



**T.C.**

**VAN YÜZÜNCÜ YIL ÜNİVERSİTESİ**

**TIP FAKÜLTESİ**

**AİLE HEKİMLİĞİ POLİKLİNİĞİNE BAŞVURAN HASTALARDA  
AİLE FONKSİYONELLİĞİNİN AİLE APGAR SKORU İLE  
DEĞERLENDİRİLMESİ**

**Dr. Mehmet Tahir DÜNDAR**

**AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI**

**UZMANLIK TEZİ**

**TEZ DANIŞMANI**

**Dr. Öğr. Üyesi Mehmet Emin LAYIK**

**VAN-2022**

**T. C.**  
**VAN YÜZÜNCÜ YIL ÜNİVERSİTESİ**  
**TIP FAKÜLTESİ**

**AİLE HEKİMLİĞİ POLİKLİNİĞİNE BAŞVURAN HASTALARDA**  
**AİLE FONKSİYONELLİĞİNİN AİLE APGAR SKORU İLE**  
**DEĞERLENDİRİLMESİ**

**Dr. Mehmet Tahir DÜNDAR**  
**AİLE HEKİMLİĞİ ANA BİLİM DALI**  
**UZMANLIK TEZİ**

**TEZ DANIŞMANI**  
**Dr. Öğr. Üyesi Mehmet Emin LAYIK**

**VAN-2022**

## TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimi boyunca gerek bilgi gerek tecrübe anlamında her fırsatta faydalandığım, karşılaştığım her türlü güçlükte desteğini esirgemeyen, tezimin gerçekleşmesinde deneyimleri, bilimsel duruşu ve bakış açısıyla bana esin kaynağı olan saygıdeğer hocam ve tez danışmanlığımı yapan Dr. Öğr. Üyesi Mehmet Emin LAYIK'a;

Uzmanlık eğitimime katkılarından dolayı saygıdeğer hocam Prof. Dr. Hüseyin Avni ŞAHİN'e

Çok değerli aile hekimliği asistan arkadaşlarıma, bilhassa sevgili Tuncay, Hülya ve Barış'a

Kliniklerinde çalışmaktan mutluluk duyduğum, rotasyonlarım sırasında bilgi ve tecrübelerinden faydalandığım, tüm hocalarıma ve değerli asistan arkadaşlarıma;

Eğitim hayatım boyunca beni her zaman destekleyen, annem Fatma'ya, babam Ahmet'e, kardeşlerime ve ablalarıma teşekkür ederim.

Dr. Mehmet Tahir DÜNDAR

## ÖZET

**DÜNDAR M.T, Aile Hekimliği Polikliniğine Başvuran Hastalarda Aile fonksiyonelliğinin Aile APGAR Skoru ile Değerlendirilmesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, Van, 2022.**

**Giriş ve Amaç:** Aile tarih boyunca toplumun temel yapıtaşı olagelmıştır. Sosyal düzenin sağlıklı bir şekilde devam ettirilebilmesi, toplumdaki yozlaşmaların ve bozulmaların önlenmesi üzerinde etkili olduğu kadar kişinin ruhsal, bedensel ve sosyal sağlığı üzerine de oldukça etkilidir. Bu etkileşim karşılıklı olmaktadır. Aile, sağlıkla ilgili inanışların davranışların, stres ve duygusal desteğin ilk kaynağıdır. Aile sağlığının kişinin sağlığını etkilemesi gibi kişinin sağlığı da ailenin sağlığını etkilemektedir. Aile işlevselliğinin yüksek olmasının hem bireyin sağlığı üzerinde hem de genel olarak toplumun sağlığı üzerinde faydalı etkileri olacağı tahmin edilebilir. Sağlıklı ailelerin yapısını anlamak ve işlevsellik derecesini belirleyebilmek için pek çok ölçek geliştirilmiştir. Aile APGAR ölçeği de bu ölçeklerden biridir. Bu çalışmamızda uygulanması pratik ve kolay olan Aile APGAR Ölçeği ile aile hekimliği polikliniklerine başvuranların aile fonksiyonelliklerinin ölçülmesi ve bazı sosyodemografik özelliklerin ve kronik hastalıkların aile fonksiyonelliği üzerine olan etkilerinin sorgulanması amaçlanmıştır.

**Gereç ve Yöntem:** Çalışmamız, Van YYÜ Tıp Fakültesi Dursun Odabaş Tıp Merkezi Aile Hekimliği polikliniklerine başvuran 18-90 yaş erişkin gönüllülerin dahil edildiği 297 kişilik gruba demografik olarak yaş, cinsiyet, yaşadığı yer, kimlerle yaşadığı, eğitim durumu, medeni durum ve kronik hastalık durumunu sorgulayan 7 soru ile 5 maddeden oluşan Aile APGAR ölçeği doldurtularak anket çalışması şeklinde yapılmıştır. Bu şekilde toplanan veriler, istatistiksel analizler SPSS (ver. 20) paket programında incelenmiştir. Demografik sorulara ait verilerden kategorik değişkenler için tanımlayıcı istatistikler sayı ve yüzde; sürekli değişkenler için tanımlayıcı istatistikler ise minimum ve maksimum, medyan, ortalama standart sapma, olarak hesaplanmıştır. Gruplar ve kategorik değişkenler arasındaki ilişkiyi belirlemek için ise Ki-kare Testi yapılmıştır. İstatistiksel olarak önemlilik sınırı  $p < 0,05$  kabul edildi.

**Bulgular:** Çalışmaya toplam 297 kişi katıldı. Katılımcıların yaş ortalaması 33.76 idi. Katılımcıların, %57.2 (n=170)'si erkek, %42.8 (n=127)'i ise kadındır. Katılımcıların APGAR Ölçeği toplam puanı 7,7930(n=297) ve erkeklerde ortalama 7.8706 (n=170), kadınlarda ise 7.6929 (n=127)'dir. Çalışmamızın sonuçlarına göre; erkeklerin kadınlara göre aile fonksiyonelliği yüksek olmasına karşın anlamlı ilişki bulunmadı. Köyde yaşayanların; il ve ilçede yaşayanlara göre aile fonksiyonelliği anlamlı düşük bulundu ( $p < 0.05$ ) ve ilçede yaşayanların da ilde yaşayanlara göre düşüktü ama anlamlı bir ilişki bulunmadı. Genel toplumda olduğu gibi yaş arttıkça eğitim düzeyi anlamlı ölçüde düşmektedir ( $p < 0.05$ ) ama eğitim durumu ile aile fonksiyonelliği arasında ilişki anlamlı değil. Yaşam ortamı, medeni durum ve kronik hastalık ile aile fonksiyonelliği arasında anlamlı bir sonuç bulunmadı ( $p > 0.05$ ).

**Sonuç:** Çalışmamızda cinsiyet, yaş, eğitim düzeyi gibi değişkenlerin; yaşlı ve kronik hastalığı olan bireylerin aile fonksiyonelliğini anlamlı düzeyde etkilemediği ama yaşadığı yer (köy, ilçe, il) bakımından aile fonksiyonelliğini anlamlı düzeyde etkilediği bulundu. 18-90 yaş grubu ile daha çok karşılaşan ve hastaları daha yakından tanıma ve sürekli takip altında tutabilme imkânı olan aile hekimleri sayesinde aile fonksiyonelliği için daha çok yol kat edilebilir. Sadece hastalık üzerinden değil, hastalıklarını aile işlevleriyle beraber değerlendirilmesi gerekmektedir. Çalışmamızda görülen aile fonksiyonelliğini etkileyen değişkenler açısından köyde yaşayan bireylerin daha kapsamlı ve biyopsikososyal açıdan değerlendirilmesi faydalı olacaktır.

**Anahtar Kelimeler:** Aile APGAR ölçeği, Aile fonksiyonelliği, Biyopsikososyal, Aile Hekimliği



## ABSTRACT

**DÜNDAR M.T, Evaluation of Family Functionality with Family APGAR Score in Patients Applying to the Family Medicine Outpatient Clinic, Department of Family Medicine, Specialization Thesis, Van, 2022.**

**Introduction and purpose:** The family has been the basic building block of society throughout history. Maintaining the social order in a healthy way is effective not only on the prevention of corruption and deterioration in the society, but also on the mental, physical and social health of the person. This interaction is mutual. The family is the primary source of health beliefs, behaviors, stress, and emotional support. Just as family health affects one's health, one's health also affects the family's health. It can be predicted that high family functionality will have beneficial effects on both the health of the individual and the health of the society in general. Many scales have been developed to understand the structure of healthy families and to determine the degree of functionality. Family APGAR scale is one of these scales. In this study, it was aimed to measure the family functionality of those who applied to family medicine outpatient clinics and to question the effects of some sociodemographic characteristics and chronic diseases on family functionality with the Family APGAR Scale, which is practical and easy to apply.

**Materials and Methods:** Our study consisted of 7 questions about demographically age, gender, place of residence, living with whom, education level, marital status and chronic disease status in a group of 250 people, which included adult volunteers aged 18-90 years who applied to Van YYU Faculty of Medicine Dursun Odabaş Medical Center Family Medicine outpatient clinics. The Family APGAR scale, which consists of 5 items, was completed and made as a survey study. The data collected in this way were analyzed in the statistical analysis SPSS (ver. 20) package program. Descriptive statistics for categorical variables from demographic questions were numbers and percentages; Descriptive statistics for continuous variables were calculated as minimum and maximum, median, mean standard deviation. Chi-square test was used to determine the relationship between groups and categorical variables. Statistically significant limit of  $p < 0.05$  was accepted.

**Results:** A total of 297 people participated in the study. The mean age of the participants was 33.76. Of the participants, 57.2% (n=170) were male and 42.8% (n=127) were female. The total APGAR Scale score of the participants was 7.7930 (n=297), with an average of 7.8706 (n=170) for males and 7.6929 (n=127) for females. According to the results of our study; Although men had higher family functionality than women, no significant relationship was found. The people living in the village; Family functionality was found to be significantly lower than those living in the province and district ( $p < 0.05$ ), and those living in the district were also lower than those living in the province, but no significant relationship was found. As in the general population, the level of education decreases significantly as age increases ( $p < 0.05$ ), but the relationship between education status and family functionality is not significant. There was no significant difference between living environment, marital status and chronic disease and family functionality.

**Conclusion:** In our study, it was found that variables such as gender, age, education level and the elderly and individuals with chronic diseases did not significantly affect family functionality, but significantly affected family functionality in terms of place of residence (village, district, province).

Thanks to family physicians, who are more likely to meet with the 18-90 age group and have the opportunity to get to know the patients more closely and to keep them under constant follow-up, more progress can be made for family functionality. It is necessary not only to evaluate the disease, but also to evaluate the diseases together with the family functions. In terms of variables affecting family functionality seen in our study, it would be beneficial to evaluate individuals living in villages more comprehensively and from a biopsychosocial point of view.

**Keywords:** Family APGAR scale, Family functionality, Biopsychosocial, Family Medicine

## İÇİNDEKİLER

|  |     |
|--|-----|
| TEŞEKKÜR .....   | ii  |
| ÖZET.....  | iii |
| ABSTRACT.....  | v   |
| İÇİNDEKİLER .....  | vii |
| TABLolar VE GRAFİKLER LİSTESİ.....                                   | 1   |
| SİMGELER VE KISALTMALAR .....  | 3   |
| 1.GİRİŞ VE AMAÇ .....  | 4   |
| 2.GENEL BİLGİLER.....  | 7   |
| 2.1. AİLENİN TANIMI .....  | 7   |
| 2.2. AİLE ÇEŞİTLERİ.....   | 8   |
| 2.3. AİLE VE TOPLUM.....   | 9   |
| 2.4. AİLE SİSTEMLERİ KURAMI.....                                     | 10  |
| 2.5. SAĞLIKLI AİLE .....   | 12  |
| 2.6. AİLE VE FİZİKSEL SAĞLIK.....                                    | 12  |
| 2.7. AİLE VE RUHSAL SAĞLIK.....                                      | 13  |
| 2.8. AİLE HEKİMLİĞİ VE AİLE İLİŞKİSİ.....                            | 15  |
| 2.9. AİLE FONKSİYONU.....  | 16  |
| 2.10. AİLE FONKSİYONUNUN DEĞERLENDİRİLMESİ VE DİĞER<br>ÖLÇEKLER..... | 16  |
| 2.11. AİLE APGAR ÖLÇEĞİ.....   | 17  |
| 2.11.1. Geçerlilik ve Güvenirlik Çalışmaları .....                   | 20  |
| 2.12. AİLE APGAR'I VE DİĞER ÖLÇEKLERİN KARŞILAŞTIRILMASI<br>.....    | 21  |
| 3. GEREÇ VE YÖNTEM.....  | 23  |
| 3.1. Araştırmanın Modeli .....                                       | 23  |

|  |    |
|--|----|
| <b>3.2. Araştırmanın Amacı</b> .....   | 23 |
| <b>3.3. Araştırmanın Yeri ve Zamanı</b> .....                                | 23 |
| <b>3.4. Araştırmanın Konusu ve Kapsamı</b> .....                             | 23 |
| <b>3.5. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi</b> .....                           | 24 |
| <b>3.6. Araştırmanın Tekniği</b> .....                                       | 24 |
| <b>3.7. Çalışma Formunun Materyalleri:</b> .....                             | 24 |
| <b>3.8. Araştırmanın Etik Yönü ve Onamı</b> .....                            | 25 |
| <b>3.9. Verilerin Analizi</b> .....  | 25 |
| <b>3.10. Demografik Soru Formu</b> .....                                     | 25 |
| <b>3.11. Aile Apgar Ölçeği</b> .....   | 25 |
| <b>3.12. Aile Apgar Ölçeğinin Geçerlilik ve Güvenirlik Araştırması</b> ..... | 26 |
| <b>3.13. Araştırmanın Bilime Sağladığı Katkısı</b> .....                     | 26 |
| <b>4. BULGULAR</b> .....   | 27 |
| <b>4.1. Sosyodemografik Özellikler</b> .....                                 | 27 |
| <b>5. TARTIŞMA</b> .....   | 42 |
| <b>5.1. ÇALIŞMANIN GÜÇLÜ YANLARI</b> .....                                   | 44 |
| <b>5.2. ÇALIŞMANIN KISITLILIKLARI</b> .....                                  | 45 |
| <b>6. SONUÇ VE ÖNERİLER</b> .....  | 46 |
| <b>7. KAYNAKÇA</b> .....   | 48 |
| <b>8. ÖZGEÇMİŞ</b> .....   | 56 |
| <b>9. EK-1 ANKET FORMU</b> .....   | 57 |
| <b>10. EK 2: ETİK KURUL ONAYI</b> .....                                      | 59 |

## TABLolar VE GRAFİKLER LİSTESİ

|   |    |
|---|----|
| <b>Tablo 1:</b> Katılımcıların Yaş Tablosu (N=297).....   | 27 |
| <b>Tablo 1.1:</b> Katılımcıların Cinsiyetlere Göre Yaş Ortalaması Tablosu (N=297) .....   | 27 |
| <b>Tablo 2:</b> Katılımcıların Kronik Hastalık Durumunun Dağılımı (N=297).....  | 33 |
| <b>Tablo 3:</b> Aile APGAR Ölçeği Ortalama Toplam Skorlarının Cinsiyete Göre Değişimi Ki Kare Tablosu.....                                      | 33 |
| <b>Tablo 3.1:</b> Aile APGAR Ölçeğindeki 5 Maddenin Ayrı Ayrı Ortalama Skorlarının Cinsiyete Göre Değişimi Ki Kare Tablosu .....                | 34 |
| <b>Tablo 4:</b> Katılımcıların Yaşadığı Yere Göre Yaş Ortalamalarının Değişimi Ki Kare Tablosu.....   | 35 |
| <b>Tablo 4.1:</b> Katılımcıların Yaşadığı Yere Göre Aile APGAR Puan Ortalamalarının Değişimi Ki Kare Tablosu.....                               | 36 |
| <b>Tablo 4.2:</b> Katılımcıların Yaşadığı Yere Göre Aile APGAR Ölçeğindeki 5 Maddenin Ayrı Ayrı Puan Değişimi Ki Kare Tablosu .....             | 37 |
| <b>Tablo 5:</b> Katılımcıların Eğitim Durumuna Göre Aile APGAR Puan Ortalamalarının Değişimi Ki Kare Tablosu.....                               | 39 |
| <b>Tablo 5.1:</b> Katılımcıların Eğitim Durumuna Göre Aile APGAR Ayrı Ayrı Puan Ortalamalarının Değişimi Ki Kare Tablosu.....                   | 40 |
| <b>Tablo 6:</b> Katılımcıların Yaşam Ortamına Göre Aile APGAR Puan Ortalamalarının Değişimi Ki Kare Tablosu .....                               | 42 |
| <b>Tablo 6.1:</b> Katılımcıların Yaşam Ortamına Göre Aile APGAR Ölçeğindeki 5 Maddenin Ayrı Ayrı Ortalamalarının Değişimi Ki Kare Tablosu ..... | 43 |
| <b>Tablo 7:</b> Katılımcıların Medeni Durumlarına Göre Aile APGAR Puan Ortalamalarının Değişimi Ki Kare Tablosu.....                            | 45 |

|  |    |
|--|----|
| <b>Tablo 7.1:</b> Katılımcıların Medeni Durumlarına Göre Aile APGAR Ölçeğindeki 5 Maddenin Ayrı Ayrı Ortalamalarının Değişimi Ki Kare Tablosu.....       | 46 |
| <b>Tablo 8:</b> Katılımcıların Kronik Hastalık Durumuna Göre Aile APGAR Puan Ortalamalarının Değişimi Ki Kare Tablosu.....                               | 48 |
| <b>Tablo 8.1:</b> Katılımcıların Kronik Hastalık Durumuna Göre Aile APGAR Ölçeğindeki 5 Maddenin Ayrı Ayrı Ortalamalarının Değişimi Ki Kare Tablosu..... | 49 |
| <b>Grafik 1:</b> Katılımcıların Cinsiyetlere Göre Dağılım Oranı(N:297).....  | 28 |
| <b>Grafik 2:</b> Katılımcıların Yaşanılan Yere Göre Dağılım Oranı(N:297) .....   | 29 |
| <b>Grafik 3:</b> Katılımcıların Eğitim Durumuna Göre Dağılım Oranı(N:297) .....  | 30 |
| <b>Grafik 4:</b> Katılımcıların Yaşam Ortamına Göre Dağılım Oranı(N:297) .....   | 31 |
| <b>Grafik 5:</b> Katılımcıların Medeni Durumuna Göre Dağılım Oranı(N:297) .....  | 32 |

## SİMGELER VE KISALTMALAR

**AF:** Aile fonksiyonelliği

**APGAR:** Adaptability, Partnership, Growth, Affection, Resolve

**Apgar1:** Bir sorunum olduğunda, ailemden yardım alabildiğime memnunum.

**Apgar2:** Ailemin benle konuşma ve problemleri paylaşma şeklinden memnunum.

**Apgar3:** Ailemin yeni etkinliklere katılma veya yönelme isteklerimi kabul etmesi ve desteklemesinden memnunum.

**Apgar4:** Ailemin kızgınlık, üzüntü ve aşk gibi duygularıma ilgi ve tepki gösterme şeklinden memnunum.

**Apgar5:** Ailemle birlikte vakit geçirme şeklimizden memnunum.

**CBCL:** Çocuk Davranışı Kontrol Listesi

**DSÖ:** Dünya Sağlık Örgütü

**FFSS:** Family Functioning Style Scale

**FACES:** Family Adjustment and Adjustment Assessment Scale

**Medicaid:** Yoksul yetişkinler, hamileler, çocuklar, engelli ve yaşlıları kapsayan sağlık sigorta programıdır.

**PSC:** Pediatric Symptom Checklist

**SPSS:** Statistical Package for the Social Science

**SS:** Standart Sapma

**YYÜ:** Yüzüncü Yıl Üniversitesi

## 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.<sup>1,2</sup>

Aile; belirli fonksiyonları gerçekleştirmek için toplanmış, birbirleriyle karşılıklı ilişki ve etkileşim içerisinde olan birey grupları şeklinde ifade edilebilir.<sup>3</sup> Nerdeyse bütün topluluklarda ve geleneklerde asırlardır vardır. İnsanların çoğu, sosyal bilimciler ve yöneticiler, ailenin toplum ve kişiler için meydana getirdiği işlevler nedeniyle, aileyi alternatifi olmayan bir yapı gibi ele alırlar.<sup>4</sup> Ailenin ve Aile İçinde Çocuğun Korunması ve Çocuğun Statüsü Komisyonu Raporu'nda, sosyal tecrübelerin ilk olarak edinildiği, yetişkin hayatına hazırlıkların yapıldığı, samimi ilişkilerin en kuvvetli yaşandığı temel toplumsal birimdir.<sup>5</sup> Kişiye duygulanım, kararlar alabilme, sorumluluk bilinci, üretken olma ve sosyal görevlerinin farkında olma bilincini edindirir.<sup>6</sup>

Sağlıkla ilgili ön kabullerin, uygulamaların, psikososyal desteğin birincil kaynağı olan aile, kişide hastalık ortaya çıktığında da destek için hemen hemen her zaman başvuru olan önemli bir yapıdır. Ailenin ve diğer toplumsal etkileşimlerin; çeşitli çalışmalarla ortaya konan, iyilik halinin bütün katmanları üzerinde gösterdiği önemli etki, hastalıkların tedavisini, hekimle tedavi sürecindeki kooperasyonu ve kronik hastalıklarda prognozu da şekillendirmektedir. Bundan dolayı, başvurana yaklaşımda kişi öncelikli hedef olarak kabul edilse de irdelenmesi ve önem verilmesi gereken konulardan biri de ailedir.<sup>7</sup> Ailenin yapısı ve işlevselliği üyelerinin sağlığı üzerinde önemli bir rol oynar ve bir üyesinin sağlıksız olması diğer aile üyelerinin de bazı sıkıntılara yakalanmasına neden olabilir.<sup>8</sup>

Bir ailenin yapısı genogram ile; gelişimi, aile üyelerinin yaşları ve gelişimsel evreleri ile; işlevleri ise ailedeki sürecin izlenmesi ve öykü ile değerlendirilir.<sup>9</sup> 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 APGARI)'dır.<sup>10,11</sup>

Bir hastayla ilgili birkaç bilgi seviyesi vardır: fiziksel veya biyolojik boyutu olan bir seviye, duygusal ve entelektüel yönleri olan psikolojik bir seviye ve manevi bir seviye. Son olarak, aile, topluluk ve kültürel yönlerin öne çıktığı bir sosyal seviye vardır. Bu seviyelerinden bazılarını değerlendirmek için çeşitli araçlar geliştirilmiştir. Aile APGAR'ı gibi farklı ölçekler aile dinamikleri ve yapılarının yönlerini değerlendirmeye çalışır.<sup>12</sup> İlişkilerini işlevsel ve etkili bir şekilde uyumlu hale getiren işlevsel aileler vardır. Bununla birlikte, duygusal bağların yüzeysel ve istikrarsız olduğu ve aile biriminin üyelerinin ihtiyaçlarını tatmin edici bir şekilde karşılamadığı, bireysel çıkarılara öncelik veren işlevsel olmayan aileler de vardır.<sup>13</sup> Aile çekirdeği, günlük rutindeki değişikliklerle başa çıkmak için eğitilmelidir. Aile işlevselliği, uyumlu ilişkiler ve aile üyelerinin aile dengesi açısından birbirleriyle ve çevreleriyle ilişki kurma biçimleriyle temsil edilir. Bu nedenle, aile işlevsel veya işlevsiz olarak kabul edilebilir. İşlevsel veya olgun bir aile, çatışmaları ve kritik anları duygusal istikrarla yaşamayı başaran, uyumlu ve bağımsız bir şekilde bir arada var olan, üyeleri arasındaki bağlılığı sürdüren ailedir.<sup>14</sup> Sosyal destek ve sosyal desteğin temel bileşeni olan ailesel destek, temel olarak yakın aileden, akrabalarından, arkadaşlarından, meslektaşlarından ve sosyal gruplardan bireylere verilen manevi ve maddi yardım ve desteği yansıtan, iyi bir psikolojik stres ve sağlığı sürdürmek için önemli bir aracı faktör olarak kabul edilir.<sup>15</sup>

Aile APGAR Ölçeği Smilkstein tarafından geliştirilmiştir. Bireyin ailenin özelliklerinden memnuniyetini ölçen beş maddeye sahiptir: uyum(adaptation), ortaklık(partnership), gelişme(growth), duygulanım(affection) ve karar verme(resolve).<sup>16</sup> Aile APGAR indeksi, bireyin aile işlevselliğine ilişkin algısını ölçerek, aile işlevleri arasındaki ilişkiyi araştırmak için yaygın olarak kullanılmaktadır.<sup>17</sup>

Önceki çalışmalar, aile fonksiyonelliğinin hastalık yönetimi, tedaviye uyum, başa çıkma, komplikasyonlar, bireyin ve ailenin farklı patolojilere psikolojik uyumu ile ilişkili olduğunu göstermiştir. İyi aile işlevi, temel hastalıklar için daha iyi prognozlara izin veriyor gibi görünmektedir.<sup>12</sup> Aile fonksiyonelliği hasta için prognozu ve tedaviyi önemli ölçüde etkilerken, kendisi de aile bireylerinin kronik ve başa çıkılması zor hastalıklarından etkilenmektedir.<sup>17,18</sup> Bunlar göz önünde bulundurulduğunda Aile APGAR indeksinin hasta ve aile izlemi açısından aile hekimliği pratiğine yapacağı katkılar belirgin olacaktır.

Bu çalışmada aile hekimlerinin aile işlevlerini kısa sürede değerlendirebilmeleri için geliştirilmiş ve Türkçe geçerlilik güvenilirlik çalışması daha önceden yapılmış olan Aile APGAR ölçeği ile aile işlevselliklerini ortaya koymak amaçlanmaktadır. Bu amaçla gönüllülere sosyodemografik anket ve aile APGAR ölçeği sunuldu.

## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1. AİLENİN TANIMI

Türk Aile Yapısı Özel İhtisas Komisyonu; kan bağı, evlilik ya da başka legal yöntemlerle bir araya gelen ve genelde ortak yaşam alanını paylaşan kişilerden oluşan, üyelerinin cinsel, ruhsal, sosyal ve temel yaşamsal gereksinimlerinin giderildiği ve toplumun sağlıklı birer parçası olmalarının sağlandığı ana sosyal yapı olarak aileyi tanımlar.<sup>19</sup> Aile kelimesi Arapça orijinlidir ve Arapçada birinin bakmak zorunda olduğu kişiler veya geçim sıkıntısı olarak açıklanmaktadır. Kazan Tatarca'sından gaile kelimesiyle aynı kökten olduğunu söyleyenler de vardır.<sup>20</sup>

Dünya Sağlık Örgütü tarafından iyilik halinin ve refahın gerçekleştirilmesinde öncelikli sosyal etken şeklinde belirtilen aile, yapısı ve işlevindeki süratli toplumsal dönüşümlere karşın günümüzde de en önde gelen ilişki birimi olarak varlığını sürdürmekte ve kişilere en ihtiyaç duyulan gereksinimleri vermektedir.<sup>21</sup> Tarihsel süreç içinde ve kültürden kültüre anlamında farklılıklar yaşasa da, insanlar için toplumlar üstü kabul edilebilecek gelişimsel süreçlerin meydana geldiği sosyal bir yapı olarak kabul edilir. Böyle sosyal bir birimi oluşturan üyelerin arasındaki kuvvetli bağlar ve sadakat uzun süreler devamlılığını korur. Aile kavramına en biricik anlamı veren de belki de bu kalıcılıktır.<sup>22</sup> Ortak bir geçmişle beraber ortak bir geleceği de olan üyeler grubu şeklinde tanımlanır ise, temel fonksiyonu aynı kalarak ailenin şekli farklılıklar gösterebilir. Birlikte yaşayan dul kadınlar, bazen hiç evlenmemiş ya da dul kalmış kardeşler gibi.<sup>23</sup>

Bell, aileyi dört farklı şekilde ifade edebileceğini söylemektedir. İlk tanımında, herhangi bir aile üyesinin fikri baz alınarak, bu üyenin duygu ve düşünceleri üzerinden aileyi ifade edebileceğini söyler. İkinci tanımda çekirdek ve geniş şekilleriyle bir birim olarak ele alınan aile, böylece spesifik bir aile tanımından sıyrılır ve kültürel bir kuruma dönüşür. Üçüncü tanımda aileyi bir sosyal kurum şeklinde değerlendiren Bell, son tanımında aileyi toplum değerleri ile kısıtlanmış bir birim şeklinde tanımlar.<sup>24</sup> Ailenin, birbirlerine kan bağı ve/veya ruhsal, tarihsel, duygusal veya mali etmenlerle bağlanmış ve her üyenin kendini evin bir parçası gibi kabul ettiği bireylerden oluşan bir

yapı olduğunu söyleyen Gladding (2007), bu tanımı ile ailenin duygusal fonksiyonlarına da dikkatleri çeker. Aile tanımlarında biyolojik etmen öne çıksa da diğer önemli bir fonksiyonu da üyelerin duygusal ihtiyaçlarının giderilmesidir.<sup>25</sup>

## 2.2.AİLE ÇEŞİTLERİ

Türkiye’de aile çeşitleri şu şekilde sıralanabilir:

**1. Çekirdek Aile:** Ebeveynlerden ve evlenmemiş çocuk ya da çocuklardan meydana gelen aile.

**2. Geniş Aile:** Çekirdek aileye ek olarak akrabaların bulunduğu ailedir. Bir akrabanın aileye dahil olması ailenin geniş aile olarak tanımlanması için yeterlidir. Ancak birden fazla akraba ailenin aynı hanede yaşadığı örnekler de bu gruba dahildir.

**2a. Geçici Geniş Aile:** Evli çocuğun aile reisi olduğu ailelerdir. Bu ailelerde aile reisinin ebeveynlerinin veya diğer akrabalarının daha sonra aileden ayrılacakları ve ailenin çekirdek aile şekline geleceği varsayılır.

**2b. Ataerkil Geniş Aile:** Aile reisi ve eşi, evli çocuklar ve/veya evli kardeşleri (kayınbirader, baldız) beraber yaşıyorsa bu aile bu gruba dahildir. Üst kuşağın aile reisi olduğu bu tarz ailelerde evli çocuklar ve diğer akrabalar aile reisine tabidir.

**3. Dağılmış Aile:** Evli eşlerin olmadığı aile çeşididir. Yalnız yaşayanlar, tek ebeveynli haneler, beraber yaşayan akrabaların ya da akraba olmayanların meydana getirdiği ailelerdir.

**3a. Tek Kişilik Hane:** Tek başına yaşayan kişilerin oluşturduğu hanelerdir.

**3b. Tek Ebeveynli Aile:** Tek ebeveyn ile bekar çocuk ya da çocuklardan meydana gelen haneleri tanımlar. Anne-babanın boşanmış olmaları, ayrı yaşamaları veya birinin vefat etmiş olması sonucu oluşan ailelerdir.

**3c. Diğer Dağılmış Aile:** Ebeveyn-çocuk ilişkisinin olmadığı, diğer akrabalarından oluşan ailelerdir: büyükanne-torun, üç kardeş, teyze-yeğen örnekleri verilebilir.

**3d. Akraba Olmayan Hane:** Akraba olmayan bireylerin oluşturduğu ailelerdir.<sup>26</sup>

### 2.3. AİLE VE TOPLUM

Kişinin ilk sosyal ortamı olan aile hiç kuşku yok ki, kişinin toplumun etkisini hissettiği ilk yerdir.<sup>27</sup> İnsanların kişiliğinin oturmasında ve toplumla ilişki biçiminde önemli bir etken olan aile, toplumun sosyokültürel yansımaların kişiye aktarır. Bundan dolayı aile, kişinin davranış biçimlerini şekillendiren bir sosyal yapı olarak karşımıza çıkar. Kişisel yaşamda bireyler, bireysel problemleriyle alakalı alması gereken kararları dahi kendisi rahatlıkla alamamakta, güvendikleri insanların fikirlerini almaktadırlar. Bundan dolayı, kişinin kararlarını öncelikli olarak aile üyelerinin etkilediği söylenebilir.<sup>28</sup> Modernite ve demografik değişimlerin getirdiği baskılar, aile kavramında aile yapılarında birtakım değişimlere neden olmuştur. Bu süreçte popüler kültürün yaygınlaşmasıyla ön plana çıkan bireysellik ile hukuk ve özgürlük esaslı oluşan yeni toplumsal ölçütlerin yaygınlaşması, kökleri asırlara dayanan geleneksel aile değerlerinin ve yaşam biçimlerinin öneminin azalmasına neden olmuştur.<sup>29</sup>

Aile, kişinin bulunduğu toplumla uyumlu bir birey şeklinde yetişmesine katkıda bulunan ve üyelerinin fonksiyonlarını etkili bir biçimde gerçekleştirmesini sağlayan bir çevre olarak görevini yerine getirir. Ailenin, sorumluluk taşıma, kararlar alabilme, sevebilme, sevilme, üretkenlik ve biçilen toplumsal rollerini yerine getirebilme gibi önemli özellikleri bireye kazandırması toplum için son derece önemlidir.<sup>30</sup>

Bireyler, aile ve toplum ile sürekli bir ilişki içerisinde, bunlardan hem ruhsal hem de sosyal açıdan faydalanır.<sup>31</sup> Kişi, aile ve toplum arasında oluşan bağların yapısının sorgulanması, kişinin ruhsal durumunu çözmede oldukça önemlidir.<sup>32</sup>

Amerika'da birinci basamak sağlık hizmetlerine ilişkin Tıp Enstitüsü raporu, birinci basamak bakımın merkezi bir bileşeni olarak, aile ve toplum bağlamında bakım sağlanması gerekliliğini teyit etmiştir.<sup>33</sup>

## 2.4. AİLE SİSTEMLERİ KURAMI

Aile hekimliğinin önemli bir birinci basamak uzmanlığı olarak gelişimi, aile sistemleri teorisinin klinik uygulamalarının gelişimine paralel olarak gerçekleşmiştir.<sup>34,35,36,37</sup>

Aile içinde gelişen bir sorun olduğunda bu soruna bakış ve onu çözme yaklaşımı önemlidir. Aileyi sistem olarak ele almak, bu tür sorunlara nasıl yaklaşmak gerektiği konusunda danışmana bir bakış açısı sağlar.<sup>38</sup>

Bir sistem şeklinde incelendiğinde, aile; birbirlerine duygusal bağlarla bağlanmış, kollektif bir geçmişe sahip bireylerden oluşan ve bireylerin karşılıklı olarak birbirlerinin ihtiyaçlarını karşıladığı bir yapı şeklinde ele alınır.<sup>39</sup> Aile işleyişinin teorik olarak çözümlenmesine olanak tanıyarak kliniklerde ailelere yönelik uygulamalara zemin oluşturan bu kuram, genel sistemler kuramı temel alınarak geliştirilmiştir.<sup>40</sup> Genel Sistem Kuramı da Karl Ludwig von Bertalanffy tarafından ortaya konmuştur. Genel Sistem Kuramına göre birbiriyle etkileşim içinde olan yapılardan meydana gelen sistemler, aralarında bir denge oluşturur. Sistemi oluşturan yapılardan bir tanesinin bile etkilenmesi sistemin dengesini bozabilir ve diğer bileşenleri de etkileyebilir. Bütün bileşenler dengenin yeniden oturması için katkı sunmalıdır. Sosyal bilimciler tarafından Bertalanffy'ın bu çalışması, aile dahil tüm yaşam sistemlerine uyarlanmıştır.<sup>41</sup>

Anne ve babadan oluşan ebeveyn sistemi gibi alt sistemler bir araya gelerek aile sistemini oluşturur. Yani, ailenin bütününden etkilenen aile alt sistemleri aynı zamanda ailenin bütününe de etkiler. Bu karşılıklı etkileşimler aile dinamiklerinin bir bölümünü oluşturur. Aile sistemi bir yandan kendi alt sistemleri ile etkileşim içinde bulunurken bir yandan da kendisi dışındaki alt sistemlerle etkileşimler ve bilgi paylaşımları gerçekleştirir. Aile işlevselliği böylece devam eder.<sup>42</sup>

Aile sistemi değişime her zaman açıktır. Bireylerin yaşam döngülerinden geçmesi gibi aile de yaşam döngülerinden geçer ve dönüşüme uğrar. Böylece aile sisteminin işlevselliği stabil tutulurken ailenin iç dengesi korunur.<sup>43</sup>

Ailenin, bireylerin ve sistem olarak aileyi meydana getiren bileşenlerin değerlerinin toplamından daha fazlası olduğunu öne süren Aile Sistemleri Teorisi,

1950'lerden bu yana psikiyatri ve psikoterapinin birçok alanında etkisini hissettirmiştir.<sup>44</sup> Bu teoriye göre üyenin şekillendirilmesi ve şekillenmesi diğer aile üyelerinin eli ile olur ve bu etkileşimler karşılıklı olarak gerçekleşir.<sup>45</sup> Satir, bir aile üyesinin değişiminin, bir bütün olarak aileyi değiştirdiğini söyler.<sup>46</sup>

Aile sisteminin yazılı olmayan birtakım kurallarla işlediğini söyleyen aile sistemi kuramcıları, aile içi denge ve homeostazisin bu kurallarla kurulduğunu ileri sürerler.<sup>47</sup> Homeostatik dengesini stabil tutmaya çalışan aile sistemi, aileye içerden ya da dışardan bir sıkıntı dokunduğunda duygusal enerjisini de kullanarak bu dengeyi yeniden sağlamaya çalışır ancak sistemde değişiklikler gerçekleşebilir. Bu değişimler aile üyelerini etkileyebilir.<sup>44</sup> Ailedeki hiyerarşi, yazılı olmayan kurallar ve iletişim biçimleri sayesinde aile içi homeostazinin devamlılığı ve bozulan homeostazinin yeniden oturtulması mümkün olur. Bütün üyeler gerek aleni gerek gizli yollardan bu dengenin devamlılığı için üzerlerine düşen sorumluluğu gerçekleştirmeye çalışırlar.<sup>46</sup> Ailenin homeostazisini bozan değişimler şöyle sıralanabilir: Aileyi dışardan etkileyen olan olaylar (savaş, deprem vb.), geniş aile kaynaklı olaylar (dedenin hastalanması vb.), çekirdek aileye yeni bir üyenin eklenmesi ya da aileden kopuşların olması (anneannenin aileye dahil olması, çocukların evlenerek aileden ayrılması, vb.), fiziksel değişimler (çocuğun puberteye girmesi, annenin kliniğe yatırılması gibi) ve sosyal değişimler (çocukların eğitim için şehirden ayrılması, aile reisinin yeni bir işe girmesi sebebiyle taşınma vb.)<sup>46</sup>

Sistem kuramı açısından, ailedeki bireyler arasında oluşan etkileşimler, ailenin iç uyumu ve toplumla uyumu bakımından oldukça önemlidir. İç ve dış taleplerinin karşılanabildiği, temel ve gelişimsel işlevlerin gerçekleştirilebildiği ve aile dengesinin sağlanabildiği aileler sağlıklı ve fonksiyonel olarak kabul edilmektedir.<sup>48</sup>

Constantine (1986)'e göre aile sistemleri kuramı; birbirleriyle ilişki ve karşılıklı etkileşim içinde olan aile bileşenlerinin sistemli bir şekilde sınıflandırılmasıdır.<sup>49</sup>

Sağlıklı ailelerin en öne çıkan niteliğinin sorunların çözülmesi için gereken fonksiyonelliğe sahip olmaları olduğunu söyleyen Yapısal Aile Kuramı, aile fonksiyonlarını ve üyeler arasındaki ilişkileri inceleyen en önemli kuramlardan biridir.<sup>50</sup>

## 2.5. SAĞLIKLI AİLE

Üyelerin bütünsel hareket etmesi ve aynı misyonu paylaşmaları sağlıklı bir ailenin olmazsa olmazıdır. <sup>51</sup> Problemler birlikte çözülür, aile üyeleri arasındaki duygusal bağlar ve birbirlerini kollamaları bağımsızlıklarını kısıtlamaz, her üye kendisinden beklenen görevi doğru şekilde yapar. <sup>52</sup> Üyelerin rollerinin net olması ve birbirlerini tamamlaması, rollerin işlevlerle ilgili olması, hanede kurallara tüm üyelerin uyması, yetişkinlerin davranış stillerini koruması, bireylerin diğer üyelere verecekleri mesajı ne şekilde kodlamaları gerektiğinin farkında olmaları ve aile işlevlerinin iyi bir şekilde yerine getirilmesi gibi nitelikler de sağlıklı ailelerde olması gereken niteliklerdir.<sup>24,53</sup>

Satir (2001), sağlıklı ailelerde üyelerin öz değerinin yüksek olduğunu, ancak üyeler arası iletişimin dolaysız, açık, belirgin ve dürüst olması gerektiğini söyler. Böyle ailelerde katı olmayan aile içi kurallar ve normlar, gelişimsel ve sosyal taleplere uygun olarak değişebilirken toplum ile ailenin bağı açık, yapıcı ve demokratik özellikler olmalıdır. <sup>54</sup>

Sağlıklı ailelerin bazı nitelikleri Krysan, Moore ve Zill tarafından 1990 yılında yapılan bu çalışmada ortaya konmuştur. <sup>55</sup>

## 2.6. AİLE VE FİZİKSEL SAĞLIK

Ailenin, hastanın hastalığını olumlu ya da olumsuz şekilde etkileyebildiğini bilmek faydalıdır. <sup>56</sup> Genelde hekimler, bir hastayla bir sağlık sorunu için görüştüğünde, olağan prosedür, yalnızca hastanın ailesi hakkında belirli bir şikâyeti anlamaya uygun bilgi toplamaktır. Çoğu durumda, hekim şikâyeti ele almak için çok az aile verisine ihtiyaç duyar veya hiç ihtiyaç duymaz. Bununla birlikte, bazı durumlarda, sağlık sorununu çözmek için hastanın ailesinin yapısı ve işlevi hakkında bilgi gerekebilir. Örneğin göğüs ağrısı olan orta yaşlı bir erkeği değerlendirirken, hekimin hastanın biyolojik ailesinden herhangi birinin koroner arter hastalığı olup olmadığını sorgulaması ve bununla beraber ailenin yapısını ve işlevini belirlemesi önemlidir. <sup>57</sup>

Bazı hastalıklar ve fiziksel semptomlar ailevi problemlerden kaynaklanabilir ya da ailevi problemler sebebiyle aigre olabilir. Birinci basamak hekimleri, hastalıkları etkileyen ailevi problemleri saptama bakımından en uygun pozisyonda bulunan

hekimlerdir. Fiziksel ve psikosozyal durumlar arasındaki bağları belirlemek için bütüncül yaklaşımı kullanabilirler. Aile üyeleriyle beraber aile görüşmeleri gerçekleştirebilir ve bu görüşmelerde aile dinamiklerini gözlemleyerek sorunları saptayabilirler.<sup>58</sup>

## 2.7. AİLE VE RUHSAL SAğLIK

Aile bağlamını değerlendirme yeteneği, birçok birinci basamak araştırmaları için ve özellikle davranış, ruh sağlığı ve psikosozyal sorunlarla ilgilenenler için kritik öneme sahiptir.<sup>59</sup> Üyelerine sosyal destek sağlamayan aile, üyeleri tarafından uyumsuz olarak algılanan, hayatın zorlukları karşısında kişisel gelişim için gerekli olan duygusal ve fiziksel beslenmeden ve kaynaklardan yoksun olan ailedir.<sup>60</sup>

Aile; iç dinamikleri, ebeveynlerin karakter yapıları ve işlevselliği bakımından multidisipliner şekilde değerlendirilmelidir. Çünkü ailenin birtakım psikiyatrik hastalıklarda etiyolojik faktörler, tedaviye uyum ve hastalığın prognozunda önemli olduğu gösterilmiştir. Günümüzde bunun için geliştirilmiş araçlar daha sık kullanılıyor.<sup>61</sup> Ailenin göz ardı edilemeyecek etkileri birçok ruhsal hastalığı araştırırken önümüze çıkar. Aile ve ebeveynler, kişinin karakterinin şekillenmesini, hayata bakışını, psikosozyal yapısını belirleyen en önde gelen çevre faktörlerden biridir. Bunların çocukların geleceği ile ilgili hemen hemen bütün konuları etkileme potansiyeli oldukça yüksektir. Çocuklarının yeme davranışlarının anne-babaların çocuklarına yaklaşım tarzlarından etkilendiği ortaya konmuştur. Örneğin çocukların ebeveynlere kendini onaylatmak için dış görünüşlerini bir araç olarak görmeleri, çocukların kendilerini ailede yalnız, reddedilmiş hissetmelerine ya da ebeveynlerinin onları anlamadıkları hissine kapılmalarından dolayı olabilir.<sup>62</sup>

Her türlü şart altında bütün üyelerin ortak hareket etmesinin, ebeveynlerin ve ailenin diğer üyeleri arasında doğru bir iletişimin olmasının, üyeler arasında karşılıklı olarak değer vermenin hissettirilmesi ve saygı göstermenin, verilen görev ve sorumlulukların yapılmasının aile üyelerinin psikolojik doyumunu etkilediğini Terry ve Kottman (1995), ortaya koymuştur.<sup>63</sup>

Örneğin, çocuklarda psikososyal sorunları tanımlamaya yardımcı olabilecek ek faktörlerin araştırılmasında, bir risk faktörü olarak düşük sosyal desteğe artan bir ilgi gösterilmiştir.<sup>64,65</sup> Bununla ilgili yapılan bir çalışmada, sosyal desteği olmayan ailelerden gelen çocukların, PSC'den (Pediatric Symptom Checklist) bozulmayı gösteren puan alma olasılığı 4,3 kat ve doktor raporuna göre psikososyal sorunları olduğu tespit edilme olasılığı 2,2 kat daha fazla bulunmuş. Düşük sosyal desteğe sahip ailelerin, düşük ebeveyn eğitim başarısı, tek ebeveyn durumu ve çocuk için ruh sağlığı hizmetleri geçmişi bildirme olasılığı önemli ölçüde daha yüksek tespit edilmiş. Düşük sosyal desteğe sahip ailelerin çocuklarının yüzde ellisi, PSC veya doktor değerlendirmesi veya her ikisi ile psikososyal bir soruna sahip olarak tanımlanmış. Bununla birlikte, bu iki ölçümle psikososyal bozukluk tespit edilen çocukların sadece %21'i, Aile APGAR ölçeğinde kötü aile işlevselliğini gösteren puanlara sahip olarak tespit edilmiş. Görüldüğü gibi aile sosyal desteğinin olmaması, iki farklı ölçümle değerlendirildiği üzere çocuk psikososyal işlev bozukluğu ile ilişkili olarak bulunmuş. Bununla birlikte, Aile APGAR ölçeğinin, çocukların psikososyal sorunları için hassas bir ölçü olmadığı ve bu nedenle, Aile APGAR ölçeğinin çocuğun genel psikososyal işleyişine ilişkin bilgileri ancak tamamlamakla yetinebileceği, onun yerine geçemeyeceği belirtilmiştir.<sup>66</sup>

Yeme bozukluklarına ortam hazırlayan faktörler arasında aile işlevsizliği de genelde belirtilmektedir. Problemlili aileye sahip olmak, dikkatli bir anamnez alındığında Bulimia Nervosa tanısı alan kişilerin çoğunda karşımıza çıkmaktadır.<sup>67</sup>

Bulimikler zayıflamak için ailenin baskısından sonra diyeteye başladıkları sıklıkla bildirilmiştir. Bir çalışmada bulimiklerde aile baskısından dolayı diyeteye başlama oranı %55 olarak bildirilmiştir.<sup>68</sup>

Kontrol grubunda olan aileler göz önüne alındığında Bulimia Nervosa tanısı almış kişilerin ailelerinde hostile ve izolasyon hissinin daha fazla tespit edildiği, yine bu ailelerde bakım sağlama ve empati kurma davranışlarında belirgin bir yetersizliğin olduğu bir çalışmada ortaya konmuştur.<sup>69</sup>

## 2.8. AİLE HEKİMLİĞİ VE AİLE İLİŞKİSİ

Ailenin nasıl değerlendirilebileceğini bilmek aile hekimlerinin görevlerinden biridir.<sup>70</sup> Aile hekimleri, ailelerle verimli bir biçimde ortak çalışma ve aileleri hasta bakımında bir kaynak şeklinde kullanabilme için gereken becerilere sahip olmalıdır.<sup>71</sup> Bu bağlamda bir aile hekimi, hastaların biyopsikososyal yönlerini anlamak için yeterince çaba sarfetmelidir. Bu bağlamda aile, hastaların sosyal çevrelerinin en önemli unsuru olarak kabul edilmektedir.<sup>72</sup> Tıbbi bakım talep eden herkese bütünsel bir bakım verme ve ihtiyaç halinde diğer sağlık çalışanlarını ve üst basamak hekimlerini de bakıma dahil etme sorumluluğu bulunan aile hekimleri; vazifesini, hizmet sunmakla görevli olduğu nüfusun mevcut kaynaklarına ve başvuranın tıbbi ihtiyaçlarına uygun olarak, direkt veya diğer tıbbi personellerin sağladığı hizmetler vesilesiyle yapar.<sup>73</sup>

Birinci basamak hekimleri, hastalığı hastada, hastayı da çevresinden ayrı düşünmez. Aile hekimi; kişinin yaşam tarzının, sosyal ilişkilerinin, karakter tıbbi durumunun, kültürel değerlerinin, hastanın çalıştığı ya da yaşadığı yerlerin fiziksel şartlarının ve hastalığının karşılıklı etkileşimler içerisinde bulduklarını ve bireyin gelişimi ve genel iyilik hali bağlamında en belirgin faktörün aile olduğunu bilir. Birinci basamak hekimleri, kişiler fiziksel bir hastalık nedeni ile başvursalar dahi aile fonksiyonelliğini de göz önünde bulundurursa bu hastalığın psikososyal durumlarla olan olası bağlarını gözden kaçırmamış olur.<sup>74</sup>

Etkili bir aile fonksiyonelliği sorgulaması günlük uygulamalara entegre etmenin aile hekimliğinde uygulanabilir ve geçerli olduğu kanıtlanmıştır<sup>33,75,76</sup> 1978'de yaptığı çalışmada Smilkstein, doktorların ailenin fonksiyonelliği ile alakalı verileri elde etmesinin gerekebileceği özellikle üç olasılık tanımlamıştır:

1. Hastanın bakımına aile dahil olacaksa,
2. Kişi, aile hekimine yeni kaydolacaksa,
3. Ailede problemler çıktığında ve doktor bu problemlerin çözülmesine katkı sunacaksa.<sup>65</sup>

## 2.9. AİLE FONKSİYONU

Aile işlevi; ailenin hedeflerine ulaşmak amacıyla kullandığı, sorun çözümü, üyeler arası iletişim, hedef belirleme, beslenme, aileye ait kaynakların kullanımı gibi maddeleri içerir.<sup>78</sup>

Hallaç ve Öz'e (2014) göre aile fonksiyonları, aile sistemi aracılığıyla bütün üyelerin kişisel, psikolojik ve sosyal gereksinimlerinin giderildiği fiiller ve davranışların toplamıdır.<sup>79</sup>

Epstein, Baldwin ve Bishop (1983)'a göre aile işlevleri; duygusal ilişki, duygusal heveslilik, sorun çözebilme, sağlıklı rol dağılımı, iletişim, davranış kontrolü ve genel fonksiyonlar olarak tanımlanabilir.<sup>48</sup> Olson (1993)'a göre ise aile işlevleri şunlardır; hem içerde hem dışarda zorluklara ve değişime uyum sağlamak, ailenin uyumu, esnek olabilme kapasitesi, aile üyelerinin yakınlığı, bağlılığıdır.<sup>80</sup>

De Fleur, ailenin ana fonksiyonunun toplumun biyolojik ve kültürel devamlılığını sağlamak olduğunu söyler.<sup>81</sup>

Sabatelli ve Bartle aile fonksiyonlarının bazılarını ailenin duygusal havasın şekillendirme, ailede oluşan değişimleri yönetme ve hanenin sürekliliğini sağlama şeklinde belirtmişlerdir.<sup>82</sup>

## 2.10. AİLE FONKSİYONUNUN DEĞERLENDİRİLMESİ VE DİĞER ÖLÇEKLER

Güçlü bir aile fonksiyonları sorgulaması, 1960'ların sonlarında ortaya çıkmasından bu yana aile hekimliğinin temel taşı olmuştur.<sup>59</sup> Richardson, 1948'de hekimlerin hastayı aile bağlamında değerlendirmelerinin gerekliliğini vurgulayan ilk kişilerden biriydi.<sup>57</sup> Aile işlevini anlamak hasta tedavi etmenin önemli bir parçasıdır.<sup>57</sup>

Sağlıklı aileleri sağlıksız ailelerden ayırt edebilmek için her birinin niteliklerini ortaya koyabilmek için araştırmacılar tarafından pek çok model ya da kuram ortaya konmuştur. Bunlardan biri olan Döngüsel Model (Circumplex Model) de Olson (1993) tarafından geliştirilmiştir.<sup>83</sup> Aile Uyumu ve Uyum Değerlendirme Ölçeği (FACES) aile işlevini değerlendirmek için oldukça basit başka bir araçtır.<sup>84</sup> FACES, aile işlevine ilişkin

en yaygın olarak kullanılan ancak oldukça tartışmalı modellerden biri olan evlilik ve aile sistemlerinin Circumplex modeli için tamamlayıcı bir ölçüdür.<sup>85</sup>

Epstein, Bishop ve Levin (1978) tarafından ortaya konan McMaster Modeli dünya çapında en fazla dikkat çeken aile işlevi modellerindendir.<sup>86</sup> Sistem kuramını temel alır. Aileyi bir sistem olarak değerlendiren McMaster Yaklaşımı bu çalışmaya kadar neredeyse kırk yıl kullanılmıştır. Model ailenin anne-baba, eş, kardeş gibi alt sistemlerden oluştuğunu söylemektedir.<sup>86</sup>

Aile merkezli ölçeklerden biri olan ve yaygın bir şekilde kullanılan Family Functioning Style Scale (FFSS)'nin geliştirilme amacı; ailelerin becerilerini, güçlü taraflarını, iç ve dış kaynaklarını kullanabilme, stres kriz ve anlarında gereksinimlerini karşılama güçlerini sorgulamaktır.<sup>87</sup>

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.<sup>88</sup> Bu araçlardan biri Smilkstein'in 1978 yılında geliştirdiği Aile APGAR (Aile APGAR)'dir.<sup>57</sup>

## 2.11. AİLE APGAR ÖLÇEĞİ

Ailenin bireyin sağlığı üzerinde oldukça etkili olduğu pek çok çalışmada gösterilmiştir. Ancak doktorların çalışma temposunun çok yoğun olması aile fonksiyonelliğini ölçen bu faydalı araçları rutin şekilde kullanmalarını zorlaştırır. Aile terapisi uygulamalarında ve araştırmalarında uygulanan ölçeklerin çoğunun oldukça uzun olması ya da fazla miktarda kodlama gerektirmesi Aile APGAR gibi kısa ve pratik ölçeklerin önemini ortaya çıkarmaktadır. Bu ölçek az zaman alması bakımından rutin olarak kullanılabilir.<sup>89,90</sup> Bu ölçek, aile işlevini değerlendirmek için bir araç olarak ortaya çıkmıştır.<sup>57</sup>

APGAR, Adaptability(uyum sağlama), Partnership(ortaklık), Growth(gelişme), Affection(duygulanım), ve Resolve'dan(karar verme) oluşan 5 fonksiyonel komponentin baş harflerinden oluşur.<sup>57</sup>

1978'de geliştirilen bu anket, her birinde 3 derecelendirme (0 puan, 1 puan, 2 puan) olan 5 maddelik bir ankettir. Bu seçenekler 0 (neredeyse hiçbir zaman), 1 (bazen) ve 2 (neredeyse her zaman) şeklindedir. "Uyumluluk", "Ortaklık", "Gelişme", "Duygulanım" ve "Karar Verme". Anketin güvenilirliği ve geçerliliği üzerine yapılan araştırmalar, anketin 1982'de Smilkstein, Ashworth ve Montano tarafından revize edilmesine yol açmıştır.<sup>91</sup> Ölçekteki 5 maddeye verilen puanların toplanması ile 0 ile 10 arasında değişebilen toplam puan elde edilir. Düşük puan kişinin aile fonksiyonelliğinden memnun olmadığını gösterir. Toplam puanlar 0-3 "şiddetli işlevsel bozukluk", 4-7 "orta derecede işlevsel bozukluk", 8-10 "yüksek işlevsel" şeklinde gruplanır. İndeksin orijinalinin Türkçeye çevrilmesi ve Türkçe halinin geçerlilik ve güvenilirliğinin incelenmesi 2011 yılında yapıldı.<sup>21</sup>

Aile APGAR, hastanın ailesinin işlevsel durumuna ilişkin görüşünü yansıtacak bir veri tabanı ortaya çıkarmak için tasarlanmış kısa bir tarama anketidir. Ayrıca aile kaynaklarını değerlendirmenin yollarını ve doktor tarafından aile araştırması, teşhis ve yönetimini geliştirmek için kullanılabilir aile problemine yönelik bir kaydı olmasını sağlar. Aile işlevinin bileşenlerine hızlı bir genel bakış sağlamak için, geliştiren kişi tarafından bir tarama ölçeği olarak tanımlanan beş kapalı uçlu soru içeren bir ankettir. APGAR kısaltması, hekimlerin yenidoğanın APGAR değerlendirmesine aşinalığının, onları bir ailenin işlevsel durumunu puanlayan benzer bir formatı hatırlamaya teşvik edeceği hissedildiği için tercih edildiği düşünülür. Aile APGAR ölçeği ile saha çalışmaları yürütülmeye devam ediliyor. Yapılan ilk çalışmalarda sonuçlar umut vericiydi. Aile APGAR ölçeğindeki sorular, aile işlevselliğinin beş temel bileşeninin her birinden aile üyesinin memnuniyetinin niteliksel olarak ölçülmesine izin verecek şekilde tasarlanmıştır.<sup>92,93</sup>

Aile APGAR'ı yalnızca beş sorudan oluştuğundan, uygulanması nispeten kolay ve hızlıdır; bu, onu birinci basamak ve genel tıp ortamlarında aile işlevini değerlendirmek için tercih edilen seçenek haline getirmiştir. Gardner ve ark.<sup>59</sup> ölçek maddelerinin gerçekte neyi ölçtüğünün biraz belirsiz olduğuna işaret etse de test yaygın olarak (ve belki de körü körüne) kullanılmaya devam etmektedir.<sup>72</sup>

Maddeler, başvuran ile ailesi arasındaki duygusal, iletişimsel ve sosyal etkileşimli ilişkilere odaklanır, örneğin: "Ailemin yeni etkinliklere katılma veya yaşam tarzımda değişiklik yapma isteklerimi kabul etmesinden memnunum." <sup>59</sup>

Uyum (Adaptation) ögesi, kaynakların nasıl paylaşıldığı veya aile kaynaklarına ihtiyaç duyulduğunda bir üyenin alınan yardımdan ne derece memnun olduğunu. Ortaklık (Partnership) ögesi, kararların nasıl paylaşıldığı veya aile iletişiminde ve problem çözmede üyenin karşılıklılıktan duyduğu memnuniyeti, Gelişme (Growth) ögesi, ruhsal beslenmenin nasıl paylaşıldığı veya üyenin aile içinde rolleri değiştirme ve fiziksel ve duygusal büyüme veya olgunlaşma elde etme özgürlüğünden duyduğu memnuniyeti. Duygulanım (Affection) ögesi, duygusal deneyimlerin nasıl paylaşıldığı veya bir ailede var olan yakınlık ve duygusal etkileşimden üyenin memnuniyeti, Karar Alma (Resolve) ögesi ise zamanın (ek olarak mekan ve paranın) nasıl paylaşıldığı ya da üyenin aileye üyeleri tarafından zaman taahhüdü ile ilgili memnuniyeti ölçmeye yarar.<sup>92</sup> Örneğin Aile APGAR ölçeğinin Karar Verme (resolve) ögesi, aile hekimliğinde oldukça faydalı bir araç olabilir.<sup>72</sup> Aile APGAR anketinin, özellikle Karar Verme (Resolve) ögesinin, en azından aile sorunları açısından, aile işlevini ölçmek için bir araç olma potansiyeline sahip olduğunu buldular. Daha önemlisi de Karar Verme (Resolve) ögesinin aile sorunları olan hastaları bu tür sorunları olmayanlardan ayırt edebildiğini buldular.<sup>72</sup>

Psikososyal sorunları çizelgelerde not etmemek, doktorlar arasında yaygın bir sorundur <sup>94,95</sup> ancak Aile APGAR ölçeği sonucunun bilinmesine rağmen bu tür bir davranışın devam etmesi şaşırtıcı. Bu bulguyu açıklayabilecek olası spekülasyonlar arasında şunlar yer almaktadır:

(1) doktorlar, aile işlevinin yeterli bir değerlendirmesinin nasıl yapılacağı konusunda kararsızdı;

(2) değerlendirme yapıldıktan sonra, teşhisin konulduğu süreç doktorlar açısından net değildi;

(3) bir tanı konulduktan sonra, açık, etkili tedavi her zaman kolayca ulaşılabilir değildi veya hasta tarafından istenmiyordu;

(4) ailevi meseleleri araştırmak hekim için çok zaman alıcı olabilir;

(5) aile işlev bozukluğunun bir ölçeği olarak Aile APGAR'ının geçerliliği konusunda hekimler emin değildi.

İlk iki açıklama, bir yıllık ve iki yıllık asistanlarının davranışlarını açıklayabilir. Üçüncü sınıf asistanları ve kadrolu hekimler aile işlev bozukluğunun değerlendirilmesi ve teşhisi konusunda daha deneyimli olduklarından dolayı, birinci ve ikinci yıl asistanlarına göre aile işlev bozukluğu tanısını daha sık yapmışlardır.<sup>76</sup>

Bir çalışmada ortaya çıkan çarpıcı nokta, Aile Hekimliği polikliniklerine başvuran hastalarda Aile APGAR ölçeğinin tanımladığı aile işlev bozukluğunun çok yaygın olmasıdır. Neredeyse dört hastadan birinde aile işlev bozukluğu kanıtı vardı.<sup>60</sup> Bu oran, Smilkstein'in bir aile hekimliği kliniğine başvuran yeni hastalarla ilgili çalışmasında<sup>60</sup> belirttiğinden daha yüksektir (Aile APGAR puanı 6 veya daha düşük olan %15). Bu durum muhtemelen başvuran bütün hastaların çalışmaya dahil edilmesinden ve incelenen hastaların düşük sosyoekonomik durumları göz önüne alındığında aile disfonksiyonu için daha yüksek risk altında olmalarından kaynaklanmaktadır. Bu çalışmada hastalar daha yüksek oranda Medicaid'deydi ve daha yüksek oranda sigortası yoktu. Ek olarak, Smilkstein'in yaptığı gibi kliniğe tekrarlayan başvurularda bulunan hastaların dışlanmamasının da bu prevalansı yükseltmesi beklenebilir.<sup>76</sup>

### **2.11.1. Geçerlilik ve Güvenirlilik Çalışmaları**

Bu yazıda bildirilen çalışmalar, Aile APGAR'ın geçerliliği ve güvenilirliği için daha fazla kanıt sunmaktadır. Rapor edilen çeşitli popülasyon grupları için ortalama toplam puanlar, Aile Hekimliği Kliniğindeki hastaların en yüksek puanlara (8.2), sonra üniversite öğrencilerine (7.6) ve en düşük puanlara (5.8) sahip bir psikiyatri kliniğindeki hastaların sahip olduğunu göstermektedir. Aile Apgar ölçeğinde deneklerin beş maddenin her birine üç olası yanıt (neredeyse her zaman, bazen ve neredeyse hiçbir zaman) vermesi üzerine tasarlanmıştır. Deneklere beş olası yanıt sunulduğunda, aracın güvenilirliği arttı. Cronbach's alpha 0.80'den 0.86'ya yükseldi. Bununla birlikte, daha basit üç seçenekli yanıtın da iyi ölçek nitelikleri olduğundan, klinik durumlarda rutin kullanım için önerilir. Beş seçenekli yanıtla sunulan geliştirilmiş ölçek araştırmalar için kullanılabilir.<sup>91</sup>

## 2.12. AİLE APGAR' I VE DİĞER ÖLÇEKLERİN KARŞILAŞTIRILMASI

Good ve meslektaşları<sup>96</sup>, Aile APGAR puanlarının, klinik olmayan küçük bir örnekleme (N=38) Pless-Satterwhite Aile İşlev İndeksi puanları ile yüksek düzeyde korelasyon gösterdiğini (r=0.80) buldu.<sup>97</sup>

Foulke ve çalışma arkadaşları<sup>98</sup>, 140 aileye Aile APGAR' ı ve Aile Bağlılık ve Uyum Değerlendirme Ölçeklerini<sup>99</sup> (FACES II) uyguladı ve Aile APGAR' ının FACES Bağlılık(cohesion) ölçeği (r=0.70) ve Uyum(adaptability) ölçeği (r=0.59) ile korelasyon gösterdiğini bildirdiler. (Stephen Zyzanski, kişisel iletişim, Haziran 2000). Ancak, Clover ve meslektaşları<sup>100</sup>, Family APGAR ve FACES II'yi 66 aileye uyguladıklarında, 2 ölçek arasında bir ilişki olmadığını bildirdiler.

Smucker ve meslektaşları, yaygın olarak kullanılan bir çocuk semptom anketi olan Çocuk Davranışı Kontrol Listesinin (CBCL) tarama sonuçlarını, bir ailede 152 orta sınıf aile üzerinde yapılan bir pilot çalışmada Aile APGAR ile karşılaştırdı. Ailenin sosyal desteğinin olmaması, ebeveyn tarafından tanımlanan çocuk psikososyal sorunları ile önemli ölçüde ilişkili olmasına rağmen, ilişki derecesi bu çalışmada sadece orta düzeyde bulundu. Bununla birlikte, yazarlar en önemlileri küçük örneklem boyutu ve düşük tamamlama oranı (%54) olmak üzere çalışmalarında bazı sınırlamalar olduğunu kabul etmişlerdir. Çalışma, sosyal destek taramasının, psikososyal sorunları olan benzersiz bir çocuk grubunu belirleyebildiğini, ancak aile sosyal desteği eksikliğinin çocuklarda psikososyal sorunlarla ne derece örtüştüğü sorusunu yanıtsız bıraktığını öne sürüyor.<sup>101</sup>

Aile APGAR' ın ilk geçerliliği, daha önce onaylanmış bir araç olan Pless-Satterwhite Aile İşlev İndeksi ile ve ayrıca psikoterapistler tarafından yapılan aile işlevi tahminleriyle korelasyonlar kurularak gerçekleştirildi. Bu doğrulama 0.80'lik bir APGAR/Pless-Satterwhite korelasyonu ve 0.64'lük bir APGAR/terapist tahmin korelasyonu verdi. Ek olarak, evli lisansüstü öğrencilerin Aile APGAR puanları (ortalama = 8,24), toplum ruh sağlığı kliniği hastalarının puanlarından (ortalama = 5,89) anlamlı olarak daha yüksekti.<sup>91</sup>

Bu çalışmadaki veriler, Aile APGAR' ının, aile hekimliğinde yaygın olarak görülen aile birimleri yelpazesine uygulanabilir olduğunu ve aile işlevi için yararlı bir

tarama aracı olmak için metodolojik temele sahip olduğunu göstermektedir. Aile APGAR ölçeği, bu çalışmada klinik olmayan bir örneklemedeki “normal” aileler ile klinik örnek arasında başarılı bir şekilde ayırım yaptı. Özellikle, Aile APGAR skorları, normal popülasyon için Pless-Satterwhite leği skorları ile yüksek bir korelasyon göstermiştir. Aile APGAR'ı<sup>91</sup> için eşler arası korelasyon, Pless-Satterwhite puanları<sup>57</sup> için bildirilenden daha yüksekti ve yapı geçerliliği için daha fazla destek sağladı. Aile işlevinin bir leği olarak İndeksin güçlü yönlerinden biri şu şekilde gösterilmiştir: APGAR İndeksindeki maddelerin tek tek ele alınmasındansa 5 maddenin toplam puanı ele alındığında, Pless-Satterwhite ve terapistlerin aile işlevi ölçümü ile daha yüksek korelasyon göstermiştir.<sup>96</sup>



### **3. GEREÇ VE YÖNTEM**

#### **3.1. Araştırmanın Modeli**

Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi Dursun Odabaş Tıp merkezi Aile Hekimliği Polikliniklerine başvuran 18-90 yaş arası bireylerin dahil olduğu gönüllülerin Aile APGAR Skoru ile aile fonksiyonelliklerin ölçülerek, başvuranların aile fonksiyonelliği düzeylerinin belirlenmesi, aile fonksiyonelliğinin çeşitli sosyodemografik etkenlerle ve kronik hastalıklarla ilişkilerinin ortaya konulması amacı ile yapılan çalışmamız, planlanmış kesitsel tipte bir anket çalışmasıdır.

#### **3.2. Araştırmanın Amacı**

Bu çalışmanın amacı, aile hekimlerin aile işlevlerini kısa sürede değerlendirebilmeleri için geliştirilmiş olan Aile APGAR Ölçeğinin (Smilkstein, 1978) aile hekimliği polikliniklerindeki uygulanabilirliğini görmek amacıyla farklı gruplardaki gönüllülerin aile fonksiyonelliğinin karşılaştırılması için kullanılmasıdır. Gönüllük esasına göre çalışmaya alınan bireylerin aydınlatılmış onam formu ile onayları alınmıştır. Çalışmaya katılan bireylerden herhangi bir laboratuvar tetkiki ya da radyolojik görüntüleme istenmemiştir.

#### **3.3. Araştırmanın Yeri ve Zamanı**

Çalışmamız Van ilinde, Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi Dursun Odabaş Tıp Merkezi Aile Hekimliği polikliniklerinde Şubat 2022- Mayıs 2022 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir.

#### **3.4. Araştırmanın Konusu ve Kapsamı**

Aile tarih boyunca toplumun en önemli yapıtaşı olmuştur. Aile ortamının, gerek üyelerinin bedensel ve psikososyal sağlığı gerekse bireyin topluma sağlıklı bir şekilde eklemlenmesi ve böylece toplumun sağlıklı bir bütünlük içerisinde varlığını devam ettirebilmesi için önemi ve bu konularda oluşan sorunların, topluma hem maddi hem de

manevi açıdan, tıbbın araştırılması için çok yüklü paralar ve emekler harcanan diğer birçok konusundan çok daha fazla etkisi olduğu düşünüldüğünde, sağlıklı ailelerinin niteliklerinin nasıl olması gerektiği ve çeşitli ölçeklerle belirlenebilen aile fonksiyonelliği düzeyinin kişinin bedensel ve psikososyal durumu ile ilişkisinin ortaya konması için yapılacak çalışmaların insanlığa büyük katkılar sağlayacağı öngörülebilir. Çalışmamızda aile hekimliği polikliniklerine çeşitli nedenlerle başvuran yetişkin yaşlardaki kişilerin aile işlevselliği düzeyleri incelenmiş, bulunan sonuçların çeşitli sosyodemografik değişkenlerle ve kronik hastalıklarla ilişkisi irdelenmiştir.

### **3.5. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi**

Çalışmamız, 18-90 yaş arasındaki yetişkinlerden oluşan, Van Y.Y.Ü. Dursun Odabaş Tıp Merkezi Aile Hekimliği Polikliniklerine Şubat 2022- Mayıs 2022 tarihleri arasında çeşitli nedenlerle başvuranların dahil olduğu, araştırmaya katılmaya gönüllü olan 297 kişiye yapılmıştır. İki adet polikliniklerimizden biri üniversite kampüsünde bulunan Dursun Odabaş Tıp Merkezinde diğeri ise merkez ilçe olan İpekyol'unda olan Ek Hizmet binamızda bulunmaktadır.

### **3.6. Araştırmanın Tekniği**

Literatürde bulunan, daha önce yapılmış benzer araştırmalarda kullanılan anketler incelenerek oluşturulan 7 soruluk bir sosyodemografik anket formuna Aile APGAR Ölçeği de eklenerek bir form oluşturuldu. Hazırlanan anket, araştırmanın konusu ve amacıyla ilgili bilgiler verildikten sonra, katılımcılarla sunuldu. Anket formu Ek 1'de sunulmuştur.

### **3.7. Çalışma Formunun Materyalleri:**

Form, Aile APGAR Ölçeğindeki 5 madde, sosyodemografik maddelerden oluşan 6 madde ve 1 kronik hastalıklarla ilgili madde olmak üzere toplam 12 maddeden oluşur. Formda; yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, yaşadığı yer, kimlerle yaşadığı gibi sosyodemografik bilgileri sorgulayan 6 adet soru vardır. Ek olarak koroner arter hastalığı, diyabetes mellitus, hipertansiyon, KOAH, astım, romatizmal hastalıklar, diğer ve yok

seçeneklerinden oluşan 1 adet kronik hastalık sorusu ve Aile APGAR leğinde bulunan aile fonksiyonelliği ile ilgili 5 soru ve bu her 5 soruya  derecelendirme seçeneği bulunur.

### **3.8. Araştırmanın Etik Yönü ve Onamı**

Bu araştırma, Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmaları Etik Kurulu'nun onay vermesinden sonra yapılmıştır. Poliklinikte anket çalışması yapılabilmesi için de ilgili anabilim dalından izin alınmıştır (Tarih: 19.11.202, Karar No:2021/12-12) (Ek 2). Araştırmaya katılmayı kabul eden kişilere çalışmanın kapsamı, amacı, sağlayacağı yararlar, bu çalışmadan sağlanacak bilgilerin nerede ve nasıl kullanılacağı, kişisel verilerin gizli tutulacağı, kimlik bilgilerinin kullanılmayacağı gibi konular hakkında bilgi verilmiş, sözlü ve yazılı onamları alınmıştır.

### **3.9. Verilerin Analizi**

Veriler toplandıktan sonra istatistiksel analizler SPSS (ver. 20) paket programında yapılmıştır. Ankette uygulanan demografik sorulara ait verilerden kategorik değişkenler için tanımlayıcı istatistikler sayı ve yüzde; sürekli değişkenler için tanımlayıcı istatistikler ise minimum ve maksimum, medyan, ortalama, standart sapma, olarak hesaplanmıştır. Ki-kare Testi kullanılarak gruplar ile kategorik değişkenler arasındaki ilişki belirlenmiştir. Hesaplamalarda SPSS istatistik paket programı kullanılmış ve istatistiki olarak anlamlı kabul edilen düzey %5 ( $p=0.05$ ) olarak alınmıştır.

### **3.10. Demografik Soru Formu**

Çalışmaya katılan gönüllülerin sosyodemografik özelliklerini değerlendirmek için kullanılan form olup, görüşmeci tarafından uygulanacaktır. Form 7 sorudan oluşmaktadır.

### **3.11. Aile APGAR leği**

Aile fonksiyonelliği kişinin iyilik halinin önemli bir bileşeni olup leklerinin aile hekimliği pratiğindeki önemi gittikçe artmaktadır. Aile fonksiyonelliğinin ölçülmesi için

çeşitli ölçekler bulunmaktadır. Aile APGAR ölçeği de bu ölçeklerden biri olup 1978 yılında Gabriel Smilkstein tarafından oluşturulmuştur. 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.

### **3.12. Aile APGAR Ölçeğinin geçerlilik ve güvenilirlik araştırması**

Türkçe Aile APGAR ölçeğini oluşturan maddelerin iç tutarlılığını veren Cronbach Alpha Katsayısı 0.793 olarak belirlenmiştir. Test-tekrar test yöntemi ve iç tutarlılık katsayısının her ikisi de yüksek bulunmuş ve bu nedenle Türkçe Aile APGAR Ölçeği'nin güvenilir olduğu kabul edilmiştir. Aile APGAR Ölçeği kullanılarak yurtdışında yapılan çalışmalarda Cronbach alpha değeri 0.80 ile 0.85 arasında değişmektedir

### **3.13. Araştırmanın Bilime Sağladığı Katkısı:**

Aile fonksiyonelliğinin kişinin sosyal, psikolojik ve biyolojik iyilik haline, hastalık durumunda hastalığın prognoz ve tedavi uyumuna etkileri düşünüldüğünde aile fonksiyonelliği ölçeklerinin önemi artmıştır. Bu çalışma; bu ölçeklerden biri olan Aile APGAR ölçeğinin aile hekimliği pratiğinde uygulanabilirliğini göstermesi, değişik gruplar arasında Aile APGAR İndeksi skorlarının farklı durumlar arasındaki ilişkiyi biyoistatistiksel olarak gösterilmesi ve bu indeks skorlarını etkileyen durumların gösterilmesi açısından bilime katkı sağlayacaktır.

## 4. BULGULAR

### 4.1. Sosyodemografik Özellikler

Araştırmamız, 297 katılımcı ile yürütülmüştür. Katılımcıların, %57.2 (n=170)'si erkek, %42.8 (n=127)'i ise kadındır.

**Tablo 1: Katılımcıların Yaş Tablosu (N=297)**

| Özellikler | N   | Minimum | Maksimum | Ortalama | SS       |
|------------|-----|---------|----------|----------|----------|
| Yaş        | 297 | 18.00   | 84.00    | 33.7609  | 12,29096 |

Yukarıdaki tabloda görüldüğü gibi araştırmamıza katılan bireylerin yaşları 18-84 arasında değişmektedir. Katılımcıların minimum yaşı 18, maksimum yaşı 84, yaş ortalaması ise 33.7609'dur.

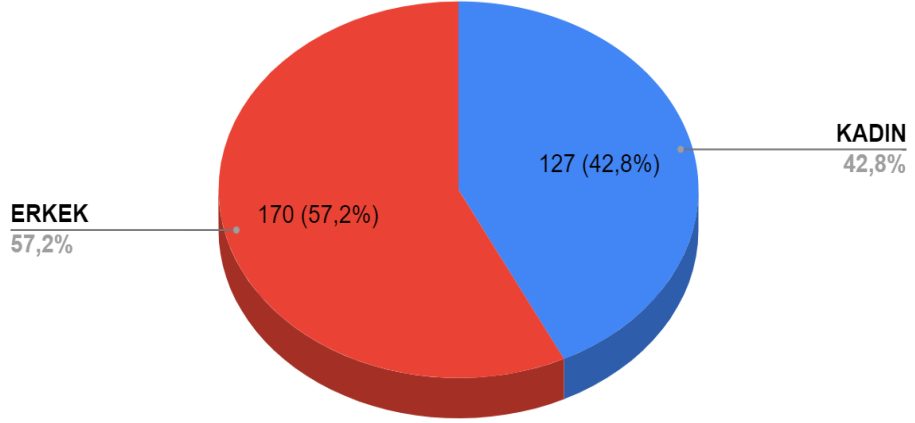
**Tablo 1.1: Katılımcıların Cinsiyetlere Göre Yaş Ortalaması Tablosu (N=297)**

|     | Cinsiyet | N   | Ortalama | SS       |
|-----|----------|-----|----------|----------|
| Yaş | Erkek    | 170 | 33,8706  | 11,21209 |
|     | Kadın    | 127 | 33,6142  | 13,64694 |

Yukardaki tabloda görüldüğü gibi katılımcı erkekler için yaş ortalaması 33,8706 (n=170) iken, kadınlarda yaş ortalaması 33,6142(n=127)'dir.

**Grafik 1: Katılımcıların Cinsiyetlere Göre Dağılım Oranı(N:297)**

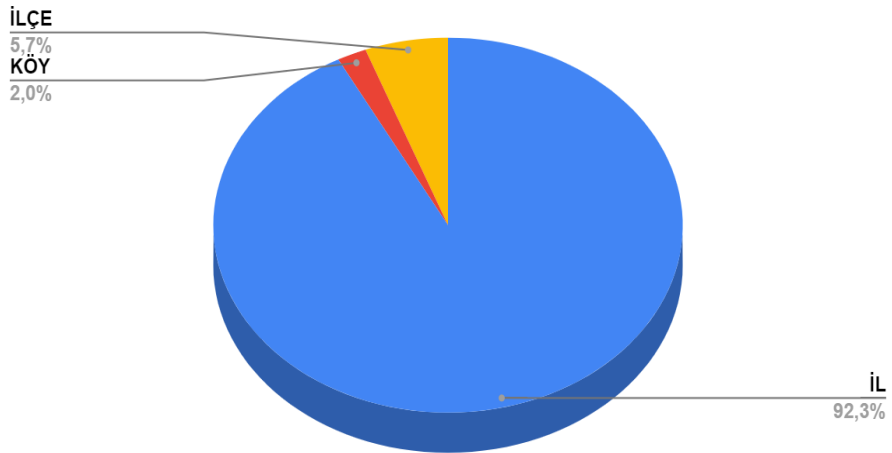
### CİNSİYET ORANLARI



Yukarıdaki grafiğe baktığımızda cinsiyet bakımından erkeklerin oranı daha yüksek olarak tespit edilmiştir; katılımcıların %57.2 (n=170)'sinin erkek, %42.8 (n=127)'inin ise kadın bireylerden oluştuğu görülmüştür.

**Grafik 2: Katılımcıların Yaşanılan Yere Göre Dağılım Oranı(N:297)**

### YAŞANILAN YER ORANLARI



Yaşadığı yer incelendiğinde il merkezinde yaşayan gönüllülerin oranı daha yüksektir; ilde yaşayanların oranı %92.3 (n=274) bulunurken, ilçede yaşayanların oranı %5,7 (n=17), köyde yaşayanların oranı ise %2,0 (n=6) olarak bulunmuştur.

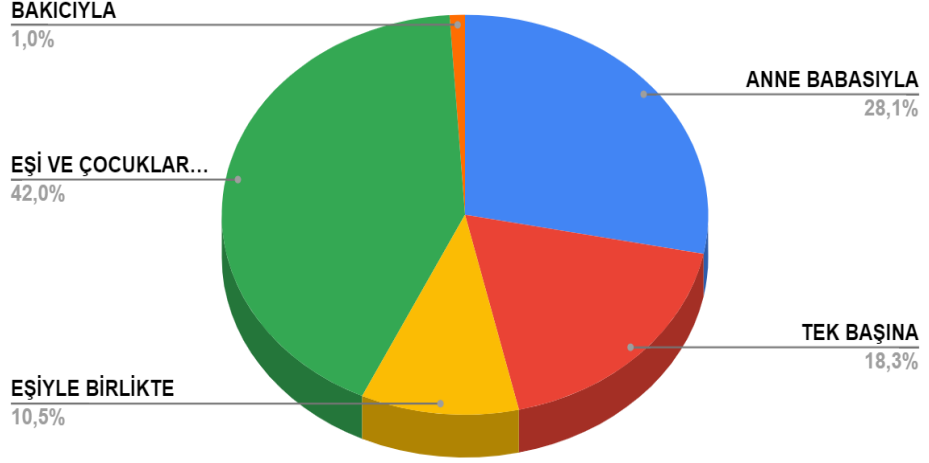
**Grafik 3: Katılımcıların Eğitim Durumuna Göre Dağılım Oranı (N:297)**



Eğitim durumu bakımından üniversite mezunu katılımcıların oranının daha yüksek olduğu tespit edildi; üniversite mezunlarının oranı %72,1 (n=214) iken, lise mezunlarının oranı %8.1 (n=24), ortaokul mezunlarının oranı %5.4 (n=16), ilkokul mezunlarının oranı %7.1 (n=21), okuryazar olmayanların oranı %7.4 (n=22) olarak bulunmuştur.

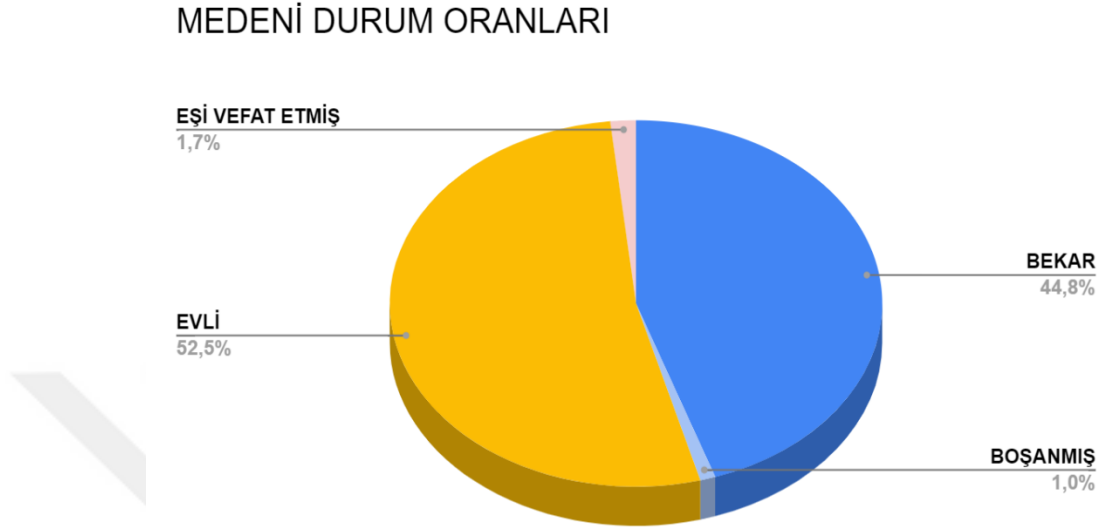
**Grafik 4: Katılımcıların Yaşam Ortamına Göre Dağılım Oranı(N:297)**

### YAŞAM ORTAMI ORANLARI



Yaşam ortamı göz önüne alındığında; eşi ve çocukları ile yaşayanların oranı %42 (n=124) iken, anne babası ile yaşayanların oranı %28.1 (n=83), tek başına yaşayanların oranı %18.3 (n=54), eşiyle yaşayanların oranı %10.5 (n=31), bakıcı ile yaşayanların oranı ise %1 (n=3) olarak bulunmuştur.

**Grafik 5: Katılımcıların Medeni Durumuna Göre Dağılım Oranı(N:297)**



Katılımcıların medeni durumu incelendiğinde; evli oranı %52.5 (n=156) olarak tespit edilirken, bekar oranı %44.8 (n=133), eşi vefat edenlerin oranı %1.7(n=5), boşanmış olanların oranı ise %1 (n=3) olarak bulunmuştur.

**Tablo 2: Katılımcıların Kronik Hastalık Durumunun Dağılımı (N=297)**

| Özellikler      | Kategoriler | N   | %     |
|-----------------|-------------|-----|-------|
| Kronik Hastalık | Yok         | 237 | 79,8% |
|                 | Var         | 60  | 20,2% |

Yukardaki tabloda görüldüğü gibi katılımcıların, formumuzda belirtilen diyabet, hipertansiyon, astım, kronik obstrüktif akciğer hastalığı, romatizmal hastalıklar, koroner arter hastalığı ve diğer seçeneklerinden en az birine sahip olma oranı %20.2 (n=60)'dir. Hiçbir kronik hastalığı olmayan katılımcıların oranı ise %79.8 (n=237)'dir.

**Tablo 3: Aile APGAR Ölçeği Ortalama Toplam Skorlarının Cinsiyete Göre Değişimi Ki Kare Tablosu**

|              | Cinsiyet | N   | Ortalama | SS      | P    |
|--------------|----------|-----|----------|---------|------|
| APGAR ölçeği | Erkek    | 170 | 7,87     | 2,18271 | ,531 |
|              | Kadın    | 127 | 7,69     | 2,57124 |      |

Yukardaki tabloda görüldüğü üzere; 0 puan ile 10 puan arasında değişebilen Aile APGAR Ölçeği toplam puanı 7,7930 (n=297) ve erkeklerde ortalama 7.8706 (n=170), kadınlarda ise 7.6929 (n=127)'dir. Görüldüğü gibi erkek ve kadın cinsiyeti arasında Aile APGAR Ölçeği puan ortalamaları açısından anlamlı bir fark saptanmamıştır(p> 0.05).

**Tablo 3.1: Aile APGAR Ölçeğindeki 5 Maddenin Ayrı Ayrı Ortalama Skorlarının Cinsiyete Göre Değişimi Ki Kare Tablosu**

|        | Cinsiyet | N   | Mean | SS  | p    |
|--------|----------|-----|------|-----|------|
| Apgar1 | Erkek    | 170 | 1,64 | ,51 | ,280 |
|        | Kadın    | 127 | 1,71 | ,55 |      |
| Apgar2 | Erkek    | 170 | 1,54 | ,52 | ,817 |
|        | Kadın    | 127 | 1,55 | ,63 |      |
| Apgar3 | Erkek    | 170 | 1,54 | ,61 | ,416 |
|        | Kadın    | 127 | 1,48 | ,68 |      |
| Apgar4 | Erkek    | 170 | 1,44 | ,66 | ,365 |
|        | Kadın    | 127 | 1,36 | ,72 |      |
| Apgar5 | Erkek    | 170 | 1,72 | ,54 | ,059 |
|        | Kadın    | 127 | 1,59 | ,60 |      |

Burada görüldüğü üzere Aile APGAR Ölçeğindeki her biri 0 puan,1 puan ve 2 puan olmak üzere üç derecelendirme içeren 5 madde ayrı ayrı alınıp cinsiyete göre değişimleri incelendiğinde, 5 maddenin hiçbirinde cinsiyete göre anlamlı bir değişim saptanmamakla (p>0.05) beraber, cinsiyet açısından en büyük fark 5. Maddede

saptanmıştır. 5. Maddenin puan ortalaması erkeklerde 1.7176 (n=170), kadınlarda ise 1.5906 (n=127)'dir.

**Tablo 4: Katılımcıların Yaşadığı Yere Göre Yaş Ortalamalarının Değişimi Ki Kare Tablosu**

|     |       | N   | Ortalama | SS    | p    |
|-----|-------|-----|----------|-------|------|
| Yaş | Köy   | 6   | 33,83    | 20,92 | ,871 |
|     | İlçe  | 17  | 32,23    | 13,60 |      |
|     | İl    | 274 | 33,85    | 12,03 |      |
|     | Total | 297 | 33,76    | 12,29 |      |

Köy, ilçe ve ilde yaşayan katılımcıların yaş ortalaması arasında anlamlı bir fark yoktur( $p>0.05$ )

**Tablo 4.1: Katılımcıların Yaşadığı Yere Göre Aile APGAR Puan Ortalamalarının Değişimi Ki Kare Tablosu**

|              | Yaşadığı Yer | N   | Ortalama | SS   | P    |
|--------------|--------------|-----|----------|------|------|
| APGAR Ölçeği | Köy          | 6   | B 4,50   | 2,74 | ,001 |
|              | İlçe         | 17  | A 7,06   | 2,63 |      |
|              | İl           | 274 | A 7,91   | 2,28 |      |
|              | Total        | 297 | 7,79     | 2,35 |      |

Tabloda görüldüğü üzere köyde yaşayanların **Aile APGAR puanı hem ilçede yaşayanlara göre hem de ilde yaşayanlara göre anlamlı ölçüde düşük bulunmuştur( $p<0.05$ )**. Sırasıyla köyde yaşayanların Aile APGAR puan ortalaması 4,50 (n=6), ilçede yaşayanların 7,06 (n=17), il merkezinde yaşayanların ise 7,91 (n=274) olarak ölçüldü. İlçelerde yaşayanların Aile APGAR puan ortalaması il merkezinde yaşayanlara göre daha düşük bulunduysa da bu fark anlamlı değildir.

**Tablo 4.2: Katılımcıların Yaşadığı Yere Göre Aile APGAR Ölçeğindeki 5 Maddenin Ayrı Ayrı Puan Değişimi Ki Kare Tablosu**

|        |       | <b>N</b> | <b>Ortalama</b> | <b>SS</b> | <b>P</b> |
|--------|-------|----------|-----------------|-----------|----------|
| Apgar1 | Köy   | 6        | 1,00            | ,63       | ,006     |
|        | İlçe  | 17       | 1,76            | ,56       |          |
|        | İl    | 274      | 1,68            | ,52       |          |
|        | Total | 297      | 1,67            | ,53       |          |
| Apgar2 | Köy   | 6        | 1,00            | ,63       | ,035     |
|        | İlçe  | 17       | 1,41            | ,62       |          |
|        | İl    | 274      | 1,56            | ,56       |          |
|        | Total | 297      | 1,54            | ,56       |          |
| Apgar3 | Köy   | 6        | ,83             | ,75       | ,015     |
|        | İlçe  | 17       | 1,35            | ,70       |          |
|        | İl    | 274      | 1,54            | ,62       |          |
|        | Total | 297      | 1,52            | ,64       |          |
| Apgar4 | Köy   | 6        | ,50             | ,84       | ,001     |
|        | İlçe  | 17       | 1,18            | ,73       |          |
|        | İl    | 274      | 1,44            | ,67       |          |
|        | Total | 297      | 1,40            | ,69       |          |
| Apgar5 | Köy   | 6        | 1,17            | ,75       | ,005     |
|        | İlçe  | 17       | 1,35            | ,61       |          |
|        | İl    | 274      | 1,69            | ,55       |          |
|        | Total | 297      | 1,66            | ,56       |          |

Görüldüğü gibi Aile APGAR ölçeğinin 5 maddesi ayrı ayrı alındığında yine her birinde köyde yaşayanların ortalama puanı, ilçe ve ilde yaşayanlara göre anlamlı şekilde daha düşük ölçüldü

**Tablo 5: Katılımcıların Eğitim Durumuna Göre Aile APGAR Puan Ortalamalarının Değişimi Ki Kare Tablosu**

|              |                   | N   | Ortalama | SS    | P    |
|--------------|-------------------|-----|----------|-------|------|
| Yaş          | Okur Yazar Değil  | 22  | 53,32    | 14,55 | ,001 |
|              | İlkokul Mezunu    | 21  | 50,57    | 13,38 |      |
|              | Ortaokul Mezunu   | 16  | 38,19    | 13,90 |      |
|              | Lise Mezunu       | 24  | 33,63    | 13,81 |      |
|              | Üniversite Mezunu | 214 | 29,79    | 7,30  |      |
|              | Total             | 297 | 33,76    | 12,29 |      |
| APGAR Ölçeği | Okur Yazar Değil  | 22  | 8,09     | 2,39  | ,129 |
|              | İlkokul Mezunu    | 21  | 8,57     | 1,54  |      |
|              | Ortaokul Mezunu   | 16  | 8,69     | 2,24  |      |
|              | Lise Mezunu       | 24  | 8,13     | 2,33  |      |
|              | Üniversite Mezunu | 214 | 7,58     | 2,41  |      |
|              | Total             | 297 | 7,79     | 2,35  |      |

Yukardaki tabloda görüldüğü gibi **yaş artıkça eğitim düzeyi anlamlı ölçüde düşmektedir ( $p<0.05$ )**. Yani yaşam eğitim durumu ile yaş ilişkisi genel toplumda beklendiği şekilde olmuştur ( $p<0.05$ ). **Üniversite mezunlarında Aile APGAR puanın en düşük ölçülmüş olsa da bu anlamlı bir fark değil ( $p>0.05$ )**. Eğitim durumu ile Aile APGAR puanı arasında anlamlı bir ilişki bulunamadı ( $p>0.05$ ).

**Tablo 5.1: Katılımcıların Eğitim Durumuna Göre Aile APGAR Ayır Ayır Puan Ortalamalarının Değişimi Ki Kare Tablosu**

|        |                   | N   | Ortalama | SS  | p    |
|--------|-------------------|-----|----------|-----|------|
| Apgar1 | Okur Yazar Değil  | 22  | 1,73     | ,55 | ,425 |
|        | İlkokul Mezunu    | 21  | 1,81     | ,40 |      |
|        | Ortaokul Mezunu   | 16  | 1,69     | ,70 |      |
|        | Lise Mezunu       | 24  | 1,79     | ,41 |      |
|        | Üniversite Mezunu | 214 | 1,64     | ,53 |      |
|        | Total             | 297 | 1,67     | ,53 |      |
| Apgar2 | Okur Yazar Değil  | 22  | 1,64     | ,58 | ,110 |
|        | İlkokul Mezunu    | 21  | 1,62     | ,58 |      |
|        | Ortaokul Mezunu   | 16  | 1,81     | ,40 |      |
|        | Lise Mezunu       | 24  | 1,67     | ,48 |      |
|        | Üniversite Mezunu | 214 | 1,49     | ,57 |      |
|        | Total             | 297 | 1,54     | ,56 |      |
| Apgar3 | Okur Yazar Değil  | 22  | 1,41     | ,73 | ,140 |
|        | İlkokul Mezunu    | 21  | 1,81     | ,40 |      |
|        | Ortaokul Mezunu   | 16  | 1,69     | ,60 |      |
|        | Lise Mezunu       | 24  | 1,54     | ,72 |      |
|        | Üniversite Mezunu | 214 | 1,48     | ,63 |      |
|        | Total             | 297 | 1,52     | ,63 |      |
| Apgar4 | Okur Yazar Değil  | 22  | 1,59     | ,50 | ,141 |
|        | İlkokul Mezunu    | 21  | 1,62     | ,58 |      |
|        | Ortaokul Mezunu   | 16  | 1,63     | ,71 |      |
|        | Lise Mezunu       | 24  | 1,42     | ,77 |      |
|        | Üniversite Mezunu | 214 | 1,34     | ,69 |      |
|        | Total             | 297 | 1,40     | ,68 |      |
| Apgar5 | Okur Yazar Değil  | 22  | 1,72     | ,55 | ,470 |
|        | İlkokul Mezunu    | 21  | 1,71     | ,64 |      |
|        | Ortaokul Mezunu   | 16  | 1,87     | ,34 |      |
|        | Lise Mezunu       | 24  | 1,71     | ,55 |      |
|        | Üniversite Mezunu | 214 | 1,63     | ,57 |      |
|        | Total             | 297 | 1,66     | ,56 |      |

Yukarıdaki tabloda görüldüğü gibi Aile APGAR Ölçeğindeki 5 madde ayrı ayrı ele alındığında da her bir madde için alınan puanın eğitim durumuyla anlamlı bir ilişki kaydedilemedi ( $p>0.05$ ).

**Tablo 6: Katılımcıların Yaşam Ortamına Göre Aile APGAR Puan Ortalamalarının Değişimi Ki Kare Tablosu**

|              |                      | N   | Ortalama | SS    | p    |
|--------------|----------------------|-----|----------|-------|------|
| Yaş          | Tek Başına           | 54  | 28,41    | 7,76  | ,001 |
|              | Bakıcı ile           | 3   | 58,33    | 31,62 |      |
|              | Anne-Babası ile      | 83  | 24,78    | 4,28  |      |
|              | Eşi ile              | 31  | 34,00    | 10,25 |      |
|              | Eşi ve Çocukları ile | 124 | 41,56    | 11,78 |      |
|              | Total                | 295 | 33,81    | 12,30 |      |
| APGAR Ölçeği | Tek Başına           | 54  | 7,93     | 2,22  | ,728 |
|              | Bakıcı ile           | 3   | 7,67     | 2,08  |      |
|              | Anne-Babası ile      | 83  | 7,47     | 2,63  |      |
|              | Eşi ile              | 31  | 7,84     | 2,34  |      |
|              | Eşi ve Çocukları ile | 124 | 7,91     | 2,24  |      |
|              | Total                | 295 | 7,78     | 2,36  |      |

Tabloda görüleceği üzere yaşam ortamı ile yaş ilişkisi genel toplumda beklendiği şekilde olmuştur ( $p<0.05$ ). Ancak yaşam ortamı ile Aile APGAR puanları arasında anlamlı bir ilişki tespit edilmemiştir ( $p>0.05$ ).

**Tablo 6.1: Katılımcıların Yaşam Ortamına Göre Aile APGAR Ölçeğindeki 5 Maddenin Ayrı Ayrı Ortalamalarının Değişimi Ki Kare Tablosu**

|        |                      | N   | Ortalama | SS   | p    |
|--------|----------------------|-----|----------|------|------|
| Apgar1 | Tek Başına           | 54  | 1,70     | ,50  | ,593 |
|        | Bakıcı ile           | 3   | 2,00     | ,00  |      |
|        | Anne-Babası ile      | 83  | 1,60     | ,58  |      |
|        | Eşi ile              | 31  | 1,67     | ,47  |      |
|        | Eşi ve Çocukları ile | 124 | 1,68     | ,53  |      |
|        | Total                | 295 | 1,67     | ,53  |      |
| Apgar2 | Tek Başına           | 54  | 1,48     | ,57  | ,553 |
|        | Bakıcı ile           | 3   | 1,67     | ,57  |      |
|        | Anne-Babası ile      | 83  | 1,48     | ,63  |      |
|        | Eşi ile              | 31  | 1,64     | ,48  |      |
|        | Eşi ve Çocukları ile | 124 | 1,57     | ,54  |      |
|        | Total                | 295 | 1,54     | ,57  |      |
| Apgar3 | Tek Başına           | 54  | 1,59     | ,63  | ,518 |
|        | Bakıcı ile           | 3   | 1,00     | 1,00 |      |
|        | Anne-Babası ile      | 83  | 1,47     | ,68  |      |
|        | Eşi ile              | 31  | 1,48     | ,67  |      |
|        | Eşi ve Çocukları ile | 124 | 1,52     | ,59  |      |
|        | Total                | 295 | 1,51     | ,64  |      |
| Apgar4 | Tek Başına           | 54  | 1,46     | ,64  | ,476 |
|        | Bakıcı ile           | 3   | 1,33     | ,58  |      |
|        | Anne-Babası ile      | 83  | 1,31     | ,73  |      |
|        | Eşi ile              | 31  | 1,29     | ,78  |      |
|        | Eşi ve Çocukları ile | 124 | 1,46     | ,66  |      |
|        | Total                | 295 | 1,40     | ,69  |      |
| Apgar5 | Tek Başına           | 54  | 1,69     | ,51  | ,802 |
|        | Bakıcı ile           | 3   | 1,67     | ,58  |      |
|        | Anne-Babası ile      | 83  | 1,60     | ,58  |      |
|        | Eşi ile              | 31  | 1,74     | ,57  |      |
|        | Eşi ve Çocukları ile | 124 | 1,67     | ,58  |      |
|        | Total                | 295 | 1,66     | ,56  |      |

Görüldüğü gibi yaşam ortamı ve Aile APGAR Ölçeğindeki 5 madde ayrı ayrı incelendiğinde, herhangi birisinde yaşam ortamı ile anlamlı bir değişiklik gözlenmemiştir( $p>0.05$ ).

**Tablo 7: Katılımcıların Medeni Durumlarına Göre Aile APGAR Puan Ortalamalarının Değişimi Ki Kare Tablosu**

|              |                 | N   | Ortalama | SS    | p    |
|--------------|-----------------|-----|----------|-------|------|
| Yaş          | Bekar           | 133 | 25,74    | 5,59  | ,001 |
|              | Evli            | 156 | 39,92    | 11,85 |      |
|              | Boşanmış        | 3   | 43,33    | 14,57 |      |
|              | Eşi Vefat Etmiş | 5   | 49,00    | 24,95 |      |
|              | Total           | 297 | 33,76    | 12,29 |      |
| APGAR Ölçeği | Bekar           | 133 | 7,76     | 2,37  | ,121 |
|              | Evli            | 156 | 7,86     | 2,25  |      |
|              | Boşanmış        | 3   | 4,67     | 4,73  |      |
|              | Eşi Vefat Etmiş | 5   | 8,40     | 3,05  |      |
|              | Total           | 297 | 7,79     | 2,35  |      |

Tabloda görüleceği üzere medeni durum ile yaş ilişkisi genel toplumda beklendiği şekilde olmuştur( $p<0.05$ ). Ama medeni durum ile Aile APGAR puanları arasında anlamlı bir ilişki tespit edilmedi( $p>0.05$ ).

**Tablo 7.1: Katılımcıların Medeni Durumlarına Göre Aile APGAR Ölçeğindeki 5 Maddenin Ayrı Ayrı Ortalamalarının Değişimi Ki Kare Tablosu**

|        |                 | N   | Ortalama | SS   | p    |
|--------|-----------------|-----|----------|------|------|
| Apgar1 | Bekar           | 133 | 1,67     | ,52  | ,172 |
|        | Evli            | 156 | 1,68     | ,52  |      |
|        | Boşanmış        | 3   | 1,00     | 1,00 |      |
|        | Eşi Vefat Etmiş | 5   | 1,60     | ,89  |      |
|        | Total           | 297 | 1,67     | ,53  |      |
| Apgar2 | Bekar           | 133 | 1,50     | ,58  | ,176 |
|        | Evli            | 156 | 1,58     | ,54  |      |
|        | Boşanmış        | 3   | 1,00     | 1,00 |      |
|        | Eşi Vefat Etmiş | 5   | 1,80     | ,45  |      |
|        | Total           | 297 | 1,54     | ,57  |      |
| Apgar3 | Bekar           | 133 | 1,54     | ,63  | ,126 |
|        | Evli            | 156 | 1,51     | ,62  |      |
|        | Boşanmış        | 3   | ,67      | 1,15 |      |
|        | Eşi Vefat Etmiş | 5   | 1,40     | ,89  |      |
|        | Total           | 297 | 1,52     | ,64  |      |
| Apgar4 | Bekar           | 133 | 1,39     | ,67  | ,161 |
|        | Evli            | 156 | 1,41     | ,69  |      |
|        | Boşanmış        | 3   | ,67      | 1,15 |      |
|        | Eşi Vefat Etmiş | 5   | 1,80     | ,45  |      |
|        | Total           | 297 | 1,40     | ,69  |      |
| Apgar5 | Bekar           | 133 | 1,65     | ,54  | ,670 |
|        | Evli            | 156 | 1,68     | ,58  |      |
|        | Boşanmış        | 3   | 1,33     | 1,15 |      |
|        | Eşi Vefat Etmiş | 5   | 1,80     | ,45  |      |
|        | Total           | 297 | 1,66     | ,56  |      |

Görüldüğü gibi medeni durum ve Aile APGAR Ölçeğindeki 5 madde ayrı ayrı incelendiğinde, herhangi bir maddede medeni durum ile anlamlı bir değişiklik gözlenmemiştir ( $p>0.05$ ).

**Tablo 8: Katılımcıların Kronik Hastalık Durumuna Göre Aile APGAR Puan Ortalamalarının Değişimi Ki Kare Tablosu**

|                     | <b>Kronik hast.</b> | <b>N</b> | <b>Ortalama</b> | <b>SS</b> | <b>p</b> |
|---------------------|---------------------|----------|-----------------|-----------|----------|
| <b>Yaş</b>          | Yok                 | 237      | 31,59           | 9,85      | ,001     |
|                     | Var                 | 60       | 42,33           | 16,63     |          |
| <b>APGAR Ölçeği</b> | Yok                 | 237      | 7,85            | 2,35      | ,571     |
|                     | Var                 | 60       | 7,58            | 2,37      |          |

Yukarıda görüleceği üzere kronik hastalık ile yaş ilişkisi genel toplumda beklendiği şekilde olmuştur ( $p < 0.05$ ). Ama kronik hastalık sahibi olma ile Aile APGAR puanları arasında anlamlı bir ilişki tespit edilmemiştir ( $p > 0.05$ ).

**Tablo 8.1: Katılımcıların Kronik Hastalık Durumuna Göre Aile APGAR Ölçeğindeki 5 Maddenin Ayrı Ayrı Ortalamalarının Değişimi Ki Kare Tablosu**

|        | <b>Kronik Hastalık</b> | <b>N</b> | <b>Ortalama</b> | <b>SS</b> | <b>p</b> |
|--------|------------------------|----------|-----------------|-----------|----------|
| Apgar1 | Yok                    | 237      | 1,68            | ,52       | ,744     |
|        | Var                    | 60       | 1,65            | ,57       |          |
| Apgar2 | Yok                    | 237      | 1,54            | ,57       | ,904     |
|        | Var                    | 60       | 1,55            | ,56       |          |
| Apgar3 | Yok                    | 237      | 1,55            | ,63       | ,073     |
|        | Var                    | 60       | 1,38            | ,67       |          |
| Apgar4 | Yok                    | 237      | 1,41            | ,68       | ,875     |
|        | Var                    | 60       | 1,42            | ,69       |          |
| Apgar5 | Yok                    | 237      | 1,68            | ,55       | ,255     |
|        | Var                    | 60       | 1,58            | ,62       |          |

Yukarıdaki tabloda görüleceği üzere gibi kronik hastalık durumu ve Aile APGAR Ölçeğindeki 5 madde ayrı ayrı incelendiğinde, herhangi bir maddede kronik hastalık sahibi olma durumu ile anlamlı bir değişiklik gözlenmemiştir ( $p>0.05$ ).

## 5. TARTIŞMA

Çalışmamızda, verilere tanımlayıcı ve çoklu analizler uygulandığında, istatistiksel olarak anlamlı bazı sonuçlar elde edildi. Ortaya çıkan sonuçlar, önceki çalışmalarla karşılaştırılırken, sonuçların muhtemel nedenleri, çalışmanın eksik yanları ve farklılıkları da göz önünde bulundurularak tartışıldı. Çalışmamız toplam 297 katılımı ile gerçekleşti. Çalışmamıza katılanların ortalama APGAR skoru  $7,53\pm 2,63$  çıktı, 241'i (%60.3) yüksek AF'ye sahip çıktı. British Journal of General Practice'de 2012 yılında yayınlanmış bir çalışmada 6202 aile ile yapılan AF ve sağlık konulu çalışmada aile fonksiyonu ölçeği sonuçları  $92,5 \pm 18,1$  olarak bulunmuştur.<sup>24</sup>

Birkaç nüfus grubu üzerinde yapılan bir araştırma, Aile APGAR'ının, kişinin aile işlevinin beş bileşeninden memnuniyetini ölçen güvenilir, doğrulanmış, pragmatist bir araç olarak kullanımını destekleyen kanıtlar sunmaktadır. Ayrıca, kendi kendine doldurulan bu beş maddelik anket, rutin bir sağlık bilgisi araştırmasının bir parçası olarak genel bir tıp kliniğinde başarıyla kullanılmıştır. Tayvan'da yapılan bir araştırma, 10 yaşından itibaren çocukların Aile APGAR sorularını anlamalarının ve uygun şekilde yanıt vermelerinin beklenebileceğini öne sürüyor. Şu anda Aile APGAR ile araştırılmakta olan konular; kullanım, uyum, somatizasyon, hastalık ve hastalık sonucu ile korelasyon çalışmaları olarak sıralanabilir.<sup>91</sup>

Good, Smilkstein ve ark. yaptığı çalışmada hipotezde iddia edildiği gibi, klinik ve klinik olmayan grupların Aile APGAR puanları arasında anlamlı bir fark vardı (Aile APGAR İndeksi geliştirilirken klinik olmayan "normal" aile grupları ve bir klinik ayaktan psikiyatri hastası olan aile grupları karşılaştırıldı). Olası toplam 10 puan üzerinden, ortalama puan klinik olmayan grup için 8.24, klinik grup için ise 5.89'du. 5. madde (aile ile geçirilen zamandan memnuniyet) dışında, klinik olmayan grup her maddede klinik

gruba göre anlamlı derecede daha yüksek puan aldı.<sup>96</sup> Yakın zamanda yapılan araştırmalar, aile işlevinin hasta sağlığı üzerindeki etkisini göstermiştir.<sup>76</sup>

FACES III'e gore çok kültürlü aileler uçlarda bir aile olmaya eğilimliydi. Ailelerinin APGAR puanları, sıradan Koreli ailelere kıyasla daha düşüktü. Kadınların yaşı, memleketi, eğitim düzeyi, aile üyelerinin sayısı ve dini çok kültürlü ailelerin aile işlevsizliği ile büyük ölçüde ilişkili bulunmuş.<sup>103</sup> Bizim alışmamızda ise yaş ve yaşadığı yer açısından anlamlı bulundu ama diğer parametrelerde anlamlılık tespit edilemedi.

Aile sosyal desteğinin eksikliğinin hem ebeveynlerde hem de ailelerde psikososyal sorunların nedenlerinden biri olduğu gösterildiğinden<sup>104,105</sup> ve aynı Şekilde ocuklarda da bu durum ortaya konulduğundan dolayı ve de ebeveyn, aile ve ocuk işlevleri arasında uzun sreden beridir bilinen karşılıklı etkileşim nedeniyle<sup>106,107</sup> bazı yazarlar birinci basamak hekimlerinin aile sosyal desteği eksikliğini rutin olarak taramasını önermektedir.<sup>101,105, 108</sup>

Aile ve ocuk işlevselliğindeki sorunlar arasındaki ilişki, Aile APGAR'ın birinci basamak ortamlarında yalnızca düşük aile fonksiyonelliği için bir tarama aracı olmaktan öte çocukların psikososyal sorunları için bir tarama aracı olarak da kullanılmasına yönelik önerilere yol açmıştır.<sup>101</sup> Standartlaştırılmış ocuk semptomları ölçütlerini kullanarak psikososyal problemler için taramanın, tedaviden fayda görecek çocukları doğru bir Şekilde tespit ettiği gösterilmiş olsa da<sup>109,110,111</sup> psikososyal sorunları olan çocukların tespiti için, aile fonksiyonelliği leklerinin etkinliği bu üç çalışmada gösterilememiştir. Bizim alışmamızda ocuk yaş grubunda yapılmadığı için bu konu hakkında herhangi bir fikir oluşturmadı.

Doğrulanmış anket veya klinisyenler tarafından tanımlanan psikososyal sorunları olan çocukların çoğu Aile APGAR leği tarafından tespit edilememiş ve Aile APGAR leği tarafından tespit edilen çocukların sadece yarısında psikososyal problemler tanımlamıştı.<sup>66</sup> alışmada, Aile APGAR, ocuk psikososyal sorunları için bir tarama testi olarak iyi performans göstermemiş ve muhtemelen bir çocuğun aile işlev bozukluğundan kaynaklanan sorunlarını değerlendirmek için klinik uygulamada rutin kullanım için en iyi araç değil Şeklinde not düşülmüş. PSC ve CBCL gibi diğer ölçekler çocukları taramak için daha uygun bulunmuş. Bununla birlikte, aile hekimleri ve ocuk doktorları, Aile

APGAR'ı yüksek riskli ailelerle sosyal destek konularının tartışılmasını kolaylaştıran ve değerlendirebilen kullanımı kolay bir araç olarak görecektir.<sup>66</sup>

Bir çalışmada aile disfonksiyonelliği ile ilgili olduğu düşünülen psikosomatik bulguların, ölçeklerle aile disfonksiyonelliği tanısı alan hastalarda normal popülasyona göre daha yüksek olmadığı bulunmuş.<sup>112</sup> Bizim çalışmamızda buna benzer olarak kronik hastalıklar ile aile işlevselliği incelendiğinde anlamlı bir ilişki bulunamadı.

Birkaç çalışmada, düşük Aile APGAR puanlarının (bu, daha yüksek algılanan aile işlev bozukluğu anlamına gelir) diğer klinik fenomenleri karışık sonuçlarla tahmin edip etmediğini incelemiştir. Bununla birlikte, bir hastanın Aile APGAR puanı ile sonraki psikolojik destek alımı arasındaki ilişki, ölçeğin geçerli bir aile işlev bozukluğu ölçeği olup olmadığıyla doğrudan ilişkili değildir. Bu nedenle, Aile APGAR'ının geçerli bir aile işlev bozukluğu ölçeği olup olmadığına dair kanıtlar karışıktır.<sup>66,101,112,113</sup> Çalışmamızın sonuçlarına göre yaş ve yaşanılan yer dışında aile işlevselliği ile ilişki bulunmadığından bir hastanın psikolojik destek alması gerekip gerekmeyeceği yorumu yapılamamaktadır.

## 5.1. ÇALIŞMANIN GÜÇLÜ YANLARI

Türkiye'de aile hekimlerinin aile fonksiyonelliği amacıyla birinci basamakta uygulanmasının artmasına katkı sağlayan çalışma özelliğini taşıdığını düşünmekteyiz. Aynı zamanda çalışmamız bulunduğu evreni temsil etmesi ve aile hekimlerinin genelinen en uzun tecrübesinin birinci basamakta olması, bireye bütüncül yaklaşmasını sağlaması çalışmamızın diğer güçlü yanlarıdır.

## 5.2. ÇALIŞMANIN KISITLILIKLARI

Araştırmamız niceliksel bir çalışma olduğundan hastaların bazı farklı tutum ve davranışlarının arkasındaki nedenleri açıklayamamıştır. Bu özelliği de araştırmamızın zayıf yönlerinden birisi olarak kabul edilebilir.



## 6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Çalışmamızın sonuçlarına göre; erkeklerin kadınlara göre aile fonksiyonelliği yüksek olmasına karşın anlamlı ilişki bulunmadı. Köyde yaşayanların; il ve ilçede yaşayanlara göre aile fonksiyonelliği anlamlı düşük bulundu ( $p < 0.05$ ) ve ilçede yaşayanların da ilde yaşayanlara göre düşüktü ama anlamlı bir ilişki bulunmadı. Genel toplumda olduğu gibi yaş arttıkça eğitim düzeyi anlamlı ölçüde düşmektedir ( $p < 0.05$ ) ama eğitim durumu ile aile fonksiyonelliği arasında ilişki anlamlı değil. Yaşam ortamı, medeni durum ve kronik hastalık ile aile fonksiyonelliği arasında anlamlı bir sonuç bulunmadı.

Aile hekimliği pratiğinde, hastaların biyopsikososyal özelliklerini gözetken 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. Bireylerin yaşam kalitesini etkileyen faktörlerin ve bu faktörlerin yaşam kalitesi üzerine hangi doğrultuda etkilerinin olduğunun belirlenmesi, bireylerin daha mutlu, sağlıklı olarak yaşayabilmelerine katkıda bulunması açısından oldukça büyük önem taşımaktadır. Aile APGAR'ı, 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 hasta görüşmesinde avantaj olarak kullanmalıdır. 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. Birincil basamakların bireyin İyilik Hali'nin

değerlendirmesi açısından önemli olan aile fonksiyonelliğinin değerlendirilmesi ise bu araştırmanın en önemli üstünlüğüdür. Elde edilen yeni bilgilerin 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. 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.
3. Krysan, M., Moore, K. A., & Zill, N. (1990). Identifying successful families: An overview of constructs and selected measures. Washington,DC: Child Trends.
4. Dil, S. Bulantekin, Ö. (2011). Hemşirelik Öğrencilerinde Akademik Başarı Düzeyi ile Aile İşlevselliği ve Kontrol Odağı Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi. Psikiyatri Hemşirelik Dergisi, 2(1), 17-24
5. Pincus A, Minnahana A. Social Work Practice:Model and Method. Illionis, Peacock Co, 1973;142.
6. Campbell T. Family stress. Textbook of Family Medicine"(ed) Rakel RE 5th ed Philadelphia, WB Saunders. 1995:35-8.
7. Andrade JJDC, Silva ACO, Frazão IDS, et al. (2021) Family functionality and burden of family caregivers of users with mental disorders. Rev Bras Enferm 74:e20201061.
8. Gardner W, Nutting PA, Kelleher KJ, Werner JJ, Farley T, Stewart L, et al. Does the Family APGAR effectively measure family functioning? J Fam Pract. 2001; 50:19–25.
9. Bray J, Campbell T. The family"s influence on health. Textbook of Family Medicine 7th ed Philadelphia, PA: Saunders Elsevier. 2007:25-6.
10. Rakel RE, Rakel D. Textbook of family medicine: Elsevier Health Sciences; 2011.
11. Smilkstein G. The Family APGAR: A proposal for family function test and its use by physicians. The Journal of family practice. 1978
12. Crouch MA, McCauley J: Family awareness demonstrated by family practice residents: Physician behavior and patient opinions. J Fam Pract 1985; 20:281-284.
13. McDaniel S, Campbell T, Hepworth J, Lorenz A. Birinci basamakta aileleri değerlendirmek için araçlar. Yaman H.2:28-41.
14. Kroenke, K., et al., 2009. An ultra-brief screening scale for anxiety and depression: the PHQ–4. Psychosomatics. 50, 613- 621.
15. North S, Marvel MK, Hendricks B, Morphew P, North D. Physicians' usefulness ratings of family-oriented clinical tools. J Fam Pract 1993;37:30–34.

16. Jellinek MS, Murphy JM. The recognition of psychosocial disorders in pediatric practice: the current status of the Pediatric Symptom Checklist. *J Dev Behav Pediatr* 1990;11:273-78.
17. Hilliard R, Gjerde C, Parker L. Validity of two psychological screening measures in family practice: personal inventory and Family APGAR. *J Fam Pract* 1986;23:345-49.
18. Olson DH, Bell R, Porter J. Family Adaptation and Cohesion Evaluation Scale II. Minneapolis, Minn: Family Inventories Project; 1982.
19. Nichols, M. P. (2013). Aile terapisi kavramlar ve yöntemler (1. basım) (O. Gündüz, Çev.). İstanbul: Kaknüs Yayınları.
20. Taneli S. Aile Tedavisinde Sorunlar. Grup Psikoterapileri Kongre ve Sempozyum Bildirileri El Kitabı Ankara, Aflama Matbaası, 1988; 42.
21. Yaman H, Akdeniz M. Sistemik aile hekimliği. *Türk Aile Hek Derg* 2011;15(2):77-80.
22. Ransom DC. The evolution from an individual to a family approach. New York, NY: Brunner-Mazel; 1985.
23. Berge JM, Wall M, Larson N, Loth KA, Neumark-Sztainer D. Family functioning: associations with weight status, eating behaviors, and physical activity in adolescents. *J Adolesc Health* 2013;52(3):351-7.
24. Yavuzer H. Evlilik Okulu. İstanbul: Remzi Kitabevi; 2004.
25. Ailenin ve aile içinde çocuğun korunması ve çocuğun statüsü komisyonu raporu. 1. İstanbul Çocuk Kurultayı, İstanbul Çocuk Raporu, 1. Baskı, s.122-123, İstanbul Çocukları Vakfı Yayınları: 1, İstanbul, 2000
26. Şenol-Durak E, Fıfıloğlu H. Film analizi yöntemi ile Virginia Satir aile terapisi yaklaşımına bir bakış. *Türk Psikoloji Yazıları* 2007;10(20):43-62
27. Bulgan G: A psychological comparison of people's perceptions of their own families and their presumptions of the "Typical" Turkish family. Master of Arts., İstanbul, Boğaziçi University, 2006.
28. McDaniel S, Campbell TL, Seaburn DB. Family-oriented primary care. New York, NY: Springer-Verlag; 1990.
29. Mavili-Aktaş, A. (2004). Aile Terapisinde Sosyal Hizmet Yaklaşımı. *Aile ve Toplum*, 2(7), 33-43.
30. Gülerce A: Türkiye'de ailelerin psikolojik örüntüleri. İstanbul, Boğaziçi Üniversitesi Yayınları, 1996.
31. Foulke FG, Reeb KG, Graham AV, Zyzanski SJ. Family function. respiratory illness, and otitis media in urban black infants. *Fam Med* 1988;20:128-32.

32. Institute of Medicine. Primary care: America's health in a new era. Washington, DC: National Academy Press; 1996.
33. Olson DH, Bell R, Portner J. FACES: Family adaptability and cohesion evaluation scale. St Paul: University of Minnesota; 1978.
34. Mengel MB. The Family APGAR in a research setting. *Fam Med* 1988;20:143–44.
35. Potter PA, Perry AG, Stockert P, Hall A. Fundamentals of Nursing-E-Book: Elsevier Health Sciences; 2016.
36. Hallaç, S., & Öz, F. (2014). Aile kavramına kuramsal bir bakış. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 6(2), 142-153. doi: 10.5455/cap.20130625102321
37. Olson, D. (1993). Olson, D. H. (1993). Circumplex model of marital and family systems: Assessing family functioning. In F. Walsh (Ed.), *Guilford family therapy series. Normal family processes* (pp. 104–137). New York, NY: Guilford.
38. Turgut M. Türkiye aile yapısı araştırması. Ankara: T.C. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı Aile ve Toplum Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2014:19.
39. Payne MS. *Modern Social Work Theory*. London, The Macmillan Press Ltd, 1991; 83-136.
40. Gladding, S. T. (2007). *Family therapy: History, theory, and practice* (4th ed.). Upper Saddle River, NJ: Prentice-Hall
41. 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):30-37.
42. Erol A, Toprak G, Yazıcı F: Üniversite öğrencisi kadınlarda yeme bozukluğu ve genel psikolojik belirtileri yordayan etkenler. *Türk Psikiyatri Dergisi* 13(1):48-57, 2002.
43. Yılmaz G. Kazan-Tatar Türkçesindeki aile ve akrabalık konulu atasözleri. Niğde Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi; 2013.
44. Bayer, A. (2013). Değişen Toplumsal Yapıda Aile. *Şırnak Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi*, 4(8), 101- 129.
45. Epstein, N. B., Baldwin, L. M., & Bishop, D. S. (1983). The McMaster family assessment device. *Journal of Marital and Family Therapy*, 9(2), 171-180. doi: 10.1111/j.1752- 0606.1983.tb01497.x
46. Evirgen, N. (2010). Aile içi örüntülerin çocukların algıları açısından incelenmesi (Yayınlanmamış yüksek lisans tezi). Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
47. Doherty WB. *Family therapy and family medicine*. New York, NY: Guilford Press; 1983.

48. Topaç B: The meaning, functions and psychological structure of Turkish family. Master of Arts., İstanbul, Boğaziçi University, 1994.
49. S. N. Aile Danışmanlığı. 7 ed. Ankara: Anı Yayıncılık; 2011.
50. Guerrero-Muñoz D, Salazar D, Constain V, et al. (2021) Association between Family Functionality and Depression: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Korean J Fam Med* 42:172-180.
51. Smilkstein G. The Family APGAR: A proposal for family function test and its use by physicians. *The Journal of family practice*. 1978; 6:1231–1239
52. Vera F. Puntos clave sobre el APGAR familiar. *Medicina Clínica y Social* 2018; 2(2):99-101.
53. Mills M, Puckering C, Pound A, et al. What is it about depressed mothers that influences their children's functioning? In Stevenson J, ed. *Recent research in developmental psychopathology*. No.4. Pergamon: Oxford, England, Monograph Supplement No. 4; 1984.
54. Roberts RW. *Theories of Social Casework*. Chicago, University of Chicago Press, 1972; 174-221.
55. Wang Q, Liu H, Ren Z, et al. (2020) The Associations of Family Functioning, General Well-Being, and Exercise with Mental Health among End-Stage Renal Disease Patients. *Psychiatry Investig* 17:356-365.
56. Kroenke, K., et al., 2009. An ultra-brief screening scale for anxiety and depression: the PHQ-4. *Psychosomatics*. 50, 613- 621.
57. Sawa R. Incorporating the family into medical care. *Canadian Family Physician*. 1988;34:87.
58. Ertaş HS: *Yeme bozuklukları, Anoreksiya, Bulimia ve Diğerleri*. İstanbul, Timaş Yayınları, 2006.
59. Bozdemir N, Kara İH. *Birinci basamakta tanı ve tedavi: Nobel Kitabevi*; 2010.
60. Pless JB, Satterwhite B. A measure of family functioning and its application. *Soc Sci Med* 1973;7:613–21.
61. Smilkstein G: The physician and family function assessment. *Fam Syst Med* 1984; 2:263-279.
62. Crouch M, Roberts L, eds. *The family in medical practice: a family systems primer*. New York, NY: Springer-Verlag; 1987.
63. McWhinney IR, Freeman T. Sağlıkta ve hastalıkta aile. Güldal D (editör). *Aile Hekimliği'nde*. İstanbul: Medikal Akademi; 2012:217-44
64. Smucker WD, Wildman BG, Lynch TR, et al. Relationship between the Family APGAR and behavioral problems in children. *Arch Fam Med* 1995;4:535–39.

65. Díaz-Cárdenas S, Tirado Amador L, Simancas-Pallaeres M. Validez de constructo y confiabilidad de la APGAR familiar en pacientes odontológicos adultos de Cartagena, Colombia. *Rev Univ Ind Santander Salud* 2017; 49(4): 541-548. Doi: 10.18273/revsal.v49n4-2017003
66. Good MJ, Smilkstein G, Good BJ, Shaffer T, Arrons T. The family APGAR index: a study of construct validity. *J Fam Pract* 1979;8:577–82.
67. Tecim, V. (2004). Sistem yaklaşımı ve soft sistem düşüncesi. *D.E.Ü. İ.İ.B.F. Dergisi*, 19 (2), (s. 75-100).
68. Sabatelli, R. M., & Bartle Haring, S. (2003). Family of origin experiences and adjustment in married couples. *Journal of Marriage and Family*, 65(1), 159-169. doi: 10.1111/j.1741- 3737.2003.00159.x
69. Gökler, I. (2008). Sistem yaklaşımı ve sosyal–ekolojik yaklaşım çerçevesinde oluşturulan kavramsal model temelinde kronik hastalığı olan çocuklar ve ailelerinde psikolojik uyumun yordanması (Yayınlanmamış doktora tezi). Ankara Üniversitesi, Ankara.
70. Maner F. Yeme bozuklukları. *Psikiyatri Dünyası* 5:130-139, 2001.
71. Maner F, Aydın A: Bulimiya nervozada psikososyokültürel etmenler. *Düşünen Adam: Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi* 20(1):25-37, 2007.
72. Smilkstein G: Assessment of family function. In Rosen GM, Geyman JP, Layton RH (eds): *Behavioral Science in Family Practice*. New York, Appleton-Century-Crofts, 1980.
73. Tüzer V. Kronik hastalıklar ve yeti yitiminde sistemik aile yaklaşımı. *Klin Psikiyatr Derg* 2001;4(3):193-202.
74. 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.
75. 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.
76. Aslan K. Değişen Toplumda Aile Ve Çocuk Eğitiminde Sorunlar. *Ege Eğitim Dergisi*. 2002;1(2).
77. Chen JY. (2008) Mediators affecting family function in families of children with Duchenne muscular dystrophy. *Kaohsiung J Med Sci* 24:514-522.
78. Murphy M, Kelleher K, Pagano M, et al. The Family APGAR and psychosocial problems in children: a report from ASPN and PROS. *J Fam Pract* 1998;46:54–64.

79. Kızılgök, S. (2018). Üniversite öğrencilerinde kişisel ve ailesel işlevselliğin depresyon-anksiyete riskine etkisi (Yayınlanmamış yüksek lisans tezi). Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Adana.
80. Crawford CO. Health and Family. A Medical Sociological Analysis. New York, The MacMillian Company, 1971; 116.
81. Terry, J.; Kottman, M. (1995). Working With Families. Guidance and Counseling In The Elementary and Middle Schools. Brown ve Benchmark Publishers.
82. Prange ME, Greenbaum PE, Silver SE, et al. Family function-ing and psychopathology among adolescents with severe emotional disturbances. J Abnorm Child Psychol 1992; 20:83-102
83. Dai Y, Li X, Zhang X, et al. (2016) Prevalence and Predisposing Factors for Depressive Status in Chinese Patients with Obstructive Sleep Apnoea: A Large-Sample Survey. PLoS One 11:e0149939.
84. Medalie JH, Zyzanski S, Langa D, Stange KC. The family in family practice: is it a reality? J Fam Pract 1998;46:390-96.
85. Mengel M. The use of the family apgar in screening for family dysfunction in a family practice center. J Fam Pract 1987;24:394-98.
86. Chen YM, Yu TW, Wang CC, et al. (2020) Characteristics of Psychosocial Factors in Liver Transplantation Candidates with Alcoholic Liver Disease before Transplantation: A Retrospective Study in a Single Center in Taiwan. Int J Environ Res Public Health 17:E8696.
87. Ünalın T. Türkiyede çekirdek aileler. Nüfusbilim Dergisi. 1988; 10:51.
88. Takenaka, H. Ban, N. The most important question in family approach: The potential of the resolve item of the family APGAR in family medicine. Asia Pac Fam Med 2016; 15:3 Doi: 10.1186/s12930-016-0028-9
89. Abalı O, Durukan M, Mukaddes NM ve ark. Bir Çocuk Psikiyatrisi Polikliniğine Başvuran Hastaların Sosyodemografik Verileri ve Mevcut Psikopatoloji Arasındaki İlişkilerin Değerlendirilmesi. 10. Ulusal Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kongresi Özet Kitabı. 10-13 Mayıs 2000, Iber Otel, Sarıgerme, Antalya.
90. Canat S: Yeme bozukluklarına genel bakış. Ege Psikiyatri Sürekli Yayınları 4(2):133-136, 1999.
91. Dikici MF, Kartal M, Alptekin S, Çubukçu M, Ayanoğlu AS, Yarış F. Aile hekimliğinde kavramlar, görev tanımı ve disiplininin tarihçesi. Türkiye Klinikleri J Med Sci 2007;27(3):412-8.
92. Çerik Ş. Ailelerin gençlere karşı tutumları ve gençlerin ailelerinin tutumlarını algılayışlarına yönelik üniversite gençliği üzerinde bir araştırma. Ege Akademik Bakış Dergisi 2(1): 2002.

93. Yavuz S, Yüceşahin MM. Türkiye'de hane halkı kompozisyonlarında değişimler ve bölgesel farklılaşmalar. *Sosyoloji Araştırmaları Dergisi* 2012;15(1):76-118.
94. Hoepfer EW, Nycz GR, Kessler LG: The usefulness of screening for mental illness. *Lancet* 1984; 1:33-35.
95. Crouch MA, McCauley J: Family awareness demonstrated by family practice residents: Physician behavior and patient opinions. *J Fam Pract* 1985; 20:281-284.
96. Olson DH, Sprenkle DH, Russel CS. Circumplex model of marital and family systems: cohesion and adaptability dimensions, family types and clinical applications. *Fam Process*. 1979; 18:3-28.
97. Epstein, N. B., Bishop, D. S., & Levin, S. (1978). The McMaster model of family functioning. *Journal of Marital and Family therapy*, 4(4), 19-31. doi: 10.1111/j.1752-0606.1978.tb00537.x
98. Epstein, N. B., Bishop, D. S., Ryan, C., Miller, I., & Keitnor, G., (1993). The McMaster Model: View of healthy family functioning (pp. 138-160). In F. Walsh (ed.), *Normal family processes* (2nd ed.). New York: Guilford Press.
99. Dunst, C. J., Trivette, C. M., & Deal, A. G. (1989). *Enabling and empowering families: Principles and guidelines for practice*. Cambridge, MA: Brookline Books.
100. Rakel RE, Rakel D. *Textbook of family medicine*: Elsevier Health Sciences; 2011.
101. Smilkstein G, Ashworth C, Montano D. Validity and reliability of the Family APGAR as a test of family function. *J Fam Pract*. 1982; 15:303-11.
102. Clover RD, Abell T, Becker LA, Crawford S, Ramsey CN. Family functioning and stress as predictors of influenza B infection. *J Fam Pract* 1989;28:535-39.
103. National Institute of Mental Health. *The assessment of psychopathology and behavioral problems in children: a review of scales suitable for epidemiological and clinical research (1967-1969)*. DHHS Publication No. (ADM) 83-1037, Series AN No. 1. Washington, DC, US Governmental Printing Office; 1983.
104. Castilla, H., Caycho, T., Shimabukuro, M., & Valdivia, A. Percepción del funcionamiento familiar: Análisis psicométrico de la Escala APGAR-familiar en adolescentes de Lima. *Propósitos y Representaciones* 2014; 2(1): 49-78. Doi: 10.20511/pyr2014.v2n1.53
105. Kim, Y.-P. Park, H.-K. Hwang, H.-S. FACES III and family APGAR score of multicultural family marriage female migrant in jeollanam-do province. *Korean J Fam Med* 2009; 30:210-220. doi:10.4082/kjfm.2009.30.3.210
106. Hammon C, Burge D, Stansbury K. Relationship of mother and child variables to child outcomes in a high-risk sample: a casual modeling analysis. *Dev Psychology* 1990; 26:24-30.

107. Kemper JJ, Keller KJ. Rationale for family psychosocial screening. *Ambul Child Health* 1996; 1:311-24.
108. Beardslee WR, Son L, Vaillant GE. Exposure to parental alcoholism during childhood, and outcome in adulthood: a prospective longitudinal study. *Br J Psychiatry* 1986; 149:584- 91.
109. Clair D, Genest M. Variables associated with the adjustment of offspring of alcoholic fathers. *J Studies on Alcohol* 1987- 48:345-55.
110. Kemper JJ, Keller KJ. Family psychosocial screening instruments and techniques. *Ambul Child Health* 1996; 1:325-39.
111. Costello EJ, Janiszewski S. Who gets treated? Factors associated with referral in children with psychiatric disorders. *Acta Psychiatr Scand* 1990; 18:523-29.
112. Olson, D. (1993). Olson, D. H. (1993). Circumplex model of marital and family systems: Assessing family functioning. In F. Walsh (Ed.), *Guilford family therapy series. Normal family processes* (pp. 104–137). New York, NY: Guilford.
113. Kocis, K.C., 1999. Chest pain in pediatrics. *Pediatr. Clin. N. Am.* 46, 189-203.

## 9. EK-1: ANKET FORMU

### 1. YAŞ:

### 2. CİNSİYET

|       |       |
|-------|-------|
| Erkek | Kadın |
|-------|-------|

### 3. YAŞADIĞINIZ YER

|             |       |      |     |
|-------------|-------|------|-----|
| Büyük şehir | Şehir | İlçe | Köy |
|-------------|-------|------|-----|

### 4. EĞİTİM DURUMUNUZ

|                  |                |                 |             |            |
|------------------|----------------|-----------------|-------------|------------|
| Okur-yazar değil | İlkokul mezunu | Ortaokul mezunu | Lise mezunu | Üniversite |
|------------------|----------------|-----------------|-------------|------------|

### 5. YAŞAMA ORTAMI

|            |                 |                     |                |           |
|------------|-----------------|---------------------|----------------|-----------|
| Tek başına | Eşiyle birlikte | Eşi ve çocuklarıyla | Anne Babasıyla | Bakıcıyla |
|------------|-----------------|---------------------|----------------|-----------|

### 6. MEDENİ DURUM

|      |       |          |                 |
|------|-------|----------|-----------------|
| Evli | Bekâr | Boşanmış | Eşi vefat etmiş |
|------|-------|----------|-----------------|

### 7. KRONİK HASTALIK

|                        |  |
|------------------------|--|
| Sağlıklı               |  |
| KAH                    |  |
| HT                     |  |
| DM                     |  |
| Astım                  |  |
| KOAH                   |  |
| Romatizmal hastalıklar |  |
| Diğer                  |  |

| <b>Sıra No</b> | <b>CÜMLELER</b>  | <b>Nerdeyse Her Zaman</b> | <b>Bazen</b>  | <b>Neredeyse Hiçbir Zaman</b> |
|----------------|--|---------------------------|---------------|-------------------------------|
| <b>1.</b>      | <b>Bir sorunum olduğunda, ailemden yardım alabildiğime memnunum.</b>   | <b>2 puan</b>             | <b>1 puan</b> | <b>0 puan</b>                 |
| <b>2.</b>      | <b>Ailemin benle konuşma ve problemleri paylaşma şeklinden memnunum.</b>                                     | <b>2 puan</b>             | <b>1 puan</b> | <b>0 puan</b>                 |
| <b>3.</b>      | <b>Ailemin yeni etkinliklere katılma veya yönelme isteklerimi kabul etmesi ve desteklemesinden memnunum.</b> | <b>2 puan</b>             | <b>1 puan</b> | <b>0 puan</b>                 |
| <b>4.</b>      | <b>Ailemin kızgınlık, üzüntü ve aşk gibi duygularıma ilgi ve tepki gösterme şeklinden memnunum.</b>          | <b>2 puan</b>             | <b>1 puan</b> | <b>0 puan</b>                 |
| <b>5.</b>      | <b>Ailemle birlikte vakit geçirme şeklimizden memnunum.</b>  | <b>2 puan</b>             | <b>1 puan</b> | <b>0 puan</b>                 |