

T.C.
Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi
Aile Hekimliği Anabilim Dalı

**65 YAŞ ÜSTÜ KRONİK HASTALIĞI OLAN
BİREYLERDE AİLE FONKSİYONELLİĞİNİN
AİLE APGARI İLE DEĞERLENDİRİLMESİ**

Dr. Beytullah İsmet DEMİRHAN

UZMANLIK TEZİ

DANIŞMAN
Doç. Dr. Yasemin ÇAYIR

ERZURUM-2017

T.C.
ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞINA

İlgi: 19.10.2017 tarih ve E. 1700292064 sayılı yazınız.

TIPTA UZMANLIK TEZ SAVUNMA TUTANAĞI

Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı tıpta uzmanlık öğrencisi **Arş. Gör. Dr. Beytullah İsmet DEMİRHAN'ın “65 Yaş Üstü Kronik Hastalığı Olan Bireylerde Aile Fonksiyonelliğinin Aile APGAR'ı ile Değerlendirilmesi”** konulu tezini incelemek üzere oluşturulan tez jürisine üye olarak seçildiğimizin ilgi yazınızla bildirilmesi üzerine jüri üyeleri, 23.10.2017 tarihinde toplanmış ve ilgili öğrenci tez savunmasına alınmıştır.

Tıpta ve Diş Hekimliğinde Uzmanlık Eğitimi Yönetmeliğinin 19. maddesi gereğince yapılan tez savunmasının tamamlanması sonucunda adı geçenin tezi jüri üyelerince oy birliği ile kabul edilmiştir.

Bilgilerinize arz ederiz.


Doç. Dr. Yasemin ÇAYIR
Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi
Aile Hekimliği Anabilim Dalı Başkanı V.
Jüri Başkanı


Doç. Dr. Turan SET
Karadeniz Teknik Üniversitesi
Tıp Fakültesi
Aile Hekimliği A.D Öğretim Üyesi
Jüri Üyesi


Yrd. Doç. Dr. Kenan TAŞTAN
Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi
Aile Hekimliği A.D Öğretim Üyesi
Jüri Üyesi

İÇİNDEKİLER

TABLolar DİZİNİ	iv
ŞEKİLLER DİZİNİ	vi
KISALTMALAR DİZİNİ	vii
TEŞEKKÜR	viii
ÖZET	ix
ABSTRACT	xi
1. GİRİŞ ve AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Yaşlılığın Tanımı ve Özellikleri	3
2.1.1. Yaşlılık	3
2.1.2. Yaşlılık Algısı	4
2.1.3. Yaşlılık Epidemiyolojisi	5
2.1.4. Dünyada ve Türkiye’de Yaşlı Nüfus	7
2.1.4.1. Yaşlı Sağlığına Yönelik Uluslararası Yaklaşımlar	7
2.1.4.2. Yaşlı Sağlığına Yönelik Ulusal Yaklaşımlar	9
2.1.5. Sağlıklı Yaşlanma	12
2.1.6. Yaşlanmada Görülen Fizyolojik Değişiklikler	14
2.2. Kronik Hastalıklar	15
2.3. Aile Hekimlerinin Özellikleri ve Yaşlı Sağlığındaki Rolü	18
2.4. Aile Kavramı	20
2.4.1. Ailenin Tanımı	20
2.4.2. Ailenin İşlevi	21
2.4.2.1. Biyolojik İşlev	21
2.4.2.2. Eğitim İşlevi	22
2.4.2.3. Psikolojik İşlev	22
2.4.2.4. Ekonomik İşlev	22
2.4.2.5. Toplumsal İşlev	23
2.4.2.6. Kültürel İşlev	23
2.4.3. Aile Tipleri ve Özellikleri	24
2.4.3.1. Ailenin Büyüklüğüne Göre Aile Tipleri	24
2.4.3.1.1. Büyük Aile	24

2.4.3.1.2. Geniş Aile	24
2.4.3.1.3. Birleşik Aile	25
2.4.3.1.4. Küçük Aile	25
2.4.3.1.4.1. Çekirdek Aile	25
2.4.3.1.4.2. Parçalanmış ya da Tamamlanmamış Aile	26
2.4.3.2. Yönetim Şekline Göre Aile Tipleri	26
2.4.3.2.1. Ataerkil Aile	26
2.4.3.2.2. Anaerkil Aile	26
2.4.3.2.3. Bölünmez Asaba (Baba Tarafından Aile)	27
2.4.3.3. Ailenin Yaşadığı Yere Göre Aile Tipleri	28
2.4.3.3.1. Köy Ailesi	28
2.4.3.3.2. Kentsel Aile	28
2.4.3.3.3. Gecekondu Ailesi	29
2.4.3.4. Sınıflandırılmayan Aile Tipleri	29
2.4.3.4.1. Çocuksuz Aileler	29
2.4.3.4.2. Yaşlı Aileler	30
2.4.4. Aile Sistemi	31
2.4.4.1. Ailede İletişim	32
2.4.5. Sosyal Sistem Olarak Ailenin Özellikleri	32
2.4.6. Sağlıksız Aile	33
2.4.7. Sağlıklı Aile	33
2.4.8. Aile Fonksiyonu	34
2.4.9. Ailenin Sağlığa Etkisi	36
2.4.9.1. Aile APGAR' ı (Family APGAR)	37
3. GEREÇ VE YÖNTEM	39
3.1. Araştırma Tasarımı	39
3.2. Ortam ve Evren	39
3.3. Örneklem Seçimi	39
3.3.2. Çalışmaya Alınma Kriterleri	40
3.3.3. Hariç Bırakma Kriterleri	40
3.4. Etik Kurul ve İzinler	40
3.5. Veri Toplama Aşaması	40

3.6. Veri Toplama Araçları ve Sorular	41
3.6.1. Veri Toplama Formu.....	41
3.6.2. Aile APGAR Ölçeği.....	41
3.7. İstatistiksel Analiz.....	43
4. BULGULAR.....	44
4.1. Katılımcıların Tanımlayıcı Özellikleri.....	44
4.2. Katılımcıların AAÖ Sonuçlarının Bazı Bağımsız Değişkenler ile İlişkisi	48
4.3. Katılımcıların AAÖ Sınıflaması Sonuçlarının Bazı Bağımsız Değişkenler ile İlişkisi.....	59
5. TARTIŞMA	67
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	76
7. KAYNAKLAR	78
8. EKLER.....	88
EK 1. Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurul Kararı	88
EK 2. Sağlık Bakanlığı İzni	90
EK 3. Veri Toplama Formu	91
EK 4. Aile APGAR Ölçeği	92

TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo 1. Katılımcıların (n=200) sosyodemografik özellikleri.....	45
Tablo 2. Katılımcıların mevcut kronik hastalıkları	46
Tablo 3. Katılımcıların diğer özellikleri.....	47
Tablo 4. Katılımcılardan son bir yıl içerisinde hastanede yatanların (n=103) refakatçi durumu.....	48
Tablo 5. Katılımcıların yaş sınıflaması ile ortalama AAÖ puanlarının karşılaştırılması	49
Tablo 6. Katılımcıların cinsiyetlerine göre ortalama AAÖ puanlarının karşılaştırılması	50
Tablo 7. Katılımcıların medeni durumlarına göre ortalama AAÖ puanlarının karşılaştırılması	50
Tablo 8. Katılımcıların eğitim durumlarına göre ortalama AAÖ puanlarının karşılaştırılması	51
Tablo 9. Katılımcıların çalışma durumlarına göreortalama AAÖ puanlarının karşılaştırılması	52
Tablo 10. Katılımcıların gelir düzeyleriyle ortalama AAÖ puanı karşılaştırılması	54
Tablo 11. Katılımcıların aile üyeleriyle ilişkilerini tanımlamaları ile ortalama AAÖ puanı karşılaştırılması.....	55
Tablo 12. Katılımcıların evde kiminle yaşadıkları ile ortalama AAÖ puanı karşılaştırılması	56
Tablo 13. Katılımcılardan son bir yıl içerisinde hastanede yatma durumları ile ortalama AAÖ puanı karşılaştırılması	56
Tablo 14. Katılımcılardan son bir yıl içerisinde hastanede yatanların refakatçi durumu ile ortalama AAÖ puanı karşılaştırılması	57
Tablo 15. Katılımcıların kronik hastalıklarıyla ortalama AAÖ puanlarının karşılaştırılması	59
Tablo 16. Katılımcıların cinsiyeti ile AAÖ'ye göre aile fonksiyonelliğinin karşılaştırılması	60
Tablo 17. Katılımcıların evlilik durumlarıyla AAÖ'ye göre aile fonksiyonelliğinin karşılaştırılması	60
Tablo 18. Katılımcıların yaş sınıflamasıyla AAÖ'ye göre aile fonksiyonelliğinin karşılaştırılması	61
Tablo 19. Katılımcıların eğitim seviyeleriyle AAÖ'ye göre aile fonksiyonelliğinin karşılaştırılması	61

Tablo 20. Katılımcıların komorbidite durumlarıyla AAÖ'ye göre aile fonksiyonelliğinin karşılaştırılması	62
Tablo 21. Katılımcıların çalışma durumlarıyla AAÖ'ye göre aile fonksiyonelliğinin karşılaştırılması	62
Tablo 22. Katılımcıların gelir düzeyi sınıflamasıyla AAÖ'ye göre aile fonksiyonelliğinin karşılaştırılması	63
Tablo 23. Katılımcıların aile üyeleriyle ilişkilerini tanımlamalarıyla, AAÖ'ye göre aile fonksiyonelliğinin karşılaştırılması	63
Tablo 23. Katılımcıların evde kiminle yaşadıklarıyla, AAÖ'ye göre aile fonksiyonelliğinin karşılaştırılması	65
Tablo 24. Katılımcıların son bir yıl içerisinde hastanede yatma durumlarıyla, AAÖ'ye göre aile fonksiyonelliğinin karşılaştırılması	65
Tablo 25. Katılımcıların sigara içme durumlarıyla AAÖ'ye göre aile fonksiyonelliğinin karşılaştırılması	66

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1. Türkiye'nin Gelecekteki Tahmini Nüfus Dağılımı (32).....	7
Şekil 2. Türkiye'nin yıllara göre nüfus değişimi (40).....	11
Şekil 3. Yaş ile AAÖ ortalama puanı arasındaki korelasyon.....	48
Şekil 4. Katılımcıların yaş sınıflaması ile ortalama AAÖ puanlarının karşılaştırılması.....	49
Şekil 5. Katılımcıların cinsiyetlerine göre ortalama AAÖ puanlarının karşılaştırılması	50
Şekil 6. Katılımcıların medeni durumlarına göre ortalama AAÖ puanlarının karşılaştırılması.....	51
Şekil 7. Katılımcıların eğitim durumlarına göre ortalama AAÖ puanlarının karşılaştırılması.....	52
Şekil 8. Katılımcıların çalışma durumlarına göre ortalama AAÖ puanlarının karşılaştırılması.....	53
Şekil 9. Katılımcıların aylık gelir düzeyleri ile ortalama AAÖ puanı arasındaki korelasyon.....	53
Şekil 10. Katılımcıların gelir düzeyleriyle ortalama AAÖ puanlarının karşılaştırılması.....	54
Şekil 11. Katılımcıların aile üyeleriyle ilişkilerini tanımlamaları ile ortalama AAÖ puanı karşılaştırılması.....	55
Şekil 12. Katılımcıların evde kiminle yaşadıkları ile ortalama AAÖ puanı karşılaştırılması	56
Şekil 13. Katılımcılardan son bir yıl içerisinde hastanede yatanların refakatçi durumu ile ortalama AAÖ puanı karşılaştırılması	57
Şekil 14. Katılımcıların aile üyeleriyle ilişki tanımları ve AAÖ'ye göre aile fonksiyonelliğinin karşılaştırılması	64
Şekil 15. Katılımcıların evde kiminle yaşadıklarıyla, AAÖ'ye göre aile fonksiyonelliğinin karşılaştırılması	65

KISALTMALAR DİZİNİ

AAFP	: Amerika Aile Hekimliği Akademisi
AAÖ	: Aile APGAR Ölçeği
AB	: Avrupa Birliği
AP	: Avrupa Parlamentosu
AÜTF	: Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi
BM	: Birleşmiş Milletler
DM	: Diyabetes Mellitus
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
EASM	: Eğitim Tipi Aile Sağlığı Merkezi
HT	: Hipertansiyon
KAH	: Koroner Arter Hastalığı
KKY	: Kronik Kalp Yetmezliği
KOAH	: Kronik Obstruktif Akciğer Hastalığı
SB	: Sağlık Bakanlığı
SPSS	: Statistical Package for Social Sciences
SS	: Standart Sapma
TÜİK	: Türkiye İstatistik Kurumu
WHO	: World Health Organization

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim boyunca beraber çalışmaktan her zaman mutluluk ve onur duyduğum, göreve başladığım günden beri donanımlı ve bilgili bir aile hekimi uzmanı olmam için çaba ve yol gösteren, çalışkanlığı ile her zaman bize örnek olan, yaptığım tez çalışmam sırasında bana destek ve yön vererek değerli yardımlarını esirgemeyen, çoğu zaman hocadan çok bir abla gibi davranan, Aile Hekimliği Anabilim Dalı Başkanımız Doç. Dr. Yasemin ÇAYIR'a,

3 yıllık uzmanlık eğitimim boyunca eğitime katkıda bulunan, mesleki bilgi ve birikimlerini her zaman paylaşan, pozitif enerjisiyle motivasyonumu arttıran, bir hocadan daha çok bir abi olan, hayatta belki de hiç kazanamayacağımız bakış açılarını bize sunan, Yrd. Doç. Dr. Kenan TAŞTAN'a,

Eğitimim boyunca birlikte çalışmaktan çok mutlu olduğum ve eğitime katkıda bulunan tüm asistan arkadaşlarıma,

Beni yetiştirmek için gereken her türlü fedakarlıkta bulunan, gerek maddi gerek manevi destekleri ile her zaman yanımda olan, annem Emine DEMİRHAN ve babam Mehmet DEMİRHAN'a,

Beni hiçbir zaman yalnız bırakmayan ve desteklerini esirgemeyen, en ufak bir sıkıntıda her zaman yanımda olan, kardeşliklerini en güzel bir şekilde gösteren canım abilerim Yusuf Talha DEMİRHAN ve Muhammed Ali DEMİRHAN'a,

Eğitimim boyunca sıkıntılara tek başına katlanan, kızımızla elinden gelen en iyi şekilde ilgilenen, anlayışı, sabrı ve sonsuz sevgisiyle her zaman yanımda olan, gerektiği yerde kendi yaşamından ödün veren, benim mutluluğum için her zaman elinden gelenin fazlasını yapan, canım eşim, Hatice Gamze DEMİRHAN'a,

Varlığıyla hayatıma anlam katan, hayatımıza girdiği günden beri dünyamızı değiştiren, bir gülüşüyle tüm sıkıntılarımı bana unutturan, Allah'ın bana en büyük hediyesi, bitanecik canım kızım Zeynep Nur DEMİRHAN'a,

Sonsuz saygı ve teşekkürlerimi sunarım.

Arş. Gör. Dr. Beytullah İsmet DEMİRHAN

ÖZET

65 Yaş Üstü Kronik Hastalığı Olan Bireylerde Aile Fonksiyonelliğinin Aile APGAR'ı ile Değerlendirilmesi

Giriş ve Amaç: Aile, sağlıkla ilgili inanışların davranışların, stres ve duygusal desteğin ilk kaynağıdır. Aile hekimliğinde bireyler, aileleri ile beraber değerlendirilirler. Altmış beş yaş üstü bireyler toplumumuzun %8'lik kısmını oluşturmaktadır. Genellikle kronik hastalıklar bu yaş grubunda siktir. Ailenin tıbbi önerilere uyumdan, kronik hastalıkların yönetimine, morbidite ve mortalite üzerine varana kadar olan sağlıkla ilgili pek çok etkisi olduğunu bilmekteyiz. Aile fonksiyonelliği arttıkça ailenin sağlık üzerine olumlu etkilerinin de artacağı öngörülebilir. Bu çalışmada aile hekimlerinin aile işlevlerini kısa sürede değerlendirebilmeleri için geliştirilmiş olan, Aile APGAR Ölçeği (AAÖ)'nin 65 yaş üstü kronik hastalığı olan bireylerde sosyo-demografik özellikleri ve klinik profilleri ile aile fonksiyonelliğinin karşılaştırılması amaçlanmıştır.

Yöntem: Çalışma Mart-Eylül 2017 tarihleri arasında Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı'na bağlı hizmet veren beş adet Eğitim Tipi Aile Sağlığı Merkezi'ne kayıtlı 65 yaş üstü kişiler (n=350) arasında yapıldı. Bu kişilerden en az bir kronik hastalığı olma, çalışmamıza katılmaya gönüllü olma gibi dahil edilme kriterlerini karşılayan 200 kişi çalışmaya alınmıştır. Önce bu kişilerin sosyodemografik ve klinik özelliklerine dair tanımlayıcı bilgileri almaya yönelik 17 soruluk veri toplama formu kullanılmıştır. Daha sonra aile fonksiyonelliğini ölçmek için beş sorudan oluşan AAÖ uygulanmıştır. Veriler SPSS.20 paket programına aktararak analiz edilmiştir. Tanımlayıcı istatistiklerde kategorik veriler için sayı ve yüzde; numerik veriler için ortalama ve standart sapma sunulmuştur. Hipotez testleri olarak Student t testi, Tek Yönlü ANOVA, Ki Kare, Korelasyon analizi testleri kullanıldı. İstatistiksel olarak önemlilik sınırı $p<0,05$ kabul edildi.

Bulgular: Çalışmaya toplam 200 kişi katıldı. Katılımcıların yaş ortalaması $72,8\pm6,6$ yıl idi. Katılımcıların ortalama AAÖ puanı $7,5\pm2,5$ idi. AAÖ'ne göre katılımcıların %56'sı (n=112) fonksiyonel, %44'ü ise (n=88) ise disfonksiyonel idi.

Çalışmamızın sonuçlarına göre; yaştan artmasıyla aile işlevselliğinin düştüğü, erkeklerin kadınlara göre; evli olanların, bekar ve dullara göre; emeklilerin işsizlere göre; aile üyeleriyle ilişkilerini tanımlama şekillerinin iyi olanların, kötü olanlara göre; eşi ve çocuklarıyla yaşayanların, bakımevinde ve tek yaşayanlara göre; son bir yıl içerisinde hastanede yatan kişilerden, refakatçisi akrabası olanların, bakım evi personeli olanlara göre; aile işlevselliği açısından daha fonksiyonel olduğu bulunmuştur ($p<0,05$). Ayrıca eğitim seviyesi ve gelir düzeyinin artmasıyla da aile işlevselliğinin arttığı görülmüştür ($p<0,05$). Kronik hastalık varlığının, son bir yıl içinde hastanede yatmanın ve komorbidite varlığının ise aile işlevselliği üzerine bir etkisinin olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$).

Sonuç: Çalışmamızda cinsiyet, yaş, meslek, eğitim düzeyi gibi değişkenlerin yaşlı ve kronik hastalığı olan bireylerin aile fonksiyonelliğini etkilediği gösterilmiştir. DSÖ'nün yaşlı dostu birincil bakım merkezi konsepti kapsamında, birinci basamak sağlık hizmetlerinde 65 yaş ve üstü hastalar özellikle hızlı ve etkin şekilde birçok açıdan değerlendirilerek, gerekli hastalara ileri değerlendirme yapılması gerekir. Özellikle geriatrik yaş grubuyla daha çok karşılaşan ve hastaları daha yakından tanıma ve sürekli takip altında tutabilme imkanı olan aile hekimleri sayesinde bu problemlerin kontrolü konusunda daha çok yol kat edilebilir. Bu kişilere birinci basamakta daha fazla ilgi gösterilmesi gerekir. Sadece hastalık üzerinden değil, hastalıklarını aile işlevleriyle beraber değerlendirilmesi gerekmektedir. Çalışmamızda görülen aile fonksiyonelliğini etkileyen değişkenler açısından yaşlı bireylerin daha kapsamlı ve biyopsikososyal açıdan değerlendirilmesi faydalı olacaktır.

Anahtar Kelimeler: yaşlı hasta, kronik hastalıklar, aile fonksiyonelliği, aile APGAR ölçeği

ABSTRACT

Assessment of Family Functioning with Family APGAR Among Individuals over 65 Years of Age With Chronic Disease

Introduction and Aim: The family is the first source of health-related beliefs, behaviors, stress, and emotional support. In family medicine, individuals are evaluated together with their families. Over sixty-five-year-old individuals account for 8% of our society. Usually chronic diseases are common in this age group. We know that there are many health-related effects of family, ranging from compliance with medicines to management of chronic diseases, to morbidity and mortality. It can be predicted that increasing the positive effect of the family by increase of family functioning. In this study, it was aimed to compare the socio-demographic characteristics and clinical profiles of 65 years old individuals with chronic disease with family functioning by using family APGAR scale..

Method: The study was carried out between March-September 2017, among the people over 65 years (n=350) registered in five Educational Type Family Health Centers which are affiliated to Atatürk University Medical Faculty Family Medicine Department. 200 persons were included in the study who met the inclusion criteria, such as having at least one chronic illness, volunteering to participate into the study. First, a 17-questions data collection form was used to obtain descriptive information about the sociodemographic and clinical characteristics of these people. Then, family APGAR scale consisting of five questions was applied to measure family functioning. The data were transferred to the SPSS.20 package program and analyzed. Number and percentage for categorical data; mean and standard deviation for numerical data are presented in descriptive statistics. Student t test, one way ANOVA, Chi square, correlation analysis tests were used as hypothesis tests. Statistically, the significance limit was accepted as $p < 0.05$.

Findings: A total of 200 people participated in the study. The mean age of the participants was 72.8 ± 6.6 years. The mean family APGAR scale score of the participants was 7.5 ± 2.5 . According to the family APGAR scale, %56 (n=112) of the participants were functional and %44 (n=88) were dysfunctional. According to the

results of our study; family functioning decreases by increasing of the age, men according to women; to be married according to be single or widow; retirees according to unemployed; defining relationships with family members as good according to as bad, living with the wife or children according to living single or in a nursing home, who have been hospitalized in the past year, and whose companion is a relative according to nursing home personnel; it is found to be more functional in terms of family functioning ($p < 0.05$). It has also been observed that family functioning is increasing with the increase of education level and income level ($p < 0.05$). It was determined that the presence of chronic illness, hospitalization in the last one year and the presence of comorbidity had no effect on family functioning ($p > 0.05$).

Conclusion: In our study, variables such as gender, age, occupation, education level have been shown to affect family functioning of elderly and chronic patients. In the context of the WHO's concept of an elderly friendly primary care center, patients 65 years of age and older in primary health care services need to be assessed in many aspects, especially quickly and effectively, to make further evaluation of the illness necessary. Family physicians, who are particularly exposed to the geriatric age group and who are able to recognize patients more closely and keep them under constant supervision, can be given more control over these problems. These people need more attention in the primary care. It is necessary not only to evaluate diseases but also to evaluate their diseases with family functions. In terms of the variables affecting family functioning that was found in our study, it would be beneficial to evaluate elderly individuals in a more comprehensive and biopsychosocial perspective.

Key Words: elderly patient, chronic diseases, family functioning, family APGAR scale

1. GİRİŞ ve AMAÇ

Türk Aile Yapısı Özel İhtisas Komisyonu'na 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 katılımlarının sağlandığı ve düzenlendiği temel toplumsal birimdir". Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) aileyi "sağlığın ve refahın sağlanmasında birincil sosyal etmen" olarak tanımlamaktadır (1-3).

Aile, sağlıkla ilişkili inanışların, davranışların, stres ve duygusal desteğin ilk kaynağıdır. Sağlık problemleri ve hastalıklar ortaya çıktığında da genellikle başvurulacak birincil kaynak ailedir. Aile ve diğer özel sosyal ilişkiler sağlığın her hali üzerinde güçlü bir etkiye sahiptir. Bu etki, sağlık durumunun iyileştirilmesi, tıbbi önerilere uyum, kronik hastalıkların yönetimi, morbidite ve mortaliteyi de kapsamaktadır. Bu nedenle, sağlık hizmetlerinde hasta her ne kadar birincil odak olsa da aile, anlaşılması ve sağlık hizmeti sunarken göz önünde bulundurulması gereken bir sosyal birimdir (1-5).

Türkiye genelinde yapılan çok merkezli çalışmalarda yaşlılarda sıklıkla görülen kronik hastalıkların sırasıyla; hipertansiyon (HT) %30,7, osteoartrit %13,7, kronik kalp yetersizliği (KKY) %13,7, Tip 2 diyabet (DM) %10,2, koroner arter hastalığı (KAH) %9,8 ve osteoporoz %8,2 oranlarında olduğu saptanmıştır. Son yıllarda yaşlı sağlığı gelişimi ve iyileştirilmesi açısından yapılan çalışmalarda yaşlılığın fiziksel, psikolojik ve toplumsal boyutuyla değerlendirilmesi gereken bir süreç olduğu vurgusu yapılmış ve de yaşlılıkta görülen belirtilerin her bireyde farklı olabileceği belirtilmiştir. Psikososyal açıdan değerlendirildiğinde, başarılı bir yaşlılık sürecinin geçirilebilmesi için öncelikle yaşlı bireylerin aile ve yakın çevresiyle olan ilişkilerinin canlı tutulması yönünde stratejiler geliştirilmesi gerektiği söylenebilir (6).

Kronolojik olarak yaşlanma 65 yaş üstü olarak kabul edilmiştir. DSÖ'nün yaptığı kronolojik tanıma göre 65-74 yaş arası genç yaşlı, 75-84 arası orta yaşlı, 85 yaş ve üstü ileri yaşlı olarak sınıflandırılmıştır (7).

Yaşlı erişkinler toplumun diğer kesimlerine göre çok daha fazla sıklıkta sağlık hizmeti arayışında ve başvurularında bulunmaktadır (8). Ancak gelişmiş ülkelerde dahi başvuru alanlarda yaşlı nüfusun sağlık ihtiyaçlarının karşılanamadığı, uzun dönem bakım yöntemlerinin yetersiz ve sürdürülemez nitelikte olduğu bildirilmiştir (9). Ülkemizde de yaşlılara birinci basamakta bakım verebilecek personel ve hizmetlerin, pirimer, sekonder ve tersiyer korumaya yönelik önlemlerin ve geriatri konusunda uzmanlaşmanın yetersiz olduğu bildirilmiştir (10).

Amerika Aile Hekimliği Akademisi (AAFP), aile hekimlerinin yaşlılarda kronik hastalık yönetimi ve toplum sağlığı konusunda kritik rolü olduğunu, ayrıca yaşlıların fiziksel fonksiyonunu ve bağımsızlığını olabildiğince idame ettirmesinde bütüncül bir rol oynadığını belirtmiştir (8).

Bir ailenin yapısı genogram ile; gelişimi, aile üyelerinin yaşları ve gelişimsel evreleri ile; işlevleri ise ailedeki sürecin izlenmesi ve öykü ile değerlendirilir (2). Ailenin sağlık üzerine pek çok etkisi olduğu bilinmektedir. Ancak hekimlerin yoğun çalışmaları bu önemli değerlendirmeyi düzenli olarak uygulamalarını sınırlandırır. Bazı hekimler, rutin hasta görüşmesinin bir parçası olarak veya kapsamlı sağlık değerlendirmesinde tarama amacıyla kısa değerlendirme araçlarını kullanmayı seçebilirler. Bu araçlardan biri de Family APGAR (Aile APGARİ)'dir (11, 12).

Bu çalışmada aile hekimlerinin aile işlevlerini kısa sürede değerlendirebilmeleri için geliştirilmiş ve Türkçe geçerlilik güvenilirlik çalışması daha önceden yapılmış olan Aile APGAR Ölçeği'nin 65 yaş üstü kronik hastalığı olan bireylerin sosyo-demografik özellikleri ve klinik profilleri ile aile fonksiyonelliğinin karşılaştırılması amaçlanmıştır. Birinci basamakta sağlık hizmetlerini en çok kullanan hasta grubu olan 65 yaş üstü kronik hastalığı olan hastalarda aile fonksiyonelliğinin belirlenmesinin aile hekimlerinin bütüncül yaklaşım sergilemesine katkı vereceği düşünülmektedir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Yaşlılığın Tanımı ve Özellikleri

2.1.1. Yaşlılık

Yaşlılığın başlangıcı, oluşum süreci ve insan üzerindeki etkileri konusunda çeşitli görüşler bulunmaktadır. Farklı bakış açılarına dayanan sınıflandırmalara göre: biyolojik (insan vücudunun fizyolojik yeterliliği ile alakalı), kronolojik (yaşamda geçirilen süre), psikolojik (kişisel yaşam deneyimleri ile şekillenen) ve sosyolojik (toplumda konumlanan roller) tanımlar belirtilmektedir (13).

DSÖ'nün yaptığı kronolojik tanıma göre 65-74 yaş arası genç yaşlı, 75-84 arası orta yaşlı, 85 yaş ve üstü ileri yaşlı olarak sınıflandırılmıştır (7). Ancak insanların ortalama yaşam ömürleri yaşanan coğrafyaya ve sosyoekonomik koşullara göre farklılık arz etmektedir. Bazı gelişmemiş ülkelerde ortalama yaşamın 40-50 yıl olması, gelişmişlik düzeyi yüksek ülkelerde ise 80'in üzerinde olması yadsınmayacak bir gerçekliktir. Bu durum yaşlılık olgusunu kronolojik anlamda farklılaştırmaktadır. Bu gerçekten yola çıkarak, insanların yaşını kaç yıl yaşadığı değil kaç yıl ömrü kaldığı üzerinden tanımlanması gerektiği savunulmaktadır. Bu yaklaşımda ortalama 10 ya da 15 sene ömrü kalan bireyler yaşlı sınıflandırmasına girmektedirler. Yaşlanma yıllar içinde moleküler ve hücrel hasarların birikimiyle oluşan, birçok psikososyal değişimin de eşlik ettiği bir süreçtir (14).

Bireylerin yaşlanma hızı hasar ile idame ve onarım arasındaki karmaşık etkileşimle şekillenir (15). Yaşlanmanın nedeni ve nasılına ilişkin teoriler genel olarak programlanmış (genetik) değişiklik teorileri ve olasılıklı (rastlantısal ve çevresel zarar vericiler) teoriler olarak ikiye ayrılır. Zamanla bu hasarlar fizyolojik rezervlerde azalmaya, çevresel streslere dayanıksızlığa, pek çok hastalık riskinde artışa, bireysel kapasitenin azalmasına neden olur (16). Ancak bu değişiklikler yaşla doğru orantılı değildir, yaşamda geçirilen yıllarla zayıf bir ilişkidir (17).

Bu gerçekler ışığında, uzun yıllar yaşamaktan ziyade sağlıklı yıllar yaşamak daha önemli bir kavram haline gelmiştir. Genetik faktörlerin taşıdığı fizyolojik değişikliklerle en uygun koşullarda yaşama ve çevresel etmenleri olabildiğince sağlıklı hale getirmek, sağlıklı yaşlanmaya neden olurken, kötü çevresel etmenlere maruz kalmak sağlıklı yaşlanmayı olanaksız hale getirir (9).

Yaygın kanının aksine yaşlılık sağlıksızlıkla eşdeğer değildir. Çok sık rastlanan benzer bir yanlış kabul de yaşlılıkta sık görülen pek çok hastalığın ve yeti kayıplarının yaşlanmanın doğal seyri olduğunun düşünülmesidir (18). Yaşlılıkla ilgili bu tür önyargılar tanı ve tedavinin gecikmesine neden olarak belirtilerin gözden kaçmasına ve sorunların büyümesine yol açabilir, bireyin bağımsızlığının ve yaşam kalitesinin azalmasıyla sonuçlanabilir. Yaşlanmanın kendine has fizyolojik özelliklerini iyi tanımak, normal olan ve hastalıklı olanı birbirinden ayırmak için gereklidir (11).

2.1.2. Yaşlılık Algısı

Yaşlı bireylerde yaşanan yılların getirdiği biyolojik değişimlerle birlikte psikososyal değişimler yaşanmaktadır Yaşlılığın algısı yaşlının kendine bakış açısıyla bireysel, yaşlı olmayanların yaşlıya bakış açısıyla sosyal, yaşanan kültürün yaşlıya attettikleriyle toplumsal bir kavramdır. Ancak gerçekte bu ayrımlar birbiriyle harmanlanmış olarak yaşlılık algısını şekillendirmektedir. Bireysel açıdan, yaşlı bireyin ego bütünlüğü, geçmiş penceresinden baktığında kişisel doygunluğuna erişebilmesi olarak tarif edilmektedir (19).

Yaşanamamış veya kötü yaşanmış bir hayat düşüncesi ile beraber hayatın sona eriyor olduğu gerçeği umutsuzluk duygusunu artırmaktadır (20). Sosyolojik açıdan cinsiyet, etnik köken, toplumsal sınıf, sosyoekonomik düzey, yaşanan coğrafya, kültür gibi bireyin yaşam biçimi ve kimlik yapıları, idealleri, yaşam sorunları ile başa çıkma mekanizmaları yaşlılık örüntüsünü belirlemektedir. Toplumun yaşlı bireyi konumlandırışı, yaşlı yaşamı ile ilgili beklentileri, norm kabul edilen davranış kalıpları yaşlılık dönemi sosyal rollerini biçimlendirerek, yaşlanma statüsüne etki eden faktörlerdendir (21, 22).

Yaşlılık dönemine özgü sosyal değişimler kapsamında ekonomik durum değişiklikleri, çalışma hayatının bitmesi, emeklilik ve gelirin azalması, artan bakım ihtiyacı, ebeveynlik sorumluluklarının değişmesi, yaşam amaçlarının değişmesi, yakınlarının ölümü, sosyal yalnızlaşma, fiziksel ve zihinsel işlevlerin kaybı, günlük yaşam fonksiyonlarını bağımsız yerine getirememe veya bu nedenle yerleşim alanının değişmesi gibi önemli aile içi ve toplumsal rol kayıpları veya rol değişimleri olmaktadır (23, 24).

Son yıllarda yapılan sosyolojik ve tıbbi araştırmalar yaşlılıkta olumlu sosyal temasların gerekliliği ve olumlu etkisi üzerinde durmaktadır (14). Yaşlılarla ilgili olumsuz yargılar, "gerontofobi" ve ileri boyutta yaşlı ayrımcılığına neden olmaktadır. Yaşlı ayrımcılığı sanıldığından daha çok benimsenmiş ve gündelik hayatta, meslek yaşamında, farkında olunmadan yapılan birçok önyargılı tutumu veya düzenlemeyi kapsamaktadır.

Yaşlı ayrımcılığı, sağlık hizmetlerinde de kendini göstermektedir. Bu duruma katkısı olan faktörler sağlık çalışanlarının olumsuz tutumu, inancı, kişisel değerler sistemindeki yeri gibi öznel faktörler olabildiği gibi, yaşlılarla ilgili eğitimin yetersiz olması ve bunun neticesinde klinikte sık karşılaşılabilecek birçok biyopsikososyal ve fonksiyonel ihtiyaçların göz ardı edilmesi gibi kurumsal olarak da karşımıza çıkabilir (25). Yapılan birçok çalışmada sağlık personelinin olumsuz tutum örneklerine yer verilmiştir. Bunlardan bazıları yaşlının yeni bilgi anlamayacağını düşünerek bilgi vermemeye veya yalnızca yakınlarına bilgi vererek muhatap almama, daha az ilgilenme ve daha az süre ayırma, birçok koruyucu hizmetin daha az sunulmasıdır (26).

2.1.3. Yaşlılık Epidemiyolojisi

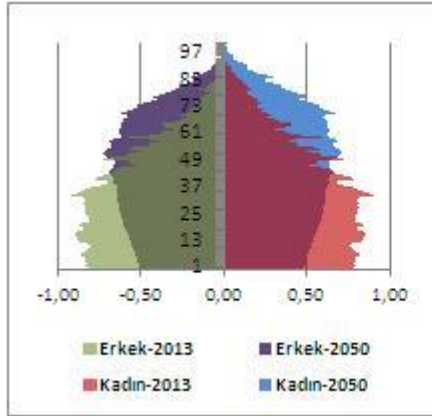
Dünyada yaşlı sayısında hızlı bir artış gözlemlenmektedir. Toplum yaşlanması neden artıyor diye bakacak olursak, koruyucu ve tedavi edici tıp alanındaki gelişmeler, beslenme, barınma ve genel olarak yaşam koşullarının iyileşmesi olarak görürüz (27).Tüm dünyada 65 yaş ve üzeri yaşlı nüfus, diğer yaş gruplarına oranla daha hızlı büyümektedir (28). Bu oranın artması gelişmişlik düzeyi düşük ve orta olan ülkelerde genç nüfusun artması ile ilişkili iken; gelişmiş ülkelerde

yaşlılarda mortalite azalması ve ortalama yaşam beklentisinin artmasına bağlanmaktadır (9).

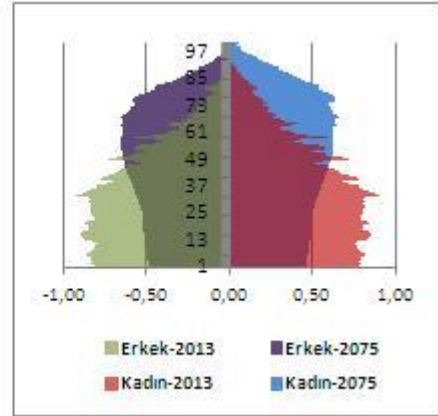
Ülkemizde Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) 2016 yılı verilerine göre yaşlı nüfus (65 ve daha yukarı yaş) 6 milyon 651 bin 503 kişi iken, yaşlı nüfusun toplam nüfus içindeki oranı ise %8,3'dür. Yaşlı nüfusun %43,9'unu erkek nüfus, %56,1'ini kadın nüfus oluşturmaktadır. Yaşlı nüfusun 2012 yılında %60,3'ü 65-74 yaş grubunda, %32,5'i 75-84 yaş grubunda ve %7,1'i 85 ve daha yukarı yaş grubunda iken; 2016 yılında %61,5'i 65-74 yaş grubunda, %30,2'si 75-84 yaş grubunda ve %8,2'si 85 ve daha yukarı yaş grubunda yer aldı. Hayat tabloları, 2015 yılı sonuçlarına göre, doğuşta beklenen yaşam süresi, Türkiye geneli için 78 yıl, erkekler için 75,3 yıl ve kadınlar için 80,7 yıl oldu. Çalışma çağındaki 100 kişiye düşen yaşlı sayısını ifade eden yaşlı bağımlılık oranı, 2012 yılında %11,1 iken; bu oran 2016 yılında %12,3'e yükseldi. Dünya nüfusunun 2016 yılı itibarıyla %8,7'sini yaşlı nüfus oluşturmaktadır (29). 2023 yılında bu oranın %10,2'ye, 2050 yılında %20,8'e ve 2075 yılında ise %27,7'ye yükseleceği tahmin edilmektedir (30).

Yaşlı nüfusun toplam nüfus içindeki oranının %10'u geçmesi nüfusun yaşlanmasının bir göstergesi olarak kabul edilmektedir ve araştırma verileri ülkemizin içinde olduğu demografik dönüşüm sürecini yansıtmaktadır (29). Bu, Türkiye'nin gelecekte hızla yaşlı nüfusa sahip ülkeler arasında yer alacağını göstermektedir. Bu durumun doğum oranlarını arttırarak, oransal büyümenin önüne geçebileceği ileri sürülse dahi, nüfustaki sayısal büyüklüğü üzerinde bir etki yapmayacağı, gelecekte daha da büyük bir yaşlı nüfus ile karşılaşılacağı (Şekil 1) gerçeğini değiştirmeyecektir (31, 32). Bu veriler ışığında var olan yaşlı politikalarının gözden geçirilmesi ve geleceğe yönelik adımlar atılması gereği uluslararası ve ulusal platformlarda dile getirilmektedir (10).

Nüfus piramidi, 2013-2050



Nüfus piramidi, 2013-2075



Şekil 1. Türkiye'nin Gelecekteki Tahmini Nüfus Dağılımı (32)

2.1.4. Dünyada ve Türkiye’de Yaşlı Nüfus

2.1.4.1. Yaşlı Sağlığına Yönelik Uluslararası Yaklaşımlar

Demografik veriler tüm dünyanın yaşlı nüfus lehine bir dönüşüm süreci içinde olduğunu işaret etmektedir (9). Yaşlılığın sosyal, psikolojik, fonksiyonel, tıbbi ve ekonomik bir olgu olarak getireceği sorumlulukları yerli yerine oturtmak, yaşlanan nüfusun ihtiyaçlarını karşılamamanın gerekliliklerindendir. DSÖ ve Birleşmiş Milletler (BM), sağlıklı yaşlanma ve yaşlı sağlığı konusuna özellikle dikkat çekmektedir. Bu ihtiyaç doğrultusunda, yaşlılıkla ilgili politikalar üretmek üzere uluslararası kurullar düzenlenmiştir (33). DSÖ; “Herkes İçin Sağlık” isimli projesinin 5. hedefinde yaşlı sağlığı ile ilgili konulara değinmiş ve 2020 yılına kadar, 65 yaşın üzerindeki insanların sağlıklarının tam yerinde olmasını ve bu kişilerin toplumda aktif sosyal rol alabilmelerini hedeflemiştir (34).

İlk defa 1982 yılında Viyana’da yaşlanma ile ilgili politikaları belirlemek adına 1. Yaşlılık Asamblesi düzenlenmiştir. Asamble’de kabul edilen “Viyana Uluslararası Yaşlanma Eylem Planı” aynı Birleşmiş Milletler Genele Kurulu tarafından da onaylanmıştır. Bağımsız yaşam, katılımcılık, bakım, onurlu yaşam ve kendini gerçekleştirme gibi beş başlıkta özetlenebilecek çıktılar detaylı öneriler sunmuştur (35).

1994 yılında Kahire’de yapılan, Türkiye’nin de katıldığı Uluslararası Nüfus ve Kalkınma Konferansı’nda, dünya nüfusunun giderek yaşlanması ve nüfusun yaşlanmasının sosyal ve ekonomik etkileri üzerinde durulmuş, yaşlı bireyin toplumun kalkınmasında önemli bir kaynak olarak ele alınması gerektiği vurgulanmıştır. Yine bu konferansta aile üyelerinin yaşlı bireye bakabilmesi için gereken sosyal destek sistemlerinin sağlanması, yaşlı birey için sağlık bakımı, ekonomik ve sosyal güvenlik sistemlerinin oluşturulması gibi hedefler belirlenmiştir (35).

8-12 Nisan 2002 tarihinde BM tarafından Madrid’de düzenlenmiş olan 2. Yaşlılık Asamblesi’nde ise, yaşlı nüfusun yaşam kalitelerinin iyileştirilmesi, topluma uyumları, geçim ve sağlık problemleri ile tüm yaş gruplarını kapsayan politikalar oluşturulması ekseninde “Uluslararası Eylem Planı” hazırlanmıştır. 2002 Uluslararası Eylem Planı özellikle gelecek 20 yıl için yaşlanma politikaları ve uygulamaları konusunda öncelikleri belirlemiş ve yapılacak eylemleri tanımlamıştır. Her iki asamble de küresel ölçekte öneriler sunmasına karşın, Viyana Eylem Planı daha çok gelişmiş ülkelere, Madrid Eylem Planı ise daha çok gelişmekte olan ülkelere vurgu yapmaktadır (35).

Avrupa Parlamentosu (AP) ve Avrupa Birliği (AB) Konseyi, Avrupa Aktif Yaşlanma Yılı konusunda kararı 6 Eylül 2010’da kabul edilmiş, 2012 yılının Avrupa Aktif Yaşlanma Yılı olması önerilmiştir. Bu amaç doğrultusunda aktif yaşlanma konusunda ilgili merciler tarafından koruyucu sağlık politikalarının geliştirilmesi; koruyucu ve kaliteli sağlık hizmetlerine ve uzun dönemli bakım hizmetlerine kolay erişimin sağlanmasına yönelik ön çalışmalar başlatılmıştır (36).

Tüm bunların yanı sıra; AB tarafından, aktif yaşlanmayı teşvik etmeyi amaçlayan birçok girişim başlatılmıştır. Bunlar; Avrupa İstihdam Stratejisi, Avrupa Sosyal Fonu, PROGRESS (sağlıklı, aktif ve saygın yaşlanmayı destekleyici ve sosyal hizmetler, sağlık hizmetleri ve uzun dönemli bakım hizmetlerinin ve faydalarının etkinlik ve verimliliğinin artırılmasına yönelik yenilikçi politikalar), Grundtvig Programı (bilginin sürekli yenilenmesi neticesinde oluşan gereksinimlerin karşılanması, yetişkin kişilere yaşamları boyunca, bilgi ve niteliklerini geliştirmek

için olanaklar sunarak istihdam olanaklarının artırılması ve toplumda meydana gelen değişikliklere uyum sağlamalarının kolaylaştırılması) ve “Avrupa Bilgi Toplumunda İyi Yaşlanmak Eylem Planı”dır (36).

2.1.4.2. Yaşlı Sağlığına Yönelik Ulusal Yaklaşımlar

Ülkemizde de yaşlı nüfus artmakta, nüfus piramidi genişlemektedir (Şekil 2). Bu hızlı artışın nedeni olarak; doğurganlıktaki düşüşün azalmaya devam etmesi ve yaşam beklentisinin sürekli bir biçimde artış göstermesi gösterilebilir (35).

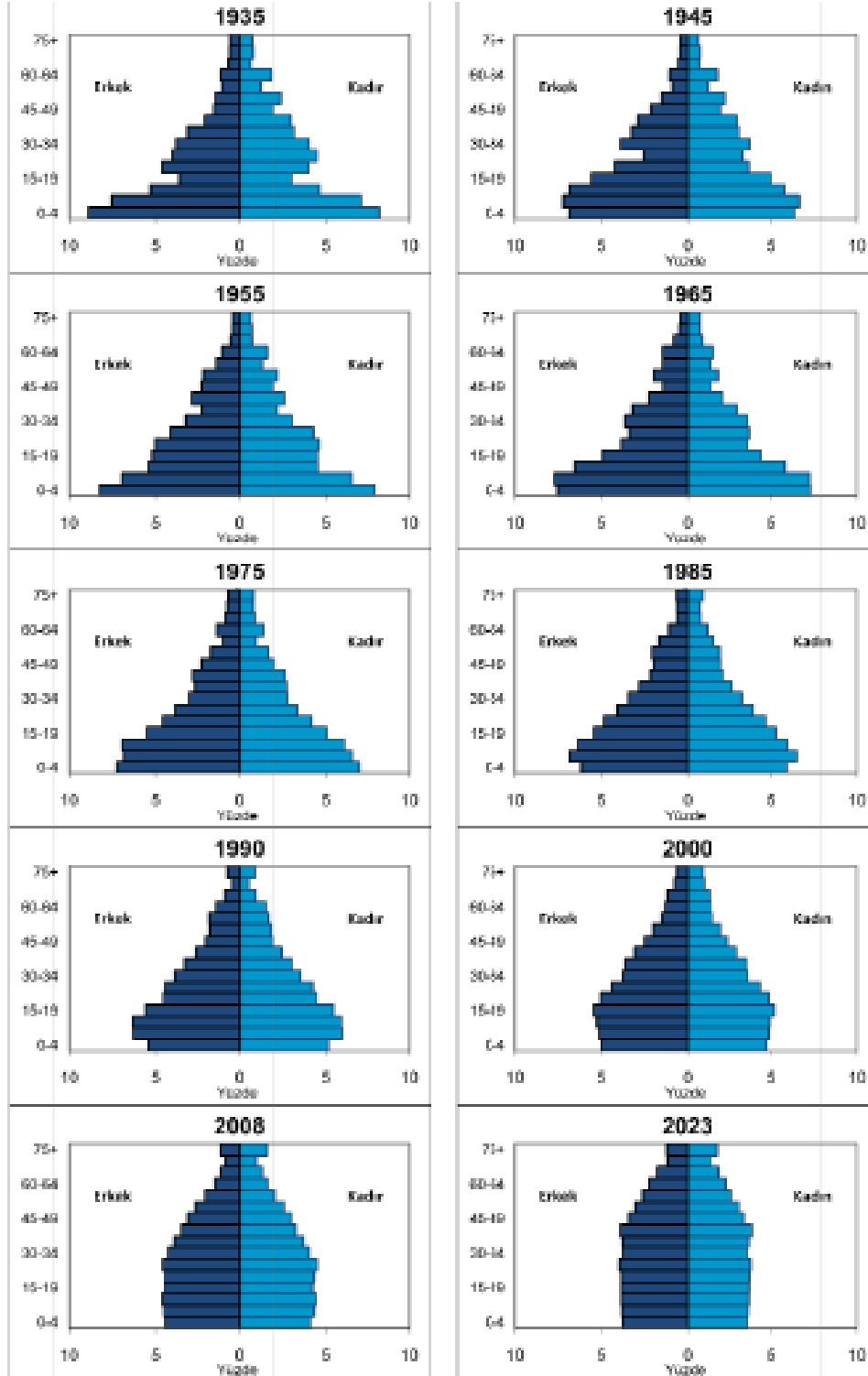
Türkiye’de sağlıklı yaşlanma konusunda yapılan faaliyetler, Türkiye’de yaşlanma, toplum yaşlanması ve yaşlı sağlığına ilgi 1980’lerde başlamış, 2000’li yıllarda belirgin şekilde artmıştır (37). Sağlık Bakanlığı tarafından 2002 yılında “Herkesin Sağlık Türkiye’nin Hedef ve Stratejileri” adı altında yürütülen çalışmaların yedinci hedefi olarak ulusal yaşlı sağlığının geliştirilmesi ve bu yönde politikalar oluşturulup uygulanması hedeflenmiştir (38).

Türkiye’de Cumhuriyetimizi kuran ve ülkemizi bu günlere getiren yaşlılarımıza özel bir saygı duyulmaktadır. 18 Mart Çanakkale Şehitlerini Anma Günü nedeniyle yaşlılık alanında faaliyet gösteren bir sivil toplum kuruluşunun önerisi sonucu ülkemizde 18-24 Mart tarihleri “Yaşlılar Haftası” olarak kutlanmaktadır (35).

Yaşlıların toplumsal hayata engelsiz ve ayrımcılığa uğramadan katılımlarını desteklemek üzere; 2007 yılında “Türkiye’de Yaşlıların Durumu ve Yaşlanma Ulusal Eylem Planı” onaylanmıştır (35). 2013 yılında birçok kurumun katılımcı olacağı Ulusal Yaşlanma Uygulama Programı hazırlanmıştır. Bu programı takip eden 2013-2015 yıllarını kapsayan bir rapor yayınlanmıştır. 2016 yılında yayınlanan bu raporda yatılı kurumlarda kalan yaşlılara verilen hizmet kalitesinin artırılması, evde ve kurumda olan yaşlıların tüm ihtiyaçlarının gözetilerek gerekliliklerin belirlenmesi ve yerine getirilmesi, toplumda yaşlı birey farkındalığını artırmak için görsel ve yazılı medya araçlarının kullanımının teşvik edilmesine karar verilmiştir (39). Geleceğe yönelik olarak Türkiye Halk Sağlığı Kurumu tarafından 2015- 2020 yıllarını

kapsayan Sağlıklı Yaşlanma Eylem Planı ve Uygulama Programı hazırlanmıştır. Amaç “yaşlı bireylere sunulan sağlık hizmetlerini geliştirmek amacı ile bulaşıcı olmayan hastalıklar ve kronik durumlarla mücadele çalışmalarını desteklemek, toplumumuzun sağlık düzeyini yükseltme ve sağlıklı yaşlanmaya dair politikaların geliştirilmesi, uygulanması ve izleme değerlendirme çalışmalarının yapılması” olarak belirtilmiştir. Bu doğrultuda 4 stratejiye vurgu yapılmıştır. Bunlar;

1. Sağlıklı yaşlanma ve yaşam boyu sağlık,
2. Toplumun sağlığa yönelik risklerden korunması,
3. Yaşlı bireyler için sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi ve sağlık hizmetlerine tam erişimin sağlanması,
4. Kanıta dayalı bilgi esas alınarak istatistiki verilerle izleme ve değerlendirmenin güçlendirilmesidir.



Şekil 2. Türkiye'nin yıllara göre nüfus değişimi (40)

Bu stratejilerin hayata geçirilmesi için beş öncelikli müdahale planı yapılmıştır. “Bütün yaşlılar için egzersiz, fiziksel aktivite ve rehabilitasyon hizmetlerinin geliştirilmesi, yaşlılara yönelik evde sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi,

nöropsikiyatrik hastalıklar, yeti yitimi, yaşlı istismarı ve şiddet konularında planlamalar ve etkinlikler yapılması, yaşlılıkta tanı, tedavi ve izleme hizmetlerinin uygun ve etkili işleminin sağlanması, sağlık çalışanlarının, sağlık hizmeti verenlerin eğitiminin düzenlenmesine” karar verilmiştir (41).

Dünyanın pek çok ülkesinde düzenlenen ve yaşlı sağlığı konusunda en önde gelen kuruluşlardan, Birleşmiş Milletler (United Nations) ve Uluslararası Yaşlanma Enstitüsü (International Institute on Ageing-INIA)’nın bilimsel katkıları ile Hacettepe Üniversitesi Geriatrik Bilimler Uygulama ve Araştırma Merkezi ve Türk Geriatri Derneği tarafından “Geriatri ve Gerontoloji Kursu”nun Sağlık Bakanlığı’nın (SB) da katkıları ile ülkemizde en son olarak 2016 yılında beşincisi düzenlenmiştir (42). Yine SB tarafından Birinci Basamak Hekimleri için 2010 yılında “Geriatrik Hastaya Yaklaşım Tanı Tedavi Rehberleri” hazırlanmış ve dağıtılmıştır (43).

Yaşlı sağlığını ilgilendiren ve gündemde olan diğer bir uygulama da evde bakım hizmetleridir. Yaşlı bakımını da içeren evde bakım hizmetleri, ülkemizde 1990’lı yıllarda gündeme gelmeye başlamıştır. Bu alandaki ilk mevzuat ise ancak 2005 yılında çıkmıştır (44, 45). SB’ye bağlı sağlık kurumları bünyesinde evde sağlık hizmetleri, Şubat 2010 tarihinden itibaren 1219 sayılı kanun, 3359 sayılı kanun ve 181 sayılı kanun hükmünde kararnameye dayanılarak çıkarılan “Sağlık Bakanlığınca sunulan evde sağlık hizmetlerinin uygulama usul ve esasları hakkında yönerge” hükümleri çerçevesinde yürütülmeye başlanmıştır. Yönergeye göre evde bakım, birinci basamak ve gerektiğinde ikinci basamak tarafından sürdürülecektir (44, 46).

2.1.5. Sağlıklı Yaşlanma

Tüm insanların özellikle de yaşlıların yaşamlarına yıl katmak amaç değil, yıllarına yaşam kalitesi katmak amaç olmalıdır. Birey yaşlanmadan yaşamına anlam katması öğretilerek bu durum gerçekleşebilir. Yaşın ilerlemesiyle birlikte fiziksel gerilemeler oluşabilir, ancak yaşlılık tamamen bir gerileme dönemi değildir. İnsan her yaşta aynı insandır. Ancak, her yaşın gerektirdiği sürece göre fiziksel, sosyal ve duygusal durumu değişmiştir. Bilinmesi gereken en önemli ilke, yaşlı bireylerin bağımlı, tüketici konuma girmelerini engellemek, güçleri, eğilimleri ve potansiyelleri

doğrultusunda yaşamlarını mutlaka aktif olarak sürdürmelerini desteklemektir. Yaşlanmadan önce her bireyin boş vakitten zevk alma ve uygun uğraşlarla değerlendirme, genç kuşakla gelişmiş ilişkiler kurabilme, fiziksel sağlık, emeklilik ve sevilenlerin kaybına ilişkin değişimleri düzenleme, yaşlı grupla bağları geliştirme, yeni sosyal roller alma ve yaşamını haz verici şekilde düzenlemesi gerekmektedir (47).

DSÖ sağlıklı yaşlanmayı “yaşlılarda iyilik halini sağlayan fonksiyonel yeterliliği idame ettirme ve geliştirme süreci” olarak tanımlamaktadır. İyilik hali kişinin mutluluğu, tatmini, kendini gerçekleştirmenin verdiği memnuniyetidir. Fonksiyonel yeterlilik, kişilerin değerli buldukları şekilde yaşama ve davranmasını sağlayan sağlıkla ilişkili niteliklerin uyumuna dayanır (9).

Türkiye Sağlıklı Yaşlanma Eylem Planı ve Uygulama Programı 2015-2020’de sağlıklı yaşlanmayla alakalı dört ana stratejiye değinilmiştir. Bunlar; yaşam boyu sağlığın geliştirilmesi ve sağlıklı yaşlanma stratejisi, sağlığa yönelik risklerden toplumun korunması stratejisi, yaşlı bireyler için sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi ve sağlık hizmetlerine tam erişimin sağlanması, izleme ve değerlendirmenin güçlendirilmesi şeklinde sıralanmıştır (41).

Kişinin içsel kapasitesini oluşturan tüm fiziksel ve mental kapasitesi, dış dünyasını oluşturan çevresinde yer alan tüm faktörler bireyin hayatının kapsamını oluşturur. Sağlıklı yaşlanma sahip olunan genetik miras ile başlamaktadır. Kişinin ait olduğu sosyal çevrenin etken olduğu kişisel özellikler, fizyolojik kapasitenin izin verdiği sağlık özellikleri önemli belirleyicilerdir. Her ne kadar yaşamı değerli kılan özellikler kişiden kişiye değişse de, sosyal rol veya kimlik sahibi olma, ilişkiler kurabilme, haklarını kullanabilme, bağımsız olma ve kendi kararlarını verme otonomisi, kişisel gelişim potansiyelini kullanma yaşlı insanların önemsendiği ortak değerlerden bazılarıdır (9).

2.1.6. Yaşlanmada Görülen Fizyolojik Değişiklikler

Yaşlanmanın karakteristik özellikleri; çevresel faktörlere uyum yeteneği ve homeostatik kontrolün azalarak strese cevap kapasitesinin düşmesi sonucunda hastalıklara ve yaralanmalara daha duyarlı hale gelmesidir (23).

Yaşlanma tek başına KAH için iyi bilinen bir risk faktörüdür. Diğer risk faktörleri de yaşla beraber artar. Kalbin boyutları küçülür (48). Yaşla beraber kalp kası atrofiye uğrar ve her bir kasılmada pompalanan kan miktarı da azalır. Arterlerin esnekliği azaldığı için periferik direnç artar, sistolik kan basıncı artar, diyastolik kan basıncı hafifçe yükselir (49). Maksimal egzersiz kapasitesi ve maksimal oksijen kullanımı yaşla beraber azalır (50).

Yaşlanmayla beraber akciğerlerde elastisite kaybı, ventilasyon-perfüzyon dengesinde bozulma olur. Total akciğer hacmi yaşla beraber belirgin bir değişiklik göstermez. Fakat yaş ilerledikçe, rezidüel hacim yüksek kapanma hacminden dolayı artar (51).

Yaşlanmayla birlikte hücre sayısı (efektif emilim düzeyi), motilite ve sfinkter aktivitesi kan akımı, bazal ve uyarılmış mide asidi salınımı azalır. Mide asidindeki azalmaya bağlı olarak hızlanması beklenen mide boşalması, motilitedeki yavaşlamaya bağlı olarak uzar. Bu etkiler sonucunda gastrik ülser riski ve perforasyon riski artar (52). Kalın barsakta transit zamanı azalmış, konstipasyona yatkınlık artmıştır. Yaşla beraber karaciğer kütlesi azalır. Hepatik kan akımı her 10 yılda %10 azalır. Fakat fonksiyonel olarak, rutin karaciğer fonksiyon testlerinde değişiklik gözlenmez. Vitamin K bağımlı pıhtılaşma faktörlerinde azalma olur. Safra kesesinin anatomisi ve fonksiyonları yaşlılarda iyi korunsa da safra kompozisyonunun litojenik indeksi artar, bu da yaşlı kişilerde kolesterol safra taşı oluşumunu artırır (50).

Böbreklerin yaşla beraber hem anatomi hem de fonksiyon açısından değişmesine rağmen, renal sistem sıvı ve elektrolit dengesini bir zorlukla karşılamadıkça oldukça iyi dengede tutar. 30 ve 80 yaşları arasında renal kitle %25-

30 oranında azalır, yerini fibröz doku ve yağ dokusu alır. Glomerüller, diffüz skleroze olarak 75 yaşına gelindiğinde %30'u harap olmuştur. Filtre eden yüzeyde azalma olur (53). İdrarı maksimum dilue etme fonksiyonunda bozukluklar vardır (50). Yaşla beraber böbreğin hormonal fonksiyonu olan, vitamin D hidroksilasyonu, paratiroid hormon, kalsitonin ve glukagon metabolizması yavaşlar. Eritropoetin üretimi ise yaştan etkilenmez (50, 51).

İlerleyen yaşla birlikte kas kitlesi buna bağlı olarak kas gücü ve kas aktivite seviyesi azalır. Kemik kitlesi ve kemik kuvvetinde azalma belirgin travma olmadan fraktürlere yol açar (54, 55).

Sinir sistemi değişiklikleri sonucu yaşlılık döneminde en sık görülen hastalıklar; serebrovasküler olay, beyin kanamaları, Alzheimer, demans, Parkinson hastalığı, deliryum, depresyon ve beyin iltihaplarıdır (56, 57). Sinir sistemi değişiklikleri; yaşlandıkça yerine konulması mümkün olmayan nöron kayıpları oluşması nedeniyle hareketler yavaşlar, reaksiyon zamanı uzar (51).

Yaşlanma insan vücudunda pek çok sistemde fizyolojik değişikliklere yol açarken pek çok kronik hastalığı da beraberinde getirmektedir. Yaşlı kişiler yaşlanmaya bağlı kronik hastalıklar nedeniyle sağlık bakımına daha fazla gereksinim duymaktadır (58). Ancak sağlık bakımına erişimleri işlevsel kayıplar ve engellilikleri nedeni ile her zaman mümkün olamamaktadır. Bu durum mevcut hastalıkların ilerlemesine, yeni oluşan hastalıkların tanılarında gecikmelere, mortalite ve morbiditede artışa neden olmaktadır (59). Nüfustaki bu demografik değişim nedeniyle sağlık hizmetlerinin sunumunda bir takım değişiklikler yapılması gerekmektedir. Önemli sorunlardan biri yaşanacak sağlıklı yılların süresinin ve kalitesinin nasıl artırılabilceğidir (60).

2.2. Kronik Hastalıklar

Kronik hastalıklar, uzun dönemli ve genellikle yavaş ilerleme gösteren, tıbbi girişimlerle tedavi edilemeyen, hastalığın derecesini azaltmak ve öz bakımında

kişinin işlevini ve sorumluluğunu en üst düzeye çıkarmak için periyodik izlem ve destek bakım gerektiren durumlardır (61).

Ülkelerin gelişmişlik düzeylerine ve sosyal sınıfların yapısına bakılmaksızın kronik hastalıklar günden güne artmaktadır. DSÖ'nün 2010 yılı verilerine göre, dünya genelindeki ölümlerin sebebini en çok bulaşıcı olmayan kronik hastalıklar oluşturmaktadır. 2008 yılında 36 milyondan daha fazla insan bulaşıcı olmayan kronik hastalıklardan ölmüştür. Bu oran 2008'de meydana gelen 57 milyon ölümün %63'ünü oluşturmaktadır. Bu hastalıklar başlıca; kardiyovasküler hastalıklar (%48), kanserler (%21), kronik solunum yolu hastalıkları (%12) ve Tip 2 diyabet (%3)'tir. 2010 ile 2020 yılları arasında kronik hastalıklardan ölümlerin %15 oranında (yaklaşık 44 milyon ölüm) artacağı belirtilmektedir (62). 2020 yılında dünyada tüm ölümlerin % 75'inin kronik hastalıklardan kaynaklanacağı öngörülmektedir (63, 64).

DSÖ'nün 2011 yılında yayınladığı bulaşıcı olmayan hastalıkların ülke profillerinde açıklandığı üzere 2008 yılında ülkemizde tüm ölümlerin %85'inin kronik hastalıklardan kaynaklandığı tahmin edilmektedir. Bu hastalıklar; kardiyovasküler hastalıklar (%49), kanser (%18), solunum yolu hastalıkları (%9), Tip 2 diyabet (%2) ve diğer bulaşıcı olmayan hastalıklardır (%7) (65).

Dünya'ya paralel olarak ülkemizde de artan gelişmişlik düzeyi ve beklenen yaşam sürelerinin uzaması ile hastalık dağılımları değişime uğramaktadır. Türkiye'de, ulusal düzeyde ölüm nedenlerinin hastalık gruplarına göre dağılımı gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerle karşılaştırıldığında, bulaşıcı olmayan kronik hastalıkların toplam ölümler içinde %78,7'lik bir paya sahip olduğu görülmektedir. Bu oran AB ve gelişmiş ülkelerde %86'ya kadar çıkmaktadır. Ülkemizde yapılan değişik epidemiyolojik çalışmalar sonucunda en az 22 milyon kişinin, başka bir deyişle yaklaşık olarak her üç kişiden birinin, bir veya birden fazla kronik hastalığı olduğu SB raporu ile belirtilmiştir (66).

Gelir düzeyi yüksek ülkelerde, ölüm nedenlerinin ilk 10 sırasında yer alan hastalıkların 9'unu kronik hastalıklar oluşturmaktadır. Gelir düzeyi düşük ülkelerde ise ölüm nedenlerinin büyük bir kısmını enfeksiyon hastalıkları oluşturmakta; KAH

ikinci, inme ve diğer serebrovasküler hastalıklar beşinci ve KOAH (Kronik Obstruktif Akciğer Hastalığı) altıncı sırada yer almakta; ancak bu ülkelerde de giderek kronik hastalık prevalansı artmaktadır (66).

Çoğu kronik hastalığın altında yaygın, önlenabilir risk faktörleri yatmaktadır. Kronik hastalıkların çoğu, dört belirli davranışla yakından ilişkilendirilip nedensel olarak bağdaştırılır. Bu faktörler tütün kullanımı, hareketsizlik, sağlıksız beslenme ve alkolün zararlı kullanımıdır. Bu davranışlar dört önemli metabolik/fizyolojik değişikliğe yol açar. Bunlar yüksek tansiyon, fazla kilo/obezite, hiperglisemi ve hiperlipidemidir. Bunlara bağlı ölümler bakımından dünyadaki başlıca kronik hastalıklar risk faktörü, yüksek tansiyondur (tüm dünyada ölümlerin %13'ü buna bağlıdır); bunu tütün kullanımı (%9), yüksek kan şekeri (%6), hareketsizlik (%6) ve fazla kilo ile obezite (%5) izlemektedir (67).

Kronik hastalıklar ve komplikasyonları bireylerin fonksiyonel kapasitesini azaltır, aktif hayatlarını sınırlar, çalışma performansı ve iş üretimini düşürür, yaşam kalitesini bozar ve sosyal izolasyona yol açar. Sadece bireyin değil, ailenin yaşam tarzı ve aile üyelerinin birbiri ile ilişkisi de çok etkilenir (66).

Yapılan araştırmalara göre kronik hastalık tanısı konulan her üç kişiden birinde ise depresyon bulguları görülmektedir (68). Kronik hastalıklar bireyin uyum kapasitesini değiştiren başlıca stresörlerden olmakla birlikte, beraberinde getirdiği bir takım faktörler (tedaviler, ilaçlar, aile ilişkilerinde bozulma, beden imajında değişiklik, ağrı, ekonomik yük vb.) stresör kaynağı olabilmektedir. Beden imajı ve yaşam biçiminde bozulma ile rol değişiklikleri söz konusu olabilmektedir. Bu nedenle kronik durumların yönetimi, fizyolojik sorunların yönetiminin yanı sıra psikososyal problemlerin yönetimini de kapsamaktadır (69).

Meme kanserli hastalarla yapılan bir çalışmada, hastaların çoğunun psikososyal uyumunun orta ve kötü düzeyde olduğu belirtilmiştir. Çalışma sonuçlarına göre çocuk sayısı, aile tipi, eğitim, meslek, gelir, hastalık tanı süresi ve hastalığın yaşam üzerindeki etkileri uyumu etkileyen faktörlerdir. Buna göre tek çocuğu olan, yalnız yaşayan, gelir düzeyi yetersiz olan, hastalık nedeniyle yaşamı

olumsuz etkilenen ve yeni tanı konmuş hastaların psikososyal uyumunun daha kötü olduğu, eğitim düzeyi yüksek ve emekli olan hastaların ise psikososyal uyumunun daha iyi olduğu belirtilmektedir (70).

Giderek artış gösteren kronik hastalıklar, kronik hastalık kontrolü ve toplum temelli hastalık yönetimi programlarının önemini arttırmakla birlikte, ekonomik ve sosyal yükü fazla olan kronik hastalıkların kontrolüne yönelik etkin sağlık politikalarına ve girişimlere ihtiyaç duyulduğunu göstermektedir. Kronik hastalıklar ve risk faktörleri konusunda var olan bilimsel bilgi ve deneyimler ülkelerin olanaklarıyla birleştirilerek uygulamaya dönüştürülürse hastalıkların topluma olan yükü önemli ölçüde azaltılabilir (71, 72).

2.3. Aile Hekimlerinin Özellikleri ve Yaşlı Sağlığındaki Rolü

Aile hekimlerinin temel görevleri, kendisine kayıtlı kişileri bir bütün olarak ele alıp, kişiye yönelik koruyucu, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini bir ekip anlayışı içinde sunmaktır (73).

Aile hekimlerinin tüm ülkelerde geçerli olan ortak özellikleri şöyle özetlenebilir (73):

1. Hasta ve hekim arasındaki ilk temas noktasıdır. Hastalar arasında yaş, cinsiyet, sosyal statü, ırk veya dini durumunu göznetmeden bütüncül şekilde tümüyle ilgilenirler.
2. Sağlık kaynaklarının etkin şekilde kullanılabilmesi için diğer sağlık çalışanları ile koordinasyon sağlar ve gerektiğinde hastasının savunuculuğunu yaparlar.
3. Aile hekimleri hastalık merkezli değil, kişi merkezli çalışırlar.
4. Kendilerine özgü bir hastayla görüşme süreci vardır. Bu süreç hasta-hekim iletişimini güçlendirir.
5. Sağlık hizmetlerinin hastanın gereksinimleriyle belirlenen boylamsal sürekliliğini sağlamaktan sorumludur.

6. Aile hekimlerinin gücünü hastalıkların insidans ve prevalansından alan özgün bir sorun çözme yetileri bulunur.
7. Aile hekimleri, hastalarının akut ve kronik tüm sağlık sorunlarını aynı anda yönetirler.
8. Aile hekimleri hastaları ilk gören kişi olduğundan henüz ayrışmamış şekilde sunulan hastalıkları daha ilk evrelerinde saptarlar ve tedavilerinin düzenlenmesini sağlarlar.
9. Hastalıkları uygun şekilde yöneterek iyilik durumunun gelişimine katkıda bulunurlar.
10. Bireyleri toplumun bir ferdi olarak görürler ve toplumsal bakış açıları geniştir.
11. Aile hekimleri sağlık sorunlarını biyolojik, psikolojik ve sosyal boyutlarıyla değerlendirirler.

Aile hekimi yaşlı kişilerin tüm sağlık sorunları için bütüncül bir sağlık anlayışıyla çözüm üretebilen kişidir. Çözüm her zaman doğru tanı ve tedavinin verilmesi değil bazen sadece mevcut ilaçlarının saatlerinin ayarlanması, bazen doğru uzmanlık dallarına yönlendirmeler şeklinde de olabilir. Yani yaşlı bireylere verilecek birinci basamak sağlık hizmetlerinin koordinasyonunu aile hekimi sağlar.

Yaşlı hastaların sağlık sorunları aile hekimliğinde sistematik bir anlayışla yönetilir. Yaşlılar için verilecek sağlık hizmetleri sadece hastalıkların tanınmasını ve yönetimini sağlamak değildir. Yaşlıların daha uzun süre sağlıklı ve bağımsız yaşayabilmesi için hastalıkları önlemek ve sağlık durumunu geliştirmek öncelikli hedeftir. Yeterli ve dengeli beslenme, bedensel etkinlik, sigaranın bırakılması gibi sağlıklı yaşam biçimi için danışmanlık yapma, kazalardan korunması için gerekli güvenlik önlemlerinin alınmasında rehberlik yapma ve aşılama koruyucu hizmetlerden önemli olanlarıdır (58, 74-76). Kapsamlı bir öykü ve fizik muayene sonrası sağlık problemlerinin belirlenmesi ve uygun yönetimi sağlanmalıdır. Her görüşme hastalıkları önleme ve sağlığı artırma yönünde bir fırsat olarak değerlendirilmeli, hasta eğitimi görüşmelerin içinde yer almalıdır (58, 74).

Yaşlı bireylerin birinci basamak bakımında, hastaların ihtiyaçları, rutin sağlık hizmeti ve hastalıkların önlenmesi, kronik hastalık bakımı, kısa süreli tıbbi gözlem altına alma, uzun dönem bakım ve terminal dönem hasta bakımı gibi geniş bir alanda hizmet için donanımlı olmak gerekmektedir (77). Aile ve toplum yönelimli olma, akut ve kronik hastalıkları aynı anda yönetebilme yetileri nedeni ile çoğu kez multifaktöriyel sorunları bulunan yaşlıların değerlendirilmesi, aile hekimlerini anahtar kişi yapmaktadır (78).

2.4. Aile Kavramı

2.4.1. Ailenin Tanımı

Aile Arapça kökenli bir kelime olup etimolojik olarak ‘bir kişinin bakmakla yükümlü olduğu kişi’, ‘geçim sıkıntısı’ gibi anlamlara gelmektedir. Kazan tatar Türkçesi’nde gaile kelimesiyle eş anlamlı olduğu söylenmiştir (79). Fonetik olarak aile kelimesine çok benzeyen gaile kelimesi de ‘sıkıntı’, ‘çekilmesi zor yük’ anlamlarına gelmektedir (80). Asyalılar ailenin tanımının kültürden kültüre farklılık göstereceğini düşünürken Afrika kökenli Amerikalılar geniş akrabalık ve topluluk ağlarının bir araya gelmesini ya da uzun süreli arkadaşlık ilişkisinde kişiler arası psikolojik bağın olmasını aile tanımı içinde değerlendirmişlerdir. Buna karşın Avrupa kökenli Amerikalılar aileyi birbirine kan bağı ile bağlı kişilerin oluşturması gerektiğini belirtmişlerdir (81, 82).

Bell ailenin dört ayrı tanımı üzerinde durmaktadır. Birinci tanımlamada aile üyelerinden birinin fikri temel alınarak, onun duyguları ve düşünceleri aracılığıyla aile tanımlanır. İkinci tanım, aileyi çekirdek ve geniş yönüyle bir kurum olarak ele alır böylece özel bir aile tanımı olmaktan çıkar kültürel bir hal alır. Üçüncü tanıma göre aile bir sosyal birim olarak, dördüncü tanım ise toplumun değerleri ile sınırlanmış bir grup olarak tanımlanmaktadır (83).

Biyolog Ludwig VonBertalanffy’ye göre aile bir sistem olarak ele alınmalıdır. Bu görüşü temel alan başka bir tanım da aile; bir geçmişi paylaşan,

duygusal bağı olan, hem bireysel olarak hem de ailenin tüm ihtiyaçlarını karşılamak için stratejiler planlayan bireylerden oluşmuş karmaşık bir yapıdır (84).

Türk Aile Yapısı Özel İhtisas Komisyonu'na 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 katılımlarının sağlandığı ve düzenlendiği temel toplumsal birimdir”. DSÖ aileyi “sağlığın ve refahın sağlanmasında birincil sosyal etmen” olarak tanımlamaktadır (1-3).

Görüldüğü gibi aile için tek bir tanımlama yapmak mümkün değildir. Bu nedenle aileyi evlilik durumuna, büyüklüğüne, yaşanan zamana, içinde bulunulan topluma, aile içindeki güç ilişkilerine vb. sınıflandırarak ele almak daha doğru olacaktır.

2.4.2. Ailenin İşlevi

Ailenin yerine getirmesi gereken görevler ve üstlendiği sorumluluklar vardır. De Fleur'a göre ailenin temel işlevi toplumun biyolojik ve kültürel sürekliliğini sağlamaktır (85). Sabatelli ve Bartle'a göre ise ailenin işlevleri; kimlik görevlerini yönlendirme, sınırları düzenleme, ailenin duygusal atmosferini düzenleme, aile yapısında meydana gelen değişimi yönetme, ev halkının devamlılığını sağlama olarak sıralanmaktadır (84). Toplumun aile anlayışına ve kültürel yapısına bağlı olarak aileye yüklenen işlev ve sorumluluklar değişebilmektedir. Bu işlevleri sıralayacak olursak:

2.4.2.1. Biyolojik İşlev

Toplumda nüfusun kaynağını oluşturması açısından aile, temel bir kurumdur (86). Aile ebeveynlerin cinsel ihtiyaçlarının sosyal ve ahlaki normlara uygun şekilde karşılanmasını sağlar. Böylece çocuk yapma ve neslin devamlılığını sağlama gibi ailenin bir diğer işlevi de yerine getirilmiş olur. Günümüzde cinsel serbestlik, alternatif birlikte yaşama seçeneği, çocuk istemeyen ailelerin ortaya çıkması ile

ailenin bu işlevi değişmeye başlasa da tüm aile türleri için biyolojik işlev hala evrensel nitelikte kabul görmüş bir işlevdir.

2.4.2.2. Eğitim İşlevi

İnsanın ilkokulu ailesidir. Her türlü eğitim ailede başlar ve eğitimin temeli ailede atılır. Ailede toplumsal, kültürel, ahlaki ve insani değerler, insan ilişkilerini düzenleyen kurallar yaşanarak öğrenilir. Her ailede farklı yetenek ve kabiliyette bireyler bulunur. Ailenin görevi, üyelerini ilgi, yetenek ve kabiliyetlerini tanıyıp ona göre eğitmek ve yöneltmektir. Bu açıdan aile sağlıklı bir toplumun yetiştirilmesinde önemli yere sahiptir.

2.4.2.3. Psikolojik İşlev

Aile bireyleri arasında gerçekleşen yoğun duygusal alışveriş bireyler arasında güçlü bir bağ oluşturur. Aile üyelerini duygusal bağlarla birbirine bağlar. Ailede bireylerin her birine yeterli psikolojik tatmin sağlanmalıdır. Böylece bireyler kendilerini huzurlu, mutlu ve güvende hisseder. Psikolojik işlev ailenin diğer işlevlerini etkilemekle kalmayıp, toplumun sağlamlığını ve işlevselliğini de etkilemektedir. Bu açıdan psikolojik işlev ailenin diğer işlevlerine göre daha fazla öneme sahiptir.

2.4.2.4. Ekonomik İşlev

Aile hem üretim, hem de tüketim birimi olarak bir hayat ortaklığı kurumudur. Aile ekonomik gereksinimlerini kendi üretir, ihtiyaçlarını gidermek için de kendi tüketir. Yani aile hem üretim hem de tüketim kurumudur, üyelerin ihtiyaçları aile içinde karşılanır. Bu haliyle aile mini bir ekonomidir. Aile ekonomisi devlet ekonomisinde önemli yer tutmaktadır (87).

2.4.2.5. Toplumsal İşlev

Toplumun temelini aile oluşturmaktadır. Dolayısıyla toplumsal yapıdaki en temel işlevleri de aile üstlenmiştir. Birey toplum içinde bir statü ve role sahip olmasına rağmen gerçek kişiliğini ancak diğer bireylerle sosyal ilişkiler kurarak oluşturur. Bireye bu ortamı en iyi aile sağlar.

Toplumsallaşma uzun bir süreçtir. İnsan, doğuştan itibaren yaşam boyu bilgi, beceri öğrenip, davranış, tutum ve alışkanlıklar kazanarak topluma uyumlu ve yararlı bir varlık haline gelmekte, ortak değerler edinip, toplumun beklentilerine cevap vererek “sosyal benini” veya sosyokültürel şahsiyetini” kazanarak toplumla bütünleşmektedir. Kısaca bireyin, sosyal benini veya sosyokültürel şahsiyetini kazandığı, toplumdaki diğer bireylerle etkileşim içine girerek, topluma hazırlandığı, bireyin bir sosyal gruba katıldığı, topluma kazandırılarak uyum sağladığı, toplumun değer ve normlarını öğrenerek, kendisine düşen rolleri yerine getirecek bilgi, beceri ve alışkanlıkları kazanıp toplumsallaştığı birincil grup ailedir (88, 89).

2.4.2.6. Kültürel İşlev

Sosyolojik açıdan kültür; bir toplumun yaşam biçimi, maddi ve manevi değerlerinin bütünü, hayat deneyimlerinin bir birikimidir. Kültür, toplumun bir üyesi olan insanın, öğrendiği bilgi, beceri, sanat, teknoloji, gelenek, görenek ve alışkanlıkların karmaşık bir bütünüdür. Sosyologlar günümüzde insanı sosyokültürel bir şahsiyet olarak tanımlamaktadırlar (88, 89).

Kültürün görevi, toplumun bütünlüğünü koruyarak canlı ve dinamik tutmaktır. Çağımızda kültürel birikim çok hızlıdır. Aile bağıllık ihtiyacı gibi toplumsal güdülerin doyurulduğu yerdir. Toplumun çekirdeğini oluşturan, informal eğitimin verildiği bir sosyal kurum olan aile, kültürel değerlerin, normların samimi bir ortamda birincil ilişkiler yoluyla temelini atıldığı yerdir (89).

2.4.3. Aile Tipleri ve Özellikleri

Aile kavramı evrenseldir, ancak toplumdan topluma farklılık gösterdiği gibi, aynı toplum içinde kendi aralarında da farklılık gösterir. Bu sebepten dolayı, aile tiplerinin belirlenmesinde hangi kriterlerin kullanılacağı hep tartışılmış ve farklı sınıflandırmalar yapılmıştır. Aileyi ailedeki kişi sayısı, ailenin yaşadığı yer, ailede yönetimde etkin kişiye göre sınıflandırmak en yaygın olanıdır.

2.4.3.1. Ailenin Büyüklüğüne Göre Aile Tipleri

2.4.3.1.1. Büyük Aile

Birkaç kuşağın bir arada oturduğu bu aile çeşidinde üretim-tüketim ve ortak mülkiyet vardır. Anne, baba, evli çocuklar ve kardeşlerden oluşur. Zimmerman'a göre geniş ailede, çocuklar evlense de coğrafi olarak mümkün olduğu kadar eve yakınlıklarını korurlar. Bu durum aile bağlarının kopmasına engel olduğu gibi, aile bireyleri arasında bütünleşmeyi de sağlar (90). Geniş aile ve birleşik aile büyüklük bakımından büyük aile olarak değerlendirilebilir.

2.4.3.1.2. Geniş Aile

Genellikle kırsal ya da geleneksel toplumlarda görülür. Geniş aile bu nedenle geleneksel aile olarak da isimlendirilir. Geniş aile içindeki statü farklılığı belirgindir ve eşitlik yoktur. Yaşlı gençten, ergin çocuktan, erkek kadından daha yüksek konumdadır. Gelin ailenin en yeni üyesi olduğu için statüsü en düşük olandır. Geniş ailede kadınlar ev içindeki bütün işlerde, erkekler ise tarlada ve işyerlerinde çalışır. Kız çocukları anneye, oğlan çocukları babaya yardım eder. Genellikle akraba ve aynı yöreden kişiler ile olan evliliklerde ekonomik çıkar ön planda olabilmektedir. Geniş ailede eş seçimi ana baba aracı olmaksızın olası değildir.

Geniş ailelerde erkek çocuk tercih edilir ve onun eğitime daha çok önem verilir. Evlenen çocuklar yeni bir ev açma yerine baba evini tercih ederler. Erkek

çocuk genelde babanın işini devam ettirir. Kırsal kesimde mülk sahibi olmak ve geçim kaynağının tarım olması geniş ailelerin devamlılığında oldukça etkilidir.

Ebeveyn ilişkileri kısıtlıdır. Anne eşi olan babaya saygı duyar ve ondan korkar. Baba otoriter bir figürdür ve aile bireyleri ile ilişkisi oldukça azdır. Geniş ailelerde toplumsal statü, aile ve akrabalık sistemi tarafından belirlenir (91).

2.4.3.1.3. Birleşik Aile

Evlenen bütün oğulların eş ve çocuklarıyla birlikte baba evinde yaşamasıyla oluşan aile tipidir. Birleşik aile geniş aileden farklı olarak çoğunlukla ekonomik sebepler nedeniyle bir arada yaşamak zorunda olan birden fazla çekirdek aileden oluşur. Çekirdek ailelerden biri ekonomik olarak uygun hale gelirse evden ayrılabilir. Fakat günümüzde evleri ayrı olmasına karşın geleneksel ailelere benzer şekilde bütçeleri ve yönetimleri birleşik olan aileler mevcuttur (92).

2.4.3.1.4. Küçük Aile

Çekirdek aile ve parçalanmış ya da tamamlanmamış aileleri kapsayan bir aile tipidir. Kentsel alanlarda yaygın olan üye sayısı az, akrabalık ilişkileri zayıf ailelerdir (92, 93).

2.4.3.1.4.1. Çekirdek Aile

Anne, baba ve evlenmemiş çocuklardan oluşan ailelerdir. Çocukların fiziksel ve ekonomik açıdan gelişimlerini tamamlayarak evden ayrılmaları ile yeniden küçülen bir niteliğe sahiptir. Çağımız bağımsız modern aile yapısını temsil etmekle kimi zaman daha büyük bir ailenin alt birimi olarak da görülebilmektedir. Aile bireyleri arasında iş bölümü vardır. Bireyler için tanımlanmış görevler olmasına rağmen bireyler arasında dayanışma vardır. Aile yönetiminde anne ve baba beraber söz sahibidir. Aile çocukların eğitimi, öğretimi, toplumsallaşmasını sağlar. Çocuklar gelir kapısı ve güvence olmaktan çıkar. Aile bireyin geleceğinin destekleyicisi ve

parçası olur. Geniş ailelerdekinin aksine çocuk sayısına eşler karar vermektedir. Çekirdek ailede doğum sayısı az ve doğum aralıkları uzundur (91, 94).

2.4.3.1.4.2. Parçalanmış ya da Tamamlanmamış Aile

Boşanma, ölüm, ayrı yaşama gibi nedenlerle bütünlüğünü kaybetmiş aileler parçalanmış aile olarak tanımlanırken; bekar, yalnız yaşayan, ayrılık sonucu anne-babasından biriyle yaşayan çocuklardan oluşan aileler ise tamamlanmamış aile olarak tanımlanır. Parçalanmış çekirdek aile, ülkemizde çok yeni bir olay olmayıp toplumsal değişmeler sonucu ortaya çıkmış bir aile türüdür. Parçalanmış aile daralmış bir çekirdek ailedir. Sanayi Devrimi sonrası toplumun bir aile türü olarak nitelendirilmiştir. Parçalanmış aile tipi kırsal kesime göre kentlerde daha çok görülmektedir. Parçalanmış aile ‘postmodern toplumun aile yapısı’ olarak da nitelendirilmektedir (86).

2.4.3.2. Yönetim Şekline Göre Aile Tipleri

Aile içerisindeki yönetim yapısı, yetki ve otorite kullanımına göre üç aile tipinden bahsetmek mümkündür.

2.4.3.2.1. Ataerkil Aile

Özellikle kırsal kesimde sık görülen ataerkil ailede otorite evin en yaşlı erkeğidir. Erkek otoritesini dinden alır ve dini geleneklerin sürdürülmesi ile görevlidir, din atalarının kültürüdür. Kadının söz hakkı yoktur, otoriteye uymak ile yükümlüdür. Bazı kültürlerde baba ailenin tüm mal varlığının tek sahibidir. Mülk bölünmez ve onları dilediği gibi kullanır. Günümüzde geleneksel değerlerin sürdürüldüğü bazı çekirdek ailelerde de bu yapıya rastlamak mümkündür (95).

2.4.3.2.2. Anaerkil Aile

İslamiyet öncesi Türk toplumunda sıklıkla görülen fakat günümüzde pek görülmeyen bir aile yapısıdır. Eski Türk toplumunda kadın aile içinde önemli ve

değerli yere sahiptir. Kadın erkeği ile birlikte hareket etmektedir. Bu dönemde kadının temel nitelikleri ‘analık’ ve ‘kahramanlık’ olarak görülmektedir. Orhun Abidelerinde de Oğuz prenseslerinin sosyal ve siyasi alanlardaki çalışmalarına değinilmiştir. Kadın savaşta, siyasi toplantılarda ve sosyal ilişkilerde her zaman kocasının yanında yer almıştır. Dede Korkut hikayelerinde de kadının her bakımdan aile yönetiminde söz sahibi olduğu görülmektedir (96, 97).İslamiyet’ten sonra kadının yönetimdeki yeri giderek azalmış ataerkil aile yapısı yaygın hale gelmiştir.

Günümüzde görülen anaerkil aile yapısında ise ataerkil ailede evin en yaşlı erkeğine verilen yetkiler evin büyükannesine ya da annesine bazen de annenin erkek kardeşlerine verilmektedir. Bu nedenle bu aile tipinde dayı otoritesi de hakim olabilmektedir. Kadının otoritesi büyük oranda ekonomik gücüne, mal varlığına bağlıdır. Akrabalık ilişkisi anne tarafından devam eder; annenin çocukları ve diğer akrabaları aynı evde yaşarlar (95).

2.4.3.2.3. Bölünmez Asaba (Baba Tarafından Aile)

Özellikle Afrika, Asya ve güney Balkanlar’ın yerleşik toplumlarında sık görülen aile tipidir. Asaba “toprak” anlamında kullanılmaktadır. Bölünmez asabada akrabalık baba tarafında geliştiği için baba tarafından akrabalar ile evlenmek yasaktır. Aile üyeleri statü olarak eşittirler ve aynı toprağı paylaşırlar. Çocuk doğumundan itibaren “asaba”nın malıdır. Asaba’da özel mal ve mülkiyet fikri yoktur. Ev, ev eşyaları, toprak, hayvanlar aile topluluğundandır. Miras bölünmez. Aile sorumluluğu erkek ve kadın reislere aittir (98). Ailenin en yaşlı erkeği ailenin erkek reisi en yaşlı kadını da ailenin kadın reisidir. Aile reisi ailedeki işlerin yürütülmesini kolaylaştırır ve aileyi korur, çocuklar üzerinde hak ve sorumluluğu yoktur. Asabaya ait olan mal varlığı aile reisine idare edilir, fakat mülkiyet ortaktır, mal paylaşımı söz konusu değildir. Ailedeki kan bağı ve mülkiyet ortaklığı nedeniyle bu tip ailelerin içinde kan davası görülmektedir (92).

2.4.3.3. Ailenin Yaşadığı Yere Göre Aile Tipleri

Yaşadığı yere göre aileler köy ailesi, kentsel aile ve gecekondu ailesi olarak üç grupta ele alınmaktadır.

2.4.3.3.1. Köy Ailesi

Köy ailesi (kırsal aile) tarım ve hayvancılık yapan ve bunu değişen ölçülerde de olsa, kendi tüketimi için yapan bir ailedir (99). Geniş ailelerdeki gibi doğurganlık oranı yüksektir, ailede birey sayısı fazladır. Kırsal ailenin temel geçim kaynağı tarım ve hayvancılıktır. Ataerkil aile yapısı hakimdir. Aile yönetiminde gelenek, görenek ve töre önemli yer tutmaktadır. Çocuklar aile için kimi zaman iş gücü kimi zaman da sosyal güvence olarak görülmektedir. Kırsal ailede ailenin ortak bir geliri vardır; bireylerin bağımsız bütçesi yoktur. Başta kendi kendine yeten bir müessese olan kırsal ailelerde birey sayısının artması, miras nedeniyle aileye düşen toprak miktarının azalması zamanla aileden göçlerin olmasına sebep olmuştur. Genellikle erkek çocukları büyük kentlere çalışmak üzere gönderilmiştir ve bu durum bir anlamda kırsal ailelerin yenilen yapılmasına neden olmuştur (100).

2.4.3.3.2. Kentsel Aile

Kent ailesi, tarımdan uzak işçi, bürokrat ya da küçük ve büyük serbest meslek sahiplerinin oluşturduğu bir aile biçimidir (99). Sanayileşme ile beraber kentleşme artmış kentsel aile ön plana çıkmıştır. Önceleri kırsal kesimde yaşayan bir üretim birimi olan aile kentselleşme ile birlikte bir tüketim birimi halini almıştır. Kentsel ailelerde kırsal ailelerin aksine aileler küçük, çekirdek aile halindedir. Eğitim oranının yükselmesi beraberinde aile bireylerinin daha yüksek yaşam standardı beklentilerini doğurmuştur. Bu durum kırsal ailedekinin tersine bireylerin geç yaşta evlenmelerine neden olmuştur. Ayrıca doğurganlık oranı azdır. Kadın çalışma hayatında erkek kadar yer bulmaktadır, ailenin geçiminden kadın da sorumlu hale gelmiştir (100).

2.4.3.3.3. Gecekondu Ailesi

Türkiye'de, 1950 yılında başlayan, sanayileşme ve kentleşme süreci sonucunda kentte yeni iş imkanlarının gelişmesi ile sağlık, eğitim ve alt yapı hizmetlerinin gelişmesiyle birlikte kırsal kesimlerden kentlere doğru hızlı bir göç başlamıştır. Bu göç olgusu, kentlerin kenar semtlerinde “gecekondu” adı verilen aileleri meydana getirmiştir. Gecekondu ailesi, şehre yerleşmesine rağmen, köyden kopmadığı için genellikle köy ailesinin özelliklerini gösterir. Ancak, kent ailesiyle yüz yüze temasta oldukları için, kent ailesi özelliklerini de göstermektedir. Bu nedenle gecekondu ailelerine “geçiş ailesi” de denilebilir (101).

Kırsal ailedeki akrabalık, komşuluk gibi sosyal bağlar sürdürülmektedir. Gecekondu aileleri genellikle kendilerine ait olmayan alanlarda, izinsiz, derme çatma konutlarda yaşamını sürdürmektedir. Bu hukuksuz yapılaşma gecekondu ailelerinin sağlık hizmetleri ve kamu hizmetlerinden yeterince faydalanamamasına neden olmaktadır. Sosyokültürel ve ekonomik düzey düşüktür. Her ne kadar iş bulma amacı ile gelmiş olsalar bile işsizlik oranı yüksektir. Buna karşın gecekondu ailesinde kırsal ailedekinden farklı olarak evlenme yaşı yükselmiş, kadının statüsü değişmiştir (92).

2.4.3.4. Sınıflandırılmayan Aile Tipleri

Bazı yönleri ile aile özellikleri taşıyan fakat aile tanımına uymadığı da düşünülen birkaç aile tipi bulunmaktadır.

2.4.3.4.1. Çocuksuz Aileler

Biyolojik sebeplerle çocuğu olamayan veya çocuk istemeyen kişilerin birlikteliği ile olan aile tipidir. Bu aile tipinde eşlerin birbirlerine, iş ve sosyal yaşamlarına daha çok zaman ayırdığı düşünülmektedir (81).

2.4.3.4.2. Yaşlı Aileler

65 yaş ve üzeri bireylerin oluşturduğu aile tipidir. Bu aile tipi, emekliliğe geçiş, sağlık, dul olma, cinsel açıdan yoksunluk, yetişkin çocuklara sahip olma, büyük anne-büyük baba olma ve uzun evlilik yaşantısı geçirmiş olma gibi özellikleri taşıyan ailelerdir (81).

Yaşlı ailelerin günümüzde en önemli sorunları arasında parasal güvence yokluğu, bakım ihtiyacı ve yalnızlık yer almaktadır (102). Geleneksel geniş aileden çekirdek aileye geçiş ile birlikte aileler küçülmüş, yaşlıların bakım sigortası olarak görülen genç kuşaklar kendi çekirdek ailelerini kurup, ana-baba kuşağından uzaklaşmış böylelikle yaşlılık, önemli ekonomik ve psiko-sosyal sorunların yaşandığı bir dönem haline gelmiştir (103).

Ülkemizde sosyo-ekonomik yaşamdaki hızlı değişmeye paralel olarak sosyokültürel yapıdaki hızlı dönüşüm, ailenin işlevi ve yaşam tarzında önemli değişimler yaratmış, bu süreç de yaşlının aile içindeki yeri, önemi, gücü ve otoritesini geniş ölçüde azaltmıştır. Özellikle sosyal güvenlik kapsamı dışında kalan maddi güvenceden yoksun, yoksul ve kimsesiz yaşlıların bakım sorunu geleneksel üretim ilişkilerinin değişmesine paralel olarak geleneksel yardım anlayışını aşmıştır. Artık toplum yoksul ve kimsesiz yaşlıya bakmayı külfet olarak görmekte ve bunu devletten beklemektedir. Toplumsal değişimle birlikte geleneksel değerler sistemi ve buna bağlı olarak yaşlıyı korumaya ilişkin toplum kültürü de erozyona uğramaktadır (104).

Devlet Planlama Teşkilatı tarafından yapılan “Türk Aile Yapısı Araştırması” sonuçlarına göre; Türkiye’de yaşlıların %63’ü kendi evlerinde, %36’sı çocuklarıyla, %1’i ise kurumlarda yaşamaktadır. Yaşlı nüfus içerisinde kentlerde yalnız yaşayanların oranı %70’tir. Yalnızlık, yaşlılık döneminde karşılaşılan önemli sorunların başında gelmektedir. Nitekim yaşlılıkta görülen hastalıklar ve dönemin kendine özgü kayıpları yaşlılığı tıpkı bebeklik ve çocukluk gibi en çok desteğe gereksinim duyulan bir yaşam dönemi haline getirmiştir (105, 106).

2.4.4. Aile Sistemi

Ailenin ilk varoluşundan bugüne kadar ki gelişimi, üyelerinin birbirleriyle etkileşimi tartışılan konulardan biridir. Bu konuda sistem teorisyenleri tarafından ortaya atılan kurgusal bir teori mevcuttur. Bu görüşe göre aile alt sistemlerden oluşan karmaşık bir yapıdır. Ailenin karmaşık yapısı içinde gelişen ve üyelerce devam ettirilen çeşitli davranış kalıplarından bahsedilmektedir. Ayrıca her ailenin yöneldiği bir amacı, bu amaca ulaşmak için geliştirdiği stratejileri mevcuttur (84).

Sistem teorisyenlerine göre aile sistemi şöyle tanımlanmaktadır (107):

1. Sistem bir bütündür. Dolayısı ile sistemin bütün ögeleri birbirine bağımlıdır.
2. Aile sistemi içindeki etkileşim doğrusal değildir döngüseldir. Bu etkileşim dönüt olarak tanımlanmaktadır. Dönüt bir çeşit feedback mekanizmasıdır. Neden-sonuç ilişkisinden öte uyarıcının etkilediği bir dizi yeni tepki ve sonuçta kurulan dinamik bir denge beraberinde sistemin devamlılığı anlamına gelmektedir.
3. Değişim ve değerlendirme uyumlu sistemlerin özelliğidir.
4. Belli kurallar ve etkileşim kalıpları olan alt sistemler birleşerek kompleks sistemleri oluşturur.

Aileler bireyler tarafından oluşturulur bu açıdan birey ailenin alt sistemidir. Aileler toplumları toplumlar da devletleri oluşturur. Aileler toplumların, toplumlar da devletin alt sistemini oluşturmaktadır. Bu sistemlerin her biri birbiri ile bağlantılıdır ve sürekli etkileşim içindedir. Bu ilişki bireylerin sağlığı ve mutluluğu üzerinde toplum, devlet ve bunlardan daha önemlisi aile sisteminin etkisini ortaya koymaktadır (108).

Aile sisteminin girdisi aile yapısıdır. Ailenin yapısı aile içi etkileşim ve dış dünya ile olan etkileşimin nasıl algılanması gerektiğini belirler. Aile içi etkileşim ile ailenin yönetimi için kural konur, bireyler birbirlerine bağlanır ve sonuçta aile içi iletişim gelişir. Bu iletişim bireyin fiziksel ve psikolojik ihtiyaçlarının

karşılanmasında önemli bir role sahiptir. Aile yapısı ve etkileşimi sonuç olarak ortaya aile işlevlerini çıkarır. İşlevlerin yerine getirilmesi ile aile yaşam döngüsü bir süreç olarak devam eder (81).

Aile sisteminin beş özelliği mevcuttur. Bunlar:

1. Aile kuralları
2. Dışsal ve içsel aile sınırları
3. Aile üyeleri arasında güç dağılımı
4. Ailede rol dağılımı
5. İletişim

2.4.4.1. Ailede İletişim

İletişim bireyler arasında anlamların ortak paylaşımı olarak tanımlanmaktadır. Aile içinde eşlerin birbirleri arasındaki ilişkileri, anne-baba olarak çocukları ile olan ilişkileri ve çocukların birbirleri ile olan ilişkilerinin hepsi aile içi iletişimi oluşturmaktadır (109). İletişim bireyler arası ilişkileri yansıttığı gibi bireylerin işlevlerinin yerine getirilmesinde de gereklidir. Sağlıklı ve doğru iletişim aile sisteminin düzgün işleyişinde önem arz etmektedir. Ailenin yapısı, özellikleri, kültürel yapı ve toplumsal yapı aile içi iletişimi şekillendirebilmektedir.

2.4.5. Sosyal Sistem Olarak Ailenin Özellikleri

Yaşayan sistemlerin ve açık sistemlerin niteliklerini bilme, aile fonksiyonlarını ve yapısını bilmede ve anlamada yardımcı olur. Ailelerin nasıl fonksiyon gördüğünü açıklamaya yardım eden açık sistemlerin beş özelliği vardır (110).

1. Üyeler Arasındaki İç Bağımlılık
2. Aile Sınırları
3. Enerji Değişimi
4. Uyumlu Davranış

5. Amaca Yönelmiş Davranış

2.4.6. Sağlıksız Aile

İdeal aile fonksiyonlarının biri ya da birkaçının gereğince yerine getirilmemesi nedeniyle sağlıksız aileler ortaya çıkmaktadır. Bu nedenle birden çok tipte sağlıksız aileden bahsetmek mümkündür. Bu ailelerde ailenin rolleri çok zayıf veya belirsiz olabilmektedir.

Sağlıksız diğer bir ifade ile fonksiyonel olmayan aileler ya bireylerin birbirleriyle aşırı iç içeliği ya da tamamen kopukluğu ile sonuçlanan iki ailenin ortaya çıkmasına sebep olmuştur. Kopuk ailelerde aile bireyleri kendilerini izole etmiştir, kendi özerk dünyalarında yaşamaya devam ederler. Üyeler birbirlerinin ihtiyaçlarını karşılamayı öğrenemez ve dolayısı ile birbirlerinin ihtiyaçlarını karşılamazlar. Aile içi katı sınırlar ve kuralları vardır. Aile içi iletişim sağlıksızdır. Aile bireyleri birbirlerine destek olmaktan çok uzaktır daha iyi bir seçenek olmadığı için mecburiyetten bu aileyi sürdürmektedirler. İç içe ailelerde ise aile içi etkileşim abartılı ve yoğundur. Aile içi sınırlar ve kuralları belirsiz olduğu için bireyler birbirlerinin hayatına gereğinden fazla müdahale edebilir ve sonuçta bireysel özgürlük ortadan kalkabilir. Hatta bazen çocuklar ebeveyn yerine geçebilir böylece ebeveyn otoritesi de ortadan kalkabilir (83, 111).

2.4.7. Sağlıklı Aile

Aile üzerinde yapılan pek çok çalışma akıllara ideal aile nasıl olmalıdır? sorusunu getirmiştir. Günümüze kadar ideal ailenin nasıl olması gerektiği konusunda anlaşma sağlanamamıştır. Aileyi fonksiyonlarına göre sınıflandıran görüşe göre fonksiyonlarını yerine getiren aile sağlıklı aile iken, getiremeyen aileler sağlıksız aile olarak değerlendirilmektedir. Diğer taraftan aile alanında yetkin kişiler tarafından sağlıklı aile portresi adı altında ideal-sağlıklı ailenin taşınması gereken özelliklerden bahsedilmiştir. Elbette ki bu özellikler üzerinde de hala kesin bir anlaşma sağlanamamıştır (83, 111).

Sağlıklı ailenin özelliklerine bakacak olursak;

1. Aile fonksiyonlarını çok iyi yerine getirir,
2. Ailede yetişkinler kendi özelliklerini korurlar,
3. Aile üyeleri birbirlerine gönderecekleri mesajları nasıl kodlayacaklarını bilirler,
4. Ailede etkileşim kendi kendini yönlendirir, kurallara bütün aile üyeleri katılır,
5. Ailede roller açıktır, belirgindir ve birbirini tamamlayıcı özelliktedir,
6. Ailede roller fonksiyonlarla ilişkilidir (83, 111).

Sağlıklı ailelerde bireyler ihtiyaçlarını doyuma ulaştırır ayrıca başta çocukların olmak üzere tüm bireylerin bilişsel, zihinsel, duygusal ve sosyal olarak gelişmesi sağlanır. Bireylerin kişilik gelişimi, olumlu benlik algısı ve benlik saygısı gelişimi sağlanmış olur (83, 112). Özellikle 1980’li yıllarda daha yoğun ilgi gören aile fonksiyonları ile ilgili araştırmalar depresyon, madde bağımlılığı, uyum bozukluğu, boşanma riski, aile içi şiddet ve psikolojik rahatsızlığı olan ailelerin fonksiyonlarının sağlıklı olduğunu göstermiştir. Ailenin sağlıklı ve fonksiyonel olması ayrı ayrı bireylerin mutluluğu ve dolayısı ile ailenin mutluluğu üzerinde önemli role sahiptir.

2.4.8. Aile Fonksiyonu

Aile fonksiyonu ailenin amaçlarına ulaşmak için aile tarafından kullanılan süreçleri içerir. Bu süreçler; aile üyeleri arasındaki iletişim, amaç oluşturma, çatışma çözümü, beslenme, iç ve dış kaynakların kullanımını içerir (113).

Sevgi, aile üyeleri için besleyici bir atmosfer sağlar, aile mutluluğu ve yakınlığı güçlü bir sevgi bağıyla tanımlanır. Karı koca arasındaki sevgi ve anlayış diğer aile üyelerine de dağılır (114). Türkiye’de yapılan bir çalışmada bireyler kendileri için ailenin işlevlerinden bazılarını %71,7 oranında bireylerin sevgi ve şefkat gereksinimlerini gidermek, %68,8 oranında neslin devamlılığını sağlamak, %68 oranında ise çocukların ruh sağlığını gözetmek olarak ifade etmişlerdir (115).

Ailenin temel işlevleri toplum tarafından düzenlenir. Bu görevler beş başlık etrafında toplanabilir (116):

1. Ailenin varlığını koruyan, neslin devamını sağlayan biyolojik görev,
2. Aile üyelerinin her türlü maddi gereksinimlerine cevap veren ekonomik görev,
3. Aile üyelerini her türlü maddi ve manevi zararlara karşı koruyan koruyuculuk görevi,
4. Ailedeki duygusal dengenin geliştirilmesine olanak veren psikolojik görev,
5. Aile üyelerinin yetiştirilmesi ve sosyalleştirilmesini sağlayan eğitim görevi.

Aile içinde çıkan sorunların halledilmesi önemli bir aile işlevidir. “Problem çözme” denen bu olgu ailenin sağlıklı olup olmadığını gösteren işlevlerden biridir. Sorunların giderilmesi ancak aile içi iletişimle olmaktadır. İletişimdeki aksaklıklar ailenin tüm işlevlerini yerine getirmesine engel olmaktadır. Aile üyelerinin birbirlerine sıcak duygusal tepki verebilmesi, içtenlikle ilgi gösterebilmesi ve sorunların aile sağlığına zarar vermeden çözümlenmesi ancak olumlu bir iletişim ağının kurulmasıyla mümkün olmaktadır. Bireylerine yaşları ve yetenekleri çerçevesinde sorumlulukların verilmesi aile hayatının sağlamlığı için önemlidir (117).

Aile fonksiyonları aile üyelerine ait olma duygusu, bir bütün olduğu duygusunu verir. Aileler iç ve dış kaynakları kullanmak zorundadırlar. Üyelerin yetenekleri ve ekonomik gelirler iç kaynakların, sosyal ilişkiler dış kaynakların kullanımını sağlar. Bu yolla stresli dönemleri ve ailenin incinebilirliğini azaltmak mümkündür (118). Ailenin en temel fonksiyonlarından biri üyelerini sosyalleştirmektir. Üyelerine kültürlerini değerlerini, tutumlarını, amaçlarını ve davranışlarını geçirerek, gelecek nesillere hazırlar. Sosyalleşme süreci bu yolla başlar, aile dışındaki deneyimlerle şekillenir (119). Tüm bunlar fonksiyonel aileyi tanımlamak için ölçüt oluşturur. Bu bağlamda fonksiyonel ailenin özellikleri şu şekilde sıralanabilir (110):

1. Aile üyeleri arasında, kolaylaştırıcı bir etkileşim süreci yaratmak,
2. Üyenin bireysel gelişimini artırmak,
3. Rol ilişkilerini etkili bir şekilde yapılandırmak,
4. Aktif olarak problemleriyle baş etmek için girişimlerde bulunmak,
5. Sağlıklı bir ev çevresi ve yaşam tarzına sahip olmak,
6. Bağlı oldukları topluluklarla düzenli bağlar kurmak.

2.4.9. Ailenin Sağlığa Etkisi

Yapısı ve fonksiyonundaki hızlı toplumsal değişikliklere rağmen hala en önemli ilişki birimi olmayı sürdüren aile, bireylere en temel ihtiyaçları sağlamaktadır. Aile, sağlıkla ilişkili inanışların, davranışların, stres ve duygusal desteğin ilk kaynağıdır. Sağlık problemleri ve hastalıklar ortaya çıktığında da genellikle başvurulacak birincil kaynak ailedir. Araştırmalar, ailenin ve diğer özel sosyal ilişkilerin sağlığın her hali üzerinde güçlü bir etkiye sahip olduğunu göstermektedir. Bu etki, sağlık durumunun iyileştirilmesi, tıbbi önerilere uyum, kronik hastalıkların yönetimi, morbidite ve mortaliteyi de kapsamaktadır. Bu nedenle, sağlık hizmetlerinde hasta her ne kadar birincil odak olsa da aile, anlaşılması ve sağlık hizmeti sunarken göz önünde bulundurulması gereken bir sosyal birimdir (1, 2, 4).

Birçok fiziksel belirti ve sağlık problemi ailesel streslerden kaynaklanır veya bu stresler nedeniyle kötüleşir. Hastaların sağlıklarını etkileyen ailesel stresleri belirleme açısından en uygun konumda olan aile hekimleri, bütüncül yaklaşımı kullanarak, psikososyal ve biyolojik süreçler arasındaki bağlantıyı ortaya çıkarabilirler. Hasta görüşmelerinde aile dinamiklerini değerlendirerek problemleri belirleyebilir, aile görüşmeleri düzenleyebilirler (120). Ailelerle birlikte verimli bir şekilde çalışma ve onları hasta bakımında bir kaynak olarak kullanabilme tüm birinci basamak hekimleri için gerekli bir beceridir (3). Aile hekimleri, bir ailenin nasıl değerlendirileceğini bilmelidirler (121). Aile hekimliği yaklaşımı, hastalığı kişiden, kişiyi de çevresinden ayrı tutmaz. Sağlık, hastalık, kişilik özellikleri, yaşam şekli, insanlar arası ilişkiler, sosyal değerler ve fiziksel koşulların birbirleriyle etkileşim içinde olduklarını ve ailenin kişinin gelişimi ve sağlığı konusunda en önemli unsur

olduğunu kabul eder. Aile hekimi, ilgilendiği bireyleri tamamen organik bir sağlık sorunu ile kendilerine başvursalar bile ailenin değişen yaşam döngüsünü aklına getirerek değerlendirirse bu hastanın yaşadığı olası sıkıntıları fark edebilir ve rahatsızlıkların psikososyal örüntüsünü gözden kaçırmamış olur (122).

Smilkstein, 1978 yılında hekimlerin özellikle ailenin işlevsel durumu hakkında bilgiye ihtiyaç duyabileceği üç durum tanımlamıştır (12):

1. Aile, hastanın bakım sürecine katılacağında,
2. Birey, aile hekimine yeni kayıt olduğunda,
3. Ailede bir sorun olduğunda ve hekim bu sorunların yönetimine dahil olduğunda.

Aile hekimleri Smilkstein'in tanımladığı bu üç durumda kişileri değerlendirmek için çeşitli araçlar kullanabilir. Bu araçlardan biri de aile APGAR'ıdır.

2.4.9.1. Aile APGAR' ı (Family APGAR)

Ailelerin fonksiyonelliğinin değerlendirilmesi için çeşitli araçlar kullanılabilir. Aile terapisi girişimlerinde ve araştırmalarında kullanılan pek çok geçerli araç-gereç fazlasıyla uzundur veya ileri derecede kodlama gerektirmektedir. Bazı hekimler, rutin hasta görüşmesinin bir parçası olarak veya kapsamlı sağlık değerlendirmesinde tarama amacıyla kısa değerlendirme araçlarını kullanmayı seçebilirler (1). Bu araçlardan biri Smilkstein'in 1978 yılında geliştirdiği Family APGAR (Aile APGAR)'dır (12). Kişilerin kendileri tarafından da doldurulabilen Aile APGAR'ı, hekimlerin aile işlevleri hakkında hızlı fikir edinmesini sağlayan bir tarama testidir. Aile üyelerinin kendi ailelerinin işlevselliğine ilişkin algılarını 5 kapalı uçlu soru ile değerlendiren bu ölçek, kısa sürede aile işlevlerindeki zayıf alanları belirlemede hekime yardımcı olmakta ve hekimin ailenin kritik problemlerine odaklanmasını sağlamaktadır. Aile APGAR'ı, erişkinlerde aile işlevselliğinin beş parametresini ölçmektedir (123):

1. Adaptation (Uyum sağlama): Bir kriz sırasında ailenin dengesi bozulduğunda sorunu çözmek için aile içi ve aile dışı kaynakların kullanımı,
2. Partnership (Ortaklık): Kararların ve sorumlulukların paylaşılması,
3. Growth (Gelişme): Aile üyeleri tarafından sağlanan karşılıklı destek ve rehberlikle fiziksel ve duygusal olgunlaşma,
4. Affection (Duygulanım): Aile bireyleri arasında var olan sevgi ve yardımlaşma ilişkisi; duyguların paylaşılması,
5. Resolve (Karar verme): Aile bireylerinin fiziksel ve ruhsal gelişimleri için diğer aile bireylerine zaman ayırma kararı; zamanın, malın, paranın nasıl paylaşıldığı.

Ölçekte yer alan her bir parametreye ilişkin memnuniyet duygusunun sıklığını belirtmek üzere üç derecede seçenek bulunmaktadır. Bu seçenekler 0 (neredeyse hiçbir zaman), 1 (bazen) ve 2 (neredeyse her zaman) olarak sıralanmaktadır. Ölçekte yer alan her bir göstergeden alınan puanın toplanması ile toplam puan elde edilmektedir ve alınabilecek puanlar 0 ile 10 arasında değişmektedir. Yüksek puan aile işlevselliğinden duyulan memnuniyetin yüksekliğini göstermektedir. Değerlendirme 8-10 “yüksek fonksiyonel”, 4-7 “orta derecede disfonksiyonel”, 0-3 “şiddetli disfonksiyonel” şeklinde yapılmaktadır. Ölçeğin orijinal hali 2011 yılında Türkçeye çevrilip, geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır (123, 124).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırma Tasarımı

Bu araştırma Mart-Eylül 2017 tarihleri arasında Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi (AÜTF) Aile Hekimliği Anabilim Dalı'na bağlı hizmet veren beş adet Eğitim Tipi Aile Sağlığı Merkezi'nde (EASM) yapılmıştır. Çalışmanın niteliği tanımlayıcı ve kesitsel tipte tasarlanmıştır.

3.2. Ortam ve Evren

Çalışma evrenimizi Mart-Eylül 2017 tarihleri arasında AÜTF Aile Hekimliği Anabilim Dalı'na bağlı hizmet veren beş adet EASM'ye kayıtlı tüm 65 yaş üstü bireyler oluşturmaktadır. Bu EASM'lerden üçü üniversite personelinin lojmanlarının içinde bulunduğu üniversite yerleşkesinde; ikisi ise şehir merkezine 12 km uzaklıkta bulunan Aziziye İlçesi'ndedir (merkez ilçe).

Araştırmanın yapıldığı dönemde bu EASM'lere kayıtlı 65 yaş üstü toplam 350 birey bulunmaktaydı.

3.3. Örneklem Seçimi

Çalışma, Mart-Eylül 2017 tarihleri arasında AÜTF Aile Hekimliği Anabilim Dalı'na bağlı hizmet veren beş adet EASM'ye kayıtlı 65 yaş üstü bireyler arasında yapıldı. Bu kişilerden çalışmaya dahil edilme kriterlerinden biri olan en az bir kronik hastalığı olma ve diğeri olan çalışmamıza katılmaya gönüllü olma koşullarını sağlayan 200 kişi çalışmamızın örneklemine oluşturdu. Katılımcılara önce tanımlayıcı bilgileri içeren 17 soruluk veri toplama formu, daha sonra ise aile fonksiyonelliğini ölçmek için aile APGAR ölçeği uygulandı. Tüm katılımcılarla araştırmanın yürütücüsü tarafından yüz yüze görüşme yapıldı.

3.3.2. Çalışmaya Alınma Kriterleri

1. Çalışmaya katılmaya gönüllü olmak,
2. AÜTF Aile Hekimliği Anabilim Dalı'na bağlı hizmet veren EASM'ye kayıtlı olmak
3. 65 yaş ve üstü olmak
4. En az bir tane kronik hastalığı olmak,

ön şartları çalışmaya alınma kriterleri olarak kabul edildi.

3.3.3. Hariç Bırakma Kriterleri

1. Daha önce tanı almış demans varlığı,
2. Daha önce tanı almış depresif bozukluk varlığı,
3. Daha önce tanı almış psikotik bozukluk varlığı,
4. Çalışmaya katılmak için onam vermemek ya da veremeyecek durumda olmak

3.4. Etik Kurul ve İzinler

Bu çalışma için AÜTF Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan izin alındı (Sayı: B.30.2.ATA.0.01.00/21-Tarih: 23.02.2017) (Ek-1).

Çalışmanın Aile Sağlığı Merkezleri'nde yapılmış olması sebebiyle Erzurum Halk Sağlığı Müdürlüğü'nden de gerekli izin alındı (Ek 2).

3.5. Veri Toplama Aşaması

Araştırmanın yapıldığı Mart-Eylül 2017 tarihleri arasında AÜTF Aile Hekimliği Anabilim Dalı'na bağlı hizmet veren beş adet EASM'ne kayıtlı tüm 65 yaş üstü hastalara (n=350) ulaşılmıştır. Katılımcılara araştırma hakkında bilgi verilmiştir. Araştırmaya katılmayı kabul eden ve çalışmaya dahil edilme kriterlerini karşılayan hastalara bilgilendirilmiş onam formu imzalatılmıştır. Araştırmayı

yürüten araştırma görevlisi tarafından 17 soruluk veri toplama formu ile beraber, aile APGAR Ölçeği uygulanmıştır. Yaklaşık olarak 8 dakikalık doldurma süresince, anlaşılmayan kısımlar açıklanarak tamamlanan veri toplama formları analiz edilmek üzere saklanmıştır. Araştırmaya 200 katılımcı dahil edilmiştir.

3.6. Veri Toplama Araçları ve Sorular

Araştırmada iki aşamalı veri toplanmıştır. İlk aşamada katılımcıların sosyodemografik ve klinik özellikleri araştırmacılar tarafından oluşturulan bir veri toplama formu, ikinci aşamada ise Aile APGAR ölçeği (AAÖ) kullanılmıştır.

3.6.1. Veri Toplama Formu

Araştırmanın bağımsız değişkenleri hakkında veri toplamak amacıyla araştırmacılar tarafından geliştirilen veri toplama formu kullanılmıştır. Veri toplama formu, katılımcıların demografik ve klinik özelliklerini belirlemeye yönelik toplam 17 sorudan (yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim seviyesi, kronik hastalık varlığı ve süresi, mesleği, çalışma durumu, aylık gelir düzeyi, aile üyeleriyle ilişkisi, çocuk sayısı, kiminle ve nerede yaşadığı, bakım evinde kalıyorsa ne kadar süredir kaldığı, son bir yıl içerisinde hastanede yatıp yatmadığı, yattıysa kimin refakat ettiği, sigara kullanma durumu) oluşmaktaydı.

3.6.2. Aile APGAR Ölçeği

Kişilerin kendileri tarafından da doldurulabilen Aile APGAR'ı, hekimlerin aile işlevleri hakkında hızlı fikir edinmesini sağlayan bir tarama testidir. Aile üyelerinin kendi ailelerinin işlevselliğine ilişkin algılarını beş kapalı uçlu soru ile değerlendiren bu ölçek, kısa sürede aile işlevlerindeki zayıf alanları belirlemede hekime yardımcı olmakta ve hekimin ailenin kritik problemlerine odaklanmasını sağlamaktadır. Aile APGAR'ı, erişkinlerde aile işlevselliğinin beş parametresini ölçmektedir (123):

1. Adaptation (Uyum sağlama): Bir kriz sırasında ailenin dengesi bozulduğunda sorunu çözmek için aile içi ve aile dışı kaynakların kullanımı,
2. Partnership (Ortaklık): Kararların ve sorumlulukların paylaşılması,
3. Growth (Gelişme): Aile üyeleri tarafından sağlanan karşılıklı destek ve rehberlikle fiziksel ve duygusal olgunlaşma,
4. Affection (Duygulanım): Aile bireyleri arasında var olan sevgi ve yardımlaşma ilişkisi; duyguların paylaşılması,
5. Resolve (Karar verme): Aile bireylerinin fiziksel ve ruhsal gelişimleri için diğer aile bireylerine zaman ayırma kararı; zamanın, malın, paranın nasıl paylaşıldığı.

Ölçekte yer alan her bir parametreye ilişkin memnuniyet duygusunun sıklığını belirtmek üzere üç derecede seçenek bulunmaktadır. Bu seçenekler 0 (neredeyse hiçbir zaman), 1 (bazen) ve 2 (neredeyse her zaman) olarak sıralanmaktadır. Ölçekte yer alan her bir göstergeden alınan puanın toplanması ile toplam puan elde edilmektedir ve alınabilecek puanlar 0 ile 10 arasında değişmektedir. Yüksek puan aile işlevselliğinden duyulan memnuniyetin yüksekliğini göstermektedir. Değerlendirme 8-10 “yüksek fonksiyonel”, 4-7 “orta derecede disfonksiyonel”, 0-3 “şiddetli disfonksiyonel” şeklinde yapılmaktadır.

Ölçeğin orijinal hali 2011 yılında Türkçeye çevrilip, geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır. Yapılan çalışmada aile APGAR Ölçeği’nin madde toplam puan korelasyonlarının 0,502 ile 0,679 arasında değiştiği belirlenmiştir. Test-tekrar test korelasyonu 0,759 ($p=0,000$) olarak bulunmuştur. Ölçeği oluşturan maddelerin iç tutarlılığını veren Cronbach Alpha Katsayısı 0,793 olarak hesaplanmıştır. Dil geçerliği korelasyonu 0,899 ($p=0,000$) olarak saptanmıştır. Yapı geçerliği $c22/df$ oranı 5’ten küçük, GFI ve AGFI değerleri 0,90’tan yüksek, RMR ve RMSEA değerleri 0,05’ten düşük, GFI 1,0, AGFI’ 0,99, RMR ve RMSEA değerleri 0,0 olarak belirlenmiştir. Ayrıca benzer ölçekler geçerliği $r=-0,596$ ($p=0,000$) olarak hesaplanan ölçeği doldurmak için gereken medyan süre 8 dakika olarak hesaplanmıştır (123, 124).

3.7. İstatistiksel Analiz

Araştırmadan elde edilen veriler SPSS 20.0.0 paket programına aktararak analiz edilmiştir. Verilerin sunumunda tanımlayıcı istatistiklerde kategorik veriler için sayı (n) ve yüzde (%); numerik veriler için ortalama ve standart sapma (SS) kullanıldı. Numerik değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu skewness ile incelendi. Katılımcıların sosyodemografik ve klinik özellikleri ile aile APGAR ölçeği skoru açısından aralarında fark olup olmadığı Student t testi, Tek Yönlü ANOVA ve Ki Kare testleri ile analiz edildi. Aile APGAR ölçeği skoru ile bazı numerik veriler arasında korelasyon olup olmadığı ise korelasyon analizi ile test edildi. İstatistiksel olarak anlamlılık sınırı $p < 0,05$ kabul edildi.

4. BULGULAR

4.1. Katılımcıların Tanımlayıcı Özellikleri

Çalışmamıza 200 kişilik örneklem grubu katıldı. Araştırmaya katılan kişilerin 131'i (%65,5) erkek, 69'u (%34,5) kadındı (Tablo 1). Araştırmaya katılan kişilerin yaş ortalaması $72,8 \pm 6,6$ yıl idi. Kadınların yaş ortalaması $72,1 \pm 6,3$ yıl iken erkeklerin yaş ortalaması $73,2 \pm 6,8$ yıl idi.

Araştırmaya katılan kişilerin DSÖ'ye göre yaş sınıflaması yapıldığında, 65-74 yaş arası genç yaşlı olanların sayısı 125 (%62,5), 75-84 yaş arası orta yaşlı olanların sayısı 62 (%31), 85 ve üzeri yaş ileri yaşlıların sayısı ise 13 (%6,5) idi (Tablo 1).

Katılımcıların medeni durumlarına bakıldığında evli olanların sayısı 149 (%74,5), dul olanların sayısı 45 (%22,5), bekar olanların sayısı 6 (%3) idi (Tablo 1).

Araştırmaya katılan 200 kişinin 72'si (%36) okuma yazma bilmezken; 81'i (%40,5) ilkokul, 15'i (%7,5) ortaokul, 11'i (%5,5) lise, 21'i (%10,5) üniversite eğitim düzeyine sahip idi (Tablo 1).

Araştırmaya katılan kişilerin çalışma durumlarına bakıldığında 104'ü (%52) emekli, 14'ü (%7) aktif çalışan, 82'si (%41) işsizdi (Tablo 1).

Katılımcıların ortalama aylık geliri 1294 ± 1336 TL idi. Gruplama yapıldığında ise 0-500 TL arası gelir düzeyi olan 63 (%31,5), 500-1500 TL arası gelir düzeyi olan 74 (%37), 1500-3000 TL arası gelir düzeyi olan 55 (%22,5) ve 3000 TL üzeri gelir düzeyi olan 8 (%4) kişi bulunmaktaydı (Tablo 1).

Tablo1. Katılımcıların (n=200) sosyodemografik özellikleri

Cinsiyet	n	%
Erkek	131	65,5
Kadın	69	34,5
Yaş Sınıflaması		
65-74	125	62,5
75-84	62	31
85 ve üzeri	13	6,5
Medeni Durum		
Evli	149	74,5
Bekar	6	3
Dul	45	22,5
Eğitim Seviyesi		
Okuma Yazma Bilmeyen	72	36,0
İlkokul Mezunu	81	40,5
Ortaokul Mezunu	15	7,5
Lise Mezunu	11	5,5
Üniversite Mezunu	21	10,5
Çalışma Durumu		
Emekli	104	52,0
Aktif Çalışan	14	7,0
İşsiz	82	41,0
Gelir Düzeyi		
0-500 TL	63	31,5
500-1500 TL	74	37
1500-3000 TL	55	22,5
3000 TL ve üzeri	8	4

Araştırmamıza katılan kişilerin 104'ünde (%52) HT, 67'sinde (%33,5) şeker hastalığı, 77'sinde (%33,5) kalp damar hastalığı, 34'ünde (%17) kolesterol yüksekliği, 24'ünde (%12) KOAH-astım, 44'ünde (%22) mide-bağırsak hastalığı, 97'sinde (%48,5) kas-iskelet sistemi hastalığı, 24'ünde (%12) kanser ve 21'inde (%10,5) diğer kronik hastalıklar vardı (Tablo 2). Diğer kronik hastalıklar başlığının altında ise benign prostat hiperplazisi, hipotiroidi, hipertiroidi, kronik böbrek yetmezliği, kronik göz hastalıkları, miyelodisplastik sendrom, kronik cilt hastalıkları ve vertigo vardı.

Tablo 2. Katılımcıların mevcut kronik hastalıkları

Hipertansiyon	n	%
Var	104	52
Yok	96	48
Şeker Hastalığı		
Var	34	17
Yok	166	83
Kalp Damar Hastalığı		
Var	77	38,5
Yok	123	61,5
Kolesterol Yüksekliği		
Var	34	17
Yok	166	83
KOAH-Astım		
Var	24	12
Yok	176	88
Mide-Bağırsak Hastalığı		
Var	44	22
Yok	156	78
İskelet-Kas Hastalığı		
Var	97	48,5
Yok	103	51,5
Kanser		
Var	24	12
Yok	176	88
Diğer Hastalıklar		
Var	21	10,5
Yok	179	89,5

Araştırmaya katılan kişilere “Aile üyelerinizle ilişkinizi nasıl tanımlarsınız?” diye sorulduğunda iyi cevabını verenlerin sayısı 141 (%70,5), orta cevabını verenlerin sayısı 50 (%25), kötü cevabını verenlerin sayısı ise 9 (%4,5) idi (Tablo 3).

“Evde kiminle yaşıyorsunuz?” sorusuna katılımcılardan sadece kendim cevabını verenlerin sayısı 17 (%8,5), kendim ve eşim kalıyoruz cevabını verenlerin sayısı 101 (%50,5), çocuklarım benim yanımda yaşıyor cevabını verenlerin sayısı 35 (%17,5), ben çocuklarımla birlikte yaşıyorum cevabını verenlerin sayısı 39 (%19,5) ve bakım evinde yaşıyorum cevabını verenlerin sayısı ise 8 (%4) idi (Tablo 3).

Araştırmaya katılan 200 kişiden “Son bir yıl içinde hastanede yattınız mı?” sorusuna evet diyenlerin sayısı 103 (%51,5), hayır diyenlerin sayısı ise 97 (%43,5) idi (Tablo 3).

Araştırmaya katılan kişilerin sigara kullanma durumlarına bakıldığında da 27’sinin (%13,5) sigara kullandığı ve 173’ünün (%86,5) ise sigara kullanmadığı görüldü (Tablo 3).

Tablo 3. Katılımcıların diğer özellikleri

Aile Üyelerinizle İlişkinizi Nasıl Tanımlarsınız?	n	%
İyi	141	70,5
Orta	50	25
Kötü	9	4,5
Evde Kiminle Yaşıyorsunuz?		
Sadece Kendim	17	8,5
Kendim ve Eşim	101	50,5
Çocuklarım Benim Yanımda Yaşıyor	35	17,5
Ben Çocuklarımla Yanımda Yaşıyorum	39	19,5
Bakım Evinde Kalıyorum	8	4
Son Bir Yıl İçerisinde Hastanede Yattınız mı?		
Evet	103	51,5
Hayır	97	48,5
Bakım Evinde Kalıyor musunuz?		
Evet	8	4,0
Hayır	192	96,0
Sigara kullanıyor musunuz?		
Evet	27	13,5
Hayır	173	86,5

Katılımcılardan son bir yıl içerisinde hastanede yatanların refakatçi durumuna bakıldığında 55’inin (%53,4) refakatçisi çocukları, 24’ünün (%23,3) refakatçisi eşleri, 11’inin (%10,7) refakatçisi akrabaları, 3’ünün (%2,9) refakatçisi bakım evi personeli, 2’sinin (%1,9) refakatçisi arkadaşları idi. 8 (%7,8) kişinin ise hastanede yattığı süre içerisinde refakatçisi yoktu (Tablo 4).

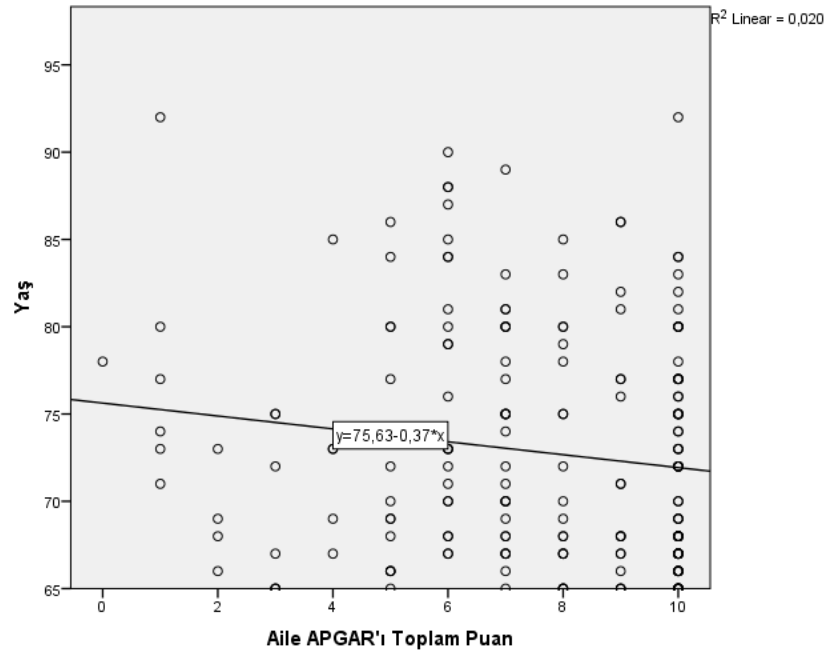
Tablo 4. Katılımcılardan son bir yıl içerisinde hastanede yatanların (n=103) refakatçi durumu

Refakatçi	n	%
Bakım Evi Personeli	3	2,9
Akrabaları	11	10,7
Arkadaşları	2	1,9
Çocukları	55	53,4
Eşi	24	23,3
Yok	8	7,8

4.2. Katılımcıların AAÖ Sonuçlarının Bazı Bağımsız Değişkenler ile İlişkisi

Katılımcıların ortalama AAÖ puanı $7,5 \pm 2,5$ olarak bulundu. En az alınan puan 0, en fazla alınan puan ise 10 idi.

Araştırmaya katılan kişilerin yaşı ile AAÖ toplam puanı arasındaki korelasyona bakıldı. Yaş ile AAÖ toplam puanı arasında negatif yönde anlamlı ve zayıf bir korelasyon bulundu ($p=0,047$; $r=-0,141$) (Şekil 3).



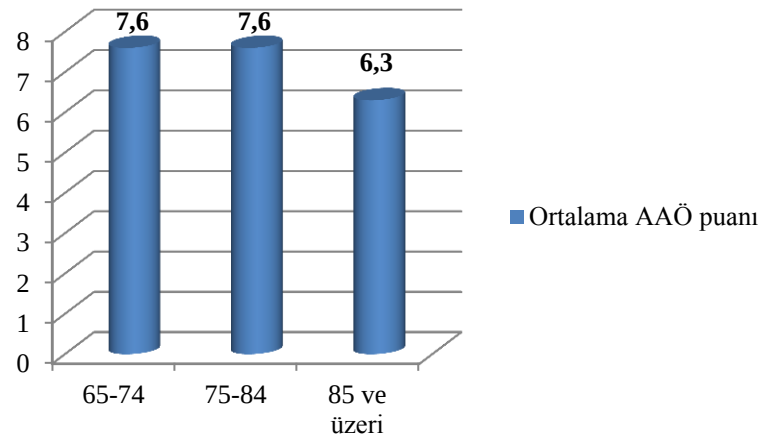
Şekil 3. Yaş ile AAÖ ortalama puanı arasındaki korelasyon

Katılımcıların yaş sınıflaması ile ortalama AAÖ puanı karşılaştırılması Tablo 5’de görülmektedir. 65-74 yaş arası kişilerin ortalama AAÖ puanı $7,6 \pm 2,5$, 75-84 yaş arası kişilerin ortalama AAÖ puanı $7,6 \pm 2,4$ ve 85 yaş ve üzeri kişilerin ortalama AAÖ puanı $6,3 \pm 2,3$ idi. Yaş sınıflamasına göre yapılan analizlerde ortalama AAÖ puanının ileri yaş grubuna doğru kademeli olarak düştüğü görülmüş ise de istatistiksel olarak aralarında anlamlı bir fark saptanmadı ($p=0,209$) (Tablo 5) (Şekil 4).

Tablo 5. Katılımcıların yaş sınıflaması ile ortalama AAÖ puanlarının karşılaştırılması

Yaş Sınıflaması	Ortalama AAÖ puanı $\pm$ SS
65-74 yaş arası	$7,6 \pm 2,5$
75-84 yaş arası	$7,6 \pm 2,4$
85 yaş ve üzeri	$6,3 \pm 2,3$

SS: Standart sapma, $p < 0,05$



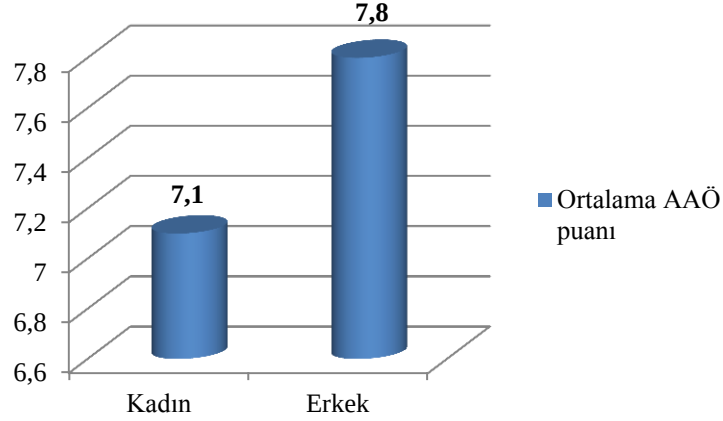
Şekil 4. Katılımcıların yaş sınıflaması ile ortalama AAÖ puanlarının karşılaştırılması

Katılımcıların cinsiyetleri ile ortalama AAÖ puanı karşılaştırılması Tablo 6’da görülmektedir. Kadınların ortalama AAÖ puanı $7,1 \pm 2,6$ iken; erkeklerin ortalama AAÖ puanı $7,8 \pm 2,4$ idi. Buna göre kadınların ortalama AAÖ puanı erkeklere göre istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük saptandı (Tablo 6) (Şekil 5) ($p=0,04$).

Tablo 6. Katılımcıların cinsiyetlerine göre ortalama AAÖ puanlarının karşılaştırılması

Cinsiyet	Ortalama AAÖ puanı±SS
Kadın	7,1±2,6
Erkek	7,8±2,4

SS: Standart sapma, $p<0,05$



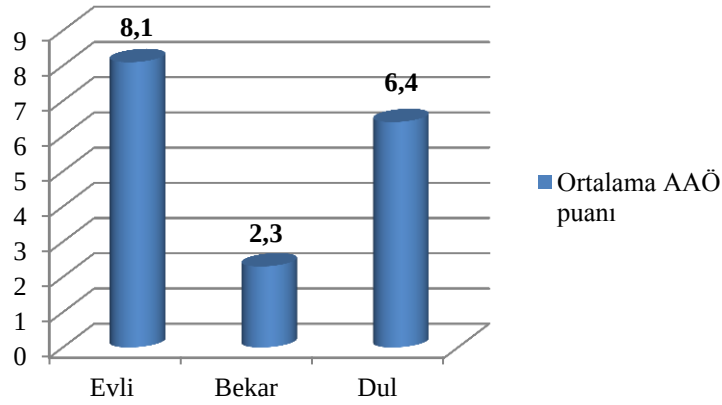
Şekil 5. Katılımcıların cinsiyetlerine göre ortalama AAÖ puanlarının karşılaştırılması

Araştırmaya katılan kişilerin ortalama AAÖ puanları ile medeni durumlarının karşılaştırılması Tablo 7’de görülmektedir. Evli olanların ortalama AAÖ puanı $8,1\pm2,2$, dul olanların $6,4\pm2,5$ ve bekar olanların $2,3\pm1,7$ idi ($p<0,001$). Daha sonra yapılan Post Hoc testlerde evli olanların ortalama AAÖ puanlarının bekarlara ve dul olanlara göre anlamlı derecede yüksek olduğu görüldü (Tablo 7) (Şekil 6).

Tablo 7. Katılımcıların medeni durumlarına göre ortalama AAÖ puanlarının karşılaştırılması

Medeni Durum	Ortalama AAÖ puanı±SS
Evli	8,1±2,2
Bekar	2,3±1,7
Dul	6,4±2,5

SS: Standart sapma, $p<0,001$



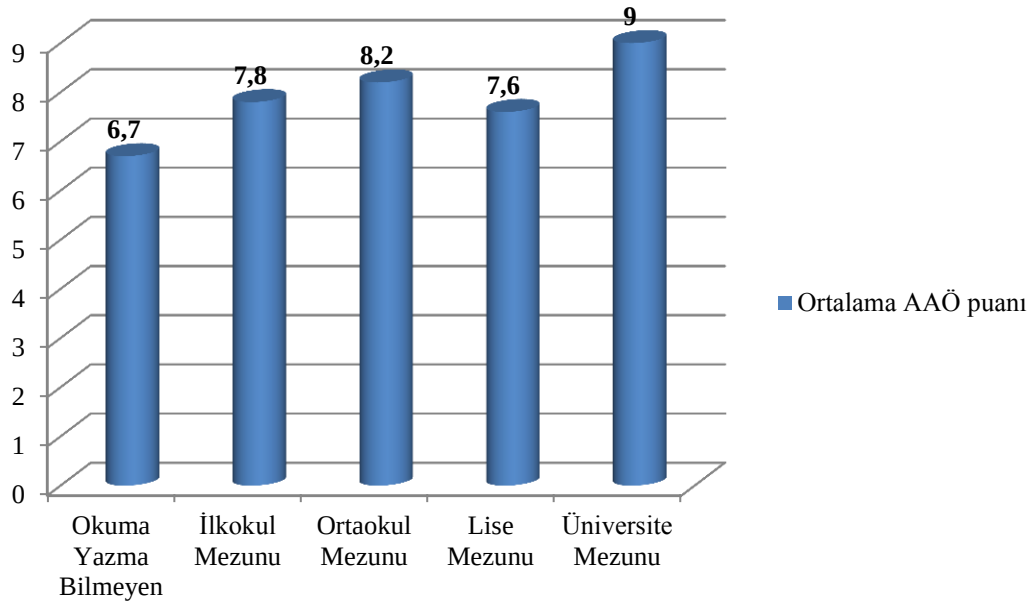
Şekil 6. Katılımcıların medeni durumlarına göre ortalama AAÖ puanlarının karşılaştırılması

Araştırmaya katılan kişilerin eğitim seviyesi ile ortalama AAÖ puanları Tablo 8’de görülmektedir. Okuma yazma bilmeyenlerin ortalama AAÖ puanı $6,7 \pm 2,8$, ilkokul mezunu olanların $7,8 \pm 2,1$, ortaokul mezunu olanların $8,2 \pm 2,4$, lise mezunu olanların $7,6 \pm 2,8$ ve üniversite mezunu olanların ise $9,0 \pm 1,8$ idi. Buna göre okuma yazma bilmeyenlerin ortalama AAÖ puanları, ilkokul mezunu ve üniversite mezunlarına göre anlamlı derecede düşük saptandı ($p < 0,05$) (Tablo 8). Ayrıca eğitim seviyesi yükseldikçe de AAÖ puanının da lise mezunları dışında yükseldiği görüldü (Şekil 7).

Tablo 8. Katılımcıların eğitim durumlarına göre ortalama AAÖ puanlarının karşılaştırılması

Eğitim Seviyesi	Ortalama AAÖ puanı $\pm$ SS
Okuma Yazma Bilmeyen	$6,7 \pm 2,8$
İlkokul Mezunu	$7,8 \pm 2,1$
Ortaokul Mezunu	$8,2 \pm 2,4$
Lise Mezunu	$7,6 \pm 2,8$
Üniversite Mezunu	$9,0 \pm 1,8$

SS: Standart sapma, $p < 0,05$



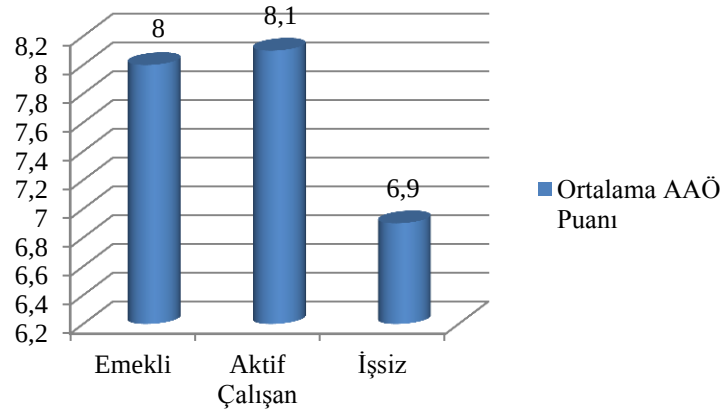
Şekil 7. Katılımcıların eğitim durumlarına göre ortalama AAÖ puanlarının karşılaştırılması

Araştırmaya katılan kişilerin çalışma durumu ile ortalama AAÖ puanları Tablo 9’da görülmektedir. Emeklilerin ortalama AAÖ puanı $8,0 \pm 2,3$, aktif çalışanların $8,1 \pm 1,7$, işsizlerin ise $6,9 \pm 2,7$ idi. Buna göre emeklilerin ortalama AAÖ puanları işsizlere göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek saptandı ($p < 0,05$) (Tablo 9) (Şekil 8).

Tablo 9. Katılımcıların çalışma durumlarına göre ortalama AAÖ puanlarının karşılaştırılması

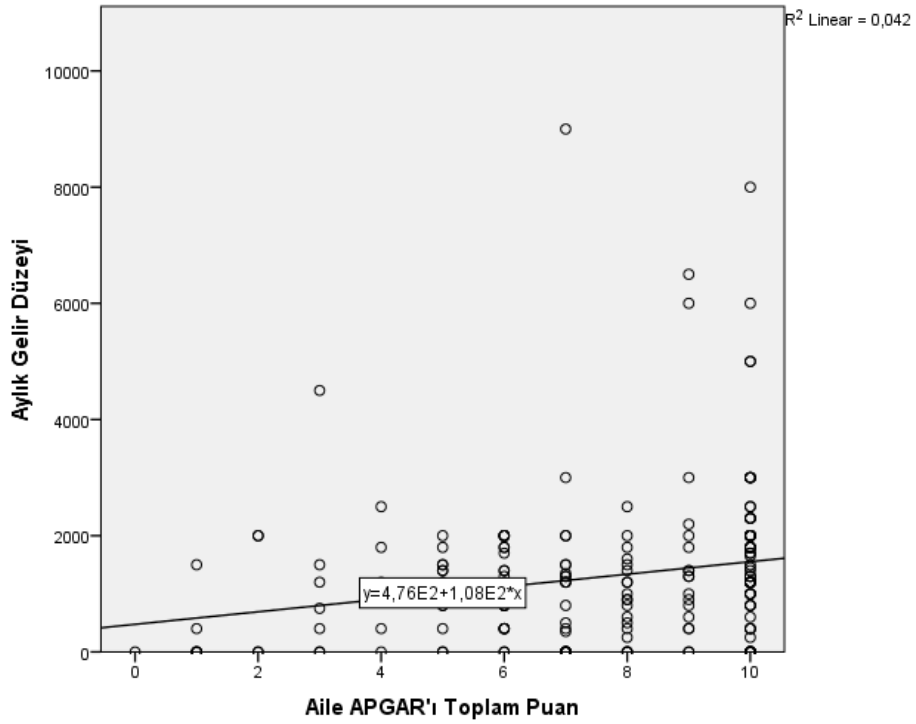
Çalışma Durumu	Ortalama AAÖ Puanı $\pm$ SS
Emekli	$8,0 \pm 2,3$
Aktif Çalışan	$8,1 \pm 1,7$
İşsiz	$6,9 \pm 2,7$

SS: Standart sapma, $p < 0,05$



Şekil 8. Katılımcıların çalışma durumlarına göre ortalama AAÖ puanlarının karşılaştırılması

Araştırmaya katılan kişilerin aylık gelir düzeyleri ile ortalama AAÖ puanı arasındaki korelasyona bakıldı. Aylık gelir düzeyleri ile ortalama AAÖ puanı arasında pozitif yönde anlamlı ve zayıf bir korelasyon bulundu ($p=0,03$; $r=-0,206$) (Şekil 9).



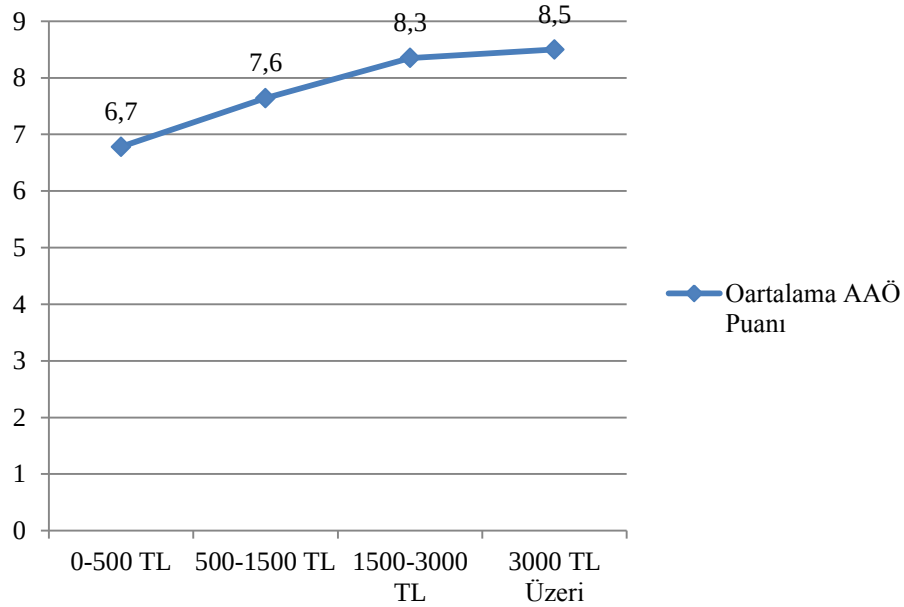
Şekil 9. Katılımcıların aylık gelir düzeyleri ile ortalama AAÖ puanı arasındaki korelasyon

Araştırmaya katılan kişilerin gelir durumu ile ortalama AAÖ puanları Tablo 10'da görülmektedir. 0-500 TL gelir düzeyi olanların ortalama AAÖ puanı $6,7 \pm 2,9$, 500-1500 TL gelir düzeyi olanların $7,6 \pm 2,2$, 1500-3000 TL gelir düzeyi olanların $8,3 \pm 2,2$, 3000 TL ve üzeri gelir düzeyi olanların ise $8,5 \pm 2,4$ idi. Buna göre 1500-3000 TL gelir düzeyi olanların ortalama AAÖ puanları 0-500 TL gelir düzeyi olanlara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek saptandı ($p < 0,05$) (Tablo 10). Ayrıca gelir düzeyi yükseldikçe AAÖ puanının da yükseldiği görüldü (Şekil 10).

Tablo 10. Katılımcıların gelir düzeyleriyle ortalama AAÖ puanı karşılaştırılması

Gelir Düzeyi	Ortalama AAÖ Puanı $\pm$ SS
0-500 TL	$6,7 \pm 2,9$
500-1500 TL	$7,6 \pm 2,2$
1500-3000 TL	$8,3 \pm 2,2$
3000 TL ve üzeri	$8,5 \pm 2,4$

SS: Standart sapma, $p < 0,05$



Şekil 10. Katılımcıların gelir düzeyleriyle ortalama AAÖ puanlarının karşılaştırılması

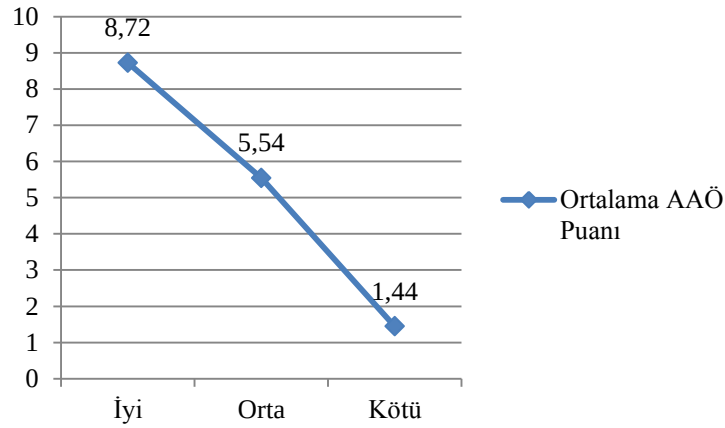
Araştırmaya katılan kişilerin aile üyeleriyle ilişkilerini nasıl tanımladıkları ile ortalama AAÖ puanı karşılaştırılması Tablo 11'de görülmektedir. Cevabı iyi olanların ortalama AAÖ puanı $8,7 \pm 1,6$ ile yüksek fonksiyonel sınıfına girerken; orta diyenlerin AAÖ puanı $5,54 \pm 1,9$ ile orta derecede disfonksiyonel sınıfına girdiği; kötü

diyenlerin ise AAÖ puanı $1,44 \pm 1,0$ ile şiddetli disfonksiyonel sınıfına girdiği görüldü. Bu sonuca göre iyi cevabını verenlerin AAÖ puanları orta ve kötü diyenlere göre, orta cevabını verenlerin AAÖ puanları ise kötü cevabını verenlere göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek saptandı ($p < 0,001$) (Tablo 11) (Şekil 11). Analize göre katılımcıların aile üyeleriyle ilişkilerini tanımlamaları ile ortalama AAÖ puanına göre fonksiyonellik sınıflaması ilişkili saptandı.

Tablo 11. Katılımcıların aile üyeleriyle ilişkilerini tanımlamaları ile ortalama AAÖ puanı karşılaştırılması

Aile Üyeleriyle İlişkilerini Nasıl Tanımladıkları	Ortalama AAÖ Puanı $\pm$ SS
İyi	$8,7 \pm 1,6$
Orta	$5,4 \pm 1,9$
Kötü	$1,4 \pm 1,0$

SS: Standart sapma, $p < 0,001$



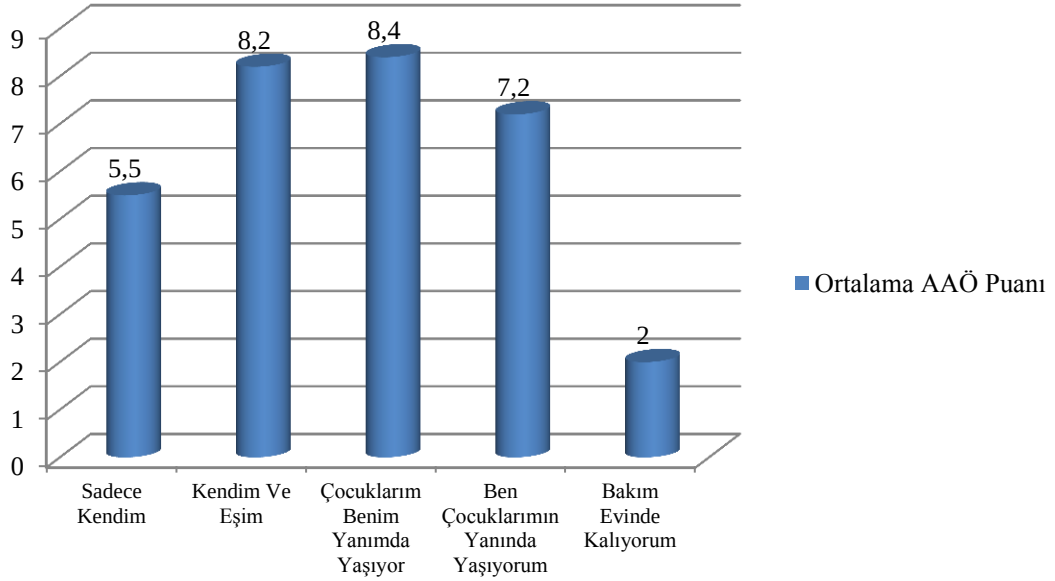
Şekil 11. Katılımcıların aile üyeleriyle ilişkilerini tanımlamaları ile ortalama AAÖ puanı karşılaştırılması

Araştırmaya katılan kişilerin evde kiminle yaşadıkları ile ortalama AAÖ puanı karşılaştırılması Tablo 12’de görülmektedir. Cevabı sadece kendim olanların ortalama AAÖ puanı $5,5 \pm 3,1$, kendim ve eşim olanların $8,2 \pm 2,0$, çocuklarım benim yanımda yaşıyor diyenlerin $8,4 \pm 2,1$, ben çocuklarımla yanımda yaşıyorum diyenlerin $7,2 \pm 1,7$, bakım evinde kalıyorum diyenlerin ise $2,0 \pm 2,2$ idi. Bu sonuca göre sadece kendim yaşıyorum diyenlerin ve bakım evinde kalıyorum diyenlerin ortalama AAÖ puanları, eşi ve çocuklarıyla beraber yaşayanların ortalama AAÖ puanlarına göre istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük saptandı ($p < 0,05$) (Tablo 12) (Şekil 12).

Tablo 12. Katılımcıların evde kiminle yaşadıkları ile ortalama AAÖ puanı karşılaştırılması

Evde Kiminle Yaşıyorsunuz?	Ortalama AAÖ Puanı±SS
Sadece Kendim	5,5±3,1
Kendim ve Eşim	8,2±2,0
Çocuklarım Benim Yanımda Yaşıyor	8,4±2,1
Ben Çocuklarımla Yanımda Yaşıyorum	7,2±1,7
Bakım Evinde Kalıyorum	2,0±2,2

SS: Standart sapma, p<0,05



Şekil 12. Katılımcıların evde kiminle yaşadıkları ile ortalama AAÖ puanı karşılaştırılması

Araştırmaya katılan kişilerin son bir yıl içerisinde hastanede yatma durumları ile ortalama AAÖ puanı karşılaştırılması Tablo 13’de görülmektedir. Son bir yıl içerisinde hastanede yatanların ortalama AAÖ puanı $7,3\pm2,4$ iken; hastanede yatmayanların AAÖ puanı ise $7,8\pm2,6$ idi. Bu sonuca göre son bir yıl içerisinde hastanede yatanlarla, yatmayanların ortalama AAÖ puanına göre aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı (Tablo 13) ($p=0,233$).

Tablo 13. Katılımcılardan son bir yıl içerisinde hastanede yatma durumları ile ortalama AAÖ puanı karşılaştırılması

Son Bir Yıl İçerisinde Hastanede Yatış Durumu	Ortalama AAÖ Puanı±SS
Evet	7,3±2,4
Hayır	7,8±2,6

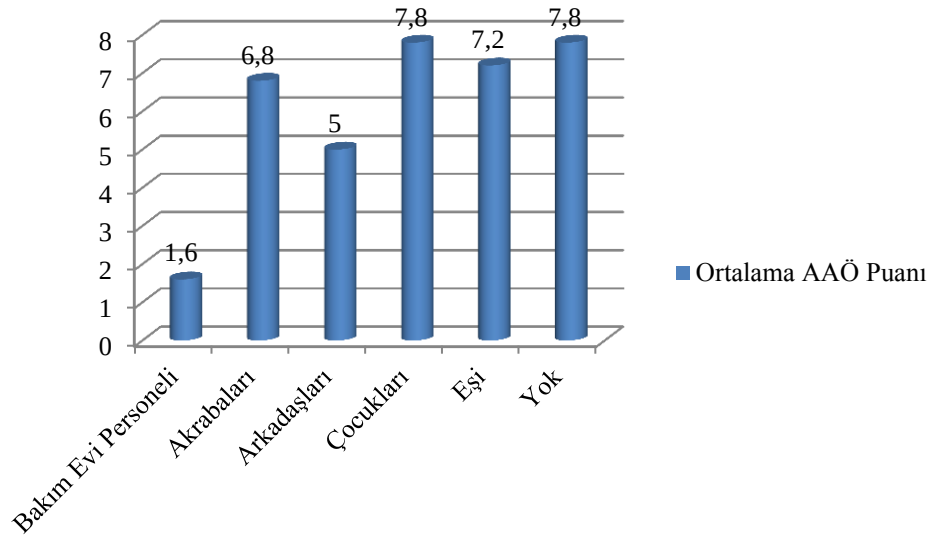
SS: Standart sapma, $p>0,05$

Araştırmaya katılan kişiler içinde son bir yıl içerisinde hastanede yatanların refakatçi durumları ile ortalama AAÖ puanı karşılaştırılması Tablo 14’de görülmektedir. Refakatçisi bakım evi personeli olanların ortalama AAÖ puanı $1,6 \pm 1,1$, refakatçisi akrabaları olanların $6,8 \pm 2,7$, refakatçisi arkadaşları olanların $5,0 \pm 4,2$, refakatçisi çocukları olanların $7,8 \pm 1,9$, refakatçisi eşi olanların $7,2 \pm 2,3$ ve refakatçisi olmayanların $7,8 \pm 2,4$ idi. Bu sonuca göre refakatçisi arkadaşları olanların dışında kalanların ortalama AAÖ puanı, refakatçisi bakım evi personeli olanların ortalama AAÖ puanlarına göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek saptandı ($p < 0,05$) (Tablo 14) (Şekil 13).

Tablo 14. Katılımcılardan son bir yıl içerisinde hastanede yatanların refakatçi durumu ile ortalama AAÖ puanı karşılaştırılması

Refakatçi	Ortalama AAÖ Puanı $\pm$ SS
Bakım Evi Personeli	$1,6 \pm 1,1$
Akrabaları	$6,8 \pm 2,7$
Arkadaşları	$5,0 \pm 4,2$
Çocukları	$7,8 \pm 1,9$
Eşi	$7,2 \pm 2,3$
Yok	$7,8 \pm 2,4$

SS: Standart sapma, $p < 0,05$



Şekil 13. Katılımcılardan son bir yıl içerisinde hastanede yatanların refakatçi durumu ile ortalama AAÖ puanı karşılaştırılması

Katılımcıların sigara içme durumlarıyla ortalama AAÖ puanı karşılaştırılması yapıldığında sigara içenlerin ortalama AAÖ puanı $7,4 \pm 2,4$, sigara içmeyenlerin ise

7,6±2,6 idi. Bu sonuca göre sigara içmeyenlerle içenler arasında AAÖ puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ($p>0,05$).

Araştırmaya katılan kişilerin kronik hastalıkları ve komorbiditesiyle ortalama AAÖ puanlarının karşılaştırılması Tablo 15’de görülmektedir. Hipertansiyonu olanların ortalama AAÖ puanı 7,2±2,5 iken; olmayanların ortalama AAÖ puanı 7,9±2,5 idi ($p=0,068$). Tip 2 DM olanların ortalama AAÖ puanı 7,5±2,4 iken; olmayanların ortalama AAÖ puanı ise 7,6±2,6 idi ($p=0,913$). Kalp damar hastalığı olanların ortalama AAÖ puanı 7,9±2,0 iken; olmayanların ortalama AAÖ puanı 7,3±2,8 idi ($p=0,085$). Hiperlipidemisi olanların ortalama AAÖ puanı 8,2±2,2 iken; olmayanların ortalama AAÖ puanı 7,4±2,5 idi ($p=0,125$). KOAH-Astım’ı olanların ortalama AAÖ puanı 6,9±2,7 iken; olmayanların ortalama AAÖ puanı 7,6±2,5 idi ($p=0,193$). Mide-bağırsak hastalıkları olanların ortalama AAÖ puanı 7,8±2,4 iken; olmayanların ortalama AAÖ puanı 7,5±2,5 idi ($p=0,430$). İskelet-kas hastalıkları olanların ortalama AAÖ puanı 7,3±2,6 iken; olmayanların ortalama AAÖ puanı 7,8±2,4 idi ($p=0,154$). Kanseri teşhisi alanların ortalama AAÖ puanı 7,2±2,4 iken; kanseri olmayanların ortalama AAÖ puanı 7,6±2,5 idi ($p=0,536$). Diğer kronik hastalıkları olanların ortalama AAÖ puanı 7,0±3,1 iken; olmayanların ortalama AAÖ puanı 7,6±2,4 idi ($p=0,299$). Komorbiditesi olanların ortalama AAÖ puanı 7,6±2,5 iken; komorbiditesi olmayanların ortalama AAÖ puanı ise 7,5±2,7 idi ($p=0,915$). Araştırmaya katılan kişilerin kronik hastalıklarının olup, olmamasıyla ortalama AAÖ puanı karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ($p>0,05$).

Tablo 15. Katılımcıların kronik hastalıklarıyla ortalama AAÖ puanlarının karşılaştırılması

Kronik Hastalık	Ortalama AAÖ Puanı±SS	p değeri
Hipertansiyon		
Var	7,2±2,5	0,068
Yok	7,9±2,5	
Şeker Hastalığı		
Var	7,5±2,4	0,913
Yok	7,6±2,6	
Kalp Damar Hastalığı		
Var	7,9±2,0	0,085
Yok	7,3±2,8	
Kolesterol Yüksekliği		
Var	8,2±2,2	0,125
Yok	7,4±2,5	
KOAH-Astım		
Var	6,9±2,7	0,193
Yok	7,6±2,5	
Mide-Bağırsak Hastalıkları		
Var	7,8±2,4	0,430
Yok	7,5±2,5	
İskelet Kas Hatalıkları		
Var	7,3±2,6	0,154
Yok	7,8±2,4	
Kanser		
Var	7,2±2,4	0,536
Yok	7,6±2,5	
Diğer		
Var	7,0±3,1	0,299
Yok	7,6±2,4	
Komorbidite		
Var	7,6±2,5	0,915
Yok	7,5±2,7	

4.3. Katılımcıların AAÖ Sınıflaması Sonuçlarının Bazı Bağımsız Değişkenler ile İlişkisi

Araştırmaya katılan 200 kişinin AAÖ'ye göre fonksiyonellik sınıflamasına bakıldığında 112 (%56) kişi fonksiyonel, 88 (%44) kişi ise disfonksiyonel idi. Erkeklerin 80'i (%61,1) AAÖ'ye göre fonksiyonel iken; 51'u (%38,9) AAÖ'ye göre disfonksiyoneldi. Kadınların 32'si (%46,4) AAÖ'ye göre fonksiyonelken, 37'si (%53,6) AAÖ'ye göre disfonksiyoneldi. Buna göre yapılan analizde kadınlar,

erkeklere göre aile fonksiyonelliği açısından istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde disfonksiyonel bulunmuştur (Tablo 16) ($p=0,047$).

Tablo 16. Katılımcıların cinsiyeti ile AAÖ'ye göre aile fonksiyonelliğinin karşılaştırılması

Cinsiyet	Fonksiyonel n(%)	Disfonksiyonel n(%)	p değeri
Kadın	32(46,4)	37(53,6)	0,047
Erkek	80(61,1)	51(38,9)	
Toplam	112(56)	88(44)	

Katılımcıların evlilik durumlarıyla AAÖ'ye göre fonksiyonellik sınıflaması karşılaştırılması Tablo 17'de görülmektedir. Evli olanlardan 97'si (% 65,1) AAÖ'ye göre fonksiyonel iken; 52'si (%34,9) AAÖ'ye göre disfonksiyoneldi. Dul olanlardan ise 15'i (%29,4) AAÖ'ye göre fonksiyonelken, 36'sı (%70,6) AAÖ'ye göre disfonksiyoneldi. Buna göre evli olanların dul olanlara göre istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde aile fonksiyonelliğinin yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0,001$)(Tablo 17).

Tablo 17. Katılımcıların evlilik durumlarıyla AAÖ'ye göre aile fonksiyonelliğinin karşılaştırılması

Evlilik durumu	Fonksiyonel n(%)	Disfonksiyonel n(%)	p değeri
Evli	97(65,1)	52(34,9)	<0,001
Dul	15(29,4)	36(70,6)	

Araştırmaya katılan kişilerin yaş sınıflamalarıyla, AAÖ'ye göre fonksiyonellik sınıflaması karşılaştırılması Tablo 18'de görülmektedir. 65-74 yaş arası genç yaşlı olanların 74'ü (%59,2) AAÖ'ye göre fonksiyonel iken; 51'i (%40,8) AAÖ'ye göre disfonksiyoneldi. 75-84 yaş arası orta yaşlı olanların 34'ü (%54,8) AAÖ'ye göre fonksiyonel iken; 28'i (%45,2) AAÖ'ye göre disfonksiyoneldi. 85 ve üzeri yaş ileri yaşlıların 4'ü (%30,8) AAÖ'ye göre fonksiyonelken, 9'u (%69,2) AAÖ'ye göre disfonksiyonel idi. Bu bulgulara göre yapılan analizde yaş sınıflamasıyla aile fonksiyonelliği arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmadı ($p>0,05$)(Tablo 18).

Tablo 18. Katılımcıların yaş sınıflamasıyla AAÖ'ye göre aile fonksiyonelliğinin karşılaştırılması

Yaş Sınıflaması	Fonksiyonel n(%)	Disfonksiyonel n(%)	p değeri
65-74	74(59,2)	51(40,8)	0,141
75-84	34,(54,8)	28(45,2)	
85 ve üzeri	4(30,8)	9(69,2)	

Katılımcıların eğitim seviyeleriyle, AAÖ'ye göre fonksiyonellik sınıflaması karşılaştırılması Tablo 19'da görülmektedir. Okuma yazma bilmeyenlerin 31'i (%43,1) AAÖ'ye göre fonksiyonel iken; 41'i (%56,9) AAÖ'ye göre disfonksiyoneldi. İlkokul mezunlarının 45'i (%55,6) AAÖ'ye göre fonksiyonel iken; 36'sı (%44,4) AAÖ'ye göre disfonksiyoneldi. Ortaokul mezunlarının 11'i (%73,3) AAÖ'ye göre fonksiyonel iken; 4'ü (%26,7) AAÖ'ye göre disfonksiyoneldi. Lise mezunlarının 7'si (%63,6) AAÖ'ye göre fonksiyonelken, 4'ü (%36,4) AAÖ'ye göre disfonksiyoneldi. Üniversite mezunlarının 18'i (%85,7) AAÖ'ye göre fonksiyonel iken; 3'ü (%14,3) AAÖ'ye göre disfonksiyonel idi. Buna göre üniversite mezunlarının aile fonksiyonelliği diğer eğitim seviyesindeki bireylere göre istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde yüksekti ($p<0,05$)(Tablo 19).

Tablo 19. Katılımcıların eğitim seviyeleriyle AAÖ'ye göre aile fonksiyonelliğinin karşılaştırılması

Eğitim Seviyesi	Fonksiyonel n(%)	Disfonksiyonel n(%)	p değeri
Okuma Yazma Bilmeyen	31(43,1)	41(56,9)	0,006
İlkokul Mezunu	45(55,6)	36(44,4)	
Ortaokul Mezunu	11(73,3)	4(26,7)	
Lise Mezunu	7(63,6)	4(36,4)	
Üniversite Mezunu	18(85,7)	3(14,3)	

Katılımcıların komorbidite durumlarıyla, AAÖ'ye göre fonksiyonellik sınıflaması karşılaştırılması Tablo 20'de görülmektedir. Komorbiditesi olanların 87'si (%55,4) AAÖ'ye göre fonksiyonel iken; 70'i (%44,6) AAÖ'ye göre disfonksiyoneldi. Komorbiditesi olmayanların 25'i (%58,1) AAÖ'ye göre fonksiyonel iken, 18'i (%41,9) AAÖ'ye göre disfonksiyoneldi. Bu bulgulara göre yapılan analizde komorbiditesi olanlarla olmayanlar arasında AAÖ'ye göre aile fonksiyonelliği açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktu ($p=0,750$) (Tablo 20).

Tablo 20. Katılımcıların komorbidite durumlarıyla AAÖ'ye göre aile fonksiyonelliğinin karşılaştırılması

Komorbidite	Fonksiyonel n(%)	Disfonksiyonel n(%)	p değeri
Var	87(55,4)	70(44,6)	0,750
Yok	25(58,1)	18(41,9)	

Katılımcıların çalışma durumlarıyla, AAÖ'ye göre fonksiyonellik sınıflaması karşılaştırılması Tablo 21'de görülmektedir. Emekli olanların 66'sı (%63,5) AAÖ'ye göre fonksiyonel iken; 38'i (%36,3) AAÖ'ye göre disfonksiyoneldi. Aktif çalışanların 8'i (%57,1) AAÖ'ye göre fonksiyonel iken; 6'sı (%42,9) AAÖ'ye göre disfonksiyoneldi. İşsiz olanların 38'i (%46,3) AAÖ'ye göre fonksiyonel iken; 44'ü (%53,7) AAÖ'ye göre disfonksiyoneldi. Bu bulgulara göre yapılan analizde çalışma durumuyla AAÖ'ye göre aile fonksiyonelliği arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmadı ($p=0,065$) (Tablo 21).

Tablo 21. Katılımcıların çalışma durumlarıyla AAÖ'ye göre aile fonksiyonelliğinin karşılaştırılması

Çalışma Durumu	Fonksiyonel n(%)	Disfonksiyonel n(%)	p değeri
Emekli	66(63,5)	38(36,3)	0,065
Aktif Çalışan	8(57,1)	6(42,9)	
İşsiz	38(46,3)	44(53,7)	

Katılımcıların gelir düzeyi sınıflamasıyla, AAÖ'ye göre fonksiyonellik sınıflaması karşılaştırılması Tablo 22'de görülmektedir. Gelir düzeyi 0-500 TL olanların 27'si (%42,9) AAÖ'ye göre fonksiyonel iken; 36'sı (%57,1) AAÖ'ye göre disfonksiyoneldi. Gelir düzeyi 500-1500 TL olanların 41'i (%55,4) AAÖ'ye göre fonksiyonel iken; 33'ü (%44,6) AAÖ'ye göre disfonksiyoneldi. Gelir düzeyi 1500-3000 TL olanların 44'ü (%69,8) AAÖ'ye göre fonksiyonel iken; 19'u (%30,2) AAÖ'ye göre disfonksiyoneldi. Bu bulgulara göre yapılan analizde gelir düzeyi sınıflaması yüksek olanlar, düşük olanlara göre, aile fonksiyonelliği açısından istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde daha fonksiyonel bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 22).

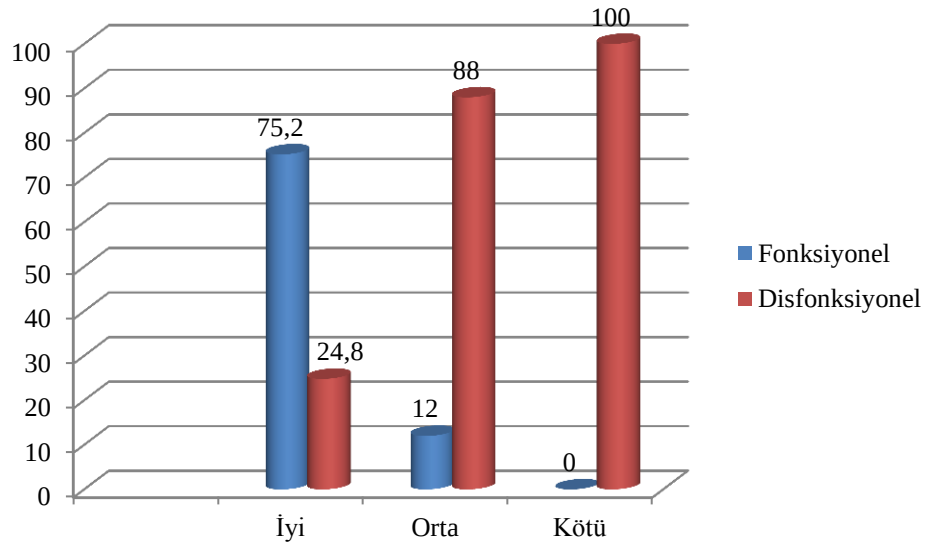
Tablo 22. Katılımcıların gelir düzeyi sınıflamasıyla AAÖ'ye göre aile fonksiyonelliğinin karşılaştırılması

Gelir Düzeyi Sınıflaması	Fonksiyonel n(%)	Disfonksiyonel n(%)	p değeri
0-500 TL	27(42,9)	36(57,1)	0,009
500-1500 TL	41(55,4)	33(44,6)	
1500-3000 TL	44(69,8)	19(30,2)	

Katılımcıların aile üyeleriyle ilişkilerini tanımlamalarıyla, AAÖ'ye göre fonksiyonellik sınıflaması karşılaştırılması Tablo 23'de görülmektedir. Aile üyeleriyle ilişkilerini “iyi” olarak tanımlayanların 106'sı (%75,2) AAÖ'ye göre fonksiyonel iken; 35'i (%24,8) AAÖ'ye göre disfonksiyoneldi. Aile üyeleriyle ilişkilerini “orta” olarak tanımlayanların 6'sı (%12) AAÖ'ye göre fonksiyonelken, 44'ü (%88) AAÖ'ye göre disfonksiyoneldi. Aile üyeleriyle ilişkilerini “kötü” olarak tanımlayanların ise tamamı (n=9) AAÖ'ye göre disfonksiyoneldi. Bu bulgulara göre yapılan analizde katılımcıların aile üyeleriyle ilişkilerini tanımlama şekilleri iyi olanlar, kötü olanlara göre, aile fonksiyonelliği açısından istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde daha fonksiyonel bulunmuştur ($p<0,001$) (Tablo 23) (Şekil 14).

Tablo 23. Katılımcıların aile üyeleriyle ilişkilerini tanımlamalarıyla, AAÖ'ye göre aile fonksiyonelliğinin karşılaştırılması

Aile Üyeleriyle İlişkinizi Nasıl Tanımlarsınız?	Fonksiyonel n,(%)	Disfonksiyonel n,(%)	p değeri
İyi	106,(75,2)	35,(24,8)	<0,001
Orta	6,(12)	44,(88,0)	
Kötü	0,(0)	9,(100,0)	

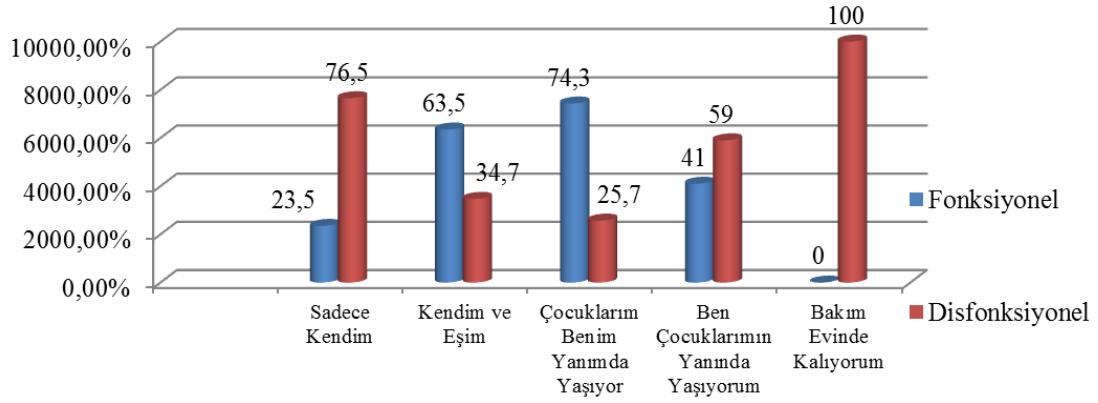


Şekil 14. Katılımcıların aile üyeleriyle ilişki tanımları ve AAÖ'ye göre aile fonksiyonelliğinin karşılaştırılması

Katılımcıların kiminle yaşadıklarıyla, AAÖ'ye göre fonksiyonellik sınıflaması karşılaştırılması Tablo 23'de görülmektedir. “Sadece kendim yaşıyorum” cevabını verenlerin 4’ü (%23,5) AAÖ'ye göre fonksiyonel iken; 13’ü (%76,5) AAÖ'ye göre disfonksiyoneldi. “Kendim ve eşim yaşıyorum” cevabını verenlerin 66’sı (%65,3) AAÖ'ye göre fonksiyonel iken; 35’i (%34,7) AAÖ'ye göre disfonksiyoneldi. “Çocuklarım Benim Yanımda Yaşıyor” cevabını verenlerin 26’sı (%74,3) AAÖ'ye göre fonksiyonel iken; 9’u (%25,7) AAÖ'ye göre disfonksiyoneldi. “Ben Çocuklarımla Yanımda Yaşıyorum” cevabını verenlerin 16’sı (%41,0) AAÖ'ye göre fonksiyonel iken; 23’ü (%59,0) AAÖ'ye göre disfonksiyoneldi. “Bakım evinde kalıyorum” cevabını verenlerin 0’ı (%0) AAÖ'ye göre fonksiyonelken, 8 (%100,0)’i AAÖ'ye göre disfonksiyoneldi. Yapılan posthoc analize göre eşi ve çocuklarıyla yaşayanlar, yalnız yaşayanlara göre aile fonksiyonelliği açısından istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde daha fonksiyonel bulunmuştur ($p<0,001$) (Tablo 23) (Şekil 15).

Tablo 23. Katılımcıların evde kiminle yaşadıklarıyla, AAÖ'ye göre aile fonksiyonelliğinin karşılaştırılması

Evde Kiminle Yaşıyorsunuz?	Fonksiyonel n(%)	Disfonksiyonel n(%)	p değeri
Sadece Kendim	4(%23,5)	13(%76,5)	<0,001
Kendim ve Eşim	66(%65,3)	35(%34,7)	
Çocuklarım Benim Yanımda Yaşıyor	26(%74,3)	9(%25,7)	
Ben Çocuklarımla Yanımda Yaşıyorum	16(%41)	23(%59)	
Bakım Evinde Kalıyorum	0(%0)	8(%100)	



Şekil 15. Katılımcıların evde kiminle yaşadıklarıyla, AAÖ'ye göre aile fonksiyonelliğinin karşılaştırılması

Katılımcıların son bir yıl içerisinde hastanede yatma durumlarıyla, AAÖ'ye göre fonksiyonellik sınıflaması karşılaştırılması Tablo 24'de görülmektedir. Son bir yıl içerisinde hastanede yatanların 53'ü (%51,5) AAÖ'ye göre fonksiyonel iken, 50'si (%48,5) AAÖ'ye göre disfonksiyoneldi. Son bir yıl içerisinde hastanede yatmayanların 59'u (%60,8) AAÖ'ye göre fonksiyonel iken, 38'i (%39,2) AAÖ'ye göre disfonksiyoneldi. Bu bulgulara göre yapılan analizde son bir yıl içerisinde hastanede yatış durumuyla, AAÖ'ye göre aile fonksiyonelliği arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı ($p=0,182$) (Tablo 24).

Tablo 24. Katılımcıların son bir yıl içerisinde hastanede yatma durumlarıyla, AAÖ'ye göre aile fonksiyonelliğinin karşılaştırılması

Son Bir Yıl İçinde Hastanede Yatış	Fonksiyonel n(%)	Disfonksiyonel n(%)	p değeri
Evet	53(51,5)	50(48,5)	0,182
Hayır	59(60,8)	38(39,2)	

Katılımcıların sigara içme durumlarıyla, AAÖ'ye göre fonksiyonellik sınıflaması karşılaştırılması Tablo 25'de görülmektedir. Sigara içenlerin 15'i (%55,5) AAÖ'ye göre fonksiyonel iken; 12'si (%44,4) AAÖ'ye göre disfonksiyoneldi. Sigara içmeyenlerin 97'si (%56,1) AAÖ'ye göre fonksiyonel iken; 76'sı (%43,9) AAÖ'ye göre disfonksiyoneldi. Bu bulgulara göre yapılan analizde, katılımcıların sigara içme durumlarıyla AAÖ'ye göre aile fonksiyonelliğinin arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı ($p=0,960$) (Tablo 25).

Tablo 25. Katılımcıların sigara içme durumlarıyla AAÖ'ye göre aile fonksiyonelliğinin karşılaştırılması

Sigara	Fonksiyonel n (%)	Disfonksiyonel n (%)	p değeri
Evet	15 (55,5)	12 (44,4)	0,960
Hayır	97 (56,1)	76 (43,9)	

5. TARTIŞMA

Çalışmamızın bulgularına göre 65 yaş üstü ve en az bir kronik hastalığı olan bireylerin ortalama AAÖ puanı 7,5 civarında çıkmış ve katılımcılar aile işlevi açısından orta derecede disfonksiyonel bulunmuştur. Ayrıca katılımcıların yalnızca %56'sında aile işlevselliği fonksiyonel bulunmuştur.

Ulusal literatür tarandığında Türkiye'de aile fonksiyonelliğinin değerlendirildiği bir araştırmanın yapılmadığı görülmüştür. Uluslararası literatür tarandığında ise AAÖ ile ilgili yalnızca 13 adet çalışma olduğu görülmüştür (125). Bu çalışmalar içerisinde de 65 yaş üstü kişiler arasında uygulananların oldukça az olduğu belirlenmiştir. Bu nedenle çalışmamızın hem aile hekimliği disiplininin bir özelliği olan bireyleri aileleri içinde ele almanın bir yolu olan aile fonksiyonelliğinin değerlendirilmesi, hem de birinci basamağı en çok kullanan hasta grubu olan 65 yaş üstü bireylerin ele alınması yönüyle önemli bir çalışma olduğuna inanmaktayız.

Araştırmaya katılan 200 kişinin AAÖ'ye göre fonksiyonellik sınıflamasına bakıldığında 112 (%56) kişi fonksiyonel, 88 (%44) kişi ise disfonksiyonel idi. 2013 yılında Portekiz'deki 65 yaş üstü kişilerle yapılan bir çalışmada aile işlevselliği ile ilgili olarak, örneklemin %18,7'si ailelerini fonksiyonel, %81,5'u ailelerini disfonksiyonel olarak algıladığı görüldü (126). Bir diğer çalışmada ise, katılımcıların %90'ı ailelerini fonksiyonel, %10'u ailelerini disfonksiyonel olarak algıladı (127). 2014 yılında Silva MJ. ve ark. yaptığı çalışmada da örneklemin %81,6'sı ailelerini fonksiyonel algılarken %18,4'ü ise ailelerini disfonksiyonel olarak algılamıştır (128). Farklı ülkelerde yapılan çalışmaların AAÖ'ye göre sınıflandırmalarının oldukça farklı olduğu görülmüştür.

Vera ve ark. Brezilya'da 2014 yılında 80 yaş ve üzeri kişilerde yaptıkları çalışmalarında, ortalama AAÖ puanını $9,0 \pm 2,0$, yüksek derecede fonksiyonel olarak tespit etmişlerdir (127). AAÖ puanının çalışmamızdan farklı çıkmasının nedenleri arasında; farklı sosyo-ekonomik özellikleri olan bölgede yapılmış olması, farklı bir ülke olmasından dolayı kültürel özelliklerin farklı oluşu, kişilerin aileye bakış açılarının ve beklentilerinin farklılıklarından kaynaklandığı sayılabilir. Literatürde

yaşlı nüfus üzerine AAÖ kullanımı yeni bir yaklaşım olarak uygulanmaya başlanmıştır. Silva ve ark. Brezilya'da 2014 yılında 430 yaşlı hasta üzerinde yaptıkları çalışmada da bizim çalışmamıza yakın olarak, katılımcıların ortalama AAÖ puanı 6,8 ile orta derecede disfonksiyonel bulunmuştur (128). Bu çalışma ile benzer yaş grubunda yaptığımız çalışmamızda da katılımcıların aile fonksiyonelliğinin orta derecede disfonksiyonel olduğu görülmüştür.

Çalışmamızda katılımcıların yaşı ile AAÖ toplam puanı arasında negatif yönde anlamlı ve zayıf bir korelasyon bulundu. Bu da hastaların yaşlarının artmasıyla beraber aile fonksiyonelliğinin genel olarak düşüşte olduğunu göstermektedir. Bu durumu yaşlanmayla beraber kişilerin ailelerinden daha fazla yardıma ve bakıma ihtiyaç duymalarına ve buna rağmen daha az destek gördüklerinde de yaşadıkları hayal kırıklığına bağlayabiliriz. Bu sonuç ileri yaşta olanların kendi aileleriyle kuşak çatışmasından dolayı hayat görüşü ve yaşayışı açısından aynı şekilde düşünmemelerinden de kaynaklanabilir.

Çalışmamıza katılan erkekler kadınlara göre aile fonksiyonelliği açısından istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde daha fonksiyonel bulunmuştur. 2013 yılında Portekiz'deki 65 yaş üstü kişilerle yapılan bir çalışmada, cinsiyete göre, örneklemdeki erkeklerin %77,6'sı aile işlevselliğini disfonksiyonel, %22,4'ü fonksiyonel olarak sınıflandırmaktadır. Kadınlara gelince, %74,8'i aile işlevselliğini disfonksiyonel, %15,2'si ise fonksiyonel olarak sınıflandırmaktadır. Yapılan analiz ile cinsiyetler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmadığı saptanmıştır (126). Vera ve ark. yaptıkları çalışmada ise erkeklerin %90'ı aile işlevselliğini fonksiyonel, %10'u disfonksiyonel olarak sınıflandırmaktaydı. Kadınlara gelince, %90,1'i aile işlevselliğini fonksiyonel, %9,9'u ise disfonksiyonel olarak sınıflandırmaktaydı. Bu çalışmada da cinsiyetler arasında aile fonksiyonelliği açısından bir fark görülmemiştir (127). Bizim çalışmamızda kadınlar ve erkekler arasında, erkeklerin ailelerini daha fonksiyonel sınıflandığı çıksa da diğer çalışmalarda cinsiyete göre bir ayrım görülmemiştir. Bunun nedenleri arasında; kadın ve erkeğin bu ülkelerdeki sosyal statülerinin değişken olması, ülkemizde ileri yaştaki kadınların erkeklere göre aile içerisinde genelde ikinci planda olması, ülkemizde ileri yaştaki kadınların erkeklere göre sosyal, eğitim, gelir düzeyi açısından daha geride

ve izole olmaları, ülkemizde kadınların genelde evde yaşadıkları, ev içi işlerle sadece kendilerinin ilgilendikleri ve erkeklerin ev dışında daha fazla zaman geçirmeleri ve ev içi işlerine yardımcı olmamaları, erkeklerin çalışma oranlarının kadınlardan daha yüksek olması, kadınların ülkemizdeki aile içerisindeki statülerin diğer ülkelere göre farklı ve daha geride olması sayılabilir. Çocukların bakımı, ev işleri gibi sorumluluklardan dolayı kadınlar genel olarak işgücüne erkeklerden daha az katılırlar. Bu da ileri yaşlarda kadınların maddi koşullarını olumsuz biçimde etkiler. Yapılan çalışmalar yaşlı kadınların erkeklere göre hem daha düşük bir gelire sahip olduğu, hem de ev, araba gibi menkul ve gayrimenkul sahipliği gibi kaynaklar açısından daha fazla bir eşitsizlik yaşadıklarını göstermektedir (129). Bu durum da kadınların, erkeklere göre aile fonksiyonelliğinin düşük olduğunu açıklayan nedenler arasında sayılabilir.

Katılımcıların yaş sınıflamasıyla, AAÖ'ye göre aile fonksiyonellik sınıflaması karşılaştırıldığında aralarında bir ilişki olmadığı görüldü. 2013 yılında Portekiz'deki 65 yaş üstü kişilerle yapılan çalışmada aile işlevselliği ve yaş algılaması ile ilgili olarak, 65-74 yaş grubundaki örneklem %55,4'ünün, 75-84 yaş arası yaş grubunda %55,1'inin ve 85 yaşın üstündeki yaşlı hastaların %33,3'ünün aile işlevselliğinin fonksiyonel olduğu bulunmuştur. Değişkenler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmadığı da gözlemlenmiştir (126). Yaşlılar üzerinde yaşam doyumunun araştırıldığı bir çalışmada da yaş sınıflamasının yaşam doyumuyla ilişkisi saptanmamıştır (130). Bizim çalışmamızda yaş sınıflamasıyla, aile fonksiyonelliği ilişkisiz çıkmış olsa da, yapılan analizde yaş arttıkça ortalama AAÖ puanının korele olarak düştüğü de gözlemlenmiştir. Yaşlıların yaşam kalitesini inceleyen başka bir çalışmada da yaş ilerledikçe yaşam kalitesinin kötüleştiği bulunmuştur (131). 65 yaş üstündeki insanların yaş sınıflamasına bakılmaksızın, aile işlevselliğini benzer şekilde değerlendikleri öngörülebilir. Yaş arttıkça aile işlevselliğinin düştüğü görülse de yaş sınıflamasında bu şekilde bir sonuç bulunmamıştır. Bu sonucun çalışmamızdaki kişi sayısından kaynaklanabileceği düşünülmüş olup, daha fazla bireyi kapsayan, geniş kapsamlı çalışmalara ihtiyaç olduğu görüşündeyiz.

Katılımcıların medeni durumlarıyla, ortalama AAÖ puanları karşılaştırıldığında; evli olanlar, bekar ve dul olanlara göre aile fonksiyonelliği açısından daha fonksiyonel bulunmuştur. 65 yaş üstü kişilerle yapılan bir çalışmada medeni durum ile aile fonksiyonelliği arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (126). Bir diğer çalışmada ise katılımcılardan evli olanların %50'si, dul olanların %95,5'i ve boşanmış olanların %60'ı aile işlevselliğini fonksiyonel olarak tanımlamaktadır. Yapılan analizde bekar olanların aile fonksiyonelliği açısından evli, dul ve boşanmışlara göre anlamlı derecede disfonksiyonel olduğu görülmüştür (127). Literatür bilgilerinin de eşliğinde değerlendirildiğinde, evli olanların yalnız yaşayanlara göre aile fonksiyonelliği açısından daha fonksiyonel olduğu görülmektedir. Bunun nedenleri arasında; evli olanların eşlerinden her türlü yardımı alabilmeleri, gerektiğinde dertleşecek birisinin yanında olmasının avantajı, çocukları yanında olmasa bile sürekli vakit geçirebileceği birisinin yanında olması olarak sayılabilir. Buda evliliğin ve kalabalık aile olmanın aile içerisindeki önemini göstermektedir. Kalabalık aileye sahip olanların yalnız yaşayanlara göre ailelerinin daha fonksiyonel olduğunu gösterilmiştir. Page ve Cole'e göre bekâr, dul veya boşanmış bireyler, evli olanlara göre daha fazla yalnızlık çekmektedirler (132). Eşin vefatıyla birlikte gelen dulluk yaşlıları çok olumsuz bir biçimde etkilemektedir. İleri yaşlılıkta böyle bir olayın yaşanması, sağlığın iyice bozulmasıyla birlikte, eşin ölümünün ardından kısa bir süre sonra diğer eşin de yaşamını yitirmesine yol açabilir. Diğer taraftan yaşlı birey, eşin kaybıyla birlikte yalnız kalma, güven duygusunun azalması, kendini kimsesiz hissetme gibi duyguların etkisiyle, yaşamı anlamsız bulmaya başlayarak bir yabancılaşma süreci içersine girer. Özellikle dul kalan erkekler sürekli kendilerine bakacak birilerine ihtiyaç duyarlar. Aile bireylerinden biri bakımı üstlenebilir, dul kişi yeniden evlenebilir ya da bakımının sağlanması için huzurevine gönderilir (129). Bu nedenle dul ve bekarların kendilerini daha çok yalnız hissedebilecekleri gözlemlenmiştir. Çalışmamızın sonucu da bu bilgileri desteklemektedir.

Katılımcıların eğitim seviyesiyle, ortalama AAÖ puanları ve AAÖ'ye göre aile fonksiyonelliği sınıflaması karşılaştırıldığında; eğitim seviyesi yüksek olanlar, düşük olanlara göre aile fonksiyonelliği açısından fonksiyonel bulunmuştur. 2013

yılında Portekiz'deki 65 yaş üstü kişilerle yapılan çalışmada aile işlevselliği ve eğitim seviyesi arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (126). Vera I. ve ark. Brezilyada 2014 yılında yayınlanan çalışmalarında katılımcılardan okuma yazma bilmeyenlerin %78,3'ü aile işlevselliğini fonksiyonel, %21,7'si ailelerini disfonksiyonel, okuryazarların %90'ı aile işlevselliğini fonksiyonel, %10'u disfonksiyonel, ilkokul mezunlarının %96,2'si aile işlevselliğini fonksiyonel, %3,8'i disfonksiyonel, ortaokul mezunlarının %73,3'ü aile işlevselliğini fonksiyonel, %26,7'si disfonksiyonel, yüksek okul mezunlarının %100'ü aile işlevselliğini fonksiyonel olarak sınıflandırmaktadır. Yapılan analizde ilkokul ve ortaokul mezunu olanların aile fonksiyonelliği açısından okuma yazma bilmeyen ve sadece okuma yazması olanlara göre aile fonksiyonelliği açısından anlamlı derecede fonksiyonel olduğu görülmüştür (127). Yağcı ve ark. yaşlıların yaşam kalitesi üzerine yaptıkları araştırmada, eğitim düzeyi arttıkça yaşam kalitesinin de arttığı görülmüştür (131). Bu da kişilerin aile algısını etkileyebilir. Benzer çalışmalarda da bizim çalışmamızda olduğu gibi eğitim seviyesinin yükselmesi ile birlikte aile işlevselliğinin yükseldiği görülmüştür. Bu da eğitilmiş kişilerin aileleriyle ilişkilerinin daha iyi olduğunu, problem çözme becerilerinin daha yüksek olduğunu, duygularını daha iyi ifade edebildiklerini ve iletişimlerinin daha doğru olduğunu gösteriyor olabilir.

Katılımcıların çalışma durumlarıyla, ortalama AAÖ puanları karşılaştırıldığında; emeklilerin, işsizlere göre aile fonksiyonelliği açısından daha fonksiyonel olduğu bulunmuştur. Bunun nedenleri olarak; emeklilerin mesleki açıdan belli bir doyumluğa ulaştığı, çalışma hayatından yorulup dinlenme ihtiyacı duyduklarından, ekonomik olarak da işsizlere göre psikolojik açıdan daha rahat olduklarından aile ilişkilerini iyi yönetebildikleri ve aile fonksiyonelliklerinin daha iyi olduğu şeklinde açıklanabilir. Emekli olan kişiler, emekli olmadan önce kendini yeni statüsüne hazırlayarak, kendisi için uygun faaliyet alanlarını planlayabilir. Tüm yaşlılar için olmasa da bazıları açısından işsizlik ve hiçbir işte çalışmamış olma, kendilerini “yararsız” hissetmelerine neden olabilmektedir (129). Bu da kişilerin aile fonksiyonelliklerini olumsuz yönde etkilemektedir. Vera ve ark. Yaptıkları benzer bir çalışmada ise katılımcıların çalışma durumlarıyla aile fonksiyonelliği arasında bir

ilişki saptanmamıştır (127). Bu da farklı kültürlerin aileleriyle ilgili farklı beklentileri olmasıyla ilgili olabilir.

Araştırmaya katılan kişilerin aylık gelir düzeyleri ile AAÖ toplam puanı arasındaki korelasyonda; pozitif yönde anlamlı, zayıf korelasyon bulundu. Katılımcıların aylık gelir düzeyleri sınıflamasıyla, ortalama AAÖ puanları karşılaştırıldığında; 1500-3000 TL gelir düzeyi olanların ortalama AAÖ puanları 0-500 TL gelir düzeyi olanlara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek saptandı. Ayrıca gelir düzeyi arttıkça ortalama AAÖ puanının da kademeli olarak arttığı görüldü. Katılımcıların gelir düzeyleriyle, AAÖ'ye göre aile fonksiyonelliği sınıflaması karşılaştırıldığında; gelir düzeyi sınıflaması yüksek olanlar, düşük olanlara göre, aile fonksiyonelliği açısından fonksiyonel bulunmuştur. Vera ve ark. Yaptıkları çalışmada katılımcılardan gelir düzeyi Brezilya'ya göre bir asgari ücretin altında olanların (<273\$) %84,6'sı aile işlevselliğini fonksiyonel, bir ile üç asgari ücretin arasında olanların (273\$-819\$) %90'ı aile işlevselliğini fonksiyonel, üç asgari ücretten fazla geliri olanların (>81\$) ise %92,9'u aile işlevselliğini fonksiyonel olarak sınıflandırmıştır. Yapılan analizde gelir düzeyi ile aile fonksiyonelliği arasında anlamlı bir ilişki saptanmasa da gelir seviyesi arttıkça kademeli olarak aile fonksiyonelliğinin arttığı görülmüştür (127). Literatürde bu konuyla alakalı geniş çapta başka çalışma bulunmamaktadır. Bizim çalışmamızda gelir düzeyinin artmasıyla beraber aile işlevselliğinin de yükseldiği görülmüştür. Bunun nedenleri arasında; ekonomik yönden sıkıntı yaşamayan kişilerin aileleriyle iletişimi ve birbirlerine davranış, tutumlarının daha iyi olması, para kazanma düşüncesinin hayattaki ilk öncelikleri olmadığı için ailesiyle daha fazla ve verimli vakit geçiriyor olması, ekonomik açıdan rahat olmanın vermiş olduğu rahatlıkla ailedeki insanların birbirlerine daha fazla zaman ayırabilmeleri, ekonomik nedenlerden kaynaklanan aile içi problemlerin az oluşu şeklinde sayılabilir.

Katılımcıların aile üyeleriyle ilişkilerini tanımlamalarıyla, ortalama AAÖ puanları ve AAÖ'ye göre aile fonksiyonelliği sınıflaması karşılaştırıldığında; aile üyeleriyle ilişkilerini tanımlama şekilleri yüksek olanlar, düşük olanlara göre, aile fonksiyonelliği açısından fonksiyonel bulunmuştur. Bu da kişilerin aileleriyle olan ilişkilerini kendileri açısından AAÖ ile örtüştüğünü göstermektedir. Bu durumun

nedenleri arasında; kişilerin kendi ailelerinin durumlarını iyi tespit etmeleri, bulundukları aile yapısını doğru şekilde analiz edebildikleri, AAÖ'nün de insanların aile fonksiyonlarını tespit için iyi bir araç olduğu şeklinde sayılabilir. Bu konuyla alakalı literatürde bir karşılaştırma yapılmamıştır. Daha fazla çalışmaya ihtiyaç olduğu aşikardır.

Katılımcıların evde kiminle yaşadıklarıyla, ortalama AAÖ puanları ve AAÖ'ye göre aile fonksiyonelliği sınıflaması karşılaştırıldığında; tek başına ve bakım evinde yaşayanlara göre, eşiyle veya çocuklarıyla beraber yaşayanlar aile fonksiyonelliği açısından daha fonksiyonel bulunmuştur. Bu da ailenin insan hayatındaki önemini göstermektedir. Bir başka çalışmada katılımcılardan yalnız yaşayanların %69,2'si aile işlevselliğini fonksiyonel, %30,8'i disfonksiyonel, eşiyle beraber yaşayanların %95,2'si aile işlevselliğini fonksiyonel, %4,8'i disfonksiyonel, sadece çocuklarıyla yaşayanların %95,2'si aile işlevselliğini fonksiyonel, %4,8'i disfonksiyonel, eşi ve çocuklarıyla beraber yaşayanların %90,9'u aile işlevselliğini fonksiyonel, %9,1'i disfonksiyonel, çocukları, eşi ve diğer başka kişilerle beraber yaşayanların ise %90,6'sı aile işlevselliğini fonksiyonel, %9,4'ü disfonksiyonel olarak bulunmuştur. Yapılan analize göre yalnız yaşayanların diğer gruplara göre aile fonksiyonelliği açısından daha disfonksiyonel çıktığı görülmüştür (127).

Brezilya'da yapılan çalışmayla uyumlu olarak bizim çalışmamızda da yalnız yaşayan bireylerin aile işlevselliği açısından daha fazla disfonksiyonel olduğu görüldü. Bunun nedenleri arasında; yalnız yaşayanların psikososyal olarak hayatlarında eksiklik hissetmeleri, herhangi bir şeye ihtiyaç duyduklarında samimi bir şekilde yardım edecek kimse bulamamaları, dertleşmek istediklerinde yanlarında kimsenin olmayışı ve birinci derece aile fertlerinin insan hayatındaki önemi, kişinin ve özellikle yaşlıların en iyi yardımı ailelerinden görüyor olmaları şeklinde sayılabilir. Yaşlıların sağlık algıları ile alakalı yapılan bir çalışmada, "yaşlılar nerede kalmalı?" sorusuna %79,5'i yaşlıların evde çocukları ile birlikte yaşamasından yana oldukları bulunmuş olup, %8,8'inin ise huzurevinde ve bakım evlerinde kalmalı şeklinde cevap verdikleri görülmüştür (133). Ülkemizde yaşlıların bakım gereksinimlerine yanıt vermek amacıyla yaşlılara götürülen hizmetler arasında kurum bakımı da yer almaktadır. Ancak, kurum bakımı yaşlılar tarafından fazla

benimsenmemekte, genellikle zorunluluğa dayalı bir kalış söz konusu olduğundan, kendilerini yalnız ve terk edilmiş hissettiklerini belirtmektedirler. Bu durumda aile yaşlılar açısından destek sağlayan en önemli araç durumuna gelmektedir (134).

Katılımcılara son bir yıl içinde hastanede yatıp yatmadıkları soruldu ve buna göre AAÖ'ye göre aile fonksiyonelliği sınıflaması yapıldı. Son bir yıl içerisinde hastanede yatış durumunun katılımcıların AAÖ skorunu etkilemediği görüldü. Daha önce yapılan bir çalışmada katılımcılardan son bir yıl içinde hastanede yatanların %94,1'inin son bir yıl içinde hastanede yatmamış olanların ise %87,9'unu aile işlevselliği fonksiyonel olarak bulunmuştur. Yapılan analize göre hastanede yatma durumuyla aile fonksiyonelliği arasında bir ilişki saptanmamıştır (127). Hastanede yatan kişilerin refakatçilerinin çoğunlukla ailelerinden bir kişi olmasından dolayı, ailelerine karşı ilgi ve tutumlarının normale göre artması ve aile işlevselliğinin daha iyi algılanmasına neden olmuş olabilir. Bu konuda daha fazla bireyi kapsayan, geniş kapsamlı çalışmalara ihtiyaç duyulacağı görüşündeyiz.

Katılımcılardan son bir yıl içerisinde hastanede yatanların refakatçi durumlarıyla, ortalama AAÖ puanları karşılaştırıldığında refakatçisi arkadaşları olanların dışında kalanların ortalama AAÖ puanı, refakatçisi bakım evi personeli olanların ortalama AAÖ puanlarına göre aile fonksiyonelliği açısından yüksek saptandı. Nitekim Husaini, Moore ve Cain 60 yaş ve üzeri bireylerde yürüttükleri çalışmalarında bireylerin herhangi bir sorunları olduğunda bunu öncelikli olarak eş ya da yakın akrabalarıyla, sonra yakın arkadaşlarıyla paylaştıklarını saptamışlardır (135). Çalışmalarda da ortak olarak görüldüğü üzere yaşlı kişiler yalnız yaşamak istememektedir. Bunun nedenleri arasında; bakım evinde kalanların aileleriyle ilişkilerinin zayıf olması, hastanede kalma sürecinde bakım evi personellerinden bekledikleri yakınlığı görmüyor olmaları, duygusal ve psikolojik olarak çökkün duruma girmeleri, fonksiyonelliği yüksek çıkan kişilerin ailelerinin yanında olmasından dolayı onlara karşı minnet duymaları ve onlara karşı duygu ve tutumlarının olumlu anlamda değişmesi, hastanede ailesiyle zaman geçirirken ailesi yanında olmayanları görüp kendisinin bu konuda şanslı olduğunu düşünmesi olarak sayılabilir.

Katılımcıların sigara içme durumlarıyla ortalama AAÖ puanı karşılaştırıldığında; sigara içmeyenlerle içenler arasında AAÖ puanına göre aile fonksiyonelliği açısından bir fark saptanmadı. 65 yaş üstü bireylerin sigara içme gibi davranışlarının aile işlevselliğini değerlendirme üzerinde bir etkisinin olmadığı görülmüştür.

Katılımcıların kronik hastalık ve komorbidite varlığıyla, ortalama AAÖ puanı karşılaştırıldığında; kronik hastalıkları ve komorbiditesi olanlarla olmayanlar arasında aile işlevselliği açısından aralarında anlamlı bir fark saptanmadı. Vera ve ark.'nın çalışmalarında da kronik hastalık varlığıyla AAÖ arasında fonksiyonellik açısından bir fark saptanmamıştır (127). Bunun nedenleri arasında; kronik hastalıkların aile içi durumları ve yakınlığı azaltmadığı, hastalık durumlarında aile içi bireylerin birbirine ilgi göstermesinin artmış olabileceği, kronik hastalıktan dolayı kişilerin aile bireyelerine normalde davrandıklarından daha iyi ve ilgili davranış ve tutum içine girdiği söylenilebilir. Yaşlıların yaşam kalitesini inceleyen bir araştırmada, kronik hastalığa sahip olan yaşlılarda yaşam kalitesinin kötüleştiği bulunmuştur (131). Yaşlılar üzerine yapılan araştırmalarda, yaşam koşullarının iyileşmesi, ömür beklentisinin artmasına bağlı olarak yaşlı bakımında ailenin rolü üzerinde durulmaktadır. Yaşlıların aileleri ve toplum tarafından daha fazla desteklenmeleri önem kazanmaktadır (129).

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Çalışmamızın sonuçlarına göre; yaşın artmasıyla aile işlevselliğinin düştüğü, erkeklerin kadınlara göre; evli olanların, bekar ve dullara göre; emeklilerin işsizlere göre; aile üyeleriyle ilişkilerini tanımlama şekillerinin iyi olanların, kötü olanlara göre; eşi ve çocuklarıyla yaşayanların, bakımevinde ve tek yaşayanlara göre; son bir yıl içerisinde hastanede yatanların refakatçisinin akrabaları olanların bakım evi personeli olanlara göre; aile işlevselliği açısından daha yüksek işlevsel olduğu bulunmuştur. Ayrıca eğitim seviyesi ve gelir düzeyinin artmasıyla da aile işlevselliğinin kademeli olarak arttığı görülmüştür. Kronik hastalık varlığı ve komorbidite açısından ise aile işlevselliği ile bir ilişkisi olmadığı görülmüştür.

Türkiye ve Dünya nüfus dağılım oranlarının yaşlılar lehine arttığını ve doğumda beklenen ortalama yaşam sürelerinin arttığını göz önünde bulundurduğumuzda yaşlılara özgü hastalıklar ve sosyal problemler ile bunlara yönelik çözüm önerileri önem kazanmaya başlamıştır. DSÖ'nün yaşlı dostu birincil bakım merkezi konsepti kapsamında, birinci basamak sağlık hizmetlerinde 65 yaş ve üstü hastalar özellikle hızlı ve etkin şekilde birçok açıdan değerlendirilerek, gerekli hastalara ileri değerlendirme önerileri verilmesi gereklidir. Özellikle geriatrik yaş grubuyla daha çok karşılaşan ve hastaları daha yakından tanıma ve sürekli takip altında tutabilme imkanı olan aile hekimleri sayesinde bu problemlerin kontrolü konusunda daha çok yol kat edilebilir. Yaşlılığa bağlı sorunlar ve eşlik eden birden çok kronik hastalıklar yaşlı hastalara daha farklı ve özenli yaklaşım gerektirir. Aile hekimlerinin, yaşlı popülasyonun özelliklerinin bilincinde olması yaklaşımı olumlu yönde etkileyecek, izlem ve tedavi başarısını arttıracak ve tedavi maliyetlerini azaltacaktır. Aile hekimliği pratiğinde, yaşlıların biyopsikososyal özelliklerini gözeten bir bakış açısıyla, koruyucu hizmet olanaklarının sunulması, önde gelen problemlere yönelik, kanıta dayalı olan güncel önerilerin sunduğu müdahalelerle var olan sorunların geriletilmesi veya ilerlemesinin yavaşlatılmasına ihtiyaç vardır. Yaşlılarda yaşam kalitesini etkileyen faktörlerin ve bu faktörlerin yaşam kalitesi üzerine hangi doğrultuda etkilerinin olduğunun belirlenmesi, giderek artan yaşlı popülasyonun toplum içinde daha mutlu, sağlıklı olarak yaşayabilmelerine katkıda bulunması açısından oldukça büyük önem taşımaktadır. Böylece aile hekimlerinin

yaşlı değerlendirmelerinde bir geriatrik değerlendirme enstrümanı kullanmalarının gerekliliği gösterilmiştir. Bizim çalışmamızda kullanılan AAÖ de bu enstrümanlardan birisidir. Ayrıca birincil bakım hizmeti verilen her yerde, polikliniklerde ve ev ziyaretlerinde dahi kullanılabilir olması; hızlı ve kolay uygulanabilirliği; hastaları değerlendirirken belli standartların sağlanabilir olması kullanılan ölçeğin önemli özellikleridir.

Birinci basamak sağlık kurumları kolay ulaşılabilirliği, sağlık hizmetlerinde ilk temas noktası oluşu, kapsayıcı, birey merkezli, savunucu ve hastayla kendine özgü görüşme süreci özelliklerini yaşlı hasta görüşmesinde avantaj olarak kullanılmalıdır. Bunun için de özellikle kronik hastalığı olan yaşlıların aile işlevselliği öğrenilip bu konuyla alakalı bilgi sağlama, sosyal destek verme ve problem çözme konusunda hasta desteklenmelidir.

Çalışmaya ilişkin örneklem sayısının fazla ve geniş kapsamlı olmamasından dolayı elde edilen bulguları genellemek mümkün olmamaktadır. Bunu araştırmamızın kısıtlılığı olarak kabul edebiliriz. Ülkemizde yaşlı bireylerin aile fonksiyonelliğinin değerlendirildiği ilk çalışma olması ise bu araştırmanın en önemli üstünlüğüdür. Elde edilen yeni bilgilerin yaşlı bireylere sunulacak birinci basamak sağlık hizmetlerinde biyopsikososyal açıdan değerlendirme ve izlemde yararlı olacağı kanaatindeyiz.

7. KAYNAKLAR

1. McDaniel S, Campbell T, Hepworth J, Lorenz A. Birinci basamakta aileleri değerlendirmek için araçlar.“. Yaman H.2:28-41.
2. Bray J, Campbell T. The family's influence on health. Textbook of Family Medicine 7th ed Philadelphia, PA: Saunders Elsevier. 2007:25-6.
3. Campbell T, Larivaara P. Working with families. In “Textbook of Primary Medical Care”. (eds) Jones R, Britten N, Culpepper L, Gass D, Grol R, Mant D, Silagy C., Volume1, New York, Oxford University Press. 2004;299-303.
4. Yaman H, Akdeniz M. Aile yönelimli bakım.“. Birinci Basamakta Tanı ve Tedavi” içinde(eds) Bozdemir N, Kara İH Adana, Nobel Kitabevi. 2010:25-32.
5. McWhinney IR, Freeman T. The family in health and disease. In “Textbook of Family Medicine” 3th ed. New York, Oxford University Press. 2009; 217-248.
6. Çakmur H, Erem MT, Koç M, Ertekin V, Karşlıoğlu D, Kırığı D. Ca Tanısı Almış Geriatrik Olguların Demografik İncelemesi. Turkish Journal Of Geriatrics. 2000;3(1):11-4.
7. Tümerdem Y. Gerçek yaş (Real age). Turkish Journal of Geriatrics. 2006;9(3):195-6.
8. Physicians AAoF. Recommended curriculum guidelines for family medicine residents: Care of older adults. 2008.
9. Organization WH. World report on ageing and health. Geneva: World Health Organization. 2015.
10. Akgün S, Bakar C, Budakoğlu İ. Dünya’da ve Türkiye’de yaşlı nüfus eğilimi, sorunları ve iyileştirme önerileri. Türk Geriatri Dergisi. 2004;7(2):105-10.
11. Rakel RE, Rakel D. Textbook of family medicine: Elsevier Health Sciences; 2011.
12. Smilkstein G. The Family APGAR: A proposal for family function test and its use by physicians. The Journal of family practice. 1978.
13. Beğer T, Yavuzer H. Yaşlılık ve yaşlılık epidemiyolojisi. Klinik gelişim. 2012;25(3):1-3.
14. King M, Lipsky MS. Clinical implications of aging. Disease-a-month: DM. 2015;61(11):467-74.

15. Fillit HM, Rockwood K, Young JB. Brocklehurst's textbook of geriatric medicine and gerontology: Elsevier Health Sciences; 2016.
16. Troen BR. The biology of aging. Mount Sinai Journal of Medicine. 2003;70(1):3-22.
17. Steves CJ, Spector TD, Jackson SH. Ageing, genes, environment and epigenetics: what twin studies tell us now, and in the future. Age and ageing. 2012;45(5):657-667.
18. Savaş S, Akçiçek F. Kapsamlı geriatrik değerlendirme. Ege Tıp Dergisi. 2010;49(10):1000-1005.
19. Atak H. Kimlik gelişimi ve kimlik biçimlenmesi: Kuramsal bir değerlendirme. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar. 2011;3(1):1-10.
20. Elkind D. Erik Erikson: İnsanda Gelişimin Sekiz Evresi. A Dönmez, Dü) Dialogue. 1978;11(1):3-13.
21. Buz S. Yaşlı Bireylere Yönelik Yaş Ayrımcılığı. Electronic Journal of Social Sciences. 2015;14(53):1000-1005.
22. Arun Ö. Yaşlı Bireyin Türkiye Serüveni: Kaliteli Yaşlanma İmkânı Üzerine Senaryolar. Gaziantep University Journal of Social Sciences. 2009;7(2):313-330.
23. Kutsal YG. Neden Geriatri. Turkish Journal of Physical Medicine & Rehabilitation/Türkiye Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Dergisi. 2009;55:1-10.
24. Öztop H. Yaşlı Kadınların Ekonomik ve Psiko-Sosyal Sorunları. Türkiye Geriatri Dergisi. 2009;13(1):1-10.
25. Akdemir N, Çınar Fİ, Görgülü Ü, Ankara GÜHY. Yaşlılığın Algılanması ve Yaşlı Ayrımcılığı. Turkish Journal of Geriatrics. 2007;10(4):215-22.
26. Özdemir Ö, Bilgili N. Sağlık hizmetlerinde yaşlı ayrımcılığı. Gülhane Tıp Dergisi. 2014;56:128-31.
27. Arıoğlu S., Geriatri'ye Giriş, in Hacettepe İç Hastalıkları, Editör Ü. Yasavul. 2003: Ankara 809-811.
28. Beard JR, Bloom DE. Towards a comprehensive public health response to population ageing. Lancet (London, England). 2015;385(9968):658-61.
29. <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=24644>. erişim tarihi: 05.04.2017.

30. <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=16057>. erişim tarihi: 13.04.2017.
31. Avcı S. Türkiye’de 65 ve Üzeri Yaştaki Nüfusun Gelişimi ile Mekansal Dağılışı. 2014.
32. <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=15844>. erişim tarihi: 08.08.2017.
33. Gökçe-Kutsal Y. Yaşlanan Dünyanın Yaşlanan İnsanları (The Aging World’s Aging People). Geriatri Türk Tabipler Birliği Yayınları, Ankara. 2007:13-9.
34. Organization WH. Health21: the health for all policy framework for the WHO European region. Health21: the health for all policy framework for the WHO European region. 1999.
35. Sektörler S, Müdürlüğü KG. Türkiye’de yaşlıların durumu ve yaşlanma ulusal eylem planı. Ankara, Devlet Planlama Teşkilatı. 2007.
36. Bakanlığı AB. Avrupa Aktif Yaşlanma ve Nesillerarası Dayanışma Yılı Hakkında Bilgi Notu. Avrupa Birliği Bakanlığı Sosyal Bölgesel ve Yenilikçi Politikalar Başkanlığı, Ankara. 2012.
37. World Health Organisation, Noncommunicable Disease Prevention and Health Promotion Department, Ageing and Life Course. Active Ageing, A Policy Framework, Geneva: World Health Organization, 2002;12-16.
38. Öztekin Z, Akdur R, Aycan S. Herkese Sağlık Türkiye’nin Hedef Ve Stratejileri (Sağlık 21). Ankara, T.C. Sağlık Bakanlığı: Barok Matbaacılık; 2001: 68-69.
39. <https://eyh.aile.gov.tr/duyurular/turkiyede-yaslilarin-durumu-ve-yaslanma-ulusal-eylem-planı-uygulama-programinin-guncel-maddeleri>. erişim tarihi:17.04.2017.
40. Enstitüsü Hüne. Türkiye’nin Demografik Dönüşümü. Doğurganlık, Aile Planlaması, Anne-Çocuk Sağlığı ve Beş Yaş Altı Ölümlerdeki Değişimler. 1968;2008.
41. http://kronikhastaliklar.thsk.saglik.gov.tr/dosya/Syep_Kitap.pdf. erişim tarihi:18.04.2017.
42. http://geriatri.org.tr/pdf/Uluslararası_destekli_kurslar.pdf. erişim tarihi: 18.04.2017.
43. <https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/t3.pdf>. erişim tarihi: 18.04.2017.

44. Uçku R. Evde Bakım Özel Sektörün İlgisini Çeker mi. Toplum ve Hekim. 2011;26(3):193-8.
45. Çayır Y. Birinci basamakta evde sağlık hizmetleri: Neler yapabiliriz? Dicle Tıp Dergisi. 2013;40(2).
46. <https://www.saglik.gov.tr/TR> s-b-s-e-s-h-u-u-v-e-h-yh. erişim tarihi: 18.04.2017.
47. Öz F, Svift J. Yaşamın son evresi: yaşlılık psikososyal açıdan gözden geçirme. Kriz dergisi. 2002;10(2):17-28.
48. Arulat T. Aile Hekimlerinin Birinci Basamakta Yaşlı Hasta Değerlendirmesindeki Sorunlar. Akademik Geriatri Kongresi Antalya, Kongre Kitabı. 2009;2009:17-22.
49. Duranay M. Hipertansif yaşlı izlemi ve tedavisinde özellikler. Akademik Geriatri Kongre Kitabı 2009: 23-30.
50. Ersan T. Arıoğlu S. Yaşlılarda fizyolojik değişiklikler Hacettepe Tıp Derg. 2002;33(2):68-72.
51. Taşkın SDHFM, Toygar N. Geriatriye ağız fizyolojisi.
52. Güneş D. Yaşlıların İlaç Kullanımı Konusundaki Bilgileri ve Etkileyen Faktörlerin Değerlendirilmesi 2014.
53. Çivi S, MZ T. Yaşlılarda bağımlılık ve fiziksel yetersizlik düzeyleri ile kronik hastalıkların prevalansını saptamaya yönelik epidemiyolojik çalışma. Türk Geriatri Dergisi. 2000;3(3):85-90.
54. Birnbaumer D. Geriatrics: unique concerns. Emergency medicine: concepts and clinical practice 3rd ed St Louis: Mosby. 1998:162-8.
55. Strange GR, Chen EH, Sanders AB. Use of emergency departments by elderly patients: projections from a multicenter data base. Annals of Emergency Medicine. 1992;21(7):819-24.
56. Doğan A, Dönmez B, Nakipoğlu G, Özgirgin N. Geriatrik inmeli hastalarımızda eşlik eden sistemik hastalıklar ve komplikasyonlar. Turkish Journal of Geriatrics. 2009;12(3):118-23.
57. Bakımı KFYHH. Geriatrik Hasta ve Sorunları Sempozyumu, 12-13 Kasım 1998. İstanbul; 1998.

58. Miller KE, Zylstra RG, Standridge JB. The geriatric patient: a systematic approach to maintaining health. American Family Physician. 2000;61(4):1089-104.
59. Kinsella K, Wan H. An Aging World: 2008 (International Population Reports, P95/09-1). Washington, DC: US Government Printing Office. 2009.
60. Yaman H, Akdeniz M, Howe J. GeroFam Kavramı: Önümüzdeki Demografi k Değişime Yönelik Bir Çözüm Önerisi. GeroFam. 2010;1(1).
61. Gorman LM, Sultan D, Luna-Raines M. Davis's manual of psychosocial nursing in general patient care: FA Davis Company; 1996.
62. http://www.who.int/nmh/publications/ncd_report2010/en/. erişim tarihi: 25.04.2017.
63. Pınar R. Türkiye’de evde bakımda mevcut durum. Akademik Geriatri Dergisi. 2010;153-6.
64. İncirkuş K, Nahcivan N. Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme Ölçeği- Hasta Formu'nun Türkçe Versiyonunun Geçerlik ve Güvenirliği. 2011.
65. http://www.who.int/nmh/publications/ncd_profiles_report.pdf. erişim tarihi: 25.04.2017.
66. Durna Z, Akın S. Kronik Hastalıklar ve Bakım2012. 37-45 p.
67. Organization WH. Global health risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risks: World Health Organization; 2009.
68. <https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/t13.pdf>. erişim tarihi: 24.04.2017.
69. Özdemir Ü, Taşcı S. Kronik Hastalıklarda Psikososyal Sorunlar ve Bakım. ERÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi. 2013;1(1):57-72.
70. Çam O, Saka Ş, Gümüş AB. Meme Kanseri Hastalarının Psikososyal Uyumlarını Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. Meme Sağlığı Dergisi/Journal of Breast Health. 2009;5(2).
71. Stead LF, Bergson G, Lancaster T. Physician advice for smoking cessation. The Cochrane Library. 2008.
72. Buchanan A. Managing chronic disease. Bmj. 1999;318:1090-1.
73. Avrupa W. aile hekimliği Avrupa tanımı Türkçe çevrisi. Basak O. Saatçi E.(Eds). Türkiye aile hekimliği uzmanlık derneği yayınları no: 4. 2011. 2005.

74. Spalding MC, Sebesta SC. Geriatric screening and preventive care. American family physician. 2008;78(2).
75. Senol Y, Akdeniz M. Yaşlılık ve Koruyucu Tıp. GeroFam. 2010;1(1).
76. Europe W. The European definition of general practice/family medicine. Barcelona: WONCA Europe. 2002.
77. Gallucci M, Ongaro F, Amici G, Regini C. Frailty, disability and survival in the elderly over the age of seventy: evidence from “The Treviso Longeva (TRELONG) Study”. Archives of gerontology and geriatrics. 2009;48(3):281-3.
78. Yin D, Chen K. The essential mechanisms of aging: Irreparable damage accumulation of biochemical side-reactions. Experimental gerontology. 2005;40(6):455-65.
79. Yılmaz G. Kazan-Tatar Türkçesindeki aile ve akrabalık konulu atasözleri. Niğde Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi; 2013.
80. http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com_gts&kelime=GA%C4%B0LE. erişim tarihi: 31.05.2017.
81. Özabacı N, Erkan Z. Aile Danışmanlığı Kuram ve Uygulamalara Genel Bir Bakış Ankara Pegem Akademi; 2013.
82. McGoldrick M, Giordano J, Garcia-Preto N. Ethnicity and Family Therapy. Third Edition ed. 72 Spring Street, New York: The Guilford Press; 2005.
83. S. N. Aile Danışmanlığı. 7 ed. Ankara: Anı Yayıncılık; 2011.
84. Sabatelli RM, Bartle SE. Survey approaches to the assessment of family functioning: Conceptual, operational, and analytical issues. Journal of Marriage and the Family. 1995:1025-39.
85. Aslan K. Değişen Toplumda Aile Ve Çocuk Eğitiminde Sorunlar. Ege Eğitim Dergisi. 2002;1(2).
86. http://www.1001kitap.com/Bilim/Mahmut_Tezcan/turk_ailesi_antropolojisi/. erişim tarihi: 27.05.2017.
87. Kır İ. Toplumsal Bir Kurum Olarak Ailenin İşlevleri. Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi. 2011;36(36).
88. Erden M. Öğretmenlik Mesleğine Giriş, İstanbul: Alkım Yayıncılık. 1998.

89. İbrahim K. Toplumsal bir kurum olarak ailenin işlevleri. Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi. 2011;36(36).
90. Ozankaya Ö. Toplum ve Bilim. 6 ed. İstanbul: Tekin Yayınevi; 1986. 292 p.
91. Evans BJ, Rowlands G. Correctable visual impairment in older people: a major unmet need. Ophthalmic and Physiological Optics. 2004;24(3):161-80.
92. Dikeçligil B, Çiğdem A. Aile Yazıları-1 Temel Kavramlar, Yapı ve Tarihi Süreç. Ankara: Yücel Ofset; 1991.
93. Kızılaslan N. Kente Uzaklığın Kırsal Aile Yapısına Etkileri. Uluslararası Yönetim İktisat ve İşletme Dergisi. 2012;2(3):141-62.
94. Çelik C. Değişim Sürecinde Türk Aile Yapısı ve Din Paradigmatik Anlam ve İşlev Farklılaşması. Dergi Karadeniz. 2000;8(8):25-35.
95. Könezoglu B. Aile ve Ailenin Korunması. Ankara Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Özel Hukuk (Medeni Hukuk) Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Ankara. 2006.
96. Sağ V. Tarihsel Süreç İçerisinde Türk Kadını ve Atatürk. CÜ İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi. 1 (2):9-23.
97. Eyce B. Tarihten Günümüze Türk Aile Yapısı. Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler MYO Dergisi. 2000;1(4):223-44.
98. Gökçe B. Aile ve aile tipleri üzerine bir inceleme. Hacettepe Sosyal ve Beşeri Bilimler Dergisi. 1976;8(12):46-7.
99. Erder N, Erder T. Türkiye’de ailenin değişimi: toplumbilimsel incelemeler: Türk Sosyal Bilimler Derneği; 1984.
100. Özbek V, Koç F. Kırsal Kesimde ve Kentlerde Yaşayan Ailelerin Dayanıklı Tüketim Malları Satın Alma Kararlarının Karşılaştırılmasına Yönelik Bir Araştırma Balıkesir Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi. 2009 Cilt 12(Sayı 21):139-56.
101. Merter F. 1950-1988 yılları arasında köy ailesinde meydana gelen değişimler: Malatya örneği: TC Başbakanlık Aile Araştırma Kurumu Başkanlığı; 1990.
102. Uysal A. Dünyada yaygın bir sorun: Yaşlı istismarı ve ihmali. Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi. 2002;5(5).

103. Uncu Y, Özçakır A, Sadıkoğlu G, Alper Z, Özdemir H, Bilgel N. Bursa huzur evi yaşlılarının sosyodemografik özellikleri ve sağlık taraması sonuçları. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*. 2002;28(3):65-9.
104. Gitmez K. Yaşlıların Farklı Kentsel Koşullarda Yaşam Uyumları, Eğilimleri, Tutum ve Davranışları. *Yayınlanmamış Doktora Tezi*, Ankara, Ankara Üniversitesi. 2000.
105. Atalay B. Türk aile yapısı araştırması: TC Başbakanlık Gnl. Md. Araş. Dai.; 1992.
106. Danış AGMZ. Yaşlılık, Yoksulluk ve Yalnızlık.
107. Riley S. A Strategic Family Systems-Approach To Art-Therapy With Individuals. *American Journal of Art Therapy*. 1990;28(3):71-8.
108. Townsel KT. Mentoring African American Youtgh. Preventing School Failure: Alternative Education for Children and Youth. 1997;41(3):125-7.
109. Baran AG. Türkiye'de Aile İçi İletişim ve İlişkiler Üzerine Bir Model Denemesi. *Hacettepe Üniversitesi Türkiyat Araştırmaları Derneği*. 2005(1):31-41.
110. Hallaç S, Öz F. Aile kavramına kuramsal bir bakış. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*. 2014;6(2).
111. Yavuzer H. Evlilik Okulu. İstanbul: Remzi Kitabevi; 2004.
112. Textor MR. The'Healthy' Family. *Journal of Family Therapy*. 1989;11(1):59-75.
113. Potter PA, Perry AG, Stockert P, Hall A. *Fundamentals of Nursing-E-Book*: Elsevier Health Sciences; 2016.
114. Gulerce A. Türkiye'de ailelerin psikolojik oruntuleri [Psychological patterns of family in Turkey]. İstanbul: Bogazici Universitesi Matbaasi; 1996.
115. Aile T, Bakanlığı SP. Türkiye'de Aile Yapısı Araştırması 2011. Ankara, Afşaroğlu Matbaası. 2011.
116. Gökçe B. Türkiye'nin toplumsal yapısı ve toplumsal kurumlar: Savaş Yayınevi; 1996.
117. Duyan G. Aile işlevleri ile ailenin sosyal, demografik ve ekonomik nitelikleri ve yaşam döngüsü arasındaki ilişkiler (Yüksek lisans tezi, Hacettepe Üniversitesi, Ankara). *Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi*, Hacettepe

Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sosyal Hizmet Anabilim Dalı, Ankara. 2000.

118. Şener A. Ailede eşler arası uyuma etki eden faktörlerin araştırılması: Başbakanlık aile araştırma kurumu başkanlığı; 2002.
119. Miller P. Gelişim Psikoloji Kuramları (Çeviri Ed. B Onur). Ankara, İmge Kitapevi. 2008.
120. Campbell T. Family stress. Textbook of Family Medicine”(ed) Rakel RE 5th ed Philadelphia, WB Saunders. 1995:35-8.
121. Sawa R. Incorporating the family into medical care. Canadian Family Physician. 1988;34:87.
122. Bozdemir N, Kara İH. Birinci basamakta tanı ve tedavi: Nobel Kitabevi; 2010.
123. Özcan S, Duyan V, İncecik Y. Aile Hekimliği’nde Aile APGAR Ölçeği’nin Kullanımı: Türkçeye Uyarlama Çalışması. The Journal of Turkish Family Physician. 2011;2(3):30-7.
124. https://ag.purdue.edu/agecon/PIFF/Documents/family_apgar.pdf. erişim tarihi: 20.09.2017.
125. Ivania V, Lucchese R, Munari DB, Nakatan AYK. Índex APGAR de Família na avaliação de relações familiares do idoso: revisão integrativa. 2014.
126. Chaves CB, Amaral OP, Nelas PA, Coutinho EC, Dionisio RM. Assessment of family functionality among the elderly with chronic illness. The European Journal of Counselling Psychology. 2013;2(2).
127. Vera I, Lucchese R, Nakatani AYK, Pagotto V, Montefusco SRA, Sadoyama G. Family functionality in oldest old household residents. Revista brasileira de enfermagem. 2015;68(1):68-75.
128. Silva MJd, Victor JF, Mota FRdN, Soares ES, Leite BMB, Oliveira ET. Analysis of psychometric properties of family APGAR with elderly in northeast Brazil. Escola Anna Nery. 2014;18(3):527-32.
129. İçli G. Yaşlılar ve yetişkin çocuklar. Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi. 2008;1(1):29-38.
130. People AO. Yaşlılarda Yalnızlık Algısı ve Yaşam Doyumu. Sahibi/Owner.60.

131. Altuğ F, Yağcı N, Kitiş A, B ker N, Cavlak U. Evde yaşayan yaşlılarda yaşam kalitesini etkileyen faktörlerin incelenmesi. Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi. 2009;2(1):48-60.
132. Page RM, Cole GE. Demographic predictors of self-reported loneliness in adults. Psychological Reports. 1991;68(3):939-45.
133. Altay B,  avuřođlu F,  al A. Yaşlıların sağlık algısı, yaşam kalitesi ve sağlıkla ilgili yaşam kalitesini etkileyen faktörler. TAF Prev Med Bull. 2016;15(3):181.
134.  cli G. Huzurevinde Kalan Yaşlılar  zerine Bir Araştırma. Sosyoloji Araştırmaları Dergisi, Sosyoloji Derneği, Türkiye. 2004.
135. Husaini BA, Moore ST, Cain VA. Psychiatric symptoms and help-seeking behavior among the elderly: An analysis of racial and gender differences. Journal of Gerontological Social Work. 1994;21(3-4):177-96.

8. EKLER

EK 1. Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurul Kararı



ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU



KARAR

ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
	AÇIK ADRESİ:	Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı
	TELEFON	+90 442 234 65 11
	FAKS	+90 442 236 09 68
	E-POSTA	atatipetikkurul@gmail.com
SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI		Arş.Gör.Dr.Beytullah İsmet DEMİRHAN
ARAŞTIRMACININ AÇIK ADI		65 Yaş Üstü Kronik Hastalığı Olan Bireylerde Aile Fonksiyonelliğinin Aile APGAR'ı İle Değerlendirilmesi
KARAR BİLGİLERİ	Toplantı Sayısı: 1 Karar No: 11	Tarih: 23.02.2017
	Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın/çalışmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve çalışmanın bütçesinin kendisi tarafından karşılanması koşulu ile yapılmasında bilimsel ve etik açıdan sakınca olmadığına oy birliği ile karar verildi. Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik kapsamında yer alan araştırmalar/çalışmalar için Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu'ndan izin alınması gerekmektedir. Araştırmacıya çalışmalarında başarılar dileriz.	

Prof.Dr.Zeynep ÇAKIR
Etik Kurul Başkanı

Prof.Dr.Mustafa GÜL
Üye

Prof.Dr.Hamidullah UYANIK
Üye

Prof.Dr.Zekai HALICI
Üye

Yrd.Doç.Dr.İlker İNCE
Üye

Yrd.Doç.Dr.Bimali FIRINCI
Üye

Yrd.Doç.Dr.Zahide KOŞAN
Üye

Emrah MELETLİOĞLU
Üye



**ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ TIP
FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR
ETİK KURULU**



Bölümü : Dekanlık
Servisi : Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
Sayı : B.30.2.ATA.0.01.00/21
Konu : Etik Kurul Kararı

23.02.2017

Sayın: Arş.Gör.Dr.Beytullah İsmet DEMİRHAN
Aile Hekimliği Anabilim Dalı
Araştırma Görevlisi

Değerlendirilmek üzere Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'na başvuruda bulunduğunuz
“65 Yaş Üstü Kronik Hastalığı Olan Bireylerde Aile Fonksiyonelliğinin Aile APGAR'ı
İle Değerlendirilmesi” isimli bilimsel tez çalışmasına ait Kurul Kararı ekte sunulmuştur.

Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik kapsamında yer alan araştırmalar/çalışmalar
için Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu'ndan izin alınması gerekmektedir.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Prof.Dr.Zeynep ÇAKIR
Etik Kurul Başkanı

Eki :
1 Adet Etik Kurul Kararı

EK 2. Sağlık Bakanlığı İzni



T.C.
ERZURUM VALİLİĞİ
Halk Sağlığı Müdürlüğü



Sayı : 38940367/604.02
Konu : Araştırma İzin Talebi (Doç. Dr.
Yasemin ÇAYIR)

ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE
(Personel Daire Başkanlığı)

Erzurum Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Doç. Dr. Yasemin ÇAYIR sorumluluğunda Araştırma Görevlisi Dr. Beytullah İsmet DEMİRHAN tarafından yapılmak istenen "65 Yaş Üstü Kronik Hastalığı Olan Bireylerde Aile Fonksiyonelliğinin Aile APGAR'ı İle Değerlendirilmesi" konulu araştırma için Müdürlüğümüzün görüşünün istendiği anlaşılmaktadır.

Konuya ilgili olarak, araştırma talepleri için oluşturulan komisyonun yapmış olduğu değerlendirme neticesinde,

Birinci basamak sağlık hizmetleri alanında yapılacak olan tüm araştırmalarda Tıbbi Deontoloji Tüzüğüne ve Hasta Hakları Yönetmeliğine uyulması gerekmektedir. Ayrıca, 25/01/2013 tarihli ve 28539 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanan Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği'nin 31 inci maddesi, 5 inci fıkrasında belirtilen "Aile hekimleri, bakmakla yükümlü olduğu vatandaşlara ait, bilgi sisteminde tuttuğu tüm verilerin ilgili mevzuatı çerçevesinde gizliliğini, bütünlüğünü, güvenliğini ve mahremiyetini sağlamakla yükümlüdür." hükmü ile 01/08/1998 tarihli ve 23420 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanan Hasta Hakları Yönetmeliği'nin "Bilgilerin Gizli Tutulması" başlıklı 23 üncü maddesi 1 inci fıkrasında belirtilen "Sağlık hizmetinin verilmesi sebebiyle edinilen bilgiler, kanun ile müsaade edilen haller dışında hiçbir şekilde açıklanamaz" hükmüne istinaden, aile hekimlerine kayıtlı nüfusla ilgili veriler şahsın veya yasal vasisinin izni olmadan üçüncü kişilerle paylaşılamaz. Bununla birlikte, aile sağlığı merkezinde gerçekleştirilecek olan araştırmalarda, aile sağlığı Merkezinin işleyişi ve güvenilirliğine zarar verilmemesi ve aile hekimleri ile aile sağlığı elemanlarının onayı çerçevesinde çalışma saatleri ve hizmeti aksatmadan bizzat araştırma sahibi tarafından araştırmanın yürütülmesi gerekmektedir. Eğitim aile sağlığı merkezinde yapılacak olan araştırmalarda ise, eğitim aile sağlığı merkezi çalışanlarının araştırmaya ilişkin bilgilendirilmesi uygun olacaktır. Ayrıca kişilerin kimlik bilgilerini ortaya çıkarabilecek sorulardan kaçınılması, katılımcının hizmet aldığı aile sağlığı Merkezinin belirtilmemesi ve araştırmaya katılım gönüllülüğü esasına göre sağlanması gerekmektedir.

Bu değerlendirmeler doğrultusunda yukarıda yer alan ilkelere bağlı kalmak koşuluyla araştırma izin talebi uygun bulunmuştur. Tamamlanan araştırma raporu THSK'ye gönderilmek üzere iki nüsha olarak Müdürlüğümüze verilmesi gerekmektedir. İlgili kişiye durumun bildirilmesi hususunda;

Bilgilerinizi ve gereğini arz ederim.

e-imzalıdır.
Dr. Mahmut UÇAR
Halk Sağlığı Müdürü

Hastaneler Caddesi Halk Sağlığı Müdürlüğü A blok Yakutiye /ERZURUM

Bilgi için:Emine ŞAT CANCAN

Faks No:

Unvan:EBE

e-Posta:Emine.Sat@saglik.gov.tr İnt.Adresi: Emine ŞAT CANCAN

Telefon No:444 34 76- Dahili : 2525

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 3d3784b5-7d03-4040-98d9-aa3d7a2149b3 kodu ile erişebilirsiniz. Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

EK 4. Aile APGAR Ölçeği

AİLE APGARI

Sıra No	CÜMLELER	Neredeyse Her Zaman	Bazen	Neredeyse Hiçbir Zaman
1.	Bir sorunum olduğunda, ailemden yardım alabiliyor olmamdan memnunum.	2	1	0
2.	Ailemin benimle konuşma ve problemleri paylaşma şeklinden memnunum.	2	1	0
3.	Ailemin yeni etkinliklere katılma veya yönelme isteklerimi kabul etmesi ve desteklemesinden memnunum.	2	1	0
4.	Ailemin kızgınlık, üzüntü ve aşk gibi duygularıma ilgi ve tepki gösterme şeklinden memnunum.	2	1	0
5.	Ailemle birlikte vakit geçirme şeklimizden memnunum.	2	1	0

TOPLAM PUAN:

FONKSİYONELLİK:

1-Şiddetli disfonksiyonel(0-3)

2-Orta derecede disfonksiyonel(4-7)

3-Yüksek fonksiyonel(8-10)

EK 4. Aydınlatılmış Onam Formu

	ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU	
---	--	---

LÜTFEN BU DÖKÜMANI DİKKATLİCE OKUMAK İÇİN ZAMAN AYIRINIZ

Sizi Beytullah İsmet Demirhan tarafından yürütülen “65 Yaş Üstü Kronik Hastalığı Olan Bireylerde Aile Fonksiyonelliğinin Aile AGAR’ı İle Değerlendirilmesi” amacı olan **araştırmaya** davet ediyoruz. Bu araştırmaya katılıp katılmama kararını vermeden önce, araştırmanın neden ve nasıl yapılacağını bilmeniz gerekmektedir. Bu nedenle bu formun okunup anlaşılması büyük önem taşımaktadır. Eğer anlayamadığınız ve sizin için açık olmayan şeyler varsa, ya da daha fazla bilgi isterseniz bize sorunuz.

Bu çalışmaya katılmak tamamen **gönüllülük** esasına dayanmaktadır. Çalışmaya **katılmama** veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmadan **çıkma** hakkında sahipsiniz. **Çalışmayı yanıtlamanız, araştırmaya katılım için onam verdiğiniz** biçiminde yorumlanacaktır. Size verilen **formlardaki** soruları yanıtlarken kimsenin baskısı veya telkini altında olmayın. Bu formlardan elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacaktır.

1. Araştırmayla İlgili Bilgiler: (Hastanın anlayabileceği bir dilde olmalıdır)

- a. Araştırmanın Amacı: Bu çalışmada aile hekimlerinin aile işlevlerini kısa sürede değerlendirebilmeleri için geliştirilmiş olan bir anket uygulanacaktır. Aile sağlığı merkezlerine kayıtlı 65 yaş üstü hastalığı olan bireylerde hastalıkları ile aile ilişkileri arasındaki durum araştırılması amaçlanmıştır.
- b. Araştırmanın İçeriği: Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi’ne bağlı beş adet Eğitim Aile Sağlığı Merkezi’ne kayıtlı 65 yaş üstü ve en az bir hastalığı olan ve çalışmaya katılmayı kabul eden tüm hastalar dahil edilecektir. Hastalara kendisine ait genel bilgiler ve 5 sorudan oluşan aile ilişkilerini değerlendiren bir ankete ait sorular sorulacaktır.. Kişiye ait isim, soyisim bilgileri alınmayacaktır. Çalışmaya psikiyatrik bozukluğu olanlar ve

bunama tanısı alanlar dahil edilmeyecektir. Çalışmaya dahil edilme kriterlerini karşılayanlara onam alındıktan sonra yüz yüze görüşme yöntemiyle anket uygulaması yapılacaktır.

- c. Araştırmanın Nedeni: ☐ Bilimsel araştırma ☐ Tez çalışması
- d. Araştırmanın Öngörülen Süresi: 6 ay
- e. Araştırmanın Yapılacağı Yer(ler): Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesine bağlı Üniversite Eğitim Aile Sağlığı Merkezi ve Dadaşkent Saltuklu Aile Sağlığı Merkezi birimleri.

2. Çalışmaya Katılım Onayı:

Yukarıda yer alan ve araştırmadan önce katılımcıya/gönüllüye verilmesi gereken bilgileri okudum ve katılmam istenen çalışmanın kapsamını ve amacını, gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları tamamen anladım. **Çalışma hakkında yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen araştırmacı tarafından yapıldı, soru sorma ve tartışma imkanı buldum ve tatmin edici yanıtlar aldım. Bana, çalışmanın muhtemel riskleri ve faydaları sözlü olarak da anlatıldı.** Bu çalışmayı istediğim zaman ve herhangi bir neden belirtmek zorunda kalmadan bırakabileceğimi ve bıraktığım takdirde herhangi bir olumsuzluk ile karşılaşmayacağımı anladım.

Bu koşullarda söz konusu araştırmaya kendi isteğimle, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Katılımcının (Kendi el yazısı ile)

Adı-Soyadı:

İmzası:

(Varsa) Velayet veya Vesayet Altında Bulunanlar İçin:

Veli veya Vasisinin (kendi el yazısı ile)

Adı-Soyadı:

İmzası:

Gerekliyse Olur İşlemine Tanık Olan Kişinin Adı

Adı-Soyadı:

İmzası:

Araştırmacının

Adı-Soyadı: Beytullah İsmet DEMİRHAN

İmzası:

Not: Bu form, iki nüsha halinde düzenlenir. Bu nüshalardan biri imza karşılığında gönüllü kişiye verilir, diğeri araştırmacı tarafından saklanır.