T.C.
SELÇUK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

YETİŞKİN BİREYLERİN SOSYAL DESTEK, YALNIZLIK VE SAĞLIK KAYGI DÜZEYLERİNİN İNCELENMESİ: KONYA ÖRNEĞİ

Rahime Nur DEMİR

YÜKSEK LİSANS TEZİ

SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI

Danışman

Doç. Dr. Handan ERTAŞ

KONYA-2021

T.C.
SELÇUK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

YETİŞKİN BİREYLERİN SOSYAL DESTEK, YALNIZLIK VE SAĞLIK KAYGI DÜZEYLERİNİN İNCELENMESİ: KONYA ÖRNEĞİ

Rahime Nur DEMİR

YÜKSEK LİSANS TEZİ

SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI

Danışman

Doç. Dr. Handan ERTAŞ

KONYA-2021

ÖNSÖZ

İnsanlığın ilk zamanlarından beri dünyadaki çeşitli kültürler sağlık ve hastalığın ne demek olduğunu anlamak için zamanın tıbbi ve bilimsel inançlarını değiştirerek günümüze ulaştırmıştır. Sağlık ve hastalık birçok faktörü etkilediği gibi birçok faktörden de etkilenmektedir. Bunların başında kaygı, depresyon, yalnızlık ve sosyal destek algısı gelmektedir. Bu araştırmada algılanan sosyal destek, yalnızlık ve sağlık kaygı değişkenleri ele alınmıştır.

Yüksek lisans eğitimimin başından sonuna kadar bilgisini, tecrübesini ve deneyimlerini benimle paylaşan, tez konumu seçerken düşüncelerimi, isteklerimi göz önünde bulunduran çok değerli danışmanım Doç. Dr. Handan ERTAŞ'a ayrıca yüksek lisans eğitim hayatım boyunca her zaman sonsuz destekleriyle benim yanımda olan Arş. Gör. Fatma Çiftçi KIRAÇ'a ve Arş. Gör. Ramazan KIRAÇ'a teşekkür ederim.

Eğitim öğretim hayatım boyunca büyük sevgi ve fedakârlıkla benim her zaman ve her koşulda yanımda olan canım aileme, araştırmamdaki verilerin toplanmasına gönüllü iştirak eden katılımcılara ve arkadaşlarıma teşekkür ederim.

RAHİME NUR DEMİR

İÇİNDEKİLER

SİMGELER VE KISALTMALAR iv

ÖZET v

SUMMARY vi

1. GİRİŞ 1

1.1. SOSYAL DESTEK 3

1.1.1. Sosyal Desteğin Önemi 4

1.1.2. Sosyal Destek Kaynakları 5

1.1.3. Sosyal Destek Modelleri 6

1.1.4. Sosyal Destek Türleri 7

1.1.5. Sosyal Destek ve Sağlık 8

1.2. YALNIZLIK 10

1.2.1. Yalnızlık Yaklaşımları 11

1.2.2. Yalnızlığın Sınıflandırılması 13

1.2.3. Yalnızlığın Boyutları 15

1.2.4. Yalnızlığın Nedenleri 15

1.2.5. Yalnızlık Belirtileri 18

1.2.6. Yalnızlığın Sonuçları 18

1.3. SAĞLIK KAYGISI 19

1.3.1. Etiyoloji 21

1.3.2. Epidemiyoloji 23

1.3.3. Tedavi 23

2. GEREÇ VE YÖNTEM 25

2.1. Araştırmanın Amacı 25

2.2. Araştırmanın Önemi 25

2.3. Araştırmanın Tipi 25

2.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi 25

2.5. Araştırmada Kullanılan Veri Toplama Araçları 26

2.5.1. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği 26

2.5.2. De Jong Gierveld Yalnızlık Ölçeği 27

2.5.3. Sağlık Anksiyetesi Ölçeği 27

2.6. Araştırma Verilerinin Toplanması 28

2.7. Araştırma Verilerinin Değerlendirilmesi 28

2.8. Araştırmanın Etik Boyutu 28

2.9. Araştırmanın Sınırlılıkları 29
2.10. Araştırmanın Hipotezleri 29
3. BULGULAR 31
3.1. Araştırmanın Demografik Verileri ve Demografik Verilerin Analizine Ait Bulgular 31
3.2. Araştırmanın Ölçekleri-Alt Boyutlarından Aldıkları Puanlar ve Demografik Veriler ile Ölçekler Arasındaki Analizlere Ait Bulgular 40
3.3. Algılanan Sosyal Destek, Yalnızlık ve Sağlık Kaygısı Alt Boyutlarına İlişkin Bulgular 49
4. TARTIŞMA 53
4.1. Araştırmanın Demografik Bulgularına Ait Tartışma 53
4.2. Araştırmanın Ölçekleri-Alt Boyutlarından Aldıkları Puanlar ve Demografik Veriler ile Ölçekler Arasındaki Analizlere Ait Tartışma 56
4.3. Algılanan Sosyal Destek, Yalnızlık ve Sağlık Kaygısı Alt Boyutlarının Analizlerine Ait Tartışma 59
5. SONUÇ VE ÖNERİLER 61
5.1. Sonuçlar 61
5.2. Öneriler 62
6. KAYNAKLAR 64
7. EKLER 76
EK-A: Anket Formu 76
EK-B: Ölçeklerin İzni 80
EK-C: Bilgilendirilmiş Onam 82
8. TURNİTİN RAPORU 83

SİMGELER VE KISALTMALAR

ASD: Algılanan Sosyal Destek

ÇBASD: Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek

ÇBASDÖ: Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği

SSD: Sağlanan Sosyal Destek

ÖZET

T.C.
SELÇUK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

Yetişkin Bireylerin Sosyal Destek, Yalnızlık Ve Sağlık Kaygı Düzeylerinin İncelenmesi: Konya Örneği

Rahime Nur DEMİR

Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı

YÜKSEK LİSANS TEZİ/KONYA-2021

Bu çalışmada, Konya ili merkez ilçelerinden; Selçuklu, Meram ve Karatay'da ikamet eden akut veya kronik hastalığı olan yetişkin bireylerin algıladıkları sosyal destek, yalnızlık ve sağlık kaygı düzeylerinin incelenmesi amaçlanmaktadır. Nicel araştırma deseni kullanılmıştır.

Araştırmanın evreni 1.346.330 kişiden oluşmakta olup 404 kişi örnekleme dâhil edilmiştir. Online anket tekniği ile veriler elde edilmiştir. Anket 4 bölümden oluşmaktadır. Birinci bölüm demografik veriler, ikinci kısımda Zimet ve ark. (1988)'de geliştirilen ve Türkçeye Eker ve ark.(2001) tarafından uyarlanan 12 maddeden oluşan Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek ölçeği, üçüncü kısımda De Jong Gieveld ve ark. (1985)'te geliştirilen ve Türkçeye Çavdar ve ark.(2015) tarafından uyarlanan 11 maddeden oluşan yalnızlık ölçeği ve son kısımda Salkovskis ve ark. (2002)'de geliştirilen ve Türkçeye Aydemir ve ark.(2011) tarafından uyarlanan 18 maddeden oluşan sağlık anksiyetesi ölçeği yer almaktadır. Araştırma da yer alan ölçeklerin Cronbach alpha değerleri ise şu şekildedir: Sosyal Destek ölçeğinin 0,89, Yalnızlık ölçeğinin 0,85, Sağlık Anksiyetesi ölçeğinin ise 0,97'dir.

Katılımcıların %59,4'ünün kronik hastalığı var iken, bu oranın %25,8'ini 56 yaş+ üstü, %44,2'sini ilkokul mezunları oluşturmaktadır. Kronik hastalığı olanların çoğunluğunu yaşlı, eğitim seviyesi düşük bireyler oluşturmaktadır. Cinsiyetle yalnızlık arasında herhangi bir fark tespit edilememiştir. Kadınların sosyal destek düzeyi, erkeklerin ise sağlık kaygı düzeyleri daha yüksek bulunmuştur. Gençlerin algıladıkları sosyal destekleri yüksekken, yaşlıların yalnızlık ve sağlık kaygı seviyesi yüksek bulunmuştur. Evli bireylerin hem sosyal destekleri hem yalnızlıkları yüksektir. Bekârların ise sağlık kaygıları yüksek bulunmuştur. Eğitim seviyesi yüksek katılımcıların sosyal destek algısı yüksekken, düşük eğitim seviyesi olan bireylerin ise yalnızlık ve sağlık kaygısı yüksek bulunmuştur. Gelir durumu ile yalnızlık arasında bir fark bulunamazken, geliri yüksek olanların sosyal destekleri; geliri düşük olanların sağlık kaygısı yüksek bulunmuştur. Geniş aile yapısı olan yetişkinlerin sosyal destekleri, çekirdek aile yapısı olanların ise sağlık kaygı seviyeleri yüksek tespit edilirken yalnızlık ile aile yapısı arasında ilişkisi tespit edilememiştir.

Sosyal destek ile sağlık anksiyetesi arasında negatif yönlü güçlü bir ilişki, sosyal destek ile yalnızlık arasında negatif yönlü zayıf bir ilişki, yalnızlık ile sağlık anksiyetesi arasında ise pozitif yönlü zayıf bir ilişki vardır.

Anahtar Sözcükler: Algılanan Sosyal Destek; Sağlık Kaygısı; Yalnızlık.

SUMMARY

REPUBLIC OF TURKEY
SELCUK UNIVERSITY
HEALTH SCIENCES INSTITUTE

Investigation of Social Support, Loneliness and Health Anxiety Levels of Adult Individuals: The Case of Konya

Rahime Nur DEMİR

Department of Health Management

MASTER'S THESIS / KONYA-2021

In this study, one of the central districts of Konya province; It is aimed to examine the social support, loneliness and health anxiety levels perceived by adult individuals with acute or chronic diseases residing in Selcuk, Meram and Karatay. Quantitative research design was used.

The population of the study consists of 1.346.33 people and 404 people were included in the sample. Data were obtained by using the online survey technique. The questionnaire consists of 4 parts. In the first part, demographic data, in the second part, Zimet et al. (1988) and adapted to Turkish by Eker et al. (2001), the Multidimensional Scale of Perceived Social Supportconsists of 12 items. (1985) and adapted to Turkish by Çavdar et al. (2002) and adapted to Turkish by Aydemir et al. (2011), there is a health anxiety scale consisting of 18 items. The Cronbach alpha values of the scales included in the study are as follows: MSPSD scale is 0.89, Loneliness scale is 0.85, and Health Anxiety scale is 0.97.

While 59.4% of the participants have a chronic disease, 25.8% of this ratio is 56 years and above and 44.2% are primary school graduates. The majority of those with chronic diseases are elderly and low-educated individuals. No difference was found between gender and loneliness. Social support levels of women and health anxiety levels of men were found to be higher. While the perceived social support of the youth is high, the loneliness and health anxiety levels of the elderly were found to be high. Married individuals have high social support and loneliness. Health concerns of singles were found to be high. While the social support perception of the participants with high education level was high, the loneliness and health anxiety of the individuals with low education level were found to be high. While there was no difference between income level and loneliness, the social support of those with high income and health anxiety of those with low income were found to be high. While the social support of adults with extended family structure and the health anxiety levels of those with nuclear family structure were found to be high, the relationship between loneliness and family structure was not determined.

There is a strong negative relationship between MSPSD and health anxiety, a weak negative relationship between MSPS and loneliness, and a weak positive relationship between loneliness and health anxiety.

Keywords: Perceived Social Support; Health Anxiety; Loneliness.

1. GİRİŞ

Hızlı toplumsal değişimlerle beraber modern tıp alanında da önemli gelişmeler yaşanmaktadır. Tarihsel sürecin her anında olduğu gibi tıpta gelişmeler yaşanırken bireylerde de kısa (akut) veya uzun süreli (kronik) hastalıklar ortaya çıkmaktadır. Tıp alanında yaşanan tanı, tedavi ve koruyucu sağlık hizmetlerinin artmasına karşın bireylerin yaşam biçimine bağlı olarak ortaya çıkan kanser, diyabet, hipertansiyon gibi kronik rahatsızlıklarda her geçen gün insanlar için ciddi sorunlar oluşturmaktadır (Tekin 2007). Kronik rahatsızlıklar genellikle yavaş seyreden ve uzun süreçli durumlar olduğu için hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkelerde önemli ekonomik ve finansal risk oluşturmaktadır. Buna karşın akut rahatsızlıklar ise hızlı başlayan, kısa süreli geçici hastalıklardır. Hastalık ister kronik ister akut olsun subjektif bir kavram olduğu için kişilerin farklı deneyimlemesi sebebiyle hastalığa yanıtlar da farklıdır (Özdemir ve Taşcı 2003). Hastaların bazıları hastalıkla cesur ve mizahi olarak yüzleşirken bazıları da umutsuzluk, kaygı, yalnızlık gibi yoğun duygular yaşamaktadır. Kaygı, bireyin bilinen ve bilinmeyen nedenlere karşı kendini tehdit altında hissetmesi sonucu ortaya çıkan endişe, sıkıntı ve bedensel reaksiyonlardır (Orhan 2019). Kaygı her bireyde zaman zaman çeşitli konularda ortaya çıkabileceği gibi sağlık konusunda da ortaya çıkabilir. Sağlıkla ilgili sıkıntı ve endişeler beklenmedik bedensel belirtilerden ya da rahatsızlıklardan dolayı ortaya çıkar. Sağlık kaygısı, bireyin ciddi bir rahatsızlığa işaret etmeyen geçici bulgulara karşı abartılı ve sürekli endişe hali içinde olmasıdır. Kişi kendini sürekli olarak ciddi veya ölümcül bir hastalığa yakalanmış olarak düşünür. Sağlık kaygısının düşük seviyede görülmesi sorun teşkil etmezken, kaygı seviyesinin yüksek seyretmesi ciddi sağlık sorunlarını ortaya çıkarabilir. Kaygı seviyesi yüksek olan bireyler kendini çaresiz, yalnız hissederler. Yalnızlık, kişinin sosyal ilişkilerinde ihtiyaç duyduğu duygusal yakınlığı karşılayamaması, bu duygudan yoksun olmasıdır. Kişi bu durumda kendini amaçsız ve dışlanmış hisseder. Yalnızlık sadece duygusal yönden değil aynı zamanda sosyal yönden de bir boşluktur. Yaşanan bu süreçte birey ailesini, arkadaşlarını veya yakın gördüğü kimseleri yanında olduğunu hissetmeye ihtiyacı vardır. Sosyal destek, bireyin stres ve güç durumdayken hayatında önemli yeri olan insanlar aracılığıyla; maddi,

manevi, duygusal ve sosyal yardım sağlanmasıdır (Ayar 2018). Bireyin kaygı, yalnızlık ve depresyonunun azaltılmasında, ruh sağlığında, sağlık davranışlarında, kendini iyi hissetmesinde, sağlık hizmetlerini kullanımında sosyal desteğin önemli rolü vardır (Yaman, 2016). Sosyal destek alan bireyler çevrelerine daha olumlu bakabilmekte, yaşamlarından tatmin olmakta ve kendilerine daha çok güvenmektedirler (Kalınkara 2014).

Bu araştırmada, yetişkin bireylerin demografik verileri ile uluslararası literatürde oldukça yoğun olarak ele alınan Sosyal Destek, Yalnızlık ve Sağlık Kaygısı arasındaki ilişki ele alınmaktadır. Bu çalışmada, Konya ili merkez ilçelerinden; Selçuklu, Meram ve Karatay'da ikamet eden akut veya kronik hastalığı olan yetişkin bireylerin algıladıkları sosyal destek, yalnızlık ve sağlık kaygı düzeylerinin incelenmesi amaçlanmaktadır. Ayrıca Sosyal Destek, Yalnızlık ve Sağlık Kaygısı kavramları arasındaki ilişki Türkçe literatürde aynı çalışmada ilk kez ele alındığı için alana katkı sağlaması yönünden önem arz etmektedir.

Tez çalışması giriş, literatürde sosyal destek, yalnızlık ve sağlık kaygısı kavramlarının yer aldığı teorik bölüm, gereç ve yöntem bölümü, araştırmanın bulgular bölümü, tartışma ve sonuç bölümlerinden oluşmaktadır.

1.1.SOSYAL DESTEK

Sosyal destek genel olarak; bireyin stresli bir ortamdayken yaşamında önemli yeri olan arkadaşları, ailesi ve komşuları gibi yakın çevresiyle sosyal ilişkiler kurarak sağlamış olduğu maddi ve manevi yardımlardır (Lin ve ark 1979, Dhar 2001, Gülaçtı 2010, Doğan 2011, Ateş 2012, Yaman 2019). Cohen ve Wills (1985)'e göre sosyal destek bireyin çevresindekiler tarafından değer verilme, güvenilme, saygı duyulma gibi ihtiyaçlarının olduğunu ve bireyin bu destek sayesinde kendini özel hissetmesidir. Schwarzer ve ark. (2003)'a göre sosyal destek, herhangi bir sorun ortaya çıktığı zaman kişiye güven verme, tavsiyede bulunma ve yardımcı bir araç olarak görülür. Huurre ve ark. (1999)'a göre ise bireyin olumsuz bazı olaylar sonucu iyileşmesini, olumsuz etkileri azaltmayı ve yanında birilerinin olduğunu bilmesidir. Rubens ve ark. (2013) ise sosyal desteği, bireyin stres durumuyla baş etmede bir kaynak olarak görmüştür. Sosyal destek, kişinin ihtiyaç duyduğunda maddi, duygusal, sosyal yardım alarak kişiler arası etkileşim kurmasıdır. Sosyal iletişim ve etkileşim sonucu ortaya çıktığı için kesin ve net bir tanım yapmak zordur (Özdevecioğlu 2004, Yüzer ve ark 2006).

Sosyal destek, sağlanan sosyal destek (SSD) ve algılanan sosyal destek (ASD) şeklinde ikiye ayrılmaktadır. SSD, destek sağlayanlar tarafından bireye verilmiş olan destek miktarı şeklinde tanımlanırken; ASD ise bireyin destek sağlayanların varlığına, yeterliliğine ve güçlü ilişkilerinin olduğuna güvenmesidir (Procidano ve Heller 1983, Kef 1997, Baştürk 2002, Park 2007). ASD'de bireyin bakış açısı önemlidir (Mackinnon 2012). Burada asıl önemli olan SSD'den çok ASD'dir (Stokes 1985, Wethington ve Kessler 1986).

ASD bireyin hayatında önemli yeri olan kişiler tarafından değer verilmesi sonucu bireyin kendini özel hissetmesidir (Cohen ve Will 1985, Sorias 1989). ASD, kişinin mevcut bir sosyal desteği olduğuna, ihtiyaç duyulan gereksinimlerin karşılandığına inancıdır (Mattson ve Hall 2011).

ASD'de iki farklı değişkenin olduğu kabul edilir. Bunlardan ilki ihtiyaç anında çevremizde olan kişilerin varlığı iken diğeri sağlanan bu destek sonucu bireyin tatmin olmasıdır. Bu iki değişken üzerinde bireyin kişilik

özellikleri, çevresel faktörler ve benlik saygısının etkisi büyüktür. Kimi birey için çok fazla kişi kimisi için de tek kişi sosyal destek sağlayıcıdır (Kurt 2019).

"Sosyal ağ" ASD'de üzerinde durulması gereken önemli bir kavramdır. Sosyal ağ, sosyal desteği bireylere iletirken kullanılan önemli bir araçtır. Sosyal ağ terimi bireyin eşi, arkadaşları, annesi veya babası gibi hâlihazırda etkileşimde bulunduğu önemli kişilerdir. Çevreden alınan destek ile birey kendini daha başarılı hissedecektir (Taysi 2000). ASD ne kadar yüksek olursa kişi problemlerle o kadar kolay başa çıkabilecek, ruhsal açıdan kendini daha sağlıklı ve iyi hissedecektir. ASD düşük olduğu zamanlarda ise birey sosyal izolasyon yaşayıp psikolojik ve fiziksel açıdan olumsuz etkilenecektir (Haskan Avcı ve Yıldırım 2014).

Tüm bu yapılan tanımların ortak noktası, birey herhangi bir sorunla karşılaştığı zaman çevresindeki kişilerden sosyal destek alarak ortadaki bu sorunu yok etmek veya en aza indirgemektir. Sosyal destek sayesinde kişi fiziksel veya psikolojik sorunları oldukça kolay çözmektedir. Sosyal destekle birlikte birey olumsuz durumlara karşı kendini koruyacak ve stres düzeyi azalacaktır (Khorshid ve Arslan 2006).

1.1.1. Sosyal Desteğin Önemi

Çeşitli çalışmalarda sosyal desteğin farklı bireyler üzerindeki etkisi ele alınmıştır. Çocuklar üzerine yapılan bir çalışmada sosyal desteğin çocuklarda düşünme ve problem çözme becerileri üzerinde olumlu katkısı olduğu tespit edilmiştir (Yeşilyaprak 2003). Bunlara ek olarak sosyal desteğin öğrencilerin başarı, güdülenme ve akademik başarı düzeyleri üzerinde olumlu katkısı olduğu çeşitli çalışmalarla tespit edilmiştir (Kapıkıran ve Özgüngör 2009).

Özel gereksinimli çocukların annelerine SSD ile hem çocukların sağlığı hem de annelerin sağlığı olumlu yönde etkilenmiştir. Sosyal destek alan anne, aile üyeleriyle ve çevresiyle daha sağlıklı ilişkiler kurabilir. Bu sosyal destek sayesinde anne kendini çaresiz ve yalnız hissetmez, problemlerle daha kolay başa çıkabilir (Ersoy ve Çürük 2009).

Sosyal destek yeterli düzeyde sağlanırsa hastalıkların tedavisini olumlu yönde etkiler, yaşam kalitesini artırır, hastalık sürecine uyumu hızlandırır. Ayrıca sağlığın korunmasında, geliştirilmesinde sosyal desteğin büyük önemi vardır (Hutchison 1999, Hendryx ve ark 2009). Sosyal destek bireyin karşısına çıkan güçlük ve zorluklarla baş etmesinde, daha iyimser olmasında, var olan stresin azaltılmasında ve sorunlara çeşitli çözüm önerileri bulmasında etkilidir (Baltaş 2000). Sosyal destekle birlikte moral, saygınlık ve yaşamdan duyulan memnuniyet artar (Helman ve Stewart 1994, Patterson 1995). Warren ve ark.(2009)'a göre ise sosyal destek sayesinde birey kendini bir gruba ait hisseder grupla bütünleşir böylelikle ait olma ve güven duygusu artar. Bireyin tüm yaşamı boyunca sosyal destek sistemlerine ihtiyacı vardır (Eker ve ark. 2001, Meyer ve ark. 2001).

1.1.2. Sosyal Destek Kaynakları

Birey başına gelen herhangi bir sorunla baş edebilmek için çevresindekilerden destek alır. Destek kaynaklarını genel olarak informal ve formal olarak iki şekilde ele almak mümkündür. İnformal kaynaklar; arkadaş, aile, komşu, akraba, öğretmen veya özel bir insan gibi bireyin yakın çevresinde bulunanlardır. Formal kaynaklar ise; gönüllü kuruluşlar, sivil toplum kuruşları ve resmi kuruluşlardır (Özbesler 2001, Verheijden ve ark 2005, Çeçen 2008). İhtiyaç sahibi ailelere belediyeler tarafından sağlanan yiyecek, giyecek gibi yapılan yardımlar formal destek kaynaklarına bir örnektir (Olgun 2019). Bu destekler sonucunda kişi kendini güvende ve sorunlarıyla baş etmede daha güçlü hisseder (Şahin 2012).

Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek (ÇBASD)'te ise kaynaklar üç kategoride ele alınır. Bunlardan ilki eş, anne, baba, çocuk, kardeş gibi kişilerin yer aldığı ailedir. İkinci kategori ise daha çok birey için sosyal hayatta önemi olan iş arkadaşı, okul arkadaşı gibi arkadaşlarıdır. Üçüncü kategoride ise özel bir insanın varlığıdır (Çeçen 2008).

1.1.3. Sosyal Destek Modelleri

Literatürde sosyal destek modeli olarak iki model ele alınmıştır. Bunlar Cohen ve Wills (1985)' in Tampon Etkisi ve Temel Etki Modelidir.

Tampon Etkisi Modeli: Bireyin stresli bir ortamdayken fiziksel veya ruhsal hastalığının sosyal destek aracılığıyla ortadan kaldırılmasıdır (Hous 1981, Cohen 1998). Bu modelin temel mantığı günlük yaşamda herhangi bir zorlukla karşılaşan bireyin sosyal destek sayesinde bir başa çıkma stratejisi uygulamasıdır (Duru 2008). Birey hayatında boşanma veya birinin vefatı gibi olaylar karşısında strese girdiği zaman sosyal desteğin tampon bir etki yaratarak onu koruduğu düşünülmektedir (Alemi ve ark 2003).

Son yapılan çalışmalarda sosyal desteğin sağlık üzerindeki etkisine yoğunlaşılmıştır. Sosyal desteğin duygusal iyi oluş ve bireysel sağlık üzerinde olumlu etkisi bulunmaktadır (Pugliesi ve Shook 1998).

Temel Etki Modeli: Birey ne kadar çok sosyal ilişki içine girerse göreceği sosyal desteğin de o derece artacağını ve bu sağlanan sosyal desteğin bireyin sağlığı üzerinde olumlu etki yaratacağını söyler (House 1981, Cohen 2004). Birey çevresiyle ilişki kurdukça kendine değer verilmiş olarak hissedecek ve bu duygular psikolojik sağlık üzerinde olumlu etki yaratacaktır (Şencan 2009). Tardy (1985) ise modelini açıklarken sosyal desteğin beş farklı yönüne dikkat çekmiştir.

- *Yönü:* Sosyal desteğin nasıl alındığını ve verildiğini ifade eder.

- *Eğilimi:* Bireyin hangi kaynağı kullanmak istediği ve sonuçta hangi kaynağı kullandığını ifade eder.

- *Desteğin Tanımlanması ve Değerlendirilmesi:* Alınan sosyal desteğin sonucunun değerlendirilmesidir.

- *Sağlanan Desteğin İçeriği:* Burada House (1981)'un geliştirmiş olduğu dört çeşit içerik ele alınmaktadır. *Duygusal Destek Modeli:* Empati sağlayabilme, sevgi, güven ile alakalıdır. *Araçsal Destek Modeli:* Maddi destek yönüdür. Bunlar; para, zaman gibi faktörlerdir. *Bilgilendirmeye Dayalı Destek Modeli:* Belirli bir alanda kişiye sağlanan öneri ve bilgilerdir.

Değerlendirmeye Dayalı Destek Modeli: Bireyin sağlanan sosyal destek sonucundaki değerlendirici geri bildirimleridir.

- *Sosyal Ağ:* Bireyin sosyal çevresinde yer alan arkadaş, aile, öğretmen gibi çeşitli kaynakları içermektedir.

1.1.4. Sosyal Destek Türleri

Sosyal desteğin boyutları birbiriyle bağlantılı olarak ele alınmasına rağmen çeşitli yazarlar tarafından farklı şekillerde irdelenmiştir. Aşağıda belli başlı sosyal destek türlerine yer verilmiştir. Sosyal desteği Cohen ve Wills (1985) dört kategoride ele almışlardır.

- *Duygusal Destek:* Literatürde bu destek türü değerlilik desteği, yakın destek veya edici destek olarak çeşitli şekillerde ifade edilmektedir. Bireyin çevresindekiler tarafından anlaşılması, kabul görülmesi, sevilmesi, değer verilmesi ve özen görmesi anlamına gelmektedir.

- *Araçsal Destek:* Bireyin ihtiyaç duyduğunda araç-gereç, para ve maddi kaynaklar yönünden yardım görmesidir.

- *Bilgisel Destek:* Literatürde bilişsel rehberlik veya değerlendirme desteği şeklinde de ifade edilmektedir. Herhangi bir sorun ortaya çıktığında sorunun tanımlanması ve anlaşılması için verilen öneriler ve bilgilerdir.

- *Eşlik Etme-Beraberlik Desteği:* Yaygın veya sosyal destek şeklinde de ifade edilmektedir. Bireyin boş zamanlarında kendine eşlik edecek başka şahıslarla sosyal ilişkiler kurması, eğlenmesi ve rahatlamasıdır.

Jacobson (1986) ise sosyal desteği üç başlık altında incelemiştir.

- *Bilişsel Destek:* Çevreden verilen bilgi ve önerileri dikkate almaktır.

- *Fayda Desteği:* Maddi ve araçsal destekleri çevreden sağlayabilmektir.

- *Duygusal Destek:* Kişinin sevildiğine, saygı gördüğüne, önemsendiğine inanmasıdır.

Barrera (1986)'da üç başlık altında ele almıştır.

- *Sosyal Bağlılık:* Bireyin çevresindekilerle kurmuş olduğu ilişkileri ve çevresindekileri anlamlı bulmasıdır.

- *Eylemlenmiş Sosyal Destek:* İhtiyacı olan bireye ihtiyaç anında gösterilen eylemlerdir.

- *ASD:* Bilişsel bir değerlendirme yaparak çevredeki kişilerle güvenilir ilişkilerin olduğuna inanılmasıdır.

Cutrona ve Suhr (1992)'de sosyal desteği beş başlık altında toplamıştır.

- *Bilgilendirici Destek:* Olaylar hakkında geri bildirim ve tavsiye içeren bilgilerdir.

- *Duygusal Destek:* Sempati, güven, empati, şefkat ve endişe gibi kavramları içinde barındırır.

- *Saygı Desteği:* Bireyin özsel değerini, yeteneğini, becerisini ilerletmeye yardımcı olan araçtır.

- *Sosyal Ağ Desteği:* Kişinin benzer duygu, düşünce, fikirlere sahip gruba dâhil olma duygusunu ilerletmeye yardımcı olan araçlardır.

- *Somut Destek:* İhtiyaç olan fiziksel araç gereçleri, maddi yardımları sağlamaktır.

Sonuç olarak sosyal destek türlerini farklı yazarlar farklı şekilde kategorilere ayırmış olsa da genel hatlarıyla maddi, sosyal, bilgisel, duygusal paylaşım türlerinin olduğunu söyleyebiliriz.

1.1.5. Sosyal Destek ve Sağlık

Literatürdeki çalışmalar incelendiğinde sosyal destek ile sağlık ikilisi arasındaki ilişkiyi ele alan yazarlar genel olarak iki görüş üzerinde durmaktadırlar. Bunlardan ilki, sağlık ile sosyal destek arasında direkt bir ilişkinin var olduğunu ve sosyal destek arttıkça bireyin sağlığında olumlu

etkilerin kaçınılmaz olduğundan bahsedilmektedir. Bu da sosyal destek modellerinden Temel Etki Modeli ile açıklanmaktadır. Diğeri ise, olumsuz olay meydana geldiği zaman sosyal destek sayesinde bireyin ruh sağlığının korunmasıdır. Bu da sosyal destek modellerinden Tampon Etkisi Modeli ile açıklanmaktadır (Şahin 2012).

Kronik hastalıklar sonucu bireyde geçici veya kalıcı bozukluklar olabileceğinden sosyal ve psikolojik sorunlar ortaya çıkabilir. Bireyin bu süreçten en az etkiyle kurtulmasında sosyal desteğin büyük bir etkisi vardır (Lett ve ark 2005). Ayrıca sosyal destek kaygının, depresyonun azalmasında, hastalıkla mücadelede etkilidir (Peterson ve Bredow 2013). Kanser hastalarının yaşamış olduğu sosyal, psikolojik ve manevi sorunların üstesinden gelmede sosyal desteğin etkisi göz ardı edilemez. Sosyal destek ile birlikte bireyin stresle baş etme stratejileri güçlenecek, stres azalacak bunun sonucunda da ruh sağlığı olumlu etkilenecektir. Onkoloji hastalarında sosyal destek yaşam süresini arttırıcı bir özelliğe sahiptir (Ardahan 2006, Işıkhan 2007, Ayaz ve ark 2008, Arslantaş ve ark 2010). Kanser hastaları ile yapılan çalışmalarda sosyal desteğin refah, uyum ve fiziksel sağlık üzerinde olumlu etkileri olduğu tespit edilmiştir (Hann ve ark 2002, Parker ve ark 2003, Ashing ve ark 2004). MS hastalarında ise zamanla günlük yaşam aktivitelerinde azalma ve yeti yitimi gibi bazı sorunlar psikolojik problemleri de beraberinde getirmektedir. Bu süreçte hastalık sonucu ortaya çıkan sağlık sorunları sosyal destek ihtiyacını arttırmaktadır (Rector ve ark 2006). Yapılan bazı çalışmalarda, sosyal desteğin etkin ilaç kullanımına uyum ve hastaneye tekrar yatışlarda azalma sağladığı belirtilmiştir (Murberg 2004, Luttik ve ark 2005, Pelle ve ark 2008).

Aktif yaşamda gerilemelerin yaşandığı yaşlılık döneminde ise bireyin başkalarına olan ihtiyacı artmaktadır. Bu dönemde ihtiyaç duyulan psikolojik, maddi, manevi ve sosyal desteğe ihtiyaç artmaktadır. Sosyal destek yaşlı bireylerde koruyucu bir faktör olarak kötü muamele ihtimalini ve incinebilirliğini en aza indirgemektedir (Yaşar 2007, Melchiorre ve ark 2013, Şentürk 2018). Eğer bu destek yaşlılarda eksik kalırsa yaşam kalitesi bozulmakta, ruhsal ve bedensel sağlık sorunları ve mortalite riski artmaktadır

(Kalınkara 2014). Sosyal desteğin öz bakım davranışları üzerinde ve kalp yetmezliğinde olumlu katkısı vardır (Graven ve Grant 2014). Sosyal destek sağlayamayan bireylerde ise bilişsel zayıflama, depresyon ve uyku problemleri ortaya çıkabilmektedir (Bashir Bhatti ve Haq 2017).

Sosyal destek düzeyi yüksek olanların sağlık davranışlarına dikkat ettikleri, kronik-akut hastalıklara karşı dirençlerinin yüksek olduğu, hastalandıkları zaman tedavi sürecine daha kolay uyum sağladıkları ve daha hızlı iyileştikleri belirtilmektedir (Revenson ve ark 1991, Özgür 1993).

1.2.YALNIZLIK

Sosyal bir varlık olan insan çevresindeki bireyleri etkilediği gibi aynı zamanda onlardan etkilenir. Kimi zaman çevredeki insanlarla çok yakın ilişki kurabilirken kimi zaman çevredekiler tarafından anlaşılmadığını, sosyal ilişkilerin bozulduğu durumlarla karşı karşıya kalabilir. Toplu olarak yaşamaya alışkın olan bir insan için yalnız bırakılmak, dışlanmak çok ağır bir ceza şeklidir. Bu yüzden genellikle yalnızlık istenilmeyen, psikolojik sıkıntılara sebep olan bir kavramdır (Aksakal 2008).

Yalnızlık; bireyin var olan sosyal ilişkileri ile beklediği sosyal ilişki durumu arasındaki fark sonucu bireyde hoş olmayan psikolojik durumdur (Ceyhan 2005, Kozaklı 2006, Köse 2006). Neto ve Barros (2000)'da bireyin sosyal ilişkilerdeki doyumunun yalnızlık üzerinde etkili olduğunu belirtmiştir. Perlman ve Peplau (1982) ise, niteliksel veya niceliksel olarak sosyal ilişkilerin yetersiz olması sonucunda oluşan olumsuz deneyim şeklinde tanımlamıştır. De Jong Gierveld (1988) ise yalnızlığı daha çok subjektif bir olgu olarak ele almış olup bireyin istediği kadar kişi ile istediği kadar samimi içten olmaması şeklinde tanımlamıştır. Jones ve Hebb (2003)'de De Jong Gierveld gibi yalnızlığı öznel, istenmeyen bir durum olup sosyal ilişkilerdeki yetersizlik sonucunda bireyin çaba sarf etmesi olarak ele almıştır. Rokach (1989) ise insan yaşamının ilk anından son anına kadar hep var olacağı ve bunun evrensel bir terim olduğunu belirtmiştir. Yalnızlık, düşük sosyal etkileşimle birlikte birey için önemli birinin kaybında, evden ayrılma gibi stres düzeyinin yüksek olduğu durumlarda ortaya çıkmaktadır (Rokach ve

Brock 1998, Akt: Sawir ve ark 2008, Hawkley ve ark 2003). Burada önemli olan bu yalnızlık sürecini başarılı ve etkin bir şekilde yürütmektir.

Tek başına olma ve yalnızlık kavramları benzer anlamlar ifade ediyor gibi görünmesine rağmen farklı anlamlar içermektedir. Tek başına olmak daha çok bireyin tercihine bağlı, arzu edilen bir kavramdır (Geçtan 1995, Buchholz ve Catton 1999, Aydın 2010). Yalnızlık ise, bireyin tek başına veya toplum içinde kendini yalnız hissedebildiği, sosyal ilişkilerin büyüklüğü veya küçüklüğünün önemli olmadığı durumlardır. Yalnızlıkta önemli olan bireyin beklenti ve ihtiyaçlarını karşılayacak düzeyde sosyal ağa sahip olmamasıdır. Yalnızlık terimi tek başına olma terimine göre çok daha karmaşık bir kavramdır (Betts ve Bicknell 2011). Yalnızlık ile karıştırılan bir diğer kavram ise sosyal izolasyondur (Nicholson ve Nicholson 2009). Sosyal izolasyonda arzulanan değil, gerçekleştirilen sosyal ilişkiler önemlidir (Yaşar 2007). Sosyal etkileşimin nesnel bir ölçüsüdür (Cacioppo ve Hawkley 2003). Sosyal izolasyonu tek bırakılma ve yalnızlığın harmanlanmış bir hali olarak görebiliriz. Sosyal izolasyon istenmeyen, olumsuz, kişinin tercih hakkının olmadığı durumdur (Holley 2007). Yalnızlık ise gönüllü, ilişkilerin niteliğinin önemli olduğu, gerçekleşen ile arzu edilen ilişkiler arasındaki farkı anlatan bir kavramdır (Yıldırım 2020).

Yalnızlık, bireyler arası sosyal ilişki yetersizliğinden ve duygusal travmalardan dolayı ortaya çıkmaktadır. Bireylerin çevresine karşı olumsuz tutum sergilemesinde depresif, mutsuz, güvensiz hissetmesine sebep olabilir. Bireyin fiziksel ve psikolojik sağlığını da olumsuz etkiler (Perlman ve Peplau 1981). Ayrıca sosyal etkileşimde meydana gelen aksaklık toplum sağlığında da olumsuz etkilere sebep olur (Ovayolu 2007).

1.2.1. Yalnızlık Yaklaşımları

Yalnızlık duygusu varoluşçu yaklaşım, bilişsel yaklaşım, bilişsel davranışçı yaklaşım ve psikodinamik yaklaşım olmak üzere dört faklı şekilde ele alınmıştır.

Varoluşçu Yaklaşım

İnsanın var olduğu ilk andan ölümüne kadarki dönem içinde yalnızlık duygusu hep vardır. Yalnızlık yaşamın kaçılmaz bir parçasıdır ve bireyi

özgür, bağımsız kılar (Özakkaş 2013). Varoluşçu kuramcılardan biri olan Yalom, yalnızlık ile yüzleşebilen bireylerin daha özgür ve mutlu hissettiklerini dile getirmiştir (Yalom 2013). Peplau ve Perlman ise yalnızlığı varoluşun önemli bir gerçeği olarak ele almışlardır (Peplau ve Perlman 1982). Sartre ise önce varoluşun gerçekleştiğini daha sonra özün ortaya çıktığını, özü oluştururken sorumluluklar üstlenildiğini ve bu süreçte bireyin hep yalnız olduğunu aktarmıştır (Sartre 2015).

Bilişsel Yaklaşım

Yalnızlık, bireyin çevresi ile gerçekleştirmiş olduğu mevcut ilişki ağı ile arzu ettiği ilişki ağı arasındaki farklılıktır. Burada ilişkisel ve bilişsel süreçler üzerinde durulmaktadır. Bilişsel örüntü ile ilişkisel örüntü arasındaki fark ne kadar açılırsa o kadar yalnızlık duygusu artar (Sermat 1980). Bilişsel yaklaşımda bireyin davranışları, algıları, duyguları ve kendi standartları temel alınmaktadır (Armağan 2014).

Bilişsel Davranışçı Yaklaşım

Yalnızlığın ortaya çıkmasında bireyin düşük benlik kavramı, tek başına mutsuz olma, sosyal kaygı, problemli eş seçimi, sosyal umutsuzluk, pasiflik gibi faktörler etkili olmaktadır. Yalnızlık süreci her bireyde farklı şekilde yaşanmaktadır. Bu sürecin önüne geçmek için ise akılcı olmayan inançların irdelenmesi gerekmektedir (Young 1982).

Psikodinamik Yaklaşım

Yalnızlık ilk olarak Zilboorg (1938) tarafından psikolojik açıdan bunaltıcı, ağır ve süregelen olumsuz kişilik özelliklerinin yansıması olarak ele alınmıştır.

Freud ise bebeklik ve çocukluk zamanlarında çevreden görülen davranışların, ilişkilerin bireyin kişiliğinin temeli olduğunu eğer bu ihtiyaçlar yeterli düzeyde karşılanmazsa kişilik gelişiminin olumsuz etkileneceğini ve yalnızlık duygusunun ortaya çıkabileceğini söylemiştir (Gençtan 1998, Duy, 2003, Senemoğlu 2011).

1.2.2. Yalnızlığın Sınıflandırılması

Yalnızlık kavramı literatürde çok çeşitli şekilde sınıflandırılmıştır. Bunlardan bazıları şunlardır:

Weis (1973) yalnızlığı sosyal ve duygusal yalnızlık olmak üzere iki şekilde ele almaktadır.

- *Sosyal yalnızlık,* Hawkley ve arkadaşlarının belirttiği gibi sosyal ağ yetersizliğinden ve daha çok stres, sıkıntı, depresyon ile ortaya çıkan yalnızlık çeşididir. Sosyal ilişki yetersizliği sonucu birey ortak aktivite ve ilgilerini paylaştığı kaynağı kaybeder. Bunun sonucunda da sosyal yalnızlık içine girer.

- *Duygusal yalnızlık* ise daha çok tek bir birey üzerine odaklıdır. Anne, baba, eş, yakın arkadaş gibi bireyin yakın ilişki içinde olduğu figürün yokluğu sonucu boşluk, kaygı duygularının ortaya çıkmasıdır. Bu boşluk samimi ilişkilerin kurulması ile ortadan kaldırılabilir.

Sadler (1974) ise psikolojik, kişiler arası, kültürel, sosyal ve kozmik yalnızlık şeklinde beş kategoride incelemiştir.

- *Psikolojik yalnızlık*, kişinin benliğinin farklı kısımlarının birbiriyle ilişki kuramaması sebebiyle ortaya çıkan yalnızlıktır.
- *Kişiler arası yalnızlık*, kişinin çevresindekilerden kendini uzak hissetmesidir.
- *Kültürel yalnızlık*, kişinin önemli kültürel değişimleri ya da kültür kaybı sebebiyle başkalarından uzaklaşmasıdır.
- *Sosyal yalnızlık,* kişinin ait olduğu gruptan, toplumdan veya çevreden uzaklaşmasıdır.
- *Kozmik yalnızlık*, kişinin dinsel araçlarla bağının ortadan kalkması sonucu Tanrı'dan uzaklaşma ya da yabancılık çekmesidir.

Young (1982) ise yalnızlığı geçici, kronik, durumsal olmak üzere üçe ayırmıştır.

- *Geçici yalnızlık*, belirtileri şiddetli olmayan, belirli bir süre devam eden (günlük birkaç saat veya dakika) çoğu insan tarafından zaman zaman deneyimlenen yalnızlık çeşididir.

- *Kronik yalnızlık,* iki veya daha fazla yıl süren yalnızlıktır.

- *Durumsal yalnızlık*, daha önceki sosyal ilişkilerden istediği düzeyde doyum sağlayan bireyin ilişkilerindeki değişiklik sonucunda geçici bir süre istediği düzeyde doyum alamamasıdır. Bireyin boşanması buna örnek olarak verilebilir.

Brown (1984) yaşanan yalnızlık, yalnız olmak, tek başına olmak şeklinde üçe ayırmıştır.

- *Yaşanan yalnızlık*, bireyin yaşamış olduğu bir sorun olarak ele alınır. Burada birey çevrensindekilerle yakın ilişki kurmasına rağmen kendini yalnız hissetmesidir. Çevresindeki insanlar tarafından istenilmediğini düşünür.
- *Yalnız olmak*, bireyin herhangi biriyle gerçekleştirmiş olduğu ilişkiden psikolojik veya duygusal olarak ayrı olmasıdır. Fiziksel ayrılıklar (ölüm) burada ele alınmamaktadır.
- *Tek başına olma*, bireyin kendi isteği doğrultusunda yalnız kalmasıdır. Sağlıklı bir durumdur.

Peplau (1995) yalnızlık, tek başınalık, yapayalnızlık şeklinde üçe ayırmıştır.

- *Yalnızlık*: Bireyin isteği dâhilinde olmayan, niceliksel ve niteliksel olarak iletişim yetersizliği sonucunda ümitsizlik, korku, sıkıntı gibi hoş olmayan durumların ortaya çıkmasıdır. Kişi yalnızlığın sebebini çoğunlukla bilmez (Öz, 2004).

- *Tek Başınalık*: Bireyin hayatını etkileyecek olan bir konuda karar alırken birlikteliğinin olmaması veya yalnız olmasıdır. Yalnızlık bazı durumlarda tercih olabilir. Keşif yapan, resim yapan, şiir yazan bireyler yalnız kalmak isteyebilir (Ceyhan 2005).

- *Yapayalnızlık*: Kişi çevresindeki bireylerle beraber vakit geçirmek isterken çevresindekilerden uzak durmasıdır. Bu durum yakın arkadaşlarla, aile ile olmasına rağmen devam eder (Kurt Öncü 2008).

1.2.3. Yalnızlığın Boyutları

Yalnızlık beş faklı boyutta ele alınabilir (Ceyhan 2005, Zimmer 2005, Kurt Öncü 2008). Bunlar;

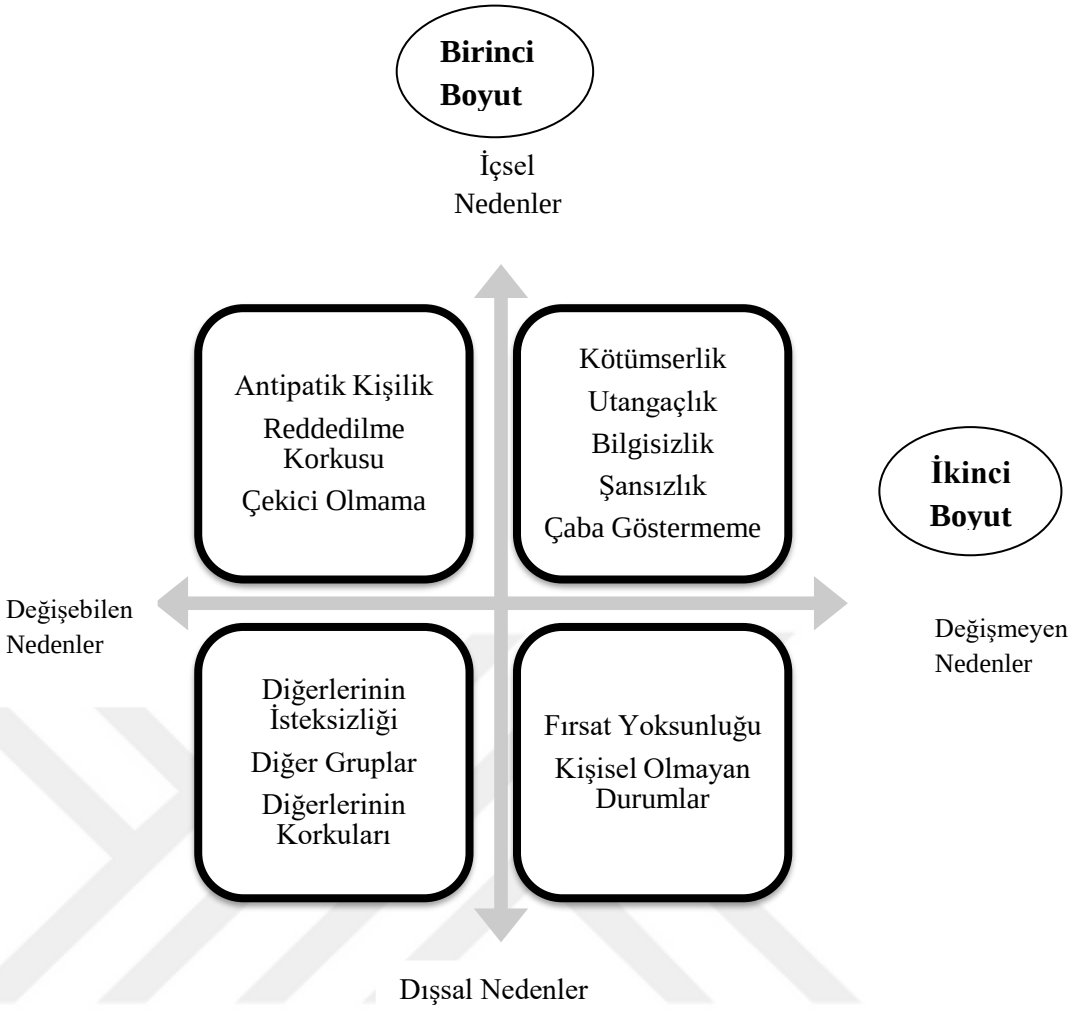
- *Yalnızlığın Fiziksel Boyutu*: Yalnızlığın ortaya çıkmasında önemli risk faktörlerinin başında işitme engeli, konuşma engeli, fiziksel hareketlerdeki eksiklik veya yetersizlik gelmektedir. Örneğin, kronik rahatsızlığı olan bireyin sosyal izolasyonuna sebep olabilir.
- *Yalnızlığın Emosyonel Boyutu*: Birey için önemli olan sır arkadaşının, sevdiği birinin veya onun için önemli olan birinin eksikliğinde emosyonel yalnızlık hissedebilir. Yıl dönümlerinde yaşanan yalnızlık duygusu artar. Devamlı yaşanır.
- *Yalnızlığın Entelektüel Boyutu*: Yaşanılan yalnızlığı tanımlamak, açıklamak birey için oldukça zordur. Birey yalnızlığı sözel tanımlayabildiği gibi gerçekle ilişiksiz mantığa uygun olmayan şekilde de tanımlayabilir. Yalnızlık hissi bittikten sonra bu yaşadıklarını hatırlamak istemez, acı dolu deneyim olarak kabul eder.
- *Yalnızlığın Sosyal Boyutu*: Düşük benlik saygısı, özgüven eksikliği gibi durumlar tetikler. Modern toplumlardaki primer grup bağlarının azalması veya hiç olmamasıdır.
- *Yalnızlığın Spiritüel Boyutu*: Dini inanç ve uygulamalardaki artışla birlikte yalnızlığa karşı hissedilen korku azalabilmektedir.

1.2.4. Yalnızlığın Nedenleri

Bireyde yalnızlık duygusun ortaya çıkmasına sebep olan birçok faktör vardır. Michela, Weeks ve Peplau 180 üniversite öğrencisi ile yapmış oldukları çalışmada yalnızlığın nedenlerini 13 başlıkta toplamışlardır. Bunlar;

- *Kötümserlik:* Bireyin kendine yeterince yakın hissettiği birini bulamaması veya inancının olmamasıdır.
- *Çaba Göstermeme:* Yeni bireylerle tanışmak, iletişim kurmak için elinden gelen çabayı göstermemesi.

- *Şanssızlık:* Kişi biriyle iletişime geçmek veya tanışmak için şansın, ihtimalin olmadığını düşünür.
- *Kendini Yansıtmaktan Korkma:* Birey çevresindekilerle ilişki kuracakken kendini olduğu gibi tanıtmak, göstermek istemez.
- *Antipatik Kişilik Yapısı:* Diğer insanlar tarafından bireyin antipatik, sevimsiz kişiliğe sahip olarak görülmesidir.
- *Utangaçlık:* Kişinin çevresindekilere karşı çekingen davranmasıdır.
- *Fiziksel Çekiciliği Olmama:* Kişinin dış görünüşte kendini çekici olmadığını düşünmesidir.
- *Diğerlerinin İsteksizliği:* Çevredeki bireylerin iletişim kurmak için çaba sarf etmemesidir.
- *Bilgisizlik:* Bireyin yeterli düzeyde arkadaşlık başlatma ve iletişim kurma becerisine, bilgisine sahip olmamasıdır.
- *Diğer Gruplar/İlişkiler:* Sosyal varlık olan insanlar herhangi bir gruba üyedir. Yalnız yaşayan bireylerle ilgilenmezler.
- *Diğerlerinin Korkuları:* İlişki kurulacak birey korku içinde olabilir.
- *Kişisel Olmayan Durumlar:* Bireysel faktörler dışında çevresel faktörlerde iletişim kurmaya engel olabilir.
- *Fırsat Yoksunluğu:* Arkadaşlık, ilişki kurmak için yeterli fırsat yoktur (Michela ve ark 1982).



Şekil 1. Yalnızlığın Nedenleri (Michela ve ark 1982, akt., Alabucak, 2019)

Araştırmacılar yalnızlık nedenlerini açıklarken içsel, dışsal, değişmeyen ve değişebilen sebepler olarak gruplara ayırmışlardır. İlk boyutunu içsel ve dışsal yalnızlık nedenleri oluştururken, ikinci boyutunu ise değişemeyen ve değişebilen yalnızlık nedenleri oluşturmaktadır (Alabucak 2019).

Yalnızlığın nedenlerini Vaux (1988) ise kişisel ve sosyal faktörler olarak iki şekilde ele almıştır. Sosyal ilişkiyi başlatmayı engelleyen güvensizlik, düşük benlik saygısı, sosyal kaygı, risk almama gibi sosyal ve kişisel faktörler yalnızlık duygusunun ortaya çıkmasına sebep olmaktadır.

1.2.5. Yalnızlık Belirtileri

Her bireyde farklı belirtiler görülebilir. Bunlar;

- Uykuda değişimler; az ya da çok uyumak,
- Yeme alışkanlığında değişimler; normalden çok daha az yiyerek zayıflama veya daha fazla yeme sonucu kilo artışı,
- Somatik ağrılar; vücudun çeşitli yerlerinde dirençsizlikler görülebilir.
- Önemsizlik hissi; çevresindekiler tarafından önemsenmediğini hatta bireyin kendi için bile önemli olmaması,
- İlaç ve alkol gibi kötü alışkanlıklara başlamak,
- Bireyin tek başına yapmış olduğu aktivitelerde artış görülür.
- Umutsuzluk
- İntihar girişimleri
- Sessizliğe gömülmek, her şeyden kendini çekmek, amaçsız-ilgisiz davranmaktır (Öz 2004, Ceyhan 2005, Zimmer 2005, Kurt Öncü 2008).

1.2.6. Yalnızlığın Sonuçları

Yalnızlık duygusu bireyin kimi zaman işe yaramaz duygusuna kapılmasına kimi zaman değersiz hissetmesine sebep olabilir. Bu yalnızlık süreci uzadıkça bireyde psikolojik, fiziksel, sosyal olarak sorunlar ortaya çıkabilir. Öz (2004) ise yalnızlığı hastaneye yatma sonucunda ortaya çıkan akut ve psikososyal problem olarak ele almıştır. Hastane ortamı bireyin yakınlarından ayrıldığı, rahat edilemeyen, aktivitelerin sınırlandığı, başka bireye bağımlı olma, kendine özgü kuralları olan bir ortam olarak görülür. Böyle bir ortamda birey kendini yalnız hissetmeye başlar. Kapalı ünitelerde veya özel odalarda tedavi gören hasta bireylerin %50'sinin yalnızlık hissettiklerini söylemiştir. Ancak birey eğer bu hastaneye yatmanın geçici bir süreç olduğunu kavrarsa yalnızlık duygusu azalacaktır (Öz, 2004).

Singh ve Kiran (2013), yalnız insanların daha kötümser, daha az tatminkâr, daha az mutluluk duyduklarını bunun sonucunda da daha depresif bir hal aldıklarını belirtmiştir. Psikolojik sağlık üzerinde olumsuz etkileri olduğunu dile getirmiştir.

Moustakas (1961) ise yalnızlığın her bireyin varoluşu gereği kendisini keşfetmek, var oluşun amacını anlamak için kullanılması gerektiğini eğer bu

amaçlar için kullanılmazsa yalnızlığın tehlikeli, zarar verici bir duygu olduğunu belirtmiştir.

Hawkley ve ark. (2004) ise yalnızlık duygusunun hastalıkları tetiklediği ve bunun üç nedeni olduğunu söylemişlerdir. Bunlar; stresin artması, sağlığı korumak için gerekli davranışları yerine getirmeme ve fizyolojik onarım faktörlerinin etkisiz veya yetersiz işlemesidir.

1.3.SAĞLIK KAYGISI

Çok eski çağlarda kaygı; sıkıntı, tasa veya boğazında sıkılma şeklinde tanımlanırken, 19. yüzyıl sonlarına doğru tıbbi bir kavram olarak ele alınmıştır (Oğuzhanoğlu ve Tümkaya 2010). Kaygı (anksiyete); bireyin başına tehlike geleceği hissi sonucunda huzursuzluk, sıkıntı, korku ile bedensel reaksiyonların gelişmesidir (Işık 1996, Yıldırım 2002). Kalabalık bir ortamda konuşma yaparken, iş başvurunda, sınav anında gibi yaşamın her evresinde ve her bireyde ortaya çıkabilecek bir durumdur (Şahin 1998, Eşel 2001). Kaygı üzerinde ilk duran kuramcı Sigmund Freud kaygıyı, çevrede meydana gelen tehlike durumunda gerekli uyumu sağlama, bireyi uyarma ve yaşamı sürdürme gibi katkıları bulunan savunma mekanizması olarak ele alır (Ertürk 1994, Geçtan 2003). Birey kaygılandığı zaman kalp atış hızında artış, nefes almada artış, ellerin terlemesi gibi vücut tehlikeye karşı fizyolojik reaksiyonlar gösterebilir. Ortaya çıkan durumun birey tarafından nasıl algılandığı kaygı düzeyi üzerinde etkilidir. Normal kaygı seviyesi bireyin sağlıklı yaşaması için gerekli olan ve doğuştan var olan bir duygudur. Normal kaygı bireyin daha aktif çalışmasına, kendini geliştirmesine, tehlikeli durumlarda onu uyarmasına, daha üretici, yaratıcı olmasına ve onu motive ederek performansını artırmasına katkı sağlar (Işık ve Taner 2006). Eğer bireye karşı tehdit oluşturma, zarar verme söz konusuysa kaygı seviyesi artacaktır. Yüksek kaygı seviyesi bireyde yorgunluk, halsizlik, ruhsal veya fiziksel sorunlar ortaya çıkartır (Keskin ve Kublay 2011, Pietrongelo 2014). Ortaya çıkan bu belirtilerin şiddetlenmesi, katlanılmaz bir hale gelmesi ve işlevselliğin bozulması durumunda patolojik anksiyeteden söz edilebilir. Patolojik anksiyete kişiler arası ilişkilerde bozulma, aile ve meslek yaşantısında sorunların çıkmasına neden olur. Sosyal yaşamların sınırlandığı,

üstesinden gelinemediği ve sorunu aşmakta zorlanıldığı durumlarda tedavi için başvuru yapılabilir (Sürmeli 1997, Stanley ve Beck 2000).

Sağlık kaygısı (hipokondriyazis), bireyin hissetmiş olduğu fiziksel belirtileri hayatı tehdit edici, yıkıcı bir hastalık şeklinde yanlış yorumlanması sağlıkla ilgili endişe ortaya çıkarır (Mutlu 2013, Sunderland ve ark 2013). Sağlık anksiyetesini görülen bir haber, yaşanan olumsuz durumlar, sağlık veya hastalıkla ilgili duyumlar tetikleyebilir (Kara 2014, Gül ve ark 2016).

Her insan hayatının belli döneminde sağlıkla ilgili kaygı duyması normaldir. Burada önemli olan kaygının yoğunluğudur. Sağlık kaygısının yoğunluğu her bireyde farklı düzeylerde görülmektedir. Bu durum çeşitli modellerle hafiften şiddetli kaygı durumuna doğru süreklilik çizgisi ile açıklanmaktadır (Salkovskis ve Warwick 1986). Hafif seyreden sağlık kaygısı bireyde sağlık için olumsuz durumlardan kaçınmaya, kendi için en uygun sağlık hizmetini araştırmaya katkı sağlar. Ağır seyreden sağlık kaygısı ise sağlık hizmetlerinin gereksiz yere kullanılmasına ve bozulmuş sosyal hayata neden olmaktadır (Taylor ve Asmundson 2004, Karapıçak ve ark 2012). Sağlık kaygısının şiddetini belirlerken bireyin fiziksel semptomları nasıl yorumlandığı önemlidir (Chen ve Hong 2010). Sağlık anksiyete düzeyi yüksek olan bireyler tedavisi olmayan veya tedavi süreci güç olan hastalıkların (AIDS, MS, Kanser gibi) kendilerinde olduğu düşüncesindedirler. Anksiyete seviyesi yüksek bireyler bir zamandan sonra yaşamdan, yaptıklarından zevk almamaya başlarlar. Sıklıkla hekime başvuru yaparlar ve sağlık harcamalarında önemli artışa neden olurlar (Barrett ve ark 2012, Sunderland ve ark 2013, Gül ve ark 2016).

Sağlık kaygısı görülen bireyler çeşitli güvenlik davranış durumları gösterebilirler. Bunlar; kaçınma, kontrol, güvence talepleri ve bilgi aramadır. Kaçınma davranışı, bireyin algılamış olduğu tehditlere karşı güvenilir bilgilerin elde edilmesinde bir engeldir. Olumsuz düşüncelerin yanlışlığını ortaya koyacak girişimlerde bulunulmamasıdır. Kontrol davranışı ise, bireyin sürekli bazı durumları, olayları kontrol etmesi sonucunda hafızasına karşı güven duymamasıdır. Bu durum kaygı düzeyinin artmasına sebep olur. Güvence talepleri ve bilgi arama davranışları ise bireyin işlevselliğini etkileyici aynı zamanda yorucudur ve sağlık kaygısının tipik özelliğidir. Bu

dört yoldan herbiri bireyin işlevselliğinin önüne engel olacak, sağlığıyla ilgili kaygısını artıracak ve hiçbiri fayda sağlamayacaktır (Radomsky ve ark 2001).

Sağlık kaygısı farklı sebeplerden ötürü ortaya çıkabilmektedir. Medyada ortaya çıkan haberlere maruz kalma durumunda, yakınından birinin ölümünde, önemli bir hastalık durumunda, çocukluk çağında ortaya çıkan hastalıklar sonucunda, tekrarlayan tetkikler, stres altında kalındığında sağlık kaygısı ortaya çıkabilmektedir (Barsky ve Klerman 1983, Taylor ve Asmundson 2004).

Bilişsel Davranışçı Model Beck'in anksiyete ve bilişsel modelinden yararlanılarak Warwick ve Salkovskis tarafından (1986) oluşturulmuştur (Yorulmaz ve Dirik 2018). Sağlık kaygısına neden olan risk faktörlerini şu şekilde sıralamışlardır:

- Bedensel belirtilerin anlamı,
- Hastalığın ağır ve ciddi olması sonucunda bulaşıcı veya yaygın olması,
- Hastalığın tanı, tedavi ve seyrinde fonksiyonel olmayan varsayımlar ve düşüncelerdir (Warwick ve Salkovskis 1990).

Sağlık kaygısı, belirli sınırlarda çoğu kişide ortaya çıkabilir ve anormal bir rahatsızlık durumu olarak ele alınmaz. Bireyin sağlığını koruması, vücut bütünlüğünü bozmaması için yardımcıdır. Sağlık kaygısının ileri seviyesi olarak ele alınan Hipokondriazis ise toplumda çok az görülür fakat hastane içinde yüzdesi yüksektir (Karapıçak ve ark 2012).

Sonuç olarak birey, ortaya çıkan bedensel olumsuzlukları hastalıklara atfederek altta yatan sebeplerle çok fazla uğraş halindedir (Olatunji ve ark 2011).

1.3.1. Etiyoloji

Çevresel ve Genetik Faktörler: İlk çalışmalar ikizler üzerine yapılmıştır. Bu çalışmalarda sağlık kaygısının genetik faktörlerle aktarılabildiği söylenmiştir. Fakat daha sonra hipokondriazisi ölçmek için yetersiz bir metod kullanıldığı tespit edilmiştir. Daha sonraki çalışmalarda 35 ikiz bireylerin yaşamı boyunca öyküsünü alma görüşmeleri yapılmıştır. Bu görüşmeler

sonucunda hipokondriazisin genetik faktörlerden etkilenmediği bulunmuştur. Burada önemli olanın çevresel faktörler olduğu belirtilmektedir (Torgersen 1986).

Hastalık ve Ölüm Deneyimleri: Çocukluk çağında ciddi bir huzursuzluk ve acı veren hastalıklar bireyde ileride ortaya çıkabilecek hastalıklarla alakalı korku yaratabilir. Çocuk sıkı sıkıya bağlı olduğu bireylerden ayrı kalma huzursuzluğu yaşayabilir ve çocuğun kaygı düzeyi artabilir. Çok sevilen bir yakının trafik kazasında ani bir şekilde ölümü gibi durumlarda birey kendi hayatını ve sağlığını sorgulama eylemi içine girebilir (Taylor ve Asmundson 2004). Aile üyelerinden birinin hastalığa yakalanması, bireyin önceden geçirmiş olduğu bir hastalık veya sevilen bir yakının ölümü gibi deneyimler sağlık kaygısının ortaya çıkmasını tetikler.

Cinsel ve Fiziksel İstismar: Küçük yaşlarda yaşanan cinsel veya fiziksel istismar sonucu birey kendini saldırıya açık, zayıf ve çaresiz olduğuna inandırır bunun sonucunda da sağlık kaygısı ortaya çıkabilir (Paris 1998).

Biyolojik Etkenler: Nörotransmitterler ve nöroanatomik yapılara bakılarak sağlık kaygısının biyolojik etkisi anlaşılmaya çalışılmıştır (Taylor ve Asmundson 2004).

Ebeveyn ve Çocuk Etkileşimi: Küçük yaşlarda birey ebeveynini örnek alarak onun gibi başkasının sağlığı için endişelenme duygusu içine girebilir. Ebeveynin aşırı korumacı tutumu karşısında çocuk kendini dayanıksız ve hastalıkların kendisi için tehlikeli olduğu fikrine kapılabilir. Çocuk hasta olduğunda ebeveynlerine belirtileri söylerse ona ödül olarak döneceği şeklinde düşünmesi ebeveynsel pekiştirmeye bir örnektir. Tüm bunların sonucunda da çocukta sağlık kaygı düzeyi artabilir (Smith ve ark 1983, Ferguson 1998).

Diğer Stresörler: Bireyin stres dolu bir yaşamının olması sağlık kaygısının ortaya çıkmasında tek etkili faktör değildir. Sağlık kaygısı bozukluğunun ortaya çıkmasında çeşitli faktörlerin çeşitli derecede etkisi vardır.

1.3.2. Epidemiyoloji

Sağlık kaygısı kadınlarda ve erkeklerde genel olarak eşit görülmektedir. Yaş aralıklarında görülme sıklığına bakıldığında 25-45 yaş arasındadır. Bazı çalışmalarda yaşın sağlık kaygısı üzerinde etkili olup olmadığı tespit edilemezken, bazılarında yaşlı bireylerde sağlık kaygı düzeyinin yüksek olduğu tespit edilmiştir (Taylor ve Asmundson 2004). Sağlık kaygısının kültürler arası değişiklik göstermemektedir (Wilhelmsen 2017). Sağlık kaygısı birinci basamak ortamında %3 ve %9, genel popülasyondaki yaygınlık sıklığı ise %0,05 ve %1,3 arasında farklılık göstermektedir (Tyrer ve ark 2011).

1.3.3. Tedavi

Sağlık kaygısının tedavi edilebilir olduğu 1980 yılında farklı pilot çalışmalarda bilişsel davranışçı terapi yapılarak kontrol edilmiştir.

Psikoeğitim: Bireye kendi durumu ile ilgili bilgilerin yanı sıra sağlığına faydalı olabilecek yeni bilgiler de verilir. Bunun yanında gevşeme teknikleri ve nefes egzersizleri gibi farklı aktivitelerde kullanılabilir (Asmundson ve ark 2010).

Farmakoterapi: Panik pozukluk, obsesif kompulsif bozukluk gibi hastalıklar için kullanılan bazı ilaçların sağlık anksiyete belirtilerini azalttığına dair çeşitli araştırmalar vardır (Taylor ve Asmundson 2004). Sağlık kaygısı tedavisine ilişkin yapılan araştırmalar az olduğu için antidepresan ilaçlar sağlık anksiyetesi için de kullanılmaktadır (Wilhelmsen 2017).

Maruz Bırakma ile Tepkiyi Önleme: Sağlık kaygısı olan bireylere kalp atışını hızlandırmak için merdiven çıkma, hastaneye gitme veya ciddi hastalıkları hayalinde canlandırma gibi farklı maruz bırakma faaliyetleri verilir. Bu ödevlendirmeler sonucunda bireyin vereceği tepki azaltılarak önlemeye çalışılır (Asmundson ve ark 2010).

Davranışsal Stres Yönetimi: Bu kuramda anksiyetenin ortaya çıkmasında stresin önemli olduğu vurgulanmaktadır. Bu yüzden farklı stres

yönetim ödevleri ve eğitimleri ile bireyin stresi azaltılmaya çalışılır (Taylor ve Asmundson 2004).

Bilişsel Davranışçı Terapi: Maruz bırakma ile tepki önleme, psikoterapi gibi yöntemlerin yanında bireyin bedensel duyumu ile bilişsel düşünceleri bir arada ele alınarak yeniden yapılanması sağlanmaktadır (Asmundson ve ark 2010). Bilişsel Davranışçı Terapide amaç, hasta bireyin davranış ve tutumlarını en ince ayrıntısına kadar düşünmesine destek olmaktır (Wilhelmsen 2017).

2. GEREÇ VE YÖNTEM

2.1.Araştırmanın Amacı

Bu çalışmada Konya ili merkez ilçelerinden; Selçuklu, Meram ve Karatay'da ikamet eden akut veya kronik hastalığı olan yetişkin bireylerin algıladıkları sosyal destek, yalnızlık ve sağlık kaygı düzeylerinin incelenmesi amaçlanmaktadır.

2.2.Araştırmanın Önemi

Literatür incelendiğinde akut veya kronik hastalığı olan bireylerin kaygılarıyla ilgili araştırma ve çalışmaların kısıtlı olduğu görülmüştür. Ayrıca akut veya kronik hastalığı olan bireylerin ASD, yalnızlık ve sağlık kaygı düzeylerinin birlikte incelendiği herhangi bir çalışma olmaması sebebi ile bu çalışmanın literatüre katkı sağlayacağı düşünülmektedir. Bu araştırma, farklı örneklem gruplarında kıyas yapabilmek ve gelecekte bu konuda araştırma yapacaklara yön vermesi için önemlidir.

2.3.Araştırmanın Tipi

Araştırmada nicel araştırma deseni kullanılmıştır. Bunun sonucunda da tanımlayıcı bulgular elde edilmiştir. Nicel araştırma deseni en basit şekilde, nicel verilerin bir araya getirilip bu verilerin analizini içeren çalışmalar olarak tanımlanabilir. Tanımlayıcı araştırmaların temel özelliği ise ortaya çıkan araştırma sonuçlarının herhangi bir durumu tanımlaması fakat karşılaştırma yapmıyor olmasıdır (Büyüköztürk ve ark 2013).

2.4.Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırma Konya; Selçuklu, Meram ve Karatay ilçelerinde ikamet eden yetişkinlere uygulanmıştır. Araştırmanın evreni 1.346.330 kişiden oluşmaktadır. Kolayda örnekleme yöntemi kullanılarak örneklem büyüklüğünü belirlemek için Tablo 2.4.1'den yararlanılmıştır (Altunışık ve ark 2012). Tablo 2.4.1'de 1.346.330 kişilik evrene 384 kişinin dâhil edilmesi yeterli bulunmuş olup 404 kişi araştırmaya dâhil edilmiştir.

Tablo 2.4.1. Belirli evrenler için kabul edilebilir örnek büyüklükleri.

N	**S**	**N**	**S**	**N**	**S**	**N**	**S**
10	10	190	127	1100	285	5000	357
20	19	200	132	1200	291	6000	361
30	28	250	152	1300	297	7000	364
40	36	300	169	1400	302	8000	367
50	44	350	185	1500	306	9000	368
60	52	400	196	1600	310	10000	370
70	59	450	212	1700	313	15000	375
80	66	500	217	1800	317	20000	377
90	73	550	226	1900	320	30000	379
100	80	*600*	*234*	2000	322	40000	380
110	86	650	241	2200	327	50000	381
120	92	700	248	2400	331	75000	382
130	97	750	254	2600	335	100000	384
140	103	800	260	2800	338	1000000	384
150	108	850	265	3000	341	**10000000**	**384**
160	113	900	269	3500	346		
170	118	950	274	4000	351		
180	123	1000	278	4500	354		

*N=Evren büyüklüğü, *S= Gerekli Örnek Büyüklüğü (Altunışık ve ark 2012).

2.5.Araştırmada Kullanılan Veri Toplama Araçları

Araştırmada konu ile ilgili literatür ışığında demografik verileri içeren kişisel bilgi formu, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ), De JongGierveld Yalnızlık Ölçeği ve Sağlık Anksiyetesi Ölçeği kullanılmıştır (Bkz. EK-A).

2.5.1. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği

Zimet ve arkadaşları tarafından (1988) geliştirilmiş olan ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenirliği Eker ve Arkar (1995), Çakır ve Palabıyık (1997) ve Eker, Arkar ve Yaldız (2001) tarafından yapılmıştır. “Kesinlikle evet" ten "Kesinlikle hayır” a kadar 7’li likert tipi ölçek 12 maddeden oluşmaktadır. ÇBASDÖ özel bir insan, arkadaş veya aileden alınan sosyal desteğin öznel olarak değerlendirilmesini içerir. Bu üç grubun hepsi dörder maddeden oluşmaktadır. 1.2.5.10. maddeler özel insan, 6.7.9.12. maddeler arkadaş, 3.4.8.11. maddeler ise aile desteğini ölçmektedir. Alt ölçeklerin her birinden en az 4, en fazla 28 puan alınabilmektedir. Alt ölçek puanlarının toplamıyla toplam ölçek puanı bulunur. Toplam ölçek puanı en az 12 iken, en fazla 84’tür. Ölçek sonunda ne kadar yüksek puan elde edilirse o kadar sosyal

desteğin yüksek olduğuna dair veriler sunmaktadır (Eker ve Arkar 1995, Eker ve ark 2001).

Tüm ölçek için cronbach alpha katsayısı 0,89 iken, özel insan boyutunda 0,92, arkadaş boyutunda 0,88, aile boyutunda ise 0,85 olarak bulunmuştur.

Bu çalışmanın örnekleminde ise tüm ölçeğin cronbach alpha katsayısı 0,97 iken, aile boyutunda 0,95, arkadaş boyutunda 0,95 ve özel insan boyutunda 0,97 olarak bulunmuştur.

2.5.2. De Jong Gierveld Yalnızlık Ölçeği

De Jong Gierveld ve Kamphuis (1985) tarafından geliştirilmiş olan ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenirliği Çavdar ve ark. (2015) tarafından gerçekleştirilmiştir. "Çok Uygun" ve "Hiç Uygun Değil" şeklinde 4'lü likert tipi ölçeğin 11 maddesi bulunmaktadır. Ölçeğin Fransa, Almanya, Hollanda, Rusya, Bulgaristan gibi farklı ülkelerde geçerlilik ve güvenirlik çalışması yapılmıştır. Ölçek Sosyal Yalnızlık ve Duygusal Yalnızlık boyutu olmak üzere iki alt boyuttan oluşmaktadır (Çavdar ve ark 2015).

Tüm ölçek için cronbach alpha katsayısı 0,87 olarak bulunmuştur.

Bu çalışmanın örnekleminde ise tüm ölçeğin cronbach alpha katsayısı 0,85 iken sosyal yalnızlık boyutunda 0,93, duygusal yalnızlık boyutunda 0,93 olarak bulunmuştur.

2.5.3. Sağlık Anksiyetesi Ölçeği

Salkovskis, Rimes, Warwick ve Clark (2002) tarafından geliştirilmiş olan ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenirliği Aydemir ve ark. (2011) tarafından gerçekleştirilmiştir. Dörtlü sıralı yanıtlardan oluşan ölçeğin 18 maddesi, iki boyutu bulunmaktadır. İlk 14 soru kişinin ruhsal durumunu sorgulamaya yönelikken, son 4 soru ise ciddi bir rahatsızlık varsayımı ile ilgilidir. Ölçeğin her maddesinden 0-3 arasında puan alınmaktadır ve toplam ölçek puanı her maddenin aritmetik ortalaması alınarak elde edilir (Karapıçak

ve ark 2012). Bulunan puanlar ne kadar yüksek olursa sağlık hakkında endişe düzeyinin de o kadar yüksek olduğu düşünülür.

Tüm ölçek için cronbach alpha katsayısı 0,91 olarak bulunmuştur.

Bu çalışmanın örnekleminde ise tüm ölçeğin cronbach alpha katsayısı 0,97 dir. Ruhsal durumu sorgulama boyutunda 0,96, ciddi bir rahatsızlık varsayımı boyutunda 0,89 olarak bulunmuştur.

2.6.Araştırma Verilerinin Toplanması

İhtiyaç duyulan veriler anlık olarak belli bir aralıkta toplanmıştır. Veriler online anket yöntemi ile 17.04.2020- 20.05.2020 tarihleri arasında araştırmacı tarafından toplanmıştır. Anketin doldurulması için ortalama olarak 10 dakika yeterlidir. Anketin başında bilgilendirilmiş onam formu yer alırken daha sonra sosyodemografik veriler ve ölçekler bulunmaktadır (Bkz. EK-A).

2.7. Araştırma Verilerinin Değerlendirilmesi

Araştırma verileri internet ortamında toplandıktan sonra bilgisayara aktarılmıştır. Araştırmadan elde edilen verilerin analizinde SPPS 25,0 (Statistical Programme for Social Sciences) paket programından yararlanılmıştır. Veriler analiz edilmeden önce normal dağılıma uyup uymadığı test edilmiştir. Tanımlayıcı istatistiklerin yanı sıra normal dağılım gösterdiği için parametrik test yöntemleri olan varyans analizi, bağımsız gruplarda t testi, pearson korelasyon analizi kullanılmıştır.

2.8.Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırmada kullanılacak ölçekler (ÇBASDÖ, De Jong Gierveld Yalnızlık, Sağlık Kaygısı) için Türkçe geçerlik ve güvenirliğini yapan kişilerden mail yoluyla gerekli izinler alınmıştır.

Araştırmanın yürütülebilmesi için Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan

29.01.2020 tarihli ve 14604 sayılı (Bkz. EK-B) kararı ile etik kurul izni alınmıştır.

Araştırmaya katılan kişilere araştırma hakkındaki açıklama anket formunun başında belirtilmiştir ve gerekli olan bilgilendirilmiş onam alınmıştır.

2.9.Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma sadece Konya'nın Selçuklu, Meram ve Karatay ilçelerinde akut veya kronik hastalığı olan yetişkin bireyler üzerinde gerçekleştirilmiş olması açısından sınırlılık arz etmektedir.

2.10. Araştırmanın Hipotezleri

- Hipotez 1= H1: Araştırmaya dâhil olanların cinsiyeti ile sosyal destek ortalamaları arasında anlamlı fark vardır.
- Hipotez 2= H1: Araştırmaya dâhil olanların cinsiyeti ile yalnızlık ortalamaları arasında anlamlı fark vardır.
- Hipotez 3= H1: Araştırmaya dâhil olanların cinsiyeti ile sağlık kaygı ortalamaları arasında anlamlı fark vardır.
- Hipotez 4= H1: Araştırmaya dâhil olanların yaşları ile sosyal destek ortalamaları arasında anlamlı fark vardır.
- Hipotez 5= H1: Araştırmaya dâhil olanların yaşları ile yalnızlık ortalamaları arasında anlamlı fark vardır.
- Hipotez 6= H1: Araştırmaya dâhil olanların yaşları ile sağlık kaygı ortalamaları arasında anlamlı fark vardır.
- Hipotez 7= H1: Araştırmaya dâhil olanların eğitim durumu ile sosyal destek ortalamaları arasında anlamlı fark vardır.
- Hipotez 8= H1: Araştırmaya dâhil olanların eğitim durumu ile yalnızlık ortalamaları arasında anlamlı fark vardır.

- Hipotez 9= H1: Araştırmaya dâhil olanların eğitim durumu ile sağlık kaygı ortalamaları arasında anlamlı fark vardır.

- Hipotez 10= H1: Araştırmaya dâhil olanların gelir durumu ile sosyal destek ortalamaları arasında anlamlı fark vardır.

- Hipotez 11= H1: Araştırmaya dâhil olanların gelir durumu ile yalnızlık ortalamaları arasında anlamlı fark vardır.

- Hipotez 12= H1: Araştırmaya dâhil olanların gelir durumu ile sağlık kaygı ortalamaları arasında anlamlı fark vardır.

- Hipotez 13= H1: Araştırmaya dâhil olanların medeni durumu ile sosyal destek ortalamaları arasında anlamlı fark vardır.

- Hipotez 14= H1: Araştırmaya dâhil olanların medeni durumu ile yalnızlık ortalamaları arasında anlamlı fark vardır.

- Hipotez 15= H1: Araştırmaya dâhil olanların medeni durumu ile sağlık kaygı ortalamaları arasında anlamlı fark vardır.

- Hipotez 16= H1: Araştırmaya dâhil olanların algıladıkları sosyal destekleri ile yalnızlık düzeyleri arasında ilişki vardır.

- Hipotez 17= H1: Araştırmaya dâhil olanların yalnızlık düzeyleri ile sağlık kaygı düzeyleri arasında ilişki vardır.

- Hipotez 18= H1: Araştırmaya dâhil olanların algıladıkları sosyal destekleri ile sağlık kaygı düzeyleri arasında ilişki vardır.

3. BULGULAR

Bu bölümde katılımcıların Sosyal Destek, Yalnızlık ve Sağlık Kaygısı kavramları ile ilgili istatistikî bulgular yer almaktadır.

3.1. Araştırmanın Demografik Verileri ve Demografik Verilerin Analizine Ait Bulgular

Bu bölümde katılımcıların tanımlayıcı bulgularına yer verilmiştir.

Tablo 3.1. Katılımcıların demografik bulguları.

Cinsiyet	**Sayı (n)**	**Yüzde (%)**	**Medeni Hali**	**Sayı (n)**	**Yüzde (%)**
Erkek	191	47,3	Evli	247	61,1
Kadın	213	52,7	Bekar	157	38,9
Yaş			**Kiminle Yaşıyor**		
18-25	84	20,8	Ailemle	306	75,7
26-35	79	19,6	Akrabalarımla	28	6,9
36-45	80	19,8	Arkadaşlarımla	15	3,7
46-55	79	19,6	Yalnız Yaşıyorum	55	13,6
56 ve üzeri	82	20,3	**Kronik bir hastalığınız var mı?**		
Eğitim Durumu			Var	240	59,4
İlkokul	120	29,7	Yok	164	40,6
Lise	84	20,8	**Ailenizde kronik hastalığı olan var mı?**		
Ön-Lisans	58	14,4	Var	214	53
Lisans	102	25,2	Yok	190	47
Lisansüstü	40	9,9	**Son Bir Yıl İçerisinde Doktora Başvuru**		
Meslek			0-3	114	28,2
Esnaf	39	9,7	4-7	167	41,3
Emekli	32	7,9	8-10	123	30,4
Memur	92	22,8	**Genel Sağlık Durumu (1-10 Arası)**		
İşçi	71	17,6	1 Puan	10	2,5
Serbest Meslek	40	9,9	2 Puan	19	4,7
Öğrenci	38	9,4	3 Puan	46	11,4
Çalışmıyor	92	22,8	4 Puan	38	9,4
Gelir Durumu			5 Puan	63	15,6
0-1000	59	14,6	6 Puan	86	21,3
1001-2000	37	9,2	7 Puan	42	10,4
2001-3000	126	31,2	8 Puan	69	17,1
3001-4000	83	20,5	9 Puan	13	3,2
4001 ve üzeri	99	24,5	10 Puan	18	4,5
Toplam	**404**	**100**	**Toplam**	**404**	**100**

Tablo 3.1.'de katılımcıların demografik bilgileri verilmiştir. Katılanların %52,7'si erkek %47,3'ü kadın olup %61,1'i evlidir. Katılımcıların %20,8'i 18-25 yaş aralığında, %19,6'sı 26-35 yaş aralığında,

%19,8'i 36-45 yaş aralığında, %19,6'sı 46-55 aralığında ve %20,3'ü 56 yaş ve üstüdür. Eğitim durumuna bakacak olursak; %29,7'si ilkokul, %20,8'i lise, %14,4'ü önlisans, %25,2'si lisans, %9,9'u ise lisansüstü mezunudur. Katılımcıların %9,7'si esnaf, %7,9'u emekli, %22,8'i memur, %17,6'sı işçi, %9,9'ı serbest meslek, %9,4'ü öğrenci olup %22,8'i çalışmıyor. Gelir durumuna bakıldığında; % 14,6'sı 0-1000 arası, %9,2'ü 1001-2000 arası, %31,2'si 2001-3000 arası, %20,5'i 3001-4000 arası ve %24,5'i ise 4001 üzeri gelire sahiptir. Katılımcıların %88,9'u çekirdek aile, %11,1'i geniş ailedir. %75,7'si ailesi ile yaşıyor, %6,9'u akrabaları ile, %3,7'si arkadaşlarıyla, %13,6'sı ise yalnız yaşamaktadır. Katılımcıların %59,4'ünün kronik bir hastalığı var ve ailelerinde kronik rahatsızlığı olanların oranı %53'tür. Son bir yıl içerisinde hastaneye başvuru oranına bakıldığında; %28,2'si 0-3 defa, %41,3'ü 4-7 defa, %30,4'ü 8-10 ve üzeri gitmiştir. Son bir yıl içerisinde doktora başvuru ortalama değeri $\bar{x}$=2,02 olarak bulunmuştur. Araştırmaya katılanların genel sağlık durumlarını 1 ile 10 puan arasında değerlendirmeleri istenmiştir. %2,5'i 1 puan, %4,7'si 2 puan, %11,4'ü 3 puan, %9,4'ü 4 puan, %15,6'sı 5 puan, %21,3'ü 6 puan, % 10,4'ü 7 puan, %17,1'i 8 puan, %3,2'si 9 puan ve %4,5'i 10 puan vermişlerdir. Genel sağlık durumu puan ortalama değeri $\bar{x}$ =5,72 olarak bulunmuştur.

Tablo 3.2. Cinsiyet ile kronik hastalık durumu arasında yapılan ki-kare analizi.

			Kronik Bir Hastalığınız Var mı?		
			Var	Yok	Toplam
Cinsiyet	Erkek	n	120	71	191
		%	50	43,3	47,3
	Kadın	n	120	93	213
		%	50	56,7	52,7
	Toplam	n	240	164	404

X2=1,758 p =0,185 n =404

Tablo 3.2.'de görüldüğü gibi cinsiyet ile kronik hastalık durumu arasında ki-kare analizi yapılmış olup anlamlı bir ilişki tespit edilememiştir (p>0,05).

Tablo 3.3. Cinsiyet ile bir yıl içerisinde hekime başvuru sayısı arasında yapılan ki-kare analizi.

			Bir Yıl İçinde Hekime Başvuru Sayısı			
			0-3	4-7	8-10	Toplam
Cinsiyet	Erkek	n	51	85	55	191
		%	44,7	50,9	44,7	47,3
	Kadın	n	63	82	68	213
		%	55,3	49,1	55,3	52,7
	Toplam	n	114	167	123	404

X2=1,497 p =0,473 n =404

Tablo 3.3.'te görüldüğü gibi cinsiyet ile son bir yıl içinde hekime başvuru sayısı arasında ki-kare analizi yapılmış olup anlamlı bir ilişki tespit edilememiştir (p>0,05).

Tablo 3.4. Cinsiyet ile genel sağlık durumu değerlendirmesi arasında yapılan ki-kare analizi.

			Genel Sağlık Durumunuzu 1-10 Arasında Puanlayınız										
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Toplam
Cinsiyet	Erkek	n	4	11	20	19	36	45	21	24	6	5	191
		%	40	57	43	50	57	52	50	34	46	27	47
	Kadın	n	6	8	26	19	27	41	21	45	7	13	213
		%	60	42	56	50	42	47	50	65	53	72	52
	Toplam	n	10	19	46	38	63	86	42	69	13	18	404

X2=11,989 p =0,214 n =404

Tablo 3.4.'te görüldüğü gibi cinsiyet ile genel sağlık durumu değerlendirmesi arasında yapılan ki-kare analizi yapılmış olup anlamlı bir ilişki tespit edilememiştir (p>0,05).

Tablo 3.5. Yaş ile kronik hastalık durumu arasında yapılan ki-kare analizi.

			Kronik Bir Hastalığınız Var mı?		
			Var	Yok	Toplam
Yaş	18-25	n	27	57	84
		%	11,3	34,8	20,8
	26-35	n	46	33	79
		%	19,2	20,1	19,6
	36-45	n	53	27	80
		%	22,1	16,5	19,8
	46-55	n	52	27	79
		%	21,7	16,5	19,6
	56 ve üstü	n	62	20	82
		%	25,8	12,2	20,3
	Toplam	n	240	164	404

X2=37,767 p =0,000 n =404

Tablo 3.5.'te görüldüğü gibi yaş ile kronik hastalık durumu arasında ki-kare analizi yapılmış olup anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir (p<0,05).

Kronik hastalığı olanların %25,8'i 56 ve üstü, %21,7'si 46-55 yaş aralığında olduğu gözlemlenmektedir. Bu sonuca göre, yaşı yüksek olanlarda kronik hastalık oranı daha fazladır.

Tablo 3.6. Yaş ile bir yıl içerisinde hekime başvuru sayısı arasında yapılan ki-kare analizi.

			Bir Yıl İçinde Hekime Başvuru Sayısı			
			0-3	4-7	8-10	Toplam
Yaş	18-25	n	46	32	6	84
		%	11,4	7,9	1,5	20,8
	26-35	n	23	41	15	79
		%	5,7	10,1	3,7	19,6
	36-45	n	16	41	23	80
		%	4,0	10,1	5,7	19,8
	46-55	n	13	36	30	79
		%	3,2	8,9	7,4	19,6
	56 ve üstü	n	16	17	49	82
		%	4,0	4,2	12,1	20,3
	Toplam	n	114	167	123	404
		%	28,2	41,3	30,4	100

X2=85,073 p =0,000 n =404

Tablo 3.6.'da görüldüğü gibi yaş ile son bir yıl içinde hekime başvuru sayısı arasında ki-kare analizi yapılmıştır. Katılımcılardan son bir yıl içinde hekime başvuru sayısı 0-3, 4-7, 8-10 arasında değerlendirilmesi istenmiştir. Yaş ile son bir yıl içinde hekime başvuru sayısı arasında anlamlı bir fark tespit edilmiştir ($p<0,05$).

Bir yıl içinde hekime 0-3 kere başvuranların %11,4'ü 18-25 yaş aralığında, bir yıl içinde hekime 4-7 kere başvuranların %10,1'i 26-35, 36-45 yaş aralığında, bir yıl içinde hekime 8-10 kere başvuranların %12,1'i 56 ve üstü yaş arasında olduğu gözlemlenmektedir. Bu sonuca göre yaşı yüksek olanlarda son bir yıl içinde hekime başvuru sayısı daha fazladır.

Tablo 3.7. Yaş ile genel sağlık durumu değerlendirmesi arasında yapılan ki-kare analizi.

			Genel Sağlık Durumunuzu 1-10 Arasında Puanlayınız										
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Toplam
Yaş	18-25	n	0	0	0	5	13	12	13	20	8	13	84
		%	0	0	0	13	20	14	31	29	61	72	20
	26-35	n	0	3	4	4	6	20	8	27	4	3	79
		%	0	15	8	10	9	23	19	39	30	16	19
	36-45	n	0	6	4	14	10	20	16	8	0	2	80
		%	0	31	8	36	15	23	38	11	0	11	19
	46-55	n	6	6	18	6	13	18	5	6	1	0	79
		%	60	31	39	15	20	20	11	8	7	0	19
	56+	n	4	4	20	9	21	16	0	8	0	0	82
		%	40	21	43	23	33	18	0	11	0	0	20
	Toplam	n	10	19	46	38	63	86	42	69	13	18	404

X2=172,540 p =0,000 n =404

Tablo 3.7.'de görüldüğü gibi yaş ile genel sağlık durumu değerlendirmesi arasında ki-kare analizi yapılmış olup aralarında anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir ($p<0,05$).

Sağlık durumuna bir puan verenlerin %60'ı 46-55 yaş aralığındadır. İki puan verenlerin %31,6'sı 36-45 ve 46-55 yaş aralığındadır. Üç puan verenlerin %43,5'i 56 ve üstüdür. Dört puan verenlerin %36,8'i 36-45 yaş aralığındadır. Beş puan verenlerin %33,3'ü 56 ve üzeridir. Altı puan verenlerin %23,3'ü 26-35 ve 36-45 yaş aralığındadır. Yedi puan verenlerin %31,1'i 18-25yaş aralığındadır. Sekiz puan verenlerin %39,1'i 26-35 yaş aralığındadır. Dokuz puan verenlerin %61,1'i 18-25 yaş aralığındadır. On puan verenlerin %72,2'si 18-25 yaş aralığındadır. Sağlık durumuna düşük puan verenlerin çoğunluğunun yüksek yaş aralıklarında olduğu, sağlık durumuna yüksek puan verenlerin ise çoğunluğunun düşük yaş aralıklarında olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 3.8. Medeni durum ile kronik hastalık durumu arasında yapılan ki-kare analizi.

			Kronik Hastalık		
			Var	Yok	Toplam
Medeni Durum	Evli	n	157	90	247
		%	65,4	54,9	61,1
	Bekar	n	83	74	157
		%	34,6	45,1	38,9
	Toplam	n	240	164	404

X_2=4,554 p = 0,02 n =404

Tablo 3.8'de görüldüğü gibi medeni durumu ile kronik hastalık durumu arasında ki-kare analizi yapılmış aralarında anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir (p<0,05).

Kronik bir hastalığı olanların %65,4'ü evli %34,6'sı bekârdır. Kronik hastalığı olmayanların %54,9'u evli %45,1'i bekârdır. Araştırma sonucuna göre kronik bir hastalığı olanların çoğunluğunun evli olduğu görülmektedir.

Tablo 3.9. Medeni durum ile bir yıl içerisinde hekime başvuru sayısı arasında yapılan ki-kare analizi.

			Bir Yıl içinde Hekime Başvuru Sayısı			
			0-3	4-7	8-10	Toplam
Medeni Durum	Evli	n	53	116	78	247
		%	46,5	69,5	63,4	61,1
	Bekar	n	61	51	45	157
		%	53,5	30,5	36,6	38,9
	Toplam	n	114	167	123	404

X_2=15,431 p = 0,000 n =404

Tablo 3.9'da görüldüğü gibi medeni durum ile hekime başvuru sayısı arasında ki-kare analizi yapılmış olup anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir (p<0,05).

Bir yıl içerisinde hekime 0-3 kez başvuru yapanların %46,5'i evli, %53,5'i bekârdır. 4-7 kez başvuru yapanların %69,5'i evli, %30,5'i bekârdır. 8-10 kez başvuru yapanların %63,4'ü evli, %36,6'sı ise bekârdır. Evli olanların hekime başvuru oranının, bekâr olanlara göre daha fazla olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 3.10. Medeni durum ile genel sağlık durumu değerlendirmesi arasında yapılan ki-kare analizi.

			Genel Sağlık Durumunuzu 1-10 Arasında Puanlayınız										
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Toplam
Medeni Durum	Evli	n	4	6	28	29	46	59	29	36	3	7	247
		%	40	31	60	76	73	68	69	52	23	38	61
	Bekar	n	6	13	18	9	17	27	13	33	10	11	157
		%	60	68	39	23	27	31	31	47	76	61	38
	Toplam	n	10	19	46	38	63	86	42	69	13	18	404

X_2=33,429 p = 0,000 n =404

Tablo 3.10.'da görüldüğü gibi medeni durum ile genel sağlık durumu değerlendirmesi arasında ki-kare analizi yapılmış olup aralarında anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir ($p<0,05$).

Sağlık durumuna bir puan verenlerin %60'ı bekâr, iki puan verenlerin %68,4'ü bekâr, üç puan verenlerin %60,9'u evli, dört puan verenlerin %76,3'ü evli, beş puan verenlerin %73'ü evli, altı puan verenlerin %68,6'sı evli, yedi puan verenlerin %69'u evli, sekiz puan verenlerin %52,2'si evli, dokuz puan verenlerin %76,9'u bekâr, on puan verenlerin %61,1'i bekardır. Evli bireylerin genel sağlık durumunu değerlendirmesi bekâr bireylere göre daha düşük olduğu saptanmıştır.

Tablo 3.11. Eğitim durumu ile kronik hastalık durumu arasında yapılan ki-kare analizi.

			Kronik Hastalık		
			Var	Yok	Toplam
Eğitim Durumu	İlkokul	n	106	14	120
		%	44,2	8,5	29,7
	Lise	n	49	35	84
		%	20,4	21,3	20,8
	Ön-Lisans	n	28	30	58
		%	11,7	18,3	14,4
	Lisans	n	39	63	102
		%	16,3	38,4	25,2
	Lisansüstü	n	18	22	40
		%	7,5	13,4	9,9
	Toplam	n	240	164	404

X_2=67,059 p = 0,000 n =404

Tablo 3.11'de görüldüğü gibi eğitim durumu ile kronik hastalık durumu arasında ki-kare analizi yapılmış olup aralarında anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir ($p<0,05$).

Kronik hastalığı olanların %44,2'si ilkokul mezunu, %20,4'ü lise mezunu, %11,7'si ön lisans mezunu, %16,3'ü lisans mezunu ve %7,5'i lisansüstü mezunu olduğu görülmektedir. Kronik hastalığı olmayanların %8,5'i ilkokul mezunu, %21,3'ü lise mezunu, %18,3'ü ön lisans mezunu, %38,4'ü lisans mezunu, %13,4'ü lisansüstü mezunu olduğu görülmektedir. Eğitim düzeyi yüksek olanların kronik hastalık oranının daha az olduğu görülmektedir.

Tablo 3.12. Eğitim durumu ile bir yıl içerisinde hekime başvuru sayısı arasında yapılan ki-kare analizi.

			Bir Yıl İçinde Hekime Başvuru Sayısı			
			0-3	4-7	8-10	Toplam
Eğitim Durumu	İlkokul	n	10	28	82	120
		%	8,8	16,8	66,7	29,7
	Lise	n	25	40	19	84
		%	21,9	24	15,4	20,8
	Ön-Lisans	n	25	29	4	58
		%	21,9	17,4	3,3	14,4
	Lisans	n	41	49	12	102
		%	36	29,3	9,8	25,2
	Lisansüstü	n	13	21	6	40
		%	11,4	12,6	4,9	9,9
	Toplam	n	114	167	123	404

X_2=124,124 p = 0,000 n =404

Tablo 3.12'de görüldüğü gibi eğitim durumu ile bir yıl içerisinde hekime başvuru sayısı arasında ki-kare analizi yapılmış olup aralarında anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir ($p<0,05$).

Bir yıl içerisinde hekime 0-3 kez başvuru yapanların %36'sı lisans eğitimi almıştır. 4-7 kez başvuru yapanların %29,3'ü lisans mezunu, %24'ü lise mezunudur. 8-10 kez başvuru yapanların %66,7'si ilkokul mezunudur. Eğitim düzeyi düştükçe hekime başvuru sayısı artmaktadır.

Tablo 3.13. Medeni durum ile genel sağlık durumu değerlendirmesi arasında yapılan ki-kare analizi.

			Genel Sağlık Durumunuzu 1-10 Arasında Puanlayınız										
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Toplam
Eğitim Durumu	İlkokul	n	8	14	30	17	22	16	3	3	1	6	120
		%	80	73	65	44	34	18	7	4	7	33	29
	Lise	n	2	4	14	8	18	9	6	14	7	2	84
		%	20	21	30	21	28	10	14	20	53	11	20
	Ön-Lisans	n	0	0	0	8	9	22	6	10	1	2	58
		%	0	0	0	21	14	25	14	14	7	11	14
	Lisans	n	0	1	2	3	14	23	17	31	3	8	102
		%	0	5	4	7	22	26	40	44	23	44	25
	Lisansüstü	n	0	0	0	2	0	16	10	11	1	0	40
		%	0	0	0	5	0	18	23	15	7	0	9
	Toplam	n	10	19	46	38	63	86	42	69	13	18	404

X_2=177,724 p = 0,000 n =404

Tablo 3.13.'te görüldüğü gibi eğitim durumu ile genel sağlık durumu değerlendirmesi arasında ki-kare analizi yapılmış olup aralarında anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir ($p<0,05$).

Sağlık durumuna bir puan verenlerin %80'i ilkokul mezunu iken %20'si lise mezunudur. İki puan verenlerin %73,7'si ilkokul mezunudur. Üç puan verenlerin %65,2'si ilkokul mezunudur. Dört puan verenlerin %44,7'si ilkokul mezunudur. Beş puan verenlerin %34,9'u ilkokul iken %28,6'sı lise mezunudur. Altı puan verenlerin %26,7'si lisans mezunu, %25,6'sı ön lisans mezunudur. Yedi puan verenlerin %40,5'i lisans mezunudur. Sekiz puan verenlerin %44,9'u lisans mezunudur. Dokuz puan verenlerin %53,8'i lise mezunudur. On puan verenlerin %44,4'ü lisans mezunudur. Eğitim düzeyi arttıkça genel sağlık durumuna verilen puanların attığı gözlemlenmiştir.

3.2. Araştırmanın Ölçekleri-Alt Boyutlarından Aldıkları Puanlar ve Demografik Veriler ile Ölçekler Arasındaki Analizlere Ait Bulgular

Bu bölümde katılımcıların ASD, Yalnızlık ve Sağlık Kaygısı ölçekleriyle alt boyutlarına ait ortalama puanlar, standart sapma, minimum ve maximum değerler yer almaktadır.

Tablo 3.14. ÇBASDÖ ait betimleyici istatistikler.

S.N.	İfadeler	N	Ort.	SS
1	Ailem (örneğin, annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) bana yardımcı olmaya çalışır.	404	4,87	1,49
2	İhtiyacım olan duygusal yardım ve desteği ailemden (örneğin, annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) alırım.	404	4,63	4,6
3	Arkadaşlarım bana gerçekten yardımcı olmaya çalışırlar.	404	4,24	1,7
4	İşler kötü gittiğinde arkadaşlarıma güvenebilirim.	404	4,10	1,67
5	Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve ihtiyacım olduğunda yanımda olan bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.	404	3,75	2,03
6	Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.	404	3,67	2
7	Sorunlarımı ailemle (örneğin, annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) konuşabilirim.	404	4,67	1,62
8	Sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim arkadaşlarım var.	404	4,26	1,76
9	Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve duygularıma önem veren bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.	404	3,69	1,94
10	Kararlarımı vermede ailem (örneğin, annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) bana yardımcı olmaya isteklidir.	404	4,60	1,59
11	Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve beni gerçekten rahatlatan bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.	404	3,65	1,99
12	Sorunlarımı arkadaşlarımla konuşabilirim.	404	4,23	1,73

Tablo 3.14.'te görüldüğü gibi ÇBASDÖ ortalama puanlar arasında en yüksek puan $\bar{x}$=4,87 ile "Ailem (örneğin, annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) bana yardımcı olmaya çalışır." sorusundan elde edilmiştir. En düşük puan ise $\bar{x}$=3,65 ile "Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve beni gerçekten rahatlatan bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var." sorusunda bulunmuştur.

Tablo 3.15. Katılımcıların ÇBASDÖ'den aldıkları puanlar.

	Ortalama±SS	Min	Max
Algılanan Sosyal Destek	4,19±1,56	1,33	7,00
Aile Alt Boyutu (1-2-7-10)	4,69±1,48	1,50	7,00
Arkadaş Alt Boyutu (3-4-8-12)	4,20±1,62	1,00	
Özel İnsan Alt Boyutu (5-6-9-11)	3,69±1,92	1,00	7,00

Tablo 3.15.'te görüldüğü gibi ÇBASDÖ'ne ait ortalama puan $\bar{x}$ = 4,19 minimum değer 1,33, maksimum değer 7,00 olarak bulunmuştur. Algılanan Sosyal Destek ölçeğinin alt boyutlarından olan Aile Alt Boyutu $\bar{x}$ = 4,69 puan, Arkadaş Alt Boyutu $\bar{x}$ = 4,20 puan, Özel İnsan Alt Boyutu $\bar{x}$ = 3,69 puan olarak bulunmuştur.

Tablo 3.16. Yalnızlık ölçeğine ait betimleyici istatistikler.

S.N.	**İfadeler**	**N**	**Ort.**	**SS**
1	Keşke gerçekten yakın bir arkadaşım olsa.	404	2,45	0,91
2	Etrafımda bana eşlik eden kimsenin olmaması beni üzüyor.	404	2,19	1,02
3	Ne zaman arkadaşlarıma ihtiyacım olsa onlara güvenebilirim.	404	2,74	0,99
4	Sıklıkla kendimi reddedilmiş hissediyorum.	404	2,09	0,9
5	Kendimi boşlukta hissediyorum.	404	2,15	1,13
6	Tamamıyla güvenebileceğim çok sayıda insan var.	404	2,75	0,99
7	Etrafımda birilerinin olmasını özlüyorum.	404	2,47	0,85
8	Etrafımda günlük problemlerim hakkında konuşabileceğim daima birisi vardır.	404	2,90	0,89
9	Sıkıntıya düştüğümde güvenebileceğim birçok kişi var.	404	2,82	0,95
10	Arkadaş ve yakın çevremin çok sınırlı olduğunu hissediyorum.	404	2,37	0,94
11	Kendimi yakın hissettiğim yeterince insan var.	404	2,83	1,07

Tablo 3.16.'da görüldüğü gibi Yalnızlık ölçeğinde ortalama puanlar arasında en yüksek puan $\bar{x}$=2,90 ile "Etrafımda günlük problemlerim hakkında konuşabileceğim daima birisi vardır." sorusunda; en düşük puan ise $\bar{x}$=2,09 ile "Sıklıkla kendimi reddedilmiş hissediyorum." sorusunda bulunmuştur.

Tablo 3.17. Katılımcıların yalnızlık ölçeğinden aldıkları puanlar.

	Ortalama±SS	**Min**	**Max**
Yalnızlık	2,52±0,22	1,64	3,36
Sosyal Yalnızlık (3-6-8-9-11)	2,80±0,87	1,00	4,00
Duygusal Yalnızlık (1-2-4-5-7-10)	2,28±0,83	1,00	4,00

Tablo 3.17.'de görüldüğü gibi Yalnızlık ölçeğine ait ortalama puan $\bar{x}$=2,52 minimum değer 1,64, maksimum değer 3,36 olarak bulunmuştur. Yalnızlık ölçeğinin alt boyutlarından olan Sosyal Yalnızlık $\bar{x}$ = 2,80 puan, Duygusal Yalnızlık $\bar{x}$ = 2,28 puan olarak bulunmuştur.

Tablo 3.18. Sağlık kaygısı ölçeğine ait betimleyici istatistikler.

S.N.	İfadeler	N	Ort.	SS
1	Sağlığımla ilgili..	404	2,23	0,77
2	Yaşıtlarıma göre ... ağrı/acı hissederim	404	2,20	0,94
3	Vücudumdaki duyum ya da değişikliklerin farkında…	404	2,28	0,94
4	Hastalıkla ilgili düşüncelere karşı koymak…	404	2,07	0,92
5	Ciddi bir hastalığım olduğu korkusu...	404	2,06	1
6	… hasta olduğum hayalleri gözümün önüne gelir.	404	2,17	0,96
7	Sağlığımla ilgili düşünceleri zihnimden uzaklaştırmakta…	404	2,08	0,98
8	Doktorum kötü bir şey olmadığını söylerse…	404	2,05	0,93
9	Bir hastalık hakkında konuşulduğunda ... zaman kendimde olduğunu düşünmem.	404	2,07	0,96
10	Vücudumda bir algı ya da değişiklik hissedersem ... ne olduğunu merak ederim.	404	2,13	0,92
11	Genellikle ciddi bir hastalığa yakalanma riskimin ... olduğunu düşünürüm.	404	2,18	0,99
12	... ciddi bir hastalığım olduğunu düşünmem.	404	2,04	0,95
13	Ne olduğu açıklanamayan bir bedensel algı fark edersem başka şeyleri düşünmekte ...	404	2,03	0,95
14	Ailem ve dostlarım sağlığımla ... ilgilenmediğimi söyler.	404	2,08	0,93
15	Ciddi bir hastalığım olsaydı da hayatımdaki şeylerden...	404	2,15	0,98
16	Ciddi bir hastalığım olsaydı modern tıbbın beni iyileştirme şansı … olurdu.	404	2,17	0,96
17	Ciddi bir hastalık yaşamımın ... bozardı.	404	2,12	0,93
18	Ciddi bir hastalığım olsaydı onurum... zedelenmiş …	404	2,02	1,1

Tablo 3.18.'de görüldüğü gibi Sağlık Kaygısı ölçeğinde ortalama puanlar arasında en yüksek puan $\bar{x}$=2,28 ile "Vücudumdaki duyum ya da değişikliklerin farkında…" sorusunda; en düşük puan ise $\bar{x}$=2,02 ile "Ciddi bir hastalığım olsaydı onurum... zedelenmiş …" sorusunda bulunmuştur.

Tablo 3.19. Katılımcıların sağlık kaygısı ölçeğinden aldıkları puanlar.

	Ortalama±SS	Min	Max
Sağlık Kaygısı	2,11±0,80	1,11	3,94
Ruhsal Durumunu Sorgulama	2,11±0,79	1,00	3,93
Ciddi Bir Rahatsızlık Varsayımı	2,11±0,87	1,00	4,00

Tablo 3.19.'da görüldüğü gibi Sağlık Kaygısı ölçeğine ait ortalama puan $\bar{x}$=2,11 minimum değer 1,11, maksimum değer 3,94 olarak bulunmuştur. Sağlık Kaygısı ölçeğinin alt boyutlarından olan Ruhsal Durumunu Sorgulama $\bar{x}$=2,11 puan, Ciddi Bir Rahatsızlık Varsayımı $\bar{x}$=2,11 puan olarak bulunmuştur.

Tablo 3.20. Cinsiyet ile ölçeklerin ortalamaları arasında bağımsız gruplarda t testi analizi.

	Cinsiyet	**n**	**ort.**	**ss**	**t**	**p**
Algılanan Sosyal Destek	Erkek	191	3,89	1,53	0,451	**0,000 ***
	Kadın	213	4,46	1,55		
Yalnızlık	Erkek	191	2,52	0,20	0,651	0,897
	Kadın	213	2,52	0,23		
Sağlık Kaygısı	Erkek	191	2,20	0,82	6,468	**0,042 ***
	Kadın	213	2,04	0,77		

n=404 *P<0,05

Tablo 3.20'de görüldüğü gibi cinsiyet ile ölçek puan ortalamaları arasında bağımsız gruplarda t testi analizi yapılmıştır.

Cinsiyet ile ASD, sağlık kaygısı arasında anlamlı bir fark tespit edilmiştir (p<0,05). Kadınların ASD'si erkeklere oranla daha fazla çıkmıştır. Erkeklerin sağlık kaygısı kadınlara oranla daha fazla çıkmıştır. Bu sebeple Hipotez 1 ve Hipotez 3 kabul edilmiştir. Cinsiyet ile yalnızlık ortalaması arasında anlamlı bir fark tespit edilememiştir (p>0,05). Bu sebeple Hipotez 2 reddedilmiştir.

Tablo 3.21. Yaş ile ölçeklerin ortalamaları arasında bağımsız gruplarda tek yönlü varyans analizi.

	Yaş	**n**	**ort**	**ss**	**F**	**p**	**PostHoc (scheffe)**
Algılanan Sosyal Destek	18-25[1]	84	4,67	1,41	14,044	**0,000***	1,2>4 1,2,3>5
	26-35[2]	79	4,79	1,32			
	36-45[3]	80	4,33	1,65			
	46-55[4]	79	3,87	1,70			
	56+[5]	82	3,30	1,22			
Yalnızlık	18-25[1]	84	2,51	0,31	3,764	**0,005***	4,5>1,2
	26-35[2]	79	2,44	0,23			
	36-45[3]	80	2,54	0,19			
	46-55[4]	79	2,55	0,13			
	56+[5]	82	2,55	0,16			
Sağlık Kaygısı	18-25[1]	84	1,86	0,53	12,896	**0,000***	4>1,2 5>1,2,3
	26-35[2]	79	1,83	0,55			
	36-45[3]	80	2,05	0,77			
	46-55[4]	79	2,29	0,89			
	56+[5]	82	2,55	0,95			

n=404 *P<0,05

Tablo 3.21.'de görüldüğü gibi yaş ile ölçeklerin ortalamaları arasında bağımsız gruplarda varyans analizi yapılmıştır. Yaş ile ASD ortalamaları

arasında anlamlı bir fark tespit edilmiştir (p<0,05). Farklılığın hangi gruplardan olduğunu tespit etmek için scheffe testi yapılmıştır. 18-25 yaş ve 26-35 yaş aralığındakilerin ASD ortalamaları 46-55 yaş aralığında olanların ortalamalarına göre daha yüksek çıkmıştır. 18-25 yaş, 26-35 yaş ve 36-45 yaş aralığındakilerin ASD ortalaması, 56 ve üstü yaş olanların ortalamasına göre daha yüksektir. Bu sebeple Hipotez 4 kabul edilmiştir.

Yaş ile yalnızlık ortalamaları arasında anlamlı bir fark tespit edilmiştir (p<0,05). Scheffe test sonuçlarına göre 46-55 yaş ve 56 ve üzeri yaş olanların yalnızlık ortalaması 18-25 yaş ve 26-35 yaş ortalamasına göre daha yüksek çıkmıştır. Hipotez 5 kabul edilmiştir.

Yaş ile sağlık kaygısı ortalamaları arasında anlamlı bir fark tespit edilmiştir (p<0,05). Scheffe test sonuçlarına göre 46-55 yaş aralığındakilerin sağlık kaygısı 18-25 yaş ve 26-35 yaş aralığında olanların ortalamalarına göre daha yüksek çıkmıştır. 56 ve üzeri yaş olanların sağlık kaygı ortalaması 18-25 yaş, 26-35 yaş ve 36-45 yaş ortalamasına göre daha yüksektir. Hipotez 6 kabul edilmiştir.

Tablo 3.22. Medeni durum ile ölçeklerin ortalamaları arasında bağımsız gruplarda t testi analizi.

	Medeni Durum	**n**	**ort.**	**ss**	**t**	**p**
Algılanan Sosyal Destek	Evli	247	4,39	1,41	26,128	**0,000 ***
	Bekâr	157	3,88	1,74		
Yalnızlık	Evli	247	2,53	0,18	14,872	**0,000 ***
	Bekâr	157	2,50	0,26		
Sağlık Kaygısı	Evli	247	2,02	0,75	12,391	**0,000 ***
	Bekâr	157	2,26	0,85		

n=404 *P<0,05

Tablo 3.22.'de görüldüğü gibi medeni durum ile ölçeklerin puan ortalaması arasında t testi analizi yapılmıştır. Medeni durum ile ASD, yalnızlık, sağlık kaygısı puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark tespit edilmiştir (p<0,05). Evli olanların ASD ve yalnızlık puan ortalamaları bekâr olanlara göre yüksek çıkmıştır. Bekâr olanların ise sağlık kaygı ortalamaları evli olanlara göre yüksek çıkmıştır. Bu sebeple Hipotez 13, Hipotez 14 ve Hipotez 15 kabul edilmiştir.

Tablo 3.23. Eğitim durumu ile ölçeklerin ortalamaları arasında bağımsız gruplarda tek yönlü varyans analizi.

	Eğitim Durumu	n	ort	ss	F	p	Post-Hoc (scheffe)
Algılanan Sosyal Destek	İlkokul[1]	120	3,09	1,29			
	Lise[2]	84	3,95	1,67			4>1,2
	Ön-Lisans[3]	58	4,67	1,14	40,859	**0,000***	5>1,2,3
	Lisans[4]	102	4,87	1,27			
	Lisansüstü[5]	40	5,58	0,89			
Yalnızlık	İlkokul[1]	120	2,54	0,17			
	Lise[2]	84	2,57	0,24			
	Ön-Lisans[3]	58	2,41	0,22	5,164	**0,000***	3<1,2
	Lisans[4]	102	2,51	0,23			
	Lisansüstü[5]	40	2,52	0,20			
Sağlık Kaygısı	İlkokul[1]	120	2,68	0,83			
	Lise[2]	84	2,31	0,80			1>3,4,5
	Ön-Lisans[3]	58	1,79	0,48	43,509	**0,000***	2>3,4,5
	Lisans[4]	102	1,72	0,53			
	Lisansüstü[5]	40	1,49	0,19			

n=404 *P<0,05

Tablo 3.23.'te görüldüğü gibi eğitim seviyesi ile ölçeklerin puan ortalaması arasında tek yönlü varyans analiz yapılmıştır. Eğitim seviyesi ile ASD ortalaması arasında anlamlı bir fark tespit edilmiştir (p<0,05). Farklılığın hangi gruplar arasında olduğunu tespit edebilmek için scheffe testi yapılmıştır. Test sonuçlarına göre lisans mezunlarının ASD ortalaması ilkokul ve lise mezunlarının ortalamasından büyüktür. Aynı şekilde lisansüstü mezunlarının ASD'si ilkokul, lise ve ön lisans mezunlarının ASD'sinden daha düşüktür. Bu sebeple Hipotez 7 kabul edilmiştir.

Eğitim seviyesi ile yalnızlık ortalamaları arasında anlamlı bir fark vardır (p<0,05). Ön lisans mezunlarının yalnızlık ortalaması ilkokul ve lise mezunlarına göre daha düşüktür. Bu sebeple Hipotez 8 kabul edilmiştir.

Eğitim seviyesi ile sağlık kaygısı ortalamaları arasında anlamlı bir fark tespit edilmiştir (p<0,05). İlkokul ve lise mezunlarının sağlık kaygı ortalamaları ön lisans, lisans ve lisansüstü mezunlarınınkine göre daha yüksek çıkmıştır. Bu sebeple Hipotez 9 kabul edilmiştir.

Tablo 3.24. Gelir durumu ile ölçeklerin ortalamaları arasında bağımsız gruplarda tek yönlü varyans analizi.

	Gelir Durumu	n	ort	ss	F	p	Post-Hoc (scheffe)
Algılanan Sosyal Destek	0-1000[1]	59	4,10	1,74	19,814	**0,000***	4>1,2 5>1,2,3,4
	1001-2000[2]	37	3,16	1,39			
	2001-3000[3]	126	3,70	1,43			
	3001-4000[4]	83	4,13	1,53			
	4001+[5]	99	5,16	1,15			
Yalnızlık	0-1000[1]	59	2,52	0,26	0,222	0,926	
	1001-2000[2]	37	2,55	0,24			
	2001-3000[3]	126	2,52	0,23			
	3001-4000[4]	83	2,51	0,17			
	4001+[5]	99	2,52	0,20			
Sağlık Kaygısı	0-1000[1]	59	2,25	0,85	21,518	**0,000***	2>4,5 5<1,2,3,4
	1001-2000[2]	37	2,66	0,79			
	2001-3000[3]	126	2,37	0,81			
	3001-4000[4]	83	1,97	0,73			
	4001+[5]	99	2,11	0,47			

n=404 *P<0,05

Tablo 3.24'te görüldüğü gibi gelir durumu ile ASD ve sağlık kaygısı ortalamaları arasında anlamlı bir fark tespit edilmiştir (p<0,05). Gelir durumu 3001-4000 TL arasında olanların ASD ortalaması 0-1000 ve 1001-2000 TL olanlara göre daha yüksek çıkmıştır. Gelir durumu 4001 ve üzeri olanların ASD ortalaması 4000 TL aşağı gelir durumu olanlara göre yüksek çıkmıştır. Bu sebeple Hipotez 10 kabul edilmiştir.

Gelir durumu 1001-2000 TL arasında olanların sağlık kaygı ortalaması 3001-4000 ve 4001+ geliri olanlara göre daha yüksek çıkmıştır. Geliri 40001 ve üzeri geliri olanların sağlık kaygı ortalaması 4000 TL aşağı gelir durumuna sahip olanlara göre düşük çıkmıştır. Bu sebeple Hipotez 12 kabul edilmiştir.

Gelir durumu ile yalnızlık puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark tespit edilememiştir (p>0,05). Bu sebeple Hipotez 11 reddedilmiştir.

Tablo 3.25. Aile yapısı ile ölçeklerin ortalamaları arasında bağımsız gruplarda t testi analizi.

	Aile Yapısı	n	ort.	ss	t	p
Algılanan Sosyal Destek	Çekirdek Aile	359	4,09	1,57	13,070	**0,000 ***
	Geniş Aile	45	4,99	1,25		
Yalnızlık	Çekirdek Aile	359	2,51	0,21	1,966	0,162
	Geniş Aile	45	2,56	0,27		
Sağlık Kaygısı	Çekirdek Aile	359	2,16	0,82	40,428	**0,000 ***
	Geniş Aile	45	1,73	0,49		

n=404 *P<0,05

Tablo 3.25.'te görüldüğü gibi aile yapısı ile ölçeklerin ortalamaları arasında bağımsız gruplarda t testi analizi yapılmıştır. Katılımcıların yalnızlık ortalamaları arasında anlamlı bir fark tespit edilememiştir (p>0,05). Katılımcıların ASD ve sağlık kaygısı ortalamaları arasında anlamlı bir fark tespit edilmiştir (p<0,05). Geniş ailede yaşayan bireylerin ASD ortalaması çekirdek ailede yaşayanlara göre yüksek çıkmıştır.

Çekirdek ailede yaşayan bireylerin sağlık kaygı ortalaması geniş ailede yaşayanlara göre yüksek çıkmıştır.

Tablo 3.26. Kronik hastalık durumu ile ölçeklerin ortalamaları arasında bağımsız gruplarda t testi analizi.

	Kronik Hastalık	n	ort.	ss	t	p
Algılanan Sosyal Destek	Var	240	3,51	1,50	50,256	**0,000 ***
	Yok	164	5,19	1,03		
Yalnızlık	Var	240	2,53	0,19	8,796	**0,003 ***
	Yok	164	2,40	0,25		
Sağlık Kaygısı	Var	240	2,45	0,85	485,521	**0,000 ***
	Yok	164	1,63	0,33		

n=404 *P<0,05

Tablo 3.26.'da görüldüğü gibi kronik bir hastalık durumunun olup olmaması ile ölçeklerin ortalamaları arasında bağımsız gruplarda t testi analizi yapılmıştır.

Kronik hastalık olup olmama durumu ile ASD ortalaması arasında anlamlı bir fark vardır (p<0,05). Kronik hastalığı olmayanların ASD ortalaması daha yüksektir.

Kronik hastalık olup olmama durumu ile yalnızlık ortalaması arasında anlamlı bir fark tespit edilmiştir (p<0,05). Kronik hastalığı olanların yalnızlık ortalaması daha yüksektir.

Kronik hastalık olup olmama durumu ile sağlık kaygısı ortalaması arasında da anlamlı bir fark tespit edilmiştir (p<0,05). Kronik hasta olan bireylerin sağlık kaygı ortalamaları daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 3.27. Kiminle aynı evde yaşandığı ile ölçeklerin ortalamaları arasında bağımsız gruplarda tek yönlü varyans analizi.

	Kiminle Aynı Evde Yaşadığı	**n**	**ort**	**ss**	**F**	**p**	**Post-Hoc (scheffe)**
Algılanan Sosyal Destek	Ailemle[1]	306	4,50	1,43	51,31	**0,000***	4<1,2,3
	Akrabalarımla[2]	28	4,59	1,05			
	Arkadaşlarımla[3]	15	4,81	1,23			
	Yalnız Yaşıyorum[4]	55	2,12	0,78			
Yalnızlık	Ailemle[1]	306	2,51	0,23	2,95	**0,032***	4>3
	Akrabalarımla[2]	28	2,54	0,13			
	Arkadaşlarımla[3]	15	2,40	0,16			
	Yalnız Yaşıyorum[4]	55	2,59	0,18			
Sağlık Kaygısı	Ailemle[1]	306	1,97	0,71	47,99	**0,000***	4>1,2,3
	Akrabalarımla[2]	28	1,83	0,73			
	Arkadaşlarımla[3]	15	1,81	0,46			
	Yalnız Yaşıyorum[4]	55	3,15	0,60			

n=404 *P<0,05

Tablo 3.27.'de görüldüğü gibi kiminle aynı evde yaşandığı ile ASD, yalnızlık ve sağlık kaygısı ortalamaları arasında anlamlı bir fark tespit edilmiştir (p<0,05). Yalnız yaşayanların ASD ortalaması ailesiyle, akrabalarıyla veya arkadaşlarıyla yaşayanlara göre düşük çıkmıştır. Yalnız yaşanların yalnızlık ortalaması arkadaşlarıyla yaşayanlara göre yüksek çıkmıştır. Yalnız yaşayanların sağlık kaygı ortalaması ailesiyle, akrabalarıyla veya arkadaşlarıyla yaşayanlara göre yüksek çıkmıştır.

3.3.Algılanan Sosyal Destek, Yalnızlık ve Sağlık Kaygısı Alt Boyutlarına İlişkin Bulgular

Tablo 3.28. ASD, yalnızlık ve sağlık kaygısı ölçekleri arasında korelasyon analizi

		1	2	3
Algılanan Sosyal Destek				
Yalnızlık	r	-,128**		
	p	,010		
Sağlık Kaygısı	r	-,818**	,155**	
	p	,000	,002	

N=404 *p<0.001, **p<0.05.

Tablo 3.28.'de görüldüğü gibi ASD, yalnızlık ve sağlık kaygısı ölçekleri arasında korelasyon analizi yapılmıştır. ASD ölçeği ile yalnızlık ölçeği (r=-0,128) negatif yönde zayıf düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu; sağlık kaygısı ölçeği (r=-0,818) ile negatif yönde çok güçlü düzeyde anlamlı ilişki olduğu tespit edilmiştir (p<0,001). Analiz sonuçlarına göre yalnızlık ölçeği ile sağlık kaygısı ölçeği (r=0,155) arasında pozitif yönde zayıf düzeyde anlamlı ilişki olduğu tespit edilmiştir (p<0,001). Bu sebeple Hipotez 16, Hipotez 17, Hipotez 18 kabul edilmiştir.

Tablo 3.29. ASD ölçeği alt boyutları ile yalnızlık alt boyutları arasında yapılan korelasyon analizi.

		1	2	3	4	5	6
1-Algılanan Sosyal Destek							
2-Aile Sosyal Desteği	r	,924**					
	p	,000					
3-Arkadaş Sosyal Desteği	r	,947**	,860**				
	p	,000	,000				
4-Özel İnsan Sosyal Desteği	r	,928**	,759**	,806**			
	p	,000	,000	,000			
5-Sosyal Yalnızlık	r	,856**	,818**	,855**	,736**		
	p	,000	,000	,000	,000		
6-Duygusal Yalnızlık	r	-,814**	-,791**	-,796**	-,706**	-,875**	
	p	,000	,000	,000	,000	,000	
7-Yalnızlık	r	-,128**	-,148**	-,092	-,121*	,009	,477**
	p	,010	,003	,064	,015	,855	,000

N=404 *p<0.001, **p<0.05.

Tablo 3.29.'da görüldüğü gibi ASD ölçeği alt boyutları ile yalnızlık alt boyutları arasında korelasyon analizi yapılmıştır. ASD alt boyutları ile yalnızlık alt boyutları arasında anlamlı ilişki olduğu tespit edilmiştir. Aile sosyal destek boyutu ile sosyal yalnızlık boyutu (r=0,818) arasında pozitif

güçlü ilişki tespit edilmiştir (p<0,05). Aile sosyal destek boyutu ile duygusal yalnızlık boyutu (r=-0,791) arasında negatif güçlü ilişki tespit edilmiştir (p<0,05).

Arkadaş sosyal destek boyutu ile sosyal yalnızlık boyutu (r=0,855) arasında pozitif güçlü ilişki tespit edilmiştir (p<0,05). Arkadaş sosyal destek boyutu ile duygusal yalnızlık boyutu (r=-,0796) arasında negatif güçlü ilişki tespit edilmiştir (p<0,05).

Özel insan sosyal destek boyutu ile sosyal yalnızlık boyutu (r=0,736) arasında pozitif güçlü ilişki tespit edilmiştir (p<0,05). Özel insan sosyal destek boyutu ile duygusal yalnızlık boyutu (r=-0,706) arasında negatif güçlü ilişki tespit edilmiştir (p<0,05).

Tablo 3.30. ASD ölçeği alt boyutları ile sağlık kaygısı alt boyutları arasında yapılan korelasyon analizi.

		1	2	3	4	5	6
1-Algılanan Sosyal Destek							
2- Aile Sosyal Desteği	r	,924**					
	p	,000					
3- Arkadaş Sosyal Desteği	r	,947**	,860**				
	p	,000	,000				
4- Özel İnsan Sosyal Desteği	r	,928**	,759**	,806**			
	p	,000	,000	,000			
5-Ruhsal Durum	r	-,808**	-,824**	-,775**	-,682**		
	p	,000	,000	,000	,000		
6-Ciddi Rahatsızlık Durum	r	-,808**	-,825**	-,770**	-,687**	,932**	
	p	,000	,000	,000	,000	,000	
7-Sağlık Kaygısı	r	-,818**	-,834**	-,783**	-,692**	,996**	,960**
	p	,000	,000	,000	,000	,000	,000

N=404 *p<0.001, **p<0.05.

Tablo 3.30.'da görüldüğü gibi ASD ölçeği alt boyutları ile sağlık kaygısı alt boyutları arasında korelasyon analizi yapılmıştır. ASD alt boyutları ile sağlık kaygısı alt boyutları arasında anlamlı ilişki olduğu tespit edilmiştir. Aile sosyal destek boyutu ile ruhsal durum (r=-0,824) arasında negatif güçlü ilişki tespit edilmiştir (p<0,05). Aile sosyal destek boyutu ile

ciddi rahatsızlık durumu (r=-0,825) arasında negatif güçlü ilişki tespit edilmiştir (p<0,05).

Arkadaş sosyal destek boyutu ile ruhsal durum (r=-0,775) arasında negatif güçlü ilişki tespit edilmiştir (p<0,05). Arkadaş sosyal destek boyutu ile ciddi rahatsızlık durumu (r=-0,770) arasında negatif güçlü ilişki tespit edilmiştir (p<0,05).

Özel insan sosyal destek boyutu ile ruhsal durum (r=-0,682) arasında negatif orta düzey ilişki tespit edilmiştir (p<0,05). Özel insan sosyal destek boyutu ile ciddi rahatsızlık durumu (r=-0,692) negatif orta düzey ilişki tespit edilmiştir (p<0,05).

Tablo 3.31. Yalnızlık ölçeği alt boyutları ile sağlık kaygısı alt boyutları arasında yapılan korelasyon analizi.

		1	2	3	4	5
1-Yalnızlık						
2-Sosyal Yalnızlık Boyut	r	,009				
	p	,855				
3-Duygusal Yalnızlık Boyut	r	,477**	-,875**			
	p	,000	,000			
4-Ruhsal Durum	r	,157**	-,832**	,807**		
	p	,002	,000	,000		
5-Ciddi Rahatsızlık Durum	r	,139**	-,820**	,788**	,932**	
	p	,005	,000	,000	,000	
6-Sağlık Kaygısı	r	,155**	-,839**	,813**	,996**	,960**
	p	,002	,000	,000	,000	,000

N=404 *p<0.001, **p<0.05.

Tablo 3.31.'de görüldüğü gibi yalnızlık ölçeği alt boyutları ile sağlık kaygısı alt boyutları arasında korelasyon analizi yapılmıştır. Yalnızlık alt boyutları ile sağlık kaygısı alt boyutları arasında anlamlı ilişki olduğu tespit edilmiştir. Sosyal yalnızlık boyutu ile ruhsal durum (r=-0,832) arasında negatif güçlü ilişki tespit edilmiştir (p<0,05). Sosyal yalnızlık boyutu ile ciddi rahatsızlık durumu (r=-0,820) arasında negatif güçlü ilişki tespit edilmiştir (p<0,05).

Duygusal yalnızlık boyutu ile ruhsal durum (r=0,807) arasında pozitif güçlü ilişki tespit edilmiştir (p<0,05). Duygusal yalnızlık boyutu ile ciddi

rahatsızlık durumu (r=0,788) pozitif orta düzey ilişki tespit edilmiştir ($p<0,05$).

4. TARTIŞMA

İnsanlık tarihi boyunca çeşitli hastalıklar ortaya çıkmıştır. İnsanlarda bu çeşitli hastalıklardan etkilenmenin yanı sıra hastalık sonucu ortaya çıkan sosyal, psikolojik, kültürel etkilerden de etkilenmiştir. Bireyler zamanla ortaya çıkmış veya çıkabilecek hastalıklardan dolayı kaygı, korku ve endişe duymaya başlamışlardır. Bireyler bu süreçte kendilerini yalnız hissetmeye ve çevrelerinden gelecek desteğe ihtiyaç duymuşlardır.

4.1.Araştırmanın Demografik Bulgularına Ait Tartışma

Katılımcıların %52,7'si erkek, %47,3'ü kadın olup %61,1'i evlidir. Katılımcıların %20,8'i 18-25 yaş aralığında, %19,6'sı 26-35 yaş aralığında, %19,8'i 36-45 yaş aralığında, %'19,6'sı 46-55 aralığında ve %20,3'ü 56 yaş ve üstüdür. Eğitim durumuna bakacak olursak; %29,7'si ilkokul, %20,8'i lise, %14,4'ü ön lisans, %25,2'si lisans, %9,9'u ise lisansüstü mezunudur. Katılımcıların %9,7'si esnaf, %7,9'u emekli, %22,8'i memur, %17,6'sı işçi, %9,9'u serbest meslek, %9,4'ü öğrenci olup %22,8'i çalışmıyor. Gelir durumuna bakıldığında; %14,6'sı 0-1000 arası, %9,2'ü 1001-2000 arası, %31,2'si 2001-3000 arası, %20,5'i 3001-4000 arası ve %24,5'i ise 4001 üzeri gelire sahiptir.

Katılımcıların %88,9'u çekirdek ailede, %11,1'i geniş ailede yaşamaktadır. %75,7'si ailesiyle, %6,9'u akrabalarıyla, %3,7'si arkadaşlarıyla, %13,6'sı ise yalnız yaşamaktadır. Türkiye'de aile yapısı dinamik bir yapıya sahiptir. Temelde geniş aile sonradan çekirdek aileye dönüşen ya da başta çekirdek aile yapısında olup daha sonra geniş aile yapısına evrilen aileler olabilir (Eyce 2000). Bireyciliğin giderek arttığı günümüz toplumlarında Türk aile yapısı tamamen çevreden soyutlanmış değildir. Bireyler arası ilişkilerde birinci dereceden akrabalardan diğerlerine doğru büyüyen ilişkiler mevcuttur. Bu da bireylerin birbirine yabancılaşmasını yavaşlatıcı veya önleyici bir etkiyi beraberinde getirir (Epil ve ark 2017).

Katılımcıların %59,4'ünün kronik bir hastalığı var ve ailelerinde kronik rahatsızlığı olanların oranı %53'tür. Dünya çapında en önemli sağlık problemi kronik hastalıklardır. Dünya genelinde toplam ölümlerin %71'inin nedeni kronik rahatsızlıklardır. Türkiye'deki toplam ölümlerin %86'sının sebebi kronik rahatsızlıklardır (Türkiye Hanehalkı Sağlık Araştırması:

Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Risk Faktörleri Prevalansı 2017). Bu çalışmada da yaş ilerledikçe kronik hastalık görülme sıklığının arttığı tespit edilmiştir. Yaş ilerledikçe vücut fonksiyonlarında azalma görülür bunun sonucunda da kronik hastalık görülme sıklığı artar (Yardım 2012, Akpınar ve Ceran 2019, Altındiş 2019, Ayaz 2019, Coşansu 2015, Gözüm ve ark 2020). Literatürde yapılan diğer çalışmalarda bulduğumuz sonucu destekler niteliktedir. Kronik hastalık durumu ile cinsiyet arasında ilişki tespit edilememiştir. Literatürde yapılmış çalışmalarda kadınlarda erkeklere oranla kronik hastalık görülme riskinin daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (Christiani ve ark 2016, Eikemo ve ark., 2018). Cinsiyet faktörünün kronik hastalık üzerindeki etkisi zamana, topluma ve coğrafi bölgeye göre farklılık gösterebilir. Yapılan çalışmalarda kronik hastalıklardan olan diyabetin Japonya ve Çin'de erkeklerde, Hindistan'da ise kadınlarda görülme oranının yüksek olduğu tespit edilmiştir (Qiao ve ark 2003, Khademi ve ark 2017). Bu çalışmada kronik bir hastalığı olanların çoğunluğunun evli olduğu tespit edilmiştir. Literatürdeki çalışmalarda mutsuz evli kadınların ve bekâr kadınların, mutlu evli kadınlara göre kronik hastalık riskinin yüksek olduğu burada evlilik kavramının değil de, evlilikteki iletişim ve etkileşimin önemli olduğu vurgulanmıştır (Bernice ve ark 2009). Kronik hastalık ile eğitim düzeyi arasındaki ilişkiye bakacak olursak eğitim düzeyi yüksek olanların, kronik hastalık oranının daha az olduğu tespit edilmiştir. Daha önce yapılmış olan çalışmalarda bu sonucu destekler nitelikte olup kronik hastalığı olanların eğitim düzeyinin düşük olduğu saptanmıştır (Champaloux 2014, Janke ve ark 2020).

Son bir yıl içerisinde hastaneye başvuru oranına bakıldığında; %28,2'si 0-3 defa, %41,3'ü 4-7 defa, %30,4'ü 8-10 ve üzeridir. Son bir yıl içerisinde doktora başvuru ortalama değeri $\bar{x}$=2,02 olarak bulunmuştur. Yaş yükseldikçe son bir yıl içinde hekime başvuru sayısı artmaktadır. Literatürde bu bulguyu destekler nitelikte çok fazla kaynak yer almaktadır (Çilingiroğlu 1995, Kılıç 1996, Usta 1999, Woods ve ark 2003). Dever (1984) tarafından yapılan çalışmada hekime başvuru ile yaş arasındaki ilişkiyi U şeklinde bir eğriye benzetmiştir. Yaşlıların ve küçük yaştaki çocukların sağlık hizmetinden faydalanmasının diğer yaş gruplarına göre daha yüksek olduğunu belirtmiştir. Toplumun sağlık hizmetini algılayış biçimi, kronik

hastalıklarda ve yaşlı sayısındaki artış, sosyal güvenlik politikalarında yaşanan olumlu değişiklikler gibi faktörler gün geçtikçe doktora başvuru sayısını artırmaktadır (Aydın 2015). Cinsiyet ile son bir yılda hekime başvuru arasında anlamlı ilişki bulunamamıştır. Literatürde bu konu ile ilgili yer alan çalışmalarda ise kadınların erkeklere göre başvuru oranlarının daha yüksek olduğu bildirilmiştir (Hacımusalar ve ark 2019, Aslan Üçkardeş 2015). Araştırmamızda evli bireylerin hekime başvurusunun bekârlara göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Bulgularımızı destekler nitelikte literatürde yer alan diğer çalışmalarda evlilik pozitif sağlık belirleyicisi olarak kabul edilmiş olup, sağlık hizmetlerine başvuru sayısını arttıran bir değişken olarak ele alınmıştır (Usta 1999, AI-Windi ve ark 2002, Şenol 2006, Yarcheski ve ark 2008). Eğitim seviyesi düştükçe başvuru sayısının arttığı tespit edilmiştir. Yiğit ve ark., (1996) tarafından yapılan çalışmada ilkokul mezunlarının, Öztürk ve ark., (2002) tarafından yapılan çalışmada ise sağlık ocağına başvurularda ilkokul ve altı mezunlarının diğer eğitim düzeyine sahip bireylere göre hekime başvuru sayısı daha fazla olduğu tespit edilmiştir. Hekime başvuru sayısındaki artış hem doktorların iş yükünü ağırlaştırmakta hem de sağlık harcamalarını arttırmaktadır. Bu oranı minimize etmek gerekmektedir.

Genel sağlık durumlarını 1 ile 10 puan arasında değerlendirmeleri sonucu $\bar{x}$ =5,72 olarak bulunmuştur. Kacar (2020) tarafından yapılan çalışmada katılımcıların %30,1'inin sağlık durumunu iyi, %14,7'sinin ise çok iyi olarak belirtmişlerdir. Genel sağlık değerlendirme puanlarının cinsiyetle ilişkisinin olmadığı ve yaş arttıkça genel sağlık durumu puan değerlendirmesinin düştüğü tespit edilmiştir. Boerma ve ark. (2016) tarafından 59 ülkede gerçekleştirdikleri çalışmada algılanan sağlığın cinsiyete göre farklılık göstermediği aynı zamanda yaş ilerledikçe algılanan genel sağlık puanlarında düşüşlerin olduğu tespit edilmiştir. Evli olan bireylerin genel sağlık durumunu puanlamalarının düşük olduğu tespit edilmiştir. Çınar (2010) tarafından yapılan çalışmada sağlık algısı ile medeni durum arasında ilişki bulunamamıştır. Eğitim durumu arttıkça genel sağlık durumu puan ortalamalarında artış gözlemlenmiştir. Bu sonucu destekler nitelikte Tezcan ve Aslan (2000)'nın yapmış olduğu çalışmada da eğitim düzeyi düşük olan

bireylerin ruhsal bozukluk sıklığında artış ve genel sağlık düzeyinde bir azalış tespit etmişlerdir.

4.2. Araştırmanın Ölçekleri-Alt Boyutlarından Aldıkları Puanlar ve Demografik Veriler ile Ölçekler Arasındaki Analizlere Ait Tartışma

ASD ölçeğinin puan ortalaması $\bar{x}$ = 4,19 olarak bulunmuştur. Alt boyutlar arasında en yüksek ortalama sırasıyla aile, arkadaş ve özel insan şeklindedir. Kabadayı (2019) tarafından 65 yaş üstü bireylerde, Doğan (2011) tarafından akciğer kanserli hasta bireylerde yapılan çalışmada da sosyal destek algısı aile, arkadaş ve özel insan şeklinde tespit edilmiştir.

Yalnızlık ölçeğinin puan ortalaması $\bar{x}$=2,52 olarak bulunmuştur. Alt boyutlardan sosyal yalnızlık $\bar{x}$ = 2,80 puan iken duygusal yalnızlık $\bar{x}$ = 2,28 puan olarak bulunmuştur. Kraus ve ark. (1993) tarafından 500'den fazla üniversite öğrencisi ile yapılan çalışmada yalnızlık, sosyal, duygusal ve küresel olmak üzere üç boyutta ele alınmıştır. Bu araştırma sonucunda da sosyal yalnızlığın duygusal yalnızlığa göre yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Sağlık Kaygısı ölçeğinin puan ortalaması $\bar{x}$=2,11 olarak bulunmuştur. Alt boyutları olan ruhsal durum ve ciddi rahatsızlık durumunun ortalamaları da yine $\bar{x}$=2,11'dir. Akkuzu (2019) tarafından 300 üniversite öğrencisi ile yapılan çalışmada sağlık kaygısı ölçek ortalamasını benzer şekilde $\bar{x}$=2,2 bulmuştur.

Cinsiyet ile sosyal destek ve sağlık kaygısı ortalamaları arasında fark tespit edilirken, yalnızlık ortalamasıyla fark tespit edilememiştir. ASD ortalaması kadınlarda daha yüksek bulunmuştur. Literatürde yer alan çalışmalarda bu sonucu destekler niteliktedir (Gulick 1994, Öz 2006). Kadınların erkeklere göre çevresindeki yardımcı desteğini, takdir edilme ve duygusal desteği daha çok algıladıklarını ve bunun sonucunda da çevresine aldığı destekten daha fazlasını verdiği yapılan çalışmalarla kanıtlanmıştır. ASD'de erkek ve kadın arasında fark olmadığını tespit eden çalışmalarda mevcuttur (Özdemir 2019, Temel 2019, Akbulut 2019). Sağlık kaygı ortalaması ise erkeklerde yüksek bulunmuştur. Literatürde yer alan çalışmalarda daha çok kadınların kaygı düzeylerinin erkeklere göre daha yüksek olduğu çalışmalar mevcutken (Bal 2010, Karacadır ve Çelik 2019) , tek bir çalışmada (Çoban ve Karaman 2013) erkeklerin kaygı düzeyinin

kadınlardan yüksek olduğu tespit edilmiştir. Bu durumu erkeklerin kadınlara göre kaygı belirtilerinin yüksek olması, çalışma koşulları, toplumsal-sosyal faktörler (Sayar ve ark 2001) ve depresif olma eğilimleri (Köroğlu ve Güleç 1997) gibi faktörlerle açıklayabiliriz. Yalnızlık ortalaması ile cinsiyet arasında anlamlı fark tespit edilememiştir. Alan çalışmalarında da benzer sonuçlar bulunmuştur (Eskin 2001, Pancar 2009, Yıldırım 2018).

Yaş arttıkça yalnızlık ve sağlık kaygı düzeylerinin arttığı, yaş düştükçe sosyal destek düzeyinin arttığı tespit edilmiştir. Kimi çalışmalarda yalnızlığın yaş arttıkça arttığı (Tambelli ve ark 1989, Öz 2004) kimi çalışmalarda fark olmadığı (Akkaya 2015, Arslan 2016) kimi çalışmalarda da yaş azaldıkça arttığı (Frank ve Woodward 1988, Savikko ve ark 2005) tespit edilmiştir. Yaşlılıkla beraber ölümler ve ayrılıklarda artış yaşanır, bunun sonucunda da sosyal ilişkilerde azalma ve yalnızlık ortaya çıkar. Genç bireylerde ise durum tam tersi olup, sosyal ilişkiler ve aktivite fazlılığıyla yalnızlık durumu az rastlanır (Iecovich ve ark 2004). Aynı zamanda yaşlı bireylerde sağlık kaygı düzeyinin de yüksek olduğu tespit edilmiştir. Literatürdeki çalışmalar bu sonucumuzu destekler niteliktedir (Small 1991, Eker ve Noyan 2004, Taylor ve Asmundson 2004, Yanardağ ve Şahin 2019). ASD'nin genç bireylerde yüksek olduğu tespit edilmiştir. Literatürde yer alan çalışmalar bu sonucu destekler niteliktedir (Arslan 2016, Ayar 2018).

Evli bireylerin ASD ve yalnızlık ortalamaları, bekâr olanların sağlık kaygı ortalamaları yüksektir. Gulick (1994) ve Zengin ve ark. (2017) tarafından yapılan çalışmalarda evli olanların daha geniş sosyal çevreye sahip oldukları ve çocuklarından, eşinden, akrabalarından daha çok destek aldıkları tespit edilmiştir. Literatürde yer alan araştırmalarda evli olan bireylerin yalnızlıklarının daha az olduğu tespit edilmiştir. Fakat evli olup da yalnız hisseden bireyler de olabilir. Asıl önemli olan burada eşler arası ilişkinin kalitesidir (Carr 1993, Andersson 1998, Yaşar 2007). Bekâr bireylerin ise sağlık kaygı ortalamasının yüksek olduğu literatürdeki çalışmalarla desteklenmektedir (Gürkan 1998, Kartopu 2012).

Eğitim düzeyi yüksek olanların ASD'si yüksek, eğitim düzeyi düşük olanların ise yalnızlık ve sağlık kaygı düzeyi yüksektir. Menaghan (1983), Hopman ve ark (2007) ve Yılmaz (2014) tarafından yapılan çalışmalarda eğitim seviyesindeki artışla beraber çevresinde kurduğu iletişim ağlarının da

artacağı bunun sonucunda da sosyal destek seviyesinin artacağı saptanmıştır. Literatürdeki çalışmalarda eğitim seviyesi yükseldikçe yalnızlığın azaldığını destekler niteliktedir (Kozaklı 2006, Sarıhan 2007, Izgar 2009). Eğitim seviyesinin artması ile birlikte bireylerin sağlık konusunda bilgi, duyum ve tecrübelerinin arttığı bunun sonucunda da kaygı seviyelerinin azaldığı ileri sürülmektedir (Bjelland ve ark 2008, Gan ve ark 2012).

Yüksek gelirli olanların ASD'si yüksek, geliri düşük olanların ise sağlık kaygısı yüksek bulunurken gelir durumunun yalnızlık ile ilişkisi tespit edilememiştir. Durmaz ve Ünal (2000), Coşkun ve Akkaş (2009) ve Altıparmak (2009) tarafından çeşitli örneklem gruplarına yapılan çalışmalarda da geliri yüksek olanların ASD'sinin yüksek olduğu tespit edilmiştir. Literatürdeki çalışmalarda da sağlık kaygısı düşük gelirli bireylerde yüksek bulunmuştur (Sareen ve ark 2011). Ekonomik düzeyi yüksek olan bireylerin sağlıklarına daha çok özen gösterdikleri bunun sonucunda da yaşam kalitelerinin arttığı saptanmıştır (Tekeli ve ark 2002, Whang ve Shen 2003, Aldinç ve ark 2004). Keser ve Karaduman (2014) ve Yılmaz ve Altınok (2009) tarafından yapılan çalışmalarda da yalnızlık ile gelir durumu arasında bir fark tespit edilememiştir.

Geniş aile yapısı olan yetişkinlerin ASD'si, çekirdek aile yapısı olanların ise sağlık kaygı seviyeleri yüksek tespit edilirken yalnızlık ile aile yapısı arasında ilişki tespit edilememiştir. Geniş aile yapısı olan bireylerin etkileşimde ve iletişimde bulunduğu kişi sayısı arttıkça sosyal ağ da artmaktadır. Bunun sonucunda da ihtiyaç duymaları halinde sosyal desteği daha fazla hissetmektedirler (Altıparmak 2009). Daha önce çalışmamızda yaptığımız analizlerde de aileden ASD'nin daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Çekirdek aile yapısı olanların sağlık kaygı düzeyinin yüksek çıkmasını çalışmanın daha çok bu aile tipine yapılmış olmasıyla açıklayabiliriz (Erközan 2005). Yılmaz ve ark. (2008) tarafından 339 öğrenci ile yapılmış olan araştırmada da yalnızlık ile aile yapısı arasında herhangi bir fark tespit edilememiştir.

Kronik hastalığı olanların sağlık kaygı düzeyleri ve yalnızlık düzeyleri yüksek, kronik rahatsızlığı olmayanların ise ASD'si yüksektir. Kronik rahatsızlık ekonomik kayıplara, düşük yaşam kalitesine, yüksek mortalite ve morbiditeye sebep olduğu için hem ülkemizde hem dünyada önemli

hastalıkların başında yer almaktadır (Tüzüner 2018). Dayapoğlu ve Tan (2009) tarafından yapılmış olan çalışmada kronik hastalık ile aileden algılanan destek arasında fark bulunamazken, Softa ve ark. (2016)'da yaşlılar ile yapılan çalışmada kronik bir rahatsızlığı olmayanların ASD düzeyi yüksek bulunmuştur. Yetişkin bireyler sahip olduğu kronik rahatsızlık ile baş edememe, üstesinden gelememe veya iyi yönetememe gibi sebeplerden dolayı kendini yalnız ve çaresiz hissedip kaygı içine girebilir (Fishbain ve ark. 2006, Dığrak ve ark. 2014).

Yalnız yaşayan bireylerin ASD'si düşük, yalnızlık ve sağlık kaygı seviyeleri ise yüksek bulunmuştur. Yılmaz (2014)'ın kanser hastaları ile yapmış olduğu çalışmada da yaşamını yalnız sürdüren bireylerin genel ve aileden algılanan sosyal desteğin düşük olduğu tespit edilmiştir. Yalnız yaşayan bireylerin yalnızlık seviyelerinin yüksek çıkması beklendik bir sonuçtur. Yalnızlığın artmasıyla bireyin sağlığı hakkında daha fazla düşünüp kaygılanmasına sebep olabilir (Zubaroğlu Yanardağ ve Şahin 2019).

4.3. Algılanan Sosyal Destek, Yalnızlık ve Sağlık Kaygısı Alt Boyutlarının Analizlerine Ait Tartışma

ASD, sağlık kaygısı ve yalnızlık değişkenleri arasında ilişki tespit edilmiştir. Literatürdeki çalışmalara bakacak olursak bu üç değişkeni bir arada ele alan bir çalışma bulunmamaktadır.

ASD ile yalnızlık arasında negatif yönlü zayıf bir ilişki tespit edilmiştir. Aile, arkadaş ve özel insan sosyal desteği alt boyutları arttıkça sosyal yalnızlık artmakta iken duygusal yalnızlık azalmaktadır. Alt boyutlar arasında farklı ilişkiler çıkması ölçek farklılığından kaynaklanıyor olabilir. Literatürdeki birçok çalışmada da ASD ile yalnızlık arasında negatif yönlü ilişki tespit edilmiş olup derecesinde farklılıklar vardır (Fukui ve ark. 2003, El- Mansoury ve ark 2008, Yıldırım ve Kocabıyık 2010, Kool ve ark. 2012).

ASD ile sağlık kaygısı arasında negatif yönlü güçlü bir ilişki tespit edilmiştir. Aile, arkadaş ve özel insan sosyal desteği alt boyutları arttıkça ruhsal ve ciddi rahatsızlık durumu azalmaktadır. Literatürdeki kimi çalışmada fark bulunamazken (Sarı ve ark. 2011, Hernandez-Ledesma ve ark. 2018)

çoğu çalışma bulduğumuz sonucu desteklemektedir (Nordin ve ark 2001, Bahar 2007, Işıkhan 2007, Bernad ve ark. 2010).

Yalnızlık ile sağlık kaygısı arasında pozitif yönlü zayıf bir ilişki tespit edilmiştir. Sosyal yalnızlık alt boyutu arttıkça ruhsal ve ciddi rahatsızlık durumu azalmaktadır. Duygusal yalnızlık alt boyutu arttıkça ruhsal ve ciddi rahatsızlık durumu artmaktadır. Literatürde kaygı ve yalnızlık arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalarda bulmuş olduğumuz sonucu destek niteliktedir (Gümüş 1997, Yüksel ve Demirkıran 2019, Özdemir ve Tatar 2019).

5. SONUÇ VE ÖNERİLER

5.1.Sonuçlar

Araştırmadaki bulgular ışığında aşağıdaki sonuçlara ulaşılmıştır.

- Katılımcıların %59,4'ünün kronik hastalığı var iken ailesinde herhangi bir kronik hastalık bulunlar %53'tür. Cinsiyete göre kronik hastalık durumu erkeklerde %50, kadınlarda %50 olarak eşit dağılmaktadır. 56 yaş+ bireylerin %25,8'i kronik hastalığa sahipken bunu 46-55 ve 36-45 yaş takip etmektedir. Yaş düştükçe kronik hasta sayısında da bir azalma vardır. Kronik hastalığı olan bireylerin %65,4'ü evli, %44,2'si ilkokul mezunudur. Eğitim seviyesi düştükçe kronik hastalık oranının arttığı tespit edilmiştir.
- Hekime yılda 4-7 kere başvuranların oranı %41,3 iken, 8-10 kere başvuranların oranı %30,4'tür ve bunların %55,3'ü kadın, %12,1'i 56 yaş+, %63,4'ü evli, %66,7'si ilkokul mezunudur.
- Genel sağlık durumu değerlendirirken 1-10 arasında değerler kullanılmıştır. En çok %21,3 ile 6 puan verilirken 2 puan verenlerin %57'si erkek, 10 puan verenlerin %72'si kadındır. Eğitim seviyesi arttıkça bekâr bireylerin genel sağlık durum puanının arttığı, yaş ilerledikçe de puanların düştüğü gözlemlenmektedir.
- Sosyal destek en çok $\bar{x}$ = 4,69 puan ile aileden daha sonra arkadaştan ($\bar{x}$ = 4,20 puan) ve özel bir insandan ($\bar{x}$ = 3,69) alınmaktadır.
- Yalnızlığın sosyal boyutu ($\bar{x}$ = 2,80) duygusal boyutuna ($\bar{x}$ = 2,28) göre daha çok hissedilmektedir.
- Sağlık kaygı durumunun her iki alt boyutu da (ruhsal durum sorgulama ve ciddi rahatsızlık varsayımı) aynı ortalamaya sahiptir.
- Cinsiyetle yalnızlık arasında herhangi bir fark tespit edilememiştir. Bu sebeple Hipotez 2 reddedilmiştir. Kadınların sosyal destek düzeyi ve erkeklerin sağlık kaygı düzeyleri daha yüksektir. Bu sebeple Hipotez 1 ve Hipotez 3 kabul edilmiştir.
- Genç yetişkinlerin algıladıkları sosyal destekleri yüksekken yaşlıların yalnızlık ve sağlık kaygı seviyesi yüksektir. Bu sebeple Hipotez 4, Hipotez 5 ve Hipotez 6 kabul edilmiştir.

- Evli bireylerin hem sosyal destekleri hem yalnızlıkları yüksektir. Bekârların ise sağlık kaygıları yüksektir. Bu sebeple Hipotez 13, Hipotez 14 ve Hipotez 15 kabul edilmiştir.
- Eğitim seviyesi yüksek katılımcıların sosyal desteği algılaması yüksektir. Düşük eğitim seviyesi olan bireylerin ise yalnızlık ve sağlık kaygısı yüksektir. Bu sebeple Hipotez 7, Hipotez 8 ve Hipotez 9 kabul edilmiştir.
- Gelir durumu ile yalnızlık arasında bir fark yoktur. Bu sebeple Hipotez 11 reddedilmiştir. Geliri yüksek olanların sosyal destekleri, geliri düşük olanların sağlık kaygısı yüksektir. Bu sebeple Hipotez 10 ve Hipotez 12 kabul edilmiştir.
- Çekirdek ailede yaşayan bireylerin sağlık kaygıları, geniş ailede yaşayanların ise sosyal destekleri yüksektir.
- Kronik hastalığı olanların yalnızlık ve sağlık kaygı seviyesi yüksek iken kronik hastalığı olmayanların sosyal destekleri yüksektir.
- Yalnız yaşayanların sağlık kaygısı yüksek iken algıladıkları sosyal destekleri düşüktür.
- ASD ile yalnızlık arasında negatif yönlü zayıf bir ilişki tespit edilmiştir. Bu sebeple Hipotez 16 kabul edilmiştir.
- ASD ile sağlık kaygısı arasında negatif yönlü güçlü bir ilişki tespit edilmiştir. Bu sebeple Hipotez 18 kabul edilmiştir.
- Yalnızlık ile sağlık kaygısı arasında pozitif yönlü zayıf bir ilişki tespit edilmiştir. Bu sebeple Hipotez 17 kabul edilmiştir.

5.2.Öneriler

- Kronik hastalığın altında yatan sağlıksız beslenme, sigara-alkol kullanımı, fiziksel inaktivite gibi faktörler azaltılmalıdır. Bu sayede kronik hastalıkların ortaya çıkardığı olumsuz ekonomik ve sosyal etkileri ortadan kalkıp bireyin yaşam kalitesi ve sağlığı iyileştirilecektir.
- Eğitim seviyesi yükseltilip hekime başvuru sayısı azaltılmalıdır. Sağlık hizmetlerinin üzerindeki yük azaltılmalıdır.

- Yaşlı bireylerin sağlık kaygı düzeyini azaltıp sağlıklı yaşlanma sağlayabilmek için ekonomik durumlarının yükseltilip sosyal destek sağlayıcı faktörleri arttırılmalıdır.
- İnternet, gazete, televizyon gibi araçlarla sağlık ile ilgili haberlerin yanlış yayılma hızı artmıştır. Sağlık profesyonellerinin ve kamu kurumlarının desteği ile sağlık kaygısı üzerinde oluşabilecek artışın önüne geçilebilir.
- Kendini yalnız hisseden bireylerin etkili iletişim kurabilecekleri ve sosyal aktivite yapabilecekleri ortam sağlanarak sosyal destek seviyeleri yükseltilebilir.

6. KAYNAKLAR

AI-Windi A, Dag E, Kurt S,2002. The Influence of perceived well-being and reported symptoms on health care utilization: A population-based study. J Clin Epidemiol, 55(1), 60- 6.

Akbulut G, 2019. Hipertansiyonlu hastalarda sosyal destek algısı ve tedaviye uyum. Yüksek Lisans Tezi, Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Tekirdağ.

Akin S, Mendi B, Öztürk B, Cinper Ç, Durna Z, 2013. Assessment of relationship between self-care and fatigue and loneliness in haemodialysis patients. Journal of Clinical Nursing,9,856-64.

Akkaya F, 2015. Romatoid artrit hastalarında yalnızlık, sosyal destek ve yaşam kalitesini etkileyen faktörlerin belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Erzurum.

Akkuzu H, 2019. Üniversite öğrencilerinde sosyal zeka ve sosyal sorun çözme becerisinin somatizasyon ve sağlık anksiyetesi üzerindeki etkisi. Yüksek Lisans Tezi, Fatih Sultan Mehmet Vakıf Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, İstanbul.

Akpınar N, Ceran M, 2019. Kronik Hastalıklar ve Rahabilitasyon Hemşireliği. Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi, 3(2), 140-52.

Aksakal S, 2008. Obez lise öğrencilerinin yalnızlık düzeyleri. Yüksek Lisans Tezi, Ondokuzmayıs Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Samsun.

Alabucak E, 2019. Beliren yetişkinlerin psikolojik iyi oluşlarını açıklamada yalnızlık, sosyal destek, kardeş ilişkileri ve bazı demografik değişkenlerin rolü. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, İstanbul.

Aldinç H, Aytar B, Demetçi ME, Seçen AE, Şahin A, Yılmaz H, 2004. Ankara ilinde seçilen birinci basamak sağlık kuruluşlarına başvuran 18 yaş ve üzeri kişilerin medikososyal özelliklerine göre yaşam kalitelerinin karşılaştırılması. Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD.

Alemi F, Stephens R, Llorens S, Schafer D, Nemes S, Arendt R, 2003. The orientation of social support measure. Addictive Behaviors, 28 , 1285-98.

Altındiş M, 2019. Kronik hastalıkların önlenmesi ve tedavisinde aşılar. Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Platformu, 55.

Altıparmak S, 2009. Huzurevinde Yaşayan Yaşlı Bireylerin Yaşam Doyumu, Sosyal Destek Düzeyleri ve Etkileyen Faktörler. Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Tıp Dergisi, 23(3), 159-64.

Altunışık R, Coşkun R, Bayraktaroğlu S, Yıldırım E, 2012. Sosyal Bilimlerde Araştırma Yöntemleri SPSS Uygulamalı, Sakarya, Sakarya Yayıncılık.

Andersson L, 1998. Loneliness research and interventions: a review of the literature. Aging & Mental Health, 2, 264-74.

Ardahan M, 2006. Sosyal destek ve hemşirelik. Atatürk Üniversitesi Hem YO Dergisi, 9(2).

Armağan A, 2014. Yalnızlık ve Kişilerarası İletişim İlişkisi: Öğrenciler Üzerinde Bir Araştırma. Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi, (7)30, 27-43.

Arslan A, 2016. Onkoloji kliniklerinde tedavi gören hastalarda yalnızlık ve sosyal destek düzeyleri arasındaki ilişki. Yüksek Lisans Tezi, Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.

Arslantaş H, Adana F, Kaya F, Turan D, 2010. Hastalarda umutsuzluk ve sosyal destek düzeyi ve bunları etkileyen faktörler. İ.U.F.N. Hem. Dergisi, 18(2), 87-97.

Ashing Giwa K, Padilla G, Tejero J, Kraemer J, Wrıght K, 2004. Understanding the Breast Cancer Experience of Women: A Qualitative Study of African American, Asian Smerican, Latina and Caucasian Cancer Survivors. Psycho-Oncology, 13, 408-28.

Aslan Üçkardeş E, 2015. Kırsal Bir Bölgede Psikiyatri Polikliniğine Başvuran Olguların Psikiyatrik Tanı Dağılımı ve Sosyodemografik Özellikleri. Düşünen Adam J Psychiatry Neurol Sci.,28, 8–16.

Asmundson GJG, Abramowitz JS, Richter AA, Whedon M, 2010. Health anxiety: Current perspectives and future directions. Current Psychiatry Reports, 12, 306–12.

Ateş B, 2012. Ortaöğretim Öğrencilerinin Sosyal Destek Algılarının Bazı Değişkenlere Göre İncelenmesi. Akademik Bakış Dergisi,30,1-16.

Ayar T, 2018. Onkoloji hastalarının algıladıkları yalnızlık ve sosyal destek düzeyinin yaşam kalitesi ve semptom kontrolü üzerine etkisi. Yüksek Lisans Tezi, Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Samsun.

Ayar T, 2018. Onkoloji hastalarının algıladıkları yalnızlık ve sosyal destek düzeyinin yaşam kalitesi ve semptom kontrolü üzerine etkisi. Yüksek Lisans Tezi, Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Samsun.

Ayaz E, 2019. Bulaşıcı Olmayan Kronik Hastalıklar İle Ağız Ve Diş Hastalıkları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi Sosyal Bilimleri Enstitüsü, Tekirdağ.

Ayaz S, Efe Yaman Ş, Korukluoğlu S, 2008. Jinekolojik kanserli hastaların algıladıkları sosyal destek düzeyleri ve etkileyen faktörler. Türkiye Klinikleri J Med Sci, 28(6), 880-85.

Aydemir Ö, Kırpınar İ, Satı T, Uykur B, Cengisiz C, 2011. Sağlık Kaygısı Ölçeği'nin Türkçe İçin Güvenilirlik Ve Geçerlilik Çalışması. 47. Ulusal Psikiyatri Kongresi, Antalya.

Aydın İ, 2010. Cezaevi Hükümlülerinin Yalnızlık Düzeyleri ve Ruhsal Belirti Düzeyleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Maltepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.

Aydın S, 2015. Hekime başvuru sayısının artış hikâyesi. SD (Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü) Dergisi, 35, 6-13.

Bahar A, 2007. Kanser Hastalarına Psikososyal Yaklaşım. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu .Dergisi, 10(1):105-11.

Bal U, 2010. Anksiyete Bozukluklarında Cinsiyete Göre Semptom Farklılıkları. Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Adana.

Baltaş Z, 2000. Sağlık psikolojisi: Halk sağlığında davranış bilimleri. Remzi Kitabevi. İstanbul.

Barrere M, 1986. Distinctions Between Social Support Concepts, Measures, and Models. American Journal of Community Psychology, 14, 413-45.

Barrett B, Tyrer P, Tyrer H, 2012. An examination of the factors that influence costs in medical patients with health anxiety. J Psychosom Res, 73, 56-62.

Barsky AJ, Klerman GL, 1983. Overview: hypochondriasis, bodily complaints, and somatic styles. American Journal of Psychiatry, 140, 273–83.

Bashir Bhatti A, Haq AU, 2017. The Pathophysiology of Perceived Social Isolation: Effects on Health and Mortality. Cureus, 9(1), 1-10.

Baştürk D, 2002. Orta öğretim kurumlarındaki öğrencilerde algılanan sosyal desteğin akademik başarıya etkisi. Yüksek Lisans Tezi, Selçuk Üniversitesi, Konya.

Bernad D, Zysnarska M, Adamek R, 2010. Social Support For Cancer—Selected Problems. Reports of Practical Oncology and Radiotherapy, 15:47-50.

Bernice C, Lillian S, Bernadette L, Frances M, Nancy F, 2009. The impact of marital status and quality on family functioning in maternal chronic illness. Taylor&Francis Online, 437-449.

Betts LR, Bicknell AS, 2011. Experiencing loneliness in childhood: Consequences for psychosocial adjustment, school adjustment, and academic performance. In Bevinn, S.J. (Ed.). Psychology of loneliness, New York: Nova Science Publishers, 1-27.

Bjelland I, Krokstad S, Mykletun A, Dahl AA, Tell GS, Tambs K, 2008. Does a higher educational level protect against anxiety and depression? The HUNT study. Soc Sci Med, 66(6),1334-45.

Boerma T, Hosseinpoor AR, Verdes E, Chatterji S, 2016. A global assessment of the gender gap in self-reported health with survey data from 59 countries. BMC Public Health,16, 675, 2-9.

Brown H, 1984. The Consensus: Another View. Foreing Language Annals, 17, 277-80.

Buchholz ES, Catton R, 1999. Adolescents' perceptions of aloneness and loneliness. Adolescence, 34(133), 203.

Büyüköztürk Ş, Kılıç Çakmak E, Akgün ÖE, Karadeniz Ş, Demirel F, 2013. Bilimsel araştırma yöntemleri. Ankara, Pegem Akademi.

Cacioppo JT, Hawkley LC, 2003. Social isolation and health, with an emphasison underlying mechanisms. Perspectives in Biology and Medicine, 46(3), 39-52.

Carr M, 1993. Schellenbach C. Reflective monitoring in lonely adolescents. Adolescence, 28, 737-47.

Ceyhan S, 2005. Kayseri nuh naci yazgan sağlık ocağı bölgesinde yaşayan 65 yaş ve üstü bireylerin yalnızlık düzeylerinin incelenmesi. Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Kayseri.

Champaloux S, 2014. Childhood Chronic Health Conditions and Educational Attainment: A Social Ecological Approach, Journal of Adolescent Health, 56(1), 98-105.

Chen CY, Hong RY, 2010. Intolerance of uncertainty moderates the relation between negative life events and anxiety. Personality and Individual Differences, 49, 49–53.

Christiani Y, Byles J, Tavener M, Dugdale P, 2016. Gender Inequalities in Noncommunicable Disease Risk Factors Among Indonesian Urban Population. Asia Pacific Journal of Public Health, 28(2), 134-45.

Cohen S, 1998. Psychosocial models of the role of social support in the etiology of physical disease. Health Psychology, 7(3), 269.

Cohen S, 2004. Social Relationship and Health. American Psychologist, November, 676-84.

Cohen S, Wills TA, 1985. Stress, social support, and the buffering hypothesis. Psychological Bulletin, 98, 310-57.

Coşansu G, 2015. Diyabet: Küresel Bir Salgın. Okmeydanı Tıp Dergisi, 31,1-6.

Coşkun Y, Akkaş G, 2009. Engelli Çocuğu Olan Annelerin Sürekli Kaygı Düzeyleri ile Sosyal Destek Algıları Arasındaki İlişki. Ahi Evran Üniversitesi Kırşehir Eğitim Fakültesi Dergisi, 10(1), 213-27.

Cutrona CE, Suhr JA, 1992. Controllability of stressful events and satisfaction with spouse support behaviors. Communication Research, 19, 154–74.

Çakır Y, Palabıyık R, 1997. Gençlerde Sosyal Destek, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeğinin Güvenilirlik ve Geçerlilik Çalışması. Kriz Dergisi, 5(1), 15-24.

Çavdar D, Bağcı V, Çorbacı EC, Sarıtaş S, Taşdelen-Yayvak MK, 2015. Adaptation of De Jong Gierveld Loneliness Scale into Turkish. International Journal of Humanities and Social Science, 5(9), 84-92.

Çeçen AR, 2008. Öğrencilerin cinsiyetlerine ve ana baba tutum algılarına göre yalnızlık ve sosyal destek düzeylerinin incelenmesi. Türk Eğitim Bilimleri Dergisi,6/3, 415–31.

Çınar F, 2010. İmalat yapan işyerlerinde çalışanların genel sağlık tutum ve davranışları. Uzmanlık Tezi, Çalışma Ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı Çalışma Ve Sosyal Güvenlik Eğitim Ve Araştırma Merkezi, Ankara.

Çilingiroğlu N, 1995. Sağlık Ekonomisi: İçinde: Bertan M, Güler Ç (eds), Halk Sağlığı Temel Bilgiler. Hacettepe Halk Sağlığı Vakfı, Ankara, 391- 419.

Çoban A, Karaman N, 2013. Üniversite Öğrencilerinin Umutsuzluk, Kaygı ve İlişkilerle İlgili Bilişsel Çarpıtmaları. Bilişsel Davranışçı Psikoterapi ve Araştırmalar Dergisi, 2,78-88.

Dayapoğlu N, Tan M, 2009. İnmeli hastaların aileden algıladıkları sosyal destek. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 12, 4.

De Jong Gierveld J, 1989. A Review Of Loneliness: Concept And Definitions, Determinants, And Consequences. Review in Clinical Gerontology, 8, 73-80.

De Jong-Gierveld J, Kamphuis FH, 1985. The development of a Rasch-type loneliness scale. Applied Psychological Measurement, 9, 289-99.

Deng L, Wang H, Chen J, Li L, 2013. Social support and negative emotion in parents of children with congenital heart disease before operation. J Cent South Univ(Med Sci), 38(9): 915-19.

Dever GEA, 1984. Epidemiology in Health Services Management. Rockville, Maryland, Aspen Publisher Inc., 217.

Dhar HL, 2001. Gender, Aging, Health and Society. J Assoc Physicians India, 49, 1012-20.

Dığrak E, Koçoglu D, Akın B, 2014. Kırsal bir bölgedeki yetişkinlerde ruhsal sorunların belirlenmesi. Psikiyatri Hemşireliği Dergisi, 5(3):122-128.

Doğan N, 2011. Akciğer kanserli hastalarda yaşam kalitesi ve sosyal destek. Yüksek Lisans Tezi, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Erzurum.

Durmaz P, Ünal B, 2000. Narlıdere Bölgesinde Yaşayan Yaşlıların Sosyal Destek Düzeylerinin İncelenmesi. Uluslararası Halk Sağlığı Kongresi Özet Kitabı içinde (ss.144), İstanbul.

Duru E, 2008. Üniversiteye Uyum Sürecinde Yalnızlığı Yordamada Sosyal Destek ve Sosyal Bağlılığın Doğrudan ve Dolaylı Rolleri. Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi, 29, 13- 24.

Duy B, 2003. Bilişsel-davranışçı yaklaşıma dayalı grupla psikolojik danışmanın yalnızlık ve fonksiyonel olmayan tutumlar üzerine etkisi. Yayınlanmamış doktora tezi, Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Ankara.

Eikemo T, Gkiouleka A, Rapp C, Utvei S, Huijts T, Stathopoulou T,2018. Non-communicable diseases in Greece: inequality, gender and migration. European Journal of Public Health, 28(5), 38–47.

Eker D, Arkar H, 1995. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeğinin Faktör Yapısı, Geçerlilik ve Güvenirliği. Türk Psikologlar Dergisi, 10(34), 45-55.

Eker D, Arkar H, Yaldız H, 2001. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği'nin gözden geçirilmiş formunun faktör yapısı geçerlik ve güvenirliği. Türk Psikiyatri Dergisi, 12, 17-25.

Eker E, Noyan A, 2004. Yaşlıda depresyon ve tedavisi. Klinik Psikiyatri, Ek 2, 75-83.

El-Mansoury T, Taal E, Abdel-Nasser A, Riemsma R, Mahfouz R, Mahmoud J, El-Badawy S, Rasker J, 2008. Loneliness among women with rheumatoid arthritis: a cross-cultural study in the Netherlands and Egypt. Clinical rheumatology, 27: 1109.

Epik M, Çiçek Ö, Altay S, 2017. Bir Sosyal Politika Aracı Olarak Tarihsel Süreçte Ailenin Değişen/Değişmeyen Rolleri. Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi, 17, 38, 35-58.

Erközan A, 2005. Üniversite öğrencilerinde kişilerarası duyarlılık ve depresyon düzeylerinin bazı değişkenlere göre incelenmesi. Muğla Üniversitesi SBE Dergisi, 14:129-55.

Ersoy Ö, Çürük N, 2009. Özel gereksinimli çocuğa sahip annelerde sosyal desteğin önemi. Aile ve Toplum Dergisi, 17, 104-110.

Ertürk S, 1994. Anksiyete Bozukluklarında İşlevsel Olmayan Tutumların Ölçülmesi. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İzmir.

Eskin M, 2001. Ergenlikte Yalnızlık, Basetme Yöntemleri ve Yalnızlıgın İntihar Davranısı ile İliskisi. Klinik Psikiyatri, 4, 5–11.

Eşel E, Turan T, Köse K, Oğuz H, Karaaslan F, 2001. Genelleşmiş Anksiyete Bozukluğunda Plazma GABA Düzeyi ve Sigara İçme ile İlişkisi. Anadolu Psikiyatri Dergisi, 2(1), 21-28.

Eyce B, 2000. Tarihten Günümüze Türk Aile Yapısı. Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler MYO Dergisi, 4, 223-44.

Ferguson E, 1998. Hypochondriacal concerns, symptom reporting and secondary gain mechanisms. British Journal of Medical Psychology, 71, 281-95.

Fishbain DA, Cole B, Cutler RB, Lewis J, 2006. Chronic pain and the measurement of personality: do states influence traits? Pain Med, 7:509-29.

Frank D, Woodward J.C., 1988. Rural Adolescent Loneliness And Coping Strategies. Adolesence. 23 (91), 559-65.

Fukui S, Koike M, Ooba A,Uchitomi Y, 2003. The effect of a psychosocial group intervention on loneliness and social support for Japanese women with primary breast cancer. Oncology Nursing Forum, 30(5): 823-30.

Gan Z, Li Y, Xie D, Shao C, 2012. The impact of educational status on the clinical features of major depressive disorder among Chinese women. Journal of Affective Disorders, 136, 988-992.

Geçtan E, 2003. Pisikodinamik Psikiyatri ve Normaldışı Davranışlar, Metis Yayınları, 60-175.

Geçtan, E, 1995. Psikanaliz ve sonrası (6. baskı). İstanbul: Remzi Kitabevi.

Gençtan E., 1998. Kim bilir?, İstanbul: Metis Yayınları.

Gözüm S, Tuzcu A, Muslu L, Aydemir K, Ilgaz A, Akgöz A, Avcı Y, 2020. Kırsal alanda yaşayan erişkin bireylerde bazı bulaşıcı olmayan hastalıklar için risk sıklığı. Cukurova Medical Journal, 45(1), 157-69.

Graven LJ, Grant JS, 2014. Social Support and Self-care Behaviors in İndividuals with Heart Failure: An İntegrative Review.International Journal of Nursing Studies,51(2), 320-33.

Gulick E.E., 1994. Social Support Among Persons with Multiple Sclerosis. Researchin Nursing & Health, 17(3), 195-206.

Gül Aİ, Özdemir T, Börekçi E, 2016. Health Anxiety Levels in Patients admitted to Internal Medicine Outpatient Clinic For Several Times. Journal of Clinical and Analytical Medicine, 7(4), 437-9.

Gülaçtı F, 2010. The Effect of Perceived Social Support on Subjective Well-Being. Procedia Social and Behavioral Sciences, 2, 3844–49.

Gümüş E, 1997. Üniversite öğrencilerinin sosyal kaygı düzeylerinin çeşitli değişkenlere göre incelenmesi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Gazi Üniversitesi, Ankara.

Gürkan A, 1998. Okul Çağı Çocuğu Davranış Sorunları İle Annelerin Anksiyete Düzeyleri ve Algıladıkları Sosyal Destek Arasındaki İlişkinin İncelenmesi, Doktora Tezi, Ege Üniveristesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü,İzmir.

Hacımusalar Y, Güçlü M, Karaaslan Ö, 2019. Yozgat ilinde bir yıl içerisinde üniversite hastanesi psikiyatri polikliniği'ne başvuran hastaların klinik tanıları ve sosyodemografik verilerinin değerlendirilmesi. Bozok Tıp Dergisi, 9(2), 132-37.

Hann D, Baker F, Denniston M, Gesme D, Reding D, 2002. The İnfluence of Social Support On Depressive Symptoms in Cancer Patients Age and Gender Differences. Journal of Psychosomatic Research, 52,279-83.

Haskan Avcı Ö, Yıldırım İ, 2014. Ergenlerde şiddet eğilimi, yalnızlık ve sosyal destek. H.U. Journal of Education, 29(1), 157-68.

Hawkley LC, Browne MW, Cacioppo JT, 2004. How can I connect with thee? Let me count the ways. Psychol Sci, 16(10), 798–804.

Hawkley LC, Burleson MH, Berntson GG, Cacioppo JT, 2003. Loneliness in everyday life: Cardiovascular activity, psychosocial context, and health behaviors. Journal of Personality and Social Psychology, 85(1), 105–20.

Helman EA, Stewart C, 1994. Social support and the elderly client. Home Health Nurs,12, 51- 60.

Hendryx M, Green CA, Perrin NA, 2009. Social Support, Activities, and Recovery from Serious Mental Illness. The Journal of Behavioral Health Services & Research, 36, 320-29.

Hernandez-Ledesma A.L, Rodriquez-Mendez A.J, Gallardo-Vidal L.S, Trejo-Cruz G, Garcia-Solis P, Davila-Esquivel F, 2018. Coping Strategies And Quality Of Life İn Mexican Multiple Sclerosis Patients: Physical, Psychological And Social Factors Relationship. Multiple sclerosis and related disorders, 25: 122-27.

Holley UA, 2007. Social isolation: a practical guide for nurses assisting clients with chronic illness. Rehabilitation Nursing, 32(2), 51-56.

Hopman WM., Coo H., Edgar CM., McBride EV., Day AG.,Brunet DG., 2007. Factors Associated with Health-Related Quality of Life in Multiple Sclerosis. Canadian Journal of Neurology Science. 34(2): 160-66.

House JS, 1981. Work Stress and Social Support. Addison Wesley Publising Company, 3-54.

Hutchison C, 1999. Social support: factors to consider when desingning studies that measure social support. J Adv Nurs, 29, 1520-6.

Huurre TM., Komulainen EJ., Aro HM, 1999. Social Support and Self-Esteem Among Adolescents with Visual Impairments. Journal of Visual Impairment and Blindness, 93/3, 26-37.

Iecovich E, Barash M, Mırsky J, Kaufman R, Avgar A, Kol-Fogelson A, 2004. Social Support Networks And Loneliness Among Elderly Jews In Russia And Ukraina. Journal Of Married And Family, (66), 306-17.

Işık E, 1996. Nevrozlar. Kent Matbaası, Ankara, 31-45.

Işık E., Taner Y, 2006. Çocuk, Ergen ve Erişkinlerde Anksiyete Bozuklukları. Golden Print. İstanbul.

Işıkhan V, 2007. Kanser ve sosyal destek. Toplum ve Sosyal Hizmet, 18, 15-29.

Işıkhan V, 2007. Kanser ve Sosyal Destek. Toplum ve Sosyal Hizmet Dergisi, 18(1):17-32.

Izgar H, 2009. An Investigation of Depression and Loneliness among School Principals. Educatıonal Scıences: Theory & Practıce, 9(1), 247-58.

Jacobson D, 1986. Types and Timing of Social Support. Journal of Health and Social Behavior, 27, 250-64.

Janke K, Johnston D, Propper C, Shields M, 2020. The causal effect of education on chronic health: Evidence from the UK. Vox EU Cepr,.

Jones HW, Hebb L, 2003. The Experience Of Loneliness: Objective And Subjective Factors. The International Scope Rewiew, 5(9),41-62.

Kabadayı S, 2019. 65 yaş üzeri bireylerde algılanan sosyal destek ile depresyon ve bilişsel beceriler arasındaki ilişki. Yüksek Lisans Tezi, Işık Üniversitesi Sosyal Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.

Kacar N, 2020. Tip 2 diyabet tanısı alan bireylerde algılanan sağlık düzeyi ile fiziksel aktiviteye yönelik niyetleri arasındaki ilişkinin incelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.

Kalınkara V, 2014. Temel Gerontoloji Yaşlılık Bilimi, Ankara, Nobel Yayın, 1-339.

Kapıkıran Ş, Özgüngör S, 2009. Ergenlerin sosyal destek düzeylerinin akademik başarı ve güdülenme düzeyi ile ilişkileri. Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi, 16 (1), 21-30.

Kara N, 2014. Bilişsel Davranışçı. Psikoterapi ve Araştırmalar Dergisi, 3, 99-108.

Karacadır V, Çelik R, 2019. Üniversite öğrencilerinin sağlık kaygı düzeylerini belirlemeye yönelik bir çalışma. Avrasya Uluslararası Araştırma Dergisi, 16(7), 225-238.

Karapıçak Ö.K, Aktaş K, Aslan S, 2012. Panik Bozukluğunda Sağlık Kaygısı Envanteri Türkçe Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması. Klinik Psikiyatri Dergisi, 15, 41-48.

Karapıçak ÖK, Arslan S, Utku Ç, 2012. Panik Bozukluğu, Somatizasyon Bozukluğu ve Hipokondriaziste Sağlık Kaygısı. Bilişsel Davranışçı Psikoterapi ve Araştırmalar Dergisi, 1,1, 43-51.

Kartopu S, 2012. Lise öğrenci ve öğretmenlerinin durumluk ve sürekli kaygı düzeylerinin bazı değişkenler açısından ∗incelenmesi (kahramanmaraş örneği). İlahiyat Dergisi, 17(2), 147-70.

Kef S,1997. The Personal Networks and Social Supports of Blind and Visually Impaired Adolescents. J Vis Impair Blind, 91(3), 236-44.

Keser A, Karaduman M, 2014. İş yaşamında yalnızlık algısının örgütsel vatandaşlık davranışı ile ilişkisi ve öğretmenler üzerinde bir araştırma. HAK-İŞ Uluslararası Emek ve Toplum Dergisi,3 (7), 178-97.

Kesgin M, Kublay G, 2011. Özel Bir Hastanede Çalışan Hemşirelerin Yaşam Alışkanlıkları ve Çalışma Koşullarından Kaynaklı Sağlık Sorunlarının Değerlendirilmesi. Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi, 41-49.

Khademi N, Babanejad B, Asadmobini A, Karim H, 2017. The Association of Age and Gender with Risk Factors of Noncommunicable Diseases among Employees in West of Iran. International Journal of Preventive Medicine, 11, 1-7.

Khorshid L, Arslan GG, 2006. Hemşirelik ve Sosyal Desteğin Önemi.Dirim, 81, 182-88.

Kılıç B, 1996. Gölbaşı bölgesindeki sağlık başvuruları ve bunu etkileyen etmenler. Toplum ve Hekim, 11 (74), 2-10.

Kool M, Geenen R, 2012. Loneliness in patients with rheumatic diseases: the significance of invalidation and lack of social support. The Journal of psychology,146: 229.

Kozaklı H, 2006. Üniversite Öğrencilerinde Yalnızlık ve Sosyal Destek Düzeyleri Arasındaki İlişkilerin Karşılaştırılması. Mersin Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Mersin.

Köroğlu E, Güleç C, 1997. Psikiyatri Temel Kitabı, Cilt 1. 1`nci baskı. Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 389-421.

Köse E, 2006. Liseli Ergenlerde Kişilik ve Sosyal Desteğin Yalnızlığa Olan Etkisinin İncelenmesi. Marmara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.

Kraus L.A., Davis MK., Bazzini D, Church M, Kirchman C.M., 1993. Personal And social Influences on Loneliness. The Mediating Effect of Social Provisions. Social Psychology Quarterly, 56, 37-53.

Kurt E, 2019. Van depremini yaşayan öğrencilerin algıladıkları sosyal destek düzeyleri ile travma sonrası stres bozukluğu ve kaygı düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Atatürk Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Erzurum.

Kurt Öncü H, 2008. Mastektomi ameliyatı olmuş meme kanserli kadınların, mastektomi sonrası eş uyumu ile yalnızlık düzeyinin incelenmesi. Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Samsun.

Lett HS, Blumenthal JA, Babyak MA, Strauman TJ, Robins C, Sherwood A, 2005. Social Support and Coronary Heart Disease: Epidemiologic Evidence and Implications for Treatment.Psychosomatic Medicine, 67, 869 – 78.

Lin N, Simeone RS, Ensel WM, Kuo W, 1979. Social support, stressful life events, and illness: A model and an empirical test. J Health Soc Behav ,20, 108–19.

Luttik ML, Jaarsma T, Moser D, Sanderman R, Van Veldhuisen DJ, 2005. The ımportance and impact of social support on outcomes in patients with heart failure: An Overview of The Literature. Journal of Cardiovascular Nursing, 20(3), 162-69.

Mackinnon SP, 2012. Perceived social support and academic achievement: cross-lagged panel and bivariate growth curve analyses. Journal of Youth Adolescence, 41, 474-85.

Mattson M , Hall JG,2011. Health as Communication Nexus: A Service Learning Approach. Social Support. 1th Ed., Kendall Hunt Publishing Company, United States,181-218.

Melchiorre MG, Chiatti C, Lamura G, Torres-Gonzales F, Stankunas M, Lindert, J, 2013. Social Support, Socio-Economic Status, Health and Abuse Among Older People in Seven European Countries. PlosOne, 8(1), 1-10.

Menaghan EG, 1983. Individual coping efforts and family studies: conceptual and methodological issues. Marriage & Family Review, 6, 113– 35.

Meyer BA, Arnold JA, Pascali BD, 2001. Social support by Doulas during labor and the early postpartum period. Hospital Physician, 57-65.

Michela JL., Peplau LA., Weeks DG., 1982. Perceived dimensions of attributions for loneliness. Journal of Personality and Social Psychology, 43(5), 929.

Moustakas C, 1961. Loneliness. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.

Murberg TA, 2004. Long-Term Effect of Social Relationships On Mortality İn Patients With Congestive Heart Failure. International Journal of Psychiatry in Medicine, 34(3), 207- 17.

Mutlu M, 2013. Atatürk üniversitesi tıp fakültesi nefroloji polikliniğinde izlemi süren böbrek donörlerinde yaşam kalitesi ve sağlık kaygısı. Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, Erzurum.

Neto F, Barros J, 2000. Psychosocial Concominants of Loneliness Amongstudents of Cape Verde and Portugal. Journal of Psychology, 134(5), 245–55.

Nicholson R, Nicholson JR, 2009. Social isolation in older adults: an evolutionary concept analysis. Journal of Advanced Nursing, 65(6), 1342–52.

Nordin K, Berglung G, Glimelius B. Sjödén O, 2001. Predicting Anxiety and Depression Among Cancer Patients: A Clinical Model. European Journal of Cancer, 37: 376-84.

Oğuzhanoğlu NK, Tümkaya S, 2010. Anksiyete bozukluklarının sınıflandırılması. Türkiye klinikleri, J. Psychiatri-special topics, 3(4).

Olatunji BO, Etzel EN, Tomarken AJ, Ciesielski BG, Deacon B, 2011. The effects of safety behaviors on health anxiety: An experimental investigation. Behaviour Research and Therapy, 49(11), 719–28.

Olgun Y, 2019. Spinal kord yaralanmalı hastalarda stresle başa çıkma, algıladığı sosyal destek ve ilişkili faktörler. Tıpta Uzmanlık Tezi, T.C. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Konya Sağlık Uygulama Ve Araştırma Merkezi, Konya.

Orhan Ö, 2019. Çukurova üniversitesi tıp fakültesi öğrencilerinin sağlık anksiyete düzeylerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile ilişkilendirilmesi. Tıpta Uzmanlık Tezi, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Adana.

Ovayolu N, Pehlivan S, Uçan Ö, Çuhadar D, 2007. Hemodiyaliz hastalarının yalnızlık ve depresyon düzeyleri arasındaki ilişki. Anadolu Psikiyatri Dergisi, 8, 293-96.

Öz F, 2004. Yalnızlık. Öz, F. Editör. Sağlık Alanında Temel Kavramlar'da. Ankara, İmaj İç ve Dış Ticaret AŞ. 180-202.

Öz H, 2006. Mykort İnfaktüsü Geçiren Hastalarda Umut, Moral ve Algılanan Sosyal Desteğin Yaşam Kalitesine Etkisi. Yüksek Lisans Tezi, M.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.

Özakkaş T, 2013. Bütüncül Psikoterapi İçinde Varoluşçu Psikoterapi, İstanbul. Litera Yayıncılık.

Özbesler C,2001. Çocukluk Çağı Lösemileri ve Sosyal Destek Sistemlerinin Aile İşlevlerine Etkisi. Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.

Özdemir A, 2019. Özel gereksinimli çocuğa sahip annelerin sosyal destek algısı: ankara sincan örneği. Yüksek Lisans Tezi, Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Bolu.

Özdemir H, Tatar A, 2019. Genç yetişkinlerde yalnızlığın yordayıcıları: depresyon, kaygı, sosyal destek, duygusal zekâ. Cyprus Turkish Journal of Psychiatry & Psychology, 1(2), 93-101.

Özdemir Ü, Taşcı S, 2003. Kronik hastalıklarda psikososyal sorunlar ve bakım. Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi, 1, 63-64.

Özdevecioğlu M, 2004. Sosyal Destek ve Yaşam Tatmininin Mesleki Stres Üzerindeki Etkileri: Kayseri'de Faaliyet Gösteren İşletme Sahipleri İle Bir Araştırma. Hacettepe Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, 22(1), 209-33.

Özgür G, 1993. Sosyal Destek ve Sağlık. Türk Hemşireler Dergisi, 43(2), 25- 26.

Öztürk A, Gün İ, Mazıcıoğlu M, 2002. Kayseri'de halkın sağlık ocaklarından yararlanımı ve memnuniyet durumu. Aile Hekimliği Dergisi, 6 (3), 114-20.

Pancar A, 2009. Parçalanmış ve tam aileye sahip ergenlerin yalnızlık düzeylerinin çeşitli değişkenler açısından incelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Adana.

Paris J, 1998. Does childhood trauma cause personality disorder in adults? CanadianJournal of Psychiatry, 43, 148-53.

Park HS, 2007. Effects of social support, coping strategies, self-esteem, mastery, and religiosity on the relationship between stress and depression among Korean immigrants in the United States: Structural equation modeling. Yüksek Lisans Tezi, The University of Texas at Austin.

Parker PA, Baile WF, De Moor C, Cohen L, 2003. Psychosocial and Demographic Predictors of Quality of Life in a Large Sample of Cancer Patients. Psycho-Oncology, 12, 183-93.

Patterson BJ, 1995. The process of social support: adjusting to life in a nursing home. J Adv Nursing., 21, 682-89.

Pelle A, Gidron Y, Szabo B, Denollet J, 2008. Psychological Predictors Of Prognosis in Chronic Heart Failure. Journal of Cardiac Failure, 14(4), 341-50.

Peplau HE,1995. Loneliness. Am J Nurs, 12, 244-50.

Perlman D, Peplau LA, 1981. Toward a social psychology of loneliness. Personal Relationships, 32, 31-56.

Perlman D, Peplau LA, 1982. Perspective on loneliness. sourcebook of current theory, research and therapy New York: John Wiley and Sons, 1-18.

Peterson SJ, Bredow TS, 2013. Mıddle Range Theorıes Applıcatıon to Nursıng Research.3rd Edition, Chine: Wolters Kluwer Health Lippincott Williams & Wilkins, 108-21.

Pietrongelo A,2014. Recognizing Anxiety: Symptoms, Sign, and Risk Factors retrieved. Preventive Medicine Bulletin, 12(3),219-24.

Procidano M, Heller K, 1983. Measures of Perceived Social Support From Friends and From Family: Three Validation Studies. American Journal of Community Psychology, 11, 1-24.

Pugliesi K, Shook L, 1998. Gender, Ethnicity And Network Characteristics: Variation In Social Support Resources. Sex Roles, 38, 215-38.

Qiao Q, Hu G, Tuomilehto J, Nakagami T, Balkau B, Borch-Johnsen K, et al. 2003. Age-and sex-specific prevalence of diabetes and impaired glucose regulation in 11 Asian cohorts. Diabetes Care, 26, 1770-80.

Radomsky A, Rachman S, Hammond D, 2001. Memory bias, confidence and responsibility in compulsive checking. Behaviour Research and Therapy, 39, 813-22.

Rector TS, Anald IS, Cohn JN, 2006. Relationships Between Clinical Assessments And Patients Perceptions Of The Effects Of Heart Failure On Their Quality of Life. Journal of Cardiac Failure, 12 (2), 87-92.

Revenson T, Schiaffino KM, Majerovitz SD, Gibofsky A, 1991. Social support as a double-edged sword: the relation of positive and problematic support to depression among rheumatoid arthritis patients. Sot. Sci. Med., 7, 807-13.

Rokach A, 1989. Antecedents of loneliness: A factorial analysis. The Journal of Psychology: Interdisciplinary and Applied, 123(4), 369–84.

Rokach A, Brock H, 1998. Coping with Loneliness. Journal of Psychology, 132.

Rubens S, Vernberg E, Felix ED, Canino G, 2013. Peer deviance, social support, and symptoms of internalizing disorders among youth exposed to Hurricane Georges. Psychiatry, 76(2), 169-81.

Sadler WA, 1974. On the verge of lonely life. Humanitas, 10.

Salkovskis PM, Warwick HMC, 1986. Morbid preoccupations, health anxiety and reassurance: a cognitive-behavioral approach to hypochondriasis. Behavior Research and Therapy, 24(5), 597–602.

Salkovskis PM, Warwick HMC, Deale AC, 2003. Cognitive-Behavioral Treatment For Severe And Persistent Health Anxiety (Hypochondriasis). Brief Treatment And Crisis Intervention, 3, 353-67.

Sareen J, Afifi T, Mcmillian K, Asmundson G, 2011. Relationship Between Household Income and Mental Disorders Findings From a Population-Based Longitudinal Study. American Medical Association,3, 419-427.

Sarı D, Khorshıd L, Eşer İ, 2011. Hastaneye Yatan Hastaların Algıladıkları Sosyal Destek İle Anksiyete Düzeyleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, 27: 1-9.

Sarıhan CÖ, 2007. Engelli çocuğa sahip olan ve olmayan annelerin aile işlevlerini algılamaları ile yalnızlık düzeylerinin incelenmesi. Yayınlanmamış yüksek lisans tezi, Ankara Üniversitesi, Fen Bilimler Enstitüsü, Ankara.

Sartre JP, 2015. Varoluşçuluk (Bezirci A, Çeviri Editörü), İstanbul: Say Yayınları.

Savikko N., Routasalo P., Tilvis R.S., Strandberg T.E., Pitkälä K.H., 2005. Predictors and subjective causes of loneliness in an aged population. Archives of Gerontology and Geriatrics, 41(3), 223-33.

Sawir E, Marginson S, Deumert A, Nyland C, Ramia G, 2008. Loneliness and International Students: An Australian Study. Journal of Studies in International Education 12.

Sayar K, Ak İ, 2001. The Predictors of Somatization: A review. Bulletin of Clinical Psychopharmacology,11, 266-71.

Schwarzer R, Knoll N, Rieckmann N, 2003. Social Support. In. A. Kaptein & J. Weinman (Eds.). Introduction to health psychology. England: Blackwell.

Senemoğlu N, 2011. Gelişim, Öğrenme ve Öğretim Kuramdan Uygulamaya. Pegem Akademi, Ankara.

Sermat V., 1980. Some Situational and Personality Correlates of Loneliness. In J.Hartog, J.R.Audy & Y.A.Cohen, The Anotomy of Loneliness (305-318) New York: International University Press.

Singh B, Kiran U V. (2013). Loneliness among elderly women. International Journal of Humanities and Social Science Invention, 2(2), 10–4.

Small GW, 1991. Recognition and treatment of depression in the elderly. The Journal of Clinical Psychiatry, 52(6), 11-22.

Smith TW, Synder CR, Perkins SC, 1983. The self-serving function of hypochondriacal complaints: Physical symptoms as self-handicapping strategies. Journal of Personality and Social Psychology, 44, 787-97.

Softa H, Bayraktar T, Uğuz C, 2016. Yaşlı Bireylerin Algılanan Sosyal Destek Sistemleri ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarını Etkileyen Faktörler. Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi (YSAD),9, 1-12.

Sorias O, 1989. Sosyal desteğin değerlendirilmesi II: toplumdan seçilmiş bir örneklemde, sosyal ağın yapısal özellikleri ile algılanan destek. Psikoloji Seminer Dergisi, 6, 27-40.

Stanley MA, Beck JG,2000. Anxiety disorders. Clin Psychol Rev , 20, 731–54.

Stokes JP, 1985. The Relation of Social Network and İndividual Difference Variables to Loneliness. Journal of Personality and Social Psychology, 48 (4): 981-90.

Sunderland M, Newby JM, Andrews G, 2013. Health anxiety in Australia: prevalence, comorbidity, disability, and service use. Br J Psychiatry, 202, 56-61.

Sürmeli A, 1997. Anksiyete kavramı ve anksiyete bozukluklarına temel bir bakış. In:Güleç C, Köroğlu E,editors. Psikiyatri Temel Kitabı, Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 449–526.

Şahin E, 1998. Yoğun Bakım Ünitesinde Çalışan Hemşirelerin Ölüm Olayı Karşısındaki Anksiyete Düzeylerinin İncelenmesi. Ege Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi, İzmir.

Şahin P, 2012. Hipertansif hastaların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının aile işlevselliği, çok boyutlu algılanan sosyal destek ve öz yeterlilik ile ilişkisinin incelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Okan Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.

Şencan B, 2009. Lise öğrencilerinin algıladıkları sosyal destek düzeyi ile sosyal yetkinlik beklentisi düzeylerinin bazı değişkenlere göre incelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Adana.

Şenol V, 2006. Kayseri il merkezinde sağlık hizmetlerinin kullanımı ve algılanan sağlık ile ilişkisi. Yüksek Lisans Tezi, Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kayseri.

Şentürk Ü, 2018. Yaşlılık Sosyolojisi: Yaşlılığın Toplumsal Yörüngeleri.Bursa: Dora Yayıncılık, 217-245.

Tambelli R, M. Ammaniti and A.P. Ercolani, 1989. Loneliness in the Female Adolescent. Journal of Youth and Adolescence, 18,4.

Tardy CH, 1985. Social Support Measurement. American Journal of Community Psychology, 13, 187-202.

Taylor S, Asmundson GJ, 2004. Treating Health Anxiety A Cognitive-Behavioral Approach. The Guilford Press, New York London.

Taysi E, 2000. Benlik Saygısı, Arkadaşlardan ve Aileden Algılanan Sosyal destek. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi, Ankara.

Tekeli İ, Güler Ç, Vaizoğlu S, Algan N, Dündar AK, 2002. Yaşam Kalitesi ve Göstergeleri, Türkiye İçin Bir Veri Sistemi Önerisi. Ankara: Türkiye Bilimsel Akademisi Raporları 6.

Tekin A, 2007. Sağlık-hastalık olgusu ve toplumsal kökenleri (burdur örneği). Yüksek Lisans Tezi, Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Isparta.

Temel R, 2019. Engelli yakınları tarafından algılanan sosyal destek ve stresle başetme tutumları arasındaki ilişkinin incelenmesi (sivas örneği). Yüksek Lisans Tezi, Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sivas.

Tezcan S, Aslan D, 2000. Ankara'da çeşitli meslek gruplarında genel ruhsal sağlık durumunun değerlendirilmesi. Kriz Dergisi, 9(1), 1-8.

Torgersen S, 1986. Genetics of somatoform disorders. Archives of General Psychiatry, 43, 502-05.

Türkiye Hanehalkı Sağlık Araştırması: Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Risk Faktörleri Prevalansı, 2017. (STEPS). Editörler: Üner S, Balcılar M, Ergüder T. Dünya Sağlık Örgütü Türkiye Ofisi, Ankara, 2018.

Tüzüner S, 2018. İzmir'deki aile hekimlerinin ve aile hekimliği asistanlarının kronik hastalık yönetimi algısı. Uzmanlık Tezi, İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, İzmir.

Tyrer P, Cooper S, Crawford M., Dupont S, Green, J, Murphy D, Tyrer H, 2011. Prevalence of health anxiety problems in medical clinics. Journal of Psychosomatic Research, 71, 392–94.

Usta İ, 1999. Erbaa İlçe Merkezinde Sağlık Hizmetlerinin Kullanımı ve Kullanımı Etkileyen Faktörler. Yüksek Lisans Tezi, Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kayseri.
Usta İ, 1999. Erbaa İlçe Merkezinde Sağlık Hizmetlerinin Kullanımı ve Kullanımı Etkileyen Faktörler, Yüksek Lisans Tezi, Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kayseri.

Vaux A, 1988. Social and personal factoris in loneliness. Journal of Social and Clinical Psychology, 6 (3/4), 462-71.
Verheijden MW, Bakx JC, VanWeel C, Koelen MA, Van Staveren WA, 2005. Role of social support in lifestyle-focused weight management interventions. European journal of clinical nutritio, 59(1), 179-86.

Warren SJ, Jackson Y, Sifers SK, 2009. Social support provisions as differential predictors of adaptive outcomes in young adolescents. Journal of Community Psychology, 37 (1), 106–21.
Warwick HC, Salkovskis PM, 1990. Hypochondriasis. Behaviour Research and Therapy, 28, 105−17.

Weiss RS, 1973. Loneliness: the experience of emotional and social islotaion, Cambridge, Massachusetts Institute of Techonology Press, London.
Wethington E., Kessler RC., 1986. Perceived support, received support, and adjustment to stressful life events. Journal of Health and Social Behavior, 27(1), 78–89.

Whang LL, Shen Y, 2003. Chinese SF-36 health survey: Translation, cultural adaptation, validation, and normalisation. Journal Epidemiology and Community Health, 57 (4), 259-61
Wilhelmsen I, 2017. Hypochondriasis or health anxiety. Reference Module in Neuroscience and Biobehavioral Psychology, 1-8.
Woods CR, Arcury TA, Powers JM, Preisser JS, Gesler WM, 2003. Determinants of health care use by children in rural western North Carolina: Results from the Mountain Accessibility Project. Pediatrics, 112 (2), 143-52.

Yalom ID, 2013. Varoluşçu Psikoterapi (Babayiğit İyidoğan Z, Çeviri Editörü), İstanbul: Kabalcı Yayıncılık.
Yaman A, 2019. Bedensel engelli bireylerin sosyal destek düzeyleri ve yaşam doyumu arasındaki ilişkinin incelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Konya.
Yaman Z, 2016. Böbrek nakli olan bireylerin sosyal destekleri ile ruhsal durumları arasındaki ilişki. Yüksek Lisans Tezi, Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Mersin.

Yanardağ M, Şahin D, 2019. Yaşlı Bireylerde Sürekli Kaygı ve Sürekli Depresyon Üzerine Bir İnceleme. Toplum ve Sosyal Hizmet, 30(1), 37-55.
Yarcheski A, Mahon NE, Yarcheski TJ, Cannella BL,2008. A meta analysis of predıctors of positive health practices. J Nurs Scholarsh, 36 (2), 102-08.
Yardım N, 2012. Yaşlanma ve Kronik Hastalıklar; Türkiye Perspektifi. Yaşlı Sağlığı, 60-66.
Yaşar MR, 2007. Yalnızlık. Fırat Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, 17(1), 237-60.
Yeşilyaprak B, 2003. Gelişim ve öğrenme psikolojisi. Ankara: Pegem Akademi Yayınları.
Yıldırım T, 2018. İzofreni hastalarında içselleştirilmiş damgalanma ile yalnızlık arasındaki ilişki. Yüksek Lisans Tezi, İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Malatya.

Yıldırım T, 2020. Depresyon hastalarında hemşirelik tanısı olarak sosyal izolasyon, sosyal destek düzeyi ve ilişkili özelliklerin incelenmesi. Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara.
Yıldırım Y, 2002. Diyaliz Hastalarının Progresif Gevşeme Yöntemlerinin Kaygı Düzeyi ve Yaşam Kalitesine Olan Etkisinin İncelenmesi. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü,

Yıldırım Y, Kocabiyik S, 2010. The relationship between social support and loneliness in Turkish patients with cancer. Journal of clinical nursing, 19(5-6), 832-839.
Yılmaz D, 2014. Kanser hastalarının sosyal destek algısı ve Yaşam kalitelerinin değerlendirilmesi(iki hastane örneği-ankara). Tıpta Uzmanlık Tezi, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ankara.
Yılmaz E, Altınok V, 2009. Okul Yöneticilerinin Yalnızlık ve Yaşam Doyum Düzeylerinin İncelenmesi. Educational Administration: Theory and Practice, 15 (59), 451-69.

Yılmaz E, Yılmaz E, Karaca F, 2008. Üniversite öğrencilerinin sosyal destek ve yalnızlık düzeylerinin incelenmesi. Genel Tıp Dergisi, 18(2): 71-79.

Yılmaz M, 2014. Kanser hastalarının sosyal destek algısı ve yaşam kalitelerinin değerlendirilmesi (iki hastane örneği-ankara). Uzmanlık Tezi, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ankara.

Yiğit AÇ, Kaya S, Toraman AR, 1996. Sosyal güvence kapsamında olan bir nüfusta hekime gitme sıklığı. Halk sağlığı kongre kitabı, Marmara Üniversitesi, İstanbul, 279-82.

Yorulmaz E, Dirik G, 2018. Sağlık kaygısı ile ilişkili faktörler: sağlık kaygısında bağlanmanın rolü var mıdır?. Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 20, 443-59.

Young JE, 1982. Loneliness, Depression and Cognitive Therapy: Theory and Application. In L. A. Peplau, & D. Perlman (Eds.), Loneliness: A Sourcebook of Current Theory, Research and Therapy,New York: Wiley, 379-406.

Yüksel R, Demirkıran F, 1997. Hemşirelik Öğrencilerinde Yalnızlık ve Etkileyen Faktörler. Hemşirelik Bilimi Dergisi, 2(2), 18-23.

Yüzer S, Yiğit R, Taşdelen B, 2006. Çocuğu hastanede yatan annelerin aldığı sosyal destek ile depresyon düzeyleri arasındaki ilişki. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 9(4), 54-62.

Zengin O, Erbay E, Yıldırım B, Altındağ Ö, 2017. Quality of Life, Coping, and Social Support in Patients with Multiple Sclerosis: A Pilot Study. Turkish Journal of Neurology, 23(4), 211-18.

Zimet GD, Dahlem NW, Zimet SG ve ark., 1988. The Multidimensional Scale of Perceived Social Support. J Pers Assess, 52, 30-41.

Zimmer K, 2005. The Art of Living Alone. Çeviri: Karataş B. Yalnız Yaşama Sanatı, 1.Baskı. İstanbul,Gendaş Yayıncılık, 5-20.

Zubaroğlu Yanardağ M, Say Şahin D, 2019. Yaşlı Bireylerde Sürekli Kaygı ve Sürekli Depresyon Üzerine Bir İnceleme. Toplum ve Sosyal Hizmet, 30(1), 37-55.

7. EKLER

EK-A: Anket Formu

GenelBilgiler:	
1.	Cinsiyetiniz? 1) Erkek 2) Kadın
2.	Yaşınız?.....
3.	Medeni durumu 1) Evli 2) Bekar 3) boşanmış 4) Ayrı yaşıyor
4.	Öğrenim durumunuz? 1) İlkokul 2)Lise 3) Ön-lisans 4) Lisans 5) Lisansüstü
5.	Mesleğiniz?.....
6.	Ailenizin aylık gelir durumu? 1) 500-1000 2) 1001-2000 c) 2001-3000 d) 3001-4000 e) 4000 ve üzeri
7.	Ailenizin yapısı? 1- Çekirdek aile 2- Geniş aile
8.	Son bir yıl içinde kaç defa doktora başvuru yaptınız?.....
9.	Kronik bir hastalığınız var mı (Astım, şeker, tansiyon vb) 1) var 2) yok
10.	Ailenizde kronik rahatsızlığı olan var mı? 1) var 2) yok
11.	Sürekli kullandığınız bir ilaç var mı? 1) var 2) yok
12.	Genel sağlık durumunuzu 1 ile 10 arasında puanlayınız? 1……2……3……4……5……6…….7……..8…….9……10
13.	Kimlerle aynı evde barındığınızı belirtiniz? **1-** Ailemle **2-** Akrabalarımla **3-**Arkadaşlarımla **4-** Yalnız yaşıyorum

Sosyal Destek	Aşağıda 12 cümle ve her bir cümle altında da cevaplarınızı işaretlemek için 1'den 7 'ye kadar rakamlar verilmiştir. Her cümlede söylenenin sizin için ne kadar çok doğru olduğunu veya olmadığını belirtmek için o cümle altındaki rakamlardan yalnız bir tanesiniişaretleyiniz. Bu şekilde 12 cümlenin her birine bir işaret koyarak cevaplarınızı veriniz. Lütfen hiçbir cümleyi cevapsız bırakmayınız. Sizce doğruya en yakın olan rakamı işaretleyiniz.
1.	**Ailem (örneğin, annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) bana yardımcı olmaya çalışır.** Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet
2.	**İhtiyacım olan duygusal yardım ve desteği ailemden (örneğin, annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) alırım.** Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet
3.	**Arkadaşlarım bana gerçekten yardımcı olmaya çalışırlar.** Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet
4.	**İşler kötü gittiğinde arkadaşlarıma güvenebilirim.** Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet
5.	**Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve ihtiyacım olduğunda yanımda olan bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.** Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet
6.	**Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.** Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet
7.	**Sorunlarımı ailemle (örneğin, annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) konuşabilirim.** Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet
8.	**Sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim arkadaşlarım var.** Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet
9.	**Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve duygularıma önem veren bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.** Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet
10.	**Kararlarımı vermede ailem (örneğin, annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) bana yardımcı olmaya isteklidir.** Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

11.	**Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve beni gerçekten rahatlatan bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.** Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet
12.	**Sorunlarımı arkadaşlarımla konuşabilirim.** Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

Yalnızlık	**Aşağıda verilen her bir ifadeyi dikkatle okuduktan sonra bu ifadenin sizin için ne kadar uygun olduğunu yanda verilen seçeneklerden birini seçerek belirtiniz. Hiçbir maddeyi boş bırakmamaya özen gösteriniz. İlginiz için teşekkür ederiz.**	**Hiç uygun değil**	**Uygun**	**Uygun**	**Çok uygun**
1.	Keşke gerçekten yakın bir arkadaşım olsa.	1	2	3	4
2.	Etrafımda bana eşlik eden kimsenin olmaması beni üzüyor.	1	2	3	4
3.	Ne zaman arkadaşlarıma ihtiyacım olsa onlara güvenebilirim.	1	2	3	4
4.	Sıklıkla kendimi reddedilmiş hissediyorum.	1	2	3	4
5.	Kendimi boşlukta hissediyorum.	1	2	3	4
6.	Tamamıyla güvenebileceğim çok sayıda insan var.	1	2	3	4
7.	Etrafımda birilerinin olmasını özlüyorum.	1	2	3	4
8.	Etrafımda günlük problemlerim hakkında konuşabileceğim daima birisi vardır.	1	2	3	4
9.	Sıkıntıya düştüğümde güvenebileceğim birçok kişi var.	1	2	3	4
10.	Arkadaş ve yakın çevremin çok sınırlı olduğunu hissediyorum.	1	2	3	4
11.	Kendimi yakın hissettiğim yeterince insan var.	1	2	3	4

SAĞLIK ANKSİYETESİ ÖLÇEĞİ

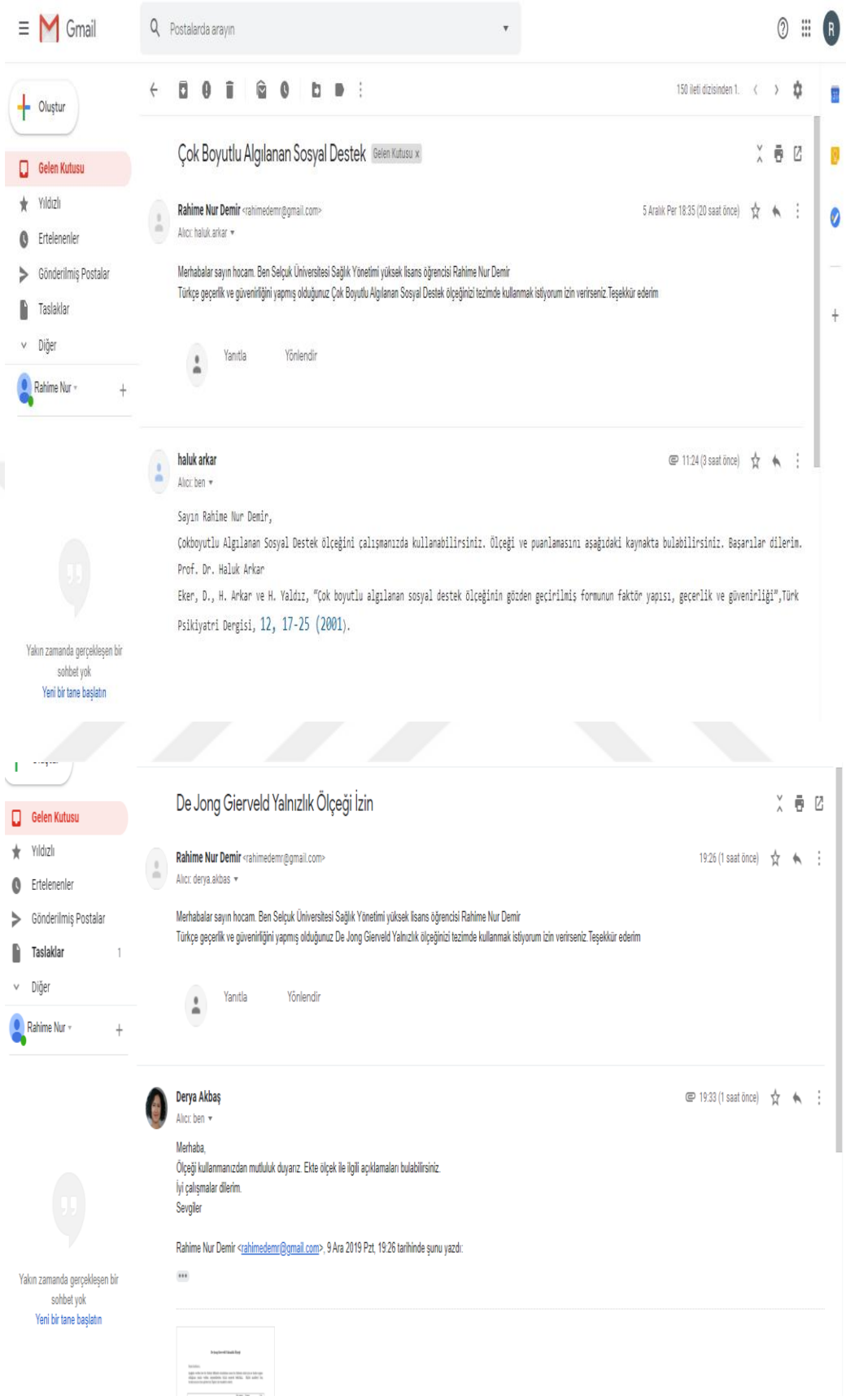
Bu bölümdeki her soru dört farklı ifade içerir. Lütfen her ifadeyi dikkatlice okuyun ve son 6 ay içindeki duygularınızı en iyi ifade edeni seçin. Seçtiğiniz cümleyi yanındaki harfi dair içine alacak şekilde işaretleyin, örneğin (a) cümlesinin doğru olduğunu düşünüyorsanız (a)'yı işaretleyin.

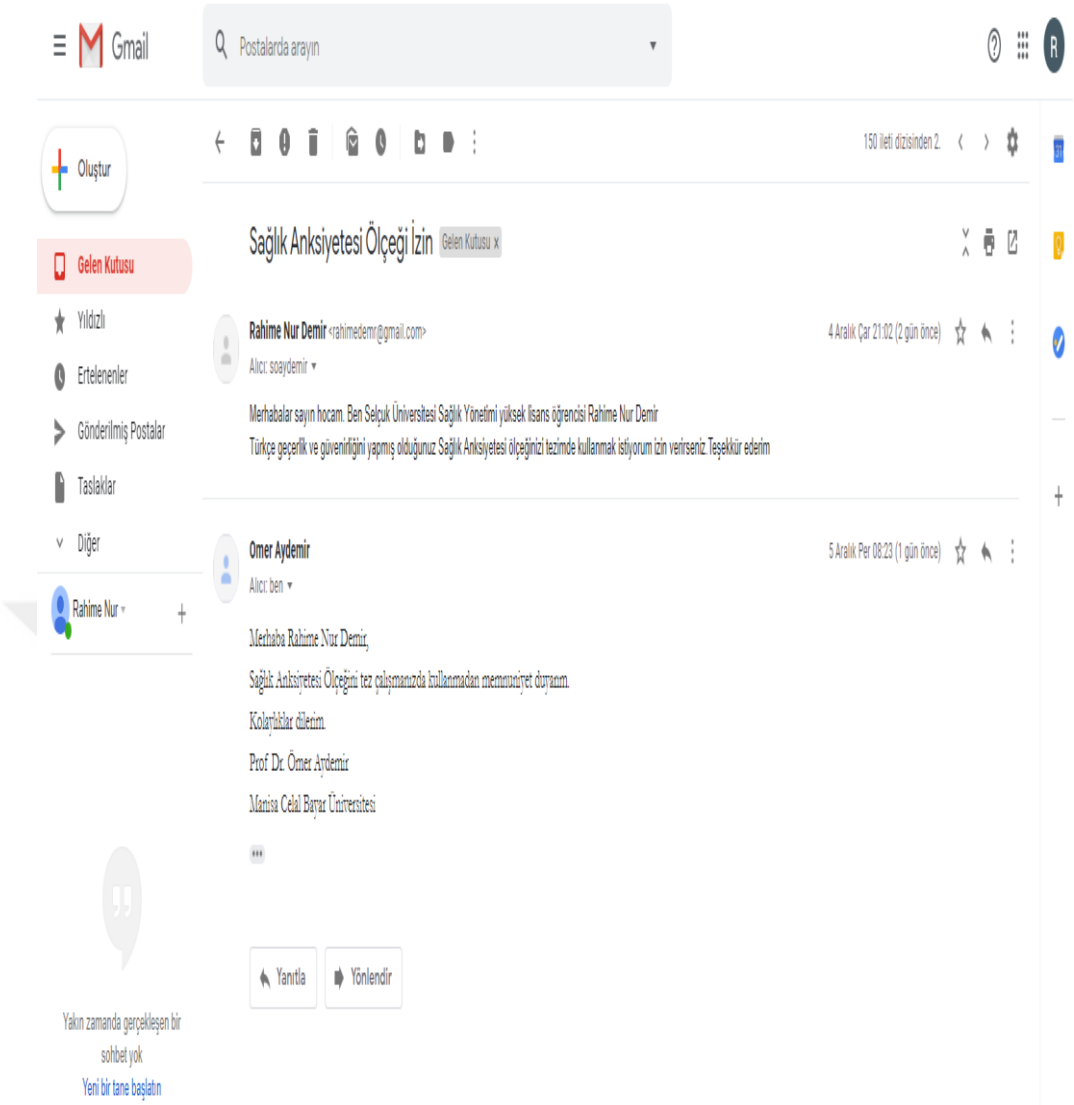
1	(a)Sağlığımla ilgili**endişelenmem.** (b)Sağlığımla ilgili **nadiren** endişelenirim. (c)Sağlığımla ilgili **çok sık** endişelenirim. (d)Sağlığımla ilgili **hemen her zaman** endişelenirim.	2	(a)Yaşıtlarıma göre **daha az** ağrı/acı hissederim. (b)Yaşıtlarım **kadar** ağrı/acı hissederim. (c)Yaşıtlarımdan **daha fazla** ağrı/acı hissederim. (d)Bedenimde **sürekli** ağrı/acı hissederim.
3	(a)Genellikle vücudumdaki duyum ya da değişikliklerin farkında değilimdir. (b)Bazen vücudumdaki duyum ya da değişikliklerin farkında olurum**.** (c)Çoğunlukla vücudumdaki duyum ya da değişikliklerin farkındayım. (d)Sürekli vücudumdaki duyum ya da değişikliklerin farkında olurum.	4	(a)Hastalıkla ilgili düşüncelere karşı koymak hiçbir zaman sorun olmamıştır. (b)Çoğu kez hastalıkla ilgili düşüncelere karşı koyabilirim. (c)Hastalıkla ilgili düşüncelere karşı koymaya çalışırım ama çoğunlukla yapamam. (d)Hastalıkla ilgili düşünceler o kadar güçlü ki artık onlara hiç karşı koymuyorum.
5	(a)Genellikle ciddi bir hastalığım olduğu korkusu yoktur. (b)Bazen ciddi bir hastalığım olduğu korkusu vardır. (c)Çoğunlukla ciddi bir hastalığım olduğu korkusu vardır. (d)Her zaman ciddi bir hastalığım olduğu korkusu vardır.	6	(a)Kendimi hasta olarak hayal etmem. (b)Nadiren hasta olduğum hayalleri gözümün önüne gelir. (c)Sıklıkla hasta olduğum hayalleri gözümün önüne gelir. (d)Sürekli hasta olduğum hayalleri gözümün önüne gelir.
7	(a)Sağlığımla ilgili düşünceleri zihnimden uzaklaştırmakta zorluk çekmem. (b)Sağlığımla ilgili düşünceleri zihnimden	8	(a)Doktorum kötü bir şey olmadığını söylerse tamamen rahatlarım.

	uzaklaştırmakta bazen zorlanırım. (c)Sağlığımla ilgili düşünceleri zihnimden uzaklaştırmakta çoğunlukla zorlanırım. (d)Hiçbir şey zihnimden sağlığımla ilgili düşünceleri uzaklaştıramaz.		(b)Başlangıçta rahatlarım ama bazen yeniden endişelenirim. (c)Başlangıçta rahatlarım ama mutlaka yeniden endişelenirim. (d)Doktorum kötü bir şey olmadığını söylese de rahatlayamam.
9	(a)Bir hastalık hakkında konuşulduğunda hiçbir zaman kendimde olduğunu düşünmem. (b)Bir hastalık hakkında konuşulduğunda bazen kendimde de olduğunu düşünürüm (c)Bir hastalık hakkında konuşulduğunda çoğunlukla kendimde de olduğunu düşünürüm. (d)Bir hastalık hakkında konuşulduğunda her zaman kendimde de olduğunu düşünürüm.	10	(a)Vücudumda bir algı ya da değişiklik hissedersem nadiren ne olduğunu merak ederim. (b)Vücudumda bir algı ya da değişiklik hissedersem çoğunlukla ne olduğunu merak ederim. (c)Vücudumda bir algı ya da değişiklik hissedersem her zaman ne olduğunu merak ederim. (d)Vücudumda bir algı ya da değişiklik hissedersem mutlaka ne olduğunu bilmek isterim.
11	(a)Genellikle ciddi bir hastalığa yakalanma riskimin çok düşük olduğunu düşünürüm. (b)Genellikle ciddi bir hastalığa yakalanma riskimin oldukça düşük olduğunu düşünürüm. (c)Genellikle ciddi bir hastalığa yakalanma riskimin orta derecede olduğunu düşünürüm. (d)Genellikle ciddi bir hastalığa yakalanma riskimin yüksek olduğunu düşünürüm.	12	(a)Asla ciddi bir hastalığım olduğunu düşünmem. (b)Bazen ciddi bir hastalığım olduğunu düşünürüm. (c)Çoğunlukla ciddi bir hastalığım olduğunu düşünürüm. (d)Genellikle ciddi bir hastalığım olduğunu düşünürüm.
13	(a)Ne olduğu açıklanamayan bir bedensel algı fark edersem başka şeyleri düşünmekte zorlanırım. (b)Ne olduğu açıklanamayan bir bedensel algı fark edersem başka şeyleri düşünmekte bazen zorlanırım. (c)Ne olduğu açıklanamayan bir bedensel algı fark edersem başka şeyleri düşünmekte çoğu zaman zorlanırım. (d)Ne olduğu açıklanamayan bir bedensel algı fark edersem başka şeyleri düşünmekte her zaman zorlanırım.	14	(a)Ailem ve dostlarım sağlığımla yeterince ilgilenmediğimi söyler. (b)Ailem ve dostlarım sağlığımla normal düzeyde ilgilendiğimi söyler. (c)Ailem ve dostlarım sağlığım için fazlaca endişelendiğimi söyler. (d)Ailem ve dostlarım hastalık hastası olduğumu söyler.
Aşağıdaki soruları yanıtlarken, sizi özellikle rahatsız eden bir hastalığınız (kalp hastalığı, kanser gibi) olsaydı nasıl olurdu diye düşünün. Tabii ki tam olarak nasıl olacağını bilemezsiniz ama genelde kendiniz ve ciddi bir hastalık konusundaki bilgilerinize dayanarak nasıl olacağı konusunda en iyi tahmini yapmaya çalışın.			
15	a)Ciddi bir hastalığım olsaydı da hayatımdaki şeylerden hala oldukça zevk alabilirdim. (b)Ciddi bir hastalığım olsaydı da hayatımdaki şeylerden hala biraz zevk alabilirdim. (c)Ciddi bir hastalığım olsaydı da hayatımdaki şeylerden neredeyse hiç zevk almazdım. (d)Ciddi bir hastalığım olsaydı hayatımdaki şeylerden hiç zevk almazdım.	16	(a)Ciddi bir hastalığım olsaydı modern tıbbın beni iyileştirme şansı yüksek olurdu. (b)Ciddi bir hastalığım olsaydı modern tıbbın beni iyileştirme şansı orta düzeyde olurdu. (c)Ciddi bir hastalığım olsaydı modern tıbbın beni iyileştirme şansı çok az olurdu. (d)Ciddi bir hastalığım olsaydı modern tıbbın beni iyileştirme şansı hiç olmazdı.

17	(a)Ciddi bir hastalık yaşamımın bazı alanlarını bozardı. (b)Ciddi bir hastalık yaşamımın birçok alanını bozardı. (c)Ciddi bir hastalık yaşamımın neredeyse her alanını bozardı. (d)Ciddi bir hastalık yaşamımı mahvederdi.	18	(a)Ciddi bir hastalığım olsaydı onurum zedelenmiş hissetmezdim. (b)Ciddi bir hastalığım olsaydı onurum biraz zedelenmiş hissederdim. (c)Ciddi bir hastalığım olsaydı onurumu oldukça çok zedelenmiş hissederdim. (d)Ciddi bir hastalığım olsaydı onurumu tamamen kaybetmiş hissederdim.

EK-B: Ölçeklerin İzni




Gmail
Postalarda arayın
Oluştur
Gelen Kutusu
Yıldızlı
Ertelenenler
Gönderilmiş Postalar
Taslaklar
Diğer
Rahime Nur
150 ileti dizisinden 2.
Sağlık Anksiyetesi Ölçeği İzin
Gelen Kutusu x
Rahime Nur Demir <rahimedemr@gmail.com>
4 Aralık Çar 21:02 (2 gün önce)
Alıcı: soaydemir
Merhabalar sayın hocam. Ben Selçuk Üniversitesi Sağlık Yönetimi yüksek lisans öğrencisi Rahime Nur Demir
Türkçe geçerlik ve güvenirliğini yapmış olduğunuz Sağlık Anksiyetesi ölçeğinizi tezimde kullanmak istiyorum izin verirseniz Teşekkür ederim
Omer Aydemir
5 Aralık Per 08:23 (1 gün önce)
Alıcı: ben
Merhaba Rahime Nur Demir,
Sağlık Anksiyetesi Ölçeğini tez çalışmanızda kullanmadan memnuniyet duyarım.
Kolaylıklar dilerim.
Prof Dr. Ömer Aydemir
Manisa Celal Bayar Üniversitesi
Yanıtla
Yönlendir
Yakın zamanda gerçekleşen bir sohbet yok
Yeni bir tane başlatın

EK-C: Bilgilendirilmiş Onam

Değerli katılımcılar bu çalışma Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü'nde yürütülmekte olan "Yetişkin Bireylerin Sosyal Destek, Yalnızlık ve Sağlık Kaygı Düzeylerinin İncelenmesi: Konya Örneği" başlıklı yüksek lisans tez çalışması için yapılmaktadır. Çalışmada sizden kimlik belirleyici hiçbir bilgi istenmemektedir. Sizlerden edinilecek bilgiler tamamen bilimsel amaçlı kullanılacaktır. Ölçeklerin tamamlanması 10-15 dakikanızı alacaktır. Katkılarınız bizim için önemlidir. Katılım esnasında sorulardan veya herhangi bir şeyden ötürü rahatsızlık hissederseniz cevaplamayabilirsiniz. Çalışma hakkında daha fazla bilgi almak için Rahime Nur DEMİR (Eposta: rahimedemr@gmail.com) ile iletişim kurabilirsiniz. Şimdiden değerli katkılarınızdan dolayı teşekkür ederim.

8. TURNİTİN RAPORU

rahime tez

Yazar Rahime Nur Demir

Gönderim Tarihi: 17-Oca-2021 06:05PM (UTC+0300)
Gönderim Numarası: 1488953398
Dosya adı: Rahime_Tez.docx (200.02K)
Kelime sayısı: 14774
Karakter sayısı: 93430

rahime tez

ORIJINALLIK RAPORU

%10	%10	%3	%4
BENZERLIK ENDEKSI	İNTERNET KAYNAKLARI	YAYINLAR	ÖĞRENCI ÖDEVLERI

BIRINCIL KAYNAKLAR

1	adudspace.adu.edu.tr:8080 İnternet Kaynağı	%1
2	Submitted to Harran Üniversitesi Öğrenci Ödevi	%1
3	www.researchgate.net İnternet Kaynağı	%1
4	docs.neu.edu.tr İnternet Kaynağı	%1
5	openaccess.maltepe.edu.tr İnternet Kaynağı	%1
6	www.isguc.org İnternet Kaynağı	<%1
7	tez.yok.gov.tr İnternet Kaynağı	<%1
8	www.sporbilim.com İnternet Kaynağı	<%1
9	paperity.org İnternet Kaynağı	<%1

10	Submitted to Mugla University Öğrenci Ödevi	<%1
11	sbk2019.org İnternet Kaynağı	<%1
12	acikerisim.selcuk.edu.tr:8080 İnternet Kaynağı	<%1
13	www.erpacongress.com İnternet Kaynağı	<%1
14	acikerisim.deu.edu.tr İnternet Kaynağı	<%1
15	Submitted to TechKnowledge Turkey Öğrenci Ödevi	<%1
16	Submitted to Istanbul Aydin University Öğrenci Ödevi	<%1
17	AYDEMİR, Ömer, UYKUR, Burak, CENGİSİZ, Cengiz, KIRPINAR, İsmet and SATI, Tülay. "Sağlık Anksiyetesi Ölçeği nin Türkçe için Güvenilirlik veGeçerlilik Çalışması", Türk Nöropsikiyatri Derneği/Turkish Neuropsychiatric Society, 2013. Yayın	<%1
18	dergiler.yildiz.edu.tr İnternet Kaynağı	<%1
19	nursingdepartment.nursing.ankara.edu.tr	

	İnternet Kaynağı	<%1
20	acikerisim.cumhuriyet.edu.tr İnternet Kaynağı	<%1
21	www.phdernegi.org İnternet Kaynağı	<%1
22	Submitted to Istanbul Gelisim University Öğrenci Ödevi	<%1
23	www.jasstudies.com İnternet Kaynağı	<%1
24	www.deu.edu.tr İnternet Kaynağı	<%1
25	shyk2018.mu.edu.tr İnternet Kaynağı	<%1
26	openaccess.inonu.edu.tr:8080 İnternet Kaynağı	<%1
27	uhsk.org İnternet Kaynağı	<%1
28	www.jshsr.org İnternet Kaynağı	<%1
29	acikarsiv.ankara.edu.tr İnternet Kaynağı	<%1
30	Submitted to The Scientific & Technological	<%1

	Research Council of Turkey (TUBITAK) Öğrenci Ödevi	
31	Submitted to Bahcesehir University Öğrenci Ödevi	<%1
32	Submitted to Selçuk Üniversitesi Öğrenci Ödevi	<%1
33	earsiv.okan.edu.tr İnternet Kaynağı	<%1
34	cocukergen2020.com İnternet Kaynağı	<%1
35	acikerisim.aku.edu.tr İnternet Kaynağı	<%1
36	www.turkishstudies.net İnternet Kaynağı	<%1
37	www.yasamicingida.com İnternet Kaynağı	<%1
38	journal.yasar.edu.tr İnternet Kaynağı	<%1
39	dergipark.org.tr İnternet Kaynağı	<%1
40	ALTIPARMAK, Saliha and SARI, YILDIRIM, Hatice. "Manisa ilinde engelli bireylere karşı toplumsal tutum", Esform Ofset, 2012. Yayın	<%1

41	www.sosyalarastirmalar.com İnternet Kaynağı	<%1
42	acikerisim.isikun.edu.tr:8080 İnternet Kaynağı	<%1
43	KOÇ, Fatih, BİÇİMVEREN, Lütfi and ÇİNAR, Binnaz. "FİRMA YENİLİKÇİLİĞİ VE İHRACAT PERFORMANSI ARASINDAKİ İLİŞKİ ÜZERİNDE REKABET YOĞUNLUĞUNUN DÜZENLEYİCİ ETKİSİ", Siyasal Kitabevi, 2018. Yayın	<%1
44	www.karamandan.com İnternet Kaynağı	<%1
45	dergipark.ulakbim.gov.tr İnternet Kaynağı	<%1
46	BOZKURT, Öznur and YURT, İrfan. "Akademisyenlerin Örgütsel Bağlılık Düzeylerini Belirlemeye Yönelik Bir Araştırma", Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi, 2013. Yayın	<%1
47	usbes2018.ahievran.edu.tr İnternet Kaynağı	<%1
48	www.ichastaliklarihemsireligi.com İnternet Kaynağı	<%1
49	www.turkailehekderg.org İnternet Kaynağı	<%1

50	1pdf.net İnternet Kaynağı	<%1

Alıntıları çıkart	Kapat	Eşleşmeleri çıkar	Kapat
Bibliyografyayı Çıkart	Kapat		