



YAKIN DOĞU ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI

**COVID-19 GEÇİREN VAKALARIN TRAVMA SONRASI
GELİŞİMLERİ İLE PSİKOLOJİK DURUMLARININ
DEĞERLENDİRİLMESİ**

Murat SARUHAN

YÜKSEK LİSANS TEZİ

LEFKOŞA
2021

**COVID-19 GEÇİREN VAKALARIN TRAVMA SONRASI
GELİŞİMLERİ İLE PSİKOLOJİK DURUMLARININ
DEĞERLENDİRİLMESİ**

Murat SARUHAN

YAKIN DOĞU ÜNİVERSİTESİ SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

KLİNİK PSİKOLOJİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

TEZ DANIŞMANI
Prof.Dr.MEHMET ÇAKICI

LEFKOŞA
2021

KABUL VE ONAY

Murat SARUHAN tarafından hazırlanan “Covid-19 Geçiren Vakaların Travma Sonrası Gelişimleri İle Psikolojik Durumlarının Değerlendirilmesi” başlıklı bu çalışma/...../2021 tarihinde yapılan savunma sınavı sonucunda başarılı bulunarak jürimiz tarafından Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

JÜRİ ÜYELERİ

Prof.Dr.Mehmet ÇAKICI (Danışman)

Yrd.Doç.Dr.Ayhan ÇAKICI

Yrd.Doç.Dr.Asra BABAYİĞİT

Prof.Dr. K.Hüsnü Can Başer
Sosyal Bilimler Enstitüsü Müdürü

BİLDİRİM

Hazırladığım tezin, tamamen kendi çalışmam olduğunu ve her alıntıya kaynak gösterdiğimi taahhüt ederim. Tezimin kâğıt ve elektronik kopyalarının Yakın Doğu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü arşivlerinde aşağıda belirttiğim koşullarda saklanmasına izin verdiğimi onaylarım.

- Tezim sadece Yakın Doğu Üniversitesinde erişime açılabilir.
- Tezimin iki (2) yıl süre ile erişime açılmasını istemiyorum. Bu sürenin sonunda uzatma için başvuruda bulunmadığım takdirde tezimin tamamı erişime açılabilir.

Tarih

İmza

Murat SARUHAN

TEŞEKKÜR

Bu araştırmanın y¼r¼t¼lmesinde iki yıl boyunca bilgi ve birikimlerini benimlepaylaşan değerli danışmanım Prof.Dr.MEHMET ÇAKICI'ya t¼m bu s¼re boyunca bana destek veren eşime, çocuklarıma, b¼t¼n aileme,s¼re boyunca desteklerini esirgemeyen arkadaşlarıma, iş arkadaşlarıma ve sevdiklerime en içten duygularımla teőekk¼r ederim.

Murat SARUHAN

ÖZET

COVID-19 GEÇİREN VAKALARIN TRAVMA SONRASI GELİŞİMLERİ İLE PSİKOLOJİK DURUMLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Bu araştırmanın temel amacı Covid 19 geçiren yetişkin bireylerin travma sonrası gelişimleri ile psikolojik durumlarını sosyodemografik özellikleri çerçevesinde incelemektir. Araştırmada ilişkisel tarama modeli kullanılmıştır. Bu araştırmanın evreni Mardin ili Kızıltepe İlçesinde Covid 19 geçirmiş 18 yaş üstü yetişkin bireylerdir. Covid 19 geçiren 216 kişi örnekleme oluşturmuştur. Araştırmada kişisel bilgi formu, Travma Sonrası Gelişim Ölçeği (TSGÖ) Kısa Semptom Envanteri (KSE) kullanılmıştır.

Ölçekler arası ilişkiler incelendiğinde, travma sonrası gelişim ölçeği ile psikolojik durumları ölçen Kısa Semptom Envanteri arasında aynı yönde anlamlı ilişki bulunduğu belirlenmiştir. Travma Sonrası Gelişim Ölçeği alt boyutlarının Kısa Semptom Envanteri yordamasına ilişkin çoklu regresyon analizi sonuçları incelendiğinde; taravma sonrası gelişimin Kısa Semptom Envanterini anlamlı yordadığı sonucu ortaya çıkmıştır. Covid 19 geçiren bireylerin travma sonrası gelişimleri ile psikolojik durumları arasında olan bu pozitif ilişki nedeniyle Covid 19 vakalarına psikolojik desteğin verilmesinin gerekli olduğu düşünülmektedir. Klinisyenler bu bireyler ile çalışırken onların sosyo demografik özelliklerini dikkate alarak psikolojik durumlarını destekleyici çalışmalar yapmaları önerilir.

Anahtar Kelimeler: Covid 19, Travma, Travma Sonrası Gelişme, Psikolojik Durum

ABSTRACT

EVALUATION OF THE POST-TRAUMIC DEVELOPMENTS AND PSYCHOLOGICAL STATUS OF CASE WITH COVID-19

The main purpose of this study is to examine the post-traumatic developments and psychological states of adult individuals with Covid 19 within the framework of their sociodemographic characteristics. The relational model was used in the research. The universe of this research is adult individuals over the age of 18 who have had Covid 19 in Mardin and Kızıltepe district. 205 people who had Covid 19 formed the sample. Personal information form, Post Traumatic Development Inventory (PTSI) and Brief Symptom Inventory (BSI) were used in the study.

In the study of inter-scale relationships, it was determined that there was a significant relationship in the same direction between the post-traumatic development scale and the short symptom inventory that measured psychological states. The results of multiple regression analysis for short symptom inventory prediction of post-traumatic development scale sub-dimensions were examined; it was revealed that post-traumatic development significantly predicts short symptom inventory. Because of this positive association between the post-traumatic development and psychological status of individuals who have undergone Covid 19, it is believed that psychological support for Covid 19 cases is necessary. When working with these individuals, clinicians are advised to conduct studies that support their psychological status, taking into account their socio-demographic characteristics.

Keywords: Covid 19, Trauma, Post Traumatic Development, Psychological Status

İÇİNDEKİLER

KABUL VE ONAY	iii
BİLDİRİM	iv
TEŞEKKÜR.....	iii
ÖZET	iv
ABSTRACT.....	v
İÇİNDEKİLER	vi
TABLO LİSTESİ.....	ix
KISALTMALAR LİSTESİ.....	xi
1. BÖLÜM	1
GİRİŞ	1
1.1.Problem Durumu.....	1
1.2.Araştırmanın Amacı	3
1.3 Araştırmanın Önemi.....	3
1.4.Kapsam ve Sınırlılıklar	4
1.5.Tanımlar	4
2. BÖLÜM	5
KURAMSAL BİLGİLER.....	5
2.1.COVID 19 ve Etkileri.....	5
2.1.1.COVID 19 nedir ve nasıl başlamıştır?	5
2.1.2.Türkiye’de COVID 19.....	7
2.1.3.Belirtileri Nelerdir?	8
2.1.4.Nasıl Bulaşır?	8
2.1.5.Kimler Daha Fazla Risk Altında?	9
2.1.6.Tanı Nasıl Konur?	10
2.1.7.Korunma Yolları Nelerdir?	10
2.2.Travma	11
2.2.1.Durumsal travma	14
2.2.2.Stres bozuklukları	16
2.3.Psikolojik Durumlar	19
2.3.1.Kaygı	19

2.3.2. Depresyon	20
2.3.3. Somatizasyon	21
2.3.4. Düşmanlık ve öfke	22
2.4. COVID 19'un Travmatik Etkileri Neler Olabilir?	22
3. BÖLÜM	25
YÖNTEM	25
3.1. Araştırmanın Modeli	25
3.2. Evren ve Örneklem	25
3.3. Veri Toplam Araçları	27
3.3.3. Kısa Semptom Envanteri (KSE)	28
3.4. Verilerin Toplanması	28
3.5. Verilerin Analizi	28
BÖLÜM IV	30
BULGULAR	30
4.1. Demografik Bilgilere Göre Travma Sonrası Gelişim Ölçeği Bulguları .	30
4.1. Demografik Bilgilere Göre Kısa Semptom Envanteri Bulguları	38
4.3. Korelasyon Analizi Sonuçları	48
4.4. Regresyon Analizi Sonucu	50
5. BÖLÜM	51
TARTIŞMA	51
6. BÖLÜM	56
SONUÇ VE ÖNERİLER	56
6.1. Sonuç	56
6.2. Öneriler	57
KAYNAKÇA	59
Ek. 1 : Kişisel Bilgi Formu	77
ÖLÇEK KULLANIM İZİNLERİ	85
ÖZGEÇMİŞ	85
BENZERLİK RAPORU	86
ETİK KURUL ONAYI	87

19.01.2021

Sayın Murat Saruhan

Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu'na yapmış olduğunuz YDÜ/SB/2021/895 proje numaralı ve **“Covid-19 Geçiren Vakaların Travma Sonrası Gelişimleri ile Psikolojik Durumları'nın Değerlendirilmesi”** başlıklı proje önerisi kurulumuzca değerlendirilmiş olup, etik olarak uygun bulunmuştur. Bu yazı ile birlikte, başvuru formunuzda belirttiğiniz bilgilerin dışına çıkmamak suretiyle araştırmaya başlayabilirsiniz.

Doçent Doktor Direnç Kanol

Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu Raportörü



Not: Eğer bir kuruma resmi bir kabul yazısı sunmak istiyorsanız, Yakın Doğu Üniversitesi Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu'na bu yazı ile başvurup, kurulun başkanının imzasını taşıyan resmi bir yazı temin edebilirsiniz.

..... 87

TABLO LİSTESİ

Tablo 1_Örnekleme Grubunun demografik özellikleri	25
Tablo 2_Ölçeklere Ait Basıklık, Çarpıklık ve Güvenirlik Değerleri	29
Tablo 3_Katılımcıların Cinsiyetlerine Göre Travma Sonrası Gelişim Ölçeği Puanları	30
Tablo 4_Katılımcıların Yaşlarına Göre Travma Sonrası Gelişim Ölçeği Puanları	30
Tablo 5_Katılımcıların Medeni Durumlarına Göre Travma Sonrası Gelişim Ölçeği Puanları	31
Tablo 6_Katılımcıların Çocuk Sahibi Olma Durumuna Göre Travma Sonrası Gelişim Ölçeği Puanları	32
Tablo 7_Katılımcıların Eğitim Durumlarına Göre Travma Sonrası Gelişim Ölçeği Puanları	32
Tablo 8_Katılımcıların İşlerine Göre Travma Sonrası Gelişim Ölçeği Puanları	33
Tablo 9_Katılımcıların Gelir Durumuna Göre Travma Sonrası Gelişim Ölçeği Puanları	34
Tablo 10_Katılımcıların Riskli Grupta Çalışma Durumuna Göre Travma Sonrası Gelişim Ölçeği Puanları	35
Tablo 11_Katılımcıların Kronik Rahatsızlığı Olma Durumuna Göre Travma Sonrası Gelişim Ölçeği Puanları	36
Tablo 12_Katılımcıların Covid Kaynaklı Kayıp Yaşama Durumuna Göre Travma Sonrası Gelişim Ölçeği Puanları	36
Tablo 13_Katılımcıların Karantinada Olma Durumuna Göre Travma Sonrası Gelişim Ölçeği Puanları	37
Tablo 14_Katılımcıların Covid Kaynaklı Entübe Olma Durumuna Göre Travma Sonrası Gelişim Ölçeği Puanları	38
Tablo 15_Katılımcıların Cinsiyetlerine Göre Kısa Semptom Envanteri Puanları	38
Tablo 16_Katılımcıların Yaşlarına Göre Kısa Semptom Envanteri Puanları ..	39
Tablo 17_Katılımcıların Medeni Durumlarına Göre Kısa Semptom Envanteri Puanları	40
Tablo 18_Katılımcıların Çocuk Sahibi Olma Durumlarına Göre Kısa Semptom Envanteri Puanları	41
Tablo 19_Katılımcıların Eğitim Durumlarına Göre Kısa Semptom Envanteri Puanları	41

Tablo 20_Katılımcıların İş Durumlarına Göre Kısa Semptom Envanteri Puanları	43
Tablo 21_Katılımcıların Gelir Durumlarına Göre Kısa Semptom Envanteri Puanları	44
Tablo 22_Katılımcıların Riskli Grupta Çalışma Durumlarına Göre Kısa Semptom Envanteri Puanları	45
Tablo 23_Katılımcıların Kronik Rahatsızlığı Olma Durumlarına Göre Kısa Semptom Envanteri Puanları	46
Tablo 24_Katılımcıların Covid Kaynaklı Kayıp Yaşama Durumlarına Göre Kısa Semptom Envanteri Puanları	46
Tablo 25_Katılımcıların Covid Kaynaklı Karantinada Olma Durumlarına Göre Kısa Semptom Envanteri Puanları	47
Tablo 26_Katılımcıların Covid Kaynaklı Entübe Olma Durumlarına Göre Kısa Semptom Envanteri Puanları	48
Tablo 27_Korelasyon Analizi Sonuçları	48
Tablo 28_Kısa Semptom Envanterine İlişkin Regresyon Analizi Sonuçları...	50

KISALTMALAR LİSTESİ

Akt	: Aktaran
Çev	: Çeviren
Ed	: Editör
SPSS	: Statistic Packets For Social Sciences
sf	: Sayfa
vd	: Ve Diğerleri

1. BÖLÜM

GİRİŞ

1.1.Problem Durumu

2020 yılı tüm Dünyada Covid-19 etkileri ile geçmiştir. Sokaga çıkma yasakları ve işyerlerinin kapatılması gibi Dünya tarihinde görülmemiş ölçüde tedbirler alınmasını gerektirmiştir. Kriz ortamlarında toplumda yaşanan belirsizlik, bireylerde duygusal olarak korkuya ve paniğe sebep olabileceği düşünülmektedir. Küçükusta (2010: 16-17), dünya üzerindeki nüfusun sayı olarak fazlalığı, ulaşım imkânlarının çok gelişmiş olması ve günümüz toplumlarında bireylerin daha kalabalık ortamlarda bir arada bulunması gibi nedenlerle yeni gelişecek salgınların yıkımının çok daha fazla olabileceği belirtilmiştir.

Virüs kaynaklı ve kolayca insandan insana bulaşabilen hastalıkların ortaya çıkması, ciddi bir tehlikeyi ifade ettiğinden hızlı karar verme ve uygulama gerektirmektedir (Genç, 2008) Hastalığın oluşturduğu belirsizlik ortamı aynı zamanda kriz ortamıdır. Kriz durumu gündelik akışın bozulması ve toplumsal anlamda bir tehlike oluşması bakımından oldukça önemlidir (Çaplı ve Taş, 2010: 237). Furedi (2001: 95-100) risk algısını şekillendiren unsurları, değişim, gelecekle ilgili kaygılar, bilmenin imkânsızlığı, insanın çaresizliği, insan eylemine ilişkin sınırların belirlenmesi' olarak sıralamaktadır.

Endişenin tersine korkuda, kesin bir nesne söz konusudur. Birey var olmayan değil, var olan ve kesinliği ispat edilmiş durumlardan korku duyar. Kendisine tehdit oluşturan durumun tehlikeye dönüşmesi sonucunda korkuya kapılan bireyde öncelikle güç yükselir'. Tehlikeye yönelik, dikkat ve alınan tedbir artar. Ancak bireyde kendini korumaya yönelik güven azaldığında bu kez ,güç azalır' ve bu durum paniği ortaya çıkartır (Hennenofen ve Heil, 2001: 13). Covid 19 pandemisi de bireyler üzerinde panik, korku ve endişeye yol açtığı düşünülmektedir. Bu bağlamda COVID-19 geçiren vakaların travma sonrası gelişimleri ile psikolojik durumlarının değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Covid 19 salgınının nasıl başladığı incelendiğinde 2019 sonlarında, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) Çin'de Wuhan kentinde sebebi bilinmeyen vakaların görüldüğünü açıklamıştır (Huang ve diğ. 2020). Bu durum 7 Ocak 2020 insanlarda önceden hiç rastlanmamış yeni bir Koronavirüs (2019-nCoV) tablosu olarak değerlendirilmiştir. Virüs Şiddetli Akut Solunum Yolu yetmezliği Sendromu ile ilgili Koronavirüs (SARS CoV)'e benzer özellikler taşıması sebebiyle SARS-CoV-2 olarak adlandırılmıştır. Yapılan çalışmalar neticesinde yarasaların en olası doğal konak olabileceğini göstermiştir (Lu ve diğ. 2020). Bununla birlikte, 2019-nCoV 'un doğrudan yarasalardan mı yoksa bir ara konaktan mı ilettiği hala belirsizliğini korumaktadır. İlk teşhis edilen hastalar ile Wuhan'daki Huanan Deniz Ürünleri Pazarı arasında ortak bir bağlantı olduğunu göstermektedir (Chen ve diğ. 2020).

COVID-19 bulunan 138 hastayı Wuhan kendinde inceleyen bir araştırmada % 99'unda ateş, % 70'inde yorgunluk, % 59'unda kuru öksürük, % 40'ında anoreksiya, % 35 oranında miyalji, %31'de dispne, % 27 oranında öksürüğe balgam eşlik etmekteydi (Wang ve diğ. 2020). COVID-19 hastalığının halen etkili bir aşısı veya tedavisi bulunmamaktadır. Bu nedenle bulaşın erken tanımlanması ve önlenmesi büyük önem taşımaktadır (Graham ve diğ. 2020). Raporlar, ciddi akut solunum sendromu olan SARS-CoV-2 ile enfekte olanlar arasında, % 20 kadarının hastaneye yatmayı gerektiren ciddi hastalık geliştirdiğini göstermektedir. İtalya'da yapılan bir çalışmada yoğun bakım ünitesine kabul oranının toplam pozitif vakalarının % 5 ila %12'si ile hastaneye yatırılan tüm hastaların da % 16'sının COVID-19 olduğunu göstermektedir (Grasselli ve diğ. 2020). Uygulanan tedavi farklılığı gibi nedenlerle COVID-19'un mortalite sıklığı, farklı çalışmalarda farklı saptanmaktadır. Örnek olarak, İtalya'da tahmini COVID-19 mortalite oranı Mart ortasında % 7,2'dir (Onder ve diğ. 2020). Ancyal Güney Kore tahmin edilen COVID-19 mortalite oranı % 0,9 idi (UpdatesonCOVID-19inKorea(asof14March, 2020). Bu salgının bize gösterdiği en temel gerçek; insanların kentsel yaşamı terk edip büyük şehirlere göç ettiği, insanların haz ve konfor uğruna daha fazla bencilleştiği, ailenin ve geleneksel ilişkilerin önemini kaybettiği çağda insanların gözleriyle bile göremediği virüs tehlikesi

karşısında bencillikten uzaklaşarak sorumlu davranmayı öğrenmesi gerektiğidir (Karakaş, 2020). Türkiye’de Covid-19 etkilerinin neler olduğunun araştırılması gerekmektedir. Bu hastalığın ciddiyeti bilindiğinden sokağa çıkma yasakları ve işyerlerinin kapatılması gibi Dünya tarihinde görülmemiş ölçüde tedbirler alınmıştır. Kriz ortamlarında toplumda yaşanan belirsizlik, bireylerde duygusal olarak korkuya ve paniğe sebep olabileceği düşünülmektedir. Bu yönüyle COVID-19 geçiren vakaların yaşadıklarını belirlemek için travma sonrası gelişimleri ile psikolojik durumlarının belirlenmesi bu araştırmanın konusunu oluşturmuştur.

1.2.Araştırmanın Amacı

Araştırmanın amacı COVID-19 geçiren vakaların travma sonrası gelişimleri ile psikolojik durumları arasında nasıl bir ilişki olduğunu belirlemektir. Araştırmanın alt amaçları ise, Covid 19 geçiren yetişkin bireylerin demografik durumlarına göre travma sonrası gelişimlerinin farklılık gösterip göstermediği farklılık gösteriyor ise hangi grubun farklılaştığının belirlenmesi, psikolojik belirtilerlerinin yine demografik özelliklere göre değişim gösterip göstermediği, değişim var ise hangi grubun diğerlerinden farklılaştığının belirlenmesi, travma sonrası gelişimler ile psikolojik durumlar arasında anlamlı bir ilişki olup olmadığını belirlenmesi, travma sonrası gelişimlerin psikolojik durumlarını yordayıp yordamadığının belirlenmesidir.

1.3 Araştırmanın Önemi

COVID 19 insan sağlığını önemli ölçüde etkileyen ölümlerle sonuçlanan vakaların bulunduğu pandemi olarak kabul edilmiş olan bir virüstür. Bu özellikleri nedeniyle ülkeler tarihte görülmemiş ölçüde tedbirler almış alınan bu tedbirler toplumsal yaşamı etkilemiştir. Bu çalışmada COVID 19 geçiren kişilerin travmatik gelişimleri ile psikolojik durumları arasındaki ilişki incelenmiştir. Daha önce bu konuda yapılmış bir çalışmanın olmaması açısından araştırmanın alanyazına katkı sağlayacağı düşünülmektedir. Elde edilen sonuçların hastalığın travmatik etkilerini ve psikolojik yönden kişileri etkileme durumlarını anlamada yardımcı olacağı düşünülmektedir.

Covid 19 sürecinin zorlu bir süreç olduğu hastalığın kısa, orta ve uzun vadeli etkilerinin neler olduğu henüz bilinmemektedir. Hastalık geçirenlerin psikolojilerini nasıl etkilendiği, travma sonrası gelişimleri ile psikolojik durumlarının ilişkisinin ne olduğu belirlenmelidir. Bu açıdan Covid 19 un tüm yönleri ile araştırılmasının önemli olduğu düşünülmektedir. Ayrıca demografik özelliklere göre de travma sonrası gelişim ile psikolojik durum ilişkisi incelenmelidir. Araştırmada demografik özelliklere göre de farklılaşma olup olmadığına bakılmıştır.

1.4.Kapsam ve Sınırlılıklar

Araştırmada Covid 19 hastalığı geçiren vakalar incelenmiştir. Çalışma grubu açısından Mardin ili Kızıltepe İlçesinde Covid 19 geçirmiş 18 yaş üstü yetişkin bireyler 216 kişi sınırlandırılmıştır. Çalışma süre açısından 2021 yılıyla sınırlandırılmıştır. Çalışmada gönüllülük ilkesine dikkat edilmiş ve gönüllü olmak bir sınırlılık ilkesi olarak düşünülmüştür. Konu açısından travma sonrası gelişim ve psikolojik durumlar ile sınırlandırılmıştır. Bu konuda kullanılan ölçeklerin özellikleri ile sınırlıdır.

1.5.Tanımlar

COVID 19: Koronavirüs, hayvan ve insanda solunum yolu enfeksiyonlarına benzer hastalığın oluşumuna neden olan geniş bir virüs grubudur (Sağlık Bakanlığı, 2020).

Travma: Psikolojik yönden depremin, selin veya diğer doğal felaketlerin, savaşın, cinsel ya da fiziksel saldırının, işkencenin, çocukluk döneminde yaşanmış bir istismarın, trafik kazalarının, iş kazalarının, yaşamı tehdit edecek boyutta hastalıkların konulması, tehlikeli bir olaya tanık olmanın zorlayıcılık yönüyle bireyin başa çıkmasını negatif etkileyen olaylardır (Öztürk, 2017).

Sağlık Kaygısı: Bireyin fizyoloji kökenli belirtileri negatif bir durum olacağı ve hastalıklara dönüşeceği kaygısını abartılı olarak yaşamasıdır (Karapıçak ve diğ., 2012).

2. BÖLÜM

KURAMSAL BİLGİLER

Bu bölümde COVID 19 ve etkileri, travma ve etkileri, travma sonrası stres ve psikolojik durumlar ilgili açıklamalar eşliğinde açıklanmıştır.

2.1.COVID 19 ve Etkileri

2.1.1.COVID 19 nedir ve nasıl başlamıştır?

İnsanlarda görülebilen koronavirüs ilk defa 1960'da rapor edilmiştir. Bir çok çeşidi bulunan virüsün soğuk algınlığına benzeyen çok ağır gitmeyen bir hastalık yapmaktadır. Ancak koronavirüsün bazı türleri (SARS-CoV) ise daha şiddetli akut solunum problemine yol açmaktadır. Diğer bir türü ise halk sağlığını tehdit edecek boyutlara varan (MERS-CoV) savunma sistemini olumsuz etkileyerek ölümlere sebebiyet vermiştir (Wu ve diğ. 2020). COVID-19'un SARS-CoV ve MERS-CoV virüs ailesi içinde yer aldığı tespit edilmiştir. COVID-19 virüsü 2019 yılında ortaya çıkmış ve hızlı bir şekilde yayılarak tüm dünyayı etkisi altına almıştır. Bu yayılma küresel çapta bir salgına dönüştüğünden "pandemi" olarak kabul edilmiştir (WHO, 2020).

Hastalık Wuhan'da ilk kez görülmüş, ve deniz ürünleri pazarında belirdiğinden deniz ürünleri kaynaklı olduğu düşünülmüştür. 2019 yılının Aralık ayında başlayarak çok hızlı şekilde şehri sarmıştır. Şiddetli seyreden solunum yolu sendromları ile kendini göstermiştir. Hastalığın coronovirüsün yeni bir çeşidi olduğu belirlendiğinden (2019-nCoV) olarak isimlendirilmiştir (Huang ve diğ. 2020; Zhou ve diğ. 2020). Bu virüsün belirtileri ateş, öksürük, nefes darlığı olarak tespit edilmiş ve 13 Ocak 2020'de virüs olarak tanımlanmıştır. Salgın ilk olarak bu bölgenin hayvan pazarında bulunanlarda görülmüştür. Daha sonra bu pazardan yayılarak tüm eyalete oradan ÇİN'deki diğer bir çok eyaleti kapsamış ve yayılım hızla artarak diğer tüm ülkelere de sıçramıştır (Sağlık Bakanlığı, 2020).

Koronavirüsler, hayvanlara ve insanlara tehlike oluşturabilen büyük bir virüs ailesidir. Koronavirüslerin insanlarda çok ciddi solunum yolu rahatsızlıkları yaratabileceği bilinmektedir. Bu hastalığa yakalanan bir çok kişinin hafif veya orta derecede solunum yolu rahatsızlığı yaşayacak ve ciddi bir tedavi almasına gerek kalmadan iyileşecektir. Kronik rahatsızlığı bulunan ve yaşlı olan insanlarda virüs oldukça ciddi sonuçlara yol açabilmektedir (WHO, 2020). Vakaların yüzdesi olarak erken ölüm raporları ('vaka ölüm oranı ' (CFR) % 0,1'in altından% 25'in üzerine kadar değişiyordu. Enfekte olanların büyük bir kısmının hiç veya sadece hafif semptomlara sahip olmadığı COVID-19 gibi bir hastalık için daha uygun bir hastalık yükü indeksi, enfeksiyon yüzdesi olarak ölümlerdir (Mizumoto ve Chowell, 2020).

Tüm nedenlere yönelik ölüm oranlarının eski dönemlerdeki ölüm oranlarıyla karşılaştırıldığında ölüm oranlarının oldukça arttığı görülebilir (Wu ve diğ. 2020). COVID-19'a yaklanan ve herhangi bir kalıcı rahatsızlık oluşmadan iyileşen hastaların oranı %95'tir. Aksi takdirde, semptomların başlaması ile ölümün gerçekleşmesi arasında geçen süre 6 ila 41 gün arasında değişiklik göstermektedir. Bu süre ortalamalar göze alındığında yaklaşık 14 gün olarak ifade edilebilir (Rothan ve Byrareddy, 2002). Ölüm-vaka oranı, COVID-19'un ölüme yol açtığı insan sayısı ile belirli bir zaman aralığında hastalığı teşhis edilmiş vaka sayısına bölünmesi ile elde edilmektedir. Johns Hopkins Üniversitesi istatistiklerine göre, 19 Ekim 2020 itibariyle küresel ölüm-vaka oranı yüzde 2,8'dir (40,050,902 vaka için 1,113,750 ölüm). Sayı bölgeye göre değişir (Lazzerini ve Putoto, 2020).

Hastalığın yayılımı ile birlikte 16 Mart 2020'ye gelindiğinde merkezinin Çin'in Güney Kore'nin, İtalya'nın, İran'nın, Fransa'nın ve Almanya'nın oluşturduğu ve 150 ülkeden fazla ve bölgeye yayıldığı görülmüştür. O dönemde 200 binlere varan doğrulanan vakalar ile 6000 den fazla ölüm oranı ile % 8 lere varan tahmini ölüm raporları yayınlanmıştır. Bu vakalar % 73 kadarı Çin ana karasında rapor edilmiştir. Vaka sayısı giderek artmış ABD'ye ve Güney Amerika ülkeleri ile Afrikaya da sıçramıştır. Çin nüfusuna rağmen vakalar orada çoğalmazken diğer dünya ülkeleri başta Hindistan olmak üzere her yerde hasta sayısı süretle artmıştır. 13 Mart'ta DSÖ, Avrupa salgında yeni

merkezdır demıştir. orada doğrulanmış vakaların muazzam artışı 23 Mart 2020'de İtalya, en yüksek ölüm sayısını (5560) bildirmış ve bunu Çin (3276), İspanya (1720) ve İnan (1685) izlemiştir (WHO, 2020).

Yosra ve diğ. (2020) enfeksiyonun gelecekte yayılmasını önlemek için epidemiyolojik, enfeksiyon kaynakları, bulaşmanın nedenleri etkileri, hastalığın kontrolünün sağlanması için strateji belirlenmesi için araştırma yapmışlardır. Yaralarının, enfeksiyona neden olduğu düşünülmüştür. Koronavirüslerin genetik bir çeşitliliği olduğu ve çok mutasyona uğradığı belirlenmiştir. Türler arasında geçişkenliğin yüksek olduğu görülmüştür. Kuluçka döneminin varlığı taşıyıcı riskini artırmaktadır. Bu durum karantina durumunu güçleştirmektedir. Tüm bu zorluklar nedeniyle hastalığa yaklaşım küresel ölçekte olmalıdır. Ortak uygulamalar yapılmalı ortak tedbirler alınmalı ve karantina dahil sınırlamalar ile hastalığın yayılımını engellenmelidir. Farklı disiplinlerin birlikte çalışması yararlı olabilir. Aşı geliştirme ve uygulamalarına da ağırlık verilmelidir. oluşturmaya yardımcı olabilir ve böylece virüsün yayılmasını önleyebilir (Yosra ve diğ. 2020).

2.1.2.Türkiye'de COVID 19

Bu salgınla birlikte alınan tedbirler kapsamında ülke sınırları kapatılmış, yurtdışı seyahatler iptal edilmiş, turizm ve ticari faaliyetler durmuştur (Chinazzi ve diğ., 2020). İlaç, gıda gibi temel ihtiyaçlara ulaşmak oldukça zor hale gelmiştir (Emanuel ve diğ, 2020). COVID-19'un ilk olarak 11 Mart 2020'de Avrupa'dan dönen bir erkeğin testinin pozitif çıkmasıyla Türkiye'ye ulaştığı tespit edilmiştir (Daily Sabah. 11 Mart 2020). COVID-19 kaynaklı ilk lmn 15 Mart 2020'de rapor edilmiştir. 1 Nisan'la birlikte COVID-19 tüm Türkiye'yi sarmıştır (Euronews, 23 Mart 2020). 18 Nisan test sonuçları ile birlikte bölgedeki en yüksek vaka sayısına sahip ülke konumuna agelinmiştir (El Cezire 19 Nisan 2020; Reuters . 19 Mart 2020). Türkiye'deki vaka sayısı 20 Nisan 2020 tarihinde Çin'deki vaka sayısını geçmiştir (Dış Politika. 20 Mart 2020). Türkiye'de tespit edilen vaka sayısındaki artış, kamu sağlık sistemini aşırı derecede etkilememiştir (DW News . 7 Mayıs 2020). Türkiye'deki vaka sayısı birçok Avrupa ülkesinden daha düşük olmuştur

(Hasell, ve diğ. 2020). Bu ülke nüfusunun genç olması ve yoğun bakım ünitelerindeki sayıca fazlalık kaynaklı olduğu belirtilmiştir (Institut Montaigne, 4 Mayıs 2020). 18 Ekim 2020 itibarıyla Türkiye'de 347.493 doğrulanmış vaka, 304.003 iyileşme, 9.296 ölüm ve gerçekleştirilen 12.408.312 test bulunmaktadır (Sağlık Bakanlığı, 18 Ekim 2020).

2.1.3. Belirtileri Nelerdir?

Salgınla ilgili yapılan ilk değerlendirmelerde semptomatik insanlar arasında bulaştığını düşünülmüştür ancak daha sonra hayvanlarda da olduğu belirlenmiştir (Chan ve diğ. 2019; Rothe ve diğ. 2019; Chan ve diğ. 2020). Şu anki mevcut bilgiler ile hastağın doğrudan bağlantı kurulamayan toplum yayılım vakalarının da bulunduğu kanıtlanmıştır. Hastalık çok hızlı yayılmış ve Dünya'da tüm ülkeleri sarmıştır. Hastalığın hapşırma ile boğaz ağrısıyla kendisini belli ettiği üst solunuma ilişkin bulguların bulunmadığı hastalar % 20-25'tir. Hastalıkta ateşin, kuru öksürüğün, nefes darlığının ve ishalin bulunduğu belirlenmiştir (Chan ve diğ. 2020). Ağır vakalarda hastalık pnömoni, metabolik asidoz, septik şok ve kanama ile karakterizedir (Li ve diğ. 2020). Belirtisiz olguların olabileceği bilinmesine rağmen bu durumun oranı bilinmemektedir. Şiddetli olgularda organ yetmezliği, ağır solunum yolu rahatsızlıkları ve ölüm gelişebilmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2020). Virüs başlıca solunum yolu rahatsızlıklarına neden olmakla birlikte bireyin ruhsal sağlığı üzerinde de ciddi etkilere neden olmaktadır (Almond ve Mazumder, 2005).

2.1.4. Nasıl Bulaşır?

COVID-19'un solunum damlacıklarıyla virüslü yüzeylerle temasın hastalık geçişini sağladığı düşünülmektedir (Koh, 2020). İşle ilgili maruziyet, işyerinde, yerel toplulukların bulaştığı bir bölgeye işle ilgili seyahat sırasında ve aynı zamanda oraya gidip gelirken meydana gelebilir (Belingheri ve diğ. 2020): COVID-19 sürecinde bulaşma riski en yüksek risk faktörü yapılan işle ilgilidir. Bireylerin sağlık hizmetlerinde çalışması, virüsün yayılımına imkan verecek şekilde kalabalık ortamlarda çalışılıyor olması, virüs taşıyan kişilerle temas halinde olunması, bu durumda sağlık çalışanları, sosyal hizmet görevlileri,

eğitim çalışanları, kuryeler, restoran ve lokantalarda çalışanlar örnek olarak verilebilir. Riski düşük olan meslekler ise hastalıkla doğrudan temasın olmadığı meslekleri içermektedir.

Hasta bireylerin ksrmeleri veya hapşırmaları ile etrafa saçılan damlacıklar aracılığı ile bulaşır. Hastaların virüs bulunan yerlere temas ettikten sonra ellerini ağız, burun, göz gibi hastalığın vücutlarına ulaşabilceği bölgelere götürmeleri ile de virüs alınabilir. Bu açıdan kirlı bölgelere dokunan elleri yüz bölgesine temas ettirmek oldukça risklidir (Sağlık Bakanlığı, 2020).

2.1.5.Kimler Daha Fazla Risk Altında?

COVID-19 virüsünün en sık görülen semptomları ateş, öksürük ve halsizliktir. Mevsimsel grip ile karşılaştırıldığında virüsün giribe göre çok daha bulaşıcı olduğu ve ölüm oranının %0,5 ile %3 arasında değiştiği anlaşılmaktadır. (Murthy, Gomersall ve Fowler, 2020; Parodi ve Liu, 2020). Yoksullar, yaşlılar ve engelliler gibi korunması ve destek alması gereken grupların, gerekli olan hizmetleri almaları konusunda öncelik sağlanmalıdır(Karakaş, 2020). COVID-19 enfeksiyonu bazı insanlar için daha fazla risk oluşturmaktadır. Hastalıkla ilgili bulgular şunlardır (Sağlık Bakanlığı, 2020).

- Vakalar yüzde 80 oranında hafif geçer.
- Vakalar %20 oranında hastanede tedavi altına alınmıştır.
- Hastalık genellikle 60 yaşında ve üzeri bireyleri daha çok etkiler.
- Kronikleşmiş hastalığı bulunanlar daha fazla etkilenmektedir. (Kalp hastalığının bulunması hipertansiyonun olması diyabetin olması, kronik Solunum yolu hastalığının bulunması, kanser gibi.

Salgınin yayılımının önlenmesi için alınan önlemler ilk olarak ekonomik durumu iyi olmayan insanları etkilemektedir. Kalablık ve uzun süreli yaşamaya elverişli olmayan konutlarda kalmak zorunda olan bireyler psikolojik olarak oldukça yıpranabilmektedir. Bu süreç boyunca psikososyal desteğe ihtiyaç duyan aile ve bireylere telefonla psikolojik destek sağlanabilir ve risk grubunda olan bireyler periyodik olarak izlenmelidir (Karakaş, 2020).

2.1.6.Tanı Nasıl Konur?

Salgın kaynağı olarak COVID-19 adı verilen hastalığı üreten şiddetli akut solunum sendromu koronavirüs-2 (SARS-CoV-2) olarak tanımlanmıştır. Yarasa koronavirüsü RaTG13'ün ilişkili olduğu bildirilmiştir (% 96,3). İnsandan insana bulaşma, asemptomatik taşıyıcılardan bile doğrulanmıştır. Hastalıkta ateşin, kuru öksürüğün ve şiddetli vakalarla birlikte göğüs ağrısının bulunduğu görülmüştür (Yosra ve diğ. 2020). Dünya Sağlık Örgütü (WHO) hastalıkla mücadelede klavuz yayınlamıştır. Hastalığın tespit edilmesi, tedavi edilmesi, önleme çalışmaları, kontrol stratejileri belirlenmiştir (Who, 2020). Hastalığın tanısı için kitler geliştirilmiş ve hastalığın olup olmadığı kolaylıkla test edilebilmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2020).

2.1.7.Korunma Yolları Nelerdir?

Hastalığın bulaşmasını önleme stratejileri arasında sosyal mesafe, maske takmak, elleri yıkamak, kirli elle gözlere, burna veya ağza dokunmaktan kaçınmak, bir mendile öksürmek veya hapşırarak ve mendili doğrudan çöpe atmak gerekmektedir. COVID-19'a yanıt olarak, dünyanın dört bir yanındaki ülkeler, hareket kısıtlamaları, okulların ve işletmelerin kısmen kapatılması veya kapatılması, belirli coğrafi bölgelerde karantina ve uluslararası seyahat kısıtlamaları dahil olmak üzere bir dizi halk sağlığı ve sosyal önlemi uygulamaya koydu. Hastalığın yerel epidemiyolojisi değiştiğinde, ülkeler bu önlemleri buna göre ayarlayacak (yani gevşetecek veya eski haline getirecektir). İletim yoğunluğu azaldıkça, bazı ülkeler ekonomik faaliyeti sürdürmek için işyerlerini kademeli olarak yeniden açmaya başlayacak. Bu, direktifler COVID-19 önlemesini teşvik etme ve sağlama kapasitesi dahil olmak üzere koruyucu önlemlerin oluşturulmasını ve bu önlemlere uygunluğun izlenmesini gerektirir (WHO, 2020)

Araştırmaya katılan bireyler COVID-19 pandemisinden sonra kalabalık ortamlardan büyük oranda uzaklaştıklarını ve maske, hijyen ve eldiven kullanarak tedbirli davrandıklarını belirtmişlerdir. Temizlik ve gıda malzemelerinin depolama davranışının arttığı söyleyenlerin oranı %47,3 olurken arttığını söyleyenlerin oranı %49,2 olmuştur. Koronavirüsün damlacık

ve temas yoluyla bulaştığı bilindiğinden bireylerin kalabalık ortamlardan uzaklaşmaları oldukça normal görülmektedir (Karakaş, 2020).

Sosyal uzaklaşma (fiziksel olarak araya mesafe koyma), bireyler arasındaki fiziksel mesafeyi açarak hastalığı önlemeye çalışır. Salgının yayılmasını önlemek için alınan önlemler; karantinalar, seyahat kısıtlamaları, okul, iş yeri, tiyatro, alışveriş merkezi gibi sosyal mesafenin korunamayacağı yerlerin kapatılması olmuştur. Bireyler sosyal mesafeyi koruyarak, insanlarla temastan kaçınarak, kalabalık ortamlardan uzaklaşarak sosyal mesafe yöntemlerini uygulayabilirler (Nussbaumer ve diğ. 2020). "Sosyal mesafe" teriminin kullanılması insanlara alternatif yollarla iletişim halinde kalmaktan ziyade sosyal bir izolasyona girmeleri gerektiği algısına yol açmıştır (Adlhoch ve diğ, 2020). Amaç sosyal mesafeyi sağlayarak hastalığın bulaşma hızını yavaşlatmaktır.

Diğer bir tedbir ise seyahat sınırlamasıdır. Yurtdışı yolculuklardan kaçınmak zorunlu olmadıkça seyahat etmemek gerekmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2020). Genel ülke tedbirleri arasında yüz maskesinin kullanılması tavsiye edilmekte ve zorunlu kılmaktadır (Greenhalg ve diğ. 2020).

2.2.Travma

Travma, kaza, saldırıya uğrama gibi korkunç olaylara verilmiş duygusal tepkidir. Olay gerçekleşikten hemen sonra şok ve inkar tipiktir. Daha uzun vadeli tepkiler, öngörülemeyen duygular, geri dönüşler, gergin ilişkiler ve hatta baş ağrısı veya mide bulantısı gibi fiziksel semptomları içerir. Ruhsal açıdan deprem, sel, cinsel istismar ya da fiziksel saldırıya uğrama, doğal afetler gibi bireyin üstesinden gelmekte zorlandığı olaylar travmatik olaylar olarak adlandırılmaktadır (Öztürk, 2017). Türksoy (2003), kişinin hayatına veya bedensel bütünlüğüne ilişkin bir tehdit, şiddet veya ölüm tehlikesiyle karşılaşmasının travmatik yaşantının sıradan olumsuz deneyimlerden ayrılması açısından önemli olduğunu belirtmektedir.

Travma genellikle kişinin bu deneyimle ilgili duyguları baş etme veya bütünleştirme yeteneğini aşan ezici bir stres miktarının sonucudur . Travma,

tek bir sıkıntılı deneyimden veya kişi acil durumlarla başa çıkmaya çalışırken haftalar, yıllar ve hatta on yıllar içinde ortaya çıkabilen ve sonunda ciddi, uzun vadeli olumsuz sonuçlara yol açan tekrarlayan bunalmış olaylardan kaynaklanabilir. Travma bireyler arasında farklılık gösterdiğinden, öznel deneyimlerine göre insanlar benzer travmatik olaylara farklı tepki verecektir. Başka bir deyişle, potansiyel olarak travmatik bir olay yaşayan tüm insanlar aslında psikolojik olarak travmatize olmayacaktır (Storr ve diğ. 2007). Bununla birlikte, bazı kişilerin büyük bir travmatik olaya maruz kaldıktan sonra travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) geliştirmesi mümkündür (Hoffman ve diğ. 2016). Risk oranındaki bu tutarsızlık, bazı bireylerin travmayla baş etmelerini sağlayan koruyucu faktörlere bağlanabilir; diğerlerinin yanı sıra mizaç ve çevresel faktörlerle ilgilidir. Bazı örnekler esneklik özelliği ve aktif yardım arama (Wingo ve diğ. 2014).

Bu tür son derece travmatik deneyimler yaşayan kişiler genellikle sonradan belirli semptomlar ve sorunlar yaşarlar. Bu semptomların şiddeti kişiye, dahil olan travmanın türüne ve başkalarından aldıkları duygusal desteğe bağlıdır. Travmaya verilen reaksiyonlar ve semptomlar geniş ve çeşitli olabilir ve kişiden kişiye ciddiyeti değişebilir. Travma geçirmiş bir birey bunlardan birini veya birkaçını yaşayabilir (Carlson, ve Josef, 2005). Travmatik bir deneyimden sonra, kişi travmayı zihinsel ve fiziksel olarak yeniden deneyimleyebilir , bu nedenle tetikleyiciler olarak da adlandırılan travma hatırlatıcıları rahatsız edici ve hatta acı verici olabilir. Yeniden deneyimlemek, insanların güvenlik, kendine, öz yeterlilik duygusuna ve ayrıca duyguları düzenleme ve ilişkileri yönlendirme yeteneklerine zarar verebilir. Alkol dahil psikoaktif maddelere dönüşebilirler. Duygulardan kaçmaya ya da bastırmaya çalışmak. Bu tetikleyiciler, kişinin olayları tekrar ediyormuş gibi hissettiği disosiyatif deneyimler olan geri dönüşlere neden olur. Geriye dönüşler, dikkat dağınıklığından tamamen ayrılmaya veya mevcut bağlamın farkındalığının kaybolmasına kadar değişebilir. Semptomların yeniden deneyimlenmesi, bedenin ve zihnin travmatik deneyimle başa çıkmak için aktif olarak mücadele ettiğinin bir işaretidir.

Özellikle salgının ortaya çıkması ve hastalığın yayılmasıyla insanlarda korku ve endişe artmıştır (Rajkumar ve diğ., 2020). Önceki çalışmalarda, virüsün sebep olduğu solunum rahatsızlıkları bireylerin depresyon ve stres düzeylerini etkilediği gösterilmiştir (Wu, ve diğ. 2005). Tetikleyiciler ve ipuçları, travmayı hatırlatır anksiyete ve diğer ilişkili duygulara neden olabilir. Çoğu zaman kişi bu tetikleyicilerin ne olduğunun tamamen farkında olmayabilir. Çoğu durumda bu, travmatik bozukluklardan muzdarip bir kişinin, genellikle kendi eylemlerinin doğası veya nedenlerinin tam olarak farkında olmadan, yıkıcı davranışlar veya kendine zarar veren başa çıkma mekanizmalarına girmesine yol açabilir. Panik ataklar, bu tür duygusal tetikleyicilere verilen psikosomatik tepkilere bir örnektir.

Sonuç olarak, geçmiş olayların yeniden yaşanması nedeniyle tehlike her zaman mevcut görülebileceğinden, yoğun öfke duyguları, bazen uygunsuz veya beklenmedik durumlarda sıklıkla su yüzüne çıkabilir. Görüntüler, düşünceler veya geri dönüşler gibi üzücü anılar kişiyi rahatsız edebilir ve sık sık kabuslar görülebilir.

Kişi gerçekte ne olduğunu hatırlamayabilirken, travma sırasında yaşanan duygular kişi nedenini anlamadan yeniden. Bu, travmatik olayların sürekli olarak şu anda oluyormuş gibi deneyimlenmesine yol açabilir ve deneğin deneyime bakış açısı kazanmasını engelleyebilir. Bu, fiziksel ve zihinsel tükenme dönemleri ile noktalanmış uzun süreli akut uyarılma dönemleri modeli oluşturabilir. Bu gibi ruh sağlığı bozukluklarına yol açabilir akut stres ve anksiyete bozukluğu, travmatik keder , farklılaşmamış somatoform bozukluk , dönüşüm bozuklukları, kısa psikotik bozukluk, borderline kişilik bozukluğu , uyum bozukluğu vb. (Rothschild, 2000).

Zamanla duygusal tükenmişlik başlayarak dikkatin dağılmasına neden olabilir ve net düşünmek zor veya imkansız olabilir. Duygusal kopukluk ve ayrışma veya "uyuşma" sıklıkla meydana gelebilir. Acı veren duygudan kopma, tüm duyguları uyuşturmayı içerir ve kişi duygusal olarak düz, meşgul, mesafeli veya soğuk görünebilir. Ayrılma, depersonalizasyon bozukluğu, disosiyatif amnezi, disosiyatif füğ, disosiyatif kimlik bozukluğu vb. İçerir. Travmaya maruz kalma ve yeniden deneyimleme, yavaş miyelinasyon, sinaptik budama

anormallikleri, hipokampusun küçülmesi, bilişsel ve duygusal bozukluk gibi nörofizyolojik değişikliklere neden olabilir. Bu, savunmasız ortamlarda bulunan çocuk ve gençlerle üst düzey işlev değerlendirmesine ilişkin yapılan beyin taraması çalışmalarında önemlidir.

Bazı travmatize kişiler, travma semptomları geçmediğinde ve durumlarının düzeleceğine inanmadıklarında kalıcı olarak hasar görebilirler. Bu umutsuzluk duygularına, geçici paranoyak düşünceye, özgüven kaybına , derin boşluklara, intihar eğilimine ve sıklıkla depresyona yol açabilir . Kişinin benlik ve dünya anlayışının önemli yönleri ihlal edilmişse, kişi kendi kimliğini sorgulayabilir (Carlson ve Josef, 2005).

2.2.1.Durumsal travma

Travmatik olaylar neticesinde bireylerde, anksiyete başta olmak üzere pek çok ruhsal sorunun alkol ve uyuşturucu kullanımı gibi olumsuz alışkanlıklar görülebilmektedir. madde kullanımı ya da bağımlılığı, travma sonrası stres bozukluğu ve dissosiyatif bozukluklar, vb. pek çok ruhsal bozukluğun ortaya çıkabildiği gözlemlenmektedir. Travmanın emosyonel etkileri arasında, travmatik olaylar sırasında ve sonrasında meydana gelen korku, çaresizlik, anguaz (angoisse), depresif duygulanım, öfke, suçluluk duygusu, utanç, benlik saygısında düşüş ve kimlik sorunları yer almaktadır (Öztürk, 2003) Travmaya insan yapımı, teknolojik ve doğal afetler neden olabilir. Psikolojik travmaya verilen yanıtlar: Psikolojik travmaya verilen yanıt, travmanın türünün yanı sıra sosyo-demografik ve arka plan faktörlerine bağlı olarak değişebilir.

Salgınla, virüsle, yoğun bakımla, ölümle gün içerisinde sürekli olarak yüzleşmek zorunda olan sağlık çalışanlarında ilerleyen süreçlerde travma ve psikolojik sorunlar görülmeye başlanmıştır (Chen ve diğ., 2020; Holmes ve diğ., 2020).

Proaktif olabilenler genellikle stres faktörlerinin üstesinden gelebilir ve beklenmedik durumlarla daha iyi başa çıkma olasılıkları daha yüksektir. Öte yandan, daha reaktif olanlar, genellikle beklenmedik bir stres etkeni

nedeniyle daha belirgin etkiler yaşarlar. Pasif olanlar söz konusu olduğunda, stresli bir olayın kurbanlarının uzun vadeli travmatik etkilerden muzdarip olma olasılığı daha yüksektir ve genellikle kasıtlı başa çıkma eylemleri gerçekleştirmezler. Bu gözlemler, bir mağdurla ilişkili travma düzeyinin bu tür bağımsız başa çıkma yetenekleriyle ilişkili olduğunu gösterebilir. Baysak (2010), travma deneyimlerinin şiddetinin, travma öncesi, sırası ve sonrasına ilişkin pek çok unsurun, bireylerin travmatik olay karşısındaki öznel duyarlılığının ve mevcut baş etme becerilerinin bu oranlar üzerinde etkili olduğunu savunmaktadır.

Toplumda olası bir tehlike beklentisi üzerinden ortaya çıkan risk, bireylerde endişeye sebep olmaktadır. Bu anlamda tehlikenin belirginleşmesinin ardından bireyde ortaya çıkan duygusal durum korku olarak ifade edilmektedir. Örneğin dünya üzerinde ortaya çıkma olasılığı bulunan salgın bir hastalık beklentisi 'riski' ifade etmektedir. Bu doğrultuda salgın hastalık ihtimali bireylerde duygusal olarak endişe yaratıcı bir durumdur. Salgın hastalık ihtimalinin belirginleşip tehlikeye dönüştüğü durumda tehlike belirginleşmiş ve tanımlanmıştır. Bu durum bireyde korku duygusunu ortaya çıkartmaktadır. Hastalığın yayılma seyrinin hızlanması, yaşanabilecek ölüm oranları göz önüne alındığında bireysel olarak hayati tehlike altında bulunan birey panik duygusuyla da karşı karşıya kalmaktadır. Ortaya çıkan salgın, hastalıktan etkilenme korkusu, toplumsal düzeyde yaşanan korku ve panik, geleceğe ilişkin riskler düşünüldüğünde yaşanan bu karmaşa durumu ise krize işaret etmektedir.

Sigmund Freud , kariyeri boyunca psikolojik travma kavramını inceledi. Jean Laplanche Freud'un, Freud'un kariyeri boyunca önemli ölçüde değişen travma anlayışının genel bir tanımını vermiştir: "Öznenin yaşamındaki, yoğunluğuyla, öznenin ona yeterince yanıt verememesiyle ve kargaşayla ve uzun süredir tanımlanan bir olay. ruhsal organizasyonda getirdiği kalıcı etkiler ". (Laplanche ve Pontalis, 1967). Fransız psikanalist Jacques Lacan , " Gerçek " dediği şeyin sembolizasyonun dışında travmatik bir niteliğe sahip olduğunu iddia etti . Bir kaygı nesnesi olarak Lacan, Gerçek'in "artık bir nesne olmayan temel nesne olduğunu, ancak tüm kelimelerin durduğu ve

tüm kategorilerin başarısız olduğu bu karşı karşıya kalınan bir şey, mükemmel bir kaygı nesnesi " olduğunu savunmuştur (Lacan, 1991).

2.2.2.Stres bozuklukları

Bireylerin az veya çok strese yol açan olaylar ile karşı karşıya geldikleri; ancak bu deneyimlerin normal koşullar altında travmaya dönüşmediği görülmektedir. Yaşanan olayların travmatik sürece dönüşmesi üzerinde, yaşanan olayın şiddeti, meydana geldiği ailevi ortam ve uygunsuz çevre koşullarının etkili olduğu belirtilmektedir (Öztürk, 2017).

Tüm psikolojik travmalar, hoş olmayan bir uyarana verilen fizyolojik bir tepki olan stresten kaynaklanır (Carlson, 2013). Uzun süreli stres, uzun bir süre boyunca glukokortikoid salgılanmasına atfedilebilecek zayıf zihinsel sağlık ve zihinsel bozukluk riskini artırır. Bu kadar uzun süreli maruz kalma, bağışıklık sisteminin baskılanması ve kan basıncının artması gibi birçok fizyolojik işlev bozukluğuna neden olur. Sadece bedeni fizyolojik olarak etkilemekle kalmaz, aynı zamanda hipokampusta morfolojik bir değişiklik de meydana gelir. Araştırmalar, yaşamın erken dönemlerinde aşırı stresin hipokampusün normal gelişimini bozabileceğini ve yetişkinlikte işlevlerini etkileyebileceğini gösterdi. Çalışmalar kesinlikle hipokampusün boyutu ile kişinin stres bozukluklarına yatkınlığı arasında bir ilişki olduğunu göstermektedir (Brunson ve diğ. 2005). Savaş zamanlarında psikolojik travma, mermi şoku veya stresle mücadele tepkisi olarak bilinirdi . Psikolojik travma, travma sonrası stres bozukluğuna (TSSB) yol açabilen akut stres reaksiyonuna neden olabilir. PTSD, birçok gazinin kendi ülkelerine moralini bozduğu ve bazen psikoaktif maddelere bağımlı olduğu Vietnam Savaşı'ndan sonra bu durumun etiketi olarak ortaya çıktı . TSSB semptomları tanı için en az bir ay sürmelidir. TSSB'nin ana semptomları dört ana kategoriden oluşur: travma (yani yoğun korku), yeniden yaşama (yani geri dönüşler), kaçınma davranışı (yani duygusal uyuşma) ve hipervijilans (yani çevrenin tehlike için sürekli taranması). Araştırmalar, ABD nüfusunun yaklaşık% 60'ının hayatlarında en az bir travmatik semptom yaşadığını bildirdiğini, ancak yalnızca küçük bir kısmının aslında TSSB geliştirdiğini gösteriyor. TSSB riski ile eylemin fail

tarafından kasıtlı olarak uygulanıp uygulanmadığı arasında bir korelasyon vardır. Psikolojik travma, terapi ve endike ise psikotrop ilaçlarla tedavi edilir. (Frommberger, 2014).

Travma Sonrasında görülen Stres Bozukluğu ve Uyum Bozuklukları gibi travma sonrası ortaya çıkan birden çok psikiyatrik hastalık tanımlanmaktadır (İzci ve Ünveren, 2017). TSSB, kişinin yaşamına yönelik tehdit edici bir olay (saldırı, işkence, tecavüz, kaza, doğal afet, silahlı çatışma vb. gibi) esnasında yoğun korku, dehşet, çaresizlik ve ümitsizlik yaşaması ve bu tehdit edici durum sona erdikten çok sonra dahi hala yoğun kaygı ve stres tepkilerini yaşamaya devam etmesi olarak tanımlanmaktadır. Bunlara ek olarak, bireylerin bu tür olayların bir başkasının başına gelmesine tanık olmalarının veya sevdiklerinin başına gelmiş olduğunu öğrenmelerinin de olayların doğrudan yaşanması kadar, duygusal açıdan olayların travmatik olarak algılanması konusunda oldukça önemli olduğu görülmektedir (Smith, ve diğ. 1999; Tedstone ve Tarrier, 2003). DSM 5'e göre travmatik bir olaydan sonra istem dışı travmatik olayların yeniden deneyimlenmesi, olayla ilgili uyarılardan kaçınma, travma sonrası diğer duygu durum ve bilişsel değişimler ve artan uyarılmışlık ve tepkisellik belirtileri olmak üzere 4 grupta toplanmıştır (APA, 2013). Değerlendirme sırasında bireyler, travmatik olayı hatırlatan ani duyguları tetikleyen aktivasyon tepkileri sergileyebilir (örneğin, sıkıntı , kaygı, öfke), olayla ilgili anılar veya düşünceler. Bireyler henüz bu sıkıntının üstesinden gelemeyebilecekleri için, olayın kişiyi "yeniden travmatize etmeyecek" bir şekilde nasıl tartışılabileceğini belirlemek gerekir. Bu tür yanıtları not almak da önemlidir, çünkü bu yanıtlar klinisyene olası travma sonrası stresin yoğunluğunu ve şiddetini ve yanı sıra yanıtların tetiklenme kolaylığını belirlemede yardımcı olabilir. Ayrıca, olası kaçınma tepkilerinin varlığına dikkat etmek önemlidir. Kaçınma tepkileri, beklenen aktivasyon veya duygusal tepkinin yokluğunu ve ayrıca kaçınma mekanizmalarının (örneğin, madde kullanımı, olayla bağlantılı ipuçlarından çabayla kaçınma, ayrılma) kullanımını içerebilir.

Psikolojik olarak travmatik deneyimler genellikle kişinin hayatta kalmasını ve güvenlik duygusunu tehdit eden fiziksel travmayı içerir. Psikolojik travmanın tipik nedenleri ve tehlikeleri arasında taciz, utanç, terk edilme, taciz edici ilişkiler, reddedilme, birlikte bağımlılık, fiziksel saldırı, cinsel istismar, eş davası, istihdamda ayrımcılık, polis şiddeti, adli yolsuzluk ve suistimal, zorbalık, aile içi şiddet, beyin yıkama, ebeveyn şiddeti, tehdidi veya tanıklığı (özellikle çocuklukta), yaşamı tehdit eden tıbbi durumlar ve ilaç kaynaklı travma. Felaket doğal afetler gibi depremler ve volkanik patlamalar, büyük ölçekli ulaşım kazaları, ev ya da yerli yangın, motorlu taşıt kazası gibi kitlesel kişilerarası şiddet , savaş , terör saldırılarından ya da benzeri diğer kitle mağduriyet, sex trafficking, rehin alınmak veya kaçırılmak da psikolojik travmaya neden olabilir. Aşırı yoksulluk veya sözlü taciz gibi diğer istismar biçimleri gibi durumlara uzun süreli maruz kalma, fiziksel travmadan bağımsız olarak var olur, ancak yine de psikolojik travma yaratır (Whitfield, 2010). Travma ile ilişkili semptomların tedavisi için travma sonrası stres bozukluğu dahil olmak üzere bilişsel davranışçı terapi (Schnurr ve diğ. 2007). Kullanımına yönelik geniş bir ampirik destek vardır . Tıp Enstitüsü kılavuzları, bilişsel davranışçı terapileri TSSB için en etkili tedavi olarak tanımlar (McLean ve Foa, 2011).

Bilişsel davranışçı terapilerin İki, uzun süreli maruz (Resick ve diğ. 2008). ve bilişsel işleme tedavisi TSSB tedavisi için Gazi İşleri Bakanlığı tarafından ulusal düzeyde yayılmaktadır (Karlın, 2010). Travma tedavisi, travma ile ilgili anıların işlenmesine izin verir ve daha uyumlu psikolojik işleyişe doğru büyümeye izin verir. Olumsuz başa çıkma yerine olumlu başa çıkmanın geliştirilmesine yardımcı olur ve bireyin üzücü-üzücü materyali (düşünceler, duygular ve anılar) bütünleştirmesine ve bunları içsel olarak çözmesine izin verir. Aynı zamanda dayanıklılık, ego düzenleme, empati vb. Gibi kişisel becerilerin geliştirilmesine yardımcı olur. (Briere ve Scott, 2014). Travma yaşayan her bireyde TSSB görülmediği, hatta aynı travmatik olayı deneyimleyen her bireyde de TSSB'nin ortaya çıkmadığı görülmektedir (Davison ve Neale, 2004).

2.3.Psikolojik Durumlar

2.3.1.Kaygı

Literatürde endişe tanımları gelceğe dair belli olmayan bir tehlike, nesnesizlik, kavramları ile ifade edilmiştir (McKenzie, 2005). Sağlık kaygısı, bireyin fizyolojik tepkilerini yanlış yorumlaması ile birlikte ciddi bir hastalığa yakalanacağını düşünmesi ve bu durumdan korkmaya başlamasıdır (Karapıçak ve diğ., 2012). Çalışmalarda %62 oranında sağlıkla ilgili kaygıların, %53,5'inin de hastalık belirtileriyle ilgili şüphelerinin arttığını belirlenmiştir (Karakaş, 2020). Kronovirüsün kronik kaygı, tükenmişlik durumlarında görülmektedir. Tükenmişliğin öncesinde endişe ve sinirlilik gibi duygular görülebilmektedir. Fiziksel olarak bireyin kalp ritminde hızlanma ve kaslarında kasılma meydana gelebilir. Zaman içinde, anksiyete bireyin günlük yaşamını etkilemeye başlar. Endişe ve korku oldukça yaygındır. Bazı durumlarda, endişe çok şiddetli olabileceğinden bireyde panik atak meydana getirebilir (Carter, 2012). Kaygı (anksiyete) doğuştan beri insanlarda varolan, anlaşılması ve anlatılması olanaksız, gelceğe dair olumsuz düşüncelere sahip olma durumudur. Kaygı ruhsal olarak da bireyi etkileyerek ruhsal alanlı ilgilendiren belirti ve yakınmalara yol açar (Köknel, 2004, 14).

COVID-19 sağlık çalışanlarının kaygılarını arttırdığını göstermiştir. Bu kaygıya sebep olarak; sağlık çalışanlarının enfekte olmaktan korkması, kurumun yeterli psikolojik desteği sağlayamaması ve yüksek iş yoğunluğu gösterilebilir (Pan, ve diğ. 2020).

Bunaltı duygusu bazı yönlerden korkuya benzemektedir. Birey bu duyguyu yaşarken kötü bir haber alacakmış gibi hisseder ve bir sıkıntı, endişe hissetmeye başlar. Hasta bu sıkıntının giderilmesi için her türlü durumu onaylayabileceğini ifade eder. Bu durumun daha iyi anlaşılabilmesi için şöyle bir örnek verilebilir: İnsanın çok şiddetli korkulu bir düşünce uykudan uyanınca, kalp atışlarının hızlanması ve hala rüyanın etkisinde olması. Bunun bir düşünce olduğu anlaşılana kadar birey tekrar uykuya dalmaz ve rüyanın etkisini azalması beklenir. İşte bunaltı bireyin gündüz yaşadığı sıkıntı buna benzeyen tam olarak açıklanamayan bir durumdur (Öztürk, 2015, 262). Gerçekte,

kendisini tehdit altında hisseden birey ile stres yaratan bir ortamda yaşayan bireyin yaşadıkları arasında ancak şiddet düzeyinde fark olabilir (Köknel, 2004).

Endişenin tersine korkuda, kesin bir nesne söz konusudur. Birey var olmayan değil, var olan ve kesinliği ispat edilmiş durumlardan korku duyar. Kendisine tehdit oluşturan durumun tehlikeye dönüşmesi sonucunda korkuya kapılan bireyde öncelikle ‚güç yükselir‘. Tehlikeye yönelik, dikkat ve alınan tedbir artar. Ancak bireyde kendini korumaya yönelik güven azaldığında bu kez ‚güç azalır‘ ve bu durum paniği ortaya çıkartır (Hennenofen ve Heil, 2001).

2.3.2. Depresyon

Tükenmişlik yaşayan birey daha ilk günlerde bir farklılık hissedebilir. Bununla birlikte birey konsantre olmakta ve mutlu olmakta zorlanabilir. Bu süreçte bireylerde sıklıkla değersizlik ve suçluluk duyguları görülmektedir. Bu süreç şiddetli geçtiğinde birey ölüm, intihar gibi düşüncelere sahip olabilir (Carter, 2012). Davranışın meydana gelmesinde bir dizi bilişsel süreç meydana gelmektedir. Davranışların seçiminde çatışma olduğunda bilişsel stres meydana gelmektedir. Davranışların bağlı olduğu duyguların yoğunluğuna göre bu çatışmaların şiddeti değişiklik göstermektedir. Çatışmanın şiddeti ve süresi durumluluk kaygı düzeyini yükseltir. Kaygı düzeyinin yükselmesi bireyin sinirsel ve duygusal sistemlerini aksatabilecek etkiye sahiptir (Köknel, 2004). DSÖ depresyonun gelecek yıllarda yeti yitimine yol açan hastalık arasında olacağını belirtmiştir (DSÖ, 2009). Kayahan vd (2003) kadınların %51,3 depresif belirtileri olduğunu %25,8'ne depresyon tanısı konulduğunu belirlemiştir. Ünal ve diğ. (2002) depresyonun risk faktörlerinin kadın olmak ve aile yükümlülüğünün olması şeklinde belirlenmiş, evlilik sorunlarının ve karşı cinsle problemlerle karşılaşmaktadır.

Salgın hastalığın meydana getirdiği sorunlar hem bireylerin hem de toplulukların zayıflıklarını ortaya çıkarmıştır. Pandemi yalnızlaşmaya ve bencilleşmeye zorlayan neoliberal sisteminin yerine dayanışmaya, paylaşmaya, çevreye ve biyoçeşitliliğine duyarlı yeni bir dünya düzeninin kurulması gerektiğini göstermiştir (Karakaş, 2020). Tian ve diğ. (2020), Covid

hastalığı süresince 18 yaş altındakilerin orta yaş grubuna kıyasla daha çok obsessif kompulsif belirtiler gösterdiğini belirlemiştir. 50 yaşından büyük olan kişiler de yine ort yaşa kıyasla obsessif kompulsif belirtileri daha fazla olmuştur. Eğitim seviyesi düştükçe obsessif kompulsif belirtiler daha fazla çıkmıştır. Eşlerinden boşananlarında evlilere kıyasla obsessif kompulsif belirtileri daha fazla bulunmuştur. Dul kalmış olanlarda da benzer bir sonuç bulunmuştur. Tarımda çalışanlar ile azınlık gruplarında da obsessif kompulsif belirtiler daha fazla çıkmıştır. Bunun dışında bu gruplarda kişilerarası hassasiyetin fazla olduğu, fobik anksiyetenin ve psikotik semptomların yine yüksek olduğu belirlenmiştir. Başka bir araştırmada yaşlı bireylerde enfekte olduktan sonra ölüm kaygısının fazlaştığı ve şiddetli psikolojik semptomların bulunduğu tespit edilmiştir (Chen ve diğ., 2020).

2.3.3.Somatizasyon

Son 20 yıla kadar bu sendrom histeri olarak incelenmiştir. Kronik stres insan vücudunu güçsüzleştirdiğinden, tükenmişlik yaşayan bireylerin hastalanması daha kolaydır. Tükenmişliğin şiddeti arttıkça bireyin hasta olma ihtimali artmaktadır. Birey tükenmişliğin başlarında iştah kaybı yaşayabilir ve bundan kaynaklı olarak birey kilo kaybedebilir (Carter, 2012). Somatizasyon bozukluğunda uzun yıllar süren çok değişik fiziki belirtilerle giden bir rahatsızlık söz konusudur. Bu belirtiler arasında hastanın gençlik yıllarından itibaren sık sık rahatsızlandığı ve konversiyon veya psödonörolojik belirtiler gösterildiği görülür. Bu psödonörolojik belirtiler arasında ses kısılması, sağırılık, körlük, felçler bulunmaktadır. Gastrointestinal belirtiler arasında ise karın ağrıları, bulantı, kusma nöbetleri gösterilebilir. Adet bozuklukları, düzensizlikler, aşırı kanamalar gibi sorunlarla sık sık karşılaşmaktadır (Öztürk, 2015).

Kronik Yorgunluk : Tükenmişliğin erken evrelerinde, kendinizi enerji eksikliği ve sıklıkla yorgunluk hissi olabilir. Uzun süre uyumaya rağmen bireyler uykudan yorgun olarak kalkar. Bireyler daha yavaş hareket eder ve bunun sonucunda zaman yönetiminde sorun yaşar. Daha da kötüsü, yorgunluk sadece fiziksel değil aynı zamanda psikolojik bir hale gelir. Fiziksel

Semptomlar: Ciddi fiziksel belirtiler, göğüs ağrısı veya nefes darlığı gibi zorluklar ilk önce doktor tarafından değerlendirilmelidir. Ancak bireylerin tükenmişlik sendromundan kaynaklı olarak geçirdiği rahatsızlıkları genellikle stres kaynaklıdır. Bu semptomlar, göğüs ağrısının, kalp çarpıntısının, baş dönmesinin bireyin günlük işlerini etkilediği belirlenmiştir (Carter, 2012).

2.3.4.Düşmanlık ve öfke

Öfke: Bıkkınlık durumunda stres sürekli olarak varlığını sürdürdüğü için bu duygular öfke ve kızgınlığa dönüşebilir. Öfke ilk başlar bireylerin yakın çevresi ile arasında yaşanan gerginlikler olarak kendini gösterebilir. Bıkkınlık daha şiddetli hale geldiğinde, öfke patlamaları yaşanabilir. Birey bu süreçte yakın çevresine şiddet uygulamak gibi düşünceleri kafasından geçebilir (Carter, 2012). Disosiyatif Bozuklukta farklı psikolojik problemlerin ve travmatik olayların kişide bilinç- bellek ve kimlik sorunlarının olduğu belirlenmiştir. Erişkinlerde 'disosiyatif' belirtiler yaygınlık olarak %9,7 dir. Bu oranla Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti dünyanın diğer ülkeleri ile kıyaslandığında Kanada'nın ve Türkiye'nin ardından 'disosiyatif' belirtileri en yüksek 3. Ülkesi olarak belirlenmiştir (Çakıcı, 2018).

Salgın süresince kimi zaman zorunlu olarak uygulanan sosyal mesafe ve diğer insanlardan uzaklaşma ruh sağlığını olumsuz etkileyebilmektedir. Sosyal ilişkiler ruh sağlığı açısından hayati bir öneme sahiptir. Aşırı uygulanan bir sosyal izolasyon bireylerde ruh sağlığı ve iyi oluşsal problemlere yol açabilmektedir (Holt- Lunstad, 2007).

2.4.COVID 19'un Travmatik Etkileri Neler Olabilir?

Korku, kaygı gibi duygular toplumun tamamına ulaştığında, korkuyu meydana getiren unsurlar insanları yönetmeye başlamaktadır. Geleneksel dayanışmadan uzaklaşılması ile birlikte kentsel yaşama adapte olan bireyler yalnızlaştığından kendilerini korumasız ve güvensiz hissetmektedir (Furedi, 2014). Salgına karşı en temel önlem olan sosyal izolasyon bireylerin alışkanlıklarını kökten değiştirmiştir. Bu değişimin uzun vadede kalıcı

olabileceği ifade edilmektedir. Uzaktan eğitim ve işverenlerin çalışanlarına evden çalışma fırsatı sunması be değişimlerden iki tanesidir. Bir yönüyle bu salgın dünyada yapılan bütün işlerin “online” olarak gerçekleşmesini zorunlu kılmıştır. Zorunlu izolasyon bireyleri yalnızlığa sürüklemiştir (Holt-Lunstad, 2017).

Taylor (2019) Pandeminin Psikolojisi adlı kitabında, küresel ölçekteki salgınların beş psikososyal durumu ortaya çıkarmaktadır. Salgının bulaşma riskine rağmen insanların alışveriş yapmaya, gıda ve temizlik malzemesi stoklaması bunlardan birincisidir. İkinci olarak virüsün ilk olarak çıktığı ve dünyaya yayıldığı bölgelerdeki yaşayan toplumlara karşı oluşan nefret ve ırkçı söylemlerdir. Üçüncüsü sağlık kaygısından dolayı bireylerin gereksiz olarak sağlık sistemini meşgul etmesidir. Dördüncüsü salgının yayılmasını engellemek için sosyal izolasyon, karantina gibi uygulanan engellere uymama ve yasaklara uymama davranışıdır. Beşincisi de salgınla ilgili gerçek olmayan tamamen uydurma olan bilgilerde artış yaşanmasıdır (Taylor, 2019). COVID-19 pandemisinin yaşandığı dönemde de küresel ölçekte ortaya çıkan yalan haberler insanları fazlasıyla endişelendirmiş ve insanları korkutarak alışveriş ve stok yapmaya zorlamıştır (Karakaş, 2020).

Travma sonrası beklenen psikolojik tepkilerin tamamı salgın döneminde görülmüştür. Meydana gelen belirsizlik ile birlikte hasta olma korkusu, mutsuzluk, ümitsizlik, çaresizlik gibi duygularda salgın haline gelmiştir (Wu ve diğ., 2009; Sim ve diğ., 2010). Pandemiden sonra dünyanın tamamen değişeceği ve asla eskisi gibi olamayacağı söylemleri artmıştır. Dolayısıyla tüm dünyayı etkileyen bu salgının toplumsal sonuçları olmuştur (Özatay ve Sak, 2020). Salgın hastalıkların birey ve toplum üzerindeki etkileri üzerinde yapılan araştırmalarda; salgının yayılmasının bireyler üzerinde korku, endişe gibi duygulara yol açtığı bilinmektedir (Mak ve diğ., 2009; Chua ve diğ., 2004) COVID-19 pandemisinde salgının kontrol edilemeyip tüm dünyaya yayılması, salgının büyük sorunlara yol açacağını göstermektedir. pandeminin sağlık, ekonomik ve politik etkilerinin yanında psikososyal etkileri de olmuştur ve bu etkilerin değerlendirilmesi risk yönetimi açısından oldukça önemlidir (Karakaş, 2020).

Hastalık salgınları hem bireylerin fiziksel sağlıklarını tehlikeye atarken hem de enfekte olmamış bireylerin psikolojik sağlığını da etkilemektedir (Rubin ve diğ., 2010; Wang ve diğ., 2020). Araştırmada katılımcıların hiçbirine virüs bulaşmamış, sadece katılımcıların %5'i akrabalarında hastalığa yakalananların olduğunu ifade etmiştir. Bu açıdan katılımcıların salgından doğrudan etkilenen değil, dolaylı yoldan etkilenen grup içiden oldukları ifade edilebilir. Tüm önlemlere rağmen salgının hızla yayılması insanlarda korku oluşmasına neden olmuştur. Araştırmaya katılan bireylerin %67,5'i gelecekle ilgili endişelerinin arttığını ifade etmiştir. Hastalık ve ölüm riski ile karşı karşıya gelen birey yaşamını, beklentilerini, hayallerini, yakın ilişkilerini gözden geçirmeye başlamaktadır (Karakaş, 2020).

Küresel çaptaki Covid-19 salgın sürecinin psikolojik etkisi bireylerde farklılık göstermektedir. Kişilerin fiziksel ve ruhsal sağlıklarını tehdit eden bu virüsün yayılımı boyunca ve sonrasında neden olduğu stres kaynaklı travmatik etkileri, kişinin sahip olduğu ekonomik, kültürel, psikolojik durumuna göre değişiklik göstermektedir (Kaya, 2020: 123-124).

3. BÖLÜM

YÖNTEM

3.1.Araştırmanın Modeli

Bu araştırmanın temel amacı Covid 19 geçiren yetişkin bireylerin travma sonrası gelişimleri ile psikolojik durumlarını sosyodemografik özellikleri çerçevesinde incelemektir. Araştırmada ilişkisel tarama modeli kullanılmıştır. Karasar'a (2006) göre tarama modelleri mevcut durumu olduğu gibi tespit etmeye dayanan herhangi bir müdahale öngörmeyen araştırmalardır.

Daha önce yapılan bazı araştırmalarda virüsün neden kaynaklandığı, (Chen ve diğ. 2020). yarasaların en olası doğal konak olabileceğinin düşünüldüğü (Lu ve diğ. 2020), insan sağlığı üzerinde fiziksel etkilerin neler olduğu (Wang ve diğ. 2020) hastaların hastaneye yatış oranlarının ne olduğu (Grasselli ve diğ. 2020) toplum sağlığına yönelik etkilerinin neler olacağı (Karakaş, 2020) araştırılmıştır.

3.2.Evren ve Örneklem

Bu araştırmanın evreni Mardin ili Kızıltepe İlçesinde Covid 19 geçirmiş 18 yaş üstü yetişkin bireylerdir. Örneklem alınmasında amaçlı örneklem yöntemi kullanılmıştır. Covid 19 geçiren vaka sayısı düşünüldüğünde Mardin ilinde yaklaşık 15 bin kişi olduğu tespit edilmiştir. Bu kişilerden kendilerine ulaşılan 216 kişi örnekleme oluşturmuştur. Uygulamalar tek oturum şekilde tarafımdan yapılmıştır.

Tablo 1

Örneklem Grubunun demografik özellikleri

	Gruplar	<i>f</i>	%
Cinsiyet	Kadın	103	47,7
	Erkek	113	52,3
Yaş	18-25	49	22,7
	26-35	70	32,4
	36-45	65	30,1

	46 ve üz.	32	14,8
Medeni Durum	Evli	122	56,5
	Bekar	94	43,5
Çocuk Sahibi Olma Durumu	Evet	115	53,2
Eğitim Durumu	Hayır	101	46,8
	İlköğretim	39	18,1
	Lise	52	24,1
	Üniversite	93	43,1
	Yüksek L. ve Doktora	32	14,8
İş Durumu	Memur	81	37,5
	İşçi/Esnaf	40	18,5
	Serbest	40	18,5
	Çalışmıyor	55	25,5
Gelir Durumu	2500 TL altı	53	24,5
	2501-5000	88	40,7
	5001 ve üzeri	75	34,7
Riskli grupta çalışan	Evet	69	31,9
Kronik Rahatsızlık	Hayır	147	68,1
	Evet	54	25,0
Covitten Birini Kaybettinizmi	Hayır	162	75,0
	Evet	98	45,4
Karantina Süresi	Hayır	118	54,6
	Evet	66	30,6
Entübe Oldunuz mu	Hayır	150	69,4
	Evet	11	5,1
	Hayır	205	94,9

Tablo 1’de verilen örneklem grubunun demografik özellikleri incelendiğinde 103’ü (%47,7) kadın, 113’ü (%52,3) erkektir. 49’u (%22,7) 18-25 yaşında, 70’i (%32,4) 26-35 yaşında, 65’i (%30,1) 36-45 yaşında ve 32’si (% 14,8) 46 yaş ve üzeridir. 122’si (%56,5) evli, 94’ü (%43,5) bekadır. 115’i (%53,2) çocuk sahibidir, 101’i (%46,8) çocuk sahibi değildir. 39’u (%19,1) ilköğretim, 52’si (%24,1) lise, 93’ü (%43,1) üniversite, 32’si (%14,8) yüksek lisans ve dokra mezunudur. 81’i (%37,5) memur, 40’ı (%18,5) işçi esnaf, 40’ı (%18,5) serbest, 55’i (%25,5) çalışmıyor, 53’ü (%24,5) 2500 TL ve altı, 88’i (%40,7) 2501-5000 TL, 75’i (%34,7) 5001 ve üzeri gelire sahiptir. 69’u (%31,9) riskli grupta çalışmakta, 147’si (%68,1) riskli grupta çalışmamaktadır. 54’ü (%25,0)

Kronik tahatsızlığı vardır, 162'si (%75,0) kronik rahatsızlığı yoktur. 98'i (%45,4) covidten bir yakını kaybetmiş, 118', (%54,6) kaybetmemiştir. 66'sı (%30,6) karantinada, 150'si (%69,4) hayır, 11'i (%5,1) entübe olmuş, 205'i (94,9) hayır. Araştırmaya toplam 205 kişi katılmıştır.

3.3. Veri Toplam Araçları

Araştırmada kişisel bilgi formu, Travma Sonrası Gelişim Ölçeği (TSGÖ) Kısa Semptom Envanteri (KSE) kullanılmıştır.

3.3.1. Kişisel Bilgi Formu

Katılımcıların kişisel özelliklerini belirlemek için araştırma için oluşturulmuş demografik sorulardan oluşmaktadır. Demografik bilgi formunda katılımcıların yaş, cinsiyet, okul kademesi gibi sorularına cevap vermeleri istenmiştir.

3.3.2. Travma Sonrası Gelişim Ölçeği (TSGÖ)

Ölçeği Tedeschi ve Calhoun (1996) geliştirmiştir. Ölçekte 21 soru bulunmaktadır. 5 tane alt boyutu vardır. (Yeni olanakların algılanması, kişilerarası ilişkilerde değişim, bireysel güçlülük, manevi değişim, yaşamın kıymetini anlama) oluşmaktadır. 0 ile 5 arasında puanlama yapılmaktadır. 6'lı likert tipidir. Ölçeğin yüksek olan paun durumu bireydeki travmanın yüksekliğini göstermektedir. Cronbach Alfa iç tutarlılık katsayısı (.90) test-tekrar test güvenilirliği ise (.71) olduğu belirlenmiştir. Alt boyutlarda ise Cronbach Alfa .66 ile .85 arasında bulunmuştur.

Türkçe uyarlamasını Kılıç (2005) yapmıştır. 3 yıl sonra Dirik ve Karancı (2008) ise tekrar bir uyarlama çalışması yapmıştır. Bu çalışma sonunda ölçeğin "Kişilerarası ilişkilerde değişim", "Yaşam anlayışında değişim" ve "Kendilik algısında değişim" olarak üç faktör yapıda olduğu tespit edilmiştir. Cronbach Alfa iç tutarlılık değeri ölçeğin tamamında .92 bulunmuştur. Kişilerarası ilişkilerde değişim alt boyutunda ise bu değer .86; yaşam anlayışında değişim alt boyutunda .87 ve kendilik algısında değişimde ise .88 dir (Karancı vd., 2012).

3.3.3.Kısa Semptom Envanteri (KSE)

Envanter 90 maddeden oluşmakta ve SCL-90 Semptom Belirlemek amacıyla kullanılmaktadır (Derogatis, 1992). Psikiyatrik sorunlar için kendini değerlendirme şeklinde kullanılan bir ölçektir (Zabora, Smith- Wiison, Retting ve Enterline, 1990). Uyarılama çalışmasını Şahin ve Durak (1994) yalmıştır. KSE'de bulunan ölçek maddeleri "Hiç" ve "çok fazla" ifadelerinin karşılığı olarak 0-4 değeri verilmektedir. Likert tipidir. Ölçekten alınan puanlar 0 ile 212 arasında değişir. Anksiyete Boyutunda 13 madde vardır. Depresyon Boyutunda 12 madde bulunmaktadır. Olumsuz Benlik Boyutunda 12 madde, Somatizasyon Boyutunda 9 madde ve Hostilite Boyutunda 7 madde bulunmaktadır. Bu faktörlerden oluşturulan alt ölçeklerin Cronbach alfası Depresyonda $\alpha = .88$; Anksiyetede, $\alpha = .87$; Olumsuz Benlikte, $\alpha = .87$; Somatizasyonda, $\alpha = .75$; Hostilitede, $\alpha = .76$. olduğu belirlenmiştir.

3.4. Verilerin Toplanması

Bu araştırmaya danışman eşliğinde konu belirlendikten sonra Üniversite Etik Kurul Formu doldurularak onay alınması ile başlanmıştır. Covid sürecinde covid geçiren kişiler incelendiğinden dolayı hastane kayıtlarından yararlanılmıştır. Ayrıca bölgede çok sayıda ailede toplu covid geçiren kişiler bulunmaktadır. Bu sebeple aileden bir yetişkine ulaşılması diğerlerine de ulaşılmasını kolaylaştırmıştır. Anketler yüzyüze görüşmeler ile toplanmış bir kişi için 15-30 dakikada doldurumuştur.

3.5. Verilerin Analizi

Araştırmanın verileri öncelikle SPSS 26 programına aktarılmıştır. Sonra frekans alınarak veri kontrolü yapılmıştır. Veri dağılımının normalli basıklık ve çarpıklık değerleri alınarak incelenmiştir. Demografik bilgiler anlamlı olacak şekilde birleştirilmiş ve frekasn ve yüzde değerleri alınmıştır. Verilerin normal dağılım gösterdiği tespit edildiğinden parametrik testler yapılmıştır. Bunun için t testi ve Anova yapılmıştır. Ayrıca değişkenler arası ilişkileri belirlemek için pearson korelasyon analizi ile çoklu regresyon analizi yapılmıştır. Elde

edilen bulgular %95 güven aralığında, %5 anlamlılık düzeyinde değerlendirilmiştir.

Verilerin normal dağılıp dağılmadığı incelenmiştir. Ölçeklere ait basıklık, çarpıklık değerleri Tablo 2’de verilmiştir.

Tablo 2

Ölçeklere Ait Basıklık, Çarpıklık ve Güvenirlik Değerleri

	<i>N</i>	<i>Skewness</i> (Çarpıklık)	<i>Kurtosis</i> (Basıklık)
Travma Sonrası Gelişim Ölçeği (TSGÖ)	205	-.460	-.439
Kısa Semptom Envanteri (KSE)		.775	-.274

Tablo 2’e göre Travma Sonrası Gelişim Ölçeği (TSGÖ) çarpıklık -.460 basıklık -.439, Kısa Semptom Envanteri (KSE) çarpıklık .775 basıklık -.274, olduğu belirlenmiştir. Katsayılarının -1 ile +1 arasında yer aldığı görüldüğünden verilerin normal dağıldığı kabul edilmiş (Tabachnic ve Fidell, 2007) parametrik testler yapılmasına karar verilmiştir.

BÖLÜM IV

BULGULAR

Bu bölümde araştırma bulgular verilmiştir.

4.1. Demografik Bilgilere Göre Travma Sonrası Gelişim Ölçeği Bulguları

Tablo 3.

Katılımcıların Cinsiyetlerine Göre Travma Sonrası Gelişim Ölçeği Puanları

Puan	Gruplar	n	\bar{x}	ss	Sh	t	sd	p																																						
Başkaları İle İlişkiler	Kadın	103	17,71	9,664	,952	-,355	214	,723																																						
	Erkek	113	18,16	8,987	,845				Yaşam Felsefesinde Değişim	Kadın	103	10,82	5,595	,551	,507	214	,612	Erkek	113	10,44	5,210	,490	Benlik Algısında Değişim	Kadın	103	28,04	11,376	1,121	1,433	214	,153	Erkek	113	25,84	11,155	1,049	Toplam Travma S. G. Ölçeği	Kadın	103	56,56	24,665	2,430	,643	214	,521	Erkek
Yaşam Felsefesinde Değişim	Kadın	103	10,82	5,595	,551	,507	214	,612																																						
	Erkek	113	10,44	5,210	,490				Benlik Algısında Değişim	Kadın	103	28,04	11,376	1,121	1,433	214	,153	Erkek	113	25,84	11,155	1,049	Toplam Travma S. G. Ölçeği	Kadın	103	56,56	24,665	2,430	,643	214	,521	Erkek	113	54,44	23,764	2,236										
Benlik Algısında Değişim	Kadın	103	28,04	11,376	1,121	1,433	214	,153																																						
	Erkek	113	25,84	11,155	1,049				Toplam Travma S. G. Ölçeği	Kadın	103	56,56	24,665	2,430	,643	214	,521	Erkek	113	54,44	23,764	2,236																								
Toplam Travma S. G. Ölçeği	Kadın	103	56,56	24,665	2,430	,643	214	,521																																						
	Erkek	113	54,44	23,764	2,236																																									

Tablo 3'de görüldüğü üzere katılımcıların cinsiyetlerine göre Travma Sonrası Gelişim Ölçeği puanlarında anlamlı bir farklılık olup olmadığını belirlemek için yapılan t testi sonucunda başkaları ile ilişkiler ($t = -,355$; $p >,05$), yaşam felsefesinde değişim ($t = ,507$; $p >,05$), benlik algısında değişim ($t = 1,433$; $p >,05$), alt boyutlarında ve Toplam Travma Sonrası Gelişim ($t = ,643$; $p >,05$), puanlarında anlamlı bir farklılık görülmemiştir.

Tablo 4.

Katılımcıların Yaşlarına Göre Travma Sonrası Gelişim Ölçeği Puanları

Puan	Gruplar	N	\bar{x}	ss	Var.K.	KT	Sd	KO	F	P
Başkaları İle İlişkiler	18-25	49	15,12	9,831	G.Arası	726,181	3	242,060	2,874	,037
	26-35	70	18,34	9,557	G.İçi	17855,152	212	84,222		
	36-45	65	18,08	8,098	Toplam	18581,333	215			
	46 ve üz.	32	21,13	9,363						
	Toplam	216	17,94	9,296						
Yaşam	18-25	49	10,16	5,959	G.Arası	42,045	3	14,015	,479	,697

Felsefe	26-35	70	11,24	5,526	G.İçi	6198,825	212	29,240		
sinde	36-45	65	10,38	4,892	Toplam	6240,870	215			
Değişim	46 ve üz.	32	10,44	5,254						
	Toplam	216	10,62	5,388						
Benlik	18-25	49	25,31	11,728	G.Arası	544,461	3	181,487	1,433	,234
Algısında	26-35	70	26,37	11,394	G.İçi	26852,872	212	126,664		
Değişim	36-45	65	26,89	10,309	Toplam	27397,333	215			
	46 ve üz.	32	30,44	12,035						
	Toplam	216	26,89	11,288						
Toplam	18-25	49	50,59	25,190	G.Arası	2547,967	3	849,322	1,464	,225
	26-35	70	55,96	25,207	G.İçi	122995,570	212	580,168		
Travma S. G.	36-45	65	55,35	21,409	Toplam	125543,537	215			
Ölçeği	46 ve üz.	32	62,00	24,990						
	Toplam	216	55,45	24,165						

Tablo 4’de görüldüğü üzere katılımcıların yaşlarına göre Travma Sonrası Gelişim Ölçeği puanlarında anlamlı bir farklılık olup olmadığını belirlemek için yapılan Anova testi sonucunda başkaları ile ilişkiler ($F= 2,874$; $p<,05$) alt boyutunda anlamlı bir farklılık görülürken, yaşam felsefesinde değişim ($F= ,479$; $p>,05$), benlik algısında değişim ($F= 1,433$; $p>,05$), alt boyutlarında ve Toplam Travma Sonrası Gelişim ($F= 1,464$; $p>,05$), puanlarında anlamlı bir farklılık görülmemiştir. Anlamlı farklılığın hangi gruplar arasında olduğunu belirlemek için Benferroni testi sonucunda; Başkaları İle İlişkiler alt boyutunda 46 yaş ve üzeri olan grup ile 18-25 yaş grubu arasında anlamlı ilişki olduğu 46 yaş ve üzeri olan grubun Başkaları İle İlişkiler alt boyutu puanlarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Tablo 5.

Katılımcıların Medeni Durumlarına Göre Travma Sonrası Gelişim Ölçeği Puanları

Puan	Gruplar	n	\bar{x}	ss	Sh	t	sd	p
Baskaları İle İlişkiler	Evli	122	18,75	9,451	,856	1,462	214	,145
	Bekar	94	16,89	9,033	,932			
Yaşam Felsefesinde Değişim	Evli	122	10,39	5,419	,491	-,704	214	,482
	Bekar	94	10,91	5,361	,553			
Benlik Algısında Değişim	Evli	122	27,48	11,670	1,057	,869	214	,386
	Bekar	94	26,13	10,788	1,113			
Toplam Travma S. G. Ölçeği	Evli	122	56,62	24,862	2,251	,810	214	,419
	Bekar	94	53,94	23,272	2,400			

Tablo 5’de görüldüğü üzere katılımcıların medeni durumlarına göre Travma Sonrası Gelişim Ölçeği puanlarında anlamlı bir farklılık olup olmadığını belirlemek için yapılan t testi sonucunda başkaları ile ilişkiler ($t=1,462$; $p>,05$), yaşam felsefesinde değişim ($t= -,704$; $p>,05$), benlik algısında değişim ($t= ,869$; $p>,05$), alt boyutlarında ve Toplam Travma Sonrası Gelişim ($t= ,810$; $p>,05$), puanlarında anlamlı bir farklılık görülmemiştir.

Tablo 6.

Katılımcıların Çocuk Sahibi Olma Durumuna Göre Travma Sonrası Gelişim Ölçeği Puanları

Puan	Gruplar	n	\bar{x}	ss	Sh	t	sd	p
Başkaları ile ilişkiler	Evet	115	18,33	9,672	,902	,650	214	,516
	Hayır	101	17,50	8,878	,883			
Yaşam Felsefesinde Değişim	Evet	115	10,17	5,433	,507	-1,302	214	,194
	Hayır	101	11,13	5,317	,529			
Benlik Algısında Değişim	Evet	115	27,03	11,959	1,115	,190	214	,849
	Hayır	101	26,73	10,531	1,048			
Toplam Travma S. G. Ölçeği	Evet	115	55,53	25,363	2,365	,050	214	,960
	Hayır	101	55,37	22,849	2,274			

Tablo 6’da görüldüğü üzere katılımcıların çocuk sahibi olma durumlarına göre Travma Sonrası Gelişim Ölçeği puanlarında anlamlı bir farklılık olup olmadığını belirlemek için yapılan t testi sonucunda başkaları ile ilişkiler ($t= ,650$; $p>,05$), yaşam felsefesinde değişim ($t= -1,302$; $p>,05$), benlik algısında değişim ($t= ,190$; $p>,05$), alt boyutlarında ve Toplam Travma Sonrası Gelişim ($t= ,050$; $p>,05$), puanlarında anlamlı bir farklılık görülmemiştir.

Tablo 7.

Katılımcıların Eğitim Durumlarına Göre Travma Sonrası Gelişim Ölçeği Puanları

Puan	Gruplar	N	\bar{x}	ss	Var.K.	KT	Sd	KO	F	P
Başkaları ile ilişkiler	İlköğretim	39	20,67	9,114	G.Arası	387,715	3	129,238	1,506	,214
	Lise	52	16,83	10,113	G.İç	18193,618	212	85,819		
	Üniversite	93	17,35	9,258	Toplam	18581,333	215			
	Yüksek L. ve Doktora	32	18,16	7,903						

	Toplam	216	17,94	9,296						
	İlköğretim	39	10,56	5,457	G.Arası	21,305	3	7,102	,242	,867
Yaşam	Lise	52	10,12	5,558	G.İçi	6219,565	212	29,338		
Felsefe	Üniversite	93	10,78	5,485	Toplam	6240,870	215			
sinde	Yüksek L.	32	11,03	4,902						
eğişim	ve Doktora									
	Toplam	216	10,62	5,388						
	İlköğretim	39	32,21	9,863	G.Arası	1394,429	3	464,810	3,790	,011
Benlik	Lise	52	25,96	11,893	G.İçi	26002,904	212	122,655		
Algısının	Üniversite	93	25,97	11,490	Toplam	27397,333	215			
da	Yüksek L.	32	24,59	9,748						
Değişim	ve Doktora									
	Toplam	216	26,89	11,288						
	İlköğretim	39	63,44	22,479	G.Arası	3081,035	3	1027,012	1,778	,152
Toplam	Lise	52	52,90	24,933	G.İçi	122462,502	212	577,653		
Travma	Üniversite	93	54,11	24,959	Toplam	125543,537	215			
a S. G.	Yüksek L.	32	53,78	21,435						
Ölçeği	ve Doktora									
	Toplam	216	55,45	24,165						

Tablo 7’de görüldüğü üzere katılımcıların eğitim durumlarına göre Travma Sonrası Gelişim Ölçeği puanlarında anlamlı bir farklılık olup olmadığını belirlemek için yapılan Anova testi sonucunda başkaları ile ilişkiler ($F= 1,506$; $p>,05$), yaşam felsefesinde değişim ($F= ,867$; $p>,05$) alt boyutlarında ve Toplam Travma Sonrası Gelişim ($F= 1,778$; $p>,05$), puanlarında anlamlı bir farklılık görülmemiştir. Benlik algısında değişim ($F= 3,790$; $p<,05$) alt boyutunda anlamlı bir farklılık görülmüştür. Anlamlı farklılığın hangi gruplar arasında olduğunu belirlemek için Benferroni testi sonucunda; Benlik Algısında Değişim alt boyutunda ilköğretim mezunu olanlar ile Yüksek Lisans ve Doktora mezunları arasında anlamlı farklılık olduğu ilköğretim mezunu olanların daha yüksek puana sahip olduğu belirlenmiştir.

Tablo 8.

Katılımcıların İşlerine Göre Travma Sonrası Gelişim Ölçeği Puanları

Puan	Gruplar	N	\bar{x}	ss	Var.K.	KT	Sd	KO	F	P
	Memur	81	18,36	9,283	G.Arası	318,621	3	106,207	1,233	,299
Başkal	İşçi/Esnaf	40	19,63	9,599	G.İçi	18262,713	212	86,145		
arıllı	Serbest	40	15,78	9,596	Toplam	18581,333	215			
şkiler	Çalışmıyor	55	17,69	8,802						
	Toplam	216	17,94	9,296						
Yaşam	Memur	81	10,64	5,476	G.Arası	61,794	3	20,598	,707	,549

Felsefe sindeD eğişim	İşçi/Esnaf	40	11,63	5,410	G.İçi	6179,076	212	29,147		
	Serbest	40	9,98	5,659	Toplam	6240,870	215			
	Çalışmıyor	55	10,33	5,074						
	Toplam	216	10,62	5,388						
Benlik Algısın da Değişim	Memur	81	25,43	11,698	G.Arası	794,175	3	264,725	3,790	,011
	İşçi/Esnaf	40	29,55	10,742	G.İçi	26603,158	212	125,487		
	Serbest	40	24,80	11,850	Toplam	27397,333	215			
	Çalışmıyor	55	28,62	10,255						
Topla m Travm a S. G. Ölçeği	Memur	81	54,43	25,538	G.Arası	2266,633	3	755,544	1,299	,276
	İşçi/Esnaf	40	60,80	23,831	G.İçi	123276,904	212	581,495		
	Serbest	40	50,55	24,833	Toplam	125543,537	215			
	Çalışmıyor	55	56,64	21,475						
	Toplam	216	55,45	24,165						

Tablo 8'de görüldüğü üzere katılımcıların iş durumlarına göre Travma Sonrası Gelişim Ölçeği puanlarında anlamlı bir farklılık olup olmadığını belirlemek için yapılan Anova testi sonucunda başkaları ile ilişkiler ($F= 1,233$; $p>,05$), yaşam felsefesinde değişim ($F= ,707$; $p>,05$) alt boyutlarında ve Toplam Travma Sonrası Gelişim ($F= 1,299$; $p>,05$), puanlarında anlamlı bir farklılık görülmemiştir. Benlik algısında değişim ($F= 3,790$; $p<,05$) alt boyutunda anlamlı bir farklılık görülmüştür. Anlamlı farklılığın hangi gruplar arasında olduğunu belirlemek için Benferroni testi sonucunda; Benlik Algısında Değişim alt boyutunda İşçi/Esnaf olanlar ile Serbest arasında anlamlı farklılık olduğu İşçi/Esnaf olanların daha yüksek puana sahip olduğu belirlenmiştir.

Tablo 9.

Katılımcıların Gelir Durumuna Göre Travma Sonrası Gelişim Ölçeği Puanları

Puan	Gruplar	N	\bar{x}	ss	Var.K.	KT	Sd	KO	F	P
Başkaları ile ilişkiler	2500 TL altı	53	17,89	8,967	G.Arası	485,950	2	242,975	2,860	,059
	2501-5000	88	19,56	8,959	G.İçi	18095,383	213	84,955		
	5001 ve üzeri	75	16,09	9,677	Toplam	18581,333	215			
	Toplam	216	17,94	9,296						
	2500 TL altı	53	10,09	5,182						
	2501-5000	88	11,80	5,158	G.Arası	212,237	2	106,119	3,749	,025

YaşamF	5001 ve	75	9,61	5,597	G.İçi	6028,633	213	28,303		
elsefesin	üzeri									
deDeğişim	Toplam	216	10,62	5,388	Toplam	6240,870	215			
	2500 TL	53	26,91	10,320						
	altı									
	2501-5000	88	29,68	10,282						
	5001 ve	75	23,60	12,283	G.Arası	1497,714	2	748,857	6,159	,003
	üzeri									
	Toplam	216	26,89	11,288	G.İçi	25899,619	213	121,594		
BenlikAl	2500 TL	53	54,89	22,150	Toplam	27397,333	215			
gısında	altı									
Değişim	2501-5000	88	61,03	22,515						
	5001 ve	75	49,31	26,081						
	üzeri				G.Arası	5591,372	2	2795,686	4,964	,008
	Toplam	216	55,45	24,165	G.İçi	119952,165	213	563,156		
Toplam	2500 TL	53	17,89	8,967	Toplam	125543,537	215			
Travma	altı									
S. G.	2501-5000	88	19,56	8,959						
Ölçeği	5001 ve	75	16,09	9,677						
	üzeri									
	Toplam	216	17,94	9,296						

Tablo 9'da görüldüğü üzere katılımcıların gelir durumuna göre Travma Sonrası Gelişim Ölçeği puanlarında anlamlı bir farklılık olup olmadığını belirlemek için yapılan Anova testi sonucunda başkaları ile ilişkiler ($F= 2,860$; $p>,05$) alt boyutunda anlamlı bir farklılık görülmezken, yaşam felsefesinde değişim ($F= 3,749$; $p<,05$), benlik algısında değişim ($F= 6,159$; $p<,05$), alt boyutlarında ve Toplam Travma Sonrası Gelişim ($F= 4,964$; $p<,05$), puanlarında anlamlı bir farklılık görülmüştür. Anlamlı farklılığın hangi gruplar arasında olduğunu belirlemek için Benferroni testi sonucunda; 2501-5000 geliri olanlar ile 5001 ve üzeri olanlar arasında anlamlı farklılık olduğu 2501-5000 geliri olanların daha yüksek puana sahip olduğu belirlenmiştir.

Tablo 10.

Katılımcıların Riskli Grupta Çalışma Durumuna Göre Travma Sonrası Gelişim Ölçeği Puanları

Puan	Gruplar	n	\bar{x}	ss	Sh	t	sd	p
Bşkaları İle İlişkiler	Evet	69	20,23	9,104	1,096	2,508	214	,013
	Hayır	147	16,87	9,221	,761			
Yaşam Felsefesinde Değişim	Evet	69	11,81	4,977	,599	2,247	214	,026
	Hayır	147	10,06	5,497	,453			
Benlik Algısında	Evet	69	27,71	10,851	1,306	,732	214	,465

Değişim	Hayır	147	26,50	11,504	,949			
Toplam Travma S. G.	Evet	69	59,75	23,927	2,880	1,801	214	,073
Ölçeği	Hayır	147	53,44	24,091	1,987			

Tablo 10'da görüldüğü üzere katılımcıların riskli grupta çalışma durumuna göre Travma Sonrası Gelişim Ölçeği puanlarında anlamlı bir farklılık olup olmadığını belirlemek için yapılan t testi sonucunda başkaları ile ilişkiler ($t=2,508$; $p<,05$), yaşam felsefesinde değişim ($t= -1,302$; $p<,05$), ve Toplam Travma Sonrası Gelişim ($t= 1,801$; $p<,05$), anlamlı bir farklılık görüldüğü riskli grupta çalışanların puanlarının daha yüksek olduğu, benlik algısında değişim ($t= ,732$; $p>,05$), alt boyutunda ise anlamlı bir farklılık görülmemiştir.

Tablo 11.

Katılımcıların Kronik Rahatsızlığı Olma Durumuna Göre Travma Sonrası Gelişim Ölçeği Puanları

Puan	Gruplar	n	\bar{x}	ss	Sh	t	sd	p																																						
Başkaları ile İlişkiler	Evet	54	19,87	8,430	1,147	1,767	214	,079																																						
	Hayır	162	17,30	9,506	,747				Yaşam Felsefesinde Değişim	Evet	54	11,19	5,252	,715	,889	214	,375	Hayır	162	10,43	5,435	,427	Benlik Algısında Değişim	Evet	54	30,24	9,020	1,227	2,552	214	,011	Hayır	162	25,77	11,763	,924	Toplam Travma S. G. Ölçeği	Evet	54	61,30	20,824	2,834	2,067	214	,040	Hayır
Yaşam Felsefesinde Değişim	Evet	54	11,19	5,252	,715	,889	214	,375																																						
	Hayır	162	10,43	5,435	,427				Benlik Algısında Değişim	Evet	54	30,24	9,020	1,227	2,552	214	,011	Hayır	162	25,77	11,763	,924	Toplam Travma S. G. Ölçeği	Evet	54	61,30	20,824	2,834	2,067	214	,040	Hayır	162	53,51	24,935	1,959										
Benlik Algısında Değişim	Evet	54	30,24	9,020	1,227	2,552	214	,011																																						
	Hayır	162	25,77	11,763	,924				Toplam Travma S. G. Ölçeği	Evet	54	61,30	20,824	2,834	2,067	214	,040	Hayır	162	53,51	24,935	1,959																								
Toplam Travma S. G. Ölçeği	Evet	54	61,30	20,824	2,834	2,067	214	,040																																						
	Hayır	162	53,51	24,935	1,959																																									

Tablo 11'de görüldüğü üzere katılımcıların kronik rahatsızlığı olma durumuna göre Travma Sonrası Gelişim Ölçeği puanlarında anlamlı bir farklılık olup olmadığını belirlemek için yapılan t testi sonucunda başkaları ile ilişkiler ($t= 1,769$; $p>,05$), yaşam felsefesinde değişim ($t= ,889$; $p>,05$) alt boyutlarında anlamlı bir farklılık görülmezken, benlik algısında değişim ($t= 2,552$; $p<,05$), alt boyutunda ve Toplam Travma Sonrası Gelişim ($t= 2,067$; $p<,05$), anlamlı bir farklılık görüldüğü kronik rahatsızlığı olanların puanlarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Tablo 12.

Katılımcıların Covid Kaynaklı Kayıp Yaşama Durumuna Göre Travma Sonrası Gelişim Ölçeği Puanları

Puan	Gruplar	n	\bar{x}	ss	Sh	t	sd	p
Başkaları ile İlişkiler	Evet	98	19,80	8,817	,891	2,706	214	,007
	Hayır	118	16,41	9,440	,869			
Yaşam Felsefesinde Değişim	Evet	98	11,68	5,259	,531	2,681	214	,008
	Hayır	118	9,74	5,355	,493			
Benlik Algısında Değişim	Evet	98	29,52	10,358	1,046	3,188	214	,002
	Hayır	118	24,70	11,602	1,068			
Toplam Travma S. G. Ölçeği	Evet	98	61,00	22,688	2,292	3,137	214	,002
	Hayır	118	50,85	24,477	2,253			

Tablo 12’de görüldüğü üzere katılımcıların covid kaynaklı kayıp yaşama durumuna göre Travma Sonrası Gelişim Ölçeği puanlarında anlamlı bir farklılık olup olmadığını belirlemek için yapılan t testi sonucunda başkaları ile ilişkiler ($t= 2,706$; $p<,05$), yaşam felsefesinde değişim ($t= 2,681$; $p<,05$), benlik algısında değişim ($t= 3,188$; $p<,05$), alt boyutunda ve Toplam Travma Sonrası Gelişim ($t=3,137$; $p<,05$) puanlarında anlamlı bir farklılık görüldüğü covid kaynaklı kayıp yaşayanların olanların puanlarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Tablo 13.

Katılımcıların Karantinede Olma Durumuna Göre Travma Sonrası Gelişim Ölçeği Puanları

Puan	Gruplar	n	\bar{x}	ss	Sh	t	sd	p
Başkaları ile İlişkiler	Evet	66	18,29	9,973	1,228	,359	214	,720
	Hayır	150	17,79	9,013	,736			
Yaşam Felsefesinde Değişim	Evet	66	10,83	5,607	,690	,385	214	,701
	Hayır	150	10,53	5,305	,433			
Benlik Algısında Değişim	Evet	66	27,55	11,671	1,437	,566	214	,572
	Hayır	150	26,60	11,143	,910			
Toplam Travma S. G. Ölçeği	Evet	66	56,67	25,657	3,158	,488	214	,626
	Hayır	150	54,92	23,547	1,923			

Tablo 13’de görüldüğü üzere katılımcıların karantinede olma durumuna göre Travma Sonrası Gelişim Ölçeği puanlarında anlamlı bir farklılık olup olmadığını belirlemek için yapılan t testi sonucunda başkaları ile ilişkiler ($t= ,359$; $p>,05$), yaşam felsefesinde değişim ($t= ,385$; $p>,05$), benlik algısında değişim ($t= ,566$; $p>,05$), alt boyutunda ve Toplam Travma Sonrası Gelişim ($t=,488$; $p<,05$), puanlarında anlamlı bir farklılık görülmemiştir.

Tablo 14.**Katılımcıların Covid Kaynaklı Entübe Olma Durumuna Göre Travma Sonrası Gelişim Ölçeği Puanları**

Puan	Gruplar	n	\bar{x}	ss	Sh	t	sd	p
Başkaları İle İlişkiler	Evet	11	23,36	10,500	3,166	1,998	214	,047
	Hayır	205	17,65	9,166	,640			
Yaşam Felsefesinde Değişim	Evet	11	10,73	6,182	1,864	,067	214	,946
	Hayır	205	10,61	5,359	,374			
Benlik Algısında Değişim	Evet	11	28,82	10,235	3,086	,581	214	,562
	Hayır	205	26,79	11,356	,793			
Toplam Travma S. G. Ölçeği	Evet	11	62,91	25,054	7,554	1,051	214	,295
	Hayır	205	55,05	24,114	1,684			

Tablo 14'de görüldüğü üzere katılımcıların Covid kaynaklı entübe olma durumuna göre Travma Sonrası Gelişim Ölçeği puanlarında anlamlı bir farklılık olup olmadığını belirlemek için yapılan t testi sonucunda başkaları ile ilişkiler ($t= 1,998$; $p>,05$) alt boytunda anlamlı bir farklılık görülmüş entübe olanların puanlarının olmayanlara kıyasla daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Yaşam felsefesinde değişim ($t= ,067$; $p>,05$), benlik algısında değişim ($t= ,581$; $p>,05$) alt boyutunda ve Toplam Travma Sonrası Gelişim ($t=1,051$; $p<,05$), puanlarında anlamlı bir farklılık görülmemiştir.

4.1.Demografik Bilgilere Göre Kısa Semptom Envanteri Bulguları**Tablo 15.****Katılımcıların Cinsiyetlerine Göre Kısa Semptom Envanteri Puanları**

Puan	Gruplar	n	\bar{x}	ss	Sh	t	sd	p
Anksiyete	Kadın	103	18,40	12,731	1,254	3,976	214	,000
	Erkek	113	11,54	12,600	1,185			
Depresyon	Kadın	103	20,71	12,131	1,195	4,963	214	,000
	Erkek	113	12,49	12,188	1,147			
Olumsuz Benlik	Kadın	103	14,38	12,388	1,221	2,685	214	,008
	Erkek	113	9,98	11,676	1,098			
Somatizasyon	Kadın	103	12,50	9,464	,933	4,109	214	,000
	Erkek	113	7,56	8,193	,771			
Hostalite	Kadın	103	10,03	7,665	,755	3,235	214	,001
	Erkek	113	6,86	6,737	,634			
Toplam Ölçek	Kadın	103	76,01	49,682	4,895	4,135	214	,000
	Erkek	113	48,42	48,308	4,544			

Tablo 15’de görüldüğü üzere katılımcıların cinsiyetlerine göre Kısa Semptom Envanteri puanlarında anlamlı bir farklılık olup olmadığını belirlemek için yapılan t testi sonucunda Anksiyete ($t= 3,976$; $p<,05$), Depresyon ($t= 4,963$; $p<,05$), Olumsuz Benlik ($t= 2,685$; $p<,05$), Somatizasyon ($t=4,109$; $p<,05$), Hostalite ($t=3,235$; $p<,05$), Toplam ölçek ($t=4,135$; $p<,05$) puanlarında anlamlı bir farklılık görülmüş, kadınların puanlarının erkeklere kıyasla daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Tablo 16.

Katılımcıların Yaşlarına Göre Kısa Semptom Envanteri Puanları

Puan	Gruplar	N	\bar{x}	ss	Var.K.	KT	Sd	KO	F	P
Anksiyete	18-25	49	19,45	12,443	G.Arası	1865,009	3	621,670	3,767	,012
	26-35	70	15,06	13,628	G.İçi	34982,209	212	165,010		
	36-45	65	11,31	12,086	Toplam	36847,218	215			
	46 ve üz.	32	14,28	13,182						
	Toplam	216	14,81	13,091						
Depresyo n	18-25	49	21,76	11,903	G.Arası	2329,436	3	776,479	4,994	,002
	26-35	70	16,59	12,857	G.İçi	32960,712	212	155,475		
	36-45	65	12,71	12,426	Toplam	35290,148	215			
	46 ve üz.	32	15,34	12,538						
	Toplam	216	16,41	12,812						
OlumsuzB enlik	18-25	49	17,02	11,852	G.Arası	2063,490	3	687,830	4,877	,003
	26-35	70	12,36	12,826	G.İçi	29898,172	212	141,029		
	36-45	65	8,49	10,250	Toplam	31961,662	215			
	46 ve üz.	32	11,19	12,802						
	Toplam	216	12,08	12,193						
Somatizas yon	18-25	49	12,82	9,078	G.Arası	1069,518	3	356,506	4,473	,005
	26-35	70	9,57	9,360	G.İçi	16897,811	212	79,707		
	36-45	65	7,09	7,695	Toplam	17967,329	215			
	46 ve üz.	32	11,94	10,013						
	Toplam	216	9,91	9,142						
Hostalite	18-25	49	11,31	7,258	G.Arası	799,034	3	266,345	5,219	,002
	26-35	70	8,44	7,764	G.İçi	10819,337	212	51,035		
	36-45	65	5,97	6,197	Toplam	11618,370	215			
	46 ve üz.	32	8,59	7,348						
	Toplam	216	8,37	7,351						
Toplam Ölçek	18-25	49	82,35	47,580	G.Arası	37809,417	3	12603,139	5,175	,002
	26-35	70	62,01	52,853	G.İçi	516325,245	212	2435,496		
	36-45	65	45,57	45,381	Toplam	554134,662	215			
	46 ve üz.	32	61,34	51,778						
	Toplam	216	61,58	50,768						

Tablo 16'da görüldüğü üzere katılımcıların yaşlarına göre Kısa Semptom Envanteri puanlarında anlamlı bir farklılık olup olmadığını belirlemek için yapılan Anova testi sonucunda Anksiyete ($F= 3,762$; $p<,05$), Depresyon ($F= 4,994$; $p<,05$), Olumsuz Benlik ($F= 4,877$; $p<,05$), Somatizasyon ($F=4,473$; $p<,05$), Hostalite ($F=5,219$; $p<,05$), Toplam ölçek ($F=5,175$; $p<,05$) puanlarında anlamlı bir farklılık görülmüştür. Anlamlı farklılığın hangi gruplar arasında olduğunu belirlemek için Benferroni testi sonucunda; 18-25 yaşında olanlar ile 36-45 yaş arasında olanlar arasında anlamlı farklılık olduğu 18-25 yaşında olanların daha yüksek puana sahip olduğu belirlenmiştir.

Tablo 17.

Katılımcıların Medeni Durumlarına Göre Kısa Semptom Envanteri Puanları

Puan	Gruplar	n	\bar{x}	ss	Sh	t	sd	p
Anksiyete	Evli	122	13,20	12,890	1,167	-2,079	214	,039
	Bekar	94	16,90	13,122	1,353			
Depresyon	Evli	122	13,99	12,480	1,130	-3,225	214	,001
	Bekar	94	19,54	12,618	1,301			
Olumsuz Benlik	Evli	122	10,39	12,020	1,088	-2,338	214	,020
	Bekar	94	14,27	12,129	1,251			
Somatizasyon	Evli	122	9,42	9,166	,830	-,904	214	,367
	Bekar	94	10,55	9,119	,941			
Hostalite	Evli	122	7,57	6,971	,631	-1,843	214	,067
	Bekar	94	9,41	7,730	,797			
Toplam Ölçek	Evli	122	54,57	49,930	4,520	-2,337	214	,020
	Bekar	94	70,68	50,661	5,225			

Tablo 17'de görüldüğü üzere katılımcıların medeni durumlarına göre Kısa Semptom Envanteri puanlarında anlamlı bir farklılık olup olmadığını belirlemek için yapılan t testi sonucunda Anksiyete ($t= -2,079$; $p<,05$), Depresyon ($t= -3,225$; $p<,05$), Olumsuz Benlik ($t= -2,338$; $p<,05$), Toplam ölçek ($t=-2,337$; $p<,05$) puanlarında anlamlı bir farklılık görülmüş, Bekar olanların evli olanlara kıyasla daha yüksek puana sahip olduğu belirlenmiştir. Somatizasyon ($t=-,904$; $p>,05$), Hostalite ($t=-1,843$; $p>,05$) alt boyutlarında ise anlamlı bir farklılık görülmemiştir.

Tablo 18.**Katılımcıların Çocuk Sahibi Olma Durumlarına Göre Kısa Semptom Envanteri Puanları**

Puan	Gruplar	n	\bar{x}	ss	Sh	t	sd	p
Anksiyete	Evet	115	13,05	12,921	1,205	-2,123	214	,035
	Hayır	101	16,81	13,060	1,299			
Depresyon	Evet	115	14,22	12,577	1,173	-2,720	214	,007
	Hayır	101	18,90	12,680	1,262			
Olumsuz Benlik	Evet	115	10,79	12,026	1,121	-1,663	214	,098
	Hayır	101	13,54	12,275	1,221			
Somatizasyon	Evet	115	9,27	9,130	,851	-1,103	214	,271
	Hayır	101	10,64	9,145	,910			
Hostalite	Evet	115	7,50	6,970	,650	-1,877	214	,062
	Hayır	101	9,37	7,676	,764			
Toplam Ölçek	Evet	115	54,83	50,038	4,666	-2,102	214	,037
	Hayır	101	69,27	50,743	5,049			

Tablo 18’de görüldüğü üzere katılımcıların çocuk sahibi olma durumlarına göre Kısa Semptom Envanteri puanlarında anlamlı bir farklılık olup olmadığını belirlemek için yapılan t testi sonucunda Anksiyete ($t = -2,123$; $p < ,05$), Depresyon ($t = -2,720$; $p < ,05$), Toplam ölçek ($t = -2,102$; $p < ,05$) puanlarında anlamlı bir farklılık görülmüş, çocuk sahibi olmayanların olanlara kıyasla daha yüksek puana sahip olduğu belirlenmiştir. Olumsuz Benlik ($t = -1,663$; $p > ,05$), Somatizasyon ($t = -1,103$; $p > ,05$), Hostalite ($t = -1,877$; $p > ,05$) alt boyutlarında ise anlamlı bir farklılık görülmemiştir.

Tablo 19.**Katılımcıların Eğitim Durumlarına Göre Kısa Semptom Envanteri Puanları**

Puan	Gruplar	N	\bar{x}	ss	Var.K.	KT	Sd	KO	F	P
Anksiyete	İlköğretim	39	17,15	12,317	G.Arası	1759,403	3	586,468	3,543	,015
	Lise	52	18,65	13,994	G.İçi	35087,815	212	165,509		
	Üniversite	93	13,00	13,245	Toplam	36847,218	215			
	Yüksek L. ve Doktora	32	10,97	10,152						
	Toplam	216	14,81	13,091						
Depresyo	İlköğretim	39	17,85	11,889	G.Arası	1241,343	3	413,781	2,576	,055

n	Lise	52	19,94	13,386	G.İçi	34048,805	212	160,608		
	Üniversite	93	14,86	12,789	Toplam	35290,148	215			
	Yüksek L. ve Doktora	32	13,41	12,037						
	Toplam	216	16,41	12,812						
Olumsuz Benlik	İlköğretim	39	14,82	12,409	G.Arası	1831,212	3	610,404	4,295	,006
	Lise	52	15,90	12,756	G.İçi	30130,450	212	142,125		
	Üniversite	93	9,91	12,288	Toplam	31961,662	215			
	Yüksek L. ve Doktora	32	8,81	8,209						
Somatizasyon	İlköğretim	39	13,23	8,996	G.Arası	1337,545	3	445,848	5,684	,001
	Lise	52	12,31	10,578	G.İçi	16629,783	212	78,442		
	Üniversite	93	8,39	8,508	Toplam	17967,329	215			
	Yüksek L. ve Doktora	32	6,41	6,190						
Hostalite	İlköğretim	39	10,23	6,683	G.Arası	649,977	3	216,659	4,188	,007
	Lise	52	10,52	8,152	G.İçi	10968,393	212	51,738		
	Üniversite	93	6,99	7,195	Toplam	11618,370	215			
	Yüksek L. ve Doktora	32	6,63	6,009						
Toplam Ölçek	İlköğretim	39	73,28	47,153	G.Arası	32393,961	3	10797,9 87	4,388	,005
	Lise	52	77,33	54,724	G.İçi	521740,701	212	2461,04 1		
	Üniversite	93	53,15	50,796	Toplam	554134,662	215			
	Yüksek L. ve Doktora	32	46,22	38,996						
	Toplam	216	61,58	50,768						

Tablo 19’da görüldüğü üzere katılımcıların eğitim durumlarına göre Kısa Semptom Envanteri puanlarında anlamlı bir farklılık olup olmadığını belirlemek için yapılan Anova testi sonucunda Anksiyete ($F= 3,543$; $p<,05$), Depresyon ($F= 2,576$; $p<,05$), Olumsuz Benlik ($F= 4,295$; $p<,05$), Somatizasyon ($F=5,684$; $p<,05$), Hostalite ($F=4,188$; $p<,05$), Toplam ölçek ($F=4,388$; $p<,05$) puanlarında anlamlı bir farklılık görülmüştür. Anlamlı farklılığın hangi gruplar arasında olduğunu belirlemek için Benferroni testi sonucunda; İlköğretim ve lise mezunu olanlar ile üniversite ve yüksek lisans

ve doktora mezunu olanlar arasında anlamlı farklılık olduğu ilköğretim ve lise mezunlarının daha yüksek puana sahip olduğu görülmüştür.

Tablo 20.

Katılımcıların İş Durumlarına Göre Kısa Semptom Envanteri Puanları

Puan	Gruplar	N	\bar{x}	ss	Var.K.	KT	Sd	KO	F	P
Anksiyete	Memur	81	12,80	13,200	G.Arası	1593,558	3	531,186	3,194	,024
	İşçi/Esnaf	40	17,75	16,260	G.İçi	35253,660	212	166,291		
	Serbest	40	11,68	10,572	Toplam	36847,218	215			
	Çalışmıyor	55	17,91	11,093						
	Toplam	216	14,81	13,091						
Depresyon	Memur	81	14,68	13,239	G.Arası	1461,182	3	487,061	3,052	,029
	İşçi/Esnaf	40	16,45	14,109	G.İçi	33828,966	212	159,571		
	Serbest	40	14,03	11,521	Toplam	35290,148	215			
	Çalışmıyor	55	20,65	11,276						
	Toplam	216	16,41	12,812						
Olumsuz Benlik	Memur	81	9,75	11,893	G.Arası	2015,164	3	671,721	4,755	,003
	İşçi/Esnaf	40	14,65	14,489	G.İçi	29946,498	212	141,257		
	Serbest	40	8,75	9,394	Toplam	31961,662	215			
	Çalışmıyor	55	16,05	11,388						
	Toplam	216	12,08	12,193						
Somatizasyon	Memur	81	8,23	8,852	G.Arası	981,383	3	327,128	4,083	,008
	İşçi/Esnaf	40	11,93	10,958	G.İçi	16985,945	212	80,122		
	Serbest	40	7,65	7,715	Toplam	17967,329	215			
	Çalışmıyor	55	12,56	8,293						
	Toplam	216	9,91	9,142						
Hostalite	Memur	81	7,11	7,335	G.Arası	499,961	3	166,654	3,178	,025
	İşçi/Esnaf	40	10,10	8,646	G.İçi	11118,409	212	52,445		
	Serbest	40	6,85	6,750	Toplam	11618,370	215			
	Çalışmıyor	55	10,07	6,268						
	Toplam	216	8,37	7,351						
Toplam Ölçek	Memur	81	52,58	50,918	G.Arası	29910,222	3	9970,074	4,032	,008
	İşçi/Esnaf	40	70,88	61,878	G.İçi	524224,440	212	2472,757		
	Serbest	40	48,95	40,404	Toplam	554134,662	215			
	Çalışmıyor	55	77,25	43,847						
	Toplam	216	61,58	50,768						

Tablo 20'de görüldüğü üzere katılımcıların eğitim durumlarına göre Kısa Semptom Envanteri puanlarında anlamlı bir farklılık olup olmadığını belirlemek için yapılan Anova testi sonucunda Anksiyete ($F= 3,194$; $p<,05$), Depresyon ($F= 3,052$; $p<,05$), Olumsuz Benlik ($F= 4,755$; $p<,05$), Somatizasyon ($F=4,083$; $p<,05$), Hostalite ($F=3,178$; $p<,05$), Toplam ölçek

($F=4,032$; $p<,05$) puanlarında anlamlı bir farklılık görülmüştür. Anlamlı farklılığın hangi gruplar arasında olduğunu belirlemek için Benferroni testi sonucunda; İşçi/Esnaf olanlar ile serbest çalışanlar arasında anlamlı bir farklılık olduğu İşçi/Esnaf olanların daha yüksek puana sahip olduğu belirlenmiştir.

Tablo 21.

Katılımcıların Gelir Durumlarına Göre Kısa Semptom Envanteri Puanları

Puan	Gruplar	N	\bar{x}	ss	Var.K.	KT	Sd	KO	F	P
Anksiyete	2500 TL altı	53	16,08	11,960	G.Arası	2671,657	2	1335,828	8,326	,000
	2501-5000	88	18,06	14,141	G.İçi	34175,561	213	160,449		
	5001 ve üzeri	75	10,11	11,235	Toplam	36847,218	215			
	Toplam	216	14,81	13,091						
Depresyon	2500 TL altı	53	18,64	11,974	G.Arası	2740,395	2	1370,198	8,966	,000
	2501-5000	88	19,22	13,378	G.İçi	32549,753	213	152,816		
	5001 ve üzeri	75	11,53	11,344	Toplam	35290,148	215			
	Toplam	216	16,41	12,812						
Olumsuz Benlik	2500 TL altı	53	14,96	11,419	G.Arası	2432,491	2	1216,245	8,773	,000
	2501-5000	88	14,25	13,723	G.İçi	29529,171	213	138,635		
	5001 ve üzeri	75	7,49	9,274	Toplam	31961,662	215			
	Toplam	216	12,08	12,193						
Somatizasyon	2500 TL altı	53	10,75	8,306	G.Arası	1447,078	2	723,539	9,329	,000
	2501-5000	88	12,34	9,675	G.İçi	16520,251	213	77,560		
	5001 ve üzeri	75	6,47	8,044	Toplam	17967,329	215			
	Toplam	216	9,91	9,142						
Hostalite	2500 TL altı	53	9,98	6,538	G.Arası	866,854	2	433,427	8,587	,000
	2501-5000	88	9,74	7,547	G.İçi	10751,516	213	50,477		
	5001 ve üzeri	75	5,63	6,949	Toplam	11618,370	215			
	Toplam	216	8,37	7,351						
Toplam Ölçek	2500 TL altı	53	70,42	46,288	G.Arası	47925,568	2	23962,784	10,083	,000
	2501-5000	88	73,60	54,455	G.İçi	506209,094	213	2376,569		
	5001 ve üzeri	75	41,23	42,998	Toplam	554134,662	215			
	Toplam	216	61,58	50,768						

Tablo 21’de görüldüğü üzere katılımcıların gelir durumlarına göre Kısa Semptom Envanteri puanlarında anlamlı bir farklılık olup olmadığını belirlemek için yapılan Anova testi sonucunda Anksiyete ($F= 8,326$; $p<,05$), Depresyon ($F= 8,966$; $p<,05$), Olumsuz Benlik ($F= 8,773$; $p<,05$), Somatizasyon ($F=9,329$; $p<,05$), Hostalite ($F=8,587$; $p<,05$), Toplam ölçek ($F=10,083$; $p<,05$) puanlarında anlamlı bir farklılık görülmüştür. Anlamlı farklılığın hangi gruplar arasında olduğunu belirlemek için Benferroni testi sonucunda; 2501-5000 olanlar ile 5001 ve üzeri olanlar arasında anlamlı farklılık olduğu ve 2501-5000 olanların daha yüksek puana sahip olduğu belirlenmiştir.

Tablo 22.

Katılımcıların Riskli Grupta Çalışma Durumlarına Göre Kısa Semptom Envanteri Puanları

Puan	Gruplar	n	\bar{x}	ss	Sh	t	sd	p
Anksiyete	Evet	69	14,87	14,132	1,701	,046	214	,964
	Hayır	147	14,78	12,624	1,041			
Depresyon	Evet	69	16,14	13,357	1,608	-,206	214	,837
	Hayır	147	16,53	12,592	1,039			
Olumsuz Benlik	Evet	69	11,65	13,199	1,589	-,352	214	,726
	Hayır	147	12,28	11,733	,968			
Somatizasyon	Evet	69	9,65	10,222	1,231	-,286	214	,775
	Hayır	147	10,03	8,623	,711			
Hostalite	Evet	69	8,48	7,576	,912	,147	214	,883
	Hayır	147	8,32	7,269	,600			
Toplam Ölçek	Evet	69	60,80	55,279	6,655	-,155	214	,877
	Hayır	147	61,95	48,701	4,017			

Tablo 22’de görüldüğü üzere katılımcıların riskli grupta çalışma durumlarına göre Kısa Semptom Envanteri puanlarında anlamlı bir farklılık olup olmadığını belirlemek için yapılan t testi sonucunda Anksiyete ($t= ,046$; $p>,05$), Depresyon ($t= -,206$ $p>,05$), Olumsuz Benlik ($t= -,352$; $p>,05$), Somatizasyon ($t=-,286$; $p>,05$), Hostalite ($t=,147$; $p>,05$) ve Toplam ölçek ($t=-,155$; $p>,05$) puanlarında anlamlı bir farklılık görülmemiştir.

Tablo 23.**Katılımcıların Kronik Rahatsızlığı Olma Durumlarına Göre Kısa Semptom Envanteri Puanları**

Puan	Gruplar	n	\bar{x}	ss	Sh	t	sd	p
Anksiyete	Evet	54	15,50	12,129	1,651	,446	214	,656
	Hayır	162	14,58	13,425	1,055			
Depresyon	Evet	54	17,46	11,600	1,579	,698	214	,486
	Hayır	162	16,06	13,206	1,038			
Olumsuz Benlik	Evet	54	12,98	11,799	1,606	,627	214	,531
	Hayır	162	11,78	12,342	,970			
Somatizasyon	Evet	54	12,61	9,868	1,343	2,537	214	,012
	Hayır	162	9,01	8,734	,686			
Hostalite	Evet	54	9,07	6,960	,947	,812	214	,418
	Hayır	162	8,14	7,483	,588			
Toplam Ölçek	Evet	54	67,63	47,158	6,417	1,011	214	,313
	Hayır	162	59,56	51,898	4,077			

Tablo 23'de görüldüğü üzere katılımcıların Kronik tahatsızlıkları olma durumlarına göre Kısa Semptom Envanteri puanlarında anlamlı bir farklılık olup olmadığını belirlemek için yapılan t testi sonucunda Anksiyete ($t = ,446$; $p >,05$), Depresyon ($t = ,698$ $p >,05$), Olumsuz Benlik ($t = ,627$; $p >,05$), Hostalite ($t = ,812$; $p >,05$) ve Toplam ölçek ($t = 1,011$; $p >,05$) puanlarında anlamlı bir farklılık görülmezken, Somatizasyon ($t = 2,537$; $p <,05$) alt boyutunda kronik rahatsızlıkları olanların daha yüksek puana sahip oldukları görülmüştür.

Tablo 24.**Katılımcıların Covid Kaynaklı Kayıp Yaşama Durumlarına Göre Kısa Semptom Envanteri Puanları**

Puan	Gruplar	n	\bar{x}	ss	Sh	t	sd	p
Anksiyete	Evet	98	17,20	13,322	1,346	2,478	214	,014
	Hayır	118	12,82	12,610	1,161			
Depresyon	Evet	98	19,23	12,645	1,277	3,011	214	,003
	Hayır	118	14,06	12,522	1,153			
Olumsuz Benlik	Evet	98	14,01	12,614	1,274	2,139	214	,034
	Hayır	118	10,47	11,643	1,072			
Somatizasyon	Evet	98	11,10	9,482	,958	1,752	214	,081
	Hayır	118	8,92	8,767	,807			
Hostalite	Evet	98	9,53	7,371	,745	2,131	214	,034
	Hayır	118	7,41	7,224	,665			

Toplam Ölçek	Evet	98	71,08	51,543	5,207	2,539	214	,012
	Hayır	118	53,69	48,941	4,505			

Tablo 24'de görüldüğü üzere katılımcıların covid kaynaklı kayıp yaşama durumlarına göre Kısa Semptom Envanteri puanlarında anlamlı bir farklılık olup olmadığını belirlemek için yapılan t testi sonucunda Anksiyete ($t= 2,478$; $p<,05$), Depresyon ($t= 3,011$ $p<,05$), Olumsuz Benlik ($t= 2,139$; $p<,05$), Hostalite ($t=2,131$; $p<,05$) ve Toplam ölçek ($t=2,539$; $p<,05$) puanlarında anlamlı bir farklılık olduğu belirlenmiş covid kaynaklı kayıp yaşayanların yaşamayanlara kıyasla daha yüksek puana sahip oldukları belirlenmiştir. Somatizasyon ($t=1,752$; $p>,05$) alt boyutunda ise anlamlı bir farklılık görülmemiştir.

Tablo 25.

Katılımcıların Covid Kaynaklı Karantinada Olma Durumlarına Göre Kısa Semptom Envanteri Puanları

Puan	Gruplar	n	\bar{x}	ss	Sh	t	sd	p
Anksiyete	Evet	66	15,59	14,842	1,827	,580	214	,562
	Hayır	150	14,47	12,281	1,003			
Depresyon	Evet	66	16,70	13,670	1,683	,220	214	,826
	Hayır	150	16,28	12,461	1,017			
Olumsuz Benlik	Evet	66	12,39	12,487	1,537	,252	214	,802
	Hayır	150	11,94	12,100	,988			
Somatizasyon	Evet	66	10,35	10,056	1,238	,465	214	,643
	Hayır	150	9,72	8,738	,713			
Hostalite	Evet	66	8,42	8,044	,990	,071	214	,943
	Hayır	150	8,35	7,053	,576			
Toplam Ölçek	Evet	66	63,45	55,218	6,797	,359	214	,720
	Hayır	150	60,75	48,853	3,989			

Tablo 25'de görüldüğü üzere katılımcıların covid kaynaklı karantinada olma durumlarına göre Kısa Semptom Envanteri puanlarında anlamlı bir farklılık olup olmadığını belirlemek için yapılan t testi sonucunda Anksiyete ($t= ,580$; $p>,05$), Depresyon ($t= ,220$ $p>,05$), Olumsuz Benlik ($t= ,252$; $p>,05$), Somatizasyon ($t=,465$; $p>,05$), Hostalite ($t=,071$; $p>,05$) ve Toplam ölçek ($t=-,359$; $p>,05$) puanlarında anlamlı bir farklılık görülmemiştir.

Tablo 26.**Katılımcıların Covid Kaynaklı Entübe Olma Durumlarına Göre Kısa Semptom Envanteri Puanları**

Puan	Gruplar	n	\bar{x}	ss	Sh	t	sd	p
Anksiyete	Evet	11	26,73	16,823	5,072	3,163	214	,002
	Hayır	205	14,17	12,597	,880			
Depresyon	Evet	11	27,91	14,488	4,368	3,118	214	,002
	Hayır	205	15,79	12,457	,870			
Olumsuz Benlik	Evet	11	23,55	15,254	4,599	3,273	214	,001
	Hayır	205	11,46	11,739	,820			
Somatizasyon	Evet	11	14,91	9,884	2,980	1,872	214	,063
	Hayır	205	9,64	9,048	,632			
Hostalite	Evet	11	15,55	7,381	2,225	3,404	214	,001
	Hayır	205	7,99	7,166	,501			
Toplam Ölçek	Evet	11	108,64	61,288	18,479	3,224	214	,001
	Hayır	205	59,05	49,055	3,426			

Tablo 26'da görüldüğü üzere katılımcıların Covid kaynaklı entübe olma durumlarına göre Kısa Semptom Envanteri puanlarında anlamlı bir farklılık olup olmadığını belirlemek için yapılan t testi sonucunda Anksiyete ($t= 3,163$; $p<,05$), Depresyon ($t= 3,118$ $p<,05$), Olumsuz Benlik ($t= 3,273$; $p<,05$), Somatizasyon ($t=1,872$; $p<,05$), Hostalite ($t=3,404$; $p<,05$) ve Toplam ölçek ($t=3,224$; $p<,05$) puanlarında anlamlı bir farklılık olduğu ve entübe olanların olmayanlara kıyasla daha yüksek puana sahip olduğu belirlenmiştir.

4.3.Korelasyon Analizi Sonuçları**Tablo 27. Korelasyon Analizi Sonuçları**

	Başk alarılı elişk iler	YaşamF elsefesin deDeğişim	BenlikAl gısındaD eğişim	Topla mTrav ma S. G. Ölçeği	Anksiy ete	Depres yon	Olums uzBenl ik	Somati zasyon	Hostalite	Topla mÖlçe k
Başkaları ile ilişkiler	r p n	1 ,763** ,000 216	,797** ,000 216	,927** ,000 216	,257** ,000 216	,220** ,001 216	,169* ,013 216	,263** ,000 216	,162* ,017 216	,233** ,001 216
Yaşam Felsefesin de Değişim	r p n	1 ,763** ,000 216	,800** ,000 216	,890** ,000 216	,293** ,000 216	,278** ,000 216	,251** ,000 216	,280** ,000 216	,189** ,005 216	,284** ,000 216
Benlik Algısında Değişim	r p n	1 ,763** ,000 216	,952** ,000 216	,278** ,000 216	,246** ,000 216	,236** ,000 216	,309** ,000 216	,201** ,003 216	,275** ,000 216	
ToplamTra vma S. G. p	r p	1 ,763** ,000 216	,294** ,000 216	,261** ,000 216	,231** ,001 216	,308** ,000 216	,198** ,003 216	,281** ,000 216		

Ölçeği	n	216	216	216	216	216	216
	r	1	,899**	,899**	,797**	,879**	,972**
Anksiyete	p		,000	,000	,000	,000	,000
	n		216	216	216	216	216
	r		1	,866**	,769**	,814**	,949**
Depresyon	p			,000	,000	,000	,000
	n			216	216	216	216
	r			1	,703**	,840**	,939**
OlumsuzBenlik	p				,000	,000	,000
	n				216	216	216
	r				1	,712**	,852**
Somatizasyon	p					,000	,000
	n					216	216
	r					1	,907**
Hostalite	p						,000
	n						216
	r						1
ToplamÖlçek	p						
	n						

Tablo 27’de görüldüğü üzere ölçekler arası ilişkiler incelendiğinde, Başkaları İle İlişkiler alt boyutunun Yaşam Felsefesinde Değişim, Benlik Algısında Değişim, Toplam Travma Ölçeği, Anksiyete, Depresyon, Olumsuz Benlik, Somatizasyon, Hostalite ve Toplam Kısa Semptom Envanteri puanları arasında aynı yönde anlamlı ilişki bulunduğu belirlenmiştir. Yaşam Felsefesinde Değişim alt boyutunda Benlik Algısında Değişim, Toplam Travma Ölçeği, Anksiyete, Depresyon, Olumsuz Benlik, Somatizasyon, Hostalite ve Toplam Kısa Semptom Envanteri puanları arasında aynı yönde anlamlı ilişki bulunduğu belirlenmiştir. Benlik Algısında Değişim alt boyutunun Toplam Travma Sonrası Gelişim Ölçeği, Anksiyete, Depresyon, Olumsuz Benlik, Somatizasyon, Hostalite ve Toplam Kısa Semptom Envanteri puanları arasında aynı yönde anlamlı ilişki bulunduğu belirlenmiştir. Toplam Travma Sonrası Gelişim Ölçeğinin Anksiyete, Depresyon, Olumsuz Benlik, Somatizasyon, Hostalite ve Toplam Kısa Semptom Envanteri puanları arasında aynı yönde anlamlı ilişki bulunduğu belirlenmiştir. Anksiyetenin Depresyon, Olumsuz Benlik, Somatizasyon, Hostalite ve Toplam Kısa Semptom Envanteri puanları arasında aynı yönde anlamlı ilişki bulunduğu belirlenmiştir. Depresyonun Olumsuz Benlik, Somatizasyon, Hostalite ve Toplam Kısa Semptom Envanteri puanları arasında aynı yönde anlamlı ilişki bulunduğu belirlenmiştir. Olumsuz Benliğin, Somatizasyon, Hostalite ve Toplam Kısa Semptom Envanteri puanları arasında aynı yönde anlamlı ilişki bulunduğu belirlenmiştir. Somatizasyonun Hostalite ve Toplam Kısa

Semptom Envanteri puanları arasında aynı yönde anlamlı ilişki bulunduğu belirlenmiştir. Hostalitenin ve Toplam Kısa Semptom Envanteri puanları arasında aynı yönde anlamlı ilişki bulunduğu belirlenmiştir.

4.4.Regresyon Analizi Sonucu

Tablo 28.

Kısa Semptom Envanterine İlişkin Regresyon Analizi Sonuçları

Değişkenler	B	Standart Hata	β	t	p	
(Sabit)	27,747	8,611		3,222	,001	
Başkaları İle İlişkiler	-,141	,632	-,026	-,223	,824	
Yaşam Felsefesinde Değişim	1,755	1,098	,186	1,598	,111	
Benlik Algısında Değişim	,659	,562	,147	1,174	,242	
			R=,295	R ² =,087	F=6,746	P=,000

Tablo 28’de görüldüğü üzere Travma Sonrası Gelişim Ölçeği alt boyutlarının Kısa Semptom Envanteri yordamasına ilişkin çoklu regresyon analizi sonuçları incelendiğinde; travma sonrası gelişimin Kısa Semptom Envanterini anlamlı yordadığı sonucu ortaya çıkmıştır (R= ,295, R²= ,087, p<.01). Bu modelin anlamlı olduğunu göstermektedir. Buna göre katılımcıların Kısa Semptom Envanterini, Travma Sonrası Gelişim Ölçeği alt boyutlarının toplam varyansın %1 kadarını (R²= 0.087) açıklayabildiği görülmektedir. Başkaları İle İlişkilere ait regresyon yükü (-.141) Yaşam Felsefesinde Değişime ait regresyon yükü (1.755) olduğu, Benlik Algısında Değişime ait regresyon yükü (.659) olduğu belirlenmiştir. Standardize edilmiş regresyon katsayısına (β) göre, yordayıcı değişkenlerin sosyal kaygı üzerindeki görece önem sırası Yaşam Felsefesinde Değişim, Benlik Algısında Değişim ve Başkaları İle İlişkiler şeklinde olduğu görülmektedir.

5. BÖLÜM

TARTIŞMA

Araştırmada son dönemde toplumsal bir sorun olan covid-19 incelenmiştir. Bu kapsamda Covid-19 geçiren vakaların travma sonrası gelişimleri ile psikolojik durumlarının değerlendirilmesi yapılmıştır. Araştırma sonucunda travma sonrası gelişim ile psikolojik belirtiler arasında aynı yönde ilişki bulunduğu belirlenmiştir. Travma sonrasında bireyde meydana gelen gelişme ve güçlenme travmatik yaşantının doğal sonucu değildir, olay sonra kişide oluşan sirtrese karşı geliştirdiği başetme süreciyle ilişkili olarak değerlendirilmiştir (Zoellner ve Maercker, 2006). Bireylerin bu yaşantıları sonrasında güç kazandıkları ve başka bir zorlukla karşılaştığında hangi baş etme stratejisini kullanması gerektiğini öğrendiği düşünülmektedir (Joseph, 2011). Araştırma sonucuna benzer şekilde travmatik gelişim ile psikolojik dayanıklılık arasında pozitif ilişki tespit edilmiştir (Tomich ve Helgeson, 2004; Hobfoll ve diğ., 2008; Connor ve Davidson, 2003). Ayazi ve diğ. 2014; Duan ve diğ. 2015; Oginska-Bulik, 2015; Xiao ve diğ., 2016), yaptıkları çalışmalarda travmatik olay deneyimleri ile gelişim arasında yine aynı yönde ilişki olduğunu tespit etmişlerdir. Araştırma sonuçları alan yazınla tutarlılık göstermektedir.

Araştırma sonucunda travma sonrası gelişimin psikolojik durumları etkilediği belirlenmiştir. Literatürde (Koryürek, 2011; Hedtke ve diğ., 2008), yaptıkları çalışmalarda yaşanan travmatik olayların travmayı etkileyen faktörlerden biri olduğunu tespit etmişlerdir. Eşsizoğlu ve diğ., (2009) fiziki bir yaralanmanın, patlama ve benzeri olaylara tanıklık etmek, ölü veya yaralı ile karşılaşmak, bir yakının kaybı gibi travma olaylarının psikolojik gelişimi etkileyen unsurlardan olduğunu bulgulamışlardır. Tüm bu sonuçlar travmanın psikolojik belirtileri etkilediğini göstermektedir. Araştırma sonucu literatür ile tutarlılık göstermektedir.

Katılımcıların demografik özellikleri değerlendirildiğinde yaşlarına göre Travma Sonrası Gelişimleri Başkaları İle İlişkiler boyutunda 46 yaş ve üzeri olan grubun 18-25 yaş grubuna kıyasla daha iyi başkaları ile ilişki kurabildiği

belirlenmiştir. Bu bulguya kısmen benzer şekilde Gökmen ve Deniz (2020) yaşa göre travma sonrası gelişim durumlarında farklılık bulmamıştır. Bu araştırmada başkaları ile ilişkiler alt boyutunda yaşlı bireylerin daha fazla gelişim gösterdiği belirlenmiştir. Bu onların sosyal desteğe daha fazla ihtiyaç duymaları nedeniyle travma sonrasında başkaları ile daha fazla iletişim kurma isteklerinden kaynaklanmış olabilir.

İncelenen değişkenlerden bir diğeri eğitim durumudur. Travma Sonrası Gelişimi Benlik Algısında Değişim boyutunda ilköğretim mezunu olanların Yüksek Lisans ve Doktora mezunlarına kıyasla daha fazla gelişim gösterdikleri belirlenmiştir. Ssenyonga, ve diğ. (2013), yaptıkları çalışmada düşük eğitilmiş mültecilerin Örselenme Sonrasında benzer şekilde tepki geliştirdiklerini belirlemiştir. Bunun dışında eğitim düzeyi yükseldikçe travma sonrası büyümenin daha çok geliştiğini gösteren çalışmalarda bulunmaktadır (Linley ve Joseph, 2004; Tedeschi ve Calhoun, 2004) Ancak travmanın bir zorluklarla başa çıkma sonucu bir gelişim gösterme tepkisi oluşturduğu düşünüldüğünde düşük eğitilmiş kişilerin de benzer bir gelişimi göstermeleri mümkündür. Araştırma bu düşünceyi desteklemiştir.

Katılımcıların iş durumlarına göre ise Travma Sonrası Gelişimleri incelendiğinde Benlik Algısında Değişim boyutunda İşçi/Esnaf olanların daha fazla gelişim gösterdikleri belirlenmiştir. Bu sonuç aynı zamanda eğitim durumu sonucu ile de örtüşmektedir. İşçi esnaf olanlar daha düşük eğitime sahiptirler. Bu iki değişkende ortaya çıkan sonuç birbiri ile tutarlılık göstermektedir. İşçi ve esnafın Travma sonrasında gösterdikleri gelişim yaşam zorlukları karşısında daha dayanıklı olduklarının bir yansıması olarak değerlendirilebilir.

Travma Sonrası Gelişimler gelir durumuna göre incelendiğinde 2501-5000 geliri olanların daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Ayazi, ve diğ. (2014), bulguları destekler nitelikte olup gelir düzeyi ve Örselenme Sonrası gelişim arasında ilişki olduğunu belirtmektedirler. Updegraff ve diğ. (2002), yüksek gelirli kişilerin travma sonrası gelişimlerinin daha yüksek olduğunu belirtmektedirler. Bu araştırmada orta gelir grubunun daha fazla gelişim gösterdiği görülmüştür. Orta gelir toplumun büyük çoğunluğunu

oluşturmaktadır. Onların travma sonrası sosyal destek başta olmak üzere toplumsal etkenlere bağlı gelişim gösterdikleri düşünülmektedir.

Katılımcıların riskli grupta çalışma durumuna göre Travma Sonrası Gelişimleri riskli grupta çalışanlar açısından daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Riskli grupta çalışıyor olmak hastalığa karşı hazırlayıcı ve koruyucu ruhsağlığı değişkenlerini beraberinde getirmelerini sağlamış olabilir yorumu yapılabilir.

Katılımcıların kronik rahatsızlığı olanların Travma Sonrası Gelişimlerinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Covid kaynaklı kayıp yaşayanların travma sonrası gelişimleri daha yüksek bulunmuştur. Travmanın büyüklüğü gelişiminde daha fazla olmasını sağlıyor olabilir. Alan yazında karşılaştıracak araştırmaya rastlanmamıştır.

Katılımcıların cinsiyetlerine, medeni durumlarına ve çocuk sahibi olma durumlarına göre Travma Sonrası Gelişimlerinde bir farklılık görülmemiştir. Literatürde benzer araştırmalar incelendiğinde Marwa'nın (2016), Suriyeli mültecilerle yaptığı çalışmada Örselenme Sonrası Gerginlik Bozukluğu ile yaş, cinsiyet ve medeni durum arasında bir fark bulunmamıştır. Benzer şekilde travma sonrası gelişime ilişkin olarak cinsiyetler arasında bir fark olmadığını tespit eden diğer çalışmalarda bulunmaktadır (Powel, ve diğ. 2003; Polatinsky ve Esprey, 2000; Wang ve diğ. 2013). Bu sonucun literatürü desteklediği yorumu yapılabilir. Travma sonrasında cinsiyetten bağımsız olarak bireylerin etkilenme durumlarının benzer olduğu ve benzer şekilde travma sonrası gelişim gösterdikleri söylenebilir.

Katılımcıların karantinada olma durumuna ve Covid kaynaklı entübe olma durumuna göre Travma Sonrası Gelişimlerinde ise anlamlı bir farklılık görülmemiştir. Burada entübe olan kişi sayısının azlığı araştırma sonucunun genellenebilirliğini düşürmektedir. Karantina ise hastalığı geçirenlerin doğal süreci olarak değerlendirmek mümkündür.

İncelenen değişkenlerden biri psikolojik belirti durumlarıdır. Demografik değişkenlerden cinsiyetlerine göre kadınlar Anksiyete, Depresyon, Olumsuz Benlik, Somatizasyon, Hostalite de erkeklere kıyasla daha yüksek psikolojik

belirti gösterdikleri belirlenmiştir. Nazam (2016), ise kadınlarda travmatik olayda erkeklere kıyasla daha fazla kaçınma yaşantısının olduğu, ve duygularını daha az paylaştıkları belirlenmiştir. Sağaltıcı (2013) ise cinsiyete göre anlamlı bir farklılık bulmamıştır. Fakat kadınların puanları daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Kadınlar erkeklere kıyasla fazla korku, çaresizlik, dehşete düşme yaşamışlardır. Bu sonuçlar değerlendirildiğinde kadınların etkilenmelerinin daha yüksek olduğu cinsiyetin psikolojik durumlar ile ilişkili olduğu yorumu yapılabilir.

18-25 yaşında olanların daha yüksek psikolojik belirti gösterdikleri belirlenmiştir. Bu çalışmaya benzer şekilde Ömeroğlu (2019) da yaş değişkeni ilişkisi ile psikolojik belirtiler arasındaki ilişkiyi belirlemiştir. 46 yaş ve üzeri olan grubun daha yüksek anksiyete yaşadığı görülmüştür. Yıldız (2009) ise yaşa göre farklılaşma belirlememiştir. Noriss (2002), yaşlı katılımcıların genç yetişkinlere kıyasla daha düşük oranda travmaya maruz kaldıklarını belirtmiştir. Bu araştırmada genç yaşta olanların kısa semptom envanteri puanlarının fazla olmasının Covid 19 un psikolojik etkileri kaynaklı olduğu düşünülmektedir. Genç yaşta bu hastalığa maruz kalmak hastalığın yıpratıcı etkileri nedeniyle bireylerde bunaltıcı bir etki yapmış olabilir.

Bekar olanların Anksiyete, Depresyon, Olumsuz Benlik, Hostaliteyi daha fazla yaşadıkları belirlenmiştir. Somatizasyon ve Hostalite ise medeni duruma göre farklılık görülmemiştir (Guinn, ve diğ., 2009). Evlilik yalnızlığa karşı destekleyici bir unsur olarak görülmekte, ruhsal yönden koruyucu olarak kabul edilmektedir (Bektaş ve Özben, 2016). Maguen, ve diğ. (2010), bu sonucu doğrulayacak şekilde bekarların evlilere kıyasla travma sonrasında gösterdikleri bozuklukların daha fazla olduğunu belilemiştir. Bu durum güçlü sosyal bağ ve sosyal etkileşimlerin hem ruhsal hem de fiziksel sağlık ile olumlu bir ilişkiye sahip olduğunu göstermektedir (Jang ve diğ., 2002; Mendes ve diğ. 2001). Bu bağlamda evli olanların birbirlerine destek olması beklenebilir.

Çocuk sahibi olmayanların daha fazla Anksiyete, Depresyon yaşadıkları belirlenmiştir. Olumsuz Benlik, Somatizasyonda ise farklılık görülmemiştir. Ömeroğlu (2019) 2 ve 3 çocuğa sahip olanların daha yüksek somatizasyon

yaşadığını belirlemiştir. Yıldız (2009) çocuk sayısına göre farklılaşma tespit etmemiştir. Bu farklı sonuçların nedeni Covid 19 eksenli olduğu Covid 19 un gençlerin psikolojik özellikleri üzerinde daha olumsuz etki yapmaları kaynaklı olabilir. Anksiyete depresyon açısından çocuk sahibi olanların sorumlulukları gereği kişiyi daha güçlü durmak zorunda bıraktığı yorumu yapılabilir.

İlköğretim ve lise mezunlarının psikolojik belirtilerinin daha yüksek olduğu görülmüştür. Bu bulguya benzer şekilde Ömeroğlu (2019) ilkokul mezunu olan grubun daha yüksek anksiyete ve depresyon yaşadığı görülmüştür. Ceylan (2004) öğrenim durumu ile depresyonun ilişkisini belirlemiştir. Görgü (2005), ortaokul mezunu olan annelerde görülen depresyon ilkokul, üniversite ve lise mezunu olanlara kıyasla daha yüksek bulunmuştur. Yıldız'da (2009) benzer bir sonuç elde etmiştir. Diğer araştırmalarda eğitim seviyesi arttıkça stresin azaldığı belirlenmiştir (Akandere, ve diğ., 2009; Yıldırım ve diğ., 2010). Bu sonuçlar ile araştırma bulgularının benzerlik gösterdiği covid 19 un düşük eğitilmiş kişilerdeki psikolojik etkilerinin daha yüksek olduğu yorumu yapılabilir. Yüksek eğitilmiş kişiler hastalığın seyri ve tedaviye ulaşma konusunda daha bilinçli yaklaşımları nedeniyle onların stres düzeyleri olumlu etkilemiş olabilir.

İşçi/Esnaf olanların psikolojik belirtilerinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Literatürde meslek gruplarına göre incelemeye rastlanmamış olsada Görgü (2005), çalışan kişilerin çalışmayanlardan daha düşük depresyon yaşadıklarını belirlemiştir.

2501-5000 geliri olanların psikolojik belirtilerinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Bu sonuçlara benzer şekilde Ömeroğlu (2019) düşük gelirin psikolojik belirtilerini artırdığını belirlemiştir. Diğer araştırmalarda gelir yüksek olduğunda anne-babaların stres, kaygı ve depresyon düşük olduğu bulunmuştur (Smith, ve diğ., 2001; Yıldırım ve diğ., 2010). Maddi sıkıntı yaşayanların maddi sıkıntı yaşamayanlara kıyasla anksiyete, depresyon, olumsuz benlik, somatizasyon durumlarının daha yüksek olduğu bulunmuştur (Ömeroğlu, 2019).

6.BÖLÜM

SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuç

Travma sonrası gelişim ile psikolojik durumlar arasında anlamlı ilişki olduğu belirlendiğinden travmanın bireylerin psikolojik durumlarını etkilediği, Travma sonrası gelişimin Kısa Semptom Envanterini anlamlı yordadığı sonucuna ulaşılmıştır. Araştırmada Covid 19 geçiren bireylerin demografik özellikleri incelendiğinde katılımcıların yaşlarına göre Travma Sonrası Gelişimlerinde farklılaşma olduğu yaş ilerledikçe başkaları ile daha yakın ilişkiler kurulduğu sonucuna ulaşılmıştır. Travmanın etkilerinin yaşla birlikte azaldığı yorumu yapılabilir.

Katılımcıları eğitim seviyesi ile travma sonrası gelişimleri arasında bir ilişki olduğu, eğitim seviyesi düştükçe travma sonrası gelişimin daha yüksek olduğu, İşçi/Esnaf olanların travma sonrasında benlik gelişimlerinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir. İşçi ve esnaf olanların eğitim seviyelerinin daha düşük olması bu sonuçların tutarlı olduğunu göstermektedir. Gelir düzeyinde travma sonrası gelişim üzerinde etkili olduğu, orta gelirli toplumsal sınıfta daha yüksek olacağı şeklinde yorumlanmıştır. Riskli grupta çalışanlar ile kronik rahatsızlığı olanların daha yüksek gelişim gösterdikleri belirlenmiştir. Bunların dışında cinsiyetin, medeni durumun çocuk sahibi olma durumunun Travma Sonrası Gelişim üzerinde bir etkiye sahip olmadığı sonucuna ulaşılmıştır. Covid kaynaklı kayıp yaşayanların daha yüksek gelişim gösterdikleri bulgusu travma sonrasında kaybın olmasının gelişim düzeyini artırdığı şeklinde yorumlanabilir. Çünkü bireyler ortaya çıkan acı durumlar ile başa çıkmak için daha fazla mücadele etmek zorunda kalmaktadırlar. Karantinada olma ve entübe olma durumuna göre anlamlı bir farklılık görülmemiştir.

Katılımcıların cinsiyetlerine göre kadınların Anksiyete, Depresyon, Olumsuz Benlik, Somatizasyon, Hostaliteyi daha çok yaşadıkları belirlenmiştir. BU

sonu kadınların psikolojik belirtilerin covid sürecinde daha çok etkilendikleri şeklinde yorumlanabilir. Kadınların covid sürecinde sorumlulukları ve iş yükleri daha çok artmıştır. 18-25 yaşında olanların, Bekar olanların evli olanlara kıyasla daha yüksek psikolojik belirti gösterdikleri belirlenmiştir. Bekar olmak zorluklar ile başa çıkmada sosyal destek mekanizması olan evlilik desteğinden yoksun olmak anlamının agelmektedir. Bu yönüyle bekarların psikolojik durumlarının yüksek olması beklenen bir sonuçtur. Çocuk sahibi olmayanların Olumsuz Benlik, Somatizasyon ve Hostaliteli daha yüksek bulunmuştur. Çocuk sahibi olmanın sosyal sorumluluğu artırdığı ve bu sorumluluğun insanı güçlü kalmak zorunda bıraktığı şeklinde yorumlamak mümkündür. İlköğretim ve lise mezunlarının, İşçi/Esnaf olanların 2501-5000 geliri olanların psikolojik belirtileri daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Katılımcıların riskli grupta çalışanların, covid kaynaklı kayıp yaşayanların ve entübe olanların daha yüksek psikolojik belirti gösterdiği belirlenmiştir. Kayıp ne kadar yüksek ise psikolojik etkilenmenin de artacağı yorumu yapılabilir.

6.2 Öneriler

6.2.1. Klinisyenlere Öneriler

1.Araştırma sonucunda Covid 19 geçiren bireylerin travma sonrası gelişimleri ile psikolojik durumları arasında pozitif ilişki tespit edilmiştir. Bu bağlamda Covid 19 vakalarına psikolojik desteğin verilmesi önemlidir. Klinisyenlere bu bireyler ile çalışırken onların sosyo demografik özelliklerini dikkate almaları önerilir.

2.Gençler üzerinde psikolojik etkinin daha fazla olduğu tespit edildiğinden genç yetişkinler ile çalışılırken bu bulgunun dikkate alınması gerektiği diğer sosyal destek araçlarının kullanılmasının teşvik edilmesi yararlı olabilir.

3.Evli çiftlerle çalışılırken evlilik travma durumlarına karşı koruyucu etki yapabilir. Bir sosyal destek aracı olarak evliliklerin bu özelliklerine vurgu yapılabilir.

4. Alanda çalışan ruh sağlığı uzmanları danışanların travma sonrası büyüme gösterebilmelerini sağlamaları için psiko-eğitim çalışmaları düzenleyebilirler.

5. Bu araştırmanın sonuçları, travma sonrası gelişimi desteklemenin önemini ortaya koyduğundan danışanlarla bireysel veya grupla psikolojik danışma süreçlerinde bu gelişimi destekleyici değişkenlerden sosyal destek yanında, affetme, hoşgörü, iletişim ve yardımlaşma gibi sosyal becerileri ele almaları yararlı olabilir.

6.2.2. Akademisyenlere Öneriler

1.Araştırmada Psikolojik durumları yordayıcı değişken olarak Covid 19 kaynaklı travma sonrası gelişme değişkeni kullanılmıştır. Psikolojik dayanıklılığın aracı rolü de dahil edilerek araştırma genişletilebilir.

2.Benzer bir araştırma çocuk ve gençlerde yapılabilir. Covid 19 un çocuklar üzerindeki psikolojik etkileri incelenebilir.

3.Covid 19'un farklı meslek grupları üzerindeki etkisi nitel bir araştırmaya konu edilebilir.

6.2.3.Devletlere Öneriler

1. Devletlerin sağlık bakanlıkları Covid 19 geçiren bireylerin ruhsal açıdan hastalık ve tedavi sürecini daha sorunsuz atlattıklarına yardımcı olmak amacıyla hastalara psikolog desteği sağlayabilir.

KAYNAKÇA

- Adlhoch, Cornelia; et al. (23 March 2020). Considerations relating to social distancing measures in response to COVID-19 – second update (PDF) (Report). European Centre for Disease Prevention and Control. Retrieved 24 March 2020.
- Akandere, M., Acar, M., & Baştuğ, G. (2009). Investigating the hopelessness and life satisfaction levels of the parents with mental disabled child. *Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 22, 23-32.
- Almond, D., ve Mazumder, B. (2005). The 1918 influenza pandemic and subsequent health outcomes: an analysis of SIPP data. *American Economic Review*, 95(2), 258- 262.
- American Psychiatric Association (APA) (1994). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-IV).
- Ayazi, T., Lien, L., Eide, A., Swartz, L., & Hauff, E. (2014). Association between exposure to traumatic events and anxiety disorders in a post-conflict setting: a cross-sectional community study in South Sudan. *BMC Psychiatry*, 14(1), 6.
- Baysak E. (2010). *Acil ve yoğun bakım çalışanlarında travma sonrası stres bozukluğu, stresle başa çıkma tarzları, tükenmişlik ve ilişkili etkenler*. Psikiyatri Anabilim Dalı Tıpta Uzmanlık Tezi. Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ankara.
- Bektaş, M. ve Özben, Ş. (2016). Evli Bireylerin Psikolojik Dayanıklılık Düzeylerinin Bazı Sosyo-Demografik Değişkenler Açısından İncelenmesi. *Celal Bayar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 14(1),215-240.

- Briere, John N.; Scott, Catherine (25 March 2014). Principles of Trauma Therapy: A Guide to Symptoms, Evaluation, and Treatment (DSM-5 Update). SAGE Publications
- Brunson; et al. (2005). Mechanisms of late-onset cognitive decline after early-life stress. *Journal of Neuroscience*. 25 (41): 9328–9338.
- Carlson, Eve B.; Josef Ruzek. (2005). Effects of Traumatic Experiences: A National Center for PTSD Fact Sheet. *National Center for Post-Traumatic Stress Disorder*. Archived from the original on 2005-12-10. Retrieved 2005-12-09
- Carlson, Neil (2013). *Physiology of Psychology*. Pearson Education Inc. ISBN 978-0-205-23939-9
- Carter, S. B. (2012). Where Do You Fall on the Burnout Continuum?
- Ceylan, R. (2004) *Entegre Eğitime Katılan ve Katılmayan Engelli Çocukların Annelerinin Depresyon ve Umutsuzluk Düzeylerinin İncelenmesi*. Doktora Tezi. Ankara: Ankara Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü Ev Ekonomisi (Çocuk Gelişimi ve Eğitimi) Anabilim Dalı.
- Chan, J.F.; Kok, K.H.; Zhu, Z.; Chu, H.; To, K.K.; Yuan, S.; Yuen, K.Y. (2020). Genomic characterization of the 2019 novel human-pathogenic coronavirus isolated from a patient with atypical pneumonia after visiting Wuhan. *Emerg. Microbes Infect.* 9, 221–236.
- Chan, J.F.; Yuan, S.; Kok, K.H.; To, K.K.; Chu, H.; Yang, J.; Xing, F.; Liu, J.; Yip, C.C.; Poon, R.W.; et al. (2020). A familial cluster of pneumonia associated with the 2019 novel coronavirus indicating person-to-person transmission: A study of a family cluster. *Lancet* 395, 514–523.

- Chen N, Zhou M, Dong X, Qu J, Gong F, Han Y, et al. (2020). *Epidemiological and clinical characteristics of 99 cases of 2019 novel coronavirus pneumonia in Wuhan, China: a descriptive study*. *Lancet*. composition and divergence of the novel coronavirus (2019-nCoV) originating in China. *Cell Host Microbe* 2020, 27, 325–328.
- Chen, Q., Liang, M., Li, Y., Guo, J., Fei, D., Wang, L., ve Wang, J., (2020). Mental Health Care for Medical Staff in China During the COVID-19 Outbreak, *The Lancet Psychiatry*, 7(4), e15-e16
- Chinazzi, M., Davis, J. T., Ajelli, M., Gioannini, C., Litvinova, M., Merler, S., ve Viboud, C. (2020). The effect of travel restrictions on the spread of the 2019 novel coronavirus (COVID-19) outbreak. *Science*, 368(6489), 395-400.
- Chua, S. E., Cheung, V., McAlonan, G. M., Cheung, C., Wong, J. W., Cheung, E. P., & Tsang, K. W. (2004). Stress and psychological impact on SARS patients during the outbreak. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 49(6), 385-390.
- Connor, K.M., Davidson, J.R.T. (2003). Development of a new resilience scale: the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depression and Anxiety*, 18(2), 71-82.
- Çakıcı, M. (2018) “KKTC’de Erişkin Bireylerde Disosiyatif Belirtilerin yaygınlığı, risk faktörleri ve Akültürasyon ile ilişkisi” 54.Ulusal Psikiyatri Kongresi
- Çaplı, B. ve Taş, O. (2010). *Kriz haberciliği. Televizyon Haberciliğinde Etik*.(Ed: B. Çaplı ve H. Tuncel). Ankara.
- Daily Sabah. (2020) Türkiye, kısa süre önce Avrupa'dan dönen ilk koronavirüs hastasını doğruladı". Daily Sabah. 11 Mart 2020. Erişim tarihi: 11 Mart 2020.

- Davison, G. J., & Neale, J. M. (2004). *Abnormal Psychology* (İ. Dağ, Trans.). Ankara: Turkish Psychological Association.
- Derogatis, L. R. (1992). *The Brief Symptom Inventory (BSI); Administration, scoring and procedures manual-II*. Clinical Psychometric Research Inc.
- Dış Politika (20 Mart 2020). Türkiye'nin Koronavirüs Krizi, Enfeksiyonlar Çin'i Aştıkça Büyüyor.
- Dirik, G., & Karanci, A. N. (2008). Variables related to posttraumatic growth in Turkish rheumatoid arthritis patients. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 15(3), 193-203.
- Duan, W., Guo, P., & Gan, P. (2015). Relationships among trait resilience, virtues, post-traumatic stress disorder, and posttraumatic growth. *PLoS ONE*, 10(5), 1–13.
- DW News (7 Mayıs 2020). Türkiye'nin halk sağlığı sistemi koronavirüs salgınıyla karşı karşıya .
- El Cezire (2020). "Türkiye'nin en yüksek koronavirüs vakaları Orta Doğu'da: Canlı güncellemeler". El Cezire 19 Nisan 2020.
- Emanuel, E. J., Persad, G., Upshur, R., Thome, B., Parker, M., Glickman, A., ve Phillips, J. P. (2020). Fair Allocation of Scarce Medical Resources in the Time of Covid-19, *The New England Journal of Medicine*, 382 (21), 2049-2055.
- Eşsizoglu, A., Yaşan, A., Bülbül, İ., Önal, S., Yıldırım, E.A., Aker, T. (2009). Bir Terörist Saldırı Sonrasında Travma Sonrası Stres Bozukluğu Gelişimini Etkileyen Risk Faktörleri. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 20(2), 118-126.

- Furedi, F. (2001). *Korku kültürü*. (B. Yıldırım, Çev.) İstanbul: Ayrıntı Yayınları.
- Frommberger, Ulrich (2014). "Post-traumatic stress disorder – a diagnostic and therapeutic challenge". *Deutsches Ärzteblatt International*. 111 (5): 59–65.
- Furedi, F. (2014). *Korku kültürü: Risk almanın riskleri* (2. b.). İstanbul: Ayrıntı Yayınları
- Genç, F. (2008). Kriz iletişimi:Marmara Depremi örneği. *Selçuk İletişim*, 5(3): 161-175.
- Gökmen, G. ve Deniz, M. E. (2020). Travma Sonrası Büyümenin Yordayıcıları Olarak Öz-Anlayış ve Affetme *Uluslararası Türk Kültür Coğrafyasında Sosyal Bilimler Dergisi (TURKSOSBİLDER) 05(2): 72-93*
- Görgü, E. (2005). *3–7 Yas Arası Otistik Çocuğa Sahip Olan Annelerin Aldıkları Sosyal Destek Düzeyleri İle Depresyon Düzeyleri Arasındaki İlişki*. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul: Marmara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü.
- Graham Carlos W, Dela Cruz CS, Cao B, Pasnick S, Jamil S. (2020). Novel Wuhan (2019-NCoV) coronavirus. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*.
- Grasselli G, Pesenti A, Cecconi M. (2020). *Critical Care Utilization for the COVID-19 Outbreak in Lombardy, Italy*. JAMA.
- Greenhalgh T, Schmid MB, Cypionka T, Bassler D, Gruer L (April 2020). "Face masks for the public during the covid-19 crisis". *BMJ*. 369: m1435. doi:10.1136/bmj.m1435. PMID 32273267. S2CID 215516381.

- Guinn, B., Vincent, V. ve Dugas, D. (2009). Stress Resilience Among Border Mexican American Women, *Hispanic Journal of Behavioral Sciences*, 31(2), 228–243.
- Hasell, J. Ortiz-Ospina, E. Ritchie, H. Roser, . (10 Mayıs 2020). "Koronavirüs Salgını (COVID-19)" . Verilerdeki Dünyamız .
- Hedtke, K. A., Ruggiero, K. J., Fitzgerald, M. M., Zinzow, H. M., Saunders, B.E., Resnick, H. S. & Kilpatrick, D. G. (2008). A longitudinal investigation of interpersonal violence in relation to mental health and substance use. *J Consult Clin Psychol*, 76(1), 633-47.
- Hennenofer, G. ve Heil, K. (2001). *Korkuyu yenmek*. (Çev: L. Yarbaş). İzmir: İlyca.
- Hobfoll, S.E., Canetti-Nisim, D., Johnson, R.J., Palmieri, P.A., Varley, J.D., Galea, S., (2008). The association of exposure, risk, and resiliency factors with PTSD among Jews and Arabs exposed to repeated acts of terrorism in Israel. *J Trauma Stress*, 21(1), 9-21.
- Hoffman, V. F., Bose, J., Batts, K. R., Glasheen, C., Hirsch, E., Karg, R., & Hedden, S. (2016, April). Correlates of Lifetime Exposure to One or More Potentially Traumatic Events and Subsequent Posttraumatic Stress among Adults in the United States: Results from the Mental Health Surveillance Study, 2008–2012. Retrieved September 20, 2017,
- Holmes, E. A., O'Connor, R. C., Perry, V. H., Tracey, I., Wessely, S., Arseneault, L.,... ve Ford, T., (2020). Multidisciplinary Research Priorities for the Covid-19 Pandemic: A Call for Action for Mental Health Science, *The Lancet Psychiatry*, 7, 547-560.
- 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.
doi:10.1093/ppar/prx030

Huang, C.; Wang, Y.; Li, X.; Ren, L.; Zhao, J.; Hu, Y.; Zhang, L.; Fan, G.; Xu, J.; Gu, X.; et al. (2020) Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China. *Lancet* 395, 497–506.

Huang C, Wang Y, Li X, Ren L, Zhao J, Hu Y, et al. (2020). *Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China*. *Lancet*.

Izci, F., & Unveren, G. (2017). Cognitive behavioral therapy and eye movement desensitization and reprocessing in posttraumatic stress disorder. *Journal of Cognitive-Behavioral Psychotherapy and Research*, 6(1), 31-38

Jang, Y., Haley, W. E., Small, B. J., and Mortimer, J. A. (2002). The Role of Mastery and Social Resources in The Associations Between Disability and Depression in Later Life. *The Gerontologist*, 42(6), 807-813.

Joseph, S. (2010). *What Doesn't Kill Us: The New Psychology Of Posttraumatic Growth*. New York: Basic Books.

Karlin, BE.; Ruzek, JI.; Chard, KM.; Eftekhari, A.; Monson, CM.; Hembree, EA.; Resick, PA.; Foa, EB. (Dec 2010). Dissemination of evidence-based psychological treatments for posttraumatic stress disorder in the Veterans Health Administration. *J Trauma Stress*. 23(6): 663–73. doi:10.1002/jts.20588. PMID 21171126.

Karapıçak, Ö. K., Aslan, S., & Utku, Ç. (2012). Panik bozukluğu, somatizasyon bozukluğu ve hipokondriaziste sağlık kaygısı. *Bilişsel Davranışçı Psikoterapi ve Araştırmalar Dergisi*, 1(1), 43-51.

Karataş, Z. (2020). COVID-19 Pandemisinin Toplumsal Etkileri, Değişim ve Güçlenme. *Türkiye Sosyal Hizmet Araştırmaları Dergisi* 4(1), 3-15

- Karasar, N.(2009). *Bilimsel Araştırma Yöntemi*. 2. Baskı. Ankara: Nobel Yayınları, s.77.
- Kaya, B., (2020). Pandeminin Ruh Sağlığına Etkileri, *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 23, 123-124. doi:10.5505/kpd.2020.64325
- Kayahan, B., Altıntoprak, E., Karabilgin, S., Öztürkt, Ö. (2003) On Beş-Kırk Dokuz Yaşları Arasındaki Kadınlarda Depresyon Prevalansı ve Depresyon şiddeti İle Risk Faktörleri Arasındaki İlişki, *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 4(1) 45-67
- Koh, D. (2020). Occupational risks for COVID-19 infection, *Occupational Medicine* 70:82–83
- Koryürek, M.M. (2011). *Iraklı Sivillerde Savaş Travmasına Bağlı Ruhsalsorunların Yordayıcıları*. (Uzmanlık tezi). Hacettepe Üniversitesi/Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Tezi, Ankara.
- Köknel, Ö. (2004) *Korkular* İstanbul: Altın Kitaplar
- Küçükusta, A. (2010). *Ben görevimi yaptım sizi uyardım. Bu işte bir domuzluk var*. İstanbul: HayyKitap.
- Lacan, J., *The Seminar of Jacques Lacan: Book II: The Ego in Freud's Theory and in the Technique of Psychoanalysis 1954–1955* | p.164 (W. W. Norton & Company, 1991), ISBN 978-0-393-30709-2
- Laplanche, J.; Pontalis, J.B. (1967). *The Language of Psycho-Analysis*. W. W. Norton and Company. pp. 465–9. ISBN 978-0-393-01105-0.
- Lazzerini M, Putoto G (March 2020). "COVID-19 in Italy: momentous decisions and many uncertainties". *The Lancet. Global Health*. 0 (5): e641–e642. doi:10.1016/S2214-109X(20)30110-8. PMC 7104294. PMID 32199072.

- Li, J.-Y.; You, Z.; Wang, Q.; Zhou, Z.-J.; Qiu, Y.; Luo, R.; Ge, X.-Y. (2020). The epidemic of 2019-novel-coronavirus (2019-nCoV) pneumonia and insights for emerging infectious diseases in the future. *Microb. Infect.* 2020, 22, 80–85.
- Linley, P. A ve Joseph, S. (2004). Positive change following trauma and adversity: a review. *Journal of Traumatic Stress*, 17 (1), 11-21.
- Lu R, Zhao X, Li J, Niu P, Yang B, Wu H, et al. (2020) *Genomic characterisation and epidemiology of 2019 novel coronavirus: implications for virus origins and receptor binding*. *Lancet*.
- Maguen, S., Ren, L., Bosch, J., Marmar, C., & Seal, K. (2010). Gender differences in mental health diagnoses among Iraq and Afghanistan veterans enrolled in veterans affairs health care. *American Journal of Public Health*, 100(12), 2450-2456.
- Mak, I. W., Chu, C. M., Pan, P. C., Yiu, M. G., & Chan, V. L. (2009). Long-term psychiatric morbidities among SARS survivors. *General Hospital Psychiatry*, 31(4), 318-326.
- Marwa, K. (2016). Psychosocial Sequels of Syrian Conflict. *Journal of Psychiatry*. 19:2.
- McKenzie, K. (2005). *Anksiyete ve panik atak*. İstanbul: Morpa Yayınları.
- McLean, CP.; Foa, EB. (Aug 2011). Prolonged exposure therapy for post-traumatic stress disorder: a review of evidence and dissemination. *Expert Rev Neurother*. 11 (8): 1151–63. doi:10.1586/ern.11.94. PMID 21797656. S2CID 7650571.
- Mendes, D.L., Carlos F., Gold D.T., Glass T.A., Kaplan, L., George L. K., (2001). Self-Efficacy, Physical Decline, and Change in Functioning in Community-Living Elders: A Prospective Study. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 56(3), 179-190.

- Michael B, Maria E. P, Michele A. R. (2020) COVID-19: Health prevention and control in non-healthcare settings, *Occupational Medicine* 70:82–83
- Mizumoto, Kenji; Chowell, Gerardo. "Estimating Risk for Death from Coronavirus Disease, China, January–February 2020 - Volume 26, Number 6—June 2020 - Emerging Infectious Diseases journal - CDC". doi:10.3201/eid2606.200233.
- Murthy, S., Gomersall, C. D., ve Fowler, R. A., (2020). Care for Critically Ill Patients with COVID-19", *Journal of the American Medical Association*. 323(15), 1499- 1500. doi:10.1001/jama.2020.3633
- Nazam, F. (2016). Gender Difference on Orthopaedic Trauma. *Medical Science*, 5(3), 202-204.
- Norris, F.H., Kaniasty, K., Conrad, M., Inman, G.L., Murphy, A.D. (2002). Placing age differences in cultural context: a comparison of the effects of age on PTSD after disasters in the United States, Mexico and Poland. *J Clin Geropsychol*, 1(8), 153–1731
- Nussbaumer-Streit B, Mayr V, Dobrescu AI, Chapman A, Persad E, Klerings I, et al. (April 2020). "Quarantine alone or in combination with other public health measures to control COVID-19: a rapid review". *The Cochrane Database of Systematic Reviews*. 4: CD013574. doi:10.1002/14651858.CD013574. PMC 7141753. PMID 32267544.
- Oginska-Bulik, N. (2015). Social support and negative and positive outcomes of experienced traumatic events in a group of male emergency service workers. *Int J Occup Saf Ergon*, 21(2), 119–127.
- Ömeroğlu, F. (2019). *Engelli Çocuğu Olan Annelerin Psikolojik Durumları Ve Evlilik Uyumları Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi* Yüksek Lisans Tezi, Yakındoğu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Lefkoşa.

- Onder G, Rezza G, Brusaferro S. (2020). Case-Fatality Rate and Characteristics of Patients Dying in Relation to COVID-19 in Italy. *JAMA - Journal of the American Medical Association*. 1(4),: 24-39.
- Öztürk, M. O. (2015). *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları*, Ankara: Hekimler Yayın Birliği "Rakamlar Üzerindeki Savaş: Türkiye'nin Düşük Vaka Ölüm Oranı . *Institut Montaigne* . 4 Mayıs 2020
- Öztürk E. (2017). *Travma ve dissosiyasyon: dissosiyatif kimlik bozukluğunun psikoterapisi ve aile dinamikleri*. 1. Baskı. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.2.
- Öztürk, E. (2003). *Travma kökenli dissosiyatif bozukluk vakalarının aile bireylerindeki çocukluk çağı travmaları*. Doktora Tezi. İstanbul: İstanbul Üniversitesi Adli Tıp Enstitüsü Sosyal Bilimler Anabilim Dalı
- Özatay, F., & Sak, G. (2020). COVID-19'un ekonomik sonuçlarını yönetebilmek için ne yapılabilir? Türkiye Ekonomi Politikaları Araştırma Vakfı, 1-8. <https://www.tepav.org.tr> adresinden alındı
- Pan, R., Zhang, L., ve Pan, J., (2020). The Anxiety Status of Chinese Medical Workers During the Epidemic of COVID-19: A Meta-Analysis, *Psychiatry investigation*, 17(5), 475–480. <https://doi.org/10.30773/pi.2020.0127>
- Park, J. S., Lee, E. H., Park, N. R., ve Choi, Y. H., (2018). Mental Health of Nurses Working at a Government-designated Hospital During A MERS-Cov Outbreak: A Cross-sectional Study, *Archives of Psychiatric Nursing*, 32(1), 2-6.
- Parodi, S. M., ve Liu, V. X., (2020). From Containment to Mitigation of COVID-19 in the US, *Journal of the American Medical Association*, 323(15), 1441-1442. doi:10.1001/jama.2020.3882

- Powell, S., Rosner, R., Butollo, W., Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (2003). Posttraumatic growth after war: A study with former refugees and displaced people in Sarajevo. *Journal of Clinical Psychology, 59*(1), 71–83.
- Polatinsky, S., & Esprey, Y. (2000). An assessment of gender differences in the perception of benefit resulting from the loss of a child. *Journal of Traumatic Stress, 13*(4), 709–718.
- Rajkumar, R. P., (2020). COVID-19 and Mental Health: A Review of the Existing Literature, *Asian Journal of Psychiatry, 52*, 102066, <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2020.102066>
- Resick, PA.; Galovski, TE.; O'Brien Uhlmansiek, M.; Scher, CD.; Clum, GA.; Young-Xu, Y. (Apr 2008). "A randomized clinical trial to dismantle components of cognitive processing therapy for posttraumatic stress disorder in female victims of interpersonal violence". *J Consult Clin Psychol. 76* (2): 243–58. doi:10.1037/0022-006X.76.2.243. PMC 2967760. PMID 18377121.
- Reuters (19 Mart 2020). Türkiye'nin koronavirüs vakaları, Ortadoğu'da en yüksek olan İran'ı geride bırakıyor.
- Rothan HA, Byrareddy SN (May 2020). "The epidemiology and pathogenesis of coronavirus disease (COVID-19) outbreak". *Journal of Autoimmunity. 109*: 102433. doi:10.1016/j.jaut.2020.102433.
- Rothschild B (2000). *The body remembers: the psychophysiology of trauma and trauma treatment*. New York: Norton
- Rothe, C.; Schunk, M.; Sothmann, P.; Bretzel, G.; Froeschl, G.; Wallrauch, C.; Zimmer, T.; Thiel, V.; Janke, C.; Guggemos, W. (2020) Transmission of 2019-nCoV infection from an asymptomatic contact in Germany. *N. Engl. J. Med.* 2020, 382, 970–971.

Rubin, G. J., Potts, H. W. W., ve Michie, S. (2010). The impact of communications about swine flu (influenza A H1N1v) on public responses to the outbreak: results from 36 national telephone surveys in the UK. *Health Technology Assessment*, 14(34), 183-266.

Sağaltıcı, E. (2013). *Suriyeli Mültecilerde Travma Sonrası Stres Bozukluğu Taraması*. (Yayınlanmış Uzmanlık Tezi). Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Gaziantep.

Sağlık Bakanlığı, (2020) Coronavirüs Bilgileri
<https://covid19.saglik.gov.tr/TR-66300/covid-19-nedir-.html>

Sağlık Bakanlığı (18 Ekim 2020). Türkiye Günlük Koronavirüs Tablosu.

Schnurr, PP.; Friedman, MJ.; Engel, CC.; Foa, EB.; Shea, MT.; Chow, BK.; Resick, PA.; Thurston, V.; et al. (Feb 2007). Cognitive behavioral therapy for posttraumatic stress disorder in women: a randomized controlled trial. *JAMA*. 297 (8): 820–30.

Sim, K., Chan, Y. H., Chong, P. N., Chua, H. C., ve Soon, S. W. (2010). Psychosocial and coping responses within the community health care setting towards a national outbreak of an infectious disease. *Journal of Psychosomatic Research*, 68(2), 195- 202.
<https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2009.04.004>

Smith, T., Oliver, M., & Innocenti, M. (2001). Parenting stress in families of children with disabilities. *American Journal of Orthopsychiatry*, 71(2), 257-261.

Ssenyonga, J., Owens, V., & Olema, D. K. (2013). Posttraumatic Growth, Resilience, and Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) among Refugees. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 82, 144–148.

- Storr CL, Ialongo NS, Anthony JC, Breslau N (2007). Childhood antecedents of exposure to traumatic events and post-traumatic stress disorder. *American Journal of Psychiatry*. 164(1): 119–25. doi:10.1176/ajp.2007.164.1.119. PMID 17202553.
- Şahin, N. H. ve Durak, A. (1994). Kısa Semptom Envanteri: Türk gençleri için uyarlanması. *Türk Psikoloji Dergisi*, 9(31), 44-56.
- Tabachnick, B. G., Fidell, L. S. (2007). *Using Multivariate Statistics* (5th ed). Boston: Pearson Education Inc.
- Taylor, S. (2019). *The psychology of pandemics: Preparing for the next global outbreak of infectious disease* Newcastle upon Tyne: Cambridge Scholars Publishing.
- Tedeschi, R. G. ve Calhoun, L. G. (2004). Posttraumatic growth: Conceptual foundations and empirical evidence. *Psychological Inquiry*, 15(1), 1-18
- Tian, F., Li, H., Tian, S., Yang, J., Shao, J., ve Tian, C., (2020). Psychological Symptoms of Ordinary Chinese Citizens Based on SCL-90 During the Level I Emergency Response to COVID-19, *Psychiatry Research*, 288, 112992.
- Tomich, P.L., Helgeson V.S. (2004). Is finding something good in the bad always good? Benefit finding among women with breast cancer. *Health Psychol*, 23(1), 16-23.
- Türksoy, N. (2003). *Psikolojik travma ve tanım sorunları. Psikolojik travma ve sonuçları*. Ed:Tamer Aker ve M. Emin Önder. İstanbul: 5US Yayınları.
- Updates on COVID-19 in Korea (as of 14 March) | Press Release | News Room : KCDC [Internet]. [cited 2020 Jun 11]. Available from: https://www.cdc.go.kr/board/board.es?mid=a30402000000&bid=00300&act=view&list_no=366553&tag=&nPage=1

- Updegraff, J. A., Taylor, S. E., Kemeny, M. E., & Wyatt, G. E. (2002). Positive and negative effects of HIV infection in women with low socioeconomic resources. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 28(3), 382–394.
- Ünal, S., Küey, L., Güleç, C., Bekaroğlu, M., Evlice, Y. E., ve Kırılı, S. (2002). Depresif bozukluklarda risk etkenleri. *Klinik Psikiyatri*, 5, 8-15.
- Wang D, Hu B, Hu C, Zhu F, Liu X, Zhang J, et al. (2020). *Clinical Characteristics of 138 Hospitalized Patients with 2019 Novel Coronavirus-Infected Pneumonia in Wuhan, China*. JAMA - J Am Med Assoc.
- Whitfield, Charles (2010). "Psychiatric drugs as agents of Trauma". *International Journal of Risk & Safety in Medicine*. 22 (4): 195–207.
- Wingo, Aliza P, Ressler KJ, Bradley B (2014). Resilience characteristics mitigate tendency for harmful alcohol and illicit drug use in adults with a history of childhood abuse: A cross-sectional study of 2024 inner-city men and women. *Journal of Psychiatric Research*. 51: 93–99. doi:10.1016/j.jpsychires.2014.01.007. PMC 4605671. PMID 24485848.
- Wang, Y., Wang, H., Wang, J., Wu, J., Liu, X. (2013). Prevalence and Predictors of Posttraumatic Growth in Accidentally Injured Patients. *J Clin Psychol Med Setting*, 20(1), 3-12.
- Wang, C., Pan, R., Wan, X., Tan, Y., Xu, L., Ho, C. S., ve Ho, R. C. (2020). Immediate psychological responses and associated factors during the initial stage of the 2019 coronavirus disease (COVID-19) epidemic among the general population in China. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(5), 1729. <https://doi.org/10.3390/ijerph17051729>

World Health Organization. (2020), Coronavirus disease (COVID-19) advice for the public, (13.09.2020 tarihinde <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/needextra-precautions/people-at-higher-risk.html> adresinden alınmıştır.)

WHO (2020a) Considerations in adjusting public health and social measures in the context of COVID-19 (Interim Guidance, 16 April 2020)(WHO 2020). <https://www.who.int/publications-detail/considerations-in-adjusting-public-health-and-social-measures-in-the-context-of-covid-19-interim-guidance>

WHO (2020b) Obligatory hand hygiene against transmission of COVID-19, Interim recommendation, 1 April 2020 <https://www.who.int/docs/default-source/inaugural-who-partners-forum/who-interim-recommendation-on-obligatory-hand-hygiene-against-transmission-of-covid-19.pdf>

WHO (2020c) Considerations for the disinfection of environmental surfaces in the context of COVID-19. *Interim guidance*, draft 22 April 2020

WHO. Clinical Management of Severe Acute Respiratory Infection When Novel Coronavirus (nCoV) Infection Is Suspected. Available online: [https://www.who.int/publications-detail/clinical-management-of-severeacute-respiratory-infection-when-novel-coronavirus-\(ncov\)-infection-is-suspected](https://www.who.int/publications-detail/clinical-management-of-severeacute-respiratory-infection-when-novel-coronavirus-(ncov)-infection-is-suspected)

WHO. Coronavirus Disease (COVID-2019) Situation Reports. Available online: https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-%E2%80%8Ereports/20200304-sitrep-44-covid-19.pdf?sfvrsn=783b4c9d_2%E2%80%8E

WHO. WHO Director-General's Opening Remarks at the Media Briefing on COVID-19-11 March 2020. Available online: <https://www.who.int/dg/speeches/detail/who-director-general-s->

opening-remarks-at-themedia-briefing-on-covid-19---11-march-2020

- Wu, K. K., Chan, S. K., ve Ma, T. M. (2005). Posttraumatic Stress, Anxiety, and Depression in Survivors of Severe Acute Respiratory Syndrome (SARS)", *Journal of Traumatic Stress: Official Publication of The International Society for Traumatic Stress Studies*, 18(1): 39-42.
- Wu, P., Fang, Y., Guan, Z., Fan, B., Kong, J., Yao, Z., ve Hoven, C. W. (2009). The psychological impact of the SARS epidemic on hospital employees in China: exposure, risk perception, and altruistic acceptance of risk. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 54(5): 302-311.
- Wu J, McCann A, Katz J, Peltier E.(2020) "28,000 Missing Deaths: Tracking the True Toll of the Coronavirus Crisis". *The New York Times*. ISSN 0362-4331. Retrieved 22 April 2020.
- Yıldırım-Sarı, H., & Başbakkal, Z. (2010). Depression among mothers of children and adults with intellectual disability in Turkey. *International Journal of Nursing Practice*, 16, 248-253.
- Yıldız, D. (2009). *Okul Öncesi Dönem Engelli Çocuğa Sahip Annelerin Çocuklarını Kabullenişleri İle Umutsuzluk Düzeylerinin Karşılaştırılması* Yüksek Lisans Tezi Marmara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitisi İlköğretim Ana Bilim Dalı Okul Öncesi Eğitim Bölümü
- Yosra A. Helmy 1,2,* , Mohamed Fawzy 3,* , Ahmed Elaswad 4, Ahmed Sobieh 5, Scott P. Kenney 1 and Awad A. Shehata (2020) The COVID-19 Pandemic: A Comprehensive Review of Taxonomy, Genetics, Epidemiology, Diagnosis, Treatment, and Control *Journal of Clinical Medicine* · April 2020, 1225;, 2-29

- Zabora, J. R., Smith-VWilson, R., Fetting, J, H.& En- terline, J. P.(1990). An efficient method for psychosocial screening of cancer patients. *Psychosomatics*, 31,192-196.
- Zhou, P.; Yang, X.-L.; Wang, X.-G.; Hu, B.; Zhang, L.; Zhang, W.; Si, H.-R.; Zhu, Y.; Li, B.; Huang, C.-L.(2020). A pneumonia outbreak associated with a new coronavirus of probable bat origin. *Nature* 579, 270–273.
- Zoellner, T. ve Maercker, A. (2006). Posttraumatic growth in clinical psycholog-a critical review and introduction of a two component model. *Clinical Psychology Review*, 626 653.
- Xiao, Z., Xinchun, W., Min, Z. ve Yuxin, T. (2016). *The relationship between emotion regulation and PTSD/PTG among adolescents after the Ya'an earthquake: The moderating role of social support*. *Acta Psychologica Sinica*, 10.3724/SP.J.1041.2016.00969.

EKLER

Ek. 1 : Kişisel Bilgi Formu

AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU

Bu çalışma Murat SARUHAN tarafından, Covid 19 geçiren yetişkin bireylerin psikolojik durumlarını incelemek amacıyla yürütülmektedir.

Bu çalışmada size bir demografik bilgi formu ve bir dizi ölçek sunulacaktır.

Demografik bilgi formu cinsiyet, yaş, gibi demografik özellikleriniz hakkındaki soruları içermektedir. Ölçekler ise; anksiyete depresyon,olumsuz benlik ,hostilite,somatizasyon,kişisel duyarlılık,fobik anksiyete,paranoid düşünceler,obsesif kompülsif bozukluklar,psikotizm,somatizasyon düzeylerini ölçmeye yöneliktir.

Araştırmada bireysel sonuçlar değil grup sonuçları değerlendirilecektir. Verdiğiniz yanıtlar kesinlikle gizli kalacak, araştırma ekibi dışında kimse ile paylaşılmayacaktır. Bu çalışma süresince toplanan veriler, yalnızca akademik araştırma amacı ile kullanılacaktır ve yalnızca ulusal/uluslararası akademik toplantılarda ve/veya yayınlarda sunulacaktır.

Sizlere sorulan soruların doğru ya da yanlış cevapları yoktur. Soruları cevaplarırken, hepsini okuyarak, boş bırakmadan cevaplandırmanız, samimi ve dürüst olmanız araştırma sonuçları için oldukça önemlidir ve araştırmanın güvenilir olmasına katkıda bulunacaktır.

Daha önce de belirtildiği gibi, ölçeklerde verdiğiniz cevaplar kesinlikle gizli kalacaktır. Araştırmaya katılmak gönüllülük ilkesine bağlı olmakla birlikte araştırmadan istediğiniz zaman çekilme hakkına sahipsiniz.Eğer çalışmayla ilgili herhangi bir şikayet, görüş veya sorunuz varsa bu çalışmanın araştırmacısı ile iletişime geçmekten lütfen çekinmeyiniz (email:aryensaruhan@hotmail.com telefon: 0532 056 63 45). Eğer araştırmanın sonuçlarıyla ilgileniyorsanız temmuz 2021 tarihinden itibaren araştırmacıyla iletişime geçebilirsiniz.

Katıldığınız için tekrar teşekkür ederim.

Klinik psikoloji yüksek lisans öğrencisi

Murat SARUHAN

Yukardaki bilgileri ayrıntılı biçimde tümünü okudum ve anketin uygulanmasını onayladım.

***Evet**

***Hayır**

KİŞİSEL BİLGİ FORMU

Aşağıdaki maddeler sizinle ilgili bazı bilgileri elde etmek amacıyla sorulmaktadır. Lütfen sorulara doğru ve eksiksiz cevap veriniz.

1) Cinsiyetiniz Kadın(), Erkek(),

2) Yaşınız

18-25(), 26-35(), 36-45(), 46-60(), 61 ve üstü ()

3) Medeni Durum Evli (), Bekar(),

4) Çocuğunuz var mı?

Evet () Hayır ()

5) Eğitim durumunuz(En son mezun olduğunuz okul)

İlkokul () , Ortaokul(), Lise() ,İki yıllık Yüksek Okul (),Lisans ()

Yüksek lisans (), Doktora (), Diğer () Belirtiniz

6) Meslek

Memur (), İşçi (), Esnaf (), Serbest (), Çalışmıyor ()

7) toplam geliriniz.

2500 TL altı(), 2501-5000(), 5001 ve üzeri()

8) Covid 19 hastalığı sırasında riskli bir grupta çalışıyor muydunuz ?

Evet () Hayır ()

9) Kronik bir rahatsızlığınız var mı ?

Evet () Hayır ()

10) Covid ile ilgili birini kaybettiniz mi?

Evet () Hayır ()

11) Karantina süresini tek başınıza mı geçirdiniz?

Evet () Hayır ()

12) Entübe oldunuz mu?

Evet () Hayır ()

TRAVMA SONRASI GELİŞİM ÖLÇEĞİ

DİKKATLİ OKUYUN: Aşağıda COVID 19 geçirmiş olmanız nedeniyle yaşamınızda olabilecek bazı değişiklikler verilmektedir. Her cümleyi dikkatle okuyunuz ve belirtilen değişikliğin sizin için ne derece gerçekleştiğini aşağıdaki ölçekte uygun rakama karşılık gelen boşluğa çarpı (X) işareti koyarak işaretleyiniz.

	Hiç Yaşamadım	Çok Az Yaşadım	Az Yaşadım	Orta Derecede Yaşadım	Oldukça Fazla Yaşadım	Aşırı Derecede Yaşadım
1. Hayatıma verdiğim değer arttı.						
2. Hayatımın kıymetini anladım.						
3. Yeni ilgi alanları geliştirdim.						
4. Kendime güvenim arttı.						
5. Manevi konuları daha iyi anladım.						
6. Zor zamanlarda başkalarına güvenebileceğimi anladım.						
7. Hayatıma yeni bir yön verdim.						
8. Kendimi diğer insanlara daha yakın hissetmeye başladım.						
9. Duygularımı ifade etme isteğim arttı.						
10. Zorluklarla başa çıkabileceğimi anladım.						
11. Hayatımı daha iyi şeyler yaparak geçirebileceğimi anladım.						
12. Olayları olduğu gibi kabullenmeyi öğrendim.						
13. Yaşadığım her günün değerini anladım.						
14. Bu olaydan (Yakınımın kendini öldürmesi veya kendini öldürmek için girişimde bulunması) sonra benim için yeni fırsatlar doğdu.						
15. Başkalarına karşı şefkat hislerim arttı.						
16. İnsanlarla ilişkilerimde daha fazla gayret göstermeye başladım.						
17. Değişmesi gereken şeyleri değiştirmek için daha fazla gayret göstermeye başladım.						
18. Dini inancım daha da güçlendi.						
19. Düşündüğümden daha güçlü olduğumu anladım.						
20. İnsanların ne kadar iyi olduğu konusunda çok şey öğrendim.						
21. Başkalarına ihtiyacım olabileceğini kabul etmeyi öğrendim.						

KSE

Aşağıda ,insanların bazı yaşadıkları belirtilerin ve yakınmaların bir listesi verilmiştir.Listedeki her maddeyi lütfen dikkatle okuyun .Daha sonra o belirtinin SİZDE BUGÜN DAHİL,SON BİR HAFTADIR NE KADAR VAR OLDUĞUNU yandaki bölmede uygun olan yerde işaretleyin.Her belirti için sadece bir yeri işaretlemeye ve hiçbir maddeyi atlamamaya özen gösterin.Yanıtlarınızı kurşun kalemle işaretleyin.Eğer fikir değiştirirseniz ilk yanıtınızı silin

Yanıtlarınızı aşağıdaki ölçüğe göre değerlendirin:

Bu belirtiler son bir haftadır sizde ne kadar var?

0.Hiç yok

1.Biraz var

2.Orta derecede var

3.Epey var

Bu belirtiler son bir haftada sizde ne kadar var?

		Hiç					Çok fazla
		0	1	2	3	4	
1	İçinizdeki sinirlilik ve titreme hali	0	1	2	3	4	
2	Baygınlık , baş dönmesi	0	1	2	3	4	
3	Bir başka kişinin sizin düşüncelerinizi kontrol edeceği fikri	0	1	2	3	4	
4	Başınıza gelen sıkıntılardan dolayı başkalarının suçlu olduğu duygusu	0	1	2	3	4	
5	Olayları hatırlamada güçlük	0	1	2	3	4	
6	Çok kolayca kızıp öfkelenme	0	1	2	3	4	
7	Göğüs (kalp) bölgesinde ağrılar	0	1	2	3	4	
8	Meydanlık(açık) yerlerden korkma duygusu.	0	1	2	3	4	
9	Yaşamınıza son verme düşüncesi.	0	1	2	3	4	
10	İnsanların çoğuna güvenilemeyeceği hissi.	0	1	2	3	4	
11	İştahta bozukluklar.	0					


		1	2	3	4	
12	Hiçbir nedeni olmayan ani korkular.	0	1	2	3	4
13	Kontrol edemediğiniz duygu patlamaları.	0	1	2	3	4
14	Başka insanlarla beraberken bile yalnızlık hissetme.	0	1	2	3	4
15	İşleri bitirme konusunda kendini engellenmiş hissetme.	0	1	2	3	4
16	Yalnızlık hissetme.	0	1	2	3	4
17	Hüzünlü, kederli hissetme.	0	1	2	3	4
18	Hiçbir şeye ilgi duymamak.	0	1	2	3	4
19	Kendini ağlamaklı hissetme.	0	1	2	3	4
20	Kolayca incinebilme , kırılma.	0	1	2	3	4
21	İnsanların sizi sevmediğini, size kötü davrandığına inanma.	0	1	2	3	4
22	Kendini diğer insanlardan daha aşağı görmek.	0	1	2	3	4
23	Mide bozukluğu,bulantı.	0	1	2	3	4
24	Diğer insanların sizi gözlediği ya da hakkınızda konuştuğu duygusu.	0	1	2	3	4
25	Uykuya dalmada güçlük.	0	1	2	3	4
26	Yaptığınız şeyleri tekrar tekrar doğru mu diye kontrol etmek.	0	1	2	3	4
27	Karar vermede güçlükler.	0	1	2	3	4
28	Otobüs,tren, metro gibi umumi vasıtalarla seyahatlerden korkma.	0	1	2	3	4
29	Nefes darlığı , nefessiz kalma.	0	1	2	3	4
30	Sıcak,soğuk basmaları.	0	1	2	3	4
31	Sizi korkuttuğu için bazı eşya yer ya da etkinliklerden uzak kalmaya çalışmak.	0	1	2	3	4
32	Kafanızın bomboş kalması.	0	1	2	3	4
33	Bedeninizin bazı bölgelerinde uyuşmalar,karıncalanmalar.	0	1	2	3	4
34	Hatalarınız için cezalandırılmanız gerektiği düşüncesi.	0	1	2	3	4
35	Gelecekle ilgili umutsuzluk duyguları.	0				

		1	2	3	4	
36	Dikkati bir şey üzerine toplamada güçlük.	0	1	2	3	4
37	Bedenin bazı bölgelerinde ,zayıflık, güçsüzlük hissi.	0	1	2	3	4
38	Kendini gergin ve tedirgin hissetme.	0	1	2	3	4
39	Ölme ve ölüm üzerine düşünceler.	0	1	2	3	4
40	Birini dövme, ona zarar verme yaralama isteği.	0	1	2	3	4
41	Birşeyleri kırma ,dökme isteği.	0	1	2	3	4
42	Diğer insanların yanında iken yanlış bir şey yapmamaya çalışmak.	0	1	2	3	4
43	Kalabalıklardan rahatsızlık duymak.	0	1	2	3	4
44	Başka insanlara hiç yakınlık duymamak.	0	1	2	3	4
45	Dehşet ve panik nöbetleri.	0	1	2	3	4
46	Sık sık tartışmaya girmek.	0	1	2	3	4
47	Yalnız kaldığında sinirlilik hissetme.	0	1	2	3	4
48	Başarılarınıza rağmen diğer insanlardan yeterince takdir görmemek.	0	1	2	3	4
49	Kendini yerinde duramayacak kadar tedirginlik hissetmek.	0	1	2	3	4
50	Kendini değersiz görme duygusu.	0	1	2	3	4
51	Eğer izin verirseniz insanların sizi sömüreceği duygusu.	0	1	2	3	4
52	Suçluluk duyguları.	0	1	2	3	4
53	Aklınızda bir bozukluk olduğu fikri.	0	1	2	3	4

Ölçek Kullanım İzinleri

2.10.2020 Cum 13:12 tarihinde yanıtladınız

G gulay.dirik@deu.edu.tr
Kime: murat saruhan
2.10.2020 Cum 11:14

 PTGI
DOCX - 17 KB

Sayın Saruhan,
Travma Sonrası Gelişim Ölçeği'ni bilimsel amaçlarla ve kaynak göstererek kullanmanızda bir sakınca yoktur. İyi çalışmalar dilerim

Merhaba hocam ben murat saruhan Yakındoğu üniversitesi sosyal bilimler
> enstitüsü psikoloji ana bilim dalı klinik psikoloji yüksek lisans programı
> 20183565 nolu öğrencisi murat saruhan.
> covid-19 geçiren vakaların travma sonrası gelişimleri ile psikolojik
> durumları'nın değerlendirilmesi başlıklı araştırmam için travma sonrası
> gelişim ölçeğinizi kullanmak üzere izninizi rica eder saygılarımı sunarım.
> Danışman:prf.dr Mehmet çakıcı
>

5.10.2020 Pzt 22:40 tarihinde yanıtladınız

GT Gulsen T.
Kime: aryensaruhan@hotmail.com
5.10.2020 Pzt 12:09

 K-sa Semptom Envanteri (KSE)
PDF - 232 KB

 Kısa Semptom Envanteri (KSE)
PDF - 8 N

 4 ek (9 MB)

Merhaba Murat,
Kısa Semptom Envanteri'ni araştırma amaçlı olarak kullanmanızda benim açımdan bir sakınca bulunmamaktadır. Ancak, Ölçeğin orijinalinin Derogatis (1992) tarafından geliştirilmiş olduğuyla ilişkili gerekli referansı da çalışmanızda vermeniz gerektiğini de lütfen ihmal etmeyiniz. ekte ölçeğin kullanılacak formunu ve ilgili literatürü gönderiyorum. Çalışmanızda başarılar dilerim. Prof.Dr.Nesrin Hisli Şahin adına Gülşen Hisli

ÖZGEÇMİŞ

Murat SARUHAN 1981 Mardin'in kızıltıyeppe ilçesinde doğup ilk,orta ve lise eğitimini burada tamamlamıştır.2002 yılında Atatürk üniversitesi Ağrı eğitim fakültesi sosyal bilgiler öğretmenliğinden mezun olmuştur.2006 yılından beri milli eğitim bakanlığına bağlı ortaokul kısmında sosyal bilgiler öğretmeni olarak çalışmaya devam etmektedir.Evli ve iki çocuk babasıdır.

BENZERLİK RAPORU

Murat SARUHAN

COVID-19 GEÇİREN VAKALARIN TRAVMA SONRASI GELİŞİMLERİ
İLE PSİKOLOJİK DURUMLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

ORJİNALLİK RAPORU

% **13**
BENZERLİK ENDEKSİ

% **12**
İNTERNET KAYNAKLARI

% **5**
YAYINLAR

%
ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ

ETİK KURUL ONAYI

19.01.2021

Sayın Murat Saruhan

Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu'na yapmış olduğunuz YDÜ/SB/2021/895 proje numaralı ve **“Covid-19 Geçiren Vakaların Travma Sonrası Gelişimleri ile Psikolojik Durumları'nın Değerlendirilmesi”** başlıklı proje nerisi kurulumuzca değerlendirilmiş olup, etik olarak uygun bulunmuştur. Bu yazı ile birlikte, başvuru formunuzda belirttiğiniz bilgilerin dışına çıkmamak suretiyle araştırmaya başlayabilirsiniz.

Doçent Doktor Direnç Kanol

Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu Raportörü



Not: Eğer bir kuruma resmi bir kabul yazısı sunmak istiyorsanız, Yakın Doğu Üniversitesi Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu'na bu yazı ile başvurup, kurulun başkanının imzasını taşıyan resmi bir yazı temin edebilirsiniz.

