

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

COVID-19 PANDEMİSİNDE 18-25 YAŞLARI ARASINDAKİ
GENÇLERDE STRES SEMPTOMLARI VE AİLEDEKİ KORUYUCU
ETMENLER ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ

Nazlı YILDIZ
118507024

Prof. Dr. Zeynep ŞİMŞEK

İSTANBUL

2022

COVID-19 Pandemisinde 18-25 Yaşları Arasındaki Gençlerde Stres Semptomları ve Ailedeki Koruyucu Etmenler Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

Examination of the Relationship Between Stress Symptoms and Family Protective Factors in Aged Between 18-25 Young Adults During the COVID-19 Pandemic

Nazlı Yıldız

118507024

Tez Danışmanı: Prof. Dr. Zeynep Şimşek

(İmza)

İstanbul Bilgi Üniversitesi

Jüri Üyesi: Dr. Öğr. Üyesi Ersin Uygun

(İmza)

İstanbul Bilgi Üniversitesi

Jüri Üyesi: Doç. Dr. Taner Artan

(İmza)

İstanbul Üniversitesi

Tezin Onaylandığı Tarih: 24.01.2022

Toplam Sayfa Sayısı: 83

Anahtar Kelimeler (Türkçe)

- 1) COVID-19 pandemisi
- 2) Genç yetişkinlik
- 3) Stres semptomları
- 4) Koruyucu faktörler
- 5) Aile koruyucu faktörler

Anahtar Kelimeler (İngilizce)

- 1) COVID-19 pandemic
- 2) Young adult
- 3) Stress symptoms
- 4) Protective factors
- 5) Family protective factors

ÖNSÖZ

Bugün bu önsözü yazarken, bu sürecime eşlik eden ne kadar çok desteğim olduğunu hatırladım. İnsanı hayatın zorluklarına karşı koruyan en kuvvetli şeyin ilişkiler olduğuna bir kez daha şahit oldum. Bu sürecin benim için ve bu süreçten geçen diğer herkes için neden bu kadar zorlu olduğunu düşünüp durdum. Sonra bir meselem var bununla ilgili diye devindim ve çevremden gelen olası ihtimalleri düşünüp durdum. Neyse ki içsel meselelerden çıkıp başka yönden bakmamı hatırlatan ve “Bilimsel bir çalışma bu!” diyerek yola öyle devam etmeme destek olan bir hocayla tanıştım.

Ne yapacağımı bilmediğim zamanlarda yoluma pusula olan, bu yolun bir tez yazma sürecinin ötesinde keşfetme süreci olduğunu fark etmemi sağlayan, bilimselliğe verdiği önemle bizlere ışık tutan, bu süreçte desteğini her daim hissettiğim sevgili hocam Prof. Dr. Zeynep Şimşek’e çok teşekkür ederim.

Travma programında deneyimlerini ve değerli bilgilerini bizlerle paylaşan sevgili hocalarım Prof. Dr. A. Tamer Aker’e, Prof. Dr. Ebru Şalcıoğlu’na, Prof.Dr. Ejder Akgün Yıldırım’a ve Dr. Öğr. Üyesi Ersin Uygun’a,

Lisans hayatımın ilk gününden bu yana her zaman başaracağıma inanan ve desteklerini her daim yanı başımda hissettiğim sevgili ailem Sevim Aslan’a, Hüseyin Yıldız’a, Mehmet Yıldız’a, Leyla Yıldız’a, Selma Aslan’a, Pınar Yıldız’a ve Ümeyye Yıldız’a,

Hayatımdaki yerlerini birbirlerinden ayıramadığım neşe ve destek kaynaklarım Enes Yıldız, Yılmaz Yıldız, Nehir Aslan, Özgür Yıldız ve Betül Aslan’a,

Yüksek lisansla birlikte başlayan öğrenme süreçlerime eşlik eden, zorlayıcı ve güzel anları birlikte deneyimlediğimiz sevgili Umut Tarhan’a,

Zorlu hislerime eşlik eden, yer yer gülerek baş ettiğimiz bu süreçte desteğini yanı başımda hissettiğim ve her zaman hissedeceğime emin olduğum sevgili Cemre Dirik'e,

Geçmişten bu yana attığım adımlarda, yürüdüğüm yollarda beni yalnız bırakmayan sevgili Tuğçe Merve Aytaç'a ve Kader Tarhan'a,

Bir ihtiyacım olduğunda beni yanıtız bırakmayan ve her zaman yanımda olduğunu hissettiren sevgili dostum Ali Sinan Güler'e,

Tez süresince her halimi tolere eden, her zaman anlayışla yaklaşan, hayatımdaki yerlerini tanımlara sığdıramadığım sevgili Vesile Yıldız'a ve Seher Yıldız'a,

Bu sürecime eşlik eden, hızlı çözümleriyle ve güzel müzik paylaşımlarıyla yanımda olan Bahar Yavuz'a,

Son olarak burada adını anmadığım fakat her zaman orada olduklarını bildiğim tüm sevdiklerime ve bu çalışmanın anketini yanıtlayan genç katılımcılara,

Varlıkları ve destekleri için teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

| | |
|--|------|
| ÖNSÖZ..... | iii |
| İÇİNDEKİLER | v |
| KISALTMALAR | vii |
| TABLO LİSTESİ | viii |
| ABSTRACT | ix |
| ÖZET..... | x |
| GİRİŞ | 1 |
| BÖLÜM 1..... | 4 |
| COVID-19 PANDEMİSİ, STRES SEMPTOMLARI VE KORUYUCU FAKTÖRLER | 4 |
| 1.1. Afetler ve COVID-19..... | 4 |
| 1.2. Pandemiler ve COVID-19..... | 5 |
| 1.2.1. Geçmişten Bugüne Salgın Hastalıklar ve COVID-19 | 5 |
| 1.3. Salgın Hastalıklar, COVID-19 ve Stres Tepkileri | 7 |
| 1.3.1. Stres Tepkileri | 9 |
| 1.3.2. Kronik Stres | 9 |
| 1.3.3. Akut Stres Bozukluğu ve Travma Sonrası Stres Bozukluğu | 10 |
| 1.4. Genç Yetişkinlik | 11 |
| 1.4.1. Genç-yetişkinlik dönemi ve Özellikleri | 11 |
| 1.4.2. Genç Yetişkinlik Döneminde Stres Faktörleri | 13 |
| 1.4.3. Risk Faktörleri | 14 |
| 1.4.4. Koruyucu Faktörler..... | 15 |
| BÖLÜM 2..... | 18 |
| YÖNTEM..... | 18 |
| 2.1. Araştırmanın Amacı ve Yöntem | 18 |
| 2.2. Evren ve Örneklem | 18 |
| 2.3. Ölçme Araçları | 19 |
| 2.3.1. Demografik Bilgi Formu | 19 |
| 2.3.2. COVID-19 Algısı Ölçeği (P-COVID-19)..... | 19 |
| 2.3.3. Kısa Semptom Envanteri | 20 |

| | |
|--|-----------|
| 2.3.4. Ailedeki Koruyucu Etkenler Ölçeği | 21 |
| 2.4. Uygulama | 22 |
| BÖLÜM 3..... | 23 |
| BULGULAR..... | 23 |
| 3.1. Genç-yetişkinlerin Sosyo-demografik Özellikleri..... | 23 |
| 3.2. Genç-yetişkinlerde COVID-19 Algısı | 24 |
| 3.3. Aile Koruyucu Etkenler Ölçeği | 25 |
| 3.4. Genç-yetişkinlerin Stres Semptomları..... | 27 |
| 3.5. Genç-yetişkinlerin Stres Semptomlarının Sosyo-demografik Özelliklere Göre Dağılımı..... | 28 |
| 3.5.1. Genç Yetişkinlerin Stres Semptomlarının Dağılımı | 30 |
| 3.6. KSE ve Aile Koruyucu Etkenleri, COVID-19 Algısı Arasındaki İlişki | 30 |
| 3.7. Çoklu Analiz Sonuçları | 32 |
| BÖLÜM 4..... | 35 |
| TARTIŞMA ve SONUÇ | 35 |
| 4.2. TARTIŞMA, SONUÇ ve ÖNERİLER | 35 |
| 4.2.1 Tartışma..... | 35 |
| 4.2.2. Sınırlılıklar | 42 |
| SONUÇ..... | 43 |
| 4.3. Öneriler | 43 |
| 4.3.1. Araştırmacılara Yönelik Öneriler | 43 |
| 4.3.2. Topluma Yönelik Öneriler | 44 |
| KAYNAKÇA | 46 |
| EKLER..... | 64 |
| Ek 1: Onam Formu | 64 |
| Ek 2: Sosyo-demografik bilgi formu..... | 65 |
| Ek 3: COVID-19 Algısı Ölçeği | 66 |
| Ek 4: Kısa Semptom Envanteri..... | 67 |
| Ek 5: Ailedeki Koruyucu Etkenler Ölçeği | 71 |
| Ek 6: Etik Kurul Değerlendirme Sonucu..... | 73 |

KISALTMALAR

| | |
|---------------|---|
| AFAD | Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığı |
| AKE | Aile Koruyucu Etkenler Ölçeği |
| APA | American Psychological Association |
| BM | Birleşmiş Milletler |
| CDC | Centers for Disease Control and Prevention |
| DSM | Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders |
| DSÖ | Dünya Sağlık Örgütü |
| EM-DAT | Emergency Events Database (Acil Durumlar Veritabanı) |
| KSE | Kısa Semptom Envanteri |
| TPD | Türkiye Psikiyatri Derneği |
| TÜİK | Türkiye İstatistik Kurumu |

TABLO LİSTESİ

| | |
|---|----|
| Tablo 3. 1. Genç Yetişkinlerin Sosyo-Demografik Özellikleri..... | 23 |
| Tablo 3. 2. Genç Yetişkinlerin COVID-19 Algısı Ölçeğine Verdikleri Yanıtların Dağılımı | 25 |
| Tablo 3. 3. Aile Koruyucu Etkenler Ölçeğinden Alınan Puan ve Yüzdeler | 26 |
| Tablo 3. 4. Kısa Semptom Envanterinden Alınan Puanların Dağılımı | 28 |
| Tablo 3. 5. Sosyo-demografik Özelliklere Göre Kısa Semptom Envanterinden Alınan Puanlar..... | 29 |
| Tablo 3. 6. KSE ile Aile Koruyucu Etkenleri ve COVID-19 Algısı Ölçeği Arasındaki İlişki | 31 |
| Tablo 3. 7. KSE Alt Boyutlarının Çoklu Analiz Sonuçları..... | 33 |

ABSTRACT

This study aimed to examine the relationship between stress symptoms and family protective factors in young people during the COVID-19 process. The COVID-19 epidemic, which started in China and affected the whole world, had social, economic and psychological effects as well as physiological effects. The optimum sample size of this cross-sectional study was calculated as 305 people, with a 95% confidence interval and 306 people were reached. Ethics committee approval was given by Istanbul Bilgi University Ethics Committee for this research to be carried out. The COVID-19 Perception Scale, Brief Symptom Inventory, Family Protective Factors Scale and socio-demographic information form were applied to the participants via the online questionnaire. SPSS 22.00 program was used for data entry and analysis. In accordance with the characteristics of the dependent and independent variables, t-test, analysis of variance and correlation test in pairwise analyzes and multiple regression analysis were applied to the variables in which the mean score differed significantly in pairwise analyses. Women constituted 68% of the young people between the ages of 18-25 who participated in the study. Approximately 60% of them reported that they have minimum wage or less income. According to the results of the Brief Symptom Inventory; The highest scores of the youth were obtained from the depression subscale, followed by hostility, negative self, anxiety and somatization. According to the results of multiple regression analysis; While gender, adaptive assessment and compensatory experiences, and low-stress sources independently predicted anxiety, depression, somatization and hostility scores, negative self-esteem scores were affected independently by gender ($p < 0.05$). No significant difference was found according to other variables included in the analysis ($p > 0.05$).

Based on the findings, it is thought that it would be beneficial to expand family-based empowerment programs in the preparation process for biological disasters such as the COVID-19 epidemic.

Keywords: *COVID-19 pandemic, young adult, stress symptoms, protective factors, family protective factors*

ÖZET

Bu çalışmada COVID-19 sürecinde gençlerde stres semptomları ile aile koruyucu etkenleri arasındaki ilişkiyi incelemek amaçlanmıştır. Çin’de başlayıp tüm dünyayı etkisi altına alan COVID-19 salgınının fizyolojik etkilerinin yanı sıra sosyal, ekonomik ve psikolojik etkileri olmuştur. Kesitsel tipteki bu araştırmanın %95 güven aralığında, hata payı 0.05 esas alınarak optimum örnek büyüklüğü 305 kişi olarak hesaplanmıştır ve bu çalışmada 306 kişiye ulaşılmıştır. Bu araştırmanın yapılabilmesi için etik kurul onayı, İstanbul Bilgi Üniversitesi Etik Kurul’u tarafından verilmiştir. Online anket aracılığı ile katılımcılara COVID-19 Algısı Ölçeği, Kısa Semptom Envanteri, Aile Koruyucu Etkenleri Ölçeği ve sosyo-demografik bilgi formu uygulanmıştır. Veri girişi ve analizlerde SPSS 22.00 programı kullanılmıştır. Bağımlı ve bağımsız değişkenlerin özelliğine uygun şekilde ikili analizlerde t testi, varyans analizi ve korelasyon testi ile ikili analizlerde ortalama puanın anlamlı farklılık gösterdiği değişkenlere çoklu regresyon analizi uygulanmıştır. Çalışmaya katılan 18-25 yaşları arasındaki gençlerin %68’ini kadınlar oluşturmuştur. Yaklaşık %60’ı asgari ücret ve altında gelire sahip olduklarını bildirmişlerdir. Kısa Semptom Envanteri sonuçlarına göre; gençlerin aldıkları puanlar en yüksek depresyon alt ölçeğinden elde edilirken, bunu hostilite, olumsuz benlik, anksiyete ve somatizasyon izlemiştir. Çoklu regresyon analizi sonuçlarına göre; cinsiyet, uyuma yönelik değerlendirme ve telafi edici yaşantılar ile stres kaynaklarının azlığı anksiyete, depresyon, somatizasyon ve hostilite puanını bağımsız olarak yordarken, olumsuz benlik puanını cinsiyet bağımsız olarak etkilemiştir ($p<0.05$). Analize dahil edilen diğer değişkenlere göre anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$).

Bulgulara dayalı olarak, COVID-19 salgını gibi biyolojik afetlere hazırlık sürecinde aile temelli güçlendirme programlarının yaygınlaştırılmasının yararlı olacağı düşünülmektedir.

Anahtar kelimeler: *COVID-19 pandemisi, genç yetişkinlik, stres semptomları, koruyucu faktörler, aile koruyucu faktörler*

GİRİŞ

Çin'in Hubei eyaletinde bulunan Wuhan'da 31 Aralık 2019 tarihinde ilk koronavirüs vakası tespit edilmiştir (DSÖ, 2020). 10 Mart 2020'de ise Türkiye'de ilk Yeni Koronavirüs Hastalığı (COVID-19) tanısı bildirilmiştir (T.C.Sağlık Bakanlığı, 2020). Dünya Sağlık Örgütü (2020) ise salgının ciddiyetinin endişe verici boyutlara ulaştığını bildirerek, 11 Mart'ta COVID-19'un pandemi olarak nitelendirilebileceğini ilan etmiştir. SARS-CoV-2 virüsünün neden olduğu koronavirus (COVID-19) bulaşıcı bir hastalıktır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), COVID-19'un etkisinin insandan insana farklılık göstereceğini, virüsün bulaştığı çoğu kişinin hafif ya da orta derecede solunum yolu hastalığı şeklinde seyrederek özel bir tedavi sürecine ihtiyaç duymadan iyileşeceğini, bazı kişilerin ise ciddi derecede hastalanarak tıbbi müdahaleye ihtiyacı olacağını açıklamıştır (DSÖ, 2020). COVID-19 pandemisi çok hızlı yayılan bir salgın olmasından dolayı dünyadaki birçok ülke ve hükümet çeşitli önlemler almak zorunda kalmıştır. DSÖ verilerine göre; 23 Aralık 2021 tarihine kadar dünyada toplam teyitli COVID-19 vaka sayısı 276.436.619'dur ve bu vakaların 5.374.744'ü ölümlerle sonuçlanmıştır. Türkiye'de ise 23 Aralık 2021 tarihine kadar teyitli COVID-19 vaka sayısı 9.228.835'dur ve 80.957'i ölümlerle sonuçlanmıştır (DSÖ, 2021).

COVID-19'un bulaşma yoluna yönelik yeterli bilgi sahibi olunmaması sebebiyle, hava yoluyla bulaşan hastalıklarda ve geçmiş salgınlarda deneyimlenen önlemler uygulanmıştır. Bu uygulamalar kapsamında sosyal izolasyon ve karantina virüs taşıyan kişilerin sağlam kişilerden ayrılması amacıyla ilk uygulanan yöntemler olmuştur. Bununla birlikte sınırlar kapatılmış, riskli ülkelere giriş çıkışlar kontrol altına alınmıştır ve insanların bir araya gelebilecekleri eğitim kurumları, iş yerleri, sosyal ortamlar belirsiz bir süre boyunca kapalı tutulmuştur. Bu süreçlerin sosyolojik, ekonomik olumsuz etkileri bilinmektedir. COVID-19 pandemisinin insanların ruh sağlığı üzerinde olumsuz etkisi de literatürde yer almaktadır. COVID-19 salgını dünya çapında ruhsal ve psikolojik sağlık sorunları yararmıştır (Wu ve ark., 2021). DSÖ (2021), COVID-19 pandemisinin genel nüfusta ve

özellikle yaşlı yetişkin ve sağlık sorunları olan kişilerde önemli derecede kaygı, endişe ve korku yarattığını bildirmiştir. Mevcut literatürde, COVID-19'un ruh sağlığını yüksek seviyede etkileyebileceği ve depresyon, anksiyete bozuklukları, stres, panik bozuklukları, öfke, dürtüsellik, somatizasyon bozukluğu, uyku bozuklukları, duygusal rahatsızlık, travma sonrası stres semptomları ve intihar davranışına sebep olabileceği gösterilmiştir (Hossain ve ark., 2020). COVID-19 virüsünün yapısına ve tedavisine dair bilgilerin yetersizliği nedeniyle yaşanan süreçte ortaya çıkan belirsizliğin stres etkenlerinden biri olduğu, aynı zamanda bireysel ve çevresel çeşitli faktörlerin bir araya gelmesi ile de oluşabileceği bilinmektedir (Bozkurt, 2020).

Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezi (Centers for Disease Control and Prevention, CDC), COVID-19 salgının hayatlarımız üzerinde büyük etkileri olduğunu bildirmiştir (2020). Toplum geneline bakıldığında pandemide karşılaşılan semptomlar; anksiyete, depresyon ve stres belirtileridir (Silva Junior ve ark., 2020; Wang ve ark., 2020). Özellikle COVID-19 salgınının ortaya çıkışı ve vaka sayılarının artışa geçtiği dönemlere bakıldığında korku, öfke, üzüntü, endişe, uykusuzluk, iştah ve enerjide değişimler, konsantre olma ve karar vermede güçlük, uyku problemleri gibi çok sayıda ruhsal sorun bildirmiştir (CDC, 2020; Bozkurt ve ark., 2020; Rajkumar ve ark., 2020: e102066). Sosyal izolasyon sürecinde aileleriyle birlikte olmak zorunda kalan ve akranlarından uzak kalan ergenler için bu süreç büyük ölçüde zorlayıcı olmuştur (Magson ve ark., 2020; Ellis ve ark., 2020; Rapee ve ark., 2019).

Türkiye Psikiyatri Derneği (TPD) (2020) travma biriminin hazırladığı raporda salgın süresinin belirsizliğinin, virüsün hızlı bulaşmasının ve ölüm oranlarının yüksek olmasının bireylerde tehdit algısına ve buna bağlı olarak stres ve kaygı tepkilerine neden olabileceği bildirilmiştir. COVID-19 salgınının oluşturduğu belirsizlik izole yaşamaya, yalnızlaşmaya, stresli ve kaygılı olmaya neden olabileceği, bütün bunların kitlesel kaygı ve paniğe neden olabileceği belirtilmiştir (TPD, 2020).

COVID-19 salgını ile yetişkinlerin yaşam düzeninde meydana gelen değişimler sosyal izolasyonun da etkisiyle bireylerde stres ve anksiyetenin artmasına neden olmuştur (Sargın ve Kutluca, 2020). Sosyal ilişkilerin ruh sağlığı üzerindeki koruyucu etkisi göz önünde bulundurulduğunda; pandemi dönemindeki zorunlu izolasyonun toplum ruh sağlığına negatif etkileri kaçınılmaz olmuştur (Bozkurt ve ark., 2020). Ergenlerle yapılan araştırmanın sonuçlarına göre; yalnızlık ile endişenin pozitif yönde ilişkili olduğu görülmüştür, aile ve arkadaşlarla vakit geçirme ve fiziksel aktivitede bulunmanın ise endişe ile negatif yönde anlamlı ilişkili olduğu görülmüştür (Magson ve ark., 2020; Ellis ve ark., 2020). Yani; pandemi sürecini aile ve arkadaşlar gibi sosyal ilişkilerle geçiren ergenlerin, yalnız geçirenlere oranla endişe seviyesinin daha düşük olduğu görülmüştür. Özellikle sosyal medya kullanımı yoğun olan ergenlerde, COVID-19 sebepli stresle yalnızlık ve depresyon ilişkili bulunmuştur. Ergenlik döneminde sanal iletişim araçlarıyla kurulan akran ilişkilerinin olumsuz etkiye sahip olduğu saptanmıştır (Ellis ve ark., 2020).

Araştırmalar bireysel ve çevresel risk faktörlerinin, ruhsal bozuklukların başlama olasılığını ve varolan hastalıkların şiddetini, devam etme süresini uzattığını göstermektedir. Koruyucu faktörlerin ise risk faktörlerine karşı dayanıklılığı arttıran psikolojik mekanizmalardan olduğu bilinmektedir (Gültekin, 2010; Kararımak, 2006; Masten, 1994). COVID-19 salgınında bazı kişiler yalnız kalırken, bazıları aileleri, yakınları, arkadaşları veya partnerleri ile yaşamış ve uzun süre bir arada vakit geçirmişlerdir.

Bu çalışma COVID-19 pandemisi sürecini deneyimlemiş olan 18-25 yaşları arasındaki genç yetişkinlerin ruhsal semptomları ile aile koruyucu etmenleri arasındaki ilişkiyi incelemek amaçlanmıştır.

BÖLÜM 1

COVID-19 PANDEMİSİ, STRES SEMPTOMLARI VE KORUYUCU FAKTÖRLER

1.1. Afetler ve COVID-19

Afet; belli bir bölgeyi etkileyen felaket veya ciddi bir olay anlamına gelir (Balsubramanian, 2017). Uluslararası Kızılay-Kızılhaç Teşkilatları Federasyonu'na (IFRC) göre; afet bir topluluğun ya da toplumun işleyişini ciddi şekilde bozan ve insani, maddi, ekonomik, çevresel kayıplara neden olan ani, beklenmedik olaylar bütünü olarak tanımlanır. Afetler; “Doğal Afetler” ve “İnsan kaynaklı Afetler” olmak üzere ikiye ayrılır (AFAD, 2019). Deprem, seller, hortumlar, volkanik patlamalar, salgınlar doğal afetler içinde yer alırken; biyolojik kazalar, nükleer kazalar, taşımacılık kazaları vb. insan kaynaklı afetler içinde yer alırlar (AFAD, 2019). En yaygın bilinen hava olayları ile ilgili afetler; sel, kasırga, hortum, kar fırtınası, kuraklıktır. Jeolojik yapı ile ilgili olanlar ise depremler, volkanik patlamalardır ve büyük etkiye sahiptirler. İnsan kaynaklı olan ulaşım kazaları, teknolojik afetler, endüstriyel kazalar doğal afetlere benzer şekilde insanları tehlikelere ve maddi kayıplara aşırı maruz bırakmaktadır (Huang, Wang, Liu, 2021). Afetlerin çoğu aniden ve beklenmedik bir şekilde ortaya çıkarken kıtlık, kuraklık ve bazı sel olayları yavaş yavaş gelişen felaketlerdir (Songer, 2016).

Acil Durumlar Veritabanı (Emergency Events Database) incelendiğinde; son yirmi yılda 7348 afet kaydedilmiştir ve 1980-1999 yılları arasındaki oran ile karşılaştırıldığında afetlerin %73 oranında artış gösterdiği kaydedilmiştir (Huang, Wang, Liu, 2021; EM-DAT, 2020). Bu olayların kademeli olarak artmasının temel nedeni olarak küresel ısınma görülmektedir. Küresel ısınma sebebiyle; kuraklık, sel, kasırga gibi aşırı doğa olayları ve orman yangınları oranında artış olmuştur (Huang, Wang, Liu, 2021; Ortuno, Cristóbal, Ferrer, Martín-Campo, Muñoz, Tirado, Vitoriano, 2013).

Afetlerden biri de biyolojik afetlerdir, bölgesel ve küresel düzeyde gerçekleşebilmektedir (Tercan, 2020.; Narayanan et al., 2018). Biyolojik afetler ise oluşumuna göre doğal yollarla oluşan, kazara meydana gelen ve kasıtlı olarak oluşturulan olmak üzere üçe ayrılmaktadır (Tercan, 2020.; Narayanan et al., 2018). Salgın hastalıklar da biyolojik afetlerdendir (Şimşek, 2020) ve COVID-19 salgını tüm dünyayı etkileyen biyolojik bir afettir (Tercan, 2020). Son yıllarda gerçekleşen afetlerin antropolojisine bakıldığında ortaya çıkan temel sonuçlar ile COVID-19 pandemisi ile ortaya çıkan sonuçlar benzerdir (Kelman, 2020). COVID-19 salgını 21. Yüzyılda meydana gelen doğal afetlerin ardından tüm dünya ülkelerini etkileyen salgın hastalıklardan biri olmuştur ve dünya tarihinde yerini almıştır (Sargın ve Kutluca, 2020).

1.2. Pandemiler ve COVID-19

Pandemiler birden fazla ülkeye bazen tüm dünyaya etki eden, milyonlarca insanı etkileyen büyük ölçekli salgınlardır (DSÖ, 2010b). Pandemiler kendilerine özgüdürler; çünkü yaşam tarzımıza meydan okurlar, güç uygulamak mümkün değildir, kurulu düzenimizi tehdit ederler ve insan toplumunun doğaya karşı başarısızlığı olarak görülürler (Morabia, 2020). DSÖ'ye göre; pandemiler sıklıkla belirsizlik, kafa karışıklığı ve aciliyet duygusuna sebep olurlar (Taylor, 2019; DSÖ, 2005, s. 1). Morabia'ya göre ise pandemiler, daha önceki krizlerde uygulanan yöntemler doğru şekilde ele alınmadığında ve eski yöntemler başarısız olduğunda sorunlara çözüm bulmak için aciliyet duygusu yaratırlar (2020). Pandemiler; kişinin kendine ve sevdiğilerine yönelik sağlık tehditleri içermesi, aile ve arkadaşlardan ayrı kalma, rutin yaşantının ciddi derecede değişmesi, gelir kaybı, gıda ve ilaç kıtlığı, karantina sebebiyle oluşan sosyal izolasyon, fiziksel mesafenin korunması gerekliliği, okulların kapatılması gibi psikososyal durumlar ile ilişkilendirilir (Taylor, 2019; Shultz, Espinel, Flynn, Hoffmann ve Cohen, 2008: 26).

1.2.1. Geçmişten Bugüne Salgın Hastalıklar ve COVID-19

Salgınlara sebep olan mikropların tarihine bakıldığı zaman insanlık kadar eski olduğu ve salgın tarihinin çok eskilere dayandığı bilinmektedir (Qiu, Rutherford,

Mao ve Chu, 2017). Salgınlar tipik olarak hayvanlardan kaynaklanır ve doğada yayılıp çoğalırlar, insanlar arası yayılan ise grip (influenza) virüsleridir (DSÖ, 2010b). Bir virüs veya bakterinin pandemiye neden olması için, çoğu insanın o virüs/bakteriye karşı bağışıklığının olmaması ve virüs/bakterinin ciddi hastalıklara sebep olan bir organizma olması gerekmektedir (Taylor, 2019; Kilbourne, 1977). 14. yüzyılda çiçek hastalığı, cüzzam, veba, kolera ve sıtma dünyanın birçok bölgesini etkilemiş ve bu hastalıkların bir kısmı çok sayıda ölüme neden olarak toplumlara ciddi ekonomik ve siyasi sonuçlara neden olmuştur (Qiu, Rutherford, Mao ve Chu, 2017). 17. yüzyıl ise pandemi felaketinin kısa bir tarihi olarak adlandırılır; ilk olarak veba (17.y.y.) daha sonra kolera (19.y.y.), 20. yüzyılın başlarında tüberküloz ve grip ile 1980'lerden bu yana devam eden HIV/AIDS ortaya çıkmıştır (Morabia, 2020). İnsanlık tarihine etki ettiği ve seyrini değiştirdiği bilinen başlıca salgınlar şunlardır; Jüstiyan Vebası (541-750), Hıyarcıklı Veba (1347-1351), Çiçek Hastalığı (15.-17.y.y), Kolera (1817-1823), İspanyol Gribi/H1N1 (1918-1919), Hong Kong Gribi veya H3N2 (1968-1970), HIV / AIDS (1981- günümüz), SARS (2002-2003), Domuz Gribi veya A/H1N1 (2009-2010), Ebola (2014-2016), Koronavirüs veya COVID-19 (2019 - günümüz) (Kayhan, 2020).

Salgın hastalıklarla ilgili kaynaklara bakıldığında; salgınların, sadece fizyolojik etkileri değil psikolojik etkileri de bulunmaktadır. SARS'tan etkilenen insan sayısına bakıldığında psikolojik etkisinin tıbbi etkisinden daha büyük olduğu gözlemlenmiştir (Cheng, 2004; Washer, 2004). Domuz gribi pandemisinin ilk aşamalarında Birleşik Krallık topluluğu örneğine bakıldığında %24'ünün salgınla ilgili önemli derece endişe duyduğu rapor edilmiştir (Taylor, 2019; Rubin, Amlôt, Page ve Wessely, 2009). Yine domuz gribi pandemisinin erken aşamalarında Amerikan üniversite öğrencilerinde yapılan bir araştırmada, çoğu kişinin (%83) enfekte olma kaygısı yaşadığı rapor edilmiştir (Taylor, 2019; Kanadiya ve Sallar, 2011). Hong Kong'da yapılmış olan bir araştırmanın sonuçlarına göre SARS salgın hastalığı; katılımcıların ruh sağlığını olumsuz yönde etkilemiştir ve katılımcıların yüksek düzeyde dehşete kapılmış, çaresiz ve endişeli hissettiği gözlenmiştir. Aynı

zamanda katılımcıların bir kısmında travma sonrası stres belirtileri (%16) saptanmıştır ve önemli bir kısmında ise salgın sonrası süreçte aile/iş ortamında stres seviyesinde artış (%40) algıladıkları görülmüştür (Bozkurt ve ark., 2020; Lau, Yang, Pang, Tsui, Wong ve Wing, 2005: 417–424).

1.3. Salgın Hastalıklar, COVID-19 ve Stres Tepkileri

Genellikle pandemi veya doğal afet durumlarında yöneticilerin ve sağlık çalışanlarının önceliği insanların fiziksel sağlığı ve patojenleri olduğu için pandemilerin veya doğal afetlerin ruh sağlığı üzerindeki etkisi göz ardı edilmektedir (Silva Junior ve ark., 2020). Tüm dünyayı etkisi altına alan COVID-19 pandemisi, insanların değişen ve belirsiz durumlar karşısında yaygın endişe, korku ve stres tepkileri göstermesine neden olmaktadır (DSÖ, 2020; Salari ve ark., 2020). Benzer şekilde Kutluca ve Sargın'a göre COVID-19 sadece fizyolojik problemlere neden olmamakta, aynı zamanda duygu ve düşünceleri de olumsuz etkileyip sosyal ve psikolojik travmaya yol açabilmektedir (Kutluca ve Sargın, 2020; Sargın, 2020).

Sürekli ölüm tehlikesi altında olmak oldukça zor bir deneyimdir ve bu küresel salgın karşısında insanların travma yaşaması mümkündür (Salgın, 2020). Taylor (2019), pandemi sırasında hafif seviyede problem yaşayanlara ve bir işlev bozukluğuna neden olmayacak boyutta endişe yaşayanlara, bu stresle başa çıkabilmeleri için bir eğitim verilebileceğini; fakat şiddetli sıkıntılar yaşayanlar için daha yoğun klinik müdahalelerin gerekli olduğunu söylemektedir. Pandemi ile tetiklenen travma sonrası stres bozukluğunda, majör depresif bozukluk ve yaygın anksiyete bozukluğu durumlarında klinik müdahale gerekir (Taylor, 2019: 124). Pandemi sürecinde insanlar bir yakınının, sevdiğinin hatta çocuğunun ölümü ile karşı karşıya kalabilir ve özellikle ikincil yaşantılar travmatize edici olabilir (Taylor, 2019; Taylor, 2017: 27). Anksiyete, depresyon ve stres semptomlarına ek olarak bazı ülkelerde intihar olgularının arttığı da rapor edilmiştir (Silva Junior ve ark., 2020; Wang ve ark., 2020).

COVID-19 salgını, insan hayatının sosyal ve finansal düzeninde yıkımlara neden olduğu için stres düzeyini yükselterek ruhsal problemlerin artmasına yol açmaktadır

(Bridgland ve ark., 2021; Wank ve ark., 2019., Ren ve ark., 2020). Cooke ve arkadaşlarının (2020) yaptığı araştırmada COVID-19'un psikolojik strese ve travma sonrası stres tepkilerine neden olduğu görülmüştür. Araştırmalar ve salgınlarla ilgili kaynaklar başlıca ruhsal belirtilerin; kaygı, depresyon ve stres semptomları olduğunu göstermiştir.

Çin'deki COVID-19 krizinin başlarında 1210 katılımcı ile yapılan bir araştırmada; katılımcıların yarısından fazlasının (%53) ruh sağlığının olumsuz olarak etkilendiği ve COVID-19 pandemisinin psikolojik sağlık üzerinde orta seviyede ve şiddetli seviyede etkisi olduğu saptanmıştır (Magson ve ark., 2021; Wang ve ark. 2020).

Çin'de yapılan bir diğer çalışmada daha büyük yaş gruplarına oranla 35 yaş altı gençlerde genel anksiyete oranında artış olduğu tespit edilmiştir (Magson ve ark., 2021; Huang ve Zhao 2020). Genç bireylerin (12-21) yetişkinlere (50-59) oranla COVID-19'un etkisini daha büyük olarak algıladıkları görülmüştür (Magson ve ark., 2021; Wang ve ark. 2020).

Salari ve arkadaşlarının (2020), COVID-19 pandemisinin ruh sağlığına etkisi üzerine yapmış oldukları meta-analizin sonuçlarına göre; %95 güven sınırı ile toplam örneklem büyüklüğü 9.074 olan 5 çalışmada stresin prevalansı %29,6 (24.3-35.4) bulunmuştur. Örneklem büyüklüğü 63.439 olan ve DASS-21 (Depresyon, Anksiyete ve Stres Ölçeği), GAD-7 (Yaygın Anksiyete Bozukluğu 7 maddeli), PHQ-9 Hasta Sağlığı Anketi, SAS (Zung Kendi Kendini Değerlendirme Anksiyete Ölçeği), SDS (Zung Kendi Kendini Değerlendirme Depresyon Ölçeği), BAI (Beck Anksiyete Envanteri), BDI (Beck Depresyon Envanteri), CES-D (Epidemiyolojik Araştırmalar Merkezi Depresyon Ölçeği) ölçme araçlarının kullanıldığı 17 çalışmada; kaygı yaygınlığının %31,9 (27.5-36,7) olduğu saptanmıştır. 44.531 örneklem büyüklüğündeki 14 çalışmada ise depresyonun yaygınlığı %33,7 (27.5-40,6) olarak bulunmuştur (Salari ve ark., 2020).

Sistemik bir çalışmanın verisine göre; COVID-19 pandemisi sırasında Çin, İran, İtalya, İspanya, ABD, Danimarka, Türkiye ve Nepal genel nüfusta stres (%8,1 - %81,9), travma sonrası stres bozukluğu (%7- %53.8), anksiyete (%6.33 - %50.9),

depresyon (%14.6 - %48.3) ve psikolojik sıkıntı (%34.43 - %38.00) olduğu saptanmıştır (Xiong ve ark., 2020).

Örneğini gençlerin oluşturduğu retrospektif tipteki bir araştırmada; 622 Kanadalı ergen ve genç yetişkin katılımcının pandemiden üç ay önceki ruh sağlığı belirtileri ile pandeminin üçüncü haftası karşılaştırıldığında; özellikle depresyon, olumsuz ruh hali ve kaygı belirtilerinin yükseldiği saptanmıştır (Magson ve ark., 2021; Hawke ve ark., 2020).

1.3.1. Stres Tepkileri

Selye (1976), stresi bireyin belli bir durum ya da baskı karşısında gösterdiği fizyolojik ve psikobiyolojik değişimler olarak tanımlamaktadır (Arıkan, 2021). Stres, biyolojik sistemde nörolojik ve endokrinolojik farklılıklar meydana getirir (Arıkan, 2021; Selye, 1976). Beynimizin hipotalamus bölgesinden hipofiz bezlerine adrenalin ve kortizol stres hormonlarını göndermesi ile bu hormonlar kalp atışını hızlandırır ve kanın vücudun acil durumda en çok ihtiyacı olan bölgelerine (kaslar, kalp ve diğer önemli organlarına) hızlıca hücum etmesini sağlar (Legg, 2020). Bunun sonucunda kalp atışı ve nefes alma hızı artar ve kaslar harekete hazır hale gelir, bu hareketliliğin amacı acil duruma karşı bir koruma oluşturmaktır. Stres hormonları ile merkezi sinir sisteminin (CNS) savaş ya da kaç tepkisini tetikleyenler aynıdır (Legg, 2020). Acil ve kısa vadeli durumlarda stres, potansiyel olarak ciddi durumlarla başa çıkmamızı sağlayabilir; fakat bu stres seviyesi uzun süre yüksek seviyede kalırsa sinirlilik, endişe, depresyon, baş ağrısı, uyku bozuklukları gibi çeşitli semptomlara neden olabilir (Legg, 2020).

1.3.2. Kronik Stres

Stres etkeninin; bunaltıcı olduğu, çözümlenmediği ve uzun süre devam ettiği durumlarda stres kronikleşir (Mariotti, 2015). Kişiyi tehditlere karşı hazır tutmak için harekete geçen nörokimyasalların seviyesi, kronik stres ve travmatik stres durumlarında had safhaya ulaşır (Arden, 2015: 195). Bu durumun uzun sürmesi aşırı kortizol ve NE neurotransmitterlerinin üretilmesine sebep olur ve bunun

sonucunda stres kortizol dalgası sendromu oluşur. Aşırı kortizol ise hipokampüsteki dentritlerin büzüşmesine sebebiyet verir (Arden, 2015; Sapolsky, 2003) Stresin nöropatolojik sonuçları yirmi yıl boyunca incelenmiştir ve ne kadar stres yaşanırsa hipokampüste o kadar küçülme olduğu görülmüştür (Arden, 2015; Gianaros ve ark., 2007). Beyin bölgesindeki bu değişiklikler, işlevsel olarak bağlantılı olan diğer alanlara yayılabilir ve kronik stresle ilişkili olan diğer psikiyatrik bozukluklara karşı risk faktörü oluşturabilir. Kronik stresin başlıca nedenleri şunlardır; doğal afet ya da insan yapımı bir felaket yaşamak, kronik bir hastalıkla yaşamak, ailevi stresörlere maruz kalmak (örneğin: uzun süren boşanma, mutsuz bir evlilik), hayatı tehdit eden bir kaza ya da hastalığı atlama, tehlikeli bir işte çalışmak. (Legg, 2020). Stres faktörleri bilişsel, duygusal ve davranışsal bozukluklara da neden olabilir (Mariotti, 2015). Kronik stres sağlığı olumsuz etkileyebilir; baş ağrısı, mide rahatsızlıkları, kalp/damar hastalıkları, yüksek tansiyon, bağışıklık sistemini zayıflatma gibi fizyolojik rahatsızlıklara ve kaygı, depresyon, uyku bozukluklarına yol açabilir (Legg, 2020).

1.3.3. Akut Stres Bozukluğu ve Travma Sonrası Stres Bozukluğu

Ölüm, ağır yaralanma, cinsel saldırı gibi travmatik olayların bir ya da daha fazlasıyla karşılaşması sonucunda kişide akut stres bozukluğu (ASB) ve/veya travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) gelişebilir (APA, 2013). Bu bozuklukların belirgin özelliği, her ikisinde de travmatik olay ya da yaşantının olmasıdır. Fakat travma yaşantısı olan ya da travmatik olaya şahit olan herkeste ASB ya da TSSB gelişmeyebilir. Breslau ve arkadaşları (1998), travma yaşayanların yalnızca %9'unda TSSB'nin geliştiğini belirtmiştir (Arden, 2015). DSM-5'e göre; travmatik yaşantıyı kişinin doğrudan kendisinin yaşamaması, başka biri yaşarken doğrudan buna şahit olması, bir yakınının örseleyici bir olay yaşadığını öğrenmesi veya yakınının ölümünün örseleyici şekilde gerçekleşmesi ya da travmatik yaşantıyla ayrıntılı ve yineleyici şekilde karşılaşması (ör. polis memurları) durumlarında ASB ve TSSB'den bahsedilebilir. DSM-5 tanı kriterine göre akut stres bozukluğunun başlıca belirtileri şunlardır;

- 1-Travmaya ilişkin istemsiz gelen hatıralar veya yinelenen rahatsız edici rüyalar,
- 2-Olumsuz duygu durum belirtileri ve olumlu duyguları deneyimlemeye yönelik isteksizlik,
- 3-Dissosiyatif semptomlar (örneğin; travmatik yaşantının önemli bir kısmını hatırlayamama)
- 4-Travmaya ilişkin hatıralardan, düşüncelerden, insanlardan ya da mekanlardan kaçınma, uzaklaşma
- 5-Uykuya dalma ya da uykuyu sürdürmede güçlük, sinirli davranışlar veya konsantrasyon sorunları

Akut stres semptomları travma meydana geldikten sonra başlar ve üç günden bir aya kadar devam edebilir. Semptomlar bir ay sonra da devam ederse Travma sonrası stres bozukluğu olarak tanımlanır (APA, 2013).

1.4. Genç Yetişkinlik

1.4.1. Genç-yetişkinlik dönemi ve Özellikleri

Türkiye İstatistik Kurumunun (TUIK), 2020 yılı verisine göre; 15-24 yaşları arasındaki genç nüfus, Türkiye nüfusunun %15,4'ünü oluşturmaktadır (TUIK, 2020). Dünya Sağlık Örgütü, 10 ile 24 yaş arasındaki kişileri ergenler (10-19 yaşları) ve gençler (20-24 yaşları) olarak sınıflandırmaktadır (2014). Birleşmiş Milletler (BM) ise gençlik dönemini 15-24 yaşları arası olarak tanımlamaktadır (1989). Ergen Sağlığı ve Tıp Derneği genç-yetişkin yaş grubunu 18-25 yaş aralığı (26. yaş gününe kadar) olarak belirtmektedir (Walker ve diğerleri, 2017). Arnett (2000) ise 18-25 yaş aralığını “beliren yetişkinlik” (emerging adulthood) olarak tanımlamaktadır ve bu yaş grubu için genç yetişkinlik tanımının kullanılmaması gerektiğini savunmaktadır. 18-25 yaş aralığındaki gençlerin çoğunluğu kendini yetişkin olarak tanımlamazken, 30’lu yaşlarda olan kişilerin çoğu kendini yetişkin olarak tanımlar (Arnett, 2000). UNESCO; gençlik sürecinin değişen ve farklı

yapıya sahip bir dönemi kapladığına ve genç olma deneyiminin bölgelere ve toplumlara göre büyük değişkenlik gösterdiğine dikkat çekmektedir (Nüfusbilim Derneği, 2016).

Gençlik süreci ne çocukluk ne de yetişkinlik dönemidir ve bu haliyle bir geçiş süreci gibidir (Nüfusbilim Derneği, 2016; Jones & Wallace, 1992). Genç yetişkinlik, yetişkinliğe geçiş sürecini temsil eden bir dönüm noktasıdır. Bu süreçler; okuldan işe geçiş, aile evinden kendi evine geçiş, bağımlı halden bağımsız hale geçiş, aile üyeliğinden bireyselliğe geçiş olarak tanımlanabilir (Nüfusbilim Derneği, 2016; Marshall 1950; Hall ve Williamson 1999).

Genç yetişkinlik dönemi; bilişsel ve psikolojik iç dünyadan daha çok dış dünya ve diğerleri ile ilgilenmeleri ve etkileşimleri sebebiyle ergenlik süreci ile farklılıklar taşımaktadır. Birey; genç yetişkinlik döneminde aile üyeleriyle, iş arkadaşlarıyla ve sosyal çevresiyle daha karmaşık ilişkileri ve farklı etkileşimleri deneyimlemektedir (Aslan, 2020; Onur, 2000). Bu sürecin temel özellikleri denemek ve keşfetmektir (Santrock, 2015). Bowman'a göre; gelişmiş toplumlarda kişinin lise eğitim-öğretiminden üniversiteye geçişi yetişkinlik sürecine geçişin bir faktörüdür (2010). Arnett (2000) ise "beliren yetişkinlik dönemi"nin demografik farklılıklara göre çeşitlilik gösterdiğine dikkat çeker, bu dönemle ilgili değişim ve keşif süreci olduğu vurgusu yapar. Ergenlik süreci ortaya çıkan tutarsız davranışların 20'li yaşların sonuna doğru yani gençlikten yetişkinliğe geçişte azaldığını belirtir (Arnett, 2000).

Günümüzde; 18-25 yaşları arasındaki bireylerin genç yetişkinliğe geçiş süreci demografik açıdan değişim gösterirken, yetişkin rollerinde de değişimler olmuştur (Bozkurt ve ark., 2020; Arnett 2000, 2004). Genç yetişkinlerle yapılan bir araştırmada katılımcıların "sorumluluk alma"yı yetişkin olmanın önemli bir belirleyicisi olarak gördükleri bulunmuştur (Santrock, 2015). Çeşitli çalışmalara göre yetişkinliğe geçişte en önemli iki kriterin kişinin kendi sorumluluğunu kabul etmesi ve bağımsız kararlar alabilmesi olduğu saptanmıştır (Arnett, 2000; Arnett, 1997, 1998; Greene ve diğerleri, 1992; Scheer ve diğerleri, 1994). Araştırma

sonuçlarına göre üst sıralarda yer alan bir diğer kriterin ise “ekonomik açıdan bağımsız hale gelmek” olduğu görülmüştür ve bu kriterin önemi “kendi kendine yeten insan olmak” vurgunu yapıyor olmasıdır (Arnett, 2000; Arnett, 1998). Genç yetişkinlik dönemi; öze-dönüklük, yaşama şekil verme ve bağımsız hareket etme sürecidir (Santrock, 2015: 416).

Ebeveynlerle ve üniversite öğrencileriyle yapılan bir çalışmada ise kişinin “yaptıklarının sorumluluğunu alması”nın ve “duygu kontrolünü sağlayabilmesi”nin yetişkin olmanın önemli bir ölçütü olarak kabul edildiği görülmüştür (Santrock, 2015; Nelson ve ark., 2007). Birey bu süreçte hayallerini gerçekleştirmeyi hedeflemektedir ve genç yetişkinlik döneminin sonlarına doğru edinimlerinden yola çıkarak değerlerini yeniden düzenleme eğilimindedir (Aslan, 2020; Aktu, 2016: 167). Genç yetişkinlik bireyin toplum içinde statü kurduğu, eş seçimi yaptığı/aile kurduğu, kariyer yaptığı ve sosyal çevre edindiği; yani birçok gelişimsel evreyi gerçekleştirdiği bir dönemdir (Sağlam, 20014; İmamoğlu, 2008).

Genç yetişkinlik dönemi, bir geçiş süreci olması nedeniyle yaşam tarzında birçok değişimin gerçekleştiği bir süreçtir. Genç yetişkinler tarafından gerçekleştirilen bu değişimler gelişim evrelerinin bir parçasıdır. Yetişkin olma sürecinde kimlik keşifleri bu dönemi dolu ve yoğun bir yaşam haline getirir de aynı zamanda birçok insan için bu keşif süreci eğlenceli olarak deneyimlenmez ve birçok hayal kırıklığı, reddedilmeyi içinde barındırır (Arnett, 2000). Bu süreçte deneyimlenen radikal değişimler ve hayal kırıklıkları yetişkin dünyasına katılımı hızlandırmaktadır (Aslan, 2020). Bu dönemde kişinin psikososyal gelişimine etki eden faktörler duygusal değişim ve gelişimi, benlik gelişimi, aile ve sosyal yaşam düzenlemesi ve iş/kariyer düzenlemesidir (Aslan, 2020; Levinson, 1986). Bu etki faktörlerinden birinde ya da birden fazlasında yaşanabilecek aksaklık ya da doyum bireyin psikososyal gelişimine etki etmektedir (Aslan, 2020; Levinson, 1986).

1.4.2. Genç Yetişkinlik Döneminde Stres Faktörleri

Genç yetişkinlik dönemi büyük değişimlerin ve büyümenin gerçekleştiği ve bununla birlikte zihinsel ve ruhsal sağlık sorunlarının, stres faktörlerinin artış

gösterdiği bir dönemdir. Gençlik, heyecan verici bir dönem olmasının yanında yoğun stres ve endişenin deneyimlendiği bir süreç de olabilmektedir (TPD, 2018). Kişi bu kaygı ve endişelerinin farkına varmaz ve bu duygular uygun şekilde ele alınmazsa ruhsal bir bozukluk ortaya çıkabilir (TPD, 2018). Birleşik Krallık genç yetişkinlerin ruh sağlığına ilişkin raporunda (2014); her beş genç yetişkinden birinde anksiyete veya depresyon belirtileri görüldüğünü, 16-24 yaşları arasındakilerin %8,9'unun kendine zarar verme davranışında bulunduğunu ve %6,2'sinin intihar girişiminde bulunduğunu bildirmiştir (Jurewicz, 2015; Tinkler, 2015). DSÖ'ye göre, yetişkinlikte ortaya çıkan ruhsal bozuklukların yarısı 14 yaşında ortaya çıkar, fakat fark edilemez dolayısıyla tedavi edilemez. Ergenlerdeki hastalık ve bozuklukların temel nedenlerinden bir diğeri ise depresyondur ve depresyon; 15-19 yaşları arasındaki kişilerin ölümle sonuçlanan intihar eylemlerinin ilk üç nedeninden biridir (DSÖ, 2021). Ruhsal bozuklukların ortaya çıktığı dönem çoğunlukla ergenlik ve geç yetişkinlik dönemidir (Kessler ve ark., 2005). Birçok genç doğal afetlerin, çatışmaların ve salgın hastalıkların olduğu acil durum bölgelerinde yaşamaktadır, tüm bunlar bu koşullarda yaşayan gençler için birer risk faktörüdür (TPD, 2018).

1.4.3. Risk Faktörleri

Risk, kişinin yaşamında bir problemin oluşmasına etki eden ve problemin devam etme ya da daha kötüye gitme ihtimalini arttıran olay, durum ya da deneyimlerdir (Öz ve Yılmaz, 2009; Fraser ve Jenson, 2008). Risk faktörleri; bireysel, ailesel ve çevresel olmak üzere üç başlıkta toplanmaktadır. Fetal süreçte alkol/ilaç kullanılmış olması, prematüre doğmak, zor bir mizaca sahip olmak, utangaç bir kişilikte olmak, akademik olarak başarısız olmak bireysel risk faktörlerinden bazılarıdır. Ailesel risk faktörleri ise ruhsal ya da kronik hastalığı olan bir anne ve/veya babaya sahip olmak, çok çocuklu kalabalık bir ailede olmak, aile içi şiddete maruz kalma, evlat edinilmiş olma, ebeveynlerin boşanmış ya da ölmüş olması gibi durumları içermektedir. Çevresel risk faktörleri ise düşük sosyo-ekonomik durum, kötü akran ilişkileri, toplumsal şiddet ve ayrımcılığa uğramak gibi faktörleri içerir (Öz ve Yılmaz, 2009). Bu alanda çalışan bazı araştırmacılara göre ise kişinin riskli ya da

olumsuz yaşantısının olması psikolojik sağlamlığına da etki etmektedir. Masten'a (2001) göre; kişinin gerçek bir risk durumu ya da olumsuz yaşantısı olmadan psikolojik sağlamlığından söz edilemez (Kararımak, 2006). Eğer psikolojik sağlamlık tanımı; risk ya da olumsuz durumları içermezse eksik kalacaktır (Kararımak, 2006; Garmezy, 1993). Diğer yandan Garmezy (1987), kişinin hayatında ne kadar çok risk faktörü varsa, kişinin o kadar risk altında olduğunu savunmaktadır (Kararımak, 2006). Garmezy'nin çalışmasına göre sosyoekonomik düzeyi düşük olan ailelerin ve koruyucu etkenleri az olan ailelerin çocuklarının daha fazla stresli yaşantılara maruz kaldıkları görülmüştür. Bu sonuçlardan yola çıkarak; bu kişilerin zihinsel kapasitesinin daha düşük olduğunu, farklı alanlardaki yetenek ve becerilerinin daha az olduğu çıkarımına varmıştır (Kararımak, 2006; Garmezy, 1987).

1.4.4. Koruyucu Faktörler

Zorlukların etkisini hafifleten, azaltan ya da ortadan kaldıran, kişinin baş etme becerilerini geliştiren ve sağlıklı şekilde uyumlanmasını sağlayan faktörler koruyucu etmenler olarak tanımlanır (Gizir, 2007; Masten, 1994). Koruyucu faktörler; kişinin yaşamdaki engelleri aşma, başarılı şekilde adapte olmasına yardımcı olmaktadır (Yenidünya, 2017; Stewart, Reid ve Mangham, 1997). Koruyucu faktörler; bireysel, ailesel ve çevresel etmenleri ya da bu faktörlerin birleşimi ile ortaya çıkan kaynakları barındırırlar (Gizir, 2007). Garmezy (1987) çalışmasının sonucunda koruyucu faktörleri; bireysel koruyucu faktörler (sosyal duyarlılık, özgüven, iyimser olma), ailesel koruyucu faktörler (destekleyici aileye sahip olma, aile içi sıcak ilişkiler), çevresel koruyucu faktörler (bireyin ailesi dışında çevresinden gelen koruyucu etmenler) olmak üzere üç temel başlıkta toplamıştır. Werner (1989) koruyucu faktörleri tanımlarken benzer bir sınıflandırma yapmıştır. Werner tarafından üç ana başlıkta toplanan koruyucu faktörler şunlardır:

a) kişinin kendisine yönelik olumlu atıfları

b) duygusal aile bağları

c) toplum içerisinde ya da okulda sosyal desteğin varlığı (Kararımk, 2006)

Farklı bir araştırmada yukarıda listelenen sınıflandırmanın daha detaylı hali sunulmuştur ve bireysel koruyucu faktörler: özgüven, özsaygı, özyeterlilik, gelişmiş entellektüel seviye, yeterli sosyal beceriye sahip olma, uyumlu ve çoğu kişi tarafından sevilen biri olma olarak maddelenmiştir (Kararımk, 2006; Masten ve Coasworth, 1998).

Graben ve arkadaşlarına göre (2015) ise zorlu yaşam deneyimlerinde kişinin direnç eğilimleri koruyucu faktörlerin gelişimini sağlamaktadır (Ağırkan ve Kağan, 2017). Direnç, stres ve krizin üstesinden gelebilme becerisidir (Gönen ve Puruğcuoğlu, 2009). İnsanlar olaylar karşısında destek mekanizmaları oluşturarak ve sorunlara farklı, yeni çözümler bularak direnç gösterebilirler (Gönen ve Puruğcuoğlu, 2009). Ailenin kriz durumlarında gösterdiği direnç, değişimler karşısındaki uyum sağlama becerisi ve bunun sonucunda doğan karmaşaya karşı tutumu; aile direncinin özelliklerini, boyutlarını ve niteliklerini oluşturur (Gönen ve Puruğcuoğlu, 2009; McCubbin and McCubbin, 1988). Yaşanılan olumsuz deneyimlerde kişinin yapıcı davranmasına yardımcı olan koruyucu faktörler, psikolojik dayanıklılığın mekanizmalarından biridir (Kararımk, 2006; Masten, 1994). Kişilerin risk faktörlerine rağmen dayanıklılığının yüksek olmasına sebep olan koruyucu faktörler; bağlanma, zihinsel kapasite ve sosyal destek etmenleri ile ilişkilidir (Yenidünya, 2017). Bu alanda yapılan araştırmalarda; aile ile ilgili pozitif algıların, örneğin aile içindeki güçlü iletişimin, anne-baba ve çocuk arasındaki pozitif ilişkinin ve anne-baba olma sorumluluğunun kişinin psikolojik dayanıklılığını arttıran koruyucu bir faktör olduğuna ulaşılmıştır (Kararımk, 2006; Garmezy, 1987). Risk altındaki bazı bireylerin, sorunlarla diğer bireylere oranla neden daha sağlıklı ve başarılı şekilde baş ettiklerinin anlaşılabilmesi adına bireysel, ailesel ve çevresel koruyucu faktörlerin incelenmesi önemlidir (Gizir, 2007; Masten ve Reed, 2002).

Araştırmalara göre koruyucu faktörler aynı zamanda çocuk ve gençlerin gelişimine destek olan, güçlü bir aile ve çevre oluşturan etmenlerdir (Yenidünya, 2017; CSSP,

2017). Shepler (2006), bireyin psikolojik sağlamliğını belirleyen koruyucu faktörleri; bireysel faktörler, aile faktörleri, akranlar ve aktivite faktörleri, okul faktörleri, topluluk faktörleri olmak üzere beş başlıkta incelemiştir. Shepler'e (2006) göre aile koruyucu faktörleri; destekleyici ilişkileri ve güçlü bağları, pozitif iletişimi, gerçekleştirilmesi mümkün beklenti ve sorumlulukları içerir. Aile desteğinin uygun ve ulaşılabılır olması, aile yapısının gözlem ve denetim açısından yeterli seviyede olması, ailenin barınma imkanına ve yeterli kaynaklara sahip olması ve düzenli etkinliklerinin olması, son olarak ailede fiziksel ve duygusal güvenliğin sağlanmış olması; aile koruyucu etmenleri olarak görülür (Yenidünya, 2017).

En yaygın kullanımıyla stresli durumlar; bireyin kaynaklarını aşacak boyutta tehdit durumlarının varlığıdır (Schneiderman ve ark., 2005; Lazarus & Folkman 1984). Her insan kişisel, sosyal ve toplumsal strese maruz kalır. COVID-19 salgınında da kişinin stres faktörleri artmıştır. Literatüre bakıldığında; stres faktörleri bölgesel ve toplumsal farklılıklar gösterebilir sonucunda benzer ruhsal etkiler olduğu görülmüştür. Ulusal Akıl Sağlığı Enstitüsü (UASE), genç yetişkinlerin yaşı bireylere oranla ruh sağlığı sorunlarının daha yüksek olduğunu bildirmektedir. Genç yetişkinler açısından incelediğimizde bu ruhsal etkileri doğuran birçok risk faktörü olduğu görülmektedir.

Enfeksiyon korkusu, ailede veya akrabalarda hasta bir tanıdığın varlığı, sosyal izolasyon, içinde bulunulan durumun istikrarsız ve belirsiz olması, azaltılmış fiziksel aktivite, özellikle savunmasız genç popülasyon için; depresyon, anksiyete, travma sonrası bozukluklar ve intihar gibi bazı risk faktörlerini arttırabilir (Lazzaroni ve ark., 2019; Hao ve ark., 2020 ; Szlyk ve ark., 2020).

Bu zorlu durumlarla nasıl başa çıkıldığı; kişi ve toplum sağlığı hakkında bilgi verir (Schneiderman ve ark., 2005). Sağlık alanında gelişme kaydetmek için tüm hastaların ruh sağlığı önemlidir; ancak ruhsal sorunlarının erken başlaması ve uzun süre riskli durumlara maruz kalmaları nedeniyle özellikle genç yetişkinler için önemlidir (Jurewicz, 2015).

Mevcut araştırmaların çoğu COVID-19 salgınında ruh sağlığına etki eden risk faktörlerini araştırmış olsa da bu alanla ilgili yeterli çalışma bulunmamaktadır. Aynı zamanda araştırmaların çoğu ruh sağlığını etkileyen risk faktörlerine odaklanmıştır, koruyucu faktörlerle ilgili araştırmalar sınırlı kalmıştır. Koruyucu faktörlerin ruh sağlığına olumlu etkisi göz önünde bulundurulursa, bu alanla ilgili çalışmaların artması genç yetişkin ruh sağlığına fayda sağlayacaktır.

BÖLÜM 2

YÖNTEM

2.1. Araştırmanın Amacı ve Yöntem

Bu araştırmada COVID-19 pandemisinin 15. ve 20. aylarında 18-25 yaşları arasındaki genç yetişkinlerin ruhsal semptomları ile aile koruyucu etmenleri arasındaki ilişkiyi incelemek amaçlanmıştır. Araştırmanın soruları şunlardır;

- 1- 18-25 yaşları arasındaki gençlerin stres semptomlarının dağılımı nasıldır?
- 2- Sosyo-demografik değişkenlere göre stres semptom düzeyleri farklılık göstermekte midir?
- 3- COVID-19 algısı ile semptom puanları arasında ilişki var mıdır?
- 4- Aile koruyucu etmenleri ile semptom düzeyi arasında ilişki var mıdır?
- 5- İkili analizlerle anlamlı farklılık saptanan değişkenlerin semptom düzeyine bağımsız etki düzeyi nedir?

Yukarıda belirtilen sorulara cevap vermek için niceliksel araştırma yöntemlerinden analitik tipte kesitsel araştırma yöntemi kullanılmıştır. Bu yöntem araştırılan sorunun büyüklüğünü ve ilişkili faktörleri saptamak için kullanılan epidemiyolojik bir yöntemdir (Aschengrau ve Seage, 2013).

2.2. Evren ve Örneklem

Araştırmanın evrenini, 18-25 yaşları arasındaki Türkiye’de yaşayan genç yetişkinler oluştırmaktadır. Bu araştırmada optimum örneklem büyüklüğü, 18-29

yaş aralığında yapılan araştırmadan KSE toplam puanın standart sapması 35.7 alınarak (Ercan, 2018) %95 güven düzeyi ile 305 olarak hesaplanmıştır ($n = (t^2 \times \sigma^2) / d^2$). Bu araştırmada olasılıksız örnekleme yöntemiyle 306 kişiye sosyal ağlar (instagram, facebook, whatsapp) üzerinden anket (Microsoft Forms) linki iletilerek ve yakın çevrelerine iletmeleri istenerek ulaşılmıştır. Verilerin toplanması aşamasında; eski öğrencileri ile irtibatla olan bir ortaokul ve bir lise öğretmeninden ve de bir üniversite akademisyeninden katılımcılara ulaşmak için destek alınmıştır. COVID-19 pandemisi sürecinde yapılan bu araştırmanın kriterleri; Türkiye Cumhuriyeti vatandaşı olmak, salgın süresince Türkiye’de bulunmak ve 18-25 yaşları arasında olmak olarak belirlenmiştir. Olasılıksız örnekleme yöntemi kullanılmıştır. Katılımcıların tamamı internet üzerinden, anket linkini doldurarak araştırmaya katılım sağlamışlardır.

2.3. Ölçme Araçları

Araştırmada kullanılan anket; demografik bilgiler, COVID-19 Algısı Ölçeği, Kısa Semptom Ölçeği (KSÖ) ve Ailedeki Koruyucu Etkenler Envanteri olmak üzere dört bölümden oluşmuştur.

2.3.1. Demografik Bilgi Formu

Demografik sorular yaş, cinsiyet, öğrenim durumu, ailenin gelir düzeyi ve kim/kimler ile yaşadığıdır.

2.3.2. COVID-19 Algısı Ölçeği (P-COVID-19)

Çıraklıoğlu ve arkadaşları tarafından COVID-19 algısını ölçebilmek adına geliştirilen bir ölçektir. Domuz gribi (H1N1) ve COVID-19; damlacık kaynaklı olmaları, kısa sürede yayılmaları, temas öncesi ve sonrası alınması gereken önlemler açısından benzerlik taşımaktadır (Çıraklıoğlu ve ark., 2020). Bu iki virüs arasındaki benzerlikler nedeniyle Çıraklıoğlu tarafından geliştirilen ölçekler COVID-19 pandemisine uyarlanmıştır. Ölçek uyarlaması yapılırken “hastalık” ve “virüs” gibi genel terimler kullanılmıştır (Çıraklıoğlu ve ark., 2020). Ölçek 7

maddeden oluşmaktadır. Tehlikelilik, bulaşıcılık olmak üzere iki alt faktörü bulunmaktadır. Ölçeğin “Tehlikelilik” (1, 2 ve 3. sorular) alt-boyutu hastalığın yarattığı tehlike algısı ve inançlarını değerlendirmektedir, “Bulaşıcılık” (4, 5, 6 ve 7. sorular) alt-boyutu ise hastalığın bulaşıcılığına dair algıları değerlendirmektedir (Çıraklıoğlu ve ark., 2020). Beşli likert yapısında olan ölçek; (1)Kesinlikle Katılmıyorum, (2)Katılmıyorum (3)Kararsızım, (4)Katılıyorum, (5)Kesinlikle Katılıyorum şeklinde değerlendirilmektedir. Ölçekten alınabilecek en düşük ve en yüksek puan 7-35 aralığındadır. Ölçeğin madde/toplam katsayılarına bakıldığında 0.296 ile 0.728 arasında olduğu saptanmıştır (Çıraklıoğlu ve ark., 2020). COVID-19 Algısı Ölçeği için Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı 0,74 olarak tespit edilmiştir ve alt-boyutlar için cronbach alfa iç tutarlılığı 0.64 ile 0.97 arasında değişmektedir (Çıraklıoğlu ve ark., 2020). Bu çalışmada iç tutarlılık 0.75 olarak bulunmuştur.

2.3.3. Kısa Semptom Envanteri

Kısa Semptom Envanteri (KSE), psikolojik sıkıntının ölçülmesi için yaygın olarak kullanılan SCL-90 ölçeğinin kısaltılmasıyla (Franke ve ark., 2017) Derogatis tarafından geliştirilmiştir (1992). KSE'nin Türk gençleri için uyarlaması Durak ve Şahin (1994) tarafından yapılmıştır. Kısa Semptom Envanteri, 9 alt ölçek ve evrensel rahatsızlık belirleyici 3 ölçekten oluşmaktadır (Derogatis, 1992). Ölçeğin alt başlıkları; “Somatizasyon”, “Obsesif-Kompulsif”, “Anksiyete”, “Fobik-Anksiyete”, “Kişilerarası Alınganlık”, “Hostilite”, “Depresyon”, “Paranoid Düşünceler” ve “Psikotizm” olarak belirlenmiştir. Toplamda 53 sorudan oluşan KSE likert tipi kullanılan bir ölçektir. Maddeler; Hiç, Biraz, Orta Derecede, Epey ve Çok Fazla olarak değerlendirilmiştir. Her madde 0-4 arasında puanlanmaktadır. En düşük ve en yüksek puan aralığı 0-212 arasındadır. Puan artışı semptom artışını göstermektedir. “Anksiyete” alt boyutu (12, 13, 28,31, 32, 36, 38, 42, 43, 45, 46, 47, 49. maddeleri), “Depresyon” alt boyutu (9, 14, 16, 17, 18, 19, 20, 25, 27, 35, 37, 39. maddeleri), “Olumsuz Benlik” alt boyutu (15, 21, 22, 24, 26, 34, 44, 48, 50, 51, 52 ve 53. maddeleri), “Somatizasyon” alt boyutu (2, 5, 7, 8, 11, 23, 29, 30 ve 33. maddeleri), “Hostilite” alt boyutu (1, 3, 4, 6, 10, 40 ve 41. maddeleri) olarak 5

alt faktör altında toplanmıştır. Bu alt ölçeklerin Cronbach alfa katsayıları anksiyete 0.87, depresyon 0.88, olumsuz benlik 0.87, somatizasyon 0.75, hostilete 0.76 şeklindedir. Ölçeğin tümünden elde edilen iç güvenilirlik katsayısı 0.95 olarak bulunmuştur. KSE'nin, Türk gençlerinin psikolojik sıkıntı ve stres belirtilerini ölçmek için geçerli ve güvenilir bir araç olduğu saptanmıştır (Durak ve Şahin, 1994). Bu çalışmada Kısa Semptom Envanteri için iç tutarlılık 0.96 olarak bulunmuştur.

2.3.4. Ailedeki Koruyucu Etkenler Ölçeği

Ailedeki Koruyucu Etkenler Ölçeği (AKE), Gardner ve arkadaşları (2008) tarafından geliştirildi (Gardner, Huber, Steiner, Vazquez ve Savage, 2008). 16 maddeden oluşmuştur. Türkiye'de geçerlik ve güvenilirlik çalışması Gökler ve Köksal (2011) tarafından yapılmıştır. Uyuma Yönelik Değerlendirme ve Telafi Edici Yaşantılar alt boyutu (14, 15, 16, 8, 13, 6, 7, 5. maddeler), "Sosyal Destek" alt boyutu (11, 10, 12, 9. maddeler) ve "Stres Kaynaklarının Azlığı" (2, 1, 4, 3. maddeler) içermektedir. Her bir maddesi 1-5 arası ("Benim aileme hiç uymuyor", "Benim aileme çok az uyuyor", "Benim aileme biraz uyuyor", "Benim aileme oldukça uyuyor", "Benim aileme tamamen uyuyor") puanlanmakta ve 16-80 arasında puan alınmaktadır. Puan artışı ailedeki koruyucu etkenlerin yüksek olduğunu göstermektedir. AKE'nin Cronbach Alfa katsayısı 0.85 bulunmuştur. Ölçeğin alt-faktörleri için elde edilen iç tutarlık katsayıları da, "Uyuma Yönelik Değerlendirme ve Telafi Edici Yaşantılar", "Sosyal Destek" ve "Stres Kaynaklarının Azlığı" alt boyutları için sırasıyla; 0.88, 0.89 ve 0.58'dir. Ölçeğin güvenilirliği için yapılan analizlerin sonucunda Cronbach Alfa iç tutarlılık katsayısı 0.77 - 0.88 arasında değişirken, test tekrar-test 0.82 olarak saptanmıştır. Ölçeğin geçerlik güvenilirlik çalışmasında 18 yaş üzerindeki bireyler için yeterli psikometrik özelliklere sahip olduğu belirtilmiştir (Gökler ve Köksal, 2011). Bu çalışmada, AKE için iç tutarlılık değeri 0.88 bulunmuştur.

2.4. Uygulama

Araştırmanın uygulanabilmesi adına İstanbul Bilgi Üniversitesi Etik Kurulu'ndan 30 Ocak 2021 tarihinde onay alınmıştır. Veriler, 3 Mart 2021 tarihinde toplanmaya başlanmış ve 10 Ağustos 2021'e kadar devam etmiştir. Verilerin toplandığı tarih, COVID-19 virüsünün ikinci dalga ve üçüncü dalga aralığındadır.

Görüşme formları excel üzerinden SPSS 24.0 istatistik paket programına aktarılmış ve veri kontrolü sonrası analizler yapılmıştır. Araştırmanın bağımlı değişkeni stres semptomlarıdır. Stres semptomları KSE'nin alt boyutlarından elde edilen puanlara göre verilmiştir. Bağımsız değişkenler ise sosyo-demografik özellikler (cinsiyet, yaş, gelir durumu, öğrenim durumu ve kiminle yaşadığı), COVID-19 Algısı Ölçeği'nden elde edilen tehlikelilik ve bulaşıcılık alt boyutlarıdır. Kullanılacak analiz yöntemlerine karar vermek için verinin normal dağılımına uyup uyumadığına belirlemede çarpıklık ve basıklık indeksi hesaplanmıştır (Anksiyete: 0.237-0.762, Depresyon: -0.844-0.309, Olumsuz Benlik: -0.238-0.622, Somatizasyon: 0.435-0.913, Hostilite: -0.658-0.262). Çarpıklık ve basıklık indeksi -1.5 ile +1.5 arasında olduğundan parametrik yöntemler kullanılmıştır. Tanımlayıcı istatistikler (sayı, yüzde, ortalama, standart sapma) ve değişkenler arasındaki ilişkiyi incelemek için tekli ve çoklu analiz yöntemleri kullanılmıştır. Bağımsız iki grubun aldığı puan ortalamalarının farklılığını analiz ederken t testi, üç ve daha fazla grupta ise varyans analizi kullanılmıştır. İki sürekli değişken arasındaki ilişki pearson korelasyon analizi ile incelenmiştir (Hayran ve Hanefi, 2017). İkili analizlerde anlamlı çıkan değişkenlerin bağımsız etkilerini ve etkinin büyüklüğünü belirlemede çoklu regresyon analizi (enter) kullanılmıştır. Modelin uygunluğu Durbin-Watson analizi ile test edilmiştir.

BÖLÜM 3

BULGULAR

3.1. Genç-yetişkinlerin Sosyo-demografik Özellikleri

Tablo 4.1.3.'de görüldüğü gibi katılımcıların %68'i kadınlardan, %32'si ise erkeklerden oluşmaktadır. Araştırmaya katılanların %16'sı 18-19, %40.5'i 20-21, %21.9'u 22-23 ve %21.6'sı 24-25 yaşlarındadır. Katılımcıların öğrenim durumları incelendiğinde; %1.6'sı ortaokul, %17.0'ı lise, %36.3'ü önlisans, %42.2'si lisans ve %2.9'u yüksek lisans düzeyindedir. Sosyo-demografik verilerden bir diğeri ise; katılımcıların ailelerinin gelir düzeyidir. Gelir düzeyi için yüzdeler; %56.9 asgari düzey ve altı, %43.1'i asgari düzey ve üzeri şeklindedir. Katılımcıların %88.9'u ailesi ile birlikte yaşamaktadır.

Tablo 3. 1. Genç Yetişkinlerin Sosyo-Demografik Özellikleri

| <i>Değişkenler</i> | <i>Sayı</i> | <i>Yüzde</i> |
|-----------------------|-------------|--------------|
| <i>Cinsiyet</i> | | |
| Kadın | 208 | 68,0 |
| Erkek | 98 | 32,0 |
| <i>Yaş grupları</i> | | |
| 18-21 | 176 | 56,5 |
| 22-25 | 133 | 43,5 |
| <i>Öğrenim durumu</i> | | |
| Ortaokul | 5 | 1,6 |
| Lise | 52 | 17,0 |
| Ön lisans | 111 | 36,3 |
| Lisans | 129 | 42,2 |

| | | |
|--|------------|--------------|
| Yüksek lisans | 9 | 2,9 |
| <i>Gelir Durumu</i> | | |
| Asgari veya asgari altı | 174 | 56,9 |
| Asgari üzeri | 132 | 43,1 |
| <i>Birlikte yaşanan kişiler</i> | | |
| Aile ile | 272 | 88,9 |
| Arkadaş ile | 9 | 2,9 |
| Yalnız | 17 | 5,6 |
| Diğer | 8 | 2,6 |
| <i>Toplam</i> | 306 | 100.0 |

3.2. Genç-yetişkinlerde COVID-19 Algısı

Tablo 3.2.'de COVID-19 Algısı Ölçeği maddelerine verilen cevapların dağılımı yer almaktadır. Katılımcıların yaklaşık %80'i virüsün ölümcül bir hastalığa neden olduğunu düşünmektedir. Katılımcıların yaklaşık %87'si COVID-19'un herkese bulaşabileceğini ifade etmiştir. Yaklaşık %82'si COVID-19'un kolay bulaşan bir hastalık olduğu düşünmektedir. "Bu hastalık söylendiği kadar tehlikeli değil" maddesine %35.9'unun kesinlikle katılmıyorum ve %32.4'ünün katılmıyorum ifadesini kullandığı görülmüştür.

Tablo 3. 2. Genç Yetişkinlerin COVID-19 Algısı Ölçeğine Verdikleri Yanıtların Dağılımı

| <i>COVID-19 Algısı</i> | <i>Kesinlikle katılmıyorum</i> | <i>Katılmıyorum</i> | <i>Kararsızım</i> | <i>Katılıyorum</i> | <i>Kesinlikle katılıyorum</i> |
|---|--------------------------------|---------------------|-------------------|--------------------|-------------------------------|
| | Sayı- % | Sayı- % | Sayı- % | Sayı- % | Sayı- % |
| Bu hastalık söylendiği kadar tehlikeli değil | 110- (35,9) | 99- (32,4) | 51- (16,7) | 38- (12,4) | 8- (2,6) |
| Medya salgını abartıyor | 83- (27,1) | 115- (37,6) | 49- (16,0) | 42- (13,7) | 17- (5,6) |
| Virüs ölümcül bir hastalığa neden olmaktadır | 3- (1,0) | 17- (5,6) | 41- (13,4) | 161- (52,6) | 84- (27,5) |
| Bu hastalık herkese bulaşabilir | 7- (2,3) | 10- (3,3) | 23- (7,5) | 132- (43,1) | 134- (43,8) |
| Kolayca bulaşan bir hastalıktır | 6- (2,0) | 21- (6,9) | 55- (18,0) | 136- (44,4) | 88- (28,8) |
| Hastalığın kadınlara ve erkeklere bulaşma olasılığı benzerdir | 5- (1,6) | 23- (7,5) | 74- (24,2) | 134- (43,8) | 70- (22,9) |
| Virüs kargo veya alışveriş ürünlerinden bulaşabilir | 12- (3,9) | 44- (14,4) | 80- (26,1) | 123- (40,2) | 47- (15,4) |

3.3. Aile Koruyucu Etkenler Ölçeği

Tablo 3.3.'de katılımcıların AKE'nin her bir maddesine verdikleri cevaplar yer almaktadır. Katılımcıların yaklaşık %57'si ailesinin stresli durumlarla baş edebildiklerini düşünmektedir. Yaklaşık %80'i ailelerinin hayatları üzerinde kontrol sahibi kişiler olduğunu ifade etmişlerdir. Katılımcıların yaklaşık %60'ı ailelerinin sorunlarını çözebilme yetisine sahip olduğunu düşünmektedir. Katılımcıların yaklaşık %67'si aileleriyle ilgilenen ve aile olarak güven duydukları kişilerin olduğunu ifade etmişlerdir.

Tablo 3. 3. Aile Koruyucu Etkenler Ölçeğinden Alınan Puan ve Yüzdeler

| | <i>Benim aileme hiç uymuyor</i> | <i>Benim aileme çok az uyuyor</i> | <i>Benim aileme biraz uyuyor</i> | <i>Benim aileme oldukça uyuyor</i> | <i>Benim aileme tamamen uyuyor</i> |
|---|---------------------------------|-----------------------------------|----------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|
| <i>Ailedeki Koruyucu Etkenler Ölçeği</i> | <i>Sayı- %</i> | <i>Sayı- %</i> | <i>Sayı- %</i> | <i>Sayı- %</i> | <i>Sayı- %</i> |
| Ailemizde, son 3 ay içinde, sağlıkla ilgili olarak, sorunlardan çok olumlu şeyler yaşandı | 53- (17.3) | 44- (14.4) | 106- (34.6) | 78- (25.5) | 25- (8.2) |
| Ailemizde, son 3 ay içinde, maddi durumumuzla ilgili olarak, sorunlardan çok olumlu şeyler yaşandı | 105- (34.3) | 74- (24.2) | 78- (25.5) | 37- (12.1) | 12- (3.9) |
| Ailemizde, son 3 ay içinde, arkadaşlarımız / ahablarımızla ilgili olarak, olumlu şeylerden çok sorunlar yaşandı | 29- (9.5) | 52- (17.0) | 86- (28.1) | 68- (22.2) | 71- (23.2) |
| Ailemizde, son 3 ay içinde, okul ve iş yaşamıyla ilgili olarak, sorunlardan çok olumlu şeyler yaşandı | 109- (35.6) | 67- (21.9) | 70- (22.9) | 35- (11.4) | 25- (8.2) |
| Aile olarak biz, çoğu durumda iyimser davranırız ve olumlu şeylere odaklanırsınız | 26- (8,5) | 53- (17,3) | 89- (29,1) | 93- (30,4) | 45- (14,7) |
| Bizim ailemiz, yaratıcı, becerikli ve kendine yeten bir ailedir | 19- (6,2) | 29- (9,5) | 76- (24,8) | 106- (34,6) | 76- (24,8) |
| Çoğu insan, bizim ailemizi cana yakın bulur ve bizle birlikte olmaktan hoşlanır | 8-2,6) | 12- (3,9) | 41- (13,4) | 126- (41,2) | 119- (38,9) |
| Aile olarak biz başarılı ve gururluyuzdur | 12- (3,9) | 17- (5,6) | 62- (20,3) | 125- (40,8) | 90- (29,4) |

| | | | | | |
|--|------------|------------|------------|-------------|-------------|
| Ailemizin, bize destek sağlayabilecek en az bir kişiyle iyi ilişkileri vardır | 36- (11,8) | 28- (9,2) | 66- (21,6) | 81- (26,5) | 95- (31,0) |
| Aile olarak, yaşamımızda, bizi önemseyen ve bizimle ilgilenen en az bir kişi vardır | 27- (8,8) | 24- (7,8) | 53- (17,3) | 82- (26,8) | 120- (39,2) |
| Aile olarak, yaşamda güvenebileceğimiz en az bir kişi vardır | 19- (6,2) | 27- (8,8) | 52- (17,0) | 90- (29,4) | 117- (38,2) |
| Ailemizle ilgilenen en az bir kişi vardır | 36- (11,8) | 30- (9,8) | 55- (18,0) | 95- (31,0) | 90- (29,4) |
| Aile olarak, sorunlarımızı (hepsini olmasa da) kendimiz çözebiliriz | 36- (11,8) | 30- (9,8) | 55- (18,0) | 95- (31,0) | 90- (29,4) |
| Aile olarak, yaşamımızda olup biten pek çok şey üzerinde (hepsi olmasa da) kontrol sahibiyiz | 6- (2,0) | 15- (4,9) | 40- (13,1) | 131- (42,8) | 114- (37,3) |
| Aile olarak, yaşamda karşılaştığımız ciddi stres kaynaklarından biri ya da daha fazlasıyla iyi bir şekilde başa çıktık | 17- (5,6) | 25- (8,2) | 88- (28,8) | 95- (31,0) | 81- (26,5) |
| Ailemiz, birkaç kez, olumsuz bir durumdan da olumlu bir şeyler çıkarmayı başarabilmiştir | 20- (6,5) | 38- (12,4) | 86- (28,1) | 93- (30,4) | 69- (22,5) |

3.4. Genç-yetişkinlerin Stres Semptomları

Tablo 4.3.1’de Kısa Semptom Envanterinin ortalaması, standart sapması, minimum-maximum puan aralığı yer almaktadır. KSE’nin alt-ölçek ortalamalarından madde sayısı etkisini ortadan kaldırmak için; her alt boyut için toplam puan madde sayısına bölünerek (toplam puan/madde sayısı) işlem yapılmıştır. Alt-boyutlar için hesaplanan ortalama ve standart sapma puanı şu şekildedir; anksiyete (1.26±0.79), depresyon (1.81±0.97), olumsuz benlik

(1.37±0.85), somatizasyon (1.02±0.76), hostilete (1.61±0.83). Alt boyutların hesaplanan ortalama puanlarına bakıldığında en yüksekten en düşüğe sırasıyla; depresyon, hostilete, olumsuz benlik, anksiyete ve somatizasyon'dur.

Tablo 3. 4. Kısa Semptom Envanterinden Alınan Puanların Dağılımı

| <i>KSE</i> | <i>Ortalama</i> | <i>S.Sapma</i> | <i>Range</i> | <i>Toplam Puan/Madde sayısı</i> |
|---------------------|-----------------|----------------|-----------------------|---------------------------------|
| <i>Alt Boyutlar</i> | | | <i>(min-max puan)</i> | <i>Ortalama ± SS</i> |
| Anksiyete | 16.49 | 10,32 | 0-52 | 1.26±0.79 |
| Depresyon | 21.80 | 11,73 | 0-48 | 1.81±0.97 |
| Olumsuz Benlik | 16.53 | 10,31 | 0-48 | 1.37±0.85 |
| Somatizasyon | 9.21 | 6,90 | 0-36 | 1.02±0.76 |
| Hostilite | 11.3 | 5,85 | 0-28 | 1.61±0.83 |
| KS Toplam | 75.36 | 40.5 | 53-265 | 1.42±0.76 |

3.5. Genç-yetişkinlerin Stres Semptomlarının Sosyo-demografik Özelliklere Göre Dağılımı

Kadın ve erkeklerin semptom puanlarının karşılaştırılması için yapılan t-testi sonucunda semptom seviyelerinin birbirlerinden farklı olduğu bulunmuştur. Buna göre ortalamalara bakılınca kadınların semptom ortalamaları erkeklerin semptom ortalamasından yüksek olduğu saptanmıştır ($\mu_{kadın}=18.21$, $ss=10.7$; $\mu_{erkek}=12.84$, $ss=8.4$). KSE alt boyutlarından da kadınlar erkeklere göre anlamlı olarak yüksek puan almışlardır ($p<0.05$). Tablo 3.3.'de görüldüğü gibi cinsiyet ile KSE alt ölçekleri ortalama ve standart sapma puanları; anksiyete ($\mu_{kadın}=18.1$, $ss=10.7$; $\mu_{erkek}=12.84$, $ss=8.4$), somatizasyon ($\mu_{kadın}=10.5$, $ss=7.1$; $\mu_{erkek}=6.4$, $ss=5.3$) ve olumsuz benlik ($\mu_{kadın}=17.4$, $ss=10.8$; $\mu_{erkek}=14.6$, $ss=8.7$) olarak saptanmıştır. Katılımcıların yaşlarına, kimlerle yaşadıklarına, gelir durumlarına, eğitim

durumlarına göre KSE puanları analiz edildiğinde; yaş, gelir durumu, yaşanılan kişiler ve eğitim durumuna göre anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 3. 5. Sosyo-demografik Özelliklere Göre Kısa Semptom Envanterinden Alınan Puanlar

| | <i>Anksiyete</i> | <i>Depresyon</i> | <i>Olumsuz Benlik</i> | <i>Somatizasyon</i> | <i>Hostilite</i> | <i>KSE/Top.</i> |
|---------------------------------|----------------------|----------------------|-----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| | <i>Ortalama ± SS</i> | <i>Ortalama ± SS</i> | <i>Ortalama ± SS</i> | <i>Ortalama ± SS</i> | <i>Ortalama ± SS</i> | <i>Ortalama ± SS</i> |
| <i>Cinsiyet</i> | | | | | | |
| Kadın | 18.21 ±10.7 | 23.59±11.6 | 17.40±10.8 | 10.5±7.1 | 11.9±5.8 | 81.7±41.8 |
| Erkek | 12.84 ±8.4 | 18.01±10.9 | 14.68±8.7 | 6.4±5.3 | 9.8±5.7 | 61.8±34.08 |
| t;p | 4.75;0.001 | 3.97;0.001 | 2.34;0.020 | 5.47;0.001 | 2.99;0.003 | 4.39;0.001 |
| <i>Yaş</i> | | | | | | |
| 18-21 | 29.91±10.0 | 34.73±11.4 | 29.09±10.5 | 18.57±6.88 | 19.01±5.8 | 131.3±39.9 |
| 22-25 | 28.95±10.7 | 32.60±12.0 | 27.81±9.93 | 17.75±6.92 | 17.39±5.7 | 124.5±41.1 |
| t;p | 0.804;0.422 | 1.580;0.115 | 1.077;0.282 | 1.021;0.308 | 2.419;0.016 | 1.021;0.146 |
| <i>Yaşanılan kişiler</i> | | | | | | |
| Ailesi ile | 16.5±10.4 | 21.7±11.9 | 16.4±10.5 | 9.2±7.04 | 11.3±5.9 | 75.4±41.4 |
| Arkadaşı ile | 15.7±13.2 | 23.2±13.4 | 16.8±10.3 | 7.4±6.3 | 10.6±5.7 | 74.0±44.5 |
| Yalnız | 14.5±9.1 | 20.2±8.6 | 15.7±6.8 | 8.6±5.8 | 9.7±5.00 | 69.0±31.5 |
| Diğer | 19.2±6.08 | 25.2±6.3 | 20.2±7.1 | 11.3±4.5 | 13.0±3.7 | 89.1±19.4 |
| f;p | 0.431;0.73 | 0.374;0.77 | 0.384;0.765 | 0.496;0.685 | 0.680;0.565 | 0.456;0.714 |

Gelir Durumu

| | | | | | | |
|------------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| Asgari düzey veya altı | 29.18±10.5 | 34.6±12.2 | 28.54±11.1 | 18.90±7.0 | 18.63±6.1 | 129.9±43.1 |
| Asgari düzeyin üstü | 29.89±9.9 | 32.6±10.9 | 28.53±9.06 | 17.31±6.6 | 17.87±5.4 | 126.25±36.9 |
| t;p | -0.585;0.55 | 1.504;0.128 | 0.009;0.993 | 2.014;0.045 | 1.135;0.257 | 0.808;0.419 |

Öğrenim Durumu

| | | | | | | |
|---------------|------------|------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| Ortaokul | 18.0±5.4 | 27.0±9.9 | 19.0±8.5 | 11.6±6.3 | 13.4±5.3 | 89.0±33.6 |
| Lise | 16.4±10.5 | 22.4±13.4 | 18.6±12.01 | 9.4±7.04 | 11.6±6.6 | 78.5±45.4 |
| Önlisans | 15.9±10.4 | 21.7±11.7 | 15.8±10.2 | 9.9±7.2 | 11.8±5.7 | 75.2±41.6 |
| Lisans | 16.8±10.4 | 21.4±11.2 | 16.1±9.8 | 8.5±6.5 | 10.6±5.5 | 73.7±38.4 |
| Yüksek Lisans | 17.8±10.09 | 21.3±10.1 | 16.5±7.9 | 7.1±6.4 | 10.5±6.3 | 73.4±34.8 |
| f;p | 0.195;0.94 | 0.314;0.86 | 0.750;0.559 | 0.908;0.459 | 0.805;0.523 | 0.273;0.895 |

3.5.1. Genç Yetişkinlerin Stres Semptomlarının Dağılımı

Bu çalışmada KSE'nin her bir alt ölçeği için Z puanı ve daha sonra T puanı hesaplanmıştır. Daha sonra Kısa Semptom Envanterinin GSI (Global Severity Index) T puanınının 63 olmasından yola çıkarak katılımcılar semptom gösteren ve göstermeyen olarak ayrılmıştır. Bunun sonucunda semptom gösteren dağılımında; anksiyete %11.8, depresyon %12.4, somatizasyon %11.4, olumsuz benlik %12.4, hostilite %14.7 olduğu görüşmüştür.

3.6. KSE ve Aile Koruyucu Etkenleri, COVID-19 Algısı Arasındaki İlişki

Tablo 3.7.'de KSE alt-boyutları ile aile koruyucu etkenleri alt ölçeklerine (Uyuma Yönelik Değerlendirme ve Telafi Edici Yaşantılar, Sosyal Destek, Stres

Kaynaklarının Azlığı) ve COVID-19 algısı alt ölçekleri (Tehlikelilik, Bulaşıcılık) arasındaki ilişki verilmiştir. KSE tüm alt boyutları ile uyuma yönelik değerlendirme ve telafi edici yaşantılar alt boyutu arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p < 0.05$). Buna göre; uyuma yönelik değerlendirme ve telafi edici yaşantılar arttıkça kişinin anksiyete, depresyon, olumsuz benlik, hostilite ve somatizasyon puanı düşmektedir. Hostilite ile AKE sosyal destek alt boyutu ters yönlü olarak ilişkili bulunmuştur. Stres kaynaklarının azlığı alt-boyutu ile KSE'nin tüm alt-boyutları arasında negatif yönlü ilişki bulunmuştur ($p < 0.05$). COVID-19 algısı alt faktörleri ile KSE alt boyutlarına bakıldığında ise; anksiyete alt boyutu hariç anlamlı ilişki bulunmamıştır. Anksiyete alt boyutu ile tehlikelilik alt boyutu arasında pozitif yönlü bir ilişki olduğu saptanmıştır. Buna göre; kişinin tehlikelilik puanı arttıkça anksiyete puanı da yükselmektedir ($p < 0.05$). KSE ve AKE arasında ise pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur ($r = 0.53, p < 0.01$).

Tablo 3. 6. KSE ile Aile Koruyucu Etkenleri ve COVID-19 Algısı Ölçeği Arasındaki İlişki

| | <i>Anksiyete</i> <i>r;p</i> | <i>Depresyon</i> <i>r;p</i> | <i>Olumsuz Benlik</i> <i>r;p</i> | <i>Somatizasyon</i> <i>r;p</i> | <i>Hostilite</i> <i>r;p</i> | <i>KSE</i> <i>Toplam</i> <i>r;p</i> |
|--|--------------------------------|--------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------|---|
| AKE | | | | | | |
| Uyuma Yönelik Değerlendirme ve Telafi Edici Yaşantılar | -0.196;0.001 | -0.228;0.001 | -0.201;0.001 | -0.191;0.001 | -0.224;0.001 | -0.232;0.001 |
| Sosyal Destek | -0.029;0.611 | -0.108;0.060 | -0.025;0.662 | -0.054;0.344 | -0.152;0.008 | -0.076;0.184 |
| Stres Kaynaklarının Azlığı | -0.228;0.001 | -0.287;0.001 | -0.198;0.001 | -0.221;0.001 | -0.223;0.001 | -0.261;0.001 |
| AKE Toplam | -0.193;0.001 | -0.262;0.001 | -0.189;0.001 | -0.203;0.001 | -0.257;0.001 | -0.245;0.001 |

COVID-19 Algısı

| | | | | | | |
|--------------------|--------------|--------------|--------------|-------------|-------------|-------------|
| Tehlikelilik | 0.113;0.048 | 0.039;0.494 | 0.077;0.177 | 0.055;0.338 | 0.62;0.281 | 0.078;0.173 |
| Bulaşıcılık | -0.001;0.992 | -0.053;0.356 | -0.032;0.582 | 0.015;0.794 | 0.020;0.731 | -0.18;0.753 |
| COVID-19 Toplam | 0.063;0.273 | -0.010;0.865 | 0.024;0.671 | 0.040;0.490 | 0.46;0.420 | 0.033;0.568 |

3.7. Çoklu Analiz Sonuçları

İkili analizlerinin sonuçları doğrultusunda ilişkili faktörler saptanmıştır ve birbirine olan etkisini görebilmek için çoklu analiz yapılmıştır. Bu çok değişkenli modelde sosyo-demografik bilgilerin bazıları (yaş, kimlerle yaşadığı ve öğrenim durumu) KSE al-boyutları ile ilişkili bulunmadığı için regresyon analizinde yer almamıştır. Gelir düzeyi ile Somatizasyon alt boyutu ikili analizlerde ilişkili bulunmuş ve çoklu analize alınmıştır fakat çoklu regresyon analizinin sonucunda gelir düzeyinin karıştırıcı faktör olduğu saptanmıştır. İkili analiz sonuçlarına göre; COVID-19 Algısı Ölçeği “bulaşıcılık” alt-boyutu da KSE ile ilişkili bulunmamıştır. Anksiyete alt-boyut için COVID-19 tehlikelilik alt-boyutu tekli analizde ilişkili bulunmuştur ve bu sebeple tehlikelilik alt faktörü çoklu analize dahil edilmiştir. Yapılan çoklu regresyon analizinin sonucunda tehlikelilik alt boyutunun karıştırıcı faktör olduğu saptanmıştır ($p>0.05$).

Çoklu regresyon analizi sonuçlarına göre; KSE'nin tüm alt-boyutları ile cinsiyet ilişkili çıkmıştır. AKE'nin “Uyuma Yönelik Değerlendirme ve Telafi Edici Yaşantılar”, Stres Kaynaklarının Azlığı” alt faktörleriyle anksiyete, depresyon, somatizasyon ve hostilite alt boyutları ters yönlü ilişkili bulunmuştur. İkili analizlerde yaş KSE alt boyutlarından hostilite ile ilişkili bulunmuştur ve çoklu regresyon analizine alınmıştır, hostilite ile yaş ilişkili bulunmuştur. Hostilite alt boyutunun AKE “sosyal destek” alt boyutu ikili analizlerde ilişkili bulunmuş fakat çoklu regresyon analizi sonuçlarında karıştırıcı faktör olduğu görülmüştür.

Tablo 3. 7. KSE Alt Boyutlarının Çoklu Analiz Sonuçları

| <i>Bağımsız Değişkenler</i> | <i>Unstandardized Coefficients</i> | | <i>Standardized Coefficients</i> | <i>T</i> | <i>Sig</i> |
|--|------------------------------------|-----------|----------------------------------|----------|------------|
| | <i>B</i> | <i>SS</i> | <i>Beta</i> | | |
| <i>Anksiyete</i> | | | | | |
| Cinsiyet | 0,374 | 0,092 | 0,220 | 4,050 | 0,001 |
| Uyuma Yönelik Değerlendirme ve Telafi Edici Yaşantılar | -0.019 | 0.007 | -0.158 | -2.800 | 0.005 |
| Stres Kaynaklarının Azlığı | -0.042 | 0.015 | -0.159 | -2.812 | 0.005 |
| COVID-19 Tehlikelilik | 0.028 | 0.017 | 0.089 | 1.634 | 0.103 |
| R= 0.362 ; R square = 0.131 ; Durbin Watson=1.905 | | | | | |

| <i>Bağımsız Değişken</i> | <i>Unstandardized Coefficients</i> | | <i>Standardized Coefficients</i> | <i>T</i> | <i>Sig</i> |
|--|------------------------------------|-----------|----------------------------------|----------|------------|
| | <i>B</i> | <i>SS</i> | <i>Beta</i> | | |
| <i>Depresyon</i> | | | | | |
| Cinsiyet | 5.12 | 1.33 | 0.20 | 3.84 | 0.001 |
| Stres Kaynaklarının Azlığı | -0.883 | 0.219 | -0.225 | -4.037 | 0.001 |
| Uyuma Yönelik Değerlendirme ve Telafi Edici Yaşantılar | -0.294 | 0.100 | -0.163 | -2.934 | 0.004 |
| R=0.384 ; R square = 0.147 ; Durbin Watson=2.035 | | | | | |

| <i>Bağımsız Değişken</i> | <i>Unstandardized Coefficients</i> | | <i>Standardized Coefficients</i> | <i>T</i> | <i>Sig.</i> |
|--|------------------------------------|-----------|----------------------------------|----------|-------------|
| | <i>B</i> | <i>SS</i> | <i>Beta</i> | | |
| <i>Somatizasyon</i> | | | | | |
| Cinsiyet | 0.426 | 0.088 | 0.259 | 4.828 | 0.001 |
| Gelir Durumu | -0.403 | 0.772 | -0.029 | -0.522 | 0.602 |
| Uyuma Yönelik Değerlendirme ve Telafi Edici Yaşantılar | -0.017 | 0.007 | -0.145 | -2.598 | 0.010 |
| Stres Kaynaklarının Azlığı | -0.041 | 0.014 | -0.160 | -2.845 | 0.005 |
| R= 0.367; R square = 0.134; Durbin Watson=1.937 | | | | | |
| <i>Bağımsız Değişken</i> | <i>Unstandardized Coefficients</i> | | <i>Standardized Coefficients</i> | <i>T</i> | <i>Sig</i> |
| | <i>B</i> | <i>SS</i> | <i>Beta</i> | | |
| <i>Olumsuz Benlik</i> | | | | | |
| Cinsiyet | 0.227 | 0.105 | 0.123 | 2.170 | 0.031 |
| R= 0.123 ; R square = 0.015 ; Durbin Watson=1.968 | | | | | |
| <i>Bağımsız Değişkenler</i> | <i>Unstandardized Coefficients</i> | | <i>Standardized Coefficients</i> | <i>T</i> | <i>Sig</i> |
| | <i>B</i> | <i>SS</i> | <i>Beta</i> | | |
| <i>Hostilite</i> | | | | | |
| Cinsiyet | 1.932 | 0.697 | 0.154 | 2.770 | 0.006 |
| Yaş | -1.909 | 0.654 | -0.162 | -2.918 | 0.004 |

| | | | | | |
|--|--------|-------|--------|--------|-------|
| Uyuma Yönelik Değerlendirme ve Telafi Edici Yaşantılar | -0.149 | 0.063 | -0.165 | -2.352 | 0.019 |
| Stres Kaynaklarının Azlığı | -0.316 | 0.113 | -0.161 | -2.804 | 0.005 |
| Sosyal Destek | -0.027 | 0.092 | -0.020 | -0.300 | 0.765 |

R= 0.319 ; R square = 0.102 ; Durbin Watson=1.963

BÖLÜM 4

TARTIŞMA ve SONUÇ

4.2. TARTIŞMA, SONUÇ ve ÖNERİLER

4.2.1 Tartışma

Bu çalışma, COVID-19 salgını sürecinde genç yetişkinlerin stres semptomları ile aile koruyucu faktörleri arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla yapılmıştır. Pandemilerin ruh sağlığını olumsuz yönde etkilediği bilinmektedir. Birçok ülkede ve Türkiye’de de COVID-19 salgınının ruhsal etkilerine yönelik araştırmalar yapılmış, ancak COVID-19 pandemisi sürecinde stres semptomları ile aile koruyucu faktörleri arasındaki ilişki tek başına incelenmemiştir. Daha önce yapılmış araştırmaların bulguları ve sonuçlarına bakıldığında bazı benzerlikler ve farklılıklar olduğu saptanmıştır.

Bu çalışmada KSE alt boyutları için hesaplanan ortalama puanlar en yüksekten en düşüğe sırasıyla; depresyon (1.81), hostilite (1.61), olumsuz benlik (1.37), anksiyete (1.26), somatizasyon (1.02)’dur. Türk gençleri ile yapılan bir başka çalışmada üniversite öğrencilerinin ruhsal durumları incelenmiş ve katılımcıların KSE alt ölçeklerinden aldıkları puan ortalamaları sırasıyla hostilite (1.07), depresyon (0.97), anksiyete (0.88), somatizasyon (0.73) bulunmuştur (Demirel ve ark., 2011). Sağlık Yüksekokulu öğrencilerinin ruh sağlığı incelemesinin yapıldığı çalışmada ortalama puanların sırasıyla; hostilite (0.92), depresyon (0.91), anksiyete

(0.76), somatizasyon (0.68) olduğu görülmüştür (Seven, Akyuz ve Dincer, 2013). Diğer araştırmalar ile karşılaştırıldığında bu çalışmada depresyon ortalamasının diğer stres semptomlarından fazla olduğu görülmektedir, bu farklılığın pandemi sebebiyle olabileceği düşünülmektedir. Aynı zamanda semptom ortalamalarının bu çalışmada daha yüksek olduğu görülmektedir, bulgulardaki bu farklılığın COVID-19 pandemisi ve bu salgın hastalıkla birlikte değişen yaşam koşullarıyla ilgili olabileceği düşünülmektedir. Landa-Blanco ve arkadaşları korona virüs ve ruh sağlığı alanında yaptıkları çalışmada KSE alt boyutlarının ortalamalarının sırasıyla anksiyete (1.59), hostilite (1.44), depresyon (1.37), somatizasyon (1.06) olduğu görülmüştür. COVID-19 sürecinde semptom oranlarının daha yüksek olması literatürdeki diğer bulgularla desteklenmektedir. Bu çalışmayla diğer çalışmaların semptom ortalama sıralamasında farklılık olduğu görülmüştür bunun sebebinin araştırmanın yapıldığı bölge/ülke ile ilgili olabileceği düşünülmektedir.

Bu araştırmada, kadın katılımcıların stres semptomları puan ortalamasının erkek katılımcılara göre anlamlı olarak yüksek olduğu görülmüştür. KSE alt boyutları ile cinsiyet arasında da anlamlı bir ilişki bulunmuştur ve kadınların erkeklere oranla daha yüksek düzeyde kaygı, depresyon, olumsuz benlik, somatizasyon ve hostilite düzeylerine sahip olduğu saptanmıştır. Türkiye’de COVID-19 sürecinde yapılan bir diğer araştırmada katılımcıların ruh sağlığıyla ilişkili faktörlere bakılmış ve benzer şekilde kadınların depresyon, kaygı, olumsuz benlik, somatizasyon ve hostilite düzeyleri erkeklere oranla daha yüksek çıkmıştır (Eren, 2021). Kadınların ruh sağlığı açısından erkeklere oranla daha fazla risk altında olduğu görülmektedir.

Ruh sağlığı sosyal epidemiyolojisinde en tutarlı bulgulardan biri depresyon ile cinsiyet arasındaki ilişkidir ve depresyon kadınlarda erkeklere oranla yaklaşık iki kat daha yaygındır (Van de Velde ve ark., 2010). Depresyonun yanı sıra depresif belirtilerin yaygınlığının da kadınlarda erkeklerden iki kat yüksek olduğu bildirilmektedir (Lim ve ark., 2014; Puri ve ark., 2014). 23 Avrupa ülkelerinde 18-75 yaş aralığındaki kadın ve erkeklerde depresyonla ilişkili faktörleri inceleyen meta-analiz sonuçlarına göre; kadınların tüm ülkelerde erkeklerden daha yüksek düzeyde depresyon bildirdiği görülmüştür (Van de Velde ve ark., 2010). Bir diğer

meta analiz çalışmasında; 1994-2014 yılları arasında depresyonun farklı toplum ve ülkelerde demografik özelliklere göre dağılımı incelenmiştir. 90 çalışmanın sonuçlarının incelendiği bir çalışmada; 68'inde depresyonun nokta dağılımlarına, 9'unda bir yıllık depresyon dağılımlarına, 13'ünde ise yaşam boyu depresyon dağılımlarına bakılmıştır. Bu meta-analiz sonucunda kadınlarda prevalansın %14.4, erkeklerde ise %11.5 olduğu, depresyonun yaygınlığının kadınlarda daha yüksek olduğu saptanmıştır (Lim ve ark., 2014).

Son yapılan araştırmaların sonuçlarına göre COVID-19 pandemisi sırasında anksiyete, depresyon ve stres prevalansının kadınlarda erkeklere oranla daha yüksek olduğu görülmüştür (Salari ve ark., 2020; Moghanibashi-Mansourieh, 2020; Wang ve ark., 2021; Liu ve ark., 2020; Zhou ve ark., 2020). Cao ve arkadaşlarının (2020) COVID-19 pandemisi sırasında yaptığı araştırmanın sonuçlarına göre ise; kadınların ve erkeklerin benzer düzeyde stres yaşadıkları görülmüştür. Çin'de büyük ve küçük örneklerle yürütülen çalışmalarda ise stres semptomları ile cinsiyet arasında farklılık bulunamamıştır (Cénat ve ark., 2021; Cao ve diğerleri, 2020 ; Chen ve diğerleri, 2020 ; Huang ve Zhao, 2020). Bunun aksine, Orta Doğu ve Batı'da yapılan araştırmalar, kadınların COVID-19 sırasında ruh sağlığı sorunu geliştirme riskinin erkeklere oranla daha yüksek olduğunu göstermiştir (Cénat ve ark., 2021; Mazza ve ark., 2020 ; Moccia ve ark., 2020b; Moghanibashi-Mansourieh, 2020). Bostan ve arkadaşları (2020), ortaya çıkan salgınların toplumun farklı kesimleri üzerinde farklı etkileri olabileceğinden bahsetmektedir. Bu etkiler hastalığın türüne göre değişiklik gösterebilir ve bununla birlikte kültürel özelliklere bağlı olarak da topluluklar arası farklılık gösterebilir (Bostan ve ark.,2020). Cénat ve arkadaşları (2021) tarafından da; elde edilen bulguların boylamsal olarak araştırılmasının önemi ile kültürel cinsiyet rolleri arasındaki ilişkinin incelenmesi gerektiği belirtilmiştir.

Çin'de yapılan bir diğer çalışmada COVID-19 salgınında ruhsal bozukluklar, sosyal destek ve duygusal zekanın aracı rolü incelenmiştir ve araştırmanın sonucunda erkeklerin kadınlara göre ruhsal bozukluk prevalansının daha yüksek olduğu görülmüştür (Li ve ark., 2021). Bu çalışmanın sonucuna göre erkeklerin

daha fazla destek mekanizmasına sahip olmalarına rağmen bunu kullanmadıkları için daha az sosyal destek aldıkları görülmüştür (Li ve ark., 2021). Sosyal desteği az olan kişilerde daha fazla depresyon belirtisi görüldüğü bildirilmektedir (Li ve ark., 2021; Grey ve ark., 2020). Kadınların erkeklere oranla daha yüksek duygusal zeka puanına sahip oldukları ve daha fazla empati kurma eğiliminde oldukları saptanmıştır (Fernández-Berrocal ve ark., 2012).

Bu çalışmada eğitim durumu ile semptom düzeyi arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır. Bu çalışmadan farklı olarak yapılan diğer araştırmaların sonuçlarına göre; COVID-19 pandemisi sırasında öğrenim düzeyi ile kaygı ve depresyon düzeyleri arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur (Salari ve ark., 2020;). Yüksek eğitim düzeyine sahip kişilerin COVID-19 salgını sırasında daha yüksek düzeyde kaygı, depresyon ve stres yaşadığı saptanmıştır (Salari ve ark., 2020; Moghanibashi-Mansourieh, 2020; Wang ve ark., 2021). Salari ve arkadaşları (2020) bu bulguyu; kişilerin sağlıklarına yönelik daha yüksek düzeyde öz-farkındalığa sahip olmaları olarak yorumlamışlardır (Zhang ve Ma, 2020). Türkiye örneğinde stres semptomları ve öğrenim düzeyi ilişkisine bakıldığında; COVID-19 pandemisi sürecinde yapılan bir çalışmada durumluk kaygı (anlık kaygı) ile öğrenim düzeyi değişkeni arasında anlamlı ilişki olduğu ($p<0.05$) bulunmuştur ve lise öğrencilerinin lisans ve lisansüstü öğrencilerine oranla daha yüksek kaygı yaşadıkları görülmüştür (Kul ve ark., 2020). Türkiye’de kalp hastaları ile yapılan araştırmada; kalp hastası yetişkinlerde depresyon, anksiyete ve stres düzeyleri incelenmiştir ve öğrenim düzeyi ile depresyon, anksiyete, stres düzeylerinin negatif anlamlı ilişki olduğu bulunmuştur (Erşan ve ark., 2013). Okur-yazar olmayanların öğrenim geçmişi olanlara kıyasla daha yüksek depresyon, anksiyete ve stres gösterdikleri görülmüştür (Erşan ve ark., 2013). Kelleci ve arkadaşlarının (2009) yaptığı araştırmanın bulgularında benzer şekilde öğrenim düzeyi düşük olan bireylerin depresyon puanının daha yüksek olduğu bulunmuştur ($p<0.05$). Bu çalışmada fark bulunmamasının nedeni, çalışmanın çevrimiçi yürütülmesi nedeniyle düşük öğrenim düzeyindeki kişilere

ulaşılamamış olması ve bunun yanısıra, pandeminin tüm toplumu etkilemesi olabileceği düşünülmektedir.

Katılımcıların gelir düzeyi ile depresyon, anksiyete, somatizasyon, hostilite ve olumsuz benlik arasında ilişki bulunmamıştır. Eren'nin (2021) yaptığı Türkiye örnekleme çalışmasının sonucunda; ekonomik durumu kötü olan kişilerin iyi olanlara oranla depresyon, anksiyete, olumsuz benlik, hostilite ve somatizasyon puanlarının daha yüksek olduğu bulunmuştur. Maddi durumun kötü olması ruhsal hastalıklar açısından önemli bir risk faktörüdür (Eren, 2021; Sahoo ve ark., 2020). Araştırmalardaki bu farklılığın sebebinin, katılımcı yaş aralığı ve bu yaş aralığındaki maddi sorumluluklar ile ilişkili olabileceği düşünülmektedir.

Gençlerin KSE ölçeğinden en yüksek ortalama puanını depresyon ve anksiyete alt boyutlarından aldığı bulunmuştur. Dünya genelinde anksiyete bozukluklarının genel prevalansının yaklaşık %7.3 olduğu tahmin edilmektedir (Santabárbara ve ark., 2021; Stein ve ark., 2017). On üçü Çin'de, on ikisi Avrupa'da, yedisi Ortadoğu'da, beşi Güney Asya'da, dördü Orta ve Güney Amerika'da ve ikisi Avustralya'da yapılan toplam 43 çalışmanın meta-analiz sonuçlarına göre; genel popülasyonda anksiyete prevalansının %25 olduğu bulunmuştur (Santabárbara ve ark., 2021). Santabárbara ve arkadaşlarının (2021) yaptığı meta-analiz sonuçlarına göre; genel popülasyonda COVID-19 salgını sırasında anksiyete oranının yaklaşık olarak 3 kattan fazla olduğu söylenebilir. Bu meta-analizdeki araştırmalarda kullanılan ölçekler şunlardır; KSE-53 (Kısa Semptom Envanteri), YAB-7 (Yaygın Anksiyete Bozukluğu Ölçeği), SAS (İstatistik Kaygı Ölçeği), STI (Durumluk-Sürekli Kaygı Ölçeği), BAI (Beck Anksiyete Ölçeği), HADS (Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği). Salari ve arkadaşlarının (2020) 17 araştırmayı içeren meta-analiz sonuçlarına göre ise genel popülasyonun COVID-19 salgın sürecindeki anksiyete yaygınlığı %31.9 olarak bulunmuştur. Yapılan meta-analiz sonuçları karşılaştırıldığında anksiyete prevalansında farklılıklar olduğu görülmektedir. Bu analiz sonucunda anksiyete oranının daha yüksek çıkmasının Asya örnekleminin daha fazla, Avrupa örnekleminin daha az temsil edilmiş olmasına bağlı olabileceği düşünülmektedir (Santabárbara ve ark., 2021; Salari ve ark., 2020). Bu çalışmanın

semptom dağılımında; anksiyete %11.8, depresyon %12.4, somatizasyon %11.4, olumsuz benlik %12.4, hostilete %14.7 olduğu görülmüştür. Semptom dağılımlarının diğer araştırmalardan farklı olmasının sebebinin çalışmalarda kullanılan ölçme araçlarının farklı olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Bunun yanı sıra bu çalışmanın bulguları ile genel popülasyondaki stres semptomlarının yaygınlığı karşılaştırıldığında, bu çalışmadaki dağılımın daha yüksek olduğu görülmektedir. Bunun sebebinin COVID-19 biyolojik afetinin ruh sağlığını olumsuz yönde etkilemesiyle ilişkili olduğu düşünülmektedir.

Anksiyete, uzun süre normal seviyesinin üzerinde kalırsa, vücudun bağışıklık sistemini zayıflatmakta ve bu durum virüse yakalanma riskini artırmaktadır (Salari ve ark., 2020; DSÖ, 2020). Ruhsal sağlığın biyolojik sağlığa etkisi göz önünde bulundurulduğunda, bu alanla ilgili yapılan çalışmaların önemi dikkat çekmektedir. Bir kohort araştırmasında anksiyetenin depresyondan çok daha önce ortaya çıktığı gözlemlenmiştir (Angst ve Vollrath, 1991; Breslau ve ark., 1995). Prospektif bir çalışmada, anksiyetesi olan kişilerin stresli yaşam olayı sonrasında majör depresyon geliştirme olasılığının arttığı görülmüştür (Brown ve ark., 1986). Bu araştırmalardan yola çıkarak stres semptomlarının, bir diğer semptomun oluşmasına etki eden bir risk faktörü olduğu söylenebilir. Risk faktörlerinin etkisini azaltabilmek adına koruyucu faktörlerin varlığı önemlidir.

Bu çalışmada Aile Koruyucu Etkenler alt ölçekleriyle Kısa Semptom alt ölçekleri arasında ters yönlü ilişki olduğu görülmüştür. Çalışmada aile koruyucu etkenleri arttıkça depresyon, anksiyete, somatizasyon, hostilete azaldığı saptanmıştır. COVID-19 pandemisinde Nepal'deki gençlerle yapılan araştırmanın sonuçlarına göre; COVID-19 sebepli olumsuz ruh sağlığına karşın koruyucu faktörlerden birinin aile yapısı olduğu görülmüştür (Sharma ve ark., 2020). Yapılan bir başka araştırmanın hiyerarşik doğrusal model analizlerinde; ailesel faktörlerin ve sosyoekonomik faktörlerin depresyon ve cinsiyet arasındaki ilişkiyi açıkladığı görülmüştür (Van de Velde ve ark., 2010). Her iki cinsiyet için bir partnerle yaşamak/evli olmak ve iyi bir sosyoekonomik konuma sahip olmak daha düşük depresyon riski ile ilişkili bulunmuştur (Van de Velde ve ark., 2010).

Bulgulara göre; kişilerin aile koruyucu etkenleri arttıkça anksiyete, depresyon, somatizasyon ve hostilite puanlarının düştüğü görülmüştür. Bu bulgu, COVID-19 pandemisinde uygulanan sosyal mesafe, fiziksel kısıtlamalar ve kapanmalar sebebiyle bireylerin aileleriyle evde daha çok vakit geçirmesi ile ilişkilendirilebilir. Özellikle zorunlu kapanma süreçlerinde ailesiyle yaşayan bireyler sıklıkla aile üyeleriyle vakit geçirmek durumunda kalmışlardır. COVID-19 salgın sürecinde yapılan araştırmada, kişilerin aile ve sosyal destek düzeyini ölçen sorular sorulmuştur. Araştırmanın bulgularına göre; 18-30 yaş aralığındaki bireylerde aile üyelerinden destek almanın ve aile üyeleriyle duygusal paylaşım yapmanın bu süreçte yaklaşık iki kat arttığını, aile üyelerinin duygularına önem vermelerinin ise yaklaşık dört kat arttığını ifade etmişlerdir (Zhang ve Ma, 2020). Kok ve arkadaşları (2015), aile desteğini depresyonu atlatabilme için koruyucu bir faktör olarak tanımlamıştır (Kok ve Low; 2019). Cao ve arkadaşlarının yaptığı araştırmada (2020), aileyle birlikte yaşamının COVID-19 sürecinde koruyucu bir faktör olduğu görülmüştür (Bozkurt ve ark., 2020). Sağlık çalışanlarında risk ve koruyucu faktörleri arasındaki ilişkilere yer veren derlemeye göre; katılımcılar salgınlarda stres etkenleriyle doğrudan baş edebilme nedenlerinden birinin “aileden sağlanan sosyal destek” olduğunu ifade etmişlerdir (Enli ve ark., 2020; Wong ve ark., 2005; Nickell ve ark., 2004; Maunder ve ark., 2004). COVID-19 pandemisinde sağlık çalışanları ile yapılan bir diğer araştırmada da iyi aile ilişkilerine sahip olmanın koruyucu bir faktör olduğu saptanmıştır (Uyurdağ ve ark., 2021; Dong ve ark., 2020). Benzer şekilde SARS salgınında da sağlıklı aile ilişkisinin koruyucu bir faktör olduğu görülmüştür (Uyurdağ ve ark., 2021; Robertson ve ark., 2004; Tam ve ark., 2004). Aile ilişkileri kişinin ruh sağlığına etki edebilir ve uyumsuz bir aileyle birlikte yaşamak depresyon ve kaygıya sebep olabilir (Wu ve ark., 2020; Ying, 2013) bunun yanı sıra Wu ve arkadaşlarının (2020) COVID-19 pandemisinde ilkokuldan üniversiteye kadar olan öğrencilerin velileriyle yaptığı araştırmada, uyumlu aile ortamının depresyon ve anksiyete için koruyucu faktör olduğu bulunmuştur.

Sonuç olarak stres semptomları ile aile koruyucu etmenlerinin birbirleriyle ilişkili olduğu ve aile koruyucu faktörlerinin stres semptom düzeylerini ve stres semptomları etkilerini azalttığı söylenebilir. İnsan eliyle ya da doğal kaynaklar sebebiyle yaşanan travmatik deneyimlere, verilen tepkiler kişiden kişiye farklılık gösterir. Zorlu bir yaşantı sonrasında kişilerin verdiği yanıtlar ve o sorunla baş etmesi; sahip olduğu risk ve koruyucu kaynaklarla ilişkilidir. Risk faktörlerine oranla koruyucu faktörleri çok olan bireylerin zorlu yaşantıların üstesinden daha kolay gelebildikleri bilinmektedir. Bu koruyucu faktörlerin en önemlilerinden biri aile ilişkileri ve aile koruyucu faktörleridir. Bu ilişkiler, çalışmanın bulgularıyla da desteklenmektedir.

4.2.2. Sınırlılıklar

Bu araştırma kesitsel tipte yürütüldüğü için nedenselliği vermemekle birlikte, ilişkili faktörleri belirlemektedir. Araştırma, COVID-19 pandemisi sürecinde yürütülmüştür. Bu süreçte sosyal mesafe ve enfeksiyon önlemleri sebebiyle araştırmanın internet aracılığıyla yapılması uygun görülmüştür. Çalışmanın online yapılması nedeniyle internet erişimi olanlar araştırmaya katılabilmıştır. Öğrenim durumu düşük olan bireylere ulaşılmama sebebinin araştırmanın çevrimiçi olmasından kaynaklı olduğu düşünülmektedir. Sınırlılıklardan biri internet erişimi olmayan katılımcılara ulaşılamamış olmasıdır.

Katılımcılardan medeni durumlarına ilişkin bilgi alınmamıştır. Bu durum kök aile ile kişilerin kendi kurduğu aile arasındaki ayrımın belirlenmesi açısından sınırlandırıcı olmuştur. Kişilerin kendi kurduğu aileleriyle yaşamaları daha fazla sorumluluk almalarına ve buna bağlı olarak stres düzeylerinin artabileceği düşünülmektedir.

Katılımcılara COVID-19 dışına zorlu yaşantı deneyimi olup olmadığı sorulmamıştır. Ruh sağlığı açısından bir risk faktörü olan COVID-19 pandemisinin dışında kalan yaşamsal deneyimleri eleyebilmek açısından, diğer zorlu yaşantının olup olmadığının sorgulanmasının anlamlı olacağı düşünülmektedir.

SONUÇ

Bu çalışmada depresyon, anksiyete, olumsuz benlik, somatizasyon ve hostilite ile cinsiyet arasında anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuş ve kadın cinsiyetinde olmanın stres faktörlerini arttırdığı saptanmıştır. Yaş ortalaması küçüldükçe düşmanlık hislerin ve yoğun öfkenin arttığı görülmektedir. Bulgulardan yola çıkarak elde edilen bir diğer veri ise aile koruyucu faktörleri ile stres semptomları arasındaki negatif yönlü ilişkidir. Ailenin sağlık durumu, ekonomik koşulları, iş/okul yaşamı, arkadaş/ahbab ilişkileri iyi oldukça gençlerin depresyon, hostilite, anksiyete, somatizasyon düzeylerinde azalma olduğu görülmüştür. Aynı zamanda kişinin ailesinin sorunları çözebilme yetisi ve zorlu yaşantılarla baş edebilme kapasitesi sahip olması kişilerin stres semptom oranlarını azaltmaktadır. Zorlu yaşantılara uyum sağlayabilen ve bu yaşantılarla baş edebilen aileye sahip olan gençlerin depresyon, hostilite, anksiyete, somatizasyon ortalamalarının daha düşük olduğu görülmüştür.

4.3. Öneriler

Bu çalışma olasılıksız örnekleme yöntemiyle yürütülen bir kesitsel araştırma olması nedeniyle nedenselliği açıklamamaktadır. Bulgular araştırmaya katılanları temsil etmekte olup genellenemezler. Ancak COVID-19 pandemisinde genç yetişkinlerin stres semptomları ile aile koruyucu etmenleri arasındaki ilişkinin incelenmesi önemli bilgi sağlamıştır. Bu bölümde araştırmacılara ve topluma yönelik öneriler yer almaktadır.

4.3.1. Araştırmacılara Yönelik Öneriler

Bir sonraki araştırmalarda sistematik hata yaşanmaması adına olasılıklı örnekleme yönteminin kullanılması önerilmektedir. Çalışmanın sınırlılıklarında da belirtildiği gibi aile etkenlerini incelerken medeni durum bilgisinin alınmasının önemli olabileceği düşünülmüştür. Bu sebeple gelecek çalışmalarda medeni durum bilgisinin alınması önerilmektedir. Semptomların kaynağındaki risk faktörlerinin belirlenebilmesi için COVID-19 ve diğer zorlu yaşantılara dair ayırt edici bilgilerin

alınması önerilmektedir. Gelecek çalışmalarda; COVID-19 sebepli zorlu yaşantılar ve COVID-19 dışındaki zorlu yaşantılara ilişkin sorular sorulabilir.

4.3.2. Topluma Yönelik Öneriler

Ebeveyn desteği, stres tamponu görevi görebilir ve gençlerin daha sağlıklı başa çıkma stratejileri geliştirmelerine yardımcı olabilir (Kok ve Low; 2019). Dolayısıyla gençleri, ruhsal bozukluklarından ve yüksek düzeyde stres semptomları yaşamalarından koruyabilmek için aile temelli yaklaşımlar ve koruyucu müdahaleler önemlidir.

Ailelerin bir araya geldiği bayramlar, doğum günleri, cenaze, anma törenleri pandemiyle gelen kısıtlamalar sebebiyle gerçekleştirilememiş ya da her zamanki akışında ilerleyememiştir. Ritüellerin gerçekleştirilmesi iyilik hali açısından destekleyicidir. Ailelerin fiziksel olarak bir araya gelemeseler de telefonda ya da görüntülü konuşmayla bu önemli günleri hep birlikte gerçekleştirmelerinin faydalı olacağı düşünülmektedir. Yalnızca özel günlerde değil, günlük akışta da olabildiğince iletişimde olmanın koruyucu olabileceği düşünülmektedir. Dolayısıyla salgın sürecinin şartlarına uygun şekilde iletişimde kalmanın ve ritüellerin şartlara göre düzenlenmesinin önemi hakkında ailelere yönelik bilgilendirmelerin yapılması önerilmektedir. Bu bilgilendirmeler için medya kanallarının önemli bir araç olduğu düşünülmektedir.

Zorlu bir deneyimin içerisindeyken duyguları ve davranışları tanımlamak her zaman mümkün değildir. Bu sebeple olağan iletişim içerisinde kişilerin zorluklarını fark edebilecek günlük dilde ipuçlarını (“hiçbir şey yapmak istemiyorum”, “eskisi gibi değilim”, “hiçbir şeye tahammülüm kalmadı”, “enerjim çok düşük” vb.) okumaya yönelik becerilerin kazandırılması ve destekleyici müdahalelerin medya kanallarında ve/veya toplum ruh sağlığı merkezlerinde düzenlenecek eğitimlerle desteklenmesi önerilmektedir. Bu destekleyici müdahaleler yetersiz kaldığında kişinin bir uzman desteğine yönlendirilmesi önerilmektedir. Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri, Sosyal Hizmet Merkezleri, Toplum Sağlığı Merkezleri gibi sağlık ve

sosyal hizmet kuruluşlarında multidisipliner ekiplerle ruh sağlığını koruyucu ve güçlendirici eğitim ve farkındalık çalışmalarının yapılması önerilmektedir.



KAYNAKÇA

- Afet ve Acil Durum Yönetim Bakanlığı (AFAD) (2019). “Afet türleri”. URL: <https://www.afad.gov.tr/afet-turleri>
- Ağırkan, M., & Kağan, M. (2017). The relationship between value orientations and psychological resilience levels of university students. *Erzincan Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 19(3), 225-245.
- Aktu, Y. (2016). Levinson’un kuramında ilk yetişkinlik döneminin yaşam yapısı. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 8(2), 162-177.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®)*. American Psychiatric Pub.
- Angst, J., & Vollrath, M. (1991). The natural history of anxiety disorders. *Acta psychiatrica Scandinavica*, 84(5), 446–452. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1991.tb03176.x>
- Arden, J. B. (2015). *Brain2Brain: Enacting client change through the persuasive power of neuroscience*. John Wiley & Sons.
- Arnett, J. J. (2000). Emerging adulthood: A theory of development from the late teens through the twenties. *American psychologist*, 55(5), 469.
- Arnett, J. J. (2006). *Emerging Adulthood: Understanding the New Way of Coming of Age*.
- ARIKAN, G. COVID-19 Salgınında Stres: Olumsuz, Olumlu Sonuçları ve Önleyici Müdahalenin Olası Rolü. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 13(1), 135-145.
- Aschengrau, A., & Seage, G. R. (2013). *Essentials of epidemiology in public health*. Jones & Bartlett Publishers.

- Aslan, H. (2020). Genç yetişkinlikteki bireylerde olumsuz çocukluk deneyimleri ve kumara ilişkin bilişsel yapıların kumar oynama davranışı ve nedenleri üzerindeki etkisi (Master's thesis, Hasan Kalyoncu Üniversitesi).
- Assembly, U. G. (1989). Convention on the rights of the child, 20 november 1989, United nations, treaty series, vol. 1577.
- Birleşmiş Milletler Genel Kurulu. *Çocuk Haklarına Dair Sözleşme*. Cilt 3 . New York, Birleşmiş Milletler: Anlaşma Ser 1989; 1577. [[Google Akademik](#)]
- Breslau, N., Schultz, L., & Peterson, E. (1995). Sex differences in depression: a role for preexisting anxiety. *Psychiatry research*, 58(1), 1–12. [https://doi.org/10.1016/0165-1781\(95\)02765-o](https://doi.org/10.1016/0165-1781(95)02765-o)
- Bridgland VME, Moeck EK, Green DM, Swain TL, Nayda DM, Matson LA, et al. (2021) Why the COVID-19 pandemic is a traumatic stressor. PLoS ONE 16(1): e0240146. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0240146>
- Brown, G. W., Andrews, B., Harris, T., Adler, Z., & Bridge, L. (1986). Social support, self-esteem and depression. *Psychological medicine*, 16(4), 813-831.
- Bozkurt, Y., Zeybek, Z., & Aşkın, R. (2020). COVID-19 pandemisi: Psikolojik etkileri ve terapötik müdahaleler. *İstanbul Ticaret Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 19(37), 304-318.
- Bowman, N. A. (2010). The development of psychological well-being among first-year college students. *Journal of college student development*, 51(2), 180-200.
- Bostan, S., Erdem, R., Öztürk, Y. E., & Kılıç, T. ve Yılmaz A.(2020). *The Effect of COVID-19 Pandemic on the Turkish Society*. *Electron Journal General Medicine*, 17(6).

- Cao, W., Fang, Z., Hou, G., Han, M., Xu, X., Dong, J., ve Zheng, J., (2020), The Psychological Impact of the COVID-19 Epidemic on College Students in China, *Psychiatry Research*, 28, 112934. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.112934>
- C nat, J. M., Blais-Rochette, C., Kokou-Kpolou, C. K., Noorishad, P. G., Mukunzi, J. N., McIntee, S. E., ... & Labelle, P. R. (2021). Prevalence of symptoms of depression, anxiety, insomnia, posttraumatic stress disorder, and psychological distress among populations affected by the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *Psychiatry research*, 295, 113599.
- Center For The Study Of Social Policy-CSSP. (2017). The protective factors framework. Strengthening families. Washington, DC 20005.
- CDC Koronavirüs Hastalığı Salgını Sırasında Ruh Sağlığı ve Stresle Baş Etme (G. G le  ve K.Başar  ev.). (2020). *Türkiye Psikiyatri Derneği*. URL:<https://www.psikiyatri.org.tr/2147/koronavirus-hastaligi-salgini-sirasinda-ruh-sagligi-ve-stresle-bas-etme>
- Cheng, C. (2004). To be paranoid is the standard? Panic responses to SARS outbreak in the Hong Kong Special Administrative Region. *Asian Perspective*, 67-98.
- Cooke, J. E., Eirich, R., Racine, N., & Madigan, S. (2020). *Prevalence of posttraumatic and general psychological stress during COVID-19: A rapid review and meta-analysis*. *Psychiatry Research*, 292, 113347. doi:10.1016/j.psychres.2020.113347
- Danisman, I. G., & Köksal, S. (2011). Ailedeki Koruyucu Etkenler  l eği Türkçe Formunun Ge erlik ve G venirligi. *Turk Psikoloji Yazilari*, 14(28), 39.
- da Silva Junior, F. J. G., de Souza Monteiro, C. F., Costa, A. P. C., Campos, L. R. B., Miranda, P. I. G., de Souza Monteiro, T. A., ... & Lopes-Junior, L. C.

- (2020). Impact of COVID-19 pandemic on mental health of young people and adults: a systematic review protocol of observational studies. *BMJ open*, 10(7), e039426.
- Demirel, S. A., EĞLENCE, R., & KAÇMAZ, E. (2011). Üniversite Öğrencilerinin Ruhsal Durumlarının Belirlenmesi. *Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi SBE Dergisi*, 1(1), 18-29.
- Derogatis, L. R. (1992). BSI: Administration, scoring, and procedures manual-II. *Towson, MD: Clinical Psychometric Research*.
- Dong Z-Q, Ma J, Hao Y-N, Shen X-L, Liu F, Gao Y ve ark. The social psychological impact of the COVID-19 epidemic on medical staff in China: a cross-sectional study. 2020;63(1):e65.
- Durak, A. ve Şahin, N. H. (1994). Kısa semptom envanteri (Brief Symptom Inventory-BSI): Türk gençleri için uyarlanması. *Türk Psikolojisi Dergisi*, 9(31), 44-56.
- Ellis, W. E., Dumas, T. M., & Forbes, L. M. (2020). Physically isolated but socially connected: Psychological adjustment and stress among adolescents during the initial COVID-19 crisis. *Canadian Journal of Behavioural Science/Revue canadienne des sciences du comportement*, 52(3), 177.
- EM-DAT, The Human Cost of Disasters - an Overview of the Last 20 Years 2000-2019, 2020. Available at: <https://reliefweb.int/report/world/human-cost-disasters-overview-last-20-years-2000-2019>.
- Ercan, G. (2018). KKTC'de yaşayan beliren yetişkin bireylerin kişilerarası ilişki tarzlarıyla psikosomatik bozukluklar arasındaki ilişkinin incelenmesi (Master's thesis, Maltepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü).

- Eren, H. K. (2021). Investigation of psychiatric symptoms in individuals in Turkey during the COVID-19 outbreak. *Perspectives in Psychiatric Care*.
- Erşan, E. E., Kelleci, M., & Baysal, B. (2013). Kalp hastalarında psikososyal uyum, depresyon, anksiyete ve stres düzeylerine bir bakış. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 16(4), 214-224.
- Tuncay, F.E., Koyuncu, E. ve Özel, Ş. (2020). A Review of Protective and Risk Factors Affecting Psychosocial Health of Healthcare Workers in Pandemics. *Ankara Med J*. 2020; 20(2): 488-504
- Fernández-Berrocal, P., Cabello, R., Castillo, R., & Extremera, N. (2012). Gender differences in emotional intelligence: The mediating effect of age. *Behavioral Psychology*, 20(1), 77-89.
- Franke, G. H., Jaeger, S., Glaesmer, H., Barkmann, C., Petrowski, K., & Braehler, E. (2017). Psychometric analysis of the brief symptom inventory 18 (BSI-18) in a representative German sample. *BMC medical research methodology*, 17(1), 1-7.
- Garnezy, N. (1987). Stress, competence, and development: Continuities in the study of schizophrenic adults, children vulnerable to psychopathology and the search for stress-resistant children. *American Journal of Orthopsychiatry*, 57, 2, 159-174.
- Geniş, B., Gürhan, N., Koç, M., Geniş, Ç., Şirin, B., Çıraklıoğlu, O. C., & Coşar, B. (2020). Development of perception and attitude scales related with COVID-19 pandemia. *Pearson Journal of Social Sciences-Humanities*, 5(7), 306-328.
- Gianaros, P. J., Jennings J. R., Sheu, L. K., Greer, P. J., Küller, L. Fi., & Matthews, K. A.

- GİZİR, C. (2007). Psikolojik sağlamlık, risk faktörleri ve koruyucu faktörler üzerine bir derleme çalışması. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*, 3(28), 113-128.
- Graber, R., Pichon, F., & Carabine, E. (2015). Psychological resilience. *London: Overseas Development Institute*.
- 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.
- Gottlieb, M., & Dyer, S. (2020). Information and Disinformation: Social Media in the COVID-19 Crisis. *Academic Emergency Medicine*.
- Gönen, E., & Purutçuoğlu, E. (2009). Kriz ve stres koşullarında aile direnci: koruyucu ve iyileştirici faktörler. *Hacettepe Üniversitesi Sosyolojik Araştırmalar E-Dergisi*.
- Gültekin, B. K. (2010). Ruhsal bozuklukların önlenmesi: Kavramsal çerçeve ve sınıflandırma. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 2(4), 583-594.
- Hastalık Kontrol ve Önlenmesi Merkezleri (Centers for Disease Control and Prevention, CDC) (2021). Coping with Stres. URL: https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/dailylifecoping/managingstressanxiety.html?CDC_AA_refVal=https%3A%2F%2Fwww.cdc.gov%2Fcoronavirus%2F2019-ncov%2Fprepare%2Fmanaging-stress-anxiety.html
- Hayran, O. ve Özbek, H. (2017). *Sağlık bilimlerinde araştırma ve istatistik yöntemler* (2.bs.). İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri.
- Huang, D., Wang, S., & Liu, Z. (2021). A systematic review of prediction methods for emergency management. *International Journal of Disaster Risk Reduction*, 62, doi: 10.1016/j.ijdr.2021.102412

İmamoğlu, S. (2008). *Genç yetişkinlikte kişilerarası ilişkilerin cinsiyet, cinsiyet rolleri ve yalnızlık algısı açısından incelenmesi* (Doctoral dissertation, Marmara Üniversitesi (Turkey)).

International Federation of Red Cross and Red Crescent (IFRC). “What is disaster?”. URL: <https://www.ifrc.org/en/what-we-do/disaster-management/about-disasters/what-is-a-disaster/>

Jensen Arnett, J. (2015). Socialization in emerging adulthood: From the family to the wider world, from socialization to self-socialization.

Jenson, J. M., & Fraser, M. W. (2006). A risk and resilience framework for child, youth, and family policy. *Social policy for children & families: A risk and resilience perspective*, 118.

Jurewicz I. (2015). Mental health in young adults and adolescents - supporting general physicians to provide holistic care. *Clinical medicine (London, England)*, 15(2), 151–154. <https://doi.org/10.7861/clinmedicine.15-2-151>

Kanadiya, M. K., & Sallar, A. M. (2011). Preventive behaviors, beliefs, and anxieties in relation to the swine flu outbreak among college students aged 18-24 years. *Journal of Public Health*, 19, 139-145. doi:10.1007/s10389-010-0373-3

Karaırmak, I. Psikolojik Sağlamlıklık, Risk Faktörleri ve Koruyucu Faktörler. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*. Erişim adresi: <https://dergipark.org.tr/en/download/article-file/200210>

Kayhan, M. İnsanlık Tarihinin Seyrini Değiştiren 11 Salgın Hastalık. *Arkeofili*. <https://arkeofili.com/insanlik-tarihinin-seyrini-degistiren-11-salgin-hastalik/> adresinden erişildi.

- Kelleci, M., Aydın, D., Sabancıoğulları, S., & Doğan, S. (2009). Hastanede yatan hastaların bazı tanı gruplarına göre anksiyete ve depresyon düzeyleri. *Klinik Psikiyatri*, 12, 90-8.
- Kelman, I. (2020). *COVID-19: What is a disaster?*. doi:10.1111/1469-8676.12890
- Kessler, RC, Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, KR ve Walters, EE (2005). "Ulusal Komorbidite Araştırması tekrarında DSM-IV bozukluklarının yaşam boyu yaygınlığı ve başlangıç yaşı dağılımları": Erratum.
- Kilbourne, E. D. (1977). Influenza pandemics in perspective. *Journal of the American Medical Association*, 237, 1225-1228.
- Kok, J. K., & Low, S. K. (2019). Risk factors contributing to vulnerability of mental health disorders and the protective factors among Malaysian youth. *International Journal of School & Educational Psychology*, 7(2), 102-112.
- Kok, J. K., van Schalkwyk, G. J., & Chan, A. H. W. (2015). Perceived stressors of suicide and potential prevention strategies for suicide among youths in Malaysia. *International Journal of School & Educational Psychology*, 3(1), 55-63.
- Kopel J, Perisetti A, Roghani A, Aziz M, Gajendran M, Goyal H. *Front Public Health*. 2020 Jul 28;8:418. doi: 10.3389/fpubh.2020.00418. eCollection 2020. (pubmedDen alındı)
- Landa-Blanco, M., Landa-Blanco, A., Mejía-Suazo, C. J., & Martínez-Martínez, C. A. (2021). Coronavirus awareness and mental health: clinical symptoms and attitudes toward seeking professional psychological help. *Frontiers in Psychology*, 12.

- Lazzaroni, E., Invernizzi, R., Fogliato, E., Pagani, M., & Maslovaric, G. (2021). Coronavirus disease 2019 emergency and remote eye movement desensitization and reprocessing group therapy with adolescents and young adults: overcoming lockdown with the butterfly hug. *Frontiers in Psychology*, 3583.
- Lau, J. T., Yang, X., Pang, E., Tsui, H. Y., Wong, E., & Wing, Y. K. (2005). SARS-related perceptions in Hong Kong. *Emerging infectious diseases*, 11(3), 417–424. <https://doi.org/10.3201/eid1103.040675>
- Legg, T.J. The Effects of Stress on Your Body. Healthline. <https://www.healthline.com/health/stress/effects-on-body> adresinden erişildi.
- Levinson, D. J. (1986). A conception of adult development. *American psychologist*, 41(1),3.
- Li, N., Li, S., & Fan, L. (2021). Risk factors of psychological disorders after the COVID-19 outbreak: The mediating role of social support and emotional intelligence. *Journal of Adolescent Health*, 69(5), 696-704.
- Lim, G. Y., Tam, W. W., Lu, Y., Ho, C. S., Zhang, M. W., & Ho, R. C. (2018). Prevalence of depression in the community from 30 countries between 1994 and 2014. *Scientific reports*, 8(1), 1-10.
- Liu, D., Ren, Y., Yan, F., Li, Y., Xu, X., Yu, X., ... & Tan, S. (2020). Psychological impact and predisposing factors of the coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic on general public in China.
- Magson, N. R., Freeman, J. Y., Rapee, R. M., Richardson, C. E., Oar, E. L., & Fardouly, J. (2021). Risk and protective factors for prospective changes in adolescent mental health during the COVID-19 pandemic. *Journal of youth and adolescence*, 50(1), 44-57.

- Mahbub, H. M., Samia, T., Abida, S., Farah, F., Hoimonty, M., Liye, Z., ... & Ma, P. (2020). Epidemiology of mental health problems in COVID-19: a review. *F1000Research*, 9.
- Malecki KMC, Keating JA, Safdar N. Crisis Communication and Public Perception of COVID-19 Risk in the Era of Social Media. *Clin Infect Dis*. 2021 Feb 16;72(4):697-702. doi: 10.1093/cid/ciaa758. PMID: 32544242; PMCID: PMC7337650.
- Mariotti, A. (2015). The effects of chronic stress on health: new insights into the molecular mechanisms of brain–body communication. *Future science OA*, 1(3).
- Masten, A. S., & Reed, M. G. J. (2002). Resilience in development. *Handbook of positive psychology*, 74, 88.
- Maunder RG, Lancee WJ, Rourke S, ve ark. Factors associated with the psychological impact of severe acute respiratory syndrome on nurses and other hospital workers in Toronto. *Psychosomatic Medicine*. 2004;66(6):938-42.
- McCubbin, H.I., Thompson, A., Pirner, P., and McCubbin, M.A. (1988). *Family Types And Family Strengths: A Life Cycle And Ecological Perspective*. Minneapolis: Burgess.
- McCubbin, H.I. and McCubbin, M.A. (1988). Typologies Of Resilient Families: Emerging Roles Of Social Class and Ethnicity. *Family Relations*. 37(3); 247-254).
- Moghanibashi-Mansourieh, A. (2020). Assessing the anxiety level of Iranian general population during COVID-19 outbreak. *Asian journal of psychiatry*, 51, 102076.

- Morabia A. Pandemics and methodological developments in epidemiology history. *J Clin Epidemiol.* 2020 Sep;125:164-169. doi: 10.1016/j.jclinepi.2020.06.008. Epub 2020 Jun 12. PMID: 32540385; PMCID: PMC7291979.
- Ortuño, M. T., Cristóbal, P., Ferrer, J. M., Martín-Campo, F. J., Muñoz, S., Tirado, G., & Vitoriano, B. (2013). Decision aid models and systems for humanitarian logistics. A survey. *Decision aid models for disaster management and emergencies*, 17-44.
- Narayanan, N., Lacy, C. R., Cruz, J. E., Nahass, M., Karp, J., Barone, J. A., & Hermes-DeSantis, E. R. (2018). Disaster preparedness: biological threats and treatment options. *Pharmacotherapy: The journal of human pharmacology and drug therapy*, 38(2), 217-234.
- National Institute of Mental Health. (tarih yok). *Mental Health*. National Institute of Mental Health: https://www.nimh.nih.gov/health/statistics/mental-illness#part_2555 adresinden alınmıştır.
- Nelson, L. J., Padilla-Walker, L. M., Carroll, J. S., Madsen, S. D., Barry, C. M., & Badger, S. (2007). " If you want me to treat you like an adult, start acting like one!" Comparing the criteria that emerging adults and their parents have for adulthood. *Journal of Family Psychology*, 21(4), 665.
- Nickell LA, Crighton EJ, Tracy CS, ve ark. Psychosocial effects of SARS on hospital staff: survey of a large tertiary care institution. *Cmaj*. 2004;170(5):793-8.
- Onur, B. (2000). *Gelişim psikolojisi:(yetişkinlik-yaşlılık-ölüm)*: Sefat Yayıncılık.
- ÖZ, P. D. F., & YILMAZ, U. H. E. B. (2009). Ruh sağlığının korunmasında önemli bir kavram: Psikolojik sağlamlık. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 16(3), 82-89.

- Puri, B. K., Hall, A. D., & Ho, R. (2004). *Revision notes in psychiatry*. London: Arnold.
- Rapee, RM, Oar, EL, Johnco, CJ, Forbes, MK, Fardouly, J., Magson, NR ve Richardson, CE (2019). Ergen gelişimi ve sosyal-duygusal bozuklukların başlangıcı için risk: bir inceleme ve kavramsal model. *Davranış Araştırması ve Terapi* , 123 , 103501.
- Rittersberger-Tılıç, H., & Çelik, K. (2016). *Genç Nüfusa Genel Bir Bakış*. Ankara: nüfusbilim derneği.
- Robertson E, Hershenfield K, Grace SL, Stewart DE. The psychosocial effects of being quarantined following exposure to SARS: A qualitative study of Toronto health care workers. *Can J Psychiatry*. 2004;49(6):403–7.
- Rubin, G. j., Aml6t, R, Page, L., & Wessely, S. (2009). Public perceptions, anxiety, and behaviour change in relation to the swine flu outbreak: Cross sectional telephone survey. *British Medical Journal*, 339, b2651. doi:10.1136/bmj.b2651
- Sağlam, E. (2014). *Yetiştirme yurdunda büyüyen genç yetişkinlerin bazı psikolojik özelliklerinin ailesi yanında büyüyen bireylerle karşılaştırılması* (Master's thesis, Maltepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü).
- Sahoo S, Rani S, Shah R, Singh A, Mehra A, Grover S. Gençlerde COVID-19 pandemisine bağlı kaygı . *Hint J Psikiyatrisi* . 2020; 62 (3):328-330.
- Salari, N., Hosseinian-Far, A., Jalali, R., Vaisi-Raygani, A., Rasoulpoor, S., Mohammadi, M., Rasoulpoor, S., & Khaledi-Paveh, B. (2020). Prevalence of stress, anxiety, depression among the general population during the COVID-19 pandemic: a systematic review and meta-analysis. *Globalization and health*, 16(1), 57. <https://doi.org/10.1186/s12992-020-00589-w>

- SARGIN, N. (2020). Zor zamanlarda/travmalarda çocuk olmak. Erişim adresi:
<http://www.mhpkacep.org/index.php?sayfa=icerik&icerik=1047>
- Sargin, N. ve Kutluca, V. (2020). Bilge Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi, 2020, 4 (2), 64-70
- SARGIN, N. (2020). Travmatik günler: Corona günleri. Erişim adresi:
<http://www.mhpkacep.org/index.php?sayfa=icerik&icerik=1041>
adresinden erişildi.
- Sargin, N. ve Kutluca, V. *Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 2020, 4 (2), 64-70 DOI: 10.47257/busad.838408
- Santabárbara, J., Lasheras, I., Lipnicki, D. M., Bueno-Notivol, J., Pérez-Moreno, M., López-Antón, R., ... & Gracia-García, P. (2021). Prevalence of anxiety in the COVID-19 pandemic: An updated meta-analysis of community-based studies. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 109, 110207.
- Santrock, J. W. (2015). *Yaşam boyu gelişim: Gelişim Psikolojisi: Life-span development*. Nobel Akademik Yayıncılık Eğitim Danışmanlık Tic. Limited Şti..
- Selye H (1976) *The Stress of Life* (Revised ed.). New York: McGraw-Hill.
- Seven, M., Akyuz, A., Sever, N., & Dincer, S. (2013). Studying the physical and psychological symptoms of patients with cancer. *TAF Prev Med Bull*, 12(3), 219-24.
- Schneiderman, N., Ironson, G., & Siegel, S. D. (2005). Stress and health: psychological, behavioral, and biological determinants. *Annu. Rev. Clin. Psychol.*, 1, 607-628.
- Sharma, V., Reina Ortiz, M., & Sharma, N. (2020). Risk and Protective Factors for Adolescent and Young Adult Mental Health Within the Context of COVID-

19: A Perspective From Nepal. *The Journal of adolescent health : official publication of the Society for Adolescent Medicine*, 67(1), 135–137.
<https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2020.04.006>

Shepler, R. (2006). Center for Innovative Practices and ODMH, 2009.

Shultz, j. M., Espinel, Z., Flynn, 8. W., Hoffmann, Y., & Cohen, R. E. (2008). DEEP PREP: All-hazards disaster behavioral health training. Miami, FL: DEEP Center.

Sapolsky, R. M. (2003). Stress and plasticity in the limbic system. *Neurochemical Research*, 28,1735-1742.

Songer, T. (2006). Disaster Epidemiology [Powerpoint slides]. Erişim adresi <https://sites.pitt.edu/~epi2670/disaster/DisasterEpidemiology.pdf>

Stein, DJ, Scott, KM, de Jonge, P. ve Kessler, RC (2017). Anksiyete bozukluklarının epidemiyolojisi: anketlerden nozolojiye ve geriye. *Klinik sinirbilimde diyaloglar* , 19 (2), 127.

Şahin, N. H. ve Durak, A. (1994). Kısa Semptom Envanteri: Türk gençleri için uyarlanması. *Türk Psikoloji Dergisi*, 9(31), 44-56.

Şimşek, Z. (2020). Biyolojik Afet Olarak Covid 19 Pandemisi Özelinde Mevsimlik Tarım İşgücü ve Ailelerine Yönelik Temel Sağlık Hizmetlerinin Sunumu». *Sağlık ve Toplum (Özel Sayı)*, 103-111.

Tam CWC, Pang EPF, Lam LCW, Chiu HFK. Severe acute respiratory syndrome (SARS) in Hongkong in 2003: Stress and psychological impact among frontline healthcare workers. *Psychol Med*. 2004;34(7):1197–204.

Taylor, S. (2017). *Clinician's guide to PTSD* (2nd ed.). New York: Guildford.

- Taylor S. (2021). The Psychology of Pandemics. *Annual review of clinical psychology*, 10.1146/annurev-clinpsy-072720-020131. Advance online publication. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-072720-020131>
- TERCAN, B. (2020). Biyolojik Afetler ve COVID-19. *Paramedik ve Acil Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 1(1), 41-50.
- Tinkler, L. (2015). The Office for National Statistics experience of collecting and measuring subjective well-being. *Statistics in Transition. New Series*, 16(3), 373-396.
- Türkiye Psikiyatri Derneği (TPD) (2020), COVID-19 ve Damgalama, Türkiye Psikiyatri Derneği, Ruhsal Travma ve Afet Çalışma Birimi. URL: https://www.psikiyatri.org.tr/TPDDData/Uploads/files/COVID19_Pandemi_PsikiyatrikTedavilerTPDRTACB-05052020.pdf
- TC. Sağlık Bakanlığı. (2021). *COVID-19 Bilgilendirme Platformu*. <https://covid19.saglik.gov.tr/TR-66935/genel-koronavirus-tablosu.html> adresinden alınmıştır
- Türkiye İstatistik Kurumu. (2020). *İstatistiklerle Gençlik*. TÜİK.
- Uyurdağ, N., Eskicioğlu, G., Serkan, A. K. S. U., & Soyata, A. Z. COVID-19 Pandemisi Sırasında Sağlık Çalışanlarında Psikososyal Etkilenme ile İlişkili Risk Etkenleri ve Koruyucu Etkenler: Bir Sistemik Derleme. *Anatolian Clinic the Journal of Medical Sciences*, 26(1), 122-140.
- Van de Velde, S., Bracke, P., Levecque, K., & Meuleman, B. (2010). Gender differences in depression in 25 European countries after eliminating measurement bias in the CES-D 8. *Social science research*, 39(3), 396-404.
- Yenidünya, A. (2017). *Çocukluk çağı travmatik yaşantıları ile risk ve koruyucu faktörlerin, genç yetişkinlikteki yalnızlık stilleri ile ilişkisi* (Master's thesis, Maltepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü).

- Ying, Z. (2013) Influencing factors of mental health of the elderly and their influence on children's social attributes]. *Zhongguo Lao Nian Xue Za Zhi*; 33:5678–80. [[Google Scholar](#)]
- Zhang, Y., & Ma, Z. F. (2020). Impact of the COVID-19 pandemic on mental health and quality of life among local residents in Liaoning Province, China: A cross-sectional study. *International journal of environmental research and public health*, 17(7), 2381.
- Zhou, S. J., Zhang, L. G., Wang, L. L., Guo, Z. C., Wang, J. Q., Chen, J. C., ... & Chen, J. X. (2020). Prevalence and socio-demographic correlates of psychological health problems in Chinese adolescents during the outbreak of COVID-19. *European child & adolescent psychiatry*, 29(6), 749-758.
- Walker-Harding, L. R., Christie, D., Joffe, A., Lau, J. S., & Neinstein, L. (2017). Young adult health and well-being: a position statement of the Society for Adolescent Health and Medicine. *Journal of Adolescent Health*, 60(6), 758-759.
- Walsh, F. (1998). *Strengthening Family Resiliency*. New York: Guilford.
- “Alınmıştır” (Simon, J.B., Murphy, J.J., and Smith, S.M. (2005). Understanding and Fostering Family Resilience. *He Family Journal: Counselling and Therapy For Couples And Families*, 13(4); 427-436).
- Wang, Y., Di, Y., Ye, J., & Wei, W. (2021). Study on the public psychological states and its related factors during the outbreak of coronavirus disease 2019 (COVID-19) in some regions of China. *Psychology, health & medicine*, 26(1), 13-22.
- Wang C, Pan R, Wan X, et al. Immediate psychological responses and associated factors during the initial stage of the 2019 coronavirus disease (COVID-19) epidemic among the general population in China. *Int J Environ Res Public Health* 2020;17:1729. 18 Jung SJ, Jun JY. Mental health and psychological

intervention amid COVID-19 outbreak: perspectives from South Korea. *Yonsei Med J* 2020;61:271–2.

Wang, Y., Di, Y., Ye, J., & Wei, W. (2021). Study on the public psychological states and its related factors during the outbreak of coronavirus disease 2019 (COVID-19) in some regions of China. *Psychology, health & medicine*, 26(1), 13-22.

Washer, P. (2004). Representations of SARS in the British newspapers. *Social science & medicine*, 59(12), 2561-2571.

Wong TW, Yau JK, Chan CL, ve ark. The psychological impact of severe acute respiratory syndrome outbreak on healthcare workers in emergency departments and how they cope. *European Journal of Emergency Medicine*. 2005;12(1):13-8.

World Health Organization. (2014). Adolescence: A period needing special attention. Health for the World's adolescents report.

World Health Organization (WHO). Mental health and psychosocial considerations during the COVID-19 outbreak, 18 March 2020. Geneva: World Health Organization; 2020. Contract No.: WHO/2019-nCoV/MentalHealth/2020.1.)

World Health Organization (WHO) (2008). “Definitions: emergencies”. URL: [https:// www.who.int/hac/about/definitions/en/](https://www.who.int/hac/about/definitions/en/)

World Health Organization (WHO) (2020). URL: <https://www.who.int/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-COVID-19---11-march-2020>

World Health Organization (WHO) (2020). URL: <https://www.who.int/news/item/27-04-2020-who-timeline---COVID-19> adresinden alınmıştır.

World Health Organization (WHO) (2020). URL: https://www.who.int/health-topics/coronavirus#tab=tab_ adresinden alınmıştır.

World Health Organization (WHO) (2020). URL: <https://covid19.who.int/>

World Health Organization (WHO) (2020). URL: <https://www.euro.who.int/en/healthtopics/health-emergencies/coronavirus-COVID-19/news/news/2020/3/mental-health-and-psychological-resilience-during-the-COVID-19-pandemic> adresinden alınmıştır

Wu, T., Jia, X., Shi, H., Niu, J., Yin, X., Xie, J., & Wang, X. (2021). Prevalence of mental health problems during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *Journal of affective disorders*, 281, 91-98.

Wu, M., Xu, W., Yao, Y., Zhang, L., Guo, L., Fan, J., & Chen, J. (2020). Mental health status of students' parents during COVID-19 pandemic and its influence factors. *General Psychiatry*, 33(4).

Xiong, J., Lipsitz, O., Nasri, F., Lui, L. M., Gill, H., Phan, L., ... & McIntyre, R. S. (2020). Impact of COVID-19 pandemic on mental health in the general population: A systematic review. *Journal of affective disorders*.

Qiu, W., Rutherford, S., Mao, A., & Chu, C. (2017). The pandemic and its impacts. *Health, culture and society*, 9, 1-11.

EKLER

Ek 1: Onam Formu

Sayın katılımcı,

Bu araştırma Prof. Dr. Zeynep Şimşek danışmanlığında, İstanbul Bilgi Üniversitesi Travma ve Afet Çalışmaları Uygulamalı Ruh Sağlığı Yüksek Lisans Programı öğrencisi Nazlı Yıldız tarafından, tez çalışması kapsamında yürütülmektedir. Çalışmanın amacı, pandemi sürecinde stres faktörlerini ve aile koruyucu etkenlerini incelemektir. Araştırmadan elde edilecek bilgilerin, COVID-19'un ruh sağlığına etkilerini, aile koruyucu faktörleri kapsamında anlamaya yardımcı olacağı düşünülmektedir. Görüşmenin amacına ulaşması için sizden beklenen, rahat hissettiğiniz sürece, bütün sorulara eksiksiz olarak ve içtenlikle cevapvermenizdir. Bu görüşmenin hiçbir aşamasında, kimlik bilgileriniz sorulmayacaktır. Yanıtlar araştırmacılar dışında kimseyle paylaşılmayacak ve edilen tüm bilgiler anonim olarak değerlendirilecektir. Tüm araştırma verileri güvenli bir şekilde saklanacak ve yalnızca bilimsel amaçlarla kullanılacaktır. Tüm görüşme yaklaşık olarak 15 dakika sürmektedir. Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayanmaktadır. Görüşme sorularının herhangi bir risk taşıdığı öngörülmemiştir ancak bir rahatsızlık hissetmeniz durumunda ya da bırakmayı istediğinizde herhangi bir sebep belirtmeksizin araştırmadan çıkabilirsiniz. Araştırmadan çekildiğiniz takdirde, ilettiğiniz bilgiler imha edilecek ve değerlendirilmeyecektir.

Lütfen soruları yanıtlarken içinde bulunduğumuz **pandemi sürecini** düşünerek size en yakın cevabı veriniz.

-Araştırmaya katılmayı kabul ediyorum.

-Araştırmaya katılmayı kabul etmiyorum.

Ek 2: Sosyo-demografik bilgi formu

Cinsiyetiz nedir?

- Kadın
- Erkek

Yaş aralığınızı işaretleyiniz?

- 18-19
- 20-21
- 22-23
- 24-25

Kiminle yaşadığınızı işaretleyiniz.

- Ailemle
- Arkadaş/ larımla
- Yalnız
- Diğer

Eğitim düzeyinizi işaretleyiniz.

- Ortaokul
- Lise
- Önlisans
- Lisans
- Yüksek Lisans

Aile gelir düzeyinizi işaretleyiniz.

- Asgari düzey ve altı
- Asgari üzeri

Ek 3: COVID-19 Algısı Ölçeği

Aşağıdaki her maddeyi dikkatli bir şekilde okuyunuz ve size en yakın gelen düşünceyi işaretleyiniz.

| Maddeler | Kesinlikle | | | | Kesinlikle |
|----------|--|--------------|------------|-------------|-------------|
| | Katılmıyorum | Katılmıyorum | Kararsızım | Katılıyorum | Katılıyorum |
| | (1) | (2) | (3) | (4) | (5) |
| 1 | Bu hastalık söylendiği kadar tehlikeli değil. | | | | |
| 2 | Medya salgını abartıyor. | | | | |
| 3 | Virüs ölümcül bir hastalığa neden olmaktadır. | | | | |
| 4 | Bu hastalık herkese bulaşabilir. | | | | |
| 5 | Kolayca bulaşan bir hastalıktır. | | | | |
| 6 | Hastalığın kadınlara ve erkeklere bulaşma olasılığı benzerdir. | | | | |
| 7 | Virüs kargo veya alışveriş ürünlerinden bulaşabilir. | | | | |

Ek 4: Kısa Semptom Envanteri

KSE

Aşağıda insanların bazen yaşadıkları belirtiler ve yakınmaların bir listesi verilmiştir. Listedeki her maddeyi lütfen dikkatle okuyun. Daha sonra o belirtinin sizi bugün dahil, son bir haftadır ne kadar rahatsız ettiğini yandaki kutulardan uygun olanının içini X işaretleyerek gösterin. Her belirti için sadece bir yeri işaretlemeye ve hiçbir maddeyi atlamamaya özen gösterin. Fikir değiştirirseniz ilk yanıtınızın üstünü karalayın.

| | Hiç | Biraz | Orta Derecede | Epey | Çok Fazla |
|--|-----|-------|------------------|------|-----------|
| 1. İçinizdeki sinirlilik ve titreme hali | | | | | |
| 2. Baygınlık, baş dönmesi | | | | | |
| 3. Bir başka kişinin sizin düşüncelerinizi kontrol edeceği fikri. | | | | | |
| 4. Başımıza gelen sıkıntılardan dolayı başkalarının suçlu olduğu duygusu | | | | | |
| 5. Olayları hatırlamada güçlük | | | | | |
| 6. Çok kolayca kızıp öfkelenme | | | | | |
| 7. Göğüs (kalp) bölgesinde ağrılar. | | | | | |
| 8. Meydanlık(açık) alanlardan korkma duygusu | | | | | |
| 9. Yaşamınıza son verme düşünceleri | | | | | |
| 10. İnsanların çoğuna güvenilmeyeceği hissi | | | | | |

| |
|---|
| 11. İştahta bozukluklar |
| 12. Hiç bir nedeni olmayan ani korkular |
| 13. Kontrol edemediğiniz duygu patlamaları |
| 14. Başka insanlarla beraberken bile yalnızlık hissetme |
| 15. İşleri bitirme konusunda kendini engellenmiş hissetme |
| 16. Yalnızlık hissetme |
| 17. Hüzünlü, kederli hissetme |
| 18. Hiçbir şeye ilgi duymama |
| 19. Ağlamaklı hissetme |
| 20. Kolayca incinebilme, kırılma |
| 21. İnsanların sizi sevmediğine kötü davrandığına inanmak |
| 22. Kendini diğerlerinden daha aşağı görme |
| 23. Mide bozukluğu, bulantı |
| 24. Diğerlerinin sizi gözlediği ya da hakkınızda konuştuğu duygusu |
| 25. Uykuya dalmada güçlük |
| 26. Yaptığınız şeyleri tekrar tekrar doğru mu diye kontrol etme |

| |
|---|
| 27. Karar vermede güçlükler |
| 28. Otobüs, tren, metro gibi umumi vasıtalarla seyahat etmekten korkma |
| 29. Nefes darlığı, nefessiz kalma |
| 30. Sıcak, soğuk basmaları |
| 31. Sizi korkuttuğu için bazı eşya, yer, etkinliklerden uzak kalmaya çalışma |
| 32. Kafanızın bomboş kalması |
| 33. Bedeninizin bazı bölgelerinde uyuşmalar, karıncalanmalar |
| 34. Günahlarınız için cezalandırılmanız gerektiği düşüncesi |
| 35. Gelecekle ilgili umutsuzluk duyguları içinde olmak |
| 36. Konsantrasyonda(dikkati bir şey üzerinde toplama) güçlük/zorlanma |
| 37. Bedenin bazı bölgelerinde zayıflık, güçsüzlük hissi |
| 38. Kendini gergin ve tedirgin hissetme |
| 39. Ölme ve ölüm üzerinde düşünceler |
| 40. Birini dövme, ona zarar verme, yaralama isteği |
| 41. Bir şeyleri kırma/dökme isteği |
| 42. Diğerlerinin yanındayken kendinin çok fazla farkında olmak, yanlış bir şeyler yapmamaya çalışmak |

| |
|---|
| 43. Kalabalıklarda rahatsızlık duymak |
| 44. Bir başka insana hiç yakınlık duymamak |
| 45. Dehşet ve panik nöbetler |
| 46. Sık sık tartışmaya girme |
| 47. Yalnız bırakıldığında/kalıldığında sinirlilik hissetme |
| 48. Başarılarınız için diğerlerinden yeterince takdir görmediğiniz düşüncesi |
| 49. Yerinde duramayacak kadar tedirgin hissetme. |
| 50. Kendini değersiz görme, değersizlik duyguları |
| 51. İzin verdiğiniz takdirde insanların sizi sömüreceği duygusu |
| 52. Suçluluk duyguları |
| 53. Aklınızda bir bozukluk olduğu fikri |

Ek 5: Ailedeki Koruyucu Etkenler Ölçeği

| | Benim aileme hiç uyumuyor | Benim aileme çok az uyuyor | Benim aileme biraz uyuyor | Benim aileme oldukça uyuyor | Benim aileme tamamen uyuyor |
|--|------------------------------------|-------------------------------------|------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|
| 1. Ailemizde, son 3 ay içinde, sağlıkla ilgili olarak, sorunlardan çok olumlu şeyler yaşandı. | | | | | |
| 2. Ailemizde, son 3 ay içinde, maddi durumumuzla ilgili olarak, sorunlardan çok olumlu şeyler yaşandı. | | | | | |
| 3. Ailemizde, son 3 ay içinde, arkadaşlarımız / ahablarımızla ilgili olarak, olumlu şeylerden çok sorunlar yaşandı.* | | | | | |
| 4. Ailemizde, son 3 ay içinde, okul ve iş yaşamıyla ilgili olarak, sorunlardan çok olumlu şeyler yaşandı. | | | | | |
| 5. Aile olarak biz, çoğu durumda iyimser davranırız ve olumlu şeylere odaklanılırız. | | | | | |
| 6. Bizim ailemiz, yaratıcı, becerikli ve kendine yeten bir ailedir. | | | | | |
| 7. Çoğu insan, bizim ailemizi cana yakın bulur ve bizle birlikte olmaktan hoşlanır. | | | | | |
| 8. Aile olarak biz başarılı ve gururluyuzdur. | | | | | |
| 9. Ailemizin, bize destek sağlayabilecek en az bir kişiyle iyi ilişkileri vardır. | | | | | |
| 10. Aile olarak, yaşamımızda, bizi önemseyen ve bizimle ilgilenen en az bir kişi vardır. | | | | | |
| 11. Aile olarak, yaşamda güvenebileceğimiz en az bir kişi vardır. | | | | | |
| 12. Ailemizle ilgilenen en az bir kişi vardır. | | | | | |
| 13. Aile olarak, sorunlarımızı (hepsini olmasa da) kendimiz çözebiliriz. | | | | | |

14. Aile olarak, yaşamımızda olup biten pek çok şey üzerinde (hepsi olmasa da)kontrol sahibiyiz.

15. Aile olarak, yaşamda karşılaştığımız ciddi stres kaynaklarından biri ya da daha fazlasıyla iyi bir şekilde başa çıktık.

16. Ailemiz, birkaç kez, olumsuz bir durumdan da olumlu bir şeyler çıkarmayı başarabilmiştir.



Ek 6: Etik Kurul Değerlendirme Sonucu

Etik Kurulu Onayı, bu tezin basılı halinde mevcuttur.

