



T.C.
MARMARA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**İŞ YAŞAMINDA SOSYAL SERMAYENİN ÇALIŞANIN
FİZİKSEL VE RUHSAL SAĞLIĞINDAKİ YERİ**

M.KEMAL KUŞCU
YÜKSEK LİSANS TEZİ

HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI

DANIŞMAN
Yard.Doç.Dr. NADİ BAKIRCI

İSTANBUL -2006

TEŞEKKÜR

**Araştırmanın aşamalarında bana destek olan ve yönlendiren tez danışmanım
Yrd.Doç. Dr. Nadi Bakırcı'ya ve Prof. Dr. Melda Karavuş'a;**

**Tez çalışmam konusunda beni yüreklendiren ve mesailerini benimle paylaşan tüm
Halk Sağlığı Anabilim Dalı çalışanlarına;**

Teşekkür ederim...

İÇERİK

1. Özet.....	1
2. Summary.....	2
3. Giriş ve Amaç.....	3-5
4. Genel Bilgiler.....	6-17
4.1. Sosyal Sermaye Kavramı.....	9-14
4.2. Sosyal Sermaye Kavramı ve Sağlık İlişkisi.....	14-17
5. Gereç ve Yöntem.....	18-24
6. Bulgular.....	25-40
7. Tartışma ve Sonuç.....	41-47
8. Ekler.....	48-59
9. Kaynaklar.....	60-64
10. Özgeçmiş.....	65

1. ÖZET

Sosyal süreçlerle sağlık değişkenleri arasındaki ilişki hem toplum bilimlerin hem de sağlık bilimlerinin önemli uğraşı alanlarından biri olmuştur. Sosyal süreçlerin araştırmasında son yıllardaki önemli değişmelerden biri de özellikle toplum içinde ilişkilerin içeriğini yansıttığı düşünülen sosyal sermaye kavramıdır. Sosyal sermaye kavramı sosyal bağların ve ilişkilerin ürettiği tüm kolektif değerler ve normlar olarak tarif edilmektedir. Sağlık süreçleri ile sosyal sermaye arasındaki ilişkiyi araştıran çalışmalar son yıllarda giderek artmış olsa da, özellikle çalışan ruh sağlığına yönelik sonuçlar son derece kısıtlıdır. Çalışmanın amacı çalışanlarda fiziksel ve ruh sağlığı düzeyleri ile sosyal sermaye algıları arasındaki ilişkinin araştırılmasıdır.

Araştırma kapsamında 110 kadın 50 erkek toplam 160 sağlık çalışanı yer almaktadır. Grubun sosyo-demografik özellikleri ile psikososyal iyilik halleri arasında yakın ilişki saptanmıştır. Bu ilişki özellikle depresyon düzeyleri ile meslek grubu ($p=0.000$) ve çalışma saatleri ($p=0.007$) arasında gözlenmiştir. Komşuluk ilişkisi benzeri informal destek ağı ile sosyal sermaye ($p=0.000$), sivil toplum katılımı ile sosyal destek ($p=0.006$) arasında ve sosyal sermaye ile hem kişisel fiziksel sağlık ($p=0.000$), hem de ruhsal sağlık ($p=0.000$) değerlendirmesi arasında yüksek düzeyde ilişki saptanmıştır. Benzer şekilde tüm psikososyal ölçütlerle sosyal sermaye arasındaki bağlantı aynı devamlılığı gösterdiği belirlenmiştir.

Bu araştırmanın sonucunda sosyal sermayenin çalışanların fiziksel ve psikososyal iyilik hali için önemli bir sağlık değişkeni olabileceği düşünülmektedir.

Anahtar kelimeler: Sosyal sermaye, çalışan sağlığı, psikososyal iyilik hali.

2. SUMMARY

THE IMPACT OF SOCIAL CAPITAL ON WORKERS PHYSICAL AND PSYCHOLOGICAL WELLBEING

The link between social processes and health has been a long interest for both health and social sciences. Over the last decades, social capital which thought to reflect the content of social interaction became a central concept. Social capital is defined as the outcome of social interaction in forms of shared values and norms. Despite the flow of evidence in the studies which explore the link between social capital health are rising, the evidence on mental health is still limited. The aim of the study is to explore the link between perceived social capital and health (physical and mental) in the context of work.

A total of 160 participant, 110 female and 50 male, agreed to participate in the study. A close link has been demonstrated between the psychosocial level and the social-demographic context of the participant group. The most visible statistical significances were reached between the job description ($p=0.000$) and working hours ($p=0.007$) and depression levels. A similar pattern was established between the informal social support networks (neighbourhood interaction) and social capital ($p=0.000$) and civil participation and social support ($p=0.006$). These statistical significances continued between the social capital and other psychosocial variables.

As a result, we believe that social capital could be seen as a health predictor for workers physical and psychosocial well-being.

Key words: social capital, occupational health, psychosocial well-being

3. GİRİŞ VE AMAÇ

Bireylerin sağlığı ve iyilik halleriyle içerisinde yaşadıkları çevre ve sosyal koşullar arasındaki ilişki tarihsel olarak toplum sağlığının ve sosyal tıbbın önemli uğraşı alanlarından biri olmuştur. Sosyal olaylarla fiziksel ve ruh sağlığı gündemlerinin hangi noktalarda ve ne ölçüde çakıştığı günümüzde de araştırmaların temel uğraşı noktalarından biridir. Endüstriyel gelişme ve bu gelişmenin oluşturduğu sosyal dönüşümler hem sosyal değişkenlerin hem de sağlık süreçlerinin yeniden ele alınmasını zorunlu kılmıştır. Bu anlamda sosyal süreçlerle sağlık arasındaki ilişki giderek daha yakın ele alınmıştır.

Sosyal sermaye, sosyal grupların birlikteliklerini belirleyen değer, kurum ve ilişkilerin tümü olarak tarif edilmiştir (1). Özellikle geçtiğimiz yüzyılın ikinci yarısından itibaren üretim modellerinin ve toplumsal değişimlerin ışığında soysal sermaye kavramı yeniden ele alınmış, farklı toplumsal ve bireysel değişkenlerle ilişkisi incelenmiştir. Sosyal süreçlerle ve buna eklenen sosyal grup birliktelikleriyle paralellik gösteren önemli bir değişken de insan sağlıdır. Tarihsel olarak insan sağlığıyla sosyal gündemler arasındaki bağlantı çok zengin bir ilişki dağarcığını barındırmaktadır (2). Sosyal sermaye kavramını günümüzdeki kullanımıyla en detaylı ele alan çalışmacılardan biri Putnam'dır (3). Putnam, zellikle Amerika Birleşik Devletleri'nde sosyal grupların yeleri arasındaki bağı çalışmış ve sanayileşmenin bu bağı ne şekilde gevşettiğini belirlemiştir. Dünya Bankası sosyal sermayeyi sosyal ilişkileri oluşturan kurum, norm ve ilişkilerin tümü olarak ele almıştır. Ancak sosyal sermayeyi bu kurum ve kavramların bir toplamı değil, bunları bir arada tutan içeriğin kendisi olarak tanımlamıştır (4).

Ülkemizde, sosyal ve ekonomik süreçlerdeki kırımların özellikle çalışan nüfusun sağlığına olan etkileri sınırlı lde araştırılmış olsa da bu süreçlerin sosyal sermaye algısına ve sosyal birliktelik üzerindeki etkileri araştırılmamıştır. Ülkemizin yoğun sosyal değişimleri yaşadığı geçiş dönemlerinde sosyal sermaye algısı ve becerileri olumsuz koşullara dayanıklılık oluşturacaktır. Sosyal sermaye çoğunlukla gündelik değerlendirmeler içerisinde geçmişten günümüze aktarılan ve her zaman var olan doğal bir kolektif refleks olarak değerlendirilmektedir. Oysa ki toplumun gündelik yaşantısına yansıyan demografik yapı değişiklikleri, sosyal ve ekonomik altyapıdaki

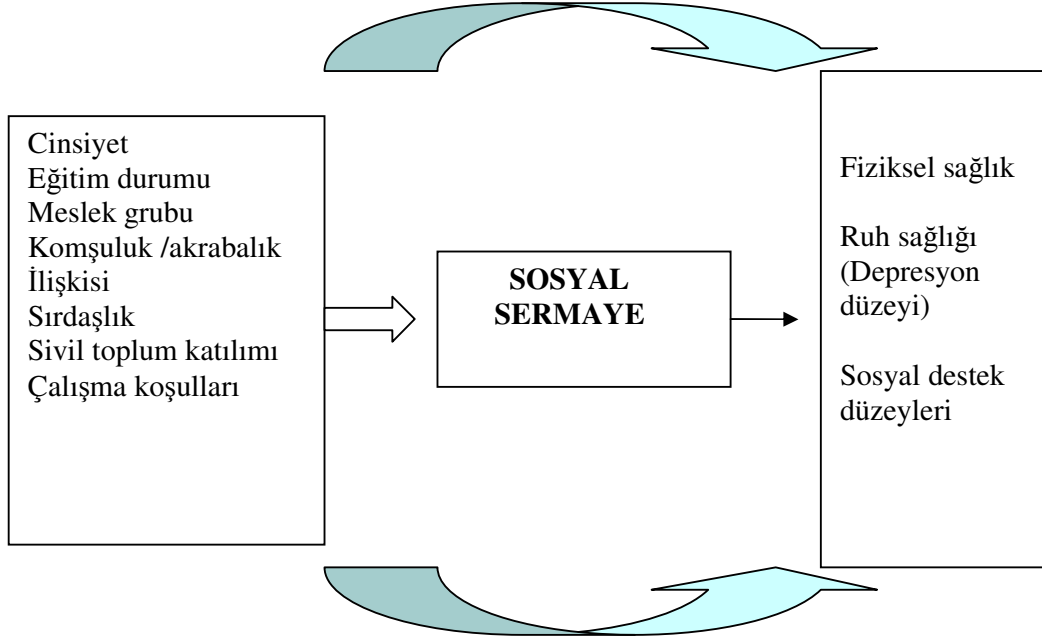
yeniden yapılanma, iş gücü piyasasının yeniden tarifi ve giderek daha global süreçlere açılan bir gündemde sosyal sermaye algısının içeriğinde de büyük değişimlerin yaşanması kaçınılmazdır.

İş sağlığı özelinde ise, hem fiziksel sağlık hem de ruhsal iyilik hali ile sosyal süreçler arasındaki ilişki saptanmıştır (5). İş ortamındaki stresin ve buna eşlik eden sosyal olumsuzluk ve yaşam güçlüklerinin genel sağlık, işgücü kaybı ve ani ölümlerle ilişkisi araştırılmıştır. Ancak bu ilişkinin daha geniş anlamda, sosyal sermaye gibi toplumsal yansımaları daha görünür gündemler ışığında ele alınmamıştır. Çalışma ortamında güven, olumlu ilişki modelleri, hakkaniyet, olumlu gelecek algısı, dayanışmacı kişisel ve ortak algı dağarcıkları ile çalışma ortamı sağlığı arasındaki ilişki sosyal sermaye algısının iş ortamına yansıyan biçimini ortaya koyacağı düşünülmektedir. Ülkemizde sağlık sisteminde son yıllardaki yapısal dönüşümler ve iş gücü piyasasındaki değişimler (görev tanımları, sözleşme modelleri, fazla mesai uygulamaları, özelleştirme) bu sektörün çalışanlarının bu değişimi çok yakından yaşamalarına neden olmuştur.

Ülkemizde sosyal ve sağlık politikaları ile çalışan sağlığına yönelik girişimlerin en önemli desteklerinden biri de sosyal dönüşümlerle, bu dönüşümlerin sağlık süreçleri üzerine olan yansımalarının belirlenmesidir. Çalışma bu amaca yönelik olarak planlanmıştır.

Çalışmanın amacı sağlık çalışanlarında sosyal sermaye oluşturma algısının genel fizik ve ruh sağlığı düzeylerine etkisinin araştırılmasıdır. Çalışma bu amaca yönelik ölçek geliştirme ve alanda bu ölçeğin kullanılarak gerçekleştirilen kesitsel bir çalışmayı içermektedir. Çalışmada iki temel soru cevaplanmaya gayret edilmiştir. Bunlardan ilki, çalışanların temsil ettikleri sosyal norm, eğilimler veya koşullarla fiziksel, psikolojik iyilik hallerinin ve sosyal destek düzeyleri arasındaki ilişkinin cevaplanmasıdır. Bu noktada cinsiyet, meslek grubu, çalışma saatleri, sivil toplum aktivilerine katılım, komşuluk (formal destek ağı) ve akrabalık (informal destek ağı), sırdaşlık, sosyo-ekonomik statü ve eğitim durumlarının fiziksel ve ruh sağlığı ile sosyal destek süreçleri arasındaki ilişki çalışılmıştır. İkinci soruda ise sosyal sermaye algısı düzeyleri ile

yukarıda sayılan sosyo-demografik ve psikososyal başlıklar arasındaki ilişki çalışılmıştır (Şekil 3.1)



Şekil 3.1: Çalışma hipotezlerinin şeması

4. GENEL BİLGİLER

İnsan bedeni ile sosyal süreçler arasındaki ilişki sosyal tıbbın temel ilgi alanlarından biri olmuştur. 18. yüzyıldaki politik ve sosyal dönüşümlerin paralelinde insan sağlığı farklı ortamlar ve bu ortamları oluşturan kültürel ve sosyal faktörler eşliğinde gözden geçirilmiştir. Bu durumun temel nedenlerinden biri özellikle ekonomik değişimlerin eşliğinde istatistik ve kanıt çerçevesinde bir tıp uygulamasının öne çıkmasıdır. Sosyal tıbbın ortaya çıkışında paradoksal nedenlerden biri üretim biçimlerindeki değişimler ve 19. yy'daki yoğun ekonomik değişim süreci olmuştur (6). Özellikle sağlık istatistiklerin gelişmesi ile sağlık uygulamaları arasındaki ilişki yeni bir sağlık yorumunu beraberinde getirmiştir. Endüstriyel toplum giderek daha genişleyen bir ölçüde oluşan sosyal dönüşümlerle bunun insanın iyilik haline etkilerini araştırmak zorunda kalmıştır. Bu etkilerin çalışılma biçimi salt sosyal süreçlerin analizini değil aynı zamanda sağlık süreçlerinin tarifini de kökten etkilemiştir. Buna göre sağlık süreçleri salt biyolojik kırılğanlıklarla , fiziksel riskler arasında değil sosyal süreçler ve buna eklenen sosyal politikalarla kişisel payda arasında tarif edilmiştir.

Benzer şekilde insan davranışının sosyal dağarcıkların çerçevesinde ele alınması geleneksel olarak psikolojinin temel ilgi alanlarından biri haline gelmiştir. Davranışla ortam özelliklerinin ilişkilendirilmesi geleneksel klinik psikiyatri araştırma dağarcığının önemli bir bölümünü oluşturmaktadır. Diğer yandan sosyal bilimler özellikle davranış süreçlerinin sosyal dönüşümlerle çakıştığı ve ayrıştığı noktaları ele almışlardır.

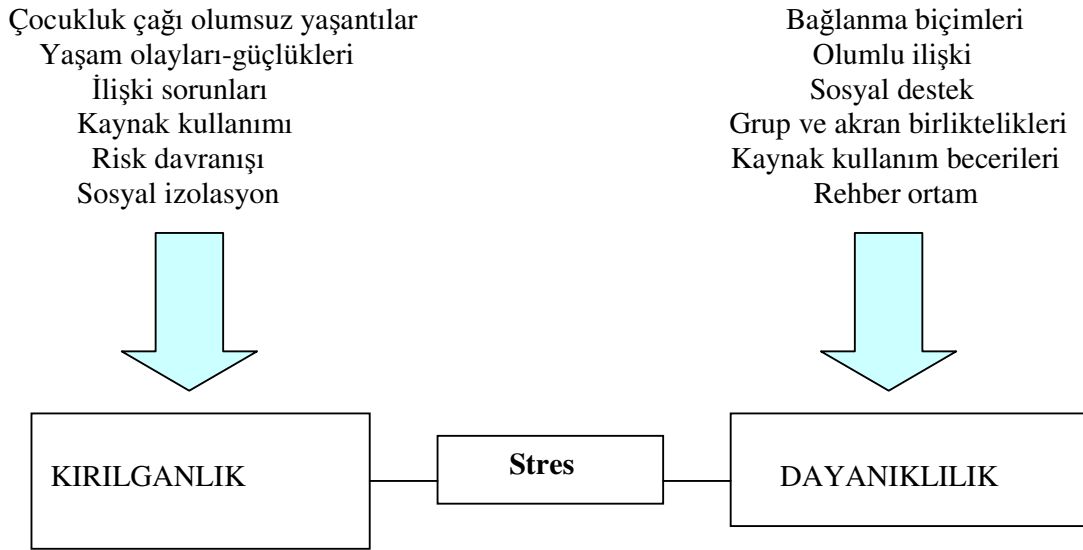
Davranışın veya psikolojik fenomenlerin sosyal gündemlerle kesişme noktası da aslında psikiyatri ve psikolojinin dışında bir tartışma alanı olarak başlamıştır. Emile Durkhem'in intihar çalışması esasen 'kişisel' olarak değerlendirilen intihar sürecinin sosyal izlerini sürmektedir. Benzer şekilde kişisel olanla toplumsal olan arasındaki ilişki ve bu ilişkinin işlevsel sonuçları, medikal anlamda hastalık veya psikiyatrik bozukluk şeklinde tarif edilmektedir. Bu kesişim noktası günümüzde sosyal psikiyatri çalışmalarının temel kanıt kaynağını oluşturmaktadır.

Sosyal psikiyatrinin tarihsel olarak en temel ilgi alanlarından biri farklı sosyal değişkenlerle psikopatoloji arasındaki ilişkinin ortaya konmasıdır. Bu çalışmalar ilk önceleri şehirleşme ve psikopatoloji arasında gerçekleştirilmiştir. Özellikle sanayileşme ve bunun sonucundaki kentleşme süreçleri psikiyatrinin ilk ilgi alanları arasındadır. Bu ilgi halen devam etmektedir. Özellikle göç, etnik farklılık, iş kaybı, sosyal dezavantaj benzeri sosyal süreçlerin tartışılması özellikle gelişmekteki ülkeler veya yoğun göç alan gelişmiş ülkelerde geçerliliğini korumaktadır. Sosyal süreçlerin ruh sağlığı ilişkisinin en belirgin ve detaylı çalışıldığı örneklerden biri Brown ve Harris'in kadın depresyonu ve yaşam olayları arasındaki ilişkiyi tartışmaya açtıkları çalışmaları olmuştur (7). Toplum içerisindeki kadınların sınıfsal kesitleri göz önüne alındıklarında yaşam olayları çerçevesinde ne şekilde depresyon geliştirdikleri üzerine olan çalışmaları, çevresel olanın değerlendirilebilir bir süreç olduğunu ortaya koymuştur. Son yıllarda sosyal veya çevresel faktörler, zeminde gelişen paradigmaya yoğun bir dönüş yaşamaktadır. Örneğin; göç ve psikopatoloji arasındaki çatışmaların özellikle geçtiğimiz son yirmi yıl içerisindeki politik dönüşümler eşliğinde gelişen insan hareketliliği, göç ve mülteci çalışmalarını hızlandırmıştır. Bu başlık altındaki önemli çalışmalar ise demografik hareketlilikler üzerinde gerçekleştirilmiştir. Özellikle ilk dönem çalışmaları şehirleşme ve benzeri sosyal dönüşüm gündemlerini ele alsa da, sonrasında ilgi giderek göç veya mültecilik süreçleri üzerine yoğunlaşmıştır (8).

Günümüzde sosyal alanın, biyolojik paradigmanın genişlemesi oranında zayıflayacağı düşüncesi tahmin edilen yönde gelişmemiştir. Gelişimsel perspektifte sosyal gündemler ve bunlara eşlik eden çevresel etkenler hem genel sosyal tıbbın hem de psikiyatri araştırmalarının merkezine yerleşmiştir. Bu nedenle genetik ve biyolojik belirleyiciler ile çevresel faktörlerin ilişkisi günümüzde her zamankinden çok daha fazla önem kazanmıştır. Her ne kadar günümüzde biyolojik zeminli çalışmalar psikiyatri araştırmalarında başlarda yer alsa da, sağlığın çok faktörlü doğası çevresel belirleyicilerin aynı oranda ele alınmasını gerekli kılmaktadır. Edinsel veya çevresel faktörler başlığı altında değerlendirilen sosyal etyoloji çalışmaları çevresel faktörlere yönelik araştırma çalışmalarının yoğunlaşmasına neden olmuştur.

Sosyal gündemleri bir süreç içerisinde ele almak çevresel ve biyolojik etkenlerin değerlendirilmesini de bir anlamda bağlantılamaktadır. Sosyal süreçler salt kesitsel ve diğer gündemlerden yalıtılmış yaşantılar değil aynı zamanda farklı sağlık süreçlerini tetikleyen döngüleri ve değişik yaşam dönemlerini etkileyen dinamik olgulardır. Örneğin; erken doğum riski genetik ve biyolojik faktörlerle tetiklenirken, süreç içerisinde değerlendirme de sosyal olumsuzluk ve süregelen stresin esasında bu biyolojik kırılmalığa kaynak oluşturduğu ortaya konmuştur. Benzer şekilde birçok farklı sağlık süreci için temelde sosyal olanla biyolojik olan arasındaki ilişki giderek artan oranda ortaya konmuştur.

Kırılmalığın karşı noktasında yer alan gündem ise dayanıklılık kavramıdır. Dayanıklılık kavramı ise olumlu deneyim ve sosyal destek ve kaynaklarının kullanımı ile paralel tarif edilmiştir. Her iki gündemin ortak etki yolağı süregelen stres üzerinden tarif edilmiştir (Şekil 4.1). Günümüzde özellikle biyolojik süreçlerin sosyal belirleyicileri tarif edilirken stresin sosyal ve biyolojik mekanizmaları temel yansıma alanı olarak ele alınmaktadır. Örneğin; sosyal destek sistemlerinden daha izole yaşayan bir kişinin iş yaşamının süregelen strese daha açık olması ve bunun sonucunda vasküler olay (inme veya kardiyovasküler olay) yaşama ihtimalini daha yoğun yaşadığı ortaya konmuştur (9). Sosyal stres gündemleriyle farklı biyolojik süreçler arasındaki ilişkinin aydınlatılmasına yönelik bilgi dağarcığı giderek daha yoğun oranda artmaktadır.



Şekil 4.1 : Kırılmalılık ve dayanıklılığın sosyal belirleyicileri

Buradaki temel güçlüklerden biri sosyal olanın nasıl tanımlanacağı ile ilgilidir. Geçtiğimiz dönemdeki en temel uğraşılardan biri sağlık süreçleri ve bireylerin iyilik haliyle daha gerçekçi bir ilişkiyi oluşturabilecek kavramların ve sosyal ölçülerin oluşturulması olmuştur. Bu noktada öne çıkan kavramlardan biri de sosyal birlikteliğin karşılıklı formal ve informal birikimini yansıtan sosyal sermaye kavramıdır.

4.1. Sosyal Sermaye Kavramı

Sosyal, ekonomik ve politik bilimlerin en önemli kavramlarından biri sermaye oluşumu ile ilgili olmaktadır. Karl Marx'tan bu yana toplumların sermaye oluşturma ve geliştirme modelleriyle bu sermaye yapısının toplum işleyişine olan etkileri temel ilgi alanlarından biri olmuştur. Sermaye kavramının bu ölçüde ilgi çekmesinin temel nedenlerinden biri sermayenin tanımıyla ilgilidir. Bu bakışa göre sermaye ile sosyal süreçler arasında temelde aktif bir ilişki vardır. Buna göre sermaye sosyal birlikteliğin temel enstrümanlarından biridir. Bir diğer önemli gündem ise sermaye formlarının ortak özellikleridir. Sosyolojik bakışa göre sermayenin iki temel özelliği sermayenin formundan bağımsız olarak tüm sermaye biçimlerinde ortaktır. Bunlardan ilki sermayenin *birikim* özelliğidir. Buna göre her sermaye formu ekonomik, sosyal veya kültürel birikim üzerinde şekillenir. Artan ve azalan özellikleri vardır. Sosyal süreçler bu birikim ile çok yakından ilişkilidir. İkinci temel özellik ise sermayenin ortak *değişim (metamorfoz)* özelliğidir (10). Bu bakışa göre her sermaye formunun diğer bir forma geçiş yapabilme özelliği vardır. Örneğin; ekonomik sermaye uygun bir kullanımla bir insan sermayesine haline dönüşebilir. İşlerine yatırım yapan bir işadama oğlunu üniversite eğitimine yollaması bunun tipik bir örneğidir. Yine aynı gencin orta sınıf değerleri ile oluşturduğu birikim kültürel bir sermaye modeline dönüşebilir (Şekil 4.1).

Ekonomik Sermayeİnsan Sermayesi..... Kültürel Sermaye

Şekil 4.1: Sermaye formlarının dönüşümü

19.yy da sermayenin temel formları ekonomik ve fiziksel olarak ikiye ayrılmıştır. Bu temel ayırma göre sosyal süreçleri emek ve fiziksel altyapının karşılıkları ile özdeşleştirmek yeterli görünmüştür. *Sermayenin Formları* kitabında Fransız sosyolog Pierre Bourdieu ekonomik ve fiziksel sermayenin yanına insan, kültürel ve sosyal olmak üzere üç farklı sermaye yapısını toplumsal ilişkilerin merkezine yerleştirmiştir (4). Geçtiğimiz yüzyılda yeşeren bu yeni bakış açısı toplum dinamiklerinin temel birleşenlerinin daha farklı ve zengin bir görüntü içerisinde olduğunu ortaya koymuştur. Bu ayırma göre ekonomik sermaye; yatırımların ekonomik veya parasal karşılığı, fiziksel sermaye; yatırımların fiziksel altyapı karşılığı, insan sermayesi ise eğitim ve iş verimliliği karşılığı olarak tarif edilmiştir. Özellikle Bourdieu'nün üzerinde durduğu kültürel sermaye ise sosyo-ekonomik avantaj sağlayan tüm kültürel birikimler olarak değerlendirilmiştir. Bu tür sermaye modellemesi kısaca bir işin yapılma biçimi ve sosyal 'adabı' olarak tanımlanmıştır. Özellikle Fransız orta sınıfında çalışma alanı bulan kültürel sermaye kavramı orta sınıf değerlerin ve olası avantaj yaratan birikim biçimlerinin tamamını kapsar. Örneğin; orta sınıf yemek adabı ve biçimi aynı zamanda daha sağlıklı bir yaşam biçimini beraberinde getirmesi orta sınıf alışkanlıklarla (veya 'yapma biçimleriyle') oluşan avantaj (kazanımlar) arasındaki ilişkiyi açıklayan bir örnek olarak kullanılmıştır. Sosyal sermaye kavramı ise sosyal birlikteliğe yerleşik sosyal ilişki ve güvene bağlı kullanılabilir birikimin tümü olarak değerlendirilmiştir (Tablo 4.1).

Tablo 4.1 : Sermaye formları

SERMAYE FORMLARI	
Ekonomik Sermaye	Yatırımların para karşılığı
Fiziksel Sermaye	Taşınmazlar / Altyapı
İnsan Sermayesi	Eğitim / İş verimliliği
Kültürel Sermaye	Sosyo-ekonomik avantaj sağlayan kültürel birikim
Sosyal Sermaye	Sosyal birlikteliğe yerleşik ilişki ve güven birikiminin tümü

Toplumların oluşturduğu sermaye formları içerisinde son yıllarda öne çıkan ve özellikle bireylerin iyilik haline katkısı açısından en yakından incelenen sermaye formu sosyal sermayedir. Sosyal sermaye (social capital) kavramı, toplumu bir araya getiren bireylerin kendi iyilik hallerine yönelik olarak ürettikleri ortak güven ilişkisi, sosyal norm ve ilişki ağları, değerler, örgütlenmeler olarak tanımlanabilir. 19 yy. başına kadar uzanan sosyal sermaye tartışması çoğulcu yaşam ve demokrasinin gelişimi çerçevesinde James Madison ve Alexis de Tocqueville tarafından Amerika Birleşik Devletlerinde tartışmaya açılmıştır. Her ne kadar günümüzdeki tartışma alanlarından uzak gelişse de, bu dönem sosyal birlikteliklerin değer ve norm oluşturucu kapasiteleri üzerine yoğunlaşmıştır (11). Sosyal sermaye'nin diğer sermaye formlarından ayırıştırıcı özelliklerinden biri daimi olarak ulaşılabilir olmasıdır. Sermaye formlarının ortak ve ayırıştırıcı özellikleri aşağıdaki tabloda verilmiştir (Tablo 4.2)

Tablodan da anlaşıldığı gibi kamusal bir değerlendirme içerisinde olmasa da sosyal sermaye diğer sermaye formlarından ayrı olarak sosyal birlikteliklerin içerisinde doğal olarak var olan ve hemen ulaşılabilen bir formda gelişimini sürdürmektedir. Bu durum sosyal sermayenin hem sosyal süreçler üzerine zengin etki dağarcığını hem de dinamik yapısını ortaya koymaktadır.

Tablo 4. 2. : Sermaye formlarının özellikleri

	Ulaşılabilirlik	Vergilendirme	Birikim	Dönüşüm
Ekonomik S.	Hayır	Evet	Evet	Evet
Fiziksel S.	Hayır	Evet	Evet	Evet
İnsan S.	Hayır	Hayır	Evet	Evet
Kültürel S.	Hayır	Hayır	Evet	Evet
Sosyal S.	Evet	Hayır	Evet	Evet

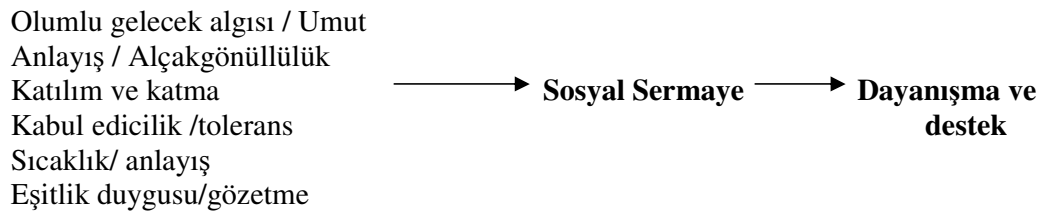
Putnam çalışmasında, sosyal sermayenin iki farklı hatta geliştiğini ortaya koymuştur (2). Bunlardan ilki nispeten daha statik olan sosyal normlar ve ilişkiler, diğeri ise bu yapıya bir anlamda ruh veren ve dinamizmi sağlayan güven sürecidir. Güven (trust), sosyal anlamda bir tür toplumsal süreklilik oluşumunun temeli olarak ortaya konmuştur. Judy Hutchinson Kaliforniya’da sosyal sermayenin komponentlerini araştırdığı çalışmasında 6 temel kavramı sosyal sermaye ile yakın ilişkili görmüştür. Bunları sosyal ve politik süreçlere *sivil katılım, kişisel bağlanmalar* (attachment) *oluşturma, tanıdıklık ilişkisi kurma, karşılıklılık hissi, güven ve bilgi paylaşımı* şeklinde özetlemiştir (10).

Sosyal sermaye tanımı sosyal birlikteliğin içerisindeki çok geniş bir yelpazedeki süreçleri barındırmaktadır. Bu süreçlerin bir kısmı aynı yerde oturma, politik ve dini inanışların birbirine uyması, kan bağı ve sosyal iletişim hatları gibi yapısal özellikleri barındırmaktadır. Sosyal yaşamın bir uzantısı olarak bireyler başka bireylere veya gruplara karşı sempati ve yükümlülük hissederek. Bu ikincil ‘duygusal’ süreç sosyal sermayenin dinamik yapısını oluşturmaktadır. Sosyal sermaye kavramı tüm bu içeriğin

ve buna bağlı gelişen insan ilişkilerinin sosyal ve iktisadi sonuçlarını etkilemesini inceler.

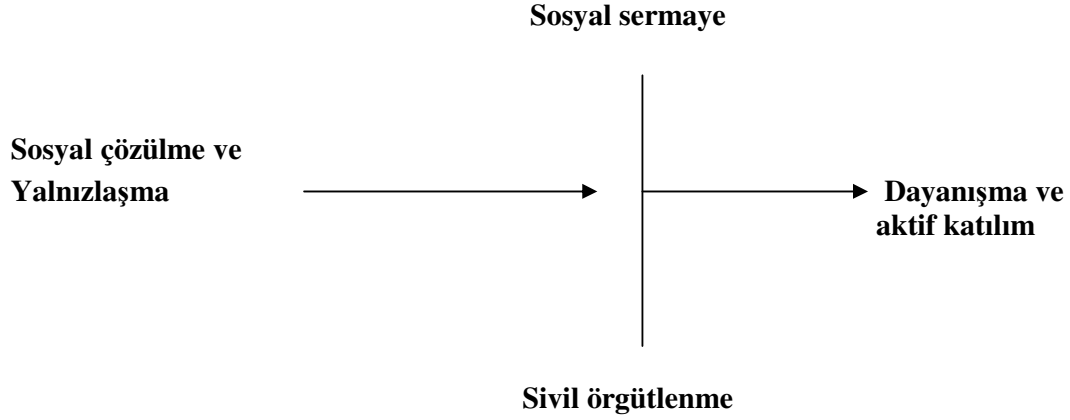
Bu anlamda sosyal sermaye, sosyal bağların ve ilişkilerin ürettiği tüm kolektif değerler şeklinde değerlendirilebilir. Öte yandan Bowling Alone'un yazarı Robert Putnam ise sosyal sermayenin demokrasiyi oluşturan ve ayakta durmasını sağlayan önemli bir etken olduğunu söyler (3,4). Francis Fukuyama ise sosyal sermayeyi sosyal grupların birbirleriyle ortak hareket etmesine yarayan informal değerler ve normlar olarak ele almıştır (12). Coleman, sosyal sermaye kavramını değerlendirdikleri çalışmasında 3 alt boyutta sosyal sermayenin oluştuğunu düşünmüşlerdir. Bunlar; yapısal, ilişkisel ve bilişsel boyut olarak tanımlanmıştır. Yapısal boyut; grup içerisinde diğerleriyle bağlantı oluşturabilme becerisi (13), ilişkisel boyut; diğerleriyle bağlantının içeriğini oluşturmaktadır. Örneğin; toplumsal ilişkilerde 'güven' bu başlık içerisinde ele alınmaktadır. Üçüncü boyut ise, bilişsel becerilerin rol aldığı iletişim basamağıdır. Grup içi çatışmaları çözümleyebilme becerisi bu başlıkta ele alınmaktadır.

Sosyal sermaye, toplumsal destek ve dayanışmanın ötesine genişlemektedir. Bir anlamda toplumsal karşılaşmanın tüm alanlarını içine alan bu tanım, bireyle toplum arasındaki ilişkinin toplumsal dayanışmaya yönelik oluşturduğu kaynakları içermektedir. Bu noktada sosyal dayanışma ve destek, durağan bir tanım içinde değil, kişiler arası ilişkiler içinde oluşan değerler ve pratikler sonucunda oluşan bir sentez olarak öne çıkmaktadır (Şekil 4.2).



Şekil.4.2: Sosyal sermaye ve sosyal davranışsal kalıplar arasındaki ilişki

Bu noktada sosyal sermaye bu değerler bütününe paylaştan sosyal ağın birlikteliğinde görünür hale gelen ve sağlık süreçlerinde olumlu etkisi ile gündemi yumuşatan bir etmendir. Sosyal sermaye özellikle sosyal örgütlenme ve aktif katılımın bir yansımasıdır (Şekil 2).



Şekil.4.3: Sosyal sermaye ve katılım

4.2. Sosyal Sermaye Kavramı ve Sağlık İlişkisi

Sağlık süreçleri ile sosyal ve ekonomik alandaki paylaşım arasında uzun süredir bir ilişki olduğu bilinmektedir. Belirgin biçimde toplumsal kaynaklardan alınan payın sağlıktan kişinin payına düşenle eş düzeyde olduğu daha önceki çalışmalarla ortaya konmuştur. Son yıllarda bu tanım özellikle toplum merkezli sağlık çalışmalarında önem kazanmıştır.

Toplumsal paylaşımı salt ekonomik verilerle açıklamanın oluşturduğu sınır, sosyal değişkenler ve sağlık arasındaki ilişkinin çalışılmasında önemli bir tartışma noktası olmaya devam etmektedir. Özellikle toplumsal alanda sağlıkla ilgili sermaye alanları incelenirken son yıllar içinde sosyal dayanışma ve desteğin önemli katkıları tartışılmaya başlanmıştır. Bu noktada özellikle *sosyal sermaye* kavramı bir sağlık değişkeni olarak önem kazanmıştır.

Sosyal sermaye kavramının, toplumsal dezavantaj kulvarında koruyucu etkisi detaylı olarak çalışılmıştır. Bu çalışmalar genelinde sosyal sermaye, yaşantısal ağlar, normlar ve dayanışma hissi olarak tanımlanmıştır. Bu dayanışma hissinin toplumsal basınca karşı koyma konusunda olumlu etkileri ortaya konmuştur. Farklı bir noktadan bakıldığında sosyal sermayenin salt bireyle toplum arasındaki bir ilişkiyi değil, aynı zamanda çekirdek aile ile toplumsal destek ve dayanışma arasındaki ilişkiyi tanımladığı düşünülmektedir.

Sosyal sermaye ile genel sağlık ve ruh sağlığı arasında ilişki oluşturulmuş olsa da, bu ilişkinin çalışma ortamındaki izdüşümü yeterli ölçüde çalışılmamıştır. Özellikle son yıllarda çalışma ortamındaki süreçlerin değişimi ve emek pazarındaki dönüşümlerin sağlık değişkenleri üzerine etkileri de aynı ölçüde sınırlı çalışma alanı bulmuştur. Özellikle çalışma kurumu içerisindeki örgütlenme ve dayanışma ağları ile sağlık süreçleri arasındaki ilişki halen gösterilememiştir.

Son 10 yıl içerisindeki birçok çalışma bireysel sağlık ve mortalite düzeylerinin sosyal sermaye ve özellikle de algılanana sosyal güvenle ilişkili olduğunu ortaya koymuştur. (14,15). Her ne kadar yüksek oranlardaki sosyal sermaye belli cemaate bağlı kişiler için yararlı olsa da, bu etki azınlık gruplar için farklı şekilde ortaya çıkabilir. Genellikle homojen toplumlar sosyal sermaye açısından yüksek ölçüm değerleri gösterirken, zaman zaman alışılmıştın dışında olan davranışa tolerans göstermeme, özerklik eksikliği, ve yazılı olmayan normlara itaat edilmesi gibi kavramlarla tanımlanmaktadır. Öte yandan etnik özellikler, dini inançlar, cinsellik veya akıl sağlığı gibi kavramlarla sınıflandırılan azınlık gruplar otoriteye boyun eğmedikçe, marjinalleşme, dışlanma veya zulüm görme gibi tecrübelerle maruz kalmaktadırlar. Dolayısıyla belli değerlere bağlı yaşayan iç-içe cemaatler, özellikle de bir grup dışında olan kimselerin pek de “sağlıklı” olmadığı ortaya konmuştur (16).

Genel olarak bakıldığında, sosyal sermaye ve ruh sağlığı konularındaki çalışmaların henüz başlangıç aşamasında olduğu söylenebilir. Kawachi ve Berkman sosyal destek ve diğer sosyal bağlantılar arasında ilişki oluşturmaya gayret etmişlerdir (17). Bu noktadaki en temel çalışmalar şehir ve kırsal grupların ruh sağlığı durumlarının karşılaştırılmalarından kaynak almaktadır. Sosyal sermayenin ruh sağlığı üzerindeki

etkisi açıklanması kolay olmayan karmaşık unsurlar içerir ve farklı tiplerdeki psikiyatrik bozuklukların bu bağlamda aynı özelliklerinin ve gidişatının olması gibi yanlış algılanmalara neden olabilir. Kesin olan ise bölgesel gelir dağılımı adaletsizliği ve ruh sağlığı bozuklukları yaygınlığı arasındaki ilişkinin düşük olduğudur (18). Bu bağlamda, sosyal sermaye, sosyal sürüklenme ve çevresel etkilerin oluşturduğu sinerjinin, ruh sağlığı üzerinde etkisi olduğu ve çözülecek bulmacanın bu ilişkiyi ve denge sağlayan süreci ortaya çıkarmak olduğunu söylemek mümkündür.

Az sayıda var olan sosyal sermaye ve ruh sağlığı çalışmaları bir takım kısıtlamalara neden olmakta ve farklı sonuçlar ortaya çıkmaktadır. McCulloch'un 2001 yılında yaptığı çalışmada sosyal sermayeyi British Household Survey'i kullanarak incelemiştir (16). Çalışmanın sonucu göstermiştir ki; düşük sosyal sermayeye sahip erkeklerin Genel Sağlık Anketindeki oranı, en yüksek sosyal sermayeye sahip erkeklerin oranının 2 katı çıkmıştır. Bir başka çalışmada Weitzman&Kawachi, sosyal sermayeyi öğrencilerin zamanlarının ne kadarını kampüste gönüllü işlere harcadığını öğrenerek ölçmüştür. Yüksek sosyal sermayesi olan kampüslerdeki öğrencilerin daha fazla gönüllü işlere vakit ayırdığı görülmüştür (17,18).

Sosyal sermaye emekleme dönemlerini yaşayan yeni gelişim içinde olan bir kavram olarak literatürde yerini almaktadır. Sosyal sermaye birçok açıdan farklı düşünme yöntemleri geliştirirken, sağlıkla olan ilişkisini ortaya koyması pek kolay olmamaktadır. Bu zorlu yolda sosyal sermayenin herhangi özel bir sağlık problemi ile ilişkisinin açıklanması önemlidir, bunlardan birisi de psikiyatrik bozukluklardır. Sosyal sermayenin insan ruh sağlığı ile olan ilişkisinin incelenmesi sadece kendi için değil aynı zamanda çözülmemiş, önemli klinik ve epidemiyolojik sorulara cevap olabilecek değer taşımaktadır.

Sosyal sermaye kavramı ile sağlık arasındaki ilişkiyle ilgili eleştiriler de giderek gündeme gelmektedir (19). Bunlardan ilki kurulan ilişki sırasında kişisel olanla populasyon etkisinin birbirlerinden ayrıştırılmaması üzerinden gelişen tartışmadır. Her ne kadar kişisel sağlıkla sosyal ilişki ve destek arasında yoğun bir ilişkiden bahsedilebilse de bu ilişkinin genelleştirilmesi ve tüm populasyona yayılması, hatta farklı populasyonların (örneğin; bir kuzey ülkesi olan Norveç'le bir üçüncü dünya

ülkesinin) salt bu veri üzerinden karşılaştırılmaları önemli bir sorun oluşturmaktadır. İkinci eleştiri noktası ise sosyal sermayenin çoğunlukla psikososyal hatta değerlendirilmesi ve dolayısıyla göreceli olarak daha steril bakış altında analiz edilmesidir. Bu eleştiriye göre var olan sosyal politikalar göz önünde bulundurulmadan yapılan bir değerlendirme, eksik ve yetersiz olacaktır. Son tartışma ise sosyal sermaye kavramının çoğunlukla endüstriyel toplumun bir yansıması olan sosyal kurgu üzerinden düşünüldüğüdür. Buna göre bir tür Durkheim sonrası sosyolojik analizin bir devamı olarak tüm toplum grupları birbiriyle yatay düzeyde ilişkili olarak tarif edildiği düşünülmektedir. Ancak bu yapı özellikle üçüncü dünya başta olmak üzere birçok üretim modelinin kapsayamadığı düşünülmekte ve bu anlamda farklı bir sosyal sermaye tarifinin yapılması gerektiği öngörülmektedir.

Sosyal eşitsizlik ve toplum sağlığı arasındaki bağlar çok net bir biçimde ortaya konmasına rağmen (20,21,22), özellikle sosyal olanın tarifiyle ilgili tartışma sıcaklığını korumaktadır. Görüldüğü gibi sosyal sermaye kavramı ve sağlık ilişkisi tıpkı sosyal sermayenin kendi içerisindeki tartışmalar gibi birçok belirsizlik noktasını beraberinde getirmektedir. Tüm bu eleştiriler sosyal sermaye gündeminin farklı kültür ve sosyal gruplarla yeniden gözden geçirilerek yeni tariflerin yapılmasını gerekli görmektedir. Çalışmamız bu konuda ülkemiz özelindeki öncül çalışmalardan birini oluşturmaktadır. Hem sosyal sermayenin temel başlıklarını hem de bu başlıkların fiziksel ve ruhsal iyilik halleriyle ilişkisinin ortaya konması açısından önemli bir değerlendirmeyi barındırmaktadır.

5. GEREÇ ve YÖNTEM

5.1. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Çalışmaya Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinin 437 çalışanından, çalışmaya gönüllü olarak katılmayı kabul edenler alınmıştır. Genel ofis-işletme çalışanları (memur –sekreter) ve sağlık çalışanları (hekim ve hemşire) çalışmaya dahil edilmiştir. Çalışmaya 18 yaş grubu içerisinde herhangi psikiyatrik bir bozukluk tanısıyla takip edilmeyen çalışanlar alınmıştır. Son bir yıl içerisinde hastane yatışı olan katılımcılar çalışma dışında bırakılmışlardır.

110 kadın ve 50 erkek olmak üzere toplam 160 katılımcı araştırma kapsamına alınmıştır. Çalışmaya katılanların yaş ortalaması 31.76 ± 6.50 'dir. Katılımcıların büyük bir çoğunluğu yüksek öğretim düzeyinde eğitim almışlardır (n=129, %80.6). Aynı şekilde katılımcıların büyük bir çoğunluğu evli olduklarını beyan etmişlerdir. (n=90, %56.39). Çalışmaya tüm çalışan grupları eşit düzeyde davet edilmiş olsalar da, özellikle işçi ve memur statüsündeki çalışanların katılımı onaylamaları düşük kalmıştır. Bu nedenle meslek grupları da değerlendirme sırasında hekimler ve diğer sağlık çalışanları olarak ikiye ayrılmışlardır. Bu ayrımın aynı zamanda meslek hiyerarşisi ve statüsünü de yansıttığı düşünülmüştür.

- Araştırmanın yeri ve katılımcıların seçimi:

Araştırmanın sağlık sektöründe faaliyette bulunan bir kurumda farklı iş kollarından seçilen çalışanlarla yapılması planlanmıştır. Örnek seçimi kurum içerisinde “basit rastgele örnekleme yöntemi” ile yapılmıştır. Araştırmaya Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma ve Uygulama Hastanesinde yataklı ve ayaktan tedavi hizmetlerinde farklı bölümlerde çalışan hekim, hemşire, işçi ve memurlar alınmışlardır.

Gözlem altında uygulanacak anketler demografik bilgileri, işin özelliğine ait bilgileri, kişisel ve çevresel sağlık belirleyicilerini içermektedir. Bu anketin yanında Genel Sağlık Anketi (GSA) ve Beck Depresyon Envanteri (BDE) ve daha önce

Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri ve Halk Sağlığı Anabilim Dalı'nda geliştirilen Sosyal Sermaye Görüşme formundan yola çıkarak oluşturulan Marmara Sosyal Sermaye Ölçeği (MSSÖ) çalışmada kullanılmıştır.

- **Araştırmanın Türü:** Tanımlayıcı tiptedir

- **Verilerin Toplanması:** Araştırmanın verileri yarı yapılandırılmış bir görüşme formu eşliğinde katılımcılar tarafından uygulanan yapılandırılmış anket formları ve yine uygun ölçeklerin katılımcılar tarafından doldurulması suretiyle toplanmıştır. Çalışma öncesi çalışmanın amacı ve anket sorularının hedefleri katılımcılara aktarılmıştır. Araştırmaya katılım gönüllü bazında tutulmuştur.

- **Bağımlı Değişkenler:** Sosyal sermaye algısı düzeyleri (Marmara Sosyal Sermaye Anketi), Öz Sağlık ve Sosyal Koşul Değerlendirmesi (Öz Sağlık ve Sosyal Durum Değerlendirme Ölçeği), Depresyon (Beck Depresyon Envanteri) ve Genel sağlık (Genel Sağlık Anketi) düzeyleri.

- **Bağımsız Değişkenler:** Demografik veriler (Cinsiyet/Meslek grubu/Çalışma saatleri/Sırdaş varlığı/Göç öyküsü/Komşuluk ilişkisi/Politik ve sosyal katılım/Sosyo-ekonomik statü düzeyleri).

5.2. Veri Toplama Araçları ve Değerlendirilmesi:

5.2.1. Anket Formu

Çalışmada yüz yüze görüşme yöntemi kullanılarak yapılandırılmış bir anket ile demografik veriler toplandı (Ek 1). Bu formda görüşmeye alınan katılımcının genel demografik bilgileri dışında (yaş, meslek grubu, hastane içindeki görev yeri, eğitim durumu, medeni durumu) haftalık çalışma süresi, sosyal ve aile yaşantısındaki ilişki ve görüşme örüntüleri, sivil toplum üyeliği ve aktiviteleri, göç hikayesi, son iki yıl içerisindeki iş kaybı ve sırdaş varlığı benzeri sosyal gündemler değerlendirilmiştir.

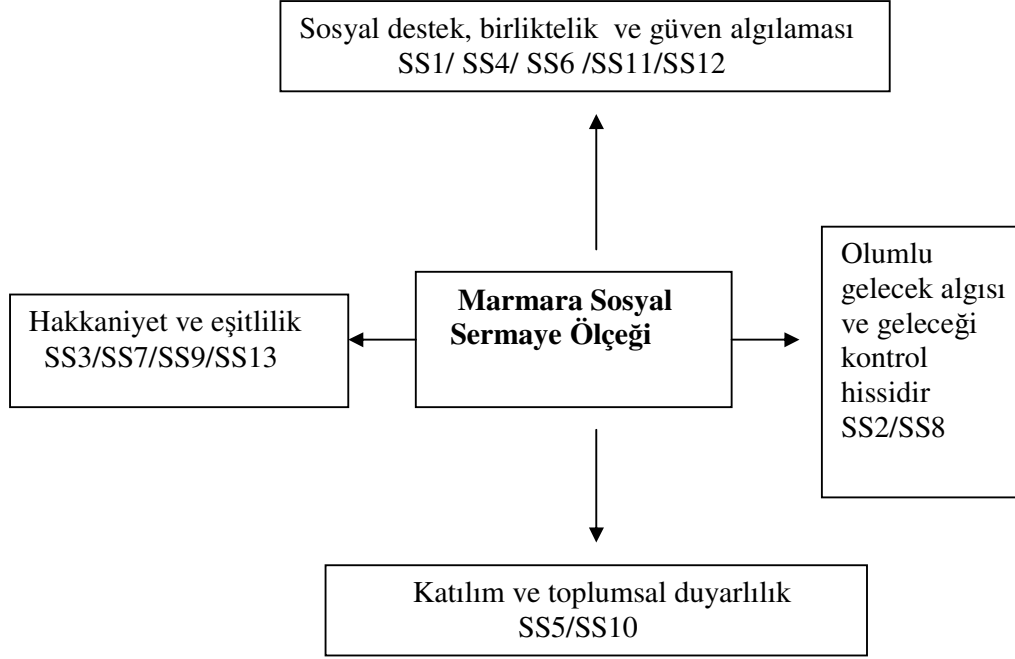
5.2.2. Marmara Sosyal Sermaye Ölçeği (MSSÖ)

Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri ve Halk Sağlığı Anabilim Dalları tarafından 1999-2000 yılları arasında psikiyatrik nedenlerle takip edilen hastaların aileleri için düzenlenen Marmara Sosyal Sermaye Aile Görüşmesi içeriğinden ve sonuçlarından yararlanılarak oluşturulan anket formu 13 sorudan oluşmaktadır (Ek 2). *Ölçeğin Ön Çalışması:* Marmara Sosyal Sermaye Anketi ön çalışması 1999-2001 yılları arasında yine Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı ve Psikiyatri Anabilim Dallarının ortak çalışması sırasında yapılmıştır. Şizofreni hastasına bakım veren ailelerin sosyal sermaye düzeylerinin saptandığı çalışmada yarı yapılandırılmış bir görüşme üç aile odak grup değerlendirilmesinin sonrasında oluşturulmuş ve 12 bakım vericiyle ön çalışması yapılmıştır (23). Genelde geleneksel sosyal sermaye alanları yanında daha kültüre duyarlı bazı başlıklar (*hakkaniyet ve umut*) değerlendirme içerisine katılmıştır.

Tez çalışmasının bir parçası olarak bu görüşme formu bir anket formuna dönüştürülmüştür (Ek 3). 39 kişiyle yapılan ön çalışmanın ardından, anket formu soruları yeniden ele alınarak Likert formunda bir cevap yönergesiyle yeniden yapılandırılmıştır (Ek 2).

Ölçek sosyal sermaye kavramının etrafında şekillendiği temel sosyal gündemler üzerine yapılandırılmıştır: Sosyal destek, birliktelik ve güven algılaması ölçeğin merkezini oluşturmaktadır (SS1/ SS4/ SS6 /SS11/SS12). İkinci önemli gündem katılım ve toplumsal duyarlılık eksenidir (SS5/SS10). Üçüncü gündem hakkaniyet ve eşitlik etrafında şekillenmiştir (SS3/SS7/SS9/SS13). Dördüncü ve son gündem ise kişinin olumlu gelecek algısı ve geleceği kontrol hissidir (SS2/SS8) (Şekil 5.1).

Şekil 5.1. : Marmara Sosyal Sermaye Ölçeğinin 4 ekseni



5.2.3. Genel Sağlık Değerlendirmesi-Öz Sağlık ve Sosyal Durum Değerlendirme Ölçeği (ÖSSDÖ)

Katılımcıların sağlık durumları ayrı bir form eşliğinde değerlendirilmiştir. Bu formda katılımcılara var olan hastalık ve olası bedensel şikayetleri yanında alışkanlıkları (alkol /sigara) ve boy kiloları sorulmuştur. Bu anket içerisinde yine katılımcıların ilaç kullanma epizodları ve tedavi altındaki hastalıkları değerlendirilmiştir (Ek 4).

Anketin ikinci kısmında ise Öz Sağlık ve Sosyal Durum Değerlendirme Ölçeği (ÖSSDÖ) kullanılmıştır. 4 sorudan oluşan bu ölçek katılımcıların fiziksel ve ruhsal sağlıkları ile sosyal durumlarını kişisel olarak 0 (Çok kötü) ile 10 (Mükemmel) arasındaki 10 birimlik bir çizgi üzerinde işaretlemesi üzerinden değerlendirilmiştir. Ölçekteki sorular kişinin kendi genel sağlığını yaşlıları ile kıyaslaması (Akranlarına göre fiziksel sağlığı (G1), fiziksel sağlığını (G2), ruhsal sağlığını (G3) ve sosyal durumunu (G4)), değerlendirmesi üzerinden şekillendirilmiştir. Ortalama skorların değerlendirildiği analizlerde sorulara verilen cevapların 0 ile 10 arasındaki aritmetik

değeri alınırken, gruplama ihtiyacı olan analizlerde 0-4,5 (kötü), 4,5-5,5 (orta) ve 5,5-10 (iyi) gruplarına ayrıştırılmıştır.

5.2.4. Genel Sağlık Anketi (GSA)

Genel sağlık anketi (GSA) psikiyatri dışı gruplarda anksiyete ve depresyon belirtilerinin taranmasına yönelik oluşturulan bir kendini değerlendirme ölçeğidir (24). Anketin 12 ve 28 soruluk farklı iki formu vardır. Çalışmada kullanım kolaylığı açısından 12 soruluk formu kullanılmıştır (Ek 5). Her maddenin puanı 0 ile 3 arasındadır ve ölçek puanı ise 0 ile 36 puan arasında değişmektedir. Genel Sağlık Anketinin yanında çalışmaya katılan kişilerin son bir yıl içerisindeki sağlık servislerini kullanmaları, acil ve kriz başvuruları ve ilaç kullanma epizodları belirlenmiştir. Ancak çalışmanın genel değerlendirmesi içerisinde bu ek sorular alınmamıştır. Genel Sağlık Anketi özellikle sosyal süreçlerin takip edildiği geniş alan çalışmalarında çok önemli bir kullanım alanı bulmuştur. Bu nedenle özellikle sosyal sermaye kavramı ile psikososyal iyilik halinin ilişkisinin incelendiği çalışmalarda psikolojik iyilik halinin takibini mümkün kılmaktadır.

5.2.5. Beck Depresyon Envanteri

Katılanların depresyon belirtileri Beck Depresyon Envanteri 2. versiyon kullanılarak değerlendirilmiştir (25) (BDI-II). BDE-II 21 maddelik kendini değerlendirme formudur. Depresyonun bilişsel, afektif ve somatik komponentlerini değerlendirmektedir (Ek 6). Her bir ölçek sorusu 4 ifadeden oluşmuştur. Dereceli olarak 0,1,2,3 puanlarının verildiği ölçekte toplam alınan puan değerlendirilmeye alınmaktadır. Beck Depresyon Envanteri Türkçe'ye Hisli ve arkadaşları tarafından uyarlanmıştır (26).

5.2.6. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği

Zimet ve arkadaşları tarafından geliştirilen ölçek 12 sorudan oluşmaktadır (27) (Ek 7). Özel kişi (significant other), arkadaş ve aile alt gruplarının puanlanabildiği ölçeği Türkçe'ye Eker ve Akar uyarlamıştır (28). Bu alt gruplarda ve toplamdaki

puanlar katılımcıların işaretledikleri cevaplara karşılık gelen sayısal değer alınarak değerlendirilmiştir.

5.2.7. Verilerin Değerlendirilmesi:

Demografik değerlendirme formundaki sorular sosyal süreçler ve sermaye edinmenin merkezi konularından seçilmişlerdir. Komşuluk ilişkileri (formal destek ağı) ve akrabalık ilişkileri (informal destek ağları) 3 düzeyde ele alınmışlardır (Düzenli/Zaman zaman/Hiç). Aynı şekilde politik gündemi takip ve katılım benzer derecelendirmeyle ele alınmıştır.

Destek sistemlerini tamamlayıcı olarak sırdaş varlığı ele alınmıştır. Sır paylaşılan bir diğer kişi ile sosyal ilişki sırdaş varlığı olarak ele alınmıştır. Sosyal süreçlerin önemli bir diğer sonucu da sivil toplum katılımıdır. Herhangi bir sivil toplum üyeliği burada pozitif cevap olarak nitelenmiştir.

Son iki yılda işsiz kalınan 3 aydan uzun bir süre işsizlik epizodu olarak değerlendirilmiştir. Anketin değerlendirmeye katılan bir diğer başlığı da göç olmuştur. İlk kuşak veya ikinci kuşak göçlerin yanında ailesinde hiç göç hikayesi bulunmayanlar 3 farklı grupta değerlendirilmişlerdir.

Anket formunda özellikle SES değerlendirmesinde kullanılmak üzere oluşturulan soruların yanında; ev içi yaşayan sayısı ve sağlık sektörünü seçme benzeri sosyal süreçlere etkisi olduğu düşünülen sorular da yer almıştır. Bu soruların bir kısmı verilerin tez dahilindeki analizinde kullanılmamıştır.

- Sosyo-ekonomik statü düzeyleri:

Çalışmaya katılanların sosyo-ekonomik statü puanları, Türkiye için önerilen sosyo-ekonomik statü ölçeği modifiye edilerek hesaplanmıştır. Bu hesaplamada kullanılan değişkenler, kişinin eğitim durumu, hanede sahip olunan araçlar ve otomobil sahipliği, çalışılan kurumun tipi (memur ve sigortalı işçi ayrımı için) olmuştur. Yapılan

hesaplama sonucunda üst, orta üst, orta alt ve alt sosyo-ekonomik statü puanlarına ulaşılmıştır. Araştırmaya katılanların sosyal statü puanları memur olduğu ve düzenli işleri olduğu için 6 puan, sözleşmeli olanlara 4 puan ve işçiler için 4 puan şeklinde değerlendirilmiştir. Puanlamada müzik seti, fotoğraf makinesi, video puanları 1, çamaşır makinası 3, bulaşık makinası 4, arabası olanlar 17 puan almışlardır. Bitirdikleri okullara göre puan verilip toplam puana göre sosyo-ekonomik statü puanı hesaplanmıştır. Alınan puanların denk geldiği sosyo-ekonomik statü grupları şöyledir: Alt SES: 3-5 puan, Alt orta SES: 6-7, Orta alt:SES:8-9, Orta üst SES: 10-11, ve Üst SES: 12-15 puan.

Çalışma örnekleminin sonuçları doğrultusunda sosyo-ekonomik statü puanları yeniden gruplandırılmıştır. Alt, alt orta, orta alt ve orta üst grupları düşük, SES üst grubu ise yüksek SES olarak yeniden gruplandırılarak değerlendirmeye alınmışlardır

- İstatistiksel Analizler:

Açık uçlu soruların kategorileri belirlenmiş ve ölçekler değerlendirme yönergelerine göre bilgisayar ortamında değerlendirilmiştir. İstatistik analizlerde bağımsız ikili gruplar arasındaki ilişki T-testi ile değerlendirilmiştir. Parametrik olmayan üçlü gruplarda değerlendirme Kruskal Wallis analizi, bağımlı gruplar arasındaki ilişkinin değerlendirmesi ise Pearson korelasyonu sonucunda yapılmıştır.

6. BULGULAR

6.1. Örneklemin Demografik Özellikleri ve Psikososyal Değerlendirmelerinin Dağılımları

110 kadın ve 50 erkek olmak üzere toplam 160 katılımcı araştırma kapsamına alınmıştır. Çalışmaya katılanların yaş ortalaması 31.76 ± 6.50 'dir. Katılımcıların büyük bir çoğunluğunun yüksek öğretim düzeyinde eğitim aldığı bulgulanmıştır (n=129, %80.6). Aynı şekilde katılımcıların büyük bir çoğunluğu evli olduklarını beyan etmişlerdir (n=90, %56.39). Demografik değişkenler içerisinde en göze çarpan sonuçlardan biri hastane çalışanlarının genelde üst sosyo-ekonomik statü düzeylerini yakalamış olmalarıdır (n=129, %80.6).

Katılımcıların haftalık çalışma saatlerinin ortalama olarak 49.98 ± 17.03 olduğu saptanmıştır. Özellikle analizde değerlendirilmek üzere grup 55. saat üzeri ve altı çalışanlar olmak üzere ikiye bölünmüş, 44 kişinin 55 saatin üzerinde, geri kalan 116 kişinin ise 55 saatin altında çalıştığı saptanmıştır.

Katılımcıların büyük bir bölümünün (n=83, %51.9) hekim olduğu, geri kalan katılımcıların ise idari memur, işçi ve hemşire olarak mesleki konumlarını belirledikleri belirlenmiştir. Demografik değerlendirme sırasında bu iki grup (hekim ve diğer hastane çalışanları) iki ayrı grup olarak ele alınmışlardır.

Hastane çalışanlarının %6.3'ü (n=10) son iki yılda 3 aydan uzun bir işsizlik epizodu bildirmişlerdir. Yine katılımcıların %36.9'u (n= 59) bir sivil toplum örgütüne üye olduklarını bildirmişlerdir. Çalışmaya katılan sağlık çalışanlarının %26.3'ü (n=42) hiçbir komşuluk ilişkisi belirtmezken %5'i (n=8) akrabaları ile görüşmediğini ifade etmiştir. Katılımcıların %26.9'u (n=43) düzenli komşuluk ilişkisi, %25.6'sı (n=41) ise düzenli arkadaş ilişkisi tarif etmişlerdir. Hastane çalışanlarının %28.1'i (n=45) kendini 'İstanbul' olarak belirtmiştir.

Katılımcıların demografik özellikleri aşağıdaki tabloda detaylandırılmıştır (Tablo 6.1).

Tablo 6.1.: Araştırmaya katılanların sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımları

	Sayı (n = 160)	%
Cinsiyet		
Kadın	110	68.8
Erkek	50	31.2
Eğitim		
İlköğretim	9	5.6
Orta-lise	22	13.8
Üniversite	129	80.6
Medeni Durum		
Evli	90	56.3
Bekar	68	42.4
Dul	2	1.3
Meslek grubu		
İdari işler	22	13.8
İşçi	11	6.9
Hemşire	44	27.5
Hekim	83	51.8
Sosyal Ekonomik Statü Düzeyi		
Üst	129	80.6
Orta üst	17	10.6
Orta	11	6.9
Alt orta	1	0.6
Alt	2	1.3
Komşuluk İlişkileri		
Düzenli	43	26.8
Zaman zaman	75	46.9
Hiç	42	26.3
Akraba İlişkileri		
Düzenli	41	25.6
Zaman zaman	111	69.4
Hiç	8	5.0
Sırdaş varlığı		
Var	142	88.7
Yok	18	11.3
Sivil Toplum Üyeliği		
Var	59	36.9
Yok	101	63.1
Göç hikayesi		
1. Kuşak	63	39.4
2. Kuşak	52	32.5
Göç hikayesi yok	45	28.1

Tablo 6.1. 'in devamı

	Sayı = 160	%
Son iki yılda işsizlik epizodu		
Var	10	6.3
Yok	150	93.7

Çalışmanın psikolojik ve sosyal değerlendirme ölçeklerinin skorlarının dağılımları Öz Sağlık ve Sosyal Durum Değerlendirme Ölçeği, Genel Sağlık Anketi ve Marmara Sosyal Sermaye Ölçeği için aritmetik ortalamayı değerlendirmeye almayı mümkün kılarken, Beck Depresyon Envanteri ve Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği için ortalama değerlerin alınmasını gerekli kılmıştır. Grubun psikososyal ölçek değerlendirmelerinin dağılımı Tablo 6.2'de verilmiştir.

Tablo 6.2: Araştırmaya katılanların ölçek değerlendirmelerinin dağılımı

		Aritmetik Ortalama	Standart Sapma
Sosyal Sermaye Toplam	142	46.38	7.89
Genel Sağlık Toplam	153	24.03	6.35
Öz Genel Sağlık G1	160	6.42	2.15
Öz Genel Sağlık G2	159	5.86	2.22
Öz Ruh Sağlığı G3	160	5.86	2.53
Öz Sosyal Durum G4	159	6.21	3.94
		Ortanca	Min-Max
Beck Depresyon Toplam	144	5	0-40
Sosyal Destek Toplam	157	72	12-84
Sosyal Destek – Özel Toplam	157	26	4-28
Sosyal Destek- Aile Toplam	157	26	4-28
Sosyal Destek- Arkadaş Toplam	157	24	4-28

6.2. Demografik Veriler ile Öz Fiziksel ve Psikolojik Sağlık Değerlendirme Ölçeği ve Diğer Psikososyal Değişkenler Arasındaki İlişki

Çalışmanın bir alt değerlendirmesinde, özellikle kişisel sağlık ve sosyal durum değerlendirmesi ve psikososyal değerlendirme araçları (Beck Depresyon Envanteri/Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek/Genel Sağlık Anketi) ile demografik değişkenlerin ilişkileri gözden geçirilmiştir.

Cinsiyet farkı göz önünde bulundurularak yapılan değerlendirmede, erkek grubu her başlıkta daha olumlu yanıtlar oluştursa da bu noktadaki tek istatistiksel anlamlılık genel fiziksel sağlığın değerlendirme ölçeğinde (G2) olmuştur ($p=0.012$). Çalışma saatinin gruplandırılması ile elde edilen değerlendirmede ise özellikle 55 saat ve üzeri çalışanlarda Beck Depresyon Envanteri toplam puanlarının istatistiksel olarak yüksek olduğu gözlenmiştir ($p=0.007$). Sosyo-ekonomik statü düzeyleri açısından bakıldığında ise özellikle fiziksel sağlığın değerlendirme ölçeği (G2) ($p=0.020$), sosyal destek-toplam puanı ($p=0.050$) ve sosyal destek-özel puanı ($p=0.024$) arasında anlamlı bir fark saptanmıştır.

Komşuluk ilişkileri (informal destek ağı) ve akrabalık ilişkileri (formal destek ağı) açısından bakıldığında, her değerlendirme başlığında düzenli ilişki kuranların daha olumlu cevaplar ve sonuçlar lehinde eğilimleri gözlenmiş olsa da bu eğilim yalnızca komşuluk ilişkilerinde sosyal destek-aile puanında ($p=0.040$) istatistiksel bir farklılık bulunmuştur.

Eğitim açısından bakıldığında, özellikle ilköğretim grubunun belirgin olarak daha olumlu bir dağılım içinde olduğu gözlenmiştir. Akranlara göre fiziksel sağlığın değerlendirilmesi ölçeği (G1) ($p=0.046$), sosyal değerlendirme ölçeği (G4) ($p=0.007$), sosyal destek aile puanı ($p=0.014$) ve genel sağlık anketi toplam puanı ($p=0.002$) anlamlı bir ilişki oluşturmuştur.

Sivil toplum üyeliğinin ise özellikle sosyal destek puanları ile güçlü ilişkisi belirlenmiştir. Sivil toplum üyeliği ifade edenlerin sosyal destek toplam puanları

($p=0.006$), sosyal destek özel puanı ($p=0.006$), sosyal destek aile puanı ($p=0.015$), sosyal destek arkadaş puanı ($p=0.024$) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur.

Demografik değerlendirme içerisinde göze çarpan en önemli başlıklardan biri sırdaş varlığıdır. Düzenli görüştüğü ve açılabilirdiği bir sırdaşı olan katılımcıların genel fiziksel değerlendirme ölçeği (G2) ($p=0.029$), genel sağlık anketi ($p=0.013$), sosyal destek toplam puanı ($p=0.000$) anlamlı derecede yüksek olduğu saptanmıştır.

Tablo 6.3.: Öz Fiziksel Sağlık Değerlendirme Ölçeği demografik verilere göre dağılımı

	X	Sd	p
Cinsiyet			
Kadın	6.42	2.57	0.012
Erkek	6.03	2.04	
Haftalık çalışma saati			
< 55	6.00	2.26	0.237
≥ 55	6.56	2.32	
Sosyo-ekonomik statü			
Alt	5.86	2.71	0.020
Üst	6.22	2.09	
Sırdaş varlığı			
Var	6.14	2.13	0.029
Yok	6.27	2.88	
Sivil toplum kuruluşu katılımı			
Evet	6.31	2.18	0.954
Hayır	6.08	2.24	
Meslek Grubu	6.38	2.05	0.394
Hekim	5.91	2.37	
Diğerleri			
Eğitim*			
İlköğretim	91.50		0.232
Orta-Lise	65.68		
Yüksek	81.65		
Komşuluk ilişkisi *			
Düzenli	87.48		0.680
Zaman zaman	74.34		
Hiç	84.36		
Akrabalık ilişkisi*			
Düzenli	84.57		0.591
Zaman zaman	79.20		
Hiç	67.50		

* *Kruskall-Wallis testi uygulanmıştır.*

Tablo 6.4.: Öz Psikolojik Değerlendirme Ölçeği (G3) ile demografik verilere göre dağılımı

	X	Sd	p
Cinsiyet			
Kadın	5.54	2.47	0.135
Erkek	6.35	2.74	
Haftalık çalışma saati			
< 55	5.63	2.58	0.627
≥ 55	6.23	2.54	
Sosyo-ekonomik statü			
Alt	5.74	2.53	0.240
Üst	6.00	2.78	
Sırdaş varlığı			
Var	5.86	2.53	0.595
Yok	5.28	2.98	
Sivil toplum kuruluşu katılımı			
Evet	5.99	2.41	0.425
Hayır	5.70	2.68	
Meslek Grubu			
Hekim	6.18	2.35	0.398
Diğerleri	5.38	2.76	
Eğitim*			
İlköğretim	94.67		0.546
Orta-Lise	74.68		
Yüksek	80.50		
Komşuluk ilişkisi*			
Düzenli	87.48		0.267
Zaman zaman	74.34		
Hiç	84.36		
Akrabalık ilişkisi*			
Düzenli	88.07		0.471
Zaman zaman	77.81		
Hiç	79.06		

*Kruskall-Wallis testi uygulanmıştır.

Tablo 6.5.: Beck Depresyon Envanteri sonuçlarının demografik verilere göre dağılımı

	X	Sd	p
Cinsiyet			
Kadın	8.98	9.22	0.137
Erkek	6.66	8.11	
Haftalık çalışma saati			
< 55	5.91	5.87	0.007
≥ 55	9.04	9.63	
Sosyo-ekonomik statü			
Alt	9.00	8.51	0.794
Üst	8.09	9.04	
Sırdaş varlığı			
Var	7.73	8.70	0.188
Yok	12.50	9.84	
Sivil toplum kuruluşu katılımı			
Evet	7.32	9.07	0.894
Hayır	8.66	8.78	
Meslek Grubu			
Hekim	5.82	6.37	0.000
Diğerleri	10.77	10.41	
Eğitim*			
İlköğretim	58.28		0.463
Orta-Lise	79.13		
Yüksek	72.52		
Komşuluk ilişkisi*			
Düzenli	68.25		0.634
Zaman zaman	75.91		
Hiç	71.05		
Akrabalık ilişkisi*			
Düzenli	73.72		0.358
Zaman zaman	73.58		
Hiç	50.57		

* *Kruskall-Wallis testi uygulanmıştır.*

Tablo 6.6.: Genel Sağlık Anketi sonuçlarının demografik verilere göre dağılımı

	X	Sd	p
Cinsiyet			
Kadın	24.10	6.40	0.910
Erkek	23.86	6.35	
Haftalık çalışma saati			
< 55	28.97	6.74	0.417
≥ 55	24.19	5.20	
Sosyo-ekonomik statü			
Alt	24.37	6.32	0.614
Üst	23.00	6.50	
Sırdaş varlığı			
Var	23.66	5.95	0.013
Yok	26.77	8.53	
Sivil toplum kuruluşu katılımı			
Evet	23.30	6.16	0.331
Hayır	24.39	6.46	
Meslek Grubu			
Hekim	24.06	6.19	0.802
Diğerleri	24.00	6.56	
Eğitim*			
İlköğretim	24.00		0.002
Orta-Lise	80.83		
Yüksek	79.77		
Komşuluk ilişkisi*			
Düzenli	63.80		0.086
Zaman zaman	80.73		
Hiç	83.33		
Akrabalık ilişkisi*			
Düzenli	70.41		0.530
Zaman zaman	79.63		
Hiç	75.44		

* Kruskal-Wallis testi uygulanmıştır

Tablo 6.7.: Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek puanlarının demografik verilere göre dağılımı

	X	Sd	p
Cinsiyet			
Kadın	68.88	13.96	0.518
Erkek	69.47	13.99	
Haftalık çalışma saati			
< 55	67.90	14.14	0.690
≥ 55	72.04	13.06	
Sosyo-ekonomik statü			
Alt	69.30	13.60	0.050
Üst	68.09	15.40	
Sırdaş varlığı			
Var	70.46	12.12	0.000
Yok	58.27	21.18	
Sivil toplum kuruluşu katılımı			
Evet	72.00	10.10	0.006
Hayır	67.31	15.62	
Meslek Grubu			
Hekim	71.59	11.93	0.067
Diğerleri	66.29	15.44	
Eğitim*			
İlköğretim	101.72		0.285
Orta-Lise	74.45		
Yüksek	78.16		
Komşuluk ilişkisi*			
Düzenli	86.70		0.259
Zaman zaman	79.48		
Hiç	70.46		
Akrabalık ilişkisi*			
Düzenli	88.94		0.083
Zaman zaman	77.37		
Hiç	51.56		

* Kruskal-Wallis testi uygulanmıştır.

Meslek gruplarının değerlendirilmesinde hekimlerin diğer gruplara göre daha olumlu bir eğilimi tarif ettikleri görünse de bu eğilim yalnızca Beck Depresyon Envanteri toplam puanı ($p=0.000$) ve sosyal destek özel puanı ($p=0.000$) noktalarında istatistiksel bir anlamlılık düzeyine ulaşmıştır.

Psikososyal değişkenlerle (Beck Depresyon Envanteri/Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği/Genel Sağlık Anketi) öz sağlık ve sosyal durum değerlendirme düzeyleri ile analizinde her dört soruda da başta Beck Depresyon Envanteri toplam puanları olmak üzere birçok başlıkta anlamlı ilişki oluşmuştur. Özellikle ruh sağlığını değerlendirme ölçeği ile Beck Depresyon, Genel Sağlık Anketi ve tüm sosyal destek alt puanları ve toplam puanı arasında bir istatistik ilişki saptanmıştır (Tablo 6.8.)

Tablo 6.8.: Öz Sağlık ve Sosyal Durum Ölçeği ile psikososyal ölçümler arasındaki ilişkilerin dağılımı

	G1 (p)	(r^2)	G2 (p)	(r^2)	G3 (p)	(r^2)	G4 (p)	(r^2)
Beck Depresyon Envanteri	0.002	-.259	0.000	-.332	0.000	-.626	0.008	-.220
Genel Sağlık Anketi	0.000	-.299	0.003	-.243	0.000	-.535	0.086	-.140
Sosyal Destek Toplam	0.005	.225	0.025	.243	0.000	.275	0.094	.135
Sosyal Destek Aile	0.009	.209	0.193	.105	0.004	.230	0.093	.135
Sosyal Destek Özel	0.030	.173	0.099	.132	0.003	.232	0.291	.085
Sosyal Destek Arkadaş	0.025	.179	0.09	.210	0.007	.216	0.132	.121

G1: Öz Sağlık Değerlendirmesi (Akranla göreceli), **G2:** Öz Sağlık Değerlendirmesi (Genel), **G3:** Öz Ruh Sağlığı Değerlendirmesi , **G4 :** Öz Sosyal Durum Değerlendirmesi

6.3. Sosyal Sermaye Düzeyleri ve Demografik Veriler Arasındaki İlişki

Sosyal sermaye düzeyleri ile demografik özellikle arasındaki ilişki özellikle meslek grupları, çalışma saatleri, sosyo-ekonomik statü düzeyi, cinsiyet, sırdaş varlığı, komşuluk ilişkileri (*informal destek ağları*), akraba ilişkileri (*formal destek ağları*), sivil örgüt katılımı başlıkları etrafında değerlendirilmiştir.

Meslek grupları, cinsiyet, göç hikayesi, çalışma saatleri, sosyo-ekonomik statü düzeyleri ile sosyal sermaye toplam puanları arasında bir ilişki saptanmamıştır. Sivil toplum üyeliği ile sırdaş varlığı istatistiksel olarak bir değer yakalamasa da, sivil toplum örgütü üyeliği ve sırdaş varlığının lehine bir eğilim göstermiştir ($p=0.24$). Eğitim durumu ele alındığında özellikle ilköğretim grubunun lehine sosyal sermaye skoru ile bir ilişki saptanmıştır ($p=0.042$) (Tablo 6.9).

Tablo 6.9.: Marmara Sosyal Sermaye Toplam Puanının demografik verilere göre dağılımı

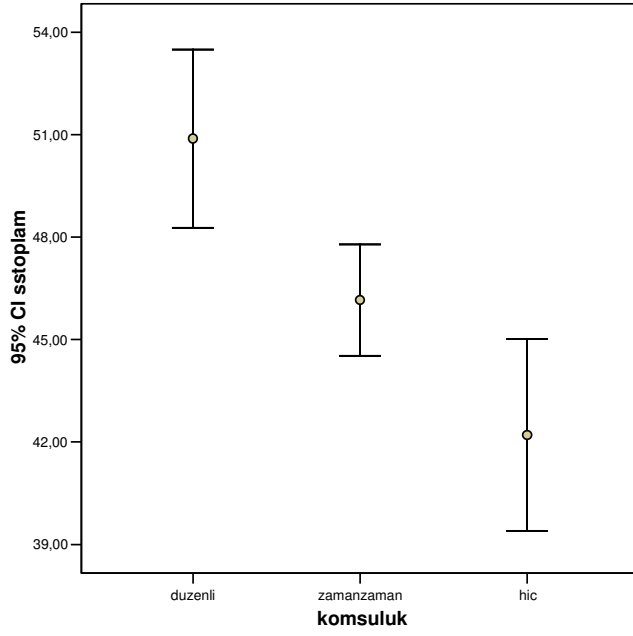
	X	Sd	p
Cinsiyet			
Kadın	46.17	8.16	0.86
Erkek	46.85	7.30	
Haftalık çalışma saati			
< 50	46.16	8.27	0.169
≥ 50	47.00	6.76	
Sosyo-ekonomik statü			
Alt	46.60	8.02	0.813
Üst	45.40	7.34	
Sırdaş varlığı			
Var	46.80	7.61	0.205
Yok	43.18	9.43	
Sivil toplum kuruluşu katılımı			
Evet	46.76	7.16	0.249
Hayır	46.32	8.23	

Tablo 6.9.’un devamı

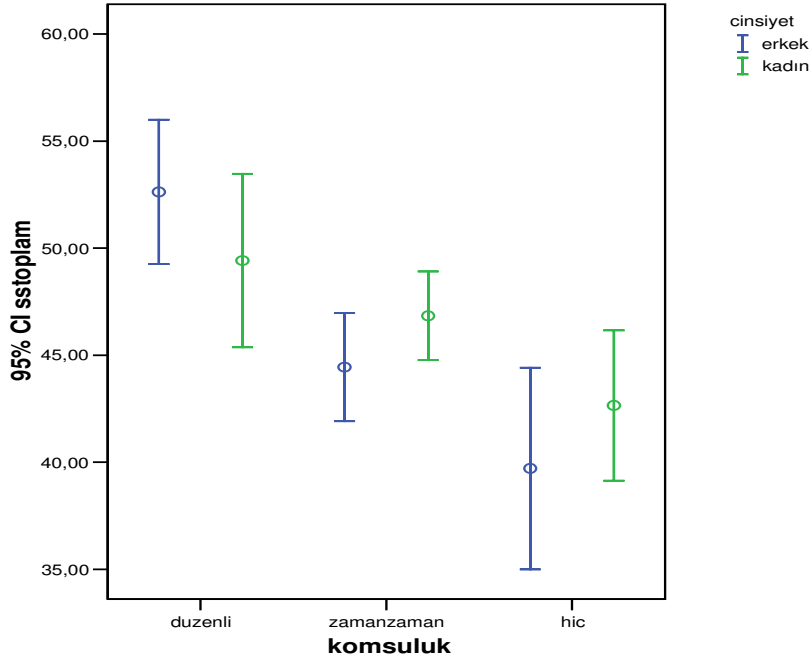
	X	Sd	p
Meslek Grubu Hekim Diğerleri	46.64 46.11	7.26 8.53	0.173
Eğitim* İlköğretim Orta-Lise Yüksek	101.81 74.72 66.20		0.042
Komşuluk ilişkisi* Düzenli Zaman zaman Hiç	93.61 66.78 50.19		0.000
Akrabalık ilişkisi* Düzenli Zaman zaman Hiç	84.81 65.22 46.08		0.015

*Kruskall-Wallis testi testi uygulanmıştır

Demografik veriler içerisinde en göze çarpan iki veri komşuluk ilişkileri (*informal destek ağı*) ve akraba ilişkileri (*formal destek ağları*) ile sosyal sermaye arasında gösterilmiştir (komşu ilişkisi: $p=0.000$ – akrabalık ilişkisi: $p=0.015$). Yapılan post-hock analizde bu ilişkinin en belirgin olarak düzenli ilişki kuran ile hiç ilişkisi bulunmayanlar arasında gerçekleştiği saptanmıştır. Özellikle komşuluk ilişkisinde bu ilişkinin cinsiyet hattında da paralellik gösterdiği saptanmıştır (Grafik 6.1 ve Grafik 6.2)



Grafik 6.1.: Sosyal Sermaye ve Komşuluk ilişkisi



Grafik 6.2.: Komşuluk, sosyal sermaye ve cinsiyet ilişkisi

sstoplam : Marmara Sosyal Sermaye Ölçeği Toplam Puanı

6.4. Sosyal Sermaye ve Psikososyal Değerlendirme Ölçekleri Arasındaki İlişki

Bu bölümde Genel Sağlık Anketi, Çok Boyutlu Algılanan Destek Ölçeği ve Beck Depresyon Envanteri değerlendirilmeye alınmışlardır. Yapılan korelasyon analizinde tüm ölçeklerin toplam puanları ile Marmara Sosyal Sermaye Ölçeği toplam puanları arasında ileri düzeyde bir ilişki saptanmıştır. Özellikle Beck Depresyon Envanteri ve Genel Sağlık Anketi ile negatif yönde ileri bir ilişki (Beck Depresyon Toplam: $p=0.000$; Genel Sağlık Anketi: $p=0.000$). Çok Boyutlu Algılanan sosyal Destek toplam ve alt başlık puanları ile aynı ilişkinin pozitif yönde kurulduğu gözlenmiştir (Tablo 6.10).

Tablo 6.10: Marmara Sosyal Sermaye Ölçeği ile Psikososyal değerlendirme ölçekleri toplam puanları arasındaki ilişki

	p	r ²
Beck Depresyon Envanteri Puanı	0.000	-0.476
Genel Sağlık Anketi Puanı	0.000	-0.472
Sosyal Destek (Toplam) Puanı	0.000	0.475
Sosyal Destek –Özel Puanı	0.001	0.270
Sosyal Destek –Aile Puanı	0.000	0.434
Sosyal Destek- Arkadaş Puanı	0.000	0.485

6.5. Sosyal Sermaye ile Öz Sağlık ve Sosyal Durum Değerlendirme Ölçeği Arasındaki İlişki

Yapılan analizde her 4 soruda da sosyal sermaye toplam skoru ile belirgin ilişki saptanmıştır. Bu analizde Öz Sağlık ve Sosyal Durum Değerlendirme Ölçeği'nin cevapları yöntem bölümünde aktarıldığı şekilde 3 gruba ayrılmıştır. Bu üç farklı grup içerisindeki sosyal sermaye toplam puanları arasındaki fark gözden geçirilmiştir. Buna göre ilk üç soruda anlamlı bir fark saptanmıştır. Her ne kadar düşük bir ilişki aralığı içinde seyretse de bu ilişki en belirgin olarak ruh sağlığı değerlendirmesi ile sosyal sermaye toplam puanı arasında kurulmuştur. Bu ilişkinin en zayıf kurulduğu soru ise 'sosyal durum değerlendirmesi' ile ilgili olandır ($p=0.051$). Sonuçlar Tablo 6.11 de verilmiştir.

Tablo 6.11: Sosyal Sermaye toplam puanlarıyla Öz Sağlık ve Sosyal Durum Ölçeği puanları arasındaki ilişki

	Sosyal Sermaye Puanı	
	p	r ²
Öz fiziksel sağlık değerlendirme-akranlara göre (G1)	0.000	0.360
Öz fiziksel sağlık değerlendirme-genel (G2)	0.000	0.347
Öz ruh sağlığı değerlendirme (G3)	0.000	0.437
Öz sosyal durum değerlendirme(G4)	0.051	0.166

İkinci basamakta bu ilişkinin Marmara Sosyal Sermaye Ölçeğinin alt sorularına göre dağılımı takip edilmiştir. Özellikle bu ilişkinin yoğun biçimde 2,3,6,8 ve 11. sorularda kümelendiği gözlenmiştir. Global süreçlerle kişisel alan arasındaki ilişkiyi sorgulayan 10., sosyal ortamlarda kişisel tutum ve davranışı sorgulayan 12. ve esasında 9. sorunun ters şekilde kurulmuş biçimi olan 13. soru hem diğer sorularla, hem de psikososyal araçlarla (Beck Depresyon Envanteri, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek, Genel Sağlık Anketi) olan korelasyonu düşüktür.

7. TARTIŞMA VE SONUÇ

Endüstriyel devrimden bu yana bu hatta gelişen ülkelerin en temel hedeflerinden biri toplumlarının sağlık ve sosyal iyilik hallerini teknolojik ve ekonomik gelişmelere paralel olarak iyileştirmektir (29). Sağlığın sosyal belirleyicileri her ne kadar son yüzyılın en temel araştırma konularından biri olsa da bu kapsamlı ilişki ağı ile ilgili aydınlatılmamış birçok nokta varlığını korumaktadır. Günümüzde sağlık süreçlerinin ve risk tarifinin tanımlanmasında birbirinden farklı ve birbirine karşıt iki görüşün bu konudaki tartışmayı yönlendirdiğini görmekteyiz. Bunlardan ilki hastalıkların korunulabilir fizyolojik süreçlerle ilişkisi olduğu ve bu fiziksel veya fizyolojik süreçlerin kontrol altına alınmasıyla genel sağlığın iyileşeceği ile ilgili teorik çerçevedir (30). Giderek daha fazla kanıt ve destek bulan ikinci teorik çerçeve ise toplumların genel sağlık durumunun ve iyilik halinin sosyal çevre, destek, çalışma koşulları, politik ve ekonomik tikanıklıklara bağlı olduğunu ve ancak bu şartların iyileşmesine paralel bir iyileşmenin olabileceğini tarifleyen akımdır (31). Araştırma bu temel teorik ayırım noktasının üzerine kurgulanmıştır.

Çalışanların fiziksel ve ruh sağlığı ile sosyal sermaye başta olmak üzere, sosyal süreçlerle ilişkisinin araştırıldığı araştırma sonuçları ülkemizde bu konuda gerçekleştirilen ilk alan çalışmalarından birini oluşturmaktadır. Çalışmanın ilk amacı sağlık çalışanlarının fiziksel ve ruh sağlığı ile çalışma statüsü, koşulları ve cinsiyet benzeri değişkenler ile sosyal destek sistemleri ve kaynakların kullanımına yönelik diğer durumlar (sosyal destek, komşuluk ve akraba ilişkisi, sırdaş varlığı, göç, sivil toplum üyeliği) arasındaki ilişkinin araştırılmasını barındırmaktadır. Araştırmanın ikinci amacı ise; yukarıdaki süreçlerle sosyal norm ve bu normlara yönelik kişisel değerlendirmeleri barındıran sosyal sermaye düzeylerinin ilişkisini incelemektir. Çalışmanın bir yan ürünü olarak ilerideki çalışmalarda kullanılmak üzere “Marmara Sosyal Sermaye Ölçeği” oluşturulmuştur. Araştırma bu başlıklara ışık tutacak sonuçları üretmiştir.

Çalışmada öne çıkan temel gündemlerden biri örneklemin demografik özellikleri ve uygulanan ölçeklerin genel dağılımı ile ilgilidir. Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi çalışanlarının genel sosyal ve psikososyal koşullarının oldukça homojen ve olası farklı bir sağlık çalışan grubuna göre daha olumlu dağılımı gösterdiği saptanmıştır. Buradaki temel güçlüklerden biri, çalışmaya katılım sırasında özellikle hastane içerisinde sigortasız ve kayıtsız işçi olarak farklı şirketlere bağlı çalışanların çalışmamıza katılımlarının düşük olmasıdır. Birçok işçi kadrosu çalışanı görüşmelere ve anket çalışmalarına katılmak istemediklerini belirtmişlerdir. Hem var olan güvensiz iş ortamı hem de hastane içerisindeki konumlarının bu grubu diğer çalışan gruplarına göre daha izole ettiği gözlemlenmiştir. Bu nedenle özellikle demografik değerlendirmede nispeten olumlu ve kendi içerisinde homojen bir grup ile karşılaşmış, çalışma içerisinde daha dengeli bir dağılım sağladığı düşünülen demografik verilerle çalışmaya gayret edilmiştir.

Çalışmamız yöntemle ilgili üç temel hipotez üzerine inşa edilmiştir. Bunlardan ilki sağlık ve iyilik halinin kişisel değerlendirilmesinin güvenilir bir sağlık belirleyicisi olduğu hipotezidir. Daha önceki çalışmalar kişisel sağlık değerlendirmelerinin mortalite ve morbiditenin tahminini önemli ölçüde belirlediğini ortaya koymuşlardır (32). Aynı şekilde kişisel değerlendirme ile sosyal sermaye arasında da önemli bir ilişki saptanmıştır (33). Çalışmada bu nedenle kişisel sağlık ve iyilik halinin değerlendirildiği Öz Sağlık ve Sosyal Durum Değerlendirme Ölçeği kullanılmıştır. Çalışmamızda da kişisel sağlık değerlendirmeleri ile özellikle daha objektif bir değerlendirmeyi barındıran Beck Depresyon Envanteri ve Genel Sağlık Anketi sonuçlarının yüksek düzeyde anlamlı bir ilişkiyi oluşturdukları saptanmıştır. Aynı şekilde kişisel değerlendirmenin diğer psikososyal ölçeklerle de örtüştüğü gözlenmiştir. Basit ve pratik bir değerlendirme olmasına rağmen metodolojik olarak sağlam bir sonuç oluşturduğu düşünülmüştür.

İkinci yöntemle ilgili hipotez ise ruh sağlığının en az fiziksel sağlık kadar geçerli bir sağlık değişkeni olduğunun kabulüdür. Fiziksel ve ruh sağlığı başlıkları beraber değerlendirildiğinde ruh sağlığı başlığının hem demografik hem de diğer psikososyal değişkenler açısından daha görünür bir ayrışma oluşturduğu gözlenmiştir (34). Bu

durum esasen klasik olarak toplum merkezli yürütülen sosyal bağlam-iyilik hali (well-being) çalışmalarında da gözlenmiştir. Bu nedenle birçok çalışma depresyon fenomenini daha merkeze almıştır. Bunun temel nedenlerinden biri fiziksel sağlığın daha somut sonuçlar etrafında ve daha sıklıkla değerlendirilmesidir. Oysa ki ruh sağlığı gündelik tanımıyla 'kişinin psikolojik hali' daha subjektif ve süreğen bir olgudur. Bu nedenle süreğen stresin önemli bir yansıması olarak değerlendirilmektedir.

Çalışmamızdaki yöntemle ilgili üçüncü hipotez ise sosyal süreçlerin değerlendirilmesidir. Bu amaçla oluşturulan Marmara Sosyal Sermaye Ölçeği ve kullanılan Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği hem kendi aralarında yüksek bir ilişki hem de özellikle birinci ölçek diğer psikososyal ölçeklerle yüksek düzeyde anlamlı bir ilişki oluşturmuşlardır.

Son yıllarda özellikle sosyal ilişki kulvarları ile fiziksel ve ruhsal sağlık arasındaki ilişki çok yakından araştırılmıştır (35). Çalışmamızda benzer bir doğrultuda diğer çalışmalarda da gösterildiği şekilde özellikle cinsiyet, mesleki statü ve çalışma koşulları (haftalık çalışma saati) benzeri değişkenlerde hem fiziksel hem de ruhsal ölçek verilerinde belirgin bir ayrışma gösterilmiştir. Sosyo-ekonomik statü düzeylerinde daha düşük değerlendirme ve kadın olmak başta fiziksel sağlık değerlendirmesi olmak üzere birçok ölçekte bu iki grup aleyhine olumsuz bir eğilim göstermişlerdir. Aynı durum çalışma saatleri ile depresyon puanları arasında gözlenmiştir.

Geleneksel olarak sınıf, cinsiyet ile fiziksel ve ruh sağlığı arasındaki ilişki klasik bir bilgi olarak yerleşik bir kabul görmektedir (22). Özellikle çalışan kadın ve mavi yakalı iş kolları kendi içerisinde hem fiziksel hem de ruh sağlığı açısından kırılganlığı barındırmaktadır (7,36,37). Bu kırılganlığın temel nedenleri bu grupların sosyal destek sistemlerinden daha az pay almaları ve olası risk ortamlarının sonuçlarını daha yakından hissetmeleri şeklinde yorumlanmıştır. Bizim çalışmamızda da cinsiyet ve sosyal statü düzeyleri arasındaki farkın salt fiziksel ve ruh sağlığı değerlendirmelerine özel değil aynı zamanda sosyal destek puanlarında da kadın ve düşük sosyo-ekonomik statü aleyhine devam ettiği saptanmıştır. Günümüzde sosyo-ekonomik süreçlerle sağlık ilişkisi çok yakından araştırılmıştır (22). Bu sınıfsal ve sosyal ayırım öylesine derin bir

yapı oluşturmaktadır ki salt olumsuzluklar için değil aynı zamanda iyileştirme dönemlerinde bile izi devam etmektedir. Örneğin; Kitagawa ve Hauser'in ABD'deki 1930-1960 yılları arasındaki mortalite ve sınıf ilişkisini araştırdıkları çalışmada bu yıllar arasındaki iyileşmenin sınıf farkına yansımadığını gözlemlemişlerdir (38). Oysa ki aynı dönemde sosyal eşitliğin daha net ortaya konduğu İsveç'te tüm sosyal sınıflara aynı ölçüde yansımıştır.

Çalışmamızda fiziksel ve ruh sağlığı ayrımının bir diğer yansımaya alanı ise mesleki statü olmuştur. Hekim grubunun diğer sağlık çalışanlarına göre daha olumlu bir kulvarı temsil ettiği gözlenmiştir. Aynı şekilde hekim grubu yalnız depresyon benzeri bir değerlendirme de değil aynı zamanda özellikle sosyal destek düzeylerinde diğer meslek gruplarına oranla daha avantajlı bir çerçeve çizmişlerdir. Bu durum özellikle fiziksel ve ruh sağlığı ile genel sosyal destek sistemlerinin varlığı arasındaki dolaylı ilişkiyi ortaya koymasından önemlidir. Sosyal sermaye çalışmalarının en temel örneklerinden biri olan Marmot'un "Whitehall" çalışması orta sınıf memurların takip edildiği takip çalışmasında mesleki hiyerarşi ve çalışma koşullarının major ölüm nedenlerinin (inme, kardiyovasküler olay, kanser) oranlarını arttırdığını ortaya koymuştur (39). Aynı çalışmada intihar ve kaza riskinin de yükseldiği gözlenmiştir.

Putnam (3), gönüllü çalışan sivil toplum katılımı üyeliği ile sosyal sermayenin yakın ilişkisini incelemiştir. Sivil toplum katılımının sosyal kaynak kullanım becerisini belirgin derecede arttırdığı ortaya konmuştur. Çalışmamızda da sivil toplum katılımı ile özellikle sosyal destek algılaması arasında yüksek bir ilişki saptanmıştır.

Çalışmanın öncelikli değerlendirmelerinde de gözlemlendiği gibi fiziksel ve ruh sağlığı değişkenleri ile sosyal destek ve olası diğer sosyal süreçlerle doğrudan veya dolaylı yakın bir örüntü mevcuttur. Ancak bu ilişki sıklıkla oldukça normatif bir kurgu içerisinde ele alınmakta ve gündelik dinamiklerden soyutlanmaktadır. Sosyal sermaye kavramı bu yalıtımı kısmen ortadan kaldıracak bir teorik zemini sağlamaktadır. Çalışmamızın ikinci bölümünde kendi oluşturduğumuz sosyal sermaye ölçeği çerçevesinde bir değerlendirme gerçekleştirilmiştir. Ölçeğin ilk öne çıkan özelliği Çok

Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeğine nazaran daha dengeli ve grupları ayrıştırıcı bir dağılım oluşturması olmuştur.

Çalışmanın diğer sosyal sermaye çalışmalarına yaptığı en önemli katkılardan biri daha önce çalışılan sosyal sermaye alanlarının yanında hakkaniyet ve olumlu gelecek algısı başlıklarının da eklenmiş olmasıdır. Bu her iki süreç özellikle ülkemizin şartları açısından önemli olduğu daha önce gerçekleştirilen alan görüşmeleri sırasında değerlendirilmiştir. Çalışmamızda bu iki alt sorunun psikososyal ölçeklerle çok yüksek düzeyde ilişki oluşturduğu saptanmıştır. Daha önceki sosyal sermaye çalışmaları daha çok eşitlik, katılım, ilişki üzerine yoğunlaşmıştır. Bu çalışmaların büyük bir bölümü endüstriyelmiş toplumlarda gerçekleştirilmiştir. Bu durum sosyal sermaye kavramına karşı oluşturulan eleştirilerin başında gelmektedir (19). Bu nedenle farklı sosyal süreçler ve özellikle dönüşümlerden geçen toplumlardaki çalışmaların arttırılması önerilmektedir. Ülkemizde uzun yıllardır paralel sistemlerin varlığı hukuksal boşlukların ve sonuçsuzlukların yaşanmasına neden olmaktadır. Toplumsal ölçekteki hakkaniyet endişesi bu dönemin önemli yansımalarından biridir. Umut ise gündelik ifadeye yerini buldu gibi ‘fakirin ekmeği’ olmaya devam etmektedir. Özellikle olumlu gelecek algısı ülkemizdeki sosyal bütünlük duygusunun merkezinde durmaktadır. Bu iki kavramın ilerideki çalışmalarda detaylandırılarak çalışılması sosyal sermaye literatürüne önemli, ülkemize özgün bir katkı sağlayacaktır.

Çalışmada, özellikle komşuluk başta olmak üzere sosyal ilişkilene ve desteğin sağlık ve psikososyal iyilik haliyle ilişkisi ortaya konmuştur. Çalışmalar özellikle komşuluk ilişkisi başta olmak üzere informal bağlar üzerine yoğunlaşmıştır (40,41). Bu durumun ruh sağlığı için de geçerli olduğu ortaya konmuştur (42). Çalışmamız bu konudaki ilişkinin cinsiyet hattında da korunduğunu ortaya koymuştur. Bu durum özellikle sosyal ilişki belirleyicileri ile diğer olası sosyo-demografik özellikler arasında kompleks bir ilişkinin varlığını ortaya koymaktadır (43). Önümüzdeki dönemdeki çalışmalarda bu çoklu ilişkinin yeniden gözden geçirilmesi bu konudaki hipotezleri destekleyecektir.

Putnam son yıllarda sosyal teoriyi oluşturanlarla sosyal politikaları üretenler arasındaki farkın giderek açıldığını ortaya koymuştur (3). Bu noktada sosyal sermaye kavramının her iki grubun birbiriyle iletişimini arttıracak bir model oluşturabileceği ortaya konmuştur. Adam Smith'ten bu yana ekonomik gözlükle sosyal servisleri değerlendirenler, bu servisleri katma değer üretmeyen örgütlenmeler olarak değerlendirmişlerdir. Oysa ki sosyal sermaye çalışmaları temel sosyal politika kararlarının ve kurumlarının, toplumun sağlık ve sosyal iyilik düzeylerine ne ölçüde etkili olduğunu ortaya koymuştur. Buradaki temel tartışma noktaları sosyal sermayenin içeriğinden çok sosyal sermaye biçimleri üzerinedir. Buna göre üç farklı modelden bahsedilmektedir. Klasik anlamda sosyal bağ birbiriyle benzer grupların kurduğu ilişkiler olarak değerlendirilmektedir (bonding social capital). Bu sosyal sermayenin izolasyonuna neden olmaktadır. İkinci model, farklı grupların sosyal sermayelerini köprülendirmeleri (bridging social capital), üçüncü model ise yalnızca yatay değil daha dikey bir paylaşım önermektedir (linking social capital). Sosyal politikaların üretilmesi salt iyileştirmelerle değil aynı zamanda dikey gruplar arasındaki iletişimin arttırılması ile mümkün olacaktır. Bu noktada çalışmamız önemli ipuçları vermektedir. Sosyo-ekonomik statü, meslek grubu benzeri ayrışmaların etkilerini ortaya konmuştur. Ülkemizde de normatif iyileştirmeler ve desteklerin yanında daha dinamik gruplar arası ilişkileri arttırıcı bir yaklaşıma ihtiyaç vardır.

Çalışmamız içerisindeki bazı temel kısıtlılıklar da bu noktada ortaya çıkmıştır. Sosyal sermaye kavramı ile ilgili temel eleştirileri bir kenara bırakacak olursak; en önemli kısıtlılık noktasının örneklem seçiminde olduğunu görmekteyiz. İleride gerçekleştirilecek çalışmalarda örneklem seçiminin daha heterojen ve genel sağlık çalışanı özelliklerini daha temsil edecek bir grup veya gruplar üzerinden yapılması elimizdeki sonuçların güvenilirliğini arttıracak ve olası yeni bağlantıların oluşturulmasına fırsat vereceği düşünülmüştür. Sendikal örgütlenme benzeri bir ilişki ağı gözden geçirilememiştir. Bu çalışan sağlığındaki yatay ve dikey ilişkilerin ortaya konması açısından önemli olacaktır.

Çalışmamızın değerlendirme kısmında özellikle tez sunumunun getirdiği kısıtlılıklar göz önünde bulundurularak, Marmara Sosyal Sermaye Ölçeği'nin ölçek değerlendirmeleri kısıtlı olarak gerçekleştirilmiştir. Her ne kadar elimizdeki veri tabanı bu konuda önemli ipuçları verse de, ölçeğin geçerliliğine yönelik yeni bir çalışmanın planlanması gereklidir. Böyle bir çalışma önümüzdeki yıllarda ülkemizde bu konudaki çalışmaları metodolojik olarak destekleyecektir.

Sonuç olarak bu çalışma, sosyal sermaye ile fiziksel sağlık ve psikososyal iyilik hali arasında sınırlı bir ilişkiyi ortaya koysa da, bulgular kanıt düzeyine erişememiştir. Ancak sonuçlarımız özellikle bu hattaki çalışmaların gerekliliğini ortaya koymuştur. Hem fiziksel hem de ruhsal sağlıkla sosyal sermaye arasındaki ilişkinin çalışılması için daha geniş örneklemlerle takip çalışmalarına ihtiyaç vardır.

8. EKLER

Ek 1

Anket Formu-Demografik Bilgiler

1. (Yaşınız)Yaş: Cinsiyet: *Kadın Erkek*

2.(Mesleğinizi öğrenebilir miyim ? Hastanede hangi görevde çalışıyorsunuz ?)
Meslek:

3.(Eğitim durumunuz?)Eğitim durumu: *İlköğretim Orta-lise Üniversite*

4.(Medeni durumunuz?) Medeni durumu: *Evli Bekar Dul*

Görev yeri:

5. (Hastanedeki görev yeriniz ?)

Haftalık çalışma saati (ortalama):

6. (Haftada ortalama kaç saat çalışıyorsunuzdur?) - (Hafta içerisinde toplam kaç saat çalışıyorsunuz ?)

7.Düzenli komşuluk ilişkisi(Komşularınızla ilişkiniz düzenli midir?) :

Var Yok

8.Geniş aile ile görüşme sıklığı(Akrabalarınızla ne sıklıkta görüşürsünüz?):

Düzenli Zaman zaman Yok

9. Sırdaş varlığı(Sırlarınızı karşılıklı paylaştığınız bir veya birden fazla insan var mı?):

Var Yok

10.Dernek /vakıf üyeliği(Herhangi bir dernek veya vakıfa üyeliğiniz bulunuyor mu?):

Var Yok

11.Siyasal gelişmeleri takip(Politikayı düzenli takip eder misiniz?)

Düzenli Düzensiz Yok

12.Göç hikayesi (İstanbul'a ne zaman yerleştiniz?)

1. *Kuşak göç* 2. *Kuşak* *Yakın göç hikayesi yok*

Sosyal güvenlik(Sosyal güvenlik sigortanız var mı?): *Var Yok*

13.Son 2 yıl içerisinde işsizlik epizodu:(Son 2 yılda işsiz kaldığınız dönemler oldu mu?) Var
Yok

14. Oturduğunuz ev size mi ait? Evet Hayır

15.Aşağıdakilerden hangileri evinizde veya üzerinizde bulunur ?

Buzdolabı, Fırın, B.Makinası, Ç.Makinası, Elektrikli süpürge, Televizyon, Video/VCD, Fotoğraf makinası, CD li müzik seti, Sabit telefon, Cep telefonu, Bilgisayar, hususi otomobil.

16.Oturduğunuz evde sizden başka kaç kişi yaşıyor?

17.Çocuğunuz var mı/kaç tane?

Ek 2

Marmara Sosyal Sermaye Ölçeği

Katılımcı No:

Zaman ayırıp çalışmamıza katıldığınız için teşekkür ederiz. Bu anket sizin çevrenizi ve ilişkilerinizi ne şekilde algıladığınızı değerlendirmek için hazırlandı. Lütfen aşağıdaki ifadelere ne ölçüde katıldığınızı ifadelerin sağ tarafındaki değerlendirme ölçeğinde işaretleyiniz.

	Hiç katılmıyorum		Tamamen katılıyorum		
	1	2	3	4	5
İnsanın en büyük desteği yine insandır					
Gelecekte güzel şeyler beni bekliyor	1	2	3	4	5
Hayatta hakkıma düşeni layığıyla alabiliyorum	1	2	3	4	5
Komşuluk ilişkileri hayatımda önemli bir yer alır	1	2	3	4	5
Sosyal faaliyetlere katılmak benim için olmasa olmazdır	1	2	3	4	5
İşimde kendimi mutlu ve güvende hissediyorum	1	2	3	4	5
Bizi yönetenlerin bizi gözettiklerini hissedirim/bilirim	1	2	3	4	5
Hayatımın gidişatı benim elimde	1	2	3	4	5
Sosyal ve toplumsal kurallara uyanlar sonunda kazanır	1	2	3	4	5
Dünyadaki ve ülkemizdeki olumlu veya olumsuz gelişmelerin hayatıma etki ettiğini görüyorum	1	2	3	4	5
Çevremde genelde saygı görüyorum.	1	2	3	4	5
Çevremdeki insanlara karşı genelde dikkatli ve saygılıyım	1	2	3	4	5
Toplum kurallarına uyulursa sonunda yine toplum kazanır	1	2	3	4	5

Ek 3

Beck Depresyon Envanteri

Katılımcı No:

Zaman ayırarak çalışmamıza katıldığınız için teşekkür ederiz. Bu anket sizin çevrenizi ve ilişkilerinizi ne şekilde algıladığınızı değerlendirmek üzere hazırlandı. Lütfen aşağıdaki ifadeler için sizi en iyi temsil ettiğinizi düşündüğünüz cevabı işaretleyiniz.

1. a) Bugünlerde kimsenin kimseye faydası yok
b) Şartlar ne olursa olsun insanın en büyük desteği yine insandır.
c) Bu konuda bir fikrim yok
2. a) Gelecekle ilgili umudum tam
b) Gelecekte hiçbir beklentim yok
c) Bu konuda fikrim yok
3. a) Hayatta hakkıma düşeni aldığımı düşünüyorum
b) Hayatta hakkıma düşeni alamadığımı düşünüyorum
c) Bu konuda fikrim yok
4. a) Komşu komşuya iyi günde kötü günde lazım
b) Komşular olmadan da olur
c) Bu konuda fikrim yok
5. a) Sosyal aktivitelere (toplantı/tiyatro/konser) fırsat buldukça katılıyorum
b) Sosyal aktivitelere genelde katılmam
c) Fikrim yok
6. a) İşimde kendimi mutlu ve güvende hissediyorum
b) İşimde her an bir değişiklik olacağı hissindeyim,geleceğim belirsiz
c) Bu konuda fikrim yok
7. a) Bizi yönetenler bizim için çalışıyor
b) Bizi yönetenlerin umrunda değiliz
c) Bu konuda fikrim yok
8. a) Hayatımın akışını değiştirmek benim elimde
b) Hayatımın akışı üzerinde hiçbir etkim yok
c) Bu konuda fikrim yok
9. a) Dünyadaki ve ülkemizdeki gelişmeler benim hayatıma etki ediyor
b) Dünyadaki ve ülkemizdeki gelişmelerle benim hayatım arasında bir ilişki yok
c) Bu konuda fikrim yok
10. a) Çevremde hak ettiğim saygı ve kabulü görüyorum
b) Çevremde umurunda değilim
c) Bu konuda fikrim yok

Ek 4

Genel Sağlık Değerlendirmesi

Herhangi önemli/kronik sürekli ilaç kullanmayı gerektiren bir hastalığınız var mı?

Mide ülser
Kronik bronşit
Kalp hastalığı
Şeker hastalığı
Hipertansiyon
Kanser
Diğer

Şu anda sizi rahatsız eden herhangi bir hastalığınız var mı?

Sigara kullanımı : (Sigara kullanıyor musunuz?) *Var* *Yok* miktar (paket/gün):

Alkol kullanımı : (Alkolle aranız nasıl?) *Düzenli* *Zaman zaman* *Yok*

Boy: Kilo:

Yaşıtlarınıza göre sağlığınızı nasıl değerlendirirsiniz ?

Çok kötü Mükemmel



Genel olarak fiziksel durumunuzu nasıl değerlendirirsiniz ?

Çok kötü Mükemmel



Genel olarak ruh sağlığınızı nasıl değerlendirirsiniz ?

Çok kötü Mükemmel



Yaşam koşullarınızı genelde nasıl değerlendirirsiniz ?

Çok kötü Mükemmel



Ek 5

Genel Sağlık Anketi

Lütfen bu açıklamayı dikkatle okuyunuz:

Son bir ay içinde herhangi bir tıbbi şikayetinizin olup olmadığını, genel olarak sağlığınızın nasıl olduğunu öğrenmek istiyoruz. Bütün soruları size ne uygun cevabı işaretleyerek cevaplayın. Geçmişteki değil, yalnız son dönemdeki ve şu andaki şikayetlerinizi sordüğümüzü unutmayınız. **Soruların hepsini cevaplamanız çok önemlidir. Teşekkür ederiz.**

SON BİR AY İÇİNDE;

1. Endişeleriniz nedeniyle uykusuzluk çekiyor musunuz?

Hayır, hiç çekmiyorum Her zamanki kadar Her zamankinden sık Çok sık
() () () ()

2. Kendinizi sürekli zor altında hissediyor musunuz?

Hayır, hissetmiyorum Her zamanki kadar Her zamankinden sık Çok sık
() () () ()

3. Yaptığınız işe dikkatinizi verebiliyor musunuz?

Her zamankinden iyi Her zamanki kadar Her zamankinden az Çok daha az
() () () ()

4. İşe yaradığınızı düşünüyor musunuz?

Her zamankinden çok Her zamanki kadar Her zamankinden az Çok daha az
() () () ()

5. Sorunlarımızla uğraşabiliyor musunuz?

Her zamankinden çok Her zamanki kadar Her zamankinden az Çok daha az
() () () ()

6. Karar vermekte güçlük çekiyor musunuz?

Hayır, hiç çekmiyorum Her zamanki kadar Her zamankinden sık Çok sık
() () () ()

7. Zorlukları halledemeyecek gibi hissediyor musunuz?

Hayır, hiç hissetmiyorum Her zamanki kadar Her zamankinden sık Çok sık
() () () ()

8. Değişik yönlerden baktığınızda kendinizi mutlu hissediyor musunuz?

Her zamankinden çok Her zamanki kadar Her zamankinden az Çok daha az
() () () ()

9. Günlük işlerinizden zevk alabiliyor musunuz?

Her zamankinden çok Her zamanki kadar Her zamankinden az Çok daha az
() () () ()

10. Kendinizi keyifsiz ve durgun hissediyor musunuz?

Hayır, hiç hissetmiyorum Her zamanki kadar Her zamankinden sık Çok sık
() () () ()

11. Kendinize güveninizi kaybediyor musunuz?

Hayır, hiç kaybetmiyorum Her zamanki kadar Her zamankinden sık Çok fazla
() () () ()

12. Kendinizi değersiz biri olarak görüyor musunuz?

Hayır, hiç görmüyorum Her zamanki kadar Her zamankinden sık Çok sık
() () () ()

Aşağıdaki soruları benzer şekilde cevaplar mısınız ?

13. Genel olarak fiziksel sağlığınızı nasıl tarif edersiniz ?

- () Hiçbir sorunum yok - Mükemmel
() Zaman zaman sorunlarım oluyor-Oldukça iyi
() Düzenli olarak takip edilmem gereken bir rahatsızlıklarım var-Sağlığım aksıyor

14. Son 6 ayda hekime başvurmanızı gerektiren bir hastalık geçirdiniz mi?

Evet () Hayır () Evet ise kaç kez doktora gittiniz ? ()

15. Düzenli olarak tedavi gördüğünüz bir hastalığınız var mı ?

Evet () Hayır ()

16. Son 6 ayda kaç kez ilaç kullandınız ? (Her bir dönem 1 kez değerlendirilecek)

1. 2. 3. 4. 5.

Ek 6

Beck Depresyon Envanteri

Aşağıda, kişilerin ruh durumlarını ifade ederken kullandıkları bazı cümleler verilmiştir. Her madde, bir çeşit ruh durumunu anlatmaktadır. Her maddede o durum derecesini belirleyen 4 seçenek vardır. Lütfen bu seçenekleri dikkatle okuyunuz. Son bir hafta içindeki (şu an dahil) kendi ruh durumunuzu göz önünde bulundurarak, size en uygun olan ifadeyi işaretleyiniz.

1. a) Kendimi üzgün hissetmiyorum.
b) Kendimi üzgün hissediyorum.
c) Her zaman için üzgünüm ve kendimi bu duygudan kurtaramıyorum.
d) Öylesine üzgün ve mutsuzum ki dayanamıyorum.
2. a) Gelecekte umutsuz değilim.
b) Gelecek konusunda umutsuzum.
c) Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.
d) Benim için gelecek olmadığı gibi bu durum düzelmeyecek.
3. a) Kendimi başarısız görmüyorum.
b) Herkesten daha fazla başarısızlıklarım oldu sayılır.
c) Geriye dönüp baktığımda, pek çok başarısızlıklarım olduğunu görüyorum.
d) Kendimi bir insan olarak tümüyle başarısız görüyorum.
4. a) Herşeyden eskisi kadar zevk alabiliyorum.
b) Herşeyden eskisi kadar zevk alamıyorum.
c) Artık hiçbir şeyden gerçek bir zevk alamıyorum.
d) Beni doyuran hiçbir şey yok. Herşey çok can sıkıcı.
5. a) Kendimi suçlu hissetmiyorum.
b) Arada kendimi suçlu hissettiğim oluyor.
c) Kendimi çoğunlukla suçlu hissediyorum.
d) Kendimi her an için suçlu hissediyorum.
6. a) Cezalandırılıyormuşum gibi duygular içerisinde değilim.
b) Sanki, bazı şeyler için cezalandırılabilmişim gibi duygular içindeyim.
c) Cezalandırılacakmışım gibi duygular yaşıyorum.
d) Bazı şeyler için cezalandırılıyorum.
7. a) Kendimi hayal kırıklığına uğratmadım.
b) Kendimi hayal kırıklığına uğrattım.
c) Kendimden hiç hoşlanmıyorum.
d) Kendimden nefret ediyorum.

8. a) Kendimi diğer insanlardan daha kötü durumda görmüyorum..
b) Kendimi zayıflıklarım ve hatalarım için eleştiriyorum.
c) Kendimi hatalarım için her zaman suçluyorum.
d) Her kötü olayda kendimi suçluyorum.
9. a) Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok.
b) Bazen, kendimi öldürmeyi düşünüyorum ama böyle birşeyi yapamam.
c) Kendimi öldürebilmeyi çok isterdim.
d) Eğer fırsatını bulursam kendimi öldürürüm.
10. a) Herkesten daha fazla ağladığımı sanmıyorum.
b) Eskisine göre şimdilerde daha çok ağlıyorum.
c) Şimdilerde her an ağlıyorum.
d) Eskiden ağlayabilirdim.Şimdilerde istesem de ağlayamıyorum.
11. a) Eskisine göre daha sinirli veya tedirgin sayılmam.
b) Her zamankinden biraz daha fazla tedirginim.
c) Çoğu zaman sinirli ve tedirginim.
d) Şimdilerde her an için tedirgin ve sinirliyim.
12. a) Diğer insanlara karşı ilgimi kaybetmedim.
b) Eskisine göre insanlarla daha az ilgiliyim.
c) Diğer insanlara karşı ilgimin çoğunu kaybettim.
d) Diğer insanlara karşı ilgim hiç kalmadı.
13. a) Eskisi kadar rahat ve kolay kararlar verebiliyorum.
b) Eskisine kıyasla, şimdilerde karar vermeyi daha çok erteliyorum.
c) Eskisine göre, karar vermekte oldukça güçlük çekiyorum.
d) Artık hiç karar veremiyorum.
14. a) Eskisinden daha kötü bir dış görünüşüm olduğunu sanmıyorum.
b) Sanki yaşlanmış ve çekiciliğimi kaybetmişim gibi düşünüyor ve üzülüyorum.
c) Dış görünüşümde artık değiştirilmesi mümkün olmayan ve beni çirkinleştiren değişiklikler olduğunu hissediyorum.
d) Çok çirkin olduğumu düşünüyorum.
15. a) Eskisi kadar iyi çalışabiliyorum.
b) Bir işe başlayabilmek için eskisine göre daha fazla çaba harcıyorum.
c) Ne iş olursa olsun, yapabilmek için kendimi çok zorluyorum.
d) Hiç çalışamıyorum.
16. a) Eskisi kadar rahat ve kolay uyuyabiliyorum.
b) Şimdilerde eskisi kadar kolay ve rahat uyuyamıyorum.
c) Eskisine göre 1 veya 2 saat erken uyanıyor ve tekrar uyumakta güçlük çekiyorum.
d) Eskisine göre çok erken uyanıyor ve tekrar uyuyamıyorum.

17. a) Eskisine göre daha çabuk yorulduğumu sanmıyorum.
b) Eskisinden daha çabuk ve kolay yoruluyorum.
c) Şimdilerde neredeyse her şeyden kolay ve çabuk yoruluyorum.
d) Artık hiçbir şey yapamayacak kadar yoruluyorum.
18. a) İştahım eskisinden pek farklı değil.
b) İştahım eskisi kadar iyi değil.
c) Şimdilerde iştahım epey kötü.
d) Artık hiçiştahım yok.
19. a) Son zamanlarda pek kilo kaybettiğimi sanmıyorum.
b) Son zamanlarda istemediğim hald iki buçuk kilodan fazla kaybettim.
c) Son zamanlarda beş kilodan fazla kaybettim.
d) Son zamanlarda yedi buçuk kilodan fazla kaybettim.
20. a) Sağlığım beni pek endişelendirmiyor.
b) Son zamanlarda ağrı, sızı, mide bozukluğu, kabızlık gibi sıkıntılarım var.
c) Ağrı, sızı gibi bu sıkıntılarım beni epey endişelendirdiği için başka şeyleri düşünmek zor geliyor.
d) Bu tür sıkıntılar beni öylesine endişelendiriyor ki artık başka şeyler düşünemiyorum.
21. a) Son zamanlarda cinsel yaşantımda dikkatimi çeken bir şey yok.
b) Eskisine göre cinsel konularla daha az ilgile
c) Şimdilerde cinsellikle pek ilgili değilim.
d) Şimdilerde cinsellikle hiç ilgili değilim.

Ek 7

Çokboyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği

Doğan Eker ve Haluk Arkar (Çevirenler)

Adı Soyadı:	Görüşme Tarihi:
-------------	-----------------

İzinizle sizden okuyacağınız cümlelerle ilgili hislerinizi dile getirmenizi isteyeceğiz. Aşağıda 12 cümle ve herbirinde de cevaplarınızı işaretlemeniz için 1 den 7 ye kadar rakamlar verilmiştir. Her cümlede söylenenin sizin için ne kadar çok doğru olduğunu veya olmadığını belirtmek için o cümle yanındaki rakamlardan yalnız bir tanesini daire içine alarak işaretleyiniz. Bu şekilde 12 cümlenin herbirinde bir işaret koyarak cevaplarınızı veriniz.

Hislerinizi ifade ederken sizden aşağıda belirtilen ölçeği kullanmanızı rica edeceğiz.

- 1 = Hiç katılmıyorum
- 2 = Oldukça katılmıyorum
- 3 = Pek katılmıyorum
- 4 = Tarafsızım
- 5 = Az katılıyorum
- 6 = Oldukça katılıyorum
- 7 = Kesinlikle katılıyorum

- 1.İhtiyacım olduğunda çevremde özel bir kişi vardır. 1 2 3 4 5 6 7
- 2.Sevinçlerimi ve üzüntümü paylaşabileceğim özel bir kişi vardır. 1 2 3 4 5 6 7
- 3.Ailem gerçekten bana yardıma uğraşır. 1 2 3 4 5 6 7
- 4.İhtiyacım olan duygusal yardım ve desteği ailemden alabilirim. 1 2 3 4 5 6 7
- 5.Beni gerçekten rahatlatan bir kaynak olan özel bir insana sahibim. 1 2 3 4 5 6 7
- 6.Arkadaşlarım gerçekten bana yardım etmeye uğraşırlar. 1 2 3 4 5 6 7
- 7.İşler yolunda gitmediğinde arkadaşlarım hep oradadır. 1 2 3 4 5 6 7
- 8.Problemlerimle ilgili (hakkında) ailemle konuşabilirim. 1 2 3 4 5 6 7
- 9.Sevincimi ve üzüntümü paylaşabileceğim arkadaşlarım vardır. 1 2 3 4 5 6 7
10. Hayatımda duygularıma (önem) değer veren özel bir kişi var. 1 2 3 4 5 6 7

11. Ailem kararlarımı almamda yardım etmeye (destek olmaya) isteklidir. 1 2 3 4 5 6 7
12. Problemlerim hakkında arkadaşlarımla konuşabilirim. 1 2 3 4 5 6 7

9. KAYNAKLAR

1. Ahn T.K., Ostrom E.: Foundations of Social Capital. Cheltenham, U.K., Edward Elgar Publishing Ltd., 2003.
2. Wilkonson R.& Marmot M.: The Solid Facts: Social Determinants of Health. WHO Publications, Copenhagen, 1998.
3. Putnam R.: Bowling Alone. The Collapse and Revival of American Community, New York, Simon&Schuster, 2000.
4. Bourdieu P.: The Forms of Capital. Handbook of Theory and Research in the Sociology of Education, Greenwald Press, New York, 1986.
5. Theorell T., Karasek R.A.: Current issues relating to psychosocial job strain and cardiovascular disease research. Journal of Occupational Health Psychology, 1:9-26,1996.
6. McKeown T.: The modern rise of populations. Academic Press, New York, 1976.
7. Brown W.G., Harris T.: Social Origins Of Depression. A study of Psychiatric Disorder of Woman, Routledge, London, 1989.
8. Siem H.: Migration and Health–The international perspective. 86(19):788-793, 1997.
9. Brummett B.H., Barefoot J.C., Siegler I.C.: Characteristics of socially isolated patients with coronary artery disease who are at elevated risk for mortality. Psychosomatic Medicine; 63:267-272, 2001.
10. Hutchinson J.: Social Capital in Context. Journal of the American planing Association. 70(2):142-192, 2004.
11. Fine B.: Social Capital versus Social Theory. Political Economy and Social Science at the Turn of the Millenium, London and New York, Routledge, 2001.

12. Fukuyama F.: Social Capital and Civil Society. Paper prepared for delivery at the IMF Conference on Second Generation Reforms, IMF Institute and the Fiscal Affairs Department, , Washington D.C., November (8-9),1999.
13. Coleman J.: Social Capital in the Creation of Human Capital. *American Journal of Sociology* 94, pp. 95-120, 1988.
14. Sampson R.J., Raudenbush S.W. & Earls F.: Neighborhoods and violent crime: a multilevel study of collective efficacy. *Science*, 277:918-924, 1997.
15. Kawachi I., Kennedy B.P., Lochner K.: Social capital, income inequality, and mortality. *American Journal of Public Health*, 87: 1491-1498, 1997.
16. Baum F.: Social capital: is it good for your health? Issues for a public health agenda. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 53: 195-196, 1999.
17. Kawachi I. & Berkman L.F.: Social ties and mental health. *Journal of Urban Health*, 78:458-467, 2001.
18. Weich S., Lewis G.&Jenkins S.P.: Income inequality and the prevalence of common mental disorders in Britain. *British Journal of Psychiatry*, 178: 222-227, 2001.
19. Whitehead, Margaret, Diderichsen, Finn: Social capital and health: tip-toeing through the minefield of evidence. *Lancet*, 358(9277):165, 2001.
20. McCulloch A.: Social environments and health: a cross sectional survey. *BMJ*, 323:208-209, 2001.
21. Weitzman E.R.&Kawachi I.: Giving means receiving: the protective effect of social capital on binge drinking on college campuses. *American Journal of Public Health*, 90:1936-1939, 2000.
22. Wilkinson R.: *Unequal Societies. The Affliction of Inequality*. London, Routledge 1996.

23. Kuşcu M.K., Altunel E.Ö., Harmancı H.: The Assesment of the Perception of Family Social Capital: An Assesment Tool in the Process of Chronic Mental Health Conditions. First International Conference on Reducing Stigma and Discrimination because of Schizophrenia. Leipzig, Almanya, 2001.
24. Kılıç C.: Genel Sağlık Anketi: Güvenilirlik ve Geçerlilik Çalışması. Türk Psikiyatri Dergisi, 7: 3-9, 1996.
25. Beck A.T., Steer R.A., Brown G.K.: Beck Depression Inventory. Second edn., San Antonio: Harcourt Brace, 1996.
26. Hisli N.: Beck Depresyon Envanteri'nin üniversite öğrencileri için geçerliği, güvenilirliği. Psikoloji Dergisi 7: 3-13, 1989.
27. Zimet G.D., Dahlen N.W., Zimet S.G., Farley G.K.: The Multidimensional Scale of Percieved Social Support. Journal of Personality Assessment 52:30-41, 1988.
28. Eker D., Arkar H.: Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği'nin faktör yapısı, geçerlik ve güvenilirliği. Türk Psikoloji Dergisi 34: 45-55, 1995.
29. Fogel R.: Economic Growth, Population Theory and Physiology: The Bearing of Long-term Processes on the Making of Economic Policy. Cambridge. Mass. National Bureau of Economic Research, 1994.
30. Mackenbach J.P.: The contribution of medical care to mortality decline: Mckeown revisited. Eleventh Honda Foundation Discoveries Symposium. Proceedings, 1993.
31. Evans R.: Why are some people healthy and others not: The determinants of the health of populations. New York: Adline De Gruyter, 1994.
32. Idler E.L.&Benyamini Y.: Self-rated health and mortality: A review of twenty-seven community studies.. Journal of Health and Social Behavior, 38:21-37, 1997.

33. Kawachi I., Kennedy B.P.&Glass R.: Social capital and self-rated health: A contextual analysis. *American Journal of Public Health*, 89:1187-1193, 1999.
34. Croyle R.T.&Uretsky M.B.: Effects of mood on self-appraisal of health status. *Health Psychology*, 6:239-253, 1987.
35. House J.S., Landis K.R., Umberson D.: Social relationships and health. *Science*, 241:540-545, 1988.
36. McCullough, Michael E., Laurenceau, Jean-Philippe.: Gender and the Natural History of Self-Rated Health : A 59-Year. *Longitudinal Health Psychology*, 23(6):651-655, 2004.
37. Gold C.H., Malmberg B., McClearn G.E., Pedersen N.L. & Berg S.: Gender and health: A study of older unlike-sex twins. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 57B:169-176.
38. Kitagawa E.M., Hauser P.M.: *Differential Mortality in the United States: a Study in Socioeconomic epidemiology*. Cambridge, Harvard University Press, 1973.
39. Marmot M., Dovey S.: Health inequalities among British civil servants: The Whitehall II study. *Lancet*. 337:1387, 1991.
40. Freeman, L.: The effects of sprawl on neighborhood social ties: an explanatory analysis. *J Am Plann Association*, 67:69-77, 2001.
41. Krause N.: Neighborhood deterioration and self-rated health in later life. *Psychology and Aging*, 11:342-352, 1996.
42. Kawachi I., Berkman L.F.: Social ties and mental health. *J Urban Health*, 78:458-67, 2001.

43. McDonough P.&Walters V.: Gender and health: Reassessing patterns and explanations. *Social Science and Medicine*, 52:547-559, 2001.

10.ÖZGEÇMİŞ

Dr. M. Kemal Kuşcu Marmara Üniversitesi Psikiyatri Anabilim dalında çalışmaktadır. Tıp eğitimini İstanbul Tıp Fakültesinde tamamladı(1992). Tıp fakültesi eğitimi sırasında İsveç Uppsala Üniversitesinde Biomedicum Araştırma Merkezinde hayvan davranışı ve beyin işlevleri konularında çalışmalarda bulundu. Temel sağlık hizmetlerinde pratisyen hekim olarak görev yaptı (1992-93). Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesindeki psikiyatri ihtisası ardından (1994-98) Londra Üniversitesinde Antropoloji (M.Sc.) ve Tavistock kliniği Çocuk ve Aile Bölümünde Uygulamalı Sistemik Teori ve Aile Terapisi (Pg.Dipl, M.A) eğitimlerini aldı (1999-2001). 2001-2003 yıllarında Uluslar arası Göç Örgütü ve Tavistock Kliniği'nin ortaklığındaki Kosova Psiko-sosyal Mobil Ekipler projesinin danışmanlığını yapmıştır. Halen Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Konsültasyon-Liyezon Birimi sorumlusu olarak çalışmaktadır.