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

COVID-19 PANDEMİSİNDE ALGILANAN SOSYAL DESTEK VE BELİRSİZLİĞE TAHAMMÜLSÜZLÜĞÜN RUHSAL HASTALIK BELİRTİLERİYLE İLİŞKİSİ

İrem Ecem MUMCULAR
119507020

Dr. Öğr. Üyesi Ersin UYGUN

İSTANBUL
2022

COVID-19 Pandemisinde Algılanan Sosyal Destek ve Belirsizliğe Tahammülsüzlüğün Ruhsal Hastalık Belirtileriyle İlişkisi

The Relationship of Perceived Social Support and Intolerance of Uncertainty to Mental Illness Symptoms in the COVID-19 Pandemic

İrem Ecem Mumcular
119507020

Tez Danışmanı: Dr. Öğr. Üyesi Ersin Uygun (İmza)……
İstanbul Bilgi Üniversitesi

Jüri Üyesi: Prof. Dr. Ahmet Tamer Aker (İmza)……
İstanbul Bilgi Üniversitesi

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

Tezin Onaylandığı Tarih: 04.07.2022
Toplam Sayfa Sayısı: 105

Anahtar Kelimeler (Türkçe)
1) COVID-19
2) Pandemi
3) Algılanan Sosyal Destek
4) Belirsizliğe Tahammülsüzlük
5) Ruh Sağlığı

Anahtar Kelimeler (İngilizce)
1) COVID-19
2) Pandemic
3) Perceived Social Support
4) Intolerance of Uncertaint
5) Mental Health

ÖNSÖZ

Yüksek lisans sürecim boyunca hiçbir sorumu yanıtsız bırakmayan, tez sürecimin ilk gününden son gününe kadar kıymetli desteği ile adım adım başarı duygusunu hissettiren değerli hocam Dr. Öğr. Üyesi Ersin Uygun'a keyifli çalışma sürecimiz için sonsuz teşekkür ederim. Aktardığı kıymetli bilgiler her daim terapistlik yolculuğuma ışık olup aydınlık verecek.

Varlığına minnettar olduğum sevgili aileme; tüm seçimlerimde verdiği güçle ve sabırla arkamda duran, yorulduğumda güç kaynağım olan anneme ve beni yüreklendirerek en doğru seçimleri yapmamı sağladığı için babama, akademik kararlarımı destekleyen yeni fikirleri için abime ve kardeşlerime her şey için teşekkür ederim. Her koşulda aynı yolda olacağımızı bildiğim, tüm kararlılığıyla yanımda yer alarak yola devam etmemi sağlayan Onur'a yürekten desteği için teşekkür ederim.

Gelecekte meydana gelebilecek ve dünya üzerinde yaşayan her bir canlıyı etkileyebilecek olası başka afetleri ön görebilme mücadelesinde; geçmişten ders alarak hazırlıklı olma çabası verirken, gelecekten bir adım ötede olma gayretimize…

İÇİNDEKİLER

ÖNSÖZ iii

KISALTMALAR vii

TABLO LİSTESİ viii

ÖZET ix

ABSTRACT x

BÖLÜM BİR:KURAMSAL ÇERÇEVE 1

1.1. PANDEMİ 1

1.2. TARİHTEKİ PANDEMİLER 2

1.3. COVID-19 SALGINI VE PANDEMİ 6

1.3.1. Türkiye'de COVID-19 Salgını 9

1.4. KARANTİNA 10

1.4.1. Karantina Sürecinin Ruh Sağlığı ile İlişkisi 10

1.5. PANDEMİ VE RUH SAĞLIĞIYLA İLİŞKİSİ 12

1.6. ALGILANAN SOSYAL DESTEK VE RUH SAĞLIĞIYLA İLİŞKİSİ 14

1.7. BELİRSİZLİĞE TAHAMMÜL VE RUH SAĞLIĞIYLA İLİŞKİSİ ... 17

BÖLÜM İKİ:YÖNTEM 19

2.1. ARAŞTIRMANIN ÖNEMİ 19

2.2. ARAŞTIRMANIN AMACI 20

2.3. ARAŞTIRMANIN HİPOTEZLERİ 21

2.4. ÖRNEKLEM 22

2.5. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI 22

2.5.1. Sosyodemografik Veri Formu 23

2.5.2. COVID-19 Veri Formu 23

2.5.3. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği 23

2.5.4. Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği 23

2.5.5. Belirsizliğe Tahammülsüzlük Ölçeği (BTÖ) 24

2.6. VERİ ANALİZİ 24

2.7. PROSEDÜR 25

BÖLÜM ÜÇ: BULGULAR 27

3.1. KATILIMCILARIN SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ VE COVID-19 BULGULARI 27

3.3. KATILIMCILARIN YAŞLARI VE DEĞİŞKENLER ARASINDAKİ İLİŞKİLER 33

3.4. DEPRESYON ANKSİYETE STRES ÖLÇEĞİ ALT BOYUTU PUAN ORTALAMALARI 35

3.5. KATILIMCILARIN SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİNE GÖRE ÖLÇEK PUANLARI ARASINDAKİ İLİŞKİLER 39

3.6. GELİR DURUMU VE DEĞİŞKENLER ARASINDAKİ İLİŞKİLER 45

BÖLÜM DÖRT: TARTIŞMA VE SINIRLILIKLAR 51

4.1.1. Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri ve COVID-19 Bulguları 51

4.2. KORELASYON ANALİZLERİNE İLİŞKİN BULGULAR 51

4.3. REGRESYON ANALİZLERİNE İLİŞKİN BULGULAR 54

4.4. FARK TESTLERİNE İLİŞKİN BULGULAR 56

4.4.1. Katılımcıların Sosyodemografik Özelliklerine Göre Belirsizliğe Tahammülsüzlük Puanı Arasındaki İlişki 56

4.4.2. Katılımcıların Sosyodemografik Verilerine Göre Depresyon Anksiyete Stres Puanı Arasındaki İlişki 60

4.5. Kİ KARE ANALİZLERİ 61

4.5.1. Çalışma Durumu ve Depresyon Düzeyi İlişkisi 61

4.5.2. Çalışma Durumu ve Anksiyete Düzeyi İlişkisi 62

4.5.3. Çalışma Durumu ve Stres Düzeyi İlişkisi 62

4.5.4. Alkol Madde Kullanımı ve Depresyon Düzeyi 63

BÖLÜM BEŞ: SONUÇ VE ÖNERİLER 64

5.1. ARAŞTIRMANIN SONUÇLARI 64

5.2. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI 65

5.3. ARAŞTIRMANIN ÖNERİLERİ 65

KAYNAKÇA 67

EKLER 85
EK 1: BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU 85
EK 2: SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU 86
EK 3: COVID-19 VERİ FORMU 88
EK 4: ÇOK BOYUTLU ALGILANAN SOSYAL DESTEK ÖLÇEĞİ 90
EK 5: DEPRESYON ANKSİYETE STRES ÖLÇEĞİ 92
EK 6: BELİRSİZLİĞE TAHAMMÜLSÜZLÜK ÖLÇEĞİ 94
EK 7: ETİK KURUL DEĞERLENDİRME SONUCU 95

KISALTMALAR

%	Yüzde
Akt.	Aktaran
Ark.	Arkadaşları
ANOVA	Analysis of Varience (Varyans Analizi)
ASDÖ	Algılanan Sosyal Destek Ölçeği
BTÖ	Belirsizliğe Tahammülsüzlük Ölçeği
COVID-19	Coronavirus Disease 2019 (Koronavirüs Hastalığı 2019)
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
DASÖ42	Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği
MERS	Middle East Respiratory Syndrome (Orta Doğu Solunum Sendromu)
MSPSS	Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği
NASA	Ulusal Havacılık ve Uzay Dairesi
OKB	Obsesif Kompülsif Bozukluk
SARS	Severe Acute Respiratory Syndrome (Ağır Akut Solunum Yolu Yetersizliği Sendromu)
SPSS	Sosyal Bilimler İstatistik Paketi
TSSB	Travma Sonrası Stres Bozukluğu
YAB	Yaygın Anksiyete Bozukluğu

TABLO LİSTESİ

Tablo 3.1.1. Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri ve COVID-19 Bulguları…… 27

Tablo 3.2.1 Katılımcıların Yaşlarına Göre Ölçek Puanlarının Dağılım Bulguları…… 32

Tablo 3.3.1 Katılımcıların Yaşları ve Değişkenler Arasındaki İlişkiler……. 33

Tablo 3.4.1. Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği Stres Alt Boyutu Puan Ortalamaları……... 35

Tablo 3.4.2. Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği Anksiyete Alt Boyutu Puan Ortalamaları……... 36

Tablo 3.4.3. Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği Depresyon Alt Boyutu Puan Ortalamaları……... 38

Tablo 3.5.1. Katılımcıların Sosyodemografik Özelliklerine Göre Belirsizliğe Tahammülsüzlük Puanı Arasındaki İlişki……. 39

Tablo 3.5.2. Katılımcıların Sosyodemografik Verilerilne Göre Depresyon Anksiyete Stres Puanı Arasındaki İlişki…… 43

Tablo 3.6.1. Çalışma Durumu ile Depresyon Düzeyi Arasındaki İlişkiye Yönelik Ki-Kare Sonuçları……. 45

Tablo 3.6.2. Çalışma Durumu ile Anksiyete Düzeyi Arasındaki İlişkiye Yönelik Ki-Kare Sonuçları……. 46

Tablo 3.6.3. Çalışma Durumu ile Stres Düzeyi Arasındaki İlişkiye Yönelik Ki-Kare Sonuçları……... 47

Tablo 3.6.4. Ekonomik Durum ile Depresyon Düzeyi Arasındaki İlişkiye Yönelik Ki-Kare Sonuçları……. 48

Tablo 3.6.5. Ekonomik Durum ile Stres Düzeyi Arasındaki İlişkiye Yönelik Ki-Kare Sonuçları……... 49

Tablo 3.6.6. Alkol/Madde Kullanımı ile Depresyon Düzeyi Arasındaki İlişkiye Yönelik Ki-Kare Sonuçları ……...50

ÖZET

Bu araştırmanın amacı, Covid-19 pandemisinde algılanan sosyal destek ve belirsizliğe tahammülsüzlüğün ruhsal hastalık belirtileriyle ilişkisini anlamaktır. Araştırma kapsamında örnekleme Google Formlar üzerinden pandemi koşulları gözetilerek çevrimiçi ulaşılmıştır. Araştırmaya katılan 203 kişinin %75,4'ü kadın %24,6'sı erkektir. Veri toplama aracı olarak Sosyodemografik Veri Formu, Covid-19 Veri Formu, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ASD), Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği (DASÖ), Belirsizliğe Tahammülsüzlük Ölçeği (BTÖ) kullanılmıştır. Araştırma bulguları neticesinde; katılımcıların yaşı arttıkça belirsizliğe tahammülsüzlük puanı ve depresyon, anksiyete ve stres puanlarının azaldığı bulunmuştur. Belirsizliğe tahammülsüzlük ve depresyon, anksiyete ve stres arasında pozitif ve anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Algılanan sosyal destek ile depresyon, anksiyete ve stres arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Çalışmama, ekonomik durumun kötüye gitmesi, kronik hastalık varlığı, psikiyatrik tanı varlığı, test olmadığı halde COVID-19 olduğunu düşünenler, çalıştığı işten dolayı karantina uygulamalarından muaf olanlar ve aşı olan katılımcıların belirsizliğe tahammülsüzlük ölçeği puanları ortalamaya göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Ayrıca, ekonomik durumun kötüye gitmesi, psikiyatrik tanının varlığı ve test olmadığı halde COVID-19 olduğunu düşünenlerin depresyon anksiyete ve stres ölçeği punları ortalama puanlardan anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Gelir getiren bir işte çalışmayan katılımcıların depresyon, anksiyete ve stres düzeyleri çalışıyor olanlara göre daha yüksek bulunmuştur.

Anahtar Kelimeler: COVID-19, pandemi, algılanan sosyal detsek, belirsizliğe tahammülsüzlük, ruh sağlığı

ABSTRACT

The aim of this research is to understand the relationship between perceived social support and intolerance of uncertainty and mental illness symptoms in the Covid-19 pandemic. Within the scope of the research, it was reached online via Google Forms, taking into account the pandemic conditions. 75.4% of the 203 people participating in the research were female and 24.6% were male. Sociodemographic Data Form, Covid-19 Data Form, Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS), Depression Anxiety Stress Scale (DASS), Intolerance of Uncertainty Scale (IUS) were used as data collection tools. As the age of the participants increases intolerance to uncertainty and depression, anxiety and stress score. A positive and significant relationship was found between intolerance of uncertainty and depression, anxiety and stress. A significant negative correlation was found between perceived social support and depression, anxiety and stress. The scores of the intolerance to uncertainty scale were found to be significantly higher than the average for those who did not work, worsened economic situation, presence of chronic disease, presence of psychiatric diagnosis, those who thought they had COVID-19 even though there was no test, who were exempted from quarantine practices due to their work, and who were vaccinated. In addition, the depression anxiety and stress scale scores of those who thought they had COVID-19 despite worsening economic status, presence of psychiatric diagnosis and no test were found to be significantly higher than the average scores. The depression, anxiety and stress levels of the participants who do not work in an income-generating job were found to be higher than those who work.

Keywords: COVID-19, pandemic, perceived social support, intolerance of uncertainty, mental health

BÖLÜM BİR: KURAMSAL ÇERÇEVE

Bu kısımda pandemi kavramı ve tarihte görülen pandemilerin ardından COVID-19'a değinilmiş ve karantina kavramı COVID-19'dan bahsedilerek anlatılmıştır.

1.1. PANDEMİ

Coğrafi olarak geniş bir alanda hızla yayılma olasılığı olan, sıklıkla dünya nüfusunun büyük bir bölümünü etkileyen ve genellikle aylarca süren salgın hastalıklar pandemi olarak adlandırılır (Britannica, 2009). Pandemi kelimesi, Eski Yunancada bütün anlamında olan 'pan' kelimesi ve insan anlamındaki 'demos' kelimelerinin birleşmesiyle oluşmuştur. Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) bir salgını pandemi tanımıyla nitelendirebilmesi için üç şartın bir araya gelmesi gerekir. Bunlar; daha önce görülmemiş bir hastalığın ortaya çıkması, bu hastalığın bir insandan diğerine bulaşıcı özelliğinin olması ve bulaş sonucunda tehlikeli durumların ortaya çıkması ve bu hastalığın kolay ve sürekli şekilde bir insandan diğerine bulaşmasıdır (Tekin, 2021). Çeşitli genetik sebeplerle ortaya çıkan virüsler bağışıklık kazanılmadan önce herhangi bir grubu dışlamaksızın tüm insanları enfekte ederek pandemiye ve öngörülemeyen sayılarda ölümlere sebep olabilir (Khan ve diğerleri, 2020). Salgınlar yalnızca bireyleri için değil, kitleleri de etkileyen yönleriyle yüzyıllar süresince topluluklar açısından sorun yaratmıştır (Parıldar, 2020). Salgın hastalıkların ortaya çıkmasında farklı birçok faktör rol oynamaktadır. Doğal hayatın insanlar tarafından yıkıma uğraması; artan nüfusa yetebilmesi amacıyla tarım alanlarının genişletilmesi için ormanların yok edilmesi burada yaşayan diğer canlıların yerleşim alanlarına ve kentlere göç etmesine neden olmuştur. Yeterli miktarda temiz suya erişim olmaması, atıkların toplanmaması, kanalizasyonların olmayışı nedeniyle kentlerde mikropların görülmesi kaçınılmaz olacaktır. Diğer yandan, iklimde meydana gelen değişimler nedeniyle gıda üretiminde zorluklar yaşanması da nüfusun ihtiyaçlarını karşılamaya yetmeyerek, toplumları salgınlara dirençsiz hale getirecektir. Bu nedenlerle kırsal kesimde

geçimini sürdüremeyen insanların, kentlere gitmesi ve yardım alarak yaşamaya çalışmaları da salgın hastalıkların ortaya çıkmasında etken olacaktır. Tüm bu nedenlerle, salgın hastalıkları sosyal ve toplumsal anlamda sebep oldukları kalıcı zararlar çerçevesinden değerlendirmek gerekir (Akın, 2018). Ayrıca, NASA'nın (National Aeronautics and Space Administration) verileri; küresel ısınma ile salgın hastalıklar arasındaki ilişkinin artan sıcaklık ve azalan yağış oranının karada yaşayan canlıların hastalıklara karşı duyarlılığını arttırdığı şeklinde olduğunu göstermektedir (NASA, 2020). Ancak yapılan bazı araştırmalara göre, iklim değişikliklerinin insanları pek endişelendirmediği görülmektedir (Geçer, 2020). Fakat salgın hastalıklar, ortaya çıktıkları dönemlerdeki topluluklarda siyasal, sosyal, ekonomik, kültürel ve psikolojik açıdan felaketlere sebep olmuşlardır ve insanları ve oluşturdukları düzenleri etkilemişlerdir (Tunç ve Atıcı, 2020).

1.2. TARİHTEKİ PANDEMİLER

Dünya Sağlık Örgütü'ne (DSÖ) göre bir salgın hastalık üç koşul sağlandığında pandemi olarak adlandırılabilir;

1. Toplumun daha önce maruz kalmadığı bir hastalığın ortaya çıkışı,
2. Hastalığa sebep olan etmenin insanlara bulaşması ve tehlikeli bir hastalığa yol açması,
3. Hastalık etmeninin insanlar arasında kolayca ve devamlı olarak yayılması (akt: Tekin, 2021 s; 332).

Geçmiş tarihlere baktığımızda, 16. yüzyıl'dan 17. yüzyıl'ın sonlarına kadar, farklı aralıklarda farklı şiddette virüs kaynaklı salgınların yaşandığı bilinmektedir. Fakat o dönemlerde virüsler hakkında bilimsel açıdan yeterli bilgi mevcut olmadığından, hatta hastalıklara yol açan mikroplar hakkında bilgiler olmadığı ve günümüzdeki gibi kayıtlar tutulmadığı için, bu salgınların dağılımı ve görülme sıklığı konusundaki veriler bugünkü gibi net değildir. Geçmiş pandemilere baktığımızda; salgınların yaygınlaşmasında birincil husus savaşlardır ve süreç içerisinde, salgın hastalıkların farklı dönemlerde ve aynı etkilerle görülmesi toplumsal açıdan sürekli

bir tehdit unsuru olmuştur (Temel ve Ertin, 2020; Yıldırım, 2020). Tarihteki pandemileri incelediğimizde ilk olarak Atina vebası (M.Ö. 429-426), Antoninus vebası (165-180) karşımıza çıksa daha büyük etkileriyle 14. Yüzyılda yaşanan ve 1. veba salgını olarak da bilinen Justinianus Veba Salgını (541-542) dikkat çekmektedir (Tunç ve Atıcı, 2020). Atina vebasının Peloponezya Savaşı sırasında Yunanistan'da 100.000'e varan ölümlere neden olduğu ve tam olarak ne olduğu belli olmasa da tifo ya da kanamalı ateş hastalığı olduğu düşünülmektedir. Antoninus vebasının ise 5 milyon civarında ölüme neden olduğu bilinmekte ve kızamık ya da çiçek hastalığı olduğu düşünülmektedir Justinian veba salgını Avrupa kıtasında 25-50 milyon arası insanın ölümüne yol açmıştır ve tarihin en ölümcül salgınlarından biri olarak bilinmektedir (Tunç ve Atıcı, 2020; Ahmadı, 2020).

1347-1352 yılları arasında görülen salgın ise kara ölüm olarak adlandırılmış ve zaman zaman kendiliğinden ortaya çıkarak neredeyse 400 yıl boyunca yaklaşık 75 milyon insanın ölümüne neden olmuştur. Salgının kara ölüm olarak nitelendirilmesi, bulaştıktan sonra belirtilerini kararmalar şeklinde gösteriyor olmasıdır. Günümüzde de veba salgını halen ölüme sebebiyet vermekle beraber, değişen ve iyileşen yaşam koşulları sayesinde görülme oranı oldukça düşmüştür. Tarihin o dönemlerinde çoğu insanda veba gibi geniş kitleye ulaşan salgınların, Tanrı tarafından kendilerini cezalandırmak için gönderildiği inancı yaygındı (Benedictow, 2005). Antik Çağ'da ve Orta Çağ'da görülen salgınlar, hijyen eksikliği veya sağlıksız yaşam koşullarıyla ilişkilendirmektense, ilahi kaynaklarla ilişkilendirilimiş ve Tanrı'nın cezası olarak görülmüş; bu da vebanın neden olduğu yıkıcı etkilerden kaynaklanmaktaydı. Bilindiği gibi, tarih boyunca salgınların nedenleri insanüstü güçlerle açıklanmış, bu da hem tanı koymayı hem de tedavi sürecini buralardan aramaya yöneltmiştir. Ancak bu gelenek azalarak da olsa 18. yüzyılın sonlarına kadar devam etmiştir (Akın, 2018).

Salgınların hangi nedenden kaynaklandığı hakkında en çok inanılan sebep sıcak ve nemli havanın bozulduğu için, akciğerlere girip bozuk bir kana sebep olduğudur (Genç, 2011). Orta Çağ'da ise hekimler hastalıklar ve yıldızlar arasında bir ilişki

olduğunu düşünmş, aynı zamanda da veba salgınının sorumlusu olarak farklı dinlere inanan bireyleri kusurlu olarak görmüşlerdir (Sarıbaş, 2020). Veba salgınında alınan önlem yalnızca ölüleri şehrin dışına taşımak; yani onlardan kurtulmak ile ilgili olmuştur. Hastalığa karşı herhangi bir tedavi geliştirilmediği için, salgın giderek daha fazla yayılmış ve daha fazla ölümün gerçekleşmiştir. Kara ölüm olarak adlandırılan veba salgını hakkında ancak geçici tespitler yapılmış, virüsün kaynağı belirlenememiştir.

Bir diğer salgın koleradır. Kolera kavramı geniş anlamıyla kolera hastalığına benzer belirtiler gösteren geniş bir hastalıklar dizisi için de kullanılmıştır (Yılmaz, 2017). 1817 yılından önce Hindistan'da yerel bir hastalık olan Kolera, daha sonra kıtalararası yayılmış ve pandemi halini almıştır. Toplamda yedi pandemiye sebep olan kolera salgını Anadolu'da da görülmüş ve salgını milyonlarca kişinin ölümüne neden olmuştur (Tunç ve Atıcı, 2020). Veba ve çiçek hastalığı gibi diğer pek çok salgın hastalığın tersine koleranın önlenmesi ve tedavisi için etkili yöntemler olmasına rağmen hala dünya çapında büyük bir sağlık sorunu olarak varlığını sürdürmektedir (Lippi ve diğerleri, 2016). Bir diğer salgın olan grip 1500'lü yıllardan itibaren birçok pandemiye neden olmuştur. 1928'de İspanyol Pandemisi'nden sonra görülen grip pandemilerinden en önemlisi 1889'da ortaya çıkan Rus gribi'dir (Parıldar, 2020). İspanyol Gribi hakkında yeterince tıbbi bilgi olmaması nedeniyle, o dönemlerde ilk nerede görüldüğü tartışılan bir konu olmuştur. Bugünkü bilinenler doğrultusunda Amerika Birleşik Devletleri gribin ilk görüldüğü yer olarak kabul edilmiştir. İspanyol gribi, yaklaşık 40-100 milyon ölüme yol açmıştır (Temel ve Ertin, 2020). O dönemde de COVID-19 pandemisinde alınan tedbirlere benzer şekilde maske kullanılması, bağışıklık sistemini güçlü tutmak için sağlıklı beslenmek ve hijyen kurallarına uymak önerileri sunulmuştur. Aynı zamanda topluca bulunulan alanlarda eğitim, yeme içme işletmeleri, ibadet yerleri kapatılmış, aşı denemeleri etkili olmamıştır (Yıldırım, 2020; Ahmadı ve diğerleri, 2020). Rus Gribi, diğer adıyla Asya Gribi ise Türkistan'da ortaya çıkmış, 750 binden fazla kişinin ölümüne neden olmuş ve 19. Yüzyılın üç büyük salgınından biri olarak bilinmektedir. Savaş ve göçlerin yanı

sıra, hastalığın yayılımındaki en önemli neden tren yolculukları olmuş, bu yolculuklar nedeniyle üç ay kadar kısa bir sürede kıtalararası yayılım göstermiştir. Uluslar, Rus gribiyle baş edebilmek amacıyla çeşitli önlemler almıştır. Bu kapsamda pek çok şehirde okullar kapatılmış ve karantina uygulamaları başlamıştır (Tekçe ve Güvenir, 2021).

SARS (2003) (Şiddetli Akut Solunum Yolu Enfeksiyonu), Şubat 2003'te Çin'de ortaya çıktı ve havayolu ulaşımı nedeniyle 4 ülkeye daha yayıldı. SARS nedeniyle bildirilen ölüm sayısı 774'tür. SARS virüsünü kontrol altına almak için; erken vaka tespiti ve bireylerin izolasyona alınması, temaslı kişilerin takibi ve karantina önlemleri de dahil olmak üzere gerekli önlemler etkili olmakla birlikte hem maliyetli hem de sosyal açıdan yıkıcı olmuştur. Ayrıca çok az sayıdaki ülke uzun vadede erken tespit için gerekli kaynakları sağlayabilecektir (WHO, 2003).

Domuz gribinin 2009 yılında önce Meksika'da domuzlardan insanlara geçen bir grip enfeksiyonu olarak görülmeye başlanıp, kıtalararası yayılım göstererek tüm dünya ülkelerine yayılmasıyla DSÖ tarafından grip pandemisi yılı ilan edilmiştir (Türkiye Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Uzmanlık Derneği, 2009). Domuz Gribinin bulaş riskine yönelik alınması önerilen koruyucu tedbirler, ellerin yıkanması, genel sağlık tedbirlerine uyulması, uykusuz kalınmaması, bağışıklık sisteminin korunması, hasta kişilerle yakın temastan kaçınılması şeklindedir. Başkalarına bulaştırmamak için ise; bol sabunlu su ile elleri yıkamak ya da alkol bazlı dezenfektan kullanmak, hasta kişilerden uzak durmaktır (Şanlı, 2010).

Bir başka enfeksiyon salgını olan HIV/AIDS salgını 1981 yılında keşfedilmesinin ardından, en büyük küresel sağlık sorunlarından biri haline geldi (Cock, 2012). Birçok kişi HIV virüsü ile enfekte olsa da ilk birkaç ay semptom hissetmez, dolayısıyla enfekte olduklarını bilmezler ancak ilk birkaç ay virüsün bulaşıcılığı en yüksek zamanıdır (WHO, 2021). 2000 yılında, ilk 10 ölüm nedeni arasında 8.olan

HIV/AIDS'ten ölümler 20 yılda %51 azalma göstermiş ve 2019'da 19. sıraya yükselmiştir (WHO, 2020). Ancak HIV hala aktif bir pandemidir (Aslan, 2020).

Sebebi ve tedavisi bilinmeyen, aynı zamanda milyonlarca ölüme yol açan pandemilerin neden olduğu ilk etkilerden biri paniktir. Geçmiş yıllarda, özellikle veba ve ispanyol grip salgını koşullarında insanların hasta olan en yakınlarını öldürüp onları hastalıklardan kurtardıklarına inandıkları ya da hastalık bulaşması endişesiyle onların cenaze işlemlerini tamamlayamadıkları, ayrıca korku ve panik nedeniyle psikolojik dengenin bozulması sonucunda intihar ettikleri bilgileri alanyazında mevcuttur. Salgın hastalıklar birçok bakımdan bireylerin, ailelerin ve dolayısıyla toplumların düzenini bozmuş, ahlak ve hukuk kurallarını hiçe sayan sonuçlara neden olmuştur (Kılıç, 2020). Bu bilgiler doğrultusunda, 21. yüzyılda dünyanın, her biri solunum yolu enfeksiyonuna neden olan koronavirüsle ilgili üç büyük pandemiye şahit olduğu söylenebilir. Bunlar; SARS, MERS ve COVID-19'dur.

1.3. COVID-19 SALGINI VE PANDEMİ

Çin'in 50 milyondan fazla nüfusa sahip olan Hubei Eyaletine bağlı şehri Wuhan'da, 2019'un aralık ayında ortaya çıkan COVID-19 virüsünün kıtalararası yayılıp küresel boyuta ulaşmasıyla, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 2020 yılında COVID-19 rahatsızlığını pandemi ilan etmiştir (WHO, 2020; Khan, 2020). Wuhan'dan sonra yaklaşık bir ay içinde Çin'e ve birçok komşu ülkeye yayılmış, ocak ayının sonlarında bazı Avrupa ülkeleri ve Amerika'da da COVID-19 vakalarının görüldüğü raporlanmaya başlanmıştır. Mart ayı ortalarında Avrupa diğer tüm dünya ülkelerinden daha fazla sayıda vaka olduğunu bildirirken, COVID-19 virüsü 160'tan daha fazla ülkeye yayılmıştır (Khan, 2020).

COVID-19 2003 yılında ortaya çıkan SARS salgınına neden olan SARS-CoV ile aynı yapıdadır (Ulutaş, 2001). COVID-19 hastalığı, hastalığı kapmış bireyler tarafından öksürme ve hapşırma gibi durumlarda damlacık yoluyla bulaşmakta ya

da pozitif bireylerle aynı yüzeylere temas edilmesi halinde kişiden kişiye bulaşabilmektedir (Şirin ve Özkan, 2020). DSÖ'ye göre (2020), virüs bir başkasının ağzından ve burnundan yayılabilir. Bu nedenle hastalığı önlemede aşı olmak, hasta görünen kişilerden en az 1 metre uzakta durmak ve fiziksel mesafenin mümkün olmadığı ayrıca yeterli havalandırılmayan ortamlarda maske takmak, eller, düzenli olarak dezenfekte etmek başlıca alınabilecek önlemlerdir. En yaygın belirtiler ise; ateş, öksürük, yorgunluk, tat ve koku kaybı olarak belirtilmiştir (WHO, 2020).

COVID-19 salgınının kıtalararası yayılım gösterip pandemi ilan edilmesi sonucunda, bulaşı engellemek amacıyla birçok ülke tedbir almaya başlamıştır. Bu tedbiler, insanların gündelik yaşantılarında en çok tercih ettiği alanlar olan iş yerleri, toplu taşıma araçları, parklar, avmlerin ve eğlence yerlerinin, kamuya ait hizmet binaları, tarihi yerler, okullar ve fabrikaların kullanımını azaltmaya gitmek olmuştur. Böylece özellikle toplu halde yaşanılan kentlerdeki temas riskini azaltmak amaçlanmıştır. Türkiye'de de salgın tedbirleri kapsamında kapatılan ilk yerler buralardır. Aynı zamanda kısmi sokağa çıkma kısıtlamaları ve seyahat kısıtlamaları da getirilmiştir (Çam, 2020; Morgül ve diğerleri, 2021). Beraberinde birçok ülke sınırlarını kapatmış, uluslararası yolculuklar, turizm ve ticaret de neredeyse durma noktasına gelmiştir (Aşkın, 2020). En az 1 metre fiziksel mesafe, COVID-19'un yayılmasını yavaşlatmaya yardımcı olmaktadır. Kimin COVID-19 hastası olduğu her zaman bilinmeyeceği için mümkün olduğunca evde kalmak ve grup etkinliklerine katılmayarak, kalabalık ortamlarda bulunmayarak fiziksel mesafe kurallarını uygulamak önemlidir. Tokalaşmak, kucaklaşmak gibi yaygın kullanılan alışkanlıklar, diğer bireylerle yakın temasıı gerektirdiği için COVID-19'un yayılmasına sebep olabilir. Fiziksel mesafe kuralları herkes için yeni bir uygulama olduğundan dolayı garipsenebilir ancak doğru bir uygulamadır (WHO, 2020). Bu önlemlerle birlikte toplumun hareketliliğinin sınırlanması (toplumun büyük çoğunluğunun fiziksel etkileşimini yani yakın temasını ve hareketliliğini azaltmak) amaçlanmaktadır (Türk Toraks Derneği, 2020). COVID-19 pandemisi ile ilgili tüm bu önlemler de göz önünde bulundurulduğunda insanların günlük yaşamlarının önemli bir biçimde etkilendiği gibi, küresel çapta da seyahat, tedarik

ve ticari etkileriyle ekonomik faaliyetleri de etkilediği görülmektedir (Khan, 2020). Bu nedenle COVID-19 yalnızca yeni bir virüs olmakla kalmamış aynı zamanda ekonomik ve psikososyal anlamda büyük bir sorun halini almıştır (Morgül ve diğerleri, 2020).

Koronavirüs herkesin hayatını etkileyerek insanları ortak bir biçimde ölümle karşı karşıya getirmiş ve bütün dünyada bir tehdit olarak görülmektedir (Kaya ve Canıöz, 2021; Gülırmak ve diğerleri, 2021). Bu nedenle, açıklanan her karar hayat kurtarmak amacıyla alınmış olsa da insanların tehdit altındayken, durumu algılayışları ve davranışlarının da farklılık gösterebileceğini gözeterek kısıtlamaların doğru zamanda yapılması makul olup, bireylerin doğru bilgiye ulaşmaları konusunda yönetimlerin şeffaf bir yaklaşım sergilemesi de son derece önemlidir (Koçak ve Sarı, 2021).

COVID-19 hastalığının gidişatındaki belirsizlik, hastalığı tespit etmek için yetersiz test ve tedavideki zorlanmalar, sağlık çalışanlarını enfeksiyondan korumak, bireysel özgürlükleri sınırlarını bozan alışılmadık sağlık önlemleri ve giderek büyüyen ekonomik kayıplarla birlikte yetkili mercilerden gelen net olmayan bilgiler, COVID-19 ile ilişkili ruhsal hastalıkların artışına neden olacak başlıca stres faktörleri arasındadır. Diğer yandan pandemi kapsamında alınan önlemler, hem bireylerin (güvensizlik, kafa karışıklıkları, damgalanma) hem de toplumların sağlığını, güvenliğini ve refahını etkileyebilir. Viral enfeksiyon gibi doğal nedenlerden kaynaklanan afetler travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) görülmesi için gerekli tanı kriterlerini karşılamaktadır. Pandemilerde bazı gruplar, psikososyal etkiler karşısında daha dirençsiz olabilir. Bunlar; hastalığa yakalanan kişiler, yaşlılar, bağışıklığı zayıf olanlar, bakım alan kişiler ve daha önceden tıbbi veya ruhsal hastalığı olan ya da tedavi gören ve madde kullanan kişilerdir (Pfefferbaum ve diğerleri, 2020).

COVID-19 salgınından korunmak ve salgınla mücadele anlamında sadece bireysel önlemlerin yetersiz olduğu bilinmekte ve toplumsal önlemlerin uygulanmasının da gerekliliği önem arz etmektedir. Bu amaçla COVID-19 pandemisi için salgının

epidemiyolojik çalışmalarının seyri doğrultusunda alınan önlemler de çeşitlilik ve süreklilik göstermektedir. Pandeminin bazı ülkelerde son dönemlerine yaklaştığı düşünülürken bazı ülkelerde aynı süreçte yeni vakalar görülmeye devam etmektedir (Şirin ve Özkan, 2020).

1.3.1. Türkiye'de COVID-19 Salgını

''COVID-19, ülkemizde de ilk vakanın görüldüğü 11 Mart 2020 tarihinde Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından pandemi ilan edilmiştir.'' (Sağlık Bakanlığı, 2020) COVID-19 pandemisi dünyada olduğu gibi Türkiye'de de birçok kapsamda etkisini göstermiş, bu etkiler, afet yönetiminde önemli olan risk ve kriz yönetimi kapsamlarında değerlendirilip, bazı yöntemlerde değişikliklere gidilmiştir (Tunç ve Atıcı, 2020; Çolak, 2017). Pandemi sürecinde farklı ülkeler farklı önlemler almıştır. COVID-19 hastalığı ile mücadele sürecinde Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı tarafından ilk olarak, DSÖ'den alınan verilerle halkı bilinçlendirmek amaçlı bilgiler paylaşılmış daha sonra Koronavirüs Bilim Kurulu oluşturulup, birtakım kısıtlamalar aşamalı olarak getirilmiştir. Zaman içerisinde COVID-19'a dair bilimsel veriler arttıkça, halkın alışması açısından da son derece önemli olan aşamalı tedbirler uygulanmıştır (Koçak ve Sarı, 2021). Pandemi sürecini yönetmek için Türkiye'de bilim kurulu kurulmuş, her kademedeki eğitime ara verilmiş ve 65 yaş üstü ve 20 yaş altı Türk vatandaşlarına sokağa çıkma kısıtlaması uygulanmıştır. En az 2 metre sosyal mesafe (enfeksiyon bulaşının engellenmesi amacıyla kalabalık yerlerden uzak durulması, başka insanlarla aynı ortamdayken fiziksel mesafenin korunuyor olmasına dikkat etmek, enfeksiyon belirtisi görüldüğünde evde kalmak) korunacak şekilde, kalabalık olan yerlerde fazla kalmamak hatta mümkünse kalabalık ortamlara girmemek konusunda uyarılar devam etmekteyken, bazı ülkelerden Türkiye'ye giriş yapanların zorunlu karantina sürecine girmeleri, birçok restoran, kafeterya, sinema ve tiyatro gibi kapalı mekanların kullanımlarının geçici olarak durdurulması da dahil tüm kültürel etkinliklerin ertelenmesi, bazı ülkelerarası uçuşların durması, şehirlerarası seyahatlerin izne tabi tutulması, tüm hastanelerin pandemi hastanesi olarak ilan edilmesi önlemleriyle birlikte maske

kullanımı zorunlu hale getirilmiş ve böylece hastalığın yayılım hızı azaltılmak istenmiştir (Aslan, 2020; Aslan ve Türkili, 2021; Koçak ve Sarı, 2021; BBC News, 2020).

1.4. KARANTİNA

Pandemi ile mücadelede, fiziksel mesafe ile ilişkili müdahaleler ve karantina uygulaması oldukça önemli olmaktadır (Morgül ve diğerleri, 2020). Karantina kelimesi, İtalyanca 'quarantena'dan türetilmiş olup, kırk anlamını taşımaktadır. Bulaşıcı bir hastalıkla karşı karşıya kalan bireylerin hasta olup olmadıklarını anlamak için onları, diğer insanlardan ayırma uygulamasına karantina denmektedir (CDC, 2018). Geçmiş pandemilerde, yetersiz bilimsel verilerden dolayı tedavi bulunamazken, o dönemlerde en etkili yöntem karantina uygulamaları olmuştur (Karaimamoğlu, 2020; Ahmadı ve diğerleri, 2020). En eski karantina uygulaması ise kara veba dönemindedir. 1377 yılında, kıyı kentlerine veba bulaşını engellemek amacıyla, vebanın görüldüğü yerlerden gelen gemilerin Venedik kıyısına varmadan önce 40 gün demir atması gerekliliği tarihteki ilk karantina uygulaması olmuştur. İlk karantinahane de 1423 yılında Venedikte kurulmuştur (Karaimamoğlu ve Gümüş; 2020; Tunç ve Atıcı, 2020; Sarıyıldız, 2020). Karantina uygulamaları hastalığın fiziksel etkilerine karşı koruma sağlayan bir durum olmakla beraber psikolojik etkileri olumsuz yönde seyretmektedir (Öztürk ve diğerleri, 2020). DSÖ koronavirüs karantina uygulamasını ''COVID-19 ile temaslı ya da temas şüphesi olan kişilerin enfekte olsun veya olmasın, COVID-19 vakasına maruz kaldıktan sonra diğer bireylerden ayrılmasıdır'' şeklinde tanımlamıştır. Karantina süresi, temas sonrası 14 gün olarak önerilir (WHO, 2020).

1.4.1. Karantina Sürecinin Ruh Sağlığı ile İlişkisi

''Sosyal ilişkilerin ruh sağlığını koruyucu rolü göz önüne alındığında salgının olumsuz ruhsal etkileri kaçınılmaz hale gelmiştir'' (Aşkın ve diğerleri, 2019, s. 305). Salgın hastalıkların insanların alışık oldukları düzen dışında fiziksel önlemler

aldırarak sosyal değişimlere neden olmalarından dolayı kitlesel psikolojik etkileri olumsuzdur. Karantina uygulamaları enfeksiyonun yayılımını önlemek amacıyla katı kurallar ile toplumun kontrolünün sağlandığı bir durum olarak halk sağlığını korumayı gözetmesinin yanında neden olduğu psikolojik ve psikiyatrik sonuçlar göz önünde bulundurulursa üzerinde düşünülmesi gerekli olan bir uygulamadır. Küresel anlamda iletişimin günümüzde oldukça basit olduğu ve karantina sürecinde bireylerin içinde bulundukları ruh halini ya da COVID-19 belirtilerini sosyal medyada paylaştığı da düşünüldüğünde, korku ve panik gibi duygular hızla bir bireyden diğerine yayılarak karantinanın olumsuz sonuçlarını daha da arttırmaktadır. Psikiyatrik ya da psikolojik olumsuz etkiler yalnızca karantina sürecinde değil aynı zamanda karantina sürecinden sonra da görülebilmektedir. Bütün bu etkiler ve değişimler sonucunda, salgın hastalıklar ve karantina süreçlerinin ruh sağlığında değişikliklere neden olması beklenen bir durum olmakla birlikte, karantina koşullarında kaygı duymak olağan bir yanıttır (Yıldız ve diğerleri, 2020; Demir, 2021; Aslan ve Türkili, 2021). Karantina sürecinin farklı zamanlarında, bireyler ve topluluklar tarafından farklı tepkiler, aynı olmayan düzeylerde yaşanabilir (Kaya, 2020). Pandemi dönemi ruh sağlığını anlayabilmek için bu tepkiler önemsenmelidir (Karasar ve Eyüboğlu, 2020).

SARS salgını ile ilgili yapılan bir araştırmaya göre (Digiovanni ve diğerleri, 2004) sosyal izolasyon ve damgalanma karantinaya alınan bireyler için stres faktörü olarak görülmüştür. Karantinadaki sosyal izolasyona verilen tepkiler; yalnızlık, korku, depresyon, uykusuzluk ve kaygı olarak bulunmuştur. Karantinaya uymayı engelleyen en büyük neden olarak ise can sıkıntısı olarak bildirilmiştir. Karantinada ebeveyni olan çocukların kreşte hoş karşılanmadığı, sağlık çalışanı eşi karantinaya alındığı için işten izin verilen kişiler olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Karantinaya alınan 43 kişiden 17'si damgalanmadan etkilenirken 195 sağlık çalışanının %68'inin hem kendisi hem de ailesinin damgalanmadan etkilendiğini bildirmiştir. Bu sebeplerle bireyler karantinada olduklarını başkalarına söylemekte isteksiz olduklarını belirtilmiştir.

Pandemilerde karantina süreci ve sonrasının psikolojik etkilerini araştıran 3142 makalenin incelenmesiyle oluşturulan bir derleme (Brooks, 2020) sonucunda SARS pandemisinde, karantina sırasında en çok görülen yakınmalar; konsantrasyon bozukluğu, öfke, korku, suçluluk, uyuşukluk, tükenmişlik, uykusuzluk olarak belirtilmiştir. Karantina sonrasında görülen psikolojik etkiler ise; akut stres, TSSB, Majör depresyon, yaygın YAB (yaygın anksiyete bozukluğu) ve uyum bozukluğudur. Benzer şekilde, COVID-19 pandemisinde yapılmakta olan araştırmalarda da benzer sonuçlara ulaşılmıştır. Öte yandan karantina sürecinin uzaması da psikolojik belirti görülme etkisini arttırıcı rol oynayan bir risk faktörü olmuştur. Karantina sürecinde öfke, tahammülsüzlük, yalnızlık, mutsuzluk, çaresizlik ve uyum sağlamada zorlanma gibi belirtiler görülebildiği belirtilmiştir. Aynı zamanda, karantina sürecinde ruhsal bozukluklar bakımından risk etmeni olan durumlar vardır. Bunlar; ruhsal hastalığı bulanan bireyler, sağlık çalışanları, alkol ve madde bağımlılığı olan bireyler, ileri yaş, azınlık gruplar, gebeler, sosyal destek etksikliği, maddi kaynak yetersizliği, damgalanma ve uzamış karantina dönemi olarak belirtilebilir (Aslan ve Türkili, 2021; Yıldız ve diğerleri, 2020).

1.5. PANDEMİ VE RUH SAĞLIĞIYLA İLİŞKİSİ

COVID-19 hem fiziksel hem de ruhsal sağlık sorunlarını ortaya çıkarmaktadır. Bu nedenle hem tıbbi hem de ruh sağlığı alanlarında özellikle, panik, endişe ve anksiyete konularında hem bireysel hem de toplumsal etkileri mevcuttur. COVID-19 pandemisi sonlandığında fiziksel sonuçlar bir yana, psikolojik etkiler uzun yıllar devam edebilir (Aşkın ve diğerleri, 2019). ‘’Son pandeminin üzerinden yaklaşık yüz yıl geçmesi nedeni ile pandemi psikolojisi ile ilgili elimizdeki veriler kısıtlıdır.’’ (Karasar ve Eyüboğlu, 2020 s. 114)

Pandemiler, tarihten bu yana birçok dönemde karşımıza çıkmakla beraber, bireyler, yaşadıkları emniyette olmama hali nedeniyle sağlık ile ilgili kaygılarını doğru yönetemeyebilirler (Karataş, 2020). Küresel salgınlar endişe, kaygı ve korku duygularıyla ve bireylerin hayatlarını tehdit eden yanlarıyla travmaya neden

olmaktadır. Pandemilerin neden olduğu travmatik etkiler, bireylerin yaşam koşulları, kişisel özellikleri ve ruh sağlıkları alt boyutlarıyla birlikte farklılıklar gösterebilir. Virüsle birlikte toplumdaki tüm bireylerin risk altında olması, virüsün gözle görülmemesi ve ortaya çıkış nedeninin tam olarak bilinmemesi de salgını global bir afet haline getirmiştir. Travma yaşantısından sonra görülmesi olası olan stres belirtilerinin neredeyse tamamı COVID-19 salgını döneminde adım adım gözlenmiştir. COVID-19 bulaşma endişesi ve tüm bu belirsizlikle birlikte, korku, çaresizlik gibi duygular da salgın haline gelmiştir. Bununla birlikte salgınlardan ruhsal olarak en çok etkilenecek gruplar ise kırılgan gruplar ve sağlık çalışanlarıdır (Aşkın, 2020, Karasar ve diğerleri, 2020, Kaya; 2020, Yıldırım, 2020). COVID-19 salgınının ilk günlerinde marketlerin yiyecek raflarının boşaltılması, karantina uygulamaları ve her bedensel duyumun COVID-19 semptomu olarak yorumlanmasıyla birlikte, televizyon ve sosyal medya aracılığıyla insanların sürekli ve uzun süreli salgın haberlerine maruz kalması bireylerin endişe ve korkularını arttırmıştır (Aşkın ve diğerleri, 2019). Aynı zamanda salgınların gidişatındaki istikrarsızlık; etkilerinin öngörülememesi ve ne zaman biteceği gibi öngörülmeyen durumlar belirsizliğe neden olduğu için salgınları; toplumlar ve bireyler kendilerine ve tanıdıklarına karşı tehdit olarak algılarlar. Toplumun, hastalığa karşı gösterdiği psikolojik yanıtlar, hastalığın seyri, toplumsal kargaşa ve sık görülen ruhsal problemlerin ortaya çıkma etkisi açısından kayda değerdir (Karataş, 2020; Yıldırım, 2020; Karasar ve diğerleri, 2020). Salgın tedbirleri kapsamında, insanların yaşam alanlarının sınırlanması, bireyler arasındaki sosyal ve fiziksel mesafe önlemleri ve evde kalma süreçleri saldırganlığın ve şiddet davranışlarının artışına neden olmaktadır (Yıldırım, 2020). Sosyal yaşama getirilen sınırlamalar ve karantina uygulamaları bireysel özgürlüğü kısıtlamış olmakla beraber, tedbirlerin önemsenmeyip özgürlükten yana seçim yapılması durumunda, virüsün bulaş riski nedeniyle başkalarına hastalık bulaştırma ve ölüme varabilen sonuçlarının da bireylerde farklı tepkilere neden olabileceği unutulmamalıdır (Gülırmak ve diğerleri, 2021).

Salgın hastalıklar sırasında toplumun gösterdiği tepkiler hem salgın sırasında hem de salgın sonrasında toplumsal kargaşanın ortaya çıkması konularında kritik rol oynamaktadır (Cullen ve diğerleri, 2020; Pfefferbaum ve North, 2020). Salgın hastalıkların toplumsal etkilerinden bahsederken gözden kaçırılmaması gereken bir konu da toplumların bu salgınlarla baş etme becerilerini nasıl oluşturduklarıdır (Geçer, 2020).

Özetle sağlık bütüncül bir yapıdır ve bu nedenle pandeminin psikolojik etkileri de önemsenmelidir. Belirsizlik, kaygı veya depresif semptomlar pandemi dönemlerinde görülebilecek normal belirtilerdir ancak bunları önemsemek ve ruh sağlığını korumak bu dönemde zorlayıcı olsa da gereklidir (Valle, 2020).

1.6. ALGILANAN SOSYAL DESTEK ve RUH SAĞLIĞIYLA İLİŞKİSİ

Bireyin çevresinden sağladığı sosyal ve psikolojik destek sosyal destektir. Ailesi, arkadaşları, partneri gibi etkileşimde bulunduğu çevreden sosyal destek sağladığı kişiler de bireyin sosyal destek kaynaklarını oluşturmaktadır. Kaynaklarında meydana gelebilecek değişimler bireyin sosyal destek seviyesini de değiştirebilmektedir (Yıldırım, 1997).

Algılanan sosyal destek, bireyin başkalarıyla güven temelli ilişkiler kurması ve bu kişilerden gerekli desteği alabileceği inancına sahip olmasıdır. Sosyal destek kaynakları çeşitlilik gösterdiği gibi, kişi hem destek gösteren hem de destek alan olabilir ve problemli durumların üstesinden gelinmeyi kolaylaştırır (Karal ve Biçer, 2020). Stresli ve zorlu yaşam olaylarıyla baş etmede ve sorun çözmede, kullanılan en önemli kaynaklardan biri başkalarından aldığı yardım ve sosyal destektir. Yakın çevreden alınan sosyal destek, stres yaratan olayların etkisini azaltır veya ortadan kaldırır. Sosyal destek stresi azaltan ve bireyin kendine verdiği değeri arttıran bir etkendir. Bir tehditle karşı karşıya kalındığında, başka bireyler tarafından ihtiyaç duyulan yardımın sağlanacağı algısı, bireyin karşılaştığı güç olayının üstesinden gelip gelemeyeceğine dair kendine duyduğu inancı (self-efficacy)

sağlamlaştırabilir. Sonuç olarak, algılanan sosyal destek stresli yaşam olaylarından sonra yaşanan olumsuz etkilerin azaltılması ve travma yaşantılarından sonra uyuma olanak sağlaması açısından yararlıdır. COVID-19 döneminde de algılanan sosyal destek, bireylerin uyumuna kolaylık sağlayan ve kaygıyı azaltıcı bir etken olarak düşünülmelidir (Arıkan ve Kahriman, 2002; Özmete ve Pak, 2020; Yamaç, 2009). Karal ve Biçer'in (2020) Salgın hastalık döneminde algılanan sosyal desteğin bireylerin psikolojik sağlamlığı üzerindeki etkisini belirlemek amacıyla yapılan çalışmaya göre COVID-19 pandemisinde azalan sosyal yakınlık ve karantina prosedürleri sosyal desteği azaltarak, toplumda kaygının artmasına neden olabilir (Özmete ve Pak, 2020).

Bireylerarası iletişim, toplumun şekil almasında ve düzen sürdürülebilirliğin korunmasında önemli olduğu gibi, bireysel olarak zorlu yaşam olaylarıyla başa çıkma kapasitesini arttıran bir etkiye sahiptir (Yıldırım, 2021). Sosyal destek, Türk toplumlarında kişilerarası ilişkilerle; aile bireyleri, kan bağının olduğu bireyler ve komşularla bağlantılı olması yönüyle Batı toplumlarından farklıdır ancak Türk toplumu daha ilişkisel olduğu için kazançlıdır (Torun, 1995). Sosyal destek, kişilerarası ilişkilerin en önemli fonksiyonlarından biridir ve her zaman faydalı olması yönüyle olumsuz etkileşimlerden ayrılır (Glanz, 2008). House'a (1981) göre sosyal destek dört destekleyici davranış ile kategorize edilir. Bunlar;

1) Empati, sevgi, güven ve şefkat içeren duygusal destek
2) İhtiyacı olan kinseye doğrudan yardımcı olacak şekilde verilen somut yardımın ya da gerekli hizmetin sağlanmasını içeren araçsal destek
3) Bir kimsenin sorunlarını çözmek amacıyla kullanabileceği tavsiye, öneri ve bilgileri içeren bilgi desteği
4) Bir kimseye verilecek; o kimsenin öz değerlendirme yapmasına yardımcı olacak yapıcı geribildirim içeren değerlendirme desteği (akt: Glanz, 2008 s;190)

Cohen ve Wills'e (1985) göre sosyal ilişkilerin eksikliği kaygı ve depresyon gibi olumsuz psikolojik sonuçlara neden olabilir. Aynı zamanda bu sonuçlar hastalıkları

etkileyen bir takım fizyolojik süreçlere doğrudan etki ederek fiziksel hastalık görülme ihtimalini ve ölüm riskini arttırabilir. Sosyal destek insanlara olumlu istikrarlı deneyimler yaşama fırsatı sunar aynı zamanda bireylere ödüllendirilmiş toplumsal roller sağlar. Böylece bireyler psikolojik ve fiziksel olumsuz etkenlerden ve deneyimlerden kaçınmış olur.

Kaygı ve olumsuz yaşam olaylarıyla başa çıkma becerilerini sağlayan sosyal destek alınan ve algılanan sosyal destek olmak üzere iki tiptir ve algılanan sosyal destek iyi oluşu anlamlı düzeyde etkilemektedir (Güneş ve diğerleri, 2014). Algılanan sosyal destek, bireylerin ihtiyaç duyduğu zamanlarda maddi, psikolojik ve genel destek sağlamak adına varolan arkadaşlarını ve aile üyelerini nasıl değerlendirdiği, alınan sosyal destek ise sağlanan desteğin miktarıdır (Grey ve diğerleri, 2020).
Pandemi dönemlerinde kişiler, hastalığın bulaş riskinden dolayı veya virüsün yayılımını azaltmak amacıyla alınan karantina ve sokağa çıkma kısıtlamalarından dolayı sosyal desteklerinden uzaklaşır, böylece zor deneyimlerle baş edebilme, farklı koşullara uyum sağlama ve kendini toparlayabilme gücünde değişim meydana gelebilir. Salgın koşulları fizyolojik olarak zaten zorlayıcıyken, algılanan sosyal desteğin de azalması, yeni bir takım psikolojik problemleri de beraberinde getirebilir (Karal ve Biçer, 2020). Grey ve diğerlerinin (2020) araştırmalarına göre; algılanan sosyal destek düzeyi düşük seviyede olan bireylere kıyasla, yüksek düzeyde olan bireylerde depresyon görülme riskinin %63 daha düşük olduğu bulunmuştur. COVID-19'la mücadele sürecinde, bulaş riskini azaltmak amacıyla; karantina ve sosyal mesafe ile kişilerarası fiziksel sınırlandırma kuralları uygulanmış ancak daha sonra ruh sağlığı uzmanları, salgının psikolojik etkileri ve risk faktörleriyle risk altındaki kişilere yönelik bilgilendirmelerde bulunulmuştu. Fiziksel mesafe önlemleri salgının yayılma hızındaki artışı önlemeye yardımcı olsa da ruh sağlığı ile ilişkili problemlerin artışında yordayıcı ya da sebep olmuştur.

Sonuç olarak, bireyin sahip olduğu veya sahip olduğunu algıladığı sosyal destek, stresli yaşam olaylarını daha iyi kontrol ettiğini hissetmesine yardımcı olabildiği

gibi olumsuz durumun duygusal olarak açığa vurulmasına ve böylece zihinsel işlenmenin yapılmasını sağlayabilir (Szkody ve diğerleri. 2021).

1.7. BELİRSİZLİĞE TAHAMMÜL ve RUH SAĞLIĞIYLA İLİŞKİSİ

Alanyazında belirsizlik kavramı için farklı tanımlar bulunmaktadır. Kagan'a (1972, s:54) göre belirsizlik, ‘*’bilişsel yapılar arasındaki, bilişsel yapılar ve deneyim arasındaki veya bilişsel yapılar ve davranış arasındaki uyumsuzlukla karakterize edilir‘’* şeklinde tanımlanmaktadır. Buna göre kişi tutarsız bir olayla karşılaştığında belirsizlik durumuna girer veya onu ortadan kaldırarak ya da kaçarak çözüme ulaşacaktır ancak eğer bunlardan birini yerine getirmezse belirsizlik artar ve korku ya da kaygı meydana gelebilir. Sarıçam ve diğerlerine göre (2014) belirsizlik gelecekle ilgili netlik olmamasıdır. Belirsizlik, tehdit algısı nedeniyle korkuya ve meydana gelebilecek olumsuzluklara karşı kaygıya neden olur (Özmete ve Pak, 2020). Bilinmeyenden korkma kişinin, herhangi bir bilinç seviyesinde, bilgi eksikliğinden kaynaklanan korkuyu yaşamasıdır (Özmete ve Pak; 2020). Alanyazında yer alan kaynaklarda belirsizlik ve psikolojik problemleri önemli ölçüde yordayanın belirsizliğe tahammülsüzlük olduğu görülmektedir. Belirsizliğe tahammülsüzlük bireyin, tehdit edici bir olayın gerçekleşme ihtimaline bakmaksızın olayla karşılaşma ihtimalini kabul edilemez olarak düşünme eğilimidir (Carleton ve diğerleri, 2006). Belirsizliğe tahammülü olmayan bireyler, tehdit altında hissettikleri için korkulan olumsuz sonuçların gerçekleşmeyeceğine ya da bunlarla etkili bir şekilde başa çıkabilecekleri konusunda kesinliğe ihtiyaç duyarlar, belirsizliği ortadan kaldırmak için çok çaba gösterirler ya da belirsizliğin kaçınılması gerektiğini düşünürler. Öte yandan, gündelik yaşantıda bir miktar belirsizlik vardır dolayısıyla belirsizliğe tahammülsüzlüğü olan bireylerde sıkıntı ve endişe dolayısıyla birçok durum dayanılmaz olabilir (Buhr ve Dugas, 2012; Buhr ve Dugas, 2006). Giderek artan bulgu sayısına göre, belirsizliğe tahammülsüzlük, endişe, yaygın anksiyete bozukluğu (YAB) ve obsesif kompulsif bozukluk (OKB) arasında ilişki vardır bu nedenle hayat kalitesini oldukça etkilemektedir (Buhr ve Dugas, 2012; Sarıçam ve diğerleri, 2014; Sarıçam, 2014).

Sarıçam'ın (2004) yaptığı araştırmaya göre, belirsizliğe tahammülün az olması mutluluk hissini olumsuz etkilemektedir (Sarıçam, 2004). Ayrıca bir birey ne kadar tahammülsüzse, belirsiz bir duruma maruz kaldığında diğer bireylerden daha fazla etkilenir (Valle, 2020).

Pandemilerin etkileri tahmin edilemeyen yönüyle ortaya çıkan belirsizlik durumunun psikolojik etkilerinin nasıl idare edildiği ve hem bireylerin hem toplumun bununla nasıl başa çıktığı kriz yönetimi açısından oldukça önemlidir (Karataş, 2020). Valle ve diğerlerinin (2020) yaptığı araştırmaya göre pandeminin neden olduğu belirsizliğe tahammülsüzlüğün, karantina sırasında kaygı ve depresyon üzerinde etkilidir.

BÖLÜM İKİ: YÖNTEM

2.1. ARAŞTIRMANIN ÖNEMİ

Bu kısımda araştırmanın önemi, amacı ve araştırmanın hipotezleri hakkında bilgi verilmiştir.

İnsanlar, toplu olarak birlikte yaşamaya başladıktan sonra, kendilerinden de önce varolduğu düşünülen ve salgınlara neden olan mikroorganizmaların sebep olduğu salgınlar ve pandemilerle karşılaşmış ve hala karşılaşmaya devam etmektedir (Tunç ve Atıcı, 2020). Salgın hastalıklara neden olan organizmaların insanların varoluşundan daha eski olduğu bilinse de yeterli kanıtların olmaması nedeniyle ilk salgının nerede ve zaman yaşandığını bilmemekle beraber, salgınların neden oldukları etkiler ve tedavileri konusunda yol almak, insanların avcı toplayıcı olarak yaşadıkları dönemde etkileşimlerinin az olması sebebiyle, bulaşıcılık oranınının düşük kalmasını sağlayarak uzun zamana mal olmuştur. İnsanlar yerleşik yaşam stiline geçerek daha büyük ve kalabalık gruplar halinde yaşanmaya başlamış, etkileşimleri artmış aynı zamanda hastalıkların hayvanlardan insanlara geçişi kolaylaşmış ve salgınların gidişatı değişerek; milyonlarca ölüme neden olmuştur. Salgınlar negatif etkileriyle yüzlerce yıldır insanlık için en büyük afetlerden biri olmaktadır (Akın, 2018). Kısa bir sürede hızla yayılarak binlerce ve hatta bazen milyonlarca insanın ölümüne yol açan salgınlar, imparatorlukları çökertmiş, orduları kırmış, toplumun psikolojisinde derin tahribat yapmıştır (Yılmaz, 2017 s: 27). Beraberinde, ticari faliyetler ve savaşlar da hastalıkların yayılımında önemli rol oynamıştır. Zaman içerisinde salgınlar can kayıplarıyla beraber toplumsal değişimlere neden olurken aynı zamanda iktisadi ve siyasi alanlarda ve savaşların seyrini dahi değiştirerek önem arz eden büyük farklılıkların ortaya çıkmasına neden olmuştur (Turan ve Çelikyay, 2020; Ahmadı ve diğerleri, 2020). Tüm bu nedenlerle tarih yorumlanırken Eski Çağ'dan beri görülmüş endemik, epidemik ve pandemik salgın hastalıklar da dikkate alınmalıdır (Kılıç, 2020).

Tarih süresince insanlar, toplumlar ve yönetimler salgınlar hakkında farklı fikirlere sahip olmuş ve farklı tedbirler almışlardır. Geçmiş tarihlerde meydana gelmiş pandemilerin ortaya çıkışı ve gidişatı nasıl etkilediklerinin incelenmesi ve bittikten sonra bıraktıkları etkiler, COVID-19 pandemisini anlamak ve faydalı girişimlerde bulunabilmek adına yararlı olabilir (Ahmadı ve diğerleri, 2020). Geçmiş tüm salgınları incelediğimizde, tarih boyunca herhangi bir dönemde ve aniden ortaya çıkabilme riskiyle görülebildiklerini ve toplumsal gelişimin salgınların görülmesinin önüne geçmediğini bilmeli, bu doğrultuda hazırlıklı olmamız gerektiği sonuçlarını çıkarılmalıdır (Ahmadı ve diğerleri, 2020). Tıpkı geçmiş diğer salgın hastalıklar gibi COVID-19'un da küresel çaptaki etkileri ve bireyler üzerindeki psikolojik etkileri son derece önemlidir. Akıl sağlığı, insanların hayattaki stresli durumlarla başa çıkabilmesini ve yaşam potansiyellerini içinde bulundukları topluma yansıtabilmesini sağlayan bir zihinsel iyilik durumudur (Oglodek, 2021).

Ruh sağlığı söz konusu olduğunda pandeminin etkileri, önceden sağlıklı olan bireylerde devam eden bir stresin sonucunda semptomların gelişmesi, ruhsal bozukluklara yatkınlığı olan bireylerde ise yeni ataklar ve tanı kriterlerini karşılamayan semptomların gelişmesi şeklinde ortaya çıkabilir (Lindert ve diğerleri, 2021).

2.2. ARAŞTIRMANIN AMACI

Alanyazın incelendiğinde salgın hastalıkların hem bireyleri hem toplumları küresel anlamda; ekonomik, siyasal ve sosyal anlamda etkilediği hatta savaşların seyrini değiştirdiği sonuçlarına ulaşılmaktadır. Öngörülemezliği ve belirsiz gidişatı nedeniyle herhangi bir önlem alınamayan salgınlar toplumsal etkileri bir tarafa; insanların yaşamlarını tehdit etmeleri yönüyle aynı zamanda bireysel olarak da pek çok olumsuz psikolojik etkiye sahiptir. Bu olumsuz etkileri yordayanlar arasında algılanan sosyal destek ve belirsizliğe tahammülsüzlüğün olduğu düşünülmekte ve

bu araştırmada COVID-19 pandemisinde algılanan sosyal destek ve belirsizliğe tahammülsüzlüğün ruhsal hastalık belirtileriyle ilişkisini incelemeyi amaçlamıştır. Pandemi sürecinde ruhsal hastalık söz konusu olduğunda algılanan sosyal desteğin yeterli olması ve belirsizliğe tahammülün fazla olması durumlarında bireylerin ruhsal hastalık belirtileri göstermeksizin ya da minimum popülasyonda görülerek pandemi stresörüyle baş edebilecekleri düşünülmektedir.

Araştırmamamız ruhsal hastalık belirtilerinin, algılanan sosyal detsek ve belirsizliğe tahammülsüzlük ile ilişkisini ve alt boyutlarını anlayabilmek açısından önemlidir.

2.3. ARAŞTIRMANIN HİPOTEZLERİ

COVID-19 Pandemisinde algılanan sosyal destek ile depresyon belirtileri arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki vardır.

COVID-19 Pandemisinde algılanan sosyal destek ile anksiyete belirtileri arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki vardır.

COVID-19 Pandemisinde algılanan sosyal destek ile stres belirtileri arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki vardır.

Belirsizliğe tahammülsüzlük ile depresyon belirtileri arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki vardır.

Belirsizliğe tahammülsüzlük ile anksiyete belirtileri arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki vardır.

Belirsizliğe tahammülsüzlük ile stres belirtileri arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki vardır.

Algılanan sosyal destek ile belirsizliğe tahammülsüzlük arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki vardır.

Belirsizliğe tahammülsüzlük, demografik değişkenlere göre farklılaşmaktadır.

Depresyon belirtileri, demografik değişkenlere göre farklılaşmaktadır.

Anksiyete belirtileri, demografik değişkenlere göre farklılaşmaktadır.

Stres belirtileri, demografik değişkenlere göre farklılaşmaktadır.

2.4. ÖRNEKLEM

Araştırmanın örneklemini farklı cinsiyet, yaş, eğitim durumu, mesleğe sahip ve farklı şehirde yaşayan 200 kişi oluşturmaktadır. Katılımcıların araştırmadan dışlanma kriterleri; araştırmaya katılmaya onam vermeyenler ve okuma yazma bilmeyenlerdir.

2.5. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Veriler, Şubat 2022 ila Nisan 2022 tarihleri arasında toplanmıştır. Etik kurul onayının ardından, araştırmacı tarafından kendi çevresindeki COVID-19 hastalığını geçirmiş ve geçirmemiş kişilere çalışmaya dair duyurular yapılmıştır. Duyurular neticesinde araştırmaya katılmayı kabul eden gönüllülere, kendi çevrelerinden gönüllü katılımcılar da eklenmiştir. Gönüllülere, kolay erişilebilir örnekleme ve kartopu örnekleme yöntemleriyle ulaşılmıştır.

Pandemi koşulları gözetilerek yüz yüze görüşmelerin riskli olması nedeniyle aşağıdaki ölçekler Google Formlar üzerinden uygulanmıştır;

1. Bilgilendirilmiş Onam Formu (EK 1)
2.Sosyodemografik Veri Formu (EK 2)
3.COVID-19 Veri Formu (EK 3)
4.Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (EK 4)
5.Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği (EK 5)
6.Belirsizliğe Tahammülsüzlük Ölçeği (EK 6)
7. Etik Kurul Onayı (EK 7)

Çevrimiçi formun tamamlanması yaklaşık 15 dakika sürmektedir. Kullanılan ölçekler için gerekli izinler alınmıştır.

2.5.1. Sosyodemografik Veri Formu

Sosyodemografik veri formu 12 sorudan oluşmaktadır. Başlıca; yaş, cinsiyet, meslek, eğitim düzeyi, ekonomik durum, psikiyatrik/tıbbi hastalık durumu gibi sorular bulunmaktadır.

2.5.2. COVID-19 Veri Formu

COVID-19 veri formu hazırlanırken alanyazın taraması yapılmış ve 12 soru sorulmuş olup; pozitif tanısı alınıp alınmadığı, tedavi şekli, karantinaya alınıp alınmadığı, sokağa çıkma yasaklarının kimlerle geçirildiği, kısıtlamalardan muaf tutulup tutulmama, alkol madde kullanımı ve aşı olunup olunmadığı sorgulanmıştır.

2.5.3. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği

Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği, aile, arkadaşlar ve önemli kişilerden olmak üzere üç farklı sosyal destek kaynağından alınan desteği ölçmektedir ve özbildirime dayalıdır (Zimet, Dahlem, Zimet & Farley, 1988: 30). Ölçek, Eker ve Arkar tarafından (1995) geçerlik ve güvenirlik araştırmaları yapılarak Türkçe'ye uyarlanmıştır. Ölçeğin iç tutarlılığı cronbach alfa yöntemiyle ölçülmüştür ve test tekrar test korelasyonları yeterlidir. Her madde 7'li likert tipi ölçek kullanılarak değerlendirilmektedir ve toplam 12 maddeden oluşmaktadır. Ölçeğin, Cronbach Alpha iç güvenirlik katsayısı .89 olarak bulunmuştur. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 12 en yüksek puan ise 84'tür. Elde edilen puanın yüksek olması algılanan sosyal desteğin de yüksek olduğunu ifade etmektedir (Eker ve diğerleri, 2001).

2.5.4. Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği

Depresyon Anksiyete Stres ölçeği (DASÖ) Lovibond ve Lovibond tarafından (1995) geliştirilmiştir. DASÖ 4'lü likert tipindedir. 14 depresyon, 14 anksiyete ve 14 stres alt boyutlarından olmak üzere toplam 42 maddeden oluşmaktadır.

Türkiye'de, depresyon, anksiyete ve stresi bir arada ölçen bir araştırma bulunmadığının incelenmesi üzerine ölçek, Akın ve Çetin tarafından Türkçe'ye uyarlanmıştır. Ölçeğin Cronbach Alpha iç tutarlılık kat sayısı .89 olarak bulunmuştur. Ölçeğin test tekrar test ve iki yarı güvenirlik puanları .99 ve .96 olarak belirlenmiştir. Bu puanlar DASÖ'nün yüksek geçerlik ve güvenirliğe sahip olduğunu göstermektedir (Akın ve Çetin, 2007).

2.5.5. Belirsizliğe Tahammülsüzlük Ölçeği (BTÖ)

Carleton, Norton ve Asmundson (2007) tarafından geliştirilen Belirsizliğe Tahammülsüzlük Ölçeği (BTÖ), yetişkinlerin kendini değerlendirmesine yöneliktir. Ölçek, Sarıçam ve diğerleri tarafından (2014) Türkçe'ye uyarlanmıştır. 12 maddeden oluşmaktadır ve 5 dereceli likert şeklindedir. Ölçeğin, ileriye yönelik kaygı ve engelleyici kaygı olmak üzere iki alt boyutu vardır. Cronbach Alpha iç tutarlılık katsayısı .88 olarak bulunmuştur (Sarıçam ve diğerleri, 2014; Buhr ve Dugas 2002). BTÖ'nin dört faktörden oluştuğunu aktarmaktadır. 1) Belirsizlik üzücü ve stres vericidir. 2) Belirsizlik eyleme geçmeyi engeller. 3) Belirsiz olaylar olumsuzdur ve kaçınılması gerekir. 4) Belirsizlik adil değildir. (Buhr ve Dugas, 2002, s:942)

2.6. VERİ ANALİZİ

Bu bölümde, katılımcılardan toplanan veriler ışığında, araştırma hipotezlerini test etmek üzere yapılan analizlere yer verilecektir. Google Forms aracılığı ile 203 katılımcıdan toplanan veriler doğrultusunda analizler gerçekleştirilmiştir. Öncelikle katılımcıların demografik özelliklerine yönelik bilgiler sunulacak ve ölçeklere ilişkin betimleyici istatistiklere yer verilecektir. Akabinde değişkenler arasındaki ilişkileri gösteren korelasyon analizlerine, bağımlı değişken olan depresyon, anksiyete ve stres ölçeği puanlarının diğer değişkenler tarafından yordanıp yordanmadığını incelemek üzere regresyon analizlerine ve son olarak demografik değişkenlere göre ortalama farklılıklarına yönelik analizlere yer verilecektir.

2.7. PROSEDÜR

Bu araştırma nicel analiz olup; COVID-19 sürecinde algılanan sosyal destek ve belirsizliğe tahammülsüzlüğün ruhsal hastalıkların belirtileriyle ilişkisini anlayabilmek amacıyla yapılmıştır. Bu amaçla araştırma kapsamında Google Akademik ve Pubmed başta olmak üzere alanyazın taranmaya başlanmış ve bu süreçte 12.02.2022 tarihinde 2022-20024-10 belge numarasıyla İstanbul Bilgi Üniversitesi İnsan Araştırmaları Etik Kurulu onayı alınmasının ardından veriler Şubat 2022 – Nisan 2022 tarihleri arasında COVID-19 nedeniyle çevrimiçi olarak Google formlar üzerinden toplanmaya başlamıştır. Formu doldurmanın süresi yaklaşık 15 dakikadır. Katılımcılara formu doldurmaya başlamadan önce ilk etapta onam formu sunulmuş (EK 1) ve onaylarının alınmasının ardından formun diğer kısımlarını takip edebilmişlerdir.

Veriler toplandıktan sonra SPSS ile analiz edilmiştir. Önce katılımcıların demografik özelliklerine yönelik bilgilere ve ölçeklere ilişkin betimleyici istatistiklere bakılmıştır. Daha sonra çalışmanın ilişkisel hipotezlerini test edebilmek için verilerin normal dağılımına ilişkin varsayımlar test edildikten sonra, normal dağılım varsayımlarının karşılandığı görüldüğünden, Pearson Korelasyon analizi gerçekleştirilmiştir. Çalışmanın bağımlı değişkeni katılımcıların depresyon, anksiyete ve stres belirtilerini ölçmeye yönelik DASS puanlarıdır. Bu nedenle, bu ölçek ile elde edilen ilgili belirtilere ilişkin puanların diğer değişkenler ile anlamlı biçimde yordanıp yordanmadığını incelemek için regresyon analizleri gerçekleştirilmiştir. DASS ölçeğinden üç farklı belirti puanı alındığından, regresyon modelleri de ayrı ayrı oluşturulmuştur. Depresyon, stres ve anksiyete düzeyleri regresyon analizine ayrı ayrı bağımlı değişken olarak alındığında bağımsız değişkenler olan belirsizliğe tahammülsüzlük, yaş ve algılanan sosyal desteğin her üçü içinde yordayıcı olarak anlamlı olduğu görülmüştür. Son olarak DASS depresyon puanlarının anlamlı ilişkili olduğu korelasyon analizlerinde görülmüş olan BTÖ, ASDÖ ve yaş değişkenlerinin, DASS depresyon puanını ne düzeyde yordadığını inceleyebilmek için, hiyerarşik regresyon analizi

gerçekleştirilmiştir. Bir sonraki adımda, ölçek puanlarının anlamlı bir biçimde farklılaşıp farklılaşmadığını incelemek üzere öncelikle normallik varsayımları test edilmiş, normallik varsayımları karşılandığından, T-test ve tek yönlü varyans analizi (ANOVA) gerçekleştirilmiştir. Daha sonra demografik değişkenlere göre DASS ortalama farklılıklarına ilişkin T-test yapılmıştır. Son olarak DASS ölçeğinden elde edilen puanlar değerlendirilerek, katılımcıların normal, hafif, orta, ileri ve çok ileri düzeyde depresyon, anksiyete ve stres belirtisi gösterdiği ifade edilebilmektedir. Buradan hareketle, katılımcıların belirti düzeyleri ile bazı kategorik değişkenlerin ilişkisi de incelenmiştir.

BÖLÜM ÜÇ: BULGULAR

3.1. KATILIMCILARIN SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ VE COVID-19 BULGULARI

Tablo 3.1.1. Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri ve COVID-19 Bulguları

Değişken		*n*	*%*	*Birikimli %*
Cinsiyet				
	Kadın	153	75.4	75.4
	Erkek	50	24.6	100
Eğitim				
	İlkokul	2	1.0	1.0
	Ortaokul	6	3.0	3.9
	Lise	38	18.7	22.7
	Üniversite	118	58.1	80.8
	Yüksek lisans	37	18.2	99.0
	Doktora	2	1.0	100.0
Şu anda gelir getiren bir işte çalışıyor musunuz?				
	Evet	116	57.1	57.1
	Hayır	87	42.9	100.0
Pandemi sürecinde ekonomik durumunuz nasıl değişti?				
	Daha kötüye gitti	103	50.7	50.7
	Aynı seviyede kaldı	88	43.3	94.1
	Daha iyiye gitti	12	5.9	100.0
Tanı konmuş kronik hastalığınız/hastalıklarınız var mı?				
	Yok	152	74.9	74.9
	Var	51	25.1	100.0
Kronik hastalığınızın tanısını ne zaman aldınız?				
	Pandemiden önce	40	83.3	83.3

Pandemi döneminde	8	16.7	100.0
Tanı konmuş psikiyatrik hastalığınız/hastalıklarınız var mı?			
Evet	171	84.24	84.24
Hayır	32	15.76	100.0
Psikiyatrik hastalığınızın tanısını ne zaman aldınız?			
Pandemiden önce	17	53.1	53.1
Pandemi döneminde	15	46.9	100.0
COVID 19 hastalığını geçirmiş olabileceğinizi düşünüyor musunuz?			
Evet	104	51.2	51.2
Hayır	99	48.8	100.0
COVID 19 pozitif tanısı aldınız mı?			
Evet	59	29.1	29.1
Hayır	144	70.9	100.0
Hanenizden birisi COVID-19 tanısı aldı mı?			
Evet	81	39.9	39.9
Hayır	122	60.1	100.0
COVID 19 pozitif tanısı alarak hastanede tedaviye alındınız mı?			
Evet	4	2.0	2.0
Hayır	199	98.0	100.0
COVID 19 tanısı alarak evde karantinaya alındınız mı?			
Evet	59	29.1	29.1
Hayır	144	70.9	100.0
Temas/bulaş nedeniyle evde karantinaya alındınız mı?			
Evet	52	25.6	25.6
Hayır	151	74.4	100.0
Sokağa çıkma kısıtlamaları sırasında, mesleğiniz dolayısıyla kısıtlamalardan muaf oldunuz mu?			
Evet	51	25.1	25.1
Hayır	152	74.9	100.0
Sokağa çıkma kısıtlamaları sırasında, evcil hayvanınız dolayısıyla kısıtlamalardan muaf oldunuz mu?			

Evet	27	13.3	13.3
Hayır	176	86.7	100.0
Sokağa çıkma kısıtlamalarında evde zamanınızı sıklıkla kiminle/kimlerle geçiriyordunuz?			
Yalnızdım	12	5.9	5.9
Eşim/Partnerim ile geçirdim	29	14.3	20.2
Aile bireylerim ile geçirdim	155	76.4	96.6
Arkadaşlarım ile geçirdim	7	3.4	100.0
COVID 19 nedeniyle çok yakın gördüğünüz ve sıklıkla vakit geçirdiğiniz birini kaybettiniz mi?			
Evet	31	15.3	15.3
Hayır	172	84.7	100.0
COVID 19 salgını süresince alkol ve/veya madde kullanımınız var mı?			
Pandemiden önce kullanıyordum	25	12.3	12.3
Pandemi sırasında kullanmaya başladım	5	2.5	14.8
Hiç kullanmadım	128	63.1	77.8
Pandemi öncesinde de sırasında da kullandım	45	22.2	100.0
COVID 19 aşısı oldunuz mu?			
Evet	187	92.1	92.1
Hayır	16	7.9	100.0

Tablo 1'deki bulgulara göre katılımcıların 153'ü kadın (%75,4), 50'si erkek (%24,6); 2'si ilkokul mezunu (%1), 6'sı ortaokul mezunu (%3), 38'i Lise mezunu (%18,7), 118'i üniversite mezunu (%58,1), 37'si yüksek lisans mezunu (%18,2) ve 2'si doktora mezunudur (%1). 203 katılımcının 116'sı gelir getiren bir işte çalıştığını belirtirken (%57,1), 87'si şu an gelir getiren bir işte çalışmadığını ifade etmiştir (%42,9). Katılımcılara pandemi sürecinde ekonomik durumlarının nasıl değiştiği sorulduğunda 103'ü daha kötüye gittiğini (%5,.7), 88'i aynı kaldığını (%43,3), 12'si daha iyiyi gittiğini belirtmiştir (%5,9).

152 katılımcı tanı konmuş kronik bir hastalığı olmadığını (%74,9), 51 katılımcı ise tanısı konmuş bir kronik hastalığa sahip olduğunu belirtmiştir (%25,1).

Kronik hastalığı olan 51 katılımcıdan 40'ı ilgili tanıyı pandemiden önce (%83,3), 8'i pandemi dönemimde (%16,7) aldığını ifade ederken 3 katılımcı cevap vermemiştir.

171 katılımcı tanı konmuş psikiyatrik bir hastalığı olmadığını (%84,24), 32 katılımcı ise tanısı konmuş bir kronik hastalığa sahip olduğunu belirtmiştir (%15,76). Psikiyatrik hastalığı olan 32 katılımcıdan 17'si ilgili tanıyı pandemiden önce (%53,1), 15'i pandemi dönemimde (%46,9) aldığını ifade etmiştir

Katılımcılardan 104'ü COVID-19 hastalığını geçirmiş olabileceğini düşünürken (%5,2), pozitif tanı alan kişi sayısı 59'dır (%29,1). Tanı almış katılımcılardan 4'ü ise COVID-19 nedeniyle hastanede tedaviye alındığını belirtmiştir (%2). Bununla birlikte 81 katılımcının hanesinden biri COVID-19 tanısı almış (%39,9), 52'si temas/bulaş nedeniyle evde karantinaya alınmış (%25,6) ve 31'i COVID-19 nedeniyle çok yakın gördüğü ve sıklıkla vakit geçirdiği birini kaybettiğini belirtmiştir (%15,3).

Sokağa çıkma kısıtlamalarında 12 katılımcı evde yalnız olduğunu belirtirken (%5,9), 29 katılımcı kısıtlamadaki süreçte eşi/partneri ile birlikte olduğunu (%14,3); 155'i aile bireyleri ile zamanını geçirdiğini (%76,4); 7'si ise arkadaşları ile birlikte olduğunu belirtmiştir (%3,4). Kısıtlamalar esnasında 51 katılımcı mesleği dolayısıyla (%25,1), 27 katılımcı ise evcil hayvan beslediği için kısıtlamalardan muaf olduğunu (%13,3) belirtmiştir.

Katılımcıların pandemi sürecinde alkol ve/veya madde kullanımına ilişkin dağılımları incelendiğinde 25'i pandemiden önce kullandığını (%12,3), 5'i pandemi sırasında kullanmaya başladığını (%2,5), 128'i hiç kullanmadığını (%63,1) ve 45'i pandemi öncesinde de pandemi sırasında da alkol ve /veya madde madde kullanımının devam ettiğini (%22,2) belirtmiştir.

Katılımcıların 187'si COVID-19 aşısı olduğunu (%92,1), 16'sı ise aşı olmadığını (%7,9) belirtmiştir.

3.2. KATILIMCILARIN YAŞLARINA GÖRE ÖLÇEK DAĞILIMLARI

Araştırmaya katılan 203 kişinin yaşlarının 19 ile 74 arasında değiştiği; yaş ortalamasının $\bar{X}$=36.68, standart sapmasının ise *SS*=13.83 olduğu görülmüştür. belirsizliğe tahammülsüzlük ölçeği toplam puan ortalamasının $\bar{X}$=41.02, standart sapmasının *SS*=11.50 olduğu; aynı ölçeğin ileriye dönük kaygı alt ölçek puan ortalamasının $\bar{X}$=24.60, standart sapmasının *SS*=6.48; engelleyici kaygı alt ölçek puan ortalamasının ise $\bar{X}$=16.42, standart sapmasının *SS*=5.78 olduğu bilgisine ulaşılmıştır.

Algılanan sosyal destek ölçeğine ilişkin betimleyici istatistikler incelendiğinde ilgili ölçeğin toplam puan ortalamasının $\bar{X}$=59.05, standart sapmasının *SS*=18.59; aile desteği alt ölçeği ortalamasının $\bar{X}$=20.81, standart sapmasının *SS*=6.00; arkadaş desteği alt ölçeği ortalamasının $\bar{X}$=20.11, standart sapmasının *SS*=7.03; özel insan desteği alt ölçeği ortalamasının $\bar{X}$=16.97, standart sapmasının *SS*=9.31 olduğu bulunmuştur.

Depresyon anksiyete stres ölçeğine ait katılımcı puanları incelendiğinde ilgili ölçeğin Stres alt boyutuna ilişkin ortalamanın $\bar{X}$=17.29, standart sapmanın *SS*=13.08; anksiyete alt ölçeğinin ortalamasının $\bar{X}$=12.43, standart sapmasının *SS*=11.60; depresyon alt ölçeğinin ise ortalamasının $\bar{X}$=15.26, standart sapmasının *SS*=13.03 olduğu görülmüştür.

Tablo 3.2.1. Katılımcıların Yaşlarına Göre Ölçek Puanlarının Dağılım Bulguları

	n	*Aralık*	*En düşük*	*En yüksek*	$\bar{X}$	*SS*	*Çar.*	*Bas.*
Yaş	203	55.0	19.0	74.0	36.68	13.83	.710	-.482
BTÖ Toplam	203	48.00	12.00	60.00	41.02	11.50	-.248	-.638
BTÖ İleriye Dönük Kaygı	203	28.00	7.00	35.00	24.60	6.48	-.329	-.521
BTÖ Engelleyici Kaygı	203	20.00	5.00	25.00	16.42	5.78	-.172	-.932
ASDÖ Toplam	203	72.00	12.00	84.00	59.05	18.59	-.454	-.527
ASDÖ Aile Desteği	203	24.00	4.00	28.00	20.81	6.00	-.872	.324
ASDÖ Arkadaş Desteği	203	24.00	4.00	28.00	20.11	7.03	-.630	-.580
ASDÖ Özel İnsan Desteği	203	24.00	4.00	28.00	16.97	9.31	-.196	-1.530
DASS Stres	203	42.00	0.00	42.00	17.29	13.08	.395	-1.028
DASS Anksiyete	203	42.00	0.00	42.00	12.43	11.60	.944	.046
DASS Depresyon	203	42.00	0.00	42.00	15.26	13.03	.611	-.775

3.3. KATILIMCILARIN YAŞLARI VE DEĞİŞKENLER ARASINDAKİ İLİŞKİLER

Tablo 3.3.1 Katılımcıların Yaşları ve Değişkenler Arasındaki İlişkiler

		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1. Yaş	r	—										
2. BTÖ Toplam	r	-.151*	—									
	p	.032										
3. BTÖ İleriye Dönük Kaygı	r	-.131	.945**	—								
	p	.063	.000									
4. BTÖ Engelleyici Kaygı	r	-.154*	.931**	.760**	—							
	p	.029	.000	.000								
5. ASDÖ Toplam	r	-.103	-.065	-.035	-.091	—						
	p	.143	.355	.620	.198							
6. ASDÖ Aile Desteği	r	-.035	-.040	-.009	-.071	.898**	—					
	p	.622	.568	.903	.317	.000						
7. ASDÖ Arkadaş Desteği	r	-.127	-.126	-.072	-.171*	.845**	.671**	—				
	p	.071	.073	.311	.015	.000	.000					
8. ASDÖ Özel İnsan Desteği	r	-.137	.055	.039	.066	.838**	.661**	.520**	—			
	p	.050	.436	.583	.349	.000	.000	.000				
9. DASS Stres	r	-.237**	.488**	.464**	.452**	-.231**	-.198**	-.196**	-.163*	—		
	p	.001	.000	.000	.000	.001	.005	.005	.020			
10. DASS Anksiyete	r	-.178*	.498**	.445**	.492**	-.177*	-.133	-.183**	-.094	.867**	—	
	p	.011	.000	.000	.000	.012	.059	.009	.184	.000		
11. DASS Depresyon	r	-.181**	.519**	.486**	.488**	-.260**	-.237**	-.225**	-.165*	.936**	.883**	
	p	.010	.000	.000	.000	.000	.001	.001	.018	.000	.000	—

** 0.01 düzeyinde anlamlı korelasyon (2-tailed).

* 0.05 düzeyinde anlamlı korelasyon (2-tailed).

Analiz sonuçlarına göre yaş ile BTÖ toplam puanları (r(203) = -.151, p < .05) ve BTÖ Engelleyici Kaygı puanları arasında (r(203) = -.154, p < .05) negatif yönlü anlamlı bir korelasyon olduğu görülmüştür. Bununla birlikte yaş ile DASS puanları arasında da anlamlı ilişkiler olduğu görülmüştür. Bulgulara göre yaş ile DASS Stres (r(203) = -.237, p < .01), DASS Anksiyete (r(203) = -.178, p < .05) ve DAS Depresyon puanları (r(203) = -.181, p < .01) arasında negatif yönlü anlamlı bir korelasyon vardır.

Belirsizliğe tahammülsüzlük ile algılanan sosyal destek ve stres, anksiyete ve depresyon belirtileri arasındaki ilişkiler incelendiğinde, BTÖ Toplam puanları ile DASS Stres (r(203) = .488, p < .01), DASS Anksiyete (r(203) = .498, p < .01) ve DASS Depresyon puanları (r(203) = .519, p < .01) arasında pozitif yönlü anlamlı korelasyonlar olduğu görülmüştür. Ayrıca, BTÖ İleriye Dönük Kaygı ile DASS Stres (r(203) = .464, p < .01), DASS Anksiyete (r(203) = .445, p < .01) ve DASS Depresyon puanları (r(203) = .486, p < .01) arasında; BTÖ Engelleyici Kaygı ile DASS Stres (r(203) = .452, p < .01), DASS Anksiyete (r(203) = .492, p < .01) ve DASS Depresyon puanları (r(203) = .488, p < .01) arasında pozitif yönde anlamlı ilişkiler bulunmaktadır. Ancak sadece BTÖ Engelleyici Kaygı ile ASDÖ Arkadaş Desteği arasında negatif yönlü anlamlı bir ilişki bulunduğu (r(203) = -.171, p < .05), diğer değişkenler arasında anlamlı bir ilişki bulunmadığı (p > .05) sonucuna ulaşılmıştır.

Algılanan sosyal destek ile stres, anksiyete ve depresyon belirtileri arasındaki ilişkiler incelendiğinde, ASDÖ Toplam puanları ile DASS Stres (r(203) = -.231, p < .01), DASS Anksiyete (r(203) = -.177, p < .05) ve DASS Depresyon puanları (r(203) = -.260, p < .01) arasında negatif yönlü anlamlı korelasyonlar olduğu görülmüştür. Ayrıca, ASDÖ Aile Desteği ile DASS Stres (r(203) = -.198, p < .01) ve DASS Depresyon puanları (r(203) = -.237, p < .01) arasında; ASDÖ Arkadaş Desteği ile DASS Stres (r(203) = -.196, p < .01), DASS Anksiyete (r(203) = -.183,

p < .01) ve DASS Depresyon puanları (r(203) = -.225, p < .01) arasında; ASDÖ Özel İnsan Desteği ile DASS Stres (r(203) = -.163, p < .05) ve DASS Depresyon puanları (r(203) = -.165, p < .05) arasında negatif yönde anlamlı ilişkiler bulunmaktadır. Bununla birlikte ASDÖ Özel İnsan Desteği ile DASS Anksiyete puanları arasında da negatif yönde anlamlı ilişki saptanmıştır (p:0.012 r: -0.177).

3.4. DEPRESYON ANKSİYETE STRES ÖLÇEĞİ ALT BOYUTU PUAN ORTALAMALARI

Tablo 3.4.1. Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği Stres Alt Boyutu Puan Ortalamaları

Yordayıcı Değişkenler	R	R^2	ΔR^2	F	p	B	SE	β	t	p
Adım 1	.488	.239	.239	62.974	.000					
Sabit						-5.512	2.98		-1.848	.066
BTÖ Toplam						.556	.070	.488	7.936	.000*
Adım 2	.528	.278	.040	38.571	.000					
Sabit						3.403	3.960		.859	.391
BTÖ Toplam						.541	.068	.475	7.897	.000*
ASDÖ Toplam						-.141	.042	-.200	-3.321	.001*
Adım 3	.560	.314	.036	30.384	.000					
Sabit						12.422	4.776		2.601	.010
BTÖ Toplam						.506	.068	.445	7.467	.000
ASDÖ Toplam						-.156	.042	-.222	-3.745	.000
Yaş						-.182	.057	-.193	-3.223	.001

Yordanan Değişken: DASS Stres Puanları

Hiyerarşik regresyon sonuçları incelendiğinde birinci adımda BTÖ toplam puan değişkeninin toplam varyansın %23,9'unu açıkladığı ve modelin anlamlı olduğu görülmüştür (F(1-201)= 62.974, p<.01). İkinci basamakta ASDÖ'ye ilişkin puanlar modele dâhil edildiğinde, modelin yine anlamlı olduğu ve ilgili değişkenlerin DASS stres puanlarına ilişkin varyansın %27,8'ini açıkladığı görülmüştür (F(1-200)= 38.571, p<.000). Son adımda yaş değişkeni modele dâhil

edildiğinde modelin DASS Stres Puanlarına ilişkin varyansın %31,4'ünü açıkladığı (F(2-199)= 30.384, p<.000) ve tüm değişkenlerin modele anlamlı katkı sunduğu görülmüştür. Bu sonuçlara göre, BTÖ'deki bir birimlik artışın DASS Stres puanlarında .445 birimlik artışa neden olduğu, ASDÖ puanlarındaki bir birimlik artışın, DASS Stres puanlarında .222 birimlik düşüşe neden olduğu ve yaştaki bir birimlik artışın DASS Stres puanlarında .193'lük bir düşüşe neden olduğu söylenebilir.

DASS Anksiyete puanlarının ASDÖ puanları, BTÖ puanları ve yaş ile anlamlı düzeyde ilişkili olduğunu gösteren korelasyon analizi sonuçlarını temel alarak, ilgili değişkenlerin bağımlı değişkeni anlamlı biçimde yordayıp yordamadığını incelemek için Hiyerarşik regresyon analizi gerçekleştirilmiştir. Verilerin hiyerarşik regresyon için uygunluğunu değerlendirildiğinde, varyans artış faktörü (VIF) değerlerinin 1.018 ile 1.030 arasında; regresyon eşitliğine ilişkin tolerans değerlerinin ise .964 ile .983 arasında değişmekte olduğu görülmüştür. DurbinWatson değerinin de 1.789 olduğu tespit edilmiştir. Bu doğrultuda çoklu bağlantısallık koşullarının karşılandığı ve verilerin hiyerarşik regresyon analiz için uygun olduğu anlaşılmıştır. Gerçekleştirilen analizinin sonuçlarına Tablo 5'te yer verilmektedir.

Tablo 3.4.2. Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği Anksiyete Alt Boyutu Puan Ortalamaları

Yordayıcı Değişkenler	R	R^2	ΔR^2	F	p	B	SE	β	t	p
Adım 1	.498	.248	.248	66.228	.000					
Sabit						-8.183	2.630		-3.112	.002
BTÖ Toplam						.502	.062	.498	8.138	.000*
Adım 2	.518	.269	.021	39.738	.000					
Sabit						-2.459	3.536		-.695	.488
BTÖ Toplam						.493	.061	.488	8.059	.000*
ASDÖ Toplam						-.090	.038	-.145	-2.387	.018*
Adım 3	.532	.283	.015	26.223	.000					
Sabit						2.657	4.331		.613	.540
BTÖ Toplam						.473	.061	.469	7.698	.000*
ASDÖ Toplam						-.099	.038	-.159	-2.621	.009*
Yaş						-.103	.051	-.123	-2.017	.045*

Yordanan Değişken: DASS Anksiyete Puanları

Yapılan analiz sonuçları incelendiğinde birinci adımda BTÖ toplam puan değişkeninin toplam varyansın %24,8'ini açıkladığı (F(1-201)= 66.228, p<.01); ikinci basamakta ASDÖ'ye ilişkin puanlar modele dâhil edildiğinde, modelin yine anlamlı olduğu ve ilgili değişkenlerin DASS anksiyete puanlarına ilişkin varyansın %26,9'unu açıkladığı görülmüştür (F(1-200)= 39.738, p<.000). Son adımda yaş değişkeni modele dâhil edildiğinde modelin DASS Anksiye puanlarına ilişkin varyansın %28,3'ünü açıkladığı (F(2-199)= 26.223, p<.000) ve tüm değişkenlerin modele anlamlı katkı sunduğu görülmüştür. Bu sonuçlara göre, BTÖ'deki bir birimlik artışın DASS Anksiyete puanlarında .469 birimlik artışa neden olduğu, ASDÖ puanlarındaki bir birimlik artışın, DASS Anksiyete puanlarında .159 birimlik düşüşe neden olduğu ve yaştaki bir birimlik artışın DASS Anksiyete puanlarında .123'lük bir düşüşe neden olduğu anlaşılmaktadır.

Son olarak DASS Depresyon puanlarının anlamlı ilişkili olduğu korelasyon analizlerinde görülmüş olan BTÖ, ASDÖ ve yaş değişkenlerinin, DASS depresyon puanını ne düzeyde yordadığını inceleyebilmek için, Hiyerarşik regresyon analizi

gerçekleştirilmiştir. Verilerin hiyerarşik regresyon için uygunluğunu değerlendirildiğinde, varyans artış faktörü (VIF) değerlerinin 1.018 ile 1.030 arasında; regresyon eşitliğine ilişkin tolerans değerlerinin ise .964 ile .983 arasında değişmekte olduğu görülmüştür. DurbinWatson değerinin de 1.661 olduğu tespit edilmiştir. Bu doğrultuda çoklu bağlantısallık koşullarının karşılandığı ve verilerin hiyerarşik regresyon analiz için uygun olduğu anlaşılmıştır. Hiyerarşik regresyonda, korelasyon analizi sonuçlarına dayanarak, en yüksek korelasyon katsayısına sahip olan değişkenden başlanarak, sırasıyla anlamlı ilişkilere sahip değişkenler modele dahil edilmiştir.

Tablo 3.4.3. Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği Depresyon Alt Boyutu Puan Ortalamaları

Yordayıcı Değişkenler	R	R^2	ΔR^2	F	p	B	SE	β	t	p
Adım 1	.519	.269	.269	74.075	.000					
Sabit						-8.875	2.911		-3.048	.003
BTÖ Toplam						.588	.068	.519	8.607	.000*
Adım 2	.566	.321	.051	47.175	.000					
Sabit						1.205	3.828		.315	.753
BTÖ Toplam						.571	.066	.504	8.631	.000*
ASDÖ Toplam						-.159	.041	-.227	-3.884	.000*
Adım 3	.581	338	.017	33.829	.000					
Sabit						7.434	4.676		1.590	.113
BTÖ Toplam						.548	.066	.483	8.249	.000*
ASDÖ Toplam						-.170	.041	-.242	-4.159	.000*
Yaş						-.126	.055	-.134	-2.274	.024*

Yordanan Değişken: DASS Depresyon Puanları

Hiyerarşik regresyon sonuçlarına göre, tek başına BTÖ toplam puanlarının olduğu ilk model (F(1-201)= 74.075, p<.01), BTÖ ve ASDÖ toplam puanlarının birlikte yer aldığı ikinci model (F(1-200)= 47.175, p<.000) ve yaşın, BTÖ ve ASDÖ toplam puanlarının birlikte yer aldığı üçüncü model de istatistiksel olarak

anlamlıdır (F(2-199)= 33.829, p<.000). Tüm değişkenler modele anlamlı katkı yapmakta ve toplam varyansın %33,8'ini açıklamaktadır. Modele göre, BTÖ toplam puanlarındaki bir birimlik artık .483'lük bir artışa neden olurken, ASDÖ toplam puanlarındaki bir birimlik artış, DASS depresyon puanlarında .242'lik, Yaş ise .134'lük bir düşüşe neden olmaktadır.

Doğrusal regresyon analizlerinin yanı sıra, BTÖ ve ASDÖ etkileşiminin stres, anksiyete ve depresyon puanları üzerindeki yordayıcı etkisini incelemek için Hayes'in (2017) geliştirdiği process macro eklentisinden yararlanılmış ve 1. model kullanılarak düzenleyici rol analizi gerçekleştirilmiştir. Sonuçlara göre, BTÖ ve ASDÖ etkileşiminin DASS stres, DASS anksiyete ve DASS depresyon puanlarını anlamlı biçimde yordamadığı başka bir ifadeyle belirsizliğe tahammülün, anksiyete, depresyon ve stres puanları ile olan ilişkisinde, algılanan sosyal desteğin düzenleyici bir rolü olmadığı görülmüştür.

3.5. KATILIMCILARIN SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİNE GÖRE ÖLÇEK PUANLARI ARASINDAKİ İLİŞKİLER

Tablo 3.5.1. Sosyodemografik Özelliklere Göre Belirsizliğe Tahammülsüzlük Puanı Arasındaki İlişki

	Çalışan (N=116)		Çalışmayan (N=87)		*t (203)*	*p*	*Cohen's d*
	$\bar{X}$	*SS*	$\bar{X}$	*SS*			
BTÖ Toplam	39.60	11.58	42.91	11.17	-2.043	.042	-0.291
BTÖ Engelleyici Kaygı	15.65	5.75	17.46	5.67	-2.235	.026	-0.317
	Ekonomik Durumda Düşüş (N=103)		Ekonomik Durum Stabil/Yükseliş (N=100)		*t (203)*	*p*	*Cohen's d*
	$\bar{X}$	*SS*	$\bar{X}$	*SS*			
BTÖ Toplam	43.19	11.92	38.78	10.64	2.780	.006	0.390
BTÖ İleriye Dönük Kaygı	25.56	6.76	23.60	6.04	2.179	.030	0.306
BTÖ Engelleyici Kaygı	17.63	5.98	15.18	5.30	3.086	.002	0.434

	Kronik hastalık var (N=51)		Kronik hastalık yok (N=152)		*t (203)*	*p*	*Cohen' s d*
	$\bar{X}$	*SS*	$\bar{X}$	*SS*			
BTÖ Engelleyici Kaygı	18.33	5.55	15.78	5.73	2.774	.006	0.452
	Psikiyatrik tanı var (N=29)		Psikiyatrik tanı yok (N=174)		*t (203)*	*p*	*Cohen' s d*
	$\bar{X}$	*SS*	$\bar{X}$	*SS*			
BTÖ Engelleyici Kaygı	18.66	5.97	16.05	5.67	2.270	.024	0.448
	COVID-19 Düşüncesi var (N=104)		COVID-19 Düşüncesi yok (N=99)		*t (203)*	*p*	*Cohen' s d*
	$\bar{X}$	*SS*	$\bar{X}$	*SS*			
BTÖ Toplam	43.19	10.67	38.74	11.94	2.806	.006	0.393
BTÖ İleriye Dönük Kaygı	25.88	6.03	23.24	6.68	2.961	.003	0.415
BTÖ Engelleyici Kaygı	17.31	5.45	15.49	5.98	2.258	.025	0.318
	İşten dolayı kısıtlama muafiyeti var (N=51)		İşten dolayı kısıtlama muafiyeti yok (N=152)		*t (203)*	*p*	*Cohen' s d*
	$\bar{X}$	*SS*	$\bar{X}$	*SS*			
BTÖ Toplam	37.82	11.66	42.09	11.28	-2.319	.021	-0.372
BTÖ İleriye Dönük Kaygı	23.00	6.47	25.13	6.41	-2.050	.042	-0.331
BTÖ Engelleyici Kaygı	14.82	5.97	16.96	5.63	-2.311	.022	-0.369
	Evcil hayvandan dolayı kısıtlama muafiyeti var (N=27)		Evcil hayvandan dolayı kısıtlama muafiyeti yok (N=176)		*t (203)*	*p*	*Cohen' s d*
	$\bar{X}$	*SS*	$\bar{X}$	*SS*			
BTÖ Toplam	45.63	9.95	40.31	11.58	2.260	.025	0.493
BTÖ İleriye Dönük Kaygı	27.37	5.59	24.17	6.51	2.419	.016	0.527
	Aşı olan (N=187)		Aşı olmayan (N=16)		*t (203)*	*p*	*Cohen' s d*
	$\bar{X}$	*SS*	$\bar{X}$	*SS*			
BTÖ Toplam	41.82	11.43	31.69	7.61	4.873	.000	1.043

BTÖ İleriye Dönük Kaygı	25.06	6.40	19.19	4.78	3.581	.000	1.039
BTÖ Engelleyici Kaygı	16.76	5.78	12.50	4.18	2.882	.004	0.845

Katılımcılara yöneltilen "Şu anda gelir getiren bir işte çalışıyor musunuz?" sorusuna verilen yanıtlar doğrultusunda gerçekleştirilen T- test sonuçlarına göre, BTÖ toplam puan ve BTÖ Engelleyici Kaygı alt ölçeğine ilişkin ortalamalarının, çalışıp çalışmama durumuna göre farklılaştığı görülmüştür ($p < .05$). Buna göre çalışmayan katılımcıların BTÖ toplam puanları ($\bar{X}$=42.91, *SS*=11.17) ve BTÖ Engelleyici Kaygı puanlarına ilişkin ortalamalar ($\bar{X}$=17.46, *SS*=5.67), çalışan katılımcıların BTÖ toplam puanları ($\bar{X}$=39.60, *SS*=11.58) ve BTÖ Engelleyici Kaygı puanlarına ($\bar{X}$=15.65, *SS*=5.75) göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha düşüktür.

Araştırmaya katılan kişilerden pandemi sürecinde ekonomik durumunun daha kötüye gittiğini ifade edenler ile ekonomik durumunun stabil kaldığını ya da yükseldiğini ifade edenler arasında da BTÖ toplam puan, BTÖ İleriye Dönük Kaygı ve BTÖ Engelleyici Kaygı alt ölçeğine ilişkin ortalamaların anlamlı düzeyde farklılaştığı görülmüştür. Analiz sonuçlarına göre ekonomik durumu daha kötüye giden katılımcıların BTÖ toplam puan ($\bar{X}$=43.19, *SS*=11.92), BTÖ İleriye Dönük Kaygı ($\bar{X}$=25.56, *SS*=6.76) ve BTÖ Engelleyici Kaygı alt ölçeğine ilişkin ortalamaları ($\bar{X}$=17.63, *SS*=5.98); ekonomik durumunun stabil kaldığını ya da yükseldiğini ifade eden katılımcıların BTÖ toplam puan ($\bar{X}$=38.78, *SS*=10.64), BTÖ İleriye Dönük Kaygı ($\bar{X}$=23.60, *SS*=6.04) ve BTÖ Engelleyici Kaygı alt ölçeğine ilişkin ortalamalarından ($\bar{X}$=15.18, *SS*=5.30) anlamlı düzeyde daha yüksektir.

Demografik soru formunda katılımcılara kronik bir hastalıklarının ve psikiyatrik bir tanısının olup olmadığı da sorulmuştur. Gerçekleştirilen T-test sonuçlarına göre, kronik bir hastalığı olan katılımcıların BTÖ Engelleyici Kaygı alt ölçeğine ilişkin ortalamaları ($\bar{X}$=18.33, *SS*=5.55), olmadığını belirten katılımcıların ortalamalarından ($\bar{X}$=15.78, *SS*=5.73) anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu; benzer biçimde psikiyatrik bir tanısı olan katılımcıların BTÖ Engelleyici Kaygı alt ölçeğine ilişkin ortalamaları ($\bar{X}$=18.66, *SS*=5.97), olmadığını belirten katılımcıların

ortalamalarından ($\bar{X}$=16.05, *SS*=5.67) anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu görülmüştür.

Katılımcılara "herhangi bir belirti göstermemiş olsanız da COVID-19 hastalığını geçirmiş olabileceğinizi düşünüyor musunuz?" sorusu da yöneltilmiştir. Analiz sonuçlarına göre herhangi bir belirti göstermemiş olmasına rağmen COVID-19 geçirmiş olduğunu düşünenlerin BTÖ toplam puan ($\bar{X}$=43.19, *SS*=10.67), BTÖ İleriye Dönük Kaygı ($\bar{X}$=25.88, *SS*=6.03) ve BTÖ Engelleyici Kaygı alt ölçeğine ilişkin ortalamaları ($\bar{X}$=17.31, *SS*=5.45); düşünmeyenlerin BTÖ toplam puan ($\bar{X}$=38.74, *SS*=11.94), BTÖ İleriye Dönük Kaygı ($\bar{X}$=23.24, *SS*=6.68) ve BTÖ Engelleyici Kaygı alt ölçeğine ilişkin ortalamalarından ($\bar{X}$=15.50, *SS*=5.98) anlamlı düzeyde daha yüksektir.

Sokağa çıkma kısıtlamaları esnasında, işinden dolayı ve evcil hayvan sahibi olduğu için kısıtlamalardan muaf olan katılımcıların BTÖ ortalamalarının da anlamlı biçimde farklılaştığı bulunmuştur. Bulgulara göre işten dolayı kısıtlamalardan muafiyeti olan katılımcıların BTÖ toplam puan ($\bar{X}$=37.82, *SS*=11.66), BTÖ İleriye Dönük Kaygı ($\bar{X}$=23.00, *SS*=6.47) ve BTÖ Engelleyici Kaygı alt ölçeğine ilişkin ortalamaları ($\bar{X}$=14.82, *SS*=5.97); muafiyeti olmayan katılımcıların BTÖ toplam puan ($\bar{X}$=42.09, *SS*=11.28), BTÖ İleriye Dönük Kaygı ($\bar{X}$=25.13, *SS*=6.41) ve BTÖ Engelleyici Kaygı alt ölçeğine ilişkin ortalamalarından ($\bar{X}$=16.96, *SS*=5.63) anlamlı düzeyde daha düşüktür. Evcil hayvana sahip olmaları nedeniyle kısıtlamalardan muaf olanların ise BTÖ toplam puan ($\bar{X}$=45.63, *SS*=9.95), BTÖ İleriye Dönük Kaygı ortalamaları ($\bar{X}$=27.37, *SS*=5.59), muaf olmayanların BTÖ toplam puan ($\bar{X}$=40.31, *SS*=11.58), BTÖ İleriye Dönük Kaygı puanlarından ($\bar{X}$=24.17, *SS*=6.51) anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur.

COVID-19 aşısı olan ve olmayan katılımcıların BTÖ ortalamaları karşılaştırıldığında, aşı olan katılımcıların BTÖ toplam puan ($\bar{X}$=41.82, *SS*=11.43), BTÖ İleriye Dönük Kaygı ($\bar{X}$=25.06, *SS*=6.40) ve BTÖ Engelleyici Kaygı alt ölçeğine ilişkin ortalamalarının ($\bar{X}$=16.76, *SS*=5.78); aşı olmayan katılımcıların BTÖ toplam puan ($\bar{X}$=31.69, *SS*=7.61), BTÖ İleriye Dönük Kaygı ($\bar{X}$=19.19,

SS=4.78) ve BTÖ Engelleyici Kaygı alt ölçeğine ilişkin ortalamalarından ($\bar{X}$=12.50, *SS*=4.18) anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu görülmüştür.

Anlamlı farklılıkların yanı sıra, katılımcıların cinsiyet, eğitim durumu, alkol/madde kullanımı, COVID-19 tanısı alıp almaması, hanedeki bireylerin COVID-19 tanısı alıp almaması, Covid ya da bulaş nedeniyle karantinada kalmış olması, karantinada vaktini geçirdiği kişiler, COVID-19'dan bir yakınını kaybetmeleri ve fiziksel ya da psikolojik hastalıklarının tanı zamanına göre BTÖ ortalamaları farklılaşmamaktadır (p>.05). Bu doğrultuda H11'in kısmi olarak doğrulandığı söylenebilir.

Tablo 3.5.2. Katılımcıların Sosyodemografik Verilerilne Göre Depresyon Anksiyete Stres Puanı arasındaki İlişki

	Çalışan (N=116)		Çalışmayan (N=87)		*t (203)*	*p*	*Cohen's d*
	$\bar{X}$	*SS*	$\bar{X}$	*SS*			
DASS Stres	14.48	12.11	21.02	13.46	-3.630	.000	-0.511
DASS Anksiyete	9.94	10.18	15.75	12.57	-3.634	.000	-0.508
DASS Depresyon	12.58	11.75	18.83	13.84	-3.473	.001	-0.487
	Ekonomik Durumda Düşüş (N=103)		Ekonomik Durum Stabil/Yükseliş (N=100)		*t (203)*	*p*	*Cohen's d*
	$\bar{X}$	*SS*	$\bar{X}$	*SS*			
DASS Stres	19.63	14.11	14.87	11.50	2.638	.009	0.370
DASS Anksiyete	14.57	13.22	10.22	9.22	2.728	.007	0.382
DASS Depresyon	17.92	14.30	12.51	11.00	3.028	.003	0.424
	Psikiyatrik tanı var (N=29)		Psikiyatrik tanı yok (N=174)		*t (203)*	*p*	*Cohen's d*
	$\bar{X}$	*SS*	$\bar{X}$	*SS*			
DASS Stres	26.07	13.10	15.82	12.53	4.052	.000	0.800
DASS Anksiyete	20.52	14.01	11.08	10.61	3.465	.001	0.760
DASS Depresyon	24.66	14.62	13.69	12.10	3.827	.001	0.817

	COVID-19 Düşüncesi var (N=104)		COVID-19 Düşüncesi yok (N=99)		*t (203)*	*p*	*Cohen's d*
	$\bar{X}$	*SS*	$\bar{X}$	*SS*			
DASS Stres	19.83	12.98	14.62	12.71	2.888	.004	0.406
DASS Anksiyete	14.28	11.58	10.48	11.37	2.354	.020	0.331
DASS Depresyon	17.46	13.11	12.94	12.60	2.503	.013	0.352

Elde edilen bulgular göre gelir getiren bir işte çalışan katılımcıların DASS Stres ($\bar{X}$=14.48, *SS*=12.11), DASS Anksiyete ($\bar{X}$=9.94, *SS*=10.18) ve DASS depresyon ortalamaları ($\bar{X}$=12.58, *SS*=11.75), gelir getiren bir işte çalışmayan katılımcıların DASS Stres ($\bar{X}$=21.02, *SS*=13.46), DASS Anksiyete ($\bar{X}$=15.75, *SS*=12.58) ve DASS depresyon ortalamalarından ($\bar{X}$=18.83, *SS*=13.85) anlamlı düzeyde daha düşüktür.

Katılımcıların pandemi döneminde ekonomik durumlarının değişimine göre de stres, anksiyete ve depresyon ortalamalarının farklılaştığı görülmüştür. Analiz sonuçlarına göre, ekonomik durumu daha kötüye giden katılımcıların DASS Stres ($\bar{X}$=19.63, *SS*=14.11), DASS Anksiyete ($\bar{X}$=14.57, *SS*=13.22) ve DASS depresyon ortalamaları ($\bar{X}$=17.92, *SS*=14.30), ekonomik durumu stabil kalan ya da iyileşen katılımcıların DASS Stres ($\bar{X}$=14.87, *SS*=11.50), DASS Anksiyete ($\bar{X}$=10.22, *SS*=9.22) ve DASS depresyon ortalamalarından ($\bar{X}$=12.51, *SS*=11.00) anlamlı düzeyde daha yüksektir.

Katılımcıların tanısı konmuş bir psikiyatrik hastalığı olup olmamasına göre de stres, anksiyete, depresyon ortalamalarının farklılaştığı görülmüştür. Yapılan analiz sonucunda göre, psikiyatrik tanısı olan katılımcıların DASS Stres ($\bar{X}$=26.07, *SS*=13.10), DASS Anksiyete ($\bar{X}$=20.52, *SS*=14.01) ve DASS depresyon ortalamaları ($\bar{X}$=24.66, *SS*=14.62), tanısı olmayan katılımcıların DASS Stres ($\bar{X}$=15.82, *SS*=12.53), DASS Anksiyete ($\bar{X}$=11.08, *SS*=10.61) ve DASS depresyon ortalamalarından ($\bar{X}$=13.69, *SS*=12.10) anlamlı düzeyde daha yüksektir.

Herhangi bir belirti göstermemiş olsa da COVID-19 geçirdiğini düşünen katılımcıların da DASS Stres ($\bar{X}$=19.83, *SS*=12.98), DASS Anksiyete ($\bar{X}$=14.27, *SS*=11.58) ve DASS depresyon ortalamalarının ($\bar{X}$=17.46, *SS*=13.11), düşünmeyen katılımcıların DASS Stres ($\bar{X}$=14.61, *SS*=12.71), DASS Anksiyete ($\bar{X}$=10.49,

SS=11.37) ve DASS depresyon ortalamalarından ($\bar{X}$=12.94, *SS*=12.60) anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu görülmüştür.

DASS ortalamalarında, cinsiyete, eğitim durumuna, kronik bir hastalık olup olmamasına, kendisinin ya da haneden birinin COVID-19 pozitif tanısın alıp almamasına, COVID-19 ya da bulaş/temas nedeniyle karantinaya alınıp alınmamaya, işi ya da evcil hayvanı nedeniyle kısıtlamalardan muaf olup olmamaya, kayıp öyküsüne, aşı olup olmamaya ve alkol/madde kullanım alışkanlığına göre anlamlı bir farklılık bulunamamıştır.

3.6. GELİR DURUMU VE DEĞİŞKENLER ARASINDAKİ İLİŞKİLER

Tablo 3.6.1. Çalışma Durumu ile Depresyon Düzeyi Arasındaki İlişkiye Yönelik Ki-Kare Sonuçları

		Depresyon Düzeyi						
Değişken	**n**	**Normal**	**Hafif**	**Orta**	**İleri**	**Çok İleri**	**χ^2**	**p**
Çalışma durumu								
Evet	116	56	17	16	8	19	**10.048**	**.040**
		48.3%	14.7%	13.8%	6.9%	16.4%		
Hayır	87	27	9	16	8	27		
		31.0%	10.3%	18.4%	9.2%	31.0%		
Toplam		83	26	32	16	46		
		40.9%	12.8%	15.8%	7.9%	22.7%		

Verilere göre; gelir getiren bir işte çalışıyor olma ile anksiyete düzeyleri arasındaki ilişki incelendiğinde de çalışıyor olma ile anksiyete düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki olduğu görülmüştür [$\chi^2_{(4)}$=13.164, p<0,05]. Araştırmaya katılan ve gelir getiren bir işte çalışan katılımcıların %15,5'i çok ileri düzey anksiyete belirtisi

gösterirken, çalışmayan katılımcılarda bu oran %32,2'dir. Sonraki tabloda analize ilişkin sonuçlar yer almaktadır.

Tablo 3.6.2. Çalışma Durumu ile Anksiyete Düzeyi Arasındaki İlişkiye Yönelik Ki-Kare Sonuçları

		Anksiyete Düzeyi						
Değişken	**n**	**Normal**	**Hafif**	**Orta**	**İleri**	**Çok İleri**	**χ^2**	**p**
Çalışma durumu								
Evet	116	60	8	17	13	18	**13.164**	**.011**
		51.7%	6.9%	14.7%	11.2%	15.5%		
Hayır	87	25	6	17	11	28		
		28.7%	6.9%	19.5%	12.6%	32.2%		
Toplam		85	14	34	24	46		
		41.9%	6.9%	16.7%	11.8%	22.7%		

Sonraki tabloda bu sonuçlara paralel olarak gelir getiren bir işte çalışma ile stres düzeyleri arasında da anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur [$\chi^2_{(4)}$=15.550, p<0,05]. Çalışan katılımcıların sadece %9,5'i çok ileri düzeyde strese belirtisi gösterirken, çalışmayan katılımcılar arasında bu oran %20,7'dir.

Tablo 3.6.3. Çalışma Durumu ile Stres Düzeyi Arasındaki İlişkiye Yönelik Ki-Kare Sonuçları

		Stres Düzeyi						
Değişken	**n**	**Normal**	**Hafif**	**Orta**	**İleri**	**Çok İleri**	**χ^2**	**p**
Çalışma durumu								
Evet	116	69	7	17	12	11	**15.550**	**.004**
		59.5%	6.0%	14.7%	10.3%	9.5%		
Hayır	87	30	11	12	16	18		
		34.5%	12.6%	13.8%	18.4%	20.7%		
Toplam		99	18	29	28	29		
		48.8%	8.9%	14.3%	13.8%	14.3%		

Sonraki tabloda bu sonuçlara paralel olarak katılımcıların ekonomik düzeyinin pandemi sürecindeki değişimi ile depresyon düzeyleri arasındaki ilişkinin de anlamlı olduğu görülmüştür [$\chi^2_{(4)}$=9.556, p<0,05]. Pandemi sürecinde ekonomik durumunun kötüye gittiğini ifade eden katılımcıların %31,1'i ileri düzey depresyon belirtisi gösterirken, ekonomik düzeyini koruyan ya da iyi duruma getiren katılımcılarda bu oran %14'tür. Yine, pandemi sürecinde ekonomik durumunun kötüye gittiğini ifade eden katılımcıların %2,.4'ü ileri düzey stres belirtisi gösterirken, ekonomik düzeyini koruyan ya da iyi duruma getiren katılımcılarda bu oranın %7 olduğu ve bu ilişkinin anlamlı olduğu görülmüştür [$\chi^2_{(4)}$=9.539, p<0,05]

Tablo 3.6.4. Ekonomik Durum ile Depresyon Düzeyi Arasındaki İlişkiye Yönelik Ki-Kare Sonuçları

		Depresyon Düzeyi						
Değişken	**n**	**Normal**	**Hafif**	**Orta**	**İleri**	**Çok İleri**	**χ^2**	**p**
Ekonomik durum								
Daha kötüye gitti	103	35	14	15	7	32		
		34.0%	13.6%	14.6%	6.8%	31.1%		
Aynı seviyede kaldı/iyiye gitti	100	48	12	17	9	14	**9.556**	**.048**
		48.0%	12.0%	17.0%	9.0%	14.0%		
Toplam		83	26	32	16	46		
		40.9%	12.8%	15.8%	7.9%	22.7%		

Tablo 3.6.5. Ekonomik Durum ile Stres Düzeyi Arasındaki İlişkiye Yönelik Ki-Kare Sonuçları

Değişken	n	Stres Düzeyi					χ^2	p
		Normal	**Hafif**	**Orta**	**İleri**	**Çok İleri**		
Ekonomik durum								
Daha kötüye gitti	103	45	9	12	15	22		
		43.7%	8.7%	11.7%	14.6%	21.4%		
Aynı seviyede kaldı/iyiye gitti	100	54	9	17	13	7	**9.539**	**.049**
		54.0%	9.0%	17.0%	13.0%	7.0%		
Toplam		99	18	29	28	29		
		48.8%	8.9%	14.3%	13.8%	14.3%		

Tablo 3.6.6. Alkol/Madde Kullanımı ile Depresyon Düzeyi Arasındaki İlişkiye Yönelik Ki-Kare Sonuçları

Değişken	n	Stres Düzeyi					χ^2	p
		Normal	Hafif	Orta	İleri	Çok İleri		
Alkol/Madde Kullanımı								
Var	75	28	13	7	2	25	**15.473**	**.004**
		37.3%	17.3%	9.3%	2.7%	33.3%		
Yok	128	55	13	25	14	21		
		43.0%	10.2%	19.5%	10.9%	16.4%		
Toplam		83	26	32	16	46		
		40.9%	12.8%	15.8%	7.9%	22.7%		

Bu tabloda son olarak alkol/madde kullanımı ile depresyon düzeyi arasındaki ilişkinin de anlamlı olduğunu gösteren bulgular elde edilmiştir [$\chi^2_{(4)}$=15.473, p<0,01]. Bu tablodaki detaylı sonuçlarda görülebileceği gibi pandemi sürecinde veya öncesinde alkol/madde kullanımı olan katılımcıların ileri düzey depresyon belirtisi gösterme oranı %33,3 iken, alkol kullanmayan katılımcılarda bu oran %16,4'tür.

BÖLÜM DÖRT: TARTIŞMA

4.1. TARTIŞMA

Tezin bu bölümünde araştırmadan elde edilen bulgular ile birlikte alanyazındaki diğer araştırmaların sonuçları tartışılacaktır. Bu araştırma COVID-19 döneminde algılanan sosyal destek ve belirsizliğe tahammülsüzlüğün ruhsal hastalık belirtileriyle ilişkisini araştırmak amacıyle yapılmıştır. Araştırmanın hipotez testleri için katılımcılara Googleformlar aracılığı ile ulaşılmış, katılımcıların 153'ü kadın ve 50'si erkek toplam 203 kişidir.

4.1.1. Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri ve COVID-19 Bulguları

Katılımcıların yaşları ve ölçek puanlarının betimleyici istatistikleri incelendiğinde, basıklık ve çarpıklık değerlerinin ±2.00, Z puanlarının da ±3.29 aralığında olduğu görülmüştür. Buna göre verilerin normal dağılım özelliği gösterdiği söylenebilmektedir.

4.2. KORELASYON ANALİZLERİNE İLİŞKİN BULGULAR

4.2.1. Değişkenler Arasındaki İlişkiye Yönelik Pearson Korelasyon Tablosu

Yaş ile DASS puanları arasında da anlamlı ilişkiler olduğu görülmüştür. Bulgular neticesinde, katılımcıların yaşları arttıkça, depresyon, anksiyete ve stres puanlarının azaldığı sonucuna ulaşılmıştır. Bu sonucun, alanyazındaki diğer sonuçlarla çelişkili olduğu görülmektedir.

Alanyazın incelendiğinde yaşlanma ile birlikte depresyon prevelansının arttığı görülmüş olup depresyonu arttırdığı belirlenen bulgular ile birlikte şu şekilde örneklendirilmiştir; Bekaroğlu ve diğerlerinin (1991) yaptığı çalışmaya göre; yaşlılarda depresyonun görülme sıklığını arttıran bulgular: aktif olarak çalışma

yaşamına sahip olmama, dine olan alakanın yüksek olmaması, dul olma, alkol tüketimi ve fiziksel engelliliktir. Ayrıca, yüksek oranda kaygı, yaşlılıkta depresyonun görülme sıklığını arttırmaktadır. (Beck ve diğerleri; 1996; Bekaroğlu ve diğerleri, 1991; Carpiniello, 1989; Pahkala, 1990). Bu araştırmalar yaş arttıkça depresyonun prevelansındaki artışı gösteriyor olsa da alanda yapılmış başka araştırmalar bu sonucun değişkenlere göre farklılaştığını göstermektedir. Evde bakım almak yerine huzurevi ya da diğer kurumlarda yatılı sağlık hizmeti alıyor olan ya da akraba olmayan kişilerle yaşayan yaşlı bireylerde depresyon prevelansı dah.a yüksektir (Carpiniello ve diğerieri; 1989; Koenig ve Blazer'in 1992). Pahkala'nın (1990) Fin nüfusunda 60 yaş ve üzeri kişilerle yaptığı araştırmaya göre; hem kadın hem de erkekler için depresyon belirtilerini ortaya çıkaran yaş değil; emeklilik, hastalık, evde az sayıda oda olması, az sayıda uğraş veya hobi, yakın arkadaş ve sosyal destek eksikliği ile uzun süredir devam eden stresörlerdir. Erkeklerde sık sık yalnız kalma, ölüm korkusu ve sosyal hayata düşük katılım ile depresyon belirtileri arasında pozitif bir ilişki bulunmuştur. Depresif belirtiler gösteren kadınların ise; eşleri, çocukları, gelinleri ve arkadaşlarıyla olan ilişkilerinde depresyonda olmayanlara göre daha uzak olduklarını hissettiklerini ifade ettikleri bulguları yer almaktadır.

Alanyazındaki bu bilgiler doğrultusunda sosyal destek bağlamında, zayıf psikososyal destek sistemine sahip olmanın ve daha özelinde aile ilişkilerinin kuvvetli olmamasının depresyona zemin hazırlayan önemli bir etken olduğu düşünülebilir. Sosyal bağlantıların olmayışı muhtemelen bireyi doyuma ulaştıran bir yaşamdan eksik kılacağı için, bu kişilerin depresif belirtiler gösterme ihtimalinin artacağı düşünülebilir. Dolayısıyla zayıf sosyal bağların ve zayıf aile bağlarının yaş alma ile birlikte depresyon görülme sıklığını arttığı bilgisinden hareketle araştırmamızda bulunan aksi bulguyu şu şekilde açıklamamız mümkün olabilir;
COVID-19 dönemindeki zorunlu karantinalar ile evlere kapanmalar muhtemelen aile üyelerinin COVID-19 öncesi döneme kıyasla evde ve/veya birlikte daha fazla vakit geçirmesini sağladı. Bu da nispeten daha yaşlı olan aile bireylerinin ihtiyaçlarını ve isteklerini karşılamak konusunda destek olmuş olabileceklerini bu

nedenle de katılımcıların yaşları arttıkça, depresyon, anksiyete ve stres puanlarının azaldığı sonucuna ulaşabileceğimizi açıklayan bir durum söz konusu olabilir. Bir diğer deyişle; alanyazındaki bilgiler doğrultusunda insanların hayatları boyunca yaşayabilecekleri olumsuz durumlarla baş etme kapasitelerini güçlendiren etkenlerden birinin sosyal ilişkiler olduğunu düşünürsek; zorunlu karantina dönemlerinde aile bireyleri veya ev üyeleriyle muhtemelen her zamankinden daha yakın temasta bulunan yaşlı bireylerin depresyon riskinin düşmüş olması söz konusu olabilir. Wessman ve Ricks (1996) bireylerin hayati ilişkileri ve bireysel deneyimlerinin mutluluğun kalitesini etkilediğini belirtmiştir. (Aktaran: Sarıçam, 2014) Sosyal destek sistemi, bireylerin psikolojik problemleri ile başa çıkabilmelerinde en güçlü kaynaklardan biridir. (Yıldırım, 1997) Abella ve diğerleri (2017) yaptıkları çalışma neticesinde sosyal etkileşim için kısıtlı imkana sahip olan (örn: kırsal kesimde yaşamak) ve sosyal ağı geniş olmayan bireylerde yalnızlık duygusunun daha fazla olduğu ve bunun da depresyonla ilişkili olduğu belirtilmiştir.

Yaşlı bireyler için aile bireyleriyle daha sık vakit geçirmek; sosyal olarak daha aktif olmak ve aynı zamanda yeni uyaran deneyimleme olarak düşünülebilir ve bu da depresyon belirtileri konusunda negatif yönde etkiye sahip olabilir. Çünkü alanyazın incelendiğinde (Lehmann; 1982; Kivelal, 1988, Livingston et al; 1990; Pahkala, 1990) dul ve yalnız olmak hem kadın hem de erkek cinsiyetler için ileri yaşta depresyon konusunda risk faktörü olarak bulunmuştur. Dul ve yalnız olmanın eş kaybı neticesinde olduğu da varsayıldığında yas süreci ile bağdaştırılabilir ve bu da depresyonu tetikleyici nedenlerden biri olabilir. Yaş alımıyla birlikte ortaya çıkan fiziksel değişimlerin ve fiziksel rahatsızlıkların da psikolojik etkileri olabileceği söylenebilir ve bu doğrultuda da evde yalnız kalmamanın depresyon belirtilerinin görülme sıklığını azaltması konusunda fayda sağladığı söylenebilir. Bunlarla beraber yalnızlık ve değersizlik duygularının geçici olarak ortadan kalkması da yaşlılarda depresyon bulgularının yaygınlığının düşük olması ile ilişkilendirilebilir.

Nispeten daha genç nüfusta depresyon belirtilerinin daha yüksek görülmesini; genç bireylerin arkadaşlarıyla kurduğu ilişkiden algıladığı sosyal desteğin depresyon ile ilişkili olduğu bu nedenle eve kapanan gençlerin, özellikle de 20 yaş altı bireylerin sokağa çıkmalarının sınırlandırıldığı göz önüne alındığında akranlarla kurulan ilişkilerdeki değişim ve fiziksel hareketsizlikle açıklanabilir. Hatta gençlerdeki akademik başarı ya da başarısızlığın da ruh sağlığıyla ilişkisi düşünüldüğünde çevrimiçi eğitim sürecinin dahi ruh sağlığı anlamındaki olumsuz etkileri düşünülebilmektedir (Eskin ve diğerleri, 2008; Öncen ve diğerleri, 2020).

Bu sonuçlara göre ‘’Belirsizliğe tahammülsüzlük ile depresyon belirtileri arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki vardır.’’,‘’ Belirsizliğe tahammülsüzlük ile anksiyete belirtileri arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki vardır’’ ve ‘’Belirsizliğe tahammülsüzlük ile stres belirtileri arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki vardır.’’ hipotezlerimizin doğrulandığı yapılan bu çalışmayla açıklanmaktadır.

4.3. REGRESYON ANALİZLERİNE İLİŞKİN BULGULAR

Depresyon, stres ve anksiyete düzeyleri regresyon analizine ayrı ayrı bağımlı değişken olarak alındığında bağımsız değişkenler olan belirsizliğe tahammülsüzlük, yaş ve algılanan sosyal desteğin her üçü içinde yordayıcı olarak anlamlı olduğu görülmüştür.

Tablo 3.4.1. ,3.4.2. ve 3.4.3.’teki bulgulara göre BTÖ’ndeki artış DASS stres, anksiyete ve depresyonu arttırmaktadır.

Buhr ve Dugas’a (2002) göre belirsizlğe tahammülsüzlüğün dört alt boyutundan biri; belirsiz durumların stres ve üzüntüye neden olduğudur. Belirsizlik depresyon ve kaygı ile anlamlı derecede ilişkilidir. (Berenbaum ve diğerleri, 2008) Pandemi özelinde değerlendirdiğimizde Yıldız ve Güllü’ye (2018) göre COVID-19’a karşı yüksek derecede korku hisseden bireyler aynı zamanda belirsizliğe de tahammülü olmayan bireylerdir. Belirsizliğe tahammülsüzlük anksiyete ve depresyonla ilişkilidir. Çünkü belirsizliğe tahammülü olmayan bireyler öngöremedikleri

durumlarda tehdit algısı hissederler. Bu nedenle belirsizliğe tahammülsüzlük arttıkça bireylerin üzerindeki stres ve anksiyete yükünün arttığı düşünülmektedir.

Tablo 3.4.1. ,3.4.2. ve 3.4.3.'teki verilere bakıldığında ASDÖ'ndeki artış DASS stres, anksiyete ve depresyonu düşürmektedir.

Bu bulgular alanyazındaki diğer bulguları da desteklenir niteliktedir. Depresyon ve anksiyete sıklıkla eş zamanlı ortaya çıkar. (Yanardağ ve Şahin, 2018) Bu nedenle, stres, anksiyete ve depresyon puanlarının azalmasının birbirleriyle ilişkili olduğu düşünülmektedir.

Paykel (1994) stresli yaşam olaylarının depresyon riskini önemli ölçüde arttırdığını; sosyal destek eksikliğinin ise depresyonu hem başlatan hem de geçmiş depresyonun tekrarlanmasına neden olan bir etken olduğunu belirtir. Depresyona neden olan en belirgin etmenin 'kayıp' olması ve bu kavramın içinde kişilerarası ayrılıklar ve ölümler; yani ilişkisel kayıpların da yer aldığı sonucundan hareketle, algılanan sosyal destek miktarının fazla olmasının bireyin yaşamındaki stres, anksiyete ve depresyon skorunu düşürdüğü düşünülmektedir. Bu bireylerin, stresli yaşam olayları karşısında algıladıkları sosyal desteğin stresli yaşam olayı karşısında oluşabilecek anksiyete ve depresyonu önlediği düşünülmektedir. Shih ve diğerlerine (2020) göre; genel algılanan sosyal destek ve aileden algılanan sosyal destek, depresyonla negatif bir ilişki içindedir. Gariepy ve diğerleri (2018) yetişkinlerde eş desteğinin depresyona karşı koruyucu en ilişkili sosyal destek kaynağı olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Eş desteğinden sonra arkadaşlar, son sırada ise çocuklardan alınan algılanan sosyal destek önemli oranda depresyon ile anlamlı bulunmuştur.

4.4. FARK TESTLERİNE İLİŞKİN BULGULAR

4.4.1. Katılımcıların Sosyodemografik Özelliklerine Göre Belirsizliğe Tahammülsüzlük Puanı Arasındaki İlişki

Tablodakii analiz sonuçlarına göre; yaş arttıkça katılımcıların belirsizliğe tahammülsüzlüğünün azaldığı söylenebilir. Salgın sürecinde bilgi eksikliği olan ve sosyal destek eksikliği hisseden bireyler psikolojik açıdan riski konumdadırlar (Aşkın ve diğerleri, 2019). Yüksek düzeyde algılanan belirsizlik, yüksek kaygı ve depresyon ile düşük hayat kalitesi ile ilişkilidir (Sarıçam, 2014 s. 2). Alanyazın bilgisinde demografik veriler ve belirsizliğe tahammülsüzlüğün ilişkisini gösteren çalışma sayısı azdır. Bu bağlamda Tablo 3.5.1. ilişkin bulguları değerlendirmek önemli olacaktır.

Çalışmayan ve ekonomik durumunda düşüş gerçekleşen katılımcıların belirsizliğe tahammülsüzlük toplam puanları çalışan ve ekonomik durumunda yükseliş gerçekleşen katılımcıların BTÖ toplam puanından daha yüksek çıkmıştır. Donovan'ın (1987) yaptığı çalışma neticesinde bireylerin ekonomik nedenlerle ciddi psikolojik sorunlar yaşadığı sonucuna ulaşılmıştır. Yıldız ve Güllü (2018) araştırmalarında belirsizliğe tahammülsüzlük ve sosyoekonomik durumun anlamlı düzeyde ilişkili olduğu sonucuna ulaşmışlardır; düşük sosyoekonomik düzeyin daha fazla belirsizliğe tahammülsüzlük deneyimine neden olduğu düşünülmektedir. Ekonomik kaynağı azalmış olan bireylerin güç duruma düşme koşulunda çok daha fazla zorluk yaşayacağı düşünüldüğünde belirsizliği kontrol etme ihtiyacı duyacağı ve belirsizliğe tahammülün azalacağı düşünülebilir. Belirsizlik herhangi bir durumun neticesini bilmemek olarak tanımlanırken öte yandan birçok değişken açısından söz konusu olabilir ve kaygının bir alt bileşeni olan belirsizliğe tahammülsüzlük, kaygı ve korkuyu beraberinde getirir. Bu nedenle belirsiz durumlar insan hayatını olumsuz etkiler ve çıkmaza girebilir (Çardak, 2012). Maddi gelir kaynağının azalması, ekonomik özgürlüğü de kısıtlacağından ve çalışmayan kişiler için iş arama sürecinin de kaygı yaratacağı ve bunun da belirsizliğe

tahammülü azaltacağı düşünülebilir. Belirsizliğe tahammülsüzlük de birçok farklı ruhsal hastalığa zemin hazırlar (Sarıçam, 2014). Gelecek hakkında tahmin yürütememenin belirsizliği ortaya çıkarttığı düşünülmekte ve söz konusu ekonomik koşullar olduğunda geçim güçlüğü ortaya çıkacağından; gelecekti kazanç potansiyelinin azalmasından dolayı belirsizliğe tahammülsüzlüğün artmış olması alanyazın bilgilerini destekler niteliktedir. Bu nedenlerle ekonomik durumu daha kötü olanların belirsizliğe tahammülü daha az olacaktır. Diğer yandan mevcut olarak ruh sağlığına sahip olan kişilerin, pandemi nedeniyle kısmen ya da kalıcı olarak kapatılmış yerlerde çalışan kişiler olduğunu destekleyen araştırma sonucu mevcuttur (Wilson ve Finch, 2021).

Kronik hastalığı olanların belirsizliğe tahammülsüzlük toplam puanı kronik hastalığı olmayan katılımcılara göre daha yüksek çıkmıştır. Koronavirüs kronik hastalığı olanları daha çok etkilediğinden kronik hastalığı olanların belirsizliğe tahammülü olmayanlara göre daha az olmuş olabilir şeklinde açıklanabilir.

Tanı konmuş psikiyatrik hastalığı bulunan katılımcıların, tanısı olmayan katılımcılara göre belirsizliğe tahammülsüzlük puanının daha yüksek olduğu görülmüştür. Alanyazını taradığımızda her türlü afet durumunda afet öncesi ruhsal hastalık tanısı varlığı ruhsal hastalık gelişimi açısından en önemli risk faktörlerinden biri olarak saptanmıştır. MERS hastalarında afet öncesi psikiyatrik hastalık öyküsü olanların, salgın sürecinde semptom gösterme olasılığının daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Jeong ve diğerleri, 2016). Pandemide de daha önceden ruhsal hastalığı olanlar belirsizliğe tahammül edemeyip ruhsal açıdan daha çok etkileniyor olacağı düşünülebilir. Belirsizliğe tahammülsüzlük ve kaygı ile endişe arasında güçlü bir ilişki vardır (Osmanağaoğlu ve diğerleri, 2018, s.1). Belirsizlik endişe duygusunu oldukça arttırır (Bredemeier ve Berenbaum, 2008). Hali hazırda psikiyatrik rahatsızlığı bulunup, ilaç kullanan kişilerin fiziki ortamda, hastane, klinik vb, psikolog ya da psikiyatrist ile görüşmekten mahrum kalabileceği ve bunun da hastalık durumları ile ilgili belirsizliklerini de tetikledikleri düşünülmektedir. Bir diğer bakış açısıyla, travmatik olay öncesi ruhsal bozukluk varlığı TSSB riskini arttırmaktadır (Can ve diğerleri, 2013 s.234). Watson ve

diğerlerine (1993) göre travmatik yaşantılar öncesi ruhsal hastalık tanısına sahip olmak TSSB için risk faktörüdür. Ursano ve diğerlerine (1999) göre kadın cinsiyeti, geçmiş TSSB öyküsünün bulunması ve kişilik bozukluğuna sahip olmak TSSB riskini arttırmaktadır (Ursano ve diğerleri, 1999). Breslau ve diğerlerine (2002) göre TSSB gelişimi için önceden var olan psikiyatrik hastalıklar zemin hazırlamaktadır. Tanısı konmuş psikiyatrik hastalığı bulunan katılımcıların, tanısı olmayan katılımcılara göre belirsizliğe tahammülsüzlüğünün fazla bulunması sonucu alanyazındaki bu bilgiler ile örtüşmektedir.

COVID-19 testi olmamasına rağmen COVID-19 geçirmiş olduğunu düşünen katılımcıların belirsizliğe tahammülsüzlük toplam puanı düşünmeyenlere göre yüksek çıkmıştır. Bireylerin bu düşüncelerinin nedeni kaygı olabilir. Bu nedenle de bu düşünceye sahip olanların belirsizliğe tahammülü daha az olabilir. Başka bir deyişle, bu bulguda kaygı düzeyi karıştırıcı faktör olabilir. Belirsizliğe tahammülü olmayan bireyler, belirsiz durumları tehdit edici olarak algılar ve bu nedenle anksiyete yaşarlar (Dugas ve Robichaud, 2007). Anksiyete ve belirsizliğe tahammülsüzlük arasındaki farkı anlamak için yapılabileceklerden birisi her ikisinin de diğer varyasyonlarla ilişkisini incelemektir (Buhr ve Dugas, 2002).
Bu nedenle test olmadığı halde COVID-19 geçirdiğini düşünen bireylerin abartılmış risk/tehdit algısı inancına sahip oldukları düşünülebilir. Bu tarz belirsizlik karşısında abartılmış algılanan tehdit ve belirsizliğe tahammülsüzlük karşısında kesinlik elde etmenin gerekliliği düşünüldüğünde (Bredemeier ve Berenbaum, 2008; Dugas ve diğerleri, 2005) test olmadığı halde COVID-19 ile enfekte olduğunu düşünen kişiler bu şekilde açıklanabilir. Belirsizliğe tahammülü olmayan kişiler aynı zamanda olayların olası tarafı olmadığını kabul etmekle birlikte 'olabileceği' için endişe etmekten kendilerini alamazlar (Dugas ve diğerleri, 1997). Bu sebeple kişiler test olmadıkları halde COVID-19 ile enfekte olduklarını düşünüyor olabilirler.

Diğer yandan Berenbaum ve diğerleri'nin (2008 s. 123) Belirsizliğe Tahammülsüzlük Ölçeği'nin faktörlerini açıklarken; (a) geleceğin bana neler getireceğini her zaman bilmek isterim ve (b) en iyi planlamayı yapsam bile

beklenmedik küçük bir olay her şeyi mahvedebilir maddelerine en fazla atfı yaparak öngörülebilirlik arzusu olarak adlandırdılar.

Öngörülebilirlik arzusu faktörünün gerekli bilgiyi bulmak ve aktif bilgi arayışına motivasyon sağladığını düşünürsek bu da bireylerin, net bir sonuca ulaşma arzusuyla test olmadıkları halde neden COVID-19 ile enfekte olmuş olduklarını düşünüyor olabileceklerini açıklayabilir.

Toplumda bir yandan COVID-19'a yönelik korku gerçek olmayan ya da hatalı bilgilerin yayılımı nedenleriyle de bireyler farklı hastalıkların semptomunu da COVID-19 bulgusu olarak yorumlamış olabilirler (Baysal; 2013; Okhan ve diğerleri, 2021). Bir başka açıdansa; damgalanan ve damgalamanın getirdiği ayrıştırıcı tutumlara maruz kalmamak için, bireyler semptomlarını ve hastalıklarını gizleyebilir ayrıca COVID-19 tanı testi yaptırmak istemeyebilirler (Ertem, 2020; Okhan ve diğerleri, 2021).

Çalıştığı iş nedeniyle sokağa çıkma kısıtlamalarından muaf olanların belirsizliğe tahammülü daha fazla iken tam karantinaya alınmış bireylerin tahammülünün daha az olması dolaylı olarak karantinaya alınmış olan bu bireylerin bu nedenle ruhsal açıdan daha çok etkileniyor olabileceklerini düşündürmektedir. Türkiye Psikiyatri Derneği Ruhsal Travma ve Afet Çalışma Birimi'nin (2020) hazırladığı yazıya göre; karantina süresinin 10 günden daha uzun olması, ruhsal hastalıklar için risk faktörü iken daha ne kadar uzayacağını bilmiyor olmak da belirsizlik puanını arttıran bir etken olabilir. Öte yandan COVID-19'a yakalanmış bireylerle aynı evde kısıtlama altında kalıyor olmak da belirsizliğe tahammülü arttıran bir etken olabileceği düşünülebilir.

Araştırmamız neticesinde; katılımcılardan aşı olanların belirsizliğe tahammülsüzlük toplam puanı daha yüksek olduğu görülmektedir. Özceylan ve diğerlerine (2020) göre; aşıyı reddeden ya da aşı olmakta tereddüt eden kişilerle, bu kişilerin eğitim düzeyleri arasında doğru orantılı bir ilişki vardır. Araştırmamızın demografik verileri eğitim düzeyi alt boyutuna göre katılımcıların %58,1'lik dilimle çoğunluğunun üniversite mezunu olduğunu sonucu alanyazındaki bu bilgiyi desteklememektedir. Nazlı ve diğerlerinin yaptıkları çalışmaya göre belirsizliğe

toleransı düşük olanların aşıyı reddetme ya da aşı olmakta tereddüt etme oranlarının artacağı hipotezi doğrulanmamış, aksi sonuçlar bulunmuştur. Bizim araştırmamızda da belirsizliğe tahammülsüzlüğü daha fazla oranda olan katılımcıların aşılanma oranı yüksek bulunmuştur. Belirsizliğe tahammülsüzlük, durumların kötü sonuçlanması hakkındaki tehdit yükünü arttırmaktadır. Yani, belirsizliğe tahammülsüzlüğü fazla olan kişiler, gerçekleşme ihtimali düşük olsa da olası olumsuz sonuçları düşünmeye ve daha fazla tehdit algılamaya eğilimdedirler. Belirsizliğe tahammülsüzlüğü yüksek olan kişiler için belirsizlik olumsuz veya tehdit edici bir biçimde yargılanır (Dugas ve diğerleri, 2005). Bu nedenle COVID-19 hastalığının olası olumsuz sonuçlarının abartılmış risk algısı çerçevesinde değerlendirilip; belirsizliğe tahammül edemeyenlerin hızlıca aşı olmaya gitmiş olabileceği düşünülmektedir.

4.4.2. Katılımcıların Sosyodemografik Verilerine Göre Depresyon Anksiyete Stres Puanı Arasındaki İlişki

Katılımcılardan çalışmayanların depresyon, anksiyete ve stres puanlarının her biri çalışan katılımcılardan daha yüksek bulunmuştur. Buna göre; (Burhanettin, 2020) salgın dönemlerinde yaşanan mali kayıpların ya da işsizliğin yani, yoksullaşmanın ruhsal hastalıklar açısından hem yakalanma hem de şiddetle sürdürme riskini arttıran önemli bir etken olduğu bilgisinden hareketle işsizliğin depresyon, anksiyete ve stres üzerinde önemli bir yordayıcı olduğu düşünülebilir. Alanyazında yer alan bir başka araştırmada ise; Taylor ve diğerlerinin (2008) yaptığı at gribi salgın hastalığı araştırmasına göre; yalnızca salgın hastalığa yakalanmış bireylerin değil, salgın hastalığa yakalanma ihtimali bakımından yüksek riskli gruplarda yer alan bireylerin de ruhsal hastalıklara yakalanma oranı yüksek bulunmuştur. Ayrıca ruh sağlığını olumsuz etkileyen en güçlü yordayıcı ekonomik kayıp olarak bulunmuştur. Çalışmayanlar ruhsal açıdan çok daha kötü iş kaybı, çalışmıyor olmak ruhsal hastalık gelişimi açısından risk faktörü olabilir. çalışmamız hipotezleri doğrultusunda iş kaybı hem belirsizliğe tahammülü hem algılanan sosyal desteği

etkileyerek ruh sağlığını bozuyor olabilir. Araştırma kapsamında test edilen ‘’Depresyon belirtileri, demografik değişkenlere göre farklılaşmaktadır.”, ‘’Anksiyete belirtileri, demografik değişkenlere göre farklılaşmaktadır.” ve “Stres belirtileri, demografik değişkenlere göre farklılaşmaktadır.’’ hipotezlerini doğrular sonuçlar elde edilmiştir.

4.5. Kİ KARE ANALİZLERİ

DASS ölçeğinden elde edilen puanlar değerlendirilerek, katılımcıların normal, hafif, orta, ileri ve çok ileri düzeyde depresyon, anksiyete ve stres belirtisi gösterdiği ifade edilebilmektedir. Buradan hareketle, katılımcıların belirti düzeyleri ile bazı kategorik değişkenlerin ilişkisi de incelenmiştir.

4.5.1. Çalışma Durumu ve Depresyon Düzeyi İlişkisi

Araştırmamızda, çalışmayan katılımcıların ileri ve çok ileri düzey depresyon puanı çalışan katılımcılara kıyasla daha yüksek bulunmuştur. Choi ve diğerlerinin (2020) araştırmasına göre evde çalışamamaktan rahatsız olan bireylerin depresyon ve anksiyete yaşama olasılığı diğerlerine göre yüksek bulunmuştur. İşsizlik kaygıyı ve depresyonu tetikler (Linn ve diğerleri; 1985).

Alanyazın incelendiğinde belirsizliğe tahammülsüzlük ve endişe arasında pozitif bir ilişki olduğu (Dugas ve diğerleri, 2002; Berenbahum ve diğerleri, 2008) ve bu ilişkinin depresyon semptomları görülmesinde etkisi olabileceği düşünülmektedir. Abellea ve diğerleri’ne (2017) göre çalışmamak ve orta düzeyde hane geliri depresyonu yüksek riskte etkileyen faktörlerden birisidir. İşsizliğin, psikososyal bir zorlanma olduğu düşünüldüğünde ruhsal hastalıklar için zemin hazırlamış ya da tetikleyici olmuş olabileceği düşünülebilir. Beraberinde, iş kaybının bazı bireyleri sosyal desteğinden de mahrum bırakabileceği düşünüldüğünde, depresyon belirtilerini ortaya çıkaran bir aracı olabileceği varsayılabilmektedir.

4.5.2. Çalışma Durumu ve Anksiyete Düzeyi İlişkisi

Mali açıdan zor durumda olmak yüksek seviyede baskıya neden olur ve bu da depresyon ve anksiyete görülme ihtimalini arttıracak bir durum haline gelir (Donovan ve diğerleri, 1987).

Belirsizliğe tahammül edemeyen bireyler belirsiz birçok durumu tehdit olarak algılar ve bu da anksiyeteye neden olur (Sarıçam, 2014). Türkiye Psikiyatri Derneği'ne göre bireyler sosyal ağları sayesinde mevcut anksiyetelerini azaltabilir ve bu da uzun süreli ruh sağlığı sorunları görülmesinin önüne geçebilir. Bu durumda çalışma ortamının da kişilere sosyal ağ desteği sağlayacağı varsayımından hareketle, çalışmayan veya iş sahibi olmayan kişilerin bu destekten mahrum kalmasının anksiyeteyi arttırmış olabileceği düşünülebilir.
Bununla beraber, Cominetti ve diğerlerinin (2021, s:6) 18 ve 65 yaş arasında araştırmalarına göre, pandemiden önce de genç insanlar için iş sahibi olamama ihtimali yüksekti ve pandemiyle birlikte ise işsizlik, iş kaybı veya düşük maaşla çalışmalar nedeniyle bireylerin çoğunda endişe seviyesinde artış görüldü. Birçok kişi pandeminin başında sosyal desteklerle birlikte bir süre bu durumla başa çıkmış olsa da pandeminin daha geç dönemlerinde, özellikle de yüksek rakamlarda giderleri olmaya devam eden kişiler için anksiyetenin arttığı kendi özbildirimleri ile bulunan bir sonuçtur (Wilson ve Fich, 2021).

4.5.3. Çalışma Durumu ve Stres Düzeyi İlişkisi

İstihdam edilememe, depresyon gibi birçok farklı etmen ruh sağlığı üzerinde olumsuz etkiye neden olur ve stres yaratır. Pandemi döneminde ise iş kaybı nedeniyle damgalanma endişesi ve mali sıkıntı, geleceğe dair güvencenin olmaması ve gelecekti kazanç potansiyelinin azalması bireyler üzerinde yoğun strese neden oldu (Wilson ve Finch, 2021).

Bilge'nin yaptığı (2020) araştırma sonucunda; evde izole kalmak bireylerin dışardaki insanlara hastalık bulaştırma konusunda iyimser bir yaklaşımda olmalarını sağlarken diğer taraftan, koronavirüse ilişkin daha çok bilgi edindikçe bireyler hastalığın kendilerine bulaşması veya etrafa bulaştırmak konusunda da endişe duymaktadırlar. Aynı zamanda bireylerin karantina sürecinde evde kalmaktan dolayı olumsuz etkilendikleri ve bu olumsuz etki ile stresle işlevsel şekilde baş etme biçimleri arasında negatif bir ilişki bulunmuştur. Başka bir açıdan, bireylerin evde sınırlı etkinlikler yapabileceği düşünüldüğünde, COVID-19 hakkında bilgi edinme ve haber alma isteğinin de fazla olduğu düşünüldüğünde, sıklıkla haberleri takip ediyor olmak gibi durumlarla birlikte hem evde kalmanın olumsuz etkisi hem de medyanın hastalıklar konusunda güçlü bir endişe oluşturucu unsur olması da stres düzeyini arttırıcı bir etkisi olduğu tahmin edilmektedir (Griffin ve diğerleri, 1998).

4.5.4. Alkol Madde Kullanımı ve Depresyon Düzeyi

Alkol kullanım bozukluğu ve depresif bozukluklar en yaygın psikiyatrik bozukluklardan olmakla birlikte sık olarak birlikte görülürler. Ayrıca depresif belirtiler hem alkol ve maddeye bağlı olarak hem de tersine bunlardan bağımsız olarak ortaya çıkabilir (McHugh ve Weiss, 2019). Çalışmamıza katılanların alkol ve madde kullanımı ile depresyon düzeyi arasındaki ilişki de anlamlı bulunmuştur. Pandemi öncesinde ve/veya sonrasında alkol kullanımı var olan bireylerin ileri düzey depresyon belirtileri gösterme oranı kullanmayan bireylere göre anlamlı düzeyde yüksektir. Bu netice; (Donovan ve diğerleri, 1987) alkol ve madde kullanımının zihinsel hastalık geliştirme riskini arttırıyor olmasıyla açıklanabilir. Evren ve Ögel (2001) alkol ve madde tedavisi gören bireylere en az bir majör depresyon tanısı konma ihtimalinin yüksek olduğunu belirtmişlerdir. Bu sonuçlara ek olarak, COVID-19 sürecinde yapılan 'evde kal' çağrıları birçok bireyin finansal açıdan kaygılarını tetiklemiştir ve bu kaygının gelecekte büyük intihar oranlarına neden olacağı düşünülmektedir (Reger ve diğerleri; 2020; Thunström ve diğerleri, 2020).

BÖLÜM BEŞ: SONUÇ, SINIRLILIKLAR VE ÖNERİLER

5.1. ARAŞTIRMANIN SONUÇLARI

COVID-19 pandemi sürecinde algılanan sosyal destek ile ruhsal hastalık ve belirsizliğe tahammülsüzlüğün ruhsal hastalık belirtileriyle ilişkisinin araştırılmasını amaçlayan bu çalışmada aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir.

COVID-19 Pandemisinde algılanan sosyal destek ile depresyon belirtileri arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki vardır.

COVID-19 Pandemisinde algılanan sosyal destek ile anksiyete belirtileri arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki vardır.

COVID-19 Pandemisinde algılanan sosyal destek ile stres belirtileri arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki vardır.

Belirsizliğe tahammülsüzlük ile depresyon belirtileri arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki vardır.

Belirsizliğe tahammülsüzlük ile anksiyete belirtileri arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki vardır.

Belirsizliğe tahammülsüzlük ile stres belirtileri arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki vardır.

Algılanan sosyal destek ile belirsizliğe tahammülsüzlük arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki vardır.

Belirsizliğe tahammülsüzlük, demografik değişkenlere göre farklılaşmaktadır.

Algılanan sosyal destek, demografik değişkenlere göre farklılaşmaktadır.

Depresyon belirtileri, demografik değişkenlere göre farklılaşmaktadır.

Anksiyete belirtileri, demografik değişkenlere göre farklılaşmaktadır.

Stres belirtileri, demografik değişkenlere göre farklılaşmaktadır.

5.2. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI

Araştırma örneklemi, evreni temsil edebilir bir örneklem değildir. Pandemi şartları doğrultusunda uygun ve ulaşılabilir örnekleme yöntemi tercih edilmiştir. Bu nedenle sonuçların genellenebilirliği sınırlanmaktadır.

Araştırmamızın özbildirim ölçeklerine dayalı olması araştırmamızı sınırlandırmıştır.

Kadın katılımcı sayısının erkek katılımcı sayısından fazla olması araştırmamızı sınırlandırmıştır.

5.3. ARAŞTIRMANIN ÖNERİLERİ

Bu araştırmanın verileri 12.02.2022 ile 09.03.2022 tarihleri arasında toplanmıştır. COVID-19 pandemisi sırasında algılanan sosyal destek ve belirsizliğe tahammülsüzlüğün ruhsal hastalık belirtileriyle ilişkisini belirlemek için boylamsal çalışmalar yapılarak daha geçerli sonuçlara ulaşılabilir.

Gelecek araştırmalarda kadın katılımcıların sayısının erkek katılımcılara oranla daha fazla olması nedeniyle, eşit sayıdaki cinsiyette katılımcıyla çalışmak literatürle karşılaştırma yapmak açısından daha yararlı olacaktır.

Sosyal desteğin azalması ya da hiç olmaması ruh sağlığının bozulmasında önemli bir rol oynamaktadır. Bu nedenle, pandemi koşulları gözetilerek tele ruh sağlığının yaygınlığı ve ruh sağlığı hizmetlerine erişimin arttırılması gereklidir. Bunu yapmak için en sağlıklı yol ise ruh sağlığı hizmetlerinin önündeki engellerin iyice araştırılmasıdır.

Belediyeler, ilçe bazında ruhsal hastalıkları tarayarak ve bunları pandemi öncesinde veya süresince gelişmiş, gelişmekte olan ya da riskli gruplar için erken müdahale planları oluşturmak adına faaliyete geçirilebilecek uygulamalar için kullanabilir.

Pandemi döneminde kronik hastalığı bulunan bireylerin ruhsal hastalık geliştirme riskinin daha yüksek olduğu düşünülebilir. Dolayısıyla kronik hastalığı olanlar da dezavantajlı grupta sayılıp erken psikososyal destek planlanmalıdır.

Daha önceden ruhsal hastalık tanısı almış bireyler pandemi döneminde ruhsal hastalık açısından koruyucu, önleyici ve tedavi edici hizmetler konusunda öncelikli sayılmalıdır.

Daha sonra yapılacak araştırmalarda iş kaybının belirsizliğe tahammülsüzlüğü ve algılanan sosyal desteği etkileyerek ruh sağlına olan etkilerinin incelenmesi önerilir.

Algılanan sosyal destek yaşam boyu değişebilen bir durum olmakla beraber, gelecekte yapılabilecek çalışmalarda, ruh sağlığı ve algılanan sosyal destek ilişkisini anlamak için bireylerin başa çıkma stilleri ve kişilik özellikleri bağlamında da araştırma yapılması önerilir**.**

KAYNAKÇA

Akın, H. (2018.). Felaket Geliyorum Demişti: Ortaçağ'da Yaşanan Büyük Veba Salgını ve Toplumsal Yaşamdaki Sonuçları Üzerine Bir Değerlendirme / Haydar Akın. Retrieved April 27, 2022,

Akın, A., & Çetin, B. (2007). *Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği (DASÖ): Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması.*

Arık, F. Ş. (1991). *Selçuklular Zamanında Anadolu'da Veba Salgınları*.

Aslan, R., (2020). *Tarihten Günümüze Epidemiler, Pandemiler ve COVID-19*.

Aslan, E., & Türkili, S. (2021). İzolasyon ve karantinanın ruh sağlığı üzerine etkileri. *Derleme Mersin Univ Saglık Bilim Derg*, *14*(1), 133–145. Erişim adresi: https://doi.org/10.26559/mersinsbd.868398

Aşkın, R. (2019). *Covid 19 Pandemisi: Psikolojik Etkileri ve Müdahaleler*. 304-318.

Atıf: Karataş, M. (2020). COVID-19 Pandemisinin Toplumsal Etkileri, Değişim ve Güçlenme. *Türkiye Sosyal Hizmet Araştırmaları Dergisi*, *4*(1), 3–15. Erişim adresi: https://dergipark.org.tr/tushad

Baysal, G. (2013). *Damgalanma ve Ruh Sağlığı*. Arşiv Kaynak Tarama Dergisi, 22(2), *245* Erişim adresi*:* https://dergipark.org.tr/tr/pub/aktd/issue/2208/29370

BBC NEWS. (2020.). *Koronavirüs: Adım adım Türkiye'nin Covid-19'la mücadelesi - BBC News Türkçe*. Retrieved February 28, 2022, Erişim adresi: https://www.bbc.com/turkce/haberler-turkiye-52899914

Beck, J.G, Stanley, M.A, Zebb, B.J. (1996). Characteristics of generalized anxiety disorder in older adults: a descriptive study. Behav Res Ther, 34(3), 225 34.

Bekaroglu, M, Uluutku, N, Tanriover, S, Kirpinar I, Bekaroglu, M. (1991). *Depression in an elderly population in Turkey*.

Benedictow, O. (2005). *The Black Death: The Greatest Catastrophe Ever*. Retrieved December 5, 2021, Erişim adresi: https://www.historytoday.com/archive/black-death-greatest-catastrophe-ever

Bıkmaz, Z. (2020). *Üniversite Son Sınıf Öğrencilerinin İş Bulma Kaygısı ve Belirsizliğe Tahammülsüzlük Düzeylerinin İncelenmesi IEDSR Association*, *5*(8), 165–177.

Bilge, Y., & Bilge, Y. (2020). Investigation of the effects of coronavirus and social isolation on psychological symptoms in terms of psychological resilience and coping styles. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, *23*, 38–51. https://doi.org/10.5505/kpd.2020.66934

Birrell, J., Meares, K., Wilkinson, A., & Freeston, M. (2011). Toward a definition of intolerance of uncertainty: A review of factor analytical studies of the Intolerance of Uncertainty Scale. In *Clinical Psychology Review* (Vol. 31, Issue 7, pp. 1198–1208). https://doi.org/10.1016/j.cpr.2011.07.009

Bora Nazlı, Ş., Yığman, F., Sevindik, M., & Deniz Özturan, D. (1971). Psychological factors affecting COVID-19 vaccine hesitancy. *Irish Journal of Medical Science (1971 -)*, *1*, 3. https://doi.org/10.1007/s11845-021-02640-0

Bredemeier, K., & Berenbaum, H. (2008). Intolerance of uncertainty and perceived threat. *Behaviour Research and Therapy*, *46*(1), 28–38. https://doi.org/10.1016/j.brat.2007.09.006

Breslau, N. (2022). *Epidemiologic Studies of Trauma, Posttraumatic Stress Disorder, and Other Psychiatric Disorders*.

Brooks, S. K., Webster, R. K., Smith, L. E., Woodland, L., Wessely, S., Greenberg, N., & Rubin, G. J. (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *The Lancet*, *395*(10227), 912–920. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30460-8/ATTACHMENT/7E45AEBB-213A-498A-8387-9AAF5FA544F1/MMC1.PDF

Brooks, S. K., Webster, R. K., Smith, L. E., Woodland, L., Wessely, S., Greenberg, N., & Rubin, G. J. (2020). Rapid Review The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *www.Thelancet.Com*, *395*. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30460-8

Buhr, K., & Dugas, M. J. (2006). *Investigating the construct validity of intolerance of uncertainty and its unique relationship with worry*. https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2004.12.004

Buhr, K., & Dugas, M. J. (2002). The intolerance of uncertainty scale: psychometric properties of the English version. In *Behaviour Research and Therapy* (Vol. 40). www.elsevier.com/locate/brat

Carleton, R. N., Peter, M. A., Norton, J., & Asmundson, G. J. G. (2006). *Fearing the unknown: A short version of the Intolerance of Uncertainty Scale*. https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2006.03.014

Carpiniello, B., Carta, M. G., & Rudas, N. (1989). Depression among elderly people A psychosocial study of urban and rural populations. In *Acta Psychiatr Scand* (Vol. 80).

Chan-Yeung, epidemiology M, Xu, R., Chan-Yeung, M., & Chan-yeung, M. (2003). SARS: epidemiology. In *Article SARS* (Vol. 8). http://www.who.int/csr/sars/

Choi, E. P. H., Hui, B. P. H., & Wan, E. Y. F. (2020). Depression and anxiety in Hong Kong during covid-19. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *17*(10). https://doi.org/10.3390/ijerph17103740

Cohen, S., & Wills, T. A. (1985). Stress, Social Support, and the Buffering Hypothesis. In *Psychologkal Bulletin* (Vol. 98, Issue 2).

Cominetti, N., Henehan, K., Slaughter, H., & Thwaites, G. (2021). *Long Covid in the labour market The impact on the labour market of Covid-19 a year into the crisis, and how to secure a strong recovery*. https://www.resolutionfoundation.org/publications/

Çam, Y. (2020). Covid 19 Süreci ve Kentsel Mekanların Kullanımının Yeniden Planlanması *Bilimler Fakültesi Dergisi Journal of Economics and Administrative Sciences Cilt: 4*, *4*(2), 67–79.

Çolak, Ö. S. (2017). *Risk ve Kriz Yönetimi*. http://auzefkitap.istanbul.edu.tr/kitap/acilyardimveafetyonetimi_ao/riskvekrizy%C3%B6netimi.pdf

Cock, D., Kevin, M.., Jaffe, Harold. W., & Curran, James. W. (2012). The evolving epidemiology of HIV/AIDS. *AIDS*, *26*(10), 1205–1213. https://doi.org/10.1097/QAD.0B013E328354622A

Demir, S. A. (2021). *Etiketleme Teorisi Çerçevesinde Sosyal Dışlanma ve Salgın Hastalıklar: Kovid-19 Süreci ve Damgalama*.

Digiovanni, C., Conley, J., Chiu, D., & Zaborski, J. (2004). Factors Influencing Compliance with Quarantine in Toronto During the 2003 SARS Outbreak. In Biosecurity and Bioterrorism: Biodefense Strategy, Practice and Science (Vol. 2, Issue 4). www.liebertpub.com

Domènech-Abella, J., Lara, E., Rubio-Valera, M., Olaya, B., Moneta, M. V., Rico-Uribe, L. A., Ayuso-Mateos, J. L., Mundó, J., & Haro, J. M. (2017). Loneliness and depression in the elderly: the role of social network. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *52*(4), 381–390. https://doi.org/10.1007/s00127-017 1339-3

Duan, L., & Zhu, G. (2020). *Psychological interventions for people affected by the COVID-19 epidemic*. https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30073-0

Dugas, M. J., & Buhr, K. (2012). Fear of Emotions, Experiential Avoidance, and Intolerance of Uncertainty in Worry and Generalized Anxiety Disorder. *International Journal of Cognitive Therapy*, *5*(1), 1–17.

Dugas, M. J., Freeston, M. H., & Ladouceur, R. (1997). Intolerance of Uncertainty and Problem Orientation in Worry 1. In *Cognitive Therapy and Research* (Vol. 21, Issue 6).

Dugas, M. J., Hedayati, M., Karavidas, A., Buhr, K., Francis, K., & Phillips, N. A. (2005). Intolerance of uncertainty and information processing: Evidence of

biased recall and interpretations. *Cognitive Therapy and Research*, *29*(1), 57–70. https://doi.org/10.1007/s10608-005-1648-9

Eker, D., & Arkar, H. (1995). Perceived social support: psychometric properties of the MSPSS in normal and pathological groups in a developing country. In *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* (Vol. 30). Springer-Verlag.

Eker, D, Arkar, H, Yaldız, H. (2001). *Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği'nin Gözden Geçirilmiş Formunun Faktör Yapısı, Geçerlik ve Güvenirliği Türk Psikiyatri Dergisi 2001; 12(1):17-25*.

Eskin, M, Ertekin K, Harlak, H, Dereboy, Ç. (2008). *Lise Öğrencisi Ergenlerde Depresyonun Yaygınlığı ve İlişkili Olduğu Etmenler*. Türk Psikiyatri Dergisi, 194(4), 382-389

Evren, C., & Ögel, K. (2001). *Alkol/madde bağımlılarında dissosiyatif belirtiler ve çocukluk çağı travması, depresyon, anksiyete ve alkol/madde kullanımı ile ilişkisi*.

Erginöz, G. (2020). *Hastalıklar, Tedaviler ve Hekimler*. Retrieved December 5, 2021, from https://aktuelarkeoloji.com.tr/kategori/arkeoloji/hastaliklar-tedavilerve-hekimler

Gariépy, G., Honkaniemi, H., & Quesnel-Vallée, A. (2016). Social support and protection from depression: Systematic review of current findings in western countries. In *British Journal of Psychiatry* (Vol. 209, Issue 4, pp. 284–293). Royal College of Psychiatrists. https://doi.org/10.1192/bjp.bp.115.169094

Geçer, E. (2020). Salgın Hastalıklar, Kültürel Psikoloji ve Politika: Yerel Bir yaklaşım *Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*. https://doi.org/10.35379/CUSOSBIL.750289

Genç, Ö. (2011). *Kara Ölüm: 1348 Veba Salgını ve Ortaçağ Avrupa'sına Etkileri*.

Glanz, K., Rimer, B. Viswanath, K. (2008). *Health Behavior and Health Education*.

Grey, I., Arora, T., Thomas, J., Saneh, A., Tomhe, P., & Abi-Habib, R. (2020). The role of perceived social support on depression and sleep during the COVID-19 pandemic. *Psychiatry Research*, *293*. https://doi.org/10.1016/J.PSYCHRES.2020.113452

Griffin, R. J., Dunwoody, S., & Zabala, F. (1998). Public Reliance on Risk Communication Channels in the Wake of a Cryptosporidium Outbreak. In *Risk Analysis* (Vol. 18, Issue 4).

Gülırmak, K., Alkan, A., Güleç, S. (2021). Pandemic An Existential Threat? Or An Opportunity? *Journal of Samsun Health Sciences*, *6*(3), 419–432. https://doi.org/10.47115/jshs.993091

Güneş, F. (2014). Atılganlık Eğitiminin Üniversite Öğrencilerinin Kişilerarası Problem Çözme, Algılanan Sosyal Destek ve Atılganlık Düzeyleri Üzerine Etkisi. *Bartın Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi* Cilt 3, Satı 1, s 456-474

Holt-Lunstad, J. (2017). The Potential Public Health Relevance of Social Isolation and Loneliness: Prevalence, Epidemiology, and Risk Factors. *Public Policy & Aging Report*, *27*(4), 127–130. https://doi.org/10.1093/ppar/prx030

Jensen, D., Kind, A. J., Morrison, A. S., & Heimberg, R. G. (2014). Intolerance of Uncertainty and Immediate Decision Making in High-Risk Situations. *Journal of Experimental Psychopathology JEP*, *5*, 178–190. https://doi.org/10.5127/jep.035113

Jeong, H., Yim, H. W., Song, Y. J., Ki, M., Min, J. A., Cho, J., & Chae, J. H. (2016). Mental health status of people isolated due to Middle East Respiratory

Syndrome. *Epidemiology and Health*, *38*, e2016048. https://doi.org/10.4178/EPIH.E2016048

Kagan, J. (1972). Motives and Development. *Journal of Personality and Social Psychology*, *22*(1), 51–66.

Karaimamoğlu, T. H., Tarihi, G., Tarihi, K., & Tarihi, Y. (2020). Batılı Kaynaklara Göre XIV. Yüzyıl Salgınlarıyla Birlikte Karantina Uygulamasının Ortaya Çıkış Süreci. *International Journal of Historical Researches, Yıl*, *5*(2).

Karaimamoğlu Tolgahan, & Gümüş Tarık Tolga. (2020). Veba ile Başlayan Değişim: Kara Ölüm'den Sonra Büyük Britanya'da Değişen Gündelik Yaşam. *Selçuk Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Dergisi*, *44*, 509–526. https://doi.org/10.21497/SEFAD.845503

Karal Eser, B. B. (2020). *Salgın Hastalık Döneminde Algılanan Sosyal Desteğin Bireylerin Psikolojik Sağlamlığı Üzerindeki Etkisinin İncelenmesi*. 129–156. https://doi.org/10.20493/birtop.726411

Karasar, Ş., Kendiroğlu B., Thomas D., Eroğlu, E., Eyüboğlu, E., Ülger, G., Nalbant, S., Öztek, Z. (2020). *#EvdeKal COVID-19 Günlerinde Sağlık ve İletişim Stratejileri*. Retrieved February 12, 2022, Erişim adresi: http://openaccess.maltepe.edu.tr/xmlui/bitstream/handle/20.500.12415/8665/Burcu_KOK.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Kathryn McHugh, R., & Weiss, R. D. (2019). *Alcohol Use Disorder and Depressive Disorders*.

Kaya, B. (2020). *Pandeminin ruh sağlığına etkileri Effects of pandemic on mental health*. https://doi.org/10.5505/kpd.2020.64325

Khan, M., Adil, S. F., Alkhathlan, H. Z., Tahir, M. N., Saif, S., Khan, M., &Khan, S. T. (2020). COVID-19: A Global Challenge with Old History, Epidemiology and Progress So Far. *Molecules (Basel, Switzerland)*, *26*(1). https://doi.org/10.3390/MOLECULES26010039

Kivelal, S.-L., Pahkalaz, K., & Laippala, P. (1988). *Prevalence of depression in an elderly population in Finland Material and methods*.

Koçak, H., & Sarı, B. (n.d.). Türkiye'de Covid-19 ile Mücadele Sürecine. *Dirençlilik Dergisi*, *5*(1), 37–49. https://doi.org/10.32569/resilience.781511

Koenig, H. G., & Blazer, D. G. (1992). Epidemiology of Geriatric Affective Disorders. In *Carolina CLINICS IN GERIATRIC MEDICINE* (Vol. 8, Issue 2).

Lehmann, H. E. (1982). *Affective Disorders in the Aged*

Lindert, J., Jakubauskiene, M., & Bilsen, J. (n.d.). The COVID-19 disaster andmental health-assessing, responding and recovering. *European Journal of Public Health*, *31*, 31–35. https://doi.org/10.1093/eurpub/ckab153

Linn, M. W., Sandifer, R., & Stein, S. (1985). *Effects of Unemployment on Mental and Physical Health*.

Lippi, D., Gotuzzo, E., & Caini, S. (2016). Cholera. *Microbiology Spectrum*, *4*(4). https://doi.org/10.1128/MICROBIOLSPEC.POH-0012-2015

Livingston, G., Hawkins, A., Graham, N., & Mann, A. (1990). The Gospel Oak Study: prevalence rates of dementia, depression and activity limitation among elderly residents in Inner London. In *Psychological Medicine* (Vol. 20).

Meherali, S., Punjani, N., Louie-Poon, S., Rahim, K. A., Das, J. K., Salam, R. A., & Lassi, Z. S. (2021). Mental health of children and adolescents amidst covid-19 and past pandemics: A rapid systematic review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *18*(7). https://doi.org/10.3390/ijerph18073432

Molla, S. Ö.-S. A.-E. (2020). COVID-19 Pandemisi Döneminde Sokağa Çıkma Sınırlaması Olan ve Olmayan İllerde Yaşayan Spor Bilimleri Öğrencilerinin Fiziksel Aktivite Düzeylerinin Değerlendirilmesi. *Journal of Turkish Studies, Volume 15 Issue 6*(Volume 15 Issue 6), 739–749. https://doi.org/10.7827/turkishstudies.44627

Morgul, E., Bener, A., Atak, M., Akyel, S., Aktaş, S., Bhugra, D., Ventriglio, A., & Jordan, T. R. (2021). COVID-19 pandemic and psychological fatigue in Turkey. *International Journal of Social Psychiatry*, *67*(2). https://doi.org/10.1177/0020764020941889

NASA (2020) Climate Change: How Do We Know? Erişim adresi: https://climate.nasa.gov/evidence/

Ogłodek, E. A. (2021). [Mental health protection associated with COVID-19]. *Polski Merkuriusz Lekarski : Organ Polskiego Towarzystwa Lekarskiego*, *49*(291), 235–237. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34218247/

Okhan, M., Şavlı, P., Özant, N., Özkaymak, F., & Yeşildallar, R. (2021). İstanbul'da Yaşayan COVID-19 Temaslısı Bireylerin Korku Düzeyleri ve Sosyal Damgalanma Durumlarının İncelenmesi. *Toplum ve Sosyal Hizmet*.https://doi.org/10.33417/tsh.977661

Osmanağaoğlu, N., Creswell, C., & Dodd, H. F. (2018). Intolerance of Uncertainty, anxiety, and worry in children and adolescents: A meta-analysis. In *Journal of Affective Disorders* (Vol. 225, pp. 80–90). Elsevier B.V. https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.07.035

Ökten, A. İ. (2021). *Veba Doktoru – Dr. Schnabel von Rom*. Retrieved December 7, 2021, http://www.tipdunyasi.dr.tr/2021/07/veba-doktoru-dr-schnabel-von-rom/

Özdemir, H. (2005). *Salgın Hastalıklardan Ölümler*. Retrieved December 5, 2021, from https://vergialgi.net/assets/catalogs/salgin-hastaliklardan-olumler-1914-1918.pdf

Özceylan, G., Toprak, D., & Esen, E. S. (2020). Vaccine rejection and hesitation in Turkey. *Human Vaccines and Immunotherapeutics*, *16*(5), 1034–1039. https://doi.org/10.1080/21645515.2020.1717182

Özmete, E., & Pak, M. (2020). *The Relationship between Anxiety Levels and Perceived Social Support during the Pandemic of COVID-19 in Turkey*. https://doi.org/10.1080/19371918.2020.1808144

Pahkala, K. (1990). Social and Enviromental Factors and Depression in Old Age (Vol. 5).

Parıldar, H. (2020). Tarihte Bulaşıcı Hastalık Salgınları. *Tepecik Eğit. ve Araşt. Hast. Dergisi*, *30*(Ek sayı).

Pascarella, G., Strumia, A., Piliego, C., Bruno, F., del Buono, R., Costa, F., Scarlata, S., & Agrò, F. E. (2020). COVID-19 diagnosis and management: a comprehensive review. *Journal of Internal Medicine*, *288*(2), 192–206. https://doi.org/10.1111/JOIM.13091

Paykel, E. S. (1994). *Life events, Social Support and Depression*.

Pfefferbaum, B., & North, C. S. (2020). Mental Health and the Covid-19 Pandemic. *New England Journal of Medicine*, *383*(6). https://doi.org/10.1056/nejmp2008017

Reger, M. A., Stanley, I. H., & Joiner, T. E. (2020). Suicide Mortality and Coronavirus Disease 2019—A Perfect Storm? *JAMA Psychiatry*, *77*(11), 1093. https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2020.1060

Sağlık Bakanlığı. (n.d.). *Pandemi*. Retrieved February 28, 2022, from https://covid19.saglik.gov.tr/TR-66494/pandemi.html

Sarıbaş, S. (n.d.). *Prokopius'dan Decameron'a Veba Yıllarında Yaşanan Toplumsal Histeri*. https://doi.org/10.31568/atlas.485

Sarıçam, H. (2014.). *Belirsizliğe Tahammülsüzlüğün Mutluluğa Etkisi*

Sarıyıldız, G. (n.d.). *KARANTİNA - TDV İslâm Ansiklopedisi*. Retrieved April 28, 2022, from https://islamansiklopedisi.org.tr/karantina

Sarı, S., & Dağ, İ. (2009). *Sarı ve Dağ 261 Belirsizliğe Tahammülsüzlük Ölçeği, Endişe ile İlgili Olumlu İnançlar Ölçeği ve Endişenin Sonuçları Ölçeği'nin Türkçeye Uyarlanması, Geçerliliği ve Güvenilirliği*.

Sariçam, H., Erguvan, F. M., Akin, A., & Akça, M. Ş. (2014). Belirsizliğe Tahammülsüzlük Ölçeği (BTÖ-12) Türkçe Formu: Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. *Route Educational and Social Science Journal*, *1*(3).

Sarıçam, H., Erguvan, F. M., Akın, A. & Akça, M. Ş. (2014). Belirsizliğe Tahammülsüzlük Ölçeği (BTÖ-12) Türkçe Formu: Geçerlik ve güvenirlik çalışması. *Route Educational and Social Science Journal, 1*(3), 148-157.

Schizoph, E. C. (2021). (No Title). *International Journal of Social Psychiatry*, *67*(2), 128–135. https://doi.org/10.1177/0020764020941889

Singh, J., & Singh, J. (2020). *COVID-19 and Its Impact on Society*. https://papers.ssrn.com/abstract=3567837

Szkody, E., Stearns, M., Stanhope, L., & McKinney, C. (2021). Stress-Buffering Role of Social Support during COVID-19. *Family Process*, *60*(3), 1002–1015. https://doi.org/10.1111/famp.12618

Şanlı, K. (2010). *İnfluenza Virüsü ve Domuz Gribi*.

Şeker, M., Özer, A., & Korkut, C. (2020). *Küresel salgının anatomisi: insan ve toplumun geleceği*. T|rkiye Bilimler Akademisi.

Shih, T.-Y., Cheng, S.-L., Chang, S.-H., & Sun, H.-F. (2020). Perceived social support and depression symptoms in patients with major depressive disorder in Taiwan: An association study. *Archives of Psychiatric Nursing*, *34*(5), 384–390. https://doi.org/10.1016/j.apnu.2020.06.004

Şirin, H., & Özkan, S. (2020). *Dünyada ve Türkiye'de COVID-19 Epidemiyolojisi*. *Kulak Burun Boğaz ve Baş Boyun Cerrahisi Dergisi*, *28*(2), 6–13. Retrieved April 22, 2022, from https://doi.org/10.24179/kbbbbc.2020-76607

Şirin, H., Ergüder, T., & Ahmadi, A. A. (2020). Dünyada Salgın Tarihçesi. *Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Dergisi*, *1*(2), 87–97. https://doi.org/10.54247/soyd.2020.10

Taylor, M. R., Agho, K. E., Stevens, G. J., & Raphael, B. (2008). Factors influencing psychological distress during a disease epidemic: Data from Australia's first outbreak of equine influenza. *BMC Public Health*, *8*. https://doi.org/10.1186/1471-2458-8-347

Tekin, A. (2021). *Tarihten Günümüzüde Epidemiler, Pandemiler ve Ekonomik Sonuçları*. *2*, 330–355.

Teme1, M. K., & Ertin1, H. (2020). Lessons from the 1918 Influenza Pandemic for the COVID-19 Pandemic. *Özel Sayı*, *1*. https://doi.org/10.21673/anadoluklin.716868

Thunström, L., Newbold, S. C., Finnoff, D., Ashworth, M., & Shogren, J. F. (2020). The Benefits and Costs of Using Social Distancing to Flatten the Curve for COVID-19. *Journal of Benefit-Cost Analysis*, *11*(2), 179–195. https://doi.org/10.1017/bca.2020.12

Torun, A. (1995). Tükenmişlik, Aile Yapısı ve Sosyal Destek İlişkileri Üzerine Bir İnceleme. Doktora Tezi

Tunç, A., & Zehra ATICI, F. (2020). Dünyada ve Türkiye'de Pandemilerle Mücadele: Risk ve Kriz Yönetimi Bağlamında Bir Değerlendirme. *International Journal of Social Sciences Troyacademy*, *5*(2), 329–362. https://doi.org/10.31454/usb.808685

Turan, A. , Ç. H. H. (2020). *Türkiye'de KOVİD-19 ile Mücadele: Politikalar ve Aktörler*. https://doi.org/10.33712/mana.733482

Türk Toraks Derneği. (2020). *COVID-19 Görev Grubu Görüş Raporu*. www.toraks.org.tr

Ulutaş, M. (2021). Adli Bilim Uzmanları ve Teknikerlerinin Küresel Pandemi Yönetim Stratejileri Hakkındaki Görüşlerinin Sars-CoV2 Pandemisi Üzerinden Değerlendirilmesi

Ursano, R. J., Fullerton, C. S., Epstein, R. S., Crowley, B., Kao, T.-C., Vance, K., Craig, K. J., Dougall, A. L., & Baum, A. (1999). Acute and Chronic Posttraumatic Stress Disorder in Motor Vehicle Accident Victims. In *Am J Psychiatry* (Vol. 156).

Valle, M. V. del, Andrés, M. L., Urquijo, S., Yerro-Avincetto, M., López-Morales, H., & Canet-Juric, L. (2020). Intolerance of uncertainty over covid-19 pandemic and its effect on anxiety and depressive symptoms. *Interamerican Journal of Psychology*, *54*(2), 1–17. https://doi.org/10.30849/ripijp.v54i2.1335

Verónica del Valle, M., Laura Andrés, M., Urquijo, S., Yerro-Avincetto, M., López-Morales, H., & Canet-Juric, L. (2020). Intolerance of Uncertainty Over Covid-19 Pandemic and It's Effect on Anxiety and Depressive Symptoms. *Revista Interamericana de Psicología/Interamerican Journal of Psychology*, *2020*(2), 1335–1336.

Watson, C. G., Brown, K., Kucala, T., Juba, M., Davenport, E. C., & Anderson, D. (1993). Two Studies of Reported Pretraumatic Stressors Effect On Posttraumatic Stress Disorder Severity

Wilson H, Finch D. Unemployment and mental health. The Health Foundation; 2021 (https://www.health.org.uk/publications/long-reads/unemployment-and-mental-health)

WHO (2020) *WHO/CDS/CSR/ISR/2000.1 WHO Report on Global Surveillance of Epidemic-prone Infectious Diseases*. Retrieved December 6, 2021 http://www.who.int/emc

World Health Organization. (2020). *The top 10 causes of death*.. Retrieved May 1, 2022, https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death

WHO. (n.d.). *Severe Acute Respiratory Syndrome (SARS)*. Retrieved May 22, 2022, https://www.who.int/health-topics/severe-acute-respiratory-syndrome#tab=tab_1

WHO (2021). *Coronavirus disease (COVID-19): Contact tracing*. Retrieved Şubat 28, 2022, https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/coronavirus-disease-covid-19-contact-tracing

WHO (2021). *HIV/AIDS*. Retrieved May 1, 2022, https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hiv-aids

Yamaç, Ö. (2009). *Üniversite Öğrencilerinin Algıladıkları Sosyal Destek ile Stresle Başa Çıkma Stilleri Arasındaki İlişki Yüksek Lisans Tezi*.

Yıldırım, S. (2020). *Salgınların Sosyal-Psikolojik Görünümü: Covid-19 (Koronavirüs) Pandemi Örneği*. https://doi.org/10.7827/TurkishStudies.43585

Yıldırım, İ. (1997). Algılanan Sosyal Destek Ölçeğinin Geliştirilmesi Güvenilirliği Geçerliği *Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, *13*, 81–87.

Yıldırım, M. (2021). *Olağandışı Durumlarda İletişim, İnfodemi ve Toplum Psikolojisi: Koronavirüs Pandemisi Örneği*. https://www.researchgate.net/publication/352181191

Yıldız, B., & Güllü, A. (2018). Belirsizliğe Tahammülsüzlük ile Aleksitimi Arasındaki İlişki ve Bazı Sosyo-Demografik Değişkenlere Göre İncelenmesi. In *Journal of EducationalSciences Adnan Menderes Üniversitesi Eğitim Fakültesi Eğitim Bilimleri Dergisi* (Vol. 9, Issue 1). http://dergipark.gov.tr/aduefebder

Yıldız, İ., Çıkrıkçılı, U., & Yuksel, Ş. (2020). *Karantinanın Ruhsal Etkileri ve Koruucu Önlemler* Retrieved February 7, 2022, from https://psikiyatri.org.tr/TPDData/Uploads/files/KarantinaCOVID.pdf

Yıldız Orhan. (2021). *Pandemik Enfeksiyonlar ve Seyahat | Makale | Türkiye Klinikleri*. Retrieved March 19, 2022, from https://www.turkiyeklinikleri.com/article/tr-pandemik-enfeksiyonlar-ve-seyahat-80693.html

Yılmaz, Ö. (2017). 847-1848 Kolera Salgını ve Osmanlı Coğrafyasındaki Etkileri. *Avrasya İncelemeleri Dergisi-Journal of Eurasian Inquires*, *1*, 23–55. https://doi.org/10.26650/jes371499

Zhang, S., & Bhavsar, V. (2013). Unemployment as a Risk Factor for Mental Illness: Combining Social and Psychiatric Literature. *Advances in Applied Sociology*, *03*(02), 131–136. https://doi.org/10.4236/aasoci.2013.32017

Zimet, G., Dahlem, N., Zimet, S., Farley, G. The Multidimensional Scale of Perceived Social Support. Journal of Personality Assessment, 52(1), 30-41. Erişim adresi https://sci-hub.se/10.1207/s15327752jpa5201_2

Zubaroğlu Yanardağ, M., & Ve Say Şahin, D. (2019). *Yaşlı Bireylerde Sürekli Kaygı ve Sürekli Depresyon Üzerine Bir İnceleme. Toplum ve Sosyal Hizmet* (Vol. 30, Issue 1).

EKLER

EK 1: Bilgilendirilmiş Onam Formu

Bu araştırma, İstanbul Bilgi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Travma ve Afet Çalışmaları Uygulamalı Ruh Sağlığı Yüksek Lisans Programı kapsamında Doç. Dr. Ersin Uygun danışmanlığında İrem Ecem Mumcular tarafından yürütülen yüksek lisans tez çalışmasıdır. Araştırmanın amacı, Covid-19 pandemisinde algılanan sosyal destek ve belirsizliğe tahammülsüzlüğün ruhsal hastalık belirtileriyle etkisini incelemektir.

Formu doldurmak yaklaşık 15 dakika sürecektir. Araştırmaya katılabilmeniz için 18 yaş ve üzeri olmanız gerekmektedir. Katılım tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Araştırmaya katılmama ya da katıldıktan sonra herhangi bir anda araştırmadan çekilme hakkına sahipsiniz. Soruların doğru ya da yanlış cevapları yoktur, lütfen sizin için en uygun ifadeyi belirtiniz.

Araştırma boyunca sizden kimliğinizi belirtecek hiçbir bilgi talep edilmeyecektir. Cevaplarınız yalnızca, yüksek lisans bitirme tezi kapsamında kullanılacak olup, psikoloji alanındaki bilimsel çalışmamıza katkı sağlamak amacıyla kullanılacaktır.

Araştırma hakkında sorularınız için İrem Ecem Mumcular ile mail yoluyla iletişime geçebilirsiniz.

Katılımınız için teşekkür ederiz.

EK 2: Sosyodemografik Veri Formu

1) Yaşınız ……

2) Cinsiyetiniz
   ( ) Kadın ( ) Erkek

3) Yaşadığınız şehir? …….

4) Eğitim durumunuz? (En son bitirdiğiniz kademe)
   ( ) İlkokul ( ) Ortaokul ( ) Lise ( ) Üniversite ( ) Yüksek Lisans
   ( ) Doktora

5) Mesleğiniz? …….

6) Şu anda gelir getiren bir işte çalışıyor musunuz? …….

7) Pandemi süresinde ekonomik durumunuz nasıl değiştir?
   ( ) Daha iyiye gitti ( ) Aynı seviyede kaldı ( ) Daha kötüye gitti

8) Evinizde siz dahil kaç kişi yaşıyor? …….

9) Tanı konmuş kronik hastalığınız/hastalıklarınız var mı? Varsa belirtiniz (Örn: şeker, tansiyon vb.) …….

10) Tanı konmuş kronik hastalığınız/hastalıklarınız varsa, tanıyı ne zaman aldınız?
   ( ) Pandemiden önce ( ) Pandemi döneminde ( ) Diğer

11) Tanı konmuş psikiyatrik hastalığınız/hastalıklarınız var mı? Varsa belirtiniz (Örn: OKB, panik atak) ……

12) Tanı konmuş psikiyatrik hastalığınız/hastalıklarınız varsa, tanıyı ne zaman aldınız?

( ) Pandemiden önce ( ) Pandemi döneminde ( ) Diğer

EK 3: COVID-19 Veri Formu

1) Herhangi bir belirti göstermemiş olsanız da COVID 19 hastalığını geçirmiş olabileceğinizi düşünüyor musunuz?
   ( ) Evet ( ) Hayır

2) COVID 19 pozitif tanısı aldınız mı?
   ( ) Evet ( ) Hayır

3) Hanenizden birisi COVID 19 tanısı aldı mı?
   ( ) Evet ( ) Hayır

4) COVID 19 pozitif tanısı alarak hastanede tedaviye alındınız mı?
   ( ) Evet ( ) Hayır

5) COVID 19 tanısı alarak evde karantinaya alındınız mı?
   ( ) Evet ( ) Hayır

6) COVID 19 pozitif tanısı almadan, temas/bulaş nedeniyle evde karantinaya alındınız mı?
   ( ) Evet ( ) Hayır

7) COVID 19 nedeniyle uygulanan sokağa çıkma kısıtlamaları sırasında, mesleğiniz dolayısıyla kısıtlamalardan muaf olduğunuza dair düzenlenmiş resmî belgeniz var mı? Varsa belirtiniz (Örn: doktor, veteriner hekim, din görevlisi, kargo çalışanları vb).
   ( ) Evet ( ) Hayır

8) COVID 19 nedeniyle uygulanan sokağa çıkma kısıtlamaları sırasında, evcil hayvanınız olması sebebiyle kısıtlamalardan muaf tutuldunuz mu? (Örneğin, kedi ve köpek bakımı ve dışarda gezdirme gerekliliği)

( ) Evet ( ) Hayır

9) COVID 19 nedeniyle uygulanan sokağa çıkma kısıtlamalarında evde zamanınızı sıklıkla kiminle/kimlerle geçiriyordunuz?
( ) Yalnızdım ( ) Eşim/Partnerim ( ) Aile bireylerim
( ) Arkadaşlarım

10) COVID 19 nedeniyle çok yakın gördüğünüz ve sıklıkla vakit geçirdiğiniz birilerini kaybettiniz mi?
( ) Evet ( ) Hayır

11) COVID 19 salgını süresince alkol ve/veya madde kullanımınız var mı?
( ) Pandemi öncesinde kullanıyordum ( ) Pandemi sırasında kullanmaya başladım ( ) Hiç kullanmadım

12) COVID 19 aşısı oldunuz mu?
( ) Evet ( ) Hayır

EK 4: Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği

Aşağıda 12 cümle ve her bir cümle altında da cevaplarınızı işaretlemek için 1'den 7 'ye kadar rakamlar verilmiştir. Her cümlede söylenenin sizin için ne kadar çok doğru olduğunu veya olmadığını belirtmek için o cümle altındaki rakamlardan yalnız bir tanesini işaretleyiniz. Bu şekilde 12 cümlenin her birine bir işaret koyarak cevaplarınızı veriniz.

Lütfen hiçbir cümleyi cevapsız bırakmayınız. Sizce doğruya en yakın olan rakamı işaretleyiniz.

1. **Ailem (örneğin, annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) bana yardımcı olmaya çalışır.**

   Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

2. **İhtiyacım olan duygusal yardım ve desteği ailemden (örneğin, annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) alırım.**

   Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

3. **Arkadaşlarım bana gerçekten yardımcı olmaya çalışırlar.**

   Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

4. **İşler kötü gittiğinde arkadaşlarıma güvenebilirim.**

   Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

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

   Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

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

   Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

7. **Sorunlarımı ailemle (örneğin, annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) konuşabilirim.**

   Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

8. **Sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim arkadaşlarım var.**

   Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

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

   Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

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

    Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

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

    Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

12. **Sorunlarımı arkadaşlarımla konuşabilirim.**

    Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

EK 5: Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği

Aşağıda, her madde, bir çeşit ruhsal durumu anlatmakta ve o durumu dereceleyen 4 seçenek bulunmaktadır. Karantina dönemi içindeki kendi ruhsal durumunuzu göz önünde bulundurarak, size en uygun ifadeyi bularak işaretleyiniz. Lütfen her ifadeye mutlaka TEK yanıt veriniz ve kesinlikle BOŞ bırakmayınız.

(0) Bana hiç uygun değil (1) Bana biraz uygun (2) Çoğunlukla uygun (3) Bana tamamen uygun

NO	SON 1 HAFTADAKİ DURUMUNUZ	HİÇİR ZAMAN	BAZEN VE ARASIRA	OLDUKÇA SIK	HER ZAMAN
1	OLDUKÇA ÖNEMSİZ ŞEYLER İÇİN ÜZÜLDÜĞÜMÜ FARKETTİM	0	1	2	3
2	AĞZIMDA KURULUK OLDUĞUNU FARKETTİM	0	1	2	3
3	HİÇ OLUMLU DUYGU YAŞAYAMADIĞIMI FARKETTİM	0	1	2	3
4	SOLUK ALMADA ZORLUK ÇEKTİM (*ÖRNEĞİN FİZİK EGZERSİZ YAPMADIĞIM HALDE AŞIRI HIZLI NEFES ALMA, NEFESSİZ KALMA GİBİ)*	0	1	2	3
5	HİÇBİR ŞEY YAPAMAZ OLDUM	0	1	2	3
6	OLAYLARA AŞIRI TEPKİ VERMEYE MEYİLLİYİM	0	1	2	3
7	BİR SARSAKLIK DUYGUSU VARDI *(SANKİ BACAKLARIM BENİ TAŞIYAMAYACAKMIŞ GİBİ)*	0	1	2	3
8	KENDİMİ GEVŞETİP SALIVERMEK ZOR GELDİ	0	1	2	3
9	KENDİMİ, BENİ ÇOK TEDİRGİN ETTİĞİ İÇİN SONA ERDİĞİNDE ÇOK RAHATLADIĞIM DURUMLARIN İÇİNDE BULDUM	0	1	2	3
10	HİÇBİR BEKLENTİMİN OLMADIĞI HİSSİNE KAPILDIM	0	1	2	3
11	KEYFİMİN PEK KOLAY KAÇIRILABİLDİĞİ HİSSİNE KAPILDIM	0	1	2	3
12	SİNİRSEL ENERJİMİ ÇOK FAZLA KULLANDIĞIMI HİSSETTİM	0	1	2	3
13	KENDİMİ ÜZGÜN VE DEPRESSİF HİSSETTİM	0	1	2	3
14	HERHANGİ BİR ŞEKİLDE *GECİKTİRİLDİĞİMDE (ASANSÖRDE, TRAFİK IŞIKLARINDA, BEKLETİLDİĞİMDE)* SABIRSIZLANDIĞIMI HİSSETTİM	0	1	2	3
15	BAYGINLIK HİSSİNE KAPILDIM	0	1	2	3
16	NEREDEYSE HERŞEYE KARŞI OLAN İLGİMİ KAYBETTİĞİMİ HİSSETTİM	0	1	2	3
17	BİREY OLARAK DEĞERSİZ OLDUĞUMU HİSSETTİM	0	1	2	3
18	ALINGAN OLDUĞUMU HİSSETTİM	0	1	2	3

19	FİZİK EGZERSİZ VEYA AŞIRI SICAK HAVA OLMASA BİLE BELİRGİN BİÇİMDE TERLEDİĞİMİ GÖZLEDİM *(ÖRNEĞİN ELLERİM TERLİYORDU*)	0	1	2	3
20	GEÇERLİ BİR NEDEN OLMADIĞI HALDE KORKTUĞUMU HİSSETTİM	0	1	2	3
21	HAYATIN DEĞERSİZ OLDUĞUNU HİSSETTİM	0	1	2	3
22	GEVŞEYİP RAHATLAMAKTA ZORLUK ÇEKTİM	0	1	2	3
23	YUTMA GÜÇLÜĞÜ ÇEKTİM	0	1	2	3
24	YAPTIĞIM İŞLERDEN ZEVK ALMADIĞIMI FARKETTİM	0	1	2	3
25	FİZİK EGZERSİZ SÖZ KONUSU OLMADIĞI HALDE KALBİMİN HAREKETLERİNİ HİSSETTİM *(KALP ATIŞLARIMIN HIZLANDIĞINI VEYA DÜZENSİZLEŞTİĞİNİ HİSSETTİM)*	0	1	2	3
26	KENDİMİ PERİŞAN VE HÜZÜNLÜ HİSSETTİM	0	1	2	3
27	KOLAY SİNİRLENDİRİLEBİLDİĞİMİ FARKETTİM	0	1	2	3
28	PANİK HALİNE YAKIN OLDUĞUMU HİSSETTİM	0	1	2	3
29	BİR ŞEY CANIMI SIKTIĞINDA KOLAY SAKİNLEŞEMEDİĞİMİ FARKETTİM	0	1	2	3
30	ÖNEMSİZ FAKAT ALIŞKIN OLMADIĞIM BİR İŞİN ALTINDAN KALKAMAYACAĞIM KORKUSUNA KAPILDIM	0	1	2	3
31	HİÇBİR ŞEY BENDE HEYECAN UYANDIRMIYORDU	0	1	2	3
32	BİRŞEY YAPARKEN İKİDE BİR RAHATSIZ EDİLMEYİ HOŞ GÖREMEDİĞİMİ FARKETTİM.	0	1	2	3
33	SİNİRLERİMİN GERGİN OLDUĞUNU HİSSETTİM	0	1	2	3
34	OLDUKÇA DEĞERSİZ OLDUĞUMU HİSSETTİM	0	1	2	3
35	BENİ YAPTIĞIM İŞTEN ALIKOYAN ŞEYLERE DAYANAMIYORDUM	0	1	2	3
36	DEHŞETE DÜŞTÜĞÜMÜ HİSSETTİM	0	1	2	3
37	GELECEKTE ÜMİT VEREN BİRŞEY GÖREMEDİM	0	1	2	3
38	HAYATIN ANLAMSIZ OLDUĞU HİSSİNE KAPILDIM	0	1	2	3
39	KIŞKIRTILMAKTA OLDUĞUMU HİSSETTİM	0	1	2	3
40	PANİKLEYİP KENDİMİ APTAL DURUMUNA DÜŞÜRECEĞİM DURUMLAR NEDENİYLE ENDİŞELENDİM.	0	1	2	3
41	VÜCUDUMDA *(ÖRNEĞİN ELLERİMDE)* TİTREMELER OLDU.	0	1	2	3
42	BİR İŞ YAPMAK İÇİN GEREKLİ OLAN İLK ADIMI ATMADA ZORLANDIM	0	1	2	3

EK 6: Belirsizliğe Tahammülsüzlük Ölçeği

Lütfen aşağıdaki maddelerin karşısında bulunan ve maddelere ne kadar katıldığınızı gösteren sayılardan size en uygun olanını işaretleyiniz. **(1) Bana hiç uygun değil, (2) Bana çok az uygun, (3) Bana biraz uygun, (4) Bana çok uygun ve (5) Bana tamamen uygun** anlamına gelmektedir.					
1. Beklenmedik olaylar canımı çok sıkar.	1	2	3	4	5
2. Bir durumda ihtiyacım olan tüm bilgilere sahip değilsem sinirlerim bozulur.	1	2	3	4	5
3. İnsan beklenmedik olaylardan (sürprizlerden) kaçınmak için daima ileriye bakmalıdır.	1	2	3	4	5
4. En iyi planlamayı yapsam bile beklenmedik küçük bir olay her şeyi mahvedebilir.	1	2	3	4	5
5. Geleceğin bana neler getireceğini her zaman bilmek isterim.	1	2	3	4	5
6. Bir duruma hazırlıksız yakalanmaya katlanamam.	1	2	3	4	5
7. Her şeyi önceden ayrıntılı bir şekilde organize edebilmeliyim.	1	2	3	4	5
8. Belirsizlik beni hayatı dolu dolu yaşamaktan alıkoyar.					
9. Harekete geçme zamanı geldiğinde, belirsizlik elimi kolumu bağlar.	1	2	3	4	5
10. Belirsizlik yaşadığımda pekiyi çalışamam.					
11. En küçük bir şüphe bile hareket etmemi engeller.	1	2	3	4	5
12. Tüm belirsiz durumlardan uzak durmak zorundayım.	1	2	3	4	5

EK 7: Etik Kurul Değerlendirme Sonucu

ETİK KURUL ONAYI

Etik Kurul Onayı, bu tezin basılı halinde mevcuttur.