



SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
ADANA ŞEHİR EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

AİLE HEKİMLİĞİ KLİNİĞİ

BİRİNCİ BASAMAĞA BAŞVURAN EVLİ KADINLARDA, AİLE
İŞLEVSELLİĞİ ÜZERİNE ETKİLİ OLAN FAKTÖRLERİN
ARAŞTIRILMASI

Dr. Ali ÇÖL

Tez Danışmanı: Doç. Dr. Kenan TOPAL

TIPTA UZMANLIK TEZİ

ADANA/2020

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimimde ve tez çalışmam boyunca her zaman bilgi ve deneyimlerinden yararlandığım, hekimliğin bir sanat olduğunu öğreten ve bu sanatı icra etmenin cesareten ve araştırmaktan geçtiğini öğreten, gelecekteki meslek hayatımda da bana verdiği değerli bilgilerden faydalanacağım birlikte çalışmaktan onur duyduğum tez danışmanım sayın hocam Doç. Dr. Kenan TOPAL'a,

Hiçbir zaman hoşgörüsünü ve desteğini esirgemeyen ve gelecekteki meslek hayatımda da bana verdiği değerli bilgilerden faydalanacağımı düşündüğüm başasitanım Uzm. Dr. Hüseyin AKSOY'a,

İhtisasımın ilk yarısında benden destek ve tecrübelerini esirgemeyen ve eğitimime katkı sağlayan başta Prof. Dr. Sevgi ÖZCAN hocama ve diğer hocalarıma,

Asistanlık sürecimde her maceramda yanımda ve destek olan birlikte çalışmaktan büyük mutluluk duyduğum değerli dostum Dr. Özgür ÇAĞLAYAN'a,

Kliniğimizin bizlere vermiş olduğu abi kardeş ortamı sayesinde birlikte çalışmaktan çok mutlu olduğum değerli kardeşim Dr. Ayşe NUR GÜL ve diğer tüm asistan arkadaşlarıma,

Hayatım boyunca sevgisini ve desteğini her zaman yanımda hissettiğim değerli aileme,

Bu zorlu süreçte bana yardımcı olan, desteğini ve ilgisini benden esirgemeyen eşim Uzm. Dr. Deniz ÇÖL'e

Teşekkürü bir borç bilirim.

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR.....	I
İÇİNDEKİLER	II
KISALTMALAR LİSTESİ.....	IV
TABLolar LİSTESİ.....	V
ŞEKİLLER LİSTESİ	X
ÖZET.....	XI
ABSTRACT.....	XIII
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Aile Kavramı.....	3
2.2. Aile Tipleri.....	4
2.3. Aile Çalışmalarında Kullanılan Teorik Yaklaşımlar.....	5
2.3.1. Yapısal Fonksiyonel Yaklaşım	6
2.3.1.1. Sosyal Sistem Olarak Ailenin Özellikleri	6
2.3.2. Sembolik Etkileşimsel Model	8
2.3.3. Gelişimsel Model	8
2.4. Aile İşlevselliği	9
2.4.1. Aile İşlevlerini Etkileyebilecek Etmenler	13
2.5. Aile Hekimliği Tanımı, Disiplininin Özellikleri.....	15
2.5.1. Birinci basamak yönetimi	16
2.5.2. Kişi merkezli bakım	17
2.5.3. Özgül sorun çözme becerileri.....	17
2.5.4. Kapsamlı yaklaşım	17
2.5.5. Toplum yönelimli olma.....	17
2.5.6. Bütüncül yaklaşım.....	17
3. GEREÇ VE YÖNTEMLER.....	18
3.1. Araştırmada Kullanılan Ölçekler	20
3.2. İstatistiksel Analizler.....	22
4. BULGULAR.....	23
5. TARTIŞMA	76

6. SONUÇLAR	89
KAYNAKLAR	91
EKLER.....	99
Ek-1: Etik Kurul Onay Formu.....	99
Ek-2: Veri Toplama Formu.....	100
ÖZGEÇMİŞ	112



KISALTMALAR LİSTESİ

ADÖ	: Aile Değerlendirme Ölçeği
ÇBASDÖ	: Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği
HAD	: Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği
ASM	: Aile Sağlığı Merkezi



TABLÖLAR LİSTESİ

Tablo 1.	Duvall Aile Yaşam/Gelişim Evreleri.....	9
Tablo 2.	ADÖ’de yer alan maddelerin alt ölçeklere ve sağlıklı-sağlıksız işlevleri gösterme durumuna göre dağılımı	20
Tablo 3.	ADÖ’nün İttutarlılığına İlişkin Cronbach alfa Katsayıları ve Puan Değişmezliğine İlişkin Test-Tekrar Test Korelasyonları.....	21
Tablo 4.	Çalışmaya katılan kadınların sosyo-demografik verileri.	23
Tablo 5.	Katılımcı kadınların evlilikle ilgili verileri.	24
Tablo 6.	Katılımcı kadınların evlilikle ilgili yaş farkı verileri.	24
Tablo 7.	Katılımcı kadınların eşile ve ailesile uyum düzeyi ve evlilik memnuniyeti ile ilgili sorulara verdikleri yanıtların ortalama puanları.	25
Tablo 8.	Katılımcı kadınların çocukluk döneminde ebeveyn kaybına ait bilgiler.....	25
Tablo 9.	Katılımcı kadınların çocukluk dönemine aile içi şiddet durumu ile ilgili sorulara verdikleri yanıtların ortalama puanları.	26
Tablo 10.	Katılımcı kadınların eşlerine ait veriler.....	26
Tablo 11.	Katılımcı kadınların eşlerine ait risk faktörleri ile ilgili verdikleri yanıtların ortalama puanları.	27
Tablo 12.	Katılımcı kadınların ve aile bireylerinin hastalıkları, engel durumları.....	28
Tablo 13.	Katılımcı kadınların Duvall Aile Yaşam Evresi-Döngüsü.	28
Tablo 14.	Katılımcı kadınların Aile Değerlendirme Ölçeği-Alt ölçeklerinden aldıkları puanların ortalamaları.....	29
Tablo 15.	Katılımcı kadınların ÇBASDÖ ortalama skorları.....	29
Tablo 16.	Katılımcı kadınların Hastane Anksiyete-Depresyon (HAD) ölçeği ile anksiyete- depresyon riskinin değerlendirmesi.....	29
Tablo 17.	Katılımcı kadınların HAD ortalama skorları.	30
Tablo 18.	Katılımcı kadınların Aile tiplerinin, ADÖ alt ölçekleri ile karşılaştırılması.	31

Tablo 19.	Katılımcı kadınların eğitim düzeyine göre Aile Değerlendirme Ölçeği (ADÖ) alt ölçeklerinin karşılaştırılması.....	32
Tablo 20.	Katılımcı kadınların eğitim düzeyi ve ADÖ alt ölçeklerinin gruplar arası karşılaştırılması.....	33
Tablo 21.	Katılımcı kadınların çalışma durumunun ADÖ alt ölçekleri ile karşılaştırılması.....	34
Tablo 22.	Katılımcı kadınların gelir düzeyine göre ADÖ alt ölçeklerinin karşılaştırılması.....	35
Tablo 23.	Katılımcı kadınların eşi ile arasındaki yaş farkının ADÖ alt ölçekleri ile karşılaştırılması.....	36
Tablo 24.	Katılımcı kadınlarda çocukluk döneminde ebeveyn kaybı mevcudiyeti ile ADÖ alt ölçeklerinin karşılaştırılması.....	37
Tablo 25.	Çalışmaya alınan kadınların eşlerinin eğitim düzeylerinin ADÖ alt ölçekleri ile karşılaştırılması.....	38
Tablo 26.	Çalışmaya alınan kadınların eşlerinin çalışma durumuna göre ADÖ alt ölçeklerinin karşılaştırılması.....	39
Tablo 27.	Katılımcı kadınların eşlerinin çalışma şeklinin ADÖ alt ölçekleri ile karşılaştırılması.....	40
Tablo 28.	Çalışmaya alınan kadınların eşlerinin çocukluk döneminde ebeveyn kaybı yaşama durumuna göre ADÖ alt ölçeklerinin karşılaştırılması.....	41
Tablo 29.	Katılımcı kadınlarda kronik hastalık mevcudiyetine göre ADÖ alt ölçeklerinin karşılaştırılması.....	42
Tablo 30.	Katılımcı kadınların ailesinde kronik hastalık mevcudiyetine göre ADÖ alt ölçeklerinin karşılaştırılması.....	43
Tablo 31.	Katılımcı kadınların ailesinde engelli-bakım gerektiren kişi mevcudiyetine göre ADÖ alt Ölçeklerinin karşılaştırılması.....	44
Tablo 32.	Katılımcı kadınların ailesinde ruhsal bir hastalık mevcudiyetine göre ADÖ alt ölçeklerinin karşılaştırılması.....	45
Tablo 33.	Katılımcı kadınların HAD-A riskine göre ADÖ alt ölçeklerinin karşılaştırılması.....	46

Tablo 34.	Katılımcı kadınların HAD-D riskine göre ADÖ alt ölçeklerinin karşılaştırılması.....	47
Tablo 35.	Katılımcı kadınların aile tipi ile eşi ve ailesiyle uyum düzeyi ve evlilik memnuniyeti karşılaştırılması.....	48
Tablo 36.	Katılımcı kadınların eğitim durumu ile eşi ve ailesiyle uyum düzeyi ve evlilik memnuniyeti karşılaştırılması.	49
Tablo 37.	Katılımcı kadınların eğitim düzeyi ile eşi ve ailesiyle uyum düzeyi ve evlilik memnuniyetinin gruplar arası karşılaştırılması.....	49
Tablo 38.	Katılımcı kadınların çalışma durumu ile eşi ve ailesiyle uyum düzeyi ve evlilik memnuniyetinin karşılaştırılması.	50
Tablo 39.	Katılımcı kadınların gelir düzeyi ile eşi ve ailesiyle uyum düzeyi ve evlilik memnuniyetinin karşılaştırılması.....	51
Tablo 40.	Katılımcı kadınların gelir düzeyi ile eşi ve ailesiyle uyum düzeyi ve evlilik memnuniyetinin gruplar arası karşılaştırılması.....	51
Tablo 41.	Katılımcı kadınların eşleriyle arasındaki yaş farkı ile eşi ve ailesiyle uyum düzeyi ve evlilik memnuniyetinin karşılaştırılması.....	52
Tablo 42.	Katılımcı kadınların eşleriyle arasındaki yaş farkı ile eşi ve ailesiyle uyum düzeyi ve evlilik memnuniyetinin gruplar arası karşılaştırılması.....	53
Tablo 43.	Katılımcı kadınların çocukluk döneminde ebeveyn kaybı yaşama durumu ile eşi ve ailesiyle uyum düzeyi ve evlilik memnuniyetinin karşılaştırılması.....	54
Tablo 44.	Katılımcı kadınların eşlerinin çalışma durumu ile eşi ve ailesiyle uyum düzeyi ve evlilik memnuniyetinin karşılaştırılması.....	54
Tablo 45.	Katılımcı kadınların eşlerinin çalışma şekli ile eşi ve ailesiyle uyum düzeyi ve evlilik memnuniyetinin karşılaştırılması.....	55
Tablo 46.	Katılımcı kadınların eşinin çocukluk döneminde ebeveyn kaybı yaşama durumu ile eşi ve ailesiyle uyum düzeyi ve evlilik memnuniyetinin karşılaştırılması.....	56
Tablo 47.	Katılımcı kadınların HAD-A riskine göre eş şiddeti, alkol ve sigara kullanma şans oyunları oynama durumları karşılaştırılması.....	56

Tablo 48.	Katılımcı kadınların HAD-D)-Depresyon riskine göre eş şiddeti, alkol ve sigara kullanma şans oyunları oynama durumları karşılaştırılması.	57
Tablo 49.	Katılımcı kadınların kronik hastalık durumuna göre HAD riski karşılaştırılması.	58
Tablo 50.	Katılımcı kadınların Ailesinde kronik hastalık mevcudiyetine göre HAD riski karşılaştırılması	58
Tablo 51.	Katılımcı kadınların ailesinde ruhsal bir hastalık mevcudiyetine göre HAD riski karşılaştırılması	59
Tablo 52.	Katılımcı kadınların Ailesinde engelli/bakım gerektiren birey mevcudiyetine göre HAD riski karşılaştırılması.	59
Tablo 53.	Katılımcı kadınlarda kronik hastalık mevcudiyetinin HAD ölçeği puanlarıyla karşılaştırılması.	60
Tablo 54.	Katılımcı kadınların Ailesindeki kronik hastalık durumunun HAD ölçeği puanlarıyla karşılaştırılması.	60
Tablo 55.	Katılımcı kadınların Ailesindeki engelli/bakım gerektiren birey durumu ile HAD ölçek puanları karşılaştırılması.	61
Tablo 56.	Katılımcıların ailesinde ruhsal bir hastalık mevcudiyeti ile HAD ölçek puanları karşılaştırılması.	61
Tablo 57.	Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek ölçeğinin (ÇBASDÖ) aile tipi ile karşılaştırılması.	62
Tablo 58.	Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek ölçeğinin (ÇBASDÖ) eğitim düzeyi ile karşılaştırılması.	63
Tablo 59.	Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek ölçeğinin (ÇBASDÖ) çalışma durumu ile karşılaştırılması.	63
Tablo 60.	Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek ölçeğinin (ÇBASDÖ) gelir düzeyi ile karşılaştırılması.	64
Tablo 61.	Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek ölçeğinin (ÇBASDÖ) kronik hastalık mevcudiyeti ile karşılaştırılması.	65
Tablo 62.	Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek ölçeğinin (ÇBASDÖ) ailesinde kronik hastalıklı birey mevcudiyeti ile karşılaştırılması.	65

Tablo 63.	Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek ölçeğinin (ÇBASDÖ) ailesinde engelli/bakım gerektiren birey mevcudiyeti ile karşılaştırılması.	66
Tablo 64.	Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek ölçeğinin (ÇBASDÖ) ailesinde ruhsal bir hastalık mevcudiyeti ile karşılaştırılması.	67
Tablo 65.	Kullanılan ölçekler ile Sosyo-demografik verilerle ve çocuklukta ebeveyn kaybı arasındaki ilişkilerin korelasyonu.	68
Tablo 66.	Kullanılan ölçekler ile eşin çalışma verileri, eşin çocuklukta ebeveyn kaybı, katılımcının kendisinde ve ailesindeki kronik hastalık durumu, ailesinde engelli/bakım gerektiren kişi varlığı, ailesinde ruhsal bir hastalığı olan birey varlığı durumları arasındaki ilişkilerin korelasyonu.	70
Tablo 67.	Kullanılan ölçekler ile Sosyo-demografik veriler ve katılımcı kadınların eşi ve ailesiyle uyum düzeyi ve evlilik memnuniyeti arasındaki ilişkilerin korelasyonu.	71
Tablo 68.	Kullanılan ölçekler ile geçmişte ailesinde yaşanan şiddet düzeylerinin korelasyonu.	73
Tablo 69.	Kullanılan ölçekler ile eşin çalıştığı işin aile üzerine baskı düzeyi ve eşin kötü alışkanlıkları arasındaki korelasyon tablosu.	74
Tablo 70.	Aile değerlendirme ölçeği ile ÇBASDÖ, HAD-A, HAD-D ölçeklerinin korelasyonu.	75

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1. WONCA ağacı.....	16
---------------------------	----



ÖZET

Birinci basamağa başvuran evli kadınlarda, aile işlevselliği üzerine etkili olan faktörlerin araştırılması

Amaç: Aile, üyelerinin biyolojik, psikolojik ve sosyal açıdan sağlıklı olması için gerekli sevgi, şefkat, yakın ilgi ve bakım bulabilecekleri bir ortam sunar. Bu sağlıklı ortamı sağlayabilmek amacıyla ailenin yerine getirmesi gereken temel işlevleri vardır. Bu işlevler; birey, aile ve toplum sağlığını düzenlemek için gereklidir. Bu çalışmayla birinci basamak sağlık hizmetleri için başvuran evli kadınların aile işlevsellik algısı ile bunu etkileyen faktörlerin araştırılması amaçlanmıştır.

Gereç ve yöntem: Bu kesitsel çalışma, 1 Ekim 2019 ve 31 Kasım 2019 tarihleri arasında Adana'daki üç aile hekimliği birimine kayıtlı 208 evli kadın üzerinde gerçekleştirilmiştir. Katılımcıların sosyodemografik verileri kaydedildikten sonra aile işlevselliği üzerine etkili olabilecek risk faktörlerini içeren yapılandırılmış bir anket formu yüz yüze görüşülerek uygulandı. Ayrıca katılımcılara Aile Değerlendirme Ölçeği (ADÖ), Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ) ve Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği (HAD) uygulanmıştır.

Veriler SPSS 21 programı kullanılarak analiz edildi. Verilerin analizi için iki örneklemli t testi, Oneway Anova, Post-hoc Tukey, Mann-Withney U, Kruskal-Wallis, Ki-kare testleri ve Spearman's korelasyon analizi kullanıldı. $p < 0,05$ olan değerler anlamlı kabul edildi.

Bulgular: Çalışmaya katılan kadınların yaş ortalaması $41,1 \pm 10,9$ yıl idi. Kişilerin eğitim durumları; %32,2'si ilköğretim ya da daha altı, %39,4'ü lise, %28,4'ü üniversite eğitimi seviyesine sahipti. İş durumuna göre %82,7'si çalışmıyor, %17,3'ü çalışıyordu. Katılımcıların aile gelir durumuna göre %20,7'si düşük gelir, %35,6'sı orta gelir, %43,8'i yüksek gelir seviyesine sahipti. Katılımcılardan kronik bir hastalığı olanların oranı %41,3, ailesinde kronik hastalıklı birey olanların oranı %38,5, ailesinde engelli/bakım gerektiren birey olanların oranı %8,2, ailesinde ruhsal bir hastalığı olanların oranı %8,7 idi. ADÖ alt ölçeklerinin roller puan ortalaması $2,02 \pm 0,51$ ve gereken ilgiyi gösterebilme puan ortalaması $2,06 \pm 0,41$ idi. Her iki puan da ölçeğin "2" kesme değerinin üzerinde, olumsuz tarafta olduğu bulunmuştur. Kendisinin veya eşinin eğitim seviyesi düşük olanlar, ailesinin gelir seviyesi düşük olanlar, eşiyle arasındaki yaş farkı fazla olanlar, eşi çalışmayanlar, kendisinde veya ailesinde kronik bir hastalık, engel durumu veya ruhsal bir hastalık mevcut olanlar, geçmişte ebeveynlerinden veya eşinden şiddet görenler, gördüğü şiddet düzeyi fazla olanlar ve algılanan sosyal desteği az olanların ADÖ alt ölçek puan ortalamaları; kendisinin veya eşinin eğitim seviyesi yüksek olanlar, ailesinin gelir seviyesi yüksek olanlar, eşiyle arasındaki yaş farkı az olanlar, eşi çalışanlar, kendisinde veya ailesinde kronik bir hastalık, engel durumu veya ruhsal bir hastalık mevcut olmayanlar, geçmişte ebeveynlerinden veya eşinden şiddet görmeyenler, gördüğü şiddet düzeyi az olanlar ve algılanan sosyal desteği fazla olanlara göre daha yüksek bulunmuştur. Düşük ADÖ alt ölçek puanına sahip olanlar daha fonksiyonel olarak değerlendirildi.

Sonuç: Aile bireylerinin, biyolojik, psikolojik ve sosyal durumunu sağlıklı bir şekilde sürdürebilmesi için aile işlevlerini yerine getirmeleri gerekmektedir. Daha

iyi bir birey ve aile sağlığına sahip olabilmek için bu işlevler üzerinde etkili olan faktörlerin araştırılması gerekmektedir. Bu çalışmada; düşük eğitim düzeyi, düşük aile gelir seviyesi, çalışmayan eş, eşler arası fazla yaş farkı, geçmişte ebeveynlerinden veya eşlerinden şiddet görmek, ailesinde veya kendisinde kronik bir hastalık, engel veya ruhsal bir hastalık olması, yüksek anksiyete ve depresyon riski, düşük sosyal destek aile işlevselliğini olumsuz etkilemiştir. Bu aşamada aile hekimlerinin biyopsikososyal yaklaşım tarzı ile aile işlevlerini değerlendirmesi çok önemlidir.

Anahtar sözcükler: Aile işlevselliği, birinci basamak, evli kadınlar.



ABSTRACT

Investigation of factors affecting family functionality of married women in primary care.

Aim: The family provides an environment where members can find the love, compassion, close attention and care necessary to be biologically, psychologically and socially healthy. In order to provide this healthy environment, the family has basic functions to fulfill. These functions are necessary to regulate the individual, family and community health. In this study, it was aimed to investigate the perception of family functionality of married women applying to primary health care services and to evaluate the affecting factors.

Materials and methods: This cross-sectional study was conducted on 208 married women enrolled in three family medicine units in Adana between October 1st, 2019 and November 31st, 2019. After recording the socio-demographic data, a structured questionnaire including risk factors that may have an impact on family functionality was conducted to the participants by face to face interview. Also, the Family Assessment Scale (FAD), Multidimensional Perceived Social Support Scale (CBASSS) and Hospital Anxiety Depression Scale (HAD) were applied to the participants.

The data were analyzed using SPSS 21 program. Two-sample t test, Oneway Anova, Post-hoc Tukey, Mann-Withney U, Kruskal-Wallis, Chi-square tests and Spearman's correlation analysis were used to analyze the data. Values of $p < 0.05$ were considered significant.

Results: The average age of women participating in the study was 41.1 ± 10.9 years. 32.2% of the participants were primary school graduate or lower, 39.4% were high school graduate and 28.4% were university graduates. According to the working status, 82.7% were unemployed and 17.3% were employed. According to the family income, 20.7% of the participants had low income, 35.6% had medium and 43.8% had high income levels. The proportion of participants with a chronic disease was 41.3%, those with a chronic disease in their family were 38.5%, those with a disability / dependency in their family were 8.2%, and those with a mental illness in their family were 8.7%. The mean roles score of the FAD Questionnaire-subscale was 2.02 ± 0.51 and the mean score of affective involvement was 2.06 ± 0.41 . Both scores were found to be above the cut-off value of “2” which was on the negative side of the scale. Participants with lower education levels (herself or her spouse), with lower family income, with a higher age difference between couples, whose spouses were unemployed, those having a chronic disease, disability or mental illness in themselves or in their families, those who have experienced violence from their parents or spouses in the past, those experiencing higher level of violence and those with less perceived social support were found to have higher mean FAD subscale scores compared to participants with higher education levels (herself or her spouse), with higher family income, with a lower age difference between couples, whose spouses were employed, those not having any chronic diseases, disabilities or mental illnesses in themselves or in their families, those who have no history of violence from their parents or spouses in the past, those experiencing less violence

and those with more perceived social support. Those with lower mean scores of FAD subscales were evaluated more functionally.

Conclusion: Family members need to perform their family functions in order to maintain their biological, psychological and social status in a healthy way. And it is important to investigate the affecting factors on these functions to have a better individual and family health. In this study; low education level, low family income level, unemployed spouse, high age difference between couples, experiencing violence from their parents or spouses in the past, having a chronic disease, disability or mental illness in themselves or in their families, high anxiety and depression risk, low social support negatively affected family functionality. At this stage, it is crucial for family physicians to evaluate family functions with biopsychosocial approach.

Keywords: Family functionality, primary care, married women.



1. GİRİŞ VE AMAÇ

Dünya Sağlık Örgütüne göre “Sağlık, sadece hastalık ya da sakatlık halinin olmayışı değil, bedensel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik halidir” (1). DSÖ’nün sağlık tanımına dayanarak, sağlığın artık sosyal bir olgu olarak da tanımlanmasını ifade edebiliriz (2). Biyopsikososyal yaklaşım, biyomedikal yaklaşım ile bireyi yaşam şekli, iç dünyası ve duyguları, sosyal çevresi, hastaya ve hastalıklara bakış açısı, içinde bulunduğu fiziksel ve ruhsal şartlar ile değerlendirir ve bakımın bu doğrultuda yapılmasını sağlar.

Toplumun en küçük temel birimi ailedir. Aile kavramı ile ilgili çok sayıda farklı tanımlamalar olmasına rağmen, çoğu aile teorisyeni aile tanımının şu ortak özellikleri konusunda hemfikirdir ve “duygusal anlamda yakın olan bir başkasıyla belirli bir mekânda yaşayan, iki veya daha fazla bireyi içeren, bazı duygusal bağların kurulduğu, birbiriyle ilgili sosyal durumlar, roller ve görevlerin üstlenildiği, sevgi, ait olma duygularının paylaşıldığı yer” olarak ifade edilir (2,3). Aile, kişilerin bedenlen ve ruhen sağlıklı olabilmek için gerekli sevgi, şefkat, yakın ilgi ve bakım bulabilecekleri en ideal ortamdır (4). Aile, çocuğun sosyalleşmesini sağlayan ve aile bireylerine duygusal destek veren bir birim olması bakımından da çok önem taşımaktadır (5). Aile açısından değerlendirildiğinde, ailenin işlevlerini beklenen düzeyde yerine getirmesi ile "Tam bir iyilik halinde olma" tanımı eş anlamlı olarak düşünülebilir ve bundan dolayı işlevsel aile "sağlıklı", işlevsel olmayan yani işlevlerini beklenen düzeyde yerine getirmeyen aile de "sağlıksız" aile olarak tanımlanabilir (5).

Aile işlevlerinin farklı zamanlarda, farklı ortamlarda ve farklı kişiler tarafından birçok tanımı yapılmıştır. Aile üyelerinin ekonomik, sosyal, kültürel ve psikolojik ihtiyaçlarını karşılıksız giderme; soyun devamını sağlama, çocuğu sosyalleşme süreciyle sosyal hayata hazırlama, kültür naklini gerçekleştirme ve ebeveynlerin biyolojik ihtiyaçlarını toplumun kabul ettiği etik sınırlar içerisinde gerçekleştirme gibi işlevleri bulunur (6,7). Aile işlevleri aile üyeleri tarafından, ailenin ve üyelerinin bireysel ihtiyaçlarının karşılandığı ve sürdürüldüğü aktiviteler ve davranışlar olarak tanımlanmaktadır (8,9). Aile işlevlerinin yerine getirilmesinde yaşanan zayıflık veya güçlülüğün diğer aile işlevlerini de etkilemesi kaçınılmaz bir gerçektir. Dikkat edilmesi

gereken bir başka nokta, bu işlevlerin aile ve üyeleri tarafından algılanma biçimidir. Aile işlevlerinin algılanması zamana, siyasi, politik, sosyolojik ve ekonomik değişimlere göre farklılaşabilmekte ve aile üyelerinin tutumlarını ve davranışlarını da etkileyebilmektedir (10).

Cinsiyet-toplumsal cinsiyet arasındaki etkileşim, kadınlar ve erkekler için çok çeşitli ve birbirinden oldukça farklı sağlık sonuçlarına neden olmaktadır (11). Kadınlar hayatları boyunca, intrauterin yaşamdan başlayarak, çocukluk, ergenlik, erişkinlik ve yaşlılık dönemlerinde, erkeklere göre çok daha fazla risk faktörüne maruz kalmaktadırlar (12). Dünyada kadınlar şiddet, yoksulluk, aşırı iş yükü gibi olumsuz yaşantılarla ve zorlayıcı nedenlerle stresle daha fazla karşılaşmakta ve psikolojik sorunlar çok daha fazla görülmekte ayrıca öğrenilmiş çaresizlik, güçsüzlük, itaatkâr, fedakâr ve pasif olma gibi toplumsal öğretilerle strese daha fazla maruz kalmakta ve psikolojik sorunlar daha yaygın görülmektedir (12,13). Kadınlar tüm bu faktörler nedeniyle çok fazla ihmal edilen oldukça duyarlı bir grup haline gelmektedir. Kısacası sağlık, aile ve işlevsellik bağlamında, kendisine yüklenen ev ve çocuk yüküyle birlikte, en önemli kilit taşı olarak evli kadınlar görülmektedir. Evli kadınların aile işlevsellik algılarını değerlendirerek hem kendisinin hem de ailesinin sağlık durumunu biyolojik, psikolojik ve sosyal yönlerden en iyi şekilde tahlil edebiliriz.

Bu çalışmayla birinci basamağa başvuran evli kadınların aile işlevsellik algısı ile bunu etkileyen sosyodemografik değişkenler, kadının şiddet öyküsü, aile bireylerinde engel mevcudiyeti, aile bireylerindeki ruhsal ya da kronik bir hastalık mevcudiyeti, anksiyete-depresyon düzeyi, algılanan sosyal destek düzeyi etkenlerinin karşılaştırılması amaçlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Aile Kavramı

Aile kavramı zamana ve toplumlara göre birçok farklı tanımlamalara sahiptir. Ailenin kesin ve net bir şekilde evrensel tanımlamasını yapmak, sosyolojik, coğrafi ve ekonomik gelişmeler ve farklılıklar göz önüne alındığında pek olası değildir (14).

Türk Aile Yapısı Özel İhtisas Komisyonu tarafından yapılan tanımlamaya 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 ihtiyaçlarının karşılandığı, topluma uyum ve katılımların sağlandığı ve düzenlendiği temel bir birim” olarak ifade edilmiştir (15). Bireylerin ihtiyaç ve katılımlarının sağlıklı bir şekilde giderilmesi için ailenin kendi bireylerine ve yaşadığı topluma karşı sorumlulukları, yani yerine getirmesi gereken işlevleri vardır.

Birçok aile tanımlamaları içerisinde, en fazla fikir birliği yapısal-fonksiyonel yaklaşım üzerine olmuştur. Yapısal-fonksiyonel yaklaşım, kişilerin bir arada yaşadıkları hane halkı ile belirli görevleri yerine getirdikleri ve bu görevler sayesinde aile içi ilişkileri, statüleri ve rolleri oluşturarak aile yapısını şekillendirdikleri bir modeldir (15).

DSÖ, “21. Yüzyılda herkese sağlık” söylemi ile sağlık politikalarında hedefe ulaşmak amacıyla belirlediği ana unsurlardan biri olarak aileyi, kişilerin sağlığını geliştirmede merkeze almış ve aile ile bütünleşmiş toplum odaklı bakıma bütünsel olarak vurgu yapmıştır (16). Aile merkezli yaklaşım, aile bireylerinin sağlık durumlarını etkileyen biyolojik, psikolojik ve ruhsal ilişkileri anlamak, aralarındaki gerilimleri ya da destek mekanizmalarını saptayarak, elde edilen tüm verileri bireylerin sağlık durumlarını iyileştirmek için kullanmaktır (17). Ruh sağlığındaki yaklaşımlardan birisi de hastalığın ilerlemesi veya gerilemesinde ailenin bir rolü olduğu veya ilerlemesinin aile üzerine etkilerinin olduğudur (18). Yani aileyi değerlendirmeden, dinamikleri belirlemeden kişinin sağlığına yönelik değerlendirmeler maalesef eksik ve bir o kadar yanlış olabilmektedir. Tüm bu bilgilerin ışığında çağımızda, sağlık sisteminde hastayı değerlendirirken mutlaka aile

ile değerlendirmemiz gerekmektedir. Çünkü ailelerin tıpkı bir birey gibi çok farklı yeterlilikleri, problemleri, baş etme gücü ve dinamikleri vardır (3).

Aile her ne kadar birbirinden farklı özelliklere sahip olsa da evrensel bazı özellikler de taşırlar (8,19,20):

- Her bir aile küçük bir sosyal sistemdir.
- Her ailenin kendi kültürel yapısı, değerleri ve ilkeleri vardır.
- Her ailenin yapısı-tipi vardır.
- Her ailenin temel fonksiyonları vardır.
- Her aile belli bir yaşam evresinde ilerler.

2.2. Aile Tipleri

1. Çekirdek aile: Karı koca ve/veya evlenmemiş çocuklardan oluşan aile tipidir.

a. Çocuksuz çekirdek aile: Sadece karı kocadan oluşan aile tipidir.

- **Çocuksuz çekirdek aile (<45 yaş):** Sadece karı kocadan oluşan ve kadının 45 yaşından küçük olduğu aile tipidir.
- **Çocuksuz çekirdek aile (≥ 45 yaş):** Sadece karı kocadan oluşan ve kadının 45 yaşında ya da daha büyük olduğu aile biçimidir.

b. Çocuklu çekirdek aile: Karı koca ve evlenmemiş çocuklarla birlikte yaşadığı aile tipidir.

- **Çocuklu çekirdek aile (1 Çocuklu):** Karı koca ve evlenmemiş bir çocuklarının bulunduğu aile biçimidir.
- **Çocuklu çekirdek aile (2 Çocuklu):** Karı koca ve evlenmemiş iki çocuklarının bulunduğu aile biçimidir.
- **Çocuklu çekirdek aile (3 ve üzeri Çocuklu):** Karı koca ve evlenmemiş en az üç çocuklarının bulunduğu aile biçimidir.

2. Geniş aile: Çekirdek aile birimine yatay, dikey ya da düşey olarak eklenmiş diğer bir kişinin ya da ailenin bulunduğu aile biçimidir.

a. Ataerkil geniş aile: Çekirdek aile birimine yatay, dikey ya da düşey olarak bir ya da birkaç aile biriminin eklenmiş olduğu aile tipidir.

b. Geçici geniş aile: Çekirdek aile birimine dağılmış bir ailenin ya da diğer bir kişinin yatay, dikey ya da düşey olarak eklenmiş olduğu aile tipidir.

3. Dağılmış aile: Çekirdek aile biriminin tek kişiye, tek ebeveyne dönüşmüş olduğu ya da aralarında kan bağı olan ya da olmayan kişilerden oluşan aile tipidir.

a. Tek kişilik: Tek başına yaşayan bir yetişkin kadın ya da erkekten oluşan aile tipidir.

- **Tek Kişilik – Erkek:** Tek başına yaşayan bir yetişkin erkekten oluşan aile tipi.
- **Tek Kişilik – Kadın:** Tek başına yaşayan bir yetişkin kadından oluşan aile tipi.

b. Tek ebeveynli: Çocuklu çekirdek ailenin boşanma, ayrı yaşama ya da ölüm nedeniyle eşlerden birinin aileden kopmasıyla oluşan aile tipidir.

- **Tek Ebeveynli – Erkek:** Çocuklu çekirdek ailenin kadının boşanma, ayrı yaşama ya da ölüm nedeniyle aileden kopmasıyla oluşan aile tipidir.
- **Tek Ebeveynli – Kadın:** Çocuklu çekirdek ailenin erkeğin boşanma, ayrı yaşama ya da ölüm nedeniyle aileden kopmasıyla oluşan aile tipidir.

c. Diğer dağılmış: Geçici geniş ailenin çekirdek unsurlarından birinin kopmasıyla oluşan (anneanne-torun; dede-torun vb.) aile tipidir.

d. Akraba olmayan: Aralarında kan bağı ya da akrabalık ilişkisi olmayan kişilerden oluşan aile tipidir (20).

2.3. Aile Çalışmalarında Kullanılan Teorik Yaklaşımlar

Aile kurumunun dinamiklerini, yapısını ve fonksiyonlarını değerlendirebilmek amacıyla bazı teorik yaklaşımlar oluşturulmuştur. Bu yaklaşımlar: (8,21,22)

- Yapısal-Fonksiyonel Yaklaşım
- Sembolik Etkileşimsel Yaklaşım
- Gelişimsel Yaklaşım

2.3.1. Yapısal Fonksiyonel Yaklaşım

Aileyi açık ve sosyal bir sistem olarak tanımlayan bu yaklaşım; aile ve toplum fonksiyonlarının karşılıklı etkileşmesi, aile yapısının araştırılmasını ve aile fonksiyonlarının nasıl etkilendiğini açıklamayı amaçlar (8,21,22). Ailenin; üretim, çocukların sosyalleşmesi, fiziksel ihtiyaçların karşılanması ve ekonomik fonksiyonlar gibi temel fonksiyonlarını açıklar. Aileyi etkileyen iç ve dış etkenleri göz önünde bulundurarak aile süreçlerini anlamaya çalışır (8,21,22).

Aile sistemi, toplum sistemi gibi daha geniş bir üst sistemin parçasıdır ve birçok alt sistemden oluşur. Wright ve Leahey' e göre:

- Aile bir bütün olarak onu oluşturan parçalarından daha büyüktür.
- Aile fertlerindeki değişim bütün aile fertlerini etkiler.
- Aile değişim ve durgunluk arasında denge kurabilir.
- Aile fertlerinin tavır ve davranışı lineer (doğrusal)'dan çok sirküler (döngüsel) kullanıldığında daha faydalıdır (21).

Aile işlevleri fertlerinden oluşan alt sistemlerle yürütülür. Her alt sistemin ayrı işlevi ve fertlere yüklediği sorumlulukları vardır. Ailenin alt sistemleri şunlardır:

- Eşlerin oluşturduğu eş alt sistemi (anne ya da baba olarak),
- Ebeveynlerin oluşturduğu ebeveyn alt sistemi (anne ve baba birlikte ya da ayrı ayrı anne ve baba olarak),
- Çocukların oluşturduğu kardeşler alt sistemi (çocuk 1 ve çocuk 2 birlikte ya da ayrı ayrı çocuk 1 ve çocuk 2 olarak) (22).

2.3.1.1. Sosyal Sistem Olarak Ailenin Özellikleri

Aile işlevlerini daha iyi anlamak için; yaşayan ve açık sistemlerin özelliklerini bilme, aile fonksiyonlarını ve aile yapısını bilmede ve anlamada yardımcı olacaktır (3). Ailelerin fonksiyonlarını açıklamaya yardım eden açık sistemlerin beş özelliği vardır:

• Üyeler Arasındaki İç Bağımlılık

Her bir aile üyesi eylemleri ile diğer üyeleri de etkileyebilecek bir iç bağımlılığa sahiptir (19,23,24). Örneğin depresif bir atak yaşayan anne, çocuklarıyla yeterince ilgilenemeyecek onların ödevlerine yardım edemeyecek eşiyle paylaştıkları rollerde aksama yaşanacak ve anne rolünü üstlenen babanın eylemleri de

etkileneyecektir. Yani kısacası hem eş hem anne rollerinin aksaması aile içerisinde görev ve sorumlulukları derinden etkilemektedir. Aile bireylerinin iç bağımlılığı, aile üyelerinin eylemlerini bir şekilde etkileyen iç ilişkilerin pekişmesini sağlayan çok karmaşık bir iletişim özelliği taşır ve aile sağlığına katkıda bulunur (9,19).

- **Aile Sınırları**

Aileler sistemsel bir yapı olarak sınırlar koyarlar ve bunu sürdürürler. Bu sınırlar; ego sınırları, kuşaklar arası sınırlar, toplum sınırları gibi sınırlar olup ailelerin birbirinden farklı olmalarında da temel etkenlerdendir. Dış dünyayla oluşturulan bu set aile üyelerinin birbirleriyle kaynaşmasını sağlar (23,24).

- **Enerji Değişimi**

Ailelerin her ne kadar bir sınırı varsa da bu aslında yarı geçirgen bir sınır olarak tarif edilebilir. Çünkü aileler açık bir sistemdir. Aileler fonksiyonlarını yeterince gösterebilmek için bilgi ve materyal değişimi yaparlar. Bu değişim sürecine enerji değişimi denilmektedir. Bu değişimin dengeli olması ailenin geçirdiği gelişim evreleri açısından çok faydalıdır (19). Bu sınırlı enerji değişimi olmadığı durumlarda diğer sistemler birbiriyle etkileşemezler ve sonuç olarak birliktelikler zarar görür. Örneğin sadece ev geçiminden sorumlu bir baba ve tamamen çocuk bakımından sorumlu bir anne olağan dışı hastalık veya bir engel durumunda geçirgen olmayan bir sistemde ciddi sıkıntı yaşayacaklardır. Bu nedenle bu ebeveyn alt sistemlerinde de sınırlı bir enerji değişimi gerekmektedir. Tam tersi durumlarda sınırın geçirgenliği fazla olduğu durumlarda ise alt sistemler farklılıklarını ve bireyselliklerini koruyamayarak olumsuz etkilenirler (19,23).

- **Uyumlu Davranış**

Aile sistemlerinin, uyum sağlayarak bir denge oluşturması gerekir. Uyum sağlamak, aile bireylerinde ya da alt sistemlerinde davranış değişikliği veya değerlerin değişimi gibi kapasite zorlayıcı bir hal de alabilir. Bu durumda aile uyum sağlayamazsa parçalanabilir veya fonksiyonları bozulabilir (8,9,25).

- **Amaca Yönelmiş Davranış**

Her ailenin bir amacı vardır. Bu amaç genel olarak aile üyelerinin gelişimini sağlayacak bir ortam oluşturmak ve bu ortamı optimum seviyede tutmaktır. Aile; sevgi, güvenlik, ait olma, toplumda yetişkin rollerine hazırlanma ya da yardım gibi

fonksiyonlar gösterir ve her bir aile üyesinin devam ettirmesi gereken kendine özgü görevleri vardır (8,24).

2.3.2. Sembolik Etkileşimsel Model

Bu teoriksel yaklaşım ile, aile üyelerin davranışları analiz edilerek; aile içi dinamikleri, rolleri, iletişim ağlarını, karar verme ve sosyalleşme durumlarını açıklamaya çalışılır (8,21). Her bir birey, ailenin yaşadığı iç ve dış durumların da etkisiyle kendisine çeşitli roller biçer. Bu teori, ailenin toplumla ilişkisi ve diğer ilişkilerini açıklamak için aile dinamiklerinin etkilerini vurgular. Bu değerlendirme biçimi aile içi ilişkiler odağında aileyi bir etkileşim örüntüsü olarak ele almakta ve diğer sosyal etkileşim örüntüleriyle birlikte aileyi anlama olanağı sağlamaktadır (3).

2.3.3. Gelişimsel Model

Gelişimsel model, her bir yaşam döngüsü evrelerindeki bireylerin değişen rolleri ve görevleriyle aileyi değerlendirir. Aileler de tıpkı bireyler gibi yaşam değişimlerinin boyutlarına uyum sağlayarak zamanla değişir, büyür ve gelişirler.

Gelişimsel model yaklaşımı, yapısal-fonksiyonel yaklaşımın geniş sosyal sistem oryantasyonu ve sembolik etkileşim yaklaşımının daha küçük olan aile sosyal sisteminin sentezidir (19,22). Gelişimsel yaklaşım aile davranışlarının üç boyutuna odaklanır (21).

- Anne ve babanın rol beklentileri ile gelişimsel görevlerdeki değişim.
- Çocukların rol beklentileri ile gelişimsel görevlerdeki değişim.
- Aile yaşam döngüsündeki çeşitli evrelerde kültürel olarak geçen bir ünite olarak ailenin gelişimsel görevlerindeki değişimdir.

Aile yaşam döngüsünde iki kritik evre vardır (22,26).

- **Ekspansiyon (Genişleme):** Aile üyelerinin artması ile etkileşim, roller ve ilişkilerin artması.
- **Konstrüksiyon (Yapılandırma):** Aile üyelerinin aileden ayrılması ya da ölümü.

Ekspansiyon ve konstrüksiyon kimi ailelerde değişik üyelerin eklenmesi, çocukların eve tekrar dönmesi gibi nedenlerle tekrarlayabilir.

Tablo 1. Duvall Aile Yaşam/Gelişim Evreleri

DUVALL AİLE YAŞAM/GELİŞİM EVRELERİ		
Yeni evli	- Çocuk yok - Ortalama 2 yıl	- Yeni evlilerin kendi ailelerinden ayrılması - Birbirlerinin kişiliklerini tanınması - Sosyal, ekonomik, cinsel ihtiyaçların karşılanması - Etkili iletişim yöntemleri kurmak
İlk çocuğun doğması	- 0-30 aylık çocuğu olan - Ortalama 2,5 yıl	- Evliliğe alışırken ebeveynlik rolünün oluşması - Yeni düzenlemeler - Yorgunluk, maddi zorluk, eve hapsolme - Serbest aktivitelerin azalması
Okul öncesi çocuk	- 30 ay-6 yaş çocuğu olan - Ortalama 7 yıl	- Çocuğun sosyalleşmesi - Diğerleri ile ruhsal ilişkileri öğrenmesi - Erken kişilik ve cinsel kimliği tanınması
Okul çağı çocuk	- 6-13 yaş çocuğu olan - Ortalama 7 yıl	- Evden ilk resmi ayrılık - Ebeveynlerin sosyal aktiviteleri okul etkinliklerini kapsayarak artar - Çocuk fiziksel, sosyal, emosyonel ve entelektüel olarak gelişir
Adölesan çocuğu olan	- 13-20 yaş çocuğu olan - Ortalama 7 yıl	- Stresle dolu bir dönem - Çocuğun bağımsızlığı gelişirken yakınlık ve bağlılık temel olmalı - Çocuk ayrı program ister - Adölesan cinsel istekleri ile sosyal kısıtlılıkların çatışması
Gönderme yılları	- Evden ayrılan ilk çocuk ile son çocuk arası - Ortalama 8 yıl	- Ebeveyn çocuk ilişkisi 2 yetişkin ilişkisine döner. - Ebeveynlerin yalnız kaldıkları zamanların olması - Eşler birbirini yeniden keşfeder
Orta yaşlı ebeveynler	- Son çocuğun evden ayrılması - Ortalama 15 yıl	- Ebeveynlerin orta yaşta yalnız kalması - Yaşamın amaçları yeniden şekillenir - Önceliklerin yeniden tespiti - Büyük anne rolü kadın için en zor dönemdir
Yaşlanan aile üyeleri	- Emeklilik ve son yıllar - Ortalama 10-15 yıl	- Yaşlanma - İş gücü kaybı - Sosyal yalnızlık - Depresyonun artması - Eşlerin vefatı

2.4. Aile İşlevselliği

Çağımızda hastalık tek başına biyolojik bir kavram olarak kabul edilmekten çıkmıştır. Hastalığın bireysel, sosyal, kültürel, psikolojik, ekonomik, etik, sistemik ve politik yönleri açıkça tartışılmaya başlanmış ve biyopsikososyal yaklaşıma olan ihtiyaç açıkça dile getirilmektedir (2). İşlevlerini yerine getiren ve üyelerine doyum

sağlayan ailelere sağlıklı aile denir (2). Aile işlevleri iyi olan sağlıklı aileler ise aile bireylerinin yaşamlarını, değer ve amaçları doğrultusunda yönlendirirler. Tüm bunları ortak bir zeminde ele aldığımızda kişiyi, değerlendirebilmek için aile işlevselliği ve onu etkileyen faktörler iyi bilinmeli, sivrisinekleri yok etmek için yalnızca sivrisinekleri öldürmek değil, bataklığın da kurutulması gerektiği bilinmelidir.

Aile işlevselliği ile ilgili birçok yazar ve düşünüre göre farklı ancak genel olarak temel özellikleri aynı olan tanımlamalar yapılmıştır.

Ogburn, ailenin yedi temel işlevine dikkat çekmiştir:

- Ekonomik ihtiyaçları karşılamak
- Statü sağlamak
- Çocukların eğitimini planlamak
- Din eğitimi vermek
- Boş zaman faaliyetlerini gerçekleştirmek
- Aile üyelerinin birbirini koruması
- Karşılıklı sevgi ortamı yaratmak (27).

Murdock, Lundberg ve Yorborg ailenin temel işlevlerini ekonomik, cinsel davranış-üreme ve çocukların bakımı ile sosyalleşmesi boyutlarıyla toplamıştır. Lundberg bu işlevlere ayrıca ailedeki rol dağılımı ve karşılıklı doyumu da ilave etmiştir (28).

Ackerman, tüm bu genel işlevleri biyolojik, sosyal, psikolojik, ekonomik olmak üzere genel başlıklar altında toplayarak, çok daha geniş ve kapsamlı bir şekilde açıklamıştır (29). Ackerman'a göre sağlıklı ailelerde çiftler evlilik rollerinde uyum içindedirler; ortak amaçlara ve değerlere sahiptirler, eşler birbirini olduğu gibi kabul eder ve aralarında saygı vardır, çatışma yaşadıklarında her ne kadar sorun çıksa da kişiler doğru çözüm için işbirliği yaparlar, devamlı bir üyenin üzerine yüklenme gibi davranışlara rastlanmaz, ailede suçluluk duyguları yoktur, değişim anlayışla karşılanır ve belki de en önemlisi tüm bu davranışlar iki eş arasındaki ilişkiyi geliştirmek için birer araç olarak kullanılır (2,30).

Eiderkin'e göre ise aile üyelerinin beklenti ve isteklerini karşılayabilen ve kişiler arası çatışmaları çözümlmeye yönelik çeşitli kalıplar oluşturmuş olan aileler, sağlıklı yani işlevsel ailelerdir. Ayrıca bu aileler yeniliklere açık ve uyum

sağlayabilen kararınca esnek bir yapıya sahiptir. Üyeler arasında ortak amaçlara sahip olmanın getirdiği karşılıklı anlayış ve doyum vardır (2). Aksine sağlıklı ailenin en önemli tipik özelliği iletişim işlevinin bozuk, kişiler arası ilişkilerin kopuk ve kurallara bağlı olması gibi özelliklerdir. Belli başlı roller bireylerin üzerine zorla yüklenmiştir ve bu rolleri değiştirmek neredeyse olanaksızdır (2). Kısacası yazarlar, aile işlevlerinde aile içi iletişime, karşılıklı saygı ve iş birliğine büyük önem vermektedirler.

Sağlıklı ailenin işlevleri genel olarak şu şekilde sıralanabilir:

- Duyguları paylaşma ve anlama
- Bireysel farklılıkları kabullenme
- İlgi ve sevgi duygularının gelişimi
- İş birliği
- Mizah duygusu
- Yaşamı sürdürmek ve güvenlik için gerekli olan ihtiyaçların karşılanması
- Problem çözme
- Geniş bir felsefi düşünce
- Taahhüt, takdir duygularını ifade etme
- İletişim
- Birlikte zaman geçirme
- Maneviyat
- Başa çıkma becerileri (31,32).

1970'li yıllarda McMaster Üniversitesi'nde geliştirilen işlevsellik kavramı şu an bilinen adıyla McMaster Aile İşlevselliği Modeli adını almıştır (5,33). Bu modelin alt boyutları şunlardır:

1. Problem Çözme (Problem Solving)

Bu işlevsellik boyutu, ailenin etkili bir şekilde aile işlevlerini yerine getirebileceği düzeyde maddi ve manevi sorunlarını çözebilme kabiliyeti olarak ifade edilmektedir. Maddi sorunlar, ailenin günlük ihtiyaçlarına yönelik olan problemlerdir. Manevi yani duygusal sorunlar ise, genellikle geçmişe ilişkin yaşantılarla ilişkili ve çok daha karmaşık problemlerdir. Maddi problemleri çözemeyen ailelerin duygusal problemlerini de çözmesi pek olası değildir.

Problemin ortaya çıkış-çözülme dönemini kapsar.

- İlk olarak problem tanımlanır.
- Seçenekler ortaya konur
- Seçeneklerden biri kabul edilir.
- Harekete geçilir.
- Ara ara durum değerlendirilir.

Bir ailenin problem çözme kapasitesi, onun uyum düzeyinin işaretidir. Aileler ciddi boyutlarda sıkıntılı süreçler ve krizler geçirebilirler. Süreç sonrasında ise bazı aileler eski fonksiyonlarına ulaşırken, bazılarında önemli yapısal ve işlevsel değişiklikler oluşabilir (34).

2. İletişim (Communication)

İletişim, aile bireylerinin bilgi paylaşımı olarak tanımlanmaktadır. Aile bireyleri arasındaki sözlü iletişimin içeriğinin açık olup olmadığı, kişilerin söylemek istediklerini direkt yani dolaysız olarak ifade edip edemedikleri önem arz etmektedir. Çünkü etkili iletişim, açık ve direkt olmalıdır. İletişim bir alışverıştır. Sözel ve sözel olmayan olarak iki tipe ayrılır. Sözel olmayan iletişim jest, mimik ve ses tonu olarak sınıflandırılabilir. İletişim fonksiyonları iyi olmayan ailede diğer işlevlerin sağlıklı olması beklenemez.

3. Roller (Roles)

Aile içinde görevlerin belirgin bir şekilde üyelerle eşit olarak paylaşımı, bunlara ilişkin sorumlulukların oluşturularak görevlerin yerine getirilip getirilmemesinin denetlenmesi gibi bireylerin maddi ve manevi ihtiyaçlarının karşılanması için gereken davranış kalıplarıdır. Ailenin kaynaklarının kullanımı, bakıp büyütme, destekleme ve kişisel gelişim sağlama, aile sistemini idare etme gibi konularda davranış kalıpları yani roller etkilidir.

Ailedeki rollerin paylaşımı çok farklı kültürlerde çok daha değişik özellikler barındırabilir. Bu nedenle en uygun rol dağılımı, bireylerin içinde olduğu kültürle çok çatışmayan, bireylerin kabul ettiği, etkin biçimde işlev gören paylaşımlardır.

4. Duygusal Tepki Verebilme (Affective Responsiveness)

Aile bireylerinin her türlü uyaran karşısında en doğru ve uygun tepkiyi gösterebilmesi anlamına gelir. Burada sevgi, mutluluk, neşe gibi refah ifade eden duygular olabildiği gibi kızgınlık, üzüntü, korku gibi tepkiler de oluşabilmektedir. Bir başka ifadeyle duygusal tepki verebilme işlevini yerine getirebilen bir ailede, aile

üyeleri her türlü duygularını ağırlıklı bir şekilde sözle veya hareketlerle ifade edebilirler.

İşlevleri iyi olmayan ailede ise duygusal tepkiler nitelik ve nicelik açısından bozulmuş ve çoğu kez birkaç tepkiye indirgenmiştir. Duygusal tepkilerin niceliğinin bozulduğu ailelerde, bireylerin duygu ifadeleri hemen hemen hiç olmayabilir, bazı ailelerde ise duygusal tepkiler, aşırı şekilde fazla yaşanır.

5. Gereken ilgiyi Gösterme (Affective Involvement)

Aile üyelerinin birbirine gösterdiği ilgi, bakım ve sevgiyi belirtir. En sağlıklı aileler, birbirleriyle orta seviyede ilgilenen ailelerdir. Bu ilginin dozunu ayarlayamayan aileler ise, bu konudaki işlevini yeterince yerine getirememiş olduğunu gösterir. Aşırı ilgilenme, aile üyelerinin birbirine fazla bağımlı olduğunun, gereğinden daha az ilgilenme ise birbirlerine az sevgi ve ilgi gösterdiklerinin kanıtıdır.

6. Davranış Kontrolü (Behavior Control)

Davranış kontrolü, ailenin; üyelerinin tavır ve davranışlarına bir standart oluşturma ve disiplin sağlama biçimidir. Kontrol esnek, katı, gevşek ve düzensiz olabilir. Esnek kontrol hemen her koşulda duruma göre değişebilen akla uygun kontrol biçimidir. Ancak davranış kontrolü katı olduğunda; katı ve değişmez kurallar, gevşek olduğunda; sınırları belirsiz gerekli kontrolün yetersiz, düzensiz olduğunda ise gelişen aynı durumlara bile bazen farklı kontrol geliştiren tutarsız bir davranış oluşturabilir ve tüm bunlar sağlıklı bir işleve işaret etmektedir (5,33,35).

2.4.1. Aile İşlevlerini Etkileyebilecek Etmenler

Aile işlevlerinin sağlıklı veya sağlıklı olmasında birçok etmenlerin etkisi vardır. Örneğin bireylerin eğitim düzeyleri, yaşları, evde yaşayan kişi sayısı ve aile tipi, evlenme yaşları, gelir düzeyleri, eşiyle arasındaki yaş farkı, şiddet görme durumu, aile içi ilişkiler, ekonomik nitelikler, ailede yaşayan kronik hastalığı ya da bir engeli bulunan bireyler, ruhsal hastalıklara sahip olma ve ailenin gelişimsel niteliği gibi çok daha farklı ve fazla dinamiklerle etkileşim içerisinde işlevselliğin yönü değişebilir. Bunlardan en önemli olanlardan birkaçı şunlardır:

• Ailenin nitelikleri

İnsanlar doğduğu, büyüdüğü ve geliştiği sosyoekonomik yapının adeta bir meyvesidir. Çünkü kişi kendisini tanıdığı, hayat beklentisi ve dünya görüşü edindiği bir gözlüktür bu yapı. Evlilikte başarının temel taşlarından biri eşlerin eğitim düzeylerindeki dengedir. Eğitim düzeylerinde aşırı farkın olması çok farklı düşünme ve ciddi iletişim problemleri doğurabilir (36). Ayrıca kişinin eğitim seviyesi arttıkça etkili iletişim becerileri, roller konusunda esnek yardımlaşma gibi çok yönlü faydalar da sağlayabilmektedir.

Ailenin gelir düzeyi, aile yaşamını temelden etkileyen bir diğer unsurdur. Aile ekonomik işlevlerini yerine getirirkenki başarı durumu aile işlevlerinin sağlıklı veya sağlıklı olmamasını etkilemektedir (37). Ailelerin birçok ekonomik ihtiyaçları bulunmakta ve önemli işlevlerinden biri de bu ihtiyaçları zamanında ve yeterince gidermektir. Ancak, aileler bazen bilgisizlik veya içinde yaşadıkları çağın farkında olamama, çoğu zaman da ekonomik yetersizliklerden dolayı bu ihtiyaçları karşılayamamaktadırlar. Eğer aile, ihtiyaçlarını her dönemde rahatlıkla karşılayacak olursa aile işlevleri açısından bir sıkıntı olmayacaktır (38).

Erken yaşta evlilik, evlilik uyumunu ve dolayısıyla işlevselliği olumsuz etkilemektedir. Henüz olgunlaşmamış bir evlilik şablonu, kişinin gelecek planlarında ve evlilik sonrası oluşturulacak ortak evlilik politikalarının oluşturulmasında ve uygulanmasında sorunlar yaratacaktır. Ayrıca çok genç yaşta yapılan evlilik kişinin genellikle kendi beğenisi, arzusu veya mantığıyla değil de daha çok ebeveynlerinin veya daha olgun kişilerin vermiş olduğu kararlarla olmaktadır. Bunun sonucunda zamanın ilerlemesi ve kişilerin de olgunlaşmaya başlaması ile beklentiler ve dünya görüşleri çok farklılaşıp sağlıklı bir ilişkiye yol açabilmektedir (35).

Hane halkının yaşamış olduğu ailede yaşayan birey sayısı veya aile tipi de aile işlevselliğine ciddi etkilerde bulunmaktadır. Geleneksel aile yapısına sahip ailelerde yeterince iletişim fonksiyonlarının gelişmemesi, rol kavramının olması gereken modern dünyaya ayak uyduramamasının veya gereken ilgiyi gösterebilme olanağının sınırlı olmasının aile işlevlerine çok ciddi yan etkisinin bulunması bir gerçektir (38).

Eşler arası yaş farkının artması belki de aile içi rollerde karmaşa yaratacağı iletişim güçlüğüne yol açacağı veya kuşak çatışması yaşatacağı nedenleriyle aile işlevselliğini olumsuz etkilemektedir.

- **Aile içi şiddet**

Tüm dünyada gerçekleştirilen birçok çalışmada şiddetin yaşam kalitesinin fiziksel, sosyal, çevresel ve psikolojik bağlamlarda anlamlı olarak olumsuz değişimine neden olduğu gösterilmiştir (39,40,41). Bu kadar çok değişkeni bütüncül olarak bozan bir davranışın aile işlevselliğini bozmaması imkansızdır. Şiddet aile içerisindeki tüm işlevleri temelinden sarsarak problem çözme ve iletişim becerilerini ciddi olarak etkilemektedir.

- **Ailede Ruhsal Sorunlar**

Ailede ruhsal sorunu olan bir birey olduğunda bu durum aile işlevlerini genellikle olumsuz etkilemekte, bireylerin evlilik doyumundan, memnuniyetinden ve işlevlerin yerine getirilmesinden memnun olmadıkları görülmektedir. Ruhsal sorunları olan bir bireyin varlığı aile yaşamı için bir tehdit unsuru olarak görülmektedir (5).

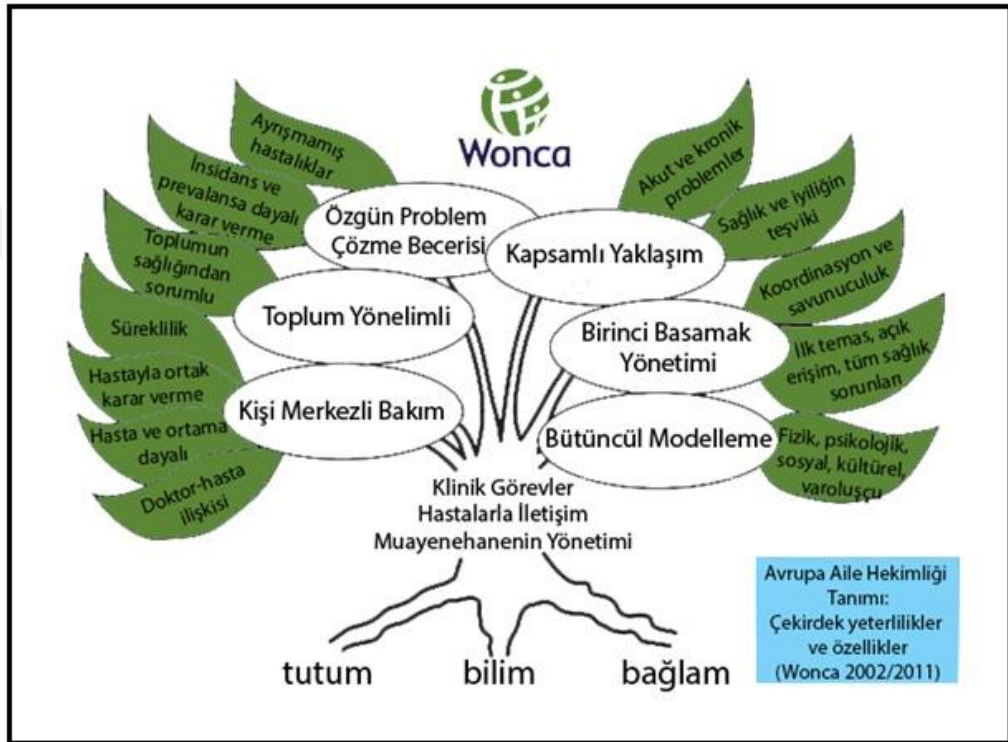
- **Ailede Engeli / Kronik Hastalığı Bulunan Üyenin Varlığı**

Ailesinde kronik hastalığı, bedensel/zihinsel engeli olan bir bireyin varlığı da aile yaşamı için bir tehdit unsuru olarak görülmektedir. Bu durum aile için sorun oluşturmakta, aile ve iş yaşamında çeşitli sorunlara yol açmaktadır. En önemli işlevlerden biri olarak gereken ilgiyi gösterebilme ya da ilginin dağılımının bozulması ve mağdur kişiye kayması ciddi iletişim sorunlarını ve haliyle çözümü zor problemleri de beraberinde getirmektedir (5).

2.5. Aile Hekimliği Tanımı, Disiplininin Özellikleri

Aile Hekimliği; kendine özgü eğitim içeriği, araştırması, kanıt temeli ve klinik uygulaması olan akademik ve bilimsel bir disiplin ve birinci basamak yönelimli klinik bir uzmanlıktır. Aile hekimleri, disiplinin ilkeleri öncülüğünde eğitilmiş uzman tıp hekimleridir (42). Esas olarak yaş, cinsiyet ve rahatsızlık ayrımı yapmaksızın tıbbi bakım arayan her bireye kapsamlı ve sürekli hizmet sunmaktan sorumlu kişisel hekimlerdir (42). Bireylere aile, toplum ve kültürleri bağlamında hizmet sunarlar; bunu yaparken her zaman hastalarının bağımsız kişiliklerine saygı

duyarlar. Ayrıca topluma karşı da mesleki sorumluluk taşırlar. Yönetim planlarını hastalarıyla görüşürken, yineleyen temaslarla oluşan bilgi birikimini ve güveni kullanarak fiziksel, ruhsal, toplumsal, kültürel ve varoluşsal etkenleri birlikte değerlendirerek yaparlar (42). Aile Hekimliği disiplini tanımlayan 12 temel özellik her uzman aile hekiminin ustalaşması gereken 12 yeteneği belirler. Bunlar altı çekirdek yeterlilikte toplanabilir (Şekil 1).



Şekil 1. WONCA ağacı

2.5.1. Birinci basamak yönetimi

a) Sağlık sistemiyle ilk tıbbi temas noktasını oluşturur; hizmet almak isteyenlere açık ve sınırsız bir giriş sağlar; yaş, cinsiyet ya da kişinin başka herhangi bir özelliğine bakmaksızın tüm sağlık sorunlarıyla ilgilenir.

b) Sağlık kaynaklarının etkin bir şekilde kullanılabilmesini sağlar. Diğer sağlık çalışanları ile koordinasyon sağlar ve gerektiğinde hasta adına üstlendiği savunmanlık görevini yapar.

2.5.2. Kişi merkezli bakım

c) Bireye, ailesine ve içinde yaşadığı topluma yönelik hasta merkezli değil kişi merkezli bir yaklaşım geliştirir.

d) Kendine özgü bir hastayla görüşme süreci vardır. Bu süreç etkili bir iletişimle hasta ve hekim arasında ilişki kurulmasını sağlar.

e) Sağlık hizmetlerinin hastanın gereksinimleriyle belirlenen boylamsal (longitudinal) sürekliliğini sağlamaktan sorumludur.

f) Hastanın güçlenmesini teşvik eder.

2.5.3. Özgül sorun çözme becerileri

g) Rahatsızlıkların toplum içindeki prevalans ve insidansının belirleyici olduğu özgün bir karar verme süreci vardır.

h) Gelişimlerinin erken evresinde henüz ayrışmamış bir şekilde sunulan ve ivedi girişim gerektirebilen rahatsızlıkları yönetir.

2.5.4. Kapsamlı yaklaşım

i) Hastaların akut ve kronik tüm sağlık sorunlarını aynı anda yönetir.

j) Uygun ve etkili girişimlerle sağlık ve iyilik durumunu geliştirir.

2.5.5. Toplum yönelimli olma

k) Toplumun sağlığının korunması ve gelişmesi için özel bir sorumluluk üstlenir.

2.5.6. Bütüncül yaklaşım

l) Aile hekimleri sağlık sorunlarını biyolojik, psikolojik ve sosyal boyutlarıyla bütüncül yaklaşım ile değerlendirirler (42).

3. GEREÇ VE YÖNTEMLER

Bu çalışma 1 Ekim 2019 ve 31 Kasım 2019 tarihleri arasında, Adana il merkezindeki 3 Aile Sağlığı Merkezi'ne (ASM) bağlı 10 Aile Hekimliği Birimine başvuran evli 208 kadın üzerinde gerçekleştirilmiştir.

Bu tez çalışması için Sağlık Bilimleri Üniversitesi Adana Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun 25.09.2019 tarihli, 40 sayılı toplantısında onay alınmıştır ve araştırma Helsinki deklarasyonuna uygun görülmüştür (Ek 1). Çalışma evreni Adana il merkezindeki 3 Asm'ye kayıtlı evli kadınlardır.

Çalışmaya dahil edilme kriterleri;

- Evli olmak ve gönüllü olmak

Çalışmadan dışlanma kriterleri;

- Kooperasyon kurulamayacak durumda olmak
- Boşanmış ya da dul olmak
- Gönüllü olur formunu imzalamayan kişiler

Araştırmaya katılan bütün katılımcılara, çalışmanın amacı, yöntemi ve hedefleri hakkında bilgi verilerek, katılımcılardan yazılı onam formu alındı (Ek-2).

Bu kişilere sosyodemografik veriler ve aile işlevselliği üzerine etkili olabilecek risk faktörlerini de içeren yapılandırılmış bir anket formu uygulandıktan sonra tüm katılımcılara Aile Değerlendirme Ölçeği (ADÖ), Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ) ve Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği (HAD) uygulanmıştır.

Hazırlanan veri toplama formunun A bölümünde katılımcıların sosyodemografik verileri kaydedildi. Yaş, aile tipi, toplam çocuk sayısı, eğitim düzeyi, iş durumu ve gelir düzeyi soruları vardı. Aile tipi geniş veya çekirdek olarak ikiye ayrıldı. Eğitim düzeyi ilköğretim ya da daha altı, lise, üniversite olmak üzere üç düzeye ayrıldı. İş durumu dışarıda herhangi bir işte çalışan ve çalışmayan olarak iki gruba ayrıldı. Katılımcılar gelir düzeyine göre düşük (<2500 tl), orta (2500-3000 tl), yüksek (>3500 tl) olmak üzere üç gruba ayrıldı.

Veri toplama formunun B bölümünde evlilikle ilgili veriler sorgulandı. Toplam evlilik yılı, evlilik yaşı, eşle arasındaki yaş farkı verileri kaydedildi. Eş uyum

düzeyi, eşin ailesiyle olan uyum düzeyi ve evlilik memnuniyet düzeyi 1 ile 5 arasında derecelendirilerek likert olarak sorgulandı.

Veri toplama formu C bölümünde katılımcının kendi çocukluk dönemine ait bazı bilgiler sorgulandı. Çocukluk döneminde ebeveyn kaybı mevcudiyeti, ebeveyn kaybı yaşayanların o anki yaşları ve kayıp sonrası psikolojik etki 1 ile 5 arasında derecelendirildi. Geçmişte kendi ailesinde veya kendisine karşı fiziksel ve sözlü şiddet düzeyi 1 ile 5 arasında derecelendirilerek katılımcılara likert olarak soruldu.

Veri toplama formu D bölümünde katılımcıların eşleri ile ilgili veriler kaydedildi. Eş eğitim düzeyi ilköğretim ya da daha altı, lise, üniversite olarak üç gruba ayrıldı. Çalışma durumu ile çalışma şekli sorgulandı. Katılımcılar çalışma şekli sadece gündüz veya vardiyalı (geceli-gündüzlü) olmak üzere iki gruba ayrıldı. Eşin çalıştığı işin aile üzerindeki baskı düzeyi, eş tarafından uygulanan şiddet düzeyi, sigara kullanma düzeyi, alkol kullanma düzeyi, şans oyunları oynama düzeyi, madde kullanma düzeyi 1 ile 5 arasında derecelendirilmiş likert olarak sorgulanmıştır. Eşin çocukluk döneminde ebeveyn kaybı mevcudiyeti sorgulandı.

Veri toplama formu E bölümünde katılımcıların ve aile bireylerinin hastalıkları veya engel durumları sorgulanarak kaydedilmiştir. Kendisinde veya ailesinde kronik bir hastalık mevcudiyeti, ailesinde engelli/bakım gerektiren kişi mevcudiyeti, ailesinde ruhsal bir hastalığı olan ya da daha önce tanı almış birey mevcudiyeti kaydedilmiştir.

Veri toplama formu F bölümünde katılımcılar Duvall Aile Yaşam/Gelişim Evreleri ne göre 8 gruba ayrılmıştır.

Aile işlevsellik algısını ölçmek için Aile Değerlendirme Ölçeği (ADÖ), Sosyal desteğin sorgulanmasında Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ), anksiyete depresyon riskinin tespitinde ise Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği (HAD) kullanıldı.

Anketin anlaşılabilirliğini ve uygulanabilirliğini test etmek için 20 hastadan oluşan bir örneklem üzerinde pilot çalışma yapıldı ve öneriler doğrultusunda anketin son şekli verildi. Araştırmada kullanılan formlar hastalarla yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak dolduruldu ve her birey için veri toplama süresi ortalama 25 dakika kadar zaman aldı.

3.1. Araştırmada Kullanılan Ölçekler

Aile Değerlendirme Ölçeği (ADÖ): Epstein, Baldwin ve Bishop tarafından 1983 yılında geçerlik ve güvenirlik çalışması yapılan ölçek, daha önce geliştirilmiş olan McMaster Aile İşlevleri Modelinin klinik olarak aileler üzerinde uygulanmasıyla elde edilmiştir (5). Ölçek, Türkiye’de Bulut (1989) tarafından geçerlik ve güvenirlik çalışmaları yapılarak dilimize kazandırılmıştır.

Problem Çözme, İletişim, Roller, Duygusal Tepki Verebilme, Gereken İlgiyi Gösterme, Davranış Kontrolü olarak 6 McMaster alt boyutu ile genel olarak işlevselliği gösteren Genel İşlevler alt boyutu olmak üzere 7 alt ölçek ve 60 madde içermekte ve aile üyelerinin kendi aileleriyle ilgili algılarını değerlendirmektedir. Her madde aile yaşamına ilişkin olumlu veya olumsuz ifadelerin yer aldığı cümlelerden oluşturulmuş ve her biri yedi alt boyuttan bir tanesine aittir. Bazı maddelerde “Aynen Katılıyorum” seçeneği sağlıklı aile işlevini gösterdiği halde, diğerlerinde “Hiç Katılmıyorum” seçeneği sağlıksızlık ifadesidir. Ölçeğin değerlendirilmesi için hesaplamada kolaylık oluşturmak amacıyla sağlıksızlık gösteren maddelere verilen puanlar 5’ den çıkarılarak her maddede “Aynen Katılıyorum” seçeneğinin en sağlıklı aile işlevini, “Hiç Katılmıyorum” seçeneğinin ise en sağlıksız aile işlevini göstermesi amaçlanmaktadır. Bu şekilde elde edilen puanlar her alt boyut için toplanılarak ortalaması alınır. Ortalama değerler 4’e yaklaştıkça aile işlevlerinde sağlıksızlığa doğru bir gidiş; 1’e doğru yaklaştıkça ise işlevlerde sağlıklılığa doğru bir gidiş vardır. Teorik olarak 2 kesme değer sayılabilir (5). Ölçeğin hangi maddelerinin hangi alt ölçeğe dahil olduğu, işlevlerine göre sağlıklı ve sağlıksızlığı ifade eden maddeler Tablo 2’de gösterilmiştir.

Tablo 2. ADÖ’de yer alan maddelerin alt ölçeklere ve sağlıklı-sağlıksız işlevleri gösterme durumuna göre dağılımı

ADÖ alt ölçekler	Sağlıklı işlevler	Sağlıksız işlevler
Problem çözme	2-12-24-38-50-60	
İletişim	3-18-29-43-59	14-22-35-52
Roller	10-30-40	4-8-15-23-34-45-53-58
Duygusal tepki verebilme	49-57	9-19-28-39
Gereken ilgiyi gösterebilme		5-13-25-33-37-42-54
Davranış kontrolü	20-32-55	7-17-27-44-47-48
Genel işlevler	6-16-26-36-46-56	1-11-21-31-41-51

Her bir boyutta o boyutun içerdği maddelerin %40'ından fazlası cevapsız bırakılmışsa ortalama puan hesaplanmaz ve o kişi fire olarak kabul edilir. Her kişi için 7 alt ölçek puanı elde edilir (5). 1983 yılında Epstein ve Bishop iş birliği ile ölçeğin geçerlilik çalışması yapılmıştır. Ölçeğin Türkiye'deki geçerlilik ve güvenirlik çalışması ise Bulut tarafından 1990 yılında yapılmıştır (5). Ölçeğin güvenirliği iç tutarlık ve puan değişmezliği bakımından incelenmiş olup, iç tutarlılık ile ilgili analiz 67 deneğin Aile Değerlendirme Ölçeğine verdikleri yanıtlar üzerinden her bir grup için Cronbach alfa kat sayıları hesaplanmıştır. Aşağıdaki tabloda Cronbach alfa kat sayıları gösterilmektedir.

Tablo 3. ADÖ'nün İchtutarlılığına İlişkin Cronbach alfa Katsayıları ve Puan Değişmezliğine İlişkin Test-Tekrar Test Korelasyonları

ADÖ alt ölçekler	Cronbach alfa (n=67)	Test-Tekrar Test (n=51)
Problem çözme	0,80	0,90
İletişim	0,71	0,84
Roller	0,42	0,82
Duygusal tepki verebilme	0,59	0,78
Gereken ilgiyi gösterebilme	0,38	0,62
Davranış kontrolü	0,52	0,80
Genel işlevler	0,86	0,89

Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği (HAD): Bedensel hastalığı olan hastalara ve birinci basamak sağlık hizmetlerine başvuran gruba uygulanan, kişide anksiyete ve depresyon risk düzeyini belirlemek için yapılan bu ölçek 14 sorudan oluşmaktadır. Tek sayılı sorular anksiyete seviyesini belirlerken, çift sayılı sorular ise depresyon seviyesini belirler. Hasta tarafından uygulanan anket 4 lü likert yapısına sahiptir. Her maddenin puanlaması farklı olup 1, 3, 5, 6, 8, 10, 11.ve 13. maddeler giderek azalan şiddet gösterirler ve puanlama 3, 2, 1, 0 olarak yapılır. Diğer yandan, 2, 4, 7, 9, 12. ve 14. maddeler ise 0, 1, 2, 3 biçiminde puanlama yapılır. Değerlendirmede tek sayılı soruların puanı anksiyete alt ölçeği skoru için toplanır, çift sayılı soruların puanı depresyon alt ölçeğini skoru için toplanır. Türkiyede geçerlilik ve güvenirlik çalışması Ömer Aydemir ve arkadaşları tarafından yapılmış olup, anksiyete alt ölçeği için kesme puanı 10/11, depresyon alt ölçeği için kesme puanı 7/8 olarak bulunmuştur. Buna göre bu puanların üzerinde puan alan kişiler risk altında olarak değerlendirilmektedir (43,44).

Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ): Ölçek, Zimet ve arkadaşları (1988) tarafından geliştirilmiş, Eker ve arkadaşları tarafından (2001) Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ) (Multidimensional Scale of Perceived Social Support)'nin gözden geçirilmiş formunun faktör yapısı, geçerlik ve güvenilirliği çalışılmıştır. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği 12 maddeden oluşmaktadır. Ölçeğin üç alt boyutta ve her boyut için 4 madde bulunur. Bu alt ölçekler; aile, arkadaş ve özel bir insandır. Her madde 7'li likert kullanılarak derecelendirilmiştir. Her alt ölçekteki dört puanın toplanması ile alt ölçeklerin puanı oluşturulmakta ve bütün alt ölçek puanların toplanması ile de ölçeğin toplam puanı elde edilmektedir. Alt ölçeklerden alınabilecek en düşük puan 4, en yüksek puan 28'dir. Ölçeğin tamamından ise elde edilecek en düşük puan 12, en yüksek puan 84'tür. Elde edilen puanın yüksek olması algılanan sosyal desteğin yüksek olduğunu ifade etmektedir. Ölçeğin iç tutarlık (Cronbach alfa's) katsayısı 0.80- 0,95 arasında bulunmuştur (45). Bu araştırmada ölçeğin güvenilirlik analizi tekrar yapılmış ve Cronbach Alfa's değeri 0,88 bulunmuştur.

3.2. İstatistiksel Analizler

Bu çalışma gözlemsel tipte tanımlayıcı kesitsel bir araştırmadır. Sürekli değişkenler ortalama±standart sapma ve en küçük-en büyük olarak, kategorik değişkenler sayı ve yüzde olarak ifade edildi. Veriler SPSS 21.0 programında analiz edildi. Sayısal değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov-Smirnov ve Shapiro-Wilk testi ile incelenmiştir. Çalışmaya katılan hastaların sosyodemografik verileri için tanımlayıcı istatistikler yapıldı. Normal dağılımlı gruplarda iki değişkenli ve değişkenlerin bağımsız olduğu durumlarda bağımsız örneklemli t testi, nonparametrik değişkenlerde ise Mann-Whitney U testi kullanarak analiz edildi. Verilerin nominal olduğu grupların karşılaştırılmasında Ki-kare testi kullanılmıştır. İki'den fazla grup arasındaki karşılaştırmalarda normal dağılımlı gruplarda One Way Anova, normal dağılımlı olmayanlarda ise Kruskal-Wallis yöntemi kullanılarak analiz yapılmıştır. One Way Anova uygulanan karşılaştırmalarda alt gruptaki ikili karşılaştırmalar için Post-hoc Tukey testi kullanıldı. Sayısal veriler arasındaki ilişkilerin değerlendirilmesinde Spearman's Korelasyon Analizi kullanılmıştır. P değeri <0,05 olduğu durumlarda aradaki fark anlamlı olarak kabul edilmiştir.

4. BULGULAR

Bu kesitsel çalışmaya, 1 Ekim 2019–31 Kasım 2019 tarihleri arasında Adana'daki aile hekimliği birimlerine kayıtlı 208 evli kadın katıldı. Katılımcıların yaş ortalaması $41,1 \pm 10,9$ yıl (en küçüğü:19 – en büyüğü:78 yıl) idi. Çocuk sayıları ortalaması ise $1,8 \pm 1,2$ (en az:0 – en çok:6) idi. Kişilerin eğitim durumlarına bakıldığında 67 kişi (%32,2) ilköğretim ya da daha altı, 82 kişi (%39,4) lise, 59 kişi (%28,4) üniversite eğitimi seviyesine sahipti. İş durumuna göre 172'si (%82,7) çalışmıyor, 36'sı (%17,3) çalışıyordu. Katılımcıların aile gelir durumuna göre 43 kişi (%20,7) düşük gelir, 74 kişi (%35,6) orta gelir, 91 kişi (%43,8) yüksek gelir durumuna sahipti. Katılımcıların 180'i (%86,5) çekirdek aileye, 28'i (%13,5) geniş aileye mensuptular (Tablo 4).

Tablo 4. Çalışmaya katılan kadınların sosyo-demografik verileri.

Sosyo-demografik özellikler(n=208)		n	%
Eğitim durumu	İlköğretim ya da daha altı	67	32,2
	Lise	82	39,4
	Üniversite	59	28,4
İş durumu	Çalışmıyor	172	82,7
	Çalışıyor	36	17,3
Ailenin gelir durumu	Düşük gelir	43	20,7
	Orta gelir	74	35,6
	Yüksek gelir	91	43,8
Aile tipi	Çekirdek aile	180	86,5
	Geniş aile	28	13,5

Çalışmaya katılan kadınların evlilik süreleri ortalamaları $17,6 \pm 13,0$ (en az:1– en çok:56 yıl) idi. Katılımcıların evlendiklerindeki yaş ortalamaları $23,3 \pm 4,5$ yıl (en küçük: 14– en büyük 38 yıl) idi. Eşiyle arasındaki yaş farkı ortalamaları $3,8 \pm 2,4$ yıl (en az:0– en çok: 13 yıl) idi (Tablo5).

Tablo 5. Katılımcı kadınların evlilikle ilgili verileri.

Evlilikle ilgili özellikler	Ort.±SD*	En küçük	En büyük
Evlilik süresi (yıl)	17,6±13,0	1	56
Evlendiğindeki yaşı (yıl)	23,3±4,5	14	38
Eşiyle arasındaki yaş farkı (yıl)	3,8 ±2,4	0	13

*SD: Standart deviasyon.

Katılımcıların eşler arası yaş farkı; 2 ve daha az yıl olan 64 (%30,8) kişi, yaş farkı 3-4 yıl olan 79 (%38,0) kişi, yaş farkı 5 ve daha fazla yıl olan 65 (%31,2) kişi idi (Tablo 6).

Tablo 6. Katılımcı kadınların evlilikle ilgili yaş farkı verileri.

Eşler arasındaki yaş farkı	n	%
Yaş farkı 2 ve daha az yıl	64	30,8
Yaş farkı 3-4 yıl	79	38,0
Yaş farkı 5 ve daha fazla yıl	65	31,2

Katılımcıların eşiyle ve ailesiyle uyum düzeyi ve evlilik memnuniyeti 1: en az 5: en çok olacak şekilde skorlandığında; eşiyle arasındaki uyum düzeyi ortalama puanı 3,12±1,06 ve test değeri olarak alınan 3 puana göre anlamlı olarak saptanamamıştır (t=1,630, p=0,105). Eşinin ailesiyle uyum düzeyi ortalama puanı 2,58±1,06 idi ve test değeri olarak alınan 3 puana göre anlamlı olarak düşük saptandı (t=-5,754, p=0,000). Evlilik memnuniyeti ortalama puanı 3,39±1,01 idi ve test değeri olarak alınan 3 puana göre anlamlı olarak yüksek saptandı (t=5,596, p=0,000) (Tablo 7).

Tablo 7. Katılımcı kadınların eşiyle ve ailesiyle uyum düzeyi ve evlilik memnuniyeti ile ilgili sorulara verdikleri yanıtların ortalama puanları.

Eşiyle ve ailesiyle uyumu ve evlilik memnuniyeti	Ort $\pm$ SD	Test değeri 3,0	
		t**	p
Eşiyle arasındaki uyum düzeyi	3,12 $\pm$ 1,06	1,630	0,105
Eşinin ailesiyle uyum düzeyi	2,58 $\pm$ 1,06	-5,754	0,000 [†]
Evlilik memnuniyeti	3,39 $\pm$ 1,01	5,596	0,000 [†]

(1: En az, 5: En çok). **Tek Örneklemli t testi, test değeri 3,0 alınmıştır. [†]p<0, 01

Katılımcılardan çocukluk döneminde ebeveyn kaybı yaşayanlar 41 kişi (%19,7), ebeveyn kaybı yaşamayanlar 167 (%80,3) kişi idi. Çocuklukta ebeveyn kaybı yaşayanların yaş aralığına baktığımızda; 8 yaşa kadar olanlar 11 (%26,8) kişi, 9-13 yaş arası olanlar 17 (%41,5) kişi, 14 yaş ve üzeri olanlar 13 (%31,7) kişi idiler (Tablo 8).

Tablo 8. Katılımcı kadınların çocukluk döneminde ebeveyn kaybına ait bilgiler.

Çocukluk döneminde ebeveyn kaybına ait bilgiler.		n	%
Çocuklukta ebeveyn kaybı	Evet	41	19,7
	Hayır	167	80,3
Çocuklukta ebeveyn kaybetme yaşı	8 yaşa kadar	11	26,8
	9-13 yaş arası	17	41,5
	14 yaş ve üzeri	13	31,7

Katılımcıların aile içi şiddet düzeyleri, 1: en az 5: en çok olacak şekilde skorlandığında; geçmişte ailesinde sözlü şiddet düzeyi ortalama puanı 2,03 $\pm$ 0,99 idi ve test değeri olarak alınan 3 puana göre anlamlı olarak düşük saptandı (t=-14,115, p=0,000). Geçmişte ailesinde fiziksel şiddet düzeyi ortalama puanı 1,54 $\pm$ 0,77 idi ve test değeri olarak alınan 3 puana göre anlamlı olarak düşük saptandı (t=-26,970, p=0,000). Geçmişte ailesinde kendisine karşı sözlü şiddet düzeyi ortalama puanı 1,85 $\pm$ 0,97 idi ve test değeri olarak alınan 3 puana göre anlamlı olarak düşük saptandı (t=-16,928, p=0,000). Geçmişte ailesinde kendisine karşı fiziksel şiddet düzeyi 1,36 $\pm$ 0,68 idi ve test değeri olarak alınan 3 puana göre anlamlı olarak düşük saptandı (-34,371, p=0,000) (Tablo 9).

Tablo 9. Katılımcı kadınların çocukluk dönemine aile içi şiddet durumu ile ilgili sorulara verdikleri yanıtların ortalama puanları.

Aile içi şiddet düzeyleri	Ort $\pm$ SD	Test değeri 3,0	
		t**	p
Geçmişte ailesinde sözlü şiddet düzeyi	2,03 $\pm$ 0,99	-14,115	0,000 [†]
Geçmişte ailesinde fiziksel şiddet düzeyi	1,54 $\pm$ 0,77	-26,970	0,000 [†]
Geçmişte ailesinde kendisine karşı sözlü şiddet düzeyi	1,85 $\pm$ 0,97	-16,928	0,000 [†]
Geçmişte ailesinde kendisine karşı fiziksel şiddet düzeyi	1,36 $\pm$ 0,68	-34,371	0,000 [†]

(1: En az, 5: En çok). **Tek Örneklemli t testi, test değeri 3,0 alınmıştır. [†]p<0, 01.

Katılımcıların eşleriyle ilgili sosyo-demografik veriler sorgulandığında; eşinin eğitim durumu düşük olanlar 44 (%21,2) kişi, orta olanlar 75 (%40,9) kişi, yüksek olanlar 89 (%38,0) kişi idi. Eşi herhangi bir işte çalışanlar 167 (%80,3) kişi, herhangi bir işte çalışmayanlar 41 (%17,7) kişi idi. Eşi herhangi bir işte çalışanlar; çalışma şekline göre sadece gündüz çalışanlar 113 (%54,3) kişi, vardiya (geceli-gündüzlü) usulü çalışanlar 57(%27,4) kişi idi. Katılımcıların eşlerinden çocukluk döneminde anne-baba kaybı yaşayanlar 34(%34) kişi, anne-baba kaybı yaşamayanlar 174 (%83,7) kişi idi (Tablo 10).

Tablo 10. Katılımcı kadınların eşlerine ait veriler.

Eşiyile ilgili sosyo-demografik veriler		n	%
Eşinin eğitim durumu	İlköğretim ya da daha altı	44	21,2
	Lise	75	40,9
	Üniversite	89	38,0
Eşin çalışma durumu	Evet	167	80,3
	Hayır	41	17,7
Eşin çalışma şekli	Sadece gündüz çalışıyor	113	54,3
	Vardiyalı (geceli-gündüzlü)	57	27,4
Eşin çocuklukta ebeveyn kaybı	Evet	34	16,3
	Hayır	174	83,7

Katılımcıların eşlerine ait risk faktörlerinin düzeyi, 1: en az 5: en çok olacak şekilde skorlandığında; eşin çalıştığı işin aile üzerindeki baskı düzeyi ortalama puanı 2,67 $\pm$ 1,35 idi ve test değeri olarak alınan 3 puana göre anlamlı olarak düşük saptandı (t=-3,174, p=0,002). Eşin şiddet uygulama düzeyi ortalama puanı 1,50 $\pm$ 0,94 idi ve test değeri olarak alınan 3 puana göre anlamlı olarak düşük saptandı (t=-22,749,

p=0,000). Eşin sigara kullanma düzeyi ortalama puanı 2,69±1,39 idi ve test değeri olarak alınan 3 puana göre anlamlı olarak düşük saptandı (t=-3,223, p=0,001). Eşin alkol kullanma düzeyi ortalama puanı 1,87±1,07 idi ve test değeri olarak alınan 3 puana göre anlamlı olarak düşük saptandı (t=-15,190, p=0,000). Eşin şans oyunları oynama düzeyi ortalama puanı 1,37±0,74 idi ve test değeri olarak alınan 3 puana göre anlamlı olarak düşük saptandı (t=-31,605, p=0,000). Eşin madde kullanma ortalama puanı 1,03±0,31 idi ve test değeri olarak alınan 3 puana göre anlamlı olarak düşük saptandı (t=3,174, p=0,002) (Tablo 11).

Tablo 11. Katılımcı kadınların eşlerine ait risk faktörleri ile ilgili verdikleri yanıtların ortalama puanları.

Eşlerine ait risk faktörlerinin düzeyi	Ort.±SD*	Test değeri 3,0	
		t**	p
Eşin çalıştığı işin aile üzerindeki baskı düzeyi	2,67±1,35	-3,174	0,002 [†]
Eşin şiddet uygulama düzeyi	1,50±0,94	-22,749	0,000 [†]
Eşin sigara kullanma düzeyi	2,69±1,39	-3,223	0,001 [†]
Eşin alkol kullanma düzeyi	1,87±1,07	-15,190	0,000 [†]
Eşin şans oyunları oynama düzeyi	1,37±0,74	-31,605	0,000 [†]
Eşin madde kullanma düzeyi	1,03±0,31	-3,174	0,002 [†]

* (1: En az, 5: En çok) ** Tek Örneklemli t testi, test değeri 3,0 alınmıştır. [†]p<0, 01.

Katılımcıların ve aile bireylerinin hastalıkları ve engel durumlarına göre; kronik bir hastalığı olanlar 86 (%41,3) kişi, kronik bir hastalığı olmayanlar 122 (%58,7) kişiydi. Ailesinde kronik hastalıklı birey olanlar 80 (%38,5) kişi, ailesinde kronik hastalıklı birey olmayanlar 128 (%61,5) kişiydi. Ailesinde engelli/bakım gerektiren birey olanlar 17 (%8,2), ailesinde engelli/bakım gerektiren birey olmayanlar 191 (%91,8) kişi idi. Ailesinde ruhsal bir hastalığı olanlar 18 (%8,7) kişi, ailesinde ruhsal bir hastalığı olmayanlar 190 (%91,3) kişiydi (Tablo 12).

Tablo 12. Katılımcı kadınların ve aile bireylerinin hastalıkları, engel durumları

Katılımcılarda ve aile bireylerinde hastalık ve engel durumları		n	%
Kronik hastalık durumu	Evet	86	41,3
	Hayır	122	58,7
Ailede kronik hastalık durumu	Evet	80	38,5
	Hayır	128	61,5
Ailede engelli/bakım gerektiren erişkin varlığı	Evet	17	8,2
	Hayır	191	91,8
Ailede ruhsal bir hastalığı olan birey varlığı	Evet	18	8,7
	Hayır	190	91,3

Çalışmaya katılan bireylerin Duvall aile yaşam evrelerine göre; çocuğu olmayanlar (evre-1) 39 (%18,8) kişi, ilk çocuğu 30 aydan küçük olan (evre-2) 18 (%8,7) kişi, ilk çocuğu 30 ay-6 yaş arası olan (evre-3) 20 (%9,6) kişi, ilk çocuğu 6-13 yaş arası olan (evre-4) 23 (%11,1) kişi, ilk çocuğu 13-20 yaş arası olan (evre-5) 35 (%16,8) kişi, ilk çocuğun evden ayrıldığı son çocuğun ise evde olduğu (evre-6) 40 (%19,2) kişi, tüm çocuklarının evden ayrıldığı ama henüz emekli olmayan (evre-7) 10 (4,8) kişi, tüm çocukların evden ayrıldığı ve emeklilik döneminde olan (evre-8) 23 (%11,1) kişi idi (Tablo 13).

Tablo 13. Katılımcı kadınların Duvall Aile Yaşam Evresi-Döngüsü.

Evre	Yaşam döngüsü	n	%
Evre- 1	Çocuğum yok	39	18,8
Evre- 2	İlk çocuğu 30 aydan küçük	18	8,7
Evre- 3	İlk çocuğu 30 ay-6 yaş arası	20	9,6
Evre- 4	İlk çocuğu 6-13 yaş arası	23	11,1
Evre- 5	İlk çocuğu 13-20 yaş arası	35	16,8
Evre- 6	İlk çocuğu evden ayrıldı son çocuğu evde	40	19,2
Evre- 7	Tüm çocukları evden ayrıldı ama henüz emekli değiller	10	4,8
Evre- 8	Tüm çocuklar evden ayrıldı emeklilik döneminde	23	11,1

Çalışmaya katılan bireylerin ADÖ alt ölçekleri ortalama puanlarına göre; problem çözme $1,83 \pm 0,63$, iletişim $1,82 \pm 0,57$, roller $2,02 \pm 0,51$, duygusal tepki verebilme $1,74 \pm 0,60$, gereken ilgiyi gösterebilme $2,06 \pm 0,41$, davranış kontrolü $1,86 \pm 0,52$, genel işlevler $1,68 \pm 0,55$ idi (Tablo 14).

Tablo 14. Katılımcı kadınların Aile Değerlendirme Ölçeği-Alt ölçeklerinden aldıkları puanların ortalamaları.

Aile Değerlendirme Ölçeği (ADÖ)* (n=208)	Ort. ±SD**
1. Problem çözme	1,83±0,63
2. İletişim	1,82±0,57
3. Roller	2,02±0,51
4. Duygusal tepki verebilme	1,74±0,60
5. Gereken ilgiyi gösterebilme	2,06±0,41
6. Davranış kontrolü	1,86±0,52
7. Genel işlevler	1,68±0,55

*ADÖ: Aile değerlendirme ölçeği. **SD: Standart deviasyon.

Çalışmaya katılan bireylerin Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ) ile yapılan değerlendirmesinde ortalama sosyal destek puanı 61,70±14,4 olarak bulunmuştur. Alt ölçeklere bakıldığında; aile ortalaması 23,06±6,27, arkadaş ortalaması 21,03±5,21, özel insan ortalaması ise 17,55±6,77 bulunmuştur (Tablo 15).

Tablo 15. Katılımcı kadınların ÇBASDÖ ortalama skorları.

ÇBASDÖ*	Ort.±SD**
Aile	23,06±6,27
Arkadaş	21,03±5,21
Özel insan	17,55±6,77
Toplam puan	61,70±14,4

*Çok boyutlu Algılanan Sosyal destek ölçeği. **SD: Standart deviasyon.

Katılımcıların Hastane Anksiyete-Depresyon Ölçeği (HAD) ile depresyon ve anksiyete riskleri değerlendirildiğinde; 45' inde (%21,6) anksiyete riski mevcuttu, 63' ünde de (%30,3) depresyon riski mevcuttu (Tablo 16).

Tablo 16. Katılımcı kadınların Hastane Anksiyete-Depresyon (HAD) ölçeği ile anksiyete- depresyon riskinin değerlendirmesi.

HAD*	Değerlendirme	HAD skor	n	%
HAD-A (Anksiyete)	Risk yok	0-10 puan	163	78,4
	Risk var	11-21 puan	45	21,6
HAD-D (Depresyon)	Risk yok	0-7 puan	145	69,7
	Risk var	8-21 puan	63	30,3

*HAD: Hastane anksiyete-depresyon ölçeği.

Katılımcıların Hastane Anksiyete-Depresyon ölçeğinden (HAD) aldıkları ortalama puanlar; HAD-Anksiyete 6,59±4,70, HAD-Depresyon 5,08±4,53 idi (Tablo 17).

Tablo 17. Katılımcı kadınların HAD ortalama skorları.

HAD*	Ort.±SD**
HAD-A (Anksiyete)	6,59±4,70
HAD-D (Depresyon)	5,08±4,53

*HAD: Hastane anksiyete-depresyon ölçeği. **SD: Standart deviasyon.

Çekirdek aile ve geniş aile tipine mensup olanlar ile Aile Değerlendirme Ölçeğinin (ADÖ) alt ölçekleri karşılaştırıldı. Çekirdek aile ve geniş aile tipine mensup olanlar ile ADÖ problem çözme puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunamadı ($t=-2,375$, $p=0,18$). Çekirdek aile ve geniş aile tipine mensup olanlar ile ADÖ iletişim puan ortalamaları arasında istatistiksel yönden anlamlı bir ilişki saptandı ($t=-3,110$, $p=0,02$). Geniş aileye mensup olanlar, çekirdek aileye mensup olanlara göre daha yüksek iletişim puan ortalamasına sahipti. Çekirdek aile ve geniş aile tipine mensup olanlar ile ADÖ roller puan ortalamaları arasında istatistiksel yönden anlamlı bir ilişki saptandı ($t=-2,818$, $p=0,04$). Geniş aileye mensup olanlar, çekirdek aileye mensup olanlara göre daha yüksek roller puan ortalamasına sahipti. Çekirdek aile ve geniş aile tipine mensup olanlar ile ADÖ duygusal tepki verebilme puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunamadı ($t=-2,325$, $p=0,21$). Çekirdek aile ve geniş aile tipine mensup olanlar ile ADÖ gereken ilgiyi gösterebilme puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunamadı ($t=-1,587$, $p=0,20$). Çekirdek aile ve geniş aile tipine mensup olanlar ile ADÖ davranış kontrolü puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunamadı ($t=-2,645$, $p=0,09$). Çekirdek aile ve geniş aile tipine mensup olanlar ile ADÖ genel işlevler puan ortalamaları arasında istatistiksel yönden anlamlı bir ilişki saptandı ($t=-3,904$, $p=0,003$). Geniş aileye mensup olanlar, çekirdek aileye mensup olanlara göre daha yüksek genel işlevler puan ortalamasına sahipti (Tablo 18).

Tablo 18. Katılımcı kadınların Aile tiplerinin, ADÖ alt ölçekleri ile karşılaştırılması.

Aile Değerlendirme Ölçeği	Çekirdek aile (n=180) Ort.±SD	Geniş aile (n=28) Ort.±SD	t*	p
Problem çözme	1,79±0,63	2,09±0,61	-2,375	0,18
İletişim	1,77±0,54	2,13±0,67	-3,110	0,02[†]
Roller	1,98±0,50	2,28±0,55	-2,818	0,04[†]
Duygusal tepki verebilme	1,70±0,58	1,99±0,67	-2,325	0,21
Gereken ilgiyi gösterebilme	2,05±0,39	2,18±0,51	-1,587	0,20
Davranış kontrolü	1,83±0,48	2,10±0,64	-2,645	0,09
Genel işlevler	1,62±0,51	2,05±0,67	-3,904	0,003^{††}

*İki örneklemlili t testi kullanılmıştır. [†]p<0.05, ^{††}p<0.01.

Katılımcıların eğitim düzeyine göre ADÖ-alt ölçekleri karşılaştırıldı. Eğitim düzeyi ile problem çözme puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı (F=0,779, p=0,460) (Tablo 19). Eğitim düzeyi ile iletişim puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptandı (F=3,928, p=0,021). Üç grup arasındaki farkın nereden kaynaklandığını saptamak amacıyla yapılan Post-Hoc Tukey testine göre ilköğretim ya da daha altı eğitim düzeyine sahip olanlar, üniversite eğitim düzeyine sahip olanlara göre iletişim puan ortalaması anlamlı olarak daha yüksek bulundu (p=0,031) (Tablo 20). Eğitim düzeyi ile roller puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptandı (F=5,521, p=0,005). Üç grup arasındaki farkın nereden kaynaklandığını saptamak amacıyla yapılan Post-Hoc Tukey testine göre ilköğretim ya da daha altı eğitim düzeyine sahip olanlar, lise (p=0,008) ve üniversite (p=0,019) eğitim düzeyine sahip olanlara göre roller puan ortalaması anlamlı olarak daha yüksek bulundu. Eğitim düzeyi lise ve üniversite olanlar arasında ilişki saptanamadı (p=0,997). Eğitim düzeyi ile duygusal tepki verebilme puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptandı (F=7,735, p=0,001). Üç grup arasındaki farkın nereden kaynaklandığını saptamak amacıyla yapılan Post-Hoc Tukey testine göre ilköğretim ya da daha altı eğitim seviyesine sahip olanlar, lise (p=0,003) ve üniversite (p=0,002) eğitim düzeyi sahip olanlara göre duygusal tepki verebilme puan ortalaması anlamlı olarak daha yüksek bulundu. Eğitim düzeyi lise ve üniversite olanlar arasında ilişki saptanamadı (p=0,906). Eğitim düzeyi ile gereken ilgiyi gösterebilme puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptandı (F=7,784, p=0,001). Üç grup arasındaki farkın nereden kaynaklandığını saptamak amacıyla yapılan Post-Hoc

Tukey testine göre ilköğretim ya da daha altı eğitim düzeyine sahip olanlar ile lise eğitim seviyesine sahip olanlar arasında ilişki saptanmamıştır ($p=0,229$). İlköğretim ya da daha altı eğitim düzeyine sahip olanlar, üniversite eğitim düzeyine sahip olanlara göre gereken ilgiyi gösterebilme puan ortalaması anlamlı olarak daha yüksek bulundu ($p=0,0031$). Eğitim düzeyi lise olanlar, üniversite olanlara göre gereken ilgiyi gösterebilme puan ortalaması anlamlı olarak daha yüksek bulundu ($p=0,034$). Eğitim düzeyi ile davranış kontrolü puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı ($F=4,495$, $p=0,12$). Eğitim düzeyi ile genel işlevler puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptandı ($F=6,875$, $p=0,001$). Üç grup arasındaki farkın nereden kaynaklandığını saptamak amacıyla yapılan Post-Hoc Tukey testine göre ilköğretim ya da daha altı eğitim seviyesine sahip olanlar; lise ($p=0,005$) ve üniversite ($p=0,004$) eğitim seviyesine sahip olanlara göre genel işlevler puan ortalaması anlamlı olarak daha yüksek bulundu. Eğitim seviyesi lise veya üniversite olanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamadı ($p=0,939$).

Tablo 19. Katılımcı kadınların eğitim düzeyine göre Aile Değerlendirme Ölçeği (ADÖ) alt ölçeklerinin karşılaştırılması.

Aile Değerlendirme Ölçeği (ADÖ)	İlköğretim ya da altı Ort.±SD (n=67)	Lise Ort.±SD (n=82)	Üniversite Ort.±SD (n=59)	F*	p
Problem Çözme	1,91±0,69	1,79±0,56	1,80±0,66	0,779	0,460
İletişim	1,98±0,62	1,76±0,55	1,72±0,50	3,928	0,021 [†]
Roller	2,19±0,46	1,94±0,52	1,95±0,52	5,521	0,005 ^{††}
Duygusal tepki verebilme	1,97±0,64	1,65±0,53	1,61±0,59	7,735	0,001 ^{††}
Gereken ilgiyi gösterebilme	2,19±0,50	2,08±0,37	1,90±0,28	7,784	0,001 ^{††}
Davranış kontrolü	2,01±0,54	1,82±0,48	1,76±0,50	4,495	0,12
Genel işlevler	1,88±0,59	1,60±0,48	1,57±0,55	6,875	0,001 ^{††}

*One way Anova Testi kullanılmıştır. [†] $p<0,05$, ^{††} $p<0,01$.

Tablo 20. Katılımcı kadınların eğitim düzeyi ve ADÖ alt ölçeklerinin gruplar arası karşılaştırılması.

ADÖ**	(I) Eğitim durumu	(J) Eğitim durumu	Ortalama fark (I-J)	p
İletişim	İlköğretim ya da daha altı	Lise	0,213	0,059
		Üniversite	0,257	0,031[†]
	Lise	İlköğretim ya da daha altı	-0,213	0,059
		Üniversite	0,043	0,892
	Üniversite	İlköğretim ya da daha altı	-0,257	0,031[†]
		Lise	-0,043	0,892
Roller	İlköğretim ya da daha altı	Lise	0,252	0,008^{††}
		Üniversite	0,246	0,019[†]
	Lise	İlköğretim ya da daha altı	-0,252	0,008^{††}
		Üniversite	-0,005	0,997
	Üniversite	İlköğretim ya da daha altı	-0,246	0,019[†]
		Lise	0,005	0,997
Duygusal tepki verebilme	İlköğretim ya da daha altı	Lise	0,319	0,003^{††}
		Üniversite	0,361	0,002^{††}
	Lise	İlköğretim ya da daha altı	-0,319	0,003^{††}
		Üniversite	0,042	0,906
	Üniversite	İlköğretim ya da daha altı	-0,361	0,002^{††}
		Lise	-0,042	0,906
Gereken ilgiyi gösterebilme	İlköğretim ya da daha altı	Lise	0,109	0,229
		Üniversite	0,282	0,000^{††}
	Lise	İlköğretim ya da daha altı	-0,109	0,229
		Üniversite	0,173	0,034[†]
	Üniversite	İlköğretim ya da daha altı	-0,282	0,000^{††}
		Lise	-0,173	0,034[†]
Genel işlevler	İlköğretim ya da daha altı	Lise	0,283	0,005^{††}
		Üniversite	0,314	0,004^{††}
	Lise	İlköğretim ya da daha altı	-0,283	0,005^{††}
		Üniversite	0,031	0,939
	Üniversite	İlköğretim ya da daha altı	-0,314	0,004^{††}
		Lise	-0,031	0,939

*Post-Hoc Tukey testi kullanılmıştır. **ADÖ: Aile değerlendirme ölçeği. [†]p<0.05, ^{††}p<0.01.

Katılımcılar çalışma durumuna göre ADÖ alt ölçekleriyle karşılaştırıldı. Problem çözme alt ölçeği puan ortalamaları ile çalışma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı (t=-0,223, p=0,823). İletişim alt ölçeği puan ortalamaları ile çalışma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı (t=0,851 p=0,396). Roller alt ölçeği puan ortalamaları ile çalışma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı (t=0,682 p=0,496). Duygusal tepki verebilme alt ölçeği ortalama puanları ile çalışma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı (t=1,922, p=0,056). Gereken ilgiyi

gösterebilme alt ölçeği ortalama puanları ile çalışma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardı ($t=2,914$, $p=0,004$). Çalışmayanlar, çalışanlara göre daha yüksek gereken ilgiyi gösterebilme puan ortalamasına sahipti. Davranış kontrolü alt ölçeği puan ortalamaları ile çalışma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ($t=0,101$, $p=0,919$). Genel işlevler alt ölçeği puan ortalamaları ile çalışma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ($t=0,735$, $p=0,463$) (Tablo 21).

Tablo 21. Katılımcı kadınların çalışma durumunun ADÖ alt ölçekleri ile karşılaştırılması.

Aile Değerlendirme Ölçeği (ADÖ)	Çalışmıyor (n=172) Ort.±SD	Çalışıyor (n=36) Ort.±SD	t*	p
Problem Çözme	1,83±0,63	1,85±0,64	-0,223	0,823
İletişim	1,83±0,58	1,74±0,52	0,851	0,396
Roller	2,03±0,51	1,97±0,53	0,682	0,496
Duygusal tepki verebilme	1,78±0,62	1,57±0,47	1,922	0,056
Gereken ilgiyi gösterebilme	2,10±0,42	1,88±0,33	2,914	0,004^{††}
Davranış kontrolü	1,86±0,51	1,85±0,56	0,101	0,919
Genel işlevler	1,69±0,55	1,62±0,58	0,735	0,463

*İki örneklemli t testi kullanılmıştır. [†] $p<0,05$, ^{††} $p<0,01$

Katılımcıların gelir düzeyine göre ADÖ alt ölçekleri karşılaştırıldı. Gelir düzeyi ile problem çözme puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ($F=7,607$, $p=0,001$). Gelir düzeyinin azalmasıyla, problem çözme alt ölçek ortalama puanlarının lineer olarak arttığı görüldü. Gelir düzeyi ile iletişim puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ($F=14,026$, $p=0,000$). Gelir düzeyinin azalmasıyla, iletişim alt ölçek ortalama puanlarının lineer olarak arttığı görüldü. Gelir düzeyi ile roller puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ($F=9,549$, $p=0,000$). Gelir düzeyinin azalmasıyla, roller alt ölçek ortalama puanlarının lineer olarak arttığı görüldü. Gelir düzeyi ile duygusal tepki verebilme puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ($F=26,820$, $p=0,000$). Gelir düzeyinin azalmasıyla, duygusal tepki verebilme alt ölçek ortalama puanlarının lineer olarak arttığı görüldü. Gelir düzeyi ile gereken ilgiyi gösterebilme puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık

bulunmaktadır ($F=15,753$, $p=0,000$). Gelir düzeyinin azalmasıyla, gereken ilgiyi gösterebilme alt ölçek ortalama puanlarının lineer olarak arttığı görüldü. Gelir düzeyi ile davranış kontrolü puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ($F=36,603$, $p=0,000$). Gelir düzeyinin azalmasıyla, davranış kontrolü alt ölçek ortalama puanlarının lineer olarak arttığı görüldü. Gelir düzeyi ile genel işlevler puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ($F=19,117$, $p=0,000$). Gelir düzeyinin azalmasıyla, genel işlevler alt ölçek ortalama puanlarının lineer olarak arttığı görüldü (Tablo 22).

Tablo 22. Katılımcı kadınların gelir düzeyine göre ADÖ alt ölçeklerinin karşılaştırılması.

Aile Değerlendirme Ölçeği	Düşük gelir Ort.±SD (n=43)	Orta gelir Ort.±SD (n=74)	Yüksek gelir Ort.±SD (n=91)	F*	p
Problem Çözme	2,10±0,77	1,88±0,57	1,66±0,56	7,607	0,001 [†]
İletişim	2,19±0,71	1,78±0,51	1,67±0,45	14,026	0,000 [†]
Roller	2,27±0,52	2,06±0,48	1,88±0,48	9,549	0,000 [†]
Duygusal tepki verebilme	2,21±0,75	1,78±0,46	1,48±0,48	26,820	0,000 [†]
Gereken ilgiyi gösterebilme	2,33±0,51	2,07±0,38	1,93±0,31	15,753	0,000 [†]
Davranış kontrolü	2,27±0,54	1,96±0,44	1,59±0,39	36,603	0,000 [†]
Genel işlevler	2,06±0,70	1,72±0,47	1,48±0,42	19,117	0,000 [†]

*One-way Anova Testi kullanılmıştır. [†]p<0.01.

Katılımcıların eşi ile arasındaki yaş farkına göre ADÖ alt ölçekleri karşılaştırıldı. Eşi ile arasındaki yaş farkı ve problem çözme puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($F=2,924$, $p=0,056$). Eşi ile arasındaki yaş farkı ve iletişim puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($F=2,998$, $p=0,052$). Eşi ile arasındaki yaş farkı ve roller puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ($F=3,082$, $p=0,048$). Eşi ile arasındaki yaş farkı arttıkça roller alt ölçek ortalama puanlarının lineer olarak arttığı görüldü.

Eşi ile arasındaki yaş farkı ve duygusal tepki verebilme puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ($F=9,485$, $p=0,000$).

Eşi ile arasındaki yaş farkı arttıkça, duygusal tepki verebilme alt ölçek ortalama puanlarının lineer olarak arttığı görüldü.

Eşi ile arasındaki yaş farkı ve gereken ilgiyi gösterebilme puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($F=2,301$, $p=0,103$). Eşi ile arasındaki yaş farkı ve davranış kontrolü puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($F=7,801$, $p=0,001$). Eşi ile arasındaki yaş farkı arttıkça, davranış kontrolü alt ölçek ortalama puanlarının lineer olarak arttığı görüldü. Eşi ile arasındaki yaş farkı ve genel işlevler puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($F=5,243$, $p=0,006$). Eşi ile arasındaki yaş farkı arttıkça, genel işlevler alt ölçek ortalama puanlarının lineer olarak arttığı görüldü (Tablo 23).

Tablo 23. Katılımcı kadınların eşi ile arasındaki yaş farkının ADÖ alt ölçekleri ile karşılaştırılması.

Aile Değerlendirme Ölçeği (n=208)	Eşiyle arasındaki yaş farkı			F*	p
	≤2 yıl Ort.±SD (n=64)	3-4 yıl Ort.±SD (n=79)	≥5 yıl Ort.±SD (n=65)		
Problem Çözme	1,69±0,57	1,84±0,57	1,96±0,73	2,924	0,056
İletişim	1,70±0,46	1,81±0,56	1,94±0,65	2,998	0,052
Roller	1,92±0,44	2,02±0,51	2,14±0,56	3,082	0,048[†]
Duygusal tepki verebilme	1,54±0,53	1,71±0,53	1,98±0,67	9,485	0,000^{††}
Gereken ilgiyi gösterebilme	1,99±0,28	2,05±0,44	2,15±0,48	2,301	0,103
Davranış kontrolü	1,69±0,48	1,86±0,49	2,04±0,52	7,801	0,001^{††}
Genel işlevler	1,54±0,46	1,67±0,54	1,84±0,61	5,243	0,006^{††}

*One way Anova Testi kullanılmıştır. [†]p<0.05, ^{††}p<0.01.

Katılımcıların çocukluk döneminde ebeveyn kaybı mevcudiyetine göre ADÖ alt ölçekleriyle karşılaştırıldı. Problem çözme alt ölçeği puan ortalamaları ile çocukluk döneminde ebeveyn kaybı mevcudiyeti arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptandı ($t=3,016$, $p=0,003$). Ebeveyn kaybı yaşayanlar, daha yüksek problem çözme puan ortalamasına sahipti.

İletişim alt ölçeği puan ortalamaları ile çocuklukta ebeveyn kaybı mevcudiyeti arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ($t=1,755$, $p=0,081$). Roller alt ölçeği puan ortalamaları ile çocukluk döneminde ebeveyn kaybı

mevcudiyeti arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptandı ($t=2,841$, $p=0,040$). Ebeveyn kaybı yaşayanlar, daha yüksek roller puan ortalamasına sahipti. Duygusal tepki verebilme alt ölçeği ortalama puanları ile çocukluk döneminde ebeveyn kaybı mevcudiyeti arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ($t=2,504$, $p=0,130$). Gereken ilgiyi gösterebilme alt ölçeği ortalama puanları ile çocukluk döneminde ebeveyn kaybı mevcudiyeti arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ($t=1,440$, $p=0,151$). Davranış kontrolü alt ölçeği puan ortalamaları ile çocukluk döneminde ebeveyn kaybı mevcudiyeti arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptandı ($t=3,769$, $p=0,000$). Ebeveyn kaybı yaşayanlar, daha yüksek davranış kontrolü puan ortalamasına sahipti. Genel işlevler alt ölçeği puan ortalamaları ile çocukluk döneminde ebeveyn kaybı mevcudiyeti arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptandı ($t=2,419$, $p=0,016$). Ebeveyn kaybı yaşayanlar, daha yüksek genel işlevler puan ortalamasına sahipti (Tablo 24).

Tablo 24. Katılımcı kadınlarda çocukluk döneminde ebeveyn kaybı mevcudiyeti ile ADÖ alt ölçeklerinin karşılaştırılması.

Aile Değerlendirme Ölçeği	Çocuklukta ebeveyn kaybı mevcudiyeti		t*	p
	Var (n=41) Ort.±SD	Yok (n=167) Ort.±SD		
Problem Çözme	2,09±0,64	1,77±0,61	3,016	0,003^{††}
İletişim	1,96±0,65	1,78±0,54	1,755	0,081
Roller	2,23±0,50	1,97±0,51	2,841	0,040[†]
Duygusal tepki verebilme	1,95±0,62	1,69±0,59	2,504	0,130
Gereken ilgiyi gösterebilme	2,15±0,40	2,04±0,41	1,440	0,151
Davranış kontrolü	2,13±0,54	1,80±0,49	3,769	0,000^{††}
Genel işlevler	1,87±0,66	1,64±0,51	2,419	0,016[†]

*İki örneklemlili t testi kullanılmıştır. [†]p<0.05, ^{††}p<0.01.

Katılımcıların eş eğitim düzeyi ile ADÖ alt ölçekleri karşılaştırıldı. Eş eğitim düzeyi ile problem çözme puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($F=2,010$, $p=0,137$). Eş eğitim düzeyi ile iletişim puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptandı ($F=4,724$, $p=0,010$). Eş eğitim düzeyi düştükçe roller alt ölçek ortalama puanlarının lineer olarak arttığı görüldü. Eş eğitim düzeyi ile roller puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı ($F=2,215$, $p=0,112$). Eş eğitim

düzeyi ile duygusal tepki verebilme puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ($F=7,689$, $p=0,001$). Eş eğitim düzeyi düştükçe, duygusal tepki verebilme alt ölçek ortalama puanlarının lineer olarak arttığı görüldü. Eş eğitim düzeyi ile gereken ilgiyi gösterebilme puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptandı ($F=8,788$, $p=0,000$). Eş eğitim düzeyi düştükçe, gereken ilgiyi gösterebilme alt ölçek ortalama puanlarının lineer olarak arttığı görüldü. Eş eğitim düzeyi ile davranış kontrolü puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ($F=5,215$, $p=0,006$). Eş eğitim düzeyi düştükçe, davranış kontrolü alt ölçek ortalama puanlarının lineer olarak arttığı görüldü. Eş eğitim düzeyi ile genel işlevler puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ($F=6,237$, $p=0,002$). Eş eğitim düzeyi düştükçe, genel işlevler alt ölçek ortalama puanlarının lineer olarak arttığı görüldü (Tablo 25).

Tablo 25. Çalışmaya alınan kadınların eşlerinin eğitim düzeylerinin ADÖ alt ölçekleri ile karşılaştırılması.

Aile Değerlendirme Ölçeği	İlköğretim ya da daha alt Ort.±SD (n=44)	Lise Ort.±SD (n=75)	Üniversite Ort.±SD (n=89)	F*	p
Problem Çözme	2,00±0,74	1,81±0,58	1,76±0,61	2,010	0,137
İletişim	2,04±0,65	1,80±0,58	1,71±0,47	4,724	0,010[†]
Roller	2,15±0,55	2,02±0,51	1,95±0,48	2,215	0,112
Duygusal tepki verebilme	2,03±0,62	1,72±0,58	1,60±0,56	7,689	0,001^{††}
Gereken ilgiyi gösterebilme	2,23±0,55	2,11±0,36	1,93±0,33	8,788	0,000^{††}
Davranış kontrolü	2,02±0,44	1,91±0,56	1,73±0,47	5,215	0,006^{††}
Genel işlevler	1,92±0,58	1,67±0,56	1,56±0,49	6,237	0,002^{††}

*One-way Anova Testi kullanılmıştır. [†]p<0.05, ^{††}p<0.01

Katılımcıların eşlerinin çalışma durumuna göre ADÖ alt ölçekleriyle karşılaştırıldı. Problem çözme alt ölçeği puan ortalamaları ile eş çalışma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı ($t=-2,105$, $p=0,360$). İletişim alt ölçeği puan ortalamaları ile katılımcıların eşlerinin çalışma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptandı ($t=-2,725$, $p=0,019$). Eşi çalışmayanlar daha yüksek iletişim puan ortalamasına sahipti. Roller alt ölçeği puan

ortalamları ile katılımcıların eşlerinin çalışma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ($t=-1,201$, $p=0,231$). Duygusal tepki verebilme alt ölçeği ortalama puanları ile katılımcıların eşlerinin çalışma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptandı ($t=-2,712$, $p=0,007$). Eşi çalışmayanlar daha yüksek duygusal tepki verebilme puan ortalamasına sahipti. Gereken ilgiyi gösterebilme alt ölçeği ortalama puanları ile katılımcıların eşlerinin çalışma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptandı ($t=-2,407$, $p=0,017$). Eşi çalışmayanlar daha yüksek gereken ilgiyi gösterebilme puan ortalamasına sahipti. Davranış kontrolü alt ölçeği puan ortalamaları ile katılımcıların eşlerinin çalışma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptandı ($t=-3,341$, $p=0,001$). Eşi çalışmayanlar daha yüksek davranış kontrolü puan ortalamasına sahipti. Genel işlevler alt ölçeği puan ortalamaları ile eşlerinin çalışma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptandı ($t=-3,103$, $p=0,009$). Eşi çalışmayanlar, daha yüksek genel işlevler puan ortalamasına sahipti (Tablo 26).

Tablo 26. Çalışmaya alınan kadınların eşlerinin çalışma durumuna göre ADÖ alt ölçeklerinin karşılaştırılması

Aile Değerlendirme Ölçeği	Eşi çalışanlar (n=167) Ort.±SD	Eşi çalışmayanlar (n=41) Ort.±SD	t*	p
Problem Çözme	1,79±0,60	2,02±0,72	-2,105	0,360
İletişim	1,77±0,54	2,03±0,65	-2,725	0,019[†]
Roller	2,00±0,49	2,11±0,58	-1,201	0,231
Duygusal tepki verebilme	1,68±0,58	1,97±0,64	-2,712	0,007^{††}
Gereken ilgiyi gösterebilme	2,03±0,37	2,20±0,52	-2,407	0,017[†]
Davranış kontrolü	1,80±0,48	2,10±0,59	-3,341	0,001^{††}
Genel işlevler	1,62±0,51	1,92±0,64	-3,103	0,009^{††}

*İki örneklemlili t testi kullanılmıştır. [†]p<0.05, ^{††}p<0.01.

Katılımcılar eşlerinin çalışma şekilleri ADÖ alt ölçekleriyle karşılaştırıldı. Problem çözme alt ölçeği puan ortalamaları ile eş çalışma şekli arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptandı ($t=-2,215$, $p=0,028$). Eşi vardiyalı (gece-gündüzlü) çalışanlar, sadece gündüz çalışanlara göre daha yüksek problem çözme puan ortalamasına sahipti. İletişim alt ölçeği puan ortalamaları ile eş çalışma şekli arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptandı ($t=-2,156$, $p=0,032$). Eşi vardiyalı

(gece-gündüzlü) çalışanlar, sadece gündüz çalışanlara göre daha yüksek iletişim puan ortalamasına sahipti. Roller alt ölçeği puan ortalamaları ile eş çalışma şekli arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptandı ($t=-2,785$, $p=0,006$). Eşi vardiyalı (gece-gündüzlü) çalışanlar, sadece gündüz çalışanlara göre daha yüksek roller puan ortalamasına sahipti. Duygusal tepki verebilme alt ölçeği ortalama puanları ile eş çalışma şekli arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptandı ($t=-2,561$, $p=0,011$). Eşi vardiyalı (gece-gündüzlü) çalışanlar, sadece gündüz çalışanlara göre daha yüksek duygusal tepki verebilme puan ortalamasına sahipti. Gereken ilgiyi gösterebilme alt ölçeği ortalama puanları ile eş çalışma şekli arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardı ($t=-2,034$, $p=0,043$). Eşi vardiyalı (gece-gündüzlü) çalışanlar, sadece gündüz çalışanlara göre daha yüksek gereken ilgiyi gösterebilme puan ortalamasına sahipti. Davranış kontrolü alt ölçeği puan ortalamaları ile eş çalışma şekli arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptandı ($t=-3,023$, $p=0,003$). Eşi vardiyalı (gece-gündüzlü) çalışanlar, sadece gündüz çalışanlara göre daha yüksek davranış kontrolü puan ortalamasına sahipti. Genel işlevler alt ölçeği puan ortalamaları ile eş çalışma şekli arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptandı ($t=-2,663$, $p=0,008$). Eşi vardiyalı (gece-gündüzlü) çalışanlar, sadece gündüz çalışanlara göre daha yüksek genel işlevler puan ortalamasına sahipti (Tablo 27).

Tablo 27. Katılımcı kadınların eşlerinin çalışma şeklinin ADÖ alt ölçekleri ile karşılaştırılması.

Aile Değerlendirme Ölçeği (ADÖ)	Sadece gündüz çalışanlar (n=113) Ort.±SD	Vardiyalı (gece-gündüzlü) çalışanlar (n=57) Ort.±SD	t*	p
Problem Çözme	1,72±0,57	1,94±0,64	-2,215	0,028 [†]
İletişim	1,71±0,51	1,90±0,58	-2,156	0,032 [†]
Roller	1,93±0,48	2,16±0,49	-2,785	0,006 ^{††}
Duygusal tepki verebilme	1,61±0,56	1,85±0,61	-2,561	0,011 [†]
Gereken ilgiyi gösterebilme	1,99±0,36	2,12±0,42	-2,034	0,043 [†]
Davranış kontrolü	1,73±0,44	1,96±0,53	-3,023	0,003 ^{††}
Genel işlevler	1,56±0,46	1,78±0,59	-2,663	0,008 ^{††}

*İki örneklemlili t testi kullanılmıştır. [†]p<0.05, ^{††}p<0.01.

Katılımcıların eşlerinin çocukluk döneminde ebeveyn kaybı yaşama durumu ile ADÖ alt ölçekleriyle karşılaştırıldı. Problem çözme alt ölçeği puan ortalamaları ile eşin çocukluk döneminde ebeveyn kaybı yaşama durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı ($t=2,218$, $p=0,34$). İletişim alt ölçeği puan ortalamaları ile eşin çocuklukta ebeveyn kaybı yaşama durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ($t=0,419$, $p=0,72$). Roller alt ölçeği puan ortalamaları ile eşin çocukluk döneminde ebeveyn kaybı yaşama durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ($t=1,406$, $p=0,16$). Duygusal tepki verebilme alt ölçeği ortalama puanları ile eşin çocukluk döneminde ebeveyn kaybı yaşama durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ($t=1,556$, $p=0,12$). Gereken ilgiyi gösterebilme alt ölçeği ortalama puanları ile eşin çocukluk döneminde ebeveyn kaybı yaşama durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptandı ($t=2,238$, $p=0,039$). Eşi ebeveyn kaybı yaşayanlar, daha yüksek gereken ilgiyi gösterebilme puan ortalamasına sahipti. Davranış kontrolü alt ölçeği puan ortalamaları ile eşin çocukluk döneminde ebeveyn kaybı yaşama durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ($t=1,916$, $p=0,057$). Genel işlevler alt ölçeği puan ortalamaları ile eşin çocukluk döneminde ebeveyn kaybı yaşama durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ($t=1,022$, $p=0,30$) (Tablo 28).

Tablo 28. Çalışmaya alınan kadınların eşlerinin çocukluk döneminde ebeveyn kaybı yaşama durumuna göre ADÖ alt ölçeklerinin karşılaştırılması.

Aile Değerlendirme Ölçeği	Eşi çocuklukta ebeveyn kaybı yaşama durumu		t*	p
	Evet (n=34) Ort.±SD	Hayır (n=174) Ort.±SD		
Problem Çözme	2,04±0,73	1,79±0,60	2,218	0,34
İletişim	1,86±0,69	1,81±0,54	0,419	0,72
Roller	2,14±0,53	2,00±0,51	1,406	0,16
Duygusal tepki verebilme	1,89±0,70	1,71±0,58	1,556	0,12
Gereken ilgiyi gösterebilme	2,21±0,43	2,04±0,40	2,238	0,039[†]
Davranış kontrolü	2,02±0,62	1,83±0,49	1,916	0,057
Genel işlevler	1,77±0,68	1,66±0,52	1,022	0,30

*İki örneklemlili t testi kullanılmıştır. [†]p<0.05.

Katılımcıların kronik hastalık mevcudiyetine göre ADÖ alt ölçekleriyle karşılaştırıldı. Problem çözme alt ölçeği puan ortalamaları ile kronik hastalık mevcudiyeti arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı ($t=1,219$, $p=0,224$). İletişim alt ölçeği puan ortalamaları ile katılımcıların kronik hastalık mevcudiyeti arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptandı ($t=2,401$, $p=0,017$). Kronik hastalığı olanlar daha yüksek iletişim puan ortalamasına sahipti. Roller alt ölçeği puan ortalamaları ile kronik hastalık mevcudiyeti arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptandı ($t=2,594$, $p=0,010$). Kronik hastalığı olanlar daha yüksek roller puan ortalamasına sahipti. Duygusal tepki verebilme alt ölçeği ortalama puanları ile kronik hastalık mevcudiyeti arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptandı ($t=3,221$, $p=0,001$). Kronik hastalığı olanlar daha yüksek duygusal tepki verebilme puan ortalamasına sahipti. Gereken ilgiyi gösterebilme alt ölçeği ortalama puanları ile kronik hastalık mevcudiyeti arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptandı ($t=3,802$, $p=0,000$). Kronik hastalığı olanlar daha yüksek gereken ilgiyi gösterebilme puan ortalamasına sahipti. Davranış kontrolü alt ölçeği puan ortalamaları ile kronik hastalık mevcudiyeti arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptandı ($t=3,332$, $p=0,001$). Kronik hastalığı olanlar daha yüksek davranış kontrolü puan ortalamasına sahipti. Genel işlevler alt ölçeği puan ortalamaları ile kronik hastalık mevcudiyeti arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptandı ($t=3,429$, $p=0,001$). Kronik hastalığı olanlar, daha yüksek genel işlevler puan ortalamasına sahipti (Tablo 29).

Tablo 29. Katılımcı kadınlarda kronik hastalık mevcudiyetine göre ADÖ alt ölçeklerinin karşılaştırılması.

Aile Değerlendirme Ölçeği	Kronik hastalık mevcudiyeti		t*	p
	Var (n=86) Ort.±SD	Yok (n=122) Ort.±SD		
Problem Çözme	1,89±0,72	1,79±0,56	1,219	0,224
İletişim	1,95±0,63	1,74±0,51	2,401	0,017[†]
Roller	2,13±0,55	1,95±0,47	2,594	0,010[†]
Duygusal tepki verebilme	1,90±0,67	1,63±0,53	3,221	0,001^{††}
Gereken ilgiyi gösterebilme	2,19±0,45	1,97±0,36	3,802	0,000^{††}
Davranış kontrolü	2,00±0,58	1,76±0,44	3,332	0,001^{††}
Genel işlevler	1,84±0,62	1,57±0,47	3,429	0,001^{††}

*İki örneklemlili t testi kullanılmıştır. [†]p<0.05, ^{††}p<0.01.

Katılımcıların ailesinde kronik hastalık mevcudiyetine göre ADÖ alt ölçekleriyle karşılaştırıldı. Problem çözme alt ölçeği puan ortalamaları ile ailede kronik hastalık mevcudiyeti arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı ($t=0,499$ $p=0,632$). İletişim alt ölçeği puan ortalamaları ile katılımcıların ailede kronik hastalık mevcudiyeti arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ($t=1,444$, $p=0,150$). Roller alt ölçeği puan ortalamaları ile ailede kronik hastalık mevcudiyeti arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ($t=1,325$, $p=0,187$). Duygusal tepki verebilme alt ölçeği ortalama puanları ile ailede kronik hastalık mevcudiyeti arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ($t=1,872$, $p=0,063$). Gereken ilgiyi gösterebilme alt ölçeği ortalama puanları ile ailede kronik hastalık mevcudiyeti arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptandı ($t=2,581$, $p=0,011$). Ailesinde kronik hastalığı olanlar daha yüksek gereken ilgiyi gösterebilme puan ortalamasına sahipti. Davranış kontrolü alt ölçeği puan ortalamaları ile ailede kronik hastalık mevcudiyeti arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ($t=1,473$, $p=0,142$). Genel işlevler alt ölçeği puan ortalamaları ile ailede kronik hastalık mevcudiyeti arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ($t=1,537$, $p=0,126$) (Tablo 30).

Tablo 30. Katılımcı kadınların ailesinde kronik hastalık mevcudiyetine göre ADÖ alt ölçeklerinin karşılaştırılması

Aile Değerlendirme Ölçeği	Ailede kronik hastalık mevcudiyeti		t *	p
	Var (n=80) Ort.±SS	Yok (n=128) Ort.±SS		
Problem Çözme	1,86±0,70	1,81±0,59	0,499	0,632
İletişim	1,89±0,62	1,77±0,53	1,444	0,150
Roller	2,08±0,55	1,99±0,49	1,325	0,187
Duygusal tepki verebilme	1,84±0,65	1,68±0,56	1,872	0,063
Gereken ilgiyi gösterebilme	2,16±0,46	2,01±0,37	2,581	0,011[†]
Davranış kontrolü	1,93±0,56	1,82±0,48	1,473	0,142
Genel işlevler	1,76±0,59	1,64±0,52	1,537	0,126

*İki örneklemlili t testi kullanılmıştır. [†]p<0.05.

Katılımcıların ailedeki engelli-bakım gerektiren birey mevcudiyetine göre ADÖ alt ölçekleriyle karşılaştırıldı. Problem Çözme alt ölçeği puan ortalamaları ile ailede engelli-bakım gerektiren kişi mevcudiyeti arasında istatistiksel olarak anlamlı

bir farklılık saptanmadı ($Z=-1,708$, $p=0,088$). İletişim alt ölçeği puan ortalamaları ile katılımcıların ailede engelli-bakım gerektiren kişi mevcudiyeti arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptandı ($Z=-2,128$, $p=0,033$). Ailesinde engelli-bakım gerektiren kişi olanlar daha yüksek iletişim puan ortalamasına sahipti. Roller alt ölçeği puan ortalamaları ile ailede engelli-bakım gerektiren kişi mevcudiyeti arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ($Z=-1,396$, $p=0,163$). Duygusal tepki verebilme alt ölçeği ortalama puanları ile ailede engelli-bakım gerektiren kişi mevcudiyeti arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ($Z=-0,535$, $p=0,593$). Gereken ilgiyi gösterebilme alt ölçeği ortalama puanları ile ailede engelli-bakım gerektiren kişi mevcudiyeti arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ($Z=-0,818$, $p=0,413$). Davranış kontrolü alt ölçeği puan ortalamaları ile ailede engelli-bakım gerektiren kişi mevcudiyeti arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ($Z=-0,476$, $p=0,634$). Genel işlevler alt ölçeği puan ortalamaları ile ailede engelli-bakım gerektiren kişi mevcudiyeti arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ($Z=-1,094$, $p=0,274$) (Tablo 31).

Tablo 31. Katılımcı kadınların ailesinde engelli-bakım gerektiren kişi mevcudiyetine göre ADÖ alt Ölçeklerinin karşılaştırılması.

Aile Değerlendirme Ölçeği	Ailede engelli-bakım gerektiren birey mevcudiyeti		Z*	p
	Var (n=17) Ort.±SS	Yok (n=191) Ort.±SS		
Problem Çözme	2,05±0,65	1,81±0,63	-1,708	0,088
İletişim	2,14±0,68	1,79±0,55	-2,128	0,033[†]
Roller	2,19±0,47	2,01±0,51	-1,396	0,163
Duygusal tepki verebilme	1,83±0,65	1,73±0,60	-0,535	0,593
Gereken ilgiyi gösterebilme	2,13±0,42	2,06±0,41	-0,818	0,413
Davranış kontrolü	1,79±0,49	1,87±0,52	-0,476	0,634
Genel işlevler	1,82±0,56	1,67±0,55	-1,094	0,274

*Mann-Withney U testi kullanılmıştır. [†]p<0.05.

Katılımcıların ailedeki ruhsal bir hastalığı olan kişi mevcudiyetine göre ADÖ alt ölçekleriyle karşılaştırıldı. Problem çözme alt ölçeği puan ortalamaları ile ailede ruhsal bir hastalık mevcudiyeti arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı ($Z=-1,489$, $p=0,137$). İletişim alt ölçeği puan ortalamaları ile

katılımcıların ailede ruhsal bir hastalık mevcudiyeti arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ($Z=-1,825$, $p=0,068$). Roller alt ölçeği puan ortalamaları ile ailede ruhsal bir hastalık mevcudiyeti arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptandı ($Z=-2,571$, $p=0,010$). Ailesinde ruhsal bir hastalığı olan katılımcılar daha yüksek iletişim puan ortalamasına sahipti. Duygusal tepki verebilme alt ölçeği ortalama puanları ile ailede ruhsal bir hastalık mevcudiyeti arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptandı ($Z=-2,060$, $p=0,039$). Ailesinde ruhsal bir hastalığı olan katılımcılar daha yüksek duygusal tepki verebilme puan ortalamasına sahipti. Gereken ilgiyi gösterebilme alt ölçeği ortalama puanları ile ailede ruhsal bir hastalık mevcudiyeti arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ($Z=-0,438$, $p=0,662$). Davranış kontrolü alt ölçeği puan ortalamaları ile ailede ruhsal bir hastalık mevcudiyeti arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ($Z=-1,272$, $p=0,204$). Genel işlevler alt ölçeği puan ortalamaları ile ailede ruhsal bir hastalık mevcudiyeti arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ($Z=-1,694$, $p=0,090$) (Tablo 32).

Tablo 32. Katılımcı kadınların ailesinde ruhsal bir hastalık mevcudiyetine göre ADÖ alt ölçeklerinin karşılaştırılması

Aile Değerlendirme Ölçeği	Ailede ruhsal bir hastalık mevcudiyeti		Z*	p
	Var (n=18) Ort.±SS	Yok (n=190) Ort.±SS		
Problem Çözme	2,04±0,67	1,81±0,62	-1,489	0,137
İletişim	2,11±0,70	1,79±0,55	-1,825	0,068
Roller	2,32±0,48	1,99±0,51	-2,571	0,010[†]
Duygusal tepki verebilme	2,02±0,67	1,71±0,59	-2,060	0,039[†]
Gereken ilgiyi gösterebilme	2,12±0,61	2,06±0,39	-0,438	0,662
Davranış kontrolü	2,02±0,59	1,85±0,51	-1,272	0,204
Genel işlevler	1,89±0,58	1,66±0,55	-1,694	0,090

*Mann-Whitney U testi kullanılmıştır. [†]p<0.05.

Katılımcıların HAD-A risk durumu, ADÖ alt ölçekleriyle karşılaştırıldı. Problem çözme alt ölçeği puan ortalamaları ile HAD-A risk durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptandı ($t=-8,748$, $p=0,000$). HAD-A riskli olanlar daha yüksek problem çözme puan ortalamasına sahipti. İletişim alt ölçeği

puan ortalamaları ile katılımcıların ile HAD-A risk durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptandı ($t=-10,643$, $p=0,000$). HAD-A riskli olanlar daha yüksek iletişim puan ortalamasına sahipti. Roller alt ölçeği puan ortalamaları ile HAD-A risk durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptandı ($t=-8,963$, $p=0,000$). HAD-A riskli olanlar daha yüksek roller puan ortalamasına sahipti. Duygusal tepki verebilme alt ölçeği ortalama puanları ile HAD-A risk durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptandı ($t=-9,661$, $p=0,000$). HAD-A riskli olanlar daha yüksek duygusal tepki verebilme puan ortalamasına sahipti. Gereken ilgiyi gösterebilme alt ölçeği ortalama puanları ile HAD-A risk durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptandı ($t=-8,682$, $p=0,000$). HAD-A riskli olanlar daha yüksek gereken ilgiyi gösterebilme puan ortalamasına sahipti. Davranış kontrolü alt ölçeği puan ortalamaları ile HAD-A risk durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptandı ($t=-9,082$, $p=0,000$). HAD-A riskli olanlar daha yüksek davranış kontrolü puan ortalamasına sahipti. Genel işlevler alt ölçeği puan ortalamaları ile HAD-A risk durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptandı ($t=-10,715$, $p=0,000$). HAD-A riskli olanlar daha yüksek genel işlevler puan ortalamasına sahipti (Tablo 33).

Tablo 33. Katılımcı kadınların HAD-A riskine göre ADÖ alt ölçeklerinin karşılaştırılması.

Aile Değerlendirme Ölçeği	HAD-A*		t**	p
	Risk yok(n=163) Ort.±SS	Risk var(n=45) Ort.±SS		
Problem Çözme	1,66±0,45	2,46±0,78	-8,748	0,000 [†]
İletişim	1,64±0,40	2,47±0,62	-10,643	0,000 [†]
Roller	1,88±0,40	2,54±0,56	-8,963	0,000 [†]
Duygusal tepki verebilme	1,56±0,44	2,38±0,66	-9,661	0,000 [†]
Gereken ilgiyi gösterebilme	1,95±0,31	2,47±0,47	-8,682	0,000 [†]
Davranış kontrolü	1,72±0,39	2,39±0,57	-9,082	0,000 [†]
Genel işlevler	1,51±0,37	2,31±0,64	-10,715	0,000 [†]

**İki örneklemlili t testi kullanılmıştır. * HAD-A: Hastane anksiyete depresyon ölçeği-Anksiyete
[†]p<0.01

Katılımcıların HAD-Depresyon risk durumu ile ADÖ alt ölçekleriyle karşılaştırıldı. Problem çözme alt ölçeği puan ortalamaları ile HAD-Depresyon risk durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptandı ($t=-6,647$,

p=0,000). HAD-D riskli olanlar daha yüksek problem çözme puan ortalamasına sahipti. İletişim alt ölçeği puan ortalamaları ile katılımcıların ile HAD-D risk durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptandı (t=-8,778, p=0,000). HAD-D riskli olanlar daha yüksek iletişim puan ortalamasına sahipti. Roller alt ölçeği puan ortalamaları ile HAD-D riskli durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptandı (t=-6,786, p=0,000). HAD-D riskli olanlar daha yüksek roller puan ortalamasına sahipti. Duygusal tepki verebilme alt ölçeği ortalama puanları ile HAD-D riskli durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptandı (t=-8,759, p=0,000). HAD-D riskli olanlar daha yüksek duygusal tepki verebilme puan ortalamasına sahipti. Gereken ilgiyi gösterebilme alt ölçeği ortalama puanları ile HAD-D riskli durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptandı (t=-7,271, p=0,000). HAD-D riskli olanlar daha yüksek gereken ilgiyi gösterebilme puan ortalamasına sahipti. Davranış kontrolü alt ölçeği puan ortalamaları ile HAD-D riskli durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptandı (t=-7,177, p=0,000). HAD-D riskli olanlar daha yüksek davranış kontrolü puan ortalamasına sahipti. Genel işlevler alt ölçeği puan ortalamaları ile HAD-D riskli durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptandı (t=-9,113, p=0,000). HAD-D riskli olanlar daha yüksek genel işlevler puan ortalamasına sahipti (Tablo 34).

Tablo 34. Katılımcı kadınların HAD-D riskine göre ADÖ alt ölçeklerinin karşılaştırılması.

Aile Değerlendirme Ölçeği	HAD-D*		t**	p
	Risk yok(n=145) Ort.±SS	Risk var(n=63) Ort.±SS		
Problem Çözme	1,66±0,46	2,23±0,78	-6,647	0,000 [†]
İletişim	1,62±0,39	2,27±0,65	-8,778	0,000 [†]
Roller	1,88±0,40	2,36±0,59	-6,786	0,000 [†]
Duygusal tepki verebilme	1,53±0,46	2,22±0,63	-8,759	0,000 [†]
Gereken ilgiyi gösterebilme	1,94±0,30	2,35±0,49	-7,271	0,000 [†]
Davranış kontrolü	1,71±0,40	2,21±0,58	-7,177	0,000 [†]
Genel işlevler	1,49±0,35	2,13±0,66	-9,113	0,000 [†]

**İki örneklemli t testi kullanılmıştır. *HAD-D: Hastane anksiyete depresyon ölçeği-Depresyon.

[†]p<0.01.

Katılımcıların aile tipi ile eşi ve ailesiyle uyum düzeyi ve evlilik memnuniyeti karşılaştırılmasına göre; eşiyle arasındaki uyum düzeyi ile eğitim seviyesi arasında

istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmadı ($t=1,799$, $p=0,073$). Eşinin ailesiyle uyum düzeyi ile aile tipi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmadı ($t=0,603$, $p=0,547$). Evlilik memnuniyeti ile aile tipi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptandı ($t=2,436$, $p=0,016$). Geniş aileye mensup olanlarda evlilik memnuniyeti düzeyi ortalaması daha düşük bulundu (Tablo 35).

Tablo 35. Katılımcı kadınların aile tipi ile eşi ve ailesiyle uyum düzeyi ve evlilik memnuniyeti karşılaştırılması.

Eş ve aileyle uyum düzeyi ve evlilik memnuniyeti	Aile tipi		t**	p
	Çekirdek (n=180) Ort. ±SS	Geniş (n=28) Ort.±SS		
Eşyle arasındaki uyum düzeyi	3,17±1,02	2,79±1,22	1,799	0,073
Eşinin ailesiyle uyum düzeyi	2,59±1,05	2,46±1,13	0,603	0,547
Evlilik memnuniyeti	3,46±0,98	2,96±1,01	2,436	0,016 [†]

* (1: En az, 5: En çok). **İki örneklemlili t testi kullanılmıştır. [†]p<0.05.

Katılımcıların eğitim düzeyi ile eşi ve ailesiyle uyum düzeyi ve evlilik memnuniyeti karşılaştırılmasına göre; eşyle arasındaki uyum düzeyi ile aile tipi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptandı ($F=11,633$, $p=0,000$) (Tablo 36). Üç grup arasındaki farkın nereden kaynaklandığını saptamak amacıyla yapılan Post-Hoc Tukey testine göre ilköğretim ya da daha altı eğitim seviyesine sahip olanlar; lise ($p=0,01$) ve üniversite ($p=0,000$) eğitim seviyesine sahip olanlara göre eşyle arasındaki uyum düzeyi puan ortalaması anlamlı olarak daha düşük bulundu. Eğitim seviyesi lise veya üniversite olanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamadı ($p=0,518$) (Tablo 37). Eşinin ailesiyle uyum düzeyi ile eğitim düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmadı ($F=1,645$, $p=0,196$). Evlilik memnuniyeti ile eğitim düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptandı ($F=9,178$, $p=0,000$). Üç grup arasındaki farkın nereden kaynaklandığını saptamak amacıyla yapılan Post-Hoc Tukey testine göre ilköğretim ya da daha altı eğitim seviyesine sahip olanlar; lise ($p=0,001$) ve üniversite ($p=0,000$) eğitim seviyesine sahip olanlara göre evlilik memnuniyeti puan ortalaması anlamlı olarak daha düşük bulundu. Eğitim seviyesi lise veya üniversite olanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamadı ($p=0,285$).

Tablo 36. Katılımcı kadınların eğitim durumu ile eşi ve ailesiyle uyum düzeyi ve evlilik memnuniyeti karşılaştırılması.

	Eğitim düzeyi			F**	p
	İlköğretim ya da daha altı (n=67) Ort. ±SS	Lise (n=82) Ort.±SS	Üniversite (n=59) Ort.±SS		
Eşyle arasındaki uyum düzeyi	2,64±0,96	3,27±1,00	3,46±1,07	11,633	0,000 [†]
Eşinin ailesiyle uyum düzeyi	2,45±1,04	2,54±1,05	2,78±1,06	1,645	0,196
Evlilik memnuniyeti	3,00±0,95	3,48±0,95	3,73±1,03	9,178	0,000 [†]

* (1: En az, 5: En çok). **Oneway Anova Testi kullanılmıştır. [†]p<0.01.

Tablo 37. Katılımcı kadınların eğitim düzeyi ile eşi ve ailesiyle uyum düzeyi ve evlilik memnuniyetinin gruplar arası karşılaştırılması.

	(I) Eğitim düzeyi	(J) Eğitim düzeyi	Ortalama fark (I-J)	p
Eşyle arasındaki uyum düzeyi	İlköğretim ya da daha altı	Lise	-0,627	0,001 ^{††}
		Üniversite	-0,816	0,000 ^{††}
	Lise	İlköğretim ya da daha altı	0,627	0,001 ^{††}
		Üniversite	-0,189	0,518
	Üniversite	İlköğretim ya da daha altı	0,816	0,000 ^{††}
		Lise	0,189	0,518
Evlilik memnuniyeti	İlköğretim ya da daha altı	Lise	-0,476	0,010 [†]
		Üniversite	-0,729	0,000 ^{††}
	Lise	İlköğretim ya da daha altı	0,476	0,010 [†]
		Üniversite	-0,253	0,285
	Üniversite	İlköğretim ya da daha altı	0,729	0,000 ^{††}
		Lise	0,253	0,285

*Post-Hoc Tukey testi kullanılmıştır. [†]p<0.05, ^{††}p<0.01.

Katılımcıların çalışma durumu ile eşi ve ailesiyle uyum düzeyi ve evlilik memnuniyeti karşılaştırıldı. Eşyle arasındaki uyum düzeyi ile çalışma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmadı (t=-0,288, p=0,774). Eşinin ailesiyle uyum düzeyi ile çalışma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir

ilişki saptanmadı ($t=0,133$, $p=0,895$). Evlilik memnuniyeti ile çalışma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmadı ($t=-0,867$, $p=0,387$) (Tablo 38).

Tablo 38. Katılımcı kadınların çalışma durumu ile eşi ve ailesiyle uyum düzeyi ve evlilik memnuniyetinin karşılaştırılması.

	Çalışma durumu		t**	p
	Evet (n=36) Ort. ±SS	Hayır (n=172) Ort.±SS		
Eşyle arasındaki uyum düzeyi	3,11±1,08	3,17±0,94	-0,288	0,774
Eşinin ailesiyle uyum düzeyi	2,58±1,08	2,56±0,96	0,133	0,895
Evlilik memnuniyeti	3,37±1,02	3,53±1,00	-0,867	0,387

* (1: En az, 5: En çok). **İki örneklemlili t testi kullanılmıştır.

Katılımcıların gelir düzeyi ile eşi ve ailesiyle uyum düzeyi ve evlilik memnuniyeti karşılaştırılmasına göre; eşyle arasındaki uyum düzeyi ile aile tipi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptandı ($F=18,451$, $p=0,000$) (Tablo 39). Üç grup arasındaki farkın nereden kaynaklandığını saptamak amacıyla yapılan Post-Hoc Tukey testine göre; gelir durumunun azalmasıyla, eşyle arasındaki uyum düzeyi ortalama puanlarının lineer olarak azaldığı görüldü (Tablo 40). Eşinin ailesiyle uyum düzeyi ile gelir düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptandı ($F=9,791$, $p=0,000$). Üç grup arasındaki farkın nereden kaynaklandığını saptamak amacıyla yapılan Post-Hoc Tukey testine göre düşük gelir seviyesine sahip olanlar; orta gelir seviyesine sahip olanlarla ($p=0,327$) istatistiksel olarak anlamlı farka sahip değildi. Yüksek gelir düzeyine sahip olanlarla ($p=0,000$) istatistiksel olarak anlamlı farka sahipti ve eşinin ailesiyle uyum düzeyi ortalama puanları daha düşüktü. Evlilik memnuniyeti ile gelir düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptandı ($F=14,827$, $p=0,000$). Üç grup arasındaki farkın nereden kaynaklandığını saptamak amacıyla yapılan Post-Hoc Tukey testine göre; gelir durumunun azalmasıyla, eşyle arasındaki uyum düzeyi ortalama puanlarının lineer olarak azaldığı görüldü.

Tablo 39. Katılımcı kadınların gelir düzeyi ile eşi ve ailesiyle uyum düzeyi ve evlilik memnuniyetinin karşılaştırılması.

	Gelir düzeyi			F**	p
	Düşük (n=43) Ort. $\pm$ SS	Orta (n=74) Ort. $\pm$ SS	Yüksek (n=91) Ort. $\pm$ SS		
Eşyle arasındaki uyum düzeyi	2,47 $\pm$ 0,96	2,99 $\pm$ 1,00	3,54 $\pm$ 0,98	18,451	0,000 [†]
Eşinin ailesiyle uyum düzeyi	2,14 $\pm$ 1,06	2,42 $\pm$ 0,90	2,91 $\pm$ 1,08	9,791	0,000 [†]
Evlilik memnuniyeti	2,77 $\pm$ 1,15	3,35 $\pm$ 0,89	3,73 $\pm$ 0,89	14,827	0,000 [†]

* (1: En az, 5: En çok). ** Oneway Anova Testi kullanılmıştır. [†]p<0.01

Tablo 40. Katılımcı kadınların gelir düzeyi ile eşi ve ailesiyle uyum düzeyi ve evlilik memnuniyetinin gruplar arası karşılaştırılması.

	(I) Gelir durumu	(J) Gelir durumu	Ortalama fark (I-J)	p
Eşyle arasındaki uyum düzeyi	Düşük gelir	Orta gelir	-0,521	0,017 [†]
		Yüksek gelir	-1,073	0,000 ^{††}
	Orta gelir	Düşük gelir	0,521	0,017 [†]
		Yüksek gelir	-0,552	0,001 ^{††}
	Yüksek gelir	Düşük gelir	1,073	0,000 ^{††}
		Orta gelir	0,552	0,001 ^{††}
Eşinin ailesiyle uyum düzeyi	Düşük gelir	Orta gelir	-0,279	0,327
		Yüksek gelir	-0,773	0,000 ^{††}
	Orta gelir	Düşük gelir	0,279	0,327
		Yüksek gelir	-0,493	0,006 ^{††}
	Yüksek gelir	Düşük gelir	0,773	0,000 ^{††}
		Orta gelir	0,493	0,006 ^{††}
Evlilik memnuniyeti	Düşük gelir	Orta gelir	-0,584	0,005 ^{††}
		Yüksek gelir	-0,958	0,000 ^{††}
	Orta gelir	Düşük gelir	0,584	0,005 ^{††}
		Yüksek gelir	-0,374	0,035 [†]
	Yüksek gelir	Düşük gelir	0,958	0,000 ^{††}
		Orta gelir	0,374	0,035 [†]

*Post-Hoc tukey testi kullanılmıştır. [†]p<0.05, ^{††}p<0.01

Katılımcıların eşler arası yaş farkı ile eşi ve ailesiyle uyum düzeyi ve evlilik memnuniyeti karşılaştırıldı (Tablo 41). Eşyle arasındaki uyum düzeyi ile eşler arası yaş farkı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptandı (F=10,345, p=0,000).

Üç grup arasındaki farkın nereden kaynaklandığını saptamak amacıyla yapılan Post-Hoc Tukey testine göre yaş farkı 2 ve daha az yıl olanlar; yaş farkı 3-4 yıl olanlara ($p=0,004$) ve yaş farkı 5 ve daha fazla yıl ($p=0,000$) olanlara göre eşiyle arasındaki uyum düzeyi puan ortalaması anlamlı olarak daha yüksek bulundu. Yaş farkı 3-4 yıl olanlarla, 5 ve daha fazla yıl olanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamadı ($p=0,337$) (Tablo 42). Eşinin ailesiyle uyum düzeyi ile eşler arası yaş farkı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptandı ($F=3,171$, $p=0,044$). Üç grup arasındaki farkın nereden kaynaklandığını saptamak amacıyla yapılan Post-Hoc Tukey testine göre yaş farkı 2 ve daha az yıl olanlar; yaş farkı 3-4 yıl olanlar ($p=0,138$) istatistiksel olarak anlamsız, yaş farkı 5 ve daha fazla yıl ($p=0,045$) olanlara göre ise eşiyle arasındaki uyum düzeyi puan ortalaması anlamlı olarak daha yüksek bulundu. Yaş farkı 3-4 yıl olanlarla, 5 ve daha fazla yıl olanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamadı ($p=0,818$). Evlilik memnuniyeti eşler arası yaş farkı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptandı ($F=8,293$, $p=0,000$). Üç grup arasındaki farkın nereden kaynaklandığını saptamak amacıyla yapılan Post-Hoc Tukey testine göre yaş farkı 2 ve daha az yıl olanlar; yaş farkı 3-4 yıl olanlara ($p=0,007$) ve yaş farkı 5 ve daha fazla yıl ($p=0,000$) olanlara göre eşiyle arasındaki uyum düzeyi puan ortalaması anlamlı olarak daha yüksek bulundu. Yaş farkı 3-4 yıl olanlarla, 5 ve daha fazla yıl olanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamadı ($p=0,564$).

Tablo 41. Katılımcı kadınların eşleriyle arasındaki yaş farkı ile eşi ve ailesiyle uyum düzeyi ve evlilik memnuniyetinin karşılaştırılması.

	Eşler arası yaş farkı			F**	p
	2 ve daha az yıl (n=64) Ort. $\pm$ SS	3-4 Yıl (n=79) Ort. $\pm$ SS	5 ve daha fazla yıl (n=65) Ort. $\pm$ SS		
Eşiyle arasındaki uyum düzeyi	3,58 $\pm$ 1,00	3,03 $\pm$ 0,94	2,78 $\pm$ 1,11	10,345	0,000 ^{††}
Eşinin ailesiyle uyum düzeyi	2,84 $\pm$ 1,08	2,51 $\pm$ 0,95	2,40 $\pm$ 1,11	3,171	0,044 [†]
Evlilik memnuniyeti	3,80 $\pm$ 0,97	3,29 $\pm$ 0,89	3,12 $\pm$ 1,08	8,293	0,000 ^{††}

* (1: En az, 5: En çok). ** Oneway Anova Testi kullanılmıştır. [†] $p<0.05$, ^{††} $p<0.01$.

Tablo 42. Katılımcı kadınların eşleriyle arasındaki yaş farkı ile eşi ve ailesiyle uyum düzeyi ve evlilik memnuniyetinin gruplar arası karşılaştırılması.

	(I) Eşler arası yaş farkı (yıl)	(J) Eşler arası yaş farkı (yıl)	Ortalama fark (I-J)	p
Eşiyle arasındaki uyum düzeyi	Yaş farkı 2 ve daha az	Yaş farkı 3-4 yıl	0,553	0,004^{††}
		Yaş farkı 5 ve daha fazla	0,794	0,000^{††}
	Yaş farkı 3-4 yıl	Yaş farkı 2 ve daha az	-0,553	0,004^{††}
		Yaş farkı 5 ve daha fazla	0,241	0,337
	Yaş farkı 5 ve daha fazla	Yaş farkı 2 ve daha az	-0,794	0,000^{††}
		Yaş farkı 3-4 yıl	-0,241	0,337
Eşinin ailesiyle uyum düzeyi	Yaş farkı 2 ve daha az	Yaş farkı 3-4 yıl	0,337	0,138
		Yaş farkı 5 ve daha fazla	0,444	0,045[†]
	Yaş farkı 3-4 yıl	Yaş farkı 2 ve daha az	-0,337	0,138
		Yaş farkı 5 ve daha fazla	0,106	0,818
	Yaş farkı 5 ve daha fazla	Yaş farkı 2 ve daha az	-0,444	0,045[†]
		Yaş farkı 3-4 yıl	-0,106	0,818
Evlilik memnuniyeti	Yaş farkı 2 ve daha az	Yaş farkı 3-4 yıl	0,506	0,007^{††}
		Yaş farkı 5 ve daha fazla	0,674	0,000^{††}
	Yaş farkı 3-4 yıl	Yaş farkı 2 ve daha az	-0,506	0,007^{††}
		Yaş farkı 5 ve daha fazla	0,168	0,564
	Yaş farkı 5 ve daha fazla	Yaş farkı 2 ve daha az	-0,674	0,000^{††}
		Yaş farkı 3-4 yıl	-0,168	0,564

*Post-Hoc Tukey testi kullanılmıştır. [†]p<0.05, ^{††}p<0.01

Katılımcılardan çocukluk döneminde ebeveyn kaybı yaşama durumu ile eşi ve ailesiyle uyum düzeyi ve evlilik memnuniyeti karşılaştırıldı. Eşiyle arasındaki uyum düzeyi ile çocukluk döneminde ebeveyn kaybı yaşama durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmadı ($t=-0,807$, $p=0,421$). Eşinin ailesiyle uyum düzeyi ile çocukluk döneminde ebeveyn kaybı yaşama durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptandı ($t=-2,437$, $p=0,016$). Çocukluk döneminde ebeveyn kaybı yaşayanlarda eşinin ailesiyle uyum düzeyi ortalama puanları daha düşük bulundu. Evlilik memnuniyeti ile çocukluk döneminde ebeveyn kaybı yaşama durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmadı ($t=-1,230$, $p=0,220$) (Tablo 43).

Tablo 43. Katılımcı kadınların çocukluk döneminde ebeveyn kaybı yaşama durumu ile eşi ve ailesiyle uyum düzeyi ve evlilik memnuniyetinin karşılaştırılması.

	Çocukluk döneminde ebeveyn kaybı		t**	p
	Evet (n=41) Ort. ±SS	Hayır (n=167) Ort.±SS		
Eşyle arasındaki uyum düzeyi	3,00±1,02	3,15±1,07	-0,807	0,421
Eşinin ailesiyle uyum düzeyi	2,22±0,93	2,66±1,07	-2,437	0,016[†]
Evlilik memnuniyeti	3,22±0,98	3,44±1,02	-1,230	0,220

* (1: En az, 5: En çok). **İki örneklemlili t testi kullanılmıştır. [†]p<0.05.

Katılımcıların eşlerinin çalışma durumu ile eşi ve ailesiyle uyum düzeyi ve evlilik memnuniyeti karşılaştırıldı. Eşyle arasındaki uyum düzeyi ile eşin çalışma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptandı (t=4,818, p=0,000). Eşi çalışmayanlarda, eşyle arasındaki uyum düzeyi ortalama puanları daha düşük bulundu. Eşinin ailesiyle uyum düzeyi ile eşin çalışma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptandı (t=2,437, p=0,016). Eşi çalışmayanlarda, eşinin ailesiyle uyum düzeyi ortalama puanları daha düşük bulundu. Evlilik memnuniyeti ile eşin çalışma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptandı (t=4,713, p=0,000), Eşi çalışmayanlarda, evlilik memnuniyeti ortalama puanları daha düşük bulundu (Tablo 44).

Tablo 44. Katılımcı kadınların eşlerinin çalışma durumu ile eşi ve ailesiyle uyum düzeyi ve evlilik memnuniyetinin karşılaştırılması.

	Eşin çalışma durumu		t**	p
	Evet (n=167) Ort. ±SS	Hayır (n=41) Ort.±SS		
Eşyle arasındaki uyum düzeyi	3,29±1,02	2,44±0,95	4,818	0,000^{††}
Eşinin ailesiyle uyum düzeyi	2,66±1,03	3,55±0,96	2,437	0,016[†]
Evlilik memnuniyeti	3,55±0,96	2,76±0,99	4,713	0,000^{††}

* (1: En az, 5: En çok). **İki örneklemlili t testi kullanılmıştır. [†]p<0.05, ^{††}p<0.01

Katılımcıların eşlerinin çalışma şekli ile eşi ve ailesiyle uyum düzeyi ve evlilik memnuniyeti karşılaştırıldı. Eşyle arasındaki uyum düzeyi ile eşin çalışma şekli arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmadı (t=0,639, p=0,524).

Eşinin ailesiyle uyum düzeyi ile eşin çalışma şekli arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptandı ($t=2,612$, $p=0,010$). Eşi vardiyalı (gece-gündüzlü) çalışanlarda, eşinin ailesiyle uyum düzeyi ortalama puanları daha düşük bulundu. Evlilik memnuniyeti ile eşin çalışma şekli arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmadı ($t=1,707$, $p=0,09$) (Tablo 45).

Tablo 45. Katılımcı kadınların eşlerinin çalışma şekli ile eşi ve ailesiyle uyum düzeyi ve evlilik memnuniyetinin karşılaştırılması.

	Eşin çalışma şekli		t**	p
	Sadece gündüz çalışanlar (n=113) Ort. * ±SS	Vardiyalı (gece-gündüzlü) çalışanlar (n=57) Ort.±SS		
Eşiyle arasındaki uyum düzeyi	3,32±1,04	3,21±1,03	0,639	0,524
Eşinin ailesiyle uyum düzeyi	2,79±1,02	2,35±1,04	2,612	0,010[†]
Evlilik memnuniyeti	3,62±0,96	3,35±0,97	1,707	0,09

* (1: En az, 5: En çok). ** İki örneklemlili t testi kullanılmıştır. [†]p<0.05.

Katılımcıların eşlerinin çocukluk döneminde ebeveyn kaybı yaşama durumu ile eşi ve ailesiyle uyum düzeyi ve evlilik memnuniyeti karşılaştırıldı. Eşiyle arasındaki uyum düzeyi ile eşin çocukluk döneminde ebeveyn kaybı yaşama durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptandı ($t=-1,969$, $p=0,047$). Eşi çocukluk döneminde ebeveyn kaybı yaşayanlarda, eşiyle arasındaki uyum düzeyi ortalama puanları daha düşük bulundu. Eşinin ailesiyle uyum düzeyi ile eşin çocukluk döneminde ebeveyn kaybı yaşama durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmadı ($t=-0,993$, $p=0,322$). Evlilik memnuniyeti ile eşin çocukluk döneminde ebeveyn kaybı yaşama durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptandı ($t=-2,122$, $p=0,035$). Eşi çocukluk döneminde ebeveyn kaybı yaşayanlarda, evlilik memnuniyeti ortalama puanları daha düşük bulundu (Tablo 46).

Tablo 46. Katılımcı kadınların eşinin çocukluk döneminde ebeveyn kaybı yaşama durumu ile eş ve ailesiyle uyum düzeyi ve evlilik memnuniyetinin karşılaştırılması.

	Çocukluk döneminde eş ebeveyn kaybı		t*	p
	Var (n=34) Ort.*±SS	Yok (n=174) Ort.*±SS		
Eşiyle arasındaki uyum düzeyi	2,79±1,00	3,18±1,06	-1,969	0,047[†]
Eşinin ailesiyle uyum düzeyi	2,41±1,18	2,61±1,03	-0,993	0,322
Evlilik memnuniyeti	3,06±1,15	3,46±0,97	-2,122	0,035[†]

*(1: En az, 5: En çok). **İki örneklemlili t testi kullanılmıştır. [†]p<0.05.

Katılımcıların HAD-A riski mevcudiyeti ile eş şiddeti puan ortalaması karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardı (t=-7,699, p=0,000). Anksiyete riski fazla olanlarda eş şiddeti ortalama puanları anksiyete riski olmayanlara göre daha yüksekti. Katılımcıların HAD-A riski mevcudiyeti ile eşin sigara kullanma puan ortalaması karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardı (t=-2,824, p=0,013). Anksiyete riski fazla olanlarda eşin sigara kullanma ortalama puanları anksiyete riski olmayanlara göre daha yüksekti. Katılımcıların HAD-A riski mevcudiyeti ile eşin alkol kullanma puan ortalaması karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardı (t=-3,373, p=0,008). Anksiyete riski fazla olanlarda eşin alkol kullanma ortalama puanları anksiyete riski olmayanlara göre daha yüksekti. Katılımcıların HAD-A riski mevcudiyeti ile eşin şans oyunları oynama puan ortalaması karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardı (t=-4,072, p=0,007). Anksiyete riski fazla olanlarda eşin şans oyunları oynama ortalama puanları, anksiyete riski olmayanlara göre daha yüksekti (Tablo 47).

Tablo 47. Katılımcı kadınların HAD-A riskine göre eş şiddeti, alkol ve sigara kullanma şans oyunları oynama durumları karşılaştırılması.

	HAD-A		t**	p
	Risk yok (n=163) Ort.*±SS	Risk var (n=45) Ort.*±SS		
Eş şiddeti durumu	1,27±0,67	2,36±1,26	-7,699	0,000^{††}
Eşin sigara kullanma durumu	2,55±1,32	3,20±1,56	-2,824	0,013[†]
Eşin alkol kullanma durumu	1,74±0,94	2,33±1,38	-3,373	0,008^{††}
Eşin şans oyunları oynama durumu	1,26±0,55	1,76±1,13	-4,072	0,007^{††}

*(1: En az, 5: En çok). **İki örneklemlili t testi kullanılmıştır. HAD-A: Hastane anksiyete depresyon ölçeği-Anksiyete. [†]p<0.05., ^{††}p<0.01

Katılımcıların HAD-D riski mevcudiyeti ile eş şiddeti puan ortalaması karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardı ($t=-6,069$, $p=0,000$). Depresyon riski fazla olanlarda eş şiddeti ortalama puanları, depresyon riski olmayanlara göre daha yüksekti. Katılımcıların HAD-D riski mevcudiyeti ile eşin sigara kullanma puan ortalaması karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmadı ($t=-1,921$, $p=0,56$). Katılımcıların HAD-D riski mevcudiyeti ile eşin alkol kullanma puan ortalaması karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmadı ($t=-1,472$, $p=0,142$). Katılımcıların HAD-D riski mevcudiyeti ile eşin şans oyunları oynama puan ortalaması karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardı ($t=-3,695$, $p=0,000$). Depresyon riski fazla olanlarda eşin şans oyunları oynama ortalama puanları, depresyon riski olmayanlara göre daha yüksekti (Tablo 48).

Tablo 48. Katılımcı kadınların HAD-D)-Depresyon riskine göre eş şiddeti, alkol ve sigara kullanma şans oyunları oynama durumları karşılaştırılması.

	HAD-D		t**	p
	Risk yok (n=145) Ort.** ±SS	Risk var (n=63) Ort.±SS		
Eş şiddeti durumu	1,26±0,68	2,06±1,20	-6,069	0,000[†]
Eşin sigara kullanma durumu	2,57±1,31	2,97±1,54	-1,921	0,56
Eşin alkol kullanma durumu	1,79±2,03	2,03±1,29	-1,472	0,142
Eşin şans oyunları oynama durumu	1,25±0,47	1,65±1,09	-3,695	0,000[†]

* (1: En az, 5: En çok). **İki örneklemlili t testi kullanılmıştır. HAD-D: Hastane anksiyete depresyon ölçeği-Depresyon [†]p<0.01.

Katılımcılar kronik hastalık mevcudiyeti ile HAD ölçeği risk durumu karşılaştırıldı. Kronik hastalığı olan, 27 kişide (%31,4); ailesinde kronik hastalığı olmayan 18 kişide (%14,8) anksiyete riski vardı. Kronik hastalığı olanlarda anksiyete riski daha yüksekti ve aralarında istatistiksel anlamlılık mevcuttu ($X^2=8,239$, $p=0.004$). Kronik hastalığı olan 33 kişide (%38,4), kronik hastalığı olmayan 30 kişide (%24,6) depresyon riski vardı. Kronik hastalığı olanlarda depresyon riski daha yüksekti ve aralarında istatistiksel anlamlılık mevcuttu ($X^2=4,538$, $p=0.033$) (Tablo 49).

Tablo 49. Katılımcı kadınların kronik hastalık durumuna göre HAD riski karşılaştırılması.

		Kronik hastalık mevcudiyeti		X^2^{**}	p
		Var (n=86)	Yok(n=122)		
HAD-A*	Risk yok	59 (%68,6)	104 (%85,2)	8,239	0,004^{††}
	Risk var	27 (%31,4)	18(%14,8)		
HAD-D*	Risk yok	53 (%61,6)	92 (%75,4)	4,538	0,033[†]
	Risk var	33 (%38,4)	30(%24,6)		

^{**}Ki-Kare testi kullanılmıştır. HAD-A* : Hastane Anksiyete Depresyon ölçeği-Anksiyete, HAD-D* : Hastane Anksiyete Depresyon ölçeği-Depresyon. [†]p<0.05, ^{††}p<0.01.

Ailesinde kronik hastalık mevcudiyetine göre HAD ölçeği risk durumu karşılaştırıldı. Ailesinde kronik hastalığı olan 22 kişide (%27,5), ailesinde kronik hastalığı olmayan 23 kişide (%18,0) anksiyete riski vardı. Aralarında istatistiksel yönden anlamlılık mevcut değildi ($X^2=2,638$, $p=0.104$). Ailesinde kronik hastalığı olan 32 kişide (%40,0), ailesinde kronik hastalığı olmayan 31 kişide (%24,2) depresyon riski vardı. Ailesinde kronik hastalığı olanlarda depresyon riski daha yüksekti ve aralarında istatistiksel anlamlılık mevcuttu ($X^2=5,807$, $p=0.016$) (Tablo 50).

Tablo 50. Katılımcı kadınların Ailesinde kronik hastalık mevcudiyetine göre HAD riski karşılaştırılması

		Ailesinde kronik hastalık mevcudiyeti		X^2^{**}	p
		Var (n=80)	Yok(n=128)		
HAD-A*	Risk yok	58(%72,5)	105(%82,0)	2,638	0,104
	Risk var	22(%27,5)	23(%18,0)		
HAD-D*	Risk yok	48(%60)	97(%75,8)	5,807	0,016[†]
	Risk var	32(%40,0)	31(%24,2)		

^{**}Ki-Kare testi kullanılmıştır. HAD-A* : Hastane Anksiyete Depresyon ölçeği-Anksiyete, HAD-D* : Hastane Anksiyete Depresyon ölçeği-Depresyon. [†]p<0.05.

Ailesinde ruhsal bir hastalık mevcudiyetine göre HAD ölçeği risk durumu karşılaştırıldı. Ailesinde ruhsal bir hastalığı olan 9 kişide (%50), ailesinde ruhsal bir hastalığı olmayan 36 kişide (%18,9) anksiyete riski vardı ve ailesinde ruhsal bir hastalığı olanlarda anksiyete riski daha fazlaydı. Aralarında istatistiksel yönden anlamlılık mevcuttu ($X^2=9,352$, $p=0.002$). Ailesinde ruhsal bir hastalığı olan 12 kişide (%66,7), ailesinde ruhsal bir hastalığı olmayan 51 kişide (%26,8) depresyon

riski vardı. Ailesinde ruhsal bir hastalığı olanlarda depresyon riski daha yüksekti ve aralarında istatistiksel anlamlılık mevcuttu ($X^2=12,350$, $p=0.000$) (Tablo 51).

Tablo 51. Katılımcı kadınların ailesinde ruhsal bir hastalık mevcudiyetine göre HAD riski karşılaştırılması

		Ailesinde ruhsal bir hastalık mevcudiyeti		X^{2**}	p
		Var (n=18)	Yok(n=190)		
HAD-A*	Risk yok	9(%50)	154(%81,1)	9,352	0,002[†]
	Risk var	9(%50)	36(%18,9)		
HAD-D*	Risk yok	6(%33,3)	139(%73,2)	12,350	0,000[†]
	Risk var	12(%66,7)	51(%26,8)		

**Ki-Kare testi kullanılmıştır. *HAD-A: Hastane Anksiyete Depresyon ölçeği-Anksiyete. *HAD-D: Hastane Anksiyete Depresyon ölçeği -Depresyon. [†] $p<0.01$

Ailesinde engelli/bakım gerektiren birey mevcudiyetine göre HAD ölçeği risk durumu karşılaştırıldı. Ailesinde engelli/bakım gerektiren 6 kişide (%35,3), ailesinde engelli/bakım gerektiren birey olmayan 39 kişide (%20,4) anksiyete riski vardı. Aralarında istatistiksel yönden anlamlılık mevcut değildi ($X^2=2,037$, $p=0.153$). Ailesinde engelli/bakım gerektiren birey olan 10 kişide (%58,8), ailesinde engelli/bakım gerektiren birey olmayan 53 kişide (%27,7) depresyon riski vardı. Ailesinde engelli/bakım gerektiren birey olanlarda depresyon riski daha yüksekti ve aralarında istatistiksel anlamlılık mevcuttu ($X^2=7,139$, $p=0.008$) (Tablo 52).

Tablo 52. Katılımcı kadınların Ailesinde engelli/bakım gerektiren birey mevcudiyetine göre HAD riski karşılaştırılması.

		Ailesinde engelli /bakım gerektiren birey mevcudiyeti		X^{2**}	p*
		Var (n=17)	Yok(n=191)		
HAD-A*	Risk yok	11(%64,7)	152(%79,6)	2,037	0,153
	Risk var	6(35,3)	39(%20,4)		
HAD-D*	Risk yok	7(%41,2)	138 (%72,3)	7,139	0,008[†]
	Risk var	10(%58,8)	53(%27,7)		

**Ki-Kare testi kullanılmıştır. *HAD-A: Hastane Anksiyete Depresyon ölçeği-Anksiyete, *HAD-D: Hastane Anksiyete Depresyon ölçeği-Depresyon. [†] $p<0.01$

Katılımcılardaki kronik hastalık mevcudiyeti ile HAD ölçeği ortalama puanları karşılaştırıldı. Kronik bir hastalığı olanların HAD-A ortalama puanları

istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek bulundu ($t=4,033$, $p=0,000$). Kronik bir hastalık olanların HAD-D ortalama puanları istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek bulundu ($t=3,088$, $p=0,002$) (Tablo 53).

Tablo 53. Katılımcı kadınlarda kronik hastalık mevcudiyetinin HAD ölçeği puanlarıyla karşılaştırılması.

	Kronik hastalık mevcudiyeti		t**	p*
	Var (n=86) Ort.±SS	Yok (n=122) Ort.±SS		
HAD-A*	8,10±4,92	5,52±4,25	4,033	0,000 [†]
HAD-D*	6,21±4,28	4,28±4,18	3,088	0,002 [†]

**İki örneklemli t testi kullanılmıştır. *HAD-A: Hastane Anksiyete Depresyon ölçeği-Anksiyete, *HAD-D: Hastane Anksiyete Depresyon ölçeği-Depresyon[†] $p<0.01$

Katılımcıların ailesindeki kronik hastalık mevcudiyeti ile HAD ölçeği ortalama puanları karşılaştırıldı. Ailesinde kronik hastalık olanların HAD-A ortalama puanları istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek bulundu ($t=3,274$, $p=0,001$). Ailesinde kronik hastalık olanların HAD-D ortalama puanları istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek bulundu ($t=3,109$, $p=0,002$) (Tablo 54).

Tablo 54. Katılımcı kadınların Ailesindeki kronik hastalık durumunun HAD ölçeği puanlarıyla karşılaştırılması.

	Ailesinde kronik hastalık mevcudiyeti		t**	p*
	Var (n=80) Ort.±SS	Yok (n=128) Ort.±SS		
HAD-A*	7,91±4,82	5,77±4,45	3,274	0,001 [†]
HAD-D*	6,29±4,68	4,32±4,27	3,109	0,002 [†]

**İki örneklemli t testi kullanılmıştır. *HAD-A: Hastane Anksiyete Depresyon ölçeği-Anksiyete, *HAD-D: Hastane Anksiyete Depresyon ölçeği-Depresyon[†] $p<0.01$.

Katılımcıların ailesindeki engelli/bakım gerektiren birey mevcudiyeti ile HAD ölçeği ortalama puanları karşılaştırıldı. Ailesinde engelli/bakım gerektiren birey olanların HAD-A ortalama puanları istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek bulundu ($Z=-2,069$, $p=0,039$). Ailesinde kronik hastalık olanların HAD-D ortalama puanları istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek bulundu ($Z=-2,770$, $p=0,006$) (Tablo 55)

Tablo 55. Katılımcı kadınların Ailesindeki engelli/bakım gerektiren birey durumu ile HAD ölçek puanları karşılaştırılması.

	Ailesinde engelli/bakım gerektiren birey mevcudiyeti		Z**	p
	Var (n=17) Ort.±SS	Yok (n=191) Ort.±SS		
HAD-A*	8,59±4,04	6,41±4,73	-2,069	0,039[†]
HAD-D*	7,65±3,72	4,85±4,53	-2,770	0,006^{††}

**Mann-Withney U testi kullanılmıştır. *HAD-A: Hastane Anksiyete Depresyon ölçeği-Anksiyete, *HAD-D: Hastane Anksiyete Depresyon ölçeği-Depresyon. [†]p<0.05, ^{††}p<0.01

Katılımcıların ailesindeki ruhsal bir hastalığı olan birey mevcudiyeti ile HAD ölçeği ortalama puanları karşılaştırıldı. Ailesinde ruhsal bir hastalığı olan birey olanların HAD-A ortalama puanları, istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek bulundu (Z=-3,160, p=0,002). Ailesinde ruhsal bir hastalığı olan birey mevcudiyeti HAD-D ortalama puanları istatistiksel olarak, anlamlı düzeyde daha yüksek bulundu (Z=-2,619, p=0,009) (Tablo 56).

Tablo 56. Katılımcıların ailesinde ruhsal bir hastalık mevcudiyeti ile HAD ölçek puanları karşılaştırılması.

	Ailesinde ruhsal bir hastalık mevcudiyeti		Z*	p
	Var (n=18) Ort.±SS	Yok (n=190) Ort.±SS		
HAD-A*	10,28±4,81	6,24±4,55	-3,160	0,002[†]
HAD-D**	8,00±4,62	4,80±4,43	-2,619	0,009[†]

**Mann-Withney U testi kullanılmıştır. *HAD-A: Hastane Anksiyete Depresyon ölçeği-Anksiyete, *HAD-D: Hastane Anksiyete Depresyon ölçeği-Depresyon. [†]p<0.01

Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek ölçeği (ÇBASDÖ) ve alt boyutları ile aile tipi karşılaştırılmıştır. ÇBASDÖ toplam puan ortalama skoru, çekirdek aile tipine mensup olanlarda istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur (t=3,095, p=0,002).

ÇBASDÖ-Aile alt boyutu puan ortalaması, çekirdek aile tipine mensup olanlarda istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur (t=3,131, p=0,002). ÇBASDÖ-Arkadaş alt boyutu puan ortalaması, çekirdek aile tipine mensup olanlarda istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur

($t=2,521$, $p=0,047$). ÇBASDÖ-Özel kişi alt boyutu puan ortalaması ile aile tipi arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark saptanmamıştır ($t=1,544$, $p=0,124$). (Tablo 57).

Tablo 57. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek ölçeğinin (ÇBASDÖ) aile tipi ile karşılaştırılması.

Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği (ÇBASDÖ)	Aile tipi		t*	p*
	Çekirdek (n=180) Ort.±SS	Geniş (n=28) Ort.±SS		
ÇBASDÖ-Aile	23,59±6,03	19,68±6,88	3,131	0,002 ^{††}
ÇBASDÖ-Arkadaş	21,39±4,92	18,75±6,47	2,521	0,047 [†]
ÇBASDÖ-Özel kişi	17,83±6,65	15,71±7,40	1,544	0,124
ÇBASDÖ-Toplam	62,89±13,91	54,00±15,59	3,095	0,002 ^{††}

*İki örneklemlili t testi kullanılmıştır. [†] $p<0,05$, ^{††} $p<0,01$

Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek ölçeği (ÇBASDÖ) ve alt boyutları ile eğitim düzeyi karşılaştırılmıştır. ÇBASDÖ-Toplam puan ortalama skoru ile eğitim düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı ($F=8,166$, $p=0,000$). Eğitim düzeyi arttıkça ÇBASDÖ-Toplam puan ortalamalarının lineer olarak arttığı görüldü. ÇBASDÖ-Aile alt boyutu puan ortalama skoru ile eğitim düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı ($F=7,835$, $p=0,001$). Eğitim düzeyi arttıkça ÇBASDÖ-Aile alt boyut puan ortalamalarının arttığı görüldü. ÇBASDÖ-Arkadaş alt boyutu puan ortalama skoru ile eğitim düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı ($F=9,153$, $p=0,000$). Eğitim düzeyi arttıkça ÇBASDÖ-Arkadaş alt boyut puan ortalamalarının arttığı görüldü. ÇBASDÖ-Özel kişi alt boyutu puan ortalama skoru ile eğitim düzeyi istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark bulunmamıştır ($F=1,530$, $p=0,219$) (Tablo 58).

Tablo 58. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek ölçeğinin (ÇBASDÖ) eğitim düzeyi ile karşılaştırılması.

Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği (ÇBASDÖ)	Eğitim düzeyi			F*	p*
	İlköğretim ya da daha altı (n=67) Ort.±SS	Lise (n=82) Ort.±SS	Üniversite (n=59) Ort.±SS		
ÇBASDÖ-Aile	20,76±7,73	23,62±5,51	24,90±4,49	7,835	0,001 [†]
ÇBASDÖ-Arkadaş	19,28±6,58	20,96±4,18	23,12±3,93	9,153	0,000 [†]
ÇBASDÖ-Özel kişi	16,75±7,15	17,30±6,66	18,80±6,43	1,530	0,219
ÇBASDÖ-Toplam	56,87±16,75	61,88±13,43	66,93±10,85	8,166	0,000 [†]

*Oneway Anova Testi kullanılmıştır. [†]p<0.01.

Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek ölçeği (ÇBASDÖ)-Toplam puanı ve alt boyut puanları ile çalışma durumu karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel yönden anlamlılık saptanamamıştır (Tablo 59).

Tablo 59. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek ölçeğinin (ÇBASDÖ) çalışma durumu ile karşılaştırılması.

Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği (ÇBASDÖ)	Çalışma durumu		t*	p*
	Çalışmıyor (n=172) Ort.±SS	Çalışıyor (n=36) Ort.±SS		
ÇBASDÖ-Aile	23,02±6,48	23,25±5,27	-0,197	0,844
ÇBASDÖ-Arkadaş	20,80±5,29	22,14±4,75	-1,401	0,163
ÇBASDÖ-Özel kişi	17,26±6,95	18,94±5,75	-1,362	0,175
ÇBASDÖ-Toplam	61,15±14,71	64,31±12,88	-1,193	0,234

*İki örneklemlili t testi kullanılmıştır.

Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek ölçeği (ÇBASDÖ) ve alt boyutları ile gelir düzeyi karşılaştırılmıştır. ÇBASDÖ-Toplam puan ortalama skoru ile gelir düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı (F=15,842, p=0,000). Gelir düzeyi arttıkça ÇBASDÖ-Toplam puan ortalamalarının lineer olarak arttığı görüldü. ÇBASDÖ-Aile alt boyutu puan ortalama skoru ile gelir düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı (F=23,340, p=0,000). Gelir düzeyi arttıkça ÇBASDÖ-Aile alt boyut puan ortalamalarının lineer olarak arttığı görüldü. ÇBASDÖ-Arkadaş alt boyutu puan ortalama skoru ile gelir düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı (F=7,674, p=0,001). Gelir düzeyi arttıkça ÇBASDÖ-Arkadaş alt boyut puan ortalamalarının arttığı görüldü. ÇBASDÖ-Özel kişi alt boyutu puan ortalama

skoru ile gelir düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı ($F=3,815$, $p=0,024$). Düşük gelir düzeyine sahip kişilerin, özel kişi puan ortalaması, düşük ve yüksek gelirlilerden daha fazlaydı ayrıca yüksek gelir düzeyine sahip olanların özel kişi puan ortalamaları düşük gelir düzeyine sahip olanlardan daha fazlaydı (Tablo 60).

Tablo 60. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek ölçeğinin (ÇBASDÖ) gelir düzeyi ile karşılaştırılması.

Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği (ÇBASDÖ)	Gelir düzeyi			F*	p*
	Düşük gelir Ort.±SD (n=43)	Orta gelir Ort.±SD (n=74)	Yüksek gelir Ort.±SD (n=91)		
ÇBASDÖ-Aile	18,21±8,41	23,00±5,48	25,41±4,05	23,340	0,000 ^{††}
ÇBASDÖ-Arkadaş	18,42±6,80	21,32±4,72	22,04±4,30	7,674	0,001 ^{††}
ÇBASDÖ-Özel kişi	15,19±7,26	18,70±6,11	17,73±6,84	3,815	0,024 [†]
ÇBASDÖ-Toplam	51,56±17,71	63,11±13,84	65,34±10,64	15,842	0,000 ^{††}

*Oneway Anova Testi kullanılmıştır. [†] $p<0.05$, ^{††} $p<0.01$

Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek ölçeği (ÇBASDÖ) ve alt boyutları ile kronik hastalık mevcudiyeti karşılaştırılmıştır. ÇBASDÖ-Toplam puan ortalaması, kronik hastalığı olanlarda istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha düşük bulunmuştur ($t=-3,568$, $p=0,001$). ÇBASDÖ-Aile alt boyutu puan ortalaması, kronik hastalığı olanlarda istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha düşük bulunmuştur ($t=-4,538$, $p=0,000$). ÇBASDÖ-Arkadaş alt boyutu puan ortalaması, kronik hastalığı olanlarda istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha düşük bulunmuştur ($t=-1,981$, $p=0,049$). ÇBASDÖ-Özel kişi alt boyutu puan ortalaması, kronik hastalığı olanlarda istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha düşük bulunmuştur ($t=-2,161$, $p=0,032$), (Tablo 61).

Tablo 61. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek ölçeğinin (ÇBASDÖ) kronik hastalık mevcudiyeti ile karşılaştırılması.

Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği (ÇBASDÖ)	Kronik hastalık mevcudiyeti		t*	p*
	Var (n=86) Ort.±SS	Yok (n=122) Ort.±SS		
ÇBASDÖ-Aile	20,81±7,25	24,65±4,92	-4,538	0,000 ^{††}
ÇBASDÖ-Arkadaş	20,19±5,66	21,63±4,81	-1,981	0,049 [†]
ÇBASDÖ-Özel kişi	16,35±6,80	18,39±6,65	-2,161	0,032 [†]
ÇBASDÖ-Toplam	57,56±15,55	64,61±12,88	-3,568	0,001 ^{††}

*İki örneklemlili t testi kullanılmıştır. [†]p<0.05, ^{††}p<0.01

Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek ölçeği (ÇBASDÖ) ve alt boyutları ile ailede kronik hastalıklı birey mevcudiyeti karşılaştırılmıştır. ÇBASDÖ-Toplam puan ortalaması ile ailede kronik hastalıklı birey mevcudiyeti arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır (t=-1,403, p=0,162). ÇBASDÖ-Aile alt boyutu puan ortalaması, ailede kronik hastalık olanlarda istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha düşük bulunmuştur (t=-2,082, p=0,039). ÇBASDÖ-Arkadaş alt boyut puan ortalaması ile ailede kronik hastalıklı birey mevcudiyeti arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır (t=-0,564, p=0,573). ÇBASDÖ-Özel kişi alt boyut puan ortalaması ile ailede kronik hastalıklı birey mevcudiyeti arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır (t=-0,669, p=0,504) (Tablo 62).

Tablo 62. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek ölçeğinin (ÇBASDÖ) ailesinde kronik hastalıklı birey mevcudiyeti ile karşılaştırılması.

Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği (ÇBASDÖ)	Ailede kronik hastalıklı birey mevcudiyeti		t*	p*
	Var (n=86) Ort.±SS	Yok (n=122) Ort.±SS		
ÇBASDÖ-Aile	21,93±6,97	23,77±5,71	-2,082	0,039 [†]
ÇBASDÖ-Arkadaş	20,78±5,34	21,20±5,15	-0,564	0,573
ÇBASDÖ-Özel kişi	17,15±7,20	17,80±6,51	-0,669	0,504
ÇBASDÖ-Toplam	59,93±15,6	62,80±13,54	-1,403	0,162

*İki örneklemlili t testi kullanılmıştır. [†]p<0.05

Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek ölçeği (ÇBASDÖ) ve alt boyutları ile ailede engelli/bakım gerektiren birey mevcudiyeti karşılaştırılmıştır. ÇBASDÖ-Toplam puan ortalaması ile ailede engelli/bakım gerektiren birey mevcudiyeti

arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($Z=-1,165$, $p=0,244$). ÇBASDÖ-Aile alt boyut puan ortalaması ile ailede engelli/bakım gerektiren birey mevcudiyeti arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($Z=-0,725$, $p=0,468$). ÇBASDÖ-Arkadaş alt boyut puan ortalaması, ailede engelli/bakım gerektiren birey olanlarda istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha düşük bulunmuştur ($t=-2,004$, $p=0,045$). ÇBASDÖ-Özel kişi alt boyut puan ortalaması ile ailede engelli/bakım gerektiren birey mevcudiyeti arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($t=-0,407$, $p=0,684$) (Tablo 63).

Tablo 63. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek ölçeğinin (ÇBASDÖ) ailesinde engelli/bakım gerektiren birey mevcudiyeti ile karşılaştırılması.

Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği (ÇBASDÖ)	Ailede engelli/bakım gerektiren birey mevcudiyeti		Z*	p*
	Var (n=17) Ort.±SS	Yok (n=191) Ort.±SS		
ÇBASDÖ-Aile	21,41±8,14	23,21±6,09	-0,725	0,468
ÇBASDÖ-Arkadaş	18,41±5,86	21,27±5,10	-2,004	0,045[†]
ÇBASDÖ-Özel kişi	16,82±7,05	17,61±6,77	-0,407	0,684
ÇBASDÖ-Toplam	56,29±17,76	62,18±14,06	-1,165	0,244

*Mann-Withney U testi kullanılmıştır. [†]p<0.05

Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek ölçeği (ÇBASDÖ) ve alt boyutları ile ailede ruhsal bir hastalık mevcudiyeti karşılaştırılmıştır. ÇBASDÖ-Toplam puan ortalaması ile ailede ruhsal bir hastalık mevcudiyeti arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($Z=-1,361$ $p=0,174$). ÇBASDÖ-Aile alt boyut puan ortalaması, ailesinde ruhsal bir hastalık olanlarda istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha düşük bulunmuştur ($t=-2,657$, $p=0,008$). ÇBASDÖ-Arkadaş alt boyut puan ortalaması ile ailede ruhsal bir hastalık mevcudiyeti arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($Z=-0,292$, $p=0,770$). ÇBASDÖ-Özel kişi alt boyut puan ortalaması ile ailede ruhsal bir hastalık mevcudiyeti arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($t=-0,162$, $p=0,871$) (Tablo 64).

Tablo 64. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek ölçeğinin (ÇBASDÖ) ailesinde ruhsal bir hastalık mevcudiyeti ile karşılaştırılması.

Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği (ÇBASDÖ)	Ailede ruhsal bir hastalık mevcudiyeti		Z*	p
	Var (n=18) Ort.±SS	Yok (n=190) Ort.±SS		
ÇBASDÖ-Aile	18,06±8,42	23,54±5,84	-2,657	0,008 ^{††}
ÇBASDÖ-Arkadaş	20,56±5,89	21,08±5,16	-0,292	0,770
ÇBASDÖ-Özel kişi	17,67±6,87	17,54±6,78	-0,162	0,871
ÇBASDÖ-Toplam	56,22±16,61	62,22±14,15	-1,361	0,174

*Mann-Withney U testi kullanılmıştır. †p<0.01

Katılımcıların sosyo-demografik bazı verileriyle ölçek puanları arasındaki ilişki Spearman korelasyon analizi ile incelendiğinde aşağıdaki bulgular elde edildi. Aile tipi ile gereken ilgiyi gösterebilme arasında anlamlı bir ilişki saptanamamıştır (p=0,190). Problem çözme, iletişim, roller, duygusal tepki verebilme, davranış kontrolü, genel işlevler, HAD-A, HAD-D arasında; düşük kuvvette, pozitif yönde anlamlı ilişki saptanmıştır (sırasıyla r=0,195, p=0,005, r=0,190, p=0,006, r=0,172, p=0,013, r=0,147, p=0,034, r=0,146, p=0,036, r=0,234, p=0,001, r=0,175, p=0,011, r=0,186, p=0,007). Aile tipi ile ÇBASDÖ arasında düşük kuvvette, negatif yönde anlamlı bir ilişki saptanmıştır (r=-0,191, p=0,006). Eğitim seviyesi ile problem çözme arasında anlamlı bir ilişki saptanamamıştır (p=0,303). İletişim, roller, duygusal tepki verebilme, gereken ilgiyi gösterebilme, davranış kontrolü, genel işlevler, HAD-A, HAD-D arasında; düşük kuvvette, negatif yönde anlamlı ilişki saptanmıştır (sırasıyla r=-0,174, p=0,012, r=-0,214, p=0,002, r=-0,254, p=0,000, r=-0,231, p=0,001, r=-0,201, p=0,004, r=-0,259, p=0,000, r=-0,260, p=0,000, r=-0,230, p=0,001). Eğitim seviyesi ile ÇBASDÖ arasında düşük kuvvette, pozitif yönde anlamlı bir ilişki saptanmıştır (r=0,228, p=0,001). İş durumu ile gereken ilgiyi gösterebilme arasında düşük kuvvette, negatif yönde anlamlı bir ilişki saptanmıştır (r=-0,234, p=0,001). İş durumu ile diğer ölçek puanları arasında anlamlı bir ilişki saptanamamıştır (p>0,05). Ailenin gelir düzeyi ile problem çözme, iletişim, roller, duygusal tepki verebilme, gereken ilgiyi gösterebilme, davranış kontrolü, genel işlevler, HAD-A, HAD-D arasında; düşük-orta kuvvette, negatif yönde, ÇBASDÖ arasında ise düşük kuvvette ve pozitif yönde anlamlı bir fark saptanmıştır (p<0,01). Eşiyle arasındaki yaş farkı ve problem çözme, roller, duygusal tepki verebilme, davranış kontrolü, genel işlevler, HAD-A, HAD-D arasında düşük kuvvette, pozitif

yönde anlamlı bir ilişki saptanmıştır (sırasıyla $r=0,152$, $p=0,028$, $r=0,201$, $p=0,004$, $r=0,297$, $p=0,000$, $r=0,283$, $p=0,000$, $r=0,239$, $p=0,001$, $r=0,225$, $p=0,001$, $r=0,226$, $p=0,001$). Eşyle arasındaki yaş farkı ile iletişim, gereken ilgiyi gösterebilme, ÇBASDÖ arasında anlamlı bir ilişki saptanamamıştır ($p>0,05$). Çocuklukta ebeveyn kaybı mevcudiyeti ile problem çözme, roller, duygusal tepki verebilme, gereken ilgiyi gösterebilme, davranış kontrolü ve genel işlevler arasında düşük kuvvette, negatif yönde anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($r=-0,230$, $p=0,001$, $r=-0,199$, $p=0,004$, $r=-0,187$, $p=0,007$, $r=-0,147$, $p=0,035$, $r=-0,241$, $p=0,000$, $r=-0,150$, $p=0,031$). Çocuklukta ebeveyn kaybı mevcudiyeti ile iletişim, ÇBASDÖ, HAD-A ve HAD-D arasında anlamlı bir ilişki saptanamamıştır ($p>0,05$) (Tablo 65).

Tablo 65. Kullanılan ölçekler ile Sosyo-demografik verilerle ve çocuklukta ebeveyn kaybı arasındaki ilişkilerin korelasyonu.

Ölçekler		Aile tipi	Eğitim seviyesi	İş durumu	Ailenin gelir düzeyi	Eşyle arasındaki yaş farkı	Çocuklukta ebeveyn kaybı
Problem Çözme	r	0,195	-0,072	0,029	-0,264	0,152	-0,230
	p	0,005 ^{††}	0,303	0,677	0,000 ^{††}	0,028 [†]	0,001 ^{††}
İletişim	r	0,190	-0,174	-0,054	-0,274	0,124	-0,097
	p	0,006 ^{††}	0,012 [†]	0,442	0,000 ^{††}	0,074	0,165
Roller	r	0,172	-0,214	-0,076	-0,325	0,201	-0,199
	p	0,013 [†]	0,002 ^{††}	0,275	0,000 ^{††}	0,004 ^{††}	0,004 ^{††}
Duygusal tepki verebilme	r	0,147	-0,254	-0,125	-0,443	0,297	-0,187
	p	0,034 [†]	0,000 ^{††}	0,072	0,000 ^{††}	0,000 ^{††}	0,007 ^{††}
Gereken ilgiyi gösterebilme	r	0,091	-0,231	-0,234	-0,349	0,111	-0,147
	p	0,190	0,001 ^{††}	0,001 ^{††}	0,000 ^{††}	0,110	0,035 [†]
Davranış kontrolü	r	0,146	-0,201	-0,022	-0,519	0,283	-0,241
	p	0,036 [†]	0,004 ^{††}	0,748	0,000 ^{††}	0,000 ^{††}	0,000 ^{††}
Genel işlevler	r	0,234	-0,259	-0,073	-0,391	0,230	-0,150
	p	0,001 ^{††}	0,000 ^{††}	0,296	0,000 ^{††}	0,001 ^{††}	0,031 [†]
ÇBASDÖ-skor	r	-0,191	0,228	0,073	0,244	-0,101	0,052
	p	0,006 ^{††}	0,001 ^{††}	0,294	0,000 ^{††}	0,147	0,456
HAD- A skor	r	0,175	-0,260	-0,033	-0,372	0,225	-0,114
	p	0,011 [†]	0,000 ^{††}	0,634	0,000 ^{††}	0,001 ^{††}	0,100
HAD-D skor	r	0,186	-0,230	0,010	-0,276	0,226	-0,073
	p	0,007 ^{††}	0,001 ^{††}	0,882	0,000 ^{††}	0,001 ^{††}	0,298

Spearman's korelasyon testi kullanılmıştır. r = Spearman's rho katsayısı, p : Significance (2-tailed). HAD: Hastane Anksiyete Depresyon ölçeği. ÇBASDÖ: Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği. [†] $p<0,05$, ^{††} $p<0,01$.

Eş çalışma durumu ile problem çözme ve roller arasında anlamlı ilişki saptanamamıştır ($p>0,05$). Eş çalışma durumu ile iletişim, duygusal tepki verebilme,

gereken ilgiyi gösterebilme, davranış kontrolü, genel işlevler, HAD-A, HAD-D arasında; düşük kuvvette ve pozitif yönde anlamlı bir ilişki saptanmıştır (sırasıyla $r=0,170$, $p=0,014$, $r=0,186$, $p=0,007$, $r=0,139$, $p=0,045$, $r=0,215$, $p=0,002$, $r=0,195$, $p=0,005$, $r=0,221$, $p=0,001$, $r=0,186$, $p=0,007$). ÇBASDÖ ile düşük kuvvette ve negatif yönde anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($r=0,145$, $p=0,007$). Eş çalışma şekli ile gereken ilgiyi gösterebilme arasında anlamlı ilişki saptanamamıştır ($p=0,053$). Eş çalışma şekli ile problem çözme, iletişim, roller, duygusal tepki verebilme, davranış kontrolü, genel işlevler, HAD-A, HAD-D arasında; düşük-kuvvette, pozitif yönde, ÇBASDÖ arasında ise düşük kuvvette ve negatif yönde anlamlı bir fark saptanmıştır ($p<0,05$). Eşin çocuklukta ebeveyn kaybı durumu ile gereken ilgiyi gösterebilme ve HAD-A arasında düşük kuvvette ve negatif yönde anlamlı bir ilişki saptanmıştır (sırasıyla $r=-0,144$, $p=0,038$, $r=-0,150$, $p=0,030$). Eşin çocuklukta ebeveyn kaybı durumu ile diğer ölçek puanlarıyla anlamlı bir ilişki saptanamamıştır ($p>0,05$). Katılımcının kronik hastalık durumu ile problem çözme arasında anlamlı bir ilişki saptanamamıştır ($p>0,05$). Katılımcının kronik hastalık durumu ile iletişim, roller, duygusal tepki verebilme, gereken ilgiyi gösterebilme, davranış kontrolü, genel işlevler, HAD-A, HAD-D arasında; düşük kuvvette, negatif yönde anlamlı ilişki saptanmıştır (sırasıyla $r=-0,144$, $p=0,037$, $r=-0,193$, $p=0,005$, $r=-0,194$, $p=0,005$, $r=-0,233$, $p=0,001$, $r=-0,205$, $p=0,003$, $r=-0,221$, $p=0,001$, $r=-0,262$, $p=0,000$, $r=-0,209$, $p=0,002$). Katılımcının kronik hastalık varlığı durumu ile ÇBASDÖ arasında düşük kuvvette, pozitif yönde anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($r=0,219$, $p=0,001$). Ailede kronik hastalık varlığı durumu ile iletişim HAD-A, HAD-D arasında düşük kuvvette, negatif yönde anlamlı bir ilişki saptanmıştır (sırasıyla $r=-0,150$, $p=0,031$, $r=-0,217$, $p=0,002$, $r=-0,229$, $p=0,001$). Diğer ölçeklerle anlamlı bir ilişki saptanamamıştır ($p>0,05$). Ailede engelli/bakım gerektiren birey varlığı durumu ile iletişim, HAD-A, HAD-D arasında düşük kuvvette, negatif yönde bir ilişki saptanmıştır (sırasıyla $r=-0,148$, $p=0,033$, $r=-0,144$, $p=0,038$, $r=-0,193$, $p=0,005$). Diğer ölçeklerle anlamlı bir ilişki saptanamamıştır ($p>0,05$). Ailede ruhsal bir hastalığı olan birey varlığı durumu ile roller, duygusal tepki verebilme, HAD-A, HAD-D arasında düşük kuvvette, negatif yönde bir ilişki saptanmıştır (sırasıyla $r=-0,179$, $p=0,010$, $r=-0,143$, $p=0,039$, $r=-0,220$, $p=0,001$, $r=-0,182$, $p=0,009$). Diğer ölçeklerle anlamlı bir ilişki saptanamamıştır (Tablo 66).

Tablo 66. Kullanılan ölçekler ile eşin çalışma verileri, eşin çocuklukta ebeveyn kaybı, katılımcının kendisinde ve ailesindeki kronik hastalık durumu, ailesinde engelli/bakım gerektiren kişi varlığı, ailesinde ruhsal bir hastalığı olan birey varlığı durumları arasındaki ilişkilerin korelasyonu.

Ölçekler		Eş çalışma durumu	Eş çalışma şekli	Eşin çocuklukta ebeveyn kaybı durumu	Kronik hastalık varlığı durumu	Ailede kronik hastalık varlığı durumu	Ailede engelli/bakım gerektiren birey varlığı durumu	Ailede ruhsal bir hastalığı olan birey varlığı durumu
Problem Çözme	r	0,136	0,176	-0,128	-0,033	0,006	-0,119	-0,103
	p	0,050	0,021[†]	0,066	0,634	0,927	0,088	0,137
İletişim	r	0,170	0,159	0,009	-0,144	-0,083	-0,148	-0,127
	p	0,014[†]	0,038[†]	0,895	0,037[†]	0,236	0,033[†]	0,068
Roller	r	0,131	0,223	-0,097	-0,193	-0,104	-0,097	-0,179
	p	0,060	0,003^{††}	0,163	0,005^{††}	0,135	0,163	0,010[†]
Duygusal tepki verebilme	r	0,186	0,215	-0,083	-0,194	-0,113	-0,037	-0,143
	p	0,007^{††}	0,005^{††}	0,231	0,005^{††}	0,104	0,594	0,039[†]
Gereken ilgiyi gösterebilme	r	0,139	0,149	-0,144	-0,233	-0,150	-0,057	0,030
	p	0,045[†]	0,053	0,038[†]	0,001^{††}	0,031[†]	0,415	0,663
Davranış kontrolü	r	0,215	0,213	-0,109	-0,205	-0,086	0,033	-0,088
	p	0,002^{††}	0,005^{††}	0,116	0,003^{††}	0,216	0,635	0,204
Genel işlevler	r	0,195	0,187	-0,038	-0,221	-0,104	-0,076	-0,118
	p	0,005^{††}	0,015[†]	0,589	0,001^{††}	0,133	0,275	0,090
ÇBASDÖ-skor	r	-0,145	-0,232	0,044	0,219	0,070	0,081	0,095
	p	0,037[†]	0,002^{††}	0,526	0,001^{††}	0,314	0,245	0,174
HAD-A skor	r	0,221	0,173	-0,150	-0,262	-0,217	-0,144	-0,220
	p	0,001^{††}	0,024[†]	0,030[†]	0,000^{††}	0,002^{††}	0,038[†]	0,001^{††}
HAD-D skor	r	0,186	0,172	-0,078	-0,209	-0,229	-0,193	-0,182
	p	0,007^{††}	0,025[†]	0,263	0,002^{††}	0,001^{††}	0,005^{††}	0,009^{††}

Spearman's korelasyon testi kullanılmıştır. r= Spearman's rho katsayısı, p: Significance (2-tailed). HAD: Hastane Anksiyete Depresyon ölçeği. ÇBASDÖ: Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği. [†]p<0.05, ^{††}p<0.01

Katılımcı yaşı ile roller ve ÇBASDÖ arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (p=0,065, p=0,165). Katılımcı yaşı ile problem çözme, iletişim, duygusal tepki verebilme, gereken ilgiyi gösterebilme, davranış kontrolü, genel işlevler, HAD-A, HAD-D arasında; düşük kuvvette ve pozitif yönde anlamlı bir ilişki saptanmıştır (sırasıyla r=0,155, p=0,025, r=0,165, p=0,017, r=0,268, p=0,000, r=0,193, p=0,005, r=0,225, p=0,001, r=0,320, p=0,000, r=0,267, p=0,000, r=0,280, p=0,000). Çocuk sayısı ile ÇBASDÖ arasında anlamlı bir ilişki saptanamamıştır. Çocuk sayısı ile problem çözme, iletişim, roller, duygusal tepki verebilme, gereken ilgiyi gösterebilme, davranış kontrolü, genel işlevler, HAD-A, HAD-D arasında; düşük-orta kuvvette ve pozitif yönde anlamlı bir ilişki saptanmıştır (p<0,01). Evlilik

yılı ile ÇBASDÖ ile anlamlı bir ilişki saptanmadı ($p=0,056$). Evlilik yılı ile problem çözme, iletişim, roller, duygusal tepki verebilme, gereken ilgiyi gösterebilme, davranış kontrolü, genel işlevler, HAD-A, HAD-D arasında; düşük-orta kuvvette ve pozitif yönde anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($p<0,05$). Evlilik yaşı ile problem çözme, roller arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p=0,077$). Evlilik yaşı ile iletişim, roller, duygusal tepki verebilme, gereken ilgiyi gösterebilme, davranış kontrolü, genel işlevler, HAD-A, HAD-D arasında; düşük kuvvette ve pozitif yönde anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($p<0,01$). ÇBASDÖ ile düşük kuvvette, negatif yönde anlamlı ilişki saptanmıştır ($r=0,150$, $p=0,031$). Eşiyile arasındaki uyum düzeyi, eşinin ailesiyle uyum düzeyi ve evlilik memnuniyeti ile tüm ölçekler arasında orta kuvvette ve ÇBASDÖ hariç negatif yönde, ÇBASDÖ ile pozitif yönde anlamlı ilişki saptanmıştır ($p<0,01$) (Tablo 67).

Tablo 67. Kullanılan ölçekler ile Sosyo-demografik veriler ve katılımcı kadınların eşi ve ailesiyle uyum düzeyi ve evlilik memnuniyeti arasındaki ilişkilerin korelasyonu.

		Yaş	Çocuk sayısı	Evlilik yılı	Evlilik yaşı	Eşiyile arasındaki uyum düzeyi	Eşinin ailesiyle uyum düzeyi	Evlilik memnuniyeti
Problem Çözme	r	0,155	0,240	0,155	-0,123	-0,338	-0,442	-0,373
	p	0,025 [†]	0,000 ^{††}	0,025 [†]	0,077	0,000 ^{††}	0,000 ^{††}	0,000 ^{††}
İletişim	r	0,165	0,226	0,197	-0,187	-0,332	-0,317	-0,409
	p	0,017 [†]	0,001 ^{††}	0,004 ^{††}	0,007 ^{††}	0,000 ^{††}	0,000 ^{††}	0,000 ^{††}
Roller	r	0,128	0,227	0,174	-0,249	-0,377	-0,433	-0,384
	p	0,065	0,001 ^{††}	0,012 ^{††}	0,000 ^{††}	0,000 ^{††}	0,000 ^{††}	0,000 ^{††}
Duygusal tepki verebilme	r	0,268	0,320	0,300	-0,279	-0,410	-0,351	-0,398
	p	0,000 ^{††}	0,000 ^{††}	0,000 ^{††}	0,000 ^{††}	0,000 ^{††}	0,000 ^{††}	0,000 ^{††}
Gerekten ilgiyi gösterebilme	r	0,193	0,154	0,227	-0,215	-0,278	-0,241	-0,299
	p	0,005 ^{††}	0,026 [†]	0,001 ^{††}	0,002 ^{††}	0,000 ^{††}	0,000 ^{††}	0,000 ^{††}
Davranış kontrolü	r	0,225	0,259	0,242	-0,219	-0,490	-0,468	-0,444
	p	0,001 ^{††}	0,000 ^{††}	0,000 ^{††}	0,001 ^{††}	0,000 ^{††}	0,000 ^{††}	0,000 ^{††}
Genel işlevler	r	0,320	0,349	0,326	-0,220	-0,460	-0,419	-0,498
	p	0,000 ^{††}	0,000 ^{††}	0,000 ^{††}	0,001 ^{††}	0,000 ^{††}	0,000 ^{††}	0,000 ^{††}
ÇBASDÖ-skor	r	-0,097	-0,095	-0,133	0,150	0,218	0,235	0,337
	p	0,165	0,171	0,056	0,031 [†]	0,002 ^{††}	0,001 ^{††}	0,000 ^{††}
HAD-A skor	r	0,267	0,306	0,287	-0,249	-0,480	-0,320	-0,455
	p	0,000 ^{††}	0,000 ^{††}	0,000 ^{††}	0,000 ^{††}	0,000 ^{††}	0,000 ^{††}	0,000 ^{††}
HAD-D skor	r	0,280	0,347	0,298	-0,234	-0,481	-0,285	-0,442
	p	0,000 ^{††}	0,000 ^{††}	0,000 ^{††}	0,001 ^{††}	0,000 ^{††}	0,000 ^{††}	0,000 ^{††}

Spearman's korelasyon testi kullanılmıştır. r = Spearman's rho katsayısı, p : Significance (2-tailed). HAD: Hastane Anksiyete Depresyon ölçeği. ÇBASDÖ: Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği. [†] $p<0,05$, ^{††} $p<0,01$.

Geçmişte ailesinde sözlü şiddet düzeyi ile iletişim, HAD-A, HAD-D arasında düşük şiddette, pozitif yönde anlamlı ilişki saptandı ($r=0,228$, $p=0,001$, $r=0,148$, $p=0,032$, $r=0,164$, $p=0,018$). Geçmişte ailesinde sözlü şiddet düzeyi ile ÇBASDÖ arasında düşük şiddette, negatif yönde anlamlı bir ilişki saptandı ($r=-0,225$, $p=0,001$), problem çözme, roller, duygusal tepki verebilme, gereken ilgiyi gösterebilme, davranış kontrolü, genel işlevler ile anlamlı bir ilişki saptanmadı ($p>0,05$). Geçmişte ailesinde fiziksel şiddet düzeyi ile iletişim, roller, HAD-A, HAD-D arasında düşük şiddette, pozitif yönde anlamlı ilişki saptandı ($r=0,181$, $p=0,009$, $r=0,196$, $p=0,05$, $r=0,205$, $p=0,003$, $r=0,180$, $p=0,009$), Geçmişte ailesinde fiziksel şiddet düzeyi ile ÇBASDÖ arasında düşük şiddette, negatif yönde anlamlı bir ilişki saptandı ($r=-0,183$, $p=0,008$), problem çözme, duygusal tepki verebilme, gereken ilgiyi gösterebilme, davranış kontrolü, genel işlevler ile anlamlı bir ilişki saptanmadı ($p>0,05$). Geçmişte ailesinde kendisine karşı sözlü şiddet düzeyi ile iletişim, HAD-A, HAD-D arasında düşük şiddette, pozitif yönde anlamlı ilişki saptandı ($r=0,275$, $p=0,000$, $r=0,173$, $p=0,013$, $r=0,205$, $p=0,003$). Geçmişte ailesinde kendisine karşı sözlü şiddet düzeyi ile ÇBASDÖ arasında düşük şiddette, negatif yönde anlamlı bir ilişki saptandı ($r=-0,290$, $p=0,000$), problem çözme, roller, duygusal tepki verebilme, gereken ilgiyi gösterebilme, davranış kontrolü, genel işlevler ile anlamlı bir ilişki saptanmadı ($p>0,05$). Geçmişte ailesinde kendisine karşı fiziksel şiddet düzeyi ile problem çözme, iletişim, roller, duygusal tepki verebilme, gereken ilgiyi gösterebilme, davranış kontrolü, genel işlevler, HAD-A, HAD-D arasında düşük şiddette, pozitif yönde anlamlı ilişki saptandı ($r=0,172$, $p=0,013$, $r=0,255$, $p=0,000$, $r=0,188$, $p=0,007$, $r=0,167$, $p=0,016$, $r=0,178$, $p=0,010$, $r=0,148$, $p=0,033$, $r=0,240$, $p=0,000$, $r=0,249$, $p=0,000$, $r=0,275$, $p=0,000$). Geçmişte ailesinde kendisine karşı fiziksel şiddet düzeyi ile ÇBASDÖ arasında düşük şiddette, negatif yönde anlamlı bir ilişki saptandı ($r=-0,263$, $p=0,000$) (Tablo 68).

Tablo 68. Kullanılan ölçekler ile geçmişte ailesinde yaşanan şiddet düzeylerinin korelasyonu.

		Geçmişte ailesinde sözlü şiddet düzeyi	Geçmişte ailesinde fiziksel şiddet düzeyi	Geçmişte ailesinde kendisine karşı sözlü şiddet düzeyi	Geçmişte ailesinde kendisine karşı fiziksel şiddet düzeyi
Problem Çözme	r	0,011	0,053	0,071	0,172
	p	0,869	0,449	0,305	0,013[†]
İletişim	r	0,228	0,181	0,275	0,255
	p	0,001^{††}	0,009^{††}	0,000^{††}	0,000^{††}
Roller	r	0,126	0,196	0,051	0,188
	p	0,070	0,005^{††}	0,462	0,007^{††}
Duygusal tepki verebilme	r	0,108	0,099	0,130	0,167
	p	0,121	0,154	0,062	0,016[†]
Gereken ilgiyi gösterebilme	r	-0,014	0,092	0,046	0,178
	p	0,842	0,186	0,511	0,010[†]
Davranış kontrolü	r	0,003	0,091	0,016	0,148
	p	0,960	0,189	0,819	0,033[†]
Genel işlevler	r	0,082	0,131	0,126	0,240
	p	0,238	0,060	0,070	0,000^{††}
ÇBASDÖ-skor	r	-0,225	-0,183	-0,290	-0,263
	p	0,001^{††}	0,008^{††}	0,000^{††}	0,000^{††}
HAD-A skor	r	0,148	0,205	0,173	0,249
	p	0,032[†]	0,003^{††}	0,013[†]	0,000^{††}
HAD-D skor	r	0,164	0,180	0,205	0,275
	p	0,018[†]	0,009^{††}	0,003^{††}	0,000^{††}

Spearman's korelasyon testi kullanılmıştır. r= Spearman's rho katsayısı, p: Significance (2-tailed).

HAD: Hastane Anksiyete Depresyon ölçeği. ÇBASDÖ: Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği.

[†]p<0.05, ^{††}p<0.01.

Eşin çalıştığı işin aile üzerindeki baskı düzeyi ile problem çözme, roller, davranış kontrolü, genel işlevler arasında düşük şiddette, pozitif yönde anlamlı ilişki saptandı ($r=0,188$, $p=0,014$, $r=0,215$, $p=0,005$, $r=0,239$, $p=0,002$, $r=0,164$, $p=0,032$). ($r=-0,263$, $p=0,000$). İletişim, duygusal tepki verebilme, gereken ilgiyi gösterebilme, ÇBASDÖ, HAD-A, HAD-D arasında anlamlı bir ilişki saptanmadı. Eş şiddetine maruziyet düzeyi ile ÇBASDÖ hariç tüm ölçekler arasında orta şiddette ve pozitif yönde anlamlı ilişki mevcuttu ($p<0,01$), ÇBASDÖ ile orta şiddette ve negatif yönde anlamlı ilişki saptandı ($r=-0,338$, $p=0,000$). Eşin sigara kullanma düzeyi ÇBASDÖ hariç tüm ölçekler arasında düşük şiddette ve pozitif yönde anlamlı ilişki mevcuttu ($p<0,05$), ÇBASDÖ ile düşük şiddette ve negatif yönde anlamlı ilişki saptandı ($r=-0,222$, $p=0,001$). Eşin alkol kullanma düzeyi ile gereken ilgiyi gösterebilme ile düşük kuvvette, pozitif yönde anlamlı ilişki varken; ÇBASDÖ ile düşük kuvvette, negatif yönde anlamlı ilişki mevcuttu ($r=-0,157$, $p=0,024$), diğer ölçeklerle anlamlı

ilişki saptanmadı. Eşin şans oyunları oynama düzeyi ile ÇBASDÖ hariç tüm ölçekler arasında düşük şiddette ve pozitif yönde anlamlı ilişki mevcuttu ($p<0,05$), ÇBASDÖ ile düşük şiddette ve negatif yönde anlamlı ilişki saptandı ($r=-0,269$, $p=0,000$) (Tablo 69).

Tablo 69. Kullanılan ölçekler ile eşin çalıştığı işin aile üzerine baskı düzeyi ve eşin kötü alışkanlıkları arasındaki korelasyon tablosu.

		Eşin çalıştığı işin aile üzerindeki baskı düzeyi	Eş şiddetine maruziyet düzeyi	Eşin sigara kullanma düzeyi	Eşin alkol kullanma düzeyi	Eşin şans oyunları oynama düzeyi
Problem Çözme	r	0,188	0,455	0,141	-0,007	0,220
	p	0,014 [†]	0,000 ^{††}	0,042 [†]	0,922	0,001 ^{††}
İletişim	r	0,055	0,432	0,231	0,080	0,227
	p	0,476	0,000 ^{††}	0,001 ^{††}	0,253	0,001 ^{††}
Roller	r	0,215	0,408	0,203	0,059	0,185
	p	0,005 ^{††}	0,000 ^{††}	0,003 ^{††}	0,401	0,008 ^{††}
Duygusal tepki verebilme	r	0,128	0,451	0,252	0,046	0,238
	p	0,096	0,000 ^{††}	0,000 ^{††}	0,511	0,001 ^{††}
Gereken ilgiyi gösterebilme	r	0,146	0,310	0,204	0,221	0,148
	p	0,058	0,000 ^{††}	0,003 ^{††}	0,001 ^{††}	0,033 [†]
Davranış kontrolü	r	0,239	0,458	0,147	0,037	0,196
	p	0,002 ^{††}	0,000 ^{††}	0,034 [†]	0,598	0,005 ^{††}
Genel işlevler	r	0,164	0,540	0,196	0,067	0,241
	p	0,032 [†]	0,000 ^{††}	0,005 ^{††}	0,338	0,000 ^{††}
Algılanan sosyal destek	r	-0,088	-0,338	-0,222	-0,157	-0,269
	p	0,252	0,000 ^{††}	0,001 ^{††}	0,024 [†]	0,000 ^{††}
HAD-A skor	r	0,113	0,484	0,139	0,134	0,226
	p	0,142	0,000 ^{††}	0,045 [†]	0,053	0,001 ^{††}
HAD-D skor	r	0,034	0,423	0,154	0,045	0,176
	p	0,656	0,000 ^{††}	0,027 [†]	0,523	0,011 [†]

Spearman's korelasyon testi kullanılmıştır. r= Spearman's rho katsayısı, p: Significance (2-tailed). HAD: Hastane Anksiyete Depresyon ölçeği. ÇBASDÖ: Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği. [†] $p<0.05$, ^{††} $p<0.01$.

ÇBASDÖ ile Aile Değerlendirme Ölçeği alt boyutları arasında düşük-orta kuvvette, negatif yönde anlamlı bir ilişki saptandı ($p<0,01$). HAD-A ile Aile Değerlendirme Ölçeği alt boyutları arasında orta şiddette, pozitif yönde anlamlı bir ilişki saptandı ($p<0,01$). HAD-D ile Aile Değerlendirme Ölçeği alt boyutları arasında orta şiddette, pozitif yönde anlamlı bir ilişki saptandı ($p<0,01$) (Tablo 70).

Tablo 70. Aile değerlendirme ölçeği ile ÇBASDÖ, HAD-A, HAD-D ölçeklerinin korelasyonu.

Aile değerlendirme ölçeği		ÇBASDÖ	HAD-A	HAD-D
Problem Çözme	r	-0,240	0,465	0,375
	p	0,000 ^{††}	0,000 ^{††}	0,000 ^{††}
İletişim	r	-0,467	0,517	0,510
	p	0,000 ^{††}	0,000 ^{††}	0,000 ^{††}
Roller	r	-0,322	0,557	0,501
	p	0,000 ^{††}	0,000 ^{††}	0,000 ^{††}
Duygusal tepki verebilme	r	-0,370	0,565	0,537
	p	0,000 ^{††}	0,000 ^{††}	0,000 ^{††}
Gereken ilgiyi gösterebilme	r	-0,275	0,412	0,359
	p	0,000 ^{††}	0,000 ^{††}	0,000 ^{††}
Davranış kontrolü	r	-0,301	0,541	0,442
	p	0,000 ^{††}	0,000 ^{††}	0,000 ^{††}
Genel işlevler	r	-0,464	0,560	0,538
	p	0,000 ^{††}	0,000 ^{††}	0,000 ^{††}

Spearman's korelasyon testi kullanılmıştır. r= Spearman's rho katsayısı, p: Significance (2-tailed).

HAD: Hastane Anksiyete Depresyon ölçeği. ÇBASDÖ: Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği.

[†]p<0.05, ^{††}p<0.01.

5. TARTIŞMA

Çalışmamızda birinci basamağa başvuran evli kadınlarda, aile işlevselliği üzerine etkili olan faktörlerin araştırılması amaçlanmıştır. Aile işlevlerini yerine getiren aileler sağlıklı olarak nitelendirilirken, bu ailede yaşayan bireyler ve bu ailenin mensup olduğu toplum da sağlık açısından pozitif etkilenmektedir. Sağlık sorunlarını biyopsikososyal olarak ele alan birinci basamak Aile Hekimliği sağlık hizmetlerinin sağlıklı ve doğru bir şekilde yürütülmesi ve hizmet kalitesinin arttırılabilmesi için ailelerin işlevlerini sağlıklı olarak yerine getirip getirememesi önem arz etmektedir (2).

Çalışmamıza katılan evli kadınların mensup oldukları aile tipine göre ADÖ-Alt boyutları karşılaştırıldığında; geniş aileye mensup olmanın iletişim, roller ve genel işlevler bakımından aile işlevlerini anlamlı düzeyde olumsuz etkilediği bulunmuştur. Türkleş ve ark.'larının 186 evli kadın ile birinci basamakta yaptıkları çalışmada geniş aile tipine mensup kadınların; iletişim, roller, duygusal tepki verebilme, gereken ilgiyi gösterebilme ve genel işlevler bakımından aile işlevselliğinin anlamlı düzeyde olumsuz etkilendiği bulunmuştur (46). Kırbaş ve arkadaşlarının 63 kadınla yaptığı tanımlayıcı bir çalışmada down sendromlu çocukların annelerinin aile tipi ile aile işlevleri alt boyutları arasındaki fark anlamsız bulunmuştur (47). Bengtson'ın çalışmasında ise geniş ailelerde aile işlevselliği daha sağlıklı bulunmuştur (48). Tokuç'un otistik çocuk ve aile özelliklerinin aile işlevlerine etkisini belirlemek amacıyla yaptığı tanımlayıcı çalışmasında, geniş aile yapısına sahip ailelerin genel işlevler bakımından aile işlevselliği, çekirdek aile yapısına sahip olan ailelere göre olumsuz etkilendiği saptanmıştır (49). Modern dünyanın sunmuş olduğu olanaklar ve bu doğrultuda gelişen beklentiler, insanları daha bağımsız ve daha özgür yaşamaya itmiş, geleneksel aile kalıplarının yönettiği bir birey olarak yaşamayı ise engellenme, kısıtlanma olarak görülmesine yol açmıştır. Bu durumun çatışmalara yol açması ve birçok aile işlevsellik alt ölçeğine domino etkisi göstermesi muhtemeldir. Ayrıca modern dünyada geleneksel aile sayısı her geçen gün azalması sebebiyle birçok çalışmada tam bir mukayese yapılmasını güçleştirmektedir.

Çalışmamıza katılan evli kadınların eğitim düzeyi azaldıkça iletişim, roller, duygusal tepki verebilme, gereken ilgiyi gösterebilme ve genel işlevler alt boyutları bakımından aile işlevselliği olumsuz etkilenmiştir. Literatürde bu sonuçla paralel birçok çalışma vardır. Güneş ve ark.'larının 201 evli kadın ile yaptıkları çalışmada kadınların eğitim durumları ile aile işlevleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunduğu, eğitim seviyesi düşük olanlarda istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek ADÖ toplam puan ortalamaları aldıkları saptanmıştır (50). Sarıhan ve ark.'larının engelli çocuğa sahip olan ve olmayan annelerin aile işlevlerini algılamaları ile yalnızlık düzeylerinin incelenmesi amacıyla yaptığı çalışmasında kadınların eğitim düzeyine göre aile değerlendirme ölçeğinin; iletişim, duygusal tepki verebilme, gereken ilgiyi gösterebilme, davranış kontrolü alt boyutlarına ait puan ortalamaları eğitim düzeyi düşük olanlarda anlamlı düzeyde yüksek, yani sağlıklı bulunmuştur (51). Wang ve ark.'larının ailelerin işlevleri ve ruh sağlığı durumlarının çocukların davranış problemleri üzerindeki etkisini araştırdıkları çalışmada, annenin eğitim seviyesinin artmasıyla birlikte aile işlevlerinde de artış olduğunu saptamışlardır (52). Türkleş ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada düşük eğitim düzeyine sahip kadınların ailelerinde; duygusal tepki verebilme, gereken ilgiyi gösterme ve iletişim işlevleri, lise ve üzeri olan kadınlara göre daha sağlıklı olduğu gösterilmiştir (46). Kırbaş ve arkadaşlarının 63 kadınla yaptığı tanımlayıcı bir çalışmada down sendromlu çocukların annelerinin eğitim düzeyi düştükçe davranış kontrolü ve duygusal tepki verebilme alt boyut puan ortalamalarının anlamlı olarak arttığı yani sağlıksızlık oranının arttığı görülmüştür (47). Tüm bu çalışmaların ortak sonucu olarak eğitim düzeyi yüksek olan kadınların genellikle kendisinin ve çevresinin farkında olması, hayatını kendisi yönetebilir olması ve daha az bağımlı olması aile işlevselliğinin daha iyi olmasına yol açmaktadır.

Çalışmamıza katılan evli kadınların ev dışında bir işte çalışıp çalışmama durumuna göre aile işlevsellik değerlendirmesi yapılmış ve gereken ilgiyi gösterebilme alt işlevleri, ev dışında çalışmayan kadınlarda istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek çıkmıştır. Yani çalışmamızda ev dışında çalışmayan evli kadınların gereken ilgiyi gösterebilme bakımından çalışanlara göre aile işlevselliği daha sağlıksızdır. Bulut'un ruh hastalığının aile işlevlerine etkisini

incelediği bir araştırmasında, ruh hastası üyesi olan ailelerde, anne veya eşin çalışma durumuyla aile işlevleri arasında anlamlı bir fark saptanmazken, kontrol grubu kadınların, problem çözme işlevinin çalışan kadınlarda daha sağlıklı olduğu görülmektedir (5). Kırbaş ve arkadaşlarının 63 kadınla yaptığı tanımlayıcı bir çalışmada down sendromlu çocuğu olan kadınların çalışma durumuyla aile işlevselliği alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır (47). Güneş ve ark.'larının 201 evli kadın ile yaptıkları çalışmada kadınların ADÖ alt boyutlarıyla çalışma durumu arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (50). Kamışlı'nın toplumsal cinsiyet rolleri ve aile işlevselliği üzerine yapmış olduğu çalışmada kadınlarda çalışma veya çalışmama durumunda aile işlevselliği açısından fark gözlenmemektedir (53). Literatüre daha detaylı baktığımızda ise iş hayatında sıkıntı yaşayan evli bireylerin evlilik memnuniyetinin düştüğü ve aile işlevselliğini olumsuz etkilediği sonucuna ulaşılan çalışmalar mevcut olduğu (54) gibi, çalışma durumunun aile işlevselliğine olumlu yönde etkisinin olduğunu gösteren çalışmalar da mevcuttur (55). Evli kadınların çalışma durumuyla alakalı çıkarılacak en önemli sonuç her ailenin kendi içerisinde değerlendirilmesidir.

Çalışmamıza katılan evli kadınların gelir düzeyi azaldıkça aile işlevselliğinin tüm alt boyutları ortalaması çok anlamlı düzeyde yüksek bulunmuş yani sağlıklı olarak değerlendirilmiştir. Güneş ve ark.'larının 201 evli kadın ile yaptıkları çalışmada kadınların gelir düzeyleri ile aile işlevleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunduğu, gelir düzeyi düşük olanlarda istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek ADÖ toplam puan ortalamaları aldıkları yani daha sağlıklı aile işlevlerine sahip oldukları saptanmıştır (50). Yine aynı şekilde, ekonomik durumun iyi olmasının aile işlevlerinde sağlıklılığa işaret ettiğini gösteren hem yerli hem de yabancı farklı araştırmalar da bulunmaktadır (56,57,58). Kamışlı'nın yapmış olduğu çalışmada ekonomik gelir düzeyine göre aile işlevselliğinde fark bulunamamıştır (53). Bulut'un ruh hastalığının aile işlevlerine etkisini incelediği bir araştırmasında ailenin ekonomik gelirinin aile işlevleri ile anlamlı ilişkisi bulunmadığına dair sonuçlar vardır (5). Bu bulguyu desteklemeyen bir diğer araştırma ise İkiz'in 6 yaş grubundaki çocukların benlik algıları ile aile işlevleri arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi amacıyla yaptığı çalışmada, ailenin gelir düzeyinin yalnızca davranış kontrolü alt boyutunda anlamlı bir farklılığa yol

açtığını göstermektedir. Literatürde yer alan araştırmalar arasında farklı sonuçların olması; çalışılan örneklem grubundan, çalışmanın yapıldığı bölgeden ve/veya aylık gelir miktarının farklı olarak değerlendirilmesiyle ilişkili olabileceği düşünülmektedir (59).

Çalışmamıza katılan evli kadınların eşiyle arasındaki yaş farkı arttıkça; roller, duygusal tepki verebilme, davranış kontrolü ve genel işlevler ortalama puanları anlamlı düzeyde yüksek ve sağlıklı bulunmuştur. Demirli ve ark.'larının yapmış olduğu çalışmada bireylerin eşleriyle olan yaş farkları ile bireylerin evlilik doyumu arasında istatistiksel olarak negatif yönde bir ilişki olduğu görülmüştür yani eşler arası yaş farkı arttıkça evlilikten alınan doyum azalmaktadır (60). Literatürde eşler arası yaş farkının işlevsellikle direkt ilgisi yerine evlilik doyumuyla etkileşimi tartışılmıştır. Evlilik doyumu Aile işlevselliğinin temel direklerinden biridir. Kıvrak ve arkadaşların yapmış olduğu kadına yönelik eş şiddeti, çocukluk travmaları, depresyon ve yaşam kalitesini sorgulayan toplum temelli çalışmada eşler arası yaş farkı arttıkça eş şiddeti düzeyinin anlamlı derecede yükseldiği görüldü (61). Buna karşın Çağ ve ark.'larının, “Evlilik Doyumunu Yordayan İlişkisel ve Kişisel Değişkenler” konulu çalışmalarında yaş farkının evlilik doyumunu etkilemediği belirtmiştir (62). Müller ve arkadaşları ise çiftin yaş farkı ile cinsel doyum arasında olumlu ilişki olduğu ve evlilik doyumunun da bu bağlamda etkilendiğini belirtmektedir (63). Eşler arası yaş farkının fazla olması eşler arası kuşak farkı oluşturabileceği, rol kavramının iki eşten ziyade ebeveyn ilişkine benzeyebileceği için diğer işlevler de etkilenebilir. Ancak aile dinamiklerinde baskın olan taraflar sağlıklı tarafları görmezden gelmeye ya da tolere edebilmeye yol açabilir ve evlilik doyumunu ve işlevselliği bozmayabilir.

Katılımcı kadınlardan çocukluk döneminde ebeveyn kaybı yaşayanların problem çözme, roller, davranış kontrolü ve genel işlevler alt boyutları ortalamaları, ebeveyn kaybı yaşamayanlardan anlamlı düzeyde yüksek yani sağlıklı bulunmuştur. Çocukluk döneminde ebeveyn kaybının ilerideki evliliğinde aile işlevlerini etkilediğine dair bir literatür bilgisi bulunamamıştır. Ancak Algan'ın “Ebeveynini Kaybetmiş Evli Bireylerde Evlilik Doyumunun Aile İşlevselliği Açısından Açıklanması” adlı çalışmasında ebeveyn kaybı yaşamış kişilerin aile işlevselliklerinin evlilik doyumuyla paralel olacak şekilde düştüğü görülmüştür (64).

Parçalanmış aile çocuklarında genel olarak görülen ebeveynlerinden az ilgi görmeleri ve aile içi ritüellerin gerçekleştirilmesinde ortaya çıkan aksaklıklar, çocuğun ihmal edilmesinden dolayı sınırların ortadan kalkması, bu çocukların evliliklerinde de benzer sorunlar yaşamasına ve evlilik doyumlarının azalmasına neden olduğu düşünülebilir (64).

Çalışmaya alınan kadınların eş eğitim düzeyi düştükçe iletişim, duygusal tepki verebilme, gereken ilgiyi gösterebilme, davranış kontrolü ve genel işlevler alt boyutları bakımından aile işlevleri anlamlı düzeyde olumsuz etkilenmiştir. Bulut'un ruh hastalığının aile işlevlerine etkisini incelediği bir araştırmasında, ruh hastası üyesi olan ailelerde yaptığı çalışmaya göre erkek eş eğitim düzeyi düştükçe, roller alt boyutunda; kontrol grubunda ise duygusal tepki verebilme ve davranış kontrolü alt boyutlarında sağlıksızlık artmıştır (5). Türkleş ve ark.'larının yapmış olduğu çalışmaya göre eşinin eğitim düzeyi arttıkça kadınların ruhsal belirtilerinde azalma olduğu görülmektedir (46). Eşi okur-yazar olmayan kadınların ailelerinde iletişim, duygusal tepki verebilme, gereken ilgiyi gösterebilme ve genel işlevlerde aile işlevleri daha sağlıksız bulunmuştur (46). Eğitim düzeyi, kişilerin olaylara bakış açısını etkileyebileceğinden, eğitim düzeylerine göre kişilerin yorum yapabilme, kendini ifade edebilme, sorunlara çözüm üretebilme, iletişim kurma becerileri de haliyle farklılık gösterebilmektedir (46).

Çalışmamıza katılan kadınların eşlerinin çalışma durumlarına göre ADÖ-Alt boyutlarla karşılaştırılmıştır. Eşi çalışmayanların iletişim, duygusal tepki verebilme, davranış kontrolü, genel işlevler alt boyutlarına göre aile işlevleri sağlıksız bulunmuştur. Bulut'un ruh hastalığının aile işlevlerine etkisini incelediği bir araştırmasında, ruh hastası üyesi olan ailelerde yaptığı çalışmaya göre ruh hastası bulunan ailelerde erkeğin çalışıyor olması, ailedeki iletişim ve duygusal tepki verebilme işlevlerini olumsuz etkilemekte, kontrol grubunda ise erkeğin çalışmaması gereken ilgiyi gösterme alt ölçeği açısından sağlıksız bulunmuştur (5). Bu durum çalışmayan eşin, ruh hastası bulunan ailelerde karşılıklı ilginin daha yoğun olabileceğiyle açıklanabilir.

Çalışmamıza katılan kadınların eşlerinin vardiya usulü (geceli-gündüzlü) çalışması tüm aile işlevleri alt boyutlarını etkileyerek sadece gündüz çalışanlara göre anlamlı düzeyde daha sağlıksız bulunmuştur. Litaratürde bu konuda yapılan çok fazla

çalışma bulunmamaktadır. Tai ve ark.'larının vardiya usulü çalışan evli hemşireler üzerinde yaptıkları çalışmada vardiya usulü çalışan kişilerin aile işlevlerinin ciddi zarar gördüğü saptanmıştır (65). Vardiya usulü çalışma şeklinde kişilerin kendisine ve ailesine yeteri kadar zaman ayıramadığı yani gereken ilgiyi gösterememesi ve iletişim eksikliği yaşaması uyku kalitesinin bozulması ve bu durumun ruhsal sorunlara yol açması evlilik uyum ve memnuniyetinin bozması ile ailenin işlevlerinde ciddi sorunlara yol açmaktadır (66-69).

Çalışmamıza katılan kadınların eşlerinin çocuklukta ebeveyn kaybı yaşaması gereken ilgiyi gösterebilme alt boyut işlevini anlamlı düzeyde olumsuz etkilemiştir. Çocukluk döneminde ebeveyn kaybı yaşamış bireyler ailede rol kavramını tam oluşturamayacakları ve gereken ilgiyi gösterme konusunda yetersiz olabilmeleri nedeniyle aile işlevsellikleri olumsuz etkilenebilir.

Çalışmamıza katılan kadınların kronik hastalık mevcudiyeti ile ADÖ-Alt ölçekleri karşılaştırılmıştır. İletişim, roller, duygusal tepki verebilme, gereken ilgiyi gösterebilme, davranış kontrolü ve genel işlevler alt boyutları puan ortalamaları kronik bir hastalığı bulunan kişilerde anlamlı düzeyde yüksek yani sağlıklı bulunmuştur. Acar'ın 120 si kronik hastalığı olan 120 si herhangi bir kronik hastalığı olmayan toplam 240 kişiyle yaptığı çalışmaya göre kronik bir hastalığı bulunan kişilerin aile işlevselliği problem çözme, gereken ilgiyi gösterebilme ve davranış kontrolü alt boyutlarında anlamlı düzeyde sağlıksızlığı göstermektedir (70). Toro ve ark.'larının diyabetik ve hipertansif hastalarının hastalıklarının kontrolde veya kontrol dışı olması durumunda aile işlevselliği ile ilişkisini incelediği çalışmada hem aile işlevselliğinin sağlıklı olmasının diyabet ve hipertansif hastaların hastalıklarının kontrol altına alınmasını, hem de iyi kontrol altındaki hastalıkların da aile işlevlerinin sağlamlılığını artırdığı gösterilmiştir (71). Bez ve arkadaşlarının obez ve aşırı kilolularla yaptıkları çalışmada, obezlerin normal kilolulara göre duygusal tepki verebilme dışında tüm işlevleri anlamlı derecede sağlıksız bulundu (72). Azmoude ve ark.'larının diyabetli kadınlarda aile işlevselliği ve yaşam kalitesi üzerine yaptıkları çalışmada diyabetli kadınların yaşam kalitesi ve aile işlevselliği diyabeti olmayan kadınlardan anlamlı düzeyde sağlıksız bulunmuştur (73). Diyabetli insanlar, yaşam kalitelerinin düşmesine yol açabilecek fiziksel, zihinsel, duygusal ve sosyal problemler yaşarlar. Günlük yaşamdaki insülin enjeksiyonları ve diyet

kısıtlamaları gibi tedaviler, hastaların yaşam kalitesinin kötüleşmesine neden olan birçok soruna neden olur. Yaşam kalitesi ise aile işlevselliğiyle ciddi ilişkisi olan bir parametredir.

Çalışmamıza katılan kadınların aile bireylerinde kronik bir hastalık mevcudiyeti ile ADÖ-Alt boyutları karşılaştırıldı. Gereken İlgiyi Gösterebilme alt boyutu ailesinde kronik hastalıklı bir birey olan kadınlarda anlamlı düzeyde sağlıklı bulundu. Evans ve ark.'larının inme sonrası aile bireylerinin aile işlevlerini inceledikleri çalışmada hiçbir aile işlevselliği alt ölçeği ile anlamlı ilişkisi saptanmadı (74). Kronik hastalıklı bireye bakım veren aile üyelerinin yaşam kalitesinin azaldığı ve tükenmişliğin arttığını gösteren birçok çalışma mevcuttur (75,76). Yavuz'un diyaliz hastalarında aile işlevselliği incelenmesi çalışmasında aile üyelerinde kronik hastalık bulunan diyaliz hastalarının, problem çözme, davranış kontrolü, iletişim ile genel işlevler puanlarının aile işlevselliklerini olumsuz etkilediği sonucuna ulaşılmıştır (77). Kronik hastalık, aile üyelerinin rollerini, sorumluluklarını, günlük yaşamdaki rutin davranışlarını ve sınırlarını değiştirir; sonuç olarak bozulan dengenin yeniden kurulmasını gerektirir (78). Kronik hastalıklarda bakım veren kişi ve hastalıkla ilgili şartlarla baş etmeye uğraşan kişi açısından ailedeki roller değişebilir. Yeni roller nedeniyle aile üyeleri, sadece hastanın fiziksel bakımını yönetmek için yeni beceriler öğrenmekle kalmaz; aynı zamanda tutumlarını, duygularını, yaşam tarzlarını ve rutinlerini tekrar düzenlemek zorunda kalabilir (79). Ayrıca fiziksel ve psikososyal sorunlar ortaya çıkabilir. Bunun sonucunda da bakım veren aile üyeleri duygusal olarak yorgun olduklarını hissedebilirler (80). Ayrıca bakım ekonomik işlevleri de zorluyor olabilir ve ekonomik işlevselliği bozabilir ve birçok alt işlevi etkileyebilir. Ancak tüm bu dinamiklere uyum sağlayıp yeni kaynaklar ve baş etme yolları bulan kişilerin aile işlevleri tekrar normale dönebilir. Literatürde kronik hastalıklı bireye sahip ailelerde, üyelerin birlikte zaman geçirmede eksiklik yaşadığını, iletişim sorunları olduğunu, ilişkilerde çatışmaların ve rol sıkıntısı yaşandığını ve ilişki doyumunun düştüğünü gösteren araştırmalar vardır (81).

Katılımcı kadınların ailesinde engelli-bakım gerektiren kişi mevcudiyeti ile ADÖ-Alt ölçekleri karşılaştırılmış ve iletişim işlevselliği alt boyutu ailesinde engelli-bakım gerektiren birey bulunanlarda anlamlı düzeyde sağlıklı bulunmuştur.

Aslanoğlu, otistik, zihinsel, işitme, görme ve bedensel engelli çocuğu bulunan ebeveynler ile yaptığı çalışmada engelli çocuğa sahip ebeveynlerin aile işlevlerini sağlıklı olarak saptamıştır (82). Oğultürk zihinsel engelli çocuğa sahip aileler ile gerçekleştirdiği çalışmada ebeveynlerin, ADÖ'nün tüm alt boyutlarının sağlıklı olduğunu saptamıştır (83). Özyurt yapmış olduğu çalışmada hafif zihinsel engelli çocuğu olan annelerin algıladığı aile işlevselliğini çocuğu olmayan annelere oranla problem çözme, iletişim ve genel işlevler dışındaki diğer alt ölçeklerde anlamlı düzeyde işlevsiz bulmuştur (84). Coşkun fiziksel engeli bulunan çocuğa sahip ebeveynlerle yaptığı çalışmasında, ebeveynlerin Aile Değerlendirme Ölçeğinin'nün tüm alt boyutlarında işlevselliğin sağlıklı olduğu sonucuna varmıştır (85).

Çalışmamıza katılan kadınların aile bireylerinde ruhsal bir hastalık mevcudiyeti olanlarda roller ve duygusal tepki verebilme alt boyutları anlamlı düzeyde sağlıklı aile işlevselliği göstermektedir. Bulut'un ruh hastalığının aile işlevlerine etkisini incelediği bir araştırmasında, ruhsal hastalıklı birey bulunan ailelerin, ADÖ'nin her alt boyutunda, ruh hastası bulunmayan ailelerden daha yüksek ADÖ ortalama puanına sahip oldukları ve bu farkın anlamlı düzeyde yüksek yani sağlıklı işlevlere yol açtığı saptanmıştır (5). Türkleş ve ark.'larının yapmış olduğu çalışmaya göre ailesinde ruhsal sorunlu birey bulunan kadınların ailesinde problem çözme, iletişim, roller, duygusal tepki verebilme, davranış kontrolü ve genel işlevler açısından sorun yaşandığı belirlenmiştir (46). Reine ve ark.'larına göre ruhsal bir hastalığı olan bir üyeye sahip ailelerde aile işlevleri bozulur ve bozulmuş aile işlevleri de hastalığın klinik gidişini olumsuz olarak etkiler (86). Ryan ve ark.'larının ailesinde depresyon tanısı almış kişiler ve aile üyeleriyle yaptığı müdahaleli çalışmada davranış kontrolü dışındaki tüm işlevleri sağlıklı çıkmıştır (87). Yapılan psikoterapi müdahalesi sonrası 16. Haftada başlangıca göre aile üyelerinin problem çözme, davranış kontrolü ve genel işlevler alt boyutlarında anlamlı düzeyde işlevsellik kazanımı saptanmıştır (87). Bu çalışma bozuk aile işlevselliğine sahip ruhsal hasta yakınlarının, hasta tedavi sürecindeki işlevselliklerini değerlendirmesi açısından da değerlidir. Konu ile ilgili yapılan çalışmalarda kronik ruhsal sorunu olan bireylerin bakımından sorumlu olan kişilerin kadın üyeler yani anneler olduğu saptanmıştır (88-90). Ayrıca kronik ruhsal bir hastalığı olan bir birey ile yaşamak aileye gelir kaybı, sosyal etkinliklerin kısıtlanması, ev ortamındaki sorunlar, hastanın

rahatsız edici davranışları, hastayla ilgili bireysel sorunlar ve hastaya verilecek kaliteli bakımda sorunlara yol açabilir (91). Ayaz ve ark.'larının gençlerdeki somatoform bozuklukları ile aile işlevselliği üzerine yaptığı çalışmada gençlerin annelerinde roller, duygusal tepki verebilme, gereken ilgiyi gösterme ve davranış kontrolü alt boyutları kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde işlevleri sağlıklı bulunmuştur (92). Epstein ve ark.'larının yapmış olduğu ADÖ geçerlilik güvenilirlik çalışmasında, ruh hastası üyesi bulunan ve bulunmayan ailelerin ADÖ puan ortalamaları karşılaştırılmıştır ve ruh hastası üyesi olanların aile işlevselliği anlamlı olarak daha sağlıklı çıkmıştır (93). Özdemir ve ark.'ları tarafından yapılan çalışmada psikiyatrik bozukluğu olan hastaya sahip ailelerin aile işlevlerinin sağlıklı olduğu saptanmıştır (94).

Çalışmamıza katılan kadınların Hastane Anksiyete Depresyon ölçeği anksiyete ve depresyon risk verilerine ile ADÖ-Alt boyutları karşılaştırıldı. HAD-A ve HAD-D riski yüksek olanların düşük olanlara göre tüm alt boyutlarda işlevselliği daha sağlıklı bulundu. Artmış anksiyete ve depresyon riski bireylerde içe kapanma, duygusal küntleşme gereken ilgiyi aşırı ya da çok az gösterme, davranışlarda aşırılık ya da tepkisizlik gibi aile işlevlerinde sağlıklılık yaratacak davranışlara yol açmaktadır. Anksiyete ya da depresyonun aile işlevselliğine ciddi olumsuz etkisinden ziyade bu risk artışının altındaki görünmeyen buz dağını saptamak ve etüt etmek daha doğru olacaktır. Beşaltı ve arkadaşlarının dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu (DEHB) tanısı olan çocukların annelerinin anksiyete ve depresyon düzeyi ile aile işlevselliğinin değerlendirildiği çalışmada, DEHB' li çocuğa sahip annelerin HAD-A ve HAD-D riskleri ciddi seviyede yüksek çıkmıştır ve DEHB tanılı çocuğu olan annelerde ADÖ alt boyutlarının tamamı anlamlı derecede olumsuz etkilenmiştir (95). Foley' in yapmış olduğu çalışmada DEHB tanılı çocuğu olan ailelerin aile işlevselliklerinin bozuk olduğu saptanmıştır (96). Kılıç'ın yapmış olduğu "Evli Çiftlerde Görülen Ruhsal Belirtler ile Aile İşlevsellik Düzeyi Arasındaki İlişki" adlı çalışmada psikolojik desteğe ihtiyaç duyan kadınlar psikolojik desteğe ihtiyaç duymayanlara göre ADÖ-alt boyutları ile karşılaştırılmış olup psikolojik desteğe ihtiyaç duyanların problem çözme, roller, iletişim, duygusal tepki verebilme ve genel işlevler alt ölçekleri aile işlevselliği açısından anlamlı düzeyde sağlıklı bulunmuştur (97). Kılıç'ın bu çalışmasında ADÖ puanları ile Kısa

Semptom envanterinin anksiyete ve depresyon alt boyutları arasında da pozitif yönde bir korelasyon vardır (97). Aslında burada önemli olan bir diğer konu ise aile işlevlerindeki bozulmanın mı psikolojik rahatsızlıklara yol açtığı, yoksa psikolojik rahatsızlıkların mı aile işlevlerini bozduğunu saptamaktır. Beach ve arkadaşlarının adolesan yaşta çocuğu bulunan 166 evli çiftle gerçekleştirdiği çalışmada, evlilik niteliği ile depresif semptomlar arasındaki ilişki incelenmiş, çiftlerin bir yıl sonra yeniden depresyon düzeyleri incelenmiştir. Evlilik niteliğinin, bir yıl sonraki depresif semptomlarla ilişkili olduğu ve bu etki kadın ve erkeklerde benzer oranda bulunmuştur. Ayrıca eşlerin kendi evlilik niteliklerinin bir yıl sonra eşlerinin depresif semptomlarına yol açtığı görülmüştür (98).

Çalışmamızda ADÖ alt ölçekleri yaşa göre karşılaştırıldığında yaş arttıkça problem çözme, iletişim, duygusal tepki verebilme, gereken ilgiyi gösterebilme, davranış kontrolü ve genel işlevler olarak aile işlevselliği de olumsuz etkilenmektedir. Ancak literatürdeki çalışmaların birçoğunda yaş ile aile işlevselliği arasında ilişki bulunamamıştır. Kırbaş ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada kadınların yaşları ile ADÖ puan ortalamaları açısından anlamlı fark saptanamamıştır (47). Kamışlı'nın yapmış olduğu çalışmada yaş ile aile işlevselliği alt boyutları arasında ilişki saptanamamıştır (53). Güneş ve arkadaşlarının 0-6 Yaş Arası Çocuğu Olan Annelerin Aile İşlevlerini değerlendirdiği çalışmasında kadının yaşıyla aile işlevselliği arasında anlamlı ilişki saptanamamıştır (50).

Çalışmaya katılan kadınların çocuk sayısı ile ADÖ-Alt ölçekleri karşılaştırıldığında, çocuk sayısı arttıkça tüm alt boyutlardaki işlevler de olumsuz etkilenmiştir. Yavuz'un diyaliz hastalarıyla yapmış olduğu çalışmada ailede çocuk sayısının fazla olması roller ve genel işlevler bakımından aile işlevlerini anlamlı olarak olumsuz etkilediği bulunmuştur (77). Kırbaş ve arkadaşlarının Down sendromlu çocukların annelerinin aile işlevselliği ile ilgili yapmış oldukları çalışmada çocuk sayısının artmasının gereken ilgiyi gösterebilme alt boyutunu anlamlı olarak sağlıksız etkilediği bulunmuştur (47). Güneş ve arkadaşlarının 0-6 Yaş Arası Çocuğu Olan Annelerin Aile İşlevlerini değerlendirdiği çalışmasında kadının çocuk sayısıyla ADÖ-Alt ölçekleri arasında bir ilişki saptanamamıştır (50). Sarıhan'ın yapmış olduğu çalışmada ADÖ toplam puan ortalamalarının dört ya da daha fazla çocuğa sahip olan annelerde daha yüksek olduğu yani daha sağlıksız olduğu belirtilmiştir (99).

Akçe'nin yapmış olduğu çalışmada çocuk sayısının artması aile işlevlerinden gereken ilgiyi gösterebilme alt boyutunda sağlıklı işlevselliğe yol açtığı görülmüştür (100).

Çalışmaya katılan kadınların evlenme yaşı, problem çözme işlevi hariç tüm işlevlerle anlamlı derecede ilişkili çıkmış, evlilik yaşı düştükçe aile işlevlerinde biraz bozulma olmuştur. Mussatayeva'nın Alt Sosyo-Ekonomik Düzeydeki Kadınların Evlilik Doyumu ile Aile İşlevlerini araştırdığı çalışmaya bakıldığında, kadınların evlenme yaşlarının tüm ADÖ-Alt ölçekleri ve Evlilik Doyumu puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkiye rastlanmadığı görülmektedir (101). Güneş ve arkadaşlarının 0-6 Yaş Arası Çocuğu Olan kadınların Aile İşlevlerini değerlendirdiği çalışmasında kadının evlenme yaşı ile aile işlevselliği arasında ilişki saptanmamıştır (50).

Evlilik yılı ve ADÖ-Alt boyutlar arasında anlamlı düzeyde bir ilişki saptanmış evlilik yılı arttıkça tüm aile işlevleri olumsuz etkilenmiştir. Çakıcı'nın alt ve üst sosyo-ekonomik düzey grupları içerisinde kadınların evlilik yılı açısından aile işlevleri arasında anlamlı bir farkın olmadığını kaydeden çalışma bu araştırma sonucunu desteklemektedir (102). Nazlı 'nın yaptığı bir çalışmada ise evlilik yılı ile aile işlevleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ve evlilik yılı az olan ailelerin aile işlevlerinin daha sağlıklı olduğu saptanmıştır (103). Şahin'in yaptığı çalışmada evlilik yılı arttıkça problem çözme işlevleri olumsuz etkilenmiştir (104). Gök'ün evli kadın ve erkeklerin evlilik yılları ile ADÖ puanları arasındaki ilişkiye göre, problem çözme, iletişim, roller, duygusal tepki verebilme, gereken ilgiyi gösterme, davranış kontrolü ve genel fonksiyonlar alt boyutları arasındaki ilişkinin istatistiksel açıdan anlamlı olmadığı saptanmıştır (105).

Çalışmaya katılan kadınların eşiyle arasındaki uyum düzeyi, eşinin ailesiyle uyum düzeyi ve evlilik memnuniyeti ile tüm ADÖ-Alt boyutları arasında anlamlı bir ilişki çıkmış ve eşiyle arasındaki uyum düzeyi, eşinin ailesiyle uyum düzeyi ve evlilik memnuniyeti düştükçe aile işlevselliği olumsuz etkilenmiştir. Evlilikte memnuniyeti ifade eden, evlilikte mutluluğun artması ve çatışmanın azaltılmasıyla oluşan evlilik doyumu, ilişkideki doyuma ulaştırıcı sıcak ve samimi alanlardan, gerilim yaratan soğuk alanlara kadar uzanan geniş bir alanı kapsamaktadır (106). Deniz ve arkadaşlarının engelli çocuğa sahip ebeveynlerin aile işlevselliği ve evlilik

doyumları karşılaştırılmış ve evlilik yaşam doyumu ile aile işlevselliğinin tüm alt boyutları arasında anlamlı düzeyde ilişki bulunmuştur (107). Çalışkan'ın yapmış olduğu bir başka çalışmada evlilik yaşam doyumu ile aile işlevselliğinin tüm alt boyutları arasında anlamlı düzeyde ilişki saptamıştır (108). Mussatayeva'nın Alt Sosyo-Ekonomik Düzeydeki Kadınların Evlilik Doyumu ile Aile İşlevlerini araştırdığı çalışmaya bakıldığında kadınların problem çözme, iletişim, roller, gereken ilgiyi gösterme ve Evlilik Doyumu puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu görülmektedir (101).

Çalışmaya katılan kadınların geçmişte ailesinde sözlü şiddet düzeyi ile iletişim; geçmişte ailesinde fiziksel şiddet düzeyi ile iletişim ve roller; geçmişte ailesinde kendisine karşı sözlü şiddet düzeyi ile iletişim; geçmişte ailesinde kendisine karşı fiziksel şiddet düzeyi ile problem çözme, iletişim, roller, duygusal tepki verebilme, gereken ilgiyi gösterebilme, davranış kontrolü ve genel işlevler alt boyutları arasında anlamlı düzeyde bir ilişki saptanmış olup şiddet düzeyi arttıkça saptanmış olan işlevler olumsuz etkilenmiştir. Ağacık'ın yapmış olduğu çalışmada çocuklukta şiddet gören evli kadınların problem çözme ve gereken ilgiyi gösterme dışındaki tüm ADÖ-Alt boyutları şiddet görmeyenlere göre sağlıklı bulunmuştur (109). Aile ve Sosyal Araştırmalar Genel Müdürlüğü'nün araştırması ve diğer literatür çalışmalarına göre annelerin çocuklukta aile içi şiddet görme oranı yüksektir (110,111). Ebeveynleri tarafından şiddet gören bireylerin "kurban rolü" içerisinde tutuklu kaldıkları ve aile içi şiddet de dahil olmak üzere yeni şiddetlere devamlı açık oldukları bilinmektedir (112,113). Çocuklukta şiddete maruz kalmanın ileriki yaşlarda şiddete maruz kalma, şiddet gösterme, depresyon gibi ruhsal hastalıklar, alkol kullanımı, problemli ve anti sosyal davranışlar gösterme olasılığını arttırdığına dair çalışmalar vardır (114). Geçmişte ailesinde şiddet gören kadınların kendi çocuklarına daha çok öfke ve saldırganlık içeren davranışlar sergiledikleri görülmektedir (114).

Çalışmaya katılan kadınların ÇBASDÖ ile ADÖ-Alt boyutları karşılaştırıldığında aralarında anlamlı bir ilişki saptandı. Algılanan sosyal destek azaldıkça ADÖ-Alt boyutlarındaki tüm işlevler sağlıklı tarafa doğru kaymıştır. Kırbaş ve ark.'larının yapmış olduğu çalışmada Down sendromlu çocuğu olan annelerin sosyal destek algıları arttıkça tüm ADÖ-Alt boyut puan ortalamaları

anlamalı düzeyde düşmekteydi ve kadınların aileden, arkadaştan ve özel insandan algıladıkları sosyal desteklerinin artması ile aile işlevleri olumlu etkilenmekteydi (47). Şahin'in yapmış olduğu çalışmada ÇBASDÖ-Alt boyutları ile ADÖ-Alt boyutları istatistiksel olarak negatif yönde anlamalı bir ilişkiye sahip olduğu saptanmıştır yani, algılanan sosyal destek düştükçe aile işlevselliği de sağlıksız yöne ilerlemektedir (104). Ergh ve arkadaşlarının travmatik beyin hasarı geçiren bireylerin aile işlevselliğinin sosyal destek ile ilişkisini incelediği çalışmada yeterli sosyal destek alan bakıcıların aile işlevsellik algısı çok daha sağlıklıydı (115). Hanks ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada da algılanan sosyal destek ile aile işlevselliği ilişkisinde benzer sonuçlar çıkmış ve birbirini pozitif yönde etkilediği saptanmıştır (116).

Çalışmaya katılan kadınlardan eş şiddetine maruz kalanlar tüm ADÖ-Alt boyutlarında sağlıksız işlevlere sahipti. Ağacık'ın yapmış olduğu çalışmada eşinden şiddet gören kadınların tüm ADÖ-Alt ölçekleri şiddet görmeyenlere göre anlamalı derecede olumsuz etkilenmiştir (109). Heru ve arkadaşlarının intihar düşünceleri olan psikiyatrik hastalarda eş şiddeti ve aile işlevselliği üzerine yapmış olduğu çalışmada fiziksel şiddet gören kadınlarda aile işlevselliğinin daha kötü olduğunu saptamıştır (117).

6. SONUÇLAR

Birinci basamağa başvuran evli kadınların aile işlevsellik algısı ve bu algıyı sosyo-demografik değişkenler, kadının şiddet öyküsü, aile bireylerinde engel mevcudiyeti, aile bireylerindeki ruhsal ya da kronik bir hastalık mevcudiyeti, anksiyete-depresyon düzeyi, algılanan sosyal destek düzeyi gibi değişkenlerin nasıl etkilediğini amaçladığımız bu araştırmaya göre ulaştığımız sonuçlar aşağıda maddeler halinde özetlenmiştir.

1. Katılımcılardan aile tipi olarak geniş aileye mensup olanlar iletişim, roller ve genel işlevler boyutları açısından aile işlevselliği çekirdek aileye mensup olanlara göre daha sağlıklı bulunmuştur.

2. Katılımcıların eğitim düzeyi arttıkça iletişim, roller, duygusal tepki verebilme, gereken ilgiyi gösterebilme ve genel işlevler alt boyutları açısından aile işlevselliği olumlu etkilenmiştir.

3. Ev dışında herhangi bir işte çalışmayan kadınların duygusal tepki verebilme ve gereken ilgiyi gösterebilme alt boyutları açısından aile işlevselliği olumsuz etkilenmiştir.

4. Ailenin gelir düzeyi düştükçe tüm ADÖ-Alt ölçek puanları anlamlı olarak yükselmiş ve tüm aile işlevselliği olumsuz etkilenmiştir.

5. Eşler arasındaki yaş farkı arttıkça roller, duygusal tepki verebilme, davranış kontrolü ve genel işlevler alt boyutları açısından aile işlevselliği olumsuz etkilenmiştir.

6. Çocuklukta ebeveyn kaybı yaşayanlar problem çözme, roller, davranış kontrolü ve genel işlevler alt boyutları açısından aile işlevselliği olumsuz etkilenmiştir.

7. Katılımcı kadınların eğitim düzeyi düştükçe iletişim, duygusal tepki verebilme, gereken ilgiyi gösterebilme, davranış kontrolü ve genel işlevler alt boyutları açısından aile işlevselliği olumsuz etkilenmiştir.

8. Çalışmaya katılan kadınlardan eş çalışmayanlar iletişim, duygusal tepki verebilme, gereken ilgiyi gösterebilme, davranış kontrolü ve genel işlevler alt boyutları açısından aile işlevselliği olumsuz etkilenmiştir.

9. Eşi vardiyalı (gece-gündüzlü) çalışanların tüm ADÖ-Alt boyutları açısından aile işlevselliği olumsuz etkilenmiştir.

10. Kendisinde kronik hastalık bulunanların problem çözme dışındaki tüm ADÖ-Alt boyutları açısından aile işlevselliği olumsuz etkilenmiştir.

11. Ailesinde kronik hastalıklı bir birey olan kadınlar, gereken ilgiyi gösterebilme alt boyutu açısından aile işlevselliği olumsuz etkilenmiştir.

12. Ailesinde engelli/bakım gerektiren birey olan kadınlar, iletişim alt boyutu açısından aile işlevselliği olumsuz etkilenmiştir.

13. Ailesinde ruhsal hastalıklı birey olan kadınlar, roller ve duygusal tepki verebilme alt boyutları açısından aile işlevselliği olumsuz etkilenmiştir.

14. Kendisinde HAD-A ve HAD-D risk düzeyi yüksek olanlar tüm ADÖ-Alt boyutları açısından aile işlevselliği olumsuz etkilenmiştir.

15. Kadınların geçmişte ailesinde sözlü şiddet düzeyi ile iletişim; geçmişte ailesinde fiziksel şiddet düzeyi ile iletişim ve roller; geçmişte ailesinde kendisine karşı sözlü şiddet düzeyi ile iletişim; geçmişte ailesinde kendisine karşı fiziksel şiddet düzeyi ile problem çözme, iletişim, roller, duygusal tepki verebilme, gereken ilgiyi gösterebilme, davranış kontrolü ve genel işlevler alt boyutları açısından aile işlevselliği olumsuz etkilenmiştir.

16. Eşinden şiddet gören kadınlar tüm ADÖ-Alt boyutları açısından aile işlevselliği olumsuz etkilenmiştir.

17. ÇBASDÖ ile tüm ADÖ-Alt boyutları arasında anlamlı bir ilişki saptanmış, sosyal destek algısı düşük olanlarda aile işlevselliği olumsuz etkilenmiştir.

Evli kadınların hem cinsiyet eşitsizliği nedeniyle hem de biyolojik, psikolojik, sosyal ve kültürel farklılık veya gereklilik algısıyla birlikte üzerindeki yük çok fazladır. Tüm bu yükler altında ezilen, ailenin işlevselliğindeki en kilit noktada bulunan ve tüm aile bireylerinin hayatına bir şekilde dokunan kadını anlamak ve değerlendirmek gerekmektedir. Kadını anlamak aileyi anlamak ve hatta toplumu anlamak olarak görülmelidir.

KAYNAKLAR

1. Constitution of the World Health Organization. In: World Health Organization: Basic documents. 45th ed. Geneva: World Health Organization; 2005.
2. Topal K, Aksöyek A, Canatar T. Ailede Sağlık-Hastalık Kurguları ve Ailenin İşlevselliği. Klinik Tıp Aile Hekimliği Dergisi. Cilt: 11 Sayı: 1 Ocak - Şubat 2019
3. Hallaç S, Öz F. Aile Kavramına Kuramsal Bir Bakış. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar 2014;6(2):142-153.
4. Güran, N., "Aile Hizmetleri," H.Ü. Sosyal Hizmetler Yüksekokulu Dergisi, 1,1:1983 (B).
5. Bulut I. Ruh Hastalığının Aile İşlevlerine Etkisi. Başbakanlık Kadın ve Sosyal Hizmetler Müsteşarlığı Yayını No:74, Ankara, 1992.
6. Ceylan T. Toplumsal Sistem Analizinde Toplumsal Statü ve Rol. Atatürk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi 2011;15(1):89-104.
7. Şentürk Ü. Aile Kurumuna Yönelik Güncel Riskler. Aile ve Toplum 2008; 10(4): 7-31.
8. Allender JA, Spradley BW. Community Health Nursing Concepts and Practice, 5th edition. Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins, 2005.
9. Stuart WG, Laraia MT. Principles and Practice of Psychiatric Nursing, 7th edition. St. Louis, Mosby, 2004
10. T.C. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı. Türkiye’de Aile Yapısı Araştırması 2011. Ankara, Afşaroğlu Matbaası, 2011.
11. Taşkın L. Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği Kitabı, 8. Baskı, Ankara, Sistem Ofset Matbaacılık, 2007
12. Koyun A, Taşkın L, Terzioğlu F. Yaşam Dönemlerine Göre Kadın Sağlığı ve Ruhsal İşlevler: Hemşirelik Yaklaşımlarının Değerlendirilmesi. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry 2011;3(1):67-99.
13. World Health Organization. Gender and women’s mental health. http://www.who.int/mental_health/prevention/genderwomen (14 Ekim 2008’de ulaşıldı).
14. Tolan B. Geleneksel Aileden Çağdaş Aile Yapısına Doğru, B. Dikeçligil- A. Çiğdem (Editörler). Kültürel Değerler ve Sosyal Değişme, Ankara, Başbakanlık Aile Araştırma Kurumu Yayınevi, 1990: 493-507.
15. Bulut I. Aile Değerlendirme Ölçeği El Kitabı, Ankara, Özgüzelış Mat. 1990.
16. Öztük Y, Günay O. Sağlık 21: 21. Yüzyılda herkese sağlık. Herkes İçin Avrupa Sağlık Serisi No: 6. Kayseri, Erciyes Üniversitesi Yayınları, 2000.
17. Taylor RB. Family Medicine Principles and Practice, 5th Edition. New York, Springer, 1998.
18. Boyd MA. Psychiatric Nursing Contemporary Practice, 2nd edition. Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins, 2002.
19. Potter PA, Perry AG, Stockert P, Hall A. Fundamentals of Nursing. St. Louis, Mosby, 2012.

20. T.C. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı Aile ve Toplum Hizmetleri Genel Müdürlüğü. 2014. Ankara, Türkiye’de Aile Yapısı Araştırması Tespit ve Öneriler. 2014.
21. Berkey KM, Hanson SMH. Pocket Guide Family Assesment and Intervention. St Louis, Mosby, 1991.
22. <http://social.un.org/index/Family/InternationalObservances/InternationalYearofFamilies.aspx> (17.05.2013’te ulaşıldı).
23. Connors JV. Systems theory and interpersonal relationships. http://www.academia.edu/664210/Systems_Theory_and_Interpersonal_Relationships (15.05.2013’te ulaşıldı).
24. Gülerce A. Türkiyede Ailelerin Psikolojik Örüntüleri. İstanbul, Boğaziçi Üniversitesi Matbaası, 1996.
25. Yörükoğlu A. Çocuk Ruh Sağlığı, 19. Baskı. İstanbul: Özgür Yayıncılık, 1994.
26. Garcia-Shelton LM, Brody H. Family structure and development. In Fundamentals of Family Medicine (Ed RB Taylor):8-22. New York, Springer- Verlag, 1983.
27. Ogburn, W.F. (1963). Changinig Functions of The Family, Selected Studies In Marriage and The Family. United States: Rinehart and Winston Inc.
28. Yorborg, B. (1983), Families and Societies Survival or Extention Columbia University Press. New York.
29. Ackerman, N.W. The Psychodynamics of Family Life. U.S.A.: Basic Books Inc.,1958.
30. Ackerman, N.W., "The Family Approach to Marital Disorders," The Psychoteraphies of Marital Disharmony. U.S.A: The Free Press, 1965.
31. Nazlı S. Aile Danışmanlığı 4. Baskı. Anı Yayıncılık. Ankara 2007.
32. Özabacı N, Erkan Z. Aile Danışmanlığı Kuram ve Uygulamalara Genel Bir Bakış, 2. Baskı, Pegem Akademi, Ankara, 2014.
33. Headman, N. C. (2003). The role of family functioning in treatment engagement and posttreatment delinquency involvement. Unpublished doctoral dissertation, Florida State University, Florida.
34. Fidaner, H. (1995), Ruh Sağlığı Hizmetinde Aileye Yaklaşım. İzmir: Sevdı Matbaacılık.
35. Özatça A. “Ergenlerde Sosyal ve Duygusal Yalnızlığın Yordayıcısı Olarak Aile İşlevleri”. Yüksek lisans tezi. Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, 2009.
36. Bilen, M. (2004), Sağlıklı İnsan İlişkileri, Ankara: Anı Yayıncılık.
37. Güven, S. (1991), “Aile Yaşam Dönemlerinin ve Özelliklerinin Ev İdaresi İlkeleri Yönünden İncelenmesi”, Yayınlanmamış Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
38. Duyan, G. C. (2000), “Aile İşlevleri ile Ailenin Sosyal, Demografik ve Ekonomik Nitelikleri ve Yaşam Döngüsü Arasındaki İlişkiler”, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Üniversitesi, Ankara.
39. Leung TW, Leung WC, Ng EHY, Ho PC. Quality of life of victims of intimate partner violence. Int J Gynaecol Obstet 2005; 90:258-262.

40. Wittenberg E, Joshi M, Thomas KA, McCloskey LA. Measuring the effect of intimate partner violence on health-related quality of life a qualitative focus group study. *Health and Quality of Life Outcomes* 2007; 5:67.
41. Hatice V. “Evli Kadınlarda Eş Şiddeti, Şiddet Algısı, Eş Şiddetine Neden Olabilecek Risk Faktörlerinin Değerlendirilmesi ve Eş Şiddetinin Yaşam Kalitesine Etkisinin İncelenmesi”. Tıpta Uzmanlık Tezi. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Adana Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği. 2019.
42. Allen J, Gay B, Crebolder H, Heyman J, Svab I, Ram P. Aile Hekimliği Avrupa Tanımı WONCA AVRUPA 2005 Basımı Türkçe Çevirisi, Başak O, Saatçi E, Çev.Ed., Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği Yayınları-4, Nisan 2011: 13-14.
43. Zigmond AS, Snaith PR. The anxiety and depression scale. *Acta psychiatr scand* 1983; 67 (6): 361-70
44. Aydemir Ö, Güvenir T, Küey L, Kültür S. Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi* 1977; 280-287.
45. Eker D, Arkar H, Yıldız H. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeğinin gözden geçirilmiş formunun faktör yapısı, geçerlik ve güvenilirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2001;12 (1):18-25.
46. Türkleş S, Yılmaz, M, Özcan A, Öncü E, Karataş B. (2013). Kadınlarda Ruh Sağlığını ve Aile İşlevlerini Etkileyen Etmenler. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*. 16 (3), 154-162.
47. Kırbaz ZÖ, Özkan H, Down Sendromlu Çocukların Annelerinin Aile İşlevlerini Algılama ve Sosyal Destek Düzeylerinin Değerlendirilmesi. *İzmir Dr. Behçet Uz Çocuk Hast. Dergisi* 2013; 3(3):171-180
48. Bengtson, V. L. (2001). Beyond the Nuclear Family: The Increasing Importance of Multigenerational Bonds. THE BURGESS AWARD LECTURE. *Journal of Marriage and Family*, 63(1), 1–16. doi:10.1111/j.1741-3737.2001.00001. x
49. Tokuç FÖ. Otistik Çocuk ve Aile Özelliklerinin Aile İşlevlerine Etkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı. Yüksek Lisans tezi, İstanbul: Marmara Üniversitesi, 2009.
50. Güneş N, Demircioğlu H. 0-6 Yaş Arası Çocuğu Olan Annelerin Aile İşlevlerinin Çeşitli Değişkenler Açısından İncelenmesi. *KEFAD Cilt 19, Sayı 1, Nisan, 2018*
51. Sarıhan, C. Ö. (2007). Engelli çocuğa sahip olan ve olmayan annelerin aile işlevlerini algılamaları ile yalnızlık düzeylerinin incelenmesi. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi, Ankara.
52. Wang, Q. ve Zhou, T. (2015). The impact of family functioning and mental health condition on the child’s behavioral problems. *Social Behavior and Personality*, 43 (7): 1135–1146, doi: <https://doi.org/10.2224/sbp.2015.43.7.1135>.
53. Kamışlı E. Toplumsal Cinsiyet Roller ve Aile İşlevselliğinin Problem Çözme Becerilerine Etkisi. İstanbul Ticaret Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi. İstanbul, 2018.

54. Judge, T. A, Ilies, T, Scott, B.A. (2006). "Work–Family Conflict And Emotions: Effects At Work And At Home", *Personnel Psychology*, 4(59), 779-814.
55. Moen, P, Wethington E. (1992). "The Concept Of Family Adaptive Strategies", *Annual Review Of Sociology*,18. 233-251.
56. APA (2018). Children, youth, families and socioeconomic status. (İnternet kaynağı). Erişim tarihi: 05.03.2018. <http://www.apa.org/pi/ses/resources/publications/children-families.aspx>.
57. Conger, R. D., Conger, K. J. ve Martin, M. J. (2010). Socioeconomic status, family processes, and individual development. *J Marriage Fam.*, 72 (3): 685–704. doi:10.1111/j.1741-3737.2010.00725.x.
58. Işık, B. ve Güven, Y. (2007). Okul öncesi çocukların aile işlevlerinin incelenmesi: anne açısından aileye genel bakış. *Kuram ve Uygulamada Eğitim Bilimleri*, 7 (3): 1263-1300.
59. İkiz, H. (2009). 0-6 yaş grubundaki çocukların benlik algıları ile aile işlevleri arasındaki ilişkinin incelenmesi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi, İstanbul.
60. Demirli C, Kendir ME. (2016). Evlilik Doyumu Üzerinde Anne Baba Tutumunun Etkisinin İncelenmesi. *Education Sciences*, 11 (3), 96-113 Retrieved from <https://dergipark.org.tr/en/pub/nwsaedu/issue/24572/260186>.
61. Kıvrak Y, Gey N, Kıvrak HA, Kokaçya MH, Çöpoğlu ÜS, Arı M. Kadına yönelik eş şiddeti, çocukluk travmaları, depresyon ve yaşam kalitesi: Toplum temelli çalışma. *Anatolian Journal of Psychiatry* 2015; 16:314-322
62. Çağ P. ve Yıldırım İ., (2013). Evlilik Doyumunu Yordayan İlişkisel ve Kişisel Değişkenler. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*, Cilt:4, Sayı:39, ss:13-23.
63. Müler, M.J., Schilling, G., and Haidl, G., (1999). Sexuallsatisfaction in Maleinfertility. *ArchAndrol*, Vol:42, pp:137-143.
64. Algan C. Ebeveynini Kaybetmiş Evli Bireylerde Evlilik Doyumunun Aile İşlevselliği Açısından Açıklanması. Yüksek lisans tezi. Hasan Kalyoncu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü. Gaziantep. 2018.
65. Shu-Yu TAI, Pei-Chen LIN, Yao-Mei CHEN, Hsin-Chia HUNG, Chih-Hong PAN, Shung-Mei PAN, et all. 2014. Effects of Marital Status and Shift Work on Family Function among Registered. *Industrial Health* Volume 52 Issue 4 Pages 296-303.
66. Demerouti E, Geurts SA, Bakker AB, Euwema M. The impact of shiftwork on work--home conflict, job attitudes and health. *Ergonomics*. Jul 15 2004;47(9):987-1002.
67. Chang CJ, Wang SY, Liu HW. The effect of shift system on sleep quality, sleep quantity, psychological disturbance, and family function of workers in Taiwan. *Gaoxiong Yi Xue Ke Xue Za Zhi*. Jul 1993;9(7):410-417.
68. Jansen NW, Kant I, Kristensen TS, Nijhuis FJ. Antecedents and consequences of work-family conflict: a prospective cohort study. *J Occup Environ Med*. May 2003;45(5):479-491.
69. Kaliterna LL, Prizmic LZ, Zganec N. Quality of life, life satisfaction and happiness in shift- and non-shiftworkers. *Revista de Saúde Pública*. 2004; 38:3-10.

70. Acar AE. Kronik Hastalıkların, Hastaların Aile İşlevleri ve Yaşam Doyumları Üzerine Etkisi, Yüksek Lisans Tezi, İzmir, 2011.
71. Toro MDCC, Garces CRR. Family Functionality in Diabetic And Hypertensive Patients Compensated And Descompensated. *Theoria* Vol. 19 (1): 41-50, 2010.
72. Bez, Y., Ari, M., Gokce, C., Celik, M., & Kaya, H. (2011). Family functioning and its clinical correlates in overweight and obese patients. *Eating and Weight Disorders*, 16, e257–e262.
73. Azmoude E, Tafazoli M, Parnan A. Assessment of family functioning and its relationship to quality of life in diabetic and non-diabetic women. *J Caring Sci* 2016; 5 (3): 231-39. doi: 10.15171/jcs.2016.025.
74. Evans, R. L., Bishop, D. S., Matlock, A. L., Stranahan, S., & Noonan, C. (1987). Predicting poststroke family function: A continuing dilemma. *Psychological Reports*, 60(3), 691–695.
75. Arat Z. Hemodiyaliz Hasta ve Yakınlarında Tükenmişlik Sendromu, Hasta Yakınlarının Yaşam Kalitelerinin Değerlendirilmesi ve Etkileyen Faktörler, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Yüksek Lisans tezi, Ankara: Başkent Üniversitesi, 2006.
76. Gülpak M, Kocaöz S. Hemodiyaliz tedavisi alanlara bakım veren bireylerin bakım yükü ve etkileyen faktörler, *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 2014, 13 (2).
77. Yavuz E. Diyaliz Hastalarının Aile İşlevselliğinin İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi. Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ankara, 2018.
78. Lawrence, E. (2012). The impact of chronic illness on the family. *İg Living*, 20-25.
79. Pak, M.D. (2019). Kronik Hastalıklarla Baş Etmede Çoklu Aile Grubu Terapisi Uygulamaları. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 30(3), 1120-1141.
80. Walsh, F. (2011). *Family Therapy: Systemic approaches to practice*. İçinde: J. R. Brandell (Ed.), *Theory and practice in clinical social work*. USA: SAGE Publication.
81. Golics, C. J., Basra, M. K., Salek, M. S., ve Finlay, A. Y. (2013). The impact of patients' chronic disease on family quality of life: an experience from 26 specialties. *International Journal of General Medicine*, 6, 787-98.
82. Aslanoğlu M. Otistik, Zihinsel, İşitme, Görme ve Bedensel Engelli Çocuğu Bulunan Ebeveynlerin Aile İçi İlişkilerinin İncelenmesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Eğitimde Psikolojik Hizmetler Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi, 2004.
83. Oğultürk N. Zihinsel Engelli Çocuğa Sahip Ailelerin, Aile İşlevlerini Etkileyen Etmenler: Çankaya Belediyesinden Hizmet Alan Aileler Üzerine Bir Değerlendirme, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sosyal Hizmet Anabilim Dalı, Doktora Tezi, Ankara: Hacettepe Üniversitesi, 2012.
84. Özyurt Ö. Hafif Zihinsel Engelli Çocuğu Olan Annelerin Algıladıkları Aile İşleyişi Ve Aile Yaşam Kalitesinin Sosyo-Demografik Değişkenler Açısından İncelenmesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Psikoloji Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: Maltepe Üniversitesi, 2011.

85. Coşkun D. Fiziksel Engelli Çocuğu Olan Ebeveynlerde Bakım Yükünün ve Aile İşlevlerinin Değerlendirilmesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Erzurum: Atatürk Üniversitesi, 2013.
86. Reine G, Lancon C, Simeoni MC, Duplan S, Auquier P. Caregiver burden in relatives of persons with schizophrenia: an overview of measure instruments. *Encephale*. 2003; 29(2): 137-47.
87. Ryan, C. E., Keitner, G. I., & Bishop, S. (2010). An adjunctive Management of Depression Program for difficult-to-treat depressed patients and their families. *Depression and Anxiety*, 27(1), 27-34.
88. Awad AG, Voruganti LN. The burden of schizophrenia on caregivers: a review. *Pharmacoeconomics* 2008; 26: 149- 162.
89. Nasr T, Kausar R. Psychoeducation and the family burden in schizophrenia: a randomized controlled trial. *Ann Gen Psychiatry* 2009; 8: 17.
90. McDonell MG, Short RA, Berry CM, Dyck DG. Burden in schizophrenia caregivers: impact of family psychoeducation and awareness of patient suicidality. *Fam Process* 2003; 42: 91-103.
91. Chien WT, Chan SW. The effectiveness of mutual support group intervention for Chinese families of people with schizophrenia: a randomised controlled trial with 24- month follow-up. *Int J Nurs Stud* 2013; 50:1326-1340.
92. Ayaz AB, Ayaz M, Fiş NP, Güler AS. Anxiety Level, Maternal Attachment Style and Family Functioning in Adolescents' Somatoform Disorders. *J Clin Psy*. 2012; 15(2): 121-128
93. Epstein, N.B., L.M. Boldwing and D.S Bishop. "The McMaster Family Assesment Device". *Journal of Marital and Family Therapy*. 9,2:171-180,1983.
94. Özdemir, H., Özşahin, A. & Cesur, G. (1996). Psikotik ve Nevrotik Tanı Alan Üyeye Sahip Ailelerin Aile Görevlerinin Karşılaştırılması. XXXII. Ulusal Psikiyatri Kongresi Bildiri Özet Kitabı, Ankara.
95. Beşaltı S, Arıca OT. Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu tanısı alan çocukların ve sağlıklı çocukların annelerinin anksiyete, depresyon düzeyleri ve aile işlevselliği açısından karşılaştırılması. *Hasan Kalyoncu Üniversitesi Psikoloji Araştırmaları*.5. 6-12, 2018
96. Foley M. (2011). A comparison of family adversity and family dysfunction in families of children without ADHD. *Journal for Specialists in Pediatric Nursing*, 16(1), 39-49
97. Kılıç M. Evli Çiftlerde Görülen Ruhsal Belirtiler ile Aile İşlevsellik Düzeyi Arasındaki İlişki. Yüksek Lisans Tezi. Dokuz Eylül Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü Aile Eğitimi ve Danışmanlığı Anabilim Dalı Aile Eğitimi ve Danışmanlığı Programı.2012.
98. Beach, S. R. H., Katz, J., Kim, S. K. & Brody, G. H. (2003). Prospective effects of marital satisfaction on depressive symptoms in established marriages: A dyadic model. *Journal of Social and Personal Relationships*, 20 (3), s 355-371
99. Sarihan CÖ. Engelli çocuğa sahip olan ve olmayan annelerin aile işlevlerini algılamaları ile yalnızlık düzeylerinin incelenmesi. *Fen Bilimleri Enstitüsü, Ev Ekonomisi Anabilim Dalı. Yüksek Lisans tezi, Ankara: Ankara Üniversitesi, 2007.*

100. Akçe İ. Zihinsel Engelli Çocuğa Sahip Türkiyeli ve Suriyeli Sığınmacı Annelerin Aile İşlevselliğinin Karşılaştırılması. Yüksek Lisans Tezi. Üsküdar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sosyal Hizmet Anabilim Dalı. 2018.
101. Mussatayeva M. Alt Sosyo-Ekonomik Düzeydeki Kadınların Evlilik Doyumu ile Aile İşlevlerinin İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi. Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sosyal Hizmet Anabilim Dalı. 2018
102. Çakıcı, S. (2006). Alt ve Üst Sosyo-Ekonomik Düzeydeki Ailelerin, Anne-Çocuk İlişkilerinin ve Aile İşlevlerinin Anne-Çocuk İlişkilerine Etkisinin İncelenmesi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi, Ankara.
103. Nazlı, S. (1997). Aile Fonksiyonlarının Bazı Değişkenlere Göre İncelenmesi. Yayınlanmamış Doktora Tezi, Gazi Üniversitesi, Ankara.
104. Şahin P. Hipertansif Hastaların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Aile İşlevselliği, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek ve Öz Yeterlilik İle İlişkisinin İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi. Okan Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü. 2012.
105. Gök FA. Evli Kadın ve Erkeklerin Toplumsal Cinsiyet Rollerile İlgili Algılarının Aile İşlevlerine Yansıması. Yüksek Lisans Tezi. Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sosyal Hizmet Anabilim Dalı. 2013.
106. Buunk, B. P., & VanYperen, N. W. (1991). Referential comparisons, relational comparisons, and exchange orientation: Their relation to marital satisfaction. *Personality and Social Psychology Bulletin*. 17, 709-717.
107. Deniz, İ. ve Göller, L. (2017). Engelli çocuğa sahip ebeveynlerin aile işlevselliği ve evlilik doyumları arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Eğitim Kuram ve Uygulama Araştırmaları Dergisi*, 3(1), 53-69.
108. Çalışkan, M. (2017). Aile işlevselliğinin evlilik doyumuyla incelenmesi. *Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi*, 39, 59-74. doi: 10.21560/spcd. v 17i33911.337721.
109. Ağacık N. Annenin Aile İşlevselliği Algısına Yönelik Bir Araştırma. Yüksek Lisans Tezi. Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. 2007.
110. Aile ve Sosyal Araştırmalar Genel Müdürlüğü, (1994). Aile İçi Şiddetin Sebepleri ve sonuçları. (Uygulamalı araştırma). <http://www.aile.gov.tr/tr/?Sayfa=Arastirma#10>. 20.04.2007.
111. Aile ve Sosyal Araştırmalar Genel Müdürlüğü, (1998). Aile İçinde ve Toplumsal alanda şiddet. (Alan çalışması). <http://www.aile.gov.tr/tr/?Sayfa=Arastirma#10> . 20.04.2007.
112. Doğanavşargil Ö., Vahip I., (2006), Aile İçi Fiziksel Şiddet ve Kadın Hastalarımız, *Türk Psikiyatri Dergisi*, 2006; 17(2): 107-114. <http://www.turkpsikiyatri.com/tekMakale.aspx?gFPrkMakale=538>. 13.11.2006.
113. Doğanavşargil Ö., Vahip I. (2003). Terapötik İş birliği Neden Önemli? *Psikiyatrik Yakınması "Olmayan" Bir Aile İçi Şiddet Olgusu*, *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 6, syf:165 – 169. <http://www.klinikpsikiyatri.org/pdf/4/6/165.pdf>. 29.04.2007.
114. Özmen, KS. (2004). Aile İçinde Öfke ve Saldırganlığın Yansımaları, *Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 37:2, syf: 27 – 39.

115. Ergh, T. C., Rapport, L. J., Coleman, R. D., & Hanks, R. A. (2002). Predictors of caregiver and family functioning following traumatic brain injury: Social support moderates caregiver distress. *Journal of Head Trauma Rehabilitation*, 17(2), 155–174.
116. Hanks, R. A., Rapport, L. J., & Vangel, S. (2007). Caregiving appraisal after traumatic brain injury: The effects of functional status, coping style, social support and family functioning. *NeuroRehabilitation*, 22(1), 43–52.
- Hartmann, M., Bazner, E., Wild, B., Eisler, I., & Herzog, W. (2010). Effects of interventions involving the family.
117. Heru, A. M., Stuart, G. L., Rainey, S., Eyre, J., & Recupero, P. R. (2006). Prevalence and severity of intimate partner violence and associations with family functioning and alcohol abuse in psychiatric inpatients with suicidal intent. *Journal of Clinical Psychiatry*, 67(1), 23–29.



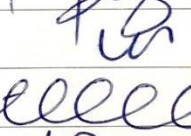
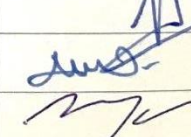
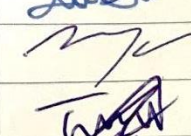
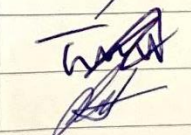
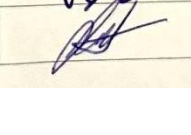
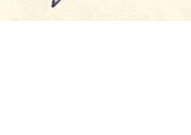
EKLER

Ek-1: Etik Kurul Onay Formu

T.C
ADANA VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü
Adana Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu

Toplantı Sayısı: 40
Tarih: 25.09.2019
Karar No: 555

Adana Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde **Doç.Dr. Kenan TOPAL**'ın sorumlu araştırmacı ve danışman, **Dr. Ali ÇÖL**'ün yardımcı araştırmacı olarak yürütmesi öngörülen, "**Birinci Basamağa Başvuran Çalışmayan Ev Kadınlarında, Aile İşlevselliği Üzerine Etkili Olan Faktörlerin Araştırılması**" başlıklı Kesitsel Tez araştırma projesi, hastanemiz Klinik Araştırmalar Etik Kurulunda görüşüldü ve ilgili projenin etik açıdan bir sakınca içermediği tespit edildiğinden, projenin yapılmasının **UYGUN** olduğuna oybirliğiyle karar verildi. Çalışmanızın sonucu hakkında Etik Kurulumuzu bilgilendirmenizi rica ederiz.

BAŞKAN	Doç.Dr. Ganiye Begül KÜPELİ Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	
BAŞKAN YARDIMCISI	Doç.Dr. Banu KARA Gastroenteroloji	
DEĞERLENDİRİCİ ÜYE	Doç.Dr. Talih ÖZDAŞ Kulak Burun Boğaz Hastalıkları	
ÜYELER	Doç.Dr. Yarkin ÖZENLİ Ruh Sağlığı ve Hastalıkları	
	Doç.Dr. Sefa ARLIER Kadın Hastalıkları ve Doğum	
	Uzm.Dr. Havva KUBAT Tıbbi Farmakolog	
	Uzm.Dr. Saliha Dilek ÖZTOPRAK HACIOĞLU Halk Sağlığı	
	Hande AYCAN TÜFEKÇİ Biyomedikal Mühendis	
	Tahsin ERKİLİNÇ AVUKAT	
	Pelin DALKAVRIYAN Sivil	

Ek-2: Veri Toplama Formu

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

Kliniğimizde/Hastanemizde, Kenan Topal'ın sorumlu araştırmacısı olduğu “**Birinci basamağa başvuran evli kadınlarda, aile işlevselliği üzerine etkili olan faktörlerin araştırılması**” isimli bir araştırma yapılması planlanmaktadır.

Hekimin Açıklaması: Araştırmaya gönüllü olarak katılıyor olmanız durumunda anket sorularını cevaplamanız istenecektir. Sizin kişisel bilgileriniz deklare edilmeyecek, çalışma karşılığı bir ödeme yapılmayacak ve çalışmaya katıldığınız için parasal yük altına girmeyeceksiniz. Size verilen anket sorularını cevaplayarak çalışmaya dahil olmayı kabul ederseniz, size en uygun cevapları belirtmeniz yeterli olacaktır. Yardıma ihtiyacınız olduğunda soru sormaktan çekinmeyiniz.

Katılımcının Beyanı: Bilgilendirilmiş gönüllü olur formundaki tüm açıklamaları okudum. Bana tanık huzurunda yukarıda konusu ve amacı belirtilen araştırma ile ilgili yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen hekim tarafından yapıldı. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabilceğimi ve kendi isteğime bakılmaksızın araştırmacı tarafından araştırma dışı bırakılabileceğimi biliyorum.

Söz konusu araştırmaya, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kendi rızamla katılmayı kabul ediyorum.

Not: “Bu araştırmada onam yeteneği olmayan ya da kısıtlı olanlar için hastanın birinci derecede yakınlarından onay alınacaktır.”

Katılımcı ve/veya birinci derece yakını:

Adı, soyadı:

Tel.

Tarih

İmza

Görüşme tanığı

Adı, soyadı:

Tel.

Tarih:

İmza:

Katılımcı ile görüşen araştırmacı

Adı soyadı, unvanı: Ast.Dr. Ali.Çöl

Tel: 05316385477

Tarih:

İmza:



**Sağlık Bilimleri Üniversitesi Adana Şehir
Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği
Kliniği**



**Birinci basamağa başvuran evli kadınlarda, aile işlevselliği üzerine etkili olan
faktörlerin araştırılması**

Bu çalışmada Adana’da birinci basamağa başvuran evli kadınların aile işlevselliğine en çok etkisi bulunan faktörlerin incelenmesi amaçlanmıştır. Bu doğrultuda çalışmayan ev kadınlarında biyolojik, ruhsal ve sosyal açıdan aile işlevselliği üzerine etkili olabilecek faktörler araştırılacaktır. Yanıtlarınız kapalı olarak işlenecek, elde edilecek veriler isimsiz olarak kullanılacaktır. Lütfen her bir maddeyi dikkatle dinleyip size en uygun seçeneği söyleyiniz. Katılımınız için teşekkür ederiz.

Anket No:
Tarih:

A. Demografik Veriler:

1. Yaşınız:
2. Aile tipiniz hangisine uyar? Geniş aile ☐ Çekirdek aile ☐
3. Toplam çocuk sayınız kaçtır?
4. Engelli/bakım gerektiren bir çocuğunuz var mı? Evet ☐ Hayır ☐
5. Eğitim durumunuz nedir? Eğitim almamış ☐ İlköğretim ☐ Lise ☐ Üniversite ☐
6. İş durumunuz nedir? Çalışmıyor ev hanımı ☐ Herhangi bir işte çalışıyor ☐
7. Ailenizin gelir durumu hangisine uyar?
<2500’ den aşağıda ☐ 2500-3500 TL arası ☐ >3500 TL üstü ☐

B. Evlilikle ilgili veriler

1. Kaç yıldır evlisiniz?
2. Kaç yaşında evlendiniz?
3. Eşinizle aranızda kaç yaş var?
4. Eşinizle ne kadar uyumlu olduğunuzu düşünüyorsunuz?
Hiç uyumlu değiliz ☐ Biraz uyumluyuz ☐ Uyumluyuz ☐
Çok uyumluyuz ☐ Çok fazla uyumluyuz ☐
5. Eşinizin ailesi ile ne kadar uyumlu olduğunuzu düşünüyorsunuz?
Hiç uyumlu değiliz ☐ Biraz uyumluyuz ☐ Uyumluyuz ☐
Çok uyumluyuz ☐ Çok fazla uyumluyuz ☐
6. Evliliğinizden ne kadar memnunsunuz?
Hiç memnun değilim ☐ Biraz memnunum ☐ Memnunum ☐
Çok memnunum ☐ Çok fazla memnunum ☐



**Sağlık Bilimleri Üniversitesi Adana Şehir
Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği
Kliniği**



C. Katılımcının kendi çocukluk dönemine ait bilgiler.

1. Çocukluk döneminde anne- baba kaybı (vefat, boşanma vb nedenlerle) yaşadınız mı?

Evet ☐ Hayır ☐

2. Eğer yaşadıysanız anne baba kaybı yaşadığınızda kaç yaşındaydınız?

3. Çocukluk döneminde anne baba kaybı yaşamak hayatınızı ne kadar etkiledi?

Hiç etkilemedi ☐ Biraz etkiledi ☐ Etkiledi ☐ Fazla etkiledi ☐ Çok fazla etkiledi ☐

4. Geçmişte kendi ailenizde sözlü şiddet var mıydı?

Hiç yoktu ☐ Biraz vardı ☐ Vardı ☐ Fazla vardı ☐ Çok fazla vardı ☐

5. Geçmişte kendi ailenizde fiziksel şiddet var mıydı?

Hiç yoktu ☐ Biraz vardı ☐ Vardı ☐ Fazla vardı ☐ Çok fazla vardı ☐

6. Geçmişte kendi ailenizde size karşı sözlü şiddet var mıydı?

Hiç yoktu ☐ Biraz vardı ☐ Vardı ☐ Fazla vardı ☐ Çok fazla vardı ☐

7. Geçmişte kendi ailenizde size karşı fiziksel şiddet var mıydı?

Hiç yoktu ☐ Biraz vardı ☐ Vardı ☐ Fazla vardı ☐ Çok fazla vardı ☐

D. Eş ile ilgili veriler

1. Eşinizin eğitim durumu nedir? _Eğitim almamış ☐ İlköğretim ☐

Lise ☐ Üniversite ☐

2. Eşiniz Çalışıyor mu? Evet çalışıyor ☐ Hayır çalışmıyor ☐

3. Eşinizin çalışma durumu nedir?

Sadece gündüz çalışıyor ☐ Vardiya usulü geceli/gündüzlü çalışıyor ☐

Sadece gece çalışıyor ☐

4. Eşinizin çalıştığı iş aile üzerinde ne kadar baskı oluşturuyor?

Hiç ☐ Biraz ☐ Orta derecede ☐ Fazla ☐ Çok fazla ☐

5. Evliliğinizde eşiniz tarafından herhangi bir şiddet gördünüz mü? Hayır hiç görmedim ☐

Biraz gördüm ☐ Orta düzeyde gördüm ☐ Çok şiddet gördüm ☐

Çok fazla şiddet gördüm ☐

6. Eşiniz sigara kullanıyor mu?

Hiç kullanmaz ☐ Biraz kullanır ☐ Orta düzeyde kullanır ☐ Çok kullanır ☐

Çok fazla kullanır ☐

7. Eşiniz alkol kullanıyor mu?

Hiç kullanmaz ☐ Biraz kullanır ☐ Orta düzeyde kullanır ☐

☐ Çok kullanır ☐ Çok fazla kullanır ☐

8. **Eşiniz şans oyunları (iddia, at yarışı vb) oynar mı?**

Hiç oynamaz ☐ Biraz oynar ☐ Orta düzeyde oynar ☐ Çok oynar ☐
Çok fazla oynar ☐

9. **Eşiniz madde kullanıyor mu?** Hiç kullanmaz ☐ Biraz kullanır ☐ Orta düzeyde kullanır ☐ Çok kullanır ☐ Çok fazla kullanır ☐

10. **Çocukluk döneminde eşiniz anne- baba kaybı (vefat, boşanma vb nedenlerle) yaşamış mı?**

Evet ☐ Hayır ☐

E. Katılımcıların ve aile bireylerinin Hastalıkları, Engel durumları

1. **Kronik bir hastalığınız var mı?**

Evet ☐ Hayır ☐

2. **Ailenizde kronik bir hastalığı olan var mı?**

Evet ☐ Hayır ☐

3. **Ailede engelli/bakım gerektiren erişkin/yaşlı birey var mı?**

Evet ☐ Hayır ☐

4. **Ailede ruhsal bir hastalığı olan (daha önceden tanı almış) bir birey var mı?**

Evet ☐ Hayır ☐

F. Ailenin yaşam evresi (lütfen size uygun yere X yazınız)

1-Çocuğum yok	→	
2-İlk çocuğum 30 aylıktan küçük	→	
3-İlk çocuğum 30ay- 6 yaş arası	→	
4-İlk çocuğum 6-13 yaş arası	→	
5-İlk çocuğum 13-20 yaş arası	→	
6-İlk çocuğum evden ayrıldı son çocuğum evde	→	
7-Tüm çocuklarım evden ayrıldı ama henüz emekli değiliz	→	
8- Tüm çocuklarım evden ayrıldı Emeklilik dönemindeyiz	→	



**Sağlık Bilimleri Üniversitesi Adana Şehir
Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile
Hekimliği Kliniği**



AİLE DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ

AÇIKLAMA: İlişikte aileler hakkında 60 cümle bulunmaktadır. Lütfen her cümleyi dikkatlice okuduktan sonra, sizin ailenize ne derecede uyduğuna karar veriniz. Önemli olan, sizin ailenizi nasıl gördüğünüzdür. Her cümle için 4 seçenek söz konusudur (Aynen Katılıyorum/ Büyük Ölçüde Katılıyorum/ Biraz Katılıyorum/ Hiç Katılmıyorum) Her cümlelerin yanında 4 seçenek için de ayrı yerler ayrılmıştır. Size uygun seçeneğe (X) işareti koyunuz. Her cümle için uzun, uzun düşünmeyiniz. Mümkün olduğu kadar çabuk ve samimi cevaplar veriniz. Kararsızlığa düşerseniz, ilk aklınıza gelen doğrultusunda hareket ediniz. Lütfen her cümleyi cevapladığınızdan emin olunuz.

CÜMLELER:	Aynen Katılıyorum	Büyük Ölçüde Katılıyorum	Biraz Katılıyorum	Hiç Katılmıyorum
1.Ailece ev dışında program yapmada 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 nedenlerini 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 kararları uygularız				
13.Bizim evdekiler, ancak onların hoşuna giden şeyler söylediğimizde bizi dinlerler.				
14.Bizim evde bir kişinin söylediklerinden ne hissettiğini anlamak pek kolay değildir				
15.Ailemizde eşit bir görev dağılımı yoktur.				
16.Ailemizin üyeleri, birbirlerine hoşgörülü davranırlar.				

CÜMLELER:	Aynen Katılıyorum	Büyük Ölçüde Katılıyorum	Biraz Katılıyorum	Hiç Katılmıyorum
17.Evde herkes başına buyruktur.				
18.Bizim evde herkes, söylemek istediklerini üstü kapalı değil de doğrudan birbirlerinin yüzüne söyler.				
19.Ailede bazılarımız, duygularımızı belli etmeyiz.				
20.Acil bir durumda ne yapacağımızı biliriz				
21.Ailecek, korkularımızı ve endişelerimizi birbirimizle tartışmaktan kaçınırız				
22.Sevgi, şefkat gibi olumlu duygularımızı birbirimize belli etmekte güçlük çekeriz.				
23.Gelirimiz (ücret, maaş) ihtiyaçlarımızı karşılamaya yetmiyor				
24.Ailemiz, bir problemi çözdükten sonra, bu çözümün işe yarayıp yaramadığını tartışır				
25.Bizim ailede herkes kendini düşünür.				
26.Duygularımızı birbirimize açıkça söyleyebiliriz.				
27.Evimizde banyo ve tuvalet bir türlü temiz durmaz.				
28.Aile içinde birbirimize sevgimizi göstermeyiz.				
29.Evde herkes her istediğini birbirinin yüzüne söyleyebilir.				
30.Ailemizde, her birimizin belirli görev ve sorumlulukları vardır.				
31.Aile içinde genellikle birbirimizle pek iyi geçinemeyiz.				
32.Ailemizde sert-kötü davranışlar ancak belli durumlarda gösterilir.				
33.Ancak hepimizi ilgilendiren bir durum olduğu zaman birbirimizin işine karışırız.				
34.Aile içinde birbirimizle ilgilenmeye pek zaman bulamıyoruz.				
35.Evde genellikle söylediklerimizle, söylemek istediklerimiz birbirinden farklıdır.				
36.Aile içinde birbirimize hoşgörülü davranırız				
37.Evde birbirimize, ancak sonunda kişisel bir yarar sağlayacaksa ilgi gösteririz.				
38.Ailemizde bir dert varsa, kendi içimizde hallederiz.				
39.Ailemizde sevgi ve şefkat gibi güzel duygular ikinci plandadır.				
40.Ev işlerinin kimler tarafından yapılacağını hep birlikte konuşarak kararlaştırırız				
41.Ailemizde herhangi bir şeye karar vermek her zaman sorun olur.				

	Sağlık Bilimleri Üniversitesi Adana Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği	
---	---	---

CÜMLELER:	Aynen Katılıyorum	Büyük Ölçüde Katılıyorum	Biraz Katılıyorum	Hiç Katılmıyorum
42.Bizim evdekiler sadece bir çıkarları olduğu zaman birbirlerine ilgi gösterir.				
43.Evde birbirimize karşı açık sözlüyüzdür.				
44.Ailemizde hiçbir kural yoktur.				
45.Evde birinden bir şey yapması istendiğinde mutlaka takip edilmesi ve kendisine hatırlatılması gerekir				
46.Aile içinde, herhangi bir sorunun (problemin) nasıl çözüleceği hakkında kolayca karar verebiliriz.				
47.Evde kurallara uyulmadığı zaman ne olacağını bilmeyiz.				
48.Bizim evde aklınıza 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 yaptığına ona bunu açıkça söyleriz.				
60.Problemimizi çözmek için ailecek çeşitli yollar bulmaya çalışırız.				



**Sağlık Bilimleri Üniversitesi Adana Şehir
Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile
Hekimliği Kliniği**



ÇOK BOYUTLU ALGILANAN SOSYAL DESTEK ÖLÇEĞİ

Aşağıda 12 cümle ve her bir cümle altında 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 cümle altındaki rakamlardan yalnız bir tanesini daire içine alarak işaretleyiniz. Bu şekilde 12 cümlenin her birine bir işaret koyarak cevaplarınızı veriniz. Lütfen hiçbir cümleyi cevapsız bırakmayınız. Sizce doğruya en yakın olan rakamı işaretleyiniz.

1. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve ihtiyacım olduğunda yanımda olan bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.

Kesinlikle hayır	1	2	3	4	5	6	7	Kesinlikle evet
------------------	---	---	---	---	---	---	---	-----------------

2. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.

Kesinlikle hayır	1	2	3	4	5	6	7	Kesinlikle evet
------------------	---	---	---	---	---	---	---	-----------------

3. Ailem (örneğin, annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) bana gerçekten yardımcı olmaya çalışır.

Kesinlikle hayır	1	2	3	4	5	6	7	Kesinlikle evet
------------------	---	---	---	---	---	---	---	-----------------

4. İhtiyacım olan duygusal yardımı ve desteği ailemden (örneğin, annemden, babamdan, eşimden, çocuklarımdan, kardeşlerimden) alırım.

Kesinlikle hayır	1	2	3	4	5	6	7	Kesinlikle evet
------------------	---	---	---	---	---	---	---	-----------------

5. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve beni gerçekten rahatlatan bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.

Kesinlikle hayır	1	2	3	4	5	6	7	Kesinlikle evet
------------------	---	---	---	---	---	---	---	-----------------

6. Arkadaşlarım bana gerçekten yardımcı olmaya çalışırlar.

Kesinlikle hayır	1	2	3	4	5	6	7	Kesinlikle evet
------------------	---	---	---	---	---	---	---	-----------------

7. İşler kötü gittiğinde arkadaşlarıma güvenilebilirim.

Kesinlikle hayır	1	2	3	4	5	6	7	Kesinlikle evet
------------------	---	---	---	---	---	---	---	-----------------

8. Sorunlarımı ailemle (örneğin, annemle, babamla, eşimle, çocuklarımla, kardeşlerimle) konuşabilirim.

Kesinlikle hayır	1	2	3	4	5	6	7	Kesinlikle evet
------------------	---	---	---	---	---	---	---	-----------------

9. Sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim arkadaşlarım var.

Kesinlikle hayır	1	2	3	4	5	6	7	Kesinlikle evet
------------------	---	---	---	---	---	---	---	-----------------

10. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve duygularıma önem veren bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.

Kesinlikle hayır	1	2	3	4	5	6	7	Kesinlikle evet
------------------	---	---	---	---	---	---	---	-----------------

11. Kararlarımı vermede ailem (örneğin, annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) bana yardımcı olmaya isteklidir.

Kesinlikle hayır	1	2	3	4	5	6	7	Kesinlikle evet
------------------	---	---	---	---	---	---	---	-----------------

12. Sorunlarımı arkadaşlarımla konuşabilirim.

Kesinlikle hayır	1	2	3	4	5	6	7	Kesinlikle evet
------------------	---	---	---	---	---	---	---	-----------------



**Sağlık Bilimleri Üniversitesi Adana Şehir
Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile
Hekimliği Kliniği**



HAD ÖLÇEĞİ (Hastane anksiyete-depresyon ölçeği)

Bu anket sizi daha iyi anlamamıza yardımcı olacak. Her maddeyi okuyun ve son birkaç gününüzü göz önünde bulundurarak nasıl hissettiğinizi en iyi ifade eden yanıtın yanındaki kutuyu işaretleyin. Yanıtınız için çok düşünmeyin, aklınıza ilk gelen yanıt en doğrusu olacaktır.

1) Kendimi gergin “patlayacak gibi” hissediyorum.

- ☐ Çoğu zaman
☐ Birçok zaman
☐ Zaman zaman, bazen
☐ Hiçbir zaman

2) Eskiden zevk aldığım şeylerden hala zevk alıyorum.

- ☐ Aynı eskisi kadar
☐ Pek eskisi kadar değil
☐ Yalnızca biraz eskisi kadar
☐ Neredeyse hiç eskisi kadar değil

3) Sanki kötü bir şey olacakmış gibi bir korkuya kapılıyorum.

- ☐ Kesinlikle öyle ve oldukça da şiddetli
☐ Evet, ama çok da şiddetli değil
☐ Biraz, ama beni endişelendiriyor
☐ Hayır, hiç de öyle değil

4) Gülebiliyorum ve olayların komik tarafını görebiliyorum.

- ☐ Her zaman olduğu kadar
☐ Şimdi pek o kadar değil
☐ Şimdi kesinlikle o kadar değil
☐ Artık hiç değil

5) Aklımdan endişe verici düşünceler geçiyor.

- ☐ Çoğu zaman
☐ Birçok zaman
☐ Zaman zaman, ama çok sık değil
☐ Yalnızca bazen



**Sağlık Bilimleri Üniversitesi Adana Şehir
Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile
Hekimliği Kliniği**



6) Kendimi neşeli hissediyorum.

- ☐ Hiçbir zaman
☐ Sık değil
☐ Bazen
☐ Çoğu zaman

7) Rahat rahat oturabiliyorum ve kendimi gevşek hissediyorum.

- ☐ Kesinlikle
☐ Genellikle
☐ Sık değil
☐ Hiçbir zaman

8) Kendimi sanki durgunlaşmış gibi hissediyorum.

- ☐ Hemen hemen her zaman
☐ Çok sık
☐ Bazen
☐ Hiçbir zaman

9) Sanki içim pır pır ediyormuş gibi bir tedirginliğe kapılıyorum.

- ☐ Hiçbir zaman
☐ Bazen
☐ Oldukça sık
☐ Çok sık

10) Dış görünüşüme ilgimi kaybettim.

- ☐ Kesinlikle
☐ Gerektiği kadar özen göstermiyorum
☐ Pek o kadar özen göstermeyebilirim
☐ Her zamanki kadar özen gösteriyorum

11) Kendimi sanki hep bir şey yapmak zorundaymışım gibi huzursuz hissediyorum.

- ☐ Gerçekten de çok fazla
☐ Oldukça fazla
☐ Çok fazla değil
☐ Hiç değil

12) Olacakları zevkle bekliyorum.

- ☐ Her zaman olduğu kadar
☐ Her zamankinden biraz daha az
☐ Her zamankinden kesinlikle daha az
☐ Hemen hemen hiç

13) Aniden panik duygusuna kapılıyorum.

- ☐ Gerçekten de çok sık
☐ Oldukça sık
☐ Çok sık değil
☐ Hiçbir zaman

14) İyi bir kitap, televizyon ya da radyo programından zevk alabiliyorum.

- ☐ Sıklıkla
☐ Bazen
☐ Pek sık değil
☐ Çok seyrek

ÖZGEÇMİŞ

KİŞİSEL BİLGİLER:

Adı-soyadı : Ali Çöl
Doğum tarihi ve yeri : 29.04.1989 Kayseri
Uyruğu : TC
Medeni durumu : Evli
Email : alicol38@hotmail.com
Yabancı dili : İngilizce

EĞİTİM:

Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi
SBÜ Tıp Fakültesi Adana Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi

MESLEKİ DENEYİMİ:

Niğde Devlet Hastanesi Acil Servis
Adana Yüreğir Cumhuriyet Toplum Sağlığı Merkezi
Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Kliniği
Adana Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Aile Hekimliği Kliniği