



**T.C.
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
ANKARA DIŞKAPI YILDIRIM BEYAZIT
SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ**

AİLE HEKİMLİĞİ KLİNİĞİ

**ANKARA DIŞKAPI YILDIRIM BEYAZIT EĞİTİM VE
ARAŞTIRMA HASTANESİ AİLE HEKİMLİĞİ
POLİKLİNİKLERİNE HERHANGİ BİR NEDENLE
BAŞVURAN 18-65 YAŞ ARASI BİREYLERİN SOSYAL
DESTEK ALGISI İLE YAŞAMSAL STRESLERİ
ARASINDAKİ İLİŞKİ**

Dr. Turgay ADANIR

TIPTA UZMANLIK TEZİ

ANKARA/2023



**T.C.
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
ANKARA DIŞKAPI YILDIRIM BEYAZIT
SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ**

AİLE HEKİMLİĞİ KLİNİĞİ

**ANKARA DIŞKAPI YILDIRIM BEYAZIT EĞİTİM VE
ARAŞTIRMA HASTANESİ AİLE HEKİMLİĞİ
POLİKLİNİKLERİNE HERHANGİ BİR NEDENLE
BAŞVURAN 18-65 YAŞ ARASI BİREYLERİN SOSYAL
DESTEK ALGISI İLE YAŞAMSAL STRESLERİ
ARASINDAKİ İLİŞKİ**

Dr. Turgay ADANIR

Tez Danışmanı

Prof. Dr. Süleyman GÖRPELİOĞLU

TIPTA UZMANLIK TEZİ

ANKARA/2023

TEŞEKKÜR

“Beni Türk Hekimlerine Emanet Ediniz” diyerek ülkemde hekim olarak mesleğimi gururla icra etmemi sağlayan, bizlere bilimin ışığında aydınlık bir ülke bırakan Gazi Mustafa Kemal ATATÜRK’e;

Tezimi başarılı bir şekilde yürütmeme yardımcı olan, bu süreçte kıymetli bilgilerini benimle paylaşan, beraber çalışmaktan ve asistanı olmaktan gurur duyduğum tez danışmanım, değerli hocam Prof. Dr. Süleyman GÖRPELİOĞLU’na;

Aile Hekimliği uzmanlık eğitimim süresince bilgi, tutum ve becerilerimin gelişmesinde emeği geçen, her konuda desteklerinden dolayı değerli hocam Prof. Dr. Cenk AYPAK’a;

Aile Hekimliği uzmanlık eğitimim süresince bilgi, tutum ve becerilerimin gelişmesinde emeği geçen, her konuda desteklerinden dolayı değerli hocam Dr. Özlem SUVAK’a;

Aile Hekimliği uzmanlık eğitimim süresince bilgi, tutum ve becerilerimin gelişmesinde emeği geçen, her konuda desteklerinden dolayı değerli hocam Dr. Duygu Yengil Taci’ye;

Tezimin yazım aşamasında yardımlarını esirgemeyen Dr. Sadrettin ÇELİK başta olmak üzere Dr. Yasemin ERDEM, Dr. Burak BABAOĞLU ve diğer birçok asistan arkadaşlarıma;

Bugünlere gelmemi sağlayan, hayatımın her döneminde anlayış gösterip destek veren, yaşadığım her sıkıntıda arkamda duran, haklarımı asla ödeyemeyeceğim değerli ilkokul öğretmenim Hasan Hüsnü ÖZKAN’a;

Tüm kalbimle sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Dr. Turgay ADANIR

Ankara, 2023

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR.....	i
İÇİNDEKİLER.....	ii
SİMGELER ve KISALTMALAR.....	iv
TABLolar DİZİNİ.....	v
ÖZET.....	vi
ABSTRACT.....	ix
1. GİRİŞ ve AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER.....	3
2.1. STRES.....	3
2.2. STRES VE BİYOLOJİK ETKİLERİ.....	3
2.3. STRESE NEDEN OLAN DURUMLAR VE STRESİN KLİNİK YANSIMALARI.....	4
2.4. STRESİN YOL AÇTIĞI RAHATSIZLIKLAR.....	6
2.5. STRES ve STRESE BAĞLI PSİKİYATRİK RAHATSIZLIKLAR.....	7
2.6. STRES İLE İLİŞKİLENDİRİLEN ÇEŞİTLİ PSİKİYATRİK RAHATSIZLIKLAR.....	7
2.7. AİLE HEKİMLİĞİ PRATİĞİNDE KARŞILAŞILAN PSİKİYATRİK HASTALIKLAR.....	10
2.8. STRESLE BAŞA ÇIKMA YÖNTEMLERİ ve TEDAVİ.....	11
2.9. STRESLE BAŞ EDEBİLMEDE KULLANILAN BİLİŞSEL DAVRANIŞÇI TERAPİ.....	12

2.10. STRES YÖNETİMİNDE KULLANILAN İLAÇ TEDAVİSİ.....	12
2.11. SOSYAL DESTEK.....	13
2.12. ALGILANAN SOSYAL DESTEK.....	15
2.13. ALGILANAN SOSYAL DESTEK İLE İLGİLİ YURT İÇİNDEKİ ARAŞTIRMALAR.....	19
2.14. ALGILANAN SOSYAL DESTEK İLE İLGİLİ YURT DIŞINDAKİ ARAŞTIRMALAR.....	19
3. GEREÇ VE YÖNTEMLER.....	21
3.1. ÇALIŞMA TASARIMI.....	21
3.2. ÇALIŞMA POPÜLASYONU.....	21
3.3. ARAŞTIRMANIN YERİ VE ZAMANI.....	21
3.4. ARAŞTIRMANIN KABUL VE RED KRİTERLERİ.....	22
3.5. ARAŞTIRMANIN VERİ KAYNAKLARI VE UYGULAMA ŞEKLİ....	22
3.6. İSTATİSTİKSEL ANALİZ.....	24
4. BULGULAR.....	25
4.1. DEMOGRAFİK BİLGİLER.....	25
5. TARTIŞMA.....	38
6. SONUÇ ve ÖNERİLER.....	46
7. KAYNAKLAR.....	49
ÖZGEÇMİŞ.....	55
EKLER.....	56
Ek-1. Sosyodemografik Veri Formu.....	56
Ek-2. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği'nin Gözden Geçirilmiş Formu.....	58
Ek-3. Algılanan Stres Ölçeği.....	60
Ek-4. Tez Konusu Onayı.....	62
Ek-5. Etik Kurulu Onayı.....	63

SİMGELER VE KISALTMALAR

ANOVA	: Varyans Analizi
BMI	: Body Mass Index
BMJ	: British Medical Journal
ASD	: Algılanan Sosyal Destek
SDA	: Sosyal Destek Algısı
ÇBASDÖ	: Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği
RNA	: Ribonükleik Asid
SBÜ	: Sağlık Bilimleri Üniversitesi
SPSS	: Statistical Package for the Social Sciences
TFEQ	: Three – Factor Eating Questionnaire
VKİ	: Vücut Kitle İndeksi
WHO	: World Health Organization

TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo 1. Psikosomatik rahatsızlıklar.....	5
Tablo 2. House'ın (1981)'a çerçevesi altında sınıflandırılan literatürde kullanılan destek kategorileri türleri.....	16
Tablo 3. Katılımcılara ait sosyodemografik bilgiler.....	25
Tablo 4. Katılımcılara ait yaş grafiği.....	26
Tablo 5. Katılımcılara ait cinsiyet grafiği.....	26
Tablo 6. Katılımcılara ait kronik hastalık grafiği.....	27
Tablo 7. Katılımcılara ait medeni hal grafiği.....	28
Tablo 8. Katılımcılara ait eğitim durumu grafiği.....	28
Tablo 9. Katılımcılara ait çalışma grafiği.....	29
Tablo 10. Yaş ile ASD ve SDA arasındaki ilişki tablosu.....	29
Tablo 11. Cinsiyet ile ASD ve SDA arasındaki ilişki tablosu.....	31
Tablo 12. Kronik hastalık ile ASD ve SDA arasındaki ilişki tablosu.....	32
Tablo 13. İlaç kullanımı ile ASD ve SDA arasındaki ilişki tablosu.....	33
Tablo 14. Medeni durum ile ASD ve SDA arasındaki ilişki tablosu.....	34
Tablo 15. Eğitim durumu ile ASD ve SDA arasındaki ilişki tablosu.....	35
Tablo 16. Çalışma durumu ile ASD ve SDA arasındaki ilişki tablosu.....	36

ÖZET

Giriş ve Amaç: Stres, bir kişinin duygularında, düşünce süreçlerinde veya fiziki şartlarında, kişinin çevresi ile başedebilme gücünü tehdit eden bir gerilim durumudur. Phillips'e göre algılanan stres bireyin belirli bir zaman diliminde ya da belirli bir durumda ne kadar stres altında olduğuna ilişkin duygu ve düşünceleridir. Stres kavramı Latince'de "estrectia", eski Fransızca'da "estree" kelimesinden türemiştir. Estree kelimesinin anlamı zorlanma, gerilme ve baskıdır. Stres (zorlanma), modern hayatın önemli bir parçası haline gelmiştir. İnsanın normal işlevlerini olumsuz yönde etkileyen stres, insanda değişik sağlık sorunlarının ortaya çıkmasına yol açmakta, hayat kalitesini de negatif yönde etkilemektedir.

Bu araştırmanın amacı genç yetişkinlerin algılanan stres düzeyleri ile sosyal destek algısı arasındaki ilişkiyi belirlemektedir.

Gereç ve Yöntem: Sağlık Bilimleri Üniversitesi (SBÜ) Ankara Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği'ne 01/07/2023 ile 30/10/2023 tarihleri arasında ayaktan başvuran hastalar üzerine yapılan prospektif ve tanımlayıcı nitelikte bir çalışmadır.

Çalışmada, Algılanan Yaşamsal Stres Ölçeği ve Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği, Sosyodemografik Bilgi Formu (cinsiyet, yaş, medeni durum, meslek grubu, eğitim durumu, düzenli ilaç kullanım durumu, kronik hastalığı olan katılımcıların kullandıkları ilaçlar) yüz yüze ve kendi kendine doldurma yöntemiyle uygulanmıştır. Veriler IBM Corp released 2017. IBM SPSS Statistics for Windows, ver.25.0. Armonk,NY: IBM Corp ile analiz edilmiş ve istatistiksel anlamlılık düzeyi $p<0,05$ kabul edilmiştir.

Bulgular: Araştırmanın yürütüldüğü süre içerisinde Ankara Dışkapı Yıldırım Beyazıt EAH Aile Hekimliği polikliniklerine herhangi bir nedenle başvuran, çalışmaya katılmayı kabul eden 18-65 yaş arası, psikiyatrik hastalığı bulunmayan, halen psikiyatrik ilaç tedavisi veya psikoterapi almayan, çalışmamıza katılmayı kabul eden kişilere Algılanan Stres Ölçeği ile Algılanan Sosyal Destek Ölçeği uygulanmıştır. Uygulama yüzyüze anket şeklinde uygulandı. Sonrasında her 2 ölçeğin sonuçları katılımcıların sosyodemografik verileri ile karşılaştırıldı.

Çalışmamızda, %95 güvenilirlik ve %5 hata payı ile araştırmanın örneklemini 418 olarak hesaplanmıştır. Oluşabilecek veri kayıpları göz önüne alınarak toplam 400 kişiye ulaşılmasına karar verilmiştir. Yaş, cinsiyet, sürekli kullanılan ilaç, medeni durum, eğitim durumu, çalışma durumu, kronik hastalık algılanan Yaşamsal Stres Ölçeği puanı, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği puanı, test edilecek parametrelerdir. Edinilen verilere göre;

Algılanan stres düzeyi ile sosyal destek algısı arasında negatif yönlü ve anlamlı bir ilişki belirlenmiştir ($p<0,01$). Yani sosyal destek algısı azaldıkça algılanan stres düzeyi artmaktadır.

Cinsiyetler arasında sosyal destek algısı bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($p<0,05$). Kadınlar erkeklere göre sosyal destek algısı bakımından daha yüksek ortalamaya sahiptir.

Kronik hastalık ile sosyal destek algısı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($p<0,05$). Sosyal destek algısı açısından kronik hastalığa sahip olmayanlar daha yüksek bir ortalamaya sahiptir.

İlaç kullanımı ile sosyal destek algısı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($p<0,05$). Sosyal destek algısı açısından belirli bir kronik hastalığa dair ilaç kullanmayan bireyler daha yüksek ortalamaya sahiptir. Yani ilaç kullanmayan bireylerin algıladıkları sosyal destek daha fazladır.

Medeni durum ile sosyal destek algısı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($p<0,05$). Sosyal destek algısı açısından medeni durumu evli olan bireyler daha yüksek ortalamaya sahiptir. Medeni durumu dul olan bireyler ise daha az sosyal destek algısına sahiptir.

Eğitim durumu ile sosyal destek algısı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($p<0,05$). Sosyal destek algısı açısından eğitim durumu lisans düzeyi olan bireyler daha yüksek ortalamaya sahiptir. Sosyal destek algısı açısından eğitim durumu ortaokul düzeyi olan bireyler daha düşük ortalamaya sahiptir. Yani lisans düzeyinde eğitim durumu olanlar daha fazla sosyal destek algısına sahipken eğitim seviyesi ortaokul düzeyinde olanlar daha az sosyal destek algısına sahiptirler.

Sonuç: Demografik veriler ile sosyal destek algısı karşılaştırıldığında cinsiyet, kronik hastalık, eğitim durumu, medeni durum ve ilaç kullanımı ile sosyal destek algısı arasında korelasyon saptanmış olup çalışma durumu ve yaş arasında bir korelasyon bulunamadı.

Demografik veriler ile algılanan stres düzeyi karşılaştırıldığında cinsiyet, yaş kronik hastalık, eğitim durumu, medeni durum, ilaç kullanımı ve çalışma durumu ile algılanan stres düzeyi arasında bir korelasyon saptanamadı.

Anahtar Kelimeler:Sosyal destek



ABSTRACT

Objective: Stress is a state of tension in a person's emotions, thought processes or physical conditions that threatens one's ability to cope with their environment. According to Phillips, perceived stress is an individual's feelings and thoughts about how much stress he or she is under at a certain time or in a certain situation. The concept of stress is derived from the word "estricia" in Latin and "estree" in Old French. The meaning of the word Estree is strain, tension and pressure. Stress (strain) has become an important part of modern life. Stress, which affects the normal functions of people negatively, leads to the emergence of various health problems in people and negatively affects the quality of life.

The aim of this study is to determine the relationship between the perceived stress levels of young adults and the perception of social support.

Materials and Methods: This retrospective and descriptive study conducted on patients who applied to University of Health Ankara Dışkapı Yıldırım Beyazıt Training and Research Hospital Family Medicine Clinic between 01/07/2023 and 30/10/2023.

In the study, Perceived Vital Stress Scale and Multidimensional Perceived Social Support Scale, Sociodemographic Demographic Information Form (consist of gender, age, marital status, occupational group, educational status, regular drug use status, and regular drug use) applied face to face. and by self-filling method. The data were analyzed with IBM Corp released 2017. IBM SPSS Statistics for Windows ver 25.0 Armonk NY:IBM Corp. Program and statistical significance level was accepted as $p<0.05$.

Results: The Perceived Social Perceived Stress Scale was applied to individuals aged between 18-65 years, who did not have a psychiatric disease, who did not receive psychiatric medication or psychotherapy, who applied to Ankara Dışkapı Yıldırım Beyazıt Family Medicine outpatient clinics for any reason during the study period, who agreed to participate in the study, and who agreed to participate in our study. The Support Scale was applied. The application was applied

as a face-to-face questionnaire. Afterwards, the results of both scales were compared with the sociodemographic data of the participants.

In our study, the sample of the study was calculated as 418, with 95% reliability and 10% margin of error. Considering the possible data losses, it was decided to reach 400 people in total. Age, gender, constantly used medication, marital status, educational status, employment status, perceived chronic illness, Vital Stress Scale score, Multidimensional Perceived Social Support Scale score are the parameters to be tested. According to the data obtained;

A negative and significant relationship was determined between the perceived stress level and the perception of social support ($p < 0.01$). In other words, as the perception of social support decreases, the perceived stress level increases.

A statistically significant difference was found between the genders in terms of perception of social support ($p < 0.05$). Women have a higher average perception of social support than men.

A statistically significant difference was found between the chronic illness and the perception of social support ($p < 0.05$). In terms of perception of social support, those who do not have a chronic illness have a higher average.

A statistically significant difference was found between drug use and perception of social support ($p < 0.05$). In terms of perception of social support, individuals who do not use drugs for a certain chronic disease have a higher mean. In other words, individuals who do not use drugs have higher perceived social support.

A statistically significant difference was found between marital status and perception of social support ($p < 0.05$). In terms of perception of social support, individuals whose marital status is married have a higher mean. Individuals whose marital status is widowed have less perception of social support.

A statistically significant difference was found between the educational status and the perception of social support ($p < 0.05$). In terms of social support perception, individuals with a bachelor's degree in social support have a higher mean. In terms of perception of social support, individuals with a secondary education level have a lower average. That is, those with a bachelor's degree have a higher perception of

social support, while those with a secondary education level have a lower perception of social support.

Conclusion: When demographic data and perception of social support were compared, a correlation between gender, chronic disease, educational status, marital status, drug use, and no correlation between working status and age.

When the demographic data and perceived stress level were compared, no correlation between gender, age, chronic disease, educational status, marital status, medication use and working status.

Keywords: Perception of social support,



1. GİRİŞ VE AMAÇ

Stres kelimesi Latince’de “estrietia”, eski Fransızca’da “estree” kelimesinden türetilmiştir. Estree kavramının anlamı gerilme,zorlanma veya baskıdır (1).Stres, bir bireyin düşünce ve duygularında veya fiziki şartlarında, bireyin çevresi ile başedebilme gücünü tehdit eden gerilim durumudur. Phillips’in kuramına göre algılanan stres kişinin belli bir zaman diliminde veya belli bir durumda ne oranda stres altında bulunduğuna ilişkin duygu yahut düşünceleridir (2). Stres (zorlanma), modern hayatın oldukça önemli parçası haline gelmiştir.İnsanın normal işlevlerini olumsuz yönde etkileyen stres, kişide çok değişik sağlık problemlerinin ortaya çıkmasına sebep olmakta, hayat kalitesini de negatif yönde etkilemektedir. Örnek olarak bir derlemede Everson-Rose ve Lewis öfke, depresyon, endişe, düşmanlık gibi olumsuz olarak nitelendirilen duygular, psikostresörler ve sosyal alandaki ilişkilerde bozulma ve olumsuzlukların damar ve kalp rahatsızlıklarına yakalanma ve bu rahatsızlıklardan ölme riskini oldukça arttırdığını belirtmektedir(2).

İnsan yaşamını çeşitli yönlerden bu derece etkileyen stres durumunun ölçülmesi ve bu ölçüm için kullanılacak yöntemlerin geliştirilmesi de oldukça önemli bir sorundur(3).

Verilen sosyal desteğin 18-65 yaş arası kişilerin yaşamsal stresleri üzerine etkisi olup olmadığının incelenmesi amacıyla çalışmamızda Algılanan Stres Ölçeği, Çok Boyutlu Algılanan sosyal Destek Ölçeği ve 7 soruluk Sosyodemografik Veri Formu kullandık.

Algılanan sosyal desteğin kişiyi hem fiziksel hem de ruhsal rahatsızlıklardan önemli oranda koruduğu herkesin sıklıkla sözel olarak ifade ettiği bir gerçektir. Birçok kişinin zihninde yer edinmiş bu düşüncenin bilimsel olarak kanıtlanması gerektiği kanaati bu çalışmanın ortaya çıkmasındaki en önemli sebeptir.

Çalışmamızda algılanan stresin sebepleri ile ilgili çeşitli parametreler belirlemek, belirlenen bu parametrelerin ilgili alanlarca kullanılarak bilime katkı sağlamak hedeflenmektedir.

Algılanan stres düzeyi ile algılanan sosyal destek arasındaki ilişkinin incelenmesine yönelik yurt içinde ve yurt dışında çeşitli çalışmalar yapılmış ancak aile hekimliğine başvuran hasta grupları arasında benzer bir çalışmaya rastlanmamıştır. Üniversite öğrencileri ,lise öğrencileri veya yaşlı popülasyon arasında çeşitli araştırmalar yapılmış olmasından yola çıkarak aile hekimliği polikliniklerine başvuran kişiler arasında da benzer bir çalışma yapılması planlandı. Bu sebeple araştırmada güdülen temel amaç; aile hekimliklerine başvuran farklı yaş gruplarındaki hastaların algılanan stres düzeyleri ile sosyal destek algısı arasındaki ilişkisini incelemektir.



2. GENEL BİLGİLER

2.1. STRES

Stres kavramı günümüzde hem günlük hayatta hem de bilimsel hayatta oldukça sık kullanılmaktadır. Latince “estrectia”, Fransızca “estrece” kelimelerinden köken almakta olup, “zorlanma, gerilme ve baskı” anlamına da gelmektedir (4). Farklı türde uyaranların canlılarda ortak değişikliklere sebep olmasının fark edilmesi üzerine stres, vücudun mevcut değişim ve yenilik karşında vermiş olduğu özgül olmayan karşılığı olarak tanımlamıştır. Stresli durumlarda bedenin verdiği bu tepki “Genel Uyum Sendromu” olarak adlandırılmıştır(4).

Stres bir organizmanın öngörülemeyen ani olarak gelişen olaylara karşı cevap vermesini sağlamakla beraber gelecekte de karşılaşılacak tehlikelere karşı oldukça canlı tutmaktadır(5). Kişi stres oluşturabilecek faktörlerle karşılaştığında olumlu başedebilme stratejisi geliştirirse, kişinin performansında artış saptanabilmektedir. Başa çıkma mekanizmasının yetersiz olması ve stresin süresinin uzaması halinde bireyde duygusal, zihinsel ve fizyolojik açıdan oldukça olumsuz sonuçlar meydana gelebilmektedir(5).

2.2. STRES VE BİYOLOJİK ETKİLERİ

Stres yaratan faktörler beyinde noradrenerjik sistem üzerinden aktivasyon sağlayarak katekolamin deşarjına ve mezoprefrontal yolakta dopaminerjik iletim artırımına neden olurlar.Genel stres yanıtında hem de dopaminerjik ve noradrenerjik stres yanıt sistemlerinin düzenlenmesi konusunda kortikotropin releasing faktör, GABA ve glutamat önemli bir rol oynar (5). Strese sebep olan faktörler, adrenal bezden adrenalin ve kortizol salınımını artırır (6). Kan glukoz seviyesi, kan basıncı ve eritrosit miktarını artıran kortizol, lökosit miktarında da azaltır. Aynı zamanda yağ asitlerinin yağ depolarından salınımına sebep olur (7). Uzun müddet maruz kalınan kortizol, diyabet, yorgunluk, miyopati, osteoporoz, hipertansiyon, cinsel alanda problemler, duygu durum bozukluğu, yeme bozukluğu ve nörotoksositeye neden olur. Epinefrin; vücut ısını, solunum hızını ve derinliğini arttırmakta, damarlarda ve bronşlarda genişlemeye sebep olmaktadır. Aynı zamanda

glukoz üretimini, vücut ısını, kalp kasına ait kasılma gücü ve kalpte iletim hızlarını arttırıp, nörolojik aktivitede artışa sebep olmaktadır. Stres, tiroid glanda tiroksin, pitüiter beze vazopressin ve oksitosin salgılatır. Vazopressin ve oksitosin salgısındaki artış damar duvarları gibi vücuttaki diğer birçok düz kasın kasılmasına sebep olur. Bu etkiler kan basıncında yükselmeye neden olarak kardiyovasküler sistemi tehdit altında bırakabilir (8).

Stres temelinde fizyolojik bir süreç olsa da uzun müddet strese maruz kalma durumu tükenmeye ve çeşitli hastalıklara davetiye çıkarmaktadır.

2.3. STRESE NEDEN OLAN DURUMLAR VE STRESİN KLİNİK YANSIMALARI

Strese sebep olan durumları temelde 2 grup altında değerlendirebiliriz. Kişinin kendisi ve sosyal çevresi (aile ve ev yaşamı, iş ve örgütsel yaşamı, eğitim yaşamı). İnsanların kişiliğinin strese meyilli olması, baş etme yeteneğinin az olması, karşılaşılan yaşamsal olayları (hastalık, eş kaybı, emeklilik, boşanma, taşınma, maddi halde meydana gelen değişiklikler) ve zor yaşam şartları kişinin kendinden kaynaklanan stres sebepleri olabilmektedir(9). Aile bireyleri arasında yaşanan ilişkisel sorunlar (cinsel yaşamdaki uyumsuzluk, rol karmaşası, eşler arasında çatışma, boşanma durumları), okul hayatında sınavlar ve bu sınavlara yüklenen anlamın derecesi ve aile beklentisinin fazla olması durumu strese yol açabilmektedir. İş alanında ve örgütsel alanda yeni işe başlama durumu, ast-üst ilişkilerinde meydana gelen gerginlik durumu, meydana gelen rol çatışmaları, zaman baskısı, ücret, iş güvenliğinin yetersiz olması gibi faktörlere bağlı olarak stres ortaya çıkabilmekte. Mali koşullar, politik yaşam, teknolojinin hızlı gelişim göstermesi ve değişimi, sosyal ve kültürel uyum sürecinde meydana gelen zorluklar da çevre kaynaklı stres etkenleridir (10).

Stresin ortaya çıkardığı yaygın semptomlar şunlardır; halsizlik, yorgunluk, ense, baş ve sırt bölgesinde meydana gelen ağrılar, hafif sersemlik, ağız kuruluğu, baygınlık, yutma sorunları, baş dönmesi, yüksek sıklıkta geçirilen soğuk algınlığı ve sık geçirilen enfeksiyonlar, kekemelik, kaşıntı, döküntüler, sebebi bilinmeyen alerji

atakları, midede yanma ve ağrı, bulantı, şişkinlik, kabızlık, ishal, solunumda meydana gelen güçlük, göğüs ağrısı, çok sık idrara çıkma durumu, fazlaca kaygı, suçluluk durumu, endişe hali, sinirlilik hali, hayal kırıklığının fazlaca olması, düşmanca sergilenen tavırlar, duygusal aşırı gerginlik ve tetikte olma hali, panik atak, cinsel performansın veya arzusun azalması, yalnızlık veya değersizlik duygu durumu, depresyon hali, ağlama krizleri ve intihar düşüncelerindeki artış, uyku ve iştah bozukluğu, obsesif- kompulsif davranışlar, konsantre olmada güçlük, yeni bilgileri öğrenmekte zorluk, karar vermekde zorluk, küçük kazaların meydana geliş sayısında artış olması durumu, iş verimliliği ve üretkenlikte azalma durumu, iletişim güçlüğü, unutkanlık, sosyal olarak içe kapanma ve izolasyon, sigara kullanımında artış, alkol ya da madde kullanımında artış (11,12).

2.4. STRESİN YOL AÇTIĞI RAHATSIZLIKLAR

Kişinin stresle baş edebilme yeteneğinin yetersiz olması ve stresin varlığını uzun süreli devam ettirmesi durumunda kişide zihinsel, fizyolojik ve duygusal olarak istenmeyen sonuçlar meydana gelebilir. Kişinin stres durumuna verdiği tepkiler neticesinde, stresin yoğunluk derecesine göre bir müddet sonra kronik hastalıkların gelişmesi ve oluşmasına zemin hazırlayacaktır (13). Richard Rache ve Thomas Hose tarafından geliştirilen “Sosyal Uyumu Ölçme Listesi” ölçeği ile yaşam olaylarının bireyde yarattığı etkileri değerlendirip, ölçekten fazla puan alanlarda psikosomatik rahatsızlık geliştirme riskini fazlalaştırdığını göstermişlerdir (14,15). Psikosomatik rahatsızlıklar; bedende işlevsel ya da yapısal olarak bozukluk ortaya çıkaran, ortaya çıkma, ağırlaşma ve iyileşme sebepleri arasında psikososyal faktörlerin rol oynadığı bozukluklardır(16). Sklıkla görülen bu rahatsızlıklar genelde multifaktöriyel nedenlerden dolayı ortaya çıkar (Tablo 1).

Tablo 1. Psikosomatik rahatsızlıklar.

Solunum sistemi rahatsızlıkları	Hiperventilasyon, alerjik rinit, astım
Dolaşım sistemi rahatsızlıkları	Migren, hipertansiyon, kardiyak aritmiler, koroner kalp hastalığı
Sindirim sistemi rahatsızlıkları	Non-kardiyak göğüs ağrısı ,globus, disfaji, dispepsi, irritabl barsak sendromu, fonksiyonel kabızlık vb. fonksiyonel GİS rahatsızlıkları, ülser, ülseratif kolit, Crohn hastalığı
Metabolik-endokrin system rahatsızlıkları	Hipotiroidizm, hipertiroidizm, Cushing sendromu, obezite, diabetes mellitus
Üretim-boşaltım system rahatsızlıkları	Menstruasyon rahatsızlıkları, cinsel işlev rahatsızlıkları, enkoprezis
Kas-iskelet sistemi rahatsızlıkları	Eklem ve kas ağrıları, romatoid artrit, fibromiyalji, sistemik lupus eritematozus, migren, gerilim tipi baş ağrısı,
Deri rahatsızlıkları	Ürtiker, psöriazis, nörodermatit, pruritis, egzama,

Aile hekimliğinde psikosomatik bozukluklar oldukça fazla karşılaşılan durumlardır ve başvuru sebeplerinin önemli çoğunluğunu oluşturur. 2022 yılına ait Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2022’de 15 yaşın üzerindeki kişilerde doktor tarafından tespit edilen hastalık/sağlık sorunları; bel bölgesi kas iskelet sistem sorunları (bel fıtığı, bel ağrısı vb.) romatizmal eklem hastalığı (romatoid artrit) %6,8, %12,0, hipertansiyon %14,7, mide ülseri %5,1, boyun bölgesi kas iskelet sistem sorunları (boyun fıtığı, boyun ağrısı vb.) %4, diabetes mellitus %7,6, alerjik durumlar (alerjik rinit, yiyecek vb. Alerjisi, dermatit) (alerjik astım hariç) %2,1, migrenöz ve benzeri şiddetli baş ağrısı %3,2, astım (allerjik astım dahil) %5,9, koroner kalp hastalıkları (anjina, spazm, göğüs ağrısı) %5,1, tiroid rahatsızlığı %2,4, bağırsak ülseri %0,7, kanser türleri %0,6 olarak belirtildiğini görüyoruz (17). Aile hekimliği polikliniklerine olan başvuruları değerlendiren çalışmalarda; en fazla konulan teşhislerin diabetes mellitus, hipertansiyon, baş ağrısı, miyalji, ürtiker, atopik dermatit, obezite ve mide ülseri gibi psikosomatik rahatsızlıkların olduğu tespit edilmiştir (18-20).

2.5. STRES ve STRESE BAĞLI PSİKİYATRİK RAHATSIZLIKLAR

Psikiyatrik semptomların; çevresel veya genetik faktörlerin, beyin nöronal ağlardaki bilgi işleme sürecinde fonksiyonel bozukluğa yol açması neticesinde meydana geldikleri düşünülür. Stres eğilimi hipotezinin savunduğu fikre göre; genlerin mental bir hastalığa sebebiyet verebilmesi için çevresel nitelikte stres etkenleri varlığı gereklidir. Bu etkenler virüsler, çeşitli mikroorganizmalar ya da rahatsızlıklar gibi biyolojik etkenler ya da çocukluk çağına ait istismar, ayrılma/boşanma gibi yaşamsal olaylar da olabilmektedir. Normal fonksiyon gösteren beyin nöronal ağlarına sahip ve genetik riski olmayan bireyler, stresle ilgili bilgiyi işleyerek ve uygun baş edebilme mekanizmalarını uygun şekilde kullanarak rahatsızlanmazlar. Ancak genetik eğilime sahip olan ve fazla sayıda stres etkenleri ile karşılaşan kişilerde döngünün yeterince aktive olmaması veya fazla aktivasyon göstermesi neticesinde psikiyatrik semptomlar ve çeşitli rahatsızlıklar görülebilmektedir. Bunun yanı sıra bir stres etkeni ile karşılaşan bireyin kişiliği de rahatsızlığın ortaya çıkmasında oldukça önemli rol oynamaktadır. Şayet birey karşılaşmış olduğu stresle baş edebilmek için uyuma yönelik ve başarılı savunma sistemleri kullanırsa, stresin genom üzerine olan etkisi azalarak, strese bağlı semptomlar çıkmayabilir (21).

2.6. STRES İLE İLİŞKİLENDİRİLEN ÇEŞİTLİ PSİKİYATRİK RAHATSIZLIKLAR

1.Depresyon: Çökkünlük, isteksizlik, yaşamdan zevk almama, intihar düşünceleri, iştah değişiklikleri gibi çeşitli semptomların görülebildiği ve bireyin işlevselliğini olumsuz yönde etkileyebilen bir rahatsızlıktır. Stres ile alakası kesin olarak bilinen hipotalamo pituiter eksen de meydana gelen anormallikler kişide depresyonun halinin oluşması, devam etmesi ve depresyonun tekrarlamasında oldukça önemli işleve sahiptir (22). Stresle beraber hipokampuste boyut azalması oluşmakta ve bu durumun duyarlı olanlarda depresyon gelişmesinde önemli bir faktör olduğu düşünülmektedir (23). Stresle beraber glukokortikoidlerde meydana gelen fazlalaşma, biyolojik açıdan depresyona eğilimli kişilerde limbik sisteme ait beyin bölgeleri ve monoaminergic yolaklarda da çeşitli değişiklikler meydana getirerek depresyon gelişmesine ve ilerlemesine sebep olmaktadır (24). Bununla birlikte depresif hastaların stresle başa

çıkma teknikleri de depresyona ait semptomların açığa çıkmasında oldukça etkili olabilir. Bu konuyla ilgili gerçekleştirilen bir çalışmanın sonucu olarak; etkisiz veya non-fonksiyonel başa çıkma yöntemlerinin depresyona yakalanan hastalar tarafından kontrol grubuna kıyasla çok daha fazla kullanıldığı saptanmıştır (25).

2. Anksiyete Bozuklukları: Anksiyete bozuklukları, gerçekte olmayan tehlike karşısında fazlaca korku hali ve kaçınmak hali ile karakterize bir bozukluktur(26). Anksiyeteye bağlı semptomların ortaya çıkmasında ve sürdürülmesinde; amigdalanın lokus seruleus bölgesi başta olmak üzere nükleus retikülaris, hipotalamus, nükleus ambiguus, ve paraventriküler nükleus gibi beyin yapıları ile GABA-Benzodiazepin Reseptör-Cl-iyonoforu, santral noradrenerjik, serotonerjik sistemler görev alır (27). Yaşamın erken dönemlerindeki stres etkenlerinin CRH, CRH'nın da lokus sereleus üzerindeki etkilerinin anksiyete bozukluklarının gelişiminde görev aldığı tespit edilmiştir (28).

3. Akut Stres Bozuklukları ve Travma Sonrasında Gelişen Stres Bozukluğu: Akut stres bozukluğu sıklıkla travma yaratan olaylardan sonra meydana gelen, dissosiyatif belirtilerin daha belirgin olduğu, geçici bir rahatsızlıktır. Travma sonrası stres bozukluğu, travmatik olay ve koşullarda uzamış ve gecikmeli olarak ortaya çıkabilen ve hayatı önemli oranda etkileyen belirtiler kümesidir. Çocuklukta yaşanmış travmatik olayların önemli oranda rahatsızlığın ortaya çıkışını kolaylaştırıcı faktörlerden olduğu bilinmektedir. Risk faktörleri arasında; olumsuz yaşanmış olaylar, sosyal desteğin azlığı, travma öyküsü ve hatalı stresle baş edebilme yöntemleri bulunmaktadır. HPA aksındaki aktivasyon düzeyiyle ilgili fonksiyonel bozukluk ve hipokampus nöron sayısında görece azalmaya eşlik edebilen amigdala metabolizmasındaki artışı destekleyen bir çok çalışma mevcuttur (29,30).

4. Şizofreni ve Psikotik Rahatsızlıklar: Şizofreni hastalığının etyolojisinin tespiti ile ilgili çalışmaların çoğu genetik ve çevresel etkenlere yönelik yapılmıştır ve stresin hastalık seyrinde esas görev aldığı oldukça açık bir durumdur (31). Bu konu ile ilgili yapılan bir çok çalışma neticesinde gen ile çevre arasındaki etkileşimin, psikososyal stres etmenlerinden sonra psikoz durumunun ortaya çıkmasında oldukça önemli bir etken olacağı belirtilmektedir (32). Şizofren hastalarında, insani ilişkilerde, iş ve sosyal topluma ayak uydurmada, aile içindeki görevlerini yerine getirilmesinde karşılaşılan zorluklar kayda değer miktarda stres faktörü

olabilmektedir. Bu sebepten dolayı farmakolojik tedavi kaçınılmaz olmakla beraber farmakolojik tedavinin tek başına yeterli olmadığı görülmüş, hastaya ve hastanın ailesine yönelik destekleyici psikoterapiler ve stres oluşturan faktörlere yönelik temel beceri eğitimleri hastalığın nüks oranlarını azaltmakta olduğu bilinmektedir (33).

5. Uyku Bozukluğu: Uyku kişinin yaşamına dair vazgeçilemez ve esas faaliyetlerinden biridir. Uyku ve uyanıklık döngüsünün düzenlenmesinde aminojik ve kolinerjik sistemler ve hipotalamik sistem önemli rol oynamaktadır. Sempatik sistemin ve HPA aksının aktivite olması ile uyanıklık sağlanır, bununla beraber dikkat ve uyarılmada ACTH, CRH, kortizol, norepinefrin ve epinefrin rol almaktadır (34). HPA aks aktivitesi uyku döngüsünün erken dönemlerinde azalma paterni, sonraki dönemlerinde ise artış göstermektedir (35). HPA ve sempatik sinir sistemindeki aktivasyon artışı REM evresini etkiler. Stresin HPA’da ortaya çıkardığı düzensizlik, uyku rahatsızlıklarının ortaya çıkmasında temel sebeplerden biri olabilmektedir. Stresle artan uyku bozuklukları ve düzensizlikleri tedavisinde stress ile etkili başedebilme yöntemlerinin kullanılması olumlu sonuçlar verebilmektedir.

6. Yeme Bozuklukları: Yeme bozukluklarının ortaya çıkmasında psikolojik etkenler (aile içi ilişkiler, travma, bağlanma sorunları), sosyokültürel, genetik ve çevresel, biyolojik etkenler rol oynar. Azalmış benlik saygısı, olumsuz hayat koşulları ve olumsuz yaşamsal olaylar bireylerin algıladıkları bedeninin biçimi ve beden ağırlığı konularına gereğinden fazla odaklanmalarına yol açmaktadır. Bununla beraber, obezitenin gelişiminde de genetik yatkınlıkla beraber stres ve emosyonel etkenlerin fonksiyonu fazladır (36). Akut strese karşılık olarak glukokortikoid artışı, HPA aktivitesi ve yeme eylemini azaltır, ancak kronik stresin varlığında yüksek glukokortikoidler uyarıcı işlev görür ve gıda alımını arttırır (37). Bu durum, obeziteye eğilimli bireylerde obezite gelişimini tetiklemektedir. Ayrıca, bireyler kronik stress ile uyarılan olumsuz duygulanım durumunu azaltmaya yönelik yeme eylemine yönelebilirler.

7. Cinsel İşlev Bozuklukları: Kronik stress varlığının, insanın cinsel yaşamında oldukça önemli bir fonksiyona sahip testosteron ve LH düzeylerindeki düşüklükle ilişkisi olduğu bilinir (38). Stresin oluşturduğu cinsel isteksizlik hali, erektil fonksiyon bozukluğu veya erken boşalma gibi benzeri sorunlar ortaya

çıkabilir.

8.Bağımlılık: Stres oluşturan etkenler, bireylerin başedebilme yetenekleri, kişilik özelliği ve toplumsal etkenler ile biraraya gelerek biyolojik eğilimi olanlarda alkol, tütün ve madde bağımlılığında artışa sebep olabilmektedir. Hayvanlar ve insanları içeren birçok araştırmada; kronik stresin, madde arayışı ve yeniden madde yönelimine sebep olan başlıca etkenlerden olduğu belirlenmiştir (39,40).

9.Konversiyon Bozukluğu: Psikolojik etkenlerin varlığı ile tetiklenen konversiyon bozukluğu, organik bir temeli olmayan istemli duyu veya motor sistemlerindeki disfonksiyon ile karakterize bozukluklardır. Semptomların aniden ortaya çıkması ve kısa sürede düzelmesi en bilinen özelliğidir. Hasta bireylerde meydana gelen konversif atakların öncesinde hastalığı tetikleyen stres faktörlerinin belirlenmesine yönelik fazla sayıda çalışmalar vardır. Türkiyede gerçekleştirilen bir çalışmada; atakların ortaya çıkmasını tetikleyici stres faktörlerinin hasta bireylerin %59,7'sinde mevcut olduğu belirlenmiştir (41).

2.7. AİLE HEKİMLİĞİ PRATİĞİNDE KARŞILAŞILAN PSİKİYATRİK HASTALIKLAR

Aile hekimliği pratiğinde psikiyatrik rahatsızlıklarla oldukça sık karşılaşılmaktadır. Bu hastalıkların önemli çoğunluğu stres faktörleriyle ortaya çıkmakta ve ciddi anlamda yaşam kalitesinde düşüşe sebep olmaktadır. Türkiye’de 2013 yılında yapılan Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri çalışmasında; depresif duyu durum bozukluğu, panik bozukluğu ve somatizasyon bozukluğu tanılarını içeren toplam ruh sağlığı bozukluğunun oranı %12 olarak belirlenmiş olup, kadınlardaki oran %16, erkeklerdeki oran %7 olarak rapor edilmiştir (42). 2012 yılında yayına çıkarılan Sağlık İstatistikleri Yıllığı bilgilerine göre; kişilerin %2,1’inde kronik depresyon, %1,8’inde diğer ruhsal sağlık sorunları, %0,6’sında kronik kaygı olduğu belirlenmiş, hekimlerin hastaların %1,9’una kronik depresyon, %1,6’sına diğer ruhsal sağlık problemleri, %0,4’üne kronik kaygı tanısı koyduğu rapor edilmiştir(18). Aile hekimlerine başvuruda bulunan psikiyatri hastalarının önemli çoğunluğunun psikiyatrik şikayetlerden ziyade bedensel belirti (uykusuzluk, ağrı, yeme-içme bozukluğu, halsizlik) ile başvurdukları da göz önünde

tutulacak olursa, aile hekimlerinin böyle hastalara psikiyatrik açıdan en doğru yaklaşımda bulunmalarının oldukça önemli olduğunu söyleyebiliriz.

2.8. STRESLE BAŞA ÇIKMA YÖNTEMLERİ ve TEDAVİ

Uygun başedebilme yöntemlerinin kullanılması durumunda stresin sebep olduğu istenmeyen sonuçları engellemek mümkün olmaktadır. Folkman'a ve Lazarus'a göre başa çıkma; kişinin stres etkenleri ile karşılaşması durumunda olası sonuçları değerlendirip bu değerlendirme sürecinin kişinin davranışsal veya duygusal tepkilerini etkilemesi şeklindedir. Başa çıkma kavramı ile ilgili varolan çalışmalar, kişinin hayat kalitesini ve işlevselliğini oldukça önemli yaşam olaylarından ziyade günlük rutinlerini daha çok etkilediğini göstermektedir (43).

Stres yönetimi eğitiminde beş esas beceri hedeflenmektedir:

- Kendini gözlemleme ve değerlendirme
- Bilişsel olarak yeniden yapılandırma
- Gevşeme ile ilgili egzersizler
- Zamanın uygun ve doğru yönetimi
- Problem çözme yetisi

Hedef, stresi azaltmak ya da tamamen ortadan kaldırmak yönelimli tutumlar değil, stresi istenen sonuçlar elde etmek amacıyla kullanmak olmalıdır.

Kendini gözlemleme becerisinde;kişilerin problem yaratan durumlarla karşılaştığında hangi davranışları sergilediği ve bu durumun hangi sonuçları doğurduğuna dair gözlemlerini günlük şeklinde yazıya geçirmesi tavsiye edilir.

Bilişsel yapılandırmada, kullanılan bilişsel davranışçı terapi teknikleri sayesinde bireyin uyum bozmaya yönelik inançlarının davranış ve düşüncelerinin farkına vararak bu inanç ve davranışlarını değiştirmesi hedeflenmektedir.

Gevşeme egzersizleri ile kişinin kendisinin otonomik sisteminin uyarılmasını azaltmak sureti ile, kaslarını gevşetmesi amaçlanmaktadır. Gevşeme eğitimi, uyum bozucu nitelikteki davranış kalıplarını azaltma konusunda etkili olmaktadır.

Zaman yönetiminde ise günün nasıl geçirildiğinin kaydını tutmak, yapılacak işleri planlama, öncelikleri belirlemek ve uzun döneme ait amaçların akılcı bir şekilde oluşturulması hedeflenir.

Problem çözmede birinci hedef problemin tanımlanması sürecidir. Devamında sırasıyla; alternatif çözümleri üretmek, alternatiflerin gözden geçirilmesinden sonra en iyi ve en uygun çözümü seçip, çözümün uygulanmasıdır (44).

2.8.1. BİLİŞSEL DAVRANIŞÇI TERAPİ

Stres yönetim sürecinde kullanılan bilişsel davranışçı terapi sayesinde; stresli durumlar karşısında kişinin kendine ait bilişsel kabullerini olabildiğince fark etmesine yardımcı olabilmek, mevcut ön kabullerinin istenmeyen duygudurum ve davranışlar açısından kendisini ne kadar etkilediğini ve ön kabullerini nasıl değiştirebileceğini öğretmek hedeflenmektedir (45).

2.8.2. İLAÇ TEDAVİSİ

Hastalığın şiddetine uygun düşecek şekilde ilaç temelli tedavi, destekleyici psikoterapiyle birlikte etki ve verim açısından önemli sonuçlar oluşmasını sağlar (39). Yapılan çalışmalara göre antidepressan olarak etki gösteren ilaçların HPA ya da CRF eksenindeki aktivasyon artışının azalması yönünde etki ettiği tespit edilmiştir (46,47).

Erken yaşamda karşılaşılan streslerle ilgili çoğu psikiyatrik rahatsızlıklarda selektif serotonin re-uptake inhibitörlerinin (SSRI) etkili olduğu çalışmalarla gösterilmiştir (48). Yaşam stresörleri ile ilgili psikiyatrik rahatsızlıkların tedavisine etki eden vazopressin 1B reseptör antagonizması yapan ve CRF-1 antagonisti yeni jenerasyon ilaçların geliştirilmesi ile ilgili pek çok çalışma vardır (49).

2.9. SOSYAL DESTEK

Neredeyse her bireyin hayatında deneyimlediği zorlu veya olumsuz durumların strese sebep olduğu bilinmektedir. Bireylerin deneyimlediği stres karşısında fiziksel ve ruhsal durumlarının bozulmadığının fark edilmesi; araştırmacıları, koruyucu faktörleri araştırmaya yöneltmiştir. 1970 yılından itibaren yapılan araştırmalarda olumsuz olaylara karşı koruyucu faktör olarak düşünülen sosyal destek kavramı literatürde daha sık kullanılmaya başlanmış ve her geçen sene bu kavrama verilen önem giderek artmaya devam etmiştir.

Kişinin, yaşadığı çevre ile yakın ilişkiler kurup kişinin çevresinde sevgi ve saygı gördüğüne inanması, stresli zamanlarda yeterli psikolojik, duygusal ve ekonomik desteği içinde bulunduğu toplumdan görebilmesi sosyal destek kavramının temellerini oluşturmaktadır. Birey çevresinden karşılaştığı sorunlara yönelik yeterli desteği bulamıyorsa, içinde bulunduğu toplumun önemli bir parçası olduğuna inanmamakta beraberinde stresli yaşam olayları ile başa çıkmakta zorlanmaktadır. Çevresinden yeterli sosyal destek aldığına inanan bireylerin, özellikle; hayatın önemli bir parçası olan ölüm, işsizlik, bir yerden başka bir yere taşınmak, iş değiştirmek, boşanmak, evlenmek ve bir hastalığa yakalanmak veya aile bireylerinin bir hastalığa tutulduğunu öğrenmek gibi çok yoğun stres içeren durumlarla daha başarılı bir şekilde başa çıktıkları gözlenmektedir. Bu sebeple, sosyal bilimler araştırmaları içerisinde sosyal destek kavramı önemli yer tutmaktadır. Birçok araştırmacı tarafından incelenmiş olan sosyal destek kavramı, çok çeşitli tanımlamalarla karşımıza çıkmaktadır. En genel tanımı ile sosyal destek, kişilerin, zorlandığı zamanlarda çevresindeki bireylerden psikolojik, ekonomik, manevi ve/veya sosyal açıdan her türlü yardım görebilecekleri imkanına sahip olmalarıdır.

Pierce ve diğerlerine (1996) göre sosyal destek, herkes tarafından değil de; bireylerin en yakınındaki aile bireyleri tarafından veya arkadaşlarından sağlayabileceği maddi veya manevi yardımların bütünü olarak tanımlanır. Sosyal destek kavramının tanımlamasını yapan Lepore ve diğerlerine göre (1991) sosyal destek kavramı, belli bir toplum içinde yaşayan bireylerin kendilerini yeterince güvende ve değerli hissetmeleri, gerektiğinde ise istedikleri yardıma ulaşabilmeleri, tatmin edici sosyal çevreye sahip olmaları ve bu bahsedilen sosyal çevreye bağlanabilmeleri olarak kavramsallaştırılmıştır. Wills' göre (1991) ise sosyal desteği,

kişinin başkaları tarafından değer verildiğini, sevildiğini ve saygı duyulduğunu hissetmesi, bunu deneyimlemesi ve karşılıklı yardımlaşma ve yükümlülüklerden oluşan sosyal ağın önemli bir parçası olması olarak tanımlamaktadır.

Sosyal destek kavramını daha geniş bir açıdan inceleyen Eker ve Akar'a (1995) göre, bireyin içinde bulunduğu sosyal çevresinde ilişkide bulunduğu kişi sayısı, bu kişilerle güvene ve yakınlığa dayalı ilişki kurabildiğini düşünmesi, deneyimlemesi, ihtiyaç duyduğunda ise çevresinden yardım alabileceğine inanması ve ihtiyaç durumunda bu bireylerden beklediği desteği alıp alamaması durumu sosyal desteğin varlığını veya yokluğunu göstermektedir. Bu açıklamalar göz önüne alınırsa, sosyal desteğin var olması durumunun hem bireyin duygusal ilişkiler kurabilmesiyle aynı zamanda ihtiyaç duyduğu zamanlarda yeterli maddi/manevi yardımı sağlayabilmesi ile oluşabileceği düşünülmektedir.

Kişilerin stresli yaşam koşullarında veya problemlili zamanlarında içinde bulunduğu çevreden duygusal veya psikolojik destek görebilmesini sosyal destek olarak açıklayan bir çok çalışmaya göre, bireyin sosyal destek kaynakları, o kişinin dar ve geniş ailesi, hemcins veya karşı cins yakın arkadaşları, iş ve okul arkadaşları, eşi, komşuları ve kendi kültürüne uygun olarak oluşan gruplar olarak tanımlanmaktadır.

Bireyin; sosyal destek kaynaklarının yeteri kadar farkında olması; o kişinin zorlandığı zamanlarda destek alacağı kişileri bilmesine, yaşadığı tüm zorluklar karşısında farkında olduğu sosyal destek kaynaklarını harekete geçirmesine ve bu kişilerden ihtiyacı olan kaynakları isteyebilmesine, sosyal destek ağından gerektiğinde bilgi alışverişi veya yol gösterme gibi manevi destek almasının yanı sıra, gerektiğinde maddi olarak bile destek görebilmesine imkan sağlamaktadır. Sosyal destek ağının güçlü olduğu kişilerin zorlu durumlarla kolay baş edebildikleri, yaşadıkları veya deneyimledikleri zorlu durumları çok daha kolay atlatabildikleri ve çevresinden gelen herhangi bir stres faktörüne karşı daha hazırlıklı ve daha dayanıklı oldukları düşünülmektedir.

Yukarıdaki tanımlamaların hepsi göz önünde bulundurulduğu zaman, sosyal destek kavramının birbirinden farklı açılardan ele alındığı görülse de, bütün

araştırmacıların sosyal destek konusunda benzer görüşlere sahip olduklarını görüyoruz. Tanımlardaki ortak noktaya göre, kaliteli sosyal destek alan kişinin, çevresindeki bireyler ile önemli duygusal ilişkiler içinde olduğu ve bu bireylerden oldukça tatmin edici maddi veya manevi yardım sağladığı düşünülmektedir. Mevcut sosyal destek kavramıyla ilgili araştırmalar neticesinde, kişilerin aldığı sosyal destek kadar algıladığı sosyal desteğin de oldukça önemli olduğu gözlemlenmiştir. Alınan sosyal destek, bireyin kendi çevresinden sağlamış olduğu sosyal desteğin miktarını tanımlarken, algılanan sosyal destek kavramı ise bireyin kendisine sağlanan bu kaynakları kişisel olarak nasıl nitelendirdiğini anlatmaktadır. Yapılan araştırmaların sonucuna göre, kişinin algıladığı sosyal desteğin; almış olduğu sosyal desteğe kıyasla, ruh sağlığı üzerinde çok daha önemli olduğu gözlemlenmektedir.

2.10. ALGILANAN SOSYAL DESTEK

Kişinin olumlu veya olumsuz her türlü duygu ve tecrübesini görünür kılma isteğinin sebeplerinden biri de; paylaşarak onu çok daha derinlikli yaşamak veya destek alabilme ihtiyacıdır.

Literatürde sosyal destek kavramı bazı araştırmacılara göre iki, bazılarına göre dört temel grupta incelenmektedir. İki gruba ayrılanlara örnek olarak Cohen'in (2004) çalışmaları verilebilir. Araştırmacı Cohen'e göre; birinci sosyal destek türü, kişilerin yardıma ihtiyaç hissetmesi halinde, karşılıklı olarak bilgi, duygu veya maddi bir kaynağı paylaşarak yardım ihtiyacını gidermeye çalıştıkları sosyal destek türüdür. Bu modelin savunduğu sosyal yardım daha çok, gelişimsel geçiş, bağımlılık, hastalık, davetler ya da stres verici olaylar gibi duyguların ön planda olduğu durumlar ile bağlantılıdır. Buradaki yardım, gayri resmi ilişkilerden karşılanacağı gibi bu işler için görevli gruplardan da elde edilebilmektedir. Diğer tür sosyal destekte ise; doğrudan bir yardım amacı taşımadan, karşı tarafı duygusal, bilişsel, davranışsal ya da biyolojik yönden olumlu etkileyen ve daha çok insan ilişkilerine etkisi olan türdür.

Sosyal destek türlerini dört temel gruba ayıran araştırmacılar da bulunmaktadır. Bu gruplar şu şekilde sıralanabilir: duygusal destek, değerlendirme desteği, bilgilendirici destek ve araçsal (maddi) destektir. Bu sosyal destek türleri ve

günlük hayattaki karşılıkları Tablo-2 de gösterilmiştir.

Tablo 2. House’a göre destek kategorileri türleri(26).

Kaynak	Duygusal	Bilgilendirici	Değerlendirici	Araçsal
Mitchell ve Trickett (1980) ^a	Duygusal	Yeni ve çeşitli bilgilere erişim	Beklentiler, değerlendirmeler ve paylaşılan dünya görüşüne dair iletişim	Görev yönelimli
Barrera ve Ainlay (1983) ^a	Samimi etkileşim Pozitif sosyal etkileşim	Rehberlik	Geri bildirim	Malzeme yardımı Davranışsal (fili) yardım
Cohen ve Wills (1985) ^a	Yoldaşlık Saygı	Bilgilendirici	Saygı	Araçsal
Vaux, Burda ve Stewart (1986) ^b	Duygusal Sosyalleşme	Rehberlik ve tavsiye		Somut yardım Parasal yardım
Furman ve Buhrmester (1985) ^b	Güvenilir anlaşma Refakat Alaka Samimiyet		Değer geliştirme	Araçsal yardım
Richman, Rosenfeld ve Bowen (1998) ^b	Dinleme desteği Duygusal destek Gerçeklik onayı		Duygusal meydan okuma Resmi takdir Teknik meydan okuma	Görev ile meydan okuma Somut destek Kişisel asistanlık

Kişilerin sosyal destek kaynaklarına örnek olarak; aile bireyleri, arkadaşları, dini veya etnik gruplardan çevreleri, komşuları, öğretmenleri; özellikle yaşlı kişiler için resmi olmayan bakım hizmeti verenler, resmi sağlık çalışanları veya en geniş anlamıyla kişinin içerisinde bulunduğu toplumun üyeleri gösterilebilir.

Yapılan çalışmalar ve gözlemler sonucunda, profesyonel ruh sağlığı uzmanlarının; danışanlarının iyi oluşunu ve psikolojik dayanıklılıklarını arttırmalarına yardımcı olma hususunda, sosyal destek kaynaklarını belirgin derecede fark etmelerine ve kabul etmelerine önem verdiği tespit edilmiştir(26). Ruh sağlığı çalışanlarının çeşitli durumlarda sıklıkla kullandığı, Lahad (1997), tarafından geliştirilen “Altı Parçalı Hikâye” adlı teknik; her yaştan kişilere uygulanabilmekte ve kişilerin bu zor zamanlarında da başvurabilecekleri çeşitli yardım kaynaklarını ortaya çıkartmalarını sağlamaktadır. Bu teknikte anlatıldığına göre, altı temel başa çıkma stratejisinden birisinin, sosyal destek kaynaklarını etkili kullanmak olduğu vurgulanmaktadır.

Bireyin, yaşadıkları çevrede değer gördüğüne, sevildiğine, gereken zamanlarda kendilerine yardımda bulunacak kişilerin var olduğuna olan inancının; o bireyin

kişilerarası ilişkilerindeki tatmin düzeylerini oldukça olumlu yönde etkilediği düşünülmektedir. Sosyal destek; kişinin hayatındaki problemlerin yaratabileceği sıkıntılı durumlara karşı gerekli tampon görevi görürken; algılanan sosyal desteğin de tatmin edici olabilmesi için kişinin sosyal çevresinde o kişiye destek olabilecek kişilerin yeterliliği ve sağlanan desteğin türü, o desteğin veriliş tarzı da oldukça önem taşımaktadır.

Algılanan sosyal destek kavramının içerisinde yer alan sosyal ağ kavramı; bireylerin birbirleri ile her türlü iletişimsel bağ kurdukları çok temel bir kavramdır. Sosyal ağ kişinin kendi sosyal çevresinde iletişimde bulunduğu, kendisi açısından önemli veya değerli bulduğu kişileri kapsar iken; sosyal destek ağı, kişinin en yakınları olan aile veya arkadaşlarından meydana gelmektedir. Kişinin içinde bulunduğu sosyal ağ çevresinin geniş veya kapsamlı olması o kişinin; eş, anne-baba, arkadaş, kardeş, akraba veya komşu gibi çok farklı rolleri de üstlenebileceğini göstermektedir. Kişi, bu çeşitli rolleri deneyimlerken veya yaşarken, değer verdiği kadar da değer gördüğünü hissediyor, ihtiyaç olması durumunda destek sağlıyor ve bunun karşılığında da destek alabiliyorsa; o kişi kendisini yeterli, oldukça güvende ve yeteri kadar mutlu olarak tanımlayabilmektedir. Bununla beraber, kişi kendi sosyal ağında çok daha dar kapsamlı ilişkiler kurmuş ise veya kurduğu bu ilişkilerden tatmin duygusunu yeteri kadar sağlayamıyorsa o kişinin sıkıntılı zamanlarda çok daha fazla endişe deneyimlediği veya yeteri kadar sevildiğine dair olan inancının azaldığı gözlemlenmektedir.

Çeşitli araştırmalara göre, yoğun stresli veya problemlili zamanlarla baş etmek hususunda sosyal destek algısı çok önemli bir yer tutmaktadır. Geçirdiği zor zamanlarında öncelikle ailesinden veya yakın çevresinden destek alabileceğine inanan kişilerin deneyimledikleri sıkıntılar ile çok daha etkili bir şekilde baş edebilecekleri düşünülmektedir. Kişinin; kendi çevresindeki sosyal destek kaynaklarına çok fazla çaba sarf etmeden ulaşabileceğini düşünmesi, kişi üzerinde pozitif etkiye neden olacak, o bireyin deneyimlediği endişe veya stres düzeylerini azaltacaktır.

Gerektiği zamanlarda destek alınabilecek bireylerin varlığı algısı veya alınan bu destekten tatmin olma seviyesi, sosyal destek kavramının içerisinde yer alan iki temel kavramdır. Bu algının kişiden kişiye göre değişiklik göstermesinin çeşitli nedenlerinin; bireylerin öznel kişilikleri, düşünce ve inanç sistemleri olduğu

düşünülmektedir. Bazı bireyler sosyal çevrelerinde destek verecek kaynakların çok daha fazla olmasını tercih ederken, bazı bireyler ise tek bir kaynaka yetinebilmektedirler. Bu duruma göre, sosyal ilişkilerde içinde bulunulan iletişim tipine göre söylenen bir kelime bazı bireyler tarafından cesaretlendirici olarak algılanır; bazı bireyler tarafından ise eleştirel ya da saldırgan olarak algılanabilmektedir. Benzer şekilde, mevcut sosyal destek aynı kaynaktan sağlansa bile algılanan sosyal destek bireyler arasında çeşitlilik gösterdiği için kimi bireyler görmüş oldukları desteği olumlu olarak yorumlar, kimi bireyler de aynı sosyal desteği olumsuz olarak yorumlamaktadır. Bireyin içinde bulunduğu kendi sosyal çevresi, bu sosyal çevresinin işlevi, bireyin sosyal çevresine vermiş olduğu önem ve o çevrede var olan aktivitesi; o kişinin çevresini algılama düzeyini dahi etkilemektedir.

2.11. ALGILANAN SOSYAL DESTEK İLE İLGİLİ YURT İÇİNDEKİ ARAŞTIRMALAR

Eğitim ve güzel sanatlar fakültesinde okuyan toplam 140 üniversite öğrencisi arasında yapılan bir çalışmada; insan sosyokültürel bir varlık olarak tanımlanmış, onun çeşitli türden ihtiyaçlarını (maddi veya manevi) hem kişinin doğumuyla birlikte oluşan doğal çevresi hem de birey olma özelliğini kazandığı ve kimlik inşası esnasında yeri olan sosyal çevresi ile hemhal olarak yaşamını sürdürdüğü öne sürülmüştür. Nitekim algılanan sosyal destek ile psikolojik dayanıklılık arasındaki bağlantının incelendiği bir başka çalışma, aralarında anlamlı bir ilişki olduğunu belirlenmiştir(29). Katılımcıların üç farklı gruptan (aile, arkadaş, özel insan) elde ettiği sosyal desteği algılamasının; katılımcıları zorlu 27 hayat tecrübelerine karşı güçlü tutacak psikolojik dayanıklılığı arttırdığı sonucunu elde etmiştir(29).

2.14. ALGILANAN SOSYAL DESTEK İLE İLGİLİ YURT DIŞINDAKİ ARAŞTIRMALAR

Psikoeğitim yolu ile algılanan sosyal desteğin artırılmasını amaçlayan bir çalışmada bir topluluğa üye olan ve medeni durumu evli olmayan kişilere test

uygulanmıştır. Algılanan sosyal destek puanı düşük olan kişilerden atama yolu ile belirlenmiş olan bazı katılımcılara psikoeğitim programı uygulanmış bazıları ise sadece bekleme listesinde tutulmuş ve bekleme listesindeki bu grup kontrol grubu işlevi görmüştür. Katılımcıların kendisi ve de sosyal ilişkileri ön planda tutularak, katılan kişilere sosyal beceri ve bilişsel yeniden çerçeveleme yöntemi ile ilgili psikoeğitim verilmiştir. Çalışmanın neticesinde katılımcıların algılanan sosyal destek düzeylerinin aile alt boyutu açısından arttığı fakat arkadaş alt boyutu açısından herhangi bir fark olmadığı tespit edilmiştir. Aynı zamanda çalışmanın sonrasında, katılımcıların kendisinden aldığı desteğin, sosyal çevresinden aldığı desteğe göre çok daha yükseldiği gözlemlenmiştir. İnsanın kendisine dair bilişlerini değiştirmesinin başkalarına dair bilişlerini değiştirmekten çok daha kolay olabileceği sonucuna varılmıştır(31).

Sosyal destek, güç durum içinde olan kişiye arkadaş, aile, komşu veya kurumlardan sağlanan hem fiziksel hem de psikolojik yardım olarak tanımlanmaktadır. Sosyal destek, kişilerin bağlılık, sevgi, benlik saygısı veya herhangi bir gruba ait olmak gibi temel sosyal ihtiyaçlarını karşılar; aynı zamanda psikolojik ve fiziksel sağlığı da istenen yönde etkilemektedir. Araştırmacılar, kişilerin sosyal ağını oluşturan kişi ve kurumların hemen her zaman istenen yönde ve destekleyici olamayacağını, hatta bazen kuvvetli bir sosyal ağın sosyal ağdan ziyade, bireyin algıladığı desteğin kişi için fayda sağlayacağını vurgulamaktadır.

3. GEREÇ VE YÖNTEMLER

3.1. ÇALIŞMA TASARIMI

Tek merkezli,tanımlayıcı ve kesitsel desende tasarlanan çalışma 01.07.2023-30.10.2023 tarihleri arasında SBÜ Ankara Dışkapı SUAM Aile hekimliği merkez polikliniklerine başvuran ve anketi doldurmayı kabul eden 18-65 yaş arası vatandaşlarla yürütülmüştür.

Çalışma öncesi Sağlık Bilimleri Üniversitesi'nden 16.05.2023 tarihinde tez konusu onayı (Ek-4) ve Ankara Etlik Şehir Hastanesi 1 Nolu Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 14.06.2023 tarih, AEŞH/255/2023 karar numarası ile etik kurul onayı alınmıştır (Ek-5)

3.2. ÇALIŞMA POPÜLASYONU

Her yıl merkez polikliniklerimize, araştırmamızı yürüttüğümüz Temmuz-Ekim ayları arasında, 18-65 yaş arası başvuran hastaların sayısı göz önüne alınmış olup(aylık başvuru sayısı 110 kabul edilmiştir),buna dayanarak %95 güvenilirlik ve %5 hata payı ile araştırmanın örneklemini 350 olarak hesaplanmıştır. Oluşabilecek veri kayıpları göz önüne alınarak toplam 400 kişiye ulaşılmasına karar verilmiştir.

3.3. ARAŞTIRMANIN YERİ VE ZAMANI

Araştırma, etik kurul onayı alındıktan sonra 01 Temmuz- 30 Ekim 2023 tarihlerinde Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği'ne başvuran 18-65 yaş arası hastalar ile yapılmıştır.

3.4. ARAŞTIRMANIN KABUL KRİTERLERİ

Ankara Etlik Şehir Hastanesi'ne başvuran 18-65 yaş arası, iletişim kurulabilen, psikiyatrik rahatsızlığı olmayan yaklaşık 402 katılımcı.

Araştırmaya dahil olma kriterleri:

18-65 yaş arasında olmak

3.5. ARAŞTIRMANIN VERİ KAYNAKLARI VE UYGULAMA ŞEKLİ

Araştırmaya dahil edilen kişilere Kamarck, Cohen ve Mermelstein tarafından 1983 senesinde geliştirilmiş olan, Baltaş, Atakuman ve Duman (1998) tarafından ve Eskin, Harlak, Demirkıran ve Dereboy 2013 yılında Türkçe'ye uyarlanan Algılanan Stres Ölçeğiyle(ASÖ) Zimet ve arkadaşları tarafından 1988 senesinde geliştirilen, Türkçe geçerlik güvenirlik çalışması ilk olarak 1995 yılında Eker ve arkadaşları tarafından yapılan Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği uygulanmıştır. Uygulama yüzyüze anket ve online anket şeklinde yapılmıştır.

Sosyodemografik Veri Formu: Bu form katılımcıların bireysel bilgileri (yaş, cinsiyet, eğitim durumu) ve hastalıkla ilgili bilgileri hakkında toplam 7 soru, veri toplamak amacıyla araştırmacılar tarafından oluşturulmuştur (Ek-1).

Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği

Zimet ve arkadaşları tarafından 1988 senesinde geliştirilip, Türkçe geçerlik güvenirlik çalışması ilk olarak 1995 senesinde Eker ve arkadaşları tarafından yapılan bir ölçektir. Ölçeğin revizyonunun geçerlilik ve güvenirliliği, 2001 senesinde Eker ve arkadaşları tarafından yapılmıştır. 12 madde ile üç alt boyuttan oluşan ölçeğin ve ölçek alt boyutların güvenirlik puanları, toplam: 0,89, arkadaş: 0,88, özel bir insan: 0,92, aile: 0,85, şeklinde tespit edilmiştir. Yedili likert tipindedir. Katılımcı katılmadığı cümleye en düşük 1, katıldığı cümleye ise en yüksek 7 puan verebilir. Ölçek puanlarının bir kesme değeri olmayıp maddelere verilen puan arttıkça, algılanan sosyal destek artmaktadır. Alt boyutların her birinde dört maddenin puanları toplanmak sureti ile alt boyutlar puanı ve tüm alt boyut puanlarının toplanması ile de ölçeğin toplam skoru oluşmaktadır. Alt ölçeklerin en düşük puanı 4, en yüksek puanı ise 28'dir. Ölçeğin tamamından alınan en düşük skor 12, en yüksek skor ise 84'tür. Özel insan grubu: flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor olarak belirlenmiştir.

Bu çalışmada ölçeğin tamamı için Chronbach alfa değeri 0,86 olarak belirlenmiştir.

Algılanan Stres Ölçeği

Kamarck, Cohen ve Mermelstein tarafından 1983 yılında geliştirilmiş olan ASÖ, kişinin yaşamındaki çeşitli durumları hangi derece stresli algıladıklarını belirlemek amacıyla tasarlanmıştır. Ölçek 14 maddeden oluşmuş olup 5'li likert tipindedir. Ölçeğin en düşük puanı 0, en yüksek puanı 56'dır. ASÖ den alınan yüksek puan, stres algısının daha yüksek olduğunu gösterir. ASÖ'nün Türkçe'ye uyarlanması çalışması Baltaş, Atakuman ve Duman (1998) ve Eskin, Harlak, Demirkıran ve Dereboy (2013) tarafından yapılmıştır. Eskin ile arkadaşlarının bu konu ile ilgili çalışmasında ASÖ'nün Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı 0.84, test tekrar test güvenirliği 0.87 olarak tespit edilmiştir. ASÖ ile depresyon arasındaki ilişki pozitif, hayat doyumu, öz-saygı, ve algılanan sosyal destek arasındaki ilişki negatif yönde tespit edilmiştir.

Kişinin son bir ay içindeki ruhsal durumuna uygun olarak ölçekteki soruların cevaplanması, katılımcılara açıklanmıştır.

3.6. İSTATİSTİKSEL ANALİZ

Demografik değişkenlerin tanımlayıcı istatistikleri “Frekans-Yüzde” şeklinde gösterildi. Nicel değişkenler ise "standart sapma, aritmetik ortalama, standart hata, minimum, medyan ve maksimum değerler" şeklinde verildi. Ortaya çıkan bütün değişkenler önemlilik testlerine geçilmeden önce normallik yönünden Kolmogorov-Smirnov testi ile, varyansların homojenliği yönünden ise Levene testi ile incelendi. Demografik değişkenlerin algılanan stres düzeyi, sosyal destek algısı ve alt boyut puanları üzerine etkisinin değerlendirilmesi parametrik test varsayımlarını sağlayanlar için Student t test ve tek yönlü varyans analizi, sağlamayanlar için Mann-Whitney U ve Kruskal-Wallis testi kullanılarak incelendi. Tek yönlü varyans analizi kullanılan durumlarda ileri aşama testi (post-hoc test) olarak Duncan testinden, Kruskal-Wallis testinin ileri aşama testi olarak Dunn testinden yararlanıldı. Ayrıca, ölçeklerin yaş ile ilişkileri Pearson korelasyon analizi ile belirlendi. Tüm istatistiksel analizlerde anlamlılık seviyesi $p < 0,05$ olarak değerlendirildi. İstatistiksel analizler IBM SPSS istatistik programı versiyon 22.0 ile gerçekleştirildi.

4. BULGULAR

4.1. DEMOGRAFİK BİLGİLER

Toplamda 401 hastaya anket uygulanmıştır. Katılımcıların yaşı, cinsiyeti, kronik hastalığı, ilaç kullanımı, medeni durumu, eğitim durumu ve çalışma durumlarına ilişkin bilgileri Tablo 3 ve Tablo 4 te verilmiştir. Katılımcıların yaş ortalaması 41.24 ± 13.12 dir. Katılımcılardan %52,1'i kadın, %52,6'sı herhangi bir kronik hastalığa sahiptir. Katılımcıların %41,1'i evli, %29,7'si bekar, %18,7'si boşanmış, %10,5'i duldur. Katılımcıların %99,5'i okuryazar veya herhangi bir derece ile bir okuldan mezun iken %0,5'i okuryazar değildir. Katılımcıların %59,1'i tam zamanlı bir işte çalışırken %23,4'ü hiç çalışmamaktadır. İlaç kullanma ile ilgili temel kriter, kişinin kronik bir hastalığa dair ilaç kullanımıdır. Katılımcıların kronik hastalık dışında ilaç kullanımları buraya dahil edilmemiştir.

Tablo 3. Katılımcılara ait sosyodemografik bilgiler.

		n	%
Cinsiyet	Erkek	192	47,9
	Kadın	209	52,1
Kronik Hast	Yok	211	52,6
	Var	190	47,4
İlaç Kullanma	Yok	221	55,1
	Var	180	44,9
Medeni Durum	Evli	165	41,1
	Bekar	119	29,7
	Boşanmış	75	18,7
	Dul	42	10,5
Eğitim Durumu	Okuryazar	31	7,7
	İlkokul	31	7,7
	Ortaokul	50	12,5
	Lise	74	18,5
	Önlisans	54	13,5
	Lisans	79	19,7
	Lisansüstü	80	20,0
	Diğer	2	0,5
Çalışma Durumu	Evet, tam zamanlı	237	59,1
	Evet, yarı zamanlı	70	17,5
	Hayır	94	23,4

ait yaş bilgileri

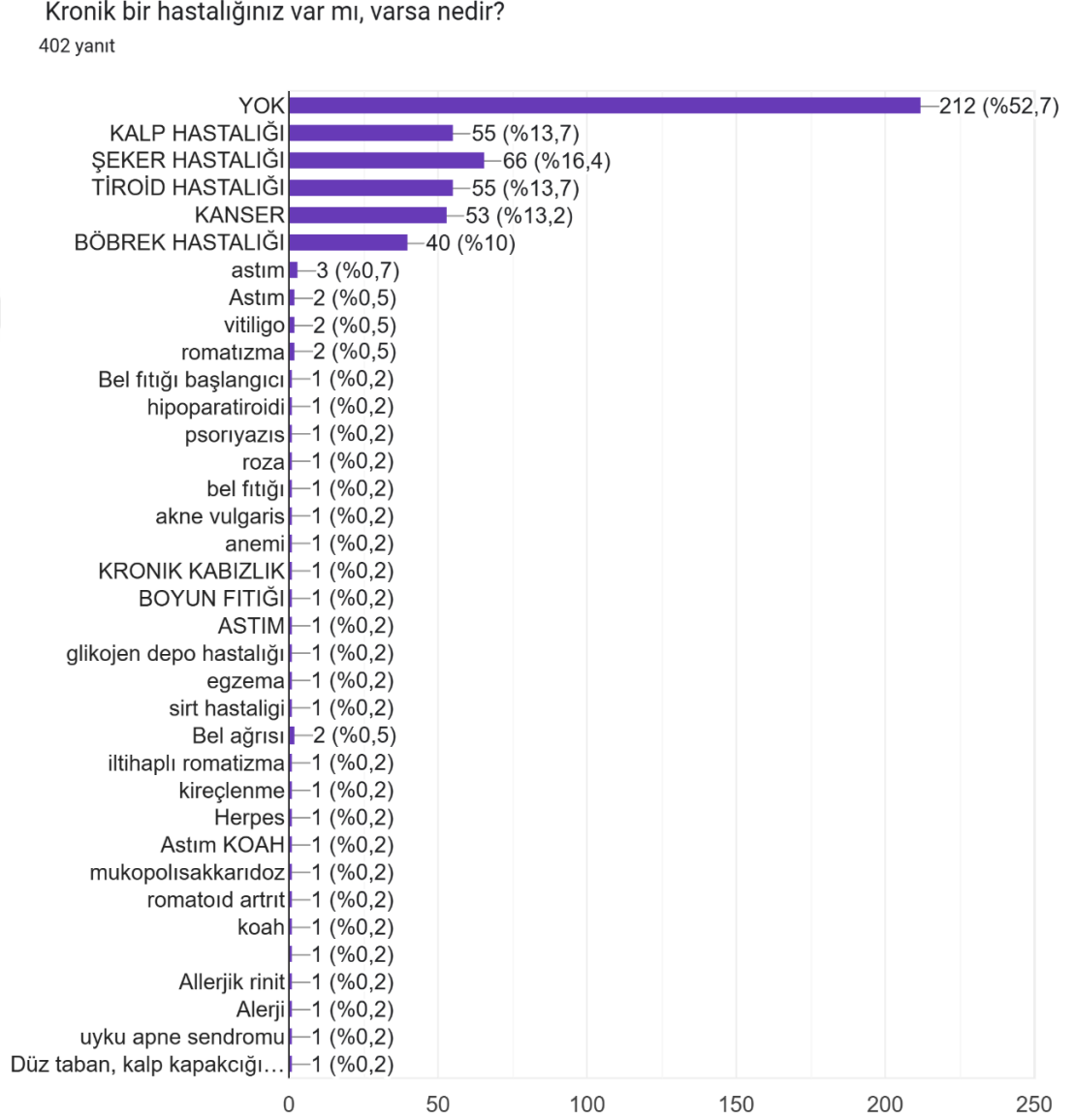
Tablo4.Katılımcılara

Değişken	Arit. Ort.	Std. Sapma	Std. Hata	Medyan	Minimum	Maksimum
Yaş	41,24	13,12	0,66	40,00	18,00	64,00
ASD	22,85	3,49	0,17	23,00	10,00	40,00
SDA	51,94	15,06	0,75	56,00	12,00	84,00



Katılımcıların %52,6'sının kronik bir hastalığı yokken 47,4'ünün en az bir kronik hastalığı var olarak tespit edilmiştir. Kronik hastalığı olanlar arasında ise en sık kalp hastalığı (%13,7), şeker hastalığı (%16,4), tiroid hastalığı (%13,7), kanser (%13,2), böbrek hastalığı (%10) olarak belirlenmiştir. Kronik hastalığı olan katılımcıların hastalıklarına göre dağılımları şekil 1'de verilmiştir.

Şekil 1:Katılımcıların kronik hastalıklarına göre sınıflandırılması



Yaş ile ASD ve SDA arasındaki negatif yönlü bir ilişki olmasına rağmen istatistiksel olarak anlamlılık bulunmamıştır ($p<0,05$). Algılanan stres düzeyi ile sosyal destek algısı arasında negatif yönlü ve anlamlı bir ilişki belirlenmiştir ($p<0,01$). Yaş ile SDÖ karşılaştırıldığında sosyal desteğin en fazla algılandığı grubun aile olduğu tespit edilmiştir.

Yaş ile ASD ve SDA arasındaki ilişki tablo 5 te gösterilmiştir.

Tablo 5. Yaş ile ASD ve SDA arasındaki ilişki

	Yaş	ASD	SDA
Yaş	1	-0,060	-0,071
ASD		1	-0,167**
SDA			1

** $p<0,01$

Değişken	Yaş	Arit. Ort.	Std. Sapma	Std. Hata	Medyan	Minimum	Maksimum	p
SDÖ Aile	18-24 yaş	17,78 ^{ab}	4,70	0,74	18,00	5,00	24,00	0,018 ²
	25-34 yaş	19,22 ^a	7,11	0,69	21,00	4,00	28,00	
	35-44 yaş	17,70 ^b	4,98	0,52	18,00	6,00	28,00	
	≥ 45 yaş	17,44 ^b	4,85	0,38	19,00	7,00	28,00	
SDÖ Arkadaş	18-24 yaş	16,88 ^b	5,31	0,84	18,00	6,00	26,00	0,017 ²
	25-34 yaş	18,90 ^a	6,82	0,66	20,00	4,00	28,00	
	35-44 yaş	18,26 ^{ab}	4,93	0,52	18,00	4,00	28,00	
	≥ 45 yaş	17,32 ^b	5,03	0,39	19,00	7,00	26,00	
SDÖ Özel	18-24 yaş	17,73	5,88	0,93	19,50	8,00	28,00	0,179 ²
	25-34 yaş	16,34	8,01	0,78	17,00	4,00	28,00	
	35-44 yaş	14,99	5,77	0,60	14,00	4,00	28,00	
	≥ 45 yaş	16,00	5,36	0,42	17,00	4,00	26,00	

2: Kruskal-Wallis test

ASD ile yaş karşılaştırıldığında en yüksek ortalamaya sahip yaş aralığı 18-24 iken en düşük test ortalamasına sahip aralık ise 25-34 olmuştur. Yani 18-24 yaş aralığındaki bireyler daha fazla stres algısına sahipken 25-34 yaş aralığındaki bireyler daha az stres algısına sahiptir.

SDA ile yaş karşılaştırıldığında en yüksek ortalamaya sahip yaş aralığı 25-34 iken en düşük test ortalamasına sahip yaş aralığı 45 yaş üzeri bireyler olmuştur. Yani 25-34 yaş aralığındaki bireyler daha fazla destek algısına sahipken 45 yaş üzeri bireyler daha az sosyal destek algısına sahiptir. Yaş ile ASD ve SDA arasındaki ilişki Tablo 6 da gösterilmiştir.

Tablo 6. Yaş ile ASD ve SDA arasındaki ilişki

Değişken	Yaş	Arit. Ort.	Std. Sapma	Std. Hata	Medyan	Minimum	Maksimum	p
ASÖToplam	18-24 yaş	23,88 ^a	3,21	0,51	24,00	18,00	29,00	0,001 ¹

	25-34 yaş	22,06 ^b	4,30	0,42	22,00	10,00	40,00	
	35-44 yaş	23,80 ^a	3,29	0,34	24,00	16,00	33,00	
	≥45 yaş	22,59 ^b	2,90	0,23	22,00	10,00	30,00	
SDÖToplam	18-24 yaş	52,38 ^{ab}	13,55	2,14	56,50	23,00	77,00	0,040 ²
	25-34 yaş	54,45 ^a	19,08	1,85	60,00	12,00	84,00	
	35-44 yaş	50,96 ^b	12,07	1,27	51,00	20,00	79,00	
	≥45 yaş	50,76 ^b	13,84	1,08	56,50	24,00	80,00	

1: Tek yönlü varyans analizi

2: Kruskal-Wallis test

ASD: Algılanan Stres Düzeyi
SDA: Sosyal Destek Algısı

Cinsiyetler arasında algılanan stres düzeyi bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$).

Cinsiyetler arasında sosyal destek algısı bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($p<0,05$). Kadınlar erkeklere göre sosyal destek algısı bakımından daha yüksek ortalamaya sahiptir.

Cinsiyet ile SDÖ karşılaştırıldığında en yüksek aritmetik ortalamaya sahip grubun kadın cinsiyetin arkadaş grubundan aldığı sosyal destek olarak belirlenmiştir.

Cinsiyet ile ASD ve SDA arasındaki ilişki Tablo 7 de gösterilmiştir.

Tablo 7. Cinsiyet ile ASD ve SDA arasındaki ilişki .

Değişken	Cinsiyet	Arit. Ort.	Std. Sapma	Std. Hata	Medyan	Minimum	Maksimum	p
ASD	Erkek	23,16	4,00	0,29	23,00	10,00	40,00	0,092
	Kadın	22,56	2,94	0,20	22,00	16,00	29,00	
SDA	Erkek	50,07	15,25	1,10	52,00	12,00	80,00	0,017
	Kadın	53,66	14,71	1,02	58,00	18,00	84,00	

Değişken	Cinsiyet	Arit. Ort.	Std. Sapma	Std. Hata	Medyan	Minimum	Maksimum
SDÖAile	Erkek	17,57	5,72	0,41	18,50	4,00	28,00
	Kadın	18,40	5,43	0,38	19,00	5,00	28,00
SDÖArkadaş	Erkek	16,97	5,73	0,41	18,00	4,00	28,00
	Kadın	18,77	5,34	0,37	20,00	5,00	28,00
SDÖÖzel	Erkek	15,53	6,25	0,45	15,00	4,00	28,00
	Kadın	16,49	6,37	0,44	18,00	4,00	28,00

3: Student t test

Kronik hastalık ile algılanan stres düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$).

Kronik hastalık ile sosyal destek algısı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($p<0,05$). Sosyal destek algısı açısından kronik hastalığa sahip olmayanlar daha yüksek bir ortalamaya sahiptir.

Kronik hastalık ile SDÖ karşılaştırıldığında en yüksek aritmetik ortalamaya sahip grubun kronik hastalığı olmayanların aile grubundan aldıkları destek olarak belirlenmiştir. Kronik hastalık ile ASD ve SDA arasındaki ilişki tablo 8 de gösterilmiştir.

Tablo 8. Kronik hastalık ile ASD ve SDA arasındaki ilişki

Değişken	Kronik Hast.	Arit. Ort.	Std. Sapma	Std. Hata	Medyan	Minimum	Maksimum	p
ASD	Yok	22,55	3,53	0,24	22,00	10,00	30,00	0,065
	Var	23,19	3,44	0,25	23,00	16,00	40,00	
SDA	Yok	54,73	14,48	1,00	58,00	12,00	84,00	<0,001
	Var	48,84	15,12	1,10	51,50	12,00	80,00	

Değişken	Kronik Hast.	Arit. Ort.	Std. Sapma	Std. Hata	Medyan	Minimum	Maksimum	p
SDÖ Aile	Yok	19,00	5,41	0,37	20,00	4,00	28,00	<0,001 ³
	Var	16,90	5,57	0,40	18,00	4,00	28,00	
SDÖ Arkadaş	Yok	18,91	5,27	0,36	20,00	4,00	28,00	<0,001 ³
	Var	16,79	5,74	0,42	18,00	4,00	28,00	
SDÖ Özel	Yok	16,83	6,63	0,46	18,00	4,00	28,00	0,008 ³
	Var	15,15	5,86	0,43	13,50	4,00	28,00	

3: Student t
test

İlaç kullanımı ile algılanan stres düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$).

İlaç kullanımı ile sosyal destek algısı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($p<0,05$). Sosyal destek algısı açısından belirli bir kronik hastalığa dair ilaç kullanmayan bireyler daha yüksek ortalamaya sahiptir.

SDÖ ile ilaç kullanımı karşılaştırıldığında en yüksek aritmetik ortalamaya sahip grubun ilaç kullanmayanların arkadaş grubundan aldığı sosyal destek olarak belirlenmiştir. İlaç kullanımı ile ASD ve SDA arasındaki ilişki Tablo 9 da gösterilmiştir.

Tablo 9. İlaç kullanımı ile ASD ve SDA arasındaki ilişki

Değişken	İlaç Kullanma	Arit. Ort.	Std. Sapma	Std. Hata	Medyan	Minimum	Maksimum	p
ASD	Yok	22,62	3,58	0,24	22,00	10,00	32,00	0,144
	Var	23,13	3,37	0,25	23,00	16,00	40,00	
SDA	Yok	54,05	14,78	0,99	58,00	12,00	84,00	0,002
	Var	49,34	15,03	1,12	52,00	12,00	83,00	

Değişken	İlaç_Kullanma	Arit. Ort.	Std. Sapma	Std. Hata	Medyan	Minimum
SDÖAile	Yok	18,64	5,56	0,37	19,00	4,00
	Var	17,22	5,51	0,41	19,00	4,00
SDÖArkadaş	Yok	18,85	5,24	0,35	20,00	4,00
	Var	16,74	5,80	0,43	18,00	4,00
SDÖÖzel	Yok	16,56	6,66	0,45	17,00	4,00
	Var	15,38	5,83	0,43	14,00	4,00

3: Student t
test

Medeni durum ile algılanan stres düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$).

Medeni durum ile sosyal destek algısı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($p<0,05$). Sosyal destek algısı açısından medeni durumu evli olan bireyler daha yüksek ortalamaya sahiptir. Medeni durumu dul olan bireyler ise daha az sosyal destek algısına sahiptir.

SDÖ ile medeni durum karşılaştırıldığında en yüksek aritmetik ortalamaya sahip grubun evli olanların aile den aldığı sosyal destek olduğu tespit edilmiştir.

Medeni durum ile ASD ve SDA arasındaki ilişki Tablo 10 da belirtilmiştir.

Tablo 10. Medeni durum ile ASD ve SDA arasındaki ilişki

Değişken	Medeni Durum	Arit. Ort.	Std. Sapma	Std. Hata	Medyan	Minimum	Maksimum	p
ASD	Evli	22,87	3,46	0,27	23,00	15,00	33,00	0,654
	Bekar	22,55	4,01	0,37	23,00	10,00	40,00	
	Boşanmış	23,05	2,88	0,33	23,00	16,00	30,00	
	Dul	23,24	3,07	0,47	23,00	18,00	29,00	
SDA	Evli	55,27 ^a	15,14	1,18	58,00	12,00	84,00	0,002
	Bekar	50,80 ^{ab}	15,31	1,40	56,00	12,00	80,00	
	Boşanmış	48,48 ^b	13,90	1,61	51,00	23,00	76,00	
	Dul	48,29 ^b	13,74	2,12	46,50	20,00	74,00	

a, b: Farklı küçük harfler gruplar arasındaki farklılığı ifade eder ($p < 0,05$).

Değişken	Medeni Durum	Arit. Ort.	Std. Sapma	Std. Hata	Medyan	Minimum	Maksimum	p
SDÖ Aile	Evli	19,65 ^a	5,70	0,44	20,00	4,00	28,00	<0,001 ¹
	Bekar	17,29 ^b	5,55	0,51	18,00	4,00	28,00	
	Boşanmış	16,64 ^b	4,90	0,57	18,00	5,00	28,00	
	Dul	16,00 ^b	4,67	0,72	15,00	9,00	25,00	
SDÖ Arkadaş	Evli	18,88 ^a	5,76	0,45	20,00	4,00	28,00	0,020 ¹
	Bekar	17,64 ^{ab}	5,73	0,53	19,00	4,00	26,00	
	Boşanmış	16,77 ^b	4,93	0,57	18,00	6,00	25,00	
	Dul	16,86 ^b	5,14	0,79	17,50	4,00	25,00	
SDÖ Özel	Evli	16,74	6,55	0,51	18,00	4,00	28,00	0,234 ¹
	Bekar	15,87	6,70	0,61	16,00	4,00	28,00	
	Boşanmış	15,07	5,57	0,64	12,00	8,00	28,00	
	Dul	15,43	5,37	0,83	14,00	4,00	24,00	

1: Tek yönlü varyans analizi

Eğitim durumu ile algılanan stres düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$).

Eğitim durumu ile sosyal destek algısı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($p<0,05$). Sosyal destek algısı açısından eğitim durumu lisans düzeyi olan bireyler daha yüksek ortalamaya sahiptir. Sosyal destek algısı açısından eğitim durumu ortaokul düzeyi olan bireyler daha düşük ortalamaya sahiptir. Yani lisans düzeyinde eğitim durumu olanlar daha fazla sosyal destek algısına sahipken eğitim seviyesi ortaokul düzeyinde olanlar daha az sosyal destek algısına sahiptirler.

Eğitim durumu ile SD  karşılaştırıldığında en yüksek aritmetik ortalamaya sahip olan grubun lisans düzeyinde eğitim durumuna sahip olanların aileden aldıkları sosyal destek olarak belirlenmiştir.

Eğitim durumu ile ASD ve SDA arasındaki ilişki Tablo 11 de gösterilmiştir.

Tablo 11. Eğitim durumu ile ASD ve SDA arasındaki ilişki

Değişken	Eğitim Durumu	Arit. Ort.	Std. Sapma	Std. Hata	Medyan	Minimum	Maksimum	p
SDÖ Aile	Okuryazar	17,03 ^b	5,63	1,01	17,00	7,00	28,00	0,014 ¹
	İlkokul	17,39 ^{ab}	4,93	0,89	19,00	10,00	25,00	
	Ortaokul	16,44 ^b	5,56	0,79	17,00	4,00	25,00	
	Lise	17,51 ^{ab}	4,85	0,56	19,00	7,00	28,00	
	Önlisans	17,46 ^{ab}	5,23	0,71	18,50	5,00	28,00	
	Lisans	19,81 ^a	5,93	0,67	20,00	6,00	28,00	
	Lisansüstü	18,65 ^{ab}	5,90	0,66	20,00	4,00	28,00	
SDÖ Arkadaş	Okuryazar	17,13 ^{ab}	5,78	1,04	17,00	8,00	26,00	0,009 ¹
	İlkokul	17,84 ^{ab}	4,70	0,84	19,00	8,00	25,00	
	Ortaokul	15,66 ^b	6,18	0,87	17,50	4,00	26,00	
	Lise	17,22 ^{ab}	5,06	0,59	19,00	6,00	26,00	
	Önlisans	18,26 ^a	4,87	0,66	19,00	10,00	28,00	
	Lisans	19,00 ^a	5,86	0,66	20,00	4,00	28,00	
	Lisansüstü	19,14 ^a	5,66	0,63	20,50	4,00	28,00	
SDÖ Özel	Okuryazar	16,16	5,51	0,99	14,00	10,00	26,00	0,434 ¹
	İlkokul	16,68	5,48	0,98	18,00	6,00	24,00	
	Ortaokul	14,82	6,21	0,88	14,50	4,00	24,00	
	Lise	16,08	5,87	0,68	15,00	8,00	28,00	
	Önlisans	15,59	5,43	0,74	16,50	4,00	24,00	
	Lisans	17,30	7,39	0,83	19,00	4,00	28,00	
	Lisansüstü	15,65	6,78	0,76	15,50	4,00	28,00	

1: Tek yönlü varyans analizi

Değişken	Eğitim_Durumu	Arit.	Std.	Std.	Medyan	Minimum	Maksimum	p
----------	---------------	-------	------	------	--------	---------	----------	---

		Ort.	Sapma	Hata				
ASD	Okuryazar	22,03	2,80	0,50	22,00	16,00	27,00	0,289
	İlkokul	22,87	2,29	0,41	23,00	19,00	27,00	
	Ortaokul	23,72	3,97	0,56	23,00	17,00	40,00	
	Lise	23,24	3,25	0,38	23,00	17,00	29,00	
	Önlisans	22,67	3,57	0,49	23,00	10,00	29,00	
	Lisans	22,95	3,35	0,38	23,00	16,00	33,00	
	Lisansüstü	22,39	4,01	0,45	22,50	10,00	30,00	
SDA	Okuryazar	50,32 _{ab}	15,69	2,82	51,00	25,00	80,00	0,038
	İlkokul	51,90 _{ab}	14,09	2,53	55,00	24,00	73,00	
	Ortaokul	46,92 _b	16,48	2,33	49,00	12,00	73,00	
	Lise	50,81 _{ab}	13,59	1,58	52,50	23,00	77,00	
	Önlisans	51,31 _{ab}	13,38	1,82	57,00	20,00	71,00	
	Lisans	56,11 _a	16,26	1,83	59,00	20,00	84,00	
	Lisansüstü	53,44 _{ab}	14,66	1,64	56,50	12,00	84,00	

a, b: Farklı küçük harfler gruplar arasındaki farklılığı ifade eder ($p < 0,05$).

Çalışma durumu ile algılanan stres düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p > 0,05$).

Çalışma durumu ile sosyal destek algısı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p > 0,05$).

SDÖ ile çalışma durumu karşılaştırıldığında en yüksek aritmetik ortalamaya sahip grubun çalışmayan bireylerin arkadaş grubundan aldıkları sosyal destek olarak tespit edilmiştir.



Tablo 12. Çalışma durumu ile ASD ve SDA arasındaki ilişki tablosu.

Değişken	Çalışma Durumu	Arit. Ort.	Std. Sapma	Std. Hata	Medyan	Minimum	Maksimum	p
ASD	Evet, tam zamanlı	23,08	3,76	0,24	23,00	10,00	40,00	0,229
	Evet, yarı zamanlı	22,73	2,94	0,35	23,00	16,00	30,00	
	Hayır	22,36	3,13	0,32	22,00	16,00	29,00	

SDA	Evet, tam zamanlı	52,00	15,13	0,98	56,00	12,00	84,00	0,515
	Evet, yarı zamanlı	50,29	14,27	1,71	53,00	20,00	77,00	
	Hayır	53,02	15,51	1,60	56,50	18,00	84,00	

Değişken	Çalışma Durumu	Arit. Ort.	Std. Sapma	Std. Hata	Medyan	Minimum	Maksimum	p
SDÖ Aile	Evet, tam zamanlı	18,04	5,62	0,37	19,00	4,00	28,00	0,496 ¹
	Evet, yarı zamanlı	17,36	4,82	0,58	19,00	6,00	28,00	
	Hayır	18,39	6,00	0,62	19,00	5,00	28,00	
SDÖ Arkadaş	Evet, tam zamanlı	17,98	5,76	0,37	20,00	4,00	28,00	0,262 ¹
	Evet, yarı zamanlı	16,99	5,19	0,62	18,50	6,00	25,00	
	Hayır	18,40	5,42	0,56	19,50	5,00	28,00	
SDÖ Özel	Evet, tam zamanlı	15,98	6,42	0,42	16,00	4,00	28,00	0,945 ¹
	Evet, yarı zamanlı	15,94	5,77	0,69	15,00	6,00	27,00	
	Hayır	16,22	6,54	0,67	17,00	4,00	28,00	

1: Tek yönlü varyans analizi

5. TARTIŞMA

Çalışmamız, Türkiye’de yapılmış çalışmalar içerisinde en fazla vakaya sahip olan araştırma olup; literatürde Türkiye’de daha büyük örneklem ile yapılmış çalışmaya rastlanamamıştır.

Yaptığımız bu çalışmanın sonuçları literatür verileri ile karşılaştırmalı olarak tartışılmıştır.

Sosyodemografik değişkenler ile ASÖ-10 arasındaki ilişkinin incelenmesi

ASÖ: Algılanan Stres Ölçeği

ASD: Algılanan Stres Düzeyi

Çalışmamızda cinsiyet ile algılanan stres düzeyi istatistiksel olarak anlamlı saptanmadı. Cohen’in, 1988 yılında Amerika Birleşik Devletleri’nde, 2387 katılımcıyla ASÖ, ASÖ-10 ve ASÖ-4’ü karşılaştırarak yaptığı çalışmada (34), üç formda da kadınların algıladığı stres düzeyinin erkeklere kıyasla anlamlı düzeyde yüksek olduğu tespit edilmiştir (50). ASÖ-10 ile yaptığı incelemelerde, ortalama ölçek puanının $13,02 \pm 6,35$ olduğu, kadınlarda ortalama ölçek puanının $13,7 \pm 6,6$, erkeklerde ise $12,1 \pm 5,4$ olduğu ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğunu belirtmiştir (50). Bizim çalışmamızda da kadınların stres algısı :ASÖ-10: $22,56 \pm 2,94$ erkeklerin stres algısı: ASÖ-10: $23,16 \pm 4,0$ olarak saptanmıştır.

Özkaya ve arkadaşlarının 2008 yılında Celal Bayar Üniversitesinde çalışan 86 kişiyle yaptıkları ampirik çalışmada; akademik personelin demografik özelliklerinin stres düzeyi ile iş doyumunu arasındaki ilişki, Parker ve arkadaşlarının Queensland

Üniversitesi'nde 1988 yılında geliştirdikleri “Avustralyalı Gemi adamlarının Sağlık, Stres ve Yorgunluk, İş doyumu” anketi ile incelenmiş, cinsiyet açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptamaları da, erkeklerde algılanan stres seviyesini daha yüksek düzeyde tespit etmişlerdir (51).

Taylor 2015 yılında Amerika Birleşik Devletlerinde yaptığı çalışmada 1236 kişi ile ASÖ-10'nun psikometrik analizini yapmıştır. ASÖ-10'u, algılanan çaresizlik ve algılanan stres olarak iki faktör altında incelemiştir. Kadınların algıladıkları çaresizlik duygularının yüksek çıktığını saptamış ve stres algısını erkeklere göre yüksek tespit etmiştir ancak ASÖ-10 puanlarının cinsiyete göre karşılaştırmasında bir farklılık tespit etmemiştir (52).

Graves ve arkadaşlarının 2021 yılında 448 üniversite öğrencisiyle yaptığı çalışmada ASÖ-14 ve “Başa Çıkma Stilleri” ölçeğinin kısa formu kullanılmıştır. Çalışmalarında, kadın lisans öğrencilerinin çoğunluğunda, orta ile yüksek düzeyde stres tespit etmişlerdir. Çalışmada erkeklerin, kadınlara göre algılanan stres seviyelerinin daha düşük düzeyde olduğunu saptamışlardır (53).

Costa ve arkadaşlarının 2021 yılındaki çalışma sonucunda Güney İtalya'da işe başlama öncesi işsizlik yaşadıkları dönemde, 19-67 yaş arası 395 erişkinle yapılan kesitsel çalışmada ASÖ-10 ile AS ölçülmüş ve kadınlarda anlamlı düzeyde yüksek saptamışlardır (54).

Cheema ve arkadaşları 2020 yılında Katar'da yaptıkları çalışmada, üniversite öğrencilerinde ASÖ-4 ve PUKİ kullanmışlardır. Kadın öğrencilerde algılanan stresi daha yüksek tespit etmişlerdir (55).

Vallejo ve arkadaşları 2018 yılında yaptıkları çalışmada, İspanya, Fransa ve Birleşik Krallık'ta 37451 kişiyi ASÖ-4 ile değerlendirmişlerdir. Vallejo ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada algılanan strese göre erkek kadın puanları birbirine yakındır (59).

Vapur'un 2021 senesinde yapmış olduğu çalışmaya katılanlar arasında da cinsiyet açısından ASD arasında anlamlı fark ($p=0,082$) bulunmadığı tespit edilmiştir(60).

Geneline bakıldığında bizim bulgularımız konuyla ilgili diğer araştırmaların sonucu ile uyuyşmaktadır. Stres oluşturabilecek etkenler multifaktoryel olduğundan cinsiyetin tek başına anlamlı oranda etken olması pek de beklediğimiz bir durum değildi.

Araştırmamızda medeni durum ile ASÖ-10 puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmedi. Ta ve arkadaşlarının 2017 yılında, Amerika Birleşik Devletlerinde yaşayan 6955 kişi ile yaptıkları anket çalışmasında, algılanan stresi ve medeni durumu karşılaştırmışlardır. Çoklu regresyon ve arabuluculuk analizleri ile yalnızlık, algılanan stres, sosyal taahhütler ve ekonomik duruma bağlı stresi incelemişlerdir. Bekar olanların, evli olanlara göre; algıladıkları stresi, yalnızlık stresini ve ekonomik duruma bağlı stres düzeylerini daha yüksek tespit etmişlerdir (56).

Muhammad ve Gagnon 2010 yılında Kanada'da 12 yaş üstü 130.880 kişilik bir popölasyondan 29.527 erkek ve 34.308 kadından örneklem üzerinden çalışmışlardır. Yaptıkları araştırmada, ebeveynliği, medeni durumu ve kişilerin algıladığı stresi incelemişlerdir. Bu araştırmada ölçek yerine, stresi 1-5 (hiç stresli değil misin, az stresli, biraz stresli, biraz fazla stresli, çok stresli) seçenekler şeklinde göstermişlerdir. Medeni duruma bakıldığında, 'bekar erkekleri', 'evli veya beraber yaşayan erkeklere' göre daha düşük stres algısına sahip olduklarını, kadınlarda ise; 'dul, ayrılmış veya boşanmış olan kadınları', 'evli ve bekar kadınlara' göre daha stresli olarak tespit etmişlerdir (57).

Vapur'un yapmış olduğu çalışmada da katılım sağlayanların medeni durumlarına göre ASD arasında anlamlı fark ($p=0,325$) bulunmamıştır (60).

Erdoğan ve arkadaşları tarafından çalışanlar üzerinde stresin etkilerinin incelendiği bir çalışmada evli olanların bekâr olanlara göre daha fazla stres yaşadıkları tespit edilmiştir. Ancak bu sonuç bizim bulgularımızla örtüşme sağlamamaktadır. Bu durum çalışmamızın evli ve bekar oranıyla ilgili olabilir.

Ayrıca geniş bir perspektiften bakıldığında iş yaşamı haricinde de sorumlulukları olan evli bireylerin daha fazla stres yaşadıkları söylenebilir.

Medeni durumun stres üzerine olan etkileri ile ilgili araştırmalar incelendiğinde ortaya birbirinden oldukça farklı sonuçlar çıkmaktadır. Yaşamsal stres oluşturabilecek etkenlerin multifaktöryel olması sebebi ile medeni durumun tek başına anlamlı bir etki oluşturabilmesi beklediğimiz bir netice değildi.

Araştırmamızda eğitim durumu ile algılanan stres düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$). Beam ve arkadaşları 2017 yılında yaptıkları araştırmada Washington Üniversitesi İkiz Kayıt Defterinden 1612 erkek ve kadın ikizler ile ASÖ, depresif belirtiler ve medeni durumları üzerine bir çalışma yapmışlardır. Evli erkek ikizlerin, evli olmayan erkek ikizlere göre algıladıkları stresin ve depresif belirtilerinin daha az olduğunu saptamışlardır, ama boşanmış erkek ikizler arasında bir fark saptamamışlardır. Evli kadın ikizlerin, evli olmayan veya boşanmış kadın ikizlere göre algıladığı stresin ve depresif belirtilerinin daha az olduğunu saptamışlardır (58).

Vapur tarafından yapılan çalışmada öğrenim düzeylerine göre ASD arasında anlamlı fark ($p=0,007$) olduğu rapor edilmiştir (60). Üniversitede eğitim gören öğrenciler arasında yapılan çalışmada, öğrenim seviyesi yüksek lisans olan katılımcılar tarafından algılanan stres düzeylerinin, lisans olan katılımcılara oranla daha fazla olduğu rapor edilmiştir. Bu araştırmada öğrenim düzeyleri arasında anlamlı fark bulunmaması durumu popülasyonların benzer olmamasından kaynaklanmış olabilir.

Eğitim durumunun stres üzerine olan etkileri ile ilgili araştırmalar incelendiğinde ortaya birbirinden oldukça farklı sonuçlar çıkmaktadır. Yaşamsal stres oluşturabilecek etkenlerin multifaktöryel olması ve oldukça kompleks bir konu olması sebebi ile eğitim durumunun tek başına anlamlı bir etki oluşturabilmesi beklediğimiz bir netice değildi.

Araştırmamızda yaş ile ASD arasındaki negatif yönlü bir ilişki olmasına rağmen istatistiksel olarak anlamlılık bulunmamıştır ($p<0,05$). Ancak ASD ile yaş

karşılaştırıldığında en yüksek ortalamaya sahip yaş aralığı 18-24 iken en düşük test ortalamasına sahip aralık ise 25-34 olmuştur. Yani 18-24 yaş aralığındaki bireyler daha fazla stres algısına sahipken 25-34 yaş aralığındaki bireyler daha az stres algısına sahiptir. SDA ile yaş karşılaştırıldığında en yüksek ortalamaya sahip yaş aralığı 25-34 iken en düşük test ortalamasına sahip yaş aralığı 45 yaş üzeri bireyler olmuştur. Yani 25-34 yaş aralığındaki bireyler daha fazla destek algısına sahipken 45 yaş üzeri bireyler daha az sosyal destek algısına sahiptir.

Vapur tarafından 2021 senesinde yapılan çalışmaya katılan bireyler arasında da cinsiyet bakımından ASD arasında anlamlı fark ($p=0,082$) bulunmadığı rapor edilmiştir (60).

Vapur tarafından üniversitede eğitim gören öğrenciler arasında yapılan çalışmaya katılan kişilerin yaşları ile ASD arasında anlamlı ilişki ($p=0,008$) olduğu rapor edilmiştir (60). Vapur tarafından yapılan çalışmada yaş yükseldikçe stres düzeyinin de yükseldiği rapor edilmiştir. Bu neticenin popülasyon farkından kaynaklanmış olacağı düşünülmektedir.

Rossi ve arkadaşlarının pandemi döneminde İtalya'da sağlık çalışanlarında yaptığı çalışmada yaşın stres düzeyi üzerine koruyucu etki gösterdiği bulunmuş. Bu çalışmaya göre yaşın bir birim artması (bir yaş artması) stres düzeyinin %37 daha az olmasını sağlamıştır (OR: 0.63 GA:0.46-0.85) (79). Leng ve arkadaşlarının hemşirelerde yaptığı bir çalışmada ise yaş arttıkça algılanan stres puanının da anlamlı olarak arttığı görülmüştür (61). İtalya'da ve Çin'de yapılan çalışmalarda sadece hekimler değil diğer sağlık personelleri de çalışmalara dahil edilmiştir. Ayrıca yaş durumları da daha geniş bir aralığı kapsamıştır. Bizim çalışmamızda yaş grubu olarak da daha genç ve dar aralıkta bir ortalamaya sahip olmasından kaynaklı yaş ile değişimi ölçememiş olabiliriz.

Sertöz ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada yaş ile stres puanı arasında negatif bir korelasyon görülmesine rağmen bu bulgu da anlamlı saptanmamıştır (62).

Yaş ile stres arasındaki ilişki konulu geçmiş araştırmalar incelendiğinde yine birbirinden oldukça farklı sonuçlar elde edilmiştir. Geçmiş zamanda belli bir aralıkta yaş grubuna ait kişilerin yaşamsal sorumlulukları ile güncel durumdaki yaş grubuna

ait insanların sorumlulukları ve beklentileri farklıdır.Bu yüzden farklı sonuçların çıkması olağan bir durum olarak değerlendirilmiştir.

Araştırmamızda kronik hastalık ile algılanan stres düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$).Çalışmamızda kronik hastalığı olanlarda algılanan stres düzeyi istatistiksel olarak anlamlı saptanmadı. Gayretli ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada da benzer sonuçlar saptanmıştır (63). Çalışma grubunun genç yaşta olması ve kronik hastalığı olanların da genç yaşta olmasından dolayı hastalık kişinin hayatını etkileyecek kadar ağır ve önem arz etmediği için stres düzeyini etkilememiş olabilir. Ayrıca algılanan stres düzeyi son bir ayı değerlendirdiği için kişi bu sürede kronik hastalığından dolayı bir sorun yaşamadı ise stres düzeyine etki etmemiş olabilir.

Kronik hastalık ile stres arasındaki ilişki konulu geçmiş araştırmalar incelendiğinde yine birbirinden oldukça farklı sonuçlar elde edilmiştir.Farklı ülkelerdeki kronik hastalığa sahip olan bireylerin bu durumdan etkilenmesi ve bu durumu mesele haline getirmeleri oldukça farklı olduğundan ,kronik hastalık etkeninin tek başına anlamlı düzeyde farklılık oluşturması beklediğimiz bir sonuç değildi.

Araştırmamızda ilaç kullanımı ile algılanan stres düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$).Literatür incelendiğinde ilaç kullanımı ile ASD arasındaki ilişkiyi inceleyen bir çalışmaya rastlanmamıştır.

İlaç kullanımı durumunun tek başına anlamlı oranda stres üzerine etki etmemesi şaşırtıcı bir sonuç değildi.İlaç kullanımı ile ilgili sorunun daha da detaylandırılıp sorulması ,kullanılan ilaçların sınıflandırılması veya sahip olunan hastalık grubuna ilişkin ilaç sorgulaması seçeneği eklenmesi stres üzerine olan etkisinin incelenmesi açısından daha doğru bir yaklaşım olabilirdi.Bahsedilen bu durum çalışmamız açısından bir kısıtlılık oluşturmaktadır.

Araştırmamızda çalışma durumu ile algılanan stres düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$).

Literatür incelendiğinde çalışma durumu ile ASD arasındaki ilişkiyi inceleyen bir çalışmaya rastlanmamıştır.

Çalışma durumunun stres üzerine anlamlı bir etkisinin olmaması beklentimizin dışındadır.Çünkü çalışma durumu gibi oldukça etkili bir faktör stres oluşturması açısından önem arz etmektedir.Burdaki sonucun istediğimiz yönde çıkmaması çalışma durumunu sadece 3 alt başlığa ayırmamızla ilgilidir.Çalışma durumu başlığının alt maddelerine meslek çeşitleri,çalışılan saatler ,çalışılan saat aralıkları ,nöbet veya vardiya usulü çalışma gibi özellikler eklenseydi daha anlamlı ve güvenilir sonuçlar elde edebilirdik.

Sosyodemografik değişkenler ile ÇBASDÖ arasındaki ilişkinin incelenmesi

ÇBASDÖ: Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği

SDA: Sosyal Destek Algısı

Ölçeklerden alınan puanları incelediğimizde, algılanan sosyal destek ölçeğinin ortalama puanı $51,865 \pm 14,98$, medyanı ise 55,00 olarak bulunmuş olup en düşük değeri 12 en yüksek değeri ise 84'tür. Aileden alınan algılanan sosyal destek ölçek puan ortalaması $20,87 \pm 5,19$, arkadaştan alınan $16,30 \pm 7,53$ ve özel insandan alınan ise $15,19 \pm 7,16$ olarak bulunmuştur.Tuna ve Olgun (2010)'unun yaptığı bir çalışmada ÇBASDÖ 4-28 arasında, aileden aldığı sosyal destek puanının $19,65 \pm 8,10$, özel insandan aldığı sosyal destek puanının $14,94 \pm 9,88$ ve arkadaştan aldığı sosyal destek puanının $15,34 \pm 7,94$ olduğu belirlenmiştir (64). Gündük ve arkadaşlarının (2021)'de hemodiyaliz tedavisi gören hastaların yakınlarının bakım yükü, stres ve algıladığı sosyal destek ilişkisi çalışmasında hasta yakınlarının çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeğinden aldığı puanlar genelde $63,31 \pm 20,12$, aileden aldığı sosyal destek puanı $23,73 \pm 6,88$, arkadaştan aldığı sosyal destek puanı $19,68 \pm 7,33$, diğer kişilerden aldığı sosyal destek puanı ise $19,88 \pm 9,70$ olarak bulunmuştur. Algılanan sosyal destek ölçeğinin alt başlıklarında en yüksek aile kaynaklı sosyal desteğin alındığı izlenmektedir (65). Özkan Tuncay ve arkadaşlarının (2015)'de yaptıkları çalışmada bakım vericilerin ÇBASDÖ aileden alınan sosyal destek puanı $21,34 \pm 5,01$, arkadaştan alınan sosyal destek puanı $22,29 \pm 4,74$, özel insandan alınan sosyal destek puanı $20,77 \pm 7,36$, ölçek toplam puanı $63,15 \pm 15,27$ olduğu saptanmıştır (66).

Araştırmamızda cinsiyetler arasında sosyal destek algısı bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($p<0,05$). Kadınlar erkeklere göre sosyal destek algısı bakımından daha yüksek ortalamaya sahiptir. Bilgin ve Yıldırım'ın (2017) bir çalışmasında hasta yakınlarında algılanan sosyal desteğin cinsiyete göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir (67).

Cinsiyetin algılanan sosyal destek üzerine anlamlı bir etkisinin olması beklediğimiz bir sonuçtu. Algılanan sosyal destek çok kompleks olarak değerlendirilmeye tabi tutulacak bir yaşamsal kavram değildir. Kişilerin sağlayacağı sosyal destek cinsiyet farklılığına bağlı ilişki biçimine göre farklılık arz etmektedir.

Araştırmamızda eğitim durumu ile sosyal destek algısı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($p<0,05$). Sosyal destek algısı açısından eğitim durumu lisans düzeyi olan bireyler daha yüksek ortalamaya sahiptir. Sosyal destek algısı açısından eğitim durumu ortaokul düzeyi olan bireyler daha düşük ortalamaya sahiptir. Yani lisans düzeyinde eğitim durumu olanlar daha fazla sosyal destek algısına sahipken eğitim seviyesi ortaokul düzeyinde olanlar daha az sosyal destek algısına sahiptirler. Bilgin ve Yıldırım'ın (2017), bir çalışmasında hasta yakınlarında algılanan sosyal destek ile eğitim durumu incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir (67). Kimyon ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada lisans eğitim düzeyine sahip olanların algılanan sosyal destek puan ortalamalarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir (68).

Eğitim durumunun artması bireylerde problem çözebilme yeteneği ile zorluklarla daha kolay başa çıkılabildiğini ve sağlık bakım hizmetlerine daha kolay ulaşabildiğini göstermektedir. Eğitim durumu ile gelirin doğru oranda gittiği izlenmekte eğitimli kişilerde algılanan sosyal desteğin yüksek olduğu görülmektedir.

Eğitim durumunun yüksek olması algılama kapasitesini de değiştirdiği için algının olduğu her yerde eğitim durumu primer olarak etkili olmaktadır. Ancak eğitim durumu ile ASD arasındaki ilişkinin doğrusal bir korelasyon göstermemesi de kendi ülkemizin eğitim yapısı ile ilgili ya da eğitim kurumları dışında bireylerin kendilerini geliştirmesi ile ilgili olabilir.

Araştırmamızda yaş ile SDA arasındaki negatif yönlü bir ilişki olmasına rağmen istatistiksel olarak anlamlılık bulunmamıştır ($p<0,05$). Tuna ve Olgun

(2010)'da bir çalışmada hasta yakınlarının yaşları ile toplam ÇBASDÖ ve alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak negatif yönde anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0,001$). Hastanın yaşı arttıkça aldığı sosyal desteğin azaldığı belirlenmiştir (64).

Araştırmamızda kronik hastalık ile sosyal destek algısı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($p<0,05$). Sosyal destek algısı açısından kronik hastalığa sahip olmayanlar daha yüksek bir ortalamaya sahiptir. Bilgin ve Yıldırım'ın (2017), bir çalışmada hasta yakınlarında algılanan sosyal destek ile kronik hastalık durumu incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir (67).

Kronik hastalık tipinin algılanan sosyal destek üzerine etkisinin incelenmesi bilime katkısı açısından daha isabetli olabilirdi. Çünkü kronik hastalığın kişileri çok farklı oranda etkilemesi ya da hastalığın hangi evresinde olmasına bağlı olarak etkisinin değişmesi göz önünde bulundurulsa daha iyi bir çalışma neticesi elde edilebilirdi.

Araştırmamızda ilaç kullanımı ile sosyal destek algısı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($p<0,05$). Sosyal destek algısı açısından belirli bir kronik hastalığa dair ilaç kullanmayan bireyler daha yüksek ortalamaya sahiptir. Yani ilaç kullanmayan bireylerin algıladıkları sosyal destek daha fazladır. Bilgin ve Yıldırım'ın (2017), bir çalışmada hasta yakınlarında algılanan sosyal destek ile ilaç kullanım durumu incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir (67).

İlaç kullanımının sınıflandırılması ya da hastalığa göre ilaç kullanımı seçeneği eklenen bir çalışma daha tatminar bir sonuç verebilirdi. Basit bir hastalığa yönelik ilaç kullanımı ile hayati önem taşıyan bir hastalığa dair ilaç kullanımı oldukça farklı sonuçlar doğuracaktır.

Araştırmamızda medeni durum ile sosyal destek algısı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($p<0,05$). Sosyal destek algısı açısından medeni durumu evli olan bireyler daha yüksek ortalamaya sahiptir. Medeni durumu dul olan bireyler ise daha az sosyal destek algısına sahiptir. Bilgin ve Yıldırım'ın

(2017), bir çalışmasında hasta yakınlarında algılanan sosyal destek ile medeni durum incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir (67).

Medeni durumun sosyal hayat üzerine etkisi çok dramatiktir. Bu gibi önemli bir yaşamsal sürecin ve dönüm noktasının var olan sosyale desteğin algılanma miktarını artıracak kannaatindeyiz. Bu yüzden medeni durumun hayattaki her duruma doğrudan çok ciddi etkisi olmaktadır.

Araştırmamızda çalışma durumu ile sosyal destek algısı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunamamıştır ($p > 0,05$). Bilgin ve Yıldırım'ın (2017), bir çalışmasında hasta yakınlarında algılanan sosyal destek ile çalışma durumu incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir (67).

6. SONUÇ ve ÖNERİLER

Araştırmanın yürütüldüğü süre içerisinde Ankara Dışkapı Yıldırım Beyazıt EAH Aile Hekimliği polikliniklerine herhangi bir nedenle başvuran, çalışmaya katılmayı kabul eden 18-65 yaş arası, psikiyatrik hastalığı bulunmayan, halen psikiyatrik ilaç tedavisi ve ya psikoterapi almayan, çalışmamıza katılmayı kabul eden kişilere Algılanan Stres Ölçeği ile Algılanan Sosyal Destek Ölçeği uygulanmıştır. Uygulama yüzyüze anket şeklinde uygulandı. Sonrasında her 2 ölçeğin sonuçları katılımcıların sosyodemografik verileri ile karşılaştırıldı.

Bu araştırmanın amacı genç yetişkinlerin algılanan stres düzeyleri ile sosyal destek algısı arasındaki ilişkiyi belirlemekle beraber verilen sosyal desteğin 18-65 yaş arası kişilerin yaşamsal stresleri üzerine etkisi olup olmadığının incelemektir.

%95 güvenilirlik ve %5 hata payı ile araştırmanın örneklemini 418 olarak hesaplanmıştır. Oluşabilecek veri kayıpları göz önüne alınarak toplam 400 kişiye ulaşılmasına karar verilmiştir. Yaş, cinsiyet, sürekli kullanılan ilaç, medeni durum, eğitim durumu, çalışma durumu, kronik hastalık algılanan Yaşamsal Stres Ölçeği

puanı, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği puanı, test edilecek parametrelerdir. Edinilen verilere göre;

Algılanan stres düzeyi ile sosyal destek algısı arasında negatif yönlü ve anlamlı bir ilişki belirlenmiştir ($p<0,01$). Yani sosyal destek algısı azaldıkça algılanan stres düzeyi artmaktadır. Toplum sağlığını, iş sağlığını pozitif anlamda geliştirmek aynı zamanda toplumsal kaosu önlemek adına hayatımızın çok önemli bir parçası haline gelen stres unsurunu azaltmak için bireylere verilen sosyal destek artırılabilir. Algılanan sosyal destek ölçeği parametrelerine ek maddeler eklenilmesi açısından uzun soluklu ve kapsamlı çalışmalar yapılabilir. Algılanan sosyal destek daha fazla detaylandırılıp alt başlıklara ayrılarak etkinliği daha da artırılabilir.

Cinsiyetler arasında sosyal destek algısı bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($p<0,05$). Kadınlar erkeklere göre sosyal destek algısı bakımından daha yüksek ortalamaya sahiptir. Sosyal destek algısının yüksek olması istediğimiz bir durumdur. Bu yüzden kadınların neden daha yüksek sosyal destek algısına sahip olduğu meselesine eğilen ve değinen çalışmalar yapılabilir. Ortaya çıkan bulgular erkek cinsiyetlere de uygulanabilir hale getirilip, erkeklerin de sosyal destek algısı yükseltilmesi hedeflenebilir.

Kronik hastalık ile sosyal destek algısı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($p<0,05$). Sosyal destek algısı açısından kronik hastalığa sahip olmayanlar daha yüksek bir ortalamaya sahiptir. Kronik hastalığa sahip olmayanların SDA açısından yüksek ortalamaya sahip olması öngörülebilir bir netice ancak pratik hayatta asıl işe yarayacak ve faydalı olan bilgi kronik hastalığa sahip olmayanların yüksek sosyal destek puanları almış olmasıdır. Kronik hastalık sahibi olanların SDA'sını yükseltmeye yönelik yeni çalışmalar yapılabilir. Bireylerin sosyal destek alabilecekleri altbaşlıkların sayısını artırmaya yönelik girişimler yapılabilir. Aynı zamanda mevcut 3 alt başlığın (arkadaş, özel insan, aile) genişletilmesi için toplum tabanlı geniş anket çalışmaları yapılabilir.

İlaç kullanımı ile sosyal destek algısı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($p<0,05$). Sosyal destek algısı açısından belirli bir kronik hastalığa dair ilaç kullanmayan bireyler daha yüksek ortalamaya sahiptir. Yani ilaç kullanmayan bireylerin algıladıkları sosyal destek daha fazladır. Bu veri de

öngördüğümüz bir sonuç. Kronik hastalıkları sebebi ile ilaç kullanan bireyleri sosyal hayata daha fazla dahil edecek uğraşlar bulunmasına yönelik yeni araştırmalar bu gruptakilerin algıladıkları sosyal destek puanlarında artışa neden olacaktır.

Medeni durum ile sosyal destek algısı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($p<0,05$). Sosyal destek algısı açısından medeni durumu evli olan bireyler daha yüksek ortalamaya sahiptir. Medeni durumu dul olan bireyler ise daha az sosyal destek algısına sahiptir. Buradaki anlamlı fark; dul bireylere daha fazla destek sağlanmasını gerektirmektedir. Eşini kaybetmiş kişilere daha fazla sosyal destek sağlanmasına yönelik etkili ve verimli çalışmalar yapılabilir.

Eğitim durumu ile sosyal destek algısı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($p<0,05$). Sosyal destek algısı açısından eğitim durumu lisans düzeyi olan bireyler daha yüksek ortalamaya sahiptir. Sosyal destek algısı açısından eğitim durumu ortaokul düzeyi olan bireyler daha düşük ortalamaya sahiptir. Yani lisans düzeyinde eğitim durumu olanlar daha fazla sosyal destek algısına sahipken eğitim seviyesi ortaokul düzeyinde olanlar daha az sosyal destek algısına sahiptirler.

Literatürdeki bir çok çalışma ile ortak bulgu elde edilmiştir ancak daha farklı türden araştırmalar ile neden lisans düzeyi bireyler yüksek puan alırken ortaokul düzeyi eğitim durumuna sahip olanlar en düşük puan ortalamasına sahiptir sorusuna cevap aranmalıdır. Somut veriler neticesinde burdaki farklılığın sebeplerine eğilecek araştırmalar ile düşük puan ortalamasına sahip olanlara yönelik iyileştirici yöntemler uygulanabilir.

Özetle;

1. Demografik veriler ile sosyal destek algısı karşılaştırıldığında SDA İLE CİNSİYET, KRONİK HASTALIK, EĞİTİM DURUMU, MEDENİ DURUM, İLAÇ KULLANIMI ARASINDA KORELASYON SAPTANMIŞ OLUP SDA İLE ÇALIŞMA DURUMU VE YAŞ ARASINDA BİR KORELASYON BULUNAMADI.

2. Demografik veriler ile algılanan stres düzeyi karşılaştırıldığında ASD İLE CİNSİYET, YAŞ KRONİK HASTALIK, EĞİTİM DURUMU, MEDENİ

DURUM, İLAÇ KULLANIMI VE ÇALIŞMA DURUMU ARASINDA BİR KORELASYON SAPTANAMADI.

7. KAYNAKLAR

1. Eskin, M., Harlak, H., Demirkıran, F., & Dereboy, Ç. (2013,. October). Algılanan Stres Ölçeğinin Türkçeye Uyarlanması: Güvenirlik ve Geçerlik Analizi. In New/Yeni Symposium Journal (Vol. 51, No. 3, pp. 132-140).
2. Tagay, Ö., Çalışandemir, F., & Ünüvar, P. (2018). Genç Yetişkinlerin Algılanan Stres Düzeyleri ile Akilci Olmayan İnançları ve Benlik Saygıları Arasındaki İlişki. International Journal of Education Technology and Scientific Researches, 3(7), 167-175.
3. Şanlı, Ö. (2017). Öğretmenlerin Algılanan Stres Düzeylerinin Çeşitli Değişkenler Açısından İncelenmesi. Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi, 16(61), 385-396.
4. Balcıoğlu İ. “Stres Kavramı ve Tarihsel Gelişimi”. İ. Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri 9, Medikal Açıdan Stres ve Çareleri, Sempozyum Dizisi No: 47. Aralık 2005; 09-12.
5. Sadock BJ, Sadock VA. “Kaplan & Sadock’s Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry”. 10th ed. Philadelphia, Lippincott Williams and Wilkins. 2007; 814
6. Bozkurt T, Uluğ M, Turpoğlu Çelik A, Oktuğ Z, İçellioğlu S, Özden MS, Soysal O. “Stres”. İstanbul, TC İstanbul Kültür Üniversitesi Yayınları. 2010; 14.
7. Yurdakoş E. Stres fizyolojisi. Editör: Balcıoğlu İ. Medikal Açıdan Stres ve Çareleri.; STE Online, Sempozyum Dizisi Yayın No: 47, Aralık 2005. <http://www.ctf.istanbul.edu.tr/stek/pdfs/47/4711.pdf> adresinden 03.07.2023 tarihinde erişilmiştir.
8. Greenberg JS. “Comprehensive Stress Management”. 10th ed. New York, McGraw-Hill Companies, 2008;52

9. Bozkurt T, Uluğ M, Turpoğlu Çelik A, Oktuğ Z, İçellioğlu S, Özden MS, Soysal O. “Stres”. İstanbul, TC İstanbul Kültür Üniversitesi Yayınları. 2010; 16.
10. Baltaş Z, Baltaş A. “Stres ve Başa Çıkma Yolları”. 29. Basım. İstanbul, Remzi Kitapevi. 2012; 105.
11. Okutan M: Stres ve Stresle Başa Çıkma Yöntemleri. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Ankara Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2002.
12. The American Institute of Stress [homepage on the Internet]. Stress effects. <http://www.stress.org/stress-effects/> adresinden 29.01.2014 tarihinde erişilmiştir.
13. Baltaş Z, Baltaş A. “Stres ve Başa Çıkma Yolları”. 29. Basım. İstanbul, Remzi Kitabevi. 2012; 30
14. Sadock BJ, Sadock VA. “Kaplan & Sadock’s Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry”. 10th ed. Philadelphia, Lippincott Williams and Wilkins. 2007; 815.
15. Baltaş Z, Baltaş A. “Stres ve Başa Çıkma Yolları”. 29. Basım. İstanbul, Remzi Kitabevi. 2012; 72-73
16. Öztürk O, Uluşahin A. “Ruh Sağlığı ve Bozuklukları II”. Yenilenmiş 11.baskı. Ankara, 2008; 612-613
17. Sağlık Bakanlığı. Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2021. <http://www.saglik.gov.tr/TR/dosya/1-87578/h/istaturk2021.pdf> adresinden 25.08.2023 tarihinde indirilmiştir.
18. Şensoy N, Başak O, Gemalmaz A. Umurlu Aile Hekimliği Merkezi’nde Aile Hekimliği Uygulaması ve Hasta Profili: Aile Hekimliği Alan Eğitimi Gereksinimini Ne Ölçüde Karşılıyor? Kocatepe Tıp Dergisi. 209; 10: 49-56
19. Yılmaz M, Mayda AS, Yüksel C, Bolu F, Seval O, Bayındır K ve ark. Bir Aile Hekimliği Merkezi’ne Başvuran Hastalara Konulan Tanılar. Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi 2012; 2 (3): 7-13
20. Aladağ N, Ciğerli Ö, Topsever P, Filiz TM, Topallı R, Görpelioğlu S. Değirmendere Aile hekimliği polikliniğine başvuran erişkin hastalarda obezite sıklığı ve eşlik eden hastalıklarla ilişkisi: bir olgu kontrol çalışması. Türk Aile Hek Derg 2003;7:117-21.
21. Stahl SM. “Stahl’s Essential Psychopharmacology: Neuroscientific Basis and Practical Applications”. 3rd ed. Cambridge, Cambridge University Press. 2008; 185-93.
22. Hammen C. Stress and depression; Annu. Rev. Clin. Psychol 2005; 1: 293-19.
23. Türkçapar H. HPA (hipotalamik-pituiter [hipofiz]-adrenal) Eksen. Duygudurum Dizisi 2001;6:257-63.
24. Dinan TG. Glucocorticoids and the genesis of depressive illness. A psychobiological model. Br J Psychiatry 1994 Mar;164(3):365-71
25. Özarslan Z, Fıstıkcı N, Keyvan A, Uğurad ZI, Saygılı S. Depresyon hastalarının stres ile başa çıkma stratejileri. Marmara Medical Journal 2013; 26:130-5.

26. Shin LM, Liberzon I. The Neurocircuitry of Fear, Stress, and Anxiety Disorders. *Neuropsychopharmacology Reviews* 2010; 35:169-91.
27. Uzbay İT. Anksiyetenin nörobiyolojisi. *Klinik Psikiyatri Dergisi* 2002; 5 (Ek Sayı 1): E5-E13.
28. Sullivan GM, Coplan JD, Kent JM, Gorman JM. The noradrenergic system in pathological anxiety: a focus on panic with relevance to generalized anxiety and phobias. *Biol Psychiatry*.1999 Nov 1; 46(9):1205-18.
29. Öztürk O, Uluşahin A. “Ruh Sağlığı ve Bozuklukları I”. Yenilenmiş 11. Baskı. Ankara, 2008; 499-504.
30. Shea A, Walsh C, MacMillan H, Steiner M. Child maltreatment and HPA axis dysregulation: relationship to major depressive disorder and posttraumatic stress disorders in females. *Psychoneuroendocrinology* 2004; 30:162-78.
31. Sadock BJ, Sadock VA. “Kaplan&Sadock’s Comprehensive Textbook of Psychiatry”. (çev ed.) Aydın H, Bozkurt A. Cilt 3. 8. Baskı. Ankara, Güneş Kitabevi Ltd. Şti. 2005; 2188-9
32. van Winkel R, Stefanis NC, Myin-Germeys I. Psychosocial Stress and Psychosis. A Review of the Neurobiological Mechanisms and the Evidence for Gene-Stress Interaction. *Schizophrenia Bulletin* 2008 Nov;34(6):1095-105
33. Öztürk O, Uluşahin A. “Ruh Sağlığı ve Bozuklukları I”. Yenilenmiş 11. Baskı. Ankara, 2008; 306-8.
34. KS Han, L Kim, I Shim. Stress and Sleep Disorder. *Exp Neurobiol*. 2012 Dec; 21(4):141-50. <http://dx.doi.org/10.5607/en.2012.21.4.141> adresinden 10.02.2014 tarihinde erişilmiştir.
35. Buckley TM, Schatzberg AF. On the Interactions of the HypothalamicPituitary-Adrenal (HPA) Axis and Sleep: Normal HPA Axis Activity and Circadian Rhythm, Exemplary Sleep Disorders. *J Clin Endocrinol Metab* May 2005; 90(5): 3106-14.
36. Pi-Sunyer FX. Obesity Education Initiative Expert Panel of the identification, evaluation, and treatment of overweight and obesity in adult-the evidence report. *Obes Res*. 1998; 6: 51-209.
37. Bjorntorp P. Do stress reactions cause abdominal obesity and comorbidities? *Obes Rev*. 2001 May; 2(2): 73-86.
38. Bodenmann G, Ledermann T, Blattner D, Galluzzo C. Association among early day stress, critical life events and sexual problems. *J Nerv Ment Dis*. 2006 Jul;194(7): 494-501.
39. Cooney NL, Litt MD, Cooney JL, Pilkey DT, Steinberg HR, Oncken CA. Alcohol and tobacco cessation in alcohol-dependent smokers: Analysis of real- time reports. *Psychology of Addictive Behaviors* 2007; 21(3):277-86.
40. Sinha R, Garcia M, Paliwal P, Kreek MJ, Rounsaville BJ. Stress-Induced Cocaine Craving and Hypothalamic-Pituitary-Adrenal Responses Are Predictive of Cocaine Relapse Outcomes. *Arch Gen Psychiatry* 2006 Mar; 63(3):324-31.
41. Uğuz Ş, Toros F. Konversiyon Bozukluğunda Sosyodemografik ve Klinik Özellikler.

Türk Psikiyatri Dergisi 2003; 14(1):51-8.

42. T.C. Sağlık Bakanlığı. Halk Sağlığı Kurumu. Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışması. Ankara 2013. <http://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/khrfat.pdf> adresinden 25.08.2014 tarihinde indirilmiştir
43. Bacanlı H, Sürücü M, İlhan T. Başa Çıkma Stilleri Ölçeği Kısa Formunun Psikometrik Özelliklerinin İncelenmesi: Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. Kuram ve Uygulamada Eğitim Bilimleri 2013 Kış; 13(1):81-96.
44. Sadock BJ, Sadock VA. “Kaplan&Sadock’s Comprehensive Textbook of Psychiatry”. (çev ed.) Aydın H, Bozkurt A. Cilt 3. 8. Baskı. Ankara, Güneş Kitabevi Ltd. Şti. 2005; 2190-4.
45. Sadock BJ, Sadock VA. “Kaplan&Sadock’s Comprehensive Textbook of Psychiatry”. (çev ed.) Aydın H, Bozkurt A. Cilt 3. 8. Baskı. Ankara, Güneş Kitabevi Ltd. Şti. 2005; 2190-4.
46. Michelson D, Galliven E, Hill L, Demitrack M, Chrousos G, Gold P. Chronic Imipramine Is Associated with Diminished Hypothalamic-Pituitary-Adrenal Axis Responsivity in Healthy Humans. J Clin Endocrinol Metab 1997 Aug;82(8):2601-6.
47. Kier A, Han J, Jacobson L. Chronic Treatment with the Monoamine Oxidase Inhibitor Phenelzine Increases Hypothalamic-Pituitary-Adrenocortical Activity in Male C57BL/6 Mice: Relevance to Atypical Depression. Endocrinology 2005 Mar;146(3):1338-47.
48. Dumlu K, Cimilli C. Erken Yaşam Stresörlerinin Nörobiyolojik Sonuçları. Türk Psikiyatri Dergisi 2003; 14(4):301-10.
49. Stahl SM. “Stahl’s Essential Psychopharmacology: Neuroscientific Basis and Practical Applications”. 3rd ed. Cambridge, Cambridge University Press. 2008; 754.
50. Cohen S. Perceived stress in a probability sample of the United States. The social psychology of health. The Claremont Symposium on Applied Social Psychology. Thousand Oaks, CA, US: Sage Publications, Inc; 1988. p. 31-67.
51. Özkaya MO, Yakın V, Ekinci T. Stres düzeylerinin çalışanların iş doyumu üzerine etkisi Celal Bayar Üniversitesi çalışanları üzerine ampirik bir araştırma. Yönetim ve Ekonomi Dergisi. 2008;15(1):163-179.
52. Taylor JM. Psychometric analysis of the ten-item perceived stress scale. Psychological assessment. 2015;27(1):90-101.
53. Graves BS, Hall ME, Dias-Karch C, Haischer MH, Apter C. Gender differences in perceived stress and coping among college students. PLoS One. 2021;16(8):e0255634.
54. Costa C, Briguglio G, Mondello S, Teodoro M, Pollicino M, Canalella A, et al. Perceived stress in a gender perspective: a survey in a population of unemployed subjects of Southern Italy. Frontiers in Public Health. 2021;9:640454.
55. Cheema S, Maisonneuve P, Abraham A, Chaabna K, Tom A, Ibrahim H, et al. Factors associated with perceived stress in Middle Eastern university students. Journal of American college health. 2020:1-8.
56. Ta VP, Gesselman AN, Perry BL, Fisher HE, Garcia JR. Stress of singlehood: Marital

- status, domain-specific stress, and anxiety in a national US sample. *Journal of Social Clinical Psychology*. 2017;36(6):461-485
57. Muhammad A, Gagnon A. Why should men and women marry and have children? Parenthood, marital status and self-perceived stress among Canadians. *Journal of health psychology*. 2010;15(3):315-325.
58. Beam CR, Dinescu D, Emery R, Turkheimer E. A twin study on perceived stress, depressive symptoms, and marriage. *Journal of health social behavior*. 2017;58(1):37-53.
59. Vallejo MA, Vallejo-Slocker L, Fernández-Abascal EG, Mañanes G. Determining factors for stress perception assessed with the Perceived Stress Scale (PSS-4) in Spanish and other European samples. *Frontiers in psychology*. 2018;9:37.
60. Vapur M. Üniversite Öğrencilerinin Algılanan Stres Düzeylerinin Boş Zaman Katılımı ve Demografik Özellikler Açısından İncelenmesi. *Journal of Recreationand Tourism Research*, 2021; 8(3):314-330.
61. Leng M, Wei L, Shi X, Cao G, Wei Y, Xu H, vd. Mental distress and influencing factors in nurses caring for patients with COVID-19. *Nursing in Critical Care*. 2021;26(2):94-101.
62. Onen Serto O, Kuman Tuncel O, Serto N, Hepdurgun C, Isman Haznedaroglu D, Bor C. Burnout in Healthcare Professionals During the Covid-19 Pandemic in a Tertiary Care University Hospital: Evaluation of the Need for Psychological Support. *Turkish Journal of Psychiatry [Internet]*. 2021 [a.yer 05 Şubat 2022]; Erişim adresi: <http://www.turkpsikiyatri.com/default.aspx?modul=doi&doi=u25964>
63. Gayretli Atan S, Arslan M, Palalı İ. COVID-19 Salgınında Sağlık Çalışanlarının Stres Algı Düzeyinin Kas İskelet Sistemi Ağrılarına Etkisi. *MKÜ Tıp Dergisi*. 2021;12(43):106-13.
64. Tuna, M., Olgun, N. (2010). İnmeli Hastalara Bakım Veren Hasta Yakınlarında Görülen Tükenmişlik Durumunda Algılanan Sosyal Desteğin Rolü, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Dergisi, (s. 41-52).
65. Güdük, Ö., Selimoğlu Namoğlu, S., Tekin, B., N. (2021). Hemodiyaliz Tedavisi Gören Hastaların Yakınlarının Bakım Yüğü, Stres ve Algıladığı Sosyal Destek İlişkisi: Kesitsel Bir Çalışma. *Türkiye Klinikleri Sağlık Bilimleri Dergisi*, DOI: 10.5336/healthsci.2021-85223.
66. Özkan Tuncay, F., Mollaoğlu, M., Kars Fertelli, T. (2015). Kronik Hastalığı Olan Bireye Bakım Verenlerde Bakım Yüğü ve Sosyal Destek Düzeyi. *Literatür Sempozyum Dergisi*, 1(8), (s.5-10).
67. Bilgin, N., Yıldırım, E. (2017). Kanser Hastası Yakınlarının Algıladığı Sosyal Destek İle Umutsuzluk Düzeyleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. *Aydın Sağlık Dergisi*, 3(2), (s. 33-49).
68. Kimyon, G., Şentürk, S., Yıldırım Keskin, A., (2021). Romatoid Artritli Bireylere Bakım Verenlerin Yüğü ve Algıladıkları Sosyal Destek Düzeyi. *Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Dergisi*, 54(3), (s. 391-398). DOI: 10.20492/aehtd.970427

69. Korkmaz S. (2023), Yetişkinlerde Algılanan Sosyal Destek Düzeyinin Problem Çözme Becerisi ve Benlik Saygısı Arasındaki İlişkinin İncelenmesi (S.58).
70. Çelik, B. (2016). Evli Bireylerin Algıladıkları Stres Düzeyleri ve Algıladıkları Sosyal Destek Düzeylerinin Evlilik Uyumlarına Etkisi. Yüksek Lisans Tezi, Üsküdar Üniversitesi, Klinik Psikoloji Anabilim Dalı, İstanbul.
71. Kaynar, G. (2016), Boşanma Sürecindeki Kişilerin Baş Etme Becerileri, Bilişsel Çarpıtmalar, Yılmazlık ve Sosyal Destek Algıları Açısından İncelenmesi, Kocaeli Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Kocaeli.
72. Bayın, Ü. (2020). Ergenlerde affetme ve algılanan sosyal destek.(Yüksek lisans tezi). Sakarya Üniversitesi, Sakarya.
73. Simek, Ö.F. (2019). Boşanma Sürecindeki Bireylerin Sosyal Destek Açısından Araştırılması, Yüksek Lisans Tezi, Üsküdar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
74. Çıbık, T. (2019). Eşini Kaybetmiş Kadınlarda Benlik Saygısı, Sosyal Destek ile Duygusal ve Sosyal Yalnızlık Arasındaki İlişkiler. Yüksek Lisans Tezi. Üsküdar Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
75. Güröl, S. (2021). Üniversite Öğrencilerinin Evlilik Tutumu ve Algılanan Sosyal Destek Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Selçuk Üniversitesi: Konya.
76. Kırhallı-Gök, B. (2015). İlköğretim okulu yöneticilerinin otantik liderlik düzeylerinin yaşam doyumları ve aileden algılanan sosyal destek algıları arasındaki ilişkinin incelenmesi. (Yüksek Lisans Tezi). İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
77. Atbaşı, N. (2022). Yetişkinlerde Suça Eğilim Düzeyinin Algılanan Sosyal Destek Bakımından İncelenmesi.
78. Boduroğlu, B. (2022). Covid-19 Pandemisine Bağlı Stres Düzeyi ile Ruhsal Belirtiler Arasındaki İlişkiye Algılanan Sosyal Destek ve Çocukluk Çağı Travmalarının Bu İlişkiye Etkisinin İncelenmesi.

ÖZGEÇMİŞ

I- Bireysel Bilgiler

Adı-Soyadı : Turgay ADANIR

Doğum yeri ve tarihi :

Medeni durumu

E-posta :

Yabancı Dili : İngilizce

II- Eğitimi

2022-2025: Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim Araştırma Hastanesi, Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitimi

2010-2016: Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tokat

III- Ünvanları

2022-2025: Asistan Hekim

2017-2022: Aile Hekimi

2016-2017: TSM Hekimi

IV- Mesleki Deneyimi

2022-2025: Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim Araştırma Hastanesi, Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitimi

2017-2022: Çankırı Kurşunlu ASM

2016-2017: Çankırı Yapraklı Toplum Sağlığı Merkezi

EKLER

Ek-1. Sosyodemografik Veri Formu

SBÜ ANKARA DIŞKAPI YILDIRIM BEYAZIT EAH AİLE HEKİMLİĞİ
POLİKLİNİKLERİNE HERHANGİ BİR NEDENLE BAŞVURAN 18- 65 YAŞ
ARASI BİREYLERİN SOSYAL DESTEK ALGISI İLE YAŞAMSAL STRESLERİ
ARASINDAKİ İLİŞKİ ADLI ÇALIŞMANIN SOSYODEMOGRAFIK VERİ
FORMU

1. Yaşınız?

2. Cinsiyetiniz? Kadın Erkek

3. Kronik bir hastalığınız var mı varsa nedir?

- ☐ Yok
- ☐ Kalp hastalığı
- ☐ Şeker hastalığı
- ☐ Tiroid hastalığı
- ☐ Kanser
- ☐ Böbrek hastalığı
- ☐ Diğer (açıklayınız):

4. Sürekli kullandığınız bir ilaç var mı ? Açıklayınız

- ☐ Yok
- ☐ Var :

5. Medeni Durumunuz?

- ☐ Evli
- ☐ Bekar
- ☐ Boşanmış
- ☐ Dul
- ☐ Diğer

6. Eğitim Durumunuz?

- ☐ Okur-yazar
- ☐ İlkokul
- ☐ Ortaokul
- ☐ Lise
- ☐ Önlisans
- ☐ Lisans
- ☐ Lisans Üstü

7. Çalışıyor musunuz?

- ☐ Evet, tam zamanlı bir işte çalışıyorum.
- ☐ Evet, yarı zamanlı bir işte çalışıyorum
- ☐ Hayır, çalışmıyorum

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

Ek-3. Algılanan Stres Ölçeği

Yönerge: Aşağıda geçtiğimiz ay içerisindeki kişisel deneyimleriniz hakkında bir dizi soru yöneltilmektedir. Her soruyu dikkatlice okuyarak size en uygun

seçeneğin altındaki kutuya bir çarpı işareti koyarak cevaplayınız. Soruların doğru veya yanlış cevabı yoktur. Önemli olan sizing duygu ve düşüncelerinizi yansıtan yanıtları vermenizdir.

1. Geçen ay, beklenmedik bir şeylerin olması nedeniyle ne sıklıkta rahatsızlık duydunuz?

HİÇ: 0 1 2 3 4 ÇOK SIK

2. Geçen ay, hayatınızdaki önemli şeyleri kontrol edemediğinizi ne sıklıkta hissettiniz?

HİÇ: 0 1 2 3 4 ÇOK SIK

3. Geçen ay, kendinizi ne sıklıkta sinirli ve stresli hissettiniz?

HİÇ: 0 1 2 3 4 ÇOK SIK

4. Geçen ay, kişisel sorunlarınızı ele alma yeteneğinize ne sıklıkta güven duydunuz?

HİÇ: 0 1 2 3 4 ÇOK SIK

5. Geçen ay, her şeyin yolunda gittiğini ne sıklıkta hissettiniz?

HİÇ: 0 1 2 3 4 ÇOK SIK

6. Geçen ay, ne sıklıkta yapmanız gereken şeylerle başa çıkamadığınızı fark ettiniz?

HİÇ: 0 1 2 3 4 ÇOK SIK

7. Geçen ay, hayatınızdaki zorlukları ne sıklıkta kontrol edebildiniz?

HİÇ: 0 1 2 3 4 ÇOK SIK

8. Geçen ay, ne sıklıkta her şeyin üstesinden geldiğinizi hissettiniz?

HİÇ: 0 1 2 3 4 ÇOK SIK

9. Geçen ay, ne sıklıkta kontrolünüz dışında gelişen olaylar yüzünden öfkelenediniz?

HİÇ: 0 1 2 3 4 ÇOK SIK

10. Geçen ay, ne sıklıkta problemlerin üstesinden gelemeyeceğiniz kadar biriktiğini hissettiniz?

HİÇ: 0 1 2 3 4 ÇOK SIK



Ek-4. Tez Konusu Onayı



T.C.
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
Gülhane Tıp Fakültesi Dekanlığı

Sayı : E-86241737-100--244068
Konu : GTF Tez İnceleme ve Değerlendirme
Akademik Kurulu Kararları

16.05.2023

DAĞITIM YERLERİNE

Gülhane Tıp Fakültesi Tez İnceleme ve Değerlendirme Akademik Kurulu 11.05.2023 tarihinde saat 14:00'da Gülhane Tıp Fakültesi Dekan Yardımcısı Doç.Dr.Özhan ÖZDEMİR başkanlığında üyelerin uzaktan dijital ortamda online katılımı ile toplanmıştır. Toplantıda, Dekanlığımızla afiliye olan SUAM'larda görevli 81 (seksen bir) uzmanlık öğrencisine ait tez incelenerek değerlendirilmiş olup; tezlerle ilgili Ek'teki kararların alınmasına oy birliği ile karar verilmiştir.
Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Prof. Dr. Mehmet Ali GÜLÇELİK
Dekan

Ek:Kurul Kararı

52.	Dr.Turgay ADANIR	Ankara Dışkapı Yıldırım Beyazıt SUAM	SBÜ Dışkapı Yıldırım Beyazıt EAH Aile Hekimliği polikliniklerine herhangi bir nedenle başvuran 18-65 yaş arası bireylerin sosyal destek algısı ile yaşamsal stresleri arasındaki ilişki	Kabul Edildi.
-----	------------------	--	---	---------------

Ek-5. Etik Kurulu Onayı

KARAR BİLGİLERİ	Karar No: AESH-EKI-2023-255	Tarih: 14/06/2023
	Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın/çalışmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup araştırmanın/çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan etik kurul üyelerinin oy birliği ile karar verilmiştir.	

Etik Kurul Başkanının

Unvanı/Adı/Soyadı: Prof. Dr. Hüseyin Levent KESKİN

İmza:

XXXXXX