



YAKIN DOĞU ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
KLİNİK PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI

**COVID-19 SALGINI SONRASINDA BİREYLERİN YAŞADIĞI
ANKSİYETE VE DEPRESYON DÜZEYLERİNİN İNCELENMESİ**

EBRU ÖZÜREN

YÜKSEK LİSANS TEZİ

LEFKOŞA
2021

**COVID-19 SALGINI SONRASINDA BİREYLERİN YAŞADIĞI ANKSİYETE VE
DEPRESYON DÜZEYLERİNİN İNCELENMESİ**

EBRU ÖZÜREN

20193853

YAKIN DOĞU ÜNİVERSİTESİ LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
KLİNİK PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

TEZ DANIŞMANI
Yrd. Doç. Dr. Asra BABAYİĞİT

LEFKOŞA
2021

KABUL VE ONAY

EBRU ÖZÜREN tarafından hazırlanan “covid-19 salgını sonrasında bireylerin yaşadığı anksiyete ve depresyon düzeylerinin incelenmesi” başlıklı bu çalışma, 17.06.2021 tarihinde yapılan savunma sınavı sonucunda başarılı bulunarak jürimiz tarafından Yüksek Lisans Yeterlik Tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez savunması online (çevrimiçi) yapılmıştır. Jüri üyeleri onaylarını sözlü olarak vermişlerdir. Tüm süreç kaydedilmiştir.

JÜRİ ÜYELERİ

Yrd. Doç. Dr. Asra Babayiğit (Danışman)

Yakın Doğu Üniversitesi

Fen Edebiyat Fakültesi Psikoloji Bölümü

Yrd. Doç. Dr. Pervin Yiğit (Başkan)

Yakın Doğu Üniversitesi

Fen Edebiyat Fakültesi Psikoloji Bölümü

Yrd. Doç. Dr. Yasemin Sorakın

Yakın Doğu Üniversitesi

Atatürk Eğitim Fakültesi Rehberlik ve Psikolojik Danışmanlık Bölümü

Prof. Dr. K. Hüsnü Can Başer
Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Müdürü

BİLDİRİM

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

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

Tarih 2021

İmza

EBRU ÖZÜREN

TEŞEKKÜR

Bu çalışmanın yapımı aşamasında değerli bilgilerini benimle paylaşan ve süreç boyunca bana hep yol gösteren sevgili hocam Yrd. Doç. Dr. Asra BABAYİĞİT' e Her zaman sabrı, yardımı ve ilgisi için Yrd. Doç. Dr. Deniz ERGÜN'e, Prof. Dr. Mehmet ÇAKICI'ya benden desteğini esirgemeyen ve engin tecrübelerini bizimle paylaşan, yolumuzu daima aydınlatan saygı değer Prof. Dr. Ebru ÇAKICI' ya

Yüksek lisans sürecimde bilgi ve tecrübesiyle bana yol gösteren tüm hocalarıma;

Yaşamım boyunca bana desteğini esirgemeyen her durumda yanımda olan bu güne getiren gün ışığım olan sevgili ailem Nimet ÖZÜREN, Aydın ÖZÜREN, Gamze ÖZÜREN, Ezgi ÖZÜREN kıymetli anneannem Kıymet ÖZGENGİL dedem Zeynel ÖZGENGİL, İbrahim ÖZÜREN, Kübra BÖLÜK, Berkay ÇAKAR, Ezgi AKYILMAZ, Buse KÖSEER, Filiz ÖZTÜRK, Yıldız ÖNDER, Buse ÖZEN, Hilal ALTUNTAŞ, Büşra GÖL, Oğuzhan GÖL, Yasemin GÖKÇEN, Tolga KILIÇ, Güle ABAY, Fatma GÜLER CAN, Sevde Tuğba YILDIZ, Beyda YAYA, Berfin Zelal KABAK'a ve adını sayamadığım tüm arkadaşlarıma teşekkür ederim.

Son olarak tezin anket kısmında yardımcı olan, emeği geçen herkese çok teşekkür ederim.

EBRU ÖZÜREN

ÖZ
COVID-19 SALGINI SONRASINDA BİREYLERİN YAŞADIĞI ANKSİYETE
VE DEPRESYON DÜZEYLERİNİN İNCELENMESİ

Covid-19, tarihteki diğer bulaşıcı hastalıklar gibi, bireyleri ve medeniyetleri sadece fizyolojik olarak değil, aynı zamanda ruhsal ve sosyal olarak da etkilemiştir. Aşırı stres, anksiyete, davranış sorunları, öfke kontrol sorunları, korku, depresyon, intihar ve uykusuzluğa neden olmaktadır. Araştırmada covid-19 salgını sonrasında bireylerin yaşadığı anksiyete ve depresyon düzeylerinin incelenmesi amaçlanmıştır. Araştırmanın evreni Ankara ilinde yaşayan 18 yaş üzerindeki kişilerdir. Araştırmanın örneklemini ise; 2020-2021 tarihleri arasında yapılan, Ankara’da yaşamakta olan ve rastgele örnekleme yöntemiyle seçilen 427 kişiden oluşmaktadır. Katılımcıların kişisel bilgilerini elde etmek için Demografik Bilgi Formu, Birinci Basamak İçin Beck Depresyon Ölçeği (BBBDÖ), Depresyon-Anksiyete-Stres Ölçeği (DASS 42) ve Koronavirüs (Covid-19) Korkusu Ölçeği kullanılmıştır. Araştırmada elde edilen bulgular sonucunda, korona korku ile depresyon, stres ve anksiyete düzeyleri arasında pozitif anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir. Depresyon ile stres ve anksiyete düzeyleri arasında yüksek düzeyde ilişki bulunurken korona korku düzeyleri arasında ise daha düşük düzeyde ilişki olduğu görülmüştür. Depresyon, stres ve anksiyete ile karakterize olduğu gözlenen psikolojik yardım, tıbbi destek sırasında COVID-19 pandemisi olan kişilerde ruh sağlığı desteği gereksinimlerine erişimin sağlanmasında faydalı olacaktır.

Anahtar Kelimeler: Pandemi, Covid-19, depresyon ve anksiyete bozuklukları.

ABSTRACT
INVESTIGATION OF ANXIETY AND DEPRESSION LEVELS
EXPERIENCED BY INDIVIDUALS AFTER THE COVID-19

Covid-19, like other infectious diseases in history, has affected individuals and civilizations not only physiologically, but also spiritually and socially. Excessive stress causes anxiety, behavioral problems, anger control problems, fear, depression, suicide and insomnia. In the study, it was aimed to examine the anxiety and depression levels experienced by individuals after the covid-19 epidemic. The population of the research is people over the age of 18 living in Ankara. The sample of the research is; It consists of 427 people living in Ankara and selected by random sampling method, which was conducted between 2020-2021. Demographic Information Form, Beck Depression Scale for Primary Care (BDSPC), Depression-Anxiety-Stress Scale (DASS 42) and Fear of Coronavirus (Covid-19) Scale were used to obtain personal information of the participants. As a result of the findings obtained in the study, it was determined that there is a positive significant relationship between corona fear and depression, stress and anxiety levels. While there was a high correlation between depression and stress and anxiety levels, there was a lower correlation between corona fear levels. Psychological assistance, which has been observed to be characterized by depression, stress and anxiety, will be useful in providing access to mental health support needs for people with the COVID-19 pandemic during medical support.

Keywords: Pandemic, Covid-19, depression, and anxiety disorders.

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR	iii
ÖZ	iv
ABSTRACT	v
TABLolar DİZİNİ	x
KISALTMALAR	xii

BÖLÜM 1:	1
-----------------------	----------

GİRİŞ	1
--------------------	----------

1.1. Problem Durumu	1
1.2. Çalışmanın Amacı.....	2
1.2.1. Alt Amaçlar	2
1.3. Çalışmanın Önemi.....	3
1.4. Çalışmanın Sınırlıkları	3
1.5. Tanımlar	3

BÖLÜM 2:	4
-----------------------	----------

KURAMSAL ÇERÇEVE İLGİLİ ÇALIŞMALAR	4
---	----------

2.1. Pandemi ile İlgili Genel Bilgiler	4
2.1.1. Pandemi Tanımı	4
2.1.2. Tarih Boyunca Pandemi	4
2.1.2.1. İnfluenza/İspanyol Gribi	5
2.1.2.2. AIDS (Acquired Immune Deficiency Syndrome) (Kazanılmış İmmün Yetmezlik Sendromu)	6
2.1.2.3. Ebola	7
2.1.2.4. SARS (Severe Acute Respiratory Syndrome) (Şiddetli Akut Solunum Sendromu)	7
2.2. Pandeminin Özellikleri	8
2.2.1. Geniş Bir Coğrafi Alana Yayılma.....	8
2.2.2. Hastalığın Seyri.....	8
2.2.3. Özgünlük	9
2.2.4. Şiddet	9

2.2.5. Yüksek Etkileme Oranları ve Birden Artış Eğilimi	9
2.2.6. Toplumda Minimal Düzeyde Bağışıklık	10
2.2.7. Bulaşıcılık	10
2.3. Pandeminin Etkileri.....	10
2.3.1. Pandeminin Sağlık Üzerindeki Etkisi	11
2.3.2. Pandeminin Ekonomik Etkisi.....	12
2.3.3. Pandeminin Sosyal Etkileri	13
2.4. Covid-19 Pandemisi ve Etkileri	14
2.4.1. Covid - 19 Pandemisinin Özellikleri.....	14
2.4.2. Covid - 19 Pandemisi ile Ortaya Çıkan Sorunlar.....	16
2.4.3. Covid - 19 Pandemisinin Ruhsal Boyutları.....	18
2.5. Depresyon	22
2.5.1. Depresyonun Özellikleri	24
2.5.2. Depresyonun Türleri	26
2.5.2.1. Majör Depresif Bozukluk.....	26
2.5.2.2. Distimik Bozukluk	27
2.5.2.3. Bipolar Bozukluktaki Depresyon	27
2.5.2.4. Genel Bir Tıbbi Duruma Bağlı Depresyon	27
2.5.2.5. Depresyonlu Uyum Bozukluğu.....	28
2.5.2.6. Başka Türü Adlandırılmayan Depresif Bozukluk	28
2.6. Depresyonun Tedavi Yöntemleri	29
2.6.1. İlaç Tedavisi	29
2.6.2. Psikoterapi.....	30
2.6.3. Egzersiz Uygulama	30
2.6.4. Kombinasyon Tedavisi	30
2.6.5. EKT (Elektro Konvülsiv Tedavi).....	31
2.7. Anksiyete Bozuklukları.....	31
2.7.1. Anksiyete Bozukluklarının Özellikleri	32
2.7.2. Anksiyete Bozukluklarının Türleri	32
2.7.2.1. Yaygın Anksiyete Bozukluğu	32
2.7.2.2. Obsesif Kompulsif Bozukluk	34
2.7.2.3. Post Travmatik Stres Bozukluğu.....	35
2.7.2.4. Panik Bozukluğu	35

2.7.2.5. Özgül Fobi.....	36
2.7.2.6. Sosyal Anksiyete Bozukluğu	36
2.7.3. Anksiyete Bozukluklarının Tedavi Yöntemleri	37
2.7.3.1. Psikolojik Tedavi	37
2.7.3.2. Farmakolojik Tedavi	38
2.8. Covid – 19 Pandemisi Temelinde Depresyon ve Anksiyete Bozukluklarının Değerlendirilmesi.....	38
BÖLÜM 3:	41
YÖNTEM.....	41
3.1. Araştırmanın Modeli	41
3.2. Evren ve Örneklem	41
3.3. Veri Toplama Araçları	41
3.3.1. Kişisel Bilgi Formu	41
3.3.2. Birinci Basamak İçin Beck Depresyon Ölçeği(BBBDÖ)	42
3.3.3. Depresyon-Anksiyete-Stres Ölçeği (DASS 42).....	42
3.3.4. Koronavirüs (Covid-19) Korkusu Ölçeği	42
3.4. Verilerin Analizi	43
BÖLÜM 4:	45
BULGULAR.....	45
BÖLÜM 5:	69
5.1. TARTIŞMA	69
BÖLÜM 6:	72
SONUÇ VE ÖNERİLER.....	72
6.1. Sonuçlar	72
6.2. Öneriler	74
KAYNAKÇA	76
EKLER.....	89

ÖZGEÇMİŞ.....	102
İNTİHAL RAPORU	103
ETİK KURUL RAPORU	104

TABLolar DİZİNİ

Tablo 1. Değişik ülkelerin GSMH'larındaki değişiklikler.....	17
Tablo 2. Ölçekler için Yapılan Güvenilirlik Analizi Sonuçları	43
Tablo 3. Katılımcıların Demografik Bilgileri	46
Tablo 4. Katılımcıların Sağlık Durumları ve Covid-19 Sürecinde Sağlık Durumlarındaki Değişim.....	47
Tablo 5. Katılımcıların Korona Virüs ile İlgili Korku ve Kaygı Durumları	48
Tablo 6. Katılımcıların Korona Virüse Yakalanma Durumuna Göre Bağımsız Grup t-Testi Sonuçları	49
Tablo 7. BDÖ-BB Maddelerinin Frekans Dağılımları.....	50
Tablo 8. BDÖ Toplam Puanında ve Maddelerinde Cinsiyete Göre Bağımsız Grup t-Testi Sonuçları	52
Tablo 9. BDÖ Toplam Puanında ve Maddelerinde Yaşa Göre ANOVA Sonuçları..	54
Tablo 10. BDÖ Toplam Puanında ve Maddelerinde Eğitim Durumuna Göre ANOVA Sonuçları	56
Tablo 11. BDÖ Toplam Puanında ve Maddelerinde Gelir Durumuna Göre ANOVA Sonuçları	47
Tablo 12. BDÖ Toplam Puanında ve Maddelerinde Medeni Duruma Göre Bağımsız Grup t-Testi Sonuçları.....	58
Tablo 13. BDÖ Maddelerinin Ve Toplam Puanının Korona Virüse Yakalanma Durumuna Göre Bağımsız Grup T-Testi Sonuçları	59
Tablo 14. DASS Alt Boyutlarının Kategorilerine Göre Dağılımı	60
Tablo 15. DASS Alt Boyutlarının Cinsiyete Göre Bağımsız Grup t-Testi Sonuçları	60
Tablo 16. DASS Alt Boyutlarının Medeni Duruma Göre Bağımsız Grup t-Testi Sonuçları	61
Tablo 17. DASS Alt Boyutlarında Yaşa Göre ANOVA Sonuçları	62
Tablo 18. DASS Alt Boyutlarında Eğitim Durumuna Göre ANOVA Sonuçları	63
Tablo 19. DASS Alt Boyutlarında Gelir Durumuna Göre ANOVA Sonuçları	63

Tablo 20. Korona Korku Ölçeği Toplam Puanı Cinsiyete, Medeni Duruma ve Korona Virüse Yakalanma Durumuna Göre Bağımsız Grup t-Testi Sonuçları.....	64
Tablo 21. Korona Korku Ölçeği Toplam Puanı Yaş, Eğitim ve Gelir Durumuna Göre ANOVA Sonuçları.....	64
Tablo 22. Ölçekler Arasında Pearson Korelasyon Analizi Sonuçları	55
Tablo 23. Ölçekler Arası Regresyon Analizi	57

KISALTMALAR

AHC	Acute Hemorrhagic Conjunctivitis)
AIDS	Acquired Immune Deficiency Syndrome
BBBDÖ	Birinci Basamak İçin Beck Depresyon Ölçeği
DASS	Depresyon-Anksiyete-Stres Ölçeği
EKT	Elektro Konvülviz Tedavi)
SARS	Severe Acute Respiratory Syndrome)

BÖLÜM 1:

GİRİŞ

1.1. Problem Durumu

Birçok bulaşıcı hastalık tarih boyunca önemli sayıda insanın ölümüne sebep olmuş ve insan sağlığına zarar vermiştir(Aslan, 2020). Akciğer iltihabına neden olan yeni bir koronavirüs (Covid-19) Aralık 2019'da Çin Halk Cumhuriyeti'ndeki Hubei eyaletinin başkenti Wuhan'da ortaya çıktı ve hızla dünyaya yayılmıştır(Loveday, 2020). Yıllar boyunca, bulaşıcı hastalıkların yayılmasını sınırlamak için karantina kullanılmıştır. Türkiye'de ilk vaka 11 Mart'ta ortaya çıktıktan sonra, okullar ve bazı işletmeler kapatıldı ve 20 yaşın altındakiler ve 65 yaşın üstündekiler için sokağa çıkma yasağı getirilmiştir. Potansiyel olarak bulaştırıcı etkiye sahip olabilecek kişileri toplumun genelinden ayırmak anlamına gelen karantina (Hawryluck vd., 2004; Mandavilli, 2003; Merkel, 1993), psikolojik, duygusal ve ekonomik sorunlar nedeniyle kaldıkları ev ve sınırlayıcı fiziksel iletişim ve sosyal etkileşim sorunlara yol açabilmektedir(Hawryluck vd., 2004).

İlk kez 2003 yılında bildirilen ve koronavirüs benzeri bir salgın olarak kayda geçen Şiddetli Akut Solunum Yolu Sendromu yaşayan bireylerin ve sağlık çalışanlarının üzerinde yapılan bir çalışmada, hayatta kalan bireylerin yaşadıkları sağlık sorunları, korku ve çevrelerine damgalayarak başkalarına bulaştırma, ayrıca sağlık çalışanlarının ailelerine de hastalık kapma ve bulaştırma korkusu tespit edilmiştir(Ho vd., 2005). Durumun belirsizliği, sağlık endişesi, haberlerde ve sosyal medyada doğru veya yanıltıcı bilgilere sık sık maruz kalma ve önemsedikleri insanları kaybetme olasılığı, SARS salgını sırasında olduğu gibi Covid-19 salgınında korku kaynakları olarak vurgulanmıştır(Mertens vd., 2020).

Önceki salgınlarda görülen süreçler ve davranışlarla, bulaşıcı hastalıkların bireysel, toplumsal ve uluslararası düzeyde çok çeşitli alanlarda psiko-sosyal etkileri olduğu bilinmektedir (Wang vd., 2020). Covid-19, tarihteki diğer bulaşıcı hastalıklar gibi, bireyleri ve medeniyetleri sadece fizyolojik olarak değil, aynı zamanda ruhsal ve sosyal olarak da etkilemiştir. Aşırı stres, anksiyete, obsesyonlar, davranış sorunları, öfke kontrol sorunları, korku, depresyon, intihar, uykusuzluk, yeme bozuklukları,

kronik ağrı, panik bozuklukları ve şizofreni yan etkilerden bazılarıdır(Türkiye Psikiyatri Birliği, 2021).

Pandemi psikolojik olarak da oldukça önemli etkilerde bulunmuştur. Dünyanın değişik ülkelerinden gelen manzaralar insanların mental sağlıkları açısından oldukça etkin faktörler barındırmaktadır. Pandemi nedeniyle hayatlarını kaybedenler için adeta toplu mezarlar açılması (New York'ta olduğu gibi), İtalya'da ordu kamyonları aracılığıyla ölenlerin topluca yeni mezarlara taşınması, hastanelerin yetersiz kalmaları nedeniyle hastaların koridorlarda ve hastane bahçelerinde tedavi edilmeye çalışılması, en yakınlarını kaybedenlerin bile bu yakınlarının son anlarında yanlarında olamamaları ve cenaze törenlerine katılamamaları, izolasyon ve kapanma nedeniyle sosyal ilişkilerin çarpıcı bir şekilde azalması, iş kayıpları gibi olumsuzluklar insanların psikolojilerini alt üst etmiştir.

Bu doğrultuda ilgili alanyazın incelendiğinde covid-19 salgını sonrasında bireylerin yaşadığı anksiyete ve depresyon düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmediği görülmüştür. Bu çalışma sonuçları pandemi sürecinde yaşanan olumsuzlukların artması depresyon ve anksiyete karşı sağlıklı önlemler alınması olarak değerlendirilmiştir. Covid-19 salgını sonrasında bireylerin yaşadığı anksiyete ve depresyon düzeylerinin incelenmesi literatüre önemli bir katkı sağlayabilir.

1.2. Çalışmanın Amacı

Araştırmada covid-19 salgını sonrasında bireylerin yaşadığı anksiyete ve depresyon düzeylerinin incelenmesi amaçlanmıştır. Ayrıca aşağıdaki sorularda incelenecektir.

1.2.1. Alt Amaçlar

1. Covid-19 salgını sonrası, anksiyete ve depresyon düzeyleri cinsiyete göre anlamlı bir farklılık göstermekte midir?
2. Covid-19 salgını sonrası, anksiyete ve depresyon düzeyleri yaşa göre anlamlı bir farklılık göstermekte midir?
3. Covid-19 salgını sonrası, anksiyete ve depresyon düzeyleri medeni durumuna göre anlamlı bir farklılık göstermekte midir?

4. Covid-19 salgını sonrası, anksiyete ve depresyon düzeyleri eğitim durumuna göre anlamlı bir farklılık göstermekte midir?
5. Covid-19 salgını sonrası ile anksiyete ve depresyon düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?

1.3. Çalışmanın Önemi

Covid-19 pandemisi halen etkisini devam ettirmekte olan bir kriz olup bireylerde neden olduğu psikolojik sorunlara ilişkin analiz ve değerlendirmelerde bulunmak gerek bu psikolojik rahatsızlıkların tespit edilmesi gerekse bunların etkilerinin en aza indirilmesine yönelik çeşitli önlemlerin incelenmesi ve bu hususta önerilerde bulunulmasının bakımından bu çalışma önem taşımaktadır.

1.4. Çalışmanın Sınırlıkları

Bu araştırma 2020-2021 yılı ile sınırlıdır.

Bu araştırma, literatür taraması ve ölçme aracı ile toplanan verilerle sınırlıdır.

1.5. Tanımlar

Covid-19: 2019 yılının Aralık ayında ilk kez ortaya çıkmıştır. İlk vakalar Çin'in Hubei Eyaleti, Vuhan'da kaydedildi ve olağandışı bir virüsle temas eden kişiler, tedavi edilmesi zor, hatta tedavi edilemez ve kötüleşen zatürre benzeri semptomlar geliştirmiştir. Bu virüse, diğer koronavirüslerin aksine, SARS - CoV-2 adı verilmiştir(Aslan, 2020). Virüsün hastalığı başlangıçta 2019 Novel Koronavirüs olarak bilinmesine rağmen, daha sonrasında covid-19 olarak değiştirilmiştir(WHHO, 2020).

Anksiyete; Endişe ya da korku, açıklanmaması, rahatsız edici heyecanla ifade edilen bir endişe durumudur(Adler, 2004).

Depresyon; Duygusal olarak kendini, ailesini, toplumu değerlendirmesini negatife sürükleyen ve sürekli olan çökme durumudur. Depresyon duygusal bir bozulma ile karakterizedir ve depresyona neden olan bu çöküşün yanı sıra çevresinde meydana gelen tüm olayların olumsuz bir değerlendirmesidir.

BÖLÜM 2:

KURAMSAL ÇERÇEVE İLGİLİ ÇALIŞMALAR

2.1. Pandemi ile İlgili Genel Bilgiler

Pandemi insandan insana bulaşmaları, çok hızlı seyretmeleri, geniş bir coğrafyada etkili ve ölümcül olmaları nedeniyle normal hastalıklardan farklı özellikleri bulunmaktadır. Tarih boyunca değişik dönemlerde oldukça öldürücü pandemi örnekleri görülmüştür. Özellikle son yüzyılda İspanyol gribi, SARS, kuş gribi, AIDS, Ebola (WHO, 2011b) gibi pandemi insanları etkilemiş ve etkileri halen de devam etmektedir. Pandemi 'nin değişik etkileri bulunmaktadır. Bu etkilerden sağlık, ekonomik ve sosyal olanları bu çalışmada yer almaktadır.

2.1.1. Pandemi Tanımı

Pandemi sözcüğünün kökeni Yunanca “pan” (herkes) ve “demos” (insanlar) kelimelerine dayanmaktadır. Bu çerçevede epideminin bir ülkenin genelinde veya bir veya daha çok kıtada aynı zaman içinde görülmesi ve bulaşıcı olma durumu ile tanımlanabilir (Honigsbaum, 2009). Harris (2000) pandemiyi dünya genelinde veya oldukça geniş bir bölgede uluslararası sınırları geçerek çok sayıda insanı etkilemesi olarak tanımlamaktadır. Dünya Sağlık Örgütü'ne (WHO) göre 6. derecede bir pandemi alarmının verilmesi için en az iki bölgede aynı zaman içinde hastalığın bulaşıcı olma özelliğinin belirlenmesi gerekmektedir. WHO'nun influenza örneğinde olduğu gibi pandeminin standart bir tanımlamasına atfen patojenik olarak yüksek olan yeni bir alt virüs ortaya çıkmış olup bu alt virüse karşı hiç kimsenin bağışıklığının olmadığı veya çok az kişinin bağışıklığının bulunduğu, insandan insana kolaylıkla geçebileceği, toplumlarda bir dayanak noktasına sahip olduğu ve ayrıca dünya genelinde yayılma özelliği gösterdiği hususları vurgulanmıştır (WHO, 2011a).

2.1.2. Tarih Boyunca Pandemi

Pandemi insanlık tarihi boyunca etkisini değişik zamanlarda gösteren ve toplu ölümlere yol açan başlıca felaketlerden biridir. Özellikle on dördüncü yüzyılda görülen Kara Veba pandemi tarihinde özel bir yere sahiptir.

20. yüzyıla kadar veba, kolera, tüberküloz, çiçek hastalığı, tifüs ve frengi yaygın olarak görülen salgınlar arasında yer almaktaydı. 20. yüzyıldan itibaren İspanyol gribi (influenza), AIDS, Ebola ve SARS en belirgin pandemiler arasında yer almaktadır. Çalışmanın bu kısmında 20. yüzyıldan itibaren gündeme gelen pandemiler yer almaktadır (Parıldar, 2020).

Bilimsel çalışmalar ve teknolojik gelişmelerin önemli mesafeler kattığı günümüzde bile salgınlar en önemli ölüm nedenleri arasında yer almaktadır. Yakın zamanlarda görülen AIDS bu bağlamda en çarpıcı örneklerden birini oluşturmaktadır.

2.1.2.1. İnfluenza/İspanyol Gribi

İnfluenza bulaşıcı bir akut solunum yolu hastalığı olup grip yüksek bir morbiditeye sahiptir. Tarihteki en büyük etkisi 1918 yılında kaydedilmiş olsa bile bu hastalık ilk olarak M.Ö. 412’de Hipokrat tarafından tanımlanmıştır. İnfluenza insanlara enfekte olmuş olan memeliler veya kuşlar tarafından solunum damlacıkları veya kan teması, salya veya vücut salgıları aracılığıyla geçmektedir. Ateş, baş ağrısı, boğaz ağrısı ve yorgunluk gibi grip belirtileri soğuk enfeksiyonları ile hatalı olarak karıştırılmaktadır. İnfluenza özellikle çocuklar ve yaşlı hastalarda zatürre gibi ikinci bir hastalığa da yol açabilmektedir (Monto ve Webster, 2014).

Bağışıklık sistemi influenza enfeksiyonuna bağlık olarak zayıflamaktadır. Akciğerler, burun ve boğazdaki ikincil bakteri enfeksiyonları yayılma eğilimi göstermekte olup bu durum da zatürreye dönüşmektedir. İnfluenza salgınlarında ölümler genellikle zatürreden olmaktadır (Emmeluth, 2003).

İlk dalgası on dokuzuncu yüzyılda görülen influenzanın asıl ölümcül etkisi ikinci dalganın görüldüğü yirminci yüzyılda olmuştur. İspanyol gribi olarak adlandırılmasına rağmen araştırmacılar influenzanın izlerini ABD’de tespit etmişlerdir. Hareket halinde olan askeri birlikler nedeniyle salgın tüm dünyaya yayılmıştır. Dünya tarihindeki kaydedilmiş en ölümcül salgınların başında gelen influenza nedeniyle 1918-1919 yılları arasında 50 milyondan fazla insanın öldüğü belirtilmiştir (Lewis, 2008).

2.1.2.2. AIDS (Acquired Immune Deficiency Syndrome) (Kazanılmış İmmün Yetmezlik Sendromu)

HIV/AIDS modern zamanların vebası olarak tanımlanmaktadır. HIV (Human Immunodeficiency Virus) enfeksiyonları bağışıklık sistemini düzenleyen T hücrelerini öldürmekte ve hastayı çeşitli enfeksiyon veya kanserlere karşı savunmasız bir durumda bırakmaktadır. AIDS HIV enfeksiyonunun son mertebesidir. AIDS ilk olarak Haziran 1981’de tanımlanmış olmasına karşın neden olan unsur daha sonra, 1984’te belirlenmiştir. Tanımlanmasından önce hastalık, hastanın sosyal özellikleriyle birlikte değerlendirilmekteydi. ABD’deki ilk hastalar homoseksüel topluluklardan olan kişiler oldukları için AIDS sıklıkla GRID (Gay-Related Immune Deficiency) veya “gey kanseri” olarak adlandırılıyordu (McMillen, 2016).

HIV virüsü kan, meni, meni öncesi, rektal ve vajinal sıvılar veya meme sütü aracılığıyla bulaşmaktadır. Bulaşıcı olması için bu sıvıların mukoza zarından geliyor olması gereklidir. İğne, şırınga, dövme ve manikür araçlarını paylaşmak virüsü doğrudan dolaşım sistemine enjekte ederek bulaşıcılığa yol açmaktadır. HIV virüsü anneden çocuğa gerek hamilelikle gerekse emzirme yoluyla da aktarılabilir (Demirbağ, 2018).

Zayıflamış bağışıklık sistemleri herhangi bir mikrop, bakteri veya virüse karşı koyamaz. AIDS’li kişiler de bağışıklık sistemlerinin, deyim yerindeyse, çökmesi sonucunda oportünist enfeksiyon ve kanserlerden dolayı hayatlarını kaybetmektedirler. Enfekte olmuş kişilerde Kaposi sarkomu, servikal veya lenf kanseri gibi virüs tabanlı kanserler gelişebilmektedir. AIDS genellikle Klamidya enfeksiyonu, bel soğukluğu veya sifilis gibi bakteri kaynaklı cinsel yolla bulaşan hastalıklarla birlikte bulunmaktadır (Shmaefsky, 2003).

Dünyada HIV/AIDS virüsünün bulunmadığı yer yok gibidir. 1981’in sonunda ABD’de 189 vakanın rapor edilmesine karşın 2016 yılı itibarıyla AIDS’ten ölen insan sayısı dünya genelinde yaklaşık 30 milyondur (McMillen, 2016). UNAIDS istatistik verilerine göre 2016 yılında dünyada HIV/AIDS virüsüne sahip olan 36,7 milyon civarında insan olduğu ve her yıl 1,8 milyon insanın bu hastalığa yakalandığı belirtilmiştir. Bu da virüsün günlük olarak 5.000 insana bulaştığı anlamına

gelmektedir. Yine istatistiklere göre vakaların çoğunun Sahra altı Afrika’da görüldüğü bildirilmiştir. Çocuklar genellikle HIV virüsü taşıyıcısı olan annelerinden bu hastalığa yakalanmaktadırlar (Demirbağ, 2018).

2.1.2.3. Ebola

Ebola virüsü kaynaklı olan hastalık nadir görülen öldürücü bir salgındır. Ebola virüsünün ilk tespit edildiği tarih 1976’dır. Salgın en büyük etkisini 2014 yılında göstermiştir. Ebola tedavi edilmediği takdirde ölümcül sonuçları olan ciddi bir akut hastalıktır. Ebola salgınları ilk defa 1976’da Sudan ve Demokratik Kongo Cumhuriyeti’nde ortaya çıkmıştır. Crawford (2016) Ebola’nın oldukça hızlı, gizemli ve ölümcül bir hastalık olduğunu ifade etmiştir.

Ebolanın kuluçka dönemi 5 ile 14 gün arasında olup ekspozür yöntemi ve etkin olan virüs sayısına göre değişmektedir. Hasta ateş, karın ağrısı, bulantı ve halsizlik gibi herhangi bir rahatsızlıkla ilişkili olabilecek genel semptomlar göstermektedir. Hastalıkla birlikte kusma, kanlı ishal, deride veya gözlerde yeşillenme ve böbrek ve karaciğer fonksiyonlarında düzensizlik görülmektedir. Ebola virüsü AIDS gibi bağışıklık sistemini tahrip edip hastanın enfeksiyonlara karşı koymasını engellemektedir. Virüs yeni bir tür olduğu için tam bir tedavi yöntemi henüz geliştirilememiştir. Enfeksiyonu durdurmanın en iyi yöntemi hastayı derhal diğerlerinden izole etme ve karantinaya almaktır. Dünya Sağlık Örgütü’ne göre Afrika’daki Gine, Liberya ve Sierra Leone en riskli bölgeler arasında yer almaktadır (Demirbağ, 2018).

2.1.2.4. SARS (Severe Acute Respiratory Syndrome) (Şiddetli Akut Solunum Sendromu)

SARS da günümüzdeki Covid-19 salgını gibi Çin kaynaklı bir pandemidir. Çin’in tarımsal bölgelerinde Kasım 2002’de tespit edilmiştir. Virüsün hayvanlardan insanlara geçtiği hususu değerlendirilmektedir. Oldukça enfekte etme özelliğine sahip olan virüs hasta kişilerden temasla sağlanan öksürük veya hapşırımlarda bulunan solunum damlacıkları aracılığıyla bulaşmaktadır. Enfekte olan kişinin idrar veya dışkısı da virüsü içerebilmektedir. Çin’den bir otelde kalan insanlar aracılığıyla kısa sürede Vietnam, Singapur ve Kanada’ya yayılmıştır. 2003 Şubat’ından Temmuz’una

kadar dünya genelinde yaklaşık 8.000 kişiyi etkilemiş olup 774 kişinin ölümüne yol açmıştır (Duffin, 2008).

SARS'ın karakteristik semptomları solunum hastalıklarıyla ilişkilidir. Bu bulaşıcı akciğer enfeksiyonu yüksek ateş, öksürük ve nefes almada zorluklara neden olmaktadır. Hasta aynı zamanda grip benzeri semptomlar da gösterebilmektedir. Ateş genellikle baş ve boyun ağrıları, üşüme ve ishal ile görülmektedir. SARS'ın kuluçka dönemi 2 ile 10 gün arasındadır. Hastalığın ikinci aşaması oldukça tehlikelidir. Hastalarda kuru öksürük ve sık nefes gözlemlenmektedir. Bazı durumlarda hastaların hayatta kalabilmeleri için entübe edilmeye ve mekanik solunum cihazlarına bağlanmaları gerekmektedir (Serradell, 2011). Bu salgının durdurmak veya etkisini azaltmak için hastalara tam anlamıyla karantina ve izolasyon uygulanması zorunludur.

SARS aynı zamanda insanların sosyal, kültürel ve ekonomik yaşam tarzlarını da etkilemektedir. Hastalığın az sayıdaki ülkede görülmesine karşın hastalık insanlar üzerinde önemli etkiler meydana getirmiştir. İnsanlar seyahat programlarını değiştirmeye, kalabalıklardan uzak durmaya ve Uzak Doğulu insanlara yönelik değişik ayrımcılıklar uygulanmaya başlamıştır (Duffin, 2008).

2.2. Pandeminin Özellikleri

Bir hastalığın pandemi kategorisinde değerlendirilebilmesi için değişik özelliklere sahip olması gerekmektedir. Çalışmanın bu kısmında bu özellikler yer almaktadır.

2.2.1. Geniş Bir Coğrafi Alana Yayılma

Pandemi tanımının yapılabilmesi için en önemli koşullardan biri hastalığın geniş bir coğrafyada yaygın bir şekilde bulunmasıdır. Veba, influenza, AIDS, kolera gibi salgınlar bu tanıma uyan pandemilerin başında gelmektedir. Örneğin 2009 yılında meydana çıkan H1N1 salgını 178 ülkede görülmüştü (Rewar vd., 2015).

2.2.2. Hastalığın Seyri

Coğrafi yayılmanın dışında pandemi beklenmedik bir yayılma hızı göstermektedir. Birçok bölgeye, deyim yerindeyse Kara Ölüm gibi oldukça hızlı bir

şekilde yayılmaktadır. Bu virüsler insandan insana influenza ve SARS salgınlarında olduğu gibi solunum yolları aracılığıyla, vibrio kolera gibi bağırsaklar yoluyla ve kızıl gibi de taşıyıcılar vasıtasıyla yayılmaktadır. İnfluenzanın her iki yarım küreye yayılması 2009 Nisan ve Eylül aylarında olmuştur (Barrelet, vd., 2013).

2.2.3. Özgünlük

Pandemi kavramı genellikle yeni olan veya mevcut organizmaların yeni türleriyle ilişkili olan hastalıklar için tanımlanmaktadır. Örneğin influenza virüslerindeki antijenik değişiklikler, 1980'lerin başlarında tanımlandığı zaman HIV/AIDS'in ortaya çıkması ve veba gibi tarihi epidemik hastalıklar bu kapsamda değerlendirilmektedir. Bununla birlikte özgünlük göreceli bir kavramdır. Son iki yüzyılda 7 kolera pandemisi meydana gelmiştir. Büyük bir ihtimalle bunların tümü aynı organizmanın farklı varyasyonlarından oluşmuştur (Morens vd., 2013). Yirmi birinci yüzyıldaki SARS ve kuş gribi yeni oluşan ve pandemi özelliği gösteren Doğu Asya'da ortaya çıkan hastalıklar arasında yer almaktadır.

2.2.4. Şiddet

Pandemi konsepti Kara Ölüm, HIV/AIDS, SARS gibi şiddetli ve ölümcül hastalıklarla¹ birlikte ele alınmaktadır. Yüksek ölüm ve morbiditeye sahip olan pandemiler yeni bir öldürücü viral zincir olduğu zaman ortaya çıkmaktadırlar. Aynı zamanda popülasyonun bu virüslere kadar herhangi bir bağışıklık sistemleri de bulunmamaktadır (Rewar vd., 2015). Virüsün şiddeti ölüm oranıyla doğru orantılıdır (Donaldson vd., 2009). Ebola'ya karşılık olarak vakaların çoğu enfekte olma başlangıcından itibaren hayatlarını kaybetmektedirler. Mortalite oranı da %50 ile 90 arasında değişiklik göstermektedir (WHO, 2013).

2.2.5. Yüksek Etkileme Oranları ve Birden Artış Eğilimi

Pandemiler yüksek etkileme oranları ve birden yayılma eğilimleriyle karakterize edilirler. Bununla birlikte, yaygın olsa bile hastalık birden bulaşma ve yayılma eğilimi göstermiyorsa pandemi olarak tanımlanmamaktadır. Batı Nil virüsü 1999 yılında Orta Doğu, Rusya ve Batı Yarımkürede görülmesine karşın söz konusu

¹ 21. yüzyılın şüphesiz en önemli salgını halen etkilerini tüm hızı ve şiddetiyle yaşamız olduğumuz Covid-19 pandemisidir.

hastalığın bulaşıcılığı yavaş ve etkileme oranı düşük olduğu için pandemi kapsamında değerlendirilmemiştir. Bununla birlikte şiddet yönünden az veya orta seviyede olan ve 1981 yılında görülen AHC (Acute Hemorrhagic Conjunctivitis) ile uyuz hastalığının dönemsel olarak global çerçevede yeniden görülmesi, birden artış eğilimine veya yaygın ve coğrafi olarak reküren bir özelliğe sahip olduklarından dolayı pandemi olarak tanımlanmışlardır (Donaldson vd., 2009).

2.2.6. Toplumda Minimal Düzeyde Bağışıklık

Pandemiler genellikle popülasyonların bir bölümünün bağışıklığa sahip olduğu toplumlarda tanımlanmasına rağmen mikrobik enfeksiyon ve bulaşıcılığın sınırlandırılması için popülasyon bağışıklığı güçlü bir anti-pandemi gücü sağlayabilmektedir (Taubenberger ve Morens, 2009). Pandemiler hemen hemen tüm popülasyonun bağışıklığıyla karakterize edilmektedirler. Böylece popülasyonun büyük bir bölümünün enfekte olması kolaydır. Örneğin, H7N9 influenza virüsünün yeni bir türü olup toplumun bu virüse karşı bağışıklığı bulunmamaktaydı. Bu nedenle dünya genelinde kısa zamanda birçok vaka görülmüştür (Wildoner, 2016).

2.2.7. Bulaşıcılık

Pandemi dünya genelinde yaygın olan obezite veya sigara gibi riskli davranışlar için kullanılmamaktadır. Çünkü bunlarda bulaşıcılık özelliği bulunmamaktadır. Pandemiye yol açan hastalıklar bulaşıcıdır ve insandan insana sirayet etmektedir. Bu bulaşıcı hastalık ya doğrudan insandan insana veya dolaylı olarak insandan vektöre, vektörden de insana şeklinde olmaktadır (Morens et al., 2009). Örneğin, SARS virüsü insandan insana kapalı yerlerde bulaşırken H7N9 virüsü genellikle canlı kümes hayvanlarıyla temas sonucunda yayılmaktadır (Su ve He, 2015).

2.3. Pandeminin Etkileri

Pandemiler başta insanların sağlık ve psikolojilerinde oldukça önemli etkiler meydana getirmekle birlikte ekonomik ve sosyal yönden de tüm hayatı temelden etkileyecek özelliklere sahiptirler. Gerek doğrudan salgına neden olan virüse maruz kalanlar gerek bu insanların aileleri, yakın çevreleri ve arkadaşları gerekse salgının etkin olduğu yerlerdeki diğer insanlar sürekli olarak hayatlarından endişe etme duygusuyla yaşadıkları için toplum psikolojisinde pandemiler oldukça olumsuz izler

bıraktıklarıdır. İçinde bulunduğumuz Covid-19 pandemisinin psikolojik etkileri ileriki bölümlerde daha ayrıntılı olarak ele alınmaktadır. Çalışmanın bu kısmında genel olarak pandemilerin neden olduğu sağlık, ekonomik ve sosyal etkiler değerlendirilmektedir.

2.3.1. Pandeminin Sağlık Üzerindeki Etkisi

Pandemiler milyonlarca insanın hayatını adeta bir kabusla dönüştürmektedir. Oldukça yüksek sayıdaki insan pandemiye yakalanıp binlerce hatta on dördüncü yüzyılda Avrupa’da görülen ve kıtanın neredeyse üçte birinin ölümüne sebep olan Kara Ölüm gibi milyonlarca insanın hayatını kaybetmesine yol açmaktadır (Ross vd., 2014).

Salgın hastalıklar dünyada en yüksek ölüm ve hastalık oranına sebep olma özelliğini taşımakta olup küresel ölüm oranında oldukça etken bir faktör olabilmektedirler (Verikios vd., 2015).

Salgın hastalıklar yalnızca az gelişmiş veya gelişmekte olan ülkeler için değil aynı zamanda gelişmiş ülkeler için de yüksek ölüm oranına² neden olmaktadır. Mortalite oranı yüzde 5 ile 10 arasında değişiklik göstermektedir (Kern, 2016). Örneğin 2003 yılında yaşanan SARS pandemisinde 6 ay içinde dünya genelinde 700’den fazla kişi hayatını kaybetmiş olup bu dönemde hastalığa yakalanan 8.000’den fazla kişi tespit edilmiştir. Moratilitite oranı da yaklaşık %7’ye denk gelmekteydi (Wong ve Leung, 2007).

İnfluenza en önemli pandemilerdendir. Yapısı değişikliğe uğramakla birlikte temelde gribin özelliklerini gösteren hastalıklar yüksek bir ölüm ve morbidite oranına neden olmaktadır. Bu bağlamda influenza salgınları yıllık olarak 250 bin ile 500 bin kişinin hayatını kaybetmesine yol açmaktadır. Bu durum da söz konusu salgının hızla geniş coğrafyalarda yayılımı ile insidans ve mortalite oranlarının yüksekliği konusunda bir fikir vermektedir (WHO, 2013). 2009 yılı Mayıs’ında Meksika’da

² İçinde bulunduğumuz Covid-19 pandemi sürecinden en çok etkilenen ülkeler arasında ABD, İngiltere, Fransa, İtalya ve İspanya gibi ülkelerin olması salgın hastalıkların seyri ve yayılma bölgeleri açısından farklı bir özellik taşımaktadır.

insandan insana bulaşma özelliği gösteren yeni bir H1N1 virüsü saptanmıştır. Dünya Sağlık Örgütü 13 Ağustos'a kadar olan zaman diliminde 178 ülkede 182.166 A / H1N1 vakasını raporlamıştır. Bu vakaların 1799'u ölümle sonuçlanmıştır (Rewar ve ark., 2015). Ayrıca, ABD Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezleri ülkedeki en etkin H1N1 virüsü döneminin 2009 Nisan'ı ile 2010 Nisan'ı arasında olduğunu bildirmiştir. Buna göre söz konusu zaman içinde 43-89 milyon vaka görülmüş olup bunlardan 193 ile 403 bin arasındaki sayının hastaneye yatmış olduğu ve 8.870 ile 18.300 arasında ölümün olduğu belirtilmiştir (Bhandari vd., 2013).

Bulaşıcı özelliği olan grip tehditi son yıllarda önemli bir düzeyde artmıştır. Örnek olarak, H5N1 Asya ve Avrupa'da insanlara yeniden bulaştığına dair veriler mevcuttur (Fangriya, 2015). 2003 il3 2008 yılları arasında toplam on beş ülkede 387 H5N1 vakası kaydedilmiş olup bu vakaların 245'i ölümle sonuçlanmıştır. Ayrıca bu durum küresel ölçekte %63'lük bir orana denk gelmektedir (Enemark, 2009). H5N1'de kolaylıkla bir salgına dönüşebilecek potansiyel gözlemlenmekteydi. Yine Çin'de zoonotik influenza A (H7N9) virüsüne rastlanmasıyla beraber kuş gribi kaynaklı bir salgının tekrar baş göstermesi hususundaki kaygılar ortaya çıkmıştır. H7N9 virüslerinin görülmesi 600'den fazla insana hastalığın bulaşmasına ve %30 civarında bir ölüm oranına yol açmıştır (Su ve He, 2015). Bu nedenle H7N) virüsünde bir salgın meydana getirme özelliği üzerinde durulmuştur (Tanner vd., 2015).

2.3.2. Pandeminin Ekonomik Etkisi

Pandemiler dünya ekonomisine de olumsuz olarak oldukça önemli etkilerde bulunmaktadır. Ekonomiler salgın sonucunda istikrarını kaybedebilir ve hatta ekonomilerin salgın öncesi duruma gelmeleri oldukça zor olabilir. Ekonomik etkiler genel olarak doğrudan, dolaylı ve uzun dönem olmak üzere kendilerini gösterebilirler.

Uzun dönemli maliyetler ise daha yüksek rakamlara tekabül etmektedir. Bu bağlamda başlıca uzun dönemli maliyetlerden birisi hayatını kaybedenlerin yol açtığı gelir kayıplarıdır. Prager vd.'nin (2016) tahminlerine göre ABD'deki bir influenza pandemisinin ekonomiye olan maliyeti 90 ile 220 milyar dolar arasında değişmekte olup söz konusu bu maliyetin %80'inin hayatını kaybedenlerin beklenen gelir değerlerinden kaynaklandığını belirtmişlerdir. Başka bir çalışmada da orta şiddetli bir

pandeminin 374 milyar dolar ve şiddetli bir pandeminin de 7,3 trilyon dolar civarında bir ekonomik kayba neden olacağı öngörülmektedir (MacKellarSource, 2007). Yakın zamanlarda 6 geniş çaplı pandemi görülmüştür. Bunlar: hantavirüs pulmoner sendromu, şiddetli akut solunum sendromu, H5N1 influenza, H1N1 influenza, Orta Doğu solunum sendromu ve Ebola virüs hastalığıdır. Dünya Bankasına göre bu salgınların dünyaya olan maliyeti 200 milyar dolardan fazladır (Maurice, 2016).

Doğrudan olmayan masraflar da oldukça yüksektir. GSMH’da azalma da olmak üzere bu bağlamda tüm giderleri içermektedir. Örneğin SARS virüsü 2003 yılına Çin’in GSMH’da yaklaşık olarak %1’lik bir azalmaya neden olurken Güneydoğu Asya ülkelerinde %0,5 oranında bir düşüşe neden olmuştur (MacKellar, 2007). Doğu ve Güneydoğu Asya bölgelerinde yaklaşık olarak 12,3 ile 28,4 milyar dolar arasında bir kayıp öngörülmüştür (Fan, 2003). Yeni Zelanda Hazine yetkilileri %40 yayılma ve %2 ölüm oranı olan bir pandeminin GSMH’da yüzde 5 ile 10 arasında bir azalmaya yol açtığını vurgulamışlardır (MacKellar, 2007). Ekonominin bazı sektörleri diğerlerinden daha çok etkilenmektedir. Örneğin pandemi nedeniyle yolcuların seyahatlerini iptal etmesi sonucunda hava ulaştırma sektörünün %20 oranında bir düşüşe ve rakamsal olarak da 7,9 milyar dolar civarında bir kayba uğrayacağı tahmin edilmiştir. Bu nedenle pandemiler ekonomik olarak bir ülkenin toparlanması için uzun yıllar uğraş vereceği durumlar meydana getirmektedir (Prager vd., 2016).

2.3.3. Pandeminin Sosyal Etkileri

Pandemiler kısa bir zaman diliminde insanların hayat biçimi, alışkanlık ve davranış tarzlarını oldukça derin bir şekilde etkileyen ve önemli sosyal farklılıklara neden olan etkili hastalıklardır (Akbaş ve Dursun, 2020).

Değişik etkileri görülen salgınlar sosyal yapıyı oldukça efektif bir biçimde sarsmaktadır. Pandemi sürecine kadar insanların alışveriş, spor, seyahat, eğitim vb. sosyal faaliyetleri de içeren farklı alışkanlıkları köklü bir biçimde değiştirmekte olup söz konusu süreçte değişik davranış biçimleri meydana gelmektedir. Özellikle pandeminin ülkelere yayılmasını engellemek için havayolu şirketleri yolcu sirkülasyonunu en az bir düzeye indirme ve hatta seyahatleri tamamen durdurma yoluna gitmektedirler.

Seyahat uygulamalarına getirilen bu tür kısıtlamalar yalnızca insanların iş ve turistik amaçla yapmış oldukları faaliyetleri etkilemekle kalmayıp bu uygulamalara maruz kalan bölgelerdeki sosyal hayata da önemli ölçüde olumsuz katkıda bulunmaktadırlar (Wong ve Leung, 2007).

Öğrencileri aracılığıyla salgının yayılmasını önlemek amacıyla bu süreçte en çok başvurulan önlemlerden biri normal eğitime ara verilip okulların kapatılmasıdır. Bu uygulama ayrıca pandemiyle mücadele kapsamında ilk başvurulan yöntemlerden biridir. Bu uygulamayla halkın katılımının sağlandığı değişik toplantı ve faaliyetlerin yasaklanması ABD’de geçen yüzyılda yaşanan İspanyol gribiyle ilişkilendirilen ölümlerin azalmasında etkin bir rol oynamıştır (Cauchemez vd., 2009). Ancak çalışmanın ileriki bölümlerinde daha ayrıntılı bir biçimde incelenecek olan koronavirüs salgını sürecinde ve bu bağlamda değişik yetenek ve sosyal ilişkiler geliştirmelerinde kilit bir rol oynayan çocukların dışarıda oynaması yerine evde kapalı bir biçimde kalmaları özellikle işe giden annelere yönelik olarak değişik zorlukları içinde barındırmaktadır (Akbaş ve Dursun, 2020).

2.4. Covid-19 Pandemisi ve Etkileri

Covid-19 yirmibirinci yüzyılda ortaya çıkan en etkili salgındır. İnsanların günlük yaşam ve psikolojileri üzerinde oldukça derin izler bırakmaktadır. Yalnızca sağlık açısından değil insanların ekonomik anlamda mücadelesini de oldukça olumsuz bir şekilde etkilemektedir. Çalışmanın bu bölümünde Covid pandemisinin özellikleri, yol açtığı sorunlar ve ruhsal boyutları ele alınmaktadır.

2.4.1. Covid - 19 Pandemisinin Özellikleri

Covid-19 Çin resmi makamlarının açıklamalarına göre Aralık 2019’da Çin’in Hubei eyaletinin Wuhan kentinde ortaya çıkan oldukça bulaşıcı bir hastalıktır. Kısa zamanda Çin’in diğer bölgelerine ve tüm dünyaya³ yayılan hastalık bir yılı aşkın bir süredir dünyayı etkisi altına almıştır. Dünya Sağlık Örgütü’nün (WHO-World Health Organization) açıklamalarına göre Covid-19 (coronavirus disease-koronavirüs

³ Salgının kısa sürede dünyaya yayılmasının Çinli yetkililerin dünya Sağlık Örgütü ve uluslararası kamuoyunu yeterince ve zamanında bilgilendirmemesinin önemli etkisinin olduğu hususu değerlendirilmektedir.

hastalığı) yakın zamanlarda keşfedilen bir koronavirüsün (SARS-COV-2 – Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2– Şiddetli Akut Solunum Yolu Sendromu Koronavirüsü 2) neden olduğu bulaşıcı özellikte olan bir hastalıktır. Hastalığa yakalanan kişilerin önemli bir bölümünde Covid-19, belirli tedavi metotları içermeyen hafif ve orta düzeyde semptomlara neden olurken risk grubu içinde yer alan ileri yaşta olan ve değişik sağlık problemleri bulunan kişiler için kritik sonuçların doğurmasına yol açmaktadır. Söz konusu hastalığın küresel salgın kategorisinde yer aldığı hususu WHO tarafından 11 Mart 2020’de resmi olarak duyurulmuştur (WHO, 2020’a).

Covid-19’u SARS ve MERS gibi önceden gözlemlenen koronavirüs virüslerinden ayrılmasına yol açan başlıca nedenler yeni tip koronavirüsün çok kolay ve hızlı bir biçimde yayılmasıdır (WHO, 2020b). Ayrıca sosyal mesafe uygulanması ve maske kullanımının vurgulanması açısından Covid-19 pandemisi diğer koronavirüs salgınlarından ayrılmaktadır. Yakın zamanlarda ortaya çıkan AIDS ve Ebola gibi salgınlarla karşılaştırılmayacak düzeyde bir küresel farkındalık, mücadele ve işbirliği de söz konusudur.

WHO’nun resmi web adresindeki verilere (WHO; 2020c) göre vakalar ve ölüm sayıları global ölçekte günlük olarak verilmekte olup söz konusu rakamlar Covid-19’un ciddiyeti hakkında bilgi vermektedir. Sitedeki veriler uyarınca Çin’deki ilk vakanın (patient zero) kesinleşmesinden bir ay sonra Çin’deki vaka sayısı 80 binin üzerine çıkmış, Mart ayının sonu itibariyle küresel ölçekte vaka sayısı yaklaşık 900 bin olmuş, Mayıs sonunda 6 milyon ve Ağustos başında da 18 milyon civarında gözlemlenmiştir. Türkiye’de ise resmi olarak duyurulan ilk vaka tarihi 11 Mart 2020’dir. WHO’nun 6 Nisan 2021 tarihindeki verilerine göre Covid-19 nedeniyle dünyada hayatını kaybeden sayısı 2.842.325 iken toplam vaka sayısı da 130.459.184’e ulaşmıştır (WHO, 2021).

Korona virüs salgını hapsirik ve öksürük aracılığıyla solunum yollarına bulaşması nedeniyle sosyal mesafe ve maske kullanma konularında sıklıkla uyarılar ve bilgilendirmeler yapılmaktadır. Salgına yönelik olarak ABD, Almanya, İngiltere, Çin ve Rusya’da değişik aşilar geliştirilmiş olup bunların en popülerleri ve Batı’da en yaygın kullanılanı Türk kökenli Alman bilim insanlarının geliştirmiş olduğu

BioNTech/Pfizer aşısıdır. İngiliz Oxford kökenli aşı ise kullanımında önemli yan etkilere sahip olması nedeniyle insanlara bu aşının yapılması durdurulmuştur.

2.4.2. Covid - 19 Pandemisi ile Ortaya Çıkan Sorunlar

Covid-19 pandemisi dünyada sağlık konuları dışında bu tür salgınların neden olmadığı kadar çok insanların hayatlarını ekonomik ve sosyal anlamlarda etkilemiş ve bu etkisi halen devam etmektedir. Özellikle ülkeler önemli ölçüde ekonomik daralma yaşamış ve kapanmalar nedeniyle uluslararası ticarete belirgin düşüşler meydana gelmiş ve bu olumsuz tablo da hane halklarında etkili olmuştur (Karadem, 2020).

Eğitim sürecinin uzaktan eğitim aracılığıyla uygulanması, fiziksel anlamda iletişim kısıtlarının meydana gelmesi, ekonomik aktivitelerin oldukça azalması ve değişik sektörlerde durması, işsiz kalma endişesiyle özellikle alt gelir grubundaki insanların ailelerini geçindirmek için ve yeterli ekonomik destek alamadıklarından dolayı çalışmak zorunda kalmaları, izolasyon ve sosyal mesafe uygulamaları, mahkemelerdeki davaların ertelenmesi gibi sosyal, ekonomik, eğitim, adli vb. alanlardaki faaliyetler pandemi nedeniyle “yeni normal” biçiminde hayata geçirilmiştir (Malay, 2020).

Bir taraftan salgının yayılmasını önlemek amacıyla oldukça sıkı tedbirler geniş bir yelpazede uygulanırken diğer taraftan, özellikle yurtdışından ülkelere giriş yapan yolcuların belirli sürelerle karantinaya alınması gibi uluslararası önlemler de yürürlüğe konulmuştur. Ayrıca insanlar evde pandemiyle mücadele kapsamında ilk önce gerekli olan temizlik maddeleri, çeşitli gıda ürünleri ve maske gibi salgın sürecinde oldukça önemli olan malzemeleri evlerinde stoklamaya başlayıp adeta bir savaş sırasındaki yaşam biçimi hayat geçirilmiş olmaktadır.

Dünya ekonomisine yönelik olarak makro ekonomi kriterleri üzerinden yapılan değerlendirmelerde 2020 yılı ilk senaryoya göre için %6,0 oranında bir daralma ve 2021 yılı için de %5,2 oranında bir toparlanmanın yaşanabileceği belirtilmiştir. Bununla birlikte daha kötümser olan senaryoya göre ise 2020 yılında global ekonomi açısından %7,6 oranında bir küçülme öngörülürken 2021 yılında ise ancak %2,8 oranında bir iyileşme söz konusudur (OECD, 2020).

Pandemi öncesi ve sonrasındaki GSMH (Gayri Safi Milli Hasıla)'daki değişiklikler aşağıdaki tabloda yer almaktadır.

Tablo 1. Değişik ülkelerin GSMH'larındaki değişiklikler (OECD, 2020).

	2019	2020	2021
Dünya	%2.7	%-6.0	%5.2
Gelişmiş Ekonomiler	1.7	-7.5	4.8
AVRO Bölgesi	1.3	-9.1	6.5
ABD	2.3	-7.3	4.1
Almanya	0.6	-6.6	5.8
Arjantin	-2.2	-8.3	4.1
Avustralya	1.8	-5.0	4.1
Brezilya	1.1	-7.4	4.2
Çin	6.1	-2.6	6.8
Endonezya	5.0	-2.8	5.2
Fransa	1.5	-11.4	7.4
İngiltere	1.4	-11.5	4.1
İtalya	0.3	-11.3	7.7
Güney Afrika	0.2	-7.5	2.5
Güney Kore	2.0	-1.2	3.1
Hindistan	4.2	-3.7	7.9
Japonya	0.7	-6.0	2.1
Kanada	1.7	-8.0	3.9
Meksika	-0.1	-7.5	3.0
Türkiye	0.9	-4.8	4.3

Yukarıdaki tabloda pandeminin ekonomiler üzerindeki etkileri istatistiksel bilgiler çerçevesinde ele alınmaktadır. Bu durum pandeminin doğrudan ekonomi ile değil sağlıkla ilgili bir kriz olmasına karşın yakın dönemli ekonomik krizlerden olan ABD kaynaklı 2008 küresel finans krizinin çok ötesinde ekonomik ve finansal

sonuçlar meydana getirmiş olduğunu ortaya koymaktadır. Diğer bir anlatımla pandemic hem sağlık açısından hem de hane halkları ve ülkelerin ekonomileri açısından oldukça yıkıcı sonuçlar ortaya çıkarmıştır. Ayrıca ABD, Almanya, İngiltere ve Japonya gibi ülkeler koronovir salgını nedeniyle insanların ekonomik daralmadan kaynaklanan işsiz önlemek ve böylece pandeminin daha sosyal, ekonomik ve psikolojik bakımdan yıkıcı etkisini azaltmak amacıyla yüz milyarlarca ABD doları tutarındaki yardım miktarını gerek iş yeri sahipleri gerekse de çalışanlara doğrudan yardım olarak vermeye başlamış olup bu yardımlar halen de sürmektedir.

2.4.3. Covid - 19 Pandemisinin Ruhsal Boyutları

Covid-19 salgını hem bedensel hem de psikolojik sağlık problemlerine yol açmaktadır. Bu nedenle yeni tip koronavir pandemisinin yalnızca medikal bir durum olarak değil mental sağlık açısından da değerlendirilmesi gereklidir. Salgınlar insanların fiziki yapılarını etkilemekle kalmayıp gerek hastalığa maruz kalsın gerekse hastalıkla ilgili bir belirti taşımasın tüm insanların psikolojik sağlık ve dirençlerini olumsuz olarak tesiri altına almaktadır. Söz konusu pandeminin başlangıcında, doğal olarak, vücuttaki fiziksel sorunları üzerinde durulmuş ve bu durum insanların mental sağlıklarıyla ilgili tahrip edici unsurları bir anlamda göz ardı edilmiştir. Bununla birlikte, pandemiden sonra normal günlük yaşamda meydana gelen psikolojik olumsuzluklar bir süre boyunca devam edebileceği öngörülmektedir (Aşkın vd., 2020).

Yeni tip koronavir pandemisi süresince bireyler değişik biçimlerde bu hastalıktan psikolojik olarak etkilenmektedirler. İnsanların yaşamlarını küresel anlamda olumsuz olarak etkileyen ve hatta tehdit eden koronavir pandemisi sürecinde insanlar ruhsal açıdan değerli faktörlere bağlı olarak farklı derecelerde olumsuz durumlara (stres ve travmatik olaylar) maruz kalmaktadırlar. Bu faktörler arasında hayat biçimleri ve şartları, sosyokültürel ve kişisel özellikler ile sosyoekonomik farklılıklar gibi hususlar yer almaktadırlar. Bu faktörlerin olumsuz etkilerini ve risk oranlarını artıran konular ise: karantina sürelerinin uzunlukları, bu süreçteki kişilerin en temel ihtiyaçlarından olan barınma, korunma ve beslenme durumlarındaki eksiklikler, süreçteki değerli tecrübelere ilişkin olarak bilgilendirme anlamında yapılan hatalar, salgınla birlikte yaşanılan maddi ve manevi kayıplar, yeterli

olmayan sosyal ve ekonomik destekler, gerek Covid-19 hastalığına yönelik semptomlar taşıma gerekse bunları özellikle en çok sevdikleri ve en yakınındakilere bulaştırma korkusu gibi hususlardır (Kaya, 2020).

Ayrımcılık ve stigmatizasyona maruz kalma da insanların psikolojilerini olumsuz olarak etkileyen faktörler arasında yer almaktadır. Yakın çevreleri veya kendilerinde yeni tip koronavirüs bulguları tespit edilen kişilere yönelik olarak belirtilen durumlar bu yaklaşımlardan olumsuz olarak etkilenmektedirler (Tuncay vd., 2020). Konuyla ilgili başka bir araştırmada Covid-19 hastalığına yakalanma açısından yüksek risk taşıyan kişiler, hastalığa maruz kalmasından kuşkulananlar ve hastalık semptomlarına sahip olan kişilerle temas halinde bulunanların enfekte olmamalarına ve fiziksel bakımdan sağlıklı olmalarına karşın değişik psikolojik olumsuzluklar yaşadıkları hususunda bulgular tespit edilmiştir (Xiao vd., 2020).

Yeni tip koronavirüs pandemisinin yayılmasını engellemek amacıyla uygulanan en belirgin yöntemlerden biri insanlar arasında sosyal mesafe uygulamak ve izolasyona başvurmaktır (CDC, 2020). Bu anlamda salgın sürecinde sosyal ilişkilerin azaltılması önem taşımaktadır. Bununla birlikte sosyal ilişkiler bireylerin psikolojik bakımdan sağlıklı ve dirençli olmalarında önemli bir rol oynamaktadır. Bu uygulamaların sonucunda ise sosyal ilişkilerde yaşanan yetersizlikler insanların psikolojilerinde olumsuz faktörler halinde ortaya çıkmaktadırlar (Holt- Lunstad, 2007). Bu bağlamda insanların sosyal ilişkilerin minimuma indirmek amacıyla yapılan “evde kal” çağırısı ve uygulaması bir taraftan kişilerin hastalığa maruz kalma olasılıklarını azaltırken diğer taraftan kişiler için ekonomik ve psikolojik bakımdan zorluklar taşımaktadır. Değişik araştırmalarda evde kalma uygulamalarının insanlarda yalnızlık, depresyon ve anksiyete gibi psikolojik rahatsızlıklara neden olduğu belirtilmektedir (Thunström vd., 2020).

Söz konusu uygulamanın insanların psikolojilerini etkilemesinin nedenleri arasında ekonomik zorluklar ve insanların media tarafından, deyim yerindeyse, bir bildirim bombardımanına maruz kalmalarında önemli bir etkisinin bulunduğu değerlendirilmektedir. Ayrıca, koronavirüs pandemisi nedeniyle uygulanan karantina ve izolasyonun akabinde kişiler aile bireyleriyle evde daha çok zaman

harcamaktadırlar. İzolasyon uygulamalarının hastalığın yayılmasının önlenmesinde büyük bir etkisi bulunsa da değişik sosyal, finansal ve psikolojik sorunlara neden olması açısından aile içinde şiddetin ve alkol tüketiminin artmasına yol açmaktadır (Usher vd., 2020). Böylece, bir taraftan salgınla mücadele için uygun tedbirler alınıp uygulanırken diğer taraftan da kişilerin bozulan psikolojileri nedeniyle özellikle aile içi şiddetin sorununa yönelik olarak da önlemler alınmalıdır.

Covid-19 pandemisine yakalanabilecek yüksek risk grubu içinde yer alan ergenler, yaşlılar, sağlık sektöründe çalışanlar, kadınlar, daha önce psikolojik rahatsızlıklara sahip olanlar ve hastalığa yakalanıp tedavi aşamasında olan bireyler gibi grupların belirlenip bunlara gerekli olan desteğin sağlanması önem taşımaktadır. Bu çerçevede, salgınla mücadelede yer alan ve tedavinin de dahil olduğu yöntemlerde sosyal, ekonomik ve kültürel farklılıkların göz önüne alınıp her türlü bilgilendirmenin yapılması başarılı sonuçlar alınmasına yol açabilmektedir (Tian vd., 2020). Psikolojik olarak ilgili kişilere destek amacıyla teknolojik imkanların tamamının seferber edilmeleri hususu salgının yayılmasını önlemede değerlendirilmelidir (Holmes vd., 2020).

Söz konusu yaklaşımlar gerek yüksek risk taşıyan kişilere yönelik olarak psikolojik destek sağlamak gerekse bu kişileri bilgilendirme ve bunlara yönelik olarak psiko eğitim sunmak adına önem taşıyan adımlardır. Diğer taraftan pandemiyle mücadelede bütüncül bir yöntem izlemek de etkin mücadele kapsamında ele alınan hususlardadır. Bu bağlamda, nörobilim uzmanları ve virologlar gibi değişik uzmanların da psikolojik destek bakımından mücadele sürecine katılmaları büyük önem taşımaktadır (Chen vd., 2020).

Korona virüsle mücadele ve izolasyonun yol açtığı değişik olumsuz faktörlerle başa çıkmak konusunda Bao vd. (2020) bazı yöntemler tavsiye etmektedirler. Buna yönelik olarak: Bilgi kirliliğinin önlenmesi, bireylere yönelik sosyal desteğin yeterince sağlanması, pandemi kaynaklı ayrımcılık ve stigmazisyonun önlenmesi, sağlıklı ortamlar meydana getirilerek normal faaliyet ve meşgalelerinin sürdürülmesinin temin edilmesi ve psikolojik destek mekanizmalarının işlerlik kazamaması gereklidir. Ayrıca, gerek klinik gerekse klinik olmayan psikiyatrik belirtilerle olumlu bağlantıda

yer alan duygu temelli ve pasif olan yöntemlerden daha çok sorun odaklı ve aktif karşı koyma metotlarına (sosyal destek sağlama, optimist ve kendine güvene dayanan yaklaşımlar) başvurulması kişilerin pandemik prosesini psikolojik rahatsızlıklara maruz kalmadan veya bunlarla en düşük düzeylerde başa çıkmaları adına faydalı sonuçlar alınmasına yol açabilir (Lin vd., 2011).

Yeni tip koronavirüs süreci içinde bireylerin genel olarak kaygı ve panik içinde olmaları nedeniyle uygulanacak yöntem ve programların bu doğrultuda yapılması gereklidir (Lima vd., 2020). Psikolojik yardım uygulamalarının ve bilgilendirmelerinin etkin ve realist bir bakış açısıyla yapılması için fonksiyonel yönden uygun olmayan (tekrarlanan medikal konsültasyonlar ve semptomlarla ilgili gereğinden fazla endişeye sevk etmek gibi) tavırlardan daha çok fonksiyonel metotlar göz önünde bulundurulmalıdır (Rajkumar vd., 2020).

Gerekli psikolojik desteğin sağlanması, kognitif, hissi, bedensel ve psikolojik olarak tam anlamıyla gelişmemiş olan ve hem fiziksel hem de sosyal bakımdan izolasyona maruz kalıp normal hayatları, faaliyet ve eylemleri kısıtlama altına çocuklar için ayrı bir önem taşımaktadır. Süreç içinde oldukça fazla ölüm ve hastalanma haberleriyle etkilenmelerine ve salgın nedeniyle yeni ortam koşullarına adapte olmalarına yönelik olarak psikolojik sağlık ve direnlerini artırmak için yardım sağlanmalı ve efektif yöntemler uygulanmalıdır. Bunun için çocukları uygun ve gerekli bir şekilde bilgilendirme, kendi düşüncelerine açıklamalarına fırsat tanıma, kesintiye uğrayan normal düzenlerinin ikamesi adına hangi aktivitelerde bulunmaları konusunda adım atma ve aktif karşı koyma ve problem çözme mekanizmalarının birlikte ele alınması ilk başta gelen hususlar arasında yer almaktadır (Çaykuş ve Çaykuş, 2020).

Diğer taraftan sağlık sektöründe çalışanların fiziki ve mental sağlıklarının temin edilmesi gerek kendilerinin gerekse bireylerin pandemiyle mücadele etme çabalarında anahtar rol oynamaktadır. Bu çerçevede çeşitli rahatlama egzersizleri, sağlık çalışanlarının oldukça özverili bir biçimde kendi sağlık ve aile hayatlarını ihmal edercesine hastaların imdadına koşmalarına yönelik farkındalık ve onlara özellikle manevi destekte bulunma faydalı olacaktır (Mukhtar, 2020). Bununla birlikte, sağlık

sektörü emekçilerinin aileleri ve özellikle çocuklarıyla belirli zamanlarda bir araya gelmelerinin temin edilmesi, olası bitkinlik veya psikolojik olumsuzluklarının farkına varılması ve bu olumsuz durumların ortaya çıkmasına yönelik tedbirlerin alınması önemlidir (Tuncay vd., 2020).

Genel anlamda bireylerin pandemi sürecinin getirdiği olumsuz psikolojik durumlarla başa çıkmaları için: kişilerin stres tolerans eşiklerinin yükselmesine yardımcı olma, sosyal desteklerin artırılması, davranışsal aktivasyon içinde bulunmalarını sağlama, pandemic kaynaklı olumsuz duruma anlam katmalarına destek olma gibi hususların faydalı olacağı öngörülmektedir. Ayrıca, hayatın ve sevdiklerinin kıymetinin farkına varma, pandemic sürecinde yaşanan travmatik tecrübelerle bilgece yaklaşma ve yaşamın içinde bulunan değişik olumsuzlukların yaşamın olağan bir parçası olduğunu kabullenme gibi kişinin içsel gelişimine yönelik dersler çıkarma hususları bireylerin psikolojik sağlık ve dirençlerinin artmasında olumlu etkide bulunacağı değerlendirilmektedir (Polizzi vd., 2020).

2.5. Depresyon

İnsanların psikolojik bakımdan sağlıklı (mental açıdan iyi durumda olma olarak da tanımlanabilir) olmaları temel hayat amaçlarından biridir. Mental sağlık değişik biçimlerde tanımlanmaktadır. Bradburn (1969) mental sağlığı mutlulukla, Wood vd. (1969) yaşam tatmini ve Kozma vd. (1991) duygusal sağlık ve subjektif iyilik olarak tanımlamışlardır. Hiç kuşkusuz ki bu örnekler çoğaltılabilir.

Psikolojik sağlamlık mental açıdan iyi durumda olmanın ön şartlarından biridir. Bu bağlamda psikolojik sağlamlık genel anlamda kişinin emek sarf etme kabiliyetidir. Değişik zorluklar, problemler, stres faktörleri yaşayan kişiler bunlarla başa çıkma mekanizmalarında çeşitli problemlerle karşılaşabilirler. Bu durumda depresyon ve anksiyete gibi psikolojik rahatsızlıklara sahip olabilirler (Robbins ve Kliewer, 2000).

Emil Krapelin (1856-1926) mental sağlıkla ilgili sınıflandırma sistemlerinin kurucusu olarak tanınmaktadır. Kraepelin semptomlara dayanan ve mental rahatsızlıkları ayrı antiteler olarak Kabul eden bir teşhis sistemi geliştirmiştir. Bu

sistem hastaların aynı rahatsızlığa maruz kalmaları durumunda aynı semptomlara sahip olmaları ve benzer mental fonksiyon bozuklukları ve anormalliklere neden olacağını ileri sürmektedir. Tüm mod rahatsızlıklarını beyin fonksiyonları etiyolojik proseslerle açıklamaktadır. Mental rahatsızlıkları içsel ve dışsal olarak ikiye ayırmaktadır (Türkçapar, 2018).

Depresyon antik Mısır, Eski ahit ve Yunan'da ruhsal bir çöküş olarak tanımlanan bilinen en eski mental rahatsızlıklardan biri olsa da bu kavramın günümüzdeki kullanımı oldukça yenidir (Sevim, 2020). 1966'da depresyonun tanımı daha somut semptomlarla yapılmıştır. Unipolar depresyon tekrar eden depresif ataklarla ifade edilirken bipolar depresyon depresif ve tutkulu davranış episodları olarak tanımlanmaktadır (Hamilton, 1989).

Günümüz psikiyatrisinde depresyon tanımının değişik kullanımları bulunmaktadır. Depresyon genel olarak bir etken, semptom ve psikiyatrik rahatsızlık olarak değerlendirilmektedir.

- **Bir etken olarak depresyon:** Depresyon herkeste bulunabilen normal bir duygudur. Hayat sürecinde çok sık meydana gelebilir. Günlük lisanda depresyon yerine bazen üzüntü, mutsuzluk ve yılgınlık hislerin kullanılmaktadır (Klerman, 1989).
- **Bir semptom olarak depresyon:** Bu anlamda depresyon bir işaret gibi ve başka hastalıklarla eş anlamlı olarak kullanılabilir. Psikiyatride depresyon günlük hayattaki alışık olmayan mod durumunu tanımlamak için kullanılmaktadır. Depresif semptomlar değişen çevresel şartlara veya önemli yaşam olaylarına adapte olmaya çalışan kişinin bir tepkisi olarak değerlendirilmektedir ((Türkçapar, 2018).
- **Psikiyatrik bir rahatsızlık olarak depresyon:** Depresyon belirli bir grup semptomla ve bazen döngüsel bir doğayla olan mental bir rahatsızlıktır (Zimmerman, 1886).

Yirminci yüzyılın başında Amerikan psikiyatrisini önemli bir ölçüde etkileyen Meyer mental rahatsızlıkların yaşam olaylarına karşı geliştirilen bir çeşit reaksiyonlar

olduğunu iddia eden psikobiyojik bir modeli literatüre kazandırmıştır. Meyer kendi yönteminde psikotik ve içsel ikilemde kategorize edilmesini reddetmekte ve değişik ciddiyetteki aynı çizginin üzerinde depresyonun farklı formlarını durumlar olarak ele almaktadır (Klerman, 1989).

1952 yılında Amerikan Psikiyatri Kuruluşu ortak bir dil ve kriter geliştirmek amacıyla mental rahatsızlıkların resmi sınıflandırması olan DSM-I'i (Diagnostik Manuel of Mental Disorders – Mental Rahatsızlıkların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı) yayımladılar. Depresyonla bağlantılı olan dört rahatsızlığı: manik depresif reaksiyon depresif türü, psikotik depresif reaksiyonu, involüsyonel depresif reaksiyonu ve depresif reaksiyon (psikonörotik rahatsızlıklarda). Reaksiyon kavramının kullanılması Meyer 'in izlerini göstermektedir. 1968'de yayımlanan DSM-II, DSM-I ile benzer farklılıklar dört depresyonla ilgili rahatsızlık içermektedir. Mental rahatsızlıklara yönelik olarak modern sınıflandırmaya geçiş olarak Kabul edilen DSM-III 1980'de yayımlandı. DSM-III bipolar rahatsızlıklar-depresif türü, major depresyon, distimik rahatsızlık ve atipik depresyon. Major depresyonun psikotik tür, melankolik tür ve melankolik olmayan tür olarak üç alt türü bulunmaktadır (Klerman, 1980). Horwitz (2011) depresyonun oldukça nadir ve psikoz ve şiddetli mental hastalıkla ilişkisi bulunurken popülasyonun yaklaşık %20'sini etkileyen genel bir mental rahatsızlığa dönüştüğünü göstermiştir.

Depresyonun sınıflandırılmasına yönelik olarak görüş farklılıklarının temel nedenleri psikiyatrik sınıflandırmanın temel sorularıdır. Nedenlere veya semptomlara dayanan hastalık, çevresel etkiler ve sınıflandırmadaki belirsizlik için temel nedeni içermektedirler (Kendell, 1976). Tanısal kriterin aniden oluşan ve bir rahatsızlığa özgü olan sendromlara dayandığı hususu genel olarak kabul edilmektedir. Tanısal kriter tür, yoğunluk, devam süresi ve semptom etkilerini içermektedir (Türkçapar, 2018).

2.5.1. Depresyonun Özellikleri

Depresyon değişik nedenlerle oluşabilmesine karşın asıl nedeni halen bilinmemektedir. Genel semptomlara dayanılarak tanı konulmaktadır. Klinik olarak tanımlanan depresyon günlük üzüntü ve kederden oldukça farklıdır. Depresyon her zaman aile, iş ve sosyal hayatta organizasyonsuzluklara yol açar. Bazen de

depresyonun şiddetli türlerinde kişi bir ümitsizlik içine düşebilir ve hatta intihar teşebbüsünde bile bulunabilir. Uyku düzensizliği, belirgin psikomotor ajitasyon veya gecikme, ilgi kaybı, suçluluk duygusu, iştah veya kilo kaybı depresyonun belirgin paternleri arasında yer almaktadır (Sevim, 2020).

DSM-V'e göre kişinin depresyonda olduğunun tespit edilmesi için iki hafta boyunca aşağıdaki semptomlardan beş veya daha fazlasının kişide bulunması gereklidir. Ayrıca, semptomların en az bir tanesi depresif veya ilgi kaybı olması gereklidir.

1. Günün çoğu kısmında veya her gün depresif modda olma.
2. Günün çoğu kısmında tüm veya hemen hemen bütün aktivitelerde belirgin bir biçimde azalan ilgi veya zevk alma duygusu.
3. Bir diyet yapmaksızın önemli miktarda kilo kaybı ve kilo alma veya neredeyse her gün iştahta belirgin bir azalma veya artma.
4. Neredeyse, günün büyük bir zaman diliminde uyuma ya da az uyuma.
5. Düşünme faaliyetlerinde yavaşlama veya fiziksel hareketlerde azalma (başkaları tarafından da gözlemlenebilmekte)
6. Neredeyse her gün tükenmişlik veya enerji kaybı.
7. Neredeyse her gün değersizlik duygusu ve düşünceleri ve aşırı veya uygun olmayan suçluluk duygusu.
8. Neredeyse her gün düşünme veya konsantre olma kabiliyetinin azalması veya kararsızlık.
9. Tekrar eden ölüm düşünceleri, belirli bir plan olmadan intihar ideasyonu veya belirli bir plan çerçevesinde intihara teşebbüs depresyonun özellikleri arasında yer almaktadır (DSM-V, 2013).

ICD-10 (International Classification of Diseases – Uluslararası Hastalıkları Sınıflandırma) tarafından depresyon hafif, orta ve şiddetli olmak üzere üç düzey olarak tanımlanmıştır. DSM ve ICD'de depresyonun tanısal kriteri ve devam süresi neredeyse benzerdir. Bu semptomların en az ikisi deprese mod veya ilgi veya enerji kaybı biçiminde olmalıdır. Diğer semptomlar: kendine saygıda azalma, aşırı pişmanlık veya suçluluk, tekrarlanan ölüm veya intihar düşünceleri, düşünme veya konsantre olma yeteneğinin kaybolması değişen psikomotor aktivite, uyku ve yeme düzensizlikleridir.

Kişi bu özelliklerden dördünü gösteriyorsa hafif, altısını gösteriyorsa orta ve sekizini gösterip ve üçü deprese mod, ilgi ve enerji kaybını içeriyorsa şiddetli depresyon özelliklerine sahiptir (ICD-10, 1991).

2.5.2. Depresyonun Türleri

Depresyon denilince yalnızca bir hastalıktan değil değişik hastalıklardan meydana gelmiş bir hastalık grubundan söz edilmektedir. DSM-IV'e göre depresyonu oluşturan hastalıklar şunlardır:

1. Majör depresif bozukluk.
2. Distimik bozukluk.
3. Bipolar bozukluktaki depresyon.
4. Genel bir tıbbi duruma bağlı depresyon.
5. Depresyonlu uyum bozukluğu.
6. Başka türlü adlandırılmayan depresif bozukluk.

2.5.2.1. Majör Depresif Bozukluk

Depresyon tanımı genellikle major depresif bozuklukla birlikte kullanılmaktadır. Diğer depresyon hastalıkları üzerinde daha az durulmaktadır. Depresyon terimi yalnız olarak belirtildiği zaman major depresif bozukluk kastedilmektedir. Teknolojik gelişmelerle birlikte birçok hastalığın tedavisi yapılmakta iken özellikle sanayileşme bakımından ileri Batılı toplumları başta olmak üzere dünya genelinde depresyon etkisini giderek artırmakta ve önemli bir sağlık problemi meydana getirmektedir. Söz konusu hastalık psikolojik etkilerinin yanında ekonomik ve sosyal sorunlara da neden olmaktadır. Bu hastalıkla ilişkili olan gerek iş gücü gerekse verimlilikteki kayıplar önemli boyutlara ulaşmıştır. Depresyon ayrıca, alkol ve değişik uyuşturucu maddelerin kullanımını önemli bir ölçüde artırmış ve söz konusu alışkanlıkların öncelikli olarak gençlerin hayatlarında olumsuz etkiler meydana getirmektedir. Tedavi yöntemleriyle iyileştirilememiş depresyonun diğer önemli bir sonucu da intiharlardır. Genç yaşta intihar nedeniyle ölümler ABD'de 3. sırada yer almaktadır (Savrun, 1999).

DSM-V'e göre bir veya daha çok epizottan kaynaklanan, en az iki hafta süreyle gözlemlenen depresif mod hali veya ilgi kaybıyla birlikte diğer depresif durumlardan en az beşinin görülmesiyle belirtilen rahatsızlıktır. Bu rahatsızlık aynı zamanda iş veya sosyal yaşamda da olumsuz durumlara neden olmalıdır (Redgrave, 2017).

2.5.2.2. Distimik Bozukluk

Distimik bozukluk gerek DSM-IV gerekse ICD-10 tarafından tanımlanmış olup iki yıldan fazla devam eden (çocuklarda bu zaman dilimi 1 yıldır) ve major depresif bozukluklar açısından yetersiz bir düzeyde olan kronik depresif rahatsızlıklardır. Çocukluktan itibaren de gözlemlenebilen bu tür depresyon rahatsızlığında major depresyon durumuna rastlanması olasılığı yüksektir. Distimi ile major depresyon arasındaki fark distimik bozukluğa sahip olan hastaların işlerine ve günlük faaliyetlerine devam edebilmeleridir (Boratav, 2006).

2.5.2.3. Bipolar Bozukluktaki Depresyon

Bipolar bozukluk mania olarak bilinen normal olmayan bir biçimde yükseltilmiş dönemlerle karakterize edilen bir mod bozukluğudur. Bu periyotlar hafif (hipomania)veya oldukça şiddetli olabilir. Bu durumda hastanın hayatında önemli rahatsızlıklar olabilir, hastaneye kaldırılması gerekebilir ve hatta hastanın gerçeklik algısını etkileyebilir. Bipolar bozukluğa sahip olan hastaların büyük çoğunluğu major depresyonun episodlarını da içerebilir (Goodwin vd., 2016).

Deprese mod ve aktivitelerde belirgin bir şekilde azalan ilgi kaybı ile hastalar değişik fiziksel ve duygusal semptomlara sahiptirler: bu semptomlar: Tükenmişlik, açıklanamayan acı ve ağrılar ile psikomotor ajitasyon, umutsuzluk ve kendine saygı kaybı, anksiyete ve kararsızlık ile organizasyon eksikliğidir.

2.5.2.4. Genel Bir Tıbbi Duruma Bağlı Depresyon

Söz konusu depresyon türü değişik hastalıklardan kaynaklanan depresyon olarak değerlendirilmektedir. Bu hastalıklar komorbid ve nörolojik hastalıklar olarak ikiye ayrılmaktadır.

Komorbid hastalıklarda depresyon prevalansı:

Kardiyak hastalıklar	% 17-27
Diyabetler	% 26
Kanser	% 22-29
HIV/AIDS	% 30-54
Obezite	% 20-30'dur (Redgrave, 2017).

Nörolojik hastalıklarda depresyon prevalansı:

Parkinson hastalığı	% 40-50
Çoklu sklerozis	% 35
Migren baş ağrıları	% 40
Alzheimer hastalığı	% 30-50'dir (Rabkin vd., 2000)

2.5.2.5. Depresyonlu Uyum Bozukluğu

Depresyonlu uyum bozuklukları değişik zorlamalara karşı geliştirilmiş olan kısa bir süreyle gösterilen uyumsuz reaksiyonlardır. Söz konusu bozukluğa neden olan faktörün elimine olmasından hemen sonra bu rahatsızlığın giderilmesi ve devamı durumunda da farklı bir uyum davranışının meydana gelmesi beklenti doğurur. Zorlanmaya yol açan faktörler doğal afet, saldırıya maruz kalma gibi travmataik sonuçlara neden olan etkenlerden daha çok çoğunlukla normal yaşamda ortaya çıkabilen sevgiliden ayrılma, işte meydana gelen değişiklik, iletişim kazaları veya ekonomik sıkıntılar gibi günlük olaylardan kaynaklanmaktadır. DSM-V'e göre bu rahatsızlık söz konusu zorlanmadan itibaren 3 ay içinde ortaya çıkan ve 6 aydan fazla devam etmeyen klinik vakalara yönelik olarak kullanılmaktadır (Öksüz ve Mersin, 2017).

2.5.2.6. Başka Türü Adlandırılmayan Depresif Bozukluk

Başka türlü adlandırılmayan depresif bozukluk depresif özellikler göstermekle birlikte major depresif bozukluk, distimik bozukluk, bipolar bozukluk veya depresyonlu uyum bozukluğu ile ilgili teşhis ölçütlerini içermeyen rahatsızlıkları tanımlamaktadır. Bu kategoride yer alan rahatsızlıklar arasında minor depresif bozukluk, premenstrual disforik bozukluk, yineleyici kısa depresif bozukluk, şizofreninin post psikotik depresif bozukluğu, sanrsal bozukluklar bulunmaktadır. Bu kategoride en çok görülen bozukluklardan biri minor depresif bozukluktur. Minor

depresyon depresyonun eşik altındaki şeklidir ve major depresyon bozukluğuna göre daha hafiftir. Bununla birlikte distimik bozukluk olarak değerlendirmek için süre bakımından daha azdır (bilgin, 2010).

2.6. Depresyonun Tedavi Yöntemleri

Çalışmada major depresif bozukluklarla ilgili tedavi yöntemleri ele alınmaktadır. Major depresyon bozukluğu doğru tedavi yöntemleriyle birlikte hastaların iyileşmeleri sağlanabilmektedir. Tedavilerin hedefi rehabilitasyon süresini azaltmak (çoğunlukla 4 ve 6 hafta kadar bir süre), tekrarlamasını önlemek, fonksiyonlarda normalleşme sağlamak ve morbidite ile mortalite oranlarını düşürmek. Bununla birlikte hastalık tekrar edebilir. Hastalığın şiddetinin azaltılmasına yönelik tedavi metotları kadar koruyucu bağlamdaki tedaviler de önem taşımaktadır. İlaç tedavisi, psikoterapi, egzersiz uygulama, kombinasyon tedavi ve EKT (Elektro Konvülviz Tedavi)' dir.

2.6.1. İlaç Tedavisi

Antideresan ilaçlar hafif belirtileri olan major depresyon bozukluğa yönelik olarak tedavinin başlangıç aşamasında kullanılması için tavsiye edilmekle birlikte orta ve yüksek düzeydeki belirti gösteren hastalar için kesinlikle uygulanmalıdır. Tedavi uygulanmaya başlanmasından itibaren 6 ile 8 hafta içinde tedavi sonuçları alınmalıdır. Bu konudaki araştırmalar uygulanan antidepresan tedavi aracılığıyla psikolojik açıdan normal duruma dönüldüğü ve hastalığın tekrar etmesinin engellendiği gözlemlenmiştir.

İlaçlar düşük düzeydeki dozlar aracılığıyla uygulanmalı ve aşamalı bir biçimde artırılıp son kerte de giderek azalan bir şekilde sona erdirilmelidir. Tedaviye yönelik etkin bir planlama yapılmalıdır. İlk atak baş gösterdiğinde en az 6 y ve ikinci bir atakta ise 2 yıl boyunca ilaç tedavisi sürdürülmelidir. Tedavi boyunca özellikle alkol kullanmadan kaçınılmalıdır (Karakuş ve Tamam, 2008).

2.6.2. Psikoterapi

Yalnızca psikoterapi yöntemi uygulamak, hafif ve orta şiddette seyreden major depresyon bozukluğu tedavisinde ilk aşamada yeterli olabilmektedir. Doktor tarafından uygulanacak terapide:

- Terapi tür ve amaçları
- Teröpatik bağlantı kurulma ve gelişmesine yönelik olarak gerekli olan zaman dilimi ve
- Tedaviyle ilgili uyum sürecini ve intihar olasılığını gözleme veya belirlemeye yönelik olarak ihtiyaç duyulan zaman dilimi tespit edilmelidir.

Bu metotların yerine getirilmesi için ilk aşamada mümkün olmasa da alanla ilgili uzmanlaşmış tedavi uygulamalarına sevk etme endikasyonu içermektedir Redgrave, 2017).

2.6.3. Egzersiz Uygulama

Tamamlayıcı ve alternatif yaklaşımlar kapsamında da ele alınan egzersiz uygulamanın yalnız başına gerçekleştirilmesi bazı durumlarda ilaç tedavisine göre olumlu sonuçlar alınmaktadır. Meditasyonla ilgili aktivitelerin de kognitif terapide katkıda bulunduğu ve major depresyon bozukluğunun tekrarlama durumunu düşürdüğü gözlemlenmiştir. Ayrıca arkadaş desteği, sağlıklı beslenme, değişik gevşeme uygulamaları, zevkli faaliyetlerde bulunma, başarılabılır değişik hedefler tespit etme gibi söz konusu rahatsızlıkla mücadele ve idare yöntemleri de bu hususta destekleyici olmaktadır (Koruç ve Bayar, 2004).

2.6.4. Kombinasyon Tedavisi

Orta ve şiddetli depresyon sırasında ilaç tedavisi ile efektif psikoterapi de tavsiye edilmektedir. Uygun terapi uygulanmasına rağmen yeterli bir biçimde cevap sağlanamamış hastalar da bu tedavi yönteminden faydalanabilirler. Birçok araştırmada ilaç tedavisine ilave olarak uygulanan combine tedavisinin hastalığın tekrar ortaya çıkma durumunu azalttığını belirtmektedir. Farklı çeşitlerde başvuru psikoterapiyle birlikte diğer terapi yöntemlerinin olumlu sonuçlar verdiği, bozukluğun nüksetme durumunu azalttığı ve fonksiyonel biçimde iyileşmeyi çabuklaştırdığı gözlemlenmiştir (de Maata vd., 2007).

2.6.5. EKT (Elektro Konvülviz Tedavi)

En etkili olan tedavi metodudur. Yaklaşık %90 civarında başarılı sonuçlar vermektedir. Antidepresanlara karşılıkta bulunmayan ve yeme-içme durumu olmayan kişiler için başvurulmaktadır.

Bu yöntemde

- Kişi kısa efektif anestezi ilaçları aracılığıyla uyutulmaktadır.
- Kişiye süksinil kolin uygulanır.
- Sonra iki elektrot aracılığıyla kişiye elektrik akımı verilip 15-45 saniye arasında bir süre içinde kişinin jeneralize tonik klonik nöbet geçirmesine yardımcı olunur.
- Bu uygulamadan sonra bazı durumlarda hastalarda hafızada sorunlar, kas ağrıları ve postiktal konfüzyon gözlemlenebilmektedir (Datto, 2000).

2.7. Anksiyete Bozuklukları

Anksiyete, “nedeni bilinmeyen, içten gelen, belirsiz, korku, kaygı, sıkıntı, kötü Bir şey olacaktı endişesi ile yaşanan bir bunaltı duygusudur. Yaşamı tehdit eden ya da tehdit şeklinde algılanan bir çeşit alarm duygusudur. İçten ya da dıştan gelen tehlikeler ya da tehlike beklentilerine karşı yaşanan bir tepkidir” (Gürbüz, 2010).

Anksiyete kavramı Latince kökenli olup “tıkanma” ve “boğulma” anlamlarında olan “angere” kelimesinden kaynaklanmaktadır. Anksiyeteyle beraber kullanılan diğer bir konsept ise korkudur. Almanca “angst” kelimesine dayanmaktadır (Sadock ve Sadock, 2007).

Anksiyete bozuklukları en sık görülen psikolojik rahatsızlıklardır. Yetişkinlerde olduğu gibi ergen ve çocuklarda da en yaygın olan psikolojik rahatsızlıklardır (Hsu ve Marshall, 1987). Anksiyete kişileri etrafında meydana gelen değişikliklere yönelik hazır bir duruma getiren veya bunlara karşılık vermesine yol açan bir histir. Neredeyse tüm psikiyatrik rahatsızlıklarda bulunabilen ve değişik fiziksel rahatsızlıklarda da gözlemlenebilen bir belirtidir (Eşel, 2003). Normal düzeydeki anksiyete vücudun bir savunma mekanizması olup vücut için bir tehdit unsuru oluşturan durumlarda kaçma veya bunlara karşı mücadele vermek biçiminde oluşur (Stanley ve Beck, 2000).

Bununla birlikte anksiyete herhangi bir tehdit durumu mevcut değilken de meydana geliyor, uzun süreli olarak görülüyor ve sona erdirilemiyor ise patolojik anksiyetenin varlığı ileri sürülebilir (Uzday, 2002).

2.7.1. Anksiyete Bozukluklarının Özellikleri

Anksiyete bozuklukları semptomları benzer özellikler göstermektedir. Bununla birlikte savunma mekanizmalarıyla beraber bulunan farklı semptomlar değişik klinik durumlara yol açmaktadırlar. Genel olarak anksiyete 4 esas klinik özellik göstermektedir:

1- Bilişsel (Kognitif) Semptomlar: Gerçeklik algısında değişiklikler, etrafın değişmesi şeklinde algı, odaklanma bozukluğu, dikkat dağınıklığı, kontrolünü kaybetme endişesi, fiziksel zarara uğrayacağı kaygısı.

2- Affektif Semptomlar: Korku, huzursuzluk, kaygı, alarm hali, panik olma ve çaresizlik.

3- Davranışsal Semptomlar: Anksiyeteye neden olan durumlardan kaçma eğilimi, sabitleme.

4- Fizyolojik Semptomlar: Kan basıncında değişiklikler, soluk renk veya kızarma, çarpıntı, boğulma hissi, rahat nefes alamama durumu, kusma, ishal, yutmada zorluk, cinsel isteksizlik, sık idrara çıkma, terleme, sıcak basması, kas gerginliği, anestezi, baş dönmesi, bayılma gibi belirtilerdir (Özpoyraz, 1998).

2.7.2. Anksiyete Bozukluklarının Türleri

Anksiyete bozukluğunun başlıca türleri Yaygın Anksiyete Bozukluğu, Obsesif Kompulsif Bozukluk, Post Travmatik Stres Bozukluğu, Panik Bozukluğu, Özgül Fobi ve Sosyal Anksiyete Bozukluğudur. Çalışmanın bu kısmında söz konusu türler bu sırayla ele alınmaktadır.

2.7.2.1. Yaygın Anksiyete Bozukluğu

Devamlı bir bozukluk şeklinde kendisini gösteren yaygın anksiyete bozukluğu olan kişinin değişik olaylar ve durumlar karşısında her gün oldukça fazla bir anksiyete, gerginlik ve korku göstermesi durumudur. Kişinin kontrol edemediği bu rahatsızlıkla birlikte heyecanlı olma, hemen yorulma, konsantre olamama, huzursuzluk ve kasların gerginliği gibi olumsuz ruhi ve fiziksel haletler kendisini göstermektedir (Arkonaç, 1999).

Yaygın anksiyete bozukluğu yaygın olmasına karşın deyim yerindeyse, kendisini gizleyen bir rahatsızlıktır. Yaygın anksiyete bozukluğu yalnızca endişeli bir ruhsal duruma sahip olmayıp aynı zamanda kaygı ve korkunun devamlı olarak yaşanmasıdır (Dilbaz, 2005). Yaygın anksiyete bozukluğu çok sayıdaki değişik durum ve faktörlere yönelik olarak bireyin aşırı kaygı ve endişe nedeniyle fonksiyonelliğinde kayda değer miktarda bir azalmanın meydana geldiği bir rahatsızlıktır (Işık ve Işık, 2006).

Yaygın anksiyete bozukluğunun başlıca semptomu kaygıdır. Kaygı, diğer depresyon ve anksiyete rahatsızlıklarında gözlemlenebilen bir belirti olmasına rağmen yaygın anksiyete bozukluğunda tanımlayıcı bir niteliktir. Kaygı söz konusu rahatsızlıkta daha belirgin, uzun müddetli ve başa çıkılmaz bir biçimde duyulmaktadır (Algulander vd., 2003). Yaygın anksiyete bozukluğunda kaygıyı patolojik hale getiren unsur kaygının özelliğinden daha çok oldukça fazla ve yoğun bir biçimde baş edilemez olarak algılanmasıdır (Barlow ve Winzce, 1998). Bununla birlikte yaygın anksiyete bozukluğuna sahip olan kişilerin çoğunluğu diğer anksiyete rahatsızlıkları bulunan bireylere nazaran yüksek oranlarda ufak problemlerde dahi aşırı kaygı duyduklarını belirtmişlerdir (Sanderson ve Barlow, 1990).

Amerikan Psikiyatri Birliği Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı Beşinci Baskı (DSM-5)'e göre YAB için belli başlı ölçütler bulunmaktadır (Köroğlu, çev.2013). Yüksek kaygı ve kuruntulu duruma eşlik eden altı ana ölçüt önemlidir: dinginleşememe (huzursuzluk) ya da gergin ya da sürekli diken üzerinde olma; kolay yorulma; odaklanmada güçlük çekme ya da zihin boşalması; kolay kızma; kas gerginliği; uyku bozukluğu (uykuya dalmakta ya da uykuyu sürdürmekte güçlük çekme ya da dinlendirmeyen, doyurucu olmayan bir uyku uyuma). YAB tanısı koyabilmek için en az 6 aydır hemen hemen her gün bir takım olaylarla ya da etkinliklerle ilgili yüksek kaygı ve kuruntu, kişinin bu kuruntuları denetim altına almakta güçlük çekmesi, bu duruma yukarıdaki altı ölçütten en az üçünün eklenmesi, klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında işlevsellikte düşmeye neden olması gerekmektedir.

Ayrıca, bu bozukluk bir maddenin ya da başka bir sağlık durumunun fizyolojiyle ilgili etkilerine bağlanamaz ve başka bir ruhsal bozuklukla daha iyi açıklanamaz.

2.7.2.2. Obsesif Kompulsif Bozukluk

Obsesif kompulsif bozuklukta takıntılı duygu ve düşünceler veya eylemler bulunan psikolojik bir rahatsızlıktır. Bu bozukluk için kişide spesifik bir rahatsızlığa yol açması, kayda değer zaman israfına neden olması veya bireyin her günlük işlerini, sosyal faaliyetlerini ve işiyle ilgili olan fonksiyonelliğini büyük ölçüde aksaklığa uğratması gereklidir (DSM-IV-1994).

Obsesif durumlar istemsiz olarak uygun olmayan bir biçimde hayat geçirilen ve değişik olumsuzluklara yol açan duygu, düşünce veya dürtülerdir. Söz konusu durumlar bireyin kendisine ait olmayıp kontrolü altında değildir. Bununla birlikte hasta, bunların kendi düşünce dünyasına ait olmadığını ve dış kaynaklı olduklarının farkındadır. Kompulsif durumlar tekrar eden davranış veya mental aktivitelerdir. Bunların hedefi sıkıntılı durumdan korunmak veya bu davranış veya eylemleri azaltmaktır. Ayrıca zevk alma veya tatmin sağlamak değildir. Bunların etkisinin giderilmesi ya da devam ettirilmesi planlanan şeylerle realist bir şekilde ilintili değildir veya belirgin olarak oldukça fazla bir seviyededir (DSM-IV-1994).

En çok gözlemlenen obsesif davranışlar bulaşma (%37 – 60), şüphe (%33- 42), simetri (%31-43), bedenle ilgili (%5-49), saldırganlık ((%11-41), cinsel (%3-48), dini (%10-60)'dir. En çok görülen kompulsif davranışlar ise kontrol etme ((%50-63), yıkama/temizleme(%45-63), soru sorma, izah etme veya dua etme (%31-55), simetri-düzen (%13-47), soyma (%8-47), toplama (%1-18)'dir (Rasmussen ve Eisen, 1992).

Vakaların kayda değer bir miktarında birden çok obsesif (%33-60) ve birden çok kompulsif (%33-48) davranışlar görülmektedir (Yuang ve Liu, 2001). Klinik olarak olguların çoğunda (%75) absesif ve kompulsif davranışlar beraber gözlemlenmektedir. Bununla birlikte yalnız obsesif (%9-29) veya yalnız kompulsif (%11-31) davranışlar bulunan klinik durumlar da söz konusudur (Okasha vd., 1994).

2.7.2.3. Post Travmatik Stres Bozukluğu

Travmatik biriyle karřılařtıktan sonra meydana gelen, bu olayın duygularda ve dűřüncelerde tekrarlı bir řekilde yařanması, travmatik olayı çađrıřtıran durumlardan kaçınma, duygusal olarak tepki vermeme, oldukça fazla uyarılmıřtıđ durumu, tetikte bulunma ve irkilme gibi belirtilerle gűzlemlenen klinik bir durumdur. Bu psikolojik rahatsızlıklara neden olabilecek travmatik olaylar savař, dođal afetler, saldırıya maruz kalma, hayati tehlike içeren kazalar gibi faktűrleri içermektedir. Birey, bu durumlarda yaralanma veya ۆlűm tehditi altında bulunmuř veya bűyle bir olaya tanıklık yapmıřtır. Travmaya neden olan olayı hatırlatan her řeyden kaçınmaktadır. Bűyle bir durumla yűz yűze gelince de derin bir anksiyete yařar. Kaçınma sebebiyle insanlarla arasına mesafe koyar ve fonksiyonelliđinde azalmalar olur. Uyku dűzensizlikleri, odaklanamama ve tedirginlik gibi olumsuzluklar gűzlemlenebilir (Őzpoyraz, 1998).

Post travmatik stres bozukluđu çocukluk da dahil olmak űzere herhangi bir yařta gűrűlebilir. Yaygınlık oranı %1 ile 3 arasındadır. Semptomlar 3 ay içinde ortaya çıkarsa akut, 3 aydan sonra gűrűlűrse sűređen biçiminde ele alınır. Travmadan sonra meydana gelen olumsuz durum 1 aydan kısa olursa akut stres bozukluđu olarak adlandırılır. İyileřme sűrecinde kiřiye psikolojik yardımda bulunmak, olayı anlatmaya yűnelik olarak cesaretlendirmek, gevřeme egzersizleri ve farmakoterapűtik uygulamalar faydalı olur (Őzpoyraz, 1998).

2.7.2.4. Panik Bozukluğu

Panik bozukluğunun belirgin niteliği tekrar eden ۆzellikte olan panik ataklardır. Panik atakları birden bire başlar ve 10 dakika içinde tepe noktasına ulaşacak biçimde gittikçe artar. Bu ataklar 15-20 dakika boyunca devam eder. Ataklarda genellikle bir tehlikeli durumla karşı karşıya gelme beklentisi ya da sonunun geldiği ve kaçma eğilimi bulunmaktadır (Bayraktar, 2007).

Avrupa'daki deđiřik arařtırmalara gűre panik bozukluđun yařam sűresi prelevansı %2,4 ve 6 aylıkprevelansı ise %1,1-3,1 arasında belirlenmiřtir (Rauillon, 1997). Panik bozukluk hemen hemen tűm yařlarda ortaya çıkmakla birlikte en çok 20'li yařların bařında ve 30'lu yařların ortalarında gűrűlmeye bařlar. Kadınlarda erkelere oranla 2-3 kat daha fazla gűzlenmektedir. Yařla birlikte gűrűlme miktarı da

azalmaya başlar. 65 yaş üstünde ortaya çıkması oldukça az bir ihtimal taşımaktadır (Weissmann vd., 1997).

2.7.2.5. Özgül Fobi

Herhangi bir tehdit veya tehlike durumunda tecrübe edilen endişe, korku olarak ifade edilmektedir. Korku olağan bir durumdur ve bedenin kendisini değişik tehlike veya tehditlere karşı savunmasında önemli bir fonksiyon oynamaktadır. Yalnız, bu korkunun aşırı miktarı fobi olarak adlandırılmaktadır. Özgül fobi ise sosyal fobi ve agorafobiye yönelik olarak belirtilen unsurların dışındaki nesne veya durumlardan, irrasyonel olmasına rağmen çok fazla ve devamlı olarak korku duyma durumudur (Cansever, 2007).

Ömür boyu gözlemlenme oranı yaklaşık %11'dir. Hayven ve yükseklik korkuları en çok rastlanılan özgül fobi alt türleridir. Kadınlarda erkeklere oranla 2 kat fazla gözlenmekle beraber söz konusu cinsiyet farklılığı her özgül fobi alt türü için söz konusu değildir. En çok 25 ile 44 yaş arasında görülür ve bu yaş aralığının %7,9-9,8'i bu bozukluğa maruz kalabilmektedir. 18-24 yaş arasında %6,5 ve 55 yaş üstünde ise %5,2 oranında bulunmaktadır (Cansever, 2007).

2.7.2.6. Sosyal Anksiyete Bozukluğu

Sosyal anksiyete bozukluğu sosyal fobi olarak da değerlendirilebilir. Bu durumda kişi başkalarının kendisiyle ilgili olarak olumsuz tutum, davranış ve düşüncelerde bulunacağı, bu ortamlarda gülünç bir durumla veya aşağılanma karşı karşıya kalacağı, utanç duyacağı gibi gerekçelerle devamlı olarak kaygı içinde bulunma ile ifade edilmektedir (Dilbaz, 1997).

ABD'de 1994 yılında kamuoyuna açıklanan ulusal komorbidite araştırmasının sonuçlarına göre sosyal fobinin ömür boyu prevalansı %13,3 olarak belirlenmiştir (Kessler vd.,1994). Değişik araştırmaların da benzer sonuçlar verme nedeniyle sosyal anksiyete bozukluğunun major depresyon bozukluk ve alkolle bağlantılı rahatsızlıklardan sonra en çok gözlemlenen psikolojik hastalık olduğu tespit edilmiştir (Stein vd., 1994).

Söz konusu rahatsızlığın genel olarak başlama yaşı 13 ile 24 arasındadır. 252ten sonra ise hastalığın görülmesi enderdir. Hastalar genellikle 30'lu yaşlarda bu rahatsızlık için başvuruda bulunmaktadırlar (Schneier vd., 1992).

2.7.3. Anksiyete Bozukluklarının Tedavi Yöntemleri

Yaygın anksiyete bozukluklarına yönelik olarak psikolojik ve farmakolojik olarak iki tedavi yöntemi bulunmaktadır.

2.7.3.1. Psikolojik Tedavi

Orta düzeyde yaygın anksiyete bozukluğu gösteren hastalarda farmakolojik yaklaşımlar içermeyen tedavi metotlarına başvurulabilir (Gelder, 1991). Bu hastalara uygulanan psikolojik tedavi yöntemleri dinamik, destekleyici ve bilişsel-davranışsal terapilerdir.

Dinamik Psikoterapi: bu tedavinin temelinde çatışmanın ortadan kaldırılması fonksiyon bozukluğuna yönelik bağlantılar ve uyum bozuklukları için de savunma mekanizmaları değerlendirilir.

Destekleyici Psikoterapi: Anksiyetenin tahrip edici özelliği, çevre kaynaklı stres düzeyinin düşürülmesi ve rahatsızlığa yol açan durumun tedavi edilmesine yardımcı olmaya çalışılır.

Bilişsel-Davranışsal Terapi: bu terapi yöntemi kognitif farkındalık, psikolojik eğitim, nefes kontrolüne yardımcı olma, destekleyici benlik eğitimi, yüzleşme, gevşeme ve Pratik bir biçimde ayırıştırma hususlarını kapsamaktadır (Saatçioğlu, 2001).

Bilişsel terapi, kognitif rahatsızlıkların neden olduğu kaygıların daha gerçekçi bir biçimde gözlemlenmesini sağlar ve daha uygun bir programlama ile anksiyeteyi kontrol altına almanın yöntemlerini belirtir. Kişiler “endişe için endişelenmenin” kendi kaygılarını artırdığını ve bunlarla başa çıkmamanın sorunları çözüme kavuşturmak için etken bir faktör olmadığını farkına varırlar (Butler vd., 1991).

Davranışçı ve bilişsel terapinin beraber uygulanmasının daha etkili olduğuna dair bulgular elde edilmiştir. Sayıları az olan değişik çalışmalar bilişsel-davranışsal terapinin dinamik psikoterapi (Durham vd., 1994) ve farmoterapiden (Power vd., 1989) daha efektif olan bir yöntem olduğunu belirtmiştir bununla birlikte bilişsel-davranışçı yöntemin daha yararlı olduğuna yönelik olarak daha çok çalışmanın yapılması gereklidir (Power vd., 1990).

2.7.3.2. Farmakolojik Tedavi

Bu tedavi şekli anksiyete düzeyi normal yaşamını etkileyen kişiler için kullanılmalıdır. Bununla birlikte, yaygın anksiyete bozukluğu bulunan kişiler için ideal anlamda tedavi süresiyle ilgili yeterince bulgu bulunmamaktadır (Schweizer, 1997). Hastalığa sahip olanların %25'inde farmakolojik tedavinin son erdirilmesinden 1 ay sonra nüksetme durumu ortaya çıkarken %60 ile %80 arasında değişen bir orandaki hastalarda ise 1 yıl içinde nüksetme söz konusudur. En az 6 ay boyunca tedavi uygulanan kişilerde nüksetme oranı daha kısa bir süreyle tedavi uygulanan hastalara göre daha az sayıda tespit edilmiştir (Hales, 1997).

2.8. Covid – 19 Pandemisi Temelinde Depresyon ve Anksiyete Bozukluklarının Değerlendirilmesi

Yeni tip korona virüsün tespit edilmesinden henüz yaklaşık 16 ay geçmesine karşın içinde bulunduğumuz Covid-19 pandemi sürecininim insanların psikolojik direncine etkileri, insanlardaki depresyon ve anksiyete bozukluklarıyla olan ilişkisi gibi konu başlıklarında değişik araştırmalar yapılmıştır. Çalışmanın bu bölümünde söz konusu araştırmalar ele alınmaktadır.

Covid-19 pandemisi psikolojik sağlamlığa yönelik bir risk faktörü oluşturmaktadır. Ayrıca, kadınların endişe ve risk algısının erkeklerle karşılaştırıldığında daha yüksek olduğu belirtilmiştir (Wang vd., 2020). Zhang vd. (2020) tarafından yapılan bir araştırmada ise erkek ve kadın sağlık çalışanlarının Covid-19 pandemisine karşı yaklaşık aynı düzeyde anksiyete ve depresyon belirtileri göstermektedir.

Pandemi sürecinde insanların değişik olumsuz durumlara maruz kalmaları, psikolojik dirençlerini de düşürmektedir. Psikolojik direncin insanların ruhsal sağlıklarını korumaları ve hedeflerine ulaşmak için gerekli olan kişisel bir yetenek olduğu düşünülünce (Ungar, 2008), söz konusu kriz döneminde kişilerin yüksek düzeyde psikolojik dirence sahip olmaları için desteklenmeleri gerekmektedir. Lin vd. (2020) tarafından yapılan bir çalışmaya göre psikolojik direnç anksiyete ve depresyona karşı koruyucu bir faktördür. Ayrıca, başa çıkma mekanizması ile psikolojik direnç arasında olumlu bir ilişki bulunmaktadır.

Tian vd. (2020)'nin pandemi süresi içinde Çin'de yaptıkları araştırmaya göre 18 yaş altı ve 50 yaş üzerindeki bireylerin, yüksek öğrenimi bulunmayan kişilerin, boşanmış veya eşini kaybetmiş kişilerin, tarım sektörü çalışanların ve azınlık statüsünde bulunanların söz konusu kriz döneminde daha çok obsesif kompulsif semptomlar, fobik anksiyete, kişilerarası hassasiyet ve psikotik belirtiler gösterdikleri belirlenmiştir.

Bilge ve Bilge (2020) tarafından yapılan bir çalışma sonucunda Covid-19 pandemisinin yol açtığı psikolojik semptomlara karşı psikolojik direncin koruyucu bir rol oynadığı tespit edilmiştir. Bu nedenle psikolojik direnci artırma kişilerin mental problemlere yakalanmalarını önleyecek unsurlardan biri olarak görülmektedir.

Öztan-Ulusoy ve Cihangül (2020)'ün devlet okullarında, danışma ve araştırma merkezlerinde çalışan psikolojik ve rehberlik danışmanlarıyla yapmış oldukları çalışmaya göre pandemi dönemindeki uzaktan eğitim nedeniyle değişik psikolojik zorlukların meydana geldiği hususu ifade edilmiştir. Bu bağlamda bu danışmanların, kişilerin krizle başa çıkma mekanizmalarını artırmak, krizin anlamını anlatmak ve duyguları kontrol altına almak amacıyla değişik bireylerle görüşmeler yaptıklarını belirtmişlerdir.

Son vd. (2020)'nin üniversite öğrencilerine yönelik olarak 2020 yılında Mart ve Nisan aylarında yaptıkları çalışmaya göre öğrenciler arasında ciddi psikiyatrik semptomlar (depresyon, anksiyete ve travmatik stres) belirlenmiştir. Bu öğrencilerin %67.05'i travmatik stres, %46,55'i depresyon ve %34,73'ü anksiyete bozukluklarına

sahip oldukları tespit edilmiştir. Çalışma aynı zamanda kişisel ve kişilerarası düzeylerde sosyal destek, anlayışlılığı teşvik ve özellikle düşük gelire sahip olan öğrencilerin ihtiyaçlarının karşılanmasının öğrenciler üzerinde olumlu etkide bulunacağını belirtmektedir.

Mekonen vd.nin 2021 yılında Kuzeydoğu Etyopya'da yapmış oldukları bir araştırmada mezun olmakta olan öğrencilerin %22,2'sinde stres, %39,6'sında anksiyete ve %40,2'sinde ise depresyon belirtileri saptanmıştır. Araştırma 10 ile 30 Kasım 2020 tarihleri arasında yapılmıştır. Hastalığın devamlı olarak yayılması, sansasyonel medya bildirimleri ve kapanmanın uygulanmasının yanında önceden belirlenmiş faaliyetlerin iptal edilmeleri veya ertelenmeleri öğrencilerin psikolojik durumlarını olumsuz olarak etkilemektedir.

Iran'da Khademian vd.'nin 2021 yılında yapmış oldukları bir çalışmada eğitim durumu, yüksek riskli bir aile bireyi ile yaşama, sağlık durumu, sosyal sermaye, enfeksiyon riski ve Covid-19 salgınıyla ilgili haberleri takip etme anksiyete düzeyini etkilerken, eğitim durumu, yüksek riskli bir aile bireyi ile yaşama, sağlık durumu, sosyal sermaye, hastalık riski ve Covid-19 salgınıyla ilgili haberleri takip etmenin depresyonla ilişkili olduğu sonuçlarına ulaşılmıştır.

BÖLÜM 3:

YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Modeli

Bu araştırma covid-19 salgını sonrasında bireylerin yaşadığı anksiyete ve depresyon düzeylerinin incelenmesi amacıyla ilişkisel tarama modeli kullanılmıştır. Genel tarama modelleri; ilgilenilen duruma ait değişkenlerin ayrı ayrı betimlenmeye çalışıldığı tekil tarama şeklinde olacağı gibi değişkenlerin birlikte değişimini açıklayan ilişkisel tarama (korelasyonel araştırma) şeklinde de olabilir(Karasar, 2012).

3.2. Evren ve Örneklem

Araştırmanın evreni Ankara ilinde yaşayan 18 yaş üzerindeki kişilerdir. Araştırmanın örneklemi ise; 01.01.2021-20.01.2021 tarihleri arasında yapılan, Ankara’da yaşamakta olan ve rastgele örnekleme yöntemiyle seçilen 427 kişiden oluşmaktadır. Bu 427 kişinin cinsiyet, eğitim düzeyi, yaş gibi değişkenlerinin dengeli olarak dağılımına özen göstererek seçilmesine dikkat edilmiştir. Araştırmada çeşitli demografik özellikteki katılımcılarla internet üzerinden anket uygulanmıştır.

3.3. Veri Toplama Araçları

Katılımcıların kişisel bilgilerini elde etmek için Demografik Bilgi Formu, Birinci Basamak İçin Beck Depresyon Ölçeği (BBBDÖ), Depresyon-Anksiyete-Stres Ölçeği (DASS 42) ve Koronavirüs (Covid-19) Korkusu Ölçeği kullanılmıştır.

3.3.1. Kişisel Bilgi Formu

Araştırmacı tarafından hazırlanan anket formunda katılımcılar hakkında demografik verilere ulaşacağımız 15 soru sorulmuştur. Katılımcıların cinsiyetleri, yaşları, eğitim durumları, meslekleri, aylık gelirleri, medeni durumları, kimlerle yaşadıkları, kardeş ve çocuk sayıları, psikolojik ve fiziksel rahatsızlıkları gibi sorular yer almaktadır.

3.3.2. Birinci Basamak İçin Beck Depresyon Ölçeği(BBBDÖ)

BDÖ-BB (Birinci Basamak İçin Beck Depresyon Ölçeği), üzüntü, kötümserlik, geçmişteki başarısızlıklar, kendini beğenmeme, kendini suçlama, ilgi kaybı ve intihar düşüncesi veya isteği belirtilerini kullanarak yedi başlık üzerinde depresyon taraması yapar. Kullanılan başlıklar DSM-IV'e göre majör depresif bozukluğu yansıtan Beck Depresyon Ölçeğinden alınmıştır. Her başlık 0'dan 3'e kadar dört basamaklı bir derecelendirme içerir; BDÖBB puanı her başlıktaki en yüksek puanların toplanmasıyla elde edilir. Toplam en fazla 21 puan elde edilebilir. Herhangi kesme puanı bildirmemekle birlikte 4'ün üzerindeki puanlarda depresyon olasılığı %90' ın üzerindedir(Aktürk vd., 2005)

3.3.3. Depresyon-Anksiyete-Stres Ölçeği (DASS 42)

Türkçe 'ye uyarlaması Bilgel ve Bayram (2010) tarafından yapılmıştır. Ölçek, 14 maddesi depresyon, 14 maddesi anksiyete ve 14 maddesi stres olmak üzere toplam 42 maddeden oluşmaktadır. Depresyon maddeleri (3, 5, 10, 13, 16, 17, 21, 24, 26, 31, 34, 37, 38, 42) hoşnutsuzluk, çaresizlik, değersizlik, ilgi kaybı ve düşük enerji düzeyini ölçmektedir. Anksiyete maddeleri (2, 4, 7, 9, 15, 19, 20, 23, 25, 28, 2018, 17, 68, 30, 36, 40, 41) bireyin otonomik uyarılmışlık, durumsal anksiyete, öznel anksiyete ve kas tepkisi düzeyini değerlendirmektedir. Stres maddeleri (1, 6, 8, 11, 12, 14, 18, 22, 27, 29, 32, 33, 35, 39) ise rahatlama güçlüğü, sinir uyarımı, kolay üzülme ve sıkılma, rahatsızlık, aşırı tepki verme ve tahammülsüzlük belirtilerinin düzeyini ölçmektedir. Ölçek, dört basamaklı Likert tipi bir ölçektir ve maddeler 0 ile 3 arasında (0=bana hiç uygun değil, 1=bana biraz uygun, 2=bana genellikle uygun, 3=bana tamamen uygun) değerlendirilmektedir. Ölçeğin toplam puanları her alt boyut için 0 ile 42 arasında değişmektedir. Ölçekte depresyon, anksiyete ve stres normal, hafif, orta, ileri ve çok ileri olmak üzere 5 kategoriyle ifade edilmiştir (Çutuk ve Kaya, 2018).

3.3.4. Koronavirüs (Covid-19) Korkusu Ölçeği

Ahorsu ve arkadaşları (2020) tarafından geliştirilmiş COVID-19 Korkusu Ölçeği (The Fear of COVID-19 Scale)'nin, Türkçe'ye uyarlanması, geçerlilik ve güvenilirliği Satıcı ve arkadaşları (2020) tarafından yapılmıştır. Ölçeğin uygulanabilir yaş skalası geniş olup, yetişkinler üzerinde kullanılabilir. 7 sorudan oluşan

ölçeğin bütün maddeleri pozitif puanlanmaktadır. Sorularda 5’li Likert tipi bir ölçeklendirme kullanılarak 1-5 arası (1- Kesinlikle katılmıyorum-5-Kesinlikle katılıyorum) puanlanmıştır. Ölçekte ters puanlanan madde yoktur. Ölçekten 7-35 arası puan alınmaktadır. Yüksek puan almak COVID pandemi korku düzeyinin ‘yüksek’ olduğunu göstermektedir. Ölçeğin Türkçe geçerlilik güvenilirlik çalışmasında Cronbach Alpha değeri ($\alpha=.82$) olarak bulunmuştur. Bu çalışmada ölçeğin Cronbach Alpha değeri ($\alpha=.90$) olarak belirlenmiştir (Duman,2020).

Ölçeklerin güvenilirliğini belirlemek amacıyla Likert tipi ölçekler için en uygun olan Cronbach’s Alpha Katsayısı SPSS programıyla hesaplanmıştır. Bu analizde $0,7 \leq \alpha < 0,8$ ise anket kabul edilebilir, $0,8 \leq \alpha < 0,9$ ise iyi, $0,9 \leq \alpha$ ise mükemmel kabul edilmektedir. Çalışma kapsamında Likert tipi sorular ile ilgili yapılan güvenilirlik analizinde Cronbach’s alpha katsayısı Beck Depresyon Ölçeği sorularında 0,805 ve Depresyon-Anksiyete-Stres Ölçeği sorularında 0,974, Koronavirüs (Covid-19) Korkusu Ölçeği sorularında 0,874 ve tüm Likert tipi sorularda 0,970 olarak hesaplanmış olup bu sonuç anket sorularının ve araştırma verilerinin çok güvenilir olduğunu göstermektedir.

Tablo 2. Ölçekler için Yapılan Güvenilirlik Analizi Sonuçları

	Soru Sayısı	Güvenilirlik Katsayısı (α)
Beck Depresyon Ölçeği	7	0,805
Depresyon-Anksiyete-Stres Ölçeği	42	0,974
Koronavirüs (Covid-19) Korkusu Ölçeği	7	0,874
Tüm Likert-tipi Sorular	56	0,970

3.4. Verilerin Analizi

Araştırmadan elde edilen veriler SPSS 22 programına aktararak analiz edilmiştir. Burada her bölümde sorulardan alınan sonuçlara ilişkin frekans dağılımları hesaplanmıştır. Frekans tabloları sorulara verilen cevapların dağılımlarını ve yüzdelere göstermektedir. Sonrasında demografik verilerin ölçekler üzerindeki

etkisini ölçmek için bağımsız grup t-testi ve tek yönü varyans analizi (ANOVA) ve ölçekler arasındaki ilişkiyi ölçmek için lineer regresyon yöntemi kullanılmıştır.

BÖLÜM 4:

BULGULAR

Bu bölümde araştırma sonuçları ile ilgili analizlere yer verilmiştir. İlk olarak ankete katılan kişilerin demografik bilgileri ile ilgili tanıtıcı istatistiklere ve analizlere yer verilecektir. Bu kapsamda katılımcıların cinsiyetleri, yaşları, eğitim durumları, meslekleri, aylık gelirleri, medeni durumları, kimlerle yaşadıkları, kardeş ve çocuk sayıları, psikolojik ve fiziksel rahatsızlıkları ile ilgili frekans analizlerine yer verilmiştir. Sonrasında Beck Depresyon Ölçeği, Depresyon-Anksiyete-Stres Ölçeği ve Koronavirüs (Covid-19) Korkusu Ölçeği sorularının frekans analizleri yapılmıştır. Devamında bu ölçeklerin demografik veriler ile ilişkisi bağımsız grup t-testi ve tek yönlü varyans analizi ile incelenmiştir. Ölçekler arası ilişkiler ise Pearson korelasyon analizi ve regresyon analizi ile incelenmiştir.

Tablo 3. Katılımcıların Demografik Bilgileri

		f	%
Cinsiyet	Kadın	221	51,8
	Erkek	206	48,2
Yaş grubu	18-24	189	44,3
	25-34	165	38,6
	35-44	39	9,1
	45 ve üzeri	34	8
Medeni Haliniz	Bekar	324	75,9
	Evli	103	24,1
Eğitim Durumu	İlkokul-okuryazar	5	1,2
	Ortaokul	10	2,3
	Lise	57	13,3
	Üniversite	301	70,5
	Üniversite üstü	54	12,6
Gelir Durumu	Geliri yok	49	11,5
	Asgari ücret (2300) ve altı	42	9,8
	2300-5000	158	37
	5000 ve üzeri	178	41,7
Babanın eğitim durumu	Tek başına	39	9,1
	Aile ile	369	86,4
	Arkadaş ile	19	4,4
Kardeş Sayısı	1	44	10,3
	2	134	31,4
	3	105	24,6
	4	66	15,5
	5	30	7
	6	17	4
	7	11	2,6
	8	10	2,3
	9	6	1,4
	10	3	0,7
	12	1	0,2
	Çocuk Sayısı	Yok	334
1		44	10,3
2		37	8,7
3		8	1,9
4		3	0,7
5		1	0,2
	Toplam	427	100

Katılımcıların %51,8'i kadın iken %48,2'si erkektir. Katılımcıların arasında 18-24 yaşları arasındaki katılımcılar ağırlıktadır. Katılımcıların %44,3'ü 18-24 yaş aralığında iken %38,6'sı 25-34 yaş aralığında, %9,1'i 35-44 yaş aralığında ve %8'i 45

yaş ve üzeridir. Katılımcılar 18-65 yaş aralığında olup katılımcıların yaş ortalaması 28,14 (Ss=8,97)'dir. Katılımcıların eğitim durumlarında üniversite mezunları ağırlıktadır. Katılımcılar arasında üniversite mezunlarının oranı %70,5 iken lise mezunlarının %13,3, üniversite üstü mezunlarının oranı %12,6'dır. Katılımcıların %41,7'sinin geliri 5000 TL ve üzeri, %37'sinin geliri 2300-5000 TL arası, %11,5'inin geliri yok ve %9,8'inin geliri asgari ücret ve altıdır. Katılımcıların %75,9'u bekar, %24,1'i ise evlidir. Katılımcıların %86,4'ü ailesi ile, %9,1'i tek başına ve %4,4'ü arkadaşı ile yaşamaktadır. Katılımcıların %31,4'ü 2 kardeş, %24,6'sı 3 kardeş, %15,5'i 4 kardeş ve %10,3'ü tek kardeştir. Katılımcıların %78,2'sinin çocuğu yoktur. %10,3'ünün tek çocuğu, %8,7'sinin 2 çocuğu vardır.

Tablo 4. Katılımcıların Sağlık Durumları ve Covid-19 Sürecinde Sağlık Durumlarındaki Değişim

		f	%
Psikolojik rahatsızlık var mı?	Hayır	378	88,5
	Evet	49	11,5
Fiziksel rahatsızlık var mı?	Hayır	361	84,5
	Evet	66	15,5
Covid-19 sürecinde sosyal yaşantınızda bozukluk oldu mu?	Hayır	150	35,1
	Evet	277	64,9
Covid-19 sürecinde sigara kullanımınızda artış oldu mu?	Hayır	327	76,6
	Evet	100	23,4
Uyku, iştah, terleme, titreme gibi yakınmalarınız var mı?	Hayır	308	72,1
	Evet	119	27,9
Korona virüsüne yakalandınız mı?	Hayır	362	84,8
	Evet	65	15,2
Herhangi bir yakınınız korona virüsüne yakalandı mı?	Hayır	113	26,5
	Evet	314	73,5
Korona testi yaptırdınız mı?	Hayır	264	61,8
	Evet	163	38,2
	Toplam	427	100

Katılımcıların %88,5'inin daha önce psikiyatrik bir rahatsızlıkları yoktur. Katılımcıların %11,5'inin psikiyatrik rahatsızlıkları olup bu rahatsızlıklar kişilik bozukluğu, kaygı, depresyon, bipolar gibi rahatsızlıklardır. Katılımcıların %84,5'inin daha önce fiziksel bir rahatsızlıkları yoktur. Katılımcıların %15,5'inin fiziksel

rahatsızlıkları olup bu rahatsızlıklar astım, tansiyon, bel fitiği gibi rahatsızlıklardır. Covid-19 sürecinde katılımcıların %64,9'unun sosyal yaşantılarında bir bozulma olmuştur. Covid-19 sürecinde katılımcıların %23,4'ünün sigara kullanımlarında artış olmuştur. Covid-19 sürecinde katılımcıların %27,9'unun uyku, iştah, terleme, titreme gibi yakınmaları olmuştur. Katılımcıların %38,2'si korona testi yaptırmış olup %15,2'si korona virüsüne yakalanmıştır. Katılımcıların %73,5'inin bir yakını korona virüse yakalanmıştır. Katılımcıların Korona virüs ile ilgili korku ve kaygı durumları Tablo 5'te verilmiştir:

Tablo 5. Katılımcıların Korona Virüs ile İlgili Korku ve Kaygı Durumları

	Hiç		Az		Biraz		Oldukça fazla		Çok	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Korona virüs sizce ne kadar tehlikelidir	9	2,1	7	1,6	71	16,6	172	40,3	168	39,3
Covid-19 hastalığına yakalanmaktan ne kadar endişe duyuyorsunuz?	28	6,6	35	8,2	139	32,6	75	17,6	150	35,1
Korona virüsü ile ilgili bilgi akışı sizi geriyor mu?	57	13,3	54	12,6	152	35,6	66	15,5	98	23,0
Korona virüs ile ilgili önlemleri yeterli buluyor musunuz?	126	29,5	137	32,1	121	28,3	11	2,6	32	7,5
Çevrenize karşı tutumunuz değişti mi?	40	9,4	50	11,7	154	36,1	49	11,5	134	31,4
Evden ayrılmak sizde kaygı uyandırıyor mu?	85	19,9	73	17,1	152	35,6	45	10,5	72	16,9
Korona testi yaptırmak sizi korkutuyor mu?	177	41,5	63	14,8	110	25,8	41	9,6	36	8,4
Evde kalmak zorunda olmanız sizi ne derece etkiledi?	35	8,2	47	11,0	110	25,8	114	26,7	121	28,3
Evde yapılan aktiviteler size keyif veriyor mu?	68	15,9	110	25,8	154	36,1	31	7,3	64	15,0

Katılımcıların büyük çoğunluğu Korona virüsü tehlikeli bulmaktadır. Katılımcıların %40,3'ü Korona virüsü oldukça fazla tehlikeli bulurken %39,3'ü çok tehlikeli bulmaktadır. Katılımcıların %35,1'i Covid-19 hastalığına yakalanmaktan çok endişe ederken, %17,6'sı oldukça fazla, %32,6'sı biraz endişe etmektedir.

Katılımcıların %23'ü Korona virüsü ile ilgili bilgi akışının kendilerini çok gerdiğini ifade ederken, %15,5'i oldukça fazla, %35,6'sı biraz gerdiğini ifade etmektedir. Katılımcıların %29,5'i Korona virüs ile ilgili önlemleri hiç yeterli bulmazken %32,1'i az, %28,3'ü biraz yeterli bulmaktadır. Katılımcıların %31,4'ünün Covid-19 sürecinde çevrelerine karşı tutumları çok değişirken, %11,5'inin oldukça fazla, %36,1'inin biraz, %11,7'sinin az değişmiştir. Katılımcıların %19,9'u evden ayrılmaktan kaygı duymamaktadır. Buna karşın %17,1'i evden ayrılmaktan az, %35,6'sı biraz, %10,5'i oldukça fazla ve %16,9'u çok kaygı duymaktadır. Katılımcıların %41,5'i Korona testi yaptırmaktan korkmamaktadır. Katılımcıların %14,8'i Korona testi yaptırmaktan az, %25,8'i biraz korkmaktadır. Evde kalmak zorunda olmaları katılımcıların %28,3'ü çok, %26,7'sin oldukça fazla, %25,8'ini biraz ve %11'ini az etkilemiştir. Evde yapılan aktiviteler katılımcıların %36,1'ine biraz, %25,8'ine az ve %15'ine çok keyif vermektedir. Katılımcıların %15,9'una ise evde yapılan aktiviteler keyif vermemektedir. Katılımcıların %56,9'u eskiden ilgilendikleri ve zevk aldıkları etkinlik, dizi, gezme vs. ilgilerini kaybettiklerini ve zevk almadıklarını belirtmişlerdir. Katılımcıların Korona virüse yakalanma durumlarına göre Korona virüsle alakalı korku ve kaygı durumlarının farklılığı Tablo 6'da verilmiştir:

Tablo 6. Katılımcıların Korona Virüse Yakalanma Durumuna Göre Bağımsız Grup t-Testi Sonuçları

Korona virüsüne yakalandınız mı?		N	Ort	S.S.	t	P
Korona virüs sizce ne kadar tehlikelidir?	Hayır	362	4,19	0,82	2,655	0,010
	Evet	65	3,78	1,19		
Covid-1 hastalığına yakalanmaktan ne kadar endişe duyuyorsunuz?	Hayır	362	3,69	1,17	0,909	0,364
	Evet	65	3,54	1,46		
Korona virüsü ile ilgili bilgi akışı sizi geriyor mu?	Hayır	362	3,27	1,28	1,799	0,073
	Evet	65	2,95	1,40		
Korona virüs ile ilgili önlemleri yeterli buluyor musunuz?	Hayır	362	2,31	1,16	2,170	0,032
	Evet	65	2,02	0,98		
Çevrenize karşı tutumunuz değişti mi?	Hayır	362	3,46	1,28	0,881	0,379
	Evet	65	3,31	1,38		
Evden ayrılmak sizde kaygı uyandırıyor mu?	Hayır	362	2,88	1,33	0,182	0,856
	Evet	65	2,85	1,28		
Korona testi yaptırmak sizi korkutuyor mu?	Hayır	362	2,31	1,31	0,789	0,430
	Evet	65	2,17	1,38		

Evde kalmak zorunda olmanız sizi ne derece etkiledi?	Hayır	362	3,58	1,20	0,913	0,362
	Evet	65	3,43	1,41		
Evde yapılan aktiviteler size keyif veriyor mu?	Hayır	362	2,77	1,23	-1,116	0,265
	Evet	65	2,95	1,29		
Eskiden ilgilendiğiniz ve zevk aldığınız etkinliklere, dizilere, gezmeye vs. ilginizi kaybetmenizi ve zevk almamanız var mı?	Hayır	362	1,54	0,50	-2,940	0,004
	Evet	65	1,72	0,45		

Katılımcıların Korona hastalığına yakalanma durumlarına göre ile Korona virüs ile korku ve kaygı durumlarının farklılaşıp farklılaşmadığını test etmek için bağımsız grup t-testi uygulanmıştır. Bağımsız grup t-testi iki grup arasında anlamlı fark olup olmadığını test etmek için kullanılmaktadır. Test sonuçlarına göre Korona virüse yakalanan ve yakalanmayan katılımcılar arasında “Korona virüs sizce ne kadar tehlikelidir?”, “Korona virüs ile ilgili önlemleri yeterli buluyor musunuz?” ve “Eskiden ilgilendiğiniz ve zevk aldığınız etkinliklere, dizilere, gezmeye vs. ilginizi kaybetmenizi ve zevk almamanız var mı?” sorularında anlamlı farklılık vardır. Korona virüse yakalanan katılımcılar Korona virüsü daha az tehlikeli bulmaktadırlar. Buna karşın Korona virüse yakalanan katılımcılar Korona virüs ile ilgili önlemleri yeterli bulmamaktadırlar. Korona virüse yakalanan katılımcılar yakalanmayanlara göre eskiden ilgilendikleri ve zevk aldıkları etkinlik, dizi, gezmeye vs. ilgilerini kaybettiklerini ve zevk almadıklarını belirtmişlerdir.

Tablo 7. BDÖ-BB Maddelerinin Frekans Dağılımları

	0		1		2		3	
	f	%	f	%	f	%	f	%
1)Üzüntü	91	21,3	255	59,7	53	12,4	28	6,6
2)Kötümserlik	165	38,6	163	38,2	55	12,9	44	10,3
3)Geçmişteki başarısızlıklar	191	44,7	183	42,9	40	9,4	13	3,0
4)Kendini beğenmeme	274	64,2	88	20,6	50	11,7	15	3,5
5)Kendini suçlama	300	70,3	76	17,8	32	7,5	19	4,4
6)İlgi kaybı	149	34,9	154	36,1	79	18,5	45	10,5
7)İntihar düşüncesi veya isteği	364	85,2	57	13,3	3	0,7	3	0,7

BDÖBB maddelerinin ortalamaları incelendiğinde üzüntü ve ilgi kaybının ortalamalarının en yüksek olduğu görülmektedir. Üzüntü maddesinin ortalaması 1,04 (Ss=0,77) iken ilgi kaybı maddesinin ortalaması 1,05 (Ss=0,98)'dir. Kötümserlik maddesinin ortalaması 0,95 (Ss=0,96), geçmişteki başarısızlıklar maddesinin ortalaması 0,71 (Ss=0,76), kendini beğenmeme maddesinin ortalaması 0,55 (Ss=0,83), kendini suçlama maddesinin ortalaması 0,46 (Ss=0,82), intihar düşüncesi ve isteği maddesinin ortalaması 0,17 (Ss=0,44)'dir.

Üzüntü maddesinde katılımcıların %59,7'si zaman zaman üzgünüm, %12,4'ü her zaman üzgünüm, %6,6'sı dayanamayacak kadar üzgün ve mutsuzum demiştir. Kötümserlik maddesinde katılımcıların %38,2'si geleceğim hakkında eskisinden daha umutsuzum, %9,4'ü gelecekten çok umutsuzum, %3'ü gelecekten beklediğim hiçbir şey yok demiştir. Geçmişteki başarısızlıklar maddesinde katılımcıların %42,9'u yapabileceğim kadar başarılı olamadım, %9,4'ü geriye baktığımda pek çok başarısızlık görüyorum ve %3'ü kendimi bir insan olarak tamamen başarısız görüyorum demiştir. Kendini beğenmeme maddesinde katılımcıların %20,6'sı kendime olan güvenim azaldı, %11,7'si kendimle ilgili hayal kırıklığı yaşıyorum ve %3,5'i kendimden nefret ediyorum demiştir. Kendini suçlama maddesinde katılımcıların %20,6'sı kendimi her zamankinden fazla suçluyorum, %11,7'si kendimi bütün hatalarım için suçluyorum ve %4,4'ü her kötü olayda kendimi suçluyorum demiştir. İlgi kaybı maddesinde katılımcıların %36,1'i insanlar ve olaylara olan ilgim azaldı, %18,5'i insanlar ve olaylara olan ilgimin çoğunu kaybettim ve %10,5'i artık hiçbir şeye ilgi duymuyorum demiştir. İntihar düşüncesi ve isteği maddesinde katılımcıların %13,3'ü kendimi öldürme düşüncem var ama bunu yapmam, %0,7'si kendimi öldürmek isterdim ve %0,7'si fırsatını bulsam kendimi öldürürüm demiştir.

BDÖ toplam puanın ortalaması 4,92 (Ss=3,96) olup katılımcıların %54,8'i 0-4 puan arasında, %35,6'sı 5-10 puan arasında ve %9,6'sı 11-21 puan arasında puan almıştır.

Tablo 8. BDÖ Toplam Puanında ve Maddelerinde Cinsiyete Göre Bağımsız Grup t-Testi Sonuçları

Cinsiyet		N	Ort	S.S.	t	P
1)Üzüntü	Erkek	206	,9660	,84033	-1,969	0,050
	Kadın	221	1,1131	,70121		
2)Kötümserlik	Erkek	206	,8786	,96263	-1,449	0,148
	Kadın	221	1,0136	,96049		
3)Geçmişteki başarısızlıklar	Erkek	206	,6650	,77109	-1,108	0,269
	Kadın	221	,7466	,75018		
4)Kendini beğenmeme	Erkek	206	,5583	,88566	0,301	0,764
	Kadın	221	,5339	,78334		
5)Kendini suçlama	Erkek	206	,3592	,71026	-2,531	0,012
	Kadın	221	,5566	,89581		
6)İlgi kaybı	Erkek	206	,9515	,97158	-1,953	0,051
	Kadın	221	1,1357	,97684		
7)İntihar düşüncesi veya isteği	Erkek	206	,1942	,49501	1,150	0,251
	Kadın	221	,1448	,38944		
BDÖ toplam	Erkek	206	4,5728	3,94994	-1,802	0,072
	Kadın	221	5,2443	3,75064		

BDÖ maddelerinin ve toplam puanının cinsiyete göre farklılaşıp farklılaşmadığını analiz etmek için bağımsız grup t-testi kullanılmıştır. Analiz sonuçlarına göre üzüntü ve kendini suçlama maddelerinde erkekler ile kadınlar arasında anlamlı farklılık vardır. Her iki maddede de kadınların ortalamaları erkeklerden daha yüksektir. Kendini beğenmeme ve intihar düşüncesi veya isteği maddeleri haricinde tüm maddelerde ve BDÖ toplam puanında kadınların ortalaması erkeklerden yüksektir. Bu sonuca kadınların depresyona girme ihtimalleri erkeklerle göre daha yüksektir.

Tablo 9. BDÖ Toplam Puanında ve Maddelerinde Yaşa Göre ANOVA Sonuçları

Yaş		N	Ort	S.S.	F	P	Post Hoc*
Üzüntü	1. 18-24 yaş	189	1,14	0,68	3,790	0,011	1>4
	2. 25-34 yaş	165	1,01	0,9			
	3. 35-44 yaş	39	1	0,73			
	4. 45 ve üzeri	34	0,68	0,47			
	Total	427	1,04	0,77			
Kötümserlik	1. 18-24 yaş	189	1,11	0,98	4,743	0,003	1>3, 1>4
	2. 25-34 yaş	165	0,9	0,98			
	3. 35-44 yaş	39	0,67	0,77			
	4. 45 ve üzeri	34	0,59	0,78			
	Total	427	0,95	0,96			
Geçmişteki başarısızlıklar	1. 18-24 yaş	189	0,8	0,72	4,662	0,003	3>2, 3>4
	2. 25-34 yaş	165	0,59	0,76			
	3. 35-44 yaş	39	0,95	0,94			
	4. 45 ve üzeri	34	0,47	0,61			
	Total	427	0,71	0,76			
Kendini beğenmeme	1. 18-24 yaş	189	0,77	0,97	9,432	0,000	1>2, 1>3, 1>4
	2. 25-34 yaş	165	0,42	0,7			
	3. 35-44 yaş	39	0,31	0,52			
	4. 45 ve üzeri	34	0,18	0,52			
	Total	427	0,55	0,83			
Kendini suçlama	1. 18-24 yaş	189	0,58	0,9	3,379	0,018	-
	2. 25-34 yaş	165	0,36	0,76			
	3. 35-44 yaş	39	0,51	0,76			
	4. 45 ve üzeri	34	0,21	0,54			
	Total	427	0,46	0,82			
İlgi kaybı	1. 18-24 yaş	189	1,23	0,95	7,680	0,000	1>4, 2>4
	2. 25-34 yaş	165	1,01	1,02			
	3. 35-44 yaş	39	0,9	0,85			
	4. 45 ve üzeri	34	0,41	0,7			
	Total	427	1,05	0,98			
İntihar düşüncesi veya isteği	1. 18-24 yaş	189	0,22	0,48	2,068	0,104	-
	2. 25-34 yaş	165	0,15	0,45			
	3. 35-44 yaş	39	0,13	0,34			
	4. 45 ve üzeri	34	0,03	0,17			
	Total	427	0,17	0,17			

	Total	427	0,17	0,44			
BDÖ toplam	1. 18-24 yaş	189	5,85	3,99			
	2. 25-34 yaş	165	4,45	3,85			
	3. 35-44 yaş	39	4,46	3,19	9,386	0,000	1>4, 1>2
	4. 45 ve üzeri	34	2,56	2,05			
	Total	427	4,92	3,86			

*Tukey Testi

BDÖ maddelerinin ve toplam puanının yaş kategorilerine göre farklılaşp farklılaşmadığını analiz etmek için tek yönlü varyans analizi (ANOVA) kullanılmıştır. ANOVA 3 veya daha fazla grup arasında anlamlı fark olup olmadığını tespit etmek için kullanılmaktadır. Analiz sonuçlarına göre İntihar düşüncesi veya isteği dışındaki maddelerde ve BDÖ toplamında yaş grupları arasında anlamlı farklılık vardır. Tüm maddelerde ve BDÖ toplamında yaşa arttıkça ortalamalar düşmektedir. Bu durum gençlerde depresyon durumunun daha fazla olduğunu göstermektedir. Gruplar arasındaki farklılıkları incelemek için Post Hoc testlerinden Tukey Testi uygulanmıştır. Tukey testi sonuçlarına göre üzüntü maddesinde 18-24 yaş ile 45 ve üzeri yaş arasında anlamlı farklılık olup 18-24 yaş grubunun ortalaması daha yüksektir. ($p<0,05$) Kötümserlik maddesinde ise 18-24 yaş ile 35 ve üzeri yaş arasında anlamlı farklılık olup 18-24 yaş grubunun ortalaması daha yüksektir. ($p<0,05$) Geçmişteki başarısızlıklar maddesinde diğer maddelerden farklı olarak 35-44 yaş ile 25-34 yaş ve 45 ve üzeri yaş arasında anlamlı farklılık olup 35-44 yaş grubunun ortalaması daha yüksektir. ($p<0,05$) Kendini beğenmeme maddesinde 18-24 yaş ile 25 ve üzeri yaş grubu arasında anlamlı farklılık olup 18-24 yaş grubunun ortalaması daha yüksektir. ($p<0,05$) İlgı kaybı maddesinde 45 ve üzeri yaş grubu ile 18-24 ve 25-34 yaş grupları arasında anlamlı farklılık olup 18-24 ve 25-34 yaş gruplarının ortalaması daha yüksektir. ($p<0,05$) BDÖ toplamında 18-24 yaş ile 45 ve üzeri yaş ve 25-34 yaş grupları arasında anlamlı farklılık olup 18-24 yaş grubunun ortalaması daha yüksektir. ($p<0,05$)

Tablo 10. BDÖ Toplam Puanında ve Maddelerinde Eğitim Durumuna Göre ANOVA Sonuçları

Eğitim Durumu		N	Ort	S.S.	F	p	Post Hoc*
1)Üzüntü	1. Lise ve altı	72	0,97	0,63	2,595	0,076	-
	2. Üniversite	301	1,09	0,82			
	3. Üniversite üstü	54	0,85	0,66			
	Total	427	1,04	0,77			
2)Kötümserlik	1. Lise ve altı	72	0,85	1,06	4,509	0,012	2>3
	2. Üniversite	301	1,03	0,96			
	3. Üniversite üstü	54	0,63	0,73			
	Total	427	0,95	0,96			
3)Geçmişteki başarısızlıklar	1. Lise ve altı	72	0,94	0,93	7,952	0,000	1>3, 1>2
	2. Üniversite	301	0,7	0,73			
	3. Üniversite üstü	54	0,41	0,57			
	Total	427	0,71	0,76			
4)Kendini beğenmeme	1. Lise ve altı	72	0,31	0,62	5,302	0,005	2>1
	2. Üniversite	301	0,63	0,89			
	3. Üniversite üstü	54	0,41	0,66			
	Total	427	0,55	0,83			
5)Kendini suçlama	1. Lise ve altı	72	0,46	0,79	1,972	0,141	-
	2. Üniversite	301	0,5	0,85			
	3. Üniversite üstü	54	0,26	0,62			
	Total	427	0,46	0,82			
6)İlgi kaybı	1. Lise ve altı	72	0,94	1,03	1,778	0,170	-
	2. Üniversite	301	1,1	0,98			
	3. Üniversite üstü	54	0,87	0,89			
	Total	427	1,05	0,98			
7)İntihar düşüncesi veya isteği	1. Lise ve altı	72	0,08	0,28	2,124	0,121	-
	2. Üniversite	301	0,2	0,49			
	3. Üniversite üstü	54	0,13	0,34			
	Total	427	0,17	0,44			
BDÖ toplam	1. Lise ve altı	72	4,56	3,54	4,904	0,008	2>3
	2. Üniversite	301	5,25	4,03			
	3. Üniversite üstü	54	3,56	2,87			
	Total	427	4,92	3,86			

*Tukey

BDÖ maddelerinin ve toplam puanının eğitim kategorilerine göre farklılaşp farklılaşmadığını analiz etmek için tek yönlü varyans analizi (ANOVA) kullanılmıştır. Daha iyi sonuçlara ulaşmak için katılımcı sayısı az olan ilkokul ve ortaokul kategorileri lise kategorisi ile birleştirilmiştir. Analiz sonuçlarına göre Kötümserlik, Geçmişteki başarısızlıklar, Kendini beğenmeme maddelerinde ve BDÖ toplamında eğitim grupları

arasında anlamlı farklılık vardır. Kötümserlik, Kendini beğenmeme maddelerinde ve BDÖ toplamında üniversite mezunlarının ortalamaları daha yüksektir. Geçmişteki başarısızlıklar maddesinde lise ve altı mezunlarının ortalamaları daha yüksektir. Gruplar arasındaki farklılıkları incelemek için Post Hoc testlerinden Tukey Testi uygulanmıştır. Tukey testi sonuçlarına göre kötümserlik maddesinde ise üniversite mezunları ile yüksek lisans/doktora mezunları arasında anlamlı farklılık olup üniversite mezunlarının ortalaması daha yüksektir. ($p<0,05$) Geçmişteki başarısızlıklar maddesinde lise ve altı grubu ile üniversite ve yüksek lisans/doktora mezunları anlamlı farklılık olup lise ve altı grubunun ortalaması daha yüksektir. ($p<0,05$) Kendini beğenmeme maddesinde üniversite mezunları ile lise ve altı mezunları arasında anlamlı farklılık olup üniversite mezunlarının ortalaması daha yüksektir.. ($p<0,05$) BDÖ toplamında üniversite mezunları ile yüksek lisans/doktora mezunları arasında anlamlı farklılık olup üniversite mezunlarının ortalaması daha yüksektir. ($p<0,05$)

Tablo 11. BDÖ Toplam Puanında ve Maddelerinde Gelir Durumuna Göre ANOVA Sonuçları

Gelir Durumu		N	Ort.	S.S.	F	p	Post Hoc
1)Üzüntü	1 Geliri yok	49	1,2	0,87	3,207	0,023	-
	2 Asgari ücret (2300) ve altı	42	1,24	0,98			
	3 2300-5000	158	1,08	0,71			
	4 5000 ve üzeri	178	0,92	0,73			
	Total	427	1,04	0,77			
2)Kötümserlik	1 Geliri yok	49	1,06	1,09	3,344	0,019	2>4
	2 Asgari ücret (2300) ve altı	42	1,24	1,08			
	3 2300-5000	158	1,01	0,95			
	4 5000 ve üzeri	178	0,79	0,89			
	Total	427	0,95	0,96			
3)Geçmişteki başarısızlıklar	1 Geliri yok	49	0,8	0,79	5,371	0,001	2>3, 2>4
	2 Asgari ücret (2300) ve altı	42	1,12	0,99			
	3 2300-5000	158	0,66	0,69			
	4 5000 ve üzeri	178	0,62	0,72			
	Total	427	0,71	0,76			
4)Kendini beğenmeme	1 Geliri yok	49	0,76	0,95	1,557	0,199	-
	2 Asgari ücret (2300) ve altı	42	0,64	0,96			
	3 2300-5000	158	0,49	0,75			
	4 5000 ve üzeri	178	0,52	0,83			
	Total	427	0,55	0,83			
5)Kendini suçlama	1 Geliri yok	49	0,84	1,09	5,65	0,001	1>3, 1>4
	2 Asgari ücret (2300) ve altı	42	0,64	0,96			
	3 2300-5000	158	0,43	0,78			
	4 5000 ve üzeri	178	0,34	0,69			
	Total	427	0,46	0,82			
6)İlgi kaybı	1 Geliri yok	49	1,16	0,94	0,575	0,632	-
	2 Asgari ücret (2300) ve altı	42	1,14	1,14			
	3 2300-5000	158	1,05	0,95			
	4 5000 ve üzeri	178	0,99	0,97			
	Total	427	1,05	0,98			
7)İntihar düşüncesi veya isteği	1 Geliri yok	49	0,31	0,62	2,803	0,040	-
	2 Asgari ücret (2300) ve altı	42	0,26	0,63			
	3 2300-5000	158	0,13	0,34			
	4 5000 ve üzeri	178	0,14	0,41			
	Total	427	0,17	0,44			

	1 Geliri yok	49	6,12	4,32			
	2 Asgari ücret (2300) ve altı	42	6,29	5,07			
BDÖ toplam	3 2300-5000	158	4,85	3,57	4,894	0,002	1>4, 2>4
	4 5000 ve üzeri	178	4,33	3,51			
	Total	427	4,92	3,86			

BDÖ maddelerinin ve toplam puanının gelir durumu kategorilerine göre farklılaşp farklılaşmadığını analiz etmek için tek yönlü varyans analizi (ANOVA) kullanılmıştır. Analiz sonuçlarına göre Kendini beğenmeme ve İlgi kaybı dışındaki maddelerde ve BDÖ toplamında yaş grupları arasında anlamlı farklılık vardır. Tüm maddelerde ve BDÖ toplamında geliri olmayan veya asgari ücret ve altı olan grupların ortalamaları daha yüksektir. Bu durum gelir durumu düşük kesimin depresif yanlarının daha fazla olduğunu göstermektedir.

Tablo 12. BDÖ Toplam Puanında ve Maddelerinde Medeni Duruma Göre Bağımsız Grup t-Testi Sonuçları

Medeni Durum		N	Ort.	S.S.	t	P
1)Üzüntü	Bekar	324	1,0957	,78301	2,658	0,009
	Evli	103	0,8738	,72328		
2)Kötümserlik	Bekar	324	1,0216	,97468	2,941	0,004
	Evli	103	0,7184	,89022		
3)Geçmişteki başarısızlıklar	Bekar	324	,7315	,74576	1,168	0,244
	Evli	103	,6311	,80428		
4)Kendini beğenmeme	Bekar	324	,6327	,88554	4,865	0,000
	Evli	103	,2718	,56350		
5)Kendini suçlama	Bekar	324	,4568	,80708	-0,205	0,838
	Evli	103	,4757	,84997		
6)İlgi kaybı	Bekar	324	1,1358	,98286	3,514	0,001
	Evli	103	0,7670	,90969		
7)İntihar düşüncesi veya isteği	Bekar	324	,1914	,45929	2,066	0,040
	Evli	103	,0971	,38385		
BDÖ toplam	Bekar	324	5,2654	3,93412	3,573	0,000
	Evli	103	3,8350	3,40443		

BDÖ maddelerinin ve toplam puanının medeni duruma göre farklılaşp farklılaşmadığını analiz etmek için bağımsız grup t-testi kullanılmıştır. Analiz sonuçlarına göre Geçmişteki başarısızlıklar ve kendini suçlama maddeleri dışındaki

maddelerde ve BDÖ toplamında bekar ve evli katılımcılar arasında anlamlı farklılık vardır. Anlamlı farklılık olan maddelerde bekar katılımcıların ortalamaları daha yüksek olup bekar katılımcıların depresif özelliklerinin daha fazla olduğu ifade edilebilir.

Tablo 13. BDÖ Maddelerinin Ve Toplam Puanının Korona Virüse Yakalanma Durumuna Göre Bağımsız Grup T-Testi Sonuçları

Medeni Durum		N	Ort.	S.S.	t	P
1)Üzüntü	Hayır	362	1,01	0,74	-1,855	0,067
	Evet	65	1,23	0,91		
2)Kötümserlik	Hayır	362	0,94	0,96	-0,189	0,851
	Evet	65	0,97	0,98		
3)Geçmişteki başarısızlıklar	Hayır	362	0,70	0,74	-0,713	0,476
	Evet	65	0,77	0,86		
4)Kendini beğenmeme	Hayır	362	0,52	0,82	-1,706	0,089
	Evet	65	0,71	0,88		
5)Kendini suçlama	Hayır	362	0,45	0,81	-0,496	0,420
	Evet	65	0,51	0,83		
6)İlgi kaybı	Hayır	362	1,00	0,97	-2,140	0,035
	Evet	65	1,29	1,01		
7)İntihar düşüncesi veya isteği	Hayır	362	0,17	0,46	0,291	0,771
	Evet	65	0,15	0,36		
BDÖ toplam	Hayır	362	4,79	3,81	-1,615	0,107
	Evet	65	5,63	4,09		

BDÖ maddelerinin ve toplam puanının katılımcıların korona virüse yakalanma durumuna göre farklılaşp farklılaşmadığını analiz etmek için bağımsız grup t-testi kullanılmıştır. Analiz sonuçlarına göre sadece ilgi kaybı maddesinde korona virüse yakalanan ve yakalanmayan katılımcılar arasında anlamlı farklılık vardır. ($p<0,05$) İlgi kaybı maddesinde korona virüse yakalanan katılımcıların ortalamaları daha yüksektir yani korona virüse yakalanan katılımcılar çevrelerine karşı daha ilgisizdirler.

Tablo 14. DASS Alt Boyutlarının Kategorilerine Göre Dağılımı

DASS Boyutlar	Normal		Hafif		Orta		İleri		Çok İleri	
	F	%	F	%	F	%	f	%	F	%
Stres	143	33,5	58	13,6	102	23,9	78	18,3	46	10,8
Depresyon	275	64,4	50	11,7	56	13,1	28	6,6	18	4,2
Anksiyete	237	55,5	30	7,0	73	17,1	51	11,9	36	8,4

Ölçeğin alt boyutlarının değerlendirme tablosuna göre katılımcıların %13,6'sında hafif, %23,9'unda orta, %18,3'ünde ileri ve %10,8'inde çok ileri derece stres belirtileri vardır. Katılımcıların %11,7'sinde hafif, %13,1'inde orta, %6,6'sında ileri ve %4,2'sinde çok ileri derece depresyon belirtileri vardır. Katılımcıların %7'sinde hafif, %17,1'inde orta, %11,9'unda ileri ve %8,4'ünde çok ileri derece anksiyete belirtileri vardır.

Tablo 15. DASS Alt Boyutlarının Cinsiyete Göre Bağımsız Grup t-Testi Sonuçları

Cinsiyetiniz			N	Ort	S.S.	T	P
Stres Toplam Puan	Erkek		206	12,21	9,62	-4,919	0,000
	Kadın		221	16,68	9,10		
Anksiyete Puan	Toplam	Erkek	206	6,96	7,52	-3,244	0,001
		Kadın	221	9,20	6,67		
Depresyon Puan	Toplam	Erkek	206	10,29	10,62	-3,111	0,002
		Kadın	221	13,26	8,99		

DASS alt boyutlarının cinsiyete göre farklılaşıp farklılaşmadığını analiz etmek için bağımsız grup t-testi kullanılmıştır. Analiz sonuçlarına göre her üç boyutta da erkekler ile kadınlar arasında anlamlı farklılık vardır. Her üç boyutta da kadınların ortalamaları erkeklerden daha yüksektir. Buna göre kadınlarda erkeklere göre stres, depresyon ve anksiyete belirtileri daha yüksektir.

Tablo 16. DASS Alt Boyutlarının Medeni Duruma Göre Bağımsız Grup t-Testi Sonuçları

Medeni Durum		N	Ort.	S.S.	t	P
Stres Toplam Puan	Bekar	324	15,41	9,75	3,660	0,000
	Evli	103	11,73	8,62		
Anksiyete Toplam Puan	Bekar	324	8,70	7,20	3,074	0,002
	Evli	103	6,30	6,79		
Depresyon Toplam Puan	Bekar	324	12,82	10,21	4,197	0,000
	Evli	103	8,69	8,17		

DASS alt boyutlarının medeni duruma göre farklılaşıp farklılaşmadığını analiz etmek için bağımsız grup t-testi kullanılmıştır. Analiz sonuçlarına göre her üç boyutta da evli ve bekar arasında anlamlı farklılık vardır. ($p < 0,05$) Her üç boyutta da bekar katılımcıların ortalamaları evlilerden daha yüksektir. Buna göre bekar katılımcılarda evlilere göre stres, depresyon ve anksiyete belirtileri daha yüksektir.

Tablo 17. DASS Alt Boyutlarında Yaşa Göre ANOVA Sonuçları

		N	Ort.	S.S.	F	p	Post Hoc*
Stres	1 18-24 yaş	189	2,87	1,48	7,938	0,000	1>2, 1>4
	2 25-34 yaş	165	2,53	1,35			
	3 35-44 yaş	39	2,28	1,05			
	4 45 ve üzeri	34	1,74	0,86			
	Total	427	2,59	1,39			
Anksiyete	1 18-24 yaş	189	2,28	1,57	4,359	0,005	1>4, 2>4
	2 25-34 yaş	165	2,13	1,30			
	3 35-44 yaş	39	1,77	1,09			
	4 45 ve üzeri	34	1,44	0,82			
	Total	427	2,11	1,40			
Depresyon	1 18-24 yaş	189	1,96	1,30	7,300	0,000	1>4, 2>4
	2 25-34 yaş	165	1,70	1,12			
	3 35-44 yaş	39	1,46	0,72			
	4 45 ve üzeri	34	1,06	0,34			
	Total	427	1,74	1,16			

*Tukey

DASS alt boyutlarının yaş kategorilerine göre farklılaşıp farklılaşmadığını analiz etmek için tek yönlü varyans analizi (ANOVA) kullanılmıştır. Analiz sonuçlarına göre tüm DASS boyutlarında yaş grupları arasında anlamlı farklılık vardır.

($p<0,05$) Tüm boyutlarda genç katılımcıların ortalamaları daha yüksektir. Buna göre gençlerde stres, depresyon ve anksiyete belirtileri daha fazladır. Gruplar arası farklılıklar Post Hoc testlerinden Tukey testi ile incelenmiştir. Tukey testi sonuçlarına göre stres alt boyutunda 18-24 yaş grubu ile 25-34 ve 45 ve üzeri yaş grubu arasında, anksiyete alt boyutunda 18-24 ve 25-34 yaş grupları ile 45 ve üzeri yaş grubu arasında, depresyon alt boyutunda ise 18-24 ve 25-34 yaş grupları ile 45 ve üzeri yaş grubu arasında anlamlı farklılık vardır. ($p<0,05$)

Tablo 18. DASS Alt Boyutlarında Eğitim Durumuna Göre ANOVA Sonuçları

		N	Ort.	S.S.	F	p	Post Hoc*
Stres Kategori	Lise ve altı	72	2,21	1,33	4,891	0,008	-
	Üniversite	301	2,72	1,40			
	Üniversite üstü	54	2,37	1,29			
	Total	427	2,59	1,39			
Anksiyete Kategori	Lise ve altı	72	1,78	1,19	4,595	0,011	2>1
	Üniversite	301	2,24	1,45			
	Üniversite üstü	54	1,81	1,29			
	Total	427	2,11	1,40			
Depresyon Kategori	Lise ve altı	72	1,53	1,10	3,504	0,031	-
	Üniversite	301	1,84	1,22			
	Üniversite üstü	54	1,50	0,84			
	Total	427	1,74	1,16			

*Tukey

DASS alt boyutlarının eğitim durumu kategorilerine göre farklılaşp farklılaşmadığını analiz etmek için tek yönlü varyans analizi (ANOVA) kullanılmıştır. Analiz sonuçlarına göre tüm DASS boyutlarında eğitim durumu grupları arasında anlamlı farklılık vardır. ($p<0,05$) Tüm boyutlarda üniversite mezunu katılımcıların ortalamaları daha yüksektir. Buna göre üniversite mezunlarında stres, depresyon ve anksiyete belirtileri daha fazladır. Gruplar arası farklılıklar Post Hoc testlerinden Tukey testi ile incelenmiştir. Tukey testi sonuçlarına göre anksiyete alt boyutunda üniversite mezunları ile lise ve altı mezunları arasında anlamlı farklılık olup üniversite mezunlarının ortalaması daha yüksektir. ($p<0,05$)

Tablo 19. DASS Alt Boyutlarında Gelir Durumuna Göre ANOVA Sonuçları

			N	Ort.	S.S.	F	p	Post Hoc*
Stres Kategori	1	Geliri yok	49	2,88	1,47	1,586	0,192	-
	2	Asgari ücret (2300) ve altı	42	2,52	1,49			
	3	2300-5000	158	2,68	1,36			
	4	5000 ve üzeri	178	2,45	1,36			
		Total	427	2,59	1,39			
Anksiyete Kategori	1	Geliri yok	49	2,37	1,51	1,051	0,370	-
	2	Asgari ücret (2300) ve altı	42	2,26	1,5			
	3	2300-5000	158	2	1,32			
	4	5000 ve üzeri	178	2,1	1,41			
		Total	427	2,11	1,4			
Depresyon Kategori	1	Geliri yok	49	2,06	1,33	3,215	0,023	1>4
	2	Asgari ücret (2300) ve altı	42	2,1	1,49			
	3	2300-5000	158	1,67	1,06			
	4	5000 ve üzeri	178	1,64	1,09			
		Total	427	1,74	1,16			

*Tukey

DASS alt boyutlarının gelir durumu kategorilerine göre farklılaşp farklılaşmadığını analiz etmek için tek yönlü varyans analizi (ANOVA) kullanılmıştır. Analiz sonuçlarına göre sadece depresyon boyutunda gelir durumu grupları arasında anlamlı farklılık vardır. ($p<0,05$) Depresyon boyutunda geliri asgari ücret ve altında olan ve gelir olmayan katılımcıların ortalamaları daha yüksektir. Yani bu grupta depresyon belirtileri daha yüksektir. Gruplar arası farklılıklar Post Hoc testlerinden Tukey testi ile incelenmiştir. Tukey testi sonuçlarına göre depresyon alt boyutunda ise geliri olmayan ve 5000 TL ve üzeri gelir olanlar arasında anlamlı farklılık vardır. ($p<0,05$)

Tablo 20. Korona Korku Ölçeği Toplam Puanı Cinsiyete, Medeni Duruma ve Korona Virüse Yakalanma Durumuna Göre Bağımsız Grup t-Testi Sonuçları

Korona Korku Ölçeği Toplam Puanı		N	Ort	S.S.	t	P
Cinsiyet	Erkek	206	15,8398	6,49867	-5,103	0,000
	Kadın	221	18,9593	6,10538		
Medeni Durum	Bekar	324	17,3549	6,28433	-0,562	0,575
	Evli	103	17,7670	7,08935		
Korona virüse yakalandınız mı?	Hayır	362	17,6519	6,48205	1,489	0,137
	Evet	65	16,3538	6,41636		

Koronavirüs Korku Ölçeği toplam puanının cinsiyete, medeni duruma ve korona virüse yakalanma durumuna göre farklılaşıp farklılaşmadığını analiz etmek için bağımsız grup t-testi kullanılmıştır. Analiz sonuçlarına göre Koronavirüs Korku Ölçeği toplam puanında erkekler ile kadınlar arasında anlamlı farklılık vardır. ($p < 0,05$) Kadın katılımcıların toplam puanları daha yüksek olup bu sonuç kadın katılımcıların COVID pandemi korku düzeyinin ‘yüksek’ olduğunu göstermektedir. Koronavirüs Korku Ölçeği toplam puanında bekar ve evli katılımcılar arasında anlamlı farklılık yoktur. ($p > 0,05$) Koronavirüs Korku Ölçeği toplam puanında korona virüse yakalanan ve yakalanmayan katılımcılar arasında anlamlı farklılık yoktur. ($p > 0,05$)

Tablo 21. Korona Korku Ölçeği Toplam Puanı Yaşa, Eğitim ve Gelir Durumuna Göre ANOVA Sonuçları

		N	Ort	S.S.	F	p	Post Hoc
Yaş	18-24 yaş	189	17,69	6,25	0,566	0,638	-
	25-34 yaş	165	17,18	6,69			
	35-44 yaş	39	18,23	6,65			
	45 ve üzeri	34	16,59	6,62			
	Total	427	17,45	6,48			
Eğitim Durumu	Lise ve altı	72	16,32	6,87	2,812	0,061	-
	Üniversite	301	17,93	6,36			
	Üniversite üstü	54	16,3	6,39			
	Total	427	17,45	6,48			
Gelir Durumu	Geliri yok	49	17,86	7,03	2,132	0,096	-
	Asgari ücret (2300) ve altı	42	18,29	6,13			
	2300-5000	158	18,15	6,35			
	5000 ve üzeri	178	16,53	6,46			
	Total	427	17,45	6,48			

Koronavirüs Korku Ölçeği toplam puanının yaşa, eğitim ve gelir durumuna göre farklılaşıp farklılaşmadığını analiz etmek için tek yönlü varyans analizi (ANOVA) kullanılmıştır. Analiz sonuçlarına göre Koronavirüs Korku Ölçeği toplam puanında yaşa, eğitim durumuna ve gelir durumuna göre anlamlı farklılık yoktur. ($p>0,05$)

Tablo 22. Ölçekler Arasında Pearson Korelasyon Analizi Sonuçları

	1	2	3	4	5
1.BDÖ toplam	1				
2.Stres Toplam Puan	,733**	1			
3.Anksiyete Toplam Puan	,715**	,821**	1		
4.Depresyon Toplam Puan	,804**	,856**	,827**	1	
5.Korona Korku Ölçeği Toplam Puanı	,255**	,375**	,404**	,284**	1

** . $p<0,01$

Ölçekler arasındaki ilişki ilk olarak Pearson Korelasyon analizi ile incelenmiştir. Pearson korelasyon analizi 2 veya daha fazla veri arasındaki ilişkiyi

belirlemek için kullanılmaktadır. Pearson Korelasyon Katsayısı -1 ile 1 arasında bir değer almakta olup bu katsayının 1 ve -1'e yakın olması ilişkinin kuvvetli olduğunu göstermektedir. Eksi değerler negatif ilişkiyi pozitif değerler pozitif ilişkiyi göstermektedir. Analiz sonuçlarına göre BDÖ toplam puanı ile Stres, Anksiyete, Depresyon ve Korona Korku Ölçeği toplam puanları arasında pozitif anlamlı ilişki vardır. ($p<0,01$) BDÖ toplam puanı ile Stres ($r=0,733$, $p<0,01$), Anksiyete ($r=0,715$, $p<0,01$), Depresyon ($r=0,804$, $p<0,01$) toplam puanları arasında yüksek ilişki, Korona Korku Ölçeği toplam puanı ($r=0,255$, $p<0,01$) arasında ise daha düşük bir ilişki vardır. Korona Korku Ölçeği toplam puanı ile Stres, Anksiyete, Depresyon toplam puanları arasında pozitif anlamlı ilişki vardır. ($p<0,01$) Korona Korku Ölçeği toplam puanı ile Stres ($r=0,255$, $p<0,01$), Anksiyete ($r=0,375$, $p<0,01$), Depresyon ($r=0,404$, $p<0,01$) toplam puanları arasında orta düzeyde ilişki vardır.

Tablo 23. Ölçekler Arası Regresyon Analizi

	R	R-Kare	Düz. R-Kare	F	p	Beta
BDÖ Toplam Puan	0,255	0,065	0,063	29,627	0,000	0,255
Stres Toplam Puan	0,375	0,140	0,138	69,365	0,000	0,375
Anksiyete Toplam Puan	0,404	0,163	0,161	82,768	0,000	0,404
Depresyon Toplam Puan	0,284	0,080	0,078	37,164	0,000	0,284

Korona Korku Ölçeği (KKÖ) toplam puanının BDÖ toplam puanına ve Stres, Anksiyete, Depresyon toplam puanlarına etkisini ölçmek için lineer regresyon analizi kullanılmıştır. Regresyon analizi, değişkenler arasında neden-sonuç ilişkisini bulmamıza imkan veren bir analiz yöntemidir. Lineer regresyon analizi ile bağımlı değişken durumundaki değişkenimize (BDÖ toplam puanı ve Stres, Anksiyete, Depresyon toplam puanları) diğer değişkenin (Korona Korku Ölçeği toplam puanı) etkisi ölçülmüştür. Regresyon analizinde R-Kare ve düzeltilmiş R-Kare değerleri bağımsız değişkenin bağımlı değişkene ait varyansı hangi oranda açıkladığını göstermektedir. (Bağımsız değişken bağımlı değişkene ait varyansı % $100*(R-Kare)$ oranında açıklar.) Ayrıca lineer regresyonda bağımlı değişken ile bağımsız değişken

arasında anlamlı bir ilişki varsa bu ilişkiyi lineer bir denklem olarak verebiliriz. Bu denklemde de beta değeri bağımsız değişkenin katsayısı olmaktadır. Regresyon analizine göre KKÖ toplam puanı ile BDÖ toplam puanı arasında 0,001 anlamlılık düzeyinde pozitif anlamlı bir ilişki vardır. ($P < 0,001$) KKÖ toplam puanı bağımlı değişken durumundaki BDÖ toplam puanına ait varyansı pozitif olarak %6,3 oranında açıklamaktadır. (Düzeltilmiş R-Kare=0,063) Buradan Korona Korku Ölçeği puanı arttıkça BDÖ toplam puanının da arttığı sonucuna varabiliriz. Buna göre Korona korkusu depresyon belirtilerini yükseltmektedir. KKÖ toplam puanı ve BDÖ toplam puanı arasındaki ilişkiyi şu denklem ile verilebilir:

$$BDÖ \text{ Toplam Puanı} = 2,268 + 0,255 * (KKÖ \text{ Toplam Puanı})$$

Regresyon analizine göre KKÖ toplam puanı ile Stres toplam puanı arasında 0,001 anlamlılık düzeyinde pozitif anlamlı bir ilişki vardır. ($P < 0,001$) KKÖ toplam puanı bağımlı değişken durumundaki Stres toplam puanına ait varyansı pozitif olarak %13,8 oranında açıklamaktadır. (Düzeltilmiş R-Kare=0,138) Buradan Korona Korku Ölçeği puanı arttıkça Stres toplam puanının da arttığı sonucuna varabiliriz. Buna göre Korona korkusu stres düzeyini yükseltmektedir. KKÖ toplam puanı ve Stres toplam puanı arasındaki ilişkiyi şu denklem ile verilebilir:

$$Stres \text{ Toplam Puanı} = 4,834 + 0,375 * (KKÖ \text{ Toplam Puanı})$$

Regresyon analizine göre KKÖ toplam puanı ile Anksiyete toplam puanı arasında 0,001 anlamlılık düzeyinde pozitif anlamlı bir ilişki vardır. ($p < 0,001$) KKÖ toplam puanı bağımlı değişken durumundaki Anksiyete toplam puanına ait varyansı pozitif olarak %16,1 oranında açıklamaktadır. (Düzeltilmiş R-Kare=0,161) Buradan Korona Korku Ölçeği puanı arttıkça Anksiyete toplam puanının da arttığı sonucuna varabiliriz. Buna göre Korona korkusu anksiyete düzeyini yükseltmektedir. KKÖ toplam puanı ve Anksiyete toplam puanı arasındaki ilişkiyi şu denklem ile verilebilir:

$$Anksiyete \text{ Toplam Puanı} = 0,321 + 0,404 * (KKÖ \text{ Toplam Puanı})$$

Regresyon analizine göre KKÖ toplam puanı ile Depresyon toplam puanı arasında 0,001 anlamlılık düzeyinde pozitif anlamlı bir ilişki vardır. ($p < 0,001$) KKÖ toplam puanı bağımlı değişken durumundaki Depresyon toplam puanına ait varyansı pozitif olarak %7,8 oranında açıklamaktadır. (Düzeltilmiş R-Kare=0,078) Buradan

Korona Korku Ölçeği puanı arttıkça Depresyon toplam puanının da arttığı sonucuna varabiliriz. Buna göre Korona korkusu depresyon düzeyini yükseltmektedir. KKÖ toplam puanı ve Depresyon toplam puanı arasındaki ilişkiyi şu denklem ile verilebilir:

$$\text{Depresyon Toplam Puanı} = 0,321 + 0,404 * (\text{KKÖ Toplam Puanı})$$

Regresyon analizin sonuçlarına göre KKÖ toplam puanı en fazla anksiyete düzeyini etkilemektedir.

BÖLÜM 5:

5.1. TARTIŞMA

Bu araştırma covid-19 salgını sonrasında bireylerin yaşadığı anksiyete ve depresyon düzeylerinin incelenmesi amaçlanmıştır. İlk olarak katılımcıların cinsiyet, yaş, medeni durumları ve eğitim durumları değişkenlerine göre karşılaştırarak incelenmiştir. Bir sonraki adımda araştırmaya dahil edilen katılımcıların anksiyete, stres ve depresyon düzeyleri belirlenmiştir.

Elde edilen sonuçlar alan yazındaki çalışmaların sonuçları ile karşılaştırarak açıklanmıştır.

Bu araştırmada elde edilen sonuçlar, araştırmaya katılan kadın ve erkek katılımcıların depresyon, stres, korona korku ve anksiyete düzeylerinin cinsiyete göre farklılaşmaktadır. Kadınların depresyon, stres, korona korku ve anksiyete düzeyleri erkeklerden daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Alan yazında yapılan araştırmaların tutarlı sonuçlara ulaştığı gözlenmiştir. Erdoğan vd. (2020) yaptığı çalışmada kadınlarda bu dönemde anksiyete düzeylerinin erkeklere göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Ekiz vd. (2020) yapmış oldukları çalışmada da kadınların sağlık anksiyetesi düzeylerinin de erkeklerinkine kıyasla daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Argüder vd. (2021) çalışmasında cinsiyet bağlamında anksiyete ve depresyon skorları incelendiğinde bunların kadınlarda daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Güloğlu vd.'nin (2020) çalışmasında da kadınlarda anksiyete düzeyinin daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Buna karşın Hizal'ın (2021) "Covid-19 Pandemi Sürecinde Erken Dönem Şemalarının Depresyon ve Kaygı İle İlişkisinin İncelenmesi" adlı çalışmasına göre Young Şema ölçeği toplam puanı ve alt boyutlarından duygusal yoksunluk, duyguları bastırma ve karamsarlık şema alanları ile cinsiyet arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık bulunmuştur. Young Şema Ölçeği toplam puanlarının erkeklerde kadınlara kıyasla daha yüksek olduğu saptanmıştır. Bununla birlikte Yalçın vd'nin (2020) Bilimsel Araştırma Projesi Sonuç Raporu adlı çalışmada COVID-19 korkusunun depresyon, anksiyete, stres, korona korku ve yaşam doyumu üzerindeki etkisi cinsiyete göre değişmemektedir.

Bu çalışmada, yaş gruplarına göre depresyon, stres ve anksiyete düzeyleri arasında anlamlı bir farklılık gösterdiği tespit edilmiştir. Bununla birlikte yaş düştükçe depresyon, stres ve anksiyete düzeylerinin arttığı gözlenmiştir. Alan yazında yapılan çalışmalar bulgumuzu desteklemektedir. Güloğlu vd.'nin (2020) çalışmasına göre de gençlerin anksiyete düzeyleri daha yüksektir. COVID-19 ile ilgili ABD'de yürütülen bir çalışmada genç yaştaki ve yüksek eğitim seviyelerine sahip bireylerin koronavirüs kaygı düzeylerinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Lee, 2020). Covid-19 salgın sürecinde yapılan araştırmaların incelendiği sistemik bir çalışmada, genç yaşta olmanın psikolojik belirtiler gösterme konusunda bir risk faktörü olduğuna işaret edilmektedir (Xiong vd., 2020).

Yapılan analizler sonucunda, medeni duruma göre depresyon, stres, korona korku ve anksiyete düzeyleri arasında anlamlı bir farklılık gösterdiği tespit edilmiştir. Bekar olan katılımcıların stres, depresyon ve anksiyete düzeylerinin evli katılımcılarından daha yüksek olduğu bulunmuştur. Alan yazında yapılan araştırmalarda benzer sonuçlara ulaşmış olan Güloğlu vd. (2020) çalışmasında da bekar katılımcıların anksiyete düzeyleri evli katılımcılara göre daha yüksek olduğu belirtmektedir. Hizal'ın (2021) çalışmasında da benzer sonuçlara ulaşılmıştır. Çalışma sonuçlarına göre Young Şema ölçeği alt boyutlarından terk edilme, kusurluluk, dayanıksızlık, sosyal izolasyon, yetersiz özdenetim, duyguları bastırma, karamsarlık, içiçelik/gelişmemiş benlik ve bağımlılık alanlarının medeni durum değişkeni açısından istatistiksel açıdan anlamlı olarak farklılaştığı görülmüştür.

Yapılan analizler sonucunda, eğitim durumuna göre depresyon, stres ve anksiyete düzeyleri arasında anlamlı bir farklılık gösterdiği tespit edilmiştir. Üniversite mezunlarında stres, depresyon ve anksiyete düzeyleri daha yüksek olduğu bulunmuştur. Alan yazında yapılan araştırmalar sonucumuzu desteklememektedir. Hegney vd. (2014) yaptıkları çalışmada, üniversite eğitim durumuna göre anksiyete ve depresif belirtiler ile bir farklılık göstermediği belirtmişlerdir. Benzer şekilde yapılan diğer çalışmalarda da mezun olan kişiler ile anksiyete ve depresif belirtiler arasında anlamlı bir farklılık göstermediği bulunmuştur(Hegney vd., 2014; Özgür, Yıldırım ve Aktaş, 2008). Eğitim düzeyi artıkça bireylerin beklentilerinin artması ile beklentileri karşılanmadığında daha olumsuz duygular vermeleri sonucunda stres, anksiyete yaşamalarına neden olmuş olabilir.

Bir diğer önemli bulgumuz, depresyon ile stres, anksiyete ve korona korku düzeyleri arasında pozitif anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir. Depresyon ile stres ve anksiyete düzeyleri arasında yüksek düzeyde ilişki bulunurken korona korku düzeyleri arasında ise daha düşük düzeyde ilişki olduğu görülmüştür. Alan yazında yapılan araştırmalar sonuçlarında bizim çalışmamızda bulduğumuz sonuçlar da benzer özellikler göstermektedir. Cao vd. (2020) yaptığı çalışmada Çinli üniversite öğrencilerinde anksiyete üzerine yaptığı bir çalışma, Covid-19 ile ilişkili stresörlerin (günlük yaşam üzerindeki etkiler) anksiyete semptomlarının düzeyleri ile ilişkili olduğu ileri sürmüşlerdir. Pandemi sırasında kişilerin daha yüksek depresif belirtiler bildirdikleri göstermiştir(Chena, Liangb, Pengc, Lia, Chena, Tanga, Zhaob, 2020).

Araştırma kapsamında Covid-19 salgını sonrasında bireylerin yaşadığı anksiyete ve depresyon arasındaki ilişki düzeyleri incelenmiştir. Literatürde bu konuda başka bir çalışmaya rastlanmadığı için araştırmanın bulguları sonucunda bulunan bulgular kendi içinde analiz edilecektir. Korona korku ile depresyon, stres ve anksiyete düzeyleri arasında pozitif anlamlı bir ilişki ortaya koymuştur. Korona korku değişiminin %6,3 depresyon birleşenleri tarafından açıklamaktadır. Buradan korona korku düzeyi artıkça depresyon düzeyinde arttığı sonucuna varabiliriz. Korona korku değişiminin %13,8 stres birleşenleri tarafından açıklamaktadır. Korona korku düzeyi artıkça stres düzeyinde arttığı sonucuna varabiliriz. Bir diğer değişkenimiz, Korona korku değişiminin %16,1 anksiyete birleşenleri tarafından açıklamaktadır. Korona korku düzeyi artıkça anksiyete düzeyinde arttığı sonucuna varabiliriz. Depresyon, stres ve anksiyete birleşenlerinin korona kaygı üzerindeki etkilerini aynı anda incelendiğinde en fazla anksiyete düzeyini etkilediğini söylenebilir.

BÖLÜM 6:

SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Covid-19 pandemisinin depresyon ve anksiyete ile ilişkisine yönelik olarak bu çalışmada yer alan ankette öğretmenler, teknikerler, üniversite öğrencileri, sağlık çalışanları (psikologlar, danışmanlar, diş hekimleri, hemşireler, doktorlar), mühendisler, ev hanımı, polis, aşçı, serbest meslek sahipleri, işsizler vb. hayatın değişik kesimlerinden olan kişiler bulunmaktadır.

Araştırmada genel olarak düşük gelirli grupların, kadınların ve gençlerin pandemiden psikolojik olarak en çok etkilenen gruplar olduğu hususu belirtilmiştir. Ayrıca, bekarlar ve hastalığa yakalananlar daha fazla depresif belirtiler gösterirken korona virüse karşı korkuda anksiyetenin depresyon ve strese göre daha fazla etkilendiği ortaya çıkmıştır.

Bu çalışmada yer alan diğer araştırmalarda da salgının depresyon, anksiyete ve stres faktörleri bağlamında insanların psikolojisinde olumsuz etkiler meydana getirdiği belirtilmiştir. Bu perspektiften çalışmada diğer araştırmalarla birlikte benzer sonuçlar göstermektedir.

Bu salgın da diğer krizler gibi insanların hayatı anlamlandırmalarına katkıda bulunmaktadır. Yoğun hayat meşgalesi içinde göz ardı edilebilen hususlar bu tür olağanüstü durumlarda gün yüzüne çıkıp tekrar gündeme gelebilmektedir. Bu çerçevede kolaylıkla bir nefesi alıp verebilmenin ne kadar önemli bir güzellik olduğu, yakınlarımızın, aile bireylerinin, dostlarımızın ve arkadaşlarımızın ne kadar kıymetli olduğunu, çevreye duyarlılık göstermenin ve onu korumanın ne kadar hayati olduğu (Özellikle İtalya’da yoğun sanayileşmenin ve hava kirliliğinin bulunduğu bölgelerde koronavirüsün etkisini artırdığı ve ölümle sonuçlanan vakaların yükseldiğini belirten çalışmalar bulunmaktadır) gibi hususlara yönelik olarak bilinçlenme ve farkındalıkta bir artma meydana gelmektedir. Bu husus da hayat bakışımızı derinden etkilemekte olup psikolojik sağlamlığımıza ve değişik rahatsızlıklarla mücadele etmemize faydalı olacak bir unsurdur.

Ayrıca bu tür krizler insanların kendi öz gelişimlerine de, olumsuz faktörler olsalar da, katkıda bulunmaktadır. 1938 yılında yaşayan bir kişi 1946 yılında aynı kişi olmasına karşın 1938'deki aynı kişi değildir. Veya herhangi bir doğal afet veya ciddi bir kaza geçirmiş ve bunların sonucunda da hayatta kalmış kişi aynı insan değildir artık. Yaşanılan bu acı ve olumsuz tecrübeler kişinin benliğini geliştirmekte ve hayat, doğa ve insanlar hakkında daha derin yaklaşımlarda bulunmalarına ve saygı ve sevgi çerçevesinde daha sağlıklı ilişkiler kurmasına neden olabilmektedir. Tabii ki bu durum söz konusu acı tecrübelerin travmatik etkilerinden kurtulmakla doğru orantılıdır.

Salgın döneminde psikolojik sağlamlığı artırmanın bir yöntemi de kişisel hobilere ve zevklere daha fazla zaman ayırmaktır. Genellikle kapanma nedeniyle insanlar evlerinde daha fazla vakit geçirebilmekte olup bu da insanların hoşlandığı müzik dinlemek, kitap okumak, film izlemek gibi faaliyetleri daha çok yapabilmelerine yol açmaktadır. Bu tür faaliyetlerle uğraşmak veya yaşam alanlarında değişik bitkiler yetiştirmek ve evcil hayvan beslemek de insanların psikolojik yönden iyi olmalarına katkıda bulunup salgın nedeniyle oluşabilen çeşitli mental problemlerin üstesinden daha rahat bir biçimde gelmelerine yardımcı olabilmektedir.

Sonuç olarak, etkisini halen sürdüren pandemi özellikle aşı gibi değişik bilimsel buluşlara neden oluyorsa insanların benlik ve psikolojik olarak gelişmesi açısından içinde değişik unsurlar barındırmaktadır. Yeter ki yaşamın ve sağlıklı olmanın ne kadar önemli olduğunu derin bir şekilde anlayıp bu doğrultuda kendimizin ve temas içinde olduğumuz insanların hayatlarına olumlu olarak katkıda bulunabilir.

6.2. Öneriler

Klinisyenlere Yönelik Öneriler

Depresyon, stres ve anksiyete ile karakterize olduğu gözlenen psikolojik yardım, tıbbi destek sırasında COVID-19 pandemisi olan kişilerde ruh sağlığı desteği gereksinimlerine erişimin sağlanmasında faydalı olacaktır.

İnsanların fiziksel ve ruh sağlığı teşvik eden çalışmalar geliştirmek ve virüs azaltıcı önlemlerini yönetim stratejilerini ön saflarına yerleştirmek önerilebilir.

Bu araştırma sonunda insanlara yardımcı olmak, onların acılarını ve dertlerini paylaşmak, psikolojik sorunlarının üstesinden gelmeye çalışmak, elimizde olmayan salgın gibi gelişmeler karşısında hayatın anlamına yönelik çevremizde bir farkındalık oluşturmaya çalışmak da gerek temasta olduğumuz insanlar gerekse kendimizin sağlıklı olması açısından oldukça faydalı olacaktır. Böylece benliğin dar kalıplarına sıkışmak yerine hem çevremiz hem de kendimiz açısından yararlı aktivitelerde bulunabiliriz.

Özellikle terapistler bu hususlarda öncü rol oynayabilirler ve maddi gelir düşüncesini geri plana atarak toplumun yeniden psikolojik olarak daha iyi durumlara gelmesinde, fedakar bir biçimde çalışan diğer sağlık personeli gibi, önemli katkılarda bulunabilirler. Bu durum da gerek kendilerinin manevi tatmin duymaları gerekse toplum içinde, diğer sağlık personelinde olduğu gibi, saygınlık ve prestijlerinin artması bakımından oldukça olumlu sonuçlar doğurabilecektir.

Araştırmacılara Yönelik Öneriler

Tüm araştırmalarda olduğu gibi bu çalışmada da bazı sınırlamalar vardır. Çevrimiçi verilerin avantajı, daha fazla örneklemeye izin vermesidir, ancak çevrimiçi anket tekniği, diğer taraftan, katılımcıların bilgilerinin güvenilir olmadığını açıkça ortaya koymaktadır. Bu durumda, çalışma bulguları toplumun çoğunluğuna uygulanmamalıdır.

Ayrıca, stres, anksiyete ve depresyonu etkileyen çeşitli faktörler vardır ve çalışmanın bir başka dezavantajı, spesifik pandemideki etkileri açısından nicelleştirilemeyen unsurların ele alınmamasıdır.

Bu kesitsel bir çalışmadır ve bu konuda daha boylamsal araştırmalara ihtiyaç vardır.

Araştırmacılarda bu dönemi, insanlığın bu tür değişik tehditlere maruz kalmalarını önleme ve bunlara yönelik daha etkili ve kısa sürede karşılık verme konularında daha faydalı çalışmalara vesile olabileceği hususunda kendilerini geliştirerek değerlendirmelidirler.

Bu salgın daha önceki benzer durumlara göre insanların psikolojilerini sarsan birçok unsuru içermektedir. Bu bakımdan daha çok işbirliği ve kapsamlı yaklaşımları içeren çalışmalar giderek önem kazanmakta ve araştırmacılara bu açıdan yeni fırsatlar sunmaktadır.

Ülke İdarecileri İçin Öneriler

Yalnızca bireylerin değil karar verme mekanizmalarında yer alan yetkililerin de koronavirüsün olumsuz psikolojik etkilerini azaltmakta sorumlulukları bulunmaktadır. Özellikle sosyal mesafe, izolasyon ve kapanma gibi tedbirlerin alınması nedeniyle sosyal ilişkiler önemli ölçüde azalmakta olup bu durum insanların çeşitli mental rahatsızlıklara yakalanmaları riskini daha çok artırmaktadır. Bu hususa gerek pandemi öncesi gerekse pandemi nedeniyle meydana gelen ekonomik kriz de eklenince bireylerin psikolojik dirençleri oldukça azalmakta olup ciddi rahatsızlıklara yol açmaktadır. Ne yazık ki özellikle son zamanlarda artan intihar olayları da bu duruma işaret etmektedir. Bu çerçevede başta düşük gelirliler olmak üzere devletin gelişmiş ülkelerde olduğu gibi tüm vatandaşlarını ekonomik olarak karşılıksız bir biçimde desteklemesi bireylerin hem gelir durumunu hem de psikolojik dirençlerini artıracak başlıca tedbirler arasında yer almaktadır.

KAYNAKÇA

- Adler, A. (2004). Nevroz Sorunları: Toplumsal Duygu Yoksunluğu ve Erkeksi Protesto, İstanbul: *Say Yayınları*.
- Akbaş, Ö. ve Dursun, C. (2020). Koronavirüs (COVID-19) Pandemisi Sürecinde Özel Alanına Kamusal Alanı Sığıdıran Çalışan Anneler. *Avrasya Sosyal ve Ekonomi Araştırmaları Dergisi*, 7 (5), 78-94.
- Algulander, C., Bandelow, B.H. (2003). World Council of Anxiety, WCA recommendations for the long term treatment of generalized anxiety disorder. *CNS spectrum*, (8 Suppl 1):53–61.
- Altundağ, Y. (2021). *Erken Dönem Covid-19 Pandemisinde Covid-19 Korkusu Ve Psikolojik Dayanıklılık*. 499-516. 10.17753/Ekev1815.
- Arkonaç, O. (1999). Açıklamalı Psikiyatri Sözlüğü. İstanbul, *Nobel Tıp Kitabevleri*.p.36–37
- Aslan, R. (2020). Tarihten günümüze epidemiler, pandemiler ve Covid-19. *Göller Bölgesi Ekonomi ve Kültür Dergisi*, 8, 35-41.
- Aşkın, R., Bozkurt, Y. ve Zeybek, Z. (2020). Covid-19 Pandemisi: Psikolojik Etkileri ve Terapötik Müdahaleler. İstanbul Ticaret Üniversitesi *Sosyal Bilimler Dergisi Covid-19 Sosyal Bilimler Özel Sayısı*. Yıl:19 Sayı:37 Bahar (Özel Ek) s.304-318
- Bao, Y., Sun, Y., Meng, S., Shi, J., ve Lu, L., (2020). *2019-nCoV Epidemic: Address Mental Health Care to Empower Society*, The Lancet, 395(10224), e37–e38.
- Barlow, D.H. ve Wincze, J. (1998) DSM-IV and beyond: vvhath is generalized anxiety disorder. *Acta Psychiatr Scand*, 98 (Suppl 393): 23–29.
- Barrelet, C., Bourrier, M., Burton-Jeangros, C., ve Schindler, M. (2013). Unresolved issues in risk communication research: the case of the H1N1 pandemic (2009-2011). *Influenza Other Respir Viruses*, 7 Suppl 2, 114-119.
- Bayraktar, E. (2007). Panik Bozukluğu ve Agorafobi; Köroğlu E, güleç C, Şenol S,editors, Psikiyatri Temel Kitabı, Ankara, *Hekimler Yayın Birliği Basım Yayın*. 304-17

- Bhandari, R., Hartley, T. A., Lindsley, W. G., Fisher, M. A., ve Palmer, J. E. (2013). *Assessing Healthcare Utilization for Influenza-like Illness at an Emergency Department and a Student Health Service during the 2009-2010 H1N1 Pandemic*. *Infect Dis (Auckl)*, 6, 15-23.
- Bilge, Y. ve Bilge, Y. (2020). Koronavirüs salgını ve sosyal izolasyonun psikolojik semptomlar üzerindeki etkilerinin psikolojik sağlamlık ve stresle baş etme tarzları açısından incelenmesi. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 23(1), 38-51.
- Bilgin, A. (2010). “*Depresif Bozukluklar*” Alt Tiplerinin Sıklığı ve Kendi Aralarında Karşılıklılaşılması. Uludağ Ünversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı. Uzmanlık Tezi.
- Blackburn, I.M. (2003). Depresyon ve Başa Çıkma Yolları, (Çev. H.N. Şahin ve R.N. Rugancı), İstanbul: *Remzi Kitabevi*.
- Boratav, C. (2000). Duygudurum bozuklukları ve nozoloji: Eleştirel bir inceleme. *Duygudurum Dizisi*, 1:18-28.
- Bradburn, N. M. (1969). *The structure of psychological well-being*. Chicago: Aldine.
- Bulca, K.F. (2020). *Sağlık Çalışanlarında Covid Korkusunu Belirleyen Psikiyatrik Değişkenlerin İncelenmesi*. Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı. Uzmanlık Tezi
- Butler, G., Fennell, M., Robson, P. ve Gelder, M. (1991). Comparison of behavior therapy and cognitive behavior therapy in the treatment of generalized anxiety disorder. *J Consult Clin Psychol*. 59:167-75
- Cansever, A. (2007). Özgül Fobi, Köroğlu E, güleç C, Şenol S,editors, Psikiyatri Temel Kitabı, Ankara, *Hekimler Yayın Birliği Basım Yayın*. 318-24
- Cao, W., Fang, Z., Hou, G., Han, M., Xu, X., Dong, J., Zheng, J. (2020). *The psychological impact of the COVID-19 epidemic on college students in China*. *Psychiatry Res*.287:112934. doi: 10.1016/j.psychres.2020.112934.
- Cauchemez, S., Ferguson, N.M., Wachtel, C., Tegnell, A., Saour, G., Duncan, B., Nicoll, A. (2009). Closure of schools during an influenza pandemic. *The Lancet infectious diseases*, 9(8), 473-481.

- 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.
- Chena, R., Liangb, S., Pengc, Y., Lia X., Chena J., Tanga S., Zhaob, J. (2020). Mental health status and change in living rhythms among college students in China during the COVID-19 pandemic: A large-scale survey. *Journal of Psychosomatic Research*.137.110219
- Crawford, D. H. (2016). *EBOLA: Profile of a Killer Virus*. New York: Oxford University Press.
- Çaykuş, E. T. ve Çaykuş, T. M., (2020). Covid-19 Pandemi Sürecinde Çocukların Psikolojik Dayanıklılığını Güçlendirme Yolları: Ailelere, Öğretmenlere ve Ruh Sağlığı Uzmanlarına Öneriler”, *Avrasya Sosyal ve Ekonomi Araştırmaları Dergisi*, 7(5), 95-113.
- Çebi, E. (2020). Covid-19 salgını döneminde "normal" ve "yeni normal" yaşam üzerine bir araştırma. *Journal of International Social Research*. 13. 582-593. 10.17719/jisr.11063.
- Datto, C.J. (2000). Side effects of electroconvulsive therapy. *Depress Anxiet*. 12(3): 130–34.
- de Maata, S.M., Dekker, J., Schoeversa, R.A., de Jonghea, F. (2007). *Relative efficacy of psychotherapy and combined therapy in the treatment of depression: a meta-analysis*. *Eur Psychiatry*. 22(1): 1–8.
- Demirbağ, M. (2018). *Pandemics Throughout History and Their Reflection in Art*. Yaşar University Graduate School of Social Sciences Art and Design Programme. Master Thesis
- Dilbaz, N. (1997). Sosyal Fobi, *Psikiyatri Dünyası*. 1:18-24
- Dilbaz, N. (2005). *Anksiyete Bozukluklarındaki Son Gelişmeler*. Ankara: Pozitif Matbaacılık. p:59–78.
- Donaldson, L. J., Rutter, P. D., Ellis, B. M., Greaves, F. E., Mytton, O. T., Pebody, R. G., ve Yardley, I. E. (2009). *Mortality from pandemic A/H1N1 2009 influenza in England: public health surveillance study*. *BMJ*, 339, b5213.
- DSM-I (Diagnostik Manuel of Mental Disorders, 1952).
- DSM-II (Diagnostik Manuel of Mental Disorders, 1969).

- DSM-III (Diagnostik Manuel of Mental Disorders, 1980).
- DSM-IV (Diagnostik Manuel of Mental Disorders, 1994).
- DSM-V (Diagnostik Manuel of Mental Disorders, 2013).
- Duffin, J. (2008). *Severe Acute Respiratory Syndorme (SARS)*. In J. P. Byrne (Ed.), *Encyclopedia of pestilence, pandemics, and plagues* (p. 284-290). Westport: Greenwood Press.
- Durham, R.C., Murphy, T., Allan, T., Richard, K., Treliving, L.R., Fenton, G.W. (1994). Cognitive therapy, analytic psychotherapy and anxiety management training for generalised anxiety disorder. *Br J Psychiatry*. 165:315-23.
- Elçiçeği, B. (2021). Corona Virüs Ve Olası Küresel Tehditlere Yönelik Psiko-Sosyal Bir Araştırma. *Uluslararası Medeniyet Çalışmaları Dergisi* , 6 (1) , 9-32.
- Emmeluth, D. (2003). *Deadly Diseases and Epidemics: Influenza*. New York: Infobase Publishing.
- Enemark, C. (2009). Is Pandemic Flu a Security Threat? *Survival*, 51(1), 191-214.
- Enli, T.F., Koyuncu, E., ve Özel, Ş., (2020). Pandemilerde Sağlık Çalışanlarının Psikososyal Sağlığını Etkileyen Koruyucu ve Risk Faktörlerine İlişkin Bir Derleme, *Ankara Med J*, 2, 488-501.
- Eşel, E. (2003). Genelleşmiş Anksiyete Bozukluğunun Nörobiyolojisi. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*; 13:78–87
- Fangriya, R. (2015). Pandemic Influenza Threat. *World Scientific News*, 11, 120-137.
- Gelder, M. (1991) *Psychological treatment for anxiety disorders*. In: *the clinical management of anxiety disorders*. Coryell W, Winokur G, eds. New York: Oxford University Press1:10-27
- Goodwin, G.M, Haddad, P.M, Ferrier, I.N, et al. (2016). Evidence-based guidelines for treating bipolar disorder: Revised third edition recommendations from the British Association for Psychopharmacology. *J Psychopharmacol*. 30(6):495–553.
- Gostin, L.O. ve Friedman, E.A. (2015). A retrospective and prospective analysis of the west African Ebola virus disease epidemic: robust national health systems at the foundation and an empowered WHO at the apex. *The Lancet*, 385(9980), 1902-1909.

- Güloğlu, B , Yılmaz, Z , İstemihan, F , Arayıcı, S , Yılmaz, S. (2020). COVID-19 Pandemi Sürecinde Bireylerdeki Anksiyete ve Umutsuzluk Düzeylerinin İncelenmesi . *Kriz Dergisi* , 28 (3) , 135-150.
- Gürbüz, T. (2010). *Anksiyete Bozukluğu Tanısıyla Takip Edilen Hastalarda Anksiyete Şiddeti ve Serum Lipid Profili İlişkinin Değerlendirilmesi*. Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakóltesi. Aile Hekimliđi Uzmanlık Tezi.
- Hales, R.E, Hilty, D.A, Wise, M.G. (1997). A treatment algorithm for the management of anxiety in primary care practice. *J Clin Psychiatry*. 58(suppl 3):76-80
- Hawryluck, L., Gold, W.L., Robinson, S., Pogorski, S., Galea, S. ve Styra, R. (2004). *SARS control and psychological effects of quarantine, Toronto, Canada*. *Emerging Infectious Disease*, 10, 1206-1212.
- Hegney, D.G., Craigie, M., Hemsworth, D., Osseiran Moisson, R., Aoun, S., Francis, K., ve Drury, V. (2014). Compassion satisfaction, compassion fatigue, anxiety, depression and stress in registered nurses in A ustralia: study 1 results. *Journal of Nursing Management*. 22(4):506-18.
- Ho, C. S., Chee, C. Y., ve Ho, R. C. (2020). *Mental health strategies to combat the psychological impact of COVID-19 beyond paranoia and panic*. *Ann Acad Med Singapore*, 49(1), 1-3.
- 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.
- Honigsbaum, M. (2009). *Historical keyword Pandemic*. *The Lancet*, 373.
- Horwitz, A., Wakefield, (2007) *The loss of sadness: How psychiatry transformed normal sorrow into depressive disorder*. Oxford University Press.
- Hsu, K. ve Marshall,V. (1987). Prevalence of depression and distress in a large sample of Canadian residents, interns, and fellows. *Am J Psychiatry*, Dec; 144: 1561 -1566.

ICD-10 (International Classification of Diseases), 1991.

Işık, E. ve Işık, Y. (2006). *Çocuk, ergen ve Erişkinlerde Anksiyete Bozuklukları*, İstanbul, Asimetrik Paralel. s: 425–442.

İnce, M., Yılmaz, M. (2021). COVID-19 Salgını Sürecinde Türkiye’de Değişen Toplumsal Etkileşimler Üzerine Bir Araştırma . *IBAD Sosyal Bilimler Dergisi* , (11) , 160-186 . DOI: 10.21733/ibad.897332.

Karakuş, G. ve Tamam, Lut. (2008). *Temel Psikofarmakoloji. Depresyon Tedavisinde Temel İlkeler*.

Karasar, N. (2012). Bilimsel araştırma yöntemi. Ankara: *Nobel Yayıncılık*.

Kaya, B. (2020). Pandeminin Ruh Sağlığına Etkileri, *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 23, 123-124.

Kern, M. J. (2016). *Global Epidemics, Pandemics, Terrorism: Risk Assessment and European Responses*.

Kessler, R.C, McGonagle, K. ve Zhao, S. (1994). Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States: results from the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry*. 51:8-19.

Khademian, F., Delavari, S., Koohjani, Z. ve Khademian, Z. (2021). An investigation of depression, anxiety, and stress and its relating factors during COVID-19 pandemic in Iran. *BMC Public Health* 21:275.

Koruç, Z. ve Bayar, P. (2004). Egzersizin Depresyon Tedavisindeki Yeri ve Etkileri. *Hacettepe Spor Bilimleri Dergisi*. 15(1), 49-64.

Kozma, A., Stones, M. J., ve McNeil, J. K. (1991). *Psychological well-being in later life*. Toronto: Butterworths Canada.

Köroğlu, E. (2004). Psikozoloji Tanımlayıcı Klinik Psikiyatri, Ankara: *Hekimler Yayın Birliği*. p. 325-80.

Lee, S. (2020). *Coronavirus Anxiety Scale: A brief mental health screener for COVID-19 related anxiety*. *Death Studies*, 44(7), 393-401.

- Lima, C. K. T., de Medeiros Carvalho, P. M., Lima, I. D. A. S., de Oliveira Nunes, J. V. A., Saraiva, J. S., de Souza, R. I., .ve Neto, M. L. R. (2020). The Emotional Impact of Coronavirus 2019-nCoV (New Coronavirus Disease)", *Psychiatry Research*, 287, 112915.
- Lin, A., Wigman, J. T. W., Nelson, B., Vollebergh, W. A., Van Os, J., Baksheev, G., ve Yung, A. R. (2011). The Relationship Between Coping and Subclinical Psychotic Experiences in Adolescents from the General Population– A Longitudinal Study, *Psychological Medicine*, 41, 2535-2546.
- Lin, J., Ren, Y., Gan, H., Chen, Y., Huang, Y., ve You, X., (2020). Factors influencing resilience of medical workers from other provinces to Wuhan fighting against 2019 novel coronavirus pneumonia. *BMC Psychiatry*, 1-15.
- Loveday, H. (2020). Fear, explanation and action–the psychosocial response to emerging infections. *Journal of Infection Prevention*, 21, 44-46.
- Malay D.S. (2020). COVID-19, Pandemic, and Social Distancing. *J Foot Ankle Surg.* 59(3):447–8.
- Mandavilli, A. (2003). *SARS Epidemic unmasks age-old quarantine conundrum*. *Nature Medicine*, 9,487.
- Markel, H. (1993). *Cholera, quarantines, and immigration restriction: the view from Johns Hopkins, 1892*. *Bulletin of the History Medicine*, 67, 691-702.
- Maurice, J. (2016). Cost of protection against pandemics is small. *The Lancet*, 387(10016), e12
- McMillen, C. W. (2016). *Pandemics: A Very Short Introduction*. New York: Oxford University Press.
- Mekonen, E.G., Workneh, B.S., Ali, M.S., and Mulune, N.Y.(2021). The Psychological Impact of COVID-19 Pandemic on Graduating Class Students at the University of Gondar, Northwest Ethiopia. *Psychology Research and Behavior Management*. 14 109-122.
- Mertens, G., Gerritsen, L., Salemink, E., ve Engelhard, I. (2020). *Fear of the coronavirus (COVID-19): Predictors in an online study conducted in March 2020*.

- Monto, A. S., ve Webster, R. G. (2013). *Influenza pandemics: History and lessons learned*. Textbook of Influenza (s. 20-33).
- Morens, D. M., Folkers, G. K., ve Fauci, A. S. (2009). What is a pandemic? *J Infect Dis*, 200(7), 1018-1021.
- Mukhtar, S. (2020). Mental Health and Psychosocial Aspects of Coronavirus Outbreak in Pakistan: Psychological Intervention for Public Mental Health Crisis, *Asian Journal of Psychiatry*, 51, 102069. Advance online publication.
- Nicoll, A. (2009). Closure of schools during an influenza pandemic. *The Lancet infectious diseases*, 9(8), 473-481.
- OECD Economic Outlook. 10 June 2020.
- Okasha, A., Saad, A., Khail, A.H., El Dawle, A.S. ve Yahie, N. (1994). Phenomonology of obsesif-compulsive disorder. A transcultural study. *Compr. Psychiatry*. 35: 191-97
- Ormel, J, Von Korff, M ve Ustun B. (1994). Common mental disorders and disability across cultures: results from the WHO collaborative study on psychological problems in general health care. *JAMA*. 272: 1741–8.
- Öksüz, E. ve Mersin, S. (2017). Uyum Bozukluğu ve Hemşirelik Yaklaşımı. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*. 14 (4): 292-297
- Özgür, G., Yıldırım, S., ve Aktaş, N. (2008). *Bir Üniversite Hastanesinin Ameliyathane Ve Yoğun Bakım Hemşirelerinde Ruhsal Durum Değerlendirmesi*.
- Özpoyraz, N. (1998). *Anksiyete Bozuklukları*. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı Ders Notları.
- Öztan, U.Y. ve Cihangül, N. (2021). Uzaktan Eğitim Sürecinde Psikolojik Danışmanların Krize Müdahale Deneyimlerinin İncelenmesi. *Millî Eğitim Özel Eğitim ve Rehberlik Dergisi* Cilt: 1 Sayı: 1. 195-231.
- Parıldar, H. (2020). Tarihte Bulaşıcı Hastalık Salgınları. *Tepecik Eğit. ve Araşt. Hast. Dergisi*; 30 (Ek sayı):19-26
- Polizzi, C., Lynn, S.J., ve Perry, A., (2020). Stress and Coping in the Time of COVID-19: Pathways to Resilience and Recovery, *Clinical Neuropsychiatry*, 17(2), 59-62.

- Power, K.G, Simpson, R.J., Swanson, V. ve Wallace, L.A. (1990). A controlled comparison of cognitive-behavior therapy, diazepam, and placebo, alone and in combination, for the treatment of generalized anxiety disorder. *J Anxiety Disord.* 4:267-92
- Power, K.G., Jerrom, D.W., Simpson, R.J., Mitchell, M.J. (1989). A controlled comparison of cognitive-behaviour therapy, diazepam and placebo in the management of generalised anxiety. *Behav Psychother.* 17:1-14
- Prager, F., Wei, D. ve Rose, A. (2016). *Total Economic Consequences of an Influenza Outbreak in the United States.* Risk Analysis.
- Rabkin, J., Wagner, G., Del Bene, M. (2000). Resilience and distress among amyotrophic lateral sclerosis patients and caregivers. *Psychosomatic Medicine.*;62:271 – 9.
- Rajkumar, R. P., (2020). COVID-19 and Mental Health: A Review of the Existing Literature, *Asian Journal of Psychiatry.* 52.
- Rasmussen, S.A. ve Eisen, J.L. (1992). The epidemiology and differential diagnosis of obsesif-compulsive disorder. *J.Clin. Psychiatry.* 53(suppl)41: 4-10
- Rauillon, F. (1997). Epidemiology of panic disorder. *Hum Psychofarmacol Clin Exp.*; 12 (suppl): 7 –12
- Redgrave, G.W. (2017). *Cognitive Behavior Therapy for Depression and Anxiety.* Scientific meeting of the Maryland Chapter of the American College of Physicians.
- Rewar, S., Mirdha, D., ve Rewar, P. (2015). Treatment and Prevention of Pandemic H1N1 Influenza. *Annals of Global Health,* 81(5), 645-653.
- Robbins, S. B. Ve Kliewer, W. L. (2000). Advances in theory and research on subjective well-being. In S. D. Brown, & R. W. Lent (Eds.), *Handbook of counseling psychology* (pp. 310-345). New York, NY: Wiley.
- Ross, A. G. P., Ross, A. G. P., Olveda, R. M. ve Yuesheng, L. (2014). Are we ready for a global pandemic of Ebola virus? *International Journal of Infectious Diseases,* 28, 217-218.
- Saatçioğlu, Ö. (2001). Yaygın Anksiyete Bozukluğunun Tedavisi ve Yeni Yaklaşımlar. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni.* 11:60-77

- Sadock, B.J, Sadock, V.A. (2007). Kaplan and Saddock’s Comprehensive Textbook of Psychiatry Çeviri. Editörleri:Aydın H,Bozkurt A. *Sekizinci Baskı Güneş Kitabevleri İstanbul Sy:1559-1800*
- Sanderson, W.C. ve Barlow, D.H. (1990). A description of patients diagnosed with DSM-III-R generalised anxiety disorder. *J Nerv Ment Dis.* 178: 588–91.
- Savrun, B.M. (1999). *Depresyonun Tanımı ve Epidemiyolojisi. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri. Depresyon, Somatizasyon ve Psikiyatrik Aciller Sempozyumu. 2-3 Aralık. İstanbul, s. 11-17.*
- Schneier, F.R, Johnson, J., Hornig, C.D. (1992). Social phobia: comorbidity and morbidity in epidemiologic sample. *Arch Gen Psychiatry.* 49:282-288.
- Schweizer, E., Rickels, K. (1997). Strategies for treatment of generalized anxiety in the primary care setting. *J Clin Psychiatry* 58(suppl 3):27-33
- Serradell, J. (2011). *Deadly Epidemics and Pandemics: SARS.* New York: Infobase Publishing.
- Sevim. B. (2020). *Definition of Depression: a Sociological Study about The Perceptions of Psychiatrists and Clinical Psychologists in Turkey.* Graduate School of Humanities and Social Sciences of Marmara University. Sociology. Master of Art Thesis.
- Shmaefsky, B. (2003). *Deadly Diseases and Epidemics: Syphilis.* New York: Chelsea House.
- Son, C., Hegde, S., Smith, A., Wang, X. Ve Sasangoha, F. (2020). Effects of COVID-19 on College Students’ Mental Health in the United States: Interview Survey Study. *Journal of Medical Internet Research.* Vol 22, No 9. September.
- Stanley, M.A. ve Beck, J.G. (2000). *Anxiety disorders. Clin Psychol Rev;* 20: 731–754.
- Stein, M.B., Walker, J.R. ve Forde, D.R.(1994). Setting thresholds for social phobia: considerations from a community survey of social anxiety. *Am J Psychiatry.* 151:408-412.
- Su, W. ve He, H. (2015). Emergence and Pandemic Potential of Avian Influenza A (H7N9) Virus. *Microbiology in Agriculture and Human Health,* 33.

- Sürmeli, A. (1997). Anksiyete kavramı ve anksiyete bakışlarına temel bir bakış. In: Güleç C, Köroğlu Editors. *Psikiyatri Temel Kitabı*. Ankara; Hekimler Yayın Birliği . p: 449–526.
- Tanner, W., TOTH, D., ve Gundlapalli, A. V. (2015). The pandemic potential of avian influenza A (H7N9) virus: a review. *Epidemiology and Infection*, 143(16), 3359-3374.
- Taubenberger, J. K., ve Morens, D. M. (2009). Pandemic influenza - including a risk assessment of H5N1. *Revue Scientifique Et Technique-Office International Des Epizooties*, 28(1), 187-202.
- Thunström, L., Newbold, S.C., Finnoff, S.C., Ashworth, M. ve Shogren, J.F. (2020). The benefits and costs of flattening the curve for COVID-19”. *SSRN Electronic Journal*, 1–17.
- 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.
- Türkçapar, H. (2018), *Depresyon: Klinik Uygulamada Bilişsel Davranışçı Terapi*. Epsilon Yayınevi, İstanbul.
- Ungar, M. (2008). Resilience across cultures. *British Journal of Social Work*, 38(2), 218-235.
- Usher, K., Bhullar, N., Durkin, J., Gyamfi, N., ve Jackson, D., (2020). Family Violence and COVID-19: Increased Vulnerability and Reduced Options for Support, *International Journal of Mental Health Nursing*.
- Uzday, İ.T. (2002). Anksiyetenin nörobiyolojisi. *Klinik Psikiyatri Dergisi*. 5 (Ek Sayı:1): E5-E13.
- Verikios, G., Sullivan, M., Stojanovski, P., Giesecke, J. ve Woo, G. (2015). *Assessing Regional Risks From Pandemic Influenza: A Scenario Analysis*. *The World Economy*.
- 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.

- Wang, C., Pan, R., Wan, X., Tan, Y., Xu, L., Ho, CS., et al. (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*. S.17(5), s.1729.
- Weissman, M.M., Band, R.C., Canino GJ et al. (1997). The cross national epidemiology of panic disorder. *Arch Gen Psychiatry*. 54: 305 – 9.
- WHO, (2020a) *World Health Organisation. Q&A on coronaviruses (COVID-19)*.
- WHO, (2020b) *World Health Organisation. Coronavirus*.
- WHO, (2020c) *World Health Organisation. WHO Coronavirus Disease (COVID-19)*.
- WHO, (2021) <https://www.who.int/publications/m/item/weekly-epidemiological-update-on-covid-19---6-april-2021>
- WHO. (2011a). The classical definition of a pandemic is not elusive. *Bull World Health Organ*, 89(7), 540-541
- WHO. (2011b). *Comparative Analysis of National Pandemic Influenza Preparedness Plans*.
- WHO. (2013). *Pandemic Influenza Risk Management WHO Interim Guidance*.
- WHO. (2020c). *Naming the coronavirus disease (COVID-19) and the virus that causes it*. [https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/technicalguidance/naming-the-coronavirus-disease-\(covid-2019\)-and-the-virus-that-causes-it](https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/technicalguidance/naming-the-coronavirus-disease-(covid-2019)-and-the-virus-that-causes-it)
- Wildoner, D. A. (2016). What's New with Pandemic Flu. *Clinical Microbiology Newsletter*, 38(4), 27-31.
- Wong, G. W. ve Leung, T. F. (2007). Bird flu: lessons from SARS. *Paediatr Respir Rev*, 8(2), 171-176.
- Wood, V., Wylie, M. L., ve Sheator, B. (1969). An analysis of a short self-report measure of life satisfaction: Correlation with rater judgments. *Journal of Gerontology*, 24, 465-469.
- Xiao, H., Zhang, Y., Kong, D., Li, S., ve Yang, N. (2020). Social Capital and Sleep Quality in Individuals Who Self-Isolated for 14 Days During the Coronavirus Disease 2019

(COVID-19) Outbreak in January 2020 in China. *Medical Science Monitor : International Medical Journal of Experimental and Clinical Research*, 26.

Xiong, J., Lipsitz, O., Nasri, F., Lui, L., Gill, H. ve Phan, L., (2020). Impact of COVID-19 pandemic on mental health in the general population: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 277, 55-64. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.08.001>.

Yuang, Y.Y. ve Liu, C.Y. (2001). Phenomenology of obsesif-compulsive disorder in Taiwan. *Psychiatry Clin. Neurosci.* 55: 623-27

Yüksel, N. (2006) *Ruhsal Hastalıklar. Duygudurum Bozuklukları*. 3. Baskı, MN Medikal ve Nobel, s.183-221.

Zhang, W. R., Wang, K., Yin, L., Zhao, W. F., Xue, Q., Peng, M. et. al. (2020) Mental health and psychosocial problems of medical health workers during the COVID-19 epidemic in China. *Psychotherapy and Psychosomatic*, Apr 9, 1-9.

EKLER

COVID-19 SALGINI SONRASINDA BİREYLERİN YAŞADIĞI ANKSİYETE VE DEPRESYON DÜZEYLERİNİN İNCELENMESİ

Katılımcı Bilgilendirme ve Aydınlatılmış Onam Formu

EK-1 Katılımcı Bilgilendirme

Değerli Katılımcılar,

Yakın Doğu Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Klinik Psikoloji Yüksek Lisans Programında yürüteceğim tez çalışmam için araştırma yapmaktayım. Bu çalışmada covid-19 salgını sonrasında bireylerin yaşadığı anksiyete ve depresyon düzeylerinin incelenecektir. Bu çalışmada size demografik bilgi formu ve ölçekler verilecektir. Demografik bilgi formu sizin yaş cinsiyet, öğrenim durumunuz gibi demografik özellikleriniz hakkındaki soruları içermektedir. Verilen ölçekler Birinci Basamak İçin Beck Depresyon Ölçeği (BBBDÖ), Depresyon-Anksiyete-Stres Ölçeği (DASS 42) ve Koronavirüs (Covid-19) Korkusu Ölçeğidir. Ölçeklerde ve bilgi formunda isminiz yazılmayacaktır ve verdiğiniz cevaplar gizli kalacaktır. Araştırma sonuçları bireysel bilgi olarak değil, grup ortalaması olarak bilimsel raporda kullanılacaktır. Eğer çalışmayla ilgili bir şikayetiniz, görüşünüz veya sorunuz varsa bunu çalışmanın araştırmacısı Psk. Ebru ÖZÜREN iletebilirsiniz.

Katılımınız için teşekkür ederim.

Psk. Ebru ÖZÜREN

Yakındoğu Üniversitesi, Klinik Psikoloji Bölümü

Lefkoşa

Mail: ebruozuren97@gmail.com

EK-2 KATILIMCI ONAM FORMU

Değerli Katılımcı;

Bu çalışma, Yrd. Doç. Dr. Asra BABAYİĞİT danışmanlığında Yakın Doğu Üniversitesi, Psikoloji Bölümü, Klinik Psikoloji Yüksek Lisans programı öğrencisi Psk. Ebru ÖZÜREN tarafından covid-19 salgını sonrasında bireylerin yaşadığı anksiyete ve depresyon düzeylerini araştırmak amacıyla yürütülen bir tez çalışmasıdır.

Bu araştırmaya katılmak tamamen gönüllülük esasına bağlıdır. Aşağıdaki onay kutucuğunu “evet” şeklinde işaretlerseniz araştırmaya gönüllü olarak katılmayı kabul etmiş sayılırsınız. Araştırma kapsamında kimlik bilgileri gibi özel bilgiler istenmemektedir. Bu çalışma süresince toplanan veriler yalnızca akademik araştırma amacı ile kullanılacaktır ve yalnızca ulusal/uluslararası akademik toplantılarda ve/veya yayınlarda sunulacaktır. Araştırmadan herhangi bir sebeple ayrılmak isterseniz, araştırma ekibi ile aşağıda yer alan bilgileri kullanarak iletişime geçebilirsiniz. Uygulama yaklaşık olarak 15-20 dakika sürmektedir. Çalışmaya katılmayı kabul edip, ölçek maddelerini doldurmaya başladıktan sonra herhangi bir nedenle bataryayı tamamlamak istemezseniz, ölçeği yarıda bırakıp süreci sonlandırabilirsiniz. Bu konu ile ilgili herhangi bir sorunuz ya da endişeniz olursa aşağıdaki iletişim bilgilerinden ulaşabilirsiniz.

İlginiz ve katılımınız için şimdiden teşekkür eder, saygılar sunarız.

Araştırma Ekibi:

Psk. Ebru ÖZÜREN

İletişim telefon : 0535 570 33 17

e-posta : ebruozuren97@gmail.com

Bu çalışmaya gönüllü olarak katılmayı kabul ediyorum.

EK 3. DEMOGRAFİK BİLGİ FORMU

1) Yaşınız:

2) Cinsiyetiniz: Kadın () Erkek ()

3) Eğitim Durumunuz (son aldığınız diplomaya göre belirtiniz):

Okur- yazar () İlkokul () Ortaokul () Lise () Üniversite ()
Üniversite ve üstü ()

4) Mesleğiniz (Lütfen Belirtiniz) :

5) Eve giren aylık gelir ne kadardır:

1) Geliri yok 2) Asgari ücret (2300) ve altı

3) 2300-5000 4) 5000 ve üzeri

6) Medeni Durumunuz:

Bekar () Evli () Eşini kaybetmiş () Boşanmış ()

Birlikte yaşıyor () Ayrı yaşıyor ()

7) Kimlerle yaşıyorsunuz:

Tek başına () Aile ile () Arkadaş ile () Akraba yanı

() Yurtta, kurumda vs. ()

8) Kendiniz dahil kardeş sayısı:

9) Varsa, çocuk sayısı:

10) Daha önce psikiyatrik bir hastalığınız var mıydı? Var ise

neydi?.....

Evet () Hayır ()

11) Daha önce fiziksel veya kronik bir hastalığınız var mıydı? Var ise neydi?

Evet () Hayır ()

12) Sosyal yaşantınızda bir bozulma oldu mu?

Evet () Hayır ()

13) Sigara kullanıyorsanız bu süreçte bir artış oldu mu?

Evet () Hayır ()

14) Uyku, iştah, terleme , titreme gibi yakınmalarınız var mı?

Var ise neydi?.....

Evet () Hayır ()

EK 4.Birinci Basamak İçin Beck Depresyon Ölçeği

Hastanın yaşı:_____Cinsiyeti:_____Öğrenim durumu: _____

Açıklama

Bu ankette yedi grup ifade bulunmaktadır. Her gruptaki ifadeleri dikkatle okuduktan sonra bugün dahil olmak üzere **son iki haftadaki** duygu durumunuzu en iyi açıklayan ifadeyi seçiniz. Seçtiğiniz ifadenin yanındaki sayıyı daire içerisine alınız. Eğer bir grupta birden fazla ifade sizin durumunuza uyuyorsa en yüksek puanı alan ifadeyi seçiniz.

1.Üzüntü

- 0 Üzgün değilim.
- 1 Zaman zaman üzgünüm.
- 2 Her zaman üzgünüm.
- 3 Dayanamayacak kadar üzgün ve mutsuzum.

2.Kötümserlik

- 0 Gelecekte umutsuz değilim.
- 1 Geleceğim hakkında eskisinden daha umutsuzum.
- 2 Gelecekte çok umutsuzum.
- 3 Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.

3.Geçmişteki başarısızlıklar

- 0 Kendimi başarısız görmüyorum.
- 1 Yapabileceğim kadar başarılı olamadım.
- 2 Geriye baktığımda pek çok başarısızlık görüyorum.
- 3 Kendimi bir insan olarak tamamen başarısız görüyorum.

4.Kendini beğenmeme

- 0 Kendi hakkımda her zamanki gibi hissediyorum.
- 1 Kendime olan güvenim azaldı.
- 2 Kendimle ilgili hayal kırıklığı yaşıyorum.

3 Kendimden nefret ediyorum.

5.Kendini suçlama

0 Kendimi her zamankinden fazla eleştirmiyor ve suçlamıyorum.

1 Kendimi her zamankinden fazla suçluyorum.

2 Kendimi bütün hatalarım için suçluyorum.

3 Her kötü olayda kendimi suçluyorum.

6.İlgi kaybı

0 İnsanlara ve olaylara olan ilgimi kaybetmedim.

1 İnsanlar ve olaylara olan ilgim azaldı.

2 İnsanlar ve olaylara olan ilgimin çoğunu kaybettim.

3 Artık hiçbir şeye ilgi duymuyorum.

7.İntihar düşüncesi veya isteği

0 Kendimi öldürme gibi düşüncelerim yok.

1 Kendimi öldürme düşüncem var ama bunu yapmam.

2 Kendimi öldürmek isterdim.

Fırsatını bulsam kendimi öldürürüm.

EK 5.DEPRESYON-ANKSİYETE-STRES ÖLÇEĞİ

NO	SON 1 HAFTADAKİ DURUMUNUZ	Hiçbir zaman	Bazen ve arasıra	Oldukça sık	Her zaman
1 S	Oldukça önemsiz şeyler için üzüldüğümü farkettim	0	1	2	3
2 A	Ağzımda kuruluk olduğunu farkettim	0	1	2	3
3 D	Hiç olumlu duygu yaşayamadığımı farkettim	0	1	2	3
4 A	Soluk almada zorluk çektim (<i>örneğin fizik egzersiz yapmadığım halde aşırı hızlı nefes alma, nefessiz kalma gibi</i>)	0	1	2	3
5 D	Hiçbir şey yapamaz oldum	0	1	2	3
6 S	Olaylara aşırı tepki vermeye meyilliyim	0	1	2	3
7 A	Bir sarsaklık duygusu vardı (<i>sanki bacaklarım beni taşıyamayacakmış gibi</i>)	0	1	2	3
8 S	Kendimi gevşetip salıvermek zor geldi	0	1	2	3
9 A	Kendimi, beni çok tedirgin ettiği için sona erdiğinde çok rahatladığım durumların içinde buldum	0	1	2	3
10 D	Hiçbir beklentimin olmadığı hissine kapıldım	0	1	2	3
11 S	Keyfimin pek kolay kaçırılabilirdiği hissine kapıldım	0	1	2	3
12 S	Sinirsel enerjimi çok fazla kullandığımı hissettim	0	1	2	3
13 D	Kendimi üzgün ve depressif hissettim	0	1	2	3
14 S	Herhangi bir şekilde <i>geciktirildiğimde (asansörde, trafik ışıklarında, bekletildiğimde)</i> sabırsızlandığımı hissettim	0	1	2	3
15 A	Baygınlık hissine kapıldım	0	1	2	3

16 D	Neredeyse herşeye karşı olan ilgimi kaybettiğimi hissettim	0	1	2	3
17 D	Birey olarak değersiz olduğumu hissettim	0	1	2	3
18 S	Alınan olduğumu hissettim	0	1	2	3
19 A	Fizik egzersiz veya aşırı sıcak hava olmasa bile belirgin biçimde terlediğimi gözledim (<i>örneğin ellerim terliyordu</i>)	0	1	2	3
20 A	Geçerli bir neden olmadığı halde korktuğumu hissettim	0	1	2	3
21 D	Hayatın değersiz olduğunu hissettim	0	1	2	3
22 S	Gevşeyip rahatlamakta zorluk çektim	0	1	2	3
23 A	Yutma güçlüğü çektim	0	1	2	3
24 D	Yaptığım işlerden zevk almadığımı farkettim	0	1	2	3
25 A	Fizik egzersiz söz konusu olmadığı halde kalbimin hareketlerini hissettim (<i>kalp atışlarımın hızlandığını veya düzensizleştiğini hissettim</i>)	0	1	2	3
26 D	Kendimi perişan ve hüzünlü hissettim	0	1	2	3
27 S	Kolay sinirlendirilebildiğimi farkettim	0	1	2	3
28 A	Panik haline yakın olduğumu hissettim	0	1	2	3
29 S	Bir şey canımı sıktığında kolay sakinleşemediğimi farkettim	0	1	2	3
30 A	Önemsiz fakat alışkın olmadığım bir işin altından kalkamayacağım korkusuna kapıldım	0	1	2	3
31 D	Hiçbir şey bende heyecan uyandırmıyordu	0	1	2	3
32 S	Birşey yaparken ikide bir rahatsız edilmeyi hoş göremediğimi farkettim.	0	1	2	3
33 S	Sinirlerimin gergin olduğunu hissettim	0	1	2	3
34 D	Oldukça değersiz olduğumu hissettim	0	1	2	3

35 S	Beni yaptığım işten alıkoyan şeylere dayanamıyordum	0	1	2	3
36 A	Dehşete düştüğümü hissettim	0	1	2	3
37 D	Gelecekte ümit veren birşey göremedim	0	1	2	3
38 D	Hayatın anlamsız olduğu hissine kapıldım	0	1	2	3
39 S	Kışkırtılmakta olduğumu hissettim	0	1	2	3
40 A	Panikleyip kendimi aptal durumuna düşüreceğim durumlar nedeniyle endişelendim.	0	1	2	3
41 A	Vücudumda (<i>örneğin ellerimde</i>) titremeler oldu.	0	1	2	3
42 D	Bir iş yapmak için gerekli olan ilk adımı atmada zorlandım	0	1	2	3

A= ANKSİYETE D= DEPRESYON S= STRES

EK.6 Koronavirüs (Covid-19) Korkusu Ölçeği

Değerli Katılımcı, aşağıda sizinle ilgili ifadeler bulunmaktadır. Lütfen her bir maddeyi dikkatlice okuyunuz ve sizi en iyi tanımlayan seçeneği işaretleyiniz. Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Sizden beklenen içtenlikle cevap vererek bilimsel bir çalışmaya yardımcı olmanız. Lütfen bütün sorularla ilgili görüşlerinizi ifade ediniz.

1: Kesinlikle katılmıyorum, 2: Katılmıyorum, 3: Kararsızım, 4: Katılıyorum, 5: Kesinlikle katılıyorum					
	1	2	3	4	5
1. Koronavirüsten (Covid-19) çok korkuyorum.					
2. Koronavirüsü düşünmek beni rahatsız ediyor.					
3. Koronavirüsü düşündüğümde ellerim soğuk terliyor.					
4. Koronavirüs nedeniyle hayatımı kaybetmekten korkuyorum.					
5. Sosyal medyada koronavirüsle ilgili hikayeleri ve haberleri gördüğümde gerilir veya endişelenirim.					
6. Koronavirüse yakalanacağım korkusundan dolayı uyuyamıyorum.					
7. Koronavirüse yakalanacağımı düşündüğümde kalbim hızla çarpmaya başlıyor.					

EK 7. ÖLÇEK İZİNLERİ



Wi-Fi %79 21:42



Çok teşekkür ederim

5 Eki 2020 Pzt 18:24 tarihinde Zekeriya Akturk
<zekeriya.akturk@gmail.com> şunu yazdı:

[Alıntılanan metni gizle](#)

Merhaba Ebru Hanım.
Birinci Basamak İçin Beck Depresyon Ölçeği'ni
araştırmalarınız için kullanmanızdan memnuniyet
duyarım.
Eğitiminizde başarılar diliyorum.

On Mon, Oct 5, 2020 at 11:29 AM Ebru Ozuren
<ebruozuren97@gmail.com> wrote:

Merhaba ben Psikolog Ebru Özüren Yakın doğu
üniversitesinde yüksek lisans yapıyorum tez
hazırlama aşamasındayım izniniz olursa Beck
Depresyon ölçeğinizi kullanabilir miyim ?

--
Zekeriya Aktürk
Professor of Family Medicine
+49 176 41113134



Yanıtla



Tümünü
yanıtla



Yönlendir



(konu yok)

Gelen Kutusu



Ebru Ozuren 20:32

Merhaba ben Psikolog Ebru Özüren
Yakın doğu üniversitesinde yüksek lisans



zeynepacutuk@trakya... 22:49

Alıcılar: ben



tabiki kullanabilirsin ebru
kolaylıklar dilerim

Dr zeynep Akkuş Çutuk

Pts, Eki 5, 2020 20:32 tarihinde , Ebru
Ozuren <ebruozen97@gmail.com>
tarafından yazıldı:

[Alıntılanan metni göster](#)



Ebru Ozuren Dün

Alicılar: Ozan v



Çok teşekkür ederim yoluma ışık tuttuğunuz için.

6 Eki 2020 Sal 22:14 tarihinde Ozan KORKMAZ
<pd.ozankorkmaz@gmail.com> şunu yazdı:

[Alıntılanan metni gizle](#)

Merhaba,
Ölçeği yapmayı planladığınız çalışmada kullanmanızdan memnuniyet duyarız.
Ölçek formu ve ölçeğin değerlendirilmesine ilişkin bilgilerin yer aldığı dosyayı ekte gönderiyorum.
Yardımcı olabileceğimiz bir konuda bana ulaşmaktan lütfen çekinmeyin.
Çalışmanızda başarılar diliyorum.
İyi çalışmalar.

6 Eki 2020 Sal, saat 14:51 tarihinde Ebru Ozuren
<ebruozuren97@gmail.com> şunu yazdı:

Merhaba ben Psikolog Ebru Özüren Yakın Doğu Üniversitesinde Yüksek Lisans yapıyorum tez hazırlama aşamasındayım izniniz olursa Covid-19 Korkusu Ölçeğinizi kullanabilir miyim?

ÖZGEÇMİŞ

Ebru ÖZÜREN, 4 Ağustos 1997 yılında Ankara'da doğdu. İlköğretimini Gülen Muharrem Pakoğlu İlkokul ve Ortaokul (Ankara), Lise eğitimini Ankara'da bulunan Deneme Lisesinde tamamladı. 2015 yılında Yakın Doğu Üniversitesi Psikoloji bölümüne başlayarak 2019 yılı Haziran Ayında Lisans eğitimini tamamladı. 2015-2016 yılında Yakın Doğu Üniversitesi Yüzme Takımında yer aldı. Lisan eğitimi yaptığı süre zarfında Terapide klinik görüşme teknikleri eğitimi- Kıbrıs Ruh Sağlığı Enstitüsü- Kasım 2018 Terapide Klinik görüşmede yapılacak teknikler. Yalnız değilsin YDÜ davranış ve Eğitim Bilimleri Enstitüsü Nisan 2018. Ruh Sağlığı Sempozyumu Kıbrıs Psikoterapi Derneği Aralık 2016 konuşan beden adlı sertifikaları aldı. 2019 -2020 eğitim öğretim yıllarında Yakın Doğu Üniversitesi Klinik Psikoloji tezli yüksek lisans programına başladı.

İNTİHAL RAPORU

YLP TEZ

ORJİNALLIK RAPORU

% 11	% 10	% 1	%
BENZERLİK ENDEKSİ	İNTERNET KAYNAKLARI	YAYINLAR	ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ

BİRİNCİL KAYNAKLAR

1	docs.neu.edu.tr İnternet Kaynağı	% 2
2	dergipark.org.tr İnternet Kaynağı	% 1
3	www.iet-c.net İnternet Kaynağı	% 1
4	dspace.trakya.edu.tr:8080 İnternet Kaynağı	% 1
5	www.slideshare.net İnternet Kaynağı	% 1
6	ruhsalsaglik.blogspot.com İnternet Kaynağı	% 1
7	tez.sdu.edu.tr İnternet Kaynağı	<% 1
8	muhaz.org İnternet Kaynağı	<% 1
9	www.tid.gov.tr İnternet Kaynağı	<% 1

ETİK KURUL RAPORU



BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

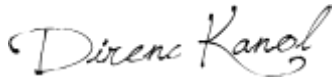
17.12.2020

Sayın Ebru Özüren

Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu'na yapmış olduğunuz YDÜ/SB/2020/838 proje numaralı ve **“Covid-19 Salgını Sonrasında Bireylerin Yaşadığı Anksiyete ve Depresyon Düzeylerinin İncelenmesi”** 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