

İSTANBUL BİLGİ ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ PROGRAMLAR ENSTİTÜSÜ
TRAVMA VE AFET ÇALIŞMALARI UYGULAMALI RUH SAĞLIĞI
YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

COVID-19 PANDEMİSİNE BAĞLI STRES DÜZEYİ İLE RUHSAL
BELİRTİLER ARASINDAKİ İLİŞKİYE ALGILANAN SOSYAL DESTEK
VE ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARININ BU İLİŞKİYE ETKİSİNİN
İNCELENMESİ

Beste BODUROĞLU
118507003

Dr. Öğr. Üyesi Ersin UYGUN

İSTANBUL

2022

**COVID-19 PANDEMİSİNE BAĞLI STRES DÜZEYİ İLE RUHSAL
BELİRTİLER ARASINDAKİ İLİŞKİYE ALGILANAN SOSYAL DESTEK
VE ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARININ BU İLİŞKİYE ETKİSİNİN
İNCELENMESİ**

**EXAMINATION OF THE IMPACT OF CHILDHOOD TRAUMA AND
PERCEIVED SOCIAL SUPPORT ON THE RELATIONSHIP COVID 19
PSYCHOLOGICAL STRESS AND PSYCHOLOGICAL SYMPTOMS**

Beste Boduroğlu

118507003

Tez Danışmanı: Dr. Öğr. Üyesi Ersin Uygun (İmza).....

İstanbul Bilgi Üniversitesi

Jüri Üyesi: Prof. Dr. Ahmet Tamer Aker (İmza)

İstanbul Bilgi Üniversitesi

Jüri Üyesi: Dr. Öğr. Üyesi Alişan Burak Yaşar (İmza).....

İstanbul Gelişim Üniversitesi

Tezin Onaylandığı Tarih: 18.04.2022

Toplam Sayfa Sayısı: 95

Anahtar Kelimeler (Türkçe)

- 1) COVID 19
- 2) Algılanan Sosyal Destek
- 3) Çocukluk Çağı Travmaları
- 4) Stres
- 5) Depresyon

Anahtar Kelimeler (İngilizce)

- 1) COVID 19
- 2) Perceived Social Support
- 3) Childhood Trauma
- 4) Stress
- 5) Depression

ÖNSÖZ

Hem iş hem de akademik sahada bana kattıkları deneyimler, paylaştıkları bilgiler ve güzel anılar için program koordinatörümüz Prof. Dr. Tamer Aker'e ve tez danışmanım Dr. Öğr. Üyesi Ersin Uygun'a teşekkür ederim.

Dünyaya geldiğimden beri bana temel güven duygusu sağlayan, kendi deneyimlerinden ders çıkartıp hayatı öğreten, iyi bir eğitim almam ve iyi bir insan olmam için hiçbir çabayı esirgemeyen annem Hamiyet Gök'e ve babam Baha Boduroğlu'ya varlıkları ve öğrettikleri için şükran doluyum.

İnsan olma yolunda anlam aramama eşlik eden ve akademik hayatımla ilgili mentorluğunu esirgemeyen Dr. İshak Saygılı'ya teşekkürlerimi sunarım.

Tez sürecimde duygusal desteğiyle ve anlayışıyla sağlıklı ilerlememi sağlayan, zaman zaman duygu düzenleyici rolü üstlenen hayat yoldaşım Görkem Aydoğan'a varlığı için minnettarım.

İÇİNDEKİLER

ÖNSÖZ	iii
İÇİNDEKİLER	iv
KISALTMALAR	vi
TABLO LİSTESİ	vii
ÖZET	viii
ABSTRACT	ix
GİRİŞ	1
BÖLÜM I	5
GENEL BİLGİLER	5
1.1. PANDEMİ TANIMI	5
1.1.1. COVID 19 Pandemisi	6
1.2. STRES KAVRAMI	7
1.2.1. Stresin Psikososyal ve Fiziksel Sağlığa İlişkin Sonuçları	8
1.2.2. Stresle Baş Etmeyi Açıklayan Modeller	11
1.3. ALGILANAN SOSYAL DESTEK TANIMI VE ETKİLERİ	14
1.4. RUH SAĞLIĞI TANIMI	17
1.4.1. Yaygın Ruhsal Belirtiler ve İlişkili Psikososyal Etmenler	18
1.4.1.1. Depresyon	18
1.4.1.2. Anksiyete	22
1.5. ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMASI TANIMI	25
1.6. PANDEMİNİN RUH SAĞLIĞINA ETKİLERİ	27
1.7. COVID 19 PANDEMİSİNİN PSİKOSOSYAL ETKİLERİ	29
1.8. COVID 19 PANDEMİSİNİN PSİKOSOSYAL ETKİLERİNE İLİŞKİN YAPILAN ARAŞTIRMALAR	30
1.9. ARAŞTIRMANIN AMACI	32
BÖLÜM II	33
YÖNTEM	33

2.1. EVREN VE ÖRNEKLEM.....	33
2.2. VERİ ÖLÇÜM ARAÇLARI	33
2.2.1. Demografik Bilgi Formu	33
2.2.2. COVID 19 Psikolojik Sıkıntı Ölçeği.....	33
2.2.3. Depresyon-Anskiyete-Stres Ölçeği (DAS)	34
2.2.4. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ)	35
2.2.5. Çocukluk Çağı Travma Ölçeği (ÇÇTÖ).....	35
2.3. VERİ ANALİZİ	36
BÖLÜM III.....	38
BULGULAR.....	38
3.1. BETİMSSEL BULGULAR.....	38
3.2. KARŞILAŞTIRMA BULGULARI.....	40
BÖLÜM IV	50
SONUÇ VE TARTIŞMA	50
SONUÇ	56
ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI.....	58
GELECEKTEKİ ÇALIŞMALAR İÇİN ÖNERİLER.....	58
KAYNAKÇA.....	60
EKLER	77
EK-1. BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU.....	77
EK-2.SOSYODEMOGRAFİK BİLGİLER	79
EK-3. DEPRESYON ANKSİYETE VE STRES ÖLÇEĞİ (DASÖ)	80
EK-4. ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMA ÖLÇEĞİ	82
EK-5. COVID 19 PSİKOLOJİK SIKINTI ÖLÇEĞİ	84
EK-6. ÇOK BOYUTLU ALGILANAN SOSYAL DESTEK ÖLÇEĞİ (ÇBASDÖ).....	85
EK-7. ETİK KURUL DEĞERLENDİRME SONUCU.....	86

KISALTMALAR

APA	Amerikan Psikiyatri Birliği
ÇBASDÖ	Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği
ÇÇTÖ	Çocukluk Çağı Travma Ölçeği
COVID 19	SARS CoV Koronavirüs 2019
DAS	Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği
DSM	Diagnostic and Statistical Manual For Mental Disorders
WHO	World Health Organization

TABLO LİSTESİ

Tablo 3.1.1. Sosyo-demografik değişkenlerin betimsel istatistikleri.....	38
Tablo 3.1.2. Yaş ve ölçek puanlarının ortalamalarına ilişkin betimsel bulgular ...	39
Tablo 3.2.1. Cinsiyet değişkenine göre COVID-19 korkusu, psikolojik belirtiler, çocukluk çağı travmaları ve algılanan sosyal destek düzeylerinin t-test sonuçları	41
Tablo 3.2.2. Çalışma durumu değişkenine göre COVID-19 korkusu, psikolojik belirtiler, çocukluk çağı travmaları ve algılanan sosyal destek düzeylerinin t-test sonuçları.....	42
Tablo 3.2.3. Eğitim düzeyi değişkenine göre COVID-19 korkusu, psikolojik belirtiler, çocukluk çağı travmaları ve algılanan sosyal destek düzeylerinin ANOVA sonuçları	43
Tablo 3.2.4. Gelir düzeyi değişkenine göre COVID-19 korkusu, psikolojik belirtiler, çocukluk çağı travmaları ve algılanan sosyal destek düzeylerinin ANOVA sonuçları	44
Tablo 3.2.5. Daha önce COVID 19 tanısı almış olma durumuna göre COVID-19 korkusu, psikolojik belirtiler, çocukluk çağı travmaları ve algılanan sosyal destek düzeylerinin t-test sonuçları.....	45
Tablo 3.2.6. Birinci derece yakının COVID 19 tanısı almış olma durumuna göre COVID-19 korkusu, psikolojik belirtiler, çocukluk çağı travmaları ve algılanan sosyal destek düzeylerinin t-test sonuçları.....	46
Tablo 3.2.7. COVID 19 sebebiyle bir yakının kaybı değişkenine göre COVID-19 korkusu, psikolojik belirtiler, çocukluk çağı travmaları ve algılanan sosyal destek düzeylerinin t-test sonuçları.....	47
Tablo 3.2.8 Yaş, COVID 19 psikolojik sıkıntısı, psikolojik belirtiler, çocukluk çağı travmaları ve algılanan sosyal destek düzeyinin Pearson Korelasyonu sonuçları.	49

ÖZET

Bu araştırmanın amacı, erişkinlerde COVID 19 psikolojik sıkıntısı, çocukluk çağı travmaları, algılanan sosyal destek düzeylerinin incelenmesidir. Araştırmada 252 erişkin katılımcının anketlere vermiş oldukları yanıtlardan yararlanılarak incelemeler yapılmıştır. COVID 19 pandemisi dolayısıyla anketler çevrimiçi formlar aracılığıyla katılımcılara ulaştırılmıştır. Katılımcılara, Sosyo-demografik bilgi formu, COVID-19 Psikolojik Sıkıntı Ölçeği, Çocukluk Çağı Travma Ölçeği, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ve Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği uygulanmıştır. Katılımcıların yanıtları doğrultusunda elde edilen bulgulara göre, cinsiyete göre anksiyete ve çocukluk çağı travmaları alt boyutlarında anlamlı farklılık olduğu saptanmıştır. Sosyodemografik değişkenler bakımından katılımcıların depresyon, anksiyete, stres, çocukluk çağı travmaları, COVID 19 psikolojik sıkıntısı ve algılanan sosyal destek düzeylerinde anlamlı farklılıklar olduğu görülmüştür. COVID 19 psikolojik sıkıntısıyla çocukluk çağı travmaları, depresyon, anksiyete, stres ve algılanan sosyal destek düzeyleri arasındaki ilişki incelendiğinde, COVID 19 psikolojik sıkıntısı ile çocukluk çağı duygusal istismar ve duygusal ihmalin anlamlı ilişkili olduğu saptanmıştır. COVID 19 psikolojik sıkıntısı ile stres ve algılanan sosyal destek düzeylerinin anlamlı ilişkisi olmadığı görülmüştür. Elde edilen bulgular, COVID 19 pandemisinin bireylerin ruhsal durumları ve günlük yaşam işlevselliğiyle ilişkili unsurlara yönelik güncel bulgular içermektedir. Hem bireysel hem de toplumsal açıdan kritik bir olay niteliği taşıyan COVID 19 salgını etkilerinin ileri araştırmalarla değişiminin incelenebileceği önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: COVID 19, Algılanan Sosyal Destek, Çocukluk Çağı Travmaları, Stres, Depresyon

ABSTRACT

The purpose of this research is to examine the COVID 19 related psychological stress, childhood traumas, and perceived social support levels in adults. In the study, investigations were made by using the answers given by 252 adult participants to the questionnaires. Due to the COVID 19 pandemic, the questionnaires were delivered to the participants via online forms. The Socio-demographic information form, COVID-19 Related Psychological Stress Scale, Childhood Trauma Scale, Multidimensional Scale of Perceived Social Support and Depression Anxiety Stress Scale were administered to the participants. According to the findings obtained in line with the answers of the participants, it was determined that there was a significant difference in the sub-dimensions of anxiety and childhood traumas according to gender. In terms of sociodemographic variables, it was observed that there were significant differences in the levels of depression, anxiety, stress, childhood traumas, COVID-19 related psychological stress and perceived social support of the participants. When the relationship between COVID-19 related psychological stress and childhood traumas, depression, anxiety, stress and perceived social support levels was examined, it was found that COVID-19 related psychological stress was significantly associated with childhood emotional abuse and emotional neglect. It has been observed that there is no significant relationship between the COVID-19 related psychological stress, stress and perceived social support levels. The findings include current findings on the relationship of the COVID 19 pandemic with the mental states of individuals and elements related to daily life functionality. It is suggested that the effects of the COVID 19 epidemic, which is a critical event both individually and socially, can be examined with further research.

Keywords: COVID 19, Perceived Social Support, Childhood Trauma, Stress, Depression

GİRİŞ

Çin'in Wuhan kentinde 2019 yılının son haftalarında ortaya çıkan ve hızla dünyayı ilgilendiren bir sağlık sorunu haline gelen Yeni Tip Koronavirüs (COVID-19) salgınını Dünya Sağlık Örgütü (WHO), 30 Ocak 2020'de "uluslararası acil halk sağlığı sorunu"; Türkiye'de ilk vakanın görüldüğü 11 Mart 2020'de de *pandemi* olarak açıklamıştır. Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre günümüzde toplam 256 milyondan fazla vaka bildirilmiş, hayatını kaybedenlerin sayısı beş milyonu aşmış, sekiz milyar dozu aşkın aşılama yapılmış olsa da salgın dünya çapında etkisini göstermeye devam etmektedir (World Health Organization, 2021b).

COVID-19'un yayılmasını engellemek amacıyla alınan evde kalma, sosyal mesafelenme ve karantina gibi önlemler salgın kontrolü açısından önemli olmakla birlikte, bu tedbirlerin travma sonrası stres bozukluğu, kaygı bozukluğu ve depresyon gibi ruhsal hastalıkların görülme sıklığını arttırdığı da bilinmektedir. Çalışmalar karantina uygulanması, hastalanma korkusu, can sıkıntısı, yetersiz malzeme, yetersiz bilgi, finansal kayıplar ve damgalanma (stigmatization) gibi etmenlerin bu riski arttırdığını ortaya koymaktadır (Brooks ve ark., 2020). Örneğin, karantinaya alınan bireylerde, karantinaya girmeyenlere kıyasla depresyon, sinirlilik (irritabilite) ve yalnızlık duygusu kayda değer derecede yüksek çıkmıştır (Grey ve ark., 2020).

Stres kelimesini psikoloji biliminde ilk kez kullanan Selye (1956)'e göre, değişen çevrede bireyin içsel dengesini dengede tutmasına tehdit oluşturabilecek etkenler stres yanıtına sebep olur. Kısaca stres, rahatlamaya ve denge durumuna geri dönmeye çalışma tepkisidir. Stres tepkisinin afektif ve duygusal bir durum olduğu kabul edilmektedir ve kaygıyla güçlü bir ilişkisi vardır (Lovibond & Lovibond, 1995). Kaygı, belirsizlik ve tehdit karşısında kişinin göstermiş olduğu duygusal, davranışsal ve fizyolojik tepkilerdir (Lazarus, 1993; Endler & Parker, 1990). COVID-19 salgınının toplum ve bireylerde önemli ölçüde stres tepkisine neden olduğu bilinmektedir. Pandemi döneminde insanlarda meydana gelen stres tepkisinin çok farklı etmenlerle ilişkili olduğu görülmektedir. Örneğin, İran'da

yapılan bir araştırma sonucu kişilerin depresyon, kaygı ve stres düzeylerinin yüksek olması, ailede koronavirüse karşı riskli bir bireyin olması, enfekte olma tehlikesi ve koronavirüs haberleri gibi faktörlerle ilişkili olduğu bulunmuştur (Khademian ve ark., 2021). Fransa’da yapılan bir çalışmada, ev halkından birinin Covid-19’a bağlı hastaneye kaldırılması ve kadın cinsiyetinin yoğun stres algısına sebep olan en önemli faktörler olduğu ortaya çıkmıştır (Bourion-Bédès ve ark., 2021). İtalya’da yaşayan yetişkinlerde COVID-19 tedbirleri kapsamında karantina öncesinde ve bitiminde depresyon, anksiyete ve akut stres düzeylerinin farkı araştırılmış; karantina başlangıcında katılımcıların %43’ünde klinik semptomlar gözlenirken karantina bitiminde bu oran ancak %32’ye düşmüştür. Karantina başlangıcındaki akut stres belirtilerinin, tedbirler sona erene kadar depresyon, anksiyete ve stres belirtileri görülmesi için tek başına bir risk faktörü olduğu ortaya çıkmıştır (Somma ve ark., 2021).

Çocuklukta yaşanan zorlu yaşantılar, daha sonraki stres faktörlerine verilen tepkileri etkileyebilir (Shreffler ve ark., 2021). Çocukluk çağı travması, aniden veya süregelen dışsal etkenler tarafından çocuğun çaresiz bırakılması ve baş etme kaynaklarını kullanmasından alıkoyan olayların psikolojik sonuçları olarak tanımlanır (Terr, 1991). Bernstein ve arkadaşları (2003), çocukluk çağı ruhsal travma türlerini açıklamıştır: Cinsel istismar, 18 yaşının altındaki bir birey ve yetişkin bir birey arasındaki cinsel davranış ve temastır; fiziksel istismar, çocuğun bir yetişkin tarafından bedenini incitecek bir saldırıya uğramasıdır; duygusal istismar, çocuğun değer ve iyi olma hissine karşı bir yetişkin tarafından küçümseyici veya talepkâr sözel saldırıdır; fiziksel ihmâl, bakım verenler tarafından çocuğun beslenme, barınma, giyinme, güvenlik ve sağlık hizmetinden yararlanma gibi temel ihtiyaçlarının karşılanmamasıdır ve son olarak duygusal ihmâl ise çocuğun sevilme, aidiyet, desteklenme ve yetiştirilme gibi duygusal ve psikolojik ihtiyaçlarının karşılanmaması olarak tanımlanır. Çocuklukta yaşanan kötü deneyimler, depresif bozukluklar için bir risk faktörüdür ve deneyimlendikten onlarca yıl sonra bile etkilerini gösterebilir (Chapman ve ark., 2004). Kim ve arkadaşları (2020), Güney Afrika’da yürüttükleri çalışmada algılanan Covid-19

riskinin özellikle çocukluk çağı travma geçmişi olan yetişkinlerde depresif semptomlarla ilişkisi olduğunu bulmuştur.

Sosyal destek, bireylerin uzman olmayan kişiler tarafından destek grupları ya da yararlı ilişkiler bağlamında ulaşılabilir olarak algıladığı ya da gerçekten temin ettiği sosyal kaynaklardır (Cohen ve ark., 2001). Birçok kişisel, çevresel ve kültürel öğeye bağlı olduğu için sosyal çevre dâhilinde sürekli var olduğunu ve bireylerin sosyal çevrelerinden ihtiyaç duyduğu anda nitelik ve nicelik olarak yeteri kadar sosyal desteğe ulaşılabilir olduğunu varsaymak yanlış olur (Gottlieb, 2010). Algılanan sosyal destek, bireyin sosyal çevresinin kendi üzerindeki etkisiyle alakalıdır; kişinin bu sosyal çevre tarafından destek, bilgi ve geri dönüş sağlanacağına dair inancı ne kadar yüksekse algılanan sosyal desteği de bir o kadar yüksektir (Procidano, Heller, 1983). Pandemi sürecinde algılanan sosyal desteğin psikolojik sağlıkla ilişkili olduğu anlaşılmıştır (Szkody ve ark., 2020) ve Grey ve arkadaşlarının yürüttüğü çalışmada (2020), salgın durumunda algılanan sosyal desteği düşük olan bireylerin, sosyal desteği yüksek algılayanlara kıyasla depresyon belirtilerinin %63 daha fazla bulunması bu ilişkiyi onaylar niteliktedir. Algılanan sosyal destek ve anksiyete arasındaki ilişkiyi inceleyen ve ülkemizde yürütülen bir çalışmada ise (Özmete & Pak, 2020) pandemi krizi sırasında algılanan sosyal desteğin anksiyeteyi önleyen bir koruyucu faktör olduğu ortaya çıkmıştır.

Bir stresör olarak düşünüldüğünde pandemi yaşantısı hem depresyon hem de anksiyete ve stres düzeylerinin yükselmesine sebep olabilir. Sosyal hayatın ve bağlantılanmanın şekil değiştirdiği bu zamanda, algılanan sosyal desteğin düşük olmasının, kronik stres için de bir risk faktörü olduğu göz önünde bulundurularak (Coyne & Downey, 1991) depresyon, anksiyete ve stres düzeylerinin klinik semptomlara dönüşmesinde etkili olabilir. Çocukluk çağında deneyimlenen fiziksel, cinsel, duygusal ve emosyonel kötü muameleyle ihmal yetişkinlik hayatında ruhsal sorunlar için büyük bir risk faktörüdür (Chapman ve ark., 2007). Bu bağlamda çocukluk çağı yaşantılarının bireyin pandemi sürecine dair ne ölçüde sıkıntı yaşadığı, algılanan sosyal desteği ve gösterdiği klinik belirtilerle ilişkisi olabileceği akla gelir.

Literatür incelendiğinde ve bütün değişkenler göz önüne alındığında, koronavirüsün yol açtığı ruhsal durumlar arasındaki ilişkiyi araştıran çeşitli çalışmalar bulunsa da üç yıla yakındır deneyimlenen pandemi bağlamında çocukluk çağı travmasının algılanan sosyal destek ve diğer klinik belirtilerle ilişkisi çalışmalara eklenmemiştir. Pandemi başlangıcından beri bilimsel çalışmalar hızla yürütölüp şu anki durumu ve ileriye aydınlatan sonuçlara ulaşılmış olmasına karşın uzun süreli etkileri kuşaklarca devam edeceği öngörülen bu global travmatik olayın bireylerdeki etkilerinin daha detaylı değişkenlerle araştırılması ve literatüre katkı sunması hedeflenmiştir.

BÖLÜM I

GENEL BİLGİLER

1.1. PANDEMİ TANIMI

Eski Yunanca’ da *pan* (tüm) ve *demos* (insanlar) kelimelerinden türemiş pandemi kelimesi, çok büyük bir alana, bir kıtaya hatta tüm dünyaya yayılmış ve etkilemiş bir hastalığı ya da enfeksiyon etkenini ifade etmek için kullanılır (Aysan ve ark., 2020). Dünya Sağlık Örgütü’ne göre bir hastalığın pandemi sayılması için insanlara kolayca geçebilen, insandan insana hızla yayılan yeni bir virüs ya da mutasyona uğramış bir etken olması gerekir. Geçmişten günümüze dünyamız birçok pandemi krizi atlatmıştır ve muhtemelen daha fazlasına gebedir.

Pandemilerin benzerlikleri veya farklılıklarını araştırmak için bulunduğu geniş coğrafi yayılım, hastalığın hareketi, yeniliği, ciddiyeti, yüksek saldırı oranı ya da patlar şekilde yayılması, toplumlardaki minimum virüs bağışıklığı ve bulaşıcılığı incelenir (Qui ve ark., 2017). Albert Camus’nün çok bilinen Veba romanına konu olan ve 14. Yüzyılda Avrasya ve Kuzey Afrika’yı kasıp kavuran Kara Veba salgını ya da Kara Ölüm, şimdiye kadar toplam 7 pandemiye sebep olan Kolera, İnfluenza virüsünün hafızalarda Rus Gribi, İspanyol Gribi, Domuz Gribi, Kuş Gribi olarak yer ettiği mutasyonlu salgınları pandemiye birer örnektir (Piret & Boivin, 2020).

Dünyada 20 milyondan fazla insanı öldüren ve kayıtlı dünya tarihindeki en yıkıcı pandemi olarak 1918-1919 influenza Pandemisi gösterilmektedir (WHO, 2011). Pandemi krizleri sağlık, ekonomi, toplum, ulusal ve küresel toplulukların güvenliği üzerinde çok büyük olumsuz etkilerle ilişkilendirilmiştir (Qui ve ark., 2017).

Bütün toplumsal ve afet krizlerinde olduğu gibi sağlık krizlerinde de toplumun sahip olduğu kültür ve korku davranışları verilen tepkilerde belirleyici niteliktedir (Shultz ve ark., 2016). İlk kez 1976’da ortaya çıkan Ebola virüsü 2014-2016 yılları arasında Batı Afrika’da tekrar patlak verdiğinde (O’Leary ve ark., 2018) halk, sağlık merkezlerinden korktuğu için bakım almaktan kaçınmış ve Ebola virüsünün daha fazla yayılmasına sebep olmuştur. Nijerya’da yanlış bilgi ve Ebola virüsüne

maruz kalma korkusundan türeyen kaçınma davranışı toplumun uçaklardan, otellerden ve sağlık merkezlerinden uzak durmasına neden olmuştur (Bali ve ark., 2016). Salgın esnasında yine Nijerya’da bireyler hastalığı iyileştirdiği söylentilerinden ötürü büyük miktarlarda tuzlu su içmiş ve Lagos şehrinde yine iyileştirdiği iddia edilen “kutsal su” almak için karantina kurallarını delmiştir (O’Leary ve ark., 2018).

1.1.1. COVID 19 Pandemisi

Çin’in Wuhan kentinde 2019 yılının son haftalarında ortaya çıkan ve hızla dünyayı ilgilendiren bir sağlık sorunu haline gelen Yeni Tip Koronavirüs (COVID-19) salgını Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), 30 Ocak 2020’de “uluslararası acil halk sağlığı sorunu”; Türkiye’de ilk vakanın görüldüğü 11 Mart 2020 tarihinde ise *pandemi* olarak açıklamıştır. Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre günümüzde toplam 256 milyondan fazla vaka bildirilmiş, beş milyondan fazla insan hayatını kaybetmiştir. Ülkemizde ise şimdiye kadar 9 milyon vaka bildirilmiş ve 78 bin kişi vefat etmiştir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2021). Dünya çapında yapılan aşı dozu 8 milyara yakın olsa da COVID-19 salgını her alanda etkisini göstermeye devam etmektedir (World Health Organization, 2021).

Yeni tip koronavirüs (SAR-CoV-2) ateş, öksürük, nefes darlığı gibi solunum yolu belirtileriyle ortaya çıkan ve 13 Ocak 2020’de tanımlanmış olan bir virüstür. İnsandan insana geçen bu virüs zatürre, ağır solunum yetmezliği, böbrek yetmezliği ve ölüme sebep olabileceği gibi hastalığın belirti olmadan da geçirilebildiği bilinmektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2021).

COVID-19 virüsü taşıyanların konuşmaları, nefes almaları, hapsirmaları, öksürmeleri sonucu havaya yayılan küçük damlacıkların başkaları tarafından solunmasıyla ya da bu parçacıkların yapıştığı yüzeylere dokunup göz, ağız, burun gibi virüsün bedene girebileceği yerlere götürülmesiyle yayılır. Virüsün yayılmaması için ellerin yıkanması, hasta görünmeseler bile başka insanlarla araya en az 1 metre mesafe konması, sosyal mesafelenme mümkün değilken sıkı bir cerrahi maske kullanılması, öksürürken ve hapsirirken ağzın ve burnun kapatılması,

mmkn olduğunca izole olmak ve ulaşılabilir olduğu anda aşı olmak alınması gereken önlemlerin başında gelir (WHO, 2021b; T.C. Sağlık Bakanlığı, 2021).

2020’de bütün dünyayı etkisi altına alan COVID-19 salgını sonucu okullar evrimii eğitim vermeye başlamış, işyerleri uzaktan çalışmaya dönmüş, Dünya Gayrisafı Hasılası (GDP) %3,27 azalmış (World Bank, 2021), sosyal yaşamda eski birçok alışkanlık terk edilmiştir. Bütün bu değişimlerin sonucunda bireylerin psiko-sosyal anlamda da değişime uğraması kaçınılmaz olmuştur.

1.2. STRES KAVRAMI

Stres kelimesi Latince germek anlamına gelen *stringere* kelimesinden türemiştir. Fransız fizyolog Claude Bernard 1957’de insanın değişen ortamda hayatta kalabilmesinin i ortamını sabit tutmasına bağlı olduğundan bahsetmiştir. Cannon (1929) buna *homeostaz* demiştir. Bu tanım ilk başta kan şekeri, vücut sıcaklığı, tansiyon gibi çeşitli fizyolojik değişkenlerin kabul edilebilir aralıklarda muhafaza edilmesini tanımlamak için kullanılmıştır. Cannon daha sonra bu kavramı genişleterek homeostazı tehdit eden etkenlere psikososyal durumları da eklemiştir (Goldstein & Kopin, 2007). Selye (1956) ise, homeostazı tehdit eden herhangi bir durumun veya şeyin etkilerini temsil eden stres kelimesini psikoloji biliminde ilk kez kullanmıştır. Homeostazı tehdit eden etkenler için stresör veya stres verici terimleri kullanılır.

Stres, kısaca rahatlama ve denge durumuna geri dönmeye çalışma tepkisidir. Stres tepkisinin fizyolojik, afektif ve duygusal bir durum olduğu kabul edilmektedir (Lovibond & Lovibond, 1995; Kemeny, 2003). Psiko-biyolojik açıdan bakıldığında stres bir uyarın, bir uyarana verilen tepki veya bu tepkinin bedende yarattığı sonuçlar olarak da tanımlanabilir (Kemeny, 2003).

Charles Spielberger (1972), stres kelimesini belirli bir durumun nesnel uyarıcı özelliklerini tanımlamak için; tehdit kelimesini ise bir kişinin bir durumu üzücü ya da tehlikeli olarak algılaması anlamında kullanmıştır. Genellikle, nesnel olarak stresli olan durumlar tehdit edici olarak algılanacaktır. Bununla birlikte, nesnel

olarak stresli bir durum, durumu tehlikeli olarak kabul etmeyen veya durumla başa çıkma becerisine veya deneyimine sahip biri tarafından tehdit edici olarak algılanmayabilir.

1900'lerin başında Cannon (1939) adrenal bez salgısındaki akut değişiklikleri ilk kez *kaç- savaş tepkileri* dediği tepkilerle ilişkilendirmiştir. Selye (1956) bir stres etkeni ile başa çıkmanın üç evrensel aşamasını önermiştir: Cannon'un kaç ve savaş tepkisine benzer bir başlangıç *alarm tepkisi* (Genel Uyum Sendromu), stres etkenine dirençle ilişkili bir *uyum aşaması* ve nihayetinde tükenme ve *organizmanın ölümü* aşaması. Selye bu sonuçlara farelerle yaptığı deneyler sonucu varmıştır.

Daha güncel araştırmacılar, stresi homeostaziye karşı bilinçli ya da bilinç dışında algılanan bir tehdit olarak görür (Goldstein & McEwen, 2002). Burada yanıtın, diğer şeylerin yanı sıra, homeostaz için belirli bir zorluğa bağlı olarak bir dereceye kadar özgülüğü vardır. Bu da bireyin stresöre karşı algısı ve onunla başa çıkmak için algılanan beceridir (Goldstein, Kopin, 2007).

Stresörler bedensel ihtiyaçları karşılamaya ya da bedensel bütünlüğe tehdit oluşturan, sosyal bağlılığa, benlik hissine ve kaynaklara ulaşmaya tehdit oluşturacak şekilde sınıflanmıştır (Kemeny, 2003).

1.2.1. Stresin Psikososyal ve Fiziksel Sağlığa İlişkin Sonuçları

Stres, birçok fizyolojik, psikolojik ve psikiyatrik bozuklukla ilişkilidir. Stresörün kontrol edilebilirliği (tepkilerin stresörlerin sonuçlarına olan etkisi), belirsizlik, kişiden beklenenlerin derecesi, olayın ilk defa olup olmadığı ve süresi gibi değişkenler, kişi üzerindeki psikolojik ve fizyolojik tepkilerin seviyesini etkileyebilir (Kemeny, 2003).

Stres otonom sinir sistemi, hipotalamik-hipofiz-adrenal eksen (HPA aksı) ve bağışıklık sistemi üzerinde hatırı sayılır bir etki yapar (Kemeny, 2003). Otonom sinir sistemi bedendeki nefes alma, kalp atışı, sindirim, solunum gibi istemsiz

işleyen durumları düzenleyen periferik sinir sisteminin bir bölümüdür. HPA aksı, beyinde strese maruz kalındığında geri bildirimle korikotropin salgılatan hormonun (CRH) salınımını sağlayan nöroendokrin bir yolaktır (Brunson ve ark., 2001). Stres tepkisi, aktive olan bir alarm hali ve tepkisellikle doğrudan ilişkili olarak kalp hızı, kan basıncı ve terlemenin artmasına yol açan fizyolojik ve psikolojik uyarılma durumu olarak tanımlanır (Sanches ve ark., 2010). Stres anında ortaya çıkan diğer ölçülebilir vücut sinyalleri hormonların salınımı, beyin dalgası aktivitesi, göz bebeklerinin büyümesi, özellikle yüzdeki kasların kasılması, solunumun hızlanması, cilt sıcaklığında değişimler, artan kardiyovasküler aktivite ve elektrodermal aktivitedir (psikoloji ile ilgili terleme sonucu cildin elektrik iletkenliğindeki artış) (Davidson ve ark., 2009; Engin ve ark., 2005). Akut fizyolojik durumlar kısa dönemde adaptif olsalar da kronik ya da tekrarlayan provokasyon beyin hasarına yol açabilir (Brunson ve ark., 2001). Kısaca bu reaksiyon durdurulmazsa -birey gevşeyemezse- bu durum vücudun uzun vadede iyileşme kapasitesini engelleyip adım adım hastalığa doğru ilerlemesine sebep olabilir.

Organizma stres yaratacak bir durumdayken, karşısındaki tehditle baş edebilmesi için gerekli olan sistemler tamamen aktif olurken, bu durumla ilgisi olmayan diğer sistemler de bastırılır, yavaşlar (Kemeny, 2003). Örneğin, bir insan bir tehditle karşılaştığında ve strese girdiğinde, vücut kendisine enerji verip hareket etmesine yarayacak glikoz kaynaklarına konsantre olurken, büyüme veya üreme sistemlerini tetikleyecek süreçleri inhibe eder (Kemeny, 2003).

Hans Selye (1956), psikolojik ve fizyolojik stres arasındaki örtüşmelere dikkat çekmiş ve Cannon'un odaklandığı adrenal medullanın (öz) katekolaminlerinden (stres anında değişen adrenalin, norepinefrin, dopamin) adrenal korteksin (kabuk) steroidlerine (böbrek üstü hormonlar, özellikle kortizol) kaydırmıştır. Selye'nin Genel Uyum Sendromu (GAS), dokulara zararlı herhangi bir ajanın (bir stres etkeni) az ya da çok aynı düzenlenmiş fizyolojik savunmalar (stres reaksiyonu) yaratacağını vurgular. Bu anlamda Genel Uyum Sendromu, psikolojik başa çıkma kavramının fizyolojik analogu olarak düşünülebilir.

Beyin lobları ve beyin sapı arasında bulunan limbik sistemde amigdala ve hipokampus stresin etkilediği diğer kısımlardır. Stres altındayken hipokampus küçülürken, tehdit esnasında kaç-savaş-don tepkisini düzenleyen amigdala ise büyür (Lindauer ve ark., 2006). Hipokampus bireyin yeni bilgileri uzun süreli belleğine alabilmesi, özümseyip işleyebilmesini sağlayan bölümdür. Bu yüzden stres altındaki birey öğrenmekte güçlük yaşar. Bu bilgi göz önünde bulundurularak stres etkisinin en kalıcı olanı yaşamını stresli bir ortamda geçiren çocuklar için geçerlidir denilebilir.

Stresli yaşam olaylarıyla depresyonun ilişkisini araştıran birçok çalışma yapılmıştır. Brown ve Harris'in (1978) kadınlarda depresyon üzerine yaptıkları çalışmada, çoğu stresli olayın hızla -özellikle olumsuz bir olaydan sonraki ilk üç hafta içinde- depresyona yol açtığını bulmuştur ve Kendler ve ark. (1998), majör depresyon başlangıcıyla ilişkili yaşam olaylarının yani stres yaratan olayların büyük çoğunluğunun, olaydan sonraki ilk ay içinde meydana geldiğini bulmuşlardır. Tennant (2002) özellikle kadınların yaşadığı depresyonda, ilişkisel stresörlerin çok yaygın görüldüğünü belirtmiştir. Bu ilişkisel stresörler özellikle kayıp ya da kayıp tehdidi olaylarıdır. On iki aydan uzun süren stres yaratıcı durumlar kronik stres olarak kabul edilir (Hammen,2005). McGonagle & Kessler'in (1990) 1755 katılımcıyla yaptığı görüşmeler sonucu, kronik stresin depresif semptomların akut stres faktörlerinden daha güçlü bir yordayıcısı olduğu ortaya çıkmıştır.

Stresin sebep olduğu bir diğer tepki ise tükenmişlik sendromudur. Bu sendrom stresli çalışma koşullarına katlanıldığında ortaya çıkar ve psikososyal kökenlidir. Varlığı, kötüleşen bir benlikle ilişkili sağlıksızlık algısı ve büyük miktarda somatik komorbiditeyle karakterizedir (Buunk & Schaufeli, 1999). Bu sendrom tükenme, sinizm ve mesleki yetersizlik boyutlarını içermektedir (Maslach ve ark., 2001). 'Tükenme', duygusal düzeyde kendinden daha fazlasını sunamama hissidir; sinizm, ise, onun hizmet ettiği kişilere ve iş arkadaşlarına karşı mesafeli bir tutumu temsil eder ve 'yetersizlik', görevleri yeterince yerine getirememe veya işte yetersiz olma duygusu olarak tanımlanır (Montero-Marin, 2014).

1.2.2. Stresle Baş Etmeyi Açıklayan Modeller

Stres altındayken, koşullarımızı veya nasıl yorumlandıklarını daha elverişli hale getirmek için değiştiririz. Bu çabaya *başa çıkma* denir. Psikolojik stres, olumsuz bir birey-çevre ilişkisini tanımladığı için özü, yapı veya durağanlıktan ziyade süreç ve değişimdir. Kısaca başa çıkma, bir kişinin, yorucu veya bunaltıcı olarak değerlendirilen belirli talepleri yönetmek için düşünce ve eylemde devam eden çabalarıdır (Lazarus, 1993a). Lazarus, stresle başa çıkmak için belli başlı yararlı yöntemler olsa da bunun daha çok bağlamla ilgili olduğunu belirtmiştir. Zaman ve stresörün ne olduğu bu bağlamda belirleyicidir (Folkman, Lazarus, 1985).

1970'lerin sonunda, stresle başa çıkma araştırma konusu olduğunda başa çıkma stili, bireyin kendisinden beklenen görevin veya durumun doğasına bakılmaksızın, kişinin nispeten istikrarlı bir özelliği olarak incelenmiş ve bazı esnek olmayan başa çıkma tarzlarının daha yüksek stres seviyeleri ile ilişkilendirilebileceği anlaşılmıştır (Hofer ve ark., 1972; Weinberger, 1979). Daha sonra, başa çıkma tarzı ile durum arasındaki ilişkiye vurgu yapılmıştır (Lazarus & Folkman, 1984).

Stresle başa çıkmada farklı genel eğilimler vardır, örneğin: bilişsel veya davranışsal başa çıkma, bilişsel veya davranışsal kaçınma, duygu odaklı başa çıkma veya madde kullanımı bunlardan bazılarıdır. (Montero-Marin ve ark., 2014). İlk araştırmalar, problem odaklı başa çıkmanın, stres yönetimi için duygu odaklı başa çıkmadan daha iyi bir strateji olduğu fikrini desteklemiş ancak daha sonra böyle bir genel sonucun uygulanmasına imkân vermeyen alt faktörlerin olduğu anlaşılmıştır (Lazarus, 1993b).

Stresle başa çıkma, sonradan gelecek stres tepkilerini iki şekilde etkiler: bir kişinin çevreyle olan ilişkisi başa çıkma eylemleri tarafından değiştirilirse, psikolojik stres koşulları da daha iyiye doğru değişebilir. Buna *problem odaklı başa çıkma* denir. Problem odaklı başa çıkma yöntemi, stres yaratan durum kontrol edilemez veya kronik ise, davranışsal olarak sürekli ilişki kesme sürecine yol açabileceğinden, stresi ele almak için uygun bir strateji değildir (Wallace, Lee, Lee, 2010).

Duygu odaklı başa çıkma olarak adlandırılan diğer başa çıkma süreçleri, yalnızca neler olup bittiğine bakma veya onları yorumlama biçimini değiştirmekle ilgilidir. Geçici de olsa düşünmekten başarıyla kaçınılan bir tehdit bireyi rahatsız etmez (Lazarus, 1993a). Duygusal başa çıkmanın durumla ilgili uzaklaşma, kaçınma veya inkâr içeriyorsa zararlı olduğu, ancak olumlu bir yeniden değerlendirme içeriyorsa etkili bir strateji olduğu belirtilmiştir (Haberthür ve ark., 2009; Ro ve ark., 2009).

Benzer şekilde, bir tehdidin tehdit edici olmayan terimlerle yeniden yorumlanması, stres tepkisinin bilişsel temelini ortadan kaldırır. Bu yöntem *bilişsel (kognitif) başa çıkma* denir.

İnkâr ve uzaklaşma/mesafelenme, psikolojik stresin kontrolünde güçlü tekniklerdir çünkü bir kişinin bir karşılaşmayı daha iyi huylu olarak değerlendirmesini sağlar. Buradaki değerlendirme, *algılama/bir şeyin nasıl algılandığı* olarak da anlaşılabilir. Kısacası, değişim ister dış koşullarda isterse kişinin bunları yorumlamasında olsun, başa çıkma, değerlendirme yoluyla psikolojik stresi etkiler; değerlendirme her zaman aracıdır (Lazarus, 1993a).

Stresle başa çıkmanın etkisi ölçülürken hem başa çıkma süreci hem de sonucu ayrı ayrı incelenir. Lazarus (1993b), ölçek oluştururken bir süreç olarak başa çıkmayı ve adaptasyon için başa çıkmanın sonuçlarına odaklanmıştır. Folkman ve Lazarus 1988’de “*Baş Etme Yöntemleri Ölçeği*”ni (*The Ways of Coping Questionnaire*) geliştirmiş ve yapılan çalışma sonucu 7 maddelik bir çıkarım sağlamışlardır:

1. Başa çıkma kompleks bir süreçtir ve bireyler stresle her karşılaştıklarında başa çıkmanın temel stratejilerinin çoğunu kullanırlar.
2. Başa çıkma, durumu değiştirmek için herhangi bir şey yapıp yapılamayacağının değerlendirilmesine bağlıdır. Değerlendirme sonucu bir şeyin yapılabileceğine inanılıyorsa, sorun odaklı başa çıkma baskındır; değerlendirme sonunda hiçbir şeyin yapılamayacağına inanılıyorsa, duygu odaklı başa çıkma baskındır.

3. İş, sağlık veya aile ile ilgili stres gibi stresli karşılaşma türü sabit tutulduğunda, kadınlar ve erkekler, toplumun aksi yöndeki önyargılarına rağmen, çok benzer başa çıkma davranışları gösterirler.

4. Bazı başa çıkma stratejileri, stresin çeşidine göre diğerlerinden daha bağımsız ve stabilken, diğerleri belirli stresli bağlamlarla bağlantılıdır. Örneğin, durum hakkında olumlu düşünmek nispeten sabittir ve büyük ölçüde kişiliğe bağlıdır, oysa sosyal destek aramak sabit değildir ve büyük ölçüde sosyal bağlama bağlıdır.

5. Başa çıkma stratejileri, karmaşık bir stresli durumun bir aşamasından diğerine değişebilir.

6. Başa çıkma, duygusal sonuçların güçlü bir arabulucusudur; olumlu sonuçlar bazı başa çıkma stratejileriyle, olumsuz sonuçlar ise diğerleriyle ilişkilidir.

7. Herhangi bir başa çıkma modelinin yararı, stresli durumun tipine, baskın olan kişilik tipine ve öznel iyi oluş, sosyal işlevsellik veya bedensel sağlık gibi ölçekte çalışılan sonuç modalitesine göre değişir. Belirli bir bağlamda işe yarayan başa çıkma yöntemi, başka bir bağlamda verimsiz olabilir.

Günümüzde stresle baş etmek için bilişsel ve davranış terapisi uygulayan terapistler genellikle bireyin iç-gözlem yapabileceği araçlar önerirler. Bu araçlardan en yaygını da günlük tutmaktır. Bir anı defteri ya da günlük tutmak bireyin günlük yaşamına atılan bir çapa görevi görerek geçmiş olaylar üzerinde bir miktar kontrol hissi ve yaşantılar üzerinde bir “kapanış” sağlamakla birlikte stres yaratan gizli kaynakları anlamaya ve dolayısıyla bunların sebeplerini ve başa çıkma yöntemlerini de keşfetmeye yardımcı olur (Sanches ve ark., 2010). Birey bu sayede kontrollü ve kendisiyle iletişim halinde hisseder.

Stresle baş etmede yararlanılan diğer çağdaş yaklaşımlar beden farkındalığı ve bilinçli farkındalıktır (mindfulness) (Praisman, 2008). Bu yaklaşımda yoga ve meditasyon, stresle baş etmede davranışsal ve bilişsel yardımcı araçlar olarak kullanılır. Bilinçli Farkındalık Temelli Stres Azaltma (Mindfulness-Based Stress

Reduction) yönteminin hiçbir yan etkisi yoktur, her an ve ortamda uygulanabilir ve bireyin stres ve kaygıyla baş etmesine kesin olarak katkıda bulunur (Praisman, 2008).

1.3. ALGILANAN SOSYAL DESTEK TANIMI VE ETKİLERİ

Sosyoloji biliminin kurucularından biri olarak bilinen Emile Durkheim (1858-1917) işçilerin endüstrinin geliştiği bölgelere çalışmaya gitmesiyle ailede, toplumda ve iş ilişkilerinde yaşanan kopmaların psikolojik iyilik haline zarar verdiğini düşünmüştür (1951). Durkheim sosyal bağı az olan kişilerin daha fazla intihar ettiğini bulmadan önce (1897) diğer sosyologlar benzer şekilde mülteciler gibi yerinden olmuş topluluklarda veya iş bulmak için evini terk etmek zorunda kalan bireylerde sosyal düzensizlik ve davranış bozuklukları geliştiğini bulmuşlardır (Thomas&Znaniecki, 1920; Park&Burgess,1926). Bu çalışmalar 1970’lerde ilgi çekmeye ve araştırılmaya başlayacak olan sosyal bağlar ve psikolojik iyilik hali ilişkisinin temelleri niteliğindedir.

Sosyal destek, bireylerin uzman olmayan kişiler tarafından destek grupları ya da yararlı ilişkiler bağlamında ulaşılabilir olarak algıladığı ya da gerçekten temin ettiği sosyal kaynaklardır (Cohen & Wills, 1985); birçok kişisel, çevresel ve kültürel öğeye bağlı olduğu için sosyal çevre dahilinde sürekli var olduğunu ve bireylerin sosyal çevrelerinden ihtiyaç duyduğu anda nitelik ve nicelik olarak yeteri kadar sosyal desteğe ulaşılabilir olduğunu varsaymak yanlış olur (Gottlieb, 2010). Algılanan sosyal destek, bireyin sosyal çevresinin kendi üzerindeki etkisiyle alakalıdır; kişinin bu sosyal çevre tarafından destek, bilgi ve geri dönüş sağlanacağına dair inancı ne kadar yüksekse algılanan sosyal desteği de bir o kadar yüksektir (Procidano, Heller, 1983).

Sosyal desteğin bireyin iyilik haliyle ilgili nedensel ilişkisi birçok çalışmada kanıtlanmıştır (Cohen & Syme,1985; Wallston ve ark., 1983). Sosyal desteğin kişinin iyilik haline nasıl etkide bulunduğunu açıklayan iki model bulunur:

1. Tampon modelinde sosyal destek sadece stres altındaki kişilerin iyilik haliyle ilgilidir. Bu modele göre sosyal desteğin ölçüsü, stresli olayların ortaya çıkardığı ihtiyaçlara cevap veren kişilerarası kaynakların algılanan mevcudiyetini değerlendirildiğinde bulunur. “Tampon” kelimesinin kullanılmasının sebebi sosyal desteğin stres altındaki birey için bu stresli durumların hasta edici kötü etkisiyle arasında bir tampon (koruma) görevi üstlenmesidir.

2. Ana etki modeli bireyin stres altında olup olmadığıyla ilgili değildir çünkü bu modele göre sosyal desteği kanıtlayan ölçü, stres ve destek ilişkisinden ziyade bir kişinin sahip olduğu sosyal desteğin istatistiksel olarak ana etkisidir. Sosyal desteğin her iki kavramlaştırılması da bazı açılardan doğrudur ve her biri sosyal desteğin kullanılabileceği farklı bir süreci temsil eder. Rathus’a göre sosyal destek bireyde mental stresin kötü etkilerini 5 farklı yönden azaltır: Duygusal dikkat, yardım etme, bilgi, performansın kalitesiyle ilgili başkalarının geri dönüşünü değerlendirme ve sosyallik (Harandi ve ark., 2017). Aileyle ve arkadaşlarla olumlu bir sosyal iletişim halinde olma, kaygıyı azaltırken güvende olma duygusunu da destekler (Harandi ve ark., 2017).

Sosyal desteğin varlığı önemlidir fakat sosyal desteğe sahip olunduğuna dair inanç kişiyi daha çok korur (Sharifabad ve ark., 2008). Sosyal desteğe sahip birey fiziksel ve psikolojik olarak stres yaşadığında hem fiziksel hem de psikolojik olarak avantajlıdır ve birey stresli bir durumla karşılaştığında sosyal desteğin psikolojik sıkıntıyı azalttığı düşünülür (Harandi ve ark., 2017). Genel olarak sosyal ilişkilerin yetersiz olduğu durumların depresyon ve anksiyete gibi olumsuz psikolojik durumlara sebep olduğunu varsaymak doğru olur. Bunun sonucu olarak da bu olumsuz psikolojik durumlar fizyolojik değişimlerle bedeni hastalığa karşı yatkın kılarak direkt ya da bireyin hastalığa ve ölüme yol açabilecek davranışsal paternler geliştirmesine sebep olarak dolaylı şekilde fiziksel sağlığı da etkiler (Cohen & Syme, 1985).

Bazı epidemiyolojik çalışmalar sosyal desteğin ölümle ilişkili olduğunu göstermiştir. Berkman ve Syme’in (1979) topluluk örneğiyle yürüttüğü 9-12 yıllık

prospektif çalışmada; House, Robbins ve Metzner'ın (1982) çalışmasında ve Blazer'ın (1982) yaşlılar üzerinde yaptığı 30 aylık takip çalışmasında sonuçlar düşük sosyal desteğe sahip olan bireylerin diğer ölüm sebeplerinden daha çok etkilendiğini göstermiştir. Benzer olarak, ruh sağlığı ölçütlerini kullanan bazı prospektif çalışmalar da sosyal destek ve ruh sağlığı arasında pozitif bir ilişki olduğunu kanıtlar niteliktedir (Billings ve Moos, 1982; Henderson ve ark., 1981; Turner, 1981).

Paykel ve Cooper (1992), kronik stresi sosyal desteğin yokluğu olarak tanımlamış ve sosyal desteğin depresyonla ilişkili olduğunu bulmuşlardır. Aneshensel ve Frerichs (1982) 12 aylık bir takip çalışmasıyla stres, sosyal destek ve depresyon arasındaki nedensel ilişkiyi araştırmış ve sosyal desteğin var olan depresyon üzerinde direkt etkisi olduğunu, sonradan oluşabilecek depresyon üzerinde de dolaylı etkisi olduğunu bulmuşlardır.

Holahan ve Moss (1981) sosyal destekteki değişim ve psikolojik uyumsuzluk üzerine boylamsal bir çalışma yapmıştır. Bu çalışmanın sonuçları sosyal desteğin psikolojik uyumsuzlukla negatif bir korelasyonu olduğunu göstermiştir; sosyal destek arttıkça psikolojik uyumsuzluk puanı düşmektedir. Örneğin bütün değişkenler sabit tutularak bakıldığında işyeri ve aileden alınan sosyal destek azalırsa bir yıl sonrasında psikolojik uyumsuzlukta artış olduğu rapor edilmiştir. Yine aynı yıl 2000 kişiyi aşkın bir örnekleme yapılan boylamsal çalışmada (Williams ve ark., 1981) sosyal desteğin zamanla ruh sağlığının iyileşmesine etkisi olduğu bulunmuştur.

Engelli çocuğu olan ebeveynlerin sosyal destekleri varsa hayat sorunlarına, strese, fiziksel engelliliğe ve psikolojik hassasiyete anlam yükleyebilmeleriyle ruhsal olarak baskı hissinin azaldığı ortaya çıkmıştır (Bahri ve ark., 2014). Yaşlı popülasyonda sosyal destek algılandığında bireyler sosyal yaşama daha çok katılır, öz bakımları artar, hastalıkların fizyolojik etkileri azalır ve dolayısıyla ruh sağlığı açısından korunurlar (Harandi ve ark., 2017; Shoja ve ark., 2013).

1.4. RUH SAĞLIĞI TANIMI

Psikolojik sağamlık tanımı literatürde uzun yıllarca hem değişime uğramış hem de tartışma yaratan bir konudur. Engin Geçtan (2006), araştırmacıların ruhsal olarak sağlıklı olma, normallik tanımını ilk başlarda sadece normaldışılık üzerinde yoğunlaşmış olmalarından dolayı sağlıklılığın geç ele alınmış olduğunu belirtmiştir. Ruh sağlığının tanımını psikopatolojinin olup olmadığına bağlamak yetersizdir çünkü her rahatsızlığın ya da yaşantının her birey üzerinde bıraktığı etki birbirinden çok farklı olabilir. Ryff ve Singer (1998), ruhsal olarak sağlıklı olmanın daha çok filozofik bir tanımla “iyi bir hayat yaşamak” ile ilgili olduğunu, bunun da bireyin kendi yaşamında bir amaç hissettiğı, diğeri insanlarla kaliteli ilişkiler kurabildiğı, öz saygısının ve ustalığının olduğu bir yaşam olarak tanımlamışlardır.

Dünya Sağlık Örgütü’nün tanımına göre ruhsal olarak sağlıklı olan kişi bir iyilik halinde kendi becerilerini fark edebileceğı ve kullanabileceğı bir ortamda olan, yaşamın günlük stresiyle baş edebilen, üretken bir biçimde çalışabilen ve içinde bulunduğu topluma katkı sağlayabilen kişidir (WHO, 2004). Ruh sağlığı, birçok sosyo-ekonomik durumdan etkilenir. Bu durumlar kişinin kendi düşüncelerini, duygularını, davranışlarını ve başkalarıyla olan ilişkilerini düzenleyebilmesi gibi kişisel özellikler dışında sosyal, kültürel, ekonomik, politik yaşantılar ve içinde yaşadığı ülkenin düzeni, sosyal güvencesi, yaşam şartları, çalışma şartları ve toplumsal sosyal destek gibi çevresel faktörlerdir (WHO, 2021).

Rowling ve arkadaşları (2002) birey ve grupların birbiriyle ve çevreyle kendi iyilik hallerini arttıracak şekilde etkileşim içinde olduğu, yeterli derecede geliştiiğı, bilişsel, duygusal, ilişkisel yeteneklerini kullandıkları, adalet duygusu içinde kendi amaçlarına ve toplumun amaçlarına ulaşabildikleri durumu ruhsal sağlıklılık olarak tanımlamıştır.

Fiziksel sağlık ve ruh sağlığı birbiriyle etkileşim içindedir. Ruhsal rahatsızlıklar kanser, kardiyovasküler hastalıklar (kalp-damar hastalığı), HIV enfeksiyonu/AIDS gibi hastalıkları hem etkiler hem de bunlardan etkilenir (WHO,

2021). Örneğin depresyon kalp krizi ve diyabet riskini arttırırken aynı zamanda bu hastalıklar da depresyon riskini arttırır (WHO, 2021).

1.4.1. Yaygın Ruhsal Belirtiler ve İlişkili Psikososyal Etmenler

Amerikan Psikoloji Birliği'nin tanımına göre belirti (semptom), bir patolojinin göstergesi olarak kabul edilen normal işleyişten sapma olarak tanımlanır (APA, 2022). Boyutsal bir bakış açısıyla yaklaşıldığında, gerçekliği sınama yetisinin kaybı *-psikoz-* hariç birçok ruhsal belirtinin hafif olarak yaşanması günlük yaşamda *normal* davranışlar arasında kabul edilebilir (Leighton & Dogra, 2009). Örneğin günümüzde birçok insanın COVID-19 enfeksiyonuna yakalanmamak için normalde ellerini yıkadığından daha çok yıkıyor olması bu kişilerin obsesif-kompulsif kişilik bozukluğu olduğunu göstermesi yerine içinde bulundukları koşullara uyum sağlamak ve önlem almak amacıyla bu davranışı sergiledikleri söylenebilir.

1.4.1.1. Depresyon

Depresyon kelimesi Latince bastırmak, durgunlaştırmak, hareketini kısıtlamak anlamına gelen *depressus* kelimesinden türemiştir. Depresyon, günümüzde artmakta olan, kişinin nasıl hissettiğini, nasıl düşündüğünü, nasıl davranışlar sergilediğini olumsuz yönde etkileyen ve teşhis edilebilen bir hastalıktır (WHO, 2021; APA, 2020) ancak depresyon kelimesi günlük dilde moral bozukluğu, kronik stres ve zor şartlarda yaşam, bir kayıptan sonraki durumlar, düşük benlik saygısı, kötümser yaklaşımlar gibi birçok sıkıntılı durumu tarif etmek için de kullanılır (Leighton & Dogra, 2009). Normal sayılabilecek bir sıkıntı haliyle depresyon arasındaki ayırım her zaman belirgin olmayabilir. Mutsuzluk, moral bozukluğu, bıkkınlık ve umutsuzluk duyguları hem duygusal sıkıntı haliyle hem de depresyonla ilişkili duygulardır ancak bu duyguları depresyonla ilişkilendirmek için uyku ve iştah bozukluğu gibi fiziksel semptomlar ile beyin biyokimyasında değişimleri göz önünde bulundurmak gerekir (Leighton & Dogra, 2009).

DSM-V'te (2014) yer alan Majör Depresyon bozukluğu bireyin en az iki hafta boyunca işlevselliğinde düşüşle beraber sürekli bir çökkün duyguduruma sahip olması ya da önceden yapmaktan keyif aldığı şeylere ilgisini yitirme veya zevk almamasının yanında kilosunda değişiklik, uyku sorunu, hareketlerde işlevsel olmayan artış (ajitasyon) ya da yavaşlama, enerji düşüklüğü, değersiz ve suçlu hissetme, odaklanmada veya karar vermede güçlük, ölüm ya da intihar düşünceleri belirtilerinin en az beşine sahip olması durumunda aldığı tanı olarak tanımlanır (s. 92-93). Klinik altı (belirginliği az) depresyon ise üzgün olma ve düşük duygudurumdan (mood) farklı olarak kişinin özgüveninde ve isteğinde düşüş ve hayattaki amaçları başarabilmeye dair umudun olmamasıyla karakterizedir (Lovibond & Lovibond, 1995). Wells ve arkadaşları (1989), depresif belirtilerin diyabet ve hipertansiyondan daha fazla işlev bozukluğuna neden olduğunu belirtmiştir.

Amerikan Psikiyatri Birliği'nin verilerine göre (2020) majör depresyonun görülme oranı yetişkinlerde %6,7'dir. Kadınlarda erkeklere oranla daha fazla görülür. Kadınların 3'te 1'i hayatı boyunca en az bir kere depresyon yaşar. Depresyon kalıtsal olarak risk teşkil eder. Eğer bir bireyin birinci derece yakını depresyon geçirdiyse o kişinin depresyona girme riski %40'tır. Depresyon, küresel hastalık yükünün %4,3'ünü oluşturur ve dünya çapında -özellikle kadınlarda- tek başına engelliliğe sebep olan en büyük etmendir (WHO,2021). Bir depresyon hastasının genel popülasyondan daha erken ölme ihtimali %40-60 arasındadır (WHO,2021). Ülkemizde majör depresyon yaygınlığı %8-20 arasındadır (Doğan ve ark., 1995). Depresyon her yaşta görülebilir ancak ilk defa ortaya çıktığı dönem çoğunlukla 20'li yaşların sonlarıdır (McIntosh, 2010). Kronik (tekrarlayıcı) nitelikli depresyonun ortaya çıktığı yaşlar ise 30 yaşından sonradır (Rihmer ve Angst, 2007). Bu bilgiler dahilinde majör depresyonun daha çok orta yaşlarda görüldüğü söylenebilir. Bir bireyde depresyon ne kadar erken görülürse işlevselliğindeki bozulma, yaşam kalitesindeki düşüş, fiziksel ve diğer ruhsal hastalıkların görülme sıklığı, intihar girişimi, depresyonun uzunluğu bir o kadar artar (Işık ve ark., 2013).

Depresyon için risk faktörleri çok yönlü ve oldukça fazladır. Yaralanma/sakatlanma, kayıp gibi akut stresli durumlar ve kötü muamele, aile parçalanması, zorbalık, yoksulluk ve kronik hastalık gibi uzun süren olumsuz durumlar depresyon için çevresel risk faktörleridir (Thapar ve ark., 2012).

Anber ve arkadaşları (2021) derleme çalışmalarında majör depresif bozukluğun duygudurum bozuklukları arasında en sık görülen hastalık olduğunu, kadın cinsiyetinin, düşük sosyal, ekonomik ve kültürel durumun risk faktörü oluşturduğunu, erken yaşlarda başlamasının prognozu kötü etkilediğini, bekar, boşanmış ve eşi ölmüş kişilerde daha sık görüldüğünü belirtmiştir.

Psikanalitik kuramda depresyon ilk kez Sigmund Freud, Karl Abraham ve Melanie Klein tarafından açıklanmıştır. Yas ve Melankoli makalesinde (1917) Freud bireyin gerçek bir kayba ya da sevdiği biriyle ilgili yaşadığı hayal kırıklığına gösterdiği tepkilerle bir *idealin* -idealize edilmiş, zihinde gerçekleşmiş- kaybını araştırmıştır (Freud, 1957). Kısaca, bazı insanların neden bir süre sonra aştıkları yas duygusuyla tepki verdiğini bazılarının şimdiki depresyon olarak tabir ettiğimiz melankoliye yenik düştüğünü açıklamaya çalışmıştır. Freud, melankolinin belirtilerini depresyonun günümüzde DSM'deki tanımıyla benzeşecek şekilde açıklamıştır: "... derinden acı veren bir karamsarlık, dış dünyaya olan ilginin kesilmesi, sevmek kapasitesinin kaybı, her türlü faaliyetin engellenmesi ve benlikle ilgili duyguların kendini aşağılamanın kabul göreceği kadar alçalması, sanrılı bir cezalandırılma beklentisinin de doruğa ulaşması"

Nesne ilişkileri kuramının kurucusu sayılan Klein, kaybolan dış nesnenin *geri getirildiği* bir iç dünyanın önemini vurgulamıştır (1994). Bu nedenle melankolide (depresyonda) iyi ve kötü nesne parçalarını iç dünyadaki bütün nesnelerle bütünleştirmede başarısız olunan döneme gerileme yaşanmaktadır. Depresif birey, sevgi dolu duygularla bütünleşmemiş olan doğasında var olan yıkıcılığı nedeniyle, yaşadığı kayıptan tümgüçlü (omnipotan/her şeye gücü yeten) bir şekilde sorumlu olduğuna inanır. Klein'a göre özlem, yas, suçluluk, özrürlük, muhtemel sanrılı düşünce, tümgüçlülük, inkâr ve idealleştirme depresyonu karakterize eder.

Bilişsel teoriye göre depresyon, temelde bir bilgi işleme modeline dayanmaktadır. Bu sürecin belirgin ve uzun süreli olumsuz yanlılığı, depresyondaki seçici soyutlama, aşırı genelleme, olumsuz öz-atıflar gibi karakteristik düşünme bozukluğunda kendini gösterir (Beck, 2002).

Beck (2002), depresyonu açıklayan farklı fakat birbirini tamamlayan 6 modelden bahsetmiştir:

Kesitsel model, bilişsel süreçlere yayılan sistematik olumsuzluğun, depresyonun gerekli (ancak yeterli olmayan) bir bileşeni olduğunu belirtir.

Yapısal model, bazı olumsuz yanlı şemaların depresyonda hipervalent hale gelmesini ve bilişsel süreçleri, veri soyutlamasında, yorumlamada, kısa süreli bellekte ve uzun süreli bellekte sistematik bir önyargı üretmek için yeterince kaydırmasını şart koşar.

Stres etkeni-korunabilirlik modeli, belirli şema kalıplarının, kişiyi belirli stres faktörlerine karşı duyarlı hale getirmesini şart koşar.

Karşılıklı etkileşim modeli, kilit figürlerle etkileşimin, depresyonun yatkınlığı, çöküşü, artması, uzaması ve tekrarlaması ile ilgili yollara odaklanır.

Psikobiyolojik model, genetik ve nörokimyasal yönleri bütünleştirir. Bilişsel süreçleri ve biyolojik süreçleri aynı madalyonun farklı yüzleri olarak görür. Ayrıca bu model depresyonun genetik, nörokimyasal, fizyolojik, psikolojik, afektif ve davranışsal yönlerini de entegre eder.

Evrimsel model, depresyonu, tarih öncesi bir çevrede uyum sağlayan, ancak şu anki ortamımızda uyum sağlamayan atavistik bir mekanizma veya program olarak görür.

1.4.1.2. Anksiyete

Belirsizlik ve tehdit karşısında kişinin göstermiş olduğu duygusal, davranışsal ve fizyolojik tepkiler bütünüdür (Lazarus, 1993a; Endler & Parker, 1990). Anksiyete, tehlike algısına karşı canlıların geliştirdiği normal bir tepkidir (Leighton & Dogra, 2009); canlıyı tehlike karşısında uyarır, harekete geçmesi için hazırlar, uygun davranışsal, duygusal, bedensel ve bilişsel yanıtların verilmesini sağlar ve böylece canlı hayatta kalır (Aydın, 2017). Tehdit edici ve stresli olan belirsizlik, bireyin kontrol hissini engeller ve anksiyeteye sebep olur (Özmete & Pak, 2020).

Freud 1920’de nevrozlarla ilgili olarak kaygı yapısının önemini vurgulasa da psikologlar ve psikiyatristler 1950’lerde 'normal' kaygı kavramını kabul etmişlerdir (Endler, Parker, 1990). Normal kaygı organizmanın gerçek ve tehlikeli bir durumdan korunmasını ve ondan kurtulmasını sağlarken anormal kaygı objektif (gerçek) bir tehlike olmaksızın bireyin öznel bir biçimde sürekli bir tehlike varmış gibi algılaması, dehşetli bir bekleyiş, endişe halinde olması ve bundan ötürü yaşam kalitesinin düşmesiyle karakterizedir (Uzbay, 2002).

Anksiyete sanılanın aksine sadece direkt olarak travmatik ya da istenmeyen bir olay sonucunda oluşmaz; psikanalitik kuramda anksiyete ve panik öfke, saldırganlık ya da cinsel arzu gibi istenmeyen duyguların varlığında da deneyimlenir (Carveth, 2021). Freud 1900’lerden önce anksiyeteyi cinsel eksitasyona bağlamış ve iki farklı kaynağı olduğunu belirtmiştir: Somatik kaynaklı anksiyetenin gerçek bir tehlike karşısında sinir sisteminin aktive olmasıyla yaşanan; psişik kaynaklı anksiyetenin ise histeride varsanıldığı gibi cinsel enerjinin form değiştirmesiyle oluşan anksiyete türü olduğunu düşünmüştür (Compton, 1972).

Freud *İnhibisyonlar, Semptomlar ve Anksiyete* (1926) yapıtında travmatik anksiyete ve sinyal anksiyete olarak iki tür anksiyete durumundan bahsetmiştir: Travmatik (otomatik) anksiyete doğumdan itibaren bebeğin deneyimlediği çaresizliğin yarattığı kaygıdır. Hiçbir ebeveyn mükemmel bir bakım veremeyeceği için bakım veren kişinin bebeğin ihtiyacına verdiği en küçük bir gecikmiş cevap

bebeğin büyük bir kaygı yaşamasına sebep olur. Bu, bebeğin algısında çok uzun bir zaman boyunca yaşamı tehlikeye girmiş gibi deneyimlenir. Bebeğin egosu geliştikçe, bu çaresizliği ve yoksunluğu yaşayabileceğini algıladığı her an bir tür hatırlatıcı olan sinyal anksiyetesi yaşar. Bebeğin nesneyi (bakım vereni) kaybedeceğini öngördüğü her an bebek için ilk başta yaşadığı çaresiz durumu (travmatik kaygı) hatırlatır niteliktedir ve bebek bu sinyal durumunda da kaygı yaşar. Freud'un teorisine göre travmatik kaygının kaçınılmaz olduğuna dair sinyal veren tehlike durumları ilk başta sevilen nesnenin kaybına dairdir. Bebek büyüdükçe sevilen nesnenin sadece kendisine bakım vermesine değil, bu nesnenin sevgisine de muhtaç olduğunu algılar ve sevilen nesnenin sevgisini kaybedeceği durumlarda da kaygı yaşar. Bebek üçüncü yılından itibaren "kastasyon kaygısı" yaşamaya başlar. Bu da Jacques Lacan'ın (2002) *fallus* olarak adlandırdığı, başkaları tarafından arzulanmasını sağlayacak özellikleri kaybetme tehlikesi kaygıyı yaratır. Ödipal dönemin sonlarına doğru çocuk kendisini cezalandırabilecek rakibine (karşı cins ebeveyn) karşı beslediği sevginin yanında nefret de geliştirmiştir. Süperegounun oluşmasıyla çocuk bu agresyonu kendisine yöneltir. Bundan sonra çocuk için anksiyete yaratacak başka bir durum da suçluluk korkusu, süperegounun atağıdır (Carveth, 2021). Yetişkinlikte bu korkuları uyandıracak her durum sinyal anksiyetesi yaratır ve insan birtakım savunmalarla bu durumların üstesinden gelmeye çalışır.

Cattell ve Scheier (1958,1961), modern zamanlarda geçici ve duygusal bir durum olan *durumluk kaygı* ile durumluk kaygıyı (anlık kaygıyı) ortaya çıkarma potansiyeline ilişkin istikrarlı bir kişilik özelliği olan *sürekli kaygı* arasında temel bir ayrım yapılması gerektiğini belirten ilk kişilerdir. Anlık-süreklilik ayrımı yapmak için durumluk kaygıdaki değişiklikleri tahmin etmede hem kişilik faktörlerinin hem de durum faktörlerinin, yani o anki durum özelliklerinin dikkate alınması gerekir (Endler & Parker, 1990). Stresli durumlarda, sürekli kaygısı yüksek olan kişilerin, sürekli kaygısı düşük olan kişilere nazaran daha yüksek düzeyde durumluk kaygı yaşamaları beklenir (Endler, 1982; Spielberger, 1972).

Stresli olmayan veya nötr bir durumda, sürekli kaygısı yüksek ve düşük kişiler arasında durumluk kaygıda hiçbir farklılık beklenmez (Endler & Parker, 1990).

Anlık kaygının en az iki bileşeni vardır: bilişsel-endişe bileşeni ve duygusal uyarılma bileşeni (Endler, 1982; Endler & Magnusson, 1976; Sarason, 1975). Bilişsel(kognitif)-endişe bileşeni, kendinden şüphe duymaya ve potansiyel başarısızlığa odaklanan bilişleri (inancıları) içerir. Duygusal uyarılma bileşeni, "terli eller", "nefes darlığı" veya "hızlı kalp atışı" gibi sempatik sinir sistemi uyarılmasıyla ilişkili semptomları içerir. Yaşlı örnekleme yaptıkları bir çalışmada Sallis ve Lichstein (1983), somatik (duygusal) durumluk kaygının baskınlığının fiziksel sağlığın bozulmasına katkıda bulunabileceğini, bilişsel durumluk kaygının baskınlığının ise depresyon veya konfüzyonel -kafa karışıklığı yaratan- durumlara katkıda bulunabileceğini belirtmiştir.

Karakter anksiyetesi (sürekli anksiyete) çok boyutlu bir kavramdır. Endler, Hunt ve Rosenstein (1962) kişilerarası tehdit, fiziksel tehlike ve belirsiz tehdit olarak üç sürekli kaygı boyutu tanımlamıştır. Bu çalışma daha sonra çok boyutlu bir sürekli kaygı ölçüsünün geliştirilmesine yol açmış ve karakter anksiyetesinin çeşitli durumlarda endişeli olmaya yatkınlık yerine, bireylerin belirli türlerde durumluk kaygı yaşama olasılığının daha yüksek olabileceğini öne sürmüştür (Endler, 1982; Endler & Okada, 1975; Endler & Shedletsky, 1973). Örneğin bir kişi belirli bir fiziksel tehlike durumunda oldukça endişeli olurken, sosyal bir değerlendirme durumunda kaygılı olmayabilir.

Etkileşimli kaygı modeli, kaygı yaşanan durumun ve kişi faktörlerinin durumluk kaygıyı belirlemek için etkileşime girdiğini öne sürer. Araştırmalar çeşitli durumluk ve sürekli kaygı ölçümleri ile depresyon ölçümleri arasında tutarlı, pozitif korelasyonlar bulmuştur; bu nedenle, klinik olmayan popülasyonlarda iki yapının genel bir psikolojik sıkıntı faktörünün parçası olabileceğini düşündürmektedir (Dobson, 1985/1985b; Gotlib, 1984, Gotlib & Cane, 1989).

1.5. ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMASI TANIMI

DSM-5'te çocukluk çağı travması, gerçek ölüm ya da ölüm tehdidine, ciddi bir yaralanmaya veya cinsel saldırıya maruz kalmak olarak tanımlanır. Bu maruziyet çocuğun olayları bizzat yaşaması, travmaya tanık olma veya bir yakının başına gelmesi sonucu çocuğun bu olayı öğrenmesi deneyimleriyle gerçekleşir. Başka bir tanımla ise çocukluk çağı travması, aniden veya süregelen dışsal etkenler tarafından çocuğun çaresiz bırakılması ve baş etme kaynaklarını kullanmasından alıkoyan olayların psikolojik sonuçları olarak tanımlanır (Terr, 1991).

Bernstein ve çalışma arkadaşları (2003), çocukluk çağı ruhsal travma türlerini açıklamıştır:

- Cinsel istismar, 18 yaşının altındaki bir birey ve yetişkin bir birey arasındaki cinsel davranış ve temastır.
- Fiziksel istismar, çocuğun daha bir yetişkin tarafından bedenini incitecek bir saldırıya uğramasıdır.
- Duygusal istismar, çocuğun değer ve iyi olma hissine karşı bir yetişkin tarafından küçümseyici veya talepkâr sözel saldırıdır.
- Fiziksel ihmâl, bakım verenler tarafından çocuğun beslenme, barınma, giyinme, güvenlik ve sağlık hizmetinden yararlanma gibi temel ihtiyaçlarının karşılanmamasıdır.
- Duygusal ihmâl ise çocuğun sevilme, aidiyet, desteklenme ve yetiştirilme gibi duygusal ve psikolojik ihtiyaçlarının karşılanmaması olarak tanımlanır.

Çocuklarda motorlu taşıt kazaları, zorbalık, terörizm, savaşa maruz kalma, kötü muamele ve aile içi ve toplumsal şiddete maruz kalma, ileride travma sonrası stres bozukluğu veya post-travmatik stres semptomları geliştirmeye sonuçlanan yaygın travmalardır (De Bellis & Zisk, 2014). Kronik, kişilerarası ve kasıtlı olmak üzere çocukluk çağı travmaları, yüksek travma sonrası stres bozukluğu (Widom, 1999), travma sonrası stres semptomları (Ford ve ark., 2006; Carrion, 2002), depresyon

(Widom ve ark., 2007), kaygı (Copeland, 2007) ve antisosyal davranış düzeyleri (Luntz & Widom, 1994) ile ilişkilidir.

Çocuklukta yaşanan kötü deneyimler, depresif bozukluklar için bir risk faktörüdür ve deneyimlendikten onlarca yıl sonra bile etkilerini gösterebilir (Chapman ve ark., 2004). Çocukluk çağı travması olan bipolar hastaların daha fazla majör depresif epizot geçirdiği bilinmektedir (Brown ve ark., 2005).

Çocukluk çağı istismarının yetişkinlikte psikopatolojiye yatkınlık yaratacak kalıcı etkiler bıraktığına dair bilimsel veriler mevcuttur. Yaşları 18 ile 45 arasında değişen 49 kadın üzerinde yapılan bir çalışmada, çocuklukta istismara uğradığını bildiren kadınların, kontrol grubuna göre strese karşı otonomik ve hipofiz-adrenal tepkilerinde artış olduğu görülmüştür (Heim ve ark., 2000). Bu bilgi, erken yaşam öyküsünde istismar olan bazı kadınların strese karşı hipofiz reaktivitesinin arttığını, dolayısıyla strese bağlı psikiyatrik bozuklukların gelişimi için biyolojik bir kırılganlık kazandıklarını gösterir. Benzer bir çalışmada, 18-22 yaş arasında ve çocuklukta ebeveynleri tarafından sözlü şiddete uğradığını rapor eden kadınlarda, aksini raporlayan kadınlara oranla hatırı sayılır derecede limbik duyarlılık gözlemlenmiştir (Teicher ve ark., 2006). Bunlar paroksizmal, yani nöbetler halinde gelen somatik rahatsızlıklar, dissosiyasyon ve vücudun istem dışı hareket etmesi olarak tanımlanan otomatizmdir.

Çocuklukta yaşanan cinsel istismar -özellikle nitelikli istismarsa-sosyal fobi, majör depresyon ve intihar girişimi için risk teşkil eder (Nelson ve ark.,2002). McCauley ve meslektaşları (1997), çocuklukta yaşanan cinsel ve fiziksel istismarın duygusal semptomlar ve kaygı bozukluğu semptomları konusunda yarattığı hassasiyetin kalıcılığını araştıran bir çalışmaya imza atmış ve çocukluğunda fiziksel ve cinsel istismar yaşayan fakat yetişkinliğinde bu istismar türlerini yaşamayan kadınların, çocukluğunda istismar rapor etmeyen kadınlara kıyasla depresyon, kaygı bozukluğu, somatizasyon ve kişilerarası hassasiyet düzeylerinin hatırı sayılır derecede yüksek olduğunu bulmuşlardır. Aynı çalışmada bu istismar türlerinin alkol ve madde kullanım bozukluğu ile ilişkisi de ortaya çıkmıştır. Birçok yetişkin

için çocuklukta yaşanan cinsel ve fiziksel istismar yetişkinlikte yaşanmış kadar etkilidir (Chapman ve ark.,2007).

Van der Kolk (1987), kronik çocukluk çağı travmasının duygusal dengesizlik ve borderline kişilik özellikleri dahil olumsuz davranışlarla ilgili olduğunu belirtmiştir. Gunderson ve Chu (1993), bipolar kişilik bozukluğu olan hastalarda çocukluk çağı travması prevalansının oldukça yüksek olduğunu belirtmiştir. Brown ve arkadaşları ise 2005'te 330 bipolar hastası ile yürüttükleri çalışmada hastaların %48.3'ünde çocukluk çağında yaşanan en az bir istismar türü öyküsü bulmuş, aynı zamanda fiziksel ve cinsel istismar kombinasyonu öyküsüne rastlanan kişilerde ruh sağlığı düzeyinin daha düşük olduğu, yaşam boyu travma sonrası stres bozukluğu, en az bir defa intihar girişimi ve alkol kullanım bozukluğu riskinin ise yüksek olduğunu eklemişlerdir.

1.6. PANDEMİNİN RUH SAĞLIĞINA ETKİLERİ

Acil halk sağlığı durumları insanları ve toplumları birçok yönden etkiler. Bulaşıcı hastalık salgınlarında toplumsal kaygı ilk ölümle, yükselen vaka sayılarıyla ve medya haberleriyle artar (Rubin & Wessely,2020).

Sosyal ve ekonomik yönden bireylerin yaşam biçimi değiştiğinden psikolojik değişimler ve riskler de kaçınılmazdır. Enfekte olma tehdidi, aile ve akrabalarla ilgili kaygılar, sevilen kişilerin olası kaybı ve kitlesel karantina gibi koruyucu uygulamaların bireysel ve sosyal kısıtlanma ve ekonomik kayıp sonuçları bunların arasında sayılabilir (Zürcher ve ark., 2020). Daha önceki Pandemilerde yapılan çalışmalarda karantinaya alınmanın, net bilgi eksikliğinin, enfeksiyon korkusunun, can sıkıntısı ve hayal kırıklığının etkisiyle mental sağlık düzeyinde akut düşüşlerin olduğu belirtilmiş; daha uzun vadeli mental sağlık etkileri de pandemiden finansal olarak etkilenme, karantinada kalma ya da enfekte olma sebebiyle damgalanmış hissetme ve daha önceden psikolojik sorun yaşamış olanlarda yoğunlaşmıştır (Holingue, 2020; Brooks ve ark., 2020; Cao ve ark., 2020).

Pandemi krizlerinde en başta alınan önlemlerden biri karantinedir. Karantinada kalmak kontrol kaybı ve sıkışmışlık hissi yaratır hatta aile üyeleri ayrı yerlerdeyse bunun düzeyi artar (Rubin & Wessely,2020). Daha önce yapılan çalışmalarda sosyal izolasyondan bireysel olarak etkilenmiş, karantinada kalmış, enfekte olmuş ve olma riski taşımış, hayati belirtiler göstermiş gruplarda psikolojik sağlık problemleri yüksek ve kalıcı olmuştur (Zürcher ve ark., 2020).

Domuz Gribi olarak bilinen Influenza A (H1N1) salgınında karantinadan etkilenen bireylerin korku ve risk algısıyla ilgili sıkıntı yaşadığı rapor edilmiştir ve bunun her salgının ilk zamanlarında olduğu gibi belirsiz bilgi ve iletişimden kaynaklanabileceği not edilmiştir (Johal, 2009). 2000'lerin başında Çin'de ortaya çıkan Şiddetli Akut Solunum Yolu Sendromu, kısaca SARS salgınının erken evrelerinde depresyon, anksiyete bozukluğu, panik bozukluk, psikomotor bozukluk, psikotik semptomlar, deliryum hatta intiharın da içinde bulunduğu bir dizi psikiyatrik durum bildirilmiştir (Liu ve ark., 2003; Maunder ve ark., 2003).

Pandemi krizlerinde sağlık çalışanlarının psikolojik durumlarını inceleyen bir meta-analizde (Kisely ve ark.,2020) psikolojik olarak kadın çalışanların, küçük çocuğu olan çalışanların ve genç yaştaki çalışanların diğer sosyo-demografik durumlarda olan kişilerden daha fazla etkilendiği belirtilmiştir. Ayrıca daha önceden psikolojik veya fiziksel rahatsızlığı olduğunu rapor edenlerin ve daha fazla SARS korkusu olanların da risk grubunda olduğu not edilmiştir.

COVID-19 pandemisi sırasında yaklaşık 10 bin kişiyle yapılan uluslararası bir çalışmada katılımcıların %10'unun ruh sağlığının düşük düzeylerde olduğu, %50'sinin de yalnızca orta düzey ruh sağlığına sahip olduğu belirtilmiş; pandemide ruh sağlığının en önemli üç belirtecinin de sosyal destek, eğitim düzeyi ve psikolojik esneklik olduğu eklenmiştir. Gelir düzeyinin düşmesi ve temel ihtiyaçları karşılayamamak pandemideki ruh sağlığını en kötü etkileyen değişkenler olmuştur (Gloster ve ark.,2020).

1.7. COVID 19 PANDEMİSİNİN PSİKOSOSYAL ETKİLERİ

COVID-19'un yayılmasını engellemek amacıyla alınan evde kalma, sosyal mesafelenme ve karantina gibi önlemler salgın kontrolü açısından önemli olmakla birlikte, bu tedbirlerin travma sonrası stres bozukluğu, kaygı bozukluğu ve depresyon gibi ruhsal hastalıkların görülme sıklığını arttırdığı bilinmektedir. Çalışmalar karantina uygulanması, hastalanma korkusu, can sıkıntısı, yetersiz malzeme, yetersiz bilgi, finansal kayıplar ve damgalanma gibi etmenlerin bu riski arttırdığını ortaya koymaktadır (Brooks ve ark., 2020). Örneğin, karantinaya alınan bireylerde, karantinaya girmeyenlere kıyasla depresyon, sinirlilik (irritabilite) ve yalnızlık duygusu kayda değer derecede yüksek çıkmıştır (Grey ve ark., 2020).

Japonya'da pandemi kişilerin korku ve paniğe kapılıp istifçilik ve biriktirme davranışlarına sebep olmuştur (Shigemura ve ark., 2020). Pandeminin şiddeti bireylerin psikolojik sağlığıyla birçok yönden ilişkilidir. Hasta olan ve hastaneye yatan insan sayısı arttıkça, COVID-19'a bağlı hastalık ve ölüm riski bireylerin kendi sağlığı ve sevdiklerinin sağlığı konusunda korkuların artmasına neden olurken, ekonominin kötüleşmesi ve işsiz kalma riski de kişileri psikolojik olarak etkilemiştir. Covid-19 ölüm oranı arttıkça bireyler günlük bazda daha kaygılı, kederli, memnuniyetsiz ve depresif hissetmeye yatkın hale gelmiştir (Le & Nguyen, 2021).

COVID-19 salgınının toplum ve bireylerde önemli ölçüde psikolojik tepkiye neden olduğu bilinmektedir. Pandemi döneminde insanlarda meydana gelen stres, kaygı ve depresyon tepkisinin çok farklı etmenlerle ilişkili olduğu görülmektedir. Örneğin, ABD'de pandemi başından beri meydana gelen gelir değişimleri, iş kayıpları ve maaş kesintileri bireylerde eyaletler arası ne kadar fark gösterir sorusuyla yola çıkılan çalışmada (Donnelly & Farina, 2021), eyalet politikasının pandemiden etkilenen bireyler üzerinde anksiyete ve depresyon bağlamında etki yarattığı ortaya çıkmıştır. Bireyler için sosyal olarak destekleyici politikalara sahip bir eyalette yaşamının, özellikle sağlık güvencesi, işsizlik sigortası, pandemi süresince kamu hizmetleri kesintilerinin askıya alınması, hane halkı gelir düşüşü ve psikolojik sağlık arasındaki ilişkiyi zayıflatmış ortaya çıkmıştır. İran'da yapılan bir

araştırma sonucu kişilerin depresyon, kaygı ve stres düzeylerinin yüksek olması, ailede koronavirüse karşı riskli bir bireyin olması, enfekte olma tehlikesi ve koronavirüs haberleri gibi faktörlerle ilişkili olduğu bulunmuştur (Khademian ve ark., 2021).

1.8. COVID 19 PANDEMİSİNİN PSİKOSOSYAL ETKİLERİNE İLİŞKİN YAPILAN ARAŞTIRMALAR

Bulaşıcı hastalık epidemileri sadece enfekte olan kişilerin fiziksel sağlığını değil enfekte olmuş ve olmamış bireylerin psikolojik sağlığını ve iyi olma halini de etkiler (Xiao ve ark., 2020). İran’da COVID-19’un yaygınlığı ve yayılan yanlış bilgiler stres düzeyinin yükselmesine ve psikolojik sağlığın bozulmasına sebep olmuştur (Zandifar & Badrfam, 2020).

Fransa’da yapılan bir çalışmada, ev halkından birinin Covid-19’a bağlı hastaneye kaldırılması ve kadın cinsiyetinin yoğun stres algısına sebep olan en önemli faktörler olduğu ortaya çıkmıştır (Bourion-Bédès ve ark., 2021). İtalya’da yaşayan yetişkinlerde COVID-19 tedbirleri kapsamında karantina öncesinde ve bitiminde depresyon, anksiyete ve akut stres düzeylerinin farkı araştırılmış; karantina başlangıcında katılımcıların %43’ünde klinik semptomlar gözlenirken karantina bitiminde bu oran ancak %32’ye düşmüştür. Karantina başlangıcındaki akut stres belirtilerinin, tedbirler sona erene kadar depresyon, anksiyete ve stres belirtileri görülmesi için tek başına bir risk faktörü olduğu ortaya çıkmıştır (Somma ve ark., 2021).

COVID-19’un ruh sağlığı üzerindeki etkisini araştıran çalışmaların çoğunda önceden ruhsal bir sıkıntı yaşamış bireylerin risk grubunda olduğu belirtilmiştir (Kisely ve ark.,2020). ABD’de yapılan çalışmada COVID-19’un önceden ruhsal rahatsızlık yaşamamış kişiler üzerindeki etkisi araştırılmıştır ve risk faktörleri ve koruyucu faktörler belirlenmiştir (Holingue ve ark., 2020). Risk faktörleri arasında kadın olmak, hiç evlenmemiş olmak, boşanmış veya ayrılmış olmak, internette koronavirüs bilgisi aramak, koronavirüs hakkında paylaşımda bulunmak için sosyal medyayı kullanmak, koronavirüsün kişisel yaşamda büyük değişikliklere neden

olduğunu veya bunun kendi kişisel sağlıkları için küçük veya büyük bir tehdit olduğunu bildirmek yer almıştır. Ek olarak, hanede maaş kesintisi veya azaltılmış çalışma saatleri olan birinin olması, koronavirüsün ABD ekonomisi için küçük veya büyük bir tehdit ve kişisel finans için büyük bir tehdit olduğuna dair algılar da psikolojik sıkıntı için bir risk faktörü olarak belirlenmiştir. Buna karşılık, 50 yaşından büyük olmak, Latin Amerika kökenli olmak veya başka bir etnisite/ırka sahip olmak, yıllık gelirin 50 bin dolardan fazla olması ve pandemiden önce haftada en az bir kere dini ritüele katılmak psikolojik sıkıntı için koruyucu faktörler olarak not edilmiştir.

Kim ve arkadaşları (2020), Güney Afrika'da yürüttükleri çalışmada algılanan Covid-19 riskinin özellikle çocukluk çağı travma geçmişi olan yetişkinlerde depresif semptomlarla ilişkisi olduğunu bulmuştur. Pandemi sürecinde algılanan sosyal desteğin psikolojik sağlıkla ilişkili olduğu anlaşılmıştır (Szkody ve ark., 2020). Grey ve arkadaşlarının yürüttüğü çalışmada (2020), salgın durumunda algılanan sosyal desteği düşük olan bireylerin, sosyal desteği yüksek algılayanlara kıyasla depresyon belirtilerinin %63 daha fazla bulunması bu ilişkiyi onaylar niteliktedir. Algılanan sosyal destek ve anksiyete arasındaki ilişkiyi inceleyen ve ülkemizde yürütülen bir çalışmada ise (Özmete & Pak, 2020), pandemi krizi sırasında algılanan sosyal desteğin anksiyeteyi önleyen bir koruyucu faktör olduğu ortaya çıkmıştır.

Sosyal güven, aidiyet ve katılımı içeren gerçek veya potansiyel kaynakların toplamı olarak tanımlanan sosyal sermaye (Portes, 1998), pandemi gibi toplumsal etki yaratan acil durumlarda araştırılan bir değişkendir. Çin'de 14 gün karantinada kalan insanlarla yürütülen bir çalışmada sosyal sermaye, uyku kalitesi ve kaygı düzeyi arasındaki ilişkiler araştırılmış ve yüksek sosyal sermaye puanlarıyla kaliteli uykunun ilişkili olduğu; yüksek kaygının ise stres ve kalitesiz uyku ile ilişkili olduğu belirtilmiştir (Xiao ve ark., 2020).

1.9. ARAŞTIRMANIN AMACI

Bu çalışmayla toplumsal travma olarak nitelendirilen COVID 19 Pandemisi sürecinde toplumun COVID 19'a bağlı psikolojik sıkıntısının ruhsal semptomlara dönüşmesinin algılanan sosyal destek bakımından incelemek, çocukluk çağında yaşanan travmaların COVID 19'a bağlı psikolojik sıkıntıyla olan ilişkisine ışık tutmak, demografik ve COVID 19 ile ilgili değişkenlerin COVID 19 psikolojik sıkıntısı için bir risk faktörü oluşturup oluşturmadığını saptamak amaçlanmaktadır. Araştırmanın soruları şunlardır:

1. Algılanan sosyal destek COVID 19'a bağlı psikolojik sıkıntının ruhsal semptoma dönüşmesini etkiler mi?
2. Çocukluk çağı travmalarının COVID 19 Psikolojik Sıkıntısı ile ilişkisi var mıdır?
3. COVID-19' a bağlı psikolojik sıkıntı cinsiyete göre farklılık gösterir mi?
4. COVID'e bağlı psikolojik sıkıntı COVID 19 geçirmiş ve geçirmemiş bireylerde farklılık gösterir mi?
5. COVID'e bağlı psikolojik sıkıntı birinci derece yakınların COVID 19 geçirmiş olmasına göre farklılık gösterir mi?
6. COVID-19' a bağlı psikolojik sıkıntı çalışma durumuna göre farklılık gösterir mi?

BÖLÜM II

YÖNTEM

2.1. EVREN VE ÖRNEKLEM

Araştırmanın evrenini 18-69 yaş erişkin bireyler oluşturmaktadır. Evrenden alınan örneklem, 18 yaş üzeri, internet erişimi olan ve araştırmaya katılmayı kabul eden kişilerden oluşmaktadır. Araştırmada kullanılan ölçeklerin uygulandığı 252 kişi araştırmaya dahil edilmiştir.

2.2. VERİ ÖLÇÜM ARAÇLARI

2.2.1. Demografik Bilgi Formu

Katılımcılardan öncelikle Sosyodemografik bilgi formunu doldurmaları istenir. Bu formda katılımcıların biyolojik cinsiyet, yaş, yaşadığı şehir, eğitim durumu, çalışma durumu, gelir düzeyi aralığı bilgileri yer alır. Ardından COVID-19 risk grubunda olup olmadığına dair diğer soruları evet ya da hayır şeklinde cevaplamaları istenir. Bu sorular katılımcıların kendisinin veya birinci dereceden bir yakınının COVID-19 enfeksiyonu geçirip geçirmediğini, karantina prosedürünün uygulanıp uygulanmadığını ve COVID-19 enfeksiyonundan ötürü bir yakını kaybedip kaybetmediği soruları yer alır. Bu soruların amacı risk grubundaki katılımcıların COVID-19'a bağlı psikolojik sıkıntısının semptomlara dönüşmesinde risk grubunda olmayanlara kıyasla ne kadar değiştiğini saptamaktır.

2.2.2. COVID 19 Psikolojik Sıkıntı Ölçeği

Orijinal adıyla *COVID-19 Related Psychological Distress Scale* (CORPD), Feng ve arkadaşları tarafından COVID-19 salgınının toplumdaki enfekte olmamış sağlıklı kişilerin pandemiye bağlı psikolojik sıkıntısını ölçmek amacıyla 2020 yılında geliştirilmiştir. Klasik test teorisi kullanılarak oluşturulan 14 maddelik likert tipli ölçek, anksiyete & korku ve şüphe olmak üzere iki boyutludur. Ölçeğin Cronbach alfa değeri 0.88, Guttman yarı test güvenilirlik katsayısı ise 0.90 olarak bulunmuştur. Sonuç olarak oluşturulan ölçeğin iç tutarlılık güvenilirliği, iki yarı güvenilirliği; yapı geçerliliği, içerik geçerliliği ve kriter geçerliliği iyi derecededir

ve koronavirüs pandemisinden etkilenen bütün bölgelerde toplumun psikolojik sıkıntısını ölçmek amacıyla kullanılabileceği ifade edilmiştir (Feng ve ark., 2020).

Ölçeğin Türkçe'ye uyarlaması ve değerlendirilmesi 2021 yılında Ay ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (Ay, Oruç, Özdoğru, 2021). Ölçeğin İngilizce metni psikolojik danışmanlık alanında çalışan iki profesyonel ve İngilizce alanında uzman iki kişi tarafından Türkçe'ye çevrilmiş, daha sonra iki İngilizce uzmanı tarafından tekrar Türkçe'ye çevrilerek orijinal ve Türkçe metnin arasındaki dilin uyumlu olması sağlanmıştır. Türkçe versiyonunda hesaplanan faktör analizinde iki maddenin çıkarılması uygun görülerek Türkçe ölçek 12 maddeyle son halini almıştır.

Ölçekte ters madde bulunmamaktadır. İki boyutlu ölçekte 5 madde korku ve kaygı alt boyutunu, 7 madde ise şüphe alt boyutunu ölçer. Bütün maddelerden alınan puan toplanarak 12-60 arası bir puan elde edilir. Puan ne kadar yüksekse bireyin COVID-19'a bağlı psikolojik sıkıntısının bir o kadar yüksek olduğu anlamına gelmektedir.

2.2.3. Depresyon-Anskiyete-Stres Ölçeği (DAS)

Orijinal adıyla *Depression Anxiety Stress Scale (DASS)* olan Depresyon Anskiyete Stres Ölçeği (DASÖ), ilk olarak Lovibond ve Lovibond tarafından 1995 yılında oluşturulmuştur. Ölçek 42 maddelik likert tiptedir ve adında belirtildiği gibi depresyon, anskiyete ve stres alt ölçekleri vardır. Ters madde bulunmamaktadır ve her bir alt ölçek için 14'er madde vardır. Katılımcılar maddelerdeki ifadeleri son bir haftadır kendilerine uygunluğa göre 0 "Bana hiç uygun değil," 1 "Bana biraz uygun", 2 "Çoğunlukla uygun", 3 "Bana tamamen uygun" şeklinde yanıtlarlar.

Ölçeğin Türkçe uygulamasının geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasını 2007 yılında Akın ve Çetin yürütmüştür. Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı .89, test-tekrar test puanı .99, ve iki yarı güvenilirlik puanı ise .96 olarak bulunmuştur. Çalışmanın sonucunda DASÖ'nün geçerlilik ve güvenilirlik düzeylerinin yüksek olduğu belirtilmiştir.

2.2.4. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ)

Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ), orijinal adıyla *Multidimensional Scale of Perceived Social Support* (MSPSS), Zimet ve arkadaşları tarafından 1988 yılında kişinin algıladığı sosyal desteği nicel olarak ölçebilmek amacıyla tasarlanmıştır. Ölçekteki maddeler aile, arkadaşlar ve kişinin hayatındaki özel bir insan olmak üzere üç farklı sosyal destek kaynağını inceler. Her gruba yönelik dört madde vardır. Katılımcılar, 12 madde için 1’den 7’ye kadar olan doğrusal seçeneklerden kendilerine en uygun olanı işaretler. Birinci seçenek “kesinlikle hayır”ı, 2. seçenek “hayır”ı, 3. seçenek “nadiren”i, 4. seçenek “ara sıra”yı, 5. seçenek “sık sık”ı, 6. seçenek “evet”i ve 7. seçenek “kesinlikle evet”i ifade eder. Ölçeğin Türkçe uygulamasının geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasında (Eker, Arkar, Yıldız, 2001) her alt grubu ölçeğin dörder sorunun puanı toplanıp alt ölçek puanı elde edilmiş, bu alt ölçek puanları da toplanarak da ölçeğin toplam puanı hesaplanmıştır. Ölçeğin toplam puanı ne kadar yüksekse algılanan sosyal desteğin de bir o kadar yüksek olduğu kabul edilmektedir. İç tutarlılığı ölçmek için Cronbach alfa yöntemi kullanılmış ve değerler 0,80 ile 0,95 arasında çıkmıştır; ölçeğin ve alt ölçeklerin iç tutarlılığının kabul edilir düzeyde olduğu anlaşılmıştır.

2.2.5. Çocukluk Çağı Travma Ölçeği (ÇÇTÖ)

Orijinal adıyla *Childhood Trauma Questionnaire* (CTQ), Bernstein ve arkadaşları tarafından ilk olarak 1994 yılında bireylerin çocukluğunda yaşadığı çeşitli travmatik deneyimlerin kolay, güvenilir ve geçerli bir şekilde değerlendirilebilmesi için oluşturulmuştur (Bernstein et. Al, 1994). Ölçek yetişkinlere uygulanır ve soruları kendileri için, geçmişe dönük cevaplamaları istenir. Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeğinde çocuğun fiziksel, duygusal ve cinsel istismarı; fiziksel ve duygusal ihmal ve çocuğun yetiştirildiği ortamda bu konularla ilgili veriler sağlayan maddeler yer alır.

İlk defa oluşturulduğunda 70 maddeden meydana gelen ölçek kısa bir süre sonra 54 maddeden oluşacak şekilde düzenlenmiştir. Son halini 1998 yılında 28 maddeye indirgenerek almıştır. Ölçek 5 puanlık likert tip olup katılımcılar

maddelerdeki deneyimleri yaşadıkları sıklığa göre yanıtları 1 “asla doğru değil” ve 5 “çoğu zaman doğru” şeklinde işaretlerler. En güncel versiyonunda 3 soru (10. 16. Ve 22. Maddeler) travmanın minimizasyonunu, yani ihmal ve istismarın inkâr edildiğini, küçümsendiğini ölçmek için eklenmiştir. Geriye kalan 25 madde ise her biri 5 madde olacak şekilde fiziksel istismar, duygusal istismar, cinsel istismar, duygusal ihmal ve fiziksel ihmal olmak üzere beş alt boyutu inceler. Bu beş alanın puanı hesaplanıp toplanarak ölçeğin toplam puanı belirlenir. Her bir soru 1’den 5’e kadar puanlanır. Olumlu ifadeler (örn. Ailem benim için bir güç ve destek kaynağı idi) puanı ters çevrilerek, yani 1 işaretlenmişse 5, 4 işaretlendiyse 2 puan verilerek hesaplanır. Travma minimizasyonunu ölçen sorular puanlanır fakat toplam puana dahil edilmez. Bu sorularda sadece 5 (çoğu zaman doğru) işaretlenen sorular dikkate alınarak 1 puan olarak hesaplanır, yani minimizasyon puanı 0-3 arasında değişir. Her alt puan 5-25 arasında, toplam puan ise 25-125 puan arasında değişir.

Ölçeğin Türkçe versiyonun geçerlilik ve güvenilirlik çalışması 2012 yılında Vedat Şar ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (Şar, Öztürk, İkikardeş, 2012). Ölçeği Vedat Şar İngilizce’ye çevirmiş, daha sonra her iki dili de bilen başka bir profesyonel tarafından İngilizce’ye tekrar çevrilerek metnin İngilizce ve Türkçe versiyonlarının birbiriyle tutarlı olduğu görülmüştür. İç tutarlılığı ölçmek için Cronbach alfa yöntemi kullanılmış ve bütün örnek için (N=123) bu değer 0,93 olarak bulunmuştur. Ölçekler katılımcılara (N=48) iki hafta arayla tekrar uygulanıp ölçeğin test-tekrar test korelasyon katsayısı 0,90 olarak bulunmuştur. Çalışma sonucu ölçeğin kısaltılmış 28 maddelik Türkçe versiyonunun iç tutarlılığı yüksek ve test-yeniden test güvenilirliği yüksek bulunmuştur.

2.3. VERİ ANALİZİ

Araştırmada katılımcıların COVID 19 psikolojik sıkıntısı ile stres, algılanan sosyal destek ve çocukluk çağı travmaları arasındaki ilişki incelenmiştir. Araştırmanın bağımlı değişkeni COVID 19 psikolojik sıkıntısı olarak belirlenmiş olup, sosyo-demografik değişkenler, ruhsal belirtiler, algılanan sosyal destek ve çocukluk çağı travmaları bağımsız değişken olarak belirlenmiştir. İlk olarak, veri

girişleri SPSS 25.0 yazılımında yapıp, uç değerler tespit edilmiştir. Uç değerlerin tespiti için ölçek maddelerinin standart puanları alınarak -3,29 altı ile +3,29 üzerindeki değerler araştırma dışı bırakılmıştır. Uç değerlerin ve kayıp verilerin düzenlenmesinden sonra, Katılımcıların sosyo-demografik değişkenleri bakımından COVID 19 psikolojik sıkıntısı, ruhsal belirtiler, algılanan sosyal destek ve çocukluk çağı travmaları alt boyutlarını karşılaştırılması için bağımsız gruplar t-testi ve tek yönlü varyans analizi (ANOVA) uygulanmıştır. Katılımcıların COVID 19 psikolojik sıkıntısı ile ruhsal belirtiler, çocukluk çağı travmaları ve algılanan sosyal destek boyutları arasındaki ilişkinin incelenmesinde Pearson Korelasyonu uygulanmıştır.

BÖLÜM III

BULGULAR

3.1. BETİMSSEL BULGULAR

Araştırmada, katılımcıların sosyo-demografik özellikleri ve kullanılan ölçüm araçlarına ilişkin betimsel bulgular Tablo 1 ve Tablo 2’de verilmiştir.

Tablo 3.1.1. Sosyo-demografik Değişkenlerin Betimsel İstatistikleri

<i>Sosyo-demografik Değişkenler</i>	<i>Grup</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
Cinsiyet	Erkek	83	32,9
	Kadın	169	67,1
Eğitim düzeyi	Lise	24	9,5
	Üniversite	164	65,1
	Yüksek lisans	64	25,4
Çalışma durumu	Evet	164	65,1
	Hayır	88	34,9
Gelir düzeyi	0 - 3000 TL	49	19,4
	10000 ve üzeri	50	19,8
	3000 - 5000 TL	62	24,6
	5000 - 10000 TL	91	36,1
COVID 19 Öyküsü	Evet	33	13,1
	Hayır	219	86,9
Birinci derece yakın COVID 19 Öyküsü	Evet	78	31,0
	Hayır	174	69,0
COVID 19 nedeniyle yakın kaybı	Evet	43	17,1
	Hayır	209	82,9
	Toplam	252	100,0

Tablo 1’de sosyo-demografik özelliklerin frekans dağılımları incelendiğinde, araştırmaya katılan 252 kişinin %32,9’u erkek ve %67,1’i kadındır. Eğitim düzeyine göre, lise mezunları %9,5; üniversite mezunları %65,1 ve lisansüstü mezunları %25,4 oranındadır. Çalışma durumuna göre, çalışanlar %65,1 ve çalışmayanlar %34,9 oranındadır. Gelir düzeyine göre 0-3000 TL arası geliri

olanlar %19,4; 3000 – 5000 TL arası geliri olanlar %24,6; 5000 – 10000 TL arası geliri olanlar %36,1 ve 10000 TL üzeri geliri olanlar %19,8 oranındadır. Daha önce COVID 19 geçirmiş olan katılımcıların oranı %13,1’dir. Birinci derece yakınının COVID 19 geçirmiş olduğunu belirtenlerin oranı %31,0 ve COVID 19 sebebiyle yakınının kaybedenlerin oranı %17,1’dir.

Tablo 3.1.2. Yaş ve Ölçek Puanlarının Ortalamalarına İlişkin Betimsel Bulgular

	$\bar{X}$	N	Ss	Çarpıklık	Basıklık	En az	En Fazla
Yaşınız	40,18	252	14,236	,313	-1,386	19	66
COVID 19 psikolojik sıkıntısı	31,54	252	7,087	-,634	,296	9	45
Depresyon	10,73	252	9,747	,949	,123	0	42
Anksiyete	10,47	252	8,513	,945	,209	0	39
Stres	16,98	252	10,668	,369	-,801	0	42
ÇÇTÖ Toplam	44,85	252	7,797	1,436	2,245	31	74
ÇÇTÖ Duygusal İstismar	9,11	252	3,821	1,711	2,637	6	24
ÇÇTÖ Fiziksel İstismar	5,50	252	1,261	2,696	6,527	5	11
ÇÇTÖ Fiziksel İhmal	6,68	252	2,137	1,333	1,104	5	14
ÇÇTÖ Duygusal İhmal	9,69	252	4,610	1,015	,547	5	25
ÇÇTÖ Cinsel istismar	5,58	252	1,411	3,488	15,083	5	15
ÇBASDÖ Aile	23,38	252	5,421	-1,171	,488	7	28
ÇBASDÖ Özel bir insan	21,90	252	7,007	-1,013	-,093	4	28
ÇBASDÖ Arkadaş	23,62	252	4,652	-1,127	,623	8	28

ÇÇTÖ=Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği, ÇBASDÖ=Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği

Tablo 2’de katılımcıların yaş; COVID 19 psikolojik sıkıntısı, anksiyete, depresyon ve stres olarak değerlendirilen psikolojik belirtileri, çocukluk çağı travmaları ve algılanan sosyal destek boyutlarının ortalama değerlerine ilişkin betimsel bulgular yer almaktadır. Ayrıca, normal dağılımın sağlanması için ölçek toplam ve alt boyut puanlarının standart (z skoru) skorları alınarak -3,29 altı ve +3,29 üzerindeki veriler araştırma dışı bırakılmıştır. Son halinde araştırmada verileri geçerli olan 252 kişi bulunmaktadır. Buna karşın, çarpıklık ve basıklık

ölçütü olarak belirtilen -1,5 ile +1,5 aralığındaki değerlerin her alt boyut için sağlanamadığı görülmektedir. Tabachnick ve Fidell (2011) tarafından normal dağılımın karşılandığı kabul edilen -1,5 ile +1,5 arasındaki değerlerin, bu çalışmada, özellikle Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (ÇÇTÖ) toplam ve alt boyut puanlarındaki çarpıklık ve basıklık değerlerinde sağlanamadığı görülmektedir. Bu durumun, ölçeğin klinik değerlendirmede kullanılan bir ölçek olması sebebiyle ortaya çıktığı tahmin edilmektedir. Araştırmadaki diğer ölçekler ve ilgili alt boyutlarının belirtilen ölçütü karşıladığı ve normal dağılım gösterdiği görülmektedir. Ayrıca, araştırmaya katılanların yaş ortalamaları $40,18 \pm 14,24$ olarak bulunmuştur.

3.2. KARŞILAŞTIRMA BULGULARI

Araştırmada, katılımcıların COVID 19 psikolojik sıkıntısı, psikolojik belirtiler, çocukluk çağı travmaları ve algılanan sosyal destek boyutlarının sosyo-demografik değişkenlerle karşılaştırılması için bağımsız gruplar t-testi ve tek yönlü varyans analizi (ANOVA) uygulanmıştır. Araştırmada, katılımcıların cinsiyeti, çalışma durumu, COVID 19 öyküsü, yakınının COVID 19 öyküsü, COVID 19 sebebiyle yakınının kaybı değişkenleriyle yapılan karşılaştırmalarda bağımsız gruplar t-testi; eğitim düzeyi ve gelir düzeyi değişkenleriyle yapılan karşılaştırmalarda tek yönlü varyans analizi uygulanmıştır. Analizlerde anlamlılık değeri 0,01 ve 0,05 düzeyinde alınmıştır.

Tablo 2.2.1. Cinsiyet Değişkenine Göre COVID-19 Korkusu, Psikolojik Belirtiler, Çocukluk Çağı Travmaları ve Algılanan Sosyal Destek Düzeylerinin T-test Sonuçları

	Cinsiyet						t(250)	p
	Erkek			Kadın				
	N	$\bar{X}$	Ss	N	$\bar{X}$	Ss		
COVID 19 psikolojik sıkıntısı	83	30,52	7,048	169	32,04	7,073	-1,60	,10
Depresyon	83	9,95	10,198	169	11,11	9,526	-,88	,37
Anksiyete	83	8,82	8,012	169	11,28	8,656	-2,17	,03*
Stres	83	15,55	10,173	169	17,68	10,864	-1,49	,13
ÇÇTÖ Toplam	83	43,52	5,970	169	45,51	8,492	-1,91	,06
ÇÇTÖ Duygusal İstismar	83	8,29	2,844	169	9,51	4,168	-2,41	,02*
ÇÇTÖ Fiziksel İstismar	83	5,33	,912	169	5,59	1,395	-1,58	,11
ÇÇTÖ Fiziksel İhmal	83	6,71	2,266	169	6,67	2,078	,14	,88
ÇÇTÖ Duygusal İhmal	83	9,58	4,572	169	9,75	4,640	-,28	,78
ÇÇTÖ Cinsel istismar	83	5,33	,857	169	5,70	1,603	-1,98	,04*
ÇBASDÖ Aile	83	22,64	5,695	169	23,75	5,260	-1,52	,12
ÇBASDÖ Özel bir insan	83	20,63	7,110	169	22,53	6,891	-2,03	,04*
ÇBASDÖ Arkadaş	83	22,89	5,196	169	23,98	4,331	-1,74	,08

**p<,01 *p<,05

ÇÇTÖ=Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği, ÇBASDÖ=Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği

Tablo 3'te cinsiyet değişkeni bakımından COVID 19 psikolojik sıkıntısı, anksiyete, depresyon, stres, çocukluk çağı travmaları ve algılanan sosyal destek puanlarının karşılaştırılması için yapılan bağımsız örneklem t-testi bulgularına göre anksiyete puanları ($t(250)=-2,17$; $p<.05$) kadınlarda erkeklere kıyasla anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur. Ayrıca, ÇÇTÖ duygusal istismar boyutu ($t(250)=-2,41$; $p<.05$) ve ÇÇTÖ cinsel istismar boyutu ($t(250)=-1,98$; $p<.05$) kadınlarda erkeklere

kıyasla anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur. Algılanan sosyal destek özel birinden algılanan sosyal destek alt boyutu ($t(250)=-2,03$; $p<.05$) kadınlarda erkeklere kıyasla anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur.

Tablo 3.2.2. Çalışma Durumu Değişkenine Göre COVID-19 Korkusu, Psikolojik Belirtiler, Çocukluk Çağı Travmaları ve Algılanan Sosyal Destek Düzeylerinin T-test Sonuçları

	Çalışma durumu						t(250)	p
	Evet			Hayır				
	N	$\bar{X}$	Ss	N	$\bar{X}$	Ss		
COVID 19 psikolojik sıkıntısı	164	31,23	6,616	88	32,13	7,897	-,96	,33
Depresyon	164	9,86	9,006	88	12,34	10,866	-1,93	,05
Anksiyete	164	9,84	8,007	88	11,65	9,316	-1,61	,10
Stres	164	16,56	10,106	88	17,76	11,664	-,85	,39
ÇÇTÖ Toplam	164	45,04	7,675	88	44,50	8,053	,52	,59
ÇÇTÖ Duygusal İstismar	164	9,18	3,800	88	8,99	3,879	,37	,71
ÇÇTÖ Fiziksel İstismar	164	5,55	1,316	88	5,41	1,151	,87	,38
ÇÇTÖ Fiziksel İhmal	164	6,71	2,087	88	6,64	2,240	,25	,80
ÇÇTÖ Duygusal İhmal	164	9,73	4,729	88	9,64	4,405	,14	,88
ÇÇTÖ Cinsel istismar	164	5,59	1,281	88	5,55	1,632	,24	,80
ÇBASDÖ Aile	164	23,84	5,016	88	22,52	6,040	1,85	,06
ÇBASDÖ Özel bir insan	164	22,95	6,172	88	19,94	8,021	3,31	,01**
ÇBASDÖ Arkadaş	164	23,82	4,502	88	23,24	4,922	,95	,34

** $p<.01$ * $p<.05$

ÇÇTÖ=Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği, ÇBASDÖ=Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği

Tablo 4'te çalışma durumu değişkeni bakımından COVID 19 psikolojik sıkıntısı, anksiyete, depresyon, stres, çocukluk çağı travmaları ve algılanan sosyal destek puanlarının karşılaştırılması için yapılan bağımsız örneklem t-testi bulgularına göre

algılanan sosyal destek özel birinden algılanan sosyal destek alt boyutu ($t(250)=3,31$; $p<.05$) çalışan kişilerde çalışmayanlara kıyasla anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur. Öte yandan, COVID 19 psikolojik sıkıntısı, psikolojik belirtiler ve çocukluk çağı travmaları boyutları çalışma durumuna göre anlamlı farklılık göstermemektedir.

Tablo 3.2.3. *Eğitim Düzeyi Değişkenine Göre COVID-19 Korkusu,Psikolojik Belirtiler, Çocukluk Çağı Travmaları ve Algılanan Sosyal Destek Düzeylerinin ANOVA Sonuçları*

Eğitim Düzeyi	Lise			Üniversite			Yüksek lisans			F(2,249) p	
	N	$\bar{X}$	Ss	N	$\bar{X}$	Ss	N	$\bar{X}$	Ss		
COVID 19 psikolojik sıkıntısı	24	32,25	6,187	164	31,47	7,613	64	31,45	5,997	,13	,87
Depresyon	24	13,83	11,289	164	10,65	9,691	64	9,77	9,185	1,54	,21
Anksiyete	24	13,33	10,724	164	10,43	8,380	64	9,48	7,805	1,80	,16
Stres	24	20,50	11,248	164	16,74	10,290	64	16,28	11,312	1,49	,22
ÇÇTÖ Toplam	24	44,50	8,993	164	45,01	7,869	64	44,59	7,232	,09	,91
ÇÇTÖ Duygusal İstismar	24	8,71	3,196	164	9,04	3,783	64	9,44	4,151	,39	,67
ÇÇTÖ Fiziksel İstismar	24	5,42	1,248	164	5,55	1,317	64	5,42	1,124	,29	,74
ÇÇTÖ Fiziksel İhmal	24	7,25	2,541	164	6,72	2,220	64	6,38	1,695	1,54	,21
ÇÇTÖ Duygusal İhmal	24	8,29	4,805	164	9,77	4,460	64	10,02	4,888	1,29	,27
ÇÇTÖ Cinsel istismar	24	6,17	2,316	164	5,54	1,363	64	5,45	1,007	2,43	,08
ÇBASDÖ Aile	24	22,58	5,748	164	23,47	5,312	64	23,45	5,634	,28	,75
ÇBASDÖ Özel bir insan	24	19,83	6,308	164	21,48	7,353	64	23,77	5,965	3,69	,03*
ÇBASDÖ Arkadaş	24	22,58	5,047	164	23,74	4,555	64	23,70	4,773	,65	,51

** $p<.01$ * $p<.05$

ÇÇTÖ=Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği, ÇBASDÖ=Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği

Tablo 5'te eğitim düzeyi değişkeni bakımından COVID 19 psikolojik sıkıntısı, anksiyete, depresyon, stres, çocukluk çağı travmaları ve algılanan sosyal destek puanlarının karşılaştırılması için yapılan tek yönlü varyans analizi (ANOVA) bulgularına göre algılanan sosyal destek özel birinden algılanan sosyal destek alt boyutu ($F(2,249)=3,69$; $p<.05$) anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Anlamlı farklılığın kaynağını saptamak için yapılan takip (Post hoc) Scheffe testi sonuçlarına göre, lisansüstü mezunlarının puanları en yüksek ve lise mezunlarının

puanları ise en düşük bulunmuştur.

Tablo 3.2.4. *Gelir Düzeyi Değişkenine Göre COVID-19 Korkusu, Psikolojik Belirtiler, Çocukluk Çağı Travmaları ve Algılanan Sosyal Destek Düzeylerinin ANOVA Sonuçları*

	<i>Gelir Düzeyi</i>											
	0 - 3000 TL			3000 - 5000 TL			5000 - 10000 TL			10000 TL üzeri		
	N	$\bar{X}$	Ss	N	$\bar{X}$	Ss	N	$\bar{X}$	Ss	N	$\bar{X}$	Ss
COVID 19 psikolojik sıkıntısı	49	32,12	7,623	62	31,56	6,110	91	30,59	7,556	50	32,666	7631,06
Depresyon	49	17,86	10,677	62	11,00	9,450	91	8,64	8,092	50	7,20	8,473
Anksiyete	49	15,18	8,410	62	11,08	8,819	91	9,36	8,118	50	7,10	6,891
Stres	49	23,59	10,097	62	16,69	10,681	91	15,73	9,948	50	13,149	8779,80
ÇÇTÖ Toplam	49	45,47	6,539	62	44,44	6,953	91	45,27	9,153	50	44,007	335,44
ÇÇTÖ Duygusal İstismar	49	10,06	3,864	62	8,65	3,450	91	9,30	4,340	50	8,42	3,004
ÇÇTÖ Fiziksel İstismar	49	5,43	1,061	62	5,52	1,251	91	5,60	1,437	50	5,38	1,123
ÇÇTÖ Fiziksel İhmal	49	6,55	1,757	62	6,82	2,214	91	6,73	2,295	50	6,56	2,130
ÇÇTÖ Duygusal İhmal	49	10,22	4,705	62	9,08	4,026	91	10,07	4,973	50	9,26	4,512
ÇÇTÖ Cinsel istismar	49	5,73	1,705	62	5,74	1,629	91	5,41	1,000	50	5,52	1,446
ÇBASDÖ Aile	49	21,47	6,433	62	23,18	5,361	91	24,01	5,034	50	24,364	7153,08
ÇBASDÖ Özel bir insan	49	20,22	8,550	62	22,13	6,240	91	22,02	6,960	50	23,046	1841,41
ÇBASDÖ Arkadaş	49	23,14	4,354	62	23,02	4,927	91	24,26	4,274	50	23,665	2011,10

** $p < ,01$ * $p < ,05$

ÇÇTÖ=Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği, ÇBASDÖ=Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği

Tablo 6’da gelir düzeyi değişkeni bakımından COVID 19 psikolojik sıkıntısı, anksiyete, depresyon, stres, çocukluk çağı travmaları ve algılanan sosyal destek puanlarının karşılaştırılması için yapılan tek yönlü varyans analizi (ANOVA) bulgularına göre depresyon ($F(3,248)=14,29$; $p < .05$), anksiyete ($F(3,248)=9,03$; $p < .05$) ve stres ($f(3,248)=9,80$; $p < .05$) puanları anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Anlamlı farklılığın kaynağını saptamak için yapılan takip (Post hoc) Scheffe testi sonuçlarına göre, 0-3000 TL arası geliri olan katılımcıların depresyon, anksiyete ve stres puanları en yüksek; 10000 TL üzeri geliri olanların ise en düşük

bulunmuştur.

Ayrıca, algılanan sosyal destek ölçeğinin aileden algılanan sosyal destek alt boyutu ($F(2,249)=3,69$; $p<.05$) anlamı düzeyde yüksek bulunmuştur. Anlamli farklılığın kaynağını saptamak için yapılan takip (Post hoc) Scheffe testi sonuçlarına göre, 1000 TL üzeri geliri olanların aileden algıladıkları sosyal destek puanı en yüksek; 0 – 3000 TL arası gelir düzeyi olanların ise aileden algılanan sosyal destek puanları en düşük bulunmuştur. COVID 19 psikolojik sıkıntısı ve çocukluk çağı travmaları puanlarının ise gelir düzeyine göre anlamli farklılık göstermediği sonucu elde edilmiştir.

Tablo 3.2.5. *Daha Önce COVID 19 Tanısı Almış Olma Durumuna Göre COVID-19 Korkusu, Psikolojik Belirtiler, Çocukluk Çağı Travmaları ve Algılanan Sosyal Destek Düzeylerinin T-test Sonuçları*

	COVID 19 Öyküsü						t(250)	p
	Evet			Hayır				
	N	$\bar{X}$	Ss	N	$\bar{X}$	Ss		
COVID 19 psikolojik sıkıntısı	33	32,33	7,356	219	31,42	7,055	,68	,49
Depresyon	33	12,30	11,698	219	10,49	9,427	,99	,32
Anksiyete	33	11,97	10,076	219	10,24	8,255	1,08	,27
Stres	33	18,39	12,235	219	16,77	10,427	,81	,41
ÇÇTÖ Toplam	33	44,88	7,676	219	44,85	7,833	,02	,98
ÇÇTÖ Duygusal İstismar	33	8,79	2,966	219	9,16	3,937	-,52	,60
ÇÇTÖ Fiziksel İstismar	33	5,39	1,273	219	5,52	1,261	-,53	,59
ÇÇTÖ Fiziksel İhmal	33	6,61	2,263	219	6,69	2,123	-,22	,82
ÇÇTÖ Duygusal İhmal	33	10,03	5,247	219	9,64	4,517	,44	,65
ÇÇTÖ Cinsel istismar	33	6,06	1,919	219	5,50	1,308	2,13	,03*
ÇBASDÖ Aile	33	23,09	5,422	219	23,42	5,432	-,32	,74
ÇBASDÖ Özel bir insan	33	23,15	7,323	219	21,71	6,956	1,10	,27
ÇBASDÖ Arkadaş	33	24,03	4,647	219	23,56	4,660	,54	,58

** $p<.01$ * $p<.05$

ÇÇTÖ=Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği, ÇBASDÖ=Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği

Tablo 7’de COVID 19 öyküsü bakımından COVID 19 psikolojik sıkıntısı, anksiyete, depresyon, stres, çocukluk çağı travmaları ve algılanan sosyal destek

puanlarının karşılaştırılması için yapılan bağımsız örneklem t-testi bulgularına göre ÇÇTÖ cinsel istismar alt boyutu ($r(250)=2,13$; $p<.05$), COVID 19 öyküsü olduğunu belirten kişilerde anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur. Katılımcıların COVID 19 öyküsü bakımından COVID 19 psikolojik sıkıntısı, depresyon, anksiyete, stres ve algılanan sosyal destek puanlarında anlamlı farklılık saptanmamıştır.

Tablo 3.2.6. Birinci Derece Yakınının COVID 19 Tanısı Almış Olma Durumuna Göre COVID-19 Korkusu, Psikolojik Belirtiler, Çocukluk Çağı Travmaları ve Algılanan Sosyal Destek Düzeylerinin T-test Sonuçları

	Birinci derece yakınların COVID 19 öyküsü						t(250)	p
	Evet			Hayır				
	N	$\bar{X}$	Ss	N	$\bar{X}$	Ss		
COVID 19 psikolojik sıkıntısı	78	30,13	7,097	174	32,17	7,011	-2,13	,03*
Depresyon	78	12,56	9,879	174	9,90	9,602	2,01	,04*
Anksiyete	78	12,54	9,183	174	9,54	8,050	2,61	,01**
Stres	78	18,49	10,876	174	16,30	10,536	1,50	,13
ÇÇTÖ Toplam	78	45,29	8,398	174	44,66	7,529	,60	,548
ÇÇTÖ Duygusal İstismar	78	9,63	4,049	174	8,88	3,703	1,44	,15
ÇÇTÖ Fiziksel İstismar	78	5,74	1,549	174	5,40	1,096	2,03	,04*
ÇÇTÖ Fiziksel İhmal	78	6,56	2,178	174	6,74	2,123	-,58	,55
ÇÇTÖ Duygusal İhmal	78	9,79	4,650	174	9,65	4,604	,23	,81
ÇÇTÖ Cinsel istismar	78	5,72	1,712	174	5,51	1,253	1,07	,28
ÇBASDÖ Aile	78	23,33	5,111	174	23,40	5,568	-,09	,92
ÇBASDÖ Özel bir insan	78	21,28	7,791	174	22,18	6,631	-,93	,34
ÇBASDÖ Arkadaş	78	22,87	5,231	174	23,95	4,342	-1,71	,08

** $p<,01$ * $p<,05$

ÇÇTÖ=Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği, ÇBASDÖ=Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği

Tablo 8’de birinci derecede yakınının daha önce COVID 19 tanısı almış olması değişkenine göre COVID 19 psikolojik sıkıntısı, anksiyete, depresyon, stres, çocukluk çağı travmaları ve algılanan sosyal destek puanlarının karşılaştırılması için yapılan bağımsız örneklem t-testi bulgularına göre, depresyon ($t(250)=2,01$; $p<.05$), anksiyete ($t(250)=2,61$; $p<.05$), stres ($t(250)=1,50$; $p<.05$) ve ÇÇTÖ fiziksel

istismar alt boyutu ($t(250)=2,03$; $p<.05$) puanları birinci derece yakınının COVID 19 tanısı aldığını belirten kişilerde anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur. Ayrıca, COVID 19 psikolojik sıkıntısı ($t(250)=-2,13$; $p<.05$), yakını COVID 19 tanısı almamış kişilerde anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur. Ek olarak, katılımcıların birinci derece yakınlarının COVID 19 tanısı almış olma durumu bakımından algılanan sosyal destek puanlarında anlamlı farklılık saptanmamıştır.

Tablo 3.2.7. COVID 19 Sebebiyle Bir Yakının Kaybı Değişkenine Göre COVID-19 Korkusu, Psikolojik Belirtiler, Çocukluk Çağı Travmaları ve Algılanan Sosyal Destek Düzeylerinin T-test Sonuçları

	COVID-19 enfeksiyonundan ötürü kayıp						t(250)	p
	Evet			Hayır				
	N	$\bar{X}$	Ss	N	$\bar{X}$	Ss		
COVID 19 psikolojik sıkıntısı	43	32,91	6,962	209	31,26	7,096	1,39	,16
Depresyon	43	12,67	9,822	209	10,33	9,707	1,44	,15
Anksiyete	43	13,42	8,600	209	9,86	8,387	2,52	,01*
Stres	43	19,44	9,277	209	16,47	10,884	1,66	,09
ÇÇTÖ Toplam	43	45,05	7,982	209	44,81	7,777	,17	,85
ÇÇTÖ Duygusal İstismar	43	9,72	4,388	209	8,99	3,693	1,15	,25
ÇÇTÖ Fiziksel İstismar	43	5,53	1,141	209	5,50	1,286	,17	,86
ÇÇTÖ Fiziksel İhmal	43	7,14	2,210	209	6,59	2,115	1,54	,12
ÇÇTÖ Duygusal İhmal	43	9,51	5,059	209	9,73	4,524	-,28	,77
ÇÇTÖ Cinsel istismar	43	5,42	1,006	209	5,61	1,480	-,80	,42
ÇBASDÖ Aile	43	22,77	6,106	209	23,51	5,276	-,81	,41
ÇBASDÖ Özel bir insan	43	20,98	6,599	209	22,09	7,088	-,94	,34
ÇBASDÖ Arkadaş	43	23,23	4,347	209	23,70	4,718	-,59	,55

Tablo 9’da birinci derecede yakının COVID 19 sebebiyle ölümü değişkenine göre COVID 19 psikolojik sıkıntısı, anksiyete, depresyon, stres, çocukluk çağı travmaları ve algılanan sosyal destek puanlarının karşılaştırılması için yapılan bağımsız örneklem t-testi bulgularına göre, anksiyete ($t(250)=2,52$; $p<.05$) puanları birinci derece yakınının COVID 19 nedeniyle öldüğünü belirten kişilerde anlamlı

düzeyde daha yüksek bulunmuştur. Ek olarak, katılımcıların birinci derece yakınlarının COVID 19 sebebiyle ölümü değişken bakımından COVID 19 psikolojik sıkıntısı, çocukluk çağı travmaları, algılanan sosyal destek puanlarında anlamlı farklılık saptanmamıştır.



Tablo 3.2.8. Yaş, COVID 19 Psikolojik Sıkıntısı, Psikolojik Belirtiler, Çocukluk Çağı Travmaları ve Algılanan Sosyal Destek Düzeyinin Pearson Korelasyonu Sonuçları

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
1. Yaş	1													
2. COVID 19 psikolojik sıkıntısı	,11	1												
3. Depresyon	-,22**	-,08	1											
4. Anksiyete	-,20**	,03	,79**	1										
5. Stres	-,34**	,05	,78**	,85**	1									
6. ÇÇTÖ Toplam	,08	-,08	,24**	,22**	,17**	1								
7. ÇÇTÖ Duygusal istismar	-,06	-,15*	,30**	,26**	,24**	,83**	1							
8. ÇÇTÖ Fiziksel istismar	,08	,01	,10	,13*	,11	,61**	,49**	1						
9. ÇÇTÖ Fiziksel ihmal	,15*	-,09	,15*	,13*	,08	,66**	,40**	,30**	1					
10. ÇÇTÖ Duygusal ihmal	,01	-,15*	,25**	,17**	,14*	,78**	,68**	,36**	,49**	1				
11. ÇÇTÖ Cinsel istismar	,01	,03	,20**	,16**	,20**	,40**	,26**	,26**	,15*	,20**	1			
12. ÇBASDÖ Aile	,12*	,09	-,45**	-,29**	-,29**	-,32**	-,30**	-,15*	-,14*	-,39**	-,15*	1		
13. ÇBASDÖ Özel bir insan	-,02	,07	-,30**	-,17**	-,13*	-,14*	-,15*	-,02	-,11	-,21**	-,01	,44**	1	
14. ÇBASDÖ Arkadaş	-,04	,11	-,37**	-,27**	-,23**	-,24**	-,17**	-,10	-,22**	-,27**	-,08	,64**	,55**	1

**p<,01 *p<,05

ÇÇTÖ=Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği, ÇBASDÖ=Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği

Tablo 10’da katılımcıların yaş, COVID 19 psikolojik sıkıntısı, depresyon, anksiyete, stres, çocukluk çağı travmaları ve algılanan sosyal destek düzeylerinin arasındaki ilişkinin incelenmesi amacıyla yapılan Pearson korelasyonu bulgularına göre, yaş ile depresyon ($r=-,22$; $p<,01$), anksiyete ($r=-,20$; $p<,01$), stres ($r=-,34$; $p<,01$) negatif yönlü; ÇÇTÖ fiziksel ihmal ($r=,15$; $p<,01$) ve ÇBASDÖ aile ($r=,12$; $p<,01$) pozitif yönlü ve anlamlı ilişkili bulunmuştur. COVID 19 psikolojik sıkıntısı ile ÇÇTÖ duygusal istismar ($r=-,15$; $p<,01$) ve duygusal ihmal ($r=-,15$; $p<,01$) pozitif yönlü ve anlamlı ilişkili bulunmuştur.

BÖLÜM IV

SONUÇ VE TARTIŞMA

Yaşları 18 ile 69 arasında değişen 252 katılımcının kişisel bilgileri bakımından depresyon, anksiyete, stres, çocukluk çağı travmaları, algılanan sosyal destek düzeyi ve COVID 19 psikolojik sıkıntısının farklılıkları incelenmiştir. Ayrıca, COVID 19 psikolojik sıkıntısı, psikolojik belirtiler olarak nitelendirilebilecek depresyon, anksiyete ve stres puanları; çocukluk çağı travmaları ve algılanan sosyal destek düzeyleri arasındaki ilişki incelenmiştir.

İlk olarak, cinsiyet değişkenine göre, kadınların anksiyete puanları erkeklerden anlamlı düzeyde daha yüksektir. Ayrıca, kadınların duygusal ve cinsel istismar alt boyut puanları erkeklere kıyasla anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Algılanan sosyal destek alt boyutlarından, özel birinden algılanan sosyal destek boyutu, erkeklere kıyasla kadınlarda anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur. COVID 19 psikolojik sıkıntısı puanları cinsiyete göre anlamlı farklılık göstermemektedir.

İkinci sosyo-demografik değişken olarak, çalışma durumu incelendiğinde, COVID 19 psikolojik sıkıntısı, psikolojik belirtiler ve çocukluk çağı travmaları boyutları çalışma durumu bakımından anlamlı farklılık göstermemektedir. Öte yandan, özel birinden algılanan sosyal destek puanları çalışan katılımcılarda anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur.

Sosyodemografik değişkenlerden, eğitim düzeyi bakımından katılımcıların COVID 19 psikolojik sıkıntısı, psikolojik belirtiler ve çocukluk çağı travmaları boyutlarındaki puanlarında anlamlı farklılık saptanmamıştır. Ayrıca, algılanan sosyal destek boyutlarından, özel bir insandan algılanan sosyal destek puanlarının lisansüstü mezunu katılımcılarda anlamlı düzeyde en yüksek olduğu saptanmıştır. Gelir düzeyine göre, katılımcıların COVID 19 psikolojik sıkıntısı ve çocukluk çağı travmaları alt boyutlarında anlamlı farklılık saptanmamıştır. Öte yandan, düşük gelir düzeyinde olduklarını bildiren katılımcıların depresyon, anksiyete ve stres puanları anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur. Yüksek gelir düzeyinde

olduklarını bildiren katılımcıların aileden algıladıkları sosyal destek puanları anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur. Sosyokültürel ve sosyoekonomik faktörler açısından ele alındığında, araştırma bulgularının ilgili literatürle uyumlu olduğu görülmektedir. Örneğin, Fransa’da yapılan bir çalışmada, ev halkından birinin Covid-19’a bağlı hastaneye kaldırılması ve kadın cinsiyetinin yoğun stres algısına sebep olan en önemli faktörler olduğu ortaya çıkmıştır (Bourion-Bédès ve ark., 2021).

Xiong ve meslektaşları (2020) tarafından yapılan araştırmada da belirtildiği gibi, COVID-19 salgını, bir ülkenin düşük, orta veya yüksek gelirli statüsünden bağımsız olarak dünya çapında ruh sağlığına yönelik bir tehdit oluşturmaktadır. Bu, birçok ülkede COVID-19'un daha yüksek düzeyde duygusal sıkıntı, daha düşük yaşam kalitesi ve refah ve artan yalnızlık hissi dahil olmak üzere psikososyal sağlık üzerinde önemli bir etkisi olduğunu tespit eden diğer araştırmalarla da tutarlılık göstermektedir (Geirdal ve ark., 2021). Bir gözden geçirme çalışmasında belirtildiği üzere, diğer çalışmalar, genel popülasyonda iyi oluş ve psikolojik sıkıntıyı ölçmüş ve psikolojik iyi oluşun düşüşü ve artan depresyon ve kaygı seviyeleri ve yüksek travma sonrası stres bozukluğu düzeyleri dahil olmak üzere daha yüksek psikolojik sıkıntı olduğunu doğrulamıştır (Bonsaksen ve ark., 2020; Vindegaard ve ark., 2020). Elde edilen sonuçların farklı sosyoekonomik ve sosyokültürel özelliklere sahip ülkelerde söz konusu olduğu sonucuna ulaşılmıştır. O yüzden bu çalışmada, COVID 19 pandemi sürecindeki psikolojik sıkıntıya işaret eden değişkenlerin sosyodemografik özelliklere göre farklılık göstermemesinin tutarlı olduğu düşünülmektedir.

COVID-19 pandemisi sırasında yaklaşık 10 bin kişiyle yapılan uluslararası bir çalışmada pandemide ruh sağlığının en önemli üç belirtecinin de sosyal destek, eğitim düzeyi ve psikolojik esneklik olduğu eklenmiştir. Gelir düzeyinin düşmesi ve temel ihtiyaçları karşılayamamak pandemideki ruh sağlığını en kötü etkileyen değişkenler olmuştur (Gloster ve ark.,2020).

Katılımcılara COVID 19 pandemisi ile ilgili sorular da yöneltilmiştir. COVID 19 öyküsü bulunan katılımcıların çocukluk çağı travmaları cinsel istismar alt boyutu anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur. Birinci derece yakınının COVID 19 tanısı almış olması değişkeni bakımından, katılımcıların depresyon ve anksiyete puanları anlamlı düzeyde daha yüksek; COVID 19 psikolojik sıkıntısı puanları ise anlamlı düzeyde en düşük bulunmuştur. COVID 19 sebebiyle yakınıni kaybetmiş olma değişkeni bakımından, katılımcıların anksiyete puanları, yakınıni COVID 19 sebebiyle kaybettiğini belirten katılımcılarda anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur.

İlgili literatür incelendiğinde ise sonuçların uyumlu olduğu görülmektedir. COVID-19 salgınından sonraki ilk aşamada Wang ve ark. (2020), COVID-19'un genel popülasyonda (Ocak/Şubat (1. Aşama) ve Şubat/Mart (2. aşama) olmak üzere ruh sağlığı üzerindeki etkisini inceleyen boylamsal bir çalışma yapmıştır. Sonuçlara göre, birinci ve ikinci aşama arasında istikrarlı artış gösteren psikolojik sıkıntı seviyelerinin bildirildiği görülmüştür. COVID-19 salgını öncesi ve sonrasında aynı popülasyona dayalı farklı boylamsal araştırmalarda da COVID-19 salgını sonrasında ruh sağlığında uzun süreli bozulmaların meydana geldiği sonucuna varılmıştır (Daly ve ark., 2020; Niedzwiedz ve ark., 2021).

COVID-19 salgınının toplum ve bireylerde önemli ölçüde psikolojik tepkiye neden olduğu bilinmektedir. Pandemi döneminde insanlarda meydana gelen stres, kaygı ve depresyon tepkisinin çok farklı etmenlerle ilişkili olduğu görülmektedir. Örneğin, ABD'de pandemi başından beri meydana gelen gelir değişimleri, iş kayıpları ve maaş kesintileri bireylerde eyaletler arası ne kadar fark gösterir sorusuyla yola çıkılan çalışmada Donnelly & Farina (2021), eyalet politikasının pandemiden etkilenen bireyler üzerinde anksiyete ve depresyon bağlamında etki yarattığı ortaya çıkmıştır. Bireyler için sosyal olarak destekleyici politikalara sahip bir eyalette yaşamının, özellikle sağlık güvencesi, işsizlik sigortası, pandemi süresince kamu hizmetleri kesintilerinin askıya alınması, hane halkı gelir düşüşü ve psikolojik sağlık arasındaki ilişkiyi zayıflattığı ortaya çıkmıştır. İran'da yapılan bir araştırma sonucu kişilerin depresyon, kaygı ve stres düzeylerinin yüksek olması,

ailede koronavirüse karşı riskli bir bireyin olması, enfekte olma tehlikesi ve koronavirüs haberleri gibi faktörlerle ilişkili olduğu bulunmuştur (Khademian ve ark., 2021).

COVID 19 psikolojik sıkıntısı, psikolojik belirtiler, çocukluk çağı travmaları ve algılanan sosyal destek düzeyi arasındaki ilişki incelendiğinde, katılımcıların COVID 19 psikolojik sıkıntısı puanları ile duygusal ihmal ve istismar puanları arasında pozitif yönlü ve anlamlı ilişki saptanmıştır. Algılanan sosyal destek ve psikolojik belirtiler boyutlarının puanları ile COVID 19 psikolojik sıkıntısı puanları arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır.

İlgili literatür incelendiğinde, bulguların kısmi olarak uyumlu olduğu görülmektedir (Karantonis ve ark., 2021; Le ve ark., 2021 Orhan ve ark., 2021). Kişilerin pandeminin olumsuz etkilerine tepkisini hafifletebilecek, önceki travma öyküsü gibi faktörlerden kaynaklı olabilmektedir. Psikiyatrik olmayan popülasyonda olan kişilerle yapılan son çalışmalar, erken yaşamdaki olumsuzlukların, COVID ile ilgili olumsuzluklara daha fazla maruz kalmanın yanı sıra daha yüksek stres, anksiyete, depresif semptomlar, TSSB semptomları ile ilişkili olduğunu göstermiştir. Çocukluk çağı travmasına maruz kalma, psikotik bir bozukluk geliştirmek için güçlü bir risk faktörüdür ve çalışmalar, kümülatif çocukluk çağı olumsuzlukları ile günlük stresörlerin etkisini güçlendirdiği gösterildiğinden, önceki travmaya maruz kalmanın kişileri pandeminin zararlı psikiyatrik ve psikososyal etkilerine karşı özellikle duyarlı hale getirmesi mümkündür (Karantonis ve ark., 2021; Le ve ark., 2021 Orhan ve ark., 2021).

Stresli olaylar, bireyleri başta depresyon olmak üzere psikiyatrik bozukluklara yatkın hale getirebilen güçlü olumsuz çevresel faktörlerdir (Kendler ve ark., 1999; Yang ve ark., 2015). Ayrıca araştırmalar, bir salgın sırasında halkın kaygı ve depresyon belirtileri gibi olumsuz duygusal tepkiler yaşadığını göstermiştir (Liao ve ark., 2014). Bu yüzden, COVID 19 pandemi sürecinin bireylerin ruhsal belirtileri açısından önemli bir tetikleyici olması tutarlı bir durum olarak değerlendirilebilir. Bu araştırmada da elde edilen bulguların, Türkiye’de COVID 19 pandemi sürecinde

bireylerin ruhsal belirtilerinin önceki yaşantılarıyla ilişkilendirilebildiği ve salgın sürecinin burada rolü olabileceğini göstermiştir. Ayrıca, bu araştırmada elde edilen sonuçlar, bireylerin pozitif psikolojik kaynaklarının COVID 19 pandemi sürecinin etkilerine karşı koruyucu bir işlevi olabileceği anlaşılmaktadır.

Katılımcıların yaşı ile depresyon, anksiyete ve stres puanları arasında negatif yönlü ve anlamlı ilişki bulunmuştur. Ayrıca, katılımcıların fiziksel ihmal puanları ile yaş arasında pozitif yönlü ve anlamlı ilişki saptanmıştır. Algılanan sosyal destek boyutları arasındaki aileden algılanan sosyal destek puanları yaş ile pozitif yönlü ve anlamlı ilişkili bulunmuştur.

COVID-19'un ruh sağlığı üzerindeki etkisini araştıran çalışmaların çoğunda önceden ruhsal bir sıkıntı yaşamış bireylerin risk grubunda olduğu belirtilmiştir (Kisely ve ark., 2020). ABD'de yapılan çalışmada COVID-19'un önceden ruhsal rahatsızlık yaşamamış kişiler üzerindeki etkisi araştırılmıştır ve risk faktörleri ve koruyucu faktörler belirlenmiştir (Holingue ve ark., 2020). Araştırma bulguları doğrultusunda, risk faktörleri arasında kadın olmak, hiç evlenmemiş olmak, boşanmış veya ayrılmış olmak, internette koronavirüs bilgisi aramak, koronavirüs hakkında paylaşımda bulunmak için sosyal medyayı kullanmak, koronavirüsün kişisel yaşamda büyük değişikliklere neden olduğunu veya bunun kendi kişisel sağlıkları için küçük veya büyük bir tehdit olduğunu bildirmek yer almıştır. Ek olarak, hanede maaş kesintisi veya azaltılmış çalışma saatleri olan birinin olması, koronavirüsün ABD ekonomisi için küçük veya büyük bir tehdit ve kişisel finans için büyük bir tehdit olduğuna dair algılar da psikolojik sıkıntı için bir risk faktörü olarak belirlenmiştir. Buna karşılık, 50 yaşından büyük olmak, Latin Amerika kökenli olmak veya başka bir etnisite/ırka sahip olmak, yıllık gelirin 50 bin dolardan fazla olması ve pandemiden önce haftada en az bir kere dini ritüele katılmak psikolojik sıkıntı için koruyucu faktörler olarak bulunmuştur.

COVID 19 pandemisi ile enfeksiyonun doğrudan etkilerinin ötesinde, pandemiden kaynaklanan psikososyal ve çevresel stresin, bireylerde psikolojik ve duygusal iyiliğini olumsuz etkilemesi söz konusu olmuştur. Öte yandan, daha önce ruh

sağlığı sorunları olan bireylerin de COVID 19 pandemisiyle birlikte belirtilerinin kötüleştiği gözlenmiştir. Şimdiye kadar yapılan araştırmalar, ruh sağlığı sorunu olan bireylerin başa çıkma zorluğuna ve COVID-19 ile ilgili stres, kaygı, depresyon, yalnızlık ve psikotik deneyimlerin daha fazla olduğu bulunmuştur (Iasevoli ve ark., 2021; Pinkham ve ark., 2021; Wang ve ark., 2021).



SONUÇ

Araştırmada elde edilen bulgulara göre,

- Araştırmaya katılan 252 kişi bulunmaktadır. Katılımcıların yaş aralığı 18 ile 69 arasındadır.
- Araştırmaya katılanlara cinsiyet, çalışma durumu, eğitim düzeyi, gelir düzeyi ve COVID 19 pandemi süreciyle ilgili kişisel sorular yöneltilmiştir. Katılımcıların kişisel bilgileri bakımından depresyon, anksiyete, stres, çocukluk çağı travmaları, algılanan sosyal destek düzeyi ve COVID 19 psikolojik sıkıntısının farklılıkları incelenmiştir. Ayrıca, COVID 19 psikolojik sıkıntısı, psikolojik belirtiler olarak nitelendirilebilecek depresyon, anksiyete ve stres puanları; çocukluk çağı travmaları ve algılanan sosyal destek düzeyleri arasındaki ilişki incelenmiştir.
- Cinsiyet değişkenine göre, kadınların anksiyete puanları erkeklerden anlamlı düzeyde daha yüksektir. Ayrıca, kadınların duygusal ve cinsel istismar alt boyut puanları erkeklere kıyasla anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Algılanan sosyal destek alt boyutlarından, özel birinden algılanan sosyal destek boyutu, erkeklere kıyasla kadınlarda anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur. COVID 19 psikolojik sıkıntısı puanları cinsiyete göre anlamlı farklılık göstermemektedir.
- Çalışma durumu incelendiğinde, COVID 19 psikolojik sıkıntısı, psikolojik belirtiler ve çocukluk çağı travmaları boyutları çalışma durumu bakımından anlamlı farklılık göstermemektedir. Öte yandan, özel birinden algılanan sosyal destek puanları çalışan katılımcılarda anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur.
- Eğitim düzeyi bakımından katılımcıların COVID 19 psikolojik sıkıntısı, psikolojik belirtiler ve çocukluk çağı travmaları boyutlarındaki puanlarında anlamlı farklılık saptanmamıştır. Ayrıca, algılanan sosyal destek boyutlarından, özel bir insandan algılanan sosyal destek puanlarının lisansüstü mezunu katılımcılarda anlamlı düzeyde en yüksek olduğu saptanmıştır.

- Gelir düzeyine göre, katılımcıların COVID 19 psikolojik sıkıntısı ve çocukluk çağı travmaları alt boyutlarında anlamlı farklılık saptanmamıştır. Öte yandan, düşük gelir düzeyinde olduklarını bildiren katılımcıların depresyon, anksiyete ve stres puanları anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur. Ayrıca, yüksek gelir düzeyinde olduklarını bildiren katılımcıların aileden algıladıkları sosyal destek puanları anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur.
- COVID 19 öyküsü bulunan katılımcıların çocukluk çağı travmaları cinsel istismar alt boyutu anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur.
- Birinci derece yakınının COVID 19 tanısı almış olması değişkeni bakımından, katılımcıların depresyon ve anksiyete puanları anlamlı düzeyde daha yüksek; COVID 19 psikolojik sıkıntısı puanları ise anlamlı düzeyde en düşük bulunmuştur.
- COVID 19 sebebiyle yakınıni kaybetmiş olma değişkeni bakımından, katılımcıların anksiyete puanları, yakınıni COVID 19 sebebiyle kaybettiğini belirten katılımcılarda anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur.
- COVID 19 psikolojik sıkıntısı, psikolojik belirtiler, çocukluk çağı travmaları ve algılanan sosyal destek düzeyi arasındaki ilişki incelendiğinde, katılımcıların COVID 19 psikolojik sıkıntısı puanları ile duygusal ihmal ve istismar puanları arasında pozitif yönlü ve anlamlı ilişki saptanmıştır. Algılanan sosyal destek ve psikolojik belirtiler boyutlarının puanları ile COVID 19 psikolojik sıkıntısı puanları arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır.
- Katılımcıların yaşı ile depresyon, anksiyete ve stres puanları arasında negatif yönlü ve anlamlı ilişki bulunmuştur. Ayrıca, katılımcıların fiziksel ihmal puanları ile yaş arasında pozitif yönlü ve anlamlı ilişki saptanmıştır. Algılanan sosyal destek boyutları arasındaki aileden algılanan sosyal destek puanları yaş ile pozitif yönlü ve anlamlı ilişkili bulunmuştur.

ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI

Araştırmada elde edilen bulgulara ek olarak, ileri araştırmalarda da dikkate alınabileceği düşünülen sınırlılıkların olduğu görülmektedir. İlk olarak, araştırmanın örnekleminin evrenin genellenebilirliği açısından sınırlı olabileceği düşünülmektedir. İkinci olarak, COVID 19 pandemisi sebebiyle çevrimiçi anketlerin kullanılmasının araştırmanın yöntem açısından sınırlandırdığı düşünülmektedir. Üçüncü olarak, soru formlarının uzun oluşunun katılımcıların anketi sürdürmeleri açısından sınırlılık oluşturabileceği düşünülmektedir. Ayrıca, sosyo-demografik değişkenler açısından bakıldığında, eğitim düzeyi, cinsiyet ve gelir düzeyi değişkenlerinin dağılımlarının homojen olmamasının yapılan karşılaştırmalar açısından sınırlılık oluşturabileceği tahmin edilmektedir. Bu yüzden, aşağıdaki bölümde, gelecekteki araştırmalar için öneriler sunulmuştur.

GELECEKTEKİ ÇALIŞMALAR İÇİN ÖNERİLER

Araştırmada elde edilen bulgular doğrultusunda, COVID 19 psikolojik sıkıntısı ile psikolojik belirtiler, çocukluk çağı travmaları ve algılanan sosyal destek düzeyi arasında kısmi ve anlamlı ilişkiler saptanmıştır. Araştırma bulgularının ileride yapılacak araştırmalar ve küresel anlamda ciddi bir halk sağlığı sorunu olarak kabul edilen COVID 19 pandemi sürecinde geliştirilecek uygulamalara katkı sunması beklenmektedir. İlerleyen dönemlerde yapılabilecek araştırmalara ilişkin, psikolojik belirtiler arasında somatizasyon düzeyinin değerlendirilmesi kişilerin bedensel yakınmalarının düzeyini incelemek açısından önemli sonuçlar sunabileceği düşünülmektedir. COVID 19 pandemi etkileri devam ederken, araştırmacıların aynı örnekleme çalışmalarını belirli zaman aralıklarında tekrarlayıp güncel durumu değerlendirebilecekleri düşünülmektedir. Araştırmacılar için diğer bir öneri ise, katılımcıların sayısının artırılmasıyla sonuçların genellenebilirliğini ve temsil gücünü arttırmalarıdır. Uygulayıcılar içinse, COVID 19 pandemi sürecinde yeni medyanın etkisinin büyük olması sebebiyle bilgilendirici paylaşımlara önem vermeleri önerilmektedir. Bu durumun gerekçesiye, insanların bilgi edindikleri dijital platformlar ve sosyal medya

uygulamalarının psikolojik ve duygusal işlevselliğine katkı sağlaması ihtimali olarak düşünülebilir.



KAYNAKÇA

- Akın, A., & Çetin, B. (2007). Depresyon anksiyete stres ölçeği (DASÖ): Geçerlik ve güvenirlik çalışması.
- American Psychiatric Association. (2020). What Is Depression. <https://www.psychiatry.org/patients-families/depression/what-is-depression>
- American Psychological Association. (2022). APA Dictionary of Psychology. <https://dictionary.apa.org/symptom>
- Amerikan Psikiyatri Birliği, Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, Beşinci Baskı (DSM-V), Tanı Ölçütleri Başvuru Elkitabı'ndan çev. Köroğlu E, Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 2013, s. 92-93.
- Anber, T., Akar, T., & Altun, F. (2021). Depresyon ve Toplum Ruh Sağlığı. *Turkey Health Literacy Journal*, 2(2), 99-103.
- Aneshensel, C. S., & Frerichs, R. R. (1982). Stress, support, and depression: A longitudinal causal model. *Journal of Community Psychology*, 10(4), 363-376.
- Aydın, P. Ç. (2017). Kaygı ve endişe. *Türkiye Klinikleri Psikiyatri-Özel Konular*, 10(4), 228-236.
- Ay, T., Oruç, D., & Özdoğru, A. A. (2022). Adaptation and evaluation of COVID-19 related Psychological Distress Scale Turkish form. *Death Studies*, 46(3), 560-568.
- Aysan, A.F., Balcı, E., Karagöl, E.T., Kılıç, E., Gültekin, F., Şahin, F. (2020). COVID-19 pandemi değerlendirme raporu. Türkiye Bilimler Akademisi Yayınları.
- Bahri, L., Dehghan Menshadi, M., & Dehghan Manshadi, Z. (2014). Investigate the predictive role of resilience and social support on the mental health of parents of blind children and deaf. *Exceptional education*, 14(1), 5-12.
- Bali, S., Stewart, K. A., & Pate, M. A. (2016). Long shadow of fear in an epidemic: fearonomic effects of Ebola on the private sector in Nigeria. *BMJ global health*, 1(3), e000111.
- Beck, A. T. (2002). Cognitive models of depression. *Clinical advances in cognitive*

psychotherapy: Theory and application, 14(1), 29-61.

- Berkman, L. F., & Syme, S. L. (1979). Social networks, host resistance, and mortality: a nine-year follow-up study of Alameda County residents. *American journal of Epidemiology*, 109(2), 186-204.
- Bernard, C. (1957). An introduction to the study of experimental medicine (Vol. 400). Courier Corporation.
- Bernstein, D. P., Stein, J. A., Newcomb, M. D., Walker, E., Pogge, D., Ahluvalia, T., ... & Zule, W. (2003). Development and validation of a brief screening version of the Childhood Trauma Questionnaire. *Child abuse & neglect*, 27(2), 169-190.
- Bernstein, D. P., Fink, L., Handelsman, L., & Foote, J. (1994). Childhood Trauma Questionnaire (CTQ)[Database record]. APA PsycTests.
- Billings, A. G., & Moos, R. H. (1982). Stressful life events and symptoms: A longitudinal model. *Health psychology*, 1(2), 99.
- Blazer, D. G. (1982). Social support and mortality in an elderly community population. *American journal of epidemiology*, 115(5), 684-694.
- Bourion-Bédès, S., Tarquinio, C., Batt, M., Tarquinio, P., Lebreuilly, R., Sorsana, C., ... & Baumann, C. (2021). Stress and associated factors among French university students under the COVID-19 lockdown: The results of the PIMS-CoV 19 study. *Journal of affective disorders*, 283, 108-114.
- Brooks, S. K., Webster, R. K., Smith, L. E., Woodland, L., Wessely, S., Greenberg, N., & Rubin, G. J. (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *The lancet*, 395(10227), 912-920.
- Brown, G. R., McBride, L., Bauer, M. S., Williford, W. O., & Cooperative Studies Program 430 Study Team. (2005). Impact of childhood abuse on the course of bipolar disorder: a replication study in US veterans. *Journal of affective disorders*, 89(1-3), 57-67.
- Brown, G. W., & Harris, T. (1978). Social origins of depression Free Press. *London, UK*.

- Brunson, K. L., Avishai-Eliner, S., Hatalski, C. G., & Baram, T. Z. (2001). Neurobiology of the stress response early in life: evolution of a concept and the role of corticotropin releasing hormone. *Molecular psychiatry*, 6(6), 647–656. <https://doi.org/10.1038/sj.mp.4000942>
- Burgess, E. W., McKenzie, R. D., & Park, R. E. (1926). The city. American sociological society.
- Buunk, B. P., & Schaufeli, W. B. (1999). Reciprocity in interpersonal relationships: An evolutionary perspective on its importance for health and well-being. *European review of social psychology*, 10(1), 259-291.
- Cannon, W. B. (1929). *Bodily changes in pain, hunger, fear and rage*. Appleton.
- Cannon, W. B. (1939). The wisdom of the body.
- Cao, W., Fang, Z., Hou, G., Han, M., Xu, X., Dong, J., & Zheng, J. (2020). The psychological impact of the COVID-19 epidemic on college students in China. *Psychiatry research*, 287, 112934.
- Carrion, V. G., Weems, C. F., Ray, R., & Reiss, A. L. (2002). Toward an empirical definition of pediatric PTSD: The phenomenology of PTSD symptoms in youth. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 41(2), 166-173.
- Carveth, D. L. (2021). The psychoanalytic theory of anxiety and defense. *Metalepsis: Journal of the American Board and Academy of Psychoanalysis*, 1(1), 12-24.
- Cattell, R. B., & Scheier, I. H. (1958). The nature of anxiety: A review of thirteen multivariate analyses comprising 814 variables. *Psychological Reports*, 4(3), 351-388E.
- Cattell, R. B., & Scheier, I. H. (1961). The meaning and measurement of neuroticism and anxiety.
- Chapman, D. P., Whitfield, C. L., Felitti, V. J., Dube, S. R., Edwards, V. J., & Anda, R. F. (2004). Adverse childhood experiences and the risk of depressive disorders in adulthood. *Journal of affective disorders*, 82(2), 217-225.
- Chapman, D. P., Dube, S. R., & Anda, R. F. (2007). Adverse childhood events as risk factors for negative mental health outcomes. *Psychiatric*

Annals, 37(5), 359.

Cohen, S., Gottlieb, B. H., & Underwood, L. G. (2001). Social relationships and health: challenges for measurement and intervention. *Advances in mind-body medicine*.

Cohen, S. E., & Syme, S. I. (1985). *Social support and health*. Academic Press.

Cohen, S., & Wills, T. A. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological bulletin*, 98(2), 310.

Compton, A. (1972). A study of the psychoanalytic theory of anxiety. I. The development of Freud's theory of anxiety. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 20(1), 3-44.

Copeland, W. E., Keeler, G., Angold, A., & Costello, E. J. (2007). Traumatic events and posttraumatic stress in childhood. *Archives of general psychiatry*, 64(5), 577-584.

Coyne, J. C., & Downey, G. (1991). Social factors and psychopathology: Stress, social support, and coping processes. *Annual review of psychology*, 42(1), 401-425.

Daly, M., Sutin, A. R., & Robinson, E. (2020). Longitudinal changes in mental health and the COVID-19 pandemic: evidence from the UK Household Longitudinal Study. *Psychological medicine*, 1–10. Advance online publication. <https://doi.org/10.1017/S0033291720004432>

Davidson, R. J., Sherer, K. R., & Goldsmith, H. H. (Eds.). (2009). *Handbook of affective sciences*. Oxford University Press.

De Bellis, M. D., & Zisk, A. (2014). The biological effects of childhood trauma. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics*, 23(2), 185-222.

Dobson, K. S. (1985). An analysis of anxiety and depression scales. *Journal of Personality Assessment*, 49(5), 522-527.

Dobson, K. S. (1985b). The relationship between anxiety and depression. *Clinical Psychology Review*, 5(4), 307-324.

Doğan, O. (1995). Gülmez H, Ketenoğlu C, Kılıçkap Z, Özbek H, Akyüz G ve ark. *Ruhsal Bozuklukların Epidemiyolojisi. Sivas, Dilek Matbaası*, 74-85.

- Donnelly, R., & Farina, M. P. (2021). How do state policies shape experiences of household income shocks and mental health during the COVID-19 pandemic?. *Social science & medicine* (1982), 269, 113557. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2020.113557>
- Durkheim, E. (1897). 1930 Le suicide: étude de sociologie, new edition, Paris: Alcan; 1952 Suicide, tr. J. Spaulding and G. Simpson.
- Durkheim, E. (1951). *Suicide* Free Press: New York.
- Eker, D., Arkar, H., & YALDIZ, H. (2001). Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği'nin gözden geçirilmiş formunun faktör yapısı, geçerlik ve güvenirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 12(1), 17-25.
- Endler, N. S. (1982). Interactionism: a personality model, but not yet a theory. In *Nebraska symposium on motivation*. University of Nebraska Press.
- Endler, N. S., & Magnusson, D. (1976). Toward an interactional psychology of personality. *Psychological bulletin*, 83(5), 956.
- Endler, N. S., & Okada, M. (1975). A multidimensional measure of trait anxiety: The SR Inventory of General Trait Anxiousness. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 43(3), 319.
- Endler, N. S., & Parker, J. D. (1990). Stress and anxiety: Conceptual and assessment issues. *Stress medicine*, 6(3), 243-248.
- Endler, N. S., & Shedletsky, R. (1973). Trait versus state anxiety, authoritarianism and ego threat versus physical threat. *Canadian Journal of Behavioural Science/Revue canadienne des sciences du comportement*, 5(4), 347.
- Endler, N. S., Hunt, J. M. C. V., & Rosenstein, A. J. (1962). An SR inventory of anxiousness. *Psychological Monographs: General and Applied*, 76(17), 1.
- Engin, M., Demirel, A., Engin, E. Z., & Fedakar, M. (2005). Recent developments and trends in biomedical sensors. *Measurement*, 37(2), 173-188.
- Feng, L. S., Dong, Z. J., Yan, R. Y., Wu, X. Q., Zhang, L., Ma, J., & Zeng, Y. (2020). Psychological distress in the shadow of the COVID-19 pandemic: Preliminary development of an assessment scale. *Psychiatry Research*, 291, 113202.

- Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1985). If it changes it must be a process: study of emotion and coping during three stages of a college examination. *Journal of personality and social psychology*, 48(1), 150.
- Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1988). *Manual for the ways of coping questionnaire*. Consulting Psychologists Press.
- Ford, J. D., Stockton, P., Kaltman, S., & Green, B. L. (2006). Disorders of extreme stress (DESNOS) symptoms are associated with type and severity of interpersonal trauma exposure in a sample of healthy young women. *Journal of interpersonal violence*, 21(11), 1399-1416.
- Freud, S. (1920). *A general introduction to psychoanalysis*. Boni and Liveright.
- Freud, S. (1926). *Hemmung, symptom und angst*. Internationaler Psychoanalytischer Verlag.
- Freud, S. (1957). Mourning and melancholia. In *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud, Volume XIV (1914-1916): On the History of the Psycho-Analytic Movement, Papers on Metapsychology and Other Works* (pp. 237-258).
- Geçtan, E. (2006). *Psikodinamik psikiyatri ve normaldışı davranışlar*. Metis Yayınları.
- Geirdal, A. Ø., Ruffolo, M., Leung, J., Thygesen, H., Price, D., Bonsaksen, T., & Schoultz, M. (2021). Mental health, quality of life, wellbeing, loneliness and use of social media in a time of social distancing during the COVID-19 outbreak. A cross-country comparative study. *Journal of mental health (Abingdon, England)*, 30(2), 148–155. <https://doi.org/10.1080/09638237.2021.1875413>
- Gloster, A. T., Lamnisos, D., Lubenko, J., Presti, G., Squatrito, V., Constantinou, M., Nicolaou, C., Papacostas, S., Aydın, G., Chong, Y. Y., Chien, W. T., Cheng, H. Y., Ruiz, F. J., Garcia-Martin, M. B., Obando-Posada, D. P., Segura-Vargas, M. A., Vasiliou, V. S., McHugh, L., Höfer, S., Baban, A., ... Karekla, M. (2020). Impact of COVID-19 pandemic on mental health: An international study. *PloS one*, 15(12), e0244809. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0244809>

- Goldstein, D. S., & Kopin, I. J. (2007). Evolution of concepts of stress. *Stress, 10*(2), 109-120.
- Goldstein, D. S., & McEwen, B. (2002). Allostasis, homeostats, and the nature of stress. *Stress, 5*(1), 55-58.
- Gotlib, I. H. (1984). Depression and general psychopathology in university students. *Journal of abnormal psychology, 93*(1), 19.
- Gotlib, I. H., & Cane, D. B. (1989). Self-report assessment of depression and anxiety.
- Gottlieb, B. H., & Bergen, A. E. (2010). Social support concepts and measures. *Journal of psychosomatic research, 69*(5), 511-520.
- Grey, I., Arora, T., Thomas, J., Saneh, A., Tohme, P., & Abi-Habib, R. (2020). The role of perceived social support on depression and sleep during the COVID-19 pandemic. *Psychiatry research, 293*, 113452.
- Gunderson, J. G., & Chu, J. A. (1993). Treatment implications of past trauma in borderline personality disorder. *Harvard Review of Psychiatry, 1*(2), 75-81.
- Haberthür, A. K., Elkuch, F. M., Grosse Holtforth, M., Hochstrasser, B., & Soyka, M. (2009). Characterization of patients discharged from inpatient treatment for burnout: use of psychological characteristics to identify aftercare needs. *Journal of clinical psychology, 65*(10), 1039-1055.
- Hammen, C. (2005). Stress and depression. *Annu. Rev. Clin. Psychol., 1*, 293-319.
- Harandi, T. F., Taghinasab, M. M., & Nayeri, T. D. (2017). The correlation of social support with mental health: A meta-analysis. *Electronic physician, 9*(9), 5212.
- Heim, C., Newport, D. J., Heit, S., Graham, Y. P., Wilcox, M., Bonsall, R., ... & Nemeroff, C. B. (2000). Pituitary-adrenal and autonomic responses to stress in women after sexual and physical abuse in childhood. *Jama, 284*(5), 592-597.
- Henderson, S., Byrne, D. G., & Duncan-Jones, P. (1981). Neurosis and the social environment Academic Press. Sydney New York London Toronto San Francisco.

- Hofer, M. A., Wolff, C. T., Friedman, S. B., & Mason, J. W. (1972). A psychoendocrine study of bereavement: I. 17-hydroxycorticosteroid excretion rates of parents following death of their children from leukemia. *Psychosomatic Medicine*.
- Holahan, C. J., & Moos, R. H. (1981). Social support and psychological distress: A longitudinal analysis. *Journal of abnormal psychology*, 90(4), 365.
- Holingue, C., Badillo-Goicoechea, E., Riehm, K. E., Veldhuis, C. B., Thrul, J., Johnson, R. M., ... & Kalb, L. G. (2020). Mental distress during the COVID-19 pandemic among US adults without a pre-existing mental health condition: findings from American trend panel survey. *Preventive medicine*, 139, 106231.
- House, J. S., Robbins, C., & Metzner, H. L. (1982). The association of social relationships and activities with mortality: Prospective evidence from the Tecumseh Community Health Study. *American journal of epidemiology*, 116(1), 123-140.
- Iasevoli, F., Fornaro, M., D'Urso, G., Galletta, D., Casella, C., Paternoster, M., Buccelli, C., de Bartolomeis, A., & COVID-19 in Psychiatry Study Group (2021). Psychological distress in patients with serious mental illness during the COVID-19 outbreak and one-month mass quarantine in Italy. *Psychological medicine*, 51(6), 1054–1056. <https://doi.org/10.1017/S0033291720001841>
- Isik, E., Isik, U., & Isik Taner, Y. (2013). Çocuk, Ergen, Eriskin ve Yaslılarda Depresif ve Bipolar Bozukluklar. *Ankara, Rotatip Kitapevi*.
- Johal S. S. (2009). Psychosocial impacts of quarantine during disease outbreaks and interventions that may help to relieve strain. *The New Zealand medical journal*, 122(1296), 47–52.
- Karantonis, J. A., Rossell, S. L., Berk, M., & Van Rheenen, T. E. (2021). The mental health and lifestyle impacts of COVID-19 on bipolar disorder. *Journal of affective disorders*, 282, 442–447. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.12.186>
- Kemeny, M. E. (2003). The psychobiology of stress. Current directions in

- psychological science, 12(4), 124-129.
- Kendler, K. S., Karkowski, L. M., & Prescott, C. A. (1998). Stressful life events and major depression: risk period, long-term contextual threat, and diagnostic specificity. *The Journal of nervous and mental disease*, 186(11), 661-669.
- Kendler, K. S., Karkowski, L. M., & Prescott, C. A. (1999). Causal relationship between stressful life events and the onset of major depression. *The American journal of psychiatry*, 156(6), 837-841. <https://doi.org/10.1176/ajp.156.6.837>
- Khademian, F., Delavari, S., Koohjani, Z., & Khademian, Z. (2021). An investigation of depression, anxiety, and stress and its relating factors during COVID-19 pandemic in Iran. *BMC public health*, 21(1), 1-7.
- Kim, A. W., Nyengerai, T., & Mendenhall, E. (2020). Evaluating the mental health impacts of the COVID-19 pandemic: Perceived risk of COVID-19 infection and childhood trauma predict adult depressive symptoms in urban South Africa. *Psychological Medicine*, 1-13.
- Kisely, S., Warren, N., McMahon, L., Dalais, C., Henry, I., & Siskind, D. (2020). Occurrence, prevention, and management of the psychological effects of emerging virus outbreaks on healthcare workers: rapid review and meta-analysis. *bmj*, 369.
- Klein, M. (1994). 9. Mourning and Its Relation to Manic-Depressive States. *Essential Papers on Object Loss*, 1, 95.
- Lacan, J. (2002). The signification of the phallus. B. Fink, trans., in collaboration with H. Fink. *Ecrits: A selection*, 271-280.
- Lazarus, R. S. (1993). From psychological stress to the emotions: A history of changing outlooks. *Annual review of psychology*, 44(1), 1-22.
- Lazarus, R. S. (1993b). Coping theory and research: Past, present, and future. *Fifty years of the research and theory of RS Lazarus: An analysis of historical and perennial issues*, 366-388.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. Springer publishing company.

- Le, K., & Nguyen, M. (2021). The psychological burden of the COVID-19 pandemic severity. *Economics and human biology*, 41, 100979. <https://doi.org/10.1016/j.ehb.2021.100979>
- Leighton, S., & Dogra, N. (2009). Defining mental health and mental illness. *Nursing in Child & Adolescent Mental Health*, 1-18.
- Liao, Q., Cowling, B. J., Lam, W. W., Ng, D. M., & Fielding, R. (2014). Anxiety, worry and cognitive risk estimate in relation to protective behaviors during the 2009 influenza A/H1N1 pandemic in Hong Kong: ten cross-sectional surveys. *BMC infectious diseases*, 14, 169. <https://doi.org/10.1186/1471-2334-14-169>
- Lindauer, R. J., Olff, M., Van Meijel, E. P., Carlier, I. V., & Gersons, B. P. (2006). Cortisol, learning, memory, and attention in relation to smaller hippocampal volume in police officers with posttraumatic stress disorder. *Biological psychiatry*, 59(2), 171-177.
- Liu, T. B., Chen, X. Y., Miao, G. D., Zhang, L., Zhang, Q., & Cheung, T. (2003). Recommendations on diagnostic criteria and prevention of SARS-related mental disorders. *J Clin Psychol Med*, 13(3), 188-91.
- Lovibond, P. F., & Lovibond, S. H. (1995). The structure of negative emotional states: Comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behaviour research and therapy*, 33(3), 335-343.
- Luntz, B. K., & Widom, C. S. (1994). Antisocial personality disorder in abused and neglected children grown up. *The American journal of psychiatry*.
- Maslach, C., Schaufeli, W. B., & Leiter, M. P. (2001). Job burnout. *Annual review of psychology*, 52(1), 397-422.
- Maunder, R., Hunter, J., Vincent, L., Bennett, J., Peladeau, N., Leszcz, M., ... & Mazzulli, T. (2003). The immediate psychological and occupational impact of the 2003 SARS outbreak in a teaching hospital. *Cmaj*, 168(10), 1245-1251.
- McCauley, J., Kern, D. E., Kolodner, K., Dill, L., Schroeder, A. F., DeChant, H. K., ... & Bass, E. B. (1997). Clinical characteristics of women with a

- history of childhood abuse: unhealed wounds. *Jama*, 277(17), 1362-1368.
- McGonagle, K. A., & Kessler, R. C. (1990). Chronic stress, acute stress, and depressive symptoms. *American journal of community psychology*, 18(5), 681-706.
- McIntosh, E., Gillanders, D., & Rodgers, S. (2010). Rumination, goal linking, daily hassles and life events in major depression. *Clinical Psychology & Psychotherapy: An International Journal of Theory & Practice*, 17(1), 33-43.
- Montero-Marin, J., Prado-Abril, J., Piva Demarzo, M. M., Gascon, S., & García-Campayo, J. (2014). Coping with stress and types of burnout: explanatory power of different coping strategies. *PloS one*, 9(2), e89090.
- Nelson, E. C., Heath, A. C., Madden, P. A., Cooper, M. L., Dinwiddie, S. H., Bucholz, K. K., ... & Martin, N. G. (2002). Association between self-reported childhood sexual abuse and adverse psychosocial outcomes: results from a twin study. *Archives of general psychiatry*, 59(2), 139-145.
- Niedzwiedz, C. L., Green, M. J., Benzeval, M., Campbell, D., Craig, P., Demou, E., Leyland, A., Pearce, A., Thomson, R., Whitley, E., & Katikireddi, S. V. (2021). Mental health and health behaviours before and during the initial phase of the COVID-19 lockdown: longitudinal analyses of the UK Household Longitudinal Study. *Journal of epidemiology and community health*, 75(3), 224–231. <https://doi.org/10.1136/jech-2020-215060>
- O’Leary, A., Jalloh, M. F., & Neria, Y. (2018). Fear and culture: contextualising mental health impact of the 2014–2016 Ebola epidemic in West Africa.
- Orhan, M., Korten, N., Paans, N., de Walle, B., Kupka, R., van Oppen, P., Kok, A., Sonnenberg, C., Schouws, S., & Dols, A. (2021). Psychiatric symptoms during the COVID-19 outbreak in older adults with bipolar disorder. *International journal of geriatric psychiatry*, 36(6), 892–900.

<https://doi.org/10.1002/gps.5489>

- Paykel ES, Cooper Z. 1992. Life events and social stress. In Handbook of Affective Disorders, ed. ES Paykel, pp. 149–70. New York: Guilford
- Pinkham, A. E., Ackerman, R. A., Depp, C. A., Harvey, P. D., & Moore, R. C. (2021). COVID-19-related psychological distress and engagement in preventative behaviors among individuals with severe mental illnesses. *NPJ schizophrenia*, 7(1), 7. <https://doi.org/10.1038/s41537-021-00136-5>
- Piret, J., & Boivin, G. (2021). Pandemics Throughout History. *Frontiers in microbiology*, 11, 631736. <https://doi.org/10.3389/fmicb.2020.631736>
- Portes, A. (1998). SOCIAL CAPITAL: Its Origins and Applications in Modern Sociology. *Annual Review of Sociology*, 24(1), 1. <https://doi.org/10.1146/annurev.soc.24.1.1>
- Praissman, S. (2008). Mindfulness-based stress reduction: A literature review and clinician's guide. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 20(4), 212-216.
- Preti, E., Di Mattei, V., Perego, G., Ferrari, F., Mazzetti, M., Taranto, P., ... & Calati, R. (2020). The psychological impact of epidemic and pandemic outbreaks on healthcare workers: rapid review of the evidence. *Current psychiatry reports*, 22(8), 1-22.
- Procidano, M. E., & Heller, K. (1983). Measures of perceived social support from friends and from family: Three validation studies. *American journal of community psychology*, 11(1), 1-24.
- Qiu, W., Rutherford, S., Mao, A., & Chu, C. (2017). The pandemic and its impacts. *Health, culture and society*, 9, 1-11.
- Rihmer, Z., & Angst, J. (2007). Duygudurum Bozuklukları: Epidemiyoloji. *Aydın H, Bozkurt A, (çev. eds). Türkçe: Kaplan & Sadock's Comprehensive Text book of Psychiatry*, 8, 1575-1582.
- Ro, K. E. I., Tyssen, R., Hoffart, A., Sexton, H., Aasland, O. G., & Gude, T. (2010). A three-year cohort study of the relationships between coping, job stress and burnout after a counselling intervention for help-seeking

- physicians. *BMC Public Health*, 10(1), 1-13.
- Rowling, L., Martin, G. and Walker, L. (eds) (2002) *Mental Health Promotion and Young People: Concepts and Practice*. Roseville, NSW: McGraw-Hill Australia.
- Rubin, G. J., & Wessely, S. (2020). The psychological effects of quarantining a city. *BMJ (Clinical research ed.)*, 368, m313. <https://doi.org/10.1136/bmj.m313>
- Ryff, C. D., & Singer, B. (1998). The contours of positive human health. *Psychological inquiry*, 9(1), 1-28.
- Sallis, J. F., & Lichstein, K. L. (1983). Analysis and management of geriatric anxiety. *The International Journal of Aging and Human Development*, 15(3), 197-211.
- Sanches, P., Höök, K., Vaara, E., Weymann, C., Bylund, M., Ferreira, P., ... & Sjölander, M. (2010, August). Mind the body! Designing a mobile stress management application encouraging personal reflection. In *Proceedings of the 8th ACM conference on designing interactive systems* (pp. 47-56).
- Sarason, I. G. (1975). Test anxiety and the self-disclosing coping model. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 43(2), 148
- Selye, H. (1956). *The stress of life*. McGraw-Hill.
- Sharifabad, M., & Rouhani Tonekaboni, N. Social support and Self-care Behaviors in Diabetic Patients Referring to Yazd Diabetes Research Center. *Tabib Shargh* 2008; 9 (4). 59. Khabaz M, Behjatiz Z, Naseri M. The Relationship between Social Support and Coping Styles in Adolescent Boys. *Journal of Applied Psychology* 2011, (4).
- Shigemura, J., Ursano, R. J., Morganstein, J. C., Kurosawa, M., & Benedek, D. M. (2020). Public responses to the novel 2019 coronavirus (2019-nCoV) in Japan: Mental health consequences and target populations. *Psychiatry and clinical neurosciences*, 74(4), 281–282. <https://doi.org/10.1111/pcn.12988>
- Shoja, M., Rimaz S. H., Asadi-Lari, M., Bagheri Yazdi, A., Gohari, M. R. (2013).

- Evaluation of mental health and its relationship with social capital seniors. *Journal of monitoring*, 12(4): 345-53.
- Shreffler, K. M., Joachims, C. N., Tiemeyer, S., Simmons, W. K., Teague, T. K., & Hays-Grudo, J. (2021). Childhood Adversity and Perceived Distress from the COVID-19 Pandemic. *Adversity and resilience science*, 1–4. Advance online publication. <https://doi.org/10.1007/s42844-021-00030-0>
- Shultz, J. M., Cooper, J. L., Baingana, F., Oquendo, M. A., Espinel, Z., Althouse, B. M., ... & Rechkemmer, A. (2016). The role of fear-related behaviors in the 2013–2016 West Africa Ebola virus disease outbreak. *Current psychiatry reports*, 18(11), 1-14.
- Somma, A., Krueger, R. F., Markon, K. E., Gialdi, G., Colanino, M., Ferlito, D., ... & Fossati, A. (2021). A longitudinal study on clinically relevant self-reported depression, anxiety and acute stress features among Italian community-dwelling adults during the COVID-19 related lockdown: Evidence of a predictive role for baseline dysfunctional personality dimensions. *Journal of affective disorders*, 282, 364-371.
- Spielberger, C. D. (1972). Anxiety as an emotional state. *Anxiety-Current trends and theory*, 3-20.
- Szkody, E., Stearns, M., Stanhope, L., & McKinney, C. (2021). Stress-buffering role of social support during COVID-19. *Family process*, 60(3), 1002-1015.
- Şar, V., Öztürk, E., & İkikardeş, E. (2012). Validity and reliability of the Turkish version of childhood trauma questionnaire. *Turkiye Klinikleri Tıp Bilimleri Dergisi*, 32(4).
- Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S. (2011). Multivariate Analysis of Variance (MANOVA). *International encyclopedia of statistical science*, 13, 902-904.
- Teicher, M. H., Samson, J. A., Polcari, A., & McGreenery, C. E. (2006). Sticks, stones, and hurtful words: relative effects of various forms of childhood maltreatment. *American journal of psychiatry*, 163(6), 993-1000.

- Tennant, C. (2002). Life events, stress and depression: a review of recent findings. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 36(2), 173-182.
- Terr, L. C. (1995). Childhood traumas. *Psychotraumatology*, 301-320.
- Thapar, A., Collishaw, S., Pine, D. S., & Thapar, A. K. (2012). Depression in adolescence. *The Lancet*, 379(9820), 1056-1067.
- The World Bank. (2021, December 7). GDP (Current US\$). <https://data.worldbank.org/indicator/NY.GDP.MKTP.CD?end=2020&start=2016>
- Thomas, W. I., & Znaniecki, F. (1996). *The Polish peasant in Europe and America: A classic work in immigration history*. University of Illinois Press.
- Turner, R. J. (1981). Social support as a contingency in psychological well-being. *Journal of Health and Social Behavior*, 357-367.
- Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı. (2021, 7 Aralık). T.C. Sağlık Bakanlığı COVID-19 Tablosu. <https://covid19.saglik.gov.tr/>
- Uzbay, İ. T. (2002). Anksiyetenin nörobiyolojisi. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 5(1), 5-13.
- Van der Kolk, B. A. (1987). Psychological trauma. Washington, DC: American Psychiatric Association Press.
- Vindegaard, N., & Benros, M. E. (2020). COVID-19 pandemic and mental health consequences: Systematic review of the current evidence. *Brain, behavior, and immunity*, 89, 531–542. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.05.048>
- Wallace, S. L., Lee, J., & Lee, S. M. (2010). Job stress, coping strategies, and burnout among abuse-specific counselors. *Journal of Employment Counseling*, 47(3), 111-122.
- Wallston, B. S., Alagna, S. W., DeVellis, B. M., & DeVellis, R. F. (1983). Social support and physical health. *Health psychology*, 2(4), 367.
- Wang, C., Pan, R., Wan, X., Tan, Y., Xu, L., McIntyre, R. S., Choo, F. N., Tran, B., Ho, R., Sharma, V. K., & Ho, C. (2020). A longitudinal study on the mental health of general population during the COVID-19 epidemic in

- China. *Brain, behavior, and immunity*, 87, 40–48.
<https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.04.028>
- Wang, Q., Xu, R., & Volkow, N. D. (2021). Increased risk of COVID-19 infection and mortality in people with mental disorders: analysis from electronic health records in the United States. *World psychiatry : official journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 20(1), 124–130.
<https://doi.org/10.1002/wps.20806>
- Wells, K. B., Stewart, A., Hays, R. D., Burnam, M. A., Rogers, W., Daniels, M., ... & Ware, J. (1989). The functioning and well-being of depressed patients: results from the Medical Outcomes Study. *Jama*, 262(7), 914–919.
- Weinberger, D. A., Schwartz, G. E., & Davidson, R. J. (1979). Low-anxious, high-anxious, and repressive coping styles: psychometric patterns and behavioral and physiological responses to stress. *Journal of abnormal psychology*, 88(4), 369.
- WHO. (2011). Comparative Analysis of National Pandemic Influenza Preparedness Plans.pdf.
https://www.who.int/influenza/resources/documents/comparative_analysis_php_2011_en.pdf
- Widom, C. S. (1999). Posttraumatic stress disorder in abused and neglected children grown up. *American journal of psychiatry*, 156(8), 1223–1229.
- Widom, C. S., DuMont, K., & Czaja, S. J. (2007). A prospective investigation of major depressive disorder and comorbidity in abused and neglected children grown up. *Archives of general psychiatry*, 64(1), 49–56.
- Williams, A. W., Ware Jr, J. E., & Donald, C. A. (1981). A model of mental health, life events, and social supports applicable to general populations. *Journal of health and Social Behavior*, 324–336.
- World Health Organization. (2004). *Promoting mental health: Concepts, emerging evidence, practice: Summary report*. World Health Organization.
- World Health Organization. (2021). Comprehensive mental health action plan 2013–2030.

- World Health Organization. (2021). Coronavirus Disease (COVID-19).
https://www.who.int/health-topics/coronavirus#tab=tab_2
- Xiao, H., Zhang, Y., Kong, D., Li, S., & Yang, N. (2020). Social Capital and Sleep Quality in Individuals Who Self-Isolated for 14 Days During the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Outbreak in January 2020 in China. *Medical science monitor : international medical journal of experimental and clinical research*, 26, e923921.
<https://doi.org/10.12659/MSM.923921>
- Xiong, J., Lipsitz, O., Nasri, F., Lui, L., Gill, H., Phan, L., Chen-Li, D., Iacobucci, M., Ho, R., Majeed, A., & McIntyre, R. S. (2020). Impact of COVID-19 pandemic on mental health in the general population: A systematic review. *Journal of affective disorders*, 277, 55–64.
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.08.00>
- Yang, L., Zhao, Y., Wang, Y., Liu, L., Zhang, X., Li, B., & Cui, R. (2015). The Effects of Psychological Stress on Depression. *Current neuropharmacology*, 13(4), 494–504.
<https://doi.org/10.2174/1570159x1304150831150507>
- Zandifar, A., & Badrfam, R. (2020). Iranian mental health during the COVID-19 epidemic. *Asian Journal of Psychiatry*, 51.
<https://doi.org/10.1016/j.ajp.2020.101990>
- Zimet, G. D., Dahlem, N. W., Zimet, S. G., & Farley, G. K. (1988). The multidimensional scale of perceived social support. *Journal of personality assessment*, 52(1), 30-41.
- Zürcher, S. J., Kerkseick, P., Adamus, C., Burr, C. M., Lehmann, A. I., Huber, F. K., & Richter, D. (2020). Prevalence of Mental Health Problems During Virus Epidemics in the General Public, Health Care Workers and Survivors: A Rapid Review of the Evidence. *Frontiers in public health*, 8, 560389. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2020.560389>

EKLER

EK-1. BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

ÇALIŞMANIN BAŞLIĞI: COVID-19 PANDEMİSİNE BAĞLI STRES DÜZEYİ İLE RUHSAL BELİRTİLER ARASINDAKİ İLİŞKİYE ALGILANAN SOSYAL DESTEK VE ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARININ BU İLİŞKİYE ETKİSİNİN İNCELENMESİ

Bilgilendirilmiş Onam Formu

Bu araştırmaya katılmak tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Çalışmaya 18-69 yaşları arasındaki herkes katılabilir. Çalışmaya katılmamayı tercih edebilir veya anketi doldururken sonlandırabilirsiniz. Anket formunun üzerine adınızı ve soyadınızı kesinlikle yazmayınız. Bu anket ile toplanan bilgiler sadece bilimsel amaçlar için kullanılacak ve üçüncü şahıslarla herhangi bir amaçla kesinlikle paylaşılmayacaktır. Bu çalışmanın sonuçları başka insanların yararına kullanılabilir. Bu nedenle soruların tümüne doğru ve eksiksiz yanıt vermeniz büyük önem taşımaktadır. Araştırmada katılımcılara farklı ölçekler uygulanacaktır. Çalışmaya katılım araştırmacı ve katılımcının isteğine bağlıdır. Anketleri doldurmak için 15-20 dakikalık bir süre ayırmanız gerekmektedir ancak herhangi bir süre sınırlaması yoktur. Katılımcıya ait tüm bilgiler gizli tutulacaktır. Çalışma ile ilgili herhangi bir sorunuz olduğunda sorumlu araştırmacı ile iletişim kurabilirsiniz.

Çalışmaya Katılma Onayı:

“Bu olur formunu imzalamadan önce yukarıdaki bilgileri kendi ana dilimde okudum veya bana okunmasını sağladım. Bu bilgilerin içeriği ve anlamı bana açıklandı. Bana aklıma gelen bütün soruları sorma fırsatı tanındı ve sorularıma

tatminkâr cevaplar aldım. Eğer bu çalışmaya katılmayı kabul etmezsem hiçbir ceza almayacağım ve benden hiçbir ücret talep edilmeyecektir. Bu çalışmadan çıkarılan sonuçlar başka insanların yararına kullanılabilir. Bu formu imzalayarak yasal haklarımın hiçbirinden vazgeçmediğimin bilincindeyim.”

Çalışmanın yürütülmesi ve haklarım konusunda kafamda sorular belirlediğinde, herhangi bir rahatsızlık duyduğumda ve destek arayışı içinde olduğumda aşağıda belirtilen kişilerden biriyle bağlantı kurmam yeterli olacaktır:

Sorumlu Araştırmacı: Beste Boduroğlu

Tez Danışmanı: Dr. Öğr. Üyesi Ersin Uygun

Bu çalışmada yer almayı gönüllü olarak kabul ediyorum. Bu bildirimli olur sözleşmesinin imzalı bir nüshasını aldım.

Adı-İmzası

Tarih

EK-2. SOSYODEMOGRAFİK BİLGİLER

1. Biyolojik cinsiyetiniz:

Kadın () Erkek ()

2. Yaşınız

.....

3. Hangi şehirde yaşıyorsunuz?

.....

4. Eğitim durumunuz:

İlk-orta okul () Lise () Üniversite () Yüksek lisans () Doktora ()

5. Çalışıyor musunuz?

Evet () Hayır ()

6. Aylık gelir düzeyi:

0 - 3000 TL () 3000 - 5000 TL () 5000 - 10000 TL () 10000 ve üzeri ()

7. Covid-19 enfeksiyonu geçirdiniz mi?

Evet () Hayır ()

8. Birinci derece yakınınızdan biri Covid-19 enfeksiyonu geçirdi mi?

Evet () Hayır ()

9. COVID-19 tedbirleri kapsamında karantinada kaldınız mı?

Evet () Hayır ()

10. COVID-19 enfeksiyonundan ötürü bir yakınınızı kaybettiniz mi?

Evet () Hayır ()

EK-3. DEPRESYON ANKSİYETE VE STRES ÖLÇEĞİ (DASÖ)

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

Lütfen her ifadeye mutlaka TEK yanıt veriniz ve kesinlikle BOŞ bırakmayınız.

(0) Bana hiç uygun değil (1) Bana biraz uygun (2) Çoğunlukla uygun

(3) Bana tamamen uygun

1	Oldukça önemsiz şeylerden dolayı gerginleşiyorum.				
2	Dudaklarımın kuruduğunu hissediyorum.				
3	Olumlu herhangi birşey düşünemiyorum.				
4	Nefes alıp vermede güçlük yaşıyorum (örneğin; çok hızlı nefes alma veya nefes alamama).				
5	Bulunduğum ortama uyum sağlayamıyorum.				
6	Olaylara gereğinden fazla tepki gösteriyorum.				
7	Kendimi bitkin hissediyorum (örneğin; bacaklarım tutmuyor).				
8	Rahatlamakta güçlük yaşıyorum.				
9	Beni sıkıntıya sokan öyle zamanlar oluyor ki, onlar bitince kendimi rahat hissediyorum.				
10	Beklediğim veya umduğum hiç birşey olmadığını hissediyorum.				
11	Aniden keyfimin kaçtığını hissediyorum.				
12	Çevremdeki olaylar gerginleşmeme neden oluyor.				
13	Kendimi üzgün ve karamsar hissediyorum.				
14	Herhangi bir nedenden dolayı geciktiğimde sabırsızlanıyorum (örneğin; asansör veya trafik ışığı).				
15	Kendimi yorgun ve zayıf hissediyorum.				
16	Her şeye olan ilgimin kaybolduğunu hissediyorum.				

17	Bir insane olarak değerli olmadığımı hissediyorum.				
18	Oldukça hassas ve alıngan olduğumu hissediyorum.				
19	Herhangi bir fiziksel çaba harcamama veya fazla sıcak olmamasına rağmen yoğun biçimde terlediğimi hissediyorum (örneğin; ellerin terlemesi).				
20	Herhangi bir neden olmamasına rağmen korktuğumu hissediyorum.				
21	Hayatın yaşamaya değer olmadığını hissediyorum.				
22	Gevşemekte zorlanıyorum.				
23	Yutkunmakta sıkıntı yaşıyorum.				
24	Yaptığım şeylerin dışında hiçbirşeyden zevk alamıyorum.				
25	Herhangi bir fiziksel çaba harcamadığım halde kalbimin çarpıntısını hissedebiliyorum (örneğin; kalp çarpıntısının artması veya azalması).				
26	Kendimi keyifsiz ve kederli hissediyorum.				
27	Çabuk sinirlendiğimi düşünüyorum.				
28	Hemen paniğe kapıldığımı düşünüyorum.				
29	Beni gerginleştiren herhangi birşeyden sonar sakinleşmekte güçlük yaşıyorum.				
30	Basit fakat alışılmadık birşeyden dolayı "mahvolacağım" diye aygılanıyorum.				
31	Herhangibirşeyiçinistekiveilgilelamıyorum.				
32	Yaptığımışınbölünmesinetahammületmektesıkıntıyaşıyorum.				
33	Gergin bir durumdayım.				
34	Oldukça değersiz olduğumu hissediyorum.				
35	Yaptığım işe engel olan hiçbirşeye tolerans gösteremiyorum.				
36	Çok korktuğumu hissediyorum.				
37	Gelecekte hiçbir beklentim yok.				
38	Yaşamın anlamsız olduğunu hissediyorum.				
39	Kendimi tedirgin ve heyecanlı hissediyorum.				
40	Gölünç duruma düşme ve paniğe kapılma riski olan durumlardan dolayı endişeleniyorum.				
41	Titrediğimi hissediyorum (örneğin; ellerde).				
42	Yapacağım şeylere başlamakta güçlük yaşıyorum.				

EK-4. ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMA ÖLÇEĞİ

ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARI ÖLÇEĞİ

Bu sorular çocukluğunuzda ve ilk gençliğinizde (18 yaşından önce) başınıza gelmiş olabilecek bazı olaylar hakkındadır. Her bir soru için sizin durumunuza uyan rakamı daire içerisinde alarak işaretleyiniz. Sorulardan bazıları özel yaşamınızla ilgilidir; lütfen clinizden geldiğince gerçeğe uygun yanıt veriniz. Yanıtlarınız gizli tutulacaktır.

1. Hiçbir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi zaman 4. Sık olarak 5. Çok sık

Çocukluğumda ya da ilk gençliğimde...

1	Evde yeterli yemek olmadıgından aç kaldım.	1	2	3	4	5
2	Benim bakımımı ve güvenliğimi üstlenen birinin olduğunu biliyordum	1	2	3	4	5
3	Ailedekiler bana "salak", "beceriksiz" ya da "tipsiz" gibi sıfatlarla seslenirlerdi.	1	2	3	4	5
4	Anne ve babam ailelerine bakamayacak kadar sıklıkla sarhoş olur ya da uyuşturucu alırlardı	1	2	3	4	5
5	Ailemde önemli ve özel biri olduğum duygusunu hissetmeme yardımcı olan biri vardı	1	2	3	4	5
6	Yırtık, sökük ya da kirli giysiler içerisinde dolaşmak zorunda kaldım	1	2	3	4	5
7	Sevdiğimi hissediyordum	1	2	3	4	5
8	Anne ve babamın benim doğmuş olmamı istemediklerini düşünüyordum.	1	2	3	4	5
9	Ailemden birisi bana öyle kötü vurmuştu ki doktora ya da hastaneye gitmem gerekmişti	1	2	3	4	5
10	Ailemde başka türlü olmasını istediğim bir şey yoktu	1	2	3	4	5
11	Ailedekiler bana o kadar şiddetle vuruyorlardı ki vücudumda morartı ya da sıyrıklar oluyordu	1	2	3	4	5

12	Kayıp, sopa, kordon ya da başka sert bir cisimle vurularak cezalandırılıyordum	1	2	3	4	5
13	Ailedekiler birbirlerine ilgi gösterirlerdi.	1	2	3	4	5
14	Ailedekiler bana kırıncı ya da saldırganca sözler söylerlerdi.	1	2	3	4	5
15	Vücutta kötüye kullanılmış olduğuma (dövülme, itilip kakılma vb.) inanıyorum	1	2	3	4	5
16	Çocukluğum mükemmeldi	1	2	3	4	5
17	Bana o kadar kötü vuruluyor ya da dövülüyordum ki öğretmen, komşu ya da bir doktorun bunu fark ettiği oluyordu	1	2	3	4	5
18	Ailemde birisi benden nefret ederdi	1	2	3	4	5
19	Ailedekiler kendilerini birbirlerine yakın hissederlerdi	1	2	3	4	5
20	Birisi bana cinsel amaçla dokundu ya da kendisine dokunmamı istedi	1	2	3	4	5
21	Kendisi ile cinsel temas kurmadığım takdirde beni yaralamakla ya da benim hakkımda yalanlar söylemekle tehdit eden birisi vardı	1	2	3	4	5
22	Benim ailem dünyanın en iyisiydi	1	2	3	4	5
23	Birisi beni cinsel şeyler yapmaya ya da cinsel şeylere bakmaya zorladı	1	2	3	4	5
24	Birisi bana cinsel tacizde bulundu	1	2	3	4	5
25	Duygusal bakımdan kötüye kullanılmış olduğuma (hakaret, aşağılama vb.) inanıyorum	1	2	3	4	5
26	İhtiyacım olduğunda beni doktora götürecek birisi vardı	1	2	3	4	5
27	Cinsel bakımdan kötüye kullanılmış olduğuma inanıyorum	1	2	3	4	5
28	Ailem benim için bir güç ve destek kaynağı idi.	1	2	3	4	5

EK-5. COVID 19 PSİKOLOJİK SIKINTI ÖLÇEĞİ

COVID-19 Psikolojik Sıkıntı Ölçeği

Yönerge: Aşağıda sizinle ilgili ifadeler bulunmaktadır. Aşağıdaki her ifadenin beş seçeneği vardır:

“kesinlikle katılmıyorum”, “katılmıyorum”, “emin değilim”, “katılıyorum” ya da “kesinlikle katılıyorum”. Lütfen salgın süresince sizin duygu ve algılarınızı en iyi tanımlayan bir seçeneği seçiniz.

1: Kesinlikle katılmıyorum, 2: Katılmıyorum, 3: Emin Değilim, 4: Katılıyorum, 5: Kesinlikle katılıyorum						
		1	2	3	4	5
1	Tanımadığım biriyle konuşurken onun COVID-19 taşıdığından şüphelenirim.					
2	COVID-19 vakası çok görülmüş bir yere seyahat etmekten korkarım.					
3	Haberlerde COVID-19 hasta sayısında artış olduğunu gördüğümde kaygılanırım.					
4	Hastanelere sık gitmenin COVID-19'a yakalanma riskini artırdığını düşünürüm.					
5	COVID-19 izolasyon nöbetlerinde çalışmış doktor ve hemşireleri görmekten korkarım.					
6	Uçak, tren, otobüs veya diğer toplu taşıma araçlarını sık kullanmanın COVID-19'a yakalanma riskini artırdığını düşünürüm.					
7	Birisinin ateşi olduğunu fark edersem onun COVID-19'a yakalanmış olduğundan şüphelenirim.					
8	Birisinin kustuğunu görürsem onun COVID-19'a yakalanmış olduğundan şüphelenirim.					
9	COVID-19 izolasyon hastanelerinin yakınında yaşamaktan korkarım.					
10	Birisinin öksürdüğünü görürsem onun COVID-19'a yakalanmış olduğundan şüphelenirim.					
11	Maskesiz birini görürsem onun COVID-19'a yakalanmış olduğundan şüphelenirim.					
12	Etrafta birileri varken havada yeni koronavirüslerin olduğundan şüphelenirim.					

EK-6. ÇOK BOYUTLU ALGILANAN SOSYAL DESTEK ÖLÇEĞİ (ÇBASDÖ)

Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği'nin Gözden Geçirilmiş Formu

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

1. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve ihtiyacım olduğunda yanımda olan bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.

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

2. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.

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

3. Ailem (örneğin, annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) bana gerçekten yardımcı olmaya çalışır.

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

4. İhtiyacım olan duygusal yardımı ve desteği ailemden (örneğin, annemden, babamdan, eşimden, çocuklarımdan, kardeşlerimden) alırım.

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

5. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve beni gerçekten rahatlatan bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.

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

6. Arkadaşlarım bana gerçekten yardımcı olmaya çalışırlar.

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

7. İşler kötü gittiğinde arkadaşlarıma güvenebilirim.

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

8. Sorunlarımı ailemle (örneğin, annemle, babamla, eşimle, çocuklarımla, kardeşlerimle) konuşabilirim.

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

9. Sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim arkadaşlarım var.

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

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

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

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

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

12. Sorunlarımı arkadaşlarımla konuşabilirim.

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

EK-7. ETİK KURUL DEĞERLENDİRME SONUCU

Etik Kurulu Onayı, bu tezin basılı halinde mevcuttur.

