2021

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Özge BENCİK



T.C.
ANKARA YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

BİREYLERİN PANDEMİ DÖNEMİNDE SAĞLIĞA DAİR İŞLEVSEL OLMAYAN İNANÇ, KAYGI VE DEPRESYONLARI ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Özge BENCİK

SOSYAL HİZMET POLİTİKALARI VE UYGULAMALARI PROGRAMI

Ankara, 2021

T.C.
ANKARA YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

BİREYLERİN PANDEMİ DÖNEMİNDE SAĞLIĞA DAİR İŞLEVSEL OLMAYAN İNANÇ, KAYGI VE DEPRESYONLARI ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Özge BENCİK

SOSYAL HİZMET POLİTİKALARI VE UYGULAMALARI
PROGRAMI

Ankara, 2021

T.C.
ANKARA YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

Bireylerin Pandemi Döneminde Sağlığa Dair İşlevsel Olmayan İnanç, Kaygı ve Depresyonları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

Özge BENCİK

Yüksek Lisans Tezi

21.05.2021

Tez Danışmanı
Doç. Dr. Esra ÇALIK VAR

Jüri Üyeleri
Dr. Öğr. Üyesi Hicran ÇETİN GÜNDÜZ
Prof. Dr. Cengiz ÖZBESLER
Doç. Dr. Esra ÇALIK VAR

Okuduğumuz ve Savunmasını dinlediğimiz bu tezin bir Yüksek Lisans derecesi için gereken tüm kapsam ve kalite şartlarını sağladığını beyan ederiz.

Prof. Dr. Seyfullah Oktay ARSLAN
Enstitü Müdürü

Bu tezin Yüksek Lisans derecesi için gereken tüm şartları sağladığını tasdik ederim.

BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün aşamalarda patent ve telif haklarını ihlal edici etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tezde kullanılmış olan tüm bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi beyan ederim.

21-05-2021

Özge BENCİK

TEŞEKKÜR

Yüksek Lisans sürecim boyunca iş yükünün fazla olmasına rağmen bizlerle sağlıklı iletişim kuran ve mesleki kariyerimde bana referans olan Prof. Dr. Cengiz ÖZBESLER' e ve bilimsel araştırma tekniklerini öğrenmemde yardımcı olan Doç. Dr. Esra ÇALIK VAR' a;

Araştırmamın hazırlık aşamasında bana yardımcı olan İrem YÖRÜK ve Büşra DEMİR' e;

Veri toplama aşamasında ise başta Yalın USANMAZ ve Enes AYTAÇ olmak üzere tüm katılımcılara;

Hayatım boyunca attığım her adımda yanımda olan ve desteğini hiç esirgemeyen BENCİK Ailesi'ne;

Hayatıma girdiği andan itibaren hayata bakış açımı değiştiren, akademik anlamda beni cesaretlendiren, motivasyon kaynağım, erkek arkadaşım Ali'ye;

Teşekkür ve sevgilerimle…

İÇİNDEKİLER

ÖZET iv

ABSTRACT v

KISALTMALAR DİZİNİ vi

ŞEKİLLER DİZİNİ vii

TABLOLAR DİZİNİ viii

1. GİRİŞ 1

2. GENEL BİLGİLER 4

2.1. Hastalık ve Sağlık Tanımı 4

2.2. Hastalığın Nedenleri ve Sınıflandırılması 4

2.2.1. Bulaşıcı Hastalıklar 5

2.2.2. Bulaşıcı Hastalıkların Zararları 7

2.2.3. Korona Virüs 8

2.2.4. Pandemi Süreci ve Alınan Önlemler 9

2.3. Sağlığa Dair İşlevsel Olmayan İnançlar 12

2.4. Anksiyete ve Türleri 13

2.4.1. Anksiyetenin Nedenleri ve Belirtileri 15

2.5. Depresyon ve Türleri 17

2.5.1. Depresyonun Nedenleri ve Belirtileri 18

2.6. Bilişsel Davranışçı Kuram 21

3. MATERYAL VE YÖNTEM 24

3.1. Araştırmanın Modeli 24

3.2. Araştırmanın Evren ve Örneklemi 24

3.3. Araştırmanın Veri Toplama Araçları 25

3.3.1. Kişisel Bilgi Formu 25

3.3.2. Sağlık Bilişleri Ölçeği 25

3.3.3. Sağlık Anksiyetesi Ölçeği 26

3.3.4. Beck Depresyon Ölçeği 26

3.4. Verilerin Toplanması 27

3.5. Verilerin Analizi 28

3.6. Araştırmanın Amaçları 28

3.7. Araştırmanın Sınırlılıkları 29

4. BULGULAR 30

4.1. Katılımcılara Ait Betimsel Bulgular 30

4.1.1. Katılımcıların Sosyo-Demografik Bilgilerine Yönelik Bulgular 30

4.1.2. Katılımcıların Pandemi Dönemindeki Durumlarına Yönelik Bulgular .. 31

4.2. Katılımcıların Anksiyete, Depresyon, Sağlığa Dair İşlevsiz İnançlara Yönelik Bulgular 32

4.2.1. Sağlık Anksiyetesi, Beck Depresyon ve Sağlık Bilişleri Ölçeklerinden Alınan Puanlar ve Normallik Testlerine Yönelik Bulgular 32

4.2.1.1. Katılımcıların Sağlığa Dair İşlevsel Olmayan İnançlarının Çeşitli Değişkenlere Göre İncelenmesine Yönelik Bulgular 34

4.2.1.2. Katılımcıların Sağlık Anksiyetelerinin Çeşitli Değişkenlere Göre İncelenmesine Yönelik Bulgular 39

4.2.1.3. Katılımcıların Depresyonlarının Çeşitli Değişkenlere Göre İncelenmesine Yönelik Bulgular 45

4.2.1.4. Katılımcıların Sağlığa Dair İşlevsel Olmayan İnanç, Sağlık Anksiyete ve Depresyon Ölçek Puanlarının Arasındaki İlişkiye Yönelik Bulgular 51

5. TARTIŞMA 52

5.1. Sağlığa Dair İşlevsel Olmayan İnanç, Sağlık Anksiyete ve Depresyon Puanlarının Yaş İle İlişkisine Yönelik Bulguların Tartışılması 52

5.2. Sağlığa Dair İşlevsel Olmayan İnanç, Sağlık Anksiyete ve Depresyon Puanlarının Cinsiyete Göre Farklılaşmasına İlişkin Bulguların Tartışılması 53

5.3. Sağlığa Dair İşlevsel Olmayan İnanç, Sağlık Anksiyete ve Depresyon Puanlarının Medeni Duruma Göre Farklılaşmasına İlişkin Bulguların Tartışılması 54

5.4. Sağlığa Dair İşlevsel Olmayan İnanç, Sağlık Anksiyete ve Depresyon Puanlarının Çocuk Sahibi Olma Durumuna Göre Farklılaşmasına İlişkin Bulguların Tartışılması 55

5.5. Sağlığa Dair İşlevsel Olmayan İnanç, Sağlık Anksiyete ve Depresyon Puanlarının Yerleşim Yerline Göre Farklılaşmasına İlişkin Bulguların Tartışılması 56

5.6. Sağlığa Dair İşlevsel Olmayan İnanç, Sağlık Anksiyete ve Depresyon Puanlarının Meslek Sahibi Olma Durumuna Göre Farklılaşmasına İlişkin Bulguların Tartışılması 56

5.7. Sağlığa Dair İşlevsel Olmayan İnanç, Sağlık Anksiyete ve Depresyon Puanlarının Ekonomik Düzeye Göre Farklılaşmasına İlişkin Bulguların Tartışılması 57

5.8. Sağlığa Dair İşlevsel Olmayan İnanç, Sağlık Anksiyete ve Depresyon Puanlarının Arasındaki İlişkiye Yönelik Bulguların Tartışılması 57

6. SONUÇ VE ÖNERİLER 59

7. KAYNAKLAR 63

8. EKLER 70

EK-1. Etik Kurul Onay Formu 70

EK-2. Kişisel Bilgi Formu 71

EK-3. Sağlık Anksiyetesi Ölçeği (Kısa Versiyon) 73

EK-4. Beck Depresyon Ölçeği 77

EK-5. Sağlık Bilişleri Ölçeği 81

EK-6. Özgeçmiş 82

ÖZET

Bireylerin Pandemi Döneminde Sağlığa Dair İşlevsel Olmayan İnanç, Kaygı ve Depresyonları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

Özge BENCİK

İnsanlık tarihi boyunca çeşitli salgın hastalıklar, pandemiler, ekonomik krizler, doğal afetler gibi bölgesel ve küresel sorunlar yaşanmıştır. Bu sorunlara karşılık devletler halkını korumak aynı zamanda da kendi varlıklarını devam ettirebilmek için çeşitli alanlarda birçok mücadele vermişlerdir. Verilen mücadeleler bazı noktalarda yetersiz kalmış, bazı olayların sebepleri tam olarak çözümlenememiş, yaşanan bazı durumlarda ise insanoğlu çaresiz kalmıştır. Geçmişteki bu salgın hastalıklar ve pandemiler gibi korona virüs de bireylerin yaşama biçimlerinde değişiklikler yaratmıştır. Bu değişiklikler bireylerde bilinmezliğe, öngörülmezliğe ve belirsizliğe yol açmıştır. Bu durumlar da bireylerin stres, kaygı, korku ve depresyon gibi duygularını harekete geçirmiştir.

Araştırmada amaçsal örneklem yöntemiyle belirlenen Muğla'da yaşayan 18 yaş ve üzeri 377 katılımcıya web tabanlı anket yöntemi uygulanmıştır. Katılımcıların sağlığa dair işlevsel olmayan inançlarını ölçmek amacıyla Sağlık Bilişleri Ölçeği, kaygılarını (anksiyete) ölçebilmek amacıyla Sağlık Anksiyete Ölçeği ve depresyonlarını ölçmek amacıyla ise Beck Depresyon Ölçeği kullanılmıştır. Veriler SPSS 22 paket program ile istatiksel analiz yöntemiyle incelenmiştir. Bulgulara göre; bireylerin sağlığa dair işlevsiz inançları, sağlık anksiyeteleri ve depresyonları arasında anlamlı bir ilişki olduğu ve bu durumların cinsiyete göre farklılaştığı saptanmıştır. Ayrıca bireylerin depresyonlarının yaş, medeni hal, yerleşim yeri, ekonomik durum, meslek ve çocuk sahibi olma durumlarına göre farklılaştığı sonuçlarına ulaşılmıştır. Bireylerin anksiyetelerinin ise ekonomik durum ve meslek sahibi olma durumlarına göre farklılaşma gösterdiği bulunmuştur.

Sosyal hizmete ilişkin bu araştırmayla tespit edilen bulgulara dayanarak bundan sonra yapılacak olası araştırmalara zemin oluşturması ve gelecek nesillere söz konusu salgın hakkında bilgi aktarımının sağlanması açısından yararlı olacağı düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: anksiyete, korona virüs, depresyon, sağlığa dair işlevsiz inanç.

ABSTRACT

Examining of the Relationship Between Disfunctional Beliefs Related Health, Anxiety and Depressions of Individuals During Pandemic Period

Özge BENCİK

Throughout human history, regional and global problems such as various epidemics, pandemics, economic crises and natural disasters have been experienced. In response to these problems, civilizations and states have struggled in economic, political and social fields in order to protect their people and at the same time to maintain their own existence. The struggles were insufficient at some points, the causes of some events could not be fully resolved, and in some cases, human beings were desperate. Like these epidemics and pandemics in the past, the corona virus has also changed the way individuals live. These changes have led to uncertainty, unpredictability and uncertainty in individuals. These situations triggered the feelings of individuals such as stress, anxiety, fear and depression.

In the study, a web-based questionnaire method was applied to 377 participants aged 18 and over living in Mugla, determined by the method of simple random samples. The Health Cognition Scale was used to measure the participants' dysfunctional belief levels related health, the Health Anxiety Scale to measure their anxiety levels, and the Beck Depression Scale to measure the depression levels. The data were analyzed with the SPSS 22 package program using statistical analysis method. According to the findings; ıt has been determined that there is a significant relationship between individuals' dysfunctional beliefs related health, health anxiety and depression, and these conditions differ according to gender. In addition, it was concluded that individuals' depressions differ according to their age, marital status, place of residence, economic status, profession and having children. It has been found that the anxiety levels of individuals differ according to their economic status and occupation status.

Based on the findings of this research on social work, it is thought to be useful in terms of laying the groundwork for possible future research and providing information about the epidemic to future generations.

Key Words: anxiety, corona virus, depression, dysfunctional belief related health.

KISALTMALAR DİZİNİ

BDÖ : Beck Depresyon Ölçeği

BDT : Bilişsel Davranışçı Terapi

DSÖ : Dünya Sağlık Örgütü

M.S. : Milattan Sonra

OKB : Obsesif Kompulsif Bozukluk

SAÖ : Sağlık Anksiyete Ölçeği

SBÖ : Sağlık Bilişleri Ölçeği

TDK : Türk Dil Kurumu

TSSB : Travma Sonrası Stres Bozukluğu

WHO : World Health Organization

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 2.1. BDT'ye göre süreç..... 22

TABLOLAR DİZİNİ

Tablo 4.1. Katılımcılara ait sosyo-demografik bilgiler 30

Tablo 4.2. Katılımcıların pandemi dönemindeki durumuna dair bulgular..... 31

Tablo 4.3. Katılımcıların SAÖ, BDÖ ve SBÖ'den aldıkları puanların dağılımı 33

Tablo 4.4. Sağlık bilişleri ölçek puanlarının yaşa göre Pearson analiz sonucu..... 34

Tablo 4.5. Sağlık bilişleri ölçek puanlarının cinsiyete ilişkin t- testi sonuçları 35

Tablo 4.6. Sağlık bilişleri ölçek puanlarının medeni duruma ilişkin t- testi sonuçları 35

Tablo 4.7. Sağlık bilişleri ölçek puanlarının eğitim duruma ilişkin betimsel istatistik sonuçları 36

Tablo 4.8. Sağlık bilişleri ölçek puanlarının eğitim durumuna göre ANOVA sonuçları 36

Tablo 4.9. Sağlık bilişleri ölçek puanlarının yerleşim yerine ilişkin betimsel istatistik sonuçları 37

Tablo 4.10. Sağlık bilişleri ölçek puanlarının yerleşim yerine göre ANOVA sonuçları 37

Tablo 4.11. Sağlık bilişleri ölçek puanlarının yerleşim yerine göre LSD sonuçları . 37

Tablo 4.12. Sağlık bilişleri ölçek puanlarının ekonomik düzeyine ilişkin betimsel istatistik sonuçları..... 38

Tablo 4.13. Sağlık bilişleri ölçek puanlarının ekonomik düzeyine göre ANOVA sonuçları 38

Tablo 4.14. Sağlık anksiyetesi ölçek puanlarının yaşa göre Pearson analiz sonuçları 39

Tablo 4.15. Sağlık anksiyetesi ölçek puanlarının cinsiyete ilişkin t-testi sonuçları.. 40

Tablo 4.16. Sağlık anksiyetesi ölçek puanlarının medeni duruma ilişkin t-testi sonuçları 40

Tablo 4.17. Sağlık anksiyetesi ölçek puanlarının çocuk sahibi olma durumuna ilişkin t-testi sonuçları 41

Tablo 4.18. Sağlık anksiyetesi ölçek puanlarının meslek durumuna ilişkin t-testi sonuçları 41

Tablo 4.19. Sağlık anksiyetesi ölçek puanlarının eğitim durumuna ilişkin betimsel istatistik sonuçları..... 42

Tablo 4.20. Sağlık anksiyetesi ölçek puanlarının eğitim durumuna göre ANOVA sonuçları 42

Tablo 4.21. Sağlık anksiyetesi ölçek puanlarının yerleşim yerine ilişkin betimsel istatistik sonuçları..... 43

Tablo 4.22. Sağlık anksiyetesi ölçek puanlarının yerleşim yerine göre ANOVA sonuçları 43

Tablo 4.23. Sağlık anksiyetesi ölçek puanlarının ekonomik düzeye ilişkin betimsel istatistik sonuçları..... 44

Tablo 4.24. Sağlık anksiyetesi ölçek puanlarının ekonomik düzeye göre ANOVA sonuçları 44

Tablo 4.25. Sağlık anksiyetesi ölçek puanlarının ekonomik düzeye göre SCHEFFE sonuçları 44

Tablo 4.26. Beck depresyon ölçek puanlarının yaşa göre Pearson analiz sonuçları . 45

Tablo 4.27. Beck depresyon ölçek puanlarının cinsiyete ilişkin t- testi sonuçları 46

Tablo 4.28. Beck depresyon ölçek puanlarının medeni duruma ilişkin t-testi sonuçları 46

Tablo 4.29. Beck depresyon ölçek puanlarının çocuk sahibi olma durumuna ilişkin t-testi sonuçları..... 47

Tablo 4.30. Beck depresyon ölçek puanlarının meslek durumuna ilişkin t-testi sonuçları 47

Tablo 4.31. Beck depresyon ölçek puanlarının eğitim durumuna ilişkin betimsel istatistik sonuçları..... 48

Tablo 4.32. Beck depresyon ölçek puanlarının eğitim durumuna göre ANOVA sonuçları 48

Tablo 4.33. Beck depresyon ölçek puanlarının yerleşim yerine ilişkin betimsel istatistik sonuçları..... 48

Tablo 4.34. Beck depresyon ölçek puanlarının yerleşim yerine göre ANOVA sonuçları 49

Tablo 4.35. Beck depresyon ölçek puanlarının yerleşim yerine göre LSD test sonuçları 49

Tablo 4.36. Beck depresyon ölçek puanlarının ekonomik düzeye ilişkin betimsel istatistik sonuçları..... 50

Tablo 4.37. Beck depresyon ölçek puanlarının ekonomik düzeye göre ANOVA sonuçları 50

Tablo 4.38. Beck depresyon ölçek puanlarının ekonomik düzeye göre SCHEFFE testi sonuçları..... 50

Tablo 4.39. BDÖ, SAÖ ve SBÖ puanlarının Pearson analiz sonuçları..... 51

1. GİRİŞ

İnsanlık tarihi boyunca çeşitli salgın hastalıklar, pandemiler, ekonomik krizler, doğal afetler gibi bölgesel ve küresel sorunlar yaşanmıştır. Salgın hastalıklar gibi sorunları aşabilmek için alınan önlemler bazı noktalarda yetersiz kalmış, bazı olayların sebepleri tam olarak çözümlenememiş, yaşanan bazı durumlarda ise insanoğlu çaresiz kalmıştır. Geçmişte yaşanan salgın hastalıklara ve pandemilere bakıldığında; veba, kolera, sıtma, çiçek, sifiliz, tifüs, verem, kızamık, sarıhumma, İspanyol gribi, ebola, kuş gribi, domuz gribi gibi salgın hastalıklar birçok alanda yıkımlara ve zararlara sebep olmuşlardır. Alınan önlemlere ve uygulanan yöntemlere rağmen birçok insan hayatını kaybetmiş, birçok devlet çöküş noktasına gelmiş ve toplumsal alanda kökten değişiklikler meydana gelmiştir. Öyle ki zamanın salgın hastalığı olan veba M.S.160'ta Hun İmparatorluğu'nun çökmesine, Bizans İmparatorluğu'nun zayıflamasına (1) ve M.S.165-180'de Roma'da 5 milyon insanın ölümüne ve feodalizmin etkisini yitirmesine sebep olurken kapitalizmin önünü açmıştır (2). Salgın hastalıklar sadece siyasi değişimlere yol açmamış, toplumların inançlarını, yaşama biçimlerini, insan ilişkilerini de farklılaştırmıştır. Ekonomik alandaysa nüfusun azalmasıyla ücretlerin artışına sebep olmuştur. Günümüzdeki görüşlere göre Kuzey Afrika, Avrupa, Orta ve Güney Asya nüfusunun %50-%60'ının veba pandemisindekaybedildiği belirtilmektedir (3). Tifüs, Kırım Savaşında yaklaşık 90.000, Osmanlı-Rus Savaşında Kafkas Cephesinde iki tarafın da ordusunda yaklaşık 40.000 askerin ölmesine sebep olmuştur (4). Yine 1918 yılında bir başka salgın hastalık olan İspanyol gribi I. Dünya Savaşı sonunu takiben ortaya çıkmış, ABD askerlerinin 1/5'i can vermiş ve salgının Amerika'ya girmesiyle tüm sosyal hizmetler çökmüştür. İspanyol gribi iki yıl boyunca 30 milyondan fazla insanın canına mal olmuş (5) hatta HindistanİspanyolI gribi sebebiyle nüfusunun %4'ünü kaybetmiştir (6). Dolayısıyla salgın hastalıklar ve pandemiler tarihin seyrini değiştirme noktasında etkili olabilmektedir. Orta Çağ'da buğdayların hasat zamanında iyi bir ücret karşılığında sıtmalı bölgelere mevsimlik işçilerin gittiği fakat geri dönemedikleri belirtilmiştir. Bununla birlikte II. Dünya Savaşı'na kadar yeryüzündeki tüm ölümlerin yarısının sıtmadan olduğu söylenmektedir (7). Tarihte ''büyük kıyım'' olarak nitelendirilen çiçek hastalığına bakıldığında ise Aztek ve İnka uygarlıklarını yerlerinden ettiği için ABD kıtasının boş kaldığını ve ekonominin devam etmesi adına siyahi kölelerin

getirildiğini görmekteyiz (6). Tüm bu salgın hastalıklar toplumda birtakım mecburi değişikliklere yol açmış ve insanlığın hem bireysel hem de toplumsal anlamda baş etme becerileri geliştirmelerini ve yeni yöntemler keşfetmelerini sağlamıştır. 19. yüzyılın en ölümcül hastalığı kabul edilen kolera bireylerde hijyene verilen önemi artırmış, oral sıvı tedavisinin bulunmasını sağlamış ve hemşireliğin gelişmesine katkıda bulunmuştur. Veba, karantina kavramını hayatımıza sokmuş; sıtma, vektör kontrollerinin başlangıç noktasını oluşturmuş; çiçek ve verem salgınları aşının gelişimini hızlandırmış; sifiliz ise insanlara peruğu ve antibiyotiği tanıtmış, kondom kullanımını öğretmiş ve ilaç tedavisinin önünü açmıştır (8).

Yaşanan salgın hastalıklar bu gelişimlerle birlikte karantina, izolasyon, pandemi, epidemi gibi yeni kavramları beraberinde getirmiş ve insanların günlük yaşantılarında büyük bir yer edinmiştir. Öyle ki söz konusu salgınlar geçici veya daimî göçe sebebiyet vererek, bilinmezliğin ve öngörülmezliğin verdiği bir belirsizlikle stres, kaygı, korku ve depresyon gibi duygulara veya duygu durum bozukluklarına yol açarak insanların yaşama biçimlerinde değişiklikler yaratmıştır. Bu değişiklikler sebebiyle insanlar çoğu zaman kulaktan dolma ya da bilim dışı bilgilerin gerçekliğine inanma, yadsıma ya da uyulması gereken kuralları reddetme gibi işlevsel olmayan inançlara yönelebilmektedir. Geçmişteki bu salgın hastalıklar ve pandemiler gibi korona virüs de bireylerin yaşamlarında meydana getirdiği alışkanlık veya değişikliklerle insanlık tarihinde yerini alacaktır.

Genel anlamda bakacak olursak ‘’pandemi’’, bir kıta hatta tüm dünya yüzeyi gibi çok geniş bir alanda yayılan ve etkisini gösteren salgın hastalıklara (epidemilere) verilen genel addır. Dünya Sağlık Örgütü’nün (WHO) tanımlamasına göre bir pandemi dönemi ancak 3 koşulu sağladığında başlamış sayılmaktadır: nüfusun daha önce maruz kalmadığı bir hastalığın ortaya çıkışı, hastalığa sebep olan etmenin insanlara bulaşması ve tehlikeli bir hastalığa yol açması, hastalık etmeninin insanlar arasında kolayca ve devamlı olarak yayılması (9). Bu koşullara göre değerlendirdiğinde Dünya Sağlık Örgütü, Çin’in Wuhan kentinde başlayıp daha sonra tüm dünyaya hızla yayılan ve insan sağlığını büyük oranda tehdit eden, solunum ve temas yoluyla kolayca bulaşan ‘’korona virüs’’ün bir pandemi niteliği taşıdığını tüm dünyaya duyurmuştur. Nitekim tarihte ortaya çıkan salgın hastalıklarda ve pandemilerde olan benzer durumlar gibi devletler, kendi vatandaşlarının sağlığını korumak amaçlı birtakım önlemler almak

zorunda kalmışlardır; karantina uygulamaları, sokağa çıkma yasağı, sosyal izolasyon...Alınan bu önlemler uygulamaya geçildiği andan itibaren zamanla mikro düzeyde bireyler, makro düzeyde bakıldığındaysa toplumlar üzerinde birçok etki yaratmaya başlamıştır; hastalığa yakalanma korkusu ve buna bağlı olarak işlevsiz inançlar, aşırı stres, aşırı öfke, şiddet eğilimi, sağlık kaygısı, gelecek kaygısı, kaygıya bağlı olarak depresyona eğilim, sağlık hizmetlerine erişim noktasında sorunlar bunlardan bazılarıdır. Günümüzde içinde bulunduğumuz toplumda meydana gelen bu sorunlar araştırmanın çıkış noktasını oluşturmaktadır.

Tüm bu sorunların bireyler üzerinde bırakacağı etkiden yola çıkarak araştırmada genel olarak pandemi döneminde bireylerin sağlığa dair işlevsel olmayan inanç, kaygı (anksiyete) ve depresyonları arasındaki ilişkinin incelenmesi amaçlanmaktadır. Literatüre bakıldığında salgın hastalıklar, bireylerin sağlığa dair işlevsel olmayan inançları, sağlık anksiyetesi, depresyon düzeyleri üzerine farklı değişkenler ele alınarak birçok çalışmanın yapıldığı fakat korona virüs (covid-l9) üzerine sosyal hizmet alanında tüm bu değişkenlerle birlikte henüz bir araştırmanın yapılmamış olduğu görülmektedir. Sosyal hizmete ilişkin bu araştırmayla elde edilecek olan veriler ışığında covid-19 üzerine yapılan çalışmaların farklı boyutlardan ele alınmasına yönelik çeşitlilik ortaya konulması, bundan sonra yapılacak olası araştırmalara zemin oluşturması ve gelecek nesillere söz konusu salgın hakkında bilgi aktarımının sağlanması açısından önemli ve yararlı olacağı düşünülmektedir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Hastalık ve Sağlık Tanımı

Hastalık kelimesi Farsçadan dilimize geçmiş olup TDK'ye göre hastalık; organizmada birtakım değişikliklerin ortaya çıkmasıyla sağlığın bozulması durumu, rahatsızlık, çor, dert, sayrılık, illet, maraz, maraza, esenlik karşıtı ve ruh sağlığının bozulması durumu şeklinde tanımlanmaktadır (10). Sağlık ise Dünya Sağlık Örgütü (WHO) tarafındanyalnızca hastalık ve sakatlığın bulunmaması demek değil, bedensel, ruhsal ve sosyal yönlerden de tam bir iyilik durumunun olması şeklinde açıklanmıştır (11). Dünya Sağlık Örgütünün sağlık tanımından yola çıkarak hastalığın vücut bütünlüğünü etkilediğini günlük hayatta insan yaşamı üzerine olumsuz birtakım özellikler barındırdığını görmekteyiz.

2.2. Hastalığın Nedenleri ve Sınıflandırılması

Hastalık kavramı birçok yönden incelenmektedir. Bunlar: hastalık etkeni, bireysel özellikler, fiziksel ve sosyal çevre koşullarıdır (12).

Bireylerin özellikleri; bireylerin genetik, metobolik ve hormonal özelliklerinden kaynaklı olarak bazı hastalıklara daha yatkın olmalarıyla açıklanmaktadır (13). Aynı zamanda bireyin sahip olduğu yaş, cinsiyet, yaşam stili gibi mevcut durumları da hastalıkla karşı karşıya kalmalarında etken olabilmektedir (12).

İçinde bulunduğumuz fiziksel ve sosyal çevre koşulları; bireyin içinde bulunduğu coğrafya (iklim koşulları, çevresel sorunlar, sağlığı etkileyen kuruluşların varlığı), sıcaklık, zaman, sosyal sınıf vb. gibi durumları içermektedir (13). Örneğin bireyin yerleşim yerinin termik ve nükleer santrallerin bulunduğu ortamda olmasının kanser riskini artırması veya solunum yolu hastalıklarına sebep olması gibi veya toprak kirlenmesiyle birlikte tüketilen besinin sağlık sorununa yol açması gibi. Diğer yandan sosyal sınıf eşitsizlikleri, sınıflar arası gelişmişlik farkı da bireylerin sağlığa erişiminde etkili olabilmektedir. Hatta yoksul kesimin hastalıkla karşılaşma noktasında zengin kesime oranla daha yakın olduğu ifade edilmektedir (12).

Hastalık etkeni; hastalığa neden olan etkenin ne olduğu (bakteri, virüs, besin vb.) olarak açıklanmakta ve nedenlerine göre sınıflandırılmaktadırlar. Hastalıkların sistematik sınıflandırılması 18.yüzyılda başlamakta olup bu hastalık grupları şu şekilde sıralanmaktadır:

-Beslenme bozuklukları ya da yetersizlikleri

-Kanserler

-Kalıtsal hastalıklar

-İmmün sistem bozuklukları

-Kalp-damar hastalıkları ya da dolaşım bozuklukları

-Meslek hastalıkları

-Yapısal sinir hastalıkları

-Ruhsal bozukluklar

-Bulaşıcı hastalıklar (13).

2.2.1. Bulaşıcı Hastalıklar

İnsanlık tarihinin varoluşundan bugüne bulaşıcı hastalıklar toplumları ciddi bir şekilde etkilemiştir. Bulaşıcı hastalık bir organizma tarafından veya onun toksik maddelerine bağlı olarak meydana gelen bir enfeksiyon hastalığıdır (14). Bulaşıcı hastalıklar bireylerin içinde bulunduğu çevresel etmenlere bağlı olarak çeşitli bakteriler, virüsler ve diğer vektörler aracılığıyla bireylere geçmektedir. Baraj, nehir ve göl yataklarının kuruması ve değişmesiyle yerleşim alanlarında birçok bakteriyel hastalık çoğalabilmektedir. Bu bakteriler taşıyıcı eklem bacaklılar (sivrisinek, pire, arı, karasinek vb.) gibi hayvanlar aracılığıyla bireylere bulaşmakta ve insan sağlığında ciddi sorunlara neden olmaktadırlar. Örnek verecek olursak tarihte ‘’Kara Ölüm’’ olarak nitelendirilen veba ve sıtma gibi hastalıklar bakterilerin neden olduğu enfeksiyon hastalıklarıdır (15). Öte yandan meydana gelen küresel iklim değişiklikleri doğal afetlerdeki artışları, doğal afetlerdeki artışlar da hayvan hastalıklarında artışları beraberinde getirmektedir. Bu artışlarla oluşan yeni koşullar karşısında bazı hayvan türleri olumsuz etkilenirken, virüsler bu koşullarda uyum sağlayıp çoğalabilen organizmalardır. İklim değişiklikleri özellikle viral salgınların sayısını ve etkisini

önemli ölçüde etkilemektedir. Küreselleşen dünyada artan hayvan ticaretinin açık pazarlarda yapılması virüslerin kendilerine rahat yayılım alanı bulmasını kolaylaştırdığını söyleyebiliriz. Öyle ki son yıllarda dünyada görülen ve dünyayı tehdit eden bazı enfeksiyonlara bakıldığında bu hastalıkların viral hastalıklar olduğunu görmekteyiz; sarıhumma, Kırım-Kongo kanamalı ateşi, Hanta virüs, İnfluenza (İspanyol gribi), şiddetli akut solunum yetersizliği sendromu (SARS), Ebola virüs. Görülen bu viral enfeksiyonların ormanlardan ve kentsel yerleşim birimlerinden, bazı hayvan türlerinin konakçısından, bazı organizmaların ise rüzgâr vb. hava olayları ile solunum yoluyla bulaştığı bilinmektedir. Bunlara ek olarak dünya nüfusunun artması ve gelişen teknoloji ile insan hareketliliğinin de bulaşma hızını artırdığını söyleyebiliriz (16). Normal koşulları göz önünde bulundurarak bulaşıcı hastalıkların epidemiyolojisini incelediğimizde konakçı, çevre ve etken kavramlarıyla karşılaşmaktayız:

Kaynak; enfeksiyon etkeninin üzerinde beslendiği, üreyip çoğaldığı, yaşamının devam ettirip bağımlı olduğu duyarlı bir konakçıya geçebilmek için üzerinde çoğaldığı hayvan, insan, toprak veya bitki gibi varlıkların tümü olarak adlandırılmaktadır.

Bulaşma Yolu; hastalığın sağlıklı ve duyarlı kişilere bulaşması olup doğrudan veya dolaylı yoldan bulaşma olmak üzere 2 türlüdür. Öpme, öksürük, hapşırık veya cinsel temas gibi yollarla doğrudan söz konusu etkenin kaynaktan konağa geçmesi doğrudan bulaşma yolu olarak tanımlanırken hava veya vektör yoluyla ya da çeşitli araçlar üzerinde etkenin üreyip, gelişerek konağa geçmesi dolaylı yoldan bulaşma yolu olarak açıklanmaktadır (14).

Konakçı ise; deri, mukozalar, solunum, sindirim gibi çeşitli yollarla etkenin vücuda girerek hastalığa neden olduğu canlıdır. Konakçı enfeksiyon zincirinin üçüncü halkasını oluşturmaktadır. Vücut direnci düşük, alkol ve madde bağımlılığı olan, kronik rahatsızlığı olup, dengesiz beslenen ve bağışıklık sistemi zayıf kişiler, uygun konakçılar olarak nitelendirilmektedirler (13).

Bu hastalıklar dolaylı ya da doğrudan duyarlı konağa bulaştırılması ile bir halk sağlığı sorunu haline gelebilmekte ve toplumu tehdit edebilecek seviyeye ulaşabilmektedir.

2.2.2. Bulaşıcı Hastalıkların Zararları

Geçmişte yaşanan salgın hastalıklara ve pandemilere bakıldığında; veba, kolera, sıtma, çiçek, sifiliz, tifüs, verem, kızamık, sarıhumma, İspanyol gribi, ebola, kuş gribi, domuz gribi gibi salgın hastalıkların birçok alanda yıkımlara ve zararlara sebep olduklarını görmekteyiz. Bu salgın dönemlerinde alınan önlemlere ve uygulanan yöntemlere rağmen birçok insan hayatını kaybetmiş, birçok devlet çöküş noktasına gelmiş ve toplumsal alanda kökten değişiklikler meydana gelmiştir. Salgın dönemlerinin başlangıcında ortaya çıkan hastalığın bilinmezliği ve belirsizliği toplumlarda bir huzursuzluk ortamı yaratmıştır. Zamanla meydana gelen ölüm ve sakatlık gibi durumlarda artışlar söz konusu olmuş ve ani kayıpların yakın çevreye ulaşmasıyla birlikte toplumda endişe ve korku havası hâkim olmuştur. Diğer yandan tüm bu salgın hastalıklar toplumda birtakım mecburi değişikliklere yol açmış ve insanlığın hem bireysel hem de toplumsal anlamda baş etme becerileri geliştirmelerini ve yeni yöntemler keşfetmelerini sağlamıştır. 19. yüzyılın en ölümcül hastalığı kabul edilen kolera bireylerde hijyene verilen önemi artırmış, oral sıvı tedavisinin bulunmasını sağlamış ve hemşireliğin gelişmesine katkıda bulunmuştur. Veba karantina kavramını hayatımıza sokmuş, sıtma vektör kontrollerinin başlangıç noktasını oluşturmuş, çiçek ve verem salgınları aşının gelişimini hızlandırmış sifiliz ise insanlara peruğu ve antibiyotiği tanıtmış, kondom kullanımını öğretmiş ve ilaç tedavisinin önünü açmıştır (8).

Yaşanan salgın hastalıklar karantina, izolasyon, pandemi, epidemi gibi yeni kavramları tanıtarak, geçici veya daimî göçe sebebiyet vererek, bilinmezliğin ve öngörülemezliğin verdiği bir belirsizlikle stres, kaygı, korku ve depresyon gibi duyguları veya duygu durum bozukluklarına yol açarak insanların yaşama biçimlerinde değişiklik yaratmıştır. Bireyler psikolojik yıkımlarına bir çıkış noktası oluşturmak adına belirsizlikten, bir şeye inanma ihtiyacından veya umut kaybetmeme gibi durumlardan dolayı toplumda kulaktan dolma bilgilere, gerçeklikten uzak inançlara inanmışlar veya iç huzurlarını sağlamak adına dine yönelmişlerdir. Öte yandan salgın hastalıklar sadece bireyleri psikolojik ve sosyal anlamda etkilemekle kalmamakta aynı zamanda devletlerin ekonomilerini de büyük ölçüde etkilemektedir. Hastalığın yayılımını önlemek adına alınan tedbirler ülkelerin ekonomilerine büyük bir yük getirmektedir. Sağlık sistemine ayrılan bütçeler artmakta ve salgınla

mücadelede devletlerin ekonomik gücü ön plana çıkmaktadır. Hatta bu durumla mücadele etmekte zorlanan ülkelerde ekonomik krize yol açabilmekte, bu da iş gücünün azalmasına sebep olabilmektedir. Dolayısıyla ani gelişen ve büyük bir nüfusa etki eden salgın hastalıkların meydana gelmesi, yetersiz sağlık hizmetlerinin olduğu ve ekonomik gücü zayıf ülkelerde yıkıcı etkilere neden olabilmektedir (14).

2.2.3. Korona Virüs

Koronavirüsler, soğuk algınlığı gibi genellikle hafif ila orta derecede üst solunum yolu hastalıklarına neden olan geniş bir virüs ailesidir. Bununla birlikte, son yirmi yılda hayvan rezervuarlarından ciddi ve yaygın hastalıklara ve ölümlere neden olan üç yeni koronavirüs ortaya çıkmıştır(17). Bununla birlikte hayvanlarda saptanan birçok koronavirüs alt türü (HCoV-229E, HCoV-OC43, HCoV-NL63 ve HKU1-CoV) mevcuttur ve bu virüslerin hayvanlardan insanlara geçerek insanlarda ağır hastalık tablolarına neden olabildiği bilinmektedir. SARS koronavirüsün (SARS-CoV) Kasım 2002'de ortaya çıktığı ve şiddetli akut solunum sendromuna (SARS) neden olduğu bilinmektedir (18). SARS, Güney Çin'de ortaya çıkmış ve 8 aylık bir sürede 29 ülkeye yayılarak, 8098 vaka ve 774 ölüme neden olmuştur (19).

Biyolojik açıdan incelenecek olursa; koronavirüsler, tek zincirli, pozitif polariteli, zarflı RNA virüsleridir. Pozitif polariteli oldukları için RNA'ya bağımlı RNA polimeraz enzimi içermezler, ancak genomlarında bu enzimi kodlarlar. Yüzeylerinde çubuksu uzantıları vardır. Bu çıkıntıların Latince'deki"korona", yani "taç" anlamından yola çıkılarak bu virüslere Koronavirus (taçlı virüs) ismi verilmiştir(18). Koronavirüs bireylerde genellikle ateş, öksürük, nefes darlığı ve kas, eklem ağrılarına bağlı olarak yorgunluk gibi belirtilere neden olmaktadır. Bu belirtilerle birlikte bireylerde boğaz ağrısı, mide bulantısı veya kusma, iştahsızlık, burun akıntısı, ishal, tat ve koku duyusunda his kaybı da görülebilmektedir. Belirtilerin şiddetli olmasıyla birlikte zatürre, ağır solunum yetmezliği, böbrek yetmezliği ve ölüm meydana gelebilmektedir(18).

Koronavirüs, hasta bireylerin öksürmeleri, hapşırmalarıyla etrafa yayılan damlacıkların solunum yoluyla bulaşmaktadır. Yine hasta bireylerin etrafa saçılan damlacıklarla kirlenen yüzeylere temas etmesi ve temas sonrası ellerin dezenfekte edilmeden, yıkanmadan yüz, göz, burun, ağza götürülmesi yoluyla da

bulaşabilmektedir. Dolayısıyla söz konusu virüs insandan insana veya eşyadan insana geçebilmekte ve hastalığın yayılması için temas risk oluşturmaktadır (18). T.C. Sağlık Bakanlığına göre; koronavirüsler dış ortama dayanıklı virüsler olmayıp, ortamın nem ve sıcaklığı, dışarı atıldığı organik maddenin miktarı, kontamine ettiği yüzeyin dokusu gibi etmenlere göre değişen bir dayanma süresine sahiptirler. Cansız yüzeylerde birkaç saat içinde aktivite kaybı söz konusuyken bulaşta ise hem virüsün aktivitesinin devamı hem de temas süresi önemli olmaktadır (18). Koronavirüsün enfekte olma ve semptom başlangıcı arasındaki kuluçka süresi 5-6 gün olarak bilinmektedir fakat bu süre 14 güne kadar çıkabilmektedir (20).

Virüsün bulaşmasıyla birlikte bireylerde meydana getirdiği etki yaşa, kronik rahatsızlıklara, vücut direncine bağışıklık sistemine göre değişebilmektedir. Bıraktığı etkiye bağlı olarak risk altındaki kişiler; 60 yaş üstü olanlar, ciddi kronik tıbbi rahatsızlıkları olan insanlar (kalp hastalığı, hipertansiyon, diyabet, kronik solunum yolu hastalığı, kanser…) olarak sıralanabilir. T.C. Sağlık Bakanlığı, viral yükün hastalık şiddeti ve prognozu açısından önemli bir belirteç olduğunu ve yaşlılarda viral yükün fazla olduğunu belirtmektedir. Bunun yanı sıra temas yoluyla bulaşması sebebiyle sağlık çalışanları (doktor, hemşire, psikolog, sosyal hizmet uzmanı…) ve hastanın yakın çevresi risk altında olabilmektedir.

2.2.4. Pandemi Süreci ve Alınan Önlemler

Covid-19 vakalarının görülmeye başlandığı andan itibaren her devlet bilinmeyen bir durumla karşı karşıya kalmıştır. Bu bilinmezlikle karşı karşıya kalış, çoğu zaman birçok problem doğurmuştur. Meydana gelen problemlere yönelik her devlet kendi müdahale planlarını oluşturup çözümler üreterek süreci farklı şekillerde yönetmiştir. Şu an hala krize müdahale planları yürütülmektedir. Çin Ülke Ofisi'nin sebebi bilinmeyen ve tanımlanamayan vakaları 31 Aralık 2019 tarihinde bildirmesinden ve söz konusu virüsün tanımlanmasından itibaren bu duruma yönelik Türkiye'de mevcut işleyişle ilgili birtakım düzenlemelere ve yeni oluşumlara gidilmiştir.

Ocak ayında; Sağlık Bakanlığı bünyesinde koronavirüse yönelik operasyon merkezleri oluşturulmuş ve bu süreçte daha doğru ve etkili kararların alınması adına Bilim Kurulu kurulmuştur. Sağlık Bakanlığıilk Covid-19 rehberini hazırlamış,

havalimanlarında Çin'in Wuhan ve Hong Kong kentleri ile ABD ve Rusya gibi bazı ülkelerden gelen yolcuların ateşlerinin ölçülmeye başlanılmıştır. Bu ayda aynı zamandailk şüphelenilen bir vakadan örnek alınmış ve Çin'e seyahat edecek yolculara yönelik bir seyahat uyarısıyayınlanmıştır. Şubat ayından itibaren ise; başlangıçta sadece Çin'de yayılım gösteren virüsün yavaş yavaş diğer birkaç ülkeye de yayılmaya başlamasıyla birlikte Çin'den tüm uçuşlar ve hayvan ithalatı durdurulmuştur. İran'da da salgının yayılmasıyla birlikte kara, hava ve demiryolu ulaşımı durdurulmuştur. Salgın hızla tüm dünya ülkelerine yayılınca Mart ayında; Suudi Arabistan'a umre ziyaretine gidenlerin sınırda ateşleri ölçülmeye başlanmış ve dönüşte de evlerinde 14 gün karantinaya girmeleri tavsiye edilmiştir. 10 Mart'ta ise Türkiye'de ilk koronavirüs vakası tespit edilmiştir. Daha sonra Cumhurbaşkanı Erdoğan'ın başkanlığında, tüm bakanların katıldığı bir koronavirüs toplantısının düzenlenmesiyle okulların tatil edilmesi, kamu görevlilerine yurtdışına çıkışlarının izne tabi tutulması, spor müsabakalarının seyircisiz oynanması gibi kararlar alınmıştır. Devamında ise gece kulüpleri, tiyatrolar, sinemalar, spor salonları, kuaförlerin, kafelerin kapatılması, camilerde toplu ibadetin sonlandırılması kararları uygulanmaya başlanmıştır. Yurtdışından dönen herkese iki hafta karantina zorunluğunun getirilmiştir. Covid-19'a karşı ekonomik destek paketleri açıklanmıştır. Hastalığın giderek artmasıyla birlikte tüm özel hastanelerpandemi hastanesi ilan edilmiştir. İstanbul ve Ankara gibi büyükşehir belediyeler koronavirüse karşı alınan önlemler nedeniyle geçinmekte zorlanan insanlara yardım etmek için bağış kampanyası başlatmışlardır. Nisan ayında ise; vakaların illere göre dağılımı halkla paylaşılmış ve 20 yaş altına ve 65 yaş üstüne sokağa çıkma yasağı, tüm bireylereyse seyahat yasağı getirilmiştir (21).

İşleyiş ile ilgili tüm bu düzenlemelerin yanında birtakım toplumsal uygulamalara geçilmiş, sosyal alanda yeni kurallar uygulanmaya başlanmış ve hukuki alanda da uygulamayan bireylere yönelik yaptırım olması adına yasalar çıkartılmıştır. Bu sosyal alanda ortaya konulan yeni kuralların uygulanması mevcut kültürel ortamın bireye katmış olduğu davranış durumlarından dolayı zaman zaman sekteye uğramıştır. Dolayısıyla bireylerde davranış değişikliği meydana getirmekte güçlük çekilmiş ve uyum sürecinde zorlanılmıştır. Bilim Danışma Kurulu'nun 1 Ekim 2020 'de yayınladığı çalışmasına göre hazırlanan ''Salgın Yönetimi ve Çalışma Rehberi''ne göre bu uygulamalar; maske kullanımı, sık sık el yıkama, sosyal mesafe ve karantina kuraları, enfeksiyon kontrolü ve izolasyondur. Bu kurallara ek olarak ellerin doğru bir

biçimde yıkanılmasına dikkat edilmeli, tokalaşma ve sarılma gibi yakın temastan kaçınılmalı, kalabalık ortamlardan olabildiğince uzak durulmalı ve dışarı çıkarken mutlaka maske kullanılmalıdır. Diğer yandan maske kullanımının daha etkili olabilmesi için de sosyal mesafe korunmalıdır. Bunun için bireyler arasında en az 3-4 adım mesafenin olması gerekmektedir. Ayrıca yurt dışından gelenlerin ve şehir içi seyahat yapan bireylere yönelik 14 gün süre ile evde karantina(evde izlem) uygulaması yapılmaktadır. En son yapılan çalışmalara göre karantina süresi 10 güne indirilmiştir. Evden çıkmak zorunda kalındığındaysa da mutlaka maske takılmalıdır (18).

Hastalık semptomlarını gösterme ve şüpheli durumlarla karşılaşıldığında bireylerin durumu bildirmeleri için ALO 184 hattı oluşturulmuştur. Temaslı, son temasından itibaren 10 gün boyunca semptomları gösterip göstermediğine yönelik telefonla sorgulanarak takip edilmekte ve gerekli olduğu takdirde temaslıya ev ziyareti yapılmaktadır. Bu takip ilçe veya il Sağlık Müdürlüğünce organize edilmekte ve aile hekimlikleri ileberaber süreç yürütülmektedir (18). Ayrıca kontrollü sosyal hayat adına ulaşım, kurum ziyareti veya bireysel iletişim gerektiren kurumsal alanda bulunma durumunda covid-19 açısından risk taşıma durumunu gösteren bir uygulama olan ‘’Hayat Eve Sığar ‘’(HES) uygulaması hayata geçirilmiştir. Bu uygulamayla birlikte salgının takip süreci kolaylaşmıştır (18).

Yaşanan bu süreç ve yapılan bu uygulamalarla bireysel, toplumsal ve uluslararası düzeyde enfeksiyon hastalıklarının oldukça geniş bir alanda psiko-sosyal etkileri olduğu bilinmektedir (22). Bir enfeksiyon hastalığı olan covid-19,bireyleri ve toplumları yalnızca fiziksel olarak etkilemekle kalmamakta, tarihte yaşanan diğer viral enfeksiyonlar gibi ruhsal ve sosyal olarak da etkilemektedir. Bu etkiler; aşırı stres hali, obsesyonlar, davranış bozuklukları, öfke kontrol problemleri, korku, depresyon, intihar, uykusuzluk, beslenme bozuklukları, kronik ağrı, panik bozukluklar, şizofreni… (23). Salgın hastalıkların bireyde meydana getirdiği ruhsal etkiler üzerine birçok araştırma mevcuttur. Bu araştırmalara göre depresyonun kötü bir sonucu olarak intihar etme durumunun salgın hastalıkların epidemik olarak görüldüğü bölgelerde artış gösterdiği bilinmektedir (24). Tarihte yaşanan salgın hastalık sonrası ruhsal etkilere bakıldığında İspanyol gribi, domuz gribi pandemisinin depresyon, obsesifkompülsif bozukluk, hiperaktivite gibi psikiyatrik bulguların ortaya çıktığını görmekteyiz (25).

Diğer yandan 2003'te SARS salgınından etkilenen vakalarda psikoz, halüsinasyonlar, depresyon ve uzun süre psikiyatrik semptomlarda anlamlı artışların olduğu belirtilmiştir. Buna ek olarak SARS-CoV-1 atlatan 233 kişi ile yapılan bir çalışmada 3 ila 4 yıl sonrası kontrollerde psikiyatrik bozukluk prevalansının %40'tan fazla olduğu%27'si ise kronik yorgunluk sendromu kriterlerini karşılamaktadır. Travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) %54, depresyon %39, kronik ağrı %32, panik bozukluk %32, OKB ise %15 oranlarında saptanmıştır (26). Çeşitli salgınların bireydeki bu ruhsal etkilerinin Covid-19 için de geçerli olabileceği söylenmektedir. Bu araştırmalara göre; pandeminin beraberinde getirdiği karantina, temizlik kuralları, sosyal izolasyon, kaygı, korku ve panik ikincil psikiyatrik semptomlara sebep olabilmektedir. Bu sebebiyet özellikle cinsiyetin kadına olması, yalnız yaşam sürülmesine, kronik rahatsızlıklara sahip olunmasına bağlı olarak değişiklik gösterebilmektedir. Çin'de internet üzerinden yapılan 7236 kişinin katıldığı bir çalışmada Covid-19'un toplum üzerindeki anksiyete, depresyon ve uyku bozukluğu prevalansı araştırılmış, yaygın anksiyete bozukluğu prevalansı %35,1, depresyon prevalansı %20,1, uyku bozukluğu prevalansı ise %18,2 olarak saptanmıştır (27).

2.3. Sağlığa Dair İşlevsel Olmayan İnançlar

Covid-19 salgın döneminde bireylerin başta hastalığın tam olarak tanımlanamaması, sebeplerinin veya belirtilerinin neler olduğu gibi bilinmeyen yönlerinin çeşitli varsayımlarla ifade edilmesi, bireylerde olumsuz etki yaratmış ve kulaktan dolma bilgilerin artmasına sebep olmuştur. Hastalığın belirtilerinin açıklanmasıyla birlikte bireyler bedensel duyumlarına önem vermeye başlamışlardır. Zamanla hastalığın korkutuculuğu ve yayılma hızı, bireylerin hasta olma olasılığı, tıbbi hizmetlere erişimde yaşanan güçlük veya kapasite sorunları, durumun sosyal medyadaki yansımaları ve hastalıkla baş etmede yaşanan güçlükler gibi durumların bireylerin sağlığa dair işlevsiz inançlar geliştirmesinde etkili olduğu düşünülmektedir.

Literatürde bakıldığında sağlığa dair işlevsel olmayan inançlar, bireylerin sağlık anksiyetelerini etkileyen bir etmen olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu konu üzerine Fulton, Marcus ve Merkey üniversite öğrencileriyle sağlıkla ilgili işlevsiz inançlarla sağlık anksiyetesi arasındaki ilişkiyi incelemişlerdir. Bu çalışmada sağlığa dair işlevsel olmayan inançları; tıbbi yardım almaktan kaçınmaya yol açan sağlığa dair

edindiği tecrübelerle ilgili aşırı genelleme yapma, tedaviye uyumu olumsuz etkileyebilecek tedaviyle ilişkili yaygın olumsuz yan etkilere yönelik mantıksız çıkarımlarda bulunma, sağlık üzerindeki sınırlı kontrole dair umutsuz ve kaderci inançlara sahip olma şeklinde ele almışlardır. Ve sağlığa dair işlevsel olmayan bu inançların bireylerin sağlık anksiyetelerini yordadığı sonucuna ulaşmışlardır (28). Yine Rief, Hiller ve Margraf'ın araştırmasında da sağlık anksiyete düzeyi yüksek bireylerin bedensel duyum ve belirtilere dair işlevsiz ve çarpıtılmış çıkarımlar yapmaya meyilli oldukları, kendilerini zayıf ve stresi tolere etmede yetersiz olarak algıladıkları sonuçlarına ulaşılmıştır (29). Salkowskis ve Warwick'e göre de sağlık kaygısı ile ilişkilendirilen dört temel işlevsiz inanç vardır. Bunlar;

-"hastalığa yakalanma olasılığı",

- "hastalığın korkutuculuğu",

-"hastalıkla baş etmede güçlük"

- "hastalığın tedavisinde tıbbi hizmetlerin yetersizliği"(30).

Rachman ve Deale bu durumu şu şekilde açıklamaktadır; sağlık anksiyete düzeyi yüksek bireyler bedensel duyumlarındaki, görünüşlerindeki değişimleri ve istemsiz, rahatsız edici ifadeleri yanlış yorumlayarak bunu bir hastalık göstergesi olarak nitelendirebilmektedirler. Bu bireyler hastalıklara karşı kendilerinin savunmasız olduklarına inanabilmektedir. Bireyler geçmiş deneyimlerinden yola çıkarak sağlık ve hastalık hakkında çeşitli inanç ve varsayımlara varabilmektedir (31, 32). Fergus'a göre de sağlığa dair işlevsel olmayan inançlara sahip bireyler, bedensel duyumları ya da belirtileri bir sağlık sorununun göstergesi olarak nitelemekte ve kaygı yaşamaya daha yatkın olmaktadırlar (33). Bireyde meydana gelen bu kaygını bilişsel temelli olduğu düşünülerek bu durum aşağıda bilişsel davranışçı kuram ışığında ayrıntılı olarak incelenmiştir.

2.4. Anksiyete ve Türleri

Anksiyete bireyin anlaşılmayan ve bilinmeyen bir duruma karşılık benliğini tehdit altında hissettiği gerilim veya huzursuzluk hali olarak tanımlanmaktadır (34). Anksiyete birçok bilim insanı tarafından farklı bir biçimde tanımlanmıştır. Spielberger'e göre kaygı; bazı bireylerin öz değerlerini sürekli olarak tehdit altında

hissetmesinden kaynaklı olarak meydana getirdiği tedirginlik ve mutsuzluk hali olarak açıklanmaktadır.

Kierkegaard kaygıyı; bireyin ölümüne kadar süren bir duygu ve bireyin kendi benliğini kaybetmesi olarak adlandırmaktadır. Benliğin yitirilmesinin bireyde kaygı ve korkuya sebep olabileceğinden yola çıkarak anksiyetenin ilk çıkış noktasının bireyin benlik yitimi ve anlamsızlık olduğunu ileri sürerek çağdaş kuramcılara (varoluşçular, logoterapistler, psikanalistler) da zemin hazırlamıştır (35).

Freud'a göre ise anksiyetenin oluşumunun gelişimsel açıdan iki dönemi olduğunu belirtir: birincil anksiyete ve sonraki anksiyeteler. Birincil anksiyeteye en iyi örnek doğumdur. Yenidoğan anne karnındayken kendisini çevreleyen, sesi, kokuyu geçirmeyen bir ortamdan aniden bambaşka bir ortamla karşılaşır. Dünyaya geldiği ortamda ışık, koku, ses, ısı gibi birçok fiziksel uyaran söz konusudur (36). Bu fiziksel uyaranlara karşın yenidoğan çaresiz kalır ve bir bakımverene ihtiyaç duyar. Yenidoğanın karşılanmayan ihtiyaçlarına karşılık vücut belli başlı tepkiler verir. Bu tepkiler yenidoğanın acı ve gerginlik içinde olduğunun ve birincil anksiyete yaşadığının göstergeleridir. Bu anksiyetede ego etkin değildir. İleriki yaşlarda birincil anksiyetedeki durumlara benzeyen yaşantıları anksiyeteye neden olur. Yenidoğan zamanla deneme-yanılma yöntemiyle egosunu duygularla uzlaştırır. Yani mevcut dürtüleri ile davranışları arasında düşünme sürecini koyar. Bu süreçte bireyin gerçekleştireceği davranışları önceden belirlemesi ve sonuçlarını öngörmesiyle bir tehlike durumu söz konusu olur. Ego, söz konusu durum korkutucu olmasa da korkutucu olabilme ihtimalini bildirir. Bu da bireyde gerilime sebep olarak anksiyete oluşumunu meydana getirir (35).

Ego sürekli olarak üç ayrı tehlike karşısındadır:

1) Engellemeler ve dış dünyadan gelebilecek saldırılar,

2) İd'in içgüdüsel ve gerçek dışı istemleri,

3) Süperego'nun cezalandırması (37).

Anksiyete egonun tehlikeden bir nevi kaçış yoludur ve bu yüzden üç ayrı tehlikeye karşı üç ayrı tür anksiyete geliştirilmektedir. Bunlar; gerçeklik anksiyetesi, törel anksiyete ve nevrotik anksiyete (38).

Gerçeklik Anksiyetesine bakıldığında; bireyin hayatını sürdürmesi için ihtiyaç duyduğu bir nesne veya durumun ortaya çıkmasıyla oluşmaktadır. Çevrede meydana gelen tehlike durumunun fark edilmesiyle ortaya çıkan korkutucu haldir.

Törel Anksiyete ise bireyin vicdanının tehlike olarak nitelendirdiği hallerde meydana gelmektedir. Bireyin çocukluk evresinde ödüllendirme-cezalandırma yönteminin getirisi olan objektif ve gerçek bir korku söz konusudur. Bu durum korku da bireyin egosunda suçluluk veya utanma duygusu uyandırmaktadır.

Nevrotik Anksiyete en temelde bireyin içgüdülerinden doğan tehlikenin anlamlandırılmasıyla meydana gelmektedir. Bu durumun sebebi bilinçli bir şekilde anlaşılamaz. Nevrotik anksiyete üç ayrı biçimde görülebilir:

-*Bağlanmış (fobik) anksiyete:* Bu türde anksiyete duygusallığın olmaması gereken bir duruma bağlanmıştır. Bireyin fobileri gerçekte anksiyetenin korkuya evirilme çabalarıdır. Herhangi bir nesneye veya duruma karşı duyulan korkudur.

-*Panik anksiyete;* Aniden meydana gelen bir nöbet durumuyla fiziksel belirtilerin ortaya çıkması ve ölecekmiş hissi verecek kadar korkutan bir duygu halidir (37).

-*Sağlık anksiyetesi ise;* bir hastalığa dair belirtilerin bireyde var olması veya olmaması durumlarında bireylerin sağlığına dair kaygı duyması olarak ifade edilmektedir. Terminolojiye bakıldığında tüm bireylerde yapısal olarak mevcut olabildiği ve boyutsal bir süreklilik gösterdiği belirtilmektedir. Bu anksiyetenin tetikleyicilerle zaman zaman artabileceği veya azalabileceği, daima hastalık boyutunda olmadığı hatta bireyleri hastalıklara karşı koruduğu öne sürülmektedir (39).

2.4.1. Anksiyetenin Nedenleri ve Belirtileri

Anksiyete en temelde bireyin biyolojik, psikolojik ve sosyal bütünlüğünü tehdit eden durumlarda ortaya çıkmaktadır. Biyolojik açıdan bakıldığında ergenlik gibi fiziksel ve psikososyal rol değişimlerinin yaşandığı dönemlerde yaşanan gelişimsel krizler veya beklenmedik anda meydana gelen durumsal krizler etkili olabilmektedir. Ayrıca bireylerin sağlık durumundaki herhangi bir olumsuz değişiklik ya da sağlığın tehdit edilmesi durumlarındaki (fiziksel ve psikolojik hastalıklar ya da sakatlıklar, tıbbi

tedavi, sağlık hizmetlerine erişim) zorluklar bireylerin anksiyetelerini harekete geçirmektedir. Aynı zamanda bireyin fiziksel, güvenlik, ait olma gibi temel ihtiyaçlarının karşılanmaması durumu bireylerde anksiyeteye ortam hazırlamaktadır. Fiziksel ihtiyaçların karşılandığı fakat bireyin sevme-sevilme, kendini gerçekleştirme gibi psikolojik ihtiyaçlarının karşılanamaması, değer verdiği herhangi bir kişi tarafından gerçek veya gerçek olmayan bir şekilde reddedilmesi, toplumda değer ve saygı görmemesi, gerçekleşmeyen beklentileri gibi durumlarla benlik kavramının tehdit edilmesi de bireylerde anksiyeteye sebep olabilmektedir. Öte yandan bireylerin etkileşim içinde oldukları bireylerden veya ortamlardan (aile, arkadaş, iş, ev, askere gitme) ayrılması, zorunlu yerleşim yeri değişikliği (doğal afet, savaş, çevre kirliliği, nükleer tehdit vs. gibi durumlardan kaynaklı olarak göç), etkileşim şekillerinde değişikler meydana gelmesi veya sosyo-ekonomik değişiklikler (aşırı ekonomik sorumluluk alma, iş yaşantısındaki değişiklikler vb.) bireylerde anksiyeteye sebep olmaktadır (40, 34, 41).

Pandemi döneminde de yukarıda bahsedilen faktörlerin ortaya çıkmasıyla enfekte olan bireyler başta olmak üzere tüm bireylerde genel olarak kaygı ve korku hali meydana gelmiştir. Salgının bilinmezliği ve belirsizliği, sağlık hizmetlerine erişim noktasında meydana gelen aksaklıklar (yatak kapasite sorunu, fiziksel yetersizlikler, tıbbi malzeme tedarik etme…), vaka sayılarındaki ciddi artışlar ve ani kayıpların artması bireylerin kaygı, korku gibi duygularını tetiklemektedir. Aynı zamanda bu dönemde işsizlik problemi yaşayan ve asgari geçim şartlarında veya altında hayatını idame ettiren bireyler salgından olumsuz etkilenmekte ve ekonomik anlamda kaygı duyabilmektedir. Her birey bu süreci bireysel farklılıklardan (engellilik hali, dezavantajlı grup içinde olma, ekonomik düzey, bulunduğu konum, yaşadığı yer, iş hayatı, mevcut hastalık durumu, yaş, cinsiyet, farkındalık düzeyi, kültürel farklılıklar, din, bakış açısı…) kaynaklı olarak farklı boyutlarda yaşayabilmekte ve buna bağlı olarak da etkilenme durumu da farklılık gösterebilmektedir.

Tüm bu faktörlerin bireyleri etkilemesiyle birlikte bireylerde anksiyete duygusu harekete geçmekte ve birtakım fizyolojik, psikolojik ve bilişsel belirtilerle kendini göstermektedir.

Fizyolojik belirtileri; bireylerin nabız sayısında artış, kan basıncında yükselme, hızlı nefes alıp verme veya güçlük çekme, yüzün solması veya kızarması, sesin

titremesi, sürekli hareket hali, uykusuzluk, iştahsızlık, ağız kuruması, terleme, karın ve baş ağrısı, bulantı, sık idrara çıkma, yorgunluk, güçsüzlük ve cinsel işlev bozukluğu gibi belirtileri sayabiliriz.

Psikolojik belirtileri; tedirginlik, endişe ve korku hali, belirsizlik, yetersizlik hissetme, fazla veya hiç konuşma gibi durumlardır.

Bilişsel belirtileri ise; odaklanmada ve algılamada güçlük çekme, öğrenme ve problem çözme yeteneğinde azalma, düşüncelerin ertelenmesi, unutkanlık, gerçeği değerlendirme yetisinde bozulma ve dikkatin çabuk dağılması gibi durumlardır (42, 43, 44).

2.5. Depresyon ve Türleri

En temelde bunalım ve çöküntü anlamına gelen depresyon bireyin günlük işlevlerini aksatan ve bu işlevleri en az iki hafta boyunca yerine getirememesiyle birlikte normalde yapmaktan keyif aldığı aktivitelere olan ilgisinin azalmasıyla meydana gelen sürekli bir üzüntü halidir. Teber'e göre depresyonla ilgili ilk çalışmalar Antik Çağ'da başlamış olup söz konusu duygu durumunun melankoli olarak adlandırıldığını belirtmektedir. Bu konu üzerine ilk tıbbi çalışmaların ise Hipokrat'a ait olduğu, melankoli kavramını da Hipokrat'ın ortaya attığı ifade edilmektedir. Hipokrat'a göre melankoli; içeride, göğsün içine gömülü olan bir hastalıktır (45). Aretaios ise zamanla melankoliyi sebebi bilinmeyen bir çökkünlük ve umutsuzluk hali olarak tanımı genişletmiştir. Ona göre; bazı melankolilerde bu çökkünlük ve umutsuzluktan doğan öfke ve saldırgan tutumlar, korku ve üzüntü halini bastırmaktadır. Yani melankoli aslında bireylerin öfkesinin ruhunu ve iç organlarını bastırmasıdır (46). Melankoli kavramının yerine depresyon kavramını ilk kullanan kişi ise Kraepelin'dir. Kraepelin tüm duygu durum bozukluklarını psiko-manik depresif başlığı altında toplamış ve depresyonu farklı etkenlere göre alt gruplara ayırmıştır (47). Depresyonun ayrılan bu alt türlerine bakacak olursak;

Majör Depresyon; depresyon türleri arasında bireylerde en çok rastlanan türdür. Bu depresyon tanısının konulması için bireyin geçmiş yaşantısında hastalığa iten fizyolojik bir etkenin olmamasıyla birlikte psikiyatrik öyküsünün de bulunmaması gerekmektedir (48).

Bipolar Bozukluk; Bu tanıyı alan bireyler duygularını uç noktalarda yaşarlar. Bu depresif duygu durumuna ve taşkınlığa neden olan tavırlar birbirleriyle bağlantılıdır. Birey manik dönemlerinde depresif durumun tersine bir enerji patlaması yaşar. Örneğin aşırı özgüven, riskli davranışlar sergileme, öfke patlaması, az uyku gibi (49).

Distimi; Majör depresyonun hafif düzeyde seyrettiği depresyondur. Fakat en az iki yıl sürmektedir. Bireylerdekimevcut sıkıntı hali ve hüzün durumu uzun sürelidir. Bu sebepten bireyin yaşan kalitesinde düşüşe sebep olarak iş yaşantısında aksaklıklara neden olmaktadır (48).

Maskeli Depresyon; bu depresyon türüne sahip bireylerde standart depresyon belirtilerinin arka planda kalması, kişilik ve davranış bozukluklarının, aşırı madde kullanımı gibi sorunların ön plana çıkması görülmektedir. Bu bireyler gülümsemeyle kendilerini söz konusu sorunlarından soyutlayabilmektedir.

Atipik Depresyon; bu depresyon türüne sahip bireyde uzun vadede duygu çökkünlüğü yaşanmayabilir. Birey içinde bulunduğu ortama adaptasyon sağlayarak duygusunda gel-gitler veya neşeli tavırlar sergilemektedir. Birey bu süreçte genellikle dürtüsel davranışlarda bulunma eğilimi göstermektedir. Örneğin; aşırı kilo artışı, iş yaşantısından kopma, sık kumar oynanama gibi (49).

Diğer Depresyon Türleri; yukarıda bahsedilen türlerin dışında bireylerin yaşantıları boyunca (çocukluk, ergenlik, doğum vb.) geçtiği dönemlerde hormonal değişimler dolayısıyla yaşanan depresyondur (48).

Dünya Sağlık Örgütü ve Dünya Bankasının raporlarına göre ruhsal bir bozukluk olan ve toplumda yaygın olarak görülen bu depresyonların (çöküntü ve bunalım halinin), kalp damar hastalıklarından sonra en yaygın görülen ikinci hastalık olacağı öngörülmektedir (50). Dolayısıyla depresyonun bir belirti veya zayıflık ifadesi olmamakla birlikte herkesin yaşayabileceği bir durum olduğu unutulmamalıdır.

2.5.1. Depresyonun Nedenleri ve Belirtileri

Dünya Sağlık Örgütünün raporu, 2015 yılında dünyada 300 milyondan fazla kişinin depresyondan muzdarip olduğunu ortaya koymakta ve Türkiye'de ise nüfusun

yüzde4.4'ü depresyonda olduğunu belirtmektedir. Dünyada depresyon vakalarının sayısı hızla artmaktadır. Bu risk hayat boyu, erkekler için %3-12 iken, kadınlar içinse %10-26'dır. Farklı araştırmalara göre farklı rakamlar verilmekle birlikte tüm oranlar buna yakındır (51). Toplumda bu denli yaygın bir hastalık olan depresyonun olası etkenlerini şu şekilde sıralayabiliriz: nüfus artışı, iç ve dış göç, kentleşme sorunları, fiziksel çevredeki değişimler, aile yapısında değişme, toplumsal iletişim ağındaki çözülme, bireyselleşme ve yalnızlaşma, toplumsal dayanışmanın bozulması, artan stres etkenleri ve örselenme yaşantıları, ekonomik politikalar, insan hakları ihlalleri, yoksulluk, ciddi psikososyal sonuçlar doğuran travmalar, şiddet çeşitlerine maruz kalma, madde ve alkol kullanımı, anksiyete bozuklukları, yakınların kaybı, tıbbi veya salgın hastalıklar, hormonal değişiklikler, olağanüstü haller, kişilik yapısı, daha önce depresyon geçirmiş olma, kadın olmak… (52). Tüm bu sebeplerden dolayı Dünya'da her yıl 800.000'e yakın insan intihar etmektedir (53).

Bireyin salgın sürecinde hem yakın çevresinde hem de kendisinde gözlemlediği durumlar, yaşantılar ve devletlerin uygulamış olduğu politikalar ilebirlikte izlenen yollar (uzun süre izolasyon, karantina evresi, sokağa çıkma yasakları, eğitim ve sağlık sistemindeki mevcut aksaklıklar, finansal zorluklar ile değişen iş ve çalışma koşulları, sağlık sektöründe çalışma, aile bireylerinden uzak kalma ve görüşememe vb.) bireyler üzerinde travma etkisi yaratmıştır. Virüsün kontrol altında tutulması, bireylerin fiziksel sağlığına zarar vermemesi adına uygulanan karantina ve sosyal izolasyon yöntemleri insanlarda bireyselleşmeye yol açmıştır. En temelde insan biyopsikososyal bir varlıktır. Dolayısıyla pandemi döneminde temel önlem olan sosyal izolasyonun yaşam biçimini ve alışkanlıkları değiştirmesiyle birlikte bireylerin sosyalleşme problemi yaşaması psikolojik ihtiyaçlarını da doyuramamasına sebep olmuştur. Zorunlu izolasyon ve sosyal mesafe sebebiyle sosyal ilişkilerde azalmalar meydana gelmiş ve yalnızlık duygusu artmaya başlamıştır (54). Diğer yandan karantina ve sosyal izolasyon evresinde bireyler kendi iç dünyalarına dönebilmekte, kendisini sorgulama ve tanıma fırsatı da bulabilmektedir. Bazı bireyler bu durumla baş etme ve kendini telkin etme yöntemleri geliştirebilmektedir. Kimi zaman bu süreç bazı bireyler için üretken olmanın tam zamanı olarak adlandırılırken, diğer bireyler içinse durum tam tersi olmuş aşırı korku, endişe ve yalnızlık, çaresizlik, mutsuzluk halleri ile baş başa kalınmıştır.

Bu dönemde iş ve çalışma koşullarına bağlı yaşanan zorluklar, eğitim, tüketim alışkanlıkları, bireylerin fiziksel ve psikolojik ihtiyaçlarını karşılama durumu gibi birçok yaşamsal durumlar farklı boyuta evirilmiştir. Çalışma koşulları (toplantı, iş gereği sorumlulukları yerine getirme, işlerin yeknesak yürümesi), eğitim görme (öğrenme alışkanlıkları, etkili ve verimli eğitim) ve tüketim (internet üzerinden alışveriş yapma) online ortama taşınmış, eğitimde fırsat eşitliği sekteye uğramış, alt yapı eksiklikleri daha görünür hale gelmiştir. Ayrıca bu süreçte bireyler işini kaybedebilmekte veya ücretsiz izne çıkartılmaktadır. İşini kaybeden ve ücretsiz izne çıkarılan bireyler maddi açıdan mağdur duruma düşmekte, hayatını idame ettirme noktasında güçlük yaşayabilmektedir. Diğer yandan covid- 19 salgını sebebiyle hastalık tanısı almış bireylere, sağlık sektöründe çalışan bireylere veya hastalığın görüldüğü alanlara yönelik olumsuz nitelikte ayrımcı tutumlara ve sosyal damgalanmaya hatta mikroagresyona maruz kalabilecekleri ifade edilmektedir (55). Bu duruma ek olarak hastalık sebebiyle kaybedilen yakın ve kaybedilen yakına yönelik dini ritüellerin yerine getirilememesi, yakınla vedalaşamama gibi trajik sonuçlar, yas sürecinin ertelenmesine veya tamamlanamamasına yol açabilmektedir (56).

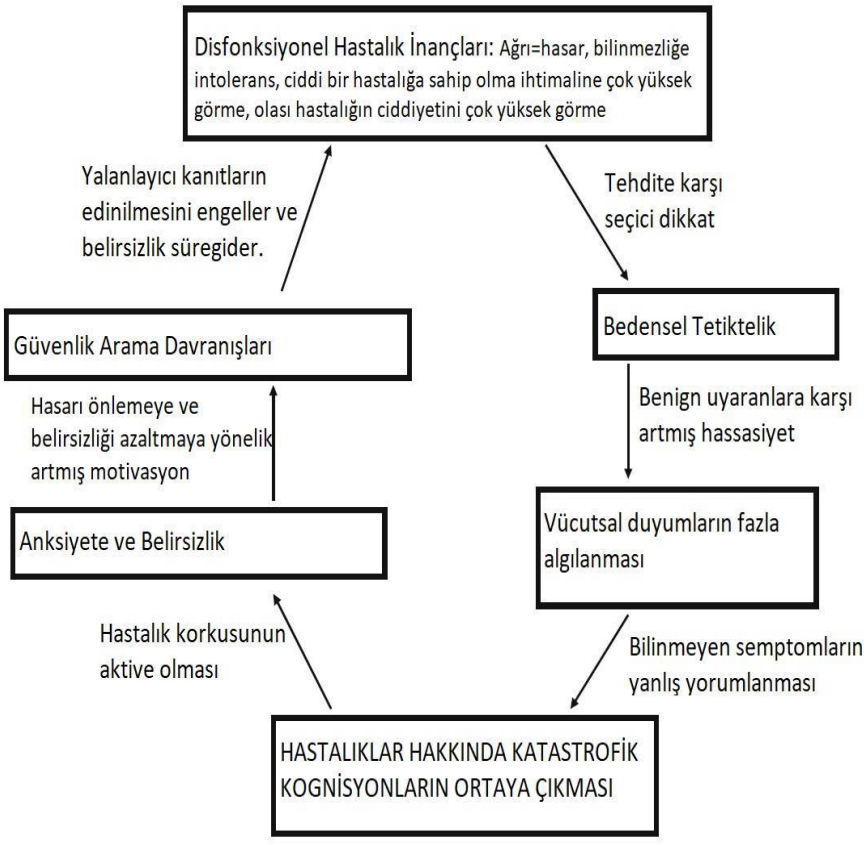
Pandemi sürecinin uzamasıyla birlikte yukarıda bahsedilen durumlar bireylerin depresyona eğilimlerini etkileyebilmektedir. Depresyonda olan bireylerde meydana gelen klinik belirtilere bakacak olursak genellikle enerji kaybı, iştah değişikliği, daha az ya da çok uyuma, kaygı, konsantrasyon azalması, dalgınlık, unutkanlık, kararsızlık, huzursuzluk, değersiz, suçlu ya da umutsuz hissetme, kendine zarar verme veya intihar düşünceleri gibi durumlardan bazıları görülmektedir. Bunlara ek olarak, ilgi ve zevk azlığı, umutsuzluk ve karamsarlığı örnek olarak verebiliriz. Bu umutsuzluk, karamsarlık ve çaresizlik duyguları o kadar yoğun yaşanır ki düştükleri bu durumdan hiçbir şekilde kurtulamayacakları düşüncesi baskın gelmektedir. Umutsuzluk, kötümserlik, benlik saygısında düşme ve suçluluk duyguları intihar düşünce ve eylemlerini uyarmaktadır. Zaman zaman sevilenle yeniden birleşme düşünceleri ortaya çıkabilmektedir. Bireyler için düşünce içeriğinde geçmiş olaylar önemli bir yer tutmaktadır. Depresif bireyler basit günlük aktiviteleri bile yapmakta güçlük çekebilmekte ve iş, aile, para ve kendi sağlıkları ile aşırı düzeyde kafaları meşgul olmaktadır (51).

Depresyonda olan birey üzüntüsünü daha derin yaşamakta, geleceğiyle ve yaşadıkları ile ilgili olarak hep kötümser bakış açısına sahip olmakta, değişik etkinlik ve sorumluluklara veya olağan etkinliklere olan ilgisi azalmakta, iş, özel durumlar, bireysel ilişkiler ve cinsel aktivite de dahil olmak üzere hiçbir şeyden zevk alamamaktadır. Bazı olgularda önde gelen belirti bunaltı olabilmektedir. Bu bireylerde anksiyete (bunaltı, kaygı) düzeyi çok artabilmekte, ajitasyon (huzursuzluk) gözlenebilmektedir. Yoğun anksiyete (bunaltı, kaygı) belirtilerinin depresyon olgularında intihar girişimleri için belirleyici bir etken olduğu ileri sürülmektedir (51).

2.6. Bilişsel Davranışçı Kuram

Bilişsel Davranışçı kuram, öğrenme kuramları ve bilişsel psikoloji ilkelerine dayanan, bireyin düşüncelerinin hislerini ve davranış biçimlerini belirlediğini ifade eden bir kuramdır. Bilişsel Davranışçı kuram bireylerin sergilediği davranışlarını, psikopatolojilerini sadece bilişsel ve davranışsal ögeleri göz önünde bulundurarak değil aynı zamanda emosyonel, gelişimsel ve sosyal ögelere de dikkat çekerek inceler (57). Bireyin bilişsel yapısını; otomatik düşünceler ve şemalar olarak iki farklı açıdan ele alır. Bu şemaları da temel inançlar ve çeşitli sayıltı ve kurallardan oluşan ara inançlar olarak iki başlıkta toplar. Elde edilen bu gruplarda; en üstte otomatik düşünceler, sonra sayıltı ve kurallardan oluşan ara inançlar ve en altta da temel inançları yer almaktadır (58). En üst katmanda yer alan otomatik düşünceler bireyin bilişini meydana getiren sözel ve imgesel parçalardan oluşmaktadır. Bireyin zihninde aniden belirirler. Bilişsel davranışçı kuram da duygusal sorunlarda beliren bu olumsuz otomatik düşüncelerle ilgilenir. Yaşanan bu duygusal sıkıntı hallerinde birey genellikle düşüncelerinin farkında olmamakta fakat bu duruma eşlik eden duyguyu fark etmektedir. Sayıltı ve kurallardan oluşan ara inançlar ise bireylerin bu sıkıntı hallerinde olumsuz inançlarından kendini koruması adına geliştirdiği koruyucu şeylerdir. Bu noktada bilişsel davranışçı kuramdaki asıl amaç bireye yarar sağlamayan katı kuralların fark edilerek bunların değiştirilmesi veya esnetilmesidir (59). En altta bulunan temel inançlar ise; bireylerin edindiği deneyimlerinden, yaşantılarından, çevresini ve çevresindeki bireylere yönelik varsayımlarından oluşmaktadır. Bu temel inançlar genel olduğu için aniden beliren otomatik düşüncelerden ve kesin yargılardan oluştukları için de ara inançlardan ayrılırlar (57).

Wells'e göre yukarıda bahsedilen temel ve ara inançlar sağlık anksiyetesinin hastalık derecesinde ortaya çıkmasına neden olmaktadır. Bireyin kendisini zayıf ve yetersiz, yalnız hissetmesi gibi ara inançlara sahip olması aynı zamanda da ölümün cezaya çarptırılmak veya hastalığın terk edilmişlik, yetersizlik olarak algılanması gibi temel inançlara sahip olması gibi durumlar bireylerde bedensel duyarlılığa itmekte ve hastalık belirtisi olarak yorumlanabilirliğini ileri sürmektedir (60). Abramowitz de sağlık anksiyetesinin hastalık derecesine gelmesinin bedensel duyumların yanlış yorumlanması ve buna bağlı olarak güven arama davranışının ortaya çıkabildiğini düşünmektedir (61). Diğer bir deyişle sağlık anksiyetesine sahip bireylerde sağlığa dair işlevsiz inanç geliştirme vardır. Bu işlevsiz inançlar da bireyleri negatif otomatik düşüncelere itmektedir. Bu da bireylerde kaygıya sebep olmaktadır (62). Aşağıdaki şemada söz konusu süreç gösterilmektedir.



Şekil 2.1. BDT'ye göre süreç (61)

Bilişsel davranışçı kurama göre bireyin işlevsel olmayan düşünce ve davranışlarının temelinde bireyin yanlış veya eksik değerlendirmelerinin bulunduğu belirtilmektedir. Ayrıca depresyona sebep olan faktörlerin de dış etmenler olmadığını, depresyonun gerçekte duygu temelli bir sorun değil bilişsel temelli olduğu ileri sürülmektedir. Bilişsel davranışçı kuram bireylerdeki değersizlik, yetersizlik, hayatın anlamsız gelmesi, karamsarlık, umutsuzluk gibi olumsuz düşünce sistemlerinin ve buna benzer düşüncelerin depresyonun temelini oluşturduğunu benimser (63). Beck'e göre bireylerdeki depresif semptomların özelliğini açıklayan 4 öge vardır:

''1- Kendini, dünya ve yaşantıları, geleceği olumsuz algılamadan oluşan olumsuz üçlü,

2- olumsuz otomatik düşünceler,

3- bilgi işleme ve algıda sistematik hatalar,

4- temel işlevsel olmayan sayıltılar ''(64).

Bu olumsuz kavramlarla hemen hemen tüm belirtileri açıklayabileceğini belirtmektedir.

Tüm bu bilgilerin ışığında bilişsel davranışçı kurama göre bireyin sağlığa dair işlevsiz inançlarının sağlık anksiyetesine, anksiyetenin patolojik boyuta ulaştığında depresyona eğilime sebep olduğunu söyleyebiliriz. Bu çıkarımın çeşitli komorbiditelerin varlığıyla birlikte söz konusu olabileceğini unutmamak gerekir. Hoffmann ve arkadaşlarına göre anksiyete bozuklukları, yeme ve uyku bozuklukları, somatoform bozukluklar, öfke problemleri, depresyon, şizofreni ve diğer psikotik bozuklukların tedavisinde bilişsel davranışçı yaklaşım kullanılabilmektedir (62).

3. MATERYAL VE YÖNTEM

Bu bölümde araştırma modeli, araştırmanın evren ve örneklemi, araştırmanın veri toplama araçları, verilerin analizinde kullanılan istatistiksel yöntemler ile süre ve olanaklara yer verilmiştir.

3.1. Araştırmanın Modeli

Araştırmada pandemi döneminde bireylerin sağlığa dair işlevsel olmayan inançları, kaygı (anksiyete) ve depresyonları arasındaki ilişkinin incelenmesi amaçlanmıştır. Bu araştırma, nicel araştırma yöntemlerinden genel tarama modelleri içerisinde yer alan ilişkisel tarama modelinde korelasyonel bir araştırma olarak tasarlanmıştır.

İlişkisel tarama modeli iki ya da daha çok değişken arasında birlikte değişim varlığını ya da derecesini belirlemeyi amaçlayan araştırma modelidir. İlişkisel çalışma modelleri iki şekildedir: Karşılaştırma ve Korelasyonel. Korelasyonel araştırma; değişkenler arasındaki ilişkileri belirlemek ve kişinin tahminlerde bulunmasını sağlamak amacıyla kullanılan araştırma türüdür (65). Araştırmada bireylerin sahip olduğu bazı demografik değerler bağımsız değişken, sağlığa dair işlevsel olmayan inanç, kaygı (anksiyete) ve depresyonları bağımlı değişkeni ifade etmektedir.

3.2. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın ulaşılabilir evrenini söz konusu korona virüsün 10 Mart 2020 tarihinden itibaren ülkemizde görülmesiyle birlikte bu durumdan etkilenen ve araştırmaya gönüllü olarak katkı sağlayan Türkiye'de yaşayan 18 yaş ve üzeri tüm bireyler oluşturmaktadır.

Araştırmada seçkisiz olmayan örnekleme yöntemlerinden amaçsal örneklem modeli kullanılmıştır. Amaçsal örnekleme; çalışmanın amacına bağlı olarak bilgi açısından daha kapsamlı durumların seçilerek derinlemesine araştırma yapılmasına olanak tanır. Belli ölçütleri karşılayan veya belli özelliklere sahip olan bir veya daha fazla özel durumlar üzerine yapılan çalışmalarda kullanılmaktadır (65).

Araştırmanın örneklemini Muğla'da yaşayan 18 yaş ve üzeri, ilkokul-Iisansüstü eğitim aralığında, farklı meslek gruplarında çalışan veya meslek sahibi olmayan, ekonomik düzeyleri farklı, evli veya bekâr, gönüllü 377 katılımcı oluşturmaktadır.

3.3. Araştırmanın Veri Toplama Araçları

Araştırmada veri toplama aracı olarak sosyo-demografik özellikleri belirlemek ve pandemi döneminde yönelik bireysel tutumlarını içeren "Kişisel Bilgi Formu" (EK 2); katılımcıların kaygı düzeylerini belirlemek için "Sağlık Anksiyetesi Ölçeği" (EK 3); depresyon düzeylerini belirlemek için" Beck Depresyon Ölçeği" (EK 4) ve sağlığa dair işlevsel olmayan inançlarını belirlemek için ise "Sağlık Bilişleri Ölçeği" (EK 5); ve kullanılmıştır.

3.3.1. Kişisel Bilgi Formu

Araştırmacı tarafından hazırlanan bu form bireylerin sosyo-demografik özelliklerini ve pandemi dönemine yönelik bireysel durum ve tutumlarını içeren 11 sorudan oluşmaktadır.

3.3.2. Sağlık Bilişleri Ölçeği

Hadjistawopoulos ve arkadaşları (2012) tarafından ‘’Health Cognitions Questionnaire’’ adıyla geliştirilen ölçek, kişilerin yaşadığı sağlık kaygısının şiddetiyle bağlantılı olan sağlıkla ilgili işlevsel olmayan inançları değerlendirmektedir. Ölçek, 20 maddeden oluşup 5'li likert tiptedir. Ölçek maddeleri “hastalıkla baş etmede güçlük”,” tıbbi hizmetlerin yetersizliği”, “hastalık olasılığı” ve “hastalığın korkutuculuğu” durumları içermektedir. Ölçeğin tutarlık katsayısı (Cronbach Alpha) fiziksel bir tanısı olmayan grupta 0.72 olarak saptanmıştır. Araştırmada ise ölçeğin güvenilirlik değeri (Cronbach Alpha değeri) 0,74 olarak bulunmuştur.

Ölçeğin değerlendirilmesi:

Ölçek puanlamasında l:Kesinlikle Katılmıyorum, 2:Katılıyorum, 3:Ne Katılıyorum Ne Katılmıyorum, 4:Katılıyorum, 5:Kesinlikle Katılıyorum olarak

değerlendirilmektedir. Ölçek maddelerinden2, 4,7, 9, 10, l5, 19, 20 numaralı maddelerin puanlan ters kodlanmaktadır. Ölçekten alınan yüksek puanlar kişilerin sağlığa ilişkin işlevsiz inançlarını yansıtmaktadır (66).

3.3.3. Sağlık Anksiyetesi Ölçeği

Sağlık Anksiyetesi Ölçeği, Salkovskis, Rimes, Warwick ve Clark (2002) tarafından geliştirilmiş olup ilk etapta 64 maddelik olarak geliştirilen ilk ölçeğin 18 maddeden oluşan bir özbildirim kısa formudur. Ölçeğin güvenirlik analizlerinde Cronbach alfa değeri iç tutarlılık kat sayısı 0,918 olarak saptanmıştır. Araştırmamızda ölçeğin güvenirlik değeri (Cronbach Alpha değeri) 0,80 olarak bulunmuştur.

Ölçeğin değerlendirilmesi:

Ölçeğin14 maddesi bedensel belirtilere karşı aşırı duyarlılık ve kaygı, kişilerin sağlıklarına ilişkin duygu ve düşüncelerini sorgulayan dört seçenekli (a, b, c, d şeklinde) yanıtlar içeren ifadelerden oluşmaktadır. Geri kalan 4 maddesi ise bireylerden ciddi bir hastalıkları (örn; kanser, kalp hastalığı gibi) olduğunu varsaydıklarında nasıl bir durum içinde olabileceklerine dair fikir yürütmelerini istemekte ve dört seçenekli (a, b, c, d şeklinde) yanıtlar içeren ifadelerden oluşmaktadır.Ölçeğin puanlaması her bir madde için 0-3 arasındadır ve yüksek puan yüksek düzeyde sağlık anksiyetesini ifade etmektedir. Ölçekte ters kodlanan soru bulunmamaktadır (67).

3.3.4. Beck Depresyon Ölçeği

Beck Depresyon Ölçeği, depresyonda görülen somatik, duygusal, bilişsel ve motivasyonel belirtileri ölçen ve depresyon belirtilerinin derecesini objeklif olarak belirleyen bir ölçektir. Türkçe uyarlaması ve geçerlikgüvenirliği Hisli (1988) tarafından yapılmış ve güvenirlik değeri (Cronbach Alpha) 0,74 olarak bulunmuştur. Hisli'nin poliklinik hastalan ile yaptığı geçerlik güvenirlik çalışmasında Beck Depresyon Ölçeğinin kesme noktaları incelenmiş, 17 ve üstündeki Beck Depresyon Ölçeği puanlarının, tedavi gerektirebilecek depresyonu %90 üzerinde bir doğrulukta ayırt edebildiği görülmüştür. Araştırmada ölçeğin güvenirlik değeri (Cronbach Alpha değeri) 0,73 olarak bulunmuştur.

Ölçeğin değerlendirilmesi:

Formda 21 belirti kategorisinin her birinde dört seçenek bulunmaktadır. Kategorilerdeki dört seçenekten her madde 0-3 arasında puan almaktadır. Bu puanların toplanmasıyla katılımcıların depresyon puanı elde edilmektedir. Ölçekten alınabilecek en yüksek puan 63'tür. Toplam puanın yüksek oluşu, depresyon düzeyinin ya da şiddetinin yüksekliğini göstermektedir(68). Ölçekte ters kodlanan soru bulunmamaktadır.

3.4. Verilerin Toplanması

Verilerin toplanması Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü 03.06.2020 tarihli ve84892257-604.01.02-E.16566 karar sayılı etik kurul onayı (EK-1) doğrultusunda, 01.07.2020 ve 01.10.2020 tarihleriarasında uygulamaya konulup veriler toplanmıştır.

Verilerin kişisel bilgi formu ve ölçeklerle, bireylerin gönüllü katılımıyla, araştırmacı tarafından, söz konusu pandemi sürecinde korona virüsün temas ve solunum yoluyla bulaşması ve hem araştırmacının hem de katılımcıların sağlığı açısından yüz yüze toplanmasının risk teşkil etmesi sebebiyle e-posta yoluyla toplanmasının uygun olacağı düşünülmüştür. Bu bağlamda toplanan veriler bilgisayar ortamında password/encryption koruması ile bilgisayar veri belleğinde korunmuştur.

Veriler Google Form sistemi üzerinden onlineolarak hazırlanarak Muğla'da yaşayan18 yaş ve üzeri, ilkokul-Iisansüstü eğitim aralığında, farklı meslek gruplarında çalışan ve meslek sahibi olmayan, ekonomik düzeyleri farklı, evli veya bekâr gönüllü katılımcıların bulunduğu çeşitli sosyal mecralarda (twitter, telegram, whatsapp grupları, e-mail grupları) paylaşılmıştır. Araştırma verilerinin analiz aşamasında kayıp veri olmaması adına, bu problemi önlemek amacıyla bir soruya cevap vermeden diğer soruya geçiş izni verilmemiş ve form buna göre hazırlanmıştır. Ayrıca gönüllü katılımcıların kimliklerine ve özel bilgilerine yönelik tanımlamaların belirsiz olması, araştırma sonuçlarında yanlılığın ortadan kalkmasını sağlayacaktır. Tüm bu önlemlerle gönüllü katılımcıları suistimal edecek tehdit unsurlarının ortadan kaldırılması öngörülmüştür.

3.5. Verilerin Analizi

Veriler, Statistical Package for Social Sciences 22 (lBM SPSS) paket programı kullanılarak analiz edilmiştir. Verilerin normal dağılım göstermesi sebebiyle parametrik testler kullanılmıştır. Katılımcıların sosyo-demografik özellikleri ve pandemi döneminde tutumlarına yönelik verilerin analizinde frekans, yüzde ve ortanca değerleri kullanılmıştır. Katılımcıların sağlığa dair işlevsel olmayan inançları, sağlık anksiyetesi ve depresyon düzeyleri arasındakiilişkilerin incelenmesinde, Pearson Basit Korelasyon Analizi; Sağlığa dair işlevsel inançlarını ölçmek amacıyla kullanılan sağlık biliş, sağlık anksiyete ve depresyon düzeylerinin çeşitli değişkenlere göre farklılık gösterip göstermediğini belirlemede Bağımsız Örneklem T-Testi ve Tek Yönlü Varyans Analizi-ANOVA parametrik testleri uygulanmıştır.

3.6. Araştırmanın Amaçları

- Katılımcıların sağlığa dair işlevsel olmayan inançları, sağlık anksiyeteleri ve depresyonları ile yaşları arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?
- Katılımcıların sağlığa dair işlevsel olmayan inançları, sağlık anksiyeteleri ve depresyonları cinsiyetlerine göre farklılaşmakta mıdır?
- Katılımcıların sağlığa dair işlevsel olmayan inançları, sağlık anksiyeteleri ve depresyonları medeni durumlarına göre farklılaşmakta mıdır?
- Katılımcıların sağlığa dair işlevsel olmayan inançları, sağlık anksiyeteleri ve depresyonları eğitim durumlarına göre anlamlı olarak farklılaşmakta mıdır?
- Katılımcıların sağlığa dair işlevsel olmayan inançları, sağlık anksiyeteleri ve depresyonları yerleşim yerlerine göre anlamlı olarak farklılaşmakta mıdır?
- Katılımcıların sağlığa dair işlevsel olmayan inançları, sağlık anksiyeteleri ve depresyonları ekonomik durumlarına göre anlamlı olarak farklılaşmakta mıdır?
- •Katılımcıların sağlığa dair işlevsel olmayan inançları, sağlık anksiyeteleri ve depresyonları çocuk sahibi olup olmama durumlarına göre farklılaşmakta mıdır?

- Katılımcıların sağlığa dair işlevsel olmayan inançları, sağlık anksiyeteleri ve depresyonları meslek sahibi olup olmama durumlarına göre farklılaşmakta mıdır?
- •Katılımcıların sağlığa dair işlevsel olmayan inançları, sağlık anksiyeteleri ve depresyonları arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?

3.7. Araştırmanın Sınırlılıkları

- Veri toplama sürecinde söz konusu pandemi sürecinde korona virüsün temas ve solunum yoluyla bulaşması ve hem araştırmacının hem de katılımcıların sağlığı açısından yüz yüze toplanmasının risk teşkil etmesi sebebiyle verilerin e-posta yoluyla toplanması, dolayısıyla da katılımcıların sadece internet kullanıcılarına hitap etmesi
- Karantina uygulaması ve pandemi sebebiyle sosyal alanlarda kontrolün sağlanması amacıyla kütüphanelerin kapalı olması, köklü üniversitelerin kütüphanelerini online olarak erişime açmasına rağmen sadece belirli kaynakları erişime veya sadece kendi üniversite öğrencilerine olanak tanıması,
- Korona virüs ile ilgili var olan mevcut kaynakların bilgilerin doğruluğu noktasında tartışmalı olması sebebiyle sadece uluslararası düzeyde kabul gören raporlar (WHO, NGO, IOM, UNDPA, UNHCR vb.) ve T.C. Sağlık Bakanlığı tarafından yayınlanan bilgilerin kaynak olarak kullanılması araştırmanın sınırlılıklarını oluşturmaktadır.

4. BULGULAR

Bu bölümde pandemi dönemde katılımcıların sosyo-demografik bilgileri, bireysel durum ve tutumlarına yönelik betimsel bulgular, sağlığa dair işlevsel olmayan inançları ile kaygı ve depresyonları arasındaki ilişkiyi incelemek amacı ile yapılan analizlerin bulgularına yer verilmiştir.

4.1. Katılımcılara Ait Betimsel Bulgular

Bu kısımda katılımcıların sosyo-demografik bilgilerineve pandemi döneminde bireysel durum ve tutumlarınayönelik bulgularına yer verilecektir.

4.1.1. Katılımcıların Sosyo-Demografik Bilgilerine Yönelik Bulgular

Bu bölümde 18-67 yaş arası 377 katılımcının sosyo-demografik özelliklerine ilişkin bulgular sunulacaktır (N:377). Tablo 4.1'de bu bilgiler aktarılmıştır.

Tablo 4.1. Katılımcılara ait sosyo-demografik bilgiler

Değişken	Seçenekler	N	%
Cinsiyet	Kadın	200	53.1
	Erkek	177	46.9
Medeni Durum	Bekâr	237	62.9
	Evli	140	37.1
Eğitim Durumu	İlköğretim	5	1.3
	Ortaöğretim	15	4.0
	Lise	58	15.4
	Lisans	264	70.0
	Yüksek Lisans	35	9.3
Yerleşim Yeri	Köy	42	11.1
	Belde	62	16.5
	Şehir	273	72.4
Ekonomik Düzey	Zayıf	29	7.7
	Orta	218	57.8
	İyi	127	33.7
	Çok İyi	3	0.8
Meslek	Var	220	58.4
	Yok	157	41.6
Çocuk	Var	130	34.5
	Yok	247	65.5

Araştırmadaki katılımcıların yaş ortalamaları 30.60,%53.1'i (n=200) kadın, %46.9'u (n=177) erkektir. Bu katılımcıların %62.9'unun (n=237) medeni halinin bekâr, %37.1'ininse (n=140) medeni hali evlidir (Tablo 4.1).

Araştırmaya katılan bireylerin eğitim durumuna bakıldığında %1.3'ünün (n=5) ilköğretim, % 4'ünün (n=15) ortaöğretim, % 15.4'ünün (n=58) lise, %70'inin (n=264) lisans ve %9.3'ünün yüksek lisans (n=35) olduğu görülmektedir.

Katılımcıların %11.1'i (n=42) köyde, %16.4'ü (n=62) beldede, % 72.4'ü (n=273) ise şehirde yaşadığı görülmektedir. Araştırmaya katılan bireylerin ekonomik düzeyleri incelendiğinde katılımcıların %7.7'si (n=29) zayıf, %57.8'i (n=218) orta, %33.7'si (n=127) iyi, %0.8'i (n=3) ise çok iyi olarak ekonomik durumlarını ifade etmektedir (Tablo 4.1)

Katılımcıların %58.4'ünün (n=220) meslek sahibi olduğu (aktif olarak çalışıp çalışmama), %41.6'sının (n=157) ise meslek sahibi olmadıkları görülmektedir. Araştırmaya katılan bireylerin %34.5'inin (n=130) çocuk sahibi olduğu, %65.5'inin (n=247) ise çocuk sahibi olmadıkları görülmektedir (Tablo 4.1).

4.1.2. Katılımcıların Pandemi Dönemindeki Durumlarına Yönelik Bulgular

Tablo 4.2. Katılımcıların pandemi dönemindeki durumuna dair bulgular

Değişken	Seçenekler	N	%
Risk grubunda olma	Evet	50	13.3
	Hayır	327	86.7
Yakının risk grubunda olması	Evet	224	59.4
	Hayır	153	40.6
Önlem alıp almama durumu	Evet	372	97.7
	Hayır	5	1.3

Araştırmaya katılan bireylere pandemi dönemindeki durum ve tutumlarına yönelik;

– ‘’Sağlık Bakanlığının belirtmiş olduğu risk grubunda(yaşlılık, hamilelik, kronik hastalık, yurtdışı temaslı yakın…) mısınız? ‘’ sorusu yöneltilmiş ve katılımcıların %13.3’ü bu soruya evet derken, % 86.7’si hayır cevabını vermiştir.

– -‘’Sağlık Bakanlığının belirtmiş olduğu risk grubunda(yaşlılık, hamilelik, kronik hastalık, yurtdışı temaslı yakın…) veya alanda (sağlık sektörü) çalışan herhangi bir yakınınız var mı?’’ sorusu yöneltilmiş ve katılımcıların %59.4’ü evet cevabını verirken % 40.6’sı hayır cevabını vermiştir.

– -‘’Pandemi döneminden korona virüsten korunmaya yönelik bireysel önlemlerinizi alıyor musunuz? ‘’ sorusu yöneltilmiş ve katılımcıların %98.7’si evet cevabını verirken % 1.3’ü hayır cevabını vermiştir (Tablo 4.2).

4.2. Katılımcıların Anksiyete, Depresyon, Sağlığa Dair İşlevsiz İnançlara Yönelik Bulgular

Bu bölümde katılımcıların anksiyete, depresyon ve sağlığa dair işlevsel olmayan inanç düzeylerini ölçmeye yardımcı veri toplama araçlarına verdikleri cevaplar ve aldıkları puanlar aktarılmıştır.

4.2.1. Sağlık Anksiyetesi, Beck Depresyon ve Sağlık Bilişleri Ölçeklerinden Alınan Puanlar ve Normallik Testlerine Yönelik Bulgular

Bu bölümde katılımcıların SAÖ, BDÖ ve SBÖ’den aldıkları ortalama puanlar ve bu puanların nasıl dağılım sağladığını bulgulamaya yönelik uygulanan testler ve değerlendirmeler Tablo 4.3’te bilgiler aktarılmıştır.

Tablo 4.3. Katılımcıların SAÖ, BDÖ ve SBÖ'den aldıkları puanların dağılımı

Ölçek	N	Min	Max	Mean	SS	Mod	Median	Skewness	Kurtosis
SAÖ	377	19	60	33.8	6.29	34	34	0.59	1.06
BDÖ	377	7	42	16.42	6.75	16	15	1.09	1.13
SBÖ	377	48	76	63.4	5.64	63	63	0.57	1.3

Tabloya göre araştırmaya katılan bireylerin Sağlık Anksiyetesi Ölçeği'nden aldığı en düşük puanın 19, en yüksek puanın 60 ve ortalama puanın 33.8 olduğu görülmektedir.

Tablo 4.3'te Sağlık Anksiyetesi Ölçeğinden alınan ortalama puanlar incelendiğinde mod-medyan ve ortalamanın birbirine yakın olduğu, basıklık ve çarpıklık değerlerinin -1.5 ve +1.5 aralığında olduğu, 377 kişinin katılım sağladığı ölçekten alınan ortalama puanların normal dağılım gösterdiği anlaşılmıştır (65). Araştırma kapsamında sağlık anksiyetesine yönelik analizlerde parametrik testlerin kullanımı uygun görülmüştür.

Araştırmaya katılan bireylerin Beck Depresyon Ölçeği'nden aldığı en düşük puanın 7, en yüksek puanın 42 ve ortalama puanın 16.42 olduğu görülmektedir. Ölçekten alınabilecek en yüksek puan 63'tür. Katılımcıların her bir sorudan aldığı toplam puanın yüksekliği, depresyon düzeyinin ya da şiddetinin yüksekliğini göstermektedir. Ölçekten alınan toplam puan ortalamasına göre bakıldığında katılımcıların sınır düzeydehafif depresyon derecesinde oldukları görülmektedir.

Tablo 4.3'te Beck Depresyon Ölçeğinden alınan ortalama puanlar incelendiğinde mod-medyan ve ortalamanın birbirine yakın olduğu, basıklık ve çarpıklık değerlerinin -1.5 ve +1.5 aralığında olduğu, 377 kişinin katılım sağladığı ölçekten alınan ortalama puanların normal dağılım gösterdiği anlaşılmıştır (65). Araştırma kapsamında depresyon düzeylerine yönelik yapılacak analizlerde parametrik testlerin kullanımı uygun görülmüştür.

Araştırmaya katılan bireylerin Sağlık Bilişleri Ölçeği'nden aldığı en düşük puanın 48, en yüksek puanın 76 ve ortalama puanın 63.4 olduğu görülmektedir.

Tablo 4.3'te Sağlık Bilişleri Ölçeğinden alınan ortalama puanlar incelendiğinde mod-medyan ve ortalamanın birbirine yakın olduğu, basıklık ve çarpıklık değerlerinin -1.5 ve +1.5 aralığında olduğu, 377 kişinin katılım sağladığı ölçekten alınan ortalama puanların normal dağılım gösterdiği anlaşılmıştır (65). Araştırma kapsamında sağlağa dair işlevsel olmayan inançlara yönelik yapılacak analizlerde parametrik testlerin kullanımı uygun görülmüştür.

Tespit edilen tüm puanlar ve bu puanlara yönelik yapılan çıkarımlar, tamamen ölçeklere dayalı olarak ve ölçeklere ait değerlendirme ölçütleri baz alınarak yapılmıştır. Aksi halde sadece ölçek puanına bakılarak bireyin depresyon şiddetini, anksiyete düzeyini ölçmek kesin bir çıkarım yapmak için yeterli olmayacaktır.

4.2.1.1. Katılımcıların Sağlığa Dair İşlevsel Olmayan İnançlarının Çeşitli Değişkenlere Göre İncelenmesine Yönelik Bulgular

Sağlık Bilişleri Ölçeği Puanları ile Yaş Değişkeni Arasındaki İlişkiye Yönelik Bulgular

Katılımcıların sağlığa dair işlevsel olmayan inanç düzeyleri ile yaş değişkeni arasında bir ilişki olup olmadığını belirlemek amacıyla yapılan Pearsonanaliz sonuçları Tablo 4.4'te sunulmaktadır.

Tablo 4.4. Sağlık bilişleri ölçek puanlarının yaşa göre Pearson analiz sonucu

Değişken	N	$\bar{x}$	S	r	p
Yaş	377	30.6021	11.2522	-.082	.113
Ölçek Puan	377	58.3077	8.078		

Pearson analiz sonuçlarına göre katılımcıların sağlığa dair işlevsel olmayan inançları ile yaşları arasında bir ilişki bulunmamaktadır (r:-.082, p>.05).

Sağlık Bilişleri Ölçeği Puanlarının Cinsiyete Göre Anlamlı Bir Farklılık Gösterip Göstermediğine Yönelik Bulgular

Katılımcıların sağlığa dair işlevsel olmayan inanç düzeylerinin cinsiyet değişkenine göre farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonuçları Tablo 4.5'te sunulmaktadır.

Tablo 4.5. Sağlık bilişleri ölçek puanlarının cinsiyete ilişkin t- testi sonuçları

Cinsiyet	N	x̄	S	t	p
Kadın	200	59.3500	7.68262	2.6	0.008*
Erkek	177	57.1299	8.37068		

Analiz sonucunda katılımcıların sağlığa dair işlevsel olmayan inançlarının cinsiyete göre farklılık gösterdiği bulunmuştur (t:2.6; p<.05). Buna göre kadın katılımcıların sağlığa dair işlevsel olmayan inançlarının erkek katılımcıların sağlığa dair işlevsel olmayan inançlarından daha yüksek olduğu söylenebilmektedir.

Sağlık Bilişleri Ölçeği Puanlarının Medeni Duruma Göre Anlamlı Bir Farklılık Gösterip Göstermediğine Yönelik Bulgular

Katılımcıların sağlığa dair işlevsel olmayan inanç düzeylerinin medeni durumlarına göre farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonuçları Tablo 4.6'da sunulmaktadır.

Tablo 4.6. Sağlık bilişleri ölçek puanlarının medeni duruma ilişkin t- testi sonuçları

Medeni Durum	N	x̄	S	t	p
Bekâr	237	58.8186	8.00244	1.593	0.110
Evli	140	57.4429	8.16227		

Analiz sonucunda katılımcıların sağlığa dair işlevsel olmayan inanç düzeylerinin medeni durumlarına göre farklılık göstermediği bulunmuştur (t:1.5; p>.05).

Sağlık Bilişleri Ölçeği Puanlarının Eğitim Durumuna Göre Anlamlı Farklılık Gösterip Göstermediğine Yönelik Bulgular

Katılımcıların sağlığa dair işlevsel olmayan inançlarının eğitim durumuna ilişkin betimsel bulguları Tablo 4.7'de, eğitim durumuna göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan ANOVA sonuçları da Tablo 4.8'de sunulmaktadır.

Tablo 4.7. Sağlık bilişleri ölçek puanlarının eğitim duruma ilişkin betimsel istatistik sonuçları

Eğitim Durumu	N	x̄	S
İlköğretim	5	54.2000	5.54076
Ortaöğretim	15	56.6000	6.63110
Lise	58	58.2586	8.10363
Lisans	264	58.3939	8.07499
Yüksek Lisans	35	59.0571	9.00961

Tablo 4.8. Sağlık bilişleri ölçek puanlarının eğitim durumuna göre ANOVA sonuçları

Eğitim Durumu	Kareler Toplamı	Serbestlik Derecesi	Kareler Ort.	F	p
Gruplar Arası	149.871	4	37.468	.571	.684
Gruplar İçi	24390.437	372	65.566		
Toplam	24540.308	376			

Analiz sonuçları, araştırmaya katılan bireylerin sağlığa dair işlevsel olmayan inançlarının eğitim durumuna göre değişmediğini göstermektedir (F:.57; p>.05). Bir başka ifadeyle, bireylerin sağlığa dair işlevsel olmayan inançları eğitim durumuna göre değerlendirildiğinde anlamlı olarak farklılaşmamaktadır.

Sağlık Bilişleri Ölçeği Puanlarının Yerleşim Yerine Yönelik Bulgular

Katılımcıların sağlığa dair işlevsel olmayan inançlarının yerleşim yerine göre betimsel istatistik sonuçları Tablo 4.9'da, yerleşim yerine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan ANOVA sonuçları da Tablo 4.10'da sunulmaktadır.

Tablo 4.9. Sağlık bilişleri ölçek puanlarının yerleşim yerine ilişkin betimsel istatistik sonuçları

Yerleşim Yeri	N	x̄	S
Köy	42	55.333	9.75221
Belde	62	58.2903	7.72560
Şehir	273	58.7692	7.80518

Tablo 4.10. Sağlık bilişleri ölçek puanlarının yerleşim yerine göre ANOVA sonuçları

Yerleşim Yeri	Kareler Toplamı	Serbestlik Derecesi	Kareler Ort.	F	p
Gruplar Arası	429.739	2	214.869	3.333	.037*
Gruplar İçi	24110.569	374	64.467		
Toplam	24540.308	376			

Analiz sonuçlarında, araştırmaya katılan bireylerin sağlığa dair işlevsel olmayan inançlarının yerleşim yerine göre değişiklik gösterdiği bulunmuştur (F:3.3; p<.05). Bir başka ifadeyle, bireylerin sağlığa dair işlevsel olmayan inanç düzeyleri yerleşim yerine göre değerlendirildiğinde anlamlı olarak farklılaşmaktadır. Söz konusu anlamlı farklılaşmanın hangi gruplar arasında olduğunu tespit etmek amacıyla LSD testi uygulanmış olup LSD test sonuçları Tablo 4.11'de sunulmaktadır.

Tablo 4.11. Sağlık bilişleri ölçek puanlarının yerleşim yerine göre LSD sonuçları

Yerleşim Yeri	Gruplar	Ortalamalar Farkı	P
Köy	Belde	-2.95699	.066
	Şehir	-3.43590*	.010
Belde	Köy	2.95699	.066
	Şehir	-.47891	.672
Şehir	Köy	3.43590*	010
	Belde	.47891	.672

Araştırmaya katılan ve farklı yerleşim yerlerinde yaşayan katılımcıların sağlığa dair işlevsel olmayan inançlarına bakıldığında; köyde yaşayan bireylerin sağlığa dair işlevsel olmayan inançları ile şehirde yaşayan bireylerin sağlığa dair işlevsel olmayan inançları arasında bir ters orantı olduğu bulunmuştur. Bir başka ifadeyle araştırmaya göre şehirde yaşayan katılımcıların sağlığa dair işlevsel olmayan inançlarının köyde yaşayan katılımcıların sağlığa dair işlevsel olmayan inançlarına göre daha yüksek olduğu ifade edilmektedir.

Sağlık Bilişleri Ölçeği Puanlarının Ekonomik Düzeye Göre Anlamlı Bir Farklılık Gösterip Göstermediğine Yönelik Bulgular

Katılımcıların sağlığa dair işlevsel olmayan inançlarının ekonomik düzeylerine göre betimsel istatistik sonuçları Tablo 4.12'de, ekonomik düzeylerine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan ANOVA sonuçları da Tablo 4.13'da sunulmaktadır.

Tablo 4.12. Sağlık bilişleri ölçek puanlarının ekonomik düzeyine ilişkin betimsel istatistik sonuçları

Ekonomik Düzey	N	$\bar{x}$	S
Zayıf	29	57.7931	10.49619
Orta	218	58.8624	7.72687
İyi	127	57.2992	8.00824
Çok İyi	3	65.6667	5.13160

Tablo 4.13. Sağlık bilişleri ölçek puanlarının ekonomik düzeyine göre ANOVA sonuçları

Ekonomik Düzey	Kareler Toplamı	Serbestlik Derecesi	Kareler Ort.	F	P
Gruplar Arası	366.381	3	122.127	1.884	.132
Gruplar İçi	24173.927	373	64.809		
Toplam	24540.308	376			

Analiz sonuçları, araştırmaya katılan bireylerin sağlığa dair işlevsel olmayan inançlarının ekonomik düzeylerine göre değişmediğini göstermektedir (F:1.8; p>.05). Bir başka ifadeyle, bireylerin sağlığa dair işlevsel olmayan inançları ekonomik düzeylerine göre değerlendirildiğinde anlamlı olarak farklılaşmamaktadır.

4.2.1.2. Katılımcıların Sağlık Anksiyetelerinin Çeşitli Değişkenlere Göre İncelenmesine Yönelik Bulgular

Sağlık Anksiyetesi Ölçeği Puanları ile Yaş Değişkeni Arasında İlişkinin Olup Olmamasına Yönelik Bulgular

Katılımcıların sağlık anksiyeteleri ile yaş değişkeni arasında bir ilişki olup olmadığını belirlemek amacıyla yapılan Pearson analiz sonuçları Tablo 4.14'te sunulmaktadır.

Tablo 4.14. Sağlık anksiyetesi ölçek puanlarının yaşa göre Pearson analiz sonuçları

Değişken	N	$\bar{x}$	S	r	p
Yaş	377	30.6021	11.2522	-.029	.573
Ölçek Puan	377	33.8170	6.2951		

Pearson analiz sonuçlarına göre katılımcıların sağlık anksiyeteleri ile yaşları arasında bir ilişki bulunmamaktadır (r:-.029; p>.05).

Sağlık Anksiyetesi Ölçeği Puanlarının Cinsiyete Göre Anlamlı Bir Farklılık Gösterip Göstermediğine Yönelik Bulgular

Katılımcıların sağlık anksiyetelerinin cinsiyet değişkenine göre farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonuçları Tablo 4.15'te sunulmaktadır.

Tablo 4.15. Sağlık anksiyetesi ölçek puanlarının cinsiyete ilişkin t-testi sonuçları

Cinsiyet	N	x̄	S	t	p
Kadın	200	34.7050	6.15691	2.941	.003*
Erkek	177	32.8136	6.31595		

Analiz sonucunda katılımcıların sağlık anksiyetelerinin cinsiyete göre farklılık gösterdiği bulunmuştur (t:2.9; p<.05). Buna göre kadın katılımcıların sağlık anksiyetelerinin erkek katılımcıların sağlık anksiyetelerinin daha yüksek olduğu söylenebilmektedir.

Sağlık Anksiyetesi Ölçeği Puanlarının Medeni Duruma Göre Anlamlı Bir Farklılık Gösterip Göstermediğine Yönelik Bulgular

Katılımcıların sağlık anksiyetelerinin medeni durumlarına göre farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonuçları Tablo 4.16'da sunulmaktadır.

Tablo 4.16. Sağlık anksiyetesi ölçek puanlarının medeni duruma ilişkin t-testi sonuçları

Medeni Durum	N	x̄	S	t	p
Bekâr	237	33.7384	5.84176	-.301	.753
Evli	140	33.9500	7.01625		

Analiz sonucunda katılımcıların sağlık anksiyetelerinin medeni durumlarına göre farklılık göstermediği bulunmuştur (t:,-.301; p>.05).

Sağlık Anksiyetesi Ölçeği Puanlarının Çocuk Sahibi Olma Durumuna Göre Anlamlı Bir Farklılık Gösterip Göstermediğine Yönelik Bulgular

Katılımcıların sağlık anksiyetelerinin çocuk sahibi olma durumlarına göre farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonuçları Tablo 4.17'de sunulmaktadır.

Tablo 4.17. Sağlık anksiyetesi ölçek puanlarının çocuk sahibi olma durumuna ilişkin t-testi sonuçları

Çocuk Sahibi Olma Durumu	N	$\bar{x}$	S	t	p
Evet	130	33.2538	6.94755	1.200	.208
Hayır	247	34.1134	5.91636		

Analiz sonucunda katılımcıların sağlık anksiyetelerinin çocuk sahibi olma durumlarına göre farklılık göstermediği bulunmuştur (t:1.2; p>.05).

Sağlık Anksiyetesi Ölçeği Puanlarının Meslek SahibiOlup Olmama Durumuna Göre Anlamlı Bir Farklılık Gösterip Göstermediğine Yönelik Bulgular

Katılımcıların sağlık anksiyetelerinin mesleklerinin olup olmama durumuna göre farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonuçları Tablo 4.18'de sunulmaktadır.

Tablo 4.18. Sağlık anksiyetesi ölçek puanlarının meslek durumuna ilişkin t-testi sonuçları

Meslek Durumu	N	$\bar{x}$	S	t	p
Evet	220	33.2273	5.94289	2.121	.031*
Hayır	157	34.6433	6.69004		

Analiz sonucunda katılımcıların sağlık anksiyetelerinin mesleklerinin olup olmama durumlarına göre farklılık gösterdiği bulunmuştur (t:2.1; p<.05). Buna göre meslek sahibi olmayan katılımcıların sağlık anksiyetelerinin meslek sahibi olan katılımcıların sağlık anksiyetelerine göre daha yüksek olduğu söylenebilmektedir.

Sağlık Anksiyetesi Ölçeği Puanlarının Eğitim Durumuna Yönelik Bulgular

Katılımcıların sağlık anksiyetelerinin eğitim durumuna göre betimsel istatistik sonuçları Tablo 4.19'da, eğitim durumuna göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan ANOVA sonuçları da Tablo 4.20'de sunulmaktadır.

Tablo 4.19. Sağlık anksiyetesi ölçek puanlarının eğitim durumuna ilişkin betimsel istatistik sonuçları

Eğitim Durumu	N	x̄	S
İlköğretim	5	35.6000	11.52389
Ortaöğretim	15	31.4667	4.45400
Lise	58	33.9138	6.68406
Lisans	264	33.9545	6.24453
Yüksek Lisans	35	33.3714	5.88660

Tablo 4.20. Sağlık anksiyetesi ölçek puanlarının eğitim durumuna göre ANOVA sonuçları

Eğitim Durumu	Kareler Toplamı	Serbestlik Derecesi	Kareler Ort.	F	p
Gruplar Arası	111.243	4	27.811	.70	.593
Gruplar İçi	14789.128	372	39.756		
Toplam	14900.371	376			

Analiz sonuçları, araştırmaya katılan bireylerin sağlık anksiyete düzeylerinin eğitim durumuna göre değişmediğini göstermektedir (F:.70; p>.05). Bir başka ifadeyle, bireylerin sağlık anksiyete düzeyleri eğitim durumuna göre değerlendirildiğinde anlamlı olarak farklılaşmamaktadır.

Sağlık Anksiyetesi Ölçeği Puanlarının Yerleşim Yerine Yönelik Bulgular

Katılımcıların sağlık anksiyetelerinin yerleşim yerine göre betimsel istatistik sonuçları Tablo 4.21'de, yerleşim yerine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan ANOVA sonuçları da Tablo 4.22'de sunulmaktadır.

Tablo 4.21. Sağlık anksiyetesi ölçek puanlarının yerleşim yerine ilişkin betimsel istatistik sonuçları

Yerleşim Yeri	N	x̄	S
Köy	42	32.2857	6.74369
Belde	62	33.1452	5.84456
Şehir	273	34.2051	6.29674

Tablo 4.22. Sağlık anksiyetesi ölçek puanlarının yerleşim yerine göre ANOVA sonuçları

Yerleşim Yeri	Kareler Toplamı	Serbestlik Derecesi	Kareler Ort.	F	p
Gruplar Arası	167.594	2	83.797	2.127	.121
Gruplar İçi	14732.778	374	39.392		
Toplam	14900.371	376			

Analiz sonuçlarında, araştırmaya katılan bireylerin sağlık anksiyetelerinin yerleşim yerine göre değişiklik göstermediği bulunmuştur (F:2.1; p>.05). Bir başka ifadeyle, bireylerin sağlık anksiyeteleri yerleşim yerine göre değerlendirildiğinde anlamlı olarak farklılaşmamaktadır.

Sağlık Anksiyetesi Ölçeği Puanlarının Ekonomik Düzeye Yönelik Bulgular

Katılımcıların sağlık anksiyetelerinin ekonomik düzeylerine göre betimsel istatistik sonuçları Tablo 4.23'te, ekonomik düzeylerine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan ANOVA sonuçları da Tablo 4.24'te sunulmaktadır.

Tablo 4.23. Sağlık anksiyetesi ölçek puanlarının ekonomik düzeye ilişkin betimsel istatistik sonuçları

Ekonomik Düzey	N	$\bar{x}$	S
Zayıf	29	35.6207	7.03265
Orta	218	34.4037	6.33347
İyi	127	32.2835	5.48432
Çok İyi	3	38.6667	15.53491

Tablo 4.24. Sağlık anksiyetesi ölçek puanlarının ekonomik düzeye göre ANOVA sonuçları

Ekonomik Düzey	Kareler Toplamı	Serbestlik Derecesi	Kareler Ort.	F	p
Gruplar Arası	538.605	3	179.535	4.663	.003*
Gruplar İçi	14361.767	373	38.503		
Toplam	14900.371	376			

Analiz sonuçlarında, araştırmaya katılan bireylerin sağlık anksiyetelerinin ekonomik düzeylerine göre değişiklik gösterdiği bulunmuştur (F:4.6, p<.05). Bir başka ifadeyle, bireylerin sağlık anksiyetlerinin ekonomik düzeylerine göre değerlendirildiğinde anlamlı olarak farklılaşmaktadır. Söz konusu anlamlı farklılaşmanın hangi gruplar arasında olduğunu tespit etmek amacıyla SCHEFFE Testi uygulanmış olup SCHEFFE test sonuçları Tablo 4.25'te sunulmaktadır.

Tablo 4.25. Sağlık anksiyetesi ölçek puanlarının ekonomik düzeye göre SCHEFFE sonuçları

Ekonomik Düzey	Ekonomik Düzey	Ortalamalar Farkı	P
Orta	Zayıf	-1.21702	.80
	İyi	2.12021*	.026
	Çok İyi	-4.26300	.70
İyi	Zayıf	-3.33723	.79
	Orta	-2.12021*	.026
	Çok İyi	-6.38320	.37

Araştırmaya katılan ve farklı ekonomik düzeye sahip katılımcıların sağlık anksiyetelerine bakıldığında; ekonomik düzeyi orta seviyede olan bireylerin sağlık anksiyeteleri ile ekonomik düzeyi iyi seviyede olan bireylerin sağlık anksiyeteleri arasında bir doğru orantı olduğu bulunmuştur. Bir başka ifadeyle araştırmaya göre ekonomik düzeyi orta seviyede olan katılımcıların sağlık anksiyetelerinin ekonomik düzeyi iyi seviyede olan katılımcıların sağlık anksiyetelerine göre daha yüksek olduğu ifade edilmektedir.

4.2.1.3. Katılımcıların Depresyonlarının Çeşitli Değişkenlere Göre İncelenmesine Yönelik Bulgular

Beck Depresyon Ölçeği Puanları ile Yaş Değişkeni Arasında İlişkinin Olup Olmamasına Yönelik Bulgular

Katılımcıların depresyonları ile yaş değişkeni arasında bir ilişki olup olmadığını belirlemek amacıyla yapılan Pearson analiz sonuçları Tablo 4.26'da sunulmaktadır.

Tablo 4.26. Beck depresyon ölçek puanlarının yaşa göre Pearson analiz sonuçları

Değişken	N	$\bar{x}$	S	r	p
Yaş	377	30.6021	11.2522	-.155**	.003
Ölçek Puan	377	16.4244	6.7572		

Pearson analiz sonuçlarına göre araştırmaya katılan bireylerin depresyonları ile yaşları arasında ters orantıda bir ilişki bulunmaktadır (r:-.155; p<.001). Bir başka ifadeyle katılımcıların yaşları azaldıkça depresyonları artış göstermektedir.

Beck Depresyon Ölçeği Puanlarının Cinsiyete Göre Anlamlı Bir Farklılık Gösterip Göstermediğine Yönelik Bulgular

Katılımcıların depresyonlarının cinsiyet değişkenine göre farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonuçları Tablo 4.27'de sunulmaktadır.

Tablo 4.27. Beck depresyon ölçek puanlarının cinsiyete ilişkin t- testi sonuçları

Cinsiyet	N	x̄	S	t	p
Kadın	200	17.1500	7.06093	2.228	.025*
Erkek	177	15.6045	6.31661		

Analiz sonucunda katılımcıların depresyonlarının cinsiyete göre farklılık gösterdiği bulunmuştur (t:2.2; p<.05). Buna göre kadın katılımcıların depresyonlarının erkek katılımcıların depresyonlarından daha yüksek olduğu söylenebilmektedir.

Beck Depresyon Ölçeği Puanlarının Medeni Duruma Göre Anlamlı Bir Farklılık Gösterip Göstermediğine Yönelik Bulgular

Katılımcıların depresyon düzeylerinin medeni durumlarına göre farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonuçları Tablo 4.28'de sunulmaktadır.

Tablo 4.28. Beck depresyon ölçek puanlarının medeni duruma ilişkin t-testi sonuçları

Medeni Durum	N	x̄	S	t	p
Bekâr	237	17.0675	6.98088	2.420	.013*
Evli	140	15.3357	6.23475		

Analiz sonucunda katılımcıların depresyonlarının medeni durumlarına göre farklılık gösterdiği bulunmuştur (t:2.4; p<.05). Buna göre bekâr katılımcıların depresyon düzeylerinin evli katılımcıların depresyonlarına göre daha yüksek olduğu söylenebilmektedir.

Beck Depresyon Ölçeği Puanlarının Çocuk Sahibi Olma Duruma Göre Anlamlı Bir Farklılık Gösterip Göstermediğine Yönelik Bulgular

Katılımcıların depresyonlarının çocuk sahibi olma durumuna göre farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonuçları Tablo 4.29'da sunulmaktadır.

Tablo 4.29. Beck depresyon ölçek puanlarının çocuk sahibi olma durumuna ilişkin t-testi sonuçları

Çocuk Sahibi Olma Durumu	N	$\bar{x}$	S	t	p
Evet	130	14.6692	5.70650	3.721	.001*
Hayır	247	17.3482	7.08716		

Analiz sonucunda katılımcıların depresyonlarının çocuk sahibi olma durumlarına göre farklılık gösterdiği bulunmuştur (t:3.7; p<.05). Buna göre; çocuk sahibi olmayan bireylerin depresyonlarının çocuk sahibi olan bireylere göre daha yüksek olduğu söylenebilmektedir.

Beck Depresyon Ölçeği Puanlarının Meslek Sahibi Olup Olmama Durumuna Göre Anlamlı Bir Farklılık Gösterip Göstermediğine Yönelik Bulgular

Katılımcıların depresyonlarının meslek sahibi olup olmama durumlarına göre farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonuçları Tablo 4.30'da sunulmaktadır.

Tablo 4.30. Beck depresyon ölçek puanlarının meslek durumuna ilişkin t-testi sonuçları

Meslek Durumu	N	$\bar{x}$	S	t	p
Evet	220	15.5682	6.16292	2.856	.003*
Hayır	157	17.6242	7.36539		

Analiz sonucunda katılımcıların depresyonlarının meslek sahibi olup olmama durumlarına göre farklılık gösterdiği bulunmuştur (t:2.8; p<.05). Buna göre meslek sahibi olmayan katılımcıların depresyonlarının meslek sahibi olan katılımcıların depresyonlarına göre daha yüksek olduğu söylenebilmektedir.

Beck Depresyon Ölçeği Puanlarının Eğitim Durumuna Yönelik Bulgular

Katılımcıların depresyonlarının eğitim durumuna göre betimsel istatistik sonuçları Tablo 4.31'de, eğitim durumuna göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan ANOVA sonuçları da Tablo 4.32'de sunulmaktadır.

Tablo 4.31. Beck depresyon ölçek puanlarının eğitim durumuna ilişkin betimsel istatistik sonuçları

Eğitim Durumu	N	x̄	S
İlköğretim	5	16.6000	8.26438
Ortaöğretim	15	14.8000	4.55443
Lise	58	16.5517	7.09873
Lisans	264	16.2614	6.73535
Yüksek Lisans	35	18.1143	6.97378

Tablo 4.32. Beck depresyon ölçek puanlarının eğitim durumuna göre ANOVA sonuçları

Eğitim Durumu	Kareler Toplamı	Serbestlik Derecesi	Kareler Ort.	F	p
Gruplar Arası	147.642	4	36.910	.807	.521
Gruplar İçi	17020.454	372	45.754		
Toplam	17168.095	376			

Analiz sonuçlarında, araştırmaya katılan bireylerin depresyonlarının eğitim durumlarına göre değişiklik göstermediği bulunmuştur(F:.80; p>.05).

Beck Depresyon Ölçeği Puanlarının Yerleşim Yerine Yönelik Bulgular

Katılımcıların depresyonlarının yerleşim yerine göre betimsel istatistik sonuçları Tablo 4.33'te, yerleşim yerlerine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan ANOVA sonuçları da Tablo 4.34'te sunulmaktadır.

Tablo 4.33. Beck depresyon ölçek puanlarının yerleşim yerine ilişkin betimsel istatistik sonuçları

Yerleşim Yeri	N	x̄	S
Köy	42	17.0714	7.6663
Belde	62	14.5968	5.54470
Şehir	273	16.7399	6.81762

Tablo 4.34. Beck depresyon ölçek puanlarının yerleşim yerine göre ANOVA sonuçları

Yerleşim Yeri	Kareler Toplamı	Serbestlik Derecesi	Kareler Ort.	F	p
Gruplar Arası	251.856	2	125.928	2.784	.043*
Gruplar İçi	16916.240	374	45.231		
Toplam	17168.095	376			

Analiz sonuçlarında, araştırmaya katılan bireylerin depresyonlarının yerleşim yerlerine göre değişiklik gösterdiği bulunmuştur.(F:2.7, p<.05). Bir başka ifadeyle, bireylerin depresyonlarının ekonomik düzeylerine göre değerlendirildiğinde anlamlı olarak farklılaşmaktadır. Söz konusu anlamlı farklılaşmanın hangi gruplar arasında olduğunu tespit etmek amacıyla LSD Testi uygulanmış olup LSD test sonuçları Tablo 4.35'de sunulmaktadır.

Tablo 4.35. Beck depresyon ölçek puanlarının yerleşim yerine göre LSD test sonuçları

Yerleşim Yeri	Yerleşim Yeri	Ortalamalar Farkı	p
Belde	Köy	-2.47465	.066
	Şehir	-2.14315*	.024
Şehir	Köy	-,.3150	.766
	Belde	2.14315*	.024

Araştırmaya katılan ve farklı yerlerşim yerlerinde yaşayan katılımcıların depresyonlarına bakıldığında; beldede yaşayan bireylerin depresyonları ile şehirde yaşayan bireylerin depresyonları arasında bir ters orantı olduğu bulunmuştur. Bir başka ifadeyle araştırmaya göre şehirde yaşayan katılımcıların depresyonlarının beldede yaşayan katılımcıların depresyonlarına göre daha yüksek olduğu ifade edilmektedir.

Beck Depresyon Ölçeği Puanlarının Ekonomik Düzeye Yönelik Bulgular

Katılımcıların depresyonlarının ekonomik düzeylerine göre betimsel istatistik sonuçları Tablo 4.36'da, ekonomik düzeylere göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan ANOVA sonuçları da Tablo 4.37'de sunulmaktadır.

Tablo 4.36. Beck depresyon ölçek puanlarının ekonomik düzeye ilişkin betimsel istatistik sonuçları

Ekonomik Düzey	N	$\bar{x}$	S
Zayıf	29	16.9655	6.35544
Orta	218	17.1468	7.16536
İyi	127	14.9134	5.63580
Çok İyi	3	22.6667	13.50309

Tablo 4.37. Beck depresyon ölçek puanlarının ekonomik düzeye göre ANOVA sonuçları

Ekonomik Düzey	Kareler Toplamı	Serbestlik Derecesi	Kareler Ort.	F	p
Gruplar Arası	529.113	3	176.371	3.954	.009*
Gruplar İçi	16638.982	373	44.609		
Toplam	17168.095	376			

Analiz sonuçlarında, araştırmaya katılan bireylerin depresyon düzeylerinin ekonomik düzeylerine göre değişiklik gösterdiği bulunmuştur (F:3.9; p<.05). Bir başka ifadeyle, bireylerin depresyon düzeyleri ekonomik düzeylerine göre değerlendirildiğinde anlamlı olarak farklılaşmaktadır. Söz konusu anlamlı farklılaşmanın hangi gruplar arasında olduğunu tespit etmek amacıyla SCHEFFE Testi uygulanmış olup SCHEFFE test sonuçları Tablo 4.38'de sunulmaktadır.

Tablo 4.38. Beck depresyon ölçek puanlarının ekonomik düzeye göre SCHEFFE testi sonuçları

Ekonomik Düzey	Ekonomik Durum	Ortalamalar Farkı	P
Orta	Zayıf	.18127	.999
	İyi	2.23340*	.031
	Çok İyi	-5.51988	.569
İyi	Zayıf	-2.05213	.527
	Orta	-2.23340*	.031
	Çok İyi	-7.75328	.269

Araştırmaya katılan ve farklı ekonomik düzeye sahip katılımcıların depresyonlarına bakıldığında; ekonomik düzeyi orta seviyede olan bireylerin depresyonları ile ekonomik düzeyi iyi seviyede olan bireylerin depresyonları arasında bir doğru orantı olduğu bulunmuştur. Bir başka ifadeyle araştırmaya göre ekonomik düzeyi orta seviyede olan katılımcıların depresyonlarının ekonomik düzeyi iyi seviyede olan katılımcıların depresyonlarına göre daha yüksek olduğu ifade edilmektedir.

4.2.1.4. Katılımcıların Sağlığa Dair İşlevsel Olmayan İnanç, Sağlık Anksiyete ve Depresyon Ölçek Puanlarının Arasındaki İlişkiye Yönelik Bulgular

Katılımcıların sağlığa dair işlevsel olmayan inanç, sağlık anksiyete ve depresyonları arasında anlamlı bir ilişkinin olup olmadığını belirlemek amacıyla yapılan Pearson analiz sonuçları Tablo 4.39'da sunulmaktadır.

Tablo 4.39. BDÖ, SAÖ ve SBÖ puanlarının Pearson analiz sonuçları

Ölçek	N	x̄	S	r	p
SBÖ	377	58.3077	8.07879	**.506****	.000
- **SAÖ**	377	33.8170	6.29513		
SBÖ	377	58.3077	8.07879	**.336****	.000
- **BDÖ**	377	16.4244	6.75721		
SAÖ	377	33.8170	6.29513	**.346****	.000
- **BDÖ**	377	16.4244	6.75721		

Pearson analiz sonuçlarına göre araştırmaya katılan bireylerin sağlığa dair işlevsel olmayan inanç, sağlık anksiyete ve depresyonları arasında anlamlı bir ilişki olduğu sonucuna ulaşılmıştır (r:.50; .33; .34; p<.001).

5. TARTIŞMA

Sosyal hizmet alanında bireylerin sağlığa dair işlevsel olmayan inanç, anksiyete ve depresyonları üzerine yapılan birçok çalışma mevcuttur ancak pandemi döneminde özellikle karantina ve izolasyon uygulamalarının yapıldığı evrede bireylerin ruh sağlığını inceleyen çalışmalar oldukça sınırlıdır. Bununla birlikte pandemi döneminde bu üç bağımlı değişkenin bir arada çalışıldığına yönelik bilimsel bir çalışmaya rastlanılmamıştır. Bu durumlar göz önünde bulundurularak araştırmanın bu bölümünde değişkenlerin, sağlığa dair işlevsel olmayan inanç, sağlık anksiyete ve depresyonlarına ilişkin tespit edilen bulgularla ilgili tartışma ve yorumlar aşağıda sunulmaktadır.

Araştırmaya Muğla'da yaşayan pandemi döneminden etkilenen 18 yaş ve üzeri olan 377 birey katılım sağlamıştır. Araştırmaya katılan bu 377 katılımcının eğitim durumlarına bakıldığında sadece 5 kişinin eğitim durumunun ilköğretim olması ve çoğu bireyin (264 kişi) lisans düzeyinde olmasından dolayı araştırma grubunun sosyo-demografik özelliklere yönelik tartışma bölümünde eğitim durumu değişkenine yer verilmemiştir. Bu durumun araştırma grubuna yönelik genelleme yapma ve çıkarımda bulunma noktasında doğruluk payını azaltacağı düşünülmüştür.

5.1. Sağlığa Dair İşlevsel Olmayan İnanç, Sağlık Anksiyete ve Depresyon Puanlarının Yaş İle İlişkisine Yönelik Bulguların Tartışılması

Analiz sonuçlarına göre; araştırmaya katılan bireylerin sağlığa dair işlevsel olmayan inançları ve sağlık anksiyeteleri ile yaşları arasında anlamlı bir ilişkinin olmadığı fakat depresyonları arasında anlamlı ve negatif bir ilişki olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Bu durumun en önemli nedenlerine bakıldığında;

Araştırmanın uygulandığı dönemin korona virüs pandemisi olması sebebiyle bulaşma riskinden kaynaklı olarak araştırma verilerinin internet ortamında toplanması, dolayısıyla da araştırmanın internet kullanıcılarına hitap etmesi katılımcı yaşlarının dağılımında belirleyici faktör olarak karşımıza çıkmaktadır. Katılımcıların internet kullanıcıları olmasının; korona virüs pandemisi, hastalık belirtileri, bulaş yolu veya alınması gereken önlemler gibi sağlığa dair bilgilere erişim noktasında kendilerine

kolaylık sağlayabildiği, dolayısıyla da sağlığa dair işlevsel olmayan inanç noktasında (hastalığın korkutuculuğu, belirsizlik veya izlenen politikalar, alınan önlemler, verilen hizmetler) etkili olabileceği düşünülmektedir.

Araştırmaya katılan bireylerin yaş ortalaması 30,60 olup katılımcıların çoğunluğunun genç ve genç yetişkinlerden oluşması ve söz konusu yaş gruplarının koronavirüs pandemisinde risk grubu içerisinde yer almaması durumlarının bireylerin sağlık anksiyeteleri üzerinde etkili olduğu düşünülmektedir.

Diğer yandan katılımcıların pandemi döneminde depresyonlarının yaşları ile arasında negatif ve anlamlı bir ilişki olduğu yani bireylerin yaşının azaldıkça depresyonlarının artış gösterdiği saptanmıştır. Holt-Lunstad'a göre sosyal ilişkiler duygusal refah için o kadar önemlidir ki bireyler için biyolojik bir ihtiyaç haline gelebilmektedir ve izolasyon süresinde sosyal ilişkilerin yürütülememesi psikolojik açıdan sağlıklı olma halini olumsuz etkilemektedir (54). Nitekim Reger ve arkadaşları da covid-19 salgınından kaynaklı olarak ABD'de oranların 1941'den beri en yüksek intihar oranlarına ulaştığını ve insan temasını temelden azaltmak için sosyal mesafe müdahalelerinin uygulanmasının intihar riskini artırdığı, yaşananların sürekli medyaya yansıtılmasının ulusal ruh sağlığı sorunlarına yol açtığı sonucuna ulaşmışlardır (69). Korona virüs pandemisinde Çin'de Huang ve Zhao'nun da yaptığı çalışmada her 5 kişiden birinin depresyon belirtileri gösterdiği ve depresif belirti düzeylerinin 35 yaş altındaki bireylerin 35 yaş üzerindeki bireylere göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (27). Carstensen öncülüğünde bir araştırma ekibi, 18-76 yaş aralığında 1000 kişinin katıldığı araştırmada, gençlerin pandemi döneminde duygusal açıdan yaşlılardan daha kötü performans gösterdiğini ortaya koymuştur (70).

5.2. Sağlığa Dair İşlevsel Olmayan İnanç, Sağlık Anksiyete ve Depresyon Puanlarının Cinsiyete Göre Farklılaşmasına İlişkin Bulguların Tartışılması

Analiz sonuçlarına göre bireylerin sağlığa dair işlevsel olmayan inanç, sağlık anksiyete ve depresyonlarının cinsiyete göre farklılık gösterdiği sonucuna ulaşılmıştır. Nitekim Amerikan Ulusal Eştanı Araştırmasına göre de kadınlarda yaygın anksiyete bozukluğu görülme olasılığının erkeklerden iki kat daha fazla olduğu tespit edilmiştir. Araştırmaya göre kadınlarda psikiyatrik hastalık eştanısının görülme olasılığı

erkeklere oranla daha yüksek çıkmış ve bu durumun özellikle depresyon için de geçerli olduğu belirtilerek yaygın anksiyete bozukluklarının artmış işlevsellik kaybı ve daha kötü bir prognozla ilişkili olduğu sonuçlarına ulaşılmıştır (71,72). Avustralya'da Erişkin Ruh Sağlığı Ulusal Araştırmasında kadınlarda erkeklerden daha sık anksiyete bozukluğunun gözlemlendiği, kadınların yaşamlarının her döneminde erkeklerinse daha çok erişkin yaşlarında bu durumu daha sık yaşadıkları ve 50 yaşından sonra da azalma gösterdiği tespit edilmiştir (73). Yine Lewinsohn ve arkadaşlarının ergenlerde anksiyete bozuklukları ve cinsiyet farklılıkları üzerine yaptığı bir araştırmada kadınların erkeklere oranla daha yüksek anksiyete düzeyine sahip olduğu belirtilmiştir (74). ABD'de Ulusal Ruh Sağlığı Enstitüsü'nün yaptığı ve en büyük epidemiyolojik çalışmalardan biri olarak kabul edilen araştırmada da kadınlarda anksiyete bozukluklarının erkeklere göre daha yaygın olduğu bulunmuştur (75).

Genel olarak literatürdeki araştırmalara göre kadınlarda sosyal fobi dışındaki anksiyete bozukluklarının yaygınlığının erkeklere oranla daha yüksek olduğu ortaya konulmuştur(76,77). Bu farklılaşmaların hem hormonal nedenlerden hem de toplumun kadına atfettiği roller ve sorumluluklardan kaynaklandığı düşünülmektedir. Kadınlarda hamilelik, doğum, lohusalık gibi biyolojik ve psikolojik açıdan depresyona yatkınlığa sebep olacak dönemlerin varlığı, stres etkeni karşısında duyguları dışa vurum kısmında farklılıkların yaşanması, toplumsal cinsiyete dayalı roller, baş etmede eyleme vurum noktasında kadınlara bu olanakların sağlanamaması gibi çeşitli etkenlerden kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

5.3. Sağlığa Dair İşlevsel Olmayan İnanç, Sağlık Anksiyete ve Depresyon Puanlarının Medeni Duruma Göre Farklılaşmasına İlişkin Bulguların Tartışılması

Araştırmaya katılan bireylerin sağlığa dair işlevsel olmayan inanç ve sağlık anksiyetelerinin medeni durumlarına göre farklılaşmadığı fakat depresyonlarının bekâr olanların evli olanlara göre daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Cyrus ve Holmes'a göre pandemiden önce ruhsal bozukluğu olan veya tedavisi bitmiş bireyler ile yalnız yaşayan bireyler pandemiden etkilenen bir başka risk grubu olmuştur (78,79). Tian ve arkadaşlarının Çin'de yaptıkları araştırmada da boşanmış veya dul kalmış yani bekar bireylerin pandemide daha fazla obsesyon belirtisi gösterdiği ve

psikotik semptomlara sahip olduğu saptanmıştır (80). Yine Cao ve arkadaşlarının yaptığı bir araştırmada da aile ile birlikte yaşıyor olmanın bireyleri pandemik süreçten koruyucu etkenler olduğu belirtilmiştir (81). Bu durumun nedeni olarak bireysel ve ailesel farklılıklar hariç tutularak sağlıklı aile yapılarında hayatı birlikte paylaşmanın, bireylerin aile bireyleri sayesinde yalnızlık hissinden uzaklaşmasının, sorumlulukları ve yükü azaltma noktasında çiftlerin birbirlerinin hayatlarını kolaylaştırmasının özellikle karantina evresinde bireylerin pandemi dönemiyle baş etme noktasında psikolojik açıdan önemli bir etken olabileceği söylenebilir.

5.4. Sağlığa Dair İşlevsel Olmayan İnanç, Sağlık Anksiyete ve Depresyon Puanlarının Çocuk Sahibi Olma Durumuna Göre Farklılaşmasına İlişkin Bulguların Tartışılması

Araştırmaya katılan bireylerin sağlığa dair işlevsel olmayan inanç ve sağlık anksiyetelerinin çocuk sahibi olup olmamalarına göre farklılaşmadığı fakat çocuk sahibi olmayan bireylerin depresyonlarının çocuk sahibi olan bireylere göre farklılaşma gösterdiği yani çocuk sahibi olmayan bireylerin depresyonlarının çocuk sahibi olan bireylere göre daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Cao ve arkadaşları da aile bireyleri ile birlikte yaşıyor olmanın pandemi sürecinde bireylerin ruh sağlığını koruyucu etkenlerden biri olduğunu tespit etmiştir (81). Reger ve Thunström yaptığı çalışmalarda uzun süre evde kalmanın bireylerin yalnızlık duygusunu ve depresyon düzeylerini artırdığını göstermiştir (69,82). Aşkın ve arkadaşlarına göre de pandemi döneminde sosyal izolasyon ve karantina süreçlerinde bireyler aileleri ile evde daha fazla vakit geçirmeye başlamışlardır (83). Bu durumun, sağlıklı aile yapıları açısından düşünüldüğünde, paylaşımın artmasını ve pandemide günlük rutinlerin yavaşlaması sebebiyle aile bireylerinin birbirlerine daha fazla vakit ayırmalarını sağlayarak bireyin ruh sağlığına olumlu etkide bulunabileceği düşünülmektedir.

5.5. Sağlığa Dair İşlevsel Olmayan İnanç, Sağlık Anksiyete ve Depresyon Puanlarının Yerleşim Yerline Göre Farklılaşmasına İlişkin Bulguların Tartışılması

Katılımcıların sağlık anksiyetelerinin yerleşim yerine göre anlamlı farklılık göstermediği fakat sağlığa dair işlevsel olmayan inanç ve depresyonlarının anlamlı farklılık gösterdiği bulunmuştur. Diğer bir ifadeyle şehirde yaşayan bireylerin depresyonları beldede yaşayan bireylere göre daha yüksek düzeydedir. Bu durumun sebebini Özcü ve Atanur, salgının ortaya çıkmadığı dönemde şehirlerde sık kullanılan, bireylerin sıklıkla gittiği, sosyalleştiği alanları kullanamaması, şehir merkezlerinin kalabalık olmasından kaynaklı olarak sosyal mesafe kurallarına uyum noktasında yetersiz kalma ihtimali ve yeşil alanların yetersizliği olabileceğini ileri sürmektedir (84). Kırsal kesimde ise genellikle evlerin bahçeli ve balkonlu olmasının önemli etken olabileceği düşünülmektedir. Velarde, doğaya görsel olarak erişimin bile fiziksel ve zihinsel sağlığa iyi geldiğini savunmaktadır (85).

5.6. Sağlığa Dair İşlevsel Olmayan İnanç, Sağlık Anksiyete ve Depresyon Puanlarının Meslek Sahibi Olma Durumuna Göre Farklılaşmasına İlişkin Bulguların Tartışılması

Analizlere göre katılımcıların sağlığa dair işlevsel olmayan inançlarının meslek sahibi olup olmamasına göre farklılaşmadığı fakat sağlık anksiyete ve depresyonlarının farklılaştığı tespit edilmiştir. Buna göre meslek sahibi olmayan katılımcıların sağlık anksiyete ve depresyonlarının meslek sahibi olan katılımcıların sağlık anksiyete ve depresyonlarına göre daha yüksek olduğu söylenebilmektedir. Cao ve arkadaşlarının yapmış olduğu bir çalışmada ailenin sabit ve düzenli gelirinin olmasının, bireyleri pandemiden koruyucu etken niteliği taşıdığı belirtilmiştir (81). Diğer yandan araştırmaya göre böyle bir sonucun bulunmasında birçok kişinin işini kaybetmesi durumu veya yeni mezun olan bireylerin iş bulmakta güçlük yaşaması gibi durumların söz konusu olduğu pandemi döneminde bireyin sabit ve düzenli bir işinin olması bireylere ekonomik bir güvence verdiği aynı zamanda da işi online ortamda da olsa bir sosyalleşme aracı olarak kullanabileceği düşünülmektedir.

5.7. Sağlığa Dair İşlevsel Olmayan İnanç, Sağlık Anksiyete ve Depresyon Puanlarının Ekonomik Düzeye Göre Farklılaşmasına İlişkin Bulguların Tartışılması

Analizlere göre pandemi döneminde araştırmaya katılan bireylerin sağlığa dair işlevsel olmayan inançlarının ekonomik düzeylerine göre anlamlı farklılık göstermediği fakat sağlık anksiyete ve depresyonlarının anlamlı farklılık gösterdiğine ulaşılmıştır. Diğer bir ifadeyle ekonomik durumu orta seviyede olan bireylerin sağlık anksiyete ve depresyonları ekonomik durumu iyi seviyede olanlara göre daha yüksektir. Nitekim yapılan araştırmalara bakıldığında bu durumun mevcut kriz ortamında bireylerin yaşadıkları yerdeki bölgesel düzeydeki sağlık, ekonomik ve güvenlik önlemlerini yeterli bulmamalarından kaynaklı olabileceği düşünülmektedir. Erdoğdu ve arkadaşları tarafından 1026 kişinin dahil edildiği araştırmaya göre bölgesel düzeydeki ekonomi, sağlık ve güvenlik önlemlerini yeterli bulmayan bireylerin yeterli bulanlara oranla sağlık anksiyete düzeylerinin daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (86). Ayrıca Almeida-Filho ve arkadaşlarına göre daha çok yoksulluk veya düşük sosyal sınıfa ait bir birey olmak ruh sağlığında birtakım bozukluklara sebep olmaktadır(87). Kaya'ya göre sosyoekonomik durumun farklı coğrafyalara göre bireylerin depresyon düzeyini etkilediği ve sosyo-ekonomik olumsuzlukların depresyona eğilimi artırdığı ve gidişatı etkilediği belirtilmiştir (52). Pandemi döneminde maalesef birçok birey ücretsiz izne ayrılmak zorunda bırakılmış veya işsiz kalmıştır. Kaya ve Binbay da işsizlik ve yoksulluğun fiziksel rahatsızlıklara yol açtığını, stres bozuklukları, depresyon, umutsuzluk, davranış bozuklukları gibi sorunlara yol açtığını vurgulamışlardır (88).Murphy ve arkadaşlarına göre depresyon, ekonomik düzeyi düşük olan bireylerde daha sık görülmektedir (89).

5.8. Sağlığa Dair İşlevsel Olmayan İnanç, Sağlık Anksiyete ve Depresyon Puanlarının Arasındaki İlişkiye Yönelik Bulguların Tartışılması

Araştırma analizlerine göre katılımcıların sağlığa dair işlevsel olmayan inançları, sağlık anksiyete ve depresyonları arasında pozitif ve anlamlı bir ilişkinin olduğu tespit edilmiştir. Bu bulguya göre; bireylerin sağlığa dair işlevsel olmayan inançları artış gösterirken sağlık anksiyetelerinin ve depresyonlarının da artış gösterdiği sonucuna ulaşılmıştır. Beck'e göre bireylerin yaşadığı ruhsal problemlerin

incelenmesinde bireydekimevcut temel inanç, ara inançlar ve otomatik düşünceler gibi bireydeki bilişsel yapı içindeki mevcut şemalar önem arz etmekte ve bu şemalar birbirleriyle ilişki içerisindedir (90). Pandemi döneminde de bireylerin hasta olma olasılıkları, hastalığın korkutuculuğu veya hastalıkla ilgili doğru ve yeterli bilgiye ulaşma noktalarında yaşanan belirsizliklerin ve sosyal medyanın topluma aksettirdiği tabloların bireylerin sağlığa dair işlevsiz inanç geliştirmelerinde etkili olabileceği ve bu durumun sağlıklarına ilişkin kaygı duymalarına, kaygı duyarlılık düzeyinin de depresyona eğilimlerini etkileyebileceği düşünülmektedir.

Nitekim Yılmaz ve Dirik'in 301 kadın ve 202 erkekten oluşan 503 katılımcı üzerine araştırmada da sağlık kaygısının, kaygı duyarlılığı, sağlıkla ilgili işlevsel olmayan inançlardan hastalıkla baş etmede güçlük, hastalığın korkutuculuğu ve hastalık olasılığı ile anlamlı ilişki oluşturduğu tespit edilmiştir (33). Yine Fergus'un yapmış olduğu bir araştırmada sağlıkla ilgili işlevsel olmayan inançların sağlık kaygısını yordayıcısı olduğu tespit edilmiştir (91). Pugh da sağlığa dair işlevsel olmayan inançların, hastalık ihtimali ile hastalığın korkutuculuğunun anormal hastalık davranışlarını sağlık kaygısı aracılığıyla yordadığını ortaya koymuştur(92). Bu duruma ek olarak araştırma sonucuna göre bireylerin sağlık anksiyetelerinin artış gösterirken depresyon düzeylerinin de artış gösterdiğini söyleyebilmekteyiz. Rubin ve arkadaşlarına göre de pandemi döneminde yaşanan insan kaybı sebebiyle yapılan karantina uygulaması toplumun kaygısını önemli ölçüde artırmaktadır(93). Ayrıca yakın geçmişte yaşanan küresel salgınların da psikoloji üzerine etkili olduğuyla ilgili araştırmalara bakıldığında pandemiyle ilişkili sağlık kaygısı, travma sonrası stres bozukluğu ve intihar eğilimlerinin olduğu ortaya koyulmuştur(94,95,96). Korona virüs pandemisinin de diğer küresel salgınlar gibi depresyon, travma sonrası stres bozukluğu gibi zihinsel ve davranışsal bozukluklar için risk faktörü olduğu belirtilmiştir (97). Wang ve arkadaşlarının da korona virüs pandemisimde nüfusun genel ruh sağlığı üzerine yapmış olduğu araştırmaya göre stres, anksiyete ve depresyon düzeyleri arasında anlamlı derecede ilişki bulunmaktadır (98). Bu durum söz konusu araştırmanın sonucunu destekler niteliktedir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu araştırmada Muğla'da yaşayan 18 yaş ve üzeri, ilkokul-Iisansüstü eğitim aralığında, farklı meslek gruplarında çalışan veya meslek sahibi olmayan, ekonomik düzeyleri farklı, evli veya bekâr, gönüllü 377 katılımcının sağlığa dair işlevsel olmayan inançları (sağlık biliş düzeyleri), sağlık anksiyete ve depresyonları arasındaki ilişki incelenmiştir. Aynı zamanda katılımcıların sağlığa dair işlevsel olmayan inançları (sağlık biliş düzeyleri), sağlık anksiyete ve depresyonları ölçülerek çeşitli değişkenlere göre farklılık oluşturup oluşturmadığı analiz edilmiştir.

Bu analizlere göre araştırmaya katılan bireylerin sağlık anksiyetelerinin orta düzeyde, depresyonlarının sınır düzeyde hafif depresyon derecesinde olduğu ve sağlığa dair işlevsel olmayan inançlarının ise artış gösterdiği sonuçlarına ulaşılmıştır. Katılımcıların sağlığa dair işlevsel olmayan inançları (sağlık biliş düzeyleri) ve sağlık anksiyeteleri ile yaş değişkeni arasında anlamlı bir ilişki bulunamamış, fakat depresyonları arasında negatif ve anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Bir diğer ifadeyle araştırmaya katılan bireylerin yaşlarının azaldıkça depresyonlarında da bir artışın söz konusu olduğunu söyleyebiliriz.

Araştırmaya katılan bireylerin sağlığa dair işlevsel olmayan inanç (sağlık biliş düzeyleri), sağlık anksiyete ve depresyonlarının cinsiyete göre bir farklılaşma olduğu tespit edilmiştir. Kadın katılımcıların sağlığa dair işlevsel olmayan inanç, sağlık anksiyete ve depresyonları erkek katılımcıların sağlığa dair işlevsel olmayan inanç düzeylerinden (sağlık biliş düzeyleri), sağlık anksiyetelerinden ve depresyonlarından daha yüksek olduğu söylenebilmektedir.

Araştırmaya göre katılımcıların sağlığa dair işlevsel olmayan inançlarıve sağlık anksiyeteleri medeni durumlarına göre farklılaşma göstermezken depresyonları farklılaşma göstermektedir. Buna göre bekâr katılımcıların depresyonlarının evli katılımcıların depresyonlarına göre daha yüksek olduğu söylenebilmektedir.

Ayrıca söz konusu katılımcıların sağlık anksiyetelerinin çocuk sahibi olup olmama durumlarına göre farklılaşma göstermediği fakat depresyonlarının farklılaşma gösterdiği bulunmuştur. Diğer bir ifadeyle çocuk sahibi olmayan bireylerin

depresyonlarının çocuk sahibi olan bireylere göre daha yüksek olduğu söylenebilmektedir.

Diğer yandan katılımcıların sağlığa dair işlevsel olmayan inanç, sağlık anksiyete ve depresyonlarının eğitim durumlarına göre anlamlı olarak farklılık göstermediği tespit edilmiştir. Buna ek olarak katılımcıların sağlık anksiyete ve depresyonlarının meslek sahibi olup olmama durumlarına göre farklılaşma gösterdiği bulunmuştur. Buna göre meslek sahibi olmayan katılımcıların sağlık anksiyete ve depresyonlarının meslek sahibi olan katılımcıların sağlık anksiyete ve depresyonlarına göre daha yüksek olduğu söylenebilmektedir.

Katılımcıların sağlık anksiyetelerinin yerleşim yerlerine göre anlamlı olarak farklılaşmadığı fakat sağlığa dair işlevsel olmayan inanç ve depresyonlarının anlamlı olarak farklılaştığı tespit edilmiştir. Araştırmadaki sonuçlara göre şehirde yaşayan bireylerin sağlığa dair işlevsel olmayan inançlarının köyde yaşayan bireylerin sağlığa dair işlevsel olmayan inançlarına göre daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Bununla birlikte şehirde yaşayan bireylerin depresyonlarının beldede yaşayan bireylerin depresyonlarına göre daha yüksek olduğu bulunmuştur.

Araştırmaya katılan bireylerin sağlığa dair işlevsel olmayan inançlarının ekonomik düzeylerine göre anlamlı olarak farklılık göstermediğine fakat sağlık anksiyetelerinin ve depresyonlarının anlamlı olarak farklılık gösterdiğine ulaşılmıştır. Buna göre ekonomik durumu orta düzeyde olan bireylerin sağlık anksiyetelerinin, ekonomik durumu iyi düzeyde olan bireylerin sağlık anksiyetelerine göre daha yüksek olduğu söylenebilmektedir. Bununla birlikte ekonomik durumu orta düzeyde olan katılımcıların depresyonlarının, ekonomik durumu iyi düzeyde olan katılımcıların depresyonlarına göre daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Tüm bu sonuçlara ek olarak araştırmaya görekatılımcılarınsağlığa dair işlevsel olmayan inanç, sağlık anksiyete ve depresyonları arasında pozitif ve anlamlı bir ilişkinin olduğu tespit edilmiştir. Diğer bir ifadeyle;

– sağlığa dair işlevsel olmayan inançları artış gösterirken sağlık anksiyetelerinin de artış gösterdiği,

– sağlığa dair işlevsel olmayan inançları artış gösterirken depresyonlarının da artış gösterdiği,

– sağlık anksiyetelerinin artış gösterirken depresyonlarının da artış gösterdiği tespit edilmiştir.

Öneriler

Günümüzde pandemiyle birlikte internet çağının getirileri daha yoğun hissedilmiş ve özellikle eğitimde, hizmet sektöründe kurtarıcı rol üstlenmiştir. Pandemi ve dijitalleşmeyle birlikte bireylerin birbirlerini sevme, öğrenme ve yaşama anlayışlarında da bir evrilme yaşanmıştır. Araştırma sonuçlarına göre pandemi döneminde uygulanan karantina, sokağa çıkma yasağı, sosyal izolasyon, yakınlarını kaybetme, yeni vakaların artışının devam etmesi gibi durumların etkisini uzun vadede sürdüreceği öngörülerek söz konusu etkilerin bireylerin ruh sağlığında çeşitli değişikliklere yol açacağı düşünülmüştür. Bu durumların bireylerin ruh sağlığını giderek daha kötü yönde etkileyebileceği varsayılarak sürecin bireyler üzerindeki etkisini en aza indirgemek ve takibini kolaylaştırmak adına birtakım öneriler aşağıda sunulmuştur. Ayrıca yapılacak önerilerle gelecek araştırmalara da katkı sağlanabileceği düşünülmüştür.

En temelde hastalığın korkutuculuğu, genel seyri, hastalık ile ilgili bilgilerin güncellenmesi, doğru bilinen yanlışların düzeltilmesi, hastalık şüphesinin duyulmaya başlandığı andan itibaren bireyin geçeceği önlem veya tedavi basamakları gibi toplum tarafından kulaktan dolma bilgilerin yayılmasının engellenerek sürece şeffaflık kazandırılması ve bireylerin sağlıkla ilgili işlevsiz inanç oluşturmalarının önüne geçilerek biliş düzeylerinin artırılması sağlanabilir. Politika yapıcıların iş birliğiyle toplumun nabzını tutarak toplumun her kesiminin ihtiyaç ve isteklerine yönelik yeni yardım paketlerinin hazırlanması, sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi planlanabilir.

Bireylerin psikolojik durumlarına yönelik izleme, tarama, sevk ve hedefe yönelik müdahaleyi içeren kapsamlı bir online -kriz önleme ve müdahale sistemi oluşturulabilir. Bu sistem aynı ‘’Hayat Eve Sığar (HES)’’ uygulaması gibi bir aplikasyona dönüştürülerek bireylerin süreç içindeki psikolojik durumları kolaylıkla takip edilebilir. Aplikasyondan elde edilecek bilgiler ışığında bireyin ihtiyaçları erken müdahale planıyla karşılanabilir veya daha kötü duruma gitmesinin önüne geçilebilir.

Örneğin; psikolojik sorununun altında yatan etken geçim sıkıntısıysa erken ekonomik müdahalelerle depresyon veya intihara eğilim engellenebilir. Veya bu uygulama aracılığıyla aile üyelerine psikoeğitimler, baş etme becerilerinin kazandırılması, ruhsal sorun paylaşımı oturumları yapılabilir. Bu uygulamayla toplum üzerindeki psikolojik baskı ve zihinsel sağlık problemlerinin önüne geçmek daha olası olacaktır. Ayrıca alt yapı problemiyle (internet, elektrik gibi.) bu sistemin hizmetlerinden faydalanamayacak bireylere yönelik bir başvuru hattı oluşturularak yerin tespit edilmesi sağlanabilir.

Son olarak da pandemiden önce psikolojik tedavisi devam eden veya takip aşamasında olan hastalar, yalnızlık duygusunu yoğun hisseden ve özellikle risk grubunda olan bireylerde psikolojik problemlerin önüne geçebilmek için toplumdaki gönüllülerle ve yerel yönetimlerle iş birliği yaparak profesyonel meslek elemanı liderliğinde bir gönüllü hizmet ağı oluşturularak mahalle izleme mobil ekipleri oluşturulabilir. Genel olarak pandemi son bulsa dahi bu sürecin uzun süre tüm dünyada etkisini sürdüreceği aşikârdır. Dolayısıyla bu sürecin sağlıklı yürütülebilmesi için önce birey bazında görev ve sorumlukların yerine getirilerek toplumsal bilincin oluşturulması, bireysel olarak atılan adımların tüm toplumu etkilediğinin farkında olunması gerekmekte, ayrışmanın değil birleşmenin yarar getireceği de unutulmamalıdır.

7. KAYNAKLAR

1. Russell JC. *That earlier plague*. Demography.5(1) 1968:174-84.

2. Fears JR. *The plague under Marcus Aurelius and the decline and fall of the Roman Empire.* Infect Dis Clin North Am 2004;18(1):65-77.

3. Inglesby TV, Dennis DT, Henderson DA, Bartlett JG, Ascher MS, Eitzen E, et al. Plague as a biological weapon: medical and public health management. *Working Group on Civilian Biodefense*. JAMA 2000;283(17):2281-90. doi:10.1001/ jama.283.17.2281.

4. 4.Çalık R, Tepekaya M. Birinci Dünya Savaşı Esnasında Anadolu'daki Salgın Hastalıklar ve Ermeniler. *Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi* 2006; 16:205-28.

5. 5.Phillips H, Pillingray D.*The Spanish Influenza Pandemic of 1918 – 19.* New Perspectives. Routledge Taylor and Francis Groups. 2003: 1.

6. 6.Nikiforuk A. *Mahşerin Dördüncü Atlısı, Salgın ve Bulaşıcı Hastalıklar Tarihi.* İçinde: Erkanlı S (editör).7. Baskı, İletişim Yayınları; Tarih Dizisi 12, İstanbul, 2018; ISBN-13: 978-975-4 70-853-0.

7. Ocaktan ME. Sıtma. Turkiye Klinikleri J. Public Health-Special Topics 2015;1(3):60-7.

8. Sherman IW. *Dünyamızı Değiştiren On İki Hastalık*. İçinde: Tümbay E, Küçüker MA (editör). İş bankası Kültür Yayınları, 2016.

9. Turhan SK. Dünya Tarihinde Pandemiler ve Covid-19. *Türkiye Klinikleri*, 1. Baskı. Ankara. 2020.

10. Türk Dil Kurumu. Hastalık. https://www.tdk.gov.tr/tdk/.19 Aralık 2020.

11. World Health Organisation. Health.https://www.who.int/about/who-we-are/frequently-asked-questions. 27 Aralık 2020.

12. Aytaç Ö, Kurtdaş MÇ. Sağlık-Hastalık Toplumsal Kökenleri ve Sağlık Sosyolojisi, *Fırat Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, Cilt: 25, Sayı: 1, 2015, Sayfa: 231-250.

13. Kartal N. Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezinde 2007 Yılı Bildirimi Zorunlu Bulaşıcı Hastalıkların Bildirim Durumu, Bildirimle İlgili Sorunlar ve Çözüm Önerileri, Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, Edirne: Trakya Üniversitesi, 2010.

14. Topal S. Hatay İlinde 2009 Yılında İkinci Basamak Sağlık Kurumlarında Tanısı Konulan A Grubu Bildirimi Zorunlu Bulaşıcı Hastalıkların Bildirim Durumunun ve Bildirime Etki Eden Faktörlerin Değerlendirilmesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Doktora Tezi, Ankara: Gazi Üniversitesi, 2012.

15. İnci A, Düzlü Ö. Vektörler ve Vektörlerle Bulaşan Hastalıklar, *Erciyes Üniv Vet Fak Derg* 6(1) 2009:53-63.

16. Akman A, Gümüşova S. Global Climate Change And Viral Enfections, Veterinary Control Institute, Department of Virology, Samsun, Turkey, *Van Vet J*, 2015, 27 (3) 171-176.

17. National Institute of Allergy and Infectious Diseases. Coronavirus.https://www.niaid.nih.gov/diseases-conditions/koronaviruses. 11 Kasım 2020.

18. T.C. Sağlık Bakanlığı. Covid-19 Rehberi Genel Bilgiler Epidemiyoloji ve Tanı. https://covid19.saglik.gov.tr/Eklenti/39060/0/covid19rehberigenelbilgilerepidemiyolojivetanipdf.pdf. 13 Kasım 2020.

19. Bernheim, A, Mei X, Huang M, Yang Y, Fayad ZA, Zhang N. ve diğerleri. Chest CT Findings in Koronavirus Disease-19 (COVID-19): Relationship to Duration of Infection. RSNA Radiology, 2020, 295.

20. WHO, Koronavirus Disease 2019 *(COVID-19) Situation Report* – 2019, 73

21. British Broadcasting Corporation. Coronavirus.https://www.bbc.com. 26 Kasım 2020.

22. Wang C, Pan R, Wan X, Tan Y, Xu L, Ho CS, et al. Immediate psychological responses and associated factors during the initial stage of the 2019 koronavirus disease (COVID-19) epidemic among the general population in China. *International journal of environmental research and public health*. 2020;17(5):1729.

23. Türkiye Psikiyatri Derneği. Depresyon Konusunda Bilinmeyenler. https://psikiyatri.org.tr/halka-yonelik/24/depresyon-konusunda-bilmek-istedikleriniz. 10. Nisan 2021.

24. Wand APF, Zhong B-L, Chiu HFK, Draper B, De Leo D. Covid-19: The implications for suicide in older adults. *International Psychogeriatrics*. 2020:1-16.

25. Okur İ, Demirel Ö. Covid-19 ve Psikiyatrik Bozukluklar, *Medical Research Reports*, Cilt 3, 2020:86-99.

26. Lam MH, ve ark. Mental morbidities and chronic fatigue in severe acute respiratory syndrome survivors: long-term follow-up. *Archives of internal medicine*. 2009 Dec 14;169(22):2142-7.

27. Huang Y, Zhao N. Generalized anxiety disorder, depressive symptoms and sleep quality during COVID-19 outbreak in China: a web-based cross-sectional survey. *Psychiatry research*. 2020 Apr 12:112954.

28. Fulton JJ, Marcus DK, Merkey T. Irrational health beliefs and health anxiety. *Journal of Clinical Psychology*, 2011, 67(6), 527-538.

29. Rief W, Hiller W, Margraf J. Cognitive aspects of hypochondriasis and the somatization syndrome. *Journal of Abnormal Psychology*, 1998, 107(4), 587-595.

30. Salkovskis PM, Rimes KA, Warwick HMC, Clark DM. (2002). The Health Anxiety Inventory: Development and validation of scales for the measurement of health anxiety and hypochondriasis. *Psychological Medicine,* 2002, 32, 843-853.

31. Deale A. Psychopathology and treatment of severe health anxiety. *Psychiatry,* 2007, 6(6), 240-246.

32. Rachman S. Health anxiety disorders: A cognitive construal. *Behaviour Research and Therapy,* 2012, 50, 502-512

33. Fergus TA. Health-related dysfunctional beliefs and health anxiety: Further evidence of cognitive specificity. *Journal of Clinical Psychology*, 2014, 70(3), 248-259.

34. Gezgin H. Yaygın Anksiyete Bozukluğu Tanılı Bireylere Verilen Psikoeğitimin Tedavideki Etkinliğinin İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, İzmir: Ege Üniversitesi, 2010

35. Şahin M. Korku, Kaygı (Anksiyete) ve Kaygı Bozuklukları, *Avrasya Sosyal ve Ekonomi Araştırmaları Dergisi (ASEAD) Eurasian Journal of Researches in Social and Economics* (EJRSE) ISSN:2148-9963, 2019, C.6 S.10 s.117-135

36. Rank O. *The trauma of birth*. New York, Dover Publications, 1993.

37. Akdoğan A, Farklı Depresyon Anksiyete Stres Düzeylerine Sahip Üniversite Öğrencilerinin Akademik Erteleme Davranışlarının İncelenmesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Eğitim Bilimleri Ana Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Konya: Necmettin Erbakan Üniversitesi, 2013.

38. Geçtan E. *Psikanaliz ve Sonrası*. İstanbul: Hür -Yayın, 1981.

39. Yıldız N. HIV İle Yaşayan Bireylerde Sağlık Anksiyetesinin Yaşam Kalitesi ve Psikososyal İşlevsellikle İlişkisi, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi, İstanbul: İstanbul Üniversitesi, 2018.

40. Karakula S. "Koroner By-Pass Ameliyatı Geçiren Hastalarda Bilgilendirici Hemşirelik Yaklaşımının Ameliyat Öncesi ve Sonrası Anksiyete Düzeylerine Etkisinin İncelenmesi"Hemşirelik Yüksek Okulu, Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İzmir: Ege Üniversitesi, 1999.

41. Tükel R. *Anksiyete Bozuklukları*, Çizgi Yayınevi, Ankara, 2000, S:137-154.

42. Akşit S, Cimete G. Çocuğun Yoğun Bakım Ünitesine Kabulünde Annelere Uygulanan Hemşirelik Bakımının Annelerin Anksiyete Düzeyine Etkisi, *C.Ü.Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi,* 2001, 5 (2):25-36.

43. Saatçioğlu Ö. Yaygın Anksiyete Bozukluğunun Tedavisi ve Yeni Yaklaşımlar, *Klinik Psikofarmokoloji Bülteni* 2001, 11: 60-77.

44. Townsend M. Psychiatric Mental Health Nursing, Concepts of Care in Evidence-Based Practice, Fifth Edition US, 2006, s:526-528.

45. Teber S. *Melankoli*, 2.bs., İstanbul, Say Yayınları 2001.

46. Cömert E. Depresif Bozukluklarda Anksiyete Şiddetine Göre Sürekli Öfkenin ve Öfke İfade Tarzlarının İncelenmesi, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: İstanbul Üniversitesi, 2004.

47. Çifter İ. Depresyon Kavramının Gelişimi, Depresyon Monografları Serisi 5, İçinde: Köroğlu E (editör).*Hekimler Yayın Birliği*, Ankara 1993: s.5-18.

48. Ertuğrul E. Üniversite Uygulama ve Araştırma Hastanesinde Çalışan Hemşire, Ebe, Sağlık Memuru ve Acil Tıp Teknisyenlerinin Tükenmişlik ve Depresyon Düzeyinin Değerlendirilmesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Zonguldak: Zonguldak Üniversitesi 2010.

49. Gezer E. Stres Veren Yasam Olaylarının, Öğretim Elemanlarının, Depresyon ve Tükenmişlik Düzeylerine Etkisi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Beden Eğitimi ve Spor Anabilim Dalı, Doktora Tezi, Ankara: Gazi Üniversitesi, 2008.

50. Ustun TB, Ayuso-Mateos JL, Chatterji S ve ark. Global burden of depressive disorder in the year 2000. *British Journal of Psychiatry*, 2004, 184: 386-392.

51. Türkiye Psikiyatri Derneği. Depresyon. https://www.psikiyatri.org.tr. 19 Aralık 2020.

52. Kaya B. Depresyon: Sosyo-ekonomik ve Kültürel Pencereden Bakış, *Klinik Psikiyatri*, S.10(Ek 6), 2007, s.11-20.

53. Kawohl W, Nordt C. COVID-19, Unemployment, and Suicide. *The Lancet Psychiatry*. 2020;7(5):389-90.

54. Holt-Lunstad J. The potential public health relevance of social isolation and loneliness: Prevalence, epidemiology, and risk factors. *Public Policy & Aging Report*,2017, 27(4), 127-130. doi:10.1093/ppar/prx030

55. Ertem M. Covid-19 Pandemisi ve Sosyal Damgalama,*İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi,* 2020, 5(2): 135-138.

56. Wallace CL, Wladkowski SP, Gibson A, White P. Grief during the COVID-19 pandemic: considerations for palliative care providers. *Journal of Pain and Symptom Management*, 2020, 60, e70-e76.

57. Özcan Ö, Çelik G. Bilişsel Davranışçı Terapi, *Turkiye Klinikleri J Child Psychiatry-Special Topics* 2017;3(2):115-20.

58. Türkçapar MH. Bilişsel Terapi: Temel İlkeler ve Uygulamalar, HYB Basım Yayın, 2006.

59. Simmons J, Griffiths R. CBT for Beginners, *Sage*, 2013.

60. Wells A, Hackmann A. (1993). Imagery and core beliefs in health anxiety: Content and origins, *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 1993, 21(3), 265-273.

61. Abramowitz JS, Deacon BJ, Valentine DP. The short health anxiety inventory: Psychometric properties and construct validity in a non-clinical sample. *Cognitive Therapy and Research*, 2007, 31(6), 871-883.

62. Hofmann SG. Cognitive factors that maintain social anxiety disorder: A comprehensive model and its treatment implications, *Cogn Behav Ther*. 2007, 36: 193-209.

63. Aslıhan MN. Parçalanmış ve Tam Aileye Sahip Çocukların Öz Kavramı, Depresyon Düzeyi ve Akademik Başarılarının Yaş ve Cinsiyet Yönünden Karşılaştırılması, Yüksek Lisans Tezi, Sosyal Bilimler Enstitüsü,Adana: Çukurova Üniversitesi 1998.

64. Beck AT. Cognitive therapy for emotional disorders. New York: *International Universities Press.* 1976.

65. Büyüköztürk Ş, Kılıç Çakmak E, Akgün Ö, Karadeniz Ş, Demirel F. Bilimsel Araştırma Yöntemleri. 25. Baskı, Ankara 2018, s.25.

66. Yılmaz Ö, Dirik G. Sağlık Bilişleri Anketi (SBA)'nin Türkçe Versiyonunun Psikometrik Özelliklerinin İncelenmesi. *Nesne Psikolojisi Dergisi*. 2018, S.13.

67. Aydemir Ö, Kırpınar İ, Satı T, Uykur Cengisiz C. Sağlık Anksiyetesi Ölçeği'nin Türkçe için güvenilirlik ve geçerlilik çalışması. *Nöropsikiyatri Arşivi*, 2012, 50, 325-331.

68. Hisli N. Beck Depresyon Envanterinin Üniversite Öğrencileri İçin Geçerliği ve Güvenirliği. Bilkent Üniversitesi, *Psikolojik Danışma ve Rehberlik Merkezi*, Ankara, 1989.

69. Reger MA, Stanley IH, Joiner TE. Suicide Mortality and Koronavirus Disease 2019—A Perfect Storm?,*Journal of the American Medical Association Psychiatry*, 2020 doi:10.1001/jamapsychiatry.2020.1060.

70. Carstensen L, Shavit Y, Barnes J. Age Advantages in Emotional Experience Persist Even Under Threat From the Covid-19 Pandemic,*Psychological Science*, 2020. doi:10.1177/sagejournals.2020.

71. Wittchen HU. Generalized anxiety disorder: prevalence, burden and cost to society. *Depress Anxiety*. 2002; 16:162-71.

72. Wittchen HU, Zhao S, Kessler RC, Eaton WW. DSM-III-R generalized anxiety disorder in the National Comorbidity Survey, *Arch GenPsychiatry*, 1994, 51:355-64.

73. Australian Bureau of Statistics. National Survey of Mental Health and Wellbeing: Summary of Results. Canberra, *Australian Bureau of Statistics*, 2007.

74. Lewinsohn P, Hops H, Roberts R, Seeley J, Andrews J. Adolescent psychopathology: I. Prevalence and incidence of depression and other DSM-III-R disorders in high school students. *J Abnorm Psychol*, 1993, 102:133-44.

75. Regier DA, Myers JK, Kramer M, Robins LN, Blazer DG,Hough RL,Eaton WW, Locke BZ. The NIMH Epidemiologic Catchment Area program: Historical context, major objectives, and study population characteristics, *Arch Gen Psychiatry*, 1984; 41:934-941.

76. Yonkers KA, Zlotnik C, Allsworth J, Warshaw M, Shea T, Keller MB. Is the course of panic disorder the same in women and men? *Am.J. Psychiatry.*, 1998, 155:596-602.

77. Kendler K, Neale M, Kessler R, Heath A, Eaves L. The genetic epidemiology of phobias in women: the interrelationship of agoraphobia, social phobia, situational phobia, and simple phobia. *Arch Gen Psychiatry.*, 1992, 49:273-81.

78. Cyrus SHH, Cornelia YIC, Roger CMH. Mental Health Strategies to Combat the Psychological Impact of COVID-19 Beyond Paranoia and Panic, *Academy of Medicine*, 2020, 49(3), 155-160.

79. Holmes EA, O'Connor RC, Perry VH, Tracey I, Wessely S, Arseneault L, ... Ford T. Multidisciplinary Research Priorities for the Covid-19 Pandemic: A Call for Action for Mental Health Science, *The Lancet Psychiatry*, 2020, 7, 547-560. https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30168-1.

80. Tian F, Li H, Tian S, Yang J, Shao J, Tian C. Psychological Symptoms of Ordinary Chinese Citizens Based on SCL-90 During the Level I Emergency Response to COVID-19, *Psychiatry Research*, 2020, 288, 112992. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.112992.

81. Cao W, Fang Z, Hou G, Han M, Xu X, Dong J, Zheng J. The Psychological Impact of the COVID-19 Epidemic on College Students in China, *Psychiatry Research*, 2020, 28, 112934. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.112934.

82. Thunström L, Newbold SC, Finnoff SC, Ashworth M ve Shogren JF. The benefits and costs of flattening the curve for COVID-19". *SSRN Electronic Journal*, 2020, 1–17.

83. Aşkın R, Bozkurt Y, Zeybek Z. Covid-19 Pandemisi: Psikolojik Etkileri ve Terapötik Müdahaleler*, İstanbul Ticaret Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi Covid-19 Sosyal Bilimler Özel Sayısı*, 2019, Sayı:37 Bahar (Özel Ek) s.304-318.

84. Özcü A, Atanur G. Kovid-19 Pandemisinin Kent Yaşamına Etkisi:Kamusal Alan Üzerine Değerlendirmeler, *Paradoks Ekonomi Sosyoloji ve Politika Dergisi*, 2020, Cilt:16,Sayı:2:237-250.

85. Velarde MD, Fry G, Tveit M. Health effects of viewing landscapes - Landscape types in environmental psychology. Urban Forestry and Urban Greening, *Elsevier*, 2007 6(4):199-212.

86. Erdoğdu Y, Koçoğlu F, Sevim C. Covid-19 Pandemisi Sürecinde Anksiyete ile Umutsuzluk Düzeylerinin Psikososyal ve Demografik Değişkenlere Göre İncelenmesi, *Klinik Psikiyatri Dergisi*., 2020, 23. doi: 10.5505/kpd.2020.35403.

87. Almeida-Filho N, Lessa I, Magalhaes L. Social inequality and depressive disorders in Bahia, Brazil: interactions of gender, ethnicity, and social class. *Soc Sci Med*, 2004, 59: 1339-1353.

88. Binbay T, Kaya B. Özelleştirmeler, sağlık çalışanları ve psikososyal etmenler. *Toplum ve Hekim.*, 2006, 21(3): 189-193.

89. Murphy JM, Olivier DC, Monson RR. Depression and anxiety in relation to social status, *Arch Gen Psychiatry*, 1991, 48:223-229.

90. Yılmaz Ö, Dirik G. Yetişkinlerde Sağlık Kaygısı ile İlgili Değişkenlerin Bilişsel Davranışçı Model Kapsamında İncelenmesi, *Türk Psikoloji Dergisi*, Haziran 2020, 35(85), 21-36.

91. Pugh NE. Elucidating the relationship between health anxiety and behaviour. (Unpublished master thesis). Saskatchewan: University of Regina, Regina-Saskatchewan, 2010.

92. Beck AT. Depression: Clinical, experimental, and theoretical aspects. *University of Pennsylvania Press*, 1967, pp, 283-284.

93. Rubin GJ, Wessely S. The psychological effects of quarantining a city. *TheBmj*, 2020, 368.

94. Wheaton MG, Abramowitz JS, Berman NC, Fabricant LE, Olatunji BO. Psychological predictors of anxiety in response to the H1N1 (swine flu) pandemic. *Cognitive Therapy and Research*, 2012, 36(3), 210- 218.

95. Wu P, Fang Y, Guan Z, Fan B, Kong J, Yao Z, ... Hoven CW. The psychological impact of the SARS epidemic on hospital employees in China: exposure, risk perception, and altruistic acceptance of risk. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 2009, 54(5), 302-311.

96. Chong MY, Wang WC, Hsieh WC, Lee CY, Chiu NM, Yeh WC, ... Chen CL. Psychological impact of severe acute respiratory syndrome on health workers in a tertiary hospital. *The British Journal of Psychiatry*, 2004, 185(2), 127-133.

97. Adhanom GT. Addressing mental health needs: an integral part of COVID-19 response. *World Psychiatry*. 2020, 19(2):129;30.

98. Wang C, Pan R, Wan X, Tan Y, Xu L, McIntyre RS, ... Ho C. A longitudinal study on the mental health of general population during the COVID-19 epidemic in China. *Brain, behavior, and immunity*.2020.

8. EKLER

EK-1. Etik Kurul Onay Formu

T.C.
ANKARA YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Etik Kurul Koordinatörlüğü

Sayı : 84892257-604.01.02-E.16566 03.06.2020
Konu : Değerlendirme ve Onay (Özge BENCİK)

Sayın Özge BENCİK

İlgili başvuru gereği, Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sosyal Hizmet bölümü tezli yüksek lisans öğencilerinden Özge BENCİK'in, "Bireylerin Pandemik Dönemde Sağlığa Dair İşlevsel Olmayan İnançları, Kaygı ve Depresyon Düzeyleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi" başlıklı ve 21.05.2020 başvuru tarihli çalışması Etik Kurul üyelerimiz tarafından değerlendirilmiş ve bu değerlendirme sonucunda çalışmanın etik açıdan uygun olduğuna karar verilmiştir.

Bilgilerinize sunulur.

e-imzalıdır
Prof. Dr. Cemşafak ÇUKUR
Koordinatör

Ek :
1 - Etik Kurul Başvuru Formu (1 sayfa)
2 - Ek (1 sayfa)
3 - Ek (1 sayfa)
4 - Ek (1 sayfa)
5 - Ek (1 sayfa)
6 - Ek (1 sayfa)
7 - Ek (1 sayfa)
8 - Ek (1 sayfa)
9 - Ek (1 sayfa)
10 - Ek (1 sayfa)
11 - Beck Depresyon Envanteri (3 sayfa)
12 - Kişisel Bilgi Formu (2 sayfa)
13 - SAĞLIK ANKSİYETESİ ENVANTERİ (2 sayfa)
14 - Sağlık Bilişleri Ölçek 1 (1 sayfa)
15 - Sağlık Bilişleri Ölçek Devam 2 (1 sayfa)

5070 sayılı Elektronik İmza Yasası gereği bu belge güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

0 - 9295390 - 9295390 - 9295390 - 9295390 - 92

EK-2. Kişisel Bilgi Formu

Değerli Katılımcı,
Araştırma tamamen gönüllülük esasına dayalı olup pandemi sürecinizi düşünerek soruları dilediğiniz bir zamanda eksiksiz doldurabilir veya araştırmayı sonlandırabilirsiniz. Kimliğinizin, kişisel bilgilerinizin ve yanıtlarınızın kesinlikle gizli tutulacağını ve sadece bilimsel çalışmaya katkı sağlamak amacıyla kullanılacağını belirtmek isterim.
Şimdiden bu pandemi döneminde değerli vaktinizi ayırıp araştırmaya katkıda bulunarak çalışmama ortak olduğunuz için çok teşekkür eder, sağlıklı günler dilerim.

1) Yaş: ….

2) Cinsiyet:
Kadın ( ) Erkek ( )

3) Medeni Durum:
Bekâr ( ) Evli ( )

4) Eğitim Durum:
İlköğretim ( ) Ortaöğretim ( ) Lise ( ) Lisans ( ) Yüksek Lisans ( )

5) Çocuk:
Yok ( ) Var ( )

6) Meslek:
Yok ( ) Var ( )

7) Yerleşim Yeri:
Köy ( ) Belde ( ) Şehir ( )

8) Ekonomik Düzey:
Zayıf ( ) Orta ( ) İyi ( ) Çok iyi ( )

EK-2. (devam) Kişisel Bilgi Formu

9) Söz konusu pandemik dönemde Sağlık Bakanlığının belirtmiş olduğu risk grubunda (yaşlılık, hamilelik, kronik hastalık, yurtdışı temaslı yakın vs.) mısınız?
Evet ( ) Hayır ( )

10) Söz konusu pandemik dönemde Sağlık Bakanlığının belirtmiş olduğu risk grubunda (yaşlılık, hamilelik, kronik hastalık, yurtdışı temaslı yakın vs.) veya alanında (sağlık sektöründe) herhangi bir yakınınız var mı?
Evet ( ) Hayır ( )

11) Pandemi döneminde korona virüsten korunmaya yönelik bireysel önlemlerinizi alıyor musunuz?
Evet ( ) Hayır ( )

EK-3. Sağlık Anksiyetesi Ölçeği (Kısa Versiyon)

Bu bölümdeki her soru dört farklı ifade içerir. Lütfen her ifadeyi dikkatlice okuyun ve son 6 ay içindeki duygularınızı en iyi ifade edeni seçin. Seçtiğiniz cümleyi yanındaki harfi daire içine alarak işaretleyin, örneğin (a) cümlesinin doğru olduğunu düşünüyorsanız (a) yı işaretleyin; birden fazla ifadenin size uygun olduğunu düşündüğünüzde size uyan ifadelerin hepsini işaretleyin.

1. (a) Sağlığımla ilgili endişelenmem.
(b) Sağlığımla ilgili nadiren endişelenirim.
(c) Sağlığımla ilgili çok sık endişelenirim.
(d) Sağlığımla ilgili hemen her zaman endişelenirim.

2. (a) Yaşıtlarıma göre daha az ağrı/ acı hissederim
(b) Yaşıtlarım kadar ağrı/acı hissederim
(c) Yaşıtlarımdan daha fazla ağrı/acı hissederim
(d) Bedenimde sürekli ağrı/acı hissederim.

3. (a) Genellikle vücudumdaki duyum yada değişikliklerin farkında değilimdir.
(b) Bazen vücudumdaki duyum yada değişikliklerin farkında olurum.
(c) Çoğunlukla vücudumdaki duyum yada değişikliklerin farkındayım.
(d) Sürekli vücudumdaki duyum yada değişikliklerin farkındayım.

4. (a) Hastalıkla ilgili düşüncelere karşı koymak hiç bir zaman sorun olmamıştır.
(b) Çoğu kez hastalıkla ilgili düşüncelere karşı koyabilirim.
(c) Hastalıkla ilgili düşüncelere karşı koymaya çalışırım ama çoğunlukla yapamam.
(d) Hastalıkla ilgili düşünceler o kadar güçlü ki artık onlara karşı hiç koymaya çalışmıyorum.

5. (a) Genellikle ciddi bir hastalığım olduğu korkusu yoktur.
(b) Bazen ciddi bir hastalığım olduğu korkusu vardır.
(c) Çoğunlukla ciddi bir hastalığım olduğu korkusu vardır.
(d) Her zaman ciddi bir hastalığım olduğu korkusu vardır.

6. (a) Kendimi hasta olarak hayal etmem.
(b) Nadiren hasta olduğum hayalleri gözümün önüne gelir.
(c) Sıklıkla hasta olduğum hayalleri gözümün önüne gelir.
(d) Sürekli hasta olduğum hayalleri gözümün önüne gelir.

EK-3. (devam) Sağlık Anksiyetesi Ölçeği (Kısa Versiyon)

7. (a) Sağlığımla ilgili düşünceleri zihnimden uzaklaştırmakta zorluk çekmem.
(b) Sağlığımla ilgili düşünceleri zihnimden uzaklaştırmakta bazen zorlanırım.
(c) Sağlığımla ilgili düşünceleri zihnimden uzaklaştırmakta çoğunlukla zorlanırım.
(d) Hiçbir şey zihnimden sağlığımla ilgili düşünceleri uzaklaştıramaz.

8. (a) Doktorum kötü bir şey olmadığını söylerse tamamen rahatlarım.
(b) Başlangıçta rahatlarım ama bazen yeniden endişelenirim.
(c) Başlangıçta rahatlarım ama mutlaka yeniden endişelenirim.
(d) Doktorum kötü bir şey olmadığını söylese de rahatlayamam.

9. (a) Bir hastalık hakkında konuşulduğunda hiçbir zaman kendimde olduğunu düşünmem.
(b) Bir hastalık hakkında konuşulduğunda bazen kendimde de olduğunu düşünürüm.
(c) Bir hastalık hakkında konuşulduğunda çoğunlukla kendimde de olduğunu düşünürüm.
(d) Ciddi bir hastalığım olsaydı onurumu tamamen kaybetmiş hissederdim.

10. (a) Vücudumda bir algı yada değişiklik hissedersem nadiren ne olduğunu merak ederim.
(b) Vücudumda bir algı yada değişiklik hissedersem çoğunlukla ne olduğunu merak ederim.
(c) Vücudumda bir algı yada değişiklik hissedersem her zaman ne olduğunu merak ederim.
(d) Vücudumda bir algı yada değişiklik hissedersem mutlaka ne olduğunu bilmek isterim.

11. (a) Genellikle ciddi bir hastalığa yakalanma riskimin çok düşük olduğunu düşünürüm.
(b) Genellikle ciddi bir hastalığa yakalanma riskimin oldukça düşük olduğunu düşünürüm.
(c) Genellikle ciddi bir hastalığa yakalanma riskimin orta derecede olduğunu düşünürüm.
(d) Genellikle ciddi bir hastalığa yakalanma riskimin yüksek olduğunu düşünürüm.

12. (a) Asla ciddi bir hastalığım olduğunu düşünmem
(b) Bazen ciddi bir hastalığım olduğunu düşünürüm.
(c) Çoğunlukla ciddi bir hastalığım olduğunu düşünürüm.
(d) Genellikle ciddi bir hastalığım olduğunu düşünürüm.

EK-3. (devam) Sağlık Anksiyetesi Ölçeği (Kısa Versiyon)

13. (a) Ne olduğu açıklanamayan bir bedensel algı fark edersem başka şeyleri düşünmekte zorlanmam.
(b) Ne olduğu açıklanamayan bir bedensel algı fark edersem başka şeyleri düşünmekte bazen zorlanırım.
(c) Ne olduğu açıklanamayan bir bedensel algı fark edersem başka şeyleri düşünmek çoğunlukla zorlanırım.
(d) Ne olduğu açıklanamayan bir bedensel algı fark edersem başka şeyleri düşünmek her zaman zorlanırım.

14. (a) Ailem ve dostlarım sağlığımla yeterince ilgilenmediğimi söyler.
(b) Ailem ve dostlarım sağlığımla normal düzeyde ilgilendiğimi söyler.
(c) Ailem ve dostlarım sağlığım için fazlaca endişelendiğimi söyler.
(d) Ailem ve dostlarım hastalık hastası olduğumu söyler.

Aşağıdaki soruları yanıtlarken, sizi özellikle rahatsız eden bir hastalığınız (kalp hastalığı, kanser, Multipl Skleroz gibi) olsaydı nasıl olurdu diye düşünün. Tabii ki tam olarak nasıl olacağını bilemezsiniz ama genelde kendiniz ve ciddi bir hastalık konusundaki bilgilerinize dayanarak nasıl olacağı konusunda en iyi tahmini yapmaya çalışın.

15. (a) Ciddi bir hastalığım olsaydı da hayatımdaki şeylerden hala oldukça zevk alabilirdim.
(b) Ciddi bir hastalığım olsaydı da hayatımdaki şeylerden hala biraz zevk alabilirdim.
(c) Ciddi bir hastalığım olsaydı hayatımdaki şeylerden neredeyse hiç zevk alamazdım.
(d) Ciddi bir hastalığım olsaydı hayatımdaki şeylerden hiç zevk alamazdım.

16. (a) Ciddi bir hastalığım olsaydı modern tıbbın beni iyileştirme şansı yüksek olurdu.
(b) Ciddi bir hastalığım olsaydı modern tıbbın beni iyileştirme şansı orta düzeyde olurdu.
(c) Ciddi bir hastalığım olsaydı modern tıbbın beni iyileştirme şansı çok az olurdu.
(d) Ciddi bir hastalığım olsaydı modern tıbbın beni iyileştirme şansı hiç olmazdı.

17. (a) Ciddi bir hastalık yaşamımın bazı alanlarını bozardı.
(b) Ciddi bir hastalık yaşamımın bir çok alanını bozardı.
(c) Ciddi bir hastalık yaşamımın neredeyse her alanını bozardı.
(d) Ciddi bir hastalık yaşamımı mahvederdi.

EK-3. (devam) Sağlık Anksiyetesi Ölçeği (Kısa Versiyon)

18. (a) Ciddi bir hastalığım olsaydı onurum zedelenmiş hissetmezdim.

(b) Ciddi bir hastalığım olsaydı onurumu biraz zedelenmiş hissederdim.

(c) Ciddi bir hastalığım olsaydı onurumu oldukça çok zedelenmiş hissederdim.

(d) Ciddi bir hastalığım olsaydı onurumu tamamen kaybetmiş hissederdim

EK-4. Beck Depresyon Ölçeği

AÇIKLAMA:

Sayın cevaplayıcı aşağıda gruplar halinde cümleler verilmektedir. Öncelikle her gruptaki cümleleri dikkatle okuyarak, BUGÜN DÂHİL GEÇEN HAFTA içinde kendinizi nasıl hissettiğini en iyi anlatan cümleyi seçiniz. Eğer bir grupta durumunuzu, duygularınızı tarif eden birden fazla cümle varsa her birini daire içine alarak işaretleyiniz. Soruları vereceğiniz samimi ve dürüst cevaplar araştırmanın bilimsel niteliği açısından son derece önemlidir. Bilimsel katkı ve yardımlarınız için sonsuz teşekkürler.

1- 0. Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissetmiyorum.
1. Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissediyorum.
2. Hep üzüntülü ve sıkıntılıyım. Bundan kurtulamıyorum.
3. O kadar üzüntülü ve sıkıntılıyım ki artık dayanamıyorum.

2- 0. Gelecek hakkında mutsuz ve karamsar değilim.
1. Gelecek hakkında karamsarım.
2. Gelecekten beklediğim hiçbir şey yok.
3. Geleceğim hakkında umutsuzum ve sanki hiçbir şey düzelmeyecekmiş gibi geliyor.

3- 0. Kendimi başarısız bir insan olarak görmüyorum.
1. Çevremdeki birçok kişiden daha çok başarısızlıklarım olmuş gibi hissediyorum.
2. Geçmişe baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğunu görüyorum.
3. Kendimi tümüyle başarısız biri olarak görüyorum.

4- 0. Birçok şeyden eskisi kadar zevk alıyorum.
1. Eskiden olduğu gibi her şeyden hoşlanmıyorum.
2. Artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor.
3. Her şeyden sıkılıyorum.

5- 0. Kendimi herhangi bir şekilde suçlu hissetmiyorum.
1. Kendimi zaman zaman suçlu hissediyorum.
2. Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum.
3. Kendimi her zaman suçlu hissediyorum.

EK-4. (devam) Beck Depresyon Ölçeği

6- 0. Bana cezalandırılmışım gibi geliyor.
1. Cezalandırılabileceğimi hissediyorum.
2. Cezalandırılmayı bekliyorum.
3. Cezalandırıldığımı hissediyorum.

7- 0. Kendimden memnunum.
1. Kendi kendimden pek memnun değilim.
2. Kendime çok kızıyorum.
3. Kendimden nefret ediyorum.

8- 0. Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum.
1. Zayıf yanların veya hatalarım için kendi kendimi eleştiririm.
2. Hatalarımdan dolayı ve her zaman kendimi kabahatli bulurum
3. Her aksilik karşısında kendimi hatalı bulurum.

9- 0. Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok.
1. Zaman zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm olur. Fakat yapmıyorum.
2. Kendimi öldürmek isterdim.
3. Fırsatını bulsam kendimi öldürürdüm.

10- 0. Her zamankinden fazla içimden ağlamak gelmiyor.
1. Zaman zaman içinden ağlamak geliyor.
2. Çoğu zaman ağlıyorum.
3. Eskiden ağlayabilirdim şimdi istesem de ağlayamıyorum.

11- 0. Şimdi her zaman olduğumdan daha sinirli değilim.
1. Eskisine kıyasla daha kolay kızıyor ya da sinirleniyorum.
2. Şimdi hep sinirliyim.
3. Bir zamanlar beni sinirlendiren şeyler şimdi hiç sinirlendirmiyor.

12- 0. Başkaları ile görüşmek, konuşmak isteğimi kaybetmedim.
1. Başkaları ile eskiden daha az konuşmak, görüşmek istiyorum.
2. Başkaları ile konuşma ve görüşme isteğimi kaybetmedim.
3. Hiç kimseyle konuşmak görüşmek istemiyorum.

EK-4. (devam) Beck Depresyon Ölçeği

13- 0. Eskiden olduğu gibi kolay karar verebiliyorum.
1. Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum.
2. Karar verirken eskisine kıyasla çok güçlük çekiyorum.
3. Artık hiç karar veremiyorum.

14- 0. Aynada kendime baktığımda değişiklik görmüyorum.
1. Daha yaşlanmış ve çirkinleşmişim gibi geliyor.
2. Görünüşümün çok değiştiğini ve çirkinleştiğimi hissediyorum.
3. Kendimi çok çirkin buluyorum.

15- 0. Eskisi kadar iyi çalışabiliyorum.
1. Bir şeyler yapabilmek için gayret göstermem gerekiyor.
2. Herhangi bir şeyi yapabilmek için kendimi çok zorlamam gerekiyor.
3. Hiçbir şey yapamıyorum.

16- 0. Her zamanki gibi iyi uyuyabiliyorum.
1. Eskiden olduğu gibi iyi uyuyamıyorum.
2. Her zamankinden 1-2 saat daha erken uyanıyorum ve tekrar uyuyamıyorum.
3. Her zamankinden çok daha erken uyanıyor ve tekrar uyuyamıyorum.

17- 0. Her zamankinden daha çabuk yorulmuyorum.
1. Her zamankinden daha çabuk yoruluyorum.
2. Yaptığım her şey beni yoruyor.
3. Kendimi hemen hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun hissediyorum.

18- 0. İştahım her zamanki gibi.
1. İştahım her zamanki kadar iyi değil.
2. İştahım çok azaldı.
3. Artık hiç iştahım yok.

19- 0. Son zamanlarda kilo vermedim.
1. İki kilodan fazla kilo verdim.
2. Dört kilodan fazla kilo verdim.
3. Altı kilodan fazla kilo vermeye çalışıyorum.

EK-4. (devam) Beck Depresyon Ölçeği

20- 0. Sağlığım beni fazla endişelendirmiyor.

1. Ağrı, sancı, mide bozukluğu veya kabızlık gibi rahatsızlıklar beni endişelendirmiyor.
2. Sağlığım beni endişelendirdiği için başka şeyleri düşünmek zorlaşıyor.
3. Sağlığım hakkında o kadar endişeliyim ki başka hiçbir şey düşünemiyorum.

21- 0. Son zamanlarda cinsel konulara olan ilgimde bir değişme fark etmedim.

1. Cinsel konularla eskisinden daha az ilgiliyim.
2. Cinsel konularla şimdi çok daha az ilgiliyim.
3. Cinsel konular olan ilgimi tamamen kaybettim.

EK-5. Sağlık Bilişleri Ölçeği

13. Eğer önemli bir sağlık sorunu yaşasaydım, bu benim için endişe verici olurdu.	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Ne Katılıyorum Ne Katılmıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
14. Bir sağlık sorununun oluşması çok üzüntü verici olurdu.	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Ne Katılıyorum Ne Katılmıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
15. Genellikle, aile hekimimin ortaya çıkabilecek herhangi bir sağlık sorunuyla etkin bir şekilde baş etmeme yardımcı olacağına güveniyorum.	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Ne Katılıyorum Ne Katılmıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
16. Eğer kronik bir sağlık sorunum oluşsaydı, hayatımı daha fazla kontrol edemezdim.	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Ne Katılıyorum Ne Katılmıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
17. Eğer bir sağlık sorunu yaşasaydım bu dehşet verici olurdu.	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Ne Katılıyorum Ne Katılmıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
18. Eğer ciddi bir sağlık sorunum oluşsaydı, aile hekimimin çok yardımcı olacağını düşünmüyorum.	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Ne Katılıyorum Ne Katılmıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
19. Ciddi bir sağlık sorunum olsaydı bile, hala yaşamdan zevk almam mümkün olurdu.	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Ne Katılıyorum Ne Katılmıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
20. Gelecekte yaşayabileceğim herhangi bir sağlık sorununun üstesinden gelebileceğimi biliyorum.	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Ne Katılıyorum Ne Katılmıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum