

T.C.
Mersin Üniversitesi
Sosyal Bilimler Enstitüsü

Psikoloji Anabilim Dalı

SOSYAL DESTEK, SOSYAL AĞ, YAŞAM KALİTESİ VE YAŞAM DOYUMU:
DUYGU-DURUM VE ANKSİYETE BOZUKLUĞU TANISI ALAN KİŞİLER VE
DÜZENLİ HEMODİYALİZ TEDAVİSİ GÖREN HASTALAR
AÇISINDAN BİR KARŞILAŞTIRMA

Binay Bilge ANNAK

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Mersin , 2005

T.C.
Mersin Üniversitesi
Sosyal Bilimler Enstitüsü

Psikoloji Anabilim Dalı

SOSYAL DESTEK, SOSYAL AĞ, YAŞAM KALİTESİ VE YAŞAM DOYUMU:
DUYGU-DURUM VE ANKSİYETE BOZUKLUĞU TANISI ALAN KİŞİLER VE
DÜZENLİ HEMODİYALİZ TEDAVİSİ GÖREN HASTALAR
AÇISINDAN BİR KARŞILAŞTIRMA

Binay Bilge ANNAK

Danışman

Prof. Dr. Ünsal YETİM

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Mersin , 2005

Mersin Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü Müdürlüğüne,

Bu çalışma, jürimiz tarafından Psikoloji Anabilim Dalında YÜKSEK LİSANS TEZİ olarak kabul edilmiştir.

Başkan _____
Prof. Dr. Ünsal YETİM
(Danışman)

Üye _____
Yrd. Doç. Dr. Nalan YETİM

Üye _____
Öğr. Gör. Dr. Aslı ASLAN

Onay

Yukarıdaki imzaların, adı geçen öğretim elemanlarına ait olduklarını onaylıyorum.

... / 10/ 2005

Prof. Dr. Serra Durugönül
Enstitü Müdürü

TEŞEKKÜR

Bu çalışma süresince, sosyal desteğin ne denli önemli olduğunu arkadaşlarım sayesinde bir kez daha anladım. Bu çalışmamda bana bilgisel ve araçsal destek sağlayan hocalarım Prof .Dr. Ünsal YETİM ve Yrd. Doç. Dr Adnan KAN'a, duygusal, bilgisel ve araçsal destek sağlayan arkadaşlarım Bahar TEĞİN, Mehmet HARMA, Aşkın ERMİŞ, Hatice ÇETİNKAYA, Düzgün UĞUR, Erdal Ferhan ÖZKAN ve Remzi BAYRAM'a, ayrıca eğitimim süresince bana destek veren anneme teşekkür ederim. Bu çalışmanın uygulama aşamasında bana zaman ayıran, RNC Diyaliz Merkezi çalışanlarına, Mersin Devlet Hastanesi Psikiyatri Polikliniği çalışanlarına ve uygulamaya katılan herkese teşekkür ederim.

ÖZET

Araştırmanın amacı, duygu-durum ve anksiyete bozukluğu tanısı alan bireyleri, düzenli hemodiyaliz tedavisi alan hastaları ve belirgin bir psikolojik ve fiziksel rahatsızlığı olmayan bireyleri sosyal destek, sosyal ağ, yaşam doyumu ve yaşam kalitesi bakımından betimlemektir. Her üç grubun ilgili özellikler bakımından nitelikleri ve niceliklerini betimlemek ve aralarındaki farkları ortaya koymak araştırmanın temel hedefidir. Araştırmadaki genel beklenti, bireylerin sosyal destek, sosyal ağ, yaşam kalitesi ve yaşam doyumlarının hastalık durumu, cinsiyete ve medeni duruma göre farklılaştığı yönündedir.

Araştırmaya Mersinde yaşayan duygu-durum bozukluğu veya anksiyete bozukluğu tanısı almış 100 kişi , düzenli hemodiyaliz tedavisi gören 100 kişi ve fiziksel ve psikolojik rahatsızlığı olmayan , sağlıklı 100 olmak üzere toplam 300 kişi katılmıştır.

Çalışmada bireylerin yaşam kalitelerini ölçmek amacıyla Yaşam Kalitesi Ölçeği (WHOQOL-BREF), yaşam doyumlarını ölçmek için Yaşam Doyumu Ölçeği, bireylerin algıladıkları sosyal desteği ölçmek için Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği, sosyal ağlarını ölçmek için Sosyal Ağ Formu kullanılmıştır. Verilerin analizinde 3 (Hastalık Durumu) X 2 (Cinsiyet) X 2 (Medeni Durum) faktörlü varyans analizi (ANOVA) uygulanmıştır

Araştırmamızın sonucunda elde edilen bulgulara göre, psikolojik sorunu olan hastaların yaşam kalitesi, yaşam doyumu, algılanan sosyal destek ve sosyal ağ puanları

sağlıklı bireylerden ve hemodiyaliz hastalarından daha düşük çıkmıştır. Bireylerin medeni durumuna göre yaşam doyumu ve sosyal ilişkiler puanlarının farklılaştığı bulunmuştur. Bireylerin cinsiyetine göre ise psikolojik sağlık, sosyal ilişkiler ve çevre puanlarının farklılık gösterdiği belirlenmiştir.

Anahtar Kelimeler: Yaşam Kalitesi, Yaşam Doyumu, Algılanan Sosyal Destek, Sosyal Ağ, Hemodiyaliz Hastaları, Duygu-Durum ve Anksiyete Bozukluğu.

ABSTRACT

This thesis study aimed describing patients diagnosed anxiety disorder, mood disorder, hemodialysis patients and psychologically and physically healthy people in terms of social support, social network, life satisfaction and quality of life variables. It is the main purpose of this study is that each of the group was described and produced their relationships with respect to the variables mentioned above. The general expectation of this thesis study is that gender, marital status and illness condition would effect on social support, social network, life satisfaction and quality of life variables. To test hypotheses of the research, 300 participant was recruited on Mersin sample. 100 of them diagnosed anxiety disorder. Hemodialysis patients contributed 100 of the sample. Another 100 participants were psychologically and physically healthy people. There were four different scales to take dependent variable measurements. Quality of life Scale was used for measuring quality of life variable. Besides, Life Satisfaction Scale was applied to observe life satisfaction variable. Perceived Multi-Dimensional Social Support Scale and Social Network Form were used for quantifying social support and social network variables, respectively. Three factorial (2 (Illness Condition)X3(Gender)X3(Marital Status)) ANOVA was computed to analyse data.

Results showed that it was the psychologically indisposed participants who take lower scores on social network, social support, life satisfaction and quality of life than psychologically and physically healthy participants and hemodialysis patients. There was a significant difference between life satisfaction and social relationship scores with respect to marital status. In addition to this finding, there was a significant difference between psychological health, social relationship and environment scores with respect to gender

Key Words: social support, social network, life satisfaction, quality of life , hemodialysis patients, diagnosed anxiety disorder patients and mood disorder patients

İÇİNDEKİLER

	Sayfa
ÖNSÖZ	i
ÖZET	ii
ABSTRACT.....	iv
İÇİNDEKİLER	v
ÇİZELGELER.....	vii
TABLolar.....	ix
GİRİŞ.....	1
I.BÖLÜM SOSYAL İLİŞKİLER VE SAĞLIK.....	5
I.1. SOSYAL DESTEK.....	7
I.1. 1.Sosyal Desteğin İşlevleri8
I.1.2. Sosyal Desteğin Stresle Başa Çıkmadaki Etkisi.....	14
I.1.3. Sosyal Desteğin Negatif Etkisi.....	19
I.1.4. Sosyal Desteğin Karşılıklılığı ve Yeterliliği.....	20
I.1.5. Sosyal Destek Araştırmaları.....	22
I.1.5.1. Psikolojik Sağlık ve Sosyal Destek.....	23
I.1.5.2.Fiziksel Hastalığı Olan Kişilerde Psikolojik Belirtiler ve Sosyal Destek İlişisini Konu Alan Çalışmalar27
I.1.5.3. Cinsiyet Ve Sosyal Destek31
I.2. SOSYAL AĞ	32
I.2.1 .Sosyal Ağın Ölçümü	35
I.2.2.Sosyal Ağın Çeşitleri	37
I.2.3. Sosyal Ağ Araştırmaları.....	38
I.3. YAŞAM DOYUMU.....	46
I.3.1.Yaşam Doyumuyla İlgili Araştırmalar47
I.4.YAŞAM KALİTESİ	52
I.4.1 Yaşam Kalitesi Tanımları	52
I.4.2. Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi	60

I.4. 2. 1.Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesinin Ölçümü:.....	62
I.4.2.2.Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi Ölçeklerinin Genel Bir Sınıflaması	63
I.4.3.Yaşam Kalitesi Araştırmaları.....	65
I.4.3. 1. Psikolojik Sağlık ve Yaşam Kalitesi	66
I.4.3. 2.. Fiziksel Sağlık ve Yaşam Kalitesi	71
I.4.3. 3.Böbrek Hastalarında Yaşam Kalitesi Araştırmaları.....	75
I.4.3. 4.Cinsiyet ve Yaşam Kalitesi	80
I.4.3. 5. Medeni Durum ve Yaşam Kalitesi	82
II. BÖLÜM YÖNTEM.....	84
II. 1. Amaç	84
II.2. Örneklem.....	86
II.3. Veri Toplama Araçları	89
II.3. 1. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği	90
II.3.2 Sosyal Ağ Formu.....	91
II. 3.3 Yaşam Doyumu Ölçeği	91
II.3.4 Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Kısa Formu	92
II.3. 5. Kısa Semptom Envanteri	94
II.4. İşlem	95
II.5.Verilerin Analizi	96
III.BÖLÜM BULGULAR.....	97
III.1. Araştırmada Kullanılan Bağımlı Değişkenler Arasındaki Korelasyonlar ..	97
III.2. Hastalık Durumu, Cinsiyet Ve Medeni Durumun Bağımlı Değişkenler Üzerindeki Etkisi	99
IV. BÖLÜM TARTIŞMA ve SONUÇ.....	119
KAYNAKÇA.....	141
EKLER.....	158

ÇİZELGELER

	Sayfa
Çizelge 1. örneklem grubunun hastalık durumu, medeni durum ve cinsiyete göre dağılımı.....	86
Çizelge 2. örneklem grubunun yaş durumuna göre dağılımı.....	87
Çizelge 3. örneklem grubunun eğitim düzeyine göre dağılımı	87
Çizelge 4. örneklem grubunun hastalık süresine göre dağılımı	87
Çizelge 5. örneklem grubunun iş durumuna göre dağılımı.....	87
Çizelge 6. örneklem grubunun ikamet ettiği yerleşim yerine göre dağılımı.....	88
Çizelge 7. örneklem grubunun Mersin’de ikametgah süresine göre dağılımı.....	88
Çizelge 8. örneklem grubunun anne ve babanın hayatta olup olmadıklarına göre dağılımı	88
Çizelge 9 örneklem grubunun kardeş sayısına göre dağılımı.....	88
Çizelge 10 örneklem grubunun çocuk sayısına göre dağılımı	89
Çizelge 11.1 Sosyal Destek Puanlarının Bireylerin Hastalık Durumu, Cinsiyet ve Medeni Duruma Göre Betimsel İstatistikleri	99
Çizelge 11.2 Sosyal Destek Puanlarının Bireylerin Hastalık Durumu, Cinsiyet ve Medeni Duruma Göre ANOVA Sonuçları.....	100
Çizelge 11.3 Sosyal Ağ Puanlarının Medeni Durum, Cinsiyet ve Hastalık Durumuna Göre Betimsel İstatistikleri.....	101
Çizelge 11.4 Sosyal Ağ Puanlarının Bireylerin Hastalık Durumu, Cinsiyet ve Medeni Durumuna Göre ANOVA Sonuçları.....	102
Çizelge 11.5 Yaşam Doyumu Puanlarının Medeni Durum, Cinsiyet ve Hastalık Durumuna Göre Betimsel İstatistikleri.....	104
Çizelge 11.6 Yaşam Doyumu Puanlarının Bireylerin Hastalık Durumu, Cinsiyet ve Medeni duruma göre ANOVA sonuçları.....	105
Çizelge 11.7 Yaşam Kalitesinin Fiziksel Sağlık Alanı Puanlarının Medeni Durum, Cinsiyet ve Hastalık Durumuna Göre Betimsel İstatistikleri.....	107

Çizelge 11.8 Yaşam Kalitesinin Fiziksel Sağlık Alt Alanı Puanlarının Bireylerin Hastalık Durumu, Cinsiyet ve Medeni Durumuna Göre ANOVA Sonuçları	108
Çizelge 11.9 Yaşam Kalitesinin Psikolojik Sağlık Alt Alanı Puanlarının Medeni Durum, Cinsiyet ve Hastalık Durumuna Göre Betimsel İstatistikleri.....	110
Çizelge 11.10 Yaşam Kalitesinin Psikolojik Sağlık Alt Alanı Puanlarının Bireylerin Hastalık Durumu, Cinsiyet ve Medeni Durumuna Göre ANOVA Sonuçları.....	111
Çizelge 11.11 Yaşam kalitesinin sosyal ilişkiler alanı puanlarının medeni durum, cinsiyet ve hastalık durumuna göre betimsel istatistikleri.....	113
Çizelge 11.12 Yaşam Kalitesinin Sosyal İlişkiler Alt Alanı Puanlarının Bireylerin Hastalık Durumu, Cinsiyet ve Medeni Durumuna Göre ANOVA Sonuçları.....	114
Çizelge 11.13 Yaşam kalitesinin çevre alanı puanlarının medeni durum, cinsiyet ve hastalık durumuna göre betimsel istatistikleri.....	116
Çizelge 11.14 Yaşam Kalitesinin Çevre Alt Alanı Puanlarının Bireylerin Hastalık Durumu, Cinsiyet ve Medeni Durumuna Göre ANOVA Sonuçları.....	117

TABLÖLAR

Sayfa

Tablo 1 : Sosyal yapının farklı türleri aracılığıyla sağlığı etkileyen mekanizmalar.....	6
Tablo 2 Sosyal desteğin işlevleri	13
Tablo 3. Lehman'ın yaşam kalitesi modeli	58

GİRİŞ

Günümüzde sosyal ilişkilerin niteliği ve niceliği hızla değişmektedir. Geçmişten beri süregelen, toplumumuzun geleneksel kültüründen kaynaklanan destekleyici, paylaşımcı, dayanışmacı ilişkilerin yerini daha fazla ben merkezci, izole ve kopuk sosyal ilişkilerin aldığı gözlenmektedir. Toplumda çalışma hayatının, yaşam felsefesinin ve iletişim şeklinin değişmesine paralel olarak sosyal destek kaynaklarımızın da değiştiği söylenebilir. Öteden beri toplumumuzda komşuluk ve akrabalık ilişkilerine verilen değer, mağdurlara ve güçsüzlere destek verilmesi gibi özellikler, eski önemlerini hızla yitirmektedirler. Kopuk ilişkilerin, sanal ve yüzeysel bir iletişimin, çalışma hayatının yoğunluğunun, paylaşımcı sosyal ilişkileri olumsuz yönde etkilediği yönündeki izlenimler artmaktadır.

İnsanlar sosyal bir yapıda, sosyal ilişkiler içinde hayatlarına devam ederler. Kurduğumuz sosyal ilişkiler hayatımızı olumlu yada olumsuz etkilemektedir. Son yıllarda yapılan çalışmalarda, psikolojik ve fiziksel sağlıkta sosyal ilişkilerin rolüne daha çok değinilmektedir (Cohen, 2004; Kielcolt – Glacer ve ark, 1984; Johson ve ark , 2003; Avis ve ark, 2004). Sosyal ilişkilerimizin yapısı, algılanan yalnızlığın, izole olmanın, kendini iyi hissetmenin ve sağlığın yordayıcısı olarak değerlendirilebilir. Sağlık ve sosyal ilişkileri konu alan çalışmaların çoğunlukla sosyal destek üzerinde durduğu göze çarpmaktadır.

Dünya Sağlık Örgütü WHO (1946) sağlığı, sadece bir hastalığın veya maluliyetin olmayışı değil, aynı zamanda beden, zihnen ve sosyal yönden tam bir huzur ve iyilik içinde olmak olarak tanımlamaktadır. Psikolojik sağlık, sosyal ilişkiler tarafından yordanan bir değişkendir. Dolayısıyla sosyal ilişkiler ile fiziksel ve psikolojik sağlığımız arasında bağlantılar vardır.

Günümüzde bütüncül sağlık anlayışı hakimdir ve bu anlayış; bireyi hastalık öncesi, hastalık süresince ve tedavi sonrası da korumayı kapsayan genel bir iyilik-halini sürdürme anlamına gelmektedir (Winter, 1994). Böyle bir yaklaşımda sağlık, görece olarak hastalıktan ve içsel çatışmalardan kurtulmuş etkili bir yaşam için ruh ile bedenin ahenkli çalışmasıdır. Bu yaklaşımda vurgulanan *iyilik* kavramı yaşam kalitesini geliştirilmesini en uygun (optimal) iyilik-hali için bireyin sahip olduğu yetenek ve gizil güçlerinin açığa çıkarılmasını kapsamaktadır. Bireyin kendisini sağlıklı hissedebilmesi için, sadece hastalık ve ölümün geciktirilmesi, ertelenmesi değil, yaşamdan keyif almayı bilebilmesi de önemlidir. Sağlıkta iyilik hali ile amaçlanan, hastalığa olan direnci arttırmak, yaşam kalitesini geliştirmek ve ömrü uzatmaktır (Winter, 1994). Fiziksel hastalığı olan bireylerle ve aileleriyle olan klinik deneyimler (Yalom, 1980; Okyayuz, 1998), onların bazılarının yazıya döktükleri hastalık yaşantıları (Oytay, 1998), çok ciddi hastalık durumlarında bile, hasta ve ailesinin bu süreci ne denli sağlıklı yaşayabileceğinin örneklerini vermektedir. Bu bağlamda, son yıllarda sağlıklı olmak (being healthy) ve bir hastalığı olmamanın (being without illness) eş anlamlı olmadıkları (Pierret, 1993) ve hastalıkla başa çıkmanın farklılıklar gösterdiği de tartışılmaktadır. Bununla ilgili olarak da iyi olmanın hastalıklı biçimleri olabileceği gibi, hasta olmanın sağlıklı yolları olduğu üzerinde durulmaktadır (Aktaran; Okyayuz, 1999).

Hastalıkların fiziksel ve psikolojik belirtileri, ekonomik ve psikolojik yüklerle neden olarak sosyal etkileşimlerimizi olumsuz etkilerler. Örneğin; kronik fiziksel hastalık olarak değerlendirilen böbrek yetmezliği olan hastalara, haftada 3 gün ortalama 4 saat süren diyaliz uygulanmaktadır. Böbrek yetmezliğinin ve diyaliz merkezindeki tedavinin kişinin sosyal ilişkilerini sınırlandırdığı düşünülmektedir. Peki psikolojik sorunu olan kişilerin sosyal ilişkileri nasıldır? Bir çok psikolojik sorunun, sosyal geri çekilme gibi belirtileri yaygınlaştırdığı gözlenmektedir. Ayrıca, insanların psikolojik rahatsızlıkları olan bireylere olan olumsuz tutumlarının, psikolojik sorun yaşayan bireylerin psikolojik ağlarının zayıflamasına neden olduğu ve sosyal desteği azalttığı da bilinmektedir.

Sosyal desteğin ve sosyal ağın çeşitli parametrelerinin, yaşamdan alınan doyum ve yaşam kalitesi üzerinde etkisi bulunduğu ortaya çıkmıştır. Kişilerin yaşamlarını olumlu yönde değerlendirmeleri, yaşamlarını kaliteli bulmaları, yaşamları hakkında pozitif duygulara sahip olmaları, sahip oldukları ilişkilerin besleyici özelliklerinden ortaya çıkabilir. Kişiler sosyal çevrelerinde akraba ve arkadaş ilişkilerinde destek aldıkları oranda yaşamlarını daha pozitif yönde değerlendirebileceklerdir. Sıkıntılı yaşam olaylarıyla başa çıkma ve stresin zararlı etkisini telafi etmede, sosyal ağ ve sosyal desteğin rolleri bilinmektedir. Tüm bunlar yaşamın pozitif yönlerinin artmasına katkıda bulunmaktadır. Dolayısıyla; insanlar arası ilişkiyi merkeze alan sosyal psikolojinin ana konularından olan sosyal ağ ve sosyal destek, araştırmamızda betimsel bir sorun olarak incelenmiştir. Diğer bir ifadeyle; sosyal ağ, sosyal destek, yaşam kalitesi ve yaşam doyumu değişkenlerini bireylerin hastalık durumlarına, cinsiyetlerine ve medeni durumlarına göre farklılaşması ele alınan temel sorunsaldır.

Bu araştırma sağlıklı, psikolojik sorunlu ve fizyolojik sorunu olan bireylerin sosyal ağ, sosyal destek özelliklerini açığa çıkarmak amacıyla düzenlenmiştir. Yine bireylerin yaşam kalitesi özelliklerinin sağlık, hastalık, cinsiyet ve medeni duruma göre açıklanması da araştırmanın amaçları içerisinde yer almaktadır. Böylece çeşitli hastalık ve sağlık durumlarında (fizyolojik hastalık, psikolojik rahatsızlık ve sağlıklılık) sosyal destek, sosyal ağ, yaşam kalitesi ve yaşam doyumu değişkenlerinin farklı nitelikleri belirlenebilecektir. Ayrıca cinsiyet ve evli olup olmamaya bağlı olarak ilgili değişkenlerin farklılaşması elde edilebilecektir.

I.BÖLÜM

SOSYAL İLİŞKİLER VE SAĞLIK

Bu bölüm de öncelikle sosyal ilişkiler ve sosyal ilişkilerin türleri üzerinde durulacaktır. İlk olarak Due ve arkadaşlarının sonra ise Cohen'in sosyal ilişkilere dair görüşlerine yer verilecektir. Sonraki aşamalarda ise sosyal desteğin tanımları, işlevleri, stresle başa çıkmada etkisi, sosyal desteğin karşılıklılığı ve yeterliliği, sosyal desteğin negatif etkisi ile sosyal destek araştırmaları üzerinde durulacaktır.

Due ve arkadaşları (1999) sosyal ilişkileri, yapı ve işlev olmak iki başlık altında değerlendirmişlerdir. Bireylerin, kişiler arası ilişkileri ve kişiler arası bağlantıları sosyal ilişkilerin yapısını oluşturur. Sosyal ilişkilerin yapısı ise, resmi ve resmi olmayan ilişkileri kapsar. Resmi ilişkiler, toplumdaki rol ve pozisyondan kaynaklanan sosyal ilişkilerdir; tanıdıkları ve profesyonelleri içerir. Resmi olmayan ilişkiler (sosyal ağ) sevgiye dayalı ilişkilerdir ve kan bağı ya da aile ilişkisi olan bireyler arasındadır. Arkadaşlar ve yakın iş arkadaşları, ebeveynler, kardeşler sosyal ağın, yani resmi olmayan ilişkilerin birer parçasıdır. Sosyal ilişkilerin işlevi, sosyal ilişkilerin davranışsal yapısını, niteliğini ve kişiler arası etkileşimleri kapsar. Sosyal ilişkilerin işlevsel boyutu, sosyal destek, ilişki yük ve sosyal demirleme ilişkilerini kapsar. Sosyal destek, diğer kişilerden sağlanan kaynaklar olarak tanımlanır. Sosyal desteğin; duygusal destek, araçsal destek, bilgisel destek, değerlendirme desteği olmak üzere dört türü vardır. Sosyal ilişkiler işlevinin önemli bir başka boyutu olan ilişki yük, sosyal desteğin

yokluğundan farklıdır. İlişkisel yük, araçsal ya da duygusal yüke neden olan sosyal ilişkileri kapsar; bu nedenle sosyal ilişkilerin negatif boyutudur. İlişkisel yükün çatışmalar ve aşırı talep olmak üzere iki yönü vardır. Aile içinde yaşanan cinsel taciz ve şiddet olayları bu olguya örnek gösterilebilir. Sosyal ilişkinin başka bir türü olan sosyal demirleme (social anchorage) Hanson' a (1988) göre, bireyin resmi ve resmi olmayan gruplara üye ve ait olduğunu hissetmesi olarak tanımlanır.

Cohen (2004) sosyal destek, sosyal bütünleşme ve negatif etkileşim gibi sosyal ilişkilerin yönlerini değerlendirmiştir ve bu değişkenlerin sağlıkla olan ilişkisini ele almıştır. Bu değişkenlerin her biri tampon etki ve temel etki olmak üzere iki genel mekanizmayla sağlığı geliştirir (Cohen 1988; Cohen & Wills, 1985; House, 1981). Sosyal yapı ve mekanizmaları Tablo 1' de gösterilmiştir.

Tablo 1: Sosyal yapının farklı türleri aracılığıyla sağlığı etkileyen mekanizmalar

Sosyal yapı	Mekanizma	Özel süreçler
Sosyal destek	Strese karşı tampon	Stresli yaşam olaylarının etkilerini azaltır, olumsuz olayların daha az tehdit edici yorumlanmasını sağlar ve etkili başa çıkma stratejileri kullanılmasını kolaylaştırır.
Sosyal bütünleşme	Temel etki (stresten bağımsız)	Sağlıklı psikolojik tepkilerin geliştirilmesine neden olan pozitif psikolojik durumları (örneğin, kimlik, amaç, kendine değer verme ve pozitif duygu-etki) sağlar. Bir kişinin kendiyi ilgilenmesini sağlayan güdülenme ve sosyal baskı kaynağıdır. Bilgi sağlar.
Negatif etkileşimler	Stres kaynağı olan ilişkiler	Psikolojik stresi ortaya çıkarır; hastalık riskini artıran davranışsal ve psikolojik süreçlere neden olur.

I.1 SOSYAL DESTEK

Bugün bir çok psikolojik ve fiziksel hastalığın, biyolojik, psikolojik ve sosyal faktörlerin bir araya gelmesiyle oluştuğunu bilmekteyiz. Psikolojik ve fiziksel sağlık arasındaki ilişki ile ilgili bildiklerimiz gün geçtikçe artmaktadır. Sağlık durumundaki değişimler ya da hastalık üzerinde sosyal desteğin nasıl bir etkisi olduğu konusundaki bilgilerimiz az olmakla birlikte, araştırmalar sosyal desteğin eksikliği ile artan ölüm riski, hastalığın iyileşmesinin gecikmesi, düşük moral ve psikolojik sağlığın zayıflamasıyla ilişkili olduğunu göstermektedir (Orford, 1992). Hayatımızın zor ve stresli dönemlerinde daha çok desteğe ihtiyacımızın olduğu ve bu destek sayesinde bu dönemleri daha kolay atlatabildiğimiz bir gerçektir. Sosyal destek, hasta olan bireyler kadar, sağlıklı bireyler için de önemlidir.

Sosyal desteğin çeşitli tanımları yapılmıştır. Barrera ve Ainlay (1983) sosyal desteği, gereksinim duyan bireye yardım edecek kişilerin sayısı olarak ele almışlardır. Başka bir tanıma göre ise sosyal destek, bireylerin ilişkide bulunduğu kişilerin sayısından çok, sırlarını paylaşabileceği, güven duyduğu ve kendisi açısından önemli gördüğü kişiyle kurduğu yakın bağıdır (Cohen ve Wills, 1985; Cutrona ve Russell, 1987; Sarason, Shearin, Pierce ve Sarason, 1987). Sarason, Levine, Basham (1983) sosyal desteği, bireyin ilişkilerinin niceliği ya da niteliğinden çok, gereksinim duyduğu anda yardım alabileceği kişilerin var olduğu algısı olarak belirtmişlerdir. Cobb (1976) ise sosyal desteği, bireyin sevildiğine, gözetildiğine, değer verildiğine ve bir iletişim ve karşılıklı yükümlülükler

ağının bir parçası olduğuna dair diğer kişilerden edindiği bilgi olarak tanımlamaktadır (Aktaran; Şahin, 1999). Cohen ve Syme (1985) sosyal desteği, diğer kişilerden sağlanan kaynaklar ve bu kaynakların düzeyi olarak değerlendirmişlerdir (Aktaran; Due ve ark, 1999). Sosyal destek, bir bireyin stresle başa çıkabilme yeteneğine katkıda bulunan psikolojik ve araçsal kaynakları sağlar (Cohen, 2004).

I.1.1 Sosyal Desteğin İşlevleri

Sosyal desteğin farklı işlevlere sahip olduğuna dair görüşler vardır. Literatürde, sosyal destek işlevleri, araçsal destek, duygusal destek, saygı desteği, bilgisel destek ve sosyal arkadaşlıklar başlıkları altında yer alır. Çevremizde bize destek sağlayan insanlar farklı sosyal destek işlevlerini yerine getiriyor olabilirler. Örneğin; bir hemodiyaliz hastasının yerine alışverişe çıkan arkadaşı onun için araçsal destek sağlarken, bu hastanın eşi ve çocukları gösterecekleri sevgi ile kişiye duygusal destekte bulunabilirler. Diyaliz merkezinde çalışan doktor ve hemşireler kişiye hastalığı ve hastalığının seyri konusunda bilgi vererek bilgi desteği sağlayabilirler. Kişinin arkadaşlarıyla keyifli aktiviteler yapması, keyifli zaman geçirmesi ve onlarla sırlarını paylaşması sosyal desteğin sosyal arkadaşlıklar işlevini sağlayabilir. Ya da yaşamımızdaki bir kişi aynı anda bütün destek işlevlerini yerine getiriyor olabilir. Çoğunlukla bebeklik dönemimizde sosyal destek işlevlerini yerine getiren kişi annelerimizdir. Çocukluk dönemimizle birlikte oyun ve okul arkadaşlarımız, öğretmenlerimiz sosyal destek kaynaklarımız olmaya başlarlar. Zamanla sosyal destek kaynaklarımız çeşitlenir ve artar. Burada öncelikle en yaygın destek işlevleri olduğunu

düşündüğümüz araçsal destek ve duygusal desteği ele alacağız. Sonra da destek işlevlerinde; saygı desteği, bilgisel destek ve sosyal arkadaşlıklara değineceğiz.

a. Araçsal Destek (somut ve maddi destek): Maddi yardım, araçsal kaynak ya da gerekli hizmetlerin sağlanmasıdır. Araçsal destek, bir sorunun doğrudan çözümünü sağlama işlevini görür (Wan ve Jaccard, 1996). Mal, mülk ve hizmetler, pratik olarak problemi çözmeye yardımcı olan unsurlardır. Wills 'e (1985) göre araçsal destek, ödünç veya karşılıksız verilen para, çocuk bakma, pratik görevlere yardımcı olma (taşınma, marangozluk, tesisatçılık gibi), ev sakinleri uzakta olduğunda eve göz kulak olma, kitap, alet, mobilya gibi maddi araçlar sağlamayı içerir. Araçsal destek, hastalıklarda ve yaralanmalarda büyük öneme sahip olabilir. Wills (1985) maddi yardım anlamına da gelen araçsal desteğin düşük gelirli insanlar için önemli olduğunu belirtirken, Minkler (1985) de yaşlılar için önemli olduğunu vurgular (Aktaran; Orford, 1992). Araçsal desteğin diğer sosyal destek türlerinden farkı, bireyin sorununu doğrudan onun adına çözmeye gibi bir yararının olmasıdır (Ünsal, 1996).

b. Duygusal Destek: Maddi ve araçsal destekten daha az somut olarak tanımlanır. Tolsdorf (1976) cesaretlendirme, kişisel samimiyet, ve sevgi ifadelerini, duygusal destek biçiminde yardım etmeye örnek olarak vermektedir. Leavy (1983) desteğin bakım, güven ve empatiyi içerdiğini belirtir. Jakopson (1986)'a göre duygusal destek, bireyin diğerleri tarafından beğenildiği, sevildiği ve kendisine saygı duyulduğu izlenimini veren davranışları içerir. Kahn ve Antonucci (1980) duygusal desteğin duygulanım, onaylama ve yardımı içerdiğini savunur ve etkileyici desteği hoşlanma, hayranlık, sevgi ve saygı ifadeleri, başka biri tarafından durumunun ve davranışlarının onaylanması, kabul ifadeleriyle, kişinin uygunluğunun ya da doğruluğunun belirtilmesi

olarak görür. Cobb (1976) sosyal desteği, destekleyen bilgi olarak tanımlar ve duygusal destekle ilişkili olduğu belirtir. Cobb destekleyen bilgi tiplerini, ; kişinin önemsendiğine, sevildiğine inanması için kişiyi yönlendiren bilgi, saygı duyulduğuna ve değerli olduğuna inanması için yönlendiren bilgi ve bu kişinin diğerlerine güvenebilmesi için karşılıklı bir yükümlülüğünün olduğuna ve bir iletişim ağına sahip olduğu inancını geliştiren bilgi olmak üzere üçe ayırır (Aktaran; Orford, 1992). Duygusal destek kişiye saygı, şefkat, ilgi sağlayarak kişinin benlik saygısının artmasına yardımcı olur (Wan ve Jaccard, 1996). Duygusal destek, empati kurma, şefkat, rahatlatma, güven ve duygusal deneyim için imkan sağlar. Cohen (2004) kısaca duygusal desteği, empati kurma, şefkat, rahatlatma, güven ve duygusal deneyim için imkan sağlayan bir işlev olarak değerlendirir. Araştırmacı, en işlevsel desteğin duygusal destek olduğunu ve çeşitli stresli yaşam olaylarına karşı etkili olduğu savunur.

c.Saygı Desteği: Kişinin saygı gördüğü ve kabul edildiği bilgisidir. Benlik saygısı iletişimle artırılır. Kişilerin kendilerini değerli olarak değerlendirmeleri için ve kişisel hatalarını veya farklılıklarını kabul edebilmeleri için saygı desteği aynı zamanda duygusal desteğe, anlam desteğine, kendilik saygısı desteğine, rahatlatma ve yakınlık desteğine benzer. Wills (1985) saygı desteğinin de diğer kavramlar gibi bir kişinin problemleri hakkında konuşabilecek birine ulaşabilmesi olarak tanımlamaktadır (Aktaran; Orford, 1992).

d. Bilgisel Destek: Kişinin bir problemi anlamasında, tanımlamasında ve başa çıkmasında yardımcı olma işlevi görür. Onay, geribildirim, sosyal karşılaştırma, tavsiye, önermeler ve yönlendirmeler sağlayan davranışlar, bilgisel destek işleviyle ilişkili davranışlardır (Wan ve Jaccard, 1996). Bilgisel destek, birinin problemleriyle ilgilenmek, rehberlik yapmak ve tavsiyede bulunmakla sağlanır (Cohen, 2004). Birey bir stres kaynağı

ile karşılaştığında büyük olasılıkla sorunu çözmek için birçok çözüm yolu düşünebilir. Ancak bunlar sorunu çözmede yetersiz kalmış olabilir. Bu durumda sosyal çevre bireyin daha önceden dikkatini çekmemiş, sorunu çözücü nitelikte olan yeni çözüm yolları önererek bilgisel destek sağlayabilir(Ünsal, 1996). Wills (1985) saygı ve bilgi desteğinin aynı kaynaklardan geliştiğini söyleyerek pratikte yüksek düzeyde ilişkili olduğunu belirtir (Aktaran; Orford, 1992).

e. Sosyal arkadaşlıklar: Cohen ve Wills sosyal arkadaşlıkları diğerleriyle boş zamanlarını geçirme ve eğlence aktivitelerinde bulunma olarak açıklamışlardır. Sosyal arkadaşlıklar, diğerleriyle yakın ilişki kurma ve temas-ilişki ihtiyacını giderir, stresi azaltabilir. Problemleri ile ilgili olarak kaygılanan bireylerin dikkatlerini başka yöne çekmeye yardımcı olabilir ya da pozitif ortamın etkisiyle bu problemlerle baş etmeyi kolaylaştırabilir. Shapiro ve Parry'nin (1986) yaptığı bir çalışmada, sırdaşların sayısı ile sırdaşlarla geçirilen zaman birleştirilmiş sosyal destek puanı elde edilmiştir (Orford,1992). Bu destek işlevi, insanların sorunlarından sıyrılmasını sağlar ve olumlu duygu durumuna geçmelerini kolaylaştırır. Birlikte yapılan etkinlikler stresi azaltır, bir arada bulunmayı, bağlılığı ve kişiler arası yoğun iletişimi sağlar (Wan ve Jaccard, 1996).

Kessler ve McLeod (1985) sosyal desteğin varolan belirli ihtiyaçlarla uygunluk gösterdiğinde etkili olabileceği görüşünü ileri sürer (Aktaran; Orford, 1992). Cohen'e (2004) göre insanlar belirli streslerle baş etmek için belirli bir destek biçimine ihtiyaç duyarlar. Yapılan çalışmalarda da yaşam olayının gerektirdiği destek biçimiyle bütünleşen sosyal desteğin, stres yaratan olayların etkilerini azaltmada etkili olduğunu gösterilmiştir (Cohen ve Wills, 1985; Cutrona ve Russell,1990). Kişi geçici olarak bir iş kaybındaysa borç para vermek, o kişiye yararlı olabilir ama kişinin arkadaşının ölümü durumunda böyle bir desteğin yararı olmaz (Aktaran;Cohen, 2004).

Barrera ve Ainley (1983) sosyal destek işlevlerine dair önemli tartışmaları gözden geçirerek; maddi yardım, davranışsal yardım, yakın etkileşim, rehberlik, geribildirim ve pozitif sosyal etkileşim olmak üzere 6 kategoriyi içeren rasyonel bir tipoloji sunmuşlardır. Çeşitli araştırmacıların sosyal desteğin işlevlerine ilişkin tanımlamaları bu tipolojiye bağlı olarak tablo 2 de değerlendirilmiştir.

Barrera ve Ainley (1983) sosyal destek işlevlerini farklı bir şekilde tanımlamışlardır. Onlar sosyal destek ölçeğinin, maddelerinin faktör analizinde, 4 faktör bulmuşlardır. Bu dört faktör, yönlendirici tavsiye, yönlendirici olmayan destek, pozitif sosyal etkileşimler ve somut yardımdır.

1- Yönlendirici tavsiye: (geribildirim ve rehberlik) Geribildirim verme, beceri öğretme, tavsiye verme gibi aktiviteleri içerir. Destek alan kişinin kavrayışını ve becerisini artırıcı, performansını geliştirici yardım vermeyi, uygulamalı doğal destek sağlamayı amaçlar.

2- Yönlendirici olmayan destek: (yakın etkileşim) Yakınlık ifadesi, desteğin koşulsuz elde edilebilirliği, saygı, güvenin yanında kişinin özel duyguları hakkında konuşmak, dinlemek ve fiziksel sevgidir.

3- Pozitif sosyal etkileşimler: Eğlenme, şakalaşma, kişinin ilgileri hakkında konuşma ve eğlenceli hoş aktiviteleri içerir.

4- Somut yardım: (maddi ve davranışsal yardım) Görevlerin paylaşımı gibi fiziksel yardım, para, barınak ya da değerli fiziksel eşya sağlamayı içerir.

	Maddi yardım	Davranışsal yardım	Yakın etkileşim	Rehberlik	Geribildirim	Pozitif sosyal etkileşim
Brim (1974)	yardım	yardım	güven	güven		istenen etkileşim /değer benzerliği/ ilgi
Caplan (1976)	somut yardım	pratik yardım	duygusal üstünlük	bilgi / problem çözme/ referans/ kontrol/ ideoloji	geribildirim	dinlenme/ iyileşme
Cobb (note2)	maddi destek	aktif destek	sosyal destek	araçsal destek	sosyal destek	
Foa (1971)	para/ eşya	hizmet	sevgi	bilgi	statüler	
Gottlieb (1978)	problem çözme davranışları	çevresel faaliyet/ problem çözücü davranışlar	duygusal olarak destekleyen davranışlar / dolaylı kişisel etki	problem çözücü davranışlar		
Hirsch (1980)	somut yardım	somut yardım	duygusal destek	bilişsel rehberlik	sosyal pekiştirme	sosyalleşme
Kaplan, Cassel ve Gore (1977)	somut destek/ güvenilir sosyal ağlar	somut destek/ güvenilir sosyal ağlar	yakınlık fırsatı / sevgi	değerlendirme fırsatı / ikna / normlar uyma	değerlendirme fırsatı/ rol/ kendi kendini ödüllendirme/ onaylanma	grup dayanışması
Pattison (1977)	araçsal destek	araçsal destek	duyuşsal destek			
Tolsdorf (1976)	somut destek	somut destek	soyut destek	tavsiye	geribildirim	
Weiss (1973)	yardım	yardım/ sosyal bütünleşme	duygusal bütünleşme/ değerlere güvenme	sosyal bütünleşme	değerlere güvenme	sosyal bütünleşme

I.1.2 Sosyal Desteğin Stresle Başa Çıkmadaki Etkisi

Sosyal destek nasıl etkili olmaktadır? Olasılıklardan biri sosyal desteğin sağlıkla ilgili daha sağlıklı bir diyet uygulama, sigara ve alkol kullanımını azaltma gibi davranışları arttırdığıdır. Diğer taraftan sosyal desteğin biyolojik süreçler üzerinde de doğrudan etkisi olabilir. Ayrıca desteğin düşük düzeyde olması olumsuz duygularla ilişkili bulunmuştur (Kielcolt- Glaser ve ark.,1984)

Sosyal desteğin sağlık ve iyi olma ile ne kadar ilişkili olduğunu anlamak için sorulan sorulardan biri sosyal desteğin temel bir etkiye mi sahip olduğu yoksa stresten koruyucu bir etkiye mi sahip olduğu sorusudur. Sosyal desteğin hastalığı nasıl ve niçin etkilediğini açıklayan Cohen ve Wills'in öne sürdüğü iki teori vardır Bu teorilerden ilki tampon etkisi modelidir. Biz burada öncelikle tampon etkisi modelini sonra ise temel etki modelini ele alacağız.

Tampon etkisi modeli, stresten koruyucu model olup, sosyal desteğin potansiyel olarak stresin zararlı etkilerini azaltma işlevine sahip olduğunu varsayar. Bu modele göre sosyal destek olumsuz yaşam olaylarının, fiziksel sağlık ve kendini iyi hissetme üzerindeki zarar verici etkisini azaltma işlevi görmeye yardımcı olur. Bu model sosyal desteğin sevilen birinin kaybı ya da boşanma gibi çevresel streslere karşı bireyi koruduğu ve bu streslere karşı tampon etkisi yaptığını söyler. Tampon etkisi modelinin en belirgin özelliği, sosyal desteğin bireyin hayatında stres olduğu zaman etkili olduğu, diğer durumlarda işe yaramadığıdır (Orford, 1992).

Stresin sağlığı, hem sağlığa zarar veren davranışlar (sigara içmek, alkol kullanmak, az uyuma) sergileyerek hem de sempatik sinir sistemi (hipotalamik -

hipofiz- adrenal-kortizal eksen gibi) psikolojik sistemleri harekete geçirerek etkilediği düşünülmektedir (Cohen, Kessler ve Gordon, 1995). Bu sistemlerin harekete geçmesi ve süreğenliği fiziksel ve psikiyatrik rahatsızlıkların oranının artmasında risk oluşturmaktadır. Strese karşı tampon işlevi gören sosyal destekteki önemli faktör, diğer kişilerin uygun yardımı sağlayacağı algılamasıdır (Cohen 1988; Cohen ve Wills,1985; Uchino ve ark, 1996). Bu görüşe göre, sosyal destek isteklerle başa çıkmada kişinin algılama yeteneğini destekleyecek gerekli kaynakları sağlar. Böylece, duruma biçilen değer değiştirilir ve stresin etkisi azaltılır. Bir başka görüşe göre ise eldeki destek, olaya karşı duygusal ve psikolojik tepkileri azaltır veya uyumsuz davranış tepkilerini değiştirir (Aktaran;Cohen, 2004).

Sosyal desteğin anksiyete, depresyon, psikolojik sıkıntının etkilerine karşı tampon olduğuna dair çok sayıda kanıt vardır (Cohen ve Wills, 1985; Kawachi ve Berkman, 2001). Cohen ve arkadaşları (1985) hem öğrenci hem de yetişkin örneklemelerinde yaptıkları çalışmalarında, stres altında kişilerin hem depresyon hem de fiziksel rahatsızlık semptomları bildirdiklerini fakat sosyal ağlarından destek algıladıklarını düşünen kişilerde bu semptomların etkisinin hafiflediğini bulmuşlardır. Rosengren ve arkadaşları (1993) fiziksel sağlık ve stres konusunda, tampon etkiyi konu alan çalışmalarında 50 yaş ve üzeri İsveçli sağlıklı erkeklerle ileriye yönelik (prospective) yaptıkları araştırmalarında strese karşı tampon etkisi ortaya çıkmıştır. Araştırmada geçen yıllara oranla bu yıl sıkıntılı yaşam olaylarından yüksek puan alanlar, daha yüksek ölüm riskine sahip bulunmuşlardır. Bununla birlikte, bu etki yüksek oranda duygusal destek alan kişilerde azalmıştır. Zıt olarak, duygusal desteğin bireyin az stresli dönemlerinde etkili olmadığı belirlenmiştir (Aktaran;Cohen, 2004).

Kişinin sosyal destek aldığını algılamasının ötesinde desteği gerçekten almasının, tampon etkisinde rol oynadığı görülür. Destek, probleme bir çözüm

sağlayarak, problemin algılanan önemini ve probleme odaklanmayı önlemeyi, bireyin dikkatini başka yöne çekerek stresin etkisini azaltmayı sağlayabilir. Sosyal destek, aynı zamanda egzersiz, kişisel hijyen, uygun beslenme ve dinlenme gibi sağlıklı davranışların yapılmasını kolaylaştırır (Cohen 1988; House,1981) .

Sosyal desteğin strese karşı tampon etkisi özellikle sosyal müdahaleyle ilgilenen psikologlar tarafından dikkate alınmıştır. Bu modele göre sosyal bağlantılar, stresle başa çıkmada gereken psikolojik ve araçsal kaynakları sağlamada yararlıdır. Bu model, sosyal desteğin zorluk çeken kişiler için yararlı olduğunu savunur. Fakat çok stresli bir durum yoksa sosyal desteğin sağlıkta bir etkisi olmayacağı da savunulur. Stres-tampon modeli, stres ve sosyal destek etkileşimiyle desteklenmektedir (Cohen, 2004).

Strese karşı sosyal desteğin etkisini açıklayan ikinci model ise temel etkiler modelidir. Temel etkiler modeli, sosyal desteğin stresin düzeyinden bağımsız olarak bir etkiye sahip olduğunu varsayar. Sosyal destek stres verici yaşam olaylarının olduğu ve olmadığı her iki durumda da sağlıklı olmayı desteklemektedir (Ullah, Banks ve Warr, 1985 :Aktaran; Orford). Bu model, arkadaşlardan alınan pratik, maddi ve duygusal yardımın, bazı stresli yaşam olaylarını önleyebileceğini ya da azaltabileceğini, ait olma duygusu sağlayabileceğini ve yaşam doyumunu artırabileceğini varsayar. Sosyal desteğin etkisiyle bireyler daha az fiziksel ve psikolojik problemler yaşar.

Cohen (2004) temel etki modelini sosyal bütünleşme olgusu ile birlikte değerlendirmiştir. Cohen'e göre sosyal ağa katılan bireyler sosyal kontrol ve akran baskısının etkisinde kalırlar. Bunlar normatif sosyal davranışlarda bulunurlar. Kişinin ağları, onların egzersiz, sigara ve uyuşturucu kullanımı,dengeli beslenme gibi davranışlarına etkide bulunur. Bütünleşme, kişilerin sorumluluk duygularına etkide

bulunabilir ve bir diğere önem verme konusundaki artan güdülenme, sorumlulukların yerine getirilmesiyle sonuçlanabilir. Sosyal bütünleşmenin kişinin benlik duygusuna ve duygusal durumuna etkide bulunduğu düşünülmektedir. İnsanlar arasında paylaşılan rol kavramları, kişilerin farklı rollerdeki davranışlarına ilişkin genel beklenti setlerini sağlayan sosyal etkileşime rehberlikte bulunmaya yardımcı olur. Ait olma, güvenlik ve öz değerlilik duygusu kazanırlar (Cassel, 1976; Cohen, 1988; Thoits, 1983; Wills, 1985). Aynı zamanda diğerleriyle etkileşimde bulunmanın, olumlu duygulanımı arttırdığı, olumsuz duygulanımın süresini ve şiddetini sınırlamaya, duygusal düzenlemeye yardımcı olduğu düşünülmektedir. Bu pozitif duyguların ve bilişlerin; psikolojik sıkıntıyı azalttıklarından, kişinin kendisiyle ilgilenme motivasyonunu arttırdığı düşünülmektedir ve aynı zamanda bağışıklık sistemini geliştirip güçlendirmede yararlı oldukları kabul edilmektedir (Cohen, 1988; Uchino ve ark,1996). Geniş ağ bağlantılarına sahip olmak, kişilere çoklu bilgi sağlayarak, yüksek riskli durumları ya da stresi önlemede yardım eder ve sağlık servislerini daha etkin kullanmayla da sağlıkla ilgili davranışlara etkide bulunur (Aktaran; Cohen, 2004).

Berkman ve Syme (1979) sosyal olarak bütünleşmiş kişilerin (evli olma, yakın aile ve arkadaşlara sahip olma, sosyal ya da dini gruplara ait olma) izole olan yetişkinlerden 9 yıl daha fazla yaşadıklarını bulunmuştur. Sosyal bütünleşme ve ölüm arasındaki bağ, pek çok topluluk temelli çalışmada teyit edilmiştir (Berkman ve Glass, 2000). Diğer çalışmalarda daha büyük oranda bütünleşmenin kalp krizinde hayatta kalmayı sağladığı, kanser, anksiyete ve depresyonun tekrarlanmasını ve yaşlılıkta bilişsel işlev bozulmalarını önlediği belirlenmiştir (Cohen ve ark; 2000).

Cohen özellikle sosyal bütünleşmenin vücudun enfeksiyon hastalıklarıyla savaşıma yeteneğine etkisi üzerinde durmuştur. O, eğer sosyal bütünleşmenin enfeksiyon hastalıklarına karşı bir direnç sağlamada etkili olduğu belirlenirse, daha önceden ele

aldığımız astım, kanser, kronik kalp hastalığı riski ve ölümün altında yatan bağların açıklanabileceğini düşünmüştür. Yaptığı soğuk algınlığı çalışmalarında sağlıklı bireylerde psikolojik faktörleri değerlendirdikten sonra bu kişilere gribe yol açan enfeksiyon (agent- ajan) vermiştir. Araştırmanın sonucunda sosyal bütünleşme oranı az insanların daha çok grip olduğunu bulgulamıştır. Psiko-sosyal faktörlerin hastalığa karşı dirençte etkili olduğu görülmüştür. Cohen ve arkadaşlarının (1998) başka bir araştırmasında, Cohen'in geliştirdiği sosyal bütünleşme ölçeğiyle, bireylerin 11 farklı role aktif katılımı değerlendirilmiştir. Evli olma, ebeveyn, eşinin ailesi, çocuk, diğer yakın aile üyeleri, yakın komşu, arkadaş, iş arkadaşı, okul arkadaşı, gönüllü dernek üyesi, dini ya da dini olmayan grup üyeliği gibi 11 farklı rol belirlemiştir. Sosyal rollerin artmasıyla daha fazla sosyal bütünleşmenin olduğunu ve bu durumun kişinin daha sağlıklı olmasıyla ilişkili olduğu bulunmuştur.

Bu iki model arasındaki en belirgin fark; tampon etkisi modeli sosyal desteğin sadece stresli zamanlarda hastalık ve davranış üzerinde bir etkisi olduğunu ileri sürerken, temel etkiler modeli ise sosyal desteğin stresli yaşam olaylarının yokluğunda bile bireylerin yaşam standardını geliştirmesi sayesinde olumlu etkisi olduğunu savunmasıdır. Her iki model de sosyal destek artmasıyla, hastalık riskinin ve sonraki aşamada sağlık servislerine başvurma oranının azaldığını ileri sürmektedir (Aktaran; Alemler ve ark., 2002).

Lieberman (1982) ise, sosyal destek kaynaklarının, stresin oluşumu ve etkileri üzerinde farklı biçimlerde rol oynadığını ileri sürmektedir. Ona göre, ilk olarak sosyal destek kaynakları, stres verici yaşam olaylarının oluşumunu önleyebilmektedir. İkinci olarak, böyle yaşam olayları ortaya çıktığında sosyal destek, olayın algılanış biçimini değiştirerek stres verici etkisini hafifletebilmektedir. Üçüncü olarak sosyal destek, kişinin başa çıkma yollarını etkileyerek stres verici olay ve sonuç arasındaki bağlantıyı değiştirebilmektedir. Dördüncü olarak sosyal destek, bir olayın, kişinin yaşamında

yaptığı değişikliğin stres verici etkisini azaltarak sağlığı olumlu yönde etkileyebilmektedir. Beşinci olarak sosyal destek, stres verici olayın, benlik saygısı ve kendine güven üzerindeki olumsuz etkisini ortadan kaldıracaktır. Son olarak da, sosyal destek kaynakları, stres verici bir yaşam olayı olsun ya da olmasın, kişinin, uyumunu olumlu yönde etkileyebilmektedir (Aktaran; Sorias,1992).

I.1.3. Sosyal Desteğin Negatif Etkisi

Sosyal desteğin sağlığa yararlı olduğuna dair oldukça fazla kanıt vardır. Bununla birlikte sosyal desteğin yardımcı olma işlevi, negatif etkiye de yol açabilir. Kişiye yardım edilmesi, kişinin kendini yönetme düşüncesine karşı tehdit oluşturabilir (Coates ve ark. 1979). Benlik saygısına ve kendine duyduğu güvene zarar verebilir (Williams ve Williams,1983); çaresizlik hissi oluşturabilir (McLeroy ve ark, 1984) ya da destek alan kişinin ihtiyacını karşılamayabilir (Tracey ve ark,1991). Yardım etme, kişinin yorulmasına, duygusal olarak tükenmesine neden olabilir (Maslach ve Jackson,1982). Yardım vermeyle ilgili diğer problemler, kişiler arası çatışma korkusu (Chesler ve Barbarin, 1984; Wortman ve Lehman,1985) sosyal bulaşma / duygusal bulaşma (Coyne,1976), kişisel stres (Wortman ve Dunkel- Schetter, 1979) yetersizlik ve becerisizlik duygusu (Wortman ve Lehman ,1985) olabilir. Lu ve Argle (1992) yaptıkları çalışmalarında destek vermenin yüklenme ve engellenme hissiyle, destek almanın ise suçluluk ve bağımlılık hissiyle ilişkili olduğunu bulmuşlardır. Yardım alma ve verme arasındaki denge önemlidir, bu denge, insanların ilişkilerden daha çok doyum almasına neden olur. Yani her biri diğerinden aynı düzeyde bir karşılık beklemektedir. Bu yüzden sosyal destek bağlamında, fazla yarar- görme ve az yarar görme, kişinin

kendini iyi hissetmesine zarar verebilir, psikolojik semptomları arttırabilir ve negatif etki düzeyini yükseltebilir (Aktaran; Lu, 1997).

I.1.4. Sosyal Desteğin Karşılıklılığı ve Yeterliliği

Araştırmacılar (Buunk ve ark; 1993, Ingersol ve Antonucci,1988; Rook,1987) sosyal desteğin elde edilebilirliği, miktarı ve yoğunluğu kadar, sosyal takas süreçlerinin yani desteğin karşılıklılığının ve yeterliliğinin de önemli olduğunu ileri sürmüşlerdir. Desteğin karşılıklılık etkisi, sosyal takas süreçleriyle ilgilidir. Desteğin karşılıklılığı aldığımız destek miktarının, diğerine sağladığımız destek miktarı kadar olmasıdır ya da diğerlerinden istediğimiz desteğin, diğerlerinin bizden istediği destekle aynı oranda olmasıdır. Bu dengeli ve arzu edilen bir durumdur. Karşılıksızlık, alınan destek miktarının sağlanan destekten az ya da çok olmasıdır ya da diğerlerinden istediğimiz destek miktarının, diğerlerinin bizden istediği destek miktarıyla aynı olmamasıdır. Bu istenmeyen ve dengesiz bir durumdur. Ayrıca karşılıksızlık durumunun iki türü vardır.

- a) Fazla yarar görme: Bireyin aldığı desteğin, bireyin diğerine sağladığı destekten fazla olmasıdır. Fazla yarar görme bireyde; utanç, suçluluk ve borçluluk hissi yaratabilir.
- b) Az yarar görme: Bireyin diğerine sağladığı desteğin, bireyin aldığı destekten fazla olmasıdır. Az yarar görme hoşnutsuzluk, sorumluluk (yük) hissiyle ilişkilidir (Aktaran Jou ve Fukada, 2002).

Desteğin yeterliliği, diğerlerinden istediğimiz destek miktarının, diğerlerinin bize sağladığı destek miktarına eşit olması, ya da diğerlerinin bizden istediği destek miktarının, diğerlerine sağladığımız destek miktarıyla aynı olması durumudur. Desteğin yetersizliğinin iki şekli vardır. İlki yetersiz alınan destektir, bu diğerlerinin bize sağladığı destek miktarının, bizim istediğimiz destek miktarından az olmasıdır. İkincisi

yetersiz sağlanan destektir, bu da diğerlerine sağladığımız destek miktarının diğerinin bizden istediği destek miktarından az olması durumudur.

Bazı araştırmacılar kişinin uyum sağlamasında ve sağlığında, sağlanan ve alınan destek arasındaki farkın olumsuz etkisi olduğunu ileri sürmüşlerdir. Brown ve arkadaşları (1987) üniversite öğrencileriyle yaptıkları çalışmada, desteğin yetersizliğinin depresyon, anksiyete, somatik yakınmalar ve sağlığı tehlikeye sokan davranışlarla ilişkili olduğunu bulmuşlardır (Aktaran; Jou ve Fukoda, 2002).

Jou ve Fukoda'nın (2002) desteğin yeterliliği ve karşılıklılığına dair üniversite öğrencileriyle yaptıkları çalışmada;

- a) Diğerlerinden alınan ve diğerlerine sağlanan destek arasında ,
- b) Diğerlerinden istenen ve diğerlerinin istediği destek arasında ,
- c) Diğerleri için sağlanan destek ile diğerlerinin istediği destek arasında,
- d) Diğerlerinden alınan destek ve diğerlerinden istenen destek arasında yüksek

korelasyon bulunmuştur.

Diğerlerinden çok destek isteyen ve alan öğrencilerin, borçluluk hissi, yük olma hissi, depresyon ve somatik yakınma puanları yüksek bulunmuştur. Başkalarına aldığı destekten çok destek sağlayan kişilerin engellenmişlik ve sorumluluk puanları yüksek bulunmuştur. Stresin artması ile diğerinin istediği destek ve diğerine sağlanan desteğin artması arasında ilişkili bulunmuştur. Bu, diğerleri tarafından istenen destek, kişinin daha çok emek harcaması ve kaynakların azalmasına neden olmasından kaynaklanabilir. Öğrenciler istediklerinden daha az destek aldıkları zaman (yetersiz alınan destek) ve diğerlerinin istediğinden daha az destek verdikleri zaman psikolojik sağlık puanları düşük bulunmuştur. Diğerlerine sağlanan destek, diğerleri tarafından istenen destekten az olduğu zaman, kişi kendini yetersiz hissedebilir ve sağlığı olumsuz etkilenebilir (Jou ve Fukada, 2002).

I.1.5 Sosyal Destek Araştırmaları

Sosyal destek son 30 yıldır psikolojide en çok araştırma yapılan alanlardan biridir. Çeşitli değişkenlerin sosyal destek üzerine etkisi ve ilişkisi üzerine çok sayıda araştırma yapılmıştır. Araştırmaların çoğu sağlık ve sosyal desteğin ilişkisini ele almıştır. Sosyal desteğin kimden alındığı, hastalık çeşitleri, yaş, cinsiyet, yaşam süresi gibi değişkenlerle birlikte değerlendirilmiştir. Biz burada öncelikle psikolojik sağlık ve sosyal desteği, sonra ise fiziksel hastalığı olan kişilerde psikolojik belirtiler ve sosyal destek ilişkisini konu alan çalışmaları ele alacağız. Son olarak araştırmamızda da bağımsız değişken olan cinsiyet ile sosyal destek araştırmalarına değineceğiz

I.1.5.1.Psikolojik Sağlık ve Sosyal Destek

Klinisyenler uzun süredir duygusal iyi olmamızın (well being) bize yakın insanların desteğinden etkilendiğini gözlemlediler. Özellikle son yıllarda sosyal desteğin ruhsal hastalıkların gidişatı ve tedavisiyle ilişkili olduğunu sistematik olarak gösteren araştırmalar vardır. Caplan' a göre (1974) anlamlı-değerli diğer kişiler, bireyin psikolojik kaynaklarını harekete geçirmesine yardım ederler. Bireyin duygusal tükenmişliğini önlerler, görevlerini paylaşırlar, ona ekstra para desteği, maddi, araçsal, tecrübe ve bilişsel sosyal destek sağlar ve bireyin bu durumun üstesinden gelmesine rehberlik ederler (Aktaran: Cramer, 1996).

Sosyal desteğin kavramsallaştırılmasına ilişkin çözülmemiş karmaşıklıklar olmasına rağmen, genel olarak sağlıkla ilgili güçlü bağları olduğuna dair sağlam kanıtlar olduğu düşünülür. Akıl sağlığının veya psikiyatrik semptomların veya psikolojik üzüntü-kaygının sosyal destekle ilişkisine dair pek çok araştırmacı inandırıcı kanıtlar bulmuştur. Örneğin Aneshensel ve Frerichs (1982), psikiyatrik sorunlar ve destek arasında negatif bir ilişki olduğunu göstermişlerdir. Munroe ve Steiner (1986) desteğin yaşam stresinin kötü sonuçlarından korunmada doğrudan etkisinin olabileceğini veya gelişen bozuklukları hafifleteceğini belirtmişlerdir (Aktaran ;Orford, 1992)

Sosyal destek depresyon gibi psikiyatrik semptomlarla negatif ilişki bulunmuştur. Depresyon düzeyi düşük insanların, depresyon düzeyleri yüksek olan kişilerle karşılaştırıldıklarında daha çok desteğe sahip oldukları bulunmuştur (Aneshensel ve Stone ,1982; Flannery , 1987; Ladewing, McGee ve Newell , 1990; Lakey, Moineu ve Drew, 1992; Lu, 1994, Paykel,1994; Romans, Walton, Herbison ve Mullen, 1992; Russweell ve Cutrona , 1991; Sommer, 1990; Surtees, 1980, Thoits, 1984). Depresyonda yaşam olayları ve sosyal desteğin etkileşim etkisine ilişkin bazı araştırmacılar depresyon ve stresli yaşam olayları arasındaki ilişkide, sosyal desteğin iyileştirici etkisini bulgulamışlardır (Cronkite ve Moos, 1983 ; Dean ve Lin, 1977,; Dressler, 1985; Fan, Chen, Lu ve Zhou , 1993 ; Paykel, 1994). Bununla birlikte bazı çalışmalarda sosyal desteğin depresyondaki yaşam olaylarını ılımlatıcı etkisine ya da tampon etkisi gösterdiğine dair kanıt bulunamamıştır (Alloway ve Bebbington, 1987; Flannery, 1987; Vaillant, 1977; Windle, 1992; Miller, Ingham ve Davidson, 1976, Aktaran; Clarke ve Jensen, 1997). Post-partum depresyon yaşayan kadınlarla yapılan bir çalışmada, annelerin depresyon puanları ile algılanan sosyal destek düzeyi arasında yapılan korelasyon analizinde anlamlı ilişki bulunmuştur. Annelerin algıladığı sosyal destek düzeyi arttıkça, post-partum depresyon puanları düşmektedir (Büyükkoca, 2001). Tayvanlı ev kadınlarında

depresyon ile sosyal desteğin ilişkisinin araştırıldığı bir çalışmada da aralarında negatif ilişki bulunmuştur. Ayrıca yaşanan stres düzeyinin etkisi olmaksızın, sosyal destek ruh sağlığıyla pozitif ilişkili bulunmuştur (Lu, 1994). Sorias tarafından 1988 yılında yapılmış bir çalışmada depresyon tanısı almış hasta ve sağlıklı kontrol grubu karşılaştırılmış, depresyondaki hastaların sosyal destek düzeylerinin, sağlıklı kontrol grubunda yer alan kişilerden daha düşük olduğu belirlenmiştir. Johnson ve arkadaşlarının (2003) bipolar bozukluğu olan hastalarla yaptıkları boylamsal çalışmalarında yetersiz sosyal desteğin hastalığın tekrarlama riskini arttırdığı bulunmuştur. Okanlı'nın (1998) hemşirelik öğrencileriyle yapılan bir çalışmada anksiyete puanları ile sosyal destek aralarında negatif ilişki bulunmuştur. Genç yetişkinlerle yapılan bir çalışmada sosyal destek, içsel kaynaklar ve algılanan stresin ruhsal sağlığın belirleyicileri olduğu ortaya konmuştur. Ruhsal sağlık; algılanan stresle negatif, içsel kaynaklar ve sosyal destekle pozitif ilişkili bulunmuştur (Bovier ve ark, 2004). Oğuz ve Sorias, (2001) sosyal destek, sosyal ağ bakımından konversiyon bozukluğu tanısı alan kadınlarla, psikolojik rahatsızlığı olmayan kadınları karşılaştırmışlardır. Araştırmada, konversiyon tanısı alan kadınların algılanan aile ve arkadaş desteğinin, sosyal ağdaki akraba ve sırdaş sayısının, kontrol grubundaki kadınlardan anlamlı olarak düşük çıktığı bulgulanmıştır. Yapılan bir araştırmada intihar girişimde bulunmuş insanların sosyal destek puanları daha önce intihar girişiminde bulunmamış kontrol grubundan daha düşük bulunmuştur (Seydioğlu, 2002). Avis ve arkadaşları (2004) düşük düzeyde stres yaşayan kişilerin, sosyal destek düzeylerinin yüksek olduğunu belirlemişlerdir.

Monahan ve Hooker'ın (1997) yaptıkları bir çalışmalarında, alzheimer gibi bilişsel bozukluğu olan insanlarla, parkinson gibi bilişsel olmayan bozukluğu olan insanların sosyal destek puanları arasında bir fark bulamamıştır.

Burke ve Weir (1978) anne-baba ve arkadaş desteğinden daha fazla doyum sağlayan öğrencilerin daha az stres, daha az psikosomatik şikayet ve olumsuz duygudurumu gösterdiklerini bulgulamışlardır. Bel Le Roy ve Stephenson (1982) sosyal destek ve depresyon puanları arasında negatif ilişki bulmuşlardır. Combas ve arkadaşları (1986) ergenlerle yaptıkları çalışmalarında düşük destek alan ergenlerin daha yüksek düzeyde depresyon, somatizasyon bozukluğu ve kaygı gösterdikleri bulgulanmıştır. Benson ve Deeter (1992) 16-19 yaşlarındaki gençlerle yaptıkları çalışmalarında, düşük destek doyumunun, yüksek depresyon puanlarıyla ilişkili olduğunu bulmuşlardır. Lise öğrencileriyle yapılan bir çalışmada, sosyal destek, öznel ruh sağlığının olumlu ya da iyilik hali boyutlarıyla ve olumlu yaşam olaylarının algılanan kontrolüyle ilişkili bulunmuştur (Meehan, Durlak ve Bryant, 1993). Frey ve Rothlisberger (1996) ergenlerle yaptıkları çalışmalarında, eğitilmiş ergenlerin aile dışı ilişkilerinin olması nedeniyle daha az eğitilmiş olanlardan daha geniş sosyal destek ağına sahip olduklarını bulmuştur.

Sosyal destekle ilgili olarak ırk ve etnik birlik değişkenleri de ele alınmıştır. Jung ve Kahlsa (1989) siyah ve beyaz üniversite öğrencileri arasında da ırk ve algılanan aile desteği arasında etkileşim etkisi bulmuştur. Siyah öğrencilerde sosyal destek düşük depresyonla ilişkili bulunmuştur. Benzer bir şekilde, Huasini ve arkadaşları (1990) yaşlı siyah bireylerde, sosyal desteğin yaşlı beyazlardan daha güçlü olarak depresyonla negatif ilişkili olduğunu bulmuşlardır (Aktaran; Clarke ve Jensen, 1997). Yeni Zelanda yerlisi ve Avrupalı kişilerle yapılan çalışmada, şehirde ve köyde yaşama ile depresyon ilişkisi araştırılmıştır. Şehirde yaşayan genç insanların depresyon puanları anlamlı düzeyde yüksek çıkmıştır. Yerli yeni Zelandalılar şehirde yaşayan Avrupalılardan daha çok depresif semptomlar ve stresli yaşam olayları rapor etmişlerdir. En yüksek depresyon düzeyi köyde yaşayan genç yetişkinlerde ve en düşük depresyon düzeyi ise köyde yaşayan yaşlı insanlarda bulunmuştur. Araştırmada sosyal desteğin ne depresyon

üzerinde ne de depresyonda yaşanan yaşam olayları üzerinde iyileştirici etkisi bulunmamıştır (Clarke ve Jensen, 1997).

Psikolojik bir belirti olarak ele alabileceğimiz tükenmişlik belirtisi ile sosyal destek arasındaki ilişki hakkında bir çok çalışma yapılmıştır. Tükenmişlik ile sosyal destek arasında negatif ilişki bulunmuştur (Duygun, 2001; Torun, 1996). Yaşam kalitesi ve sosyal destek ilişkisini ele alan çalışmalar da vardır. Ethgen ve arkadaşları (2004) kalça ve diz osteoarthritis hastalarında; sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi ve sosyal destek ilişkisini araştırmıştır. Geniş sosyal arkadaşlık ilişkilerine sahip olanların fiziksel işlevselliği, genel sağlık, ruhsal sağlık, sosyal işlevsellik ve canlılıkla ilişkili bulunmuştur. Duygusal destekten alınan doyum, daha iyi fiziksel işlevsellik, ruhsal sağlık, sosyal fonksiyon ve canlılıkla ilişkili bulunmuştur. HIV virüsü taşıyan ve düşük geliri olan insanlarla yapılan bir araştırmada, çalışan ve sosyal desteği olan kişilerin yaşam kalitesi puanlarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Viswanathan,2005). Jaracz ve Kozubski (2003) felçli hastaların, yaşam kalitesinin fonksiyonel yeterlilik, duygusal destek alt alanlarından düşük puan aldıkları bulgulamıştır.

I.1.5.2. Fiziksel Hastalığı Olan Kişilerde Psikolojik Belirtiler ve Sosyal Destek İlişkisini Konu Alan Çalışmalar

Olumlu sosyal ilişkileri olduğunu belirten kronik hastaların, hastalıklarına olumlu yaklaşarak daha iyi uyum sağladıkları gözlenmektedir. Olumlu sosyal ilişki ile uyum arasındaki bu bağlantılar kanser hastalarından (Fitzpatrick, Newman, Lamb ve Shipley, 1988; Neuling ve Winefield, 1988) artrit hastalarından (Goodenow, Reisine ve Grady, 1990) ve omurilikleri zedelenen hastalardan (Schulz ve Decker, 1985) elde edilmiştir (Aktaran, Şahin, 1999).

Eker ve Arkar (1995) psikiyatrik ve psikolojik problemleri olan kişileri, böbrek hastaları ve hiçbir hastalığı olmayan kişilerle karşılaştıkları araştırmalarında, psikolojik problemleri olan hastalarda, algılanan sosyal desteklerinin daha az olduğunu bulmuşlardır. Eker ve arkadaşlarının, (2001) psikiyatri hastaları, cerrahi hastaları ve hiçbir hastalığı olmayan kişileri karşılaştırdıkları diğer araştırmalarında, psikiyatri hastalarının, diğer gruplardan daha az miktarda sosyal destek bildirdikleri bulunmuştur.

Kanser hastalarındaki depresif semptomlarda sosyal desteğin etkisinin, yaş ve cinsiyet farklılıkları açısından incelendiği bir çalışmada, geniş sosyal destek ağının genç hastalarda ve kadın hastalarda depresyonla negatif ilişkisi bulunmuştur. Geniş sosyal destek ağı, erkek ve yaşlı hastalarda depresyonla ilişkili bulunmamıştır (Hann ve ark, 2002). Kanser hastalarıyla yapılan başka bir çalışmada, kanser hastalarının ailelerinden aldıkları sosyal desteğin düşük olduğu bulgulanmıştır (Eylen, 2002).

De Araujo ve arkadaşları (1972) yeterli sosyal desteğe sahip astım hastalarının, yetersiz sosyal destek alan astım hastalarına oranla daha çok klinik iyileşmelerinin olduğunu ve ilaçla tedaviye daha az ihtiyaç duyduklarını rapor etmişlerdir (Aktaran Sarason ve ark, 1983). Doegles arkadaşları (2004) Romarit arthrit erken aşamasında olan hastalarda, sosyal desteğin, kronik stresin etkisini azalttığı ve psikolojik iyi olmada etkili olduğu sonucuna ulaşmışlardır. Jason ve arkadaşlarının (2003) yaptıkları bir çalışmada, kronik yorgunluk sendromu olan kişilerin , sağlıklı kontrol grubundaki kişilerden daha düşük sosyal destek doyumuna sahip oldukları bulunmuştur. Uçanok ve Bayraktar (1995) tarafından yapılan çalışmada ise, “klimakterik” ya da “orta yaş dönemini” temsil eden 40-65 yaşları arasındaki kadınlarda depresyon ile yaşam olayları, sosyal destek araştırılmıştır. Depresyon puanlarının yordanmasında anlamlı katkıları olan değişkenlerin sırasıyla eşten alınan sosyal destek ve çocuk sayısı olduğunu gözlenmiştir.

Sosyal destekle ilgili olarak yapılan başka bir araştırmada, dahiliye polikliniğine başvuran yatarak tedavi gören hastalarla ayakta tedavi gören hastalar karşılaştırılmış ve ayakta tedavi gören hastaların, yatarak tedavi gören hastalara oranla aileden ve arkadaşlarından daha çok sosyal destek aldıkları bulgulanmıştır (Aladağ, 2000).

HIV infeksiyonunun ilerleyen aşamalarında sosyal destek alma olanağının azalması kızgınlık, gücenme, umutsuzluk ve depresyon düzeyini artırmaktadır. HIV infeksiyonu kaçınılmaz olarak hastaneye yatma, beceri kaybı, işsizlik ve yorgunluk sonuçlarını doğurmakta ve bunların tümü de sosyal izolasyona neden olmaktadır. Destek ilişkisinde olmayan bir kişi AIDS'ten hayatını kaybedebilir, acıdan tükenmişliği yaşayabilir, hastalık ve buna bağlı olarak ortaya çıkan kayıplar nedeniyle uzaklaşabilir. Bu nedenle henüz semptom göstermeyen HIV pozitif ve HIV negatif kişilerle karşılaştırıldığı zaman çok sayıdaki kaynaklardan destek istemektedirler (Duyan, 2004).

Sosyal desteğin sadece hasta bireyler için değil, hasta kişiye bakım veren kişi için de önemli olduğunu vurgulayan araştırmalar vardır. Tan ve Ergüney (2003) tarafından yapılan bir çalışmada Miyokard infarktüs tanısı alan bireylerin eşlerinin algıladıkları sosyal desteğin durumunu değerlendirilmiştir. Araştırma sonucunda sağlık çalışanlarından algılanan sosyal destek, aile ve arkadaştan algılanan sosyal destekten düşük olarak bulunmuştur. Eşlerin cinsiyet, eğitim düzeyi, yaşadıkları yer, aile tipi ile çok boyutlu algılanan sosyal destek puanları arasında anlamlı bir ilişki saptanamamıştır. Aylık gelir ile algılanan sosyal destek puanları arasında pozitif ilişki bulunmuştur.

Sosyal destek kaynakları ve sosyal destek işlevlerini konu alan bir çalışmada; ğretim yeleri ve bölüm sekreterlerinin sosyal destek kaynakları ile dört ayrı sosyal destek işlevi (duygusal, bilgisel, değerlemesel, materyal), psikolojik sağlık, iş ve cinsiyet

değişkenlerine göre incelenmiştir. İşle ilgili sosyal destek kaynakları, psikolojik sağlık değişkenleriyle (iş doyumsuzluğu, psikolojik gerilim ve iş stresi) iş dışı sosyal destek kaynaklarından daha fazla sayıda anlamlı ve tutarlı ilişki göstermişlerdir. En fazla destek algılanan kaynağın eş olduğu, bunu sırasıyla arkadaşlar, meslektaşlar, bölüm başkanı ve öğrencilerin takip ettiği bulunmuştur. Sosyal destek işlevleri ile psikolojik sağlık değişkenleri (iş sosyal çevresi doyumu, iş dışı sosyal çevre doyumu, psikolojik gerilim, iş doyumsuzluğu, iş stresi) arasında ilişki bulunmuştur. Sosyal destek kaynakları, sosyal destek işlevlerine oranla psikolojik sağlık değişkenleriyle daha güçlü ve tutarlı ilişkiler göstermiştir (Ünsal, 1996). Bu sonuç, sağlık ile olan ilişkilerine yönelik olarak sosyal desteğin işlevlerinden ziyade hangi kaynaktan sağlandığının daha önemli olduğunu göstermektedir.

Çatışma yaşayan ya da boşanmış anne babaları olan çocukların, anne babası çatışmayan ve boşanmamış olan çocuklara oranla, algılanan sosyal destek düzeylerinin yüksek olduğu bulunmuştur (Şirvanlı, 1999).

Öğrencilerle yapılan bir çalışmada sosyal destek ve kimlik statüsü ilişkisi incelenmiştir. Öğrencilerin kimlik statülerinin ,aileden ve arkadaşlarından algıladıkları sosyal destekten etkilendiği belirlenmiştir. Başarılı kimlik statüsündeki ve bağımlı kimlik statüsündeki öğrenciler, ailelerini yüksek düzeyde destekleyici olarak algılayarak, kimlik arayışı statüsündeki öğrenciler ise ailelerini daha az destekleyici algılamışlardır. Arkadaşlarından düşük düzeyde sosyal destek algılayanların, kimlik arayışı, bağımlı kimlik ve kimlik karmaşası statüleri puanları, arkadaşlarından yüksek düzeyde sosyal destek algılayanların başarılı kimlik statüsü puanlarının yüksek olduğu bulunmuştur (Uzman, 2002).

Sosyal desteğin kimden alındığı da kişi için önem taşımaktadır. Örneğin; Turner, Grindstaff ve Phillips (1990)' in Kanada da 250 hamile ergenle yaptıkları

çalışmada, hamilelik boyunca sosyal desteğin ölçümünde, hamile erenin ailesinden aldığı desteğin, sevgilisinden veya arkadaşlarından aldığı destekten daha önemli olduğunu bulgulamışlardır. Araştırmada ayrıca sosyal desteğin temel etki ve tampon etkisi modelinin etkili olduğuna dair kanıtlar ortaya çıkmıştır (Aktaran, Orford, 2002).

Friend ve arkadaşlarının (1986), sosyal desteğin yaşam süresi üzerine etkilerini araştırdıkları çalışmalarında, sosyal destek grubuna katılan diyaliz hastalarının katılmayanlardan daha uzun yaşadıkları belirlenmiştir (Aktaran: Özçürümez ve ark, 2003). Hemodiyaliz hastalarında yapılan bir çalışmada sosyal desteğin olmamasının yaşam kalitesini düşürdüğü bulgulanmıştır (Vazquez, 2005).

I.1.5.3 Cinsiyet ve Sosyal Destek

Sosyal destek ve cinsiyetle ilgili araştırmaların bir kısmında cinsiyet farklılığı bulunurken, bazı araştırmalarda cinsiyet farklılığı bulunmamıştır

Huasini ve arkadaşları (1982) tarafından yapılan bir çalışmada depresyonda stresli yaşam olaylarının ve sosyal desteğin beklenen temel etkisi kadınlarda bulunmuştur ama erkeklerde bulunmamıştır. Yaşlı insanlarla, etnik köken kontrol edilmeden yapılan iki çalışmada her iki cinsiyette de sosyal desteğin temel etkisi bulunmuştur (Russell ve Catrona,1991; Murrell ve Norris, 1991). Flannery (1987) gençlerle yaptığı çalışmasında olumsuz yaşam olaylarının, algılanan sosyal desteğin eksikliğinden daha çok depresyona etkide bulunduğunu, erkeklerde ise sosyal desteğin yokluğunun daha çok depresyona katkıda bulunduğu gözlenmiştir. Dressler (1995) küçük bir şehirde geniş ailede gibi sosyal destek kaynaklarına sahip olan grupların daha az depresif belirti gösterdikleri bulmuştur. Depresyon ve yaşam olayları arasındaki ilişkide geniş akraba desteğinin iyileştirici etkisi, erkeklerde bulunurken, kadınlarda bulunmamıştır (Aktaran; Clarke ve Jensen, 1997).

Gençlerle yapılan çalışmalarda kızların erkeklerden daha fazla destekleyici kişiye sahip oldukları, daha yüksek düzeyde destek aldıkları, arkadaş sayılarının daha fazla olduğu ve arkadaşlık ilişkilerinden daha fazla doyum aldıkları bulgulanmıştır (Gillock ve Reyes; 1999; Combas ve arkadaşları;1986; Colarossi ,2001; Frey ve Rothlisberger,1996). Güngör (1996) yaptığı çalışmada üniversite öğrencilerinin sosyal destek algılarının yüksek olduğu, aile ve arkadaşlarıyla olan ilişkilerinden memnun oldukları bulunmuştur. Kız öğrencilerin destek algılarının erkek öğrencilerden daha fazla olduğu bulunmuştur. Kızların arkadaş desteği algılarının erkeklerden daha çok olduğu, erkeklerin ise aile desteği algılarının kızlardan daha çok olduğu bulgulanmıştır. Bayram (1999) gençlerde ruhsal belirti ve sosyal destek ilişkisini incelediği araştırmasında kızların erkeklerden daha yüksek destek algıladıklarını belirlemiştir.

Kadınlar ve erkeklerin sosyal destek kaynaklarının karşılaştırıldığı bir çalışmada kadınların, sosyal desteği eşinden, çocuklarından veya arkadaşlarından aldıkları bulgulanmıştır (Mireault ve DeMan, 1996).

Ergenlerle (Bell, Leroy ve Stephenson ,1982); üniversite çalışanlarıyla (Ünsal, 1996) ve dahiliye polikliniğine başvuran hastalarla yapılan çalışmalarda (Aladağ, 2000), sosyal desteğin kadın ya da erkek olma durumuna göre farklılaşmadığı bulunmuştur.

I.2. SOSYAL AĞ

İnsan, sosyal ilişkileri ve bağlantıları olan bir varlıktır. Sosyal ağlarımız; görüştüğümüz, birlikte zaman geçirdiğimiz, çeşitli etkinliklerde birlikte yer aldığımız, evimizde, mahallemizde, iş yerimizde, okulumuzda, ve başka sosyal ortamlarda birlikte olduğumuz kişilerden oluşur. İlk kez 1954 yılında Barnes tarafından kullanılan sosyal ağ

terimi; kişinin çevresindeki diğer insanlarla olan bağlarını, insanlarla olan ilişkilerini tanımlamak amacıyla kullanılmaktadır (Aktaran: Sorias,1988). Literatürde sosyal ağ tek başına ele alınan bir kavram değildir. Genellikle sosyal ağ kavramı, sosyal destek kavramıyla birlikte değerlendirilir. Sosyal ağ ve sosyal desteğin, sağlıkla ve iyi olmayla olan ilişkisini ele alan çalışmalar çoğunluktadır.

Çeşitli araştırmacılar, sosyal ağın operasyonel tanımını yapmışlardır. Milardo (1988) sosyal ağı; kişinin yakın, anlamlı, önemli ilişkilerde bulunduğu insanlar arasındaki özel bağ olarak tanımlar. Aynı şekilde Surra (1988) sosyal ağı, bireyin bağlı olduğu insanlar olarak tanımlamıştır. Mitchell (1969) ve Cochran (1990) ise sosyal ağı, belirli bir kişi ile grubu arasındaki özgün bağlantılar olarak değerlendirmişlerdir. Bu bağlantıların özellikleri, bireyin sosyal dünyasını anlamada yardımcı olabilir. Son zamanlarda Mahon ve Yarcheski (1998) sosyal ağı, kişinin yardıma ihtiyacı olduğunda yardım edebilecek kişilerin sayısı olarak tanımlamışlardır. Aile üyeleri, arkadaşlar, akraba, sevgili, eş, komşular, öğretmenler, mesai arkadaşları gibi ilişkiler, çoğu sosyal ağ araştırmacılar tarafından, birey ve toplum arasında bağların en büyük belirleyenleri olarak dikkate alınmışlardır (Aktaran , Aydın,1999).

O'Reilly (1988) sosyal ağı analitik bir kavram olarak, bireyin grubu ya da bireyler arasındaki kurduğu bağlantıların yapısı olarak tanımlamıştır. Sosyal ağlar, değişik işlevler ve sosyal destek sağlarlar. Kişiler, ağın yapısı sayesinde birbirleriyle iletişim kurar ve ağ üyelerinin davranışlarıyla sosyal destek sağlanır (Aktaran: Due, 1999).

Sosyal ağın yapısı üzerine çalışan ilk araştırmacılarından biri de Tolsdorf dur. Tolsdorf (1976) psikiyatri hastalarıyla fiziksel hastalığı olan bireyleri karşılaştırmış ve sosyal ağ değişkenlerini üzerinde durmuştur. Sosyal ağ genişliği odak kişi tarafından, kişilerin birbirlerini adlarıyla tanımaları, devam eden bir ilişkiye sahip olmaları ve en az

yılda bir kez herhangi bir şekilde temas kurmaları gibi ölçütler gözetilerek listelenen kişilerin sayısıdır. Ağın yakınlık yoğunluğu ise odak kişinin ağında yer alan insanların birbiriyle olan ikili ilişkilerinin sayısını verir. Odak kişinin ağında yer alan kişilerin çoğu birbirlerini tanıyorlarsa, bu ağ yüksek yoğunluklu bir ağdır.

Sosyal ağın içeriği ise odak kişi ile onun ağı içinde yer alan bir kişinin ilişkisinin doğası anlamına gelir. Toldsdorf 12 içerik alanını göz önünde bulundurmuştur. Bunlar; birincil akraba, ikincil akraba, birincil arkadaş, ikincil arkadaş, ekonomik, eğlence, politik, dinsel, cinsel, kardeşlik, karşılıklı yardım ve hizmettir. Çok boyutlu ilişkiler, bir içerik alanından daha fazlasını içeren ilişkilerdir. Toldsdorf'a göre odak kişiler için çok boyutlu ilişkiler, daha güçlü ve önemlidir. Aynı zamanda odak kişinin ağ içinde yer alan ilişkilerinin kaç tanesinin akrabalık ilişkisinden meydana geldiği önemli görülmektedir (Aktaran: Orford: 1992).

Sosyal ağlar, homojen ve heterojen olmaları açısından da değerlendirilebilir. Homojenlik – heterojenlik, bir ağ içindeki insanların benzerliğini ya da benzemezliğini ifade eder. Üyelerin benzerliklerine ya da benzemezliklerine dayanarak ağ üyelerinin yaş, cinsiyet, sosyo-ekonomik statü ve meslek gibi demografik özellikleri oluşturabilir. Örneğin ağ, sadece öğrencileri içeriyorsa homojen bir ağdır denilebilir. Buna karşın öğrencileri, öğretmenleri, psikologları da içeren bir ağ heterojen bir ağdır (Deniz, 1999).

Literatürde sosyal ağa benzeyen sosyal atom terimi yer almaktadır. Sosyal atom, bireyin kendi bakış açısına göre duygu dünyasında yer alan ve kendisiyle ilişkide olanı seçerek oluşturduğu, sosyal ilişkiler ağının en küçük birimidir. Bir başka ifadeyle bir insanın belli bir zaman dilimi içinde kendisiyle ilişkide olan bütün insanlarla oluşturduğu sosyal ilişki ağının en küçük birimidir. Her insan doğumundan başlayarak sosyal atomla (anne, baba, hala, dede gibi) çevrilidir. İnsanın somut yaşamı, sosyal atomun içinde geçer. Zamanla sosyal atomu oluşturan kişiler arasında kan bağı olan

akrabalarının sayısı azalır. bireyin sosyal ve duygusal ilişkilerine göre varolan sosyal atom üyeleri, bireyin sadece tanışıklığı olan diğer kişilerden ayrılır (Özbek ve Leutz, 1987).

Moreno'ya (1947) göre sosyal atom teorisi, kişiler arası etkileşimi anlamada bir çerçeve sağlamaktadır. Diğerleri niçin önemlidir? Nasıl seçilirler? Bireyin yaşamına ne tür katkıları vardır? Bireyin yaşamındaki önem derecesine göre ilişkiler sosyal atom, kolektif atom, bireysel atom ve psikolojik atom olmak üzere 3 şekilde değerlendirilir. Kolektif atomlar sosyal atomun birinci düzeyidir, bunlar kulüpler, okuldaki sınıflar, kilise cemaatleri, partiler gibi gruplardır. Bu gruplar açık gruplardır ve varoluş süreleri belirsizdir, birkaç saatten birkaç yıla kadar sürebilir. Bireysel atom, sosyal atomun ikinci seviyesidir. Bu düzeyde arkadaşlıklar söz konusudur ve kolektif gruptan seçilerek bireysel atoma alınırlar. Sosyal atomun merkezi ise psikolojik atomdur. Bireyin hayatında bu kategoriye giren ancak birkaç kişi olur. Bu kişilerle yıllarca görüşülme dahi kişi için sanki dün görüşülmüş gibidir. Aile ise zaman zaman bireysel atomda, zaman zamanda psikolojik atomda yer alır (Aktaran; Altınay,1994)

Sosyal psikolojinin konularından biri olan sosyal ağ son dönemlerde klinik psikolojide de yer almaktadır. Aile terapilerinde, sosyal ağ terapisi uygulanmaktadır. Sosyal ağ terapisi, psikolojik sorunu olan bireyin sosyal topluluğunu veya ağını, grup seanslarında hasta ile görüşenlerin tümünü bir araya toplar. Ağ, hastanın günlük yaşamında teması girdiği kişileri, sadece yakın aile üyelerini değil, akrabaları, arkadaşları, ticaret yaptığı kişileri, öğretmenlerini ve iş arkadaşlarını da kapsar (Kaplan ve Sadock 2004).

I.2.1. Sosyal Ağın Ölçümü

Sosyal ağ araştırmacılar tarafından farklı yöntemlerle ölçülmektedir. Neyer ve Lang (2003) yaptıkları araştırmalarında; sosyal ağı, öznel yakınlıkla partner ilişkileri ve algılanan destek ile değerlendirmişlerdir. Bu çalışmada Antonucci (1976) tarafından geliştirilen yarı projektif tekniğin değiştirilmiş bir formu kullanılmıştır. Katılımcılara merkezi aynı olan iç içe geçmiş üç daireden oluşan bir diyagram sunulmuş. Kendilerini dairelerin merkezinde hayal etmeleri istenmiştir. En iç daireye “o kadar yakın ki onsuz bir yaşam düşünmem çok zor” diyecekleri kişilerin, orta daireye ise “yakın ama en iç dairedeki kişilerle karşılaştırılacak kadar değil” denilen türden kişilerin yerleştirilmesi istenmiştir. Son olarak dıştaki daire için “az yakın ama hala önemli” diyebilecekleri kişilerin yerleştirilmesi istenmiştir. Kişilerin bu tarzda yerleştirilmesi işlemi bir bakıma çok yakın değil (1), oldukça yakın (2), çok yakın (3) arasında değişen öznel yakınlık değerlendirmesinin işlevsel bir tanımlamasıdır. Bu ağ meydana getirme prosedüründen sonra kişilerden özel ilişki kategorisini, cinsiyetini ve yaşını belirtmeleri istenmiştir.

Hirsch, sosyal ilişkinin yapısının belirlenmesini sağlayan sosyal ağ listesini 1980 yılında geliştirmiştir. Bu liste ile;

1- Sosyal ağın büyüklüğü,

2- Ağıdaki akraba sayısı,

3- Ağıdaki arkadaş sayısı,

4- Diğer ağ üyeleri,

5- Stres verici bir durumdayken kişiye en fazla yardımcı olan yakın arkadaşları (sırdaşları) belirlenebilmektedir.

Sosyal ağ listesinin uygulanmasında, öncelikle kişiden yaşamında önemli bir yeri olan insanların listesini yapması istenir. Sonra ise bu kişilerle arasındaki ilişkinin niteliğini (eş, anne, komşu, oğul, amca, doktor) belirtmesi istenir. Son olarak bu insanları yaşamındaki öneme göre belirtmesi; ayrıca güç bir durumda kalıp, yardıma ihtiyacı

olduğunda bu insanlardan hangilerine güvenebileceğini sırasıyla belirtmesi istenir (Aktaran Demirtaş, 1995).

Gren ve arkadaşları (1996) ise yaptıkları araştırmalarında sosyal ağı ölçmek için, insanlara ilişkide oldukları kişilerin adları sormuşlar ve bu kişilerin kendilerine olan yakınlıklarını belirtmeleri istenmişlerdir. (0= hiç yakın değil, 9=çok yakın). Araştırmacılar aynı zamanda ağ içerisindeki kişilerin birbirlerini ne kadar iyi tanıdıkları da sormuşlardır (0=hiç değil, 8= çok iyi). Böylece kişinin sosyal ağını belirlemişlerdir.

Sosyal ağı ölçmek için kullanılan başka bir ölçekte Dökmen ve Altınay (1994) tarafından geliştirilen sosyal atom ölçeğidir. Ölçeğin birinci bölümünde kişinin yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu ve tanı bilgileri alınır. Bireyin hayatında yer alabilecek 26 kişinin adı ve diğer seçeneğinin yer aldığı bir liste sunulur. Kişiden listede yer alan kişilerin “ sağ olup olmadığı, var olup olmadığı, kaç kişi olduğu, yaş bilgisi” istenir. Ölçeğin ikinci kısmında ise iç içe geçmiş 6 halkadan oluşan sosyal atom modeli yer almaktadır. En içteki halkanın merkezinde “ben” yazılıdır. Kişi duygusal olarak yakın hissettiği kişileri ne kadar yakın hissettiğini göz önüne alarak, en önemli olanları iç dairelere, daha az önemli olanları ise dış dairelere doğru yerleştirmektedir. Bu dairelere kişilerin adları değil kim oldukları (anne, kardeş, hala, arkadaş) yazılır.

1.2.2.Sosyal Ağın Çeşitleri

Son zamanlarda, Milardo (1988,1989;1992) sosyal ağın dört türü olduğunu belirlemiştir. Bunlardan ilki olan psikolojik ağ, benliğimize (ego) yakın gelen, anlamlı olarak gördüğümüz bireyleri kapsar. Diğer bir ifadeyle, kişinin öz benliğine (ego) çok yakın gördüğü ve anlamlı ilişki kurduğu bireyleri içerir. Sosyal ağın ikinci türü takas (değiş-tokuş) ağıdır. Bu ağ türü maddi ve manevi yardım sağlayan insanlar bakımından

kavramlaştırılabilir. Üçüncü tip ağ ise etkileşim ağıdır. Bu tip bireyin kaç kişi ile görüşüyor olduğu, bu etkileşiminin niteliği ve sonuçları, diğerleri ile etkileşimin doğası ve sıklığı ile ilgili kanıt sağlar. Örneğin; tarama temelli çalışmalarda katılımcılardan, zamanın belli bir diliminde kaç kişi ile etkileşime girdikleri ya da belirli grup üyeleri ile etkileşimlerinin sıklığının ne kadar olduğu istenmektedir (Neyer, 1997, Berg ve Mc Quinn, 1989; Milardo, 1989). Dördüncü tip ağ ise, global ağ olarak adlandırılmaktadır. Global ağ katılımcıların tanıdığı bütün insanlardan oluşmaktadır. Global ağ bireyin herhangi bir zamanda insanlarla kurabileceği temas-bağ olarak kavramlaştırılabilir. Global ağ karşılıklı olarak birbirlerini, tanıdığı kişileri içermektedir. Aynı zamanda katılımcıların tanıdığı, karşı taraftaki kişinin de katılımcıyı tanıdığı kişileri içerir. Bazı araştırmacılara göre, global ağ içerisindeki kişiler, pek çok durumda ulaşılabilir potansiyel destekçi olarak görülebilir (Brock, Sarason ve Pierce, 1996). Bundan başka, role ilişkin ağlar da önerilmiştir. Bu ağlar, ağ üyelerinin sosyal rolleri tarafından tanımlanan rol ilişkileri ağlarıdır. Aynı ağ üyesi aynı zaman dilimi içerisinde birden çok ağ tipinin içerisinde yer alabilir. Bu durum sosyal ağların çakışan özellikleri olduğunu göstermektedir (Aktaran: Aydın, 1999)

I.2.3. Sosyal Ağ Araştırmaları

Sosyal ağlar, birkaç farklı nedenden dolayı, sağlıkla ilgilidir. Sosyal ağların, hem bireylerin sağlık durumuyla, hem de sağlıkla ilgili davranışlar üzerinde etkili olduğu bulgulanmıştır. Sosyal ağlar, aynı zamanda bireyin sağlık durumundan da etkilenirler. Sağlık ile sosyal ağ ilişkisini ele alan araştırmalar yapılmış; genel olarak sosyal ağın sağlığı olumlu yönde etkilediği bulgulanmıştır. Henderson ve ark (1978) psikiyatrik hastaların ev dışındaki kişilerle daha az ilişki kurduklarını, bu nedenle de arkadaş

sayılarının az olduğunu, Pattison ve arkadaşları (1975) ise psikiyatrik hastaların sosyal ağlarını oluşturan kişi sayısının, normal popülasyondakilere oranla çok daha az olduğunu saptamışlardır (Aktaran; Sorias 1988)

Psikotiklerin, nevrotiklerin ve psikolojik rahatsızlığı olmayan bireylerin sosyal ilişkilerinin karşılaştırıldığı bir çalışmada nevrotik grubun yaşamında yer alan kişi sayısı psikotik grubun ortalamasından yüksektir. Kişi sayısı ve kişilerin çeşitliliği açısından nevrotik grup, psikotik gruptan daha fazla çeşitlilik göstermektedir. Psikolojik rahatsızlığı olmayan bireylerin yaşamlarında yer alan kişilerin sayısı nevrotik ve psikotik grupların ortalamalarından daha yüksektir. Psikotiklerin sosyal ilişkilerinin çok yetersiz olduğu, psikolojik rahatsızlığı olmayan bireylerinde nevrotiklere kıyasla sırasıyla daha zengin ilişkiler içinde oldukları belirlenmiştir. Araştırmada ayrıca psikotiklerin, nevrotiklerin ve psikolojik rahatsızlığı olmayan bireylerin arkadaştan çok akrabaları ile yakın ilişkide oldukları bulunmuştur. Psikotiklerin, nevrotiklerin ve psikolojik rahatsızlığı olmayan bireylerin evli ya da bekar olmalarının sosyal ilişki örüntülerini değiştirmedeği görülmektedir. Ayrıca her üç grubunda cinsiyet yönünden sosyal ilişkilerine bakıldığında kadın ya da erkek olmanın grubun içindeki sosyal ilişki örüntülerini etkilemediği gözlenmiştir. Katılımcıları öğretim durumlarını göre değerlendirdiğimizde psikotik grupta ilk ve orta dereceli okul mezunları ile yüksek okul mezunlarının sosyal ilişki puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmamıştır. Ancak nevrotik grupta ilk ve orta dereceli okul mezunlarının sosyal ilişkileri, yüksek okul mezunlarının sosyal ilişkilerinden daha fazladır. Psikolojik sorunu olmayan grupta ise yüksek okul mezunlarının sosyal ilişkileri, ilk ve orta dereceli okul mezunlarının sosyal ilişkilerinden fazla bulunmuştur (Altınay,1994).

Demirtaş (1995) bipolar bozukluğu olan, tedaviye uyumlu ve uyumsuz hastaları, hastalıklarına ilişkin atıfları ve sosyal destek sistemleri açısından incelediği

araştırmasında, tedaviye uyumlu grubun sosyal ağ puanlarının, tedaviye uyumsuz gruptan daha yüksek olduğunu bulgulamıştır. Tedaviye uyumlu grubun, tedaviye uyumsuz gruba oranla daha fazla sosyal ilişkiye ve sırdaşa sahip olduğu görülmüştür. Tedaviye uyumlu grubun daha çok aile desteği aldığı bulgulanmıştır. Ayrıca araştırmada, nedensel atıf faktörlerinden “çevre ile çatışmalar”ın sosyal destek değişkenlerinden, sosyal ağdaki kişi sayısı ve akraba sayısı ile, “ kötü kader ve anne-baba, kardeşlerle çatışmalar” ın algılanan aile ve arkadaş desteği ile, “kişiler arası çatışmalar” ve “koşulların değişmezliği”nin ise algılanan arkadaş desteği ile anlamlı düzeyde ilişkili bulunmuştur.

Yaşlılıktaki, sosyal ağ ve sağlık ilişkisi üzerine düşünmek önemlidir. Yani, yaşlı insanların hastalığı ya da sağlığı, sosyal bağların devam etmesinin boyutlarını ve doğasını etkileyebilir. Litwin (2003) tarafından yapılan bir çalışmada yaşlılıkta sosyal ağların farklı türleri, fiziksel yetersizlik ve sosyo -demografik değişkenlerin etkisi araştırılmıştır. Araştırmanın örneklemini İsrail’de yaşayan 60 yaş ve üstü Musevi yetişkinlerden oluşturulmuştur. Araştırmada; kadınların erkeklerden daha çok komşu ağı olduğu, erkeklerin ise kadınlara oranla daha fazla arkadaş ağına sahip oldukları bulunmuştur. Etnik birliğin ağ değişkenleriyle ilişkisi incelendiğinde Asya ve Afrika kökenli insanların daha çok aile ağına, Avrupa kökenli insanların çoğunun arkadaş ağına sahip oldukları ortaya çıkmıştır. Yaş ilerledikçe kişilerin arkadaşlık ağının küçüldüğü belirlenmiştir. En yaşlı grubun sınırlı- kısıtlı ağı, daha az yaşlı kişilerin ise daha çok aile ağı vardır. Çok düşük gelire sahip olan yaşlı insanların, sınırlı- kısıtlı ağı olduğu, aile ve komşu ağlarının büyük olduğu, buna karşılık düşük gelire sahip olan insanların ise arkadaş ağlarının küçük olduğu bulunmuştur. Eğitim düzeyi düşük insanların aile ağlarının büyük olduğu, eğitim düzeyi yüksek olan insanların ise arkadaşlık ağlarının büyük olduğu belirlenmiştir. Yetersizlik değişkenini ele aldığımızda, yüksek düzeyde yetersizliği olan insanların kısıtlı- sınırlı ağa ve aile ağına sahip oldukları bulunmuştur.

Yalnızlığın yaşlı insanlar arasında yaygın olduğuna inanılır. Yaşlı yetişkinlerin sosyal ağ çalışmalarında, ağı belirlemek için genellikle birkaç kriter kullanılır. Bu kriterler; ağdaki insanların sayısı, ağın oluşumu, diğer ağ üyeleriyle görüşme sıklığı, mekansal yakınlık ve sosyal ilişki doyumdur. Sosyal desteğin elde edilebilirliği ve sosyal ağın varlığı, duygusal destek sağlayıcı bir kaynak olabilir. Aynı zamanda bunlar benlik saygısının ve kontrol duygusunun artmasına neden olabilir. Aile, arkadaş ve komşular, yaşlı insanlara önemli destek kaynaklarıdır. Bireylerin yaşamlarında akrabalar desteğin ilk kaynağıdır, bunu arkadaş ve komşular gibi akraba olmayanlar izler. Eş ve çocuk desteği olmayan yaşlılar akraba olmayan kişilere yönelirler. İecovich ve arkadaşları (2004) Rusya ve Ukrayna'daki 2579 yaşlı Yahudinin katılımıyla sosyal ağ ve yalnızlık çalışmışlardır. Rusya ve Ukrayna'daki yaşlı Yahudilerin önemli bir oranının yetersiz sosyal ağa sahip oldukları bulunmuştur. Özellikle yalnız yaşayan, evli olmayan ve çocuksuz kişilerin sosyal ağlarının küçük olduğu ve kendilerini yalnız hissettikleri bulgulanmıştır. Rusya daki Yahudilerle Ukrayna daki Yahudiler karşılaştırıldığında Ukrayna'da yaşayan Yahudilerin daha az sosyal ağa sahip oldukları ve kendilerini daha yalnız hissettikleri bulunmuştur. Ayrıca aynı araştırmada sosyal ağların özellikleriyle yalnızlık arasında anlamlı korelasyonlar elde edilmiştir. Yalnızlık ve sosyal ağ ilişkisini konu alan Green ve Lago (2001) tarafından yapılan bir çalışmada, genç ve yaşlı yetişkinlerin sosyal ağları ile duygusal ve sosyal yalnızlıkları karşılaştırılmıştır. Genç yetişkinlerde ağ büyüklüğü, ağ yoğunluğu, yakın olan diğerlerinin varlığı, ortalama yakınlık gibi sosyal ağ değişkenleri sosyal yalnızlıkla, yakın olan diğerlerinin varlığı, partnerin varlığı gibi sosyal ağ değişkenleri ise duygusal yalnızlıkla ilgili bulunmuştur. Yaşlı yetişkinlerin ise ağ büyüklüğü, ağ yoğunluğu, ortalama yakınlık gibi sosyal ağ değişkenlerinin sosyal yalnızlıkla, yakın olan diğerlerinin varlığı ile partnerin varlığı gibi değişkenler ise duygusal yalnızlıkla ilişkili bulunmuştur. Yaşlı yetişkinlerin sosyal

ve duygusal yalnızlık puanları genç yetişkinlerden daha yüksek bulunmuştur. Araştırmada yaşlı kadın yetişkinler, yaşlı erkek yetişkinlerden daha fazla yakın sosyal ağlarının olduğunu belirtmişlerdir.

Creecy ve Wright (1979) çalışmasında arkadaş olma ve aktivite sıklığı ile yaşam doyumu ve moral arasında pozitif ilişki belirlemiştir(Aktaran: İecovich, 2004). Garcia (2005) tarafından yapılan bir çalışmada sosyal ağ ve sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi arasındaki ilişki araştırılmıştır. Bekar olanların ve tek başına yaşayanların, aileleriyle az görüşenlerin ya da hiç görüşmeyenlerin, sosyal ve ruhsal yaşam kalitesi puanlarının düşük olduğu belirlenmiştir. Arkadaşlarıyla çok az görüşenlerin ya da hiç görüşmeyenlerin yaşam kalitesinin tüm alt alan puanlarının çok düşük olduğu bulgulanmıştır. Yvonne ve arkadaşları (2002) tarafından yapılan bir diğer çalışmada göğüs kanseri olan kadınlarda yaşam kalitesi ve sosyal ağ ilişkisi incelenmiştir. Sosyal ağı küçük olan kadınların sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi puanlarının düşük olduğu ortaya çıkmıştır.

White ve Cant (2003) HIV virüsü taşıyan eşcinsel erkeklerle sosyal destek ve sosyal ağı inceledikleri çalışmalarında katılımcıların % 93 'ü düzenli ve sık sık günlük duygusal destek aldığını, % 67 'si problem yönelimli duygusal destek aldığını; % 23 'ü ise sık sık araçsal destek aldığını belirtmişlerdir. Bu çalışmada duygusal destek sağlık hakkında konuşma, kişisel sorunları ve kaygıları hakkında konuşmayı içerirken; araçsal destek; ödünç para ve eşya verme, ev görevlerine yardım etmeyi içerir. Bu çalışmada sosyal destek ağlarının HIV virüsü taşıyan eşcinsel erkeklerin yaşamlarında büyük öneme sahip olduğu ve bu kişilerin araçsal ve duygusal desteği çoğunlukla ailelerinden değil eski sevgililerinden ve arkadaşlarından aldığı belirlenmiştir. Asander ve arkadaşları (2004) HIV virüsü taşıyan kişilerin sosyal ağlarının sınırlı olduğunu belirlemişlerdir. İlgili çalışmada bu kişilerin sadece % 21' inin HIV virüs taşıdıkları

sırrını arkadaşlarıyla paylaştıkları ortaya çıkmıştır. Bu kişilerin sosyal ağı klinik çalışanları ile sosyal sağlık çalışanlarından oluşmaktadır. Araştırmada ayrıca bekar kadınların sosyal ağlarının daha küçük olduğu belirlenmiştir.

Hansson ve arkadaşları (2002) şizofren hastaların yaşam kalitesini araştırmışlardır. Bu çalışmada bağımsız bir şekilde evde yaşayan şizofrenlerin yaşam kalitelerinin iyi olduğu ve aile ilişkilerinin daha iyi olduğu belirlenmiştir. Geniş sosyal ağa sahip olan şizofrenlerin, duygusal ilişkilerinin de dar sosyal ağa sahip olan şizofrenlerden daha iyi olduğu belirlenmiştir.

Evsizlerle yapılan bir çalışmada, evsizlerin sosyal ağının evde yaşayanlardan daha dar olduğu bulunmuştur (Shinn, Knickman ve Weitzman, 1991). Yapılan iki çalışmada da evsiz olan kişilerle, şiddetli psikolojik hastalığı olan kişilerin sosyal ağlarının genişliğinde farklılık olmadığı rapor edilmiştir (Toro ve ark., 1995, 1999). Yapılan diğer araştırmalarda psikolojik rahatsızlığı olan evsizlerin, sağlıklı evsizlerden daha küçük sosyal ağa sahip oldukları bulunmuştur (Solarz ve Bogat, 1990; Goering ve ark., 1992; Morse ve Calsyn, 1986 Aktaran; Calsyn ve Winter, 2002).

Pugliesi ve Shook (1998) Amerika'da yaptıkları çalışmalarında ağ özelliklerinde cinsiyetin, etnik kökenin ve sosyal rollerin etkisini incelemiştir. Çalışmanın sonucunda, erkeklerin ağlarının kadınların ağlarından daha küçük olduğu ortaya çıkmıştır. Evli bireylerin sosyal ağlarının daha geniş olduğu; çalışan evli erkeklerin yakın bağlarının büyük olduğu belirlenmiştir. Araştırmada erkeklerin ve Afro-Amerikan'ların diğer etnik gruplardan daha küçük sosyal ağlarının olduğu ortaya çıkmıştır. Ayrıca bu araştırmada Avrupalı olmayan etnik grupların sosyal ağlarının ve temas sıklıklarının düşük olduğu bulunmuştur. Eğitim düzeyinin ve evin toplam geliri olarak belirlenen sınıf statüsünün, yakın ilişkilerin sayısı ile ilişkili olmadığı belirlenmiştir.

Bazı araştırmalarda kadınların sosyal ağının daha geniş olduğu bulunmuştur (Antonucci ve Akiyama, 1987; Burda ve ark, 1984). Diğer araştırmalarda (Coates, 1987) Hurlbert ve Acock (1990) ise ağ büyüklüğünde cinsiyetin etkisini bulunmamıştır. Fisher ve Oliner (1983) tarafından yapılan araştırmada kadınların destek ağlarının erkeklere oranla akrabalarından ve arkadaşlarından olduğu, erkeklerin destek ağlarının ise genellikle çalışma hayatındaki kişilerden olduğu belirlenmiştir (Aktaran; Pugliesi ve Shook ,1998).

Evli bireyler, evli olmayan bireylere oranla daha çok akrabalık ilişkisi rapor etmişlerdir (Moore, 1990). Bunun nedeni evli insanların evlilik bağıyla ayrıca çocuklar dolayısıyla kurdukları ağların genişlemesi olabilir. Evli olmayan bireylerin akrabalık ağı dar ve sadece aile fertlerinden oluşmaktadır. Ayrıca evli olmayan bireylerin evli olan bireylerden daha fazla arkadaşlık ağına sahip oldukları ortaya çıkmıştır (Burt, 1987; Hurlbert ve Acock , 1990 ;Aktaran :Pugliesi ve Shook ,1998

Due ve arkadaşları (1999) yaş ve cinsiyet değişkenleriyle sosyal ağın ilişkisini ele almışlardır. Yaş değişkeni 25 yaş ve üstü (25-49), 50 yaş ve üstü (50-59), 60 yaş ve üstü (60-69) ,70 yaş ve üstü (70 - ∞) olmak üzere 4 kategoriye ayırarak ele almışlardır. Sosyal ağ; çocuklarıyla temas, arkadaşlarıyla görüşme sıklığı, organizasyonlara katılım sıklığı, yalnız yaşama, birlikte yaşanılan kişiyle olan yakınlık kapsamında değerlendirilmiştir. Yalnız yaşamamanın daha çok 25 yaş ve üstü bireylerde yaygın olduğu, 70 yaş ve üstü kişilerde ise kadınların erkeklerden daha büyük oranda yalnız yaşadığı bulgulanmıştır. Kadınlarla erkeklerle karşılaştırıldığında, kadınların erkeklere kıyasla daha çok çocuklarıyla birlikte yaşadığı bulunmuştur. Araştırmaya katılan kişilerde çocuklarıyla temas sıklığına bakıldığında yaş ve cinsiyet arasında anlamlı fark bulunmamıştır. Diğer akrabalarıyla temas sıklığına bakıldığında ise genç yaş grubunda akrabalarla temasın daha sık olduğu saptanmıştır. Akrabalarla temas

sıklığında cinsiyet farklılığı bulunmamıştır. Arkadaşlarla temas sıklığına bakıldığında 25 yaş ve yukarısının arkadaşlarıyla temas sıklığının daha fazla olduğu ve 50 yaş ve üstü erkeklerin yarısının haftada bir arkadaşlarıyla görüştüğü bulunmuştur. Bu temas sıklığı 60 yaş ve üzeri ile 70 yaş üstü erkeklerde ise daha da azalmaktadır. 50 yaş ve üstü ile 60 yaş ve üstü olan kadınların sadece üçte biri arkadaşlarıyla haftalık temas kurmaktadır. 25 yaş ve üstü kadınların üçte ikisi, 70 yaş ve üstü kadınların ise yaklaşık yarısı arkadaşlarıyla en az haftada bir temas kurduklarını belirtmişlerdir. Ayrıca kişinin yaşı kadınların ve erkeklerin organizasyonlara katılım sıklıklarını etkilemektedir. 25 yaş ve üstü erkeklerin dörtte biri organizasyonlara katılmaktadır. Bu grup, erkek grupları arasında en yüksek oranda organizasyona katılan grup olarak belirlenmiştir. 70 yaş ve üstü kadınların en yüksek oranda organizasyona katılan grup olduğu ortaya çıkmıştır. Ayrıca araştırmada kadınların sırdaşlarının erkeklerin sırdaşlarından daha fazla olduğu bulunmuştur. Erkeklerin sırdaşları daha çok aile üyelerinden oluşurken, kadınların sırdaşlarının ise daha çok akrabalarından ve arkadaşlarından olduğu ortaya çıkmıştır.

Genellikle yapılan çalışmalarda sosyal ağın kişinin hayatında olumlu etkileri olduğu bulgulanmıştır. Sosyal ağlar, duygusal, bilgisel ve araçsal destek sağlar, davranışlarımızı düzenler ve sosyal ilişkilerde bulunma imkanı verir. Ancak sosyal ağın sağladığı temas imkanları, sosyal çatışmaların artmasına, hastalığın ve stresin yaygınlaşmasına, yararsız yanlış yardım girişimlerine neden olabildiği gibi, yalnızlık duygusuna ve kaybetme kaygısının artmasına da neden olabilir. Tüm bunlar sosyal ağların potansiyel negatif yönleridir. Bu tür sosyal ağlar, biyolojik, bilişsel ve duyuşsal riskleri artırarak psikolojik stresin artmasına neden olabilir. Örneğin Cohen ve arkadaşları (1998) yaptıkları çalışmalarında, kalıcı ve yoğun sosyal çatışmaları olan kişilerin, çatışmaları olmayan kişilerden iki kat daha fazla nezle virüsü kaptıkları ve bağışıklık sistemlerinin etkilendiğini bulgulamışlardır (Cohen, 2004)

Sosyal ağlarımız bize sosyal destek kaynakları sağlar. Sosyal ağın, sosyal destek, yaşam doyumu ve yaşam kalitemizi artırdığını, genellikle sağlığı olumlu etkilediğini ortaya çıkaran araştırmalar vardır. Cinsiyeti ele alan çalışmalarda, kadınların ağlarının erkeklerden daha geniş olduğu, kadınların komşuluk ağına erkeklerin ise iş arkadaşı ağına sahip oldukları bulgulanmıştır. Medeni durumu konu alan araştırmalara baktığımızda, evli olan bireylerin daha geniş ağa sahip oldukları, ağlarının daha çok akraba ve komşulardan oluştuğu; evli olmayan bireylerin ise evli olan bireylerden daha geniş arkadaşlık ağına sahip oldukları bulgulanmıştır.

I.3.YAŞAM DOYUMU

Yaşamın hazla ve olumlu duygularla renklenmesi , zenginleşmesi hemen her bireyin istediği bir durumdur. Öte yandan yaşamın acı, keder, elem, yoksunluk, engellenme, gerilim gibi pek çok kötü öğeyi barındırdığı da bilinmektedir. Bireyin öznel ve nesnel konumlarında olumsuz koşullar bir çok sarsıntıya neden olmaktadır. İnsan bilimcileri, durumsal ve bireysel özellikleri çeşitli modellerle birlikte değerlendirerek; iyi olmanın yapısını daha fazla anlamaya çalışmışlardır. İnsanın iyilik durumunu karşılayan çok sayıda sözcüğün ve kavramın olduğu bilinmektedir. Mutluluk, haz, doyum, refah, toplumsal iyi olma, yaşam kalitesi, öznel iyi olma bunlar içerisinde öne çıkanlardır. Öznel iyi olma bireyin bakış açısından yaşamını değerlendirmesi anlamını içermektedir. Yaşamını değerlendiren bireyin; tepkileri, yargıları bireyin öznel iyi olma durumunu oluşturmaktadır. Bireyin kendi yaşamına ilişkin değerlendirmelerinin üç ayrı boyutu bulunmaktadır. Ancak bunların birbiriyle ilişkili genel bir boyutta sınıflanacağı öne sürülmüştür. Bunlar, olumlu duygu, olumsuz duygu ve yaşam doyumdur. Olumlu

duygu boyutunda yaşanan hazların, sevinçlerin, hoş duygulanımların çokluğunun; olumsuz duygu boyutunda hoş olmayan, kötü, acı verici duyguların azlığının iyi olma açısından önemli olduğu belirlenmiştir. Yaşam doyumu ise yaşamın geneline ilişkin bilişsel yargılamaları, değerlendirmeleri kapsamaktadır (Yetim, 2001).

I.3.1.Yaşam Doyumuyla İlgili Araştırmalar

Öznel iyi olmayı pek çok faktör etkilemektedir. Bu konuyu özellikle psikologlar, bireyin ve çevrenin özelliklerinin bireyin mutlu olmasında etkili olduğu görüşünden hareketle sistematik olarak incelemektedirler. Gelir, cinsiyet, yaş, meslek, eğitim ve sosyal ilişkiler öznel iyi olmayı etkilemektedir.

Biz araştırmamızda yer alan değişkenler açısından öncelikle yaşam doyumu araştırmalarında cinsiyet, medeni durum değişkenlerini ele alacağız, sonraki aşamada ise psikolojik yada fiziksel hastalığı olan bireylerle yapılan araştırmalara değineceğiz .

Cinsiyet bakımından kadınların erkeklere göre daha fazla olumsuz duygu bildirmelerine karşın, yaşamlarından daha fazla haz duydukları bulunmuştur (Braun, 1977; Cameron, 1975; Gurin, Veroff ve Feld, 1960). Yapılan diğer çalışmalarda cinsiyetle doyum arasındaki ilişkinin zayıf olduğu belirlenmiştir (Andrews ve Withey, 1976 ; Campbell, Converse ve Rodgers, 1976 ; Goodstein, Zautra ve Goodhart, 1982). İyi olma açısından cinsiyetler arası farklılaşma çok küçüktür (Aktaran: Yetim, 2001). Ülkemizde yapılan bazı çalışmalarda cinsiyet ve yaşam doyumu arasında ilişki bulunamamıştır (Şener , 2005; Ünal ve ark, 2001; Çetinkaya, 2004, Özer 2004). Hemodiyaliz hastalarıyla yapılan bir başka çalışmada ise cinsiyet ve yaşam doyumu arasında ilişki bulunamamıştır (Erdem ve ark 2004).

Öznel iyi olma literatüründe, evli olma ile ilgili yapılan çoğu çalışmada olumlu sonuçlara ulaşılmıştır (Andrews ve Withey, 1976; Glenn, 1975 ; Larson, 1978). Her iki cinsiyetten evli insanların, hiç evlenmemiş, dul veya ayrı yaşayan insanlardan daha fazla mutluluk bildirdiği, ulaşılan ortak bir bulgudur (Lee, Secombe ve Shekan, 1991). Evli yetişkinlerin % 39'u, hiç evlenmemiş yetişkinlerin ise % 24'ü "çok mutlu" olduklarını bildirmişlerdir (Myers ve Diener, 1993). Aynı çalışmaya göre, dört evli Amerikalıdan üçü, eşini kendisinin en iyi arkadaşı olarak gördüğünü ve beş evli Amerikalıdan dördü, yeniden evlense yine aynı kişi ile evleneceğini bildirmiştir. Glenn (1975), yaptığı araştırmada evli kadınların evli olmayan hemcinslerine göre daha çok stres yaşamalarına rağmen; daha fazla doyum aldıklarını bulmuştur. Glenn ve Weaver (1979), eğitim, gelir, mesleki statü gibi değişkenler denetlendiğinde dahi, evli olmanın iyi olmayı güçlü bir şekilde belirlediğini göstermiştir

Evlilik bireylere derin ilişkide bulunma; ilginç, çekici ve destekleyici sosyal etkileşimleri sağlama gibi olanakları düzenli olarak sunmaktadır. Bireyler tamamlayıcı ilişkilere girerek, yaşamın zorluklarına birlikte göğüs gererler. Evlilik, bireylere geniş arkadaşlık ağı sunmaktadır. Tüm bunlardan dolayı, mutlular içerisinde evli olanlar ilk sıralarda yer alırlar ve sonuçta evlilik ile iyi olma arasındaki nedensel ilişki, olumlu ve olumsuz olmak üzere iki yönlüdür (Mastekaasa, 1992; Scott, 1991). Yani iyi olmanın artmasında ve azalmasında, başlıca etkenlerden birisi evliliğdir. Ayrıca ebeveynin olumlu evlilik ilişkisinin, çocukların evliliğinde ve mutluluğunda katkısının olduğu bulunmuştur (Gohm ve ark., 1997). Ebeveynlerin çok çatışmalı bir evlilik ilişkisi yaşamasının veya boşanmış olmasının, çocukların yaşam doyumunu düşürdüğü ve bu bulgunun, gerek bireyci gerek toplulukçu tüm kültürler bakımından geçerli olduğu ortaya konmuştur (Aktaran : Yetim, 2001).

Dul olma ile boşanmış olmanın iyi olma üzerindeki olumsuz etkisi çok yönlü incelenmiştir. Mastekaasa (1994), dul olmanın kısa süreli, boşanmış olmanın ise uzun süreli ve kalıcı bir olumsuz etkiye sahip olduğunu bulmuştur. Bununla birlikte, boşanmış olmanın etkileri yeniden evlenme yoluyla giderilmektedir. Aynı çalışmaya göre, ayrıldıktan sonra yaklaşık bir yıl içerisinde yeni bir ilişkiye giren bireyler, ayrılığı olumlu bir olay olarak değerlendirmişlerdir. Aynı süre içerisinde ilişki geliştirmeyen ve yalnız yaşayan bireylerin, çok düşük düzeyde iyi olma bildirdikleri saptanmıştır. Sonuçta evlilik, aile yaşamının birey yaşamındaki kalıcı etkilerinden dolayı, genel iyi olmayı etkilemektedir. Evlilik ve aileden alınan doyum, iyi olmanın en önemli öngörücülerinden biridir (Campbell, Converse ve Rodgers, 1976; Glenn ve Weaver , 1979, 1981; Mastekaasa, 1993; Yetim, 1985; Aktaran:Yetim, 2001)

Ülkemizde yapılan bazı çalışmalarda yaşam doyumu ve medeni durum arasında bir ilişki bulunamamıştır (Şener , 2005; Ünal ve ark, 2001). Hemodiyaliz hastalarıyla yapılan bir çalışmada da yaşam doyumu ve medeni durum arasında ilişki bulunamamıştır (Erdem ve ark, 2004) .

Yaşam mekanının da yaşam doyumunu etkilediğine dair bir araştırma vardır. Özer'in (2004) huzurevinde ve aile ortamında yaşayan yaşlıların yaşam doyumlarını incelediği çalışmasında, huzurevinde yaşayan yaşlıların yaşam doyumu puanları, aile ortamında yaşayan yaşlılardan daha düşük bulunmuştur. Ünal ve arkadaşlarının (2001) hekimlerle yaptığı çalışmada yaşam doyumunun tükenmişlikle negatif, iş doyumuyla pozitif ilişkisinin olduğu bulunmuştur.

Yaşam doyumuyla ilgili olarak yapılan bir çok çalışma, arkadaşlardan alınan doyum ile öznel iyi olma arasında olumlu ilişkilere işaret etmiştir (Anderson, 1977; Campbell, Converse ve Rodgers, 1976; Falkman, 1973; Mitchel, 1976). Arkadaşlık, dostluk ilişkisinin doyurucu olması; bireyin çevresinin, kendi kişisel özellikleri ve değer

tercihleri ile uyumlu olmasından kaynaklanabilmektedir (Yetim, 2001). Sosyal destek ve yaşam doyumu ilişkisini inceleyen Wan ve Jaccard (1996) da çalışmalarında sosyal destek ile yaşam doyumu arasında pozitif ilişki bulmuşlardır. Perneger ve arkadaşlarının (2004) İsveçli genç yetişkinlerle yaptıkları bir çalışmada mutlu olma ve psikolojik sağlık arasında pozitif ilişki bulunmuştur. Tayvan'da, 20 yaşının üzerinde olan kişilerle yapılan bir çalışmada, yüksek düzeyde sosyal desteğin, yüksek düzeyde doyum ve öznel iyi olma ile ilişkili olduğu bulunmuştur (Lu, 1995).

Literatürde yaşam doyumu ve hastalık ilişkisini ele alan çok fazla araştırmaya rastlanmamıştır. Yaşam doyumu genel olarak yaşam kalitesi ve öznel iyi olma araştırmalarında bir alt boyut olarak ele alınmıştır.

Stein ve Heimberg (2004) yaptıkları araştırmada yaygın anksiyete bozukluğu ve majör depresif bozukluğu olan kişilerin, genel popülasyona oranla aile ilişkilerinden doyum, temel etkinlik alanlarından doyum ve iyi olma puanlarının düşük olduğunu bulgulamışlardır. Barbato ve arkadaşları ise (2004), ağır psikiyatrik rahatsızlığı olan hastalarla yaptıkları yaşam doyumu çalışmasında bu kişilerin barınma, yemek, giyecek gibi temel ihtiyaçlar konusunda doyumlarının olduğunu; ancak ekonomik koşullar, cinsellik ve arkadaşlık konusunda ise doyumlarının olmadığını bulgulamışlardır. Ayaktan tedavi edilen, ağır ruhsal bozukluğu olan hastalarla yapılan bir çalışmada, ailesi ile birlikte yaşayanların "aile ilişkileri", "sosyal yaşam", "boş zamanı değerlendirme" ve "sağlık durumu" ile ilgili genel yaşam doyumu puanlarının yüksek olduğu belirlenmiştir (Şimşek, 2000).

Ponizovsky ve arkadaşları (2003) şizofren hastalarda intihar girişimi ve yaşam doyumunu araştırmışlardır. Yaşamında birden fazla intihar girişiminde bulunan hastaların, bir kez intihar girişiminde bulunmuş ve intihar girişiminde hiç bulunmamış hastalardan daha düşük yaşam doyumlarının olduğu bulgulanmıştır.

Schafer ve arkadaşları (2003) akupunktur gibi alternatif tıp hizmetlerini kullanan alerjik rahatsızlıkları olan bireylerin sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi ve yaşam doyumlarının, alternatif tıp hizmetlerini kullanmayan hastalardan daha yüksek olduğunu bulgulamışlardır. Yaşlılarla yapılan çalışmada, eğitim durumu yüksek olanların yaşamdan memnun olma ve mental sağlık puanları yüksek bulunmuştur. Evli, boş saatlerini verimli geçiren, el sanatları ile ilgilenen, düzenli yürüyüş yapan ve aktif yaşayan yaşlıların yaşamdan memnun olma puanları ve mental sağlık puanları yüksek bulunmuştur (İnal ve ark, 2003).

Erdem ve arkadaşlarının (2004) hemodiyaliz hastalarında umutsuzluk ve yaşam doyumu arasındaki ilişkiyi inceledikleri çalışmalarında, umutsuzluk ve yaşam doyumu arasında negatif yönde bir ilişki bulunmuştur. Araştırmada 50 yaş ve üstünde olan hastaların yaşam doyumu puan ortalaması diğer gruplara göre oldukça yüksek bulunmuştur. 50 yaş ve üstündeki hastaların yaşam doyumlarının daha yüksek olmasının nedeni, bu yaştaki hastaların, genç yaştaki hastalara göre hastalığı daha kolay kabul etmeleri, hastalığa uyum göstermeleri ve uygun baş etme mekanizmaları geliştirmeleriyle ilgili olabilir. Cinsiyet, medeni durum ve hemodiyalize girme süresi, yaşam doyumu üzerinde anlamlı bir farklılık oluşturmamıştır. Eğitim durumu ve yaşam doyumu arasında da ilişki bulunmuştur. Üniversite mezunu olan hastaların yaşam doyumları diğer gruplardan daha yüksek bulgulanmıştır. Hemodiyaliz hastalarının eğitim seviyesi yükseldikçe yaşamdan aldıkları doyum da yükselmektedir. Çetinkaya' nın (2004) araştırmasında da üniversite mezunlarının yaşam doyumu puanlarının lise mezunlarından yüksek olduğu görülmüştür.

I.4. YAŞAM KALİTESİ

I.4.1.Yaşam Kalitesi Tanımları

Yaşam kalitesi günümüzde oldukça çok kullanılan bir terimdir. Yaşam kalitesi sadece günlük konuşmada değil psikoloji, sosyoloji, tıp, hemşirelik, coğrafya, ekonomi, tarih ve felsefe gibi özel uzmanlık alanlarıyla bağlantılı olan araştırmalarda da ele alınan bir olgudur. Farklı disiplinlerde farklı anlamlarda kullanılmaktadır. Burada öncelikle yaşam kalitesinin genel tanımlarına değinilecektir; sonraki aşamalarda ise sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi ele alınacaktır.

Araştırmacılar tarafından farklı tanımları yapılan yaşam kalitesi araştırmaları 1970'lerden itibaren hız kazanmıştır. Abrams (1973) yaşam kalitesini, insanların yaşamlarının çeşitli yönlerinden doyum ya da doyumsuzluk hissetme derecesi olarak tanımlamıştır. Andrews (1974) yaşam kalitesini kişinin yaşamını doyum ve haz ile ilişkilendirilmesine bağlamıştır. Benzer bir şekilde, Dalkey ve Rourke (1973) yaşam kalitesini kişinin kendini iyi hissetmesi, yaşamdan doyum ya da doyumsuzluğu, mutluluğu ya da mutsuzluğu olarak değerlendirmiştir. Hanested (1990) ise yaşam kalitesini bireyin yaşam durumu, bireysel yaşam deneyimleri ve kendini iyi hissetmesi olarak tanımlamıştır. Yaşam kalitesi yaşam koşullarını ve yaşam deneyimlerini içerir. Havighurst (1963) a göre, yaşam kalitesi; kişinin yaşamı hakkındaki öznel düşüncelerini içeren iç faktörlerle ile sosyal temas ve sosyal aktiviteler gibi ölçülebilir davranışları içeren dışsal faktörleri kapsar. Shin ve Johnson (1978) yaşam kalitesini; bireyin isteklerini gerçekleştirme, etkinliklere katılması, kişisel gelişim olanaklarından yararlanması, nitelikleri bakımından yeterli kaynaklara sahip olması ve bu kaynakların sosyal karşılaştırmalar yoluyla yeterli bulunması şeklinde ele almışlardır. Mendola ve Pellegrini

(1979) yaşam kalitesini tanımlarken, kişinin algıladığı fiziksel kapasitesinin sınırları kapsamında doyum verici öğelerin fazlalığına temas etmişlerdir. Holmes ve Dickerson (1987) kişinin önceki deneyimleri ve bilgilerine bağlı bir durum olarak yaşam kalitesini ele almışlardır. George ve Bearon (1980) ise yaşam kalitesinin dört alt boyutunun olduğunu, bunların ikisinin objektif boyutları ikisinin de bireyin yargılarına dayalı öznel boyutları olduğunu belirtmişlerdir. Objektif boyutlar; genel sağlık, işlevsel durumlar ve sosyo-ekonomik durum-statüdür. Kişinin bireysel yargılarına ya da öznel değerlendirmesine dayalı boyutlar, yaşam doyumunu ile ilgili ölçümler ve benlik saygısı ile ilgili ölçümlerdir. Patterson (1975) yaşam kalitesini tanımlamada anahtar kelimeler olarak; sağlık, işlev, rahatlık, duygusal tepki ve ekonomiyi belirlemiştir. Holmes ve Dickerson (1987) günlük yaşama katkıda bulunan fiziksel, zihinsel ve sosyal faktörlere gösterilen bireysel tepki olarak soyut ve bileşik terimi temsil eden bir yaşam kalitesi tanımı yapmışlardır. Ayrıca Holmes ve Dickerson yaşam kalitesini sağlık bakımından dinamik bir kavram olarak ele almışlardır. Yaşam kalitesi hastalığın sosyal, psikolojik ve fiziksel etkilerini temsil eder. Diğer bir ifadeyle hastalıkla birlikte bireysel doyumun başarılabilmesi yaşam kalitesiyle birlikte ele alınan bir olgudur (Aktaran:Farquhar, 1995).

Andrews ve Withey (1976) yaşam kalitesini bireyin sosyal ilişkilerinden doyumunu olarak görürken; Schuessler ve Fisher (1985) yaşam kalitesini sosyal politikaların ve programların istedik sonucuna bağlamıştır. McCall (1975), yaşam kalitesini, çevresel koşulların iyiliğinin derecesi olarak değerlendirmiştir. Zautra ve Goodhart (1979) kalitenin genel olarak toplumun iyiliği ile ilişkili olduğuna işaret etmiştir (Aktaran; Yetim, 2001).

Dünya Sağlık Örgütü (WHO) yaşam kalitesini, kişinin kendi durumunu, kültürü ve değerler sistemi içinde algılayış biçimi olarak tanımlamıştır. Yaşam kalitesi

kavramı içinde fiziksel sağlık, ruh sağlığı, bağımsızlık düzeyi, sosyal ilişkiler, çevre etkenleri ve kişisel inançlar öznellik temelinde yer alır (WHOQOL Group 1996).

Yaşam kalitesinde asıl amaç, bireyin kendi fiziksel, psikolojik, sosyal işlevlerinden ve ekonomik durumlarından ne ölçüde memnun ya da rahatsız olduğunun saptanmasıdır (Dilbaz, 1996)

Bilgin ve Moles'e (1985) göre yaşam kalitesi kavramı, insanın çevresi ile ilişkilerine ve çevrenin durumuna bağlıdır. Yařam kalitesi, bireyin daha iyi bir yaşam sağlamak üzere gösterdiği çaba değildir, çevrenin ona getirdiği kolaylık/ zorluk düzeyidir. Yařam kalitesini belirleyen şeyler, az veya çok sayıda bireyin paylaştığı çevreye ve genel ortama bağlı faktörlerdir. Yařam kalitesi, insanın içinde yaşadığı ortama / çevreye bağlı algısal bir değişkendir. Birbirinden az çok bağımsız olan fakat insanların önemli ilgi alanlarını temsil eden, ortalama bir algıda birbirlerine eklenerek belirli bir çevredeki yaşam kalitesi konusunda genel bir izlenime yol ačan çeşitli boyutlara sahiptir. Yařam kalitesi, çevrenin insana sağladıkları ile istedikleri arasında az çok optimalleşitirilmiş bir ilişkidir.

Yaşam kalitesi konusundaki literatür incelendiğinde araştırmacıların yaşam kalitesi kavramına farklı tanımlar getirdikleri görölmektedir. Bu tanımların bir kısmı yaşam kalitesini çevresel özelliklerle, bir kısmı ekonomik özelliklerle açıklarken, bir kısmı ise yaşam kalitesini sosyo-psikolojik özelliklerle açıklamaktadır. Araştırmacıların yaşam kalitesi konusunda kullandıkları göstergeleri dört grupta toplamak olanaklıdır:

a) Doğal ve fiziksel ortama ilişkin göstergeler, iklim koşulları, hava, su ve çevre kirliliği, peyzaj ve çevre düzenlemesi ile ilgili değişkenlere dayanmaktadır.

b) Ekonomik göstergeler, gayri safi milli hasıla, kişi başına düşen yıllık gelir, işlendirme olanakları, aile varlıkları, ailede çalışan kişi sayısı, besin tüketimi gibi değişkenleri kullanmaktadır.

c) Sosyal göstergeler, meslek dağılımı, coğrafi- mesleki hareketlilik, dengeli beslenme, sağlık koşulları, eğitim durumu, toplumsal ve mesleki faaliyetlere katılma, konut ve konut koşulları, kültür ve gelişme olanaklarını değişken olarak kullanmaktadır.

d) Psikolojik göstergeler, bireyin kendi yaşam deneyimlerine gösterdikleri tepkilere dayanır. Psikolojik göstergeler değişken olarak kişinin işinden, aile yaşamından çevresinden ve özel yaşamından aldığı doyumunu ile beceri, öğrenme gibi özelliklerini ele alır (Bilgin ve arkadaşları, 1985).

Yaşam kalitesinde kullanılan sosyal göstergelere dayanarak yaşam kalitesi dört ana alanda ortaya çıkar:

1- Kişisel içsel alan (değerler, inançlar, arzular, kişisel hedefler, sorunlarla başa çıkma vb.)

2- Kişisel sosyal alan (aile yapısı, gelir durumu, iş durumu, toplumun tanıdığı olanaklar vb)

3- Dışsal doğal çevre alanı (hava, su kalitesi vb.)

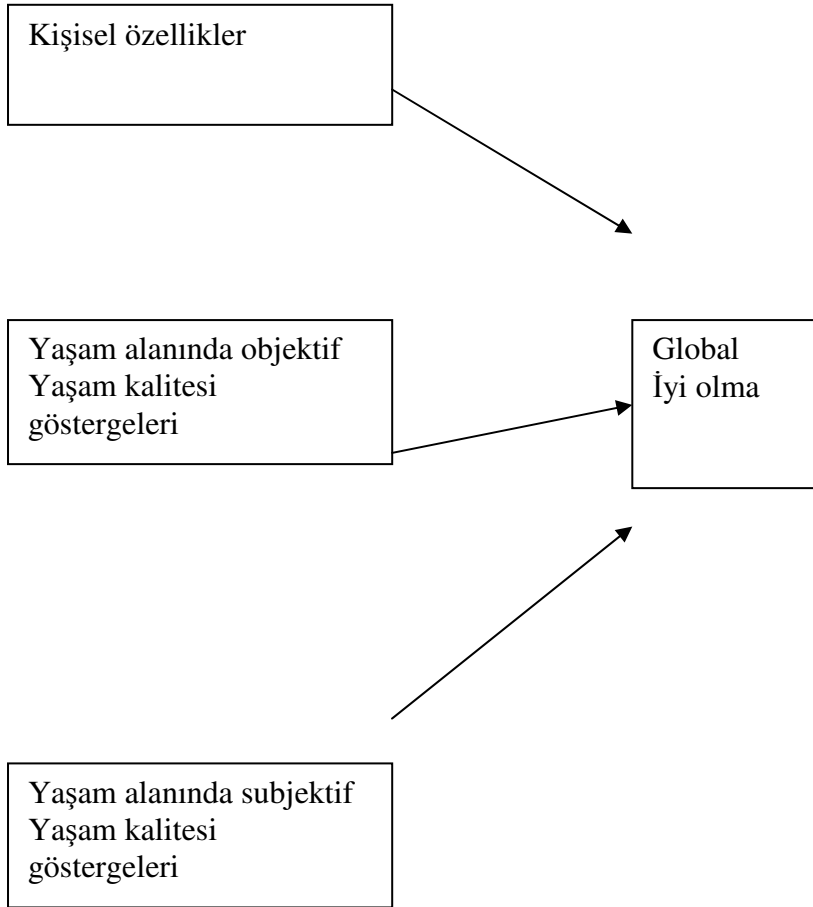
4- Dışsal toplumsal çevre alanı (kültürel, sosyal ve dini kurumlar,ile okul, sağlık hizmetleri, güvenlik, ulaşım, alışveriş gibi toplumsal olanaklar (Eser, 2004).

Bilgin ve arkadaşları (1985) Türk toplumunun farklı sosyo-ekonomik düzeylerinde ve gruplarında yaşam kalitesinin nasıl algılandığını belirlemek amacıyla yaptıkları çalışmada, farklı sosyo-ekonomik düzeyde olan grupların hiçbiri için yaşam kalitesinin yaşamın idamesinden ibaret olmadığı yani temel fizyolojik ihtiyaçlarla

açıklanmadığı ortaya çıkmıştır. Yaşam kalitesi; yemek, içmek ve dinlenmek değildir. Yaşam kalitesini açıklayan en önemli ihtiyaç basamağının güvenlik olduğu bulunmuştur. Güvenlik boyutunun belirgin önemi, kişilerin yaşam kalitesini iyilikte, doyumda ve kalitede bir süreklilik, düzenlilik olarak gördüklerini göstermektedir. Bu anlamda yaşamın kalitesi geçici doyumlara, anlık zevk ve mutluluklara bağlanmamakta, kalite kaynaklarının kalıcılığı ve sürekliliğini içermektedir.

Yaşam kalitesi topluluk psikolojisinin temel kavramlarından biri olarak ele alınır. Yaşam kalitesi hem çevresel hem de kişisel olarak ele alınabilir. Bu bakımdan yaşam kalitesi çalışmalarına Lehman'ın (1983) çalışması öncülük etmiştir. Lehman rehabilitasyon veya bakım için uzun zamana ihtiyaç olan ya da yetersizlik yaşayan insanların yaşam kalitesine odaklanmıştır. Lehman Amerika'nın Los Angeles şehrinde, bakım evi psikiyatri hastanelerinde kalan yetişkinlere uygulama yapmıştır. Bu çalışmaya katılanlara, yaşam doyumu ile ilişkili yaşam yeri-durumu, aile ilişkileri, sosyal ilişkiler, boş zaman etkinlikleri, iş ya da işsizlik, mali durum, kişisel güven ve sağlıklı olmak üzere toplam 8 alana ilişkin sorular sorulmuştur. Bu alanların seçimi Lehman'ın bakım evinde kalan yetişkinlerle yaptığı ilk çalışmaya, genel nüfustaki sosyal göstergelere ve yaşam kalitesi literatürüne dayanmaktadır.

Lehman'ın ikinci çalışması ise Amerika'daki çeşitli topluluklardan alınan örneklem üzerine odaklanmıştır. Örneklem çalışmasıyla başlamıştır ve bir süre sonra çalışmasını Avrupa topluluğu ile diğer ülkelerde uygulayarak genişletmiştir. Çalışmaya katılan sakinlerin yarısından çoğu yaşam alanında çoğunlukla doyumlu olduklarını; mali durum, işsizlik ve kişisel güven (işsizlik konusunda geniş oranda) konusunda ise doyumsuz olduklarını belirtmişlerdir. Lehman yaşam kalitesi modelinin bazı açılardan test etmede bu verileri kullanmıştır. Lehman'ın yaşam kalitesi modeli aşağıda tablo 3' de gösterilmiştir.



Tablo 3. Lehman'ın yaşam kalitesi modeli

Lehman (1983), objektif göstergelerin, genel yaşam doyumu ya da iyi olma duygusunun daha iyi yordanmasını sağlayan subjektif göstergelerle ilişkili olup olmadığıyla ilgilenmiştir. Lehman araştırmasına katılanlara global iyi olma hissi hakkında 3 farklı yoldan soru sormuştur ve verilerin incelenmesinde hiyerarşik regresyon analizi stratejisi kullanılmıştır. İlk aşamada sadece kişisel özellik değişkenleri test edilmiştir. Objektif yaşam kaliteleri göstergeleri ikinci aşamada eklenerek ve son olarak

yaşam kalitesinin subjektif göstergeleri analize dahil edilmiştir. Medeni durum, eğitim düzeyi ve psikiyatrik tanı gibi bütün kişisel özellikler global iyi olmanın varyansının çok küçük bir kısmını açıklamıştır (%4-7), objektif göstergeler ise genel iyi olma varyansının daha büyük bir kısmı açıklanmıştır (% 14-23) ve son olarak subjektif göstergeler genel iyi olma varyansının en büyük kısmını açıklamıştır (% 48-58). Nesnel özellikler algılama yoluyla yaşam kalitesine etkide bulunurlar.

Objektif ve subjektif göstergeler arasındaki korelasyonlar genel olarak düşük ve anlamsızdır; ancak az da olsa anlamlı korelasyonlara da bulunmuştur. Örneğin aile üyeleriyle temas sıklığı ile aile ilişkilerinde doyum arasında, pansiyon ve bakım evlerindeki sosyal temas ile sosyal ilişkilerden doyum arasında, çalışanların saat başına ücret alması, haftalık ödeme ile iş doyumunu arasında anlamlı korelasyonlar bulunmuştur. Geçmiş yıllarda suçun kurbanı olma ve kişisel güven doyumunu arasında, sağlık kurumlarının kullanılması ile sağlık bakımından doyum arasında negatif korelasyon vardır (Lehman, Ward ve Linn ,1982). Lehman'a göre objektif ve subjektif faktörler önemlidir ve daha iyi topluluk servisleri planlamada bu faktörler hesaba katılmalıdır.

Özellikle, üç objektif yaşam kalitesi göstergesi ve dört subjektif yaşam kalitesi göstergesi, algılanan global-genel iyi olmayı çok tutarlı bir biçimde yordamıştır .

Bunlar :

- a- Geçmiş yıllar boyunca bir suçun kurbanının olmama
- b- Geçmiş yıllar boyunca çok az toplam medikal bakım görme
- c- Geçmiş yıllarda samimi sosyal ilişkilerin sıklığı
- d- Sağlık doyumunu
- e- Boş zaman etkinliklerinden doyum
- f- Sosyal ilişkilerden doyum
- g- Mali durum doyumunu

Lehman'ın bu araştırmalarından bireyin subjektif deneyiminin ve komşuluk çevresinin objektif özelliklerinin, yaşam kalitesinin yeterli bir modelini oluştırmada dikkate alınması gerektiği yönünde bir sonuç çıkartılabilir (Aktaran:Orford; 1992).

I.4.2. Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi

Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi bütüncül olarak yaşam kalitesinin bir alt bileşenidir. Bu yüzden bu iki kavram birbirleriyle yakından ilişkili kavramlardır. Bir görüşe göre yaşam kalitesi ve sağlıkla ilgili yaşam kalitesi birbirinden ayrılarak incelenmelidir, diğer görüşe göre ise aslında yaşam kalitesinin tüm boyutları sağlıkla ilgili yaşam kalitesini de belirler ve bunları birbirlerinden ayırmak olanaksızdır. Örneğin; gelir düzeyi, sosyal olanaklar, politik ortam, çevre koşulları ve kişisel inançlar genel yaşam kalitesinin içinde değerlendirilirken bunları sağlıkla ilgili yaşam kalitesinden ayrı düşünmek, bizi genellikle yanılgıya götürür; çünkü bunların çoğu sağlık sorunlarını belirleyen temel faktörlerdir (Eser, 2004).

Sosyal bilimlerde, genel popülasyon çalışmalarında, genel ve kapsamlı yaşam kalitesi ölçekleri kullanarak tümüyle yaşam kalitesinin irdelenmesi yoluyla bireylerin sağlık durumlarını saptamak hedeflenmiştir (Pınar, 1996). Bilimsel olarak geliştirilmiş psikometrik tekniklerle elde edilen veriler, sağlık hizmet sunucularının bireyin ve toplumun sağlık durumunu değerlendirilmesinde önemli ipuçları vermektedir. Araştırmacıların üzerinde durdukları ortak nokta, yaşam kalitesinin çok boyutlu bir kavram olduğu ve yaşamın çeşitli alt alanlarına ilişkin mutluluk ifadelerinin kaliteyi belirlediğidir (Cingil, 2001).

Kabul gören sınıflamaya göre sağlıkla ilgili yaşam kalitesi, yaşam kalitesi boyutlarının doğrudan bireyin sağlığı ile ilgili kısımlarını içerir. Sağlığı çok iyi olan bir birey için, sağlıkla ilgili olmayan yaşam kalitesi bileşenleri (örneğin, değerler, inançlar, sosyal ilişkiler, ekonomik durum, hava ve su kalitesi gibi çevrenin fiziksel koşulları, okul, güvenlik, sosyal statü vb.) önemli olurken, kronik hastalığı olan bir birey için bedensel, psikolojik sağlık durumu gibi sağlıkla ilgili yaşam kalitesi bileşenleri daha önemlidir.

Yaşam kalitesinin coğrafi düzeyleri, sırasıyla, evde, toplum içinde, bölgesel, ulusal, uluslararası ve küresel; sağlıkla ilgili yaşam kalitesinin düzeyleri ise yine sırasıyla, birey olarak hasta, bir klinik müdahale altındaki hasta, belirli bir hastalık alt grubunda olan birey, belirli bir hastalığı olanlar içinde belirli özelliğe sahip olanlar ve belirli bir hastalığa sahip tüm bireyler olarak sıralanır (Eser, 2004).

Sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi biyolojik sağlık, genel sağlık ve hastalığa özgü sağlık durumu olmak üzere üçe ayrılır.

1-Biyolojik sağlık durumu: Organ sistemleri üzerine odaklanmıştır. Hangi laboratuvar testi veya değerlendirmelerinin gerektiğine tanı sürecinde karar vermektedir.

2-Genel sağlık durumu : Yaş, cinsiyet ve sosyoekonomik düzey uygun sağlık durumunu değerlendirir. Geniş kapsamlı ölçekler, fiziksel işlev, zihinsel sağlık, sosyal ve rol işlevi ile genel sağlık algısı olmak üzere en az dört kavramdan oluşur.

•**Fiziksel işlevsellik :** Bu alanda fiziksel sınırlılık, fiziksel yetiler, yatakta geçirilen gün sayısı, ağrı ve fiziksel iyi olma hali sorgulanır.

•**Ruh sağlığı :** Bu kapsamda anksiyete ve depresyon gibi psikolojik zorlukların sıklığı ve bilişsel işlevsellik düzeyini araştırmaktır. Bu konuda geliştirilen ölçeklerin bir çoğu depresyon gibi ruhsal

bozuklukları taramak amacıyla kullanılırken; bazıları da depresif bozuklukların klinik gidişini belirlemede kullanılır.

- **Sosyal işlevsellik** : Sosyal işlevsellik olgun sosyal ilişkiler geliştirme ve devam ettirme olarak tanımlanır. Bu alandaki ölçümler; ruh ve beden sağlığının durumunu, sağlık hizmetinin gerekliliğini ve sağlık hizmetlerinin sonuçlarını değerlendirmede kullanılır. Sosyal olarak iyi olma hali, sosyal ilişkilerin doğasına ve sosyal ilişkilerin var olup olmadığına, varsa hangi sıklıkla olduğuna bağlıdır.

- **Rol işlevselliği** :Bireyin kendi yaşamındaki rolünün gereklerini (iş durumu, okul durumu, ev durumu) yerine getirip getirmediğini tanımlar.

- **Genel sağlık algısı**:Bireyin tüm sağlığı ile ilgili inanç ve değerlendirmeleridir. Bu alandaki sorgular, bireyin kişisel sağlık değerleri, gereksinimleri ve tutumlarını yansıtır.

3- Hastalığa özgü sağlık durumu: Geleneksel sağlık ölçümlerine , ölüm, sakatlık ve yeti kaybını yansıtan biyolojik göstergelere dayanmaktadır (Dilbaz,1996).

I.4.2.1 Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesinin Ölçümü:

Sağlıkla ilgili yaşam kalitesinin ölçümünün öznel (algılanan) bir kavramsal temele dayandığını; bu ölçümün konvansiyonel sağlık hizmeti çıktıları (kurtarılan hasta

oranı, uzatılan yaşam yılı ya da biyokimyasal göstergeler gibi) ile birlikte ya da onlardan bağımsız bir ölçme olduğunu belirlemek önemlidir. Algılanan sağlık değerlendirmeleri içinde yer alan yeti-işlev kaybı ile sağlıkla ilgili yaşam kalitesi birbirinin içine girmiş değerlendirmelerdir. Bu nedenle aslında işlev yitimini ölçen gereçler, sağlıkla ilgili yaşam kalitesi ölçekleri içinde değerlendirilirler. Oysa bilindiği gibi merdiven çıkamamak bir işlev kaybı değerlendirmesi iken, merdiven çıkamamanın kişinin yaşamının niteliği üzerine olan öznel (algılanan) etkisi yaşam kalitesidir (Eser,2004)

Bilgin ve Moles'e (1985) göre yaşam bir performans değil, bir varoluştur. Yaşıyoruz varız ve yaşam devam ediyor. Birtakım özellikler yaşama nasıl yüklenecek? Bazı insanların iyi bazı insanların kötü yaşadığını söylerken, neyi ölçüt alıyoruz? Yaşam kalitesi değişmeye sıkıca bağlıdır. Çünkü yaşam herhangi bir şekilde ve hissedilir bir düzeyde değiştiği andan itibaren kalite konusu olabilir. Yaşam biçimlerinin veya ortamlarının bozulması da söz konusu olsa, daima bir değişme söz konusudur. Yaşam kalitesi değişimleriyle varolan bir olgudur. Yaşam ne iyiye, ne de kötüye doğru, kuşaklar boyunca veya kilometre karelere göre değişmedikçe kalitesinden söz edilemez. Yaşam kalitesi terimi, yaşam tipine göre, yaşam düzeyine göre, yaş dönemine göre, bireyleri koşullayan kültür tipine göre değişmektedir. Değişimler bütünün işleyişi, fizyolojik ve sosyal algının özüdür. Yaşam kalitesi değiştiği ölçüde anlamlıdır. Yaşam ne iyiye ne kötüye doğru değişmedikçe kalitesinden söz edilemez. Fiziksel ve psikolojik hastalıkları olan bireyler içinde bir değişim söz konusudur. Fiziksel ve psikolojik sağlıklarını yitirmekte, ve sağlıklı olduğu günlere oranla farklı bir süreç yaşamaktadırlar. Bu değişim, bu kişilerin sağlık değişimlerinde yaşam kalitesi düşüncesini akla getirmektedir.

I.4.2.2.Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi Ölçeklerinin Genel Bir Sınıflaması

Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi tek bir sayıyla (indeks ölçüt) veya bir profil ile ölçülebilir. İndeks ölçütler, doğrudan veya dolaylı olarak (birden çok indeks ölçütün toplanmasıyla) ölçülür. Profil Ölçütler ise, ‘sağlıkla ilgili yaşam kalitesi’nin bütünü belirleyen alt bileşenlerden oluşurlar. Bu alt bileşenlere boyut veya alan, bunların da alt bileşenlerine ise bölüm denir. Profil ölçeklerin genellikle bir toplam puanı yoktur.

Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi ölçüm araçları , genel amaçlı yaşam kalitesi ölçekleri ve özel amaçlı yaşam kalitesi ölçekleri olmak üzere iki sınıfa ayrılır.

Genel amaçlı yaşam kalitesi ölçekleri, sağlıkla ilgili yaşam kalitesini ilgilendiren geniş bir işlev kaybı ve genel olarak rahatsızlık spektrumunu içermeleri nedeniyle, toplumun tüm kesimlerinde; tüm hastalıklar ve durumlarda; çeşitli tıbbi girişimlerde kullanılırlar. Genel amaçlı ölçekler kendi aralarında iki alt gruba ayrılırlar:

1- Tercihe dayalı olmayan ölçekler: Sağlık profilleri sağlıkla ilgili yaşam kalitesinin değişik yönlerini ölçer. Genellikle bunlardan içerdikleri alan sayısı kadar puan elde edilir. Yaygın olarak kullanılan SF-36, Dünya Sağlık Örgütü Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi Ölçeği (WHOQOL) Nothingam Sağlık Profili, Hastalık Etki Profili (Sickness Impact Profile) bu kategoriye örnek oluştururlar.

2- Tercihe dayalı ölçekler ise (indeks ölçütler sınıflamasına girerler) sağlık ekonomisi alanındaki geliştirilen teorilere dayanılarak geliştirilmiş olan, Maliyet Yararlanım analizlerinde kullanılan ve en önemlisi Kalite Eklenmiş Yaşam Yılları’nı (QALY) hesaplamaya olanak tanıyan ölçeklerdir. Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi 0 ile 1 arasında tek bir puana indirgenir. Kabaca değinmek gerekirse, ya puanları önceden belirlenmiş işlevlerle ilgili sorulara verilen yanıtlara göre ya da yaşam kalitesinin farklı

yönelimlerine verilen puanlara göre değerlendirilirler. Bu ölçekler içinde en sık kullanılanları Quality of Well-Being Scale, Euroqol Instrument (EQ 5-D) ve Health Utility Index (HUI) dir.

Özel amaçlı yaşam kalitesi ölçekleri: Bu ölçekler belirli bir nüfus grubuna özel, belirli bir duruma veya hastalığa özel veya belirli bir işleve özel ölçekler olarak farklılaşırlar. Belirli bir nüfus grubuna özel olan ölçeklere örnek olarak çocuklara (CHQ, Disabkid, KINDL, Pedsqol), yaşlılara (WHOQOL-OLD), ergenlere (KINDLE) yönelik olanlar örnek verilebilir. DLQI genel dermatoloji, VSQ25 ise genel göz hastalıkları ölçekleridir. Bunun yanında hemen her hastalığa (ör: epilepsi, diyabet, romatoid artrit), duruma (ağrı) ve işleve (cinsel işlev, emosyonel durum, uyku) özel ölçekler de bulunmaktadır.

Hastalığa ve duruma özel ölçeklerin temel avantajı, yapılan tıbbi girişime bağlı değişimi daha duyarlı ölçebilmeleri, dezavantajları ise kişiyi bir bütün olarak ele alamamaları, farklı durumlar ve programlar arasında karşılaştırma yapamamalarıdır (Eser, 2004).

1.4.3. Yaşam Kalitesi Araştırmaları

Yaşam kalitesi son yıllarda, bir çok alanda araştırma yapılan bir konudur. Hastalarla, sağlıklı bireylerle, işçilerle, ev kadınlarıyla, çalışan kadınlarla, yaşlılarla, öğrencilerle yapılmış araştırmalar vardır. Yaşam kalitesi araştırmalarının büyük çoğunluğunu sağlıkla ilgili olanlar oluşturmaktadır. Bu bölümde; ilk önce genel olarak yaşam kalitesi çalışmalarına değinilecektir. Sonra psikolojik sağlık, fiziksel sağlık ve kronik böbrek hastalığı ile ilgili yaşam kalitesi çalışmaları ele alınacaktır. Son olarak

medeni durum ve cinsiyet değişkenleriyle ,yaşam kalitesi ilişkisini ele alan çalışmalarından ele alınacaktır

I.4.3.1.Psikolojik Sağlık ve Yaşam Kalitesi

Psikolojik sağlık ve yaşam kalitesi son yıllarda önem kazanan bir araştırma konusudur. Kişinin psikolojik durumu yaşamın fiziksel, sosyal, mesleki ve ekonomik alanları gibi birçok yönünü etkileyebilir. Yaşam kalitesinin düşük olması kişinin psikopatolojisinin önemli bir nedeni ya da sonucu olabilir. Psikolojik rahatsızlığı olan kişilerin yaşam kaliteleri değerlendirilmeli; önleme ve tedavi çalışmalarında yaşam kalitesi temel alınmalıdır. Sağlıklı kişilerle psikolojik rahatsızlığı olan kişilerin karşılaştırıldığı çalışmalarda, psikolojik rahatsızlığı olan kişilerin yaşam kalitelerinin daha düşük olduğu bulgulanmıştır. Fiziksel rahatsızlığı olan hastalarla psikolojik rahatsızlığı olan hastaların karşılaştırıldığı araştırmalarda, psikolojik rahatsızlığı olan hastaların fiziksel rahatsızlığı olan hastalardan daha düşük yaşam kalitesi puanı aldıkları belirlenmiştir.

Örneğin; Özmen (2003) majör depresif bozukluk tanısı almış kadın hastalarla, menopozlu, kronik ağrı ve cilt hastalığı bulunan kadınların yaşam kalitelerini karşılaştırdığı çalışmasında; majör depresif bozukluğu olan kadınların yaşam kalitesi puanları, menopozlu hastalar ve cilt hastalığı olan kadınlardan daha düşük bulmuştur. Majör depresif bozukluğu olan kadınların yaşam kalitesi puanlarıyla kronik ağrı grubundaki kadınların yaşam kalitesi puanları arasında fark bulunamamıştır. McCall ve arkadaşları (2000) majör depresyon tanısı almış hastalarda, artan uykusuzluğun ve depresyonun yaşam kalitesini olumsuz etkilediği belirlemişlerdir.

Literatürde şizofren hastalarda yaşam kalitesinin incelendiği bir çok araştırma bulunmaktadır. Bunun nedeni Alptekin'in (2004) de belirttiği gibi negatif belirtiler, depresyon ve özkıyım, kişilik özellikleri, bilişsel ve psikososyal işlev bozulması, yeti yitimi, uzun ve sık hastaneye yatış, sosyal destek yetersizliği, ekonomik sorunlar ve ilaçların yan etkileri gibi şizofrenlerde yaşam kalitesini etkileyen bir çok faktörün olmasıdır. Akvardar ve arkadaşlarının (2004) şizofren hastalar ve sağlıklı kişileri karşılaştırdıkları çalışmalarında şizofren hastalarının yaşam kalitesi ölçeğinin fiziksel, psikolojik ve sosyal alanlarından, sağlıklı kişilerden daha düşük puan aldıkları belirlenmiştir. Şizofrenlerle yapılan diğer çalışmalarda, şizofrenlerin yaşam kalitesi puanlarının düşük olduğu ve negatif belirtilerin, depresyon ve anksiyete düzeylerinin, yaşam kalitesini olumsuz etkilediği (Örsel ve ark, 2003), şizofreni hastalarında anksiyete bozukluğunun fazladan bir yük oluşturduğu ve onların öznel yaşam kalitesi puanlarını düşürdüğü bulgulanmıştır (Braga ve ark , 2004). Şizofreni ve diğer psikoza hastalarda kendilik hissi, bağımsız yaşam ve doyum gibi özelliklerin onların yaşam kalitesiyle ilişkili olduğu gözlenmiştir (Eklund ve Backström, 2005). Ritsner ve arkadaşları (2004) şizofrenlerde algılanan yaşam kalitesi ile uyku kalitesini araştırdıkları çalışmalarında, uyku kalitesi bozuk olan hastaların, yaşam kalitesinin alt alanlarından düşük puan aldıklarını, ayrıca depresif ve stresli olduklarını bulgulamışlardır. Başka bir araştırmada ise şizofreni hastalarında depresyonun yaşam kalitesi puanlarını azalttığı görülmüştür (Reine ve arkadaşları 2003). Tüzer ve arkadaşları (2004), şizofreni hastalarında yaşam kalitesini etkileyen psikopatoloji, hastalık şiddeti, depresyon, içgörü, istemsiz hareketler, kendilik değeri, aile ortamı, duygu dışavurumu gibi değişkenlerin yaşam kalitesi alanlarıyla ilişkisi ile hasta yakınlarının yaşam kalitesine etki eden faktörleri birlikte ele almışlardır. Şizofreni hastalarının yaşamlarından özellikle kendileri ve sosyal çevreleri ile ilgili alanlarda daha az hoşnut olduklarını belirlenmiştir. Depresyon, içgörü yokluğu,

benlik saygısının düşüklüğü ve aile ortamında çatışmanın da yaşam kalitesini olumsuz etkilediği bulunmuştur. Hastanın aile ortamı olumlu algılandıkça yaşam kalitesi de olumlu etkilenmektedir. Psikopatoloji, belirti şiddeti ve yan etkilerin yaşam kalitesi üzerine etkisi belirlenememiştir. Şizofreni hastalarında yalnız belirti şiddetinin azaltılması değil hastanın kendini iyi algılaması da önem taşımaktadır.

Aksakal ve arkadaşlarının (2004) çalışmasında alkol bağımlılığı tanısı alan hastalar şizofren, bipolar bozukluk, obsesif kompulsif bozukluk tanısı alan hastalar, diyabetli hastalar ve sağlıklı bireyler karşılaştırılmıştır. Yaşam kalitesi ölçeğinin fiziksel alt alanında hem psikiyatrik hem de diyabetli hastaların puanları sağlıklı bireylere göre daha düşük bulunmuştur. Yaşam kalitesinin ruhsal alanında ise şizofreni ve obsesif-kompulsif bozukluklu hastaların puanları diğerlerinden daha düşük bulunmuştur. Sosyal ilişki alanında şizofreni ve alkol bağımlılığı gruplarındaki hastalar en düşük puanları alırken, diyabetli hastalar ve sağlıklı bireyler yüksek puan almışlardır. Şizofrenler çevre alanından en düşük puanı almıştır.

İki uçlu bozukluk gibi kronik gidişli bir psikiyatrik hastalık yalnız hastanın değil, aile bireylerinin de yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Özerdem ve arkadaşları (2004) iki uçlu bozukluk tanılı ötimik hastalarda ve aile bireylerinde yaşam kalitesi düzeylerini saptamak, bunun kronik gidişli bir tıbbi hastalığı olan ve sağlıklı bireylerden farklı olup olmadığını belirlemek amacıyla bir çalışma düzenlemişlerdir. Bu çalışmada iki uçlu bozukluk tanılı, ötimik durumdaki hasta grubu ve onların aile bireyleri grubu, endokrinoloji polikliniğine başvuran hasta grubu ve sağlıklı gönüllü grup karşılaştırılmıştır. Yaşam kalitesinin sosyal ilişkiler puanları iki uçlu bozukluk tanılı ve diyabetik hastalarda, sağlıklı bireylerden anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur. Sadece iki uçlu bozukluk tanılı hastalarda evli olmak, sosyal ilişki puanları üzerinde olumsuz yönde etki göstermiştir. Çevre puanları iki uçlu bozukluk tanılı hastalarda ve aile bireylerinde

sağlıklı bireylere göre anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur. Yatham ve arkadaşları (2004) bipolar bozukluğu olan depresyon epizodundaki hastaların, yaşam kalitesinin canlılık, role- emotion, sosyal işlevsellik, mental sağlık alt alanlarından düşük puan aldıklarını bulgulamışlardır. Chand ve arkadaşları (2004) bipolar bozukluk tanısı almış tedavi sürecinde olan hastaları, şizofrenleri ve sağlıklı bireyleri karşılaştırılmış. Bipolar bozukluğu olan hastaların yaşam kalitesi puanları, şizofreni hastalarından daha yüksek bulunmuştur. Bipolar bozukluğu olan hastaların genel yaşam kalitesi puanları ve özel olarak yaşamdan zevk ve doyum alma ölçeğinin özellikle boş zamanları değerlendirme alt alanından yüksek değerler elde etmişlerdir, ayrıca bipolar bozukluğu olan hastalar arasında genç olanların ve günlük yaşamın zorluklarını daha az yaşayanların yaşam kalitesi puanları yüksek bulunmuştur.

Yapılan araştırmalarda psikolojik hastalığın düzeyinin ve ek semptomların da yaşam kalitesi üzerinde farklı etkilerinin bulunduğu belirlenmiştir. Elliott ve arkadaşları (2003) kronik ağrıları olan hastaları depresyon tiplerine göre yaşam kalitesi açısından değerlendirdikleri araştırmalarında, kronik ağrıları olan hastaların hepsinin yaşam kalitesi ölçeğinden düşük puan aldıklarını bulgulamışlardır. Ayrıca, majör depresyonu olanların yaşam kalitesi puanları, minor depresyonu olan ya da hiçbir psikolojik rahatsızlığı olmayan kişilerden daha düşük bulunmuştur. Panik bozukluk, kronik gidişli, sosyal işlevsellik alanında yetersizlik yaratan ve yaşam kalitesini düşüren bir hastalıktır. Ünal ve arkadaşları (2004) tarafından yapılan araştırmada panik bozukluğu olan ayaktan hastalarla, Eksen 1 ek tanı alan panik bozukluğu olan ayakta tedavi gören hastaları karşılaştırmışlardır. Karşılaştırma sonucunda Eksen 1 ek tanı alan panik bozukluğu olan hastaların genel sağlık ve yaşamdan memnuniyet, fiziksel sağlık alanı, psikolojik sağlık alanı ve çevre alanlarında, panik bozukluğu olan ayakta tedavi gören hastalardan daha

düşük puan aldıkları bulgulanmıştır. Özellikle majör depresyon ek tanısı alan panik bozukluk hastalarının yaşam kalitesi puanlarının düşük olduğu bulgulanmıştır.

Cihan ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada (2004) Hepatit B taşıyıcıları psikiyatrik belirtileri ve yaşam kalitesini değerlendirmek amacıyla yapılan çalışmada Hepatit B taşıyıcılarında genel sağlık puanları, sağlıklı bireylerden daha düşük bulunmuştur. Taşıyıcılık süresi ile yaşam kalitesi puanlarının ilişkisine bakıldığında, fiziksel fonksiyon, taşıyıcılık süresi uzadıkça kötüleşirken, ruhsal sağlık algısı, taşıyıcılık süresi uzadıkça iyileşmektedir. Eğitim düzeyi ile yaşam kalitesinin bedensel ağrı alt alanı arasında negatif ilişki bulunmuştur. Yapılan çalışmada Hepatit B taşıyıcılarında, yaşam kalitesinin azaldığı, bedensel semptomların arttığı bulunmuştur.

Obsesif kompulsif bozukluk ile uygulanan ilaç tedavisinin hastaların yaşam kalitesi üzerine etkisinin araştırıldığı bir çalışmada, tedaviye devam eden, tedaviye ilk defa başvuran ve tedaviye hiç başvurmamış hastalarla sağlıklı kişiler incelenmiştir. Bu çalışmada obsesif kompulsif hastalığı olan kişilerin, psikolojik sağlık, bağımsızlık düzeyi, sosyal ilişkiler ve sosyal baskı puanları daha düşük bulunmuştur. Ayrıca tedavi almakta olan hastalar tedaviye ilk defa başvuran hastalardan daha yüksek yaşam kalitesi puanı bildirmişlerdir (Beşiroğlu, 2002).

Bilge ve arkadaşları (2004) tarafından yapılan bir araştırmada erkek yetiştirme yurdunda kalan öğrencilerin genel sağlık durumlarıyla yaşam kalitesi puanları arasında korelasyon bulunmuştur. Bu öğrencilerin genel sağlık anketinde riske yakın bir değer aldıkları belirlenmiştir ve yaşam kalitesinin duygusal rol ve mental durum puanlarının oldukça düşük olduğu gözlenmiştir.

Şimşek 'in (2000) yılında ayakta tedavi edilen ağır ruhsal bozukluğu olan (Şizofreni, Şizoaffektif bozukluk, bipolar bozukluk, majör depresyon tanısı alan hastalar) hastalarla yaptığı yaşam kalitesi çalışmasında cinsiyet bakımından anlamlı bir farklılık

olmadığı belirlenmiştir. Bu çalışmada yaş ve yaşam kalitesi arasında bir ilişki bulunamamıştır. Gelir getiren bir işi olan hastaların, boş zamanı değerlendirme puanları dışında çalışmayan hastalardan daha yüksek yaşam kalitesine sahip oldukları bulunmuştur. Ekonomik durumunun kötü olduğunu bildiren hastaların yaşam kalitesi puanlarının düşük olduğu saptanmıştır. Çalışmada hastanın genel yaşam kalitesi ile eğitim düzeyi arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.

Jiang ve arkadaşları (2004) yaşlılarla yaptığı çalışmasında depresyonun yaşlı insanlarda artan yetersizlik için risk oluşturduğunu depresyonu tedavi etme ve önlemede, yaşlıların yaşam kalitelerini geliştirmenin önemli olduğunu belirtmişlerdir. Shimbo ve arkadaşları (2004) parkinsonlu hastalarla yaptıkları çalışmada, eğitim düzeyi yüksek olan hastaların yaşam kalitesi puanlarının yüksek olduğu belirlenmiştir.

Araştırmalarda ek tanı alanların, gelir durumu kötü olanların, tedaviye geç başlayanların, yaşam kalitesi puanları düşük bulunmuştur. Ayrıca psikolojik sorunu olan kişilerde yaş, medeni durum, cinsiyet, hastalık türü gibi değişkenler de yaşam kalitesi kapsamında ele alınmıştır. Literatürde hasta yakınlarının yaşam kalitesini inceleyen araştırmalar da yapılmıştır.

1.4.3.2 Fiziksel Sağlık ve Yaşam Kalitesi

Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi çalışmalarında, fiziksel sağlık ve yaşam kalitesi arasındaki ilişki, hastalık türü, hastalık süresi, hastanede yatış süresi, yaş, eğitim, cinsiyet, medeni durum, hastanın bilgilendirilme düzeyi, çalışıyor olma, meslek sahibi olma, sosyal güvencesi gibi değişkenler ayrıca ameliyat- tedavi öncesi ve sonrası karşılaştırmalar da yapılarak incelenmiştir.

Sağlıklı bireylerle belirli hastalığı olan kişilerin sağlıklı kontrol grubuyla karşılaştırıldığı çalışmalarda atopik deri yangısı olan hastaların (Linnet ve Jemec, 1999), astımlı çocukların (Ergin ve ark, 2004) ve diyabetli hastaların (Smith ,2004) felçli hastaların (Jaracz ve ark.2002) yaşam kalitesi puanlarının sağlıklı bireylerden düşük olduğu bulgulanmıştır. Osborne ve arkadaşları (2004) ise göğüs kanseri olduğu erken teşhis edilen kadınların, sağlıklı kadınlardan daha düşük anksiyete ve depresyon puanı aldıklarını bulgulamışlardır.

Çeşitli hastalık gruplarının karşılaştırıldığı çalışmalar da yapılmıştır. Viswanathan ve arkadaşları (2005) HIV virüsü taşıyan hastaların, hipertansiyon ve diyabet hastalarından daha düşük yaşam kalitesine sahip olduklarını gözlemlemişlerdir. Aydemir ve arkadaşlarının (2004) astım hastaları ile alerjik rinit hastalarını yaşam kalitesi bakımından karşılaştırdıkları çalışmalarında, allerjik rinit hastalarının sağlıklı ilgili yaşam kalitesi puanları astım hastalarından daha yüksek olduğu bulunmuştur

Kronik obstrüktif akciğer hastalarının hastalık yılları ve hastaneye yatış sayıları arttıkça (Gür, 2004) ve miyokard enfarktüsü geçirmiş hastalarda hastalık süresi ve geçirme sayısı arttıkça yaşam kalitesi puanlarının düştüğü belirlenmiştir (Özer, 2002). Epilepsi hastalarıyla yapılan bir çalışmada hastalık süresi uzun olan, ayda birden fazla sayıda ve / veya nöbet geçiren hastaların yaşam kalitesi düşük bulunmuştur.

Hasta bireylerin tedavi öncesi ve sonrası yaşam kalitesini değerlendiren araştırmalar vardır. Örneğin; lenfomalı hastaların kemoterapi ile birlikte anksiyete ve depresyon puanları yükselmiştir bu kişiler yaşam kalitesinin genel iyilik halinden ve emosyonel durumdan kemoterapi öncesi ve sonrası düşük puan almışlardır (Beşer ve Öz, 2000). Histerektomi ameliyatı geçiren kadınlarla yapılan bir çalışmada ameliyat sonrası anksiyete puanlarının ameliyat öncesine göre arttığı, depresyon puanlarında ise azalma olduğunu görülmüştür. Yaşam kalitesi puanlarına bakıldığında ise ameliyat sonrası yaşam

kalitesi puanının ameliyat öncesine göre artış gösterdiği gözlenmiştir (Şeker ve Okumuş, 2004).

Diyabet hastalarının, hamile kadınların, talasemi hastalarının, astım hastalarının ve miyokard enfarktüs geçiren kişilerin eğitim düzeyi düştükçe yaşam kalitelerinin de azaldığı bulgulanmıştır (Arslan, 2001; Yıldırım ve ark, 2004; Seyfioğlu ve ark. 2004 ; Şakar ve ark. 2004; Özer, 2002).

Hastanede tedavi gören hemofili hastalarının (Kavaklı ve ark,2004) ve koroner arter hastalarının (Erdem, 2000) gelir durumu ile yaşam kalitesi arasında anlamlı pozitif ilişki olduğu saptanmıştır.

Yaşam kalitesi ile yaş ilişkisine değinen çalışmalarda; miyokard enfarktüsü geçiren 65 yaş ve üzeri grubunda olanların (Özer, 2002), 60 yaş ve üzerindeki diyabet hastalarının (Yıldırım ve ark, 2004), 45 yaş ve üstü koroner arter hastalarının (Erdem, 2000) yaşam kalitesi puanlarının diğer yaş gruplarına göre daha düşük olduğu bulgulanmıştır. Yaşlılarda yapılan bir çalışmada yaşın artmasının yaşam kalitesini azalttığı görülmüştür (Tezcan, 2003). Tip 2 Diyabet hastalarıyla yapılan çalışmada, genç olmanın yaşam kalitelerini olumsuz etkilediği ortaya çıkmıştır (Eser ve ark, 2004).

Fiziksel hastalığı olan bireylerle yapılan çalışmalarda, çalışanların, alkol ve sigara kullanmayanların, kentte yaşayanların, ek hastalık tanısı olanların, hastalıklarına uygun ilaç kullanan, egzersiz yapan ve diyet programına uyanların (Yıldırım, 2004, Özer, 2002, Viswanathan ve ark., 2005, Özer, 2002) yaşam kalitesi puanlarının yüksek olduğu bulgulanmıştır.

Akın ve arkadaşlarının (2004) meme kanseri olan kadınların hastalık yaşantılarının, hastaların yaşam kalitesi düzeylerine olan etkisini saptamak amacıyla yaptıkları çalışmalarında ise hastaların tanıyı öğrendikten sonraki zaman içinde duygularının nasıl değiştiğiyle yaşam kalitesi düzeyleri arasında anlamlı ilişki saptanmıştır.

Uyum veya mücadele isteği içinde olmak, yaşam kalitesini arttırırken; kaygı, üzüntü, inkar ve öfke yaşam kalitesi düzeyini azaltmaktadır. Bu çalışmada. hastaların hastalıkları hakkında bilgilenme istekleriyle yaşam kalitesi düzeyi arasında anlamlı ilişki saptanmıştır.Yeterli bilgilenmeye sahip olduğunu düşünenlerin yaşam kalitesi düzeyi en yüksek olarak belirlenmiştir. Hastaların hastalıkları hakkında düşünceleri ile yaşam kalitesi düzeyi arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Hastalıkları hakkında nötr olan veya iyimser düşüncelere sahip hastaların yaşam kalitesi düzeyi, kötümser düşüncelere sahip hastalardan yüksektir. Uzun yaşam beklentisini dile getiren hastalarda yaşam kalitesi düzeyi yüksek çıkmıştır. Gelecek ile ilgili beklentisi olmayan hastaların yaşam kalitesi düzeyi düşük bulunmuştur.

Yaşlılarla yapılan bir çalışma temizlik, alışveriş, ulaşım, yemek yeme, yıkanma, giyinme, tuvalet gibi aktivitelerini bağımsız bir şekilde yapan yaşlıların yaşam kalitesi puanları yüksek bulunmuştur (Birtane ve ark, 2000). Yaşlılarla yapılan bir diğer çalışmada bakıma muhtaç olmak, seyahat ediyor olmamak, düzenli spor yapmamak, kronik hastalığının olması, ailesel sorununu olması, dert ortağının olmaması toplam fiziksel sağlık puanlarını; kadın olmak, düzenli spor yapmamak, kronik hastalığı olmak, ailevi sorunlarının olması, dert ortağının olmaması, eş ve çocuklarıyla yaşamaması ruhsal sağlık puanlarının azaltan faktörler olarak saptanmıştır (Tezcan, 2003).

Hastalarla yapılan yaşam kalitesi araştırmalarının yanı sıra hasta yakınlarının yaşam kalitesinin incelendiği çalışmalar da vardır. Bu kişilerle çalışılmasının nedeni hastaya bakım veren kişilerin de fiziksel, ruhsal, çevresel ve sosyal açıdan çeşitli sorunlar yaşaması ve yaşam kalitelerinin etkilenmesidir. Erdem'in (1999) kanserli çocukların anne/babalarının yaşam kalitesini değerlendirmek amacıyla yaptığı çalışmada, annelerin, babalardan daha düşük yaşam kalitesine sahip oldukları bulgulanmıştır. Hastalık ve tedaviye ilişkin yeterli bilgiye sahip ve hastalıkla baş etmede destek alan ebeveynlerin

yaşam kalitesi puanlarının yüksek olduğu, ayrıca eğitim düzeyleri arttıkça yaşam kalitesi puanlarının arttığı da belirlenmiştir. Maddi sıkıntı yaşayan ebeveynlerin yaşam kalitesi puanlarının düşük olduğu bulgulanmıştır. Hacılioğlu ve arkadaşlarının (2004) çalışmasında kanser hastalarına bakım veren hasta yakınlarının evli olmasının, iyi bir gelire sahip olmasının ve bakım verme konusunda destek almasının bakım verdiği kanser hastalarının yaşam kalitesi puanlarını olumlu etkilediği belirlenmiştir.

Yapılan araştırmaları genel olarak değerlendirdiğimizde, gelir düzeyinin iyi olması, genç olmak, eğitim seviyesinin yüksek olması ve arkadaşlık ilişkileri yaşam kalitesini olumlu etkileyen değişkenler olarak belirlenmiştir. Ayrıca tedaviye uygun yaşam, tedavinin gerekliliklerini uygulama, hastalığa dair yeterli bilgiye sahip olma, geleceğe dair olumlu beklentiler içinde olma ve sosyal etkinliklerinin olmasının kişinin yaşam kalitesini artıran unsurlar olarak belirlenmiştir. Sağlıklı bireylerle yapılan karşılaştırmalarda ise sağlıklı bireylerin yaşam kalitesinin fiziksel hastalığı olan bireylerden daha iyi olduğu saptanmıştır.

I.4.3.3.Böbrek Hastalarında Yaşam Kalitesi Araştırmaları

Hemodiyalize giren böbrek yetmezliği olan hastaların tedavisinde tıbbi yaklaşımın yanı sıra, hastanın hastalığı ile ilgili bilişsel, davranışsal ve duygusal yaşantıları da önemlidir. Böbrek yetmezliği, bireyin önemli derecede işlev kaybına neden olmakta ve hastaların yaşam kalitesini etkilemektedir. Semptomlar ve diyalize girme kişinin fiziksel kısıtlamalar yaşamasına neden olurken aynı zamanda sosyal hayatını da olumsuz etkilemektedir.

Kronik böbrek hastalarıyla yapılan yaşam kalitesi çalışmasının içerik analizinde 3 temel bulunmuştur, bunlar;

- Yaşam alanı bulamama (zaman tüketici tedaviyle mücadele ve yaşamın sınırlılığı)
- Tedavi durumuna bağlı hissedilen duygular, duygusal mesafelilik duygusu, incinebilirlik duygusu
- Sınırlandırılmış yaşamı sürdürme çabalarıdır.

Hastalar dolaylı yoldan varolma mücadelesi verdiklerini ifade etmişlerdir. Bunlar yaşam kalitesiyle ilişkili bulunmuştur (Hagren ve ark, 2005).

Sosyodemografik ve klinik değişkenlerin böbrek hastalarındaki sağlıkla ilişkili yaşam kalitesinde etkisi olduğu bilinmektedir? Fakat psikolojik faktörler ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi ele alan çok az çalışma yapılmıştır. Vazquez ve arkadaşları (2005) çalışmalarında klinik ve sosyodemografik değişkenlerin etkisi kontrol edildikten sonra hemodiyaliz hastalarında psikolojik durum (depresif semptomlar, durumluluk anksiyetesi ve sosyal destek) ve yaşam kalitesi arasındaki ilişki araştırılmıştır. Depresif semptomlar, durumluluk anksiyete ve sosyal desteğin olmaması, düşük yaşam kalitesiyle ilişkili bulunmuştur. Kronik böbrek yetersizliği olan hastalarla yapılan çalışmalarda yaşam kalitesi ve depresyon puanları arasında negatif ilişki bulunmuştur (Ünal ve arkadaşları 2004; Taşçı,1998). Düzenli hemodiyalize giren hastalarla düzensiz hemodiyalize giren hastalar karşılaştırıldığında, düzensiz hemodiyalize giren hastaların depresyon puanlarının yüksek olduğu bulgulanmıştır. Düzenli ve düzensiz hemodiyaliz gruplarından alınan değerler birlikte incelendiğinde depresyon skorlarının uzun süre hemodiyalize girenlerde azaldığı görülmektedir (Süleymanoğlu, 2003). Bu

araştırmalarda hemodiyaliz tedavisinin hastaların ruhsal durumunu ve yaşam kalitelerini olumsuz etkilediği tespit edilmiştir.

Kronik böbrek yetmezliği olan hastaların (nal ve ark, 2004) ve hemodiyaliz hastalarının (Acaray,2003) eğitim düzeyleri yükseldikçe yaşam kalitelerinin arttığı bulgulanmıştır. Eğitim düzeyinin artmasına paralel olarak kişinin sağlık anlayışının olumlu yönde değişeceği, bireylerin kendi sağlık sorumluluğunu daha fazla üstlenecekleri, tedavi sürecine katkıda bulunabilecek davranışlar geliştirecekleri ve tüm bunların sonucunda kişinin yaşam kalitesinin gelişeceği düşünülebilir. Kronik böbrek hastalarıyla yapılan başka bir çalışmada ise eğitim durumunun yaşam kalitesi puanları üzerinde etkili olmadığı grlmştir (Taşcı, 1998).

Yaşlılarla yapılan bir çalışmada, yaşlı diyaliz hastalarıyla, sağlıklı yaşlılar karşılaştırılmıştır. Yaşlı diyaliz hastalarının depresyon, anksiyete ve yetersizlik puanları yüksek, yaşam kalitesi puanlarının düşük olduğu bulgulanmıştır (Levendoğlu, 2004).

Sertöz ve arkadaşları (2004) hemodiyaliz hastalarında sosyal etkinliklerin depresyon-anksiyete, benlik saygısı ve yaşam kalitesine etkilerini araştırmışlardır. Sosyal etkinliğe katılmak isteyen ve katılmak istemeyen hastaları karşılaştırdıkları çalışmalarında, sosyal etkinliğe katılmak isteyen grubun, katılmak istemeyen gruba göre anksiyete-depresyon puanları daha düşük, benlik saygıları ve yaşam kaliteleri daha yüksek bulunmuştur. Sosyal etkinliğe katılan grubun, depresyon puanları düşük, benlik saygısı ve yaşam kalitesi puanları yüksek bulunmuştur. Sosyal etkinlik kısa dönemde hemodiyaliz hastalarının depresyon, benlik saygısı ve yaşam kalitelerini olumlu yönde etkilemiştir

Bir işte çalışan kronik böbrek hastaları (Taşcı, 1998) ve hemodiyaliz hastalarının (Acaray, 2003) yaşam kalitesi puanlarının çalışmayan hastalardan daha yüksek olduğu bulunmuştur.

Literatürde iki kronik hastalığı karşılaştıran çalışmalar vardır. Yıldırım ve arkadaşlarının (2004) son dönem kronik böbrek yetmezliği ve tip 2 diyabet hastalarını karşılaştırdıkları çalışmalarında hemodiyaliz tedavisi alan hastaların toplam yaşam kalitesi puanlarının, tip 2 diyabet hastalarının puanlarından daha yüksek olduğu bulunmuştur.

Hemodiyalize giren hastaların yaşam kalitesi ve özbakım gücü arasındaki ilişkinin araştırıldığı bir çalışmada, global yaşam kalitesi ve yaşam kalitesinin fonksiyonel durum, esenlik, genel sağlık anlayışı alanlarıyla, öz bakım güçleri arasında anlamlı ilişki bulunmuştur. (Akyol ve Karadakovan,2002). Kronik böbrek yetersizliği olan hastaların öz-bakım gücü arttıkça yaşam kalitesinin tüm alan puanlarının arttığı bulunmuştur (Taşçı, 1998).

Kronik böbrek hastaları ve diyaliz hastalarının karşılaştırıldığı çalışmada, kronik böbrek hastalarının yaşam kalitesi puanları, hemodiyaliz hastalarından daha yüksek, sağlıklı olan kontrol grubundan daha düşük bulunmuştur (Perlman ve ark , 2005).

Böbrek hastalarına uygulanan diyaliz çeşidi ile yaşam kalitesi ilişkisini inceleyen araştırmalar yapılmıştır. Ageborg ve arkadaşları (2005) hastaya uygulanan diyaliz çeşitleriyle yaşam kalitesi arasında ilişkiyi gösteren bulgular elde etmişlerdir. Geleneksel diyaliz, ev diyalizi ve self care(öz bakım) diyaliz karşılaştırılmıştır.Ev diyalizi olan hastaların yaşam kalitesi puanları, bütünlük duyguları ve öz bakım becerileri puanları yüksek bulunmuştur.

Hemodiyaliz, periton diyaliz ve transplantasyon tedavi seçeneklerinin karşılaştırıldığı diğer çalışmalarda periton diyalizinin hemodiyalizden daha az psikiyatrik morbiditeye neden olduğu belirlenmiştir. Periton diyalizin hemodiyalize eşdeğer ya da daha iyi yaşam niteliği sağladığı ve bilişsel işlevleri daha iyi koruduğu belirlenmiştir (Özcan ve ark, 2000, Uslu ve ark,2000). Taşçı (1998) kronik böbrek yetmezliği olan hastalarla yaptığı çalışmada diyaliz tipi SAPD (sürekli ayaktan periton diyalizi)olan

hastaların, diyaliz tipi hemodiyaliz olan hastalara göre, yaşam kalitesi puanları daha yüksek bulunmuştur. Salehnia (2000) SAPD ve hemodiyaliz gören iki hasta grubunu, psikiyatrik morbidite açısından karşılaştırdığı çalışmada, iki grup arasında fark bulunmamıştır. Ancak iki grupta da psikiyatrik morbidite sıklığı normal popülasyonun üzerinde bulunmuştur.

Öğütmen ve arkadaşlarının (2004), kronik böbrek yetmezliğinde, böbrek transplantasyonu, intermittant diyaliz ve periton diyaliz tedavisi alan hastaların yaşam kalitesini araştırdıkları çalışmalarında, böbrek transplantasyonu olan hastaların yaşam kalitesi, hemodiyaliz ve periton diyaliz tedavisi alan hastaların yaşam kalitelerinden daha iyi bulunmuştur. Lew ve arkadaşları (2005) Peritoneal diyaliz (PD) ve Hemodiyaliz (HD) hastalarıyla yaptıkları çalışmada, iki diyaliz çeşidinde de tedavi gören hastaların yaşam kalitesinin düştüğünü belirlemişlerdir. Ayrıca fiziksel kalitelerinin düşmesi ile sağlıklarındaki bozulmanın zihinsel sağlıklarını da etkilediği, bu hastaların yoğun olarak anksiyete ve depresyon yaşadıklarını bulgulamışlardır. Ayrıca hastalarda ailede yıpranma, cinsel fonksiyonlarda düşüş ve maddi durumuna dair yoğun endişe yaşadıkları belirlenmiştir.

Kronik hastalıkların hasta kadar hasta yakınlarını etkilediği bilinen bir gerçektir. Ülkemizde böbrek hastalarına bakım veren yakınlarının yaşam kalitesi üzerine yapılan bir araştırmada, diyalize giren ve henüz diyaliz aşamasına gelmemiş kronik böbrek hastalarına bakım veren yakınlarına ve demografik olarak eşleştirilmiş kontrol grubunun psikolojik semptomları ve yaşam kalitesi karşılaştırmışlardır. Yaşam kalitesinin psikolojik sağlık alanı skoru diyaliz grubunda diyaliz yapılmayan hasta yakını grubuna göre anlamlı derecede düşük çıkmıştır. Hasta yakınları arasında cinsiyete dayalı karşılaştırmanın yapıldığı bir başka araştırmada kadınlar, obsessif kompulsif bozukluk,

kişiler arası duyarlılık açısından risk grubu olarak saptanmışlardır (Aydemir ve arkadaşları , 2002).

I.4.3.4 Cinsiyet ve Yaşam Kalitesi

Cinsiyet ile yaşam kalitesinin ilişkisinin incelendiği bazı çalışmalarda; cinsiyet ve yaşam kalitesi arasında bir ilişki bulunmaz iken, diğer çalışmalarda kadınların yaşam kalitesi puanlarının erkeklerden daha düşük olduğu bulgulanmıştır

Ağır ruhsal bozukluğu olan ve ayakta tedavi edilen hastalarda (Şimşek, 2000), şizofrenlerde (Örsel, 2003), diyabet hastalarında (Yıldırım ve ark ,2000), kronik böbrek yetmezliği olan hastalarda (Taşçı,1998), hemodiyaliz hastalarında (Acaray,2003; Süleymanoğlu, 2003) cinsiyet ile yaşam kalitesi arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır. Tıp Fakültesinde çalışan araştırma görevlileri ve uzmanların yaşam kalitesinin araştırıldığı çalışmada cinsiyet ile yaşam kalitesi alan puanları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır (Avcı ve Pala ; 2004).

Fiziksel rahatsızlığı olan bireylerle yapılan çalışmalarda kadınların yaşam kalitesi puanlarının erkeklerin yaşam kalitesi puanlarından daha düşük olduğu bulgulanmıştır.

Şakar ve arkadaşları (2004), astım hastalarıyla yaptıkları çalışmalarında, kadınların fiziksel fonksiyon,fiziksel rol kısıtlılıkları, canlılık ve sosyal fonksiyon puanları, erkeklerin puanlarından daha düşük bulunmuştur. Çetin ve arkadaşları (2004) Tip 2 diyabet hastalarından kadın hastaların erkek hastalardan daha düşük yaşam kalitesi puanı aldıkları bulgulanmıştır. Eser ve arkadaşlarının (2004) tip 2 diabetes mellituslu hastalarda yaptıkları çalışmada, kadınların erkeklerden daha düşük yaşam kalitesine sahip oldukları bulgulanmıştır. Koroner arter hastalarıyla (Erdem, 2000) miyokard enfarktüsü

geçiren hastalarla (Özer, 2002) ve AIDS'li hastalarla (Mrus ve ark, 2004) yapılan çalışmalarda erkeklerin yaşam kalitesi puanı, kadın hastalardan daha yüksek bulunmuştur.

Sağlıklı bireylerle yapılan çalışmalarda, genel olarak kadınların yaşam kalitesi puanları düşük bulunmuştur. Acil yardım hizmetleri veren sağlık personeliyle (Kaya ve Piyal, 2004), işçilerle (Çeçen ve ark, 2004) ve 65 yaş üstü kişilerle (Özlen ve ark, 2004) yapılan çalışmada kadınların yaşam kalitesi alanlarından aldıkları puanlar istatistiksel olarak anlamlı düzeyde erkeklerden daha düşük bulunmuştur. Cambaz ve arkadaşlarının(2001) yaptığı çalışmada duygusal rol puanları hariç, diğer alanlarda kadınlar erkeklerden daha düşük puan almışlardır. Tezcan'ın (2003) yaşlılarla yaptığı çalışmasında, kadınların yaşam kalitesinin, ruhsal sağlık alanından aldıkları puanların, erkeklerden düşük olduğu bulunmuştur. Lyons ve arkadaşlarının (1994) yaşlılarla yaptığı çalışmada, kadınların fiziksel işlevlerden, sosyal işlevlerden ve ruhsal sağlık alanlarından daha düşük puan aldığını rapor etmiştir. Dünder ve arkadaşları (2004), 17 yaş ve üzeri çalışan gençlerin yaşam kalitesini araştırdıkları çalışmada genç kızların yaşam kalitesinin bedensel alan, ruhsal alan, sosyal alan ve çevre alanı puanlarının genç erkeklerden daha düşük olduğu bulunmuştur. Baydur ve arkadaşlarının (2004) 8-12 yaş çocuklarla yaptığı çalışmada kız çocuklarının erkek çocuklardan daha düşük yaşam kalitesi puanı aldıkları bulgulanmıştır.

I.4.3.5. Medeni Durum ve Yaşam Kalitesi

Medeni durum yaşam kalitesini etkileyen bir değişken olarak araştırmalarda ele alınmıştır. Genel olarak yapılan çalışmalarda evli olanların, boşanmış, eşini kaybetmiş ve hiç evlenmemiş insanlardan daha iyi yaşam kalitesine sahip oldukları bulunmuştur.

Tip 2 diyabetli hastaların (Çetin ve ark; 2002), Kronik böbrek yetmezliği olan hastaların (Taşçı, 1998) şizofreni hastaların (Örsel ve ark, 2003) yaşam kaliteleri puanları ile medeni durumları arasında ilişki bulunmamıştır. Diğer araştırmalarda evli olanların, hiç evlenmemiş, boşanmış ya da eşini kaybetmiş kişilerden daha iyi yaşam kalitesine sahip oldukları bulgulanmıştır.

Miyokard enfarktüsü geçiren kişilerle (Özer, 2002) ağır ruhsal bozukluğu olan hastalarla (Şimşek, 2000) felçli hastalarla (Jaracz ve ark. 2002) yapılan araştırmalarda, evli hastaların, hiç evlenmemiş, boşanmış-dul ya da ayrı yaşayanlara göre yaşam kalitesinin alt alanlarından aldığı puanlar yüksek bulunmuştur. Avcı ve Pala'nın (2004) araştırmasında da evli kişilerin bedensel alan dışında yaşam kalitesinden yüksek puan aldıkları bulgulanmıştır. Kaya ve Piyal'ın (2004) acil yardım hizmetleri sağlık personeliyle yaptıkları çalışmalarında evli bireylerin puan ortalamaları diğerlerinden, çocuğu olanların puan ortalamaları çocuğu olmayanlardan daha düşük bulunmuştur. Ailesiyle birlikte yaşayan yaşlıların, duygusal rol ve sosyal fonksiyon puanları yüksek bulunmuştur (Gene ve ark, 1997). Yaşlılarla yapılan bir çalışmada eşiyle ve çocuklarıyla yaşayan yaşlıların, yaşam kalitesinin fiziksel fonksiyon, fiziksel rol, ağrı, genel sağlık, zindelik, toplam fiziksel sağlık, toplam ruhsal sağlık alanından aldıkları puanlar yüksek bulunmuştur (Tezcan, 2003). Çeçen (2004) işçilerle yaptığı çalışmasında evli olanların yaşam kalitesinin bekar ya da dul olanlardan daha yüksek olduğu bulgulanmıştır. İşçilerle yapılan bir diğer çalışmada evli olanların yaşam kalitesinin sosyal ilişkiler alanında, evli olmayanlardan daha yüksek puan aldıkları bulgulanmıştır (Baydur ve Eser, 2004). Hemodiyaliz hastalarıyla yapılan bir çalışmada ise bekar bireylerin yaşam kalitesi puanları, dul olanlardan ve evli bireylerin yaşam kalitesi puanlarından anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (Acaray, 2003).

II. BÖLÜM

YÖNTEM

Bu bölümde, araştırmanın amacı, örneklemin özellikleri, kullanılan ölçeklere ait geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları, araştırmanın nasıl uygulandığını ilişkin bilgiler ve verilerin analizi yer almaktadır.

II. 1. Amaç

Bu araştırmanın amacı, duygu-durum ve anksiyete bozukluğu tanısı alan bireyleri, düzenli hemodiyaliz tedavisi alan hastaları ve belirgin bir psikolojik ve fiziksel rahatsızlığı olmayan bireyleri sosyal destek, sosyal ağ, yaşam doyumu ve yaşam kalitesi bakımından betimlemektir. Her üç grubun ilgili özellikler bakımından nitelikleri ve niceliklerini betimlemek ve aralarındaki farkları ortaya koymak araştırmanın temel hedefidir. Araştırmadaki genel beklenti, bireylerin sosyal destek, sosyal ağ, yaşam kalitesi ve yaşam doyumlarının hastalık durumu, cinsiyet ve medeni duruma göre farklılaştığı yönündedir.

Araştırmadaki genel amaç çerçevesinde aşağıdaki soruların yanıtları aranmıştır.

1. Kişinin cinsiyetinin farklılaşmasının sosyal destek bağlamında farklılaşması söz konusu mudur?
2. Farklı cinsiyetten olma sosyal ağ üzerinde anlamlı bir etkiye sahip midir?
3. Farklı cinsiyetler yaşam doyumu skorları bağlamında farklılaşmakta mıdır?
4. Cinsiyet değişkeninin yaşam kalitesi üzerindeki etkisi anlamlı mıdır?

5. Katılımcıların medeni durumunun sosyal destek değişkeni üzerinde anlamlı bir etkisi var mıdır?
6. Medeni durum bağımsız değişkeni ile sosyal ağ değişkeni arasında anlamlı bir farklılaşma var mıdır?
7. Medeni durumun yaşam doyumu değişkeni üzerindeki etkisi anlamlı mıdır?
8. Katılımcıların evli ya da bekar olmasının yaşam kaliteleri üzerindeki etkisi anlamlı mıdır?
9. Kişilerin psikolojik olarak rahatsız olmaları ile diyaliz hastası olmaları ve herhangi bir rahatsızlıklarının bulunmadığı durumlarda sosyal destek puanları anlamlı bir şekilde farklılaşır mı?
10. Yukarıda değinilen üç düzey hastalık durumu değişkeni ile sosyal ağ arasında anlamlı bir farklılaşma var mıdır?
11. Kişilerin hastalık durumunun yaşam doyumu üzerindeki etkisi farklılaşmakta mıdır?
12. Yaşam kalitesi bağımlı değişkeni üzerinde söz konusu üç düzey hastalık durumu bağımsız değişkeninin etkisi anlamlı mıdır?
13. Cinsiyet değişkeni ile medeni durum değişkeninin sosyal destek, sosyal ağ, yaşam doyumu ve yaşam kalitesi puanları üzerinde ortak bir etkiye sahip midir?
14. Çalışmanın bağımlı değişkenleri olarak ele alınan sosyal destek, sosyal ağ, yaşam doyumu ve yaşam kalitesi puanları üzerinde, katılımcıların cinsiyetleri ve hastalık durumları ortak bir etkiye sahip midir?
15. Katılımcıların evli ya da bekar olması ile farklı üç hastalık durumu gruplarının sosyal destek, sosyal ağ, yaşam doyumu ve yaşam kalitesi puanları üzerinde etkisi anlamlı mıdır?

16. Çalışmada ele alınan üç düzey bağımsız değişken (cinsiyet, medeni durum, hastalık durumu) birlikte sosyal destek, sosyal ağ, yaşam doyumu ve yaşam kalitesi puanları üzerinde anlamlı bir etkiye yol açmakta mıdır?

II.2. Örneklem

Bu araştırmanın örnekleme, Mersinde yaşayan, tesadüfi örnekleme yöntemi kullanılarak seçilen duygu-durum bozukluğu veya anksiyete bozukluğu tanısı almış 100 kişi , düzenli hemodiyaliz tedavisi gören 100 kişi ve fiziksel ve psikolojik rahatsızlığı olmayan, sağlıklı 100 kişi olmak üzere toplam 300 kişiden oluşmuştur. Bireyler araştırmaya gönüllü olarak katılmışlardır. Örneklemeye ilişkin betimleyici bilgiler çizelge 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9,10 da sunulmuştur.

Çizelge 1. Örneklem grubunun hastalık durumu, medeni durum ve cinsiyete göre dağılımı

	Psikolojik hastalar	Hemodiyaliz hastaları	Sağlıklı grup	Toplam
Evli kadın	25	25	25	75
Bekar kadın	25	25	25	75
Evli erkek	25	25	25	75
Bekar erkek	25	25	25	75
Toplam	100	100	100	300

Çizelge 2. Örneklem grubunun yaş durumuna göre dağılımı

	Psikolojik hastalar		Hemodiyaliz hastaları		Sağlıklı grup	
	N	%	N	%	N	%
18-25	20	6.7	14	4.7	11	3.7
26-35	38	12.7	45	15	32	10.7
36-50	30	10	29	9.7	22	7.3
51-76	12	4	12	4	35	11.7

Çizelge 3. Örneklem grubunun eğitim düzeyine göre dağılımı

	Psikolojik hastalar		Hemodiyaliz hastaları		Sağlıklı grup	
	n	%	n	%	n	%
Okuma yazması olmayan- ilkökul terk	2	0,7	11	3,7	2	0,7
İlkökul mezunu	26	8,7	40	13,3	22	7,3
Ortaokul mezunu	12	4	12	4	14	4,7
Lise mezunu	32	10,7	28	9,3	32	10,7
Üniversite mezunu	28	9,3	9	3	30	10

Çizelge 4. Örneklem grubunun hastalık süresine göre dağılımı

	Bir ve bir yıldan az		İki yıl		Üç yıl		Dört yıl		Beş yıl		Beş on yıl arası		On yıldan fazla	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Psikolojik hastalığı olanlar	52	17,3	11	3,7	6	2	7	2,3	5	1,7	11	3,7	8	2,7
Hemodiyaliz hastaları	9	3	8	2,7	21	7	10	3,3	15	5	23	7,7	14	4,7

Çizelge 5. Örneklem grubunun iş durumuna göre dağılımı

	Psikolojik hastalar		Hemodiyaliz hastaları		Sağlıklı grup	
	N	%	N	%	N	%
çalışıyor	44	14,7	15	5	72	24
çalışmıyor	56	18,7	85	28,3	28	9,3

Çizelge 6. Örneklem grubunun ikamet ettiği yerleşim yerine göre dağılımı

	Psikolojik hastalar		Hemodiyaliz hastaları		Sağlıklı grup	
	N	%	N	%	N	%
köy	4	1,3	4	1,3	5	1,7
İlçe	10	3,3	15	5	5	1,7
Şehir	86	28,7	81	27	90	30

Çizelge 7. Örneklem grubunun Mersin’de ikametgah süresine göre dağılımı

	Psikolojik hastalar		Hemodiyaliz hastaları		Sağlıklı grup	
	N	%	N	%	N	%
10 yıl ve altı	25	8,3	18	6	29	9,7
11-20 yıl arası	26	8,7	23	7,7	26	8,7
21-30 yıl arası	27	9	24	8	24	8
31 yıl ve üstü	22	7,3	35	11,7	21	7

Çizelge 8. Örneklem grubunun anne ve babanın hayatta olup olmadıklarına göre dağılımı

	Psikolojik hastalar		Hemodiyaliz hastaları		Sağlıklı grup	
	N	%	N	%	N	%
Anne ve baba yaşamıyor	12	4	33	11	9	3
Sadece baba yaşıyor	5	1,7	12	4	2	0,7
Sadece anne yaşıyor	27	9	23	7,7	29	9,7
Her ikisi de yaşıyor	56	18,7	32	10,7	60	20

Çizelge 9. Örneklem grubunun kardeş sayısına göre dağılımı

	Psikolojik hastalar		Hemodiyaliz hastaları		Sağlıklı grup	
	N	%	N	%	N	%
Tek çocuk	1	0,3	3	1	1	0,3
1,2,3 ve 4 kardeşi olanlar	58	19,3	44	14,7	56	18,7
5 ve daha fazla kardeşi olanlar	41	13,7	53	17,7	43	14,3

Çizelge 10 Örneklem grubunun çocuk sayısına göre dağılımı

	Psikolojik hastalar		Hemodiyaliz hastaları		Sağlıklı grup	
	N	%	N	%	N	%
Çocuğu olmayanlar	51	17	32	45,7	54	18
1,2 ve 3 çocuğu olanlar	42	14	42	41	39	13
4 ve daha fazla çocuğu olanlar	7	2,3	26	13,3	7	2,3

Örneklemin demografik özelliklerine bakıldığında, cinsiyet ve medeni durum dağılımının eşit olduğu görülmektedir. Kadınlar örneklem grubunu % 50 sini, erkekler % 50 'sini oluşturmaktadır. Evli olan bireyler örneklem grubunu % 50 sini, evli olmayanlar % 50 'sini oluşturmaktadır. Ayrıca psikolojik sorunu olan kişiler, hemodiyaliz hastaları ve sağlıklı bireylerden oluşan gruplarda, evli kadın % 25, evli erkek %25 , bekar kadın % 25 ve bekar erkek % 25 olmak üzere eşit bir şekilde dağılmıştır.

II.3. Veri Toplama Araçları

Araştırmada, yaş, medeni durum, çocuk sayısı, eğitim düzeyi, kardeş sayısı gibi demografik yer aldığı form (EK 1), Yaşam Doyumu Ölçeği (EK 2), Çok boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeğinin gözden geçirilmiş formu (EK 3), Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Kısa Formu (EK 4) Sosyal Ağ Formu (EK 5) Kısa Semptom Envanteri (EK 6) kullanılmıştır. Bu ölçekler sırasıyla tanıtılmıştır.

II.3. 1. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği

Araştırmada bireylerin sosyal desteklerini ölçmek amacıyla, Zimet ve arkadaşlarının 1988 yılında geliştirdiği çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği (Multidimensional Scale of Perceived social support MSPSS) kullanılmıştır. Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği, aile, arkadaşlar ve özel bir insan olmak üzere üç farklı kaynaktan alınan desteğin yeterliliğini ölçen 12 maddeden oluşan bir ölçektir. Her alt ölçekteki dört maddenin puanlarının toplanması ile alt ölçek puanı elde edilir ve bütün alt ölçek puanlarının toplanması ile de ölçeğin toplam puanı elde edilir. Elde edilen puanın yüksek olması algılanan sosyal desteğin yüksek olduğunu ifade etmektedir.

Eker ve arkadaşları tarafından (2001) çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeğinin gözden geçirilmiş formunun faktör yapısı, geçerlik ve güvenilirliği çalışılmıştır. Araştırmada her birinde 50'şer kişi bulunan yatarak tedavi gören psikiyatri grubu, cerrahi müdahale yapılan hastaların oluşturduğu cerrahi grubu ve rastgele seçilmiş hasta ziyaretçilerinin oluşturduğu normal grubu olmak üzere üç gruba uygulanmıştır.

Yapılan analizlerle ölçeğin faktör yapısının genellenebileceği doğrulanmıştır. İç tutarlılığı ölçmek için Cronbach alfa yöntemi kullanılmıştır. Aile alt ölçeğinin güvenilirliği Alpha: .85, arkadaş alt ölçeğinin güvenilirliği Alpha: .88, özel bir insan alt ölçeğinin güvenilirliği Alpha: .92, toplam puanın güvenilirliği Alpha: .89 bulunmuştur. Bu çalışmada ölçeğin güvenilirlik katsayısı tekrar yapılmış ve Cronbach Alfa değeri .85 olarak bulunmuştur.

Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeğinin geçerlik çalışmasında kullanılan algılanan sosyal destek ölçeği ile yüksek korelasyon göstermiştir. (Eker ve ark., 2001)

II.3.2 Sosyal Ağ Formu

Gren ve arkadaşlarının (1996) yaptıkları çalışmada, insanlara ilişkide oldukları kişilerin isimlerini sormuşlar ve bu kişileri kendilerine ne kadar yakın olduklarını işaretlemelerini istemişler. (0 = hiç yakın değil, 9 = çok yakın). Böylelikle kişilerin sosyal ağ büyüklüklerini belirlemişlerdir.

Bizim çalışmamızda ise , kişiden yaşamında, son üç ay içinde , yakın hissettiği kişilerin isimleri yazması istenmiştir. Ayrıca, bu kişilerle ilişkilerinin türünü (anne, baba, amca, arkadaş, kuzen sevgili gibi) ve bu kişilerle yakınlık derecesini (7 çok yakın; 4 biraz yakın ; 1 en az yakın) belirtmesi istenmiştir.

Değerlendirmede yakınlık derecesinin toplamı kullanılmıştır. Bu ölçekten üç puan elde edilir. İlk puan aile ve akraba sosyal ağı puanı, ikinci puan arkadaş ağı puanıdır. Üçüncü puan ise aile ve akraba sosyal ağı ile arkadaş ağı puanlarının toplanmasıyla elde edilen toplam sosyal ağ puanıdır. Böylelikle kişinin sosyal ağının ne oranda aile üyelerinden ve akrabalarından ya da arkadaş ağından oluştuğu ve yakınlık düzeyi belirlenir.

II. 3.3 Yaşam Doyumu Ölçeği

Araştırmada, bireylerin yaşam doyumlarını ölçmek amacıyla, Diener ve arkadaşları tarafından 1985 yılında geliştirilen yaşam doyumu ölçeği- The Satisfaction with Life Scale (SWLS) - kullanılmıştır. Yaşam doyumu ölçeği, bireylerin yaşamlarından aldıkları doyumu belirlemek amacıyla geliştirilmiştir. Ölçek, likert tarzı 7 dereceli (1: kesinlikle katılmıyorum – 7 : Kesinlikle katılıyorum) 5 maddeden oluşmaktadır. Diener ve arkadaşları orijinal çalışmada ölçeğin güvenirliğini $\text{Alpha} = .87$

olarak ,ölçüt bağımlı geçerliğini ise .82 olarak bulmuşlardır. Ölçek Türkiye deki popülasyona Yetim (1993) tarafından uygulanmıştır. Bu çalışmada ölçeğin güvenilirliği oldukça yüksek bulunmuştur. (Alpha = . 86) ve test-tekrar test güvenilirliği .73) (Aktaran; Yetim, 2002) . Bu çalışmada ölçeğin güvenilirlik katsayısı tekrar yapılmış ve Cronbach Alfa değer. 81 olarak bulunmuştur.

II.3.4 Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Kısa Formu

Kültürler arası karşılaştırmalar imkan verecek biçimde geliştirilen WHOQOL- Brief ve WHOQOL 100 Dünya Sağlık Örgütü Merkezli olarak 15 merkezin katkısıyla geliştirilmiştir. WHOQOL- Brief, WHOQOL- 100 içinden seçilen 26 soru ve dört alanı kapsamaktadır. İki ölçek birbiriyle yüksek korelasyon göstermektedir. WHOQOL -100'ün alan puanlarının, ilgili WHOQOL-BREF alan puanlarıyla korelasyon sonuçları , bedensel alan için korelasyon katsayısı .82, ruhsal alan için korelasyon katsayısı .88, sosyal ilişkiler alanı için korelasyon katsayısı .84, çevre alanı için korelasyon katsayısı .92 bulunmuştur.

Sorular son 15 gün dikkate alınarak yanıtlanmaktadır. Ölçekler 5 dereceli Likert tipi kapalı uçlu yanıtları içermektedir. WHOQOL-BREF, biri genel algılanan yaşam kalitesi, diğeri algılanan sağlık durumunun sorgulandığı iki soruyla birlikte toplam 26 soruyu kapsamaktadır. Türkçe geçerlik çalışmaları sırasında bir ulusal soru eklenmesiyle oluşan WHOQOL-BREF-TR 27 sorudan oluşmaktadır. İlk iki soru dışındaki sorular kullanılarak bedensel,psikolojik, sosyal ilişkiler ve ulusal çevre alan puanları hesaplanmıştır.

WHOQOL-Kısa Formunun Alanları

Bedensel alan

Günelik işleri yürütebilme, ilaçlara ve tedaviye bağımlılık, canlılık ve bitkinlik, hareketlilik, ağrı ve rahatsızlık, uyku ve dinlenme, çalışabilme gücü ile ilgili birer soru içermektedir.

Ruhsal alan

Beden imgesi ve dış görünüş, olumsuz duygular, benlik saygısı, olumlu duygular, maneviyat, din, kişisel inançlar, düşünme, öğrenme, bellek ve dikkatini toplama ile ilgili birer soru içermektedir.

Sosyal ilişkiler

Diğer kişilerle ilişkiler, sosyal destek, cinsel yaşama dair birer soru içerir.

Çevre

Maddi kaynaklar, fiziksel güvenlik ve emniyet, sağlık hizmetleri ve sosyal yardım, ulaşılabilirlik ve nitelik, ev ortamı, yeni bilgi ve beceri edinme fırsatları, dinlenme ve boş zaman değerlendirme fırsatları ile bunlara katılabilmek, fiziksel çevre (kirlilik/ gürültü/ trafik/ iklim) ulaşım ile ilgili soruları kapsamaktadır.

Türkiye’de geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları Fidaner ve arkadaşları tarafından 1995 yılında yapılmıştır. Ölçeğin iç tutarlılığı için hesaplanan “ Cronbach alfa” değerleri bedensel alanda 0.83 , ruhsal alanda 0.66, sosyal ilişkiler alanında 0.53 ve çevre alanında 0.73, ulusal çevre alanında 0.73 bulunmuştur. Test-tekrar test güvenilirliği hesaplamaya yönelik, her soru için hesaplanan pearson katsayıları 0.57 ve 0.81 arasında değişmektedir.

II.3. 5. Kısa Semptom Envanteri

Araştırmada Kısa semptom envanteri sadece hemodiyaliz hastalarına uygulanmıştır. Kısa Semptom Envanteri (KSE) (Brief Symptom Inventory), Derogatis (1992) tarafından geliştirilmiş 53 maddelik kendini değerlendirme türü bir envanteredir. Normal örneklemlerde olduğu gibi, çeşitli psikiyatrik ve medikal hastalarda da ortaya çıkabilecek bazı psikolojik semptomları yakalamak amacıyla geliştirilmiş çok boyutlu bir semptom tarama ölçeğidir. KSE, SCL-90 olarak bilinen 90 maddelik Semptom Belirleme Listesi'nin kısaltılmış, yaklaşık olarak 5-10 dakika içinde doldurulabilen bir formudur. Tıpkı SCL-90'da olduğu gibi 9 alt ölçek ve 3 global indeksten oluşmaktadır. Maddeler “hiç” ve “çok fazla” ifadelerine karşılık gelen 0-4 değerleri arasında derecelendirilmiştir. Dokuz alt ölçek, üç global indeks ve ek maddelerden oluşmaktadır. Ölçeğin orijinalinde yer alan alt ölçekler, “somatizasyon”, “obsesif-kompulsif bozukluk”, “kişilerarası duyarlılık”, “depresyon”, “anksiyete”, “hostilite”, “fobik anksiyete”, “paranoid düşünceler” ve “psikotizm”dir. Global indeksler ise “rahatsızlık ciddiyeti indeksi”, “belirti toplamı” ve “semptom rahatsızlık indeksi” olarak adlandırılmaktadır.

Kısa semptom envanteri Türkçe'ye 1994 yılında Nesrin Hisli Şahin ve Ayşegül Durak Batıgün tarafından uyarlanmıştır. Yapılan güvenirlik çalışmalarında Cronbach alpha iç tutarlılık katsayısı .96 ve .95 bulunmuştur.

Yapılan ölçüt bağımlı geçerliliği çalışmasında, Kısa Semptom Envanterinin, Sosyal Karşılaştırma Ölçeğiyle -.14 ve -.34 arasında, Boyun Eğicilik Ölçeği ile .16 ile .42 arasında Strese Yatkınlık Ölçeği ile .24 ile .36 arasında, Ucla Yalnızlık Ölçeği .13 ve .36 arasında, Offer Yalnızlık Ölçeği ile -.34 -.57, Beck Depresyon Envanteri ile .34 ile

.70 arasında değişen korelasyonlar bulunmuştur. Ayrıca faktör analizi yapılmış, 5 faktör bulunmuş anksiyete, depresyon, olumsuz benlik, somatizasyon, hosbilite olmak üzere 5 faktör bulunmuştur.

II.4. İşlem

Araştırma, Mersin Devlet Hastanesi Psikiyatri Polikliniğine ve Mersin’de bir psikiyatristin özel muayenesine başvuran ,duygu-durum ve anksiyete bozukluğu tanısı alan ve tedavi süreci devam eden yüz kişiye, hastanede ve muayenede uygulanmıştır. Araştırmada yer alan hemodiyaliz hastalar , özel iki diyaliz merkezinde en az haftada 3 kez 4 saat olmak üzere diyaliz tedavisi gören toplam yüz kişidir. Uygulama , diyaliz merkezinde, kişiler tedavi sırasında iken gerçekleşmiştir. Fiziksel ve psikolojik rahatsızlığı olmayan sağlıklı 100 kişiden oluşan gruba ise çeşitli yerlerde uygulama yapılmıştır

Uygulamada ölçeklerde sıra etkisini önlemek amacıyla ölçekler farklı katılımcılara farklı sıralarda sunulmuştur.

Araştırmanın amacı katılımcılara kısaca anlatılmış ve araştırmaya katılmayı isteyip istemedikleri sorulmuştur. Katılmak isteyenler araştırma kapsamına alınmıştır. Ölçeklerin doldurulması zaman ile sınırlandırılmamıştır. Uygulamaya katılan hemodiyaliz hastalarının hepsine ölçekte yer alan ifadeler araştırmacı tarafından okunmuştur. Duygu- durum ve anksiyete bozukluğu tanısı alan kişilerin ve sağlıklı bireylerden oluşan grubun yaklaşık ¼ üne, kişiler tarafından okunarak uygulanması talep edildiği için, maddeler araştırmacı tarafından okunarak uygulanmıştır. Her bir ölçeğin doldurulması yaklaşık 20 dakika sürmüştür. Araştırmanın uygulama aşaması ekim 2004- şubat 2005 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir.

Ek olarak, diyaliz hastalarına kısa semptom envanteri uygulanmıştır. Uygulama esnasında ilk önce kısa semptom envanteri uygulanmış, kısa semptom envanterinden yüksek puan alanlara diğer ölçekler uygulanmamıştır ve araştırmaya dahil edilmemişlerdir. Bunun nedeni hemodiyaliz hastalarından salt fiziksel rahatsızlığı olan kişileri belirlemektir.

II.5.Verilerin Analizi

Araştırmada bağımlı değişken olarak değerlendirilen, sosyal destek, sosyal ağ, yaşam kalitesi ve yaşam doyumunun ilişkileri incelenmiştir. Betimsel istatistikler ve ANOVA istatistiksel tekniklerine başvurulmuştur.Verilerin analizinde SPSS (sosyal bilimler için istatistik paket programı) paket programından yararlanılmıştır.

III.BÖLÜM

BULGULAR

Bu bölümde, araştırmada kullanılan ölçeklerin uygulanması sonucunda elde edilen verilerin analizinde ortaya çıkan bulgular üzerinde durulacaktır.

III.1. Araştırmada kullanılan Bağımlı Değişkenler Arasındaki Korelasyonlar

Araştırmada, sosyal destek, sosyal ağ, yaşam doyumu ve yaşam kalitesinin fiziksel sağlık, psikolojik sağlık, sosyal ilişkiler ve çevre alanlarının birbirleriyle ilişkileri incelenmiştir. Sosyal destek ile sosyal ağ arasında pozitif bir ilişki ($r = .22$) olduğu görülmektedir. Katılımcıların sosyal ağları genişledikçe algıladıkları sosyal destek düzeyi artmaktadır. Sosyal destek ile yaşam doyumu arasında da pozitif yönde anlamlı bir ilişki içerisindedir ($r = .35$). Bu korelasyon katsayısı katılımcıların sosyal destek düzeyleri arttıkça yaşam doyumlarının da arttığına işaret etmektedir. Katılımcıların sosyal destek ortalamaları ile yaşam kalitesinin psikolojik sağlık boyutu ($r = .27$) sosyal ilişkiler boyutu ($r = .36$) ve çevre boyutu ($r = .27$) ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı olumlu korelasyonlar elde edilmiştir.

Sosyal ağ ile yaşam doyumu arasında anlamlı bir ilişki ($r = .29$) bulunmuştur. Bu korelasyon katsayısı, bireylerin sosyal ağı genişledikçe yaşam doyumlarının artacağını göstermektedir. Sosyal ağ ile yaşam kalitesinin psikolojik sağlık ($r = .23$), sosyal ilişkiler ($r = .32$) ve çevre ($r = .23$) boyutları arasında pozitif yönde ilişki görülmektedir.

Yaşam doyumu ile yaşam kalitesinin fiziksel sağlık ($r = .24$) psikolojik sağlık ($r = .51$) sosyal ilişkiler ($r = .43$) çevre ($r = .51$) boyutları arasında pozitif anlamlı korelasyon vardır. Yaşam doyumu yüksek olan kişilerin yaşam kaliteleri de daha iyi olmaktadır.

Yaşam kalitelerinin boyutlarını kendi içinde değerlendirdiğimizde; fiziksel sağlık ile psikolojik sağlık ($r = .42$) sosyal ilişkiler ($r = .40$) ve çevre boyutları ($r = .32$) arasında anlamlı ilişki bulunmuştur.

Psikolojik sağlık ile sosyal ilişkiler boyutu ($r = .54$) ve çevre alt boyutu arasında ($r = .51$) pozitif ilişkinin olduğu görülmektedir. Son olarak çevre ve sosyal ilişkiler boyutu arasında istatistiksel olarak anlamlı korelasyon ($r = .44$) elde edilmiştir.

	Sosyal Ağ	Yaşam Doyumu	Fiziksel Sağlık	Psikolojik Sağlık	Sosyal İlişkiler	Çevre
Sosyal Destek	.22**	.35**	.06	.27**	.36**	.27**
Sosyal Ağ		.29**	.08	.23**	.32**	.23**
Yaşam Doyumu			.24**	.51**	.43**	.51**
Fiziksel Sağlık				.42**	.40**	.32**
Psikolojik Sağlık					.54**	.51**
Sosyal İlişkiler						.44**

** $p < 0.05$

III. 2 Hastalık Durumu, Cinsiyet ve Medeni Durumun Bağımlı Değişkenler Üzerindeki Etkisi

Araştırmada, sosyal destek, sosyal ağ, yaşam kalitesi ve yaşam doyumunun hastalık durumuna, cinsiyete ve medeni duruma göre farklılaşıp farklılaşmadığını incelemek amaçlanmıştır. Yapılan analizde her bir bağımlı değişken için 3 (hastalık durumu) X 2 (cinsiyet) X 2 (medeni durum) faktörlü araştırma desenine uygun varyans analizi (ANOVA) yapılmıştır.

Çizelge 11.1 Sosyal Destek Puanlarının Bireylerin Hastalık Durumu, Cinsiyet ve Medeni Duruma Göre Betimsel İstatistikleri

Hastalık durumu	Cinsiyet	Medeni durum	N	Ortalama	Standart sapma
Sağlıklı bireyler	Erkek	Bekar	25	64,28	16,1388
		Evli	25	66,76	13,1792
		Toplam	50	65,52	14,6360
	Kadın	Bekar	25	64,16	15,2416
		Evli	25	63,16	16,1443
		Toplam	50	63,66	15,5467
	Toplam	Bekar	50	64,22	15,5357
		Evli	50	64,96	14,6983
		Toplam	100	64,59	15,0508
Psikolojik sorunu olan bireyler	Erkek	Bekar	25	52,52	18,1018
		Evli	25	58,88	14,3913
		Toplam	50	55,70	16,5002
	Kadın	Bekar	25	47,72	16,5618
		Evli	25	55,12	16,4831
		Toplam	50	51,42	16,7747
	Toplam	Bekar	50	50,12	17,3413
		Evli	50	57,00	15,4312
		Toplam	100	53,56	16,6929
Hemodiyaliz hastaları	Erkek	Bekar	25	64,68	15,6757
		Evli	25	65,68	9,9905
		Toplam	50	65,18	13,0191
	Kadın	Bekar	25	65,52	11,9133
		Evli	25	63,60	11,2101
		Toplam	50	64,56	11,4894
	Toplam	Bekar	50	65,10	13,7859
		Evli	50	64,64	10,5613
		Toplam	100	64,87	12,2199
Toplam	Erkek	Bekar	75	60,49	17,3979
		Evli	75	63,77	12,9694
		Toplam	150	62,13	15,3809
	Kadın	Bekar	75	59,13	16,6330
		Evli	75	60,62	15,1263
		Toplam	150	59,88	15,8618
	Toplam	Bekar	150	59,81	16,9763
		Evli	150	62,20	14,1303
		Toplam	300	61,00	15,6378

Çizelge 11.2 Sosyal Destek Puanlarının Bireylerin Hastalık Durumu, Cinsiyet ve Medeni Durumuna Göre ANOVA Sonuçları

Varyansın kaynağı	Kareler toplamı	Serbestlik derecesi	Ortalama kareler	F	p*	Eta Kare
Cinsiyet	380,813	1	380,813	1,744	,188	,006
Medeni Durum	427,213	1	427,213	1,956	,163	,007
Hastalık durumu	8321,847	2	4160,923	19,050	,000	,117
Cinsiyet x Medeni Durum	59,853	1	59,853	,274	,601	,001
Cinsiyet x Hastalık Durumu	173,247	2	86,623	,397	,673	,003
Medeni Durum x Hastalık Durumu	775,127	2	387,563	1,774	,171	,012
Cinsiyet x Medeni Durum x Hastalık Durumu	75,887	2	37,943	,174	,841	,001
Hata	62904,000	288	218,417			
Toplam	1189662,000	300				

*p <.05

Çizelge 11.2. incelendiğinde bireylerin sosyal destek puanları arasında bireylerin hastalık durumuna göre anlamlı bir fark tespit edilmiştir ($F(2-288) = 19,050$; $p < .05$). Diğer bir deyişle bireylerin sosyal destek puanlarının bireylerin hastalık durumuna göre anlamlı bir şekilde değiştiği söylenebilir. Sosyal destek puanları arasındaki farklılığın hangi gruplardan kaynaklandığını belirlemek amacıyla, varyanslar homojen olmadığı Dunnet C testi yapılmış ve yapılan Dunnet C testi sonuçlarına göre, hemodiyaliz hastası ($X = 64,87$) ve sağlıklı bireylerin ($X = 64,59$), sosyal destek puanlarının, psikolojik sorunu olan bireylerden ($X = 53,56$) anlamlı bir şekilde daha yüksek olduğu söylenebilir. Medeni duruma göre bireylerin sosyal destek düzeyleri farklılaşmamaktadır. Ayrıca bireylerin cinsiyetine göre de sosyal destek düzeyleri farklılaşmamaktadır.

Yapılan analizlerde bağımsız değişkenlerin ortak etkisine göre bireylerin sosyal destek puanlarının farklılaşmadığı bulunmuştur.

Çizelge 11.3 Sosyal Ağ Puanlarının Medeni Durum, Cinsiyet ve Hastalık Durumuna Göre Betimsel İstatistikleri

Hastalık durumu	Cinsiyet	Medeni durum	N	Ortalama	Standart sapma
Sağlıklı bireyler	Erkek	Bekar	25	61,80	35,0749
		Evli	25	56,84	40,9539
		Toplam	50	59,32	37,8199
	Kadın	Bekar	25	81,04	60,6736
		Evli	25	52,16	31,5339
		toplam	50	66,60	50,0290
	Toplam	Bekar	50	71,42	50,0009
		Evli	50	54,50	36,2510
		Toplam	100	62,96	44,2735
Psikolojik sorunu olan bireyler	Erkek	Bekar	25	37,12	24,5820
		Evli	25	43,04	26,6669
		Toplam	50	40,08	25,5581
	Kadın	Bekar	25	44,20	32,9608
		Evli	25	48,52	29,1421
		Toplam	50	46,36	30,8682
	Toplam	Bekar	50	40,66	28,9980
		Evli	50	45,78	27,7836
		Toplam	100	43,22	28,3704
Hemodiyaliz Hastaları	Erkek	Bekar	25	55,00	27,4393
		Evli	25	63,84	26,2562
		Toplam	50	59,42	26,9513
	Kadın	Bekar	25	61,48	27,9078
		Evli	25	76,44	33,5796
		Toplam	50	68,96	31,4779
	Toplam	Bekar	50	58,24	27,5855
		Evli	50	70,14	30,5033
		Toplam	100	64,19	29,5453
Toplam	Erkek	Bekar	75	51,30	30,8054
		Evli	75	54,57	32,7699
		Toplam	150	52,94	31,7383
	Kadın	Bekar	75	62,24	45,0381
		Evli	75	59,04	33,4561
		Toplam	150	60,64	39,5712
	Toplam	Bekar	150	56,77	38,8432
		Evli	150	56,80	33,0795
		Toplam	300	56,79	36,0162

Çizelge 11.4 Sosyal Ağ Puanlarının Bireylerin Hastalık Durumu, Cinsiyet ve Medeni Durumuna Göre ANOVA Sonuçları

Varyansın kaynağı	Kareler toplamı	Serbestlik derecesi	Ortalama kareler	F	P*	Eta kare
Cinsiyet	4446,750	1	4446,750	3,762	,053	,013
Medeni Durum	8,33E-02	1	8,33E-02	,000	,993	,000
Hastalık Durumu	27697,38	2	13848,690	11,717	,000	,075
Cinsiyet X Medeni Durum	784,083	1	784,083	,663	,416	,002
Cinsiyet X Hastalık Durumu	139,460	2	69,730	,059	,943	,000
Medeni Durum X Hastalık Durumu	11352,69	2	5676,343	4,803	,009	,032
Cinsiyet X Medeni Durum X Hastalık Durumu	3042,047	2	1521,023	1,287	,278	,009
Hata	340391,3	288	1181,914			
Toplam	1355385	300				

Çizelge 1.4 incelendiğinde bireylerin sosyal ağ puanları arasında bireylerin hastalık durumuna göre anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir ($F (2-288) = 11,717 ; p <.05$). Diğer bir deyişle bireylerin sosyal ağ puanlarının bireylerin hastalık durumuna göre anlamlı bir şekilde değiştiği söylenebilir. Sosyal ağ puanları arasındaki farklılığın hangi gruplardan kaynaklandığını belirlemek amacıyla, varyanslar homojen olmadığı Dunnet C testi yapılmış ve yapılan Dunnet C testi sonuçlarına göre, hemodiyaliz hastası ve sağlıklı bireylerin , sosyal ağ puanlarının (hemodiyaliz $X= 64,19$ sağlıklı bireyler $X = 62,96$), psikolojik sorunu olan bireylerden ($X = 43,22$) anlamlı bir şekilde daha yüksek olduğu söylenebilir. Medeni duruma göre bireylerin sosyal ağ düzeyleri farklılaşmamaktadır. Ayrıca bireylerin cinsiyetine göre de sosyal ağ düzeyleri farklılaşmamaktadır.

Bireylerin hastalık durumu ve medeni durum değişkenlerinin ortak etkileşimi bulunmuştur. ($F(2-288) = 4,803; p < .05$). Sosyal ağ puanları arasındaki farklılığın hangi gruplardan kaynaklandığını belirlemek amacıyla, varyanslar homojen olmadığı için Post Hoc testlerinden Dunnet C testi yapılmıştır. Yapılan Dunnet C testi sonuçlarına göre, sağlıklı bekar bireylerin puanları ($X = 71,42$), psikolojik sorunu olan evli bireylerden ($X = 45,78$) anlamlı şekilde daha yüksek bulunmuştur. Hemodiyaliz hastası olan evli bireylerin sosyal ağ puanları ($X = 70,14$) psikolojik sorunu olan bekar bireylerden ($X = 40,66$) daha yüksek bulunmuştur. Hemodiyaliz hastası olan evlilerin sosyal ağ puanlarının ($X = 70,14$), bekar hemodiyaliz hastalarının puanlarından ($X = 58,24$) daha yüksek olduğu bulgulanmıştır.

Post hoc testleri yapılarak, bekar bireyleri hastalık durumuna göre karşılaştırdığımızda; ($F(2-149) = 8,709; p < .05$) sağlıklı bekar bireylerin ($X = 71,42$) ve bekar hemodiyaliz hastalarının sosyal ağ puanları ($X = 58,24$) psikolojik sorunu olan bekar bireylerin puanlarından ($X = 40,66$) anlamlı bir şekilde daha yüksek bulunmuştur.

Evli bireyleri hastalık durumuna göre karşılaştırdığımızda; ($F(2-149) = 7,575; p < .05$) hemodiyaliz hastası olan evli bireylerin sosyal ağ puanları ($X = 70,14$) psikolojik sorunu olan evli bireylerden ($X = 45,78$) anlamlı bir şekilde daha yüksek bulunmuştur.

Bireylerin medeni durum ve cinsiyetlerinin ortak etkisi, hastalık durumu ve cinsiyetlerinin ortak etkisi sosyal ağ düzeyleri üzerinde farklılaşma oluşturmamıştır. Ayrıca bireylerin hastalık durumu, medeni durum ve cinsiyetlerinin ortak etkisinin sosyal ağ üzerinde farklılaşma oluşturmadığı belirlenmiştir.

Çizelge 11.5 Yaşam Doyumu Puanlarının Medeni Durum, Cinsiyet Ve Hastalık Durumuna Göre Betimsel İstatistikleri

Hastalık durumu	Cinsiyet	Medeni durum	N	Ortalama	Standart sapma
Sağlıklı bireyler	Erkek	Bekar	25	21,00	6,8191
		Evli	25	22,32	4,8194
		Toplam	50	21,66	5,8819
	Kadın	Bekar	25	23,72	5,4888
		Evli	25	21,56	6,8743
		Toplam	50	22,64	6,2524
	Toplam	Bekar	50	22,36	6,2784
		Evli	50	21,94	5,8881
		Toplam	100	22,15	6,0593
Psikolojik sorunu olan bireyler	Erkek	Bekar	25	13,72	6,4065
		Evli	25	16,60	6,9402
		Toplam	50	15,16	6,7684
	Kadın	Bekar	25	13,60	4,4535
		Evli	25	19,72	8,1676
		Toplam	50	16,66	7,2072
	Toplam	Bekar	50	13,66	5,4608
		Evli	50	18,16	7,6648
		Toplam	100	15,91	6,9965
Hemodiyaliz hastaları	Erkek	Bekar	25	19,44	6,9407
		Evli	25	20,88	5,7830
		Toplam	50	20,16	6,3643
	Kadın	Bekar	25	22,00	5,1397
		Evli	25	21,20	6,9041
		Toplam	50	21,60	6,0373
	Toplam	Bekar	50	20,72	6,1811
		Evli	50	21,04	6,3050
		Toplam	100	20,88	6,2138
Toplam	Erkek	Bekar	75	18,05	7,3446
		Evli	75	19,93	6,3231
		Toplam	150	18,99	6,8947
	Kadın	Bekar	75	19,77	6,6771
		Evli	75	20,82	7,2845
		Toplam	150	20,30	6,9839
	Toplam	Bekar	150	18,91	7,0482
		Evli	150	20,38	6,8126
		Toplam	300	19,64	6,9587

Çizelge 11.6 Yaşam Doyumu Puanlarının Bireylerin Hastalık Durumu, Cinsiyet ve Medeni Durumuna Göre ANOVA Sonuçları

Varyansın kaynağı	Kareler toplamı	Serbestlik derecesi	Kareler ortalaması	F	P*	Eta kare
Cinsiyet	128,053	1	128,053	3,211	,074	,011
Medeni durum	161,333	1	161,333	4,045	,045	,014
Hastalık durumu	2175,047	2	1087,523	27,270	,000	,159
Cinsiyet x Medeni durum	12,813	1	12,813	,321	,571	,001
Cinsiyet x Hastalık durumu	4,047	2	2,023	,051	,951	,000
Medeni durum x Hastalık durumu	351,887	2	175,943	4,412	,013	,030
Cinsiyet x Medeni durum x Hastalık durumu	159,847	2	79,923	2,004	,137	,014
Hata	11485,520	288	39,880			
Toplam	130276,000	300				

Çizelge 11.6 incelendiğinde bireylerin yaşam doyumu puanları arasında bireylerin hastalık durumuna göre anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir ($F(2-288) = 27,270$; $p < .05$). Diğer bir deyişle bireylerin yaşam doyumu puanlarının bireylerin hastalık durumuna göre anlamlı bir şekilde değiştiği söylenebilir. Yaşam doyumu puanları arasındaki farklılığın hangi gruplardan kaynaklandığını belirlemek amacıyla , varyanslar homojen olmadığı Scheffe testi yapılmış ve yapılan Scheffe testi sonuçlarına göre, hemodiyaliz hastası ve sağlıklı bireylerin , yaşam doyumu puanlarının (hemodiyaliz $X = 22.15$ sağlıklı bireyler $X = 20.88$), psikolojik sorunu olan bireylerden ($X = 15.91$) anlamlı bir şekilde daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Bireylerin yaşam doyumu puanlarının bireylerin medeni durumuna göre farklılaştığı bulunmuştur ($F(1-288) = 4,045$; $p < .05$) evli bireylerin yaşam doyumu puanları ($X = 20,38$) bekar bireylerin yaşam doyumu puanlarından ($X = 18,91$) anlamlı bir

şekilde daha yüksek olduğu bulunmuştur. Bireylerin yaşam doyumu puanlarının bireylerin cinsiyetine göre farklılaşmadığı bulunmuştur.

Bireylerin yaşam doyumu puanlarının hastalık durumu ve medeni durum değişkenlerinin ortak etkisine göre farklılaştığı bulunmuştur ($F(2-288) = 4,412; p < .05$). Yaşam doyumu puanları arasındaki farklılığın hangi gruplardan kaynaklandığını belirlemek amacıyla, varyanslar homojen olduğu için Scheffe testi yapılmış ve yapılan Scheffe testi sonuçlarına göre, psikolojik sorunu olan bekar bireylerin yaşam doyumu puanlarının ($X = 13,66$), sağlıklı evli bireylerden ($X = 21,94$), hemodiyaliz hastası olan evli bireylerin ($X = 21,04$) ve psikolojik sorunu olan evli bireylerden ($X = 18,16$) anlamlı bir şekilde daha düşük olduğu bulgulanmıştır. Ayrıca psikolojik sorunu olan evli bireylerin yaşam doyumu puanları ($X = 18,16$) sağlıklı bekar bireylerin yaşam doyumu puanlarından ($X = 22,36$) anlamlı bir şekilde daha düşüktür.

Bekar bireyleri hastalık durumuna göre karşılaştırdığımızda; ($F(2-149) = 29,83; p < .05$) sağlıklı bekar bireylerin ($X = 22,36$) ve bekar hemodiyaliz hastalarının yaşam doyumu puanları ($X = 20,72$) psikolojik sorunu olan bekar bireylerin puanlarından ($X = 13,66$) anlamlı bir şekilde daha yüksek bulunmuştur.

Evli bireyleri hastalık durumuna göre karşılaştırdığımızda; ($F(2-149) = 4,391; p < .05$) sağlıklı evli bireylerin puanları ($X = 21,94$) psikolojik sorunu olan evli bireylerin puanlarından ($X = 18,16$) anlamlı bir şekilde daha yüksek olduğu bulunmuştur.

Bireylerin medeni durum ve cinsiyetlerinin ortak etkisi, hastalık durumu ve cinsiyetlerinin ortak etkisi yaşam doyumu düzeyleri üzerinde farklılaşmaya oluşturmamıştır. Ayrıca bireylerin hastalık durumu, medeni durum ve cinsiyetlerinin ortak etkisinin yaşam doyumu üzerinde farklılaşma oluşturmadığı belirlenmiştir.

Çizelge 11.7 Yaşam Kalitesinin Fiziksel Sağlık Alanı Puanlarının Medeni Durum, Cinsiyet ve Hastalık Durumuna Göre Betimsel İstatistikleri

Hastalık durumu	Cinsiyet	Medeni durum	N	Ortalama	Standart sapma
Sağlıklı bireyler	Erkek	Bekar	25	15,52	2,5515
		Evli	25	14,68	2,7946
		Toplam	50	15,10	2,6821
	Kadın	Bekar	25	16,88	1,8779
		Evli	25	16,96	1,5406
		Toplam	50	16,92	1,7004
	Toplam	Bekar	50	16,20	2,3212
		Evli	50	15,82	2,5127
		Toplam	100	16,01	2,4142
Psikolojik sorunu olan bireyler	Erkek	Bekar	25	12,52	2,6789
		Evli	25	11,92	3,2650
		Toplam	50	12,22	2,9712
	Kadın	Bekar	25	12,68	2,9400
		Evli	25	12,40	2,7234
		Toplam	50	12,54	2,8082
	Toplam	Bekar	50	12,60	2,7848
		Evli	50	12,16	2,9854
		Toplam	100	12,38	2,8807
Hemodiyaliz hastaları	Erkek	Bekar	25	11,64	2,8850
		Evli	25	10,96	2,8937
		Toplam	50	11,30	2,8803
	Kadın	Bekar	25	10,96	2,4235
		Evli	25	9,96	2,3360
		Toplam	50	10,46	2,4093
	Toplam	Bekar	50	11,30	2,6592
		Evli	50	10,46	2,6512
		Toplam	100	10,88	2,6753
Toplam	Erkek	Bekar	75	13,22	3,1519
		Evli	75	12,52	3,3505
		Toplam	150	12,87	3,2611
	Kadın	Bekar	75	13,50	3,4811
		Evli	75	13,10	3,6708
		Toplam	150	13,30	3,5708
	Toplam	Bekar	150	13,36	3,3124
		Evli	150	12,81	3,5149
		Toplam	300	13,09	3,4207

Çizelge 11.8 Yaşam Kalitesinin Fiziksel Sağlık Alt Alanı Puanlarının Bireylerin Hastalık Durumu, Cinsiyet ve Medeni Durumuna Göre ANOVA Sonuçları

Varyansın Kaynağı	Kareler Toplamı	Serbestlik Derecesi	Kareler Ortalaması	F	P*	Eta Kare
Cinsiyet	14,083	1	14,083	2,057	,153	,007
Medeni Durum	22,963	1	22,963	3,355	,068	,012
Hastalık Durumu	1391,460	2	695,730	101,636	,000	,414
Cinsiyet X Medeni Durum	1,763	1	1,763	,258	,612	,001
Cinsiyet X Hastalık Durumu	88,927	2	44,463	6,495	,002	,043
Medeni Durum X Hastalık Durumu	3,127	2	1,563	,228	,796	,002
Cinsiyet X Medeni Durum X Hastalık Durumu	4,807	2	2,403	,351	,704	,002
Hata	1971,440	288	6,845			
Toplam	54903,000	300				

Çizelge 11.8 incelendiğinde yaşam kalitesinin fiziksel sağlık alt alanı puanları arasında bireylerin hastalık durumuna göre anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir ($F(2-288) = 101,636$; $p < .05$) Bireylerin yaşam kalitesinin fiziksel sağlık alt alanı puanları arasındaki farklılığın hangi gruplardan kaynaklandığını belirlemek amacıyla, varyanslar homojen olduğu için Scheffe testi yapılmış ve yapılan Scheffe testi sonuçlarına göre, sağlıklı bireylerin yaşam kalitesinin fiziksel sağlık puanları ($X = 16,01$) hemodiyaliz hastası ($X = 10,88$) ve psikolojik sorunu olan bireylerin puanlarından ($X = 12,38$) anlamlı bir şekilde daha yüksek olduğu söylenebilir. Ayrıca psikolojik sorunu olan bireylerin ($X = 12,38$) yaşam kalitesinin fiziksel sağlık alt alanından aldığı puanlar hemodiyaliz hastası olan bireylerden ($X = 10,88$) anlamlı bir şekilde daha yüksek bulunmuştur.

Yapılan analizde bireylerin yaşam kalitesinin fiziksel sağlık alt alanı puanlarının bireylerin cinsiyetine göre farklılaşmadığı bulunmuştur. Ayrıca bireylerin medeni durumuna göre de yaşam kalitesinin fiziksel sağlık alt alanı puanlarının farklılaşmadığı belirlenmiştir.

Bireylerin yaşam kalitesinin fiziksel sağlık alt alanı puanlarının bireylerin cinsiyeti ve hastalık durumunun ortak etkisine göre farklılaştığı bulunmuştur ($F(2-288) = 6.499$). Sağlıklı erkeklerin fiziksel sağlık puanları ($X = 16,92$) sağlıklı kadınlardan ($X = 15,10$), psikolojik sorunu olan kadınlardan ve ($X = 12,22$), hemodiyaliz hastası olan kadınlardan ($X = 11,30$) anlamlı düzeyde daha yüksektir. Sağlıklı kadınların fiziksel sağlık puanları ($X = 15,10$), psikolojik sorunu olan erkeklerden ($X = 12,54$), ve hemodiyaliz hastası olan erkeklerden ($X = 10,46$) anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur. Psikolojik sorunu olan kadınların ($X = 12,22$) ve psikolojik sorunu olan erkeklerin ($X = 12,54$) fiziksel sağlık puanları hemodiyaliz hastası olan erkeklerden ($X = 10,46$) anlamlı düzeyde daha yüksektir.

Erkekleri hastalık durumuna göre karşılaştırdığımızda ($F(2-149) = 98,36$) sağlıklı erkeklerin fiziksel sağlık puanları ($X = 16,92$) psikolojik sorunu olan erkeklerden ($X = 12,54$), hemodiyaliz hastası olan erkeklerden ($X = 10,46$) anlamlı düzeyde daha yüksektir.

Kadınları hastalık durumuna göre karşılaştırdığımızda ($F(2-149) = 24,242$) sağlıklı kadınların fiziksel sağlık puanları ($X = 15,10$) psikolojik sorunu olan kadınlardan ($X = 12,22$) ve hemodiyaliz hastası olan kadınlardan ($X = 11,30$) anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur.

Çizelge 11.9 Yaşam Kalitesinin Psikolojik Sağlık Alt Alanı Puanlarının Medeni Durum, Cinsiyet ve Hastalık Durumuna Göre Betimsel İstatistikleri

Hastalık durumu	Cinsiyet	Medeni durum	N	Ortalama	Standart sapma
Sağlıklı bireyler	Erkek	Bekar	25	13,88	3,2187
		Evli	25	13,88	1,8102
		Toplam	50	13,88	2,5844
	Kadın	Bekar	25	16,36	2,2151
		Evli	25	15,96	1,6951
		Toplam	50	16,16	1,9625
	Toplam	Bekar	50	15,12	3,0077
		Evli	50	14,92	2,0288
		Toplam	100	15,02	2,5544
Psikolojik Sorunu olan bireyler	Erkek	Bekar	25	11,88	2,7737
		Evli	25	11,64	2,7062
		Toplam	50	11,76	2,7147
	Kadın	Bekar	25	11,88	2,9057
		Evli	25	12,88	2,2605
		Toplam	50	12,38	2,6255
	Toplam	Bekar	50	11,88	2,8113
		Evli	50	12,26	2,5460
		Toplam	100	12,07	2,6752
Hemodiyaliz Hastaları	Erkek	Bekar	25	14,16	2,7791
		Evli	25	13,72	2,5417
		Toplam	50	13,94	2,6451
	Kadın	Bekar	25	15,44	1,8726
		Evli	25	15,68	2,0761
		Toplam	50	15,56	1,9604
	Toplam	Bekar	50	14,80	2,4328
		Evli	50	14,70	2,5010
		Toplam	100	14,75	2,4552
Toplam	Erkek	Bekar	75	13,30	3,0667
		Evli	75	13,08	2,5667
		Toplam	150	13,19	2,8206
	Kadın	Bekar	75	14,56	3,0413
		Evli	75	14,84	2,4387
		Toplam	150	14,70	2,7508
	Toplam	Bekar	150	13,93	3,1080
		Evli	150	13,96	2,6467
		toplam	300	13,94	2,8773

Çizelge 11.10 Yaşam Kalitesinin Psikolojik Sağlık Alt Alanı Puanlarının Bireylerin Hastalık Durumu, Cinsiyet ve Medeni Durumuna Göre ANOVA Sonuçları

Varyansın kaynağı	Kareler toplamı	Serbestlik derecesi	Ortalama kareler	F	P*	Eta kare
Cinsiyet	170,253	1	170,253	28,381	,000	,090
Medeni Durum	5,333E-02	1	5,333E-02	,009	,925	,000
Hastalık Durumu	531,927	2	265,963	44,335	,000	,235
Cinsiyet X Medeni Durum	4,813	1	4,813	,802	,371	,003
Cinsiyet X Hastalık Durumu	34,927	2	17,463	2,911	,056	,020
Medeni Durum X Hastalık Durumu	4,807	2	2,403	,401	,670	,003
Cinsiyet X Medeni Durum X Hastalık Durumu	8,687	2	4,343	,724	,486	,005
Hata	1727,680	288	5,999			
Toplam	60836,000	300				

Bireylerin yaşam kalitesinin psikolojik sağlık alt alanı puanlarının bireylerin hastalık durumuna göre farklılık gösterip göstermediği varyans analizi ile test edilmiş ve sonuçlar çizelge 11.10 da verilmiştir. Çizelge incelendiğinde bireylerin yaşam kalitesinin psikolojik sağlık alt alanı puanları arasında bireylerin hastalık durumuna göre anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir ($F(2-288) = 44,335; p < .05$). Diğer bir deyişle bireylerin yaşam kalitesinin psikolojik sağlık alt alanı puanlarının bireylerin hastalık durumuna göre anlamlı bir şekilde değiştiği söylenebilir. Bireylerin yaşam kalitesinin psikolojik sağlık alt alanı puanları arasındaki farklılığın hangi gruplardan kaynaklandığını belirlemek amacıyla, varyanslar homojen olduğu için Scheffe testi yapılmış ve yapılan Scheffe testi sonuçlarına göre, sağlıklı bireylerin ($X = 15,02$) ve hemodiyaliz hastalarının ($X = 14,75$) yaşam kalitesinin psikolojik sağlık puanlarının psikolojik sorunu olan bireylerin ($X = 12,07$) anlamlı bir şekilde daha yüksek olduğu söylenebilir.

Çizelge 11.10 incelendiğinde bireylerin yaşam kalitesinin psikolojik sağlık alt alanı puanları arasında bireylerin cinsiyetine göre anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir ($F(1-288) = 28,381; p < .05$). Yapılan analizlerde sonuçlarına göre, kadınların psikolojik sağlık puanları ($X = 14,70$) erkeklerin psikolojik sağlık puanlarından ($X = 13,19$) daha yüksek bulunmuştur.

Yapılan analizde, bireylerin yaşam kalitesinin psikolojik sağlık alanı puanlarının bireylerin medeni durumuna göre farklılaşmadığı bulunmuştur. Ayrıca cinsiyet, medeni durumu, hastalık durumu değişkenlerinin ortak etkisi, bireylerin yaşam kalitesinin psikolojik sağlık alanında farklılaşma oluşturmamıştır.

Çizelge 11.11 Yaşam kalitesinin sosyal ilişkiler alanı puanlarının medeni durum, cinsiyet ve hastalık durumuna göre betimsel istatistikleri

Hastalık Durumu	Cinsiyet	Medeni Durum	N	ortalama	Standart sapma
Sağlıklı bireyler	Erkek	Bekar	25	13,96	3,0067
		Evli	25	14,24	3,0315
		Toplam	50	14,10	2,9915
	Kadın	Bekar	25	14,20	3,3541
		Evli	25	15,88	2,3331
		Toplam	50	15,04	2,9827
	Toplam	Bekar	50	14,08	3,1548
		Evli	50	15,06	2,8024
		Toplam	100	14,57	3,0093
Psikolojik sorunu olan bireyler	Erkek	Bekar	25	9,80	3,5355
		Evli	25	11,80	3,2146
		Toplam	50	10,80	3,4934
	Kadın	Bekar	25	11,64	3,8824
		Evli	25	12,40	2,7839
		Toplam	50	12,02	3,3654
	Toplam	Bekar	50	10,72	3,7906
		Evli	50	12,10	2,9915
		Toplam	100	11,41	3,4673
Hemodiyaliz hastaları	Erkek	Bekar	25	12,76	4,2158
		Evli	25	13,72	2,6223
		Toplam	50	13,24	3,5084
	Kadın	Bekar	25	14,36	2,5311
		Evli	25	14,04	4,2375
		Toplam	50	14,20	3,4582
	Toplam	Bekar	50	13,56	3,5350
		Evli	50	13,88	3,4913
		Toplam	100	13,72	3,4991
Toplam	Erkek	Bekar	75	12,17	3,9809
		Evli	75	13,25	3,1110
		Toplam	150	12,71	3,6015
	Kadın	Bekar	75	13,40	3,4913
		Evli	75	14,10	3,4858
		Toplam	150	13,75	3,4948
	Toplam	Bekar	150	12,78	3,7820
		Evli	150	13,68	3,3203
		Toplam	300	13,23	3,5807

Çizelge 11.12 Yaşam Kalitesinin Sosyal İlişkiler Alt Alanı Puanlarının Bireylerin Hastalık Durumu, Cinsiyet ve Medeni Durumuna Göre ANOVA Sonuçları

Varyansın Kaynağı	Kareler Toplamı	Serbestlik Derecesi	Ortalama Kareler	F	P*	Eta kare
Cinsiyet	81,120	1	81,120	7,511	,007	,025
Medeni Durum	59,853	1	59,853	5,542	,019	,019
Hastalık Durumu	534,807	2	267,403	24,761	,000	,147
Cinsiyet X Medeni Durum	2,613	1	2,613	,242	,623	,001
Cinsiyet X Hastalık Durumu	1,220	2	,610	,056	,945	,000
Medeni Durum X Hastalık Durumu	14,327	2	7,163	,663	,516	,005
Cinsiyet X Medeni Durum X Hastalık Durumu	29,487	2	14,743	1,365	,257	,009
Hata	3110,240	288	10,799			
Toplam	56370,000	300				

Bireylerin yaşam kalitesinin sosyal ilişkiler alt alanı puanlarının bireylerin hastalık durumuna göre farklılık gösterip göstermediği varyans analizi ile test edilmiş ve sonuçlar çizelge 11.12 de verilmiştir. Çizelge incelendiğinde bireylerin yaşam kalitesinin sosyal ilişkiler alt alanı puanları arasında bireylerin hastalık durumuna göre anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir ($F(2-288) = 24,761$; $p < .05$). Bireylerin yaşam kalitesinin sosyal ilişkiler alt alanı puanları arasındaki farklılığın hangi gruplardan kaynaklandığını belirlemek amacıyla, varyanslar homojen olduğu için Scheffe testi yapılmış ve yapılan Scheffe testi sonuçlarına göre, sağlıklı bireylerin ($X = 14,57$) ve hemodiyaliz hastalarının ($X = 13,72$) yaşam kalitesinin sosyal ilişkiler puanlarının psikolojik sorunu olan bireylerin ($X = 11,41$) anlamlı bir şekilde daha yüksek olduğu söylenebilir.

Bireylerin yaşam kalitesinin sosyal ilişkiler alt alanı puanlarının, bireylerin cinsiyetine göre farklılık gösterip göstermediği varyans analizi ile test edilmiştir. Çizelge

11.12 incelendiğinde bireylerin yaşam kalitesinin sosyal ilişkiler alt alanı puanları arasında bireylerin cinsiyetine göre anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir ($F (1-288) = 7,511; p <.05$). Yapılan analizlerin sonuçlarına göre, kadınların sosyal ilişkiler puanları ($X = 13.75$) erkeklerin sosyal ilişkiler puanlarından ($X = 12,71$) daha yüksek bulunmuştur. Bireylerin medeni durumuna göre yaşam kalitesinin sosyal ilişkiler alt alanı puanlarının farklılık gösterip göstermediği varyans analizi ile test edilmiş ve sonuçlar çizelge 1.12 de verilmiştir. Bireylerin yaşam kalitesinin sosyal ilişkiler alt alanı puanları arasında bireylerin medeni durumuna göre anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir ($F (1-288) = 5,542; p <.05$). Yapılan analizlerde sonuçlarına göre, evlilerin sosyal ilişkiler puanları ($X = 13.68$) bekarların sosyal ilişkiler puanlarından ($X = 12,78$) daha yüksek bulunmuştur.

Cinsiyet, medeni durumu, hastalık durumu değişkenlerinin ortak etkileri, bireylerin yaşam kalitesinin sosyal ilişkiler alanında farklılaşma oluşturmadığı belirlenmiştir.

Çizelge 11.13 Yaşam kalitesinin çevre alanı puanlarının medeni durum, cinsiyet ve hastalık durumuna göre betimsel istatistikleri

Hastalık durumu	Cinsiyet	Medeni durum	N	Ortalama	Standart sapma
Sağlıklı bireyler	Erkek	Bekar	25	13,32	2,1158
		Evli	25	13,32	1,8193
		Toplam	50	13,32	1,9529
	Erkek	Bekar	25	14,00	2,2546
		Evli	25	14,44	2,3288
		Toplam	50	14,22	2,2794
	Toplam	Bekar	50	13,66	2,1910
		Evli	50	13,88	2,1442
		Toplam	100	13,77	2,1596
Psikolojik sorunu olan bireyler	Erkek	Bekar	25	11,88	2,2420
		Evli	25	12,72	2,5904
		Toplam	50	12,30	2,4349
	Erkek	Bekar	25	12,36	2,3784
		Evli	25	13,00	2,2730
		Toplam	50	12,68	2,3250
	Toplam	Bekar	50	12,12	2,3003
		Evli	50	12,86	2,4160
		Toplam	100	12,49	2,3762
Hemodiyaliz hastaları	Erkek	Bekar	25	13,24	2,2413
		Evli	25	13,40	2,3452
		Toplam	50	13,32	2,2717
	Erkek	Bekar	25	13,88	1,8330
		Evli	25	13,88	1,2689
		Toplam	50	13,88	1,5602
	Toplam	Bekar	50	13,56	2,0520
		Evli	50	13,64	1,8818
		Toplam	100	13,60	1,9592
Toplam	Erkek	Bekar	75	12,81	2,2702
		Evli	75	13,14	2,2643
		Toplam	150	12,98	2,2658
	Erkek	Bekar	75	13,41	2,2666
		Evli	75	13,77	2,0767
		Toplam	150	13,59	2,1740
	Toplam	Bekar	150	13,11	2,2808
		Evli	150	13,46	2,1879
		Toplam	300	13,28	2,2378

Çizelge 11.14 Yaşam Kalitesinin Çevre Alt Alanı Puanlarının Bireylerin Hastalık Durumu, Cinsiyet ve Medeni Durumuna Göre ANOVA Sonuçları

Varyansın Kaynağı	Kareler Toplamı	Serbestlik derecesi	Ortalama Kareler	F	P*	Eta kare
Cinsiyet	28,213	1	28,213	6,009	,015	,020
Medeni Durum	9,013	1	9,013	1,920	,167	,007
Hastalık Durumu	96,647	2	48,323	10,291	,000	,067
Cinsiyet X Medeni Durum	1,333e-02	1	1,333e-02	,003	,958	,000
Cinsiyet X Hastalık Durumu	3,487	2	1,743	,371	,690	,003
Medeni Durum X Hastalık Durumu	6,047	2	3,023	,644	,526	,004
Cinsiyet X Hastalık Durumu X Medeni Durum	1,607	2	,803	,171	,843	,001
Hata	1352,320	288	4,696			
Toplam	54458,000	300				

Bireylerin yaşam kalitesinin çevre alt alanı puanlarının bireylerin hastalık durumuna göre farklılık gösterip göstermediği varyans analizi ile test edilmiş ve sonuçlar çizelge 11.14'de verilmiştir. Çizelge incelendiğinde bireylerin yaşam kalitesinin çevre alt alanı puanları arasında bireylerin hastalık durumuna göre anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir ($F(2-288) = 10,291; p < .05$). Bireylerin yaşam kalitesinin çevre alt alanı puanları arasındaki farklılığın hangi gruplardan kaynaklandığını belirlemek amacıyla, varyanslar homojen olduğu için Scheffe testi yapılmış ve yapılan Scheffe testi sonuçlarına göre, sağlıklı bireylerin ($X = 13,77$) ve hemodiyaliz hastalarının ($X = 13,60$) yaşam kalitesinin çevre puanlarının psikolojik sorunu olan bireylerin ($X = 12,49$) anlamlı bir şekilde daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Çizelge 11.14 incelendiğinde bireylerin yaşam kalitesinin çevre alt alanı puanları arasında bireylerin cinsiyetine göre anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir ($F(1-288) = 6,009; p < .05$). Yapılan analizlerde sonuçlarına göre, kadınların çevre puanları ($X = 13,59$) erkeklerin çevre puanlarından ($X = 12,98$) daha yüksek bulunmuştur.

Bireylerin medeni durumuna göre yaşam kalitesinin çevre puanlarının farklılaşmadığı bulgulanmıştır. Ayrıca cinsiyet, medeni durumu, hastalık durumu değişkenlerinin ortak etkileri, bireylerin yaşam kalitesinin sosyal ilişkiler alanında farklılaşma oluşturmadığı belirlenmiştir.

I.V.BÖLÜM

TARTIŞMA VE SONUÇ

Bu araştırmanın amacı, katılımcıların sosyal destek, sosyal ağ, yaşam doyumu ve yaşam kalitesi özelliklerini, onların hastalık durumları, cinsiyet özellikleri ve medeni durumlarına göre açıklamaktır. Araştırmamızda bu bakımdan betimsel bir hedef gözetilmiştir. Araştırmamızda ayrıca sosyal destek, sosyal ağ, yaşam doyumu ve yaşam kalitesi değişkenlerinin birbirleriyle olan ilişkilerini açıklamak da hedeflenmiştir. Ele aldığımız kapsam çerçevesinde bu araştırma büyük ölçüde hedeflerine ulaşmıştır.

Araştırmamızın sonucunda elde edilen bulgular hastalık durumu ile ilgili beklentileri doğrular yöndedir. Bireylerin hastalık durumuna göre sosyal destek, sosyal ağ, yaşam doyumu ve yaşam kalitesi puanları farklılaşmıştır. Bireylerin medeni durumuna göre yaşam doyumu ve sosyal ilişkiler puanlarının farklılaştığı bulunmuştur. Bireylerin cinsiyetine göre ise psikolojik sağlık, sosyal ilişkiler ve çevre puanlarının farklılık gösterdiği belirlenmiştir.

Hastalık durumu ile ilgili değişkenlerin özelliklerine ayrıntılı baktığımızda hemodiyaliz hastaları ve sağlıklı bireylerin psikolojik sorunu olan bireylere göre daha fazla sosyal destek aldıkları açığa çıkmıştır. Bu bulgu, psikolojik sorunu olan kişilerin, böbrek hastaları ve hiçbir hastalığı olmayan kişilerle karşılaştırıldığı bir çalışmada (Eker ve Arkar, 1995) elde edilen psikolojik problemi olan hastaların algıladığı sosyal desteğin daha az olduğu bulgusuyla paralel niteliktedir. Psikiyatri hastaları, cerrahi hastaları ve sağlıklı bireyleri karşılaştıran bir diğer araştırmada (Eker ve arkadaşları, 2001) psikiyatri

hastalarının diğer gruplardan daha az oranda sosyal destek bildirdikleri bulunmuştur. Bu bulgu da bulgularımızı destekler niteliktedir.

Ancak burada sosyal destek yokluğunun mu psikolojik sorunlara yol açtığı yoksa psikolojik sorunların mı sosyal desteği azalttığı sorusu yanıtızsız kalmaktadır. Calsyn ve Winter (2002) psikolojik sorunlarla sosyal desteğin ilişkisini inceleyen çalışmalarında, konuyla ilgili üç modelden söz etmişlerdir. Bu modellerden ilki olan sosyal nedensellik (causation) modeline göre, psikolojik semptomların varlığı sosyal destek eksikliğinden kaynaklanmaktadır. İkinci model olan sosyal seçim modeline göre ise kişinin psikolojik semptomları kişinin erişebileceği sosyal desteğin değişimine neden olabilir. Örneğin depresyon yaşayan bireyler, çevrelerindeki insanları kendilerinden uzaklaştırırlar. Diğerleri sosyal destekte bulunmak istediğinde onlar “sen benim yeterli olmadığımı düşünüyorsun” gibi düşmanca tepkilerde bulunabilirler. Son olarak karşılıklı etki modeline göre ise sosyal destek ve psikolojik semptomlar arasındaki ilişki iki taraflıdır yani karşılıklıdır. Calsyn ve Winter (2002) yaptıkları boylamsal çalışmada karşılıklı etki modelinin psikolojik semptomlar ve sosyal destek arasındaki ilişkiyi açıklayan en iyi model olduğunu bulmuşlardır.

Sosyal destek psikolojik iyi olma için muhtemel bir etkiye sahipken, aynı zamanda kişinin psikolojik koşullarının, desteğin faydalılığı ve ulaşılabilirliğine etkisi vardır. Kişi sosyal desteğe sahipse, psikolojik olarak sağlıklı bir bireydir, aynı zamanda zaten psikolojik olarak sağlıklı bireyler sosyal desteğe sahiptirler. Sosyal destek ve stres verici yaşam olayları ve durumları sosyal destek konusu üzerindeki pek çok yazara göre bağımsız değildir. Pek çok stres verici yaşam olayı sosyal destek kayıplarını da içerir. Örneğin evliliğin kesintiye uğraması, boşanma, kayıp (ölüm nedeniyle), iş kaybı, evin taşınması vb olaylar sosyal destek kaynaklarımızın azalmasına veya değişmesine neden olurlar (Cohen ve Wills,1985; Ullah, Banks ve Warr, 1985). Destek ve stres genellikle

normal populasyon örneklerinde ilişkili bulunur; yüksek stres ve düşük destek ile birlikte oluşur (Parry ve Shapiro,1986.Atkinson, Liem ve Liem,1986 ., Aktaran Orford, 1992).

Araştırmamızda hemodiyaliz hastalarının bildirdikleri sosyal desteğin sağlıklı bireylerle eşit olması durumundan yola çıkarak sadece hastalık durumunun sosyal desteği azaltmadığı, farklı hastalık durumlarına göre sosyal destek işlevinin değişiklik gösterebileceği söylenebilir.

Araştırmamızın sonucu, Cohen ve Wills'in (1985) öne sürdüğü, sosyal desteğin stresli yaşam olaylarının yokluğunda bile bireylerin yaşam standardını geliştirmesini sağladığı ve bireye olumlu etkide bulunduğunu savunan temel etki modelini desteklemektedir.

Toplumumuzda, psikologa ya da psikiyatriste gidenlerin “deli“ olarak damgalanması, bu yönde tedavi gören kişilerin hastalıklarını gizlemelerine neden olabilmektedir. Bunun doğal sonucu olarak psikolojik rahatsızlıkları olanların sosyal ağları zayıflayabilir ve sosyal destek almaları zorlaşabilir. Taşkın ve Özmen (2004) yaptıkları çalışmalarında ülkemizde ruhsal hastalıklara ilişkin tutumları inceleyen araştırmaları gözden geçirmişlerdir. Bu araştırmalarda ortaya çıkan ortak bulgu; halkın psikolojik hastalığı olan kişiler ile sosyal yakınlıktan çekindikleri, özellikle sosyal yakınlık gerektiren ve sosyal sorumluluk isteyen durumlarda sosyal mesafe koyma gereksinimi duydukları ve psikolojik rahatsızlığı olan kişilerle etkileşimi azaltma ya da kesme eğilimi içine girdikleri yönündedir. Günümüzde bile psikolojik sorunu olanlara yönelik reddedici, dışlayıcı, ayrımcı ve kısıtlayıcı tutumlar vardır. İnsanlar, hastalarla aralarında belli bir mesafe olmasını istemektedir. Özellikle kişisel yakınlık gerektiren ve sosyal sorumluluk isteyen durumlarda bu sosyal mesafe gereksinimi ve hasta kişi ile etkileşimi azaltma ya da kesme eğilimi artmaktadır. Özellikle “önceden kestirilemeyen

davranışlar” ve “hastaların saldırgan olacağı “düşüncelerinin olması sosyal mesafe isteğini en fazla etkileyen değişkenler olarak görülmektedir. Ayrıca psikiyatri polikliniğine başvuranlarla yapılan bir çalışmada, bu kişilerin psikiyatri polikliniğine başvurduklarını gizleme eğiliminde oldukları görülmüştür. Bu kişiler, gerek hastalıklarını gerekse psikiyatriste başvurduklarını en çok birinci dereceden akrabaları ve yakın arkadaşları ile paylaştıklarını ve diğer kişilerin bilmemesinin daha iyi olacağını ifade etmişlerdir (Özmen ve ark, 2003). Bu durumda psikiyatri kliniğine başvurduklarının anlaşılabilmesi için kişilerin sosyal mesafeyi arttırmaları olasıdır. Tüm bu nedenlerden dolayı, psikolojik sorunu olan kişiler daha çok desteğe ihtiyaçları oldukları halde destek alamamakta ve paylaşımında buldukları kişi sayısı azalmaktadır.

Hemodiyaliz hastalarının yaşadığı sorunların oldukça somut olması onları psikolojik sorunu olan bireylerle bir karşılaştırma kriteri olarak alma olasılığını zayıflatmaktadır. Çünkü insanların somut sorunlarla (yaşlılık, engellilik vb.) baş başa olan bireyleri daha fazla yardıma muhtaç olarak algılayıp bu bireylere daha fazla sosyal destek vermeleri olasıdır. Buna karşılık psikolojik sorun yaşayan bireylerin sorunlarının daha soyut olması (yaşanılan psikolojik semptomların kişiliğe ve yargılara göre değişmesi) onların diğer kişilerden yardım alma olasılığını azaltmaktadır. Bu durumla bağlantılı olarak Mayer (2000) kronik yorgunluk sendromu yaşayan insanlarla yaptığı çalışmasında, bu kişilerin genel popülasyondan daha düşük sosyal desteğe sahip olduklarını bulmuştur. Kronik yorgunluk sendromu olan kişiler, fiziksel sınırlılıkları, düşük enerji düzeyleri nedeniyle ve hastalıklarının aileleri ve arkadaşları tarafından gerçek olarak değerlendirilmeyip, yanlış anlaşılması nedeniyle diğerlerinden aldıkları desteği kaybetmiş olabilirler (Aktaran: Leonard, 2003). Psikolojik sorunu olan bireylerin sorunları da çevredeki insanlar tarafından gerçek algılanmayıp, yanlış anlaşılıyor olabilir. Ayrıca hemodiyaliz hastaları diyaliz merkezindeki sağlık çalışanlarından kurumsal destek

aldıkları gibi diğer hemodiyaliz hastalarından da sosyal destek almaktadır. Kendileriyle aynı hastalığı paylaşan kişilerle düzenli olarak bir arada bulunmaları, bu kişilerin daha fazla sosyal destek algılamalarına ve sosyal ağlarının daha yoğun olmasına neden olabilir. Psikolojik sorunu olan kişiler böyle bir kurumsal çerçevede bulunmamakta ve kurumun yarattığı sosyal destek kaynaklarına sahip olmamaktadır. Sosyal desteğin araçsal, duygusal, saygı, bilgisel işlevleri ve sosyal ilişkiler olmak üzere beş işlevi vardır. Hemodiyaliz hastaları, özel hemodiyaliz merkezinde çalışanlardan, merkezin olanaklarından ve aynı hastalığa sahip insanlarla bir arada bulunarak beş tür sosyal destek işlevinden de yararlanmaktadırlar. Ancak psikolojik sorunu olanlar bu destek işlevlerinin çoğundan mahrumdurlar.

Araştırmamızda kişinin aldığı sosyal desteğin ve sosyal ağının, cinsiyete göre anlamlı bir farklılaşma göstermediği bulunmuştur. Sosyal destek ve cinsiyet ilişkisini ele alan çalışmaların bir kısmında bizim araştırmamızda da olduğu gibi cinsiyet ile sosyal destek arasında ilişki bulunmazken (Bell, Leroy ve Stephenson, 1982; Russell ve Catrona, 1991; Murrell ve Norris, 1991; Uzman, 2002; Şimşek, 2000); bazı araştırmalarda (Colarassi, 2001; Güngör, 1996; Bayram, 1996; Frey ve Rothlisberger, 1996) kadınların, erkeklere oranla daha çok sosyal destek aldıkları ortaya çıkmıştır.

Araştırmamızda medeni durum ile sosyal destek arasında ilişki bulunamamıştır. Bu bakımdan evli olan eşlerin birbirinden yeterince destek almadıkları düşünülebilir. Bekar kişilerinde arkadaşlarıyla istedikleri zaman iletişim kurarak onlardan sosyal destek almış olmaları muhtemeldir. Araştırmamızdaki örneklem pek çok bakımdan genel popülasyondan ayrılmaktadır. Bu nedenle medeni durumun sosyal destek ile olan ilişkisini geniş örneklemelerde incelemek ve sonuçların tutarlılığını denetlemek gerekli gibi görünmektedir.

Araştırmamızda hemodiyaliz hastalarının ve sağlıklı bireylerin sosyal ağlarının psikolojik sorunu olan bireylerden daha yoğun olduğu saptanmıştır. Bu bulgu, Toldsdorf'un (1976) çalışmasında kronik fiziksel hastalığı olan kişilerin, şizofreni hastalarından daha yoğun sosyal ağa sahip oldukları yönündeki bulgusuyla ve konversiyon bozukluğu olan bireylerin sosyal ağdaki akraba ve sırdaş sayısının, psikolojik hastalığı olmayan kişilerden daha düşük olduğu bulgusuyla tutarlıdır (Oğuz ve Sorias, 2001). Bireyin sosyal ağının yoğunluğunun onun sosyal destek düzeyinin en belirgin yordayıcısı olduğu düşünüldüğünde, bu bulgu sosyal destek bulgularımızla örtüşmektedir. Sosyal fobi, depresyon, yaygın anksiyete bozukluğu, panik atak gibi psikolojik hastalıkların bir belirtisi olarak sosyal geri çekilme, kişinin sosyal ağının zayıflamasına yol açabilir. Diğer taraftan sosyal destekte olduğu gibi, insanların psikolojik sorunlu olan kişilerin davranışlarını daha az tahmin edilebilir olarak algılayıp psikolojik sorunu olan kişilerle sosyal ilişki kurmamaları da bu sonuçta etkili olabilir.

Bireylerin hastalık durumu ve medeni durum değişkenlerinin ortak etkisine göre, sosyal ağ puanlarının farklılaştığı bulunmuştur. Sağlıklı bekar bireylerin sosyal ağ puanlarının, psikolojik sorunu olan bekar bireylerden ve psikolojik sorunu olan evlilerden anlamlı bir şekilde daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Hemodiyaliz hastası olan bekarların ve hemodiyaliz hastası olan evli bireylerin sosyal ağ puanlarının psikolojik sorunu olan bekar bireylerden anlamlı bir şekilde daha yüksek olduğu bulgulanmıştır. Evli hemodiyaliz hastası olan bireylerin sosyal ağ puanları, evli psikolojik sorunu olan bireylerden anlamlı bir şekilde yüksek olduğu belirlenmiştir.

Kişinin psikolojik sorununu olması medeni durumundan etkilenmemeksizin sosyal ağının dar olmasıyla ilişkilidir. Psikolojik sorunu olan kişilerin evli olmaları dahi kişinin sosyal ağını genişletmemektedir.

Araştırmamızda hemodiyaliz hastası bireylerle sağlıklı bireylerin, psikolojik sorunu olan bireylere nazaran yaşamdan daha fazla doyum aldıkları ortaya çıkmıştır. Bu bulgumuz, Perneger ve arkadaşlarının (2004) İsveçli genç yetişkinlerle yaptıkları bir çalışmada elde ettikleri mutlu olma ve psikolojik sağlık arasında pozitif ilişkiyle tutarlıdır. Ayrıca bu bulgumuz, psikolojik sorunu olan kişilerin sosyal destek düzeylerinin düşük ve sosyal ağlarının küçük olduğu bulgumuzla da örtüşmektedir. Sosyal destek ve yaşam doyumu ilişkisini inceleyen Wan ve Jaccard (1996) da çalışmalarında sosyal destek ile yaşam doyumu arasında pozitif ilişki bulmuşlardır. Yapılan bir çok çalışmada da arkadaşlıklardan alınan doyum ile öznel iyi olma arasında pozitif ilişki bulunmuştur (Anderson, 1977; Campbell, Converse ve Rodgers, 1976; Falkman, 1973; Aktaran Yetim 2001).

Diğer taraftan yaşam doyumunun öznel olmasının da bu sonuç üzerinde etkili olması olasıdır. Yani psikolojik sorunu olan kişilerin yaşamı daha az doyum verici algılamaları muhtemeldir. Beck'in Depresyonun bilişsel kuramına göre; depresyondaki kişi kendini, dünyayı, yaşantıları ve geleceği olumsuz algılamaktadır. Kişi kendini değersiz, yetersiz görmekte, geçmişte olan olaylardan kendini sorumlu tutmakta ve başkaları tarafından beğenilmediğini düşünmektedir. Görüldüğü gibi depresyon gibi psikolojik rahatsızlıklarda, bilişsel yargılama ve değerlendirme bozulmaktadır. Böylece yaşamı öznel bakımdan değerlendirmeye dayanan yaşam doyumu tepkilerinin psikolojik rahatsızlıkları olan kişilerde olumsuz olması daha çok olasıdır.

Çalışmamızda yaşam doyumu puanlarının medeni duruma göre anlamlı bir farklılaşma gösterdiği bulgulanmıştır. Evli bireylerin yaşam doyumunun, bekar bireylerin yaşam doyumundan daha yüksek olduğu bulunmuştur. Literatürde bizim çalışmamızın sonucuyla tutarlı çalışmalar vardır (Çetinkaya, 2004; Lee, Secombe ve Shekan,1991; Ünal ve arkadaşları, 2001, Şener, 2005). Gleen (1975) evli kadınların evli olmayan

hemcinslerine göre daha çok stres yaşamalarına rağmen; daha fazla doyum aldıklarını bulmuştur (Aktaran, Yetim, 2001). Erdem ve arkadaşları (2005) hemodiyaliz hastalarıyla yaptıkları araştırmalarında yaşam doyumu puanlarının medeni duruma göre farklılaşmadığını bulmuşlardır.

Bireylerin yaşam doyumu puanlarının hastalık durumu ve medeni durum değişkenlerinin ortak etkisine göre farklılaştığı bulunmuştur. Psikolojik sorunu olan bekar bireylerin yaşam doyumu puanlarının sağlıklı bekar bireylerden , sağlıklı evli bireylerden, hemodiyaliz hastası olan bekar bireylerden, hemodiyaliz hastası olan evli bireylerden, psikolojik sorunu olan evli bireylerden anlamlı bir şekilde daha düşük olduğu bulgulanmıştır. Ayrıca psikolojik sorunu olan evli bireylerin yaşam doyumu puanları sağlıklı bekar bireylerin yaşam doyumu puanlarından anlamlı bir şekilde daha düşüktür.

Bu sonuçlar dikkate alındığında psikolojik sorunu olmanın yanı sıra bekar olmanın yaşam doyumunu olumsuz etkilediği düşünülebilir.

Araştırmamızda yaşam doyumu puanlarının cinsiyete göre anlamlı bir farklılaşma göstermediği bulunmuştur. Erdem ve arkadaşları da hemodiyaliz hastalarıyla yaptıkları çalışmalarında cinsiyet ile yaşam doyumu arasında ilişki elde edememişler. Ancak Ünal ve arkadaşlarının (2001) hekimlerle yaptığı çalışmada ise erkeklerin yaşam doyumlarının kadınlardan daha iyi olduğu belirlenmiştir. Bu konuyla ilgili yapılan çalışmalarda yaşam doyumu açısından cinsiyetler arası farkların çok küçük olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Yetim, 2001).

Bireylerin medeni durum ve cinsiyetlerinin ortak etkisi, hastalık durumu ve cinsiyetlerinin ortak etkisi yaşam doyumu düzeyleri üzerinde farklılaşma oluşturmamıştır. Ayrıca bireylerin hastalık durumu, medeni durum ve cinsiyetlerinin ortak etkisinin yaşam doyumu üzerinde farklılaşma oluşturmadığı belirlenmiştir.

Araştırmamızda sağlıklı bireyler, hem psikolojik sorunu olanlara oranla hem de hemodiyaliz hastalarına oranla yaşam kalitesinin fiziksel sağlık boyutunda kendilerini daha iyi olarak görmüşlerdir. Ayrıca psikolojik problemi olan bireylerin, fiziksel sağlıklarının hemodiyaliz hastalarından daha iyi olduğu belirlenmiştir. Beklenildiği gibi, fiziksel hastalık olarak ele alınan hemodiyaliz hastalarının gerçekten fiziksel sağlıkları daha kötüdür. Ancak psikolojik rahatsızlığı olan kişilerin sağlıklı bireylere oranla fiziksel sağlıklarının daha kötü olduğunu ifade etmeleri, bu kişilerin psikolojik rahatsızlıklarına ek olarak fiziksel rahatsızlıklar yaşadıklarını düşündürmektedir. Örneğin depresyonda olan bireyin iştah problemi ve uyku problemi gibi fiziksel semptomlar göstermesi yaygındır.

Bireylerin yaşam kalitesinin fiziksel sağlık alt alanı puanlarının bireylerin cinsiyeti ve hastalık durumunun ortak etkisine göre farklılaştığı bulunmuştur. Sağlıklı erkeklerin fiziksel sağlık puanları, sağlıklı kadınlardan, psikolojik sorunu olan kadınlardan, psikolojik sorunu olan erkeklerden, hemodiyaliz hastası olan kadınlardan ve hemodiyaliz hastası olan erkeklerden anlamlı düzeyde daha yüksektir. Sağlıklı kadınların fiziksel sağlık puanları psikolojik sorunu olan kadınlardan, psikolojik sorunu olan erkeklerden, hemodiyaliz hastası olan kadınlardan ve hemodiyaliz hastası olan erkeklerden anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur. Psikolojik sorunu olan kadınların ve psikolojik sorunu olan erkeklerin fiziksel sağlık puanları hemodiyaliz hastası olan erkeklerden anlamlı düzeyde daha yüksektir.

Yaşam kalitesinin fiziksel sağlık alanının cinsiyete göre anlamlı bir farklılaşma göstermediği bulunmuştur. Fiziksel sağlık problemi olan insanlarla yaşam kalitesi ve cinsiyet arasındaki ilişkiyi inceleyen araştırmaların bazılarında cinsiyet ve yaşam kalitesi arasında bir ilişki bulunmaz iken (Yıldırım ve ark, 2000), diğer çalışmalarda kadınların yaşam kalitesi puanlarının erkeklerden daha düşük olduğu

bulgulanmıştır (Şakar ve ark, 2004; Eser ve ark, 2004; Erdem, 2000; Çetin ve ark, 2004; Özer, 2002; Mrus ve ark, 2004).

Araştırmamızda ayrıca bireylerin medeni durumuna göre de yaşam kalitesinin fiziksel sağlık alt alanı puanlarının farklılaşmadığı belirlenmiştir. Medeni durum ya da cinsiyet değişkenlerinin fiziksel sağlık ile ilişkisinin olmadığı sonucuna ulaşılmıştır.

Araştırmamızda sağlıklı bireyler ve hemodiyaliz hastaları psikolojik sağlıklarının, doğal olarak psikolojik problemi olan hastalardan daha iyi olduğunu ifade etmişlerdir.

Araştırmamızda yaşam kalitesinin psikolojik sağlık alanıyla ilgili değerlendirmede, kadınlar psikolojik sağlıklarının erkeklerden daha iyi olduğunu ifade etmişlerdir. Bu durum literatürdeki çalışmalarla tutarsızdır. Literatürdeki çalışmalar genel olarak kadınların psikolojik sağlıkla ilgili yaşam kalitesinin erkeklerden daha kötü olduğunu göstermektedir (Kaya ve Piyal, 2004; Tezcan, 2003; Çeçen ve ark, 2004; Lyons ve ark, 1994; DüNDAR ve ark , 2004). Bizim araştırmamızda aynı zamanda kadınların, erkeklere oranla sağlık hizmetleri, sosyal yardım, ulaşılabilirlik, yeni bilgi ve beceri edinme fırsatları, dinlenme ve boş zamanları değerlendirme fırsatları ile bunlara katılabilme ve ulaşımdan memnuniyeti içeren yaşam kalitesinin çevre alanından ve sosyal ilişkiler alanından daha yüksek puan aldıkları belirlenmiştir. bu durumla bağlantılı olarak araştırmamızda yer alan kadınların psikolojik sağlık puanları daha yüksek bulgulanmış olabilir. Sonuçların tutarlılığı için aynı çalışmanın daha geniş örneklerde sınanması gereklidir.

Araştırmamızda sosyal ilişkilere yönelik yaşam kalitesi alanında sağlıklı bireyler ve hemodiyaliz hastaları, psikolojik rahatsızlığı olanlara göre daha iyi olduklarını ifade etmişlerdir. Bu bulgu, araştırmamızdaki psikolojik problemi olan

bireylerin, hemodiyaliz hastaları ve sağlıklı bireylere oranla daha az sosyal destek almaları ve daha düşük sosyal ağ yoğunluğuna sahip olmaları bulgularıyla tutarlılık göstermektedir. Psikotiklerin, nevroitiklerin ve sağlıklı bireylerin sosyal ilişkilerinin karşılaştırıldığı bir çalışmada da psikotiklerin sosyal ilişkilerinin nevroitiklerden ve sağlıklı bireylerden daha yetersiz olduğu ayrıca sağlıklı bireylerin nevroitiklere kıyasla daha zengin ilişkiler içinde oldukları belirlenmiştir (Altınay, 1994)

Bireylerin yaşam kalitesinin sosyal ilişkiler alt alanı puanları arasında bireylerin cinsiyetine göre anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir. Kadınların sosyal ilişkiler puanları erkeklerin sosyal ilişkiler puanlarından daha yüksek bulunmuştur Bu durum araştırmamızda yer alan kadınların çalışma oranının (%53), erkeklerin çalışma oranından (%35) fazla olmasından kaynaklanabilir. Araştırmamızda yer alan kadınların çoğu iş yaşamında yer aldıkları için sosyal ilişkileri daha fazladır. Ayrıca kadınların sosyal ilişkilerinin daha yoğun olduğu ve duygusal paylaşımlarda daha açık olduğu dile getirilmektedir. Erkekler ise sosyal ilişkilerinin çok olmasına karşın ilişkilerini yüzeysel yaşarlar, duygusal paylaşımlara daha az eğilimlidirler (Çırak, 2005)

Bireylerin yaşam kalitesinin sosyal ilişkiler alt alanı puanları arasında bireylerin medeni durumuna göre anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir Yapılan analizlerde sonuçlarına göre, evlilerin sosyal ilişkiler puanları bekarların sosyal ilişkiler puanlarından daha yüksek bulunmuştur. Bu sonuç, evli insanların evlilik bağıyla akrabalık ilişkilerinin genişlemiş olmasından kaynaklanabilir. Ayrıca düzenli bir yaşama sahip olmaları ve çocukları dolayısıyla kurdukları ilişkileri onların sosyal ilişkilerini arttırmış olabilir.

Cinsiyet, medeni durum, hastalık durumu değişkenlerinin ortak etkilerinin, bireylerin yaşam kalitesinin sosyal ilişkiler alanında farklılaşma oluşturmadığı belirlenmiştir.

Sağlıklı bireylerin ve hemodiyaliz hastalarının yaşam kalitesinin çevre alt alanından, psikolojik sorunu olan bireylerden daha iyi olduğu belirlenmiştir. Bu durum özel diyaliz merkezlerinin hemodiyaliz hastalarına sağladıkları imkanlardan kaynaklanıyor olabilir. Yaşam kalitesinin çevre alanı, sağlık hizmetlerinden, ulaşım hizmetlerinden, fiziksel güvenlik, yaşanılan yerin fiziksel şartlarından memnuniyeti içermektedir. Hemodiyaliz tedavisinden sağlık güvencesi olanlar yararlanmaktadırlar. Bu kişiler diyaliz merkezine özel servis aracıyla gelmektedirler ve düzenli bir hizmet almaktadırlar. Tüm bu nedenlerden dolayı hemodiyaliz hastalarının çevre alanı puanları yüksek olabilir.

Bireylerin yaşam kalitesinin çevre alt alanı puanları arasında bireylerin cinsiyetine göre anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir. Yapılan analizlerde sonuçlarına göre, kadınların çevre puanları, erkeklerin çevre puanlarından daha yüksek bulunmuştur. Araştırmamızın bulgularına göre sosyal ilişkiler ve çevre alanlarının arasındaki ilişki incelendiğinde yüksek düzeyde pozitif bir ilişkinin olduğu bulgulanmıştır. Kadınların ev çevresinde yakın komşuluk ilişkilerinin daha fazla olması bu durumu açıklayabilir. Yaşam kalitesinin çevre alanı sağlık hizmetleri, sosyal yardım, ulaşılabilirlik, yeni bilgi ve beceri edinme fırsatları ile bunlara katılabilme ve ulaşımdan doyumu içerir. Sosyal ilişkilerden erkeklere oranla yüksek puan alan kadınların çevre alanından da erkeklere oranla yüksek puan almaları tutarlı gibi görünmektedir.

Ayrıca cinsiyet, medeni durumu, hastalık durumu değişkenlerinin ortak etkileri, bireylerin yaşam kalitesinin sosyal ilişkiler alanında farklılaşma oluşturmadığı belirlenmiştir.

Hemodiyaliz hastalarının, psikolojik sorunu olan hastalara oranla yaşam doyumlarının ve fiziksel alan hariç yaşam kalitelerinin yüksek olması, böbrek hastalarının hastalıklarının başlama sürelerinin (hastalık süresi ort = 6,1 yıl) psikolojik sorunu olan kişilerin hastalıklarının başlama süresinden (hastalık süresi ort : 3,4) daha

yüksek olmasından kaynaklanabilir. Kişiler zamanla birlikte hastalıklarına uyum sağlayabilirler. Araştırmamızdaki hemodiyaliz hastalarının psikolojik sorunu olan kişilerden hastalıklarının başlama süresinin daha uzun olması, bu kişilerin bozulan mutluluk, yaşam doyumu ve yaşam kalitesi düzeylerinin, eski düzeylerine yeniden dönmesini sağlamış olabilir. Öznel iyi olma kuramlarından biri olan uyum kuramına göre kişinin geçmiş yaşamı bir standart olarak görülür. Eğer kişinin şimdiki yaşamı bu standardı aşıyorsa, kişinin mutlu olacağı öngörülür. Uyum düşüncesi, insanların başlangıçta yeni olaylara veya koşullara güçlü tepkiler göstereceklerini ancak zaman geçtikçe duruma alışacaklarını ve eski düzeye geri döneceklerini önermektedir. Yapılan araştırmalarda, olaylar iyi veya kötü olsa da, insanların bir şekilde bunlara uyum sağladığı ortaya çıkmaktadır. Wortman ve Silver (1982) boylamsal bir çalışmada, omuriliği zedelenmiş olarak kazadan kurtulan bireylerin, ilk başta çok mutsuz olduklarını bulmuşlardır. Ancak bu bireylerin duyguları, çabucak mutluluğa doğru kaymaya başlamıştır. Diğer bir çalışmada, tekerlekli sandalyeye bağlı engelli kişilerin, engelli olmayan bireyler kadar mutlu oldukları belirlenmiştir (Altman, 1990). Cameron (1974) ve Feinman (1978) diğer özürlü grupların, kontrol (normaller) grubu kadar mutlu olduğunu kanıtlamışlardır (Aktaran Yetim, 2001).

Abram (1978) kronik böbrek hastalarının diyalize uyum sürecini dört aşamalı değerlendirmiştir:

1.dönem : diyalize başlamadan önceki dönem (üremik dönem) .hastalar çoğunlukla üremik hastalığın fizyolojik ve ruhsal komplikasyonları içerisindedir. Yaşamın tehdit altında olduğu endişesi yaygındır. Yorgunluk, halsizlik, ruhsal çöküntü içerisindedirler.

2.dönem: Diyaliz uygulamasına başlandıktan sonra apatinin azaldığı, ölümden geri dönme duygu ve düşüncesinin geliştiği, sıklıkla öforinin eşlik ettiği bir dönemdir.

3. dönem (yaşama dönüş): sekiz-dokuz diyaliz uygulanmasından sonra başlangıçtaki öforinin azaldığı, hastanın diyalize alıştığı ancak bunun yanında makineye bağlı olma ile ilgili psikososyal sorunların geliştiği bir dönem görülmektedir. Kısıtlamalar, engellemeler, uyum güçlükleri, bağımlılık çatışmalarının geliştiği bu dönem 3-12 ay sürebilir.

4.dönem (normale dönüş) Ölümden kurtuluşun gerçekleştiği ancak yaşam kalitesinin gündeme geldiği dönemdir. Makineye alışılmıştır, hastalığın ve tedavi uygulamalarının el verdiği ölçüde yaşam ilgi alanlarına yeniden dönmüştür. Gerçekçi kabullenme sağlanmış, ileriye dönük plan ve beklentiler (organ nakli) gelişmiştir. Bunun yanında yaşamın kısıtlanması söz konusudur. Kanser hastalarında bile kemoterapi veya radyoterapi dışında hasta hastaneye bağlı değildir. Hemodiyalizde ise hasta sürekli olarak haftada üç kez bir makineye bağımlıdır. Ayrıca ilaçların yanında sıkı bir diyet tabidir (Aktaran Özkan,1993). Bu normale dönüş döneminde hastaların hemodiyalizi tolere edebilmesinde en önemli etken hastalığın, hemodiyalizin ve bu yaşam tarzının kabul edilebilmesidir. Bunu gerçekleştiren hastalar durumlarını hala inkar eden hastalara kıyasla daha uyumlu, başarılı, aktif ve rahat bir yaşam geçirirler (Gökçakan, 1988). Araştırmamızda yer alan hemodiyaliz hastalarının, Abram'ın değerlendirmesi dikkate alındığında hastalıklarını kabullendikleri ve "normale" döndükleri söylenebilir. Nitekim bulgularda bunu doğrulamaktadır.

Konuyla ilişkili bir başka açıklama perspektif, sosyal karşılaştırma kuramından gelebilir. Festinger'in (1954) sosyal karşılaştırma kuramına göre kişi,

çevresinde bulunan diğerlerini bir standart olarak alır. Burada karşılaştırma yapılan diğerinin, kişinin düzeyinden aşağıda veya üzerinde olma durumu söz konusudur. Kendimizden daha kötü durumda ya da kendimizden daha iyi durumda olan kişilerle kendimizi karşılaştırabiliriz. Araştırmalarda yukarı doğru karşılaştırma yapmanın; kıskançlık, düşmanlık, hayal kırıklığı, düşük kendini değerlendirmeye yol açtığı oysa aşağıya doğru karşılaştırmaların tipik olarak subjektif iyi olma durumunu yükselttiği görülmüştür. (Aspinwall ve Taylor, 1989; Wheeler ve Miyake, 1992). Yapılan bir araştırmada, kişilerin düşük düzeyde subjektif olarak iyi olması ya da mutsuz olması durumunda aşağıya doğru karşılaştırma yapmaya yöneldiği belirlenmiştir (Wheeler ve Miyake,1992 : Aktaran, Aladağ, 2000). Sosyal karşılaştırma kuramına göre kişiler genellikle özellikleri açısından benzer insanlarla kendilerini karşılaştırırlar. Hemodiyaliz hastaları düzenli olarak diğer hemodiyaliz hastalarıyla birlikte olmaktadır. Bu nedenle kendilerini kendilerine benzeyen kişilerle karşılaştırmaları daha olasıdır. Bu yüzden kendilerini daha iyi değerlendirmeleri mümkündür. Kişinin aşağıya doğru karşılaştırma yapması self motivasyona neden olur. Ancak psikolojik sorunu olan kişiler, kendileriyle aynı durumda olan diğerleriyle birlikte olmadıklarından dolayı, kendilerini sağlıklı bireylerle karşılaştırmaları ve bunun sonucunda yaşam doyumu ve yaşam kalitesi algılarının düşmesi daha olası gibi görünmektedir.

Araştırmamızda hemodiyaliz hastalarının sosyal destek, sosyal ağ, yaşam kalitesi, yaşam doyumu puanları psikolojik sorunu olan hastalardan daha yüksek bulunmuştur. Bilindiği gibi uygulama sırasında hemodiyaliz hastalarına ölçek ifadeleri araştırmacı tarafından okunmuştur. Dolayısıyla hemodiyaliz hastaları, ölçeklerin uygulanmasında başka birinin varlığından etkilenerek kendilerini farklı ifade etmiş olabilirler.

Araştırmada, bireylerin yaşam kalitesinin psikolojik sağlık ve çevre alt alanlarından aldıkları puanların medeni duruma göre anlamlı düzeyde farklılaşmadığı; ancak aradaki farkın daha çok evli insanlar lehine olduğu bulgulanmıştır. Bu durum literatürdeki bulgularla tutarlıdır. Son olarak yaşam kalitesinde sosyal ilişkilere yönelik olarak, evlilerin bekarlara oranla daha iyi olduğu bulgulanmıştır. Yapılan diğer çalışmalarda genel olarak evli olanların, boşanmış eşini kaybetmiş ve hiç evlenmemiş insanlardan daha iyi yaşam kalitesine sahip oldukları bulunmuştur (Özer, 2002; Jaracz ve ark, 2002; Şimşek , 2000; Avcı ve Pala , 2004; Gene ve ark, 1997; Kaya ve Piyal , 2004) Dolayısıyla araştırmada elde edilen bu bulgu literatürle örtüşmektedir.

Araştırmada ayrıca bağımlı değişkenlerin birbiriyle ilişkisi incelendiğinde fiziksel sağlığın sosyal destek ve sosyal ağla olan ilişkisi dışındaki bütün ilişkiler anlamlıdır. Yani sosyal destek, sosyal ağ, yaşam doyumu, psikolojik sağlık, sosyal ilişkiler ve çevre arasında anlamlı bir ilişki vardır. Ayrıca fiziksel sağlığın, yaşam doyumu, psikolojik sağlık, sosyal ilişkiler ve çevreyle anlamlı bir ilişkisi vardır.

Dünya Sağlık Örgütü tarafından 2001 yılında “Ruhsal Bozukluklu Olanları Dışlamayalım Tedavi için Cesaretlendirelim” teması işlenmiştir. Günümüzde ruhsal hastalıklarda yeni bir anlayış hakimdir. Bu anlayışla genetik, biyolojik, sosyal ve çevresel faktörlerin bir araya gelerek nasıl ruhsal ve beyinsel rahatsızlıklara yol açtığı, ruhsal ve fiziksel sağlığın nasıl birbirinden ayrılmaz olduğu ve bu ikilinin birbirlerine olan etkilerinin ne kadar karışık ve derin olduğunun anlaşılması kastedilmektedir. Dünya Sağlık Örgütü’ne göre (DSÖ) ruh sağlığı, çok uzun bir süredir göz ardı edilmiştir. Örgüt kişilerin psikolojik sağlığını, toplumların ve ülkelerin durumlarının iyi olmasını sağlayan çok önemli bir nokta olduğunu ve bu konuya evrensel olarak yeni bir yaklaşımla bakılması gerektiğini savunur.

DSÖ' nün verilerine göre şu anda 450 milyon kişi ruhsal ve bu problemlere dayalı, psikososyal problemlerden dolayı sıkıntı çekmektedir. Bu kişilerin bir çoğu sıkıntılarını sessizce ve yalnız yaşamaktadır. Bu sıkıntıların yaşanmasında ve tedavi imkanlarının aranmamasının arkasında damgalanma, utanç, dışlanma ve ölüm yatmaktadır. Psikolojik sağlık problemlerinin başında gelen depresyon, küresel hastalık yüküne sebep olan 10 hastalık içerisinde 4.sirasında yer almaktadır ve yapılan gözlemler yanlış değilse gelecek 20 sene içinde depresyon küresel hastalık yüküne sebep olan hastalıklarda 2.sırayı alacaktır. Her sene bir milyon kişi intihar etmekte, 10 ila 20 milyon kişi de intihara teşebbüs etmektedir. Ne yazık ki ruhsal bozukluklarla karşı karşıya olmayan çok az aile vardır. Her dört kişiden biri hayatlarının herhangi bir evresinde ruhsal bozukluk yaşamaktadır.

Bugün bir çok ruhsal ve fiziksel hastalığın, biyolojik, psikolojik ve sosyal faktörlerin bir araya gelmesiyle oluştuğunu bilmekteyiz Yapılan araştırmalar, birçok fiziksel hastalık da olduğu gibi, ruhsal ve davranışsal bozuklukların biyolojik,psikolojik ve sosyal faktörler arasındaki karmaşık ilişkinin sonucunda meydana geldiğini göstermektedir. Ayrıca bu durumun ekonomik yükü çok büyüktür.

Ruh sağlığı hizmetlerinin temel amacı, ruhsal bozuklukların kontrolü olduğu kadar toplumun yaşam kalitesini iyileştirmektir. Dolayısıyla ruh sağlığı hizmetleri ile ilgili aktiviteler; ruh sağlığının iyileştirilmesi, ruhsal ve psikososyal bozuklukların önlenmesi, tedavisi ve psikososyal rehabilitasyondan oluşmaktadır. Ruh sağlığının iyileştirilmesi, bireyin optimum düzeyde psikososyal gelişimi ile ilgilidir (Aycan, 2001). Bireyin psikososyal gelişiminin sağlıklı olması için sosyal destek kaynaklarının olması, optimum düzeyde bir sosyal ağa sahip olması gerektiği aşikardır. Toplumun yaşam

kalitesinin iyileştirilmesi, öncelikle toplumda yer alan yaşam kalitesi yüksek insanların sayısının artışıyla gerçekleşecektir.

Aycan' a göre (2001) halkın, ruh sağlığı problemlerinin hayatın bir parçası olduğu ve bunların cinsiyet, yaş, eğitim durumu, gelir düzeyi ne olursa olsun herkesin başına gelebileceği ve tedavi edilebileceği gerçeği unutulmamalıdır. Ayrıca, ruhsal ve nörolojik bozukluklar kişilerin hayal ürünü olmayıp, fiziksel hastalıklar gibi gerçek hastalıklar olduğu bilinmektedir. Üstelik, fiziksel hastalıklara göre daha fazla iş gücü kaybına neden olmaktadır.

Psikolojik hastalıkların önlenmesinde ve tedavisinde toplumun desteği önemlidir. Brundtland'a (2001) göre toplumun desteği, kronik ruh sağlığı bozukluğu olan kişilerin yaşam kalitelerinde klinik tedaviden daha etkin olmaktadır. Bu nedenle ruh sağlığı hizmetlerinin eldeki tüm kaynakların desteğiyle toplum seviyesinde oluşturulmasına çalışılmalıdır.

Toplumumuzda çok yaygın olmamakla birlikte, batı da yaygın olarak belirli hastalığı olan kişilerin birbirlerini desteklediği hastalık destek grupları vardır. Hastalık destek gruplarının artması, hastaların yalnız olmadıklarını algılamalarına, aynı problemleri yaşayan başka kişilerin varlığını anlamalarına yardımcı olabilir. Ülkemizde toplum merkezlerinin artmasıyla, hem hastalıkların erken teşhisi, destek kaynaklarının artması hem de sosyal aktivitelerin çeşitlenmesi olanaklıdır.

Hasta bireylere yapılacak sosyal müdahalelerin etkisi üzerine yapılan araştırmalar vardır. Göğüs kanseri olan hastalara grup psikoterapisi uygulanmıştır ve daha fazla yaşadıkları bulunmuştur (Spiegel, Bloom, & Kraemer, 1989). Ancak miyokard enfarktüs sonrasında (Frasure- Simith arkadaşları, 1997) ve yayılan tip göğüs kanseri hastalığında (Cunningham ve arkadaşları 1998; Goodwin ve arkadaşları, 2001), ciddi

klinik tedavi gören kişilerde sosyal destek müdahalelerin etkisi bulunmamıştır (Aktaran; Cohen, 2004). Kişilere yapılacak sosyal müdahalelerde, kişilere yeni bir ağ oluşturmaktansa, kişinin doğal ağlarına müdahale edilmelidir. Kişinin ağındaki yer alan kişilerin desteği arttırmaları, besleyici yakın bağlar kurmaları gerekmektedir. Kişiye nasıl destek isteyeceğinin öğretilmesi, ağ üyelerinin destekleyici olma konusunda yetiştirilmesi, kişinin sosyal ağından destekleyici olmayan insanların çıkarılması ve sosyal ağdaki destekleyici bireylerin sayısını artırılması, psikolojik sağlık ve öznel iyi olma açısından önem taşımaktadır. Yolasıgmaz ve arkadaşlarının (2004) genelevde çalışan kadınları diğer kadın gruplarıyla karşılaştırdığı çalışmalarında, arkadaşlık ilişkileri yoğun olan hayat kadınlarının yaşam kalitesi puanlarının yüksek olduğu ve bu kadınların yaşam kalitesini belirleyen en önemli değişkenin arkadaş ilişkileri olduğu bulgulanmıştır.

Hemodiyaliz hastalarında psikolojik yardımın hastalığın seyri ve tedavi sürecine etkisinin araştırıldığı bir çalışmada, 15 hasta çalışma grubunda 15 hasta da kontrol grubunda yer almak üzere toplam 30 hemodiyaliz hastasıyla çalışılmıştır (Mete,1998) Çalışmada hemodiyaliz alan kronik böbrek yetmezliği olan hastalar için psikoterapötik ortamı ve tedavi ekibinde bir sağlık psikologunun bulunmasının tedaviye etkisi araştırılmış . Çalışmada öncelikle hasta-hekim, hasta-hemşire, hasta- diğer yardımcı personel ilişkisi ve hasta yakınları- tedavi ekibi ilişkilerinin düzenli bir şekilde kurulması ve sürdürülmesi sağlanmış. Hasta yakınları ile tedavi öncesi ve tedavi süresince düzenli bir şekilde destekleyici terapi niteliğinde görüşmeler yapılmış. Çalışma öncesinde ve sonrasında fizik ve ruhsal sorunlarını değerlendiren ölçekler dolduruldu. Çalışmada üçer ay psikolojik yardım programına alınan hastaların üç ay sonunda somatizasyon, depresyon, ve anksiyete puanlarında anlamlı farklılıklar tespit edilmiştir. Ayrıca psikolojik yardım alan hastalarda yaşam kalitesinin bir komponenti olan temel ve yardımcı aktivitelerde anlamlı bir düzelme gözlenmiştir. Araştırmada sadece bir sağlık

psikologunun katkısı ile oluşturulan psikoterapötik ortam bile hastaların ruhsal ve toplumsal sorunlarını aşmalarında önemli katkılar sağladığı belirlenmiştir. Bu nedenle özel hemodiyaliz merkezlerinde ve hemodiyaliz ünitesi bulunan hastanelerde sağlık psikologu bulunmalıdır.

Ülkemizde, sosyal ilişkiler için toplum merkezlerinin artması etkili olabilir. Toplumdaki sosyal faaliyetlerin ve arkadaşlık ilişkilerinin geliştirilmesi bireylerin yaşam kalitesini olumlu etkileyecektir. Bu konuyla ilgili olarak, işçilerle yapılan çalışmalarda işyerindeki arkadaşlık ilişkilerinden hoşnut olmayanların (Baydur ve Eser, 2004 ; Dündar ve ark, 2004), ve sosyal aktivite içerisinde olanların yaşam kalitesi puanları daha yüksek bulunmuştur (Ersel ve ark , 2004). Talasemi hastalarıyla yapılan bir çalışmada da kişinin bir hobisinin olmasının yaşam kalitesini artırdığı bulgulanmıştır (Seyfioğlu ve ark.2004).

Sosyal güvencesi olmayan kişiler için sağlık hizmetleri oldukça masraflı olmaktadır. Her insanın sağlık hizmetlerinden yararlanma hakkı vardır. Ülkemizde yapılan çalışmalarda genelevde çalışan kadınların, talasemi hastalarının, diyabet hastalarının sağlık güvencesine sahip olmalarının onların yaşam kalitesini arttırdığı belirlenmiştir(Yolasıgmaz ve ark, 2004; Seyfioğlu ve ark, 2004;Yıldırım ve ark ,2004). Toplumumuzda yaşayan bireylerin yaşam kalitelerinin artması ve daha masrafsız bir biçimde sağlık hizmeti almaları için, herkesin sağlık güvencesine sahip olması sağlanabilir.

Düzenli ve düzensiz hemodiyalize giren hastaların karşılaştırıldığı bir araştırmada, düzensiz hemodiyalize giren hastaların çoğunun yeşil kartlı hastalar olduğu, bu nedenle özel hemodiyaliz merkezlerinden yararlanamadıkları belirlenmiştir (Süleymanoğlu,2003). Yapılacak yeni düzenlemelerle kronik böbrek hastalarının hepsinin özel hemodiyaliz imkanından yararlanmaları sağlanabilir.

Bilindiği gibi, ruhsal bozukluklar toplumda bilgisizlik ve önyargıların en çok görüldüğü rahatsızlıklardır. Bu nedenle de tedavi hizmetinden yararlanma oranı çok düşüktür. Psikolojik sorunu olan kişileri yanlış değerlendirmemesi ve bu kişilere destek olmaları için halkın psikolojik hastalıklar konusunda eğitilmesi ve bilinçlendirilmesi gerekmektedir. Psikolojik rahatsızlıklarının nedenleri, yaygınlığı ve psikolojik rahatsızlıkların fiziksel hastalıklarda gibi olduğunu, etkili tedavi yöntemlerinin bulunduğu ve tedavi edilebilirliği konusunda halk bilinçlendirilirse, hem psikolojik hastalıkları olan kişilerin sağlık hizmetlerinden yararlanması hem de, hastalığını çevresindeki insanlardan saklamamasını, paylaşmasını arttıracaktır. Ayrıca bu etkinlikler sonucunda halkın psikolojik rahatsızlığı olan kişileri dışlaması ve etiketlemesinde azalabilecektir. Bütün bunların sonrasında kişiler hastalıklarıyla daha kısa sürede mücadele edebileceklerdir.

Ruhsal bozuklukları daha iyi anlamak ve daha etkin önlemler geliştirebilmek için ruh sağlığı alanında biyolojik ve psikososyal açıdan daha fazla araştırma yapılmalıdır. Bu araştırmalar, toplumlar arasındaki çeşitli farklılıkları anlayabilmek ve ruhsal bozukluğa yol açan faktörleri etkileyen sebep,durum ve sonuçlar hakkında daha fazla bilgi edinebilmek için, geniş örneklemeleri içermeli ve kültürler arası değişkenleri kapsamalıdır. Araştırmamızda sosyal desteğin ve sosyal ağın özellikle psikolojik sorunları olan kişiler açısından kritik olduğu açığa çıkmıştır. İlerde yapılacak çalışmaların sosyal destek ve sosyal ağın, bu grup için önemini açıklaması uygun olacaktır.

KAYNAKÇA

- Acaray, Arzu (2003) “Hemodiyaliz Hastalarının Yaşam Kalitesinin Belirlenmesi Ve Hasta Yakınlarının Hastalara İlişkin Algıladıkları Yaşam Kalitesi Görüşleri İle Karşılaştırılması” Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi, İstanbul
- Akın S, Saatçı E, Bozdemir N, Ergün G, Akpınar E, Burgut R, Uğuz Ş, Paydaş S (2004) “Meme Kanserli Hastaların Hastalık Yaşantılarının Hastaların Yaşam Kalitesi Düzeyi Üzerine Etkileri”.1. Sağlıkta Yaşam Kalitesi Sempozyumunda Sunulan Poster. İzmir
- Akvardar, Yıldız., Alptekin, Köksal K. Dumlu, D. Işık, F. Pirinçci, S. Yahssin, A. Kitiş B. Akdede(2004) “Şizofrenide Yaşam Kalitesi ve Bilişsel İşlevler” 1. Sağlıkta Yaşam Kalitesi Sempozyumunda Sunulan Poster. İzmir.
- Akvardar, Yıldız., Aksakal, Berna B. , Özerdem, Ayşegül., Eser, Erhan., Topkaya, Şule., Kitiş, Arzu., Alptekin,Köksal., (2004) -Ruhsal Bozukluğu Olan Hastalarda Yaşam Kalitesinin Whoqol-Bref İle Değerlendirilmesi.1. Sağlıkta Yaşam Kalitesi Sempozyumunda Sunulan Poster. İzmir.
- Akyol,Durmaz, Asiye., Karadakova,Ayfer (2002) “Hemodiyalize Giren HastalarınYaşam Kalitesi ve Özbakım Gücü ile Bunlar Üzerine Etkili Değişkenleri İncelenmesi” Ege Tıp Dergisi, 41, 97-103

- Aladağ, Banu (2000). Yatan ve ayakta tedavi gören hastaların sosyal destek ve sosyal karşılaştırma düzeyleri. Yayınlanmamış yüksek lisans tezi, Ankara
- Alemi, Farrokh; Stephens, Richard; Llorens, Shirley; Schaefer, Diane; Nemes, Susana; Arendet Robert (2002). “The Orientation Social Support Measure.” *Addictive Behaviors*. 28 ,1285–1298
- Altınay, Deniz (1994) “Psikotik, Nevrotik Ve Normallerde Sosyal Atomların Karşılaştırılması ” Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi , Ankara
- Asander, Ann. Sofie.; Belfrage Erik.; Pehrson Pehr. Olov.; Lindestein Thomas.; Björkman Anders. “HIV- Infect African Families Living in Stockholm/Sweden: Their Social Network, Level of Disclosure and Knowledge about HIV”. *International Journal of Social Welfare*. 2004: 13, 77–88
- Avis, N; Assmann, S; Kravitz , H ve Ganz, P.A (2004) “Quality of Life in Diverse Groups of Midlife Women: Assessing the Influence of Menopause, Health Status and Psychosocial and Demographic Factors” *Quality Of Life Research* 13 (5) 933-946
- Aydemir, Ömer., Şakar, Ayşın., Kırmaz, Cengiz., Taşkın, E. Oryal., Sepi, Levent., Yorgancıoğlu, Arzu., (2004). Astım Ve Allerjik Rinitte Yaşam Kalitesi: Karşılaştırmalı Bir Çalışma 1. Sağlıkta Yaşam Kalitesi Sempozyumunda Sunulan Poster. İzmir.
- Aydın, Deniz (1999) Social Network Composition, Social Support and Psychological Well-Being in First Year METU Students: A Longitudinal Investigation Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Orta Doğu Teknik Üniversitesi, Ankara
- Ayşegül Bilge, İlknur Pektaş, Gülseren Ünal., (2004). “Yetiştirme Yurtları’nda Kalan Gençlerin Ruhsal Durumlarının Yaşam Kalitelerine Etkilerinin İncelenmesi” 1. Sağlıkta Yaşam Kalitesi Sempozyumunda Sunulan Poster. İzmir.
- Barbato, Angelo., Emiliano, Monzani Ve Schiavi, Tiziana(2004) “Life Satisfaction in A Sample of Outpatients With Severe Mental Disorders: A Survey in Northern Italy” *Quality of Life Research* 13 (5) 969-973

- Barrera, Manuel; AInly, Jr And Sheila, L(1983). "The Structure of Social Support: A Conceptual And Emprical Analysis". Journal of Community Psycholgy. Volume 11, (133–143).
- Baydur Hakan., Saatlı, Gül, Özyurt , Beyhan., Eser ,Erhan "Manisa Kent Merkezi Okul Çocuklarında Yaşam Kalitesi ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi." 1. Sağlıkta Yaşam Kalitesi Sempozyumunda Sunulan Poster. İzmir.
- Baydur,Hakan., Eser, Erhan (2004) "İşçilerde Yaşam Kalitesi ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi: Bir İşyeri Örneği." 1. Sağlıkta Yaşam Kalitesi Sempozyumunda Sunulan Poster. İzmir.
- Bayram, Derya (1999) "Bir Grup Gençte Ruhsal Belirti ile Sosyal Destek İlişkisi" . Yayınlanmamış doktora tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi., İzmir
- Beşiroğlu, Lütfullah (2002) "Obsesif- Kompulsif Bozukluğu olan Hastaların Yaşam Kalitesi ile Psikiyatrik yardım Arama davranışları arasındaki ilişki ve ilaç tedavisinin yaşam kalitesi üzerine etkisi . yayınlanmamış tezi
- Bilgin, Nuri, Ergenç, Alev., Timurcanday, Ömür., (1985). Bireylerce Algılanan Şekliyle Yaşam Kalitesi, Ege Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Yayınları, Seminer-Felsefe, Eğitim, Psikoloji, Sosyoloji, Antropoloji Araştırmaları. Sayı 4.(157-170) İzmir.
- Birtane M, Tuna, H (2000) "Edirne Huzurevi Sakinlerinde Yaşam Kalitesine Etki Eden Etmenlerin İrdelenmesi" Geriatri 3 (4) 141-145
- Bovier,Patrick ., Chamot, Eric., Perneger (2004) "Perceived Stres, İnternal Resources and Social Support as Determinants of Mental Health Among Young Adults" Quality of Life Research 13(1) 161-170
- Braga,rj., Mendlowicz, MV., Marrocos,RP., Figueira,IL. (2005) "Anxiety Disorders in Putpatients with Schizophrenia: Prevalence and İmpact on The Subjective Quality of Life" Journal of Psychiatric Research 39 (4) 409-414
- Büyükkoca, Melek (2001) "Algılanan Sosyal Destek İle Postpartum Depresyon Arasındaki İlişkinin İncelenmesi" Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi, İzmir
- Calsyn, Robert, J., Winter, Joel,P., (2002) "Social Support, Psychiatric Symptoms, and Housing: A Casual Analysis" Journal of Community Psychology 30 (3) 247-259

- Cihan, F.Gökşin., Cebeci, Sevsen., Kısa, Cebrail., Aydemir, Çiğdem., Göka, Erol., Eskioglu, Erdal.,(2004) “Hepatit B Taşıyıcılarında Psikiyatrik Belirtiler ve Yaşam Kalitesi, Kontrollü Bir Çalışma”. 1. Sağlıkta Yaşam Kalitesi Sempozyumunda Sunulan Poster. İzmir.
- Chand, Prabhat., Mattoo, Surendra ve Pratap, Saharan.(2004) “Quality of Life and Its Correlates in Patients with Bipolar Disorder Stabilized on Lithium Prohylaxis” *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 58, 311-318
- Cingil DD, Bodur S (2001) “Huzurevi ve Aile Ortamındaki Yaşlıların Yaşam Kalitesi” 7. Halk Sağlığı Günleri, Eskişehir
- Clarke, David. E.;Jensen Margaret. A.(1997). “ The Effects of Social Support, Life Events, and Demographic Factors on Depression Among Maori and Europeans in New Zeland Rural, Town, and Urban Environments”. *Journal of Community Psycholgy*. 25 (4), 303–323.
- Cohen, Sheldon (2004). “Social Relationships and Health”. *American Psychologist* 59 (8) 676- 684
- Cramer, Duncan., Henderson, Scott., Scott, Ruth (1996) “Mental Health and Adequacy of Social Support: A Four- Wave Panel Study” *British Journal of Social Psychology* 35, 285-295
- Çeçen, Dilek., Eser, Erhan., Baydur, Hakan., (2004). “Bir İşyerinde Çalışan İşçilerin Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi”. 1. Sağlıkta Yaşam Kalitesi Sempozyumunda Sunulan Poster. İzmir
- Çetin, İbrahim., Ekiz Seçil, Göz, Fügen, Karaöz Süreyya (2004) “Tip II Diyabetli Bireylerin Yaşam Kaliteleri ve Algıladıkları Sosyal Desteğin Belirlenmesi”1. Sağlıkta Yaşam Kalitesi Sempozyumunda Sunulan Poster. İzmir.
- Çetinkaya, Hatice (2004) “Beden İmgesi , Beden Organlarından Mennuniyet, Benlik Saygısı, Yaşam Doyumu ve Sosyal Karşılaştırma Düzeyinin Demografik Değişkenlere Göre Farklılaşması” . Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Mersin Üniversitesi
- Çırak, Sevinç (2005) “Yakın İlişkiler” Yayınlanmamış Ders Notları
- Demirtaş, Sevinç (1995) “Bipolar Bozukluğu Olan, Tedaviye Uyumlu Ve Uyumsuz Hastaların Hastalıklarına İlişkin Atıfları Ve Sosyal Destek Sistemleri

Açısından İncelenmesi” Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ege Üniversitesi, İzmir

- Dilbaz, Nesrin (1996) Yaşam Kalitesi: Ölçümü ve Psikiyatri , Psycho Med, 2: 1, 20-24
- Due, Pernille; Holstein, Bjorn; Luned, Rikke; Modvig, Jens; Avlund, Kirsten (1999). “Social Relations: Network, Support And Relational Strain” Social Science & Medicine. 1999 (48), 661–673
- Duygun, Tolga (2001). “Zihinsel Engelli ve Sağlıklı Çocuk Annelerinde Stres Belirtileri, Stresle Başa Çıkma Tarzları ve Algılanan Sosyal Desteğin Tükenmişlik Düzeyine Olan Etkisi” Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi
- Dündar, Pınar Erbay, Bilge, Bedri., Baydur, Hakan., Pala, Tümer., Eser, Erhan., Ergör Alp Oral,Ahmet., Şerifhan, Müjde.,(2004). “5-17 Yaş Ve Üzeri Çalışan Gençlerin Yaşam Kalitesini Belirleyen Faktörler”. 1. Sağlıkta Yaşam Kalitesi Sempozyumunda Sunulan Poster. İzmir.
- Dündar, Pınar Erbay., Baydur Hakan, Bilge , Bedri., Pala, Tümer., Eser, Erhan., Ergör, Alp., Oral, Ahmet., Nesanır, Nasır., (2004). “Çalışan Ergenlerin Yaşam Kalitesi ve Bunu Etkileyen Faktörler” 1. Sağlıkta Yaşam Kalitesi Sempozyumunda Sunulan Poster. İzmir.
- Eker,Doğan; Arkar, Haluk ve Yıldız, Hülya., (2001). “Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeğinin Gözden Geçirilmiş Formunun Faktör Yapısı, Geçerlik ve Güvenirliği” Türk Psikiyatri Dergisi, 12 (1), (17-25)
- Eklund, Mona ve Backström, Martin(2005) “A Model of Subjective Quality of Life For Outpatients with Schizophrenia and Other Psychoses” Quality of Life Research 14 (4) 1157-1168
- Elliott, Thomas., Renier, Colleen., Palcher, Jeanette. “Chronic Pain, Depression, and Quality of Life: Correalations and Predictive of The SF-36. American Academy of Pain Medicine. 4 (4) 331-339
- Erdem, Emine (1999) “Kanserli Çocukların Anne/ Babalarının Yaşam Kalitesi” Yayınlanmamış Bilim Uzmanlığı Tezi Hacettepe Üniversitesi, Ankara
- Erdem , Neşe.,Karbulutlu Elanur., Okanlı, Ayşe.,Tan Mehtap (2004) “Hemodiyaliz Hastalarında Umutsuzluk ve Yaşam Doyumu” . Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi . www. insanbilimleri.com

- Erdem, Neşe (2000) “Koroner arter hastalarında yaşam kalitesinin ve yaşam kalitesini etkileyen faktörlerin incelenmesi” Yayınlanmamış yüksek lisans tezi, Atatürk Üniversitesi , Erzurum
- Ergin, Dilek., Özmen, Dilek., Yüksel,Hasan., (2004). “Tedavi Görmekte Olan Astımlı Çocuklarda Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi”. 1. Sağlıkta Yaşam Kalitesi Sempozyumunda Sunulan Poster. İzmir.
- Eser,Erhan., Özmen,Bilgin., Aydemir,Ömer., Pala,Tümer., Boyvada, Sibel., Karaca., Nilüfer (2004). “Tip 2 Diyabetli Hastalarda Yaşam Kalitesinin Belirleyicileri: Farklı Genel Yaşam Kalitesi Ölçekleri Aynı Belirleyicilere Duyarlı mı ?” 1. Sağlıkta Yaşam Kalitesi Sempozyumunda Sunulan Poster. İzmir.
- Ethgen, O; Vanparijs,P ve Delhalle,S (2004) “Social Support And Health-Related Quality of Life in Hip And Knee Osteoarthritis” Quality of Life Research 13(2) 321-330
- Eylen, Berrin., (2002). “Kanser Hastası Sosyal Destek Ölçeğinin Geçerlik, Güvenirlik ve Faktör Yapısı Üzerine Bir Çalışma” Uludağ Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi,15 (1), 109-117
- Farquhar , Morag (1995) “Definitions of Quality of Life : A Taxonomy.” Journal of Advanced Nursing .22 (502-508)
- Fidaner, Hüray; Elbi, Hayriye., Fidaner, Caner., Eser, Sultan Yalçın., Eser, Erhan., Göker, Erdem., (1999). WHOQOL-100 VE WHOQOL-BREF’in Psikometrik Özellikleri, 3P Psikiyatri, Psikoloji, Psikofarmakoloji Dergisi. Cilt 7 (2). İzmir.
- Garcia, Lopez., Perez Regadera., Herruzo,Cabrera (2005) “Social Network and Health-Related Quality of Life in Older Adults: A Populatian Based Study in Spain” Quality of Life Research14 (2) 511-520
- Gene J, Moliner, C; Contel JC (1997) “Health and Utilization of Health Services in The Elderly, According to The Level of Living Arrangements”. Gac-Sanit 11 (5) 214-220
- Green, Laura, R.; Richardson, Deborah, S.; Lago, Tania; Schatten-Jones, Elizabeth, C.; (2001). “Network Correlates Of Social And Emotional Lonelioness In Young Older Adults”. Society for Personality and Social Psycholgy. Vol. 27, no. 3, 281-288

- Gökçakan, Zafer (1988) “ Türkiye’de Tıbbi Sosyal Hizmet Uygulamaları İçin Yeni Bir Alan Olarak Hemodiyaliz Üniteleri” Hacettepe Üniversitesi Sosyal Hizmetler Yüksekokulu Dergisi, 8
- Güngör , Derya (1996) Turkish University Students’ Realtionship with Their Friends and Families: Social Support, satisfaction and Loneliness .
Yayınlanmamış yüksek lisans tezi, Orta Doğu Teknik Üniversitesi
- Gür, Kamer., (2004). “Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Olan Hastaların Yaşam Kalitelerinin İncelenmesi”. 1. Sağlıkta Yaşam Kalitesi Sempozyumunda Sunulan Poster. İzmir.
- Hagren, Birger., Pettersen, Inga-Marta., Severinsson, Elisabeth., Lützen, Kim., Clyne, Naomi (2005) “Maintenance Haemodialysis: Patients’ Experiences of Their Life Situation” Journal of Clinical Nursing 14 (3) 294-297
- Hann, Danette; Baker, Frank; Denniston, Maxine; Gemse, Dean; Reding, Douglas; Flynn, Tom; Kennedy, John; Kieltyka, Lyn, R. (2002). “The Influence of Social Support on Depressive Symptoms In Cancer Patients Age And Gender Differences”. Journal of Psychosomatic Resarch.,52; 279-283
- Iecovich, Esther; Barasch Miriam; Mirsky, Julia; Kaufman, Roni; Avgar, Amos; Kol-Fogelson, Aliza (2004). “Social Support Networks and Loneliness Among Elderly Jews in Russia and Ukraina”. Journal of Marriage and Family. May. 2004(66) ,306–317.
- Jaracz, Krystyna ve Kozubski, W (2003) “ Quality Of Life İn Stroke Patients” Acta Neurologica Scandinavica 107; 324-329
- Jason, Leonard, A.; Witter, Elizabeth; Torres-Hardİng, Susan (2003). “Chronic Fatigue Syndrome, Coping, Optimism and Social Support”. Journal of Mental Health. 12, (2), 109–118
- Jiang Jingmei., Tang,Zhe., Futatsuka, Makoto Ve Konglai, Zhang (2004) “Exploring The İnfluence Of Depressive Symptoms on Physical Disability: A Cohort Study of Elderly in Beijing, China” Quality of Life Research, 13 (7) 1337-1346
- Johson Lars , Lundström Ola, Aberg-Wisdendt Anna, Mathe Aleksander.(2003) “Social Support in Bipolar Disorder: İts Relevance To Remission And Relapse”. Bipolar Disorder 2003 5:129–137

- Jou, Huey Yuh ve Fukada, Hiromi (2002) “Stres, Health and Reciprocity And Sufficiency of Social Support : The Case Of University Students In Japan”*The Journal of Social Psychology* 142 (3) 353-371
- Kaplan, Harold,I., Sadock, Benjamin,J.,(2004) *Klinik Psikiyatri, Nobel Tıp Kitabevleri* , İstanbul
- Kavaklı K., Şenol, Genç Ekti R, Balkan C, Güngör N. (2004). “Ege Üniversitesi Hastanesinde Tedavi Gören Hemofili Hastalarının Sosyo- Demografik Özellikleri ile Yaşam Kalitelerinin İncelenmesi”. 1. Sağlıkta Yaşam Kalitesi Sempozyumunda Sunulan Poster. İzmir
- Kaya, Murat., Piyal , Birgül (2004) “Ankara’da 112 Acil Yardım Hizmetlerinde Çalışan Sağlık Personelinin Öznel Yaşam Kalitelerinin Sosyo- Demografik Özellikler Yönünden Yaşam Kalitesi Alt Alanlarına Göre Değerlendirilmesi” 1. Sağlıkta Yaşam Kalitesi Sempozyumunda Sunulan Poster. İzmir.
- Levendoğlu , Funda., Altıntepe, Lütfullah ve Uğurlu, Hatice (2004) “Yaşlı Hemodiyaliz Hastalarında Disabilite, Depresyon ve Yaşam Kalitesi”. *Türk Geriatri Dergisi* 7 (4)
- Linnet,J., ve Jemec,G.B.E., (1999) “ An Assessment of Anxiety and Dermatology Life Quality in Patients with Atopic Dermatitis” *British Journal of Dermatology* 140: 268-272
- Lu, Lou. (1997). “Social Support, Reciprocity, and Well-Being”. *The Journal of Social Psychology* 137, 5; 618–628.
- Lu, Lou (1994) “Life Events, Social Support, And Depression Among Taiwanese Female Homemakers”. *The Journal Of Social Psychology.* 135(2), 185–190
- Litwin, Howard (2003). “The Association of Disability, Sociodemographic Background, and Social Network Type in Later Life”. *Journal of Aging And Health.* 15(2), 391–408
- Lyons RA., Perry HM., Littlepage, BNC (1994) “Evidens for The Validity of The Short Form-36 Questionnaire (SF-36) in An Elderly Population”.*Age Ageing* 23 ; 182-184
- Mccall, Vaughn., Reboussin, Betha ve Cohen, Wayne (1999) “ Subjective Measurement of İnsomnia and Quality of Life in Depressed İnpatients” *European Sleep Research Society* 9 43-48

- Meehan, M.P.,J.A. Durlak ve F.B Bryant. (1993) “The Relationship of Social Support to Perceived Control and Subjective Mental Health in Adolescents” *Journal of Community Psychology*, 21 , 49-55
- Mete, Fatma (1998) “Hemodiyaliz Hastalarında Ruhsal Durum Değerlendirmesi Ve Psikolojik Yardımın Hastalığın Seyri ve Tedavi Süreci Üzerindeki Etkisi”. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Karadeniz Teknik Üniversitesi, Trabzon
- Metin Özmen (2003) “Majör Depresif Bozukluğu Olan Kadın Hastalarda Yaşam Kalitesi :Menopoz, Kronik Ağrı ve Cilt Hastalığı Grupları ile Bir Karşılaştırma” Yayınlanmamış uzmanlık tezi , Mersin Üniversitesi
- Moles, A. Abraham;Bilgin, Nuri, (1985). “Yaşam Kalitesi ve Çevresel İstikrarlılık” Ege Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Yayınları, Seminer- Felsefe, Eğitim, Psikoloji, Sosyoloji, Antropoloji Araştırmaları. İzmir. 4. 113-131
- Monahan, Deborah, J; Hooker Karen. (1997) “Caregiving and Social Support in Two İllness Groups”. *Social Work*. 42, 3; 278–287
- Mrus, Joseph., Williams, Paige., Tsevat,Joel., Cohn, Susan., Ve Wu, Albert (2005) “Gender Differences İn Health- Realated Quality of Life in Patients With HIV/ AIDS” *Quality of Life Research*,14 (2) 479-491
- Neyer, Franz, J.; Lang, Frieder, R.; (2003). “Blood Is Thicker than Water: Kinship Orientation Across Adulthood”. *Journol of Personality And Social Psychology*. .84 (2), 310–331
- Oğuz, Meral, K & Sorias , Oya (2001). “Konversiyon Bozukluğu Tanısı Olan Kadınların Stres Verici Yaşam Olayları, Sosyal Destek Kaynakları Ve Evlilik Doyumu Açısından İncelenmesi” *Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Dergisi* 2 (9).
- Okyayuz, Ülgen (1999). *Sağlık Psikolojisi Ü . H. Okyayuz (Ed)_Sağlık Psikolojisi (1.Baskı): Türk Psikologlar Derneği. Ankara*
- Orford, Jim,. (1992). *Community Psychology Theroy and Praticice (1.Baskı) John Wiley&Sons. England.*
- Öğütmen ,Betül., Yıldırım ,Ayşegül., Sever, Mehmet Sukru., Bozfakıoğlu,Semra., Ataman, Rezzan., Ereğ, Ekrem., Metin, Ates., Çetin, Özener., Emel, Akoğlu., “Kronik Böbrek Yetmezliğinde Farklı Yerine Koyma Tedavileri Alan Hastalarda Yaşam Kalitesi”. 1. Sağlıkta Yaşam Kalitesi ,Sempozyumunda Sunulan Poster. İzmir

- Örsel, Sibel ., Akdemir, Asena ve Özel Süreyya (2003) “Şizofrenide Yaşam Kalitesi: Depresyon, Anksiyete ve Negatif Belirtilerin Etkileri” . Psikiyatri Psikoloji Psikofarmokoloji Dergisi , 11 25-34
- Özçürümez , Gamze., Tanrıverdi, Nilgün., Zileli, Leyla.(2003) “Kronik Böbrek Yetmezliğinin Psikiyatrik ve Psikososyal Yönleri” Türk Psikiyatri Dergisi 14(1): 72-80
- Özer, Zeynep (2002) “ Miyokard Enfarktüsü Geçiren Bireylerde “ Mccorkle Ve Young’ın Semptomlardan Rahatsızlık Duyma Ölçeği” ve “ Ferrans Ve Powers’ın Yaşam Kalitesi Ölçeği” nin Geçerlilik ve Güvenirlik Çalışmasının Yapılması” Yayınlanmamış Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi
- Özerdem, A , Çakaloz B., Topkaya., Koçyiğit Ş. A., Yılmaztürk, Afşar, Aydar, H. Fidaner, A. Çömlekçi, S. Yeşil (2004) “İki Uçlu Bozukluk Tanılı Ötimik Hastalarda Ve Aile Bireylerinde Yaşam Kalitesi: Diyabetik Hastalar Ve Normal Kontrollerle Karşılaştırmalı Bir Çalışma” 1. Sağlıkta Yaşam Kalitesi Sempozyumunda Sunulan Poster. İzmir.
- Özkan, Sedat (1993) Psikiyatrik Tıp: Konsültasyon-Liyazon Psikiyatrisi – İstanbul
- Perlman RL.Finkelstein, FO., Liu,L., Roys,E., Kiser,M., G, Eisele (2005) “ Quality of Life in Chronic Kidney Disesae: A Cross- Sectional Analysis in The Renal Research İnstitute Chronic Kidney Disease. American Journal ofKidney Diseases 45 (4) 658-666
- Perneger, Thomas., Hudelson, Patricia ve Bovier.,Patrick (2004) “Health And Happiness İn Young Swiss Adults” Quality of Life Research.13(1) 171-178
- Pınar R. (Yaşam Kalitesi Kavramı” Sendrom Dergisi, Ekim 109-114
- Pugliesi, Karen; Shook, Scott, L.(1998) “Gender Ethnicity, And Network Characteristics Variation in Social Support Resources”. Sex Roles. 38, 215–238
- Reine,G., Lançon,C., Di Tucci,S., Sapin,C., ve Auquier,P., (2003) Depression and Subjective Quality of Life in Chronic Phase Schizophrenic Patients” Acta Psychiatrica Scandinavica , 108: 297-303
- Ritsher, Michael., Kurs.,Rena., Ponizovsky, Alexander.,Hadjez, Jack (2004) “Perceived Quality of Life in Schizophrenia: Relationships to Sleep Quality” Quality of Life Research 13 (4) 783-791

- Salehnia, Mehdi (2000) “Hemodiyaliz ve Sürekli Ayaktan Periton Diyalizi Gören Hastalarda Psikiyatrik Değerlendirme” . Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi, İstanbul Üniversitesi
- Sarason, Irwin, G.; Levine, Henry, M.; Basham, Robert, B.; Sarason, Barbara, R. (1983). “Assessing Social Support: The Social Support Questionnaire”. Journal of Personality and Social Psychology. .44(1) 127–139
- Savaşır Işık ve Şahin Nesrin. H.(1997) Bilişsel Davranışçı Terapilerde Değerlendirme Sık Kullanılan Ölçekler, Türk Psikologlar Derneği Yayınları , Ankara
- Seydioğlu, Mustafa (2002) “İntihar Girişiminde Bulunan Kişilerin Sosyodemografik Özelliklerinin İncelenmesi, Depresyon ve Sosyal Destek Algısı Açısından Değerlendirilmesi” Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Yüzüncü Yıl Üniversitesi, Van
- Seyfioğlu, Umut., Solak, Ufuk., Aydınok, Yeşim., Kavaklı, Kaan., (2004) “Talasemi Tanısı Alan Hastalarda Yaşam Kalitesi” 1. Sağlıkta Yaşam Kalitesi Sempozyumunda Sunulan Poster. İzmir.
- Sertöz, Özen Önen., Aşçı, Gülay., Noyan, Ayşın., Mete, Hayriye Elbi., Ok, Ercan., (2004) “Bir Grup Hemodiyaliz Hastasında Sosyal Etkinliğin Depresyon, Anksiyete, Benlik Saygısı ve Yaşam Kalitesine Etkileri: Ön Sonuçlar” 1. Sağlıkta Yaşam Kalitesi Sempozyumunda Sunulan Poster. İzmir.
- Shimbo, T., Goto,M., Morimoto,T., Hira,K., (2004) “Association Between Patient Education and Health- Related Quality of Life in Patients With Parkinson’s Disease” Quality of Life Research.13 (1) 81-89
- Smith, David.,(2004) “The Population Perspective on Quality of Life Among Americans With Diabetes” Quality of Life Research 13(8) 1391-1400
- Sorias, Oya (1988) “ Sosyal Desteklerin Ruhsal Sağlığı Koruyucu Etkisinin Depresyonlu ve Sağlıklı Kontrollerde Araştırılması” Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi Cilt 27 (3), 1033-1038
- Sorias, Oya (1988)” Sosyal Destegin Değerlendirilmesi II: Toplumdan Seçilmiş Bir Örnekleme, Sosyal Ağın Yapısal Özellikleri İle Algılanan Destek” Seminer Psikoloji Dergisi, 6, 26-40
- Sorias, Oya (1992) “ Hasta ve Sağlıklı Öğrencilerde Yaşam Stresi Sosyal Destek Ve Ruhsal Hastalık İlişkisinin İncelenmesi”, Ege Üniversitesi, Seminer Psikoloji Dergisi ,9,33-49

- Süleymanoğlu, Yakup (2003) “ Düzenli Olarak Hemodiyalize Giren Kronik Böbrek Yetmezliği Hastaları ile Düzensiz Olarak Acilden Hemodiyalize Giren Kronik Böbrek Yetmezliği Hastalarının ve Normal Populasyonun Depresyon ve Sosyal Destek Açısından Değerlendirilmesi” , Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi, İstanbul
- Stein, Murray, B.; Heimberg, Richard, G.(2004). “Well-Being and Life Satisfaction in Generalized Anxiety Disorder: Comparison to Major Depressive Disorder in a Community Sample”. *Journal Of Affective Disorders.* , 79; (161–166).
- Şahin, Deniz. (1999). Sosyal Destek Ve Sağlık .Ü . H. Okyayuz (Ed) *Sağlık Psikolojisi* (1.Baskı): Türk Psikologlar Derneği. Ankara
- Şeker, Sibel Erkan, Okumuş, Hülya., (2004). “Histerektomi Ameliyatı Geçiren Kadınların Ameliyat Öncesi Ve Sonrası Yaşam Kalitelerinin İncelenmesi”. 1. Sağlıkta Yaşam Kalitesi Sempozyumunda Sunulan Poster. İzmir.
- Şimşek Türütgen, Zeynep (2000) “Ruhsal Bozukluğu Olan Kişilerin Yaşam Kaliteleri ve Toplum İçinde Bakım ve Tedavilerine Örgütsel Bir Yaklaşım”Yayınlanmamış Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi, Ankara
- Taşçı, Sultan (1998) “Kronik Böbrek Yetmezliğindeki Hastaların Yaşam Kaliteleri” Yayınlanmamış Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi, Ankara
- Taysi, Ebru (2000). “Benlik Saygısı, Arkadaşlardan ve Aileden Sağlanan Sosyal Destek: Üniversite Öğrencileriyle Yapılan Bir Çalışma” Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Ankara Üniversitesi. Ankara.
- Tezcan, Hanife (2003) “Mersin İl Merkezinde ve Bağlı Köylerde Yaşlılarda Sağlıkla İlişkili Yaşam Kalitesi ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi” . Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi, Mersin Üniversitesi
- Torun, Alev (1996) “Tükenmişlik, Aile Yapısı ve sosyal Destek İlişkileri Üzerine Bir İnceleme” IX. Ulusal Psikoloji Kongresi Bilimsel Çalışmalar Kitabı, Boğaziçi Üniversitesi İstanbul, Türk Psikologlar Derneği , 1998 1. Baskı Editör Prof Dr. Güler Okman Fişek 307- 314
- Turgul Özlen, Mandıracıoğlu Aliye, Özügürlü Bülent, Özgener Nursaç, Deveci Hülya., (2004) “Narlidere İlçesinde 65 Yaş Üstü Nufusun Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi”, 1. Sağlıkta Yaşam Kalitesi Sempozyumunda Sunulan Poster. İzmir.

- Tüzer Verda, Zincir, Selma., Aydemir, Çiğdem. Göka, Erol.,(2004) “Şizofreni Hastaları ve Yakınlarının Yaşam Kalitesine Psikopatoloji ve Psikososyal Faktörlerin Etkisi”. 1. Sağlıkta Yaşam Kalitesi Sempozyumunda Sunulan Poster. İzmir
- Uzman, Ersin (2002) “Sosyal Destek Düzeyleri Farklı Üniversite Öğrencilerinin bazı Değişkenlere Göre Kimlik Statüleri” .Yayınlanmamış doktora tezi, Hacettepe Üniversitesi. Ankara.
- Ünal, İsmail ; Kaya , Nazmiye ; Çilli, Ali ; Kucur, Rahim (2004) “Panik Bozukluk Hastalarında WHOQOL- Brief ile Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi” 13. Anadolu Psikiyatri Günlerinde sunulan poster , Gaziantep
- Ünal, Süheyla.,Karlıdağ, Rıfat., Yoloğlu, Rıfat (2001) “Hekimlerde Tükenmişlik Ve İş Doyumu Düzeylerinin Yaşam Doyumu Düzeyleri İle İlişkisi”. Klinik Psikiyatri Dergisi. 4 (2) 113-118
- Ünsal, Pınar (1996) “Bir İş ortamında algılanan Sosyal Desteğin İşlevlerine , Kaynaklarına, Cinsiyet ve Mesleğe Göre İncelenişi” IX. Ulusal Psikoloji Kongresi Bilimsel Çalışmalar Kitabı, Boğaziçi Üniversitesi İstanbul, Türk Psikologlar Derneği, 19981. Baskı editör Prof Dr. Güler Okman Fişek 315-325
- Yatham, Lakshmi., Lecrubier, Yves., Fieve, Ronald., Davis, Kimberly., Harris, Soyna ve Krishnan, Anupama., (2004) “Quality of Life in Patients with Bipolar I Depression: Data From 920 Patients”. Bipolar Disorders 6, 379-385
- Yetim, Ünsal (2001) Toplumdan Bireye Mutluluk Resimleri . İstanbul: Bağlam Yayıncılık
- Yıldırım Aysegül., Lüleci, Emel., Öğütmen, Betül., Hülya, Gözü., Oğuz, Deyneli., Metin, Ates., Cetin, Özener., Akoğlu Emel (2004) “İstanbul’da Kamu ve Üniversite Hastanelerine Başvuran Diyabet Hastalarının Yaşam Kalitelerinin Değerlendirilmesi”. 1. Sağlıkta Yaşam Kalitesi Sempozyumunda Sunulan Poster. İzmir
- Yolasıgmaz, Gürsel., Eser, Erhan., Özmen Erol “Seks İşçisi Kadınlarda Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesini Etkileyen Değişkenler”.(2004) 1. Sağlıkta Yaşam Kalitesi Sempozyumunda Sunulan Poster. İzmir.
- Yvonne ,Michael, , L.; Berkman, Lisa, F.; Colditz, Graham, A.; Holmes, Michael, D.; Kawachi, Ichiro (2002). “Social Networks And Health-Related Quality of Life in Breast Cancer Survivors A Prospective Study”. 2002, 52; 285–293.

- Wan, Chot, K.; Jaccard, James,(1996). "The Relationship Between Social Support And Life Satisfaction as a Function of Family Structure". *Jornual of Marriage And The Family*. 1996; 58, 2; 502-513
- White, Leroy; Cant, Bob (2003). "Social Networks, Social Support, Health And HIV-Positive Gay Men". *Blackwell And Social Care In The Community*. 11(4), 329-334
- WHOQOL GROUP (1996) " What Quality of Life " World Health Forum"17

EK-1

Sayın Katılımcı,

Bu araştırma, yüksek lisans bitirme çalışması kapsamında yapılmaktadır. Sorulara içten cevap vermeniz araştırma güvenilirliği açısından önemlidir. Lütfen tüm soruları yanıtlayınız. Elde edilecek veriler sadece araştırma amacıyla kullanılacaktır.İsim belirtmeniz gerekmemektedir.Yardımlarınız ve içtenliğinizden dolayı teşekkür ederim.

Binay Bilge ANNAK
Mersin Üniversitesi Psikoloji Bölümü
Yüksek Lisans Öğrencisi

CİNSİYETİZ: K () E ()

YAŞINIZ :

MEDENİ DURUMUNUZ : Evli () Bekar () Boşanmış () Eşini kaybetmiş ()

ÇOCUK SAYISI :Yok() 1() 2() 3() 4 () 5() 6 () Daha Fazla()

ANNE SAĞ MI ? : Evet () Hayır ()

BABA SAĞ MI ? : Evet () Hayır ()

KARDEŞ SAYISI : Yok() 1() 2() 3() 4 () 5() 6 () Daha Fazla()

EĞİTİM DURUMUZ : Okur yazar () İlkokul mezunu () Lise mezunu ()

Ortaokul mezunu () Üniversite mezunu ()

İŞ DURUMUNUZ: Çalışıyor () Çalışmıyor ()

KAÇ YILDIR MERSİN'DESİNİZ :

HASTALIĞINIZ NE KADAR SÜREDİR DEVAM EDİYOR:

NEREDE YAŞIYORSUNUZ: Köy () İlçe() Şehir()

EK-2

SOSYAL AĞ FORMU

Sizden yaşamınızda , son üç ay içinde , kendinize yakın hissettiğiniz insanları hatırlamanızı istiyoruz,sonra bu yakın hissettiğiniz insanların (aile üyelerinizin, akrabalarınızın ve arkadaşlarınızın) **isimlerini** (soyadlarını yazmayabilirsiniz) , yakınlık sırasına göre yazmanızı istiyoruz .

Ayrıca **ilişkinizin türünü** (anneniz, babanız, amcanız, arkadaşınız, kuzeniniz, sevgiliniz gibi) ve bu kişilerle **yakınlık derecenizi** (1den 7 ye kadar değerlendirmeniz istenmektedir ; 7 **çok yakın** olduğunuzu 4; **biraz yakın** olduğunuzu, 1 ise **az yakın** olduğunuzu ifade eder) belirtmenizi istiyoruz.

İSİM	İLİŞKİ TÜRÜ	YAKINLIK DERECESİ									
		7: çok yakın			4: biraz yakın				1: az yakın		
1		Çok yakın	7	6	5	4	3	2	1	Az yakın	
2		Çok yakın	7	6	5	4	3	2	1	Az yakın	
3		Çok yakın	7	6	5	4	3	2	1	Az yakın	
4		Çok yakın	7	6	5	4	3	2	1	Az yakın	
5		Çok yakın	7	6	5	4	3	2	1	Az yakın	
6		Çok yakın	7	6	5	4	3	2	1	Az yakın	
7		Çok yakın	7	6	5	4	3	2	1	Az yakın	
8		Çok yakın	7	6	5	4	3	2	1	Az yakın	
9		Çok yakın	7	6	5	4	3	2	1	Az yakın	
10		Çok yakın	7	6	5	4	3	2	1	Az yakın	
11		Çok yakın	7	6	5	4	3	2	1	Az yakın	
12		Çok yakın	7	6	5	4	3	2	1	Az yakın	
13		Çok yakın	7	6	5	4	3	2	1	Az yakın	
14		Çok yakın	7	6	5	4	3	2	1	Az yakın	
15		Çok yakın	7	6	5	4	3	2	1	Az yakın	
16		Çok yakın	7	6	5	4	3	2	1	Az yakın	
17		Çok yakın	7	6	5	4	3	2	1	Az yakın	
18		Çok yakın	7	6	5	4	3	2	1	Az yakın	
19		Çok yakın	7	6	5	4	3	2	1	Az yakın	
20		Çok yakın	7	6	5	4	3	2	1	Az yakın	
21		Çok yakın	7	6	5	4	3	2	1	Az yakın	
22		Çok yakın	7	6	5	4	3	2	1	Az yakın	
23		Çok yakın	7	6	5	4	3	2	1	Az yakın	
24		Çok yakın	7	6	5	4	3	2	1	Az yakın	
25		Çok yakın	7	6	5	4	3	2	1	Az yakın	
26		Çok yakın	7	6	5	4	3	2	1	Az yakın	
27		Çok yakın	7	6	5	4	3	2	1	Az yakın	
28		Çok yakın	7	6	5	4	3	2	1	Az yakın	
29		Çok yakın	7	6	5	4	3	2	1	Az yakın	
30		Çok yakın	7	6	5	4	3	2	1	Az yakın	

EK-3

ÇOK BOYUTLU ALGILANAN SOSYAL DESTEK ÖLÇEĞİ (GÖZDEN GEÇİRİLMİŞ FORMU)

Aşağıda 12 cümle ve her bir cümlenin yanında 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 cümlenin yanındaki rakamlardan yalnız bir tanesini daire içine alarak işaretleyiniz. Bu şekilde 12 cümlenin her birine bir işaret koyarak cevaplarınızı veriniz. Lütfen hiçbir cümleyi cevapsız bırakmayınız. Sizce doğruya en yakın olan rakamı işaretleyiniz.

1	Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve ihtiyacım olduğunda yanımda olan bir insan (<i>örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor</i>) var.	Kesinlikle evet	1	2	3	4	5	6	7	Kesinlikle hayır
2	Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim bir insan (<i>örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor</i>) var.	Kesinlikle evet	1	2	3	4	5	6	7	Kesinlikle hayır
3	Ailem (<i>örneğin, annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim</i>) bana gerçekten yardımcı olmaya çalışır.	Kesinlikle evet	1	2	3	4	5	6	7	Kesinlikle hayır
4	İhtiyacım olan duygusal yardımı ve desteği ailemden (<i>örneğin, annemden, babamdan, eşimden, çocuklarımdan, kardeşlerimden</i>) alırım.	Kesinlikle evet	1	2	3	4	5	6	7	Kesinlikle hayır
5	Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve beni gerçekten rahatlatan bir insan (<i>örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor</i>) var.	Kesinlikle evet	1	2	3	4	5	6	7	Kesinlikle hayır
6	Arkadaşlarım bana gerçekten yardımcı olmaya çalışırlar.	Kesinlikle evet	1	2	3	4	5	6	7	Kesinlikle hayır
7	İşler kötü gittiğinde arkadaşlarıma güvenebilirim.	Kesinlikle evet	1	2	3	4	5	6	7	Kesinlikle hayır
8	Sorunlarımı ailemle (<i>örneğin, annemle, babamla, eşimle, çocuklarımla, kardeşlerimle</i>) konuşabilirim.	Kesinlikle evet	1	2	3	4	5	6	7	Kesinlikle hayır
9	Sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim arkadaşlarım var.	Kesinlikle evet	1	2	3	4	5	6	7	Kesinlikle hayır
10	Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve duygularıma önem veren insan (<i>örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor</i>) var.	Kesinlikle evet	1	2	3	4	5	6	7	Kesinlikle hayır
11	Kararlarımı vermede ailem (<i>örneğin, annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim</i>) bana yardımcı olmaya isteklidir.	Kesinlikle evet	1	2	3	4	5	6	7	Kesinlikle hayır
12	Sorunlarımı arkadaşlarımla konuşabilirim.	Kesinlikle evet	1	2	3	4	5	6	7	Kesinlikle hayır

EK- 4

YAŞAM DOYUMU ÖLÇEĞİ

Aşağıda 5 cümle ve her bir cümlenin yanında 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 cümlenin yanındaki rakamlardan yalnız bir tanesini daire içine alarak işaretleyiniz. Bu şekilde 5 cümlenin her birine bir işaret koyarak cevaplarınızı veriniz. Sizce doğruya en yakın olan rakamı işaretleyiniz.

		Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kısmen katılıyorum	Kararsızım	Kısmen katılıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum
1	Hayatım bir çok yönden idealimdekine yakın.	1	2	3	4	5	6	7
2	Hayat şartlarım mükemmel.	1	2	3	4	5	6	7
3	Hayatımdan memnunum.	1	2	3	4	5	6	7
4	Hayattan şimdiye kadar istediğim önemli şeyleri elde ettim.	1	2	3	4	5	6	7
5	Eğer hayata yeniden başlasaydım hemen hemen hiçbir şeyi değiştirmezdim.	1	2	3	4	5	6	7

EK-5

DÜNYA SAĞLIK ÖRGÜTÜ YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ KISA FORMU (WHOQOL-BREF)

Bu anket sizin yaşamınızın kalitesi, sağlığınız ve yaşamınızın öteki yönleri hakkında neler düşündüğünüzü sorgulamaktadır. Lütfen bütün soruları cevaplayınız. Eğer bir soruya hangi cevabı vereceğinizden emin olamazsanız, lütfen size en uygun görünen cevabı seçiniz. Genellikle ilk verdiğiniz cevap en uygunu olacaktır.

Lütfen kurallarımızı, hoşunuza giden ve sizin için önemli olan şeyleri sürekli olarak göz önüne alınız. Yaşamınızın son iki haftasını dikkate almanızı istiyoruz.. örneğin bu soruda son iki hafta kastedilerek şöyle sorulabilir :

İhtiyacınız olan desteği başkalarından alabiliyor musunuz?

Hiç 1	Çok az 2	Orta derecede 3	Çokça 4	Tamamen 5
----------	-------------	--------------------	------------	--------------

Son iki hafta boyunca başkalarından aldığınız desteğin miktarını en iyi karşılayan rakamı yuvarlağa almalısınız. Buna göre, eğer başkalarından çokça yardım aldıysanız, aşağıdaki gibi 4 rakamını yuvarlağa almanız gerekiyor:

İhtiyacınız olan desteği başkalarından alabiliyor musunuz?

Hiç 1	Çok az 2	Orta derecede 3	Çokça 4	Tamamen 5
----------	-------------	--------------------	------------	--------------

Son iki hafta içinde, ihtiyacınız olan desteği başkalarından hiç almadıysanız, 1 rakamını yuvarlağa almalısınız.

Lütfen her soruyu okuyunuz, duygularınızı değerlendiriniz ve her bir sorunun ölçeğinde size en uygun olan yanıtın rakamını yuvarlağa alınız.

1	Yaşam kalitenizi nasıl buluyorsunuz ?	Çok kötü 1	Biraz kötü 2	Ne iyi, ne kötü 3	Oldukça iyi 4	Çok iyi 5
2	Sağlığınızdan ne kadar hoşnutsunuz ?	Hiç hoşnut değil 1	Çok az hoşnut 2	Ne hoşnut ne değil 3	Epeyce hoşnut 4	Çok hoşnut 5

Aşağıdaki sorular son iki hafta içinde kimi şeyleri ne kadar yaşadığınızı soruşturmaktadır.

		Hiç	Çok az	Orta derece	Çokça	Aşırı derece
3	Ağrılarınızın yapmanız gerekenleri ne kadar engellediğini düşünüyorsunuz?	1	2	3	4	5
4	Günlük uğraşlarınızı yürütebilmek için herhangi bir tıbbi tedaviye ne kadar ihtiyaç duyuyorsunuz ?	1	2	3	4	5
5	Yaşamaktan ne kadar keyif alırsınız ?	1	2	3	4	5
6	Yaşamınızı ne ölçüde anlamlı	1	2	3	4	5

	bulunuyorsunuz?					
7	Dikkatinizi toplamada ne kadar başarılısınız?	1	2	3	4	5
8	Günlük yaşamınızda kendinizi ne kadar güvende hissediyorsunuz?	1	2	3	4	5
9	Fiziksel çevreniz ne ölçüde sağlıklıdır?	1	2	3	4	5

Aşağıdaki sorular son iki haftada kimi şeyleri ne ölçüde **tam olarak** yaşadığınızı ya da yapabildiğinizi soruşturmaktadır.

		Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Tamamen
10	Günlük yaşamı sürdürmek için yeterli gücünüz kuvvetiniz var mı?	1	2	3	4	5
11	Bedensel görünüşünüzü kabullenir misiniz ?	1	2	3	4	5
12	İhtiyaçlarınızı karşılamaya yeterli paranız var mı?	1	2	3	4	5
		Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Tamamen
13	Günlük yaşantınızda size gerekli bilgi ve haberlere ne ölçüde ulaşabiliyorsunuz?	1	2	3	4	5
14	Boş zamanları değerlendirme uğraşları için ne ölçüde fırsatınız olur?	1	2	3	4	5

Aşağıdaki sorularda, son iki hafta boyunca yaşamınızın çeşitli yönlerini ne ölçüde **iyi ya da doyurucu** bulduğunuzu belirtmeniz istenmektedir.

15	Bedensel hareketlilik (etrafta dolaşabilme, bir yerlere gidebilme) beceriniz nasıldır ?	Çok kötü 1	Biraz kötü 2	Ne iyi, Ne kötü 3	Oldukça iyi 4	Çok İyi 5
----	--	----------------------	------------------------	-----------------------------	-------------------------	---------------------

		Hiç hoşnut değil	Çok az hoşnut	Ne hoşnut, ne değil	Epeyce hoşnut	Çok hoşnut
16	Uygunuzdan ne kadar hoşnutsunuz ?	1	2	3	4	5
17	Günlük uğraşlarınızı yürütebilme Becerinizden ne kadar hoşnutsunuz ?	1	2	3	4	5
18	İş görme kapasitenizden ne kadar hoşnutsunuz ?	1	2	3	4	5
19	Kendinizden ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
20	Aileniz dışındaki kişilerle ilişkilerinizden ne kadar hoşnutsunuz ?	1	2	3	4	5

21	Cinsel yaşamınızdan ne kadar hoşnutsunuz ?	1	2	3	4	5
22	Arkadaşlarınızın desteğinden ne kadar hoşnutsunuz ?	1	2	3	4	5
23	Yaşadığınız evin koşullarından ne kadar hoşnutsunuz ?	1	2	3	4	5
24	Sağlık hizmetlerine ulaşma koşullarınızdan ne kadar hoşnutsunuz ?	1	2	3	4	5
25	Ulaşım olanaklarınızdan ne kadar hoşnutsunuz ?	1	2	3	4	5

Aşağıdaki soru son iki hafta içinde bazı şeyleri **ne sıklıkla** hissettiğiniz yada yaşadığınıza ilişkindir.

26	Ne sıklıkla hüznün, ümitsizlik, bunaltı, çökkünlük gibi olumsuz duygulara kapılırsınız ?	Hiçbir zaman 1	Nadiren 2	Ara sıra 3	Çoğunlukla 4	Her zaman 5
27	Yaşamınızda size yakın kişilerle (eş, iş arkadaşı, akraba) ilişkilerinizde baskı ve kontrolle ilgili zorluklarınız ne ölçüdedir ?	Hiç 1	Çok az 2	Orta derece 3	Çokça 4	Aşırı derece 5

