



**T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI**

**KRONİK HASTALIĞI OLAN KİŞİLERİN SOSYAL
DESTEK DÜZEYLERİ İLE GENEL SAĞLIK
DURUMLARI ARASINDAKİ İLİŞKİ**

UZMANLIK TEZİ

Dr. Kumru Müjgan Özdemir

Antalya, 2023



**T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI**

**KRONİK HASTALIĞI OLAN KİŞİLERİN SOSYAL
DESTEK DÜZEYLERİ İLE GENEL SAĞLIK
DURUMLARI ARASINDAKİ İLİŞKİ**

UZMANLIK TEZİ

Dr. Kumru Müjgan Özdemir

Tez Danışmanı: Prof. Dr. Melahat AKDENİZ

“Kaynak gösterilerek tezinden yararlanılabilir”

Antalya, 2023

TEŞEKKÜR

Aile Hekimliği uzmanlık eğitimim süresince bilgi, tutum ve becerilerimin gelişmesinde emeği geçen, meslek etiğine özeni ve özverili çalışması ile bize örnek olan, hekimliğin sadece hasta muayene etmek olmadığını öğreten, tecrübeleriyle yolumu aydınlatan, tez çalışmasının her aşamasında gösterdiği desteklerinden dolayı değerli hocam ve tez danışmanım Prof. Dr. Melahat AKDENİZ'e, bilgi ve tecrübeleriyle desteklerini esirgemeyen değerli hocam Dr. Öğr. Üyesi Hasan Hüseyin AVCI'ya,

Beraber çalıştığım Aile Hekimliği Anabilim Dalı hekim arkadaşlarıma, asistanlık sürecinin her gününü birlikte geçirdiğimiz eş kıdemlerime ve Anabilim Dalının demirbaşları kıymetli çalışma arkadaşlarım Mine KOCAGÖZ ve Arzu AYDEMİR'e,

Üniversite hayatımdan bu yana harika dostluklarıyla yanımda olan Dr. Gülsüm KARATAŞ'a, Dr. Damla BİÇER'e, Dr. Ezgi DEMİRHAN'a,

Tüm kararlarımda desteklerini esirgemeyen, bugünlere gelmemi sağlayan, hayatım ve tıp eğitimim boyunca her türlü zorlukta ve başarıda yanımda olan, haklarını hiçbir zaman ödeyemeyeceğim annem Öznur ÖZDEMİR'e, babam Gökhan ÖZDEMİR'e, kardeşlerim Sumru ÖZDEMİR'e ve Aden ÖZDEMİR'e,

Bu yolculukta edindiğim, beni ben yapan tüm hayat tecrübelerime,

En içten duygularıyla teşekkürlerimi sunarım...

İÇİNDEKİLER

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	iv
ÇİZELGELER DİZİNİ	v
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	vi
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	4
2.1. Sosyal Destek.....	4
2.1.1. Sosyal Destek Kavramı.....	4
2.1.2. Sosyal Destek Türleri.....	5
2.1.3. Sosyal Destek Kaynakları	7
2.1.4. Sosyal Destek Modelleri	8
2.1.5. Algılanan Sosyal Destek Kavramı	9
2.1.6. Sosyal Destek ve Sağlık.....	10
2.2. Kronik Hastalıklar.....	12
2.2.1. Kronik Hastalıkların Epidemiyolojisi	13
2.2.2. Türkiye’de Kronik Hastalıklar	14
2.2.3. Kronik Hastalıkların Önemi.....	15
2.2.4. Kronik Hastalıklarda Sosyal Desteğin Önemi	16
2.3 Diyabet ve Sosyal Destek	17
2.4. Kardiyovasküler Hastalıklar ve Sosyal Destek.....	18
2.5. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAH) ve Sosyal Destek.....	19
2.6. İnme ve Sosyal Destek.....	19
2.7. Kanser ve Sosyal Destek.....	20
3. GEREÇ VE YÖNTEM	22
3.1. Araştırmanın Yeri	22
3.2. Araştırmanın Tipi.....	22

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	22
3.4. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri	22
3.5. Araştırmadan Çıkarılma Kriterleri.....	23
3.6. Araştırmanın Tasarımı ve Kullanılan Ölçekler.....	23
3.6.1. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği.....	23
3.6.2. Kısa Semptom Envanteri (KSE)	24
3.7. Etik Kurul Onayı.....	24
3.8. Verilerin İstatistiksel Analizi	24
4. BULGULAR	26
5. TARTIŞMA.....	45
5.1. Kronik Hastalığı Olan Bireylerin Sosyodemografik Özelliklerinin ve ÇBASDÖ Puanlarının Değerlendirilmesi	45
5.2. Kronik Hastalığı Olan Bireylerin KSE Puanlarının Değerlendirilmesi..	48
5.3. Kronik Hastalığı Olan Bireylerin Sosyal Destek Düzeyleri ile Genel Sağlık Durumu Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi	51
6. SONUÇLAR	53
7. ÖNERİLER	55
8. KAYNAKLAR.....	56
9. ÖZET	68
10. ABSTRACT	70
11. EKLER	72

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

ABD	Amerika Birleşik Devletleri
CDC	Centers for Disease Control and Prevention
ÇBASDÖ	Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği
DALY	Disability Adjusted Life Years
DM	Diabetes Mellitus
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
IEA	Uluslararası Epidemiyoloji Derneği
KOAH	Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı
KSE	Kısa Semptom Envanteri
NCHS	National Center for Health Statistics
SPSS	Statistical Package for The Social Sciences
SS	Standart sapma
TÜİK	Türkiye İstatistik Kurumu

ÇİZELGELER DİZİNİ

Çizelge 4.1. Katılımcıların demografik özellikleri	26
Çizelge 4.2. Katılımcıların genel özellikleri	27
Çizelge 4.3. Kronik hastalıklara sahip olma durumu.....	28
Çizelge 4.4. Yaş ve kronik hastalık ölçümlerinin incelenmesi	29
Çizelge 4.5. Ölçeklerin alt boyut puanlarının incelenmesi	30
Çizelge 4.6. Demografik özelliklere göre sosyal destek düzeylerinin incelenmesi	32
Çizelge 4.7. Katılımcıların yaş, kronik hastalık yılı ve kronik hastalık sayılarına göre sosyal destek düzeylerinin incelenmesi	33
Çizelge 4.8. Hastalıklara göre sosyal destek düzeylerinin incelenmesi	34
Çizelge 4.9. Hastalıklara göre sosyal destek düzeylerinin incelenmesi	35
Çizelge 4.10. Demografik özelliklere göre KSE düzeylerinin incelenmesi	37
Çizelge 4.11. Hastalıklara göre KSE düzeylerinin incelenmesi	39
Çizelge 4.12. Hastalıklara göre KSE düzeylerinin incelenmesi	40
Çizelge 4.13. Katılımcıların yaş, kronik hastalık yılı ve kronik hastalık sayılarına göre KSE düzeylerinin incelenmesi	41
Çizelge 4.14. Katılımcıların sosyal destek ve KSE düzeyleri arasındaki ilişkilerin incelenmesi.....	42
Çizelge 4.15. Katılımcıların sosyal destek ve KSE düzeyleri arasındaki ilişkilerin modellenmesi	44

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 4.1. Katılımcılarda var olan kronik hastalıklar	28
Şekil 4.2. Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği puanları.....	30
Şekil 4.3. KSE ölçeği puan dağılımları.....	30



1. GİRİŞ VE AMAÇ

İnsan toplum içinde yaşayan sosyal bir varlıktır. Yaşamını sürdürürken diğer insanlara ihtiyaç duymaktadır. Sosyal destek, kişinin ihtiyacı olduğunda çevresindeki kişilerden gelen duygusal, bilgilendirici veya pratik yardım anlamına gelmektedir. Aile üyeleri, arkadaşlar veya iş arkadaşları gibi kişiler bu sosyal desteğin kaynağı olabilmektedir (1). Algılanan sosyal destek ise kişinin başkaları tarafından sevildiğini, önemsendiğini ve saygı duyulduğunu bilmesi, kendi değerinin farkında olması olarak tanımlanmaktadır. Çevresindeki kişilerle birlikte bir sosyal ağı parçası olduğu algısı veya deneyimi olarak da açıklanmaktadır (2). Bireyin algıladığı sosyal destek yetersizliği kişinin fiziksel ve ruhsal sağlığını olumsuz yönde etkileyerek sorunlarla baş etme mücadelesini zorlaştırmaktadır (3).

Kronik hastalıklar olarak da bilinen bulaşıcı olmayan hastalıklar genetik, fizyolojik, çevresel faktörlere bağlı olarak oluşan ve uzun süreli devam eden hastalıklardır. Tüm dünyada başta gelen bulaşıcı olmayan hastalık türleri kardiyovasküler hastalıklar, kanserler, kronik solunum yolu hastalıkları ve diyabettir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) verilerine göre bulaşıcı olmayan hastalıklar nedeniyle her yıl 41 milyon insan ölmektedir, bu da dünyadaki tüm ölümlerin %74'üne denk gelmektedir (4). Ülkemizde ise bu oran %90'lara kadar çıkmaktadır. Bunlar arasında ilk sırada kardiyovasküler hastalıklar yer almaktadır. Bu sırayı serebrovasküler olaylar, kanserler, kronik solunum yolu hastalıkları, diyabet takip etmektedir (5).

DSÖ, 1940'ların başlarında, sağlığın çok boyutlu bir tanımını yapmış ve sağlığı yalnızca hastalık veya sakatlığın olmayışı değil, fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik hali olarak tanımlamıştır (6). Bireyin yaşamını rahat ve sağlıklı bir şekilde idame ettirmesinde bu üç ögenin etkin bir düzeyde olması gerekmektedir.

Kronik hastalıklarla birlikte ortaya çıkan fizyolojik, sosyal ve psikolojik sorunlar kronik hastalıkların yönetimini güçleştirmektedir. Bu sorunlarla baş edilemediğinde hastaların sağlığında birçok sorun meydana gelmektedir (7). Aile, arkadaşlar ve sağlık sunucuları tarafından sağlanan sosyal destek, hastalık

semptomlarının ortaya çıkardığı fiziksel ve ruhsal stresi azaltarak ya da dengeleyerek hastaların daha çabuk iyileşmesini sağlamaktadır. Böylece hastalığa ve tedaviye uyumu olumlu yönde etkileyebilmektedir (8).

Kronik hastalıklarla mücadelede sosyal desteğin önemi büyüktür. Young ve arkadaşlarının 2020 yılında Tip 2 diyabet tanılı hastalarla yaptığı bir çalışmada hastaların algıladıkları sosyal destek düzeyi arttıkça diyabet yönetiminin daha iyi olduğu bulunmuştur (9). Barutçu ve Mert 2013 yılında kalp yetersizliği hastalarında sosyal desteğin tedaviye uyumu kolaylaştırdığını, sağlıklı yaşam davranışlarını desteklediğini ve yaşam kalitesinin iyileşmesine katkıda bulunduğunu göstermişlerdir (10). Mallinger, Griggs ve Shields 2006 yılında kanserli hastaların sosyal destek arttıkça yaşamdan daha fazla keyif aldıklarını ortaya koymuşlardır (11).

Sosyal destek ile ilgili literatürde var olan ölçüm araçlarına bakıldığında algılanan ve alınan sosyal desteği değerlendirmeyi amaçlayan ölçekler bulunmaktadır. Bunlardan biri Pracidana ve Heller tarafından geliştirilen Aile Destek Ölçeği ve Arkadaş Destek Ölçeğidir (12). Bu araçlar ile algılanan aile ve arkadaş desteklen ayrı ayrı ölçülmektedir. Bir diğeri hastalık sebebiyle yakınlarına bakım verenlerin sağladıkları sosyal destek düzeyini ölçen ve Sosyal Destek Veren Davranışlar Envanteri'ne dayanarak bakım verenler için uyarlanan Verilen Sosyal Destek Ölçeğidir (13). Bu çalışmada kullanılacak olan Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ) ise bireylerin aile, arkadaş ve özel bir insan olmak üzere üç farklı kaynaktan aldıkları sosyal desteğin yeterliliğini değerlendirmeleri amacıyla geliştirilmiş bir ölçektir. Zimet ve arkadaşları tarafından 1988 yılında geliştirilmiştir. Ölçeğin Türkiye'deki adaptasyonu ve geçerlik güvenirlik çalışmaları Eker ve Arkar tarafından 1995 yılında yapılmış ve 2001 yılında Eker ve arkadaşları tarafından geçerlik güvenirliği tekrarlanmıştır (14). Toplam 12 maddeden oluşan likert tipi bir ölçektir.

Kısa semptom envanteri (KSE) Derogatis tarafından geliştirilen, Şahin ve Durak tarafından 1994 yılında Türk toplumuna uyarlanarak geçerlilik ve güvenirlik çalışmaları yapılan, kişilerin kendi sağlık durumlarını nasıl algıladıklarını ölçen bir ölçektir (15,16). Likert tipi soruların olduğu 53 soruluk bir ölçektir.

Ölçeklerle ilgili daha ayrıntılı bilgi materyal ve yöntem kısmında verilmiştir.

Bu araştırma Akdeniz Üniversitesi Aile Hekimliği polikliniğine başvuran, çalışmaya katılmayı kabul eden ve onam veren 18 yaş üzeri kronik hastalığı olan kişilerin algıladıkları sosyal destek düzeyi ile genel sağlık durumları arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi amacıyla planlanmıştır. Bu araştırmanın kronik hastalığı olan kişilerin algıladıkları sosyal destek düzeyi ile genel sağlık durumları arasındaki ilişki belirlenerek bu konuda literatüre katkı sağlanacağı ön görülmektedir. Kronik hastalığa sahip bireylerin genel sağlık durumlarının arttırılmasına yönelik yeni yaklaşımlar geliştirilebileceği düşünülmektedir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Sosyal Destek

2.1.1. Sosyal Destek Kavramı

Son 30 yıldır, sosyal destek kavramı bir baş etme kaynağı ve hastalıklara karşı koruyucu olarak büyük ilgi uyandırmaktadır. İnsan hayatında önemli yeri olan bu kavram için birçok tanım yapılmıştır. Sosyal destek kavramı ilk olarak XX. yüzyılın başlarında Emile Durkheim ile anılmaya başlanmış olup, Emile Durkheim toplumla bütünleşmeyen ve sosyal açıdan eksik kalan kişilerin intihara meyilli olduğunu belirtmiştir (17). Literatürde sosyal desteği açıklamaya çalışan birçok çalışma vardır. Yapılan tanımlamalara bakıldığında, Sarason ve arkadaşlarına göre sosyal destek, bireyin bir sorunla karşılaştığında ya da duygusal olarak rahatlamak istediğinde, yakın çevresinde bulunan insanlardan alabileceği yardımlar bütünü olarak tanımlanmaktadır (18). Shumaker ve Brownell'a göre sosyal destek, destek alıcı ve destek sağlayıcı olmak üzere iki birey arasındaki etkileşim yoluyla alıcının, edindiği destek sayesinde, kendisini daha iyi hissetmesinin sağlanmasıdır (19). Cohen ve Wills'e göre sosyal destek, bireyin çevresindekiler tarafından kendisine değer verilme, güvenilme, saygı duyulma gibi ihtiyaçlarının sonucunda ortaya çıkar ve birey bu destek sayesinde kendini özel hisseder (20).

Jung'a göre ise sosyal destek, bireylerin karşılaştıkları sorunlarda yakın çevreleriyle etkileşimleridir (21). Flaherty ve Richman, yakın çevre içerisindeki bireylerin birbirleriyle sosyal olarak etkileşimleri olarak tanımlamaktadır (22). Lepore ve arkadaşları tarafından sosyal destek; bireylerin sevildiklerine, korunduklarına inandıkları, önemli buldukları bir sosyal gruba ve sisteme bağlı olmaları şeklinde tanımlanmıştır (23). Winemilller ve arkadaşları ise sosyal desteği, algılanan sosyal destek, destekten alınan doyum, çevresel yapı ve sosyal desteğin işlevselliği gibi önemli öğelerin birleşimi şeklinde tanımlamıştır (24).

Barrera'ya göre sosyal destek en genel tanımıyla çevresi tarafından bireye yapılan yardımdır. Ona göre; stres, sıkıntı, kriz gibi psikolojik hassasiyet döneminde olduğu zamanlarda birey, aile üyelerine ve arkadaşlarına ihtiyaç

duymaktadır ve onların desteğini görmek istemektedir. Yakınlardan sağlanan bu destek ağı bireyin sağlığına önemli katkıda bulunmaktadır (25).

Yapılan tanımlardan anlaşılacağı üzere sosyal destek sosyal iletişim ve etkileşim sonucu ortaya çıktığı için kesin ve net bir tanım yapmak zordur (1). Sosyal desteğe ilişkin bu tanımlamalara bakıldığında sosyal destek; her türlü yaşam durumunda her bir birey açısından gereksinime yönelik doyumun sağlanmasında olduğu gibi biyo-psiko-sosyal iyilik halinin güçlenmesi, korunması ve devamının sağlanması bakımından da son derece önemli bir yere sahiptir (26).

Sosyal destek konusunda, bireyin özellikle zor durumlarında, örneğin kronik hastalık durumlarıyla, bireyin yaşamış olduğu stresli ve psikolojik durumlarıyla bir ilişki kurulduğu görülmektedir (27,28). Bunun yanında sosyal desteğin yaşam doyumuna ve bireyin genel iyilik haline etkisinin ele alındığı görülmektedir. Özellikle son zamanlarda sosyal destek üzerine yapılan araştırmalara bakıldığında, sosyal desteğin bireyin genel iyilik haline vurgu yapan araştırmalara rastlanmaktadır (29,30).

İyi yapılandırılmış sosyal ilişkiler ve güçlü destekleyici ağlar, bireyin işyerindeki, evdeki ve toplumdaki sağlığını iyileştirmektedir. Sosyal destek, insanlara ihtiyaç duydukları duygusal ve pratik kaynakları sağlamaktadır. Sosyal iletişim ağı kuran ortak yükümlülükler, insanlara, kendilerini sevilen, saygın ve değer verilen olarak hissettirmektedir. Bu hissiyat sağlıkta güçlü bir koruyucu etkiye sahiptir (31).

2.1.2. Sosyal Destek Türleri

Literatüre baktığımızda sosyal destek türleri, farklı yaklaşımlarla açıklanmıştır. Cohen ve Wills sosyal desteği dört boyutta ele almış ve şöyle açıklamıştır:

Duygusal Destek: Sevgi, ilgi, anlayış gösterme, kabul görme, güven duygularının iletilmesi, koruma, özen gösterme, empati, bir gruba ait olma gibi ihtiyaçları karşılamayı kapsar. Bireyin yaşamında karşılaştığı stres, gerginlik ile baş etmesinde oldukça önemlidir. Değerlilik desteği ya da yakın destek olarak da adlandırılmaktadır.

Araçsal destek: Daha çok somut kavramlar ile sağlanan destek türüdür. Bireyin günlük yaşamda ihtiyaç duyduğu ya da gereksinim zamanında bir başkası tarafından temin edilen para, araç ve gereç yardımı gibi yardımları kapsayan destek araçsal destek türüdür.

Yaygın destek: Boş vakitlerde diğer insanlarla zaman geçirme, eğlenme, rahatlama, sosyal arkadaşlık olarak tanımlanmaktadır. Bu destek şeklinin gruba dahil olma duygusuyla birlikte stresi azalttığı ve başkalarıyla sorunlar hakkında konuşmanın rahatlama sağladığı varsayılmaktadır. Sosyal ilişki desteği olarak da adlandırılmaktadır.

Bilgisel destek: Bilgisel destek, sorun oluşturabilecek ya da mevcut olan olayları tanımlama, sorunu anlama ve sorun ile başa çıkma becerilerini öğretme ve geri bildirim alması gibi problemleri çözmeye yardım edecek bilgi içinde yer alır. Bilişsel rehberlik veya değerlendirme desteği şeklinde de ifade edilmektedir. Herhangi bir sorun ortaya çıktığında sorunun tanımlanması ve anlaşılması için verilen öneriler ve bilgilerdir (20).

Barrera sosyal desteği üç başlık altında ele almıştır:

Sosyal Bağlılık: Bireyin çevresindekilerle kurmuş olduğu ilişkileri ve çevresindekileri anlamlı bulmasıdır.

Eylemlenmiş Sosyal Destek: İhtiyacı olan bireye ihtiyaç anında gösterilen eylemlerdir.

Algılanan Sosyal Destek: Bilişsel bir değerlendirme yaparak çevredeki kişilerle güvenilir ilişkilerin olduğuna inanılmasıdır (25).

Jacobson ise sosyal desteği üç başlık altında incelemiştir:

Bilişsel Destek: Çevreden verilen bilgi ve önerileri dikkate almaktır.

Fayda Desteği: Maddi ve araçsal destekleri çevreden sağlayabilmektir.

Duygusal Destek: Kişinin sevildiğine, saygı gördüğüne, önemsendiğine inanmasıdır (32).

Cutrona ve arkadaşları 1992’de sosyal desteği beş başlık altında toplamıştır:

Bilgilendirici Destek: Olaylar hakkında geri bildirim ve tavsiye içeren bilgilerdir.

Duygusal Destek: Sempati, güven, empati, şefkat ve endişe gibi kavramları içinde barındırır. Kişilerin tedavileri sırasında sıkıntı veya umutsuzluk ile

karşılaştıklarında şefkat gösterme, empati yapma ve cesaret verme duygusal desteğe örnek olarak gösterilebilir.

Saygı Desteği: Bireyin özsel değerini, yeteneğini, becerisini iletmeye yardımcı olan araçtır.

Sosyal Ağ Desteği: Kişinin benzer duygu, düşünce, fikirlere sahip gruba dâhil olma duygusunu iletmeye yardımcı olan araçlardır.

Somut Destek: İhtiyaç olan fiziksel araç gereçleri, maddi yardımları sağlamaktır. Bireyin sağlıklı davranışlar sergilemesini mümkün veya daha kolay hale getiren gözlemlenebilir eylemleri yani sağlık hizmeti sağlayıcılarından randevu alma, maddi destek sağlama, insülin enjeksiyonlarına yardım etme gibi belirli görevleri tamamlamasına yardımcı olmayı içerir (33).

2.1.3. Sosyal Destek Kaynakları

Sosyal destek, birey henüz anne karnındayken anneden aldığı destekle hissedilmeye başlamaktadır. Yaşamını devam ettirirken diğer insanlarla sosyal ilişki kurdukça sosyal desteğin kaynakları da genişlemektedir. Yaşam süresi boyunca destek; aile üyelerinden, arkadaşlardan, komşulardan, çalışma arkadaşlarından, akrabalarından ya da toplumda herhangi bir insandan alınarak gelişmektedir. Bu kişilerin her birinin bireye sosyal destek sağlamada rolü vardır (34).

Toplumda en önemli sosyal destek kaynağı ailedir. Aile, bireyin ilk sosyal desteğinin başlatıldığı ve sürdürüldüğü kurumdur (34). Romatizmal hastalığı olan hastalarla yapılan bir araştırmada sosyal destek kaynağının oranları verilmiştir. Bu araştırma sonucunda hastalar, en yüksek oranda desteği %52,2 ile aileden almaktadır (35). Aileler, bireylerin baş etme kapasitelerini ya da savunma mekanizmalarını güçlendirmesinde ve sağlığın hem fiziksel hem sosyal olarak korunmasında gerekli kaynakları sunmaktadır. Aileler bireye ihtiyacı olan sosyal desteği vererek potansiyel aile sağlığını ve dolayısıyla toplumun sosyal sağlığını muhafaza edebilmektedir (34,36). Aileden algılanan sosyal desteğin, depresyon ve kaygı için güçlü koruyucu faktörler olduğu gösterilmiştir (37).

Aile desteği gibi arkadaş desteği de bireyin hayatında oldukça önemlidir. Mahalle arkadaşlıklarından, ilkokul, lise, üniversite ve iş arkadaşlıklarına kadar

her yaşıta kurulan sosyal etkileşim, bütün bireyler için sosyalleşmenin önemli bir parçasıdır. Burke ve Weir arkadaş desteğinden daha fazla doyum sağlayan lise öğrencilerinin daha az stres, daha az psikosomatik şikâyet ve daha az olumsuz duygu gösterdiklerini vurgulamaktadırlar (38).

Tüm bu birimler bireyin sosyal destek kaynaklarını oluşturmakta ve sıkıntı yaşayan ya da zor durumda olan bireye bu zor durumla baş etmesinde, bu duruma uyum sağlamasında ya da olgunlaşmasında önemli rol oynamaktadır.

2.1.4. Sosyal Destek Modelleri

Yapılan sayısız araştırmalar, sosyal desteğin bireylerin fiziksel ve psikolojik sağlıklarına etkileriyle bağlantılı olduğunu göstermiştir. Genel olarak bakıldığında, olumlu sosyal ilişki yoksunluğu endişe ve depresyon gibi olumsuz ruhsal durumlara ve birçok fiziksel rahatsızlığa yol açmaktadır. Bugüne kadar sosyal destek alanında yapılmış olan araştırmalarda üç farklı yaklaşım üzerinde durulmuştur. Bunlar Temel Etki Modeli, Tampon Modeli, Sosyal Destek ve Olumsuz Yaşam Olaylarının Birbirlerinden Ayrı Etkileri Modelidir. Bu bağlamda, sosyal desteğin durum ve şartlara göre kişi üzerinde kimi zaman doğrudan kimi zamansa dolaylı etkilerinin olduğunu söylemek mümkündür (20).

Temel Etki Modeli

Temel etki modeli, sosyal destek ve kişinin sağlığı arasında doğrudan bir ilişki olduğunu ileri sürmektedir. Buna göre kişinin olumlu ve olumsuz olarak deneyimlediği yaşam deneyimlerinden bağımsız olarak sosyal desteğin, kişinin fiziksel ve ruhsal olarak sağlıklı ve iyi hissetmesi üzerinde doğrudan etkisi vardır. Başka bir ifadeyle, kişinin yaşadığı olaylardan bağımsız olarak sosyal destekten mahrum kalması durumlarında fiziksel ve ruhsal anlamda olumsuzlukların ortaya çıkacağı söylenebilmektedir. Bu bağlamda, sosyal destek göremeyen bireylerin sadece bu nedenle dahi fiziksel olarak olumsuzluklar yaşayabileceği belirtilmektedir. Dolayısıyla bireyin ruhsal ve fiziksel hastalıklara yakalanma ihtimali artabilmektedir (20).

Tampon Etkisi Modeli

Tampon etkisi modeline göre ise, sosyal desteğin en önemli işlevi stres unsurlarını ortadan kaldıramasa dahi etkilerini en aza indirerek kişinin sağlığını korumaktır. Buna göre sosyal destek bireyi stresin olumsuz etkilerine karşı korumaktadır. Stres unsurlarının var olmadığı durumlarda, sosyal desteğin olup olmamasının kişinin kendisini sağlıklı ve iyi hissetmesi üzerinde olumsuz bir etkisi bulunmamaktadır. Ancak stres unsurlarının varlığı halinde kişinin edindiği sosyal desteğin, stresin ortaya çıkardığı zararlı etkiler karşısında bu etkileri azaltıcı tampon görevi yapmaktadır. Diğer bir ifadeyle, sosyal destek günlük yaşamda karşılaşılan zorluklar karşısında bir stresle başa çıkma yöntemi olarak görülmektedir (20).

Sosyal Destek ve Olumsuz Yaşam Olaylarının Birbirlerinden Ayrı Etkileri

Sosyal desteğin etkisiyle ilgili üçüncü modelde ise; sosyal desteğin ve olumsuz yaşam olaylarının fiziksel sağlık ve kendini iyi hissetme üzerinde birbirlerinden bağımsız etkilerinin olduğu vurgulanmaktadır (20).

2.1.5. Algılanan Sosyal Destek Kavramı

Sosyal destek, sağlanan sosyal destek ve algılanan sosyal destek şeklinde ikiye ayrılmaktadır. Sağlanan sosyal destek, destek sağlayanlar tarafından bireye verilmiş olan destek şeklinde tanımlanır. Algılanan sosyal destek ise bireyin destek sağlayanların varlığına, yeterliliğine ve güçlü ilişkilerinin olduğuna güvenmesidir (39). Başka bir tanımlamayla bireyin yaşamında önemli yeri olan kişiler tarafından değer verilmesi sonucu bireyin kendini özel hissetmesidir (20). Son yıllarda yapılan sosyal destek araştırmalarında sosyal ilişkilerin yeterince destekleyici olup olmadığı konusunda değerlendirme büyük ölçüde kişinin kendi izlenimlerine, yani algılanan desteğe kaydığı belirlenmiştir (39,40).

Algı, psikoloji ve bilişsel bilimlerde duyuşsal bilginin alınması, seçilmesi, yorumlanması ve düzenlenmesi anlamına gelmektedir. Her bireyin dünyayı, çevresinde olup biteni algılama ve öğrenme biçimi farklıdır (41). Bu nedenle algılanan sosyal destek ile sağlanan sosyal destek arasında farklılık olduğu kabul edilmektedir.

Algılanan sosyal destek, kişinin kendine biçtiği genel değerdir. Başkaları tarafından sevildiğini, sayıldığını, gerektiği zaman yardım bulacağını, ilişkilerinin doyum verici olduğunu düşünen kişinin algıladığı destek fazladır. Bu kişilerin yaşamdan ve sosyal etkileşimlerinden daha fazla doyum aldığı ileri sürülmektedir. Bu nedenle, asıl önemli olanın sağlanan sosyal destekten daha çok algılanan sosyal destek olduğu görülmektedir (40,42).

Algılanan sosyal desteği, sosyal destek kavramından ayıran Sarason (43), algının kişinin sahip olduğu ilişkilerin kalitesi ve yoğunluğu, ayrıca ruhsal eğilimiyle bağlantılı olarak değişiklik gösterebileceğini belirtmektedir. Alınan sosyal destek kişinin gerçekten ne aldığı üzerinde dururken, algılanan sosyal destek ise daha çok kişinin ruhsal durumu ile ilgilidir. Kişinin sahip olduğu olumlu sosyal destek algısının kişide daha az stres, fiziksel ve patolojik soruna neden olduğu sonucuna varılmıştır. Buna göre başkalarından kabul gördüğünü ve destek göreceğini bilen bir kişi potansiyel olumsuz durumlardan bu şekilde düşünmeyen insanlara göre daha az etkilenir. Böylece birey herhangi olumsuz bir durumda strese girmeden sorunu çözme yönünde adımlar atabilmektedir (43).

Algılanan sosyal destek ne kadar yüksek olursa kişi sorunlarla o kadar kolay başa çıkabilmekte, ruhsal açıdan kendini daha sağlıklı ve iyi hissetmektedir. Algılanan sosyal destek düşük olduğu zamanlarda ise birey sosyal izolasyon yaşayıp ruhsal ve fiziksel açıdan olumsuz etkilenmektedir. Sosyal destek sayesinde kişi fiziksel veya ruhsal sorunları oldukça kolay çözmekte; olumsuz durumlara karşı kendini koruyabilmekte ve stres düzeyi azalmaktadır (3,44).

2.1.6. Sosyal Destek ve Sağlık

Genel olarak yakın arkadaşlara, akrabalara, komşulara sahip olan, bu kişilerle iletişimi iyi olan, dini ya da gönüllü çeşitli kuruluşlara katılan kişilerin daha sağlıklı oldukları ve sağlık durumlarını daha iyi korudukları ortaya konulmuştur (45). Zor durumda ya da sıkıntı içinde olan bireyler bu kişilerden aldıkları sosyal destekle sorunlarına çözümler bulmakta, öneriler almakta, dolayısıyla fiziksel ve ruhsal olarak kendini iyi hissetmektedir. Sosyal destek ile sağlık arasındaki bu olumlu ilişki sayesinde sosyal desteği olan bireylerin daha

kolay iyileştiği, yaşam kalitelerinin yükseldiği ve hastalıklarla baş etme güçlerinin daha fazla olduğu çalışmalarla gösterilmiştir (45).

Sosyal çevreden alınan yardım, içeriği ne olursa olsun kişilerin çaresizlik duygularını azaltmakta ve stresle baş etme konusunda kendilerine duydukları güveni artırmaktadır. Sosyal destek, endişe yaratan etmenleri ortadan kaldırmaya bile, bireylerin endişe düzeylerini azaltarak daha iyimser, daha fazla kontrol duygusuna sahip, stresle başa çıkma konusunda daha istekli olmalarına yardım etmektedir. Böylece hastaların, hastalığa psikososyal açıdan uyumu da kolaylaşmaktadır. Bu nedenle sosyal desteğe sahip olan kişiler ruhsal hastalıklara daha az maruz kalmaktadır (46). Bu etkiyi ortaya koyan çalışmalardan biri, Carlson ve arkadaşlarının yaptıkları araştırmadır. Aile içi şiddet tarama müdahalesinin bir parçası olarak 557 kadınla yapılmış araştırmada, depresyon yaşayan kadınların %33,3'ünün, depresyon yaşamayan kadınların ise %84,1'inin sosyal desteğe sahip oldukları saptanmıştır (47).

Sosyal destek, stresi tamponlayarak, duygusal durumları etkileyerek ve/veya davranışları değiştirerek sağlığa doğrudan ya da dolaylı olarak fayda sağlamaktadır. Doğrudan etkiler, bağışıklık sistemi üzerindeki hormonal ve nöroendokrin sistemleri etkileyerek sağlığa yararlı fizyolojik olayları tetikleyerek (örneğin düşük kan basıncı, kalp hızı ve stres hormonları) ortaya çıkmaktadır (28,48). Bu bağlamda sosyal desteğin kan basıncı üzerinde temel etki gösterdiği ve yüksek stresin sistolik kan basıncı üzerindeki etkisini tamponladığını belirten çalışma literatürde mevcuttur (49). Dolaylı etkiler ise, kişinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları geliştirmesine katkı sağlayarak ortaya çıkmaktadır (28).

Sosyal destek bir yandan hastalığa sahip kişilerin daha çabuk iyileşmesini sağlarken, diğer yandan kişiler daha hastalanmadan, hastalığın ortaya çıkmasını engellemekte, sağlıklarını koruyucu etki göstermektedir. Arkadaşlar ya da aile üyeleri arasındaki yardımlaşma sayesinde beden ve zihin üzerindeki stresin zararlı etkileri potansiyel olarak azalmaktadır. Dolayısıyla sosyal destek insanların kendilerini iyi hissetmelerini sağlayarak, hastalık belirtilerinin ve kaygının azalmasına neden olmaktadır. Bireyin bu sıkıntılı hastalık sürecinden en az etkiyle kurtulmasında sosyal desteğin büyük bir etkisi vardır (28).

Yeterli sosyal destek kişilerin, ciddi hastalıklara yakalanmasını azaltmakta ve bu hastalıklardan kaynaklanan ölüm oranlarını da düşürmektedir. Sosyal desteğin fiziksel sağlık sonuçlarına ilişkin yapılan araştırmalarda sosyal desteğin ölüm riskini önemli ölçüde azalttığını ortaya koyan bir meta analiz çalışması literatürde mevcuttur (50). Sosyal destek eksikliğinin koroner kalp hastalığı başlangıcı ve prognozu için bir risk faktörü olduğuna ve azalmış immünolojik fonksiyonla ilişkili olduğuna dair çalışmalar da vardır (51–53). Krohne ve Slangen'nın 2005 yılında yaptıkları bir çalışmada sosyal desteği olan hastaların anksiyetelerinin düşük ve hastanede kalma sürelerinin daha az olduğu bulunmuştur (54). Wu ve arkadaşları ise yaşam kalitesi ile sosyal destek arasında olumlu bir ilişkinin olduğunu ve yaşam kalitesini artırmak için daha fazla sosyal desteğe ihtiyaç olduğunu saptamışlardır (55). Ayrıca, sosyal destek eksikliğinde yaşlılarda mortalite riskinin arttığı ve yeterli sosyal destek alanlarda ise iyileşme ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarında gelişme olduğu belirtilmektedir (56).

2.2. Kronik Hastalıklar

Kronik kelimesi Yunancadaki “Khronos” sözcüğünden gelir ve “zaman” anlamına gelmektedir (57). Uluslararası Epidemiyoloji Derneğinin (IEA) tanımına göre kronik “bir sağlık sorununun haftalar, aylar ya da yıllar boyu varlığını sürdürmesi” anlamına gelmektedir. ABD Ulusal Sağlık İstatistikleri Merkezinin (NCHS) tanımına göre bu süre üç ayın üzerine çıkmış ise kronik adını almaktadır (58). ABD Hastalık Kontrol Merkezi (CDC) tanımına göre “bir yıldan daha uzun süren, sürekli tıbbi gözetim gerektiren ve/veya günlük aktiviteleri kısıtlayan sağlık sorunları” kronik hastalık olarak nitelendirilmektedir (7).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), kronik hastalıklar olarak da bilinen bulaşıcı olmayan hastalıkları genetik, davranışsal ve çevresel birçok faktörün neden olduğu, uzun süreli sağlık sorunları” olarak tanımlamaktadır (4). Kronik hastalıklar, normal fizyolojik fonksiyonlarda yavaş ve ilerleyici bir sapmaya, geri dönüşümsüz değişikliklere neden olmakta ve kişinin günlük yaşam aktivitelerinde sınırlanmalar meydana gelmektedir. Yaşamın uzun bir dönemini kapsayarak sürekli tıbbi bakım ve tedavi gerektirmektedir (57). Kronik hastalıkların genel özellikleri şu şekildedir (59):

- ✓ Kronik hastalıklar genellikle ileri yaşlarda başlar ve yaşam boyu sürer.
- ✓ Tam iyileşmesi mümkün değildir ve bazen kalıcı sakatlıklara neden olur.
- ✓ Diğer kronik durumlara sebep olabilir (örneğin kontrolsüz hipertansiyona bağlı kalp yetmezliği/inme gelişimi gibi).
- ✓ Hastalığa pek çok faktör sebep olabilir. Bu faktörler ile karşılaşma süresi ve miktarı hastalık sürecinde önemlidir.
- ✓ İlerleyen zamanla birlikte tekrarlamalar veya ataklar meydana gelir. Bu hastalığın durumunu daha da kötüleştirir.
- ✓ Hastalığa sebep olan etmen ile karşılaşma ve hastalığın ortaya çıkması arasındaki zaman çok uzun olabilir.
- ✓ Kronik hastalık ile baş etmede tedavi düzenine bağlılık hastalığın iyileşme seyri için önemlidir.
- ✓ Kronik hastalıklar hem hastayı hem ailesini pek çok yönden olumsuz etkiler.
- ✓ Hastalığa sahip birey ve ailelerin sorunlar ile baş etmede gittikçe artan temel sorumlulukları vardır.
- ✓ Kronik hastalıklar ile baş etmede, yaşayarak öğrenme esas olup iş birliği gerektirir.
- ✓ Kronik hastalıklar tanı, tedavi ve rehabilitasyon için maddi kaynak kullanımında artışa neden olur.
- ✓ Kronik hastalıklar kişinin yaşam kalitesini sosyal, ruhsal ve ekonomik yönden etkiler.
- ✓ Hastalar tedavi ve bakım sürecinde hastane ve toplumun desteğine gereksinim duyarlar.

2.2.1. Kronik Hastalıkların Epidemiyolojisi

Birleşmiş Milletler ve Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından 21. Yüzyılda ciddi bir sağlık sorunu olarak bildirilen kronik hastalıklar tüm dünyada ölümlerin önemli nedenleri arasında kabul edilmektedir (4,60). Tanı ve tedavi yöntemlerinin gelişmesi ve koruyucu sağlık hizmetlerinin öneminin artması, yaşam süresinin uzamasını ve pek çok ülkede bulaşıcı hastalıkların kontrol altına alınmasını sağlarken; dünya nüfusunun yaşlanması, hızlı kentleşme sonucu meydana gelen stres ve gelişen teknoloji ile fiziksel aktivitenin azalması, beslenme

alışkanlıklarının değişmesi gibi yaşam şeklindeki değişiklikler kronik hastalıkların insidans ve prevalansında artışa neden olmaktadır (57).

Kronik hastalıkların neden olduğu ölümler, 2000 yılından bu yana dünya genelinde artış göstermektedir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) verilerine göre bulaşıcı olmayan hastalıklar yani kronik hastalıklar nedeniyle her yıl 41 milyon insan ölmektedir, bu da dünyadaki tüm ölümlerin %74'üne denk gelmektedir (4). Önümüzdeki 10 yıl içerisinde kronik hastalıklar nedenli toplam ölüm sayısının, dünya çapında %17 oranında artış göstereceği ve 2030 yılında 52 milyona ulaşacağı öngörülmektedir (5,56,60).

Başlıca kronik hastalıklar kardiyovasküler hastalıklar, kanserler, kronik solunum yolu hastalıkları ve diyabettir. Yılda 17,9 milyon insanın öldüğü kardiyovasküler hastalıklar kronik hastalıklara bağlı ölümlerin büyük bölümünü oluşturmaktadır. Kardiyovasküler hastalıkları sırasıyla kanserler (9,0 milyon), solunum yolu hastalıkları (3,9 milyon) ve diyabet (1,6 milyon) izlemektedir. Bu dört hastalık grubu, tüm erken bulaşıcı olmayan hastalık ölümlerinin %80'inden fazlasını oluşturmaktadır (4).

Tüm yaş gruplarından, bölgelerden ve ülkelerden insanlar bulaşıcı olmayan hastalıklardan etkilenmektedir. Tüm dünyada kronik hastalık ölümlerinin %77'si düşük ve orta gelirli ülkelerdedir. DSÖ'ne göre bulaşıcı olmayan hastalıklara atfedilen tüm ölümlerin yaklaşık %40'ı erken ölüm olarak tanımlanan 30-69 yaş aralığında gerçekleşmektedir. Bu "erken" ölümlerin %85'inin düşük ve orta gelirli ülkelerde meydana geldiği tahmin edilmektedir (4).

2.2.2. Türkiye’de Kronik Hastalıklar

Kronik hastalıklar gelişmekte olan ülkelerde demografik geçişler ve değişen yaşam tarzları nedeniyle hızla artmaktadır (61). Türkiye’de de geçtiğimiz 50 yıl içinde doğumda beklenen yaşam süresi 30 yıl artmış, 41 yıldan 71 yıla yükselmiştir. Bunun sonucu 65 yaş ve üzeri kişilerin oranı iki katına yakın artış göstermiştir. Ortalama yaşam süresinin uzaması sonucu toplumda yaşlı nüfusun oranı ve kronik hastalıkların sıklığı artmaktadır. Dolayısıyla ülkemizde de kronik hastalıklar başta gelen ölüm nedeni olarak dikkat çekmeyi sürdürmektedir (62).

DSÖ tarafından 2022 yılında yayınlanan kronik hastalıkların gelişim durumunu gösteren raporda Türkiye’de kronik hastalıklar nedenli ölümlerin tüm ölümlerin %90’ını oluşturduğu, bu ölümlerin de %16’sının erken ölüm olduğu bildirilmiştir (63). Bunlar arasında ilk sırada kardiyovasküler hastalıklar yer almaktadır. Bu sırayı serebrovasküler olaylar, kanserler, kronik solunum yolu hastalıkları, diyabet takip etmektedir (5). Türkiye İstatistik Kurumu’nun (TÜİK) 2019 verilerine göre Türkiye’deki ilk üç ölüm nedeni sırasıyla; kardiyovasküler hastalıklar (tüm ölümlerin %36.8’i), tümörler (%18.4), solunum sistemi hastalıklarıdır (%12.9). Yine bu verilere göre ülkemizde 15 yaş üstünde kardiyovasküler hastalık sıklığı %7.2, inme sıklığı %0.8, KOAH sıklığı %7.1 olarak bildirilmiştir (64).

2.2.3. Kronik Hastalıkların Önemi

Ortalama yaşam süresinin artmasıyla birlikte demografik açıdan toplumdaki yaşlı nüfus oranı artmaktadır. Artan yaşlı nüfus morbidite ile mortalitesi yüksek olan kronik hastalıkları da beraberinde getirmektedir. Kronik hastalıklar, ölümle sonuçlanabilmeleri, yaşam kalitesini olumsuz etkilemeleri ve sağlık harcamalarında aşırı artışlara neden olmaları sebebiyle halk sağlığı açısından önemli bir yere sahiptir. Hem dünya genelinde hem de Türkiye’de 21. yüzyılda insanların önündeki en önemli sağlık sorunlarından birinin kronik hastalıklar olduğu dikkat çekmektedir (65).

Kronik hastalıklar yalnızca ölümle sonuçlanabilmeleri açısından değil, oluşturdukları hastalık yükü nedeniyle de toplumlar için önde gelen sorunlardan biridir. Bu konuda yapılan çalışmalara bakıldığında, 2018 yılında yayınlanan Küresel Hastalık Yükü Çalışmasına göre 1990-2017 yılları arasında bulaşıcı hastalıklara bağlı hastalık yükü %41,3 azalmış; buna karşın bulaşıcı olmayan hastalık yükü %40,1 artmıştır. Yine bu çalışmaya göre, 2017 yılında küresel düzeyde en çok hastalık yükü oluşturan beş hastalıktan üçü (iskemik kalp hastalığı, inme ve KOAH) bulaşıcı olmayan hastalıktır (66).

Ölümlerin çoğunu oluşturan kronik hastalıklar, engellilik ve sağlık bakımı maliyetlerinin artmasına neden olmaktadır. Yüksek prevalansı ve devamlı bakım gereksinimi nedeniyle topluma ve sağlık sistemine ciddi yük getirmektedir.

ABD'de kronik hastalıklar ile ilişkili sağlık harcamalarının 2030 yılına kadar 42 trilyon ABD dolarının üzerine çıkacağı; tıbbi harcamalar ve üretkenlik kaybının ise kişi başına 8.600 ABD dolarına mal olacağı tahmin edilmektedir (67).

Küresel Sağlık Riskleri Raporu'na ve ülkemizde yapılan Ulusal Hastalık Yüğü araştırmasına göre kronik hastalıkların önlenmesinde esas olan önlenabilir, kontrol edilebilir ve değiştirilebilir olan yaşam tarzı riskleri olduğuna dikkat çekilmektedir. Kronik hastalıkların gelişimine öncülük eden temel risk faktörleri; fiziksel hareketsizlik, sigara kullanımı, sağlıklı beslenme ve alkol tüketimidir (68,69). DSÖ'nün Küresel Sağlık Riskleri Raporu'na göre tütün kullanma, fazla kilolu veya obez olma, yetersiz fiziksel aktivite, alkol ve yetersiz sebze-meyve tüketimi orta gelirli ülkelerdeki ölümlerin üçte birinden (%34,4), Yeti Yitimine Ayarlanmış Yaşam Yılı (DALY: Disability Adjusted Life Years) yükünün (yetersiz sebze meyve tüketmek hariç) ise %19,3'ünden sorumludur (69). Kronik hastalıklar ile ilişkili artan yükün azaltılması sürecinde risk faktörlerinden kaçınma büyük önem taşımaktadır (70).

2.2.4. Kronik Hastalıklarda Sosyal Desteğin Önemi

Bireysel ve toplumsal düzeyde önemli bir sağlık sorunu olan kronik hastalıkların büyük çoğunluğu uzun süreli ilaç kullanımını, yakın sağlık takibini ve yaşam tarzı değişikliğini gerektirmektedir. Kişi kronik hastalığının getirdiği bu sorumluluklarla başa çıkarken biyopsikososyal açıdan etkilenmektedir. Hastalığın psikososyal etkilerini yönetme yeteneği hastaların yaşam uyumunu ve hastalığın genel prognozunu etkilemektedir. Kronik hastalıklarda bireyin çevresinden (aile, arkadaş) aldığı destek, hastalık yönetimi için oldukça önemlidir (27).

Ailelerden, arkadaşlardan ve diğer bireylerden gelen yardım ve desteğin, hasta olmanın verdiği stresi tamponlayarak, depresyonu azaltarak ve hasta rolü davranışını iyileştirerek kişinin sağlık sorununu daha etkin yönetmesine yardımcı olduğu bildirilmektedir. Sosyal desteğin tedavi ve hastalık sürecine dahil edilmesi durumunda kronik hastalığa sahip hastaların yaşam kalitesini ve ilişkilerinin kalitesini artırmak mümkün olmaktadır (40).

Sosyal desteğin etkin olmadığı durumlarda kronik hastalığın yönetimi zorlaşırken, hastalık süresinin uzadığı ve hastalığa bağlı komplikasyon oranlarında ve depresif semptomlarda artış olduğu görülmektedir. Sosyal destek sayesinde hastalığın stresi ile daha iyi baş edilmekte ve semptomlar daha etkin şekilde kontrol altına alınmaktadır (3,27,71).

Kişilerin etkin bir sosyal desteğe sahip olmaları benlik imajlarında da olumlu etkiler ortaya çıkarabilmektedir. Aynı zamanda sosyal destek ağları kişilerin alternatif hastalık yönetme biçimlerini öğrenmelerini beraberinde getirebilmektedir. Böylelikle kişilerin hastalıklarına daha çok uyum sağladığı görülmekte ve daha iyi sağlık sonuçları ile ilişkilendirilmektedir (72).

2.3 Diyabet ve Sosyal Destek

Toplumda sık görülen kronik bir durum olan diyabetin fiziksel bir hastalık olmasının yanında psikolojik ve psikososyal etkileri de vardır. Kaygı, depresyon, stres ve sosyal destek kaybı diyabet üzerinde olumsuz etkiler yaratmakta ve diyabet kontrolünü zorlaştırmaktadır. Diyabet hastalığında sosyal destek kaynaklarının varlığı daha iyi bir diyabet yönetimi ile ilişkilendirilmiştir (73–75). Young ve arkadaşlarının 2020 yılında Tip 2 diyabet tanılı hastalarla yaptığı bir çalışmada hastaların algıladıkları sosyal destek düzeyi arttıkça diyabet yönetiminin daha iyi olduğu bulunmuştur (9). Schultz ve arkadaşlarının 2012 yılında Tip 2 diyabet tanılı hastalarla ilgili yaptıkları bir çalışmada arkadaşlar ve aileden algılanan sosyal desteği yüksek olan hastaların daha az psikososyal sorunları olduğu, daha iyi hastalık bakımı davranışı ve daha sık egzersiz gibi sağlığı geliştirici davranışlar görüldüğü ortaya konulmuştur (76).

Bireylerin iyi glisemik kontrol için gerekli olan sağlık davranışlarını yerine getirmeleri çoğu zaman zorlayıcı olabilmektedir. Kişiler özellikle yaşam tarzı değişikliklerinin getirdiği çeşitli fiziksel, duygusal, ruhsal ve sosyal bir dizi sorunla karşılaşabilmektedirler. Diyabetin yönetiminde ilaçları doğru uygulamak, sağlıklı bir diyet sürdürmek, düzenli fiziksel aktivite ve kendi kendine kan şekeri izlemek glisemik kontrolü iyileştirmekte, komplikasyonları ve erken ölümleri önlemektedir (77,78). Bilgi eksikliği, düşük öz-yeterlik seviyeleri ve aile üyelerinden gelen yetersiz sosyal destek kötü diyabet yönetimi ile

ilişkilendirilmektedir (77,79). Diyabetli kişiler, aileleri ve daha geniş sosyal çevreleri içinde diyabet hastalığına ve tedavisine uyum sağlamaya çalışmaktadırlar.

2.4. Kardiyovasküler Hastalıklar ve Sosyal Destek

Tüm dünyada önde gelen ölüm nedenleri arasında yer alan kardiyovasküler hastalıkların başarılı bir şekilde yönetimi, hastaların ve ailelerinin büyük ölçüde yaşam şekli değişikliklerine uyumunu gerektirmektedir. Hastalar tek başlarına yeni sorumluluklarla yaşama fikrine ruhsal olarak uyum sağlamada güçlük yaşayabilmektedirler. Bireylerin hastalık sürecinde birden çok ilacı düzenli kullanmaları, etki ve yan etkilerini bilmeleri ve hastalıkla ilişkili problemleri yönetmeleri istenmektedir. Bu süreçte sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının kazandırılmasında, hastaların hastalıklarına ve tedaviye uyum sağlamasında sosyal desteğin rolü büyüktür (80). Tedaviye uyumsuzluk, kardiyovasküler hastalıklarda kan basıncı değerlerinin kontrol edilememesinin nedenlerinden biridir. Turan ve arkadaşlarının 2017 yılında yaptığı bir çalışmada hipertansiyonu olan hastaların sosyal desteği arttıkça ilaç tedavisine uyumun da olumlu yönde arttığı saptanmıştır (81). Wilson ve Ampey ergenlerde hipertansiyonun kontrolüne yönelik yaptıkları çalışmalarında aile ve arkadaş desteği yüksek olan ergenlerde düşük sodyum içerikli diyetle uyumun yüksek olduğunu bulmuşlardır (82).

Kalp yetersizliğine bağlı ortaya çıkan semptomlar, kişilerin günlük yaşam aktivitelerini olumsuz yönde etkilemektedir. Semptomların uzun süre devam etmesi hastalarda psikososyal sorunlara da neden olabilmektedir. Bu dönemde hastalığın belirti ve bulguları, ilaçların yan etkileri gibi tıbbi sorunları, sosyal destek gereksinimlerini arttırabilmektedir (83). Barutcu ve Mert 2013 yılında kalp yetersizliği hastalarında sosyal desteğin tedaviye uyumu kolaylaştırdığını, sağlıklı yaşam davranışlarını desteklediğini ve yaşam kalitesinin iyileşmesine katkıda bulunduğunu göstermişlerdir (10). Löfvenmark ve arkadaşları 2009 yılında kalp yetersizliği hastaları üzerinde sosyal destek ve yalnızlık algısını incelediği çalışmasında sosyal desteği ve sosyal iletişimi az olan, çevresiyle yakın ilişkileri olmayan hastaların daha fazla yalnızlık hissettiklerini ortaya koymuşlardır. Bu durumun kalp yetersizliği semptomlarını tetiklediği, hastalığın şiddetini ve

hastaneye yatışları arttırdığı belirtilmektedir (84). Macmahon ve Lip'in 2002 yılında kalp yetersizliğinde anksiyete, depresyon, baş etme yolları ve sosyal destek düzeyi gibi ruhsal faktörleri incelediği çalışmada sosyal destek düzeyinin kalp yetersizliğinde en önemli belirteç olduğu saptanmıştır (85). Çevresindeki yakın kişilerden aldığı sosyal desteği az olan kalp yetersizliği hastalarının ilk altı yıl içindeki mortalite risklerinin %30 arttığı bulunmuştur. Kronik kalp yetersizliği hastalarında sosyal desteğin azlığı mortalite ve tekrarlı yatışların en önemli sebeplerinden biri olarak belirtilmektedir (86).

2.5. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAH) ve Sosyal Destek

Kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH), dünya çapında önde gelen mortalite ve morbidite nedenlerinden biridir. Hastalık ilerledikçe fiziksel semptomlar sebebiyle bireyler günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmekte zorlanmaktadır. Günlük yaşamda meydana gelen bu sınırlılıklar aynı zamanda psikososyal sorunlara da neden olmaktadır. Alevlenme dönemlerinde tekrarlayan hastane yatışları sırasında hastalar kendi doğal ortamlarından uzaklaşmakta ve yalnızlık hissetmektedirler. Hastalığın getirdiği kısıtlamalar ve süreç nedeniyle sosyal etkileşimleri ve çevresindeki kişilerle ilişkileri azalmakta, yalnızlık duygusu, çevresi tarafından anlaşılma, yardım alma ve sosyal destek gereksinimleri artmaktadır (87,88). Mollaoğlu ve Yanmış'ın 2018 yılında astım ve KOAH'lı bireyler ile yaptıkları çalışmada hastaların algıladıkları sosyal destek arttıkça ilaç tedavisine uyum oranlarının arttığı ve ilaç uyumunda sosyal desteğin önemli bir faktör olduğu bulunmuştur (89). Ayvaz ve arkadaşlarının 2016 yılında yaptığı çalışmada KOAH hastaları; semptomlar sebebiyle günlük yaşam aktivitelerini, rol ve sorumluluklarını yerine getiremediklerini, sosyal desteğin azalması durumunda, hastalık semptomlarıyla baş edebilme konusunda yetersizlik yaşadıklarını ve sosyal aktivitelerinin azaldığını bildirmişlerdir (90).

2.6. İnme ve Sosyal Destek

Toplumda sık görülen hastalıklardan biri olan inme sonucunda kişilerin vücut yapıları ve işlevleri bozulur ve kişi temel günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirmede zorlanabilir. Bu fiziksel yetersizlik, bilişsel ve duygusal

sorunları da beraberinde getirmektedir. Bunun sonucu olarak hastaların çevresiyle, yakınlarıyla, toplumla olan iletişimi zamanla kaybolur (91). İnme sonrası hastaların rehabilitasyonunda sosyal ilişkilerin önemi giderek artmaktadır. İnmenin getirmiş olduğu sorunlara uyum sağlamaya çalışan bireylerin aile, akraba ve arkadaş çevresinin sağladığı duygusal ve sosyal destek hem bu yeni duruma uyumu kolaylaştırmakta hem de yaşam kalitesini arttırmaktadır. İnmeli hastalarda, sosyal desteğin, hastanın fiziksel ve psikososyal iyi oluşu ile ilgili olarak hasta bakımı ve hastalık sonucunun kalitesini etkilediği düşünülmektedir. Daha yüksek düzeylerde sosyal desteğin inme geçiren hastalarda daha hızlı bir iyileşme oranı sağladığı bulunmuştur. Yapılan çalışmalarda daha az sosyal desteğe sahip hastaların iyileşmeyi sürdüremediği ve zaman içinde fonksiyonel durumunun azaldığı ve negatif prognoz özellikleri gösterdiği ortaya çıkmıştır (92,93). Aileden alınan sosyal desteğin inme sonrası iyileşmeye olumlu katkısı olduğunu gösteren bir çalışma da literatürde mevcuttur (94). Horison ve arkadaşlarının 2017 yılında inme sonrası ruhsal ve duygusal ihtiyaçları değerlendirmek amacıyla yaptığı çalışmada inme geçiren hastaların iletişim ve bilgi sağlama gibi sosyal destek faktörlerinin hastaların yaşam kalitesi üzerinde etkili olduğu bulunmuştur (95).

2.7. Kanser ve Sosyal Destek

Kanser, her aşamasında zorluklar bulunan ve tedavisinde psikososyal faktörlerin etkili olduğu kronik bir hastalıktır. Fiziksel görünüm ve fizyolojik yapıda patolojik değişikliklere neden olmasının yanı sıra, psikososyal sorunların da görüldüğü hastalıklardan biridir. Umutsuzluk, çaresizlik, kaygı, korku ve ölümü çağrıştırarak hastalarda ruhsal bir yıkıma sebep olabilmektedir (96). Sağlık durumunun giderek kötüleşmesi, hastalık ile ilgili kaygı oluşturan koşulların giderek çoğalması ve sıkıntıların süreklilik kazanması bu hasta grubunu sosyal desteğe daha fazla ihtiyaç duyar hale getirmektedir. Kanser ile mücadele eden bireyler için iyileşmenin tam anlamıyla sağlanabilmesi için hastanın sosyal desteğinin yeterli olması gerekmektedir (97).

Hastanın ailesinden, yakın çevresinden ve sağlık ekibi üyelerinden gördüğü maddi ya da manevi desteğin artması kendini iyi hissetmesini sağlamakta, kansere uyum sağlamasını kolaylaştırmaktadır. Bireyin iyileşme sürecini etkileyerek

yaşam kalitesini ve sağ kalım oranını artırabilmektedir. Meme kanseri olan 584 genç kadının 12,5 yıl boyunca takip edilerek sosyal desteğin sağ kalım üzerine etkisinin incelendiği araştırmaya göre tanı alınmasını takip eden dönemde aile ve arkadaşlarla teması daha yüksek olanların daha düşük mortalite riski ile karşı karşıya olduğu gösterilmiştir (98). Mallinger, Griggs ve Shields ise 2006 yılında kanserli hastaların sosyal destek arttıkça yaşamdan daha fazla keyif aldıklarını ortaya koymuşlardır (11). Queenan ve arkadaşları 2010 yılında prostat kanseri olan hastalarla yaptıkları bir çalışmada sosyal desteğin sağlıkla ilgili yaşam kalitesini etkileyebileceğini, sosyal destek düzeyi düşük olan hastalarda genel sağlıkla ilgili yaşam kalitesinin düşük olduğunu bildirmektedir (99).



3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Yeri

Bu çalışma; Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Aile Hekimliği Polikliniklerine başvuran kronik hastalığı olan 18 yaş üstü kişilere uygulanmış olup Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı tarafından planlanarak yürütülmüştür.

3.2. Araştırmanın Tipi

Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Aile Hekimliği Polikliniklerine başvuran kronik hastalığı olan 18 yaş üstü kişilere, çalışma konusunda bilgi verildikten sonra çalışmaya katılmayı kabul edenlerin dahil edildiği kesitsel tanımlayıcı nitelikte bir anket çalışmasıdır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Aile Hekimliği Polikliniklerine başvuran kronik hastalığı olan 18 yaş üstü kişiler oluşturmıştır. Örneklemenin hesaplanması için istatistikçi desteği alınmış ve örneklem büyüklüğü aşağıdaki formül kullanılarak hesaplanmıştır.

$$n = \frac{N * P * Q * Z_{\alpha}^2}{(N - 1) * d^2}$$

Formülde N=4000 (evren), p=0,70 (prevalans), q=0,30 (1-prevalans), z=1,96 (0,05 hata payına karşılık gelen değer), d=0,05 (tolerans) olarak alındığında n= 322 olarak hesaplanmıştır. Çalışmaya 341 kişi dâhil edilmiştir.

3.4. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri

Akdeniz Üniversitesi Aile Hekimliği Polikliniklerine başvuran kronik hastalığı olan 18 yaş üstü ve Asgari Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu'nu okuyarak çalışmaya katılmayı kabul eden kişiler çalışmaya alınmıştır (Ek-2).

3.5. Araştırmadan Çıkarılma Kriterleri

Araştırmadan çıkarılma kriteri, kişilerin araştırmaya katılmayı kabul etmemesidir.

3.6. Araştırmanın Tasarımı ve Kullanılan Ölçekler

Çalışmaya katılmayı kabul eden katılımcılara sosyodemografik özellikleri sorgulayan sorular, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ) ve Kısa Semptom Envanteri'nden (KSE) oluşan üç bölümlük araştırma anketi yüz-yüze görüşme tekniği ile uygulanmıştır (Ek-3). Çalışmada kullanılacak anketin ilk bölümü, katılımcıların sosyodemografik verilerini sorgulayan sorulardan (cinsiyet, yaş, öğrenim durumu, yaşanılan yer, medeni durum, sosyal güvence durumu, çalışma ve gelir durumu, çocuk sahibi olma durumu, beraber yaşadığı kişiler, kronik hastalık öyküsü) oluşmaktadır.

3.6.1. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği

Çalışmada kullanılacak anketin ikinci bölümünde, alınan sosyal desteği değerlendirmek amacıyla Zimet ve arkadaşları tarafından 1988 yılında geliştirilen, Türkiye'deki adaptasyonu ve geçerlik güvenirlik çalışmaları Eker ve Akar tarafından 1995 yılında yapılan ve 2001 yılında Eker ve arkadaşları tarafından geçerlik güvenirliği tekrarlanan Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği kullanılacaktır (14). Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ) bireylerin aile, arkadaş ve özel bir insan olmak üzere üç farklı kaynaktan aldıkları sosyal desteğin yeterliliğini değerlendirmeleri amacıyla geliştirilmiş bir ölçektir. Toplam 12 maddeden oluşan ölçek “kesinlikle hayır” ile “kesinlikle evet” arasında değişen 7 dereceli (1-7 puan), Likert tipi bir ölçektir. Ölçeğin aile (3, 4, 8, 11 no'lu ifadeler), arkadaş (6, 7, 9, 12 no'lu ifadeler), özel kişi (1, 2, 5, 10 no'lu ifadeler) desteğini belirlemek üzere dört maddeden oluşan üç alt ölçeği vardır. Her bir destek kaynağına ait alınan puanların toplanmasıyla alt ölçek puanları elde edilmektedir. Genel sosyal destek puanı ise bu üç alt ölçek puanlarının toplanmasıyla elde edilmektedir. Alt ölçeklerden alınabilecek en düşük puan 4, en yüksek puan 28'dir. Ölçeğin tamamından elde edilecek en düşük puan 12, en

yüksek puan 84'tür. Elde edilen puanın düşük olması algılanan sosyal desteğin düşük olduğunu; yüksek olması ise algılanan sosyal destek düzeyinin yüksek olduğunu ifade etmektedir.

3.6.2. Kısa Semptom Envanteri (KSE)

Çalışmada kullanılacak anketin üçüncü bölümünde ise katılımcıların kendi sağlık durumlarını nasıl algıladıklarını ölçmeye yönelik Derogatis tarafından geliştirilen, Şahin ve Durak tarafından 1994 yılında Türk toplumuna uyarlanarak geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları yapılan Kısa Semptom Envanteri (KSE) kullanılacaktır. Likert tipi soruların olduğu 53 soruluk bir ölçektir. KSE'nin Türkiye uyarlamasında "Anksiyete (13 madde, maksimum puan 65)", "Depresyon (12 madde, maksimum puan 60)", "Olumsuz Benlik Algısı (12 madde, maksimum puan 60)", "Somatizasyon (9 madde, maksimum puan 45)" ve "Hostilite (7 madde, maksimum puan 35 puan)" olmak üzere beş alt alan vardır. Maddeler, "hiç yok" ve "çok fazla var" ifadelerine karşılık gelen 0- 4 değerleri arasında derecelendirilmiştir. Her alt ölçek için belirlenen toplam, o alt ölçekteki madde sayısına bölüldüğünde o boyut için bir puan elde edilmektedir. Ölçekten alınan puan arttıkça belirtilerin sıklığı artmaktadır (15,16).

3.7. Etik Kurul Onayı

Çalışmaya başlanmadan önce etik kurulu onayı alınmıştır. Bu tez projesi Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından 09/11/2022 tarih ve KAEK-658 sayılı karar ile bilimsel ve etik açıdan uygun görülmüştür (Ek-1).

3.8. Verilerin İstatistiksel Analizi

Verilerin analizi konusunda; tanımlayıcı istatistikler frekans, yüzde, ortalama, standart sapma değerleri hesaplanmıştır. Çalışmadaki ölçeklerin güvenilirlik düzeylerinin test edilmesi amacı ile Co. Alpha analizi kullanılmıştır. Çalışmada hastaların demografik, hastalık ve birlikte yaşadığı bireylere göre Algılanan Sosyal Destek ve KSE alt boyutların farklılığın incelenmesinde

bağımsız örneklem t testi analizi ve Varyans (ANOVA) analizi uygulanmıştır. Araştırmada Varyans (ANOVA) analizi sonucunda farklı olan boyutlarda farkı yaratan grupların belirlenmesi için Sidak/Tamhane T2 ikili kıyaslama testi yapılmıştır. Algılanan sosyal destek ve KSE alt boyutları arasındaki ilişkinin tespit edilmesi amacı ile korelasyon ve modellenmesi için regresyon analizi uygulanmıştır. Çalışmada 0,05'ten küçük p değerleri istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir. Analizler SPSS 25.0 paket programı ile yapılmıştır.



4. BULGULAR

Çalışmaya dahil olan katılımcıların ortalama yaşı $53,86 \pm 12,26$; %58,9'u erkek; %41,1'i kadındır. Eğitim düzeyleri %8,8 ile okuryazar, %26,7 ile ilkokul, %24,3 ile lise, %33,7 ile lisans ve %6,5 ile lisansüstüdür.

Katılımcıların %95,9'u kent merkezlerinde yaşamaktadır. Yüzde 76,8'i evlidir, %97,1'nin sosyal güvenceleri vardır ve %46,9'u halen gelir getirici bir işte çalışmaktadır. Gelir düzeyleri incelendiğinde katılımcılar ağırlıklı olarak %64,2 ile orta ve %27 ile iyi düzeyde aylık gelire sahiptir. Çizelge 4.1'de katılımcıların demografik özellikleri verilmiştir.

Çizelge 4.1: Katılımcıların Demografik Özellikleri

		n	%
Cinsiyet	Erkek	201	58,9
	Kadın	140	41,1
Eğitim	Okuryazar	30	8,8
	İlkokul	91	26,7
	Lise	83	24,3
	Lisans	115	33,7
	Lisansüstü	22	6,5
Yaşadığı Yer	Kırsal	14	4,1
	Kent Merkezi	327	95,9
Medeni Durum	Evli	262	76,8
	Bekar	79	23,2
Sosyal Güvence	Var	331	97,1
	Yok	10	2,9
Çalışma Durumu	Var	160	46,9
	Yok	181	53,1
Gelir	Kötü	20	5,9
	Orta	219	64,2
	İyi	92	27,0
	Çok iyi	10	2,9

Katılımcıların %87,1'i çocuk sahibidir. Katılımcıların %7'si çocukları, %31,7'si eşleri, %45,7'si çocuk ve eşleri, %5,9'u anne ve babaları, %9,1'i tek başlarına yaşamaktadır. Katılımcıların beraber yaşadığı kişi veya kişilerin hastalık sürecinde destek olma durumlarını %4,7 ile hiç, %11,1 ile düşük, %19,6 ile orta, %27 ile iyi ve %37,5 ile çok iyi olarak tanımlamışlardır. Çizelge 4.2'de katılımcıların genel özellikleri verilmiştir.

Çizelge 4.2: Katılımcıların Genel Özellikleri

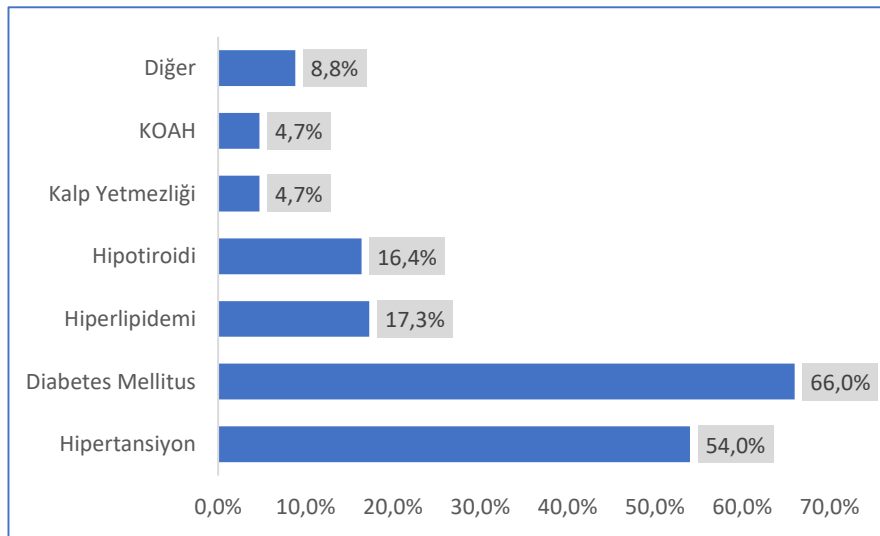
		n	%
Çocuk varlığı	Var	297	87,1
	Yok	44	12,9
Beraber yaşadığı bireyler	Çocuklar	24	7,0
	Eş	108	31,7
	Eş ve Çocuklar	156	45,7
	Anne/ Baba	20	5,9
	Tek Başına	31	9,1
	Diğer	2	0,6
Beraber yaşadığınız kişi veya kişiler hastalık sürecinde size destek olabiliyor mu?	Olmuyor	16	4,7
	Düşük Düzey	38	11,1
	Orta Düzey	67	19,6
	İyi Düzey	92	27,0
	Çok İyi Düzey	128	37,5

Katılımcıların %54'ünde hipertansiyon, %66'ında diabetes mellitus, %17,3'ünde hiperlipidemi, %16,4'inde hipotiroidi, %4,7'inde kalp yetmezliği, %4,7'sinde KOAH ve %8,8'inde diğer kronik hastalıklar vardır. Katılımcıların %92,4'ü birden çok kronik hastalığa sahiptir. Katılımcıların %92,4'ü kronik hastalıkları için düzenli kontrol olduğunu bildirmiştir. Kronik hastalığı ile ilgili ilaç kullanma oranları %91,8'dir. Çizelge 4.3'te katılımcıların kronik hastalıklara sahip olma durumu ve Şekil 4.1'de kronik hastalık dağılımları gösterilmiştir.

Çizelge 4.3: Kronik Hastalıklara Sahip Olma Durumu

Kronik Hastalıklar		n	%
Hipertansiyon	Yok	157	46,0
	Var	184	54,0
Diabetes Mellitus	Yok	116	34,0
	Var	225	66,0
Hiperlipidemi	Yok	282	82,7
	Var	59	17,3
Hipotiroidi	Yok	285	83,6
	Var	56	16,4
Kalp Yetmezliği	Yok	325	95,3
	Var	16	4,7
KOAİ	Yok	325	95,3
	Var	16	4,7
Diğer	Yok	311	91,2
	Var	30	8,8
Birden Çok Kronik Hastalık	Yok	26	7,6
	Var	315	92,4
Düzenli kontrol	Var	315	92,4
	Yok	26	7,6
Kronik Hastalığı İlgili İlaç Kullanma	Var	313	91,8
	Yok	28	8,2

KOAİ: Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı



Şekil 4.1: Katılımcılarda Var Olan Kronik Hastalıklar

Katılımcıların sahip olduğu ortalama kronik hastalık sayısı $2,63 \pm 1,01$ 'dir ve bu hastalıklar ile ortalama $10,73 \pm 8,12$ yıldır yaşadıkları belirlenmiştir. Çizelge 4.4'te katılımcıların yaş ve kronik hastalık ölçümlerinin incelenmesi gösterilmiştir.

Çizelge 4.4: Yaş ve Kronik Hastalık Ölçümlerinin İncelenmesi

	X$\pm$s.s.
Yaş	53,86 $\pm$ 12,26
Kronik Hastalık Sayısı	2,63 $\pm$ 1,01
Kronik Hastalık Yılı	10,73 $\pm$ 8,12

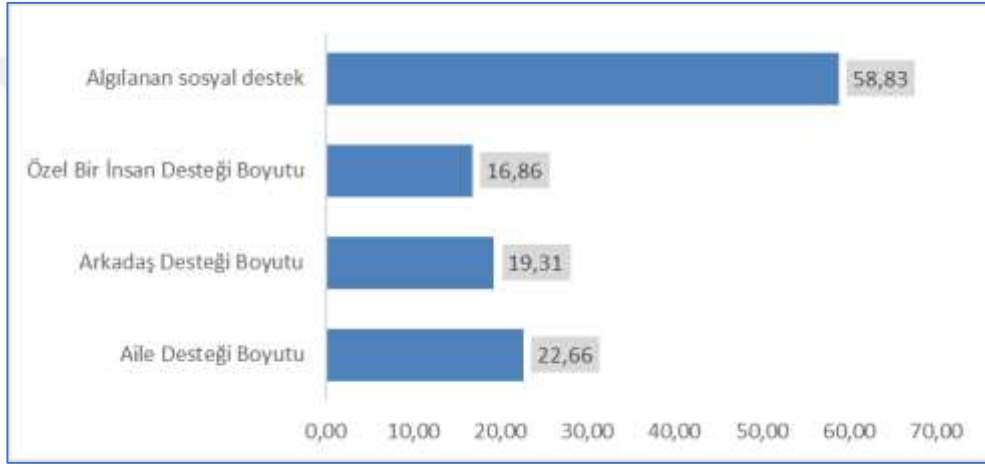
Algılanan sosyal destek ölçeğinin güvenilirlik katsayısının 0,91 seviyesinde ve oldukça yüksek olduğu bulunmuştur ($\alpha=0,91>0,70$). Bu sonuç elde edilen ölçeğin ve alt boyutlarının tutarlı ölçümler yaptığı bir göstergesi olarak yorumlanabilir. Alt boyut puanları incelendiğinde katılımcıların Aile Desteği Boyutu puanı $22,66 \pm 5,13/28$, Arkadaş Desteği Boyutu puanı $19,31 \pm 6,73/28$ ve Özel Bir İnsan Desteği Boyutu puanı $16,86 \pm 8,35/28$ 'dir. Algılanan genel sosyal destek düzeyi ise $58,83 \pm 16,59/84$ puandır. Alt boyutlar incelendiğinde katılımcıların en çok aile üyelerinden sosyal destek gördüğü ve bu desteğin yüksek seviyede olduğu belirlenmiştir. Algılanan genel sosyal destek düzeyi 84 puan üzerinden değerlendirildiğinde yüksek sayılabilecek bir düzeyde olduğu ifade edilebilir.

KSE ölçeğinin güvenilirlik katsayısının 0,87 seviyesinde oldukça yüksek olduğu saptanmıştır ($\alpha=0,87>0,70$). Bu sonuç elde edilen ölçeğin ve alt boyutlarının tutarlı ölçümler yaptığı bir göstergesi olarak yorumlanabilir.

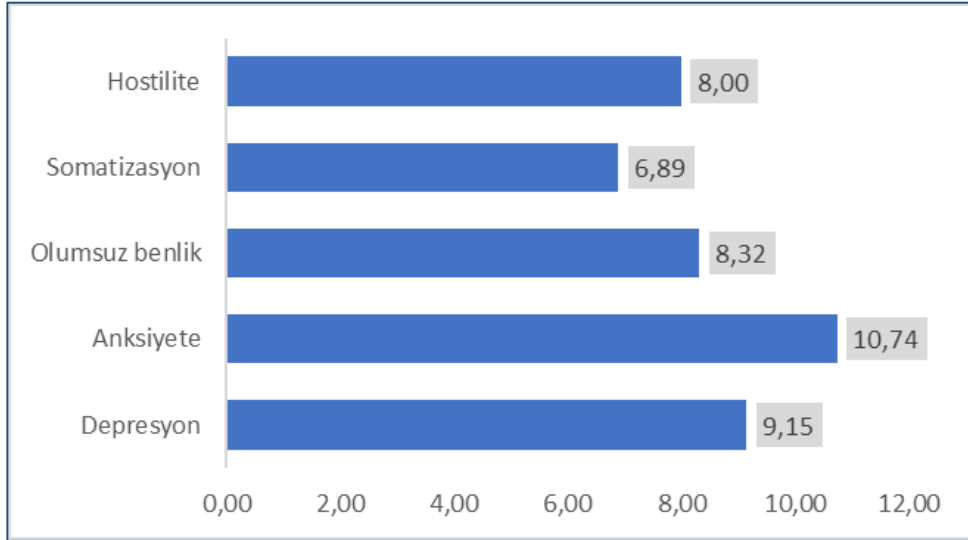
Beş boyuttan oluşan ölçeğin alt boyut puanları incelendiği zaman katılımcıların ruhsal ve somatik belirtileri düşük sayılabilecek bir düzeydedir. Depresyon puanı $9,15 \pm 9,38/60$, Anksiyete puanı $10,74 \pm 8,69/65$, Olumsuz benlik algısı puanı $8,32 \pm 8,59/60$, Somatizasyon puanı $6,89 \pm 5,78/65$ ve Hostilite puanı $8,00 \pm 6,23/35$ düzeyindedir. KSE ölçeği alt boyutların toplamı şeklinde genel bir puan üzerinden değerlendirilmemektedir. Çizelge 4.5'te ölçeklerin alt boyut puanları gösterilmiştir. Şekil 4.2 ve 4.3'te Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ve KSE ölçeğinin puan dağılımları gösterilmiştir.

Çizelge 4.5: Ölçeklerin Alt Boyut Puanlarının İncelenmesi

Boyut	$\bar{X} \pm s.s.$	Güvenilirlik
Aile Desteği Boyutu	22,66 $\pm$ 5,13	0,91
Arkadaş Desteği Boyutu	19,31 $\pm$ 6,73	
Özel Bir İnsan Desteği Boyutu	16,86 $\pm$ 8,35	
Algılanan Sosyal Destek	58,83 $\pm$ 16,59	
Depresyon	9,15 $\pm$ 9,38	0,87
Anksiyete	10,74 $\pm$ 8,69	
Olumsuz Benlik Algısı	8,32 $\pm$ 8,59	
Somatizasyon	6,89 $\pm$ 5,78	
Hostilite	8,00 $\pm$ 6,23	



Şekil 4.2: Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Puanları



Şekil 4.3: KSE Ölçeğinin Puan Dağılımları

Katılımcıların cinsiyetlerine, yaşadığı yere, medeni durumlarına, gelir getirici bir işte çalışma durumlarına, gelir seviyelerine ve çocuk sahibi olma durumlarına göre aile, arkadaş, özel bir insan ve algılanan genel sosyal destek düzeylerinde istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Eğitim seviyesine bakıldığında, lisansüstü eğitimi olan katılımcıların aile, arkadaş, özel bir insan ve algılanan genel sosyal destek düzeyi diğer tüm eğitim gruplarına göre daha yüksek düzeyde olduğu bulunmuştur ($p<0,05$).

Sosyal güvencelerine bakıldığında, sosyal güvencesi olmayan katılımcıların arkadaş, özel bir insan ve algılanan genel sosyal destek seviyesi sosyal güvencesi olan katılımcılara göre daha yüksek düzeydedir ($p<0,05$), aile desteği ise sosyal güvenceye göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p=0,44$).

Beraber yaşadığı kişi ya da kişilerin hastalık sürecinde destek olma durumlarına bakıldığında, aile ve genel sosyal destek düzeyleri istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$). Beraber yaşadığı kişi veya kişilerden çok iyi seviyede destek alan katılımcıların, arkadaş desteği düzeyleri daha yüksektir ($p=0,01$). Orta ve iyi seviyede destek alan katılımcıların ise özel bir insan desteği düzeyi istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha düşüktür ($p=0,02$). Çizelge 4.6'da katılımcıların demografik özelliklerine göre sosyal destek düzeylerinin durumu verilmiştir.

Çizelge 4.6: Demografik Özelliklere Göre Sosyal Destek Düzeylerinin İncelenmesi

Değişkenler		Aile Desteği Boyutu	Arkadaş Desteği Boyutu	Özel Bir İnsan Desteği Boyutu	Algılanan Sosyal Destek
		X±s.s.	X±s.s.	X±s.s.	X±s.s.
Cinsiyet	Erkek	22,65±4,95	18,95±7,13	16,56±8,59	58,16±17,16
	Kadın	22,67±5,4	19,83±6,1	17,3±7,99	59,8±15,74
	p**	0,52	0,41	0,44	0,48
Eğitim	Okuryazar	22,77±4,51	19,87±6,21	17,43±8,38	61,07±14,81
	İlkokul	22,85±4,96	18,96±7,15	16,45±8,3	58,25±17,01
	Lise	22,46±5,42	19,11±6,63	16,13±8,49	57,7±16,58
	Lisans	22,04±5,34	19,24±6,59	16,94±8,39	58,23±16,69
	Lisansüstü	24,36±4,02	21,14±7	20,14±7,53	65,64±16,2
	p***	0,04*	0,03*	0,01*	0,01*
Yaşadığı Yer	Kırsal	22,86±6,97	19,07±7,8	16,86±9,17	56,79±21,24
	Kent Merkezi	22,74±5,04	19,32±6,69	16,86±8,32	58,92±16,39
	p**	0,41	0,45	0,59	0,09
Medeni Durum	Evli	22,48±5,39	19,06±6,91	16,69±8,29	58,23±16,9
	Bekar	23,25±4,16	20,15±6,07	17,44±8,55	60,85±15,43
	p**	0,16	0,35	0,38	0,12
Sosyal Güvence	Var	22,71±5,16	19,4±6,69	16,93±8,38	59,03±16,64
	Yok	21,1±4,28	16,5±7,82	14,7±7,07	52,3±13,94
	p**	0,44	0,01*	0,03*	0,01*
Çalışma Durumu	Var	22,38±5,27	18,59±6,86	16,26±8,55	57,23±16,98
	Yok	22,91±5,01	19,94±6,56	17,39±8,15	60,25±16,14
	p**	0,39	0,23	0,19	0,11
Gelir Durumu Sosyal Güvence	Kötü	23±4,33	20,4±5,57	17,95±7,03	61,35±13,93
	Orta	22,7±4,84	19,1±6,88	16,27±8,47	58,07±16,51
	İyi	22,45±5,92	19,64±6,56	17,82±8,36	59,9±17,37
	Çok iyi	23,1±5,82	18,7±7,51	18,8±7,73	60,6±16,9
	p***	0,21	0,14	0,16	0,15
	Var	22,71±5,16	19,4±6,69	16,93±8,38	59,03±16,64
Çocuk Varlığı	Var	22,49±5,26	19,13±6,66	16,92±8,24	58,54±16,52
	Yok	23,82±4,02	20,52±7,15	16,5±9,13	60,84±17,12
	p**	0,25	0,29	0,35	0,31
Beraber Yaşadığı Bireyler	Çocuklar	23,92±3,99	19,71±6,5	16,83±8,71	60,46±16,81
	Eş	22,77±5,69	19,13±7,13	17,44±8,24	59,33±17,58
	Eş ve Çocuklar	22,27±5,14	19,1±6,6	16,49±8,22	57,87±16,16
	Anne/ Baba	23,85±2,76	20,8±5,43	15,25±9,07	59,9±12,9
	Tek Başına	22,16±4,96	19,29±7,12	17,77±8,69	59,23±17,75
	p***	0,34	0,26	0,15	0,21

Beraber yaşadığınız kişi veya kişiler hastalık sürecinde size destek olabiliyor mu?	Olmuyor	22,31±5,08	16,94±9,46	18,19±9,72	57,44±21,93
	Düşük düzey	22,37±4,41	19,71±7,49	18,18±8,48	60,26±18,32
	Orta Düzey	23,1±4,13	19,06±6,23	15,12±8,13	57,28±14,16
	İyi düzey	22,28±5,84	18,64±6,92	15,79±8,43	56,72±16,5
	Çok iyi düzey	22,83±5,32	20,1±6,16	17,98±8,04	60,91±16,52
	p***	0,17	0,01*	0,02*	0,14
Varyans analizi testi **Bağımsız örneklem t testi *0,05 düzeyinde anlamlı farklılık					

Çalışmada katılımcıların yaşlarına, sahip olduğu hastalık sayısına ve kronik hastalık yıllarına göre ile aile, arkadaş, özel bir insan ve algılanan genel sosyal destek düzeylerinin istatistiksel olarak anlamlı şekilde ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$). Çizelge 4.7’de katılımcıların yaş, kronik hastalık tanı yılı ve kronik hastalık sayılarına göre sosyal destek düzeyleri gösterilmiştir.

Çizelge 4.7: Katılımcıların Yaş, Kronik Hastalık Yılı ve Kronik Hastalık Sayılarına Göre Sosyal Destek Düzeylerinin İncelenmesi

		Yaş	Kronik Hastalık Sayısı	Kronik Hastalık Yılı
Aile Desteği Boyutu	r	0,01	0,06	0,45
	p	0,85	0,23	0,01
Arkadaş Desteği Boyutu	r	-0,04	-0,04	-0,01
	p	0,51	0,52	0,82
Özel Bir İnsan Desteği Boyutu	r	0,02	0,01	0,04
	p	0,69	0,98	0,51
Algılanan Sosyal Destek	r	0,01	0,01	0,03
	p	0,99	0,93	0,59
**Korelasyon analizi				

Katılımcıların birden çok kronik hastalığa sahip olma durumlarına göre aile, arkadaş, özel bir insan ve algılanan genel sosyal destek düzeylerinde istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$). Hastalığı ile ilgili düzenli kontrol olan katılımcıların aile sosyal destek düzeylerinde istatistiksel olarak anlamlı şekilde fark yoktur ($p>0,05$), fakat arkadaş, özel bir insan ve algılanan genel sosyal destek düzeyleri istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksektir ($p<0,05$). Çizelge 4. 8’de hastalıklara göre sosyal destek düzeyleri verilmiştir.

Çizelge 4.8: Hastalıklara Göre Sosyal Destek Düzeylerinin İncelenmesi

		Aile Desteği Boyutu	Arkadaş Desteği Boyutu	Özel Bir İnsan Desteği Boyutu	Algılanan Sosyal Destek
		X±s.s.	X±s.s.	X±s.s.	X±s.s.
Birden çok Kronik Hastalık	Yok	22,5±6,68	20,92±5,87	17,62±9,98	61,04±19,1
	Var	22,67±5	19,18±6,79	16,8±8,21	58,65±16,38
	p**	0,44	0,19	0,23	0,28
Düzenli Kontrol	Yok	22,59±5,17	19,08±6,77	16,63±8,38	58,3±16,59
	Var	23,54±4,68	22,12±5,62	19,69±7,51	65,35±15,39
	p**	0,48	0,04*	0,03*	0,01*
Kronik Hastalığıyla İlgili İlaç Kullanma	Yok	22,59±5,22	19,15±6,81	16,55±8,35	58,29±16,65
	Var	23,39±4,12	21,11±5,47	20,36±7,53	64,86±14,78
	p**	0,26	0,04*	0,01*	0,01*
**Bağımsız örneklem t testi, *0,05 düzeyinde anlamlı farklılık					

Katılımcıların sahip olduğu kronik hastalıklara göre aile, arkadaş, özel bir insan ve algılanan sosyal destek düzeylerinde genelde istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur ($p>0,05$). DM hastalığına sahip olan katılımcıların arkadaş desteği düzeyleri daha düşük bulunmuştur ($p=0,03$). Çizelge 4.9’da hastalıklara göre sosyal destek düzeyleri gösterilmiştir.

Çizelge 4.9: Hastalıklara Göre Sosyal Destek Düzeylerinin İncelenmesi

		Aile Desteği Boyutu	Arkadaş Desteği Boyutu	Özel Bir İnsan Desteği Boyutu	Algılanan sosyal destek
		X±s.s.	X±s.s.	X±s.s.	X±s.s.
Hipertansiyon	Yok	22,4±5,11	19,2±6,63	16,59±8,45	58,18±16,5
	Var	22,88±5,16	19,41±6,83	17,1±8,27	59,39±16,69
	p**	0,38	0,34	0,29	0,45
Diabetes Mellitus	Yok	22,26±6,1	20,11±6,72	17,46±8,82	59,83±18,02
	Var	22,87±4,56	18,9±6,71	16,56±8,09	58,32±15,81
	p**	0,37	0,03*	0,18	0,44
Hiperlipidemi	Yok	22,55±5,27	19,29±6,74	16,69±8,35	58,53±16,75
	Var	23,19±4,44	19,41±6,72	17,68±8,37	60,27±15,87
	p**	0,36	0,32	0,17	0,28
Hipotiroidi	Yok	22,67±5,19	19,39±6,45	17,02±8,2	59,08±16,17
	Var	22,59±4,91	18,89±8,04	16,07±9,09	57,55±18,65
	p**	0,37	0,23	0,28	0,44
Kalp Yetmezliği	Yok	22,66±5,19	19,29±6,71	16,83±8,31	58,79±16,53
	Var	22,63±4,05	19,69±7,4	17,44±9,35	59,75±18,25
	p**	0,39	0,35	0,30	0,46
KOAH	Yok	22,66±5,19	19,29±6,71	16,83±8,31	58,79±16,53
	Var	22,63±4,05	19,69±7,4	17,44±9,35	59,75±18,25
	p**	0,40	0,36	0,18	0,48
Diğer	Yok	21,95±3,93	19,1±7,18	16,91±9,06	57,96±17,7
	Var	22,66±5,13	19,31±6,73	16,86±8,35	58,83±16,59
	p**	0,42	0,37	0,32	0,50
**Bağımsız örneklem t testi, *0,05 düzeyinde anlamlı farklılık					
KOAH: Kronik obstrüktif akciğer hastalığı					

Katılımcıların cinsiyetlerine, eğitim durumlarına, medeni durumlarına, çalışma durumlarına göre depresyon, anksiyete, olumsuz benlik algısı, somatizasyon ve hostilite düzeylerinde istatistiksel olarak anlamlı şekilde farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$).

Katılımcıların yaşadığı yerlere bakıldığında, kent merkezlerinde yaşayanların depresyon ve somatizasyon düzeylerinin daha yüksek olduğu ($p<0,05$), anksiyete, olumsuz benlik algısı ve hostilite düzeylerinin ise istatistiksel olarak anlamlı şekilde farklı olmadığı tespit edilmiştir ($p>0,05$).

Katılımcıların sosyal güvenceye sahip olma durumlarına göre anksiyete, olumsuz benlik algısı, somatizasyon ve hostilite düzeylerinde istatistiksel olarak anlamlı şekilde farklılık yoktur ($p>0,05$). Depresyon düzeyi ise sosyal güvencesi olan katılımcılarda daha yüksektir ($p=0,01$).

Gelir düzeylerine göre bakıldığında, gelir düzeyi çok iyi olan katılımcıların depresyon, anksiyete, olumsuz benlik algısı, somatizasyon ve hostilite düzeyleri daha düşüktür ($p=0,01$).

Çocuk sahibi olan katılımcıların depresyon, anksiyete, olumsuz benlik algısı düzeyleri istatistiksel olarak anlamlı şekilde düşüktür ($p<0,05$).

Çalışmamızda tek başına yaşayan katılımcıların depresyon, anksiyete, olumsuz benlik algısı düzeylerinin daha yüksek olduğu bulunmuştur ($p<0,05$).

Beraber yaşadığı kişi veya kişilerin hastalık sürecinde destek durumlarını çok iyi olarak tanımlayan katılımcıları depresyon, anksiyete, olumsuz benlik algısı düzeyleri daha düşüktür ($p<0,05$).

Çizelge 4.10'da demografik özelliklere göre KSE düzeylerinin incelenmesi gösterilmiştir.

Çizelge 4.10: Demografik Özelliklere Göre KSE Düzeylerinin İncelenmesi

		Depresyon	Anksiyete	Olumsuz benlik algısı	Somatizasyon	Hostilite
		X±s.s.	X±s.s.	X±s.s.	X±s.s.	X±s.s.
Cinsiyet	Erkek	8,97±9,1	10,7±8,77	8,73±8,93	6,8±5,77	8,01±6,21
	Kadın	9,41±9,8	10,8±8,62	7,73±8,08	7,02±5,8	7,99±6,28
	p**	0,13	0,52	0,23	0,34	0,58
Eğitim	Okuryazar	9,6±9,77	11±8,82	9,03±9,9	8,03±7,69	8,47±7,52
	İlkokul	10,22±10	11,82±9,57	9,73±9,18	7,66±6,1	8,7±6,32
	Lise	9,99±9,12	10,41±8,29	7,78±8,43	6,33±4,88	7,34±6,28
	Lisans	8,45±9,08	10,14±8,19	7,48±7,77	6,25±5,26	7,79±5,74
	Lisansüstü	8,32±9,12	10,27±9,12	7,95±8,9	7,59±6,88	8,05±6,49
	p***	0,18	0,22	0,12	0,08	0,33
Yaşadığı yer	Kırsal	7,71±8,81	9,21±8,39	7,71±9,62	5,00±3,82	6,93±5,44
	Kent Merkezi	9,21±9,41	10,8±8,71	8,35±8,56	6,97±5,83	8,05±6,27
	p**	0,01*	0,24	0,28	0,01*	0,09
Medeni Durum	Evli	9,06±9,37	10,66±8,68	8,34±8,69	7,02±5,89	8,05±6,17
	Bekar	9,44±9,47	11,01±8,8	8,24±8,33	6,46±5,38	7,82±6,46
	p**	0,42	0,44	0,56	0,38	0,35
Sosyal Güvence	Var	9,21±9,47	10,75±8,75	8,3±8,63	6,85±5,76	7,99±6,28
	Yok	7,2±5,67	10,5±6,92	8,9±7,49	8,3±6,36	8,2±4,69
	p**	0,01*	0,58	0,55	0,06	0,27
Çalışma Durumu	Var	9,07±9,46	10,79±8,73	8,25±8,83	7,05±6,26	8,12±6,43
	Yok	9,22±9,33	10,69±8,69	8,38±8,4	6,75±5,32	7,9±6,07
	p**	0,54	0,41	0,52	0,37	0,28
Gelir Durumu	Kötü	9,45±8,78	11,7±9,73	8,25±8,88	6,7±5,94	7,3±5,59
	Orta	8,93±8,89	10,42±8,41	8,15±8,25	6,75±5,73	7,92±6,06
	İyi	10,11±10,89	11,84±9,32	9,3±9,47	7,64±5,98	8,85±6,8
	Çokiyi	4,6±3,78	5,8±4,76	3,1±4,86	3,3±2,71	3,4±3,41
	p***	0,01*	0,01*	0,01*	0,01*	0,01*
Çocuk Sahibi Olma	Var	8,85±9,13	10,48±8,46	8,04±8,27	6,78±5,66	7,86±6,07
	Yok	11,2±10,79	12,5±10,07	10,23±10,41	7,64±6,54	8,95±7,27
	p**	0,01*	0,04*	0,02*	0,28	0,33
Beraber Yaşadığı Bireyler	Çocuklar	6,04±5,03	7,71±6,49	6,13±6,42	5,17±4,84	5,25±5,67
	Eş	8,49±9,03	9,51±8,29	7,62±7,96	6,31±5,21	7,98±6,19
	Eş ve Çocuklar	9,36±9,61	11,52±8,88	8,67±9,02	7,51±6,27	8,13±6,18
	Anne/Baba	7,55±6,82	10±7,75	7,65±8,55	6,45±7,06	7,7±6,59

	Tek Başına	12,26±10,46	12,87±9,33	10,81±9,8	7,16±4,63	9,13±6,17
	p***	0,01*	0,01*	0,03*	0,04*	0,04*
Beraber yaşadığınız kişi veya kişiler hastalık sürecinde size destek olabiliyor mu?	Olmuyor	10,19±12,56	10,19±10,83	9,13±11,26	7,5±7,81	7,75±8,75
	Düşük düzey	9,66±7,91	10,63±7,5	10,82±5,25	6,24±5,88	6,16±5,3
	Orta Düzey	9,90±7,60	10,51±7,48	9,82±8,32	6,57±6,20	7,54±5,67
	İyi düzey	8,13±8,97	11,77±9,25	9,32±9,05	7,15±5,57	8,72±5,77
	Çok iyi düzey	6,61±5,49	7,81±8,92	7,51±8,78	6,98±5,43	8,3±6,68
	p***	0,01*	0,04*	0,01*	0,22	0,25
***Varyans analizi testi, **Bağımsız örneklem t testi, *0,05 düzeyinde anlamlı farklılık						

Katılımcıların sahip olduğu hastalığa göre depresyon, anksiyete, olumsuz benlik algısı, somatizasyon ve hostilite düzeylerinde istatistiksel olarak anlamlı şekilde farklılık yoktur ($p>0,05$).

Çizelge 4.11’de hastalıklara göre KSE düzeyleri gösterilmiştir.

Çizelge 4.11: Hastalıklara Göre KSE Düzeylerinin İncelenmesi

		Depresyon	Anksiyete	Olumsuz benlik algısı	Somatizasyon	Hostilite
		X±s.s.	X±s.s.	X±s.s.	X±s.s.	X±s.s.
Hipertansiyon	Yok	9,03±9,52	10,49±8,54	7,68±8,44	6,97±6,02	7,52±6,11
	Var	9,26±9,28	10,95±8,85	8,86±8,7	6,82±5,57	8,41±6,32
	p**	0,36	0,51	0,23	0,35	0,19
Diabetes Mellitus	Yok	8,61±8,89	9,2±8,29	7,46±8,08	5,91±5,48	7,48±6,14
	Var	9,43±9,63	11,53±8,81	8,76±8,83	7,39±5,87	8,27±6,28
	p**	0,25	0,21	0,24	0,12	0,18
Hiperlipidemi	Yok	9,21±9,59	10,74±8,71	8,39±8,72	6,74±5,67	7,82±6,19
	Var	8,86±8,39	10,73±8,7	8±8,01	7,58±6,27	8,86±6,42
	p**	0,35	0,49	0,22	0,34	0,18
Hipotiroidi	Yok	9,66±9,61	11,01±8,58	8,49±8,52	7,1±5,82	8,39±6,31
	Var	6,55±7,67	9,34±9,21	7,43±8,99	5,82±5,48	6,02±5,46
	p**	0,34	0,48	0,22	0,33	0,18
Kalp Yetmezliği	Yok	9,18±9,38	10,77±8,64	8,33±8,46	6,93±5,81	8,04±6,16
	Var	8,63±9,75	10,13±10,07	8,19±11,31	6,06±5,21	7,19±7,8
	p**	0,34	0,48	0,22	0,33	0,18
KOAH	Yok	9,18±9,38	10,77±8,64	8,33±8,46	6,93±5,81	8,04±6,16
	Var	8,63±9,75	10,13±10,07	8,19±11,31	6,06±5,21	7,19±7,8
	p**	0,33	0,47	0,21	0,58	0,17
Diğer	Yok	8,37±9,46	9,82±9,77	7,94±10,97	5,88±5,05	6,97±7,57
	Var	9,15±9,38	10,74±8,69	8,32±8,59	6,89±5,78	8±6,23
	p**	0,33	0,47	0,21	0,32	0,17
**Bağımsız örneklem t testi KOAH: Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı						

Birden çok kronik hastalığı olan katılımcıların olumsuz benlik, somatizasyon, hostilite düzeylerinde istatistiksel olarak anlamlı şekilde farklılık yoktur ($p>0,05$), fakat depresyon ve anksiyete düzeyleri daha yüksektir ($p=0,04$).

Hastalığı ile ilgili düzenli kontrol olma durumlarına göre depresyon, anksiyete, olumsuz benlik algısı, somatizasyon düzeylerinde istatistiksel olarak anlamlı şekilde farklılık yoktur ($p>0,05$). Düzenli kontrol olmayan katılımcıların hostilite düzeyleri daha yüksektir ($p=0,04$).

Kronik hastalığı ile ilgili ilaç kullanma durumuna göre bakıldığında depresyon, anksiyete, olumsuz benlik algısı, somatizasyon ve hostilite düzeylerinde

istatistiksel olarak anlamlı şekilde farklılık yoktur ($p>0,05$). Çizelge 4.12’de hastalıklara göre KSE düzeyleri gösterilmiştir.

Çizelge 4.12: Hastalıklara Göre KSE Düzeylerinin İncelenmesi

		Depresyon	Anksiyete	Olumsuz benlik algısı	Somatizasyon	Hostilite
		X±s.s.	X±s.s.	X±s.s.	X±s.s.	X±s.s.
Birden Çok Kronik Hastalık	Yok	11,92±7,93	12,95±7,34	9,27±9,35	7,38±6,43	9,54±6,45
	Var	8,92±9,12	10,01±6,64	8,24±8,54	6,85±5,73	7,87±6,21
	p**	0,04*	0,04*	0,21	0,29	0,08
Düzenli kontrol	Yok	9,21±9,41	10,79±8,68	8,45±8,71	6,86±5,68	8,10±6,30
	Var	8,38±9,1	10,15±9,08	6,77±7,02	7,27±6,97	6,73±5,37
	p**	0,28	0,24	0,21	0,28	0,04*
Kronik hastalığı ile ilgili ilaç kullanma	Yok	9,2±9,44	10,76±8,71	8,37±8,71	6,87±5,74	8,07±6,25
	Var	8,61±8,79	10,46±8,69	7,79±7,21	7,11±6,26	7,21±6,06
	p**	0,37	0,58	0,11	0,13	0,14
**Bağımsız örneklem t testi, *0,05 düzeyinde anlamlı farklılık						

Katılımcıların yaşları ile depresyon, anksiyete, olumsuz benlik, somatizasyon, hostilite düzeyleri istatistiksel olarak pozitif, anlamlı ve orta düzeyde güçlü şekilde ilişkilidir ($p=0,01$). İleri yaşta olan katılımcıların ruhsal belirti düzeyleri daha yüksektir.

Katılımcıların sahip olduğu kronik hastalık sayıları ile depresyon, anksiyete, olumsuz benlik, somatizasyon, hostilite düzeylerinin istatistiksel olarak anlamlı, pozitif şekilde ve zayıf düzeyde ilişkili olduğu bulunmuştur ($p=0,01$). Kronik hastalık sayılarının artması depresyon, anksiyete, olumsuz benlik, somatizasyon, hostilite gibi ruhsal belirti düzeylerini artırmaktadır.

Katılımcıların sahip olduğu hastalıkların tanı yılları ile depresyon, anksiyete, olumsuz benlik, somatizasyon, hostilite düzeylerinde istatistiksel olarak anlamlı şekilde ilişki yoktur ($p>0,05$). Çizelge 4.13’te hastaların yaş, kronik hastalık yılı ve kronik hastalık sayılarına göre KSE düzeyleri gösterilmiştir.

Çizelge 4.13: Katılımcıların Yaş, Kronik Hastalık Yılı ve Kronik Hastalık Sayılarına Göre KSE Düzeylerinin İncelenmesi

		Yaş	Kronik Hastalık Sayısı	Kronik Hastalık Yılı
Depresyon	r	0,36*	0,33*	-0,01
	p	0,01	0,01	0,81
Anksiyete	r	0,38*	0,38*	0,03
	p	0,01	0,01	0,56
Olumsuz Benlik Algısı	r	0,44*	0,39*	0,01
	p	0,01	0,01	0,86
Somatizasyon	r	0,43*	0,31*	0,01
	p	0,01	0,01	0,85
Hostilite	r	0,45*	0,35*	-0,04
	p	0,01	0,01	0,48
**Korelasyon analizi, 0,05 düzeyinde anlamlı ilişki				

Çalışmada katılımcıların aile desteği, arkadaş desteği, özel bir insan desteği ve algıladıkları genel sosyal destek düzeyleri ile depresyon, anksiyete, olumsuz benlik algısı, somatizasyon, hostilite düzeyleri arasında istatistiksel olarak negatif, anlamlı ve orta düzeyde güçlü şekilde ilişki vardır ($p=0,01$). Aile, arkadaş, özel bir insan ve algılanan sosyal desteği yüksek olan katılımcıların ruhsal belirti düzeyi daha düşüktür. Çizelge 4.14’te katılımcıların sosyal destek ve KSE düzeyleri arasındaki ilişki gösterilmiştir.

Çizelge 4.14: Katılımcıların Sosyal Destek ve KSE Düzeyleri Arasındaki İlişkilerin İncelenmesi

		Aile Desteği Boyutu	Arkadaş Desteği Boyutu	Özel Bir İnsan Desteği Boyutu	Algılanan Sosyal Destek
Depresyon	r	-0,39	-0,40	-0,44	-0,42
	p	0,01*	0,01*	0,01*	0,01*
Anksiyete	r	-0,52	-0,41	-0,48	-0,38
	p	0,01*	0,01*	0,01*	0,01*
Olumsuz Benlik Algısı	r	-0,51	-0,49	-0,45	-0,50
	p	0,01*	0,01*	0,01*	0,01*
Somatizasyon	r	-0,48	-0,40	-0,48	-0,43
	p	0,01*	0,01*	0,01*	0,01*
Hostilite	r	-0,44	-0,45	-0,42	-0,44
	p	0,01*	0,01*	0,01*	0,01*
**Korelasyon analizi, 0,05 düzeyinde anlamlı ilişki					

Katılımcıların depresyon düzeylerine aile desteği boyutu, arkadaş desteği boyutu, özel bir insan desteği boyutu ve algılanan sosyal destek düzeylerinin istatistiksel olarak anlamlı şekilde ve çoklu etkisinin olduğu saptanmıştır ($F=35,63$, $p=0,01$). Modelin açıklama düzeyi %49'dur ($R^2=0,49$). Anksiyete düzeylerine aile desteği boyutu, arkadaş desteği boyutu, özel bir insan desteği boyutu ve algılanan sosyal destek düzeylerinin istatistiksel olarak anlamlı şekilde ve çoklu etkisinin olduğu ($F=32,21$, $p=0,01$, $R^2=0,47$), olumsuz benlik algısı düzeylerine aile desteği boyutu, arkadaş desteği boyutu, özel bir insan desteği boyutu ve algılanan sosyal destek düzeylerinin istatistiksel olarak anlamlı şekilde ve çoklu etkisinin olduğu ($F=39,58$, $p=0,01$, $R^2=0,51$), somatizasyon düzeylerine aile desteği boyutu, arkadaş desteği boyutu, özel bir insan desteği boyutu ve algılanan sosyal destek düzeylerinin istatistiksel olarak anlamlı şekilde ve çoklu etkisinin olduğu ($F=40,23$, $p=0,01$, $R^2=0,53$), hostilite düzeylerine aile desteği boyutu, arkadaş desteği boyutu, özel bir insan desteği boyutu ve algılanan sosyal

destek düzeylerinin istatistiksel olarak anlamlı şekilde ve çoklu etkisinin olduğu ($F=38,55$, $p=0,01$, $R^2=0,50$) bulunmuştur. Ayrıca modelde aile desteği boyutu, arkadaş desteği boyutu, özel bir insan desteği boyutu ve algılanan sosyal destek düzeylerini (β) de anlamlı bulunmuştur.

Elde edilen modele göre depresyon, anksiyete, olumsuz benlik algısı, somatizasyon, hostilite düzeylerine aile desteği, arkadaş desteği, özel bir insan desteği ve algılanan sosyal destek düzeylerinin anlamlı ve negatif şekilde etkisinin olduğu saptanmıştır. Fakat aile desteğinin anksiyete, olumsuz benlik algısı ve hostilite üzerindeki azaltıcı etkisi; özel bir insan desteğinin depresyon ve somatizasyon üzerindeki azaltıcı etkisi diğer sosyal destek düzeylerine göre daha yüksektir. Çizelge 4.15'te hastaların sosyal destek ve KSE düzeyleri arasındaki ilişkileri incelenmiştir.

Çizelge 4.15: Katılımcıların Sosyal Destek ve KSE Düzeyleri Arasındaki İlişkilerin Modellenmesi

Bağımlı Değişkenler	Bağımsız değişkenler				Model F	R ²
	Aile Desteği Boyutu	Arkadaş Desteği Boyutu	Özel Bir İnsan Desteği Boyutu	Algılanan sosyal destek		
	β	β	β	β		
Depresyon	-0,20	-0,21	-0,28	-0,22	35,63 p=0,01	0,49
Katsayı anlamlılığı p	0,01	0,01	0,01	0,01		
Anksiyete	-0,27	-0,21	-0,25	-0,20	32,21 p=0,01	0,47
Katsayı anlamlılığı p	0,01	0,01	0,01	0,01		
Olumsuz Benlik Algısı	-0,31	-0,25	-0,23	-0,26	39,58 p=0,01	0,51
Katsayı anlamlılığı p	0,01	0,01	0,01	0,01		
Somatizasyon	-0,25	-0,21	-0,30	-0,22	40,23 p=0,01	0,53
Katsayı anlamlılığı p	0,01	0,01	0,01	0,01		
Hostilite	-0,28	-0,23	-0,22	-0,23	38,55 p=0,01	0,50
Katsayı anlamlılığı p	0,01	0,01	0,01	0,01		

**Regresyon analizi uygulanmıştır.

Çalışmada sosyal desteğin ruhsal ve somatik belirtiler üzerinde istatistiksel olarak anlamlı ve düşürücü bir etkisinin olduğu tespit edilmiştir. Aile desteği, arkadaş desteği, özel bir insan desteği ve algılanan sosyal destek düzeylerinin yüksek olması kronik hastalığa sahip bireylerin daha düşük ruhsal ve somatik belirti göstermesini sağlayacaktır. Fakat sosyal destek ile ruhsal ve somatik belirtiler arasındaki bu ilişkide iki sosyal destek boyutu diğerlerine göre biraz daha öne çıkmaktadır. Bunlar aile ve özel bir kişiden gelen sosyal destektir.

5. TARTIŞMA

Bulaşıcı olmayan hastalıklar olarak da bilinen kronik hastalıklar genetik, fizyolojik, çevresel faktörlere bağlı olarak oluşan ve uzun süreli devam eden hastalıklardır. Başlıca bulaşıcı olmayan hastalık türleri kardiyovasküler hastalıklar, kanserler, kronik solunum yolu hastalıkları ve diyabettir (4). Ülkemizde yaşlanmakta olan nüfus nedeniyle artan kronik hastalıklar, normal fizyolojik fonksiyonlarda yavaş ve ilerleyici bir sapmaya, geri dönüşümsüz değişikliklere neden olmaktadır. Böylece kişinin günlük yaşam aktivitelerinde sınırlanmalar meydana gelmekte ve hayatının uzun bir dönemini kapsayarak sürekli tıbbi bakım ve tedavi gerektirmektedir (57,65).

Kronik hastalıklarla birlikte ortaya çıkan fizyolojik, sosyal ve ruhsal sorunlar kronik hastalıkların yönetimini güçleştirmektedir. Bu sorunlarla baş edilemediğinde hastaların sağlığında birçok problem meydana gelmektedir (7).

Kronik hastalıklar erken ölüm ve engellilik durumlarında giderek daha yaygın bir rol üstlendiğinden, kronik hastalıklarda sosyal desteğin rolüne olan ilgi artmıştır. Çevresi tarafından kişiye sağlanan sosyal destek hastalık semptomlarının ortaya çıkardığı fiziksel ve psikolojik stresi azaltarak ya da dengeleyerek hastaların daha çabuk iyileşmesini sağlamaktadır. Böylece hastalığa ve tedaviye uyumu olumlu yönde etkileyebilmektedir (8).

Çalışmamızda Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Aile Hekimliği polikliniklerine başvuran, kronik hastalığı olan hastaların algıladıkları sosyal destek ile genel sağlık durumları arasındaki ilişkiyi belirlemek amaçlanmıştır. Bu araştırmanın bulguları, literatür bilgileri ile karşılaştırılmış ve bu doğrultuda tartışılmıştır.

5.1. Kronik Hastalığı Olan Bireylerin Sosyodemografik Özelliklerinin ve ÇBASDÖ Puanlarının Değerlendirilmesi

Çalışmamıza en az bir kronik hastalığı bulunan ve yaş ortalaması $53,86 \pm 12,26$ olan toplam 341 hasta dâhil edildi. Dâhil edilen hastaların %58,9 erkek ve %41,1 kadın, %76,8'i evliydi. Katılımcıların büyük çoğunluğunun en az bir çocuğu vardı. Eğitim düzeylerinin ise %8,8 ile okuryazar, %26,7 ile ilkokul,

%24,3 ile lise, %33,7 ile lisans ve %6,5 ile lisansüstü düzeyde olduğu saptanmıştır. Katılımcıların büyük çoğunluğunun kent merkezinde yaşadığı ve sosyal güvencelerinin olduğu tespit edilmiştir. Gelir düzeyleri incelendiğinde katılımcılar ağırlıklı olarak %64,2 ile orta ve %27 ile iyi düzeyde aylık gelire sahip olduklarını ifade etmiştir.

Katılımcıların yarıya yakını eş ve çocuklarıyla yaşamaktadır. Katılımcılar beraber yaşadığı kişi veya kişilerin hastalık sürecinde destek olma durumlarını %27 ile iyi ve %37,5 ile çok iyi olarak tanımlamışlardır. Katılımcıların %54'ünde hipertansiyon, %66'ında diabetes mellitus, %17,3'ünde hiperlipidemi, %16,4'ünde hipotiroidi, %4,7'inde kalp yetmezliği, %4,7'inde KOAH ve %8,8'inde diğer kronik hastalıkların olduğu saptanmıştır. Katılımcıların %92,4'ü kronik hastalıkları için düzenli kontrol olduğunu ifade etmişlerdir.

Bu çalışmada örnekleme oluşturan kronik hastalığı olan bireylerin, ÇBASDÖ'den aldıkları puan ortalaması $56,07 \pm 18,55$ 'tir. Buna göre ölçek puanlarına göre katılımcıların algıladıkları sosyal desteğin yüksek bir seviyede olduğu söylenebilir. Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeğinin alt boyutları incelendiğinde ise en yüksek puan ortalamasının 'aile desteği' alt grubuna ait olduğu görülmüştür. Bu sırayı arkadaş ve özel bir insandan alınan desteğin takip ettiği belirlenmiştir. Bu durum hastaların algıladıkları sosyal destekte ailelerinin etkisini ortaya koymaktadır. Literatürde de en yüksek puan ortalamasının "aile desteği" alt grubuna ait olduğu görülmüştür (14,100). Güneş ve Altıok'un kronik hastalığı olan hastalarda algılanan sosyal desteği inceledikleri çalışmada hastaların aileden algılanan sosyal destek puan ortalamasının yüksek olduğu saptanmıştır (101). Bu bulgu çalışmamız ile paralellik göstermektedir. Çalışmamızda hastaların algıladığı sosyal destek düzeyinin en yüksek aileden algılanan sosyal destek olması; çalışmaya alınan hastaların çoğunluğunun evli olması ve Türk toplumunda aile bireylerinin birlikte yaşamaları, aile içinde dayanışma ve bağların güçlü olmasıyla açıklanabilir.

Araştırmamızda cinsiyetlerine göre aile, arkadaş, özel bir insan ve algılanan genel sosyal destek düzeylerinin anlamlı şekilde farklı olmadığı tespit edilmiştir ($p > 0,05$). Karakurt ve arkadaşlarının 2013 yılında diyabetli hastalarla yaptığı çalışmada da cinsiyetin sosyal destek puanlarına etkili olmadığı görülmüştür

(100). Aras ve Tel ise KOAH'lı hastalarla yapmış oldukları çalışmalarında erkek hastalarda algılanan sosyal desteğin kadınlardan biraz daha fazla olduğunu belirlemişlerdir (102).

Çalışmamızda katılımcıların eğitim düzeylerinin aile, arkadaş, özel bir insan ve algılanan genel sosyal destek düzeylerini etkilediği görülmüştür. Lisansüstü düzeyinde eğitimi olan hastaların aile, arkadaş, özel bir insan ve algılanan genel sosyal destek seviyesinin diğer tüm eğitim gruplarına göre daha yüksek düzeylerde olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Bireylerin eğitim düzeyinin yükselmesi ile stresle baş etme yöntemleri ve yaşam koşullarının iyileştiği bunun sonucunda da sosyal desteğin arttığı söylenebilir. Biçer ve Bayat'ın diyaliz tedavisi gören hastalarla yapmış olduğu çalışmada da çalışmamızın sonucuna benzer nitelikte, eğitim durumunun algılanan sosyal desteği etkilediği, eğitim durumuyla arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu saptanmıştır (103). Arslantaş ve arkadaşlarının dahili ve cerrahi kliniklerde yatan hastalarla yapmış oldukları çalışmada, eğitim durumu ile algılanan sosyal destek arasında anlamlı farklılık olduğu saptanmıştır (104). Savcı'nın çalışmasında lise ve yüksekokul mezunu kanser hastalarında sosyal destek yüksek bulunmuştur (105).

Sosyal güvence düzeylerine bakıldığında, sosyal güvencesi olmayan hastaların arkadaş, özel bir insan ve algılanan genel sosyal destek seviyesinin sosyal güvencesi olan hastalara göre daha yüksek düzeylerde olduğu görülmüştür ($p<0,05$). Aile desteğinin ise sosyal güvence düzeyine göre farklılık göstermediği tespit edilmiştir ($p=0,44$). Arslantaş ve arkadaşları hastanede yatan hastaların sağlık güvencesinin olup olmaması durumu ile algılanan sosyal destek arasında ilişki olmadığını belirtmiştir (104). Altıparmak'ın huzurevindeki yaşlı bireylerin sosyal destek düzeyleri ve etkileyen faktörleri belirlemek amaçlı yapmış olduğu çalışmada ise bizim çalışmamızdan farklı olarak sosyal güvenceye sahip olan bireylerin olmayan bireylere göre toplam sosyal destek puanının daha yüksek olduğu bulunmuştur (106).

Çalışmamızda hastalıklara göre sosyal destek düzeyleri incelendiğinde diyabet hastalığına sahip olan katılımcılarda aile, özel bir insan ve algılanan genel sosyal destek düzeylerinin istatistiksel olarak anlamlı şekilde farklı olmadığı fakat arkadaş desteği düzeylerinin daha düşük olduğu belirlenmiştir.

Karakurt ve arkadaşlarının diyabet hastalarıyla yaptığı çalışmasında da en düşük düzeyde sosyal desteğe sahip olunan alt grubun, arkadaş desteği alt grubu olduğu görülmüştür (100). Diyabetli hastaların diyabetle mücadele kapsamında aile, arkadaş ve çevresindeki diğer kişiler tarafından sosyal destek algısının geliştirilmesi oldukça önemlidir (107). Muslu, Ardahan ve Günbayı çalışmalarında diyabet hastalarına psikososyal uyum süreci içerisinde sosyal destek verilmesinin hastalar üzerinde olumlu yönde etki ettiğini saptamışlardır (108).

Çalışmamızda hastalığı ile düzenli kontrol olan hastaların arkadaş, özel bir insan ve algılanan genel sosyal destek düzeylerinin yüksek olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$). Bu bulgu, kendisine yakın hissettiği arkadaş ya da özel bir insanın hastayı tedaviye uyum ve düzenli kontrol olma konusunda kişiyi teşvik etmeleri ve destekleyici olmaları ile açıklanabilir.

Araştırmamızda katılımcıların sosyal destek algılarının sosyodemografik bulguları ile değerlendirildiğinde; kronik hastalığı olan hastaların cinsiyetlerine, ikamet ettikleri yerleşim yerlerine, medeni durumlarına, çalışma durumlarına, gelir düzeyine ve çocuk sahibi olma durumlarına, sahip oldukları kronik hastalık durumuna göre sosyal destek algılarının etkilenmediği görülmüştür ($p>0,05$).

5.2. Kronik Hastalığı Olan Bireylerin KSE Puanlarının Değerlendirilmesi

Araştırmamızda kullanılan KSE ölçeğinin puanları incelendiği zaman hastaların psikolojik belirti düzeylerinin düşük sayılabilecek bir düzeyde olduğu görülmüştür. Ölçeğin alt boyutları incelendiğinde en yüksek puan ortalamasını anksiyete düzeyinin oluşturduğu, sonrasında sırasıyla depresyon, olumsuz benlik, hostilite ve somatizasyon düzeylerinin takip ettiği saptanmıştır.

Çalışmamızda katılımcıların yaşları ile depresyon, anksiyete, olumsuz benlik, somatizasyon, hostilite düzeylerinin pozitif, anlamlı ve orta düzeyde güçlü şekilde ilişkili olduğu tespit edilmiştir ($p=0,01$). İleri yaşta olan hastaların depresyon, anksiyete, olumsuz benlik, somatizasyon, düşmanlık düzeylerinin ve ruhsal belirti düzeylerinin daha yüksek olduğu görülmüştür. Kroenke ve arkadaşları meme kanserli hastalarla yaptıkları çalışmalarında, 40 yaş ve altındaki

bireylerin fiziksel ve psikososyal fonksiyonlarının 41-64 yaş ve 65 ve üzeri yaş grubundaki bireylerden daha fazla etkilendiğini belirtmektedir (109). Kronik hastalıkları olan genç ve yaşlı hastalar arasındaki psikolojik sıkıntı düzeyini karşılaştıran bir çalışmada, kronik hastalıkları olan genç hastaların, anksiyete, depresyon, düşmanlık ve somatizasyon belirtileri yaşlılara göre daha yüksek bulunmuştur (110). Yaş değişkeninin psikososyal uyuma etkisi ile ilgili çalışmaların sonuçları farklılık gösterebilmektedir. Farklı sonuçların olmasının sebebi örnekleme oluşturan katılımcıların kişisel sorunlarının farklılıklarından kaynaklandığı yorumu yapılabilir. Hasta bireylerin artan yaşla birlikte hastalık komplikasyonlarının çeşitlendiği veya fiziksel olarak görünümü bozan bir durumun genç ve yaşlı bireyleri farklı etkilemesinin de çalışma sonuçlarının çeşitlenmesinde rol oynadığı söylenebilir.

Hastaların ikamet durumuna göre depresyon ve somatizasyon düzeylerinin anlamlı şekilde farklı olduğu görülmüştür. Kent merkezlerinde yaşayan hastaların depresyon ve somatizasyon düzeylerinin daha yüksek olduğu görülmüştür ($p<0,05$). Kent hayatının karmaşası, trafik sorununun stresi, yeşil alan, park ve bahçelerin azalması, bireyselleşmenin fazlalaşıp aile bağlarında meydana gelen gevşeme bu farklılığın sebepleri arasında sayılabilir.

Katılımcıların gelir durumlarına göre psikolojik ve fiziksel belirtiler düzeylerine bakıldığında, gelir düzeyleri çok iyi olan hastaların depresyon, anksiyete, olumsuz benlik, somatizasyon ve düşmanlık düzeylerinin daha düşük olduğu görülmüştür. Yüksek gelir grubunun psikolojik belirtiler (KSE) düzeyleri anlamlı olarak düşüktür ($p=0,01$). Nordin ve arkadaşlarının 2001 yılında kanser hastalarıyla yaptıkları çalışmada özellikle duygusal ve maddi destek yetersizliğinin, anksiyete ve depresyon için risk etmeni olduğu bildirilmiştir (111). Bunun temel nedeninin gelir düzeyinin pek çok fırsat ve olanaklara erişimde kolaylık sağlaması olduğu düşünülmektedir.

Araştırmamızda çocuk sahibi olan hastaların depresyon, anksiyete, olumsuz benlik düzeylerinin daha düşük olduğu görülmüştür. Toplumda çocuk sahibi olmak biyolojik, ruhsal, sosyal ve kültürel bir gereksinim olarak kabul edilmektedir (112). Breidenbach ve arkadaşları tarafından 2022 yılında meme kanseri hastalarıyla yapılan bir çalışmada çocuk sahibi olan kanser hastalarında

depresyon oranının arttığı tespit edilmiştir (113). Inhestern ve arkadaşlarının 2017 yılında kanser hastalarıyla yaptıkları çalışmada ise bireylerin küçük bir çocuğa sahip olma durumu ile anksiyete ve depresyon puanı arasında anlamlı bir ilişki tespit edilmemiştir (114). Araştırma bulgusuna ve literatüre bakıldığında çocuk sahibi olma durumunun psikiyatrik semptomları etkilediği fakat her çalışma sonucuna göre farklılık gösterebileceği söylenebilir. Bu farklılık çalışmalardaki örneklem sayılarının değişkenliğinden ve çocukların yaşlarından kaynaklanabilir.

Çalışmamızda tek başına yaşayan hastaların depresyon, anksiyete, olumsuz benlik gibi psikolojik belirti düzeylerinin yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Beraber yaşadığı kişi veya kişiler hastalık sürecinde bakım durumlarını çok iyi olarak tanımlayan hastaların ise depresyon, anksiyete, olumsuz benlik düzeylerinin düşük olduğu görülmüştür ($p<0,05$). Ruhsal hastalıkların ortaya çıkmasında yalnızlığın önemli faktörlerden birisi olduğu, özellikle de depresyonun gelişiminde belirleyici bir etkiye sahip olduğu belirtilmektedir (115). Ovayolu ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada kronik böbrek yetmezliği hastalarının yalnızlık puanı arttıkça depresyon puanlarında da bir artış olduğu belirtilmektedir (116). Çalışmamız yapılan diğer çalışmalarla ile benzerlik göstermekte ve tek başına yaşamının kronik hastalığı olan bireyler için ruhsal sorunlar görülebilme olasılığı açısından riskli grupta değerlendirilebileceğini de düşündürmektedir.

Çalışmamızda hastalıklara göre psikolojik ve fiziksel belirti düzeyleri incelendiğinde katılımcıların hipertansiyon, diyabet, hiperlipidemi, hipotiroidi, kalp yetmezliği, KOAH ve diğer hastalıklara sahip olma durumlarına göre depresyon, anksiyete, olumsuz benlik, somatizasyon, düşmanlık düzeylerinin anlamlı şekilde farklı olmadığı tespit edilmiştir ($p>0,05$).

Araştırmamızda katılımcıların birden çok kronik hastalığa sahip olanların depresyon ve anksiyete düzeylerinin daha yüksek olduğu görülmüştür ($p=0,04$). Katılımcıların kronik hastalık sayısının artmasıyla depresyon, anksiyete, olumsuz benlik, somatizasyon, düşmanlık düzeylerinin ve psikolojik belirti düzeylerinin artmış olduğu saptanmıştır. Literatüre bakıldığında KOAH'lı hastalarda yapılan bir çalışmada hastalık süresinin uzun olması ve eşlik eden başka bir fiziksel

hastalığın olmasının bireyin ruh sağılığını olumsuz etkilediğı; anksiyete ve depresyonu artırdığı bulunmuştur (117).

Hastaların hastalığı ile düzenli kontrol olma durumlarına göre depresyon, anksiyete, olumsuz benlik, somatizasyon düzeylerinin anlamlı şekilde farklı olmadığı fakat düzenli kontrol olmayan hastalarda düşmanlık (hostilite) düzeylerinin daha yüksek olduğu görülmüştür ($p=0,04$). Hostilite, kişinin çevresine karşı düşmanca duygular beslemesidir. Bireyi diğer kişilere, çevreye, ya da nesnelere zarar verecek şekilde saldırgan davranışa yönelterek, kişiyi öfkeye daha yatkın bir birey yaparak, bireyin sağılığını doğrudan etkilemektedir (118,119). Dembroski ve arkadaşları miyokard infarktüs ve ani ölümlerle hostilite ilişkisini inceledikleri çalışmalarında hostilitenin kalp-damar hastalıkları için bir risk faktörü olduğunu ortaya koymuşlardır (120). Diong ve arkadaşları çalışmalarında öfke ve düşmanlık duyguları barındıran kişilerin bu özellikleri nedeniyle normalden farklı tepkiler vererek çevreleri ile ilişkilerinde stresli ortamlar yarattıklarını ve çevreden gerekli sosyal desteğı alamadıklarını ileri sürmüşlerdir (121). Kronik hastalığı olan ve düzenli kontrole gitmeyen kişilerin, hastalıklarıyla ilgili endişe ve streslerini hostilite şeklinde dışa vurdukları düşünülmektedir.

Çalışmamızda KSE ile katılımcıların genel ve ruhsal sağık durumları sosyodemografik bulgularıyla değerlendirildiğinde; kronik hastalığa sahip kişilerin cinsiyetlerine, eğitim durumlarına, medeni durumlarına, çalışma durumlarına, sosyal güvencelerinin olma durumuna göre genel ve ruhsal belirtiler açısından tüm alt boyutlarda anlamlı farklılık bulunamamıştır ($p>0,05$).

5.3. Kronik Hastalığı Olan Bireylerin Sosyal Destek Düzeyleri ile Genel Sağık Durumu Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi

Yapılan istatistiksel analiz sonucunda ÇBASDÖ alt boyutları ve toplam puanları ile KSE alt boyutları puanları arasında negatif yönde bir ilişki saptanmıştır. Sosyal desteğın ruhsal ve somatik belirtiler üzerinde anlamlı ve düşürücü bir etkisinin olduğu tespit edilmiştir. Çalışmamızda aile desteğı, arkadaş desteğı, özel bir insan desteğı ve algılanan sosyal desteğı yüksek olan kronik hastalığa sahip bireylerin depresyon, anksiyete, olumsuz benlik, somatizasyon,

hostilite düzeylerinin ve ruhsal belirti düzeylerinin daha düşük olduğu görülmüştür (Çizelge 16). Aile desteği boyutu, arkadaş desteği boyutu, özel bir insan desteği boyutu ve algılanan sosyal destek düzeylerinin yüksek olması hastanın daha düşük ruhsal ve fiziksel belirti vermesi, genel sağlık durumunun daha iyi olmasına neden olmaktadır. Fakat sosyal destek ile ruhsal ve fiziksel belirtiler arasındaki ilişkide iki sosyal destek boyutu diğerlerine göre biraz daha öne çıkmaktadır. Bunlar aile ve özel bir kişiden gelen sosyal destek alt boyutlarıdır.

Literatür incelendiğinde çalışmamız ile uyumlu birçok bulguya rastlanmıştır. Ceyhun'un yaptığı çalışmada, kuvvetli aile bağlarının, hemodiyaliz hastalarında olumlu sosyal işlevsellik ve moralle, nakil hastalarında ise düşük anksiyete düzeyi ve yüksek kendilik saygısıyla ilişkili olduğu bildirilmektedir. Ayrıca sosyal destek algısı arttıkça anksiyete ve depresyon düzeylerinin azaldığı belirtilmektedir (122). Meme kanseri olan 428 kadın hasta ile 2019 yılında yapılan bir çalışmada, hastaların sosyal destek algılarının yüksek düzeyde olduğu, sosyal desteğin bileşenlerinden aile ve özel insana ait sosyal destek algısının yüksek düzeyde olduğu, arkadaşlara ait sosyal destek algısının orta düzeyde olduğu saptanmıştır (123). Benzer şekilde Almeida ve arkadaşları, arkadaşlara göre aile desteğinin daha düşük depresyon oranlarıyla ilişkili olduğunu bulmuşlardır (124). Nöroendokrin tümör tanılı 196 hasta ile yapılan başka bir çalışmada; daha yüksek sosyal desteğin daha az stresle ilişkili olduğu bulunmuştur (125). Çalışmamız literatür ile paralellik göstermektedir.

Araştırmamızdaki bulgulara göre sosyal desteğin bileşenlerinden olan aile ve özel insan desteğinin bireyin genel sağlık durumuna arkadaş desteğinden daha yüksek düzeyde katkı sağladığı söylenebilir. Bu durumun sebebi olarak Türk toplumunun aile merkezli bir yapıya sahip olması ve toplumumuzdaki aile tipinin giderek çekirdek aile yapısına dönüşmesiyle en yakın destekçinin bireyin eşi olması ile açıklanabilir. Aile içi ilişkiler güçlü ve aile üyeleri birbirine bağlıdır. Aileden algılanan desteğin araştırma sonuçlarımızda yüksek bulunmasının Türk toplumunun kültürel yapısının doğal bir getirisinden kaynaklandığı düşünülebilir. Bu nedenle algılanan sosyal desteğin, kronik hastalığı olan kişilerin genel sağlık durumunu doğrudan olumlu yönde etkilediği söylenebilir.

6. SONUÇLAR

Kronik hastalığı olan bireylerin algıladıkları sosyal destek ile genel sağlık durumları arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla gerçekleştirilen çalışmadan elde edilen veriler incelendiğinde aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir:

- Katılımcıların %92,4'te birden çok kronik hastalığının bulunduğu görülmüştür. Birden çok kronik hastalığı olan kişilerin depresyon ve anksiyete düzeylerinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir.
- Çalışmamıza katılan kronik hastalığı olan kişilerin algıladıkları sosyal desteğin yüksek bir seviyede olduğu ve sosyal destek grupları içerisinde ailenin daha önemli bir yere sahip olduğu tespit edilmiştir.
- Lisansüstü düzeyinde eğitimi olan hastaların aile, arkadaş, özel bir insan ve algılanan genel sosyal destek seviyesinin diğer tüm eğitim gruplarına göre daha yüksek düzeylerde olduğu saptanmıştır.
- Kısa semptom Envanteri (KSE)'nin alt boyutları incelendiğinde katılımcıların ruhsal belirti düzeylerinin düşük sayılabilecek bir düzeyde olduğu ve en yüksek puan ortalamasını anksiyete düzeyinin oluşturduğu belirlenmiştir.
- Çalışmamızda katılımcıların yaşları ile depresyon, anksiyete, olumsuz benlik, somatizasyon, hostilite düzeylerinin pozitif ve anlamlı şekilde ilişkili olduğu tespit edilmiştir. İleri yaşta olan hastaların depresyon, anksiyete, olumsuz benlik, somatizasyon, hostilite düzeylerinin ve ruhsal belirti düzeylerinin daha yüksek olduğu görülmüştür.
- Çalışmamıza katılan tek başına yaşayan hastaların depresyon, anksiyete, olumsuz benlik gibi ruhsal belirti düzeylerinin anne-baba, eş ya da çocuklarıyla birlikte yaşayanlara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır.
- Araştırmamızda çocuk sahibi olan hastaların depresyon, anksiyete, olumsuz benlik düzeylerinin çocuk sahibi olmayan kişilere göre daha düşük olduğu görülmüştür.
- Sosyal desteğin ruhsal ve somatik belirtiler üzerinde anlamlı ve düşürücü bir etkisinin olduğu ve kronik hastalığa sahip bireylerin algıladıkları sosyal

destek arttıkça, fiziksel ve ruhsal belirtilerin azalarak genel sağlık durumunun iyileştiği tespit edilmiştir.



7. ÖNERİLER

Bu bölümde araştırmadan elde edilen sonuçlara yönelik önerilere yer verilmiştir.

- Kronik hastalığı olan kişilere yeterli aile desteğinin sağlanması
- Kronik hastalığı olan birey ve ailesinin sorunları ve stresle başa çıkma durumlarının belirlenerek, birey ve ailesine olumlu başa çıkma yöntemleri hakkında bilgi verilmesi, sosyal desteğin öneminin anlatılması,
- Aile dışındaki sosyal destek kaynaklarının harekete geçirilmesi,
- Arkadaştan algılanan sosyal destek düzeyini artırmak için destek gruplarının oluşturulması ve grup etkinlikleri planlanması,
- Aile hekimlerinin hastaların mevcut sosyal destek kaynaklarını fark etmesini ve bunları kullanabilmesini sağlaması kronik hastalığı olan hastaların prognozunu ve yaşam memnuniyetini olumlu yönde etkileyecektir.

Çalışmamıza benzer çalışmaların daha geniş örneklem gruplarıyla ve çeşitli hastanelerde yapılarak literatürün zenginleşmesi önerilebilir.

8. KAYNAKLAR

1. Cohen S, Syme SL. Issues in the study and application of social support. In S. Cohen & S. L. Syme (Eds.), Social Support and Health. San Francisco: Academic Press. 1985 (pp 3-22).
2. Wills, TA. Social support and interpersonal relationships. In M.S. Clark (Ed.), Prosocial behavior. Newbury Park, CA: Sage. 1991 (pp. 265 – 289).
3. Taylor, SE. Social support: A review. In H. S. Friedman (Ed.), The Oxford handbook of health psychology. Oxford University Press. 2011 (pp. 189–214).
4. World Health Organization, Noncommunicable diseases. Erişim: <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases> (Erişim tarihi: 23.09.2022).
5. Üner S, Balcılar M. Türkiye Hanehalkı Sağlık Araştırması: Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Risk Faktörleri Prevalansı 2017 (STEPS). Ankara, Dünya Sağlık Örgütü Türkiye Ofisi, 2018:2.
6. World Health Organization. Constitution Erişim: <https://www.who.int/about/governance/constitution#:~:text=The%20Constitution%20was%20adopted%20by,are%20incorporated%20into%20this%20text.> (Erişim tarihi: 03.10.2022).
7. Centers For Disease Control and Prevention, National Center For Chronic Disease Prevention and Health Promotion (NCCDPHP), About Chronic Disease, 2021. Erişim adresi: <https://www.cdc.gov/chronicdisease/about/index.htm> Erişim tarihi: 03.10.22.
8. Busse R, Blümel M, Scheller-Kreinsen D, Zentner A. Tackling chronic disease in Europe: strategies, interventions and challenges (No. 20). WHO Regional Office Europe, 2010 (pp 56-57).
9. Young CF, Shubrook JH, Valencerina E, Wong S, Henry Lo SN, Dugan JA. Associations Between Social Support and Diabetes-Related Distress in

- People With Type 2 Diabetes Mellitus. *Journal of Osteopathic Medicine*. 2020;120(11):721–31.
10. Barutcu CD, Mert H. The Relationship Between Social Support and Quality of Life in Patients With Heart Failure. *J Pak Med Assoc*. 2013;63(4):463–7.
 11. Mallinger JB, Griggs JJ, Shields CG. Family Communication and Mental Health After Breast Cancer. *Eur J Cancer Care (Engl)*. 2006;15(4):355–61.
 12. Procidano ME, Heller K. Measures of perceived social support from friends and from family: Three validation studies. *Am J Community Psychol*. 1983;11(1):1–24.
 13. Aktaş A, Sertel Berk H. Verilen Sosyal Destek Ölçeği'nin Psikometrik Özellikleri. *Psikoloji Çalışmaları*. 2012; 32(2): 71-84.
 14. Eker D, Arkar H, Yaldız H. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği'nin gözden geçirilmiş formunun faktör yapısı, geçerlik ve güvenirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 2001; 12(1): 17-25.
 15. Şahin N, Durak A. Kısa Semptom Envanteri (Brief Symptom Inventory-BSI): Türk Gençleri İçin Uyarlanması. *Türk Psikoloji Dergisi* 1994; 9(31): 44-56.
 16. Derogatis LR, Spencer P. Brief symptom inventory: BSI: Pearson Upper Saddle River NJ; 1993.
 17. Durkheim E. Suicide. A Study in Sociology, Spaulding JA, Simpson G. Routledge & Kegan Paul, London. 1952; 247–248.
 18. Sarason IG, Pierce GR, Sarason BR. Social Support and Interactional Processes: A Triadic Hypothesis. *J Soc Pers Relat*. 1990;7(4):495–506.
 19. Shumaker SA, Brownell A. Toward a Theory of Social Support: Closing Conceptual Gaps. *Journal of Social Issues*. 1984;40(4):11–36.
 20. Cohen S, Wills TA. Stress, Social Support and The Buffering Hypothesis. *Psychol Bull*. 1985;98(2):310–57.
 21. Jung J. Toward a Social Psychology of Social Support. *Basic Appl Soc Psych*. 1987;8(1–2):57–83.

22. Flaherty J, Richman J. Gender Differences In The Perception and Utilization of Social Support: Theoretical Perspectives and an Empirical Test. *Social Science & Medicine*. 1989; 28(12): 1221-1228.
23. Lepore SJ, Evans GW, Schneider MK. Dynamic Role of Social Support In The Link Between Chronic Stress and Psychological Distress. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1991; 61: 899-909.
24. Winemiller DR, Mitchell E, Sutliff J, Cline DJ. Measurement Strategies In Social Support: A Descriptive Review of The Literature. *Journal of Clinical Psychiatry*. 1993; 49(5): 638-648.
25. Barrera M. Distinctions Between Social Support Concepts, Measures and Models. *American Journal of Community Psychology*. 1986; 14: 413-445.
26. Thoits PA. Mechanisms Linking Social Ties and Support to Physical and Mental Health. *J Health Soc Behav*. 2011;52(2):145–61.
27. Gallant MP. The Influence of Social Support on Chronic Illness Self-Management: A Review and Directions for Research. *Health Education & Behavior*. 2003;30(2):170–95.
28. Umberson D, Karas MJ. Social Relationships and Health: A Flashpoint for Health Policy. *J Health Soc Behav*. 2010; 51: 54–66.
29. Young, KW. Social Support and Life Satisfaction. *International Journal of Psychosocial Rehabilitation*. 2006; 10(2): 155-164.
30. Zhou M, Lin W. Adaptability and Life Satisfaction: The Moderating Role of Social Support. *Front Psychol*. 2016;7:1134.
31. Turner RJ, Turner JB, Hale WB. Social Relationships and Social Support. In: Johnson R, Turner R, Link, B. (eds) *Sociology of Mental Health*. SpringerBriefs in Sociology. Springer, Cham. 2014 (pp 1-20).
32. Jacobson DE. Types and Timing of Social Support. *J Health Soc Behav*. 1986;27(3):250.
33. Cutrona CE, Suhr JA, MacFarlane, R. Interpersonal Transactions and The Psychological Sense of Support. In: Duck SW. (Ed.) *Personal Relationships and Social Support*. London: Sage. 1990 (pp. 30-45).

34. Yıldız R, Erdurak Y. Sosyal Sağlık Bileşeni Olarak Sosyal Destek ve Ailenin Rolü. Anemon Muş Alparslan Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi. 2021;9(3):593–600.
35. Brooks AT, Andrade RE, Middleton KR, Wallen GR. Social Support: a Key Variable for Health Promotion and Chronic Disease Management in Hispanic Patients with Rheumatic Diseases. Clin Med Insights Arthritis Musculoskelet Disord. 2014;7:23–5.
36. Smith JRP. Social Health Concepts for Family Practice. Soc Casework. 1982;63(6):363–9.
37. Roohafza HR, Afshar H, Keshteli AH, Mohammadi N, Feizi A, Taslimi M, et al. What's The Role of Perceived Social Support and Coping Styles in Depression and Anxiety? Journal of Research in Medical Sciences: The Official Journal of Isfahan University of Medical Sciences. 2014;19(10):944–9.
38. Burke RJ, Weir T. Sex Difference in Adolescent Life Stress, Social Support and Well-being. The Journal of Psychology. 1978; 98: 277-278.
39. Nurullah, AS. Received and Provided Social Support: A Review of Current Evidence and Future Directions. American Journal of Health Studies. 2012; 27(3): 173–188.
40. Uchino BN. Understanding The Links Between Social Support and Physical Health: A Life-Span Perspective With Emphasis on The Separability of Perceived and Received Support. Perspectives on Psychological Science. 2009;4(3):236–55.
41. Wikipedia. Erişim: <https://tr.wikipedia.org/wiki/Algı> (Erişim tarihi 02.01.2023).
42. Helgeson VS. Social Support and Quality of Life. Quality of Life Research. 2003;12:25–31.
43. Sarason BR, Pierce GR, Sarason IG. Social Support: The Sense of Acceptance and The Role of Relationships. In Sarason BR, Sarason IG, Pierce GR.(Eds.), Social Support: An Interactional View. New York: Wiley. 1990 (pp. 97-128).

44. Thoits PA. Stress, Coping, and Social Support Processes: Where Are We? What Next? *J Health Soc Behav.* 1995;35:53.
45. Berkman LF, Glass T. Social Integration, Social Networks, Social Support and Health. In: Berkman LF, Kawachi I, eds. *Social Epidemiology.* New York: Oxford University Press; 2000:137–173.
46. Baltaş, Z. Sağlık Psikolojisi, İstanbul, Remzi Kitabevi. 2000 (s 10-38).
47. Carlson BE, McNutt LA, Choi DY, Rose IM. Intimate Partner Abuse and Mental Health. *Violence Against Women.* 2002;8(6):720–45.
48. Lett HS, Blumenthal JA, Babyak MA, Strauman TJ, Robins C, Sherwood A. Social Support and Coronary Heart Disease: Epidemiologic Evidence and Implications for Treatment. *Psychosom Med.* 2005;67(6):869–78.
49. Strogatz DS, Croft JB, James SA, Keenan NL, Browning SR, Garrett JM, et al. Social Support, Stress and Blood Pressure in Black Adults. *Epidemiology.* 1997;8(5):482.
50. Holt-Lunstad J, Smith TB, Layton JB. Social Relationships and Mortality Risk: A Meta-analytic Review. *PLoS Med.* 2010;7(7):e1000316.
51. Uchino BN, Cacioppo JT, Kiecolt-Glaser JK. The Relationship Between Social Support and Physiological Processes: A review with Emphasis on Underlying Mechanisms and Implications for Health. *Psychol Bull.* 1996;119(3):488–531.
52. Cohen S, Doyle WJ, Turner R, Alper CM, Skoner DP. Sociability and Susceptibility to The Common Cold. *Psychol Sci.* 2003;14(5):389–95.
53. Bunker SJ, Colquhoun DM, Esler MD, Hickie IB, Hunt D, Jelinek VM, et al. “Stress” and Coronary Heart Disease: Psychosocial Risk Factors. *Medical Journal of Australia.* 2003;178(6):272–6.
54. Krohne HW, Slangen KE. Influence of Social Support on Adaptation to Surgery. *Health Psychology.* 2005; 24(1): 101–105.
55. Wu YF, Chao PH, Lo LJ et al. Social Support and Life Adjustment for Teenagers with Cleft Lip and Palate in Taiwan. *Chang Gung Medical Journal.* 2000; 23(3): 128–134.
56. Dhar HL. Gender, Aging, Health and Society. *The Journal of the Association of Physicians of India.* 2001; 49: 1012-1020.

57. Durna, Z. Kronik Hastalıklar ve Önemi. Durna Z.(Ed.), Kronik Hastalıklar ve Bakım. İstanbul :Nobel Tıp Kitabevleri. 2012 (s1-7).
58. Porta M. A Dictionary of Epidemiology. Oxford University Press, USA, 2014 (pp 55-57).
59. Huard P. The Management of Chronic Diseases: Organizational Innovation and Efficiency. John Wiley & Sons, 2018 (pp 3-5).
60. UN News Center, 2014. <http://www.un.org/> (Erişim tarihi: 14.02.2023).
61. Nissinen A, Berrios X, Puska P. Community-based Noncommunicable Disease Interventions: Lessons From Developed Countries for Developing Ones. Bull World Health Organ. 2001;79(10):963-70.
62. Bilir N. Değişen Sağlık Örüntülerinde Halk Sağlığı Çalışanlarının Rolü: Kronik Hastalıklar ve Yaşlılık Sorunları. Toplum Hekimliği Bülteni. 2006;25(3):6.
63. World Health Organization. Noncommunicable Diseases Progress Monitor 2022. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240047761> (Erişim Tarihi: 15.02.2023).
64. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK). Ölüm Nedeni İstatistikleri, 2019. <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Olum-ve-Olum-Nedeni-İstatistikleri-2019-33710> (Erişim Tarihi: 15.02.2023).
65. Çöl M, Oztürk Yıldırım E (ed). Halk Sağlığı Açısından Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar, Ankara, Ankara Üniversitesi Yayınları No: 762, 2022 (s 7-10).
66. Kyu HH, Abate D, Abate KH, et al. Global, Regional and National Disability-Adjusted Life-Years (DALYs) for 359 Diseases and Injuries and Healthy Life Expectancy (HALE) for 195 Countries and Territories, 1990-2017: A Systematic Analysis for The Global Burden of Disease Study 2017. The Lancet. 2018;392:1859-1922.
67. Allegrante JP, Wells MT, Peterson JC. Interventions to Support Behavioral Self-Management of Chronic Diseases. Annu Rev Public Health. 2019;40(1):127–46.
68. T.C. Sağlık Bakanlığı ve Hacettepe Nüfus Etütleri Enstitüsü. Ulusal Hastalık Yüklü Çalışması Sonuçları ve Çözüm Önerileri. Ankara: Hacettepe Nüfus Etütleri Enstitüsü, 2017.

https://tip.hacettepe.edu.tr/ekler/pdf/ulusal_program.pdf (Erişim Tarihi 17.02.22023).

69. World Health Organization (WHO) . Global Health Risks: Mortality and Burden of Disease Attributable to Selected Major Risks, 2009 https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44203/9789241563871_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y (Erişim Tarihi 17.02.2023).
70. Yılmazel G, Çetinkaya F, Naçar M, Baykan Z. Yeni Bir Kentsel Epidemi Olarak Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar. Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care. 2019;13(1): 75-84.
71. Ridder D, Schreurs K. Coping, Social Support and Chronic Disease: A Research Agenda. Psychol Health Med. 1996;1(1):71–82.
72. Biordi, DL. Nicholson, NR. Social Isolation, Chronic Illness, Impact and Intervention. Lubkin MI, Larsen PD (ed.) Jones&Bartlett Learning, USA. 2013.
73. Gask L, Macdonald W, Bower P. What is The Relationship Between Diabetes and Depression? A Qualitative Meta-synthesis of Patient Experience of Co-morbidity. Chronic Illn. 2011;7(3):239–52.
74. Anderson RJ, Grigsby AB, Freedland KE, De Groot M, McGill JB, Clouse RE, et al. Anxiety and Poor Glycemic Control: A Meta-Analytic Review of the Literature. The International Journal of Psychiatry in Medicine. 2002;32(3):235–47.
75. Robertson SM, Stanley MA, Cully JA, Naik AD. Positive Emotional Health and Diabetes Care: Concepts, Measurement, and Clinical Implications. Psychosomatics. 2012;53(1):1–12.
76. Schiøtz ML, Bøgelund M, Almdal T, Jensen BB, Willaing I. Social Support and Self-management Behaviour Among Patients with Type 2 Diabetes. Diabetic Medicine. 2012;29(5):654–61.
77. Bouldin ED, Trivedi RB, Reiber GE, Rosland AM, Silverman JB, Krieger J, et al. Associations Between Having an Informal Caregiver, Social Support, and Self-care Among Low-income Adults with Poorly Controlled Diabetes. Chronic Illnes. 2017;13:239–50.

78. Centers for Disease Control and Prevention. Erişim <https://www.cdc.gov/diabetes/managing/education.html> , Erişim Tarihi 18.06.2023.
79. Pamungkas R, Chamroonsawasdi K, Vatanasomboon P. A Systematic Review: Family Support Integrated with Diabetes Self-Management among Uncontrolled Type II Diabetes Mellitus Patients. *Behavioral Sciences*. 2017;7:62.
80. Kubzansky LD, Huffman JC, Boehm JK, Hernandez R, Kim ES, Koga HK, et al. Positive Psychological Well-Being and Cardiovascular Disease. *J Am Coll Cardiol*. 2018;72(12):1382–96.
81. Turan GB, Aksoy M, Çiftçi B. Effect of Social Support on The Treatment Adherence of Hypertension Patients. *Journal of Vascular Nursing*. 2019;37(1):46–51.
82. Wilson DK, Ampey-Thornhill G. The Role of Gender and Family Support on Dietary Compliance in an African American Adolescent Hypertension Prevention Study. *Ann Behav Med*. 2001;23(1):59–67.
83. Rector TS, Anald IS, Cohn JN. Relationships Between Clinical Assessments And Patients Perceptions Of The Effects Of Heart Failure On Their Quality of Life. *Journal of Cardiac Failure*, 2006; 12 (2): 87-92.
84. Löfvenmark C, Mattiasson AC, Billing E, Ender M. Perceived Loneliness and Social Support in Patients With Chronic Heart Failure, *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 2009; 8 (4); 251-258.
85. Macmahon K, Lip G. Psychological Factors in Heart Failure: A Review of The Literature. *Archives of Internal Medicine*. 2002; 162 (5): 509-516.
86. Murberg T.A. Long-Term Effect of Social Relationships On Mortality In Patients With Congestive Heart Failure. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 2004; 34(3):207- 217.
87. Rabinowitz B, Florian V. Chronic Obstructive Pulmonary Disease-Psychosocial Issues and Treatment Goals. *Soc Work Health Care* 1992;16: 69-85.
88. Christenson SA, Smith BM, Bafadhel M, Putcha N. Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *The Lancet*. 2022;399(10342):2227–42.

89. Mollaoğlu M, Yanmış S. Astım ve KOAH'lı Bireylerde İlaç Uyumu ve Algılanan Sosyal Destek. II.International Scientific and Vocational Studies Congress, 2018. <http://earsiv.ebyu.edu.tr/xmlui/handle/20.500.12432/1517> (Erişim 03.06.2023).
90. Ayvaz İ, Bulut H, Karakoyun S, Öz F. Farklı Evre Koah Hastaların Günlük Yaşam Aktiviteleri ve Algıladıkları Sosyal Destek Düzeylerinin Belirlenmesi. İçinde Ü.M. Parpucu (Ed.), Yoğun Bakım Hizmetlerinde Mesleki Bilimsel Çalışmalar Bülteni, 2016 (s 14-19).
91. Elloker T, Rhoda AJ. The Relationship Between Social Support and Participation in Stroke: A Systematic Review. *Afr J Disabil.* 2018;7.
92. Tsouna-Hadjis E, Vemmos KN, Zakopoulos N, Stamatelopoulos S. First-stroke Recovery Process: The Role of Family Social Support. *Arch Phys Med Rehabil.* 2000;81(7):881–7.
93. Glass TA, Matchar DB, Belyea M, Feussner JR. Impact of Social Support on Outcome in First Stroke. *Stroke.* 1993;24(1):64–70.
94. Palmer S, Glass TA. Family Function and Stroke Recovery: A Review. *Rehabil Psychol.* 2003;48(4):255–65.
95. Harrison M, Ryan T, Gardiner C, Jones A. Psychological and Emotional Needs, Assessment, and Support Post-stroke: a Multi-perspective Qualitative Study. *Top Stroke Rehabil.* 2017;24(2):119–25.
96. Ateşçi ÇF, Oğuzhanoglu KN, Baltalarlı B, Karadağ F, Özdel O ve Karagöz N. Kanser Hastalarında Psikiyatrik Bozukluklar ve İlişkili Etmenler, *Türk Psikiyatri Dergisi.* 2003,14 (2), s. 145 – 152.
97. Nausheen B, Gidron Y, Peveler R, Moss-Morris R. Social Support and Cancer Progression: A Systematic Review. *J Psychosom Res.* 2009;67(5):403–15.
98. Chou AF, Stewart S, Wild RC, Bloom JR. Social Support And Survival In Young Women With Breast Carcinoma. *Psychooncology,* 2012,21(2), 125-33.
99. Queenan JA, Feldman-Stewart D, Brundage M, Groome PA. Social Support and Quality of Life of Prostate Cancer Patients After Radiotherapy Treatment. *Eur J Cancer Care (Engl).* 2010;19(2):251–9.

100. Karakurt P, Hacıhasanoğlu Aşlar R, Yıldırım A. Diyabetli hastaların öz-bakım gücü ve algıladıkları sosyal desteğin değerlendirilmesi. ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi. 2013; 14(1):1-9.
101. Güneş Z, Altıok HÖ. Kronik Hastalığı Olan Bireylerin Aileden Algıladıkları Sosyal Destek ve Ümitsizlik Durumları. İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2009; 17(1): 16-23.
102. Aras A, Tel H. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Olan Hastalarda Algılanan Sosyal Destek ve İlişkili Faktörlerin Belirlenmesi. Türk Toraks Der. 2009;10:63-8.
103. Biçer S, Bayat M. Diyaliz tedavisi alan bireylerin umut-umutsuzluk ve sosyal destek düzeyleri. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi. 2012; 7(19); 1-21.
104. Arslantaş H, Adana F, Kaya F, Turan D. Yatan hastalarda umutsuzluk ve sosyal destek düzeyi ve bunları etkileyen faktörler. İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi. 2010; 18(2): 87-97.
105. Savcı B. Kanser Hastalarında Yaşam Kalitesini ve Sosyal Destek Düzeyini Etkileyen Faktörler. Yüksek Lisans Tezi, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Erzurum, 2006.
106. Altıparmak S. Huzurevinde Yaşayan Yaşlı Bireylerin Yaşam Doyumu, Sosyal Destek Düzeyleri ve Etkileyen Faktörler. F.Ü.Sağ. Bil.Tıp Derg. 2009; 23 (3): 159-164.
107. Yıldırım A, Hacıhasanoğlu AB, Bozdemir N, Hacıhasanoğlu Aşlar R. Diyabet Öz Yönetiminde Çok Disiplinli Ekip Yaklaşımı. Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care. 2020; 14(3): 479-491.
108. Muslu L, Ardahan M, Günbayı İ. Tip 2 Diabetes Mellituslu Hastaların Psikososyal Uyum Sürecine İlişkin Görüşleri: Fenomenolojik Bir Araştırma. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar. 2017; 9(1): 75-100.
109. Kroenke CH, Rosner B, Chen WY et al. Functional Impact of Breast Cancer by Age at Diagnosis. J Clin Oncol. 2004; 22 (10):1849 -5.
110. Goulia P, Papadimitriou I, Machado MO, Mantas C, Pappa C, Tsianos E, et al. Does Psychological Distress Vary Between Younger and Older Adults in Health and Disease? J Psychosom Res. 2012;72(2):120-8.

111. Nordin K, Berglund G, Glimelius B, Sjödén PO. Predicting Anxiety and Depression Among Cancer Patients: a Clinical Model. *Eur J Cancer*. 2001;37(3):376–84.
112. Sezgin H, Hocaoglu Ç. İnfertilitenin Psikiyatrik Yönü. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 2014; 6(2): 165-184.
113. Breidenbach C, Heidkamp P, Hiltrop K, Pfaff H, Enders A, Ernstmann N and Kowalski C. Prevalences of Anxiety and Depression in Long-term Breast Cancer Survivor. *Interdisciplinary International Journal of the American Cancer Society*. 2022; 104 (11): 2565-2576.
114. Inhestern L, Beierlein V, Bultmann JC, Möller B, Romer G, Koch U and Bergelt C. Anxiety and Depression in Working-age Cancer Survivors: a Registerbased Study. *BMC Cancer*, 2017; 17(1): 1-8.
115. Yaşar MR. Yalnızlık. *Fırat Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 2007; 17(1): 237-260.
116. Ovayolu N, Pehlivan S, Uçan Ö, Çuhadar D. Hemodiyaliz Hastalarının Yalnızlık Ve Depresyon Düzeyleri Arasındaki İlişki. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2007; 8(-): 293-296.
117. Üskül B, Selvi A, Melikoğlu A, Varol N, Türker H. Göğüs Hastalıkları Kliniğinde Yatan Hastalarda Anksiyete ve Depresyon Düzeyinin Sosyo-Demografik Faktörlerin ve Hastalık Tanılarının İlişkisi. *Akciğer Arşivi*, İstanbul. 2006; 7:11-15.
118. Smith TW. Hostility and Health: Current Status of a Psychosomatic Hypothesis. *Health Psychology*. 1992;11(3):139–50.
119. Vural M, Başar E. Psikolojik Faktörlerin Koroner Kalp Hastalığına Etkisi: Olumsuz Psikolojik Faktörlere Müdahale Edilmeli mi? *Anadolu Kardiyoloji Dergisi*. 2006; 6: 55–59.
120. Dembroski TM, MacDougall JM, Costa PT, Grandits GA. Components of Hostility as Predictors of Sudden Death and Myocardial Infarction in The Multiple Risk Factor Intervention Trial. *Psychosom Med*. 1989;51(5):514–22.

121. Maan Diong S, Bishop GD, Enkelmann HC, Tong EMW, Why YP, Ang JCH, et al. Anger, Stress, Coping, Social Support and Health: Modelling The Relationships. *Psychol Health*. 2005;20(4):467–95.
122. Ceyhun H, Kırpınar İ. Psychiatric Diagnoses in Patients With Renal Transplantation or Dialysis Made Due to End Stage Renal Disease. *Anatolian Journal of Psychiatry*. 2019;20(4):426–35.
123. Wondimagegnehu A, Abebe W, Abraha A, Teferra S. Depression and Social Support Among Breast Cancer Patients in Addis Ababa, Ethiopia. *BMC Cancer*. 2019;19(1):836.
124. Almeida J, Subramanian S V., Kawachi I, Molnar BE. Is Blood Thicker Than Water? Social Support, Depression and The Modifying Role of Ethnicity/Nativity Status. *J Epidemiol Community Health* (1978). 2011;65(1):51–6.
125. Haugland T, Wahl AK, Hofoss D, DeVon HA. Association Between General Self-efficacy, Social Support, Cancer-related Stress and Physical Health-related Quality of Life: a Path Model Study in Patients With Neuroendocrine Tumors. *Health Qual Life Outcomes*. 2016;14(1):11.

9. ÖZET

Kronik Hastalığı Olan Kişilerin Sosyal Destek Düzeyleri ile Genel Sağlık Durumları Arasındaki İlişki

Amaç: Çalışmamıza Akdeniz Üniversitesi Aile Hekimliği polikliniklerine başvuran, çalışmaya katılmayı kabul eden ve onam veren 18 yaş üzeri kronik hastalığı olan kişiler dahil edilmiştir. Kronik hastalığı olan kişilerin algıladıkları sosyal destek düzeyi ile genel sağlık durumları arasındaki ilişkinin belirlenmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Tanımlayıcı ve kesitsel çalışma olan araştırmamız, anket yoluyla yüz yüze uygulanmıştır. Çalışmaya katılmayı kabul eden katılımcılara sosyodemografik özellikleri, algıladıkları sosyal destek düzeyini değerlendirmek amacıyla Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ) ve genel sağlık durumlarını belirlemek amacıyla Kısa Semptom Envanteri (KSE) yüz-yüze görüşme tekniği ile uygulanmıştır. Analizler SPSS (Sosyal Bilimler İçin İstatistik Paket Programı) versiyon 25.0 ile yapılmıştır. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p<0,05$ olarak kabul edilmiştir.

Bulgular: Araştırmaya katılan 341 katılımcının yaş ortalaması $53,86\pm12,26$ yıldır. Katılımcıların %41,1'i kadın; %76,8'i evli; %33,7'si lisans mezunudur. Katılımcıların %54'ünde hipertansiyon, %66'ında diabetes mellitus, %17,3'ünde hiperlipidemi, %16,4'inde hipotiroidi, %4,7'inde kalp yetmezliği, %4,7'sinde KOAH ve %8,8'inde diğer kronik hastalıklar vardır. Kronik hastalığı ile ilgili ilaç kullanma oranları %91,8'dir. Katılımcıların beraber yaşadığı kişi veya kişilerin hastalık sürecinde destek olma durumları %37,5 ile çok iyidir. ÇBASDÖ toplam ölçek puanı $58,83\pm16,59/84$; aile desteği alt boyutu puanı $22,66\pm5,13/28$ 'dir. KSE alt boyutlarından Depresyon puanı $9,15\pm9,38/60$, Anksiyete puanı $10,74\pm8,69/65$ 'tir. Katılımcıların algıladıkları genel sosyal destek yüksek bir seviyededir. Sosyal destek en çok aile üyelerinden görülmektedir. Katılımcıların ruhsal ve somatik belirti düzeyleri düşük seviyededir. Kronik hastalığı olan kişilerin Kısa Semptom Envanterinin alt boyutları ile Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek ölçeğinin alt boyutları ve toplam puanı arasında negatif bir ilişkinin olduğu saptanmıştır ($p<0,01$). Kronik hastalığı olan bireylerin

algıladıkları sosyal destek düzeyleri arttıkça; anksiyete, depresyon, olumsuz benlik, somatizasyon, hostilite belirtilerinin azaldığı ve genel sağlık durumunun iyileştiği belirlenmiştir.

Sonuç ve öneriler: Sosyal desteğin ruhsal ve somatik belirtiler üzerinde anlamlı ve düşürücü bir etkisinin olduğu, kronik hastalığa sahip bireylerin algıladıkları sosyal destek arttıkça, fiziksel ve ruhsal belirtilerin azalarak genel sağlık durumunun iyileştiği, aile üyelerinin sosyal destek kaynağı olarak önemli bir yere sahip olduğu bulunmuştur. Kronik hastalığı olan kişilere yaşadıkları sorunlar ile başa çıkabilmeleri için sosyal destek sağlanması önemlidir.

Anahtar kelimeler: Algılanan sosyal destek, kronik hastalık, ruhsal durum, genel sağlık

10. ABSTRACT

The Relationship Between Social Support Levels and General Health Conditions of People with Chronic Diseases

Objective: People with chronic diseases over the age of 18 who applied to Akdeniz University Family Medicine outpatient clinics, agreed to participate in the study and gave consent were included in our study. It was aimed to determine the relationship between the level of social support perceived by people with chronic diseases and their general health status.

Method: Our research, which is a descriptive and cross-sectional study, was applied face-to-face through a questionnaire. A research questionnaire asking the participants who accepted to participate in the study about their sociodemographic characteristics, the Multidimensional Perceived Social Support Scale (MSPSS) to evaluate the level of social support they perceived, and the Brief Symptom Inventory (BSI) to determine their general health status, was applied with a face-to-face interview technique. Analyzes were performed with SPSS (Statistics Package Program for Social Sciences) version 25.0. Statistical significance level was accepted as $p < 0.05$.

Results: The mean age of the 341 participants evaluated within the scope of the study was 53.86 ± 12.16 years. 41.1% of the participants are women; 76.8% are married; 33.7% are undergraduate graduates. Hypertension in 54% of the participants, diabetes mellitus in 66%, hyperlipidemia in 17.3%, hypothyroidism in 16.4%, heart failure in 4.7%, COPD in 4.7% and 8.8% have other chronic diseases. Drug use rates related to chronic disease are 91.8%. The support of the person or people with whom the participants live during the disease process is very good at 37.5%. MSPSS total scale score $58.83 \pm 16.59/84$; the family support subscale score is $22.66 \pm 5.13/28$. Among the BSI subscales, the Depression score is $9.15 \pm 9.38/60$ and the Anxiety score is $10.74 \pm 8.69/65$. The participants perceived general social support is at a high level. Social support is mostly received from family members. The participants had low levels of mental and somatic symptoms. It was found that there was a negative relationship between

the subscales of the Brief Symptom Inventory and the subscales and total score of the Multidimensional Perceived Social Support scale in people with chronic illness ($p<0.01$). It was determined that as the perceived social support levels of individuals with chronic diseases increased; anxiety, depression, negative self, somatization, hostility symptoms decreased and general health status improved.

Conclusion and recommendations: It was found that social support has a significant and decreasing effect on mental and somatic symptoms, as the social support perceived by individuals with chronic diseases increases, physical and mental symptoms decrease, general health status improves and family members have an important place as a source of social support. It is important to provide social support to people with chronic diseases to help them cope with their problems.

Keywords: Perceived social support, chronic disease, mental health, general health

11. EKLER

Ek 1. Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurul Onayı

Kişisel verilerin korunması nedeni etik kurul onayı fotoğrafı kaldırılmıştır.



Ek 2. Asgari Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

ASGARİ BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

Katılımcı / Gönüllünün Protokol Numarası:

1. Araştırmayla İlgili Bilgiler:

- a. **Araştırmanın Adı:** “Kronik Hastalığı Olan Kişilerin Sosyal Destek Düzeyleri ile Genel Sağlık Durumları Arasındaki İlişki” Anketi
- b. **Araştırmanın İçeriği:** Bu çalışma Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim dalında yürütülen bir tez çalışması anketidir. Bu çalışma ile Akdeniz Üniversitesi Aile Hekimliği polikliniğine başvuran, çalışmaya katılmayı kabul eden ve onam veren 18 yaş üzeri kronik hastalığı olan kişilerin algıladıkları sosyal destek düzeyi ile genel sağlık durumları arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi amaçlanmaktadır. Çalışmada, çalışmayı kabul eden kişilere 3 bölümden oluşan bir anket uygulanacaktır. Anketin birinci bölümünde kişisel özellikleriniz ve kronik hastalıklarınıza ilişkin sorular sorulmaktadır. Anketin ikinci bölümünde çevrenizden aldığınız sosyal desteğe yönelik sorular sorulmaktadır. Anketin üçüncü bölümünde son zamanlardaki genel sağlık durumunuzu ölçmeye yönelik sorular vardır.
- c. **Araştırmanın Amacı:** Bu araştırma ile Akdeniz Üniversitesi Aile Hekimliği polikliniğine başvuran, çalışmaya katılmayı kabul eden ve onam veren 18 yaş üzeri kronik hastalığı olan kişilerin algıladıkları sosyal destek düzeyi ile genel sağlık durumları arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi amaçlanmaktadır.
- d. **Araştırmanın Nedeni:** Tez çalışması
- e. **Araştırmanın Öngörülen Süresi:** 12 ay
- f. **Araştırmaya Katılması Beklenen Katılımcı/Gönüllü Sayısı:** 322
- g. **Araştırmada İzlenecek Deneysel İşlemler:**
Deneysel işlem yok.

2. Gönüllünün/Katılımcının Uygulama Sırasında Karşılaşabileceği Riskler ve Rahatsızlıklar:

Yukarıda açıklanan araştırma sırasında uygulanacak olan işlemlerin bana aşağıda belirtilen riskleri ve rahatsızlıkları getirebileceğinin bilincindeyim:

Beklenen risk ve rahatsızlık yok.

Ad soyad:

İmza:

3. Gönüllüler/Katılımcılar İçin Araştırmadan Beklenen Yarar:

Çalışmanın katılımcılara genel sağlık durumlarına yönelik tedavi ve sosyal destek alanında yarar sağlayacağı düşünülmektedir.

4. Araştırma Konusundaki Soruların Cevaplandırılması:

Araştırmanın yürütülmesi sırasında olası yan etkiler, riskler ve zararlar ile haklarım konusunda bilgi almak için aşağıda belirtilen kişiyle bağlantı kurmam yeterli olacaktır.

Adı- Soyadı: Dr. Kumru Müjgan Özdemir

Telefon: 0506 97714 28

5. Zararların Karşılanması:

Bu çalışmaya katıldığım için zarar göreceğim olursam, gerekli olan tıbbi bakımın sorumlu araştırmacı tarafından yerine getirileceği, uygulanan işleme bağlı olarak gelişebilecek her tür hasara (sakatlanma ve ölüm dahil) karşı güvencede olduğum, masraflarımın Doç. Dr. Melahat Akdeniz tarafından karşılanacağı bana bildirildi.

6. Araştırma Giderleri:

Araştırma kapsamındaki bütün işlemler için benden ya da bağlı bulunduğum sosyal güvenlik kuruluşundan hiçbir ücret istenmeyecektir.

7. Gönüllülük, Çalışmayı Reddetme ve Çalışmadan Çekilme Hakkı, Çalışmadan Çıkarılma:

- a. Araştırmaya hiçbir baskı ve zorlama altında olmaksızın gönüllü olarak katılıyorum.
- b. Araştırmaya katılmayı reddetme hakkına sahip olduğum bana bildirildi.
- c. Sorumlu araştırmacıya haber vermek kaydıyla, hiçbir gerekçe göstermeksizin istediğim anda bu çalışmadan çekilebileceğimin bilincindeyim.
- d. Çalışmanın yürütücüsü olan araştırmacı ya da destekleyen kuruluş, çalışma programının gereklerini yerine getirmedeki ihmali nedeniyle ya da araştırma prosedürüne bağlı olarak onayımı almadan beni çalışma kapsamından çıkarabilir.

8. Gizlilik:

Bu çalışmadan elde edilen bilgiler, verilere gereksinimi olan öteki ülkelerin hükümetlerine ve ilgili birimlere iletilebilir. Bu çalışmadan elde edilen bilgiler, verilere gereksinimi olan öteki ülkelerin hükümetlerine ve ilgili birimlerine iletilebilir. Çalışmanın sonuçları bilimsel toplantılar ya da yayınlarda sunulabilir. Ancak, bu tür durumlarda kimliğim kesin olarak gizli tutulacaktır.

9. Çalışmaya Katılma Onayı:

Yukarıda yer alan ve araştırmadan önce gönüllüye / katılımcıya verilmesi gereken bilgileri gösteren Aydınlatılmış Onam Formu adlı metni kendi anadilimde okudum ya da bana okunmasını sağladım. Bu bilgilerin içeriği ve anlamı, yazılı ve sözlü olarak açıklandı. Aklıma gelen bütün soruları sorma olanağı tanındı ve sorularıma doyurucu cevaplar aldım. Çalışmaya katılmadığım ya da katıldıktan sonra çekildiğim durumda, hiçbir yasal hakkımdan vazgeçmiş olmayacağım. Bu koşullarla, söz konusu araştırmaya hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın gönüllü olarak katılmayı kabul ediyorum.

Bu metnin imzalı bir kopyasını aldım.

Gönüllünün / katılımcının Adı- Soyadı:

Yaş ve Cinsiyeti:

İmzası:

Adresi (varsa telefon ve/veya fax numarası):

.....
.....

Tarih:

Velayet ya da vesayet altında bulunanlar için;

Veli ya da Vasinin Adı- Soyadı:

İmzası:

Adresi (varsa telefon ve/veya fax numarası):

.....
.....

Tarih:

Açıklamaları Yapan Araştırmacının

Adı- Soyadı:

İmzası:

Tarih:

Onam alma işlemine başından sonuna kadar tanıklık eden kuruluş görevlisinin

Adı- Soyadı:

İmzası:

Görevi:

Tarih:

Ek 3. Kronik Hastalığı Olan Kişilerin Sosyal Destek Düzeyleri ile Genel Sağlık Durumları Arasındaki İlişki Anketi

KRONİK HASTALIĞI OLAN KİŞİLERİN SOSYAL DESTEK DÜZEYLERİ İLE GENEL SAĞLIK DURUMLARI ARASINDAKİ İLİŞKİ ANKETİ

Sayın katılımcı,

Bu çalışma, Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim dalında yürütülen bir tez çalışması anketidir. Bu çalışma kronik hastalığı olan kişilerin aldıkları sosyal destek ile genel sağlık durumları arasındaki ilişkiyi belirlemek amaçlamaktadır. Birinci bölümdeki sorular sizin sosyodemografik özelliklerinizle ilgilidir ve siz izin vermediğiniz sürece kesinlikle gizli tutulacaktır. Yanıtladığınız anket verileri araştırmacılar tarafından değerlendirilecek ve bilimsel amaçlı kullanılacaktır.

Verilerin doğru elde edilmesini sağlamak için lütfen tüm soruları sizin için en uygun şekli işaretleyerek yanıtlayınız. Çalışmaya katıldığınız için teşekkür ederiz.

SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLER

1-Cinsiyet:

Kadın () Erkek ()

2-Yaş:

.....

3-Öğrenim durumu:

Okuryazar değil () Okuryazar () İlkokul () Lise () Üniversite/Lisans () Yüksek Lisans / Doktora ()

4-Yaşadığınız yer:

Köy/Kasaba () Kent Merkezi ()

5- Medeni Durumunuz:

Evli () Nişanlı () Bekar () Dul / Boşanmış ()

6- Sosyal güvenceniz var mı:

Evet () Hayır ()

7-Çalışıyor musunuz:

Evet () Hayır ()

8-Gelir durumunuz:

Kötü () Orta () İyi () Çok iyi ()

9-Çocuğunuz var mı:

Evet () Hayır ()

10- Beraber yaşadığınız bireyler:

Çocuklar () Eş () Eş ve Çocuklar () Anne/ Baba () Tek Başına ()
Diğer ()

11-Beraber yaşadığınız kişi veya kişiler hastalık sürecinde size destek olabiliyor mu:

Olmuyor () Düşük düzey () Orta düzey () İyi düzey () Çok iyi düzey ()

SAĞLIK ÖYKÜSÜNE İLİŞKİN ÖZELLİKLER

1- Kronik hastalığınızı/hastalıklarınızı belirtiniz:

Hipertansiyon ()

Diabetes Mellitus ()

Hiperlipidemi ()

Hipotiroidi ()

Kalp Yetmezliği ()

KOAH ()

Diğer ().....

2- Kaç yıldır kronik hastalığınız var:

..... yıl ay

3-Hastalığınız için düzenli kontrolleri yaptırır mısınız:

Evet () Hayır ()

4-Kronik hastalığınızla ilgili ilaç kullanıyor musunuz:

Evet () Hayır ()

ÇOK BOYUTLU ALGILANAN SOSYAL DESTEK ÖLÇEĞİ

Aşağıda 12 cümle ve her bir cümle altında da cevaplarınızı işaretlemeniz için 1’den 7’ye kadar rakamlar verilmiştir. Her cümlede söylenenin sizin için ne kadar çok doğru olduğunu veya olmadığını belirtmek için o cümle altındaki rakamlardan yalnız bir tanesini daire içine alarak işaretleyiniz. Bu şekilde 12 cümle her birine bir işaret koyarak cevaplarınızı veriniz.

1. Ailem ve arkadaşlarımın dışında olan ve ihtiyacım olduğunda yanımda olan bir insan (örneğin; flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.	Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet
2. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim bir insan (örneğin; flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.	Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet
3. Ailem bana gerçekten yardımcı olmaya çalışır.	Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet
4. İhtiyacım olan duygusal yardımı ve desteği ailemden (örneğin; annem, babam, eşim, kardeşlerim, çocuklarım) alabilirim.	Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet
5. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve beni gerçekten rahatlatan bir insan (örneğin; flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.	Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet
6. Arkadaşlarım bana gerçekten yardımcı olmaya çalışırlar.	Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet
7. İşler kötü gittiğinde arkadaşşıma güvenilebilirim.	Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet
8. Sorunlarımı ailemle (örneğin; annem, babam, eşim, kardeşlerim, çocuklarım) konuşabilirim.	Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet
9. Sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim arkadaşlarım var.	Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet
10. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve duygularıma önem veren bir insan (örneğin; flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.	Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet
11. Kararlarımı vermemde ailem (örneğin; annem, babam, eşim, kardeşlerim, çocuklarım) bana yardımcı olmaya isteklidir.	Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet
12. Sorunlarımı arkadaşlarımla konuşabilirim.	Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

KISA SEMPTOM ENVANTERİ

Aşağıda insanların bazen yaşadıkları belirtilerin ve yakınmaların bir listesi verilmiştir. Listedeki her maddeyi lütfen dikkatle okuyunuz. Daha sonra o belirtinin **sizde bugün dahil, son bir haftadır** ne kadar var olduğunu yandaki bölmede uygun olan yere işaretleyiniz.

0. Hiç yok 1. Biraz var 2. Orta derecede var 3. Epey var 4. Çok fazla var

Bu belirtiler son bir haftadır sizde ne kadar var?	Hiç	Ara Sıra	Çok fazla		
1.İçinizde sinirlilik ve titreme hali	0	1	2	3	4
2. Baygınlık ve baş dönmesi	0	1	2	3	4
3. Bir başka kişinin sizin düşüncelerinizi kontrol edeceği fikri	0	1	2	3	4
4. Başınıza gelen sıkıntılardan dolayı başkalarının suçlu olduğu duygusu	0	1	2	3	4
5. Olayları hatırlamada güçlük	0	1	2	3	4
6. Çok kolay kızıp öfkelenme	0	1	2	3	4
7. Göğüs (kalp) bölgesinde ağrılar	0	1	2	3	4
8. Açık alanlardan korkma duygusu	0	1	2	3	4
9. Yaşamınıza son verme düşünceleri	0	1	2	3	4
10. İnsanların çoğuna güvenilemeyeceği duygusu	0	1	2	3	4
11. İştah bozuklukları	0	1	2	3	4
12. Hiçbir nedeni olmayan ani korkular	0	1	2	3	4
13. Kontrol edemediğiniz duygu patlamaları	0	1	2	3	4
14. Başka insanlarla birlikte iken bile yalnız hissetme duygusu	0	1	2	3	4
15. İşleri bitirme konusunda kendini engellenmiş hissetmek	0	1	2	3	4
16. Yalnızlık hissetmek	0	1	2	3	4
17. Hüzünlü kederli hissetmek	0	1	2	3	4
18. Hiçbir şeye ilgi duymamak	0	1	2	3	4
19. Ağlamaklı hissetmek	0	1	2	3	4
20. Kolayca incinebilme, kırılma	0	1	2	3	4
21. İnsanların sizi sevmediğine, kötü davrandığına inanmak	0	1	2	3	4
22. Kendini diğerlerinden (insanlardan) daha aşağı görme	0	1	2	3	4

Bu belirtiler son bir haftadır sizde ne kadar var?	Hiç	Ara	Sıra	Çok fazla	
23. Mide bozukluğu, bulantı	0	1	2	3	4
24. Diğer insanların sizi gözlediği ya da hakkınızda konuştuğu duygusu	0	1	2	3	4
25. Uykuya dalmada güçlük	0	1	2	3	4
26. Yaptığınız şeyleri tekrar tekrar doğru mu diye kontrol etmek	0	1	2	3	4
27. Karar vermede güçlükler	0	1	2	3	4
28. Otobüs, tren gibi umumi vasıtalarla seyahat etmekten korkma	0	1	2	3	4
29. Nefes darlığı, nefessiz kalma	0	1	2	3	4
30. Sıcak soğuk basmaları	0	1	2	3	4
31. Sizi korkuttuğu için bazı eşya, yer veya etkinliklerden uzak kalmaya çalışma	0	1	2	3	4
32. Kafanızın bomboş kalması	0	1	2	3	4
33. Bedeninizin bazı bölgelerinde uyuşmalar, karıncalanmalar	0	1	2	3	4
34. Günahlarınız için cezalandırılmanız gerektiği duygusu	0	1	2	3	4
35. Gelecekle ilgili umutsuzluk duyguları	0	1	2	3	4
36. Konsantrasyonda (dikkati bir şey üzerinde toplama) güçlük/zorluk	0	1	2	3	4
37. Bedenin bazı bölgelerinde zayıflık, güçsüzlük hissi	0	1	2	3	4
38. Kendini gergin ve tedirgin hissetme	0	1	2	3	4
39. Ölme ve ölüm üzerine düşünceler	0	1	2	3	4
40. Birisini dövme, ona zarar verme, yaralama isteği	0	1	2	3	4
41. Bir şeyleri kırma- dökme isteği	0	1	2	3	4
42. Başkalarının yanında iken yanlış bir şeyler yapmamaya çalışmak	0	1	2	3	4
43. Kalabalıklarda rahatsızlık duymak	0	1	2	3	4
44. Bir başka insana hiç yakınlık duymamak	0	1	2	3	4
45. Dehşet ve panik nöbetleri	0	1	2	3	4
46. Sık sık tartışmaya girmek	0	1	2	3	4
47. Yalnız bırakıldığında ya da kaldığında sinirlilik hissetmek	0	1	2	3	4
48. Başarılarınız için diğer kişilerden yeterince takdir görmemek	0	1	2	3	4
49. Yerinde duramayacak kadar tedirginlik hissetmek	0	1	2	3	4
50. Kendini değersiz görmek, değersizlik duyguları	0	1	2	3	4

Bu belirtiler son bir haftadır sizde ne kadar var?	Hiç	Ara Sıra	Çok fazla
51. Eğer izin verirsiniz insanların sizi sömüreceği duygusu	0	1 2	3 4
52. Suçluluk duyguları	0	1 2	3 4
53. Aklınızda bir bozukluk olduğu fikri	0	1 2	3 4

Yanıtladığınız için teşekkür ederim.



ÖLÇEK İZİNLERİ

h

haluk arkar <haluk.arkar@ege.edu.tr>

Alıcı: ben ▼

29 Haz 2022 15:33



Sayın Dr. Kumru Özdemir,

Çokboyutlu Algılanan Sosyal Destek ölçeğini çalışmanızda kullanabilirsiniz. Ölçeği ve puanlamasını aşağıdaki kaynakta bulabilirsiniz. Başarılar dilerim.

Prof. Dr. Haluk Arkar

Eker, D., H. Arkar ve H. Yıldız, "Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeğinin gözden geçirilmiş formunun faktör yapısı, geçerlik ve güvenirliği", Türk Psikiyatri Dergisi, 12, 17-25 (2001).

Kısa Semptom Envanteri Hakkında

Gelen Kutusu x



K

Kumru Özdemir <kumruady@gmail.com>

Alıcı: ayseguldurak ▼

29 Haz 2022 Çar 14:10



Sayın Ayşegül Durak Batıgün,

Ben Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesinde araştırma görevlisi olarak çalışan Kumru Mırgan Akış Kronik hastalığı olan kişilerin sosyal destek düzeyi ile genel sağlık durumu arasındaki ilişki isimli tezimde Kısa Semptom Envanteri'ni izniniz olursa kullanmak istiyorum.

Teşekkür ederim,

a

aysegul durak <ayseguldurak@yahoo.com>

Alıcı: ben ▼

29 Haz 2022 Çar 19:45



Sayın Özdemir,

Söz konusu ölçeği bilimsel çalışmalarınızda kullanabilirsiniz. İyi çalışmalar...

Prof. Dr. Ayşegül Durak Batıgün

Ankara Üniversitesi

DTCF Psikoloji Bölümü
