T.C
TRAKYA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ
ANABİLİM DALI

Tez Yöneticisi
Doç. Dr. Serdar ÖZTORA

TRAKYA ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK ÇALIŞANLARININ AİLE FONKSİYONUNUN DEĞERLENDİRİLMESİ

(Uzmanlık Tezi)

Dr. Cabbar Ertuğrul ÇEÇEN

EDİRNE-2016

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim boyunca gösterdiği her türlü destek ve yardımlarından dolayı Trakya Üniversitesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi ve tez danışmanım Doç. Dr. Serdar Öztora'ya, yardımlarını ve katkılarını esirgemeyen Anabilim Dalı Başkanı Prof. Dr. H. Nezih Dağdeviren'e, Doç. Dr. Ayşe Çaylan'a ve Yrd. Doç. Dr. Önder Sezer'e, eğitimimde emeği geçen tüm hocalarıma, sevgili aileme ve birlikte çalıştığım tüm asistan arkadaşlarıma sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

İÇİNDEKİLER

GİRİŞ VE AMAÇ 1

GENEL BİLGİLER 3

- **AİLENİN TANIMI** 3
- **AİLE ÇEŞİTLERİ** 3
- **SİSTEM OLARAK AİLE** 4
- **AİLE VE SAĞLIK** 5
- **AİLE HEKİMLİĞİ VE AİLE İLİŞKİSİ** 8
- **AİLE FONKSİYONU** 11
- **AİLE İLE İŞ HAYATI ARASINDAKİ İLİŞKİ** 13
- **SAĞLIK ÇALIŞANI OLMANIN ZORLUKLARI** 14
- **AİLE FONKSİYONUNUN DEĞERLENDİRİLMESİ** 16

GEREÇ VE YÖNTEMLER 18

BULGULAR 20

TARTIŞMA 34

SONUÇLAR 39

ÖZET 41

SUMMARY 43

KAYNAKLAR 45

EKLER

SİMGE VE KISALTMALAR

TÜTF **:** Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi

AF **:** Aile Fonksiyonu

GİRİŞ VE AMAÇ

Dünya Sağlık Örgütü aileyi "sağlığın ve refahın sağlanmasında birincil sosyal etmen" olarak tanımlamaktadır. Yapısı ve fonksiyonundaki hızlı toplumsal değişikliklere rağmen hala en önemli ilişki birimi olmayı sürdüren aile, bireylere en temel ihtiyaçları sağlamaktadır (1).

Sosyal yaşamın en temel ve doğal ortamı olan aile, yaş faktörü söz konusu olmaksızın her bireyin deneyimi olan evrensel bir olgudur (2).

Modernleşme ve demografik dönüşüm, "aile" ye yeni türler katarak aile yapılarını değişime uğratmaktadır. Bu süreç, yaygınlaşan popüler kültürün getirdiği bireysel yaşam tarzları ile hak ve özgürlük eksenli kurgulanan yeni toplumsal değerlerin yaygınlaşarak geleneksel aile değer ve yaşantısının önemini azaltan biçimde işlemektedir (3).

Aile sosyal bir organizasyon ya da sistem olup, diğer sosyal sistemlerle ortak özelliklere sahiptir. Aile sistemi, üyeleri büyüdükçe zamanla değişir. Bu değişikliklere uyumda ailenin karşılaştığı zorlukların farkında olmak aileyi düşünmek kavramının bir parçasıdır (4).

Fiziksel hastalıkların aile işlevselliğini etkilemesi kadar, aile de üyelerinin fiziksel sağlığını etkiler (5).

Sağlıklı ve işlevlerini yerine getirebilen fonksiyonel aileler, sorunlarını çözebilen, birbirlerine duygusal olarak bağlı, rolünü etkili biçimde yerine getirebilen, dolaysız bir iletişim biçimini benimseyen ailelerdir. Sağlıksız ailelerin en önemli özelliği ise, iletişim işlevinin bozuk, üyeler arası ilişkilerin kopuk ve kurallara bağlı olmasıdır. Belirli roller kişilerin üzerine zorla yüklenmiştir (6).

Aile hekimi, esas olarak tıbbi bakım arayan herkese kapsamlı bakım sağlama ve gerektiğinde diğer sağlık personelini harekete geçirme sorumluluğu taşıyan hekimdir. Mesleksel görevini bireylerin sağlık gereksinimlerine ve hizmet sunduğu toplumun var olan

kaynaklarına göre, doğrudan ya da diğer sağlık çalışanlarının verdiği hizmetler aracılığıyla yerine getirir (7). Aile hekimleri için ailenin önemi aile hekimliğinin doğasında bulunmaktadır. Aile hekimliği hastalığı kişiden ayırmaz, kişiyi de çevresinden ayırmaz. Kişiyi ailesinden ayrı değerlendirmek, aile hekimliğinin felsefesine taban tabana zıt düşmektir. O sebeple aile kavramı, aile hekimliğinin olmazsa olmazı, insan gelişiminin potasıdır.

Hastanede hastalara sunulan hizmetin 24 saat olması vardiyalı çalışmayı gerektirmektedir. Global ekonomi ve artan isteklerin sonucu olarak vardiyalı çalışma şekli dünyada yaygınlaşmaktadır. Düzensiz uyku, fizik ve ruhsal sağlık üzerine zararlı olduğu kadar, sosyal ve aile hayatı üzerine yıkıcı etkileri olabilir. Nöbet tutan personel yaş ortalaması görece daha genç olsa da, düzensiz çalışma saatleri aile, sosyal hayat, uyku, sağlık durumu ve yaşam şekillerini etkileyebilir. Pek çok araştırma nöbetli çalışan hemşirelerin uyku bozukluğu, stres, menstrüel disfonksiyon gibi sağlık sıkıntıları olduğunu ortaya koymuştur. Hatta uzun dönem takip yapılan çalışmalarda nöbetli çalışanlarda kanser riskinin (meme kanseri gibi) daha fazla olduğu bulunmuştur. Nöbetli çalışmanın aile ilişkilerini etkilediği de yine pek çok çalışma ile gösterilmiştir. Aile rutininin bozulması, aile ile harcanan zamanın azalması, ailelerinden farklı bir zaman çizelgelerinin olması gibi mekanizmalar aile ilişkilerini bozabilmektedir (8). İş hayatının yaşam kalitesine etkisine, depresyona etkisine defalarca bakılmasına rağmen aile hayatına etkisi çok da mütalaa edilmemiştir.

Çalışmamızda TÜTF sağlık çalışanlarının, iş koşulları ve bu koşulların aile dinamiklerine etkisini ortaya koymak amaçlanmaktadır. Bunun için TÜTF sağlık çalışanlarının iş takvimini, haftalık ve aylık çalışma düzenlerini irdeleyen sosyo demografik anket ve aile dinamiklerini ortaya koymak için aile APGAR ölçeği kullanıldı. Sağlık çalışanlarının yoğun temposunun aile dinamiklerine etkisini ortaya koymayı amaçladık.

GENEL BİLGİLER

AİLENİN TANIMI

Aile, kan bağlılığı, evlilik ve diğer yasal yollardan, aralarında akrabalık ilişkisi bulunan ve çoğunlukla aynı evde yaşayan bireylerden oluşan; bireylerin cinsel, psikolojik, sosyal ve ekonomik ihtiyaçlarının karşılandığı, topluma uyum ve katılımlarının sağlandığı ve düzenlendiği temel toplumsal birimdir (9).

Aile ortak geçmişi ve kültürü olan sosyal bir yapıdır. Bu yapı, üyelerinin davranışlarını belirleyen sosyal ve kültürel kalıplar ile inşa edilmiş kurallar, standartlar, ödevler olarak anlaşılmalıdır. Gelişmesi varlığı boyunca denge, dengesizlik, uyum süreçlerinde geçirdiği değişken, dalgalı aşamaları içerir. Uyum sürecinde aileler içyapısını korurken, değişikliklere adapte olmak zorundadır (10).

Eğer aile hem ortak bir geçmişi, hem de geleceği olan bir yakınlar grubu olarak tanımlanırsa, ana işlevi değişmeksizin grubun yapısı değişiklik gösterebilir: beraber yaşayan dul kadınlar, sıklıkla dul ya da evlenmemiş kız kardeşler, kalıcı ilişki yaşayan çiftler gibi. Bazı ailelerin dağınık halde olduğu bir gerçektir ama modern iletişim yöntemleri ile aile fertlerinin temas halinde kalması ve kriz zamanlarında bir araya gelmesi mümkündür (4).

AİLE ÇEŞİTLERİ

Türkiye Aile Yapısı araştırmasına göre aile çeşitleri şöyledir (11):

1. Çekirdek Aile: Karıkoca veya anne ve baba ile evlenmemiş çocuk(lar)dan oluşan aile tipidir.
2. Geniş Aile: Hanede karıkoca veya anne ve baba ile evlenmemiş çocuklardan başka, akrabaların da yaşadığı aile tipidir. Çekirdek aileye bir akrabanın eklenmesi geniş aile

tanımı için yeterli olacağı gibi birden çok akraba ailesinin bir arada yaşadığı haneler de bu gruba girmektedir.

a. Geçici Geniş Aile: Evli çocuğun hane reisi olduğu geniş ailelerdir. Bu hanelerde hane reisinin anne ve/veya babasının veya diğer akrabalarının zamanla haneden ayrılacakları ve ailenin çekirdek haline dönüşeceği varsayılmaktadır.
b. Ataerkil Geniş Aile: Bu aile tipinde hane halkı reisi ve eşiyle birlikte, onların evli çocukları ve/veya evli kardeşleri (kayınbirader, baldız) aynı hanede yaşamaktadır. Üst kuşağın hane reisi olduğu bu hanelerde evli çocuklar ve diğer akrabalar hane halkı reisine tabidir.

3. Dağılmış Aile: Evli eşlerin bulunmadığı hane tiplerini tanımlamak için kullanılan bir terimdir. Yalnız yaşayanlar, tek ebeveynli aileler, bir arada oturan akrabaların, hatta akraba olmayanların oluşturduğu hanelerdir.

a. Tek Kişilik Hane: Yalnız yaşayanların oluşturduğu hanelerdir.
b. Tek Ebeveynli Aile: Tek ebeveyn ile evlenmemiş çocuk(lardan) oluşan aileler bu gruptadır. Ebeveynlerin boşanmaları, bir arada oturmamaları ya da birinin ölmesi sonucu oluşan hanelerdir.
c. Diğer Dağılmış Aile: Ebeveyn-çocuk ilişkisi olmayan, diğer akrabaların oluşturduğu hanelerdir: anneanne-torun(lar), iki kardeş, teyze, yeğen(ler) gibi.
d. Akraba Olmayan Hane: Aralarında akrabalık ilişkisi olmayan kişilerin bir arada yaşadığı hanelerdir.

SİSTEM OLARAK AİLE

Genel Sistem Kuramını Karl Ludwig von Bertalanffy geliştirmiştir. Bu kurama göre birbiri ile etkileşen bileşenlerden oluşan sistemler bir denge içinde bulunur. Bu bileşenlerden birinin etkilenmesi sistemin dengesini bozar ve tüm bileşenler etkilenir. Dengenin yeniden sağlanması için tüm bileşenlerin katkısı gerekir. Bertalanffy'e göre insan yaşamının en önemli fenomeni organizmadır. Ona göre organizma, bağımsız parçalar ile karşılıklı etkileşim sürecinin karışımından oluşmuş bir yaşam biçimidir. Bertalanffy'ın bu çalışmasını sosyal bilimciler, aileyi de içine alan bütün yaşam sistemlerine uyarlamışlardır (12).

1950'den beri psikiyatri ve psikoterapinin pek çok alanında aile sistemleri teorisi etkisini göstermiştir. Aile sistemleri teorisine göre aile, birim ve sistem olarak kendisini oluşturan parçaların özelliklerinin toplamından daha fazlasına sahiptir (5).

Aile sistemleri teorisine göre aile içi etkileşimler karşılıklıdır. Her bir aile üyesi başka bir üye tarafından şekillendirilir ve şekillenir (13). Satir'e göre bir aile üyesi değiştiğinde, aile bir bütün olarak değişir (14).

Sistemi etkileyen bir şey, üyelerini de etkiler. Tüm sistemler homeostatik dengesini sürdürmeye çalışır. Ailede bir sıkıntı olduğunda ailenin homeostatik dengesinde değişim olur. Sistem yeni duruma uyum sağlama eğilimine girer. Ailenin duygusal enerjisi sistemin dengesini yeniden kurmaya yönlendirilir (5).

Aile üyeleri açık ya da kapalı bir şekilde var olan dengenin sürekliliğini sağlar. Dengenin sürekliliği ve bozulan dengenin tekrar elde edilmesi ailedeki örüntüler, kurallar ve iletişim tarzları yoluyla mümkündür (14).

Aile dengesini değiştiren olaylar arasında çekirdek aile dışında olan değişimler (savaş, deprem vb.), geniş aileden kaynaklanan değişimler (anneannenin hastalığı vb.), çekirdek aileye dahil olan ya da aileden ayrılanlar (kızlarının evlenerek ayrı bir eve çıkması, babaannenin eve gelmesi vb.), biyolojik değişimler (çocuğun ergenliğe geçmesi, babanın hastaneye yatırılması vb.) ve temel sosyal değişimler (oğullarının üniversiteye gitmesi, babanın yeni bir iş bulması nedeniyle taşınma vb.) bulunmaktadır (14).

Brennan, "ailenin içindeki kişi" ile "kişinin içindeki aile" arasındaki önemli ayrımı tanımlamıştır. Ailenin içindeki kişi, aile grubundaki bireyler arası ilişkileri temsil eder. Kişinin içindeki aile ise bireyin, köken aldığı aile ile birlikte oluşturduğu ve kişinin benlik kavramı ve diğerleriyle ilişkilerini derinden etkileyen deneyimi temsil eder. Birey, yaşamının ilk yıllarında bir ailede büyütülür ve beslenir ancak aile, ölünceye kadar bireyin "içinde" kalır (4).

AİLE VE SAĞLIK

Kronik hastalıklarda ailenin rolü incelenmiştir. Kronik hastalığın yarattığı ekstra yük ve stres ile baş edebilmek için ailelerin duygusal sıcaklığından taviz vermek pahasına yeniden organize oldukları izlenmiştir (15).

Yük kavramı, hasta bir üyeyle yaşıyor olmaktan dolayı aile üyelerinin günlük yaşamlarında karşılaştıkları zorluklar, hayatlarını etkileyen sorunlar ve olumsuz olaylar gibi hastalığın aile üzerindeki etkisini tanımlamak amacıyla kullanılmaktadır (16). Yük kavramı bazı yazarlarca nesnel yük (gelir kaybı, sosyal etkinliklerin kısıtlanması, ev ortamındaki gerginlik gibi) ve öznel yük (hastanın rahatsızlık verici davranışlarıyla ilişkili emosyonel sıkıntı ya da hastayla ilgili olarak yaşanan öznel sıkıntı düzeyi) olmak üzere iki grupta incelenmektedir (17).

Aileler stres ile baş edebilmek için ağlama, kızgınlık, sosyal yaşamdan çekilme, olumlu düşünme, arkadaş ve komşu desteği, sosyal destek arama gibi başetme yöntemlerini kullanmaktadırlar (18).

Aile, sağlıkla ilişkili inanışların, davranışların, stres ve duygusal desteğin ilk kaynağıdır. Sağlık problemleri ve hastalıklar ortaya çıktığında da genellikle başvurulan birincil kaynak ailedir. Araştırmalar, ailenin ve diğer özel sosyal ilişkilerin sağlığın her hali üzerinde güçlü bir etkiye sahip olduğunu göstermektedir (1).

Bu etki, sağlık durumunun iyileştirilmesi, tıbbi önerilere uyum, kronik hastalıkların yönetimi, morbidite ve mortaliteyi de kapsamaktadır. Bu nedenle, sağlık hizmetlerinde hasta her ne kadar birincil odak olsa da aile, anlaşılması ve sağlık hizmeti sunarken göz önünde bulundurulması gereken bir sosyal birimdir (1).

Sağlık bakımında aile hayati öneme sahiptir çünkü aile her bir bireyinden sorumludur. Depresyonu olan bireylerin bakımında bu çok önemlidir. Aile fonksiyonu (AF), ilişkideki harmoni ve uyum olarak anlaşılır. Böylece ailenin üyeleri birbiriyle ve bütün olarak hareket eder. Bir üyeyi etkileyen her şey tüm diğer üyeleri de etkiler (10).

Hollanda'nın kırsal kesimindeki bir toplulukta yer alan 100 genç ve 100 yaşlı aileden oluşan örneklemde, ailenin morbidite üzerindeki etkileri incelenmiştir. Genç ailelerde, aynı ailenin fertlerinin morbidite oranları arasında anlamlı bir korelasyon gözlemiştir. En büyük korelasyon annelerle çocuklar arasındadır. Hastalığın sıklığı açısından aileler arasındaki farklar, yıllar boyunca sabit kalma eğilimi göstermiştir. Morbidite oranları yüksek olan ailelerde bu oran, 20 yıllık periyodun tümünde yüksek olma eğiliminde iken düşük ailelerde de tüm dönem boyunca düşük olma eğilimindedir. Yüksek ve düşük morbidite oranları bulunan aileler arasındaki fark hijyen, barınma ve gelir gibi konularla açıklanamamaktadır. Ancak ebeveynlerin duygusal stabilitesi ile ailenin hastalık oranları arasında anlamlı ilişkiler saptanmıştır. Ebeveynin biri ya da her ikisinin duygusal olarak stabil olmadığı ya da evlilikte anlaşmazlık yaşanan ailelerde hastalık oranları daha yüksektir (4).

Yaşlı ailelerde de benzer sonuçlar bulunmuştur. Cilt, solunum sistemi, gastrointestinal sistem ve sinir sistemi hastalıkları ile kazaların ailesel bir insidansları vardır. Sinir sistemi hastalıklarında korelasyonlar yalnızca baba ile anne arasında anlamlı iken kazalarla gastrointestinal sistem hastalıklarda anne ile baba arasında anlamlı korelasyon bulunmamıştır. İleri analizler kırılgan ailelerin belirli bir kategoriye değil, bu hastalıkların tümüne karşı duyarlı olduklarını göstermiştir (4).

Aynı ailenin fertlerinin hastalık örüntüleri bakımından benzer olmalarına rağmen hasta-hekim görüşmesi sıklıkları ve hastaneye yatış oranları açısından benzer olmadıkları

saptanmıştır. Bu durum aile üyeleri arasındaki benzerliklerin, hastalık davranışı ile ilgili benzerliklerden çok hastalıkların sıklığının benzerliğinden kaynaklandığını düşündürmektedir (4).

Dul erkeklerle kadınlarda, eşlerinin kaybından sonraki ilk yılda mortalite, anlamlı oranda artmaktadır. Mortalitedeki bu artış bir ya da iki ölüm nedeniyle sınırlı değildir: tüm hastalıkları kapsar (4).

Ölüm nedenlerinin çoğu için mortalite dul, boşanmış ya da bekar insanlar arasında evli olanlarınkinden çok daha yüksektir. Dul erkekler özellikle duyarlıdır. Kraus ve Lilienfeld (1959) genç yaşta (25-35y) dul kalan erkeklerin, karşılaştırılabilir evli gruba göre tüberküloz için 12 kat, sinir sisteminin vasküler lezyonları için 8 kat, hipertansif kalp hastalığı için 10 kat, grip ve pnömoni için 8 kat ve arteriosklerotik kalp hastalığı için de yaklaşık beş kat yüksek mortaliteye sahip olduklarını göstermiştir (4).

Bir yakının kaybı ile hekime başvuru sayısı arasında da bir ilişki vardır. Bu durum muhtemelen hem morbidite oranındaki gerçek bir artışı hem de tıbbi hizmetlerin kullanılmasındaki artışı yansıtmaktadır (4).

Kuzey Carolina'nın ilçelerinde Afrika kökenli Amerikalı erkeklerde inmeye bağlı ölüm oranları; boşanma, ayrılma ve gayri meşruluk oranları ile ölçülen aile düzensizliği ile anlamlı şekilde ilişkilidir. Otuz beş ile kırk dört yaş arasındaki erkeklerde aile düzensizlik düzeyi en düşükten en yüksek düzeylere çıktığında mortalite üçe katlanmaktadır (4).

Ülkemizde şizofren olgularda aile işlevselliğinin algılanması ile ilgili bir çalışma yapılmıştır. Bu çalışmada aile işlevlerinin sağlıksız olarak algılanıyor olması tedavi uyumunu bozan bir etken olarak görülmüştür. Birçok çalışmada antipsikotik tedaviye aile girişimi eklendiğinde relapsların önlenmesinde tek başına ilaç tedavisine göre üç kat daha etkili olunduğu gösterilmiştir (19). Aileler şizofreni hastaları için çok önemli bir kaynaktır. Hastaların tedavisinde ve izlenmesindeki rolleri yanı sıra rehabilitasyonda da önemli rolleri olabilmektedir (20).

Kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin aileleri ile yapılan çalışmalarda; ailelerin stres anksiyete, depresyon, utanç, suçluluk, korku, çaresizlik, zorlanma, endişe umutsuzluk gibi duygular yaşadıkları belirtilmektedir (21).

Bipolar affektif bozukluğu olan hastaların ailelerinde problem çözme, iletişim, roller, gereken ilgiyi gösterebilme, genel işlevler ve davranış kontrolü alt boyutlarında vaka grubu ve kontrol grubu arasında anlamlı farlılık görülürken duygusal tepki verme alt boyutunda fark görülmemiştir. Bipolar affektif bozukluğu olan hastalarda hastalık ve olumsuz aile işlevleri arasında ilişki olduğu bulunmuştur (22).

Şizofrenide aile içi çatışmaların hastalığın seyrini olumsuz etkilediği bildirilmiştir. Pozitif belirti şiddeti yüksek olan hastalar aile ortamlarını katı ve aşırı kuralcı algıladıkları ve hastaların pozitif ve negatif belirtileri arttıkça aile ortamında duygu dışavurumunun arttığı bulunmuştur (23). Ülkemizde yapılmış bir çalışmada şizofrenlerin sosyal işlevsellik düzeyleri ile aile işlevselliği ilişkili bulunmuştur (24).

Düşük duygu ifadeli ailelerde hastaların ailelerini daha işlevsel tanımladıkları, ailenin duygu ifadesinin aile işlevselliğinin spesifik olarak duygusal tepki verebilme alanını etkilediği belirlenmiştir. Yüksek duygu ifadeli hasta yakınlarında, aile işlevselliğinin roller ve genel işlevler boyutlarında daha fazla bozulma saptanmıştır (25).

Şiddetli aile problemleri bulunan erkeklerin aile problemi skorları düşük olanlara göre anjina geçirme olasılıklarının üç kat fazla olduğu gösterilmiştir. Yüksek anksiyete düzeyi bulunan erkeklerde anjina gelişme riski, eşlerinden fazla destek ve sevgi görenlerde görmeyenlere göre daha düşüktür (4).

GATA Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları polikliniğinde engelli çocuğu bulunan 112 ailenin, AF'si incelenmiştir. Kamu ya da özel sektöre ait rehabilitasyon merkezlerinde aile destek grupları'nın oluşturulmasına ve bunlara özellikle babaların katılımının sağlanmasına ayrı bir önem vermek gerektiği sonucuna ulaşılmıştır (26).

Aile faktörleri yalnızca hastalığın oluşmasını değil, aynı zamanda tıbbi hizmetlerden yararlanılmasını da etkilemektedir. Hizmetlerden yararlanma, aile stresi arttığı zamanlarda artmaktadır. Başvuruların kümelenmesi, aile problemleri için önemli bir ipucu olabilir (4).

AİLE HEKİMLİĞİ VE AİLE İLİŞKİSİ

Aile hekimi, sağlık sisteminin ön safında çalışmak ve hastaların sahip olabileceği sağlık sorunları için bakım sağlayıcı ilk adımları atmak üzere eğitilmiş uzmandır (27).

Aile hekimi, yaş, cinsiyet ve rahatsızlık ayrımı yapmaksızın bireylere, ailelere ve bir sağlık birimine bağlı nüfusa, kişisel ve sürekli birinci basamak sağlık bakımı sunar. Hastalarına hasta görüşme odasında, hastalarının evlerinde ve bazen bir klinik ya da hastanede hizmet sunar. Hastalarının bakımı sürecinde sağlık ve rahatsızlık durumlarını değerlendirirken fiziksel, psikolojik ve toplumsal etkenleri dikkate alır ve bütünleştirir. Kronik, yineleyen ya da terminal dönem rahatsızlıkları olan hastaların sürekli yönetim sorumluluğunu üstlenir. Uzun süreli temas, aile hekiminin, yineleyen hastayla karşılaşma olanaklarını, her hasta için uygun bir hızda bilgi toplamak ve mesleğini uygulamada kullanabileceği bir güven ilişkisi oluşturmak üzere kullanabilmesi anlamını taşır. Tedavi, koruma ve eğitim yoluyla nasıl ve ne zaman hastalarının

ve ailelerinin sağlığını geliştirme girişimlerinde bulunabileceğini bilir. Ayrıca topluma karşı da mesleksel sorumluluğu kabul eder (28).

Aile hekimi, esas olarak tıbbi bakım arayan herkese kapsamlı bakım sağlama ve gerektiğinde diğer sağlık personelini harekete geçirme sorumluluğu taşıyan hekimdir. Mesleksel görevini bireylerin sağlık gereksinimlerine ve hizmet sunduğu toplumun var olan kaynaklarına göre, doğrudan ya da diğer sağlık çalışanlarının verdiği hizmetler aracılığıyla yerine getirir (7).

Aile hekimleri için ailenin önemi aile hekimliğinin doğasında bulunmaktadır. Aile hekimliği hastalığı kişiden ayırmaz, kişiyi de çevresinden ayırmaz. Sağlık ile hastalık, yaşam biçimi, kişilik, fiziksel çevre ve insan ilişkileri arasındaki güçlü bağı tanır. İnsan ilişkilerinin hastalığın sonucu üzerine olan güçlü etkisini anlar. Aileyi insan gelişiminin potası olarak görür (4).

Hekimlerin özellikle ailenin işlevsel durumu hakkında bilgiye ihtiyaç duyabileceği üç durum tanımlanmıştır (1):

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

Hekimlerin ailelerle ilişkisi dört seviyede tanımlanır: Birincisi sınırlı ilişki, ikincisi danışmanlık verme; bu düzeyde hekim işbirliği yaparak ailelerle bağlantı kurmak zorundadır. Aile üyelerine tedavi seçeneklerini anlatmaya özen göstermelidir. Endişelerini ve sorularını dikkatlice dinlemelidir. Bu seviyede, hekimin ilişki kurduğu ailenin gelişimini ve stresli durumlara karşı verdiği reaksiyonları bilmesine gerek yoktur (4).

Üçüncü düzeydeki bir hekimin, yukarıdaki özelliklere sahip olmakla birlikte aynı zamanda aile ilişkilerinin duygusal yönlerini de anlaması gerekir. Böylece hekim, duygusal destek sağlayabilir ve ailede kanser, şizofreni, diyabet ya da fiziksel sakatlık gibi hastalıkları olan bir bireyin bulunmasından doğan duygularla uğraşan aile üyelerine yardımcı olabilir. Bu düzeyde uygulama yapmak için hekimin, aile gelişimi ve ailelerin stresli deneyimlere nasıl tepki gösterdikleri üzerine bilgi sahibi olması gerekir. Duygusal gereksinimlerin ifadesi olan ustaca gizlenmiş ipuçlarını fark edebilen yetkin bir dinleyici olmalıdır. Aynı zamanda kendi duygularının, hasta ve ailesi ile ilişkilerini nasıl etkilediğinin farkında olacak kadar kendini tanıması da gereklidir (4).

Dördüncü düzeyde hekim, aile işlevinin sistematik bir değerlendirmesini yapabilir ve ailenin, problemle başa çıkmasına yardımcı olmak için bir girişim planlayabilir. Bu girişim kapsamında aile sıklıkla problemi yeni bir çerçevede tanımlaması ve zorluklarla başa çıkmada

yeni yollar düşünmesi için cesaretlendirilir. Bu düzeyde uygulama yapmak için hekimin, sistemler teorisini anlamış olması ve aileyi toplayarak bir görüşme gerçekleştirme becerisine sahip olması gerekir. Bu, isteksiz olan aile bireylerini işin içine katmayı da ve iletişimi zayıf olan aile fertlerini kendilerini ifade etmeleri için cesaretlendirmeyi de kapsar (4).

Üçüncü ve dördüncü düzeyler, "hasta" olarak tanımlanan bireyin ailedeki işlevsel bozukluğun bir "semptomu" olduğu görüşüne dayanan aile terapisinden ayırt edilmelidir. Terapi bu nedenle tüm aile sistemine yöneliktir. Üçüncü ve dördüncü düzeylerde ise ailenin bir üyesi hastadır ve hekim ailenin hastaya bakmasına yardımcı olmaktadır. Tabi ki bu düzeyler aile terapisi ile çakışabilir. Hasta bir üyesi bulunan ailenin, aynı zamanda işlevsel bozukluğu da olabilir ancak aile hekimleri çoğunlukla kaynakları seferber ederek, sıradan ailelere başa çıkma becerilerini iyileştirmeleri konusunda yardım eder (4).

Aile terapisi, oluşturduğu grup nedeniyle grup terapisi olarak sınıflandırılabilir. Tedavi amaçları açısından grup tedavisinden ayrılır. Grup terapisinde bireyin problemlerinin çözümü ön plandadır. Evlilik terapisinde bütün grubun problemlerini çözmek esastır. Ailenin problemleri çözülünce bireylerin de problemleri çözülecektir (29).

Zaman zaman aile hekimliği ile aile terapisi birbirine karıştırılmaktadır. Aile terapisinde hekim, işlev bozukluğu olan bir aile için planlanmış bir tedavi süreci uygulayabilir. Hekim, ailenin işlev görme tarzını değiştirecek şekilde müdahale edecek anlayış ve beceriye sahip olmalıdır (4).

Kronik psikiyatri hastalarının aileleri ile yapılan müdahale çalışmalarının hasta ve aileler üzerine olumlu etkileri kanıtlanmasına rağmen ailelerin ruh sağlığı uzmanlarından yeterli yardım alamadıkları bilinmektedir (30).

Her ne kadar başka disiplinden bir hekim "aileyi düşünmesi" açısından bir aile hekimine benzeyebilirse de, aile hekiminin sıklıkla ailedeki birkaç bireye bakması gerçeğinden doğan bazı önemli farklar söz konusudur. Aile üyeleri hakkında edindiği kişisel bilgiler hekime, aile ortamı ile ilgili başka yollarla elde edilemeyecek bir kavrayışın üstünlüğünü sağlar (4).

Aile fertlerinden birinin bakış açısıyla elde edilen bir tablo, sıklıkla hekimin diğer aile fertleri hakkındaki kişisel bilgileri ile elde edilen tablodan çok farklı olmaktadır. Bu durum aile deneyiminin, ailenin her üyesi için farklı olduğu gerçeğinden kaynaklanmaktadır (4).

Bütün aileye bakmanın sağladığı ikinci bir avantaj da aile hekiminin elinde bulunan yönetim seçeneklerini arttırmasıdır. Örneğin hekim, ağlayan bir bebeğinin sorununun annenin bitkinliği ve depresyonu olduğunu belirlerse, ilgiyi anneye çevrilebilir (4).

AİLE FONKSİYONU

Sağlıklı ve işlevlerini yerine getirebilen fonksiyonel aileler, sorunlarını çözebilen, birbirlerine duygusal olarak bağlı, rolünü etkili biçimde yerine getirebilen, dolaysız bir iletişim biçimini benimseyen ailelerdir. Sağlıksız ailelerin en önemli özelliği ise, iletişim işlevinin bozuk, üyeler arası ilişkilerin kopuk ve kurallara bağlı olmasıdır. Belirli roller kişilerin üzerine zorla yüklenmiştir (6).

Sağlıklı/sağlıksız aile işlevselliğinin bireyin uyum sürecinde etkili olduğu yapılan çalışmalarla gösterilmiştir (31).

İşlevsel ilişki tarzına sahip aileler gerçekçi değerlendirmeler çerçevesinde soruna yaklaşır ve farklı çözüm yolları üretebilir. İşlevsel olmayan ilişki tarzında ise bireylerin özgüveni düşüktür, karşı tarafa güvensizlik vardır ve aile üyeleri ulaşılması zor hayaller peşinde koşarak enerjilerini tüketirler (14).

Aile fonksiyonu perspektifinden bakınca aileler fonksiyonel ve fonksiyonel olmayan olarak sınıflandırılırlar. Bir eleştiri ya da tartışma karşısında emosyonel stabilite gösteren, üyelerinin bağımsızlığının korunduğu ama birbirlerine tutkun olan, uyum içinde yaşayan aileler fonksiyonel ve olgun olarak değerlendirilir. Sevgi bağları ve sorumluluk ile yönetilen aileler esnek ama sağlam olurlar ve ilişkilerinin temelini saygı, anlayış ve bilgi oluşturur (10).

Aile sisteminin bir kısmındaki herhangi bir değişiklik tüm aile içinde yankılanır. Doğum, evlenme, boşanma, iş kaybı gibi önemli olaylar ailede derin etkiler yaratır (4).

Sosyal sistemlerin uygun bir şekilde işleyişi bilgi ve iletişime bağlıdır. Ailedeki problemler sıklıkla iletişimdeki, özellikle de duyguların iletilmesindeki zorluklardan kaynaklanır (4).

Olgunlaşmamış, disfonksiyonel ailelerde üyeler kendi çıkarları için diğer üyelere zarar verir. Kendi rollerini kabullenmeden kriz durumlarında diğer üyeleri suçlarlar. Bağlar yüzeyseldir, saldırganlık ve düşmanlık yaygındır. Fonksiyonel olmayan aileler farklı tiplerde olabilir: Klan (bir üye etrafında organize olmuş), terk edilmiş (herkesin kendi ilgi alanı var), uzak (aile içindeki görevlerini yerine getirmemelerini haklı gösterecek rasyonel bir açıklamaları vardır), aşırı koruyucu (üyelerin özgürlüğünü ve özel hayatını hiçe sayacak derecede aşırı koruyucu) (10).

Her ne kadar çocukların, ilk zorluklarla başa çıkmak için dikkate değer bir kapasiteleri bulunmaktaysa da aile işlevlerinde bozukluk ile çocukluk rahatsızlıkları arasındaki- hem fiziksel hem de davranışsal- ilişkiyi destekleyen çok miktarda veri mevcuttur (4).

Somatoform bozukluk tanısı alan 33 gencin anneleri ailelerini şöyle betimlediler: Bireyler birbirlerine ilgi göstermekte yetersizler, aile içi roller düzensiz dağılmakta, olaylara uygun tepkiler verilemiyor ve ailedeki bireyler davranışlarını kontrol edemiyor (32).

Aktepe ve ark. (33) kendine zarar veren ergenlerin aile işlevlerinin ve benlik saygılarının saptanması başlıklı çalışmalarında olgu grubunun ailelerinin genel işlevleri ile problem çözme, roller, duygusal tepki verebilme, davranış kontrolü ve iletişim alanlarındaki işlevlerinin anlamlı oranda sağlıksız olduğunu saptamışlardır. Aile işlevleri ile ilgili saptanan bulgular ergenlerdeki kendine zarar vermenin sağlıksız aile çevresi ile ilişkili olabileceğini düşündürmüştür. Bu bulgu ergen ve ailenin özelliklerinin yanı sıra, aile işlevlerinin de değerlendirilmesinin önemini göstermektedir.

Nisan-Mayıs 2010 tarihinde 126 hemşirelik bölümü öğrencisi ile yapılan çalışmada aile içi, kişilerarası çatışmaların yönetimi, empati ve stresle baş etme gibi konularda öğrencilerin geliştirilmesi için öğretim programlarında öğrencilere bu becerileri kazandıracak etkinliklere yer verilmesinin faydalı olacağı düşünülmektedir. Literatürde bu tür becerilerin geliştirilmesinin öğrencinin akademik başarısının yükselmesine de katkı sağlayabileceği vurgulanmaktadır (34).

İntihar, depresyon ve kişilik bozukluğunu içeren psikolojik problemler uzun süreli bir ebeveyn yoksunluğu ile ilişkilidir. Bu ilişki hiçbir şekilde sabit değildir ve sonuçları, daha önceki ebeveyn ile çocuk ilişkisine ve ebeveynin yerinin doldurulabilmesine bağlıdır. Bununla birlikte kanıtlar, aile hekimlerinin ebeveynlere, çok önemli olan üç aylık ile dört yaş arasındaki evrede çocuktan olabildiğince ayrılmamalarını öğütlemeleri için yeterlidir. Anne ya da çocuğun ciddi bir hastalığında olduğu gibi ayrılık kaçınılmaz olduğunda ise travmanın etkisi en aza indirilmelidir. Bunun için annenin yerinin iyi bir şekilde doldurulması ya da çocuğun hastanede geçirdiği zamanın olabildiğince azaltılması sağlanmalıdır (4).

Yetersiz ebeveynlik, çocuğun gelişimi üzerinde bir uçta fiziksel travmadan, diğer uçta hafif davranış bozukluklarına kadar bir dizi etki yaratır. Ancak bunu iki kat önemli yapan şey yeterli ebeveynlikten yoksun çocukların kendileri anne baba olduklarında bazı örüntüleri tekrarlama olasılığıdır (4).

2010-2011 eğitim öğretim yılında İstanbul'daki devlet okullarının 7. ve 8. sınıflarında okumakta olan 319 öğrencinin matematik başarısı ile aile işlevselliği kıyaslanmıştır. Öğrencilerin genel olarak akademik başarılarını özel olarak da matematik başarılarını etkileyen önemli bir etkenin, öğrencilerin ailelerinin işlevlerini sağlıklı olarak yerine getirmeleri olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Öğrencilerin başarılarının yükselmesine katkı sağlayacak eğitim

programlarının planlanması sürecinde, öğrencilerin aile algılarına pozitif yönde etki edecek ögelerin de bulundurulmasının önemi ortaya çıkmıştır (35).

275 lise öğrencisinde yapılan aile işlevselliği çalışmasında ailenin ergenler tarafından sağlıksız olarak algılanmasının uyum düzeyini azalttığı bulunmuştur (31).

Malatya Devlet Hastanesi Dermatoloji Kliniğinde 34 vitiligo ve 33 psöriazis tanısı almış çocuk ve ebeveynlerinin AF'ına bakılmıştır. Bu çalışmada hem vitiligo hem de psoriasisin aile işlevselliği üzerine olumsuz etkilerinin olduğu ve vitiligolu çocuk hastalarda hastalık şiddetinin anne ruh sağlığı ve AF'ında bozulma ile ilişkili olduğu saptanmıştır (36).

Giderek aileler küçülme eğilimindedir ve kadının iş hayatındaki rolü arttıkça ev hayatındaki destekleyici rolü azalmaktadır. Aile, üyelerinin ihtiyacı olduğu zamanlarda, destek ve yardımın ana kaynağıdır. En zayıf üyesi için (çocuklar ve yaşlılar gibi) aile koruyucu faktör olarak görev görmektedir. Bazı ailelerde durum tersine işler mesela bazı aileler yaşlının emekli parasına ihtiyaç duymaktadır (10).

Ailenin disfonksiyonel olması günlük hayatta karşılaşılan problemlerin çözümünde güçlüğe yol açar bu da gerginlik ve uyumsuzluk yaratır. Mesela yoksulluk ailenin dağılmasına katkıda bulunur. Yaşam mücadelesi aile dinamiklerini etkiler. Ayrıca aile sosyal adaletsizlik, hakların ihlaline maruz kalır (10).

AİLE İLE İŞ HAYATI ARASINDAKİ İLİŞKİ

Günümüz çalışanları, görevlerinin önemli bir kısmını evde tamamlamak zorunda kalmaktadır. Zaman baskısı, stres ve bu çift rol durumu aile ile iş arasında çatışmaya yol açabilir. Pek çok çalışma ile bu durum irdelenmiş ve iş aile çatışması yaşayanların daha fazla sağlık problemi yaşadığı, daha fazla depresyona girdiği, iş doyumunun azaldığı ve iş performansının düştüğü gösterilmiştir. Hatta iş aile çatışması yaşayan bireylerin çalışma arkadaşlarının iş verimini azalttığı izlenmiştir (37).

Aile ve iş arasındaki ilişkiyi düzeltmek için en sık kullanılan teori çatışma yaklaşımıdır. Çatışma yaklaşımına göre çalışanların ailelerine ve iş görevlerine ayıracak sınırlı zamanları vardır. Aile yükümlülüklerine harcanan zaman ve enerji iş görevlerine harcanamaz ya da tersi olamaz. Belli yönlerden iş ve aile rolleri arasında uyumsuzluk olduğunda çalışanlar anlaşmazlık hisseder. Üç çeşit anlaşmazlık olabilir; Zaman temelli (iş ve aile arasında uyumsuz zaman istekleri), gerilim temelli (bir kaynaktan diğerine yayılan stres), davranışsal temelli anlaşmazlık (bir roldeki davranışlar diğer roldeki davranış ile uyumsuz olursa) (37).

- Gerilim temelli aile iş çatışması: İşçinin ailesindeki sorumlulukları nedeniyle iş yerinde gerilim yaşamasıdır. Şu adımlarla ilerler: Enerji kaybı, bitkinlik, başarıda düşüş. Hatta işçi işten bile ayrılabilir.
- Zaman temelli aile iş çatışması: Ailesel meseleler yüzünden işçi randevularına geç kalabilir, üzerinde zaman baskısı hisseder ve profesyonel verimi düşer. İşe geç kalmak, işten erken ayrılmak işe olan bağlılığın azaldığını gösterir.
- Davranışsal temelli aile iş çatışması: Ailesinin isteklerine yanıt verebilmek için işçi sık izin kullanır. Gereksiz konuşmalar yapması işe odaklanmasını güçleştirir (37).

SAĞLIK ÇALIŞANI OLMANIN ZORLUKLARI

Avrupa ve Amerika'da vardiyalı çalışma şekli yaygındır. Gece nöbetleri şişmanlık, tip 2 diyabet, kardiyovasküler hastalıklar ile ilişkilendirilmiştir. Önemli biyolojik aktiviteler 24 saatlik döngü içerisinde gerçekleşmektedir. Nöbet tutan kişinin gece uygunsuz olarak ışığa maruz kalması sirkadiyen ritmini bozarak kişinin sağlığına etki edebilir. Sirkadiyen ritmi bozan durumların, bilişsel fonksiyonları etkilediğine dair deneysel kanıtlar bulunmaktadır. Farelerde sirkadiyen ritmi bozan uyku yoksunluğu, hipokampusta nörogenezisi azaltıp, beyinde beta amiloid birikimini arttırmaktadır. Beta amiloid birikimi Alzheimer hastalığının patolojik işaretlerindendir. Ayrıca melatonin verilmesi farelerin beyninde beta amiloid birikimini azaltmaktadır. Melatonin sirkadiyen sinyalizasyon için gereklidir (38).

Hastanede hastalara sunulan hizmetin 24 saat olması vardiyalı çalışmayı gerektirmektedir. Global ekonomi ve artan isteklerin sonucu olarak vardiyalı çalışma şekli dünyada yaygınlaşmaktadır. Düzensiz uyku, fizik ve ruhsal sağlık üzerine zararlı olduğu kadar, sosyal ve aile hayatı üzerine yıkıcı etkileri olabilir. Nöbet tutan personel yaş ortalaması görece daha genç olsa da düzensiz çalışma saatleri, aile, sosyal hayat, uyku, sağlık durumu ve yaşam şekillerini etkileyebilir. Pek çok araştırma nöbetli çalışan hemşirelerin uyku bozukluğu, stress, menstrüel disfonksiyon gibi sağlık sıkıntıları olduğunu ortaya koymuştur. Hatta uzun dönem takip yapılan çalışmalarda nöbetli çalışanlarda kanser riskinin (meme kanseri gibi) daha fazla olduğu izlenmiştir. Nöbetli çalışmanın aile ilişkilerini etkilediği de yine pek çok çalışma ile gösterilmiştir. Aile rutininin bozulması, aile ile harcanan zamanın azalması, ailelerinden farklı bir zaman çizelgelerinin olması gibi mekanizmalar aile ilişkilerini bozabilmektedir (8).

Sirkadiyen ritim arkebakterilerden insanlara kadar organizmalarda bulunmaktadır. Memelilerde hipotalamik suprakiazmatik çekirdekte santral saat ve dokularda periferal saat vardır. Bu saatler fizyolojiyi ve davranışları pek çok yönden koordine eder. Bu ritim hücre büyümesini, hormonsal dengeyi, elektrolit dengesini, enerji metabolizmasını, kardiyovasküler

fizyolojiyi düzenler. Bunu yaparken dünyanın dönüşü ve dış çevredeki değişiklikleri dikkate alır. Sirkadiyen ritimde bozukluk olduğunda enerji metabolizması anormalleşir, karsinogenez artar, kardiyovasküler hastalıklar artar, uyku bozulur, erken yaşlanma meydana gelir. Son gelişmeler sirkadiyen ritim ile yaşlanma arasındaki ilişkiyi desteklemektedir. Sivrisineklerin ışık, karanlık döngüleri bozulduğunda ya da sirkadiyen genlerinde mutasyon meydana geldiğinde hayat süreleri kısalmaktadır. Vardiyalı çalışanlarda ise sirkadiyen ritim bozulmasına bağlı kanser ve kardiyovasküler risk artmaktadır (39).

Telomerler DNA protein kompleksleridir. Kromozomun sonunu belirlerler ve genomun bütünlüğünü korurlar. Telomerler hücre bölündükçe kısalırlar. Böylece hücrenin bölünerek büyümesine bir sınır koymuş olurlar. Telomeraz enzimi ise telomerlerdeki kısalmayı telafi eder. Sirkadiyen ritim ile telomer ve telomeraz arasında ilişki olması muhtemeldir (39).

Telomerler tekrar eden nükleotid sekanslarıdır. Kromozomun sonuna otururlar. Kromozomu parçalanmaktan, füzyondan ve gereksiz rekombinasyondan korurlar. Hayat döngüsü sırasında, hücreler bölündükçe, telomerler giderek kısalırlar. Kronik inflamasyon ve oksidatif stres gibi faktörler telomerdeki bu yıpranmayı hızlandırırlar. Telomer çok kısalırsa hücre yaşayamaz çünkü kromozom stabilitesini yitirir. Telomerlerin ayrıca prostat ve diğer kanserlerin başlangıcında sorumlu olduğu düşünülmektedir (40).

Adrenal bezden kortizol salınımı dahi sirkadiyen ritme bağlıdır. Sabah en yüksek seviyede olup salınımını uyku, ışık, stres ve hastalıklar etkiler. Glukokortikoid etkisi multi sistemiktir. Proteolizi ve glukoneogenezi stimüle eder. Kas protein sentezini inhibe eder ve yağ asidi mobilizasyonunu arttırır. Glukoneogenez sonucu kan glikoz konsantrasyonu artar. Glukokortikoidlerin yüksek olması katabolizmayı arttırır, yağsız vücut kitlesi kaybı meydana gelir. Glukokortikoidler immün cevabı düzenler, antiinflamatuar etkileri var, santral sinir sisteminde algıyı ve duyguları modüle ederler (41).

Hatta yaşlı kadınlarda parçalanmış sirkadiyen ritmin demans ve bilişsel bozukluklar riskini arttırdığı bulunmuştur (42). Yani pek çok kanıt göstermektedir ki vardiyalı çalışmak direk ya da dolaylı olarak bilişsel fonksiyonu azaltmaktadır (38).

Kesitsel bir çalışmada vardiyalı çalışmanın genç ve orta yaşlı yetişkinlerin bilişsel fonksiyonlarını nasıl etkilediğine bakılmıştır. Sonuçlar kadınlar ve erkekler arasında tutarsız çıkmıştır (43).

Bilişsel fonksiyonların bozulması, klinik semptomların ortaya çıkmasından yıllar önce başladığı için orta yaşlarda maruz kalınan durumlar ileri yaşlarda bozukluklarla kendisini gösterecektir. Launer (44) bu durumu güçlü bir şekilde göstermiştir.

Avrupa birliği çalışma zamanı yönergesi Avrupa ülkelerinden tüm işçiler için aşağıdaki şartları sağlamasını istemektedir (45):

- Hiçbir koşulda haftalık çalışma zamanı 48 saati geçemez
- Her 24 saatin en az 11 saati günlük dinlenmeye ayrılmalıdır
- 6 saatten uzun süren görevlerde işçiye mutlaka dinlenme molası verilmelidir
- Haftada 1gün kesintisiz 24 saat dinlenme zamanı verilmelidir
- Yılda 4 hafta ücretli izin verilmelidir
- Gece işçileri için ayrıca
    - 24 saatin içinde 8 saatten fazla çalışmamalıdırlar
    - Gece işçileri 8 saatten fazla tehlikeli ve ağır iş yapmamalıdırlar
- Gece işçilerinin sağlık kontrolünden geçme ve bazı koşullarda gündüz işine geçmeye hakları vardır.

AİLE FONKSİYONUNUN DEĞERLENDİRİLMESİ

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

Adaptation (Uyum sağlama): Bir kriz sırasında ailenin dengesi bozulduğunda sorunu çözmek için aile içi ve aile dışı kaynakların kullanımı,

Partnership (Ortaklık): Kararların ve sorumlulukların paylaşılması,

Growth (Gelişme): Aile üyeleri tarafından sağlanan karşılıklı destek ve rehberlikle fiziksel ve duygusal olgunlaşma,

Affection (Duygulanım): Aile bireyleri arasında var olan sevgi ve yardımlaşma ilişkisi; duyguların paylaşılması,

Resolve (Karar verme): Aile bireylerinin fiziksel ve ruhsal gelişimleri için diğer aile bireylerine zaman ayırma kararı: zamanın, malın, paranın nasıl paylaşıldığı gibi (1).

APGAR akronimi her bir parametrenin ilk harfinden oluşmaktadır. Çekirdek veya alternatif aile tiplerinde kullanılabilen ölçeğin her bir aile ferdine uygulanması önerilse de, bireysel olarak da uygulanabilir. (1)

GEREÇ VE YÖNTEMLER

Bu araştırma 01 Şubat 2016 ile 30 Mayıs 2016 tarihleri arasında Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi (TÜTF) hastanesi sağlık çalışanlarına yapılmıştır. TÜTF hastanesinde çalışan 509 hoca ve araştırma görevlisi doktor ile hemşire ve diğer sağlık personelinden oluşan 612 kişi, toplam 1121 kişi çalışmamızın evrenini oluşturmaktadır. Örneklem için evrenin tamamına ulaşılması hedeflendi. Etik kurul onayı (Ek 1) alındıktan sonra çalışanlar servislerinde, odalarında birden fazla kez ziyaret edildiler. Araştırmamızın amacı kendilerine anlatılıp, çalışmamıza katılımları rica edildi. 400 kişi gönüllü olarak çalışmamıza katıldı.

Araştırmamızda katılımcıların kimlik bilgileri toplanmadı. Katılımcıların bilgilendirilmesi ve onamlarının alınması çalışma anketinin giriş bölümünde bulunan, araştırmayı açıklayan ve araştırmaya katılımlarını isteyen bir metin yardımıyla sağlandı. Anket 27 sorudan oluşmakta ve ilk 22 sorusu katılımcıların sosyodemografik özellikleri ve çalışma şekillerini irdelemekteydi (46). Son 5 soru ise aile APGAR ölçeği idi.

Aile APGAR'ı, hekimlerin aile işlevleri hakkında hızlı fikir edinmesini sağlayan bir tarama testidir. Aile üyelerinin kendi ailelerinin işlevselliğine ilişkin algılarını 5 kapalı uçlu soru ile değerlendiren bu ölçek, kısa sürede aile işlevlerindeki zayıf alanları belirlemede hekime yardımcı olmakta ve hekimin ailenin kritik problemlerine odaklanmasını sağlamaktadır. Aile APGAR Ölçeği, aile işlevselliğinin beş parametresini (uyum sağlama – adaptability, ortaklık - partnership, gelişme- growth, duygulanım - affection ve karar verme - resolve) kapsamaktadır. APGAR her bir parametrenin ilk harfinden oluşmaktadır. Ölçekte yer alan her bir parametreye ilişkin memnuniyet duygusunun sıklığını belirtmek üzere üç derecede seçenek bulunmaktadır. Bu seçenekler 0 (neredeyse hiçbir zaman), 1 (bazen) ve 2 (neredeyse her zaman) olarak sıralanmaktadır. Ölçeği doldurmak için gereken zaman 5 dakikadan daha azdır. Ölçek görüşmeci tarafından doldurulmakta ve özel bir eğitime gerek bulunmamaktadır. Ölçekte yer alan her bir göstergeden alınan puanın toplanması ile toplam puan elde edilmektedir ve

alınabilecek puanlar 0 ile 10 arasında değişmektedir. Yüksek puan aile işlevselliğinden duyulan memnuniyetin yüksekliğini göstermektedir. Değerlendirme 7-10 yüksek, 4-6 orta, 0-3 düşük şeklinde yapılmaktadır (1).

VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Araştırmada elde edilen verilerin istatistiksel analizleri SPSS 19 (Statistical Package for the Social Sciences, version 19, seri no: 10240642) istatistik programı kullanılarak yapıldı. İstatistik yöntem olarak tanımlayıcı istatistikler, Spearman korelasyon analizi, Mann-Whitney U, Kruskall–Wallis H ve Ki-kare analiz testleri kullanıldı. İstatistiksel anlamlılık düzeyi (p) ilgili testlerle birlikte gösterildi ($p<0,05$ olduğunda anlamlı, $p>0,05$ olduğunda anlamsız kabul edildi).

Araştırmadaki aile APGAR ölçeği ve alt boyutlarının verilerinin normal dağılıma uygun olmadığı saptandığı için çalışmamızda non-parametrik testler kullanıldı. Bu değişkenlerin Kolmogorov-Smirnov ve Shapiro-Wilk normallik testi sonuçları Tablo 1'de görülmektedir. Ayrıca yine ölçek ve alt boyutlarının verilerinin Skewness ve Kurtosis değerleri -1,5 ve 1,5 değerleri arasında yer almaktadır. Bu durum da verilerin normal dağılıma uymadığını göstermektedir.

Tablo 1. Normallik testleri

	Kolmogorov-Smirnov[a]			**Shapiro-Wilk**		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Adaptasyon	0,388	400	,000	0,681	400	,000
Ortaklık	0,374	400	,000	0,698	400	,000
Gelişme	0,350	400	,000	0,725	400	,000
Duygulanım	0,334	400	,000	0,734	400	,000
Karar verme	0,382	400	,000	0,680	400	,000
Aile Fonksiyonu	0,373	400	,000	0,699	400	,000

a. Lilliefors Significance Correction

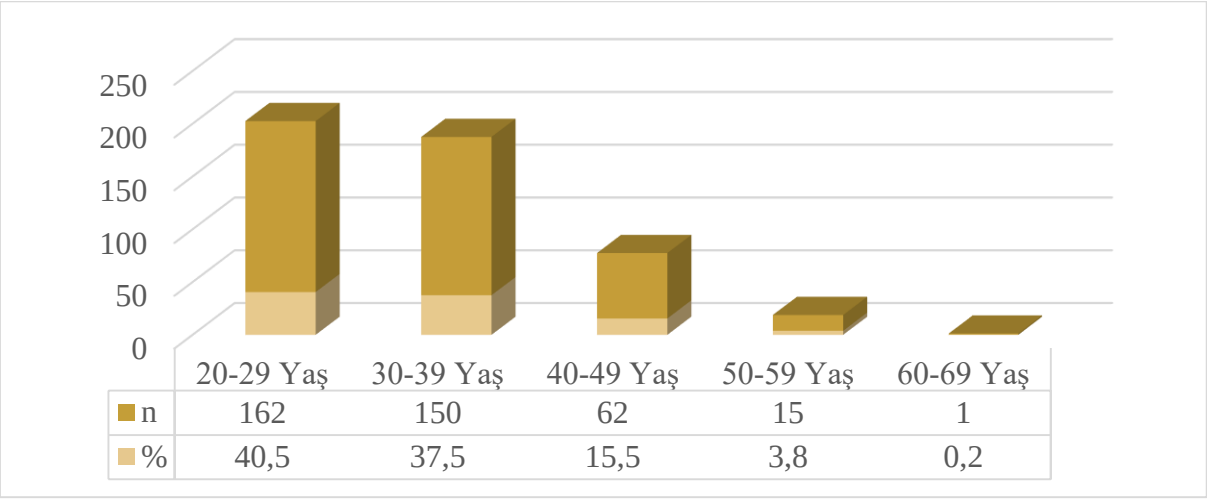
BULGULAR

Çalışmamız, 01 Şubat 2016 ile 30 Mayıs 2016 tarihleri arasında TÜTF hastanesinde görevli 1121 personelden çalışmamıza katılmayı kabul eden 400 gönüllü üzerinde yürütüldü.

TANIMLAYICI İSTATİSTİKLER

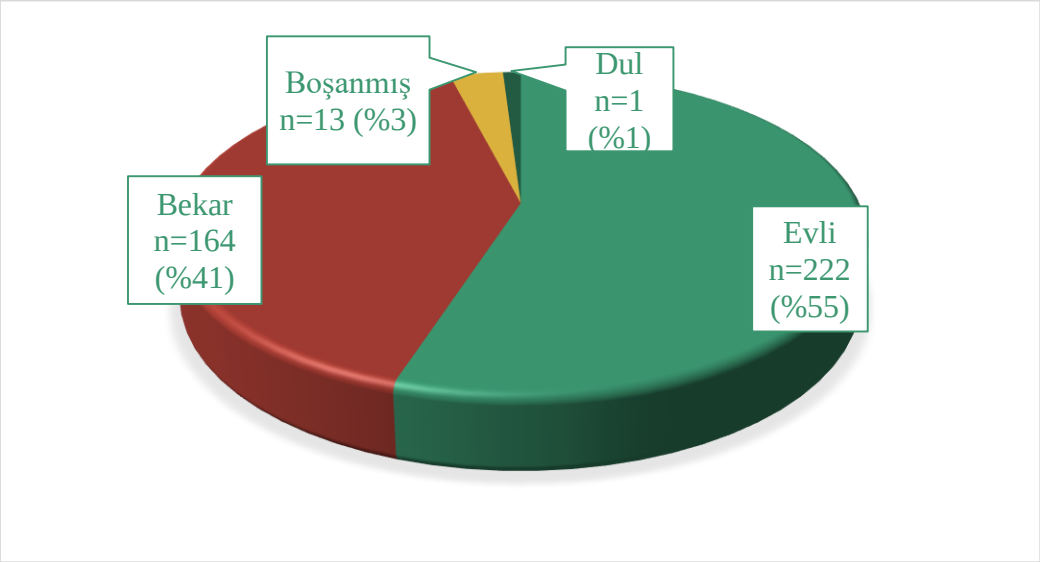
Araştırmamıza gönüllü olan çalışanlardan birisi cinsiyet sorusunu boş bırakmıştı bu soruya yanıt veren 399 kişinin 245'i (% 61,4) kadın, 154'ü (% 38,6) erkek idi. Katılımcılardan birisi cinsiyet sorusunu boş bırakmıştı.

Katılımcılarımızın yaş ortalaması 32,9±7,723 (minimum 22, maksimum 63) ayrıca ortanca değer 30 olarak hesaplandı. Katılımcıların yaş gruplarına göre dağılımları Şekil 1'de gösterilmiştir.



Şekil 1. Katılımcıların yaşa göre dağılımları

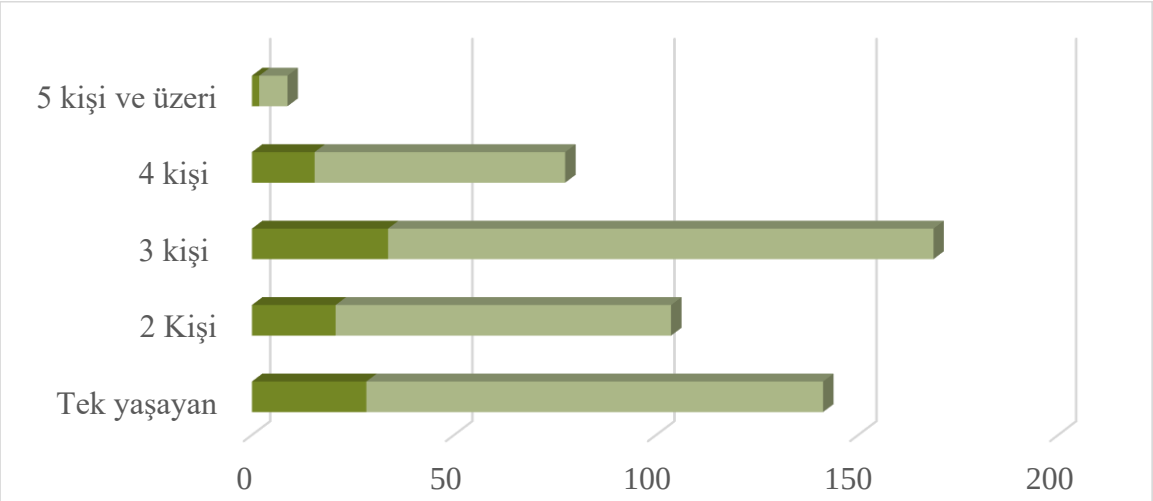
Medeni durum incelendiğinde 222 (%55,5) kişi evli olup ayrıntılar Şekil 2'de verilmiştir.



Şekil 2. Medeni duruma göre katılımcıların dağılımları

186 (%46,5) kişi yüksek lisans ve üzeri, 198 (%49,5) kişi üniversite mezunuydu. 15 (%3,7) kişi lise mezunu olup 1 (%0,3) kişi eğitimini belirtmemişti.

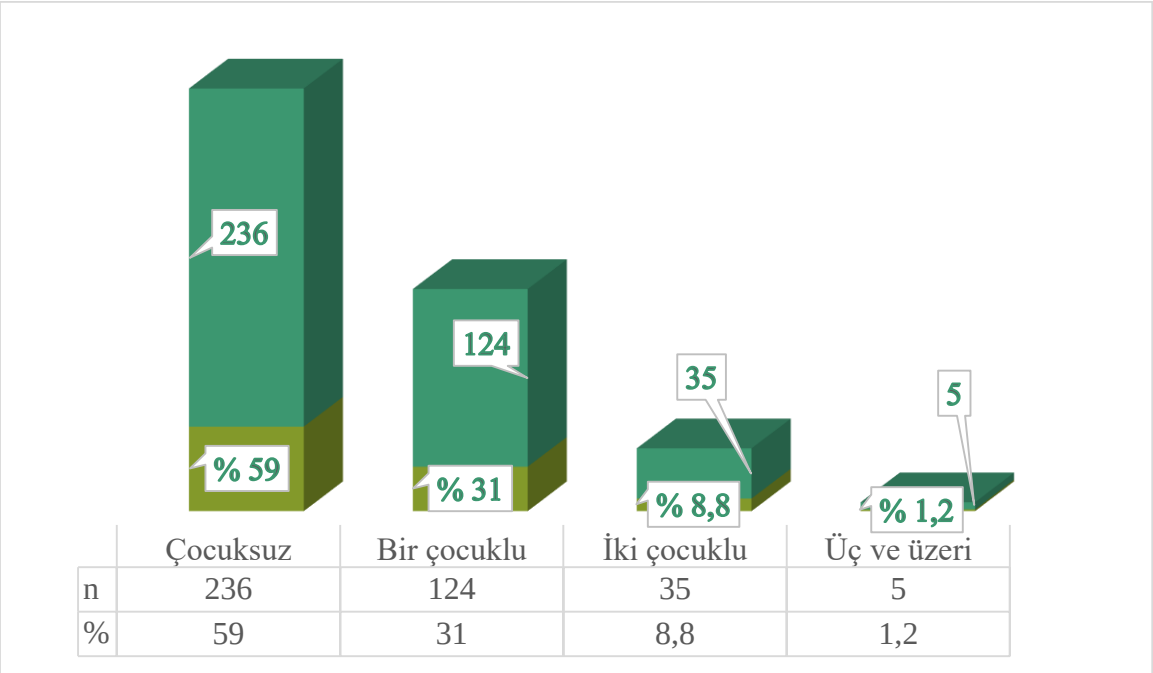
Katılımcıların çoğu evlerinde 3 kişi yaşamaktaydı. Evde yaşayan kişi sayısına göre katılımcıların dağılımının ayrıntıları Şekil 3'de gösterildi.



	Tek yaşayan	2 Kişi	3 kişi	4 kişi	5 kişi ve üzeri
%	28,3	20,7	33,7	15,5	1,8
n	113	83	135	62	7

Şekil 3. Evde yaşayan kişi sayısına göre katılımcıların dağılımları

Katılımcılardan 236'sının (%59) çocuğu yoktu, 124'ünün (%31) 1 çocuğu, 35'inin (%8,8) 2 çocuğu, 5'inin (%1,3) 3 çocuğu vardı. Çocukların yaş ortalaması 7,8±0,7 olarak hesaplandı. Evdeki çocuk sayısına göre katılımcıların dağılımı Şekil 4'de gösterilmiştir.



	Çocuksuz	Bir çocuklu	İki çocuklu	Üç ve üzeri
n	236	124	35	5
%	59	31	8,8	1,2

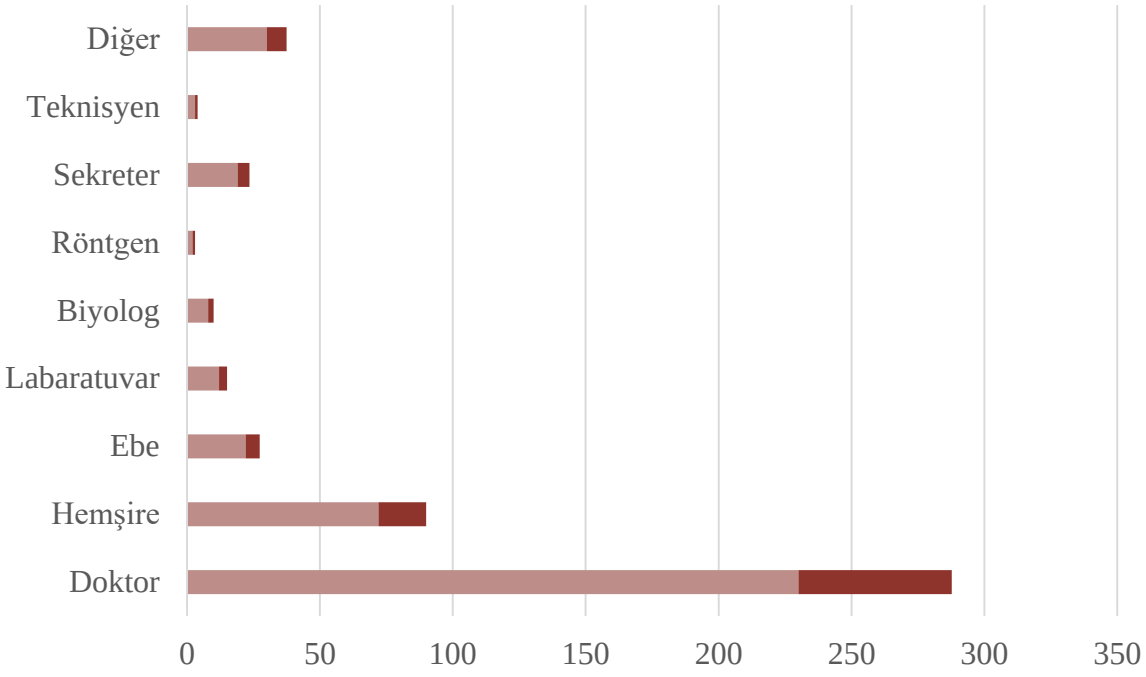
Şekil 4. Evdeki çocuk sayısına göre katılımcıların dağılımları

38 (%9,5) ailede bakıma muhtaç fert bulunmaktaydı. Ailelerin %58,5'i 4 odalı evde yaşıyordu. Ortalama gelir 5678±2669 lira idi. En az kazanan 1300 lira, en çok kazanan 15000 lira almaktaydı.

Gönüllülerden evcil hayvan sahibi olanların sayısı 55 idi (%13,8). Katılımcıların evcil hayvanlarının dağılım oranları 29 kuş (%54), 12 kedi (%22), 7 balık (%13), 5 köpek (%9), 1 kaplumbağa (%2) şeklinde dağılmaktaydı.

Meslek yıllarına göre katılımcılar sıralandığında ortalama çalışma yılı 8,83±8,1 yıl, mod ise 1 yıl olarak hesaplandı. Bu hastanedeki çalışma yılları esas alındığında ise ortalama çalışma zamanı 6,07±6 yıl, mod ise 1 yıl olarak hesaplandı. Katılımcıların en uzun süredir mesleğini yapanı 40 yıldır çalışmaktaydı, bu hastanenin en uzun çalışanı ise 32 yıldır çalışmaktaydı.

"Bu hastanedeki göreviniz nedir? " sorusunu 398 sağlık çalışanı yanıtladı. Bu sorumuza yanıt veren sağlık çalışanlarının 230'u (%57,7) doktor 72'si (%18) hemşire olup katılımcıların mesleklere göre dağılımı Şekil 5'de gösterildi.



	Doktor	Hemşire	Ebe	Labaratuvar	Biyolog	Röntgen	Sekreter	Teknisyen	Diğer
n	230	72	22	12	8	2	19	3	30
%	57,7	18	5,4	3	2	1	4,5	1	7,4

Şekil 5. Katılımcıların mesleklere göre dağılımları

"Bu hastanedeki son 3 ayki çalışma şeklinizi belirtiniz?" sorusuna 6 katılımcı yanıt vermemişti. Soruyu yanıtlayan katılımcılardan 169'u (%42,9) nöbet tuttuğunu ifade etti. Trakya Üniversitesi sağlık çalışanlarının ortalama nöbet saati 113,31±39,75 saat/ay ortanca değeri ise 100 saat/ay olarak hesap edildi.

Anketimize katılan 230 doktordan 105'i (%45,7) nöbet tuttuğunu ifade etti. Doktorların ortalama nöbet saatleri 115,5±33,52 saat/ay, ortanca değeri 112 saat/ay ve mod değeri 96 saat/ay olarak hesaplandı. Doktorların mesai ile birlikte toplam çalışma saatleri hesaplandığında ortalama çalışma saatleri 274,55±35,18 saat/ay, ortanca değeri 260 saat/ay, mod 256 saat/ay olarak hesaplandı.

Hemşirelerden 39'u (%54,16) nöbet tuttuğunu ifade etti. Hemşirelerin ortalama nöbet saatleri 111,9±48,55 saat/ay ortanca değeri 96 saat/ay olarak hesaplandı. Mesai ile birlikte ele alındığında ise ortalama 236,95±52,51 saat/ay, ortanca 240 saat/ay mod ise 304 saat/ay olarak hesaplandı.

Çalışmamıza gönüllü olan 22 ebeden 11(%50)'i nöbet tuttuğunu belirtti. Bunların nöbet saati ortalama 99,64±45,82 saat/ay, ortanca değeri 96 saat/ay, mod 96 saat/ay olarak hesaplandı.

Mesai ile birlikte değerlendirildiğinde ortalama çalışma saati 230,55±37,43 saat/ay, ortanca değer 250 saat/ay olarak hesaplandı.

Mesai dışında mesleği ile ilgili telefon görüşmesi yaptığını söyleyen 84 (%21) katılımcı bulunmaktaydı. Mesai dışı ortalama telefon görüşmesi süresi 1,95±1,29 saat/hafta, ortanca değeri 2 saat/hafta, mod değeri ise 1 saat/hafta olarak hesaplandı. Mesleklere göre ayrı ayrı bakıldığında; doktorların ortalamasının 1,9±1,12 saat/hafta, hemşirelerin ortalamasının 3,43±2,5 saat/hafta, ebelerin ortalamasının 1,33±0,57 saat/hafta, biyologların ortalamasının 1 saat/hafta olduğu gözlemlendi. Laboratuvar teknisyeni, röntgen teknisyeni, sağlık teknisyeni ve diğer meslek grubundaki katılımcılarımız; mesai dışında meslekleri ile ilgili telefon görüşmesi yapmadıklarını belirttiler.

Mesai saatleri dışında okuma araştırma yaptığını ifade eden katılımcı sayısı 198 (%49,5) idi. Ortalama okuma ve araştırma saatleri 6,71±5,01 saat/hafta, ortanca değer 5 saat/hafta, mod ise 10 saat/hafta olarak bulundu. Meslek gruplarına göre baktığımızda doktor katılımcıların 180'i (%78,3) okuma araştırmaya zaman ayırdığını yazdı. Bunların ortalama okuma ve araştırma saatleri 6,77±4,90 saat/hafta, ortanca değerleri 6 saat/hafta, mod 10 saat/hafta olarak bulundu. Hemşire katılımcıların 4'ü (%5,6) okuma araştırmaya zaman ayırdığını yazdı. Laboratuvar teknisyenlerinden 2'si (%16,7), ebelerin 1'i (%4,5), biyologların 1'i (%12,5), tıbbi sekreterlerin 2'si (%10,5), okuma ve araştırma için mesai dışında zaman harcadığını belirtti. Sağlık teknisyeni ve röntgen teknisyeni katılımcılar mesai saatleri dışında okuma yapmadıklarını belirttiler. Anketimizde diğer meslek seçeneğini işaretleyen katılımcıların 8'i (%25) mesai saati dışında okuma, araştırma yaptıklarını ifade etti. Bunların da ortalama okuma, araştırma süreleri 5,88±4,39 saat/hafta, ortanca değeri 4 saat/hafta ve mod değeri ise 4 saat/hafta olarak bulundu.

"Mesai saatleri dışında mesleğinizle ilgili haftada kaç saat seyahat ediyorsunuz?" sorusuna 17 kişi olumlu yanıt verdi. Bunların ortalama seyahat süreleri 2,94±2,135 saat/hafta, ortanca değeri 2 saat/hafta, mod değeri 2 saat/hafta olarak hesaplandı.

"Mesai saatleri dışında kongre seminer faaliyetlerine ne kadar zaman ayırıyorsunuz?" sorusuna yanıt veren 35 kişinin ortalama süresi 2,77±2,15 saat/hafta, ortanca değer 2 mod 2 olarak hesaplandı.

Katılımcılarımıza herhangi bir hobileri olup olmadıkları soruldu. 129 (%32,4) kişi bir hobisi olduğunu söyledi. 269 (%67,6) katılımcı herhangi bir hobisi olmadığını yazdı. Hobisi olanlara hobilerine haftalık kaç saat ayırdıkları sorulduğunda 129 kişinin 108'i bu soruya yanıt verdi. Hobisi olduğunu söyleyenler ortalama 6,03±8,07 saat/hafta zamanı hobilerine ayırdıklarını söylediler.

Anketimizde katılımcılara herhangi bir kronik hastalıkları olup olmadığı soruldu. Katılımcıların 2'si (%0,5) bu sorumuza yanıt vermedi. 338 kişi (%84,5) kronik hastalığının olmadığını söyledi. 60 katılımcı (%15) kronik hastalığı olduğunu söyledi. En sık kronik hastalık 21 katılımcı ile hipertansiyon oldu. Hastalıkların dağılımı Tablo 2'de gösterilmiştir.

Tablo 2. Katılımcıların kronik hastalıklarının dağılımı

Hastalık Adı	**n**	**%**
Anemi	4	6,7
Aritmi	2	3,3
Diyabet	3	5
Tiroid hastalıkları	10	16,7
Hipertansiyon	21	35
Migren	3	5
Obezite	3	5
Diğer hastalıklar	14	23,3
Toplam	60	100

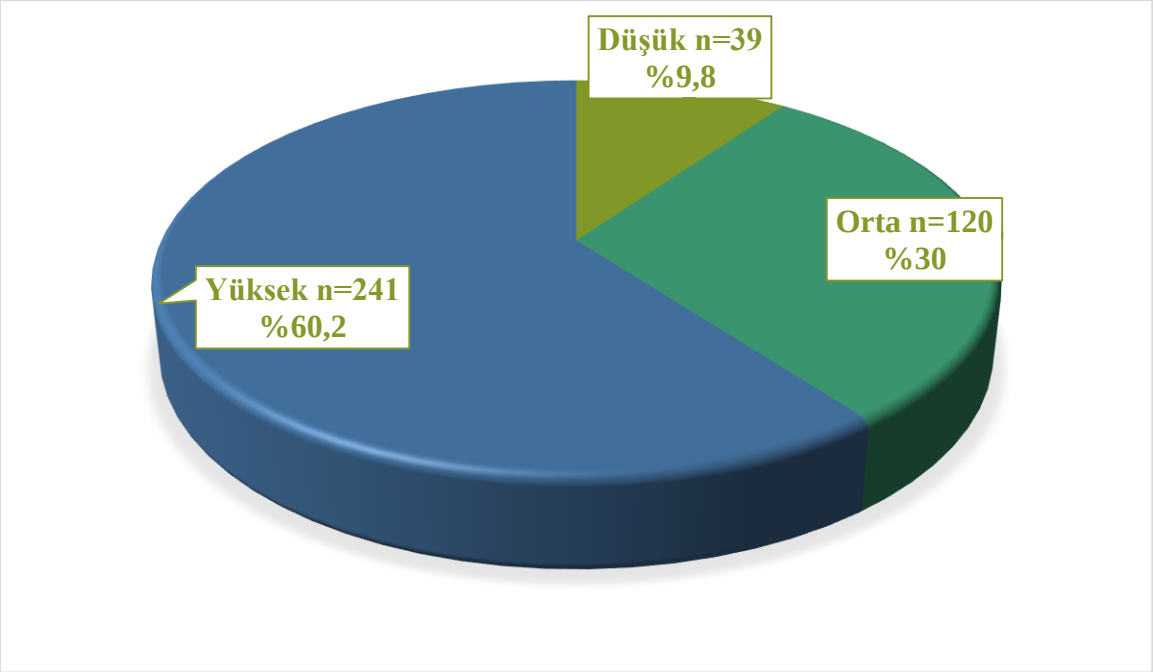
"Sigara içiyor musunuz?" sorusuna 272 kişi (%68) hiç içmedim, 43 kişi (%10,8) bıraktım, 85 kişi (%21,2) içiyorum diye yanıt verdi. Mesleklere göre baktığımızda doktorların sigara içme oranı %17,4 (n=40), hemşirelerin sigara içme oranı %31,9 (n=23), ebelerin sigara içme oranı %4,5 (n=1) idi.

Sigara kullananların ve bırakmışların kullanım miktarları sorgulandı. "Sigara kullanıyordum bıraktım" diyenlerin ortalama kullanma süresi 9,66±6,62 paket/yıl, ortanca değeri 8 paket/yıl, mod değeri 10 paket/yıl olarak hesaplandı. Sigara içenlerin ortalama sigara içme süresi 7,6±6,45 paket/yıl, ortanca değeri 5 paket/yıl, mod değeri 5 paket/yıl idi.

Alkol tüketimini sorguladığımız zaman 131 kişi (%32,8) alkol kullandığını belirtti, 269 kişi (%67,2) alkol kullanmadığını bildirdi. Alkol kullanım miktarında riskli içici sınırı olan haftada 7 veya tek seferde 3 içkiden fazla içen kadın ve haftada 14 veya tek seferde 4 içkiden fazla içen erkek sınırı alınmıştır. Alkol aldıklarını ifade eden bu 131 kişinin kullandıkları alkol miktarları sorgulandığında sadece 6 kişinin (%4,6) riskli kullanım sınırında alkol aldığı tespit edildi. Bu 6 riskli alkol kullanıcısının 1'i doktor, 1'i hemşire, 1'i tıbbi sekreter, 3 kişi ise meslek sorusuna diğer yanıtını veren kişilerdi.

Katılımcıların herhangi bir madde kullanımları olup olmadığı sorgulandığında; 5 katılımcı (%1,3) madde kullandığını ama bıraktığını, 1 katılımcı (%0,3) halen kullandığını belirtti. Hangi maddeyi kullandıkları sorgulandığında ise 5 kişi esrar kullandığını ifade ederken 1 kişi kullandığı maddenin ismini belirtmemişti.

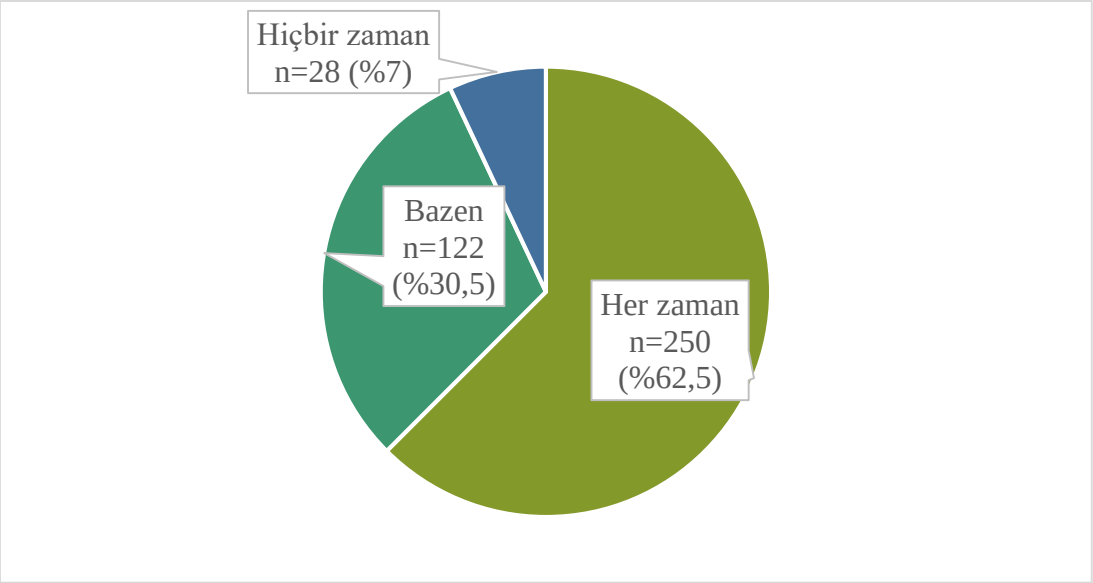
Trakya Üniversitesi sağlık çalışanlarının Toplam APGAR skoru hesaplandığında ortalama APGAR skoru 7,53±2,63 ortanca değeri 8 bulundu. Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi sağlık çalışanlarından anketimize katılan 400 kişinin 39'u (%9,8) düşük aile işlevselliğine sahipti, 120'si (%30) orta aile işlevselliğine sahipti ve 241'i (%60,2) yüksek aile işlevselliğine sahipti. Şekil 6'de çalışanların AF dağılımı gösterilmiştir.



Şekil 6. Katılımcıların aile fonksiyonlarının dağılımı

Trakya Üniversitesi sağlık çalışanlarının APGAR skorlarının tek tek bileşenleri incelendiğinde sırası ile şu sonuçlar izlenmektedir:

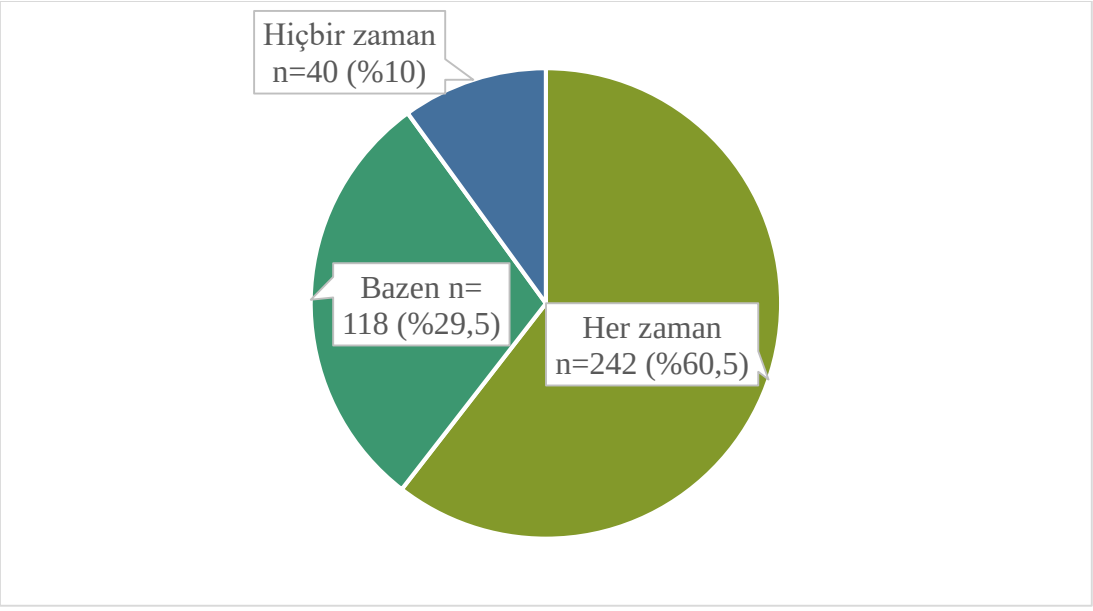
Bir kriz sırasında ailenin dengesi bozulduğunda sorunu çözmek için aile içi ve dışı kaynakların kullanımını yansıtan aile APGAR ölçeğinde A harfi ile temsil edilen sorumuza verilen yanıtlar Şekil 7'de gösterildi.



Şekil 7. Katılımcıların "Bir sorunum olduğunda, ailemden yardım alabiliyor olmamdan memnunum" sorusuna yanıtlarının dağılımı

"Bir sorunum olduğunda, ailemden yardım alabiliyor olmamdan memnunum" sorusuna 28 katılımcı (%7) neredeyse hiçbir zaman, 122 katılımcı (%30,5) bazen, 250 katılımcı (%62,5) her zaman şeklinde yanıt vermişti.

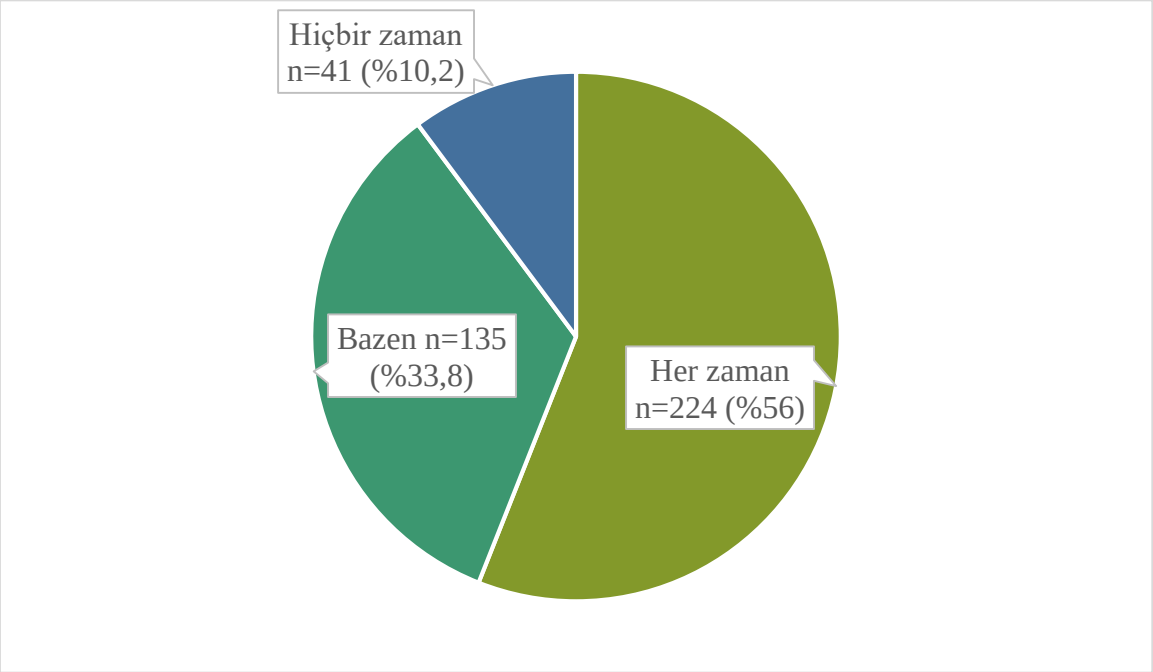
Aile içi kararların ve sorumlulukların paylaşılması ile ilgili durumu yansıtan ve aile APGAR ölçeğinde P harfi ile gösterilen sorumuza verilen yanıtlar Şekil 8'de gösterildi.



Şekil 8. Katılımcıların "Ailemin benimle konuşma ve problemleri paylaşma şeklinden memnunum" sorusuna yanıtlarının dağılımı

“Ailemin benimle konuşma ve problemleri paylaşma şeklinden memnunum” sorusuna 40 kişi (%10) neredeyse hiçbir zaman, 118 katılımcı (%29,5) bazen, 242 katılımcı (%60,5) her zaman şeklinde yanıt vermişti.

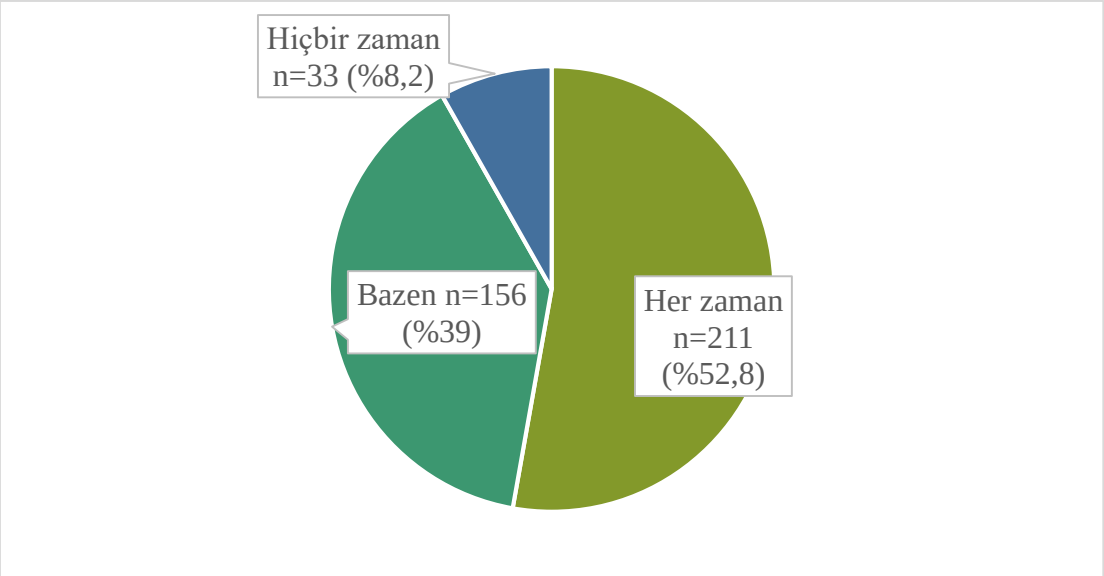
Aile üyeleri tarafından sağlanan karşılıklı destek ve rehberlikle fiziksel ve duygusal olgunlaşma durumunu yansıtan aile APGAR ölçeğinde G harfi ile gösterilen sorumuza verilen yanıtlar Şekil 9’da gösterildi.



Şekil 9. Katılımcıların “Ailemin yeni etkinliklere katılma veya yönelme isteklerimi kabul etmesi ve desteklemesinden memnunum” sorusuna yanıtlarının dağılımı

“Ailemin yeni etkinliklere katılma veya yönelme isteklerimi kabul etmesi ve desteklemesinden memnunum” sorusuna 41 kişi (%10,2) neredeyse hiçbir zaman, 135 katılımcı (%33,8) bazen, 224 katılımcı (%56) her zaman şeklinde yanıt vermişti.

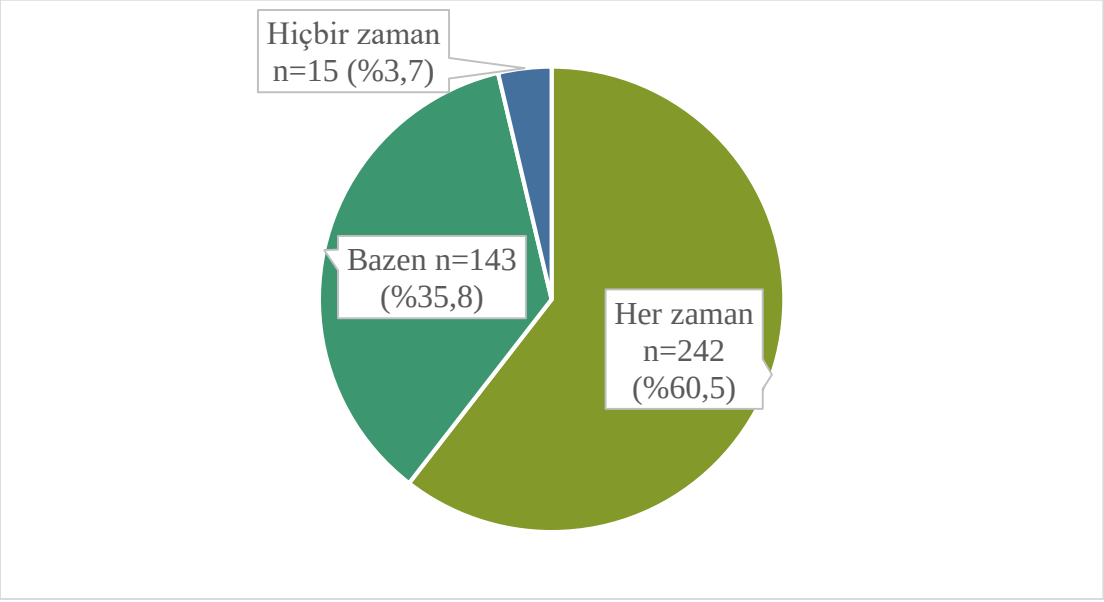
Aile bireyleri arasında var olan sevgi ve yardımlaşma ilişkisi; duyguların paylaşılması durumunu yansıtan aile APGAR ölçeğinde ikinci A harfi ile gösterilen sorumuza verilen yanıtlar Şekil 10’da gösterildi.



Şekil 10. Katılımcıların "Ailemin kızgınlık, üzüntü ve aşk gibi duygularıma ilgi ve tepki gösterme şeklinden memnunum" sorusuna yanıtlarının dağılımı

"Ailemin kızgınlık, üzüntü ve aşk gibi duygularıma ilgi ve tepki gösterme şeklinden memnunum" sorusuna 33 kişi (%8,2) neredeyse hiçbir zaman, 156 katılımcı (%39) bazen, 211 katılımcı (%52,8) her zaman şeklinde yanıt vermişti.

Aile bireylerinin fiziksel ve ruhsal gelişimleri için diğer aile bireylerine zaman ayırma kararı; zamanın, malın, paranın nasıl paylaşıldığı durumunu yansıtan aile APGAR ölçeğinde R harfi ile gösterilen sorumuza verilen yanıtlar Şekil 11'de gösterildi.



Şekil 11. Katılımcıların "Ailemle birlikte vakit geçirme şeklimizden memnunum" sorusuna yanıtlarının dağılımı

"Ailemle birlikte vakit geçirme şeklimizden memnunum" sorusuna 15 kişi (%3,7) neredeyse hiçbir zaman, 143 katılımcı (%35,8) bazen, 242 katılımcı (%60,5) her zaman şeklinde yanıt vermişti.

ÇOKLU KARŞILAŞTIRMALAR

Sağlık çalışanlarının cinsiyeti ile AF'leri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulundu. Kadınların aile işlevi erkeklere oranla daha yüksek saptandı. (Pearson $\chi 2=7579$; p=0,023). Kadın ve erkeklerin aile işlevlerine göre dağılımları Tablo 3'de gösterildi.

Tablo 3. Aile fonksiyonunun cinsiyete göre dağılımı

	Düşük AF		Orta AF		Yüksek AF	
	n	%	n	%	n	%
Erkek	23	14,9	43	27,9	88	57,2
Kadın	16	6,5	76	31	153	62,5

Pearson $\chi 2=7579$; p=0,023

Yüksek lisans yapanlar ile üniversite ve altında eğitime sahip kişiler arasında aile işlevselliği bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı. Yüksek lisans yapanların aile fonksiyonu daha düşük olarak bulundu (Pearson $\chi 2=11170$; p=0,004). Eğitimin AF üzerine etkisi Tablo 4'de gösterildi.

Tablo 4. Eğitim durumunun aile fonksiyonu üzerine etkisi

	Düşük AF		Orta AF		Yüksek AF	
	n	%	n	%	n	%
Üniversite ve altı	11	5,2	65	30,5	137	64,3
Yüksek lisans	28	15,1	54	29	104	55,9

Pearson $\chi 2=11170$; p=0,004

Evliler ile bekârlar arasında aile işlevselliği açısından istatistiksel anlamlı fark saptandı. Evli olanların aile fonksiyonu bekâr, dul ya da boşanmış olanlara oranla daha iyi olarak hesaplandı (Pearson $\chi 2=6724$; p=0,035). Medeni durumun aile fonksiyonu üzerindeki etkisi Tablo 5'de gösterildi.

Tablo 5. Medeni durumun aile fonksiyonu üzerine etkisi

	Düşük AF		Orta AF		Yüksek AF	
	n	%	n	%	n	%
Bekâr, dul, boşanmış	25	14,0	51	28,7	102	57,3
Evli	14	6,3	69	31,1	139	62,6

Pearson $\chi 2=6724$; $p=0,035$

Eşiyle beraber yaşayan ve ayrı yaşayan kişiler AF açısından kıyaslandığında istatistiki olarak aşırı derecede anlamlı bir fark izlenmiştir. Eşiyle birlikte yaşayanların aile fonksiyonu daha iyi bulunmuştur (Pearson $\chi 2=15241$; $p<0,001$).

Evde bakıma muhtaç birisi bulunan sağlık çalışanı ile evde bakıma muhtaç birisi bulunmayan sağlık çalışanı arasında AF açısından istatistiki anlam bulunmamıştır (Pearson $\chi 2=4500$; $p=0,105$).

Evcil hayvanı olan sağlık çalışanlarının AF'si, evcil hayvanı bulunmayanlardan farklı bulunmamıştır (Pearson $\chi 2=326$; $p=0,850$).

Mesleklerin AF'si birbirleriyle kıyaslandığında aralarında istatistiki olarak anlam saptanmıştır. Hemşirelerin aile fonksiyonu diğer mesleklere kıyasla daha yüksek iken ebelerin aile fonksiyonu diğer meslek gruplarına kıyasla daha düşük bulundu (Pearson $\chi 2=16056$; $p=0,013$). Meslek kategorilerine göre AF Tablo 6'da gösterilmiştir.

Tablo 6. Mesleğin aile fonksiyonu üzerine etkisi

	Düşük AF		Orta AF		Yüksek AF	
	n	%	n	%	n	%
Doktor	29	12,6	64	27,8	137	59,6
Hemşire	3	4,2	20	27,8	49	68,0
Ebe	5	22,7	8	36,4	9	40,9
Teknisyen, sekreter, röntgen çalışanları, biyolog, laboratuvar çalışanları	2	2,6	28	36,9	46	60,5

Pearson $\chi 2=16056$; $p=0,013$

Mesleklere göre AF incelendiğinde ebeler 5 kişi (%22,7) ile düşük AF en fazla çıkan meslek grubu; hemşireler 49 kişi (%68,1) ile yüksek AF en fazla çıkan meslek grubu olmuştur.

Sağlık çalışanlarının hobisinin olması onların aile işlevine etki etmemektedir (Pearson $\chi 2=2039$; $p=0,361$).

Sağlık çalışanlarının kronik hastalığının olması onların AF'sine etki etmemektedir (Pearson $\chi 2=3808$; $p=0,149$).

Sağlık çalışanlarının sigara kullanımı onların AF'sine etki etmemektedir (Pearson $\chi 2=4754$; $p=0,314$). Sigara miktarı da keza AF'sine etki etmemektedir (Pearson $\chi 2=5336$; $p=0,069$).

Sağlık çalışanlarının alkol kullanması ile AF arasında istatistiksel anlamda ilişki saptanmamıştır (Pearson $\chi 2=5594$; $p=0,061$). Alkol miktarı ile AF arasında da anlamlı ilişki saptanmadı.

Madde kullanımı ile AF arasındaki istatistiki anlam saptandı. Madde kullananların aile fonksiyonu madde kullanmayanlara oranla daha düşük bulundu ($p=0,014$).

Madde kullanmamış sağlık çalışanlarından düşük AF'si olanların oranı %9,1 (36 kişi) iken herhangi bir zamanda bir kez dahi olsa madde kullanımı olmuş olan çalışanlardan düşük AF'si olanlarının sayısı %50 (3 kişi) idi.

Maddenin cinsi ile AF arasında istatistiksel anlamı sağlayacak verimiz yoktu. 6 hücrede (%75) beklenen değer 5'in altında idi.

Nöbet tutan ve nöbet tutmayan sağlık çalışanlarının AF'si kıyaslandığında ortaya çıkan durum Tablo 7'de gösterildi.

Tablo 7. Nöbet tutmanın aile fonksiyonu üzerine etkisi

	Düşük AF		**Orta AF**		**Yüksek AF**	
	n	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**
Nöbet tutmayan	10	4,3	70	30,3	151	65,4
Nöbet tutan	29	17,2	50	29,6	90	53,3

Pearson $\chi 2=18873$; $p<0,001$

Nöbet tutan ve tutmayan sağlık çalışanlarının AF'si arasında ileri derecede istatistiki anlam bulunmaktadır. Nöbet tutan sağlık çalışanlarının AF'si nöbet tutmayanlara oranla daha düşük bulunmuştur (Pearson $\chi 2=18873$; $p<0,001$).

Çalışmamıza gönüllü olan sağlık personelinin AF'si ile yaş arasında ileri derecede istatistiki anlam saptandı. Sağlık çalışanlarının yaşları arttıkça AF'lerinin daha yüksek bulunduğu görüldü ($\chi 2=16432$; $p<0,001$).

Katılımcıların evdeki kişi sayısı ile AF arasında istatistiki anlam saptandı. Sağlık personelinin evinde yaşayan kişi sayısı arttıkça AF daha yüksek saptandı ($\chi2$=39437; p<0,001).

Katılımcıların evlerinde çocuk olması ve çocukların sayısı ile AF arasında ileri anlamda istatistiki ilişki saptandı. Çocuklu sağlık çalışanlarının AF'si daha yüksek bulundu. Çocuk sayısı arttıkça AF daha da yüksek bulundu ($\chi2$=18511; p<0,001).

Sağlık çalışanlarının kardeşleriyle birlikte yaşaması da AF'lerini değiştiriyordu. Katılımcılardan kardeşi ile yaşayanların AF'si daha yüksek bulundu ($\chi2$=15248; p<0,001).

Evdeki çocuk yaşı ile AF arasında istatistiki anlam saptanmadı ($\chi2$=1042; p=0,594).

Katılımcıların evlerindeki oda sayısı ile AF arasında yüksek oranda istatistiki anlam saptandı. Evinde daha fazla odası bulunan sağlık çalışanlarının AF'si daha yüksek hesaplandı ($\chi2$=18423; p<0,001).

Hane geliri ile AF arasında istatistiki anlam saptandı. Sağlık çalışanı daha fazla kazandıkça AF'si daha iyi hale geliyordu ($\chi2$=6191; p=0,045).

Meslek süresi ile AF arasında yüksek anlamda istatistiki ilişki saptandı. Mesleğini daha uzun zamandan beri yapanların AF'si daha yüksek olarak bulundu ($\chi2$=17331; p<0,001).

Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde çalışma yılı ile AF arasında yüksek anlamda istatistiki ilişki saptandı. Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde daha uzun zamandır çalışanların AF'si daha yüksek olarak bulundu ($\chi2$=30553; p<0,001).

Nöbet saati ile AF arasında yüksek oranda istatistiki anlam saptandı. Nöbet saatleri uzadıkça AF daha düşük hesaplandı ($\chi2$=17671; p<0,001).

Mesai dışında meslekleri ile ilgili telefon görüşmesi yapanların telefon görüşmesi için harcadıkları zaman ile AF arasında anlamlı ilişki saptanmadı ($\chi2$=2941; p=0,230).

Çalışanlar mesai saatleri dışında okuma araştırma için ayırdıkları zaman ile AF arasında anlamlı ilişki saptanmadı ($\chi2$=405; p=0,817). Keza kongre seminer gibi faaliyetler için ayırdıkları zaman da AF'yi değiştirmiyordu ($\chi2$=2956; p=0,228).

Mesai dışında iş ile ilgili seyahat süresi ile AF arasında istatistiksel manada anlam saptanmadı ($\chi2$=2697; p=0,260).

Sağlık personelinin hobi için harcadığı zaman ile AF arasında ilişki saptanmadı ($\chi2$=143; p=0,931).

TARTIŞMA

Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesindeki sağlık çalışanlarının AF'sinin araştırıldığı çalışmamızda elde edilen veriler tanımlayıcı ve çoklu analizlere tabi tutulduğunda, istatistiksel olarak anlamlı birçok sonuç elde edildi. Elde edilen bulgular mevcut literatür bilgisiyle karşılaştırılırken, sonuçların olası nedenleri çalışmanın eksiklikleri ve özgün yönleri de göz ardı edilmeden irdelenip tartışıldı.

Çalışmamız toplam 400 sağlık çalışanının katılımı ile gerçekleşti. Çalışmamız ülkemizde sağlık çalışanları üzerinde yapılmış ilk AF araştırmasıdır. Aile APGAR ölçeği kullanılarak yapılan da yine ilk çalışmadır. Çalışmamıza katılanların ortalama APGAR skoru 7,53±2,63 çıktı, 241'i (%60,3) yüksek AF'ye sahip çıktı. British Journal of General Practice'de 2012 yılında yayınlanmış bir çalışmada 6202 aile ile yapılan AF ve sağlık konulu çalışmada aile fonksiyonu ölçeği sonuçları 92,5 ±18,1 olarak bulunmuştur (47).

Aile APGAR ölçeği 15 puan üzerinden hesaplanmaktadır ve çalışmamıza katılanların ortalama APGAR skoru 7,53±2,63 bulunmuştur. Oranladığında TÜTF sağlık çalışanlarının tam puana göre AF'lerinin 0,502 olduğu gözlenmektedir. Garcia- Huidobro ve ark. (47) aile işlevini ölçmek için kullandıkları ölçek 130 puan üzerinden hesaplanmaktadır ve ailelerin ortalama puanı 92,5±18,1 olarak bulunmuştur. Tam puana oranlayınca 0,711 olduğu hesaplanmaktadır. Bu çalışma Şili'de yapılmış, mutlaka Şili Halkı ile Türk Halkı arasında aile dinamikleri arasında fark vardır.

374 Brezilyalı yaşlı hasta üzerinde yürütülmüş ve aile APGAR ölçeği kullanılmış bir çalışmada sonuçlar 2 gruba kategorize edilmiştir. 0-6 puan arası orta, 7-10 puan arası ise yüksek AF olarak kabul edilmiştir. Bu durumda yüksek AF kabul kriteri bizim çalışmamız ile aynı iken

o çalışmada orta kabul edilen grup bizim çalışmamızda orta ve düşük AF'li gruba karşılık gelmektedir. Bu çalışmada yüksek AF'ye sahip olanlar 285 kişi (%76,2) iken bizim çalışmamızda yüksek AF'ye sahip olanlar 241 kişi (%60,3) olarak bulunmuştur. Anlaşıldığı üzere TÜTF sağlık çalışanlarında yüksek AF oranı daha düşüktür. Bu iki çalışmanın karşılaştırılmasındaki zayıf yan, birisi Türkiye'de yapılmışken diğerinin Brezilya'da yapılmış olmasıdır. TÜTF sağlık çalışanlarında AF'nin daha düşük çıkmasının nedeni; Türk Halkı ile Brezilya Halkının AF'si arasındaki farktan kaynaklanabileceği gibi sağlık çalışanı ve yaşlı hasta arasındaki farktan da kaynaklanıyor olabilmektedir (10).

Amerika'da 2793 ergen arasında yapılan araştırmada AF'yi ölçmek için kullanılan ölçekte en yüksek puan 24 iken erkekler ortalama 18,1 puan, kadınlar ise 17,7 puan almışlar. Bu ölçek aile değerlendirme ölçeğinin genel fonksiyon skalasından türetilmiş 6 maddeden oluşmaktadır. En yüksek puana oranladığımızda erkeklerin AF oranı 0,754; kadınların oranı 0,737; bizim çalışmamızın ortalamasının benzer oranı ise 0,502 olarak hesaplandı. Bu çalışma ile kıyasladığımızda yine TÜTF sağlık çalışanlarının AF'si daha düşük bulunmuştur. Tabi ki kültürel farklılıklar yine göz ardı edilememektedir (13).

Çankırı Üniversitesinde 126 hemşirelik öğrencisinde aile değerlendirme ölçeği ile bir AF araştırması yapılmıştır. Burada kullanılan aile değerlendirme ölçeğinde problem çözme, iletişim, roller, duygusal tepki verebilme, gereken ilgiyi gösterme, davranış kontrolü, genel işlevler alt ölçekleri kullanılmakta ve her bir alt ölçekte 2'nin üzerindeki puan, ilgili aile işlevinin sağlıksızlığına işaret etmektedir. Burada öğrencilerin gereken ilgiyi gösterme ve davranış kontrolü alt ölçeklerinde ortalama 2'den yüksek bulunmuş iken diğer alt ölçeklerde ortalama 2'den düşük bulunmuş. Buradaki değerleri kendi çalışmamız ile kıyaslamamız pek de mümkün görünmemektedir (34).

Ülkemizde aile APGAR ölçeği ile yapılmış bir çalışma olmadığı için mevcut verimizi bu bahsi geçen çalışmalar ile kıyasladık. İleride yapılacak çalışmalar ile daha anlamlı, daha değerli sonuçlar elde edilecektir.

Bizim çalışmamızda cinsiyete göre AF incelendiğinde kadınların AF puanları erkeklere oranla daha yüksek izlendi. Oysa 2013 yılında Berge ve ark. (13) yeme alışkanlıkları ve AF'yi irdeledikleri çalışmada erkeklerin AF puanı kadınlardan daha yüksek bulunmuştur. Burada bahsi geçen çalışma Amerika'da yapılmış olup Amerikalı Kadınların aile kavramı ile Türk Kadınının aile kavramı arasındaki fark sonuçlara etki etmiş olabilir.

Anoreksiya nevroza tedavisinde AF'nin önemini gösteren bir çalışmada tüm aile üyelerinin AF'si değerlendirilmiştir. Burada annelerin AF'si babalardan biraz daha yüksek bulunmuştur. Çalışmanın bu sonucu bizim cinsiyet bulgumuzu destekler niteliktedir (48).

Çalışmamızda evli olanların AF'si bekâr olanlara kıyasla daha yüksek çıktı. Nitekim eşi ile birlikte yaşayanların AF'si eşi ile birlikte yaşamayanlara nispeten daha yüksek çıkmıştır. 40 maddelik AF skalasının kısaltılması ile elde edilen 12 maddeden oluşan ölçeğin kullanıldığı 231 çiftin katıldığı bir çalışmada erkeklerin ortalama yaşı 21,1 kadınların ortalama yaşı 18,7 olarak bulunmuştur. Bu çalışmada hamilelik depresyonuna karşı AF'nin adeta bir tampon olduğu gösterilmiştir. Bizim çalışmamız ile birlikte bu çalışmanın sonucu yorumlandığında hamilelik sürecinde eşlere farklı bir anlam daha yüklenmiş olmaktadır (49).

İlginç bir sonuç sağlık çalışanlarının hanesinde bakıma muhtaç birisinin olması durumunda izlendi. Beklenen bakıma muhtaç birisi olduğu zaman AF'nin daha düşük olmasıydı fakat bizim çalışmamızda istatistiki anlam saptanmamıştır (p=0,105).

Meslek gruplarına göre incelendiğinde doktorların düşük AF'ye sahip olanlarının oranı hemşirelerin oranının 3 katı kadardı. Meslek kategorileri arasında en düşük AF'ye sahip olanlar ebeler olarak bulundu. En yüksek AF'ye sahip meslek kategorisi ise hemşireler oldu.

Madde kullanımı olmamış sağlık çalışanlarından düşük AF'si olanların oranı %9,1 iken herhangi bir zamanda bir kez dahi olsa madde kullanımı olmuş olan çalışanlardan düşük AF'si olanlarının oranı %50 idi. Bunun altında yatan neden, çalışanı madde kullanımına iten kişilik bozukluğu ya da psikiyatrik sorunu olabilir.

Maddenin cinsi ile AF bozukluğu arasında istatistiksel anlam kuracak kadar verimiz yoktu. İleriki çalışmalarda AMATEM'e gelen hastaların AF'si incelenirse belki madde cinsleri ile AF arasında anlamlı bir ilişki saptanabilecektir. AF ile madde kullanımı arasındaki ilişki 2011 yılında Cruz-Salmeron ve ark (50) tarafından gösterilmiştir. Bu çalışmada varılan sonuç ergenlerde madde kullanımı risk faktörlerinden birisinin aile disfonksiyonu olduğudur.

Atar ve ark. (51) madde kullanım bozukluğu olan ergenlerde aile işlevlerini araştırmışlardır. Madde kullanım bozukluğu olan 50 ergen ve ebeveyni ile herhangi bir psikopatolojisi olmayan 50 ergen ve ebeveyn çalışmanın evrenini oluşturmuştur. Kontrol grubunda aile işlevi anlamlı oranda yüksek saptanmıştır.

Nöbet tutan sağlık çalışanının AF'sini nöbet tutmayan sağlık çalışanının AF'si ile kıyaslayınca düşük AF oranının, nöbet tutma ile 4 kat arttığı görüldü. 2014 yılında yayınlanmış, hemşireler üzerinde yapılmış bir çalışmada; nöbet tutmayan hemşirelerden %58'inin AF'si iyi bulunmuş, nöbet tutanlarda bu oran %48,1 hesaplanmıştır. Nöbet tutmayanların %42'sinin AF'si zayıf iken, nöbet tutanların %51,9'unun AF'si zayıftı. Bizim sonuçlarımız ve Tayvan'da 1438 hemşire üzerinde yapılmış olan bu çalışma göstermektedir ki nöbet tutmak insanların AF'sini bozmaktadır (8).

Nöbet tutmayan sağlık personelinden yüksek AF'ye sahip olanların oranı, nöbet tutanlardan 1,22 kat fazla bulundu.

Sağlık çalışanlarının nöbet saati arttıkça AF bozulmaktadır. Bu durum tezimizin ana fikri idi. Sağlık çalışanlarını uzun nöbet saatlerinin hayatlarının pek çok alanın da etkileri olduğu görüşünü desteklemektedir.

Yaş arttıkça AF'nin yükseldiği bulundu. Bu durum, insanların hayata dair tecrübeleri, olgunlukları arttıkça her alanda olduğu gibi aile alanında da daha başarılı hale geldiklerinin bir göstergesi olarak yorumlanabilir. 2016 Nisan tarihli bir makalede zayıf AF, boyun ağrısı ve buna bağlı iş görememe ile ilintili bulunmuştur. Özellikle yaşlı kadınlarda travmatik olmayan boyun ağrısında AF'nin önemi kanıtlanmıştır. Bizim çalışmamızda da yaşlılarda ve kadınlarda AF daha yüksek bulunmuştur, bu durumu Türk kadınının lehine yorumlayabiliriz. (52).

Evde yaşayan kişi sayısı arttıkça AF o oranda yüksek bulundu. Beklediğimiz sonuçlardan birisi de buydu. Evdeki kişi sayısının daha fazla olması aile içi etkileşimleri arttırmaktadır.

Evcil hayvan beslemenin AF üzerine pozitif etkisi olduğu gösterilemedi. Yani yalnız yaşayanlar her ne kadar kendilerine evcil hayvan edinerek yalnızlıklarına çare bulmuş gibi olsalar da aile fonksiyonları bu durumdan etkilenmemektedir.

Evde çocuk olması direk AF'yi pozitif yönde etkilemektedir hatta çocuk sayısı arttıkça AF daha iyi hale gelmektedir. Fakat evdeki çocuğun yaşı AF'yi etkilememektedir. Evde kardeş olması AF'yi pozitif etkilemektedir.

Evdeki kişi sayısının artması gibi evde oda sayısının artması da AF pozitif etkilemekteydi. Daha büyük evlerde yaşayanların AF'si anlamlı derecede yüksek bulundu.

Bizim çalışmamızda sağlık çalışanlarına aylık hane geliri soruldu. Hanesine daha fazla gelir giren ailelerin AF'si daha yüksek çıktı. Aslında evdeki kişi sayısının artması, evdeki oda sayısının artması ve hane gelirinin artması birbirleriyle örtüşen bileşenlerdir. Bu üç bileşen genelde birlikte hareket etmektedir.

Mesleğini daha uzun süredir yapanların AF'si daha yüksek hesaplandı. Yaşı büyük olanlarında AF'si de daha yüksek çıkmıştı, bu iki durum yine birbiriyle örtüşen durumlardır.

Sağlık çalışanlarını meslekleri ile ilgili mesai saatleri dışında yaptıkları telefon görüşmesi ile AF arasında ilişki bulunmadı. Bizim çalışmamızda AF'nin etkilenmemesinin nedeni telefon görüşmesi sorumuzu meslek ile ilgili telefon görüşmesi olarak sınırlandırmamız olabilir. Telefon ile geçirilen toplam zaman sorulmuş olsaydı belki de sonuçlar farklı olacaktı ve telefona ayrılan zamanın arttıkça aileye ayrılan zamanın azalması AF'yi etkileyecekti.

Okuma araştırma için evde zaman ayırmak da AF'ye etki etmemektedir. İş ile ilgili seyahat etmek AF'ye etki etmemektedir.

Sağlık çalışanının hobisi olması ya da bu hobiye ayırdığı zamanın miktarı AF ile ilişkili bulunmadı. Oysa İngiltere'de yapılmış olan bir araştırmada daha yüksek AF'si olanların daha aktif oldukları gösterilmiştir (53).

Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi sağlık çalışanlarının AF sonuçlarını değerlendirdiğimiz çalışmamız ileride yapılacak benzer AF çalışmaları ile daha anlamlı hale gelecektir. Sağlık çalışanlarının yüksek tempolu ve stresli çalışma koşullarının AF üzerine etkisini tam manasıyla yorumlayabilmek için Türkiye'de yapılacak yeni çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

SONUÇLAR

Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nde çalışan 400 gönüllüye aile APGAR ölçeği uygulayarak aile fonksiyonlarını değerlendirdiğimiz çalışmamızda katılımcıların 241'i (%60,3) yüksek aile işlevselliğine sahipti. Araştırmanın sonuçları şöyle özetlenebilir:

1. Kadınların aile işlevi erkeklere göre daha yüksek bulundu.
2. Eğitim durumlarını yüksek lisans, üniversite ve altı olarak incelediğimizde, yüksek lisans yapmış olanların aile işlevlerinin istatistiksel anlamda diğerlerinden daha düşük çıktığını gözlemledik. Bu durum hipotezimizi desteklemektedir. Yani insanlar mesleklerinde, işlerinde yükselmek için ailelerinden zaman ve ilgi çalmaktadırlar. Sağlık çalışanlarının yüksek lisans yapmış olanlarının tamamına yakınını doktorlar oluşturmaktadır ki bu durumda yine hipotezimizi destekler niteliktedir.
3. Evli olanların aile işlevi bekâr olanlara kıyasla daha yüksek çıktı. Eşiyle birlikte yaşamadığını ifade edenlerin AF'si eşiyle birlikte yaşayanlara kıyasla, anlamlı olarak daha düşük çıkmıştır.
4. Trakya Üniversitesi sağlık çalışanlarından daha uzun süre nöbet tutanların AF'si daha kötü çıktı. Nöbet tutanların AF'si nöbet tutmayanlara kıyasla daha kötü çıktı. Nöbetli çalışma şeklinin kişinin bireysel sağlığını etkilediği kadar aile hayatına da etkisi olduğu gösterilmiştir.
5. İnsanların yaşı arttıkça AF'si daha yüksek bulundu. Yaş arttıkça artan şeyin tecrübe olduğu düşünülürse ailemizle ilgili bizden daha yaşlı aile üyelerinin tecrübelerine kulak vermemiz gerektiği sonucuna ulaşılmıştır.
6. Mesleğini daha uzun süredir yapanların AF'si daha yüksek hesaplandı.

7. Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde daha uzun süredir çalışanların da AF'si daha yüksek çıktı. Bu süreleri istikrar göstergeleri olarak algılanırsa daha istikrarlı olanların AF'sinin daha iyi olduğu söylenilebilir. Yaş ile birlikte değerlendirildiğinde zamanın AF üzerine olumlu etkisi olduğunu söyleyebiliriz. Olgunlaşmak bireye olduğu kadar aileye de iyi gelmektedir.
8. Evde yaşayan kişi sayısı arttıkça AF daha yüksek bulundu. Çocuk sahibi olanların AF'si daha yüksek çıktı. Evde kardeş sayısının artması da AF'yi pozitif etkilemektedir. Bu bulgular ışığında Türk tipi aile modelinin daha anlamlı olduğu ve desteklenmesi gerektiği sonucuna ulaşılmıştır.
9. Evdeki oda sayısının artması AF'yi daha iyi hale getirmektedir. Hane gelirinin artması AF'yi daha iyi hale getirmektedir.
10. Madde kullanımı olmuş olan çalışanlardan düşük AF'si olanların oranı, hiçbir zaman madde kullanımı olmamış sağlık çalışanlarından düşük AF'si olanların oranının 5 katı bulundu. Bir kez dahi madde kullanmış olmak AF'yi ciddi anlamda etkilemektedir. Madde kullanımının zararlarının fazla dikkat çekmeyen boyutlarından birisi AF'dir. Madde kullanımı ile mücadele kararlılıkla yürütülmesi gereken bir politika olmalıdır.
11. Hane halkından birisinin bakıma muhtaç olması sağlık çalışanlarının AF'sine etki etmemektedir.
12. Evcil hayvan beslemek, sağlık çalışanlarının AF'sini daha iyi hale getirmemektedir, etkisi olmamaktadır.
13. Katılımcıların mesai saatleri dışında meslekleri ile ilgili yaptıkları telefon görüşmesinin süresi AF'ye etki etmemektedir.
14. Evde okuma ve araştırma yapmak için zaman harcamak AF'yi etkilememektedir. Gerek telefon görüşmesi gerek okuma işlemleri evde yapıldığı için her ne kadar iş ile ilişkili faaliyetler olsa da ailede kopukluğa yol açmamakta dolayısıyla AF'ye etki etmemektedir. Oysa nöbet tutmak AF'yi bozmaktadır. Yani kişi evdeyse AF açısından hangi faaliyeti yaptığı çok da fark etmemektedir. Gerçek anlamda aileye zarar veren bireyin nöbet gibi faaliyetler dolaysıyla ailesi ile birlikte zaman geçirememesidir.

ÖZET

Araştırmamızda sağlık çalışanlarının yoğun iş hayatının ailelerine etkisini göstermeyi hedefledik. Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi sağlık çalışanlarının aile fonksiyonunu ve çalışma şekillerini sorguladık.

Çalışmamızın evrenini 01 Şubat 2016 ile 30 Mayıs 2016 tarihleri arasında Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nde çalışan 1121 kişi oluşturmaktadır. Örneklem için evrenin tamamına ulaşılması hedeflendi. Çalışanlar servislerinde, odalarında birden fazla kez ziyaret edildiler. Araştırmamızın amacı kendilerine anlatıldı araştırmamıza katılmayı kabul eden 400 sağlık çalışanına anketler uygulandı. Anket 27 sorudan oluşmakta ve ilk 22 sorusu katılımcıların sosyodemografik özellikleri ve çalışma şekillerini irdelemekteydi son 5 soru ise aile APGAR ölçeği idi. Bu ölçek 5 kapalı uçlu soru ile kişinin aile işlevini ortaya koyan bir tarama testidir. İstatistiksel yöntem olarak tanımlayıcı istatistikler, Spearman korelasyon analizi, Mann-Whitney U, Kruskall–Wallis H ve Ki-kare analiz testleri kullanıldı.

Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi sağlık çalışanlarının ortalama APGAR skoru 7,53±2,63 ortanca değeri 8, mod değeri 10 idi. 400 katılımcının 39'u (%9,8) düşük aile işlevine sahipti, 120'si (%30) orta aile işlevine sahipti ve 241'i (%60,3) yüksek aile işlevselliğine sahipti. Kadınların aile fonksiyonu erkeklerden daha iyiydi (Pearson $\chi 2$=7579; p=0,023). Yüksek lisans yapmış olanların aile fonksiyonu üniversite mezunlarına oranla daha kötüydü (Pearson $\chi 2$=11170; p=0,004). Evli olanların aile fonksiyonu bekar olanlardan daha iyidi (Pearson $\chi 2$=6724; p=0,035). Hemşirelerin aile fonksiyonu doktorlardan daha yüksek bulundu, ebelerin aile fonksiyonu ikisinden de daha düşüktü (Pearson $\chi 2$=16056; p=0,013). Bir kez dahi madde kullanmış olanların aile fonksiyonu hiç kullanmamışlardan daha kötü bulundu (p=0,014).

Çalışmamızın ana omurgasında iş hayatının aileye etkisi olduğu için nöbet tutma durumunun aile fonksiyonuna etkisi bizim için önemliydi. Nöbet tutan sağlık çalışanlarının aile

fonksiyonu düşük olanların oranı nöbet tutmayanlara göre 4 kat daha fazla idi (p<0,001). Nöbet tutmayanlardan yüksek aile fonksiyonuna sahip olanların oranı nöbet tutanlara kıyasla 1,22 kat daha fazla idi (p<0,001). Üstelik aylık toplam nöbet saati ile aile işlevi arasında da istatistiksel anlamda fark saptandı (Pearson $\chi 2$=17671; p<0,001).

Çalışmamız, sağlık çalışanı olmanın ayrılmaz parçası olarak görülen nöbetli çalışmanın insanların sadece bireysel fedakarlığı olmadığı ailesinin de bu durumdan etkilendiğini göstermektedir. Aile hekimliğinin temel taşlarından olan kişiyi çevresiyle birlikte değerlendirme, onu sosyal çevresiyle ele alma ilkesi gereği aile danışmanlığı vererek onlara destek olabiliriz.

Anahtar kelimeler: aile ve hane halkı, sağlık ekibi, sağlık personeli, aile APGAR

EVALUATION OF FAMILY FUNCTION OF TRAKYA UNIVERSITY HEALTH WORKERS

SUMMARY

In our study, we aimed to demonstrate the effect of the health worker's busy working conditions to their family. We questioned Trakya University Medical Faculty of health care worker's family functions and working methods.

1121 workers who worked in Trakya University Medical Faculty Hospital between Februrary 1, 2016 and May 30, 2016 constituted our study population. We aimed to reach the whole of population. Workers vizited in their rooms and in their services several times. We explained them the aim of our study and asked them to participate. 400 of them agreed to participate our study. Our questioneer comprising of 27 questions, first 22 questions are about sociodemographic characteristics and about working conditions, last 5 questions are the family APGAR scale. This scale uses 5 likert type questions to asses the family function. We used Spearman Correlation analysis, Mann-Whitney U, Kruskall–Wallis H and chi-square analysis.

Trakya University Medical Faculty Hospital health worker's family APGAR mean value is 7.53, median value is 8 and mode value is 10. Thirty nine (9.8%) of 400 participant has low family function, 120 (30%) participant has modarate family funciton, 241 (60,3%) has good family function. Women has better family function score than men (Pearson $\chi 2=7579$; $p=0.023$). Worker's family function who has a master's degree was worse than the university graduates (Pearson $\chi 2=11170$; $p=0.004$). Married ones has better family funciton than singles (Pearson $\chi 2=6724$; $p=0.035$). Nurses has better family funciton score than doctors, midwifes are the worst (Pearson $\chi 2=16056$; $p=0.013$). Drug users family funciton is worse than not users even if they used only one time ($p=0.014$)

Shift working conditions effect to family funciton is very important for us because business life effect on family is our study's main street. Shift workers who has low family function are four times grater than non-shift workers ($p<0.001$). Non-shift workers who has good family function are 1.22 times grater than shift workers ($p<0.001$).

Our study showed that shift working seen as an integral part of health working is not only an individual sacriface but also a family matter. Assesing person with enviroment and with social aspect is a family medicine corner stone in this context we can provide family counseling.

Keywords: family and household, healthcare team, health personel, family APGAR

KAYNAKLAR

1. Özcan SDV, İncecik Y. Aile hekimliğinde Aile APGAR Ölçeği'nin kullanımı: Türkçe'ye uyarlama çalışması. Turkish Family Physician 2011;2(3):30-7.

2. Kut S. Uluslararası aile yılı özel ihtisas komisyon raporları. Ankara: Başbakanlık Kadın ve Sosyal Hizmetler Müsteşarlığı Yayınları; 1994:5.

3. Yavuz S, Yüceşahin MM. Türkiye'de hane halkı kompozisyonlarında değişimler ve bölgesel farklılaşmalar. Sosyoloji Araştırmaları Dergisi 2012;15(1):76-118.

4. McWhinney IR, Freeman T. Sağlıkta ve hastalıkta aile. Güldal D (editör). Aile Hekimliği'nde. İstanbul: Medikal Akademi; 2012:217-44.

5. Tüzer V. Kronik hastalıklar ve yeti yitiminde sistemik aile yaklaşımı. Klin Psikiyatr Derg 2001;4(3):193-202.

6. Palabıyıkoğlu R, Azizoğlu S, Özayar H, Ercan A. İntihar girişimlerinde bulunanların aile işlevlerinin değerlendirilmesi. Kriz Dergisi 1993;1(2):69-75.

7. Dikici MF, Kartal M, Alptekin S, Çubukçu M, Ayanoğlu AS, Yarış F. Aile hekimliğinde kavramlar, görev tanımı ve disiplininin tarihçesi. Türkiye Klinikleri J Med Sci 2007;27(3):412-8.

8. Tai SY, Lin PC, Chen YM, Hung HC, Pan CH, Pan SM, et al. Effects of marital status and shift work on family function among registered nurses. Ind Health 2014;52(4):296-303.

9. Demirkan SY. Boşanma nedenleri araştırması. Ankara: Başbakanlık Aile ve Sosyal Araştırmalar Genel Müdürlüğü Yayınları, 2009:1.

10. Souza RA, Desani da Costa G, Yamashita CH, Amendola F, Gaspar JC, Alvarenga MR, et al. Family functioning of elderly with depressive symptoms. Rev Esc Enferm USP 2014;48(3):469-76.

11. Turgut M. Türkiye aile yapısı araştırması. Ankara: T.C. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı Aile ve Toplum Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2014:19.

12. Yaman H, Akdeniz M. Sistemik aile hekimliği. Türk Aile Hek Derg 2011;15(2):77-80.

13. Berge JM, Wall M, Larson N, Loth KA, Neumark-Sztainer D. Family functioning: associations with weight status, eating behaviors, and physical activity in adolescents. J Adolesc Health 2013;52(3):351-7.

14. Şenol-Durak E, Fışıloğlu H. Film analizi yöntemi ile Virginia Satir aile terapisi yaklaşımına bir bakış. Türk Psikoloji Yazıları 2007;10(20):43-62.

15. Lax Pericall MT, Taylor E. Family function and its relationship to injury severity and psychiatric outcome in children with acquired brain injury: a systematized review. Dev Med Child Neurol 2014;56(1):19-30.

16. Gülseren L, Çam B, Karakoç B, Yiğit T, Danacı AE, Çubukçuoğlu Z, ve ark. Şizofrenide ailenin yükünü etkileyen etmenler. Türk Psikiyatri Derg 2010;21(1):203-12.

17. Gülseren L. Şizofreni ve aile: güçlükler, yükler, duygular, gereksinimler. Türk Psikiyatri Derg 2002;13(2):143-51.

18. Bademli K, Duman ZÇ. Şizofreni hastalarının bakım verenlerine uygulanan aileden aileye destek programları: sistematik derleme. Türk Psikiyatri Derg 2011;22(4):255-65.

19. Taktak Ş, Erkıran M, Karşıdağ Ç, Özeren M, Alpay N. Şizofren olgularda aile işlevselliğinin algılanması, sosyodemografik ve klinik özelliklerle ilişkisi üzerine bir çalışma. Düşünen Adam 2000;13(4):196-203.

20. Yıldız M, Tural Ü, Kurdoğlu S, Önder ME. Şizofreni rehabilitasyonunda aile ve gönüllülerle yürütülen bir kulüp-ev denemesi. Türk Psikiyatri Derg 2003;14(4):281-7.

21. Saunders JC. Families living with severe mental illness: a literature review. Issues Ment Health Nurs 2003;24(2):175-98.

22. Gülseren Ü. Bipolar affektif bozukluğu olan hastaların aile işlevlerinin değerlendirilmesi. Düşünen Adam 2002;15(4):221-8.

23. Tüzer V, Zincir S, Başterzi AD, Aydemir Ç, Kısa C, Göka E. Şizofreni hastalarında aile ortamı ve duygu dışavurumunun değerlendirilmesi. Klin Psikiyatr Derg 2003;6(1):198-203.

24. Pazvantoğlu O, Sarısoy G, Böke Ö, Aker AA, Özturan DD, Ünverdi E. Şizofrenide bakım veren yükünün boyutları: hastaların işlevselliğinin rolü. Düşünen Adam 2014;27(1):53-60.

25. Duman ZÇ, Bademli K. Kronik psikiyatri hastalarının aileleri: sistematik bir inceleme. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar 2013;5(1):78-94.

26. Özşenol F, Işıkhan V, Ünay B, Aydın H, Akın R, Gökçay E. Engelli çocuğa sahip ailelerin aile işlevlerinin değerlendirilmesi. Gülhane Med J 2003;45(2):156-64.

27. Olesen F, Dickinson J, Hjortdahl P. General practice--time for a new definition. BMJ 2000;320(7231):354-7.

28. WONCA Europe. The European definition of general practice/family medicine. Barcelona: WONCA Europe; 2011:30.

29. Samancı AY, Ekici G. Aile terapisi. Düşünen Adam 1998;11(3):45-51.

30. Pitschel-Walz G, Leucht S, Bäuml J, Kissling W, Engel RR. The effect of family interventions on relapse and rehospitalization in schizophrenia: a meta-analysis. Schizophr Bull 2001;27(1):73-92.

31. Kalyencioğlu D, Kutlu Y. Ergenlerin aile işlevi algılarına göre uyum düzeyleri. İÜ FN Hem Dergisi 2010;18(2):56-62.

32. Ayaz AB, Ayaz M, Fiş NP, Güler AS. Gençlerdeki somatorform bozukluklarda kaygı düzeyi, annenin bağlanma biçimi ve aile işlevselliği. Klin Psikiyatr Derg 2012;15(2):121-8.

33. Aktepe E, Çalışkan S, Sönmez Y. Kendine zarar veren ergenlerin aile işlevlerinin ve benlik saygılarının saptanması: olgu-kontrol çalışması. Anadolu Psikiyatr Derg 2014;15(1):69-76.

34. Satı D, Bulantekin Ö. Hemşirelik öğrencilerinde akademik başarı düzeyi ile aile işlevselliği ve kontrol odağı arasındaki ilişkinin belirlenmesi. J Psy Nurs 2011;2(1):17-24.

35. Karaağaç MK, Erbay HN. Aile işlevselliğinin matematik başarısıyla ilişkisi. Mustafa Kemal Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi 2015;12(31):21-33.

36. Bilgiç Ö, Havva K, Eskioğlu F. Çocukluk çağında psöriazis ve vitiligonun ebeveyn ruh sağlığı ve aile işlevselliği üzerine etkileri. AJCI 2011;5(4):160-4.

37. Lieke L, Bakker AB, Euwema MC. Is family-to-work interference related to co-workers' work outcomes. Journal of Vocational Behavior 2010;77(3):461-9.

38. Devore EE, Grodstein F, Schernhammer ES. Shift work and cognition in the Nurses' Health Study. Am J Epidemiol 2013;178(8):1296-300.

39. Chen WD, Wen MS, Shie SS, Lo YL, Wo HT, Wang CC, et al. The circadian rhythm controls telomeres and telomerase activity. Biochem Biophys Res Commun 2014;451(3):408-14.

40. Hurwitz LM, Heaphy CM, Joshu CE, Isaacs WB, Konishi Y, De Marzo AM, et al. Telomere length as a risk factor for hereditary prostate cancer. Prostate 2014;74(4):359-64.

41. Wilson G, Mooradian A, Alexandraki I, Samrai G. Endocrinology. In: Rakel RE, Rakel DP (Eds.). Textbook of Family Medicine. Philadelphia: Elsevier Saunders; 2011:777.

42. Tranah GJ, Blackwell T, Stone KL, Ancoli-Israel S, Paudel ML, Ensrud KE, et al. Circadian activity rhythms and risk of incident dementia and mild cognitive impairment in older women. Ann Neurol 2011;70(5):722-32.

43. Rouch I, Wild P, Ansiau D, Marquie JC. Shiftwork experience, age and cognitive performance. Ergonomics 2005;48(10):1282-93.

44. Launer LJ. The epidemiologic study of dementia: a life-long quest. Neurobiol Aging 2005;26(3):335-40.

45. European Commission Employment, Social Affairs & Inclusion. Working conditions - working time directive 2015 [Internet]. Brussels: European Commision [cited 2015 May 05]. Available from: http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=706&langId=en&intPageId=205.

46. Aydın ZD. Toplum ve birey için sağlıklı yaşlanma: yaşam biçiminin rolü. S D Ü Tıp Fak Derg 2006;13(4):43-8.

47. Garcia-Huidobro D, Puschel K, Soto G. Family functioning style and health: opportunities for health prevention in primary care. Br J Gen Pract 2012;62(596):198-203.

48. Ciao AC, Accurso EC, Fitzsimmons-Craft EE, Lock J, Le Grange D. Family functioning in two treatments for adolescent anorexia nervosa. Int J Eat Disord 2015;48(1):81-90.

49. Angley M, Divney A, Magriples U, Kershaw T. Social support, family functioning and parenting competence in adolescent parents. Matern Child Health J 2015;19(1):67-73.

50. Cruz-Salmeron VH, Martinez-Martinez ML, Garibay-Lopez L, Camacho-Calderon N. Comparison of family functioning profile in adolescents with and without drug-dependency in a high school. Atencion Primaria 2011;43(2):89-94.

51. Atar AÖ, Yalçın Ö, Uygun E, Demirci AÇ, Erdoğan A. Madde kullanım bozukluğu olan ergenlerde aile işlevlerinin, çift uyumunun ve anne baba tutumunun değerlendirilmesi. Arch Neuropsychiatr 2016;53(1):38-44.

52. Guzy G, Polczyk R, Szpitalak M, Vernon H. Age moderates the relationships between family functioning and neck pain/disability. PloS One 2016;11(4):e0153606. doi:10.1371/journal.pone.0153606.

53. Atkin AJ, Corder K, Goodyer I, Bamber D, Ekelund U, Brage S, et al. Perceived family functioning and friendship quality: cross-sectional associations with physical activity and sedentary behaviours. The International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity 2015;12:23. doi: 10.1186/s12966-015-0180-x.

EKLER

Ek 1

T.C. TRAKYAÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI
BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU Edirne, Türkiye

ARAŞTIRMA BAŞVURUSU ONAYIBAŞVURU BİLGİLERİ	PROTOKOL KODU	TÜTF-BAEK 2015/226	
	PROTOKOL ADI	Trakya Üniversitesi Sağlık Çalışanlarının Aile Fonksiyonunun Değerlendirilmesi"	
	SORUMLU ARAŞTIRICI ÜNVANI / ADI	Doç. Dr. Serdar ÖZTORA	
	ARAŞTIRMA MERKEZİ		
	DESTEKLEYİCİ		
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	Tek Merkez Ulusal	Çok Merkez Uluslararası

KARAR BİLGİLERİ	**Karar No: 01/03** **Tarih:13.01.2016**
	Fakültemiz Aile Hekimliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Doç. Dr. Serdar ÖZTORA'nın sorumluluğunda yapılması planlanan ve yukarıda başvuru bilgileri verilen Araş. Gör. Engin Cabbar ÇEÇEN'in tez çalışmasının araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş araştırmaya ilişkin giderlerin gönüllüye ve/veya bağlı bulunduğu sosyal güvenlik kurumuna ödetilmediği koşullarda ve veri toplanacak yerlerden gerekli izinler alındıktan sonra gerçekleştirilmesinde etik bilimsel standartlar açısından sakınca bulunmadığına mevcudun oy birliği ile karar verilmiştir.
ETİK KURUL BİLGİLERİ	
ÇALIŞMA ESASI	Helsinki Bildirgesi, İyi Klinik Uygulamalar Kılavuzu, TÜTF-BAEK Yönergesi

ÜYELER

Ünvan/Ad/ Soyadı	Uzmanlık Dalı	Kurumu	Cinsiyeti	İlişki(*)	Katılım (**)	İmza
Prof. Dr. Ülfet VATANSEVER ÖZBEK Başkan	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	T.Ü.T.F Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları A.D	K	E☐ H☐	E☐ H☐	
Yrd. Doç. Dr. Esin KARLIKAYA Başkan Yardımcısı	Tıp Tarihi ve Etik	T.Ü.T.F. Tıp Tarihi ve Etik A.D.	K	E☐ H☒	E☒ H☐	
Prof. Dr. Ç. Hakan KARADAĞ Üye	Tıbbi Farmakoloji.	T.Ü.T.F Tıbbi Farmakoloji A.D	E	E☐ H☒	E☒ H☐	
Yrd. Doç. Dr. F. Nesrin TURAN Üye	Biyoistatistik	T.Ü.T.F. BiyoistatistikA.D.	K	E☐ H☐	E☐ H☐	
Yrd. Doç. Dr. Hilmi TOZKIR Üye	Tıbbi Genetik	T.Ü.T.F. Tıbbi Genetik A.D.	E	E☐ H☒	E☒ H☐	
Prof. Dr. Hasan ÜMİT Üye	İç Hastalıkları	T.Ü.T.F. İç Hastalıkları A.D.	E	E☐ H☐	E☐ H☐	
Prof. Dr. Selma Arzu VARDAR Üye	Fizyoloji	T.Ü.T.F. Fizyoloji A.D.	K	E☐ H☒	E☒ H☐	
Doç. Dr. Salim DÖNMEZ Üye	İç Hastalıkları	T.Ü.T.F. İç Hastalıkları A.D.	E	E☐ H☒	E☒ H☐	
Prof. Dr. Muzaffer ESKİOCAK Üye	Halk Sağlığı	T.Ü.T F. Halk Sağlığı A.D.	E	E☐ H☒	E☒ H☐	
Prof. Dr. Koray ELTER Üye	Kadın Hastalıkları ve Doğum	T.Ü.T.F. Kadın Hastalıkları ve Doğum A.D.	E	E☐ H☐	E☐ H☐	
Yrd. Doç. Dr. Rugül KÖSE ÇINAR Üye	Ruh Sağlığı ve Hastalıkları	T.Ü.T.F. Ruh Sağ. ve Has. A.D.	K	E☐ H☒	E☐ H☐	
Doç. Dr. Sevtap HEKİMOĞLU ŞAHİN Üye	Anestezi ve Reanimasyon	T.Ü.T.F. Anestezi ve Reanimasyon A.D.	K	E☐ H☒	E☒ H☐	
Doç. Dr. Atakan SEZER Üye	Genel Cerrahi	T.Ü.T.F. Genel Cerrahi A.D.	E	E☐ H☐	E☐ H☐	
Prof. Dr. Berkan DEMİRAL Üye		T.Ü. İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi	E	E☐ H☒	E☒ H☐	
Avukat Baki KURNAZ Üye		T.Ü. Rektörlüğü	E	E☐ H☒	E☒ H☐	

*Araştırma ile ilişki
**Toplantıda Bulunma

Prof. Dr. Nurettin AYDOĞDU
Dekan a.
Dekan Yrd.

Ek 2

T.C.

TRAKYA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

TRAKYA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ SAĞLIK ÇALIŞANLARININ AİLE FONKSİYONUNUN ARAŞTIRILMASI

Arş. Gör. Dr. Cabbar Ertuğrul Çeçen

Danışman:
Doç. Dr. Serdar Öztora

Tıpta Uzmanlık Tezi Anket Çalışması

Sayın katılımcı;

Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı olarak "Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi sağlık çalışanlarının aile fonksiyonunun araştırılması" amacıyla hazırladığımız bu çalışmaya katılmanızı rica ediyoruz. Çalışmamızın amacı Trakya Üniversitesi sağlık çalışanlarının, çalışma koşulları ve bu koşulların aile dinamiklerine etkisini ortaya koymaktır. Çalışmaya katılmak zorunlu olmayıp katılıp katılmamaktan dolayı herhangi bir ödül ya da ceza ile karşılaşmayacaksınız. Vermiş olduğunuz bilgiler yalnızca bilimsel araştırma amacıyla kullanılacak olup, hiçbir şekilde kimlik bilgilerinizle ilişkilendirilmeyecek ve tamamen gizli tutulacaktır.

ANKET NO:

1- Yaşınız:

2- Cinsiyetiniz:

   1) Erkek
   2) Kadın

3- Eğitim durumuz nedir?

   1) Lise
   2) Üniversite
   3) Yüksek lisans ve üzeri

4- Medeni haliniz nedir?

   1) Bekar
   2) Evli
   3) Dul
   4) Boşanmış

5- Son 3 aydır sizinle birlikte aynı evde yaşayan siz hariç kaç kişi var? .....

6- Son 3 aydır sizinle birlikte yaşayan kişileri tanımlayabilir misiniz?

   1) Eşim
   2) Çocuğum ya da çocuklarım (sayısı): .....
   3) Annem
   4) Babam
   5) Kardeşim ya da kardeşlerim (sayısı): .....
   6) Eşinizin annesi
   7) Eşinizin babası
   8) Eşinizin kardeşi ya da kardeşleri (sayısı): .....
   9) Diğer: .....

7- Evde sizinle yaşayan aile bireylerinden boşanan veya ayrı yaşayan var mı?

   0) Yok 1) Var

8- Sizinle beraber yaşayan çocuklarınız var ise yaşlarını yazabilir misiniz?

   .....

9- Sizinle beraber yaşayanlardan bakıma muhtaç olan birisi var mı?

   0) Yok 1) Var

10- Eviniz kaç odadan oluşuyor?

   1) 1+1 2) 2+1 3) 3+1 4) 4+1 5) 5 ve üzeri

11- Aylık toplam hane geliriniz nedir? .....……..... TL

12- Evde beslediğiniz bir evcil hayvan var mı? Var ise lütfen belirtiniz?

   0) Yok 1) …… 2) ……

13- Mesleğinizi kaç yıldır yapıyorsunuz? .....

14- Kaç yıldır bu hastanede çalışıyorsunuz? .....

15- Bu hastanedeki göreviniz nedir?

1) Doktor 2) Hemşire 3) Ebe 4) Laboratuvar teknisyeni

5) Biyolog 6) Röntgen teknisyeni 7) Tıbbi sekreter 8) Sağlık teknisyeni

9) Diğer : ……..

16- Bu hastanedeki son 3 ayki çalışma şeklinizi lütfen belirtiniz?

1) Sadece mesai yapıyorum (08:00– 17:00)
2) Mesai yapmadan sadece nöbet tutuyorum.
   (Lütfen bir ayda kaç saat nöbet tuttuğunuzu belirtiniz): .....
3) Tam zamanlı mesai yapıyorum (08:00-17:00), hem de nöbet tutuyorum.
   (Lütfen bir ayda kaç saat nöbet tuttuğunuzu belirtiniz): .....
4) Bunların dışında bir çalışma şekliniz var ise lütfen açıklar mısınız?
   .....

17- Son 3 aydır mesai dışında mesleğinizle ilgili haftada kaç saat çalışma yapıyorsunuz?
(Birden fazla seçeneği işaretleyebilirsiniz)

1) Telefon görüşmesi: .....
2) Okuma, araştırma, sunum hazırlama: .....
3) Seyahat etmek: .....
4) Kongre, seminer, panel gibi faaliyetlerde bulunmak: .....
5) Diğer (lütfen açıklayınız): .....

18- Herhangi bir hobiniz var mı?

0) Yok
1) Var ise lütfen ne olduğunu ve haftada kaç saatinizi ayırdığınızı belirtiniz:

19- Herhangi bir kronik hastalığınız var mı?

0) Yok
1) Var (lütfen belirtiniz): .....

20- Sigara içiyor musunuz?

0) İçmiyorum, daha önce hiç içmedim.

1) İçmiyorum, bıraktım: Ne kadar süre içtiniz? ..... Ne zaman bıraktınız? …….

2) Evet, içiyorum: Kaç adet/gün? .....…… Kaç yıldır? ……..

21- Alkol tüketiyorsanız günlük miktarını belirtiniz?

0) Tüketmiyorum

1) Haftada ..... gün, ... kadar (miktar), …… (cinsi) içiyorum.

22- Madde kullanımınız var mı?

0) Hiç kullanmadım

1) Kullanmıyorum, bıraktım: Hangi maddeyi kullandınız? .....

Ne kadar süre kullandınız? ..... Ne zaman bıraktınız? .....…….

2) Evet, kullanıyorum: Hangi maddeyi/ maddeleri kullanıyorsunuz? .....…….

Ne kadar süredir? .....……..

23 - 27. Sorulara lütfen size en uygun gelen sayıyı işaretleyiniz.

	Neredeyse hiçbir zaman	Bazen	Neredeyse her zaman
23- Bir sorunum olduğunda, ailemden yardım alabiliyor olmamdan memnunum	0	1	2
24- Ailemin benimle konuşma ve problemleri paylaşma şeklinden memnunum	0	1	2
25- Ailemin yeni etkinliklere katılma veya yönelme isteklerimi kabul etmesi ve desteklemesinden memnunum	0	1	2
26- Ailemin kızgınlık, üzüntü ve aşk gibi duygularıma ilgi ve tepki gösterme şeklinden memnunum	0	1	2
27- Ailemle birlikte vakit geçirme şeklimizden memnunum	0	1	2