi içinde devamlılığı olan belli kurullarla birbirine bağlanmış yaşayan, devamlılığı ve sürekliliği olan üyelerin arasında devamlı bir ilişkinin olduğu bütün olarak tanımlamaktadır.

Corey'in (2008) tanımında aile, onu oluşturan bireylerin rollerinin toplamından çok, işlevselliği olan bir bütün anlamını oluşturmaktadır. Bireylerin davranışları ve birbirleri arasındaki kurdukları ilişkilerde yüklendikleri işlevsellik,

her şeyden önce aile bağlamında anlaşılır. Her bir üyenin hareketi ailenin diğer üyelerini etkilemektedir.

2.1.2. Ailenin Değerlendirilmesi

Günümüzde pek çok psikoloji ekolü aile kavramının önemine vurgu yapmaktadır. Bireyi aile üzerinden ele almakta, sistem üzerinden değerlendirmektedir. Aile odaklı çözüm üretme yolunu seçen ekollerin tümüne de aile sistemleri terapi yöntemleri denilmektedir. Adler'in I. Dünya Savaşından sonra aile eğitim merkezlerinde açık forum şeklinde düzenlediği oturumlar "Adler Aile Terapisi"ni ortaya çıkarmıştır. Bunu Bowen'ın aile kökenleri ve iç kuşaklarla sistem bağlamında bireyi değiştirmeyi hedefleyen "Çok Kuşaklı Aile Terapisi" takip etmektedir. Satir'in ailenin uygun iletişim ve etkileşim kurmasına yardımcı olmak amacıyla geliştirdiği "İnsan Geçerleme Süreci Modeli" şimdi ve buradayı irdeleyen önemli bir kuram olarak var olmaktadır. Bu yaklaşımı Whitaker'in Deneysel/Sembolik Aile Terapisi" takip etmektedir. Munichin'in "Yapısal Aile Terapisi" ailenin işlevini yeniden yapılandırmayı hedefleyen bir model oluşturmuştur. Haley ise "Stratejik Aile Terapisi"ni oluşturmuş ve işlev bozukluğu olan örüntüleri değiştirmeyi hedeflemiştir (Bitter & Corey, 2008).

Tüm bu yaklaşımlar aileyi değerlendirirken kendi bakış açıları, hedefleri ve tutumlarıyla ele almaktadırlar. Fakat hepsinin terapi süreçlerini ve aileyi değerlendirmede ortaklaştıkları noktalar vardır. Ortak olabilecek bazı amaçlar şöyle belirtilmektedir (Kılıçaslan,2006) :

- Bireylerdeki ruhsal belirtileri ve işlevsel bozuklukları, ilişkiler boyutunda ele almak ve azaltmak
- Aile ve evlilik içi çatışmaları ile ailenin daha geniş çevresi ve toplumla çatışmalarını çözümlemek
- Ailedeki yakınmalar için ailenin sorun çözümede kullanabileceği kaynak ve davranışları belirleme ve kullanma güçlerini harekete geçirmek

- Aile üyelerinin duygusal gereksinimlerin algılanması ve doyumunun kolaylaştırılması
- Üyelerin ve ailenin zorlayıcı yaşam olayları, tıbbi ve ruhsal hastalıkları karşısında sorun çözme, iletişim kurma becerilerini geliştirmek
- Üyelerin her birinin özerkliğinin ve iletişim kurma becerilerinin artmasını sağlamak
- Cinsler ve kuşaklar arası rol dağılımı konusunda uyuşmanın artmasını sağlamak
- Ailenin toplumsal çevre ile bütünleşmesini sağlamak

Ortak amaçları olan bu terapi yöntemlerinin aileyi değerlendirirken ortak kabul ettiği belirli değerlendirme kriterleri bulunmaktadır. Bunlar ***bilgi toplama boyutları*** olarak da adlandırılmaktadır. İlki ile en önemlisini aile yaşam döngüsünü belirlemek oluşturmaktadır. Bunu güncel problemi belirlemek, ailenin davranış örüntüsünü belirlemek, başa çıkma becerilerini belirlemek, mitler ve onların etrafında gelişen ortak aile kurallarını belirlemek ve geçmişte uygulanan tedaviler hakkında bilgi almak izlemektedir. Bu boyutlar tespit edilerek aile işlevlerine ve ailenin sağlıklı olup olmadığına, aile işlevlerinin hangi noktalarda aksadığına karar verilmektedir.

Bireyler yaşamları içerisinde birçok dönemlerden geçmekte ve bebeklikten başlayan bu süreç yaşlılığa kadar devam etmektedir. Bireyin içinde bulunduğu aile de oluşumlarından itibaren pek çok aşama ve dönem içermektedir. Bu dönemler de “***aile yaşam döngüsü veya ailenin evreleri***” olarak adlandırılmaktadır. Ailenin değerlendirilmesindeki bir diğer önemli husus ailenin hangi yaşam döngüsü içerisinde olduğunun tespit edilmesidir.

Mc Goldrick ve Carter’a (1980,1989) göre aile yaşam döngüsü altı aşamada ele alınmaktadır. Bu aşamalar; bağlı olmayan genç yetişkin, yeni evli çift, küçük çocuklu aile, ergenlik döneminde çocuğu olan aile, çocukları evden ayrılan aile, daha sonraki yaşamda aile şeklinde tanımlanmaktadır (Gazioğlu, 2009).

Bireyin kişiliğini benimsediği, duygusal olgunluğa eriştiği, iş ve meslek hayatını belirlediği ve ekonomik sorumluluğu üstlendiği evreyle başlayan bu döngü, evliliğe karar verme ve yeni bir sistemi kurma/dahil olmayla devam etmektedir. Yeni bir bebeğin doğumuyla şekillenen aile yaşam döngüsü çocukların ergenlikleriyle devam etmektedir. Bu evrede sınırlar esneklik veya katılık kazanmakta, bireyler kendi ergenliklerini çoğu zaman sisteme taşımaktadırlar. Bunun ardından çocukların evden ayrılması ilk dönemle benzerlik gösteren yeni bir sistem kurmayı beraberinde getirir. En son olarak kuşak rolleri değişte ve birey ilerideki yaşlarda yaşlı aile evresini benimsemektedir.

Hayat boyu devam eden bu süreçler bireyin var olduğu sistem/aile içerisinde problemlerle karşılaşma, baş etme, uyum gösterme gibi süreçlere ihtiyaç duymaktadır. Bu aşamaların sorunsuz ve sıkıntısız atlatılabilmesi ve ilerleyebilmesi ise aile işlevlerinin sağlıklı olmasına bağlıdır. Evlilik yaşamını da içine alan ailede ortaya çıkan krizleri ve çatışmaların nedenlerini daha iyi anlamak ve daha iyi tanımak gerekmektedir (Uğurlu Yıldız, 2008).

2.1.3. Aile İşlevleri

Aile işlevleri literatürde aile sağlığı ve fonksiyonları olarak da adlandırılmaktadır. Ailenin bilgi toplama boyutları yardımıyla yaşam döngüsünün belirlenmesinin ardından işlevleri ele alınmaktadır. Aile işlev düzeylerinin gerçekleştirilebiliyor olması ailenin sağlıklılığına işaret niteliğindedir.

Epstein, Bisholp ve Levin tarafından geliştirilen aileyi ilişkilerini anlamaya yönelik Mc Master Aile Fonksiyonları Modeline göre ise aile işlevleri altı boyutla ele alınmaktadır (Bulut, 1990). Bunlar aile işlevlerini oluşturan ve sağlıklı olmasını sağlayan değerler olarak kabul edilmektedir.

1. Problem Çözme: Ailenin sorunlarıyla baş edebilme, karşılaştıkları güçlüklerin üstesinden gelebilme potansiyelidir. Maddi ve manevi sorunlarını çözebilme becerisi olarak da açıklanabilir. Günlük problemler (yeme, içme, barınma...) veya duygusal problemler (kızgınlık, öfke, depresyon ...) olarak

aile içindeki problemler iki basit başlığa indirgenebilmektedir. En basit durumların bile aile problem niteliği taşıyabileceği düşünülmektedir.

2. İletişim: Aile üyeleri arasında bilgi alışverişi olarak tanımlanabilmektedir. İletişimin açık ve dolaysız olması aile içindeki beklenen ideal iletişim şeklini oluşturmaktadır. Açık olmayan ve dolaylı, ima içeren konuşmalar aile içindeki iletişimi sekteye uğratmakta ve çoğu zaman aile işlevlerini olumsuz etkilemektedir.

3. Roller: Ailenin ihtiyaçlarını karşılayan davranış kalıplarıdır. Roller beraberinde sorumlulukları da getirmektedir. Bireylerin sorumluluklarını yerine getirmesi de aile işlevleri açısından önemli bir yer tutmaktadır.

4. Duygusal Tepki Verebilme: Aile üyelerinin her türlü uyaran karşısında en uygun tepkiyi göstermesi anlamına gelmektedir. Duygusal tepkiler mutluluk, neşe, şefkat gibi iyi duygular olabileceği gibi, kızgınlık, üzüntü, korku gibi acil durumlar da olabilir. Ailelerin tepkilerini yer, zaman, durum ve olaya uygun ve gerekli nitelik ve nicelikte yapabilmesi önem taşımaktadır.

5. Gereken İlgiyi Gösterme: Aile üyelerinin birbirlerine gösterdiği ilgi, sevgi ve bakımı içermektedir. Aile işlevlerini yerine getiren ailelerde bireyin duygu, düşünce ve davranışlarına duyarlı olma ve onun bakış açısından olaylara yaklaşabilme davranışları gözlemlenmektedir. Aile işlevlerinde sıkıntı olan sağlıksız aile yapılarında ise aşırı ilgili, müdahaleci, kayıtsız tutumlar içeren davranışlar gözlemlenmektedir.

6. Davranış Kontrolü: Aile üyelerinin davranış kalıplarını belirleme ve disiplin sağlama biçimlerini içermektedir. Aile tehlikeli durumlar karşısında, psiko-biyolojik ihtiyaç ve dürtülerin ifade edilmesi sırasında, aile içinde ve dışında kişiler arası ilişkilerin düzenlenmesi sırasında kullandıkları davranışları ve davranış kontrollerini içermektedir. Bu davranışlar katı, esnek, müdahaleci olmayan ve karmaşık olabilmektedir. Sağlıklı ailelerde ise benzer durumlarda empatik davranış kontrolü beklenmektedir.

Barnhill ise ailenin sağlıklı olma durumunu dört ana boyut ve sekiz alt boyutta incelemektedir (Fıfıloğlu, 2008). Bunlar;

- 1- Kişilik boyutu
 - a. Bireysellik-iç içe geçmişlik
 - b. Karışıklık-izolasyon
- 2- Değişimin nasıl kotarıldığı ile ilgili boyut
 - a. Esneklik-katılık
 - b. Kararlılık/denge – düzensizlik
- 3- Bilgiyi işleme boyutu
 - a. Net olan-olmayan algılar
 - b. Net olan-olmayan iletişim
- 4- Rollerin yapısını göz önüne alan boyut
 - a. Karşılıklı roller-belirgin olmayan roller-rol çatışması
 - b. Kuşaklar arası sınırların belirgin olması

2.1.4. Aile İşlevlerini Etkileyen Faktörler

Aile İşlevlerini etkileyen pek çok sebep bulunmaktadır. Bunlar aile yapısı, ailenin hiyerarşik düzeneği, bireysel farklılıklar, ilişki türleri, ekonomik nedenler, ruhsal sıkıntılar, kronik hastalık, göç, doğal afetler gibi temel faktörlerden oluşmaktadır.

Munichin (1974) aile işlevlerindeki bozulmaların esnek olmayan aile yapılarına sahip olmamaktan ileri geldiğini savunmaktadır. Esnek olmayan aile yapıları ailenin geçmesi gerektiği evrelerde sıkıntılar yaratmakta ve ailenin sağlıksız hale gelmesine sebep olmaktadır. Her aile bu süreçlerde zaman zaman katı ve belirsiz sınırlar sergileyebilmekte fakat bunların devamlılığı ve aşırı ölçülerde kullanılması aile işlevlerini olumsuz etkilemektedir. Nichols ve Schwatz (1991) ise gelişim evrelerinin ve bu evrelerin geçişleri arasında gerekli yapısal değişikliklerin yapılamamasının ailelerde işlev bozukluğuna yol açtığını vurgulamaktadır. Barnhill ise ailenin sağlıklı olmama durumunu ailenin patolojisinin var olması ile açıklamaktadır (Akt, Fıfıloğlu, 1996, 2008).

Bowen aile işlevlerinin ailedeki anksiyete düzeylerinin aile ilişkilerini etkileyerek aile işlevselliğini bozduğunu ve semptomların oluşmasına sebep olduğunu düşünmektedir. Aileyi oluşturan bireylerin kişiliklerinden, evlilik ilişkilerinden ve kuşaklar arası ilişkilerinden etkilenen ayrışmanın sağlıklı olmasının aile işlevselliği için gerekli olduğunu savunmaktadır. Haley'e göre ise ailenin sağlıklı olabilmesi için ailedeki güç ve organizasyonlar son derece önem taşımakta ve bunun içinde belli bir hiyerarşi gerekmektedir. Hiyerarşinin oluşmadığı zamanlarda ailenin yaşam döngülerini aşmadığını ve semptomlar meydana getirdiğini belirtmektedir. Hiyerarşiyi bozabilecek gizli koalisyonlar aile işlevselliğini bozmaktadır. Munichin ve Haley'in yanı sıra Lidz de ailede ebeveyn koalisyonu, kuşaklar arası sınırlar ve cinsiyet rollerinin ailenin sağlıklı veya sağlıklı olmama durumlarını belirleyen faktörler olarak görmektedir. Patterson'a göre ise kopuk olmayan süreklilik arz eden karşılıklı ilişkiler sağlıklı işlevselliği belirlemektedir (Şener, 1996).

Satir (2001) aile işlevlerini açık ve kapalı sistemlerden oluşan bir çizgi üzerinde değerlendirmektedir. Açık sistemlerde aile değişimlere ve aile yaşam döngüsündeki değişimlere açık durmaktadır. Kapalı sistemde ise belirsizlik, dolaylı, uyumsuz ve gelişim engelleyici iletişim tarzları aile içindeki tüm olguları güce ve otoriteye bağlamakta ve değişim kabul edilmez hale gelmektedir. Bu da ailenin işlevselliğini koruyamamasına sebep olmaktadır (Akt. Durak&Fıfıloğlu, 2007).

Fisher ailenin işlevsel olmaması durumunda altı tip aileden söz edilebileceğini belirtmiştir (Akt, Fıfıloğlu, 2008).

- a. Sınırlandırılmış/sınırlanmış Aile Tipi: Baskın, negatif, mükemmeliyetçi anlayışa sahip aileler
- b. İçedönük Aile Tipi: Diğer sistemlerden izole olmuş ve sistem içindeki tüm alt sistemlerin iç içe geçtiği aileler
- c. Obje Odaklı Aile Tipi: Aynı objeye (ocuk, ev, aile bireylerinden herhangi biri...) odaklanan aileler
- d. Fevri-Dürtüsel Aile Tipi: Antisosyal özellikler taşıyan aileler
- e. Çocuksu Aile Tipi: Geniş ailesinden kopamayan, kendi anne babasına bağlı aileler
- f. Kaotik Aile Tipi: Herhangi bir düzen veya sistem bulunmayan aileler

Her ailenin tek ve kendi sistemini oluşturmasından dolayı biricikliğini korumasına karşın yukarıda sayılan aile tiplerine benzerlik gösterebilmektedir. Aile işlevlerindeki bozulmalar bireylerin rol, iletişim, davranış kontrolü, duygusal tepki vermedeki sıkıntılar sebebiyle meydana gelmekle birlikte ailenin krizler karşısındaki duruşunu da etkilemektedir. Aile yaşam dögülerinde gerekli esnekliği ve kabullenii sağlayamayan aileler, olası bir kriz durumunda da aile işlevlerinde bozulmayla karşılaşabilmektedirler.

Bu krizlerden biri de aile üyelerinden birinin belli bir hastalığa yakalanması olabilir. Kriz evresiyle başlayan ve kronik hale gelen hastalık ailedeki tüm etkileşimi değiştirebilir veya zaten var olan belirsiz roller ve kabullenii'nin katı olması durumu hastalığı da bir kriz olarak algılayıp daha güçlü bir dağılma yaşanmasına sebep olabilir. Böyle bir durumun aile işlevleri üzerinde etki yapabileceği düşünölmekte ve aile sağlığına etkisini merak edilmektedir.

2.2. Yaşam Doyumu

İnsan ve insan yaşantısına dair pek çok konuda araştırmalar yapılmasına rağmen yaşam doyumu kavramı ilk kez 1961 yılında Neugarten tarafından kullanılmıştır. Doyum insanların beklentilerinin, gereksinimlerinin, istek ve arzularının karşılanması olarak tanımlanmaktadır. Yaşam doyumu ise bir bireyin kendi belirlediği kriterlere uygun bir biçimde bireyin tüm yaşamını pozitif değerlendirmesi olarak tanımlanmaktadır (Diener, Emmons, Larsen ve Griffin, 1985).

Yaşam doyumu; bir insanın beklentileri ile elde edilen durum ya da sonuç ve kişinin hayatına yönelik amaçlarına erişmesindeki bilişsel değerlendirmelerden oluşmaktadır (Binay, 2005; Kökler, 1991). Sung-Mook ve Giannakopoulos'a (1994) göre yaşam doyumu, kişinin, iş, boş zaman ve diğer iş dışı zaman olarak tanımlanan yaşama gösterdiği duygusal tepkilerdir (Akt. Keser, 2005).

Bireylerin kendi yaşamına ilişkin değerlendirmelerinin üç ayrı boyutu bulunmaktadır. Bunlar, olumlu duygu, olumsuz duygu ve yaşam doyumudur. Olumlu

duygu boyutunda yaşanan hazların, sevinçlerin, hoş duygulanımların çokluğunun; olumsuz duygu boyutunda hoş olmayan, kötü, acı verici duyguların azlığının iyi olma açısından önemli olduğu belirlenmiştir. Yaşam doyumu ise yaşamın geneline ilişkin bilişsel yargılamaları, değerlendirmeleri kapsamaktadır (Yetim, 2001).

Yaşam doyumunun kuramsal temeller tam ve kesin çizgilerle belirlenmemekle birlikte aktivite ve ereksel (telik) kuramları daha açıklayıcı nitelik taşımaktadır (Vara, 1999). Yaşam doyumunu kuramsal olarak açıklamaya çalışan beş görüş bulunmaktadır. Bunlar:

1. *Ereksel (Telik) Kuramı*: Wilson tarafından 1960'larda önerilen kuram ihtiyaçların doyurulmasının mutluluğa, doyurulmamasının mutsuzluğa neden olduğunu ileri sürülmektedir.
2. *Aktivite Kuramları*: Aristo ilk aktivite kuramcısıdır. İyi başarılan aktivitelerin mutluluk getirdiğini ileri sürmektedir. Aktivite kuramcılarının tamamı mutluluğun insan aktivitesinin bir ürünü olduğunu ve mutluluğun davranıştan kaynaklandığını vurgulamaktadırlar.
3. *Tavandan-Tabana ve Tabandan-Tavana Kuramları*: Kant'ın felsefi görüşü bu kuramı şekillendirmektedir. Kişinin anlık haz ve acılarının bir muhasebesini yaparak kendini mutlu ya da mutsuz olarak görmesi kuramın açıklamasını oluşturmaktadır. Üst düzeydeki öğeler arasındaki nedensellik ilişkisi, düşük düzeyde, element düzeyindeki ilişkilere yansımakta ve kişinin olaylara hoşgörüle bakması, ayrı ayrı olaylarda da hoşgörülü olunması anlamını taşımaktadır.
4. *Bağ Kuramları*: Mutluluğu ve yaşam doyumunu bilişsel açıdan ele almaktadır. İyi olayların iç bilişsel öğelere atfedilmişse daha fazla mutluluk getireceği düşünülmektedir. Klasik koşullanmanın önemini vurgulamaktadır. Kişi duygusal yaşantılara sahip olabilmekte ve birçok günlük uyaran arasında bağ kurabilmektedir.
5. *Yargı Kuramları*: Gerçekteki durumun saptanan standardı aşarsa mutluluğun oluşacağını öne sürmektedir. Kişinin gerçek koşulları ile emelleri arasındaki uyumsuzluğu ele alan emel düzeyi kuramı en bilinen kuramıdır.

2.3. Kronik Hastalıklar

Hastalık, beden veya zihinde meydana gelen, rahatsızlık, dert ve görev bozukluğuna yol açan belirli bir anormal duruma verilen isim olarak tanımlanmaktadır. Türk Dil Kurumu hastalığı organizmada birtakım değişikliklerin ortaya çıkmasıyla sağlığın bozulması durumu, rahatsızlık, çor, dert, sayrılık, illet, maraz, maraza, esenlik karşıtı olarak tanımlamaktadır.

Dünya Sağlık Örgütü'ne göre kronik hastalıklar, kalıcı ve giderek artan hasara neden olan, geri dönüşü olmayan değişikliklere neden olarak betimlenmekte, uzun dönem gözetim, koruma, rehabilitasyon ve bakıma ihtiyacı olan durumlar olarak tanımlanmaktadır. Kronik hastalıklar geriye dönüşü mümkün olmayan bozuklukların ve bunların birikimlerinin ya da gizil hastalık durumlarının yol açtığı uzun dönemli sağlık problemleri olarak da tanımlanabilmektedir. Kronik hastalığı akut hastalıktan ayıran özelliği ise iyileşmemesi ve ilerleyişinin kendisiyle sınırlı olmayışı olarak belirtilmektedir.

Fiziksel hastalık bir yaşam krizi olarak da tanımlanmaktadır. Kişinin fizyolojik ve psikolojik bütünlüğüne karşı tehdit oluşması hastalığı yaşam krizine dönüşebilmektedir. Sınırlı olan ve iyileşme ile sonuçlanan hastalıklar akut hastalıklar olarak adlandırılmaktadır. Kronik veya süregelen hastalıklar ise vücudun herhangi bir parçasında var olan, uzun süreli devam eden, kimi zaman hayat boyu düzelme gözlemlenmeyen ve tedavi imkânları daha sınırlı kabul edilen hastalık türlerinden oluşmaktadır. Kronik hastalık terimi, geniş bir zamana yayılmış, en az 3 ay, sıklıkla da yaşam boyu süren ve tam olarak tedavisi mümkün olmayan hastalıkları adlandırmak üzere kullanılmaktadır (Midence, 1994; Lavigne ve Faier-Routman, 1993; akt. Gökler, 2008).

Amerikan Kronik Hastalık Ulusal Komisyonu'nun kronik hastalık tanımına göre kronik hastalıklar şu maddelerle tanımlanmaktadır (Ondahil, 1988):

- Hastalık ilerleyicidir.
- Bazı kalıcı yetersizlikler vardır.
- Hastalığa geri dönüşümsüz patolojik bir süreç neden olmaktadır.

- Özel bir rehabilitasyon eğitimi gerektirmektedir.
- Uzun süreli bakım ve gözlem süreci gerektirmektedir.

Kronik Hastalığın üç temel aşaması bulunmakta ve bunlar kriz aşaması, kronik aşama, terminal aşama olarak adlandırılmaktadır. İlk aşama olan kriz aşaması, belirtiler, tanının konulması, ilk tedavi planı, ilk uyum sağlama ve baş etme çabalarını içermektedir. İkinci aşama kronik aşama olarak adlandırılmaktadır. Tanının konulmasından, bireyin yaşamının sonuna yaklaştığı terminal döneme kadar giden süreci içermektedir. Hastalığın son aşaması ise terminal aşama olarak adlandırılmakta ve ölümün kaçınılmazlığını içermektedir (Rolland 1987; Rolland, 1999).

Matson ve Brooks'un öne sürdükleri kronik hastalığa uyum modeline göre ise bireyler sırasıyla şu aşamalardan geçmektedirler (Akt. Tanık, 2006).:

1. *Belirsizlik*: Hastalık hakkında yeterince bilgi sahibi olamamak anksiyete yaratmaktadır. Hasta iç dünyasında devamlı "benim neyim var, bana ne olacak?" sorularına cevap aramaya çalışmaktadırlar.
2. *İnkâr*: Bu evrede kişiye şok, inanamama, öfke duygusu hakim olmaktadır. "Neden ben?" sorusu sorulmaktadır. Bu evrede ailenin tutumu aşırı koruyucu kollayıcı veya tam tersi ilgisiz olabilmektedir.
3. *Kabullenme*: Kişide benlik kavramı ve beden imgesiyle ilgili değişiklikler olmaktadır. Hasta bu evrede yaşam kalitesini korumaya ve hastlığa bağlı fizik, psişik, sosyal değişiklikleri gündelik yaşamıyla bağdaştırmaya çalışır. Bazı kişilerde kaybedilen işlevler için yas tutma belirgin olarak yaşanabilmektedir.
4. *Uyum*: Artık hastalığın yarattığı değişiklikler, gündelik yaşama sindirilmektedir. Ev ve iş ile ilgili düzenlemeler yapılmaktadır. Bu evrede gerçekçi olmayan beklentilere saplanmama konusunda aile ve yakın çevreye önemli iş düşmektedir.

Ludder-Jackson ve Vessey (1996) kronik hastalıklara tanı konulması sırasında ya da hastalık süreci içerisinde sıralanan özelliklerden bir ya da daha fazlasının bulunması gerektiğini bildirmektedirler. Bunlar: a) bireyin işlevselliğini kısıtlaması, b) fiziksel görüntüde bozulmaya yol açması, c) bireyi ilaç tedavisine bağımlı kılması, d) özel bir diyet ya da tıbbi teknoloji gerektirmesi, e) evde, okulda ya da işyerinde süre giden özel tedaviler gerektirmesi, f) normal koşullarda sağlığı korumak için gerekenden çok daha fazla ve yoğun tıbbi bakım gerektirmesi şeklinde sıralanmaktadır (Coffey, 2006; akt. Gökler, 2008).

Sağlık Bakanlığı (2006) tarafından hazırlanan "Kronik Hastalıklar Raporu"na göre, Türkiye'de yaklaşık 22 milyon kişi kronik hastalıkların etkisi altındadır. En sık ölümlere neden olan hastalık olarak ise diyabet olarak belirtilmektedir. Aynı rapora göre kronik hastalıkların sayısında yıllar içerisinde bir artış görülmekte; Türkiye'de yaklaşık 15 milyon kişinin yüksek tansiyon, 4 milyon kişinin de şeker hastası olduğu belirtilerek, yaklaşık 3 milyon kronik obsrükatif akciğer hastalığı (KOAH) ve 2 milyon koroner kalp hastasının olduğu ifade edilmektedir.

2.3.1. Kronik Böbrek Hastalığı

Kronik böbrek hastalığı progresif nefron kaybı olarak, kronik böbrek yetmezliği ise değişik nedenlere bağlı olarak nefronların ilerleyici ve dönüşümsüz kaybının yanı sıra böbrek işlevlerindeki azalma olarak tanımlanmaktadır.

Akut böbrek yetmezliği, böbrek fonksiyonlarının saatler veya birkaç gün içinde bozulmasının yol açtığı üre ve kreatinin gibi nitrojen artık ürünlerin birikmesi olarak tanımlanmaktadır. Kronik böbrek yetmezliği ise glomerüler filtrasyon değerinde azalmanın sonucu böbreğin sıvı-solüt dengesini ayarlama ve metabolik-endokrin fonksiyonlarında kronik ve ilerleyici bozulma hali olarak tanımlanmaktadır (Akpolat ve ark., 2007). Glomeruler filtrasyon değeri 5- 10 ml/dakikaya inince son dönem böbrek yetmezliği olarak adlandırılmakta ve hastalar diyaliz, böbrek nakli gibi tedavilere ihtiyaç duymaktadırlar (Akpolat, 2001).

Kronik böbrek hastalığı tanısı, üç ay boyunca böbrek hasarı veya böbrek fonksiyonlarında azalma görülmesi ile teşhis konulmaktadır. Her kronik böbrek yetmezliği tanısı kronik böbrek hastalığına sahip olmakta fakat tüm kronik böbrek hastalıkları yetmezlik tanısına sahip olmamaktadır.

Kronik böbrek hastalığının tanı kriterleri American Journal of Kidney Diseases göre;

- 1) Glomerüler filtrasyon hızında azalma bulunsun ya da bulunmasın en az üç ay aşağıdaki kriterlerin yer aldığı, böbreğin yapısal ve fonksiyonel bozuklukları, patolojik bozukluklar veya kan ya da idrar kompozisyon bozuklukları veya görüntüleme yöntemleri ile saptanan bozukluklar,
- 2) Böbrek hasarı bulunsun ya da bulunmasın Glomerüler Filtrasyon Hızının en az 3 ay süre ile 60ml/dk/1,73m²'den düşük seyretmesidir.

Kronik Böbrek Hastalıklarının açıklanabilen ve açıklanamayan birçok nedeni olabilmektedir. Türk Nefroloji Derneği verilerine göre kronik böbrek yetmezliğinde çok çeşitli faktörler rol oynamaktadır. Bunlar kronik piyelonefrit, kronik glomerülonefrit, hipertansiyon, diyabet, polikistik böbrek hastalığı, sistemik lupus eritamatozus, amiloidoz, renal vasküler hastalık, multiple myeloma hastalığı, nefroskleroz, ve ürolojik hastalıklar olabilmektedir (Akt. Uğurlu Yıldız, 2010).

Kronik böbrek yetmezliği ilerleyici karakterli bir kronik hastalıktır ve beş evreden oluşmaktadır. Bu evrelendirme böbreklerin kandaki zararlı maddeleri süzme hızını bildiren glomerüler filtrasyon hızı olarak adlandırılan bir ölçüme göre yapılmaktadır. Ölçüm sonucunda elde edilen bulgulara göre hangi evrede olduğu belirlenmektedir:

- 1.Evre: Basit olarak kreatinin klirensi ile belirlenebilen Glomeruler filtrasyon değeri düşüklüğü dışında kronik böbrek yetmezliğinin belirgin klinik ve laboratuar bulgusu olmamaktadır.

2.Evre: İkinci döneminde ise GFR düşüklüğünün yanı sıra kreatinin yüksekliği, anemi, polidipsi-noktüri de klinik ve laboratuvar buna eklenmektedir(Orta derecede renal yetmezlik).

3.Evre: İkinci dönemde gözlenen değişiklikler daha da belirgin hale gelmektedir. Bunlara ek olarak kalsiyum düşüklüğü, fosfat yüksekliği, asidoz ve ürik asid yüksekliği eklenmektedir (Ağır renal yetmezlik).

4.Evre: Bu evre üremi dönemi olup bu dönemde yukarıdaki bulguların yanı sıra sistemlere ait bozukluklar klinik tabloya eklenmektedir. Hastalar renal replasman tedavilerine hazırlanmaktadır.

5.Evre: Hastalar renal replasman tedavilerine ihtiyaç duymaktadırlar (Terminal dönem böbrek yetmezliği) (Jacobson, 2003).

Kronik Böbrek Hastalığı dünyada ve ülkemizde oldukça yaygın olarak görülmektedir. Hastalığın 1-4. evrelerinin görülme sıklığının, 5. Evre durumunun görülme sıklığının 100 katından fazla olduğu bildirilmektedir (Baktıroğlu,2010).

Türk Nefroloji Derneği'nin 2003 yılı verilerine göre ülkemizdeki olguların % 22.8'i diabetik nefropati, % 16.7'si hipertansif nefroskleroz, % 15.9'ü kronik glomerüler hastalık, % 9.2'si üroloji hastalıklar (tas, vb), % 5.9'ü kronik interstisyel nefrit, % 4.2'si renal amiloidoz olarak bildirilmiştir. % 18.2 kronik böbrek yetmezliği olgusunun ise etiyolojisi bilinmemektedir (Akt. Nadir ve ark., 2002).

Türk Nefroloji Derneği'nin 2007 yılı verilerine göre Türkiye'de son dönem kronik böbrek hastalığının nokta yaygınlığı milyon nüfus başına 709 ve 40.309 hasta kronik hemodiyaliz programı ile tedavi edilmektedir. Düzenli hemodiyaliz tedavisi gören bu hastaların %56.1'i erkek, %43.9'u kadın hastadır (Erek ve ark., 2008). Böbrek hastalığında belirli bir yaş aralığı bulunmamakla birlikte her yaşta birey bu kronik yetmezlik durumuna yakalanabilmektedir.

Günümüzde Böbrek hastalıklarının tedavilerinde uygulanabilen yöntemler hemodiyaliz, periton diyalizi, hemodiyafiltrasyon, hemofiltrasyon'dur. Buna rağmen en fazla hemodiyaliz ve periton diyalizi uygulanmaktadır. Özellikle akut durumlarda

hemodiyaliz tedavisi periton diyalizinden önce uygulanmaktadır. Sağlık Bakanlığı'nın 2003 verilerine göre ülkemizde; hemodiyaliz %83, periton diyalizi %15, transplantasyon %2 oranında uygulanmaktadır (Selçuk, 2004).

Hemodiyaliz yarı geçirgen bir membran ile kan- diyaliz sıvısı arasında difüzyon esasına dayalı bir solüt geçişi olarak tanımlanmaktadır. Hastanın kanı alınarak, kan ve diyalizat arasında ayırımı sağlayan bir membrandan geçirilmektedir (Akpolat, 2001). Hemodiyaliz işleminin gerçekleşmesi için yeterli kan akımı sağlanmakta ve bir membran ve makine kullanılmaktadır (Küçük, 2006).

Periton diyalizi; periton boşluğuna verilen özel bir solüsyon aracılığı ile yarı geçirgen membran olarak hastanın kendi periton membranını kullanarak, kanın atık maddelerden arındırılması ve sıvı-elektrolit dengesinin sağlanması olarak tanımlanmaktadır. Periton diyalizinin en önemli avantajı taşınabilir ve maliyetinin düşük olmasıdır. Hastanın tedavisi uzun süreli olacağı için, hasta yakını bu süreçte kendinde büyük bir baskı hissetmektedir; bu nedenle, hastanın kendisi de bu sorumluluğu almalıdır (Henrich,2004; Ataman ve ark., Küçük, 2006 ; akt. Asan 2007).

Böbrek Nakli (Transplantasyon) böbrek yetmezliğinin en etkili tedavi şeklidir. Canlı doku ya da hücrelerin bir donörden alıcıya transferi ve alıcıda fonksiyonlarını yapacak bir durumda tutulmaları ile ilgili işlemleri kapsamaktadır. Böbrek fonksiyonlarından bazıları değil, tamamı yerine getirilmektedir. Böbrek nakli, yapılabilmesi için alıcı ve verici arasında kan grubu sisteminde uyum olması ve doku grubu olarak bilinen Human Lökosit Antijenleri'ye bakılmaktadır. Ülkemizde yaklaşık olarak böbrek nakillerinin %85'i birinci ve ikinci derece akrabalar ve eşlerden gerçekleştirilmektedir. Ülkemizin sosyal ve kültürel özellikleri, alıcıların aileleri içinden verici bulmayı kolaylaştırmaktadır (Özçürümez, Tanrıverdi, & Zileli, 2003).

2.3.2. Diyabet Hastalığı

Diyabet en basit şekliyle yüksek kan glukozu nedeniyle oluşan kronik bir hastalık olarak betimlenmektedir (Ed. Çömlekçi, 2009). İnsülin salgısında, etkisinde veya her ikisindeki bozukluklardan kaynaklanan ve klinikte hipergrisemi ile seyreden bir grup metabolik bozukluk olarak tanımlanmaktadır (Ed. Kabalak, Yılmaz & Tüzün, 2001).

Yaygın endokrin hastalıklardan biri olan diyabet; yaşam boyu süren, kalıtsal, geri dönüşümsüz, yaşamsal organlarda hasarlar oluşturabilen, komplikasyonları ile bireyi ve toplumu etkileyen, yaşam kalitesini bozan, sosyal ve toplumsal özellik taşıyan bir hastalık olarak tanımlanmaktadır (Akt. Beyazıt, 2005). Ülkemizdeki %7.2 diyabet, %6.7 glukoz toleransına rastlanmaktadır (Ed. Kabalak, Yılmaz & Tüzün, 2001).

Amerikan Diyabet Birliği'ne göre Diyabetes Mellitus'un tanı kriterleri şöyle sıralanmaktadır (Mendell,2001; akt. Şenol,2003).

- 1- Rastgele venöz plasma gliseminin 200mg/dL ya da fazla olması ile birlikte diyabet bulgularının görülmesi
- 2- En az 8 saatlik tam açlık sonrası glukoz düzeyinin 126mg/dL ya da daha yüksek olması
- 3- Oral glukoz tolerans testi sırasında 2.saat plasma glukoz düzeyinin 200mg/dL ya da daha yüksek olması.

Çoşansu'nun (2001) erişkinlerde diyabet risk faktörleri üzerine yaptığı çalışmada, risk faktörlerinin sıklığı; fiziksel inaktivite, hipertansiyon, obezite, yaş, ailede diyabet öyküsü, sigara içimi ve iri bebek öyküsü olarak sıralanmaktadır.

Amerikan Diyabet Birliği'nin desteği altında çalışan Uluslararası Uzman Komitesi, Ulusal Diyabet Bilgi Grubu (National Diabetes Data Group) ve dünya Sağlık Örgütü (WHO)'nün diyabeti ortak sınıflandırması şu şekildedir (Şenol, 2003):

- 1- Tip 1 Diyabet: Beta hücre yıkımı, çoğunlukla insülin eksikliği olan immuniteye bağlı veya idiyopatik

- 2- Tip 2 Diyabet: İnsülin direnci veya insülin salgı bozukluğundan kaynaklı
- 3- Diğer Özel Formlar
 - a. Beta hücrelerinin işlevlerinin genetik defekti
 - b. İnsülinin genetik defekti
 - c. Pankreasın eksokrin hastalıkları
 - d. Endokrinopatiler
 - e. İlaç ve kimyasallar neden olduğu diyabet
 - f. İmmunolojik bozuklar neden olduğu diyabet
 - g. Diyabetle birlikteliği olan genetik bozukluklar
- 4- Gebelikle İlişkili

Tip 1 olarak tanımlanan diyabet pankreasın insülin salgılayan beta hücrelerinde selektif bir harap olma sonucu ortaya çıkmakta ve kronik ve otoimmün bir hastalık olarak tariflenmektedir. Bu kronik hastalığın oluşumunda üç temel etken gözetilmektedir. Bunlar genetik faktörler, otoimmünite ve çevresel faktörler olarak tanımlanmaktadır. Genetik olarak yatkın olan bireyde çevresel bir tetikleyici faktörün etkisiyle hastalık oluşumu başlamaktadır. Klinik olarak hastalığın varlığı ise kan şekerinin yükselmesi ve hiperglisemiye bağlı semptomların var olmasıyla belirlenmektedir. Çocukluk ve adolesan çağı diyabeti olarak da adlandırılan Tip 1 çoğunlukla 30 yaş altında başlamaktadır. Ani başlangıçlı bu hastalık progresif bir şekilde ilerlemektedir.

Tip 2 olarak tanımlanan diyabet ise pankreasın beta hücrelerindeki salınımının bozuk olması ya da salınan insüline periferik dokularda direnç oluşmasıyla ortaya çıkmaktadır. Bu iki durum aynı anda veya farklı zamanlarda gelişebilmektedir. Tip 2 diyabetin oluşumunda da çeşitli etkenler gözetilmektedir. Bunlar; 40 yaşını aşkın olmak, şişman olmak, tansiyonun yüksek olması, 4,5 kilodan fazla bebek doğurmuş olmak olarak sıralanmaktadır.

Diyabet Hastalığının tedavisinde insülin aktivitesini ve kan glikoz düzeyini normal sınırlarda tutmak, vasküler, nöropatik komplikasyonları azaltmak amaçlanmaktadır. Bu amaca ulaşmak için; kan glükoz düzeyinin, hipoglisemi

gelişmeden ya da hastanın yaşamını ciddi boyutlarda etkilemeden, yaşamın normal seyrinde gitmesi, beslenme alışkanlıklarının ve aktivitelerinin düzenlendiği bir tedavi bilişimini içermektedir. Tedavi tam olarak eğitim, diyet, egzersiz, ağızdan alınan diyabetik ilaçlar ve insülin ile sağlanmaktadır. Tedavi hedeflerini ise; semptomların giderilmesi, akut metabolik komplikasyonların önlenmesi, kronik dejenerasyonların önlenmesi ve hastanın hayatını normal kaliteye getirmek olarak sıralanmaktadır (Ed. Kabalak, Yılmaz ve Tüzün, 2001).

Diyabet tedavisi çoğu zaman Tip 1 veya Tip 2 olmasına göre düzenlenmektedir. Diyabet eğitimi, insülin miktarı, beslenme alışkanlıkları, egzersiz ve spor yapma ve hastanın kendini izlemesi gibi birçok etken eşliğinde kontrol edilmekte ve fayda sağlanmaktadır (Çömlekçi, 2009). Tip 1 olarak tanımlanan diyabette dışarıdan insülin takviyesiyle tedavi uygulanmaktadır. Alınan insülin kadar şeker ve şekerli besin tüketilmesine izin verilmekte, egzersiz tedavinin tamamlayıcısı olarak önerilmektedir. Tip 2 olarak tanımlanan diyabette ise insülin ihtiyacı değil, insülinin etki göstermemesi sıkıntı olduğundan öncelikle beslenme planlaması ve egzersiz önerilmekte, tedavi şeker düşürücü ilaçlarla sağlanmaktadır.

2.3.3. Multiple Skleroz (MS) Hastalığı

Multiple skleroz (MS); kesin nedeni bilinmeyen, çoğunlukla ak maddede plak denen lezyonların görüldüğü genç erişkinlik döneminde başlayan, yaşam boyu süren santral sinir sistemi hastalığı olarak tanımlanmaktadır. Çoğu zaman ataklarla seyreden hastalıkta başlangıç dönemlerinde ataklar arasında hasta tümüyle sağlıklı iken; sonraki dönemlerde aşama aşama kalıcı yetersizlikler oluşabilmektedir (Kırbaş (Ed.), 1998).

Hastalık genel olarak süreleri ve şiddetleri önceden belirlenemeyen ataklar ve ataklar arası iyileşme dönemleri ile seyretmektedir. Buna karşın kronik ilerleyici bir gidiş de gösterebilmektedir (Turhan&Bayramoğlu, 2004; akt Zateri,2006).

Schumacher'e göre Multiple Skleroz (MS) için kullanılan en yaygın klinik kriterleri;

- 1- *Muhtemel MS*: Daha önce ispatlanmamış, alevlenme ve yatışma belirtileri hikayesinin var olduğu, fiziksel muayene, laboratuvar ya da görüntüleme yöntemleri ile santral sinir sisteminde yalnızca bir bölgenin tutulumunun olduğu ve açıklanabilen başka bir teşhisi olmaması durumu,
- 2- *Olası MS*: Klinik, laboratuvar ya da görüntüleme ile tanımlanan en az bir lezyon ve ispatlanmış iki atağın var olduğu, klinik, laboratuvar ya da görüntüleme ile tanımlanan iki lezyon ve ispatlanmış bir atağın var olduğu durumu,
- 3- *Kesin MS*: En az iki lezyonun klinik, laboratuvar ya da görüntüleme ile tanımlanması ve iki ayrı atak geçirmiş olması durumu olarak tanımlanmaktadır (akt. Tarakcı, 2008).

Multiple Skleroz gelişme risklerini Öncel (2000) 15 yaş altında ılıman iklimde yaşıyor olmak, yüksek sosyo-ekonomik düzeyde olmak, 30-40 yaşlar arasında olmak, yatkın ırktan olmak, ailede MS öyküsü, kadın cinsiyetine sahip olmak şeklinde belirtmektedir.

Multiple Skleroz'un güneyden başlayarak kuzeye doğru artış gösterdiği ileri sürülmektedir. Kimi çalışmalarda Kuzey Avrupa, Güney Kanada, İsrail, Kuzey Amerika Birleşik Devletleri, Yeni Zelanda ve Güney Avustralya yüksek riskli bölgeler olarak kabul edilmektedir. Asya'da ise seyrek görülmektedir. Yüksek riskli bir bölgeden düşük riskli bir bölgeye göç edilmesi MS riskini azatlığı düşünülmektedir (Zateri, 2006). Benzer şekilde yapılan araştırmalarda MS hastalarının %70'inin kadın olduğu; kadınlarda erkeklere göre yaklaşık iki kat fazla görüldüğü gözlemlenmektedir. Hastalığın başlama yaş aralığı 15 ile 50 arasında değişmektedir. Hastalığın ortalama başlangıç yaşı kadınlarda 32,4, erkeklerde 34,3 olarak belirtilmektedir (Taylor, 2000).

Multiple Skleroz'un kesin bir tedavisi olamamakla birlikte ataklar tedavi edilebilmekte, sebep olunan belirtiler azaltabilmekte veya giderilebilmektedir. Böylelikle hastanın yaşam kalitesinin artırılması hedeflenmektedir (Kırbaş, 1997).

Son 15 yıla değin MS tedavisinde kesin bir yol izlenilemeyeceği düşünölmekteydi. Fakat son çalışmalar tedavinin belli temel hedeflerinin olması gerektiği yönünde bulgular göstermektedir. Bunlar; belirtilerin ortadan kaldırılması, akut relaps süresinin azaltılması ve sonraki rezidüel etkilerin kısıtlanması, relapsların frekanslarının azaltılması, progresyonu önlenmesi ya da hızının azaltılması, hasta ve aileye destek olunarak sosyal ve ekonomik etkileri düzenlenmesi, yeti yitimi olanları destekleme olarak belirtilmektedir (Bradley (Ed.), 2008).

2.4. Kronik Hastalıklar Ve Aile İşlevleri

Bilim ve sosyal refah düzeyindeki ilerlemeler sonucu oluşan yaşam süresindeki değişim ile birlikte kronik hastalıklara dair bilgi ve veriler artmış ve bu yüzyılın en önemli sağlık sorunları arasında yerini almıştır. Newby'e (1999) göre; yaşam süresi uzadıkça kronik hastalıkla geçen süre de artmakta ve hem hastanın kendisi, hem de aynı evde yaşayan yakınları bu kronik hastalık ve beraberindeki stres faktörleriyle daha uzun süre karşı karşıya kalmakta ve hastalığın ilerlemesine uyum göstermek zorunda kalmaktadırlar. Kronik hastalık ile seyreden yaşam hem hasta hem de ailesi için çeşitli süreçlere neden olmaktadır (Aydemir ve ark.,2002). Bu nedenle kronik hastalıklar önemli bir yaşam krizi olarak kabul edilmekte, aile işlevlerini etkileyen bozucu etmenler arasında sayılmakta ve aile yaşantısına etkisi tartışılmaktadır. Aileyi içine alan bu sorun aile üyelerinden birinin hastalığı tüm aile sisteminin dengesini etkilemekte böylelikle hem hasta hem de ailesi birbirlerinden etkilenmektedir (Asan, 2007).

Ailedeki bir üyenin akut veya kronik ruhsal hastalığı aile içindeki iletişimi ve rolleri değiştirmekte; ailenin bir üyesinde bulunan hastalık, ailenin homeostatik dengesinde de değişime neden olmaktadır. Dengesizlik durumunda ise sistem yeni duruma uyum sağlama eğilimine girmekte ve bu durum çoğu zaman ailenin işlevinde ve hastanın sağlığında olumsuz etkilere neden olmaktadır (Başbüyük, 2004; Ermiş,1998, akt. Oksal; 2009; Tüzer, 2001).

İlerleyici hastalıklarda aile üyeleri sürekli olarak hastalığın seyriyle birlikte değişen koşullara uyum sağlamak zorunda kalmakta ve aile içi rollerde değişiklikler gerekmektedir. Bu durum aile üyelerini çoğu zaman hem duygusal açıdan tükenmişlik hem de yoğun bir iş yükü altına almaktadır. Değişmez seyirli hastalıklarda aile bireylerinde tükenmişlik ortaya çıkabilmektedir. Yineleyici / düzensiz seyirli hastalıkların ne zaman alevleneceği belli olmadığından aileler için kriz durumunun tekrarlanması zorlayıcı olabilmektedir.

Kronik hastalıkların gelişimsel olarak geçirdikleri tüm aşamalara aileleri de eşlik etmektedir. İlk aşama olan kriz aşamasında aile hastalık öncesinde sahip olduğu aile kimliğinin yasını tutmaktadır. Geçmiş ile gelecek arasında bağlantıyı korumaya çalışırken; diğer yandan kalıcı olacak olan değişimleri kabullenmeye; kriz döneminin gerektirdiği yeni ailesel örgütlenmeyi yoluna sokmaya ve tüm belirsizlikler karşısında, gelecek hedeflerine yönelik bir esneklik geliştirmeye gereksinim duymaktadırlar. İkinci aşama olan kronik aşamasında aile kronik hastalığın sistemdeki varlığına karşın, var olan normal yaşamlarını olabildiğince sürdürmeye çalışmaktadırlar. Son aşama olan terminal aşamada ise aile yaşantısı ölümün kaçınılmazlığı üzerinden şekillenmekte; ayrılık, ölüm, yas ve kaybın ardından normal yaşama dönüş gibi temalarla yüklü bir dönem ortaya çıkmaktadır (Rolland 1987; Rolland, 1999).

Dengeli ilişkilerin, iş birliğinin olduğu, çatışmaların az, rollerin belli olduğu ailelerde hastalığa uyum daha kolay gerçekleşmektedir. Aşırı koruyucu, endişeli, kontrol edici, yönlendirici tutumlar hastalığa uyumu bozmakta ayrıca kronik bir hastalıkla karşılaşma özgüven duygusunu sarsmaktadır. Öfke inkar, şaşkınlık, sevilme, beğenilmeme kaygısı ise günlük yaşamı sürdürmeyi güçleştirmektedir (Metz, 2008).

Böbrek hastaları ile yapılan çalışmalarda; kronik böbrek yetmezliği hastalarının en büyük destek kaynağının aileleri olduğu tespit edilmiştir. Ailede bir böbrek hastasının olması, aile yapısının dengelerini bozarak, başka bir noktada yeni bir denge oluşmasına sebep olmaktadır. Hastalığın seyrindeki her değişiklik bu dengenin bozulup tekrar kurulmasına neden olmaktadır. Ailenin bu uyum süreci; ailedeki ilişkilerin kalitesi, ailenin gelişim evresi, kültürel değerler, inançlar, iletişim,

teknolojik gelişmeler ve ekonomi gibi birçok faktörden etkilenmektedir (Wicks ve ark. 1998).

Amerikan Diyabet Cemiyeti diyabet hastalığını; bireylerin ve ailelerin yaşamlarını tüm yönleri ile etkileyen, komplikasyonları ile yaşam kalitesini azaltan ve zorunlu yaşam tarzı değişikliklerini beraberinde getiren, sürekli tıbbi bakım ve eğitimi zorunlu kılan kronik bir hastalık olarak tanımlamaktadır. Bireyin zorunlu yaşam tarzı değişikliği aile yaşantısından bağımsız düşünülememektedir. Diyabet hastalığı ile çalışmaların ortak noktası bireyin sosyal çevreden bağımsız bu hastalığı yaşayamadığı, duygu ve düşüncelerini içinde bulunduğu sosyal çevreye göre şekillendirdiği yönünde gelişmektedir. Bu sebeple sosyal yapıdaki güçlenmenin önce aile içerisinde başlayacağı ve ailenin desteği ile bireyin diyabetle ilişkisini düzenleyeceği ve hayatının bir parçası olarak kabul edeceği ve sıradanlaştıracağı düşünülmektedir.

Multiple Skleroz (MS) hastalığı ise hasta ve ailesini oldukça dramatik şekilde etkileyen bir hastalık olarak tanımlanmaktadır (Soyuer ve ark.,2005). Hastalık, bireyi ailevi, sosyal ve iş yaşamındaki sorumlulukların tam ortasında kariyer hedeflerini belirlediği yaşlarda yakalamaktadır. Hastalığın yarattığı etkiler nedeniyle kişinin o zamana kadar benimsediği rolde de değişiklikler zorunlu olmaktadır. Aile bireyleri de kişinin hastalığına uyum sağlama çabası içindedirler (Tanık, 2006).

2.5. Kronik Hastalıklar ve Yaşam Doyumu

Kronik hastalıkla birlikte bireyin tüm yaşam alışkanlıkları değişmektedir. Bireyin beklentileri ve elde ettikleri üzerindeki algısı üzerine kurulu olan yaşam doyumu hastalık süreci ile birlikte değişim göstermekte ve çoğu zaman etkilenmektedir. Özellikle kronik hastalığı olan bireylerin hayat tarzlarında değişiklik yapmaları gerekliliği bireyleri yormakta ve ailelerini etkilemektedir.

Kronik böbrek hastalığı ile birlikte yaşanan yıllar arttıkça yaşam kalitesindeki değişim de kendini göstermektedir. Bu değişim ruh sağlığından çok fiziksel sağlıkta

kendini daha da belirginleştirmektedir. Bununla birlikte hastalarda umutsuzluk, anksiyete, ekonomik ve cinsel gücünü kaybetme endişesi, ailesi ve çevresindekilere yük olma duygusunun getirdiği mutsuzluk ve bunların devamı depresyona ilerlemesine sebep olabilmektedir. Depresyonun yaşam kalitesindeki düşmeyle arttığını söylemek mümkündür (Clearly&Drennan,2005; Lew&Praino, 2005; akt. Pınar, 2006).

Diyabet yaşam kalitesini bozan kronik bir hastalık olup, diyabetli hastaların uzun yaşamaları yanında kaliteli yaşamaları da önemlidir (Çıtıl, 2009). Bireyler beslenme düzeneğinden başlayarak, fiziksel, sosyal ve psikolojik pek çok değişim ve dönüşüm geçirmektedirler. Tüm bu faktörler diyabetle yaşamayı zorlaştırdığı gibi yaşam doyumlarına da etkide bulunmaktadır.

Multiple skleroz (MS) hastalığı genç yaşta başlaması, kronik bir hastalık olması ve özürülük potansiyelinin yüksek olması nedeniyle yaşam kalitesine etki etmektedir(Zateri, 2006). Oluşacak kısıtlılıkların nasıl aşılabacağı, kişinin var olan fonksiyonları nasıl güçlendireceği önemli yaşam değişimlerini beraberinde getirebilmektedir. Günlük yaşamda basit ve sıradan görülen işler bu hastalarda aşılması güç engeller oluşturmakta, bu da depresif ruh hali ile hastanın kendini her alanda yetersiz görerek hayattan kopmasına, giderek yaşam kalitesinin düşmesine ve başkalarına bağımlı hale gelmesine neden olmaktadır (Tihan,2008). Yaşam kalitesindeki değişim doyuma da etki etmektedir.

2.6. Kronik Hastalıklar, Aile İşlevleri ve Yaşam Doyumu Üzerine Yapılan Çalışmalar

Kronik hastalıklar ile yapılan çalışmaların daha çok çocuk odaklı olduğu gözlemlenmektedir. Kronik hastalık gruplarının tamamını kapsayan çalışmalara rastlanmamış, seçilen belli kronik hastalıklar üzerinden ilerleyen çalışmalar gözlemlenmiştir. Kronik hastalıklar, aile işlevleri ve yaşam doyumu üzerine yapılmış herhangi bir çalışmaya rastlanmamıştır. Yapılan benzer konulu çalışmaların ise

çocuk odaklı, genellikle hastaların aileleri ve yakınları üzerinde yapılandırılmış olduğu görülmüştür.

Özşenol ve ark. (2003). Engelli çocuğa sahip ailelerin aile işlevlerini ölçmeye yönelik araştırmasında 145 engelli çocuk ailesine Anket Formu ve Aile Değerlendirme Ölçeği uygulanmıştır. Anne grubunda çocuğun özünden dolayı kendini suçlamanın genel fonksiyonunun, rollerin ve emosyonel reaksiyonların etkilendiği, Baba grubunda çocuğun özünden dolayı eşi suçlama genel fonksiyonunun, emosyonel fonksiyonun ve iletişimin etkilendiği ortaya çıkmıştır.

Duchenne Muskuler Distrofi tanılı çocukların annelerinin ruhsal durumunun ve aile işlevlerinin kontrol grubuyla karşılaştırılarak araştırılması amaçlanarak Duchenne Muskuler Distrofi tanısı ile izlenmekte olan 17 çocuk ile sağlıklı gönüllülerden oluşan 32 çocuğun anneleri çalışmaya alınmıştır. Tüm olguların annelerine sosyodemografik veri formu uygulanmış, Beck Depresyon Ölçeği, Durumluk ve Sürekli Kaygı Envanteri, Aile Değerlendirme Ölçeği uygulanmıştır. Aile değerlendirme ölçeğinin duygusal tepki verebilme işlevini gösteren alt bölümü açısından olgu grubu ile kontrol grubu arasında fark saptanmış fakat diğer alt ölçek değerlendirmelerinde herhangi bir fark gözlemlenmemiştir (Çakaloz & Kurul, 2005).

Özdemir ve arkadaşları (1996) tarafından yapılan çalışmada psikotik tanı alan üyeye sahip ailelerin aile işlevleri ve sosyodemografik bilgileri içeren anket formu ve Aile Değerlendirme Ölçeği uygulanmıştır. Sonucunda genel olarak psikiyatrik bozukluğu olan hastaya sahip ailelerin aile işlevlerinin sağlıklı olduğu saptanmıştır.

Ünal'ın (2002) yaptığı çalışmada bipolar affektif bozukluğu olan hasta eşlerinin aile işlevlerinin ne ölçüde sağlıklı olduğunun araştırılması amaçlanarak 54 bipolar affektif bozukluğu olan hasta ve eşi vaka grubunu oluşturmuştur, 54 ruhsal bozukluğu olmayan hasta eşi ise kontrol grubunu oluşturur. Hasta eşlerine tanıtıcı bilgi formu Aile Değerlendirme Ölçeği uygulanmış ve vaka grubu ve kontrol grubu ADÖ'nün problem çözme, iletişim roller gereken ilgiyi gösterebilme, genel işlevler ve davranış kontrolü alt boyutunda farklılık gösterdiği ortaya konmuştur. Bu fark duygusal tepki verme alt boyutunda görülmemiştir. Bulgular; hastalık ve olumsuz

aile işlevleri arasında ilişki olduğunu ortaya koymuştur. 1986'da Miller ve arkadaşları tarafından yapılan benzer bir araştırmada psikiyatrik hastalığı bulunan 86 hasta ile 69 normal aile bireyi aile işlevleri açısından karşılaştırılmış ve majör depresyon, alkol bağımlılığı, uyum bozukluğu olan hastaların ailelerinin işlevleri normal ailelere göre daha sağlıklı bulunmuştur. Şizofreni ve bipolar bozukluğu olan hastaların aileleri ile normal ailelerin fonksiyonları arasında önemli bir farklılık bulunamamıştır (Doğan, 2006).

Koroner Arter Bypass Greftleme ve kanser cerrahisi geçiren hastaların algıladıkları sosyal destek ve aile işlevleri karşılaştırılan bir araştırmaya her iki gruptan 30'ar hasta ve 30'ar aile üyesi katılmıştır. Hastalar için Hasta Bilgi Formu; aile üyeleri için Aile Üyesi Bilgi Formu, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ile Aile Değerlendirme Ölçeği kullanılarak iki grup karşılaştırılmak istenmiştir. Kanser cerrahisi olan hastaların arkadaşlarından algıladıkları sosyal desteğin daha yüksek, ailelerinden sağladıkları sosyal desteğin ise daha düşük olduğunu; Kroner Arter Bypass Greftleme ameliyatı olan hastanın ailesi problem çözme işlevini, kanser cerrahisi olan hasta ailesinden daha sağlıklı olarak yerine getirdiğini, kanser cerrahisi olan hasta ailesinin roller ve davranış kontrolünü daha sağlıklı ve iletişim işlevini daha sağlıklı olarak yerine getirdiğini saptanmıştır (Kes, 2009).

Fadıloğlu ve ark (1995) hemodiyalize giren hastalarının %68'inin ailesi ile problemlerinin olduğunu saptamış, aile üyelerinin hastalık sonrasında maddi manevi ilgilerinin azaldığını tespit etmiştir. Doğan & Doğan (1992) ise hemodiyaliz hastaları ile yaptıkları araştırmada hastaların %58,7'sinin aile ilişkilerinin bozuk olduğunu, 2/3'ü eşlerinin hastalıklarının hayatlarını fazlaca etkilediğini, ilişkilerinin ve sosyal, psikolojik, profesyonel hayatlarının etkilendiklerini ortaya koymuştur (Akt. Pınar, 2006).

Kronik böbrek yetmezliği tanısı alan hastaların ailelerinin değerlendirmek amacıyla 118 hasta yakını üzerinde yapılandırılan çalışmada Bilgi Formu ve Aile Değerlendirme Ölçeği kullanılmıştır. ADÖ toplam puan ortalamaları yüksek ve aile işlevlerinin olumsuz olduğunu bulunmuştur. Bu durum hasta yakınlarının eğitim durumlarının yüksek olması, diyaliz ortamının hijyenik olmasını istemeleri, tedavi

ekibinden ilgi hoşgörü beklediklerini ifade etmeleri ile ilişkilendirilmiştir (Asan, 2007).

Pearkenson & Gutman(2000) araştırmalarında ailesi ile birlikte yaşayan hastaların algılanan sosyal desteğinin daha yüksek olduğunu; Zhang&Liu'nin(2001) çalışmalarında ise aile desteği arttıkça yaşam kalitesinin arttığını bulmuşlardır. Bu nedenle ailelerin hastaların yaşam kalitesini nasıl algıladıkları oldukça önem taşımaktadır (Akt. Pınar, 2006).

Araştırmada 8-18 yaş arasındaki kronik hastalığı olan ve olmayan çocukların yaşam kalitesi düzeylerinin karşılaştırılması amacıyla 8-18 yaş arasında kronik hastalığı olan 154 çocuk ile sağlıklı 154 çocuk olmak üzere toplam 308 çocuk ve ebeveynleri ile yapılan çalışmada Genel Bilgi Formu, Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği-Çocuk-Ergen ve Ebeveyn Formu kullanılmıştır. Sağlıklı çocuk-ergenlerin ve ebeveynlerinin görüşlerine göre belirlenen yaşam kaliteleri, kronik hastalığı olan çocuk-ergenler ve ebeveynlerinin görüşlerine göre belirlenen yaşam kalitelerinden yüksek bulunmuştur (Durualp, 2010).

Baykan ve arkadaşlarının 2010 yılında yayımladıkları kronik hastalıklı çocukları olan ailelerin yaşam doyumları adlı çalışmada kronik hastalığa sahip çocukları olan anne babaların yaşam doyumlarını incelemek amaçlanmıştır. Kronik hastalığı bulunan çocuğa sahip 204 katılımcılara sosyodemografik özellikleri sorgulayan bir anketle birlikte yaşam doyum ölçeği uygulatılmış; kronik hastalıklı çocukları olan ailelerin yaşam doyumlarının çok düşük olduğu ortaya konmuştu

BÖLÜM III

YÖNTEM

Bu bölümde araştırmanın modeli ve katılımcılardan bahsedilecek, araştırmada kullanılan veri toplama araçları tanıtılacak, verilerin toplanması ve analizi hakkında bilgi verilecektir.

3.1. Araştırmanın Modeli

Bilimsel araştırmalar amaçlarına göre temel ve uygulama; yürütüldüğü çevreye göre laboratuvar ve saha; yöntemine göre tarihi, betimsel ve deneysel olarak sınıflandırılmaktadır (Kaptan, 1980).

Bu araştırma, amaçlarına göre temel araştırma niteliğinde yapılandırılmıştır. Temel araştırmalar var olan kuramsal bilgilere yenilerini katmayı amaçlamaktadır (Karakelle, 2005). Bu araştırmada, kronik hastalığı bulunan bireylerin ailelerini ve yaşama dair doyumlarını nasıl algıladıkları araştırmanın temel hedeflerini oluşturmaktadır. Kronik hastalıklar üzerine yapılan birçok araştırma olmasına karşın bunların aile işlevleri çok az ele alınmıştır. Bu sebeple araştırma, literatür bilgilerine yenilerini ekleyecek nitelikte yani temel araştırma olarak değerlendirilmektedir.

Yürütüldüğü çevreye/ortama göre araştırma saha çalışması niteliğinde planlanmıştır. Araştırma laboratuvar ortamında değil sahada yapılandırılmıştır. Hasta grubu, Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği ve İç Hastalıkları Anabilim Dallarında, İzmir İl Sağlık Müdürlüğü Tepecik ve Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastaneleri Nöroloji Anabilim Dallarında tedavi gören veya İzmir Multiple Skleroz Derneklerinde takipli olan bireylerden oluşturulmuştur. Kontrol grubuna ise, İzmir ilinde ikamet eden ve herhangi bir kronik hastalığı bulunmayan bireyler araştırmaya dahil edilmiştir.

Yöntemine göre ise bu tez çalışmasının betimsel (tarama, tasviri) bir araştırma olarak yapılandırılması planlanmıştır. Betimsel araştırmalar bir durumu

olabildiğince tam ve dikkatli bir şekilde tanımlamayı hedeflemektedirler (Büyüköztürk, 2009). Betimsel araştırmalar vasıtasıyla olayları, nesnelere, sorunları anlayabilme, gruplayabilme ve birbirleriyle ilişkilerini belirlemek mümkün olmaktadır (Karakelle, 2005). Bu yöntemle kronik hastalıkların aile işlevleri üzerindeki etkisini, aile işlevleri ile yaşam doyumu düzeyleri arasındaki ilişkiyi, cinsiyet, hastalık grupları ve yıllarına göre değişimini ölçmek planlanmıştır.

3.2. Evren ve Örneklem

Araştırmada toplanacak verilerin analizi ile elde edilecek sonuçların geçerli olacağı, yorumlanacağı grup evren olarak adlandırılmaktadır. Araştırmada hedef evren ve ulaşılabilir evren olarak iki evrenden söz edilmektedir: hedef evren, ulaşılması imkansız ve ideal olanı temsil eder; ulaşılabilir evren ise araştırmacının gerçekçi ve ulaşılabilir seçimidir (Büyüköztürk, 2009). Araştırmada hedef evren Türkiye’de yaşayan ve kronik hastalığı bulunan tüm hasta bireyler olarak tasarlanmış, ulaşılabilir evren ise İzmir ilinde yaşayan ve kronik hastalığa sahip olan bireyler olarak belirlenmiştir.

Örneklem ise evrenin sınırlı bir parçası olarak tanımlanmaktadır. Örneklem seçkisiz (random) ve seçkisiz olamayan olarak belirlenmektedir. Seçkisiz örnekleme de kendi içinde basit ve tabakalı olarak ikiye ayrılmaktadır. Tabakalı seçkisiz örnekleme evrendeki alt grupların belirlenip bunların örnekleme temsil edilmesini sağlamayı amaçlamaktadır (Karakelle, 2005; Büyüköztürk, 2009). Araştırmanın örneklemini de belirlenen ulaşılabilir evrenden belirlenen alt gruplara ilişkin tabakalandırma yöntemi yani seçkisiz tabakalı olarak oluşturulmuştur.

Araştırmanın örneklemini belli bir kronik hastalığı olan yetişkin bireylerden oluşan Kronik Hastalık Grubu ile herhangi bir kronik hastalığı bulunmayan Kontrol Grubu olarak belirlenmiştir. Ayrıca Kronik Hastalığı Grubu kronik hastalığı temsil edebilecek üç kronik hastalık türüne göre tabakalandırılmıştır. Bunlar kronik böbrek hastalığı, diyabet hastalığı ve multiple skleroz (MS) hastalığı olarak belirlenmiştir. Kontrol grubu ise, herhangi bir kronik hastalık tanısı almamış olmayı içermektedir.

Ayrıca Kronik Hastalık ve Kontrol grupları oluşturulurken belirli işleme ve dışlama kriterleri kullanılmıştır.

Kronik hastalık grubunun işleme kriterleri: İzmir ilinde yaşıyor olmak, 25-65 yaş aralığında olmak, yaşamını ailesi ile birlikte geçiriyor olmak, bir yılı aşkın süredir kronik hastalığa sahip olmak, üç kronik hastalık türünden yalnızca birine sahip olmak olarak tanımlanmıştır. Dışlama kriterleri ise İzmir ili dışında yaşıyor olmak, yalnız yaşıyor olmak, kronik hastalığı olduğunu yeni öğrenmiş ve akut dönemde olmak, birden fazla kronik hastalığı olmak olarak belirlenmiştir.

Kontrol grubu işleme kriterleri: İzmir’de yaşıyor olmak, 25-65 yaş aralığında olmak, yaşamını ailesi ile birlikte geçiriyor olmak, herhangi bir kronik hastalık tanısı almamış olmak olarak tanımlanmıştır. Dışlama kriterleri ise yalnız yaşıyor olmak, kronik hastalığı olduğunu yeni öğrenmiş ve akut dönemde olmak olarak belirlenmiştir.

3.3. Veri Toplama Araçları

Araştırmada kullanılacak veri toplama araçları katılımcı tarafından hazırlanan Gönüllü Bilgilendirme Formu, olgusal verileri toplamaya yönelik kapalı uçlu ve açık uçlu sorulardan oluşan Demografik Bilgiler Formu, anket / soru listeleri tekniğinden yararlanılarak oluşturulmuş, geçerlilik ve güvenilirliği tamamlanarak standardize edilmiş Aile Değerlendirme Ölçeği ve Yaşam Doyum Ölçeği olarak belirlenmiştir.

3.3.1. Gönüllü Bilgilendirme Formu

Araştırmacı tarafından hazırlanan Gönüllü Bilgilendirme Formu katılımcıların tez ve araştırmacı hakkında bilgilendirilmesini sağlamak amacıyla hazırlanmıştır. Kronik Hastalık Grubu ve Kontrol Grubu için ayrı şekillerde hazırlanan formda, katılımcılardan araştırma için gönüllü olduklarını beyan etmeleri amacıyla isim, soy isim ve iletişim bilgileri istenmektedir (Ek-1).

3.3.2. Demografik Bilgiler Formu

Bireyin yaş, cinsiyet, ikamet ettiği yer, eğitim durumu, gelir durumu ve ne tür bir kronik hastalığı olduğu, kronik hastalık tanısı aldıktan sonra herhangi bir sosyal hizmet desteğinden yararlanıp yararlanmadığına dair bilgilerin alınabilmesi için araştırmacı tarafından hazırlanan bilgi formunda 12 soru yer almaktadır. Yaş dışındaki soruların tamamı çoktan seçmeleri hazırlanarak katılımcılara kolaylık sağlanması hedeflenmiştir. (Ek-2).

3.3.3. Aile Değerlendirme Ölçeği (ADÖ)

Orijinal adı “McMaster Family Assesment Device” olan Aile Değerlendirme Ölçeği (ADÖ) Amerika Birleşik Devletleri Brown Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri ve İnsan Davranışları Bölümü ile Butler Hastanesinin “Aile Araştırma Programı” çerçevesinde geliştirilmiştir. Aile işlevlerini ölçmeyi hedefleyen ölçek ailenin hangi konularda işlevlerini yerine getirebildiğini ya da getiremediğini belirlemeyi ve sorun alanlarını ortaya çıkarmayı amaçlamaktadır.

Altmış sorudan oluşturulan anket yedi alt ölçek içermektedir. Bunlar problem çözme, iletişim, roller, duygusal tepki verebilme, gereken ilgiyi gösterme, davranış kontrolü, genel fonksiyonlardan oluşmaktadır.

Problem çözme alt ölçeği ailenin etkili bir şekilde işlevlerini yerine getirebileceği düzeyde maddi ve manevi sorunlarını çözebilme becerisi olarak açıklanmaktadır. Sorunun ortaya çıkışından, çözümlenmesine kadar olan dönemi kapsamaktadır. Aile Değerlendirme Ölçeğinin 2, 12, 24, 38, 50, 60 numaralı soruları ile ölçülmektedir.

İletişim alt ölçeği ailenin etkili bir iletişim içinde olup olmadığını ölçmektedir. Aile üyeleri arasındaki sözlü iletişimin içeriğinin açık olup olmadığı, kişilerin söylemek istediklerini doğrudan doğruya ifade edip edemedikleri üzerinde durulmaktadır. Aile Değerlendirme Ölçeğinin 3, 14, 18, 22, 29, 35, 43, 52, 59 numaralı soruları ile ölçülmektedir.

Roller, ailenin maddi ve manevi ihtiyaçlarını karşılayan davranış kalıplarıdır. Ailenin kaynaklarının kullanımı, bakıp büyüme, destekleme ve kişisel gelişim sağlama, aile sistemini idare etme gibi konularda davranış kalıbı geliştirip geliştirmedeği üzerinde odaklanmakta, görevlerin belirgin ve eşit olarak üyelere dağılımı ile görevlerin aile üyeleri tarafından sorumlu bir şekilde yerine getirilip getirilmemesini ölçmektedir. Aile Değerlendirme Ölçeğinin 4, 8, 10, 15, 23, 30, 34, 40, 45, 53, 58 numaralı soruları ile ölçülmektedir.

Duygusal tepki verebilme, aile üyelerinin her türlü uyarana karşısında en uygun tepkiyi göstermesi anlamına gelmekte ve sevgi, mutluluk, neşe gibi ferahlık ifade eden duygularla birlikte kızgınlık, üzüntü, korku gibi acil durumları da ele almaktadır. Aile Değerlendirme Ölçeğinin 9, 19, 28, 39, 49, 57 numaralı soruları ile ölçülmektedir.

Gereken ilgiyi gösterme, aile üyelerinin birbirlerine gösterdiği ilgi, bakım ve sevgiyi içermektedir. En sağlıklı aileler birbirleriyle orta derecede ilgilenirken, az veya çok ilgilenen aileler, bu konudaki işlevini yeterince yerine getiremiyor demektir. Çok ilgilenme, aile üyelerinin birbirlerine fazla bağımlı olduğunun, az ilgilenme ise, birbirlerine az sevgi ve ilgi gösterdiklerinin belirleyicisi olarak kabul edilmektedir. Aile Değerlendirme Ölçeğinin 5, 13, 25, 33, 37, 42, 54 numaralı soruları ile ölçülmektedir.

Davranış kontrolü, ailenin, aile içindeki üyelerin davranışlarına standart koyma ve disiplin sağlama biçimi olarak belirtilmekte ve bu alt ölçekle psikolojik ve sosyal tehlike karşısındaki davranışlar değerlendirilmektedir. Aile Değerlendirme Ölçeğinin 7, 17, 20, 27, 32, 44, 47, 48, 55 numaralı soruları ile ölçülmektedir.

Genel işlevler, yukarıda belirtilen altı alt ölçeği de kapsayacak şekilde bilgi toplamayı amaçlamakta, ailenin sağlıklı olup olmadığını genel olarak değerlendirmektedir. Aile Değerlendirme Ölçeğinin 1, 6, 11, 16, 21, 26, 31, 36, 41, 46, 51, 56 numaralı soruları ile ölçülmektedir.

Dört seçenekli ve her bir maddesi 1.00 (sağlıklı) ile 4.00 (sağlıksız) arasında puanlanan bir ölçektir. 60 maddeden 35'i ters çevrilerek puanlamaya yapılmaktadır. On iki yaş üzerindeki tüm aile bireylerine uygulanabilen testte zaman kısıtlaması

gözetilmemekle birlikte ortalama 25-30 dakikada tamamlanmaktadır Her bir alt ölçek için 2.00 kırılma noktasını oluşturmakta ve 2.00'nin üzerindeki puanlar, ilgili aile işlevinde sağlıksızlığa gidişi göstermektedir.

Ölçeğin yurtdışı **geçerlilik** çalışması 1983'de Epstein ve Bishop tarafından yapılmıştır. Ölçek normal aileler ile psikiyatri hastası olan aileler üzerinde uygulanmış ve normal ailelerin alt test puan ortalamalarının hasta ailelerin aldığı puan ortalamalarından ($P<.001$) düzeyde daha düşük olduğunu yani normal ailelerin daha sağlıklı olduğunu bulmuştur. **Ölçüt-bağımlı geçerliği** ölçüldüğünde Philadelphia Geriatrik Moral Skalası .47 ve Locke Wallace Evlilik Doyum Skalası ile .53 düzeyinde ilişkisi ortaya konmuştur. Ölçeğin **test tekrar test güvenirligi** .66 (problem çözme) ile .76(duygusal tepki verebilme) değerleri arasında hesaplanmıştır. Her bir boyutun kendi **iç tutarlılığı** Cronbach-alfa katsayıları 6 boyutta .72 ile .92 arasında bulunmuştur.

Ölçeğin Türkiye geçerlilik ve güvenirlilik çalışması 1990'da Bulut tarafından yapılmıştır. **Yapı geçerliği** boşanma aşamasında bulunan 25 çift ile normal evlilik seyrinde bulunan 25 çifte uygulanmış ve .001 ile .01 düzeyinde anlamlı fark bulunmuştur. **Ölçüt Bağımlı Geçerliğini** ölçmek amacıyla ADÖ ile birlikte Evlilik Yaşam Ölçeği uygulanmış ve .66 düzeyinde ilişkili olduğu saptanmıştır. Ölçeğin **Test-tekrar test güvenirligi** .62 (davranış kontrolü) ile .90 (iletişim) değerleri arasında hesaplanmıştır. Her bir boyutun **iç tutarlılığı** 7 boyutta .42 ile .86 arasında bulunmuştur (Bulut, 1990). (EK-3).

3.3.4. Yaşam Doyum Ölçeği (YDÖ)

Orijinal adı "The Satisfaction with Life Scale" olan Yaşam Doyum Ölçeği Dianer ve arkadaşları tarafından 1985 yılında geliştirilmiştir. Bireylerin yaşamlarından aldıkları doyumunu belirlemeyi amaçlamaktadır. Beş maddeden oluşan 'Hiç katılmıyorum (1.00)'dan, 'tamamen katılıyorum (7.00)'a kadar değişen cevaplar içeren likert tipi bir ölçektir. Toplam alınan puan 1-35 arasında değişebilmektedir. Ölçekten alınan puan yükseldikçe yaşam doyumunun yükseldiğine işaret etmektedir.

Ölçeğin geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Dianer ve arkadaşları tarafından yapılmıştır. *Güvenirligi* .87 ve *ölçüt bağımlı geçerliliğini* .82 olarak bulunmuştur. Ölçeğin Türkiye geçerlilik ve güvenilirlik çalışması 1991’de Kökler ve 1993’de Yetim tarafından yapılmıştır. *Güvenirligi* .86 ve *test-tekrar test güvenirligi* .73 olarak bulunmuştur (Yetim, 2001). (Ek-4).

3.4. Verilerin Toplanması

Uygulama sürecine başlanmadan önce, Dokuz Eylül Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü Etik Kurulu tarafından tez uygulamasının uygunluğu değerlendirilmiştir. Ardından Etik Kurul kararıyla birlikte uygulanması planlanan Kurumlara izin talepleri gönderilmiş ve gerekli yazılı izinler alınmıştır (Ek-5).

Dokuz Eylül Üniversitesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı Endokrin Bölümünde başlayan uygulamada, araştırmacıya bir oda tahsis edilmiştir. Muayenesi yapılan ve işleme kriterlerini karşılayan hastalar, uzman hekimlerce araştırmacıya yönlendirilmiştir. Katılımcılara Gönüllü Bilgilendirme Formu’nda yer alan bilgiler aktarılmış ve gönüllü olmaları halinde uygulama yapılmıştır. Dokuz Eylül Üniversitesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı Nefroloji Bölümünde uygulamanın ikinci aşaması gerçekleştirilmiş ve uzman hemşirelerle birlikte işleme kriterlerine uyan diyaliz ve periton diyaliz hastaları belirlenerek diyaliz sırasında hastalara gönüllü bilgilendirme formundaki bilgiler aktarılmış, gönüllü olmaları halinde uygulama yapılmıştır. Kronik hastalık grubunun son aşamasında İzmir İl Sağlık Müdürlüğü Tepecik ve Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastaneleri Nöroloji Anabilim Dallarında tedavilerine devam eden Multiple Skleroz(MS) hastaları, uzman hekimler yardımıyla belirlenerek kontrol günlerinde görüşme sağlanmıştır. Öncelikle gönüllü bilgilendirme formu aktarılan katılımcılar uygulamaya alınmış, okuma veya yazma yetilerini yitirenlere destek olunmuştur. Kontrol grubu ise, İzmir’de yaşayan ve çeşitli kamu kurum ve kuruluşlarında çalışan memurlar ve yakınları arasından seçkisiz olarak belirlenmiş ve gönüllü bilgilendirme formundaki bilgiler aktarılarak kendi rızaları ile araştırmaya katılmaları sağlanmıştır.

2.5. Verilerin Çözümlemesi

Hipotez bilimsel araştırma yöntemlerinde çözümlenirken istatistik biliminden yararlanılmaktadır. Linquist'e göre istatistik bilimsel yöntemlerle toplanmış verilerin anlamlı hale getirilmesinde kullanılan matematiksel bir tekniktir (Akt. Büyüksener, 2008). İstatistik biliminin temel amacı ise bireyleri/objeleri ve bunlardan oluşan toplulukları bazı nitelikleriyle betimlemek ve/veya tasvir etmek ve bunlar hakkında tahminlerde bulunmak ya da sonuç çıkarmaktır. İstatistik bilimi verileri çözümlerken birçok teknikten yararlanmaktadır. Yapılan araştırmalarda kullanılacak olan yöntemlere belli kriterlere bakılarak karar verilmektedir. Bunlar: araştırmanın problemi veya hipotezinin ifadesi, kullanılan bağımlı ve bağımsız değişkenlerin sayıları, değişkenlerin ölçüm düzeyleri, gözlem sayıları ve verilerin dağılım biçimleridir.

Araştırmanın problemleri, SPSS 16.0 programı yardımıyla istatistiksel olarak analiz edilmiştir. Analizler öncesinde katılımcıların cevapları incelenmiş ve boş bırakılan sorular için katılımcılar tek tek aranarak değerleri girilmiştir. Verilerin tamamlanmasının ardından betimsel incelemeler yapılmış ve araştırma sorularına cevap aranmıştır. Problem sorularından yola çıkılarak veriler öncelikle homojenliklerine göre değerlendirilmiş, problem cümlelerine korelasyon ve parametrik analizler için var sayımların karşılanmadığı anlaşılan problemler içinde sırasıyla Mann Whitney-U ve Kruskal Wallis analizleri yardımıyla cevap aranmıştır. Elde edilen bulgular tablolar yardımıyla sunulmaktadır.

BÖLÜM IV

BULGULAR

Bu bölümde öncelikle katılımcıların demografik verileri değerlendirilecektir. Ardından kronik hastalığı bulunan bireylerin aile işlevlerinin sağlıklı/sağlıksız yapısı, yaşam doyum düzeyleri; bu iki değişkenin var olabilecek ilişkileri, cinsiyete, hastalık türü ve yılına göre değişimleri kontrol grubu ile karşılaştırılarak incelenecektir.

4.1. Katılımcıların Demografik Yapılarına İlişkin Bulgular ve Yorum

Bu bölümde araştırmaya katılan katılımcıların demografik özelliklerine göre dağılımları, sayısal ve yüzde değerleri ile birlikte sunulmaktadır.

Tablo 1: Örneklemin Cinsiyete Göre Dağılımı

Cinsiyet	KRONİK HASTALIK GRUBU								KONTROL GRUBU		ÖRNEKLEM GENEL TOPLAM	
	Böbrek Hastalığı		Diyabet Hastalığı		MS Hastalığı		TOPLAM					
	Sayı (N)	Yüzde (%)	Sayı (N)	Yüzde (%)	Sayı (N)	Yüzde (%)	Sayı (N)	Yüzde (%)	Sayı (N)	Yüzde (%)	Sayı (N)	Yüzde (%)
Kadın	11	27,5	24	60	35	87,5	70	58,3	68	56,7	138	57,5
Erkek	29	72,5	16	40	5	12,5	50	41,7	52	43,3	102	42,5
Toplam	40	100	40	100	40	100	120	100	120	100	240	100

Kronik Hastalık Grubunu oluşturan bireylerin 70'i (%58,3) kadın, 50'si (%41,7) erkek ve Kontrol Grubunun 68'i (%56,7) kadın, 52'si (%43,3) erkek katılımcılardan oluşmaktadır. Kronik Hastalık Grubunun alt gruplarını ele aldığımızda ise Böbrek Hastalarının 11'i (%27,5) kadın, 29'u (%72,5) erkek, Diyabet Hastalarının 24'ü (%60,0) kadın, 16'sı (%40,0) erkek ve Multiple Skleroz (MS) Hastalarının 35'i (%87,5) kadın, 5'i (%12,5) erkek katılımcılardan oluştuğu görülmektedir. Tüm Katılımcılar değerlendirildiğinde ise 138'i (%57,5) kadın, 102'si (%42,5) erkek olduğu görülmektedir (Tablo 1).

Tablo 2: Örneklemin Aile Yapısına Göre Dağılımı

Aile Yapısı	KRONİK HASTALIK GRUBU								KONTROL GRUBU		ÖRNEKLEM GENEL TOPLAM	
	Böbrek Hastalığı		Diyabet Hastalığı		MS Hastalığı		TOPLAM					
	Sayı (N)	Yüzde (%)	Sayı (N)	Yüzde (%)	Sayı (N)	Yüzde (%)	Sayı (N)	Yüzde (%)	Sayı (N)	Yüzde (%)	Sayı (N)	Yüzde (%)
Çekirdek Aile	37	92,5	34	85	29	72,5	100	83,3	96	80	196	81,7
Ebeveynlerle Birlikte	2	5	2	5	7	17,5	11	9,2	14	11,7	25	10,4
Geniş Aile	1	2,5	4	10	4	10	9	7,5	10	8,3	19	7,9
Toplam	40	100	40	100	40	100	120	100	120	100	240	100

Bekar ve yalnız yaşayan katılımcıların dahil edilmediği örneklem grubunda aile yapıları; çekirdek aile (eş ve/veya çocuklar), çekirdek aile (anne ve/veya baba), geniş aile (çekirdek aileye eşlik eden 1.dereceden akrabalar) olarak belirlenmiştir. Bu veriler incelendiğinde Kronik Hastalık Grubunda yer alan katılımcıların 100'ü çekirdek aile, 11'i ebeveynleriyle birlikte çekirdek aile ve 9'u geniş aile ve Kontrol Grubunda yer alan katılımcıların 96'sı çekirdek aile, 14'ü ebeveynleriyle birlikte çekirdek aile ve 10'u geniş aile olarak yaşadığını bildirmişlerdir. Buna göre tüm katılımcıların 196'sı çekirdek aile, 25'i ebeveynleriyle birlikte çekirdek aile ve 19'u geniş aile yapısına sahiptir (Tablo 2).

Katılımcıların eğitim durumları eğitimsiz, okur-yazar/ilkokul, ortaokul, lise ve üniversite olarak değerlendirilmiştir. Elde edilen verilerde Kronik Hastalık Grubunda yer alan katılımcılardan 1'i eğitimsiz, 40'ı okur-yazar/ilkokul, 13'ü ortaokul, 31'i lise, 35'i üniversite mezunu olarak kendini tanımlarken; Kontrol Grubu katılımcılarından 11'i okur-yazar/ilkokul, 10'ü ortaokul, 35'i lise, 64'ü üniversite mezunu olarak kendilerini tanımlamışlardır. Katılımcıların tamamının ise 1'i eğitimsiz, 51'i okur-yazar/ilkokul, 23'ü ortaokul, 66'sı lise, 99'u üniversite mezunu olduğu görülmektedir (Tablo 3).

Tablo 3: Örneklemin Eğitim Durumuna Göre Dağılımı

Eğitim Durumu	KRONİK HASTALIK GRUBU								KONTROL GRUBU		ÖRNEKLEM GENEL TOPLAM	
	Böbrek Hastalığı		Diyabet Hastalığı		MS Hastalığı		TOPLAM					
	Sayı (N)	Yüzde (%)	Sayı (N)	Yüzde (%)	Sayı (N)	Yüzde (%)	Sayı (N)	Yüzde (%)	Sayı (N)	Yüzde (%)	Sayı (N)	Yüzde (%)
Eğitimsiz			1	2,5			1	0,8			1	0,4
Okur-yazar/İlkokul	15	37,5	16	40	9	22,5	40	33,3	11	9,2	51	21,2
Ortaokul	4	10	3	7,5	6	15	13	10,8	10	8,3	23	9,6
Lise	11	27,5	9	22,5	11	27,5	31	25,8	35	29,2	66	27,5
Üniversite	10	25	11	27,5	14	35	35	29,2	64	53,3	99	41,2
Toplam	40	100	40	100	40	100	120	100	120	100	240	100

Katılımcılar iş durumuna göre değerlendirildiğinde ise Kronik Hastalık Grubunda yer alan katılımcıların 27'si kendisini çalışıyor, 39'u çalışmıyor ve 54'ü emekli olarak tanımlarken; Kontrol Grubunda yer alan katılımcıların 101'i kendini çalışıyor, 9'u çalışmıyor ve 10'u emekli olarak tanımlamıştır. Tüm katılımcıları değerlendirildiğinde 128'i çalışıyor, 48'i çalışmıyor, 64'ü emekli olduğu görülmektedir (Tablo 4).

Tablo 4: Örneklemin İş Durumuna Göre Dağılımı

İş Durumu	KRONİK HASTALIK GRUBU								KONTROL GRUBU		ÖRNEKLEM GENEL TOPLAM	
	Böbrek Hastalığı		Diyabet Hastalığı		MS Hastalığı		TOPLAM					
	Sayı (N)	Yüzde (%)	Sayı (N)	Yüzde (%)	Sayı (N)	Yüzde (%)	Sayı (N)	Yüzde (%)	Sayı (N)	Yüzde (%)	Sayı (N)	Yüzde (%)
Çalışıyor	3	7,5	12	30	12	30	27	22,5	101	84,2	128	53,3
Çalışmıyor	8	20	14	35	17	42,5	39	32,5	9	7,5	48	20
Emekli	29	72,5	14	35	11	27,5	54	45	10	8,3	64	26,7
Toplam	40	100	40	100	40	100	120	100	120	100	240	100

Katılımcıların yaşları 25 – 65 arasında değişmek ve tüm katılımcıların ortalaması 44.58 (S=1,01) olarak betimlenmektedir. Kronik Hastalık Grubu alt gruplarından Böbrek hastalarının (X=53,35; S=8,37) ve Diyabet hastalarının (X=52,53; S=8,25) yaş ortalamaları birbirine yakın iken Multiple Skleroz (MS) hastalarının (X=41,18; S=8,87) yaş ortalamaları daha düşük seyretmektedir. Kontrol grubunun yaş ortalamaları ise tüm gruplardan daha düşük olduğu bununla birlikte standart sapma değerlerinin çok düşük olduğu saptanmıştır (X=40,03; S=,70) (Tablo 5).

Tablo 5: Örneklemin Yaş Ortalama, Standart Sapma ve Minimum-Maksimum Değerleri

Yaş	KRONİK HASTALIK GRUBU				KONTROL GRUBU	ÖRNEKLEM GENEL TOPLAM
	Böbrek Hastalığı	Diyabet Hastalığı	MS Hastalığı	TOPLAM		
N	40	40	40	120	120	240
Ortalama	53	53	41	49	40	45
Standart Sapma	8,37	8,25	8,87	1,00	0,7	1,01
Minimum Maksimum	33-65	31-65	26-64	26-65	25-61	25-65
Toplam	40	40	40	120	120	240

Kronik Hastalık Grubunu oluşturan bireylerin kaç yıldır hastalığa sahip olduğu da önemli bir veri olarak değerlendirilebileceği düşünülmüştür. Böbrek Hastalarının 16'sı 1-3 yıldır, 12'si 4-6 yıldır, 6'sı 7-9 yıldır ve 6'sı 10 yıldan fazla süredir bu hastalığa sahip olduklarını; Diyabet Hastalarının 9'u 1-3 yıldır, 7'si 4-6 yıldır, 7'si 7-9 yıldır ve 10'u 10 yıldan fazla süredir bu hastalığa sahip olduklarını; Multiple Skleroz (MS) Hastalarının 10'u 1-3 yıldır, 9'u 4-6 yıldır, 9'u 7-9 yıldır ve 12'si 10 yıldan fazla süredir bu hastalığa sahip olduklarını ifade etmişlerdir. Tüm Kronik Hastalarının ise 35'i 1-3 yıldır, 28'i 4-6 yıldır, 22'si 7-9 yıldır ve 35'i 10 yıldan fazla süredir kronik olarak hasta olduklarını ifade etmişlerdir (Tablo 6).

Tablo 6: Kronik Hastalık Grubunun Sahip Oldukları Hastalık Yıllarına Göre Dağılımı

KRONİK HASTALIK GRUBU								
	Böbrek Hastalığı		Diyabet Hastalığı		MS Hastalığı		TOPLAM	
Hastalık Yılları	Sayı (N)	Yüzde (%)	Sayı (N)	Yüzde (%)	Sayı (N)	Yüzde (%)	Sayı (N)	Yüzde (%)
1-3	16	40	9	22,5	10	25	35	29,5
4-6	12	30	7	17,5	9	22,5	28	23,3
7-9	6	15	7	17,5	9	22,5	22	18,3
10+	6	15	10	42,5	12	30	35	29,2
Toplam	40	100	40	100	40	100	120	100

4.2. Araştırmanın Problemine İlişkin Bulgular

Bu bölümde araştırma problemini incelemek amacıyla yapılan istatistiksel analizlere ait sonuçlar incelenmektedir.

Katılımcıların Aile Değerlendirme Ölçeği ortalama, standart sapma, minimum ve maksimum alabilecekleri ve alınan değerler Kronik Hastalık Grubu ve Kontrol Grubu için Tablo 7’de sunulmuştur. Buna göre Kronik Hastalık Grubu’nda gereken İlgii Gösterme alt testi dışında sağlıksızlığı işaret eden herhangi bir bulgu elde edilmemiştir. Kontrol grubunda ise Aile İşlevlerinde sağlıksızlığı ifade eden herhangi bir veri elde edilmemiştir (Tablo 7).

Tablo 7: Aile Değerlendirme Ölçeği’nin Kronik Hastalık ve Kontrol Grupları İçin Ortalama, Standart Sapma ve Alınan Minimum ve Maksimum Puanları

	N	Ortalama		Standart Sapma		Alınabilecek Maksimum ve Minimum Puanlar	Alınan Minimum ve Maksimum Puanlar	
		Kronik- Kontrol	Kronik Kontrol	Kronik Kontrol	Kronik Kontrol	Kronik- Kontrol	Kronik Kontrol	
ADÖ								
Problem Çözme	120	1,61	1,76	0,62	0,52	1,00-4,00	1,00-3,83	1,00-3,67
İletişim	120	1,7	1,67	0,62	0,47	1,00-4,00	1,00-4,00	1,00-3,89
Roller	120	1,87	1,86	0,54	0,43	1,00-4,00	1,09-3,18	1,09-3,36
Duygusal Tepki	120	1,68	1,55	0,65	0,56	1,00-4,00	1,00-4,00	1,00-3,50
Gereken İlgii Gösterebilme	120	2,2	1,91	0,56	0,36	1,00-4,00	1,29-4,00	1,29-2,71
Davranış Kontrolü	120	1,94	1,77	0,43	0,37	1,00-4,00	1,00-3,00	1,00-2,89
Genel Fonksiyonlar	120	1,62	1,51	0,6	0,47	1,00-4,00	1,00-3,92	1,00-3,33

Katılımcıların Yaşam Doyum Ölçeği ortalama, standart sapma, minimum ve maksimum alabilecekleri ve aldıkları değerler Kronik Hastalık Grubu ve Kontrol Grubu için Tablo 8’de sunulmuştur. İki grubun Yaşam Doyum düzeylerinde kronik hastalık ve kontrol grubunun benzer değerlere sahip olup, olumsuz bir veri sunmamaktadır (Tablo 8).

Tablo 8: Yaşam Doyum Ölçeği’nin Kronik Hastalık ve Kontrol Grupları İçin Ortalama, Standart Sapma ve alınan Minimum ve Maksimum Puanları

	N	Ortalama		Standart Sapma		Alınabilecek Maksimum ve Minimum Puanlar	Alınan Minimum ve Maksimum Puanlar	
		Kronik-Kontrol	Kronik Kontrol	Kronik Kontrol	Kontrol		Kronik Kontrol	Kronik Kontrol
YDÖ								
Yaşam Doyumu	120	4,42	4,56	1,54	1,41	1,00-7,00	1,00-7,00	1,00-7,00

4.2.1. Kronik hastalığı bulunan bireylerin aile işlevleri düzeyleri ile yaşam doyum düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?

Yaşam Doyum Ölçeği puanları ile Aile Değerlendirme Ölçeği Alt Testleri puanları arasındaki ilişkiler Pearson Momentler Çarpımı korelasyon değişmezlik katsayıları incelenerek ortaya konmuştur.

Problem Çözme ve İletişim düzeyleri ile Yaşam Doyum düzeyleri arasında negatif yönde düşük düzeyde anlamlı bir ilişki olduğunu görülmektedir ($r = .232$, $p < .05$), ($r = .206$, $p < .05$)). Duygusal Tepki Verebilme Alt Testi ile Yaşam Doyum düzeyleri arasında negatif yönde orta düzeyde anlamlı bir ilişki olduğunu göstermiştir ($r = .273$, $p < .01$). Genel Fonksiyonlar Alt Testi ile Yaşam Doyum düzeyleri arasında negatif yönde ileri düzeyde anlamlı bir ilişki olduğunu göstermiştir ($r = .318$, $p < .001$).

Tablo 9: Aile İşlevleri Düzeyleri İle Yaşam Doyum Düzeyi Arasındaki İlişki

	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.
1. Problem Çözme	1							
2. İletişim	.681	1						
3. Roller	.439	.646	1					
4. Duygusal Tepki Verebilme	.571	.787	.666	1				
5. Gereken İlgiyi Gösterme	.249	.467	.597	.468	1			
6. Davranış Kontrolü	.332	.486	.629	.461	.553	1		
7. Genel Fonksiyonlar	.689	.821	.674	.845	.539	.509	1	
8. Yaşam Doyumu	-.232*	-.206*	-.173	-.273**	.063	.028	-.318***	1

*p<0,05

**p<0,01

***p<0,001

Elde edilen verilere göre yaşam doyum ölçeği düzeyi arttıkça problem çözme, iletişim, duygusal tepki verebilme, genel fonksiyonlar alt test puanlarında düşüş göstermektedir. Başka bir deyişle yaşam doyumunu arttıkça problem çözme, iletişim, duygusal tepki verebilme, genel fonksiyonlar alt test puanları azalmakta yani aile sağlığı düzeyi artmaktadır. Yaşam Doyum düzeyi ile Roller, Gereken ilgiyi Gösterme, Davranış kontrolü arasında anlamlı bir ilişki bulunmadığı ortaya çıkmıştır.

4.3. Araştırmanın Alt Problemlerine İlişkin Bulgular

Bu bölümde araştırma probleminde yer alan alt problemleri incelemek amacıyla yapılan istatistiksel analizlere ait sonuçlar, ilgili başlıklar altında sunulmaktadır.

4.3.1. Kronik hastalık grubu ile kontrol grubunun aile işlevleri düzeyleri farklılaşmakta mıdır?

Kronik hastalığı bulunan bireyler ile herhangi hastalığı bulunmayan kontrol grubundaki bireylerin aile işlevlerini gerçekleştirme düzeyleri arasında fark olup olmadığı gruplar arasında homojen dağılım olmaması sebebiyle non-parametrik test olan Mann Whitney U-Testi yardımıyla değerlendirilmiştir (Tablo 10).

Tablo 10: Aile İşlevleri Düzeylerinin Kronik Hastalık ve Kontrol Grupları İçin Mann Whitney U-Testi Sonuçları

	N	Sıra Ortalaması		Sıra Toplamı		Z	p
		Kronik- Kontrol	Kronik	Kontrol	Kronik		
ADÖ							
Problem Çözme	120	108,56	132,44	13027,5	15892,5	-2,684	,007*
İletişim	120	118,53	122,47	14224	14696	-0,44	,660
Roller	120	118,89	122,11	14266,5	14653,5	-0,361	,718
Duygusal Tepki	120	126,8	114,2	15216	13704	-1,418	,156
Gereken İlgiyi Gösterebilme	120	138,6	102,4	16631,5	12288,5	-4,066	,000**
Davranış Kontrolü	120	134,27	106,73	16112	12808	-3,085	,002*
Genel Fonksiyonlar	120	124,38	116,62	14925,5	13994,5	-0,869	,385

*p<0.01, **p<0.001

Kronik hastalığı bulunan bireyler ile kronik hastalığı bulunmayan bireylerde Aile Değerlendirme Ölçeği İletişim, Roller, Duygusal Tepki Verebilme ve Genel Fonksiyonlar düzeyleri açısından anlamlı bir fark göstermemektedir ((Z=-.440, p>.05), (Z=-.361, p>.05), (Z= -1.418, p>.05), (Z=-.869, p>.05)).

Bunun yanı sıra Kronik Hastalık Grubu ile Kontrol Grubu arasında ADÖ Problem Çözme ve Davranış Kontrolü düzeyleri arasında ileri düzeyde anlamlı fark olduğu görülmektedir ($Z=-2.684$, $p<.01$), ($Z=-3.085$, $p<.01$)). Bu verilere göre Kronik Hastalık aile içinde problem çözme becerisi daha iyi davranış kontrolü konusunda Kontrol Grubu verilerinin daha iyi olduğu gözlemlenmektedir (Tablo 10).

Kronik Hastalığı bulunan ve bulunmayan bireylerin ADÖ Gereken İlgiyi Gösterme düzeyleri incelendiğinde ise ileri düzeyde anlamlı fark olduğu gözlemlenmiştir($Z=-4.066$ $p<.001$). Buna göre kronik hastalığı bulunan bireylerin kronik hastalığı bulunmayan bireylere göre aile içerisinde birbirlerine olması gerektiği gibi orta düzeyde ilgi göstermedikleri, az ilgi veya çok ilgi gösterdiklerini ifade edebilmekteyiz (Tablo 10).

4.3.2. Kronik hastalık grubu ile kontrol grubunun yaşam doyum düzeyleri farklılaşmakta mıdır?

Kronik hastalığı bulunan bireyler ile herhangi hastalığı bulunmayan kontrol grubundaki bireylerin yaşam doyum düzeyleri arasında fark olup olmadığı gruplar arasında homojen dağılım olmaması sebebiyle non-parametrik test olan Mann Whitney U-Testi yardımıyla değerlendirilmiştir (Tablo 11).

Tablo 11: Yaşam Doyum Düzeylerinin Kronik Hastalık ve Kontrol Grupları İçin Mann Whitney U-Testi Sonuçları

	N	Sıra Ortalaması		Sıra Toplamı		Z	p
		Kronik- Kontrol	Kronik	Kontrol	Kronik		
YDÖ							
Yaşam Doyumu	120	117,97	123,03	14156	14764	-0,566	.571

$p>0.05$

Kronik hastalığı bulunan ve bulunmayan bireylerin Yaşam Doyum Ölçeği puanları arasında anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür ($Z=-.566$, $p>.05$) (Tablo 11)).

4.3.3. Kronik hastalık grubunun aile işlevleri düzeyleri cinsiyete göre farklılaşmakta mıdır?

Kronik hastalığı bulunan kadın ve erkeklerin aile işlevleri düzeyleri arasında anlamlı bir fark olup olmadığı gruplar arasında homojen dağılım olmaması sebebiyle non-parametrik test olan Mann Whitney U-Testi yardımıyla değerlendirilmiştir (Tablo 12).

Tablo 12: Aile İşlevleri Düzeylerinin Cinsiyet Değişkenine Göre Mann Whitney U-Testi Sonuçları

	N		Sıra Ortalaması		Sıra Toplamı		Z	p
	Kadın	Erkek	Kadın	Erkek	Kadın	Erkek		
ADÖ								
Problem Çözme	70	50	62,2	58,12	4354	2906	0,641	,521
İletişim	70	50	61,2	59,52	4284	2976	-0,262	,793
Roller	70	50	64,93	54,3	4545	2715	-0,91	,098
Duygusal Tepki Verebilme	70	50	62,92	57,11	4404,5	2855,5	-1,418	,363
Gereken İlgii Gösterebilme	70	50	62,87	57,18	4401	2859	-0,889	,374
Davranış Kontrolü	70	50	66,21	52,5	4635	2625	-2,139	,032*
Genel Fonksiyonlar	70	50	64,26	55,23	4498,5	2761,5	-1,409	,159

* $p<0.05$

Aile Değerlendirme Ölçeği İletişim, Roller, Duygusal Tepki Verebilme, Gereken İlgiyi Gösterebilme, Genel Fonksiyonlar düzeyleri açısından cinsiyete göre anlamlı bir fark olmadığı görülmektedir. Davranış Kontrolü düzeyi incelendiğinde ise gruplar arasında anlamlı fark olduğu görülmektedir ($Z=-2.139$, $p<.05$). Başka bir deyişle ailelerin davranış kontrolü sağlayabilmeleri cinsiyete göre değişmekte olduğu ve erkeklerin davranış kontrollerinin kadınlara göre daha düşük ortalamaya sahip olduğu gözlemlenmektedir (Tablo 12).

4.3.4. Kronik hastalık grubunun yaşam doyumu düzeyleri cinsiyete göre farklılaşmakta mıdır?

Kronik hastalığı bulunan kadın ve erkeklerin yaşam doyumu düzeyleri arasında anlamlı bir fark olup olmadığı gruplar arasında homojen dağılım olmaması sebebiyle non-parametrik test olan Mann Whitney U-Testi yardımıyla değerlendirilmiştir (Tablo 13).

Tablo 13: Yaşam Doyum Düzeylerinin Cinsiyet Değişkenine Göre Mann Whitney U Testi Sonuçları

	N		Sıra Ortalaması		Sıra Toplamı		Z	p
	Kadın	Erkek	Kadın	Erkek	Kadın	Erkek		
YDÖ								
Yaşam Doyumu	70	50	63,19	56,74	4423	2837	-1,002	.316

$p>0.05$

Kronik hastalığı bulunan bireylerde cinsiyet değişkeni açısından Yaşam Doyumu düzeylerinde anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür ($Z=-1.002$, $p>.05$) (Tablo 13)). Başka bir deyişle kronik hastalığı olan bireylerde kadın veya erkek olmak yaşam doyumuna her hangi bir etki etmemektedir.

4.3.5. Kronik Hastalık grubu aile işlevleri düzeyleri kronik hastalık alt gruplarına göre farklılaşmakta mıdır?

Kronik Hastalık Grubunda Böbrek Hastalığı, Diyabet Hastalığı ve Multiple Skleroz(MS) Hastalığı bulunan bireylerin aile işlevleri düzeyleri arasında anlamlı bir fark olup olmadığını test etmek amacıyla non parametrik Kruskal Wallis H-Testi uygulanmıştır. Uygulamada hangi iki alt grubun farklı olduğunu görebilmek için ise yine non parametrik Mann Whitney-U testi kullanılmıştır (Tablo 14).

Tablo 14: Aile İşlevleri Düzeylerinin Kronik Hastalık Gruplarına Göre Kruskal Wallis H Testi Sonuçları

	Sayı (N)	Sıra Ort.	Sd	F	P	
Problem Çözme						
Böbrek	40	50,91	118			Böbrek-MS
Diyabet	40	55,25		11,502	.003*	Diyabet-MS
MS	40	75,34	2			
İletişim						
Böbrek	40	51,85	118			
Diyabet	40	66,36		3,896	.143	
MS	40	63,29	2			
Roller						
Böbrek	40	52,59	118			
Diyabet	40	64,11		3,124	.210	
MS	40	64,8	2			
Duygusal Tepki Verebilme						
Böbrek	40	56,14	118			
Diyabet	40	64,36		1,151	.563	
MS	40	61	2			
Gereken ilgiyi Gösterme						
Böbrek	40	49,6	118			
Diyabet	40	66,28		5,967	.051	
MS	40	65,62	2			
Davranış kontrolü						
Böbrek	40	51,12	118			
Diyabet	40	68,34		5,062	.080	
MS	40	62,04	2			
Genel Fonksiyonlar						
Böbrek	40	51,76	118			
Diyabet	40	64,2		3,852	.146	
MS	40	65,54	2			

*p<0.01

Aile Değerlendirme Ölçeği İletişim, Roller, Duygusal Tepki Verebilme, Gereken İlgii Gösterebilme, Davranış Kontrolü, Genel Fonksiyonları düzeyleri açısından Böbrek, Diyabet ve Multiple Skleroz(MS) alt grupları arasında anlamlı bir fark olmadığı görülmektedir. Problem Çözme düzeyleri incelendiğinde ise gruplar arasında ileri düzeyde anlamlı fark olduğu görülmektedir ($F(3,117) = 6,396, p < .01$). Başka bir deyişle ailelerin problem çözme becerileri hastalık gruplarına göre değişmektedir. Mann Whitney-U testi yardımıyla hastalık grupları arasındaki farklar incelendiğinde Multiple Skleroz (MS) hastalarının problem çözme becerilerinin Böbrek ve Diyabet hastalarına göre daha sağlıklı olduğu belirlenmiştir (Tablo 14).

4.3.6. Kronik Hastalık grubu yaşam doyum düzeyleri kronik hastalık alt gruplarına göre farklılaşmakta mıdır?

Böbrek Hastalığı, Diyabet Hastalığı ve Multiple Skleroz(MS) Hastalığı bulunan bireylerin yaşam doyumu düzeyleri arasında fark olup olmadığını test etmek amacıyla non parametrik Kruskal Wallis H-Testi uygulanmıştır (Tablo 15).

Tablo 15: Yaşam Doyum Düzeylerinin Kronik Hastalık Gruplarına Göre Kruskal Wallis H- Testi Sonuçları

	Sayı (N)	Sıra Ort.	Sd	F	p
YDÖ					
Böbrek	40	55,62	118		
Diyabet	40	66,58	2	2,058	.357
MS	40	59,3			

$p > 0.05$

Yaşam Doyum düzeyleri açısından Böbrek, Diyabet ve Multiple Skleroz(MS) alt grupları arasında anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur ($F(3,117) = .773, p > .05$) (Tablo 15).

4.3.7. Kronik Hastalık grubu aile işlevleri düzeyleri hastalığa sahip olma yıllarına göre farklılaşmakta mıdır?

Kronik Hastalık Grubu aile işlevleri düzeylerinin bireylerin sahip oldukları hastalık yıllarına göre anlamlı bir fark olup olmadığını test etmek amacıyla non parametrik Kruskal Wallis H-Testi uygulanmıştır (Tablo 16).

Tablo 16: Aile İşlevleri Düzeylerinin Kronik Hastalık Yıllarına Göre Kruskal Wallis H- Testi Sonuçları

	Sayı (N)	Sıra Ort.	Sd	F	P	Anlamlı Fark
Problem Çözme						
1-3	35	58,14	117			
4-6	28	57,79		0,893	.827	-
7-9	22	60,84	3			
10+	35	64,81				
İletişim						
1-3	35	53,21	117			
4-6	28	60,64		2,555	.465	-
7-9	22	66,61	3			
10+	35	63,83				
Roller						
1-3	35	54,96	117			
4-6	28	65,02		3,355	.340	-
7-9	22	69,73	3			
10+	35	56,63				
Duygusal Tepki Verebilme						
1-3	35	55,66	117			
4-6	28	63,09		1,085	.781	-
7-9	22	64	3			
10+	35	61,07				
Gereken İlgiyi Gösterme						
1-3	35	57,84	117			
4-6	28	66,59		7,797	.050*	1-3 / 7-9 10+ / 7-9
7-9	22	74,02	3			
10+	35	49,79				
Davranış Kontrolü						
1-3	35	55,19	117			
4-6	28	59,38		2,053	.561	-
7-9	22	68,43	3			
10+	35	61,73				
Genel Fonksiyonlar						
1-3	35	56,04	117			
4-6	28	66,38		2,281	.516	-
7-9	22	65,82	3			
10+	35	56,91				

*p<0.05

Aile Değerlendirme Ölçeği Problem Çözme, İletişim, Roller, Duygusal Tepki Verebilme, Davranış Kontrolü, Genel Fonksiyonlar Testleri Alt Ölçekleri açısından kronik hastalık yılları arasında anlamlı bir fark olmadığı görülmektedir. Gereken İlgiyi Gösterme düzeyleri incelendiğinde ise gruplar arasında anlamlı fark olma durumunun sınırdaki olduğu görülmektedir ($F(4,116) = 7,797, p \leq .05$). Başka bir deyişle aileleri için ilgi gösterme hastalık yıllarına göre değişim göstermektedir.

Gereken İlgiyi Gösterme Alt Ölçeğinde hangi hastalık yılları arasında fark olduğu incelemek amacıyla Mann Whitney-U testi kullanılmıştır. 7-9 yılları arasında hastalığa sahip olanların 1-3 yılları ve 10 yıl üzerinde hastalığa sahip olanlara göre gereken ilgiyi gösterme becerilerinin daha sağlıklı olduğu gözlemlenmektedir (Tablo 16).

4.3.8. Kronik hastalık grubu yaşam doyum düzeyleri kronik hastalığa sahip olma yıllarına göre farklılaşmakta mıdır?

Kronik Hastalık Grubu yaşam doyum düzeylerinin bireylerin sahip oldukları hastalık yıllarına göre anlamlı bir fark olup olmadığını test etmek amacıyla non parametrik Kruskal Wallis H-Testi uygulanmıştır (Tablo 17).

Tablo 17: Yaşam Doyum Düzeylerinin Kronik Hastalık Yıllarına Göre Kruskal Wallis H- Testi Sonuçları

	Sayı (N)	Sıra Ort.	sd	F	p
YDÖ					
1-3	35	57,19	117		
4-6	28	51,96		4,602	.203
7-9	22	61,66	3		
10+	35	69,91			

$p > 0.05$

Yaşam Doyum düzeyleri açısından kronik hastalık yılları alt arasında anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur ($F(3,117) = .203, p > .05$) (Tablo 17). Katılımcıların Kronik hastalığa ne kadar süredir sahip olduğunun yaşam doyumları üzerinde etkisine rastlanmamıştır.

BÖLÜM V

SONUÇ, TARTIŞMA VE ÖNERİLER

Bu bölümde araştırmadan elde edilen bulgular tartışılacak ve öneriler sunulmaya çalışılacaktır.

5.1. Sonuçlar ve Tartışma

Araştırma Kronik Börek Hastalığı bulunan 40, Diyabet Hastalığı bulunan 40, Multiple Skleroz (MS) hastalığı bulunan 40 ve herhangi bir kronik hastalığı bulunmayan 120 katılımcı ile gerçekleştirilmiştir. Tüm katılımcıların 138'i (%57,5) kadın, 102'si (%42,5) erkek; 196'sı çekirdek aile, 25'i ebeveynleriyle birlikte çekirdek aile ve 19'u geniş aile yapısına sahip; 1'i eğitimsiz, 51'i okur-yazar/ilkokul, 23'ü ortaokul, 66'sı lise, 99'u üniversite mezunu; 128'i çalışıyor, 48'i çalışmıyor, 64'ü emekli olduğu belirtilmiştir. Ayrıca katılımcıların yaşları 25 – 65 arasında değişmekte ve ortalaması 44.58 (S=1,01) olarak betimlenmektedir.

Araştırmada gruplar arası sayısal veri farklarının fazla olması sebebiyle eğitim ve çalışma durumlarının aile işlevleri ve yaşam doyum düzeyleri ile ilişkileri ve farklılaşmaları değerlendirilememiştir. Örneklemdaki bu farklılaşma Kontrol Grubunun Kronik Hastalık Grubunda benzer özellikler taşıyacak şekilde seçilmesinin önemini göstermektedir. Çalışmanın Örneklemi belirlenirken Kronik Hastalık Grubu verilerinin analizinin ardından benzer veriler taşıyan Kontrol Grubundan oluşturulması çalışma için oldukça önem taşımaktadır.

Aile İşlevleri

Kronik hastalıklar aile işlevlerini etkileyen faktörler arasında gösterilmektedir. Ailenin yetki paylaşımı, rol dağılımı, aile sınırları gibi özellikleri, üyelerinin ilişkilerinde görülen esneklik veya katılık, iletişim veya iletişimsizlik gibi faktörler, ihtiyaçların karşılanması ve problem çözme biçimlerini etkilemekte ve hastalıkla baş etme kapasitelerini yıpratmaktadır (Duyan, 2000). Bu çalışmada ise Aile Değerlendirme Ölçeği puan ortalamalarının tüm katılımcılar için benzer ve

sağlıklı kabul edilen değerlerde olduğu bulunmuştur. Kronik hastalık ve kontrol grubundaki bireylerin aile işlevleri düzeyleri arasında iletişim, roller, duygusal tepki verebilme ve genel fonksiyonlar düzeyleri açısından herhangi bir fark ortaya çıkmamıştır. Oysa Bulut tarafından 1985-1989 yılları arasında, içinde ruh hastalığı bulunan ve bulunmayan 170 aile üzerinde yapılan Aile Değerlendirme Ölçeğinin geçerlilik çalışmasında iki grup arasında çok ileri düzeyde anlamlı farka rastlanmıştır (Genel Fonksiyonlar Alt Ölçeği için $t=24.09$, $p<.0001$).

Problem çözme ve davranış kontrolleri arasında ileri düzeyde anlamlı fark olduğu; kronik hastalık aile içinde problem çözme becerisi daha iyiyken davranış kontrolü konusunda kontrol grubu verilerinin daha iyi olduğu saptanmıştır. Gereken İlgiyi Gösterme düzeyleri incelendiğinde ise iki grup arasında ileri düzeyde anlamlı fark olduğu gözlemlenmiştir. Rolland'a göre (1987) ani başlangıçlı hastalıklarda, ailenin değişimlere çok kısa sürede ayak uydurması gerekmekte ve aile krizle başa çıkma becerilerini olabildiğince hızlı gerçekleştirmek zorunda kalmaktadır. Kronik hastalık aile içinde problem çözme becerisi daha iyi olması da örneklemin baş etme becerilerini kazandığını göstermektedir. Öte yandan davranış kontrolü işlevleri konusunda kontrol grubu verilerinin daha iyi olduğu saptanmıştır. Bu verilere göre empatik davranış kontrolü geliştirebildikleri, kronik hastalık grubunda bunun henüz kazanılmadığı gözlemlenmiştir. Gereken ilgiyi gösterme becerilerinin ailelerde çok aşırı ilgi veya ilgisizlik olarak meydana gelebileceği yani hastalıkla birlikte aşırı ilgi veya hastalığı reddeden ailede hastaya ilişkin aşırı ilgisizlik oluşabileceği, bunun da Kronik Hastalık Grubu verilerine etki edebileceği düşünülmektedir.

Yaşam Doyumu

Yaşam doyum düzeyleri tüm katılımcılar için benzer olduğu; Kronik Hastalık grubu için ortalama 4.42 gözlemlenirken, Kontrol grubu için 4.56 olarak çok benzer bir değerle gözlemlendiği ortaya çıkmıştır. Kronik hastalığı bulunan bireyler ile herhangi bir kronik hastalığı bulunmayan bireyler arasında yaşam doyumları açısından herhangi bir fark ortaya çıkmamıştır. Bu sonuçlara göre kronik hastalık, hastaların yaşam doyum düzeylerini üzerinde etkili olmadığını göstermektedir. Bu durum kronik hastalığı olan bireylerin olmayan bireyler kadar yaşamdan beklentileri

ile elde edilen durum ya da sonuç ve kişinin hayatına yönelik amaçlarına erişmesindeki bilişsel değerlendirmelerin pozitif olduğunu göstermektedir.

Aile İşlevleri ve Yaşam Doymu

Araştırmanın temel sorusunu ölçmek amacıyla kronik hastalığı olan bireylerin aile işlevleri alt testleri puanları ile yaşam doymaları puanları arasındaki ilişki incelenmiştir. Pearkenson & Gutman(2000) araştırmalarında ailesi ile birlikte yaşayan hastaların algılanan sosyal desteğinin daha yüksek olduğunu; Zhang&Liu'nin (2001) çalışmalarında ise aile desteği arttıkça yaşam kalitesinin arttığını bulunmuştur (Akt. Pınar, 2006). Çalışmadan elde edilen verilere göre ise problem çözme, iletişim, duygusal tepki verebilme ve genel fonksiyonlar alt ölçeklerindeki sağlığa gidiş yaşam doyumunu ile olumlu yönde bir ilişki içerisinde görülmektedir. Buna karşın aile içi roller, gereken ilgiyi gösterme ve davranış kontrolü ile yaşam doymu arasında herhangi bir ilişki olmadığı gözlemlenmiştir. Bu uygulamanın kronik hastanın kendisi üzerinden gerçekleşmesi ve zaten ilgi gösterilen ve rol değişikliğine gidilen aile bireyleri ile de uygulamanın yapılandırılarak hasta ve ailesi üzerinden yaşam doyumunun tartışılmasının gerekliliği ortaya çıkmıştır. Ayrıca araştırmada Kronik Hastalık Grubunun sadece hastane ortamında değerlendirilmesi de verileri olumlu yönde etkilemiş olabileceği düşünülmektedir. Hastanede kontrol edilen, takipli ve doktor tarafından hastalık konusunda bilgilendirilmiş olan hastaların yanı sıra; daha farklı koşullarda yaşayan, hastaneye gelme şansı bulunmayan, hastalıklarını evlerinde ağır seyirli yaşayan bireyler de Kronik Hastalık Grubuna dahil edilebilseydi, elde edilen aile işlevleri ve yaşam doyum düzeylerinin daha farklı; buna bağlı olarak farklılaşma ve ilişki düzeylerinin de daha farklı olabileceği düşünülmektedir.

Cinsiyet

Kronik hastalığı olan bireylerin aile işlevleri problem çözme, iletişim, roller, duygusal tepki verebilme, gereken ilgiyi gösterebilme ve genel fonksiyonlar verilerinin cinsiyete göre değişmediği fakat davranış kontrolü verilerinde erkeklerin kadınlara göre daha düşük ortalamalara sahip olduğu bulgusuna ulaşılmıştır. Biyolojik bir kavram olarak cinsiyet, fiziksel farklılıklara işaret etmektedir

Toplumsal açıdan cinsiyet kadın ve erkeklerin sosyal ve kültürel rol beklentileri olarak tanımlanmaktadır. Cinsiyet, bireylerin kendilerini nasıl görmeleri ve diğer bireylere karşı nasıl davranmaları gerektiğini belirlemekte ve çoğu zaman sosyal farklılaşmaya temel oluşturmaktadır. (Sullivan, 2003; Cherry, 2005; akt. Demirbilek, 2007). Davranış kontrolündeki bu farklılığın toplumsal cinsiyet ayrımından kaynaklı olduğu düşünülmektedir. Sosyal ağlar içinde kadına baktığımızda, kadına özgür davranma kısıtlılığı, giyim, konuşma ve davranışlarına özen gösterme zorunluluğu ile kendini ifade etmedeki sınırlamalar girmektedir. Ayrıca kadına yönelik şiddet kültür içerisinde en çok karşılaşılan ayrımcılığı oluşturmaktadır (Demirbilek, 2007). Böylelikle erkekler davranış kontrolü konusunda kadınlara göre daha az kısıtlamaya uğramakta ve kontrol becerileri daha az gelişmektedir.

Kronik hastalığa sahip bireylerin yaşam doyumlarının cinsiyete göre değişmediği ortaya çıkmıştır. Kadın ve erkeklerin kronik hastalık sebebiyle yaşamdan aldıkları doyumun farklılaşmadığı görülmektedir.

Kronik Hastalık Alt Grupları

Aile işlevleri düzeyleri açısından Böbrek, Diyabet ve Multiple Skleroz (MS) hastaları arasında farklılaşmanın sadece problem çözme alt testinde olduğunu ve Multiple Skleroz (MS) ($X=1,88$, $S=,72$) hastalarının problem çözme becerilerinin Böbrek ($X=1,44$, $S=,51$) ve Diyabet ($X=1,51$, $S=,53$) hastalarına göre daha sağlıklı olduğu ortaya çıkmıştır. Bunun dışında iletişim, roller, duygusal tepki verebilme, gereken ilgiyi gösterebilme, davranış kontrolü ve genel fonksiyonlar açısından üç hastalık grubu arasında herhangi fark olmadığı bulunmuştur. Multiple Skleroz hastalığı nörolojik bir hastalık olarak tanımlanmakta ve kalıcı yetersizlikler bırakmaktadır (Ed. Kırbaş, 1998). Bu sebeple MS hastalarının problem çözme becerilerinde azalmalar olabileceği düşünülmekte ve bu durumun içinde bulunduğu ailenin problem çözme işlevlerine etkisi gözlemlenmektedir.

Böbrek, Diyabet ve Multiple Skleroz (MS) hastalarının yaşam doyumları arasında herhangi bir fark olmadığı ortaya çıkmıştır.

Kronik Hastalık Yılı

Kronik hastalığa kaç senedir sahip olduğu, aile işlevleri problem çözme, iletişim, roller, duygusal tepki verebilme, davranış kontrolü ve genel fonksiyonları düzeylerinde herhangi bir farklılık yaratmadığı ortaya çıkmıştır. Oysa araştırmada yer alan üç farklı hastalık grubunun (Kronik Böbrek, Diyabet, Multiple Skleroz) hastalıklarına ait karakteristik özellikler ve yıllara göre değişim gösterebileceği düşünülerek hastalık yıllarına göre değişim olacağı beklenmekte idi. Gereken ilgiyi gösterme düzeylerinde ise hastalık yılları anlamlı bir etki yaratma sınırında bulunmuştur. Kronik hastalığa 1-3 yıl arasında ve 10 yılın üstünde hastalığa sahip olan bireyler ile 7-9 yıl arasında sahip olan bireyler arasında anlamlı bir farklılaşma olduğu bulunmuştur. Bu değerlerin sınırda olması, kriz evresi olarak adlandırılan ilk (1-3) yıllarda beklendiği üzere, gereken ilgiyi gösterme düzeylerinde anlamlı farkı destekler olduğu bulunmuştur. Ayrıca 7-9 yılları arasında araştırmaya katılan kronik hasta sayısının diğer gruplardan az olması ortaya çıkan farka bir sebep olarak gösterilebileceği düşünülmektedir.

Kronik hastalığa ne kadar süredir sahip olduğunun yaşam doyumları üzerinde de herhangi bir etki yaratmadığı ortaya çıkmıştır.

5.2. Öneriler

Çalışmanın sonuçları doğrultusunda;

- Aile'nin değerlendirilmesi hususunda Aile Değerlendirme Ölçeği'nin ülkemizde tek standardize edilen test olması sebebiyle, günümüz aile sistemleri ve ihtiyaçları doğrultusunda yeni aile değerlendirme ölçeklerin geliştirilmesi,
- Örneklem belirlenirken Çalışma grubu ile Kontrol grubu arasındaki demografik benzerliklerin maksimum, farklılıkların minimum düzeyde olacak şekilde seçilmiş olması veya birebir eşleme yöntemi ile oluşturulması, vaka-kontrol çalışması şeklinde yapılandırılması,

- Verilerin toplanması aşamasında Kronik Hastalık Grupları için sadece hastane ortamında değil, hastane takibinden yararlanılamayan ortamlarda da uygulama yapılması ve bunun da kategorize edilerek değerlendirilmesi ve tartışılması,
- Kronik hastalıklar ve yakınlarıyla yapılan çalışmalar birleştirilerek, tüm aile üyelerini içeren çalışmalar yardımıyla aile değerlendirmesi yapılabileceği,
- Kronik hastalık alt gruplarına ilişkin verileri arttırmak ve karşılaştırmaları güçlendirmek amacıyla, daha fazla kronik alt grubu dahil edilen çalışmalar tasarlanması,
- Kronik hastaların aile işlevleri alt ölçeklerinde sağlıksızlığı gözlemlenmiş olan problem çözme becerileri konusunda gerekli olan eğitim programların oluşturulması,
- Aile Değerlendirme Ölçeği Davranış Kontrolü alt testinde saptanan kadın ve erkeklerdeki anlamlı farkın, toplumsal cinsiyet rolleri ışığında tekrar ele alınarak, gerekli eğitim ve öğretimler yardımıyla değişimlerin sağlanması,
- Multiple Skleroz (MS) hastalarının Aile İşlevleri Problem Çözme becerilerinin güçlenmesi konusunda çalışmalar yapılması,
- Kronik hastalığa tanısıyla birlikte ilk yıllarda (1-3 yıl) ailelere hastalık eğitimi ve gereken ilgiyi gösterme becerileri hususunda gerekli desteğin sağlanması *önerilebilir*.

KAYNAKÇA

- Akpolat T, Utaş C.(2001). *Hemodiyaliz Hekimi El Kitabı*. Anadolu Yayıncılık, Kayseri.
- Akpolat T., Utaş, C. (2001). *Diyaliz. Hemodiyaliz Hemşiresi El Kitabı*, Güzeli Sanatlar Matbaası, Kayseri.
- Akpolat, T., Utaş, C., Süleymanlar, G. (2007). *Nefroloji El Kitabı*. Nobel Tıp Kitabevi, İstanbul.
- Asan, T. (2007). *Kronik Böbrek Tanısı Alan Hastaların Ailelerin Değerlendirilmesi*. Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
- Aydemir, Ç., Cebeci S., Göka E., Kasım İ., Tüzer V..(2002) *Kronik Böbrek Yetmezliği Hastalarının Yakınlarında Yaşam Kalitesi ve Psikiyatrik Semptomlar*. Kriz Dergisi, Ankara.
- Baktıroğlu,G. (2010). *Hemodiyalize Giren Ve Girmeyen Kronik Böbrek Hastalarının Depresyon ve Anksiyete Düzeylerinin Karşılaştırılması*. Maltepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
- Baykan, Z., Baykan, A., Naçar, M. (2010) *Kronik Hastalıklı Çocukları Olan Ailelerin Yaşam Doyumlarının İncelenmesi*. Yeni Tıp Dergisi, Kayseri.
- Beyazıt, E. (2005). *Diyabetes Mellitus Tanısı Olan Bireylere Verilen Planlı Eğitimin Metabolik Kontrol Üzerindeki Etkisinin İncelenmesi*. Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, Sivas.
- Binay, B.A. (2005). *Sosyal Destek, Sosyal Aę, Yaşam Kalitesi ve Yaşam Doyumu: Duygu-Durum ve Anksiyete Bozukluğu Tanısı Alan Kişiler ve Düzenli Hemodiyaliz Tedavisi Gören Hastalar Açısından Bir Karşılaştırma*. Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, Mersin.
- Bradley,W.G., Daroff, R.B., Fenichel,G.M. Jankovic, J. (Ed). (2008). *Neurology in Clinical Practice*. Butterworth Heinemann, Elsevier.
- Bulut, I. (1990). *Aile Değerlendirme Ölçeği*. Özgeliş Matbaası, Ankara.

- Büyüköztürk, Ş. (2008). *Sosyal Bilimler İçin İstatistik*. Pegem Akademi Yayınları, Ankara.
- Büyüköztürk, Ş. (2008). *Bilimsel Araştırma Yöntemleri*. Pegem Akademi Yayınları, Ankara.
- Corey, G. (2008). *Psikolojik Danışma Kuram ve Uygulamaları* (T. Ergene, Çeviren). Mentis Yayıncılık. Ankara.
- Çakaloz, B.,Kurul, S. (2005). *Duchenne Muskuler Distrofili Çocukların Aile İşlevlerinin ve Annelerinde Depresyon ve Kaygı Düzeylerinin Araştırılması*. Klinik Psikiyatri, İzmir.
- Çıtıl, R. (2009). *Diyabetik Hastalarda Tıbbi ve Sosyal Faktörlerden Yaşam Kalitesine Etkisi Tıpta Uzmanlık Tezi*. Erciyes Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Kayseri.
- Çoşansu, G. (2001). *Erişkinlerde Diyabet Risk Faktörlerinin Belirlenmesi Yüksek Lisans Tezi*. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Çömlekçi, A. (Ed.). (2009). *Klinik Endokrinoloji ve Diyabet*. Güven Kitabevi, İzmir.
- Demirbilek, S. (2007). *Cinsiyet Ayrımcılığının Sosyolojik Açıdan İncelenmesi*. Finans Politik& Ekonomik Yayınlar, İzmir
- <http://www.diabetes.org/>
- Diener E, Larsen G. (1985). *The Satisfaction with Life Scale*. *Journal of Personality Assessment*.
- Doğan, M. (2006). *Genel lise öğrencilerinin aile işlevlerinin ve denetim odaklarının incelenmesi*. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Anadolu Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Eskişehir.
- Durak, E.Ş. & Fışiloğlu, H. (2007). *Film Analizi Yöntemi ile Virginia Satir Aile Terapisi Yaklaşımına Bir Bakış*. Türk Psikoloji Yayınları. Ankara.
- Durualp, E., Kara, F, N., Yılmaz, V., Alaybeyoğlu, K. (2010) *Kronik Hastalığı Olan Ve Olmayan Çocukların Ve Ebeveynlerinin Görüşlerine Göre Yaşam Kalitelerinin Karşılaştırılması*. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası, Ankara

- Duyan, G. C. (2000). *Aile İşlevleri ile Ailenin Sosyal, Demografik ve Ekonomik Nitelikleri ve Yaşam Döngüsü Arasındaki İlişkiler*. Hacettepe Üniversitesi, Sosyal Bilimleri Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ankara.
- Erek, E. ve ark. (2008). *Türkiye'de Nefroloji-Diyaliz ve Transplantasyon*. Türk Nefroloji Derneği Yayınları, İstanbul
- Fışıloğlu, H. (2008). *Aile ve Evlilik Terapisi I. Seviye Eğitimi Ders Notları*. Odtü-Sem, Ankara.
- Gazioğlu, E. İ. (2009). *Aile Yaşam Döngüsü- Evlilik Okulu (29-49)*. Remzi Kitabevi, İstanbul.
- Gökler, I. (2008). *Sistem Yaklaşımı ve Sosyal Ekolojik Yaklaşım Çerçevesinde Oluşturulan Kavramsal Model temelinde Kronik Hastalığı Olan Çocuklar ve Ailelerinde Psikolojik Uyumun Yordanması*. Ankara Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Psikoloji Anabilim Dalı Doktora Tezi. Ankara.
- Jacobson, H.R. (2003). *Chronic renal failure: Pathophysiology*. Lancet, London.
- Kabalak, T., Yılmaz, C. & Tüzün, M. (Ed.) (2004). *Endokrinoloji El Kitabı*. Güven Kitabevi, İzmir.
- Karakelle, S. (2005). *Araştırma Yöntemleri Ders Notları*. Çantay Yayınevi, İstanbul.
- Kes, D. (2009). *Koroner Arter Bypass Greftleme Ameliyatı Olan Hastalarda Algılanan Sosyal Destek ve Aile İşlevlerinin Kansere Ameliyatı Geçiren Hasta Grubu ile Karşılaştırılması*. İzzet Bursalı Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Yüksek Lisans Tezi, Bolu.
- Keser, A. (2005). *İş Doyumu ve Yaşam Doyumu İlişkisi: Otomotiv Sektöründe Bir Uygulama*. Online İş, Güç Endüstri ilişkileri ve İnsan Kaynakları Dergisi.
- Kılıçaslan, F. (2006). *Çocuk ve Aile Sorunlarının Terapi ve Tedavisi*. Nobel Yayın Dağıtım. Ankara.
- Küçük L. (2006). *Diyaliz Hastalarına Uygulanan Sorun Çözme Eğitiminin Anksiyete, Depresyon ve Başetme Biçimlerine Etkisi*. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, İstanbul.
- Mete, H.E. (2008). *Kronik Hastalık ve Depresyon*. Klinik Psikiyatri, İzmir.

- Nadir, I ve ark (2002) *Kronik Böbrek Yetmezliğinde Etiyolojik Değerlendirme*, Cumhuriyet Üniversitesi Dergisi, Sivas.
- Nazlı, S. (2000). *Aile Danışması*. Nobel Yayın Dağıtım, Ankara..
- Oksal, H. (2009). *Psikiyatri Hastalarının Yakınlarının Duygu Kontrol Durumları ve Yaşam Doyumları*. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
- Ondahil, D.J. (1988). *When Chronic Illness Calls For More Than Chronic Care*.
- Öncel, S.(2000). *Multipl Skleroz ve Rehabilitasyonu*. Nobel Kitabevi, İstanbul.
- Özçürümez, G., Tanrıverdi, N., Zileli L. (2003). *Böbrek Transplantasyonu ve Psikiyatri*. Klinik Psikiyatri, Ankara.
- Özçürümez, G., Tanrıverdi, N., Zileli, L. (2003). *Kronik Böbrek Yetmezliğinin Psikiyatrik ve Psikososyal Yönleri*. Türk Psikiyatri Dergisi, Ankara.
- Özdemir H, Özşahin, A. & Cesur, G. (1996). *Psikotik ve Nevrotik Tanı Alan Üyeye Sahip Ailelerin Aile İşlevlerinin Karşılaştırılması*. XXXII. Ulusal Psikiyatri Kongresi Bildiri Özet Kitapçığı, Ankara.
- Özgüven, E. İ. (2009). *Evlilik ve Aile Terapisi*. Pdrem Yayınları, Ankara.
- Özşenol ve ark. (2003). Engelli Çocuğa Sahip Ailelerin Aile İşlevlerinin Değerlendirilmesi Gülhane Tıp Fakültesi 45(2): 156-163, İstanbul.
- Pınar, R. (2006). *Kronik Böbrek Yetmezlikli Hastalarda Sağlıkla İlişkili Yaşam Kalitesinin Kullanımı*. Sağlıkta Birikim, İstanbul.
- Rolland, J.S. (1987). *Chronic illness and the life cycle: A conceptual framework. Family Process*.
- Rolland, J.S. (1999). *Parental illness and disability: A family systems framework. Journal of Family Therapy*.
- Selçuk, Y. (2004). *Diyaliz Tipi ve Hasta Seçimi*. Türkiye’de Hemodiyaliz ve Kalite 2. Sempozyumu, Trabzon.

- Soyuer, F., Mirza, M., Öztürk, A. (2005). *Multipl Sklerozda Yaşam Kalitesi Üzerine Yorgunluk ve Yetersizliğin Etkisi*. Erciyes Tıp Dergisi, Kayseri.
- Şener, Ş. (1996). *Psikotik Ailede Aile Terapisinin Yeri-Aile Tedavileri(51-61)*. Ankara Üniversitesi Basımevi, Ankara.
- Şenol, M.G. (2003). *Diyabetes Mellitus'ta Nöropati : Tipleri, Sıklığı, Çeşitli Etmenlerle İlişkisi*. Genelkurmay Başkanlığı Gülhane Askeri Tıp Akademisi Nöroloji Servis Şefliği Uzmanlık Tezi, İstanbul.
- Tanık, N. (2006). *Multipl Skleroz'da Depresyon ve Hastalık Parametreleri İle İlişkisi*. Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi Nöroloji Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi, Van.
- Taylor, R.S. (2000). Rehabilitation of persons with multiple sclerosis. In: Braddom RL (Ed.). *Physical medicine and rehabilitation*, 2nd ed., Philadelphia.
- <http://www.tdk.gov.tr/>
- Tihan, A.K. (2008). *Multipl Skleroz ve Tedavisindeki Gelişmelerin Psikiyatrik Yönü*. Nöropsikiyatri Arşivi, İstanbul
- Tülek, Z. (2006). *Düzenli Sağlık Kontrolüne Alınan Multiple Sklerozlu Hastalarda Yaşam Kalitesinin Belirlenmesi*. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Doktora Tezi, İstanbul.
- Türk Nefroloji Derneği. *Türkiye'de Nefroloji, Diyaliz ve Transplantasyon Registry*. İstanbul, 2004.
- Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı (2006). *Kronik Hastalıklar Raporu*. Ankara
- Tüzer, V. (2001). *Kronik Hastalıklar ve Yeti Yitiminde Sistemik Aile Yaklaşımı*. Klinik Psikiyatri.
- Uğurlu Yıldız, A. (2010). Kronik Böbrek Yetmezliği Hastalarının Yaşam Tarzı Değişikliği Müdahalesinin Yaşam Kalitesine Etkisi. Zonguldak Karaelmas Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, Zonguldak. (Danışman, Doç. Dr. Mehmet Ali Kurçer).
- Ünal, G. (2002). *Bipolar Affektif Bozukluğu Olan Hastaların Aile İşlevlerinin Değerlendirilmesi*. Düşünen Adam 15(2): 221-228.

Vara, Ş. (1999). *Yoğun Bakım Hemşirelerinde İş Doyumu ve Genel Yaşam Doyumu Arasındaki İlişkinin İncelenmesi*. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans

www.who.int

Wicks, M.N., Milstead, E.J., Hathaway, D.K. (1998). *Family Caregivers' Burden, Quality of Life, and Health Following Patients' Renal Transplantation*. J Transpl Coord.

www.vipedi.com

Yetim, Ünsal. (2001). *Toplumdan Bireye Mutluluk Resimleri*. Bağlam Yayıncılık, İstanbul.

Yılmaz, E. (2008). *Kronik Böbrek Hastalarının Ruhsal Durumlarının Değerlendirilmesi*. Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.

Zateri, C. (2006). *Multiple Sklerozda Fonksiyonel Durumun Yaşam Kalitesine Etkisi*. Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi, Edirne.

EKLER

EK-1

GÖNÜLLÜ BİLGİLENDİRME FORMU

Bu tez çalışmasının amacı, fizyolojik veya psikolojik özellikli kronik hastalık tanısı olan bireylerin aile işlevlerini incelemek ve kronik hastalıkların etkisini görebilmektir. Araştırmanın tıbbi ve psikiyatrik yan etki yapması beklenmemektedir.

Bu araştırmada kullanılacak ölçekler kronik hastalık tanısı bulunan bireylere uygulanacaktır. Bu çalışma gönüllülerin dolduracağı çeşitli form ve ölçekler ile araştırmacıların gönüllülerle görüşmesiyle gerçekleştirilecektir. Araştırmaya sizinle beraber 120 kişi katılacaktır.

Bu tez çalışmasına katılmayı kabul ettiğiniz takdirde, isminiz saklı tutulacaktır; fakat sizden alınan bilgiler, isim ve kimlik açığa vurulmayacak şekilde tez çalışmasında yer alacaktır.

Araştırma amacıyla yapılacak olan, yukarıda belirtilen form ve ölçek uygulamaları için sizden bir ücret talep edilmeyecek; aynı zamanda araştırmada yer aldığınız için size herhangi bir ücret ödenmeyecektir.

Bu tez çalışmasına katılmaya yazılı onay vermeyi kabul etseniz dahi, araştırmanın herhangi bir döneminde araştırmadan çıkmakta özgür olduğunuzu bilmelisiniz. Araştırmaya katılmayı kabul etmeyebilir ya da önce kabul edip ileride vazgeçebilirsiniz. Bunun yanı sıra araştırmacılar tarafından gerek görüldüğünde araştırmanın dışında bırakılabilirsiniz.

Bu çalışmayla ilgili sorularınızı araştırmacılara yöneltebilirsiniz.

Dokuz Eylül Üniversitesi Aile Eğitimi ve Danışmanlığı Yüksek Lisans Öğrencisi Psikolog Ayşe Ezgi Acar'ın tez çalışmasıyla ilgili yapacağı araştırma bana aktarılarak; bu araştırmayla ilgili bana sözlü açıklamalar yapıldı. İlk sayfadaki, gönüllüye araştırmadan önce verilmesi gereken bilgileri gösteren metni de okudum. Bu koşullarla, söz konusu araştırmaya kendi rızamla, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Gönüllünün adı, soyadı, imzası, adresi ve telefon numarası

GÖNÜLLÜ BİLGİLENDİRME FORMU

Bu tez çalışmasının amacı, fizyolojik veya psikolojik özellikli kronik hastalık tanısı olan bireylerin aile işlevlerini incelemek ve kronik hastalıkların etkisini görebilmektir. Araştırmanın tıbbi ve psikiyatrik yan etki yapması beklenmemektedir.

Bu araştırmada kullanılacak ölçekler kronik hastalık tanısı bulunan bireylere uygulanmış ve kontrolü sağlayabilmek amacıyla herhangi bir kronik hastalığı olmayan sizlere de uygulama yapılması planlanmıştır. Bu çalışma gönüllülerin dolduracağı çeşitli form ve ölçekler ile araştırmacıların gönüllülerle görüşmesiyle gerçekleştirilecektir. Araştırmaya sizinle beraber kontrol grubunu oluşturan 240 kişi katılacaktır.

Bu tez çalışmasına katılmayı kabul ettiğiniz takdirde, isminiz saklı tutulacaktır; fakat sizden alınan bilgiler, isim ve kimlik açığa vurulmayacak şekilde tez çalışmasında yer alacaktır.

Araştırma amacıyla yapılacak olan, yukarıda belirtilen form ve ölçek uygulamaları için sizden bir ücret talep edilmeyecek; aynı zamanda araştırmada yer aldığımız için size herhangi bir ücret ödenmeyecektir.

Bu tez çalışmasına katılmaya yazılı onay vermeyi kabul etseniz dahi, araştırmanın herhangi bir döneminde araştırmadan çıkmakta özgür olduğunuzu bilmelisiniz. Araştırmaya katılmayı kabul etmeyebilir ya da önce kabul edip ileride vazgeçebilirsiniz. Bunun yanı sıra araştırmacılar tarafından gerek görüldüğünde araştırmanın dışında bırakılabilirsiniz.

Bu çalışmayla ilgili sorularınızı araştırmacılara yöneltebilirsiniz.

Dokuz Eylül Üniversitesi Aile Eğitimi ve Danışmanlığı Yüksek Lisans Öğrencisi Psikolog Ayşe Ezgi Acar'ın tez çalışmasıyla ilgili yapacağı araştırma bana aktarılarak; bu araştırmayla ilgili bana sözlü açıklamalar yapıldı. İlk sayfadaki, gönüllüye araştırmadan önce verilmesi gereken bilgileri gösteren metni de okudum.

Bu koşullarla, söz konusu araştırmaya kendi rızamla, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Gönüllünün adı, soyadı, imzası, adresi ve telefon numarası

EK-2**DEMOGRAFİK BİLGİLER FORMU**

1. Cinsiyet: Kadın__ Erkek__

2.Yaş:

3.Beş yıldan bu yana ikamet ettiğiniz yer: İzmir__ İzmir Dışı__

4. Evde sadece eşim ve çocuklarımla oturuyorum (çekirdek aile) __

Evde sadece annem ve/veya babamla oturuyorum (çekirdek aile) __

Evde kendi ailemin yanı sıra aile büyükleri / birinci derece akrabalarımla oturuyorum (geniş aile) __

5. Eğitim durumu:

1. eğitimsiz__ 2. okur-yazar- ilkokul__ 3.ortaokul__

4. Lise__ 5. üniversite__

6. İş Durumu: Çalışıyor__ Çalışmıyor__ Emekli__

7. Gelir Durumu:

1. çok düşük__ 2.düşük__ 3. orta__

4. Yüksek__ 5.çok yüksek__

8. Kronik Hastalığınız Var Mı? Evet__ Hayır__

Eğer cevabınız evet ise; aldığınız hastalık tanıları: Kronik Böbrek Hastalığı__

Diyabet__

MS(Multipl Skreloz)__

Psikiyatrik Bozukluk__

9. Kaç yıldır bu hastalığa sahipsiniz? 1-3__

4-6__

7-9__

10+__

10. Bu hastalık sebebiyle herhangi bir sosyal hizmet ağından yararlandınız mı?

Hastanenin Sosyal Hizmet Servisi(Psikolog, Sosyal Çalışmacı)__

Hasta Dernekleri__

İl Sosyal Hizmetle Müdürlüğü__

Diğer__

Hiçbiri__

11. Ailenizde(aynı evi paylaştığınız aile üyeleri) Kronik Hastalık Var Mı?

Evet__ Hayır__

Eğer cevabınız evet ise; yakınlığı ve aldıkları hastalık tanıları:

12. Bu hastalık sebebiyle aileniz(aynı evi paylaştığınız aile üyeleri) herhangi bir sosyal hizmet ağından yararlandı mı?

Hastanenin Sosyal Hizmet Servisi(Psikolog, Sosyal Çalışmacı)__

Hasta Dernekleri__

İl Sosyal Hizmetle Müdürlüğü__

Diğer__

Hiçbiri__

EK-3

AİLE DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ

CÜMLELER	Aynen katılıyorum	Büyük ölçüde katılıyorum	Biraz katılıyorum	Hiç katılmıyorum
1) Ailece ev dışında program yapmakta güçlük çekeriz, çünkü aramızda fikir birliği sağlayamayız.				
2) Günlük hayatımızdaki sorunların (problemlerin) hemen hepsini aile içinde hallederiz.				
3) Evde biri üzgün ise, diğer aile üyeleri bunun nedenini bilir.				
4) Bizim evde kişiler verilen her görevi düzenli bir şekilde yerine getirmezler.				
5) Evde birinin başı derde girdiğinde, diğerleri de bunu kendilerine fazlasıyla dert ederler.				
6) Bir sıkıntı ve üzüntü ile karşılaştığımızda, birbirimize destek oluruz.				
7) Ailemizde acil bir durum olsa, şaşırıp kalırız.				
8) Bazen evde ihtiyacımız olan şeylerin bittiğinin farkına varmayız.				
9) Birbirimize karşı olan sevgi, şefkat gibi duygularımızı açığa vurmaktan kaçınırız.				
10) Gerektiğinde aile üyelerine görevlerini hatırlatır, kendilerine düşen işi yapmalarını sağlarız.				
11) Evde dertlerimizi, üzüntülerimizi birbirimize söylemeyiz.				
12) Sorunlarımızın çözümünde genellikle ailece aldığımız kararlara uyarız.				
13) Bizim evdekiler, ancak onların hoşuna giden şeyler söylediğinizde sizi dinlerler.				
14) Bizim evde bir kişinin söylediklerinden ne hissettiğini anlamak pek kolay değildir.				
15) Ailemizde eşit bir görev dağılımı yoktur.				

AİLE DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ

CÜMLELER	Aynen katılıyorum	Büyük ölçüde katılıyorum	Biraz katılıyorum	Hiç katılmıyorum
46) Aile içinde herhangi bir sorunun (problemin) nasıl çözüleceği hakkında kolayca karar verebiliriz.				
47) Evde kurallara uyulmadığı zaman ne olacağını bilmeyiz.				
48) Bizim evde aklımıza gelen her şey olabilir.				
49) Sevgi, şefkat gibi olumlu duygularımızı birbirimize ifade edebiliriz.				
50) Ailede her türlü problemin üstesinden gelebiliriz.				
51) Evde birbirimizle pek iyi geçinemeyiz.				
52) Sinirlenince birbirimize küseriz.				
53) Ailede bize verilen görevler pek hoşumuza gitmez çünkü genellikle umduğumuz görevler verilmez.				
54) Kötü bir niyetle olmasa da evde birbirimizin hayatına çok karışıyoruz.				
55) Ailemizde kişiler herhangi bir tehlike karşısında (yangın, kaza gibi) ne yapacaklarını bilirler, çünkü böyle durumlarda ne yapılacağı, aramızda konuşulmuş ve belirlenmiştir.				
56) Aile içinde birbirimize güveniriz.				
57) Ağlamak istediğimizde, birbirimizden çekinmeden rahatlıkla ağlayabiliriz.				
58) İşimize (okulumuza) yetişmekte güçlük çekiyoruz.				
59) Aile içinde birisi, hoşlanmadığımız bir şey yaptığında ona bunu açıkça söyleriz.				
60) Problemlerimizi çözmek için ailecek çeşitli yollar bulmaya çalışırız.				

EK-4

YAŞAM DOYUMU ÖLÇEĞİ

Aşağıda 5 cümle ve her bir cümlenin yanında da cevaplarınızı işaretlemeniz için 1'den 7'ye kadar rakamlar verilmiştir. Her cümlede söylenenin sizin için ne kadar çok doğru olduğunu veya olmadığını belirtmek için o cümlenin yanındaki rakamlardan yalnız bir tanesini daire içine alarak işaretleyiniz. Bu şekilde 5 cümlenin her birine bir işaret koyarak cevaplarınızı veriniz. Sizce doğruya en yakın olan rakamı işaretleyiniz.

		Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kısmen katılıyorum	Kararsızım	Kısmen katılıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum
1	Hayatım bir çok yönden idealimdekine yakın.	1	2	3	4	5	6	7
2	Hayat şartlarım mükemmel.	1	2	3	4	5	6	7
3	Hayatımdan memnunum.	1	2	3	4	5	6	7
4	Hayattan şimdiye kadar istediğim önemli şeyleri elde ettim.	1	2	3	4	5	6	7
5	Eğer hayata yeniden başlasaydım hemen hemen hiçbir şeyi değiştirmezdim.	1	2	3	4	5	6	7

EK-5
İZİNLER



T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Öğrenci İşleri Daire Başkanlığı

SAYI: B.30.2.DEÜ.0.72.03/504-
KONU: Ayşe Ezgi ACAR

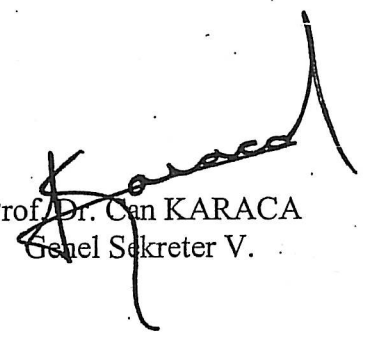
18.04.2011*000703

EĞİTİM BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

- İLGİ: a) 15.03.2011 tarih ve B.30.2.DEÜ.0.46.72.00-500/781 sayılı yazınız,
b) T.C. İzmir Valiliği İl Sağlık Müdürlüğü'nün 07.04.2011 tarih ve Eğt.Şb.B.104.İSM.4350009-2053-36216 sayılı yazısı.

Enstitünüz Aile Eğitimi ve Danışmanlığı Anabilim Dalı Aile Eğitimi ve Danışmanlığı Yüksek Lisans Programı öğrencisi Ayşe Ezgi ACAR'ın, Kronik Hastalıkların, Hastaların Aile İşlevleri ve Yaşam Doyumları Üzerine Etkisi konulu tez çalışması hakkında T.C. İzmir Valiliği İl Sağlık Müdürlüğünden alınan yazı fotokopisi ekte gönderilmiştir.

Bilgilerini ve gereğini arz ederim.


Prof. Dr. Can KARACA
Genel Sekreter V.

Ek: 1

GELEN EVRAK	
Tarih	: 20 NISAN 2011
Kayıt No	: 912
Dosya No	:

20.04.2011

T.C.
İZMİR VALİ
İL SAĞLIK MÜDÜ

T.C.
İzmir Valiliği
İzmir İl Sağlık Müdürlüğü
(Giden Evrak)
07.04.2011 09:50:08 / 36216
EĞİTİM

SAYI: Egt.Şb.B.104.İSM.4350009/2
KONU: Ayşe Ezgi ACAR'ın
Araştırması.

Kayıt yapan : NİLGÜN FİLİZ





DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Öğrenci İşleri Daire Başkanlığına

İLGİ: 23.03.2011 tarih ve 527 sayılı yazınız.

Üniversiteniz Sağlık Bilimleri Enstitüsü Aile Eğitimi ve Danışmanlığı Anabilim Dalı Aile Eğitimi ve Danışmanlığı Yüksek Lisans programı öğrencisi Ayşe Ezgi ACAR'ın "Kronik Hastalıkların, Hastaların Aile İşlevleri ve Yaşam ~~Doymaları~~" konulu araştırmayı ilgi sayılı yazınızda bahsi geçen kurumlarımızda yapması araştırma sonucunun Müdürlüğümüze gönderilmesi kaydıyla uygun görülmüştür.

Bilgilerinizi ve ilgiliye tebliği hususunda gereğini rica ederim.


Şenol SARIAVCI
Müdür a. 
Sağlık Müdür Yardımcısı