

T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI

DOKTORA TEZİ

SALUTOJENİK MODEL VE PSİKOLOJİK DAYANIKLILIK
KURAMLARI ÇERÇEVESİNDE BİR İNCELEME: SAĞLIKLA
İLGİLİ YAŞAM KALİTESİNDE BÜTÜNLÜK DUYGUSU,
PSİKOLOJİK DAYANIKLILIK VE BİLİŞSEL SOSYAL
SERMAYENİN ROLÜ

Ünzile Özge KICALI
2502150502

TEZ DANIŞMANI
Prof. Dr. H. Özlem SERTEL BERK

İSTANBUL - 2024

ÖZ

SALUTOJENİK MODEL VE PSİKOLOJİK DAYANIKLILIK KURAMLARI ÇERÇEVESİNDE BİR İNCELEME: SAĞLIKLA İLGİLİ YAŞAM KALİTESİNDE BÜTÜNLÜK DUYGUSU, PSİKOLOJİK DAYANIKLILIK VE BİLİŞSEL SOSYAL SERMAYENİN ROLÜ

ÜNZİLE ÖZGE KICALI

Hastalıklara ve risk etkenlerine odaklanan biyomedikal yaklaşım sağlığın psikososyal boyutlarını, sağlık ve iyi oluş için gerekli beceri ve kaynakları göz ardı ettiği için profesyonel hizmete bağımlı bir işlev görmesine rağmen günümüz sağlık yaklaşımında baskınlığı sürmektedir. Sağlığı biyolojik, psikolojik ve sosyal etkenlerle etkileşim halinde dinamik bir süreç olarak tanımlayan biyopsikososyal yaklaşım ile filizlenen sağlığın geliştirilmesi alanı ise insanların sağlıkları ve yaşam kaliteleri üzerindeki kontrollerini artırmalarını hedeflemekte; ancak rehberlik edecek kuramsal bir çerçevenin eksikliği nedeniyle olgunlaşmaya açık bir disiplin olarak değerlendirilmektedir. Bu çalışmada sağlığın geliştirilmesi alanına çatı olarak sağlığın kaynaklarını inceleyen salutojenik model ile zorluklara uyum gösterme sürecini inceleyen psikolojik dayanıklılık kuramlarına başvurulmuş olup salutojenik modelin başat kavramı olan ve bireyin deneyimlerini anlaşılabilir, yönetilebilir ve anlamlı bulmasına ilişkin bir yaşam yönelimini ifade eden bütünlük duygusu ile karşılaştırmalı olarak ele alınmıştır. İkisinin de değişiminde sosyal çevrenin önemli bir kaynak veya koruyucu faktör olduğu önerilmesine rağmen bireyin sosyal ağlarında hissettiği güven, aidiyet ve paylaşılan değerler algısını yansıtan bilişsel sosyal sermaye kavramı oldukça yeni çalışılmaya başlanmış; sağlık sonuçları açısından rolü ve etki mekanizması yeterince aydınlatılmamıştır. Bu bağlamda mevcut çalışmanın temel amacı sağlığı zihinsel ve fiziksel boyutlarıyla kapsamlı bir şekilde ele alan sağlıkla ilgili yaşam kalitesi ile arasındaki ilişkileri salutojenik model ve psikolojik dayanıklılık kuramları doğrultusunda önerilen bir model içerisinde incelemektir.

Katılımcılara araştırmaya ilişkin anket formunu içeren bağlantının sosyal medya araçlarıyla paylaşılmasıyla çevrimiçi olarak ulaşılmıştır. Çalışmanın işleme

kriterleri 18 ile 70 yaşları arasında olmak ve Türkiye’de yaşamak olarak belirlenmiştir. Uygulama aşamasına geçmeden önce gerekli etik izinler alınmış; veriler 2021 Mart ve Mayıs ayları arasında toplanmıştır. Kesitsel araştırma deseni kullanılan bu çalışmada veri toplama araçları olarak Bütünlük Duygusu Ölçeği-13, Connor-Davidson Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği, Kısa Form- 36 ve Sosyal Sermaye Ölçeği, Bayliss Komorbidite Özbildirim Anketi, COVID-19’a ilişkin olumsuz duygu yoğunluğunu ölçen COVID-19 Önleyici Davranışları için Korunma Güdüsü Kuramı Ölçeği- Olumsuz Duygu alt boyutu ve Sosyodemografik Bilgi Formu kullanılmıştır. Örneklemenin %64,4’ünü kadın, %35,6’sını erkek katılımcılar (N= 374) oluşturmaktadır.

Bulgular araştırma değişkenlerinin hastalık yükü ve COVID-19’a ilişkin olumsuz duygu şiddetiyle ilişkili olduğunu gösterdiği için aracılık modellerinde kontrol değişkenleri olarak kullanılmıştır. Paralel çoklu aracı modeli analizleri sonucunda araştırmanın temel değişkenleri arasındaki ilişkilere dair önerilen modeller doğrulanmıştır. Araştırmanın birinci modelinin analiz sonuçları bilişsel sosyal sermayenin zihinsel sağlıkla ilgili yaşam kalitesini bütünlük duygusu ve psikolojik dayanıklılık aracılığıyla; fiziksel sağlıkla ilgili yaşam kalitesini ise sadece bütünlük duygusu aracılığıyla yordadığını göstermiştir. Salutojenik modelin öngörülleri desteklenmiştir.

Bulgular alanyazın ışığında tartışılmış ve gelecek çalışmalar için önerilerde bulunulmuştur. Bulguların sağlığın geliştirilmesi yaklaşımıyla sosyal sermaye ve sağlığın sosyal belirleyicileri ile ilgili gelecekteki araştırmaların içeriği ve yönü, politika oluşturma ve sağlık hizmeti uygulamaları açısından yol gösterici olacağı düşünülmektedir.

Anahtar kelimeler: Salutojenik model, bütünlük duygusu, psikolojik dayanıklılık, bilişsel sosyal sermaye, sağlıkla ilgili yaşam kalitesi, sağlığın geliştirilmesi

ABSTRACT

A REVIEW WITHIN THE FRAMEWORK OF SALUTOGENIC MODEL AND PSYCHOLOGICAL RESILIENCE THEORIES: THE ROLE OF SENSE OF COHERENCE, PSYCHOLOGICAL RESILIENCE AND COGNITIVE SOCIAL CAPITAL IN HEALTH-RELATED QUALITY OF LIFE

ÜNZİLE ÖZGE KICALI

Biomedical approach which focuses on diseases and risk factors and ignores the psychosocial dimensions of health and the skills and resources required for health and well-being remains dominant in today's health approach despite its dependence on professional services. On the other hand, the field of health promotion, which sprouted with the biopsychosocial approach that defines health as a dynamic process in interaction with biological, psychological and social factors, aims to increase people's control over their health and quality of life is considered as a discipline open to development due to the lack of a theoretical framework to guide it. In this study, the salutogenic model which examines the sources of health and the psychological resilience (PR) theories which examine the process of adapting to adversities were suggested as frameworks for the field of health promotion. Resilience and salutogenic model's main concept sense of coherence (SoC) which expresses a life orientation related to finding one's life understandable, manageable and meaningful were reviewed comparatively. Although it has been suggested that the social environment is an important source or protective factor in the change of both, the concept of cognitive social capital (CSC), which reflects feelings of trust, belonging and perceptions of shared values that the individual experiences in his/her social networks, has started to be studied quite recently. Its role and mechanism of action in terms of health outcomes have not been sufficiently elucidated. In this context, the main purpose of this study is to examine the relationships between CSC and health-related quality of life (HRQoL), which addresses health comprehensively through mental and physical functioning and well-being, within a model proposed in line with the predictions of the salutogenic model and PR theories.

Participants were reached online by sharing the research link through social media tools. The inclusion criteria for the study were being between the ages of 18 and 70 and living in Turkey. Before the implementation phase, the necessary ethical permissions were obtained and the data were collected between March and May 2021. In this cross-sectional study, data collection tools used for main variables were Sense of Coherence Scale-13, Connor-Davidson Resilience Scale, Short Form-36 and Social Capital Scale. In order to control for possible confounding effects, Bayliss Comorbidity Self-Report Questionnaire which assesses disease burden, Protection Motivation Theory Scale for COVID-19 Preventive Behaviors- Negative Emotion sub-dimension and Sociodemographic Information Form were also used. The sample consisted of 64.4% female participants and 35.6% male participants (N= 374). Parallel multiple mediator model analyses were conducted to test the hypotheses of the study.

Since the findings showed that the research variables were associated with illness burden and severity of negative emotions related to COVID-19, they were used as control variables in the mediation models. Results of the analyses confirmed the proposed models of the relationships between CSC, SoC, PR and HRQOL. The first model's analysis showed that the effect of CSC on the mental health component measured by SF-36 was not direct but mediated through SoC and PR while the second model's analysis showed that the effect CSC on the physical health component was only through SoC. The predictions of the salutogenic model were supported.

The findings were discussed in the light of the literature and suggestions were made for future studies. It is thought that the findings will guide the content and direction of future research on social capital and social determinants of health, health service practices and policy making from a health promotion perspective.

Keywords: Salutogenic model, sense of coherence, psychological resilience, cognitive social capital, health related quality of life, health promotion

ÖNSÖZ

Şunu belirterek başlamak isterim ki, bu tezi yazarken çok acı çektim. Ancak benim için kaos olabilecek bir durumu varlıklarıyla büyüme yolculuğuma çevirmeye yardım eden çok insan oldu. Bu nedenle, gerçek bir teşekkür ve minnettarlıkla, topluluğun dönüştürücü gücünü, çevremdekilerden gelen incelik ve nezaketi görerek bu tezi başlatmak istiyorum.

İlk olarak 2015 Eylül’ünde başlayan doktora sürecimin en başından en sonuna kadar öğrenme sürecimin her aşamasında büyük emeği olan, bana yeni bakış açıları kazandıran, yaşadığım zorluklar karşısında desteğini ve rehberliğini esirgemeyip beni cesaretlendiren; öğrencisi olmaktan her zaman gurur duyacağım kıymetli hocam ve tez danışmanım Prof. Dr. H. Özlem SERTEL’e;

Tez izleme ve/veya savunma jürimde olmayı kabul eden, değerli vakitlerini ayırarak desteklerini sunan diğer hocalarım Prof. Dr. İlknur ÖZALP-TÜRETGEN’e; Prof. Dr. H. İlyas GÖZ’e, Prof. Dr. Sevim CESUR’a, Dr. Öğr. Üyesi Buket ÜNVER’e ve Dr. Öğr. Üyesi Ayşenur AKTAŞ’a;

Veri toplama sürecimde tüm güçleriyle bana yardım eden, farklı bakış açılarıyla ve kocaman kalpleriyle bana ilham veren canım arkadaşlarım Sveta KICALI’ya ve Maria Louisa de GAMA DURMAZ’a; ve bana her zaman tam da ihtiyacım olan ortamı sunan canlarım Seyfettin ÇETİNKIRAN ve Caner KICALI’ya;

Doktora sürecimi paylaştığım yoldaşlarım; bana umut ve ışık olan canım arkadaşlarım Dr. Uzm. Psk. Kadir ÖZDEN’e, Dr. Öğr. Üyesi Didem ACAR’a, Dr. Öğr. Üyesi Nermin TAŞKALE’ye ve Dr. Öğr. Üyesi Sümeyye YILDIRIM’a;

En zorlandığım anlarda sonsuz bir şefkatle yanımda olan canlarım; dostum Zeynep ÖZTÜRK’e ve sevgilim Oğuz BAŞOL’a;

Edindiğim kuramsal bilgi ve becerileri psikoterapi pratiği ile birleştirerek deneyim yoluyla öğrenmeme aracılık eden, kendilerinden de pek çok şey öğrendiğim tüm danışanlarıma;

Psikoloji alanındaki Yüksek Lisans ve Doktora eğitimim süresince “TÜBİTAK 2210/ E- Doğrudan Yurt İçi Yüksek Lisans Burs Programı” ve “TÜBİTAK 2211/E- Doğrudan Yurt İçi Doktora Burs Programı” kapsamında verdiği maddi desteklerle varlığını yanımda hissettiren Türkiye Bilimsel ve Teknolojik Araştırma Kurumu- Bilim İnsanı Destek Programları Başkanlığı’na (TÜBİTAK BİDEB) çok teşekkür ederim.

Son olarak; çocukluğumdan beri bana sundukları destekle zorlukların aşılabileceğine ilişkin inancımı güçlendiren sevgili anne ve babam Türkan ve Gürkan KICALI’ya, ufkumu genişleten abim Onat ve en sevdiğim oyun arkadaşım ikiz kardeşim Öncel’e sonsuz teşekkür ederim.

Ünzile Özge KICALI

İstanbul, 2024

İÇİNDEKİLER

ÖZ.....	ii
ABSTRACT	iv
ÖNSÖZ.....	vi
TABLolar LİSTESİ.....	xi
ŞEKİLLER LİSTESİ.....	xii
KISALTMALAR LİSTESİ.....	xiii
GİRİŞ	1

BİRİNCİ BÖLÜM

LİTERATÜR

1.1. Sağlık ve Sağlığın Geliştirilmesi	8
1.1.1. Tarihsel Bir Bağlam İçinde Sağlığın Kavramsallaştırılması	8
1.1.2. Güncel Verilerle Dünyada ve Türkiye’de Sağlık.....	20
1.1.3. Yaşam Kalitesi	29
1.1.3.1. Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi (SiYK)	31
1.2. Salutojenik Model	33
1.2.1. Tarihçe ve Kuramsal Arkapları.....	33
1.2.2. Patojenik Yaklaşımın Eleştirisiyle Şekillenen Salutojenik Yaklaşım.....	37
1.2.3. Salutojenik Yaklaşımla Sağlığın Geliştirilmesi	39
1.2.4. Bütünlük Duygusu.....	42
1.2.4.1. Bütünlük Duygusunun Ölçümü	45
1.2.4.2. Bütünlük Duygusu ve Sağlık	45
1.2.5. Salutojenik Modele Göre Bütünlük Duygusunun Biyopsikososyal Yordayıcıları: Genelleştirilmiş ve Özgül Direnç Kaynakları	50
1.2.5.1. Genelleştirilmiş Direnç Kaynakları ve Bütünlük Duygusu Arasındaki İlişkiler	54
1.2.5.2. Sosyal Sermaye	59
1.2.5.2.1. Sosyal Ağlar Yaklaşımı ve Yapısal Sosyal Sermaye	64
1.2.5.2.2. Sosyal Uyum Yaklaşımı ve Bilişsel Sosyal Sermaye	67

1.2.5.2.2.1. Bilişsel Sosyal Sermayenin Bileşenleri	74
1.2.5.2.2.2. Bilişsel Sosyal Sermayenin Ölçümü.....	83
1.2.5.2.2.3. Bilişsel Sosyal Sermaye ve Sağlık.....	84
1.2.5.3. Sosyodemografik Özellikler ve Hastalık Yüğü ile Bütünlük Duygusu ve Sağlık Arasındaki İlişkiler.....	88
1.3. Psikolojik Dayanıklılık.....	90
1.3.1. Gelişimsel Psikoloji Alanında Psikolojik Dayanıklılık Yaklaşımları	93
1.3.2. Psikolojik Dayanıklılığa İlişkin Bütünleştirici Yaklaşımlar	95
1.3.3. Psikolojik Dayanıklılığın Ölçümü	102
1.3.4. Psikolojik Dayanıklılık ve Sağlık.....	103
1.4. Salutojenik Model ve Psikolojik Dayanıklılık	105
1.4.1. Bütünlük Duygusu ve Psikolojik Dayanıklılık.....	108
1.4.2. Bilişsel Sosyal Sermaye ve Bütünlük Duygusu	109
1.4.3. Bilişsel Sosyal Sermaye ve Psikolojik Dayanıklılık.....	113
1.5. Araştırmanın Amacı, Önemi ve Hipotezler.....	116

İKİNCİ BÖLÜM

YÖNTEM

2.1. Örneklem.....	123
2.2. Veri Toplama Araçları	125
2.2.1. Sosyodemografik Bilgi Formu	126
2.2.2. Bütünlük Duygusu Ölçeğı- 13 (BDÖ-13):.....	126
2.2.3. Connor- Davidson Psikolojik Dayanıklılık Ölçeğı (C-D PDÖ):	127
2.2.4. Sosyal Sermaye Ölçeğı (SSÖ):.....	129
2.2.5. Kısa Form- 36 Sağlık Taraması (KF- 36):.....	131
2.2.6. Bayliss Komorbidite Özbildirim Anketi	132
2.2.7. COVID-19 Önleyici Davranışları için Korunma Güdüsü Kuramı Ölçeğı- Olumsuz Duygu Alt Boyutu:.....	133
2.3. İşlem.....	134
2.4. İstatistiksel Analiz	134

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

BULGULAR

3.1. Aracılık Modellerine İlişkin Analizlerin Önkoşullarının Sağlanmasına İlişkin İstatistikler	138
3.2. Bilişsel Sosyal Sermaye ile Zihinsel Sağlık Bileşeni Arasındaki İlişkide Bütünlük Duygusu ve Psikolojik Dayanıklılığın Aracı Roller (Model I)	141
3.3. Bilişsel Sosyal Sermaye ile Fiziksel Sağlık Bileşeni Arasındaki İlişkide Bütünlük Duygusu ve Psikolojik Dayanıklılığın Aracı Roller (Model II)	143
DÖRDÜNCÜ BÖLÜM	
TARTIŞMA VE SONUÇ	
4.1. Model I'e İlişkin Paralel Aracı Analizi Bulgularının Değerlendirilmesi	151
4.2. Model II'ye İlişkin Paralel Aracı Analizi Bulgularının Değerlendirilmesi..	170
4.3. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Güçlü Yanları.....	180
4.4. Sonuç ve Öneriler	184
KAYNAKÇA	191
EKLER.....	235
ÖZGEÇMİŞ.....	255

TABLÖLAR LİSTESİ

Tablo 2.1: Katılımcıların sosyodemografik değişkenlere göre dağılımı.....	125
Tablo 3.1: Ölçeklere ilişkin normal dağılım analizi sonuçları	138
Tablo 3.2: Çalışmadaki değişkenler arasındaki korelasyon analizi sonuçları.....	139
Tablo 3.3: Ölçeklere ilişkin varyans arttırıcı faktör sonuçları	140
Tablo 3.4: Model I'e ilişkin paralel aracılık analizi sonuçları	141
Tablo 3.5: Model I'e ilişkin özet sonuçlar	143
Tablo 3.6: Model II'ye ilişkin paralel aracılık analizi sonuçları	144
Tablo 3.7: Model II'ye ilişkin özet sonuçlar	145

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1.1: Sağlığın salutojenik modeli	36
Şekil 1.2: Yaşam ırmağında sağlık metaforu.....	40
Şekil 1.3: Tür ve seviyelerine göre sosyal sermaye.....	64
Şekil 1.4: PTE’ler sonrası normal işlevsellikteki prototipik bozulma modelleri.....	101
Şekil 1.5: Sağlığın salutojenik modelinde kültürlerin rolü.....	110
Şekil 1.6: Araştırma modeli I	122
Şekil 1.7: Araştırma modeli II	123
Şekil 2.1: Bağımsız değişkenin bağımlı değişken üzerindeki toplam etkisi ve paralel aracılık modeli	136
Şekil 3.1: Model I’e ilişkin bulgular.....	142
Şekil 3.2: Model II’ye ilişkin bulgular	144

KISALTMALAR LİSTESİ

BDÖ	: Bütünlük Duygusu Ölçeği
C-D PDÖ	: Connor- Davidson Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği
SSÖ	: Sosyal Sermaye Ölçeği
YSS	: Yapısal Sosyal Sermaye
BSS	: Bilişsel Sosyal Sermaye
GDK	: Genelleştirilmiş Direnç Kaynakları
ÖDK	: Özgül Direnç Kaynakları
GKE	: Genelleştirilmiş Kaynak Eksikliği
KF- 36	: Kısa Form- 36 Sağlık Taraması
ZSB	: Zihinsel Sağlık Bileşeni
FSB	: Fiziksel Sağlık Bileşeni
DSÖ- YKÖ	: Dünya Sağlık Örgütü- Yaşam Kalitesi Ölçeği
YK	: Yaşam Kalitesi
SiYK	: Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi
PTE	: Travmatik etki potansiyeli taşıyan olaylar

GİRİŞ

Sağlık, bireyler için olduğu kadar sosyal ve ekonomik kalkınma için toplumların da en önemli kaynaklarından biri olup tarihsel ve coğrafi bağlamdaki ihtiyaç ve olanaklara göre şekillenir (Conti, 2018). Örneğin sağlık anlayışında dini dogmaların baskın olduğu (örn. bulaşıcı hastalıkların Tanrının bir gazabı olarak görülmesi) Orta Çağ skolastik görüşü bilimsel ve felsefi ilginin arttığı Rönesans dönemiyle son bulurken sağlık anlayışı ise biyomedikal bir yaklaşıma evrilmiştir (Magner, 2005). Bu sağlık yaklaşımı günümüzde de baskınlığını sürdürmekle birlikte alternatif yaklaşımlarla telafi edilmesi gereken eksiklikleri olduğu ifade edilebilir (Eriksson ve Lindström, 2008; Straub, 2014).

Mikroskop ve termometre gibi aletlerin icadı ve otopsi çalışmalarının artması gibi gelişmelerle bedensel mekanizmaların işleyişine dair yeni bilgiler edinilmesi sonucu 19. yüzyılın ortalarında ortaya çıkan biyomedikal sağlık yaklaşımı sağlık ve hastalığın biyolojik ve fizyolojik yanlarına odaklanmakta olup vücudun yapısını ve işlevini anlamayı, hastalıkların altında yatan moleküler ve hücrel mekanizmaları keşfetmeyi ve bu biyolojik anlayışa dayalı müdahaleler geliştirmeyi vurgular. Biyomedikal yaklaşımda teşhis ve tedavi genellikle belirli fizyolojik anormalliklerin veya işlev bozukluklarının tanımlanmasını ve bunların ilaçlar, ameliyatlar veya diğer tıbbi prosedürler gibi tıbbi müdahaleler yoluyla ele alınmasını içerir. Modern Batı tıbbının temel taşlarından biri olarak görülen bu yaklaşım sağlığın ve hastalığın fizyolojisine ilişkin araştırma, tanı ve tedavi süreçlerindeki ilerlemelere önemli ölçüde katkı sağlamıştır (Mehta, 2011). Bununla birlikte 20. Yüzyılın ortalarına gelindiğinde biyomedikal tedavilerin sağlığı her zaman iyileştirmediği, aynı fizyolojik anormalliklere sahip bazı bireylerin hastalık göstermediği, yaşam tarzı alışkanlıklarının (örn. egzersiz) ve psikolojik etkenlerin (örn. stres) fizyolojik etkenlerle (örn. endokrin) ilişkili olduğunu gösteren çalışmalara ek olarak zihinde veya sosyal çevredeki bir sorunun fiziksel tepkilere yol açabileceğini öneren psikosomatizasyon çalışmaları biyomedikal modelin sağlığı açıklamada yetersiz kaldığına işaret etmeye başlamıştır (Straub, 2014; Strickland ve Patrick, 2015). Bu doğrultuda biyomedikal modele sağlığı sadece fizyolojik etkenlerle açıklarken

çevresel, sosyal ve zihinsel etkenleri dışlaması nedeniyle indirgemeci olduğu, hastalıklar üzerine vurgu yaparken sağlığın geliştirilmesi ve sürdürülmesine yönelik bir önerme sunmayıp patojenik (hastalık odaklı) olduğu ve bireyin hastalık deneyimini yok sayıp bireyi kurbanlaştırarak insani yaklaşımdan uzaklaştığı yönünde eleştiriler gelmiştir (Antonovsky, 1988; Havelka, Lučanin ve Lučanin, 2009).

Bu eleştirilerden hareketle biyomedikal modele alternatif olarak Engel'in (1977) sunduğu biyopsikososyal model sağlığı biyolojik, psikolojik ve sosyal etkenlerle etkileşim halinde olan dinamik bir süreç olarak tanımlayıp etkili tedavi için de fizyolojik etkenler kadar bireyin hastalık deneyimi ve içinde yaşadığı toplumsal bağlamın da göz önünde bulundurulması gerektiğini vurgular. Bu modelin öne sürülmesiyle yaklaşık olarak eş dönemli olarak yürütülen stres çalışmaları biyolojik, psikolojik ve sosyal sistemleri birbirine bağlayan mekanizmaları açıklamaya yardımcı olmuştur (Suls ve Rothman, 2004). Sağlığın değişen içsel (biyolojik, psikolojik) veya dışsal (sosyal, çevresel) taleplere verilen uyumlu cevapların bir işlevi olarak yeniden kavramsallaştırıldığı bu çalışmalar stresin bireyin çevresiyle etkileşiminin bir sonucu olarak dinamik bir süreç içinde şekillendiğini; istisnasız her bireyin stresörler aracılığıyla sağlığına yönelik bir tehditle karşılaştığını; bireyin doğası, toplumdaki konumu ve beklentilerine bağlı olarak sağlığı olumsuz etkileyebileceği gibi olumlu da etkileyebileceğini göstermiştir (Lazarus, 2000; Lazarus ve Folkman, 1984; Selye, 1976). Stresörlere verilen uyumlu cevaplarla sağlığın korunmasının altını çizen bu çalışmalar doğrultusunda tedaviye odaklanan sağlık yaklaşımına alternatif olarak sağlığın korunması yaklaşımı filizlenmeye başlamıştır.

Psikosomatizasyon çalışmaları, Engel'in biyopsikososyal modeli ve stres çalışmalarının etkileriyle daha bütüncül bir sağlık anlayışına tanıklık edilen 20. yüzyılın ikinci yarısından itibaren bilim ve teknolojideki gelişmeler de yaşam süresinin artmasına yardımcı olmuş; bunun sonucunda da toplumdaki hastalıkların doğası değişmeye başlamıştır (Straub, 2014). Savaş ve kıtlıkla birlikte temel ölüm sebeplerinden biri olan bulaşıcı hastalıklar azalırken yaşanan nüfusta yaşam tarzıyla ilişkili kronik hastalıklar artış göstermiştir (Magner, 2000). Yüksek maliyetli sağlık teknolojilerinin kullanımı ve iş gücü kaybı gibi çeşitli nedenlerden dolayı tüm dünyada

giderek artan ekonomik bir yük oluşturan kronik hastalıklar devlet politikalarının koruyucu ve önleyici sağlık uygulamalarına yönelmesine, toplumları eğiterek sağlıkları üzerinde kontrol sağlamaya davet ederken (Kılavuz, 2010; Yach, Hawkes, Gould, Hofman, 2004) ampirik araştırmalar sağlık ve hastalığın birlikte var olabileceğine, çoklu kronik hastalığı olan bireylerin de kendilerini sağlıklı görebildiğine işaret etmiştir (Jadad, 2013). Bu gelişmelerden hareketle Amerikan Psikoloji Derneği 1978 yılında biyopsikososyal bir yaklaşımla hastalıkların tedavisi ve sağlığın korunmasına ek olarak sağlığın geliştirilmesini de vurgulayan, toplum sağlığını ve sağlık sistemini geliştiren politikalar üretmeyi amaçlayan Sağlık Psikolojisi bölümünü kurmuştur (Belar ve Deardoff, 2009). Sağlığın geliştirilmesine yönelik ilk uluslararası konferans ise Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından 1986'da Ottawa'da gerçekleştirilmiş olup Ottawa Bildirisi'nde sağlığın fiziksel yeterliklere ek olarak sosyal ve bireysel kaynakları öne çıkaran pozitif bir kavram olduğu belirtilmiş; geliştirilmesi için destekleyici çevreler yaratmanın, toplum hareketini güçlendirmenin ve kişisel becerileri geliştirmenin önemi vurgulanmıştır.

Sağlığın sadece hayatta kalmanın bir yolu değil, uzayan yaşamda zindelik için önemli bir kaynak olduğu ve fiziksel, psikolojik ve sosyal bir iyi oluş hali olarak tanımlandığı (DSÖ, 1986) göz önünde bulundurulduğunda toplum sağlığına ilişkin güncel veriler endişelendirici görünmektedir. DSÖ'nün (2017) küresel verilere dayanan raporuna göre kronik hastalıklar nedeni belirlenmiş ölümlerin %72'sine karşılık gelirken TÜİK'in (2018) raporuna göre Türkiye'de bu oran %77'dir. Ayrıca Türkiye'de 16 yaş ve üzeri popülasyonda herhangi bir kronik hastalık yaygınlığının %30- 35 aralığında olduğu, tanısı olan her üç bireyden birinin depresif belirtiler gösterdiği bildirilmiştir (Aydın, 2020). Kronik fiziksel hastalıklara ek olarak araştırmalar zihinsel sağlık sorunlarında da artış olduğuna işaret etmektedir (Arslan ve ark., 2009; Prince ve ark., 2007). *Küresel Hastalık Yüğü* çalışmasının verilerine göre herhangi bir zihinsel bozukluk yaygınlık oranı dünya çapında %10.7 iken Türkiye'de %14.4 olarak bildirilmiştir (Dattani, Richie ve Roser, 2021). Ayrıca zihinsel bozuklukların bulaşıcı veya kronik hastalıklar, yaralanma gibi çeşitli fiziksel sağlık sorunları riskini arttırırken bu sorunların da depresyon, anksiyete gibi zihinsel bozukluk riskini arttırarak çoklu hastalık (multimorbidite) riski oluşturduğu, bunun

sonucunda yardım alma, tanı, tedavi ve prognoz süreçlerinin de karmaşıklaştığı görülmüştür (Barnett ve ark., 2012; Prince ve ark., 2007). Fiziksel ve zihinsel sağlık sorunlarındaki artışın yanı sıra 2019 yılında ortaya çıkan COVID-19 pandemisi de kronik hastalığı olan bireylerin prognozlarını (hastalık seyri) olumsuz etkilemiş; virüse ve kontrolüne yönelik stratejiler (örn. karantina) toplumda çeşitli zihinsel sağlık sorunlarına (örn., depresyon, anksiyete, stres) neden olmuştur (Alyammahi ve ark., 2020; Gürcan ve ark., 2022). Sağlık sorunlarındaki küresel artış doğrultusunda patojenik yaklaşıma göre neredeyse herkesin hasta olarak etiketlenmesi mümkün hale gelmektedir (Mills, 2014). Sağlığın geliştirilmesi alanı hem araştırma hem de uygulama kollarından gelişim göstermesine rağmen bilimsel bir disiplin haline gelmesi ve bütüncül bir yaklaşımla toplumların yaşam kalitelerini arttırmaya yönelik etkili müdahaleler geliştirilmesi için çatı oluşturacak kuram ve modelleri, kanıta dayalı araştırmaları içeren daha fazla girişime ihtiyaç duyulmaktadır (Kobau ve ark., 2011).

Yaşam, herkes için, kaçınılmaz olarak stresörlerle doludur (Antonovsky, 1979; Selye, 1976). Stresörlere rağmen fiziksel, psikolojik ve sosyal sağlığımızı korumak, sürdürmek ve geliştirmek için uyumlu tepkiler vermemize yardımcı olan kaynakları belirlemenin toplum sağlığı alanında yapılacak daha etkili müdahale çalışmalarının tasarlanmasına yardımcı olacağı düşünülmektedir. Sağlık için çok sayıda kaynak olmakla birlikte sağlığın geliştirilmesi için psikososyal kaynaklar büyük önem taşımaktadır (Gözden geçirme çalışması için bkz.: Taylor ve Broffman, 2011). Bu çalışmada sağlığın geliştirilmesi alanına çatı olarak biyopsikososyal bir yaklaşımla yaşamın zorlukları karşısında olumlu uyum gösterme sürecini ve ilişkili kaynakları inceleyen *psikolojik dayanıklılık* (PD, Luthar, 2015) ile sağlığın kaynaklarını inceleyen *salutojenik modele* (Antonovsky, 1979) başvurulmuş; kuramsal arka planları, yöntem ve uygulamaları karşılaştırmalı olarak ele alınmıştır. Salutojenik modelin başat kavramı olan *bütünlük duygusu* birey veya toplulukların (örn., aile, toplum) yaşamı anlaşılabilir, yönetilebilir ve anlamlı bulmaya ilişkin kapasitelerini temsil etmekte olup PD'ye benzer şekilde zorluklara uyumlu tepkiler vererek sağlığımızı korumamıza ve hatta geliştirmemize yardımcı olan özellikleri içermektedir. Bu süreçte katkıda bulunan etkenler salutojenik modelde *genelleştirilmiş direnç kaynakları* (GDK, veya tam tersine *genelleştirilmiş kaynak eksikliği*, GKE) PD alanyazınında ise *koruyucu etkenler*

(veya tersine *risk etkenleri*) olarak kavramsallaştırılmış; sosyal çevrenin BD ve PD'nin değişimi ve gelişiminde önemli bir kaynak olduğu belirtilmiştir (Eriksson ve Lindström, 2011; Ungar, 2012).

Sosyal etkenlerin sağlık üzerindeki etkisi kabul edilmekle birlikte fiziksel ve psikolojik etkenlere göre geride kalmasının yanı sıra sağlığın sosyal belirleyicilerine yönelik araştırmalarda sıklıkla sosyal desteğin rolü çalışılırken bireyin sosyal ağlarında gömülü kaynakları daha kapsamlı bir şekilde ele almayı hedefleyen sosyal sermaye (SS) kavramının görece gölgede kaldığı ifade edilebilir (Ehsan ve ark., 2019). Çok disiplinli olarak çalışılan SS'nin üzerinde uzlaşmış net bir tanımı bulunmamakta, yaygın olarak bilişsel ve yapısal olmak üzere iki boyut üzerinden değerlendirilmektedir (Islam ve ark., 2006). *Yapısal sosyal sermaye* (YSS) insanların gözlem veya kayıtlarla doğrulanabilecek şekilde nesnel olarak ne *yaptığına* (sosyal ilişkilerin niceliği, derneksel bağlantılar, katılım gösterilen etkinlikler vb.) odaklanırken *bilişsel sosyal sermaye* (BSS) bireyin bu sosyal ağlar içinde ne *düşündüğüne* ve nasıl *hissettiğine* (güven, paylaşılan değerler algısı, ait olma duygusu vb.) karşılık gelmektedir. Araştırmalar sağlık sonuçları açısından BSS'nin YSS'ye göre daha önemli olduğuna işaret etmesine rağmen bu ilişkiyi açıklamaya yönelik çalışmalar oldukça kısıtlıdır.

Salutojenik model (Antonovsky, 1979) ve PD kuramlarının (örn., Masten ve Obradovic, 2006; Ungar ve Theron, 2020) sistemik bir yaklaşımla sağlığın geliştirilmesi alanındaki çalışmalar için kullanışlı bir çatı sunacağı düşünülmektedir. Hem BD hem de PD'ye ilişkin ampirik çalışmalar bu yapıların tutarlı bir şekilde sağlığın zihinsel boyutuna ilişkin göstergelerle (örn., depresyon, iyi oluş) olumlu ilişkiler içinde olduğuna işaret ederken fiziksel boyutuna (örn., ağrı düzeyi, bildirilen sağlık) ilişkin bulgular daha az tutarlı görünmektedir (Aldhani ve ark., 2021; Braun-Lewensohn, Abu-Kaf ve Al-Said, 2019; Fried, Karmali ve Irwin, 2020; Galetta ve ark., 2019; Qui ve ark., 2019). Daha doğru bir kavrayışa ulaşmak için bu yapıların fiziksel ve zihinsel sağlığın göstergeleriyle olan ilişkilerinin olası karıştırıcı etkenlerin göz önünde bulundurularak ayrı ayrı incelendiği daha fazla çalışmaya ihtiyaç duyulmaktadır. Ayrıca BSS'nin fiziksel ve zihinsel sağlıkla ilişkili olduğunu (örn.,

Muckenhuber ve ark., 2017), BD (Hikichi ve ark., 2023) ve PD'yi (örn., Kalaitzaki, Tsouvelas ve Koukouli, 2020) yordadığını gösteren araştırmalar bulunmasına rağmen yazarın bilgisine göre BSS'nin sağlıkla olan ilişkisinde olası yollar olarak BD ile PD'nin birlikte değerlendirildiği bir çalışma bulunmamaktadır. Öte yandan kültürlerarası çalışmalar BSS ile sağlık sonuçları arasındaki ilişkinin gelişmiş ülkelere kıyasla gelişmekte olan ülkelerde daha güçlü olduğunu ortaya koyarken BSS'nin ekonomik (örn., gelir düzeyi) ve beşerî (örn. yaş, cinsiyet) sermaye gibi diğer sermaye türlerinin eksikliğini telafi edebilecek bir rol de oynayabileceği vurgulanmaktadır (Hills, Carroll ve Desjardins, 2010; Maas, 2016). Farklı bir ifadeyle BSS'nin bolluğu bireyleri ve toplumları güçlendirici bir işleve hizmet etmekle birlikte azlığı veya yokluğu durumunda baş etme, stres seviyesi ve sağlık davranışları gibi değişkenler aracılığıyla hem fiziksel hem de zihinsel sağlığı olumsuz etkileyebilir (Adelinejad, Mousavi ve Tabrizi, 2022; Pascoe ve Richman, 2009). Gelişmekte olan bir ülke olarak Türkiye'de BSS'nin sağlık sonuçları açısından salutojenik modelin kavramsallaştırmasıyla önemli bir GDK (veya GKE), PD kuramları kapsamında ise koruyucu bir etken (veya risk etkeni) olduğunu düşünmek mümkün olmasına rağmen yazarın bilgisine göre henüz bu konuda yürütülmüş bir ampirik çalışma bulunmamaktadır.

Alanyazındaki bu boşluğu doldurmak amacıyla mevcut çalışmada salutojenik modelin ve güncel PD kuramlarının önermeleri doğrultusunda yetişkinlerde BSS, BD, PD ve sağlık sonuçları arasındaki ilişkileri açıklamayı hedefleyen bir model kurgulanması hedeflenmiştir. Patojenik modelin hastalığı ve ilişkili etkenleri ortadan kaldırmaya odaklanan bakış açısına alternatif olarak sağlığın geliştirilmesi yaklaşımının benimsendiği bu çalışmada sağlığa ilişkin kapsamlı ve bütüncül bir değerlendirme hedeflendiği için sonuç değişkeni olarak sağlıkla ilgili yaşam kalitesinin hem fiziksel hem de zihinsel bileşenleriyle kapsamlıca değerlendirildiği KF-36'ya başvurulmuş olup kuram ve modellerin öngörülleri doğrultusunda GDK/GKE veya koruyucu/risk etkeni işlevi görebilecek olası karıştırıcı değişkenlerin göz önünde bulundurulması planlanmıştır. Kuram ve modeller neyi çalışabileceğimiz (veya çalışamayacağımız), uygun yöntemlerin ve uygulamalar için sürdürülebilir paradigmalardan neler olduğu konusunda aydınlatıcı bir işleve sahip olduğu için

(Hanson, 2007) bu çalışmanın sağlığın geliştirilmesi alanına yönelik araştırma ve uygulamalara katkı sunacağı düşünülmektedir. Ayrıca alanyazında oldukça benzer kavramsallaştırmalarla çalışılan kuram ve modellerin sağlıkla ilişkilerinin karşılaştırmalı olarak incelenmesinin daha iyi temellendirilmiş ve daha kapsayıcı yaklaşımların belirlenmesine yardımcı olacağı umulmaktadır.

BİRİNCİ BÖLÜM

LİTERATÜR

Bu bölümde öncelikle sağlığa ilişkin kavramsal ve ampirik veriler paylaşılmış olup sağlığın geliştirilmesi alanına yönelik çıkarımlara yer verilmiştir. Bu doğrultuda öncelikle salutojenik model, sonrasında psikolojik dayanıklılık alanyazını gözden geçirilmiş olup ardından gelen bölümde salutojenik model ve psikolojik dayanıklılık alanyazını hem benzerlik ve farklılıkları hem de bilişsel sosyal sermaye ile ilişkileri üzerinden ele alınmıştır. Bölümün sonunda ise mevcut araştırmanın amacı, önemi ve hipotezlerine yer verilmiştir.

1.1. Sağlık ve Sağlığın Geliştirilmesi

Bu bölümde sağlığın tarihsel bir bağlam içinde nasıl kavramsallaştırıldığı gözden geçirilmiş olup günümüz koşullarında sağlığın geliştirilmesi alanının olgunlaşma ihtiyacı toplum sağlığının evrildiği noktaya ilişkin ulusal ve küresel verilerle desteklenmiştir. Bu bağlamda yalnızca hastalıkların önlenmesi ve tedavisini değil, aynı zamanda iyi oluşun fiziksel, psikolojik, sosyal ve çevresel boyutlarını kapsayan yaşam kalitesi ile kapsamının sağlık, hastalık ve yaşam kalitesinin geliştirilmesiyle ilgili etkenlere odaklayan sağlıkla ilgili yaşam kalitesi kavramlarına ayrıca yer verilmiştir.

1.1.1. Tarihsel Bir Bağlam İçinde Sağlığın Kavramsallaştırılması

Sağlığı tanımlamaya, sağlığı bozan ve iyileştiren etkenleri belirlemeye yönelik sorular binlerce yıllık entelektüel mirasımızın bir parçası olmakla birlikte zaman içinde bunlara verilen cevaplar da evrimleşmektedir (Conti, 2018). Bu tarihsel süreci gözden geçirmek günümüzde benimsediğimiz sağlık anlayışını şekillendiren etkenleri daha iyi anlamamız ve geleceğe daha sağlam temellendirilmiş yaklaşımlarla ilerleyebilmemiz adına faydalı olabileceği için bu bölümde sağlığın

kavramsallaştırılmasına ilişkin tarihsel bağlam antik çağdan günümüze kadar özetlenmeye çalışılmıştır.

Sağlık kelimesinin etimolojik kökeninin 13. Yüzyıl öncesinin Türkçesine kadar uzandığı bilinmektedir (Demir, 2014). Bilinen en eski kullanımında sağlık güvenlik ve barış içinde olma; fiziksel, sosyal ve ruhsal iyilik hali anlamlarında kullanılmıştır. Batıda sağlık (health) kavramının kökeninin incelendiği bir çalışmada (Balog, 1978) ise “health” kelimesinin ilk defa milattan sonra yaklaşık 1000 yılında, “sağlam (sound), bütün ve iyi olma hali” anlamına gelecek şekilde eski İngilizcede kullanıldığı belirtilmiştir (Akt. Boruchovitch ve Mednick, 2002). Sağlığın bu kavramsallaştırması sadece fizyolojik işlevselliği değil; zihnen ve ahlaken de iyi olmayı içermektedir. Batının bu sağlık tanımı Antik Yunan felsefelerinden beslenmiş olmakla birlikte antik dönem Çin ve Hint sağlık anlayışlarıyla benzerlikler göstermektedir (Magner, 2005).

Antik Yunan sağlık anlayışının gelişiminde modern tıbbın atası olarak kabul edilen Hipokrat (M. Ö. 460) önemli bir rol oynamaktadır (Tountas, 2009). Hipokrat öncesi dönemde hastalığın tanrılar tarafından ceza olarak gönderildiği ve insanların iyi ahlaklı olmak dışında yapabilecekleri bir şey olmadığı görüşü hâkimdi (Magner, 2005). Bununla birlikte milattan önce altıncı yüzyıla uzanan belgeler bu görüşün değişmekte olduğuna; fiziksel koşullar, sosyal ortam ve yaşam tarzı seçimlerinin hastalık sebepleri arasında görüldüğüne işaret etmektedir (Edelstein, 1937). Benzer şekilde, Hipokrat sağlığa ulaşmak için sosyal etmenleri (örn., kurumlar, din, devlet) ve doğal etmenleri (örn., hava, su, sıcaklık) kapsayan çevre ile kişisel alışkanlıklar arasında bir denge kurmak gerektiğini ifade etmiştir (Tountas, 2009). Hipokrat’ın sağlık tanımında görece daha sık başvurulanan dört bedensel sıvının (kan, sarı safra, siyah safra ve balgam) dengesi ise içsel bir dengeye karşılık gelmekte ve bireyin dış çevresiyle kurduğu dengeye dayanmaktadır (Magner, 2005). Tedavi sürecinde hastaların duygu ve düşüncelerini de değerlendirmeye alan Hipokrat “Hastayı tanımak hastalığı tanımaktan daha önemlidir” diyerek sağlığın psikolojik bileşenlerine ayrıca dikkat çekmiştir (Akt., Straub, 2014).

Eski dönemde Doğudaki sağlık anlayışı Batıdakiyle paralellikler göstermektedir. Örneğin; Antik Çin’de sağlık “dengede olma hali” olarak tanımlanmıştır (Tsuei, 1978). Bu denge gözlenen anatomik yapı ve fizyolojik işlevlere (*Hsieh*) ek olarak gözlenemeyen yaşam enerjisi ve zihinsel etkinliklerle (*Chi*) birlikte mikro bir evreni temsil eden insanın diğer tüm dış koşulları kapsayan (toplum, çevre) makro evrenle kurduğu ilişkinin dengesidir. *Chi* ve *hsieh* hem birbirlerinden hem de makro evrenden etkilenmekte ve buna göre tepkiler oluşturmaktadır. Denge sağlandığında ulaşılan sağlık bedensel, zihinsel ve sosyal olarak uyumlu ve huzur içinde olma halidir. Benzer şekilde, Antik Mısırda hastalıkların sebebi olarak fizyolojik işleyişteki bozulmalar (Örn. bağırsak çürümesi) gözlenebilir veya doğaüstü dışsal varlıklara (örn. hayaletler), karşılıksız aşk, sıla özlemi gibi güçlü duygular uyandıran yaşam olaylarına dayandırılmış olup tedavi süreci hekim ve ruhani şifacı ile birlikte iki koldan yürütülmüştür (Tsuei, 1978). Kökeni milattan önce 3000 yıllarına kadar uzanan ve Hindistan’da hala uygulanan bir tıbbi yaklaşım olan *Ayurveda* ise hastalıkların tedavisinden çok sağlığın sürdürülmesine odaklanmaktadır (Jayasundar, 2010). Sonuç olarak sağlık sadece hastalığın yokluğu ile değil; sağlığı koruyucu önlemlerin bireysel bir çabayla takip edilmesi hali olarak tanımlanmıştır.

Sağlığa yönelik bu eski dönem tanımlamalar hem Batıda hem de Doğuda fizyolojik, psikolojik ve sosyal etmenlerin neredeyse eşit önemle göz önünde bulundurulduğu bütüncül bir bakış açısına işaret etmektedir. Antik dönemdeki kavramsallaştırmalarında benzerlikleri olmakla birlikte günümüz ana akım sağlık yaklaşımında Batının sağlık anlayışının daha baskın olduğunu ifade etmek mümkündür. Batının sağlık anlayışı ise öncelikle Antik Yunanlıların görüşlerinden etkilenmiş olmasına karşın Orta Çağ’ı takip eden Rönesans dönemiyle birlikte bilim ve tıp dünyasında yaşanan gelişmeler günümüzde de etkisini sürdüren yeni kavramsallaştırmalara zemin hazırlamıştır (Boruchovitch ve Mednick, 2002; Strickland ve Patrick, 2015).

Bilimsel ve felsefi ilginin yoğunlaştığı Rönesans dönemi, sağlık anlayışının da dönüşümünde önemli rol oynamıştır. Baskının ve pusulanın icadı ile bilgilerin daha hızlı yayılması sağlanırken sağlık anlayışının dini dogmalarla şekillendiği, bulaşıcı hastalıkların Tanrının bir gazabı olarak görüldüğü ve otopsinin kutsal beden bütünlüğü

inancıyla yasaklandığı Orta Çağ skolastik görüşü yerini fiziksel dünyayı keşfetmeye yönelik yaklaşımlara bırakmıştır (Magner, 2005). Buna ek olarak mikroskop, barometre ve termometre gibi aletlerin icadı sayesinde özellikle savaş ve kıtlıkla birlikte temel ölüm sebeplerinden biri olan bulaşıcı hastalıklar olmak üzere genel olarak sağlıktaki bozulmalara ilişkin fizyolojik etmenler daha doğru bir şekilde değerlendirilmeye başlanmıştır. Otopsi ve teşrih (dissection) çalışmalarının artması sonucu kan akışı, solunum ve sindirim sistemi gibi bedensel mekanizmaların işleyişine ilişkin yeni bilgiler edinilmiş; tıp çalışmaları hastalıkların tamamen fizyolojik nedenlerini bulmaya yönelmiştir. Birçok hastalığın nedeni olan mikroorganizmaların saptanabilir hale gelmesiyle tanı ve tedavi alanlarında önemli gelişmeler yaşanmıştır (Havelka, Lučanin ve Lučanin, 2009).

Onbeşinci yüzyılla birlikte başlayan bilimsel gelişmeler Fransız filozof Rene Descartes'in (1596-1650) sonrasında tıp dünyasında büyük etki yaratacak olan zihin-beden dualizmi yaklaşımının oluşmasına ilham vermiştir (Mehta, 2011). Bu yaklaşıma göre zihin ve beden birbirinden tamamen ayrı yapılardır ve farklı prensiplerle işleyen mekanizmalara sahiptir. Zihnin aksine beden mekanik kurallara bağlıdır ve makine gibi incelenmelidir. Zihin ve beden arasındaki etkileşim minimum düzeydedir ve hastalıklar makinede meydana gelen bozulmalar gibi tamamen fiziksel olarak tedavi edilmelidir (Straub, 2014). Bu yaklaşım Orta Çağ'ın hastalıkları maddi olmayan güçlerle (kişisel, toplumsal günahlar gibi) açıklayan ilkel sağlık anlayışının süpürülmesine yardımcı olmuştur. Öte yandan zihni dışlayarak sağlığın ve hastalığın bireysel deneyiminin tamamıyla göz ardı edilmesine yol açmıştır (Mehta, 2011).

Rönesansı takip eden dönemdeki bilimsel ve felsefi iklim, 19. Yüzyılın ortalarına gelindiğinde hem fiziksel hem de zihinsel sağlıktaki bozulmaların tamamen beyin, anatomi, fizyoloji veya biyokimyada meydana gelen anormalliklere atfedildiği biyomedikal sağlık yaklaşımını doğurmuştur (Strickland ve Patrick, 2015). Bu yaklaşıma göre hastalıkların sebepleri tamamen fizyolojik olduğu gibi tedavileri de tamamen fizyolojik müdahalelerle (aşı, cerrahi işlem vb.) yürütülmelidir. Tedavinin amacı ise bir bütün olarak fiziksel, psikolojik ve sosyal canlılığı teşvik etmek değil; sadece organik hastalığı ortadan kaldırmaktır. Psikolojik, sosyal ve davranışsal değişkenler hastalığa neden olmaz; ancak hastalığın sonucu olarak ortaya çıkabilir.

Sağlığın sadece hastalığın yokluğu ile tanımlandığı; psikolojik ve sosyal etmenlerin sağlık üzerindeki etkisinin tamamen inkâr edildiği biyomedikal anlayış 20. Yüzyılın ortalarına kadar hastalıkların kavramsallaştırılması, tanısı ve tedavisi üzerinde baskın bir rol oynamıştır (Mehta, 2011).

Biyomedikal model sadece hastalık yaratan organik faktörlerin saptanması ve tedavi edilmesine odaklanarak patojenik bir bakış açısını barındırmasına rağmen sağlık bakımında önemli kazanımlar sağlamıştır. Öte yandan dönemin çalışmaları aynı fizyolojik anormalliklere sahip olan bireylerden bazılarının hastalık göstermediğini ortaya koyduğu gibi, fizyolojik tedavilerin de bireyi her zaman sağlığına kavuşturamadığına işaret etmeye başlamıştır (Engel, 1977). Buna ek olarak yaşam tarzı alışkanlıklarının (beslenme, egzersiz, uyku vb.) ve psikolojik faktörlerin (stres, sosyal izolasyon vb.) gen ifadesi, endokrin ve beyin fonksiyonu gibi fizyolojik faktörler üzerinde karşılıklı olarak etkiler gösterdiğini ifade eden bilim insanlarının da sesi yükselmeye başlamıştır (Strickland ve Patrick, 2015). Araştırmalarla birlikte biyomedikal modelin eksikliklerine yönelik eleştiriler de artmaya başlamıştır. Eleştirilerin çoğunluğu modelin indirgemeci bakış açısına yapılmıştır (Havelka, Lučanin ve Lučanin, 2009). Hastalıklar hücre, doku gibi en düşük seviyelere inerek çalışılırken çevresel, sosyal, zihinsel ve benzeri diğer etkenlerin göz önünde bulundurulmaması modelin gözlemlenebilir herhangi bir fizyolojik sebebi olmayan hastalıkları açıklamada yetersiz kalmasına neden olmaktadır. Eleştiri oklarının bir kısmı ise modelin hastalıklar üzerine aşırı vurgu yaparken sağlığın geliştirilmesi bir yana, korunması ve sürdürülmesi için hiçbir önermesi olmamasına yöneliktir (Havelka, Lučanin ve Lučanin, 2009). Ayrıca bu modelin içerdiği hastalık odaklı, yani patolojik yaklaşım bireylerin hastalık deneyimini yok sayarak ve bireyi kurbanlaştırarak insani yaklaşımdan uzaklaşmasının yanı sıra kişinin sağlık durumunun etiyojisini anlama konusunda da yetersiz kalmaktadır (Antonovsky, 1988). Bu eleştiriler, biyomedikal modelin avantajlarını da içine alan yeni bir sağlık anlayışının gerekliliğine işaret ederken 1930'larda özellikle Freud'un çalışmalarıyla ön plana çıkan zihinde veya sosyal çevredeki bir meselenin fiziksel tepkilere yol açabileceğini öneren psikosomatizasyon çalışmaları devrimsel bir etki uyandırmıştır (Straub, 2014).

Yirminci yüzyılın ikinci yarısına gelindiğinde sanayileşmenin de etkileriyle dünyanın birçok yerinde hızlı kültürel ve toplumsal değişimler yaşanmaya başlanmıştır (Pescosolido, 2011). Dünya savaşlarının yıkıcı etkilerinden silkelenilen bu dönemde insan hakları ve sosyal adalet alanlarında uğraşlar artmaya başlamış; antiotoriter ideal dünya düşleri filizlenmiştir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), bu toplumsal dönüşümün bir sonucu olarak, katılan tüm milletlerin sağlıklı toplumlar oluşturmaya ve hastalıklardan korunmasına yardımcı olacak küresel bir kurum olma hedefiyle 1948’de kurulmuştur. Kuruluş bildirgesinde biyomedikal yaklaşımı eleştirircesine sağlığı “sadece hastalığın veya güçsüzlüğün olmayışı değil; bedensel, zihinsel ve sosyal olarak tam bir iyi oluş hali” olarak tanımlamıştır (DSÖ, 1948). Ancak bu tanım, ulaşılması imkânsız bir duruma işaret etmekle eleştirilmiş; sağlığın ve iyi oluşun nitelenmesi, ölçülmesi ve uygulanmasına ilişkin eksiklikler içerdiği için daha bütüncül bir tedavi modeli arayışında olan uzmanlar için biyomedikal modelin yerini alamamıştır (Austin, 2014; Boruchovitch ve Mednick, 2002). Bunun üzerine Engel, 1977 yılında yazdığı “*Yeni Bir Tıbbi Model İhtiyacı: Biyotıpa Meydan Okuma*” (Need for a New biomedical Model- A Challenge for Biomedicine) başlıklı çığır açan makalesinde biyomedikal modele bağlılığın bilimsel gelişimin önüne geçtiğini ve toplumsal sorumluluğu karşılamadığını belirterek psikolojik, sosyal ve fizyolojik faktörleri bir arada değerlendiren yeni bir sağlık yaklaşımı önermiştir: Biyopsikososyal model.

Biyopsikososyal model beden-zihin ayrımını ortadan kaldırarak sağlığı biyolojik, psikolojik ve sosyal faktörlerle etkileşim halinde olan dinamik bir süreç olarak tanımlar (Engel, 1977). Benzer şekilde etkili tedavi için de fizyolojik faktörler kadar bireyin hastalık deneyimi ve içinde yaşadığı toplumsal bağlamın da göz önünde bulundurulması gereklidir. Engel’e (1977) göre biyopsikososyal modeldeki değişkenleri tam anlamıyla ölçümlemek karmaşık olmasına rağmen; çoklu sistemik katmanların hastalık ve sağlık deneyimi üzerindeki etkileri hesaba katıldığında kuramsal olarak mümkündür. Engel’in tıp dünyasını hedef alarak başlattığı kıvılcım daha çok psikoloji ve sosyoloji alanlarında köklü değişikliklere yol açarak başta sağlık psikolojisi olmak üzere psikonöroendokrinoloji, sağlık iletişimi, davranışsal tıp gibi yeni interdisipliner çalışma alanlarının doğmasını sağlamıştır (Havelka, Lučanin ve

Lućanın, 2009). Engel'in çalışmaları sağlık alanına geniş katkılar sunmuş olmasına rağmen bireyin hastalık deneyimine odaklı kalarak toplum seviyesine çıkamamıştır (Lindau, Laumann, Levinson ve Waite, 2003). Sosyal değişkenler görece yüzeysel ele alınmış; tedavi süreci öncelikli olarak hasta ve doktoru arasındaki iletişim üzerinden kavramsallaştırılmıştır. Ayrıca hala biyolojik, psikolojik ve sosyal sistemleri birbirine bağlayan mekanizmaları açıklayan modellere gereksinim duyulmuştur (Suls ve Rothman, 2004). Sağlık ve stres ilişkisine dair yapılan çalışmalar ve bu çalışmalardan dayanak alan stres modellerinin bu ihtiyacı bir nebze de olsa da karşıladığı söylenebilir.

On dokuz ve yirminci yüzyılın sağlık anlayışındaki değişime stres modellerindeki gelişmeler de eşlik etmiştir. Dönemin kuramcıları arasında fizyolojik bir bakış açısını benimseyen Hans Selye ile psikolojik bir bakış açısını benimseyen Richard Lazarus'un çalışmaları ön plana çıkmıştır (Fink, 2017). Bedenin çeşitli hastalıklara verdiği tepkideki örüntüleri anlama amacıyla yola çıkan Selye (1956) stresi "bedenin herhangi bir talebe verdiği belirli olmayan tepki" (s.42) olarak tanımlamış ve stres kelimesi böyle bir kelime karşılığı olmayan yabancı diller dahil olmak üzere tüm yabancı dillerde kabul görmüştür (Akt. Fink, 2017). Selye (1976) ilerleyen çalışmalarında stresi bireye canlılık veren ve baş etme becerileriyle birlikte algıladığı olumlu stres stres (eustress) ile acı verici, olumsuz doğurguları olan stres türü olan *distres* (distress) olmak üzere ikiye ayırmıştır. Selye'nin kullanımı da dahil olmak üzere alanda sıklıkla kullanılan stres kelimesi distrese karşılık gelmektedir (Yıldırım, 1991) ve mevcut çalışmada da aynı anlamda kullanılmıştır.

Selye'ye (1976) göre stres günlük yaşamımızın bir parçasıdır ve birbirinden ayrı muazzam çeşitlilikte biyolojik, psikolojik ve sosyal etkenle ilişkilidir. Bu eşitlilik tıbbi travmalardan sosyal dışlanmaya, olumsuz duygulardan çevresel kirlilik sonucu zehirlenmeye ve hatta kişinin yaşam tarzını yeniden düzenlemesini gerektirecek beklenmedik bir başarıya kadar uzanan geniş bir yelpazeyi içerir. Selye'ye göre organizma, değişiklik sonucu ortaya çıkan taleple baş etmek için belirli biyokimyasal, işlevsel ve yapısal değişiklikleri içeren fizyolojik bir örüntü cevabı verir. Örneğin keder ve neşe duyguları birbirlerine zıt olmasına rağmen yeni duruma uyum göstermeyi gerektiren bir talep içerdiği için stresör olarak aynı etkiyi taşımaktadır ve

beden tarafından aynı fizyolojik örüntüyle karşılanır (Selye, 1976). Selye'nin çalışmaları sağlığı değişen taleplere verilen uyumlu cevapların bir işlevi olarak yeniden kavramsallaştırmış ve bedenin stresörlere verdiği fizyolojik tepkiyi açıklamada birçok kuramcıya ilham olmuştur (Jackson, 2014). Selye'nin mesajları koruyucu sağlık uygulamalarına ilişkin müdahale programlarında da yer almıştır. Örneğin; İngiltere'deki aileler için sağlık tavsiyeleri içeren kitapçıkta "Profesör Selye stresin yaralanma, enfeksiyon ve zehirlenme dışındaki tüm fiziksel hastalıkların oluşumunda önemli bir etken olduğunu ortaya koymuştur. Göreceğiniz üzere, bu, endişenin öldürebileceğinin güçlü bir hatırlatıcısıdır." ifadesine yer verilmiştir (Traharne ve Preston, 1956; Akt. Jackson, 2014). Selye fiziksel sağlık üzerinde zihin ve çevrenin etkisini göz ardı etmemiş olmasına rağmen araştırmaları strese verilen uyumlu tepkide rol oynayan biyokimyasalları belirlemeye odaklı kalmıştır.

Stresi psikolojik bir yaklaşımla çalışan Lazarus ise çalışmalarının odağına stres karşısında verilen fizyolojik tepkiler yerine bireyin çevresel talep karşısındaki değerlendirmelerini içeren bilişleri ve fizyolojik tepkilerdeki örüntüler yerine bireyin çevresel talebi yönetmeye yönelik düşünce ve davranışlarındaki çabayı içeren baş etme sürecini yerleştirmiştir (Lazarus, 2000). Selye'ye göre stres doğrudan çevresel taleplerin bir sonucu iken Lazarus'a göre bireyin çevresiyle etkileşiminin bir sonucudur ve dinamik bir süreci içerir (Fried, 1984). Değişiklik sonucu ortaya çıkan çevresel talep bireyin doğası, toplumdaki konumu ve beklentilerine bağlı olarak stres verici olabileceği gibi canlılık da uyandırabilir (Lazarus ve Folkman, 1984). Stresi ortaya çıkaran değişikliğin kendisi değil; bireyin değişikliğe ilişkin değerlendirmeleri ve baş etmeleridir. Örneğin; bir yakını kaybetme, işsiz kalma gibi stresli değişiklikler bile zaman içinde bireyin gelişimini besleyebilir. Bireyin içinde bulunduğu sosyal sistemle olan ilişkisi karmaşık ve değişken bir doğaya sahiptir. Bu nedenle psikolojik ve sosyal faktörler sağlık/hastalık durumları üzerinde önemli bir rol oynamaktadır.

Sosyal etkenlerin sağlık üzerindeki etkisinin kabul edilmekle birlikte psikolojik etkenlere göre geride kaldığı bu dönemde Gordon Moss (1973), sosyal iletişim ağlarının psikolojik ve sosyal stresörler yaratabileceğini öne sürmüştür. Sosyal iletişim ağları bilgiyi ileten ve düzenleyen insanların etkileşim biçimini temsil etmekte olup çevreye dair kavramsallaştırmaları, norm ve değerleri içermektedir. Moss'a göre

sosyal iletişim ağlarından doğan stresörler (örn., iletişim ağıyla uyumlu olacak şekilde algılanmayan bilgi sonucu deneyimlenen *yabancılaşma*) ölçülebilir olumsuz fizyolojik etkilere sebep olmaktadır. Öte yandan sosyal iletişim ağlarının, iletişim ağıyla uyumlu olacak şekilde algılanan bilgi sonucu deneyimlenen *özdeşim* aracılığıyla fizyolojik bağışıklığı artırma gücü de bulunmaktadır. Stres çalışmaları kaçınılmaz olarak her bireyin stresörler aracılığıyla sağlığına yönelik bir tehditle karşı karşıya olduğunu göstermiş; bu stresörlere verilen uyumlu cevaplarla sağlığın korunmasının altını çizmiştir. Böylece biyomedikal modelin hastalığın tedavisi odağına bir alternatif olarak sağlığın korunması yaklaşımı da ön plana çıkmaya başlamıştır.

Yirminci yüzyılın ikinci yarısı psikosomatizasyon çalışmaları, Engel'in biyopsikososyal modeli ve stres çalışmaları gibi ilerlemelerle daha bütüncül bir sağlık anlayışına tanıklık etmeye başlamıştır. Diğer taraftan bilim ve teknolojiadaki gelişmeler yaşam süresinin artmasına yardımcı olmuş; bu durum beraberinde toplumdaki hastalıkların doğasını değiştiren bir yenilik getirmiştir (Straub, 2014). Genellikle yaşamı tehdit eden bulaşıcı hastalıklar azalmış; yaşlanan nüfusta yaşam tarzıyla ilişkili kronik hastalıklar (kanser, diyabet, kas-iskelet sistemi hastalıkları vb.) artmıştır. Uzayan yaşam süresinde zindelik halini sürdürmek için öz-bakımın gerekliliği kabul edilmeye başlanmış; kronik hastalıklara sebep olan davranışları (örn. sigara ve şeker kullanımı) azaltmak için toplumların eğitilmesine yönelinmiştir. Bunlara ek olarak kronik hastalıkların sağlık sistemi üzerinde giderek yükselen bedelleri sağlığın geliştirilmesi için yeni yollar aranması ihtiyacını doğurmuştur. Araştırmalar sağlık ve hastalığın birlikte var olabileceğine; çoklu kronik hastalığı olan bireylerin bile kendilerini sağlıklı görebildiğine işaret etmiştir (Carel, 2008, Akt., Jadad, 2013). Bu gelişmeler sonucu Amerikan Psikoloji Derneği 1978'de hastalıkların tedavisi ve sağlığın korunmasına ek olarak sağlığın geliştirilmesini de kapsayan ve biyopsikososyal modeli benimseyen Sağlık Psikolojisi bölümünü kurmuştur (Belar ve Deardoff, 2009). Sağlık Psikolojisi bölümünün kuruluş amaçları arasında toplum sağlığını ve sağlık sistemini geliştiren politikalar üretmek de yer almıştır.

Sağlığın geliştirilmesine yönelik ilk uluslararası konferans 1986'da Dünya Sağlık Örgütü tarafından Ottawa'da gerçekleştirilmiştir (DSÖ, 1986). Ottawa Bildirisi'nde sağlığın geliştirilmesi insanların sağlıkları üzerindeki kontrollerini

arttırma ve sağlıklarını geliştirmelerine olanak sağlama süreci olarak tanımlanmıştır. Bütüncül bir bakış açısının benimsendiği bildiride sağlığın fiziksel yeterliklere ek olarak sosyal ve bireysel kaynakları öne çıkaran pozitif bir kavram olduğu belirtilmiştir. Sağlık artık sadece yaşamsal bir amaç değil, gündelik yaşam için bir kaynak olarak tanımlanmıştır. Bildiride ayrıca küresel ölçekte sağlığın gelişimi için gerekli olan bir grup temel şarta yer verilmiştir. Bu şartlar barış, barınma, eğitim, gıda, gelir, istikrarlı bir eko-sistem, sürdürülebilir kaynaklar ve sosyal adalet ve eşitliği içermektedir. Sağlığın geliştirilmesinin amacı sağlıklı toplum politikaları oluşturmak, destekleyici çevreler yaratmak, toplum hareketini güçlendirmek, kişisel becerileri geliştirmek ve sağlık hizmetlerini yeniden yönlendirmek olarak belirlenmiştir. Buna ek olarak bireylerin sağlıkları üzerinde kontrol sağlamaları ve sağlıklarını geliştirmelerine yönelik yöntemler önerilmiştir.

Ottawa Bildirisi'ni takip eden yıllarda dünyanın çeşitli yerlerinde sağlığın geliştirilmesine yönelik girişimler ivme kazanmıştır. DSÖ'nün (2009) "Sağlığın Geliştirilmesine Yönelik Dönüm Noktaları" ismiyle hazırladığı kitapçıkta yer alan kongre bildirilerini gözden geçirmek sürecin ilerleyişiyle ilgili aydınlatıcı olabilir. Sağlığın gelişimine yönelik ikinci uluslararası kongre *Adelaide Tavsiyeleri* (1988) ismiyle Avustralya'da düzenlenmiş olup bu bağlamda destekleyici çevrelerin gerekliliğine vurgu yapılmış; devlet ve özel sektör iş birliği içinde toplum sağlığını ekonomik kaygıların önüne koymaya davet edilmiştir. İsviçre'de düzenlenen *Sundsvall Sağlığı Destekleyen Çevreler Bildirgesi*'nde (1991) ise destekleyici çevrelerin dört temel yönü ön plana çıkarılmıştır: (1) norm ve gelenekleri, amaç ve mirası içeren sosyal boyut, (2) karar verme sürecine katılım ile insan hakları ve barışa bağlılığı içeren politik boyut, (3) sürdürülebilir gelişimi içeren ekonomik boyut ve (4) kadınların bilgi ve becerilerini tanıma ve kullanma gereksinimi. Endonezya'da düzenlenen *Jakarta Bildirisi*'nde de (1997) yoksulluğun sağlığa en büyük tehdidi oluşturduğu belirtilmiş; sosyal adalet ve eşitliğin önemi vurgulanmıştır. Ayrıca sağlığın geliştirilmesine yönelik izlenen politikaların şeffaflığı ve kamuya karşı hesap verilebilirliğin önceliklendirilmesi önerilmiştir. Türkiye'nin de imzaladığı *Meksika Bakanlık Bildirgesi*'nde (2000) sağlığın geliştirilmesinin devletlerin temel sorumluluğu olduğu kabul edilmiştir. DSÖ'nün (2009) kitapçığında yer alan son

kongreyi temsil eden *Bangkok Şartı*'nda (2005) ise küreselleşen dünyada herkes için sağlığın önemi vurgulanmış; toplumların sosyal ve kültürel yapılarının sağlığın geliştirilmesine engel oluşturabileceğine değinilmiştir. Türkiye'de 2008 yılında kurulan Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Daire Başkanlığı ise hedefleri arasında koruyucu sağlık hizmetlerinin ön plana alınmasını, kronik hastalıkların araştırılmasını ve toplumun bunlara ilişkin bilinç düzeyinin arttırılmasını, risklerin belirlenmesini ve iş gücü kayıplarının azaltılmasını ön plana almıştır (Göçmen ve Acımuş, 2017).

Sağlığın geliştirilmesi alanyazınına ilişkin bir gözden geçirme çalışmasında (Howard, Nieuwenhuijsen ve Saleeby, 2008) üç tema ön plana çıkmıştır: (1) Sağlığın geliştirilmesi, genellikle ekolojik bir yaklaşımla anlaşılan, geniş ve karmaşık bir kavramdır; (2) sağlığın geliştirilmesi çevresel faktörlere işaret etmeyi gerektirmektedir, (3) sosyal sermaye, sosyal destek ve iletişim ağları kavramlarına odaklanmak sağlığı geliştirir. Sosyal sermaye “sosyal örgütlerin karşılıklı fayda sağlamak amacıyla eşgüdüm (coordination) ve iş birliğine (co-operation) olanak sağlayan özellikleri” (s.944) olarak tanımlanmıştır.

Sağlık hastalığının tedavisinden, sağlığın korunmasına ve geliştirilmesine kadar uzanan bir anlayışla ele alınılabilir hale gelmesine rağmen toplum sağlığı alanında biyomedikal veya patojenik yaklaşım hala baskınlığını korumaktadır (Eriksson and Lindström, 2008). İyimser bir bakış açısıyla sağlık alanındaki uzmanların biyopsikososyal olmasa da “biyopsikolojik” bir yaklaşıma evrildiği düşünülebilir (Dowrick, May, Richardson ve Bundred, 1996). Öte yandan, mevcut sağlık sistemleri temelde insanları ve toplumları güçlendirip sağlıkları konusunda sorumluluk almalarına yönlendirmekten çok hastalıkları ve risk faktörlerini ortadan kaldırmayı amaçlamaktadır. Bu yaklaşım profesyonel hizmete bağımlılığı arttırarak ekonomiye yük olmakla birlikte bireylerin ve toplumların sağlıklarını geliştirme konusundaki potansiyel güçlerini göz ardı etmektedir (Cragg, Davies ve MacDowall, 2013). Sağlığın geliştirilmesi yaklaşımı ise sağlığı daha bütüncül bir bakış açısıyla (biyopsikososyal) ele alıp bireylerin ve toplumların kendi kaynak ve yeterliklerini arttırmalarına odaklanarak toplumu “sağlığın basit tüketicilerinden ziyade ortak üreticileri” (s.18) haline getirmeye yardımcı olur (Morgan ve Ziglio, 2007). Sağlığın geliştirilmesinin temelinde insan haklarına saygı ve insanları aktif katılımcı özneler

olarak konumlandırmak yer aldığı için hem uzman hem de toplumlar karşılıklı olarak güçlendirici bir sürece davet edilmektedir (Lindströmm ve Eriksson, 2006).

Dünyada olduğu gibi Türkiye’de de sağlığın geliştirilmesi alanı oldukça kısa bir geçmişe sahiptir ve önünde uzun bir yol olduğu açıktır. Türkiye’de sağlığı geliştirme çalışmaları sıklıkla obezite, kalp ve damar hastalıkları, kanser gibi kronik hastalıklardan korunmaya yönelik müdahale programlarını içermektedir (Göçmen ve Acımuş, 2017). Bu çalışmalar değerli olmakla birlikte sağlığın geliştirilmesi sağlığın korunmasından fazlasını; bireylerin ve toplumların sağlıklarını geliştirmelerine olanak sağlayacak tutumsal, davranışsal, sosyal ve çevresel değişimleri kapsamaktadır (Howatt ve ark., 2003).

Nitekim Amerikan Psikoloji Derneği (APA) bünyesinde 1978 yılında Matarazzo tarafından Sağlık Psikolojisi bölümü kurulduğunda dört temel hedef belirlenmiştir (Straub, 2014). Patojenik yaklaşımı kapsayacak şekilde bunların ikisi (1) belirli hastalıkların etiyolojisinin psikolojik, davranışsal ve sosyal kökenlere vurgu yaparak bilimsel olarak çalışılması ve (2) hastalıkları önlemeye ve tedavi etmeye yönelik programlar tasarlamayı içermektedir. Sağlık psikologlarının diğer hedefleri ise (3) toplumu sağlığı geliştirmeye yarayan davranışlara yönlendirme yollarını belirlemek ve (4) toplumdaki herkesin faydalanabileceği şekilde sağlık hizmetleri sisteminin ve toplum sağlığı politikalarının geliştirilmesi olarak tanımlanmıştır. Bu hedefler doğrultusunda sağlığın teşvikinin bilimsel bir disiplin haline gelmesi ve etkili müdahaleler geliştirilmesi için çatı oluşturacak kuram ve modellere, kanıta dayalı araştırmalara ihtiyaç duyulmaktadır (Kobau ve ark., 2011; Lindström ve Eriksson, 2006).

Kuram ve modeller neyi çalışabileceğimiz (veya çalışamayacağımız), uygun yöntemlerin neler olduğu ve uygulama için sürdürülebilir paradigmaların neler olduğu konusunda aydınlatıcı bir işleve sahiptir (Hanson, 2007). Farklı bir deyişle kuramlar belirli bir yapbozdaki farklı parçaların birbirine nasıl uyduğunu ve belirli kombinasyonların neden diğerlerinden daha önemli olduğunu anlamamıza yardımcı olur. Bu doğrultuda sağlığın belirleyicilerini saptamaya, bireylerin ve toplumların sağlığını geliştirmeye ve iyi oluşlarını arttırmaya yönelik geliştirilmiş çeşitli kuram ve

modeller öne sürülmüş olup Nutbeam, Harris ve Wise (2010) bir derleme çalışmalarında mevcut bazı kuram ve modelleri hedeflerine göre sınıflamışlardır. Bu sınıflama sonucunda son 30 yılda sağlığın geliştirilmesi alanındaki kuramların odağının bireylerin davranışlarını değiştirmekten sağlığı etkileyen çeşitli sosyopolitik, örgütsel ve çevresel faktörlerin belirlenmesi ve bu alanlardaki değişiklik ihtiyaçlarının tanınmasına kadar genişlediği görülmüştür. Mevcut çalışmada da bireyin yaşamın sunduğu sonsuz taleplere işlevsel yanıtlar vermesini sağlayan psikososyal yapılar olarak bütünlük duygusu (Antonovsky, 1979) ile psikolojik dayanıklılık (Luthar, 2015) belirlenmiş olup kaynak odaklı ve sistemik bir yaklaşımla bunlara katkı sağlayan etkenleri de ele alan alan salutojenik model ile psikolojik dayanıklılık kuramlarının incelenmesi hedeflenmiştir. Sağlığın geliştirilmesi alanı gelişim göstermekle birlikte etkili halk sağlığı eylemleri için hala aşılacak bariyerler olduğu söylenebilir (Morgan ve Ziglio, 2010). Gelecek bölümde hem ulusal hem de küresel verilerle toplum sağlığının evrildiği noktaya ilişkin güncel durum paylaşılmış olup bu bariyerlerin aşılmasına yönelik alternatifler gözden geçirilmiştir.

1.1.2. Güncel Verilerle Dünyada ve Türkiye’de Sağlık

Bu bölümde hem küresel hem de ulusal toplum sağlığının evrildiği noktaya ilişkin güncel verilerin paylaşılması hedeflenmiştir. Mevcut çalışma biyopsikososyal bir yaklaşımı benimsemekle birlikte takip kolaylığı için Rönesans sonrası sağlık anlayışının evrimine paralel olarak sırasıyla fiziksel sağlık, zihinsel sağlık ve iyi oluşa yönelik güncel küresel ve ulusal toplum sağlığı araştırmaları sunulmuştur.

Sanayi Devrimi sonrası oluşan ekolojik, epidemiyolojik ve demografik değişikliklerin insan popülasyonları üzerinde derin bir etkisi olmuştur (Gözden geçirme çalışması için bkz.: Corbett, Courtiol, Lummaa, Moorad ve Stearns, 2018). Temel ekolojik değişiklikler beslenme ve gıda güvenliğindeki kalıcı iyileştirmeleri (Fogel, 2004) ve patojenlere maruziyette düşüşü kapsarken hava ve su kirliliğine maruziyette küresel bir artışa işaret etmekte (Landrigan ve ark., 2018); biyolojik değişiklikler ise insan gelişimindeki, fizyolojisindeki, bağışıklık sistemindeki ve popülasyonların yaş yapılarındaki değişiklikleri içermektedir (Gibson, 2012; Akt: Corbett ve ark., 2018). Diğer taraftan bilim ve teknoloji alanındaki gelişmeler bulaşıcı

hastalıklara bağılı ölüm oranının azalmasını ve yaşam süresinin uzamasını sağlamıştır (Straub, 2014). Corbett ve arkadaşlarına (2018) göre evrimsel kapasitemizle uyumsuzlukları olan bu hızlı çevresel değişimlerin temel sağlık sonuçlarından biri kronik hastalıkların artışı olmuştur.

Kronik hastalıklar en az 3 ay veya daha uzun süren, iyileştirilemeyen ancak kontrol altına alınabilen hastalıklar olarak tanımlanabilir (O'Halloran, Miller ve Britt, 2004). DSÖ'nün (2017) küresel verilere dayanan *Dünya Sağlık İstatistikleri* raporuna göre kardiyovasküler bozukluklar, felç, kanser ve diyabet gibi kronik hastalıklar nedeni belirlenmiş ölümlerin %72'sini oluştururken bulaşıcı hastalıklar %19 ve yaralanma (kaza, intihar, cinayet ve terörizm dahil olmak üzere) %8'ine karşılık gelmektedir. Bu üç kategorideki yıllık ölüm sayısı 1990-2019 yılları arasında kronik hastalıklar için artan, bulaşıcı hastalıklar için azalan ve yaralanma için sabit seyreden bir eğilim göstermiştir (Ritchie ve Roser, 2019)¹. Bu veriler açık bir şekilde kronik hastalıkların küresel ölçüde artan bir sağlık sorunu haline geldiğini ortaya koymaktadır.

DSÖ'nün *Kronik Hastalıkların Önlenmesi: Hayati bir Yatırım* (2008) başlıklı raporunda da kronik hastalıkların küresel bir pandemi olduğuna dikkat çekilmiş; 2020 yılından önce tüm ölümlerin %73'ünü ve küresel hastalık yükünün %60'ını oluşturacağı öngörülmüştür. Kronik hastalıklardan ölümlerin %80'i düşük ve orta gelirli ülkelerde gerçekleşmektedir. Sağlıksız beslenme, fiziksel hareketsizlik ve tütün kullanımının temel davranışsal risk etkenleri olarak belirlendiği raporda etkili önleme çalışmaları için bütüncül bir bakış açısıyla diğer önemli risk etkenlerine de odaklanılması önerilmiştir. Öte yandan DSÖ'nün risk faktörleriyle ilgili temel verilerin toplanmasını hedefleyen STEPS yaklaşımının oluşturduğu listede sosyal etkenlerin dışlanarak sadece biyolojik (örn. Yüksek kan basıncı ve glikoz) ve yaşam tarzı alışkanlıklarını kapsayan davranışsal/psikolojik (örn. Zararlı alkol tüketimi) etkenlerin yer almasının² sosyal etkenleri kapsamaması nedeniyle bütüncül bir sağlık yaklaşımını engellediği düşünülebilir.

¹ <https://ourworldindata.org/causes-of-death>

² https://cdn.who.int/media/docs/default-source/ncds/ncd-surveillance/steps/item-rationales.pdf?sfvrsn=b3283239_2

Amerika Birleşik Devletleri'nin (ABD) Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezi (2013) verilerine göre kronik hastalıklardan ölümler 25 yaş ve üzeri popülasyonda daha yaygın görülmekle birlikte daha genç yaş (1-24 yaş arası) grubunda da tanı alma sıklığı artmaktadır (Minimo ve Murphy, 2012). Kronik hastalıklar yüksek maliyetli sağlık teknolojilerinin kullanımı, iş gücü kaybı ve iyi eğitilmiş sağlık uzmanlarına ihtiyaç duyulması gibi çeşitli nedenlerden dolayı tüm dünyada giderek artan ekonomik bir yük oluşturmaktadır (Kılavuz, 2010; Yach, Hawkes, Gould, Hofman, 2004). Bununla birlikte DSÖ'nün kronik hastalıkların önlenmesi ve tedavisini değerlendirmek amacıyla Türkiye dahil olmak üzere 185 ülkede yaptığı çalışmada sağlık bakanlığı yetkililerinin kronik hastalıklarla ilgili yüksek farkındalığı olmasına rağmen önlenmelerine, denetlenmelerine ve kontrollerine ilişkin yeterince kapsamlı politikalar ve bütçeler oluşturmadığı belirtilmiştir (Alwan, MacLean ve Mandil, 2001).

Tüm dünyada olduğu gibi kronik hastalıklar Türkiye için de yükselen bir tehdide işaret etmektedir. Türkiye İstatistik Kurumu'nun (TÜİK, 2018) 2017 yılı verilerine göre ölümlerin %40'ı kardiyovasküler hastalıklardan, %20'si kanserden, %12'si solunum sistemi hastalıklarından, %5'i ise endokrin ve metabolizma ile ilgili hastalıklardan olmak üzere toplamda %77'si kronik hastalıklardan kaynaklanmaktadır. *Gelir ve Yaşam Koşulları Üzerine Avrupa Birliği İstatistikleri* raporuna göre Türkiye'de 16 yaş ve üzeri popülasyonda herhangi bir kronik hastalık yaygınlığı %30- 35 aralığındadır ve kronik hastalık tanısı olan her üç bireyden biri depresif belirtiler göstermektedir (Aydın, 2020). Ülke genelinde 15 yaş ve üzeri 18477 katılımcının dahil edildiği *Türkiye Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar ve Risk Faktörleri Kohort Çalışması* kapsamında ise koroner kalp hastalığı, diyabet, inme, hipertansiyon ve kanser olmak üzere toplam beş hastalığın varlığı incelenmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2021a³). Bu hastalıklardan herhangi birine sahip olmayan katılımcıların oranı %62.8, bir kronik hastalığı olanların oranı %21.4, iki hastalığı olanların %10.6, üç hastalığı olanların %3.7 ve dört hastalığı olanların oranı ise %0.46 olarak raporlanmıştır. Çalışmada bir kişide aynı anda iki veya daha fazla kronik hastalığın görülmesi olarak tanımlanan multimorbidite yaygınlığı yaşla birlikte artış göstermiştir. Risk faktörlerine ilişkin 2011 ve 2017 yıllarına ilişkin veriler karşılaştırıldığında ise tütün kullanımı,

³ TÜRKİYE BULAŞICI OLMAYAN HASTALIKLAR VE RİSK FAKTÖRLERİ KOHORT ÇALIŞMASI

sağlıksız beslenme ve fazla kilo yaygınlıklarında artış saptanmıştır (Sağlık Bakanlığı, 2021a). Hem DSÖ'nün (2008,2017) hem de Sağlık Bakanlığı'nın (2021a) kronik hastalıklarla ilişkili etkenleri sundukları raporlarda risk faktörlerinin azaltılması, koruyucu sağlık hizmetine yönelik müdahalelerin arttırılması ve destekleyici politikalar oluşturulması önerilmekle birlikte başvuru toplu sağığı araştırmalarında koruyucu etkenlere ilişkin bir inceleme yer almamıştır.

Bulaşıcı hastalıklar arasında ise 2019 yılı Kasım ayında ortaya çıkan koronavirüs (COVID-19) kısa sürede tüm dünyaya yayılarak küresel bir salgın haline gelmiş; dünya çapında vaka sayısı yaklaşık 515 milyonu bulmuş ve 6.2 milyon insanın ölümüne⁴ neden olmuştur. Türkiye'de ise Mayıs 2021 tarihinde koronavirüs nedeniyle ölüm sayısı 43 bine ulaşmış ve Türkiye dünya çapında vaka sayısı en yüksek beşinci ülke olmuştur (Genç, 2021). Pandeminin ilk yılında koruyucu ve iyileştirici tıbbi yöntemler olmadığı için hastalığın yayılmasını önlemek için davranışsal önlemler (örn. sosyal mesafe ve hijyene yönelik uygulamalar) ön plana çıkmış (Güner, Hasanoğlu ve Aktaş, 2020); aşı bulunduktan sonra ise özellikle bilgi ve farkındalık eksikliği nedeniyle ortaya çıkan aşı karşıtlığı ve aşı direnci gibi tutumlar hastalığın kontrol sürecini olumsuz etkilemiştir (Erigül, Kartal ve Arıkan, 2022; Genç, 2021). Bununla birlikte COVID-19'la birlikte çeşitli sağlık sorunlarında küresel bir artış olmuştur (DSÖ, 2021). Örneğin, Alyammahi ve arkadaşları (2020) bir derleme çalışmasında COVID-19'un kronik hastalığı olan bireylerin prognozlarını olumsuz etkilemesinin yanı sıra uzun dönem çoklu organ hasarına neden olarak kronik hastalıkların oluşmasına da katkıda bulunduğuna dikkat çekmiştir. Ayrıca COVID-19 ve kontrolüne yönelik stratejiler (örn. karantina, seyahat kısıtlaması) toplumda anksiyete, depresyon, stres, korku, uykusuzluk gibi çeşitli zihinsel sağlık problemlerine yol açmıştır (Derleme çalışmaları için bkz.: Gürcan, Korkmaz, Ay ve Gürcan, 2022; Torales, O'Higgins, Castaldelli-Maia ve Ventriglio, 2020).

Biyopsikososyal bakış açısını destekler şekilde COVID-19 gibi biyolojik faktörlerin sağlık ve kronik hastalıklar üzerindeki etkisinin yanı sıra toplumda zihinsel sağlık problemleri de, gençlerde bile, artış göstermektedir (Acar ve Kıcalı, 2021;

⁴ Canlı dünya haritası için bkz.: <https://coronavirus.jhu.edu/map.html>

Arslan, Ayrancı, Ünsal, Arslantaş, 2009; Davies ve MacDowall, 2004). Ayrıca zihinsel bozukluklar çeşitli sağlık sorunları (örn. bulaşıcı hastalıklar, kronik hastalıklar, yaralanma) riskini arttırırken, sağlık sorunları da zihinsel bozukluk riskini arttırarak multimorbidite riski oluşturmaktadır; sonuç olarak yardım alma, tanı, tedavi ve prognoz süreçleri karmaşılaşmaktadır (Barnett ve ark., 2012; Prince ve ark., 2007).

Zihinsel bozuklukların küresel bir sağlık krizine işaret ettiğini öneren *Lancet* dergisinin *Küresel Zihin Sağlığı* serisinde her yıl dünya nüfusunun yaklaşık %30'unda herhangi bir zihinsel bozukluk gelişeceği öngörülmüştür (Prince ve ark., 2007). Bu rakam tanı ve sınıflama kriterlerinin geçerliliği üzerinden eleştirilere açık olmakla birlikte (Summerfield, 2008) mevcut küresel zihinsel bozukluk yaygınlığına ilişkin rakamların endişelendirici olduğu söylenebilir. Örneğin ABD'de yetişkinlerde (+18) herhangi bir zihinsel bozukluk yaygınlığı %21 olarak tahmin edilmiştir (NIHM, 2020)⁵. En yüksek yaygınlık %30.6 ile genç yetişkin grupta (18-25 yaş arası) görülürken yetişkin grupta (26-49 yaş arası) %25.3 ve ileri yaş (50 ve üzeri) grupta %14.5 olarak bildirilmiştir. *Küresel Hastalık Yüğü* çalışması 2017 verilerine göre ise dünya çapında herhangi bir zihinsel hastalık yaygınlık oranı %10.7 olarak belirlenmiştir (Dattani, Richie ve Roser; 2021). Aynı çalışmanın 2019 yılı verilerine göre Türkiye'de zihinsel bozukluk yaygınlık oranı %14.4'tür⁶. Çalışma kapsamına alınan zihinsel bozukluklar, küresel yaygınlık sırasıyla anksiyete bozuklukları (%3.9), depresyon (%3.59), madde kullanım bozuklukları (%1.5), bipolar bozukluk (%0.5), şizofreni (%0.3) ve yeme bozukluklarıdır (%0.2). Benzer şekilde Türkiye'de de anksiyete bozuklukları (%4.8) ve depresyon (%4.2) en yaygın zihinsel bozukluklara karşılık gelmiştir.

Zihinsel bozukluklar ve madde kullanım bozuklukları dünya çapında engelliğin önde gelen nedenleri arasındadır (Whiteford ve ark., 2010). DSÖ'nün 28 ülkede yürüttüğü Dünya Zihinsel Sağlık anket çalışması sonuçları zihinsel sağlık sorunlarının (anksiyete ve duygudurum bozuklukları, yıkıcı davranış ve madde kullanım bozuklukları) tüm katılımcı ülkelerde ortaya çıktığını göstermiş ve yaşam boyu sıklıkları %18.1- %36.1 aralığında belirlenmiştir (Kessler ve ark., 2009).

⁵ <https://www.nimh.nih.gov/health/statistics/mental-illness>

⁶ <https://ourworldindata.org/mental-health#data-availability-on-mental-health>

Gelişmekte olan ülkelerdeki 12 aylık yaygınlık tahmini aralığı ise %40- 60 aralığında bildirilmiştir. Başlangıç yaşı analizleri birçok zihinsel sağlık sorununun çocukluk-ergenlik döneminde ortaya çıkıp devam eden gelişimsel süreçte önemli olumsuz sonuçlar doğurduğunu göstermiştir. Yetişkinlikteki zihinsel sağlık problemleri ise rol kısıtlılığıyla yüksek ilişkiler gösterirken çoğunlukla tedavi uygulanmadığı bildirilmiştir (Kessler ve ark., 2009). Öte yandan zihinsel bozukluklara ilişkin farmakolojik ve klinik müdahaleler birey seviyesinde etkili olabilmekle birlikte (örn. engelliğin ve sıkıntının azaltılması) toplum seviyesinde zihinsel hastalık yükü üzerinde kısıtlı bir etki sağlayabilir (Patel ve ark., 2018). Örneğin; dört yüksek gelirli ülkenin (Avustralya, Kanada, İngiltere ve ABD) 1990-2015 yılları arasındaki zihin sağlığı verilerine ilişkin analizler tedavi (özellikle antidepresan) tedarikinde anlamlı bir artış olmasına ve risk faktörlerinde artış olmamasına rağmen duygudurum ve anksiyete bozukluklarına ilişkin yaygınlıkta düşüş olmadığını ortaya koymuştur (Jorm, Patten, Brugha ve Mojtabai, 2017). Yazarlar önleme çalışmalarına ve erken müdahalelere yatırımın artırılmasını önermiştir.

Dünya çapında altı kıtadan ve 29 ülkeden tanı konmuş zihinsel bozukluklara ilişkin 203 çalışmayı inceledikleri bir meta-analiz çalışmasında Walker, MacGee ve Druss (2015) zihinsel hastalığı olanların ölüm oranının, ortalama yaşam beklentisi kaybı 10.1 yıl olmak üzere genel popülasyondan daha yüksek olduğunu bulgulamış; dünya çapındaki ölümlerin tahmini olarak %14.3'ünün zihinsel bozukluklara bağlı olduğunu bildirmişlerdir. DSÖ'nün (2001) Dünya Sağlık Raporu'nda zihinsel ve davranışsal bozuklukların küresel hastalık yükünün %12'sini oluştururken çoğu ülkenin sağlık harcamalarının %1'inden azına karşılık geldiği belirtilmiş; ülkelerin %40'ından fazlasının zihinsel sağlık politikası, %30'undan fazlasının ise zihinsel sağlık programı olmadığı bildirilmiştir. DSÖ'nün (2014) daha güncel bir raporu olan Dünya Sağlık Atlası raporuna göre ise içinde Türkiye'nin de bulunduğu dokuz ülkeyi kapsayan Doğu Akdeniz Bölgesinde zihinsel sağlık politikaları geliştirilmiş olmasına rağmen bu politikalar sadece kısmi olarak uygulamaya geçirilmiştir (Gater, Chew ve Saeed, 2015). Zihinsel sağlık problemlerindeki artışın popülasyonun yaşlanması, sosyal sorunlar ve sivil huzursuzlukla ilişkilendirildiği raporda zihinsel sağlık

problemlerinin dünya çapında engelliliğin (disability) 10 temel nedeninden dördünü temsil ettiği belirtilmiştir.

Türkiye’de ulusal seviyede ilk ve tek zihinsel sağlık çalışması 1996’da yapılmış olmakla birlikte bu araştırmanın tekrarı 2019’da planlanmasına rağmen henüz yayınlanmış bir rapor bulunmamaktadır (Topuzoğlu, 2020). Türkiye genelini temsil edecek şekilde 7479 katılımcının verilerine ilişkin bulgular son 12 aya ilişkin tanı yaygınlığının %17.2 olduğunu göstermiştir (Kılıç, 1998). Çalışmada zihinsel bozukluk yaşayanların yalnızca %14’ünün tedaviye başvurduğu tespit edilmiştir. Binbay ve arkadaşları (2014) bir gözden geçirme çalışmalarında Türkiye’deki araştırmaların çoğunlukla belirli örneklem gruplarıyla sınırlı olmak üzere depresyon, travma ile ilişkili bozukluklar (özellikle 1999 depremleri sonrasında) ve anksiyete bozukluklarına odaklandığını bildirmiştir. Örneğin üniversite öğrencileriyle (N= 345) yürütülen güncel bir çalışmada öğrencilerin %30.1’inde depresyon, %25.2’sinde yaygın anksiyete bozukluğu, %9’unda bipolar bozukluk ve %2.9’unda psikotik belirti varlığı tespit edilmiştir (Erden, 2019). Küresel hastalık yükü çalışmasına göre ise depresyon ve anksiyete Türkiye’de engelliliğe bağlı yaşam yılı kayıplarında ilk on hastalık arasında yer almakta olup küresel verilerle paralellik göstermektedir (Topuzoğlu, 2020).

DSÖ’nün (1948) sağlığı bütüncül bir iyi oluş halini içeren pozitif bir kavram olarak tanımlaması ve sağlığın geliştirilmesi alanındaki ilerlemelerle birlikte halk sağlığı göstergesi olarak hastalık yaygınlıkları ve risk faktörleri gibi patojenik yönelimli değişkenlerin yanı sıra iyi oluş, koruyucu faktörler ve yaşam kalitesi gibi salutojenik yönelimli değişkenler de, küresel ölçekte sınırlı sayıda çalışma olmakla birlikte incelenmeye başlanmıştır (Lindström ve Eriksson, 2006). Örneğin zihinsel iyi oluş ve evrimine ilişkin küresel bir harita oluşturmak; elde edilen veriler ışığında toplum zihin sağlığının geliştirilmesine yönelik girişimlerin faydalanabileceği görüşler sağlamak amacıyla 2019 yılında Sapien Labs isimli kâr amacı gütmeyen bir kuruluş tarafından *Zihinsel Sağlık Milyon Projesi* başlatılmıştır⁷. Başlangıçta sekiz İngilizce konuşan ülkeden katılımcılara ulaşılan projenin kapsamı 2020 yılında küresel

⁷ <http://sapienlabs.org/mental-health-million-project/>

popülasyonun %59.5'ini temsil eden dünya çapındaki yaklaşık 4.66 milyon aktif internet kullanıcısına ulaşarak genişletilmiştir. Bu doğrultuda 2020 ve 2021 yıllarındaki katılımcı havuzu İngilizce, İspanyolca, Fransız ve Arapça konuşan 34 ülkeden oluşturulmuştur. Araştırmada kullanılan Zihinsel Sağlık Anketi (Mental Health Questionnaire, MHQ) DSM-5 tarafından tanımlanan 10 zihinsel sağlık sorunun duygusal, sosyal ve bilişsel özelliklerini kapsamakla birlikte olumlu zihinsel özellikler de ayrıca değerlendirilmiştir. Katılımcıların toplam zihinsel iyi oluş puanları sırasıyla stresli (distressed), mücadele eden (struggling), katlanan (enduring), yöneten (managing), başaran (succeeding) ve gelişen/serpilen (thriving) olmak üzere olumlu ve olumsuz bileşenlerden oluşan altı kategorili bir spektrumla incelenmiştir. Geçerlik çalışmasında MHQ'dan alınan puanların klinik yük (semptomların olumsuz etkisi) ve üretkenlikle (fiziksel ve zihinsel sağlık problemlerine bağlı olarak iş veya diğer gündelik etkinliklere devam edebilme kapasitesi) sistematik olarak ilişki gösterdiği bildirilmiştir (Newson, Pastukh ve Thiagarajan, 2022).

Zihinsel Sağlık Milyon Projesi'nin ikinci yıllık raporu olan *Dünyanın Zihinsel Sağlık Durumu Raporu 2021*⁸ kapsamında projeden elde edilen veriler 2019 ve 2020 yıllarına ilişkin verilerle karşılaştırmalı olarak ele alınmıştır. İngilizce konuşan sekiz ülkeden 2019-2020 yılları arasında alınan ölçümler zihinsel iyi oluş düzeyinde %8'lik bir azalma gösterirken 2019- 2021 yılları arasında %3'lük bir düşüş olmuştur. Zihinsel iyi oluştaki düşüşler COVID-19 vaka ve ölüm sayılarına ek olarak devletlerin COVID-19 önlemlerine ilişkin katılımlarıyla da anlamlı ilişkiler göstermiştir. Katılımcıların *stresli* veya *mücadele eden* kategorilere karşılık gelen MHQ puanları ise 2019-2020 arasında %12, 2020-2021 arasında ise %4 artış göstermiştir. Projenin 34 ülkeye genişletilmiş 2020 yılı verileri, tüm katılımcıların %23.6'sının *stresli* veya *mücadele eden* kategorilerde, %39.8'inin ise *başaran* veya *gelişen* kategorilerde yer aldığını göstermiştir.

Dünyanın Zihinsel Sağlık Durumu Raporu 2021'in yazarları güncel veriler ışığında küresel bir sorun olarak gençlerin zihinsel iyi oluşundaki düşüşe dikkat çekmiştir. Tüm ülkelerden 65 yaş ve üzeri katılımcıların yalnızca %7'si, 18-24 yaş

⁸ <https://sapienlabs.org/wp-content/uploads/2022/03/Mental-State-of-the-World-Report-2021.pdf>

aralığındaki katılımcıların ise neredeyse yarısı (%44) işlevselliğin etkilendiği ve klinik olarak değerlendirilebilecek seviyelere karşılık gelen stresli veya mücadele eden grupta yer alırken sadece %19'unun başaran veya gelişen grupta yer aldığı raporlanmıştır. Bu bulguların olası nedenleri arasında yazarlara göre gelir eşitsizliği, siyasi istikrarsızlık ve internetle ilişkili faktörler (örn. sosyal etkileşimin kısıtlanması) yer almaktadır.

Katılımcı ülkelerin MHQ skorları incelendiğinde kişi başına düşen milli gelir gibi ekonomik göstergelerin yanı sıra bireycilik (individualism) ve kurumsal kolektivizm (institutional collectivism) gibi kültürel göstergelerin de zihinsel iyi oluşla olumsuz ilişkiler gösterdiği sonucuna varılmıştır. Proje kapsamında *bireycilik* bireylerin yalnızca kendileri ve yakın aileleriyle ilgilenmelerinin beklendiği bir sosyal çerçeve üzerinden tanımlanırken *kurumsal kolektivizm*, bir ülkenin zenginliğin (wealth) kurumsal olarak yeniden dağıtılmasına yönelik uygulamalarını yansıtan bir gösterge olarak ele alınmıştır. Çalışmada toplumların aile grupları içinde duyduğu gurur, sadakat ve bağlılık (cohesion) derecelerini yansıtan *aile kolektivizmi* ise zihinsel iyi oluşla olumlu ilişki göstermiştir. Gerçek zamanlı ve açık erişimli veri paylaşımı yapan *Zihinsel Sağlık Milyon Projesi*'nin yürütücüleri araştırmanın kapsamının genişletilmesi, etkin müdahaleler ve politikalar geliştirilmesi yönünde küresel bir paydaşlık çağrısında bulunmuşlardır.

Birleşmiş Milletler'in 149 ülkenin katılımıyla gerçekleştirdiği bir araştırmada ise katılımcılardan yaşam değerlendirmeleri ile olumlu ve olumsuz duygulanım seviyelerine ilişkin ölçümler alınmıştır (Helliwell, Layard, Sachs ve De Neve, 2021). Yaşam değerlendirmesi kapsamında katılımcıların güncel yaşamlarını göz önünde bulundurarak bir merdiven imgesi üzerinde kendileri için en iyi yaşamı temsil eden en üst basamakla (10) ile en kötü yaşamı temsil eden en alt basamak (0) arasında işaretleme yapmaları istenmiştir. Olumlu duygulanımın ölçümü için katılımcılara sıradaki iki Evet-Hayır cevap kategorili soru sorulmuştur: (1) "Dün çok gülümsediniz veya güldünüz mü?", (2) "Dün çoğunlukla keyifli miydiniz?". Olumsuz duygulanım ölçümü için ise katılımcılardan endişe, üzüntü ve öfke duyguları için "Dün çoğunlukla hissettiniz mi?" sorusuna cevap vermeleri beklenmiştir. Araştırmanın verilerinin

sunulduğu Dünya Mutluluk⁹ Raporu 2021’de 2017-2019 yılları arasındaki yaşam değerlendirme değişkenine yönelik ülke sıralaması (ranking) 2018-2020 yılları arasındaki sıralamayla 0.99 korelasyon göstermiştir. Araştırmacılar bu bulgunun bir pandemi olarak COVID-19’un küresel doğasını ve yaygın bir şekilde paylaşılan psikolojik dayanıklılığı (resilience) yansıttığını belirtmiştir. Olumsuz duygulanımda ise anlamlı bir yükselme gözlenirken olumlu duygulanım değişmemiştir. Türkiye’de yaşayan katılımcıların verilerine ilişkin analizler Türkiye’nin 2020 yılında 2017-2019 yılları ortalamasına kıyasla 93. Sıradan 104. Sıraya gerilediğini; olumlu duygulanımda anlamlı bir azalma varken olumsuz duygulanımda anlamlı bir artış olduğunu göstermiştir (Helliwell, Layard, Sachs ve De Neve, 2021).

Özetle, araştırmalar sıklıkla kronik hastalıkların ve zihinsel sağlık problemlerinin küresel bir artış içinde olduğuna işaret etmektedir. Bununla birlikte belirli kronik hastalıklar (örn. diyabet) yaygınlıkları kadar diğer sağlık durumlarıyla (örn. kardiyovasküler bozukluklar) olan ilişkileri ve gündelik işlevsellik üzerindeki etkileri nedeniyle ayrıca önem taşımaktadır (Bayliss ve ark., 2012). Giriş bölümünde de tartışıldığı üzere patojenik yaklaşımın biyomedikal sağlık anlayışı bulaşıcı hastalıkların halk sağlığına en büyük tehdidi oluşturduğu dönem için uygunken günümüzde işlevini büyük ölçüde yitirmiştir. Yaşam koşullarının iyileşmesi ve yaşam süresinin uzamasıyla birlikte sağlık için temel hedefin patojenik yaklaşımın önerdiği üzere hastalığı ortadan kaldırmak değil salutojenik yaklaşımın önerdiği biçimiyle yaşam kalitesini arttırmak haline gelmesi daha işlevsel olacaktır (Antonovsky, 1979). Sıradaki başlıkta sağlığın göstergesi olarak yaşam kalitesi kavramı ele alınmıştır.

1.1.3. Yaşam Kalitesi

Yirminci yüzyılın sonunda başlayan sağlığın geliştirilmesi hareketi ile halk sağlığı için hastalıkların ortadan kaldırılması yerine toplumların sağlık kaynaklarını geliştirerek insanların iyi bir yaşam sürmesi hedeflenmeye başlanmıştır (DSÖ, 1986). Biyomedikal yaklaşıma alternatif oluşturacak şekilde sağlığın yeniden değerlendirildiği bu süreç insanların ve kurumların sağlıkla ilgili rol ve

⁹ Ülkelerin mutluluk sıralaması yaşam değerlendirme değişkeni üzerinden yapılmıştır.

sorumluluklarına ilişkin de çıkarımlar içermiştir. Sağlık durumunun biyolojik, psikolojik ve sosyal etkenleri içeren çok boyutlu bir yapı olarak ele alınmaya başlanmasının yanı sıra bu bakış açısı sağlığın pozitif boyutlarını da kapsayacak şekilde genişletilmiştir. Ottawa Bildirisi'nde de belirtildiği üzere sağlığın geliştirilmesi alanı iki temel sağlık tanımlamasını benimsemiştir: (1) diğer amaçlar için erişilebilir bir kaynak olarak sağlık ve (2) iyi oluş olarak sağlık (DSÖ, 1986; Keyes, 2007). Yaşam kalitesi kavramının da sağlığın geliştirilmesi alanına paralel bir sağlık yaklaşımı içinde olduğu düşünülebilir.

Tıbbi müdahalelerin yaşam süresini, kimi zaman iyi bir yaşam sürme pahasına uzatabilir hale gelmiş olması ile sağlık bakımı alanında yaşam kalitesi kavramı önem kazanmıştır (Kaplan ve Bush, 1986). Alanyazında tanımı üzerine bir uzlaş sağlanmamış olmakla birlikte yaşam kalitesi çoğunlukla yaşamda mutluluğa ve doyuma ulaşmakla ilgili bir kavrama işaret etmekte (Romero, Vivas-Consuelo ve Alvis-Guzman, 2013) ve sağlık durumu, iyi oluş, psikososyal uyum ve yaşam doyumu gibi çeşitli kavramlarla eş anlamlı olarak kullanılmaktadır (Ferrans, Zerwic, Wilbur, Larson, 2005). DSÖ 1995 yılında yaşam kalitesini “Bireylerin, içinde yaşadıkları kültür ve değer sistemleri bağlamında ve amaçları, beklentileri, standartları ve endişeleriyle ilişkili olarak yaşamdaki konumlarına ilişkin algıları” olarak tanımlamış ve insanların fiziksel sağlıklarını, psikolojik durumlarını, bağımsızlık düzeylerini, sosyal ilişkilerini, kişisel inançlarını ve çevrenin göze çarpan özellikleriyle olan ilişkilerini karmaşık bir şekilde birleştiren geniş kapsamlı bir kavram olarak betimlemiştir (Cai, Verze, Bjerklund Johansen, 2021). Benzer bir kapsayıcılıkla, 1990-2004 yılları arasında yaşam kalitesinin tanımlanmasına ilişkin 50 makalenin sistematik gözden geçirilmesini hedefleyen bir çalışmanın sonucunda yaşam kalitesi “Bireyin beklentileriyle tutarlı bir düzeyde, çevresi içinde fiziksel, duygusal ve sosyal olarak işlev görme yeteneğinin bir ölçüsü” olarak tanımlanmıştır (Church, 2004). Bu tanım kapsamında fiziksel işlevsellik, asgari düzeyde bireyin hastalık durumunu, bağımsızlığını ve hayatta beklenen fiziksel rolünü yerine getirme yeteneği ile sağlanırken duygusal işlevsellik, asgari düzeyde, bireyin zihinsel sağlık durumunu, bilişsel yeteneğini ve hayatta beklenen duygusal rolünü yerine getirme becerisini, sosyal işlevsellik ise, yine asgari düzeyde, bireyin mevcut sosyal desteğini ve hayatta

beklenen sosyal rolünü yerine getirme becerisini içermelidir. Çevresel etkenler ise kültür, ekonomik kaynaklar ve sosyal hizmetlerin varlığı gibi bireyin içinde yaşadığı çevreyi etkileyen her şeyi içermektedir.

Yaşam kalitesine ilişkin bu kapsamlı ve eş anlamları içeren kavramsallaştırmalar sağlık alanındaki çalışmaların bulgularının karşılaştırılmasını veya uygulamalar düzenlenmesini karmaşık hale getirdiği için sağlıkla ilgili yaşam kalitesi kavramı öne sürülmüştür (Ferrans, Zerwic, Wilbur, Larson, 2005). Gelecek bölümde bu kavramın tanımlanması ve ölçülmesine ilişkin araştırmaların, mevcut çalışmanın hedefleri doğrultusunda, gözden geçirilmesi hedeflenmiştir.

1.1.3.1. Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi (SİYK)

Bireylerin sağlık durumunun bir göstergesi olarak sağlıkla ilgili yaşam kalitesinin ölçümü ilk olarak 20. Yüzyılın ikinci yarısından önce başlamakla birlikte yaşam kalitesine benzer şekilde tanımlı üzerinde henüz bir uzlaşıya varılmamıştır. Derleme çalışmaları sağlıkla ilgili yaşam kalitesinin sağlık, sağlık durumu ve yaşam kalitesi kavramlarıyla değişimli olarak kullanıldığına işaret etmiştir (Cai, Verze, Bjerklund Johansen, 2021; Karimi ve Brazier, 2016). Alanyazında sıklıkla sağlıkla ilgili olan ve olmayan yaşam kalitesini birbirinden net bir şekilde ayırmanın mümkün olmadığına işaret edilmekle birlikte hem araştırma hem de uygulama alanına yönelik çeşitli nedenlerle yapılmış ayırt edici tanımlama girişimleri bulunmaktadır.

Birçok derleme çalışmasında belirtildiği üzere SİYK yaşam kalitesinin kapsamını sağlık, hastalık ve yaşam kalitesinin geliştirilmesiyle ilişkili etkenlere odaklama niyetiyle ortaya konmuş olup yaşam kalitesinin kültürel, politik ve ekonomik özellikler gibi makroçevresel ve ekonomik yanlarını dışlamaktadır (Örn. Ferrans, Zerwic, Wilbur, Larson, 2005; Karimi ve Brazier, 2016). Bu nedenle SİYK'in genel olarak yaşam kalitesinin bir bileşenini temsil ettiği düşünülebilir. Hays ve Reeve'e (2010) göre yaşam kalitesi "bireyin yaşamını etkileyen bütün faktörleri içeren tümüyle kapsayıcı (all-inclusive) bir kavram"ken SİYK bireyin sağlığının bir kısmını etkileyen faktörleri kapsayarak "bir kişinin yaşamında ne kadar iyi işlev gördüğünü ve sağlığın fiziksel, zihinsel ve sosyal alanlarında algılanan iyilik hali"ni ifade etmektedir (s.195). Bu tanımda ifade edilen işlevsellik bireyin önceden tanımlanmış eylemleri

yürütme becerisine işaret ederken iyilik hali bireyin canlılık (vitality), acı, anksiyete, depresyon gibi öznel duygularına karşılık gelmektedir.

Sağlık hizmetleri araştırmasında ve sağlık ekonomisinde SİYK'in yaşam kalitesine kıyasla kullanımının daha uygun bir kavram olduğunun belirtildiği bir derleme çalışmasında ise SİYK “sağlık veya sağlık hizmetlerinin iyi oluş üzerinde etkili olduğu önemli veya en yaygın yolların alt kümesi”ni tanımlamak için kullanılmıştır (Peasgood, Brazier, Mukuria, Rowen, 2014, s.17). ABD Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezi'nin (CDC, 2000) sağlıkla ilgili yaşam kalitesinin ölçümüne yönelik yayımladığı kitapçıkta ise SİYK bireysel seviyede ve toplum seviyesinde olmak üzere iki ayrı tanımla kavramsallaştırılmıştır. Bireysel seviyede SİYK sağlığı (fiziksel veya zihinsel) açıkça etkileyen tüm faktörleri (önr. Sağlık algısı, işlevsel durum, sosyal destek) kapsarken toplum seviyesinde popülasyonun sağlık algısı ve işlevsel durumunu etkileyen politikalar ve uygulamalar gibi çeşitli kaynakları içeren bir kavram olarak ele alınmıştır. Yaşam kalitesinin sağlık tarafından etkilenen yanlarına odaklanan bir yaklaşımda ise SİYK “bireyin iyilik haline ilişkin algısının hastalık veya tedavinin varlığı ile ilgili veya bunlardan etkilenen yönleri” olarak tanımlanmıştır.

ABD Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezi'nin (CDC, 2000) sağlıkla ilgili yaşam kalitesinin ölçümüne yönelik yayımladığı kitapçıkta halk sağlığı için bu ölçümün önemine işaret edilmiştir. Kitapçıkta yer aldığı üzere SİYK'nin ölçülmesi temelde toplumların sağlık durumlarının gözlenmesine ve bu doğrultuda oluşturulan hedeflere ulaşılmasına yardım eder. Görece zayıf sağlık algısı olan bireylerin saptanması ve durumlarının iyileştirilmesine yönelik müdahalelerin geliştirilmesine rehberlik eder. Ayrıca yayımlanan ve yorumlanan veriler aracılığıyla sağlık politikalarının karşılanmamış ihtiyaçları gözeterek kaynak dağıtımını yapmasına imkân verecek şekilde düzenlenmesini sağlar. Yine bu süreçte yeni stratejik planlar geliştirilmesine ve geniş toplum müdahalelerinin etkililiğinin sınanmasına yardım ederek kümülatif bir şekilde toplumsal iyi oluş hali için gerekli olan kanıta dayalı uygulama zeminini güçlendirir. Tüm bunlara ek olarak halk sağlığı gözetiminde SİYK'in ölçülmesi sağlık bakım programlarına ilişkin fayda maliyet (cost- benefit) ve maliyet etkinliği (cost- effect) gibi sağlık ekonomisine yönelik değerlendirmelerin

yapılmasına da temel oluşturur (Hennessy ve ark., 1993). Pope ve Tarlov (1991) ise halk sağlığı standartı olarak SİYK'e odaklanılmasının sosyal, zihinsel ve tıbbi hizmetleri kapsayan disiplinler arası köprüler kurulmasına yardımcı olacağını önermiştir. Mevcut çalışma ile salutojenik model çerçevesinde sağlığın geliştirilmesine yönelik çıkarımlarda bulunmak hedeflendiği için sonuç değişkeni olarak SİYK'e başvurulmuştur.

Sağlıkla ilgili yaşam kalitesinin kavramsallaştırılmasına yönelik bakış açısındaki farklılıklar doğal olarak SİYK'in ölçümü amacıyla geliştirilen araçlara da yansımıştır (Hays ve Reeve, 2010). Mevcut çalışma temelde salutojenik model ile toplum sağlığının geliştirilmesine yönelik bir incelemeyi hedef aldığı için belirli bir gruba (örn., yaş veya hastalık) özgü olmayan bir ölçüm aracı olarak Kısa Form-36'ya (KF- 36; Ware ve Sherbourne, 1993) başvurulmuştur. KF- 36 sağlığın sekiz boyutunu (1) fiziksel işlevsellik (10 madde), (2) fiziksel sorunlara bağlı rol kısıtlılığı (4 madde), (3) genel sağlık algısı (5 madde), (4) bedensel ağrı (2 madde), (5) zihinsel sağlık (5 madde), (6) duygusal sorunlara bağlı rol kısıtlılığı (3 madde), (7) enerji ve canlılık (vitality, 4 madde) ve sosyal işlevsellik (2 madde), olmak üzere toplamda 36 maddede incelemektedir. Her bir boyut 0 ve 100 arasında puanlanmakta olup yüksek puanlar daha yüksek sağlıkla ilişkili yaşam kalitesine işaret etmektedir. Ölçeğin sırayla ilk dört boyutundan alınan puanların ortalaması fiziksel sağlık bileşenine, diğer dört boyutundan alınan puanların ortalaması ise zihinsel sağlık bileşenine karşılık gelmektedir. Klinik araştırma ve uygulamalarda, sağlık politikalarının değerlendirilmesinde ve genel popülasyon anketlerinde kullanılmak üzere geliştirilen KF-36 kapsayıcılığı ve özlüğü ile dünyada en yaygın kullanılan SİYK ölçümüdür (Hays ve Reeve, 2010; Ware ve Sherbourne, 1993).

1.2. Salutojenik Model

1.2.1. Tarihçe ve Kuramsal Arkapları

Salutojen kelimesi Yunanca'da sağlık anlamına gelen *salut* ve kaynak anlamına gelen *genesis* kelimelerinden türetilmiştir. Antonovksy (1979) 2. Dünya Savaşı'ndaki toplama kamplarından kurtulan Yahudi kadınlarla menopoza üzerine

yaptığı çalışmalardan ilham alarak biyomedikal veya patojenik yaklaşıma alternatif olarak salutojenik modeli önermiştir. Bu çalışmalarda yıllar süren travmatik deneyimlere maruz kalmalarına rağmen bazı kadınların sağlıklarını koruduklarını ve hatta iyi bir yaşam sürebildiklerini şaşkınlıkla gözlemleyen Antonovsky stresöre maruz kalmanın strese ve hastalığa sebep olmak zorunda olmadığı sonucuna ulaşmıştır.

Antonovsky'ye (1990) göre stresörlerle stres arasındaki ilişkide *gerilim* (tension, strain) bulunmaktadır (Şekil 1.1). Stresörlere maruz kalmak organizmada kaçınılmaz olarak bir gerilim yaratır. Öte yandan bu gerilim ortadan kaldırılsa sağlığa zarar veren bir durum olarak stres ortaya çıkmayacaktır. Bu nedenle stresör ile stres-hastalık arasındaki ilişkide gerilimi yönetme ve bu amaçla kullanılabilecek kaynaklar sağlıklılık için kilit bir rol oynamaktadır. Örneğin; aynı stresöre maruz kalan kişilerden biri çeşitli baş etme kaynaklarına sahipken diğerinin hiç kaynağı olmaması durumunda bu kişiler için ne stresöre maruz kalma deneyimi ne de bu deneyimin sonuçları aynı olacaktır.

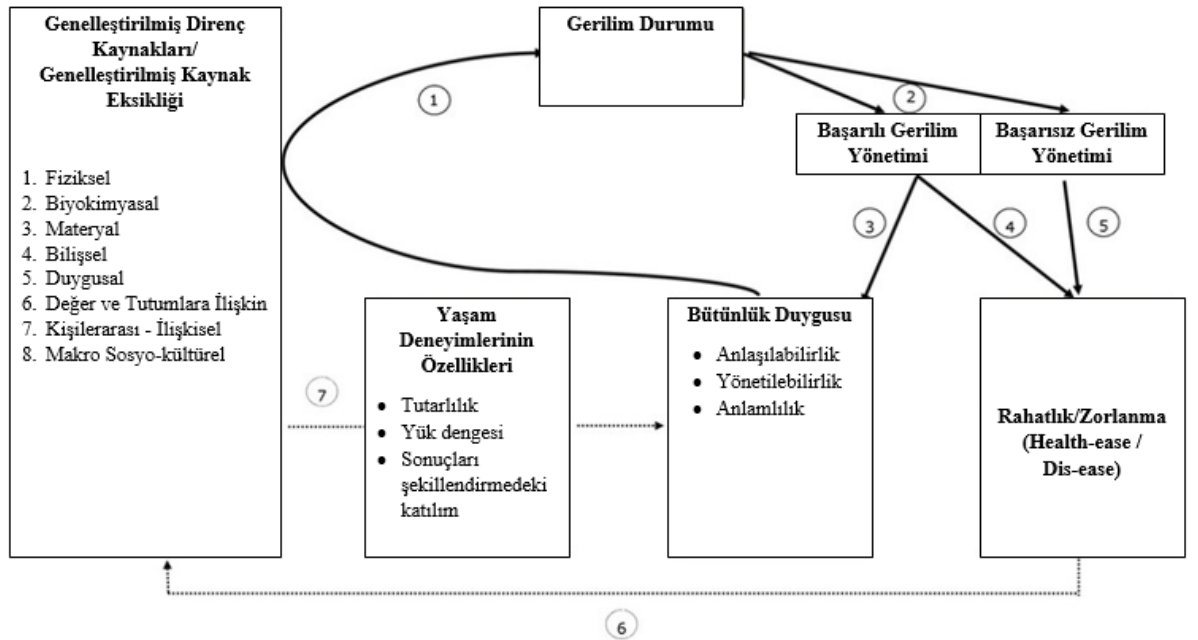
İnsan doğası hakkında iki varsayımdan söz edilebilir: dengeşim (homeostasis) ve düzenlenmiş bozukluk (organized disorder; Mullen, 1994). Patojenik yaklaşıma göre organizma dengeşim içindedir ve içsel veya dışsal ortamda meydana gelen herhangi bir değişiklik dengenin bozulmasına neden olur. Organizmanın bu değişikliğe uyum sağlayıp dengeşime dönmesi için zamana ihtiyacı olduğu gibi bu süreç olumsuz fiziksel ve psikolojik sonuçlar doğurabilir (Cronkite ve Moos, 1984). Antonovsky (1987), döneminin geleneksel anlayışının aksine insanların asıl durumunun dengeşim içinde olma halini değil; heterostatik bir dengesizlik halini yansıttığını öne sürmüştür. Sağlığı sürdürebilmek için hareketli bir dengeşim halinde olmanın önemini vurgularken bu çabayı bir ipin üzerinde yürürken farklı nesneler alıp vermeye ve hatta yine dengeyi korumaya devam ederken giysi değiştirmeye benzetmiştir (Antonovsky, 1985). Antonovsky'ye (1987) göre düzensizliğin içine çekilme (entropi) istisnadan ziyade bir normdur. Organizma, sürekli olarak hastalıklara neden olabilecek çok sayıda etken tarafından tehdide uğramaktadır. Bozukluk normal durumu temsil etmekte olup düzenlenmediği zaman olumsuz sonuçlar doğurmaktadır. Biyomedikal modelin çalıştığı biçimiyle bu etkenlerin her

birini anlamaya ve kontrol etmeye çalışmak Antonovsky'ye göre nafile bir uğraşıdır. Bunun yerine entropiye uyum sağlamayı kolaylaştıracak kaynaklara odaklanmak daha işlevsel olacaktır. Entropinin etkisine karşı sosyokültürel bağlam, fiziksel çevre ve hücre seviyesine kadar organizmaya yardımcı olan süreci *negatif entropi* olarak isimlendiren Antonovsky (1996), bu sürecin sağlık için olumlu etkileri olduğunu belirtmiştir. Bu olumlu etkiler risk faktörlerinin azaltılması yerine aktif olarak sağlığın geliştirilmesine yöneliktir. Salutojenik modelin temel sorusu negatif entropi sürecine olanak sağlayan kaynakların, Antonovsky'nin nitelemesiyle *negentropik* etkenlerin, başka bir deyişle bozukluğu düzenleyen etkenlerin, neler olduğuna yöneliktir.

Negentropik etkenlerin neler olduğu sorusunun önünde ise iki temel varsayım bulunmaktadır: (1) Birey çevresiyle etkileşim içindedir ve (2) Düzen bozulması ve değişiklikler yaşamın normal durumlarıdır (Antonovsky, 1987). İlk ön kabulde bireyi içinde bulunduğu bağlamla birlikte ele alan sistemik bir bakış açısı benimsenmiştir. İkincisi ise yaşamda değişimin kaçınılmazlığını ve yaşamın kontrol edilemez olması durumlarını yansıtmaktadır. Antonovsky'nin bakış açısıyla, yaşamın bir rüzgâra karşı uçma yolculuğu olduğu söylenebilir. Hastalıklar, kayıplar, karmaşa ve benzeri birçok stresör her yerde meydana gelmektedir ve hepsi yaşamın doğal bir parçasıdır. Patojenik bakış açısına göre düzendeki bir bozulmanın sağlığa ve iyi oluşa zarar verdiği varsayılırken salutojenik yaklaşımda bozulmalar düzenin -veya bir norm olarak düzenin bozulması halinin- bir parçası olan değişimler olarak ele alınıp sağlığı olumsuz etkilemeyebilecekleri, sonucun bireyin mevcut çevresiyle kurduğu ilişkideki baş etmelerine göre belirleneceği önerilir. Başka bir deyişle, Antonovsky'ye (1987) göre karşılaşılan engel ve zorlukların mutlaka stres verici olarak etiketlenmesi gerekmemektedir; bilakis bu deneyimler uygun tepkilerle karşılandığında yaşama farklılık ve anlam da katabilir.

Salutojenik modelin varsayımıyla yaşam boyu tekrar tekrar ve kaçınılmaz olarak karşılaştığımız zorluklar aynı zamanda büyüme ve kişisel gelişim için tetikleyici bir işleve sahiptir (Joseph ve Linley, 2006). Stresörlere, zorluklara maruz kalmak hassaslaşma (sensitization) yoluyla bireyin kırılganlığını artırıp olumsuz sonuçlar doğurabileceği gibi tam tersine bireyi güçlendirerek Rutter'ın (2012) ifadesiyle “çelikleştirme etkisi” (steeling effect) de sağlayabilir. Bu durumda stresör

ve sonuç arasındaki ilişkiye aracılık eden etkenler sağlığın korunması, sürdürülmesi ve hatta geliştirilmesi için kilit bir önem taşımaktadır. Antonovsky (1987) de zorlu deneyimlere rağmen sağlıklarını koruyan insanların kaynaklarının neler olduğunu, nasıl baş ettiklerini ve yaşama karşı nasıl bir duruşları olduğunu açıklamaya çalışmıştır. Başka bir deyişle salutojenik modelin temel sorusunu “Sağlığın kökenleri (origins) nedir?” şeklinde ortaya koyan Antonovsky, bu soru ile bir yandan sağlığı sağlayan çoğul belirleyici veya süreçlere işaret ederken diğer yandan tüm bu salutojenik süreci belirli bir tekil duygusal/zihinsel yönelim olan bütünlük duygusuna odaklamıştır (Mittelmark ve Bauer, 2017). Bu nedenle bütünlük duygusu salutojenik model için anahtar bir kavram olmakla birlikte salutojenik model bütünlük duygusunun ötesinde bir sağlık yaklaşımını temsil etmektedir (Eriksson, 2017). Aşağıda sağlığın salutojenik modeline ilişkin bir şekil (Şekil 1.1) yer almakta olup bölüm boyunca ilgili yerlerde bu şekile atıfta bulunularak sağlığın salutojenik modeli ele alınmıştır.



Şekil 1.1: Sağlığın salutojenik modeli. Super, Wagemakers, Picavet, Verkooijen ve Koelen (2016, s. 871).

1.2.2. Patojenik Yaklaşımın Eleştirisiyle Şekillenen Salutojenik Yaklaşım

Antonovsky (1979) döneminin baskın sağlık yaklaşımı olan patojenik yaklaşımın önemini ve başarılarını kabul etmekle birlikte birçok noktada eleştiri getirmiş ve tamamlayıcı bir yaklaşım olarak salutojenik modeli öne sürmüştür. Bu bölümde salutojenik modelin sağlık kavramsallaştırmasının patojenik yaklaşımın eleştirisi olan beş temel nokta üzerinden özetlenmesi hedeflenmiştir.

Öncelikle insanları hasta ya da sağlıklı olmak üzere kategorik olarak sınıflayan patojenik yaklaşım kronik hastalığı veya herhangi bir işlev bozukluğu olmasına rağmen iyi bir yaşam sürmeyi başaran insanları göz ardı etmektedir (Antonovsky, 1987). Salutojenik yaklaşımda ise sağlık içsel veya dışsal çevreden gelen talepler ile bu taleplere cevap vermeye yönelik kaynakların etkileşimiyle şekillenen hareketli bir süreç olarak tanımlanmıştır (Antonovsky, 1982). Bu hareketlilik Antonovsky'nin örneklemesiyle bir ucu sağlığı (health-ease; alternatif çeviriler: rahatlık, hafiflik, kolaylık) bir ucu hastalığı (dis-ease, alternatif çeviriler: rahatsızlık, zorlanma, huzursuzluk) temsil eden bir doğru (continuum) üzerinde gerçekleşmektedir. İnsanların çoğunluğu bu çizginin ortalarında bir yerdedir. Sağlık hepimizin belirli oranlarda sahip olduğu bir kaynaktır ve hastalık tanısı alıp almamaktan bağımsız olarak ele alınabilmelidir (Antonovsky, 1979). Salutojenik yaklaşıma göre esenlik hali bireyin temsili doğru üzerinde sürekli olarak sağlık ucuna doğru bir hareket halinde olmasıdır. Öte yandan teknolojinin gelişmesi ve yaşam süresinin uzamasıyla birlikte tanı alan veya yüksek risk grubunda olan kişilerin sayısı artış gösterirken günümüzde de baskınlığını sürdüren patojenik yaklaşımın tanımları toplumun çoğunluğunun hasta olarak etiketlenmesine doğru bir ilerleme içindedir (Eriksson ve Lindström, 2008; Macdonald, 2005; Straub, 2014).

İkinci olarak patojenik yaklaşım hastalıkların etiyolojilerine odaklanarak bireyin hastalık deneyimi dahil olmak üzere tüm hikayesini göz ardı eder (Antonovsky, 1979). Salutojenik yaklaşım ise bireyin varoluşunu yaşam boyu bir süreç içinde, tarihsel ve çevresel bağlamıyla birlikte ve sağlık (rahatlık)- hastalık (zorlanma) doğrusu üzerindeki tüm deneyimleriyle birlikte değerlendirmeyi önerir. Böylece

bireyin sadece hastalık halinin değil; zorlanmayla birlikte veya zorlanmalara rağmen rahatlığa doğru ilerleme koşullarının ve/ya patojenik yaklaşıma göre hasta olmayan bireyin sağlığının etiyojisinin anlaşılması için de bir zemin hazırlar. Bununla birlikte patojenik yaklaşımın tanımlamasıyla “hastalık sahibi olma”nın “sağlıklı olmamak”la eşdeğer olmadığına da işaret eder. Bu bakış açısı DSÖ’nün sağlığı geliştirmeye yönelik hazırladığı Bangkok Şartı’ndaki (2006) “herkes için sağlık” anlayışıyla paralellik göstermekte olup koruyucu/ önleyici ve geliştirici bir sağlık sistemi fikrini barındırır.

Üçüncü olarak patojenik bakış açısı organizmanın doğal olarak her zaman bozulmalara açık olduğunu kabul etmek yerine belirli hastalıkların belirli nedenlerini saptayarak bu nedenleri ortadan kaldırmayı hedeflerken sağlığa doğru ilerlemeye yardımcı olan etkenleri göz ardı etmektedir (Antonovsky, 1987). Salutojenik yaklaşımın felsefi varsayımına göre ise düzensizliğin içine çekilme (entropi) bir norm olduğu için bireylerin, grupların veya toplumların yaşamın durmaksızın sunduğu uyaranlara uygun cevaplar vermesine ve iyi bir yaşam sürmesine yardımcı olan etkenleri anlamaya çalışmak daha işlevsel olacaktır. Farklı bir ifadeyle patojenik yaklaşımın odak noktasının stres iken salutojenik yaklaşımın odak noktasının baş etme ve bunun için gerekli olan beceri ve kaynaklar olduğu söylenebilir.

Dördüncü temel nokta olarak Antonovsky (1987) patojenik yaklaşımın hastalığın yokluğu üzerinden kurduğu sağlık tanımını eleştirmiştir. Salutojenik modeli oluştururken Selye (1956) ile Lazarus ve Cohen’in (1977) stres çalışmalarından ilham aldığını ifade eden Antonovsky (1979) stres verici uyaranların uygun baş etmelerle karşılandığında tam tersine sağlıklı gelişimi tetikleyen bir işlev görebildiğini önermiştir. Bu nedenle stresörlerin ortadan kaldırılması yerine doğası gereği stresör zengini olan çevreye uyum sağlamaya yarayan özelliklere ve/ya problem çözme becerilerini geliştirmeye çalışmak sağlığın geliştirilmesi için kilit bir önem taşımaktadır (Antonovsky, 1987).

Son olarak patojenik yaklaşım risk ve hastalıkları çalışırken iyi olmaya ilişkin belirtileri, insan yaşamının olumlu yönlerini ve sergilmelerine, daha iyiye gitmelerine yardımcı olan etkenleri göz ardı etmektedir (Antonovsky, 1984; 1987). Salutojenik yaklaşımın önermesiyle sağlık ucuna doğru ilerleyebilen, iyi bir yaşam sürebilen

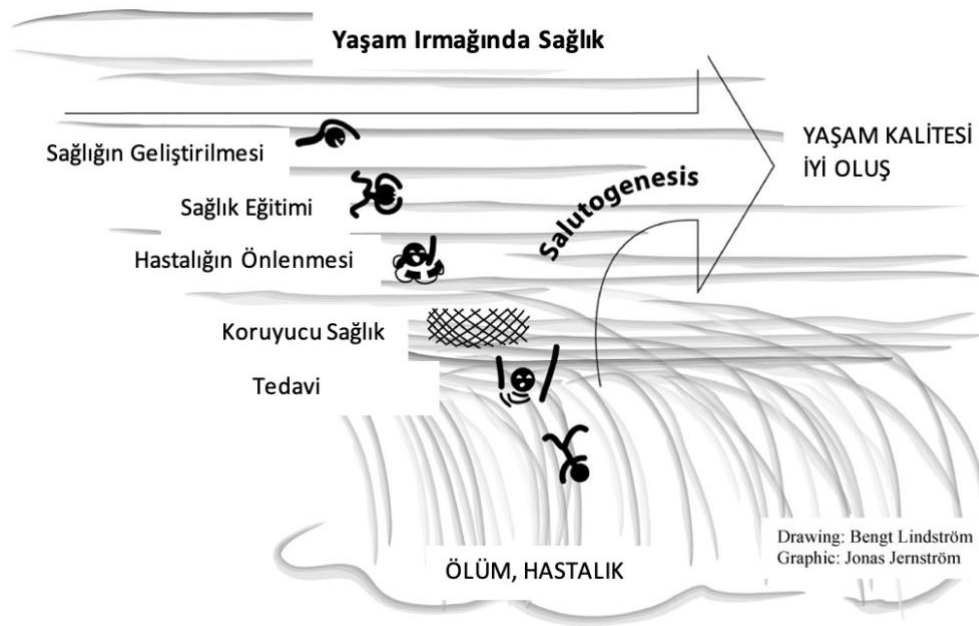
insanların sahip olduğu kaynakları çalışmak ise toplum sağlığı açısından önemli bir fark yaratacak olan açılımlar sağlayacaktır (Antonovsky, 1987). Lindström ve Eriksson (2010) salutojenik modelin iyi oluşu sağlamaya yönelik kaynak odaklı yaklaşımını içine yaşam kalitesi, baş etme, psikolojik dayanıklılık ve sosyal sermaye gibi çeşitli kuramsal çerçevelerden kavramları alabilen bir şemsiyeye benzetmişlerdir. Son zamanlarda salutojenik yaklaşıma benzer şekilde iyi oluşu destekleyen unsurların bilimsel olarak çalışılmasını öneren “pozitif psikoloji” akımı yoğun bir ilgiyle karşılanmış olmakla birlikte (gözden geçirme çalışması için bkz.: Synder ve Lopez, 2005) ortaya koyduğu olumlu-olumsuz ayrımı, patojenik yaklaşımın normal-anormal ayrımının bir benzerini temsil etmekte olduğu için sağlığın bütüncül bir bakış açısıyla ele alınmasına engel olmaktadır (Joseph ve Linley, 2006). Sağlığı zorlanma- rahatlık doğrusu üzerinde dinamik bir süreç olarak ele alan salutojenik yaklaşıma göre ise rahatlık ucuna doğru ilerleme uyaranların taleplerine cevap vermek için uygun olan beceri ve kaynakların tekrarlı olarak kullanımına dayanır (Antonovsky, 1987). Bu bakış açısının sunduğu esneklik salutojenik modelin uyarlanabilirlik ve evrensel olarak kullanılabilirlik gücünü arttırmaktadır (Lindström ve Eriksson, 2005).

Yukarıda özetlendiği şekliyle salutojenik modelin sunduğu sağlık yaklaşımının sağlığın geliştirilmesine yönelik kuram ve uygulamalar için örnek alınacak bir zemin oluşturduğu düşünülmektedir (örn., Antonovsky, 1996; Bauer ve ark., 2019; Lindström ve Eriksson, 2006). Bu nedenle gelecek bölümde salutojenik yaklaşım ile sağlığın geliştirilmesine yer verilmiştir.

1.2.3. Salutojenik Yaklaşımla Sağlığın Geliştirilmesi

Eriksson ve Lindström (2008) Antonovsky’nin salutojenik modelinin, Ottawa Bildirisi’nde (1986) ifade edilmemiş olmasına rağmen, sağlığın geliştirilmesi alanının başlangıcında etkisi olduğunu belirtmişlerdir. Sağlığın geliştirilmesi bağlamında salutojenik modeli sundukları çalışmalarında “Yaşam Irmağında Sağlık” benzetmesini kullanan yazarlar Şekil 1.2’de gösterildiği üzere sağlığın geliştirilmesine yönelik adımları resmetmişlerdir. Salutojenik yaklaşımda düzensizliğin içine çekilme durumu bir norm olarak kabul edildiği için resimde görüleceği üzere ırmak boyunca uzanan bir şelale bulunmaktadır. Yine de bu, ırmağın temel akış yönünün şelale doğrultusunda

olduğu anlamına gelmemektedir. Bu benzetmeye göre doğumla birlikte ırmağa düşeriz ve akış yönümüz hastalık ve ölümü temsil eden şelaleye doğru değil, yaşamı temsil eden ırmağa doğrudur. Irmağın şelaleden uzak olan tarafı, örneğin refah düzeyi yüksek ülkelerdeki gibi, insanların iyi bir yaşam sürebilmesi için gerekli kaynakların daha kolay erişilebilir olduğu bir fırsat alanına işaret ederken şelaleye yakın olan tarafı hayatta kalmanın daha zor olduğu bir risk alanını temsil eder.



Şekil 1.2: Yaşam ırmağında sağlık metaforu. Eriksson ve Lindström (2008).

Eriksson ve Lindström'ün (2008) sağlığın aşamalarını resmettiği bu benzetmeye göre *tedavi* aşaması pahalı yüksek teknolojinin kullanılması ve iyi eğitilmiş uzmanlara ihtiyaç duyulması nedeniyle boğulanları kurtarmak için akıntıya karşı yüzmek gibidir. *Sağlığı koruma* aşaması bireylerin pasif olduğu, toplum temelli hastalık riskini azaltan müdahaleleri içerirken insanların şelaleye düşmesini engellemek için örülen çitlere; *hastalığın önlenmesi* ise aktif olarak bireylerin güçlendirilmesini sağlayan müdahaleler olarak tanımlanıp can yeleği tedarikine benzetilmiştir. *Sağlık eğitimi* bireylerin uzmanlarca desteklenen bir gelişimle kendi kararlarını verebilmesine ilişkin bir süreci içerirken bu analogide insanlara nasıl yüzüleceğinin öğretilmesi olarak

örneklemiştir. *Sağlığın geliştirilmesi* için ise sağlığın insani bir hak olarak görülüp sağlık sektörünün ötesinde, toplumlardaki farklı uzmanlıkların ve uzmanların uyumluluk içinde işleme kapasitesine odaklanılmaktadır. Burada bireyin etkin ve katılımcı bir özne haline gelmesi hedeflenir. Salutojenik bakış açısı sağlığın tüm bu aşamalarını kapsamakta olup bireyin ve toplumların yaşam kalitelerini, iyi oluşlarını arttırmalarına yardımcı olan kaynakların belirlenmesine, sağlanmasına ve kullanılmasına rehberlik eder.

Antonovsky (1979) bütüncül bir sağlık anlayışını benimsediği için salutojenik modelde sağlık biyopsikososyal modele benzer olarak fiziksel, zihinsel, sosyal ve manevi olarak iyi olma halini içeren pozitif bir kavram olarak ele alınır. Engel'in biyopsikososyal yaklaşımından farklı olarak ise sağlığı sadece bireysel seviyede değil, aynı zamanda grup ve toplum seviyelerinde de incelenebilir kılmıştır (Antonovsky, 1987; Lindau, Laumann, Levinson ve Waite, 2003). Güncel araştırmalar da daha iyi bir yaşam için sadece bireylerin değil salutojenik toplumlar oluşturacak şekilde sistemlerin de değişmesinin gerekliliğine işaret etmektedir (gözden geçirme çalışması için bkz.: Alvarez ve ark., 2020). Salutojenik modelin sunduğu kaynak odaklı yaklaşım birey, grup ve toplum seviyelerini içererek sağlık alanındaki müdahale seçeneklerini genişletir (Morgan ve Ziglio, 2007).

Salutojenik yaklaşım bireyi tarihsel ve sosyokültürel bağlamı içinde, toplum ve toplumun yapılarıyla olan ilişkilerini göz önünde bulundurarak değerlendirdiği için çalışma alanına birçok farklı disiplini davet eder. Antonovsky (1979) de salutojenik bakış açısının belirli bir uzmanlık alanı ile sınırlandırılması yerine disiplinler arası bir yaklaşımla çalışılmasını özellikle önermiştir. Sağlığın geliştirilmesine yönelik araştırmalarda da psikoloji, sosyoloji, eğitim, ekonomi gibi farklı disiplinlerden kuram veya modeller uygulanmasına rağmen odak noktaları çoğunlukla sağlık davranışlarıyla sınırlı kalmıştır (Dean, 1996). Öte yandan sağlığın geliştirilmesi için bireylerin davranışlarına ek olarak üyesi oldukları toplumun nasıl bir düzen içinde olduğu ve düzene ilişkin politikalar da önem taşımaktadır. Eriksson ve Lindström'e (2008) göre insan haklarını destekleyen ideal bir toplum yapısında bireyler aktif katılımcı özneler olarak konumlandırılmakla birlikte sağlığa ilişkin özellikler tüm politikalarca kapsanır. Öte yandan örneğin sosyokültürel ve/ya politik koşullarla

toplum düzenine katılımlarının engellendiğini hisseden bireylerin iyi bir yaşam sürmesi ideal bir toplum yapısındaki bireylere göre daha zor olacaktır. Güncel salutojenik çalışmalar arasında politikanın yanı sıra sağlığı geliştirecek mimari tasarımlar (Golembiewski, 2022) ve dijital teknoloji dünyası (Saboga-Nunes, Bittlingmayer ve Bakibinga, 2022) gibi çok disiplinli odak noktaları bulunmaktadır.

Salutojenik model sağlığın bir bağlam, içsel ve dışsal uyaranların sürekli etkileşim içinde olduğu ekolojik bir sistem içinde yaratıldığını vurgular (Antonovsky, 1979; 1987). Bu nedenle hem araştırma hem de uygulama alanlarını kaliteli bir yaşam sürmek için rahatlık-zorlanma doğrusunun neresinde olunursa olunsun herkesi (birey, grup, toplum), her ortamı (örn. Ev, okul, hastane, hapisane, ülke) ve kültürü içermeye yönlendirir (Antonovsky, 1996b). Bu doğrultuda salutojenik araştırmalar (1) problem çözme, (2) bireylerin sağlıklılık ucuna ilerlemesini sağlayan genelleştirilmiş direnç kaynaklarını tanımlama ve (3) bireyler, gruplar ve sistemlerde bütüncül bir mekanizma olarak işleyen evrensel bir duyuyu, bütünlük duygusunu tanımlamak üzerine odaklanmaktadır (Lindström ve Eriksson, 2005). Problem çözme bütünlük duygusunun bir işlevi olarak ele alındığı için (Antonovsky, 1987) gelecek bölümde bütünlük duygusuna yer verilmiştir.

1.2.4. Bütünlük Duygusu

Antonovsky (1987) bütünlük duygusunu “(1) kişinin iç ve dış çevrelerinden gelen uyarıcıların yapılandırılmış, öngörülebilir ve açıklanabilir olduğuna, (2) bu uyarıcıların taleplerini karşılamak için gerekli kaynakların erişilebilir olduğuna ve (3) bu taleplerin yatırım ve çabaya değer zorluklar olduğuna ilişkin yaygın, dayanıklı, sağlam ve dinamik bir güven hissinin kapsamını ifade eden evrensel bir yaşam yönelimi” (s.19) olarak tanımlamıştır. Bu tanımla birlikte bütünlük duygusunun bileşenleri olan (1) *anlaşılabilirlik (comprehensibility)*, (2) *yönetilebilirlik (manageability)* ve (3) *anlamlılık (meaningfulness)* ortaya konmuştur. Bu bileşenler sırayla bilişsel, davranışsal/araçsal ve motivasyonel kaynaklara işaret etmektedir (Mittelmark ve Bauer, 2017). Güçlü bir bütünlük duygusu kişinin stresörlerle baş etmek için gerekli kaynakları harekete geçirmesini ve gerilimi başarılı bir şekilde

yönetmesini sağlar. Bu şekilde bütünlük duygusu kişinin sağlık- hastalık doğrusu üzerinde ne yöne doğru ilerleyeceğini belirlemesine yardım eder (Antonovsky, 1979).

Bütünlük duygusunun bilişsel kaynaklara karşılık gelen *anlaşılabilirlik* bileşeni bireyin karşılaştığı uyarana ilişkin bilgiyi ne derece düzenli, tutarlı ve açık algıladığına yöneliktir (Antonovsky, 1987). Başka bir deyişle, kişinin bu uyarıcıya ilişkin bilgisi kaotik, raslantısal veya açıklanamaz değil; yapılandırılmış ve nettir. Bu alanda yüksek olan bireyler gelecekte karşılaşacağı uyaranların da öngörülebilir olduğunu; öyle olmasa bile düzenlenebilir ve açıklanabilir olduğunu düşünür. Golembiewski'ye (2012) göre bireyin yaşam hikayesini, mevcut bağlamını ve koşullarını anlamlandırabilmesi elzem bir kaynak olduğu için anlaşılabilirlik bileşeni ve ilişkili beceriler olmadan insanların yaşam koşulları ve zorluklarının üstesinden gelme kapasitesi oldukça düşüktür. Bununla birlikte yaşam koşulları sürekli değişmekte olup yaşam kaçınılmaz olarak zorluklar sunmaktadır. Kişinin başına gelen olayları baş edilebilir deneyimler olarak görme derecesi ise bütünlük duygusunun davranışsal/araçsal kaynaklara karşılık gelen *yönetilebilirlik* bileşeni ile temsil edilmektedir (Antonovsky, 1987). Başka bir deyişle yönetilebilirlik, bireyin kendini uyarıcıların talebini karşılayacak kaynaklara sahip olarak algılama seviyesine işaret etmektedir. Bu kaynaklar bireyin kendi kontrolünde olabileceği gibi destek alabileceğini, güvenebileceğini hissettiği önemli ötekileri (örn. Eş, devlet başkanı, toplum, Tanrı) de kapsayabilir. Yüksek yönetilebilirlik algısı olan bireyler deneyimleri karşısında kurban gibi hissetmekten ziyade kaynaklarını değerlendirerek ve etkili bir şekilde kullanarak etkin tepkiler geliştirme eğiliminde olacaktır. Yönetilebilirlik algısı, GDK'lere benzer şekilde, kaynakların varlığından çok kişinin bu kaynakları saptama ve kullanma becerisine olan inancına dayanmaktadır.

İlerleyen çalışmalarında Antonovsky (1990) kişinin içsel ve dışsal çevresini anlamak (anlaşılabilirlik), ve kaynaklarını potansiyelden gerçeğe dönüştürmek (yönetilebilirlik) için motivasyonel bir güce ihtiyacı olduğunu ifade etmiştir. Bütünlük duygusunun anlamlılık bileşenine karşılık gelen bu güç, kişinin yaşamı yaşamaya değer görmesine ilişkin bir duyguyu yansıtmaktadır. Güçlü bir bütünlük duygusu, bireyin neyi anlamlı bulduğuyla ilgili esnek olabilmesini, anlamlılık alanlarını genişletip daraltabilmesini de kapsar. Bununla birlikte Antonovsky (1979) anlamlılık

alanındaki daralmanın içsel duygular, yakın bağlar, temel etkinlikler ve varoluşsal meseleleri dışlayacak seviyeye ulaşmamasının önemli olduğunun altını çizmiştir. Doğası itibariyle kişisel olduğu için tanımlaması zor olan anlamlılık hissi sayesinde entropinin bizi içine çektiği hastalık (dis-ease) durumlarına ve kaçınılmaz olan ölüm korkusuna karşı direnme gücü buluruz (Golembiewski, 2022). Başka bir deyişle, anlamlılık hissi yüksek olan bireyler yaşamın ortaya koyduğu talepleri cevap vermeye değer bulma ve zorlukları yükten çok üzerine çaba göstermeye ve yatırım yapmaya değer olarak deneyimleme eğiliminde olurlar (Antonovsky, 1990).

Antonovsky (1987, 1993) bütünlük duygusunun bileşenlerinin dinamik ve karşılıklı bir şekilde birbirleriyle yüksek ilişkiler gösterdiğini vurgulamıştır. Bununla birlikte bu bileşenlerin önem sırasını ilk olarak anlamlılık, sonra anlaşılabilirlik ve son olarak yönetilebilirlik olarak belirlemiştir (1987). Örneğin yönetilebilirlik için kişinin uyarılar ve bunlardan doğan taleplerin ne olduğuna ilişkin net bir kavrayışa, yani yüksek anlaşılabilirliğe ihtiyacı olduğu gibi; bundan da önce çevresinden gelen bu talepleri anlamak ve yönetebilmek için yatırım yapmasını sağlayacak düzeyde motivasyona ihtiyacı vardır. Öte yandan kaynakların kullanımında olmadığına inanan bir birey için çabalamanın anlamı azalır ve baş etme girişimleri zayıflar. Bu nedenle Antonovsky (1987) baş etmenin bir bütün olarak bütünlük duygusuna dayandığını önermiştir.

Bütünlük duygusu kişinin psikososyal veya fiziksel stresörler karşısında işlevsel olan belirli kaynakları harekete geçirmesine yardım eder. Bu süreç “(1) stresörlerden kaçınılması, (2) stresörlerin stresör olarak etiketlenmemesi, (3) stresörlerin yönetilmesi/üstesinden gelinmesi, (4) stresörlerin gerilime dönüştükten sonra başarıyla yönetilmesi (ve bütünlük duygusunun gelişmesi) ve (5) gerilimi yönetmede başarısızlık” ile sonuçlanabilir (Mittelman ve Bauer, 2017, s.10). Güçlü bir bütünlük duygusu stresöre uygun baş etme stratejilerinin belirlenmesi ve kullanılmasına yardımcı olarak sağlığı ve iyi oluşu artırır (Antonovsky, 1987). Öte yandan güçlü bir bütünlük duygusuna rağmen çevresel etkenler nedeniyle baş etmelerin başarısız olması, uzun dönemde bireyin çevresini anlaşılabilir ve yönetilebilir olarak algılamasına engel olarak bütünlük duygusuna zarar verebilir (Geyer, 1997).

1.2.4.1. Bütünlük Duygusunun Ölçümü

Alanyazında bütünlük duygusunun ölçümü için sıklıkla Antonovsky (1987, 1993) tarafından geliştirilen Bütünlük Duygusu Ölçeği'nin (BDÖ) 29 maddeden oluşan uzun formu ve 13 maddeden oluşan kısa formuna başvurulmaktadır. Bu ölçekler toplamda 49 dilde, 48 farklı ülkede kullanılmıştır (Eriksson ve Mittelmark, 2017). Yedili likert tipinde ve öz- bildirime dayalı BDÖ-29 ve BDÖ-13 bütünlük duygusunun bileşenlerini (anlaşılabilirlik, yönetilebilirlik ve anlamlılığı) ölçebilecek şekilde üç boyutlu olarak tasarlanmıştır. Yüksek skorlar daha güçlü bütünlük duygusuna işaret etmektedir. BDÖ-29 ve BDÖ-13'ün yanı sıra BDÖ'nün çeşitli çalışmalarda 15 alternatif versiyonu kullanılmış; ancak bütünlük duygusunun orijinal kavramsallaştırmasının korunması için BDÖ-29 ve BDÖ-13'ün asıl ölçüm araçları olarak değerlendirilmesi önerilmiştir (Eriksson ve Lindström, 2005). Bu nedenle mevcut çalışmada Türkçe uyarlama çalışması Kıcalı ve Sertel (2023) tarafından yapılan BDÖ-13 kullanılmıştır. Ölçekle ilgili detaylara "Yöntem" bölümünde yer verilmiş olup gelecek bölümde BD'nin sağlıkla ilişkisi ele alınmıştır.

1.2.4.2. Bütünlük Duygusu ve Sağlık

Alanyazında bütünlük duygusunun zihinsel sağlık başta olmak üzere fiziksel sağlık, algılanan sağlık ve yaşam kalitesi gibi sağlığın çeşitli boyutlarıyla ilişki gösterdiğini bildiren çok sayıda çalışma bulunmaktadır (Derleme çalışmaları için bkz.: Eriksson ve Lindström, 2006, 2007; Flensburg-Madsen, Ventegodt ve Merrick, 2005). Ayrıca boylamsal çalışmalar sağlığın BD'yi değil, BD'nin sağlığı yordadığına işaret etmektedir (Kivimäki, Feldt, Vahtera, Nurmi, 2000; Kouvonen ve ark., 2008; Suominen, Helenius, Blomberg, Uutela, Koskenvuo, 2001). Bununla birlikte Eriksson ve Lindström (2006) 1992-2003 yılları arasındaki 458 araştırmayı kapsayan sistematik derleme çalışmalarında BD'nin sağlığın çeşitli boyutları üzerinde çeşitli etkileri (temel, biçimlendirici ve aracı) olduğunu; ancak BD ile fiziksel sağlık arasındaki ilişkiye yönelik bulguların BD ile zihinsel sağlık arasındaki ilişkiye yönelik bulgulardan daha az tutarlı olduğunu bildirmiştir. Bu bölümde BD'nin sağlıkla olan ilişkilerine dair araştırmaların biyopsikososyal bir yaklaşımla sağlığın fiziksel, zihinsel ve sosyal boyutları göz önünde bulundurularak gözden geçirilmesi hedeflenmiştir.

Alanyazındaki araştırmalar gözden geçirildiğinde BD'nin zihinsel sağlık ile olan ilişkisinin fiziksel sağlık ile olan ilişkisinden daha güçlü olduğunu söylemek mümkündür. Örneğin; Eriksson ve Lindström'un (2006, 2007) sistematik derleme çalışmalarında (N= 458) BD arttıkça, ölçüm araçlarından bağımsız olarak yaşam kalitesinin de arttığı ($r \geq .50$, .17 ile .77 aralığında) bulgulanmış olmakla birlikte ileri analizler BD'nin zihinsel sağlık ile olan ilişkisinin fiziksel sağlık ile olan ilişkisinden çok daha güçlü olduğunu ortaya koymuştur. Benzer şekilde başka bir derleme çalışmasında BD'nin sağlık ile ilişkisi (1) fiziksel sağlık, (2) biyolojik ölçümler, (3) psikolojik ölçümler ve (4) stres ve davranışla ilişkili psikolojik özellikleri içine alan sağlık ölçümleri olmak üzere dört başlık üzerinden değerlendirilmiş olup araştırmaların BD'nin daha çok psikolojik sağlık veya psikolojik özellikleri içine alan sağlık ölçümleriyle ilişki gösterdiği sonucuna varılmıştır (Flensburg-Madsen, Ventegodt ve Merrick, 2005).

Dahası, alanyazında BD'nin fiziksel sağlık ile ilişki göstermediğini bildiren araştırmalar da bulunmaktadır. Örneğin; ciddi kronik kalp yetmezliği olan yaşlı hastalar ile sağlıklı kontrol grubunun sağlık ile ilgili yaşam kalitelerinin KF-36 kullanılarak karşılaştırıldığı bir araştırmada hasta grubunun BD puanları ile fiziksel sağlığın ölçümüne yönelik tüm alt boyutlar arasında (ağrı hariç) anlamlı ilişkiler gözlenirken sağlıklı kontrol grubunda BD ile hiçbir fiziksel sağlık alt boyutu arasında anlamlı ilişki bulgulanmamıştır (Ekman, Fagerberg ve Lundman, 2002). Yaşam kalitesinin KF-36 ve DSÖ Yaşam Kalitesi Skalası (DSÖ- YKS; Bonomi, Patrick, Bushnell ve Martin, 2000) olmak üzere iki farklı ölçüm aracıyla değerlendirildiği başka bir çalışmada ise sistemik lupus eritematozus hastalarıyla sağlıklı kontrol grubu karşılaştırılmıştır (Abu-Shakra ve ark., 2006). Ekman, Fagerberg ve Lundman'ın (2002) bulgularından farklı olarak bu çalışmanın her iki grubunda da BD ile hem KF-36'nın tüm fiziksel sağlık alt boyutlarında (kontrol grubunda fiziksel rol kısıtlılığı hariç) hem de DSÖ-YKS'nin fiziksel sağlık alt boyutunda anlamlı ilişkiler bulunmuştur. Diğer taraftan bu çalışmada da KF-36'nın fiziksel sağlık bileşeni (genel sağlık, fiziksel sorunlara bağlı rol kısıtlılığı, fiziksel işlevsellik, ağrı alt boyutlarından oluşan) sadece hasta grubunda BD puanları ile anlamlı ilişki göstermiştir. Bu araştırmaların bulguları doğrultusunda BD ile fiziksel sağlık arasındaki ilişkinin genel

popölasyona kıyasla hasta gruplarında daha güçlü olabileceği düşünölebilir. Bununla birlikte hasta örneklemi dışında BD ile fiziksel sağlık arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalar algılanan sağlık, fiziksel işlevsellik, semptom şiddeti ve sıklığı gibi belirli fiziksel sağlık göstergelerine odaklanırken fiziksel sağlığı KF-36 gibi kapsamlı alt boyutlarla inceleyen çalışmalar oldukça kısıtlıdır (Flensburg-Madsen, Ventegodt ve Merrick, 2005). Bu yönüyle mevcut çalışmanın uygun örneklem yoluyla ulaşılan yetişkin toplum örneğinde BD ile fiziksel sağlık arasındaki ilişkilere dair alanyazına katkı sunacağı umulmaktadır.

Alanyazında BD ile fiziksel sağlık arasındaki ilişkiye yönelik tutarsız bulguları açıklamanın bir yolu olarak BD'nin stresör ve sağlık arasındaki ilişkide biçimlendirici rolüne bakılabilir. Nitekim Eriksson ve Lindström (2007) de sistematik derleme çalışmalarında BD'nin algılanan sağlıkla güçlü ilişkiler gösterirken yüksek BD grubunda bu ilişkilerin zayıfladığını bildirmişlerdir. Bununla birlikte biyopsikososyal bakış açısına paralel olarak zihinsel sağlığın BD ile fiziksel sağlık arasındaki ilişkiye aracılık ettiğini gösteren çalışmalar da bulunmaktadır. Örneğin; örneklemini genel yetişkin popölasyonun oluşturduğu bir meta-analiz çalışmasında (Piiroinen ve ark., 2021) düşük BD ile tüm nedenlere bağlı ölüm (all-cause mortality) riski arasında zayıf bir ilişki saptanırken kardiyovasküler bozukluk riski olan yetişkin bir popölasyonda yüksek BD'nin tüm nedenlere bağlı düşük ölüm riskiyle ilişki gösterdiği; ancak bu ilişkinin depresif belirtiler kontrol edildiğinde ortadan kalktığı bulgulanmıştır (Haukkala ve ark., 2013). Benzer şekilde Galetta ve arkadaşları (2019) kronik hastalığı olan katılımcıların BD seviyeleri ile KF-36 ile ölçömlenen fiziksel ve zihinsel sağlık özet puanları arasında anlamlı ilişkiler bildirmiş; ancak sonrasında zihinsel sağlığın aracılığının sınandığı modelde BD ile fiziksel sağlık arasındaki ilişkinin ortadan kalktığı bulgulanmıştır. Bu bulgular ışığında BD'nin zihinsel sağlık aracılığıyla fiziksel sağlığı etkileyen psikolojik bir sürece karşılık geldiği düşünölebilir.

Boylamsal çalışmalar BD'nin olası belirli karıştırıcı değişkenlerin ve risk faktörlerinin ötesinde sağlıkla ilişkili olduğuna işaret etmektedir. Yetişkin erkeklerde (48-67 yaş aralığı, N= 585) BD ile 22 yıl sonraki (1989-2011 yılları arası) tüm nedenlere bağlı ölüm arasındaki ilişkinin incelendiğı bir çalışmada başlangıçtaki sosyodemografik değişkenler (yaş, medeni durum, çalışma durumu, eğitim durumu,

etnisite, din), tütün kullanımı ve morbidite (kardiyovasküler bozukluk, diyabet, kanser gibi tıbbi durumların varlığı) kontrol edilmiştir (Geulayov, Drory, Novikov, Dankner, 2015). Bulgular yüksek BD'nin düşük BD'ye oranla tüm nedenlere bağlı ölümden %35'lik bir azalma ile ilişkili olduğunu göstermiştir. Başka bir çalışmada ise BD ile ölümlülük (mortalite) arasındaki ilişkinin ne kadarının sosyoekonomik durum (gelir ve eğitim seviyesi) ve yaşam tarzı alışkanlıkları (tütün kullanımı, fiziksel etkinlik ve beslenme) ile açıklandığı incelenmiştir (Wainwright ve ark., 2008). Çalışmaya başlangıçta kronik hastalığı olmadığını bildiren 41-80 yaş aralığında 18287 katılımcı dahil edilmiş ve ortalama 8.3 yıl sonra (1996- 2006 yılları arası) takip çalışması yapılmıştır. Çalışmanın bulguları yüksek BD'nin tüm nedenlere bağlı ölümden %20'lik bir azalma ile ilişkili olduğunu; sosyoekonomik durumun ve yaşam tarzı alışkanlıklarının bu ilişkinin %23'ünü açıkladığını göstermiştir. Benzer şekilde bu çalışmanın bulguları da BD ile sağlık arasındaki ilişkinin belirli risk faktörlerinden daha fazlasıyla açıklanabileceğine işaret etmiştir. Ayrıca sonuç değişkeni olarak felç insidansının incelendiği toplum tabanlı (N= 20629) prospektif bir kohort çalışmasında ise yaş, cinsiyet, diyabet, hipertansiyon, miyokard enfarktüsü, ailede felç geçmişi, sosyal sınıf, eğitim ve depresyon değişkenleri kontrol edildiğinde bile yüksek BD düşük BD'ye kıyasla daha düşük felç insidansı ile ilişkili bulunurken (Surtees ve ark., 2007); sonuç değişkeni olarak beyaz-yaka çalışanlarda (N=1976) algılanan sağlık durumunun (çok iyi, iyi, orta, kötü/ çok kötü) incelendiği bir çalışmada BD başlangıçtaki algılanan sağlık, yaş, mesleki eğitim durumu ve yakın arkadaş sayısı ile ölçülen başlangıçtaki *sosyal bütünleşme* kontrol edildiğinde bile dört yıl sonraki algılanan sağlık durumuyla anlamlı ilişki göstermiştir (Suominen ve ark., 2001).

Hayatta kalma, hastalık insidansı ve algılanan sağlık gibi fiziksel sağlık göstergelerinin yanı sıra BD ile zihinsel sağlık arasındaki ilişkinin de boylamsal desenle incelendiği çalışmalar bulunmaktadır. Örneğin; Kouvonen ve arkadaşlarının (2010) endüstri çalışanlarıyla (N= 8029) yürüttükleri bir çalışmada başlangıçtaki stres, cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim, çalışma durumu ve iş ortamına ilişkin özellikler kontrol edildiğinde bile yüksek BD 19 yıl sonra %40 daha düşük psikiyatrik bozukluk riskiyle ilişkili bulunmuştur. Ayrıca BD ergenlerde dört yıl sonraki psikolojik stres (Grevenstein, Bluemke ve Kroeninger-Jungaberle, 2016), üniversite öğrencilerinde bir

yıl sonraki psikolojik sağlık (Rakizadeh ve Hafezi, 2015), iki yıl sonraki psikolojik iyi oluş (Togari ve ark., 2007), çalışanlarda bir yıl sonraki psikosomatik belirtiler ve tükenme (Feldt, Kinnunen ve Mauno, 2000), yaşlı yakınlarına bakım veren bireylerde bir yıl sonraki anksiyete ve depresyon belirtileri (Lopez-Martinez, Orgeta, Frias-Osuna ve del-Pino-Casado, 2020), şizofrenili hastalarda 18 ay sonraki psikososyal işlevsellik (Bengtsson-Tops ve Hannsson, 2001), intihar girişimi olan bireylerde girişimden altı ay sonraki intihar eğilimleri (Petrie ve Brook, 1992) gibi çeşitli zihinsel sağlık göstergeleriyle ilişkili bulunmuştur. Kronik hastalığı olan bireylerle yürütülen kesitsel bir çalışmanın regresyon analizi bulguları ise semptom şiddeti ve fiziksel işlevsellik kontrol edildiğinde bile BD'nin yaşam kalitesini yordadığını göstermiştir (Nesbitt ve Heidrich, 2000). Benzer şekilde meme kanseri tanısı alan kadınlarda BD, hastalığın evresi veya tedavi yönteminden bağımsız olarak altı ay sonraki yaşam kalitesini yordamıştır (Sarenmalm, Browall, Persson, Dickson ve Gaston- Johansson, 2011). Osteoartrit hastalarıyla (N= 335) yürütülen prospektif bir kohort çalışmasında ise BD'nin fiziksel ve zihinsel sağlıkla olan ilişkileri KF-36 ile incelenmiş olup; çok değişkenli doğrusal regresyon analizi bulguları başlangıçtaki BD tarafından açıklanan varyansın KF-36'nın fiziksel sağlıktan psikososyal sağlık boyutlarına doğru arttığını göstermiştir (Benz, Angst, Lechmann, Aeschlimann, 2013). zet olarak gerek sağlıklı gerek hasta gruplarıyla yürütülen araştırmalar tutarlı bir şekilde BD ile zihinsel sağlık arasındaki ilişkinin fiziksel sağlık arasındaki ilişkiden daha güçlü olduğunu desteklemiştir.

Sağlığın fiziksel, zihinsel ve sosyal olarak tam bir iyi oluş hali olarak kavramsallaştırılması (DSÖ, 1986) göz önünde bulundurulduğunda, BD'nin sosyal sağlıkla olan ilişkisinin diğerlerine göre daha az çalışıldığını ifade etmek mümkündür. Kısıtlı sayıda da olsa farklı örneklemelerde ve farklı ölçüm araçlarıyla yapılan alışmalar BD ile sosyal iyi oluş arasında pozitif yönde bir ilişki olduğunu göstermiştir. Örneğin; 65-69 yaş arası bireylerde (N= 320) BD ile özel fiziksel sağlık (z-bildirilen sağlık, somatik belirtiler ve fiziksel işlevsellik; $r = .19, p < .001$) ve zihinsel sağlığın (depresyon, anksiyete ve zgven; $r = .43, p < .0001$) yanı sıra sosyal ilişkilerin niteliği ve niceliği üzerinden lmlenen özel sosyal sağlık ($r = .28, p < .0001$) da ilişkili bulunmuştur (Read ve ark., 2005). İran'daki niversite öğrencileriyle yürütülen boylamsal bir çalışmada ise başlangıçtaki BD ile bir yıl sonraki DSÖ-YKS

ile ölçümlenen yaşam kalitesinin sosyal ilişkilere yönelik alt boyutu ($r = .53$, $p < .0001$) ilişkili bulunmuştur (Rakizadeh ve Hafezi, 2015). Benzer şekilde farklı örneklemelerde yürütülen kesitsel çalışmalar BD ile KF-36'nın fiziksel veya duygusal sorunların sosyal etkinliklere katılım üzerindeki etkisini ölçen *sosyal işlevsellik* alt boyutu arasında tutarlı bir şekilde pozitif yönde anlamlı ilişkiler ortaya koymuştur (Örn., Benz, Angst, Lechmann, Aeschlimann, 2013; Bonomi ve ark., 2000). Kronik hastalığı olan ($N = 771$) bireylerle yürütülen boylamsal bir çalışmada ise yapısal eşitlik analizleri BD'nin iki yıl sonraki fiziksel işlevsellik ve bedensel ağrıya anlamlı katkı sunduğunu ortaya koymakla birlikte sosyal işlevsellik eklendiğinde model uyumunun geliştiğini göstermiştir (Veenstra, Moum ve Roysamb, 2005). Kapsamlıca değerlendirildiğinde alanyazındaki araştırmaların bulgularının BD ile sağlık arasındaki ilişki gücünün fiziksel boyuttan sosyal ve zihinsel boyutlara doğru bir artış gösterdiği düşünülebilir.

Yukarıda derlendiği üzere BD'nin sağlığın çeşitli boyutlarıyla ilişkilerine dair hatırı sayılır bir araştırma havuzu bulunmakta olup BD'nin doğrudan etkilerinin yanı sıra aracı ve biçimleyici rollerini de ortaya koymaktadır. Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi ile ilişkilerinin incelendiği çalışmalar ise genellikle kronik fiziksel hastalık sahibi gruplarında yürütülmüştür. Farklı örneklemelerde ve olası karıştırıcı değişkenlerin kontrolünde daha fazla araştırmaya ihtiyaç duyulmaktadır. Gelecek bölümde BD'nin yordayıcılarına ilişkin alanyazına yer verilmiştir.

1.2.5. Salutojenik Modele Göre Bütünlük Duygusunun Biyopsikososyal Yordayıcıları: Genelleştirilmiş ve Özgül Direnç Kaynakları

Salutojenik modelde bireylerin ve toplumların yaşamın kaçınılmaz olarak içerdiği gerilim veya stresörlere uygun yanıtlar vererek sağlık (health-ease) ucuna doğru ilerlemesini sağlayan kaynakları genelleştirilmiş direnç kaynakları (GDK, generalised resistance resources); hastalık (dis-ease) ucuna ilerlemesine neden olan

durumları ise genelleştirilmiş kaynak eksikliği (GKE, generalized resource deficit) olarak kavramsallaştırılmıştır (Antonovsky, 1979). Kaynaklarla ilgili kilit mesele ise erişilebilirlikten öte bireyin bunları sağlığı geliştirecek bir şekilde kullanma becerisi ve esnekliğidir (Eriksson, 2010).

Antonovsky (1982) GDK'leri "çeşitli stres verici durumlardan kaçınma veya bu durumlarla savaşmada etkili olan birey, grup, alt kültür ve topluma özgü (1) fiziksel, (2) biyokimyasal, (3) üretilmiş-materyal, (4) bilişsel, (5) duygusal, (6) değer ve tutumla ilgili, (7) kişilerarası- ilişkisel ve (8) makrososyokültürel özellikler" (s.103) olarak tanımlamıştır (Bkz.: Şekil 1.1). Daha sonrasında Eriksson ve Lindström (2006) bu kaynakları biyolojik, araçsal/materyal ve psikososyal olmak üzere üç başlık altında özetlemiştir. Bu tanımlara göre GDK'ler para, eğitim, öz-etkinlik, sosyal destek, kültür ve bağışıklık sistemi işlevleri gibi çeşitli özellikleri kapsayabilir. Benzer şekilde bu kaynaklar zeka veya psikolojik dayanıklılık gibi kişinin kendisinde bulunabilmekle birlikte sosyal destek veya sosyal sermaye gibi yakın veya uzak çevresinden tüm toplumla ilişki halinde olan özellikleri de içerebilir (Lindström & Eriksson, 2005). Yaşamın sunduğu taleplere cevap verirken kullanılan kaynaklar zamanla içselleştirilerek bireyden topluma kadar her seviyede bulunabilen GDK'lere dönüşür ve başarılı baş etmeler için esnek bir şekilde kullanılabilir hale gelir (Maass, Kiland, Espnes ve Lillefjell, 2022).

Özgül direnç kaynakları (ÖDK) ise belirli zorluklarla baş ederken başvuru kaynakları temsil etmekte olup genellikle bireysel olarak sağlığın geliştirilmesinde önem taşır (Antonovsky, 1987; Maass, Kiland, Espnes ve Lillefjell, 2022). Domestik şiddete maruz kalan kadınlar için oluşturulan sığınma evleri, yeni bebeği olan ebeveynlere yönelik ekonomik destek ve eğitim programları özgül direnç kaynaklarına örnek gösterilebilir. GDK'ler duruma özgü (idiyosenkratik) veya rassal etkenlere ek olarak kültürel, sosyal ve çevresel yaşam koşulları, erken dönem yetiştirilme ve sosyalleşme deneyimlerinden doğarken (Lamprecht ve Sack, 2003; Lindström ve Eriksson, 2005) ÖDK'ler belirli taleplere cevap olacak şekilde destekleyici sosyal ve fiziksel ortamların sağlanması gibi sosyopolitik eylemlerle sağlanır (Mittelmark, Bull, Daniel ve Urke, 2017). İçsel veya dışsal uyarıcılardan doğan talep(ler) karşısında GDK ve ÖDK havuzundan "en uygun görünen cevap kombinasyonunu seçmek" (Poppius,

2007, s.14) önem taşıdığı için alanyazındaki yaygın kullanımla paralel olarak bu çalışma kapsamında da ayırım yapmaksızın her iki kaynak türü için GDK kavramı kullanılmıştır.

Salutojenik modelin dinamik sağlık anlayışıyla uyumlu olarak belirli bir stres verici durumla baş etme stratejisi planlanırken GDK'lerin kullanılma becerisi ve esnekliği önem taşımaktadır (Eriksson, 2010). GDK'ler etkili kullanılırsa gerilimin strese dönüşmesine engel oldukları için koruyucu sağlık yöneliminde oldukları düşünülebilir (Bkz.: Şekil 1.1). Öte yandan GDK'lerin eksikliği veya yokluğu da stres verici bir durum haline gelebilir (Antonovsky, 1987). Genelleştirilmiş kaynak eksikliğine örnek olarak yoksulluk veya kronik hastalık sahibi olma durumları düşünülebilir. Sağlık (health-ease) – hastalık (dis-ease) doğrusuna (continuum) benzer şekilde Antonovsky (1987) GDK ve GKE'leri de bir süreç içinde değerlendirmeyi önermiştir. GDK'ler sağlık ucuna doğru ilerlememize yardımcı olurken GKE'ler baş etmelerin başarısız olmasına sebep olarak hastalıklara neden olabilmektedir. Bu durumda salutojenik modele göre bir etkenin patojenik, nötr veya salutojenik oluşu GDK ve GKE arasındaki dengeye bağlıdır (Antonovsky, 1987).

Antonovsky (1987) GDK'leri “tutarlılık, sonuçları şekillendirmedeki katılım ve yük dengesi (underload- overload balance) sağlayan fenomenler” (s.19) olarak da nitelemiştir (Bkz.: Şekil 1.1). *Tutarlılık* bireyin büyüme süreci boyunca aldığı mesajların dağınıklık veya kaos içinde değil; açıklık ve düzen içinde olmasına karşılık gelmektedir. Tutarlı yaşam deneyimleri bireyin kendisini ve dünyayı anlamasına, geleceği öngörmesine yardımcı olur. *Yük dengesi* bireyin yaşam boyu içsel veya dışsal çevresinden gelen talepler ile bu taleplere cevap verebilmesi için gerekli olan kaynaklar arasındaki ilişkiyi ifade etmektedir. Yük dengesine ilişkin deneyimler bireyin ihtiyaç durumunda gerekli kaynakları algılamasına, üretebilmesine ve kullanabilmesine zemin oluşturur. *Sonuçları şekillendirmedeki katılım* ise bireyin yaşamı ve geleceğiyle ilgili kararlarda önemli ve aktif bir etkisi olduğunu; başka bir deyişle kader veya başka bir gücün etkisinde savrulmadığını düşünmesine yönelik deneyimleri kapsar. Bu yöndeki deneyimler bireyi yaşamın durmaksızın sunduğu soru veya sorunlara cevap vermeye güdüler.

Sagy ve Antonovsky (2000) sonrasında GDK işlevi gören yaşam deneyimleri arasına bir boyut daha eklemişlerdir: *Duygusal yakınlık*. Bu boyut bireyin yakınlarıyla tutarlı duygusal bağlar hissetmesine ve üyesi olduğu sosyal gruplarda aidiyet hissetmesine ilişkin deneyimlere karşılık gelmektedir. Bu yöndeki deneyimler bireyin güven temelli ilişkiler kurmasına, sosyal destek alışverişine girmesine, yakınlarıyla veya toplumla kurduğu ilişkilerdeki sorunlarla ilgili harekete geçmesine yardımcı olur. Temsilî bir doğru üzerinde düşünüldüğünde bu dört boyuta ilişkin deneyimlerin yüksek olduğu bir uçta olan bir bireyin, doğrunun diğer ucundaki bir bireye kıyasla, zorluklarla baş etmek için daha fazla kaynağa sahip olacağı gibi (Antonovsky, 1987; Sagy ve Antonovsky, 2000) GDK ve hatta GKE'leri GDK olarak algılama ihtimalinin de daha yüksek olacağı düşünülebilir (Idan, Eriksson ve Al-Yagon, 2017).

Antonovsky (1982) GDK'leri güçlendiren üç baş etme stratejisi tanımlar: akılcılık (rationality), esneklik (flexibility) ve ileri görüşlülük (foresightedness). Akılcılık stres etkenlerinin stres verici olup olmadığının önyargısız ve doğru bir şekilde değerlendirilmesini gerektirir. Bireyin duruma ilişkin makul değerlendirmesi sonucun ne olacağını belirlemede etkili olacaktır. Esneklik ise koşullara uygun plan ve stratejilerin bulunması ve bireyin bunları göz önünde bulundurmasına ilişkin istekliliğini ifade eder. Zorlukların taleplerinin değişebileceği düşünüldüğünde değerlendirmelerin tekrar edilmesi ve koşullara göre yeni stratejilerin denenmesi olumlu sonuç şansını arttıracaktır. İleri görüşlülük ise planlanan stratejinin gerçekleştirildiğinde ne gibi sonuçlar doğurabileceğinin öngörülmesini ifade etmektedir.

Genelleştirilmiş direnç kaynakları bir araya gelerek bireyin çevresini (içsel veya dışsal) anlaşılabilir, yönetilebilir ve anlamlı bir yer olarak algılamasını ifade eden bütünlük duygusunu oluşturur (Antonovsky, 1979). Sistemik bir yaklaşımla ele alındığında kaynaklar potansiyel olarak herkesin erişimine açık olmakla birlikte sadece bazı insanlar için erişilebilirdir ve yine sadece bazı insanlar daha etkili kullanabilecek becerilere sahiptir (Hills, Carroll ve Desjardins, 2010). Salutojenik modelin yaklaşımıyla bu becerilerin bireyin çevresiyle olan etkileşiminden doğan talepleri karşılamasına yardımcı olan bir yaşam yönelimini temsil eden bütünlük duygusuna karşılık geldiği düşünülebilir. Eğitim ve sosyalleşme gibi süreçlerle belirli

kaynakların erişilebilirliği ve kullanımı daha mümkün hale gelmekle birlikte politika yapıcıların insan haklarına ve sosyal toplum anlayışına hizmet eden eylemleri de bireylerin içinde yaşadığı toplum içerisindeki kaynaklarını besleyen, arttıran bir işlev görebilir (Hills, Carroll ve Desjardins, 2010). Bu nedenle bireysel kaynakların yanı sıra bireyin içinde yaşadığı toplumun, bağlı olduğu sistemin sunduğu veya mahrum bıraktığı kaynakların da yaşam boyu karşılaşılan zorluklarla baş etmede rol oynadığı ve bütünlük duygusunu etkilediği düşünülebilir. Öte yandan; örneğin içinde yaşadığı topluma ve kurumlarına güven duymayan, bağlı olduğu sosyal gruplarda aidiyet ve ortak paylaşım hissetmeyen bireylerin yaşamın zorluklarıyla baş etmek için bazı kaynaklardan mahrum kalmış olacağı ve bu durumun bütünlük duygusunu olumsuz yönde etkileyeceği düşünülebilir.

1.2.5.1. Genelleştirilmiş Direnç Kaynakları ve Bütünlük Duygusu Arasındaki İlişkiler

Genelleştirilmiş direnç kaynakları bütünlük duygusunun gelişiminde önemli olmakla birlikte aralarında dinamik, sinerjik ve karşılıklı bir ilişki bulunmaktadır (Antonovsky, 1979; Eriksson, 2011; Idan, Eriksson ve Al-Yagon, 2012). Bir yandan mevcut GDK'ler bireyin dünyayı anlaşılır, yönetilir ve anlamlı olarak algılamasına yardımcı olurken diğer yandan güçlenen bütünlük duygusu bireyin potansiyel GDK'leri algılama, yenilerini üretme ve bunları kullanma becerilerini artırır. GDK'ler Eriksson ve Lindström'ün (2006) önermesindeki gibi biyolojik, araçsal/materyal ve psikososyal olarak üç başlık altında özetlenebilmekle birlikte mevcut çalışmanın amaçları doğrultusunda bu bölümde ağırlıklı olarak bütünlük duygusuna katkıda bulunan psikososyal kaynaklar ele alınmıştır.

Antonovsky (1979, 1987, 1990, 1991) neredeyse bütün çalışmalarında bütünlük duygusunun gelişiminde özellikle çocukluk ve ergenlik dönemindeki aile ortamının ve sosyokültürel çevrenin (örn., mahalle, okul, toplum) önemine vurgu yapmakla birlikte hem Antonovsky'nin formülasyonu hem de salutojenik alanyazın aile bağlamının bütünlük duygusunun gelişiminde en etkili faktör olduğuna işaret etmektedir (Garcia- Moya, Moreno ve Jimenez- Iglesias, 2013).

Antonovsky'ye göre (1979) bütünlük duygusu genç yetişkinliğe (30'lu yaşlar) kadar gelişim göstermekte olup devamında görece sabit bir seyir izler. Öte yandan bireyin sosyal destek, para, bilişsel beceriler gibi GDK'lerinde meydana gelen değişiklikler zamanla kişinin bütünlük duygusunun azalmasına veya artmasına da neden olabilir (Antonovsky, 1987). Benzer şekilde işsizlik (Liukkonen, 2009), zorunlu göç (Braun-Lewensohn ve ark., 2013), bir yakını kaybetme (Lövhelm ve ark., 2012) ve ciddi bir hastalık sahibi olma (Volanen ve ark., 2007) gibi travmatik yaşam deneyimleri de kişinin bütünlük duygusunu zayıflatabilir.

Bütünlük duygusu gelişimsel bir süreçle ele alındığında, bireyin özellikle erken dönemine ilişkin tutarlı yaşam deneyimleri anlaşılabilirlik bileşeninin gelişimine katkı sunarken yük dengesine ilişkin yaşam deneyimleri yönetilebilirlik, sonuçları şekillendirmede katılım ve duygusal yakınlığa ilişkin yaşam deneyimleri ise anlamlılık bileşeninin gelişimine yardımcı olur (Antonovsky, 1987; 1991; Sagy ve Antonovsky, 2000). Bununla birlikte Antonovsky'ye (1979) göre dengeli bir şekilde zorluklara maruz kalmak ve hayal kırıklığı deneyimlemek gelişim için önemlidir. Bu nedenle GDK işlevi gören bu deneyimlerin her zaman ödüllendirici olmasının gerekmediğinin altını çizer. Öte yandan sıklıkla içsel veya dışsal çevreden gelen uyaranların açıklık veya düzen içinde sunulmadığı, uyarana verilecek tepki için yeterli dengenin sağlanmadığı ve karar verme süreçlerinde katılıma ilişkin fırsatların yaratılmadığı bir ortamda büyümek bireyin bir geri çekilme örüntüsüne girmesine neden olabilir (Antonovsky, 1979). Bu geri çekilme hali içinde birey çevresini anlamdan yoksun, kendisine ve yaptıklarına karşı kayıtsız (indifferent) olarak deneyimlemeye başlar. Zamanla alışkanlığa dönüşebilen geri çekilme yaşam boyu süren çaresizlik ve geri çekilme döngüsü oluşturur. Antonovsky (1979) bu süreci Seligman'ın (1975) öğrenilmiş çaresizlik kuramıyla ilişkilendirmiştir. Olayların kontrol edilemez olması sonucunda ortaya çıkan çaresizlik, olaylara verilen tepkinin gönüllü değil mecburi bir duruma dayanmasını ve başarı veya başarısızlığın bireyin eylemlerinden bağımsız olacağına ilişkin bir bilişi içerir. Diğer taraftan salutojenik yaklaşıma göre büyüme süreci içinde stresörlerin veya bunlardan doğan gerginliklerin başarıyla yönetildiğine ilişkin deneyimlerin geri çekilme döngüsünü tersine çevirerek bütünlük duygusunu geliştirmesi de mümkündür.

Tutarlılık, katılım ve yük dengesine ilişkin erken dönem yaşam deneyimleri Bowlby'nin (1969) bağlanma kuramında ele aldığı bebek ve ebeveyn arasında yakınlık ve sıcaklığı besleyen süreçle de benzerlikler göstermektedir (Antonovsky, 1987). Örneğin bağlanma kuramında ele alındığı şekliyle bebek ve ebeveyn arasındaki ilişkinin devamlılığı ve tutarlılığı anlaşılabilirlik bileşenine katkıda bulunurken bebeğe verilen tepkilerin dengesi yönetilebilirlik bileşenine hizmet etmektedir. Antonovsky (1987) bebeğe verilen tepkileri dört yönelimle özetlemiştir: yok sayma, reddetme, yönlendirme ve cesaretlendirme/ onaylama. Bu tepkilerin dengesi ile erişilebilir, destekleyici ve cevap veren (responsive) bir ebeveynlik bebeğin bilişsel, duygusal ve sosyal gelişimine katkı sunarak güçlü bir bütünlük duygusu geliştirmesine yardımcı olur. Alanyazındaki çalışmalar da tutarlı bir şekilde bağlanma türünün çocuklukta (örn., Al-Yagon, 2010), ergenlikte (örn., Han, 2006) ve yetişkinlikte (örn. Mikulincer ve Shaver, 2004) bütünlük duygusuyla anlamlı ilişkiler gösterdiğini ortaya koymuştur.

Salutojenik alanyazındaki çalışmalar çocuklukta destekleyici aile ortamı (Silventoinen ve ark., 2014), kişisel gelişimin teşvik edilmesi (Marsh ve ark., 2007), ailede iletişim kolaylığı (Garcia-Moya, Rivera, Moreno, Lindström ve Jimenez-Iglesias, 2012), annenin zihinsel sağlığı (Benoit ve ark., 1989) ve ebeveynlerin eğitim ve gelir seviyeleri (Bernabe ve ark., 2012) gibi ebeveynlere, ebeveynliğe ve aile ortamına ilişkin etkenlerin ergenlik ve/ya yetişkinlik dönemi bütünlük duygusunu olumlu etkilediğini göstermektedir. Feldt, Kokko, Kinnunen ve Pulkkinen (2005) boylamsal bir çalışmada katılımcıların 14 yaşlarında aldığı ebeveynlik ile 42 yaşlarındaki bütünlük duygusu seviyeleri arasında anlamlı ilişkiler ortaya koymuştur. Yapısal eşitlik analizi bulguları ergene duygusal destek ve sıcak bir aile ortamı sağlayan ebeveynliğin yetişkinlikteki bütünlük duygusunu doğrudan etkilediğini göstermiştir. Ebeveynlerin mesleği (mavi yaka, düşük seviye beyaz yaka, yüksek seviye beyaz yaka) ve eğitim düzeyleri ise katılımcıların bütünlük duygusunu erken yetişkinlikteki (yaş 27) eğitim düzeyi ve yetişkinlikteki (yaş 36) kariyer kararlılığı (çalışma süresi ve iş değişikliği durumları) üzerinden doğrudan olmayan bir yolla etkilemiştir. Çocukluk döneminde ebeveynlere, ebeveynliğe ve aile ortamına ilişkin etkenlerin salutojenik modelin kavramsallaştırmasıyla tutarlılık, sonuçları

şekillendirmede katılım ve yük dengesini besleyen deneyimler sağlayarak genelleştirilmiş direnç kaynakları işlevi gördüğü düşünülebilir.

Öte yandan; çocukluk dönemindeki ebeveyn çatışması düzeyi (Retterath, 1994), bir aile üyesinin boşanma ya da ölüm sonucu kaybı (Lundberg, 1997; Ritskari ve ark., 2008), ebeveyn travması (Han, 2006) ve cinsel taciz (Renck ve Rahm, 2005) gibi erken dönem aile ortamına ilişkin etkenler bütünlük duygusunun gelişimini olumsuz etkilediği için GDK'lerin aksine genelleştirilmiş direnç eksikliğine neden olan deneyimler olarak örneklenebilir. Bunlara ek olarak Volanen ve arkadaşlarının bir çalışmasında (2004) uzun süreli ekonomik sıkıntılar, bir aile üyesinin alkol sorunu olması, bir aile üyesine duyulan korku ve aile içi çatışma düzeyiyle nitelenen çocukluk çağı yaşam koşulları yetişkinlikteki bütünlük duygusu düzeyiyle güçlü ilişkiler göstermiştir. Benzer şekilde Wolff ve Ratner'in (1999) bir çalışmasında çocuklukta ev değiştirme, ebeveynlerin boşanması, ebeveynlerde alkol veya uyuşturucu problemi olması ve fiziksel istismara uğrama olarak tanımlanan çocukluk çağı travmalarının yetişkinlikteki bütünlük duygusu ile negatif yönde ilişki gösterdiği bulgulanmıştır.

Çocukluk çağı aile ilişkilerinin yanı sıra güncel ilişkilerin (aile, grup vb.) de bütünlük duygusu üzerinde etkisi olduğunu gösteren çalışmalar bulunmaktadır. Örneğin Olsson, Hansson, Lunblad ve Cederblad (2006) BD'nin aile ilişkiseliliği (family relational) ve psikopatolojiyle ilişkilerini incelemek amacıyla yürüttükleri bir çalışmalarında BD'yi bağımlı değişken olarak alıp üç farklı örneklem grubunun (lise öğrencileri, terapi alan çiftler ve yetişkin ebeveynler) verilerini çoklu adımsal regresyon yöntemiyle analiz etmişlerdir. Çalışmada *aile ilişkiseliliği* değişkeni aile iklimi (yakın, uzaklık, spontanlık ve kaos), aile ilişkileri (tutum, ilgi, ayrışma, kaos ve iç içe geçme) ve çift uyumu (dyadic adjustment) kavramlarının kapsanmasıyla değerlendirilirken *psikopatoloji* zihinsel bozukluk semptomlarını taramak için yaygın kullanılan bir ölçek olan Belirti Tarama Listesi (BTL, SCL-90) ile belirti altboyutları (örn. somatizasyon, kişilerarası ilişkilerde hassaslık, anksiyete) dikkate alınarak ölçümlenmiştir. Araştırma bulguları hem aile ilişkileri hem de psikopatolojiyle ilgili değişkenlerin BD'ye anlamlı katkıda bulunduğunu ve BD'deki varyansı sırasıyla %10-17 ve %26-50 aralığında açıkladığını göstermiştir. Yazarlara göre çalışmanın bulguları Antonovsky'nin önermesiyle paralel olarak bütünlük duygusunun GDK'lerle ilişkisi

üzerinden çok katmanlı bir yapıyı temsil ettiğini doğrulamıştır. Zihinsel sağlık problemleri olan bir grupta yürütülen boylamsal bir çalışmada ise (Langeland ve Wahl, 2008) katılımcıların sosyal destek ve yine BTL ile ölçümlenen psikopatoloji belirtilerinin bir yıl sonraki BD seviyeleri üzerindeki etkileri incelenmiştir. Sosyal destek Weiss'in (1974) kavramsallaştırması doğrultusunda bağlanma (attachment), sosyal bütünleşme (social integration), bakım alma fırsatı (opportunity for nurturance), değer onayı (reassurance of worth), güvenilir ittifak (reliable alliance) ve yönlendirilme fırsatı (opportunity for guidance) üzerinden değerlendirilmiştir. Araştırmanın bulguları BD üzerinde psikopatoloji belirtilerinin değil; sosyal desteğin etkisi olduğunu göstermiştir. Adımsal regresyon analizi bulgularına göre BD'ye en fazla katkı sunan sosyal destek türleri bakım alma fırsatı ile benzer ilgi alanlarının, endişelerin, etkinliklerin paylaşıldığı bir gruba aidiyet hissi olarak kavramsallaştırılan sosyal bütünleşme olmuştur.

Sistemik bir yaklaşımla ele alındığında birey, aile ve ebeveynliğin yürütüldüğü sosyal, kültürel ve materyal çevre birbirinden bağımsız düşünülemez (Taylor, Spencer & Baldwin, 2000). Bununla birlikte çevresel kaynaklar çocukluk dönemi zorluklarına rağmen yetişkinlikte bireyin iyileşmesine yardımcı olabileceği gibi (Dube ve Rishi, 2017) yetişkinlikte yüksek bir bütünlük duygusuna rağmen baş etmelerin başarısız olmasına sebep olup zaman içinde bireyin sosyal dünyasını anlaşılabilir, yönetilebilir ve anlamlı bulmasını engelleyici bir rol oynayabilir (Geyer, 1997). Örneğin; Ahlborg, Berg ve Lindvig (2013) boylamsal bir çalışmayla ilk kez ebeveyn olan katılımcıların 6 ay (T1), 4 yıl (T2) ve 8 yıl (T3) içindeki bütünlük duygusu seviyelerini incelemiştir. Çalışmanın bulguları T1 ve T2'de hem anne hem de babaların bütünlük duygusu seviyelerinde başlangıç seviyelerine kıyasla anlamlı düşüşler olduğunu göstermiştir. Bununla birlikte ekonomik zorluklar ve algılanan sosyal destek ile ebeveynlerin bütünlük duygusu seviyeleri arasında anlamlı ilişkiler bulgulanmıştır. Benzer şekilde Nilsson, Holmgren, Stegmayr ve Westman (2014) ileri yaş grubu (45-74) toplum örnekleminde yürüttükleri çalışmada katılımcıların beş yıl sonraki bütünlük duygusu seviyelerinde algılanan sağlık ve sosyal destek seviyeleriyle ilişkili olarak anlamlı bir düşüş bulgulamışlardır. Bütünlük duygusunun yetişkinlikte de değişime açık olduğuna; çocuk sahibi olma, algılanan sağlıkta düşüş gibi temel yaşam

deneyimlerinin ve sosyoekonomik etkenlerin bu değişime katkıda bulunabileceğine işaret etmiştir.

Bütünlük duygusunun gelişiminde ve değişiminde psikososyal bir etken olarak sosyal destek sıklıkla çalışılmıştır. Antonovsky ve Sagy (1986) sosyal desteğin stabil bir topluluk içinde yaşamaya işaret ettiğini ve böylece bütünlük duygusunun gelişimini desteklediğini öne sürmüştür (Akt. İdan, Eriksson ve Al-Yagon, 2022). Bu önermeyle paralel görülebilecek şekilde alandaki çalışmalarda sosyal destek, sosyal sermaye ve sosyal uyum (cohesion) gibi kavramların tanımlamalarında da bazı örtüşmeler bulunmaktadır (Chan, To ve Chan, 2006). Sosyal destek genellikle bireylerin ihtiyaç halindeyken sosyal ağları aracılığıyla erişebildiği kaynaklara (Gottlieb, 2000) işaret ederken sosyal sermaye Uçar'ın (2016) kavramsallaştırmasıyla topluma ve kurumlarına duyulan güven, paylaşılan değerler ve aidiyet hissi olarak tanımlanmış; sosyal uyum ise Jenson (1998, Akt. Chu, Khan, Jahn ve Kraemer, 2016) tarafından sıradaki beş boyut üzerinden açıklanmıştır: aidiyet (ayrışmanın aksine, paylaşılan değerler ve kimlik), kaynaşma (dışlanmanın aksine, fırsat eşitliğine bakan), katılım (dahil olmamanın aksine, siyasi katılıma odaklanan), tanınma (reddedilmenin aksine, çeşitliliğe yönelik saygıyı içeren) ve yasallık (yasadışılığın aksine, siyasi ve sosyal kurumların çatışma durumlarında aracı olabilmesine yönelik). Sosyal desteğin bütünlük duygusu ile gösterdiği ilişki birçok farklı örneklem grubunda hem kesitsel hem de boylamsal çalışmalarla ortaya konmuş olmasına rağmen (örn. Ahlborg, Berg ve Lindvig, 2013; Wolff ve Ratner, 1999) sosyal ağlar ve bağların niceliği ve niteliğini değerlendiren sosyal sermaye, sosyal uyum gibi etkenler görece gölgede kalmıştır. Gelecek bölümde salutojenik modelin kavramsallaştırmasına göre psikososyal bir geliştirilmiş direnç kaynağı olarak sosyal sermaye ele alınmıştır.

1.2.5.2. Sosyal Sermaye

Sosyal sermaye kavramı ekonomi, sosyoloji, politik bilimler gibi çeşitli disiplinlerden kuramcıların katkısıyla uzun bir dönemde gelişim göstermiştir. Alanyazında kavramın entelektüel kökenine ilişkin tartışmalar olmakla birlikte sağlık araştırmalarında kuramsal bir araç olarak kullanılmaya başlanması biyomedikal paradigmanın yetersizliğinin tartışıldığı 20. yüzyılın ikinci yarısına denk gelmektedir

(Şavran, 2018). On dokuzuncu yüzyılın ilk yarısında filizlenen neoliberal ekonomi politikaları sağlığın, bir insan hakkı ya da toplum için bir kaynak yerine, yüksek potansiyelli bir piyasa olarak görülmesini önermiş ve sağlık hizmetlerinin kâr gütmelerini savunmuştur. Sağlığın (veya hastalığın) sorumluluğunu bireye yükleyerek sağlığın sosyal belirleyicilerini göz ardı eden bu süreç sağlık eşitsizliklerini azaltmaya hizmet eden yeni bir kuramsal zemin ihtiyacını doğurmuş ve bu bağlamda “sosyal sermaye” kavramı ön plana çıkmıştır (Fine, 2001).

Sosyal sermaye genel anlamda toplumun eğitim, sağlık, ekonomi gibi çeşitli alanlardaki gelişimini açıklayan sosyo-kültürel etkenleri içeren bir yapıyı temsil etmekte ve değerli bir kaynak olarak sosyal ilişkilerin önemini vurgulamaktadır (Hollstein, 2013). Farklı disiplinlerden birçok kuramcı tarafından çalışılan sosyal sermayenin sağlık alanındaki çalışmalarına Sosyolog Emile Durkheim’in intihar oranları ile toplumun dindarlığı arasındaki ilişkiler üzerine yaptığı araştırmanın öncü olduğu söylenebilir (Kushnerk ve Sterk, 2005). İntiharı mevcut ekonomik düzende dayanışmadan çok ayrılmaya yol açan anormal iş dağılımı ve toplumsal kaynaşma (cohesion) için yapılan eylemlerin azlığı sonucu bireyin toplumla olan sosyal bağının kopması ile açıklayan Durkheim’den itibaren sağlığın sosyal belirleyicilerine yönelik araştırma alanı hızla genişlemeye başlamıştır. Öte yandan kavramsal olarak sosyal sermayenin sosyal bilimciler, araştırmacılar ve politika yapımcılar tarafından dikkate alınmaya başlanmasında Bourdieu (1986), Coleman (1988) ve Putnam’ın (2000) sunduğu kuramsal zeminler etkili olmuştur (Martikke, 2017). Bu nedenle bu kuramcıların bakış açıları ilerleyen bölümlerde etraflıca ele alınmıştır. Artan çalışmalarla birlikte sosyal sermaye sağlığın sosyal belirleyicileri üzerine çok disiplinli araştırmaların en tartışmalı kuramsal araçlarından biri haline gelmiş; sağlık müdahaleleri üzerine ana akım söylemler arasında yerini almıştır (Kawachi, Subramanian ve Kim, 2008).

Yirminci yüzyılın ikinci yarısından itibaren araştırmacılar birbirinden farklı sosyal olguları sosyal sermaye olarak etiketleyerek çeşitli kuramsal zeminler oluşturdukları için sosyal sermayenin tek ve evrensel bir tanımı yoktur (van Schaik, 2002). Sosyal sermayenin çeşitli formlarının sağlık üzerindeki önemini çalışan Ferlander (2007) sosyal sermayenin kapsamının farklı tanımlarda sosyal ağlar,

karşılıklılık normları ve güven olmak üzere üç unsurda ortaklık gösterdiğini belirtmiş; sosyal sermayeyi bireyleri çevreleyen sosyal ilişki ağlarından doğan belirli kaynak ve normlar olarak tanımlamıştır. Sosyal sermaye bireylerin faydalarına (veya zararına) hizmet ederek birey seviyesinde işleyebildiği gibi toplumlar arası güven ve karşılıklılık duygularını arttırarak (veya azaltarak) toplum seviyesinde de varlık göstermektedir. Bireyin yaşadığı yer ve içinde bulunduğu toplumda güven duyması, desteklenmesi ve bağlılık hissetmesine ilişkin deneyimleri sağlık ve iyi oluş için önem teşkil etmektedir (Kawachi, Kennedy & Glass, 1999).

Sosyal sermaye ve sağlık arasındaki bağlantıya ilişkin çeşitli hipotezler öne sürülmüştür. Berkman ve Glass (2000) en belirgin bağlantı olarak sosyal ağlar aracılığıyla erişilen sosyal desteğin (örn., duygusal veya araçsal) stres karşısındaki tampon işlevini önermişlerdir. Ayrıca sosyal ağlardaki akranların sigara içme veya beslenme gibi sağlık davranışlarını -olumlu veya olumsuz yönde etkileyebileceklerine de dikkat çekmişlerdir. Son olarak sağlık doğrudan bireyin sosyal ağa katılımıyla da şekillenmektedir. Sosyal toplanmalar, bireye sağlığını olumlu yönde etkileyebilecek yeni beceriler öğrenme, hayata anlam verme ve aidiyet duygusu kazandırma fırsatları sunarak bireyin fizyolojik ve bilişsel sistemlerini harekete geçirir (Berkman & Glass, 2000). Erickson (2003) ise sosyal sermayenin gerek makro seviyede sağlık politikalarıyla gerekse sosyal statünün geliştirilmesi veya sosyal referanslar aracılığıyla mikro seviyede sağlık hizmetlerine ve kaynaklarına erişim sağlayarak sağlığı koruyabileceğini önermiştir.

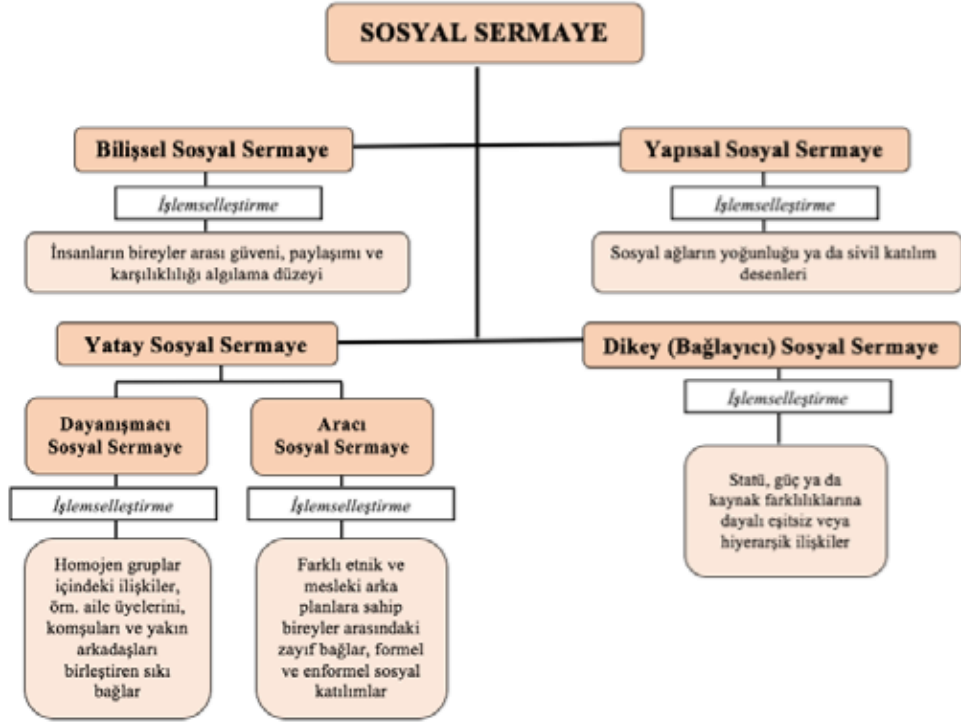
Folland (2008) sosyal sermayenin sağlığı nasıl geliştirebileceğine ilişkin alanyazında üç temel fikrin ön plana çıktığını belirtmiştir. İlki, destekleyici ve güven verici ilişkiler ve sosyalleşmenin faydaları aracılığıyla fiziksel ve zihinsel sağlığa katkıda bulunacağı; ikincisi, kişisel temas (personal contact) için daha fazla fırsat yaratarak sağlık hizmetleri ya da sağlık davranışlarının etkililiği hakkında bilgi sağlamasıdır. Bu ikisinin sağlık araştırmaları kapsamında gözlendiğine dikkat çeken Folland (2008) son olarak ekonomi bağlamında artan sosyal sermayenin bireyin hem kendisine hem de temel ilişkilerine karşı sorumluluk duygusunu geliştirerek sağlığı sürdürdüğünü ifade etmiş; bunu çocuk sahibi olacak ebeveynlerin daha az riskli işe

girme veya sigarayı bırakma gibi kararları ile örneklemiştir. Lindström (2008) de benzer şekilde sosyal sermayenin (1) sağlık davranışlarına ilişkin tutumları şekillendirme, (2) güven ve sosyal kontrol gibi psikososyal mekanizmaları güçlendirme, (3) imkanlara ve sağlık hizmetlerine erişim düzeyini arttırma ve (4) suç oranlarını azaltma olmak üzere dört yoldan sağlığı etkilediğini önermiştir.

Lin (1999) ise sosyal sermayenin nasıl çalıştığını bilgi akışı, etki, sosyal referanslar (credentials) ve pekiştirme (reinforcement) olmak üzere dört unsur üzerinden açıklayarak zihinsel sağlıkla ilişkilendirmiştir. Belirli stratejik ve/ya hiyerarşik pozisyonlarda konumlanmış sosyal ağlar piyasadaki talep ve ihtiyaçlar konusunda daha bilgili olduğu için bireye çeşitli fırsatlar ve seçenekler hakkında bir *bilgi akışı* sağlar. Benzer şekilde bu bağlar çeşitli kurum veya topluluklara bireyin erişilebilirliği hakkında bilgi vererek bireyin de tanınmasını sağlar. Bu bilgi akışı sayesinde bir yandan bireylerin uygun ödüller sağlayabilen ve sermayelerini kullanabilen “daha iyi” kurum veya topluluklar bulmasına; diğer yandan kurum veya toplulukların “daha iyi” (örn. becerikli veya bilgili) bireyleri içine almasına (recruit) yönelik işlem maliyeti azalır. Ayrıca bu sosyal ağlar birey dahil olmak üzere karar verme süreçlerinde önemli rolü olan kişiler üzerinde bir *etki* yaratır. Bazı sosyal bağlar stratejik konumları gereği daha değerli kaynaklara sahip olacağı için örgütsel ajan olarak bireyin karar verme sürecinde daha fazla güce sahip olacaktır. Bu nedenle bireyin sürece aktif bir katılım göstermesi ayrı bir önem taşımaktadır. Bununla birlikte bireyin sosyal bağlantı kaynakları ve bu kaynakların bireyle olan ilişkileri bireyin sosyal ağlar ve ilişkiler aracılığıyla erişebildiği kaynaklarını, diğer bir deyişle sosyal sermayesini yansıtarak *sosyal referanslarının* çeşitli kurum veya topluluklarca tanınmasını sağlar. Böylece bireyin kişisel sermayesinden (örn. kültürel veya ekonomik) bağımsız olarak sosyal sermayesi ile yararlı olabileceğine ilişkin bir güvence sağlanmış olur. Son olarak benzer ilgi ve kaynakları paylaşan bir grubun üyesi olarak bireyin tanınırlığı artar ve kaynaklara erişim savı desteklenmiş olur. Lin’e göre zihinsel sağlığın sürdürülmesi için bu pekiştirmeler gereklidir.

Moore ve Kawachi (2017) son 20 yıl içinde yapılan sosyal, politik ve davranış bilimlerindeki araştırmalarda yer alan sosyal sermayeyi gözden geçirdikleri çalışmalarında iki yaklaşımın ön plana çıktığını belirtmiştir: *sosyal uyum* (cohesion:

kaynaşma, bağlılık, bütünleşme) yaklaşımı ve *sosyal ağlar* (networks) yaklaşımı. Sosyal uyum yaklaşımı sosyal sermayenin diğerlerine duyulan güven, aidiyet hissi, karşılıklılık normlarına ilişkin algılar gibi öznel unsurlarını ele alırken sosyal ağlar yaklaşımı insanların sahip olduğu sosyal ağların yoğunluğunu ve kapsamını değerlendirmeye çalışan nesnel unsurları incelemektedir. Harpham, Grant ve Thomas (2002) ise sosyal sermayeyi *bilişsel* ve *yapısal* olmak üzere iki boyut üzerinden kavramsallaştırmış; bilişsel sosyal sermayenin (BSS) insanların ne *düşündüğüne* ve *hissettiğine* (sosyal ilişkilerin niteliği, paylaşılan değerler vb.) karşılık gelirken yapısal sosyal sermayenin (YSS) insanların gözlem veya kayıtlarla doğrulanabilecek şekilde nesnel olarak ne *yaptığına* (sosyal ilişkilerin niceliği, derneksel bağlantılar vb.) işaret ettiğini belirtmiştir. Bu kavramsallaştırma Moore ve Kawachi'nin (2017) önermesiyle benzerlik göstermektedir. Farklı bir ifadeyle, sosyal ağlar yaklaşımı sosyal sermayenin *yapısal* boyutunu içermekte olup ilişki içinde olunan insan sayısı veya grup üyelikleri gibi nicel değişkenlere odaklanırken bu ilişkileri niteleyen sosyal güven ve karşılıklılık normlarını değerlendiren sosyal uyum yaklaşımı nitel bir doğaya sahip olan bilişsel sosyal sermayeyi içermektedir (Şekil 3). Bu bölümde bu kavramlar ilgili kuramcılarının bakış açısıyla daha detaylı bir şekilde ele alınacak olup mevcut araştırmanın amacı kapsamında alanyazındaki araştırmalar gözden geçirilecektir.



Şekil 1.3: Tür ve seviyelerine göre sosyal sermaye. İslam ve arkadaşları (2006, s.5)

1.2.5.2.1. Sosyal Ağlar Yaklaşımı ve Yapısal Sosyal Sermaye

Bu yaklaşımda sosyal sermaye bireyin sosyal ağlara katılımı aracılığıyla erişilebilir olan kaynaklara karşılık gelmektedir (Martikke, 2017). Sosyal sermayeyi niteleyen güven ve karşılıklılık normları, farklı bir ifadeyle sosyal sermayenin bilişsel boyutu, ancak bireyin içinde olduğu sosyal ağlar aracılığıyla incelenebileceği için yapısal sosyal sermayenin bilişsel sosyal sermayenin bir ön koşulu olduğunu ifade etmek mümkündür (Gooderham, 2007). Sosyal sermaye kavramını kuramlaştıran ilk düşünür olan Pierre Bourdieu (1986) de bu doğrultuda sosyal ağlar yaklaşımının öncüsü olmuş ve sosyal sermayenin yapısal boyutu olarak karşılıklı tanıma (acquaintance) ve tanınma (recognition) ilişkileri ağında oluşan bağlantıları incelemiştir. Öte yandan alanyazında bilişsel sosyal sermayenin bileşenleri olan karşılıklılık normları ve güvenin yokluğunda sosyal ağların “çöküntüye uğrayacağı” da tartışılmaktadır (Ferlander, 2007, s.116). Bu bölümde sosyal ağlar yaklaşımının temel kuramcısı olarak Bourdieu ile bu bakış açısının sağlık araştırmalarına taşınmasına öncülük eden Nan Lin’in (2001) görüşlerine yer verilmiştir.

Pierre Boudieu'ye Göre Sosyal Sermaye

Marksist bir bakış açısını benimseyen Bourdieu (1986) öncelikle sermayeyi bireyin ait olduğu sınıflardan oluşan toplumun biriktirilmiş tarihi olarak tanımlamış ve ekonomik, kültürel ve sosyal sermaye olmak üzere üçe ayırmıştır.

Ekonomik sermaye bireylerin sahip olduğu somut kaynaklarken (para, emlak vb.) *kültürel sermaye* eğitim ve bilgi gibi materyal olmayan kaynaklara ve *sosyal sermaye* sosyal ağlar veya bağlantılarla ulaşılan kaynaklara karşılık gelmektedir. Bireylere eşit olarak dağılmış olmayan bu sermaye türleri birbirleriyle etkileşim halinde sosyal eşitsizliğe katkıda bulunur. Bu denklemde Bourdieu sosyal sermayeyi ayrıcalık kazanmak, bunları sürdürmek ve (siyasi) güce ulaşmak için sosyal ağları kullanmanın bir yöntemi olarak değerlendirerek faydacı (utilitarian) bir bakış açısını yansıtmış; sosyal sermayenin ekonomik sermayeyi korumak ve güçlendirmek için bir araç veya yatırım stratejisi olduğunu önermiştir. Bu doğrultuda Bourdieu sosyal sermayeyi, “karşılıklı tanımaya ve kaynaşmaya dayalı grup üyelikleri ve kısmen kurumsallaşmış ilişki ağlarına sahip olmak ile bu üyelik ve ağlardan elde edilen desteği sağlayan aktüel ve potansiyel kaynakların tümü” (s.248) olarak tanımlamıştır.

Bu tanımlamada Bourdieu (1986) sosyal sermayeyi iki önemli temele dayandırmıştır: sosyal ağlar ve bu ağlara gömülü kaynaklar. Bu ağlar diğerleriyle (örn. aile, iş arkadaşları, tanıdıklar) olan ilişki ve bağlarımıza karşılık gelirken kaynaklar para, bilgi, tanınırlık veya duygusal destek gibi hem somut hem soyut kaynaklarla çeşitlenebilir. Bourdieu ve Wacquant (1992) ayrıca sosyal ilişkilerin nitelik, nicelik ve süreklilik yönünden çokluğunun bireyin ulaşabileceği kaynakların kalitesini de belirleyeceğini vurgulamışlardır. Öte yandan, ölçüm meselesine yönelik bir yöntem sunmayan Bourdieu sosyal sermayenin nitel ve nicel yaklaşımların bir kombinasyonu ile analiz edilebileceğini belirtmiştir.

Özetle, sosyal sermayeyi bireyin ait olduğu sınıf içindeki rekabeti ile analiz edilebilen, sahip olduğu ekonomik ve kültürel sermayeyi korumayı amaçlayan, bir grubun sahip olduğu birikime ulaşma imkânı sağlayan kaynaklar olarak kavramsallaştıran Bourdieu sosyal sermayeyi ağlara gömülü kaynaklar olarak değerlendirerek yapısal yönüyle ele almış ve tekil bireye fayda sağladığını önererek

bireysel seviyede incelemiştir. Bourdieu'nün (1986) sosyal sermayenin sosyal eşitsizliklerin üretimine katkı sunmasına yönelik vurgusu; tersine sosyal kaynaşma, güven ve iş birliğini güçlendirebileceği potansiyelinin ihmaliyle eleştirilmiştir (Putnam, 2000). Ayrıca bireylerin sosyal eşitsizliklere mahkûm olmak yerine mevcut güç yapılarına meydan okuyarak sosyal pozisyonlarını değiştirebilmelerine yönelik failliklerini (agency) göz ardı ettiği için fazla deterministik bulunmuştur (Emirbayer ve Goodwin, 1994).

Nan Lin'e Göre Sosyal Sermaye

Sosyal sermaye yaklaşımında Bourdieu'den esinlenen Lin'in sosyal sermaye modeli daha net kavramsallaştırmalar ve belirli ölçütler sağlayarak sosyal sermayenin ampirik olarak çalışılmasını teşvik etmiştir (Song ve Chang, 2012).

Lin (2001) sosyal sermayeyi "... aktörler tarafından niyetli eylemler için erişilen ve kullanılan sosyal yapılara gömülü kaynaklar" (s.24-25) olarak tanımlayıp ikiye ayırmıştır: *temas kaynakları* (contact resources) ve *ağ kaynakları* (network resources). İlki, ağ üyelerinden gelen ve bir birey tarafından kişisel olarak harekete geçirilebilecek kaynakları ifade ederken, ikincisi bir bütün olarak ağ için mevcut olan kaynakları ifade eder. Başka bir deyişle, temas kaynakları birey tarafından harekete geçirilebilirken, ağ kaynakları ağın diğer üyeleriyle ilişki yoluyla elde edilen kaynaklardır. Lin'e göre bu kaynaklar, yani bir bütün olarak sosyal sermaye *araçsal* (instrumental) ve *dışavurumsal* (expressive) olmak üzere iki türlü etki oluşturur. Araçsal etki bireylerin belirli hedeflere ulaşmak veya sosyal ve ekonomik konumlarını geliştirmek için erişebileceği ve harekete geçirebileceği somut kaynak ve faydalara (örn. iş fırsatları, bilgi), dışavurumsal etki ise sosyal ağlar veya ilişkilerden doğan psikolojik faydalara (örn. sağlık, yaşam doyumu) karşılık gelmektedir. Bu bağlamda sosyal sermaye sosyal ağların basit bir çıktısından ziyade bireylerin hedeflerine ulaşmak için kullanabileceği araçsal kaynaklardır. Mevcut sosyal yapı ile bireyin bu sosyal yapı içindeki pozisyonu bu kaynakların varlığı ve erişilebilirliğini belirlemede önemli role sahiptir (Lin, 2001).

Lin'e (2008) göre bireyin sosyal ağlarında gömülü kaynaklar ne kadar fazlaysa sosyal sermayenin ürettiği sonuçlar o kadar iyi olur. Bu doğrultuda "erişilen sosyal

sermaye” birey için getiri sağlayabilecek potansiyel kaynakların sosyal ağlar içinde ne ölçüde mevcut olduğunu belirlerken, “harekete geçirilmiş (mobilized) sosyal sermaye” belirli bir sosyal bağın bireyin faydası için fiili kullanımını yansıtır. Sosyal ağda zenginlik veya statü gibi kaynaklara sahip bir kişinin kullanılması harekete geçirilmiş sosyal sermayeye örnek verilebilir.

Bourdieu’ye benzer olarak Lin de sosyal sermayeyi bireyin sosyal ağlarında gömülü kaynaklar olarak kavramsallaştırarak bireysel seviyede incelemiş ve sosyal sermayenin güven, karşılıklılık normları ve aidiyet hissi gibi bileşenlerini içeren bilişsel boyutu burada da dışlanmıştır. Bir sonraki bölümde sosyal uyum yaklaşımıyla çalışılan bilişsel sosyal sermaye ele alınmıştır.

1.2.5.2.2. Sosyal Uyum Yaklaşımı ve Bilişsel Sosyal Sermaye

Sosyal uyum, bir toplumun üyelerinin birbirlerine güven duyma, bağlı hissetme ve ortak değerleri, inançları ve hedefleri paylaşma derecesini ifade eder (Jenkins, 2002). Bu yaklaşımda bireylerin sosyal veya yurttaşlıkla ilgili ağlara katılımlarının yanı sıra bu ağlar içinde duyulan güven, aidiyet hissi ve karşılıklılık normları gibi özellikler de değerlendirildiği için sosyal sermaye hem yapısal hem de bilişsel boyutuyla ele alınır (Harpham ve ark., 2002).

Kawachi ve Berkman’a (2014) göre sosyal uyum birbiriyle etkileşim halinde olan iki özelliği kapsar: (1) gizil (latent) sosyal çatışmanın (örn. ekonomik eşitsizlik veya etnik gerilimler) yokluğu ve güven düzeyleri, karşılıklılık normları ve toplumdaki bölünmeler arasında köprü kuran sivil bağların bolluğu ile ölçülen güçlü sosyal bağların varlığı. Bu bağlamda sosyal uyum yaklaşımıyla ele alınan bilişsel sosyal sermaye sosyal etkileşimi, yeni ilişkilerin ve rollerin oluşumunu teşvik ederek yapısal sosyal sermayenin gelişimine katkıda bulunur (Claridge, 2018). Putnam’ın (2000) ifadesiyle ise bilişsel sosyal sermayenin bir ağa katılmanın sonucu, sosyal yaşamın bir yan ürünü olduğunu düşünmek de mümkündür. Alanyazında yaygın olarak bilişsel ve ağ temelli sosyal sermayenin sosyal yaşamın hem etkeni hem de sonucu olarak birbirini tamamladığı vurgulanmaktadır (Uphoff and Wijayaratra, 2000). İnsanların nasıl düşündüğü ve hissettiği (bilişsel), nasıl davrandığını (yapısal); nasıl davrandığı

ise nasıl düşündüğünü ve hissettiğini etkilediği için bilişsel ve yapısal boyutlar karşılıklı ilişkilidir (interrelated) (Gilbert, Quinn, Goodman, Butler ve Wallace, 2013).

Yapısal sosyal sermayeyi niteleyen sosyal güven ve karşılıklılık normlarını içeren bilişsel sosyal sermaye işlemsel hale getirilmesi ve ölçülmesi zor olan bir sosyal ilişkiler kalitesini temsil eder (Stone, 2001) ve sosyal sermayenin “daha az somut yanı” olarak da nitelenir (Kawachi ve ark., 2008). Yine sosyal ağlar yaklaşımından farklı olarak sosyal uyum yaklaşımında sosyal sermaye sadece bireyler için değil; toplum için de bir kaynak olduğu için faydaları bireylerin etkin katılım veya iş birliği göstermesini gözetmeksizin, grubun tüm üyeleri için mevcuttur (Kawachi, Kennedy, Lochner ve Stith, 1997). Sosyal uyumun bir grup özelliği olarak da önemine işaret eden bu yaklaşım ile bireysel sosyal sermayenin yanı sıra bireyler ve gruplar arasındaki iş birliğini, dayanışmayı ve kaynak takasını kolaylaştıran sosyal yapı ve kurumların rollerini vurgulayan kolektif sosyal sermaye de tanımlanmış olup sosyal ağlar, sivil katılım, güven ve karşılıklılık normları gibi hem yapısal hem de bilişsel sosyal sermayenin öğeleri kapsamıştır. Sosyal sermayenin her iki boyutu (yapısal ve sosyal) da hem birey hem de toplum seviyesinde işlev göstererek toplumun iyi oluşuna katkıda bulunmakta ve ortak hedefler için iş birliğini teşvik etmektedir (Coleman, 1990; Putnam, 2000).

Bu bölümde öncelikle sosyal sermayeyi sosyal uyum yaklaşımıyla çalışarak bilişsel boyutunu tanımlayan ilk kuramcı olan Coleman (1988) ile Coleman’dan ilham alarak bu yaklaşımın sağlık araştırmalarına taşınmasına zemin sağlayan Putnam’ın (2000) kavramsallaştırmaları ele alınacak olup sonrasında bilişsel sosyal sermayenin bileşenleri ve ölçümüne ilişkin alanyazının gözden geçirilmesiyle devam edilecektir.

James Coleman’a Göre Sosyal Sermaye

Sosyal sermayeyi sosyal yapıların içine gömülü olan ve bu yapılar içindeki bireylerin eylemlerini kolaylaştıran, karşılıklı fayda için iş birliği ve koordinasyonu teşvik eden çeşitli öğeler olarak tanımlayan Coleman (1988) yapısal boyutunu göz önünde bulundurmakla birlikte sosyal sermayenin bu yapı içindeki bireylerin

eylemlerini kolaylaştırıcı rolüne vurgu yapmıştır. Bourdieu'dan farklı olarak sadece bireyin ait olduğu grubu değil; gruplar içindeki ve arasındaki bağların niteliğini de kaynak olarak gören Coleman'a göre sosyal sermaye kısıtlı imkanlara sahip gruplara ait bireylerin de faydalanabileceği bir kamu malıdır.

Sosyal sermayeyi bireylerin ve grupların refahını artırmak için kullanılabilecek bir kaynak olarak gören Coleman'a (1990) göre sosyal sermaye üç bileşenden oluşmaktadır: (1) yükümlülükler ve beklentiler, (2) bilgi kanalları ve (3) sosyal normlar ve yaptırımlar. Bunlardan ilki, *yükümlülükler ve beklentiler*, birey veya grupların bir sosyal ağ içinde yükümlülüklerini yerine getirme veya sözlerini tutma konusunda diğer birey ya da gruplara ne derece güvenebileceklerini ifade eder. Bu yükümlülük ve beklentilere doğal bir sosyal sermaye kurumu olan aile ile toplum tarafından oluşturulan devlet, okul ve kilise gibi yapıların belli norm ve kuralları kaynaklık etmektedir. Coleman'ın kavramsallaştırmasında sosyal sermayenin bu bileşeni güvenin gelişimiyle yakından ilişkilidir; çünkü güven, bu yükümlülük ve beklentiler tutarlı bir şekilde karşılandığında oluşur ve sosyal ağ içinde öngörülebilirlik yaratarak diğerlerinin karşılık vereceği beklentisiyle iş birliğine dayalı davranışları teşvik eder. Bu noktada Coleman ayrıca bireyler ya da gruplar arası ilişkilerde desteklenmek, kaynakları paylaşmak ve ortak hedeflere ulaşmak için kolektif eylem bilinci ile buna yönelik davranışların gelecekte karşılık bulacağı beklentisini ifade eden *karşılıklılık* kavramını tanımlamıştır. Sosyal ilişkilerin sürdürülmesinde, bireyler ve topluluklar arası güvenin teşvik edilmesinde önemli bir rol oynayan karşılıklılık, üyelerde bağlılık ve yükümlülük duyguları oluşturarak bu ilişkilerden karşılıklı fayda sağlanmasına yardımcı olur.

Sosyal sermaye doğası gereği karşılıklılık beklentilerini içermekle birlikte hem doğrudan hem de dolaylı seviyede işleyebilir (Coleman, 1988). *Doğrudan karşılıklılık* kaynak paylaşımı yapan tarafın, alan taraftan gelecekte kaynağını paylaşacağı beklentisini ifade ederken *dolaylı karşılıklılık* ile daha karmaşık sosyal ilişkiler ağında bireyin bir kişiden yardım alırken diğerine destek sağlaması mümkündür.

Coleman'a (1990) göre sosyal sermayenin ikinci bileşeni olan *bilgi kanalları*, bireylerin ve toplulukların sahip oldukları kaynak ve bilgileri paylaşmalarını ve

gerektiğinde birbirlerine destek sunmalarını sağlayan, fiziksel ve sanal bağlantılardan oluşan sosyal ağlara karşılık gelmektedir. Bu kanallar kişisel ilişkileri, sosyal medya platformlarını veya çeşitli kuruluşlara ya da derneklere üyeliği içerebilir. Bir sosyal ağ içerisinde etkili bilgi kanallarının varlığı, bireylerin hedeflerine ulaşmalarına yardımcı olabilecek değerli bilgileri edinme ve kaynaklara erişme becerilerini önemli ölçüde artırabilir. Coleman bu noktada Bourdieu'den ayrılarak aile, akrabalık, komşuluk gibi ilişki ağları ve dini ya da diğer gruplara aidiyetle oluşan sosyal bağlantıların toplumsal dezavantajların ortadan kalkmasına hizmet ettiğini, özellikle eğitimle birlikte kurulan sosyal ağların fırsat eşitliğine katkıda bulunduğunu belirtmiştir.

Sosyal sermayenin son bileşeni *sosyal normlar ve yaptırımlar* ise toplumda kabul edilebilir davranışları tanımlarken uyumsuz davranışlara da belirli sonuçlar sağlayarak topluluk üyeleri arasında sorumluluk bilincini ve güven duygusunu teşvik eder (Coleman, 1990). Sosyal normlar bir topluluktaki bireylerin davranışlarına rehberlik eden ortak değer, inanç ve beklentileri ifade eder. Resmi kurallar ve yasaların yanı sıra bireylerin eylemlerini ve diğerleriyle etkileşimlerini şekillendiren gayri resmi gelenek ve görenekler de bu normlara dahildir. Yaptırımlar ise sosyal normlara uyma veya bunlardan sapmanın sonuçlarıdır. Ödül (örn, toplumsal destek veya saygınlık) veya ceza getirileri (örn. hapse girme veya sosyal olarak onaylanmama) doğrultusunda pekiştirilen normlar, topluluğa ya da üyelerine zarar verebilecek davranışları caydırıcı bir işlev görmekle birlikte bireyleri kişisel faydadan ziyade üyesi olduğu topluluğun yararına çalışmaya yönlendirir. Bu durumda sosyal sermayenin bazı eylemleri kolaylaştırıcı bir işlev gördüğünü, bazılarını da kısıtladığını ifade etmek mümkündür.

Coleman'a göre (1990) sosyal sermayenin bileşenleri birbirleriyle bağlantılı ve karşılıklı olarak birbirini güçlendirirken güvenli ve kolektif eylem için elverişli bir sosyal ortam yaratılmasına hizmet eder. Coleman'ın sosyal ağlardaki güven ve karşılıklılık ilişkilerine yaptığı vurgu ile sosyal sermayenin bilişsel boyutu tanımlanmış olup sosyal uyumu teşvik etmeye yönelik çalışmalara ilham olmuştur (Fukuyama, 1995; Putnam, 2000).

Robert Putnam’a Göre Sosyal Sermaye

Putnam’a (2000) göre sosyal sermaye sosyal ağlar ile bu ağların mümkün kıldığı güven ve karşılıklılık normlarına dayanmaktadır. Sosyal katılım yoluyla üretkenliği arttıran ve daha fazla iş birliğini kolaylaştıran bir sosyal grup içinde karşılıklılık normları güçlendirilir. Hem sosyal gruplar içinde hem de genel olarak insanlar arasında güven sosyal yaşamı kolaylaştırır ve ilişkiler için zemin sunar. Arkadaşlık gibi resmi olmayan ilişkilerin de sosyal sermayeye katkıda bulunduğunu kabul etmekle birlikte Putnam (2001) sivil örgütlere aktif katılımı sağlandığını düşündüğü sosyal sermaye kavramsallaştırmasına daha yatkın görünmektedir. Sosyal sermayenin bilişim teknolojilerinin aracılığıyla veya uzaktan değil yüz yüze temas ile, dolaylı katılımlar yerine aktif katılımı ve tek seferlik etkinliklerden ziyade düzenlilikle sağlandığını vurgulayan Putnam, döneminin Amerikan toplumunda bu sosyal sermayenin düşüşte olduğunu ifade etmiş ve sosyal bağlantılılığın (connectedness) çoğunlukla tek seferlik, özel amaçlı ve kendilik yönelimli olmasını eleştirmiştir. Putnam’a göre yer- temelli (place-based) sosyal sermayenin yerini işlev-temelli (function-based) sosyal sermaye almıştır (Putnam, 2001, s. 184). “Yer- temelli” ifadesi insanların düzenli olarak etkinliklere katılması ve birlikte eylemde bulunmalarından doğan bu sosyal sermaye kavramsallaştırmasının coğrafi bir yere bağlılığına atıfta bulunmaktadır. Bununla birlikte Putnam (2020), 2001 yılında yazdığı kitabın yenileyip güncellediği baskısında İnternet aracılığıyla mekân kısıtlamalarının üstesinden gelerek sanal platformlarda sağlanan sosyal ağların da sosyal sermayeye gerçek ve önemli katkıları olduğunu ifade etmiştir. İşlev temelli sosyal sermaye ise güven ve iş birliği üzerine inşa edilmiş ortak ilgi alanları, etkinlikler veya işlevler etrafında oluşan sosyal bağlantılara karşılık gelir (Putnam, 2001). Putnam’a göre bu sosyal sermaye biçimi topluluğun genel sosyal sermayesine katkıda bulunduğu için sivil toplumun işleyişi ve topluluk duygusunun gelişiminde anahtar bir rol oynamaktadır.

Putnam’a (1995) göre sosyal sermaye bir yarar döngüsü oluşturur. Sosyal ağlar bağlamında ve bu ağlar aracılığıyla ortaya çıkan müzakereler arttıkça fırsatçılık ve yozlaşma olasılıkları azalır. Buna ek olarak her başarılı müzakere öncekileri

güçlendirerek ilerisi için daha fazla sosyal sermaye üretimini harekete geçirir. Sosyal sermayeye yapılan yatırımın sadece bireyi değil; taşıma etkisiyle toplumdaki diğer insanları da etkileyeceğini savunan Putnam (2000) sosyal sermayeyi iki türe ayırmıştır: dayanışmacı (bonding) ve aracı (bridging) sosyal sermaye (ŞEKİL, İslam ve ark.,2006). *Dayanışmacı sosyal sermaye* belirli bir karşılıklılığı (örn. iyiliğe karşılık veren biri için iyilik yapmak) içeren homojen gruplar arasındaki ilişkilerden doğan kaynaklara karşılık gelmektedir. Çoğunlukla aile, arkadaşlık ve komşuluk gibi ilişkilerde gözlenebilen dayanışmacı sosyal sermaye ayrıca içe dönük, birbirine sıkı sıkıya bağlı ve yeni üyeleri hemen kabul etmeyen gruplarda da bulunabilir. Putnam, bu sosyal sermaye türünün dayanışma ve aidiyet duygularını uyandırmak için iyi olduğunu belirtirken “sosyal sermayenin karanlık tarafı” (s.358) olarak grup üyelerinde grup dışı olanlara karşı hoşgörüsüzlüğü teşvik edip özgürlük karşıtı bir ortam yaratabileceğine dair de uyarıda bulunmuştur. Benzer şekilde daha öncesinde Portes ve Landolt (1998) da “negatif” olarak nitelendirdikleri sosyal sermayenin yabancıların dışlanmasına, grup üyeleri üzerinde aşırı taleplere ve bireysel özgürlüklerin kısıtlanmasına neden olduğunu önermiş; bu sosyal sermaye türünü içeren grupları mafya tipi örgütler, kardeşlik tarikatları ve kökten dinci mezheplerle örneklemiştir. Öte yandan kapsayıcı ve dışa dönük heterojen sosyal ağlar aracılığıyla erişilen *aracı sosyal sermaye* daha geniş kimlikler ve karşılıklılık (örn. karşılığını hemen beklemeden bir iyilik yapmak) içerirken dayanışmacı sosyal sermayeye göre daha fazla hoşgörü barındırır. Bu sosyal sermaye türü bireylerin, başka türlü (otherwise) ilişkili olamayacağı gruplar arasında köprü kurması, aracılık etmesi ve içlerindeki bireylerin ortak amaçlar için harekete geçmesiyle mümkün olduğu için sosyal kaynaşmayı artırır ve grup dışı bilgi ve kaynaklara erişimi kolaylaştırır. Aracı sosyal sermayeye örnek olarak sivil hak hareketleri veya farklı ülkelerden öğrencileri bir araya getiren değişim programları düşünülebilir. Szreter ve Woolcock (2003) sonrasında sosyal sermayenin üçüncü türü olarak otorite makamlarının karşılıklılık ve güvene ilişkin normlarını temsil eden *bağlayıcı* (linking) sosyal sermayeyi tanımlamışlardır (ŞEKİL, İslam ve ark.,2006). Dayanışmacı ve aracı sosyal sermayeden farklı olarak bağlayıcı sosyal sermaye birey veya toplulukların önemli kaynak ve hizmetlere erişim sağlayabilecek kurumlarla olan ilişkilerini içermektedir. Buna örnek olarak düşük gelirli bir mahallenin sakinleri ile insanlara iş eğitimi ve

istihdam fırsatları sunmayı hedefleyen bir sivil toplum kuruluşu arasındaki ilişki düşünülebilir.

Dayanışmacı sosyal sermaye mevcut destek ağlarını güçlendirirken aracı sosyal sermaye destek ağları aracılığıyla heterojen ağlara yönelik potansiyel fırsatları arttırır (Harpham, Grant ve Thomas, 2002). Bununla birlikte Putnam bu sosyal sermaye türleri arasında keskin ayrımlar olmadığını ve her ikisinin de birçok grupta bulunabileceğini belirtmiştir. Bu nedenle Putnam'ın (2001) önerdiği sosyal sermaye ölçümü endeksinde her iki sosyal sermaye türünü de kapsayacak şekilde gönüllü ve sivil örgütlere katılım, resmi olmayan sosyalleşme, sosyal güven ve halkla ilişkilere katılıma ilişkin maddeler yer almaktadır.

Putnam'ın sosyal sermayeyi tanımlamak amacıyla karşılıklı güvenin yanı sıra derneklere, sivil kuruluşlara ve ilgili faaliyetlere odaklanması toplulukçu (communitarian) bir görüşün yansıması olup ilgili alanyazında yaygın kabul görmüştür (Hyypä, 2010). Moore, Shiell, Hawe ve Haines (2005) sosyal sermayenin tanımlarına ilişkin atıf ağı ve atıf içeriği analizi yaptıkları çalışmalarında alanyazında başkalarına güven ve sivil katılım gibi toplum özelliklerine odaklanan toplulukçu tanımlamaların, sosyal ilişkilere ve kaynaklara erişime odaklanan ağ tanımlamalarından açıkça daha yaygın olduğunu bulgulamışlardır. Putnam'a (2000) göre toplulukçu bir bakış açısıyla sosyal sermaye insanları daha akıllı, sağlıklı, güvenli ve zengin kılmakla birlikte daha adil ve istikrarlı bir demokrasiyle yönetilmemizi sağlar. İyi işleyen bir demokrasinin yansıması olarak sosyal sermaye toplumun istikrarı, dayanışma, sosyal bütünleşme, aidiyet duygusu ve toplumsal uzlaş gibi bir grup olumlu eğilimle de bağlantılıdır.

Politika ve sivil toplum arasındaki karşılıklı ilişkiler göz önünde bulundurulduğunda demokrasinin çalışması için sosyal sermayeye ihtiyaç olmakla birlikte sosyal sermayenin işlemesi için de daha fazla demokratik politikaya ihtiyaç vardır (Evers, 2003). Putnam (2000) ise devletin sorun mu yoksa çözüm mü olduğuna yönelik bir tartışmanın nafile olduğunu savunup sosyal sermayenin oluşturulması için birey ve kurumlara çağrıda bulunmuştur. Bu doğrultuda Putnam'ın bakış açısı sosyal sermayenin üretilebildiği (veya yok edilebildiği) yapısal güç veya kurumları göz ardı

ettiği için eleştirilmiştir. Öte yandan Putnam'ın devlet müdahalesini ve/ya politikanın etkisini sosyal ilişkiler aracılığıyla mümkün olduğunca azaltan bir sivil toplum düşü ile toplum ilişkilerini önceliklendirdiği de düşünülebilir (Mohan ve Mohan, 2002). Bu bakış açısıyla dernek ve topluluk oluşturma önce gelir; sonrasında bu toplulukların talep ve eylemleri doğrultusunda siyaset ve devletler harekete geçebilir.

Putnam (2000), sosyal sermayenin sağlığa olumlu etkisi konusunda dört farklı açıklama öne sürmüştür: (1) Sosyal sermaye kişiler arası ilişkileri güçlendirerek stresi azaltmaktadır. (2) İnsanlar arası iletişim ağlarının güçlü olması insanların sağlıkla ilgili normlara (dengeli ve düzenli beslenme, spor yapma vb.) uymalarına yol açar. (3) Sosyal sermaye, medikal yardım alma konusunda bireylerin daha etkili olmalarını sağlar. (4) Son olarak da güven ve bağlılık hisleri vücudun bağışlık sistemini harekete geçirebilir. Putnam'ın güven, karşılıklılık ve sosyal katılım ölçümlerine dayandığı sosyal sermaye kavramsallaştırması sağlık araştırmalarında sıklıkla benimsenmiş olup sosyal sermayenin sağlık davranışları, zihin sağlığı, yaşam süresi gibi çeşitli sağlık göstergeleriyle olan ilişkilerinin incelenmesine zemin oluşturmuştur (De Silva, McKenzie, Harpham ve Huttly, 2005; Kawachi, Kennedy, Lochner ve Stith, 1997). Bu doğrultuda sağlık araştırmaları odağıyla bilişsel sosyal sermayenin ölçümünü ele almadan önce gelecek bölümde bilişsel sosyal sermayenin bileşenlerine ilişkin alanyazın gözden geçirilmiştir.

1.2.5.2.2.1. Bilişsel Sosyal Sermayenin Bileşenleri

Bu bölümde alanyazında BSS'nin üzerinde en uzlaşa sağlanmış bileşenleri olan (1) güven, (2) karşılıklılık normları ve ortak değerler ile (3) sosyal kimlik ve ait olma duygusu ele alınmıştır.

Güven

Sosyal etkileşimleri kolaylaştırarak iş birliğine zemin hazırladığı için sosyal sermayenin en önemli unsurlarından biri olarak kabul edilen *güven* sosyal ilişkilerin kalitesinin bir göstergesi olup destekleyici ilişkiler geliştirmek için gerekli bir özelliktir (Abbott ve Freeth, 2008). Bireylerin diğerlerinin (birey, grup veya kurumlar) eylemlerinin öngörülebilirliği ve güvenilirliği ile yine diğerlerinin dürüstlük ve

iyilikseverliklerine (benevolence) ilişkin inançlarına karşılık gelir (Fukuyama, 1995; Putnam, 2000; Uslaner, 2002). Güvenin diğerlerinin eylemleriyle ilgili risk ve kırılganlığın kabul edilmesi ve diğerinin bu kırılganlığı istismar etmeyeceğine dair bir beklentiyi de barındırdığı düşünülmektedir (Purdue, 2001). Keleş (2012) ise güvenin sosyal sermaye için önemini vurgularken sosyal sermayeyi “çoğaldıkça daha fazla güven üreten bir reaktör”e, güveni ise bu reaktörün ana yakıtına benzetmiştir (s. 34). Bireyin algıladığı güven ve aidiyet duyguları arttıkça çoğalan bilişsel sosyal sermaye daha fazla güven ve aidiyet duyguları yaratarak artan bir sosyal sermaye döngüsü doğurur. Sağlıkla ilgili bilgi ve destek de dahil olmak üzere iş birliği ve kaynak paylaşımını teşvik eden güven, sağlığı dolaylı olarak etkilerken (Kawachi, Kennedy ve Glass, 1999) dezavantajlı bireylerin başka türlü sahip olamayacakları destek ve kaynaklara erişmelerini sağlayarak sağlık eşitsizliklerini de azaltabilir (Szreter ve Woolcock, 2004).

Alanyazında sosyal sermayenin bir bileşeni olarak güvenin üç farklı tür üzerinden kavramsallaştırılarak ölçümlendiği görülmektedir (Rothstein ve Stolle, 2008; Son ve Feng, 2019). Bunlar stratejik/ özelleşmiş güven (strategic/ particularized trust), genelleştirilmiş güven (generalized trust) ve kurumsal güvendir (institutional trust). *Stratejik güven* dayanışmacı sosyal sermayenin bir niteliği olarak bireyin kendi sosyal grubunun üyesi olanlara (aile, arkadaşlar vb.) duyduğu güvene karşılık gelir (Putnam, 2000; Uslaner, 2008). Tarafların birbirini tanıdığı bir ilişkide bireyin diğerinin sözünü tutacağına inanması ile iş birliği ihtimali artar ve bu güven sürdükçe karşılıklı kazanımlar sağlanır (Uslaner, 2008). Farklı bir deyişle bireyin diğeri için bir iyilik yaptığında bunun karşılığını alacağına ilişkin güveni bir beklenti içerirken diğerinde bu güveni haklı çıkarmaya (justify) ilişkin bir yükümlülük (obligation) yaratır. Yükümlülükler yerine getirilmedikçe ilişkinin sürme ihtimali zayıflayacaktır (Coleman, 1995). Deneyimlerden etkilenen stratejik güven belirsizlik içermektedir ve bireyler hayal kırıklığına uğradıkça azalacaktır (Uslaner, 2008).

Özelleşmiş güven ise bireyin kendi sosyal grubunun üyesi olanlara duyduğu güvenden farklı olarak bireyin kendisine benzer olan insanlara duyduğu güven olarak tanımlanmıştır (Uslaner, 2008). Stratejik güvene benzer şekilde bireyin deneyimlerine

dayalı olan bu güven türü tanidik insanlarla olan ilişkilerden etkilenebilmekle birlikte Uslaner (2008) bu güven türünü genelleştirilmiş güvenin bir ucunu temsil ettiği bir doğrunun (continuum) diğer ucu olarak betimlemiştir. Bununla birlikte alanyazında sosyal sermayenin kavramsallaştırılmasındaki karışıklıklara paralel olarak stratejik güven ve özelleşmiş güven kavramlarının birbiri yerine kullanıldığı araştırmalara rastlamak da mümkündür (Häuberer, 2011).

Genelleştirilmiş güven kapsayıcı ve dışa dönük heterojen sosyal ağlar aracılığıyla erişilen aracı sosyal sermayenin bir niteliği olarak bireyin içinde yaşadığı toplumdaki diğerlerine duyduğu güvenin ortalamasını ifade eder ve bireyin tanımadığı veya kendisine benzer olmayanlarla kurduğu bağlardaki gömülü kaynaklara erişim sağlar (Putnam, 2000; Smith, 2013). İnsanların çoğunun özünde iyi ve güvenilir olduğu inancına dayanan genelleştirilmiş güven (Uslaner, 2002) kişisel bir kazanım beklentisi olmadan ihtiyaç halindeki bir yabancıya yardım etmek veya sivil toplum örgütlerinde gönüllü çalışmak gibi iyilik eylemlerini teşvik eder (Putnam, 2000). Böylece birey diğeriyle kişisel bir geçmişi veya belirli değerleri (örn. din, siyasi görüş) paylaşma ihtiyacı duymadan sosyal etkileşimlere girme ve iş birliği yapma eğiliminde olur. Stratejik güven barındırdığı belirsizlik nedeniyle deneyimlerden etkilenmeye daha açıkken genelleştirilmiş güven insan doğasına ilişkin daha iyimser bir bakış açısını yansıttığı için bireysel deneyimlerden daha az etkilenir (Uslaner, 2008). Farklı bir ifadeyle stratejik güven insanların nasıl davrandıklarına, genelleştirilmiş güven ise nasıl davranmaları gerektiğine ilişkin inançlara karşılık gelir.

Genelleştirilmiş güveni yüksek olan bireyler riskleri hafife aldıkları (underestimate) için risklerle ilişkili olan korkuya karşı psikolojik bir güvenlik bariyeri işlevi gören olumlu bir bakış açısına sahiptirler (Uslaner, 2008). Araştırmalar da tutarlı olarak diğerlerinin tehdit oluşturmadığına inanılan bir ortamda yaşamının getirdiği güvenlik duygusunun, yani genelleştirilmiş güvenin daha düşük stres (Giordano ve Lindström, 2015), daha yüksek iyi oluş (Hamano ve ark., 2010), fiziksel sağlık (algılanan sağlık, Hamamura, Li ve Chan, 2016) ve daha fazla sosyal destekle (Kuhl ve Boyraz, 2016) ilişki gösterdiğini ortaya koymaktadır (Derleme çalışması için bkz: Abbott ve Freeth, 2008).

Uslaner (2008) genelleştirilmiş güvene benzer şekilde insanların çoğunun güvenilir olduğu inancına dayanan bir güven türü daha tanımlamıştır: ahlaki güven (moralistic trust). *Ahlaki güven*, bireyin diğerleriyle temelde ortak ahlaki değerleri paylaştığına ve kendisine nasıl davranılmasını istiyorsa diğerlerine de öyle davranması gerektiğine ilişkin bir inançtır. Uslaner'e (2002) göre paylaşılan değerlerin (örn. siyasi görüş, dini inanç) kişiden kişiye farklılık göstermesi mümkün olmakla birlikte insanların çok sayıda benzerliği de vardır. Diğerinin iyi niyetine (good will) ilişkin bir inanca dayanan ahlaki güven bireyin (veya grubun) kendisini diğerine bağlayan bir şey gördüğünde farklı fikirlere hoşgörü gösterme eğilimini içerir. Bununla birlikte birey topluluğunun üyelerinin çıkarlarının ciddiye alınması gerektiğine inandıkça sosyal bağlar güçlenir. Benzer şekilde Fukuyama (1995) ahlaki güvenin "... bir dizi ahlaki değer topluluk üyeleri arasında iyi davranışa ilişkin olağan (regular) beklentileri sağlayacak şekilde paylaşılması" (s.153) ile ortaya çıktığını ifade etmiş; diğerleriyle temel varsayımlarımızı paylaştığımızda kolektif eylem sorunlarında anlaşmaya çalışırken daha az riskle karşılaşacağımızı önermiştir. Uslaner'e göre (2002) ahlaki güven insanlara, güvenilirlermiş gibi davranılmasına ilişkin bir emir (commandment) gibiyken genelleştirilmiş güven insanların bunu nasıl kapsadığına ilişkin bir ifadeyi yansıtmaktadır. Kökeninde ahlaki güven olmakla birlikte genelleştirilmiş güven paylaşılan ahlaki ve etik değerlere dayanmayı gerektirmediği için daha kapsayıcıdır. Bireyin tanıdığı veya kendisine benzer gördüğü diğerlerine duyduğu güvenin ötesine geçerek toplumun geneline duyduğu güveni yansıtan genelleştirilmiş güven sosyal etkileşimleri kolaylaştırarak toplumun genel işleyişini etkilediği için sosyal sermayenin anahtar bir bileşeni olarak değerlendirilmektedir (Fukuyama, 1995; Putnam, 2000; Rothstein ve Stolle, 2008).

Kurumsal güven ise bireyin içinde olduğu sistemin resmî kurumlarının (örn. okul ve hastaneler gibi her türlü devlet kurumları, yasal çerçeveler, medya) sorumluluklarını yerine getirirken ne ölçüde etkili (effective), güvenilir (reliable) ve adil (fair) olduğuna ilişkin inançları temsil eder (Newton, 2001; Rothstein ve Stolle, 2003). Yüksek kurumsal güven devletin kurumlarının toplumun çıkarları doğrultusunda hareket edeceği inancına karşılık gelirken toplumda iş birliği ve dayanışmayı teşvik eder. Farklı bir ifadeyle, insanlar kurumların yasaları

uygulayacağına, hakları koruyacağına ve düzeni sağlayacağına güvendiklerinde, kurallara uyma ve topluluk faaliyetlerine katılma olasılıkları daha yüksektir. Ayrıca devletin çatışma çözümleme ve adalet mekanizmalarına duyulan inançla toplumdaki istikrar ve düzene katkıda bulunan kurumsal güven sosyal uyumun korunması ve sürdürülmesine yardımcı olurken yokluğu halinde yolsuzluk ve sivil kargaşa gibi ciddi toplumsal riskler barındırır (Sønderskov ve Dinesen, 2016). Sağlık sistemleri bağlamında ise kurumlara ve uzmanlarına güven duyan bireylerin tıbbi bakım arama, tedavi planlarına uyma ve önleyici sağlık davranışlarında bulunma olasılığının daha yüksek olduğu söylenebilir (Acar ve Kıcalı, 2021; Kawachi, Subramanian ve Kim, 2017).

Rothstein ve Stolle'ye (2008) göre kurumsal tarafsızlık (institutional impartiality), yani devlet kurumlarının ayrımcılık yapmadan tüm vatandaşlarına eşit davranması kurumsal güveni sağlamakla kalmayıp genelleştirilmiş güveni de teşvik eder. Farklı bir ifadeyle devlete ve kurumlarına güven duymak, yabancılara güven duymayı kolaylaştırır. Örneğin birey, tanımadığı biriyle bir sorun yaşadığında bu sorunun kurumlar aracılığıyla çözülebileceğine inanırsa gelecekte yabancılara güven duymaya ve onlarla iş birliğine girmeye devam etmesi daha olasıdır. Bu bağlamda devlet kurumlarında şeffaflık ve adaletin genelleştirilmiş güven için anahtar bir role sahip olduğu; yabancılara güvenmenin sadece bireyin seçimleriyle ilgili değil toplumun kurumsal çerçevesiyle derinden ilişkili olduğu vurgulanmıştır.

Özet olarak sosyal etkileşimi kolaylaştırdığı için sosyal sermayenin temel unsurlarından biri olarak kabul edilen güven stratejik olarak kişisel bir temelde inşa edilebileceği gibi sosyalleşme temelinde tanınmış olmayan kişiler veya resmi kurumlar bağlamında da gelişebilir (Fukuyama, 1995; Rothstein ve Stolle, 2008; Son ve Feng, 2019). Bireyin sağlık uzmanları, sağlık kurumları ve sağlık bilgi kaynaklarına karşı ve kişiler arası ilişkilerde duyduğu güven sağlık davranışlarını ve sonuçlarını etkilemektedir (Gözden geçirme çalışması için bkz: Kawachi, Subramanian ve Kim, 2017).

Karşılıklılık Normları ve Ortak Değerler

Karşılıklılık, karşılıklılık normları ve ortak değerler, sosyal sermayenin genellikle iç içe önemli bileşenlerinden olup yapısal sosyal sermayeye karşılık gelen geniş sosyal ağlar ile bilişsel sosyal sermayeye karşılık gelen güçlü bağlar oluşturmak ve bunları sürdürmek için birlikte çalışırlar (Putnam, Leonardi ve Nanetti, 1993). Bu nedenle mevcut başlıkta bu bileşenler birlikte ele alınmış olup hem etkileşimleri hem de kısaca sağlıkla olan ilişkilerine yer verilmiştir.

Güvenden sonra karşılıklılık normları sosyal sermayenin üzerinde en uzlaşa sağlanmış bileşenlerinden biridir (Abbott ve Freeth, 2008). Öncelikle *karşılıklılık* Coleman'a göre (1988) bireylerin veya grupların gelecekte benzer yardım veya faydalar elde etme beklentisiyle diğerlerine destek, kaynak veya iyilik sağladığı sosyal ağlar içinde bir takas sistemine karşılık gelir. Putnam (2000) ise karşılıklılığın kaynak paylaşımında bulunulduğunda karşılık beklenen örtük bir sosyal sözleşme doğduğu varsayımına dayanmakla birlikte sosyal ağlardaki ortaklaşa (mutual) destek ve dayanışmaya ilişkin gözlenebilir davranışı temsil ettiğini ifade etmiştir. Çeşitli sosyal bağlamlarda ve çeşitli şekillerde ortaya çıkan karşılıklılık örneğin komşuluk ilişkilerinde çocuk bakımına yardımcı olmak, araç-gereç ödünç vermek gibi kendini gösterebilirken profesyonel ortamlarda ise bilgi paylaşımı ve kariyer fırsatları sunma gibi davranışlarda gözlenebilir. Topluluk içindeki bireylerin karşılıklı destek alışverişine girme davranışı ile sağlık sonuçları arasındaki ilişkiye dair oldukça az araştırma olmakla birlikte mevcut çalışmalarda kardiyovasküler bozukluklar, depresyon ve alkol bağımlılığı gibi sağlık çıktılarıyla olan ilişkiler bildirilmiştir (Gözden geçirme çalışması için bkz: Siegrist, 2005)

Karşılıklılık kavramınca kapsanan gözlenebilir davranışın yanı sıra Putnam'ın (2000) dayanışmacı (binding) ve aracı (bonding) sosyal sermaye türleri arasında yaptığı ayırım ile Szreter ve Woolcock'ın tanımladığı bağlayıcı (bridging) sosyal sermaye türü göz önünde bulundurulduğunda karşılıklılığa ilişkin beklentilerin de değişkenlik göstereceği düşünülebilir (Ahn ve Ostrom, 2008). Örneğin aile, arkadaşlık, komşuluk gibi içe dönük ve birbirine bağlı homojen gruplar arasındaki ilişkileri temsil eden dayanışmacı sosyal sermaye türündeki bağlar karşılıklı hizmet

vermekle yükümlüyken; kapsayıcı ve dışa dönük heterojen gruplar arasındaki ilişkileri temsil eden aracı sosyal sermayeyi içeren bağlarda tüm üyelerin birbirleriyle etkileşime girmesi veya karşılıklı ilişkiler sürdürmesi gerekmeyebilir. Öte yandan bağlayıcı sosyal sermaye kapsamında birey veya grupların resmî kurumlarla olan ilişkilerindeki karşılıklılık düşünüldüğünde yasalar ve yaptırımlar doğrultusunda daha yüksek beklentilerin ortaya çıkması mümkün olabilir. Bu noktada, bir sosyal ağ içindeki bireylerin (veya grupların) karşılıklı alışverişlerde nasıl davranmaları gerektiğine ilişkin paylaşılan beklentileri ve sosyal normları temsil eden *karşılıklılık normları* kavramı ön plana çıkmıştır (Putnam, 2000; Uslaner, 2002).

Karşılıklılık normları bireylerin diğerleriyle olan etkileşimlerinde neyin doğru, adil ve uygun olduğuna ilişkin anlayışlarını şekillendirirken destek alındığında karşılık verme yükümlülüğüne ilişkin bir duygu yaratarak sosyal ağlar içinde güven ve dayanışmayı teşvik eder. Bir dizi yazılı olmayan kural ve beklentiye kapsayan bu normlar doğrultusunda ortak beklentiler oluşur ve karşılıklılık ortaya çıkar (Putnam, 2000). Farklı bir ifadeyle; karşılıklılık normları bir topluluktaki karşılıklılık uygulamasını (practice) belirler ve pekiştirir (Uslaner, 2002). Bununla birlikte Putnam, Leonardi ve Nanetti (1993) bu sürecin tersine de işleyebildiğini; belirli bir süre boyunca tekrarlanan alışverişin karşılıklılık normunun gelişimine katkıda bulunacağını belirtmişlerdir.

Karşılıklılık normlarına farklı kültürlerden örnek olarak Japonya’da başkalarının ihtiyaçlarını gözetip nezaketle destek olmaya karşılık gelen “omoiyari” kavramı (Matsumoto ve Juang, 2016), Güney Afrika’da birbirine bağlılığı (interconnectedness) ve bireysel iyi oluşun diğerlerinin iyi oluşuyla iç içe olduğu fikrini vurgulayan “ubuntu” felsefesi (Nolte ve Downing, 2019) ile Türkiye’de eve gelen bir yabancıya güven vermek, ihtiyaçlarını gidermek, güleryüzlü ve sabırlı olmakla nitelenen misafirperverlik kültürü (Yıldırım, 2022) örnek verilebilir. Bu kültürel normlar karşılıklı bakım ve destek davranışları ile toplumsal iş birliğini teşvik eder ve sosyal ağlara katkıda bulunur (Putnam, 2000).

Karşılıklılık normlarının ölçümüne ilişkin alanyazın tartışmalı olup sağlıklı ilişkisinin incelendiği az sayıda çalışma bulunmakla birlikte mevcut çalışmalar yardım

arama davranışını teşvik etme, sağlık kurumlarına duyulan güveni arttırma, sağlık eşitsizliklerini azaltma (örn. dezavantajlı grupların sağlık sistemlerine erişimini geliştirme), önleyici sağlık uygulamalarını güçlendirme (örn. aşı kampanyaları) gibi çeşitli yollar üzerinden hem zihinsel hem de fiziksel sağlık üzerinde olumlu etkileri olduğuna işaret etmektedir (Abbott ve Freeth, 2008; Kawachi, 2017; Pope, Miller, Wolfer, Mann ve McKeown, 2013). Farklı bir ifadeyle karşılıklılık normlarının sosyal ağlar içinde sağlıkla ilgili davranışlar ve sağlık hizmetlerine erişim konusundaki beklentileri ve kültürü şekillendirerek sağlığı etkilediği düşünülebilir.

Lowndes ve Pratchett (2008) çoğunlukla bürokratik kuralların ve resmi hesap verme yükümlülüklerinin üzerinde (overriding) kolektif eylemi destekleyen güven ve karşılıklılığın ortak değerler ve karşılıklı kaynak bağımlılığı (mutual source dependence) temelinde sürdürüldüğünü belirtmiştir. *Ortak değerler* bir sosyal ağda paylaşılan inançlar, normlar ve etik prensiplere karşılık gelir (Coleman, 1990). Karşılıklılık normlarına benzer şekilde bireylerin (veya grupların) beklentilerini ve davranışlarını şekillendiren ortak bir etik ve kültürel çerçeve oluşturur. Grup içindeki bireylerin benzer değerleri paylaşması karşılıklı alışverişe nasıl katılmaları gerektiğini öngören normların (karşılıklılık normları) geliştirilmesi için zemin oluşturur. Farklı bir ifadeyle, sosyal bağlar arasındaki karşılıklılık dengesi ortak bir ideoloji yoluyla kolaylaştırılır. Örneğin bir topluluk (community) adalet ve dayanışmaya yüksek değer veriyorsa karşılıklılık davranışını teşvik eden bir yönelimde olacaktır. Benzer şekilde Putnam, Leonardi ve Nanetti (1993) insanların güveninin istismar edilmeyip karşılık bulacağından emin olabildiği topluluklarda alışverişin gerçekleşme olasılığının daha yüksek olduğunu ifade etmiştir.

Özet olarak karşılıklılık, karşılıklılık normları ve ortak değerler etkileşim halinde sosyal sermayeye ve sağlığa çeşitli yollardan katkıda bulunur. Paylaşılan değerler topluluk içinde uyum (cohesion) ve güven duygusu yaratarak karşılıklılık normlarını pekiştirir ve destek sunma, kaynakları paylaşma ve ortak hedefler üzerinde iş birliği yapma gibi karşılıklı davranışları teşvik eder (Putnam, 2000). Bu karşılıklı etkileşimler de güveni ve sosyal uyumu daha da güçlendirerek hem bireyin hem de içinde bulunduğu topluluğun sosyal sermayesini arttırır; gerek yardım alma gibi

doğrudan destek, gerekse sağlık kurumlarına duyulan güveni artırma yoluyla dolaylı olarak sağlığı etkileyebilir (Kawachi, 2020).

Sosyal Kimlik ve Ait Olma Duygusu

Sosyal kimlik ile ait olma duygusu sosyal sermayenin kimi zaman ilişkisel (relational) boyutu altında çalışılan bilişsel bileşenleridir (Ahn ve Davis, 2020; Hsu ve Hung, 2013). Ait olma duygusu bireyin bir sosyal grubun veya ağın ayrılmaz (integral) ve değerli bir üyesi olduğuna ilişkin öznel algısına karşılık gelir ve bir iç gruba (in-group) bağlı olma ihtiyacını karşılar (McMillan ve Chavis, 1986). Sosyal kimlik ise insanların belirli bir sosyal topluluk veya kuruluşla paylaştıkları ait olma, ortaklık (commonality) ve özdeşleşme (identification) algılarını ifade eder (Haslam, Ellemers, Reicher, Reynolds ve Schmitt, 2010). Etnik köken, cinsiyet, din, coğrafya veya belirli bir topluluğa üyelik gibi ortaklıkları içeren çeşitli faktörlere dayanabilir.

Benzer değerleri benimseyen bireylerin oluşturduğu sosyal ağ içinde kendine yer bulabilen bireyin ait olma duygusu ile amaçlarına ulaşması ve ihtiyaçlarını karşılaması kolaylaşır. Bu nedenle aidiyet (belongingness) insan işlevselliğinin temel bileşenlerinden biri olarak görülürken tersi durumda sosyal dışlanma bireyi temel ihtiyaçlarından yoksun bırakıp ölüme kadar götürebilir (DeWall, Deckman, Pond ve Bonser, 2011). Paylaşılan sosyal kimlik ise bireylerin kendilerini diğerleriyle bir görerek birlik beraberlik, dayanışma ve topluluk ruhuna ilişkin algıları mümkün kılar (Ntontis, Drury, Amlôt, Rubin ve Williams, 2019). Diğerlerinin bizden biri olduğu inancı ortak iyiliğin tanınması, buna bağlılık ve topluluk (“biz”) uğruna bazı kişisel çıkarları feda etme istekliliğini içerirken güven ve iş birliğini teşvik eder (Hsu ve Hung, 2013).

Sosyal psikoloji alanında sıklıkla çalışılan sosyal kimlik kuramına göre insanlar eş zamanlı olarak üyelik (membership) içeren çeşitli sosyal topluluklarla (örn. aile, eğitim, ilgi alanları) özdeşim kurarlar (Tajfel ve Turner, 1986). Bu topluluklarda kimlik ve ait olma duygusunun gelişimi, grup hedeflerine ve grubun temsil ettiklerine katılımı gerektirir. Bu nedenle bir grupla özdeşleşmek grubun norm ve değerlerini bir dereceye kadar kabul etmek anlamına gelmekle birlikte paylaşılan kimlik topluluk üyeleri arasında kabul gören davranışları belirler ve pekiştirir. Sosyal kimlik

beklentiler ve yükümlölüklerin yanı sıra normları da şekillendirir ve pekiştirir (Haslam ve ark., 2010). Böylece insanların sosyal kimliğini paylaştığı diğerlerine güvenme olasılığı da artarken toplulukla karşılıklı destek ve ortak bir amaç duygusunu teşvik eden derin bir bağ ve özdeşleşme oluşur. Sosyal kimlik üyeliğe atfedilen değer ile duygusal öneme dayanırken sosyal ilişkilere yatırım yapma ve üyesi olunan toplulukların iyi oluşuna katkıda bulunma istekliliğini etkiler (Tajfel ve Turner, 1986). Bu bağlamda sosyal kimlik bireylerin üyesi olduğu toplulukla özdeşmelerine ilişkin algılarını temsil ederken ait olma duygusu bu topluluklar içindeki duygusal bağı ve kabul edilme hissine karşılık gelir. Bilişsel sosyal sermayenin bir bileşeni olarak ait olma duygusunun hem fiziksel hem de zihinsel sağlık için koruyucu bir etken olduğuna işaret eden alanyazın oldukça kapsamlıdır (Gözden geçirme çalışmaları için bkz.: Ahn ve Davis, 2020; Allen, Kern, Rozek, McInerney ve Slavich, 2021; Hatcher, 2013).

Özet olarak, sosyal sermaye kavramı popülerleşmeden önce de tekil olarak bileşenlerinin sağlıkla ilişkilerine dair araştırmalar mevcuttur (Berkman ve Glass, 2000). Gelecek bölümde daha kapsayıcı bir kavram olarak BSS'nin ölçümü ele alınmış olup ardından gelen bölümde güven, karşılıklılık ve aidiyet duygusu gibi tekil bileşenleri yerine BSS'yi içeren sağlık araştırmalarına odaklanılmıştır.

1.2.5.2.2.2. Bilişsel Sosyal Sermayenin Ölçümü

Sosyal sermaye alanyazınında tanım ve kavramsallaştırmalarda gözlenen çeşitlilik ölçüm araçlarına da yansımış; sosyal sermayenin ampirik olarak nasıl değerlendirilebileceğine ilişkin bir araçta henüz bir fikir birliği sağlanmamıştır. Kavramın çok boyutlu doğasının da etkisiyle genellikle sistematik olmayan, pragmatik bir şekilde ölçümlenmektedir (Flap, 1999). Araştırmacılar genellikle kendi araştırma bağlamlarına uygun önemli bileşenleri veya etkenleri belirleme ve kendi araçlarını geliştirme eğiliminde oldukları için İngilizce alanyazında ilgilenilen bağlama uygun olarak kullanılabilecek veya değiştirilebilecek birçok farklı ölçüm aracı bulunmaktadır (Claridge, 2017).

Ölçümler için üzerinde uzlaşılmış yöntemlerin eksikliği doğrultusunda alanyazındaki bazı ölçüm araçları sosyal sermayeyi üyesi olunan topluluk (örn.

dernek, kulüp) veya katılımlı etkinlik sayısı gibi yalnızca yapısal özellikleriyle değerlendirirken (örn. Abbasi, Wigand ve Hossain, 2014; Wasserman ve Faust, 1994) bazı ölçüm araçları güven ve ait olma duygusu gibi yalnızca bilişsel bileşenleriyle (Bullen ve Onyx, 2000; Boehm, Eisenberg ve Lampel, 2011); bazılarıysa hem yapısal hem de bilişsel boyutlarıyla bir arada değerlendirmektedir (Putnam, 2000; van Schaik, 2002). Buna ek olarak öncesinde ele alındığı üzere bilişsel sosyal sermayenin farklı türleri olan dayanışmacı, aracı ve bağlayıcı sosyal sermayeyi ayrıca değerlendiren ölçüm araçları da bulunmaktadır (Johnston, Tanner, Lalla ve Kawalski, 2013; Petersen ve Johnston, 2015). Türkiye’de ise sosyal sermayenin ölçümüne ilişkin oldukça az çalışma bulunmaktadır (Gözden geçirme çalışması için bkz: Büyükelikmen, 2015).

Claridge (2017) araştırmalarda kullanılan ölçüm aracının ilgili kuramsal sosyal sermaye anlayışıyla bağlantılı olmasına özen gösterilmesi konusunda uyarmıştır. Bu nedenle mevcut çalışma için sosyal uyum yaklaşımıyla bilişsel sosyal sermayeyi değerlendiren geçerli ve güvenilir bir ölçüm aracının kullanılması hedeflenmiştir. Bu doğrultuda alanyazın incelendiğinde Türkiye’de bilişsel sosyal sermaye olarak isimlendirilen bir araç olmadığı; Liao ve Welsch (2005) tarafından geliştirilen ve SS’yi yapısal ve ilişkisel olmak üzere iki boyutlu ölçmeyi amaçlayan Sosyal Sermaye Ölçeği’nin Karabey (2009) tarafından yapılan uyarlama çalışmasının faktör analizi sonucunda tek boyutlu bir yapı elde edildiği görülmüştür. Öte yandan Uçar (2016) tarafından geliştirilen sosyal sermaye ölçeğinin alt boyutlarının kuramsal çerçevede bilişsel sosyal sermaye ile örtüştüğü görülmüştür. Bu alt boyutlar, yöntem bölümünde daha detaylıca ele alındığı üzere stratejik güven, genelleştirilmiş güven, kurumsal güven, ortak değerler ve grup aidiyeti olup mevcut çalışmada bilişsel sosyal sermaye bu alt boyutların toplam puanı alınarak hesaplanmıştır.

1.2.5.2.2.3. Bilişsel Sosyal Sermaye ve Sağlık

Sosyal sermayenin sağlığın hem yaşam süresi, intihar oranı, bildirilen sağlık durumu gibi çeşitli fiziksel göstergeleriyle hem de zihinsel bozukluklar, iyi oluş, depresyon, iyimserlik ve yaşam kalitesi gibi zihinsel göstergeleriyle ilişkilerini ortaya koyan alanyazın giderek genişlemektedir (Gözden geçirme çalışmaları için bkz., Ehsan, Klaas, Bastianen ve Spini, 2019; Simandan, 2021; Şavran, 2018). Bu

doğrultuda bilişsel boyutunu ayrıca inceleyen çalışmalarda da artış olmakla birlikte kuramsal çeşitlilik nedeniyle farklı kavramsallaştırmalar ve ölçümler olması araştırma bulgularının çalışmalar arasında karşılaştırılmasını zorlaştırmaktadır (Cao, Li, Zhou ve Zhou, 2014; Ehsan ve de Silva, 2015). Bu nedenle mevcut bölümde alanyazında bilişsel sosyal sermaye olarak kavramsallaştırılan yapıların içeriğine ayrıca yer verilmiş olup sağlığın çeşitli göstergeleriyle olan ilişkilerinin gözden geçirilmesi hedeflenmiştir.

Sosyal sermayenin kilit bileşeni olarak kavramsallaştırılan, hatta Fukayama'ya (1995) göre sosyal sermayeye eş olan güven, özellikle genelleştirilmiş güven, ile sağlık arasındaki ilişkilere dair uluslararası alanyazında geniş bir araştırma havuzu bulunmaktadır (Gözden geçirme çalışmaları için bkz: Devine, Gaskell, Jennings ve Stoker, 2020; İslam ve ark., 2006). Bilişsel sosyal sermayenin de toplum sağlığı alanına tanıtılması Wilkinson, Kawachi ve Kennedy'nin (1998) genelleştirilmiş ve kurumsal güvene karşılık gelecek şekilde sosyal güven ile ölümlülük arasındaki ilişkiyi inceledikleri çalışmalarıyla olmuştur (Ferlander, 2007). ABD'de 39 eyaletten 7679 katılımcının verilerinin incelendiği çalışmada sosyal güvenin -intihar hariç- tüm nedenlere bağlı ölümlülük (all-cause mortality) ile yüksek bir ilişki gösterdiği ($r = .76$) bulgulanmıştır. Kawachi ve arkadaşları (1997) da ABD'de yürüttükleri bir çalışmada gelir eşitsizliği arttıkça güvenin azaldığını ve her ikisinin de öz-bildirime dayalı sağlık (self-rated health) ile tüm nedenlere bağlı ölümlülük olmak üzere sağlığı olumsuz etkilediğini bulmuşlardır. Benzer şekilde kültürlerarası çalışmalarda da genelleştirilmiş güven ile algılanan sağlık arasında olumlu ilişkiler bildirilmiştir (örn. Hyppa ve Maki, 2001; Rose, 2000; Van Groezen, Jadoenandansing ve Pasini, 2011). Fiziksel sağlığa ilişkin göstergelerin yanı sıra alanyazında güven ile zihinsel sağlık arasında tutarlı bir şekilde pozitif yönde anlamlı ilişkiler bildirilmektedir (örn. Giordano ve Lindström, 2015; Hamano ve ark., 2010). Ancak BSS'yi güvenin yanı sıra ortak değerler ve ait olma duygusu gibi diğer bileşenleriyle de birlikte değerlendiren çalışmalar oldukça kısıtlıdır.

Ehsan ve De Silva (2015) depresyon ve anksiyete bozukluklarından oluşan yaygın zihinsel bozuklukları (common mental disorders) ile sosyal sermaye arasındaki ilişkiyi inceledikleri sistematik derleme çalışmalarında ($N = 39$) BSS'nin ölçümünde

güvenin (genelleştirilmiş ve kurumsal) yanı sıra sosyal destek (komşuluk ilişkilerinde algılanan destek) ve topluluk duygusu (sense of community, toplum içinde kendini evinde hissetme, ait olma duygusu) boyutlarını da içeren araştırmaları dahil etmiştir. Çalışma bulguları yapısal sosyal sermaye için ilişki yokken BSS'nin daha düşük yaygın zihinsel bozukluk riski ile ilişkili olduğunu ortaya koymuş; iyi oluşun geliştirilmesi ve zihinsel bozuklukların önlenmesi için BSS'nin etkililiğine ilişkin yeterli kanıt olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Öte yandan Almanya'da yaşayan Afrikalı göçmenlerle yürütülen bir çalışmada yapısal eşitlik modeli bulguları hem grup yoğunluğu (group density) ve ağ çeşitliliği (network diversity) ile nitelenen YSS'nin hem de genelleştirilmiş güven, kurumsal güven ve bütünleşme ile nitelenen BSS'nin DSÖ'nün yaşam kalitesine ilişkin ölçüm aracından (WHOQOL-Bref) alınan skorları yordadığını göstermiştir (Adedeji, Silva ve Bullinger, 2019).

Fiziksel sağlıkla ilişkili olarak ise Gilbert ve arkadaşları (2013) katılımı (üye olunan topluluk ile katılınan etkinlik sayısı) değerlendirilen yapısal sosyal sermayenin yanı sıra güven, karşılıklılık, topluluk hissi ve algılanan sosyal destek olmak üzere BSS'nin bileşenleri ile bildirilen sağlık ve tüm nedenlere bağlı ölümlülük arasındaki ilişkilere dair 39 araştırmayı kapsayan bir meta-analiz yapmışlardır. Araştırma bulguları sağlığın iyi olma ihtimalinin karşılıklılık tarafından %39 (GA %95= %21, %60), güven tarafından %32 (GA %95= %19, %46), topluluk hissi tarafından %28 (GA %95= %10, %49), sosyal destek tarafından %30 (GA %95= %13, %50) ve katılım tarafından %20 (GA %95= %25, %41) arttığını göstermiştir. Bu çalışmalar YSS'ye kıyasla BSS'nin hem fiziksel hem de zihinsel sağlık sonuçları açısından daha önemli bir etken olduğuna işaret etmektedir.

Sosyal sermayenin sağlıkla ilgili yaşam kalitesi ile ilişkilerini inceleyen az sayıda çalışma bulunmaktadır. Avustralya'da İşçi Dinamikleri Anketi'nden alınan verilerle 15 yaş ve üzeri katılımcılarda (N= 11709) yürütülen çalışmada BSS ait olma duygusu, destek, güven ve karşılıklılık bileşenleriyle kavramsallaştırılmıştır (Berry ve Welsh, 2009). Çoklu hiyerarşik regresyon analizi bulguları yaş, cinsiyet, eğitim, fiziksel sağlık durumu, yalnız yaşama ve yoksulluk değişkenleri kontrol edildiğinde hem YSS hem de BSS'nin KF-36'nın genel sağlık, fiziksel işlevsellik ve zihinsel sağlık alt boyutlarını yordadığını göstermiştir. Yine Avustralya'da hane halklarına

(households) yönelik ulusal düzeyde temsili bir boylamsal panel araştırmasında (Lee, Lin ve Magee, 2020) 18 yaş ve üzerindeki katılımcıların (N= 16637) güven, ortak değerler ve aidiyete ilişkin algılarını değerlendiren BSS'nin sosyodemografik değişkenler, yaşam tarzı etkenleri (sigara ve alkol kullanımı ile fiziksel aktivite) ve KF-36'nın iki yıl önceki fiziksel ve zihinsel sağlık özet skorları kontrol edildiğinde güncel zihinsel sağlık özet skorunu yordadığı; ancak fiziksel sağlık özet skorunu yordamadığı bulgulanmıştır. Yazarlar BSS ile zihinsel sağlık arasındaki yolların fiziksel sağlıkla olandan daha kısa olabileceğini belirtip olası aracı veya biçimlendirici etkenlerin çalışılmasını önermiştir. Çin'de yetişkin tip 2 diyabet hastalarıyla yürütülen bir çalışmada ise (N= 436) güven, karşılıklılık, sosyal destek ve bütünleşme (cohesion) ile kavramsallaştırılan BSS'nin KF-36'nın fiziksel sağlık ve zihinsel sağlık özet skorlarını yordarken yapısal sosyal sermayenin yordamadığı bulgulanmıştır. Lojistik regresyon modelinin uygulandığı çalışmada sosyoekonomik durum ve sağlıkla ilişkili risk faktörleri (sigara içme durumu, fiziksel aktivite, kronik hastalık yükü) kontrol edilmiştir. Bu araştırmaların bulguları doğrultusunda BSS'nin fiziksel sağlıkla olan ilişkisinin zihinsel sağlıkla olandan daha zayıfken hasta gruplarında bu ilişkinin güçlendiği düşünülebilir.

Şavran (2018) Türkiye'de sosyal sermayenin sağlıkla olan ilişkisinin derlemeler ile ele alındığını; herhangi bir ampirik çalışma olmadığını belirtmiştir. Yazarın bilgisine göre Türkiye'de SS ile zihinsel ya da fiziksel sağlık sonuçlarına ilişkin iki tez çalışması bulunmaktadır. Birinde Kepenek (2021) yaşları 20-40 arasında değişen genç yetişkinlerde (N= 497) umut ve sosyal sermayenin psikolojik iyi oluşla ilişkilerini incelediği tez çalışmasında ölçüm aracı olarak Onyx ve Bullen (2000) tarafından geliştirilen ve sosyal sermayenin güven, aidiyet ve kişisel farklılıklara toleranslı olma gibi bilişsel unsurlarının yanı sıra bireyin içinde bulunduğu toplumda yaşamı yönlendiren yerel yönetim, küçük çalışma grupları gibi resmi olan veya olmayan yapılarda gönüllü olarak rol alıp almadığı gibi yapısal unsurlarının da ölçümlendiği Sosyal Sermaye Ölçeği'ne (Ardahan, 2012) başvurmuştur. Korelasyon analizleri sosyal sermayenin umut ve psikolojik iyi oluş ile pozitif yönde ve orta düzeyde anlamlı ilişkiler ortaya koyduğunu; regresyon analizleri ise sosyal sermayenin psikolojik iyi oluştaki varyansın %26'sını açıkladığını göstermiştir. Diğer çalışmada

(Kuşcu, 2006) ise sağlık çalışanlarında (N= 160) benzer şekilde SS'yi sosyal destek, birliktelik, güven ve katılım gibi her iki boyutu da kapsayan bileşenlerle değerlendiren Marmara Sosyal Sermaye Anketi'ne (Kuşcu, Altunel ve Harmancı, 2001) başvurulmuş olup katılımcıların SS ile öz bildirime dayalı fiziksel ve zihinsel sağlık puanları arasında düşük düzeyde anlamlı ilişkiler ($r=.30-.45$ aralığında, $p<.0001$) bildirilmiştir. Alanyazında Türkiye'de SS'nin bilişsel boyutunu ayrıca değerlendiren bir çalışma görülmemekle birlikte sağlıkla ilgili yaşam kalitesiyle olan ilişkileri de yazarın bilgisine göre incelenmemiştir.

Özet olarak mevcut alanyazın YSS'ye kıyasla BSS'nin sağlıkla ilişkilerinin daha güçlü olduğunu ortaya koymaktadır. Ayrıca BSS ile zihinsel sağlık arasındaki ilişkilerin fiziksel sağlıkla olan ilişkilerden daha güçlü olduğu söylenebilir. Bununla birlikte BSS'nin sağlıkla ilişkilerini inceleyen alanyazın gelişime oldukça açık görünmektedir (Ahn ve Davis, 2020). İskandinav ülkeleri gibi görece güçlü refah devletleri ve gelişmiş ekonomileri olan ülkelere göre daha zayıf olduğu bildirilmiştir (Maas, 2016). Bu nedenle gelişmekte olan bir ülke olarak Türkiye'de bu ilişkilerin incelenmesinin sağlığın korunması ve geliştirilmesi alanında yapılacak politikalara ışık tutacağı umulmaktadır. Buna ek olarak BSS'nin sağlıkla ilişkisini açıklamaya yardımcı olabilecek psikososyal etkenlerin ampirik olarak incelendiği çalışmalar da oldukça kısıtlıdır (Adelinejad ve ark. ,2022; Fiet ve ark., 2022; Mato ve Tsukasaki, 2017b). Bu bağlamda BSS'nin sağlığın çeşitli göstergeleri üzerindeki etki mekanizmasını anlamaya yönelik çalışma alanı genişlemeye açık görünmektedir.

1.2.5.3. Sosyodemografik Özellikler ve Hastalık Yükü ile Bütünlük Duygusu ve Sağlık Arasındaki İlişkiler

Sosyodemografik özellikler, daha önce de belirtildiği üzere, genelleştirilmiş direnç kaynağı (GDK) veya genelleştirilmiş kaynak eksikliği (GKE) işlevi görerek BD ve SiYK değişkenleri için karıştırıcı bir etkiye neden olma potansiyeline sahiptir. Karıştırıcı değişkenler hem bağımsız hem de bağımlı değişkenlerle ilişkili olan ve bu değişkenler arasındaki ilişkilerin belirlenmesini zorlaştıran konu dışı (extraneous) etkenlerden oluşmakta olup sahte ilişkilere yol açabileceği gibi gerçek etkileri gizleme

olasılıkları da bulunmaktadır. Bu nedenle ampirik çalışmalarda olası karıştırıcı değişkenlerin göz önünde bulundurulması araştırmanın güvenilirliği, iç geçerliği (internal validity) ve bulguların genelleştirilebilirliğine katkıda bulunur (Skelly, Dettori ve Blodt, 2012). Mevcut çalışmada yukarıda belirtildiği üzere sonuç değişkeni olarak sağlıkla ilgili yaşam kalitesine ek olarak ilgili bölümlerde ayrıca ele alındığı üzere yordayıcı değişkenler olarak bütünlük duygusu, psikolojik dayanıklılık ve bilişsel sosyal sermaye ile bildirilen ilişkileri nedeniyle karıştırıcı değişkenler olarak sosyodemografik özellikler, hastalık yükü (disease burden) ve çalışmanın verileri pandemi döneminde toplandığı için COVID-19'la ilgili olumsuz duygu şiddeti belirlenmiştir.

Salutojenik model kapsamında yaş, cinsiyet, eğitim ve gelir düzeyi gibi sosyodemografik değişkenler BD üzerindeki etkilerine bağlı olarak GDK veya GKE olarak düşünülebilir. Araştırmalar yaş, eğitim ve gelir düzeyi arttıkça BD'nin güçlendiğine (örn., Geulayov ve ark., 2015; Wainwright ve ark., 2008) ve cinsiyetin toplumsal ve kültürel bağlama göre GDK veya GKE işlevi görerek BD'yi olumlu ya da olumsuz yönde etkileyebildiğine (örn., Rakizadeh ve Hafezi, 2015; Skarsater ve ark., 2009) işaret etmektedir. Bu nedenle ampirik çalışmalarda BD ile sağlık sonuçları arasındaki ilişkiyi yorumlamak açısından sosyodemografik değişkenlerin nasıl işlev gördüğünü anlamak önem taşımaktadır.

Çalışmada kontrol edilmesi planan diğer olası karıştırıcı değişken olarak hastalık yükünün, daha önce de belirtildiği üzere kronik fiziksel ve zihinsel sağlık durumlarının yaygınlığı, bunların diğer sağlık durumlarıyla olan ilişkileri ve gündelik işlevsellik üzerindeki etkileri göz önünde bulundurulduğunda özellikle fiziksel SiYK'e ilişkin bir GKE işlevi göreceğini düşünmek mümkündür (Bayliss ve ark., 2012; Dattani, Richie ve Roser, 2021). Bununla birlikte bazı bireyler hastalık yüklerine rağmen iyi bir yaşam sürdürdüklerini bildirmektedir (Abu Shakra ve ark., 2006; Bayliss, Ellis ve Steiner, 2007). Bu nedenlerle Bayliss, Ellis ve Steiner (2005) öz-bildirime dayalı komorbid durumların (örn. hipertansiyon, göz bozukluğu, kalp hastalıkları) sayısı ve her birinin ağırlıklandırılmış günlük etkinlikleri engelleme derecesi olarak tanımladıkları hastalık yükünün toplum sağlığı çalışmalarında değerlendirilmesinin önemli olduğunu belirtmişlerdir. Ayrıca bütünlük duygusu,

psikolojik dayanıklılık veya sosyal sermaye gibi psikososyal kaynakların bireylerin öznel hastalık yüklerinin yanı sıra birçok stresörle baş etmelerine yardımcı olabileceği ve sağlığı koruyucu ve geliştirici bir işleve hizmet edeceği düşünülebilir (Savitz ve Bayliss, 2021).

Son olarak, çalışmanın verileri toplumda çeşitli sağlık problemlerine (depresyon, uykusuzluk, stres vb.) neden olan (Gürcan ve ark., 2022; Torales ve ark., 2020) COVID-19 pandemisi sürecinde toplandığı için COVID-19 hakkında hissedilen olumsuz duygu şiddetinin (korku, kaygı, üzüntü) katılımcılarda SiYK'i etkilemesi mümkündür. Bu nedenle mevcut çalışmada sosyodemografik değişkenler ve hastalık yüküne ek olarak COVID-19'a ilişkin olumsuz duygu şiddeti de kontrol değişkeni olarak kullanılacaktır.

Bütünlük duygusuna benzer şekilde sağlığın çeşitli boyutlarıyla ilişkili, pozitif sağlık yönelimli başka yapılar da bulunmakta olup sağlıkla ilişkilerini birlikte ele alan sınırlı sayıda çalışma bulunmaktadır. Gelecek sağlığı koruyucu ve geliştirici başka bir psikososyal kaynak olarak psikolojik dayanıklılık ele alınacaktır.

1.3. Psikolojik Dayanıklılık

Psikolojik dayanıklılık kavramı uluslararası literatürde farklı tanımlarla yer almakla birlikte ulusal literatürde farklı ifade biçimleri bulunmaktadır. Basım ve Çetin (2011) kavram uzlaşısı sağlamak amacıyla psikoloji ve psikiyatri alanlarında kavramla ilgili çalışan öğretim üyelerinden (N= 23) bu kavramın önceki çalışmalarda Türkçe karşılığı olarak geçen 10 isimlendirmeyi (Kendini toparlama gücü, toparlanma, güçlülük, psikolojik güçlülük, dirençlilik, yılmazlık, sağlamlık, psikolojik dayanıklılık, dayanıklılık, psikolojik sağlamlık) kavramı ne derece karşıladıkları konusunda yedi noktalı bir ölçek üzerinde değerlendirmelerini istemiştir. Anket sonuçları İngilizce karşılığı “resilience” olan bu olguyu en iyi açıklayan ifadenin “psikolojik dayanıklılık” olarak değerlendirildiğini gösterdiği için bu çalışmada psikolojik dayanıklılık (PD) ifadesi kullanılmıştır.

Psikolojik dayanıklılık, bütünlük duygusuna benzer şekilde biyomedikal yaklaşımın dışladığı, özellikle son yıllarda artan düzeyde ilgi gören pozitif psikoloji

kavramlarından biridir (Horasan, 2021). Gittikçe popülerleşen bir kavram olmasına rağmen alanyazında üzerinde uzlaşa sağlanmış net bir tanım bulunmamaktadır. Amerikan Psikiyatri Derneği (2014) psikolojik dayanıklılığı “zorluk, travma, trajedi, tehdit veya önemli bir stres kaynağı karşısında iyi uyum gösterme süreci” olarak tanımlamaktadır. Mevcut model ve yaklaşımlarda ise PD çeşitli epistemolojileri, ontolojileri ve metodolojileri yansıtan bir dizi disiplin üzerinden tanımlanmaktadır (Derleme çalışması için bkz. Southwick, Bonanno, Panter-Brick ve Yehuda, 2014). Bununla birlikte çoğu tanım *zorluk* (adversity) ve *pozitif uyum* (positive adaptation) olmak üzere iki temel kavram çevresinde temellendirilmiştir. Süregelen gündelik uğraşılardan önemli yaşam olaylarına kadar farklılaşan zorluklara yanıt olarak

PD bireyin işlevselliğini, varlığını ve gelişimini koruma ve sürdürme işlevi gören bir yapıya karşılık gelmektedir (Fletcher ve Sarkar, 2013).

Psikolojik dayanıklılığa ilişkin kavramsallaştırmaların zaman içinde farklı yaklaşımları benimsediğini ifade etmek mümkündür. Örneğin; erken dönem PD araştırmaları yoksulluk başta olmak üzere zorlu koşullardaki çocuk gelişimine odaklanmış olup çoğunlukla çocukları zihinsel bozukluk, işsizlik, suç işleme veya madde kullanımı gibi olumsuz sonuçlar için risk altında bırakan faktörleri; diğer bir deyişle risk faktörlerini tanımlamaya yönelmiş (Masten, 2001) ve sonuç değişkeni olarak hastalığın varlığı veya yokluğunu alarak (örn. Garnezy, 1971, Rutter, 1987) patojenik bir bakış açısını yansıtmıştır. Masten’a (2001) göre bu yönelim müdahale için (1) mümkünse riskin azaltılması ve (2) gerektiğinde tedavi uygulanması olmak üzere sadece iki stratejiye yer açmakla birlikte yüksek risk grubunda olmasına rağmen zorlukların üstesinden gelen ve hatta gelişim gösteren bireylerin göz ardı edilmesine neden olmuştur. Diğer taraftan; çağ veya kültür gibi farklı bağlamlarda uygulanabilecek sabit özellikleri (örn. kişilik) araştırmaya yönelerek salutojenik bir bakış açısını yansıtan erken dönem çalışmaların da bulunduğunu söylemek mümkündür (Wagner, McFee ve Martin, 2010). Daha güncel araştırmalarda ise PD dinamik ve bağlamsal; dolayısıyla yaşam boyu öğrenilebilir ve geliştirilebilir bir içsel uyum süreci olarak ele alınmaktadır (Luthar ve Cicchetti, 2000). Salutojenik yaklaşıma benzer şekilde PD araştırmalarının bakış açısı da stresin hastalığa neden olduğu varsayımına meydan okumaktadır.

Masten (2014) PD araştırmalarını gözden geçirdiği kitabında çalışmaların dört dalga üzerinden ilerlediğini önermiştir. Tanımlayıcı olan birinci dalgada risk veya zorluklar karşısında olumlu sonuçların doğmasını içeren fenomenin açıklanması ve ölçülmesiyle birlikte PD'nin yordayıcılarının saptanmasına yönelinmiştir. İkinci dalgada ise PD'nin sürecine odaklanılmış; risk bağlamında olumlu gelişimin nasıl sağlandığı incelenmiştir. Bu kapsamda birinci dalgada ön plana çıkan etkenlerin PD'ye nasıl katkıda bulunduğu ve bu etkenlerin birbirleriyle olan etkileşimlerine yönelik kuramlar geliştirilmiş; PD'yi geliştiren ve bireyi zorluklardan koruyan etkenlerin hem düşük hem de yüksek riskli çevrelerde çalıştığı bulgulanmıştır (O'Dougherty-Wright, Masten ve Narayan, 2013). Müdahale geliştirmeye yönelik üçüncü dalga araştırmalarda ise PD'nin nasıl teşvik edilebileceği araştırılırken PD'yi sağlayan süreç hakkındaki kuramların işlerliğinin sınanmasına yönelinmiş; bu doğrultuda programlar geliştirilmiştir (Masten, 2014). İlk müdahale çalışmaları olumsuz sonuca sahip olma riski yüksek olarak nitelenen bireylerde olumlu uyumu geliştirmeye yönelik olarak sonrasında randomize kontrol gruplarıyla çalışmalara geçilmiş; bu bağlamda müdahale için en uygun zamanlamanın zorlukların varlığında olup olmadığına yönelik tartışmalar doğmuştur (O'Dougherty-Wright, Masten ve Narayan, 2013). Genetik, istatistik, nörobilim ve nörogörüntüleme alanlarındaki ilerlemelerle şekillenen ve günümüzü kapsayan dördüncü dalga PD araştırmaları ise biyopsikososyal yaklaşıma paralel olarak gen ve deneyim, birey ve bağlam arasındaki etkileşimleri çok seviyeli (örn. birey, aile, toplum), multidisipliner ve bütüncül bir yaklaşımla ele almaya yönelerek “Genetik farklılıkların PD'deki rolü nedir?”, “Bireylerin travmatik deneyimler karşısındaki duyarlılığı farklılaşmakta mıdır?”, “Toplumlar ve kurumlar PD'yi nasıl geliştirebilir?” gibi sorulara cevap bulmaya çalışmaktadır. O'Dougherty-Wright, Masten ve Narayan (2013) dördüncü dalga araştırmaların çoğunda PD'nin biyolojik ve nörobilimsel temeline odaklanıldığını belirtmiştir. Bu doğrultuda gelecek bölümde kabaca kronolojik olarak öncelikle PD'nin hastalığın yokluğu olarak kavramsallaştırılmasından (örn., Garnezy, 1971) mevcut çalışmanın desteklediği şekilde bir sağlık kaynağı olarak kavramsallaştırılmasına (örn. Antonovsky, 1979; Bonanno, 2004) kadar uzanan alanyazının derlenmesi hedeflenmiştir.

1.3.1. Gelişimsel Psikoloji Alanında Psikolojik Dayanıklılık Yaklaşımları

Psikolojik dayanıklılık araştırmalarının kökeni Garnezy'nin (1971) şizofrenili hastaların çocuklarıyla yaptığı bir araştırmaya dayanmaktadır. Bu çalışmada Garnezy yüksek risk grubu olarak gördüğü bu çocuklardan bazılarının sağlıklı ve uyumlu örüntüler göstermelerini şaşkınlıkla karşılamış ve bu çocukların beklenmedik şekilde yüksek olan işlevselliklerinin nedenlerini incelemeye karar vermiştir. Böylece ilk PD çalışmaları risk grubunda olmalarına rağmen sağlıklarını sürdürebilen çocuklarla yürütölmeye başlanmıştır. Garnezy'ye göre PD, zorlayıcı ve tehdit edici koşullara rağmen başarılı bir uyum süreci, uyum sonucu ya da bu uyumu göstermeye dair kapasiteye sahip olmaya karşılık gelir (Garnezy ve Masten, 1991, s. 459). Buna göre, dayanıklılığın temel unsuru bireyin iyileşme kapasitesi ve travma öncesi kapasitesine/uyumuna dönüş yeteneğindedir. Ayrıca zorlayıcı bir yaşam olayı ile karşılaşan bir bireyin yaşayabileceğı tek sonuç psikopatoloji değildir. Bu bağlamda, patoloji (ya da yokluğu) perspektifinden çalışan Garnezy bilişsel beceriler, motivasyon gibi faktörlerin zihinsel bozuklukları önlemede önemli ipuçları olup olmadıklarına da dikkat çekerek, koruyucu faktörlere dair araştırmaların da kapısını açmıştır (Konnikova, 2016).

Man Ada'sındaki çocuklarla epidemiyolojik çalışmaların yanı sıra Roman yetimhanelerindeki çocuklarla boylamsal çalışmalar yürüten çocuk psikiyatristi Michael Rutter ise, Garnezy ile benzer şekilde psikopatolojinin yokluğuna odaklanmış; risk ve koruyucu faktörleri çalışmıştır (Blaney, 2017). PD'yi "çevresel riske karşı nispi direnç, stresin veya zorlukların üstesinden gelinmesi veya risk deneyimlerine rağmen görece iyi bir sonuç elde edilmesi" olarak tanımlayan Rutter (2012a, s. 34) PD çalışmaları için risk etkenlerine verilen tepkilerde bireysel farklılıkların önemine işaret etmiştir (Rutter, 2006). Ayrıca yoksulluk, topluluk şiddeti (community violence), ebeveyn zihinsel bozukluğu gibi risk etkenlerinin eş zamanlı var olmasının sinerjik bir etki yaratarak tekil varlıklarına kıyasla çok daha olumsuz sonuçlar doğurabileceğini göstermiştir (Rutter, 1979). Rutter (2012a) çalışmalarını patoloji ve psikopatoloji risklerine odaklamakla birlikte sağlığın geliştirilmesi bakış

açısına paralel bir şekilde stresörlerin aşılma işlevi görerek güçlendirici bir etkisi olabileceğini, “çelikleştirme etkisi” olarak ifade etmiş; ancak PD’nin gelişiminin biyoloji, özellikle genetik ve epigenetik tarafından sınırlandırıldığını da altını çizmiştir.

Psikolojik dayanıklılığa ilişkin süreçlerin tanımlanmasına yönelik tartışmalara öncülük eden Rutter (1987) risk etkilerinin azaltılması için doğrudan riskin deneyimini değiştirmek (örn. çocuğu hastane yatışından önce hazırlamak), risk maruziyetini değiştirmek (örn. yüksek riskli çevrelerde ebeveyn süpervizyonu sağlayarak), risk etkilerini sürdüren olumsuz zincirleme tepkileri engellemek ve özgüveni arttırmak gibi çeşitli yollar önermiştir. Araştırma alanında risk faktörlerinin yanı sıra koruyucu faktörlere de yönelerek indirgemeci bir yaklaşımdan sakınılmasını öneren Rutter (2006) PD’nin temelinde güvenli/tutarlı sevgi bağları ile başarı deneyimlerinin yer aldığını ifade etmiştir. Ayrıca hedef belirleme, amaç edinme, öz saygı/güven, stresle başa çıkarken duruma uyum sağlama, değişme yeteneği, sosyal problem çözme becerileri, stres karşısında mizah yapabilme, stresin güçlendirici etkisine yönelme, stresle başa çıkma için sorumluluk alma gibi özelliklerin de koruyucu işlev gördüğünü eklemiştir. Rutter’ın 20 yılı aşkın süredeki çalışmaları ağırlıklı olarak hastalık risklerine odaklansa da daha güncel bir çalışmasında sosyal zorluklar (örn. istismar, ihmal, sosyal dezavantaj) karşısında psikopatoloji içeren ya da içermeyen stres tepkilerindeki heterojenliğe dikkat çekmiş; çevresel etkenlerin kavramsallaştırılması, sınıflanması ve ölçümüne yönelik çalışmalara ihtiyaç duyulduğunu belirtmiştir (Rutter, 2012b). Rutter (1987) ve Garnezy’nin (1971) çalışmaları doğrultusunda PD’nin gelişiminde etkili faktörler olarak çocukların kendi özellikleri, ailelerinin özellikleri ve daha geniş sosyal çevrenin niteliği ön plana çıkmaya başlamıştır.

Klinik ve gelişimsel psikolojiye dair bilgileri bir arada değerlendiren Luthar ve arkadaşları (Luthar, Cicchetti ve Becker, 2000) ise PD’yi “önemli zorluklar bağlamında pozitif uyumu kapsayan dinamik bir süreç” (s. 543) olarak tanımlayarak alanyazında ilk defa PD’nin sabit bir kişilik özelliği ya da sonuçtan ziyade dinamik bir süreç oluşunu vurgulamışlardır. Risk olarak da adlandırılan zorluk/sıkıntı (adversity), tipik olarak, uyum zorluklarıyla istatistiksel olarak ilişkili olduğu bilinen olumsuz yaşam koşullarını kapsarken; pozitif uyum ise davranışsal olarak ortaya çıkan sosyal yeterlilik veya gelişimsel aşamaya uygun (stage-salient) görevleri yerine getirme

başarısı üzerinden tanımlanmıştır (Luthar ve Cicchetti, 2000). Bu kavramsallaştırma ile PD'nin mutlak ve değişmez olmadığı, zorluklara rağmen olumlu uyumun kalıcı olmadığı; daha ziyade, değişen yaşam koşullarıyla ortaya çıkan yeni kırılگانlıklar ve güçlü yönlerle birlikte gelişimsel bir ilerleme olduğu kabul edilmeye başlanmıştır (Luthar, 2006). Ayrıca, öncesinde Garnezy ve Rutter'ın çalışmalarıyla hastalık varlığı veya yokluğu ile olan ilişkileri üzerinden değerlendirilen PD'nin tanı durumundan bağımsız, daha geniş bir bağlamda değerlendirilmesinin kapıları aralanmıştır. Bununla birlikte PD araştırmaları risk ve koruyucu faktörleri tanımlamanın yanı sıra bireylerin karşılaştıkları zorluklarla baş etme süreçlerinin incelenmesine yönelmiştir (Luthar, Cicchetti ve Becker, 2000).

Luthar ve meslektaşları çeşitli biyolojik, psikolojik ve sosyal risk ve koruyucu faktörlerin PD üzerindeki etkisinin çalışılmasını teşvik ederek PD'nin çok disiplinli ele alınmasının ilk savunucularından olmuşlardır (Cicchetti ve Rogosch, 1996; Luthar ve Cicchetti, 2000). Çalışmalarında atıfta bulundukları *eş sonluluk* (equifinality) kavramı ile birçok farklı etkenin aynı sonuca yol açabileceğini; *çoğul sonluluk* (multifinality) kavramı ile ise belirli bir etkenin çok sayıda gelişimsel sonuçlar doğurabileceğini önererek bütüncül bir yaklaşımı desteklemişlerdir.

Özetle, gelişimsel bakış açısıyla yürütölen erken dönem araştırmalar PD ile ilişkili bazı etkenlerin belirlenmesinde önemli bir rol oynamakla birlikte PD'nin sürecine ilişkin bütüncül bir kavrayış sağlamak için olumlu ya da olumsuz sonuçlara götüren sistemik etkileşimlerin çalışılması ihtiyacı doğmuştur.

1.3.2. Psikolojik Dayanıklılığa İlişkin Bütünleştirici Yaklaşımlar

Psikolojik dayanıklılık araştırmalarının odağı değişimin dinamik sürecine ve bağlamsal etkenlere yöneldikçe aile ötesi ilişkiler ve sistemler önem kazanmış; biyolojik, sosyal ve kültürel süreçleri göz önünde bulunduran bütünleştirici kuram ve modeller öne sürölmüştür (Wright, Masten ve Narayan, 2012). Mevcut bölümde bu doğrultuda öne çıkan bazı PD kavramsallaştırmalarının derlenmesi hedeflenmiştir.

Psikolojik dayanıklılığın bir süreç olarak ele alınmasına ek olarak Richardson (2012) ilk defa bu sürecin bireysel ve kolektif yönlerine vurgu yapmıştır. Richardson’a göre PD, “istenen nitelik ve erdemlerin aşılarının alınması ile insanları kapasitelerini arttırmaya güdüleyen ve yönlendiren içsel bir güç”tür. Richardson (2002) ayrıca PD’nin üç dalga üzerine inşa edilmiş bir metateorisini geliştirmiştir (Richardson, 2002). Bu dalgalar: (1) bireylerde PD’nin niteliklerinin çalışılması, (2) bu niteliklerin değerlendirilmesi ve bir araya getirilmesiyle zorluklardan doğan uyum ve gelişimin *yeniden bütünleşme* (reintegration) olarak tanınmasını içeren bir süreç tanımı ve (3) PD’nin bireylerde ve gruplarda motivasyonel bir güç olarak çok disiplinli bir şekilde ele alınmasıdır. Richardson birinci dalgada ele aldığı PD’nin özelliklerini (resilience) ve ikinci dalgada ele aldığı PD sürecini (resiliency) farklı kavramlarla ifade etmiş ancak bu girişim alanyazında birbirleri yerine kullanımlarla daha fazla kavramsal karışıklık doğurduğu için sonrasında Masten (2014) bu terimleri zorluklara pozitif uyum sağlayan dinamik bir süreç (resilience) ve zorluklarla ilgili olan veya olmayan karakter özellikleri (resiliency) olarak yeniden tanımlamıştır. Richardson’ın (2002) kuramında bireyi bilgeliğin peşinden gitmeye, kendini gerçekleştirmeye, altruizme ve içsel bir güçle uyum içinde olmaya yönlendirmekle nitelenen PD için gerekli kaynaklar bireyin ekosisteminde sağlanmakla birlikte PD her bireyde mevcut olan bir kapasiteyi temsil etmektedir.

Benzer şekilde PD’nin olaylar ve zorluklar karşısında ne kadar yaygın olduğuna dikkat çeken Masten (2014) ise PD’yi “dinamik bir sistemin yaşayabilirliğini, işlevini veya gelişimini tehdit eden rahatsızlıklara başarılı bir şekilde uyum sağlama kapasitesi” (s.6) olarak tanımlamıştır. Tanımının molekül seviyesinden birey, aile, topluluk ve benzeri diğer toplumsal bağlamlara kadar çeşitli seviyelere uyarlanabileceğini vurgulayan Masten (2021) bireyin PD kapasitesinin bağlı bulunduğu diğer sistemlerin PD kapasitesini yansıttığını savunmuştur. Bununla birlikte PD’nin gelişiminde etkili olan koruyucu faktörler arasında sosyal bağlılık (connectedness), aidiyet hissi, anlam bulma, öz-etkinlik (efficacy) ve kolektif etkinlik gibi psikososyal değişkenlerin önemine işaret ederek PD’nin çok disiplinli çalışılmasını desteklemiştir.

Masten ve Cicchetti (2016) Gelişimsel Sistemler Kuramı (Developmental Systems Theory) ile PD'nin gelişimine ilişkin bazı ilkeler belirlemiştir. Bu ilkelere göre öncelikle canlı bir sistemdeki PD gelişimini etkileşim halindeki birçok sistem şekillendirir. Bütün sistemler dinamik olduğu için PD de yaşam boyu gelişim ve değişim içindedir. Zorlayıcı durumlara uyumlu cevaplar geliştirme kapasitesi birbirleriyle ilişkili olan sistemler tarafından belirlenir ve farklı seviyelerde (birey, kurum, aile vb.) kavramsallaştırılabilir. Karmaşık sistemlerin uyumu öz-sabitleme (self-stabilizing) veya dışsal eş-düzenleme (co-regulatory) sistemleri aracılığıyla dengeye dönme, daha düşük işlev sistemlerine bölünme, ölüm veya dönüşüm gibi farklı şekiller alabilir. Bireysel PD ise bireysel gelişimin yanı sıra biyolojik ve kültürel evrim mirası ile doğal veya inşa edilmiş dünyadaki birçok sistemin evrimi aracılığıyla şekillenir. Bu ilkeler kapsamında PD'nin gelişiminde içsel olduğu kadar dışsal sistemlerin (aile, topluluk, kültür) de etkili olduğu; PD'ye katkıda bulunan bazı kişisel özellikler olsa bile PD'nin bir kişilik özelliği olmadığı vurgulanmıştır.

Masten ve Obradovic (2006) dünya alanyazınından yola çıkarak bireysel PD için önemli rolleri olan bir grup adaptif sistem tanımlamıştır. Bunlar beynin öğrenme sistemleri (örn. problem çözme, bilgi işleme), bağlanma sistemi (örn. bakım verenlerle veya tinsel figürlerle yakın ilişkiler), yetkinlik (mastery) motivasyon sistemi (örn. öz-etkinlik süreçleri), stres tepki sistemleri (örn. alarm ve iyileşme sistemleri), öz-düzenleme sistemleri (örn. duygu düzenleme, yönetici işlevler), aile sistemleri (örn. ebeveynlik, beklentiler ve normlar), okul sistemi (örn. değerler ve beklentiler), akran sistemi (örn. arkadaşlık ve değerler) ve kültürel ve toplumsal sistemlerdir (örn. din, gelenekler, değerler). Bu sistemler hem beynin öz-düzenleme kapasitesi hem de insan ilişkilerinde ve kültürel geleneklerde gömülü olan sosyal düzenleme kapasitesiyle ilişki içindedir. Masten ve Obradovic'e (2006) göre bu sistemler erişilebilir olduğunda ve normal bir şekilde işlediğinde PD olağanken zorluklar sonucu bu sistemler zarar gördüğünde, bozulduğunda veya anormal gelişim gösterdiğinde PD veya daha geniş bir bakış açısıyla gelişim tehdit altına girmektedir. Bu doğrultuda PD'nin çoklu adaptif sistemlerden etkilenen bir sonuç değişkeni olduğunu düşünmek mümkündür.

Psikolojik dayanıklılığı çekirdek bir kavram olarak ele alan Wagnild ve Young'a (1990) göre ise PD "yaşamın talihsizlikleri karşısında cesaret ve uyum

gösteren bireyleri tanımlayan duygusal güç” (s. 254) ile PD’yi inşa eden beş özelliği kapsayan “anlam, azim (perseverance), soğukkanlılık (equanimity), kendi kendine yeterlilik (self-reliance) ve otantiklik (authenticity) ile yaşama kapasitesi”dir (Wagnild, 2009, s.105). *Anlam* yaşamın bir amacı olduğunun fark edilmesi ve bireyin katkılarının değer bulunmasına; *azim* zorluklara veya cesaretin kırılmasına rağmen dirayetli davranmaya; *soğukkanlılık* yaşamın neşe kadar acıları da bulundurduğunun bilincinde olarak deneyimlere dengeli bir bakış açısıyla yaklaşmaya; *kendi kendine yeterlilik* bireyin kendine ve becerilerine olan inancına ve *otantiklik* yaşamda paylaşılan deneyimler olsa bile her bireyin yaşam yolunun biricik olduğunun farkına varılmasına karşılık gelmektedir (Wagnild ve Young, 1990). Wagnild ve Young’ın yaş, cinsiyet, etnik köken ve benzeri farklı örneklerle yaptığı çalışmalar PD kavramlarının bağlamlar arasında aktarılabilirliğini ortaya koymuştur (Blaney, 2017).

Araştırmalarını çocuk ve ergen gruplarında yürüten Krovetz’in (1999) PD (resiliency) kuramında da Wagnild ve Young’a benzer şekilde PD’yi inşa eden özellikler sosyal yeterlilik, problem çözme becerileri, otonomi ve amaç olarak ifade edilmiştir. *Sosyal yeterlilik* diğerlerinden olumlu tepkiler alarak olumlu ilişkiler kurma becerisi; *problem çözme becerileri* bireyin kendisini kontrolde görerek plan yapabilme ve diğerlerinden yardım alabilecek şekilde kaynaklarını kullanabilme becerileri; *otonomi* bireyin bağımsız hareket edebilme ve çevresi üzerinde belli bir düzeyde kontrol sağlayabilme becerisi ve *amaç* bireyin hedeflerinin, azminin ve parlak bir geleceğe dair umudunun olması olarak tanımlanmıştır. Psikolojik dayanıklılık çalışmalarının odağını risk faktörlerinden koruyucu faktörlere kaydırmayı hedefleyen Krovetz’e göre bu özellikler her bireyde belli bir seviyeye kadar mevcut olmakla birlikte bu özelliklerin zorluklar karşısında uyum göstermeye yardımcı olacak kadar güçlü olması bireyin yaşamındaki koruyucu faktörlerin varlığına bağlıdır. Aile, okul ve toplumda olması gereken temel koruyucu faktörler ise ilgili bir çevre (çocuğu iyi bilen ve iyi oluşunu önemseyen en az bir ebeveynin varlığı), olumlu beklentiler (açıkça ifade edilmiş beklentiler ve amaç yönelimli desteğin varlığı) ve katılım (çocuğun diğerleriyle anlamlı ilişkiler kurması için fırsat ve sorumluluklarının olması) olarak tanımlanmıştır.

Psikolojik dayanıklılığı sosyal ekolojik bir bakış açısıyla ele alan Ungar'ın (2012) tanımına bakıldığında PD'nin kaynaklarına vurgu yaptığı görülmektedir. Ungar'a göre PD "akut, kronik ya da hem akut hem de kronik bir durumun birleşik etkisi ile karşı karşıya kalındığında baş etmeye, uyum göstermeye ve kaynaklardan faydalanmaya yönelik... gözlemlenebilen ve genellikle ölçülebilen süreçler"e (s. 387) karşılık gelmektedir. Zorluklara maruz kalma bağlamında PD bireylerin kendi iyilik hallerini sürdüren psikolojik, sosyal, kültürel ve fiziksel kaynakların varlığının yanı sıra bu kaynakların erişilebilirlik ve kullanılabilirlik kapasitelerini de içermektedir (Ungar, 2011). Ungar'ın (2008) kaynaklarda gezinme (navigation through sources) olarak ifade ettiği bu süreç bireyler veya gruplar (aile, topluluk vb.) arasındaki müzakerelerle (negotiation) şekillenmektedir. Dahası, Ungar'a göre bireyin fiziksel ve sosyal ekolojisinde kolaylaştırıcı bir işlev gören PD bireysel özelliklerden çok çevreden, kültüre uygun olan kaynaklarda gezinebilmekle sağlanmaktadır. Richardson'ın yaklaşımına benzer olarak Ungar (2011) da kültürlere göre farklılaşan zorlanmaların üstesinden gelmek için hem bireylerin hem de toplulukların deneyimlediği süreçleri PD kapsamına alarak PD'nin kolektif ve sosyal ekolojik yönlerine vurgu yapmış; bu doğrultuda yürütülen müzakerelerde kurumların ve devletlerin gerek birey gerek topluluklar üzerindeki güçlendirici ve/ya kısıtlayıcı etkilerine dikkat çekmiştir.

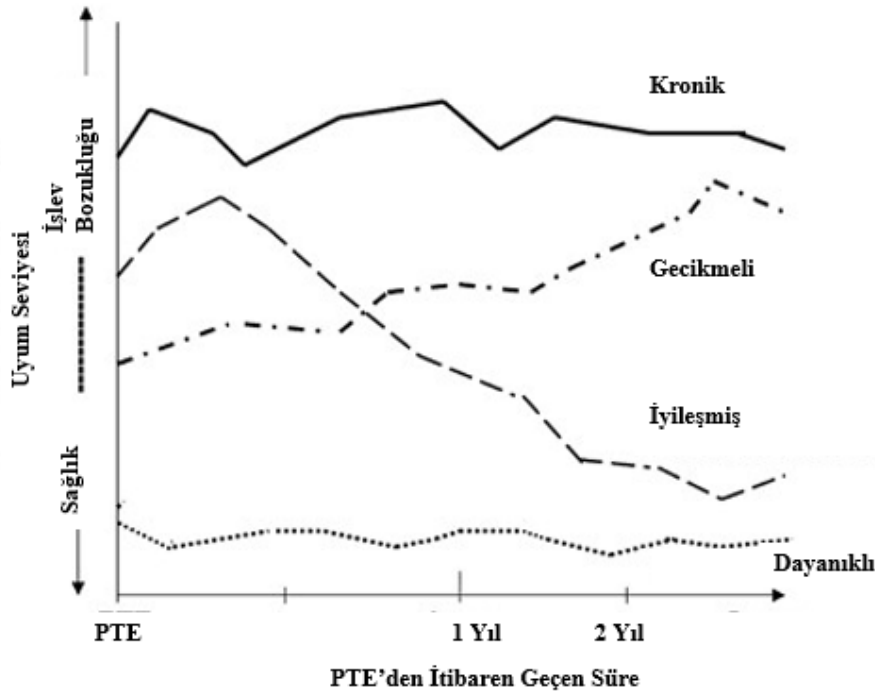
Araştırma alanında karma yöntemlerin kullanılmasını öneren Ungar (2008) teori ve uygulamaya dair gelecek çalışmalar için karmaşıklık (complexity), kültürel görelilik (cultural relativity), atipiklik (atypicality) ve merkezsizleştirmenin (decentrality) çerçeve sağlayan dört ilke olduğunu belirtmiştir (Ungar, 2011). *Karmaşıklık* araştırmalarda PD'ye dair ilişkilerin, süreçlerin ve sonuçların basitleştirilmesi eğilimine karşı olarak PD'nin karmaşıklığının tanınması ve sistematik olarak keşfedilmesine; *kültürel görelilik* kültürün "birey ve grupların bir dizi ortak değer, inanç, dil ve gelenekleri ortaya koyduğu günlük uygulamalar" olarak anlaşılmasına; *atipiklik* PD süreçlerinin işlevselliğinin bir bağlam tarafından tanımlanmasına ve çoklu sonuçların tanınmasına karşılık gelirken *merkezsizleştirme* bireyi ve dayanıklı olmak için bireyin çevresini nasıl yönettiğine yönelik bir

sorgulamanın yerine çevrenin PD üzerindeki kolaylaştırıcı etkisinin nasıl olduğuna odaklanmayı ifade etmektedir.

Araştırmalarını ağırlıklı olarak kayıp ve yas süreçleri üzerinde yürüten Bonanno ve arkadaşları (Bonanno, 2004; Bonanno, Papa ve O'Neill, 2001; Mancini ve Bonanno, 2009) ise psikolojik dayanıklılığa ilişkin derin bir kavrayışa erişmeden psikopatolojinin ne anlaşılabilirliğini ne de yönetilebileceğini öne sürerek PD keşfini tersine çeviren bir model önermişlerdir. PD'yi travmatik etki potansiyeli taşıyan olaylar karşısında (potentially traumatic events, PTE) ve kronik zorluklara maruz kalan insanların temel deneyimi olarak kavramsallaştıran Bonanno ve arkadaşları hem PD'nin hem de PTO'lara verilen cevaplardaki heterojenliğin norm olduğunu önermiş; PD'nin zamansal olarak ilişkili unsurlardan oluşan bir şemsiye kavram olduğunu belirtmişlerdir (Bonanno, 2012; Bonanno, Romero ve Klein, 2015; Mancini ve Bonanno, 2009). PD'yi "Yetişkinlerin... oldukça yıkıcı olma potansiyeli taşıyan olaylar karşısında görece istikrarlı bir şekilde sağlıklı düzeylerde psikolojik ve fiziksel işlevselliği sürdürebilme becerisi ile üretken deneyimler ve olumlu duygulara ilişkin kapasitesi" (s.20-21) olarak tanımlayan Bonanno'ya (2004) göre PD'ye giden yollar (trajectories; alternatif çeviriler: yörünge, rota) vardır. Bireyin stresöre ilişkin değerlendirmesi, duygusal tepkilerdeki esnekliği ve duygusal tepkilere ilişkin üst bilişleri ile baş etme stratejileri rotayı etkilemekte olup PD bu sürecin sonucuna karşılık gelmektedir.

Neredeyse herkes yaşamlarında travmatik etki potansiyeli taşıyan olaylarla karşılaşır ve bireyin böyle olaylara travma oluşumu veya yokluğuyla sonuçlanan tepkileri bireysel farklılıklara işaret eder (Mancini ve Bonanno, 2009). Bazıları için gündelik uğraşlar boğucu olabilirken bazıları baskı altında daha da gelişim gösterebilir ve hatta baskıya olumlu tepki verebilir (Bonanno, 2004). İnsanların zorluklarla baş etmeye yönelik biricik yolları olduğunu öneren Bonanno'ya göre insanların çoğu PTE'lerle oldukça iyi baş etmekte; ilişki veya çalışma kapasitesine ilişkin görünür bozulmalar yaşamadan yeni zorluklarla mücadeleye geçebilmektedir. *İyileşmenin* "normal işlevselliğin geçici olarak eşik veya eşik altı psikopatolojiye neden olan bir yörünge"yi (s.101-102) ifade ettiğini belirten Bonanno (2004), PD'nin istikrarlı bir denge sürdürebilme becerisini yansıtmaz özelliğiyle iyileşmeden farklı

olduğunu savunmuştur. İyileşen bireyler sıklıkla eşik altı semptomlar yaşarken dayanıklı olanlar normal işleyişte geçici bozulmalar (örn. uyku sorunları) yaşasa bile genellikle zaman içinde istikrarlı bir sağlıklı işlevsellik yörüngesine girerler. Aşağıdaki şekilde PD ve iyileşmenin yanı sıra kronik ve gecikmeli bozulmaların işlevsellikle ilişkili prototipik rotaları gösterilmiştir (Bonanno, 2008).



Şekil 1.4: PTE'ler sonrası normal işlevsellikteki prototipik bozulma modelleri.
Bonanno (2008).

Bonanno ve arkadaşları farklı yaş grupları ve kültürlerde, farklı seviyelerde (birey, aile, topluluk), çeşitli PTE'leri kapsayan araştırmaları ile PD'nin heterojen tepkilerle ortaya çıkan yaygın bir sonuç olduğunu göstermiş; PD'ye giden çoklu yolların çok disiplinli yaklaşımlarla çalışılmasını desteklemişlerdir (Derleme çalışması için bkz. Bonanno, 2008; Bonanno, Romero ve Klein, 2015).

Bütüncül yaklaşımlar bir arada değerlendirildiğinde PD'nin dinamik, sağlık yönelimli, çoklu etkenlerin aracılık ettiği, biyopsikososyokültürel özellikleri ve sistemik etkileşimleri içeren çok seviyeli bir yapı olduğu görülmektedir. Zorluklara verilen tepkiler hem bireye özgü (idiyosinkratik) hem de bağlamsal nitelikleri içerdiği

için birey belli bir zorluğa iyi uyum gösterirken başka birine uyum göstermekte başarısız olabilir. PD'nin karmaşık doğasını temsil eden bu özellikler ölçüm araçlarına da yansıdığı için gelecek bölümde PD'nin ölçümü ele alınacaktır.

1.3.3. Psikolojik Dayanıklılığın Ölçümü

Psikolojik dayanıklılığın ölçümüne yönelik çok sayıda öz-bildirime dayalı ölçüm aracı geliştirilmiştir (Gözden geçirme çalışmaları için bkz., Ahern, Ermalynn, Kiehl, Sole ve Byers, 2006; Salisu ve Hashim, 2017; Windle, Bennett ve Noyes, 2011). Mevcut ölçüm araçları PD'nin niteliksel olarak farklı kavramsallaştırmalarını temel aldığı için bu bölümde mevcut çalışmanın hedeflerine uygun olduğu düşünülen ölçüm aracının alanyazındaki çalışmaların ışığında değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Psikolojik dayanıklılığın ölçümüne yönelik düzenleyici bir çerçeve oluşturmayı hedefleyen çalışmalarında Fisher ve Law (2021) özünde birbirinden bağımsız üç PD kavramsallaştırmasının konuya açıklık getirebileceğini önermiştir. Bunlar (1) özellik/kaynak odaklı kavramsallaştırma, (2) süreç odaklı kavramsallaştırma ve (3) sonuç odaklı kavramsallaştırmadır. Çalışma kapsamında konunun uzmanları (subject matter experts) tarafından 11 ölçüm aracından seçilen 227 maddenin içerik analizi yapılmıştır. Araştırmanın bulguları sadece Connor-Davidson Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği- Kısa Form (C-D PDÖ-10, Brief Connor- Davidson Resilience Scale, C-D RISC-10, Campbell ve Stein, 2007) ile Kısa Dayanıklı Baş Etme Ölçeği'nin (KDBEÖ, Brief Resilient Coping Scale, BRCS, Sinclair ve Wallston, 2004) maddelerinin tüm kategorileri kapsadığını göstermiştir. Alanyazındaki 19 PD ölçüm aracının gözden geçirildiği başka bir çalışmada ise Windle, Bennett ve Noyes (2011) en iyi psikometrik özelliklere sahip ölçüm araçlarının CD PDÖ ve KDBEÖ'nün yanı sıra Yetişkinler için Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği (YPDÖ, Resilience Scale for Adults, RSA, Fribog ve ark., 2005) olduğunu belirtmiştir. Bunun üzerine başka bir çalışmada sadece C-D PDÖ'nün orijinal (Connor ve Davidson, 2003) ve kısa formları ile KDBEÖ ve YPDÖ olmak üzere dört ölçeğin psikometrik özelliklerini kritik bir şekilde gözden geçiren Salisu ve Hashim (2017) PD'nin ölçümünde en iyi özelliklere sahip araçların C-D PDÖ ile C-D PDÖ-10 olduğunu bulgulamıştır.

Mevcut çalışmada hem PD'ye ilişkin farklı kavramsallaştırmaları (özellik/kaynak odaklı, süreç odaklı ve sonuç odaklı) kapsama kapasitesi hem de güçlü psikometrik özellikleri nedeniyle PD'yi ölçmek için C-D PDÖ'nün kullanılmasına karar verilmiştir.

1.3.4. Psikolojik Dayanıklılık ve Sağlık

Alanyazında çeşitli örneklem gruplarındaki (kültür, yaş, meslek, hastalık vb.) araştırmaları kapsayan çok sayıda meta-analiz ve sistematik gözden geçirme çalışması psikolojik dayanıklılığın fiziksel sağlıkla (örn. Arora ve ark., 2022; Geshlagh ve ark., 2017; MacLeod, Musich, Hawkins, Alsgaard ve Wicker, 2016; Park ve ark., 2022; Seiler ve Jenewein, 2019) ve özellikle zihinsel sağlıkla (örn. Farber ve Rosendahl, 2017; Mesman, Vreeker ve Hillegers, 2021; Hu, Zhang ve Wang, 2015; Ribeiro ve ark., 2017) ilişkili olduğunu göstermektedir. Mevcut çalışma sağlığın geliştirilmesi perspektifini benimsediği için bu bölümde PD'nin sağlıkla ilgili yaşam kalitesiyle (SiYK) olan ilişkilerine yönelik araştırmaların derlenmesi hedeflenmiştir.

Psikolojik dayanıklılık ile SiYK ilişkisini inceleyen araştırmalar sıklıkla çeşitli zihinsel ve özellikle fiziksel hastalık sahibi örneklem gruplarında yürütülmüştür. Alanyazında kardiyovasküler bozukluklar (örn. Bang ve ark., 2013; Love, Wood, Wardell ve Beauchamp, 2021), endokrinolojik bozukluklar (örn. Modica ve ark., 2022; Nawaz, Malik ve Batool, 2014), kanser (örn. Macia, Barranco, Gorbeña ve Iraurgi, 2020; Ristevska-Dimitrovska, Filov, Rajchanovska, Stefanovski ve Dejanova, 2015) ve romatizmal hastalıklar (örn. Liu, Xu, Xu ve Wang, 2020; Nwanko ve ark., 2021) gibi çeşitli hastalık gruplarında PD ile SiYK arasında anlamlı ilişkiler bildirilmiştir. Örneğin Çin'de hipertansiyon hastalarıyla (N= 220) yürütülen bir araştırmada (Qui, Shao, Yao, Zhao ve Zhang, 2019) olası karıştırıcı değişkenler olarak eğitim seviyesi ve komorbidite durumu kontrol edildiğinde PD'nin KF-12 ile ölçümlenen SiYK'nin hem zihinsel hem de fiziksel sağlık bileşenini anlamlı bir şekilde yordadığı ve semptom şiddetiyle zihinsel YK arasında biçimlendirici bir rol oynadığı bulgulanmıştır. Çin'de farklı bir fiziksel hastalık grubu olarak romatoid artrit hastalarıyla yürütülen bir çalışmada ise PD fizyolojik olarak ölçümlenen hastalık

etkinliği ile KF-36'nın zihinsel sağlık bileşeni arasında aracı rol oynarken fiziksel sağlık bileşeni arasında aracı etki göstermemiştir (Liu, Xu, Xu ve Wang, 2017).

Zihinsel hastalığa sahip klinik örneklemelerde yürütülen çalışmalar arasında, İtalya'da major depresif bozukluğu olan hastalarda (N= 40) PD ile KF-36'nın FSB ve ZSB alt boyutları pozitif yönde anlamlı ilişkiler gösterirken şizofreni hastalarının (N= 40) PD ve SiYK skorları arasında anlamlı ilişkiler bulunmamıştır (Marco ve ark., 2015). Lee ve arkadaşları (2016) ise Güney Kore'de bipolar bozukluğu olan hastalarla (N= 68) psikiyatrik tanı sahibi olmamakla nitelenen sağlıklı bireylerdeki (N= 132) PD'nin SiYK üzerindeki etkisini karşılaştırmalı olarak inceledikleri çalışmalarında yaş, cinsiyet, eğitim süresi, fiziksel egzersiz, dürtüsellik ve depresif epizod sayısını (yalnızca hasta grubta) kontrol ederek çoklu regresyon analizi yapmışlardır. SiYK'in DSÖ'nün geliştirdiği WHOQOL-BREF (World Health Organization Quality of Life Instrument, WHOQOL Group, 1998) ile ölçümlendiği araştırmada hasta grubundaki PD puanları hem toplam SiYK hem de fiziksel, psikolojik, sosyal ve çevresel olmak üzere SiYK'nin her bir alt boyutunu yordarken sağlıklı grubun PD puanları çevresel YK hariç diğer tüm alt boyutlarla ilişkili bulunmuştur. Ayrıca hasta grubunun PD ile yaşam kalitesinin hem toplamda hem de fiziksel, psikolojik, sosyal ve çevresel yaşam kalitesi olmak üzere tüm alt alanlarında sağlıklı gruba kıyasla anlamlı seviyede daha düşük olduğu bulgulanmıştır. Bu araştırma bulguları birlikte değerlendirildiğinde yüksek yüksek PD'ye sahip bireylerin sağlıkla ilgili yaşam kalitesinin ve özellikle zihinsel sağlık bileşeninin daha yüksek olacağı düşünülebilir.

Türkiye'de yapılan bir çalışmada ise alkol veya madde bağımlılığı olan hastaların aile üyelerinin (N= 41) PD ve SiYK arasındaki ilişkiler ailesinde psikiyatrik tanı olmayan bireylerden oluşan kontrol grubuyla (N= 41) karşılaştırılarak incelenmiştir (Senormanci, Esmen, Turan ve Senormanci, 2019). SiYK'in KF-36 ile değerlendirildiği çalışmada Pearson korelasyon analizi bulguları aile üyelerinin PD skorlarının SiYK'in genel sağlık alt boyutu hariç tüm alt boyutlarıyla anlamlı ilişkiler içinde olduğunu ($p = .30$ ve $.65$ aralığında) gösterirken T testi analizleri aile üyelerinin hem PD hem de KF-36'nın sosyal işlevsellik hariç tüm alt boyutlarından alınan skorların kontrol grubuna göre anlamlı bir şekilde daha düşük olduğunu ortaya koymuştur.

Tüm bu bulgular bir arada değerlendirildiğinde BD'ye benzer şekilde PD'nin de zihinsel sağlıkla ilişkilerinin fiziksel sağlıkla olanlara göre daha tutarlı olduğu düşünülebilir. Bununla birlikte fiziksel sağlıkla ilgili yaşam kalitesi ile PD arasındaki ilişkilerin sıklıkla hastalık sahibi gruplarda yürütüldüğü göze çarparken daha önce BD ile ilişkileri üzerinden ele alındığı üzere hastalık yükünün bu ilişkilerde de karıştırıcı bir etkiye sahip olmasının mümkün olduğu düşünülmekte ve benzeri değişkenlerin daha iyi kontrol edildiği ve çeşitli örneklerde yürütülen araştırmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

1.4. Salutojenik Model ve Psikolojik Dayanıklılık

Bu bölümde salutojenik model ve psikolojik dayanıklılık alanyazını karşılaştırmalı olarak ele alınmış; çeşitli yazarlarca çalışılan bu konuya ilişkin görüşler benzerlikler ve farklılıklar gözetilerek aşağıda derlenmiştir. İlerleyen alt başlıklarda ise (1) BD ve PD arasındaki ilişkiler ile (2) BSS'nin salutojenik modele göre genelleştirilmiş bir direnç kaynağı olarak BD ve (3) psikolojik dayanıklılık alanyazınına göre koruyucu bir faktör olarak PD ile ilişkileri incelenmiştir.

Salutojenik model ve PD arasındaki bağlantıları araştıran çalışmalarında Eriksson ve Lindström (2010) ortak özellikler olarak her ikisinin de kişilik özelliklerinden ziyade süreçler olarak anlaşıldığını, ikisinde de baş etme için salutojenik modelde Genelleştirilmiş Direnç Kaynakları (GDK) olarak, PD alanyazınında koruyucu faktörler olarak kavramsallaştırılmış olmak üzere kaynakların önemli rol oynadığını, her ikisinin de birey, grup, topluluk gibi çoğul seviyelerde işlediğini ve salutojenik modelin başat yapısı bütünlük duygusunun (BD) PD için bir kaynak olduğunu belirtmişlerdir. Diğer taraftan salutojenik model BD alanyazında genel olarak kabul görmüş bir tanıma sahipken PD kavramına ilişkin birçok yaklaşım bulunmakta olup çalışmalar genellikle kuramsal bir çerçeveden yoksun yürütülmüştür (Ahern, Kiehls, Sole ve Byers, 2006). Alanyazında PD'nin tutarlı bir kuramsal temelini bulunmaması önceki bölümde ele alındığı üzere ölçüm araçlarına da yansımıştır (Windle, Bennet ve Noyes, 2011). Psikolojik dayanıklılık iyi oluşu destekleyen unsurları çalışmayı teşvik eden pozitif psikoloji yaklaşımı çatısı altında sıklıkla çalışılmakla birlikte pozitif psikolojinin ortaya koyduğu olumlu-olumsuz

ayrımı, klinik psikolojide ortaya konulan normal-anormal ayrımının bir benzerini temsil etmekte ve pozitif psikolojinin sağlığı bütüncül bir bakış açısıyla ele almasına engel olmaktadır (Joseph ve Linley, 2006). Ayrıca çalışmalar PD'yi olumsuz şekilde etkileyen risk faktörleri ve bunları minimize etmeye yönelik değişkenlere yoğunlaşmıştır (Ahern ve ark., 2006). Öte yandan salutojenik model bütünlük duygusunun GDK'ler aracılığıyla risk faktörleri karşısında tampon etkisi göreceğine vurgu yaparak koruyucu faktörleri ön plana çıkarmaktadır.

Mittelmark (2021) salutojenik model ile PD'yi dört başlık üzerinden karşılaştırmıştır: (1) süreçler, (2) ciddi zorluk, (3) zorluklara rağmen iyi olmak ve (4) kültürel bağlamlar. Mittelmark'a göre PD araştırmaları birey ve çevre arasındaki etkileşimsel (transactional) süreçlere odaklanırken içsel (intrapersonal) faktörlerin bu süreçlerin gelişimini nasıl etkilediğini sıklıkla göz ardı etmektedir. Zorlu koşullarda yaşayan insanlara yönelik müdahalelere ağırlık verildiği için uygulamalı PD alanında yakınsal (proximal, örn. aile) ve uzaksal (distal, örn. topluluk) baş etme kaynaklarına odaklanılarak değişim için sosyal ve fiziksel çevre hedef alınmaktadır. Öte yandan salutojenik yaklaşım belirli bir içsel faktör olarak BD'nin güçlendirilmesine odaklanarak rahatsız edici duygulara toleransın artırılmasını, bireyin kendisi ve yaşamına ilişkin anlaşılabilirlik, yönetilebilirlik ve anlamlılık algılarının geliştirilmesini hedef alır. Salutojenik modelin biliş ve duygulara olan vurgusu PD alanyazınının çevresel faktörlere olan vurgusundan ayrılmakla birlikte salutojenik yaklaşımda da çevresel baş etme kaynaklarının erişilebilirliğini ve kalitesini arttırmaya yönelik müdahaleler, diğer bir deyişle destekleyici çevrelerin yaratılması önem taşımaktadır (Morgan ve Ziglio, 2007).

Salutojenik model ve PD alanyazınının temel varsayımları *ciddi zorluk* kavrayışlarında farklılık göstermektedir (Mittelmark, 2021). PD araştırmacıları ciddi zorluk/yoksunluklar (şiddet, yoksulluk vb.) deneyimleyen birey, grup veya toplumların ihtiyaçlarını hedef alırken genel popülasyonu dışlamaktadır. Salutojenik modelin varsayımına göre ise yaşam çoğunlukla kaotik ve kontrol edilemez olduğu için "yaşam ırmağı" metaforunda ele alındığı üzere yaşamın kaçınılmaz zorlukları karşısında yüzmeyi, karşılaşılan engellerle baş etmeyi öğrenmek herkesin ihtiyacıdır (Antonovsky, 1987; Eriksson ve Lindström, 2008). Bu nedenle PD çalışmalarının

odağının salutojenik modelin kavramsallaştırmasıyla herkesin ihtiyacını karşılamaya yönelik GDK'ler yerine belirli kişilerin (veya grupların, toplulukların) belirli dönemlerdeki ihtiyaçlarına yönelik özgül direnç kaynakları (specific resistance resources) oluşturmak olduğu düşünülebilir (Mittelmark, Bull, Daniel ve Urke, 2017). Benzer şekilde bir sonuç değişkeni olarak ele alındığında *zorluklara rağmen iyi olmak* PD alanyazınında risk grubunda olmayan diğerleriyle benzer gelişimsel başarıları göstermek olarak kavramsallaştırılırken (Wright, Masten ve Narayan, 20013) salutojenik modelde bir ucu sağlığı (health-ease; alternatif çeviriler: rahatlık, hafiflik, kolaylık) bir ucu hastalığı (dis-ease, alternatif çeviriler: rahatsızlık, zorlanma, huzursuzluk) temsil eden bir doğru (continuum) üzerinde, doğrunun neresinde olunursa olunsun, sağlık ucuna doğru ilerlemeye karşılık gelmektedir (Antonovsky, 1979; 1982).

Mittelmark (2021) yukarıda özetlenen başlıklarda salutojenik model ve PD alanyazınındaki farklılaşmaları ele alırken son başlık olan *sosyal ve kültürel bağlamlara* her iki alanda da önem verildiğini belirtmiştir. İki çalışma alanı da baş etmenin bağlamsallığına vurgu yaparken gerek betimsel araştırmalarda gerekse müdahale alanında sosyoekolojik (çok-seviyeli) yaklaşımları benimsemektedir. Salutojenik model ve PD alanyazınının sistem yönelimli bakış açıları mevcut çalışmanın “Sosyal Sermaye” başlığı altında detaylı olarak ele alınmıştır.

Eriksson ve Lindström (2010) kaynak odaklı yaklaşımıyla salutojenik modeli bütünlük duygusunun yanı sıra psikolojik dayanıklılık, öz-etkililik, sosyal sermaye gibi birçok psikososyal yapıyı içine alan bir şemsiyeye benzetmişlerdir. Almedom (2005) ise bireylerin stres ve zorlu yaşam olayları karşısında uyum göstermelerini sağlayan becerileri ve kendilerini toparlama güçlerini temsil eden belirli yapıları gözden geçirdiği çalışmasında BD'nin psikolojik dayanıklılık, travma sonrası gelişim (Tedeschi ve Calhoun, 1995) ve sağlamlığı (hardiness, Kobasa, 1979) içine alan bir nitelikte olduğunu önermiştir. Alanyazında PD ile BD'nin eş anlamlı kullanıldığı çalışmalara da rastlamak mümkündür (örn. Almedom, Tesfamichael, Mohammed, Mascie- Taylor ve Alemu, 2007; Hart, Wilson ve Hittner, 2006; Surtees, Wainwright ve Khaw, 2006). Alanyazındaki kavramsal karmaşıklığa ışık tutmak amacıyla gelecek

bölümde PD ile salutojenik modelin başat kavramı BD ilişkisine dair araştırmalara yer verilmiştir.

1.4.1. Bütünlük Duygusu ve Psikolojik Dayanıklılık

Bireylerin zorluklara olumlu uyum göstermelerine yardımcı olan PD ve BD salutojenik modelde salutojenik faktörler (Antonovsky, 1979, 1986) veya alanyazında daha sık ifade edildiği biçimiyle koruyucu faktörler (örn. Keil, Vaske, Kenn, Rief ve Stenzel, 2016) olarak ele alınmaktadır. İki kuramsal yapı da bir tür içsel gelişim sürecini (Lindström ve Eriksson, 2006) veya gücü (Lundman ve ark., 2010) temsil etmekle birlikte çalışmalarda sıklıkla sonuç değişkeni olarak yaşam kalitesi, stres, anksiyete ve depresyonla olan ilişkilerinin incelenmesi (örn. Grevenstein ve ark., 2016; Luibl, Traversari, Paulsen, Scholz ve Burger, 2021) gerek kuramsal gerek ampirik olarak bu yapılar arasında örtüşmeler olduğuna işaret etmektedir. Ayrıca BD'nin anlaşılabilirlik, yönetilebilirlik ve anlamlılık bileşenleri PD'nin farklı kavramsallaştırmalarındaki kişisel yeterlilik, azim, problem çözme ve anlam bulma gibi bileşenleriyle de benzerlik göstermektedir (Lundman ve ark., 2010). Bu yapılar arasındaki benzerlikler alanyazında PD ve BD'nin farklı gibi görünen ama aslında birbirine çok yakın anlamlar içerdiğine yönelik tartışmalar doğurmuş olmasına rağmen (Lindström ve Eriksson, 2006) daha güncel araştırmalar her ikisinin de sağlığa katkıda bulunan ancak birbirinden farklı kavramlar olduğunu göstermektedir (Eriksson ve Lindström, 2011). Psikolojik dayanıklılık bireylerin olumsuz deneyimler sonrası uyum sürecinin kolaylaştırıcılarını açıklamaya çalışırken BD, insanların yaşam boyu sağlık ve esenlik yönüne ilerlemesinin kolaylaştırıcılarını belirleme eğilimindedir (Lundman ve ark., 2010).

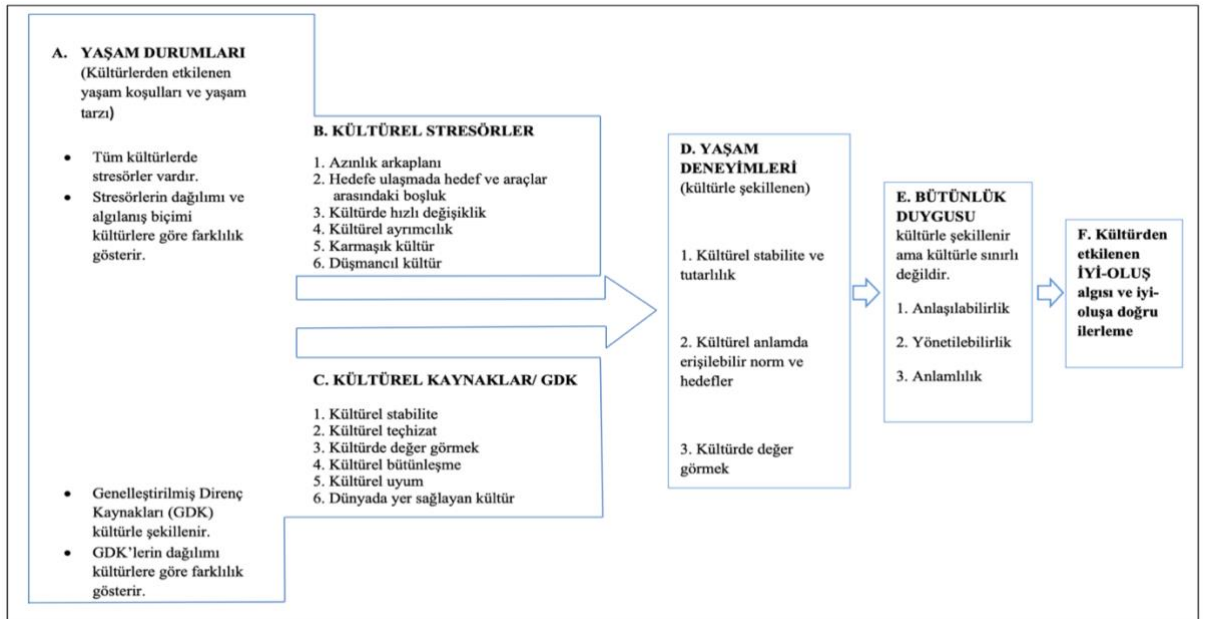
Kavramsal veya kuramsal arka planlarında farklılıklar olmasına rağmen alanyazında PD ve BD'yi içeren çalışmaların bulgularının oldukça benzerlik göstermesinin yanı sıra bu iki yapı arasında tutarlı bir şekilde anlamlı ilişkiler bildirilmiştir (Gözden geçirme çalışması için bkz. Almedom, 2005). Bununla birlikte BD ve PD'nin sağlığın çeşitli göstergeleriyle olan ilişkilerini eş zamanlı olarak inceleyen az sayıda çalışma bulunmaktadır. Mevcut çalışmalar BD'nin sağlıkla olan ilişkisinin PD'ninkinden daha yüksek olduğuna işaret etmektedir. Örneğin, bu

kavramların özgünlüğünü sorgulayan bir çalışmada üniversite öğrencilerinde bütünlük duygusu, öz-şefkat, iyimserlik ve psikolojik dayanıklılığa ilişkin yüksek bir ortak varyans gözlenmesine rağmen BD psikolojik stresi (depresyon, anksiyete, stres) diğer yapılardan daha güçlü bir şekilde yordamıştır (Grevenstein ve ark., 2016). Çalışmada PD ve BD'nin paylaşılan varyansının %50'nin üzerinde olduğu bildirilirken tüm bağımsız değişkenler içinde sadece BD'nin psikolojik stresi yordamada benzersiz (unique) bir varyansa sahip olduğu bulgulanmıştır. Kronik obstrüktif akciğer hastalığı olan bireylerde de BD anksiyete, depresyon ve hastalığa bağlı kısıtlılığı çalışmada diğer koruyucu faktörler olarak ele alınan PD ve sosyal destekten daha güçlü bir şekilde yordamıştır (Keil, Vaske, Kenn, Rief ve Stenzel, 2016). Bu çalışmanın regresyon analizinde bulgularan farklı ancak anlamlı beta ağırlıkları PD ve BD'nin hem belirli düzeyde bir içerik ve varyansı paylaştığını hem de farklı yönlerinin olduğunu göstermiştir. Ayrıca çoklu doğrusallığın saptanmaması da bu yapıların özgünlüğüne işaret etmiştir. Bunlara ek olarak BD'nin sağlık görevlilerinde (paramedics) travma sonrası stres bozukluğu semptomlarını (Streb, Häller ve Michael, 2013), üniversite öğrencilerinde iyi oluşu (Brett, Mathieson ve Rowley, 2022) ve duygu odaklı baş etmeyi (Konaszewski, Kolemba ve Niesiobedzka, 2019), kanser hastalarında yaşam kalitesini (Hinz ve ark., 2023) daha güçlü bir şekilde yordadığını gösteren çalışmalar bulunmaktadır. Öte yandan bu çalışmalarda sonuç değişkeni olarak sıklıkla zihinsel sağlığın ölçülmesinin bu kavramların sağlıklı olan ilişkisini ve sağlığı yordamadaki özgün etkilerini sınırlı bir şekilde ortaya koyduğu düşünülmektedir. Bu nedenle bu çalışmada BD ve PD'nin sağlığı yordama güçlerinin sağlığı fiziksel, sosyal ve psikolojik boyutlarıyla ele alan Kısa Form-36 (Koçyiğit ve ark., 1999) ile karşılaştırılması hedeflenmektedir. Ayrıca PD ve BD üzerine kavramsal bir çalışmanın, sağlığın geliştirilmesi alanına katkı olarak zorluklara rağmen nasıl daha sağlıklı ve iyi bir yaşam sürülebileceğini açıklayan bütünlleştirici yaklaşımların benimsenmesine yardımcı olacağı umulmaktadır.

1.4.2. Bilişsel Sosyal Sermaye ve Bütünlük Duygusu

Kültür bir grup insan tarafından paylaşılan bilgi, inanç, tutum ve eserlere (artifacts) karşılık gelmektedir (Gill, 2013). Bilişsel sosyal sermaye ise bireyin

paylaştığı deneyimler, inançlar, gelenekler ve kültürün bir türevi olarak görülmektedir (Forsman ve ark., 2012; Johnston, Tanner, Lalla ve Kawalski, 2013). Antonovsky de bütün kitaplarında ve neredeyse bütün makalelerinde bütünlük duygusunun gelişiminde toplumsal etkenlerin ve kültürün önemine vurgu yapmıştır. Ancak kültürün salutojenik modeldeki yerine ilişkin ayrıca bir çalışması olmadığı için Benz, Bull, Mittel ve Vaandrager (2014) Antonovsky'nin yazarlığını veya ortak yazarlığını yaptığı 72 yayımı incelemişlerdir. Tümdengelim yaklaşımlı analiz sonuçları Şekil 5'de kalın harflerle belirtilen temaları ortaya çıkarmıştır. Bu temalar sosyal sermayenin yapısal boyutunu da kapsamakla birlikte bu bölümde bilişsel bileşenlerinin BD ile ilişkisine odaklanılmış olup ilgili ampirik çalışmalara yer verilmiştir.



Şekil 1.5: Sağlık salutojenik modelinde kültürlerin rolü. Benz ve arkadaşları (2014, s.17).

Antonovsky'ye göre (1991) toplumla bütünleşme ne kadar fazla olursa toplumdan gelen mesajlardan anlam çıkarmak da o kadar kolay olacaktır. Öte yandan sosyal çevreden gelen mesajları anlamada sorun yaşayabilecek olan azınlıklar, okuma-yazma bilmeyen insanlar, göçmen işçiler gibi gruplar sadece toplumla bütünleşme konusunda değil; aynı zamanda toplumda seslerinin duyulmasına ilişkin de engellerle

karşı karşıya kalmaktadırlar. Bununla birlikte genelleştirilmiş ve kurumsal güvenin daha düşük olduğu toplumlarda şüphe ve belirsizlik duygusuyla sosyal çevrenin daha az anlaşılabilir (daha çok kaotik), daha az yönetilebilir (daha çok çaresizlik duygusu uyandıran) ve daha az anlamlı (amaçsız ve aidiyet duygusundan yoksun) algılanması daha olası olacağı için BD'nin de daha düşük olması beklenebilir. Ayrıca kültürde hızlı değişiklikler olması yeni norm ve kurallara uyum sağlama konusunda zorluklara neden olurken karmaşık kültürler çok fazla norm ve kural getireceği için stres deneyimini arttırmaktadır (Antonovsky, 1993). Paylaşılan değerler ise öngörülebilir, anlaşılabilir ve anlamlı bir sosyal çevre sağlayarak bireyin BD'sini güçlendirirken içinde olduğu toplulukla bağlantıda hissetmesini ve sosyal destek almasını kolaylaştırır.

Eriksson (2011) ise BSS'nin kolektif eylemlerde bulunmak için doğru ortamı yarattığını; kolektif eylemler aracılığıyla da topluluk üyelerinin yaşamları ve çevreleri üzerindeki anlayış (understanding) ve kontrol algılarının güçlenerek bütünlük duygusuna katkıda bulunacağını önermiştir. Topluluk duygusu (sense of community) ve sosyal güven bireyin stresle baş etmek için güvenilir bir kaynağa sahip olduğu inancını desteklerken stresin yönetilebilirliğine katkı sağlayabilir (Maulana, Gumelar ve Irianda, 2021). Bu bağlamda BSS'nin bileşenleri olan güven, ortak değerler ve ait olma duygusunun genelleştirilmiş direnç kaynağı işlevi görerek BD'nin bileşenleri olan anlaşılabilirlik, yönetilebilirlik ve anlamlılığa katkıda bulunduğu ve stresli yaşam olaylarına karşı tampon işlevi görmesine yardımcı olduğu düşünülebilir. Alanyazında BSS ile BD arasındaki ilişkiyi ele alan sınırlı sayıda ampirik çalışma da bunu desteklemektedir. Örneğin Japonya'da üniversite öğrencileriyle (N= 443) yürütülen bir çalışmada çoklu regresyon analizi bulguları BSS'nin BD'yi, zihinsel sağlığı ve öz-etkinliği yordadığını göstermiş; BSS'nin GDK işlevi görerek BD'nin gelişimine katkıda bulunduğu belirtilmiştir (Mato ve Tsukasaki, 2017a). Yine Japonya'da 30-69 yaş arası kentsel (N= 269) ve kırsal yerleşimcilerde (N= 363) yürütülen bir araştırmada ağlar, güven ve karşılıklılık olarak kavramsallaştırılan sosyal sermayenin hem kentsel hem de kırsal yerleşimcilerde daha yüksek BD ve daha iyi zihinsel sağlık ile ilişkili olduğu; bölgelerine güçlü bir bağlılık veya güven duyanların yüksek BD'ye ve daha iyi bir sağlığa sahip olmaları ihtimallerinin daha yüksek olduğu (Tsuno ve Yamazaki, 2012) bulgulanmıştır. Çin'de üniversite öğrencilerinde (N= 1853) yürütülen bir

çalışmada ise lojistik regresyon analizi bulguları politik durumdan duyulan memnuniyet ile üniversitede izole hissetmemenin yüksek BD ve düşük stres ile ilişkili olduğu bulgulanmış; stresle baş etmek için sosyal bütünleşmeyi teşvik eden önlemlerin üniversite ortamlarına entegre edilmesi önerilmiştir (Chu, Khan, Jahn ve Kraemer, 2016). Otistik spektrum bozukluğu olan çocukların anneleriyle (N= 613) yürütülen bir çalışmada ise BD ile topluluk duygusu ve kolektif etkinlik (collective efficacy, örn. “Mahallemdeki insanlar desteğe ihtiyacı olanlara yardım etmeye isteklidir”) bileşenleriyle nitelenen öznel sosyal sermayenin, çoklu regresyon modeline BD’nin girilmesiyle zihinsel sağlıkla olan ilişkisinin ortadan kalktığını göstermiş; bulgular BSS’nin doğrudan değil dolaylı bir şekilde BD üzerinden sağlığı etkilediğine işaret etmiştir (Kimura ve Yamazaki, 2016). Öte yandan Japonya’da doğal afetlerden kurtulan 65-74 yaş aralığındaki katılımcılarla (N= 3594) yürütülen bir çalışmada lojistik ve doğrusal regresyon analizleri daha hafif mülk zararı olan katılımcılarda yüksek BD düşük stres ve yüksek topluluk bağlılığı (community attachment) ile ilişkili bulunurken ev kaybı yaşayanlarda yüksek BD’nin sağlık ve iyi-oluş için koruyucu etkisinin ortadan kalktığı bulgulanmış; ciddi hasara bağlı olarak ortaya çıkan GDK kaybının stresle baş etmede zorluklara neden olduğu sonucuna varılmıştır (Hikichi, Shibai Aida, Kondo ve Kawachi, 2023).

Yukarıda özetlenen araştırma bulguları BSS’nin GDK işlevi görerek BD üzerinden sağlığı etkilediğine işaret etmekle birlikte yazarın bilgisine göre doğrudan ve dolaylı etkileri sınamak için aracılık modeline başvurulmuş sadece bir çalışma bulunmaktadır. Kesitsel desenle Hollanda’daki sığınmacılarla (N= 154) yürütülen bu çalışmada güven, sosyal uyum, ait olma duygusu ve adalet algısı bileşenleriyle ölçümlenen BSS’nin iyi-oluşun duygusal, psikolojik ve sosyal boyutlarıyla değerlendirildiği zihinsel sağlık sonuç değişkeni ile arasındaki ilişkide BD’nin tam aracı etkisi olduğu bulgulanmıştır (Fiet, Rie, Aa, Bloemen ve Wind, 2022). İnsanların yüksek düzeyde topluluk duygusuna sahip olmaları, topluluk üyelerine ve kurumların adaletine güvenmeleri durumunda yaşamı anlaşılabilir, yönetilebilir ve anlamlı bulmaya ilişkin bir yönelimi temsil eden BD’nin daha güçlü olduğu ve stresin daha iyi yönetilmesiyle zihinsel sağlığın korunduğu düşünülebilir. Öte yandan BSS’nin daha kapsamlı olacak şekilde sağlığın hem zihinsel hem de fiziksel boyutlarıyla olan

ilişkisindeki etki mekanizmasını anlamaya yönelik daha fazla araştırmaya ihtiyaç duyulmaktadır. Bu bağlamda mevcut çalışmada sağlık sonuçlarının KF-36 ile hem zihinsel hem de fiziksel sağlıkla ilgili yaşam kalitesi üzerinden değerlendirilmesinin alanyazına katkıda bulunacağı umulmaktadır. Ayrıca daha önceki çalışmalarda örneklemelerin ağırlıklı olarak risk grubundaki bireylerden (örn., afetzedeler, mülteciler) oluştuğu dikkat çekmektedir. Öte yandan hiçbir yaşamın risklerden bağımsız olmadığı varsayımına dayanan salutojenik modele göre BD'nin değişiminde ve gelişiminde etkili olan GDK'lerin belirlenmesi sağlığın korunması ve geliştirilmesi adına her bir birey için önem taşımaktadır. Bu bağlamda mevcut çalışmada toplum örneklemine başvurulmuş olmasının alanyazına katkıda bulunacağı umulmaktadır.

1.4.3. Bilişsel Sosyal Sermaye ve Psikolojik Dayanıklılık

Daha önce de ele alındığı üzere bütüncül yaklaşımlar PD'yi dinamik, sağlık yönelimli, çoklu etkenlerin aracılık ettiği, biyopsikososyokültürel özellikleri ve sistemik etkileşimleri içeren çok seviyeli bir yapı olarak değerlendirmektedir. Ungar ve Theron (2020) genetik, psikoloji, siyaset bilimi, mimari ve insan ekolojisi gibi çok çeşitli alanlarda yapılan çalışmaların PD'nin bireysel düşünce, duygu ve davranışlar kadar stres altındaki bireylerin sosyal, yapı (built) ve doğal (natural) çevrelerinde bulunan kültürel olarak ilgili kaynaklara da bağlı olduğunu gösterdiğini belirtmiştir. Farklı bir ifadeyle PD "sosyal olarak inşa edilmiş ve kültürel olarak bağlı" (socially constructed and culturally bound) etkileşimsel yolların çok boyutlu dönüşümsel bir sistemine karşılık gelmektedir (Berger, 2016, s.7).

Alanyazın açıkça PD'nin birden fazla sistemde birden fazla teşvik edici ve koruyucu faktör ve süreç (promotive and protective factors and processes, PFP) ile açıklanma olasılığının daha yüksek olduğuna işaret ederken (Ungar ve Theron, 2020) güncel PD araştırmalarında da sistemik etkilerin incelenmesinde artış olduğu göze çarpmaktadır. Öte yandan PD'nin yakınsal sistemik etkenler (aile, okul, iş ortamı) ile ilişkilerinin uzaksal sistemik etkenlerle (örn. mahalle, toplum) olanlara göre daha az çalışıldığı görülmektedir (örn., Jahanshani ve ark., 2020; Lu ve ark., 2017; Mahfud ve ark., 2019; Pinkerton ve Dolan, 2007). Ayrıca araştırmacılar bireysel PD yerine daha çok doğal afetler, göç, terör saldırıları gibi toplumsal zorluklar karşısında topluluk

(örn. mahalle) veya ulus seviyesinde PD'ye odaklanmıştır (Kimhi, 2016; Poortinga, 2012). Toplumsal PD (community resilience) topluluğun değişen veya düşmancıl ortamlara yenilikçi yollarla yeniden uyum sağlama becerisiyle kendini gösterirken hem su, yiyecek ve barınma gibi nesnel hem de algılanan tehdit, topluluk kaynaklarının mevcudiyeti, sosyal uyum ve güven gibi öznel bileşenleri içerir (Obrist, Pfeiffe ve Henley, 2010). Ulusal (national) PD ise toplumun sürdürülebilirliği ve gücü konusunu çeşitli alanlarda ele alan geniş bir kavram olup vatanseverlik, iyimserlik, sosyal bütünleşme, siyasal ve kamusal kurumlara güven bileşenlerinden oluşur (Obrist, Pfeiffe ve Henley, 2010). Topluluk ve ulus seviyesindeki bu PD kavramsallaştırmaları sosyal sermaye ile örtüşmeler göstermekte olup toplumun üyelerine travmatik etki potansiyeli taşıyan olaylarla başa çıkmakta yardımcı olmaktadır (Kimhi, 2016). Bu bağlamda BSS'nin koruyucu faktör işlevi görerek bireysel PD üzerinden sağlık sonuçları ile ilişkili olacağını düşünmek mümkündür.

İlgili alanyazın gözden geçirildiğinde BSS'nin PD üzerindeki yordayıcılığı yerine ya SS'nin yapısal ve bilişsel boyutlarıyla bir arada, ya da BSS'nin farklı seviyeleri olan dayanışmacı, aracı ve bağlayıcı seviyede güvenin karşılaştırmalı olarak incelendiğine ilişkin çalışmalara rastlanmıştır. Örneğin İran'da kanser hastalarında (N= 163) yapısal ve bilişsel boyutları bir arada değerlendiren Onyx ve Bullen Sosyal Sermaye Ölçeği ile ölçülen SS'nin PD'yi yordadığı (Kordan, Lolaty, Mousavinasab ve Fard, 2019) bulgulanırken; yine İran'da COVID-19 döneminde üniversite öğrencilerinde (N= 427) yürütülen bir çalışmanın yapısal eşitlik modeli bulguları SS'nin zihinsel sağlığı PD aracılığıyla yordadığını göstermiştir (Adelinejad, Mousavi ve Tabrizi, 2022). Arjantin'de yapılan bir çalışmada ise COVID-19 pandemisi sonrası katılımcıların (N= 701) hem birey (örn. "Problem çözme becerilerime daha çok güveniyorum") hem de topluluk seviyesindeki (örn. "Arjantinliler krizle baş etmeye alışıktır") PD'lerine ilişkin ölçümler alınmış olup lojistik regresyon analizi bulguları yüksek SS algılayanların PD'sinin her iki seviyede de daha fazla olduğunu göstermiştir (Carter ve Cordero, 2022).

Sosyal sermayenin farklı seviyelerinin (dayanışmacı, aracı ve bağlayıcı) incelendiği çalışmalarda da PD ile ilişkili olduğu görünmektedir. Yunanistan'da

üniversite öğrencilerinde (N= 403) BSS'nin hem çevrimiçi hem de çevrimdışı ortamları kapsayacak şekilde ve dayanışmacı ve aracı türlerinin ayrıca ölçüldüğü (örn.” Sorunlarımı çözmek için güvenebileceğim çevrimiçi/çevrimdışı birkaç kişi var” (dayanışmacı), “İnsanlarla çevrimiçi/çevrimdışı etkileşime girmek bende yeni şeyler deneme isteği uyandırır (aracı)) bir çalışmada korelasyon analizleri çevrimiçi dayanışmacı sosyal sermaye hariç tüm alt boyutların PD ile ilişkili olduğunu, YEM analizi bulguları ise çevrimdışı dayanışmacı sosyal sermayenin algılanan stresle olan ilişkisinde PD'nin aracı rol oynadığını göstermiştir (Kalaitzaki, Tsouvelas ve Koukouli, 2020). Güney Afrikalı HIV pozitif katılımcılarda (N= 269) SS'nin yapısal ve bilişsel boyutları dayanışmacı, aracı ve bağlayıcı seviyelerde ayrıca değerlendirilmiş olup PD ve iyi-oluşla ilişkileri incelenmiştir (Anette, 2009). Çalışmanın bulguları SS ve PD arasında, bu yapıların çeşitli alt faktörleri arasında ve SS'nin tüm seviyelerinde ilişkiler olduğunu göstermiştir. Buna ek olarak PD ve BSS arasında YSS'ye kıyasla daha fazla ve daha güçlü ilişkiler saptanmış; iyi-oluş ile dayanışmacı ve bağlayıcı seviyelerdeki BSS arasında ilişki gözlenirken YSS ölçütleriyle ilişkili olmadığı bulgulanmıştır. Son olarak sobel testi sonuçları PD'nin gelecek algısı alt boyutunun (1) dayanışmacı seviyede sosyal uyum, (2) bağlayıcı seviyede güven ve (3) STK'lara güven ile iyi-oluş arasındaki ilişkilerde aracı rol oynadığını göstermiştir. Bu bulgular doğrultusunda da BSS'nin hem PD hem de sağlık sonuçlarıyla ilişkilerinin YSS'den daha güçlü olduğuna ek olarak sağlık ile arasındaki ilişkiye PD'nin aracılık edeceğini düşünmek mümkündür.

Yazarın bilgisine göre SS'nin bilişsel ve yapısal boyutlarına ayrılarak bireysel PD düzeyindeki değişime katkısının incelendiği bir çalışma bulunmaktadır. Güney Afrika'da HIV pozitif hastalarla (N= 265) yürütülen bu çalışmada korelasyon analizi bulguları grup üyeliği sayısı, arkadaş sayısı, arkadaş çeşitliliği ve sosyal faaliyet alt boyutlarından oluşan YSS'nin hiçbir alt boyutunun PD ile ilişkili olmadığını; genel güven, karşılıklılık normları, dayanışmacı/aracı/bağlayıcı seviyelerde güven ve sosyal uyum alt boyutlarından oluşan BSS ile aracı ve bağlayıcı seviyede güven hariç tüm alt boyutlarda ilişkili olduğunu ($r = .21 - .29$ aralığında, $p < .01$) göstermiştir (Dageid ve Gronlie, 2015). Sosyodemografik değişkenler (cinsiyet, eğitim, medeni durum, gelir) ve algılanan sağlığın kontrol edildiği çalışmada hiyerarşik regresyon analizi

bulgularına göre ise SS'nin sadece dayanışmacı güven alt boyutu PD'yi yordamıştır. Bu çalışma da sağlık sonuçları açısından bireyin sosyal ağlarının niceliğinden çok bağlardaki niteliğin önemine işaret etmiş; ancak risk grubunda yürütüldüğü için kapsamı sınırlı kalmıştır.

Özetle, alanyazın doğrultusunda PD'nin gelişiminde ve değişiminde BSS'nin koruyucu bir faktör, farklı bir ifadeyle teşvik edici ve koruyucu bir süreç olarak değerlendirilmesi mümkündür. Bu bağlamda BSS'nin sağlık sonuçları açısından bireysel PD ile ilişkisinin incelendiği az sayıda çalışma olup genellikle risk gruplarına odaklanmıştır. Ayrıca BSS'nin zihinsel sağlıkla ilişkisinde PD'nin aracı olabileceğine ilişkin bulgular olmakla birlikte bu ilişkilerde sağlıklı fiziksel boyutuyla değerlendiren hiçbir çalışma yoktur. Bu nedenle mevcut çalışmada BSS'nin sağlıkla ilgili yaşam kalitesinin hem zihinsel hem de fiziksel alt boyutlarıyla olan ilişkilerinde PD'nin aracı rolünün toplum örnekleminde incelenmesinin alanyazına katkı sunacağı umulmaktadır.

Sonuç olarak salutojenik model ve PD alanyazını bir arada değerlendirildiğinde gerek kavramsal gerek ampirik çalışmalar BD ve PD'nin hem zihinsel hem de fiziksel sağlığın geliştirilmesi için önemli yapılar olduğuna işaret ederken BSS'nin de bunlara katkıda bulunan bir değişken olduğunu düşünmek mümkündür. Öte yandan bu yapılar arasındaki ilişkileri daha kapsamlı bir şekilde değerlendirmek üzere bir model içinde ele alan bir çalışma bulunmamaktadır. Bu doğrultuda gelecek bölümde mevcut araştırmanın amacı, önemi ve hipotezlerine yer verilmiştir.

1.5. Araştırmanın Amacı, Önemi ve Hipotezler

Güncel küresel ve ulusal toplum sağlığı araştırmaları (1) kronik hastalıkların ve zihinsel bozuklukların küresel bir artış içinde olduğuna (DSÖ, 2008, 2017; TÜİK, 2018; Minimo ve Murphy, 2012); (2) kronik hastalıkların yüksek maliyetli sağlık teknolojilerinin kullanımı, iş gücü kaybı ve iyi eğitilmiş sağlık uzmanlarına ihtiyaç duyulması gibi çeşitli nedenlerden dolayı tüm dünyada giderek artan bir ekonomik yük oluşturduğuna (Kılavuz, 2010; Yach, Hawkes, Gould, Hofman, 2004); (3) zihinsel

bozuklukların dünya çapında engelliliğin önde gelen nedenleri arasında olduğuna (Whiteford ve ark., 2010) ve yetişkinlikteki zihinsel sağlık problemlerinin rol kısıtlılığıyla yüksek ilişkiler gösterirken çoğunlukla tedavi uygulanmadığına (Kessler ve ark., 2009); (4) zihinsel bozuklukların çeşitli sağlık sorunları (örn. bulaşıcı hastalıklar, kronik hastalıklar, yaralanma) riskini arttırırken sağlık sorunlarının da zihinsel bozukluk riskini arttırarak multimorbidite riski oluşturduğuna; sonuç olarak yardım alma, tanı, tedavi ve prognoz süreçlerinin karmaşıktığına (Barnett ve ark., 2012; Prince ve ark., 2007); (5) kronik fiziksel ve zihinsel sağlık durumlarının yaygınlığı göz önünde bulundurulduğunda patojenik yaklaşımla neredeyse herkesin «hasta» olarak etiketlenebileceğine (Meeto, 2008; Mills, 2014); (6) öte yandan herhangi bir hastalık tanısının yokluğunun sağlıklı olmakla eşdeğer görülemeyeceği gibi örneğin çoklu kronik hastalığı olanların bile kendilerini sağlıklı görüp iyi bir yaşam sürebildiğine (Carel, 2008; Jadad, 2013) ve (7) tıbbi müdahalelerin ise yaşam süresini kimi zaman iyi bir yaşam sürme pahasına uzatabildiğine (Kaplan ve Bush, 1986) işaret etmektedir. Ayrıca stres çalışmaları yaşamın herkes için kaçınılmaz olarak stresörlerle dolu olduğunu (Antonovsky, 1979; Selye, 1976); buna rağmen uyumlu tepkiler vermemize yardımcı olan kaynaklar sayesinde fiziksel ve zihinsel sağlığımızı korumanın, sürdürmenin ve hatta geliştirmenin mümkün olduğunu göstermektedir (Farber ve Rosendahl, 2018; Galetta ve ark., 2019). Bu bulgular bir arada değerlendirildiğinde gerek fiziksel gerek zihinsel sağlık alanında profesyonel hizmete bağımlılığı azaltmak için bireyleri aktif katılımcı özneler olarak konumlandırmaya (Craig, Davies ve MacDowall, 2013) ve sağlığın geliştirilmesi için gerekli tutumsal, davranışsal, sosyal ve çevresel koşulları göz önünde bulundurmaya (Howatt ve ark., 2003); farklı bir ifadeyle insanları sağlığın basit tüketicilerinden ziyade çevreleriyle etkileşim halinde olan ortak üreticileri olarak görmeye (Morgan ve Ziglio, 2007) ihtiyaç duyulduğu düşünülebilir. Bu noktada sağlığın geliştirilmesinin bilimsel bir disiplin haline gelmesi ve etkili müdahaleler geliştirilmesi için çatı oluşturacak kuram ve modeller ile kanıta dayalı araştırmalar önem taşımaktadır (Kobau ve ark., 2011; Lindström ve Eriksson, 2006).

Sağlık için çok sayıda kaynak olmakla birlikte sağlığın geliştirilmesi için psikososyal kaynaklar büyük önem taşımaktadır (Gözden geçirme çalışması için bkz.

Taylor ve Broffman, 2011). Bu çalışmada sağlının geliştirilmesi alanına çatı olarak yaşamın kaçınılmaz zorluklarına olumlu uyum gösterme sürecini ve bu sürece katkıda bulunan kaynakları inceleyen psikolojik dayanıklılık (PD, Luthar, 2015) ile sağlının kaynaklarını inceleyen salutojenik modelin PD'ye benzer şekilde uyum gösterme becerilerini temsil eden başat kavramı bütünlük duygusuna (BD, Antonovsky, 1979) başvurulmuş olup kuramsal arka planları ve sağlık yaklaşımları karşılaştırmalı olarak ele alınmıştır. Ortak özellikler olarak PD ve BD'nin bir kişilik özelliğinden ziyade dinamik bir sürece karşılık geldiğı, baş etmede kaynakların (salutojenik modelde genelleştirilmiş direnç kaynakları, PD'de koruyucu faktörler olarak) önemine vurgu yaptığı ve birey, grup, toplum gibi çoğul seviyelerde işlediğı (Eriksson ve Lindström, 2010); farklılıklar olarak ise salutojenik yaklaşımın BD'nin gelişimine yardımcı olan GDK'lere odaklanırken PD araştırmalarının değışim için sosyal ve fiziksel çevreyi hedef alırken risk faktörlerine yoğunlaştığı (Ahern ve ark., 2006; Mittelman, 2021) görölmektedir. Araştırmalar tutarlı bir şekilde her iki yapının da zihinsel sağlının çeşitli göstergeleriyle (örn. stres, iyi oluş, depresyon) anlamlı ilişkiler ortaya koyduğunu gösterirken (örn. Farber ve Rosendahl, 2017; Grevenstein ve ark., 2016; Lopez-Martinez ve ark., 2020; Mesman ve ark., 2021); fiziksel sağlının göstergeleriyle (örn. algılanan sağlık, tüm nedenlere bağılı ölüm) olan ilişkilerinin daha karmaşık olduğuna, genel popölasyona kıyasla hastalık sahibi olan örneklem gruplarında bu ilişkilerin daha güçlü olabileceğine işaret etmektedir (Arora ve ark., 2022; Benz ve ark., 2013; Galetta ve ark., 2019; Liu ve ark., 2017; Piironen ve ark., 2021; Qui ve ark., 2019). Alanyazındaki bulgular doğrultusunda, özbildirime dayalı hastalık sayısı ve her birinin ağırlıklandırılmış günlük etkinlikleri engelleme derecesi olarak nitelenen hastalık yükünün BD ve PD'nin fiziksel sağlıkla olan ilişkilerinde karıştırmacı bir değışken rolü gördüğü düşünölebilir. Bu nedenle mevcut çalışmada olası karıştırmacı değışkenler olarak sosyodemografik özellikler ve verilerin pandemi döneminde toplanması nedeniyle COVID-19'a ilişkin olumsuz duygu durumunun yanı sıra hastalık yükünün de değeriendirilmesinin özellikle fiziksel sağlıkla olan ilişkilerin anlaşılmasında daha doğru sonuçlara ulaşmamıza yardımcı olacağı umulmaktadır.

Oldukça benzer kavramsallaştırmalarla çalışılan PD ve BD'ye ilişkin gerek kuramsal yaklaşımlar gerekse ampirik çalışmalar bu yapıların gelişiminde ve

değişiminde sosyal çevrenin önemine vurgu yapmaktadır. Bu bağlamda bireyin sosyal ağlarında gömülü kaynakları temsil eden sosyal sermayeye (SS) ilişkin araştırmalar SS'nin temelde yapısal ve bilişsel boyutlarıyla, birey ve topluluk seviyelerinde ele alındığını göstermekle birlikte olumlu sağlık sonuçları için sahip olunan bağların niteliğinden (yapısal) çok niteliğinin (bilişsel) önemli olduğuna işaret etmektedir (örn. Dageid ve Gronlie, 2015; Kalaitzaki ve ark., 2020). Bireyi (veya topluluğu) çevreleyen ağlara duyulan güven (stratejik, genelleştirilmiş veya kurumsal), algılanan ortak değerler ve aidiyet duygusu bileşenlerinden oluşan bilişsel SS (BSS) sosyal etkileşimleri kolaylaştırarak giderek artan bir SS döngüsü oluşmasına yardımcı olur (Keleş, 2012; Uslander, 2008). Araştırmalar tutarlı bir şekilde SS ile sağlığın hem zihinsel hem de fiziksel göstergeleri arasında anlamlı ilişkiler ortaya koymakla birlikte (Ehsan ve ark., 2019; Simandan, 2021) kültürler arası çalışmalar SS ve sağlık sonuçları arasındaki ilişkilerin gelişmiş ülkelere kıyasla gelişmekte olan ülkelerde daha güçlü olduğunu göstermektedir (Maas, 2016). Bu nedenle Türkiye gibi gelişmekte olan bir ülke için sağlığın geliştirilmesi bakış açısıyla BSS'nin önemli bir etken olduğu düşünülebilir. Buna karşın yazarın bilgisine göre Türkiye'de SS ile sağlık arasındaki ilişkilerin ampirik olarak incelendiği sadece iki tez çalışması (Ardahan, 2012; Kepenek, 2021) bulunurken BSS'nin ayrıca değerlendirildiği bir çalışma bulunmamaktadır. Bu nedenle mevcut çalışmanın gelişmekte olan ülkelerde sağlığın korunması ve geliştirilmesi alanında yapılacak politikalara ışık tutacağı umulmaktadır.

Alanyazın açıkça BSS'nin sağlıkla ilişkili olduğuna işaret ederken bu ilişkinin mekanizmasını açıklamaya yardımcı olabilecek psikososyal etkenlerin ampirik olarak incelendiği çalışmalar oldukça kısıtlıdır (Adelinejad ve ark., 2022; Fiet ve ark., 2022). Bu doğrultuda araştırmalarda sıklıkla sosyal desteğin rolü incelenmiş olup bireyin diğerleriyle olan ilişkilerinin niteliğine odaklanan BSS oldukça gölgede kalmıştır (Alvarez ve ark., 2020). Öte yandan BD ve PD'ye ilişkin alanyazın BSS'nin genelleştirilmiş direnç kaynağı, farklı bir ifadeyle koruyucu bir faktör olarak bireyin zorluklara uyum gösterme becerileri geliştirmesini destekleyerek olumlu sağlık sonuçları doğurduğuna işaret etmektedir. Bu durumda BSS ve sağlık sonuçları arasındaki ilişkiye BD ve PD'nin aracılık ettiği düşünülebilir.

Alanyazın incelendiğinde hem PD hem de BSS'nin sağlık sonuçlarıyla olan ilişkilerinin ağırlıklı olarak risk grubundaki örneklemlemlerle (örn., kronik fiziksel veya zihinsel bozukluğu olanlar, afetzedeler, sığınmacılar) yürütüldüğü göze çarpmaktadır (örn., Adedeji ve ark., 2019; Liu ve ark., 2017). Öte yandan salutojenik modele göre hiçbir yaşam risklerden bağımsız olmadığı için uyum göstermeye ve etkili bir şekilde baş etmeye yardımcı olan kaynakların belirlenmesi her bir birey için önem taşımaktadır. Bu doğrultuda bireylerin yaşamın kaçınılmaz uyarılarına uyumlu tepki vermelerine yardımcı olan psikososyal yapılar olmak üzere BD ve PD'ye katkıda bulunduğu düşünülen BSS'nin toplum örneklemine değerlendirilmesinin alanyazına katkıda bulunacağı umulmaktadır. Ayrıca önceki çalışmalarda genel olarak sağlık sonuçları zihinsel sağlık için belirli psikolojik semptomlara (depresyon, stres, anksiyete) ilişkin ölçekler veya fiziksel sağlık için algılanan sağlık veya hastalıkla ilişkili etkenler (ağrı şiddeti, morbidite vb.) üzerinden ele alınmıştır (örn. Braun-Lewensohn ve ark., 2019; Lopez-Martinez ve ark., 2020). Öte yandan mevcut çalışmada pozitif sağlık yönelimiyle hedef olarak hastalıkla ilişkili etkenleri ortadan kaldırmak yerine iyi oluşu arttırmaya odaklanıldığı için sonuç değişkeni olarak sağlıkla ilgili yaşam kalitesi belirlenmiş; sağlığa ilişkin daha kapsamlı ve bütüncül bir değerlendirme için hem fiziksel hem de zihinsel sağlıkla ilgili yaşam kalitesine ilişkin bileşenlerden oluşan KF-36'ya başvurulmuştur. Son olarak, mevcut çalışmada salutojenik model ve psikolojik dayanıklılık olmak üzere alanyazında birbirini tekrar ediyormuş gibi görünen kuram ve modellerin sağlıkla ilişkilerinin karşılaştırmalı olarak incelenmesinin toplum sağlığının geliştirilmesi adına daha iyi temellendirilmiş ve daha kapsayıcı yaklaşımlarla ilerlememize olanak sağlayacağı umulmaktadır.

Özet olarak, mevcut çalışmada olası karıştırıcı etkiye sahip değişkenler kontrol edildiğinde sağlıkla ilgili yaşam kalitesinin hem zihinsel hem de fiziksel bileşeninin yordayıcısı olarak BSS'nin incelenmesine ek olarak alanyazın doğrultusunda bu ilişkide aracı olabileceği düşünülen BD ve PD'nin rollerinin eş zamanlı olarak incelenmesi hedeflenmiştir. Bu doğrultuda iki model kurgulanmıştır.

Çalışmanın ilk modelinde (Model I, Şekil 1.6) bilişsel sosyal sermaye ile zihinsel sağlıkla ilgili yaşam kalitesi arasındaki ilişkide bütünlük duygusu ve

psikolojik dayanıklılığın aracı rollerinin incelenmesi hedeflenmiş olup aşağıdaki hipotezler oluşturulmuştur:

Olası karıştırıcı etkiye sahip değişkenler (sosyodemografik değişkenler, COVID-19'la ilgili olumsuz duygulanım ve hastalık yükü) kontrol edildiğinde;

Bilişsel sosyal sermaye...

H_{1a}: ...zihinsel sağlıkla ilgili yaşam kalitesini,

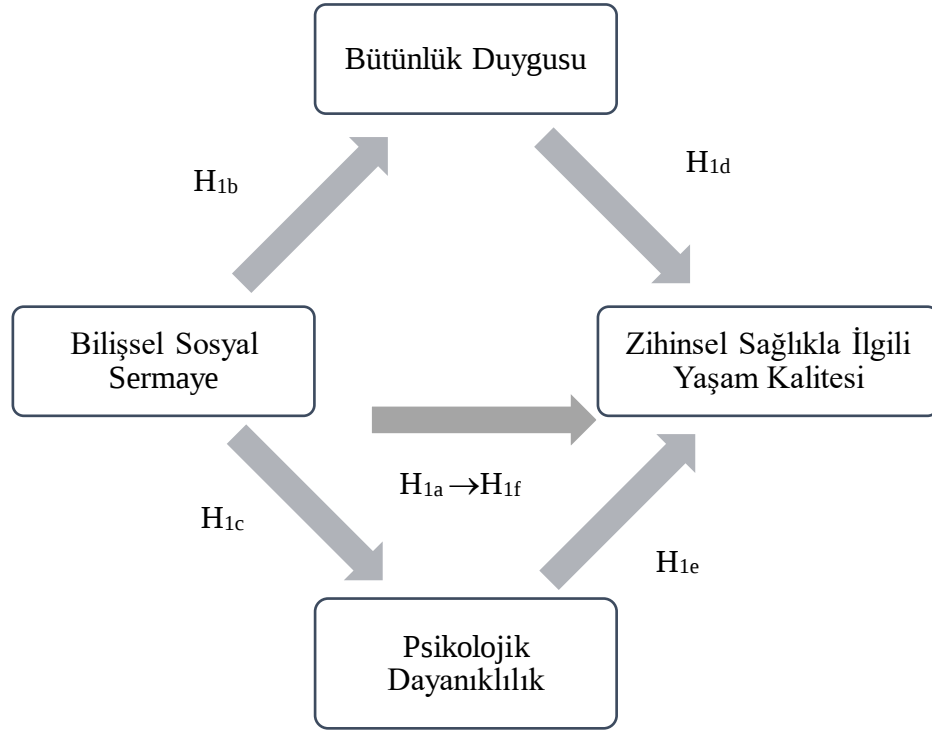
H_{1b}: ...bütünlük duygusunu ve

H_{1c}: ...psikolojik dayanıklılığı pozitif yönde yordamaktadır.

H_{1d}: Bütünlük duygusu ve

H_{1e}: Psikolojik dayanıklılık zihinsel sağlıkla ilgili yaşam kalitesini pozitif yönde yordamaktadır.

H_{1f}: Bilişsel sosyal sermaye ile zihinsel sağlıkla ilgili yaşam kalitesi arasındaki ilişkide bütünlük duygusu ve psikolojik dayanıklılığın aracılık rolü vardır.



Şekil 1.6: Araştırma modeli I

Çalışmanın ikinci modelinde (Model II, Şekil 1.7) ise bilişsel sosyal sermaye ile fiziksel sağlıkla ilgili yaşam kalitesi arasındaki ilişkide bütünlük duygusu ve psikolojik dayanıklılığın aracı rollerinin incelenmesi hedeflenmiş olup aşağıdaki hipotezler oluşturulmuştur:

Olası karıştırıcı etkiye sahip değişkenler (sosyodemografik değişkenler, COVID-19’la ilgili olumsuz duygulanım ve hastalık yükü) kontrol edildiğinde;

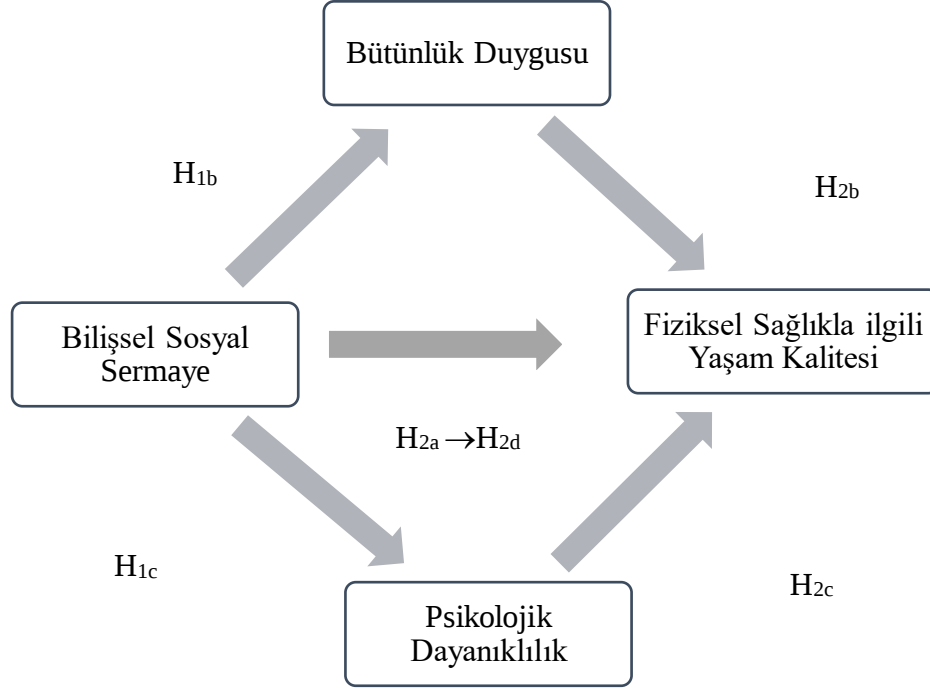
Bilişsel sosyal sermaye...

H_{2a}: ...fiziksel sağlıkla ilgili yaşam kalitesini,

H_{2b}: ...bütünlük duygusunu ve

H_{2c}: ...psikolojik dayanıklılığı pozitif yönde yordamaktadır.

H_{2d}: Bilişsel sosyal sermaye ile fiziksel sağlıkla ilgili yaşam kalitesi arasındaki ilişkide bütünlük duygusu ve psikolojik dayanıklılığın aracılık rolü vardır.



Şekil 1.7: Araştırma modeli II

İKİNCİ BÖLÜM

YÖNTEM

Bu bölümde; mevcut çalışmanın örneklemi, veri toplama araçları, uygulanan işlem adımları ve hipotezlerin testinde kullanılan istatistiksel analiz yöntemleri üzerine bilgiler yer almaktadır.

2.1. Örneklem

Araştırmanın evrenini Türkiye’de yaşayan ve internet kullanan bireyler oluşturmaktadır. Katılımcılara Survey Monkey Anket Yazılım Programı üzerinde oluşturulan araştırma bağlantısının sosyal medya araçlarıyla paylaşılmasıyla çevrimiçi olarak ulaşılmıştır. Çalışma genel popülasyonda yürütülmüş olup çalışmanın içleme kriterleri 18 ile 70 yaşları arasında olmak, Türkiye’de yaşamak ve çalışmaya gönüllü katılmak olarak belirlenmiştir.

Çevrimiçi anket çalışmasına 566 kişi katılmıştır. İşleme kriterlerine uymayan dört katılımcıya (3 katılımcı yurt dışından ve bir katılımcı 18 yaş altı olmak üzere) ek olarak çalışmayı tamamlamayan 188 kişinin verisetinden çıkarılması üzerine ilerleyen analizlere 374 katılımcının verileriyle devam edilmiştir.

Araştırmanın verileri 10 Mart 2021 ile 21 Mayıs 2021 tarihleri arasında toplanmıştır. Örneklemin %64,4'ünü kadın (N=241), %35,6'sını erkek katılımcılar (N= 133) oluşturmaktadır (N= 374). Katılımcıların yaş dağılımı 18 ile 69 arasında değişmekte olup yaş ortalaması 34,15'tir (ss= 10,46). Psikiyatrik özgeçmişinde tanı aldığını belirten 75 (%20,1) katılımcı bulunmaktadır. Katılımcıların eğitim durumu, çalışma durumu, gelir düzeyi, medeni durumu ve yaşamlarının çoğunu geçirdikleri yere (yaşam alanı) göre dağılım ve yüzdeleri Tablo 2.1'de sunulmuştur.

Tablo 2.1: Katılımcıların sosyodemografik değişkenlere göre dağılımı

Değişken	Grup	N	%
Eğitim Durumu	İlkokul	3	0.8
	Ortaokul	1	0.3
	Lise	59	15.6
	Ön Lisans	30	7.9
	Lisans	203	55.1
	Yüksek Lisans	74	19.5
	Doktora	3	0.8
Çalışma Durumu	Öğrenci	65	17.2
	Çalışan	266	64.4
	İşsiz	49	12.9
	Emekli	21	5.5
Gelir Düzeyi	Düşük	31	8.2
	Düşük- Orta	55	14.5
	Orta	221	59.7
	Yüksek- Orta	57	15
	Yüksek	10	2.6
Medeni Durum	Bekar	182	49.3
	Eşinden Ayrı	4	1.1
	Evli	158	41.7
	Birlikte Yaşıyor	10	2.6
	Boşanmış	16	4.2
	Dul	4	1.1
Yaşam Alanı	Köy/Kasaba	27	7.1
	Şehir	147	38.8
	Büyükşehir/ Metropol	200	54.1

2.2. Veri Toplama Araçları

Katılımcıların yaşam yönelimlerini değerlendirmek için Bütünlük Duygusu Ölçeği-13 (BDÖ- 13, Ek 3), sıkıntılı deneyimler karşısındaki dayanıklılıklarını ölçmek için Connor-Davidson Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği (C-D PDÖ, Ek 4), sağlıkla ilgili yaşam kalitelerini ölçmek için Kısa Form- 36 (KF-36, Ek 5), bilişsel sosyal sermaye seviyelerini ölçmek için Sosyal Sermaye Ölçeği (SSÖ, Ek 6), hastalık yükünü ölçmek için Bayliss Komorbidite Özbildirim Anketi (Ek 7) ve

COVID-19'a ilişkin olumsuz duygu şiddetlerini ölçmek için COVID-19 Önleyici Davranışları için Korunma Güdüsü Kuramı Ölçeği- Olumsuz Duygu alt boyutu (Ek 2) kullanılmıştır. Katılımcıların sosyodemografik özelliklerini (yaş, cinsiyet, eğitim ve gelir seviyesi, medeni durum vb.) değerlendirmek üzere araştırmacı tarafından Sosyodemografik Bilgi Formu (Ek 1) hazırlanmıştır. Aşağıda çalışmada kullanılan ölçüm araçları tanıtılmış ve bu araştırmadaki güvenirlik değerleri verilmiştir.

2.2.1. Sosyodemografik Bilgi Formu

Araştırmacı tarafından oluşturulan bu formda, çalışma için önemli olduğu düşünülen katılımcılara ait yaş, cinsiyet, medeni durum, sosyo-ekonomik düzey, çalışma durumu ve yaşam alanı (köy/ kasaba, şehir, büyükşehir/ metropol) gibi sosyodemografik özellikler hakkında bilgilerin istendiği sorular yer almaktadır. Ayrıca formda katılımcıların kendi bildirimlerine dayalı psikiyatrik tanı durumları hakkında bir tarama yapmak için de bir soru (örn., “*Şu ana dek bir hekim tarafından tanısı konmuş herhangi bir psikiyatrik/psikolojik rahatsızlığınız oldu mu?*”) bulunmaktadır. Form Ek 1’de sunulmuştur.

2.2.2. Bütünlük Duygusu Ölçeği- 13 (BDÖ-13):

Bireylerin zorlu yaşam olaylarına rağmen sağlıklarını sürdürmelerine yardımcı olan bir yaşam yönelimini ölçmek amacıyla BDÖ’nün 29 maddeden oluşan ilk versiyonu sonrasında revize edilerek 13 maddelik daha kısa bir ölçek haline getirilmiştir (Antonovsky, 1987, 1993). Yedili likert tipinde ve öz-bildirime dayalı BDÖ-13, bütünlük duygusunun bileşenlerinden *anlaşılabilirlik* beş, *yönetilebilirlik* ve *anlamlılık* ise dörder maddede ölçmektedir. Ölçeğin toplam puanı 13 ve 91 arasında değişmekte olup ölçekten alınan daha yüksek skorlar daha güçlü bütünlük duygusuna işaret etmektedir. Antonovsky (1987) bütünlük duygusunun sürekli bir değişken olarak görülmesi gerektiğini belirtmiş; bütünlük duygusunun seviyesine ilişkin kesim noktası sunmamış ve BDÖ’nün üç alt bileşenini (anlaşılabilirlik, yönetilebilirlik, anlamlılık) ayrı ayrı ölçmek yerine ölçeğin bir bütün olarak kullanılmasını önermiştir.

Eriksson ve Lindström (2005) BDÖ-13'ün sistematik bir gözden geçirmesini yaptıkları çalışmada 458 bilimsel yayım ve 13 doktora tezini inceledikten sonra ölçeğin Türkçe dahil 33 dile çevrildiğini ve Amerika, Avrupa, Asya ve Afrika kıtalarından 32 farklı ülkede uygulandığını belirtmiştir. Çalışmada ölçekten alınan puanların ortalamasının 35.39 (SD= .10) ile 77.60 (SD= 13.80) arasında değiştiği bildirilmiştir. Ayrıca BDÖ-13'ün iç tutarlılığı .70 ve .92 arasında değişirken bir yıllık süreyle ölçümlenen test-tekrar test güvenilirliği .69 ve .72 arasında bulunmuştur. Çalışmada bulguların BDÖ-13'ün görünüş, yapı, kriter ve yordayıcı geçerliğinin yeterli olduğu ve kültürler arası çalışmalarda uygulanabilir bir ölçek olduğu belirtilmiştir.

Kıcalı ve Sertel (2023) tarafından hem BDÖ-29'un hem de Türkçeye uyarlanan BDÖ- 29'dan elde edilen maddelerle oluşturulan BDÖ-13'ün farklı bir örneklem ile psikometrik özellikleri karşılaştırmalı olarak incelenmiş olup BDÖ-13'ün güvenirlik katsayısı .75 olarak bulunmuştur. Doğrulayıcı faktör analizi sonuçları ölçeğin tek faktörlü yapısına ilişkin modelin kabul edilebilir ve iyi uyum değerleri sağladığını göstermiştir. Kök ortalama kare yaklaşım hatası (RMSEA)= 0.06; standardize edilmiş kök ortalama kare artık (SRMR)= 0.062; uyum iyiliği indeksi (GFI)= 0.92; düzeltilmiş uyum iyiliği indeksi (AGFI)= 0.89; karşılaştırmalı uyum indeksi (CFI)= 0.90 olarak belirlenmiştir.

Mevcut çalışmada Antonovsky'nin (1993) önerdiği üzere toplam puan alınarak kullanılan ölçeğe ilişkin iç tutarlılık Cronbach Alpha değeri .79'dur. Ölçek Ek 3'de sunulmuştur.

2.2.3. Connor- Davidson Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği (C-D PDÖ):

Yazında psikolojik dayanıklılığın ölçümüne ilişkin çok sayıda çalışma bulunmaktadır (Gözden geçirme çalışması için bkz. Almedom, 2005). Bu çalışmada psikometrik özelliklerinin uygunluğu ve görece daha yüksek atıf sayısından dolayı bireylerin stresle başa çıkma yeteneğini ölçmek için Connor- Davidson Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği (C-D PDÖ, 2003) kullanılmıştır.

C-D PDÖ 25 maddeden oluşan ve 5'li likert tipi bir ölçektir. Ölçeğin puanlaması “Hiç doğru değil” (0), “Nadiren doğru” (1), “Bazen doğru” (2), Sıklıkla doğru” (3) ve “Her zaman doğru” (4) ifadeleri ile yapılmaktadır. Ölçeğin toplam puanı 0 ile 100 arasındadır ve kesme noktası bulunmamaktadır. Ölçekten alınan yüksek puanlar yüksek psikolojik dayanıklılığa işaret etmektedir.

Psikolojik dayanıklılığı yüksek bireylerin özelliklerini belirlemek amacıyla Kobasa (1979), Rutter (1985) ve Lyons'un (1991) çalışmalarından maddeler alınmış; iyimserlik ve maneviyatı ölçen maddeler eklenmiştir (Connor ve Davidson, 2003). Ölçek (1) *azim ve kişisel yeterlilik*, (2) *içgüdülere güvenme, olumsuz duygulara dayanma*, (3) *Değişime uyum gösterebilme, güvenli ilişkiler*, (4) *kontrol* ve (5) *manevi etkiler* olmak üzere 5 faktörlü bir yapı göstermiştir. Ölçek geçerlik ve güvenirlik çalışması popülasyon örnekleme (1. Grup), ayakta tedavi edilen birinci basamak sağlık bakım hastaları (2. Grup) ile ayakta tedavi edilen psikiyatrik hastalar (3. Grup), yaygın anksiyete bozukluğu klinik deneme hastaları (4. Grup) ve iki grup travma sonrası stres bozukluğu klinik deneme hastası (5. ve 6. Gruplar) ile yürütülmüştür. Birinci grup ile diğer tüm gruplar arasında ve ikinci grup ile dört, beş ve altıncı gruplar arasında anlamlı farklılıklar saptanmıştır. Orijinal çalışmada ölçeğin birinci grupta bulgularan iç tutarlılık Cronbach Alpha değeri .89, dördüncü ve beşinci gruplarda bulgularan test-tekrar test güvenirliği .87 olarak bildirilmiştir.

Ölçeğin Türkçeye uyarlama çalışması Kararımak (2010) tarafından 1999 yılında Türkiye'deki büyük depremlere maruz kalan 246 katılımcının verileriyle yapılmıştır. Orijinal ölçekteki ikinci maddenin faktör yüklenmesi uyarlama çalışmasında 0.30'un altında kaldığı için uyarlama çalışmasının devamındaki analizlerden çıkarılmıştır. Bu nedenle C-D PDÖ'nün Türkçe versiyonundan alınan toplam puan 0 ile 96 arasındadır. Ölçekten *azim ve kişisel yeterlilik* (tenacity and personel competence, 15 madde, $\alpha = .93$), *olumsuz duyguları hoşgörme* (tolerance of negative affect, 6 madde, $\alpha = .79$) ve *manevi yönelim* (tendency towards spirituality, 3 madde, $\alpha = .50$) olmak üzere 3 faktörlü bir yapı elde edilmiştir. Ölçeğin iç tutarlılık Cronbach Alfa değeri .92 olarak bildirilmiştir.

Mevcut çalışmada C-D PDÖ ölçeğın orijinaline benzer olarak 25 madde olarak kullanılmış; ancak uyarlama çalışmasına benzer şekilde madde- toplam korelasyon puanı .30'un altında kaldığı için ikinci madde toplam puana dahil edilmemiştir. Uyarlama çalışmasına benzer olarak 24 madde üzerinden toplam puan alınarak kullanılan ölçeğe ilişkin iç tutarlılık Cronbach Alfa değeri .93'tür. Ölçek EK 4'de sunulmuştur.

2.2.4. Sosyal Sermaye Ölçeğı (SSÖ):

Uçar (2016) tarafından geliştirilen Sosyal Sermaye Ölçeğı sosyal sermayenin *stratejik güven, genelleştirilmiş güven, kurumsal güven, ortak değerler ve grup aidiyeti* boyutlarını ayrı ayrı ölçen beş ölçekten oluşmaktadır. Ölçeklerin hepsi 5'li likert tipinde olup toplam madde sayısı 50'dir.

Stratejik Güven Ölçeğı insanların tanıdıklarına duyduğu güveni ölçmek amacıyla hazırlanmış 9 maddeden oluşmaktadır. Maddeler "Bana hiç uygun değil" (1) ve "Bana tamamen uygun" (5) seçenekleri arasında puanlanmakta olup 0-14 arası puan alanlar *stratejik güveni düşük*, 15-30 arası puan alanlar *stratejik güveni orta düzeyde* ve 31-45 arası puan alanlar *stratejik güveni yüksek* olarak gruplandırılmıştır. Ölçeğın Cronbach Alfa değeri .84 bulunmuştur. Mevcut çalışmada orijinaliyle aynı şekilde Cronbach Alfa değeri .84'tür.

Genelleştirilmiş Güven Ölçeğı insanların tanımadığı insanlara duyduğu güveni ve ortak iş yapma olasılığını ölçen 11 maddeden oluşmaktadır. Maddeler "Bana hiç uygun değil" (1) ve "Bana tamamen uygun" (5) seçenekleri arasında puanlanmakta olup ölçekten 0-20 arası puan alanlar *genelleştirilmiş güveni düşük*, 21-40 arası puan alanlar *genelleştirilmiş güveni orta düzeyde* ve 41-60 arası puan alanlar *genelleştirilmiş güveni yüksek* olarak gruplandırılmıştır. Ölçeğın ters puanlanan maddeleri 2, 3, 4, 5, 6, 7 ve 8 olarak belirtilmiştir. Ölçeğın Cronbach Alfa değeri .74 bulunmuştur.

Mevcut çalışmada ölçeğın Cronbach Alfa değerinin .61 bulunması üzerine kuramsal olarak ters puanlanması gerektiğı düşünölen 10. Madde ("İnsanların çoğunluğu başkalarını düşünmez") ve 11. Madde ("Eğitimsiz insanlar ile ilişki kurmak

zordur”) için Doç. Dr. Ertuğrul Uçar ile iletişime geçilmiş ve düzenleme için izni alınmıştır. Son olarak orijinalinde önerilen maddelere ek olarak 10 ve 11. maddelerin de ters puanlanmasıyla toplam puan alınarak kullanılan ölçeğin Cronbach Alfa değeri .92 bulunmuştur.

Kurumsal Güven Ölçeği farklı insanlara duyulan hoşgörü, adil bir ortamda yaşandığına duyulan inanç, devlet kurumlarına duyulan güven ve iyimser bir dünya görüşünü ölçen 16 maddeden oluşmaktadır. Maddeler “Hiç katılmıyorum” (1) ve “Tamamen katılıyorum” (5) seçenekleri arasında puanlanmakta olup ölçekten 0-28 arası puan alanlar *kurumsal güveni düşük*, 29-56 arası puan alanlar *kurumsal güveni orta düzeyde* ve 57-85 arası puan alanlar *kurumsal güveni yüksek* olarak gruplandırılmıştır. Ölçeğin ters puanlanan maddeleri 9, 10, 11, 12, 13, 14 ve 16 olarak belirtilmiştir. Ölçeğin Cronbach Alfa değeri .84 bulunmuştur.

Mevcut çalışmada ölçeğin Cronbach Alfa değeri .82 bulunmuştur. Öte yandan GGÖ’nün 10 ve 11. maddelerine benzer şekilde KGÖ’nün 15. maddesinin de (“Devlet kurumları problem çözme mercii değildir”) kuramsal olarak ters puanlanması gerektiği düşünülmüş ve düzenleme için Doç. Dr. Ertuğrul Uçar’ın izni alınmıştır. Son olarak orijinalinde önerilen maddelere ek olarak 15. maddenin de ters puanlanmasıyla toplam puan alınarak kullanılan ölçeğin Cronbach Alfa değeri .90 bulunmuştur.

Ortak Değerler Ölçeği sosyal sermayeyi oluşturan iletişim ağlarındaki kişilerle birlikte iş yapma, karşılıklı yardımlaşma ve grup normlarına uyumu ölçen 8 maddeden oluşmaktadır. Maddeler “Bana hiç uygun değil” (1) ve “Bana tamamen uygun” (5) seçenekleri arasında puanlanmakta olup ölçekten 0-13 arası puan alanlar *düşük düzeyde ortak değerlere sahip*, 14-28 arası puan alanlar *orta düzeyde ortak değerlere sahip* ve 29-40 arası puan alanlar *yüksek düzeyde ortak değerlere sahip* olarak gruplandırılmıştır. Ölçeğin Cronbach Alfa değeri .79 bulunmuştur. Mevcut çalışmada ölçeğin Cronbach Alfa değeri .78’dir.

Grup Aidiyeti Ölçeği insanların kendilerini bir ilişki ağının (arkadaş grubu, dernek üyeliği vb.) parçası olarak nasıl gördüklerine ilişkin 6 maddeden oluşmaktadır. Maddeler “Hiç katılmıyorum” (1) ve “Tamamen katılıyorum” (5) seçenekleri arasında

puanlanmakta olup ölçekten 0-10 arası puan alanlar *kendini bir gruba ait hissetme düzeyi düşük*, 11-20 arası puan alanlar *kendini bir gruba ait hissetme düzeyi orta* ve 21-30 arası puan alanlar *kendini bir gruba ait hissetme düzeyi yüksek* olarak gruplandırılmıştır. Ölçeğin Cronbach Alfa değeri .85 bulunmuştur. Mevcut çalışmada ölçeğin Cronbach Alfa değeri .79'dur.

Uçar (2016) sosyal sermaye toplam puanının hesaplanmasına ilişkin çeşitli alternatifler sunmuştur. Bunlardan biri Uslaner'in (2002) SS'nin yordanması için stratejik güvenin düşük; genelleştirilmiş ve kurumsal güvenin yüksek olması önermesine dayanarak SS toplam puanının stratejik güvenin diğer alt boyutların (genelleştirilmiş güven, kurumsal güven, ortak değerler, grup aidiyeti) puanlarının toplamından çıkararak hesaplanmasıyla elde edilirken (Uçar, 2016) diğeri genelleştirilmiş güven, kurumsal güven ve ortak değerler alt boyutlarının toplam puanından stratejik güven puanlarının çıkarılmasıyla (Uçar, Gündoğdu, Morsünbül ve Konal, 2018; Uçar ve Morsünbül, 2018) hesaplanmaktadır. Öte yandan mevcut çalışmada bilişsel sosyal sermayeye ilişkin kavramsallaştırmaların ele alındığı başlıkta da belirtildiği üzere alanyazında kişinin yakınlarına duyduğu güveni temsil eden, özelleştirilmiş güven veya dayanışmacı seviyede güven olarak da isimlendirilen stratejik güven bilişsel sosyal sermayenin temel bileşenlerinden biri olarak değerlendirilmektedir (Coleman, 1990; Fukuyama, 1995; Harpham, Grant ve Thomas, 2002; Woolcock ve Narayan, 2000). Bu nedenle mevcut çalışmada BSS puanı bu ölçeğin tüm alt boyutlarından alınan puanların toplanmasıyla hesaplanmıştır. Sosyal Sermaye Ölçeği Ek 6'da sunulmuştur.

2.2.5. Kısa Form- 36 Sağlık Taraması (KF- 36):

KF-36 Amerika Birleşik Devletleri'nde gerçekleştirilen Tıbbi Sonuçlar Çalışması kapsamında sağlıkla ilişkili yaşam kalitesini ölçmek amacıyla geliştirilmiş; formun geçerlik ve güvenirlik çalışması Ware ve Sherbourne (1992) tarafından yapılmıştır.

KF- 36 fiziksel ve zihinsel sağlık olmak üzere iki ana boyutu (1) fiziksel işlevsellik (10 madde), (2) fiziksel sorunlara bağlı rol kısıtlılığı (4 madde), (3) bedensel

ağrı (2 madde), (4) genel sağlık algısı (5 madde), (5) sosyal işlevsellik (2 madde), (6) zihinsel sağlık (5 madde), (7) duygusal sorunlara bağlı rol kısıtlılığı (3 madde), (8) enerji ve canlılık (vitality, 4 madde) olmak üzere sekiz alt boyutla birlikte toplamda 35 maddede ve bir yıl öncesine göre sağlıkta algılanan değişikliği ifade eden (ikinci soru) bir madde ile olmak üzere toplam 36 maddede değerlendirmektedir. Katılımcılardan son dört haftalarını göz önünde bulundurarak sorulara cevap vermelerinin beklendiği ankette maddelerin yedisi evet-hayır şeklinde iki seçenekli olup diğer maddeler üçlü, beşli veya altılı Likert tipi skalalarda cevaplanmaktadır. Her bir boyuttan alınan toplam puanlar 0 ve 100 arasında değerlendirilirken yüksek puanlar daha yüksek sağlıkla ilgili yaşam kalitesine işaret etmektedir. Formun iç tutarlılık Cronbach Alpha değerinin .73 ile .96, test-tekrar test güvenilirliğinin .60- .81 arasında değiştiği bildirilmiştir (Ware ve Sherbourne, 1992).

KF-36'nın Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Demirsoy (1999) tarafından yapılmıştır. Çalışmada alt boyutların iç tutarlılık katsayılarının .75 ile .90 arasında değiştiği bulgulanmıştır. Mevcut çalışmada ise KF-36'nın alt boyutlarının iç tutarlılık katsayıları fiziksel işlevsellik için .87, fiziksel sorunlara bağlı rol kısıtlılığı için .88, bedensel ağrı için .83, genel sağlık algısı için .78, sosyal işlevsellik için .74, zihinsel sağlık için .86, duygusal sorunlara bağlı rol kısıtlılığı için .84, son olarak enerji ve canlılık için .82 olarak bulgulanmıştır. Fiziksel sağlık bileşeni (FSB, physical component score) ve zihinsel sağlık bileşeni (ZSB, mental component score) puanlarının hesaplanması için öncelikle tüm alt boyutlardan alınan puanlar hesaplanmıştır. Sonrasında FSB için fiziksel işlevsellik, fiziksel sorunlara bağlı rol kısıtlılığı, bedensel ağrı ve genel sağlık algısı alt boyutlarından alınan puanların ortalaması; ZSB için ise sosyal işlevsellik, zihinsel sağlık, duygusal sorunlara bağlı rol kısıtlılığı ile enerji ve canlılık alt boyutlarından alınan puanların ortalaması kullanılmıştır (örn. Liu ve ark., 2017; Skarsater ve ark., 2009). Ölçek Ek 5'de sunulmuştur.

2.2.6. Bayliss Komorbidite Özbildirim Anketi

Bu anket 25 kronik hastalığın (örn. Diyabet, kanser, tansiyon) yer aldığı bir listeden oluşmaktadır. Ankette katılımcılara listede belirtilen kronik hastalıklara sahip

olup olmadıkları; sahiplerse bu hastalıkların günlük aktivitelerini ne ölçüde etkilediği sorulmaktadır. Ölçek puanlaması her bir kronik hastalık koşulu için 0- “Bu hastalık bende yok.”, 1- “Bu hastalık günlük aktivitelerimi hiç etkilemiyor” ve 5- “Bu hastalık günlük aktivitelerimi çok etkiliyor.” Şeklinde yapılmaktadır. Sonrasında bildirilen her bir hastalık, bireyin günlük aktivitelerini engelleme derecesiyle çarpımları alınarak değerlendirilirken elde edilen sonuç hastalık yükünü (komorbidite) temsil etmektedir. Bayliss ve arkadaşları (2009) listeye başka hastalıkların da eklenebileceğini belirtmekle birlikte mevcut çalışmada bir hastalık eklenmemiş olup ölçekten alınan yüksek puanlar daha yüksek hastalık yüküne işaret etmektedir.

Anketin Türkçeye uyarlama çalışması bir doktora tezi çalışmasında Cihandide-Ayalp (2023) tarafından yapılmış olup geçerli ve güvenilir bulunmuştur. Anket Ek 7’de sunulmuştur.

2.2.7. COVID-19 Önleyici Davranışları için Korunma Güdüsü Kuramı Ölçeği- Olumsuz Duygu Alt Boyutu:

COVID-19 pandemisine ilişkin korunma motivasyonunu değerlendirmek için korunma güdüsü kuramı (protection motivation theory, Rogers, 1983) temel alınarak Acar ve Kıcalı (2021) tarafından geliştirilmiş olan bu ölçek algılanan ciddiyet, algılanan duyarlılık, algılanan maliyet, olumsuz duygu, öz-etkinlik, tepki etkililiği ve korunma motivasyonu olmak üzere yedi alt boyuttan oluşmaktadır. Mevcut çalışmanın amaçları doğrultusunda bu ölçeğin sadece olumsuz duygulara ilişkin alt boyutu kullanılmıştır. Bu alt boyutta katılımcılardan COVID-19 hakkında düşündüklerinde hissettikleri (1) kaygı, (2) korku ve (3) üzüntüyü beşli Likert tipi (1= hiç, 5= çok fazla) skalada derecelendirmeleri istenmiştir. Katılımcıların COVID-19’a ilişkin olumsuz duyguları bu üç soruya verilen cevabın ortalaması alınarak hesaplanmaktadır. Orijinal çalışmada bu alt boyuta ilişkin iç tutarlılık katsayısı .90 olarak bulunurken bu çalışmada .89 bulunmuştur. Ölçek Ek 2’de sunulmuştur.

2.3. İşlem

Uygulama öncesinde araştırma ile ilgili bilgi ve araştırmada kullanılacak gereçler İstanbul Üniversitesi Sosyal ve Beşerî Bilimler Araştırmaları Etik Kuruluna sunularak gerekli izinleri almak için başvuru yapılmıştır. İstanbul Üniversitesi Sosyal ve Beşerî Bilimler Araştırmaları Etik Kurulu'nun 27.01.2021 tarih ve 52299 sayılı kararıyla izin verilen çalışmaya ilişkin onay yazısı Ek 8'de sunulmuştur. Sonrasında çevrimiçi veri toplamak amacıyla araştırma anketi oluşturulmuş; araştırmanın bağlantısı sosyal medya araçları ve e-posta yoluyla paylaşılmıştır. Çevrimiçi anket araştırmayla ilgili bilgilendirici bir metinle (çalışmanın kapsamı, amacı, önemi, kişisel bilgilerin korunacağı bilgisi gibi) açılmış; çalışmaya devam etmek için katılımcıların onayı alınmıştır. Ölçekleri doldurmak yaklaşık olarak 30-35 dakika almıştır. Sıra etkisini kontrol etmek amacıyla Sosyodemografik Bilgi Formu'ndan sonra sunulan araştırma ölçekleri Survey Monkey anket programı aracılığıyla randomize edilmiştir. Veri toplama sürecine 10 Mart 2021 tarihinde başlanmış olup 28 Mayıs 2021 tarihinde çevrimiçi anketlere erişim kapatılmıştır.

2.4. İstatistiksel Analiz

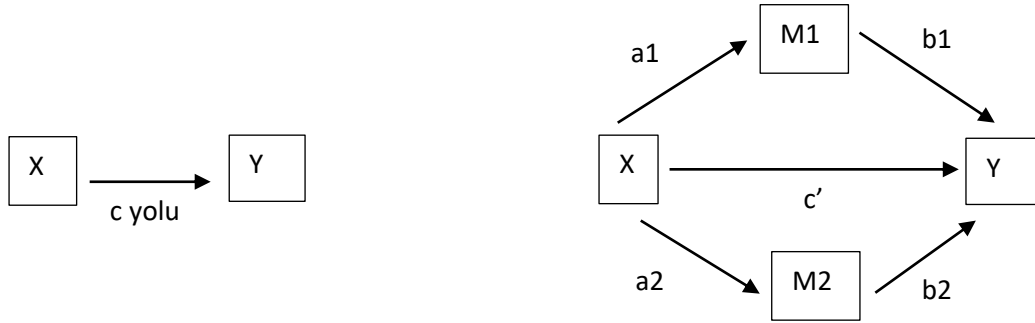
Analiz, SPSS versiyon 22.0 istatistik yazılımının işlem fonksiyonu kullanılarak gerçekleştirilmiştir. Bu çalışmada, katılımcıların bazılarının demografik özelliklerine ilişkin eksik veriler bulunmuş ve bu veriler çalışma dışı bırakılmıştır. Sürekli değişkenler ortalamalar ve standart sapmalar (SD'ler), kategorik değişkenler ise tekrar sayıları ve yüzdeler (%) kullanılarak gösterilmiştir. Verilerin normal dağılımı, Kolmogorov-Smirnov normal dağılım testi ile incelenmiştir. Çalışmanın temel değişkenlerine ilişkin veriler normal dağılım gösterdiği, dikotomik değil parametrik olduğu için değişkenler arasındaki istatistiksel ilişki Pearson'ın korelasyon testi ile incelenmiştir. Aracılık etkileri Preacher ve Hayes'in geliştirdiği SPSS versiyon 22'deki Multiple Mediation eklentisi ile gerçekleştirilmiştir.

Paralel çoklu aracı modeli, hiçbir aracı değişkenin başka bir aracı değişkeni nedensel olarak etkilememesi koşuluyla bağımsız değişkenin doğrudan bağımlı değişkeni ve dolaylı olarak da iki veya daha fazla aracı değişkeni etkilemesi olarak

modellenir (Hayes, 2013). Dolayısıyla bu model, aracı değişkenlerin bağımsız olduğu varsayımına dayanmasına rağmen (1) tek bir model ile birden fazla aracı değişkenin anlamlılığının test edilebilmesi ve (2) bağımlı değişkenin bağımsız değişken üzerindeki etkisinde farklı aracı değişkenler aracılığıyla olan dolaylı etkilerin büyüklüğünü kıyaslama olanakları sağladığı için aracı değişkenler ilişkili olsa bile tercih edilebilir (Hayes ve Rockwood, 2016). Tek aracı içeren modellerin basit uzantıları olmakla birlikte çoklu aracı modelleri aracılık etkilerinin çok daha doğru değerlendirilmesini mümkün kılar (Fritz, Taylor ve MacKinnon, 2012).

Şekil 8’de bağımsız değişkenin (X) bağımlı değişken (Y) üzerindeki etkisi ile paralel çoklu aracılık modelinin şablonu sunulmuştur. Bağımsız değişkenin bağımlı değişken üzerindeki toplam etkisi (total effect) “yol c” olarak ifade edilmektedir. *Toplam etki*, aracı değişkenin yokluğunda, bağımsız değişkenin bağımlı değişken üzerindeki doğrudan etkisi (direct effect) ile aracı değişken üzerinden işleyen dolaylı etkisinin (indirect effect) toplamından oluşmaktadır. *Doğrudan etki* Şekil 8’de c’ olarak gösterilmiş olup aracı değişken sabit tutulduğunda X üzerindeki bir birimlik artışın Y üzerinde kaç birim farklılık gösterdiğine karşılık gelirken tek aracı değişkenli modelde *dolaylı etki* X üzerindeki bir birimlik artışın X’in M üzerindeki etkisinin bir sonucu olarak Y üzerinde ne kadar birim farklılık gösterdiğini ifade eder (Hayes, 2013). Dolaylı etkiler paralel çoklu aracı modelinde ise spesifik dolaylı etkiler olarak kavramsallaştırılmış olup diğer aracı değişkenler sabit tutulduğunda her bir aracı değişken için ayrı spesifik dolaylı etkilerden söz etmek mümkündür (Hayes ve Rockwood, 2016). İki değişken arasındaki aracılardan değerlendirilebilmesi için spesifik dolaylı etkilerin anlamlılık düzeyine bakılır. Bu etkilerin istatistiksel olarak anlamlı sayılabilmesi, %95 güven aralığı olarak tanımlanan BootLLCI (min) ve BootULCI (maks.) aralığında sıfır (0) değerinin yer almamasına dayanır (Hayes, 2013).

Bağımsız değişkenin (X) aracı değişkenler (M1 ve M2) üzerindeki etkileri “yol a1” ve “yol a2” olarak temsil edilmiş olup aracı değişkenlerin bağımlı değişken (Y) üzerindeki “yol b1” ve “yol b2” olarak gösterilmiştir.



Şekil 2.1: Bağımsız değişkenin bağımlı değişken üzerindeki toplam etkisi ve paralel aracılık modeli

Parametrik olmayan bootstrapping analizinde (5000) BSS (X) ile ZSB (Y_1) ve FSB (Y_2) arasındaki ilişkinin potansiyel aracıları olarak BD (M_1) ve PD (M_2) değişkenleri kullanılmıştır. Aracılık analizinde güven aralığı (CI) %95 ve dolaylı etkiler için yanlılığı düzeltilmiş (bias corrected) alt ve üst sınırlar kullanılmıştır.

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

BULGULAR

Mevcut çalışmada iki model kurgulanmıştır. Çalışmanın ilk modelinde bağımsız değişken bilişsel sosyal sermaye (BSS, X), bağımlı değişken ise zihinsel sağlık bileşeni (ZSB, Y_1) olarak belirlenmiş olup bu ilişkiler arasında aracı değişkenler olarak bütünlük duygusu (BD, M_1) ile psikolojik dayanıklılığın (PD, M_2) rolleri incelenmiştir. İkinci modelinde ise bağımsız değişken olara BSS ile fiziksel sağlık bileşeni (FSB, Y_2) arasında aracı değişkenler olarak BD ve PD'nin rolleri incelenmiştir. Analiz sonuçları ileri sürülen hipotezlerden biri hariç hepsinin desteklendiğini göstermiştir. Son durumda araştırmanın temel aracılık modellerinden biri desteklenirken, diğeri kısmen desteklenmiştir. Salutojenik modelin öngörülleri doğrultusunda GDK-GKE işlevi görerek SiYK üzerinde olası karıştırıcı etkiye sahip olabilecek değişkenler arasında sadece hastalık yükü ve COVID-19'a ilişkin olumsuz

duygu düzeyleri anlamlı düzeyde ilişki gösterdiği için aracılık modellerinde kontrol değişkeni olarak kullanılmalarına karar verilmiştir.

Araştırmanın birinci modeli olarak BSS ile ZSB arasındaki ilişkide BD ve PD'nin aracı rollerinin incelendiği paralel çoklu aracılık analizi sonuçları bu model kapsamında oluşturulan tüm hipotezleri desteklemiş; BD ve PD'nin aracılık etkilerinin anlamlı olduğunu ve BSS'nin ZSB üzerindeki doğrudan etkisinin bu aracı değişkenlerin varlığında ortadan kalktığını göstermiştir. Bu bağlamda "Bilişsel sosyal sermaye düzeyindeki değişim zihinsel sağlık bileşenindeki değişimi pozitif yönde yordamaktadır" olarak belirtilen *Hipotez 1a*, "Bilişsel sosyal sermaye düzeyindeki değişim bütünlük duygusu düzeyindeki değişimi pozitif yönde yordamaktadır" olarak belirtilen *Hipotez 1b*, "Bilişsel sosyal sermaye düzeyindeki değişim psikolojik dayanıklılık düzeyindeki değişimi pozitif yönde yordamaktadır" olarak belirtilen *Hipotez 1c*, " Bütünlük duygusu düzeyindeki değişim zihinsel sağlık bileşeni düzeyindeki değişimi pozitif yönde yordamaktadır" olarak belirtilen *Hipotez 1d*, "Psikolojik dayanıklılık düzeyindeki değişim zihinsel sağlık bileşeni düzeyindeki değişimi pozitif yönde yordamaktadır" olarak belirtilen *Hipotez 1e* ve son olarak "Bilişsel sosyal sermaye düzeyi ile zihinsel sağlık bileşeni arasındaki ilişkide bütünlük duygusu ve psikolojik dayanıklılığın aracı rolü vardır" olarak belirtilen *Hipotez 1f* desteklenmiştir.

Araştırmanın ikinci modeli olarak BSS ile FSB arasındaki ilişkide BD ve PD'nin aracı rollerinin incelendiği paralel çoklu aracılık analizi sonuçları bu model kapsamında oluşturulan hipotezlerden biri hariç hepsini desteklemiş; PD'nin FSB üzerindeki doğrudan etkisinin anlamlı olmadığını, yalnızca BD'nin aracılık etkisinin anlamlı olduğunu ve BSS'nin FSB üzerindeki doğrudan etkisinin BD'nin varlığında ortadan kalktığını göstermiştir. Bu bağlamda "Bilişsel sosyal sermaye düzeyindeki değişim fiziksel sağlık bileşenindeki değişimi pozitif yönde yordamaktadır" olarak belirtilen *Hipotez 2a*, " Bütünlük duygusu düzeyindeki değişim fiziksel sağlık bileşeni düzeyindeki değişimi pozitif yönde yordamaktadır" olarak belirtilen *Hipotez 2b* desteklenmiş; "Psikolojik dayanıklılık düzeyindeki değişim fiziksel sağlık bileşeni düzeyindeki değişimi pozitif yönde yordamaktadır" olarak belirtilen *Hipotez 2c*

desteklenmemiştir. Son olarak “Bilişsel sosyal sermaye düzeyi ile fiziksel sağlık bileşeni arasındaki ilişkide bütünlük duygusu ve psikolojik dayanıklılığın aracı rolü vardır” olarak belirtilen *Hipotez 2d* kısmen desteklenmiştir. Aracılık modeline ilişkin analizlerin bulgularından önce gelecek bölümde hipotezlerin sınanmasına ilişkin önkoşullara yer verilmiştir.

3.1. Aracılık Modellerine İlişkin Analizlerin Önkoşullarının Sağlanmasına İlişkin İstatistikler

Aracılık modeline ilişkin analizlerin gerçekleştirilebilmesi için bağımsız, bağımlı ve aracı değişkenler arasında korelasyonların olması gerekmektedir ancak değişkenlerin normal dağılım ölçütlerine sahip olma/olmama durumları korelasyon testini değiştirmektedir. Bundan dolayı ilk olarak değişkenlerin normal dağılıma sahip olup olmadıklarını tespit etmek gerekmektedir. Gerçekleştirilen Kolmogorov-Smirnov normal dağılım analiz sonuçları ile ölçeklerden alınan ortalama puanlar ile standart sapmalarını içeren betimsel özelliklere ilişkin bilgiler Tablo 3.1’de gösterilmektedir.

Tablo 3.1: Ölçeklere ilişkin betimsel istatistikler ve normal dağılım analizi sonuçları

Ölçekler	Ort.	SS	Kolmogorov-Smirnov Z	p	Çarpıklık	Basıklık
BSS	152.29	16.7	.803	.54	-.095	.27
BD	50.98	12.46	.736	.65	.14	-.20
PD	85.87	15.73	.762	.61	-.14	-.06
ZSB	53.40	22.52	1.348	.05	.09	-1.12
FSB	71.62	19.28	2.502	.00	-.76	-.34
Hastalık Yüğü	5.79	6.57	3.825	.00	3.11	15.40
COVID-19 Duygu	2.84	1.01	2.306	.00	.28	-.58

Gerçekleştirilen normal dağılım analizi sonuçlarına göre, BSS ($p>.05$), BD ($p>.05$), PD ($p>.05$) ve ZSB ($p>.05$) değişkenlerinin normal dağılıma sahip olduğu ancak FSB, hastalık yüğü ve COVID-19’a ilişkin olumsuz duygu şiddetinin ($p<.05$) normal dağılıma sahip olmadığı görülmüştür. Bununla birlikte Tabachnick ve Fidell’e (2018) göre örneklem büyüklüğünün 200’ün üzerinde olması ve hastalık yüğü hariç tüm değişkenlerin çarpıklık değerlerinin ± 2 aralığında iken basıklık değerleri ± 7

aralığında yer aldığı için verilerin normal dağılıma sahip olduğu kabul edilerek analizlere devam edilebilir. Bu bağlamda araştırma modelleri kapsamında ileri sürülen hipotezlerin test edilmesi için parametrik testler (Pearson korelasyon analizi) ve normal dağılım ön koşulu aramayan Preacher ve Hayes aracılık testi kullanılmıştır (Preacher ve Hayes, 2008).

Tablo 3.2: Çalışmadaki değişkenler arasındaki korelasyon analizi sonuçları

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1. BSS	1									
2. BD	,384**	1								
3. PD	,167**	,311**	1							
4. ZSB	,221**	,546**	,293**	1						
5. FSB	,236**	,319**	,173**	,570**	1					
6. Hastalık Yükü	-,110*	-,125*	-,044	-,191**	-,387**	1				
7. COVID-19 Duygu	-,152**	-,227**	-,137**	-,297**	-,287**	,069	1			
8. Yaş	,034	,377**	,048	,190**	,047	,085	,086	1		
9. Cinsiyet	,075	-,124*	-,122*	-,192**	-,119*	-,016	,213**	-,009	1	
10. Eğitim	,153**	,089	-,065	,011	,139**	-,126*	-,026	,053	-,007	1
11. Gelir	,180**	,237**	,079	,150**	,180**	-,043	-,001	,100	-,067	,181**

p* < .05, p** < .01

Tablo 3.2, korelasyon analizi sonuçlarını göstermektedir. Bu noktada hem bağımlı, bağımsız ve aracı değişkenlere ilişkin hem de olası karıştırıcı etki ihtimali barındıran hastalık yükü, COVID-19'a ilişkin olumsuz duygu şiddeti, yaş, cinsiyet, eğitim ve gelir değişkenleri analize dahil edilmiştir. Elde edilen bulgular, BSS, BD, PD, ZSB ve FSB arasında istatistiki olarak anlamlı ilişkiler olduğunu ($p < .01$) göstermiştir. Ayrıca olası karıştırıcı etki ihtimali barındıran değişkenler arasından ise hastalık yükü ve COVID-19 duygu değişkenlerinin BSS, BD, PD, ZSB ve FSB ile istatistiki olarak ilişkili olduğu tespit edilmiştir ($p < .05$). Karıştırıcı etki ihtimali barındıran diğer değişkenlerin durumu incelendiğinde ise yaş değişkeninin BD ($r = .37$) ve ZSB ($r = .19$) ile istatistiki olarak anlamlı bir ilişkide olduğu ($p < .01$); cinsiyetin BD ($r = -.12$, $p < .05$) ve PD ($r = -.12$, $p < .05$), ZSB ($r = -.19$, $p < .01$) ve FSB ($r = -.12$, $p < .05$); eğitimin BSS ($r = .15$, $p < .01$) ve FSB ($r = .14$, $p < .01$) ve son olarak gelirin BSS ($r = .18$, $p < .01$), BD ($r = .24$, $p < .01$), ZSB ($r = .15$, $p < .01$) ve FSB ($r = .18$, $p < .01$) ile istatistiki olarak anlamlı ilişkiler içinde olduğu görülmüştür. Mukaka (2012) kontrol değişkenleri için .20'nin altında kalan korelasyonların göz ardı edilebileceğini önermektedir. Bu bulgulardan hareketle sosyodemografik değişkenlerin sağlık

sonuçlarıyla gösterdiği ilişkiler .20'nin altında kaldığı için kontrol değişkeni olarak kullanılmamasına, öte yandan hastalık yükü ve COVID-19 Duygu değişkenlerinin modelde yer alan ZSB ve FSB ile gösterdiği anlamlı ve orta güçte ilişkiler nedeniyle analizlere kontrol değişkeni olarak eklenmesine karar verilmiştir.

Aracılık analizine geçmeden önce modelin test edilebilmesi için (i) ortak yöntem yanlılığı (common method variance) ve (ii) çoklu doğrusal bağlantı (multicollinearity) durumunun test edilmesi gerekmektedir. Ortak yöntem yanlılığı hatasının olmaması için modeldeki bağımsız, bağımlı ve aracı değişkenler arasındaki korelasyonların .90'nın altında olması beklenmektedir (Rodríguez-Ardura ve Meseguer-Artola, 2020). Tablo 3.2'de (korelasyon analizi sonuçları) görüldüğü üzere değişkenler arasındaki ilişkiler .13 ile .58 arasında değişmektedir. Farklı bir ifadeyle, modelde ortak yöntem yanlılığı bulunmamaktadır. Çoklu doğrusal bağlantı için ise modeldeki bağımsız, bağımlı ve aracı değişkenler arasındaki korelasyonların .80'nin altında olması ve Varyans Arttırıcı Faktör (Variance Inflation Factor-VIF) değerlerinin 2'nin altında olması beklenmektedir (Preacher ve Hayes, 2004). Nitekim Tablo 3.2'de (korelasyon analizi sonuçları) görüldüğü üzere değişkenler arasındaki ilişkiler .13 ile .58 arasında değişmektedir. Varyans arttırıcı faktör değerleri ise Tablo 3.3'de gösterildiği üzere 2'nin altında olduğu için çoklu doğrusal bağlantı sorununu bulunmamaktadır. Bu bulgular doğrultusunda aracılık modellerinin sınanmasına geçilmiştir.

Tablo 3.3: Ölçeklere ilişkin varyans arttırıcı faktör sonuçları

Ölçekler	VIF	Tolerans
Bilişsel Sosyal Sermaye	1.196	.836
Bütünlük Duygusu	1.336	.749
Psikolojik Dayanıklılık	1.117	.895
Zihinsel Sağlık Bileşeni	1.459	.686
Fiziksel Sağlık Bileşeni	1.139	.878

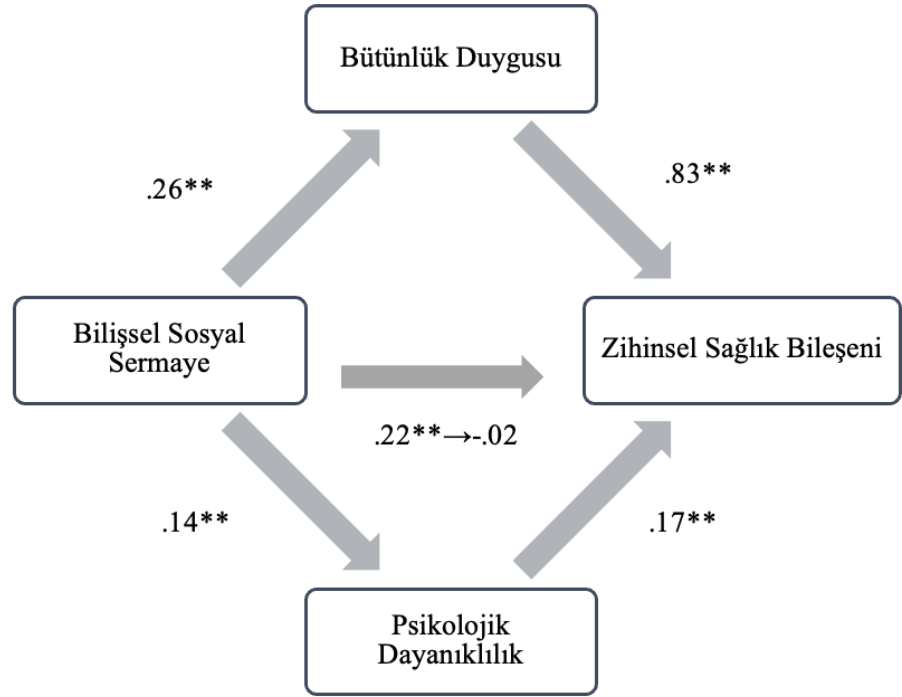
3.2. Bilişsel Sosyal Sermaye ile Zihinsel Sağlık Bileşeni Arasındaki İlişkide Bütünlük Duygusu ve Psikolojik Dayanıklılığın Aracı Roller (Model I)

Yukarıda belirtildiği üzere modelin sınanması için gerekli koşulların sağlanması üzerine BSS ve ZSB arasındaki ilişkide BD ve PD'nin aracı rolleri incelenmiş olup Tablo 3.4'de görüleceği üzere Model I'in istatistiki olarak anlamlı olduğu bulgulanmıştır ($F= 40.82$; $p= 0.00$). Ayrıca hem toplam dolaylı etki (.17 – .32), hem BD (.15 – .29) hem de PD (.00 – 0.05) değişkenlerine ilişkin güven aralığı değeri 0'ı içermediği için aracılık etkisinin istatistiki olarak anlamlı (Sobel $Z= 5.94$; $p= 0.00$) olduğu söylenebilir (Preacher ve Hayes, 2008; Hair, vd., 2021).

Tablo 3.4: Model I'e ilişkin paralel aracılık analizi sonuçları

	Dolaylı etki tahmini	Dolaylı etki tahminlerinin ortalaması	Standart hata	Alt %95 güven aralığı	Üst %95 güven aralığı
Toplam	.2420	.2400	.0387	.1720	.3247
Bütünlük Duygusu	.2174	.2163	.0363	.1514	.2935
Psikolojik Dayanıklılık	.0246	.0237	.0128	.0057	.0586
$F: 40.82$ $p= 0.00$ Sobel $Z: 5.94$ $p= .00$					

Aracılık modelinin istatistiki olarak anlamlı olduğu tespit edildikten sonra model sonuçlarının incelenmesi gerekmektedir. Şekil 9 modele ilişkin sonuçları göstermektedir. Buna göre BSS'nin ZSB üzerindeki toplam etkisinin (c yolu) anlamlı olduğu görülmüştür ($B= .26$, $SE= .06$, $t= 3.35$, $p<.01$). BSS düzeyindeki değişim ZSB düzeyindeki değişimi pozitif yönde yordamaktadır. Bu sonuca göre H_{1a} hipotezi doğrulanmıştır.



**Modelde Bayliss Komorbidite Özbildirimi (BKÖ) ve Covid-19 Duygu kontrol edilmiştir.*

Şekil 3.1: Model I'e ilişkin bulgular

Bilişsel sosyal sermayeden BD'ye giden yol (a1 yolu) ($B = .26$, $SE = .03$, $t = 7.33$, $p < .01$) ile PD'ye giden yol (a2 yolu) ($B = .14$, $SE = .04$, $t = 2.85$, $p < .01$) istatistiki olarak anlamlıdır; BSS düzeyindeki değişim BD ve PD düzeylerindeki değişimi pozitif yönde yordamaktadır. Bu sonuçlara göre H_{1b} ve H_{1c} hipotezleri doğrulanmıştır. Ayrıca BD (b1 yolu) ($B = .83$, $SE = .08$, $t = 9.61$, $p < .01$) ve PD'nin (b2 yolu) ($B = .17$, $SE = .06$, $t = 2.79$, $p < .01$) ZSB'nin istatistiki olarak anlamlı yordayıcıları olduğu bulgulanmıştır. Bütünlük duygusu ve psikolojik dayanıklılık düzeyleri arttıkça zihinsel sağlık bileşeni düzeyi arttığı için H_{1d} ve H_{1e} hipotezleri doğrulanmıştır.

Son olarak aracılık etkisi incelendiğinde (c' yolu), BSS'nin ZSB üzerindeki doğrudan yordama etkisi istatistiki olarak anlamsız hale gelmiştir ($B = -.02$, $SE = .06$, $t = -.34$, $p > .05$). Buna göre BSS'de meydana gelen değişim, ZSB'de meydana gelen değişimi doğrudan etkilememekte; bunun yerine BD ve PD değişkenlerinin aracılığıyla ZSB'yi yordamaktadır. Gerçekleştirilen model çoklu aracılık etkisi olduğu

için iki değişkenin aracılık etme güçlerini de spesifik dolaylı etkileri üzerinden incelemek mümkündür. Bu doğrultuda bulgular ortaya çıkan aracılık etkisinin %89'unun BD'den; %11'inin ise PD'den kaynaklandığını göstermiştir. Bu nedenle BSS ile ZSB arasındaki ilişkide ağırlıklı aracılık yapan değişkenin BD olduğunu söylemek mümkündür. Farklı bir ifadeyle bireyin BSS düzeyinde meydana gelen bir artış önce BD ve PD'yi arttırmakta olup güçlenen BD ve PD bireyin ZSB düzeyini iyileştirmektedir. Bu sonuçlara göre H_{1f} hipotezi doğrulanmıştır. Model I'e ilişkin özet sonuçlar Tablo 3.5'de incelenebilir. Gelecek bölümde Model II'ye ilişkin bulgulara yer verilmiştir.

Tablo 3.5: Model I'e ilişkin özet sonuçlar

İlişkiler	β	SE	t	p	Hipotez	Durum
BSS → BD (a1)	.26	.0357	7.33	.000	H _{1b}	Doğrulandı
BSS → PD (a2)	.14	.0488	2.85	.005	H _{1c}	Doğrulandı
BD → ZSB (b1)	.83	.0864	9.61	.000	H _{1d}	Doğrulandı
PD → ZSB (b2)	.17	.0632	2.79	.004	H _{1e}	Doğrulandı
SS → ZSB (c)	.22	.0660	3.35	.002	H _{1a}	Doğrulandı
SS → BD, PD → ZSB (c')	-.02	.0614	-.34	.733	H _{1f}	Doğrulandı
Kontrol Değişkenleri						
Hastalık Yüğü → ZSB	-.41	.1448	-2.80	.005		
COVID-19 D. → ZSB	-3.77	.9598	-3.93	.000		

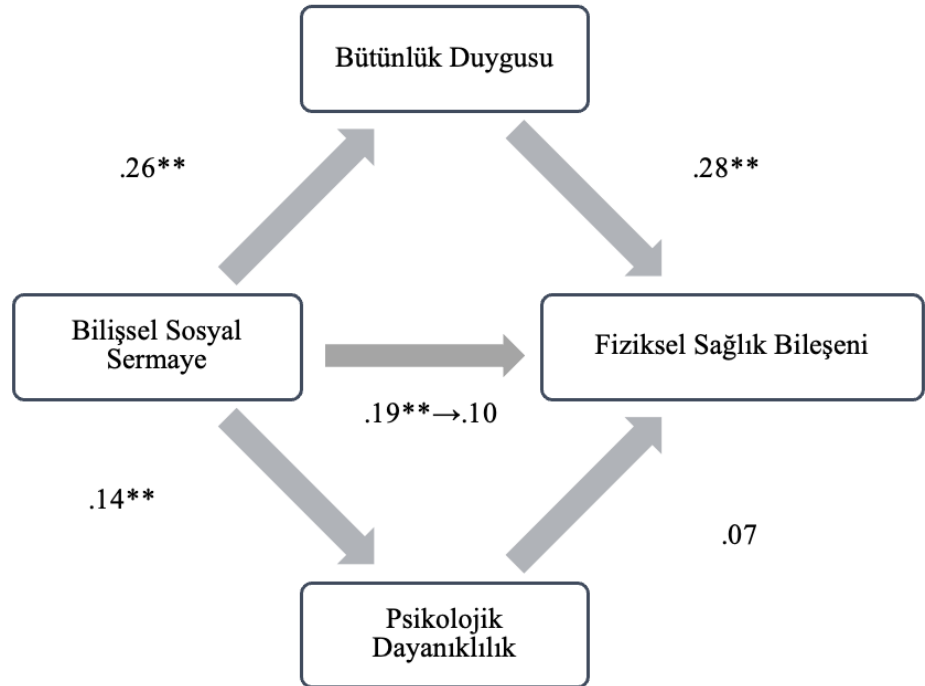
3.3. Bilişsel Sosyal Sermaye ile Fiziksel Sağlık Bileşeni Arasındaki İlişkide Bütünlük Duygusu ve Psikolojik Dayanıklılığın Aracı Roller (Model II)

Tablo 3.6 Model II'ye ilişkin sonuçları göstermekte olup kurulan modelin istatistiki olarak anlamlı olduğu bulgulanmıştır (F= 28.23; p= 0.00). Ancak toplam dolaylı etki (.04 – .13), ve BD'ye (.03 – .12) ilişkin güven aralığı değerleri 0'ı içermezken PD'ye (-.004 – .03) ilişkin güven aralığı 0'ı içermektedir. Bu sonuca göre yalnızca BD'nin aracılık (Sobel Z= 4.39; p= 0.00) etkisinden bahsetmek mümkündür (Preacher ve Hayes, 2008; Hair, vd., 2021).

Tablo 3.6: Model II'ye ilişkin paralel aracılık analizi sonuçları

	Dolaylı etki tahmini	Dolaylı etki tahminlerinin ortalaması	Standart hata	Alt %95 güven aralığı	Üst %95 güven aralığı
Toplam	.0823	.0812	.0212	.0465	.1308
Bütünlük Duygusu	.0721	.0717	.0214	.0364	.1219
Psikolojik Dayanıklılık	.0102	.0095	.0099	-.0046	.0370
<i>F: 28.23</i>	<i>p= 0.00</i>		<i>Sobel Z: 4.39</i>	<i>p= .00</i>	

Şekil 3.2'de görüldüğü üzere BSS'nin FSB üzerindeki toplam etkisi (c yolu) anlamlıdır (B= .19, SE= .05, t= 3.50, p<.01). BSS düzeyindeki değişim FSB düzeyindeki değişimi pozitif yönde yordamaktadır. Bu sonuca göre H_{2a} hipotezi doğrulanmıştır.



**Modelde Bayliş Komorbidite Özbildirimi (BKÖ) ve Covid-19 Duygu kontrol edilmiştir.*

Şekil 3.2: Model II'ye ilişkin bulgular

Model I'de de belirtildiği üzere BSS'den BD'ye giden yol (a1 yolu) (B= .26, SE= .03, t= 7.33, p<.01) ile PD'ye giden yol (a2 yolu) (B= .14, SE= .04, t= 2.85, p<.01)

istatistiki olarak anlamlıdır. Benzer şekilde BD'den (b1 yolu) ($B = .28$, $SE = .05$, $t = 3.51$, $p < .01$) FSB'ye giden yol da anlamlı olup BD'deki değişimin FSB'deki değişimi pozitif yönde yordadığı görülmüştür. Bu sonuçlara göre H_{2b} hipotezi doğrulanmıştır. Öte yandan PD'den (b2 yolu) ($B = .07$, $SE = .05$, $t = 1.27$, $p > .05$) FSB'ye giden yolun anlamlı olmadığı; farklı bir ifadeyle PD'de meydana gelen değişimin FSB'de meydana gelen değişimi yordamadığı bulgulanmış olup H_{1c} hipotezi doğrulanmamıştır.

Son olarak aracılık etkisi incelendiğinde (c' yolu), BSS'nin FSB üzerindeki doğrudan yordama etkisi istatistiki olarak anlamsız hale gelmiştir ($B = .10$, $SE = .05$, $t = 1.86$, $p > .05$). Buna göre BSS değişkeninde meydana gelen değişim, FSB değişkenini doğrudan etkilememekte; bunun yerine BD üzerinden yordamaktadır. Farklı bir ifadeyle, bireyin bilişsel sosyal sermaye düzeyinde meydana gelen bir artış önce bütünlük duygusunu arttırmakta, bütünlük duygusu artan bireyin fiziksel sağlık düzeyi iyileşmektedir. Bu sonuçlara göre H_{2d} hipotezi doğrulanmıştır. Model II'ye ilişkin özet sonuçlar Tablo 3.7'de incelenebilir.

Tablo 3.7: Model II'ye ilişkin özet sonuçlar

İlişkiler	β	SE	t	p	Hipotez	Durum
SS → BD (a1)	.26	.0357	7.33	.000	H_{1b}	Doğrulandı
SS → PD (a2)	.14	.0488	2.85	.005	H_{1c}	Doğrulandı
BD → FSB (b1)	.28	.0785	3.51	.000	H_{2b}	Doğrulandı
PD → F (b2)	.07	.0574	1.27	.202	H_{2c}	Doğrulandı
SS → FSB (c)	.19	.0531	3.50	.002	H_{2a}	Doğrulandı
SS → BD, PD → FSB (c')	.10	.0558	1.86	.063	H_{2d}	Doğrulandı
Kontrol Değişkenleri						
Hastalık Yüğü → FSB	-.99	.1314	-7.55	.000		
COVID-19 Duygu → FSB	-3.83	.8717	-4.33	.000		

Özet olarak BSS'nin (X) ZSB (Y_1) üzerindeki etkisi doğrudan değil; BD (M_1) ve PD (M_2) üzerinden gerçekleşirken FSB (Y_2) üzerindeki etkisi sadece BD aracılığıyla olmuştur. Bulgular doğrultusunda araştırmanın iki modeli de desteklenmiştir. Gelecek bölümde bulguların tartışılmasına yer verilmiştir.

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

TARTIŞMA VE SONUÇ

Mevcut araştırmada uygun örneklem yöntemiyle ulaşılan ve Türkiye’de yaşayan 18-70 yaş aralığındaki internet kullanıcılarında bilişsel sosyal sermaye (BSS), bütünlük duygusu (BD), psikolojik dayanıklılık (PD) ve sağlıkla ilgili yaşam kalitesi (fiziksel ve zihinsel olmak üzere iki boyutlu) arasındaki ilişkiler sağlığın geliştirilmesi alanına katkıda bulunmak amacıyla kaynak odaklı ve sistemik bir bakış açısıyla salutojenik model ve psikolojik dayanıklılık kuramlarına başvurularak aracılık modeli ile incelenmiştir. Özet olarak bulgular BSS ile KF-36 ile ölçülen sağlıkla ilgili yaşam kalitesinin zihinsel sağlık bileşeni (ZSB) arasındaki ilişkide BD ve PD’nin aracı rol oynarken; FSB ile arasındaki ilişkiye sadece BD’nin aracılık ettiğini göstermiştir. Bu bağlamda araştırmanın aracılık modeline ilişkin hipotezlerden H_{1f} doğrulanırken H_{2d} kısmen doğrulanmıştır. Bu bölümde sonuçların genellenebilirliği için mevcut çalışma örnekleminin bazı özellikleri ele alınacak olup gelecek bölümde alanyazın doğrultusunda araştırma hipotezlerine ilişkin bulguların değerlendirilmesine yer verilecektir.

Araştırmanın verileri COVID-19 salgınına ilişkin önlemleri kapsayan Mart-Mayıs 2021¹⁰ tarihleri arasında çevrimiçi anketler aracılığıyla uygun örneklem yöntemiyle toplanmıştır. Bu nedenle araştırmanın evrenini Türkiye’de yaşayan aktif internet kullanıcıları oluştururken bu evreni temsilen hedeflenen örneklem büyüklüğünün %95 güven düzeyi ve %5 hata payı ile %97’sine ulaşılmıştır. Çalışma örnekleminin sosyodemografik özellikleri cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim durumu, algılanan gelir düzeyi ve yaşamın çoğunun geçirildiği yer (köy/kasaba, şehir, büyükşehir/metropol olmak üzere) üzerinden değerlendirilmiştir. Cinsiyete göre dağılım incelendiğinde 347 katılımcının çoğunluğunun (%64,4) kadın olduğu ve görülmüş olup örneklemin yaş ortalaması 34.15 (SS= 10,46) bulunmuştur. Ayrıca katılımcıların çoğunluğu (%76) lisans veya lisansüstü düzeyde eğitime sahip olduğunu

¹⁰ <https://www.aa.com.tr/tr/koronavirus/turkiyenin-kovid-19-salginiyla-mucadelesinin-2-yili/2529977#:~:text=Vaka%20sayılarındaki%20bu%20artış%20üzerine,%22tam%20kapanma%22%20dönemi%20uygulandı.>

bildirirken çoğu çalışma durumunu çalışan (%64.4), azı ise öğrenci (%17.2), işsiz (%12.9) veya emekli (%5.5) olarak işaretlemiştir. Katılımcıların medeni durumu ağırlıklı olarak bekar (%49.3) ve evli (%41.7) kategorilerinde kümelenirken eşinden ayrı, birlikte yaşayan, boşanmış veya dul kategorilerindeki katılımcıların toplamına ilişkin frekans %9'dur. Son olarak katılımcıların %96'sı yaşamlarının çoğunluğunu şehir (%38.8) veya metropolde (%54.1) geçirdiğini (yaşam alanı) bildirmiştir.

TÜİK'in başvurduğu Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sisteminin¹¹ verileri 31 Aralık 2022 tarihi itibarıyla Türkiye'deki toplam nüfusun %50,1'ini erkekler, %49,5'ini kadınların oluşturduğunu ve nüfusun ortanca yaşının (yeni doğan bebekten en yaşlıya kadar nüfusu oluşturan kişilerin yaşları küçükten büyüğe sıralandığında ortada kalan kişinin yaşı) 33.5 olduğunu göstermiştir. Medeni duruma göre dağılıma bakıldığında ise nüfusun %61.3'ünün evli, %28.6'sının bekar, %5.5'inin dul ve %4.6'sının boşanmış olduğu görülmüştür. Ayrıca il ve ilçe merkezlerinde yaşayanların oranı %93.4 ilen belde ve köylerde yaşayanların oranı %6.6 olarak bildirilmiştir. Ayrıca TÜİK'in Ulusal Eğitim İstatistikleri 2022 yılı raporu¹² 25 yaş ve üzerindeki ön lisans ve üstü düzeyde eğitime sahip bireylerin toplumun %23.9'unu oluşturduğunu gösterirken İşgücü İstatistikleri 2022 yılı raporunda¹³ istihdam oranı %47.5 ve işsizlik oranı %10.4 olarak belirtilmiştir. Bu veriler doğrultusunda mevcut çalışmanın örnekleminin Türkiye nüfusunun cinsiyet, yaş, eğitim düzeyi ve medeni durumuna ilişkin dağılımı yansıtmadığı, ancak yaş ortalaması, ağırlıklı olarak çalışan bireylerden oluşması ve yaşam alanının da benzer şekilde ağırlıklı olarak kentsel olması nedeniyle nüfustaki dağılımı temsil ettiği ifade edilebilir.

Çalışmanın verilerinin çevrimiçi olarak toplandığı göz önünde bulundurularak Türkiye'deki internet kullanıcılarına ilişkin sosyodemografik veriler incelendiğinde TÜİK'in Hanehalkı Bilişim Teknolojileri Kullanım Araştırması 2022 yılı raporuna¹⁴ göre kadınların %80,9'u, erkeklerin ise %89,1'i son üç ay içinde internet kullandığını bildirmiştir. Buna göre internet kullanımının erkeklerde daha yaygın olduğu

¹¹ <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=49685>

¹² <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=National-Education-Statistics-2022-49756>

¹³ <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Isgucu-Istatistikleri-2022-49390>

¹⁴ [https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Hanehalki-Bilisim-Teknolojileri-\(BT\)-Kullanim-Arastirmasi-2022-45587](https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Hanehalki-Bilisim-Teknolojileri-(BT)-Kullanim-Arastirmasi-2022-45587)

düşünülebilir. Öte yandan mevcut çalışmanın katılımcılarının çoğunluğu kadınlardan oluşmaktadır. Mevcut çalışmaya benzer şekilde katılımcılarına kartopu örneklem yoluyla çevrimiçi ortamda ulaşılan başka bir çalışmada ise katılımcıların çoğunluğunun medeni durumunun bekar (%79) olduğu ve çoğunun lisans ve üstü düzeyde eğitime sahip olduğu (%82) bildirilmiştir (Aslanyürek, 2016). Bu bulgular ışığında bu çalışmanın örnekleminin cinsiyet açısından değil, ancak medeni durum ve eğitim düzeyi açılarından Türkiye'deki internet kullanıcılarını temsil ettiği düşünülebilir. Mevcut çalışmanın verilerinin toplandığı dönemde COVID-19'a ilişkin önlemler nedeniyle toplumu temsil eden bir örnekleme ulaşması zor olmuştur. Bu nedenle Türkiye nüfusunu temsil etmede yukarıda bahsedilen kısıtlılıklarına rağmen bu çalışmanın örneklemini pandemi döneminde çevrimiçi veri toplayan diğer çalışmalara benzer şekilde "toplum örneklemini" olarak nitelenmiştir (örn., Kulu ve Özsoy, 2021).

Çalışmadaki temel değişkenler (BSS, BD, PD, SiYK) ile sosyodemografikler, hastalık yükü ve COVID-19'a ilişkin olumsuz duygu şiddeti arasındaki ilişkiler Pearson korelasyon testiyle incelenmiştir. Katılımcıların BSS düzeyleri ile yaş ve cinsiyetleri arasında anlamlı bir ilişki bulunmazken eğitim ($r=.15$, $p<.05$) ve gelir ($r=.18$, $p<.01$) düzeyleri arasında pozitif yönde, hastalık yükü ($r=-.11$, $p<.05$) ve COVID-19'a ilişkin olumsuz duygu şiddetiyle ($r=-.15$, $p<.01$) ise negatif yönde, ancak düşük anlamlılık düzeyine sahip ilişkiler bulgulanmıştır. Bu ilişkilerin yönü alan yazındaki diğer çalışmalarla tutarlı olsa da güçlerinin zayıf olması örneklem büyüklüğünün yetersizliğinden kaynaklanmış olabilir. Tsuno ve Yamazaki (2012) Japonya'da kırsal ve kentsel yerleşimcilerde sosyodemografik özellikler (cinsiyet, yaş, eğitim ve gelir düzeyi, medeni durum, çalışma durumu, fiziksel etkinlik kısıtlılığı), sosyal kaynaklar (bilişsel sosyal sermaye, sosyal destek ve topluluk etkinliklerine katılım) ve psikolojik kaynakların (özsaygı, mizah, iyimserlik) BD ve zihin sağlığı ile ilişkilerini inceledikleri çalışmalarında eğitim ve gelir seviyesinin kırsala kıyasla kentte istatistiksel olarak anlamlı seviyede daha yüksek iken medeni durumunu evli olarak belirtenlerin kırsalda daha fazla olduğunu bulgulamışlardır. Fiziksel etkinlik kısıtlılığı (1- hiç kısıtlılık yok, 4- ciddi kısıtlılık) ve çalışma durumu (çalışan/işsiz) farklılık göstermemiştir. BSS ve sosyal sermaye hem kırsal hem de kentserde yerleşimcilerde

BD ile ilişkili bulunurken bu ilişkinin kırsalda anlamlı bir şekilde daha yüksek olduğu görülmüştür. Sosyal sermayenin yapısal boyutuna karşılık gelen topluluk etkinliklerine katılım ise sadece kentsel yerleşimcilerde BD ile ilişkili bulunmuştur. Sosyodemografik özelliklerin BD üzerindeki etkisine ilişkin düzeltilmiş R^2 değeri kenttekilerde daha yüksek iken sosyal kaynakların etkisine ilişkin düzeltilmiş R^2 değeri kırsaldakilerde daha yüksek bulunmuş; her iki bölgede de en yüksek açıklayıcı gücü psikolojik kaynaklar göstermiştir. Bulgular salutojenik modelin bir öngörüsü olarak sosyal kaynakların BD'ye katkıda bulunduğunu ve BD'nin içsel bir gücü temsil eden psikolojik bir yapıya karşılık geldiğini desteklemiştir. Ayrıca BD'nin zihinsel sağlık üzerindeki etkisinin diğer psikolojik kaynaklarıkinden daha yüksek olduğu görülmüştür. Mevcut çalışmanın örnekleminin ağırlıklı olarak kentsel yerleşimcilerden oluştuğu göz önünde bulundurulduğunda BSS ile hem BD ($r=.38$, $p<.01$) hem de sağlık sonuçları (ZSB için $r=.22$, FSB için $r=.24$; $p<.01$) arasındaki ilişkilere dair korelasyon analizi bulgularının alan yazınla uyumlu olup bunlara katkıda bulunur bir nitelik taşıdığı ifade edilebilir.

Katılımcıların BDÖ-13'ten aldıkları puanların ortalamasının 50.98 ($SS=12.46$) olduğu görülmüştür. BDÖ-13'ten alınan puan ortalamasının üniversite öğrencilerinde Japonya'da üniversite öğrencilerinde 50.46 ($SS=9.1$; Mato ve Tsukasaki, 2017b), İsveç'te toplum örnekleminde 70 ($SS=11.4$; Lindmark ve ark., 2010), İran'da üniversite öğrencilerinde 58.11 ($SS=14.5$; Rakizadeh ve Hafezi, 2015), Türkiye'de özel gereksinimli çocuğu olan annelerde 57,67 ($SS=11,49$; Yıldız ve Önder, 2021) olarak bildirildiği çalışmalar bulunmaktadır. Galletta ve arkadaşlarının (2019) bir çalışmada ise İtalya'da kronik fiziksel hastalığı olan bireylerin BD düzeylerinin ($M=62.8$, $SS=14.5$) genel popülasyonu ($M=60.3$, $SS=13.6$) yansıttığı ve hem ZSB ($r=.51$) hem de FSB ($r=.35$) ile anlamlı ilişkiler gösterdiği bildirilmiştir ($p<.01$). Mevcut çalışmada BDÖ-13'ten alınan puan ortalamalarının önceki çalışmalarda risk gruplarının ortalamalarına benzer olması verilerin pandemi döneminde toplanmış olmasından kaynaklanıyor olabilir. Katılımcıların BD düzeyleri ile hastalık yükü ($r=-.13$, $p<.05$) ve COVID-19'a ilişkin olumsuz duygu şiddeti ($r=-.23$, $p<.01$) arasındaki ilişkiler negatif yönde, yaş ($r=.38$, $p<.01$) ve gelir düzeyi ($r=.24$, $p<.01$) ile arasındaki ilişkiler ise pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı

bulunmuştur. Ayrıca bulgular kadın olmanın daha düşük BD ile ilişkili olduğuna işaret etmekle birlikte bu ilişkinin anlamlılık düzeyi düşüktür ($r=-.12$, $p<.05$). Mevcut çalışmadakine benzer şekilde sosyodemografik verilerden sadece yaş ve gelir düzeyinin (Tsuno ve Yamazaki, 2012) veya sadece gelir düzeyinin (Fok, Chair ve Lopez, 2005) BD ile ilişkili olduğunu bildiren çalışmalar bulunmaktadır. Bu bulgular doğrultusunda gelir durumunun ve yaşın GDK veya koruyucu faktör işlevi görerek bireyin baş etmelerini güçlendirdiği düşünülebilir. Mevcut çalışmanın bulgularının ayrıca BD ile fiziksel işlevsellik, semptom şiddeti ve ağrı düzeyi gibi hastalık yüküne ilişkin göstergeler (Derleme çalışması için bkz.: Flensburg-Madsen, Ventegodt ve Merrick, 2005) ve COVID-19'a ilişkin korku arasında anlamlı ilişkiler bildiren önceki çalışmalarla (Barni ve ark., 2020; Danioni ve ark., 2021) uyumlu olduğu ifade edilebilir.

Katılımcıların PD seviyelerini değerlendirmek amacıyla kullanılan C-D PDÖ'den alınan ortalama puanın 85.88 ($SS= 16.7$) olduğu görülmüştür. Ayrıca katılımcıların PD düzeyleri ile olası karıştırıcı değişkenler arasında sadece cinsiyet ($r=-.12$, $p<.05$) ve COVID-19'a ilişkin olumsuz duygu şiddeti ($r=-.14$, $p<.01$) arasında anlamlı ilişkiler bulunurken ilişki güçlerinin zayıf olduğu görülmüştür. Türkiye'de pandemi döneminde öğretmenlerde PD'nin C-D PDÖ ile ölçüldüğü bir çalışmada ise ortalama puan 68.12 ($ss= 10.65$) olarak belirtilirken PD ile COVID-19'a ilişkin korku şiddeti arasında orta düzeyde ve negatif yönde ilişki bildirilmiştir (Güler ve Yöndem, 2021). Bu çalışmada PD'nin diğer değişkenlerle olan ilişkilerine yönelik bulguların PD'nin bir süreç içinde ve sistemik etkileşimlerle şekillenen karmaşık doğasını yansıttığı ve boylamsal ölçümlerin önemini vurguladığı düşünülebilir.

Çalışmanın sonuç değişkenlerinden biri olarak katılımcıların KF-36'nın ZSB alt boyutundan aldığı puan ortalamasının 53.4 ($SS= 22.52$) olduğu ve ZSB'nin hastalık yükü ($r=-.19$), COVID-19'a ilişkin olumsuz duygu şiddeti ($r=-.30$), yaş ($r=.19$), cinsiyet ($r=-.19$) ve gelir düzeyi ($r=.15$) arasında anlamlı ilişkiler tespit edilmiştir ($p<.01$). Diğer sonuç değişkeni olarak FSB alt boyutundan alınan puanların ortalamasının ise 71.63 ($SS= 19.29$) olduğu ve FSB'nin hastalık yükü ($r=-.39$), COVID-19'a ilişkin olumsuz duygu şiddeti ($r=-.29$), eğitim düzeyi ($r=.14$) ve gelir

düzeyi ($r = .18$) arasında anlamlı ilişkiler bulgulanmıştır ($p < .01$). Ayrıca bulgular kadın olmanın daha düşük FSB ile ilişkili olacağına ($r = -.12$, $p < .05$) işaret ederken bu ilişkinin gücünün de zayıf olduğu ifade edilebilir. Bu bulgulara ek olarak alan yazında COVID-19'a ilişkin olumsuz duygu şiddetinin özellikle ZSB ve hastalık yükünün özellikle FSB ile bildirilen anlamlı ilişkiler (Gürçan ve ark., 2022; Savitz ve Bayliss, 2021) göz önünde bulundurulduğunda çalışmanın temel amacını oluşturan aracılık modellerinde kontrol değişkenleri olarak kullanılmasına karar verilmiştir.

Son olarak Pearson korelasyon analizi bulguları BD ve PD puanları arasında pozitif yönde ve orta düzeyde bir ilişki gösterirken ($r = .31$, $p > .001$) kuramsal ve ampirik çalışmalarla uyumlu olarak bu kavramların benzerlikleri olan, ancak farklı yapılar olduğuna işaret etmiştir (Almedom, 2005; Grevenstein ve ark., 2016). Gelecek bölümde BSS'nin sırayla SiYK'in zihinsel ve fiziksel boyutları ile olan ilişkilerinde BD ve PD'nin paralel aracılıklarının incelendiği modellerin bulgularına ilişkin değerlendirmelere yer verilmiştir.

4.1. Model 1'e İlişkin Paralel Aracı Analizi Bulgularının Değerlendirilmesi

Güncel yaklaşımlar araştırmalarda nedensellikten söz edilebilmesi için nedenin sonuçtan önce ortaya çıkması ve sonucun neden ortaya çıkmamışken gözlenmemesi (zamansal sıralama), değişkenler arasında gözlenen ilişkinin ölçülmeyen başka değişkenlerle açıklanabilir olmaması, kontrol grubu varlığında bağımsız değişkenin seviyelerinin manipüle edilmesi gibi bazı önkoşulların sağlanması gerektiğini önermektedir (Field, 2013). Mevcut çalışma kesitsel desende yürütüldüğü için bu önkoşulları sağlamamaktadır. Bu nedenle çalışmanın değişkenleri arasındaki ilişkileri incelerken nedensel değil, ilişkisel çıkarımlarda bulunulacak olup araştırmada kullanılan ölçüm araçlarından alınan puanlardaki değişimin birbirlerinin nedeni olduğundan ziyade birlikte gözlemlendiği sonucuna ulaşılarak öngörü sağlanması hedeflenmiştir.

Araştırmanın birinci modeli kapsamında BSS ile ZSB arasındaki ilişkide BD ve PD'nin aracı rolleri incelenmiştir. Bu bölümde öncelikle aracılık modelini test

etmek amacıyla oluşturulan hipotezlere ilişkin bulgular alanyazın doğrultusunda değerlendirilmiş olup sonrasında aracılık modelinin tartışmasına yer verilmiştir.

Hipotez 1a'ya ilişkin bulguların değerlendirilmesi

Birinci aracılık modelini sınamak için oluşturulan hipotezlerden ilki, H_{1a} desteklenmiş olup BSS düzeyindeki değişimin ZSB'deki değişimi pozitif yönde yordadığı bulgulanmıştır. Farklı bir ifadeyle katılımcıların (1) tanıdıklarına duyduğu güven (stratejik güven), (2) tanımadığı insanlara duyduğu güven ile ortak iş yapma olasılığını değerlendiren genelleştirilmiş güven, (3) farklı insanlara duyulan hoşgörü, adil bir ortamda yaşandığına duyulan inanç, devlet kurumlarına duyulan güven ve iyimser bir dünya görüşünü yansıtan kurumsal güven, (4) insanların iletişim ağlarındaki kişilerle birlikte iş yapma, karşılıklı yardımlaşma ve grup normlarına uyumunu değerlendiren ortak değerler ve (5) kendilerini bir ilişki ağının (arkadaş grubu, dernek üyeliği vb.) parçası olarak hissetmelerine ilişkin grup aidiyeti alt boyutlarından oluşan bilişsel sosyal sermayeler düzeylerindeki artış (1) sosyal etkinlik ve ilişkilerde fiziksel ve duygusal sağlığın etkisini değerlendiren sosyal işlevsellik, (2) genel enerji ve yorgunluk seviyesini değerlendiren canlılık, (3) stres ve iyi oluşu değerlendiren zihinsel sağlık ve (4) duygusal sağlığın bireyin rutin sorumluluklarını etkileme derecesini değerlendiren duygusal sorunlara bağlı rol kısıtlılığı alt boyutlarından oluşan zihinsel sağlık bileşenindeki artış ile istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki içindedir.

Daha önce de belirtildiği üzere BSS ile zihinsel sağlık arasındaki ilişkileri inceleyen alanyazın oldukça yeni olmakla birlikte sağlığın geliştirilmesi alanındaki sistemik yaklaşımlar doğrultusunda genişlemeye devam etmektedir ve söz konusu değişkenler arasındaki yordayıcılık ilişkisine dair mevcut araştırmanın bulgusu önceki çalışmaların sonuçlarıyla paralellik göstermektedir (Berry ve Welsh, 2009; Hu ve ark., 2015; Lee, Lin ve Magee, 2020). Bununla birlikte bu noktada SS'nin kavramsallaştırılmasına ilişkin çeşitliliğin ölçüm araçlarına da yansıdığını hatırlatmakta fayda olabilir. Bu doğrultuda BSS'nin bileşenleri olarak güven, karşılıklılık normları, ait olma duygusu ve algılanan destek gibi çeşitli değişkenler tanımlanmış olup çoğu araştırmada bu değişkenlerin tekil olarak sağlıkla ilgili yaşam

kalitesiyle ilişkileri ele alınırken az sayıda araştırma toplam puan kullanarak kümülatif etkiyi incelemiştir. Örneğin Hamano ve arkadaşlarının (2010) Japonya’da 199 mahallede 5956 katılımcıyla yürüttükleri çalışmada BSS bireyin mahallesindeki insanlara duyduğu güvene ilişkin tek bir madde ile değerlendirilmiş olup KF-36’nın zihinsel sağlık alt boyutunu yordadığı bulgulanmıştır. Benzer şekilde Berry ve Welsh (2009) Avustralya’da ulusal düzeyde temsili bir örneklemin verilerine ilişkin hiyerarşik regresyon analizi sonucunda sosyodemografik etkenler, sağlıkla ilişkili etkenler (KF-36 ile ölçülen fiziksel işlevsellik ve genel sağlık) ve YSS (örn. dernek üyeliği sayısı veya yakınlarıyla görüşme sıklığı) kontrol edildiğinde aidiyet duygusu, algılanan destek ve güvenin KF-36’nın zihinsel sağlık alt boyutunu pozitif yönde yordadığını göstermiştir. İran’da toplum tabanlı bir araştırmada (N= 31519) ise BSS’nin stratejik güven, sosyal güven ve sosyal bütünleşme/sosyal destek bileşenlerinin hem sağlıklı hem de zihinsel bozukluğu olan katılımcılardan oluşan gruplarda KF-12 ile ölçülen ZSB ve FSB ile anlamlı korelasyonlar gösterirken sağlıklı gruptaki katılımcıların ortalama puanlarının daha yüksek olduğu bulgulanmıştır (Hassanzadeh ve ark., 2016).

Bu çalışmalarda BSS’nin bileşenlerine ilişkin kapsayıcılıktaki kısıtlılığın yanı sıra sağlık sonucu olarak ZSB yerine sadece zihinsel sağlık alt boyutunun değerlendirilmesinin de bulguların kapsamını daralttığı düşünülebilir. Alanyazındaki bu boşluğu doldurmak için Avustralya’da ulusal düzeyde temsili bir örnekleme boylamsal desenle yürütülen güncel bir çalışmada ise BSS toplulukla bütünleşme (community cohesion) algısı üzerinden kavramsallaştırmış olup bireyin mahallesindeki diğerlerine ilişkin güven, karşılıklılık normları ve paylaşılan değerlere yönelik maddelerle (örn. “Buradaki insanlar komşularına yardım etmeye isteklidir”) değerlendirmiş ve BSS’nin sosyodemografik değişkenler ve sağlık alışkanlıklarına (sigara/ alkol kullanımı, egzersiz vb.) ek olarak başlangıçtaki ZSB ve FSB düzeyleri kontrol edildiğinde iki yıl sonraki ZSB düzeylerinde değişime neden olduğu görülmüştür (Lee, Lin ve Magee, 2020). Ayrıca benzer kapsamda ölçümlenen BSS’nin diyabet hastalarında (Hu ve ark., 2015), 65 yaş ve üzeri yetişkinlerde (örn. Forsman, Nyqvist ve Wahlbeck, 2011; Sun, Liu, Webber ve Shi, 2017), hamile kadınlarda

(RezaeiNiaraki, Roosta, Alimoradi, Allen, ve Pakpour, 2019) ve HIV/AIDS hastalarında (Lan ve ark., 2016) ZSB'yi yordadığı bulgulanmıştır.

Sonuç değişkeni olarak sağlıkla ilgili yaşam kalitesinin ZSB boyutunun incelendiği çalışmalar yukarıda değerlendirilmiş olmakla birlikte BSS'nin zihinsel sağlığın çeşitli göstergeleriyle ilişkilerinin incelendiği araştırmalar da bulunmaktadır. Örneğin farklı yapılar olsa da sağlıkla ilgili yaşam kalitesinin zihinsel bozukluklarla tersine bir ilişki içinde olduğu düşünüldüğünde Ehsan ve De Silva'nın (2015) sistematik derleme çalışmalarında BSS'nin (genelleştirilmiş güven, kurumsal güven, algılanan destek, topluluk duygusu) daha düşük zihinsel bozukluk yaygınlığıyla ilişkili olduğunu gösteren bulgularının da mevcut çalışmanın bulgularıyla tutarlılık gösterdiği ifade edilebilir. Benzer şekilde Çin'de 839 haneden 1218 yetişkin katılımcıyla yürütülen bir çalışmanın lojistik regresyon analizi bulguları güven ve karşılıklılık normları bileşenlerinden oluşan BSS'nin daha az psikolojik belirti ve daha yüksek öznel iyi oluşla ilişkili olduğunu göstermiştir (Yip ve ark., 2007). Yine BSS'nin bileşenlerinin farklı kombinasyonlarının değerlendirildiği çeşitli örneklem gruplarını kapsayan araştırmalarda yaşam kalitesi (örn. Adedeji, Silva ve Bullinger, 2019; Li ve ark., 2021), bildirilen zihinsel sağlık (Veenstra ve ark., 2005), yaşam doyumu (Inaba, Wada, Ichida ve Nishikawa, 2015), olumlu ve olumsuz duygulanım (Zou, Su ve Wang, 2018), somatik belirtiler, anksiyete ve uyku problemleri (Hassanzadeh ve ark., 2016) ve depresyon (örn. Cao, Li, Zhou ve Zhou, 2015; Fujiwara ve Kawachi, 2008) ile anlamlı ilişkiler bildirilmiştir. Mevcut çalışma yazarın bilgisine göre Türkiye'de BSS ile SİYK arasındaki ilişkiyi inceleyen ilk çalışma olup gelişmekte olan ülkelerde BSS'nin sağlık çıktıları ile ilişkisine dair alanyazına katkıda bulunacağı umulmaktadır.

Bu çalışmada H_{1a} 'nın desteklendiğini gösteren bulgu yukarıda ele alındığı üzere daha önceki çalışmalarla tutarlı olarak BSS arttıkça zihinsel sağlığın da iyileştiğine işaret etmekle birlikte SS ve sağlıkla ilgili araştırmalarda sıklıkla karşılaşılan nedensellik sorununa örnek oluşturmaktadır. Örneğin zihinsel sağlığa ilişkin sorunların kurumlara duyulan düşük güvenden kaynaklandığını öne sürmek uzak bir tahmine karşılık gelebileceği için bu ilişkiler arasındaki yolların daha fazla açıklığa kavuşturulması gerekmektedir (St John, 2017). Bu doğrultuda mevcut

çalışmanın temel modelini oluşturan aracılık hipotezine geçmeden önce olası yollar olarak BSS'nin BD ve PD ile ilişkileri incelenmiştir.

Hipotez 1b'ye ilişkin bulguların değerlendirilmesi

Çalışmada BSS düzeyindeki değişimin BD düzeyindeki değişimi pozitif yönde yordadığını öne süren H_{1b} desteklenmiştir. Farklı bir ifadeyle, katılımcıların BSS puanları arttıkça yaşamı anlaşılabilir, yönetilebilir ve anlamlı bulmaya ilişkin yönelimlerini temsil eden bütünlük duygularının güçlendiği söylenebilir. Söz konusu değişkenler arasındaki yordayıcılık ilişkisine dair araştırmanın bu bulgusu, BD alanyazınında yer alan önceki çalışmaların sonuçlarıyla (örn., Mato ve Tsukasaki, 2017a; 2017b; Tsuno ve Yamazaki, 2012) tutarlı olup, salutojenik modelin (Antonovsky, 1991; Eriksson, 2011) önermelerini de destekler niteliktedir. Bu durumda salutojenik bir yaklaşımla BSS'nin GDK işlevi görerek BD'ye katkıda bulunduğunu ifade etmek mümkündür. Güven ve aidiyet hisleri ile paylaşılan değerler algısını içeren BSS bireyin çevresiyle etkileşiminden doğan (içsel veya dışsal) uyaranlara uygun cevaplar verebilme becerisiyle nitelenen BD'nin gelişimine yardımcı olur. Üniversite öğrencileri (Mato ve Tsukasaki, 2017a), kentsel ve kırsal yerleşimciler (Tsuno ve Yamazaki, 2012), ergenler (Garcia-Moya, Moreno ve Jimenez-Iglesias, 2013), afetzedeler (Hikichi ve ark., 2023) ve sığınmacılar (Fiet ve ark., 2022) gibi çeşitli örneklerde yürütülen çalışmalarda da benzer ilişkiler bildirilmiş olup yazarın bilgisine göre Türkiye'de ampirik bir araştırma yapılmamıştır. Bu nedenle mevcut çalışmanın BD'nin gelişimini Türkiye bağlamında sistemik bir yaklaşımla incelemeye yönelik alanyazına katkıda bulunacağı umulmaktadır.

Kağıtçıbaşı'nın (2005) Aile Değişimi Kuramına göre bir bağlam olarak içinde yaşanan kültür ailedeki etkileşim yapısı, ebeveyn tutumları ve çocuk yetiştirme davranışları gibi ailesel faktörlerden oluşan aile modelini şekillendirirken aile modeli de bireyin dünyayı algılama biçimi, değerleri, tutumları, rolleri ve davranışlarını etkileyen öznel algıyı temsil eden benlik kurgusunu (self-construal, Markus ve Kitayama, 1991) şekillendirir. Markus ve Kitayama'ya göre (1991) bireyci (individualistic) kültürde bireysel haklar, bağımsızlık ve kişisel gelişime vurgu yapılırken bireysel hedef, sorumluluk ve başarılar değer atfedilir. Toplulukçu

kültürde ise sosyal uyum (topluluğa sadakat ve sosyal normlara itaat yoluyla), dayanışma ve topluluğun iyi oluşuna önem verilip topluluğun devamlılığı gözetilir; grup hedefleri ve paylaşılan değerler bireysel isteklerin önünde gelir. Bireyci kültür bağımsız (independent) benlik kurgusunun, toplulukçu kültür ise karşılıklı-bağımlı (interdependent) benlik kurgusunun oluşmasına katkıda bulunur. Kağıtçıbaşı (2005) ise bireyci toplulukçu kültür yapılarının şekillendirdiği benlik kurgularını ayrışıklık (separation) karşısında ilişkisellik (relatedness) ve özerklik (autonomy) karşısında bağımlılık (heteronomy) olmak üzere dört boyut arasında değişiklik gösteren bir kapsama genişletmiştir.

Türkiye'nin geleneksel kültürel bağlamının toplulukçu (collectivistic) yönelimde olduğu göz önünde bulundurulduğunda ilişkilerde duyulan güven ve aidiyet hislerini içeren BSS'nin özellikle bağımlı-ilişkisel (heteronomous-relational) benlik yapısı güçlü olan bireyler için (benlik yapılanmasının sosyal bağlama dayalı olması) önemli bir kaynak olduğu düşünülebilir (Aydın, 2019). Bununla birlikte Türkiye'de eğitim ve kentleşmenin önem kazanması sonucu sosyoekonomik koşullarda meydana gelen değişiklikler ile geleneksel geniş aile modern çekirdek aileye, bağımlı-ilişkisel aile modeli ise psikolojik-duygusal bağlı aile modeline dönüşmüş olup "özerk-ilişkisel benlik" modeli ortaya çıkmıştır. Sanayileşme sonucu değişen yaşam koşulları göz önünde bulundurulduğunda özerkleşmenin kentsel yaşam koşullarında geleneksel itaata kıyasla daha işlevsel olduğunu öneren Kağıtçıbaşı (2005) ayrıca evrimsel yaklaşıma paralel olarak hayatta kalmak için iş birliği ve ilişkiselliğin önemini vurgular. Bu doğrultuda benlik kurgusunun gelişimi bağlamsal/ işlevsel bir bakış açısıyla değerlendirildiğinde doğuştan gelen özerklik ve ilişkisellik ihtiyaçlarını karşıladığı için özerk-ilişkisel benlik Kağıtçıbaşı'na göre en sağlıklı benlik modelidir. Kişinin toplumun genelinden ziyade çevresindeki kişilerle olan ilişkisini ve özdeşimini içeren ilişkisellik, yaşamın zorluklarıyla baş etmek için önemli bir kaynak sağlar.

Türkiye'de BSS ile PD arasındaki ilişkiyi inceleyen ampirik bir çalışma bulunmamaktadır. Ancak Türkiye'ye benzer şekilde toplulukçu yönelimli olan İspanya'da yürüttükleri bir çalışmalarında Garcia- Moya, Moreno ve Jimenez-Iglesias (2013) ergenlerde (13-18 yaş arası) bağlamsal etkenler olarak ebeveynle ilişki

(algılanan sevgi, iletişim kolaylığı, aile ilişkilerindeki doyum) okulda (arkadaşlar ve öğretmenlerden) algılanan destek, akran grubundaki olumlu davranışlar (örn. “Arkadaşlarımla çoğu ailesiyle iyi geçinir” veya “... derslerinde iyidir.”) ve mahalle kaynaklarının (örn. “Buradaki insanlar güvenilirdir”) BD üzerindeki etkisini incelemişlerdir. Mahalle kaynakları sosyal sermayenin bir boyutu olan aidiyet hissi olarak tanımlanmıştır. Karar ağacı analizi (Decision Tree Analysis) kullanılarak bağlamsal etkenlerin hem bir arada hem de tekil etkilerinin incelendiği çalışmada bütünlük duygusu üzerindeki en etkili bağlamsal değişken ebeveynle ilişki olmuştur. Sonrasında analiz sonucu elde edilen ağacın yüksek, orta ve düşük kalite ebeveyn ilişkisi dalları ayrıca incelenmiştir. Çalışmanın bulguları bağlamsal etkenlerin varlığının yüksek bütünlük duygusu ihtimalini arttırırken, yokluğunun düşük bütünlük duygusu ihtimalini arttırdığına işaret etmiştir. Örneğin ebeveynle yüksek kalite ilişki bildiren ergenlerin %79.4’ü yüksek bütünlük duygusuna sahipken bu oran mahalle kaynaklarının düşük olarak algılandığı grupta %40.7’ye düşmüştür. Öte yandan ebeveynle düşük kalite ilişki bildiren ergenlerin %24.7’si yüksek bütünlük duygusuna sahipken akran grubundaki olumlu davranışların sık; algılanan destek ve mahalle kaynaklarının yüksek olması durumunda bu oran %43.4’e yükselmiştir. Çalışmanın bulguları doğrultusunda bütünlük duygusunun değişiminde GDK/GKE işlevi görerek aile dışı (extrafamilial) çevrenin de rol oynadığını düşünmek mümkündür.

Güncel çalışmalar Türkiye’de genç yetişkinlerde (24-30 yaş arası) toplulukçudan ziyade bireyci ve ilişkisel benlik yapılarının ön plana çıktığına işaret etmektedir (Ercan, 2013; Safi ve Erdem, 2023). Mevcut çalışmada hem toplulukçu (toplumun geneline duyulan güven, kurumlara duyulan güven) hem de ilişkisel (bireyin tanıdıklarına duyduğu güven, gruplarında algıladığı ortak değerler ve aidiyet hissi) bileşenlerle değerlendirilen BSS’deki değişimin BD’deki değişimi anlamlı bir şekilde yordadığını gösteren bulgu salutojenik modele paralel olarak Türkiye’de de BD’nin sosyal bağlamda değişen, gelişen bir yapı olduğunu destekler niteliktedir. Kültürel arka planının yanı sıra, henüz gelişmekte olan bir ülke olarak Türkiye’de BSS diğer kaynakların (örneğin maddi, araçsal) yokluğunu telafi ederek bireylerin dünyayı daha net, baş edilebilir ve anlamlı görmesine yardımcı olabilir. Farklı bir ifadeyle bireyin BD’sini güçlendirmek için GDK işlevi gören psikososyal bir kaynak olarak

BSS'nin yükseltilmesi hedeflenebilir. Bu bağlamda politika yapıcıların eğitim, adalet ve sosyalleşme gibi çeşitli süreçlerle insan haklarına ve sosyal toplum anlayışına hizmet edecek eylemler geliştirmesi kilit bir rol oynamaktadır (Hills, Carroll ve Desjardins, 2010).

Özet olarak, mevcut çalışmanın bulguları ve alanyazındaki diğer çalışmalar birlikte değerlendirildiğinde salutojenik modelin önermesiyle tutarlı olarak bireyin içinde yaşadığı toplumun, bağlı olduğu sistemin sunduğu veya mahrum bıraktığı kaynakların yaşam boyu karşılaşılan zorluklarla baş etmede rol oynadığı ve BD'yi etkilediği düşünülebilir.

Hipotez 1c'ye ilişkin bulguların değerlendirilmesi

Çalışmada BSS düzeyindeki değişimin PD düzeyindeki değişimi pozitif yönde yordadığını öne süren H_{1c} desteklenmiştir. Farklı bir ifadeyle, katılımcıların BSS puanları arttıkça zorluk, travma, trajedi, tehdit veya önemli bir stres kaynağı karşısında iyi uyum gösterme sürecine karşılık gelen PD'lerinin (APD, 2014) güçlendiği söylenebilir. Söz konusu değişkenler arasındaki yordayıcılık ilişkisine dair araştırmanın bu bulgusu, PD alanyazınında yer alan önceki çalışmaların sonuçlarıyla (örn., Anette, 2009; Kalaitzaki, Tsouvelas ve Koukouli, 2020) tutarlı olup, PD'ye ilişkin bütünleştirici yaklaşımların (Bonanno, 2008; Masten ve Cicchetti, 2016; Ungar, 2011) önermelerini de destekler niteliktedir. Örneğin Masten ve Cicchetti'nin (2016) Gelişimsel Sistemler Kuramında da PD gelişiminde etkili olan çoklu adaptif sistemler arasında kültürel ve toplumsal sistemlerin (örn. değerler, gelenekler) de yer aldığına işaret edilmektedir. Bu durumda sistemik bir yaklaşımla BSS'nin teşvik edici ve koruyucu bir faktör (Ungar ve Theron, 2020) olarak PD'ye katkıda bulunduğunu ifade etmek mümkündür. BD'ye benzer şekilde sosyal bir bağlamda şekillenen PD bireyin çevresiyle etkileşiminin niteliğine ilişkin değerlendirmelerini içeren BSS düzeyindeki değişimden etkilenmektedir. Öte yandan daha önce de belirtildiği üzere, BSS'nin topluluk PD'sine kıyasla bireysel PD ile ilişkisine dair çalışmaların sayısı oldukça az olmakla birlikte mevcut çalışmalar çoğunlukla risk gruplarına odaklanmıştır (örn.

Adelinejad, Mousavi ve Tabrizi, 2022; Kordan ve ark., 2019; Poortinga, 2012). Türkiye’de ise yazarın bilgisine göre bu ilişkileri inceleyen yayımlanmış bir çalışma bulunmamaktadır. Bu nedenle mevcut çalışmanın ilgili alanyazına katkıda bulunacağı umulmaktadır.

PD’ye ilişkin bütünleştirici kuramların yanı sıra sosyal psikolojik bir bakış açısıyla aile değişimi kuramı (Kağıtçıbaşı, 2005) göz önünde bulundurulduğunda BSS’nin sosyokültürel bir bağlam içinde aile işlevini şekillendirerek bireysel PD’ye katkıda bulunduğu düşünülebilir. Örneğin Çin’de 60 yaş üzeri katılımcılarla (N= 474) yürütülen kesitsel bir çalışmanın yapısal eşitlik analizi bulguları PD’nin *aile işlevi* ile KF-12’nin hem zihinsel hem de fiziksel YK alt boyutları arasında kısmi aracı rol oynadığını göstermiştir (Lu, Yuan, Lin, Zhou ve Pan, 2017). Çalışmada aile işlevi (1) *uyum* (adaptation), (2) *ortaklık* (partnership), (3) *büyüme* (growth), (4) *sevgi* (affection) ve (5) *kararlılık* (resolve) olmak üzere beş bileşenle nitelenmiş olup (1) kriz durumunda aile içi veya dışı kaynakların kullanımı, (2) aile içinde karar verme ve bakım sorumluluklarının paylaşımı, (3) aile üyeleri tarafından karşılıklı destek ve rehberlik yoluyla fiziksel ve duygusal olgunlaşmayı, (4) aile üyeleri arasındaki ilgi ve sevgi dolu ilişkileri ve (5) fiziksel ve duygusal gelişim için ailenin diğer üyelerine zaman ayırma taahhüdünü içermektedir. Çalışmanın bulguları aile işlevinin bireylerin zorluklarla baş etmesinde etkili psikolojik kaynaklar inşa etmesine yardımcı olarak iyi oluşlarını arttırdığına işaret etmiştir.

Çalışmanın verilerinin küresel bir salgın olan COVID-19 döneminde toplandığı göz önünde bulundurulduğunda mevcut çalışmanın örnekleminin risk grubu olarak değerlendirilmesi de mümkündür. Topuzoğlu (2020) örnek olarak Türkiye’de bir yıl içerisinde silahla yaralananlar veya kadına yönelik şiddetten ölenlere ilişkin istatistiklere dikkat çekip terör olayları, göç, doğal afetler gibi sürekli gerçekleşen travmatik olayların yoğunluğu göz önünde bulundurulduğunda zorlu bir yaşamla başa çıkmanın zorlaştığını vurgulamıştır. Farklı bir ifadeyle çevresel risklerin yönetilememesi, bunlara bir de COVID-19 pandemisinin eklenmesi bireylerin veya toplulukların “dayanıklılık rezervlerini” (s.851) tüketirken travmanın daha yaygın

olduğu toplumlarda pandeminin daha büyük stres kaynağı olmasının beklendiği söylenebilir.

Özet olarak mevcut çalışmanın bu bulgusu güncel kuram ve araştırma bulgularına paralel olarak PD için gerekli kaynakların bireyin ekosisteminde sağlandığına işaret ederken daha önce de belirtildiği üzere özellikle gelişmekte olan ülkelerde BSS'nin beşerî ve ekonomik sermaye gibi eksik olan diğer sermaye türlerini telafi etme potansiyeline sahip olduğu için zorluklara olumlu uyum gösterebilmek açısından ayrı bir öneme sahip olduğu düşünülebilir. Story (2013) de gelişmekte olan ülkelerde SS ve sağlık çalışmalarına vakit ve kaynak ayırmanın (1) daha düşük ölüm oranları ve daha yüksek algılanan sağlık ile ilişkili olması, (2) toplum temelli sağlığı geliştirme programlarının etkisini değerlendirmek için kuramsal bir zemin sağlayabilmesi ve (3) risk gruplarında kırılganlığa karşı bir koruma aracı olarak kullanılabilmesi açılarından anahtar bir işlev görebileceğini belirtmiştir. Bu doğrultuda ilerleyen bölümlerde sırasıyla mevcut çalışmanın BD ve PD'nin sağlıkla olan ilişkilerine dair hipotezleri alanyazın doğrultusunda değerlendirilmiştir.

Hipotez 1d'ye ilişkin bulguların değerlendirilmesi

Hipotez 1d'de BD'deki değişimin sağlıkla ilgili yaşam kalitesinin zihinsel sağlık bileşenindeki değişimi pozitif yönde yordayacağı varsayılmıştır. Analiz bulguları ilgili değişkenler arasındaki yordayıcılık ilişkisinin anlamlı düzeyde ve beklenen yönde olduğunu doğrulamıştır. Bu bulgu salutojenik modeli destekler şekilde ve alanyazındaki diğer çalışmalarla da tutarlı olarak (örn. Danioni ve ark., 2021; Skarsater ve ark., 2009) mevcut çalışmadaki katılımcıların BD puanları arttıkça duygudurum, sosyal etkileşimler ve zihinsel sağlığın günlük etkinlikler üzerindeki etkisi dahil olmak üzere bireyin zihinsel ve duygusal iyi oluşunun bir özetini sunan ZSB puanlarının da arttığını göstermektedir.

Zihinsel sağlıkla ilişkileri kapsamında BD'nin bileşenleri göz önünde bulundurulduğunda anlaşılabilirlik boyutu bireylerin deneyimlerini anlamalarını mümkün kılan tutarlı bir zihinsel çerçeveye katkıda bulunurken yönetilebilirlik boyutu kontrol ve yetkinlik hissi sağlayarak, anlamlılık boyutu ise yaşamın zorluklarının

m¼cadeleye değer olduğu inancıyla olumlu bir bilişsel ve duygusal değerlendirmeyi teşvik ederek bireylerin stresörlerle daha etkili bir şekilde baş etmesine ve zorluklara uyum sağlamasına yardımcı olur. Antonovsky (1990) BD'nin zihinsel sağlığı stresörün değerlendirilmesi ve GDK repertuarının sosyal ağ aracılığıyla da ulaşılabilecek kaynakları içeren kapsamda gözden geçirilmesi gibi yollardan bireyin işlevsel tepkiler vermesine yardımcı olarak etkilediğini önermiştir. Stresörün değerlendirilmesi (stressor appraisal) ve sağlık arasındaki ilişkide BD'nin rolünü incelediğı bir gözden geçirme çalışmasında Mittelmark (2022) kısıtlı sayıdaki araştırmanın Antonovsky'nin önermelerini desteklediğini ancak daha fazla çalışmaya ihtiyaç duyulduğunu belirtmiştir. Mevcut araştırmalar zayıf BD'si olan bireylerin stresörleri tehdit olarak değerlendirmeye daha yatkınken güçlü BD'si olan bireylerin aşılacak bir zorluk (challenge) olarak değerlendirmeye daha eğilimli olduklarını (Brady, 2017); zayıf BD'si olanların stresörle karşılaştıklarında yüksek BD'si olanlara kıyasla daha fazla stres yaşadığını (McSherry ve Holm, 1994) ve minör stresörleri kronik bir stres kaynağı olarak bildirmeye daha eğilimli olduğunu (Antonovsky ve Sagy, 1986) göstermektedir. Ayrıca kronik hastalığı olan bireylerde yürütölen bir çalışmada BD hastalığın seyri ve sonuçlarına ilişkin inançları içeren hastalık değerlendirmesi (illness appraisal) ile ilişkili bulunmuş; hastaların fiziksel sağlık kısıtlılığı (semptom seviyesi ve fiziksel işlevsellik) ile yaşam kaliteleri arasındaki ilişkide aracı rol oynamıştır (Nisbett ve Heidrich, 2000). Suriye'den kaçıp Yunanistan'daki bir sığınmacı kampında kalan kadın katılımcılarla (N=111) yürütölen daha güncel bir çalışmada ise BD'nin katılımcıların Suriye'deki tehlike seviyesine ilişkin değerlendirmeleri ile anksiyete, depresyon ve somatizasyon belirtileri arasındaki ilişkiye aracılık ettiğı bulgulanmıştır (Braun- Lewensohn, Abu- Kaf ve Al-Said, 2019).

Salutojenik modele göre BD (1) stresör karşısında başarılı baş etme tepkilerini harekete geçirmeye yardımcı olmakla birlikte (2) stresörlerin başarıyla yönetilmesi de BD'nin gelişimine katkı sağlamaktadır (Antonovsky, 1987). BD ile baş etme arasındaki bu karşılıklı ilişkinin ilk yolunu destekleyen deneysel bir çalışmada (McSherry ve Holm, 1994) üniversite öğrencilerinde BD'nin stresli bir durumdan önce, durum sırasında ve sonrasında olmak üzere sağlıkla olan ilişkileri incelenmiştir.

Düşük BD grubundaki katılımcılar deney boyunca orta ve yüksek BD grubundaki katılımcılardan daha fazla stres, kaygı ve öfke bildirmiş ve deney sırasında baş etme yönelimi olarak sorunla aktif olarak ilgilenmek (yakınlaşma) yerine daha yüksek kaçınma eğilimi ifade etmişlerdir. Ayrıca düşük BD'li katılımcıların durumla baş etmek için gerekli kişisel kaynaklara sahip olduklarına inanma (coping confidence) olasılıklarının yüksek BD grubundaki katılımcılara göre anlamlı seviyede daha az olduğu bulgulanmıştır. Fizyolojik ölçümler ise deney esnasında düşük BD'li katılımcıların nabız hızında bir değişiklik göstermezken yüksek BD'li katılımcıların nabız hızında deneyin son dakikalarında düşüşler olduğunu ortaya koymuştur. BD ve baş etme arasındaki ilişkinin ikinci yoluna örnek olarak ise; İsveç'te bir psikiyatri departmanında antidepresan tedavisi uygulanmaya başlanan major depresyon hastalarının (N= 33) tanıdan itibaren iyileşme sürecinin incelendiği bir çalışmada (Skarsater ve ark., 2009) katılımcıların BD ve KF- 36 ile ölçümlenen sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi puanları dört yıl boyunca altı ayda bir olmak üzere toplamda dokuz seansla takip edilmiştir. Katılımcıların başlangıç BD puanları tüm takip çalışmalarındaki BD puanlarından anlamlı bir şekilde düşük bulunmuş ve son ölçümdeki BD puanları ile depresyon şiddeti ($r = -.60$) ve KF- 36'nın fiziksel ($r = .74$) ve zihinsel sağlık ($r = .72$) bileşenleri anlamlı ilişkiler göstermiştir. Hastaların majör depresyonu iyileşirken BD puanlarının yükselmesinin tedavi sayesinde baş etme becerilerinin güçlendiğine işaret ettiği önerilmiştir.

Alan yazında BD'nin baş etme ile eş anlamlı olarak kullanıldığı çalışmalar da bulunmaktadır. Örneğin; zihinsel sağlık sorunları olan bir grupta baş etme becerilerini güçlendirmeye yönelik bir müdahale programının uygulandığı bir çalışmada baş etmeyi ölçmek için Bütünlük Duygusu Ölçeği kullanılmıştır (Langeland ve ark., 2006). Müdahale programındaki katılımcıların BD puanları kontrol grubundaki katılımcılara göre anlamlı bir gelişim gösterirken Symptom Tarama Listesi-90 (SCL-90-R; Derogatis ve Fitzpatrick, 2004) ile ölçülen psikolojik stres seviyelerinde anlamlı bir düşüş gözlenmiştir. Karlsson ve arkadaşlarının (2002) koroner arter ameliyatı olan katılımcılarda sonuç değişkeni olarak göğüs ağrısı ve yaşam kalitesini inceledikleri boylamsal bir çalışmada ise BD stresi yönetmek için gerekli olan kaynakları ve tepki stratejilerini kapsayacak şekilde baş etme kapasitesi (coping capacity) olarak

isimlendirilmiştir. Bir yıl sonraki takip çalışması bulguları düşük BD'nin göğüs ağrısıyla anlamlı bir ilişki gösterdiğini ve yüksek BD'nin göğüs ağrısı ve düşük yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi anlamlı bir şekilde düşürdüğünü göstermiştir.

BD ile baş etme türleri arasındaki ilişkinin Avustralyalı bir toplum örnekleminde (N= 439) incelendiği bir çalışmada ise BD işlevsel olmayan baş etme stratejileriyle (örn. davranışsal kaçınma ve inkâr) olumsuz ilişki gösterirken aktif, problem odaklı ve durumun olumlu bir şekilde yeniden değerlendirilmesini (reinterpretation) içeren işlevsel baş etme stratejileriyle olumlu ilişkiler göstermiştir (Pallant ve Lae, 2002). Ayrıca BD ve baş etme tepkileri arasındaki ilişki sağlık (örn. Fok, Chair ve Lopez, 2005; Krok, 2016), işyeri (örn. Basson ve Rothman, 2002; Tomotsune ve ark., 2009), kişilerarası ilişkiler (örn. Darling, McWey, Howard ve Olmstead, 2007) gibi çeşitli alanlardan stresörleri kapsayan çalışmalarla desteklenmiştir.

Özet olarak daha önceki çalışmaların bulgularıyla tutarlı bir şekilde mevcut çalışmanın bulguları salutojenik modeli desteklemiş; katılımcıların BD puanlarındaki iyileşmenin ZSB puanlarındaki iyileşmeyle ilişkili olduğunu göstermiştir. Yukarıda yer alan araştırmaların bulguları bir arada değerlendirildiğinde bu ilişkide etkili yollar arasında stresörün değerlendirilmesi ve baş etme tepkilerinin yer aldığı düşünülebilir.

Hipotez 1e'ye ilişkin bulguların değerlendirilmesi

Çalışmada PD düzeyindeki değişimin ZSB düzeyindeki değişimi pozitif yönde yordadığını öne süren H_{1e} desteklenmiştir. Bu bulgu katılımcıların PD'nin özellik/kaynak odaklı, süreç odaklı ve sonuç odaklı tüm kavramsallaştırmalarını kapsayacak şekilde (Fisher ve Law, 2021) Connor-Davidson PDÖ (Kararımak, 2010) ile ölçülen anketten aldıkları puanlar arttıkça sağlıkla ilgili yaşam kalitesinin ZSB alt boyutundan aldıkları puanların da arttığını göstermiştir. Bu doğrultuda mevcut çalışma PD alanyazınındaki bütünleştirici kuramlarla tutarlı olarak (örn., Bonanno, 2008; Wagnild ve Young, 1990) PD ve zihinsel sağlık arasındaki ilişkileri inceleyen önceki çalışmaları (meta-analiz çalışması için bkz. Hu, Zhang ve Wang, 2015) desteklemiştir.

Araştırmalar tutarlı bir şekilde daha yüksek düzeyde psikolojik dayanıklılığa sahip bireylerin daha iyi zihinsel sağlık sonuçları sergilediğini göstermektedir. Örneğin Hu, Zhang ve Wang (2015) PD ile zihinsel sağlığın olumlu (örn. yaşam doyumu, olumlu duygulanım) ve olumsuz (örn. depresyon, anksiyete) göstergeleri arasındaki ilişkilerin incelendiği 60 ampirik çalışmanın meta analizini yaptıkları araştırmalarında PD'nin bireylerin olumlu bir zihinsel sağlık durumuna ulaşmalarına ve olumsuz göstergeleri azaltmalarına yardımcı olan bir rol oynadığını bildirmişlerdir. Bu doğrultuda Davydoy, Stewart, Ritchie ve Chaudieu' nün (2010) önerdiği üzere PD'nin zarar azaltma (harm reduction), koruma (protection) ve teşvik (promotion) yoluyla zihinsel sağlığı iyileştirdiği; farklı bir ifadeyle potansiyel tehditlerle baş etme becerilerini geliştirirken zorluklara maruz kalmanın olumsuz etkilerini azalttığı veya sınırladığı düşünülebilir.

Sağlıkla ilgili yaşam kalitesinde PD'nin rolünün incelendiği çalışmalar genellikle risk gruplarında yürütülmüştür. Araştırmalar PD'nin örneğin İspanya'da kanser hastalarında (N= 74) KF-36 ile ölçülen ZSB ile pozitif yönde ilişkili olduğunu ($r = .23$, $p < .05$), Çin'de hipertansiyon hastalarıyla yürütülen bir çalışmada (N= 220) hipertansiyon semptomları ile SF-12 ile ölçülen ZSB arasında biçimleyici bir rol oynadığını (Qui ve ark., 2019), Suudi Arabistan'da COVID-19'un ilk yılında yetişkinlerde (N= 385) yürütülen bir çalışmada DSÖ-YKÖ ile ölçülen psikolojik sağlık alt boyutunu yordadığını (Aldhani ve ark., 2021), romatoid artrit hastalarında (N= 298) hastalık etkinliği (disease activity) ile KF-36 ile ölçülen ZSB arasındaki ilişkide kısmi aracı olduğunu (Liu, Xu, Xu ve Wang, 2017), Pakistan'da diyabet hastalarında (N=242) DSÖ-YKÖ ile ölçülen psikolojik sağlık alt boyutundaki varyansın %29'unu açıkladığını (Nawaz, Malik ve Batool, 2014) bildirmiştir. Bununla birlikte klinik olmayan örneklemelerde de PD'nin ZSB ile ilişkili olduğunu gösteren çalışmalar bulunmaktadır (örn. Fried, Karmali ve Irwin, 2020; Senormanci ve ark., 2019). Bu bulgular ışığında PD'nin zihinsel sağlıkla ilgili yaşam kalitesiyle olan ilişkisinde aracı ve biçimleyici rollerinin de olduğu görülmektedir.

Tüm bu araştırma sonuçları bir arada değerlendirildiğinde hem klinik gruplarda hem de klinik olmayan örneklemelerde PD düzeyleri arttıkça zihinsel sağlığın da

iyileştiği görülmektedir. Bu bağlamda PD ile ZSB arasındaki yordayıcılık ilişkisine dair mevcut araştırma bulgusu, diğer çalışmaların sonuçlarıyla tutarlı olup önceki çalışmaları destekler niteliktedir. Sonuç olarak, bu çalışma psikolojik dayanıklılığın zihinsel sağlık sonuçlarının öngörülmesindeki rolünü destekleyen ve çeşitli örneklemelerle kapsamı genişlemekte olan alanyazına katkıda bulunmaktadır. Zihinsel sağlıkla ilgili yaşam kalitesinin (ZSB) alt boyutları göz önünde bulundurulduğunda yüksek PD'ye sahip bireylerin bir stresörle karşılaştıklarında içsel canlılık ve enerjilerini daha iyi koruyarak, zorlukların üstesinden gelip zihinsel sağlığı muhafaza ederek (Bonanno, Westpal ve Mancini, 2011) ve travmatik deneyimlere rağmen gündelik hayatlarına devam edip sosyal işlevselliklerini sürdürerek (Ungar, 2008) daha yüksek ZSB bildirdikleri düşünülebilir. Çalışmanın bu bulgusu PD'ye ilişkin kuramsal çerçevelerle uyumlu olup zihinsel sağlığı geliştirmeye yönelik girişimlere PD odaklı stratejilerin dahil edilmesinin önemini vurgulamaktadır.

Hipotez 1f'ye ilişkin bulguların değerlendirilmesi

Çalışmada BSS ile ZSB arasındaki ilişkide BD ve PD'nin aracılık rolü olduğunu öne süren H_{1f} desteklenmiştir. Farklı bir ifadeyle, analiz bulguları BSS düzeyi daha yüksek olan katılımcıların daha yüksek BD ve PD bildirdiğine; bunun sonucunda daha yüksek ZSB puanlarına sahip olduğuna işaret etmiştir. Böylece yukarıda ele alındığı üzere aracılık modelini oluşturan diğer beş hipotezle birlikte çalışmanın aracılık hipotezi de verilerle desteklenmiştir. Ayrıca aracılık etkisi incelendiğinde BSS'nin ZSB üzerindeki doğrudan yordama etkisinin istatistiksel olarak anlamsız hale geldiği görülmüştür. Bulgular BSS'nin genelleştirilmiş direnç kaynağı (GDK) işlevi görerek BD'ye ve sağlığı koruyucu ve geliştirici bir etken olarak PD'ye katkıda bulunduğuna, böylece zihinsel SiYK'ini yükselttiğine işaret etmiştir. Bu durumda BSS'nin ZSB üzerindeki olumlu etkisinin BD ve PD üzerindeki olumlu etkileri aracılığıyla gerçekleştiği söylenebilir. Ayrıca iki değişkenin aracılık etme güçleri de spesifik dolaylı etkileri üzerinden karşılaştırılmış olup ortaya çıkan aracılık etkisinin %89'unun BD'den; %11'inin ise PD'den kaynaklandığı görülmüştür. Farklı bir ifadeyle, BSS ile ZSB arasındaki ilişkide ağırlıklı aracılık yapan değişken BD'dir. Araştırmanın birinci modeline ilişkin temel hipotezin doğrulandığını gösteren bu

bulgular alanyazında yer alan pek çok çalışmanın sonuçlarıyla (örn. Adelinejad, Mousavi ve Tabrizi, 2022; Fiet ve ark., 2022) önemli ölçüde örtüşmekte olup salutojenik modelin (Antonovsky, 1979, 1982) ve PD'ye ilişkin bütünleştirici kuramların (örn. Ungar ve Theron, 2020) önermelerini de destekler niteliktedir. Bu önermeler doğrultusunda alanyazında benzer veya farklı sonuçlara ulaşan daha önceki çalışmaların bulguları gözden geçirilecek olup bu bulguların olası nedenleri değerlendirilecektir.

Salutojenik modele göre yaşamın kaçınılmaz taleplerine uyumlu cevaplar üreterek gerilimin strese dönüşmesine engel olan ve sağlık/refah (health-ease) ucuna doğru ilerlememizi sağlayan GDK'ler güçlü bir BD geliştirmek için gerekli yaşam deneyimlerini oluştururken güçlü bir BD de zorluklar karşısında GDK'leri harekete geçirerek başarılı baş etmeler için esnek bir kullanım sağlar (Antonovsky, 1982; Maas ve ark., 2022). Farklı bir ifadeyle, bir taraftan mevcut GDK'ler bireyin deneyimlerini anlaşılabilir, yönetilebilir ve çabaya değer görmesine yardımcı olurken diğer yandan güçlenen BD bireyin potansiyel GDK'leri saptaması ve yenilerini üreterek kullanmasını mümkün kılar (Idan, Eriksson ve Al-Yagon, 2012). Bu durumda insanlar kendilerine sunulan veya sahip oldukları kaynak zenginliği bakımından büyük farklılıklar gösterse de daha güçlü bir BD'ye sahip olanların stresli olay veya durumları düzen içinde (kaotik değil) olarak algılamaları, stresörü yönetme becerilerine ve kaynaklarına güven duymaları ve mevcut kaynakları bulup kullanmaya daha istekli olmaları daha olasıdır (Antonovsky, 1979, 1982).

Mevcut çalışmanın BSS'nin ZSB'yi doğrudan değil, BD aracılığıyla etkilediğine ilişkin bulgusunun salutojenik model ile uyumlu bir şekilde BD'nin öne çıkan rolünü desteklediği söylenebilir. Alanyazında benzer şekilde üniversite öğrencilerinde BSS'nin BD, zihinsel sağlık ve öz-etkinliği yordadığını (Mato ve Tsukasaki, 2017a), güven ve ait olma duygularının hem kentsel hem de kırsal yerleşimcilerde BD ve zihinsel sağlıkla ilişkili olduğunu (Tsuno ve Yamazaki, 2012) ve sığınmacılarda BD'nin BSS ile zihinsel sağlık arasındaki ilişkide tam aracı etkisi olduğunu (Fiet ve ark., 2022) bulgulayan çalışmalar da bulunmaktadır. Fransa'da uygun örneklem yoluyla ulaşılan 193 yetişkin (30-85 yaş arası) katılımcının verilerine

ilişkin bir çalışmada ise yapısal eşitlik modeli analizi bulguları stresli yaşam olayları ile öznel iyi oluş arasındaki ilişkilerde BD'nin tam aracı olduğunu göstermiştir (Gana, 2001). Bu araştırmalar ile mevcut çalışmanın bulguları doğrultusunda bireyin tanıdıklarına, toplumun geneline ve kurumlarına duyduğu güven, üyesi olduğu gruplarda hissettiği aidiyet ve ortak değerler algısı ile nitelenen bilişsel sosyal sermayesinin yaşamı daha anlaşılır, yönetilir ve anlamlı bulmalarına ilişkin yönelimlerini (BD) güçlendiren (veya zayıflatan) deneyimler edinmelerini sağlayarak stresin daha iyi (veya daha kötü) yönetilmesine ve zihinsel sağlıkla ilgili yaşam kalitesine katkıda bulunduğu söylenebilir.

Salutojenik modele benzer şekilde sistemik bir bakış açısıyla PD koruyucu etkenler ve risk etkenlerinin dinamik etkileşiminden ortaya çıkmakta olup bireyin yanı sıra aile, topluluk ve toplum boyutlarını da kapsayan çok seviyeli bir sistem içinde işlev gösterir (Ungar ve Theron, 2020). Bu etkenler bağlama özgü olduğu için bir ortamda koruyucu olarak kabul edilirken başka bir ortamda böyle bir etkisi olmayabilir. Bu nedenle kültür, toplum kaynakları ve sosyal destek PD sürecinin ayrılmaz (integral) bileşenleri olarak değerlendirilmiştir. Bu süreçte içsel veya dışsal belirli taleplere cevap olarak, salutojenik modeldeki GDK'lere benzer şekilde, sosyal ağlarda gömülü olan koruyucu etkenlerin esnek bir şekilde kullanımı önem taşımaktadır. Ayrıca koruyucu ve risk etkenlerinin zaman içinde kümülatif bir etkisi bulunmaktadır (Buchanan ve ark., 2023). Biriken olumlu deneyimler ve kaynaklar PD'yi arttırırken koruyucu etkenlerin yokluğu veya birden fazla riske maruz kalmak PD'yi azaltır. Araştırmalar da sosyal ağlarda ve bağlarda duyulan güven, ait olma duygusu ve paylaşılan değerler algısı olmak üzere birden fazla koruyucu etkeni içeren bir yapı olarak BSS'nin bireylere destekleyici bir sosyal çevre sağlayarak PD'lerini arttırabileceği gibi tersine bu etkenlerin azlığı, yokluğu veya erişilemezliği durumlarında riske dönüşerek zorluklarla başa çıkma kapasitelerini olumsuz yönde etkileyebileceğine ve olumsuz sağlık sonuçları doğurabileceğine işaret etmektedir (Derleme çalışması için bkz. Stainton ve ark., 2018). Mevcut çalışmanın BSS ile ZSB arasındaki ilişkide PD'nin aracı rolünü doğrulayan bu bulgusu PD alanyazınındaki bütünleştirici yaklaşımların öngörülerini desteklemekle birlikte yetişkinlerde SS'nin hem birey hem de topluluk seviyesinde PD'yi yordadığını (Carter ve Cordero, 2022),

PD'nin üniversite öğrencilerinde sosyal uyum ve güven ile iyi-oluş arasındaki ilişkilerde (Anette, 2009) ve SS ile zihinsel sağlık arasındaki ilişkide tam aracı olduğunu (Adelinejad, Mousavi ve Tabrizi, 2022) bildiren çalışmalarla uyumludur. Pascoe ve Richman (2009) ise 134 araştırmayı kapsayan meta-analiz çalışmalarında cinsiyet, ırk ve/ya etnisite üzerinden ayrımcılığa maruz kalma algısının hem fiziksel hem de zihinsel sağlık üzerinde olumsuz bir etkisi olduğunu ortaya koymuş; bu ilişkiler arasında baş etme, stres seviyesi ve riskli sağlık davranışlarının aracı olabileceğini önermişlerdir.

Sağlık sonuçlarının yanı sıra BSS'nin çeşitli motivasyonel etkenlerle ilişkisinin de PD aracılığıyla olabileceğine işaret eden çalışmalar bulunmaktadır. Örneğin İran'da devlete ait bir kuruluştaki çalışan katılımcılarda (N= 204) SS, PD ve çalışanların örgütsel hedeflere ulaşmaya yönelik gönüllülüğünü temsil eden olumlu iş tutumu (positive work attitude, PWA) arasındaki ilişkiler incelenmiştir (Jahanshani, Maghsoudi ve Nawaser, 2020). SS (1) yapısal, (2) bilişsel (paylaşılan değerler, örn. "Ben ve yöneticilerim arasında benzer bir kurum kültürü var") ve (3) ilişkisel (güven ve karşılıklılık, örn. "Yöneticilerimle aramda karşılıklı saygı var") olmak üzere üç boyut üzerinden kavramsallaştırılmış olup hiyerarşik çoklu regresyon analizleri bulguları SS'nin her bir alt boyutunun PD düzeyinde artışla ilişkili olduğunu ve PD'nin de PWA'ya katkıda bulunduğunu göstermiştir. Bu çalışmada SS'nin bağlamı iş ortamıyla sınırlandırılmış olup benzer şekilde İran'da üniversite öğrencilerinde (N= 215) yürütülen bir çalışmada yapısal eşitlik analizi bulguları okul ortamındaki BSS'nin (örn. "Okulumdaki öğrenciler birbirlerine yardım ederler") psikolojik sermayeyi (PD, öz-etkinlik, iyimserlik, umut) yordadığını ve girişimcilik niyetleri ile arasındaki ilişkide psikolojik sermayenin aracı rol oynadığını göstermiştir (Mahfud, Triyono, Sudira ve Mulyani, 2019). Tüm bu bulgular ışığında BSS'nin koruyucu (veya risk) etken olarak PD'yi arttırdığı (veya azalttığı), PD'de meydana gelen değişim aracılığıyla zihinsel sağlığın güçlendiği (veya zayıfladığı) düşünülebilir.

Paralel aracılık analizi BSS ve ZSB arasındaki ilişkide BD üzerinden olan dolaylı etkinin PD üzerinden olan dolaylı etkiden istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde daha güçlü olduğu göstermiştir. Bu bulgu mevcut çalışmada BSS ve ZSB arasındaki

ilişkiye aracılık etmede BD'nin daha belirgin bir rol oynadığını ortaya koymuştur. Farklı psikososyal kaynaklar ile sağlık sonuçları arasında BD ve PD'nin aracı rollerini inceleyen çalışmalarda da benzer bulgulara ulaşılmıştır. Örneğin Padmanabhanunni ve Pretorius (2023) pandemi döneminde (Mart-Haziran 2020) üniversite öğrencilerinde depresyon ve çaresizlik ile yaşam doyumu arasındaki ilişkilerde BD ve PD'nin aracı rollerini yapısal eşitlik modeli (YEM) ile incelemişlerdir. Çalışma bulguları BD ve PD'nin çaresizlik ve yaşam doyumu arasındaki ilişkide kısmi, depresyon ve yaşam doyumu arasındaki ilişkide tam aracı olduklarını göstermiştir. Ayrıca depresyon ve yaşam doyumu arasındaki ilişkide BD'nin spesifik dolaylı etkisinin (-.07) PD'ninkinden daha yüksek olduğu (-.01) bildirilmiştir. Benzer şekilde Etiyopya'da öğretmenlerde COVID-19 stresi ile iyi oluş arasındaki ilişkinin incelendiği bir çalışmanın YEM analizi bulguları BD ve PD'nin tam aracı olduklarını; BD'nin dolaylı etkisinin (-.12) PD'ninkinden (-.04) yüksek olduğunu göstermiştir (Zewude, Beyene, Taye, Sadouki ve Hercz, 2023). Bu araştırmalar doğrultusunda çeşitli psikososyal GDK'lerin varlığı ya da yokluğunun zihinsel sağlığı doğrudan değil, dolaylı olarak BD ve PD aracılığıyla etkilediği ve bu ilişkilerde BD'nin daha önemli bir aracı olduğu düşünülebilir. Aracılık analizi çalışmalarının bulgularına ek olarak yetişkin katılımcılarda BD'nin psikolojik stresi öz-şefkat, iyimserlik ve PD'den daha güçlü bir şekilde yordarken (Grevenstein ve ark., 2016), toplum örnekleminde psikolojik stres, yaşam doyumu ve tükenmişliği (aşırı ve uzun süreli stres sonucu yaşanan zihinsel ve fiziksel bitkinlik hali, burnout) bilinçli farkındalık (mindfulness) ve kişilik özelliklerinden daha güçlü bir şekilde yordadığını (Grevenstein, Aguilar- Raab ve Bluemke, 2017) gösteren bulgular da BD'nin zihinsel sağlık sonuçlarını etkilemede PD'nin yanı sıra çeşitli pozitif sağlık yönelimli psikolojik yapılardan daha önemli bir değişken olduğuna işaret etmektedir. Bu bulgunun zihinsel sağlığın geliştirilmesine yönelik çıkarımlarına son bölümde yer verilmiş olup gelecek bölümde araştırmanın ikinci modeline ilişkin hipotezler alanyazın ışığında değerlendirilmiştir.

4.2. Model II'ye İlişkin Paralel Aracı Analizi Bulgularının Değerlendirilmesi

Araştırmanın ikinci modeli kapsamında BSS ile FSB arasındaki ilişkide BD ve PD'nin aracı rolleri incelenmiştir. Bu bölümde öncelikle aracılık modelini test etmek amacıyla oluşturulan hipotezlere ilişkin bulgular alanyazın doğrultusunda değerlendirilmiş olup son olarak aracılık modelinin tartışmasına yer verilmiştir.

Hipotez 2a'ya ilişkin bulguların değerlendirilmesi

İkinci aracılık modelini sınamak için oluşturulan hipotezlerden ilki, H_{2a} desteklenmiş olup bulgular BSS düzeyindeki değişimin FSB düzeyindeki değişimi pozitif yönde yordadığını göstermiştir. Diğer bir deyişle katılımcıların bilişsel sosyal sermaye puanlarındaki artış (1) bireyin fiziksel etkinlik ve sorumluluklarını yerine getirme derecesini değerlendiren fiziksel işlevsellik, (2) fiziksel sağlığın bireyin rutin sorumluluklarını etkileme derecesini değerlendiren fiziksel sorunlara bağlı rol kısıtlılığı (3) ağrının yaşamın çeşitli alanlarına müdahale etme derecesini değerlendiren ağrı ve (4) bireyin fiziksel ve zihinsel iyi oluşunu içeren sağlık algısını değerlendiren genel sağlık algısı alt boyutlarından oluşan fiziksel sağlık bileşenindeki artış ile istatistiksel olarak anlamlı düzeyde ilişkili bulunmuştur. Çalışmanın bu bulgusu salutojenik modelin (Antonovsky, 1985; Lindström ve Eriksson, 2006) önermelerini doğrular nitelikte olup daha önceki çalışmalarla (örn. Devine ve ark., 2021; Muckenhuber ve ark., 2016) da tutarlılık göstermektedir.

Daha önce de belirtildiği üzere araştırmalar sıklıkla BSS'nin başat bileşeni olarak görülen güvenin (stratejik, genelleştirilmiş ve kurumsal) fiziksel sağlık göstergeleriyle olan ilişkilerine odaklanırken paylaşılan değerler algısı ve ait olma duygusu bileşenlerini de içeren daha kapsayıcı bir kavram olan BSS'nin fiziksel sağlıkla ilgili yaşam kalitesi ile olan ilişkileri görece gölgede kalmıştır. Örneğin, İslam ve arkadaşlarının (2006) derleme çalışmasında güven ile algılanan sağlık, ölüm oranları, kronik hastalık yaygınlıkları ve sağlık davranışları (örn. fiziksel egzersiz veya bulaşıcı hastalıklardan korunmaya ilişkin önlemler) arasında anlamlı ilişkiler bildirilmiş; ancak BSS'nin kapsamı ile fiziksel sağlık sonuçları arasındaki ilişkiler

aydınlatılmamıştır. Genelleştirilmiş güven ile bildirilen sağlık arasındaki ilişkinin boylamsal olarak incelendiği bir çalışmada ise İngiltere’de Hanehalkı Panel Anket çalışmasından alınan veriler (N= 8114) başlangıçtaki güven seviyelerinin yedi yıl sonraki algılanan sağlığı yordarken başlangıçtaki algılanan sağlığın da yedi yıl sonraki güven seviyelerindeki değişiklikleri yordadığını göstermiş; bu iki değişken arasında doğrudan nedensel etkilerden başka yolların da mevcut olduğuna işaret eden döngüsel bir ilişki olduğunu ortaya koymuştur (Giordano ve Lindström, 2016). Bu doğrultuda güven ve sağlık arasındaki karmaşık mekanizmaları tanımlamak için zaman içinde birbirlerini etkileme yollarını ayırtırmak amacıyla olay zamanlamalarını daha kesin bir şekilde yakalamak için daha fazla boylamsal araştırma yapılması önerilmiştir. Türkiye’de ise COVID-19 döneminde devletin kurumlarına (resmi haber kanalları, sağlık kurumları) duyulan güvenin COVID-19’dan korunmaya ilişkin sağlık davranışlarını gösterme motivasyonunu yordadığı bildirilmiştir (Acar ve Kıcalı, 2021).

Bununla birlikte BSS ile SiYK’in fiziksel bileşeni arasında ilişki bildiren çalışmalar da mevcuttur ve mevcut çalışmanın bulguları daha önceki çalışmaların bulgularıyla uyumludur. Örneğin Hu ve arkadaşlarının (2015) Çin’de tip 2 diyabet hastalarında (N= 436) yürüttükleri bir çalışmanın lojistik regresyon analizi bulguları ise sosyoekonomik değişkenler (gelir durumu, cinsiyet vb.) ve risk etkenleri (tütün kullanımı, komorbidite durumu vb.) kontrol edildiğinde daha yüksek BSS’nin (kişilerarası güven, karşılıklılık ve sosyal uyum) KF-36 ile ölçülen daha yüksek FSB ile ilişkili olduğunu göstermiştir.

BSS ile FSB’nin yanı sıra fiziksel sağlığın çeşitli göstergeleri arasında ilişkiler bildiren çalışmalar da bulunmaktadır. Örneğin Muckenhuber ve arkadaşları (2016) Avusturya’da toplumu temsil eden 15 yaş ve üzeri bir örnekleme (N =15744) yaş, kronik hastalık durumu ve eğitim düzeyi kontrol edildiğinde BSS azaldıkça hissedilen fiziksel ağrının arttığını bulgulamışlardır. Çalışmada bireyin sosyal kaynakların erişilebilirliğine ilişkin algısı olarak kavramsallaştırılan BSS yakınlarla ve toplumun geneline duyulan güvene ek olarak toplu ulaşım ve sağlık hizmetlerine erişime ilişkin memnuniyet düzeyleri üzerinden değerlendirilmiş olup son 12 ay içinde ağrı nedeniyle hastalık izni alanların oranı hem kadın hem de erkeklerde en düşük BSS diliminden en

yükseğine doğru artış göstermiştir. Yip ve arkadaşlarının (2007) Japonya’da toplum tabanlı bir örnekleme yürüttükleri araştırmada ise çoklu doğrusal regresyon analizi sonucunda genelleştirilmiş güven, özelleştirilmiş güven (stratejik güven) ve özelleştirilmiş karşılıklılığın bildirilen sağlıkla ilişkili olduğu bulgulanmıştır.

BSS ile FSB arasındaki ilişkiyi açıklamak için sağlığın sosyal inşası (social construction of health) kuramı da yardımcı olabilir (Cooper ve Thorogood, 2013). Gerçekliğin ve gerçekliğe ilişkin bilginin sosyal olarak üretilmiş doğasını vurgulayan sosyal inşacılık kapsamında sağlık ve sağlıkla ilgili davranışlara ilişkin kavramsallaştırma ve deneyimlerin özünde bağlama bağlı olduğu, baskın kültürel ve ideolojik arka plandan derinden etkilendiği ve insanların içinde yaşadığı daha geniş ortamın (milieu) aracılık ettiği önerilmektedir. Ayrıca Foucault’dan esinlenen eleştirel bir bakış açısıyla tıbbi bilginin ve hastalık varlığının doğrudan biyolojik gerçeklikleri yansıtmadığı ve tıbbi söylem tarafından üretildiği vurgulanmaktadır. Tıbbi söylemin şekillenmesinde ise sosyal, kültürel ve siyasi akıl yürütme ve uygulamalar etkilidir (Cooper ve Thorogood, 2013). Sosyal inşacı kuram ile sağlık arasındaki ilişkiyi öne çıkaran örnekler olarak beden imgesi ve güzellik standartları, zihinsel sağlığa ilişkin etiketlemeler (stigma), güvenli sosyal bağların varlığı ve sosyal destek, cinsiyet ve hastalık rolleri düşünülebilir. Bu bağlamda sağlığın geliştirilmesine yönelik daha kapsayıcı, kültürel olarak uyumlu ve duyarlı bir yaklaşıma katkıda bulunmak için geliştirilen müdahalelerde sosyal belirleyicilerin kapsamlı bir şekilde ele alınması, toplulukların sürece dahil edilmesi, sağlık hizmetlerinde kültürel yetkinlik, politikaların eleştirel bir şekilde incelenmesi ve disiplinler arası iş birliği önem taşımaktadır (Cooper ve Thorogood, 2013).

Sağlığın sosyal inşası kuramına ek olarak BSS’nin öz-etkinliği arttırarak (Campbell ve Wood, 1999), sağlık davranışlarını kontrol ederek, bilgi alışverişi için kanal oluşturarak ve karşılıklı yardım ve destek ağı sağlayarak (Cullen ve Whiteford, 2000) da sıkıntılı yaşam olaylarına karşı koruma sağladığını öneren araştırmalar da mevcuttur (Woolcock ve Narayan, 2000). Yazarın bilgisine göre BSS’nin FSB ile ilişkili olmadığını gösteren bir çalışma bulunmaktadır. Avustralya’da ulusal düzeyde temsili bir örnekleme boylamsal desenle yürütülen bu araştırmanın bulguları da

toplulukla bütünleşme (community cohesion) algısı üzerinden kavramsallaştırılmış olan ve bireyin mahallesindeki diğerlerine ilişkin güven, karşılıklılık normları ve paylaşılan değerlere yönelik maddelerle (örn. “Buradaki insanlar komşularına yardım etmeye isteklidir”) değerlendirilen BSS’nin sosyodemografik değişkenler ve sağlık alışkanlıklarına (sigara/ alkol kullanımı, egzersiz vb.) ek olarak başlangıçtaki ZSB ve FSB düzeyleri kontrol edildiğinde iki yıl sonraki ZSB’yi yordarken FSB’yi yordamadığını göstermiştir (Lee, Lin ve Magee, 2020). Bunun nedeni olarak sosyal ilişkilerden zihinsel sağlığa giden yolun fiziksel sağlığa gidenden daha kısa olabileceğini (daha hızlı değişebileceğini) tartışan yazarlar olası aracı ve biçimleyici etkenlerin değerlendirilmesini önermiştir.

Mevcut çalışmada H_{2a} ’nın desteklendiğini gösteren bulgu yukarıda ele alındığı üzere daha önceki çalışmalarla tutarlı olarak BSS arttıkça fiziksel sağlığın da iyileştigiğine işaret etmekte olup bu ilişkiler arasındaki yolların daha fazla aydınlatılmasına ihtiyaç duyulmaktadır (Ahn ve Davis, 2020; St John, 2017). Bu doğrultuda ikinci aracılık modeline ilişkin bulguların değerlendirilmesinden önce gelecek bölümde olası yollar olarak BD ve PD’nin FSB ile ilişkilerine yönelik bulgular alanyazın doğrultusunda gözden geçirilmiştir.

Hipotez 2b’ye ilişkin bulguların değerlendirilmesi

Hipotez 2b’de BD’deki değişimin sağlıkla ilgili yaşam kalitesinin fiziksel sağlık bileşenindeki değişimi pozitif yönde yordayacağı varsayılmıştır. Analiz bulguları ilgili değişkenler arasındaki yordayıcılık ilişkisinin anlamlı düzeyde ve beklenen yönde olduğunu doğrulamıştır. Bu bulgu katılımcıların yaşamı anlaşılabilir, yönetilebilir ve anlamlı bulmaya ilişkin yönelimleri güçlendikçe fiziksel sağlıkla ilgili yaşam kalitelerinin de arttığını göstermektedir. Ayrıca alanyazındaki diğer çalışmalarla tutarlı olarak mevcut çalışmanın da bulguları BD ile FSB arasındaki ilişkinin BD ile ZSB arasındaki ilişkiden daha zayıf olduğunu ortaya koymuştur (örn. Benz ve ark., 2013; Eriksson ve Lindström, 2007; Flensburg-Madsen, Ventegodt ve Merrick, 2005).

Salutojenik modele göre BD bireyi, örneğin tutumlar aracılığıyla, sağlığı geliştiren davranışlarda bulunmaya yönlendirerek fiziksel sağlığın gelişmesine katkı sağlar (Antonovsky, 1990). Kesitsel ve boylamsal araştırmalar BD'nin tütün kullanımı ve beslenme (örn., Lindmark ve ark., 2005; Lundström, Jormfeldt, Ahlström, Skärsäter, 2018), fiziksel aktivite (meta-analiz çalışması için bkz.: Moyers ve Hagger, 2020), oral sağlık davranışları (meta-analiz çalışması için bkz.: Poursalehi, Najimi ve Tahani, 2021), madde kullanımı (Grevenstein, Bluemke ve Kroeninger-Jungaberle, 2016) ve kronik hastalıklarda tedavi uyumu (Derleme çalışması için bkz.: Swiatoniowska-Lonc ve ark., 2021) gibi çeşitli sağlık davranışlarıyla anlamlı ilişkiler gösterdiğini ortaya koymuştur. Ayrıca BD ile sağlık davranışları (örn. tütün kullanımı, fiziksel aktivite, beslenme) arasındaki ilişki zihinsel bozukluk hastaları (Lundström, Jormfeldt, Ahlström, Skärsäter, 2018), kronik hastalığı olanlar (Opheim ve ark., 2014; Silarova ve ark., 2014), ergenler ve genç yetişkinler (Sistemik derleme çalışması için bkz.: Da-Silva-Domingues ve ark., 2022) ve üniversite öğrencileri (Posadzki, Stockl, Musonda ve Tsouroufli, 2010; Suraj ve Singh, 2011) gibi birçok farklı örneklem grubunda desteklenmiştir. Bu sonuçlar doğrultusunda BD'nin fiziksel sağlık için önemli bir koruyucu faktör olduğu ve bozukluğa özgü olmayan, tanılararası (transdiagnostik) bir işlev gördüğü düşünülebilir. Türkiye'de de BD ile sağlık davranışları arasındaki ilişkilerin incelendiği çalışmalar olmakla birlikte (örn. Demirden ve Sarıkoç, 2023) yazarın bilgisine göre mevcut çalışma BD ile FSB arasındaki ilişkinin incelendiği ilk çalışmadır.

Sağlık davranışlarına ek olarak alanyazında BD ile fiziksel sağlık arasındaki ilişkideki yollardan birinin de zihinsel sağlıktan geçtiğini gösteren çalışmalar da bulunmaktadır. Örneğin Galetta ve arkadaşlarının (2019) çalışmasında kronik hastalığı olan katılımcılarda BD ile FSB arasındaki anlamlı ilişki ZSB'nin aracılığının sınındığı modelde ortadan kalkarken Haukkala ve arkadaşlarının (2013) çalışmasında da kardiyovasküler bozukluk riski olan yetişkin bir popülasyonda depresif belirtilerin BD ile tüm nedenlere bağlı ölüm riski arasındaki ilişkiye tam aracılık ettiği bildirilmiştir. Bu bağlamda BD'nin fiziksel sağlığı zihinsel sağlık aracılığıyla etkileyen psikolojik bir sürece karşılık geldiğini düşünmek mümkündür.

Hipotez 2c'ye ilişkin bulguların değerlendirilmesi

Çalışmada PD düzeyindeki değişimin FSB düzeyindeki değişimi pozitif yönde yordadığını öne süren H_{2c} desteklenmemiştir. Analiz bulgusu ilgili değişkenler arasındaki yordayıcılık ilişkisinin beklenen yönde olduğunu, ancak anlamlı düzeyde olmadığını göstermiştir.

Literatür bölümünde ele alındığı üzere PD'nin FSB ile ilişkilerine yönelik araştırma bulguları ZSB ile ilişkilerine yönelik bulgulardan daha az tutarlı görünmektedir. Örneğin PD'nin Suudi Arabistan'da COVID-19'un ilk yılında yetişkinlerde (N= 385) yürütülen bir çalışmada DSÖ-YKÖ ile ölçülen fiziksel sağlık alt boyutunu yordadığı (Aldhani ve ark., 2021), Pakistan'da diyabet hastalarında DSÖ-YKÖ ile ölçülen fiziksel sağlık alt boyutundaki varyansın %17'sini açıkladığını (Nawaz, Malik ve Batool, 2014) gösteren çalışmalar olmakla birlikte bu ilişkilerin mevcut çalışmada öngörülen şekilde olmadığını bildiren çalışmalar da bulunmaktadır. Örneğin Çin'de romatoid artrit hastalarında (N= 298) KF-36 ile ölçülen ZSB'yi yordarken FSB'yi yordamadığı (Liu ve ark., 2017), İspanya'da kanser hastalarıyla (N= 74) yürütülen bir çalışmada ise PD ile KF-36 ile ölçülen FSB arasında anlamlı, ancak negatif yönde bir ilişki olduğu bulgulanmıştır (Macía, Barranco, Gorbeña ve Iraurgi, 2020). Araştırmacılar bu bulguyu yüksek bedensel ağrı yaşayan hastaların düşük fiziksel sağlıkla ilgili yaşam kalitesine sahip olacağı, bu nedenle daha fazla dayanıklılık davranışı gösterme eğiliminde olabileceğiyle açıklamışlardır.

Bu bulguyu açıklamada önemli etkenler olarak stresli koşulların yoğunluğu ile bütünleştirici yaklaşımlarla bir süreç olarak değerlendirilen PD'nin hangi zamanda ölçüldüğü göz önünde bulundurulabilir. Örneğin Bonanno (2004, 2008) travmatik etki potansiyeli taşıyan olaylar karşısında PD'si yüksek olan bireylerin de normal işleyişinde geçici bozulmalar olabileceğini (örn. uyku sorunları), buna rağmen zaman içinde tutarlı bir sağlıklı işlevsellik yörüngesine gireceğini belirterek PD'nin süreç olduğunun altını çizmiştir. Bu doğrultuda mevcut çalışmanın bu bulgusunun araştırma deseninin boylamsal değil de kesitsel olmasından kaynaklandığı düşünülebilir. Benzer şekilde Vanderbilt-Adrience ve Shaw (2008) risk düzeyleri, süre ve sonuç alanı açısından PD üzerindeki olası kuramsal kısıtlılıkları inceledikleri gözden geçirme

çalışmalarında PD'nin en yüksek risk grubunda nadir olduğu ve gelişimin belirli zaman noktalarında (timepoints) belirli sonuçlara odaklanan daha dar bir kavramsallaştırmadan fayda sağlanabileceği sonucuna ulaşmışlardır. Etnik çeşitliliği yüksek, düşük gelirli ve çoğul risk etkenli örneklemelerde yürütülen çalışmalara kıyasla çoğunlukla beyaz, orta sınıf ve tek risk faktörlü örneklemelerde yürütülen çalışmalarda PD'nin daha fazla olumlu sonuçla ilişkili olduğu ve boylamsal çalışmaların PD'nin zaman içinde dalgalandığına işaret ettiği bildirilmiştir. Bu doğrultuda yüksek stresli durumlarda PD'nin sağlık üzerindeki olumlu etkisinin zayıfladığı düşünülebilir. Örneğin Çin'de lise öğrencilerinde (N= 435) yürütülen bir çalışmada mevcut çalışmaya benzer şekilde CD-PDÖ ile ölçülen PD ile KF-36 ile ölçülen SiYK arasındaki ilişkiler incelenmiş olup katılımcılar düşük ve yüksek stres grupları olmak üzere ikiye ayrılmıştır (Sun ve ark., 2021). Analiz sonuçları PD'nin yalnızca düşük stresli grupta ZSB ve FSB üzerindeki doğrudan etkilerinin anlamlı olduğunu; yani stres seviyelerinin PD ile hem ZSB hem de FSB arasındaki ilişkide biçimleyici bir rol oynadığını göstermiştir. Benzer şekilde 85 ve üzeri katılımcılarla (N= 125) İsveç'te yürütülen bir çalışmanın korelasyon analizi bulguları PD'nin ZSB ile anlamlı ilişki gösterirken FSB ile ilişkili olmadığını göstermiştir (Nygren ve ark., 2005). Bu bağlamda mevcut çalışmanın verilerinin COVID-19 döneminde toplandığı göz önünde bulundurulduğunda katılımcılardaki stres seviyesi daha stabil farklı bir zaman noktasına kıyasla daha yüksek olduğu için PD ile FSB arasında ilişki gözlenmediği öne sürülebilir.

Hipotez 2d'ye ilişkin bulguların değerlendirilmesi

Hipotez 2d'de BSS düzeyi ile FSB düzeyi arasındaki ilişkide BD ve PD'nin aracı rolleri olduğu varsayılmıştır. Paralel aracı analizi bulguları bu hipotezi kısmen desteklemiş; BSS ile PD arasındaki ilişkide BD'nin aracı rolünün anlamlı olduğu bulgulanmıştır. Yukarıda da ele alındığı üzere PD düzeyindeki değişim FSB düzeyindeki değişimi yordamadığı için BSS ile FSB arasındaki ilişkiye sadece BD aracılık etmiştir. Ayrıca aracılık etkisi incelendiğinde BSS'nin FSB üzerindeki doğrudan yordama etkisinin istatistiksel olarak anlamsız hale geldiği görülmüştür. Bulgular BSS'nin GDK işlevi görerek BD'ye katkıda bulunduğuna, böylece fiziksel

SiYK'ini geliştirdiğine işaret etmiştir. Bu durumda BSS'nin FSB üzerindeki olumlu etkisinin BD aracılığıyla gerçekleştiği söylenebilir.

Mevcut alışmada BSS'nin FSB'yi doğrudan değil, BD aracılığıyla etkilediğini gösteren bu bulgu fiziksel SiYK'in gelişiminde sadece sosyal bağlamın değil aynı zamanda içsel bir kaynak olan BD'nin önemini vurgulayarak salutojenik bakış açısını desteklemiştir. Salutojenik model özellikle fiziksel sağlığa odaklanmamakla birlikte güçlü bir BD'nin genel sağlık ve iyi oluşa katkıda bulunduğunu vurgular. Sağlığı teşvik eden ve iyi oluşu arttıran etkenler de BD aracılığıyla işlev gösterir. Bu durumda BSS ile fiziksel SiYK arasındaki ilişkinin BD aracılığıyla olduğunu düşünmek mümkün olup destekleyici bir sosyal çevrenin bireyin deneyimlerini anlamasına, bunlara uygun cevaplar verebilmesine ve tüm bunlarda bir anlam bulmasına yardımcı olarak sağlığına katkıda bulunduğu söylenebilir. Salutojenik yaklaşımın nergeleri doğrultusunda alanyazında benzer veya farklı sonuçlara ulaşan çalışmalar bulunmaktadır. Bununla birlikte yazarın bilgisine göre BSS ile FSB arasındaki ilişkide ne BD'nin ne de PD'nin aracı rolünü inceleyen bir çalışma bulunmadığı için fiziksel sağlığın çeşitli göstergelerini içeren daha önceki çalışmaların bulguları gözden geçirilecek ve olası nedenleri değerlendirilecektir.

Örneğin, Çin'de boş yuvalılar (empty nesters) olarak adlandırılan çocukları evinden taşınmış 60 yaş ve üzeri ebeveynlerde sosyal sermaye ile sağlığı teşvik eden yaşam tarzı arasındaki ilişkide BD'nin aracılığı incelenmiştir (Chang, Wang ve Wang, 2023). Sağlığı teşvik eden yaşam tarzı beslenme, sağlık sorumluluğu, fiziksel etkinlik, kişilerarası ilişkiler ve stres yönetimi alt boyutlarıyla değerlendirilmiş olup SS hem yapısal hem de bilişsel boyutlarıyla birlikte değerlendirilmiş; bulgular BD'nin bu iki değerşken arasındaki aracı rolünü desteklemiştir. Benzer şekilde İsveç'te yaşları 18-84 arasında nüfus-tabanlı (population-based) bir yetişkin örnekleminde yürütülen çalışmada (N=40674) YSS ve BD hem kadın hem de erkek katılımcılarda riskli alkol kullanımı ile ilişkili bulunurken BSS sadece kadınlarda riskli alkol kullanımını yordamış; ancak çok-değerşkenli lojistik regresyon analizinin -yönlü etkileşim (three-way interactions) bulgularını içeren model SS'nin boyutları (sosyal destek, sosyal güven, kurumsal güven, örgüt yeliği, oy verme) ile BD'nin tehlikeli alkol

kullanımı ile ilişkisi arasında ilişki olmadığını göstermiştir (Larm, Aslund, Starrin ve Nilsson, 2016). Farklı bir ifadeyle bu çalışmada BD'nin tehlikeli alkol kullanımında sosyal sermaye kaynaklarıyla ilişkili olmayan, bağımsız bir rolü olduğu bulgulanmıştır. Japonya'da üniversite öğrencilerinde (N= 1141) yürütülen bir çalışmada ise SS ile sağlık alışkanlıkları (beslenme, fiziksel etkinlik, dinlenme) arasındaki ilişkide BD'nin aracı rolü incelenmiştir. YEM analizi bulguları yapısal sosyal sermayenin değil BSS'nin sağlık alışkanlıklarıyla ilişkili olduğunu gösterirken BD'nin aracı rolünü desteklemiştir (Mato ve Tsukasaki, 2017b). Bu araştırmaların bulguları salutojenik modelin önermeleri ve mevcut çalışmanın bulgularıyla uyumlu olarak BD'nin sosyal olarak teşvik edildiğine ve bireyin sosyal ağlarında gömülü kaynakları kullanma esnekliği ve becerisini temsil eden BD üzerinden sağlığın korunmasına ve geliştirilmesine katkıda bulunduğu işaret etmektedir. Farklı bir ifadeyle BSS'nin GDK işlevi görerek BD'yi güçlendirdiği ve bunun sonucunda fiziksel SiYK'ne katkıda bulunduğu söylenebilir.

Daha önce de belirtildiği üzere BD ve PD'nin fiziksel sağlıkla ilişkilerine yönelik alanyazın zihinsel sağlıkla olan ilişkilerine yönelik olandan daha az tutarlıdır. Bu nedenle salutojenik modelin önermelerinin desteklenmediği çalışmalara da rastlamak mümkündür. Örneğin Norveç'te toplum örnekleminde (N= 865) yürütülen bir çalışmada mahalle sosyal sermayesinin sağlığın fiziksel boyutu olarak bildirilen sağlık (model 1) ile zihinsel boyutu olarak yaşam kalitesi (model 2) ile olan ilişkilerinde BD ve özsaygının (self-esteem) aracı rolleri yapısal eşitlik modeli ile incelenmiştir (Maass, Kloeckner, Lindstrøm ve Lillefjell, 2016). Mahalle sosyal sermayesi bireyin mahallesindeki insanlara duyduğu güven, paylaştığı değerler algısı ile ait olma duygusu üzerinden olmak üzere SS'nin bilişsel boyutuna karşılık gelecek şekilde değerlendirilmiştir. Analiz bulguları ikinci modelde birinci modele göre daha yüksek varyansın açıklandığını gösterirken BSS, BD ve öz-etkinliğin zihinsel sağlıkla olan ilişkilerinin fiziksel sağlıkla olanlardan daha güçlü olduğuna işaret etmiştir. Bununla birlikte BD'nin ikinci modelde anlamlı bir aracı rolü bulgulanırken birinci modelde aracı rolü olmadığı; BD'den bildirilen sağlığa giden yolun anlamsız olduğu bildirilmiştir. Mevcut çalışmada ise BD'nin BSS ile ZSB arasındaki ilişkinin yanı sıra BSS ile FSB arasındaki ilişkide de aracı rolünün saptanmasının nedeni sonuç değişkeni

olarak içine bildirilen sağlığın yanı sıra fiziksel işlevsellik, fiziksel sorunlara bağlı rol kısıtlılığı ve ağrı boyutlarını da alarak fiziksel sağlığı daha kapsamlı bir şekilde ele alan FSB'ye başvurulmuş olması olabilir. Benzer şekilde Japonya'da bir araştırmada 65 yaş ve üzeri katılımcılarda fiziksel etkinlik ile depresyon ve KF-8 ile ölçülen fiziksel ve zihinsel sağlık arasındaki ilişkiler incelenmiş; bu ilişkilerde BD, PD ve moralin aracı rolleri sınanmıştır. Çalışmada moral, kişinin yaşlanmayla ilgili sorunlar ve fırsatlara ilişkin geleceğe yönelik iyimserliği veya kötümserliği olarak tanımlanıp ölçülürken fiziksel etkinlik seviyesi katılımcıların fiziksel etkinliklerini üç seçenek ("Hiç", "Haftada 3-4 gün", "Günde yarım saat") üzerinden değerlendirmeleri ile ölçülmüştür. Baron ve Kenny'nin (1986) yol-analitik (path-analytic) aracı analizi sonucunda elde edilen bulgular hem PD'nin hem de moralin fiziksel etkinlik ile her bir sağlık sonucu arasındaki ilişkide PD'nin tam aracı olduğunu gösterirken fiziksel etkinlik ile BD arasındaki ilişki anlamlı bulunmadığı için başvurulmuş analiz yönteminin koşulları gereği aracılık analizine devam edilememiş; sadece BD'nin zihinsel sağlık ve depresyon ile ilişkili olduğu bildirilmiştir. Araştırmacılar bu bulgunun çalışmalarında fiziksel etkinliğe ilişkin tanımlarının net olmamasından kaynaklanmış olabileceğini belirtmişlerdir (Kukihara ve ark., 2017). Koroner kalp yetmezliği (KKY) olan hastalarda (N= 509) yürütülen bir çalışmada ise BSS'nin tersi özelliklerde olduğu düşünülebilecek şekilde kişilerarası etkileşimlere karşı şüphecilik, öfke, güvensizlik ve saldırganlık içeren olumsuz bir yönelim olarak tanımlanan düşmanlık (hostility) ile SiYK arasındaki ilişkide BD'nin aracı rolü incelenmiştir (Silarova ve ark., 2015). Analiz sonuçları BD'nin düşmanlık ile ZSB arasında kısmi aracı olduğunu gösterirken ne düşmanlık ne de BD FSB ile ilişkili bulunmuştur. Araştırmacılar bu bulguyu KKY hastalarında işlevsellik gibi fiziksel koşulların fiziksel SiYK için daha önemli bir yordayıcı olabileceğiyle açıklamışlardır.

Mevcut çalışmanın birinci modelinin bulgularıyla birlikte değerlendirildiğinde PD'nin FSB'yi yordamadığını ve BSS ile arasındaki ilişkide aracı olmadığını gösteren bu bulgusu BD'nin PD'ye kıyasla sağlığın diğer boyutlarıyla ilgili daha kapsayıcı bir değişken olduğuna işaret ederken PD'nin daha çok zihinsel sağlık işlevleriyle ilişkili görüldüğü ifade edilebilir. Benzer şekilde BD'nin fiziksel sağlığa ilişkin olumlu sonuçlar için alanyazında sıklıkla çalışılan psikolojik yapılardan daha avantajlı

görüldüğüne işaret eden başka çalışmalar da bulunmaktadır. Örneğin ergenlerle yürütülen boylamsal bir araştırmada başlangıçtaki BD'nin dokuz yıl sonraki tütün ve alkol kullanımında nörotiklik, dışadönüklük ve öz-etkinlik üzerinde artan geçerlik gösterdiği ve dört yıl sonraki psikolojik stresin tek yordayıcısı olduğu bulgulanmıştır (Grevenstein, Bluemke ve Kroeninger- Jungaberle, 2016). Kabat-Zinn ve Skillings'in (1989) çeşitli fiziksel ve/ya zihinsel hastalıklardan muzdarip hastalarda (N= 582) sekiz haftalık Bilinçli Farkındalık Temelli Stres Azaltma programının etkililiğini inceledikleri bir müdahale çalışmasında ise strese dayanıklılık (hardiness) ve BD puanlarındaki değişimler incelenmiş; fiziksel ve psikolojik semptomlardaki en yüksek düşüşlerin BD puanlarında en yüksek gelişimi gösterenlerde olduğu gözlenmiştir. Ayrıca üç yıl sonraki takip çalışmasında (Kabat- Zinn ve Skillings, 1992) strese dayanıklılık sabit seyrederken BD'nin anlamlı bir şekilde artış gösterdiği bulgulanmıştır (Akt. Shapiro, Schwartz ve Santerre, 2002).

Özet olarak bu çalışmanın BSS ve FSB arasındaki ilişkide BD ve PD'nin aracı rolleri olacağını varsayan bu hipotezi sadece BD'nin aracı rolünün anlamlı bulunmasıyla kısmen desteklenmiş olup salutojenik modelin önermelerine paralellik göstermiştir. BSS BD için bir kaynak olmakla birlikte BD'nin aracılığında BSS ile FSB arasındaki ilişkinin anlamsız olması SiYK için BD'nin öncelikli bir önem taşıdığına işaret etmiştir.

Aşağıda mevcut çalışmanın sınırlılıkları ve güçlü yanlarına ilişkin genel bir değerlendirmeye yer verilmiştir.

4.3. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Güçlü Yanları

Mevcut araştırmanın üzerinde durulması gereken bazı sınırlılıkları bulunmaktadır.

Bu çalışmanın en önemli sınırlılığı, örnekleme oluşturan katılımcıların yalnızca aktif internet kullanıcısı olan yetişkin bireylerden oluşması ve bunlara çevrimiçi anket bağlantısının araştırmacı ve tanıdıkları tarafından sosyal medya araçları (örn. Instagram, Twitter) ve e- posta yoluyla paylaşılması aracılığıyla kartopu örnekleme yöntemiyle ulaşılmış olmasıdır. Betimsel analizler doğrultusunda bu çalışmanın

örneklemının cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim ve gelir düzeyi kompozisyonunun Türkiye nüfusunun demografik profilini yansıtmadığı görülmüştür. Bu durum araştırmadan elde edilen sonuçların popülasyona genellenebilirliğini kısıtlamaktadır. Sosyal mesafe ve sokağa çıkma yasağı gibi COVID-19’la ilgili kısıtlamalar, ulusal düzeyde temsili bir örnekleme ulaşmayı zorlaştırmıştır. Bununla birlikte, mevcut çalışmanın örneklemini Türkiye'deki internet kullanıcılarının yaş, medeni durum ve eğitim düzeyini büyük ölçüde yansıtmaktadır (Aslanyürek, 2016). Yine de ileride yapılacak çalışmalarda tabakalı rastgele örnekleme (stratified random sampling) veya küme örnekleme (cluster sampling) gibi diğer daha titiz örnekleme yöntemlerinin kullanılmasının örneklemin temsil gücünü arttırırken dışsal geçerliğini (external validity) de güçlendireceği düşünülebilir. Ayrıca Türkiye’deki aktif internet kullanıcılarını temsilen örneklem büyüklüğünün %95 güven düzeyi ve %5 hata payı ile 385 kişi olduğu tespit edilmiş; ancak hedeflenen örneklem büyüklüğünün %97’sine ulaşılabilmiştir. Bu durum çalışmaya katılan 566 kişinin arasından çalışmayı tamamlamayan 188 kişinin verisetinden çıkarılmasından kaynaklanmıştır. Çalışmayı tamamlama süresinin 30-40 dakika arasında olması ve anketlerin yüz yüze veya kağıt-kalem aracılığıyla değil, çevrimiçi ortamda dolduruluyor olması bu kısıtlılığa katkıda bulunmuş olabilir (Ward, Clark, Zabriskie ve Morris, 2014). Örneklem büyüklüğü ve çeşitliliği (diversity) daha fazla olan çalışmaların örnekleme ilişkin olası yanlılıkların (bias) etkisinin azaltılmasına yardımcı olurken istatistiksel gücü ve güvenilirliği arttıracak ifade edilebilir (Field, 2013). Bununla birlikte mevcut çalışmada salutojenik modelin öngörülleri doğrultusunda SiYK üzerinde etki gösterebilecek olası karıştırıcı değişkenler olarak yaş, cinsiyet, eğitim ve gelir düzeyi olmak üzere sosyodemografik değişkenlerin, hastalık yükünün ve COVID-19’a ilişkin olumsuz duygu şiddetinin etkisinin kontrol edilmesinin de araştırmanın bulgularına ilişkin güvenilirliği arttırdığı düşünülebilir (Acar ve Kıcalı, 2021; Geulayov ve ark., 2015; Savitz ve Bayliss, 2021). Ayrıca çeşitli örneklem gruplarında ve kültürlerde yürütülen araştırmalarda hem grup içi hem de gruplar arası karşılaştırmaları içeren araştırma desenleri anket yöntemleri çevrimiçi, kağıt-kalem veya yüz yüze olmak üzere farklılaşsa da eşdeğer (equivalent) veriler sağlandığını göstermiştir (örn. Lewis, Watson ve White, 2009; Ward ve ark., 2014; Weigold, Weigold ve Russel, 2013).

Bu çalışmanın diğer bir önemli kısıtlılığı olarak çalışmada bilişsel sosyal sermaye olarak isimlendirilen yapının Sosyal Sermaye Ölçeği (SSÖ, Uçar, 2006) aracılığıyla ölçülmesi olarak görülebilir. Alanyazın gözden geçirildiğinde Türkiye’de BSS’yi ölçmeye yönelik bir araç olmadığı için kuramsal yaklaşımlar doğrultusunda birey seviyesinde BSS’nin bileşenleri olarak bireyin tanıdıklarına (stratejik), toplumun geneline (genelleştirilmiş) ve kurumlara (kurumsal) duyduğu güven, gruplarında algıladığı ortak değerler ve ait olma duygusu belirlenmiş olup Uçar (2006) tarafından geliştirilen SSÖ’nün alt boyutlarının kuramsal çerçeveye örtüştüğü görülmüş; bu ölçekten alınan toplam puanın BSS’yi yansıttığı varsayılmıştır. Öte yandan Uçar (2016) sosyal sermaye puanının hesaplanması için stratejik güven puanlarının diğer alt boyutlardan alınan puanların toplamından çıkarılmasına yönelik iki alternatif önermiştir. Bu puanlamanın rasyoneli “sosyal sermayenin karanlık tarafı” (Putnam, 2000, s. 358) olarak bireyin tanıdıklarına duyduğu güven ve sosyal ağlarında hissettiği aidiyet duygusu arttıkça grup dışı olanlara karşı hoşgörüsüzlüğün de artabileceği varsayımına dayanmaktadır. Öte yandan kişinin yakınlarına duyduğu güveni temsil eden stratejik güven alanyazında özelleştirilmiş güven veya dayanışmacı seviyede güven isimlendirmeleriyle BSS’nin kor bileşenlerinden biri olarak değerlendirilmektedir (Fukuyama, 1995; Woolcock ve Narayan, 2002). Bu nedenle mevcut çalışmada BSS stratejik güven alt boyutundan alınan puanların diğer alt boyutların toplamından çıkarılmasıyla değil, bunlara eklenmesiyle hesaplanmıştır. Ölçeğin alt boyutlarına ilişkin Cronbach Alfa değerleri ve açıklayıcı faktör analizi bulguları alt boyutların ayrıca incelenebileceğine işaret etmekle birlikte henüz doğrulayıcı faktör analizi ile incelenmemiş olmasının bu ölçeğin kullanımına ilişkin bir kısıtlılık oluşturacağı düşünülebilir. Gelecek çalışmalar Türkiye’de BSS’nin bileşenlerinin ölçümüne yönelik geçerli ve güvenilir araçlar geliştirilmesini, mevcut olanların farklı örneklem ve bağlamlarda tekrar test edilmesini hedefleyebilir.

Araştırmanın değişkenlerine ilişkin verileri elde etmek amacıyla yalnızca öz-bildirim ölçeklerinin kullanılmış olmasının özellikle yanıt yanlılığı ve sosyal istenirlik potansiyelleri nedeniyle çalışmayı sınırladığı düşünülebilir. Bu doğrultuda öz-bildirim ölçeklerinin yanı sıra nitel yöntemleri ve objektif ölçümleri içeren karma yaklaşımlar daha kapsamlı bir anlayış sağlayabilir (Field, 2013). Bununla birlikte çalışmada

kullanılan ölçeklerin geçerlik ve güvenilirliklerini belirlemek üzere titiz doğrulama süreçlerinden geçmiş olmalarının bulguların güvenilirliğine katkıda bulunduğu düşünülebilir. Ayrıca Dodou ve Winter (2014) meta-analiz çalışmalarında sosyal istenirliğin anket yöntemlerine (çevrimiçi- çevrimdışı) göre farklılaşma göstermediğini ortaya koymuştur.

Araştırmanın kesitsel desende yürütülmüş olması nedeniyle nedenselliğe ilişkin çıkarımlar kısıtlanmıştır. BSS ile SiYK arasında BD ve PD'nin aracı rollerinin boylamsal ve/ya deneysel bir desenle incelendiği çalışmalar daha doğru bir kavrayışa ulaşılmasına yardımcı olacaktır.

Örneklem özellikleri, BSS'nin ölçümü, öz-bildirime dayalı ölçeklerin kullanımı ve araştırma desenine ilişkin kısıtlılıkların yanı sıra mevcut çalışmanın bazı güçlü yönleri de bulunmaktadır. Örneğin, istatistiksel aracılık analizinde bootstrapping yönteminin kullanılması bu araştırmanın bir gücü olarak düşünülebilir. Daha önce yaygın bir şekilde kullanılan Baron ve Kenny (1986) tarafından geliştirilen aracılık testi yöntemi düşük istatistiksel gücü ve dolaylı etkileri test etmemesi ve sobel testinin asimetric olarak dağılmış dolaylı etkilerle baş edememesi nedeniyle eleştirilmiştir (MacKinnon, Cheong ve Pirlott, 2012). Normallik varsayımı gerekliliğinin üstesinden gelmek için dolaylı etkileri tespit etmede daha fazla güç sağlayan ve Tip 1 hata riskini azaltan bootstrapping yöntemi önerilmiştir (Preacher ve Hayes, 2004). Yapısal eşitlik modellemesi (YEM) de aracılık analizleri için sıklıkla kullanılmaktadır ve rastgele ölçüm hatalarını hesaba katma avantajına sahiptir; ancak, yeterli bir örneklem analiz edilirken elde edilen sonuçlar, YEM ve PROCESS yöntemleri uygulandığında büyük ölçüde aynı olabilir (Hayes, Montoya ve Rockwood, 2017).

Araştırmanın diğer bir güçlü yanı hem fiziksel hem de zihinsel sağlık sonuçlarını etkilediği bilinen BSS'nin SiYK üzerindeki etki mekanizmasının daha iyi anlaşılması bakımından salutojenik model ve PD kuramları kapsamında bir arada ele alınmış olmasıdır. Zihinsel SiYK üzerindeki etkisinde BD ve PD'nin aracı rollerinin doğrulanırken fiziksel SiYK üzerindeki etkisinde sadece BD'nin aracı rolünün bulgulanmasından hareketle salutojenik modelin güncel PD kuramlarına kıyasla daha

kapsamlı bir sağlık anlayışı sunduğu ve sağlığın geliştirilmesine yönelik girişimler için yol gösterici bir niteliğe sahip olduğu ifade edilebilir.

Araştırmanın sonuç değişkeni olarak sağlığı kapsamlı bir şekilde ve pozitif bir yönelimle değerlendiren SiYK'nin kullanılmasına ek olarak fiziksel ve zihinsel sağlığa ilişkin alt boyutların ayrıca incelenmiş olmasının önemli olduğu düşünülmektedir. Alanyazında BSS, BD ve PD'nin sağlık sonuçlarıyla olan ilişkilerinin ağırlıklı olarak patojenik yönelimle değerlendirildiği; depresyon, anksiyete, stres gibi zihinsel veya ağrı düzeyi, tüm nedenlere bağlı ölüm riski gibi fiziksel sağlık sorunları ile ilişkilerinin incelendiği göze çarpmaktadır (örn., Braun- Lewensohn, Abu- Kaf ve Al- Said, 2019; Ehsan ve de Silva, 2015). Öte yandan sağlığın geliştirilmesi bakış açısıyla yaşam kalitesi, iyi-oluş, zindelik gibi pozitif sağlık göstergelerinin yordayıcılarının belirlenmesi toplum sağlığının iyileştirilmesine yönelik girişimler için çıkarımlarda bulunabilir. Gelecek bölümde bu araştırmanın sonucuna yer verilmiş olup araştırma, uygulama ve sosyal politikal alanlarına yönelik önerilerde bulunulmuştur.

4.4. Sonuç ve Öneriler

Mevcut araştırmanın temel amacı doğrultusunda yetişkin bir örnekleme bilişsel sosyal sermaye (BSS), bütünlük duygusu (BD), psikolojik dayanıklılık (PD) ve sağlıkla ilgili yaşam kalitesi (SiYK) arasındaki ilişkiler salutojenik modele ve PD kuramlarına dayalı olarak önerilen iki model içerisinde test edilmiştir. Önerilen birinci aracılık modelinde (Model I) bağımsız değişken olarak BSS ile bağımlı değişken olarak ZSB arasındaki ilişkide; ikinci aracılık modelinde (Model II) ise BSS ile FSB arasındaki ilişkide BD ve PD'nin aracı olacağı varsayılmıştır. Modeller Preacher ve Hayes'in (2008) çoklu paralel aracı analizi kullanılarak sınanmış olup Model I'e ilişkin bulgular aracılık modeline ilişkin tüm hipotezleri desteklemiş; BSS ve ZSB arasındaki ilişkide BD ve PD'nin aracı olduğu ve bu değişkenlerin varlığında BSS ile ZSB arasındaki ilişkinin ortadan kalktığını göstermiştir. Ayrıca BD'nin spesifik dolaylı etki büyüklüğü üzerinden değerlendirilen aracılık gücünün PD'nin aracılık gücünden daha fazla olduğu bulgulanmıştır. Farklı bir ifadeyle bireyin yakınlarına, topluma ve

toplumun kurumlarına duyduğu güven, içinde olduğu gruplarda hissettiği aidiyet ve paylaştığı değerler algısını yansıtan BSS zihinsel SiYK'ini doğrudan değil; ağırlıklı olarak bireyin yaşamı anlaşılabilir, yönetilebilir ve çabaya değer görme kapasitesini yansıtan BD'ye ek olarak zorluklara başarıyla uyum gösterme becerisini temsil eden PD aracılığıyla etkilemiştir. Model II'ye ilişkin bulgular ise önerilen modeli kısmen desteklemiş; PD'nin FSB'yi yordamadığını, ancak BD'nin aracılığında BSS ile FSB arasındaki ilişkinin ortadan kalktığını göstermiştir. Elde edilen bulgular BSS'nin sağlıkla olan ilişkisinin doğrudan değil, özellikle BD üzerinden işlediğine, PD'nin daha çok zihinsel sağlıkla ilişkili bir yapı iken BD'nin hem zihinsel hem de fiziksel SiYK'ne katkıda bulunarak PD'ye kıyasla daha kapsayıcı bir psikososyal yapı olduğuna işaret etmektedir. Genel olarak sonuçlar, ele alınan değişkenlerin yetişkinlerin sağlıkla ilgili yaşam kalitelerinde etkileri olduğunu gösteren önceki çalışmalara katkıda bulunmakta ve bu çalışmaları genişletmekte olup zihinsel sağlık için hem PD'ye ilişkin bütünleştirici kuramların hem de salutojenik modelin, fiziksel sağlık için ise sadece salutojenik modelin önermelerini destekler niteliktedir. Bu doğrultuda sağlığın geliştirilmesi alanına çatı olarak salutojenik modele başvurulmasının uygun olduğu düşünülmüş olup bu bölümde araştırma ve sosyal politikalar alanlarına yönelik önerilerde bulunulmuştur.

Sosyal ve politik meseleler doğurdıkları zorluklar ve/ya kolaylıklar ile deneyimlerimizi şekillendirdikleri için bireysel bütünlük duygusu ile yadsınamaz bir ilişki içindedirler (Maass, Kiland, Espnes ve Lillefjell, 2022). Bireyin hakları, sorumlulukları ve sosyal konumunu tanımlayan bu meseleler ilerleyen süreçte bu tanımlar üzerinden bireyin deneyimlerini ve beklentilerini şekillendirmeye devam eder. Farklı bir ifadeyle, BD'nin önemli belirleyicileri, belirli bir tarihsel dönemde içinde yaşanan toplumun doğasında ve kişinin içine gömülü olduğu belirli sosyal rol komplekslerinde (bireylerin gezindiği karmaşık rol ağları ve ilişki beklentileri) bulunur (Antonovsky, 1987). Bu bağlamda sağlığın geliştirilmesine yönelik daha kapsayıcı, kültürel olarak uyumlu ve duyarlı bir yaklaşıma katkıda bulunmak için geliştirilen müdahalelerde sosyal belirleyicilerin kapsamlı bir şekilde ele alınması, toplulukların sürece dahil edilmesi, sağlık hizmetlerinde kültürel yetkinlik,

politikaların eleştirel bir şekilde incelenmesi ve disiplinler arası iş birliği önem taşımaktadır (Cooper ve Thorogood, 2013).

Mevcut çalışmada BSS'nin hem zihinsel hem de fiziksel SiYK ile olan ilişkilerinin BD'nin aracılığında ortadan kalktığını gösteren bulgusu GDK'ler ve sağlık sonuçları arasındaki ilişkide BD'nin rolünü öne çıkaran salutojenik modeli desteklemiştir. Bu doğrultuda BD'nin bireyi çevreleyen sosyal ağlarda gömülü kaynaklara ilişkin algısından etkilendiği; ancak güçlü bir BD'ye sahip olanların sosyal ağlarında güvende hissetmeseler bile zorluklarla başarılı bir şekilde baş edebilecekleri düşünülebilir. Öte yandan daha önce de belirtildiği üzere sağlığın sosyal belirleyicilerine yönelik araştırmalarda yapısal sosyal sermayeye karşılık gelecek şekilde sosyal ağların ve özellikle bireyin tanıdıklarıyla olan ilişkilerinde algıladığı sosyal desteğin rolleri sıklıkla çalışılmış olmasına rağmen sistemik bir yaklaşımla bireyin içinde yaşadığı toplum içerisinde algıladığı güven, ortak değerler ve ait olma duygusunu içeren BSS kavramına ilişkin araştırmaların henüz başında olduğu ifade edilebilir. Bu nedenle araştırma alanına yönelik çeşitli önerilerde bulunmak mümkündür. Örneğin kuramsal yaklaşımlar sosyal sermayenin bireyleri (veya toplulukları) bir araya getiren ilişkiler, ağlar veya kurumlara karşılık gelen yapısal bileşenlerinin işbirliğini teşvik eden değerler, tutumlar ve inançlara karşılık gelen bilişsel bileşenleriyle etkileşim halinde olduğunu vurgulamakla birlikte sağlık sonuçlarıyla olan ilişkilerini karşılaştırmalı bir şekilde ele alan az sayıdaki ampirik çalışma BSS'nin sağlık sonuçlarıyla olan ilişkisinin YSS'ninkinden daha güçlü olduğuna işaret etmektedir (Derleme çalışması için bkz.: Şavran, 2018). Bununla birlikte sosyal sermaye alanyazınındaki çalışmalar sıklıkla ortak bir kuramsal zeminin yokluğunda yürütüldüğü için çeşitli aracı ve biçimleyici etkenlerin göz önünde bulundurularak farklı kuram veya modellerin öngörülerinin sınındığı araştırmaların bu değişkenler arasındaki ilişkilerin aydınlatılmasına yardımcı olacağı düşünülebilir. Ayrıca BSS'nin sabit değil, zaman içinde değişen bir yapı olduğu göz önünde bulundurulduğunda BSS'nin sağlık sonuçları ile gösterdiği ilişkileri inceleyen boylamsal çalışmalar nedensel ilişkiler kurmak, zamansal dinamikleri yakalamak (örneğin güven seviyesindeki değişimin sağlık durumundaki değişim üzerindeki etkisini görebilmek) ve olası karıştırıcı etkenlerin takip ve kontrolünü

kolaylaştırmasının yanı sıra BSS'nin sağlık üzerindeki etkisinin belirginleşebileceği kritik dönemleri (örn., afet veya terör saldırısı gibi toplumsal veya hastalık tanısı almak gibi bireysel zorluk dönemleri) ve zaman içindeki kümülatif etkisini belirlemek açısından önem taşımaktadır. Son olarak SS'nin bağlama dayalı bir yapı olarak farklı ortamlarda farklı sonuçlar doğuracağı göz önünde bulundurulduğunda güncel çalışmalar dijitalleşen çağda çevrimiçi ve çevrimdışı ortamlarda algılanan SS'nin ayrıca değerlendirilmesinin sağlığın geliştirilmesine yönelik daha etkili müdahaleler geliştirilmesine yardımcı olacağına işaret etmektedir (Kalaitzaki, Tsouvelas ve Koukouli, 2020; Song ve Jiang, 2022).

Fukuyama (2000) sosyal sermayenin nereden geldiğine ilişkin tartışmanın belirli bir ülkedeki sosyal sermaye stokunun arttırılmasını hedefleyen politika yapıcılar için bilgilendirici olacağına dikkat çekmiştir. Devletlerin bu stoku arttıracak bir potansiyele sahip olmasına rağmen farklı SS türleri yaratmak için belirgin araçlara sahip olmadığını, bunun yerine genellikle din, gelenek ve paylaşılan tarihsel deneyim gibi hükümetlerin kontrolü dışında kalan diğer etkenlerin bir yan ürünü olduğunu belirtmiştir. Öte yandan BSS'nin bileşenleri olarak bireyin yakınlarına, toplumun geneline ve kurumlarına duyduğu güven, gruplarında algıladığı ortak değerler ve aidiyet duygusunun birbirleriyle etkileşim halinde olduğunu hatırlamakta fayda olabilir. Örneğin bireyin içinde olduğu sistemin resmî kurumlarının sorumluluklarını ne ölçüde etkili, güvenilir ve adil bir şekilde yerine getirdiğine ilişkin inançlarını temsil eden kurumsal güven toplumda işbirliği ve dayanışmayı teşvik ederek bireyin genelleştirilmiş güven düzeyini arttırıp ortak değerlere ilişkin algısını güçlendirebilir (Rothstein ve Stolle, 2008). Öte yandan örneğin yakın zamanda ülke çapında büyük yankı uyandıran Kahramanmaraş merkezli 6 Şubat 2023 depremlerinin kriz yönetimi bağlamında değerlendirdiği çalışmasında Ata (2023) bu depremler sonucunda (1) kriz öncesi dönemde devletin yeni yapıların denetimi için “Bina Kimlik Sertifikası” projesi olmasına rağmen uygulamaya geçilmediğinin, (2) eski yapıların denetimine ilişkin bir yasa olmasına rağmen prosedür olarak uygulanmadığının, (3) AFAD'ın acil durumlarda halkın güvenle toplanabilmesi için alanlar belirlediğinin ancak halkın bunlarla ilgili yeterince bilgi sahibi olmadığının ve (4) İmar Yasasına aykırı olarak yapılmış kaçak yapıların hukuken tanındığının ortaya çıktığını belirtmiştir. Aydın

(2023) ise krizin ilk ayında sosyal medyada bir sivil toplum kuruluğu olan Ahbap'ın Türkiye devletinin bir kurumu olan Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığı'ndan (AFAD) daha iyi çalıştığı, Kızılay ve AFAD'ın ikinci el giysi kabul etmediğı gibi iddialara yönelik tartışmaların dezenformasyona neden olup yanlış bilgilerin yayılmasını sağladığını, bunun sonucunda devletin kriz yönetiminde yetersiz kaldığı algısının oluşturularak kamuoyunda devlete ve kurumlarına duyulan güvenin azalabileceğini belirtmiştir. Bu bağlamda BSS düzeyinin artırılması için devlet politika ve eylemlerinin şeffaflık ve kurumsal tarafsızlık (tüm vatandaşlara eşit davranışması) ile yürütülmesinin önem taşıdığı düşünülebilir.

Bu çalışmanın bulguları BD ve PD'nin zihinsel sağlığı anlamak için önemli yapılar olduğunun altını çizmiş; stresörlerin olumsuz etkilerine karşı koruyucu faktörler olarak potansiyellerini vurgulamıştır. Zihinsel sağlığı geliştirmeyi amaçlayan müdahaleler için çıkarımlar, başa çıkma becerilerini, sosyal destek ağlarını ve bilişsel yeniden yapılandırmayı hedefleyen BD ve PD'yi geliştirmeye yönelik programlar içerebilir. Bununla birlikte gelişmekte olan ülkelerin çoğunda “Ruh Sağlığı Yasası” olmasına rağmen Türkiye’de bulunmadığı görülmektedir (Oflaz, 2020). Türkiye Psikiyatri Derneğı tarafından hazırlanan Ruh Sağlığı Yasa Tasarısı Taslağı'na¹⁵ göre “...toplum ve bireyin ruh sağlığının korunmasına ve ruhsal yönden sağlıklı gelişimin sağlanmasına yönelik temel ilkeleri belirlemek, ruh sağlığı sorunu olan bireyleri saptamak, ilgili hizmet standartlarını tanımlamak, ruh sağlığı hizmet ve desteklerine acil erişim ihtiyacı duyan bireylerin, ihtiyaç duydukları hizmet ve destekleri, mümkün olan en kapsamlı ölçüde ve gönüllü temelde almalarını ve kendi iyileşme süreçlerine dahil olmalarını, bu doğrultuda verilecek önleyici, destekleyici ve iyileştirici hizmetleri mümkün olan en az kısıtlayıcı ve en uygun yöntemlerle sağlama...” amacını gütmesi gereken yasa, zihinsel sağlık alanında çalışan birçok dernek tarafından desteklenmesine rağmen Sağlık Bakanlığı'nın 2021-2023 yılları için oluşturduğu *Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı*'nda (2020) yer almamıştır.

Yasa ve araştırma alanında önemli açıklar olmakla birlikte *Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı*'nda (2020) belirtildiğı üzere Sağlık Bakanlığı toplumun zihin sağlığını

¹⁵ <https://psikiyatri.org.tr/uploadFiles/2811201717434-Ruh-Sagligi-Yasa-Taslagi.pdf>

geliştirmeye yönelik önemli adımlar atmıştır. Örneğin, 2000-2020 yılları arasında zihinsel sağlık sorunları olan bireylere ve yakınlarına yönelik kolayca erişebilecekleri bir sağlık hizmeti sağlamak, hastaneye yatış riski taşıyan bireylerin hastaneye kabullerini veya hastanede kalış sürelerini azaltmak amacıyla 177 Toplum Ruh Sağlığı Merkezi (TRSM) kurulmuştur. Bu merkezlerdeki hizmetlerin etkililiğine ilişkin oldukça az sayıda çalışma olmakla birlikte belirli TRSM’lerde yapılan araştırmalar hizmet alan hastaların belirti düzeylerinin azalırken genel ve sosyal işlevsellikleri ile yaşam kalitelerinin arttığını (Şahin ve Elboğa, 2019), hastaların çoğunluğunun (%85.9) verilen hizmetleri yeterli bulduğunu (Avcı, Kelleci, Yatmaz ve Doğan, 2016), hasta yakınlarının hizmet alan hastalarda olumlu gelişmeler bildirdiğini (Gültekin, 2019) göstermiştir. TRSM’ye kayıtlanan hastaların devamlılığını incelemeye yönelik kapsamlı bir tez çalışmasında (Güvenç, 2020) hasta yakınları ve sağlık uzmanlarından alınan görüşler doğrultusunda programların niteliği, etkinliklerin halka tanıtımına ilişkin sorunlar, bilgi eksikliği ve damgalama gibi etkenlerin TRSM’lere kayıtlanan hasta sayısı ve devamlılığını olumsuz etkilediği bildirilmiştir. Avcı ve arkadaşlarının (2016) çalışmasında ise evde ziyaret hizmetinden faydalanan ancak merkeze gelmeyen hastaların %53.6’sı damgalanma korkusu, %21.4’ü ulaşım sorunu, %17.9’u sosyal ortamlarda kaygı yaşamaları nedeniyle TRSM’deki hizmetlerden yararlanmadıklarını bildirmiştir. Toplumda zihinsel sağlık sorunlarının azaltılması için TRSM’lerin sayılarının, toplumun bu merkezlere ilişkin farkındalığının ve erişiminin artırılması, daha etkili müdahaleler geliştirilmesi için mevcut hizmetlerin etkililiğinin araştırılması ve damgalamayla mücadeleyle yönelik müdahaleler planlanması işlevsel olabilir.

Sağlık Bakanlığı’nın (2020) zihinsel sağlık alanında bir diğer önemli adımı Ruh Sağlığı Eylem Plan’ında önerildiği üzere eğitim veren kurum sayısı ve kontenjanlarının artırılması olmuştur. Bu doğrultuda klinik psikoloji lisansüstü eğitim programları ve sosyal hizmet bölüm sayısı artırılmış olmakla birlikte güncel rakamlara göre Türkiye’de zihinsel sağlık alanında toplam çalışan sayısının (100 bin nüfusa düşen uzman sayısı 16.33 olmak üzere) içinde bulunduğu Avrupa Bölgesi ülkelerinin (43.5) oldukça altındadır (Sağlık Bakanlığı, 2020). Buna ek olarak Ruh Sağlığı Eylem Plan’ında yer verilmemiş olmasına rağmen sağlığı bütüncül bir bakış açısıyla ele alan ve klinik sağlık psikolojisi, toplum sağlığı psikolojisi ve eleştirel

sağlık psikolojisi gibi alternatif yaklaşımları kapsayan sağlık psikolojisi alanı da geliştirilmeye açıktır (Acar ve Taşkale, 2021). Mevcut çalışmanın bulguları doğrultusunda salutojenik yaklaşımın sağlığın geliştirilmesi alanında ortaya konacak girişimlere (örn., bilimsel araştırma ve uygulamalar, sosyal politikalar) rehberlik edeceği öne sürülebilir.

KAYNAKÇA

- Abbasi, A., Wigand, R. T., & Hossain, L. (2014). Measuring social capital through network analysis and its influence on individual performance. *Library & Information Science Research*, 36(1), 66–73. doi:10.1016/j.lisr.2013.08.001
- Abbott, S., & Freeth, D. (2008). Social capital and health: Starting to make sense of the role of generalized trust and reciprocity. *Journal of Health Psychology*, 13(7), 874–883 .doi:10.1177/1359105308095060
- Abu-Shakra, M., Keren, A., Livshitz, I., Delbar, V., Bolotin, A., Sukenik, S., & Kanat-Maymon, Y. (2006). Sense of coherence and its impact on quality of life of patients with systemic lupus erythematosus. *Lupus*, 15(1), 32-37.
- Acar, D., & Kıcalı, Ü. Ö. (2021). An integrated approach to covid-19 preventive behaviour intentions: protection motivation theory, information acquisition and trust. *Social Work in Public Health*.
- Adedeji, A., Silva, N., & Bullinger, M. (2019). Cognitive and Structural Social Capital as Predictors of Quality of Life for Sub-Saharan African Migrants in Germany. *Applied Research in Quality of Life*. doi:10.1007/s11482-019-09784-3
- Adedeji, A., Silva, N., & Bullinger, M. (2019). Cognitive and Structural Social Capital as Predictors of Quality of Life for Sub-Saharan African Migrants in Germany. *Applied Research in Quality of Life*. doi:10.1007/s11482-019-09784-3
- Adelinejad F, Mousavi M, Mohseni Tabrizi AR. The Effect of Social Capital on the Mental Health of the University Students During the COVID-19 Pandemic With the Mediation of the Resilience Variable. *Health in Emergen- cies and Disasters Quarterly*. 2022; 8(1):27-38. <http://dx.doi.org/10.32598/hdq.8.1.419.2>
- Ahern, N. R., Kiehl, E. M., Sole, M. L., & Byers, J. (2006) A review of instruments measuring resilience, *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing*, 29(2), 103-125. doi: 10.1080/01460860600677643
- Ahn, M. Y., & Davis, H. H. (2020). Sense of belonging as an indicator of social capital. *International Journal of Sociology and Social Policy*, 40(7/8), 627-642.

Al-Yagon, M. (2010). Maternal emotional resources and socioemotional well-being of children with and without learning disabilities. *Family Relations*, 59, 152–169.

Aldhahi, M.I.; Akil, S.; Zaidi, U.; Mortada, E.; Awad, S.; Al Awaji, N. Effect of Resilience on Health-Related Quality of Life during the COVID-19 Pandemic: A Cross-Sectional Study. *Int. J. Environ. Res. Public Health* **2021**, *18*, 11394. <https://doi.org/10.3390/ijerph182111394>

Allen, K. A., Kern, M. L., Rozek, C. S., McInerney, D. M., & Slavich, G. M. (2021). Belonging: a review of conceptual issues, an integrative framework, and directions for future research. *Australian Journal of Psychology*, 73(1), 87–102. doi:10.1080/00049530.2021.1883409

Almedom, A. M. (2005). Resilience, hardiness, sense of coherence, and posttraumatic growth: All paths leading to ‘light at the end of the tunnel’? *Journal of Loss and Trauma*, 10(3), 253–65.

Almedom, A. M., Tesfamichael, B., Mohammed, Z. S., Mascie-Taylor, C. G. N., & Alemu, Z. (2007). Use of ‘sense of coherence (SOC)’ scale to measure resilience in Eritrea: Interrogating both the data and the scale. *Journal of Biosocial Science*, 39(1), 91-107.

Álvarez, L., De La Fuente-Tomás, L., Sáiz, P. A., García-Portilla, M. P., & Bobes, J. (2020). Will changes in alcohol and tobacco use be seen during the COVID-19 lockdown?/? Se observaran cambios en el consumo de alcohol y tabaco durante el confinamiento por COVID-19?. *Adicciones*, 32(2), 85-90.

Alwan A., MacLean D., & Mandil A. (2001). *Assessment of National Capacity for Noncommunicable Disease Prevention and Control*. World Health Organization.

Antonovsky A. (1984). The sense of coherence as a determinant of health. Matarazzo J., (ed). *Behavioural Health: A Handbook of Health Enhancement and Disease Prevention*. (ss. 114-129). John Wiley.

Antonovsky, A. (1979). *Health, stress and coping*. Jossey-Bass.

Antonovsky, A. (1982). *Health, stress and coping: New perspectives on mental and physical well-being* (4. baskı). Jossey-Bass Publishers.

Antonovsky, A. (1987). *Unravelling the mystery of health*. Jossey-Bass.

Antonovsky, A. (1993). Complexity, conflict, chaos, coherence, coercion and civility. *Social Science and Medicine Journal*, 37(8), 969–974.

Antonovsky, A. (1996). The salutogenic model as a theory to guide health promotion. *Health promotion international*, 11(1), 11-18.

Antonovsky, H., & Sagy, S. (1986). The development of a sense of coherence and its impact on responses to stress situations. *Journal of Social Psychology*, 126(2), 213-226.

Ardahan, F. (2012). Adaption of “Social Capital Scale”: Validity and reliability study. *Journal of Human Sciences*, 9(2), 773-789.

Arora, T., Grey, I., Östlundh, L., Lam, K. B. H., Omar, O. M., & Arnone, D. (2022). The prevalence of psychological consequences of COVID-19: A systematic review and meta-analysis of observational studies. *Journal of health psychology*, 27(4), 805-824.

Arslan, G., Ayranci, U., Unsal, A., & Arslantas, D. (2009). Prevalence of depression, its correlates among students, and its effect on health-related quality of life in a Turkish university. *Upsala Journal of Medical Sciences*, 114(3), 170–177. <https://doi.org/10.1080/03009730903174339>

Ata, S. N. (2023). Kahramanmaraş merkezli 6 şubat depremlerinin kriz yönetimi bağlamında değerlendirilmesi. *Meriç Uluslararası Sosyal ve Stratejik Araştırmalar Dergisi*, 7(Özel Sayı), 59-77.

Austin, A. (2014). *Contending with illness in ancient Egypt: A textual and osteological study of health care at Deir el-Medina* (Yayımlanmış doktora tezi). University of California.

- Aydın K. B. (2019). Özerk-ilişkisel benlik ölçeğinin geçerliği, güvenirliği ve öznel esenlik hali ile ilişkisi, *International Journal of Education Technology and Scientific Researches*, 4(8), 46-64.
- Aydın, A. F. (2023). Sosyal medyada dezenformasyon ve manipülasyon: 2023 Kahramanmaraş depremi örneği. *İnsan ve Toplum Bilimleri Araştırmaları Dergisi*, 12(5), 2603-2624. <https://doi.org/10.15869/itobiad.1283358>
- Balog, J. E. (1978). *An historical review and philosophical analysis of alternative concepts of health and their relationship to health education* (Yayımlanmamış doktora tezi). University of Maryland.
- Bang, J. S., Jo, S., Kim, G. B., Kwon, B. S., Bae, E. J., Noh, C. I., & Choi, J. Y. (2013). The mental health and quality of life of adult patients with congenital heart disease. *International Journal of Cardiology*, 170(1), 49–53. doi:10.1016/j.ijcard.2013.10.0
- Barnett, K., Mercer, S. W., Norbury, M., Watt, G., Wyke, S., & Guthrie, B. (2012). Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research, and medical education: a cross-sectional study. *Lancet*, 380(9836), 37–43.
- Barni, D., Danioni, F., Canzi, E., Ferrari, L., Ranieri, S., Lanz, M., ... & Rosnati, R. (2020). Facing the COVID-19 pandemic: The role of sense of coherence. *Frontiers in psychology*, 11, 578440.
- Basım, H.N. & Çetin, F. (2011). Yetişkinler için Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği'nin geçerlilik ve güvenirlik çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 22 (2), 104- 114.
- Basson, M., & Rothmann, S. (2002). Sense of coherence, coping and burnout of pharmacists. *South African Journal of Economic and Management Sciences*, 5(1), 35–62. doi:10.4102/sajems.v5i1.2664
- Bauer, G. F., Roy, M., Bakibinga, P., Contu, P., Downe, S., Eriksson, M., & Vinje, H. F. (2019). Future directions for the concept of salutogenesis: a position article. *Health Promotion International*, 1-9.

- Bayliss, E. A., Ellis, J. L., & Steiner, J. F. (2005). Subjective assessments of comorbidity correlate with quality of life health outcomes: Initial validation of a comorbidity assessment instrument. *Health and Quality of Life Outcomes*, 3(51), 1-8.
- Bayliss, E. A., Ellis, J. L., & Steiner, J. F. (2007). Barriers to self-management and quality-of-life outcomes in seniors with multimorbidities. *The Annals of Family Medicine*, 5(5), 395–402.doi:10.1370/afm.722
- Bayliss, E. A., Ellis, J. L., Shoup, J. A., Zeng, C., McQuillan, D. B., & Steiner, J. F. (2012). Association of patient-centered outcomes with patient-reported and ICD-9–based morbidity measures. *The Annals of Family Medicine*, 10(2), 126-133.
- Belar, C. D., & Deardorff, W. W. (2009). *Clinical health psychology in medical settings: A practitioner's guidebook*. American Psychological Association.
- Bengtsson-Tops, A., & Hansson, L. (2001). The validity of Antonovsky's sense of coherence measure in a sample of schizophrenic patients living in the community. *Journal of Advanced Nursing*, 33(4), 432-438.
- Benz, C., Bull, T., Mittelmark, M., & Vaandrager, L. (2014). Original article culture in salutogenesis. *The Scholarship of Aaron Antonovsky*, 21, 16-23. [Httos://doi.org/10.1177/1757975914528550](https://doi.org/10.1177/1757975914528550)
- Berkman, L. F., & Glass, T. (2000). Social integration, social networks, social support, and health. *Social epidemiology*, 1(6), 137-173.
- Berry, H. L., & Welsh, J. A. (2010). Social capital and health in Australia: an overview from the household, income and labour dynamics in Australia survey. *Social science & medicine*, 70(4), 588-596.
- Binbay, T. ve ark. (2014). Psychiatric epidemiology in Turkey: main advances in recent studies and future directions. *Türk Psikiyatri Dergisi* 25(4), 264-81.
- Boehm, A., Eisenberg, E., & Lampel, S. (2011). The Contribution of Social Capital and Coping Strategies to Functioning and Quality of Life of Patients With Fibromyalgia. *The Clinical Journal of Pain*, 27(3), 233–239. doi:10.1097/ajp.0b013e3181fdabcf

- Bonanno, G. A. (2008). Loss, trauma, and human resilience: Have we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events? *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, (1), 101–113. doi:10.1037/1942-9681.s.1.101
- Bonanno, G. A. (2012). Uses and abuses of the resilience construct: Loss, trauma, and health-related adversities. *Social Science and Medicine*, 74(5), 753.
- Bonanno, G. A., Papa, A., & O'Neill, K. (2001). Loss and human resilience. *Applied and preventive Psychology*, 10(3), 193-206.
- Bonanno, G. A., Romero, S. A., & Klein, S. I. (2015). The temporal elements of psychological resilience: An integrative framework for the study of individuals, families, and communities. *Psychological Inquiry*, 26(2), 139-169.
- Bonomi, A. E., Patrick, D. L., Bushnell, D. M., & Martin, M. (2000). Validation of the United States' version of the world health organization quality of life (WHOQOL) instrument. *Journal of clinical epidemiology*, 53(1), 1-12.
- Boruchovitch, E., & Mednick, B. R. (2002). The meaning of health and illness: some considerations for health psychology. *Psico-USF*, 7(2), 175–183.
- Bourdieu, P. (1986). The forms of capital. In: John G. Richardson (ed.): Handbook of Theory and Research for the Sociology of Education. New York: Greenwood Press, 241-258.
- Bourdieu, P., & Wacquant, L. J. (1992). *An invitation to reflexive sociology*. University of Chicago press.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss* (No. 79). Random House.
- Brady, L. L. (2017). The role of sense of coherence in stressor appraisal. *The University of Tennessee at Chattanooga*. <https://doi.org/10.1037/e507482017-001>; Corpus ID: 151688631.
- Braun-Lewensohn, O., Abu-Kaf, S., & Al-Said, K. (2019). Women in refugee camps: Which coping resources help them to adapt? *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(20), 3990. <https://doi.org/10.3390/ijerph16203990>

- Brett, C. E., Mathieson, M. L., & Rowley, A. M. (2023). Determinants of wellbeing in university students: The role of residential status, stress, loneliness, resilience, and sense of coherence. *Current Psychology*, 42(23), 19699-19708.
- Buchanan, M., Walker, G., Boden, J., Mansoor, Z., & Newton-Howes, G. (2023). Protective factors for psychosocial outcomes following cumulative childhood adversity: Systematic review. *BJPsych Open*, 9(6), E197. doi:10.1192/bjo.2023.561
- Bullen, P., & Onyx, J. (2000). Measuring social capital in five communities. *J Appl Behav Sci*, (36), 23–42.
- Büyükilikmen, A. Y. (2015). Sosyal sermaye ve ölçülmesi. *Selçuk Üniversitesi Sosyal ve Teknik Araştırmalar Dergisi*, (10), 45-52.
- Cai, T., Verze, P., & Bjerklund Johansen, T. E. (2021). The Quality of Life Definition: Where Are We Going? *Uro*, 1(1), 14–22. doi:10.3390/uro1010003
- Cao, W., Li, L., Zhou, X., & Zhou, C. (2014). Social capital and depression: evidence from urban elderly in China. *Aging & Mental Health*, 19(5), 418–429. doi:10.1080/13607863.2014.9488
- Cao, W., Li, L., Zhou, X., & Zhou, C. (2015). Social capital and depression: Evidence from urban elderly in China. *Aging & Mental Health*, 19(5), 418–429.
- Chan, J., To, H. P., & Chan, E. (2006). Reconsidering social cohesion: Developing a definition and analytical framework for empirical research. *Social Indicators Res.* 75(2), 273–302.
- Chang, H., Wang, X. & Wang, Z. (2023). Association between social capital and health-promoting lifestyle among empty nesters: The mediating role of sense of coherence. *Geriatric Nursing*, 53, 96-101.
- Cicchetti, D., & Rogosch, F. A. (1996). Equifinality and multifinality in developmental psychopathology. *Development and psychopathology*, 8(4), 597-600.
- Claridge, T. (2018). Functions of social capital—bonding, bridging, linking. *Social capital research*, 20(1), 1-7.

Cole, C. S. (2007). Nursing home residents' sense of coherence and functional status decline. *Journal of Holistic Nursing*, 25(2), 96–103.

Coleman, J. (1990). *Foundations of social theory*. Harvard University Press.

Colemann, J. S. (1988). Social capital in the creation of human capital. *American Journal of Sociology*, 94, 95-120.

Conti, A. A. (2018). Historical evolution of the concept of health in Western medicine. *Acta Biomed*, 89(3), 352-54.

Cooper, S., & Thorogood, N. (2013). *Social construction of health and health promotion*. Mc Grow-Hill Global Education Holdings

Cragg, L., Davies, M., & Macdowall, W. (2006). *Health promotion theory*. McGraw-Hill.

Cronkite, R. C. & Moos, R. H. (1984). The role of predisposing and moderating factors in the stress-illness relationship. *Journal of Health and Social Behavior*, 25(4), 372-393.

Cullen, M., & Whiteford, H. (2001). The interrelations of social capital with health and mental health. *Discussion Paper The Commonwealth of Australia içinde*.

Darling, C. A., McWey, L. M., Howard, S. N., & Olmstead, S. B. (2007). College student stress: the influence of interpersonal relationships on sense of coherence. *Stress and Health*, 23(4), 215–229. doi:10.1002/smi.1139

Dattani, S., Ritchie, H., & Roser, M. (2021). *Mental Health*. <https://ourworldindata.org/mental-health>

Davies, M., & Macdowall, W. (2006). *Health promotion theory*. McGraw-Hill.

Davydov, D. M., Stewart, R., Ritchie, K., & Chaudieu, I. (2010). Resilience and mental health. *Clinical Psychology Review*, 30, 479–495.

De Silva, M. J., McKenzie, K., Harpham, T., & Huttly, S. R. (2005). Social capital and mental illness: a systematic review. *Journal of epidemiology & community health*, 59(8), 619-627.

- Devine, D., Gaskell, J., Jennings, W., & Stoker, G. (2020). Trust and the coronavirus Pandemic: What are the consequences of and for trust? An early review of the literature. *Political Studies Review*, 19(2), 274–285. doi:10.1177/1478929920948684
- DeWall, C. N., Deckman, T., Pond Jr, R. S., & Bonser, I. (2011). Belongingness as a core personality trait: How social exclusion influences social functioning and personality expression. *Journal of personality*, 79(6), 1281-1314.
- Dodou, D., & de Winter, J. C. F. (2014). *Social desirability is the same in offline, online, and paper surveys: A meta-analysis*. *Computers in Human Behavior*, 36, 487–495. doi:10.1016/j.chb.2014.04.005
- Dowrick, C., May, C., Richardson, M., & Bundred, P. (1996). The biopsychosocial model of general practice: rhetoric or reality? *British Journal of General Practice*, 46 (403), 105-107.
- Dube, S. R., & Rishi, S. (2017). Utilizing the salutogenic paradigm to investigate well-being among adult survivors of childhood sexual abuse and other adversities. *Child Abuse & Neglect*, 66, 130–141. doi:10.1016/j.chiabu.2017.01.026
- Dünya Sağlık Örgütü (1986). *The Ottawa Charter*. Geneva, Switzerland: WHO.
- Dünya Sağlık Örgütü (2009). *Milestones in health promotion*. Statements from global conferences. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/70578>
- Edelstein, L. (1937). Greek medicine in its relation to religion and magic. *Bulletin of the Institute of the History of Medicine*, 5(3), 201-46.
- Ehsan, A. M., & De Silva, M. J. (2015). Social capital and common mental disorder: a systematic review. *J Epidemiol Community Health*., 69(10), 1021-1028.
- Ehsan, A., Klaas, H. S., Bastianen, A., & Spini, D. (2019). Social capital and health: A systematic review of systematic reviews. *SSM - Population Health*, 100425. doi:10.1016/j.ssmph.2019.100425
- Ekman, I., Fagerberg, B., & Lundman, B. (2002). Health-related quality of life and sense of coherence among elderly patients with severe chronic heart failure in

comparison with healthy controls. *Heart & Lung: The Journal of Acute and Critical Care*, 31(2), 94–101. doi:10.1067/mhl.2002.122821

Engel, G. L. (1978). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science*, 196(4286), 129–136.

Erden C. (2019). *Üniversite Öğrencilerinin Ruhsal Durumlarının ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi*, (Tez No. 563562) [Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi].

Erickson, B. (2003). Social networks: The value of variety. *Contexts*, 2(1), 25-31.

Erigüç, G., Kartal, N., & Arıkan, G. (2022). Covid-19 Sürecinde Türkiye’de Aşı Tereddüdü ile Google Arama Hacmi Verileri Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi. *Ankara Hacı Bayram Veli Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 24 (1), 1-22.

Eriksson, M. (2011). Social capital and health – implications for health promotion. *Global Health Action*, 4(1), 5611, DOI: 10.3402/gha.v4i0.5611

Eriksson, M., & Lindstrom, B. (2007). Antonovsky’s sense of coherence scale and its relation with quality of life: a systematic review. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 61(11), 938–944. doi:10.1136/jech.2006.056028

Eriksson, M., & Lindström, B. (2008). A salutogenic interpretation of the Ottawa Charter. *Health Promotion International*, 23(2), 190-199.

Eriksson, M., & Lindström, B. (2011). Life is more than survival: Exploring links between Antonovsky’s salutogenic theory and the concept of resilience. K. M. Gow & M. J. Celinski (Eds.), *Wayfinding through life's challenges: Coping and survival* içinde, (ss. 31-46). Nova Publishers.

Eriksson, M., & Mittelmark, M. B. (2017). The sense of coherence and its measurement. *The handbook of salutogenesis*, 97.

Evers, A. (2003). Social capital and civic commitment: On Putnam’s way of understanding. *Social Policy and Society*, 2(1), 13–21. doi:10.1017/s1474746403001052

- Farber, F., & Rosendahl, J. (2018). The association between resilience and mental health in the somatically ill. *Deutsches Aerzteblatt Online*. doi:10.3238/arztebl.2018.0621
- Feldt, T., Kokko, K., Kinnunen, U., & Pulkkinen, L. (2005). The role of family background, school success, and career orientation in the development of sense of coherence. *European Psychologist*, 10, 298–308. <http://dx.doi.org/10.1027/1016-9040.10.4.298>
- Feldt, T., Leskinen, E., Kinnunen, U., & Mauno, S. (2000). Longitudinal factor analysis models in the assessment of the stability of sense of coherence. *Personality and Individual Differences*, 28, 239–257.
- Ferlander, S. (2007). The importance of different forms of social capital for health. *Acta Sociologica*, 50(3), 115–128.
- Ferrans, C.E., Zerwic, J.J., Wilbur, J.E. & Larson, J.L. (2005). Conceptual Model of Health-Related Quality of Life. *Journal of Nursing Scholarship*, 37, 336-342.
- Field, A. (2013). *Discovering Statistics Using IBM SPSS Statistics*. Sage Publications.
- Fiet, van S. A., de la Rie, S., van der Aa, N., Bloemen, E., & Wind, T. (2022). The relevance of social capital and sense of coherence for mental health of refugees. *SSM-Population Health*, 20, 101267.
- Fine, B. (2001). *Social capital versus social theory : political economy and social science at the turn of the millenium*. Routledge.
- Fink, G. (2017). Stress: Concepts, definition and history. *Reference Module in*
- Fisher, D. M., & Law, R. D. (2020). How to choose a measure of resilience: An organizing framework for resilience measurement. *Applied Psychology*, 70(2), 643–673. doi:10.1111/apps.12243
- Flap, H. (1999). Creation and returns of social capital. A new research program. *The Tocqueville Review*, 20(1), 5-26.

- Flensburg-Madsen, T., Ventegodt, S., & Merrick, J. (2005). Sense of coherence and physical health. A review of previous findings. *The Scientific World Journal*, 5, ID 310920. <https://doi.org/10.1100/tsw.2005.85>
- Fletcher, D., & Sarkar, M. (2013). Psychological resilience: A review and critique of definitions, concepts, and theory. *European Psychologist*, 18(1), 12–23. <https://doi.org/10.1027/1016-9040/a000124>
- Fok, S. K., Chair, S. Y., & Lopez, V. (2005). Sense of coherence, coping and quality of life following a critical illness. *Journal of Advanced Nursing*, 49(2), 173–181. doi:10.1111/j.1365-2648.2004.03277.x
- Folland, S. (2008). An economic model of social capital and health. *Health Economics, Policy and Law*, 3(04). doi:10.1017/s1744133108004532
- Forsman, A. K., Nyqvist, F., Schierenbeck, I., Gustafson, Y., & Wahlbeck, K. (2012). Structural and cognitive social capital and depression among older adults in two Nordic regions. *Aging & Mental Health*, 16(6), 771–779. doi:10.1080/13607863.2012.667784
- Fried, R. R., Karmali, S., & Irwin, J. D. (2020). Minding many minds: An assessment of mental health and resilience among undergraduate and graduate students; a mixed methods exploratory study. *Journal of American College Health*, 1–13.
- Fried, Y., Rowland, K. M., & Ferris, G. R. (1984). The physiological measurement of work stress: A critique. *Personnel Psychology*, 37(4), 583–615.
- Fritz MS, Taylor AB, Mackinnon DP. Explanation of Two Anomalous Results in Statistical Mediation Analysis. *Multivariate Behav Res*. 2012;47(1):61-87. doi: 10.1080/00273171.2012.640596. PMID: 24049213; PMCID: PMC3773882.
- Fujiwara, T., & Kawachi, I. (2008). A prospective study of individual-level social capital and major depression in the United States. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 62(7), 627–633.
- Fukuyama, F. (1995). Social capital and the global economy. *Foreign Aff.*, 74, 89-103.

- Gana, K. (2001). Is sense of coherence a mediator between adversity and psychological well-being in adults? *Stress and Health*, 17(2), 77–83. doi:10.1002/smi.882
- García-Moya, I., Moreno, C., & Rivera, F. (2014). Obtaining a hierarchy of contextual factors in shaping the sense of coherence of male and female adolescents. *Journal of Happiness Studies*, 15, 1267-1287. DOI 10.1007/s10902-013-9475-2
- Garcia-Moya, I., Rivera, F., Moreno, C., Lindström, B., & Jimenez-Iglesias, A. (2012). Analysis of the importance of family in the development of sense of coherence during adolescence. *Scandinavian Journal of Public Health*, 40(4), 333-339.
- Garmezy, N. (1971). Vulnerability research and the issue of primary prevention. *American Journal of orthopsychiatry*, 41(1), 101.
- Gater, R., Chew, Z., & Saeed, K. (2014). *Situational analysis: preliminary regional review of the Mental Health Atlas 2014*.
- Geulayov, G., Drory, Y., Novikov, I., & Dankner, R. (2015). Sense of coherence and 22-year all-cause mortality in adult men. *Journal of Psychosomatic Research*, 78(4), 377–383. doi:10.1016/j.jpsychores.2014.12.010
- Geyer, S. (1997). Some conceptual considerations on the sense of coherence. *Social Science & Medicine*, 44(12), 1771–1779. doi:10.1016/s0277-9536(96)00286-9
- Gheshlagh, R.G., Ebadi, A., Dalvandi, A., Rezaei, M. & Tabrizi, K.N. (2017). A systematic study of resilience in patients with chronic physical diseases. *Nursing and Midwifery Studies*, 6, e36401. [https:// doi.org/10.5812/nmsjournal.36401](https://doi.org/10.5812/nmsjournal.36401).
- Gilbert, K. L., Quinn, S. C., Goodman, R. M., Butler, J., & Wallace, J. (2013). A meta-analysis of social capital and health: A case for needed research. *Journal of Health Psychology*, 18(11), 1385–1399.
- Giordano, G. N., & Lindström, M. (2015). Trust and health: testing the reverse causality hypothesis. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 70(1), 10–16. doi:10.1136/jech-2015-205822

Gison, A.; Rizza, F.; Bonassi, S.; Dall'Armi, V.; Lisi, S.; Giaquinto, S. The sense-of-coherence predicts health-related quality of life and emotional distress but not disability in Parkinson's disease. *BMC Neurol.* **2014**, *14*, 1–6. [CrossRef]

Golembiewski, J. (2012). Salutogenic design: The neural basis for health promoting environments. *World Health Design Scientific Review*, *5*(4), 62–68.

Golembiewski, J. A. (2022). Salutogenic Architecture. *The Handbook of Salutogenesis*, 259-274.

Gooderham, P. N. 2007. Enhancing knowledge transfer in multinational corporations: A dynamic capabilities driven model. *Knowledge Management Research & Practice* *5*(1):34–43.

Gottlieb, B. H. (2000). Selecting and planning support interventions. *Soc Support Measurement Intervention*, *25*, 195–220.

Göçmen, L., & Acımış, N. M. (2017). Dünden günümüze Türkiye’de sağlığın geliştirilmesi serüveni. *Sağlık ve Toplum*, *27*(3), 14-19.

Grevenstein, D., Aguilar-Raab, C., & Bluemke, M. (2017). Mindful and resilient? Incremental validity of sense of coherence over mindfulness and big five personality factors for quality of life outcomes. *Journal of Happiness Studies*. doi:10.1007/s10902-017-9901-y

Grevenstein, D., Aguilar-Raab, C., Schweitzer, J., & Bluemke, M. (2016). Through the tunnel, to the light: Why sense of coherence covers and exceeds resilience, optimism, and selfcompassion. *Personality and Individual Differences*, *98*, 208-217.

Grevenstein, D., Bluemke, M., & Kroeninger-Jungaberle, H. (2016). Incremental validity of sense of coherence, neuroticism, extraversion, and general self-efficacy: longitudinal prediction of substance use frequency and mental health. *Health and Quality of Life Outcomes*, *14*(1).doi:10.1186/s12955-016-0412-z

Güler, K., & Yöndem, K. (2021). COVID-19 sürecinde öğretmenlerin psikolojik sağlamlılık ile tükenmişlik düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi. *The Journal of Academic Social Science*, *119*(119), 134-151.

- Güner, H. R., Hasanoğlu, İ., & Aktaş, F. (2020). COVID-19: Prevention and control measures in community. *Turkish Journal of Medical Sciences*, 50(SI-1), 571–577. doi:10.3906/sag-2004-146
- Gürcan, G., Korkmaz, Ş. A., AY, Ş. B., & Gürcan, A. (2022). COVID-19 ve Ruh Sağlığı: Güncel Araştırmalar Bize Ne Gösteriyor?. *Eskisehir Medical Journal*, 3(1), 79-88.
- Hamamura, T., Li, L. M. W., & Chan, D. (2016). The association between generalized trust and physical and psychological health across societies. *Social Indicators Research*, 134(1), 277–286. doi:10.1007/s11205-016-1428-9
- Hamano, T., Fujisawa, Y., Ishida, Y., Subramanian, S. V., Kawachi, I., & Shiwaku, K. (2010). Social Capital and Mental Health in Japan: A Multilevel Analysis. *PLoS ONE*, 5(10), e13214. doi:10.1371/journal.pone.00132
- Han, M. (2006). Relationship Among Perceived Parental Trauma, Parental Attachment, and Sense of Coherence in Southeast Asian American College Students, *Journal of Family Social Work*, 9(2,) 25-45. DOI: 10.1300/J039v09n02_02
- Harpham, T., Grant, E., & Thomas, E. (2002). Measuring social capital within health surveys: key issues. *Health policy and planning*, 17(1), 106-111.
- Hart, K. E., Wilson, T. L., & Hittner, J. B. (2006). A psychosocial resilience model to account for medical well-being in relation to sense of coherence. *Journal of Health Psychology*, 11(6), 857-862.
- Haslam, S. A., Ellemers, N., Reicher, S., Reynolds, K. J. & Schmitt, M. T. (2010). The social identity perspective: An assessment of the impact and trajectory of its defining ideas. T. Postmes & N. Branscombe (ed.), *Rediscovering Social Identity: Core Sources* içinde. Psychology Press.
- Häuberer, J. (2011). *Social capital theory* (Vol. 4). Berlin: Springer Fachmedien.
- Haukkala, A., Konttinen, H., Lehto, E., Uutela, A., Kawachi, I., & Laatikainen, T. (2013). Sense of coherence, depressive symptoms, cardiovascular diseases, and all-cause mortality. *Psychosomatic Medicine*, 75(4), 429-435.

- Havelka, M., Lučanin, J. D., & Lučanin, D. (2009). Biopsychosocial model – The integrated approach to health and disease, *Collegium Antropologicum*, 33(1), 303-310.
- Hayes, A. F., Montoya, A. K., & Rockwood, N. J. (2017). The analysis of mechanisms and their contingencies: PROCESS versus structural equation modeling. *Australasian Marketing Journal*, 25(1), 76-81.
- Hays, R.D., & Reeve, B.B. (2010). Measurement and modeling of health-related quality of life. Killewo, J., Heggenhougen, H.K., Quah, S.R (ed.). *Epidemiology and Demography in Public Health* içinde, (ss. 195–205). Academic Press.
- Helliwell, John F., Layard, R., Sachs, J., & De Neve J. (2021). *World Happiness Report*. Sustainable Development Solutions Network.
- Hills, M., Carroll, S., & Desjardins, S. (2010). Assets based interventions: Evaluating and synthesizing evidence of the effectiveness of the assets based approach to health promotion. *Health assets in a global context: Theory, methods, action*, 77-98.
- Hinz, A., Schulte, T., Ernst, J., Mehnert-Theuerkauf, A., Finck, C., Wondie, Y., & Ernst, M. (2023). Sense of coherence, resilience, and habitual optimism in cancer patients. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 23(2)
- Hollstein, B. (2013). Qualitative approaches. In: Scott J, Carrington PJ (eds) *The sage handbook of social network analysis*. Sage Publications, Philadelphia, pp 404–416.
- Howard, D., Nieuwenhuijsen, E. R., & Saleeby, P. (2008). Health promotion and education: Application of the ICF in the US and Canada using an ecological perspective. *Disability and Rehabilitation*, 30(12-13), 942-954.
- Hsu, J. S.-C., & Hung, Y. W. (2013). Exploring the interaction effects of social capital. *Information & Management*, 50(7), 415-430.
- Hu, F., Niu, L., Chen, R., Ma, Y., Qin, X., & Hu, Z. (2015). *The association between social capital and quality of life among type 2 diabetes patients in Anhui province, China: a cross-sectional study*. *BMC Public Health*, 15(1).doi:10.1186/s12889-015-2138-y

- Hu, T., Zhang, D., & Wang, J. (2015). A meta-analysis of the trait resilience and mental health. *Personality and Individual Differences*, 76, 18–27. doi:10.1016/j.paid.2014.11.039
- Hyypä, M. T. (2010). *Healthy ties: Social capital, population health and survival*. Springer Science & Business Media.
- Hyypä, M. T., & Mäki, J. (2001). Why do Swedish-speaking Finns have longer active life? An area for social capital research. *Health promotion international*, 16(1), 55-64.
- Idan, O., Eriksson, M., & Al-Yagon, M. (2017). The salutogenic model: the role of generalized resistance resources. *The handbook of salutogenesis*, 57-69.
- Idan, O., Eriksson, M., & Al-Yagon, M. (2022). Generalized resistance resources in the salutogenic model of health. *The handbook of salutogenesis*, 93-106.
- Inaba, Y., Wada, Y., Ichida, Y., & Nishikawa, M. (2015). Which part of community social capital is related to life satisfaction and self-rated health? A multilevel analysis based on a nationwide mail survey in Japan. *Social Science & Medicine*, 142, 169–182. doi:10.1016/j.socscimed.2015.0
- Islam, M. K., Merlo, J., Kawachi, I., Lindström, M., & Gerdtham, U. G. (2006). Social capital and health: Does egalitarianism matter? A literature review. *International journal for equity in health*, 5, 1-28.
- Jackson M. (2014). Evaluating the role of Hans Selye in the modern history of stress. D. Cantorve E. Ramsden (Eds), *Stress, Shock, and Adaptation in the Twentieth Century* içinde (21- 48 ss.). University of Rochester Press.
- Jadad, A. R. (2013). On living a long, healthy, and happy life, full of love, and with no regrets, until our last breath. *Verhaltenstherapie*, 23(4), 287–289.
- Jahanshahi, A. A., Maghsoudi, T., & Nawaser, K. (2020) The effects of social capital and psychological resilience on employees positive work attitudes, *Int. J. Human Resources Development and Management*, 20(3/4), 231–251.
- Jayasundar, R. (2010). Ayurveda: A distinctive approach to health and disease. *Current Science*, 98(7), 908-14.

- Jenkins, J. (2002). *Contemporary Moral Issues*. Heinemann.
- Jenson, J. (1998). *Mapping social cohesion: The state of Canadian research* (pp. 109-28). Ottawa: Canadian policy research networks.
- Johnson, S. B. (2013). Increasing psychology's role in health research and health care. *American Psychologist*, 68(5), 311–321.
- Johnston, K., Tanner, M., Lalla, N., & Kawalski, D. (2013). Social capital: The benefit of Facebook “friends.” *Behaviour & Information Technology*, 32(1), 24–36. doi:10.1080/0144929X.2010.550063
- Jorm, A. F., Patten, S. B., Brugha, T. S., & Mojtabai, R. (2017). Has increased provision of treatment reduced the prevalence of common mental disorders? Review of the evidence from four countries. *World Psychiatry*, 16, 90–99.
- Joseph, S., & Linley, P. A. (2006). Growth following adversity: Theoretical perspectives and implications for clinical practice. *Clinical Psychology Review*, 26(8), 1041–1053. doi:10.1016/j.cpr.2005.12.006
- Kabat-Zinn, J., & Skillings, A. (1989, March). Sense of coherence and stress hardiness as predictors and measure of outcome of a stress reduction program. In *Poster presented at the Society of Behavioral Medicine conference, San Francisco*.
- Kagitcibasi (1997). Individualism and collectivism. In J. W. Berry, M. H. Segall, & C. Kagitcibasi (Eds.), *Handbook of cross-cultural psychology*, 2nd Ed.
- Kağıtçıbaşı, Ç. (2005). Autonomy and relatedness in cultural context: Implications for self and family. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 36(4), 403-422.
- Kalaitzaki, A., Tsouvelas, G., & Koukouli, S. (2020). Social capital, social support and perceived stress in college students: The role of resilience and life satisfaction. *Stress and Health*. doi:10.1002/smi.3008
- Kaplan R. M., & Bush J. W. (1982). Health-related quality of life measurement for evaluation research and policy analysis. *Health Psychol*, 1, 61–80.

Karabey, C. N. (2009). Girişimcilikte fırsat tanımlamayı etkileyen bireysel faktörler: Beşeri ve sosyal sermaye perspektifi. *Yayınlanmamış Doktora Tezi. Atatürk Üniversitesi. Erzurum.*

Karairmak, Ö. (2010). Establishing the psychometric qualities of the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC) using exploratory and confirmatory factor analysis in a trauma survivor sample. *Psychiatry Research*, 179(3), 350-356.

Karimi, M., & Brazier, J. (2016). Health, health-related quality of life, and quality of life: what is the difference? *Pharmaco Economics*, 34(7), 645–649. doi:10.1007/s40273-016-0389-9

Karlsson, I., Rasmussen, C., Ravn, J., Thiis, J. J., Pettersson, G., & Larsson, P. A. (2002). Chest pain after coronary artery bypass: Relation to coping capacity and quality of life, *Scandinavian Cardiovascular Journal*, 36(1), 41-47. doi: 10.1080/140174302317282375

Kawachi, I. (2020). COVID-19 and the ‘rediscovery’ of health inequities. *International Journal of Epidemiology*, 49(5), 1415-1418.

Kawachi, I., & Berkman, L. (2014). Social capital, social cohesion, and health. Berkman, L., Kawachi, I., & Glymour, M. M. (ed), *Social epidemiology* içinde, (ss. 290–319). Oxford University Press.

Kawachi, I., Kennedy, B. P., Lochner, K., & Prothrow-Stith, D. (1997). Social capital, income inequality, and mortality. *American journal of public health*, 87(9), 1491-1498.

Kawachi, I., Kennedy, B., & Glass, R. (1999). Social capital and self-rated health: A contextual analysis. *American Journal of Public Health*, 89, 1187–1193.

Kawachi, I., Subramanian, S. V., & Kim, D. (2008). *Social capital and health: a decade of progress and beyond* (pp. 1-26). Springer New York.

Keleş, H. N. (2012). *Sosyal Sermaye*. Eğitim Yayınevi.

Kepenek, S. N. (2021). *Genç yetişkinlerde umut ve sosyal sermaye kavramlarının psikolojik iyi oluş ile ilişkisinin incelenmesi* [Yayımlanmamış doktora tezi]. İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi.

Kessler ve ark. (2009). WHO World Mental Health (WMH) Surveys doi: 10.1055/s-0038-1671923

Keyes, C. L. M. (2007). Promotion and protecting mental health as flourishing - a complementary strategy for improving national mental health. *American Psychologist*, 62(2), 95-108.

Kıcalı, Ü. Ö. Ve Sertel, H. Ö. (2023). “Bütünlük Duygusu Ölçeği Kısa Formu’nun Türkçeye Uyarlanması: Geçerlik ve Güvenirlilik Çalışması”, 5. *Uluslararası Marmara Bilimsel Araştırmalar ve İnovasyon Kongresi*, İstanbul, 17 Haziran 2023.

Kılıç, C. (1998). *Erişkinlerle ilgili sonuçlar. Türkiye Ruh Sağlığı Profili*. Ana rapor: Erol, N., Kılıç, C., Ulusoy, M., Keçeci, M., & Şimşek, Z. (ed). Sağlık Bakanlığı Yayınları.

Kimhi, S. (2014). *Levels of resilience: Associations among individual, community, and national resilience. Journal of Health Psychology*, 21(2), 164–170.doi:10.1177/1359105314524009

Kivimäki, M., Feldt, T., Vahtera, J. & Nurmi, J. (2000). Sense of coherence and health: Evidence from two crosslagged longitudinal samples. *Social Science & Medicine*, 50, 583-597.

Kobau, R., Seligman, M. E., Peterson, C., Diener, E., Zack, M. M., Chapman, D., & Thompson, W. (2011). Mental health promotion in public health: Perspectives and strategies from positive psychology. *American journal of public health*, 101(8), 1-9.

Konaszewski, K., Kolemba, M., & Niesiołędzka, M. (2021). Resilience, sense of coherence and self-efficacy as predictors of stress coping style among university students. *Current psychology*, 40, 4052-4062.

Konnikova, M. (2016). How people learn to become resilient. *The New Yorker*, 11.

Kordan Z, Azimi Lolaty H, Mousavinasab SN, Heydari Fard J. Relationship between psychological well-being and social capital and resilience among cancer patients. *J Nurs Midwifery Sci* 2019;6:131-7.

Kouvonen, A. M., Väänänen, A., Woods, S. A., Heponiemi, T., Koskinen, A., & Toppinen-Tanner, S. (2008) Sense of coherence and diabetes: a prospective occupational cohort study. *BMC Public Health*, 8, 46.

Krok, D. (2016). Sense of coherence mediates the relationship between the religious meaning system and coping styles in Polish older adults, *Aging & Mental Health*, 20(10), 1002-1009. doi: 10.1080/13607863.2015.1056772

Krovetz, L. (1999) Resiliency: a key element for supporting youth at risk. *The Clearing House*, 73(2), 121-123. doi: 10.1080/00098659909600163

Kuhl, M., & Boyraz, G. (2016). Mindfulness, general trust, and social support among trauma-exposed college students. *Journal of Loss and Trauma*, 22(2), 150–162. doi:10.1080/15325024.2016.1212

Kukihara, H., Yamawaki, N., Ando, M., Tamura, Y., Arita, K., & Nakashima, E. (2017). The mediating effects of resilience, morale, and sense of coherence between physical activity and perceived physical/mental health among Japanese community-dwelling older adults: A cross-sectional study. *Journal of Aging and Physical Activity*, 1–30. doi:10.1123/japa.2017-0265

Kulu, M., & Özsoy, F. (2021). Sağlık çalışanları dışı toplumsal örnekleme COVID-19 anksiyete ve sağlık anksiyetesi düzeyleri. *Kocaeli Tıp Dergisi*, 10(Supp: 1), 112-117.

Kushner, H. I., & Sterk, C. E. (2005). The limits of social capital: Durkheim, suicide, and social cohesion. *American journal of public health*, 95(7), 1139-1143.

Kuşcu, M. K. (2006). *İş yaşamında sosyal sermayenin çalışanın fiziksel ve ruhsal sağlığındaki yeri* [Yayımlanmamış doktora tezi]. Marmara Üniversitesi.

Kuşcu, M. K., Altunel, E. Ö., & Harmancı, H. (2001). The Assessment of the Perception of Family Social Capital: An Assessment Tool in the Process of Chronic Mental Health

Conditions. In *First International Conference on Reducing Stigma and Discrimination because of Schizophrenia. Leipzig, Almany.*

Lamprecht, F., & Sack, M. (2003). Vulnerability and salutogenesis in health and disease. *Public Health Reviews*, 31(1), 7–21.

Lan, G.-L., Yuan, Z.-K., Clements-Nolle, K. D., Cook, A., Yuan, L.-L., Xu, Q.-Y., ... Yang, W. (2016). Social Capital and Quality of Life Among People Living With HIV/AIDS in Southeast China. *Asia Pacific Journal of Public Health*, 28(4), 325–335. doi:10.1177/1010539516641490

Landrigan, P. J., Fuller, R., Hu, H., Caravanos, J., Cropper, M. L., Hanrahan, D., ... & Suk, W. A. (2018). Pollution and global health—an agenda for prevention. *Environmental health perspectives*, 126(8), 084501.

Langeland, E., & Wahl, A. K. (2009). The impact of social support on mental health service users' sense of coherence: A longitudinal panel survey. *International Journal of Nursing Studies*, 46(6), 830–837. doi:10.1016/j.ijnurstu.2008.12

Langeland, E., Riise, T., Hanestad, B. R., Nortvedt, M. W., Kristoffersen, K., & Wahl, A. K. (2006). The effect of salutogenic treatment principles on coping with mental health problems A randomized controlled trial. *Patient Education and Counseling*, 62(2), 212–219. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2005.07.004>

Lazarus, R. S. (2000). Toward better research on stress and coping. *American Psychologist*, 55(6), 665-673.

Lazarus, R. S., & Cohen, J. B. (1977). Environmental stress. In *Human Behavior and Environment: Advances in Theory and Research Volume 2* (pp. 89-127). Boston, MA: Springer US.

Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal, and Coping*. Springer Publishing Company.

Lee, J., Lin, L. & Magee, C. (2020). Investigating the relationships between social capital, chronic health conditions and health status among Australian adults: findings from an Australian national cohort survey. *BMC Public Health*, 20, 329.

- Lewis, I., Watson, B., & White, K. M. (2009). *Internet versus paper-and-pencil survey methods in psychological experiments: Equivalence testing of participant responses to health-related messages*. *Australian Journal of Psychology*, 61(2), 107–116. doi:10.1080/00049530802105865
- Li, W., Sun, H., Xu, W., Ma, W., Yuan, X., Niu, Y., & Kou, C. (2021). *Individual Social Capital and Life Satisfaction among Mainland Chinese Adults: Based on the 2016 China Family Panel Studies*. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(2), 441. doi:10.3390/ijerph18020441
- Liao, J., & Welsch, H. (2005). Roles of social capital in venture creation: Key dimensions and research implications. *Journal of small business management*, 43(4), 345-362.
- Lin, N. (1999). Social networks and status attainment. *Annual review of sociology*, 25(1), 467-487.
- Lin, N. (2002). *Social capital: A theory of social structure and action* (Vol. 19). Cambridge university press.
- Lindau, S. T., Laumann, E. O., Levinson, W., & Waite, L. J. (2003). Synthesis of scientific disciplines in pursuit of health: The interactive biopsychosocial model. *Perspectives in biology and medicine*, 46(3), 74-86.
- Lindmark, U., Stegmayr, B., Nilsson, B., Lindahl, B., & Johansson, I. (2005). Food selection associated with sense of coherence in adults. *Nutrition Journal*, 4(1), 1-7.
- Lindström B., & Eriksson, M. (2010). A salutogenic approach to tackling health inequalities. Morgan, A., Davies, M., & Ziglio, E. (editörler). *Health Assets in a Global Context. Theory, Methods, Action* içinde (pp 17-39). Springer.
- Lindström, B., & Eriksson, M. (2005). Salutogenesis. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 59(6), 440–442.
- Lindström, B., & Eriksson, M. (2006). Contextualizing salutogenesis and Antonovsky in public health development. *Health Promotion International*, 21(3), 238–244.

Lindström, B., & Eriksson, M. (2010). A salutogenic approach to tackling health inequalities. *Health assets in a global context: Theory, methods, action*, 17-39.

Liu, L., Xu, X., Xu, N. (2017). Disease activity, resilience and health-related quality of life in Chinese patients with rheumatoid arthritis: a multi-center, cross-sectional study. *Health Qual Life Outcomes*, 15(149). <https://doi.org/10.1186/s12955-017-0725-6>

Liukkonen, V., Virtanen, P., Vahtera, J., Suominen, S., Sillanmäki, L., & Koskenvuo, M. (2009). Employment trajectories and changes in sense of coherence. *European Journal of Public Health*, 22(3), 1–6.

Lopez-Martinez, C., Orgeta, V., Frías-Osuna, A., & Del-Pino-Casado, R. (2020). The mediating role of sense of coherence on mental health outcomes in carers of older dependent relatives: A longitudinal study. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 36(5), 722–730. doi:10.1002/gps.5472

Love, M. F., Wood, G. L., Wardell, D. W., & Beauchamp, J. E. S. (2021). Resilience and associated psychological, social/cultural, behavioural, and biological factors in patients with cardiovascular disease: a systematic review, *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 20(6), 604–617. <https://doi.org/10.1093/eurjcn/zvaa008>

Lowndes, V., & Pratchett, L. (2008). *Public policy and social capital, handbook of social capital* (Castiglione, D., van Deth, J. W., & Wolleb, G., ed.). Oxford University Press.

Lövheim, H., Graneheim, U. H., Jonsén, E., Strandberg, G., & Lundman, B. (2012). Changes in sense of coherence in old age - a 5-year follow-up of the Umeå 85+ study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 27(1), 13–19. doi:10.1111/j.1471-6712.2012.00988.x

Luibl, L., Traversari, J., Paulsen, F., Scholz, M., & Burger, P. (2021). Resilience and sense of coherence in first year medical students-a cross-sectional study. *BMC Medical Education*, 21(1), 1-10.

Lundman, B., Aléx, L., Jonsén, E., Norberg, A., Nygren, B., Fischer, R. S., & Strandberg, G. (2010). Inner strength—A theoretical analysis of salutogenic concepts. *International journal of nursing studies*, 47(2), 251-260.

Lundström, S., Jormfeldt, H., Ahlström, B. H. & Skärsäter, I. (2018). Health-related lifestyle and perceived health among people with severe mental illness: Gender differences and degree of sense of coherence. *Archives of Psychiatric Nursing*. doi:10.1016/j.apnu.2018.12.002

Luthar, S. S. (2006). Resilience in development: A synthesis of research across five decades. Cicchetti, D., & Cohen, D., (ed.), *Developmental psychopathology: Risk, disorder, and adaptation* içinde (ss. 739-795). Wiley.

Luthar, S. S. (2015). Resilience in development: A Synthesis of research across five decades. Cicchetti & Cohen (editörler). *Developmental Psychopathology: Risk, Disorder, and Adaptation* içinde (ss. 739-795). John Wiley & Sons Inc.

Luthar, S. S., Cicchetti, D., & Becker, B. (2000). The construct of resilience: A critical evaluation and guidelines for future work. *Child development*, 71(3), 543-562.

Luthar, S., & Cicchetti, D. (2000). The construct of resilience: Implications for interventions and social policies. *Development and psychopathology*, 12(04), 857–885.

Maass, R., Kiland, C., Espnes, G. A., & Lillefjell, M. (2022). The application of salutogenesis in politics and public policy-making. *Handbook of Salutogenesis* içinde. Springer.

Maass, R., Kloeckner, C. A., Lindstrøm, B., & Lillefjell, M. (2016). *The impact of neighborhood social capital on life satisfaction and self-rated health: A possible pathway for health promotion?* *Health & Place*, 42, 120–128. doi:10.1016/j.healthplace.2016.09.011

Macia, P., Barranco, M., Gorbeña, S., & Iraurgi, I. (2020). Expression of resilience, coping and quality of life in people with cancer. *PLOS ONE*, 15(7), 1-15. doi:10.1371/journal.pone.02365

- MacKinnon, D. P., Cheong, J., & Pirlott, A. G. (2012). Statistical mediation analysis.
- MacLeod, S., Musich, S., Hawkins, K., Alsgaard, K., & Wicker, E. R. (2016). The impact of resilience among older adults. *Geriatric Nursing*, 37(4), 266–272. doi:10.1016/j.gerinurse.2016.02.014
- Mancini, A. D., & Bonanno, G. A. (2009). Predictors and parameters of resilience to loss: Toward an individual differences model. *Journal of personality*, 77(6), 1805-1832.
- Markus, H. R. & Kitayama, S. (2003). Culture, self and reality of the social. *Psychological Inquiry*, 14 (3 and 4), 277-283
- Markus, H. R., Kitayama, S. (1991). Culture and Self: Implications, Cognition, Emotion and Motivation. *Psychological Review*, 98(2), 224-253.
- Marsh, S. C., Clinkinbeard, S. S., & Thomas, R., M. (2007). Risk and protective factors predictive of sense of coherence during adolescence. *Journal of Health Psychology* 12(2): 281–284.
- Martikke, S. (2017). Social capital: an overview. *Manchester: Greater Manchester Centre for Voluntary Organisation*.
- Marvel Clark Church, B.S., (2004). *The conceptual and operational definition of quality of life: a systematic review of the literature*. A&M University.
- Masten, A. S. (2001). Ordinary magic: Resilience processes in development. *American Psychologist*, 56(3), 227-238
- Masten, A. S. (2014). *Ordinary magic-resilience in development*. New York: The Guilford Press.
- Masten, A. S. (2021). Resilience of children in disasters: A multisystem perspective. *International journal of psychology*, 56(1), 1-11.
- Masten, A. S., & Cicchetti, D. (2016). Resilience in development: Progress and transformation. D. Cicchetti (Ed.), *Developmental psychopathology, Vol. 4: Risk*,

resilience, and intervention içinde (ss. 271– 333). John Wiley.
doi:10.1002/9781119125556.devpsy406

Masten, A. S., & Obradovic, J. (2006). Competence and Resilience in Development. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1094(1), 13–27.
doi:10.1196/annals.1376.003

Mato, M., & Tsukasaki, K. (2017a). *Factors promoting sense of coherence among university students in urban areas of Japan: individual-level social capital, self-efficacy, and mental health. Global Health Promotion*, 175797591769192.doi:10.1177/1757975917691925

Mato, M., & Tsukasaki, K. (2017b). *Modeling the factors associating with health-related habits among Japanese students. Health Promotion International*.doi:10.1093/heapro/dax077

Matsumoto, D., & Juang, L. (2016). *Culture and psychology*. Cengage Learning.

Maulana, H., Gumelar, G., & Irianda, G. (2021). The role of sense of coherence and social capital on perceived risk: The salutogenic model approach on flood survivors in Indonesia. *IOP Conference Series: Earth and Environmental Science*, 884. <https://doi.org/10.1088/1755-1315/884/1/012017>

McMillan, D. W., & Chavis, D. M. (1986). Sense of community: A definition and theory. *Journal of community psychology*, 14(1), 6-23.

McSherry, V., & Holm, J. (1994) Sense of coherence: Its effects on psychological and physiological processes prior to, during, and after a stressful situation. *Journal of Clinical Psychology*, 50(4), 476-487.

Meetoo, D. (2008). Chronic diseases: the silent global epidemic. *British Journal of Nursing*, 17(21), 1320–1325.doi:10.12968/bjon.2008.17.21.3

Mehta, N. (2011). Mind-body dualism: A critique from a health perspective. *Mens Sana Monographs*, 9(1), 202-209.

- Mesman, E., Vreeker, A., & Hillegers, M. (2021). Resilience and mental health in children and adolescents: an update of the recent literature and future directions. *Curr Opin Psychiatry*, 34(6), 586-592. doi: 10.1097/YCO.0000000000000741.
- Mikulincer, M., & Shaver, P. R. (2005). Mental representations of attachment security: Theoretical foundation for a positive social psychology. M., W., Baldwin (ed.), *Interpersonal cognition* (ss. 233–266) içinde. Guilford Press.
- Minino, A.M., & Murphy, S.L. (2012). Death in the United States, 2010. *NCHS data brief, no. 99*. National Center for Health Statistics.
- Mittelmark, M. B. (2021). Resilience in the salutogenic model of health. *Multisystemic Resilience*, 153-164.
- Mittelmark, M. B. (2022). Stressor Appraisal on a Pathway to Health: The Role of the Sense of Coherence. *The Handbook of Salutogenesis*, 69-78.
- Mittelmark, M. B., & Bauer, G. F. (2017). The meanings of salutogenesis. Mittelmark, Sagy, Eriksson, Bauer, Pelikan, Lindström, & Espnes (editörler). *The Handbook of Salutogenesis* içinde. Springer International Publishing.
- Mittelmark, M. B., Bull, T., Daniel, M., & Urke, H. (2017). Specific resistance resources in the salutogenic model of health. *The handbook of salutogenesis*, 71-76.
- Modica, G., Bianco, M., Sollazzo, F., Di Murro, E., Monti, R., Cammarano, M., & Palmieri, V. (2022). Myocarditis in athletes recovering from COVID-19: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(7), 4279.
- Mohan, G., & Mohan, J. (2002). Placing social capital. *Progress in Human Geography*, 26(2), 191–210. doi:10.1191/0309132502ph364ra
- Moore, S., & Kawachi, I. (2017). Twenty years of social capital and health research: a glossary. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 71(5), 513–517.
- Moore, S., Shiell, A., Hawe, P., & Haines, V. A. (2005) The privileging of communitarian ideas: citation practices and the translation of social capital into public health research. *Am J Public Health*, 95, 1330–1337

Morgan, A., & Ziglio, E. (2007). Revitalising the public health evidence base: An asset model. *Promotion & Education*, 2, 17–22.

Morgan, A., & Ziglio, E. (2010). Revitalising the public health evidence base: An asset model. Morgan, Davies, & Ziglio (editörler). *Health Assets in a Global Context* içinde. Springer International Publishing.

Moss, G. E. (1973). Illness, immunity, and social interaction: the dynamics of biosocial resonation. (*No Title*).

Moyers, S. A., & Hagger, M. S. (2020). Physical activity and sense of coherence: a meta-analysis. *International Review of Sport and Exercise Psychology*, 1–29. doi:10.1080/1750984x.2020.1846068

Mukaka MM. Statistics corner: A guide to appropriate use of correlation coefficient in medical research. *Malawi Med J*. 2012 Sep;24(3):69-71. PMID: 23638278; PMCID: PMC3576830.

Mullen, M. K. (1994). Earliest recollections of childhood: A demographic analysis. *Cognition*, 52(1), 55-79.

Nath, P., & Pradhan, R. K. (2012). Influence of positive affect on physical health and psychological well-being: Examining the mediating role of psychological resilience. *Journal of Health Management*, 14, 161–174.

Nawaz, A., Malik, J. A., & Batool, A. (2014). Relationship between resilience and quality of life in diabetics. *J Coll Physicians Surg Pak*, 24(9), 670-5.

Nesbitt, B. J., & Heidrich, S. M. (2000). Sense of coherence and illness appraisal in older women's quality of life. *Research in Nursing and Health*, 23(1), 25–34.

Newson, J., Pastukh, V., & Thiagarajan, T. (2022). Assessment of Population Well-Being with the Mental Health Quotient (MHQ): Validation Study. *JMIR Mental Health In Press*.

Newton, K. (2001). Trust, social capital, civil society, and democracy. *International political science review*, 22(2), 201-214.

Nilsson, B., Holmgren, L., Stegmayr, B., & Westman, G. (2003). Sense of coherence-stability over time and relation to health, disease, and psychosocial changes in a general population: a longitudinal study. *Scandinavian journal of public health*, 31(4), 297-304.

Nilsson, B., Stegmayr, B., Holmgren, L., & Westman, G. (2014). Sense of coherence in two cross-sectional studies in northern Sweden 1994 and 1999: Patterns among men and women.

Nolte, A., & Downing, C. (2019). Ubuntu—the essence of caring and being. *Holistic Nursing Practice*, 33(1), 9–16. doi:10.1097/hnp.0000000000000302

Ntontis, E., Drury, J., Amlôt, R., Rubin, G. J., & Williams, R. (2019). What lies beyond social capital? The role of social psychology in building community resilience to climate change. *Traumatology*.

Nutbeam, D., Harris, E., & Wise, W. (2010). *Theory in a nutshell: a practical guide to health promotion theories*. McGraw-Hill.

Nwankwo, V. C., Jiranek, W. A., Green, C. L., Allen, K. D., George, S. Z., & Bettger, J. P. (2021). Resilience and pain catastrophizing among patients with total knee arthroplasty: a cohort study to examine psychological constructs as predictors of post-operative outcomes. *Health and Quality of Life Outcomes*, 19(1). doi:10.1186/s12955-021-01772-2

Nygren, B., Aléx, L., Jonsén, E., Gustafson, Y., Norberg, A., & Lundman, B. (2005). Resilience, sense of coherence, purpose in life and self-transcendence in relation to perceived physical and mental health among the oldest old. *Aging & Mental Health*, 9(4), 354–362. doi:10.1080/1360500114415

O'Dougherty-Wright, M., Masten A., & Narayan, A. J. (2013). Resilience processes in development: Four waves of research on positive adaptation in the context of adversity. Goldstein, S., Brooks, R. B., (ed). *Handbook of Resilience in Children* içinde, (ss. 15-37). Springer.

O'Halloran J., Miller G. C., & Britt H. (2004). Defining chronic conditions for primary care with ICPC-2. *Family Pract* 21(4), 381–6.

Obrist B, Pfeiffe C and Henley R (2010) Multi- layered social resilience: A new approach in mitigation research. *Progress in Development Studies* 10(4): 283–293.

Olsson, M., Hansson, K., Lundblad, A.-M., & Cederblad, M. (2006). Sense of coherence: definition and explanation. *International Journal of Social Welfare*, 15(3), 219–229.doi:10.1111/j.1468-2397.2006.00410.x

Ommay Aiman Safi & Gizem Erdem (2023) The Cultural Self-Construals and the Romantic Relationship Experiences of Turkish Young Adults, *International Journal of Systemic Therapy*, DOI: [10.1080/2692398X.2023.2224716](https://doi.org/10.1080/2692398X.2023.2224716)

Opheim, R., Fagermoen, M., S., Jørgensen, L. P. J., Bernklev, T., Moum, T. (2014). Sense of Coherence in Patients with Inflammatory Bowel Disease. *Gastroenterology Research and Practice*, Article ID 989038. <https://doi.org/10.1155/2014/989038>

Pallant, J. F., & Lae, L. (2002). Sense of coherence, well-being, coping, personality factors: Further evaluation of the sense of coherence scale. *Personality and Individual Differences*, 33(1), 39- 48.

Park, J. W., Mealy, R., Saldanha, I. J., Loucks, E. B., Needham, B. L., Sims, M., Fava, J. L., Dulin, A. J., & Howe, C. J. (2022). Multilevel resilience resources and cardiovascular disease in the United States: A systematic review and meta-analysis. *Health Psychology*, 41(4), 278–290.

Pascoe, E. A., & Smart Richman, L. (2009). Perceived discrimination and health: A meta-analytic review. *Psychological Bulletin*, 135(4), 531–554. doi:10.1037/a0016059

Patel, V., Saxena, S., Lund, C., Thornicroft, G., Baingana, F., Bolton, P., ... & Unützer, J. (2018). The Lancet Commission on global mental health and sustainable development. *The lancet*, 392(10157), 1553-1598.

Peasgood, T., Brazier, J., Mukuria, C., & Rowen, D. A. (2014). Conceptual comparison of well-being measures used in the UK. Policy research unit in economic evaluation of health and care interventions. *EEPRU Research Report 026*. Universities of Sheffield and York.

Pescosolido, B. A. (2011). Taking “the promise” seriously: Medical sociology’s role in health, illness, and healing in a time of social change. B. A. . Pescosolido, J. K. Martin, J. D. McLeas, A. Rogers (Eds.), *Handbook of the Sociology of Health, Illness, and Healing* içinde (3-20 ss.). Springer.

Petersen, C., & Johnston, K. A. (2015). The Impact of Social Media Usage on the Cognitive Social Capital of University Students. *Informing Science*, 18, 1-30.

Petrie, K., & Brook, R. (1992). Sense of coherence, self-esteem, depression and hopelessness as correlates of reattempting suicide. *British Journal of Clinical Psychology*, 31(3), 293-300.

Pinkerton, J., & Dolan, P. (2007). *Family support, social capital, resilience and adolescent coping*. *Child & Family Social Work*, 12(3), 219–228. doi:10.1111/j.1365-2206.2007.00497.x

Pope, A. M., & Tarlov, A. R. (1991). *Disability in America: Toward a national agenda for prevention*. National Academy Press.

Pope, H. C., Miller, M. C., Wolfer, T. A., Mann, J. R., & McKeown, R. E. (2013). Psychometric analysis of a scale to assess norms of reciprocity of social support in community-based and congregation-based groups. *SAGE Open*, 3(4), 215824401351677. doi:10.1177/2158244013516771

Poppius, E. S. K. O. (2007). *The sense of coherence and health. The effects of the sense of coherence on risk of coronary heart disease, cancer, injuries and all-cause mortality*. University of Tampere.

Portes, A., Landolt, P. (2000). Social capital: Promise and pitfalls of its role in development. *Journal of Latin American Studies*, 32, 529-547.

Posadzki, P., Stockl, A., Musonda, P., & Tsouroufli, M. (2010). A mixed-method approach to sense of coherence, health behaviors, self-efficacy and optimism: Towards the operationalization of positive health attitudes. *Scandinavian Journal of Psychology*, 51(3), 246–252. doi:10.1111/j.1467-9450.2009.00764.x

- Poursalehi, R., Najimi, A., & Tahani, B. (2021). Effect of sense of coherence on oral health behavior and status: A systematic review and meta-analysis. *Journal of education and health promotion*, 10, 361. https://doi.org/10.4103/jehp.jehp_1350_20
- Preacher, K.J.; Hayes, A.F. Asymptotic and resampling strategies for assessing and comparing indirect effects in multiple mediator models. *Behav. Res. Methods* 2008, 40, 879–891.
- Preacher, K.J.; Hayes, A.F. SPSS and SAS procedures for estimating indirect effects in simple mediation models. *Behav. Res. Methods* 2004, 36, 717–731.
- Prince, M., Patel, V., Saxena, S., Maj, M., Maselko, J., & Phillips, M. R. (2007). No health without mental health. *Lancet* 370, 859-77.
- Purdue, D. (2001). Neighbourhood governance: Leadership, trust and social capital. *Urban Studies*, 38(12), 2211–2224
- Putnam, R. (2000). *Bowling alone: The collapse and revival of american community*. Simon and Schuster.
- Putnam, R. (2001). Social capital: Measurement and consequences. *Canadian journal of policy research*, 2(1), 41-51.
- Putnam, R. D. (1995). Tuning in, tuning out: The strange disappearance of social capital in America. *PS: Political science & politics*, 28(4), 664-683.
- Putnam, R., Leonardi, R., & Nanetti, R. (1993). *Making democracy work* Princeton. NJ: Princeton University Press.
- Qiu, C., Shao, D., Yao, Y., Zhao, Y., & Zang, X. (2019). Self-management and psychological resilience moderate the relationships between symptoms and health-related quality of life among patients with hypertension in China. *Quality of Life Research*. doi:10.1007/s11136-019-02191-z
- Rakizadeh, E., & Hafezi, F. (2015). Sense of Coherence as a Predictor of Quality of Life Among Iranian Students Living in Ahvaz. *Oman Medical Journal*, 30(6), 447–454. doi:10.5001/omj.2015.88

- Read, S., Aunola, K., Feldt, T., Leinonen, R., & Ruoppila, I. (2005). The Relationship Between Generalized Resistance Resources, Sense of Coherence, and Health Among Finnish People Aged 65-69. *European Psychologist*, 10(3), 244–253. doi:10.1027/1016-9040.10.3.244
- Renck, B., & Rahm, G. (2005). Sense of coherence in women with a history of childhood sexual abuse. *International Journal of Social Welfare*, 14(2), 127-133.
- Retterath, B. K. (1994). The Relationship of Parental Conflict and Parent-Child Relationship to the Sense of Coherence of Young Adult Children of Divorce. *Theses and Dissertations*. 2493. <https://commons.und.edu/theses/2493>
- RezaeiNiaraki, M., Roosta, S., Alimoradi, Z., Allen, K.-A., & Pakpour, A. H. (2019). The association between social capital and quality of life among a sample of Iranian pregnant women. *BMC Public Health*, 19(1). doi:10.1186/s12889-019-7848-0
- Ribeiro, S., Wagner, Bauer, Annette, Andrade, Rezende, M. C., York-Smith, Marianna, Pan, Mario, P., Pingani, Luca, Knapp, Martin, Coutinho, Freire, E. S., & Evans-Lacko (2017). Income inequality and mental illness-related morbidity and resilience: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet: Psychiatry*. ISSN 2215-036 doi: 10.1016/S2215-0366(17)30159-1
- Richardson, G. E. (2002). The metatheory of resilience and resiliency. *Journal of clinical psychology*, 58(3), 307-321.
- Ristevska-Dimitrovska, G., Filov, I., Rajchanovska, D., Stefanovski, P., & Dejanova, B. (2015). Resilience and Quality of Life in Breast Cancer Patients. *Open Access Macedonian Journal of Medical Sciences*, 3(1), 727- 731. doi:10.3889/oamjms.2015.128
- Rodríguez-Ardura, I.; Meseguer-Artola, A. Editorial: How to prevent, detect and control common method variance in electronic commerce research. *J. Theor. Appl. Electron. Commer. Res.* **2020**, 15, 1–5.

Rogers, R. W. (1983). Cognitive and physiological processes in fear appeals and attitude change: a revised theory of protection motivation. Cacioppo, J., and Petty, R. Social Psychophysiology (New York: Guilford Press)0898626269

Rose, R. (2000). How much does social capital add to individual health? *Social Science & Medicine*, 51(9), 1421-14335.

Rothrock, N. E., Hays, R. D., Spritzer, K., Yount, S. E., Riley, W., & Cella, D. (2010). Relative to the general US population, chronic diseases are associated with poorer health-related quality of life as measured by the Patient-Reported Outcomes Measurement Information System (PROMIS). *Journal of clinical epidemiology*, 63(11), 1195-1204.

Rothstein, B., & Stolle, D. (2003). Social capital, impartiality and the welfare state: An institutional approach. *Public Administration*, 81(2), 341–362.

Rothstein, B., & Stolle, D. (2008). The state and social capital: An institutional theory of generalized trust. *Comparative politics*, 40(4), 441-459.

Rutter, M. (1979). Protective factors in children's responses to stress and disadvantage. Kent, M. W., & Rolf J. E., (ed.), *Primary prevention in psychopathology: Vol. 8. Social competence in children içinde*, (ss. 49–74). University Press of New England.

Rutter, M. (2006). Implications of resilience concepts for scientific understanding. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1094(1), 1–12.

Rutter, M. (2012). Resilience as a dynamic concept. *Development and Psychopathology*, 24(02), 335–344. doi:10.1017/s0954579412000028

Saboga-Nunes, L., Bittlingmayer, U. H., & Bakibinga, P. (2022). The Digital Lifeworld and Salutogenesis. *The Handbook of Salutogenesis*, 625-634.

Safi, O. A., & Erdem, G. (2023) The cultural self-construals and the romantic relationship experiences of Turkish young adults, *International Journal of Systemic Therapy*, doi: [10.1080/2692398X.2023.2224716](https://doi.org/10.1080/2692398X.2023.2224716)

Sagy, S., & Antonovsky, H. (2000). The Development of the Sense of Coherence: A Retrospective Study of Early Life Experiences in the Family. *The International*

Journal of Aging and Human Development, 51(2), 155–166. doi:10.2190/765l-k6nv-jk52-ufkt

Salisu, I., & Hashim, N. (2017). A critical review of scales used in resilience research. *IOSR Journal of Business and Management*, 19(4), 23-33.

Sarenmalm, E. K., Browall, M., Persson, L. O., Fall-Dickson, J., & Gaston-Johansson, F. (2013). Relationship of sense of coherence to stressful events, coping strategies, health status, and quality of life in women with breast cancer. *Psycho-oncology*, 22(1), 20-27.

Savitz, L. A., & Bayliss, E. A. (2021). Emerging models of care for individuals with multiple chronic conditions. *Health Services Research*, 56, 980-989.

Schäfer, S.K.; Sopp, M.R.; Schanz, C.G.; Staginnus, M.; Göritz, A.S.; Michael, T (2020). Impact of COVID-19 on Public Mental Health and the Buffering Effect of a Sense of Coherence, *Psychother. Psychosom.*, 89, 386–392.

Schneider, G., Driesch, G., Kruse, A., Nehen, H. G., & Heuft, G. (2006). Old and ill and still feeling well? Determinants of subjective well-being in > or =60 year olds: The role of the sense of coherence. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 14(10), 850–859.

Seiler, A., & Jenewein, J. (2019). Resilience in cancer patients. *Frontiers in Psychiatry*, 10. doi:10.3389/fpsyt.2019.00208

Selye, H. (1956). Endocrine reactions during stress. *Anesthesia & Analgesia*, 35(3), 182-193.

Selye, H. (1976). Forty years of stress research: principal remaining problems and misconceptions. *Canadian Medical Association Journal*, 115(1), 53.

Senormanci, G., Esmen, E., Turan, C., & Senormanci, O. (2019). Evaluation of resilience, quality of life, and depression in family members of alcohol-or substance-dependent patients. *Düşünen Adam The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences*, 32, 320-327.

Shapiro, S. L., Schwartz, G. E. R., & Santerre, C. (2002). Meditation and positive psychology. C. R. Snyder & S. J. Lopez (eds), *Handbook of positive psychology* içinde (ss. 632–645). Oxford University Press.

Shih, T.-H., & Xitao Fan. (2008). *Comparing Response Rates from Web and Mail Surveys: A Meta-Analysis. Field Methods*, 20(3), 249–271. doi:10.1177/1525822x08317085

Siegrist, J. (2005). Social reciprocity and health: new scientific evidence and policy implications. *Psychoneuroendocrinology*, 30(10), 1033-1038.

Silarova, B., Nagyova, I., Rosenberger, J., Studencan, M., Ondusova, D., Reijneveld, S., & Van Dijk, J. (2014). Sense of coherence as a predictor of health-related behaviours among patients with coronary heart disease. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 13(4), 345–356.

Silventoinen, K., Volanen, S. M., Vuoksimaa, E., Rose, R. J., Suominen, S., & Kaprio, J. (2014). A supportive family environment in childhood enhances the level and heritability of sense of coherence in early adulthood. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 49, 1951-1960.

Silverstein, M., & Heap, J. (2015). Sense of coherence changes with aging over the second half of life. *Advances in Life Course Research*, 23, 98-107.

Simandan, D. (2021). Social capital, population health, and the gendered statistics of cardiovascular and all-cause mortality. *SSM-Population Health*, 16, 100971.

Skärsäter, I., Rayens, M. K., Peden, A., Hall, L., Zhang, M., Ågren, H., & Prochazka, H. (2009). Sense of coherence and recovery from major depression: a 4-year follow-up. *Archives of Psychiatric Nursing*, 23(2), 119-127.

Skelly, A., Dettori, J., & Brodt, E. (2012). Assessing bias: the importance of considering confounding. *Evidence-Based Spine-Care Journal*, 3(01), 9–12. doi:10.1055/s-0031-1298595

Son, J., & Feng, Q. (2019). In social capital we trust? *Social Indicators Research*, 144(1), 167–189.

- Sønderskov, K. M., & Dinesen, P. T. (2016). Trusting the state, trusting each other? The effect of institutional trust on social trust. *Political Behavior*, 38(1), 179–202. doi:10.1007/s11109-015-9322-8
- Song, J., & Jiang, J. (2022). Online social capital, offline social capital and health: Evidence from China. *Health & Social Care in the Community*, 30(4), e1025-e1036.
- Southwick, S. M., Bonanno, G. A., Masten, A. S., Panter-Brick, C., & Yehuda, R. (2014). Resilience definitions, theory, and challenges: interdisciplinary perspectives. *European Journal of Psychotraumatology*, 5(1), 1-14.
- Stainton, A., Chisholm, K., Kaiser, N., Rosen, M., Upthegrove, R., Ruhrmann, S., & Wood, S. J. (2018). Resilience as a multimodal dynamic process. *Early Intervention in Psychiatry*. doi:10.1111/eip.12726
- Stone, W. (2001). Measuring social capital. *Australian Institute of Family Studies, Research Paper*, 24.
- Story, W. T. (2013). Social capital and health in the developing world: meaning, mechanisms, and measurement (Doctora Tezi). Michigan Üniversitesi.
- Straub, R. O. (2014). *Health psychology: a biopsychosocial approach* (4. baskı). W. H. Freeman.
- Streb, M., Häller, P., & Michael, T. (2013). PTSD in paramedics: Resilience and sense of coherence. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 42(04), 452–463. doi:10.1017/s1352465813000337
- Strickland, C. M., & Patrick, C. J. (2015). Biomedical Model. R. L. Cautin and S. O. Lillienfeld (Eds.), *The Encyclopedia of Clinical Psychology* içinde, (1-3 ss.). Pearson.
- Suls, J., & Rothman, A. (2004). Evolution of the biopsychosocial model: prospects and challenges for health psychology. *Health psychology*, 23(2), 119-125.
- Summerfield, D. (2008). How scientifically valid is the knowledge base of global mental health? *BMJ*, 336(7651), 992–994. doi:10.1136/bmj.39513.441030.ad.

Sun Y, Pan W, Zhang Y, Xu G, Xi J, Bao Q, Bian X. The relationship between stress, resilience, and quality of life in Chinese high school students. *Ann Palliat Med* 2021;10(5):5483-5493. doi: 10.21037/apm-21-929

Sun, X., Liu, K., Webber, M., & Shi, L. (2017). Individual social capital and health-related quality of life among older rural Chinese. *Ageing & Society*, 37(2), 221-242. doi:10.1017/S0144686X15001099

Suominen, S., Helenius, H., Blomberg, H., Uutela, A., & Koskenvuo, M. (2001). Sense of coherence as a predictor of subjective state of health. *Journal of Psychosomatic Research*, 50(2), 77–86. doi:10.1016/s0022-3999(00)00216-6

Suraj, S., & Singh, A. (2011). Study of sense of coherence health promoting behavior in north Indian students. *Indian J Med Res.* 134(5), 645-652. doi:10.4103/0971-5916.90989

Surtees, P. G., Wainwright, N. W., Luben, R. L., Wareham, N. J., Bingham, S. A., & Khaw, K. T. (2007). Adaptation to social adversity is associated with stroke incidence: Evidence from the EPIC-Norfolk prospective cohort study. *Stroke*, 38, 1447-53.

Szreter, S. & Woolcock, M. (2004). Health by association? Social capital, social theory and the political economy of public health. *International Journal of Epidemiology*, 33, 650–667.

Şavran, G.T. (2018). Sosyal sermaye ve sağlık arasındaki ilişki: Ampirik çalışmalar ne gösteriyor? *Journal of Economy Culture and Society*, 57, 53-91. <https://doi.org/10.26650/JECS413503>

Tajfel, H., & Turner, J. C. (1986). The social identity theory of intergroup behavior. S. Worchel & L. W. Austin (ed.), *Psychology of intergroup relations* içinde (ss. 7-24). IL: Nelson-Hall.

Taylor, J., Spencer, N., & Baldwin, N. (2000). Social, economic and political context of parenting. *Archives of Disease in Childhood* 82, 113–120.

Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (1995). *Trauma and transformation: Growing in the after- math of suffering*. Thousand Oaks, CA: Sage.

Togari, T., Yamazaki, Y., Nakayama, K., & Shimizu, J. (2007). Development of a short version of the sense of coherence scale for population survey. *Journal of epidemiology and community health*, 61(10), 921.

Tomotsune, Y., Sasahara, S., Umeda, T., Hayashi, M., Usami, K., Yoshino, S., Kageyama, T., Nakamura, H., & Matsuzaki, I. (2009). The association of sense of coherence and coping profile with stress among research park city workers in Japan. *Ind Health*, 47(6), 664-72. doi: 10.2486/indhealth.47.664. PMID: 19996543.

Topuzoğlu, A. (2020). Türkiye’de Toplum Ruh Sağlığı. Üner, S., Okyay, P., (ed.), *Türkiye Sağlık Raporu (2020)* içinde (849- 854 ss.). Hipokrat Yayınevi. ISBN: 978-605-7874-83-2

Torales J., O'Higgins M., Castaldelli-Maia J. M., & Ventriglio A. (2020). The outbreak of COVID-19 coronavirus and its impact on global mental health. *Int J Soc Psychiatry*, 66(4), 317-320. doi: 10.1177/0020764020915212.

Tountas, Y. (2009). The historical origins of the basic concepts of health promotion and education: the role of ancient Greek philosophy and medicine. *Health Promotion International*, 24(2), 185–192.

Tsuei, J. J. (1978). Eastern and western approaches to medicine. *Western Journal of Medicine*, 128(6), 551.

Uçar, E. (2016). Sosyal sermaye ölçeğinin geçerlik ve güvenirlik çalışması. *IHEAD*, 1(1), 19-40.

Uçar, M. E., Konal, B., Gündoğdu, R. & Morsünbül, Ü. (2018). Kadın ve erkeklerde sosyal sermaye ve benlik kurguları arasındaki ilişkiler, *Aksaray Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 2 (2), 1-19.

Ungar, M. (2008). Resilience across cultures. *British journal of social work*, 38(2), 218-235.

Ungar, M. (2011). Community resilience for youth and families: Facilitative physical and social capital in contexts of adversity. *Children and Youth Services Review*, 33(9), 1742-1748.

Ungar, M. (2012). Researching and theorizing resilience across cultures and contexts. *Preventive Medicine: An International Journal Devoted to Practice and Theory*, 55(5), 387–389. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2012.07.021>

Uphoff, N., & Wijayaratna, C. M. (2000). Demonstrated benefits from social capital: the productivity of farmer organizations in Gal Oya, Sri Lanka. *World development*, 28(11), 1875-1890.

Uslaner, E. M. (2002). *The Moral Foundations of Trust*. Cambridge University Press.

Van Groezen, B., Jadoenandansing, R., & Pasini, G. (2011). Social capital and health across European countries. *Applied Economics Letters*, 18(12), 1167–1170. doi:10.1080/13504851.2010.528353

van Schaik, A. B. T. M. (2002). Social Capital in the European Values Study Surveys. (OECD Report; No. 20- 36735-0). OECD.

Vanderbilt-Adriance, E., & Shaw, D .S. (2008). Conceptualizing and re-evaluating resilience across levels of risk, time, and domains of competence. *Clin Child Fam Psychol Rev*, 11, 30-58.

Veenstra, G., Luginaah, I., Wakefield, S., Birch, S., Eyles, J., & Elliott, S. (2005). Who you know, where you live: social capital, neighbourhood and health. *Social Science & Medicine*, 60(12), 2799–2818. doi:10.1016/j.socscimed.2004.11.013

Veenstra, M., Moum, T., & Roysamb, E. (2005). Relationships between health domains and sense of coherence: A two- year cross-lagged study in patients with chronic illness. *Quality of Life Research*, 14, 1455–1465.

Vinje, H. F., Langeland, E., & Bull, T. (2017). Aaron Antonovsky's development of salutogenesis, 1979 to 1994. Mittelmarm, Sagy, Eriksson, Bauer, Pelikan, Lindström, & Espnes (Editörler). *The Handbook of Salutogenesis* içinde. Springer International Publishing.

Volanen, S. M., Lahelma, E., Silventoinen, K., & Suominen, S. (2004). Factors contributing to sense of coherence among men and women. *The European Journal of Public Health*, 14(3), 322-330.

- Volanen, S. M., Suominen, S., Lahelma, E., Koskenvuo, M., & Silventoinen, K. (2007). Negative life events and stability of sense of coherence: A five-year follow-up study of Finnish women and men. *Scandinavian Journal of Psychology*, 48(5), 433–441.
- W. G. Hopkins, S. W. Marshall, A. M. Batterham, and J. Hanin, “Progressive statistics for studies in sports medicine and exercise science,” *Medicine & Science in Sports & Exercise*, vol. 41, no. 1, pp. 3–12, 2009.
- Wagner, S. L., McFee, J. A., & Martin, C. A. (2010). Mental health implications of fire service membership. *Traumatology*, 16(2), 26-32.
- Wagnild, G. (2009). A review of the Resilience Scale. *Journal of nursing measurement*, 17(2), 105-113.
- Wagnild, G., & Young, H. M. (1990). Resilience Among Older Women. *Image: The Journal of Nursing Scholarship*, 22(4), 252–255. doi:10.1111/j.1547-5069.1990.tb00224.x
- Wainwright, N., Surtees, P., Welch, A., Luben, R., Khaw, K. & Bingham, S. (2008) Sense of coherence, lifestyle choices and mortality. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 62(9), 829-831.
- Walker, E. R., McGee, R. E., & Druss, B. G. (2015). Mortality in Mental Disorders and Global Disease Burden Implications. *JAMA Psychiatry*, 72(4), 334. doi:10.1001/jamapsychiatry.2014.2502
- Ward, P., Clark, T., Zabriskie, R., & Morris, T. (2014). Paper/Pencil Versus Online Data Collection. *Journal of Leisure Research*, 46(1), 84–105. doi:10.1080/00222216.2014.11950314
- Ware, J. E., & Sherbourne, C. D. (1992). The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I: Conceptual framework and item selection. *Medical Care*, 30(6), 473-83.
- Wasserman, S., Faust, K. (1994). Social network analysis: methods and applications. Cambridge University Press.

- Weigold, A., Weigold, I. K., & Russell, E. J. (2013). *Examination of the equivalence of self-report survey-based paper-and-pencil and internet data collection methods. Psychological Methods, 18*(1), 53–70. doi:10.1037/a0031607
- Whiteford, H., A., Degenhardt, L., Rehm, J., Baxter, A. J., Ferrari, A. J., & Erskine, H. E. (2010). Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: findings from the global burden of disease study. *Lancet, 382*, 1575.
- Williams, J. (2012). *Comparing electronic and paper surveys. Australian and New Zealand Journal of Public Health, 36*(1), 12–14. doi:10.1111/j.1753-6405.2012.00824.x
- Windle, G., Bennett, K.M. & Noyes, J. (2011). A methodological review of resilience measurement scales. *Health Qual Life Outcomes, 9*(8). <https://doi.org/10.1186/1477-7525-9-8>
- Wolff, A. C., & Ratner, P. A. (1999). Stress, Social Support, and Sense of Coherence. *Western Journal of Nursing Research, 21*(2), 182–197. doi:10.1177/01939459922043820
- Woolcock, M., & Narayan, D. (2000). Social capital: Implications for development theory, research, and policy. *The World Bank Research Observer 15*(2), 225–49.
- Yach, D., Hawkes, C., Gould, C. L., & Hofman, K. J. (2004). The global burden of chronic diseases. *JAMA, 291*(21), 2616. doi:10.1001/jama.291.21.2616.
- Yıldırım, İ. (1991). Stres ve stresle başa çıkmada gevşeme teknikleri. *Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi, 6*, 175-189.
- Yıldırım, İ. (2022). Şırnak'ta misafirperverlik kültürü üzerine bir araştırma. *Kültür Araştırmaları Dergisi, 14*, 122-152.
- Yip, W., Subramanian, S. V., Mitchell, A. D., Lee, D. T. S., Wang, J., & Kawachi, I. (2007). Does social capital enhance health and well-being? Evidence from rural China. *Social Science & Medicine, 64*(1), 35–49. doi:10.1016/j.socscimed.2006.08.027
- Zewude, G. T., Beyene, S. D., Taye, B., Sadouki, F., & Hercz, M. (2023). COVID-19 stress and teachers well-being: The mediating role of sense of coherence and

resilience. *Eur. J. Investig. Health Psychol. Educ.*, 13, 1–22. <https://doi.org/10.3390/ejihpe13010001>

Zou, T., Su, Y., & Wang, Y. (2018). Examining Relationships between social capital, emotion experience and life satisfaction for sustainable community. *Sustainability*, 10(8), 2651. doi:10.3390/su10082651

EKLER

Ek 1: Sosyodemografik Bilgi Formu

1. **Cinsiyetiniz:** Kadın () Erkek ()

2. **Yaşınız:** ____

3. **Eğitim Durumunuz:**

- a) Okur-yazar ()
- b) İlkokul Mezunu ()
- c) Ortaokul Mezunu ()
- d) Lise Mezunu ()
- e) Önlisans Mezunu ()
- f) Lisans Mezunu ()
- g) Yüksek Lisans Mezunu ()
- h) Doktora Mezunu ()

4. **Medeni Durumunuz:**

- a) Bekar
- b) Eşinden Ayrı
- c) Evli
- d) Birlikte yaşıyor
- e) Boşanmış
- f) Dul

5. **Çalışma Durumunuz:**

- a) Tam Zamanlı
- b) Yarı Zamanlı
- c) Emekli
- d) Öğrenci
- e) Çalışmıyor

6. Mesleğiniz: _____

7. Çevrenizle karşılaştırdığınızda gelir düzeyinizi nasıl değerlendirirsiniz?
(Sizce aşağıdakilerden hangisi ekonomik düzeyinizi en iyi ifade
etmektedir?)

Alt	Alt Orta	Orta	Üst Orta	Üst
-----	----------	------	----------	-----

8. Yaşamınızın çoğunu nerede geçirdiniz?

- a) Köy/ Kasaba
- b) Şehir
- c) Büyükşehir

9. Hangi şehirde yaşıyorsunuz? _____

10. Aldığınız psikiyatrik bir tanı (örn. Majör depresyon, kaygı bozukluğu)
var mı?

- a) Evet (Lütfen Belirtin): _____
- b) Hayır

**Ek 2: COVID-19 Önleyici Davranışları için Korunma Güdüsü Kuramı Ölçeği-
Olumsuz Duygu Alt Boyutu**

Aşağıdaki her bir ifade için kendinize en uygun olan cevabı işaretleyiniz.

1- Hiç 2- Biraz 3- Orta düzeyde 4- Epey 5- Çok

	1	2	3	4	5
COVID-19 hakkında düşündüğümde kaygılanırım					
COVID-19 hakkında düşünmek beni korkutur					
COVID-19 hakkında düşündüğümde üzgün hissederim					

Ek 3: Bütünlük Duygusu Ölçeği- 13

Yönerge: Aşağıda hayatınızın belirli alanlarına ilişkin sorular sıralanmıştır. Soruların seçeneklerindeki 1 ve 7 rakamları cevabın iki uç noktasını belirlemektedir. Cevabınızı, duygunuzu en iyi yansıtan rakamı daire içine alarak belirtiniz.

1. Çevrenizde olup bitenle ilgilenmediğiniz duygusunu taşıyor musunuz?

1	2	3	4	5	6	7
Çok nadiren veya hiçbir zaman					Çok sık	

2. Geçmişte, iyi tanıdığınızı zannettiğiniz insanların davranışlarına şaşırdığınız oldu mu?

1	2	3	4	5	6	7
Hiçbir zaman olmadı					Hep oldu	

3. Güvendiğiniz insanların sizi hayal kırıklığına uğrattığı oldu mu?

1	2	3	4	5	6	7
Hiçbir zaman olmadı					Hep oldu	

4. Şimdiye kadar hayatınızın,

1	2	3	4	5	6	7
Belirgin hedefleri amacı olmadı					Belirgin hedefleri, amacı oldu	

5. Haksızlığa uğradığınız duygusunu taşıyor musunuz?

1	2	3	4	5	6	7
Çok sık				Pek nadiren veya hiçbir zaman		

6. Alışık olmadığınız bir durumda olup ne yapacağınızı bilmediğiniz duygusunu taşıyor musunuz?

1	2	3	4	5	6	7
Çok sık				Pek nadiren veya hiçbir zaman		

7. Her gün yaptığınız işleri yapmak,

1	2	3	4	5	6	7
Derin bir zevk ve tatmin kaynağı				Acı ve sıkıntı kaynağı		

8. Çok karmaşık duygularınız ve fikirleriniz var mı?

1	2	3	4	5	6	7
Çok sık				Pek nadiren veya hiçbir zaman		

9. Hissetmemeyi tercih ettiğiniz duygulara sahip olduğunuz olur mu?

1	2	3	4	5	6	7
Çok sık				Pek nadiren veya hiçbir zaman		

10. Birçok insan, kuvvetli karakterler bile, bazen belli durumlarda başarısızlık hissi duyarlar. Geçmişte siz ne sıklıkla böyle hissetiniz?

1	2	3	4	5	6	7
Hiçbir zaman						Çok sık

11. Bir şey olduğunda, genelde

1	2	3	4	5	6	7
Önemini abarttığınızı veya küçümsediğinizi fark edersiniz				Olaylara gereken önemi atfedersiniz		

12. Gündelik hayatta yaptığınız şeylerin nispeten anlamsız olduğunu ne sıklıkta hissedersiniz?

1	2	3	4	5	6	7
Çok sık				Pek nadiren veya hiçbir zaman		

13. Ne sıklıkta, kontrol edebileceğinizden emin olmadığınız duygularınız olur?

1	2	3	4	5	6	7
Çok sık				Pek nadiren veya hiçbir zaman		

Ek 4: Connor-Davidson Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği (C-D PDÖ)

Lütfen aşağıdaki ifadelerin geçtiğimiz ay içinde size ne kadar uyduğunu gösteriniz. Eğer yakın zamanda belirgin bir şey olmadıysa, ne hissetmiş olabileceğinizi düşünerek cevaplayınız. 1= Hiçbir zaman doğru değil, 5= Her zaman doğru					
1. Değişiklikler karşısında uyum sağlayabilirim.	1	2	3	4	5
2. Stres olduğumda beni rahatlatacak en az bir tane yakın ve güvенеbileceğim ilişkim vardır.	1	2	3	4	5
3. Sorunlarıma açık bir çözüm bulunmadığımda, bazen Tanrı ya da kader yardımcı olabilir.	1	2	3	4	5
4. Önüme çıkan her şeyle başa çıkabilirim.	1	2	3	4	5
5. Geçmiş başarılarım, yeni zorluklarla mücadele etmemde bana güven veriyor.	1	2	3	4	5
6. Sorunlarla karşılaştığım zaman olayların komik yönlerini görmeye çalışırım.	1	2	3	4	5
7. Stresle mücadele etmek durumunda kalmak, beni daha da güçlendirebilir.	1	2	3	4	5
8. Hastalık, yaralanma ya da benzeri güçlüklerden sonra çabuk normale dönerim.	1	2	3	4	5
9. İyi ya da kötü, her şeyin olmasında belli bir sebep olduğunu düşünürüm.	1	2	3	4	5
10. Sonuç ne olacak olursa olsun, elimden gelenin en iyisini yaparım.	1	2	3	4	5
11. Engeller olsa da, hedeflerime ulaşacağıma inanırım.	1	2	3	4	5
12. Umutsuz durumlarda bile vazgeçmem.	1	2	3	4	5
13. Kriz ya da stres durumlarında yardım için nereye gideceğimi	1	2	3	4	5

bilirim.					
14. Stres altında dikkatim dağılmaz ve açık bir şekilde düşünebilirim.	1	2	3	4	5
15. Sorunları çözerken bütün kararları başkasının almasına izin vermektense, kendim için başına geçmeyi tercih ederim.	1	2	3	4	5
16. Başarısızlıklar karşısında kolay pes etmem.	1	2	3	4	5
17. Yaşamdaki zorluklarla uğraşmada kendimi güçlü bir insan olarak görürüm.	1	2	3	4	5
18. Gerektiğinde başkalarını etkileyecek zor ya da kimsenin vermek istemediği kararları alabilirim.	1	2	3	4	5
19. Üzüntü, korku ve öfke gibi hoş olmayan ve acı verici duygularla baş edebilirim.	1	2	3	4	5
20. Yaşamdaki sorunlarla baş ederken, bazen olayların nedenini bilmeden, varsayımlar üzerinden hareket etmek gerekir.	1	2	3	4	5
21. Yaşamdaki amacıma dair güçlü bir duyguya sahibim.	1	2	3	4	5
22. Hayatımın kontrolüne sahip olduğumu hissediyorum.	1	2	3	4	5
23. Zoru severim.	1	2	3	4	5
24. Önüme ne engel çıkarsa çıksın, hedeflerime ulaşmaya çalışırım.	1	2	3	4	5
25. Başarılarımla gurur duyarım.	1	2	3	4	5

Ek 5: Kısa Formu-36 Sağlık Taraması (KF-36)

Bu tarama formu size sağlığınıza ilgili görüşlerinizi sormaktadır. Bu bilgiler sizin nasıl hissettiğinizi ve her zamanki faaliyetlerinizi ne rahatlıkla yapabildiğinizi izlemekte yardımcı olacaktır. Bütün soruları belirtildiği şekilde cevaplayın. Eğer bir soruyu ne şekilde cevaplayacağınızdan emin olamazsanız, en yakın cevabı işaretleyin.

1. Genel olarak sağlığınıza nasıl değerlendirirsiniz? (Birinin etrafına daire çiziniz)

1) Mükemmel 2) Çok iyi 3) İyi 4) Fena değil 5) Kötü

2. Geçen sene ile karşılaştırıldığında şimdi sağlığınıza nasıl değerlendirirsiniz?

1) Bir yıl öncesine göre çok daha iyi 2) Bir yıl öncesine göre biraz daha iyi
3) Bir yıl öncesi ile hemen hemen aynı 4) Bir yıl öncesine göre biraz daha kötü
5) Bir yıl öncesine göre çok daha kötü

3. Aşağıdakiler normal olarak gün içerisinde yapıyor olabileceğiniz bazı faaliyetlerdir.

Su sıralarda sağlığınıza sizi bu faaliyetler bakımından kısıtlıyor mu? Kısıtlıyorsa ne kadar? (Her satırda bir sayının etrafına daire çizin)

FAALİYETLER	Evet, oldukça kısıtlıyor	Evet, biraz kısıtlıyor	Hayır, hiç kısıtlamıyor
a. Kuvvet Kuvvet gerektiren faaliyetler , örneğin ağır eşyalar kaldırmak, futbol gibi sporlarla uğraşmak	1	2	3
b. Orta zorlukta faaliyetler , örneğin masa kaldırmak, süpürmek, yürüyüş gibi hafif spor yapmak	1	2	3
c. Çarşı-pazar torbalarını taşımak	1	2	3
d. Merdivenle çok sayıda kat çıkmak	1	2	3
e. Merdivenle bir kat çıkmak	1	2	3
f. Eğilmek, diz çökmek, yerden bir şey almak	1	2	3
g. Bir kilometreden fazla yürümek	1	2	3
h. Birkaç yüz metre yürümek	1	2	3
i. Yüz metre yürümek	1	2	3
j. Yıkanmak ya da giyinmek	1	2	3

4. Geçtiğimiz bir ay (4 hafta) içerisinde işinizde veya diğer günlük faaliyetlerinizde **bedensel sağlığınız nedeniyle** aşağıdaki sorunların herhangi biriyle karşılaştınız mı? (Her satırda bir sayının etrafına daire çizin)

	EVET	HAYIR
a. İş ya da iş dışı uğraşlarınıza verdiğiniz zamanı kıstamak zorunda kalmak	1	2
b. Yapmak istediğinizden daha azını yapabilmek (bitmeyen projeler, temizlenmeyen ev gibi...)	1	2
c. Yapabildiğiniz iş türünde ya da faaliyetlerde kısıtlanmak	1	2
d. İş ya da diğer uğraşları yapmakta zorlanmak	1	2

5. Geçtiğimiz bir ay (4 hafta) içerisinde işinizde veya diğer günlük faaliyetlerinizde **duygusal problemleriniz nedeniyle** (üzüntülü ya da kaygılı olmak gibi) aşağıdaki sorunların herhangi biriyle karşılaştınız mı? (Her satırda bir sayının etrafına daire çizin).

	EVET	HAYIR
a. İş ya da iş dışı uğraşlarınıza verdiğiniz zamanı kıstamak zorunda kalmak	1	2
b. Yapmak istediğinizden daha azını yapabilmek (bitmeyen projeler, temizlenmeyen ev gibi...)	1	2
c. İş ya da diğer uğraşları her zamanki gibi dikkatle yapamamak	1	2

6. Son bir ay (4 hafta) içerisinde bedensel sağlığınız ya da duygusal problemleriniz, aileniz, arkadaşlarınız, komşularınızla ya da diğer gruplarla normal olarak yaptığınız sosyal faaliyetlere ne ölçüde engel oldu? (Birinin etrafına daire çizin)

1) Hiç 2) Biraz 3) Orta derecede 4) Epey 5) Çok fazla

7. Geçtiğimiz bir ay (4 hafta) içerisinde ne kadar bedensel ağrılarınız oldu? (Birinin etrafına daire çizin)

1) Hiç 2) Çok hafif 3) Hafif 4) Orta hafiflikte 5) Aşırı derecede 6) Çok aşırı

8. Son bir ay (4 hafta) içerisinde, ağrı normal işinize (ev dışında ve ev işi) ne kadar engel oldu? (Birinin etrafına daire çizin)

1) Hiç olmadı 2) Biraz 3) Orta derecede 4) Epey 5) Çok fazla

9. Aşağıdaki sorular geçtiğimiz bir ay (4 hafta) içerisinde kendinizi nasıl hissettiğinizle ve işlerin sizin için nasıl gittiği ile ilgilidir. Lütfen her soru için nasıl hissettiğinize en yakın olan cevabı verin. (Her satırda bir sayının etrafına daire çizin). Geçtiğimiz 4 hafta içindeki sürenin ne kadarı:

	Her zaman	Çoğu zaman	Epeyce	Arada sırada	Çok ender	Hiçbir zaman
a. Kendinizi hayat dolu hissettiniz?	1	2	3	4	5	6
b. Çok sinirli bir kişi oldunuz?	1	2	3	4	5	6
c. Hiçbir şeyin sizi neşelendiremeyeceği kadar moraliniz bozuk ve kötü oldu?	1	2	3	4	5	6
d. Sakin ve huzurlu hissettiniz?	1	2	3	4	5	6
e. Enerjik oldunuz?	1	2	3	4	5	6
f. Mutsuz ve kederli oldunuz?	1	2	3	4	5	6
g. Kendinizi tükenmiş hissettiniz?	1	2	3	4	5	6
h. Mutlu ve sevinçli oldunuz?	1	2	3	4	5	6
ı. Yorgun hissettiniz?	1	2	3	4	5	6

10. Geçtiğimiz bir ay (4 hafta) içerisinde, bu sürenin ne kadarında bedensel sağlığınız ya da duygusal problemleriniz, sosyal faaliyetlerinize (arkadaş, akraba ziyareti gibi) engel oldu? (Birinin etrafına daire çizin)

1) Her zaman 2) Çoğu zaman 3) Bazen 4) Nadiren 5) Hiçbir zaman

11. Aşağıdaki ifade sizin için ne kadar DOĞRU ya da YANLIŞ? (Her satırda bir sayının etrafına daire çizin).



	Kesinlikle doğru	Çoğunlukla doğru	Bilmiyorum	Çoğun- lukla yanlış	Kesinlikle yanlış
a. Başkalarından biraz daha kolay hastalandığımı düşünüyorum.	1	2	3	4	5
b. Ben de tanıdığım herkes kadar sağlıklıyım.	1	2	3	4	5
c. Sağlığımın kötü gideceğini sanıyorum.	1	2	3	4	5
d. Sağlığım mükemmeldir.	1	2	3	4	5

Ek 6: Sosyal Sermaye Ölçeği

Stratejik Güven Ölçeği

Aşağıda, tanıdığımız kişilerle ilişkilerimiz hakkında bazı ifadeler verilmiştir. Bu ifadeleri okuyarak her bir ifadeye katılma derecenizi ilgili sütuna işaret (X) koyarak belirtiniz. Bazı ifadelerin size tam olarak uygun olmadığını düşünebilirsiniz ama yine de size en yakın seçeneği işaretleyiniz. LÜTFEN hiçbir maddeyi boş bırakmayınız.

	Ölçek Maddeleri	Bana Hiç Uygun Değil	Bana Uygun Değil	Bana Kısmen Uygun	Bana Uygun	Bana Tamamen Uygun
1	Dostlarımla rahatlıkla bir işe girişirim.					
2	Bir yardıma ihtiyacım olduğunda rahatlıkla dostlarımı ararım.					
3	Dostlarımla dostlarına güvenirim.					
4	Dostlarım benden rahatlıkla yardım ister.					
5	Dostlar olarak birbirimize yardım edeceğimiz konusunda eminizdir.					
6	Dostlarım, bir fırsat çıktığında benim de ondan yararlanmam için ellerinden geleni yaparlar.					
7	Dostlarımla tavsiye ettiği kişi benim için önemlidir.					
8	Bir kurumda bir sorunla karşılaştığımda o kurumdaki dostlarımla bana yardım edeceğinden eminim.					
9	Dostlarımla bana işi düştüğünde elimden geleni yaparım.					

Genel Güven Ölçeği

Aşağıda, tanımadığımız kişilerle ilişkilerimiz hakkında bazı ifadeler verilmiştir. Bu ifadeleri okuyarak her bir ifadeye katılma derecenizi ilgili sütuna işaret (X) koyarak belirtiniz. Bazı ifadelerin size tam olarak uygun olmadığını düşünebilirsiniz ama yine de size en yakın seçeneği işaretleyiniz. LÜTFEN hiçbir maddeyi boş bırakmayınız.

		Bana Hiç Uygun Değil	Bana Uygun Değil	Bana Kısmen Uygun	Bana Uygun	Bana Tamamen Uygun
1	İnsanların çoğunluğuna güvenilebilir.					
2	İnsanlarla ilişkilerde dikkatli olunmalıdır.					
3	İnsanlarla ortak iş yaparken dikkatli olunmalıdır.					
4	İş yaptığın insanlara güvenip güvenmeyeceğini bilemezsin.					
5	Tanımadığın insanlarla iş yapmak rahatsızlık vericidir.					
6	İnsanların çoğunluğu fırsatını bulduklarında sizden çıkar sağlamaya çalışır.					
7	İnsanlar genelde kendi çıkarları için yaşar.					
8	İşin içine para girince kimseye güvenemezsin.					
9	İnsanların çoğunluğu yardımseverdir.					
10	İnsanların çoğunluğu başkalarını düşünmez.					
11	Eğitimsiz insanlar ile ilişki kurmak zordur.					

Kurumsal Güven Ölçeği

Aşağıdaki ifadeleri okuyarak her bir ifadeye katılma derecenizi ilgili sütuna işaret (X) koyarak belirtiniz. Bazı ifadelerin size tam olarak uygun olmadığını düşünebilirsiniz ama yine de size en yakın seçeneği işaretleyiniz. LÜTFEN hiçbir maddeyi boş bırakmayınız.

		Hiç Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Tamamen Katılıyorum
1	Bir haksızlıkla karşılaştığında, insanların haklarını arayacağı kurumlar var.					
2	İçinde yaşadığım ortamdaki ilişkilerin adil olduğuna inanıyorum.					
3	İnsanlar rahatlıkla bir devlet kurumuna gidip başvuruda bulunabilirler.					
4	İnsanlar arası ilişkiler eşitlik temeline dayanır.					
5	Tüm devlet kurumlarında işler olması gerektiği gibi yapılmaktadır.					
6	İçinde yaşadığım toplumda insanlar ayrımcı değildir.					
7	İnsanlar bir sorun yaşadığında rahatlıkla bir devlet kurumuna başvurup sorunları çözebilirler.					
8	İnsanlar kurumların işleyişiyle ilgili bir sorunla karşılaştığında (İşin gecikmesi, engellenmesi vb.) yasal süreçlere kolaylıkla başvurabilirler.					
9	Bu ülkede işlerin yürümesi için mutlaka bir tanıdık olması gerekir.					
10	Bu ülkede ne yaparsan yap başına gelecek olumsuz bir durumu değiştiremezsin.					
11	Bu ülkede bir problemle karşılaştığın zaman hiçbir kurumda hakkını arayamazsın.					
12	Bu toplumda bir şeyleri insanlar değiştiremez.					
13	Kurumların işleyişiyle ilgili bir sorun yaşadığında tanıdıklarını devreye sokman gerekir.					
14	Bu ülkede bir problemle karşılaştığında kimseye güvenemezsin.					
15	Devlet kurumları problem çözme mercii değildir.					
16	Devlet kurumlarına başvurmakta başka sorun çözme mekanizmalarına başvurmak daha etkilidir.					

Aşağıdaki ifadeleri okuyarak her bir ifadeye katılma derecenizi ilgili sütuna işaret (X) koyarak belirtiniz. Bazı ifadelerin size tam olarak uygun olmadığını düşünebilirsiniz ama yine de size en yakın seçeneği işaretleyiniz. LÜTFEN hiçbir maddeyi boş bırakmayınız.

	Ortak Değerler Ölçeği	Bana Hiç Uygun Değil	Bana Uygun Değil	Bana Kısmen Uygun	Bana Uygun	Bana Tamamen Uygun
1	Bir karşılık olmadan insanlara yardım ederim.					
2	Arkadaşımın başı sıkıştıysa ona her türlü desteği veririm.					
3	Sahip olduğum bilgileri insanlarla paylaşıyorum.					
4	Arkadaşlarımla iş yaparken para kazanmak önemli değildir.					
5	İstemesem bile arkadaşlarım için bazı işlere girerim.					
6	Arkadaşlarımla kararlarına uyarım.					
7	Arkadaşlarım bir işe girdiğinde onlarla birlikte olmayı isterim.					
8	Arkadaşlarım için bir iş yaparken para kaybetmek benim için sorun değildir.					

	Aidiyet Ölçeği	Hiç Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Tamamen Katılıyorum
1	İçinde olduğum sosyal gruplarda (Örneğin dernekler, arkadaş grubu, sivil toplum kuruluşları gibi) genellikle paylaştığımız ortak bir amacımız olduğunu düşünürüm.					
2	İçinde olduğum sosyal gruplardaki kişilerle (Örneğin dernekler, arkadaş grubu, sivil toplum kuruluşları gibi) aramızda karşılıklı bir güven ilişkisi olduğuna inanıyorum.					
3	İçinde olduğum sosyal gruplardaki kişilerle (Örneğin dernekler, arkadaş grubu, sivil toplum kuruluşları gibi) birbirimizi desteklemek önemlidir.					
4	İçinde olduğum sosyal gruptan (Örneğin dernekler, arkadaş grubu, sivil toplum kuruluşları gibi) mutlaka olumlu sonuçlar elde edeceğimi düşünüyorum.					
5	İçinde olduğum sosyal gruplara (Örneğin dernekler, arkadaş grubu, sivil toplum kuruluşları gibi) dâhil olduğum için yeni olanaklar elde ettiğimi düşünüyorum.					
6	İçinde olduğum sosyal gruplarda (Örneğin dernekler, arkadaş grubu, sivil toplum kuruluşları gibi) herkesin birbirini destekleyeceğine inanıyorum.					

Ek 7: Bayliss Komorbidite Özbildirim Anketi

	BENDE BU HASTALIK YOK	BENDE BU HASTALIK VAR ve günlük aktivitelerimi kısıtlıyor...				
		hiç				çok
Yüksek tansiyon	0	1	2	3	4	5
Yüksek kolesterol	0	1	2	3	4	5
Astım	0					
Diyabet	0	1	2	3	4	5
Tiroid hastalığı	0	1	2	3	4	5
Kronik bel ağrısı veya siyatik	0	1	2	3	4	5
Romatoid Artrit (Eklem iltihabı)	0	1	2	3	4	5
Romatizmal hastalık fibromiyalji veya lupus (bağışıklık sistemi hastalığı) gibi	0	1	2	3	4	5
Mide problemi ülser, gastrit veya reflü gibi	0	1	2	3	4	5
Kolon problemi huzursuz bağırsak veya kolit gibi	0	1	2	3	4	5
Bacaklarınızda kan dolaşım bozukluğu	0	1	2	3	4	5
Fazla kilo	0	1	2	3	4	5
İşitmede zorluk	0	1	2	3	4	5
Görme problemi	0	1	2	3	4	5
Kronik bronşit veya amfizem	0	1	2	3	4	5
Osteoartrit (Kireçlenme) (romatoid artrit değil, sadece artrit)	0	1	2	3	4	5
Osteoporoz (kemik erimesi)	0	1	2	3	4	5
Kanser (son 5 yıl içinde, küçük cilt kanserleri dâhil değildir)	0	1	2	3	4	5
Konjestif (kan dolmasına bağlı) kalp yetmezliği	0	1	2	3	4	5
Kalp hastalığı kalp spazmı gibi (kalp problemi sebepli göğüs ağrısı), kalp krizi, bypass ameliyatı veya anjiyoplasti	0	1	2	3	4	5
İnme, felç	0	1	2	3	4	5
Kronik bronşit/KOAH	0	1	2	3	4	5
Böbrek hastalığı	0	1	2	3	4	5
Parkinson veya Multipl skleroz gibi sinir sistemi ile ilgili hastalıklar	0	1	2	3	4	5

Depresyon	0	1	2	3	4	5
Yukarıda ismi geçenlerden farklı kronik tıbbi hastalıklarınız var mı? Varsa, lütfen aşağıya yazınız.	0	1	2	3	4	5
	0	1	2	3	4	5
	0	1	2	3	4	5
	0	1	2	3	4	5

EK 8: Etik Onay Yazısı

Tarih ve Sayı: 18.03.2021-139736



T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Sosyal ve Beşeri Bilimler Araştırmaları Etik Kurulu
Başkanlığı



Sayı :E-35980450-663.05-139736
Konu :Ünzile Özge KICALI

Sayın Ünzile Özge KICALI

İlgi : 27.01.2021 tarihli, 52299 sayılı yazı

Sorumlu araştırmacılığını üstlendiğiniz 2021/26 dosya numaralı "Kronik Fiziksel Hastalığı Olan ve Olmayan Bireylerin Sağlıkla İlişkili Yaşam Kalitelerinin Salutojenik Model ve Pozitif Psikoloji Kapsamında İncelenmesi" başlıklı çalışma, Kurulumuzun 08.02.2021 tarih ve 02 sayılı toplantısında görüşülerek etik yönden uygun bulunmuş olup, karar ekte sunulmuştur.

Bilgilerinizi rica ederim.

Prof. Dr. N. Tolga SARUÇ
Başkan

Ek:Sosyal ve Beşeri Bilimler Araştırmaları Etik Kurulu Kararı

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Doğrulama Kodu :BSUM8K9S6Z Pin Kodu :86482

Belge Takip Adresi : <https://www.turkiye.gov.tr/istanbul-universitesi-ebys>

İstanbul Üniversitesi Merkez Kampüsü

34452 Beyazıt/Fatih-İstanbul

Tel : 0212 440 20 89 Faks : 0212 440 20 88

e-posta : sosyalbilimleretikkurul@istanbul.edu.tr Elektronik Ağ : www.istanbul.edu.tr

Kep Adresi: istanbuluniversitesi@hs01.kep.tr

Bilgi için : Süleyman ARIK

Dahili : 10689



Bu belge 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununun 5. Maddesi gereğince güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

EK 9: Bilgilendirilmiş Onam Formu

T.C. İstanbul Üniversitesi

Sosyal ve Beşeri Bilimler Araştırmaları Etik Kurulu

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ ONAM FORMU

Sizi İstanbul Üniversitesi Klinik-Sağlık Psikolojisi Doktora programı kapsamında **Doç. Dr. Özlem Sertel-Berk**'in danışmanlığında Ünzile Özge Kıcalı tarafından yürütülen “Kronik Fiziksel Hastalığı Olan ve Olmayan Bireylerin Sağlıkla İlişkili Yaşam Kalitelerinin Salutojenik Model ve Pozitif Psikoloji Kapsamında İncelenmesi” başlıklı tez araştırmasına davet ediyoruz. Bu araştırmanın amacı bireylerin zorluklara rağmen sağlıklarını sürdürmelerine yardımcı olan faktörlerin incelenmesidir. Araştırma için sizden tahminen 35-40 dakika ayırmanız istenmektedir. Araştırma bataryası toplam 6 ölçek olmak üzere 164 soru içermektedir. Araştırmaya sizinle birlikte tahminen 350 kişi katılacaktır. Bu çalışmaya katılmak tamamen **gönüllülük** esasına dayanmaktadır. Çalışmanın amacına ulaşması için sizden beklenen, bütün soruları eksiksiz, kimsenin baskısı veya telkini altında olmadan, size en uygun gelen cevapları içtenlikle verecek şekilde cevaplamanızdır. Bu formu okuyup onaylamanız araştırmaya katılmayı kabul ettiğiniz anlamına gelecektir. Ancak, çalışmaya katılmama veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmayı bırakma hakkına da sahipsiniz.

Bu çalışmadan elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacak olup kişisel bilgileriniz **gizli tutulacaktır**; ancak verileriniz yayın amacı ile kullanılabilir. İletişim bilgileriniz ise sadece izninize bağlı olarak ve farklı araştırmacıların sizinle iletişime geçebilmesi için “ortak katılımcı havuzuna” aktarılabilir. Eğer araştırmanın amacı ile ilgili verilen bu bilgiler dışında şimdi veya sonra daha fazla bilgiye ihtiyaç duyarsanız araştırmacıya şimdi sorabilir veya **xxxxxx** e-posta adresinden ulaşabilirsiniz. Araştırma tamamlandığında genel/size özel sonuçların sizinle paylaşılmasını istiyorsanız lütfen araştırmacıya iletiniz.

Yukarıda yer alan ve araştırmadan önce katılımcıya verilmesi gereken bilgileri okudum ve katılmam istenen çalışmanın kapsamını ve amacını, gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları anladım. Çalışma hakkında yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen araştırmacı/araştırmacılar tarafından yapıldı. Bana, çalışmanın muhtemel riskleri ve faydaları sözlü olarak da anlatıldı. Kişisel bilgilerimin özenle korunacağı konusunda yeterli güven verildi.

Bu koşullarda söz konusu araştırmaya kendi isteğimle, hiçbir baskı ve telkin olmaksızın katılmayı

☐ kabul ediyorum ☐ kabul etmiyorum (lütfen uygun seçeneği işaretleyiniz)

ÖZGEÇMİŞ

İsim: Ünzile Özge Kıcalı

ÖĞRENİM DURUMU

-
- **Yüksek Lisans:** Maltepe Üniversitesi / Klinik Psikoloji / Eylül 2012-
Haziran 2015/ İstanbul
 - **Lisans:** Boğaziçi Üniversitesi / Psikoloji / Eylül 2007 –
Haziran 2012
Maastricht University / Psychology and
Neuroscience / Şubat 2011 – Haziran 2011/
Maastricht, Hollanda
 - **Lise:** Maltepe Anadolu Lisesi / Eylül
2004 – Haziran 2006 / İstanbul
Doğa Koleji / Eylül 2006 – Haziran
2007/ İstanbul

SEMİNERLER VE SERTİFİKALAR

Şubat 2023/ Afet Saha Çalışanlarına Yönelik Psikolojik İlk Yardım Eğitimi, Türk Psikologlar Derneği (TPD)

Mayıs 2020/ Şema Terapi Yaklaşımından Sağlıklı Yetişkin Yanımızı Güçlendirme Eğitim ve Uygulama Programı, Uluslararası Şema Terapi Derneği (ISST)

Nisan 2019/ Korona Günlerinde Şema Terapi Yaklaşımından Müdahaleler, ISST

Kasım 2018- Mayıs 2019 / Şema Terapi Eğitimi, ISST

Ekim 2017- Mayıs 2018 / İstanbul Üniversitesi "Klinik Sağlık Psikolojisi Buluşmaları" İsimli Seminer Serisi

11- 14 Temmuz 2017 / Avrupa Psikoloji Kongresi, Amsterdam/ Hollanda

23- 25 Eylül 2016 / Çocuk ve Erişkin Klinik Psikiyatri Kongresi, İstanbul

17- 19 Mayıs 2013 / VI. Işık Savaşır Sempozyumu, Boğaziçi Üniversitesi

8 Kasım 2012 / Change for Traumatized Children: Therapeutic Approaches that Work for Street Children, Maltepe Üniversitesi

25 – 28 Nisan 2012 / XVII. Ulusal Psikoloji Kongresi

21 – 24 Temmuz 2011 / XVI. Ulusal Psikoloji Öğrencileri Kongresi

10 Nisan 2010 / Sosyal Girişimci Genç Liderler Akademisi, Sosyal Girişimcilik Konferansı

Mayıs 2011 – Ağustos 2011 / Sinefil Seminerleri, Boğaziçi Üniversitesi Mithat Alam

Film Merkezi

14 – 17 Temmuz 2010 / Ruhsal Gelişim Psikoterapisi Hizmetindeki 'Aile Dizimleri', XV. Ulusal Psikoloji Öğrencileri Kongresi

14 – 17 Temmuz 2010 / Psikologlar, Psikoloji Eğitim ve Uygulama Yelpazesi, Sorunlar, XIV. Ulusal Psikoloji Öğrencileri Kongresi

14 – 17 Temmuz 2010 / Okul Öncesi Çocuklarda Duygu Anlama- Sözel Bildiri, XV. Ulusal Psikoloji Öğrencileri Kongresi

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Kicali, Ü. Ö. (2015). Öz-Şefkat ve Tekrarlayıcı Düşünmenin Olumsuz Duygulanım ve Depresyon ile İlişkilerinin İncelenmesi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, *Maltepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü*, İstanbul.

ULUSLARARASI KONFERANSLARDA SUNULAN BİLDİRİLER

Kicali, Ü. Ö. Ve Sertel, H. Ö. (2023). "Bütünlük Duygusu Ölçeği Kısa Formu'nun Türkçeye Uyarlanması: Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması", 5. Uluslararası Marmara Bilimsel Araştırmalar ve İnovasyon Kongresi, İstanbul, 17 Haziran 2023

Acar, D., Coşar Z.B. ve Kicali, Ü.Ö. (2017). "Pain catastrophizing and perceived spouse response among chronic pain patients: Role of attachment", Avrupa Psikoloji Kongresi, Amsterdam, HOLLANDA, 11-14 Temmuz 2017, pp.111-111.

Kicali, Ü. Ö. ve Arcan, K. (2016). "Öz-şefkat ve tekrarlayıcı düşünmenin olumsuz duygulanım ve depresyon ile ilişkilerinin incelenmesi", Çocuk ve Erişkin Klinik Psikiyatri Kongresi, İstanbul, 23-25 Eylül 2016, ss. 018-018.

ULUSAL KONFERANSLARDA SUNULAN BİLDİRİLER

Kicali Ü.Ö., Sandal C., Taşkale N., Uzun A., Yaman E., "Okulöncesi Çocuklarda Duygu Anlama ", XV. Ulusal Psikoloji Öğrencileri Kongresi, İstanbul, 14-17 Temmuz 2010, ss.14-15

**SCI, SSCI VE AHCI İNDEKSLERİNE GİREN DERGİLERDE YAYINLANAN
MAKALELER**

Acar, D.; Kıcılı, U.Ö. An integrated approach to COVID-19 preventive behaviour intentions: Protection Motivation Theory, information acquisition, and trust. Soc. Work Public Health. 2021, 37, 419–434.