

156299

T.C.  
GENELKURMAY BAŐKANLIĐI  
GÜLHANE ASKERİ TIP AKADEMİSİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ  
HEMŞİRELİK YÜKSEK OKULU

DEPRESYONLU HASTALARIN SOSYAL DESTEĞİ ALGILAMALARI

HEMŞİRELİK PROGRAMI  
YÜKSEK LİSANS TEZİ

156299

SEVİNÇ MERSİN  
YÜKSEK HEMŞİRE

ANKARA-2004

**T.C.  
GENELKURMAY BAŐKANLIĐI  
GÜLHANE ASKERİ TIP AKADEMİSİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ  
HEMŞİRELİK YÜKSEK OKULU  
DAHİLİ HEMŞİRELİK BİLİMLERİ  
ANA BİLİM DALI BAŐKANLIĐI  
PSİKİYATRİ HEMŞİRELİĞİ  
BİLİM DALI BAŐKANLIĐI**

**DEPRESYONLU HASTALARIN SOSYAL DESTEĞİ ALGILAMALARI**

**HEMŞİRELİK PROGRAMI  
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**SEVİNÇ MERSİN  
YÜKSEK HEMŞİRE**

**DANIŐMAN ÖĞRETİM ÜYESİ  
FİLİZ ARSLAN  
YRD. DOÇ. DR. YÜK. HEM. BNB.**

**ANKARA-2004**

Sağlık Bilimleri Enstitü Müdürlüğüne,


GATA Hemşirelik Yüksek Okulu Müdürlüğü Psikiyatri Hemşireliği BD. Yüksek Lisans programı çerçevesinde yürütülmüş olan bu tez çalışması aşağıda yer alan jüri üyeleri tarafından onaylanmıştır.

TEZ DANİSMANI :



Filiz ARSLAN  
Yrd.Doç.Dr.Sağ.Bnb.  
Çocuk Sağ.ve Hast.Hem.B.D.Öğ.Üye.

JÜRİ BAŞKANI ::



Hamdullah AYDIN  
Prof.Tbp.Kd.Alb.  
Psikiyatri A.D. Bşk.

JÜRİ ÜYESİ :



Fatma ÖZ  
Doç.Dr.  
H.Ü.Hem.Yük.Ok.

JÜRİ ÜYESİ :



Filiz ARSLAN  
Yrd.Doç.Dr.Sağ.Bnb.  
Çocuk Sağ.ve Hast.Hem.B.D.Öğ.Üye.Bnb.

Bu tez, Enstitü Yönetim kurulunca belirlenen yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve Enstitü Yönetim Kurulu'nun kararıyla kabul edilmiştir.

## ÖNSÖZ

Bu tez konusu Gülhane Askeri Tıp Akademisi Hemşirelik Yüksek Okulu Müdürlüğü'nün 14 Ekim 2003 gün ve Böl. Bşk.:0530-80-03/95 sayılı yazısı ile belirlenerek önerilmiş ve GATA Sağlık Bilimleri Enstitüsünün 165 sayılı oturumunda görüşülerek 16 EKİM 2003 gün ve Yük. Lis. Dok. Mrk.:0530-69-03/93 sayılı emriyle kabul edilmiştir. GATA Yerel Etik Kurulunun 1491-49-2004 sayılı kararı ile çalışmalara başlanmıştır.

Toplumda en fazla görülen ruhsal bozukluklardan biri de depresyondur. Depresyon, yaş, cinsiyet ve sosyo ekonomik düzey ayırmaksızın herkeste görülebilmektedir. Stres etkenleri ve yaşam koşulları depresyonu tetikleyebilmektedir. Depresyonda, sosyal destek önemlidir. Çünkü, depresyon, kişinin yaşam kalitesini bozan, ekonomik gücünü azaltan, ilişkilerini etkileyen bir bozukluktur.

Bu araştırma, depresyonlu hastaların sosyal desteği algılamalarını belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak planlanmıştır.

Bu tez çalışmamda ve klinik uygulamalarımda her zaman destek ve yardımını esirgemeyen GATA Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı Başkanı Sayın Prof. Tbp. Kd. Alb. Hamdullah AYDIN'a, tez uygulamam sırasında tıbbi konularda bana danışmanlık eden Sayın Doç. Tbp. Kd. Bnb.Özcan UZUN'a saygı ve şükranlarımı sunarım.

Yüksek Lisans eğitimim süresince her türlü yardım ve desteği esirgemeyen, kıymetli bilgi ve deneyimleri ile yetişmemde büyük emeği geçen, değerli hocam Dr. Sağ. Bnb. Fahriye OFLAZ'a saygı ve şükranlarımı sunarım.

Yüksek Lisans eğitimim süresince her türlü yardım ve desteği esirgemeyen, GATA Hemşirelik Yüksek Okulu Müdürü, değerli hocam Sayın Prof. Dr. Dz. Yük. Hem. Kd. Alb. Nur İnanç'a ve Müdür yardımcısı Prof. Dr. Yük. Hem. Alb. Sevgi HATIPOĞLU'na saygı ve şükranlarımı sunarım.

Bu tez çalışmamda yüksek lisans eğitimim süresince her türlü yardım ve desteği esirgemeyen, kıymetli bilgi ve deneyimleri ile, tez danışmanı olarak beni yönlendiren, GATA Hemşirelik Yüksek Okulu Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Bilim Dalı öğretim üyesi, değerli hocam Sayın Yrd. Doç. Dr. Yük. Hem. Bnb. Filiz ARSLAN'a saygı ve şükranlarımı sunarım.

## İÇİNDEKİLER

	<u>Sayfa No</u>	
BÖLÜM I.	GİRİŞ	1
	1.1. Problemin Tanımı ve Önemi	1
	1.2. Araştırmanın Amacı	3
BÖLÜM II.	GENEL BİLGİLER	4
	2.1. Depresyon	4
	2.1.a. Depresyonun Etiyolojisi	4
	2.1.b. Depresyona Kuramsal Yaklaşımlar	5
	2.1.c. Depresyon ve Stres İlişkisi	5
	2.2. Sosyal Destek	6
	2.2.a. Sosyal Desteğin Tanımı	6
	2.2.b. Sosyal Desteğin İşlevleri	7
	2.2.c. Sosyal Desteğin Stresle Baş Etmede Etkisi	8
	2.3. Depresyon, Sosyal Destek ve Hemşirelik	9
BÖLÜM III	GEREÇ VE YÖNTEM	11
	3.1. Araştırmanın Şekli	11
	3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri	11
	3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	11
	3.3.1. Araştırmanın Evreni	11
	3.3.2. Araştırmanın Örneklemi	11
	3.4. Verilerin Toplanması	11
	3.4.1. Veri Toplama Aracının Hazırlanması	11
	3.4.2. Ön Uygulama	12
	3.4.3. Uygulama	13
	3.4.4. Verilerin Değerlendirilmesi	13
BÖLÜM IV.	BULGULAR	13
BÖLÜM V.	TARTIŞMA VE SONUÇ	29
	5.1. Tartışma	29
	5.2. Sonuçlar ve Öneriler	38
	5.2.a. Sonuçlar	38
	5.2.b. Öneriler	39

BÖLÜM VI.	ÖZET	40
	İNGİLİZCE ÖZET	41
BÖLÜM VII.	KAYNAKLAR	42
	EKLER	
	EK-1. Depresyonlu Hastaları Tanıtıcı Bilgi Formu	
	EK-2. Beck Depresyon Soru Listesi	
	EK-3. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği	



## TABLULARIN DİZİNİ

	<u>Sayfa No</u>
Tablo 1. Hastaların Tanıtıcı Özellikleri	14
Tablo 2. Hastaların Beck Depresyon Ölçeği Puanı ile Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ve Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Alt Ölçekleri Arasındaki İlişki	16
Tablo 3. Hastaların Beck Depresyon Ölçeğinden ve Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeğinden Aldıkları Puan Ortalamalarının Cinsiyetlerine göre Dağılımı	17
Tablo 4. Hastaların Beck Depresyon Ölçeğinden ve Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeğinden Aldıkları Puan Ortalamalarının Medeni Durumlarına göre Dağılımı	18
Tablo 5. Hastaların ile Beck Depresyon Ölçeğinden ve Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeğinden Aldıkları Puan Ortalamalarının Eğitim Durumlarına göre Dağılımı	19
Tablo 6. Hastaların Beck Depresyon Ölçeğinden ve Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeğinden Aldıkları Puan Ortalamalarının Çalışma Durumlarına göre Dağılımı	20
Tablo 7. Hastaların Beck Depresyon Ölçeğinden ve Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeğinden Aldıkları Puan Ortalamalarının Gelir-Gider Durumlarına göre Dağılımı	21
Tablo 8. Hastaların Beck Depresyon Ölçeğinden ve Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeğinden Aldıkları Puanların Ortalamalarının Maddi Durumlarına göre Dağılımı	22

Tablo 9.	Hastaların Beck Depresyon Ölçeğinden ve Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeğinden Aldıkları Puan Ortalamalarının Atak Sayısına göre Dağılımı	23
Tablo 10.	Hastaların Beck Depresyon Ölçeğinden ve Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeğinden Aldıkları Puan Ortalamalarının Hastaneye Yatma Durumlarına göre Dağılımı	24
Tablo 11.	Hastaların Beck Depresyon Ölçeğinden ve Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeğinden Aldıkları Puan Ortalamalarının İntihar Girişiminde Bulunma Durumuna göre Dağılımı	25
Tablo 12.	Hastaların Beck Depresyon Ölçeğinden ve Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeğinden Aldıkları Puan Ortalamalarının Ailelerinde Sakatlık Bulunma Durumuna göre Dağılımı	26
Tablo 13.	Hastaların Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeğinin Alt Ölçeklerinden Aldıkları Puan Ortalamalarının Cinsiyetlerine göre Dağılımı	27
Tablo 14.	Hastaların Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeğinin Alt Ölçeklerinden Aldıkları Puan Ortalamalarının Medeni Durumlarına ve Cinsiyetlerine göre Dağılımı	28

## I. GİRİŞ

### 1.1.Problemin Tanımı ve Önemi:

Bilgi ve haberin hızlı biçimde üretildiği ve istenilen yere iletiildiği bir dünyada yaşamaktayız. Günümüz insanı, bir taraftan uzayda yeni gelişmelere imza atıp, uzaydan iletişime geçebilirken, her gün birlikte yaşadığı eşiyile, çocuğuyla, komşusuyla iletişim kurmakta başarısızlıklar yaşamaktadır Özellikle, gelişmiş ülkelerde insanlar, başkalarıyla dertleşmeden, konuşmadan günlük yaşamlarını sürdürebilmektedir. Yaşamlarını teknoloji ürünü makinelerle, seslerle ve gürültülerle sürdürdükleri için giderek kendilerine, insanlara ve topluma yabancılaşmaktadırlar. Gelişmekte olan ülkelerde ise, geçim sıkıntısı, gelecek endişesi, umutsuzluk, işsiz kalma korkusu kişilerin ruhsal dengesini bozmaktadır. Bu nedenle kızgınlık, kaygı ve öfke kişiler arası ilişkilerde etkin olabilmektedir. Bu durum, kişinin ve toplumun ruhsal durumunun bozulmasına, bunun sonucunda da ruhsal bozuklukların görülmesine neden olmaktadır (39).

Toplumda en fazla görülen ruhsal bozukluklardan biri de depresyondur. Depresyon, yaş, cinsiyet ve sosyoekonomik düzey ayırmaksızın herkeste görülebilmektedir. Ülkemizde depresyonun görülme sıklığı %5-10 civarındadır. Kadınlarda, erkeklere göre 2 kat daha fazla görülmektedir. Stres etkenleri ve yaşam koşulları depresyonu tetikleyebilmektedir. Depresyon tek başına görülebildiği gibi, fiziksel hastalıkların sonucunda da ortaya çıkabilmektedir (5,7,37).

Depresyon; kişinin kendini yetersiz görmesi ve küçümsemesi, gelecekte umutsuz olma, iştah değişikliği, uyku bozukluğu, üzüntülü bir mizaç, olayları olumsuz yorumlama gibi belirtilerle seyretmektedir. Depresyon, klinik olarak majör depresyon ve distimi olarak ikiye ayrılmaktadır. Kuramsal açıdan, depresyon farklı şekillerde yorumlanabilmektedir.

**Psikanalitik görüşe göre;** depresyonu olan bir kişi, gerçekte veya hayalinde kayıp duygusu yaşar ve kayıp duygusunu , kendini suçlayarak yansıtır. Böylece depresyonda görülen kişide düşük benlik saygısı, kendini küçümseme görülür.

**Davranışçı kurama göre;** Kişi olumsuz yaşam deneyimleriyle baş edemeyebilir ve bir süre sonra kendini çaresiz hissetmeye başlar ve çaresizliği öğrenir.

**Bilişsel görüşe göre ise;** kişi yaşadığı olayların olumsuz yönlerini alır. Bu kişilerde depresyon gelişme riski artar.

Depresyonu açıklamak için bu kuramlar yeterli değildir. Depresyonun, genetik olduğu ve yaşam olaylarıyla özellikle stresle ilişkili olduğu, depresyon durumunda,

nörotransmitterlerden norepinefrin ve serotonin düzeyinin düşük olduğu çalışmalarla desteklenmektedir (22,43,46,47,52).

Depresyonun tedavisinde, farmakolojik, destekleyici ya da bilişsel- davranışçı tedavi yaklaşımları kullanılmaktadır (25,47).

Clinton ve arkadaşlarının, sosyal desteğin, şizofreni hastalarının toplumsal adaptasyonu üzerine etkisini araştırdığı çalışmaya göre, hastaların sosyal destek algıları, topluma uyum sağlamada önemli bir unsurdur. Şizofrenili hastaların algıladıkları destek, onların toplumsal uyumlarını arttırmaktadır. Hemşireler, hastalarla görüşmelerinde, desteği algılamalarını geliştirmeye, semptom kontrolü yapabilmeyi öğretmeye çalışmalıdırlar. Ayrıca hemşireler, hastaların, günlük yaşamlarında karşılaştıkları güçlüklerle baş etme yöntemleri öğrenmelerini konusunda desteklemeli ve gerekli materyali sağlamalıdırlar (17).

Depresyon, kişinin yaşam kalitesini bozan, ekonomik gücünü azaltan ve ilişkilerini etkileyen bir bozukluk olduğu için, depresyona giren bireye, sosyal destek sağlanması önemlidir (37,47).

Literatürde sosyal destek; olumlu kişiler arası ilişkilerin, duygusal destek, bilgi ve materyal desteğinin sağlanması olarak tanımlanmaktadır. Kişinin, sosyal olarak ilk ilişkide bulunduğu sosyal sistem ailedir. Çocuk aileyle kurduğu ilk iletişimden sonra, etrafıyla ilgilenmeye başlar ve 3 yaşından itibaren yeni arkadaşlar edinmeye başlar. Aynı zamanda duygularını paylaşır, eşya alış- verişinde bulunur, arkadaşlarına bilgi sağlar ve kendisi de arkadaşlarından bilgi edinir. Bunlar sosyal desteğin, temellerinin atıldığı ilk aktivitelerdir. Daha sonra çocuk okula gittiğinde sosyal çevre genişler ve yetişkin çalışma hayatına atıldığında ilişki kurduğu kişi sayısı giderek artar ve sosyal ilişki ağları genişler. Kişiler sosyal ilişki ağlarıyla, kurdukları ilişkilerinden sosyal destek sağlarlar. Sosyal ilişki ağları, informal kişilerden veya formal kişilerden oluşur. İnfomal destek alınan kişiler aile, arkadaşları, ve daha çok ilişkinin yapısında samimiyet, içtenlik, doğallık gibi özellikler bulunur. Formal destek alınan kişiler ise, sağlık çalışanları, komşu veya iş yerinde çalışma arkadaşlarıdır. Bu ilişkinin yapısında ise, kişiler destek talebinde bulunurlar ve desteği sağlayacak kişiler tarafından da destek sağlanır, daha resmidir ve profesyonelleri içerir (9,21,31,42).

Sağlık profesyonellerinden birisi de hemşirelerdir. Diğer sağlık profesyonellerine kıyasla hemşireler, mesleklerinin doğası gereği, hastanın bakımı ile daha uzun süreli ve

kesintisiz ilgilenirler. Bu yüzden, bakım sürecinde depresyonlu hastaların topluma adaptasyonlarında sosyal desteğin iyi edici yönünü kullanabilirler. Böylece hastalar daha kısa sürede iyileşebilir, ilaç maliyetleri, hastaneye yatışları ve hastalıklarının tekrarlanma oranı azalır.

Hemşireler, hastaların sosyal ilişki ağlarının büyüklüğünü belirlemelidirler. Çünkü sosyal destek, sosyal ilişki ağından sağlanır. Hastanın sosyal ilişki ağının içindeki kişilerin sayısı, onlarla kurdukları ilişkilerin sayısı ve kalitesi önemlidir. Hemşireler, hastalara bakım vermek için veri toplarken, hastanın hobilerini, eğlence faaliyetlerini, üye olduğu sosyal klüpleri araştırmalı ve bakım verirken holistik bir anlayışla bakım vermelidirler. Çünkü kişi, çevresiyle bir bütündür. aldığı araçsal, duygusal ve bilgi desteği hastalıkların başlamasında ve prognozunda önemlidir (3,17,31).

Johnson ve arkadaşları, hastalığın başlangıç döneminde duygusal desteği olan hastalarda, duygusal desteği olmayan hastalara göre prognozun daha iyi olduğunu saptamıştır. Bu da, sosyal desteğin iyileştirici yönünün olduğunu göstermektedir. 24 saat bakım veren bir sağlık disiplininin üyeleri olarak hemşireler, hastaların çevreleriyle iletişimlerini devam ettirmeli ve mümkün olduğunca sosyal çevrelerinden soyutlanmamalarını sağlamalıdır. Ayrıca hastaya destek sağlayan grupları da desteklemeleri ve grup üyelerinin sosyal desteğin daha çok iyileştirici yönlerinin vurgulandığı eğitimlere katılmalarını sağlamaları gerekir. Çünkü tedavisi uzun süren hastalıklarda, hastaya destek sağlayan kişi ya da gruplarda da tükenmişlik yaşanabilmektedir. Hemşirelerin bunların farkında olmaları ve sosyal ilişkilerindeki kişileri de desteklemeleri gerekmektedir (33).

## **1.2. Araştırmanın Amacı**

Ruhsal sağlığın korunması, sürdürülmesi ve geliştirilmesi sağlıklı bir toplum oluşturulmasında ve hastalıkların azaltılmasında önemlidir. Hastaların iyileşmeleri için sosyal desteğe ihtiyaçları vardır. Hastalıklarda, kişiye sağlanan sosyal desteğin miktarı ve niteliği önemlidir. Ancak bu sayede hasta hastalığı ile daha etkin başedebilir. Bu nedenle, araştırma depresyonlu hastaların sosyal desteği algılamalarını belirlemek amacıyla planlanmıştır.

## II. GENEL BİLGİLER

### 2. 1. DEPRESYON

#### 2. 1. a. DEPRESYONUN ETİYOLOJİSİ

Depresyon, kişinin kendini yetersiz hissettiği, iştah artması ya da azalması, uyku düzeninin bozulması kronik bir yorgunluk, ağlama, üzüntülü bir mizaç, yalnızlık, olumsuz kendilik kavramı, intihar ve gelecekte umutsuz olma gibi belirtilerle seyreden bir bozukluktur. Klinik olarak depresyon tanısının konulabilmesi için bu belirtilerin en az bir kaçının 2 haftadan daha uzun süre devam etmesi gerekir. Bu bozukluklar çoğu kez kişiler arası, toplumsal ve mesleki işlevlerde bozulmalara neden olur (22,46,47,52).

Duygulanım bozuklukları çok eski çağlardan beri bilinmektedir. Eski din kitaplarında, Yunan ve Latin yapıtlarında ağır çökkünlük ve taşkınlık nöbetleri geçiren kişiler tanınabilmektedir. Mani ve melankoli deyimlerini ilk olarak Hipokrat kullanmıştır. Hipokrat, Melankoliyi kara safraya bağlamıştır. Orta çağda İbni Sina çökkünlüğü ele almıştır. Bir çok bilim adamı bu konuyla ilgili çalışmışsa da, 1896 yılında Krapelin, hastalığın belirtilerini, gidiş ve sonlanışını tanımlamıştır (46).

Ülkemizde depresyon, % 5-10 arasında değişen oranlarla görülmektedir. Sıklığı, kadınlarda, erkeklere oranla 2 kat daha fazladır. Batı ülkelerinde majör depresyon erkeklerde % 2-3, kadınlarda % 5-9'dur. Depresyon, sosyoekonomik düzey ve eğitim farkı gözetmeksizin her kesimde görülebilmektedir (5,37,47).

Dünya Sağlık Örgütü'ne göre, depresyon, 1990 yılında dünyadaki 4. hastalık olduğu saptanmasına rağmen, bu oranın 2020 yılında iskemik kalp hastalığından sonra ikinci sıraya yükseleceği tahmin edilmiştir (1).

Depresyonun, etiyojisi ve fizyopatolojisi ile ilgili bir çok çalışma yapılmasına karşın hastalık tam olarak anlaşılamamıştır. Hastalığın oluşmasında, genetik, biyokimyasal, psikososyal, ve toplumsal faktörlerin birlikte rol oynadıkları düşünülmektedir (22,46). Aile ve kalıtım araştırmaları, depresyonun ailesel geçişinin yüksek olduğunu göstermektedir. Depresyon geçiren hastaların birinci derece akrabalarında hastalanma riski normal popülasyona göre iki, üç kat daha fazladır. Tek yumurta ikizlerinde hastalanma riski %80 bulunmuştur. Çocukluğunda, biyolojik ana-babadan ayrılarak evlat edinilmiş olan ve duygulanım bozukluğu geçiren kişilerin, biyolojik ana- babalarının da duygulanım bozukluğu geçirme oranları, evlat edinen ana-babalarından daha yüksek bulunmuştur (43,46).

Ayrıca fizyolojik yönden incelendiğinde, depresyonun nörotransmitterlerin eksikliğinden kaynaklandığı, özellikle norepinefrin ve serotonin düzeylerinin düşük olduğu hipotezleri yaygındır. Bunun yanı sıra, asetilkolin, GABA, melatonin, glisin, histamin gibi nörotransmitterler, hormonlar (troid) ve nöropeptitler duygu durum düzenlenmesinde rol oynamaktadırlar (22).

Duygular, yaşanan olaylardan yoğun bir şekilde etkilendiği için, yaşam olaylarıyla ilişki içindedir. Ekonomik problemler, evlilik, boşanma, iş ile ilgili sorunlar, memnuniyetsizlik, hastalıklar ve ölümler gibi yaşam olayları duygu durumunu etkiler (47).

### **2. 1. b. DEPRESYONA KURAMSAL YAKLAŞIMLAR:**

Depresyon farklı kuramlarla açıklanmıştır.

**Psikanalitik Kurama göre;** Depresyon kayıp sonrası görülür ve kayıp sonrası kişi öfkeyi kendine yöneltir. Freud, kişi için önemli olan nesne ya da kişilerin gerçek ya da hayali olarak kaybı ya da kayıp tehdidi sonucu, nesneye yatırılan enerji, objeden kendi bedenine yöneltilir demektedir. Kişi kayıp duygusu yaşadığı objelere olan kızgınlığını kendine yöneltir. İçe atım yoluyla egosuna attığı nesnelere yok etmek için intihar eylemleri görülür (22).

**Bilişsel Görüşe göre;** erken yaşam deneyimlerinden gelişen olumsuz bir benlik şeması, deneyimlerin olumsuz yorumlanması sonucu bireylerin kendileri ve dünya hakkında katı ve uygun olmayan inanç ve tutumlar geliştirmesine neden olur (38,43).

**Davranışçı Görüşe göre;** depresyon, bireyin olumsuz yaşam olayları yaşaması sonucu, gerçek ya da hayali olarak kontrolü yitirmesi sonucu oluşmaktadır. Böylece kişi yeterli destek alamazsa ya da destekten yararlanamazsa, olaylarla baş edebilme yeteneğinde azalma, ümitsizlik ve izolasyon görülür (38,43).

### **2. 1. c. DEPRESYON VE STRES İLİŞKİSİ:**

Yapılan çalışmalarda, depresyonda serotonin ve norepinefrin düzeyleri düşük bulunmuştur. Bu biyokimyasal mekanizmadaki bozukluktan, genetik faktörler ve stres gibi yaşam olayları sorumlu tutulmaktadır (25,47). Kişiye sıkıntı veren ve stres olarak algılanan yaşam olayları sonucu, önce kişinin vücudunda strese karşı bazı belirtiler görülür.

Selye' ye göre, strese karşı organizmada iki tür fizyolojik tepki görülür (43).

-Lokal Adaptasyon Sendromu

-Genel Adaptasyon Sendromu

Genel Adaptasyon Sendromunun üç aşaması vardır. Bunlar;

Alarm,

Direnç,

Tükenmedir.

**Alarm Aşaması:** Beden stresörü algıladığında ilk önce biyokimyasal değişiklikler ortaya çıkar. Bazı hormonlar ve nörotransmitterlerin miktarında artış görülür. Aynı zamanda da psikososyal değişiklikler olur. Dikkat artar, durumu çözebilecek veya uyum sağlamada yarar sağlamayacak davranışlar görülür.

**Direnme Aşaması:** Bu basamağın sonunda ya normal denge durumuna dönülür veya tükenme basamağına geçilir.

**Tükenme Aşaması:** Stres uzarsa veya kişi bir çok stresörle karşılaşarsa bu basamak ortaya çıkar. Bu basamak, fiziksel veya psikolojik olarak hastalığı ifade eder. Eğer kişinin yeterli desteği varsa durum düzelebilir.

Strese karşı vücudumuzun verdiği psikolojik tepkiler şunlardır (10,43);

-Umutsuzluk,

-Mutsuzluk,

-Huzursuzluk, gerginlik,

-Uyku bozukluğu,

-Yeme alışkanlığında değişim,

-Sosyal izolasyon.

Stres kısa süreli olursa vücut bunu kompanse edebilir. Hatta daha güçlü olmasını bile sağlayabilir. Fakat stres kronik bir hal alırsa, duygulanımda etkili olan norepinefrin ve serotonin gibi nörotransmitterlerin seviyeleri düşmeye devam eder ve sonuçta depresyon riski yükselir (28,33,47).

## **2. 2. SOSYAL DESTEK**

### **2. 2. a. SOSYAL DESTEĞİN TANIMI:**

Stresin azaltılmasında en önemli faktör sosyal destektir. Sosyal destek kavramı, 1970'li yılların ortalarında kişiler arası iletişim olarak tanımlanmasına rağmen, son 15 yıldır empati, algılama, desteğin miktarı, kişiler arası desteğin kalitesi, kişi, davranışlar, kişiler arası veya sosyal destek sistemleri gibi kavramları da içermektedir (30).

Sosyal destek literatürde, olumlu bir iletişim, desteğe ihtiyacı olan kişiye destek sağlanması olarak tanımlanmaktadır. Başka bir tanıma göre ise, algılanan sosyal destek bir

gruba ait olma, sevilme, kişiye veya gruba güven duyma, bilgiye, duygusal desteğe ve herhangi bir eşyaya ihtiyaç duyulduğunda yardım alabileceğini bilme, düşünme ve hissetmedir (9,21).

## **2. 2. b. SOSYAL DESTEĞİN İŞLEVLERİ:**

Sosyal destek , teorik açıdan ve uygulanabilirliği açısından bir çok araştırmada kapsamlı olarak çalışılmış bir kavramdır. Çalışmalarda bu kavram, temelde üç açıdan ele alınmıştır. Bunlar; sosyal ağın yapısı, destek işlevleri ve ilişkilerin doğasıdır. Sosyal destek, sosyal ilişki ağlarından sağlanır. Sosyal ilişki ağı, sosyal ilişkiler tarafından belirlenir ve ağın büyüklüğü, yapısı, ilişkilerin sıklığı ve sosyal hizmet profesyonellerinin ağın içindeki rolleri gibi değişkenler ile ölçülür. Sosyal ilişki ağında, birinci ve ikinci gruplar vardır. Birinci grup, aile ve arkadaşlar gibi kendi içine kapalı küçük gruplar tarafından oluşturulur ve informal bir ilişki vardır. Bu ilişkilerin doğasında güven, samimiyet, doğallık, sır saklama ve etkileşim vardır.

İkinci grup ise, daha geniştir ve bu grupta formal ilişkiler yer alır. Bunun kapsamında, çalışma yerinde ilişki kurulan kişiler veya gruplar, sosyal klüpler, komşu, bir bilim kurulunda üyelik ve ruhsal sağlık uzmanları yer alır (21,31).

Sosyal desteğin üç ayrı işlevi belirlenmiştir. Bunlar, duygusal destek, materyal desteği ve bilgi desteğidir (13,33,36,52,53).

Sosyal desteğin duygusal destek işlevi; karşıdaki kişinin sorunlarını dinleme, duygularını paylaşma, sevgi, saygı, cesaretlendirme, empati, sempati, kişi veya gruba güvenme gibi davranışları kapsamaktadır. Bu destekler, kişinin, stresli yaşam olaylarıyla duygusal olarak baş edebilmesini sağlar (21,33,53). Duygusal olarak takdir edildiğini, hürmet edildiğini, sevildiğini ve kendisine saygı duyulduğunu bilen bir kişi stresle daha iyi baş edebilir (31,47,53).

Skarsater ve Arkadaşlarının yaptığı çalışmaya göre; kadınların daha çok duygusal desteğe ihtiyaç duydukları ve majör depresyonlu hastalarla kontrol grupları karşılaştırıldığında, hastaların çok azında sosyal desteğin yeterli olduğu sonucuna ulaşılmıştır (51).

Materyal desteği ; ihtiyaç duyulan maddelerin sağlanması, para veya ödünç eşya verilmesi gibi davranışları kapsamaktadır (33,53).

Bilgi desteği ise; gereksinilen bilginin verilmesi, geri bildirim verme , öneri ya da alternatif sunma gibi davranışları kapsar (33).

Duygusal, materyal ve bilgi desteğinin sağlanması yani sosyal destek kişilerin stresli yaşam olaylarıyla baş edebilmelerinde önemlidir. Yapılan çalışmalarda da, sosyal destek ile iyilik hali arasında pozitif bir ilişki olduğu gösterilmektedir (31,36).

## **2. 2. c. SOSYAL DESTEĞİN STRESLE BAŞ ETMEDE ETKİSİ:**

Duygulanım bozukluklarında, genetik ve biyokimyasal faktörlerin rol oynamasına rağmen, sosyal ve psikolojik faktörler hastalıkların başlaması, gidişatı ve tekrarlanmasında oldukça önemlidir (28).

Sosyal desteğin, stresin olumsuz etkilerini ortadan kaldırmada önemli bir rolü vardır. Eğer kişiler, yeterli desteğe sahip olduklarını algırlarsa ve yeterli destek verilirse, stresli durumun ortaya çıkardığı potansiyel tehdidi tekrar tanımlayabilirler veya bu durum kişilerin stresörle başa çıkmada algısal becerilerini daha da güçlendirebilir. Böylece, yeterli destek algısı, kişilerin stresli durumları daha olumlu değerlendirmelerine ve daha fonksiyonel baş etme becerileri uygulamalarına yardımcı olur. Sosyal destek, duygusal denge, kendini değerli bulma ve iyilik halini destekleyerek, depresyonu azaltmada etkili olabilir (26,56).

Sosyal desteğin, sağlık ve iyi olma üzerine etkisini açıklayan iki görüş vardır. Bunlar;

### **1. Temel veya Doğrudan Etki Modeli:**

Bu modele göre, sosyal destek ile sağlık arasında doğrudan bir ilişki vardır ve sosyal destek, stresin olup- olmamasına göre sağlığı korur. Doğrudan etki modelinin ışığında stres olsun veya olmasın, karşılıklı etkileşim olanlarla, etkileşim olmayanlar karşılaştırıldığında, etkileşim olanlarda sağlığın daha iyiye gittiği söylenebilir (18,28,34).

### **2. Tampon Etki Modeli:**

Stres- Tampon Etki Modeline göre, stresin seviyesinin düşük olduğu durumlarda, yeterli veya yetersiz destek ilişkilerinin sağlığa etkisi yoktur. Fakat stres seviyesinin yüksek olduğu durumlarda, kişiler yeterli destek aldıklarında sağlıkları daha iyiye gider (18,28,34). Sosyal destek, stres yaratan yaşam olaylarının algılanan önemini azaltarak, bireyin duygusal gerginliğinin üstesinden gelmesine yardım eder. Fakat stres seviyesinin düşük olduğu durumlarda böyle bir etki görülmez.

Jou ve Fukada'nın Japon üniversite öğrencileri üzerinde yaptığı çalışmaya göre; Stres seviyesi yüksek olan öğrencilerde depresyon ve somatik şikayetler daha fazla bulunmuştur ve stres seviyesi yüksek olan öğrenciler, düşük olan öğrencilere göre daha fazla destek talebinde bulunmuşlardır (34).

### **2. 3. DEPRESYON , SOSYAL DESTEK VE HEMŞİRELİK:**

Depresyon kişinin kendini üzüntülü hissettiği, umutsuzluk, kendine karşı hoşnutsuz olma, olayları olumsuz yorumlama, iştah değişikliği gibi belirtilerle seyreden bir bozukluktur (47).

Sosyal destek ise, olumlu kişiler arası ve gruplar arası ilişkileri tanımlar. Olumlu kişiler arası ve gruplar arası ilişkiler kişilerin iyileşmelerine katkıda bulunur. Olumsuz ilişkiler ve olaylar kişilerin kendilerini yalnız hissetmelerine neden olur, kişiler kendilerini kişilerden ve olaylardan daha fazla soyutlama davranışına gidebilirler ve bu durum kişilerin, fiziksel ve ruhsal olarak hastalanmalarına neden olabilir. Hastalık durumunda ise, kişilerin fiziksel ve ruhsal çevreleri değişir. Kişiler hastalık döneminde, ya kendi başlarına kalarak veya yakın çevresinin desteğiyle hayatlarını devam ettirir, ya da sağlık çalışanlarına danışarak yardım alırlar. Sağlık profesyonelleri hastaları hastanede veya evde tedavi edebilirler. Bütün bu aşamalarda kişinin informal desteklerinin devam etmesi önemlidir (9,21,55).

Yardım alınan sağlık profesyonellerinden biri de hemşirelerdir. Hemşireler için sosyal destek, sağlığın korunması, hastaların kendi bakımlarına katılmaları, kronik hastalıklarda uyumunun sağlanması için destek kaynaklarının, potansiyel güçlerinin ortaya çıkarılmasında önemlidir (31).

Bireyin sosyal desteklerini değerlendirirken hemşire, ilk önce bireyin sosyal destek kaynaklarını belirlemelidir. Kişinin destek aldığı kişilerle ne kadar sıklıkla görüştüğü, görüşme şekli, nasıl bir destek aldığı belirlenmelidir. Hemşire, hastalara ilişkin veri toplarken; hastanın kimlerle yaşadığını, aile yapısını, aile ilişkilerini, akraba ve komşu ilişkilerini, hastanın gelir- gider dengesini, eğlence şeklini, eğitimini ve kültürel özelliklerini değerlendirmelidir (3).

Hastalıklarda, toplumsal desteğin sağlanması önemlidir. Psikiyatri hemşireleri, sosyal ilişkiler açısından nasıl destek alacakları ve bu desteği nasıl hissedecekleri konusunda hastalara bilgi sağlayabilirler. Yapılan çalışmalarda, ailenin bakıma katılmasının önemli olduğu gösterilmiştir. Hemşireler hastalara bakım verdiklerinde holistik görüşle yaklaşmalıdırlar. Destekleyici bakım veren hemşireler, hastaların yalnız kalmalarını önleyebilir, hastaların problemleriyle daha etkin baş edebilmelerini sağlayabilirler. Görüşmelerde hastaların benlik saygıları güçlendirilerek, olayları olumlu algılama düzeyleri artırılabilir. Hemşireler hastaların yaptığı aktivite ve düşüncelerle ilgili olumlu

geri bildirim sağlayarak, hastalıklarla baş edilmesini kolaylaştırabilirler. Hemşireler, hastaların aileleriyle, toplumsal gruplarla ve toplumsal organizasyonlarla ilişki kurmalarını destekleyebilirler. Böylece hasta kendini yalnız hissetmez ve yaşamdan soyutlamaz. Desteklenen hastalar ayrıca, yaşamlarını daha olumlu algılar ve hastalıkların seyri olumlu yönde etkilenir (17,20).

Clinton ve arkadaşlarının, şizofreni hastalarının topluma uyumlarının sağlanmasında algılanan sosyal desteğin önemini araştırdığı çalışmada, hastaların algılarının toplumsal uyum için önemli olduğu bulunmuştur. Psikiyatri hemşireleri, hastalarla ilgilenen hasta yakınlarına hemşire ve diğer sağlık çalışanlarının deneyimlerinden ve kaynaklarından nasıl yararlanabileceklerini öğretebilirler (17).

Özetle, hemşireler, hastaların sosyal destek güçlerini arttırmaya yönelik olarak; hastaların aileleriyle olan ilişkilerini güçlendirmeli, destek kaynaklarını fark etmelerini ve bu kaynaklardan nasıl yararlanabileceklerini öğretmeli, yeni hobiler bulmaları ve yeni arkadaşlıklar geliştirmelerini teşvik etmelidirler (3).

### **III. GEREÇ VE YÖNTEM**

#### **3.1. Araştırmanın Şekli**

Araştırma, sosyal desteğin, depresyonlu hastalar üzerinde etkilerini belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak planlanmıştır.

#### **3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri**

Araştırma, Ankara ilinde bulunan Gülhane Askeri Tıp Akademisi Eğitim Hastanesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı polikliniğine başvuran ve depresyon tanısı alan hastalar ile 17 Kasım 2003- 8 Nisan 2004 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. GATA Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı polikliniğinde 1 uzman doktor, 2 asistan, 1 hemşire , 1 psikolog ve 2 memur çalışmaktadır. Doktor gerekli gördüğü hastaları psikologa yönlendirmektedir. Hemşire, kayıt kabul işlemlerinin düzenli olarak devam etmesinden ve tıbbi tedavinin uygulanmasından sorumludur.

#### **3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklem Seçimi**

##### **3.3.1. Araştırmanın Evreni**

Araştırmanın evrenini, depresyonlu hastalar oluşturmaktadır.

##### **3.3.2. Araştırmanın Örnekleme**

17 Kasım 2003- 08 Nisan 2004 tarihleri arasında, GATA Ruh Sağlığı ve Hastalıkları A. D. polikliniğe başvuran;

-En az ilkokul mezunu,

-Formları doldurabilecek bilişsel yeterliliği olan ,

-Araştırmaya katılmayı kabul eden depresyonlu hastalar örnekleme alınmıştır.

#### **3.4. Verilerin Toplanması**

##### **3.4.1. Veri Toplama Aracının Hazırlanması**

Veri toplamak amacıyla, depresyonlu hastaları tanımlayıcı “ Depresyonlu Hastaları Tanıtıcı Bilgi Formu” ve Depresyon düzeyini belirlemek için geçerlilik ve güvenilirliği Hisli (50) tarafından yapılan, “Beck Depresyon Ölçeği”, aileden, arkadaştan ve özel bir insandan algılanan sosyal desteği belirlemek için de Eker, Arkar ve Yıldız'ın (23) , geçerlilik ve güvenilirliğini yaptığı, “Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği”, kullanılmıştır.

## **I. Depresyonlu Hastaların Tanıtıcı Bilgi Formu (Ek 1)**

Depresyonlu Hastaların Tanıtıcı Bilgi Formunda; hastaların yaşı, cinsiyeti, eğitim düzeyi, medeni durumu, çalışma durumu, sosyoekonomik durumu, gelir- gider dengesi, kaç kez atak geçirdiği, kaç kez hastaneye yattığı, sakatlık bulunma durumu, intihar girişiminin olup- olmaması ve hastanın kendisinde başka kronik hastalık bulunup- bulunmaması ile ilgili sorular yer almaktadır. Formu yanıtlama süresi 5-10 dakikadır. Verilerin toplanmasında form araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme tekniği ile doldurulmuştur.

## **II. Beck Depresyon Ölçeği ( Ek-2)**

Depresyonlu hastaların, depresyon düzeylerini belirlemek amacı ile Beck ve arkadaşları tarafından geliştirilen bu form 21 sorudan oluşmaktadır. Türkiye’de geçerlilik ve güvenilirliği Hisli (50) tarafından yapılmıştır. Her sorunun altında 4 madde yer almaktadır ve hastalar kendilerine uyan birden çok seçeneği işaretleyebilmektedirler. Puan hesaplanmasında en yüksek puan hesaplanmaya alınır ve 21 maddeye verilen cevaplar toplanarak Beck depresyon ölçeğinden alınan puan hesaplanır. Puanın yüksek olması depresyonun derecesinin ağır olduğunu gösterir. Tam bir kesim noktası olmamakla birlikte genelde 17 puan ve üstü depresyonun varlığını göstermektedir.

## **III. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ( Ek-3)**

Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği, Zimet ve arkadaşları tarafından geliştirilen, üç farklı kaynaktan alınan sosyal desteğin yeterliliğini öznel olarak değerlendiren, kullanımı kolay, kısa bir ölçektir. Türkiye’de geçerlilik ve güvenilirliği Eker, Arkar ve Yıldız (23) , tarafından yapılmıştır. Önerilen alt ölçek yapısı; aile, arkadaş ve özel bir insandan alınan desteği içeren 12 maddeden oluşan bir ölçektir. Her madde, 7 aralıklı bir ölçek kullanılarak derecelendirilmiştir. Her alt ölçekteki dört maddenin puanlarının toplanması ile alt ölçek puanlarının toplamı ve alt ölçek puanlarının toplanması ile de ölçeğin toplam puanı elde edilmektedir. Elde edilen puanın yüksek olması algılanan sosyal desteğin yüksek olduğunu ifade etmektedir.

### **3.4.2. Ön Uygulama**

Hazırlanan veri toplama araçlarının işlerliğini belirlemek üzere formlar, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı Polikliniğinde, 10- 17 Kasım 2003 tarihleri arasında çalışma kapsamında yer almayan, gönüllü 10 depresyonlu hastaya uygulanmış ve bu uygulama sonucunda formlarda düzeltmeye gerek duyulmamıştır.

### 3.4.3. Uygulama

Araştırma, 17 Kasım 2003- 08 Nisan 2004 tarihleri arasında yapılmıştır. Araştırmaya başlamadan önce GATA Etik kuruluna başvurulmuştur. Daha sonra GATA Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı Polikliniğinde uygulamanın yapılabilmesi için izin alınmıştır. Poliklinik hizmeti veren doktorlara depresyon tanısı koydukları hastaları araştırmacıya yönlendirmeleri istenmiştir. Bu hastalara araştırmanın amacı açıklanarak, araştırmayı kabul eden ve örneklem seçimindeki kriterlere uyan hastalarla çalışılmıştır. Depresyonlu hastalar için tanıtım formu yüzyüze görüşme ile doldurulmuştur. Ölçekler ise hastaların etkilenmemeleri için yalnız doldurmaları istenmiştir. Soruları olduğunda açıklamalarda bulunulmuştur.

### 3.4.4. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırma verilerinin değerlendirilmesinde SPSS 10. 0 istatistik paket programı kullanılmıştır. Tanımlayıcı istatistikler, aritmetik ortalama± standart sapma ile gösterilmiştir. Örneklem büyüklüğünün seçimi için Stats Direct 2.2.0 ( Stats Direct Ltd., Engand ) programı kullanıldı ve çalışmaya en az 64 deneğin alınması gerektiği bulundu. Ancak çalışmanın güvenilirliğini arttırmak, hesaplamalarda ve sonuçların algılamasında kolaylık sağlaması açısından 100 deneğin çalışmaya alınmasına karar verildi. Tüm veriler için parametrik varsayımlar test edilmiş ve iki grubun verilerinin karşılaştırılmasında; iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi ya da Mann Whitney U testi, ikiden çok grubun karşılaştırılmasında ise; Kruskal- Wallis varyans analizi kullanılmıştır. Niteliksel verilerin arasındaki ilişkilerin araştırılmasında Ki- Kare testi kullanılmıştır. Uygulanan ölçekler için güvenilirlik analizi; Cronbach Alpha değeri ile test edilmiş ve tüm değerlendirmeler için yanılma düzeyi olarak 0. 05 değeri seçilmiştir. Bu değere eşit ya da küçük p değerleri için istatistiksel olarak önemli (anlamlı) yorumu yapılmıştır.

## IV. BULGULAR

Bu bölümde araştırmanın örneklemine oluşturan depresyonlu 100 hastadan elde edilen veriler ve istatistiksel anlamları incelenmiştir.

**Tablo 1: Hastaların Tanıtıcı Özellikleri (n =100)**

<b>Tanıtıcı Özellikler</b>	<b>Sayı</b>	<b>%</b>
<b><u>Cinsiyet</u></b>		
Kadın	77	77
Erkek	23	23
<b><u>Yaş</u></b>		
19-30	37	37
31-40	32	32
41-70	31	31
<b><u>Medeni Durum</u></b>		
Evli	79	79
Bekar	17	17
Boşanmış ya da dul	4	4
<b><u>Eğitim Durumu</u></b>		
İlköğretim	26	26
Lise	48	48
Üniversite ve Lisansüstü	26	26
<b><u>Çalışma Durumu</u></b>		
Çalışıyor	29	29
Çalışmıyor	71	71
<b><u>Gelir Gider Denge Durumu</u></b>		
Dengeliyor	67	67
Dengelenmiyor	33	33
<b><u>Maddi Durum</u></b>		
Kötü	9	9
Orta	72	72
İyi	19	19
<b><u>Depresyon Atak Geçirme Durumu</u></b>		
Bir kez atak geçiren	34	34
İki kez atak geçiren	27	27
Üç veya daha fazla sayıda atak geçiren	39	39
<b><u>Hastaneye Yatma Durumu</u></b>		
Hiç yatmayan	80	80
Bir ya da iki kez yatan	20	20
<b><u>İntihar Girişiminde Bulunma Durumu</u></b>		
Bulunan	26	26
Bulunmayan	74	74
<b><u>Ailede Fiziksel Hastalık Bulunma Durumu</u></b>		
Var	17	17
Yok	83	83
<b><u>Depresyondan Başka Hastalık Bulunma Durumu</u></b>		
Var	25	25
Yok	75	75
<b><u>Depresyon Dışında Bulunan Hastalıklar</u></b>		
Migren	11	11
Diğer Kronik Hastalıklar	14	14
<b>TOPLAM</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

Tablo 1 'de Hastaların tanıtıcı bilgilere göre dağılımı görülmektedir.

Araştırma kapsamına alınan toplam 100 depresyonlu hastanın % 77'sini kadınlar oluşturmaktadır. % 79'unun evli olduğu, bekar olanlardan (%21), dört kişinin boşanmış ya da dul olduğu belirlenmiştir. Hastaların yaklaşık yarısı (% 48) lise, % 26'sı ilköğretim, % 26'sı ise üniversite ve lisansüstü eğitim almıştır. Çoğunluğu (% 71) herhangi bir işte çalışmamakta ve % 67'sinin geliri giderini dengeleyememektedir.

Hastaların % 91'inin gelir durumu ortanın üzerinde iken, % 9'u kötü olduğunu ifade etmiştir. Hastaların % 34'ü ilk atakla başvururken, % 27'si ikinci ve % 30'u üç ve daha fazla sayıda atak geçirmiştir.

Hastaların % 80'i hiç hastaneye yatmamış, % 26'sı intihar girişiminde bulunmuş ve % 25'inin depresyon dışında başka bir hastalığı vardır. Hastalığı olanlardan % 11'inin migreni, % 14'ünün ise başka kronik bir hastalığı bulunmaktadır.

**Tablo-2: Hastaların Beck Depresyon Ölçeğinden Aldıkları Puanlar İle Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ve Bu Ölçeğin Alt Ölçeklerinden Aldıkları Puanlar Arasındaki İlişki (n=100)**

<b>ÖLÇEK PUANLARI</b>	<b>Beck Depresyon Ölçeği Puanı</b>
<b>ÇBASDP</b>	r= -0.558 p< 0.05
<b>Özel Bir İnsandan Algılanan Sosyal Destek Puanı</b>	r= -0.343 p< 0.05
<b>Arkadaştan Algılanan Sosyal Destek Puanı</b>	r= -0.448 p< 0.05
<b>Aileden Algılanan Sosyal Destek Puanı</b>	r= -0.537 p< 0.05

Tablo 2’de Hastaların Beck Depresyon Ölçeğinden aldıkları puanlar ile Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ve bu ölçeğin alt ölçeklerinden aldıkları puanlar arasındaki ilişki incelenmiştir.

Beck Depresyon Ölçeği puanları ile Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak negatif anlamlı bir ilişki bulunmuştur (r= -0.558; p< 0.05). Sosyal destek arttıkça depresyon puanı azalmaktadır.

Aynı şekilde özel bir insandan(r=-0.343; p< 0.05) , arkadaştan(r= -0.448; p< 0.05) ve aileden (r= -0.537; p<0.05) algılanan sosyal destek arttıkça depresyon puanları azalmaktadır. Her üç tipteki sosyal destek ile Beck Depresyon puanları arasında da istatistiksel olarak negatif anlamlı bir ilişki bulunmuştur.

**Tablo-3: Hastaların Beck Depresyon Ölçeğinden ve Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeğinden Aldıkları Puan Ortalamalarının Cinsiyetlerine Göre Dağılımı (n=100)**

Ölçekler	Cinsiyet				z	p
	Erkek (n=23)		Kadın (n=77)			
	X	s	X	s		
<b>BDP</b>	23.35	11.13	23.45	12.43	0.045	0.964
<b>ÇBASDP</b>	43.43	17.11	56.45	18.61	2.992	0.003

Tablo 3’de Hastaların Beck Depresyon Ölçeğinden ve Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeğinden aldıkları puan ortalamalarının cinsiyetlerine göre dağılımı verilmiştir

Depresyon puan ortalamaları incelendiğinde, erkeklerin (X= 23.35) ve kadınların (X= 23.45) depresyon puanlarının benzer olduğu görülmektedir ve aralarında istatistiksel bir fark bulunmamıştır.

Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları karşılaştırıldığında, kadınların puan ortalamalarının (X= 56.45) erkeklerden (X=43.43) anlamlı derecede yüksek olduğu saptanmıştır ( $p < 0.05$ ).

**Tablo-4: Hastaların Beck Depresyon Ölçeğinden ve Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeğinden ve Bu Ölçeğin Alt Ölçeklerinden Aldıkları Puan Ortalamalarının Medeni Durumlarına Göre Dağılımı (n=100)**

Ölçekler	Medeni Durum				z	p
	Evli (n=79)		Bekar (n=21)			
	X	s	X	s		
<b>BDP</b>	22.00	11.59	28.59	11.87	2.070	0.038
<b>ÇBASDP</b>	55.33	19.31	44.71	17.05	2.127	0.033

Tablo-4’de Hastaların Beck Depresyon Ölçeğinden ve Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeğinden aldıkları puan ortalamalarının medeni durumlarına göre dağılımı verilmiştir.

Bekarların depresyon puan ortalamaları ( $X= 28.59$ ), evlilerin depresyon puan ortalamalarından ( $X= 22.00$ ) daha yüksek, sosyal destek puan ortalamaları ( $X= 44.71$ ) ise, evlilerin sosyal destek puan ortalamalarından ( $X= 55.33$ ) daha düşük bulunmuştur. İki grubun her iki ölçek puanları arasında bulunan fark istatistiksel olarak da anlamlıdır ( $p < 0.05$ ).

**Tablo-5: Hastaların Beck Depresyon Ölçeğinden ve Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeğinden Aldıkları Puan Ortalamalarının Eğitim Durumlarına Göre Dağılımı(n=100)**

Ölçekler	Eğitim Durumu						x <sup>2</sup>	p
	İlköğretim (n=26)		Lise (n=48)		Üniversite ve lisansüstü (n=26)			
	X	s	X	s	X	s		
<b>BDP</b>	24.92	11.86	23.58	12.28	21.65	12.21	1.178	0.555
<b>ÇBASDP</b>	53.96	19.99	53.47	20.37	52.81	15.88	0.196	0.907

Tablo 5’de Hastaların Beck Depresyon Ölçeğinden ve Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeğinden aldıkları puan ortalamalarının eğitim durumlarına göre dağılımı verilmiştir.

Üç eğitim düzeyine göre, hem depresyon puan ortalamaları (İlköğretim: X=24.92, Lise: X=23.58, Üniversite ve lisansüstü: X=21.65), hem de sosyal destek puan ortalamaları (İlköğretim: X=53.96, Lise: X=53.47, Üniversite ve lisansüstü: X=52.81) birbirine yakın bulunmuştur. Eğitim durumları ile depresyon puanları ve eğitim puanları ile sosyal destek puanları arasında istatistiksel bir fark yoktur ( $p>0.05$ ).

**Tablo-6: Hastaların Beck Depresyon Ölçeğinden ve Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeğinden Aldıkları Puan Ortalamalarının Çalışma Durumlarına Göre Dağılımı(n=100)**

Ölçekler	Çalışma Durumu				z	p
	Çalışıyor(n=29)		Çalışmıyor(n=71)			
	X	s	X	s		
<b>BDP</b>	23.66	11.42	23.34	12.43	0.042	0.967
<b>ÇBASDP</b>	51.90	15.98	54.06	20.20	0.754	0.451

Tablo-6’da Hastaların Beck Depresyon Ölçeğinden ve Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeğinden aldıkları puan ortalamalarının çalışma durumlarına göre dağılımı verilmiştir.

Çalışanların depresyon puan ortalamaları ( $X=23.66$ ) ile, çalışmayanların puan ortalamaları ( $X=23.34$ ) benzer bulunurken, çalışmayanların sosyal destek puan ortalamaları ( $X=54.06$ ) ise, çalışanların sosyal destek puan ortalamalarından ( $X= 51.90$ ) daha yüksek bulunmuştur. Ancak çalışma durumuna göre, hem depresyon puan ortalamaları, hem de sosyal destek puan ortalamaları arasında istatistiksel bir fark bulunmamıştır( $p>0.05$ ).

**Tablo-7: Hastaların Beck Depresyon Ölçeğinden ve Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeğinden Aldıkları Puan Ortalamalarının Gelir-Gider Denge Durumlarına Göre Dağılımı(n=100)**

Ölçekler	Gelir-Gider Denge Durumu				z	p
	Dengeliyor (n=29)		Dengelemiyor(n=71)			
	X	s	X	s		
<b>BDP</b>	23.03	11.90	24.24	12.62	0.418	0.676
<b>ÇBASDP</b>	53.82	19.22	52.59	18.84	0.247	0.805

Tablo-7’de Hastaların Beck Depresyon Ölçeğinden ve Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeğinden aldıkları puan ortalamalarının gelir-gider denge durumlarına göre dağılımı verilmiştir.

Geliri ile giderinin dengede olduğunu ifade edenlerin depresyon puan ortalamaları ( $X=23.03$ ) ile, dengede olmadığını ifade edenlerin puan ortalamaları ( $X=24.24$ ) ve geliri ile giderinin dengede olduğunu ifade edenlerin sosyal destek puan ortalamaları ( $X=53.82$ ) ile, dengede olmadığını ifade edenlerin sosyal destek puan ortalamaları ( $X= 52.59$ ) birbirine yakın bulunmuştur. Gelir-gider denge durumuna göre, her iki grubun depresyon puan ortalamaları ve her iki grubun sosyal destek puan ortalamaları arasında istatistiksel bir fark bulunmamıştır( $p>0.05$ ).

**Tablo-8: Hastaların Beck Depresyon Ölçeğinden ve Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeğinden Aldıkları Puan Ortalamalarının Maddi Durumlarına Göre Dağılımı(n=100)**

Ölçekler	Maddi Durum						x <sup>2</sup>	p
	Kötü (n=9)		Orta(n=72)		İyi (n=19)			
	X	s	X	s	X	s		
<b>BDP</b>	28.56	14.20	23.49	11.80	20.79	12.03	2.140	0.343
<b>ÇBASDP</b>	48.00	21.65	53.49	18.44	55.47	20.64	0.881	0.644

Tablo 8’de Hastaların Beck Depresyon Ölçeğinden ve Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeğinden aldıkları puan ortalamalarının maddi durumlarına göre dağılımı verilmiştir.

Maddi durum iyileştikçe depresyon puan ortalamalarının düşmesine karşın (Kötü: X=28.56, Orta: X=23.49, İyi: X=20.79), aralarında istatistiksel bir fark bulunmamıştır(p>0.05).

Aynı şekilde sosyal destek puan ortalamaları da maddi durum iyileştikçe yükselmektedir (Kötü: X=48.00, Orta: X=53.49, İyi: X=55.47), ancak aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir (p>0.05).

**Tablo-9: Hastaların Beck Depresyon Ölçeğinden ve Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeğinden Aldıkları Puan Ortalamalarının Geçirdikleri Atak Sayısına Göre Dağılımı(n=100)**

Ölçekler	Depresyon Atağı Sayısı						$\chi^2$	p
	Bir (n=34)		İki (n=27)		Üç ve üzeri (n=39)			
	X	s	X	s	X	s		
<b>BDP</b>	22.68	12.82	21.07	20.37	27.04	12.03	3.581	0.310
<b>ÇBASDP</b>	56.09	13.00	57.22	16.68	47.00	18.03	5.060	0.167

Tablo 9’da Hastaların Beck Depresyon Ölçeğinden ve Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeğinden aldıkları puan ortalamalarının atak geçirme sayılarına göre dağılımı verilmiştir.

Fazla atak geçiren kişilerde, depresyon puan ortalamaları artmasına karşın (Bir: X=22.68, İki: X=21.07, Üç ve üzeri: X=27.04), atak geçirme sayısına göre depresyon puanları arasında istatistiksel bir fark bulunmamıştır(p>0.05).

Diğer yandan, sosyal destek puan ortalamaları fazla atak geçiren kişilerde azalmaktadır (Bir: X=56.09, İki: X=57.22, Üç ve üzeri: X=47.00), ancak aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (p>0.05).

**Tablo-10: Hastaların Beck Depresyon Ölçeğinden ve Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeğinden Aldıkları Puan Ortalamalarının Hastaneye Yatma Durumlarına Göre Dağılımı(n=100)**

Ölçekler	Hastaneye Yatma Durumu						x <sup>2</sup>	p
	Yatmayan (n=80)		Bir Kez Yatan (n=12)		İki Kez Yatan (n=8)			
	X	s	X	s	X	s		
<b>BDP</b>	22.63	12.09	24.42	11.70	30.00	12.01	2.487	0.288
<b>ÇBASDP</b>	54.25	20.08	54.33	15.11	43.88	9.67	3.129	0.209

Tablo 10’da Hastaların Beck Depresyon Ölçeğinden ve Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeğinden aldıkları puan ortalamalarının hastaneye yatma durumlarına göre dağılımı verilmiştir.

Hastaneye yatma sayısı arttıkça depresyon puan ortalamaları da artmaktadır (Hiç Yatmayan: X=22.63, Bir Kez Yatan: X=24.42, İki Kez Yatan: X=30.00), ancak aralarında istatistiksel bir fark bulunmamıştır ( $p > 0.05$ ).

Hastaneye yatma durumuna göre sosyal destek puan ortalamaları karşılaştırıldığında, hiç yatmayan (X=54.25) ve bir kez hastaneye yatanlarda (X=54.33) ortalamalar benzerlik gösterirken, iki kez hastaneye yatanların sosyal destek puan ortalamaları (X=43.88) daha düşük bulunmuştur, ancak aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ( $p > 0.05$ ).

**Tablo-11: Hastaların Beck Depresyon Ölçeğinden ve Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeğinden Aldıkları Puan Ortalamalarının İntihar Girişiminde Bulunma Durumlarına Göre Dağılımı(n=100)**

Ölçekler	İntihar Girişimi				z	p
	Var (n=26)		Yok (n=74)			
	X	s	X	s		
<b>BDP</b>	26.96	12.36	22.19	11.83	1.624	0.104
<b>ÇBASDP</b>	48.65	19.39	55.12	18.71	1.424	0.155

Tablo-11’de Hastaların Beck Depresyon Ölçeğinden ve Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeğinden aldıkları puan ortalamalarının intihar girişiminde bulunma durumlarına göre dağılımı verilmiştir.

İntihar girişiminde bulunanların depresyon puan ortalamaları ( $X=26.96$ ), girişimde bulunmayanların puan ortalamalarından ( $X=22.19$ ) daha yüksek bulunurken, intihar girişiminde bulunanların sosyal destek puan ortalamaları ( $X=48.65$ ) ise, girişimde bulunmayanların sosyal destek puan ortalamalarından ( $X= 51.90$ ) daha düşük bulunmuştur. Ancak intihar girişiminde bulunma durumlarına göre, hem depresyon puan ortalamaları, hem de sosyal destek puan ortalamaları arasında istatistiksel bir fark bulunmamıştır( $p>0.05$ ).

**Tablo-12: Hastaların Beck Depresyon Ölçeğinden ve Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeğinden Aldıkları Puan Ortalamalarının Ailelerinde Fiziksel Sakatlık Bulunma Durumlarına Göre Dağılımı(n=100)**

Ölçekler	Ailede Fiziksel Sakatlık Bulunma				z	p
	Var (n=17)		Yok (n=83)			
	X	s	X	s		
<b>BDP</b>	26.12	13.61	22.88	11.17	0.863	0.388
<b>ÇBASDP</b>	45.65	16.77	55.04	19.14	1.884	0.060

Tablo-12’de Hastaların Beck Depresyon Ölçeğinden ve Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeğinden aldıkları puan ortalamalarının ailelerinde fiziksel sakatlık bulunma durumlarına göre dağılımı verilmiştir.

Ailelerinde fiziksel sakatlık bulunanların depresyon puan ortalamaları ( $X=26.12$ ), ailelerinde fiziksel sakatlık bulunmayanların puan ortalamalarından ( $X=22.88$ ) daha yüksek bulunurken, ailelerinde fiziksel sakatlık bulunanların sosyal destek puan ortalamaları ( $X=45.65$ ), ailelerinde fiziksel sakatlık bulunmayanların sosyal destek puan ortalamalarından ( $X= 55.04$ ) daha düşük bulunmuştur. Ancak ailelerinde fiziksel sakatlık bulunma durumlarına göre, hem depresyon puan ortalamaları, hem de sosyal destek puan ortalamaları arasında istatistiksel bir fark bulunmamıştır( $p>0.05$ ).

**Tablo-13: Hastaların Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeğinin Alt Ölçeklerinden Aldıkları Puan Ortalamalarının Cinsiyetlerine Göre Dağılımı(n=100)**

ÇBASDÖ'nin Alt Ölçekleri	Cinsiyet				t	p
	Erkek (n=23)		Kadın (n=77)			
	X	s	X	s		
Özel Bir İnsandan Algılanan Sosyal Destek	18.30	7.71	21.18	7.18	1.655	0.101
Arkadaştan Algılanan Sosyal Destek	14.39	8.13	18.18	8.73	1.853	0.067
Aileden Algılanan Sosyal Destek	10.73	6.25	17.07	7.92	3.516	0.001

Tablo-13'de Hastaların Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeğinin alt ölçeklerinden aldıkları puan ortalamalarının cinsiyetlere göre dağılımı verilmiştir.

Özel bir insandan (Kadın:X=21.18, Erkek:X=18.30), arkadaştan (Kadın:X=18.18, Erkek:X=14.39) ve aileden (Kadın:X=17.07, Erkek:X=10.73) algılanan sosyal destek puan ortalamaları, kadınlarda erkeklere göre daha yüksek bulunmuştur. Ancak cinsiyetlere göre, arkadaş ve özel bir insandan algılanan sosyal destek puan ortalamaları arasında bulunan fark, istatistiksel olarak anlamlı bulunmamakla birlikte, aileden algılanan sosyal destek puan ortalamaları arasındaki fark ise istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p < 0.05$ ).

**Tablo-14: Hastaların Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeğinin Alt Ölçeklerinden Aldıkları Puan Ortalamalarının Medeni Durumlarına ve Cinsiyetlerine Göre Dağılımı(n=100)**

ÇBASDÖ'nün Alt Ölçekleri	Medeni Durum								z	p				
	Evli (n=79)				Bekar (n=21)									
	Kadın(63)		Erkek(16)		Kadın(14)		Erkek(7)							
X	s	X	s	X	s	X	s	z	p					
Özel Bir İnsandan Algılanan Sosyal Destek	21.9	6.59	19.50	7.45	1.402	0.161	16.78	9.21	15.57	8.18	0.376	0.707	1.497	0.134
Arkadaştan Algılanan Sosyal Destek	18.42	8.76	13.62	8.67	1.833	0.067	16.92	8.50	16.14	7.05	0.000	1.000	0.310	0.757
Aileden Algılanan Sosyal Destek	17.39	8.21	11.06	6.87	2.624	0.009	14.92	6.54	10.00	4.93	1.720	0.085	2.423	0.015

Tablo-14'de Hastaların Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeğinin alt ölçeklerinden aldıkları puan ortalamalarının medeni durumlarına ve cinsiyetlerine göre dağılımı verilmiştir.

Özel bir insandan (Evli:X=16.23, Bekar:X=13.28), arkadaştan (Evli:X=17.47, Bekar:X=16.66) ve aileden (Evli:X=21.62, Bekar:X=16.38) algılanan sosyal destek puan ortalamaları, evlilerde bekarlara göre daha yüksek bulunmuştur. Ancak medeni duruma göre göre, arkadaş ve özel bir insandan algılanan sosyal destek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ( $p>0.05$ ). Medeni duruma göre, aileden algılanan sosyal destek puan ortalamaları arasındaki fark ise istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p<0.05$ ).

Evli kadın ve erkeklerin ailelerinden algıladıkları sosyal destek puan ortalamaları arasında ise istatistiksel olarak anlamlı fark vardır ( $p>0.05$ ). Evli kadınların ailelerinden algıladıkları sosyal destek puan ortalamaları, evli erkeklerden daha yüksektir.

## V. TARTIŞMA VE SONUÇ

### 5.1. TARTIŞMA

Bu bölümde, sosyal desteğin depresyonlu hastalar üzerindeki etkilerini belirlemek amacıyla yapılan araştırmadan elde edilen verilerin sonuçları tartışılmıştır.

Literatürde cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi, gelir durumu, çalışma durumu, hastaneye yatma sayısı, depresyon atağı geçirme sayısı, ailede fiziksel hastalık bulunma durumu, depresyon dışında başka hastalıkların bulunması gibi faktörlerin bireydeki depresyon durumunu ve algılanan sosyal desteği etkilediği belirtilmektedir. Bu nedenle çalışma kapsamına alınan bireyler Tablo-1’de, belirtilen özellikler açısından değerlendirilmiştir.

Toplam yüz hastanın % 77’sini kadınlar oluşturmaktadır. % 79’u evli, bekar olanlardan (%21), dört kişi boşanmış ya da eşini kaybetmiştir. Hastaların yaklaşık yarısı (% 48) lise, % 26’sı ilköğretim, % 26’sı ise üniversite ve lisansüstü eğitim almıştır. Çoğunluğu (% 71) çalışmamaktadır ve % 67’sinin geliri giderini dengelememektedir. Hastaların % 91’inin gelir durumu ortanın üzerinde, % 9’unun kötüdür (Tablo-1).

Bu özelliklere göre çalışmaya katılan hastaların eğitim düzeyleri ve sosyokültürel özellikleri Türkiye’de genel popülasyonda yer alan bireylerden daha iyi düzeydedir. Bunun nedeni çalışmanın yürütüldüğü kurumun silahlı kuvvetlere ait olması ve çalışmaya alınan hastaların silahlı kuvvetlerde çalışan bireyler ve onların eşlerinden oluşmasıdır.

Küey ve Güleç’in çalışmasına göre, kadın olmak, dul olmak ve düşük sosyo-ekonomik düzeyde olmak depresyon gelişmesi açısından risk yaratan sosyo-demografik özelliklerdir (40).

Araştırmamızda hastaların çoğunu kadınların oluşturması (% 77), Küey ve Güleç’in çalışması ile paralellik göstermektedir.

Araştırma kapsamına alınan depresyonlu hastaların % 34’ü bir, % 27’si iki ve % 30’u üç ve daha fazla sayıda atak geçirmiştir. Hastaların % 80’ini hiç hastaneye yatmamış, % 26’sı intihar girişiminde bulunmuş ve % 25’inin depresyon dışında başka bir hastalığı vardır. Hastalığı olanlardan % 11’inin migreni, % 14’ünün ise başka kronik bir hastalığı bulunmaktadır (Tablo-1)

Migren, duygusal gerilim ve stres sonucu kişinin bedeninin bu durumlara verdiği tepki olarak değerlendirilebilir. Migrenli hastaların bir çoğunda depresyon da tabloya eşlik etmektedir. Depresyonda norepinefrin ve serotonin düzeylerinin düşük olduğu bilinmektedir. Migren nöbetlerinin başlangıç dönemlerinde ise, norepinefrin ve serotonin idrarla dışarı

atılmaktadır. Böylece migreni olan hastalarda depresyon görülme olasılığı artmaktadır. Ayrıca depresyonun fiziksel ve psikolojik belirtileri arasında migren önemli bir yere sahiptir. Özellikle majör depresyonu olan kadınlarda migren görülme riski yüksek bulunmuştur (41,48,54).

Depresyon ile sosyal destek arasındaki ilişki değerlendirildiğinde; aralarında negatif anlamlı bir ilişki bulunmuştur ( $r=-0.558$ ;  $p< 0.05$ ) (Tablo-2). Bu bulguya göre sosyal destek arttıkça, depresyon azalmaktadır. Depresyon ile Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeğinin alt ölçekleri (Aile, arkadaş ve özel bir insandan algılanan sosyal destek) arasındaki ilişki incelendiğinde ise, istatistiksel olarak negatif anlamlı bir ilişki bulunmuştur (Tablo-2). Aile, arkadaş ve özel bir insandan algılanan sosyal destek düzeyi arttıkça, depresyon düzeyi azalmaktadır.

Bu bulgu, Kahn ve arkadaşlarının, sosyal desteği fazla olanların, depresyon düzeylerinin de düşük olduğu, daha az yalnızlık yaşadıkları, desteği daha az olanlara göre yaşamlarından daha fazla memnun olduklarını buldukları çalışmaları ile tutarlılık göstermektedir (35).

Aksüllü'de kurumda ve evde yaşayan yaşlı bireylerin algılanan sosyal destek faktörleri ile depresyon düzeyleri arasındaki ilişkiyi incelemiş ve sosyal destek ile depresyon arasında negatif anlamlı bir ilişki bulmuştur (3).

Skarster ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise, majör depresyonu olan hastaların sosyal desteklerinin yetersiz olduğu, bu hastaların, daha fazla yaşam olayı ile karşılaşmasına karşın, ilişkide buldukları kişilerin sayısının daha az olduğu bulunmuştur (51).

Hudson ve arkadaşları ile Kojima arkadaşlarını yaptığı çalışmalarda da, sosyal destek ile depresyon arasında negatif anlamlı bir ilişki vardır (29, 38).

İnsan biyo-psiko-sosyal bir varlıktır. İnsan biyolojik, psikolojik ve sosyal yönden dengede olduğunda, tam bir sağlık durumundan söz edilebilir. Depresyonlu hastanın sosyal destek algılaması, hastalığının iyileşmesine katkıda bulunur. Depresyon kişinin algısını olumsuz yönde etkilediği, kişinin kendisini yetersiz hissettiği ve benlik saygısının azaldığı bir bozukluk olduğu için, verilen desteğin miktarı ve özelliğinden çok, hastanın desteğin ne kadarını algıladığı önemlidir. Depresyondaki hasta bu olumsuz duyguları taşıırken, kendisine yardım etmek isteyen ve destek sağlayan kişilerin çabalarını gördükçe iyi olmak için daha fazla çaba gösterecektir. Bu da hastalığın gidişini olumlu yönde etkileyebilir.

Depresyonun temel nedenlerinden biri, bireyin sık sık problemlerle karşılaşması, yaşam olaylarının içinde çıkmaza girmesi ve depresyon düzeyi ilerledikçe de problem çözme becerisinin azalmasıdır. Budak'ın lise öğrencileri üzerinde yaptığı bir çalışmaya göre, aile ve arkadaştan sosyal destek alındığı algısı arttıkça öğrencilerin problem çözme becerileri de artmıştır (11).

Depresyondaki kişiler kendilerini ağır yük altında hisseder ve bunun altında ezilirler. Yeterli destek sağlanırsa, problem çözme becerileri artar ve etkili problem çözme ümitsizliği azaltıp memnuniyeti artırdığı için depresyon düzeyleri azalır (15).

Cinsiyetlere göre depresyon puan ortalamaları birbirine benzerken (erkeklerin:  $X=23.35$ ; kadınların;  $X=23.45$ ), sosyal destek puanları karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel olarak bir fark bulunmuştur ( $p < 0.05$ ). Kadın hastaların sosyal desteği algılama düzeyleri ( $X= 56.45$ ) erkeklere ( $X=43.43$ ) göre daha fazladır (Tablo-3).

Hann ve arkadaşlarının, kanserli hastalarda depresif semptomların giderilmesinde, cinsiyet ve yaşa göre sosyal desteğin etkisini incelediği çalışmasında; depresyon ve cinsiyet değişkenleri arasında anlamlı bir ilişki bulunmasına karşın, depresyon düzeyi yüksek olan her iki grupta da sosyal destek düzeyleri düşük bulunmuştur (27).

Yaşam olaylarında erkekler daha çok yalnız kalmayı seçerken, kadınlar konuşarak ve yeni arkadaşlıklar edinerek duygularını paylaşmayı tercih etmektedirler. Kadınlar duygularını daha rahat paylaştığı için, sosyal desteği daha fazla hisseden ve alanlar da kadınlar olmaktadır. Barker ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, boşanmadan en çok erkeklerin etkilendiği, ancak kadınlara göre daha az kişiyle ilişkide buldukları belirlenmiştir (8).

Araştırmamızda kadınların algılanan sosyal destek puanlarının erkeklere göre yüksek bulunması, onların daha fazla sosyal ilişkide bulunmaları, sorunlarını daha fazla paylaşmaları, kendilerine daha çok arkadaş ve sırdaş kişiler bulmalarından kaynaklanabilir. Kadınların sosyal destek puan ortalamalarının daha yüksek olmasına karşın, depresyon puan ortalamalarının erkeklerin ortalamalarına yakın olması ise, kadınlardaki hormonal değişikliklerin fazla olması ve kadının statüsündeki değişiklikler sonucunda sorumluluklarının artmasına bağlı olarak daha fazla yaşam olayları ile karşılaşması ile açıklanabilir (6,8,44,46,47).

Erkeklerin kadınlara göre daha az sosyal destek algılamalarında, toplumsal öğretilerin rol oynamaktadır. Aileler çocuklarını yetiştirirken erkek çocuklarını, üzüntülerini paylaşmaya teşvik etmemekte, ağladığında ayıplamaktadır. Erkeklerin yardım arama çabaları,

toplumumuzda güçsüzlük olarak değerlendirilebilmektedir. Genellikle erkekler, duygularını paylaşmadan, kendi iç dünyalarında gizli bir şekilde yaşamaktadırlar (45).

Medeni durum ile depresyon ve algılanan sosyal destek puan ortalamaları karşılaştırıldığında, evli olanların Beck Depresyon puan ortalamaları (  $X= 22. 00$  ) bekarların puan ortalamalarına (  $X= 28. 59$ ) göre düşük; evlilerin algılanan sosyal destek puan ortalamaları (  $X= 55. 33$  ), bekarların ortalamalarına ( $X= 44. 71$ ) göre yüksek bulunmuştur. Her iki puan ortalamaları karşılaştırıldığında aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ( $p < 0. 05$  )(Tablo- 4).

Aile, kadın ve erkeğin birlikte yaşaması, sorumluluklarını paylaşması ve çocuk sahibi olmalarıyla karakterize toplumun en küçük topluluğudur. Sevme sevilme, eşyaları ve parayı paylaşma, duyguları paylaşma aile içinde yapılan faaliyetlerdir (32). Bu faaliyetler ise , sosyal desteğin bileşenleridir. Dolayısıyla da, evli olmak kişiye sosyal destek sağlamaktadır. Eş ve çocuklar için değerli olduğunu bilme, depresyonda düşen benlik saygısını arttıran unsurlardan biridir.

Cairney ve arkadaşlarının tek başına yaşayan kişiler ile evli annelerin depresyon, stres ve sosyal desteklerini inceledikleri çalışmada, tek başına yaşayanlarda evlilere göre, depresyonun daha fazla olduğu, bu kişilerin daha fazla yaşam olayı ile karşılaştıkları, algıladıkları sosyal desteğin daha düşük olduğu ve arkadaşlarıyla daha az sosyal ilişkide oldukları bulunmuştur (14).

Bu durum bekarların karşılaştıkları sıkıntılarda, bu durumun üstesinden tek başına gelmek zorunda kalmaları nedeniyle sosyal destek puanlarının düşük, depresyon düzeylerinin daha yüksek olduğunu, evlilerin ise eşleriyle, çocuklarıyla daha fazla paylaşım içinde olmaları nedeniyle kendilerini daha fazla güvende hissetmelerinden dolayı, sosyal destek puanlarının yüksek olduğunu düşündürmektedir. Ayrıca, Tampon etki modeline göre, stresli yaşam olaylarının sayısı ve şiddeti arttığında, sosyal destek, tampon görevi üstlenmekte , kişinin kendini yalnız hissetmesini önleyebilmekte ve bireylerin problemlerle daha kolay baş edebilmelerini sağlamaktadır. Bu da depresyon düzeyinin düşmesine neden olmaktadır. Eş desteği, ruhsal sağlığa olumlu etkide bulunurken, diğer yandan hasta bireyin eşi, semptomların kontrolünde de önemlidir. Eş, hastalık belirtilerinin artmasını ya da şiddetlenmesini gözlemleyebilir, eşini doktora gitmesi için uyarabilir ve destekleyebilir. Bu hastalıkların ilerlemesini önleyebilir (28,48).

Bu çalışmada, dul ya da boşanmış olanların sayısı değerlendirmeye alınamayacak kadar az olduğu için ( 4 kişi ) bekarların içinde değerlendirilmiştir.

Çalışmada, eğitim düzeyi ile depresyon puanları ve sosyal destek puanları arasında istatistiksel bir fark bulunmamıştır (  $p>0.05$  ) (Tablo-5). Her eğitim düzeyindeki kişilerin depresyon puanları ve sosyal destek puanları birbirine yakın değerlerdedir. Aralarında istatistiksel fark olmamasına karşın depresyon puanı açısından , üniversite eğitimi olanlar en az puanı almışlardır. Sosyal destek puanları diğerlerine göre az olmasına rağmen, depresyon puanlarının düşük olması, eğitim düzeyi yüksek olan kişilerin kendilerine güvenlerinin ve problem çözme becerilerinin artmasıyla açıklanabilir.

Büyükkoca'nın algılanan sosyal destek ile postpartum depresyon arasındaki ilişkiyi incelediği çalışmada, annelerin eğitim düzeyi ile depresyon puanları arasındaki fark anlamlıdır ve eğitim düzeyi yüksek olanlarda depresyon puanları daha düşüktür (13).

Hastaların, çalışma durumları ile depresyon ve sosyal destek puanları karşılaştırıldığında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunamamasına ( $p>0.05$ ) (Tablo-6 ) rağmen, sosyal destek puan ortalaması çalışmayanlarda daha yüksektir. Bu durum, çalışmamızda, emeklilerin çalışmayanlar içinde yer almasından kaynaklanabilir. Bu durum ise, emeklilerin iş stresinin olmaması ve aileleriyle daha fazla birlikte olma imkanı bulmalarıyla açıklanabilir. Çalışıyor olmak , sosyo ekonomik düzeyi yükseltmesine rağmen, iş stresi gibi çalışmanın olumsuz yönleri nedeniyle algılanan sosyal destek düzeyini düşürebilmektedir.

Johnson ve arkadaşları, bipolar bozuklukların iyileşmesi ve tekrarlamasında sosyal desteğin etkisini inceledikleri çalışmada, çalışan hastaların sosyal desteklerini daha yüksek bulmuştur (33).

Aras'ın yaptığı çalışmada ise, çalışma durumu ile sosyal destek arasında ilişki bulunamamıştır (6). Çalışmamız, Aras'ın çalışmasıyla uyumludur.

Gelir- gider denge durumu ile depresyon puanı ve sosyal destek puanları karşılaştırıldığında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark yoktur ( $p>0.05$ ).(Tablo- 7).

Bu durum, depresyonun sosyo- ekonomik düzey farkı gözetmeksizin her düzeyde görülebildiği ile açıklanabilirse de, diğer yandan çalışmamızda yer alan hastaların çok büyük ekonomik sorunlarının olmaması, sağlık güvencelerinin olması ve iş güvencelerinin olmasıyla da açıklanabilir .

Hastaların maddi durumları incelendiğinde ise araştırmaya katılanların büyük kısmı (%72 ) maddi durumlarını orta olarak ifade etmişlerdir. Bu durumun, GATA'ya başvuran kişilerin büyük kısmının memur olmasından kaynaklandığı düşünülebilir. Maddi durum ile Beck Depresyon Ölçeği ve Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği arasında istatistiksel olarak bir fark olmamasına rağmen, en fazla sosyal desteği maddi durumunu iyi olarak belirten kişiler almıştır (X= 55. 47).

Abraham Maslow, insanın temel gereksinimlerini temelden yukarıya doğru hiyerarşik bir düzen içinde sıralamıştır. İlk basamakta fizyolojik gereksinimler, sonra sırasıyla güvenlik gereksinimi, sosyal gereksinimler, takdir edilme, kendini gerçekleştirme. Buna göre, kişinin ilk önce fizyolojik gereksinimlerinin karşılanması gerekir, daha sonra sosyal desteğin bileşenlerinden olan sevmeye, sevilme, takdir görme gibi gereksinimler karşılanmalıdır. Fizyolojik gereksinimler ise, maddi gelirlerle karşılanır. Bundan dolayı da, maddi durumunu iyi olarak ifade edenler, ilk basamaktaki gereksinimleri geçip, daha sonraki sosyal desteği de kapsayan basamaklara geçmişlerdir (10).

Atak sayısı ile depresyon puanı ve sosyal destek puanları karşılaştırıldığında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olmamasına rağmen, ilk atağı olanlarda sosyal destek algısı puanı, üç ve daha fazla atağı olanlardan daha fazladır ve depresyon puanı açısından incelendiğinde ilk depresif atağı olanların depresyon puanı daha düşüktür ( Tablo- 9).

Toplumların kültürel özellikleri de ailelerin ve bireylerin hastalıklara verdiği tepkiyi etkilemektedir. İlk atağı olanların, üç ve daha fazla atağı olanlara göre, sosyal destek puanlarının yüksek olması, Türk kültüründe var olan dayanışma ve birlik anlayışı ile açıklanabilir. İlk hastalık anında, hastanın ailesi ve çevresi , hasta için bütün imkanlarını harekete geçirir, hastayı sık sık ziyaret ederler ve maddi ve manevi destek sağlarlar. Fakat, hastalık kronikleştikçe, hastanın çevresindeki kişilerde tükenme sendromu görülebilir ve hasta giderek yalnızlığa ve ilgisizliğe terk edilebilir (2,12,16,42).

Cohen ve arkadaşlarının bipolar bozukluğun tekrarlamasında stresin ve sosyal desteğin etkisini incelediği araştırmada, sosyal desteği düşük olanlarda depresyonun tekrarladığını bulmuşlardır (18). Sosyal destek direkt olarak depresyonun oluşmasını önleyebildiği için, sosyal desteği az olan kişilerde hastalık daha kolay tekrarlayabilmektedir.

Ayrıca hastalık döneminde de, sosyal desteğin azalmaması önemlidir. Depresyondaki kişilerde sosyal desteğin azalmadan devam etmesi, kişilerin depresif semptomlarını azaltabilir (19).

Hastaneye yatma durumu ile depresyon puanları ve sosyal destek puanları karşılaştırıldığında, istatistiksel olarak fark bulunamamıştır ( $p > 0.05$ ) (Tablo- 10). Hastaneye yatmayan ve bir kez yatanların depresyon puanları ve sosyal destek puanları birbirine benzerdir, ve iki kez yatanlara göre depresyon puanları düşük, sosyal destek puanları ise yüksektir.

Bu bulgu, Johnson'un çalışmasıyla da uyumludur. Johnson'un yaptığı çalışmada da, sosyal destekle, hastaneye yatma sayısı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmamasına rağmen, sosyal desteği az olan hastaların hastaneye yatma sayısı daha fazladır (33). Johnson, bu durumu algılanan destek düzeyi azaldıkça, hastalıkların tekrarlama olasılığının artmasıyla açıklamaktadır.

İntihar girişiminde bulunma durumu ile depresyon puanı ve sosyal destek puanları karşılaştırıldığında, istatistiksel olarak bir fark bulunamamıştır ( Tablo- 11). Ancak, intihar girişimi olanların depresyon puanları, intihar girişimi olmayanlara göre yüksek, sosyal destek puanları ise düşüktür.

Bu çalışmaya göre, depresyonda, sosyal destek kişilerin intihar girişimini açıklamada yeterli bulunmamıştır. Kişilik özellikleri, dini inanışlar, yaşam olayları gibi bireysel faktörler intihar girişimini açıklamada etkili olabilir. Literatüre göre, ayrılık, boşanma, kronik hastalıklar, ekonomik sorunlar intihar riskini arttırmaktadır (43).

Aile bireylerinde fiziksel hastalık bulunma durumu ile depresyon puanı ve sosyal destek puanları arasında istatistiksel bir fark olmamasına rağmen, ailelerinde fiziksel hastalık olan kişilerin depresyon puanları ( $X = 26.12$ ) daha yüksek bulunmuştur (Tablo- 12 ).

Kronik hastalıklar ve sakatlıklar , kişiyi ve aileyi maddi ve manevi olarak derinden etkilemektedir. Bakımları hem zor hem de çok masraflıdır. Fiziksel hastalığı olan kişilerin aileleri , kendilerini suçlar ve tükenme sendromu yaşarlar. Bu kişilerde depresyon ve anksiyete başta olmak üzere değişik derecelerde psikiyatrik bozukluklar görülebilir. Ailelerinde fiziksel hastalık olan hastalar, özellikle ailelerinden daha fazla destek alma gereksinimi duyarken, karşılıklı suçlamalar ve tükenmeler sonucunda iletişim sorunları yaşamakta ve duygusal olarak birbirlerine daha çok yüklenmeleri sonucunda depresyon düzeyleri artmaktadır (2,16).

Saunders'in yaptığı çalışmada da, eşleri kalp hastası olan kadınlarda depresyon düzeyleri yüksek bulunmuştur ve sorunlarını diğer aile üyeleriyle paylaşan kadınların, yaşamlarından daha memnun oldukları bulunmuştur (49).

Barrera ve arkadaşları, kardeşi kanser olan çocukların depresyon, anksiyete ve davranışsal problemlerinin azaltılmasında, sosyal desteğin etkili olduğunu bulmuşlardır (9).

Findler'in, fiziksel sakatlığı olan çocuğa sahip annelerin desteklenmesinde, ebeveynlerin destek olma durumlarını incelediği çalışmada; sırayla, aileden alınan destek, sonra arkadaşlardan ve daha sonra da sağlık çalışanlarından alınan destek önemli bulunmuştur (26).

Cinsiyet ile Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeğinin Alt Boyutlarından alınan puanlar karşılaştırıldığında, erkek ve kadınların, arkadaştan ve özel birinden aldığı destek puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmazken, kadınların ailelerinden algıladıkları destek puan ortalamaları farkı istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p < 0.05$ ). (Tablo- 13 ).

Kadınlardan sevgi dolu olmaları beklenmektedir. Çünkü onlar büyüdüleri zaman anne olacaklardır. Böylece toplumun kadından beklentisi, aile ile ilgili herşeyden sorumlu olmalarıdır. Kadın hem ailesini kendine bağlamakta hem de kendisi aileye daha fazla bağlanmaktadır. Bunun sonucunda da, aileden algılanan destek daha fazla olmaktadır (42).

Skarsater ve arkadaşlarının, depresyonlu hastalara, aile üyeleri ve partnerlerinin verdiği destek açısından deney ve kontrol grubunu karşılaştırdığı çalışmada ise, gruplar arasında istatistiksel bir fark bulunmamıştır (51).

Taysi'nin üniversite öğrencileriyle yaptığı çalışmada ise, aileden algılanan destek erkeklerde daha fazla bulunmuştur. Taysi, erkeklerin aileden daha fazla destek almasını, üniversite öğrencilerinin ekonomik sıkıntı yaşamalarına ve erkeklerin de ailelerinden materyal desteği olan para istemelerine bağlamıştır (53).

Taysi'nin çalışmasında erkeklerin parasal olarak ailelerinden destek almalarına rağmen, bu çalışmada yer alan erkeklerin, sürekli işlerinin olması nedeniyle ailelerinden algıladıkları destek önemli bulunmamış olabilir.

Medeni Durum ve Cinsiyet ile Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeğinin Alt ölçeklerinden alınan puanlar karşılaştırıldığında, evli olan hastaların aileden algıladıkları sosyal destek puan ortalaması farkı istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Ayrıca evli kadınların, evli erkeklere göre, ailelerinden algıladıkları sosyal destek daha yüksektir ve istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p < 0.05$ ). (Tablo- 14).

Aladağ'ın çalışmasında da, kadınların ailelerinden algıladıkları sosyal destek istatistiksel olarak anlamlı olmamasına rağmen, erkeklerden daha yüksek bulunmuştur (4).

Hastalar için sevildiği, değer verildiği, önemsendiği, güvendiği insanların varlığı ve yanlarında hazır bulunmaları, depresyonun varlığını azaltmaktadır. Ancak uyumlu bir evlilikte tüm bunlar sağlanabilir. Kişiler çocuklarını sağlıklı bir şekilde büyütmek ve sağlıklı bir yaşlılık için ortak amaçlar etrafında birleşmektedirler. Tüm bu gelişmeler kişinin kendini daha iyi hissetmesini sağlamaktadır. Ayrıca, aile üyelerine ulaşmanın kolay olması nedeniyle evli hastaların ailelerinden aldıkları destek daha fazladır (24,32).



## 5.2 SONUÇLAR VE ÖNERİLER

### 5.2.a. Sonuçlar

Depresyonlu hastaların sosyal desteği algılamalarının belirlendiği bu araştırmada aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir.

1. Araştırma kapsamına alınan depresyonlu hastaların tanıtıcı özellikleri incelendiğinde; kadınlar, evliler ve lise mezunları çoğunluğu oluşturmaktadır ( Tablo- 1 ).
2. Beck Depresyon Ölçeği puanları ile Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak negatif anlamlı bir ilişki bulunmuştur ( $r = -0.558$ ;  $p < 0.05$ ). Aileden, arkadaştan ve özel bir insandan algılanan sosyal destek ile Beck Depresyon puanları arasında da istatistiksel olarak negatif anlamlı bir ilişki vardır (Tablo- 2).
3. Cinsiyetle, depresyon puanı arasında istatistiksel bir fark bulunmazken ( $p > 0.05$  ), sosyal destek puanı ile cinsiyet arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p < 0.05$  ). ( Tablo- 3 ).
4. Medeni durum ile depresyon puanı arasında istatistiksel olarak bir fark bulunmuştur ( $p < 0.05$ ). Evlilerin depresyon puan ortalamaları , bekarların depresyon puan ortalamalarından düşüktür. Evlilerin sosyal destek puanları ortalamaları ise, bekarların sosyal destek puan ortalamalarından yüksektir ( Tablo- 4 ).
5. Hastaların eğitim durumları, çalışma durumları, gelir-gider denge durumları ve maddi durumları ile depresyon puanları ve sosyal destek puanları arasında istatistiksel bir fark yoktur ( $p > 0.05$  ) ( Tablo- 5, 6, 7, 8).
6. Atak sayısı, hastaneye yatma durumu, intihar girişiminde bulunma, ailede fiziksel hastalık bulunma durumu ile, depresyon puanları ve sosyal destek puanları arasında istatistiksel bir fark yoktur ( $p > 0.05$  ) ( Tablo- 9, 10, 11, 12).
7. Cinsiyet ile Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeğinin alt boyutlarından alınan puanlar karşılaştırıldığında ise, istatistiksel olarak fark vardır ( $p < 0.05$ ). Kadınların ailelerinden algıladıkları sosyal destek yüksek bulunmuştur ( Tablo- 13).
8. Medeni Durum ve Cinsiyet ile Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeğinin alt boyutlarından alınan puanlar karşılaştırıldığında ise, istatistiksel olarak bir fark vardır ( $p < 0.05$ ) ve evlilerin ve kadınların ailelerinden algıladıkları sosyal destek daha yüksektir ( Tablo- 14).

### **5.2.b.Öneriler**

- 1. Sosyal destek ile depresyon arasında negatif anlamlı bir ilişki olduğundan dolayı, sosyal desteğin öneminin hasta ve ailesine anlatılması ve hemşirelerin, bakım verdikleri hastalara holistik bir anlayışla bakım vermeleri,**
- 2. Evli hastalar ve kadın hastalar sosyal desteği daha fazla algıladıkları için, hemşirelerin bakım verdikleri hastaların cinsiyet farklılıklarını ve medeni durumlarını dikkate alarak bakım vermeleri ve hemşirelerin hastaların aile ilişkilerini güçlendirmeleri için çaba göstermeleri,**
- 3. Hemşirelik eğitiminde sosyal destek kavramına daha ayrıntılı yer verilmesi önerilmektedir.**



## **SUMMARY**

This study was conducted as descriptive for determining perceptions of the social support by the with depression.

It was done with the patients having depression who applied to the Clinics of Mental Health and Diseases in Gülhane Military Medical Academy between November 17, 2003 and April 08, 2004. The sample included 100 patients who were at least primary school graduates, who accepted to participate in the study and who didn't have difficulty in communication.

The participants were informed about the study and they confirmed the conditions. The data were collected using Patient Information Form, Beck Depression Scale and Multi-dimensionally Perceived Social Support Scale. For analyzing the data obtained, percentages, means, significance test, for the difference between two means, correlation, chi-square test, mann whitney u test and kruskal wallis test were used.

According to the assesment results;

- There was a statistically negatively significant relationship between depression and social support,
- Although no statistically significant difference was found between gender and depression, a significant difference was seen between social support scores and gender. Social support was higher for the women,
- There was a statistical difference between marital status and the scores of social support and depression. For the married ones, means of depression scores were lower, but of social support were higher,
- There was no statistical difference between educational background, any handicap from the family, financial situation, balance of income and expenses, number of attacks, tendency for suicide, and the scores of depression and social support,
- It was found that there was a statistical difference between gender and marital status, and the scores obtained through the multi- dimensionally Perceived Social Support Scale. For the women and married ones, social support from the family were found to be higher.

At the end of the research, some suggestions were offered considering the findings obtained from the study

## VI. ÖZET

Araştırma, depresyonlu hastaların sosyal desteği algılamalarını belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

Araştırma, Gülhane Askeri Tıp Akademisi Eğitim Hastanesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı polikliniğine başvuran depresyonlu hastalar ile 17 Kasım 2003-08 Nisan 2004 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın örneklemini, en az ilkokul mezunu olan, araştırmaya katılmayı kabul eden, iletişim kurmakta güçlük yaşamayan 100 depresyonlu hasta oluşturmuştur.

Hastaların bilgilendirilmiş onamları alınmış ve araştırmanın verileri Depresyonlu Hastaları Tanıtıcı Bilgi Formu, Beck Depresyon Ölçeği ve Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği kullanılarak elde edilmiştir. Araştırmadan elde edilen verilerin analizinde, Ortalamalar, Yüzdeler Hesapları, Kruskal Wallis, İki ortalama Arasındaki Farkın Önemlilik Testi, Korelasyon, Ki-kare, Mann Whitney U testleri kullanılmıştır.

Değerlendirme sonuçlarına göre,

- Depresyon ile sosyal destek arasında, istatistiksel açıdan negatif anlamlı bir ilişki bulunmuştur.
- Cinsiyet ve depresyon arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmazken, sosyal destek ile cinsiyet arasında istatistiksel olarak bir fark bulunmuştur. Kadınlarda sosyal destek daha yüksektir .
- Medeni durum ile depresyon ve sosyal destek arasında istatistiksel olarak bir fark bulunmuştur ve evlilerin, depresyon puan ortalamaları daha düşük, sosyal destek puan ortalamaları daha yüksektir.
- Eğitim durumu, çalışma durumu, ailede fiziksel hastalık bulunma durumu, maddi durum, gelir gider dengeleme durumu, atak sayısı, intihar girişimi, hastaneye yatma durumu ile depresyon ve sosyal destek arasında istatistiksel olarak bir fark yoktur.
- Cinsiyet ve medeni durum ile sosyal destek ölçeğinin alt ölçekleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır. Kadınlarda ve evlilerde, aileden algılanan sosyal destek daha fazla bulunmuştur.

Araştırma sonunda, araştırmadan elde edilen bulgular doğrultusunda bazı önerilerde bulunulmuştur.

## KAYNAKLAR:

1. Akalın, S.İ., Cimili, C., Kuzhan, E.: Depresyon, Pratisyen Hekimler ve Depresyon Eğitimi. *Sted.* 11(2): 8-62, 2002.
2. Akdemir, N., Birol, L.: İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı. 1. Baskı, İstanbul, 193-206, 2003.
3. Aksüllü, N.: Kurumda ve Evde Yaşayan Yaşlı Bireylerin Algılanan Sosyal Destek Faktörleri ile Depresyon Arasındaki İlişki. C.Ü. Hemşirelik Programı, Sivas, 2002.
4. Aladağ, B.: Yatan ve Ayakta Tedavi Gören Hastaların Sosyal Destek ve Sosyal Karşılaştırma Düzeyleri. A.Ü.Psikoloji A.D. Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2000.
5. Altınay, S.: Gebelikte Depresyon Prevalansı, Soyodemografik Özellikler, Obstetrik Risk Faktörleri, Kaygı Düzeyi ve Sosyal Destek ile İlişkisi. Ankara Hastanesi Aile Hekimliği Uzmanlık Tezi, Ankara, 1999.
6. Aras, A.: Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Olan Bireylerin Sosyal Destek Gereksinimlerinin Belirlenmesi. C.Ü. Hemşirelik Programı Yüksek Lisans Tezi, Sivas, 2001.
7. Aşkın, R.: Depresyon El Kitabı. Konya, Atlas Kitabevi, 8-12, 1994.
8. Barker, J.C., Morrow, J., Mitteness, L.S.: Gender, Informal Social Support Networks and Elderly Urban African Americans. *Journal of Aging Studies* 12(2), 199-222, 1998.
9. Barrera, M., Fleming, C.F., Khan, F.S.: The Role of Emotional Social Support in The Psychological Adjustment of Siblings of Children with Cancer: *Child: Care. Health and Development* 30(2), 103-111, 2004.
10. Birol, L.: Hemşirelik Süreci. 3. Baskı, İzmir, Etki Matbaacılık, 13-14, 1997.
11. Budak, B.: Lise Öğrencilerinde Algılanan Sosyal Destek Düzeyi ile Problem Çözme Becerileri Arasındaki İlişki. O. M.Ü. Eğitim Bilimleri Yüksek Lisans Tezi, Samsun, 1999.
12. Buldukoğlu, K., Doğan, S., Kum, N., Öz, F., Özaltın, G., Özcan, A., Pektekin, Ç., Terakye, G., Yurt, V.: Psikiyatri Hemşireliği El Kitabı, İstanbul, Koç Yayınları, 1996.
13. Büyükkoca, M.: Algılanan Sosyal Destek İle Postpartum Depresyon Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. D. E. Ü. Hemşirelik Programı Yüksek Lisans Tezi, İzmir, 2001.

14. Cairney, J., Boyle, M., Offord, D.R., Racine, Y.: Stres, Social Support and Depression in Single and Married Mothers. *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.* 38: 442-449, 2003.
15. Ciarrochi, J., Scott, G., Deane, F.P., Heaven, P. C. L.: Relations Between Social and Emotional Competance and Mental Health: A Construct Validation Study. *Personality and Individual Differences* 35: 1947- 1963, 2003.
16. Cimete, G.: Yaşam Sonu Bakım, Ölümcül Hastalarda Bütüncül Yaklaşım. İstanbul, Nobel Tıp Kitapevleri, 2002.
17. Clinton, Lunney, Edwards, Weir & Barr: Perceived Social Support and Community Adaptation in Schizophrenia. *Journal of Advanced Nursing* 27(5): 995- 965, 1998.
18. Cohen, S., Wills, T.A.: Stress, Social Support and The Buffering Hypothesis. *Psychological Bulletin* 98: 310- 357, 1985.
19. Cornwell, B.: The Dynamic Properties of Social Support: Decay, Growth and Staticity and Their Effect on Adolescent Depression. *Social Forces* 81(3): 953- 978, 2003.
20. Demet, M.M., Taşkın, E.O., Deniz, F., Karaca, N., İçelli, İ.: Manisa Huzurevlerinde Kalan Yaşlılarda Depresyon Belirtilerinin Yaygınlığı ve İlişkili Risk Etkenleri. *Türk Psikoloji Dergisi* 13(4): 290- 299, 2002.
21. Dickinson, D., Green, G., Hayes, C., Gilheany, B., Whittaker, A.: Social Network and Social Support Characteristics Amongst Individuals Recently Discharged from Acute Psychiatric Units. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 9: 183-189, 2003.
22. Ebert, H.M., Loosen, P.T., Nurcombe, B., Current Psikiyatri Tanı ve Tedavi. (Ed) Birsöz, S., Karaman T., Ankara, Güneş Kitabevi, 290-295, 2003.
23. Eker, D., Arkar, H., Yıldız, H.: Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeğinin Gözden Geçirilmiş Formunun Faktör Yapısı, Geçerlik ve Güvenirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi* 12(1): 17-25, 2001.
24. Elmacı, F.: Parçalanmış ve Bütünlüğünü Koruyan Aileye Sahip Ergenlerin Depresyon ve Uyum Düzeylerinde Sosyal Destegın Rolü. K.Ü. Sosyal Bilimler Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, Kocaeli, 2001.
25. Fekkes, D., Van Gool, A.R.: Interferon, Tryptophan and Depression. *Acta Neuropsychiatrica* 15(1): 8-14, 2003.
26. Findler, L.: The Role of Grandparents in The Social Support Systems of Mothers of Children with A Physical Disability. *Families in Society* 81(4): 370-381, 2000.

27. Hann, D., Flynn, T., Kennedy, J., Kieltyka, R. L.: The Influence of Social Support on Depressive Symptoms in Cancer Patients Age and Gender Differences. *Journal of Psychosomatic Research* 52(5): 279-283, 2002.
28. Hashimoto, K., Kurita, H., Haratoni, T., Fujii, K., Ishibashi, T.: Direct and Buffering Effects of Social Support on Depressive Symptoms of The Elderly With Home Help. *Psychiatry and Clinical Neurosciences* 53(1): 95-100, 1999.
29. Hudson, D.B., Elek, S.M., Grossman, C.C.: Depression, Self-Esteem, Loneliness and Social Support Among Adolescent Mothers Participating in The New Parents Project. *Adolescence* 35(139): 445-453, 2000.
30. Hupcey, J.E.: Clarifying The Social Support Theory- Research Linkage. *Journal of Advanced Nursing* 27(6): 1231-1241, 1998.
31. Hutchison, C.: Social Support: Factors to Consider When Designing Studies That Measure Social Support. *Journal of Advanced Nursing* 29(6): 1520-1526, 1999.
32. İnanç, N., Hatipoğlu, S.: Sağlıklı Toplumlar İçin Sağlıklı Aile. Ankara, Damla Matbaacılık, 11-13, 1995.
33. Johnson, L., Lundström, O., Wistedt, A., A Mathe, A.: Social Support in Bipolar Disorder: Its Relevance to Remission and Relapse. *Bipolar Disorders* 5(2): 129-137, 2003.
34. Jou, Y.H., Fukada, H.: Stres, Health and Reciprocity and Sufficiency of Social Support: The Case of University Students in Japan. *The Journal of Social Psychology* 142(3): 353-370, 2002.
35. Kahn, J.H., Hessling, R.M., Russell, D.W.: Social Support, Health and Well-Being Among The Elderly: What is The Role of Negative Affectivity?. *Personality and Individual Differences* 35: 5-17, 2003.
36. Kaunonen, M., Tarkka, M.T., Paunonen, M., Laippala, P.: Grief and Social Support After The Death of A Spouse. *Journal of Advanced Nursing* 30(6): 1304-1311, 1999.
37. Kessler, R.C.: *Sociology and Psychiatry* (Eds) Kaplan, H. I., Sadock, B. J. *Comprehensive Textbook of Psychiatry VI , Sixth Edition, Baltimore, Willian and Wilkins, Volume I, 356- 364, 1995.*
38. Kojima, M., Senda, Y., Nagaya, T., Takudome, S., Furukawa, T. A.: Alexitymia, Depression and Social Support Among Japanese Workers. *Psychosom* 72: 307-314, 2003.

39. Köknel, Ö.: İnsanı Anlamak. 1. Baskı, İstanbul, Altın Kitaplar Yayınevi, 1986.
40. Küey, L., Güleç, C.: Depression in Turkey in The 1980s: Epidemiological and Clinical Approaches. Clin. Neuropharmacol 12(2):1-12, 1989.
41. Mattsson, P., Ekselius, L.: Migraine, Major Depression, Panic Disorder and Personality Traits in Women Aged 40-74 years: A Population- Based Study. Cephalalgia 22(7): 543-551, 2002.
42. Nirun, N.: Sistematik Sosyoloji Yönünden Aile ve Kültür. Ankara. Atatürk Kültür Merkezi Yayını, 1994.
43. Oflaz, F., Sekmen, K., Demiralp, M.: Psikiyatri Hemşireliği Ders Notları. Ankara. GATA Basımevi, 1998.
44. Ören, F.R., Kaptanoğlu, C., Seber, G.: Kadınlarda Depresyonun Yaygınlığı ve Risk Faktörleri ile İlişkisi. Kriz Dergisi 3(1-2), 103-118, 1995.
45. Özcan, A.: Hasta- Hemşire İlişkisi ve İletişim. İzmir, Saray Tıp Kitapevleri, 174-177, 1996. Öztürk, M.O.: Ruh Sağlığı ve Bozuklukları, 7. Baskı, Ankara, Hekimler Yayın Birliği, 1997.
46. Öztürk, M.O.: Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. 7. Baskı, Ankara, Hekimler Yayın Birliği, 1997.
47. Poslusny, S.M.: Street Music or The Blues? The Lived Experience and Social Environment of Depression. Public Health Nursing 17(4): 292-299, 2000.
48. Ross, C.E., Mirowsky, J.: Family Relationships, Social Support and Subjective Life. Journal of Health and Social Behaviour 43: 469-489, 2002.
49. Saunders, M.M.: Family Caregivers Need Support with Heart Failure Patients. Holistic Nursing Practice 17(3): 136-143, 2003.
50. Savaşır, I., Şahin, N.H.: Bilişsel- Davranışçı Terapilerde Değerlendirme: Sık Kullanılan Ölçekler. Ankara, Türk Psikologlar Derneği Yayınları 29-32, 1997.
51. Skarsater, I., Agren, H., Dencker, K.: Subjective Lack of Social Support and Presence of Dependent Stressfull Life Events Characterize Patients Suffering from Major Depression Compared with Healthy Volunteers. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing 8: 107-114, 2001.
52. Tammentie, T., Tarkka, M.T., Kurki, P.A., Paavilainen, E.: Sociodemographic Factors of Families Related to Postnatal Depressive Symptoms of Mothers. International Journal of Nursing Practice 8: 240-246, 2002.

53. Taysi, E.: Benlik Saygısı, Arkadaşlardan ve Aileden Sağlanan Sosyal Destek: Üniversite Öğrencileriyle Yapılan Bir Çalışma. A.Ü. Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2000.
54. Uğur, M., Ziya, T.: Migrenli Hastaların Psikolojisi ve Serotonin Metabolizması. Yeni Symposium 23(1-2): 41-50, 1985.
55. Veliöğlu, P.: Hemşirelikte Kavram ve Kuramlar. İstanbul, Alaş Matbaacılık, 1999.
56. Yih-Lan, L.: The Role of Perceived Social Support and Dysfunctional Attitudes in Taiwanese Adolescents Depressive Tendency. Adolescence 37: 823-834, 2002.



**DEPRESYONLU HASTALARI TANITICI BİLGİ FORMU**

Ad:

Soyad:

Doğum Tarihi:

Cinsiyet:

Erkek

Kadın

Medeni Durum:

Evli

Bekar

Boşanmış ya da dul

Eğitim Durumu:

İlköğretim

Lise

Üniversite

Master veya Doktora

Çalışma Durumu:

Çalışıyor

Çalışmıyor

Gelir- Gider Dengesi:

Dengeliyor

Dengelemiyor

Maddi Durum:

Kötü

Orta

İyi

Ailede Fiziksel Hastalık Bulunma Durumu:

Var

Yok

Bu Atakla Birlikte Toplam Atak Geçirme Sayısı:

- Bir kez
- İki kez
- Üç ve daha fazla

Hastaneye Yatma Durumu:

- Yatmadım
- Bir kez
- 2 kez

İntihar Girişiminde Bulunma Durumu:

- İntihar girişimi var
- İntihar girişimi yok

Başka Hastalık Bulunma Durumu:

- Başka hastalık yok
- Başka hastalık var(var ise, ne olduğunu yazınız) .....

**BECK DEPRESYON SORU LİSTESİ**

Aşağıda gruplar halinde bazı cümleler yazılıdır. Her gruptaki cümleleri dikkatle okuyunuz. Bugün dahil, geçen hafta içinde kendinizi nasıl hissettiğinizi en iyi anlatan cümleyi seçiniz. Seçmiş olduğunuz cümlenin yanındaki numarayı daire içine alınız. Eğer bu grupta durumunuzu anlatan birden fazla cümle varsa her birini daire içine alarak işaretleyiniz.

Seçiminizi yapmadan önce her gruptaki cümlelerin hepsini dikkatle okuyunuz.

İSİM:.....

TARİH:.....

0 Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissetmiyorum

1 Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissediyorum

2 Hep üzüntülü ve sıkıntılıyım. Bundan kurtulamıyorum

3 O kadar üzüntülü ve sıkıntılıyım ki artık dayanamıyorum

0 Gelecekte umutsuz ve karamsar değilim

1 Gelecekte karamsarım

2 Gelecekte hiçbir şey beklemiyorum

3 Geleceğimden umutsuzum ve sanki hiçbir şey düzelmeyecekmiş gibi geliyor

0 Kendimi başarısız bir insan olarak görmüyorum

1 Kendimi çevremdeki bir çok kişiden daha çok başarısızmışım gibi hissediyorum

2 Geçmişime baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğunu görüyorum

3 Kendimi tümüyle başarısız bir insan olarak görüyorum

0 Bir çok şeyden eskisi kadar zevk alıyorum

1 Her şeyden eskisi gibi hoşlanmıyorum

2 Artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor

3 Her şeyden sıkılıyorum

0 Kendimi herhangi bir şekilde suçlu hissetmiyorum

1 Kendimi zaman zaman suçlu hissediyorum

2 Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum

3 Kendimi her zaman suçlu hissediyorum

0 Bana cezalandırılmışım gibi gelmiyor

1 Cezalandırılabilceğimi seziyorum

2 Cezalandırılmayı bekliyorum

3 Cezalandırıldığımı hissediyorum

0 Kendimden hoşnutum

1 Kendi kendimden pek hoşnut değilim

2 Kendime çok kızıyorum

3 Kendimden nefret ediyorum

0 Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum

1 Zayıf yanlarım veya hatalarımdan dolayı kendi kendimi eleştiririm

2 Hatalarımdan dolayı her zaman kendimi kabahatli bulurum

3 Her aksilik karşısında kendimi kabahatli bulurum

0 Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok

1 Zaman zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm oluyor fakat yapmıyorum

2 Kendimi öldürmek isterdim

3 Fırsatını bulsam kendimi öldürürüm

0 İçimden her zamankinden fazla ağlamak gelmiyor

1 Zaman zaman içimden ağlamak geliyor

2 Çoğu zaman ağlıyorum

3 Eskiden ağlayabilirdim şimdi istesem de ağlayamıyorum

- 0 Şimdi her zaman olduğumdan daha sinirli değilim
- 1 Eskisine göre daha kolay kızıyor veya sinirleniyorum
- 2 Şimdi hep sinirliyim
- 3 Bir zamanlar beni sinirlendiren şeyler şimdi hiç sinirlendirmiyor

- 0 Başkaları ile görüşmek, konuşmak isteğimi kaybetmedim
- 1 Başkaları ile eskisinden daha az konuşmak, görüşmek istiyorum
- 2 Başkaları ile konuşma ve görüşme isteğimi kaybettim
- 3 Hiç kimseyle görüşüp, konuşmak istemiyorum

- 0 Eskisinden olduğu kadar kolay karar verebiliyorum
- 1 Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum
- 2 Karar verirken eskisine göre çok güçlük çekiyorum
- 3 Artık hiç karar veremiyorum

- 0 Aynaya baktığımda kendimde bir değişiklik görmüyorum
- 1 Daha yaşlanmışım ve çirkinleşmişim gibi geliyor
- 2 Görünüşümün çok değiştiğini ve daha çirkinleştiğimi hissediyorum
- 3 Kendimi çok çirkin buluyorum

- 0 Eskisi kadar iyi çalışabiliyorum
- 1 Bir şeyler yapabilmek için gayret göstermem gerekiyor
- 2 Bir şeyi yapabilmek için kendimi çok zorlamam gerekiyor
- 3 Hiçbir şey yapamıyorum

- 0 Her zamanki gibi iyi uyuyabiliyorum
- 1 Eskiden olduğu gibi iyi uyuyamıyorum
- 2 Her zamankinden 1- 2 saat daha erken uyanıyorum ve yeniden uyuyamıyorum
- 3 Her zamankinden çok daha erken uyanıyorum ve yeniden uyuyamıyorum

- 0 Her zamankinden daha çabuk yorulmuyorum
- 1 Her zamankinden daha çabuk yoruluyorum
- 2 Yaptığım her şey beni yoruyor
- 3 Kendimi hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun hissediyorum

- 0 İştahım her zamanki gibi
- 1 İştahım eskisi kadar iyi değil
- 2 İştahım çok azaldı
- 3 Artık hiç iştahım yok

- 0 Son zamanlarda kilo vermedim
- 1 İki kilodan fazla kilo verdim
- 2 Dört kilodan fazla kilo verdim
- 3 Altı kilodan fazla kilo verdim

Daha az yiyerek kilo vermeye çalışıyorum. Evet..... Hayır.....

- 0 Sağlığım beni fazla endişelendirmiyor
- 1 Ağrı, sancı, mide bozukluğu veya kabızlık gibi rahatsızlıklar beni endişelendiriyor
- 2 Sağlığım beni endişelendirdiği için başka şeyleri düşünmem zorlaşıyor
- 3 Sağlığımdan o kadar endişeliyim ki başka hiçbir şey düşünemiyorum

- 0 Son zamanlarda cinsel konulara olan ilgimde bir değişme fark etmedim
- 1 Cinsel konularla eskisinden daha az ilgiliyim
- 2 Cinsel konularla şimdi çok daha az ilgiliyim
- 3 Cinsel konulara olan ilgimi tamamen kaybettim

**ÇOK BOYUTLU ALGILANAN SOSYAL DESTEK ÖLÇEĞİ**

Aşağıda 12 cümle ve her bir cümle altında da cevaplarınızı işaretlemeniz için 1'den 7'ye kadar rakamlar verilmiştir. Her cümlede söylenenin sizin için ne kadar doğru olduğunu veya olmadığını belirtmek için o cümle altındaki rakamlardan yalnız bir tanesini daire içine alarak işaretleyiniz. Bu şekilde 12 cümlelerin her birine bir işaret koyarak cevaplarınızı veriniz. Lütfen hiçbir cümleyi cevapsız bırakmayınız. Sizce doğruya en yakın olan rakamı işaretleyiniz.

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

10. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve duygularıma önem veren bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.

**Kesinlikle hayır 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 kesinlikle evet**

11. Kararlarımı vermede ailem (örneğin, annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) bana yardımcı olmaya isteklidir.

**Kesinlikle hayır 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 kesinlikle evet**

12. Sorunlarımı arkadaşlarımla konuşabilirim.

**Kesinlikle hayır 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 kesinlikle evet**

