

YAKIN DOĞU ÜNİVERSİTESİ
EĞİTİM BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
PSİKOLOJİK DANIŞMANLIK VE REHBERLİK ANABİLİM
DALI

KRONİK RAHATSIZLIKLARIN, HASTALARIN AİLE
İŞLEVLERİ VE BENLİK ALGILARI ÜZERİNE ETKİSİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Hazırlayan

Müzeyyen DÜZCE ÇAKMAK

Lefkoőa

Haziran, 2017

YAKIN DOĞU ÜNİVERSİTESİ
EĞİTİM BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
PSİKOLOJİK DANIŞMANLIK VE REHBERLİK ANABİLİM
DALI

KRONİK RAHATSIZLIKLARIN, HASTALARIN AİLE
İŞLEVLERİ VE BENLİK ALGILARI ÜZERİNE ETKİSİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Hazırlayan

Müzeyyen DÜZCE ÇAKMAK

Danışman

Yrd.Doç.Dr. Ayhan ÇAKICI EŞ

Lefkoőa

Haziran, 2017

JÜRİ ÜYELERİNİN İMZA SAYFASI

Eğitim Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü'ne,
Müzeyyen DÜZCE ÇAKMAK'ın "Kronik Rahatsızlıkların, Hastaların Aile İşlevleri ve Benlik Algıları Üzerine Etkisi" isimli çalışma Haziran 2017 tarihinde jürimiz tarafından Psikolojik Danışmanlık ve Rehberlik Anabilim Dalında YÜKSEK LİSANS TEZİ olarak kabul edilmiştir.

Başkan : Doç.Dr. Ahmet GÜNEYLİ

Üye : Dr. Gözde LATİFOğLU

Üye (Danışman) :Yrd. Doç. Dr. Ayhan ÇAKICI EŞ

Onay

Yukarıdaki imzaların, adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylarım.

...../...../2017

Prof. Dr. Fahriye ALTINAY AKSAL
Enstitü Müdürü

ETİK İLKELERE UYGUNLUK BEYANI

Bu tezin içinde sunduğum verileri, bilgileri ve dokümanları akademik ve etik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi; tüm bilgi, belge, değerlendirme ve sonuçları bilimsel etik ve ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu; çalışmada bana ait olmayan tüm veri, düşünce, sonuç ve bilgilere bilimsel etik kuralların gereği olarak eksiksiz şekilde uygun atıf yaptığımı ve kaynak göstererek belirttiğimi beyan ederim.

Müzeyyen Düzce Çakmak

26/ 06 /2017

TEŞEKKÜR

Kronik Rahatsızlıklarının, Hastaların Aile İŞlevleri ve Benlik Algıları Üzerine Etkisi adlı çalıŐmamda Őüphesiz birçok kişinin katkısı olmuştur.

Bu alıŐma ile bilgi ve deneyimlerini benimle paylaŐan tez danıŐmanıma sonsuz teŐekkürlerimi sunuyorum. Bu yüksek lisans çalıŐmam boyunca kendilerinden değerli bilgiler edindiğim sayın eğitmenlerime de teŐekkürü borç bilirim.

Çalışmanın yürütülmesi sırasında Altındağ Aile Sağlık Merkezi'nde gönüllü olarak katılım gösteren hastalarıma teŐekkürlerimi sunuyorum.

Son olarak çalıŐmalarım sırasında bana gösterdiği destekten dolayı sevgili eşim Kemal akmak'a ve gösterdiği sabırdan dolayı canım oğlum Adem Berk akmak'a yürekten teşekkür ederim.

MÜZEYYEN DÜZCE ÇAKMAK

LefkoŐa, Haziran 2017

ÖZET

KRONİK RAHATSIZLIKLARIN, HASTALARIN AİLE İŞLEVLERİ VE BENLİK ALGILARI ÜZERİNE ETKİSİ

ÇAKMAK, Müzeyyen Düzce

Yüksek Lisans Tezi, Psikolojik Danışmanlık ve Rehberlik Anabilim Dalı
Tez Danışmanı: Yrd. Doç. Dr. Ayhan ÇAKICI EŞ

Haziran 2017, 72 sayfa

Bu çalışmanın amacı; Kronik rahatsızlığı olan bireylerin üyesi oldukları ailelerin, aile işlevleri, benlik algıları açısından incelenmesidir. Ayrıca kronik hastalığı olan kişilerin cinsiyete, aile yapısına, eğitim ve iş durumlarına göre dağılımlarının da incelenmesi planlanmıştır.

Yapılan araştırmada, kronik hastalığa sahip önceden belirlenmiş bireylerden oluşan hasta grup ile kronik rahatsızlığı olmayan grup olarak seçilmiştir. Kronik hastalık grubunda, astım (10), metabolik hastalıklar (10), epilepsi (10) olmak üzere 30 kişi yer almaktadır. Kronik hastalığı olmayan hasta grup ile toplam örneklem ise 60 kişilik mevcuttan oluşmaktadır.

Araştırmada bulgu elde etmek doğrultusunda Gönüllü olarak Bilgilendirme Formu, Demografik Bilgileri Ölçme Formu kullanılması öngörülmüştür.

Kronik Hastalık Grubu için veriler Altındağ Aile Sağlığı Merkezlerince takip edilen bireyler üzerinden edinilirken; kronik hastalığı olmayan gruptaki bireyler için Ankara Altındağ'da yaşayan hastalar incelenmiştir.

Anahtar Sözcükler: Kronik Hastalık, Astım, Epilepsi, Metabolik Hastalıklar, Aile İşlevleri, Benlik Algısı.

İÇİNDEKİLER

ETİK İLKELERE UYGUNLUK BEYANI.....	i
TEŞEKKÜR.....	ii
ÖZET	iii
ABSTRACT.....	iv
İÇİNDEKİLER	v
ŞEKİLLER TABLOSU	viii
GİRİŞ.....	1
1.1 Problem Durumu.....	2
1.2 Araştırmanın Alt Problemleri.....	3
1.3 Araştırmanın Amacı ve Önemi	3
1.4 Sınırlılıklar	4
1.5 Tanımlar.....	5
1.6 Kısaltmalar	5
KURAMSAL ÇERÇEVE VE İLGİLİ ARAŞTIRMALAR	6
2.1 Ailedeki İşlev ve Fonksiyonel Yapı.....	6
2.2 Ailenin Değerlendirilmesi.....	8
2.3 Ailenin İşlevleri	11
2.4 Ailenin İşlevlerini Etkileyen Durumlar.....	15
2.5 Yaşam Doyumu	17
2.6 Benlik Kavramı.....	18
2.7 Benlik Saygısı	20
2.8 Yaşam Doyumunun Önemi.....	21
2.9 Kronik Rahatsızlıklar	22
2.9.1 Astım Hastalığı	25
2.9.2 Astım İçin Risk Faktörleri.....	25
2.9.3 Astım Çevresel Faktörler	26
2.9.4 Astım Tedavisi	26
2.9.5 Astım Kontrolü	27
2.9.6 Hastalık Algısı	28
2.10 Epilepsi Hastalığı.....	29

BÖLÜM I

GİRİŞ

Kronik hastalıklar, yaşam koşullarına bağlı olarak insan hayatında kalıcı olarak bulunan, ölüm riskleri gibi risklerin azaltılabilmek kontrol edilebilir hale getirilmesiyle yaşam boyu süren hastalıklar grubu olarak ifade edilebilmektedir. Kronik hastalıklar, doğuştan kalp hastalıkları, epilepsi, astım, kanser, diyabet vb. hastalıklardır. Hastanın yaşı, içinde bulunduğu şartlar, kişiliği ve rahatsızlığın türü ile süresi gibi çeşitli etmenlere bağlı olarak çok azdan yüksek seviyelere kadar sorun oluşturabilen kronik hastalıklar; hasta bireyde geçici ya da tüm yaşamını etkileyecek sonuçlar oluşturabilmektedir.

Kronik hastalık tanısı alan bireyler; inkâr, öfke, pazarlık, depresyon, kabullenme gibi evrelerden geçmektedir. Kronik hastalıklara bireylerin verdiği yanıtlar; aşırı sinirli davranma, kaygılanma ve endişeli olma hali, regresyon, ve ortamdan sosyal olarak uzaklaşma olarak gözlemlenmektedir. Bu süreçte hastalığa uyum göstermeye çalışılırken yaşam doyumu ve benlik algısı üzerinde çeşitli etkilere yol açmaktadır. Hatta bireydeki etkiler tüm aileyi maddi, ruhsal ve sosyal açıdan farklılaştırarak dönüştürmektedir. Aile içi görevlerde farklılıkların olabilmesiyle ailede yeni bir düzen yapısı oluşmaktadır. Bu durumda sağlıklı aile yapısı ve ailenin işlevselliği önem kazanmaktadır. Ailelerin fonksiyonlarını istenen düzeyde gerçekleştirebilmeleri fonksiyonel olma ya da sağlıklı olma biçimi olarak ifade edilmektedir. Ailenin işlevsel sayılabilmeleri için aile bireylerinin beraber olmalarından mutlu olmaları, birbirlerine yardım, destek ve cesaret vermeleri, kendi ve karşılındakinin fikirlerine saygı duymaları, katı kurallar yerine daha esnek, daha deneyimsel kurallara sahip olması gerekir. Ayrıca, otorite yerine demokratik bir yapının hâkim olması da çok önemlidir

Bireyin kronikleşen hastalık sürecinde ailelerinde meydana gelen değişimler ve aile üyelerinin yaşam doyumu ve benlik algısı, aile işlevlerinin etkilenme durumu araştırmanın ana sorununu oluşturmaktadır. İlk olarak kronik hastalığı bulunan ve de hastalığı olmayan bireylerin demografik bilgilerinin yorumlanması işlemi yapılacaktır. Daha sonra bireyin süreğen hastalık teşhisi ile beraber ailevi fonksiyonları ve yaşam doyum oranları, benlik algıları kontrol grubuyla farklılıklara sahip olup olmadığı; cinsiyet faktörünün kronik hastalık çeşidi üzerinde veya kronik

hastalık süresinin bu gibi durumlarda rolü ve etkisi araştırmanın alt problemini teşkil etmektedir.

1.1 Problem Durumu

Kronik hastalıklar, yaşam biçimlerinin değişimi ile birlikte insan hayatında meydana gelebilecek ölüm risklerinin azaltılması ve kontrol edilebilmesiyle hayat boyu süren rahatsızlıklar olarak tanımlanmaktadır. Bu rahatsızlıklar örneğin kalp rahatsızlıkları gibi hayatı olumsuz etkileyen ve sürekli tekrar eden hastalıklar olabilir. Ayrıca, astım, kronik metabolik hastalıklar ve epilepsi hastalığı gibi takip edilebilir ve önlenebilir hastalıklar olabilmektedir.

Kronik rahatsızlıklar, bireye hastalık hakkında teşhis konulmasından beri hastalıkla yüzleşme, kötü ruh durumu, uyumsuzluk ve güçlenme evreleri olarak farklı evrelerde hastalığa alışmasını sağlar. Bu durum; yaşam doyumu ve kalitesi gibi etmenlerde birçok sorunlara sebep olmaktadır. Hasta bu aşamada, ailenin ekonomik açıdan, psikolojik açıdan ve sosyal değişim açısından başkalaşımı haline gelmektedir. Kronik rahatsızlığın aile sisteminde yer etmesiyle, aile içi rol ve görevlerde farklılıklar oluşmakta ve ailedeki bireylerde yeni bir aile sistemi görülmektedir. Bu dönüşüm sürecinde kronik rahatsızlığa sahip olan hasta kadar hastanın ailesi de çok etkilenmektedir. Bu durumda ailenin sağlık durumu da bireyin sağlık durumu kadar büyük öneme sahiptir.

Aile sağlığı literatürü olarak aile işlevlerinin fonksiyonel biçimde sürdürülebilmesi ya da sürdürülememesi olarak ifade edilmektedir. Lewis ve arkadaşları da ailelerin fonksiyonlarını istenen orana getirmesini işlevsellik ve mental açıdan sağlıklı olmak ve hissetmek olarak ifade etmiştir. Bir ailenin fonksiyonel olabilmesi için ailede bulunan insanların birlikteliklerinden keyif almaları, birbirlerine her konuda destek vermeleri, saygı duymaları cesaret vermeleri, kendilerinin ve başka bireylerin fikir ve tutumlarına saygı ile yaklaşmaları gerekmektedir. Ayrıca, birbirleriyle daha rahat iletişim kurabilmeleri, bu bireylerin daha mutlu olmaları, iyi bir eş, aile olmanın doyum noktasına ulaştıracağına bilincinde olmaları gerekmektedir. Aile bireylerinin birbirlerine olan yakınlığı, bireysel olan farklı özellikleri gözetmeden yapılandırabilmeleri, otoriteden ziyade fikir alışverişine önem vermelerinin gerektiğini belirtmiştir. (Bulut, 1990).

Bireyler kronik rahatsızlıklarıyla mücadele ederken ailede meydana gelebilecek değişikliklerin ailenin sağlıklarını kaybetmelerine neden olmakta ve bu sebeple ailenin desteği çoğu zaman yüksek seviyede sağlanamamaktadır. Bu zamana kadar gerçekleştirilen kronik hastalıklar ile ilgili ve onların aileleri üzerinde yapılan araştırmalar genellikle kronik rahatsızlığı olan çocuklar ve kanser hastalarının aileleri üzerindeki uygulama ve testleri barındırmaktadır. Hâlbuki kişi yetişkinlikten sonra da kronik rahatsızlık teşhisiyle karşılaşabilmekte, hayat koşulları farklılaşsa dahi aile üzerinde çeşitli etkilere sebep olabilmektedir. Kronik rahatsızlığı olan yetişkin bireylerde yaşam doyum düzeyleri ve aileleri hakkında araştırma ve incelemeler çok az sayıdadır.

Bu problemler dolayısıyla kronik rahatsızlıkların, bireylerin aile fonksiyonları ve benlik algıları üzerindeki etkisi araştırma konusunun ana sorusunu oluşturmaktadır. İlk olarak kronik rahatsızlığa sahip olan ve olmayan kişilerin demografik bilgilerinin incelenmesi yapılacaktır. Ayrıca, kronik bir rahatsızlığı bulunan kişilerin aile işlevleri ile benlik algıları arasında mantıklı bir ilişki olup olmadığı da yorumlanacaktır.

1.2 Araştırmanın Alt Problemleri

Kronik hastalığı bulunan bireylerin cinsiyete göre dağılımı nedir?

Kronik hastalığı bulunan bireylerin aile yapısındaki dağılımı nasıldır?

Kronik hastalığı bulunan bireylerin eğitim durumları nasıldır?

Kronik hastalığı bulunan bireylerin iş durumları nasıldır?

Kronik hastalığı bulunan bireylerden seçilen örneklemin yaş ortalaması, standart sapma, minimum maksimum değerleri nedir?

1.3 Araştırmanın Amacı ve Önemi

21. yüzyılda, çağımızda tıp alanında en iyi tanı koyma ve tedavi etme süreçlerine sahip olduğumuz sağlıklı, hızlı ve çağa uygun şekilde hastaları tedavi edebildiğimiz bir dönemdeyiz. Gelişen teknoloji ve bilgi birikimi ile birlikte insanların ömrü uzamaktadır ve yaşam kalitesi giderek yükselmektedir. Buna ek olarak kişiler hayat kalitelerini, hazlarını ve yaşam doyumlarını sabit düzeyde tutmaya çalışmaktadır ama genelde ileriki yaşlarda meydana gelebilecek kronik rahatsızlıklardan olumsuz sonuçlar görmektedirler. Kronik rahatsızlık teşhisinden

sonra hasta, yaşamında yeni ve farklı düzene girmesi gerekmekte ve bu duruma hastanın ailesi de birlikte katılmaktadır. Hasta ve hastanın ailesi beraber yaşam biçimleri ile ilgili koşulları güncellemek durumunda kalmaktadırlar. Doktorlar da aileleri hastalık hakkında bilgi sahibi etmek ve hastalığın gidişatını onlara göstermekle yükümlüdür. Lakin genelde bu süreç kısa zamanlara sıkıştırılmaya çalışılmaktadır ve bu da hasta için olumsuz sonuçlar yaratmaktadır. Hastaların hastalıkla mücadele esnasında aile gayretleri çoğu zaman en yüksek seviyede olmamakta ve aileye yansıttığı olumsuz sonuç ölçülememektedir. Bu zamana kadar yapılan kronik rahatsızlıklar ve aileleri hakkında araştırmalar genellikle kanser hastaları ile yapılmış ve yetişkin olduklarında meydana gelebilecek birçok çeşitli kronik rahatsızlıklar göz ardı edilmiş ve önemsenmemiştir.

Kronik rahatsızlıkların aile fonksiyonlarındaki etkisini araştırmak için hazırlanan bu tez, kronik olan hastalıkların aile işlev ve gidişatına etkisi ölçülerek; ailelerin tedavi zamanlarına ne kadar katılmaları gerektiği hususunda bilgi sahibi olmalarıdır. Ayrıca, kronik rahatsızlıkların türlerine göre aile fonksiyonlarını etkilemelerinde farklı sonuçlar gözlemlenirse rahatsızlıkların tedavi edilebilmeleri ve düzenlemeleri bu sonuçlara göre tekrar yapılabilecektir. Böylece çeşitli hastalıklarda aile işlev ve fonksiyon düzeylerindeki etkinin ne olduğunu ölçmek, bu hastaların ailelerine yönelik eğitimler yapmayı da elbette gerektirecektir.

Hastaların ailelerinin fonksiyonlarında bozulma gibi sorunları engelleme amacıyla kronik rahatsızlıklara ve çeşitlerine göre hazırlanacak eğitimler ile tedavileri daha hızlandırabilecek, aile desteğini ve ilgisini daha çok arttıracabilecek, aile içinde ikili iletişimlerini ve aile içi rolleri daha çok kuvvetlendirecektir. Böylece hasta kişi, hastalıkla mücadele etme gayretini ailesinin desteğiyle daha çabuk sağlayabilecek ve kronik rahatsızlıkla hayat doyumu etkilerini daha az hale indirebilecektir.

1.4 Sınırlılıklar

Bu araştırma kapsamında kronik hastalıkların diğer alt grupları olarak seçilen astım, epilepsi ve metabolik hastalıklar ile sınırlı olmuştur.

30 kişiden oluşan kronik hastalık grubu ve 30 kişiden oluşan kronik hastalığı olmayan gruptan oluşan katılımcılar ile sınırlı olmuştur.

Kullanılan ölçüm tekniklerinin ölçtüğü unsurlar ise sınırlıdır.

Bu araştırmaya katılan bireylerin öznel algıları ile sınırlıdır.

1.5 Tanımlar

Kronik Hastalık: Kalıcı ve git gide daha fazla hasara sebep olabilen, uzun süreli gözetim, koruma ve iyileştirme gerektiren unsurlar olarak ifade edilmiştir.

Aile İşlevleri: Aile bağlarının mental olarak sağlıklı olmasını sağlayan iletişim ve duygusal zekâ faktörünü etkin kullanarak çocuklara karşı ebeveynlerin rol model olmalarınıdır. Ayrıca, ailede yer alan bireylerin eğitim, sağlık, barınma gibi gereksinimlerini sağlamak, toplumun norm ve değerlerini çocuklara aktararak onların toplum ile daha uyumlu olmalarını sağlama gibi nitelendirilebilecek eylemler bütünü aile işlevleridir.

Yaşam Doyumu: İnsan gereksinimlerinin, beklentilerinin, isteklerinin ve arzularının giderilmesi ya da organizma içerisinde açlık, susuzluk, cinsellik benzeri biyolojik temel ihtiyaçları kapsayan ya da merak, sevgi, samimiyet, başarı gibi ruhsal isteklere cevap veren denge durumlarının yeniden oluşturulması olarak açıklanabilir.

Benlik Algısı: Doğuştan ve çevrenin etkisiyle 2 yaşlarından itibaren oluşmaya başlayan, olumlu veya olumsuz olarak şekillenebilen, kişinin kendisi ile ilgili algılarının bütünüdür.

1.6 Kısaltmalar

ADÖ: Aileyi Değerlendirme Ölçeği

BÖLÜM II

KURAMSAL ÇERÇEVE VE İLGİLİ ARAŞTIRMALAR

2.1 Ailedeki İşlev ve Fonksiyonel Yapı

Toplumların yapısını, ilişkilerini, durumlarını belirleyen çeşitli norm ve etik değerler vardır. Bu etik değerler ve davranışlar doğrultusunda toplumda her kurumun ve her bireyin görev ve sorumlulukları farklıdır. Toplumsal kurumların; her toplumdan topluma değişen ve aynı toplumda hepsinin ayrı fonksiyon ve rolleri mevcuttur. Örneğin; ekonomi kavramı, mal ve hizmet üretimi, tüketimi, dağıtım görevlerini gerçekleştirir. Din kurumu, bireylerin manevi olarak kendilerini gerçekleştirebilmeleri için eğitici olarak rol göstericilik yapar. Eğitim kurumu, bireylerin toplumda iyi yetişmiş kalifiye kişiler olması için onlara gerekli donanımları sağlar. Devlet de bu kurumların başında yer alarak alt kurumların her birine yol gösterici olmak, yasa ve kanunlar doğrultusunda toplumun refah ve huzurunu sağlamak, bireylerin kişilik hak ve özgürlüklerini sağlamak, bireylerin eğitim, sağlık, ticaret, ulaşım, ekonomik ihtiyaçlarını karşılayıcı rol oynar.

Bu kurumlar doğrultusunda aile, diğer kurumlara örnek olan önemli bir görev üstlenmiştir. Çünkü toplumların gelişmesi için ekonomi, siyaset, eğitim, devlet, din gibi diğer kuruluşlar ilk olarak aile sistemleri çerçevesinde şekil aldılar sonrasında bu kuruluşlar kültürel gelişmeler doğrultusunda aileden ayrı hareket eder hale geldiler (Merter, 1990,1).

Aileyi tanımlamak, ailenin toplumdaki yerini bilmek toplum içerisinde aile yapısı, fonksiyonu ve sorumlulukları açısından ailedeki ilişki ve değişimleri belirlemek adına önemli bir etmendir.

Aile hakkında yapılmış çok çeşitli tanımlar mevcuttur. Yapılan her tanıma baktığımızda, aileyi farklı bir kategori içerisinde barındırmaktadır. Bu tanımlar çoğunlukla aileyi sosyal hayatın temel unsuru olarak kabul etmektedir. Aileyi sosyal özellikli bir olgu, birlik, örgüt, topluluk, kuruluş ve sosyal bir yapı olarak değerlendirebilmektedir (Gökçe, 1976, 46-47).

etki eden kendilerine has bir norm ve görgü kuralları oluşturarak nesilden nesile aktaran insan topluluğudur (Şahinkaya, 1975, 17-18).

Yukarıda sözü geçen bu tanımlara göre ailenin tüm toplumdaki bireyler için eşleniği olmayan bir sosyal örgüt olduğu göze çarpmaktadır. Aile, toplumda sahip olduğu ekonomik, psikolojik, biyolojik görev ve sorumlulukların diğer örgütler tarafından karşılanmasının mümkün olamayacağı, başka toplumlarda değişik zaman boyutları içinde yapılan araştırmalar ve gözlemlerde tespit edilmiştir. Bu da ailenin her toplumda ne kadar önemli bir kavram olduğunu kanıtlamaktadır.

2.2 Ailenin Değerlendirilmesi

Toplumları meydana getiren en küçük yapı taşları olarak nitelendirilen “aile”, sosyolojik ve psikolojik olarak da üzerinde çok sayıda araştırma gerçekleştirilmiştir. İnsan türünün varlığını devam etmesi için aile en önemli unsurdur. Dünya’da iki aile modeli olduğu varsayılmaktadır. Geniş yani geleneksel aile ve çekirdek ailedir. Geniş ailede anneanne ve büyükbabanın yanı sıra onların çocuklarının ve torunların aynı hanede yaşadığı aile yapısıdır. Büyükbaba ve büyükanneden torunlara doğru süregelen birlikteliğin yanı sıra, akrabaları da içine alabilecek birliktelik olabilir. Modern aile yapısına bakıldığında genç kuşaklar belirli bir süreçte bir arada bulunurlar. Bu nedenle kuşaklar arasında yapılmakta olan evlilik müessesesi aile çemberi içerisinde yer alabilmektedir.

Geniş aileler tarıma dayalı ekonominin ortaya çıkardığı ürünlerdir. Tarıma dayalı ekonomilerin gereksinimi olan insan gücüne dayalı geniş ailenin çok üyeli yapısı büyük oranda temelini oluşturmaktadır. Günümüze bakıldığında kentlerden uzakta yer alan yerleşim bölgelerinde, kırsal alanlar ve kasabalarda daha fazla rastlanmaktadır. Bu tür aile modelleri incelendiğinde birbirini takip eden üç nesil uzun süre aynı ailenin üyesi olarak yaşamaktadırlar.

Tarıma bağlı ekonomilerde böyle fonksiyonların yanında kalabalık ailelerin eğitim, saygın olma, koruyucu olma, dini olarak, eğlenme amaçlı ve dinlenme, manevî, psikolojik ve mental doyum sağlama gibi kendine has özellikleri yer almaktadır.

Aile sistemleri tedavi biçimlerine baktığımızda aile merkezli çözüm oluşturma yolunu seçen ekollerin çoğunu görmemiz mümkündür. 1. Dünya Savaşı sonrasında Adler’in aile açık merkezlerinde herkese açık forumlar şeklinde düzenlediği

oturumlar “Adler Aile Terapisi” formunu oluşturmuştur. Daha sonra Bowen, aile nesilleri ve iç jenerasyonlarla sistem yapısında kişiyi değiştirmeyi amaçlayan “Çok Nesilli Aile Terapi Yöntemi”ni ortaya koymuştur.

Satir’in çalışmalarıyla geliştirilen aileye yönelik iletişim ve etkileşim kurmak açısından destek olmak için geliştirilen önemli kuramlardan biri de İnsan Geçerleme Süreci modelidir. Whitaker tarafından Deney, Gözlem ve Simgesel Aile Terapisi bu modeli sürdürmektedir.” Aile bireylerinin işlev ve fonksiyonunu tekrardan yapılandırmayı amaçlayan bir kalıp olarak Munich’in “Yapısal Aile Terapisi” göze çarpmaktadır. Haley de “Stratejik olarak Aile Terapisi yapısını oluşturacak fonksiyon bozukluğuna rastlanan detayları değiştirmeyi amaçlamıştır” diyerek ifade etmiştir (Corey, 2008).

Bütün yaklaşımların neticesinde aile yapısını değerlendirirken öznel bakış açıları, amaçları ve davranışları değerlendirilmektedir. Fakat tüm tedavi süreçleri ve aileleri değerlendirme hususlarında ortak olan hususlar bulunmaktadır. Ortak sayılabilecek amaçlar şu şekildedir (Kılıçaslan, 2006);

- Bireyin ruhsal problemlerini, işlevsel bozukluklarını ilişkiler perspektifinden ele almak ve azaltmak
- Aile içerisinde çatışmaları çözümlmek
- Aile içerisinde gerçekleşen problemler noktasında ailenin çözüm bulmak üzere izleyeceği yolları belirlemek ve uygulama güçlerini harekete geçirmek
- Ailenin duygusal ihtiyaçlarının belirlenmesi ve bu ihtiyaçların giderilmesi
- Ailenin zorlayıcı yaşam unsurları, tıbbi ve ruhsal bozuklukları olduğunda bu sorunları gidermek
- Aile bireylerinin birbirleriyle olan iletişimlerini kolaylaştırmak
- Kuşaklar arası uyumun sağlanması amacıyla uyuşmanın sağlanması
- Aile ile çevre arasında bütünleşmeyi gerçekleştirebilmek

Ortak hedefler doğrultusunda gerçekleşen bu terapi şekillerinin aileleri inceler ve değerlendirirken ortak olarak varsaydığı belirli analiz kriterleri bulunmaktadır. Bunlar bilgi toplama süreçleri olarak da bilinmektedir. Birincisi, aile yaşam döngüsünü belirlemektir. Dahası güncel problemleri tespit etmek, aile davranışlarının görüntüsünü oluşturmak, başa çıkmak için yöntem belirlemek, aile içi normları belirleyebilmek ve önceden uygulanmış olan tedavi yöntemlerini öğrenerek

uygulamaktır. Bu unsurlar belirlenerek aile fonksiyonları ve ailenin sağlıklı olup olmadığına hangi kısımlarda bozukluklar olduğunu belirleyebilmektir.

Aile üyeleri yaşamları süresince çok çeşitli dönemden geçerek, içerisinde buldukları aile yapısı da oluşumları itibariyle birçok farklı dönemi hafızasında taşımaktadırlar. Bu dönemler aile yaşam döngüsü ya da aile içi evreler olarak adlandırılmaktadır. Aile yapılarının incelemesi yapılırken önem taşıyan bir başka önemli nokta da ailenin hangi yaşam döngüsü içerisinde yer aldığına ortaya çıkarılmasıdır.

Mc Goldrick ve Carter, aile yaşam döngüsünü altı farklı aşama içerisinde ele almaktadır. Genç yetişkin grup, yeni evli çiftler, küçük çocuğu olan aileler, ergenlik döneminde çocuğa sahip olan aileler, çocukları evden bir sebeple ayrılan aileler ve diğer yaşamlarındaki aileler diye kategorize edilirler (Gazioğlu, 2009).

Kişilik özelliklerinin ortaya çıkmaya başladığı, duygusal olgunluğa erişilen, meslek ve iş hayatını seçimlerini etkileyen ve de ekonomik sorumlulukların üstlenmeye başladığı evreyle başlayarak evliliğe hazır olarak yeni bir sisteme dâhil olma fikrine kadar sürmektedir. Bebeklerin dünyaya gelmesiyle başlayan aile yaşam döngüsü çocukların ergenlik dönemleri süresince devam etmektedir. Bireylerin kendi ergenliklerini sisteme dâhil etmeye çalıştıkları bu evrede çoğu zaman sınırlar esneklik veya katılık kazanmaktadır. Bu evrenin ardından çocukların evden ayrılma fikirleri ilk dönemlerine benzeyen yeni bir sistem oluşturmaları fikrini de meydana getirir. Son olarak da kuşak rolleri değişmekte ve kişi ilerleyen yaşlarında yaşlı aile yapısını kabul etmektedir. Yaşam boyu süren bu süreç hali ile kişinin bulunduğu aile içinde problemler yaşaması, problemler ile mücadele etme, uyum sağlama gibi aşamalara gereksinim duymaktadır. Bu süreçlerin problemsiz olup ayrıca sorunsuz olması ve devam edebilmesi ise ailedeki fonksiyonların sağlıklı olma durumuna bağlıdır. Evlilik mercisini de içinde bulunduran aile yapısında meydana çıkan problemleri ve sorunların sebeplerini daha çok benimsemek ve daha güzel yorumlamak gerekir (Uğurlu Yıldız, 2008).

2.3 Ailenin İşlevleri

Ailelerin toplum içerisindeki yerini yükledikleri sorumluluklar ve sergiledikleri davranışlar belirlemektedir.

Defleur aile kurumunu, tarih boyunca değişmeyen iki temel amacı olduğu düşüncesiyle savunmaktadır. Bunlar; Toplumun biyolojik ve kültürel olarak sürekliliğini sağlamak olduğudur. Aile bu gayelerin gerçekleşmesi amacıyla çok önemli nitelikte görevler edinmiştir.

Murdack, çekirdek ailenin dört ana görevi olduğunu savunmaktadır. Ek olarak, aile haricinde ailenin görev ve sorumluluklarını yerine getirebilecek başka bir örgüt veya kurum olmadığını savunmaktadır.

Turner, aileleri biyolojik ve sosyal yönlerden inceleyerek değerlendirmiştir. Turner, “Bir aileyi biyolojik açıdan evlenip çocuk sahibi olmak, onları uygun bir şekilde yetiştirmek, sosyal uyumlarını sağlamaktır diyerek betimlemiştir.” (Turner, 1965:355). Araştırma bilimciler, sosyal yaşamın temel parçalarından birini aile olarak kabul edip, “sosyal beraberlik, sosyal topluluk, sosyal organizasyon, sosyal bir örgüt ve de sosyal bir yapı olarak” ele almışlardır (Maclver ve Pagey, 1969: 22-30).

Goode ise aileyi ve aile içi işlevleri; üretmek, sosyal bakımdan statü ve görevler yüklemek, kontrolü gerçekleştirmek, çocukların fiziksel, mental ve duygusal açıdan korunmalarını sağlamak ayrıca onların yetiştirilmesi görevi olarak tanımlamıştır.

Winch ise, üretim, eğitim ve öğretim, ekonomik işlevler, politik işlevler ve dini işlevler olarak aileyi tanımlamaktadır.

Mayntz da aileyi kültürel ve boş zamanlarda bir uğraş ile zamanı değerlendirme işlevi olarak tanımlamaktadır.

Neidhardt aileyi şöyle tanımlamaktadır; çatışmaları en aza indirgeme ve daha yumuşak düzeylerde olmasını sağlama fonksiyonu biçiminde ifade etmiştir (Akt: Ergün, 1987: 39).

Ailenin gerçekleştirmesi gereken işlevleri; gelecek nesillerin devamını sağlamak, ekonomik olarak gereksinimleri sağlamak, statü kazanmak, çocuklara bilgi vermek ve eğitimi sağlamak, dini bakımdan bilgi ve birikimleri aktarmak, boş zamanlarda zamanı dolduracak etkinlikler oluşturmak, ailedeki bireylerin

güvenliklerini sağlamak, sevgi ve saygı ortamını aşlamak ve cinsel hazzı oluşturma görevleridir (Ogburn, 1963).

Ailenin işlevlerini dört başlıkta incelemek mümkündür. Bunlar; Biyolojik, psikolojik, sosyal ve ekonomik işlevlerdir (Ackerman, 1958). Ogburn'un tanımına ek olarak ailenin işlevlerine koruyuculuk, dini ve boş zamanı değerlendirme ve saygınlık kazanma ifadesini eklemiştir (Elliot ve Merrill, 1961,350).

Erkal, bütüncül bir yaklaşımla aile kavramını değerlendirmektedir. Erkal'a göre "Aile, nüfusunun varlığını sürdürme, milli kültürü benimsetme, çocukları sosyallik seviyesine erdirtme, ekonomik açıdan, biyolojik açıdan ve psikolojik açıdan doyum sağlayacağı bir örgüttür" (Erkal, 1987,76). Skolnick de aileyi 3 kısımda değerlendirmiştir. Skolnick'in düşüncesine göre, ailedeki bireylerin iş paylaşımı ile maddi gereksinimlerinin sağlanması, çoğalma, çocukların bakım ihtiyacı ve sosyalleşmek kavramı gibi bazı işlevlerin mevcut olduğunu ifade etmektedir.

Epstein, Bisholp ve Levin tarafından aile ilişkilerini tanımlamak ve anlamak amacıyla geliştirilen bir sistem olan Mc Master Aile İşlevleri Modelindeki yapıyı incelediğimizde ailenin işlevlerini 6 farklı kategoride değerlendirmektedir. Bu kategoriler, aile içi işlevleri tanımlamak ve sağlıklı olarak sürdürülebilir olmasını sağlamak üzere önemli kabul edilmektedir.

1. Problem Çözme: Ailenin karşılaştığı sorunlar ile mücadele edebilme, karşılaştıkları güç durumların aşabilme yeteneğidir. Maddi ve manevi problemleri çözebilme tecrübesi olarak ifade edilebilir. Gündelik sorunlar veya duygusal sorunlar olarak aile içinde yaşanan problemler iki başlıkta toplanabilir.

2. İletişim: Aile bireyleri arasında bilgi, kültür, tecrübe aktarımı olarak ifade edilebilir. İletişimin açık ve net olması ailede etkili iletişimin temelini ortaya koyacaktır. Açık ve net olmayan, ima içerikli konuşmalar aile bireylerini olumsuz etkilemektedir.

3. Roller: Ailenin ihtiyaç ve gereksinimlerini karşılayacak davranışlara roller denir. Bir ailede rol ve sorumluluklar vardır. Aile fertlerinin sorumluluklarını yerine getirebilmesi için aile fonksiyonları önem arz etmektedir.

4. Duygusal Olarak Tepki Verebilmek: Ailedeki bireylerin birçok duruma karşı en iyi bir şekilde tepki vermesi duygusal tepki göstermedir. Bu tepkiler genellikle mutluluk, neşe, şefkat, kızgınlık, üzüntü, korku gibi duygulardır.

5. Gereken İlgiyi Gösterme: Aile bireylilerinin birbirlerine karşı tutumlarıdır. Ailede bireyler arasında his, fikir ve davranışlara karşı hassas olarak karşı tarafın bakış açısından olaylara bakarak yaklaşmaktır.

6. Davranış Kontrolü: Aile fertlerinin olay ve durumlar karşısında gösterdikleri kontrollü tepkilerdir. Tehlike, psikolojik, biyolojik vb. birçok durum karşısında bireyler arasında gerçekleşen davranış ve tutum biçimidir. Bu davranışlar katı, esnek, karmaşık bir şekilde olabilmektedir. Sağlıklı olan ailelerde ise empati içeren davranışlar gözlemlenmektedir. Empati, ailede bireylerin birbirlerini anlamalarını kolaylaştırıcıdır.

Barnhill'e göre ailenin durumunun sağlıklı olması durumu 4 ana ve 8 alt kısımda değerlendirmektedir (Fışiloğlu, 2009).

1) Kişilik

- a. Bireysellik
- b. Karışıklık

2) Değişim

- a. Esneklik ile katılık
- b. Kararlılık ve denge veya düzensizlik

3) Bilgiyi işleme boyutu

- a. Net olan algılar ve net olmayan algılar
- b. Net olan iletişim ve açık olmayan iletişim

4) Rollerin durumunu göz önüne koyan boyut

- a. Karşılıklı rollerin belirgin olması, olmayan roller ile rol çatışmaları
- b. Jenerasyonlar arası çizgilerin belirgin olması

Eğitim ve öğretim sistemi bakımından ailenin bazı işlevleri aşağıdaki kısımlarda incelenmiştir.

A. Biyolojik Olarak İşlevsellik

Aile, popülasyonun kaynağını oluşturmak amacıyla önemli ve ana kurum işlevi görmektedir. Kuşakların sürekliliğinin sağlanması için biyolojik açıdan cinsel ihtiyaçların karşılanması gerekir.

B. Ekonomik İşlevi

Aile, kendi ihtiyaç ve gereksinimlerini karşılamak açısından ekonomik olarak rol ve sorumlulukları vardır. Çekirdek aile ekonomik tüketim biriminin bir parçasıdır. Ailede bulunan ebeveynlerin çalışarak aile bütçesine önemli ölçüde katkı sağlamaları bireyler için çok önemli unsurdur. Günümüzde çalışan kadın oranlarının da yükselmesiyle ailede ekonomi kavramı farklı boyutlarda incelenmektedir. Bireyin kendi hayatını kazanması için gerekli olan eğitime sahip olan aile fertleri, çocuklarının gelecekte en uygun mesleği seçebilmelerine de yol gösterebilmelidirler.

C. Sevgi İşlevi

Ailenin bir görevi de sevgi, saygı ve hoşgörüdür. Sevgi duymak, şefkat görmek çocuğun gelişiminde temel ihtiyaçları arasında yer almaktadır.

D. Koruyucu İşlevi

Günümüzde aile, üyelerine bakmanın tüm sorumluluğuna hala sahip ama bugün bu işlevin büyük bir kısmını da devlet üstlenmektedir. Devlet, vatandaşlarına sağlık, işsizlik, emeklilik vb. hizmetleri bulundurmaktadır.

E. Toplumsallaştırma İşlevi

Bir çocuğun kişiliğinin gelişmesi süreci ilk önce ailede başlar. Toplumsal değer yargıları ve etik değerler ailede öğrenilir. İlk olarak farkında ya da farkında olmadan bazı şeyler öğrenilir. Bu dönemde çocuk açısından ilk toplumsallaşma zamanıdır. Aile içerisinde çocuklar, duygularını, beklentilerini ailenin üyelerinden deneyimleri ile öğrenir.

F. Eğitim İşlevi

Bir bireyin toplumda kendini gerçekleştirebilmesi, refah düzeyini yükseltebilmesi, sosyo-ekonomik açıdan güçlü bir birey olabilmesi için öncelikle eğitim faktörü devreye girmektedir. Eğitim ile birey, kendisini gelecek koşullara daha iyi hazırlar. Zorunlu eğitimi ülkemizde devlet üstlenmiştir. Her yaşta birey için

eğitim imkânı bulunmaktadır. Her yıl devlet tarafından birçok burs projeleri yürütölmektedir. Böylece maddi durumu kısıtlı bireyler için eğitim daha anlamlı hale gelmektedir.

2.4 Ailenin İşlevlerini Etkileyen Durumlar

Ailenin yapısına etki eden birçok problem vardır. Ailenin hiyerarşik yapısında, bireyler arası farklılıklar, ilişki biçimleri, ekonomik sebepler, ruhsal problemler, kronik rahatsızlıklar, doğal afet olayları gibi problemlerden oluşmaktadır.

Bir ailede esnek olmayan aile yapılarına sahip olmak, aile işlevlerindeki bozulmalara sebep olmaktadır (Minuchin, 1974). Bu tür esnek olmayan aile yapıları aile içerisinde birçok problemler yaratmakta ve ailenin sağlıklı olmayan bir duruma gelmesine sebep olmaktadır. Çoğunlukla aileler böyle zamanlarda sert veya belirsiz olan tutum ve davranışlar sergileyebiliyor ama bunların aşırı bir şekilde sürdürölmesi aile işlevlerini olumsuz şekilde etkilemektedir. Gelişim evrelerinin geçişleri arasında gerekli yapısal olan değişikliklerin yapılamamasından dolayı ailelerde fonksiyon bozukluğuna sebep olduğu vurgulanmaktadır (Nichols ve Schwatz, 1997). Barnhill de ailenin durumunun sağlıklı olup olmamasını ailenin patolojisinin var olup olmaması ile ilgili olduğunu savunmaktadır (Akt, Fışıloğlu, 1996, 2008).

Bowen aile işlevleri hakkındaki görüşlerine baktığımızda; ailedeki anksiyete ölçütlerinin aile içi ilişkileri olumsuz etkileyerek aile işlevinin işlerliğine zarar verdiğini savunmaktadır. Bir ailenin işlevsel olabilmesi için aileyi oluşturan fertlerin kişilik özellikleri ve evlilik ilişkisindeki ayrışmanın sağlıklı bir şekilde olmasının gerekli olduğunu savunmaktadır.

Haley'in aile işlevselliği hakkındaki düşüncesi; Bir ailenin sağlıklı olabilmesi için ailedeki yapılar çok önemli olup bu yapı içerisinde bir hiyerarşi gerektiğini savunmaktadır. Ailenin yaşam döngüsünü aşmak için hiyerarşinin oluşması gerektiğini savunmaktadır.

Bir ailenin işlevsel yapısını hiyerarşiyi bozabilecek gizli oluşumlar ya da gizli koalisyonlar bozmaktadır. Lidz'e göre; Ailenin sağlıklı ya da sağlıklısız olma durumlarını belirleyen faktörler arasında aile fertlerinin koalisyonunun sınırlarına ve cinsiyet rollerine bağlı olduğunu dile getirmektedir. Patterson'a göre ise; Devamlı olan karşılıklı sevgi saygıya dayalı ilişkilerde sağlıklı işlevsellik görölmektedir (Şener, 1996).

Bir ailede, aile işlevlerinin açık ve kapalı sistemlerden oluşan bir yapı üzerinde değerlendirmek mümkündür (Satir, 2001). Aile eğer değişimlere, yeniliklere, farklılıklara açık durumdaysa bu sisteme açık sistem, belirsizlik, uyumsuzluk, gelişimi engelleyen iletişim hâkim ise buna da kapalı sistemler denir. Kapalı sistemlerde otorite göze çarpmaktadır. Değişimin kabul edilemediği ve otoritenin baskın olduğu sistemlerde aile işlevselliği korunamamaktadır (Akt. Durak ve Fışiloğlu, 2007).

Fisher, aile düzeninin işlevsel halde bulunmaması durumunda altı farklı aile yapısından bahsedebileceğini ifade etmektedir (Fışiloğlu, 2008).

- a. Sınırlandırılmış/Sınırlanmış Aile Tipi:** Üstün olan, kötü düşüncelere hakim, profesyonel yapıya sahip aileler
- b. İçedönük Aile Tipi:** Etki eden dış sistemlere karşı kendini hariç tutmuş ve sistem dâhilindeki bütün alt sistemlerin birbirine etki ettiği ailelerde
- c. Obje Odaklı Aile Tipi:** Ortak hususlara takılanlar
- d. Fevri - Dürtüsel Aile Tipi:** Anti sosyal davranışlar gösteren aileler
- e. Çocuksu Aile Tipi:** Geniş aile yapısını bozmadan yaşayan, anne ve babasına karşı bağlı olarak yaşayanlar
- f. Kaotik Aile Tipi:** Hiçbir yapı veya sistemi içerisinde bulunmayan ailelerde gözlemlenir.

Bütün ailenin yukarıdaki aile tiplerinde olduğu gibi kendine özgü bir sistemi bulunmaktadır. Aile işlevlerinde meydana gelebilecek en ufak iletişim, davranış kontrolü, duygusal tepki vb. sorunlar ailenin krizlere karşı tutumunu da etkilemektedir. Esneklik ve kabulleniş konusunda tutarlı bir davranış sergileyemeyen ailelerde olası bir büyük problem veya kriz durumunda aile işlevi entropiye girebilmektedir.

Kriz durumunu bir başka deyişle aile bireylerinden birinin belli bir hastalığa yakalanması ile oluşabileceğini söyleyebiliriz. Bazı kriz hali, evde zamanla kronik bir evre haline gelerek ailedeki etkileşim şeklini değiştirebilir. Daha kötüsü, katı aile düzeni, belirsiz olan roller ve kabulleniş ile birlikte birleşince ailede daha güçlü bir dağılma yaşanabilir. Böyle bir durum oluştuğunda aile işlevinde nasıl bir gelişme yaşanacağı araştırılıp aile sağlığına olan etkisi de incelenmektedir.

2.5 Yaşam Doyumu

Yaşam doyumu ifadesinden ilk defa 1961 yılında Neugarten söz etmiştir. İnsanların, yaşamlarında istekleri ve amaçlarının karşılanmasına doyum denir. Bireyin kendi belirlediği kriterler ile tüm yaşamını pozitif olarak değerlendirmesi de yaşam doyumu olarak tanımlanmıştır (Diener ark, 1985).

Bir bireyin hedefleri neticesinde elde edilebilecek sonuç karşısında bireyin yaşamına dair amaçlarına ulaşabilme gayesindeki deneyimlerine de yaşam doyumu denir (Köker, 1991).

Bireyin iş hayatı, iş hayatı haricinde boş zamanlardaki eylemleri olarak tanımlanan yaşama karşı duygusal yönden yaklaşımına da yaşam doyumu denilebilmektedir (Sung-Mook ve Giannakopoulos, 1994; Keser, 2005).

Bireylerin kendi yaşamına dair değerlendirmede üç farklı boyut vardır. Bunlar; Olumlu, olumsuz duygu ve yaşam doyumudur. Olumlu duyguda yer alan sevinç, haz, hoş duygularken; Olumsuz duyguda yer alan üzgün, acı verici duygular da kötü duygulardır. Bireyin yaşamının geneline uygun olarak deneyimsel yargı ve değerlendirmelerin bütünü oluşturur unsur yaşam doyumudur (Yetim, 2001).

Yaşam doyumunu etkileyen bazı temel problemler ve faktörler bulunmaktadır. Bunları şu şekilde ifade etmek mümkün olabilir. Özgürlük, demokrasi, aktif olmak, özgür olmak, fiziki ve ruhsal olarak iyi hissetmek, evli olmak, spor yapmak, kaliteli bir bölgede yaşamak, sosyal çevrenin bulunması, olumlu bireysel kimlik gibi faktörler yaşam doyumunu etkileyen temel faktörler arasındadır (Dockery, 2004).

Yaşam doyumunu kuramsal olarak ifade etmek her ne kadar zor olsa da beş görüş mevcuttur (Vara, 1999). Bu beş görüşü şu şekilde ifade etmek mümkündür.

1. Ereksel (Telik) Kuramı: 1960 yılında Wilson tarafından kuram ihtiyaçlarının doyurulmasıyla mutluluk, doyurulmamasıyla da mutsuzluğa sebep olduğu fikri ifade edilmiştir.

2. Aktivite Kuramı: Aktivite kuramcısı olan Aristo, iyi bir şekilde başarılan aktivitelerin sonucunda mutluluk sağlayacağını öne sürmektedir. Aktivite düşünürlerinin tamamı mutluluk için insan aktivitelerinin olması gerektiğini, mutlu olmak için davranış biçimlerinin doğrudan etkisini savunmaktadırlar.

3. Tavandan-Tabana ve Tabandan-Tavana Teorileri: Kant tarafından yapılan yoruma göre; Bireyin anlık olarak hissettiği haz veya üzüntü duygularının ya da acılarının bir ön eleştirisini yaparak kendisini mutlu olarak ya da mutsuz olarak tanımlaması bu kuramın bütünlüğünü oluşturmaktadır. Öğeler arasında gerçekleşen nedensellik ilişkisinden dolayı, element seviyesindeki ilişkilere yansıyan ve bireyin olay ve durumlara karşı hoşgörülü olması anlamına gelmektedir.

4. Bağ Kuramları: Bağ kuramları, mutluluk ve yaşam boyutunu ele almaktadır. İyi olaylar eğer iç bilişsel unsurlar ile ilişkilendirilmişse daha çok mutluluk sağlayacağı düşünülmektedir. Bağ kuramlarında klasik koşullanma önemi daha çok vurgulanmaktadır. Birey, günlük olarak birçok farklı uyaran arasında bağ kurabilir, duygusal yaşantılara sahip olabilmektedir.

5. Yargı Kuramları: Gerçekte var olan bir durumun tespit edilen standardı aşmasıyla mutluluğun meydana geleceğini varsayarak bireyin gerçek koşullarıyla gerçekleştirdiği eylemleri arasında uyuşmanın olup olmadığını inceleyen emel düzeyi ya da eylem düzeyi kuramı en bilinen kuramdır.

Kısaca, yaşam doyumu, bilişsel bir süreç olarak ele alınmakta ve kişilerin kendi seçtikleri ölçüt ve kriterlere göre yaşam kalitelerinin değerlendirilmesi olarak ifade edilmektedir (Shin ve Johnson, 1978: 478; Diener, 1997: 200).

Yaşam doyumu ile sosyal ilişkiler önemli bir yaşam biçimini temsil etmektedir. Çünkü eşler, çocuklar ve hatta sosyal çevrede bulunan arkadaşlar gibi yakınların sosyal bir destek sağlamaları, maddi konuda destek sağlamaları, boş zamanları etkili ve verimli bir şekilde kullanmak için zamanı paylaşma ve eşlik etmeleridir (Adams, 1995).

2.6 Benlik Kavramı

Benlik Kavramı, bireyin kendini tanıma, anlama, kendi yargılarını değerlendirebilme, bireyin kendi kişiliğine ve düşüncelerine ilişkin fikirlerinin biçiminden oluşmaktır. Benlik kavramının bireylerin yaşamının önemli birer parçası olması ve aitlik kavramı hakkında duyulan ilgi, öğrenme isteği sebeplerinden neticesinde benlik kavramıyla ilgili açıklamalar epey çoktur. Bu tanım ve açıklamaları şu şekilde açıklamak mümkündür:

Bireyin, fiziksel açıdan ve sosyal çevresi ile ilişkisi bakımından edindiği duygu, değer, kavramlar toplamının sistematik halidir. Benlik, ben, kişilik çoğu zaman eş sesli olarak kullanılan kavramlar olup, bireyi birey yapan, başkalarından ayıran duygu, tavır ve davranışlarının tümünün bütüncüllüğüdür. Benlik kavramıyla anlatılmak istenen insanın kendi benliğini algılama ve kavrama yöntemi olarak tanımlamak mümkündür (Yörükoğlu, 2004).

Benlik kavramı, ruhsal ve psikolojik olarak kişinin çevresini tanımada, anlamada, değerlendirmesinde ve sosyal çevresine karşı tutum ve davranışlarında önemli bir kaynaktır. Bireye ait bütün özellikler; kişilik, benlik, kimlik kavramlarını da içinde bulundurur (Kulaksızoğlu, 2000).

Adams'ın düşüncesine göre; Bir kişinin bilinçli olarak varlığı olarak nitelendirilebilir yapıdır. Benlik kavramı zaman içerisinde tecrübelerimiz hakkında edindiğimiz fikir, tutum, davranışların birleşimi olarak ifade edilebilir (Onur, 1995).

Kişiliğin temel özelliklerini oluşturan benlik kavramı, son zamanlarda psikologların da ilgilendikleri bir durum haline gelmiştir (Köknel, 1985). Benlik kavramıyla bireyin varoluşu ve deneyimleri barındıran bir olgudur (Kasatura, 1998).

Benlik kavramıyla birlikte gelen kişinin karakteristik özellikleri, bireyin kendisini farklı bir birey olarak tanımlamasından oluşur. Benlik kavramı ile birçok tanım ve açıklamalar mevcuttur ve birey için vazgeçilmez bir olgudur.

Benlik konusunda kapsamlı bir şekilde çalışma yürüten psikolog James'e göre; psikoloji içinde benlik kavramını barındırır. Benlik, bilen benlik olarak ve bilinen benlik olarak iki farklı durum olarak düşünülmesi gerekir. Bilimin konusu, bilinen benlik olduğu savunulmaktadır. Bilen benlik denildiğinde; öznel yapıda, bilinen benlik ise nesnel yapıdadır. Konu, bilginin nesnesi ise, benlik bilime atfedildiğinden "nesne" durumunda olmaktadır. Böylece, psikolojinin konusu benlik olmak zorundadır (Akt: Saygın, 2008). Benlik kavramı; maddi benlik, sosyal benlik, manevi benlik ve saf benlik olarak 4'e ayrılmaktadır (Akt: Bacanlı, 1997).

Kişinin olmak istediği kişi hakkında görüşleri "ideal benlik" olarak tanımlanmaktadır. Bu ifade kişinin ulaşmak istediğine sahip olması durumunda kendisini daha özel hissedeceği benlik kavramını tanımlar. Rogers benlik kavramını bireyin kendi hakkında iyi ya da kötü olan hipotezler bütünü olarak ifade etmektedir (Yanbastı, 1996).

2.7 Benlik Saygısı

Benlik saygısı, kişinin kendisini özel, yetenekli, saygılı, başarılı, değerli olarak tanımlamasıdır. Bireyin kendisi hakkında yaptığı ön eleştiri duygusal bir değerlendirmenin parçasıdır. Benlik saygısı, literatür olarak özgüven ya da özsaygı olarak da bilinmektedir (Yavuz, 2007).

Benlik saygısı, kişinin mevcut durumdaki hali ile olmak istediği arasında kalan fark ile alakalı duyguları içermektedir. Benlik saygısı, insanların bir birey olarak değerleridir. Kişinin kendinin beğenmesi, onay göstermesi, kendisinden mutlu olmasıdır (Yavuzer, 2000).

Bireyin kendi kişisel yeterlilik ve düşüncelerine verdiği önem iç saygıdır. Benlik kavramında bir alt bölüm olarak değerlendirilmektedir (Kasatura, 1998).

Benlik saygısı, kişinin kendisini mevcut durumdan aşağı ya da yukarı çekmeden üstün görmeksizin, kendisinden mutlu olma durumudur. Kendisini olduğu gibi kabullenen, özüne güvenen birey, pozitif bir ruh halindedir (Yörükoğlu, 2004).

Benlik saygısı, Kişinin, “ben” kavramına değeri, kendine güveni, kendini kabul etmenin öznel ve bütünü kapsayan duygularını tarif eder (Leory, 1996).

Benlik saygısında kişi kendini süper, harika, yeterli hissetmesi değildir. Kendini kimlik oluşturmuş bir birey, başkaları tarafından kabul edilmiş bir birey olarak hissetmesidir (Uyanık, 2004).

Benlik kavramıyla birlikte bahsedilen bir konu olan özsaygıda; özsaygı, genel özsaygı, seçilmiş özsaygı olarak 3 grupta incelenmektedir (Guindon, 2002; akt: Lizvance).

James benlik saygısını, kişinin gayeleri ve başarıları arasında dengeyle oluşacağını savunmaktadır. Kişinin başarmak istediği şeylere göre başardıkları ve elde ettikleri ne kadar çok ise benlik saygısı da o kadar fazla olacağını savunmaktadır (Akt: Eşer, 2005).

Benlik saygısı konusunda yapılan çalışmalar incelendiğinde genelde üç konu üzerinde durulmuştur. Birincisi benlik saygısının sonucudur. Bu görüşü savunan bilimciler benlik saygısını engelleyen ya da daha iyi hale getiren süreçlere odaklanmışlardır (Coopersmith 1967 ve Rosenberg, 1979). İkincisi benlik saygısının benlik kavramının olumlu değerlendirilmesini arttıran ya da sürdüren davranış

eğilimleri olarak benlik güdüsü biçiminde araştırılmıştır. Üçüncüsü de benliğin olumsuz tecrübelerden korunmasını sağlayan tampon görevi görmesiyle ilgili çalışmalar yapılmıştır.

Anne ve baba tavır ve davranışlarının kişilik kavramlarına olan etkisi araştırılmış ve sonuç olarak demokratik bakımdan çocuklarını büyüten anne ve babaların çocuklarında iyi yönde öz benlik kavramı geliştiği tespit edilmiştir (Gazioğlu ve Köknel, 2007).

Obezlerde; depresyon, benlik saygısı gibi konuların araştırılması sonucunda obez kişiler için geçerli olan depresyon ve benlik saygısı, depresyon ve fiziksel görünüm arasında negatif anlamlı korelasyon; benlik saygısıyla fiziksel görünüm arasında da pozitif anlamlı korelasyon olduğu gözlemlenmiştir.

2.8 Yaşam Doyumunun Önemi

Yaşam doyumu, kişinin kendi fikir ve düşüncelerine olan saygısı, iyi olma ve mutluluklarına bağlı olarak mevcut yaşamına karşı memnuniyet durumunu anlatır.

Yaşam doyumu, kişinin hedeflerine, ideallerine ulaşmasıyla alakalı bir durumdur (Bradley ve Crownny, 2004). Temel ihtiyaçların giderilmesi, hedeflere ulaşmak gibi kavramları içerir (Leung,1992).

Ergenlik döneminde iş, toplum ve ilişkiler ile oluşan güç ruhsal açıdan çok önemlidir (Bradley ve Crownny, 2004).

Birey hayatını tamamen ele alır. Hayat şartları, koşulları ve beklentilere göre pozitif değerlendirmeler yapar. Buna ek olarak, yaşam doyumu sadece haz açısından değil tatmin edici fikirlere de sahip olmaktan geçer. Birey, yaşam şartlarından ne kadar mutlu ve haz alıyorsa, kişi kendisini hayatta daha tatminkar hisseder. Böyle bir tavır bireyin iş yaşamı, aile yaşamı ve hayatının diğer alanlarını kapsar(Leung ve Leung, 1992).

Yaşam doyumu çoğunlukla ergenlik döneminde psikolojik değişime açık olduğu savunulmaktadır (Leung, 1992). Ergenlikte yaşam doyumu, beden faktörü, pozitif benlik algısı ölçümleri, kişisel ve çevresel faktörlerden etkilenmektedir (Dew ve Huebrer, 1994).

Ergen bireyin kendisini sorguladığı, değişen fiziksel görüntüsüne ve bedensel yapısına uyum sağlamak üzere çaba gösterdiği bu süreç zarfında o anki hayatından

mutlu olmaması sebebiyle sorunlar yaşamasına yol açabilmektedir. Ergen bireyler arasında olumsuz anlamda yaşam doyumu ve buna bağlı olarak cinsellik, alkol ve uyuşturucu kullanımı, düşük yaşam doyumu gibi riskli davranışlar ile alakalıdır (Mcknight, Huebrer ve Suldo, 2002). Yaşam doyumu araştırmaları, kişilerin değişen yaşam koşullarına, stres altında ve zor şartlar ortay nasıl tep çıktığında verdikleri tepkileri açıklamak konusunda yarar sağlamaktadır.

2.9 Kronik Rahatsızlıklar

Hastalık, fiziksel veya zihinsel bir yerde ortaya çıkan, hastalık ve rahatsızlık yaratan, dert, sıkıntı ve işlev bozukluğuna sebep olan belirli bir anormal duruma verilen ad olarak ifade edilmektedir. Bir başka deyişle; Kronik rahatsızlıklar genellikle, çok farklı risk faktörlerini içeren, etyolojileri pek belirgin olmayan, çok uzun latent dönemleri ve uzamış hastalık dönemleri olan hastalıklardır.

Bireyin çalışma kapasitesi ve işlevlerinin engellenmesine sebep olan, devamlı olarak bakım ve tedaviye ihtiyaç olan hastalık durumuna kronik hastalık denir.

Organizmada çeşitli değişikliklerin ve bozulmaların oluşmasıyla oluşan sağlığın kötüye gitmesi durumu ile rahatsızlık, çor, dert, sayrılık, illet, maraza gibi tanımlamalar ile Türk Dil Kurumu kronik hastalık durumunu tanımlamaktadır.

Telafiginin imkânı olmayan bozuklukların, bu bozuklukların birikimlerinin, gizli rahatsızlık sorunlarının sebep olduğu uzun süreli sağlık problemleri olarak ifade edilmektedir. Bir süreğen hastalığı akut rahatsızlıktan ayırabilen özellik hastanın düzelememesi ve hastalığın gidişatının birey ile sınırlı olmamasından kaynaklanmasıdır.

Türkiye’de genç nüfusun fazlalığı ve yaklaşık olarak 25 milyon çocuk olduğu varsayıldığında çok önemli boyutta kronik hastalık endişesi ortaya çıkmaktadır.

Günümüzde yaşam krizi fiziksel hastalık olarak da karşımıza çıkmaktadır. Hastalığın fiziksel ve psikolojik olarak bireye tehdit oluşturması hastalığı yaşam krizi formuna dönüştürmektedir. İyileşme gösteren hastalıklar akut hastalıklar olarak isimlendirilmektedir. Kronik ya da süreğen rahatsızlıklar, vücutta herhangi bir kısımda oluşan, uzun bir süre boyunca süren, zaman zaman hayat boyu iyileşme gözlemlenmeyen ve tedavisi daha sınırlı olan hastalıklar olarak ifade edilmektedir. Kronik hastalık, en kötü ihtimalle 3 ay, çoğunlukla hayat boyu devam eden ve tam

anlamıyla tedavisi pek mümkün olamayan rahatsızlıklara verilen tabirdir (Gökler, 2008).

Ondahil'in 1988 yılında Amerikan Kronik Hastalık Ulusal Komisyonu tarafından süregelen hastalıkları şu özellikler ile tanımladığını ifade etmiştir:

- Rahatsızlık stabil değil sürekli dir.
- Çeşitli kalıcı yetersizlik durumu vardır.
- Rahatsızlığa tekrar geri dönüşü olmayan patolojik bir durum sebep olmuştur.
- Kişiy e özel bir iyileştirme çalışması birey için önemlidir.
- Çok uzun sürecek bir bakım ve gözlem süreci gerekir.

Kronik rahatsızlıklar 3 aşamada incelenmektedir. Bu aşamalar sırasıyla; kriz durumu aşaması, kronik aşama ve terminal aşamasıdır. Kriz aşaması olarak bilinen ilk aşama süresince belirtilerin ortaya çıkması, teşhislerin belirlenmesi, öncelikli tedavi planlarının oluşturulması, ilk uyum süreci ve de hastalığa karşı mücadele edebilme çabaları göze çarpmaktadır. İkinci sırada yer alan ve kronik aşama olarak bilinen süreçte, teşhisin belirlenmesinden hastanın hayatının son dönemlerine yaklaştığı terminal adı verilen döneme kadar olan süreç yaşanmaktadır. Hastalığın son evresi olan terminal döneme bakıldığında ise; teşhisin belirlenmesi, hastanın hayat döngüsünün son zamanlarına yaklaştığı terminal döneme kadar olan süreç görülmektedir (Rolland, 1998).

Bireyler, Matson ve Brooks'un ifade ettikleri kronik rahatsızlığa uyum modeli baz alındığında bazı aşamalardan geçmektedirler (Akt. Tanık, 2006).

1. Belirsizlik durumu: Hasta olan birey, rahatsızlık hakkında pek fazla bilgiye sahip olamamasından dolayı anksiyete yaşamaktadır. Hasta olan birey iç dünyasında sürekli olarak kendisine çeşitli sorular sorarak bu soruların cevaplarını arar.

2. İnkâr: İnkâr evresinde hasta olan birey; şok, inkar, reddetme, inanmama, öfke duyma gibi çeşitli duygulara hâkimdir. Bu evrede aile hasta bireye karşı aşırı derecede koruyucu, kollayıcı ya da ilgisiz yaklaşımda olabilmektedir.

3. Kabullenme: Kabullenme evresinde kişi, benlik algısı ve beden durumuyla ilgili değişiklikler olmaktadır. Hasta bu aşamada sağlıklı olduğu dönemdeki yaşam kalitesini korumak için çaba gösterirken aynı zamanda hastalığa bağlı olarak sosyal yaşamındaki değişiklikleri gündelik yaşamına bağlamaya ve bağdaştırmaya çalışır.

4. Uyum: Hasta, hastalık dolayısıyla ortaya çıkan değişikliklere karşı gündelik yaşama uyum sağlamaya başladığından dolayı bu evrede gerçekçi olmayan bazı düşünelere takılmamak aile ve yakın çevresi için oldukça önemlidir.

5. Süreğen hastalıklara tanı belirlenmesi esnasında veya hastalığın süresi boyunca aşağıda verilen özelliklerden en az birinin bulunmasının gerektiğini ifade etmektedirler (Vessey, 1996). Bunlar:

- a) Hasta bireyin işlevselliğini kısıtlaması,
- b) Hastanın fiziksel görüntüsünde bozulmaların başlaması,
- c) Hastayı sürekli ilaç tedavisiyle tedavi etmeye çalışmak,
- d) Kişiyeye özel bir diyetin ya da tıbbi bir teknolojinin gereksinimi
- e) Hastanın bulunduğu ortama bağlı olarak özel tedaviler gerektirmesi,
- f) Hastanın sağlığını koruması için, ihtiyacı olandan aşırı tıbbi yardım gereksinimi biçiminde sınıflandırmak mümkündür (Coffey, 2006; akt. Gökler, 2008).

Çocukluk döneminde teşhisi konmuş olan kronik hastalıklar psikolojik olarak sorunların gelişiminde en önemli risk faktörleri arasındadır. Kronik hastalığı olan çocuklar, kronik rahatsızlığı olmayan çocuklara göre ruhsal açıdan sorunlara maruz kalmaları 3-4 kat daha fazla olduğu gözlemlenmiştir (Lewis ve Vitulano 2003).

Ruhsal rahatsızlıklara baktığımızda, örneğin kronik böbrek hastalığı olan çocuk veya ergen bireylerde daha çok oranda psikopatoloji görülmektedir (Doğangün, 2004). Kronik hastalığa sahip olan birey, hastalığa karşı tutumları ve algıları olumsuz ise, depresyon, anksiyete ve endişe seviyeleri daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (Liman, 2011). Epilepsi hastalığı tanısı konulmuş olan çocuk veya ergenlerde ruhsal olarak bozuklukların başında depresyon, kaygı, dikkat eksikliği, hiperaktivite gibi durumlara rastlandığı gözlemlenmiştir (Ekinci ve Toros 2013).

“Kronik Hastalıklar Raporu” incelendiğinde Türkiye geneli ölçeğinde ortalama 22 milyon birey kronik rahatsızlıkların etkisi altındadır. En çok ölüm oranlarını ortaya çıkaran hastalıkların başında diyabet yer almaktadır. Kronik Hastalıklar Raporu incelendiğinde, yıllar içerisinde kronik hastalık oranlarında büyük bir yükseliş izlenmektedir. Ülkemizde 15 milyon civarı yüksek tansiyon hastası, 4 milyon civarı diyabet, 3.1 milyon civarı akciğer hastalığından muzdarip (KOA) ve

2.5 milyon civarı da koroner kalp hastası bulunduğu tahmin edilmekte ve gözlemlenmektedir.

Süreğen hastalıkların ruhsal sorunlara ne ölçüde yol açtığını araştırmak için yapılan çalışmalara örnek olarak; 4-16 yaş arasında kronik hasta ve hasta olmayan çocuklar ile yapılan araştırmada şu bulgular elde edilmiştir. Hasta olan çocukların iki kat, hasta olmayan çocukların üç kat daha çok ruhsal problem yaşama riskine sahip oldukları tespit edilmiştir (Cadman ve ark.,1987).

2.9.1 Astım Hastalığı

Astım hastalığı, hava yollarında meydana gelen kronik inflamatuvar hastalığı olmasıyla birlikte bu inflamasyonda mast hücreleri, T-enfositler, eozinofiller gibi farklı hücreler rol oynamaktadır. Bu rahatsızlık hastalarda ataklar şeklinde tekrar eden sabah ve gece hırıltılı nefes alma, öksürük, nefes darlığı gibi şikayetlerin ortaya çıkmasına sebep olmaktadır.

Dünya’da yaklaşık 300 milyon astım hastası olduğu tahmin edilmektedir. 56 ülkede ISAAC tarafından gerçekleştirilen araştırma sonuçlarına göre astım hastalığı en çok İngiltere, Yeni Zelanda, Avustralya ve İrlanda Cumhuriyeti’nde görülmektedir. Doğu Avrupa Bölgesinde yer alan Endonezya, Yunanistan, Çin, Tayvan ve Özbekistan incelendiğinde ise görülme sıklığı en azdır. Astım hastalığından dolayı senede 250.000 kişi yaşamını yitirmektedir. Son 40 sene içerisinde de astım ve alerji prevalansı oranları da git gide artmaktadır. 2025 yılında 100 milyon kişi astım hastalığından muzdarip olacağı öngörülmektedir.

0-14 yaş arası grubu içerisinde erkek çocuklarda %0.2, 15-59 yaş grubu içerisinde astım %1.3 oranı ile ölüme sebep olan hastalıklar arasında olup, ölüme sebebiyet veren ilk 20 hastalık içerisinde bulunmaktadır.

2.9.2 Astım İçin Risk Faktörleri

a) Genetik: Astım, genetik bir hastalık olarak kabul edilebilecek kanıtlar günümüzde mevcuttur. Tek yumurta ikizlerinin ikisinde de astım hastalığı görülmesi, tek yumurta ikizlerinde görülmesine göre daha fazla olmasının astımın genetik bir hastalık olduğunu gösteren bulgular arasındadır. Ebeveynlerden birinin astım hastası olması durumunda çocukta astım görülme oranı %20-30 arasında olmakla birlikte, anne ve babanın her ikisinde de bu hastalığın olmasıyla çocukta astım görülmesi %60-70 oranlarına ulaşmaktadır

b) Cinsiyet: Astım hastalığı erkek çocuklarda özellikle ergenlik dönemlerinde kızlara göre 2 kat daha tehlikeli ve risk durumundadır. Ergenlik döneminden sona aradaki fark ortadan yavaşça kalkmaktadır. Yetişkin dönemde ise astım hastalığı, kadınlarda erkeklerden daha fazla oranda görülmektedir.

c) Obezite: Astım hastalığını etkileyen faktörler ile ilgili araştırmalar sonucunda obezite faktörünün büyük önem taşıdığı sonucuna varılmaktadır. Beden-kitle indeksi yüksek olan kişilerde astım hastalığının daha fazla görüldüğünün kanıtlanmış örnekleri bulunmaktadır. Astım gelişme riski, obez olan kişilerde olmayanlara göre 2.8 kat fazla olduğu da tespit edilen veriler arasındadır.

2.9.3 Astım Çevresel Faktörler

a) Alerjenler: Alerjenler de astımı tetikleyen önemli unsurlardandır. Özellikle iç ortamdan; ev tozu akarları, hayvansal alerjenlerden; kedi, köpek, dış ortam alerjenlerinden; polenler ve mantarlar astım hastalığının oluşumu ve önlenmesi açısından çok önemlidir.

b) İnfeksiyonlar: Astım hastalığını tetikleyen bir başka unsur da solunum sistemi enfeksiyonlarıdır. Erken yaşta enfekte olan birey, ilerisi için atopi gelişimine karşı koruyucu ve astım risk faktörünü azaltıcı etkileri olabileceği de savunulmaktadır.

c) Sigara Dumanı Etkeni: Sigara dumanı, akciğer fonksiyonlarını azaltıcı etki yaratmaktadır ve astım şiddetini yüksek oranda arttırmaktadır. Böylece, sigara dumanına maruz kalmak ya da sigara kullanımı astım hastalığına yanıt vermek ve astımı kontrol altına almak açısından çok tehlikelidir.

d) Beslenme: Beslenme, bireyin hastalıklara karşı vücut direncini etkileyen önemli faktörlerdendir. Bireyin bağışıklık kazanması öncelikle anne karnından sonra anne sütünden başlar. Anne sütü hakkında yapılan araştırmalar atopik hastalıkların gelişiminde ve alerjik reaksiyonları önleyici etkisi olabileceği sonucuna varılmıştır.

2.9.4 Astım Tedavisi

Astım tedavisi yaşam boyu kronik bir şekilde devam etmektedir. Bu süreçte hasta ve ailesiyle birlikte uyum içinde olması, hastalık karşısında eğitimleri tedavinin başarılı bir şekilde olması için büyük öneme sahiptir. Kronik bir hastalık olan astım,

tedavi süreci boyunca doktorlar, hasta ve ailesine önemli sorumluluklar düşmekte olup astım sürecini tedavi etmek için şu amaçlar bulunmaktadır:

- Kronik ve sıkıntı oluşturabilecek tüm semptomları önlemek, daha iyi akciğer fonksiyonları oluşturmak
- Fiziksel aktivite ve bedensel aktivite de olmak üzere gündelik yaşantıyı sağlamak,
- Kronikleşen astım ataklarını önlemek için çalışmalar yapmak ve hastaneye yatma ya da acil servise gitme sıklığını düşürebilmek,
- Tedavi süresince yan etkileri en düşük, ya da hiç rastlanmayan ilaçlara yönelmek,
- Astım tedavisi ile hastaların ve ailelerinin taleplerini karşılamak ve hastalıktan muzdarip bireyleri ve aileleri mutlu etmektir.

Bu gayeler doğrultusunda; astım için tedavi yöntemlerinde; hastanın eğitilmesi, çevresel kontrolün sağlanması ve ilaç ile tedaviyi içermektedir.

2.9.5 Astım Kontrolü

Astım tedavisinde en önemli unsurlardan biri de semptomları kontrol altına almak, atakları önlemek için çevresel risk faktörlerini ortadan kaldırmak veya azaltmaya yönelik önlemler almaktır.

- Hastanın dinlendiği mekânda bulunan halı, kilim, battaniye ve kumaşla kaplanmış olan mobilyalar alınmalıdır.
- Ev içerisinde genellikle ahşap, deri, plastik materyallerden oluşan mobilya ve eşyalar yer almalıdır.
- Çarşaf, nevresim ve yatak örtüsü gibi tekstil ürünleri düzenli şekilde en az haftada birer kez sıcak su ile temizlenmelidir.
- Ev içerisinde yer alan battaniye ve perdeler 3 ay aralıkla yıkanarak temizlenmelidir. Yatak kılıfları da bu gibi durumlarda kullanılabilir.
- Tüylü formda olan yumuşak dokulu oyuncaklar, tüy dökücü özellikleri dikkate alınarak ev içerisinden uzak tutulmalıdır.
- Evcil hayvan beslenmemelidir. Ev içerisinde bakımı yapılan hayvanların idrar, tüy ve salya gibi döküntüleri çeşitli alerjik reaksiyonlara sebep olabilmektedir.

- Ev içerisindeki nem dengesi önemli olduğundan, ev ortamında çamaşır kurutulmamalıdır. Ayrıca mutfak ve banyo kapıları sürekli kapalı tutulması önemlidir.
- Ev içerisindeki hava oranını etkileyeceği dikkate alınarak, duman gibi dış etkenlerden korunmalıdır.
- Astım hastaları için sigarasız ortamlarda çalışmalarını için özellikli raporlar düzenlenmelidir. Ayrıca işyerlerinde sigara içilmesi önlenmelidir.
- Hava kirliliği yaşandığı zamanlarda zorunlu olmayan fiziksel aktivitelere ara verilmelidir.
- Soğuk havalarda dış mekânlarda egzersiz yapılmaması önemlidir.
- Her yıl Eylül ve Ekim ayları içerisinde grip aşısı olmaya özen gösterilmelidir. Enfeksiyondan korunmak için solunum yolu enfeksiyonuna sahip kişilerle temastan uzak durulmalıdır. Enfeksiyon sürecinde inhale steroid dozu artırılmalı ve gerek duyulursa oral steroidler de tedavi sürecine dâhil edilerek viral enfeksiyonlarda gereksiz antibiyotik kullanımından kaçınılmalıdır.

2.9.6 Hastalık Algısı

Dünya Sağlık Örgütü, sağlığı 3 duruma bağlı olduğunu ifade etmektedir. Bunlar; bedensel, mental ve sosyal bakımdan tamamen iyi olma durumu olarak nitelendirilmektedir. Bu ifadede eleştiri alan durumlar da vardır. Örnek olarak; İnsan hem beden olarak hem sosyal açıdan hem de psikolojik yani ruhsal olarak iyi olabilecek bir ölçüde olup olamayacağı mümkün olamayacağı tam olarak iyilik halinin sorgulanmasına sebep olmaktadır. Bu durumda kişinin kendisini nasıl bir biçimde algılayıp tanımladığı da çok önemlidir.

Hasta kişinin hastalık algısı açısından hastalıkla mücadele etmek, sağlığın ruhsal ve sosyal yönünü de direkt olarak etkilemektedir. Hastalık, öncelikle hastanın rahatsızlık durumunu algılaması ve hastalığıyla ilgili tecrübeleriyle şekillenir. İçsel kontrollü olan kişilerde hastalık durumu daha iyi yönde etkilenmektedir. Kimi insan hastalığa karşı toleransı daha olumlu iken kimi birey de daha öfke ve korku dolu duygular yaşamaktadır.

Hastanın hastalığı algılama biçimi üç farklı duruma göre değişiklik gösterebilir. Bunlar; hastanın bireysel, fiziksel özelliklerine ve çevresel faktörlere göre değişebilir. Araştırmalar gösteriyor ki hastaların büyük bir çoğunluğu kronik

rahatsızlığı anlayabilmekte zorluk çekmektedir. Geçmiş hastalıklara göre baz alan birey, uzun süre tedavi gerektirecek bir hastalık ile karşılaştığı anda kendisini engellenmiş olarak hissetmeye başlamaktadır. Bireyin iyileşme durumunun olmayacağını düşünmesi sinirlilik, öfke, korku gibi ruh hallerine sebep olmaya çalışacak ve kişinin yaşam kalitesini büyük ölçüde olumsuz olarak etkileyecektir.

2.10 Epilepsi Hastalığı

Serebral kortikal ya da subkortikal nöronlarda periodik olarak ve fazla elektriksel deşarj durumlarına bağlı oluşan, bilinç kaybı, bazı hareket ile duyu bozuklukları, otonom ve ruhsal bozukluklardan oluşan geçici olan klinik görüntüye nöbet denir. Nöbetlerin tekrarlanmasıyla kronik hale gelmesine epilepsi denir.

Epilepsi, hem erkek hem kadında genelde her yaş aralığında ve her ülkede görülebilmektedir. Epilepsi ele alındığında normal dağılımda görülme oranı % 0.5 ila % 0.7 arasındadır.

Etyolojik olarak sınıflandırırsak; İdiopatik epilepsi, semptomatik epilepsi, kriptojenik epilepsi olarak 3'e ayrılmaktadır.

Epileptik nöbeti tarif ederken, kortikal nöronların kendine sınır getirici bir şekilde, olağandışı, hipersenkron elektriksel deşarjlarına bağlı oluşan beyindeki geçici fizyolojik disfonksiyonudur (Bazil CW, Morrel MJ, Pedley TA, 2005).

Epilepsi hastalığı provokatif olan bir etkenin eşlik etmediği iki veya daha çok sayıda tekrarlayan nöbet durumlarıyla ilişkilidir (Informa Healthcare, 2006).

Anormal olan nöronal membranların varlığıyla veya eksitator ve inhibitör etkilerin dengesizliğiyle oluşur (J Clin Neurosci 2009, MRDD Research Reviews 1995)

Dünya'da yaklaşık 50 milyon kişi epilepsi hastalığından dolayı ciddi bir nörolojik hastalığa sahiptir (Lancet Neurol, 2007).

Epilepsi hastalığı; duygusal, davranış olarak, kognitif ve algısal psikopatoloji açısından artan risk özelliği göstermektedir (Behav, 2003) .

Epilepsinin sosyal çevreye de bağlı etkileri bulunmaktadır. Epilepsinin psiko sosyal sonuçları hastalığın direkt etkisinin yanı sıra, sosyal çevresi tarafından nasıl algılandığı ile de ilgilidir. Toplumda epilepsi hastası olan kişilere karşı sosyal

damgalanma durumu çok görülmektedir (Suurmeijer TP, Reuvekamp MF, Aldenkamp BP,2001)

Epilepsi rahatsızlığında yükselen psikopatoloji tehlikesini yorumlayabilecek faktörler üçe ayrılır.

1) Klinik sebepler: Hastalığın başlangıcındaki yaşı, bu hastalığın zamanı, gerçekleşen nöbetlerin çeşidi ile tekrar aralığı, serebral disfonksiyon gösteren hemisfer, interiktal ve iktal elektroensefalografi (EEG) anormallikleri.

2) Psikososyal sebepler: Hastalığın tekrarlayan yapısı, nominal ekonomik durum, çok az eğitim seviyesi, epilepsi hastalığına karşı negatif kültürel yaklaşım, rahatsızlığın sonuçlarına uyum konusundaki zorluklar, nöbet gelecek korkusu, toplum içinde lekelenme, ailesi ve yakın çevresinden aşırı kollanma, yasal engeller ve daha az olan benlik saygısı.

3) Biyolojik sebepler: Parapsikolojik işlevler ile ilgili alanlarda nöropatolojik zarar (örneğin amigdala, limbik sistem, frontal korteks, bazal ganglionlar), antiepileptik ilaçların kognitif ve emosyonel yan etkileri ve zorlu normalleşme (Torta R, Keller, 1999).

2.11 Metabolik Sorunlar

Süreğen hastalık tanımı, doğuştan ya da daha sonra yaşam koşullarında beklenmeden ortaya çıkan bireyin devamlı olarak bakımını ve tedavi süreci olması gereken rahatsızlıktır. Ayrıca, hastalık; bireyin eğitim, mesleki ve sosyal yaşamını, uyumunu da olumsuz bir biçimde etkileyen durumdur.

Metabolik rahatsızlıklar protein sebepli, karbonhidrat kaynaklı olup, yağ asitlerinin sentezi ve katabolizmasıyla alakalı olayların sonucunda ortaya çıkan patolojik görüntüdür. Akraba evliliğinin daha fazla olduğu ülkemizde çoğu otozomal resesif kalıtılan bu hastalıklar sık akla gelmelidir.

Metabolik hastalıklar, psikomotor, retardasyon ve konvülsiyon gibi durumlarda daha büyük yaş gruplarında ve pratikte düşünülmektedir. Metabolik hastalıklar açısından önemli bir ipucu olabilecek bulgular çoğu zaman önemsenmez.

Metabolik hastalıklar herediter olup, herediter hastalıkların doğumu takip eden sürede bulgu yaratacağı düşünülmektedir. Bu sebeple de daha geç zamanlardaki

çocukluk dönemi, adölesan çağda veya yetişkinlerde klinik sonuç veren hastalarda bu metabolik hastalık kesinlikle düşünülmez.

Metabolik rahatsızlıkların bir kısmının tedaviye daha fazla yanıt verdiğini ve bir grup rahatsızlıktan hiç etkilenmeden veya çok az bir oranda etkilenerek hayatta kalabilmesinin hekimlerin erken teşhisine bağlı olduğunu ifade etmek gerekir.

2.11.1 Etkilenen Metabolik Sisteme Göre Metabolik Hastalıklar

- Defektif Proteinler ve Hastalıkları
- Karbohidrat Metabolizması Hastalıkları
- Kolesterol ve Lipoprotein Metabolizması Hastalıkları
- Mukopolisakkarit ve Glikolipit Metabolizması Hastalıkları
- Amino Asid ve Organik Asid Metabolizması Hastalıkları
- Non-Amino Asit Nitrojen Metabolizması Hastalıkları
- Mitokondrial Yağ Asidi Oksidasyon bozuklukları
- Nükleotid Metabolizması Hastalıkları
- Metal Metabolizması ve Taşınımı bozuklukları
- Peroksizomal Hastalıklar
- DNA Tamir Mekanizmalarındaki bozukluk ile giden hastalıklar

2.11.2 Patofizyolojik Olarak Metabolik Hastalıklar

- İntoksikasyon tipinde gerçekleşen metaboliksel rahatsızlıklar:
- Fenilketonüri
- MMA, İVA, PA gibi organik asidüriler
- Üre siklusu enzim defektleri
- Galaktozemi
- Fruktozemi

2.11.3 Enerji Azlığı Şeklinde Metabolik Rahatsızlıklar:

- Glikojenezis ve glukoneogenezis defektleri
- Konjenital laktik asidozlar
- Yağ asidi oksidasyon defektleri
- Mitokondriyal solunum zinciri defektleri
- Peroksizomal hastalıklar

2.11.4 Kompleks Moleküllerin Sentezi ya da Katabolizmasındaki Bozukluk Sonucu Gelişen Metabolik Hastalıklar:

- Lizozomal hastalıklar
- Peroksizomal hastalıklar
- Konjenital glikolizasyon bozuklukları
- Alfa-1 antitripsin eksiklikleri

2.11.5 Klinik Sonuçlara Göre Metabolik Hastalıklar

- Yeni doğan bebeklik döneminde oluşan akut belirtiler
- Tekrarlayan koma atakları
- Kronik ve ilerleyici semptomlar
- Diğer spesifik bulgular

2.11.6 Kronik Hastalıklar ve İlerleyici Nörolojik Hastalık Olarak Metabolik Hastalıklar

- Olayı açıklayıcı bir sebep bulunamıyorsa,
- İlerleyici ve nörolojik olmayan farklı bir sonuç ile birlikte görülüyorsa,
- Sonuçların oluşması açlık veya iltihap gibi bir durum ile aynı zamanda veya daha sonraki zamanda ise
- Biyokimyasal bozukluklar

2.11.7 Kronik ve İlerleyici Kas Hastalığı olarak Metabolik Hastalıklar

- Çok yoğun neonatal jeneralize hipotoni ve non-obstrüktif kardiyomiyopati ile beraber olan veya olmayan progresif miyopati enerji eksikliği tipinde metabolik hastalıklarda gözlenir.
- En fazla rastlanmakta olan rahatsızlıklar mitokondrial olan solunum zinciriyle ilgili rahatsızlıkları, yağ asidi oksidasyon defektleri,
- Müsküler glikojenoliz defektleri,
- Asit maltaz eksikliğidir.

2.11.8 Süreğen Metabolik Hastalıklardan Diyabet

Karbonhidratlar, protein ve yağ metabolizmaları ile alakalı bir hastalık olan şeker hastalığı daha çok çocuklar ya da gençlerde görülür. Pankreasta insülin üretimi yapan hücrelerin hasar görmesiyle oluşmaktadır. İnsülin eksikliği olan hastalarda, hayat boyunca insülini dışarıdan enjeksiyon ile almaları gerekmektedir. Bu sebeple Tip 1 Diyabet İnsüline bağlı diyabet hastalığı olarak adlandırılmaktadır.

2.11.9 Süreğen Metabolik Hastalıklardan Guatr

Tiroid bezindeki büyüme ‘guatr’ denir. Tiroid bezinin gerekenden daha fazla çalışmasıyla aşırı derecede hormon salınmasına ‘hipertiroidi’ olarak tanımlanır.

Belirtiler

- İştah artışı olsa bile kilo kaybı meydana gelmesi,
- Yakın aralıklarla dışkı yapma, sık idrar yapma,
- Çok az olarak adet görme,
- Ellerde meydana gelen titreme,
- Sinirlilik durumları meydana gelmesi ve duygusal bakımdan değişiklikler yaşanması,
- Sıcaklıktan rahatsız olma ve sıcaklığa bağlı terleme,
- Yüksek nabız, belki uykuda bile nabızın yüksek seyrinde olması,
- Göz rahatsızlıkları

Tiroid Bezinin Beklenenden Az İşlev Görmesi (Hipotroidi)

Tiroid bezi bazı durumlarda hormon salgılayamayacak duruma gelmektedir. Böyle bir durumda ‘Hipotroidi’ denilen görüntü meydana gelir.

Belirtiler

- Şişmanlama
- Kabız olma.
- Soğuktan şikayet etmek.
- Aşırı adet görülmesi.
- Kısık ses.
- Güçsüzlük, hareketlerde yavaşlama.
- Nabız sayısında azalma.
- Cildin-saçın kuru ve kalın olması.
- Halk içinde iç ila dış ve erkek ila dişi guatr tanımlamaları kullanılır.

Hastada boyun durumuna göre bezin büyüme başlaması dışarıdan görünmekte ise buna ‘dış guatr’ denilmektedir. Bezin büyümesi görünmüyorsa ‘iç guatr’ olarak ifade edilir. Ameliyatın ardından vakanın tekrar etmesine dişi guatr olarak tanımlanırken, etmeyenlere ise erkek guatr olarak ifade edilmektedir.

Guatr Teşhisi

Guatr teşhisinde yapılan muayene, kan testi (T3, T4, TSH hormonları tetkiki), tiroid ultrasonu veya sintigrafisi ile hastalık teşhisi konur.

Tedavi ve Öneriler

İlaç ile tedavi etme yöntemi, radyoaktif iyot ile tedavisiyle tedavi, ayrıca cerrahi açıdan tedavi bilinen tedavi yöntemleridir. Erken teşhis guatr hastalığı için çok önemlidir. Eğer yukarıda sıralanmış olan çeşitli belirtiler gözleniyorsa derhal bir hekime başvurmak gerekmektedir. Geç kalınması durumunda hastalık daha çok ilerlemekle birlikte tedaviyi zorlaştırarak vücut direncini bozar, vücutta yaptığı hasarlar da artar.

2.11.10 Metabolik Hastalıklardan Obezite Hastalığı

Alınan enerjinin harcanan enerjiden daha fazla olması ile oluşan ve beden yağ dokusunun artmasıyla oluşan kronik hastalık obezite olarak ifade edilmektedir (Geneva, 1997). Obezite, kişinin ağırlık, boy, cinsiyet gibi özelliklerine göre belirlenmiş olan ideal değerlerin üstünde olmasıdır (Who Reference, 2007). Obezite herhangi bir yaşta başlayabileceği gibi yetişkin dönemde obezitenin görülme sıklığı çok fazladır (Inoue,2007). Erişkinlerde obezitenin meydana gelmesine düzensiz yaşam tarzı neden olmaktadır (Wilson DJ ve ark, 1998). Obeziteyi tetikleyen en önemli etmenler yaş, cinsiyet, sosyokültürel yaşam haricinde ailede obez bireylerin olması, beslenme alışkanlıkları da obeziteyi tetikleyen önemli unsurlardandır (Şarbat G, 1999). Ayrıca, eğitim durumunun zayıflığı, evli olma, çalışmama da obezite için risk faktörleri olarak bulunmuştur. (Özkahraman Ş, Kişioğlu AN, 2002). Kadınlarda gebelik sayısı arttıkça obezite riski artmaktadır (Sağlam F, 1989). Sigara, alkol, spor yapmama gibi alışkanlıklar obezite ile alakalı bulunmuştur (Galuska DA ve ark., 1996). Yakın akrabada şişmanlık, obezite için genetik bir risk faktörü olarak değerlendirilmektedir. Obezite oluşumunda risk faktörlerinin bilinmesi korunma ve tedavi için gereklidir (WHO, 1995). Obezite gelişmiş ülkelerin orta ve az gelirli 7 kesimlerinde, gelişmekte olan ülkelerin ise orta ve yüksek gelir düzeyli tabakalarında daha çok görülürken çok yoksul kesimlerde pek görülmemektedir (Tüzün M, 1999).

Dünya Sağlık Örgütü'nün verilerine göre 1980 yılından günümüze obezite sıklığı ikiye katlanmıştır. Dünya genelinde 1980 yılında erkeklerin %5'i, kadınların %8'i obez iken 2008 yılında bu oran erkeklerde %10 kadınlarda %14 olmuştur

(World Health Statistics, 2012). Dünyada 2008 yılında 20 yaş üzeri 1,4 milyar fazla kilolu yetişkin içerisinde 200 milyondan fazla erkek ve 300 milyona yakın kadın obezdir (World Health Statistics, 2012). Tüm DSÖ bölgelerinde kadınlar erkeklerden daha fazla obez olmaya yatkındır (World Health Statistics, 2012).

Yapılan epidemiyolojik çalışmalar, obezitenin genetik faktörlerle ilişkisinin olduğunu göstermektedir. Aşırı kilolu ebeveynlerin çocukları da aşırı kilolu olma eğilimindedir. Bununla birlikte genetik faktörler özel bir çevresel bağlamla işlev görür ki bu şekilde fenotipik sonuçlar ortaya çıkar. Kilo almaya genetik yatkınlık birey özel bir çevreye maruz kaldığında kendini gösterir (Cutting P. ve ark, 1999). İkizler ve evlat edinilmiş çocuklarla yapılan çalışmalarda çekirdek ailede obezite geçişinin %30-50, evlat edinilmiş çocuklarda %10-30, ikizlerde ise %50-80 arasında olduğu gösterilmiştir. Obezite etiolojisindeki en önemli faktörlerden birisi ebeveynlerin obez olmasıdır. Her iki ebeveyni obez olan çocuklarda obezite gelişme sıklığı %80, ebeveynlerinden birisi obez olanlar %40, her iki ebeveyni de obez olmayanlarda ise %7 olarak tespit edilmiştir (Şarbat G, 1999).

Anne karnında olduğu dönemden itibaren bebeğin beslenme yapısı, yaşamın daha sonraki dönemlerindeki beslenme alışkanlığını da etkilemektedir. Süt çocukluğu dönemindeki karışık ya da yapay beslenme obezite riskini arttırırken, anne sütüyle beslenme obeziteye karşı koruyucu etki göstermektedir. Öğün sıklığı ve düzeni de vücut ağırlığını etkileyen önemli faktörlerdendir. Günde üç veya daha fazla beslenen öğünlerini düzenli tüketen kişilerde, günde bir veya iki kez düzensiz beslenen kişilerden daha az sıklıkta obeziteye rastlanmaktadır (Kurdoğlu G, 1989).

Obezlerin fazla yeme isteğinin, aile çevresinden edinilen bir alışkanlık olabileceği ileri sürülmektedir. Fiziksel etkinlik eksikliği, aşırı televizyon seyretme, bilgisayarda fazla vakit geçirme gibi kişiyi hareketsiz kılan alışkanlıklar da çoğu kez aile yaşamı ile ilişkilidir. Obez aileler tarafından evlat edinilmiş çocuklarda da obezitenin sık görülmesi, aile çevresinin etkisini gösteren bir bulgudur (Kurdoğlu G, 1989).

Obezitenin sigara kullanımı ve bırakılması ile de bağlantısı olduğu düşünülmektedir. Yapılan çalışmalarda sigara içenlerin BKİ sigara içmeyenlere göre daha düşük bulunmuştur. Sigara içenlerde kilo kaybı metabolik verimliliğin azalması veya metabolik hızın artmasına bağlı olabilir (Arnaud Chiolero, ve ark., 2008).

Son yıllarda obezitede psikolojik etmenler konusuna ilgi artmıştır. Obez çocuklar üzerindeki deneyimi bilinen Hilde Bruch, olguların çoğunun hormonal olmaktan çok psikojenik kaynaklı olduğunu belirtmektedir (Fenichel O. Organ Nevrozları, 1979).

Erken çocukluktaki deneyimler yaşam boyunca yeme alışkanlıklarını, çok etkilemektedir. Şişman anne babalar belli şişmanlıkta çocuk isterler, zayıf çocuk sahibi olmak onları sıklıkla rahatsız eder. Aynı zamanda kaygılı aileler, kendi kaygılarını gidermek için çocuklarını fazla beslerler. Bazı aileler şişman çocukların daha sağlıklı ve 13 mutlu olduğunu düşünürken çoğu çocuk ise ailesini hoşnut etmek için fazla yemek yemektedir.

Obezlerin tipik kişilik özellikleri sabırsızlık, büyüsel düşünceye inanma, kararsızlık, doymak bilmezliktir. Herhangi bir başarıyla omnipotens yaşarlar. Fakat başarısızlık ve engellenme karşısında çok çabuk bir şekilde açlık korkusuna dönerler (İbrahim Eren ve Özlem Erdi, 2003).

2.12 Kronik Hastalıklar ve Aile İşlevleri

Kronik hastalıklara dair bilgiler, bilim, teknoloji ve sosyal refah seviyelerindeki ilerlemeler sonucu giderek artmaktadır ve çağımızın en önemli sağlık problemleri arasında kronik hastalıklar yer almaktadır.

Kronik hastalıklar yaşam süresinin artmasıyla birlikte yükselişe geçmiştir. Kronik hastalıkla birlikte, hasta ve hastanın yakınları stres sebebiyle olumsuz durumlara maruz kalmaktalar ve hastalığın devam etmesine uyum sağlamak zorunda kalmaktadırlar.

Süreğen rahatsızlık ile beraberinde hasta ve ailesini ya da yakın çevresini farklı süreçler beklemektedir (Aydemir ve ark.,2002). Kronik rahatsızlıklar çağımızda önemli derecede yaşamı etkileyen kriz olarak kabul edilmekte ve aile fonksiyonlarını olumsuz düzeyde etkileyen faktörler olarak kabul edilebilen aile yaşantısı üzerine etkisi araştırılmaktadır. Aileyi de içinde barındıran bu sorun aile bireylerinin birinin hastalığıyla tüm aile bireylerinin dengesi bozulmakta, ailenin sistemi kötüye gitmektedir. Aileyi içine alan bu problem ile birlikte aile sisteminin dengesi etkilenmektedir. Böylece, hasta ile ailesi birbirlerinden doğrudan etkilenmektedir (Asan, 2007).

Bir ailede aile üyelerinden birinin akut ya da kronik olarak rahatsızlığı aile içerisindeki iletişimi, rolleri, işlev ve fonksiyonları değiştirmektedir. Ailenin üyelerinden birinde olan rahatsızlık ve hastalık, ailenin homeostatik dengesinde mutlak bir değişikliğe sebep olmaktadır. Tutarsızlık durumu ile düzen bozulmakta, ailenin fonksiyonunda ve hastanın sağlık durumunda negatif durumlara neden olabilmektedir (Oksal, 2009).

İlerlemeye meyilli hastalık durumlarında aile bireyleri devamlı olarak rahatsızlığın gidişatı ile ilgili birlikte değişen ve dönüşen durumlara uyum sağlamak zorunda kalarak aile içi görevlerde değişikliklere gitmeye çalışmaktadırlar. Bu durum da aile bireylerini duygusal bir ruh halinin de etkisiyle bitkinlik ve yoğun bir uğraş içerisinde girdiklerini hissetmelerine sebep olmaktadır. Kronik hastalık teşhisiyle birlikte bu tükenmişlik hissi daha çok artmaktadır. Tekrarlayıcı ve düzenli olmayan rahatsızlıkların ne zaman ortaya çıkacağı belirsiz olduğu için aileler açısından sürekli bir bunalım durumu hâkim olabilmektedir. Kronik hastalıkların her evresinde hastanın ailesini de içerisinde almaktadır. İlk aşama kriz aşaması olarak tanımlanmaktadır. Kriz aşamasında aile, hastalık öncesindeki aile yapısının üzüntüsünü hissetmektedir. Hasta ve ailesi geçmişteki olaylar ile gelecek kaygısı arasında bir ruh hali içerisindeyken kalıcı olacak olan değişiklikleri kabullenme ve yeni aile yapısının oluşmasında gayret gösterecektir. Ayrıca, belirsizlik halinin yerine gelecek açısından daha esnek ve pozitif bir yaklaşım da hastalığın tedavi açısından önemli bir etkidir. İkinci aşama da kronik aşamasıdır. Bu aşamada aile, aile yapısına dâhil olmuş olan kronik hastalık ile ilgili varlığına karşın, normal yaşamlarını mümkün olduğunca sürdürmeye çalışacaktır. Son aşama da terminal aşamasıdır. Aile, ölümün kaçınılmaz bir son olduğu ile ilgili fikir ile şekillenmekte, vefatın ardından eski yaşantıya geçiş durumları gibi yüklü bir dönem oluşmaktadır (Rolland 1987; Rolland, 1999).

Kronik hastalıkta, denge halinde bir ilişki, ortaklık, daha az çatışma, uyumluluk, görevlerin belli olduğu, sevgi ve saygının olduğu, iletişimin güçlü olduğu, birbirine önem veren aileler için hastalık durumlarına karşı uyum sağlamak kolay olmaktadır. Çok koruyucu, kaygılı, korkulu, yönetici, kontrol hastası gibi davranışlar hastanın uyumunu bozarak hastanın özgüven duygusunu da hasara uğratmaktadır.

Günlük yaşamı sürdürmeyi güçlendirecek çeşitli etkenler vardır. Bunlar; öfke, şaşkınlık, inkâr, sevilme, beğenilme gibi çeşitli kaygılardan oluşmaktadır (Mete, 2008). Böbrek hastaları ile yapılan araştırma sonuçları gösteriyor ki kronik böbrek yetmezliği hastalarının en çok destek kaynakları yine onların aileleri olduğudur. Ailede bir astım hastalığından dolayı rahatsız olan bir bireyin varlığı, ailenin yapısını kötü bir hale getirerek yeni bir mekanizma oluşturmaya neden olabilir. Rahatsızlığın gidişatındaki değişiklikler, denge sürecinin bozulmasına ve tekrar oluşturulmasına sebep olur. Ailenin bu durumlara karşı uyum süreci yaklaşımı, ailedeki ikili ilişkilerin yapısına, kalitesine, ailenin gelişimsel evresine, kültürel değerlerine, inançlarına, birbirleriyle iletişimlerine, teknolojik olarak değişimlere, ekonomik sebeplere gibi birçok etkenden etkilenmektedir (Wicks ve ark. 1998).

2.13 Kronik Rahatsızlıklar, Aile İşlev ve Yaşam Doyumu Üzerine Yapılan Araştırmalar

Süreğen rahatsızlıklarla gerçekleştirilen çalışmalar incelendiğinde çocuklar üzerine araştırmalar yapıldığı görülmektedir. Kronik hastalık türlerinin birçoğunu içeren araştırmalara rastlanamamış ve belirlenen belirli kronik rahatsızlıklar hakkında gelişen araştırmalar tespit edilmiştir. Kronik hastalıklar, aile fonksiyonları ve yaşam doyum oranları üzerine yapılmış hiçbir çalışma yapılmamıştır. Yapılan benzer çalışmaların da çocuklar hakkında, çoğunlukla hasta kişilerin aileleri ve yakın çevresi üzerinden yapılandırılmış olduğu raporlanmıştır.

Engeli olan çocuğa sahip ailelerde ailenin işlevini anlamayı amaçla yapılan araştırmada engelli çocukların ailesine anket ve aile değerlendirme ölçek testi yapılmıştır. 145 engelli çocuk üzerinde yapılan anketlerde sonuçlara bakıldığında ise; Anneler çocuğun rahatsızlığından dolayı kendini suçlamakta, babalar da çocuğun rahatsızlığından dolayı anneyi suçlamak olduğu tespit edilmiştir. Duygusal olarak bu fonksiyonun ve iletişimin doğrudan olarak etkilendiği ortaya çıkmaktadır (Özşenol ve ark., 2003).

Duchenne Muskuler Distrofi hastalığı teşhisiyle hasta çocukların annelerinin ruhen durumlarının ve aile fonksiyonlarının belirlenen kontrol grubuyla karşılaştırılması istenen Duchenne Muskuler Distrofi teşhisi ile gözlenen 17 hasta çocukla sağlıklı bireylerden oluşan 32 çocuğun anneleri araştırmaya dâhil edilmiştir. Tüm durumdaki annelere sosyo - demografik form verilmiş, Beck Depresyon Ölçeği verilmiş, Devamlı Endişe Envanteri, Aileyi Değerlendirme Ölçekleri

yapılmıştır. Aile değerlendirme ölçeği duygusal bakımdan tepki gösterebilme fonksiyonunu içeren alt kısmı açısından olgu grubu ile kontrol grubu arasında farklılık saptanmıştır. Buna karşın diğer kısım alt ölçek incelemelerinde hiçbir farklılık düzeyi bulunamamıştır (Çakaloz ve Kurul, 2005).

Psikotik teşhis alan hasta bireye sahip bir ailenin, aile işlev ve sosyo-demografik özellikleri bulunduran anket ile Aile Değerlendirme Ölçek testi yapılmıştır. Test sonucuyla psikiyatrik sorunu olan hastaların ailesinde işlev bakımından sağlıklı olmadığı gözlemlenmiştir (Özdemir, 1996). Bipolar bozukluğu olan hastaların eşlerinin aile işlevlerinin nasıl olduğu ile ilgili incelenmesi amaçlanarak bipolar hasta ve hastanın eşi case grubu oluşturulmuştur. Ruhsal sorunu olmayan 54 hasta eşi de kontrol grubunun bir parçasıdır. Hastaların eşlerine tanıtıcı olarak bilgi formu ve yine Aile Değerlendirme Ölçeği uygulanmıştır. Buna bağlı olarak case grubu ve kontrol grubunda bir problemi çözebilme, iletişim durumu, gerekli ilgi gösterebilme, tutum ve davranış kontrolü gibi alt boyutta farklılıklar gösterdiği belirlenmiştir. Bu farklılık duygusal olarak tepki vermenin alt boyutunda tespit edilmemiştir. Sonuçlar hastalık ve aile fonksiyonlarının olumsuzlukları doğrultusunda ilişkinin olduğu ile ilgilidir (Ünal, 2002).

1986 yılında Miller ve arkadaşlarının gerçekleştirdiği bir çalışmada ruhsal rahatsızlığı olan 86 hasta ile 69 normal aile üyeleri ailelerin işlev ve fonksiyonları bakımından karşılaştırılmıştır. Yüksek depresyon, alkole bağımlılık, uyum sorunu olan hastaların ailelerindeki işlevlerin normal olan ailelere göre daha kötü ve sağlıksız olduğu tespit edilmiştir. Doğan'ın yapmış olduğu 2006 yılındaki çalışmada şizofreni ile bipolar hastalığı olan kişilerin aileleriyle hastalığı olmayan ailelerin fonksiyonel yapıları arasında kritik düzeyde farklılık tespit edilemediğini ifade etmiştir

Kroner Arter Bypass Greftleme ve kanser cerrahi müdahale uygulanan hastalar ile sosyal açıdan destek ve aile işlev durumları hakkında yapılan araştırmada iki gruptaki hastalardan toplam 30 aile bireyi dâhil olmuş olup sonuçlar gözlemlenmiştir. Hastalara “Bilgi Formu”, ailedeki üyelere de “Bilgi Edinme Formu”, Fazla Boyutlu Algılanan Sosyal Yardım Ölçeğiyle Aile Değerlendirme Ölçeği uygulanarak iki topluluk arasında karşılaştırılma yapılması istenmiştir. Kanser hastaları; yakın çevresinden gördükleri sosyal destek, aileleri tarafından gördükleri sosyal destekten çok fazla olduğu belirlenmiştir. Kroner Arter Bypass Greftleme

operasyonu olan hastaların aileleri, kanserli hastanın ailesine göre problem çözme işlevini daha iyi yapmaktadır. Kanser operasyonu olan hasta yakınlarının tutum ve davranış kontrolü daha iyi yaptığı da tespit edilmiştir (Kes, 2009). Hemodiyalize giren hastalarının %68'inin ailesi ile sorunlarının olduğu saptanmıştır. Aile fertlerinin hastalık sonrasında maddi ve manevi ilgileri azalmıştır. Hemodiyaliz hastalarıyla yapılan çalışmalarda hemodiyaliz hastalarının %58 oranında aile yapılarının bozuk olduğu, %66'sının eşlerinin rahatsızlıkları aile yapılarını bir hayli etkilediğini, yakın çevreleriyle ilişkilerinin, sosyal hayatlarını, psikolojik olarak ruhsal durumlarını, profesyonel çalışma hayatlarının etkilendiklerini belirtmiştir (Akt. Pınar, 2006). Kronik böbrek yetmezliği hastalığıyla ilgili teşhisi öğrenen kişilerin aile durumlarını değerlendirmek amacıyla 118 hastanın yakınına bizzat yapılan çalışmada Bilgi Formu ve ADÖ kullanılarak sonuçlar gözlemlenmiştir. ADÖ ile çıkan ortalamaları fazla ve ailedeki işlev durumlarının da kötü ya da olumsuz olduğu tespit edilmiştir (Doğan, 1992). Aile desteğinin pozitif yönde artması hayat kalitesinin de yükseldiğini tespit etmişlerdir. Bu sebeple ailelerin hastalık hakkında yaşam kalitesi hususunu nasıl algıladıklarını tespit etmek büyük önem arz etmektedir (Zhang&Liu'nin 2001; Akt. Pınar, 2006).

Durualp'in 2010 yılında gerçekleştirmiş olduğu araştırmada 8 ila 18 yaş grubu arasında yapılan kronik rahatsızlığı olan ve kronik hastalığı bulunmayan çocukların yaşam düzeyleri hakkında bilgi edinmek için yapılan çalışmada rahatsızlığı olan 154 çocuk ve rahatsızlığı olmayan 154 çocuğun katılımıyla toplam 308 çocuk ile ebeveynleri katılmıştır. Çocuklara çeşitli testler uygulanmıştır. Bunlar; Genel sırasıyla sonuçları ölçebilmek adına Bilgi Ölçek Formu, Çocuklara Yaşam Kalitesi Ölçek Uygulaması ile Ebeveyn Formu uygulanmıştır. Sağlık durumu iyi sağlıklı olan çocuklar ile ergen bireylerin ve ebeveynlerinin görüşlerine göre kayıt altına alınan yaşam kaliteleri sonucu, kronik rahatsızlığı olan çocuk ergenler ve ailelerinin ifadelerine doğrultusunda daha yüksek bulunmuştur (Durualp, 2010). Süreğen rahatsızlığı olan çocukların ailelerinin hayat doyumları isimli araştırmada süreğen hastalığı bulunan çocukların ebeveynlerinin yaşam doyumları ölçülmesi hedeflenmiştir (Baykan ve ark, 2010).

BÖLÜM III

YÖNTEM

Bu kısımda araştırmanın model ve katılımcıları hakkında bilgi verilecek olup, araştırma için kullanılan veri toplama teknikleri ve araçları tanıtılacaktır. Elde edilen bulguların toplanması ve verilerin analizi ile ilgili detaylı veri aktarılacaktır. Yapılan araştırma nitel araştırma yöntemi esas alınarak yararlanılarak yapılmıştır.

3.1 Araştırmanın Modeli

Bu çalışmada nicel araştırma yöntemi kullanılmıştır. Nicel araştırma modeline bir tanımlama ile açıklık getirmek gerekirse nicel araştırma ile olgu ve olaylar nesnelleştirilerek gözlemlenebilir, ölçülebilir ve sayısal olarak ifade edilebilir biçimde yapılan araştırma türüdür. Nicel araştırmada amaç bireylerin toplumsal davranışlarını gözlem, deney ve test yoluyla nesnel bir şekilde ölçmek ve sayısal veri yöntemiyle ifade etmektir.

Bu araştırma amaçlarına göre temel araştırma olarak yapılandırılmıştır. Temel araştırmada olan teorik bilgilere güncel olanları eklemeyi hedeflemektedir (Karakelle, 2005). Bu araştırmada, süregelen rahatsızlığı olan bireylerin aile işlevleri ve benlik algıları araştırmanın öncelikli olarak temel hedeflerini oluşturmaktadır. Bu nedenle çalışma, literatür olarak bilgilere güncellerini dahil edecek şekilde değerlendirilmiştir.

Yürütüldüğü çevre yapısına bakıldığında çalışma saha çalışması biçiminde kurgulanmıştır. Araştırma deney ortamında değil sahada yapılandırılmıştır. Hasta grubu olarak, Altındağ Bölgesi Aile Sağlığı Merkezlerince takip edilen bireylerden oluşturulmuştur. Hasta olmayan grup olarak Ankara ilinde Altındağ bölgesinde yaşayan ve hiçbir hastalığı olmayan bireyler çalışmaya eklenmiştir.

Yöntemine göre bu tez çalışması betimsel araştırma olarak yapılması amaçlanmıştır. Betimsel araştırmalarda, çalışılan konunun mevcut durumuna ilişkin hipotezleri test etmek için veya sorulara cevap bulmak için veriler toplamayı gerektirir. Betimleyici veriler, genellikle gözlem, anket, görüşme veya test gibi bilgi toplama yolları ile elde edilir.

3.2 Evren ve Örneklem

Araştırma ile toplanacak verilerin analizi ile elde edilecek olan sonuçların geçerli olacak olup, yorumlanacağı grup evren olarak tanımlanmaktadır. Araştırmada hedef ve ulaşılabilir evren olarak 2 evren mevcut olmaktadır. Hedef evren ile ulaşılması imkânsız ile ideal olanı temsil etmekte olup; ulaşılabilir evren ise araştırmacı kişinin gerçekçi ve ulaşılabilir seçimidir. Araştırmada hedef evren açısından Türkiye’de kronik hastalığı bulunan hasta bireyler ele alınmış, ulaşılabilir evren ise Ankara Altındağ Aile Sağlık Merkezi’ndeki 30 kişilik hasta grup ile 30 kişilik hasta olmayan grup olarak belirlenmiştir.

Araştırmanın örnekleme belli bir kronik hastalığı bulunan kişiler ile kronik hastalığı bulunmayan kontrol grubu olarak belirlenmiştir. Ayrıca astım, metabolik hastalıklar, epilepsi gibi önemli kronik hastalıklar da kronik hastalıkları temsil edebilecek hastalık türüne göre tabakalandırılmıştır. Ayrıca, kronik hastalık ve kontrol grupları oluşturulur iken belirli bir şekilde işleme ve dışlama kriterleri kullanılmıştır.

Kronik hastalık grubunun işleme kriterleri: Ankara Altındağ Aile Sağlık Merkezi’ne gelen hastaları içermektedir. Ayrıca, 25-65 yaş aralığında, ailesi ile yaşıyor olmak, bir yıldan fazla hastalığı bulunmak, kronik hastalıklardan en az birine sahip olmak olarak tanımlanmıştır. Dışlanma kriterleri ise yalnız yaşıyor olmak, hastalığı olduğunu yeni öğrenmiş olmak ve birden çok kronik rahatsızlığa sahip olmak olarak belirlenmiştir.

Kontrol grubunun işleme kriterleri ise Ankara’da yaşıyor olmak, 25-65 yaş aralığında bulunmak, ailesi ile ikamet etmek, herhangi bir kronik hastalığı olmayan bireyler olarak belirlenmiştir. Dışlama kriterleri ise yalnız yaşıyor olmak, kronik rahatsızlığı olduğu yeni öğrenen ya da başlangıç döneminde olması olarak belirlenmiştir.

3.3 Veri Toplama Araçları

Araştırmada kullanılacak veri toplama araçları Gönüllü Bilgilendirme formu, demografik bilgiler formudur.

3.3.1 Gönüllü Bilgilendirme Formu

Gönüllü Bilgilendirme Formu, araştırmacılar sayesinde hazırlanmıştır ve tez ile araştırmacı hakkında bilgi edinmeyi temin etmek üzere ortaya çıkarılmıştır. Süreğen

rahatsızlık grubuyla hasta olmayan grup için hazırlanan bu formda, katılımcı bireylerden araştırma ve değerlendirme açısından gönüllü olduklarını ifade etmeleri için isim, soy isim, telefon numaraları istenmektedir.

3.3.2 Demografik Bilgiler Formu

Kişinin yaş, cinsiyet, ikamet ettiği yer, eğitim seviyesi, kazancı, kronik hastalık çeşidi, sosyal hizmet desteği alıp almaması gibi bilgilerin alınması amacıyla araştırmacı tarafından 12 soruluk bilgi formu hazırlanmıştır. Yaş haricinde soruların hepsi çoktan seçmeli olarak hazırlanmıştır ve katılımcılara kolaylık sağlamak amacıyla düzenlenmiştir.

3.4 Verilerin Toplanması

Ankara Altındağ Aile Sağlık Merkezi'nde yapılan tez çalışmasının uygulanabilirliği değerlendirilerek, uygulama sürecine başlanmıştır. Hastalara, Gönüllü Bilgilendirme Formu'ndaki bilgiler açıklanarak gönüllü olma esasına göre uygulamalar yapılmıştır. İlk olarak, Gönüllü Bilgilendirme Formu açıklanan hastalar uygulama kapsamına alınarak, okuma ya da yazma yeteneklerini kaybedenlere destek olmaya çalışılmıştır. Kontrol grubuna bakıldığında, Altındağ bölgesinde ikamet etmekte olan karma bir grup belirlenerek Gönüllü Bilgilendirme Formu'ndaki bilgiler aktarıldıktan sonra kendi istekleri doğrultusunda çalışmaya dâhil edilmişlerdir.

3.5 Verilerin Analizi

Hipotezler üzerinde çalışmalar yürütülürken istatistik biliminin desteği alınmalıdır. Linquist'e göre istatistik, bilimsel yöntemler doğrultusunda toplanmış olan bulguların anlaşılabilir hale getirilmesi sürecinde ele alınan matematiksel bir yöntemdir. İstatistik bilimi incelendiğinde ise ana hedefin, bireylerin, objelerin ve bunlardan oluşan toplulukların çeşitli nitelikleriyle ele alınarak veya tasvir edilerek bu konuda tahmin yürütmek ve sonuca ulaşmak olduğu anlaşılmaktadır. Bu doğrultuda, istatistiksel veriler çözümlenirken birden fazla teknikten faydalanılmaktadır. Araştırmalar sonrasında kullanılması gerekli olan yöntemlerde belirli kriterler göz önüne alınarak seçim yapılmaktadır. Bu kriterler incelendiğinde, araştırmanın problemi veya hipotezin ifadesi, çalışmada ele alınan birbirleriyle ilişkili ve ilişkisiz etkenlerin rakamları, değişkenlerin ölçüm oranları, gözlem sayıları ve de verilerin dağılım grafiğidir.

Araştırmanın problemleri, SPSS 16.0 programı yardımıyla istatistiksel olarak analiz edilmiştir. Analizler öncesinde katılımcıların cevapları incelenmiş ve boş bırakılan sorular için katılımcılar tek tek aranarak değerleri girilmiştir. Verilerin tamamlanmasının ardından betimsel incelemeler yapılmış ve araştırma sorularına cevap aranmıştır.

BÖLÜM IV

BULGULAR ve YORUMLAR

4.1 Katılımcıların Demografik Yapılarına Göre Yorumlanan Bulgular

Bulgular kısmı incelendiğinde, katılımcılara ait demografik veriler incelenecek olup daha sonra kronik hastalığı olan bireylerin aile işlev ve fonksiyonlarının sağlıklı ya da sağlıklı yapı, yaşam doyum oranları, bu değişkenlerin ilişkileri; cinsiyet, hastalık çeşidi ve yılına göre farklılıkları kontrol grubuyla karşılaştırarak incelenecektir.

Tablo 1: Örneklemin Cinsiyete Göre Dağılımı

Cinsiyet	KRONİK HASTALIK GRUBU								KONTROL GRUBU		ÖRNEKLEM GENEL TOPLAM	
	Astım Hastalığı		Metabolik Hastalık		Epilepsi Hastalığı		TOPLAM		Sayı (N)	Yüzde (%)	Sayı (N)	Yüzde (%)
	Sayı (N)	Yüzde (%)	Sayı (N)	Yüzde (%)	Sayı (N)	Yüzde (%)	Sayı (N)	Yüzde (%)				
Kadın	4	40	3	30	5	50	12	40	9	30	21	35
Erkek	6	60	7	70	5	50	18	60	21	70	39	65
Toplam	10	100	10	100	10	100	30	100	30	100	60	100

Kronik hastalık grubu içerisinde yer alan katılımcılardan 12 kişi (%40) kadın olmakta, 18 kişisi (%60) erkek olmakta, ayrıca Kontrol Grubunun 9 kişisi (%30) kadındır ve 21 kişi (%70) erkek bireylerden meydana gelmektedir. Kronik Rahatsızlık Grubunun diğer alt gruplarına bakıldığında ise; Astım Hastalığına sahip bireylerden 4 kişi (%40) kadın, 6 kişi (%60) erkektir. Metabolik rahatsızlıklara sahip bireylerden 3 kişi (%30) kadın, 7 kişi (%70) erkektir. Son olarak Epilepsi hastalarında 5 kişi (%50) kadın olmakta, 5 kişi de (%50) erkek katılımcılardan bir araya gelmektedir. Tüm oranlar incelendiğinde ise 21 kişi (%35) kadın, 39 kişi (%65) erkek olarak sıralanmaktadır (Tablo1).

Tablo 2: Örneklemin Aile Yapısı Üzerindeki Dağılımı

Aile Yapısı	KRONİK HASTALIK GRUBU								HASTA OLMAYAN GRUP		ÖRNEKLEM TOPLAM	
	Astım Hastalığı		Metabolik Hastalık		Epilepsi Hastalığı		TOPLAM		Sayı (N)	Yüzde (%)	Sayı (N)	Yüzde (%)
	Sayı (N)	Yüzde (%)	Sayı (N)	Yüzde (%)	Sayı (N)	Yüzde (%)	Sayı (N)	Yüzde (%)				
Çekirdek Aile	3	30	3	30	1	10	7	23,3	12	40	19	31,6
Ebeveynlerle Birlikte	5	50	4	40	4	40	13	43,4	11	36,7	24	40
Geniş Aile	2	20	3	30	5	50	10	33,3	7	23,3	17	28,4
Toplam	10	100	10	100	10	100	30	100	30	100	60	100

Örneklem grubu incelendiğinde, bekâr ve yalnız olarak ikamet eden katılımcıların yer almadığı görülmektedir. Bu sebeple aile yapıları çekirdek, ebeveynleriyle yaşayan ve geniş aile olarak sınıflandırılmıştır. Bu doğrultuda ankete dâhil olan Kronik Hastalık Grubunda yer alan ve ankete katılım sağlayan bireylerin 7 kişi çekirdek aile yapısı, 13 kişi ebeveynleri ile yaşayan aile yapısı ve 10'u da geniş aile olarak örnek teşkil etmektedir. Kontrol grubunun yapısı incelendiğinde ise 12 çekirdek aile ve 11 ebeveynleriyle beraber yaşayan çekirdek aile, 7 kişide geniş aile olarak yaşadıklarını belirtmişlerdir. Bu sonuçlar baz alındığında ise tüm katılımcılar arasında 19 çekirdek yapıda aile, 24 ebeveynleriyle beraber yaşayan aile ve 17 geniş ailenin yer aldığı anlaşılmaktadır (Tablo 2).

Tablo 3: Örneklemin Eğitim Durumuna Göre Dağılımı

Eğitim Durumu	KRONİK HASTALIK GRUBU								HASTA OLMAYAN GRUP		ÖRNEKLEM GENEL TOPLAM	
	Astım Hastalığı		Metabolik Hastalık		Epilepsi Hastalığı		TOPLAM		Sayı (N)	Yüzde (%)	Sayı (N)	Yüzde (%)
	Sayı (N)	Yüzde (%)	Sayı (N)	Yüzde (%)	Sayı (N)	Yüzde (%)	Sayı (N)	Yüzde (%)				
Eğitimsiz	1	10	-	-	1	10	2	6,6	1	3,4	3	5
Okur-yazar/İlkokul	2	20	1	10	2	20	5	16,7	6	20	11	18,3
Ortaokul	1	10	2	20	2	20	5	16,7	3	10	8	13,3
Lise	1	10	3	30	2	20	6	20	6	20	12	20
Üniversite	4	40	3	30	2	20	9	30	7	23,3	16	26,7
Toplam	1	10	1	10	1	10	3	10	7	23,3	10	16,7
Toplam	10	100	10	100	10	100	30	100	30	100	60	100

Araştırmaya katılan bireylerin eğitim düzeyleri incelendiğinde ise; eğitimsiz, ilkokul, ortaokul, lise ve üniversite olarak ayrıştırılmaktadır. Ortaya çıkan sonuçlar ışığında Kronik Hastalık Grubuna ait bireylerden 2 kişi eğitimsiz, 5 kişi okuryazar, 5 kişi ilkokul mezunu, 6 kişi ortaokul mezunu, 9 kişi lise, 3 kişi üniversite mezunu olarak belirlenmiştir. Kontrol grubuna dâhil olan bireylerin 1 kişi eğitimsiz, 6 kişi okur yazar, 3 kişi ilkokul, 6 kişi ortaokul 7 kişi lise ve 7 kişi de lisans mezunu olarak ayrılmışlardır (Tablo 3).

Tablo 4: Örneklemin İş Durumuna Göre Dağılımı

İş Durumu	KRONİK HASTALIK GRUBU								HASTA OLMAYAN GRUP		ÖRNEKLEM GENEL TOPLAM	
	Astım Hastalığı		Metabolik Hastalık		Epilepsi Hastalığı		TOPLAM		Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde				
(N)	(%)	(N)	(%)	(N)	(%)	(N)	(%)	(N)	(%)	(N)	(%)	
Çalışıyor	3	30	4	40	2	20	9	30	14	46,7	23	38,3
Çalışmıyor	5	50	4	40	7	70	16	53,3	12	40	28	46,7
Emekli	2	20	2	20	1	10	5	16,7	4	15,3	9	15
Toplam	10	100	10	100	10	100	30	100	30	100	60	100

Kronik Hastalık Grubuna dâhil olan katılımcıların iş durumları analiz edildiğinde ise, 9 kişi iş sahibi, 16 kişi ise iş sahibi değil ve 5 kişi de emekli olduğunu belirtilmiştir. Kontrol Grubundaki kişilerde ise bu oranlar; 14 kişi iş sahibi, 12 kişi iş sahibi değil ve 4 kişi de emekli olarak çalışmadığı anlaşılmaktadır (Tablo 4).

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

N	KRONİK HASTALIK GRUBU				HASTA OLMAYAN GRUP	ÖRNEKLEM GENEL TOPLAM
	Astım Hastalığı	Metabolik Hastalık	Epilepsi Hastalığı	TOPLAM		
Ortalama Yaş	10	10	10	30	30	60
Standart Sapma	53	53	41	49	40	45
Minimum Maksimum	8,37	8,25	8,87	1,00	0,7	1,01
Toplam	33-65	31-65	26-64	26-65	25-61	25-65
Toplam	10	10	10	30	30	60

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

Hastalık Yılları	Astım Hastalığı		Metabolik Hastalık		Epilepsi		TOPLAM	
	Sayı (N)	Yüzde (%)	Sayı (N)	Yüzde (%)	Sayı (N)	Yüzde (%)	Sayı (N)	Yüzde (%)
1-3	3	30	2	20	-	-	5	16,7
4-6	2	20	3	30	1	10	6	20
7-9	4	40	5	50	3	30	12	40
10+	1	10	-	-	6	60	7	23,3
Toplam	10	100	10	100	10	100	30	100

Kronik Rahatsızlık Grubunda yer alan katılımcıların hastalık sürelerine dair yapılan araştırma sonucunda şu sonuç ortaya çıkmıştır. Astım hastalığına sahip 10 kişiden 3 kişinin 1 ila 3 yıl arasında, 2'sinin 4 ila 6 senedir, 4 kişinin de 7 ila 9 yıldır ve 1 kişinin de 10 seneden daha uzun süreli olarak hastalığa sahip oldukları yapılan araştırmalar sonucu analiz edilmiştir. Metabolik hastalığa sahip katılımcılardan 2 kişi 1 ila 3 senedir, 3 kişi de 4 ila 6 senedir, 5'i ise 7 ila 9 sene arasında bu hastalığa karşı tepkili oldukları izlenmektedir. Epilepsi hastalarından 1 kişi 4-6 yıl, 3 kişi 7-9 yıl, 6 kişi de 10 yıldan fazla süredir hastalığa sahip olduğu belirlenmiştir. Tüm kronik hastaların 5'i ise 1 ila 3 senedir, 6 kişi de 4 ila 6 senedir, 12 kişi 7 ila 9 yıldır ve 7 kişi 10 yıldan daha çok kronik hastalıklarla yaşadıklarını belirtmişlerdir.

4.2 Araştırmanın Problemine İlişkin Bulgular

4.2.1 Kronik Hastalık Türü ile Cinsiyet Arasındaki İlişkinin Ki-Kare Yöntemiyle İncelenmesi

Tablo 7: Kronik Hastalık Türü ile Cinsiyet Arasındaki İlişkinin Ki-Kare Yöntemiyle İncelenmesi

Chi-Square Tests			
	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	,833 ^a	2	,659
Likelihood Ratio	,840	2	,657
Linear-by-Linear Association	,201	1	,654
N of Valid Cases	30		

Yukarıda tablo 7 de kronik hastalık türü ile cinsiyet değişkeni arasında ki-kare testi sonuçları verilmiştir. Tabloda pearson ki-karenin Significance (p) değerinin 0.05 den büyük olduğu ($p < 0.05$ anlamlılık düzeyi) görülmektedir. Bu değere göre kronik hastalık türü ile cinsiyet arasında anlamlı bir ilişki olmadığı sonucu elde edilmektedir.

4.2.2 Kronik Hastalık Yılı ile Cinsiyet Arasındaki İlişkinin Kronik Hastalık Türü Açısından Ki-Kare Yöntemiyle İncelenmesi

Tablo 8: Astım hastalığının Kronik Hastalık yılı ve cinsiyet açısından ki-kare yöntemi ile incelenmesi

Chi-Square Tests				
Cinsiyet		Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Kadın	Pearson Chi-Square	10,417 ^a	6	,108
	Likelihood Ratio	13,460	6	,036
	Linear-by-Linear Association	6,882	1	,009
	N of Valid Cases	10		
Total	Pearson Chi-Square	10,417 ^a	6	,108
	Likelihood Ratio	13,460	6	,036
	Linear-by-Linear Association	6,882	1	,009
	N of Valid Cases	10		

Yukarıda tablo 8 de astım hastalığının kronik hastalık yılı ve cinsiyet arasında ki-kare sonuçları verilmiştir. Tabloda pearson ki-karenin Significance (p) değerinin 0.05 den büyük olduğu ($p < 0.05$ anlamlılık düzeyi) görülmektedir. Bu değere göre astım hastalığının kronik hastalık yılı ve cinsiyet arasında anlamlı bir ilişki olmadığı sonucu elde edilir.

Tablo 9: Metabolik Hastalığının Kronik Hastalık Yılı ve Cinsiyet Durumu Arasındaki İlişkinin Ki-Kare Yöntemiyle İncelenmesi

Chi-Square Tests				
Cinsiyet		Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Kadın	Pearson Chi-Square	8,111 ^a	4	,088
	Likelihood Ratio	11,229	4	,024
	Linear-by-Linear Association	6,006	1	,014
	N of Valid Cases	10		
Total	Pearson Chi-Square	8,111 ^a	4	,088

Tablo 9' un devamı

Likelihood Ratio	11,229	4	,024
Linear-by-Linear Association	6,006	1	,014
N of Valid Cases	10		

Yukarıda tablo 9 da, metabolik hastalığın kronik hastalık yılı ve cinsiyet durumu arasındaki ki-kare sonuçları verilmiştir. . Tabloda pearson ki-karenin Significance (p) değerinin 0.05 den büyük olduğu ($p < 0.05$ anlamlılık düzeyi) görülmektedir. Bu değere göre metabolik hastalığının, kronik hastalık yılı ve cinsiyet arasında anlamlı bir ilişki olmadığı sonucu elde edilir.

Tablo 10: Epilepsi Hastalığının Kronik Hastalık Yılı ve Cinsiyet Durumu Açısından İncelenmesi

Chi-Square Tests				
Cinsiyet		Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Kadın	Pearson Chi-Square	10,000 ^a	4	,040
	Likelihood Ratio	13,460	4	,009
	Linear-by-Linear Association	5,870	1	,015
	N of Valid Cases	10		
Total	Pearson Chi-Square	10,000 ^a	4	,040
	Likelihood Ratio	13,460	4	,009
	Linear-by-Linear Association	5,870	1	,015
	N of Valid Cases	10		

Yukarıda tablo 10 da, epilepsi hastalığının kronik hastalık yılı ve cinsiyet durumu arasındaki ki-kare sonuçları verilmiştir. Tabloda pearson ki-karenin Significance (p) değerinin 0.05 den küçük olduğu ($p < 0.05$ anlamlılık düzeyi) görülmektedir. Bu değere göre Epilepsi hastalığının, kronik hastalık yılı ve cinsiyet durumu arasında anlamlı bir ilişki olduğu sonucu elde edilir.

4.2.3 Kronik Hastalık Türü ve Aile Yapısının Ki-Kare Yöntemiyle İncelenmesi

Tablo 11: Astım ile Aile Yapısının Ki Kare Yöntemiyle İncelenmesi

Chi-Square Tests			
	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	11,333 ^a	4	,023
Likelihood Ratio	12,275	4	,015
Linear-by-Linear Association	6,391	1	,011
N of Valid Cases	10		

Yukarıda tablo 11 de, astım ve aile yapısı arasındaki ki-kare sonuçları verilmiştir. Tablo da pearson ki-karenin Significance (p) değerinin 0.05 den küçük olduğu ($p < 0.05$ anlamlılık düzeyi) görülmektedir. Bu değere göre astım ile aile yapısı arasında anlamlı bir ilişki olduğu sonucu elde edilir

Tablo 12: Metabolik Hastalığın Aile Yapısının Ki Kare Yöntemiyle

Chi-Square Tests			
	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	15,625 ^a	4	,004
Likelihood Ratio	17,279	4	,002
Linear-by-Linear Association	7,826	1	,005
N of Valid Cases	10		

Yukarıda tablo 12 de, metabolik hastalık ile aile yapısı arasındaki ki-kare sonuçları verilmiştir. Tablo da pearson ki-karenin Significance (p) değerinin 0.05 den küçük olduğu ($p < 0.05$ anlamlılık düzeyi) görülmektedir. Bu değere göre metabolik hastalık ile aile yapısı arasında anlamlı bir ilişki olduğu sonucu elde edilir.

Tablo 13: Epilepsi Hastalığın Aile Yapısının Ki Kare Yöntemiyle İncelenmesi

Chi-Square Tests			
	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	7,625 ^a	4	,106
Likelihood Ratio	10,549	4	,032
Linear-by-Linear Association	5,739	1	,017
N of Valid Cases	10		

Yukarıda tablo 13 de, epilepsi hastalığı ile aile yapısı arasındaki ki-kare sonuçları verilmiştir. Tablo da pearson ki-karenin Significance (p) değerinin 0.05 den büyük olduğu ($p < 0.05$ anlamlılık düzeyi) görülmektedir. Bu değere göre epilepsi hastalığı ile aile yapısı arasında anlamlı bir ilişki olmadığı sonucu elde edilir.

4.2.4 Kronik Hastalık Türü ve Aile Yapısının Cinsiyet Faktörü Açısından İncelenmesi

Tablo 14: Astım Hastalığının Aile Yapısı ve Cinsiyet Faktörü Açısından Ki-Kare Yöntemiyle İncelenmesi

Chi-Square Tests				
Cinsiyet		Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Kadın	Pearson Chi-Square	11,333 ^a	4	,023
	Likelihood Ratio	12,275	4	,015
	Linear-by-Linear Association	6,391	1	,011
	N of Valid Cases	10		
Total	Pearson Chi-Square	11,333 ^a	4	,023
	Likelihood Ratio	12,275	4	,015
	Linear-by-Linear Association	6,391	1	,011
	N of Valid Cases	10		

Yukarıda tablo 14 de, astım hastalığı ve aile yapısı ile cinsiyet değişkeni arasındaki ki-kare sonuçları verilmiştir. Tablo da pearson ki-karenin Significance (p) değerinin 0.05 den küçük olduğu ($p < 0.05$ anlamlılık düzeyi) görülmektedir. Bu değere göre, astım hastalığı ve aile yapısı ile cinsiyet değişkeni arasında anlamlı bir ilişki olduğu sonucu elde edilir.

Tablo 15: Metabolik Hastalığın Aile Yapısı ve Cinsiyet Faktörü Açısından Ki-Kare Yöntemiyle İncelenmesi

Chi-Square Tests				
Cinsiyet		Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Kadın	Pearson Chi-Square	15,625 ^a	4	,004
	Likelihood Ratio	17,279	4	,002
	Linear-by-Linear Association	7,826	1	,005
	N of Valid Cases	10		
Total	Pearson Chi-Square	15,625 ^a	4	,004
	Likelihood Ratio	17,279	4	,002
	Linear-by-Linear Association	7,826	1	,005
	N of Valid Cases	10		

Yukarıda tablo 15 de, metabolik hastalığın ve aile yapısı ile cinsiyet değişkeni arasındaki ki-kare sonuçları verilmiştir. Tablo da pearson ki-karenin Significance (p) değerinin 0.05 den küçük olduğu ($p < 0.05$ anlamlılık düzeyi) görülmektedir. Bu değere göre, metabolik hastalığın ve aile yapısının ile cinsiyet değişkeni arasındaki arasında anlamlı bir ilişki olduğu sonucu elde edilir.

Tablo 16: Epilepsi Hastalığının Aile Yapısı ve Cinsiyet Faktörü Açısından Ki-Kare Yöntemiyle İncelenmesi

Chi-Square Tests				
Cinsiyet		Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Kadın	Pearson Chi-Square	7,625 ^a	4	,106
	Likelihood Ratio	10,549	4	,032
	Linear-by-Linear Association	5,739	1	,017
	N of Valid Cases	10		
Total	Pearson Chi-Square	7,625 ^a	4	,106
	Likelihood Ratio	10,549	4	,032
	Linear-by-Linear Association	5,739	1	,017
	N of Valid Cases	10		

Yukarıda tablo 16 da, epilepsi hastalığı ve aile yapısı ile cinsiyet değişkeni arasındaki ki-kare sonuçları verilmiştir. Tablo da pearson ki-karenin Significance (p) değerinin 0.05 den büyük olduğu ($p < 0.05$ anlamlılık düzeyi) görülmektedir. Bu değere göre, epilepsi hastalığı ve aile yapısı ile cinsiyet değişkeni arasındaki arasında anlamlı bir ilişki olmadığı sonucu elde edilir.

4.2.4 Kronik Hastalık Türü ile Çalışma Durumu İlişkisinin Cinsiyet Açısından Ki Kare Yöntemi ile İncelenmesi

Tablo 17: Astım ile Çalışma Durumu İlişkisinin Cinsiyet Açısından KiKare Yöntemi ile İncelenmesi

Chi-Square Tests				
Cinsiyet		Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Kadın	Pearson Chi-Square	11,333 ^a	4	,023
	Likelihood Ratio	12,275	4	,015
	Linear-by-Linear Association	6,391	1	,011

Tablo 17' nin devamı

	N of Valid Cases			
			10	
Total	Pearson Chi-Square	11,333 ^a	4	,023
	Likelihood Ratio	12,275	4	,015
	Linear-by-Linear Association	6,391	1	,011
	N of Valid Cases		10	

Yukarıda tablo 17 de astım hastalığı ve çalışma durumu ile cinsiyet değişkeni arasındaki ki-kare sonuçları verilmiştir. Tablo da pearson ki-karenin Significance (p) değerinin 0.05 den küçük olduğu ($p < 0.05$ anlamlılık düzeyi) görülmektedir. Bu değere göre, astım hastalığı ve çalışma durumu ile cinsiyet değişkeni arasında anlamlı bir ilişki olduğu sonucu elde edilir.

Tablo 18: Metabolik Hastalık ile Çalışma Durumu İlişkisinin Cinsiyet Açısından Ki Kare Yöntemi ile İncelenmesi

Chi-Square Tests				
Cinsiyet		Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Kadın	Pearson Chi-Square	15,000 ^a	4	,005
	Likelihood Ratio	17,279	4	,002
	Linear-by-Linear Association	7,835	1	,005
	N of Valid Cases	10		
Total	Pearson Chi-Square	15,000 ^a	4	,005
	Likelihood Ratio	17,279	4	,002
	Linear-by-Linear Association	7,835	1	,005
	N of Valid Cases	10		

Yukarıda tablo 18 de metabolik hastalık ve çalışma durumu ile cinsiyet değişkeni arasındaki ki-kare sonuçları verilmiştir. Tablo da pearson ki-karenin Significance (p) değerinin 0.05 den küçük olduğu ($p < 0.05$ anlamlılık düzeyi) görülmektedir. Bu değere göre, metabolik hastalık ve çalışma durumu ile cinsiyet değişkeni arasında anlamlı bir ilişki olduğu sonucu elde edilir.

Tablo 19: Epilepsi Hastalığının ile Çalışma Durumu İlişkisinin Cinsiyet Açısından KiKare Yöntemi ile İncelenmesi

Chi-Square Tests				
Cinsiyet		Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Kadın	Pearson Chi-Square	5,952 ^a	4	,203
	Likelihood Ratio	6,672	4	,154
	Linear-by-Linear Association	3,783	1	,052
	N of Valid Cases	10		
Total	Pearson Chi-Square	5,952 ^a	4	,203
	Likelihood Ratio	6,672	4	,154
	Linear-by-Linear Association	3,783	1	,052
	N of Valid Cases	10		

Yukarıda tablo 19 da epilepsi hastalığı ve çalışma durumu ile cinsiyet değişkeni arasındaki ki-kare sonuçları verilmiştir. Tablo da pearson ki-karenin Significance (p) değerinin 0.05 den büyük olduğu ($p < 0.05$ anlamlılık düzeyi) görülmektedir. Bu değere göre, epilepsi hastalığı ve çalışma durumu ile cinsiyet değişkeni anlamlı bir ilişki olmadığı sonucu elde edilir.

4.2.5 Benlik Algısı Anketine Katılan Hastaların Cinsiyete göre Bağımsız t Testi Yöntemiyle İncelenmesi

Tablo 20: Benlik Algısı ile Cinsiyet Değişkeni Arasındaki Bağımsız t Testi

	Levene Statistic	df1	df2	Sig.
1.soru	22,969	1	28	,000
2.soru	10,589	1	28	,003
3.soru	27,992	1	18	,000
4.soru	89,600	1	28	,000
5.soru	46,974	1	28	,000
6.soru	26,826	1	28	,000
7.soru	38,428	1	28	,000

Tablo 20' nin devamı

8.soru	.	1	.	.
9.soru	3,158	1	28	,086
10.soru	12,956	1	28	,001

Yukarıda tablo 20'de, benlik anketine katılan hastaların cevapladığı soruların cinsiyetleri arasındaki bağımsız t testi sonuçları verilmiştir. Tablodaki sig (p) değerlerine bakıldığında sadece 9'uncu soruda anlamlı bir ilişki olmadığı diğer benlik anketindeki sorular ile cinsiyet değişkeni arasında anlamlı bir ilişki olduğu görülmektedir.

Tablo 21: Benlik Algısı ile Kronik Hastalığı Olan Hastaların Arasındaki Bağımsız t Testi

		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1.soru	Between Groups	8,889	1	8,889	14,000	,001
	Within Groups	17,778	28	,635		
	Total	26,667	29			
2.soru	Between Groups	25,689	1	25,689	49,229	,000
	Within Groups	14,611	28	,522		
	Total	40,300	29			
3.soru	Between Groups	3,008	1	3,008	3,484	,078
	Within Groups	15,542	18	,863		
	Total	18,550	19			
4.soru	Between Groups	3,200	1	3,200	22,400	,000
	Within Groups	4,000	28	,143		
	Total	7,200	29			
5.soru	Between Groups	13,889	1	13,889	37,838	,000
	Within Groups	10,278	28	,367		
	Total	24,167	29			
6.soru	Between Groups	,800	1	,800	1,600	,216
	Within Groups	14,000	28	,500		
	Total	14,800	29			
7.soru	Between Groups	10,756	1	10,756	27,104	,000
	Within Groups	11,111	28	,397		
	Total	21,867	29			
8.soru	Between Groups	,000	1	,000	.	.
	Within Groups	,000	28	,000		
	Total	,000	29			
9.soru	Between Groups	26,450	1	26,450	57,337	,000
	Within Groups	12,917	28	,461		

Tablo 21' in devamı

	Total	39,367	29			
10.soru	Between Groups	,050	1	,050	,052	,821
	Within Groups	26,917	28	,961		
	Total	26,967	29			

Yukarıda tablo 21'de, Benlik algısı ile kronik hastalığı olan hastaların arasındaki bağımsız t testi sonuçları verilmiştir. Tablodaki sig (p) değerlerine bakıldığında, 3, 6 ve 10'uncu sorularda anlamlı bir ilişki olmadığı diğerlerinde ise anlamlı bir ilişki olduğu görülmektedir.

BÖLÜM V

SONUÇ, TARTIŞMA VE ÖNERİLER

Araştırma sonucuyla birlikte elde edilen sonuçlar tartışılarak tavsiyeler verilmeye çalışılacaktır.

5.1 Sonuçlar ve Tartışma

Çalışma süreci boyunca, kronik rahatsızlığı olan 30 kişiden, astım hastalığı olan 10 kişi, metabolik hastalığı bulunan 10 kişi, epilepsi hastalığı bulunan da 10 kişi olmak üzere ayrıca hiçbir kronik rahatsızlığı olmayan toplamda 30 katılımcıya yer verilmiştir. Katılımcılardan 21 kişi (%35) kadın, 39 kişi (%65) erkek olup, 19 kişi (%31,7) çekirdek aile, 24 kişi (%40) aileleriyle beraber yaşamakta olup, 17 kişi (%28,3) geniş aile yapısına sahiptir. Araştırmada 3 kişi (%5) eğitim almamış, 11 kişi (%18,3) okur ve yazar, 8 kişi (%13,3) ilkokul mezunu, 12 kişi (%20) ortaokul, 16 kişi (%26,7) lise mezunu, 10 kişi (%16,7) üniversite mezunudur. Araştırmada 23 kişi (%38,3) çalışıyor, 28 kişi (%46,7) çalışmıyor, 9 kişi (%15)'nin de emekli olduğu tespit edilmiştir. Katılan kişilerin yaş aralığı 25 ila 65 yaş arasında değişiklik göstermekte ve ortalamaları 44.5 (S=1,01) olarak belirlenmiştir.

Yapılan çalışma sonuçlarına göre, astım ve metabolik hastalıklar ile aile yapısı, cinsiyet ve çalışma durumu değişkeni arasında anlamlı bir ilişki olduğu, epilepsi hastalığında ise aile yapısı, cinsiyet ve çalışma durumu değişkeni arasında anlamlı bir ilişki olmadığı tespit edilmiştir. Ayrıca, kronik hastalık türü ile kronik hastalık yılı arasında da anlamlı bir ilişki olmadığı sonucu elde edilmiştir.

5.2 Öneriler

Verilerin elde edilmesi noktasında Kronik Rahatsızlık Grupları için yalnızca hastane içerisinde değil, hastane takibinden yararlanamayan hastalar için farklı yerlerde de uygulama yapılması, bunun da kategorize edilmesiyle değerlendirilmesi gerekir akabinde de tartışılması da önerilir.

Kronik hastalıklar ve yakın çevresiyle yapılan araştırmalar bir araya getirilerek, tüm aile bireylerini bulunduran araştırmalar desteğiyle aile değerlendirmesi daha iyi olarak yapılabileceği önerilir.

Süreğen rahatsızlıkların alt gruplarına dair bulguları çoğaltmak ve bulguları birbirleriyle karşılaştırabilmeyi güçlendirmek için, daha çok süreğen alt grubu dâhil edilen çalışmalar oluşturulması gerektiği önerilir.

Kronik hastaların aile işlevleri alt ölçeklerinde iyi ya da sağlıklı olmadığı incelenen problem çözebilme yeteneği açısından gerekli eğitim ve öğretim programlarının oluşturulması önerilir.

Kronik hastalık tanısıyla birlikte bir ila üç yıl arasında ailelere hastalık hakkında eğitim ve gereken ilgiyi gösterme becerileri konusunda gerekli desteğin sağlanması önerilir.

- Bradley,W.G., Daroff, R.B., Fenichel,G.M. Jankovic, J. (Ed). (2008). Neurology in Clinical Practice. Butterworth Heinemann, Elsevier.
- Bulut, I. (1990). Aile değerlendirme ölçeği. Özgeliş Matbaası, Ankara.
- Cadman D, Boyle M, Szatmari P ve ark. (1987) Chronic illness, disability, and mental and social well-being: findings of the Ontario Child Health Study. Pediatrics 79:805-813.
- Christensen J, Vestergaard M, Mortensen PB, Sidenius P, Agerbo E. Epilepsy and risk of suicide: a population-based case-control study. Lancet Neurol 2007;6(8):693-8
- Coopersmith, S. (1967). The Antecedents of Self-Esteem. San Francisco: W.H. Freeman.
- Corey, G. (2008). Psikolojik danışma kuram ve uygulamaları (T. Ergene, Çeviren). Mentis Yayıncılık. Ankara.
- Cutting P. ve ark. Anxiety, depression, hunger and body composition:III. Their relationship in obese patients, Eat Weight Disord 1999; 4(3);115-120.
- Çakaloz,B.,Kurul, S. (2005). Duchenne Muskuler Distrofi Çocukların Aile İşlevlerinin ve Annelerinde Depresyon ve Kaygı Düzeylerinin Araştırılması. Klinik Psikiyatri, İzmir.
- Dew, T. & Huebner, E. S. (1994). Adolescents' Perceived Quality Of Life: An Exploratory Investigation. *Journal Of School Psychology*, 32, 185–199.
- Diener E, Larsen G. (1985). The Satisfaction with Life Scale. *Journal of Personality Assessment*.
- DOCKERY, A.; (2004), Happiness, Life Satisfaction and The Role of Work: Evidence from Two Australian Surveys, Unpublished Mimeo.
- Doğan, M. (2006). *Genel lise öğrencilerinin aile işlevlerinin ve denetim odaklarının incelenmesi*. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Anadolu Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Eskişehir.
- Doğan, O. ve Doğan, S. 1992. Çok Yönlü Beden-Self İlişkileri Ölçeği el kitabı. Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Basımevi, 29 s., Sivas.

- Durak, E.Ş. & Fıfıloğlu, H. (2007). Film analizi yöntemi ile virginia satir aile terapisi yaklaşımına bir bakış. Türk Psikoloji Yayınları. Ankara.
- Durualp, E., Kara, F, N., Yılmaz, V., Alaybeyoğlu, K. (2010) Kronik hastalığı olan ve olmayan çocukların ve ebeveynlerinin görüşlerine göre yaşam kalitelerinin karşılaştırılması. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası, Ankara
- Ed. New York: Informa Healthcare USA, Inc; 2006.p.52-3.
- Ekinci Ö, Toros F (2013) Epilepsi tanılı çocuk ve ergenlerde ruhsal bozukluklar. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar 5:60- 77.
- Elliot and Merril, Social disorganization, Harper, New York, 1961
- ERGÜN, Mustafa, (1987), Eğitim ve toplum, eğitim sosyolojisine giriş, Malatya: İnönü Üniversitesi Yayınları.
- ERKAL, Mustafa E., (1987), Sosyoloji (Toplumbilim) 3. baskı, İstanbul: Filiz Kitabevi.
- Eşer, H. (2005). *Üniversite öğrencilerinde dini inanç ve benlik saygısı ilişkisi*. Yüksek Lisans Tezi. Uludağ Üniversitesi.Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Fenichel O. Organ Nevrozları. Nevrozların Psikanalitik Teorisi, 1974:222-223.
- Fıfıloğlu, H. (2008). Aile ve Evlilik Terapisi I. Seviye Eğitimi Ders Notları. Odtü-Sem, Ankara.
- Fıfıloğlu, H. (2008). Aile ve Evlilik Terapisi I. Seviye Eğitimi Ders Notları. Odtü-Sem, Ankara.
- Galuska DA, Serdula M, Pamuk E, Siegel BZ, Byers T. Trends in Overweight Among US Adults from 1987 to 1993: A Multistate Telephone Survey. Am J Public Health. 1996;86:1729-1735.
- Garcia, S. A. (1996). Sociocultural and legal ... In P. Ludder-Jackson, & J. Vessey, Primary care of a child with a chronic condition. (2nd ed.).

- Gazioğlu, E. İ. (2009). Aile yaşam döngüsü- evlilik Övulu (29-49). Remzi Kitabevi, İstanbul.
- Gazioğlu, G. Köknel, Ö. (2007). Çocuk yetiştirmede duygusal zekanın önemi: ana baba tutumlarının ve duygusal zekalarının çocukların başarısına ve öz benlik kavramlarına olan etkisi, IX. Ulusal Psikolojik Danışma Ve Rehberlik Kongresi Özet Kitabı, İzmir.
- GÖKÇE, Birsen (1976), "Aile ve Aile Tipleri Üzerine Bir İnceleme", Hacettepe *Sosyal ve Beşeri Bilimler Dergisi, Cilt: 8, Sayı: 1-2, Ankara*
- GÖKÇE, Birsen, (1990), "Aile ve Aile Tipleri Üzerine Bir İnceleme", Aile Yazıları I, (Derl: B.Dikeçligil ve A.Çiğdem) Ankara: Aile Araştırma Kurumu Başkanlığı Yayınları, Bilim Serisi No: 5/1, ss.205-223.
- Gökler, I. (2008). *Sistem yaklaşımı ve sosyal ekolojik yaklaşım çerçevesinde oluşturulan kavramsal model temelinde kronik hastalığı olan çocuklar ve ailelerinde psikolojik uyumun yordanması*. Ankara Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Psikoloji Anabilim Dalı Doktora Tezi. Ankara.
- Guindon, M. H. (2002). Toward Accountability In The Use Of The Selfesteem Construct. *Journal Of Counseling And Development*, 80(2), 204-213.
- Inoue M, Toyokawa S, Miyoshi Y, Miyano Y, Suzuki T, Suyama Y, Inoue K, Kobayashi Y. Degree of agreement between weight perception and body mass index of Japanese workers: MY Health Up Study. *J OccupHealth*. 2007 Sep;49(5):376-81.
- Karakelle, S. (2005). Araştırma yöntemleri ders notları. çantay yayınevi, İstanbul.
- Kasatura, İ. (1998). Kişilik ve özgüven. psikoloji dizisi 4, Evrim Yayınları, İstanbul.
- KASATURA, İlkey; Özgüven ve Kişilik, Evrim Yay. İstanbul, 1998
- Kes, D. (2009). *koroner arter bypass greftleme ameliyatı olan hastalarda algılanan sosyal destek ve aile işlevlerinin kanser ameliyatı geçiren hasta grubu ile karşılaştırılması*. İzzet Batsal Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Yüksek Lisans Tezi, Bolu.

- Kılıçaslan, F. (2006). Çocuk ve aile sorunlarının terapi ve tedavisi. Nobel Yayın Dağıtım. Ankara.
- Klinik Psikiyatri, Obez Hastalarda Psikiyatrik Bozuklukların Sıklığı; İbrahim Eren, Özlem Erdi, 6:152-157, 2003
- Köker, S. (1991). Normal ve sorunlu ergenlerin yaşam doyumu düzeyinin karşılaştırılması. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
- Köknel, Ö. (1995). Kaygıdan Mutluluğa Kişilik. Altın Kitabevi. İstanbul.
- Kulaksızoğlu, A. (2000). Ergenlik psikolojisi. İstanbul: Remzi Kitabevi.
- Kurdoğlu G. Obezite. Ed: Neyzi O, Ertuğrul T, Pediatri 1, Nobel Tıp Kitabevi, 1989:378-382.
- Leory, M. R. (1996). "Self-Presentation, Impression, Management And Interpersonal Behavior", New York: Harper Collins Publishers.
- Leung, J. P. & Leung, K. (1992). Life Satisfaction, Self-Concept, And Relationship With Parents In Adolescence. Journal Of Youth And Adolescence, 21, 653–65.
- Lewis M, Vitulano LA (2003) Biopsychosocial issues and risk factors in the family when the child has a chronic illness. Child Adolesc Psychiatr Clin N Am 12:389-399.
- Liman T (2011) *Kronik hastalığı olan ergenlerin hastalığı algılamaları ile anksiyete ve depresyon düzeyleri arasındaki ilişki*. Yüksek lisans tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.
- Maclver R.M. And Pagey, C., 1969. Cemiyet Çev.: Amiran Kurtkan, İstanbul.
- Mcknight, C. Huebner, E. S. & Suldo, S. M. (2002). Relationships Among Stressful Life Events, Temperament, Problem Behavior, And Global Life Satisfaction In Adolescents. Psychol. Sch, 39, 677–687.

- PHILIPS, Bernard, "Goals, Instruments and Insitutions Antitrust of Competition Law" in Symposium on Competition Policy, Economic Development and Internetional Trade, WTO, Geneva, 29 November 1997, ss.3-17
- Pınar, R. (2006). Kronik böbrek yetmezlikli hastalarda sağlıkla ilişkili yaşam kalitesinin kullanımı. Sağlıkta Birikim, İstanbul.
- Prevention and management of the global epidemic of obesity. Report of the WHO Consultation on Obesity . Geneva, June, 3-5, 1997. Geneva: WHO
- Rolland, J.S. (1987). Chronic illness and the life cycle: A conceptual framework. Family Process.
- Rolland, J.S. (1999). Parental illness and disability: A family systems framework. *Journal of Family Therapy*.
- Rosenberg, M. (1965). Society And The Adolescent Self-_Mage, NJ: Princeton University Pres, Princeton.
- Sağlam F. Kadınlarda şişmanlığın görülme sıklığı ve şişmanlık oluşumunu etkileyen etmenler. *Beslenme ve Diyet Dergisi*. 1989:18:195-203.
- Satir, V. (2001). İnsan yaratmak: Aile terapisinin başyapıtı (1. Baskı). S. Yeniçeri, (Çev.). İstanbul: Beyaz Yayınları
- Saygın, Y. (2008). *Üniversite öğrencilerinin sosyal destek, benlik saygısı ve öznel iyi oluş düzeylerinin incelenmesi*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Selçuk Üniv. Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Shin ve Johnson, 1978: 478; Diener, Emmons, Larsen ve Griffin, 1985: 71; Diener ve Suh, 1997: 200).
- Sung-Mook, Hong; Giannakopoulos, Effy; (1994) "The Relationship Of Satisfaction With Life To Personality Characteristics", *Journal of Psychology Interdisciplinary & Applied*, Vol. 128 Issue 5, Sep 94
- Suurmeijer TP, Reuvekamp MF, Aldenkamp BP. Social functioning, psychological functioning, and quality of, life in epilepsy. *Epilepsia* 2001;42(9):1160-1168. <http://dx.doi.org/10.1046/j.1528-1157.2001.37000.x>

- Şahinkaya, Rezzan (1975), Psiko-Sosyal Yönleriyle Aile, Kardeş Basımevi, Ankara.
- Şarbat G, Demirkol M. Obezite. Ed: Ekşi A. Ben Hasta Değilim, Nobel tıp Kitapevi,1999:441-450.
- Şener, Ş. (1996). Psicotik ailede aile terapisinin yeri-aile tedavileri(51-61).Ankara Üniversitesi Basımevi, Ankara.
- Tan, Hasan. (1970). “Akademik Psikolojide Ego Ve Benlik “Self” Kavramı”, H.Ü *Sosyal Bilimler Ve Beşeri Bilimler Dergisi*, C. II, Sy. 1, Ankara, Ss. 3-16.
- Tanık, N. (2006). *Multipl Skleroz’da depresyon ve hastalık parametreleri ile ilişkisi*. Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi Nöroloji Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi, Van.
- Torta R, Keller R. Behavioral, psychotic, anxiety disorders in epilepsy: etiology, clinical features, and therapeutic implications. *Epilepsia* 1999, 40(Suppl 10): S2-S20
- TURNER, Ralph H., (1965), “The Family”, Socioloji Ed.:Brown and Selznick, London.
- Tüzün M. Obezitenin Genel Özellikleri, Ed: Yılmaz C, Obezite ve Tedavisi, Mart matbaacılık, İstanbul, 1999:11-28
- Uğurlu Yıldız, A. (2010). *Kronik böbrek yetmezliği hastalarının yaşam tarzı değişikliği müdahalesinin yaşam kalitesine etkisi*. Zonguldak Karaelmas Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, Zonguldak. (Danışman, Doç. Dr. Mehmet Ali Kurçer).
- Uyanık Balat, G, B.Akman. (2004). “Farklı Sosyo-Ekonomik Düzeydeki Lise Öğrencilerinin Benlik Saygısı Düzeylerinin İncelenmesi”, *Fırat Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, Cilt:24, Sayı:2, 175-184 Elazığ.
- Ünal, G. (2002). Bipolar affektif bozukluğu olan hastaların aile işlevlerinin değerlendirilmesi. *Düşünen Adam* 15(2): 221-228.

- Vara, Ş. (1999). *Yoğun bakım hemşirelerinde iş doyumunu ve genel yaşam doyumunu arasındaki ilişkilerin incelenmesi*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. E. Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.
- Vessey, J.A. (1999). Psychological comorbidity in children with chronic conditions. *Pediatric Nursing*, 25 (2), 211-215.
- WHO Child Growth Standards. Growth Reference Data for 5-19 Years. WHO Reference 2007. <http://www.who.int/growthref/en/>(Erişim 26.06.2012)
- WHO. Technical Report Series-854: Physical Status: The Use and Interpretation of Anthropometry. 1 Edition Geneva, WHO, 1995.
- Wicks, M.N., Milstead, E.J., Hathaway, D.K. (1998). Family Caregivers' Burden, Quality of Life, and Health Following Patients' Renal Transplantation. *J Transpl Coord.*
- Wilson DJ, Foster DW, Kronenberg MH, Larsen PR. *Williams Textbook of Endocrinology 9th Edition*, WB. Saunders Company, Philadelphia, 1998
- World Health Statistics 2012. World Health Organization 2012. http://www.who.int/healthinfo/EN_WHS2012_Full.pdf (Erişim 10.09.2012)
- Yanbastı, G. (1996). *Kişilik Kuramları*. İzmir: Ege Üniversitesi, Basımevi.
- Yavuz, Ş. (2007). *Son çocukluk dönemi öğrencilerinin saldırganlık düzeylerinin benlik saygısı ve bazı değişkenler açısından incelenmesi*. Yüksek Lisans Tezi. Selçuk Üniv. Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Yavuzer, H. (2000). *Eğitim ve gelişim özellikleriyle okul çağı çocuğu*. Remzi Kitabevi, İstanbul.
- Yetim Ü. *Toplumdan bireye mutluluk resimleri 1*. Baskı, İstanbul: Bağlam Yayınları İstanbul, 2001
- Yetim, Ünsal. (2001). *Toplumdan Bireye Mutluluk Resimleri*. Bağlam Yayıncılık, İstanbul.

Yörükoğlu, A. (2004). Gençlik Çağı Ruh Sağlığı Ve Ruhsal Sorunlar. Özgür Yayınları.İstanbul.

EKLER**EK – 1****GÖNÜLLÜ BİLGİLENDİRME FORMU**

Gönüllünün adı, soyadı, imzası, adresi ve telefon numarası

Bu tez çalışmasının amacı, psikolojik ve fizyolojik olarak kronik hastalığı olan kişilerin aile işlevlerini incelemek ve bunun etkisini görebilmektir. Araştırmanın psikiyatrik yan etki yapması beklenmemekte olup ölçümler gönüllülük ilkesine esastır.

Araştırma kapsamında kullanılacak ölçekler hastalık teşhisi olan kişilere uygulanacak olup bu çalışma gönüllülerin dolduracağı birtakım form ve ölçeklerle gerçekleştirilecektir. Araştırmaya 120 kişi katılacaktır.

Bu tez çalışmasına katılmayı kabul etmeniz halinde, isminiz kesinlikle saklı olarak tutulacaktır.

Bu araştırmada form ve ölçek uygulamaları için sizden hiçbir ücret istenmeyecek ve tarafınıza hiçbir ücret ödenmeyecektir.

EK-2
DEMOGRAFİK BİLGİLER FORMU

- Cinsiyet:
- Yaş:
- İkamet Yeri:
- Eşim ve Çocuklarımla Oturuyorum__
Anne ve Babamla Oturuyorum__
Ailemin yanı sıra akrabalarımla birlikte oturuyorum__
- Eğitim Durumu:
- İş Durumu:
- Gelir Durumu:
- Kronik Hastalığımız:
- Kaç yıldır bu hastalığa sahipsiniz
1-3__ 4-6__ 7-9__ 10+__
- Hastalık dolayısıyla hangi sosyal hizmet kapsamından yararlanmaktasınız:
- Ailede aynı evi paylaştığınız kronik hastalığı olan yakınınız var mı:
EVET__ HAYIR__
- Cevabınız evet ise bu kişinin yakınlığı:
- Bu hastalık yüzünden yakınınız bir sosyal hizmet kapsamından yararlanmakta mıdır?
EVET__ HAYIR__

EK-3**BENLİK ALGISI TESTİ**

1. Kendimi en az diğer insanlar kadar değerli buluyorum.
a. ÇOK DOĞRU b. DOĞRU c. YANLIŞ d. ÇOK YANLIŞ
2. Bazı olumlu özelliklerim olduğunu düşünüyorum.
a. ÇOK DOĞRU b. DOĞRU c. YANLIŞ d. ÇOK YANLIŞ
3. Genelde kendimi başarısız bir kişi olarak görme eğilimindeyim.
a. ÇOK DOĞRU b. DOĞRU c. YANLIŞ d. ÇOK YANLIŞ

MADDE 2

4. Ben de diğer insanların birçoğunun yapabildiği kadar birşeyler yapabilirim.
a. ÇOK DOĞRU b. DOĞRU c. YANLIŞ d. ÇOK YANLIŞ
5. Kendimde gurur duyacak fazla birşey bulamıyorum.
a. ÇOK DOĞRU b. DOĞRU c. YANLIŞ d. ÇOK YANLIŞ

MADDE 3

6. Kendime karşı olumlu bir tutum içindeyim.
a. ÇOK DOĞRU b. DOĞRU c. YANLIŞ d. ÇOK YANLIŞ

MADDE 4

7. Genel olarak kendimden memnunum.
a. ÇOK DOĞRU b. DOĞRU c. YANLIŞ d. ÇOK YANLIŞ

MADDE 5

8. Kendime karşı daha fazla saygı duyabilmeyi isterdim.
a. ÇOK DOĞRU b. DOĞRU c. YANLIŞ d. ÇOK YANLIŞ

MADDE 6

9. Bazen kesinlikle kendimin bir işe yaramadığımı düşünüyorum.
a. ÇOK DOĞRU b. DOĞRU c. YANLIŞ d. ÇOK YANLIŞ
10. Bazen kendimin hiç de yeterli bir insan olmadığımı düşünüyorum.
a. ÇOK DOĞRU b. DOĞRU c. YANLIŞ d. ÇOK YANLIŞ