

**COVID-19 SÜRECİNDE ÖZ DUYARLIK VE PSİKOLOJİK  
SAĞLAMLIK İLE DEPRESYON, ANKSİYETE, STRES  
ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ**

**SELİN NUR ÖNEL**

**IŞIK ÜNİVERSİTESİ  
HAZİRAN, 2021**

COVID-19 SÜRECİNDE ÖZ DUYARLIK VE PSİKOLOJİK  
SAĞLAMLIK İLE DEPRESYON, ANKSİYETE, STRES  
ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ

SELİN NUR ÖNEL

Işık Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Klinik Psikoloji Yüksek Lisans  
Programı, 2021

Bu tez, Işık Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü'ne Yüksek Lisans (MA) derecesi  
ile sunulmuştur.

IŞIK ÜNİVERSİTESİ

HAZİRAN, 2021

İŞIK ÜNİVERSİTESİ  
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ  
KLİNİK PSİKOLOJİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

COVID-19 SÜRECİNDE ÖZ DUYARLIK VE PSİKOLOJİK SAĞLAMLIK İLE  
DEPRESYON, ANKSİYETE, STRES ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ

SELİN NUR ÖNEL

ONAYLAYANLAR:

Doç. Dr. Neslihan Arıcı Özcan (Tez Danışmanı)	Medeniyet Üniversitesi
Dr. Öğr. Üyesi Buket Ünver	Işık Üniversitesi
Prof. Dr. Gülden Güvenç	Işık Üniversitesi

ONAY TARİHİ: 17/06/2021

# **EXAMINING THE RELATIONSHIP BETWEEN SELF-COMPASSION, PSYCHOLOGICAL RESILIENCE AND DEPRESSION, ANXIETY, AND STRESS DURING COVID-19**

## **ABSTRACT**

The aim of this study is to examine the relationship between self-compassion, psychological resilience and depression, anxiety, and stress levels of individuals during the pandemic process; to determine the mediator role of psychological resilience on the relationship between self-compassion and depression, anxiety, and stress levels; to examine whether the symptoms of depression, anxiety and stress are different or not, and to identify the prevalence of these symptoms according to the presence of the diagnosis of Covid-19. The sample of the research consists of 590 individuals (351=Female 239=Male) in range of 25-65 ages ( $M=39.21$ ,  $Sd=12.19$ ), 180 of whom have been diagnosed with Covid-19 and 410 of whom have been undiagnosed with Covid-19. Informed Consent Form, Sociodemographic Characteristics and Data Form, Self- Compassion Scale (SCS), Depression Anxiety Stress Scale-21 (DASS-21), and Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC) were applied to the participants respectively. SPSS 23 package program and Hayes' Process Macro were used in the analysis of the data generated in the research. This study showed that there was a statistically significant, positive relationship between self-compassion and psychological resilience level; a statistically significant, negative relationship between psychological resilience level and the depression, anxiety, and stress levels; a statistically significant negative relationship between self-compassion level and the depression, anxiety, and stress levels. Furthermore, the research pointed out that psychological resilience plays an intermediary role on the relationship between self-compassion level and the depression, anxiety levels; however, there is no intermediary role of psychological resilience in the relationship between self-compassion level and stress level. It was found that the level of depression, anxiety, and stress of the participants who have been diagnosed with Covid-19; who have a chronic disease which leads to being in the risk group for Covid-19; who live in the same house with individuals with chronic disease; who have lost a loved one because of Covid-19, and

whose loved one has been treated in the hospital due to Covid-19 are statistically significantly higher when it is compared to the other participants. The results of the study presented findings that the Covid-19 process is a challenging life event. The results also indicate that the concepts of self-sensitivity and psychological robustness play a protective role in the face of psychological symptoms caused by challenging life events. Our research findings may contribute to theoretical, main and applicable strategies for early psychological interventions during Covid-19 control.

**Key Words:** Covid-19, Self-compassion, Psychological resilience, Depression, Anxiety, Stress

# COVID-19 SÜRECİNDE ÖZ DUYARLIK VE PSİKOLOJİK SAĞLAMLIK İLE DEPRESYON, ANKSİYETE, STRES ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ

## ÖZET

Bu çalışmanın amacı, pandemi sürecinde bireylerin öz duyarlıkları ve psikolojik sağlamlıkları ile depresyon, anksiyete ve stres düzeyleri arasındaki ilişkiyi incelemek; öz duyarlık ve depresyon, anksiyete, stres düzeyleri arasındaki ilişkide psikolojik sağlamlığın aracı rolünü belirlemek; Covid-19 tanısının varlığına göre depresyon, anksiyete, stres belirtilerinin farklılaşıp farklılaşmadığını taramak ve bu belirtilerin yaygınlığını saptamaktır. Araştırmanın örneklemini, 25-65 yaş aralığında (Ort=39.21, SS=12.19), Covid-19 tanısı alan 180 kişi ve Covid-19 tanısı almayan 410 kişi olmak üzere toplamda 590 kişi (kadın=351, erkek=239) oluşturmaktadır. Katılımcılara sırasıyla, Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu, Sosyodemografik Özellikler ve Veri Formu, Öz-Duyarlık Ölçeği (ÖDÖ), Depresyon- Anksiyete- Stres Ölçeği -21 (DASÖ-21) ve Connor - Davidson Psikolojik Sağlamlık Ölçeği (CD-RISC) uygulanmıştır. Araştırmada elde edilen verilerin analizinde SPSS 23 paket programı ve Hayes' Process Makrosu kullanılmıştır. Çalışma sonucunda öz duyarlık ile psikolojik sağlamlık düzeyi arasında pozitif yönde; psikolojik sağlamlık düzeyi ile depresyon, anksiyete ve stres düzeyleri arasında negatif yönde; öz duyarlık düzeyi ile depresyon, anksiyete ve stres düzeyleri arasında negatif yönde istatistiksel açıdan anlamlı ilişkiler olduğu saptanmıştır. Ayrıca psikolojik sağlamlığın, öz duyarlık düzeyi ile depresyon ve anksiyete düzeyleri arasındaki ilişkide aracı bir rol oynadığı; öz duyarlık düzeyi ile stres düzeyi arasındaki ilişkide ise aracı bir rolünün bulunmadığı tespit edilmiştir. Covid-19 tanısı bulunan; Covid-19 için risk grubunda olunmasına yol açan kronik bir hastalığa sahip olan; kronik hastalığa sahip olan bireylerle aynı haneyi paylaşan; sevilen bir yakını Covid-19 sebebiyle kaybeden ve sevilen bir yakını Covid-19 sebebiyle hastanede yatarak tedavi gören katılımcıların diğer katılımcılara oranla depresyon, anksiyete ve stres düzeylerinin istatistiksel açıdan anlamlı bir şekilde daha yüksek olduğu bulunmuştur. Araştırmada ulaşılan sonuçlar, Covid-19 sürecinin zorlayıcı bir yaşam olayı olduğuna dair bulgular sunmuştur. Sonuçlar ayrıca, zorlayıcı yaşam olaylarının yol açtığı psikolojik belirtiler karşısında öz duyarlık ve psikolojik

sağlamlık kavramlarının koruyucu bir rol oynadığına işaret etmektedir. Araştırma bulgularımızın Covid-19 kontrolü sırasında erken psikolojik m¼dahaleler için teorik, temel ve uygulanabilir stratejiler sağlayabileceği d¼ř¼n¼lmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Covid-19, z Duyarlık, Psikolojik Sağlamlık, Depresyon, Anksiyete, Stres

## TEŞEKKÜR

İlk olarak, bu zorlu süreçte bana eşlik etmeyi kabul eden, lisans eğitimimden bu yana desteğini her daim üzerimde hissettiğim; yetkinliğini, yeterliğini ve etik ilkelere bağlı mesleki duruşunu kendime örnek aldığım kıymetli tez danışmanım Doç. Dr. Neslihan Arıcı Özcan'a emekleri, içtenliği ve sonsuz anlayışı için teşekkürlerimi sunarım.

Çalışmamın her aşamasında yanımda olan ve beni destekleyen değerli arkadaşım Psikolog Özlem Çolak'a teşekkür ederim.

Çalışmama zaman ayırarak katılım gösteren 590 kişiye en içten teşekkürlerimi sunarım. Ayrıca, Covid-19 sebebiyle kayıplar veren katılımcılarıma sabır ve baş sağlığı, kayıplarına ise Allah' tan rahmet dilerim.

Uzmanlık tezimi, her daim sevgilerinin sıcaklığı ile ısındığım canım anneciğime ve babacığıma ithaf ediyorum. Bana olan şefkatli, sevgi dolu ve destekleyici tutumlarına minnettarım.

Ve son olarak, öz duyarlık kavramını en iyi açıklayacağını düşündüğüm bir Turgut Uyar dizesi ile bu satırları sonlandırmak isterim.

*'Uzanıp kendi yanaklarımdan öpüyorum.'*

Selin Nur ÖNEL



## İÇİNDEKİLER

ONAY SAYFASI.....	i
ABSTRACT .....	ii
ÖZET.....	iv
TEŞEKKÜR .....	vi
İÇİNDEKİLER .....	vii
TABLolar LİSTESİ.....	xi
ŞEKİLLER LİSTESİ.....	xii
KISALTMALAR LİSTESİ.....	xiii
<b>BÖLÜM 1.....</b>	<b>1</b>
<b>1. GİRİŞ .....</b>	<b>1</b>
1.1 Araştırmanın Önemi .....	5
1.2 Araştırmanın Amacı.....	6
1.3 Araştırma Soruları ve Hipotezler.....	7
1.3.1 Araştırma Soruları.....	7
1.3.2 Hipotezler.....	7
1.4 Sayıtlar.....	8
1.5 Sınırlılıklar.....	9
<b>BÖLÜM 2.....</b>	<b>10</b>
<b>2. LİTERATÜR.....</b>	<b>10</b>
2.1 Öz Duyarlık .....	10
2.1.1 Öz Duyarlığın Tanımı ve Kavramsallaştırılması .....	10
2.1.2 Öz Duyarlığın Bileşenleri .....	13
2.1.3 Öz Duyarlık ile İlgili Kuramsal Yaklaşımlar .....	15
2.1.3.1 Akılcı Duygusal Davranışçı Terapi (ADDT) .....	15
2.2 Depresyon .....	17
2.2.1 Depresyonun Tanımı.....	17
2.2.2 Depresyon Belirtileri.....	17

2.2.3 Depresyonun Etiyolojisinde Rol Oynayan Risk Faktörleri .....	19
2.2.4 Depresyonla İlgili Kuramsal Yaklaşımlar .....	21
2.2.4.1 Psikodinamik Yaklaşım .....	21
2.2.4.2 Bilişsel Yaklaşım.....	23
2.2.4.3 Davranışçı Yaklaşım .....	24
2.3 Anksiyete .....	25
2.3.1 Anksiyetenin Tanımı ve Belirtileri .....	25
2.3.2 Anksiyetenin Etiyolojisinde Rol Oynayan Risk Faktörleri .....	27
2.3.3 Anksiyete ile İlgili Kuramsal Yaklaşımlar .....	28
2.3.3.1 Bilişsel Yaklaşım.....	28
2.3.3.2 Davranışçı Yaklaşım .....	30
2.4 Stres .....	31
2.4.1 Stres Tanımı ve Belirtileri.....	31
2.4.2 Stresin Etiyolojisi.....	33
2.4.3 Stres ve Stres Tepkileri ile İlgili Kuramsal Yaklaşımlar .....	35
2.4.3.1 Bilişsel Yaklaşım.....	35
2.4.3.2 Davranışçı Yaklaşım .....	35
2.4.3.3 Biyolojik Yaklaşım .....	36
2.4.4 Öz Duyarlık ve Depresyon, Anksiyete, Stres Arasındaki İlişkiyi İnceleyen Araştırmalar.....	37
2.5 Psikolojik Sağlamlık.....	42
2.5.1 Psikolojik Sağlamlığın Tanımı .....	42
2.5.2 Psikolojik Sağlamlık ile İlgili Kuramsal Yaklaşımlar .....	48
2.5.2.1 Sistemik Yaklaşım .....	48
2.5.3 Öz Duyarlık ve Psikolojik Sağlamlık Arasındaki İlişkiyi İnceleyen Araştırmalar .....	49
2.5.4 Psikolojik Sağlamlık ve Depresyon, Anksiyete, Stres Arasındaki İlişkiyi İnceleyen Araştırmalar.....	52
<b>BÖLÜM 3.....</b>	<b>57</b>
<b>3. YÖNTEM.....</b>	<b>57</b>
3.1 Araştırmanın Modeli.....	57
3.2 Araştırmanın Örneklemi ve Evreni.....	57
3.3 Veri Toplama Araçları.....	58
3.3.1 Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu .....	58
3.3.2 Sosyodemografik Özellikler ve Veri Formu.....	59
3.3.3 Öz-Duyarlık Ölçeği (ÖDÖ) .....	59

3.3.4 Connor - Davidson Psikolojik Sağlık Ölçeği (CD-RISC) .....	60
3.3.5 Depresyon- Anksiyete- Stres Ölçeği -21 (DASÖ-21) .....	60
3.4 İşlem .....	61
3.5 Verilerin İstatistiksel Analizi.....	62
<b>BÖLÜM 4.....</b>	<b>63</b>
<b>4. BULGULAR.....</b>	<b>63</b>
4.1 Örneklemenin İncelenmesi.....	63
4.1.1 Örneklemenin Sosyodemografik Özellikleri ve Diğer Verileri.....	63
4.2 Araştırmada Kullanılan Ölçeklerin İncelenmesi .....	65
4.2.1 Araştırmada Kullanılan Ölçeklerin Normallik Dağılımları .....	65
4.2.2 Araştırmada Kullanılan Ölçeklerin ve Alt Boyutlarının Güvenirlik Analizleri.....	66
4.3 Örneklemenin Ölçekler Yönünden İncelenmesi .....	67
4.3.1 Örneklemenin Ölçek Puanları.....	67
4.3.2 Ölçek Puanlarının Sosyodemografik ve Diğer Veriler Açısından İncelenmesi .....	68
4.3.2.1 Ölçek Puanlarının Sosyodemografik Veriler Açısından Karşılaştırılması .....	68
4.3.2.2 Ölçek Puanlarının Covid-19 Sürecine Dair Veriler Açısından Karşılaştırılması .....	72
4.3.2.3 Ölçek Puanlarının Psikiyatrik Tanı veya Tedavi Geçmişine Dair Veriler Açısından Karşılaştırılması.....	77
4.4 Hipotezlerin Test Edilmesi .....	78
4.4.1 Ölçekler Arasındaki İlişkilerin İncelenmesi .....	78
4.4.2 Öz Duyarlık ile Depresyon, Anksiyete ve Stres Düzeyleri Arasındaki İlişkide Psikolojik Sağlık Ölçeğinin Aracı Rolünün İncelenmesi.....	83
<b>BÖLÜM 5.....</b>	<b>88</b>
<b>5. TARTIŞMA .....</b>	<b>88</b>
5.1 Değişkenlerin Sosyodemografik Özellikler ve Diğer Veriler Açısından Değerlendirilmesi .....	89
5.2 Öz Duyarlık ve Psikolojik Sağlık Ölçeği ile Depresyon, Anksiyete ve Stres Düzeyleri Arasındaki İlişkilerin Değerlendirilmesi.....	100
5.3 Öz Duyarlık Düzeyi ile Depresyon, Anksiyete, Stres Düzeyleri Arasındaki İlişkide Psikolojik Sağlık Ölçeğinin Aracı Rolünün Değerlendirilmesi .....	102
5.3.1 Öz Duyarlık Düzeyi ile Depresyon Düzeyi Arasındaki İlişkide Psikolojik Sağlık Ölçeğinin Aracı Rolünün Değerlendirilmesi .....	104
5.3.2 Öz Duyarlık Düzeyi ile Anksiyete Düzeyi Arasındaki İlişkide Psikolojik Sağlık Ölçeğinin Aracı Rolünün Değerlendirilmesi.....	105

5.3.3 Öz Duyarlık Düzeyi ile Stres Düzeyi Arasındaki İlişkide Psikolojik Sağlamlığın Aracı Rolünün Değerlendirilmesi.....	106
<b>BÖLÜM 6.....</b>	<b>109</b>
<b>6. SONUÇ ve ÖNERİLER.....</b>	<b>109</b>
6.1 Sonuçlar .....	109
6.2 Gelecek Bilimsel Araştırmalar İçin Öneriler .....	110
<b>KAYNAKÇA .....</b>	<b>112</b>
<b>EKLER.....</b>	<b>140</b>
EK-A: BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU .....	140
EK-B: SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLER VE VERİ FORMU .....	141
EK-C: ÖZ DUYARLIK ÖLÇEĞİ .....	143
EK-D: CONNOR- DAVIDSON PSİKOLOJİK SAĞLAMLIK ÖLÇEĞİ (CD-RISC) .....	145
EK-E: DEPRESYON- ANKSİYETE- STRES ÖLÇEĞİ- 21 (DASÖ-21) ....	148
<b>ÖZGEÇMİŞ.....</b>	<b>150</b>

## TABLolar LİSTESİ

Tablo 2.1 Risk etmenleri .....	45
Tablo 2.2 Yatkinlık etmenleri .....	46
Tablo 2.3 Koruyucu etmenler .....	46
Tablo 2.3 (devamı) Koruyucu etmenler .....	47
Tablo 4.1 Katılımcıların sosyodemografik özellikleri ve diğ er verilerinin sayısal ve yü zdelik dağılımları .....	65
Tablo 4.2 Ölçeklerin normallik dağılımları .....	66
Tablo 4.3 Ölçeklerin Cronbach's Alpha güvenirlilik katsayıları .....	67
Tablo 4.4 Örneklemin ölçek puanları.....	67
Tablo 4.5 Ölçek puanlarının sosyodemografik verilere göre karşılaştırılması .....	71
Tablo 4. 6 Ölçek puanlarının Covid-19 verilerine göre karşılaştırılması .....	76
Tablo 4.7 Ölçek puanlarının psikiyatrik tanı veya tedavi geçmişine göre karşılaştırılması .....	78
Tablo 4.8 Ölçekler arasındaki ilişkiler .....	82
Tablo 4.9 Aracı etki modellemeleri .....	84
Tablo 4.10 Öz duyarlık ve depresyon düzeyi arasında psikolojik sağ lamlığın doğ rudan ve dolaylı etkisi .....	86
Tablo 4.11 Öz duyarlık ve anksiyete düzeyi arasında psikolojik sağ lamlığın doğ rudan ve dolaylı etkisi .....	87
Tablo 4.12 Öz duyarlık ve stres düzeyi arasında psikolojik sağ lamlığın doğ rudan ve dolaylı etkisi.....	87

## ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1.1 Depresyonun bağımlı değişken olduğu hipotetik model .....	7
Şekil 1.2 Anksiyetenin bağımlı değişken olduğu hipotetik model .....	8
Şekil 1.3 Stresin bağımlı değişken olduğu hipotetik model.....	8
Şekil 4.1 Aracı etki modeli.....	84
Şekil 4.2 Basit etki modeli .....	84

## KISALTMALAR LİSTESİ

- AKY: Azim ve Kişisel Yeterlik  
APA: American Psychological Association  
CD-RISC: Psikolojik Sağlık Ölçeği  
DASÖ-21: Depresyon Anksiyete Stres-21 Ölçeği  
KD: Kontrol Değişkeni  
MDB: Majör Depresif Bozukluk  
ME: Manevi Eğilim  
OOT: Olumsuz Olaylara Tolerans  
ÖDÖ: Öz Duyarlık Ölçeği

# BÖLÜM 1

## 1. GİRİŞ

Covid-19, Çin'in Vuhan şehrinde Aralık 2019'da ortaya çıkmış ve dünya ülkelerinin geneline yayılarak pandemi olarak kabul edilmiştir. Pandemi, dünyada birçok ülke ve kıtada eş zamanlı olarak yayılan ve etkisini gösteren salgın hastalıklar olarak tanımlanmaktadır. Salgın hastalık ise, diğer canlılara kısa sürede ve kolayca bulaşabilen her türlü hastalıktır (WHO, 2020).

Salgın hastalıklar, bireylerin fiziksel sağlıklarının yanı sıra psikolojik sağlıkları üzerinde de birtakım etkiler yaratmaktadır (Wang ve ark., 2020). Covid-19' un ölüm tehdidi oluşturması, bulaşıcılık oranının yüksek olması ve vaka sayılarındaki artışın sürekliliği birçok psikiyatrik rahatsızlığın oluşumuna zemin hazırlamaktadır (Kwok ve ark. 2020). Bu bilinmeyen ve öngörülemeyen süreç karşısında psikolojik sağlığı korumak her zaman mümkün olmamaktadır (Holmes ve ark., 2020). Sürecin pandemi olarak kabul edilmesinin ardından, virüsün yayılmasını önlemeye yönelik bazı tedbirler alınmıştır (Bao, Sun, Meng, Shi ve Lu, 2020; While ve Nightingale, 2020). Alınan bu tedbirler kapsamında bireyler sosyal mesafe, izolasyon, karantina, sokağa çıkma ve şehirler arası seyahat kısıtlamaları gibi birçok yeni kavramla tanışmıştır (While ve Nightingale, 2020). Salgının yayılmasını önlemeye yönelik alınan bu tedbirlerin yol açtığı etkilerin de psikolojik bozukluklar için güçlü bir risk faktörü oluşturduğu görülmektedir (Kwok ve ark, 2020; Naeem, Irfan ve Javed, 2020; Parmet ve Sinha, 2020). Covid-19 pandemisi, ele alınan tüm bu güçlükleri sebebiyle küresel bir zorluk haline dönüşmüş olup (Baltacı ve Coşar, 2020; Mertens, Gerritsen, Saleminck ve Engelhard, 2020), günümüzde 'zorlayıcı yaşam olayı' olarak kabul görmektedir (Çelebi, 2020; Kwok ve ark., 2020; Mousavi, Hooshyari ve Ahmadi, 2020; While ve Nightingale, 2020).



Kendimizin ve sevdiğimizimizin yaşamı, beden bütünlüğümüz, alışkanlıklarımız ve değer sistemlerimiz için ciddi bir tehdit içeren her türlü olay, zorlayıcı yaşam olayı olarak tanımlanmaktadır (Kessler, 1997). İlgili alanyazın, zorlayıcı yaşam olayları ile psikiyatrik bozukluklar arasında anlamlı bir ilişki olduğunu destekler niteliktedir (Faravelli, Catena, Scarpato ve Ricca, 2007; Kendler ve ark., 2010). Günümüzde birçok psikiyatrik bozukluğun etiolojisinde risk faktörü olarak zorlayıcı yaşam olaylarının bulunduğu bilinmektedir (Faravelli ve ark., 2007; Kendler ve Gardner, 2016; McLaughlin, Conron, Koenen ve Gilman, 2010). Zorlayıcı yaşam olaylarının, depresif bozukluklar (Clarke ve ark., 2018), anksiyete bozuklukları (Francis, Moitra, Dyck ve Keller, 2012) ve stres belirtileri için de bir risk kaynağı olduğu literatürce desteklenmektedir (Smith, Nolen-Hoeksema, Fredrickson, Loftus, Benm ve Maren, 2015).

Covid-19 sürecinde yaşanan zorluklara benzer deneyimler geçmiş yıllarda SARS (Cava, Fay, Beanlands, McCay ve Wignall, 2005) ve H1N1 salgınları sırasında da görülmüştür (Brand, McKay, Wheaton ve Abramowitz, 2013). SARS salgını döneminde yapılan çalışmalar depresyonun bu süreçte en sık karşılaşılan psikiyatrik bozukluk olduğunu (Huang ve Zhao, 2020), ayrıca bireylerin Travma Sonrası Stres Bozukluğuna (TSSB) kadar uzanan yüksek düzeylerde stres belirtileri gösterdiğini desteklemektedir (Cai ve ark., 2020; Hong, Currier, Zhao, Jiang, Zhou ve Wei, 2009). H1N1 salgını döneminde yapılan bir araştırmada ise, virüse maruz kalma riski yüksek olan bireylerin diğer bireylere oranla daha fazla anksiyete ve travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) belirtileri geliştirdiği saptanmıştır (Matsuishi ve ark., 2012). Covid-19 sürecinde yapılan uluslararası çalışmalar, geçmiş yıllarda yapılan çalışmalardan elde edilen bulgulara paralel olarak, bireylerin yüksek düzeylerde depresyon, anksiyete ve stres belirtileri geliştirdiğini göstermektedir (Cowan, 2020; Fardin, 2020; Liu ve ark., 2020; Rossi ve ark., 2020; Qiu ve ark., 2020; Wang ve ark., 2020; Xiao, 2020).

Ölüm ya da ölüm tehdidinde maruz kalmak, DSM-5'te travmatik bir yaşantı olarak kabul edilmektedir (APA, 2013). Bireylerde asemptomatik özellikler de gösterebilen Covid-19 virüsünün, ölümcül bir şekilde seyredildiği de bilinmektedir (Shim, Tariq, Choi, Lee ve Chowell, 2020). Covid-19 tanısı almak veya tanı alan kişilerle temas halinde olmak da ölüm tehdidi maruziyetine bağlı olarak psikolojik sağlığı olumsuz yönde etkilemektedir (Kaya, 2020). Bu bağlamda Covid-19 tanısı alan

bireylerin, Covid-19 tanısı almayan bireylere oranla, daha yüksek düzeylerde depresyon, anksiyete ve stres belirtileri göstermeleri beklenmektedir.

Depresyon; yaşamaya dair isteğin azaldığı, önceden zevk alınan etkinliklerin artık zevk vermediği, konuşma ve düşünmede yavaşlamaların görüldüğü, geleceğe yönelik umutsuzluğun olduğu ve vejetatif işlevlerde değişimlerin bulunduğu bir duygudurum bozukluğu, olarak tanımlanmaktadır (APA, 2013; Krynicky, Upthegrove, Deakin ve Barnes, 2018; Nelson, Cho, Berk, Holland ve Roth, 2010; Wang, 2011; WHO, 2017). İnsan yaşamının kaçınılmaz bir parçası olan anksiyete ise, kişinin iç ya da dış dünyası kaynaklı tehdit olarak algıladığı durumlarda ortaya çıkan, belirli bir nesnesi (objesi) olmayan, endişe, huzursuzluk ve tedirginlik hali olarak kabul görmektedir (Karamustafalıoğlu ve Akpınar, 2010). Bireyin fizyolojik ya da psikolojik bütünlüğüne yönelik tehdit olarak algıladığı durumlar stres nedeni, bu durumlara gösterilen tepkiler ise stres tepkileri olarak kabul görmektedir (Smith ve ark., 2015).

Tüm bunların yanı sıra pandemi sürecinin herkesi aynı düzeyde etkilemediği ve zorlayıcı deneyimler karşısında verilen tepkilerin kişiden kişiye farklılaştığı da görülmektedir (Taylor, 2019; Kaya, 2020). Bu noktada, verilen tepkilerin, bireylerin öz duyarlık ve psikolojik sağlamlık düzeyleriyle ilişkili olduğu düşünülmektedir. Zira, öz duyarlık (Neff, 2003b) ve psikolojik sağlamlığın, zorlayıcı yaşam olaylarının yol açtığı bu psikiyatrik bozukluklar karşısında koruyucu bir bariyer görevi gördüğü bilinmektedir (Arnetz ve ark., 2013; Herrmann ve ark., 2011; Lee ve ark., 2016).

Öz duyarlık, zorlayıcı yaşam olayları deneyimlendiğinde kişinin kendi acısına esnek ve duyarlı olabilmesi, yargılama içermeksizin kendisine hoşgörü ile yaklaşabilmesi, hata yapmanın ve çeşitli zorlukların insan yaşantısının yadsınamaz bir parçası olduğunu kabul edebilmesi becerisi, olarak tanımlanmaktadır (Neff, 2003a). Ayrıca öz duyarlık, zorlayıcı yaşam olayları ile baş etmeyi kolaylaştıran, iyileştirici ve koruyucu bir etken olarak kabul görmektedir (Neff, 2003a; 2003b). İlgili alanyazın, yüksek düzeyde öz duyarlığa sahip olan bireylerin depresyon ve anksiyete belirtilerinin diğer bireylere göre anlamlı bir şekilde daha az olduğunu (Deniz ve ark., 2008; Neff, 2003a; Neff, Hsieh ve Dejitterat, 2005) ve stresli yaşam olaylarından daha az etkilendiklerini göstermektedir (Akın, Akın ve Abacı, 2007).

Psikolojik sağlamlık ise zorlayıcı yaşantılar karşısında bireylerin, bu duruma kolayca uyum sağlayabilmesi ya da kendisini toparlayarak eski haline gelebilmesi ve işlevselliğini sürdürebilmesi becerisi, olarak tanımlanmaktadır (Fletcher ve Sarkar, 2014). Psikolojik sağlamlık düzeyi yüksek olan bireyler, zorlayıcı ve stres verici

deneyimler sonucunda güçlenmekte ve bu süreçte birçok kaynak kazanmaktadır (Walsh, 2003; 2006). Ayrıca bu bireylerin zorlayıcı yaşantılarla karşılaştıklarında mücadeleci bir tutum sergiledikleri de bilinmektedir (Kavi ve Karakale, 2018). Psikolojik sağlık, zorlayıcı yaşam olaylarının yol açtığı psikiyatrik bozukluklar karşısında koruyucu bir faktör olarak kabul görmektedir (Arnetz ve ark., 2013; Herrmann ve ark., 2011; Lee ve ark., 2016).

Psikolojik sağlık (Bonanno, 2004) ile öz duyarlılığın (Neff, 2003b) değerlendirilebilmesi için zorlayıcı bir yaşam olayının varlığı ön koşuldur ve Covid-19 pandemisi, doğası gereği bu zorlayıcı yaşam olayı koşulunu karşılamaktadır (Mousavi ve ark., 2020). Zorlayıcı yaşam olayları olarak kabul edilen pandemi ve salgın hastalık tehdidi karşısında bireylerin öz duyarlık becerilerini ele alan ulusal bir çalışma henüz bulunmamaktadır. İlgili alanyazında öz duyarlılık ile psikolojik sağlık arasındaki ilişkiyi ele alan çalışmalar ise öz duyarlılığın, psikolojik sağlamlıktaki besleyici rolünü destekler niteliktedir (Conway, 2007; Leary ve ark., 2007; Thompson ve Waltz, 2008). Yapılan araştırmalar öz duyarlılığın kişilik özellikleri ile ilişkili ancak geliştirilebilecek bir yapı olduğunu (Jacobs, 2005; Neff, Rude ve Kirkpatrick, 2007a); psikolojik sağlamlığın ise risk faktörlerinin, yatkınlık faktörlerinin ve koruyucu faktörlerin etkileşimi ile ortaya çıkan dinamik bir yapıya sahip olduğunu göstermektedir (Avey, Luthans ve Jensen, 2009; Kararımak, 2006).

Bu bağlamda ilgili çalışmada, pandemi sürecinde Covid-19 tanısı alan ve almayan bireylerin öz duyarlık ve psikolojik sağlamlıkları ile depresyon, anksiyete, stres belirtileri arasındaki ilişkiler incelenmiştir. Öz duyarlık ve depresyon, anksiyete, stres belirtileri ilişkisinde psikolojik sağlamlığın aracı rolünün olup olmadığı ve bu değişkenler arasındaki ilişkilerin Covid-19 tanısına göre farklılaşıp farklılaşmadığı da tespit edilmiştir. Bu çalışma pandemi sürecinde öz duyarlılığın ve psikolojik sağlamlığın depresyon, anksiyete ve stres belirtileri karşısındaki koruyucu etkisini anlamak açısından büyük önem taşımaktadır. Araştırma bulgularımız Covid-19 kontrolü sırasında erken psikolojik müdahaleler için teorik, temel ve uygulanabilir stratejiler sağlayabilir. Alanyazın göz önünde bulundurulduğunda, çalışmamızın salgın hastalıkların bireyler üzerindeki psikolojik etkilerini anlamak, süreçle ilgili mevcut anlayışımızı geliştirmek adına da önemli olacağı ve Covid-19 kapsamında zorlayıcı yaşam olaylarının yeni bir yorumunun yapılması açısından literatüre katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

## 1.1 Araştırmanın Önemi

Psikolojik sağlamlık (Bonanno, 2004; Çelebi, 2020; Russo, Murrough, Han, Charney ve Nestler, 2012; Rutter, 2012; Southwick ve Charney, 2012) ve öz duyarlık (Neff, 2003b) bireylerin yaşantısında alışlagelmiş düzen içerisinde ortaya çıkan yapılar değil; stres veren yaşam olayları ve zorlayıcı deneyimler karşısında harekete geçen süreçlerdir. Hayati tehdit oluşturan Covid-19 virüsü ise günümüzde zorlayıcı bir yaşam olayı olarak kabul görmekte (Mousavi ve ark., 2020); psikolojik sağlamlık ve öz duyarlıktan söz edilebilmesi için ilk sırada gerekli olan ‘zorlayıcı yaşantı’ koşulunu karşılamaktadır. İlgili alanyazın, birçok psikiyatrik bozukluğun etiyolojisinde risk faktörü olarak zorlayıcı yaşam olaylarının bulunduğunu desteklemektedir (Faravelli ve ark., 2007; Kendler ve Gardner, 2016; McLaughlin ve ark., 2010). Covid-19 sürecinde yapılan çalışmalarda, zorlayıcı bir yaşantı olan pandemi süreci karşısında bireylerin yüksek düzeylerde depresyon, anksiyete ve stres belirtileri geliştirdiği saptanmıştır (Cowan, 2020; Rossi ve ark., 2020; Wang ve ark., 2020; Xiao, 2020). Ayrıca bireylerde asemptomatik özellikler gösterebilen Covid-19 virüsünün, ölümcül bir şekilde seyredildiği de bilinmektedir (Shim ve ark., 2020). Ölüm tehdidine maruz kalmak ise, DSM-5’te travmatik bir yaşantı olarak kabul edilmektedir (APA, 2013). Bu bağlamda, pandemi sürecinin beraberinde getirdiği çeşitli zorlukların yol açtığı psikiyatrik bozuklukların yanı sıra, Covid-19 tanısı alan bireylerin, Covid-19 tanısı almayan bireylere oranla, ölüm tehdidine doğrudan maruz kalmalarına bağlı olarak, daha yüksek düzeylerde depresyon, anksiyete ve stres belirtileri göstermeleri beklenmektedir.

Öz duyarlık (Neff, 2003b) ve psikolojik sağlamlığın, zorlayıcı yaşam olaylarının yol açtığı psikiyatrik bozukluklar karşısında koruyucu bir rol oynadığı bilinmektedir (Arnetz ve ark., 2013; Herrmann ve ark., 2011; Lee ve ark., 2016). Çalışma, pandemi sürecinde öz duyarlığın ve psikolojik sağlamlığın depresyon, anksiyete ve stres belirtileri karşısındaki koruyucu etkisini ve belirtilerin Covid-19 tanısına göre farklılaşp farklılaşmadığını anlamak açısından büyük önem taşımaktadır. Araştırma bulgularımızın, Covid-19 kontrolü sırasında erken psikolojik müdahaleler için teorik, temel ve uygulanabilir stratejiler sağlayabileceği düşünülmektedir. Ayrıca bu çalışmanın, Covid-19 süreci kapsamında zorlayıcı yaşam olaylarının yeni bir yorumunun yapılması açısından da literatüre katkı sağlayabileceği düşünülmektedir.

Tüm bunlarla beraber pandemi sürecinde bireylerin öz duyarlık becerilerini ele alan kısıtlı sayıda araştırma bulunmaktadır (Li, Wang, Cai, Sun ve Liu, 2020; Mohammadpour, Ghorbani, Khoramnia, Ahmadi, Ghvami ve Maleki, 2020). Ayrıca, ilgili literatür taramalarında öz duyarlık ve psikolojik sağlamlık arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmaların belirli örneklem grupları ile yürütülmesi açısından çeşitli sınırlılıklarının olduğu görülmüştür. Ulaşılan çalışmaların bir kısmının örneklemini üniversite öğrencileri oluştururken, bir kısmını da farklı risk gruplarındaki bireyler oluşturmaktadır (Bluth, Mullarkey ve Lathren, 2018; Hayter ve Dorstyn, 2014; Jacobs, 2005; Leary ve ark., 2007; Neff, Kirkpatrick ve Rude, 2007b; Smith, 2015; Thompson ve Waltz, 2008; Trompetter, Kleine ve Bohlmeijer, 2016 ).

Kayıtlara bakıldığında son 20 yıl içerisinde SARS, H5N1, H1N1, Cholera, Ebola gibi salgınların yaşandığı ve bu salgınların sadece belirli bölgelerde kısıtlı kalmayarak tüm dünyayı tehdit ettiği bilinmektedir. İnsanlık var olduğu müddetçe salgın hastalık tehlikesi de varlığını sürdürecektir (WHO, 2018). Bu sebeple çalışma, salgın hastalıkların bireyler üzerindeki psikolojik etkilerini anlamak, pandemi sürecinin yol açtığı psikolojik belirtiler karşısında öz duyarlık ve psikolojik sağlamlığın koruyucu rolünü saptamak, süreçle ilgili mevcut anlayışımızı geliştirmek, ilgili değişkenlere pandemi süreci kapsamında yeni bir yorum getirmek açısından büyük önem taşımaktadır. Çalışmanın koruyucu ve önleyici program geliştirme çabalarına, sosyal politika ve sağlık politikası önerilerine de destek olabileceği beklenmektedir.

## **1.2 Araştırmanın Amacı**

Mevcut araştırmanın 3 temel amacı bulunmaktadır:

1-) Covid-19 tanısı alan ve almayan 25- 65 yaş aralığındaki bireylerin öz duyarlıkları ve psikolojik sağlamlıkları ile depresyon, anksiyete ve stres düzeyleri arasındaki ilişkilerin incelenmesi.

2-) Öz duyarlık ve depresyon, anksiyete, stres düzeyleri arasındaki ilişkide psikolojik sağlamlığın aracı rolünün belirlenmesi.

3-) Covid-19 tanısının varlığına göre depresyon, anksiyete, stres belirtilerinin farklılaşp farklılaşmadığının taranması ve bu belirtilerin yaygınlığının saptanması.

Araştırmanın amaçları aşağıda verilen soru ve hipotezler ile sınanacaktır.

### 1.3 Araştırma Soruları ve Hipotezler

#### 1.3.1 Araştırma Soruları

1. Bireylerin öz duyarlıkları ve psikolojik sağlımlıkları ile depresyon, anksiyete, stres düzeyleri arasında nasıl bir ilişki vardır?
2. Bireylerin öz duyarlıkları ve depresyon, anksiyete ve stres düzeyleri arasındaki ilişkide psikolojik sağlımlığın aracı rolü var mıdır?

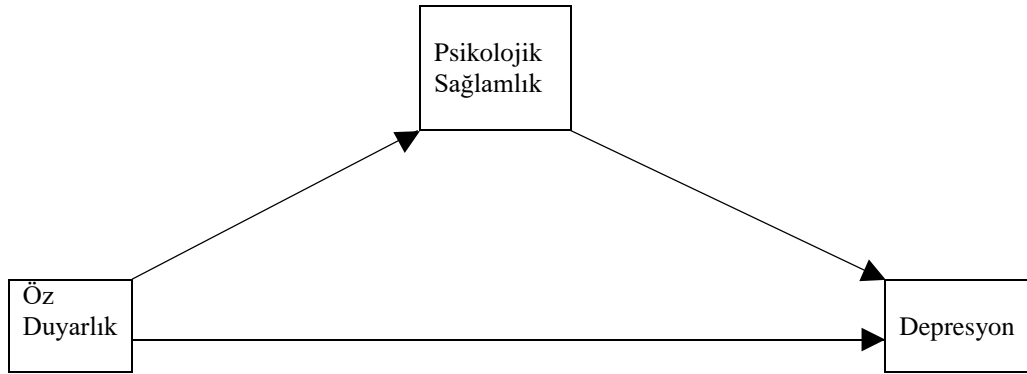
#### 1.3.2 Hipotezler

H<sub>1</sub>: Bireylerin toplam öz duyarlık puanları ile psikolojik sağlımlıkları arasında pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır.

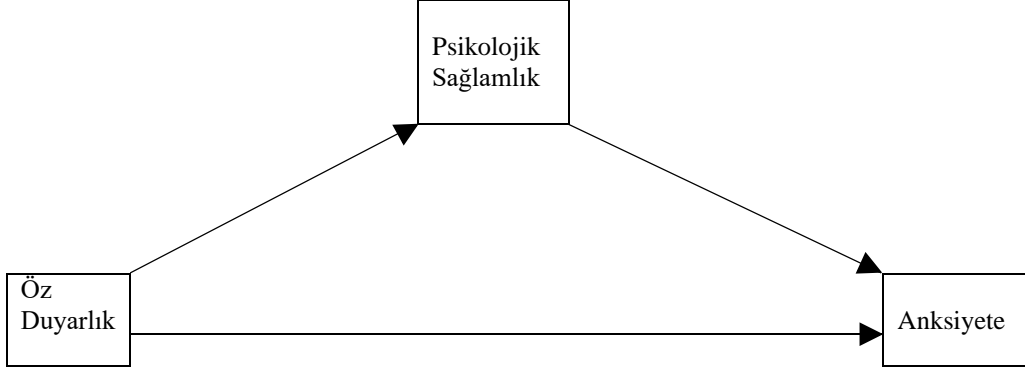
H<sub>2</sub>: Bireylerin psikolojik sağlımlık düzeyleri ile depresyon, anksiyete ve stres düzeyleri arasında negatif yönde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır.

H<sub>3</sub>: Bireylerin toplam öz duyarlık puanları ile depresyon, anksiyete ve stres düzeyleri arasında negatif yönde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır.

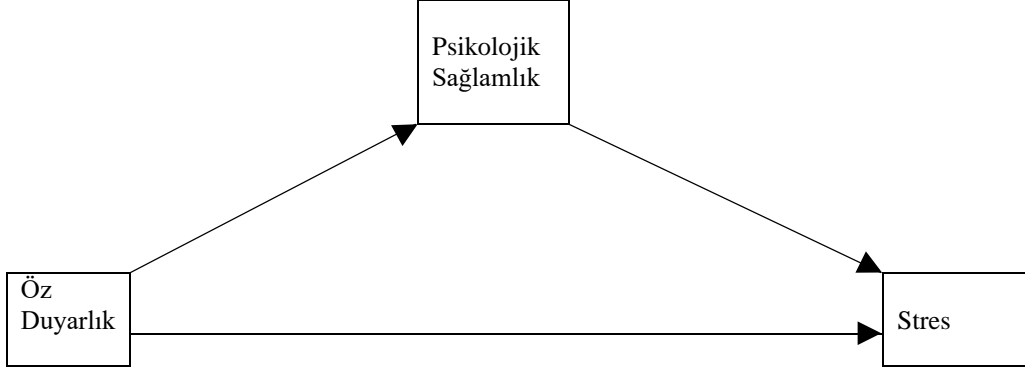
H<sub>4</sub>: Bireylerin toplam öz duyarlık puanları ile depresyon, anksiyete ve stres düzeyleri arasındaki ilişkide psikolojik sağlımlıkları aracı bir rol oynamaktadır.



Şekil 1.1 Depresyonun bağımlı değişken olduğu hipotetik model



**Şekil 1.2** Anksiyetenin bağımlı değişken olduğu hipotetik model



**Şekil 1.3** Stresin bağımlı değişken olduğu hipotetik model

#### 1.4 Sayıtlar

1. Katılımcılar, araştırmada kullanılan veri toplama araçlarına samimi ve güvenilir cevaplar vermişlerdir.
2. Katılımcılar, araştırmada kullanılan veri toplama araçlarına pandemi sürecini göz önünde bulundurarak cevap vermişlerdir.
3. Katılımcılar, soruların sayıca fazla ve depresyon, anksiyete, stres düzeylerinin belirlenmesine yönelik olmasından dolayı yanıt vermekte zorluk yaşamışlardır.
4. Örneklem, evreni temsil eder niteliktedir.

## 1.5 Sınırlılıklar

- 1-) Bu araştırmanın sonuçları 'Öz-Duyarlık Ölçeği' nin, Connor-Davidson Psikolojik Sağlamlık Ölçeği' nin, Depresyon- Anksiyete- Stres Ölçeği- 21' in ve Sosyodemografik Özellikler ve Veri Formu' nun ölçtüğü nitelikler ile sınırlıdır.
- 2-) Araştırma kesitsel bir desene sahiptir ve aynı örneklem ile pandemi süreci öncesinde herhangi bir çalışma yapılmamıştır.
- 3-) Pandemi sürecinin etkisinin analizlerde kontrol edilebilirliği, Covid-19 tanısı olan ve olmayan grupların bir arada çalışmaya dahil edilmesi ve 'Sosyodemografik Özellikler ve Veri Formu' nda yer alan Covid-19 sürecine dair sorulardan elde edilen veriler ile sınırlıdır.
- 4-) Çalışma bulguları, belirli sosyodemografik özelliklere sahip olan 25-65 yaş aralığındaki katılımcılar ile sınırlıdır. Mevcut çalışmadan elde edilen bulguların genellenmesinde; cinsiyet, Covid-19 tanısının varlığı, ikamet edilen şehir, eğitim durumu gibi bazı sosyodemografik ve diğer verilerin dengeli bir şekilde dağılmadığı göz önünde bulundurulmalıdır.



## BÖLÜM 2

### 2. LİTERATÜR

#### 2.1 Öz Duyarlık

##### 2.1.1 Öz Duyarlığın Tanımı ve Kavramsallaştırılması

Öz şefkat olarak da tanımlanan, öz duyarlık kavramının anlaşılabilmesi için ilk olarak ‘duyarlık’ kavramının ele alınması gerekmektedir (Neff, 2003a). Latince bir kökene sahip olan, beraber acı çekmek anlamına gelen duyarlık (compassion) kelimesi ‘com’ (beraber) ve ‘pati’ (acı, ıstırap çekmek) kökünden gelmektedir (Germer, 2009). Bütünlüğün, toplumsalcılığın, uyumun ve birlikteliğin ön planda tutulduğu Doğu felsefesinde uzun yıllardır kök salmış olan duyarlık kavramı, bireyselliğin vurgulandığı Batı kültürü ve literatürü için görece yeni bir kavramdır (Fernando, 2003; Neff, 2003a).

Budizm’e göre duyarlık, bireylerin iyilik halini koruyan ve besleyen, farkındalık geliştirmesini destekleyen, kendi zihnindekileri düzenlemesini ve diğerleriyle dengeli bir şekilde bütünleşmesini sağlayan bir etkidir (Kraus ve Sears 2009). Blatt (1995), kurulan bu dengeli bütünleşme sayesinde bireyin, başkalarına karşı ilgili ve nazik bir tutum gösterirken, kendisine de duyarlı bir şekilde yaklaşma becerisi geliştirdiğini ifade etmektedir.

Duyarlılık, başkalarının acı, ıstırap, üzüntü ve kederinin farkına varma, acı çeken kişiye yargısızca kabul gösterme ve sevecen duygular hissetme olarak tanımlanmaktadır. Başkalarının acılarına karşı duyarlı yaklaşan birey, hissettiği

sevecen duygularla diğerlerini teskin edebilmek adına gerekli davranışın yapılabilmesi için güdülenebilmektedir (Gilbert, 2009). Bodian'a (2006) göre, acı çeken kişiye sevgi gösterebilmek duyarlı olabilmek için tek başına yeterli değildir, kişi ancak diğerlerinin ıstıraplarının farkına vararak başkalarının bu ıstıraplarını hafifletmek için istek duyarsa duyarlılıktan söz edilebilmektedir.

Duyarlılık kavramı yargısız bir duruşla, diğerlerinin acısını anlayabilme (duygusal empati), başkalarının acılarına yol açan nedenleri yakalayabilme ve bu acıları dindirebilmek için gerekli olan adımları planlayabilme (bilişsel empati), diğerlerinin iyiliğini en az kendi iyiliği kadar gözetebilme (alturizm), acı çeken kişinin yaşadığı duygulara eşlik edebilme, bu ıstıraba karşı tahammül gösterebilme ve dayanabilme becerilerini çatısı altında kapsayan bir yapı olarak tanımlanmaktadır (Özyeşil, 2011).

Bireyler diğerlerine duyarlı olduğu takdirde, o kişilerin acılarını, üzüntülerini ve ıstıraplarını hissetmekte ve bu sayede onları anlayabilmek için kendilerine izin vermiş olmaktadır. Bu koşullar altında, acı çeken kişiye yönelik ilgi ve şefkat kendiliğinden artmaktadır. Duyarlı olmak, başkalarının hataları, başarısızlıkları ve yetersizliklerine karşı kınayıcı, sert, eleştirel bir tutum sergilemek yerine nazik ve anlayışlı olmayı, yargısız bir tavır takınmayı gerektirir; öz duyarlılık ise başkalarına gösterilen duyarlılığı kişinin kendisine gösterebilmesidir (Neff ve ark., 2005).

Öz duyarlılık kavramı, psikoloji literatürüne Neff (2003a) tarafından kazandırılmıştır. Duyarlılık tanımına paralel olarak öz duyarlılık kavramı, yaşadığı zorluklar ve olumsuzluklar karşısında kişinin, ıstırap ve üzüntüsünü fark ederek acılarını dindirmek için çaba gösterebilmesi; kendisine karşı nazik, sabırlı ve anlayışlı olabilmesi; kendisini acımasızca yargılamak ve eleştirmek yerine durumu gerçekçi bir şekilde değerlendirebilmesi ve bu yaşantıların aslında insan olmanın evrensel bir getirisi olduğunu kabul edebilmesi becerisi, olarak tanımlanmaktadır (Neff, 2003a; 2003b; 2004; 2009; 2011a).

Öz duyarlılığı yüksek olan bireylerin, zorlayıcı yaşantılar, acı verici duygu ve düşünceler; başarısızlık ve yetersizlikler karşısında kendilerine ilgi, şefkat ve anlayışla yaklaşabildikleri bilinmektedir. Bu bireyler başarısızlıkların ve çeşitli zorlukların evrensel olduğunu, dünyadaki birçok kişinin benzer duyguları yaşadığını, mükemmelliğin hiçbir insan için mümkün olmadığını kabul ederek, kendilerini bu acıların içerisinde yalnız hissetmemekte, kendilerine karşı kınayıcı ve yargılayıcı bir tavır takınmamaktadır. Tüm bunlarla beraber kişiliklerinin beğenmedikleri yanlarına

dahi sabır, özen ve hoşgörü ile yaklaşmaktadır (Neff, 2003b; Neff ve ark., 2007a). Neff (2003a), öz duyarlık sahibi bir bireyin, benliğinin tüm yanlarını kabul ederek öncelikle bir insan olarak kendisine hakettiği nezaketi gösterdiğini; eksiklik ve başarısızlıkları karşısında bağışlayıcı bir tutum sergilediğini; herkes gibi kendisinin de birtakım sınırlılıklarının olduğunu ve mükemmelliğin hiç kimse için mümkün olmadığını farkındalığını taşıdığını belirtmektedir. Öz duyarlık kavramında vurgulanan, kişinin başarısızlık ve yetersizliklerini görmezden gelmesi ya da dikkate almaması değil; kişinin bu başarısızlık ve yetersizlikleri karşısında kendisine cezalandırıcı, kaba, eleştirel ve yargılayıcı bir tavır sergilememesidir (Korkmaz, 2018).

Gilbert (2009), öz duyarlı duygu ve düşünce yapısına erişilebilmesi için bireylerin sahip olması gereken birtakım beceri ve özellikleri ele almıştır. İyiliğe önem verme, sıkıntıya dayanma, yargısız bir duruş sergileme, sempati ve empati sahibi olma bu özellikler arasında yer almaktadır. Bu özellikleri karşılayan bireylerde aynı zamanda duyarlı bir şekilde dikkatini odaklayabilme, duyarlı düşünebilme, duyarlı davranabilme, duyarlı hayal edebilme, duyarlı hissedebilme ve duyarlı duyumsayabilme becerilerinin de olması gerekmektedir. Duyarlılığı oluşturan bu özellik ve beceriler, anlayışlı, yargısız, nazik ve destekleyici duygu, düşünce ve davranışları içermektedir.

İlgili alanyazın, öz duyarlık seviyesi düşük olan bireylerin zorlayıcı yaşantılar karşısında kendilerine yargılayıcı bir tutum sergilediğini, aşırı olumsuz duygular deneyimlediğini ve bu duyguları düzenleyemediğini; olumsuz yanlarına, eksikliklerine ve başarısızlıklarına kabul gösteremediğini desteklemektedir (Leary ve ark., 2007; Neff 2003a). Ayrıca düşük düzeyde öz duyarlığı olan bireylerin daha edilgen bir yapıda olduğu, sorunlarını çözebilmek için gerekli adımları planlayamadığı ve harekete geçemediği (Skoda, 2011), yanlış yapmaktan korktuğu ve bu korkuları sebebiyle zorlu bir yaşantı karşısında mücadele edemediği bilinmektedir (Breines ve Chen, 2012; Neff ve ark., 2005). Tüm bu özelliklerin aksine, öz duyarlığın beraberinde getirdiği ‘yaşamın her zaman mükemmel olamayacağı’ farkındalığı, bireylerin yaşamlarını olumlu bir şekilde yönetebilmesi için motive olmasında ve yaşanan acının olumlu bir gelişmeye dönüştürülmesinde etkili bir faktör olarak kabul görmektedir. Bu dönüşüm için de bireylerin harekete geçmesi gerekmektedir (Conway, 2007; Neff, 2003b; Skoda, 2011). Öz duyarlık seviyesi yüksek olan bireyler, öz duyarlık seviyesi düşük olan bireylerden farklı olarak, zorlayıcı ve sıkıntı verici bir deneyim karşısında bu zorluğu insan yaşantısının bir parçası olarak kabul edebilecek,

problemlerine hapsolmek yerine farklı, gerçekçi değerlendirmeler yapabilecek ve sorunlarının çözümü için harekete geçebilecektir (Neff, 2004; Skoda, 2011).

### 2.1.2 Öz Duyarlılığın Bileşenleri

Neff (2003a; 2003b), öz duyarlılığı; öz sevecenliğe karşı öz yargılama, paylaşımların bilincinde olmaya karşı izolasyon ve bilinçliliğe (mindfulness) karşı aşırı özdeşleşme olmak üzere üç alt bileşenle açıklamaktadır. Öz duyarlı bir zihin yapısına ulaşabilmek için bu üç alt bileşenin birbirleri ile etkileşim içerisinde olması gerekmektedir.

Öz sevecenlik; zorlayıcı, acı ve ıstırap verici durumlar karşısında kişinin acımasızca eleştirmeden veya yargılamadan, nazik, anlayışlı, sıcak ve sevecen bir tutumla kendisine yaklaşabilmesi becerisi, olarak tanımlanmaktadır (Neff, 2008). Öz sevecenlik, kişinin zorlayıcı durumlar karşısında sevdiği birisine göstereceği sevecenliği kendisine de gösterebilmesini gerektirmektedir (Neff, 2011a; Neff, 2016). Aşırı öz yargılamada bulunan kişilerin ise, bazı hedeflerine ulaşamadığında, beklentilerini gerçekleştiremediğinde ya da başarısızlıklar yaşadığında, diğerlerine yöneltemeyeceği eleştirileri kendisine yönelttiği ve zihninde kendisini acımasızca yargılayarak eleştirdiği bilinmektedir. Bu acımasız değerlendirmeler kişide derin bir üzüntü yaratmaktadır (Korkmaz, 2018; Neff, 2011a; Neff ve Dahm 2015; Neff, 2016). Öz yargılamanın aksine öz sevecenlik; zorluklar, başarısızlıklar, yetersizlikler, acı ve ıstırap verici durumlar karşısında kişinin kendisine daha sevecen, nazik, anlayışlı ve destekleyici yaklaşmasını sağlamaktadır. Kişinin eksik, başarısız, yetersiz hissettiği durumlarda, hiçbir zaman kazanamayacağı içsel mahkemelerde kendisini acımasızca eleştirerek yargılamasındansa, mükemmelliğin hiç kimse için mümkün olmadığını kabul ederek kendisine sevecen bir tutumla yaklaşması öz duyarlılığı da arttıracaktır (Korkmaz, 2018).

Paylaşımların bilincinde olma, kişinin yaşadığı olumsuz ve zorlayıcı durumları, insan yaşantısının ortak bir paydası olarak görebilmesi, becerisini ifade etmektedir. Paylaşımların bilincinde olan birey, kimsenin mükemmel olmadığını, insanların hata yapabileceğini, başarısızlıklar yaşayabileceğini ve eksik hissedebileceğini kabul ederek bu acı veren, zorlayıcı yaşantıları insan olmanın paylaşılan bir getirisi olarak değerlendirecektir. Bu değerlendirmeyle beraber birey, yaşadığı acının içerisinde aslında yalnız olmadığını da hissedecektir (Neff, 2008; 2011a; 2016). Paylaşımların

bilincinde olan kişi kendisini ve yaşadığı zorlukları daha nesnel, gerçeği bir şekilde değerlendirmekte, acı verici duyguları sadece kendisinin deneyimlemediğini ve diğer insanların da bu zorlukları yaşadığını gormektedir. Herkesin hatalar yapabileceğinin, birtakım zorluklarla karşılaşabileceğinin, başarısız ya da yetersiz algılayabileceğinin bilincinde olan kişi, kendisini diğerlerinden farklı ve kusurlu hissetmeyecektir (Neff ve Dahm, 2015). Kişinin, zorluk ve başarısızlıkların tüm insanlar tarafından paylaşılan deneyimler olduğunu gorebilmesi, onu izole olmaktan koruyacak ve bu zorlayıcı yaşantılarla başa çıkabilmesini kolaylaştıracaktır (Bayar, 2016; Tezcan, 2015). Paylaşımların bilincinde olmanın aksine izole olmuş birey, eksiklikleri ve yetersizlikleri sonucunda kendisini oldukça yalnız ve kusurlu hissedecektir. Kişinin kendisini yalnız ve kusurlu hissetmesi ise kısır bir döngü gibi utancını ve yetersizlik algılarını daha da besleyecektir (Neff, 2008; 2011a; 2016).

Öz duyarlığın son bileşeni olan bilinçlilik (mindfulness), kişinin zorlayıcı bir yaşantı karşısında deneyimlediği acı verici duygu ve düşüncelerinde kaybolmadan, adeta dışarıdan tarafsız bir gözlemci gibi yaşantısına odaklanarak, deneyimine yönelik bir farkındalık yakalayabilmesi becerisi, olarak tanımlanmaktadır (Neff, 2011a; Neff, 2016). Zorlu deneyimler karşısında bilinçli kalabilen kişi, durumla ilgili ruminatif ve obsesif düşünceler geliştirmek yerine, acı verici duygu ve düşüncelerini zihninde ve bedeninde nasıl deneyimlediğine odaklanacaktır. Bu acı verici duygu ve düşüncelerinin zihninden akıp gitmesine olanak tanıyan birey; tüm dikkati ve farkındalığıyla orada, o anda kalacaktır (Bishop ve ark., 2004). Aşırı özdeşleşme ise bilinçliliğin aksine, kişinin olumsuz deneyimlenen duygulara ve kendisi ile ilgili negatif düşüncelere teslim olması; bu duygu ve düşüncelerle özdeşleşmesi, bütün olumsuzlukların sebebi ve sonucu olarak kendisini gormesi olarak kavramsallaştırılmıştır (Neff, 2011a; Neff, 2016). Olumsuz duygu ve düşünceleriyle aşırı özdeşleşerek kendisini bu yapıardan ayrıştıramayan kişi, yaşadığı duygu ve düşüncelerini o anki deneyimi ile ilişkilendiremeyerek yetersiz, eksik ve kusurlu benlik algısını doğrulayacak verilere odaklanacaktır. Bu durumun ise bireylerin gerçeğ benliği ile olumsuz benlik algısını birbirine karıştırmasına sebep olduğu bilinmektedir (Kıcalı, 2015; Neff, 2003a). Zorlayıcı yaşantılar karşısında deneyimlenen olumsuz duygu ve düşüncelerin bilinçli bir şekilde farkına varılabilmesi, olumsuz duygu ve düşüncelerle benliğin özdeşleştirmesi yerine yaşanılan durum ile ilişkilendirmesi; kişiyi ruminatif düşüncelerden koruyacak ve sorunun çözümü için gerekli adımların atılmasını kolaylaştıracaktır (Korkmaz, 2018).

## 2.1.3 Öz Duyarlık ile İlgili Kuramsal Yaklaşımlar

### 2.1.3.1 Akılcı Duygusal Davranışçı Terapi (ADDT)

Epictetus' un “*Bireyin zihnini bulandıran ve onu rahatsız eden aslında olay değil, bireyin olaya yönelik yorumlarıdır.*” görüşü üzerine temellendirilmiş bir yaklaşım olan Akılcı Duygusal Davranışçı Terapi (ADDT) ile öz duyarlığın temel kavramları ve alt boyutları birbirleri ile örtüşür niteliktedir (Akın, 2009; Clark, 2000).

Ellis' in (2005) terapi yaklaşımı, bir dizi felsefi kaynakta yer alan koşulsuz öz kabul kavramını barındırmaktadır. Bu felsefi kaynaklar arasında hem diğerlerine hem de benliğe yönelik duyarlığı vurgulayan Budist felsefesi de bulunmaktadır (Stephenson, Watson, Chen ve Morris, 2017). Dryden (2013), Budist felsefesi temelli öz duyarlık kavramı ile ADDT'nin koşulsuz öz kabul vurgusu arasındaki derin benzerliğe dikkat çekmiştir. İlgili alanyazın, öz duyarlığı ADDT' nin temelinde yer alan etkili bir kişisel felsefe olarak tanımlamaktadır (Stephenson ve ark., 2017).

Ellis, ancak olaylara ilişkin mantık dışı yorumların değişmesi ile duyguların değişiminin mümkün olduğunu ileri sürmüştür (Köroğlu, 2011). ADDT' ye göre, duygusal sıkıntıların ortaya çıkmasında bireylerin kendilerine, diğerlerine ve dünyaya ilişkin akılcı olmayan inançları önemli bir rol oynamaktadır (Dryden ve Neenan, 2004; Feltham ve Hoston, 2000). Akılcı inançlar ve akılcı olmayan inançlar, ADDT' nin temel kavramları olarak kabul görmektedir. İhtiyaçlara, beklentilere ve isteklere göre esnetilebilen; nesnel, gerçekçi ve kanıta dayalı; işlevselliği bozmayan, olumsuz deneyimlense bile yatıştırılabilecek makul duygulara yol açan inançlar, *akılcı inançlar* olarak (Dryden ve Neenan, 2004); esnetilemeyen emir ve yükümlülüklerden oluşan; gerçekçi ve nesnel olmayan, dogmatik yapıda, işlevselliği bozan, yanlış çıkarımlara ve sağlıksız duygulara yol açan inançlar ise *akılcı olmayan inançlar* olarak tanımlanmaktadır (Dryden ve Neenan, 2004). Ellis akılcı olmayan bu inançların, bireylerin bilinçliliklerini engelleyebilecek bir etken olduğunu savunmaktadır (Ellis, 1995).

ADDT, bireylerin zorlayıcı durumlar karşısında geliştirdikleri düşüncelerinin farkına varmasına; bu düşüncelerin akılcı olup olmadığının belirlenebilmesi için birtakım değerlendirmeler yapmasına ve değerlendirmeleri sonucunda benliğine zarar veren düşüncelerden uzaklaşabilmesine önem vermektedir (Ziegler, 2003). Öz duyarlık kavramı ise, bireylerin kendilerini acımasızca eleştirmesine ve yargılamasına

yol açan, benliğini tehdit edici düşüncelerden sıyrılabilmesi becerisi, olarak tanımlanmaktadır. Öz duyarlığın temelinde, bireylerin kendileri hakkındaki düşünce ve inançlarının, akılcı ve duyarlı olması gerekliliği, yer almaktadır (Neff; 2003a, 2003b). Bu bağlamda öz duyarlık kavramı ile ADDT' nin temel ilkelerinin birbirine paralel olduğu görülmektedir (Akın, 2009).

Bireylerin zorlayıcı durumlar karşısında kendisi ve olay hakkında düşündüklerinin farkında olması, öz duyarlık düzeyini arttıracak bir etken olarak kabul görmekte ve öz duyarlığın *bilinçlilik* alt boyutu ile örtüşmektedir ( Akın, 2009; Neff, 2003a). Bireyler, kendiliğine yönelik, akılcı olmayan inançlarının farkına vararak, bu inançların yerine akla ve mantığa dayalı, esnetilebilen inançlar geliştirdiği takdirde, kendisine karşı duyarlı bir tutum geliştirebilecektir (Akın, 2009).

Tüm bunların yanı sıra, bireylerin birtakım sınırlılıkları olduğu ve mükemmelliğin hiç kimse için mümkün olmadığı düşüncesi, ADDT' nin temel ilkelerindedir (Akın, 2009). ADDT, terapi süreci boyunca danışana, kendisini acımasızca kınamaması ve yargılamaması; başarısızlık ve yetersizliklerine hoşgörülle yaklaşabilmesi; hedeflerine ulaşabilmek için gerekli adımları planlayabilmesi ve bu amaç doğrultusunda güdülenerek risk alabilmesi; kendi varoluşunu kabul etmesi ve varlığına değer verebilmesi; her durumda mükemmelliğin mümkün olmadığını kabul edebilmesine yönelik bir takım beceri ve özellikler kazandırmayı hedeflemektedir (Ellis ve Dryden 1997). Öz duyarlığın alt boyutlarından olan öz sevecenlik; başarısızlık ve yetersizlikleri karşısında kişinin bu eksikliklerine hoşgörü gösterebilmesi; tüm yanlarını kabul ederek nazik, anlayışlı, sıcak ve sevecen bir tutumla kendisine yaklaşabilmesi becerisi, olarak tanımlanmaktadır (Neff, 2008). Öz duyarlığın bir diğer alt boyutu olan paylaşımların bilincinde olma bileşeninde ise, kimsenin mükemmel olmadığı, yaşanan başarısızlık ve yetersizliklerin insan olmanın paylaşılan bir getirisi olduğu vurgulanmaktadır (Neff, 2008; 2011a; 2016). Bu bağlamda öz duyarlığın alt bileşenleri ile ADDT' nin temel tedavi hedeflerinin örtüşür nitelikte olduğu görülmektedir. Ayrıca, ADDT' nin tedavi hedeflerine paralel olarak, öz duyarlık seviyesi yüksek olan bireylerin, problemlerine hapsolmek yerine farklı, gerçekçi değerlendirmeler yapabileceği ve sorunlarının çözümü için harekete geçebileceği bilinmektedir (Neff, 2004; Skoda, 2011).

Stephenson (2017) ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmada, öz duyarlık ile akılcı olmayan düşünceler arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki olduğu

saptanmıştır. Çalışma bulguları, öz duyarlık kavramı ile ADDT' nin temel varsayımlarının birbirleriyle uyumlu olduğunu destekler niteliktedir.

## **2.2 Depresyon**

### **2.2.1 Depresyonun Tanımı**

Latince bir kökene sahip olan depresyon kelimesi, bastırmak, çöktürmek, sıkıştırmak anlamlarına gelen 'depressus' köküne dayanmaktadır (Tietze, 2002) ve Türkçeye 'çökkünlük' olarak uyarlanmıştır (Köknel, 2005). En sık karşılaşılan psikiyatrik bozukluklardan birisi olan depresif bozuklukların (Köroğlu, 2006; Noble, 2005), diğer psikiyatrik bozuklukların yanı sıra, daha yüksek ölüm oranına sahip olduğu bilinmektedir (Kessler ve Bromet, 2013; WHO, 2017).

Depresyon, bireylerin önceden zevk aldığı etkinliklerden artık zevk alamadığı (WHO, 2017), yaşama dair ilgi ve isteğinin azaldığı (Burns, 2016), işlevselliğinin gerilediği (APA, 2013), yaşam kalitesinin düştüğü (Kessler ve Bromet, 2013; Lam, Kennedy, McIntyre ve Khullar, 2014; WHO, 2017), tekrarlayıcı karaktere sahip olan ciddi bir duygudurum bozukluğudur (Üstün, Ayuso-Mateos, Chatterji, Mathers, ve Murray, 2004). Depresyon yaşantısı karşısında bireylerin, ölümle ilgili düşünceler geliştirebildiği görülebilmektedir (APA, 2013). Derin üzüntü, pişmanlık, suçluluk, kendini yargılama, değersizlik gibi duygu ve düşünceler de çoğunlukla sürece eşlik etmektedir (Öztürk ve Uluşahin, 2014; WHO, 2017).

### **2.2.2 Depresyon Belirtileri**

Duygusal, bilişsel, davranışsal ve fizyolojik/ somatik işlevlerde bozulmalar ile kendisini gösteren bir bozukluk olan depresyonun birtakım belirtileri bulunmaktadır (APA, 2017; Nolen Hoeksema, 2009; Öztürk ve Uluşahin, 2014; Passer ve Smith, 2008). Bu belirtiler ise aşağıda ele alınmıştır.

*Duygusal Belirtiler:* Depresyondaki bireylerde, çökkünlük, sinirlilik, mutsuzluk, umutsuzluk, üzünlük, suçluluk ve şiddetli ağlama krizleri gözlenebilmektedir. Bu sürece yoğun bir isteksizlik hali, önceden zevk alınan etkinliklerden artık zevk alamama, ilgi kaybı, sinirlenme eşiğinin düşmesi ve huzursuzluk da çoğunlukla eşlik etmektedir (Greenberger ve Padesky, 2020; Krynicki ve ark. 2018; Nelson ve ark., 2010; Güleç, 2009; Pizzagalli ve ark., 2009; Köroğlu, 2006)



*Bilişsel Belirtiler:* Odaklanma ve karar vermede güçlükler (Greenberger ve Padesky, 2020); konuşma ve düşünme yetilerinde yavaşlamalar (WHO, 2017; Nolen Hoeksema, 2009; Öztürk ve Uluşahin, 2014), hafıza bozuklukları, hatırlama zorlukları ve dalgınlık hali depresyonun bilişsel belirtilerindendir (Yates, Clare, Woods ve Cfas, 2017; Lahr, Beblo ve Hartje, 2007; Hammar ve Ardal, 2009; Köroğlu, 2006; Güleç, 2009). Depresyondaki bireylerin olumsuz olaylarla ilgili sorumlulukları üstlenme eğiliminde olduğu (Leahy, 2010), kendisiyle ve yaşantıyla ilgili olumsuz düşünceler geliştirdiği, geleceğe dair karamsar bir bakış açısı takındığı bilinmektedir (Greenberger ve Padesky, 2020). Depresyonun düzeyine göre değişiklik göstermekle beraber, bu süreçte düşünce içeriğinde bozulmalar yaşanabilmekte (Öztürk ve Uluşahin, 2014) ve ruminatif düşünceler geliştirilebilmektedir (Goring ve Papageorgiou 2008; Moberly ve Watkins 2008). Tüm bu bilişsel belirtilere intihar düşüncelerinin de eşlik edebildiği görülebilmektedir (Dombrowski, Siegle, Szanto, Clark, Reynolds ve Aizenstein, 2012).

*Davranışsal Belirtiler:* Öz bakımda düşüş, sosyal içe çekilme, sorumluluklarını yerine getirmeme, ilişkilerde çatışmalar yaşama (Suija ve ark., 2014; Brawman, Monnier, Wolitzky ve Falsetti, 2005), herhangi bir işe başlarken güçlük çekme ve etkinliklere katılımda azalma depresyonun davranışsal belirtilerindendir (Greenberger ve Padesky, 2020). Depresif bozukluk yaşayan bireylerde psikomotor yavaşlamalar görülebilmekle beraber, gerginliğin eşlik ettiği sürekli bir hareket hali ve ajite davranışla da karşılaşılabilir (APA, 2017; APA, 2014; Çelik ve Hocoğlu, 2016). Passer ve Smith (2008), depresyonun davranışsal belirtilerini motivasyon eksikliği ile açıklamış, depresyondaki bireylerin sebat eksikliği yaşadığını ve bir amaca yönelik güdülenemediklerini ifade etmiştir.

*Fizyolojik/ Somatik Belirtiler:* Depresif bozukluk yaşayan bireylerin iştahlarında ve uyku sürelerinde artma ya da azalmalar görülebilmektedir. Ayrıca bu sürece cinsel ilgisizlik, yorgunluk ve halsizlik gibi belirtiler de eşlik etmektedir (Wang, 2011; Nelson ve ark., 2010; Greenberger ve Padesky, 2020). Gevşeme ve rahatlama zorlukları, ağızda kuruluk, nefes almakta güçlükler, vücutta titremeler ve kalp çarpıntısı depresyonun gözlemlenen fizyolojik belirtileri arasındadır (Bozkurt, 2004).

Depresyonda görülen belirtiler, belirtilerin düzeyi ve bozukluğun gidişatı depresif duygudurumdan, psikotik özellikli depresyona kadar uzanan geniş bir yelpazede değişiklik göstermektedir (Uluşahin, 2003). Bu geniş yelpazede yer alan

belirtiler, kişiden kişiye farklılaşmakla beraber depresyondan söz edilebilmesi için birtakım belirtilerin karşılanması da gerekmektedir (APA, 2017; APA, 2013).

DSM-5'te (APA, 2013) majör depresif bozukluğun tanı ölçütleri şu şekilde ele alınmıştır: Çökkün duygudurum ya da ilgi veya zevk kaybından en az birisi dahil olmakla beraber, iştahta değişimler, uykuda değişimler, ajitasyon ya da psikomotor yavaşlama, enerji düşüklüğü, değersizlik ya da suçluluk duyguları, odaklanma veya karar vermede güçlükler, intihar düşünceleri belirtilerinden en az 5'inin ya da daha fazlasının karşılanması gerekmektedir. Bu belirtiler en az 2 hafta boyunca devam etmekte ve işlevsellikte bozulmalara yol açmaktadır. Ayrıca süreç madde kullanımı veya herhangi bir sağlık durumuna bağlı olarak daha iyi açıklanamamaktadır (APA, 2013, ss. 92-94).

### **2.2.3 Depresyonun Etiyolojisinde Rol Oynayan Risk Faktörleri**

Depresif bozukluklar ile bu bozuklukların oluşmasına zemin hazırlayan farklı risk faktörlerinin nasıl ilişkilendiğinin saptanması, depresyonun etiyolojisinin anlaşılması ve gerekli tedavi planlarının yapılabilmesi için oldukça önemlidir (Kwong ve ark., 2019). Depresif bozuklukların meydana gelmesinde rol oynayan birçok risk etmeni ve koruyucu etmen yer almaktadır. Risk etmenlerinin, sayı ve nitelikçe koruyucu etmenlerden fazla olduğu durumlarda ise depresyon gelişebilmektedir. Genetik yatkınlık, kadın olmak, güvensiz bağlanma biçimi, zorlayıcı yaşam olayları, süregelen rahatsızlıklar, sosyal desteğin eksikliği depresif bozuklukların gelişimi için uygun bir zemini oluştururken diğer taraftan yüksek IQ düzeyi, güvenli bağlanma, engellenme eşiğinin yüksekliği, öz-saygı, sosyal desteğin varlığı koruyucu bir bariyer görevi görmektedir (Ünal ve Özcan, 2000). Depresif bozukluklar birçok faktörün etkileşimi sonucu ortaya çıkabilmekle beraber, herhangi bir tetikleyiciye bağlı olmaksızın da görülebilmektedir (Köroğlu, 2006).

Kadın olmak (Bromet ve ark., 2011), 45 yaştan genç olmak (Rihmer ve Angst, 2007), bekar olmak (McIntosh, Gillanders ve Rodgers, 2010), zorlayıcı yaşantılara maruz kalmak (England ve Sim, 2009), düşük gelir düzeyi (Bromet ve ark., 2011), tıbbi hastalıklar (TPD, 2017) ve genetik etmenler (Chen ve ark., 2019; Elder ve Mosack, 2011; Işık, Işık ve Taner, 2013; Holmans ve ark., 2007) bu bölümde risk faktörleri olarak ele alınmıştır.

*Cinsiyet:* Yapılan araştırmalar kadınların erkeklere oranla 2 kat daha fazla majör depresif bozukluk yaşadığını desteklemektedir (Bromet ve ark., 2011). Yaşam boyunca majör depresif bozukluk yaygınlığının erkeklerde %5 ila 12, kadınlarda ise %10 ila 25 olduğu bilinmektedir (Klose ve Jacobi, 2005). Kadınlar ve erkekler arasındaki bu fark ise hormonal ve kültürel faktörlerle açıklanmaktadır. Premenstrüel dönemler, gebelik ve doğum süreci kadınları depresyona yatkınlaştıran biyolojik faktörlerdendir. Erkeklerin depresif belirtilerini dışavuruk bir şekilde davranışa dökabiliği, ancak kadınların toplumsal cinsiyet rolleri sebebiyle bu imkanları kullanamamaları, kadın ve erkeklerin aynı depresif bozukluk karşısında farklı düzeylerde belirtiler göstermelerini açıklamaktadır. Ayrıca kadınların depresif bozukluklar geliştirmesinde istismar yaşantılarının da önemli bir rol oynadığı bilinmektedir (Noble, 2005; TPD, 2017).

*Yaş:* Alanyazın, 45 yaş ve üzeri bireylere oranla 45 yaş öncesi bireylerde, depresif bozuklukların yaygınlığının daha yüksek olduğunu; majör depresif bozukluğun ise sıklıkla 30 ila 35 yaş aralığında başladığını göstermektedir (Rihmer ve Angst, 2007).

*Medeni Durum:* Majör depresif bozukluk ile medeni durum arasında bir ilişki olduğu, evli bireylerin diğerlerine göre daha düşük düzeylerde depresif bozukluk geliştirdiği ilgili çalışmalarca desteklenmektedir (McIntosh ve ark., 2010; Van de Velde, Bracke ve Levecque, 2010). Kadın ve erkeklerde depresyona rastlanma ihtimali en yüksekten en düşüğe doğru; boşanmış erkek, bekar erkek, boşanmış kadın, bekar veya boşanmış kadın, evli kadın, evli erkek olmak üzere sıralanmaktadır (TPD, 2017).

*Zorlayıcı Yaşam Olayları:* Zorlayıcı yaşantılar ile psikiyatrik bozukluklar arasındaki ilişki birçok çalışmada ele alınmıştır. İlgili literatür, majör depresif bozukluk olgularının hastalık öncesinde 6-12 aylık dönemde en az bir zorlayıcı yaşam olayı bildirdiğini desteklemektedir (Faravelli ve ark., 2007; Korkeila ve ark., 2005; Leskela ve ark., 2004; Paykel ve ark., 2003; Sher, 2004; TPD, 2017). Yapılan 25 yıllık boylamsal bir çalışmada, zorlayıcı yaşam olaylarının, majör depresif bozukluk (MDB) riskini yordadığı saptanmıştır (Assari ve Lankarani, 2016).

*Sosyoekonomik Düzey:* İlgili alanyazın, majör depresif bozukluk ile gelir düzeyi arasında anlamlı bir ilişki olduğunu destekler niteliktedir (Bromet ve ark., 2011; Işık ve ark., 2013; McIntosh ve ark., 2010). Benzer şekilde yapılan ulusal çalışmalar da alanyazına paralel olarak, depresif bozukluğu bulanan bireylerin büyük çoğunluğunun düşük- orta düzeyde gelire sahip olduğunu, okuryazarlığının bulunmadığını ve ev

kadını olduklarını göstermektedir (Doğan, 2011). Orta düzey ve altında gelir seviyesi olan bireylerin %76-85 oranında tedaviye erişemediği bilinmektedir (WHO, 2020). Tedavi edilmemiş depresyonun %15 oranında intihar kaynaklı ölümlere yol açtığı tespit edilmiştir (TPD, 2017).

*Tıbbi Hastalıklar:* Medikal hastalıklar, bireyler üzerinde biyolojik ve psikososyal birtakım etkiler yaratarak depresif bozuklukların oluşumuna zemin hazırlayabilmektedir. Yeti yitimine ve sosyal becerilerde kayıplara yol açan fizyolojik hastalıkların, depresif bozukluklara yol açabildiği; depresif bozuklukların çoğu fizyolojik hastalığa eşlik ettiği literatürce desteklenmektedir (TPD, 2017; Ünal ve Özcan, 2000).

*Genetik Etmenler:* Birinci dereceden akrabalarında duygudurum bozukluğu olan bireylerin majör depresif bozukluk yaşama riskinin, diğer bireylere oranla 3 kat daha fazla olduğu bilinmektedir (Chen ve ark., 2019; Işık ve ar., 2013). Biyolojik ebeveynlerinden farklı ailelerde yetişmiş bireylerle yapılan araştırmalar, birincil dereceden akrabalarında duygudurum bozukluğu olan bireylerin, majör depresif bozukluğa yakalanma riskinin diğer bireylere oranla daha yüksek olduğunu göstermektedir (Elder ve Mosack, 2011; Holmans ve ark., 2007).

## **2.2.4 Depresyonla İlgili Kuramsal Yaklaşımlar**

Depresif bozukluklar ilgili alanyazında psikodinamik yaklaşım (Freud, 1917; Klein, 1935/2012; Kohut, 1998/1977), davranışçı yaklaşım (Ferster, 1973; Kazantzis, Reinecke ve Freeman, 2010; Lewinsohn, 1974; Lewinsohn, Hoberman, Teri ve Hantzing, 1985; Seligman, 1975) ve bilişsel yaklaşım (Beck, Rush, Shaw ve Emery, 1987; Beck, 2002; Beck 2005; Beck, 2014/1972; Leahy ve Holland, 2009) başta olmak üzere birçok kuram açısından ele alınmıştır. Anksiyete ve stres değişkenleri, çalışmada temel olan ilgili değişkenlerin doğası gereği psikodinamik yaklaşım ile açıklanmamış olup; depresyon değişkeni, pandemi sürecinin beraberinde getirdiği gerek sembolik gerekse somut kayıp yaşantıları sebebiyle davranışçı yaklaşım ve bilişsel yaklaşımın yanısıra, psikodinamik yaklaşım çerçevesinde de açıklanmıştır.

### **2.2.4.1 Psikodinamik Yaklaşım**

İlgili alanyazında, depresif (melankolik) durumlar ile yas sürecini ilk kez karşılaştırarak ele alan Freud (1917), her iki kavramın da çekirdeğini bir kayıp yaşantısının oluşturduğunu ileri sürmüştür. Yas sürecinde yaşanan kayıp dış dünya

ile ilişkili olarak tanımlanırken; depresyonda yaşanan kaybın, kişinin kendiliği ile ilgili olduğu vurgulanmaktadır (McWilliams, 2013). Yas sürecinde, kaybın anımsandığı epizotlar haricinde, kişilerin normal düzeylerde işlevselliklerini sürdürebildikleri, ancak depresif (melankolik) durumlarda işlevselliklerinin büyük oranda etkilendiği bilinmektedir (McWilliams, 2013). Bazı olgularda, yas sürecinde olduğu gibi dış dünya ile bağıntılı gerçek bir kayıp görülebileceği gibi, bazı olgularda da kendilik ile ilgili bilinçdışı bir kayıp yaşantısı deneyimlenebilmektedir. Yas sürecinde, kişinin yaşadığı gerçek bir kayıp söz konusuysen, depresyonda kişi ego yitimi yaşamaktadır (Freud, 1917). Freud'a göre (1917), depresyon ego kaynaklı cezalandırılma sanrıları, kendini değersiz, aşağılık ve suçlu görme; üzüntüden ıstırap duyma, ilgi kaybı, etkinliklerden geri çekilme, kendine ve diğerlerine sevgi ile yaklaşamama ile ilişkilidir.

Klein (1935/2012) ise, yaşamın ilk aylarını paranoid-şizoid konum, sonraki birkaç aylık süreci ise yoğun korku ve suçluluk duyguları ile ilişkilendirdiği depresif konum olarak kavramsallaştırmıştır. Paranoid-şizoid konum, yoğun yok olma ve zulmedilme (paranoid kaygılar) kaygılarıyla ile baş edilen, bölme mekanizmasının aktif olduğu ve şizoid savunmaların bulunduğu dönem olarak bilinmektedir. Bu evrede iyi nesne koruyucu ve onarıcı, kötü nesne ise yıkıcı ve yok edici olarak algılanmaktadır. Paranoid kaygıları olan bebek, dışarıdan gelen yoğun yok olma ve zulmedilme tehdidinden korkmaktadır ancak şizoid savunmalar ile bölme mekanizması sayesinde iyi nesneyi kötü nesneden etkin şekilde ayırmaktadır. Bölme mekanizması, iyi ve kötü nesnelere arasındaki dengeyle beraber, bebeği iyi nesneye yönelttiği yıkıcı dürtülerin suçluluğundan da korumaktadır (Summers, 2014). Depresif pozisyon ise, iyi ve kötü nesne imgelerinin bir bütün olarak deneyimlenmesi sonucunda ortaya çıkmaktadır. Bütünleşmiş nesne algısı yoğun yok edilme ve zulmedilme kaygılarını azaltmakla beraber başka kaygıların yaşanmasına da zemin oluşturmaktadır. Bebek için, yıkıcı ve yok edici olan kötü nesnenin kaybı, koruyucu ve onarıcı olan iyi nesnenin kaybı anlamına da gelmektedir. Ayrıca bebek, paranoid-şizoid konumda sevilen nesneye yönelttiği yıkıcı dürtülerden ve verdiği zarardan dolayı yoğun bir şekilde kaygı ve suçluluk duymaktadır. Bu kaygı Klein (1935/2012) tarafından depresif anksiyete olarak tanımlanmaktadır (Mitchell ve Black, 1995/2012; Gabbard, 2005). Depresif konumda yaşanan bu çatışmanın sağlıklı bir şekilde çözümlenememesi ise yetişkinlik döneminde bireyleri depresyona yatkın hale getirmektedir. Başka bir deyişle Klein (1935/2012), depresif kişilerin yaşamın ilk

zamanlarında deneyimlenen depresif konumda takılı kaldığını ve iyi nesnelere içselleştiremediğini, bu sebeple de yetişkinlik döneminde depresyona yatkın hale geldiğini ileri sürmektedir.

Son olarak, Kohut (1971/1998) ise depresyonu, erken yaşantılarda bakım verenler tarafından duyguların yeterince yansıtılmaması, gerekli ilgi ve duygusal bakımın görülememesi sonucunda ortaya çıkan yoğun bir boşluk, yoksunluk ve ümitsizlik hissi ile ilişkilendirmektedir. Duygusal deneyiminin içerisinde yalnız kalan çocuğun kendiliğinde yaşadığı yoksunluk, boşluk depresyonu olarak tanımlanmaktadır (Kohut, 1977/1998).

#### **2.2.4.2 Bilişsel Yaklaşım**

İlgili araştırmalardan elde edilen bulgularca, depresyonun tedavisinde bilişsel yaklaşımın etkililiği kanıtlanmıştır (Beck, 2005; Beck, 2014/1972; Butler, Chapman, Forman ve Beck, 2006; Cuijpers, Van Straten, Bohlmeijer, Hollon ve Andersson, 2010).

Bilişsel kuramın kurucusu ve en önemli temsilcilerinden olan Aaron T. Beck, depresyonun bilişsel süreçler sonucunda ortaya çıktığını savunmuş ve depresyonu 3 önemli etken ile açıklamıştır. Bu etkenler; (1) bilişsel üçlü, (2) şemalar ve (3) bilişsel çarpıtmalar olarak tanımlanmaktadır (Beck ve ark., 1987; Beck, 2002; Leahy ve Holland, 2009).

(1) Bilişsel üçlüye göre depresif bir birey kendisini, dünyayı ve geleceği olumsuz algılama eğilimindedir. Depresyonun bilişsel üçlüsünde kişilerin, kendilerini aşırı bir şekilde yargıladığı, suçladığı ve yetersiz algıladığı (Leahy, 2010; Leahy ve Holland, 2009); dünyayı engellendiği, çaresizlik yaşadığı ve yoksun bırakıldığı bir yer olarak gördüğü (Türkçapar, 2018); geleceğe yönelik derin bir umutsuzluk yaşadığı bilinmektedir (Beck ve ark., 1987).

(2) Bilişsel şemalar, kendiliğe ve dünyaya dair, yaşantı ve deneyimler sonucunda oluşmuş, değişime direnç gösteren yerleşmiş inançlardır (Leahy ve Holland, 2009). Depresyonun düzeyine göre farklılaşmakla beraber, depresif durumlarda kişilerin bilişsel süreçlerinde uyum bozucu düşüncelerin hakimiyet kazandığı ve işlevsel şemaların kullanılmadığı bilinmektedir (Türkçapar, 2018).

(3) Depresyonun ortaya çıkmasında önemli rol oynayan bir diğer etken ise bilişsel çarpıtmalardır. Depresyondaki bireylerin kendini, diğerlerini algılama ve

değerlendirme süreçlerinde birtakım düşünce hataları yer almaktadır. Depresyonda en sık karşılaşılan bilişsel çarpıtmalar ise; aşırı genelleme, ya hep ya hiç tarzı düşünce, keyfi çıkarsamada bulunma, büyütme veya küçültme ve kişiselleştirme olarak tanımlanmıştır (Burns, 2016).

#### **2.2.4.3 Davranışçı Yaklaşım**

Davranışçı kuramcılar depresyonu çevresel faktörlerin etkileşimi ile açıklamaktadır ( Kazantzis ve ark., 2010; Lewinsohn ve ark., 1985). Skinner (1953) depresyonu, olumlu yönde pekiştirilen davranışlar için pekiştirecin ortadan kaldırılması sonucunda davranışta yaşanan gerileme, olarak tanımlamıştır. Skinner'ın (1953) depresyonu koşullanma ile açıklaması üzerine davranışçı kuramcılar, olumlu pekiştireci sunacak sosyal çevrenin olmamasını, depresyonun ortaya çıkmasında rol oynayan en önemli etken olarak kabul etmişlerdir (Mathews, 1977).

Ferster (1973), davranışsal gerileme ve zayıflamayı olumlu pekiştireç eksikliği, yaşanan stres ve çevresel uyaranlarda ön görülemeyen değişiklikler ile açıklamıştır. Ferster'a (1973) göre, bireyler olumlu çevresel pekiştireçlerin azaltılmasıyla oluşan kaybı önlemek için, kaçınmacı davranışlar sergilemektedir. Depresif kaymanın en temel özelliği ise davranışlardaki azalmaya eşlik eden kaçınmacı davranışlardır. Bu bağlamda Ferster (1973), davranışsal gerilemenin depresyona yol açtığını, davranışsal kaçınmaların da bu kaymayı sürdürdüğünü savunmaktadır.

Lewinsohn (1974), depresyonun ortaya çıkmasında 3 önemli etkenin rol oynadığını ileri sürmüştür. Bu etkenlerden ilki, bireyin davranışının çevresi tarafından pekiştirilmemesi, olarak tanımlanmıştır. Birey çevresinden davranışın sürdürülmesine dair bir geri bildirim almadıkça, bu davranış yerini depresif geri çekilmelere bırakacaktır. İkinci önemli etken ise davranışı pekiştiren kişinin beklenmedik kaybıdır. Bu kayıp yaşantısı, kişilerin davranışlarını devam ettirebilmesi için gerekli ölçüde güdülenmesini engellemektedir. Depresyonun ortaya çıkmasında önemli olan bir diğer etken ise bireyin davranışları sonucunda cezalandırıcı bir tutumla karşılaşmasıdır. Bu 3 etken bireylerin davranışlarını engellemekte ve depresif özellikler geliştirmesine yol açmaktadır (Kazantzis ve ark., 2010; Lewinsohn, 1974).

Seligman (1975), depresyonun temelinde öğrenilmiş çaresizlik kavramının yer aldığını ileri sürmüştür. Öğrenilmiş çaresizlik kavramına göre, bireyler içerisinde

buldukları zorlayıcı durumu değiştirmek için kendilerini yetersiz ve çaresiz gördüğünde, bu duruma tepki vermemeyi öğrenerek davranışsal gerilemeler yaşamakta ve beraberinde depresif özellikler geliştirmektedir. Bu bağlamda depresyon, kontrol edilemeyen zorlayıcı yaşantılar karşısında yaşanan çaresizlik duygusu sonucunda ortaya çıkmaktadır. Seligman' a (1975) göre insanlar, zorlayıcı yaşantıların sonuçlarını kendi davranışlarından bağımsız olarak algıladığında, çaresizlik duyguları yaşamakta ve bu davranışları sergilemekten vazgeçmektedir.

Bu bağlamda depresif belirtilerin temelinde davranışsal geri çekilmelerin olduğunu benimseyen davranışçı kuramcılar, depresyon müdahalelerinde davranışsal etkinleştirme çalışmalarına yer vermektedir (Beck, 2014/1972).

## **2.3 Anksiyete**

### **2.3.1 Anksiyetenin Tanımı ve Belirtileri**

Hint- Germen bir kökene sahip olan anksiyete kelimesi 'sıkıca bastırmak, boğazını sıkıkmak, tasa ve sıkıntı' anlamlarına gelen 'angh' köküne dayanmaktadır (Özer, 2006). Barlow (2002), anksiyetenin geleceğe yönelik endişelere ilişkin uyum bozucu bir baş etme çabası olduğunu ileri sürmüştür. Anksiyete, kişinin iç ya da dış dünyası kaynaklı tehdit olarak algıladığı durumlarda ortaya çıkan, belirli bir nesnesi (objesi) olmayan, çoğunlukla otonom belirtilerin eşlik ettiği endişe, huzursuzluk, korku ve tedirginlik hali olarak kabul görmektedir (Karamustafalıoğlu ve Akpınar, 2010).

İnsan yaşamının kaçınılmaz bir parçası olan anksiyete, uyumlu seviyelerde deneyimlendiği takdirde, olası tehlikeler karşısında, evrimsel işlevi bulunan bir tehlike alarmı olarak rol oynamakta (Berkun, 2014; Yalom, 2007/1997); herhangi bir tehdit durumunda kişinin "savaş-kaç-don" tepkileri vermesini ve bu sayede hayatta kalabilmesini sağlamaktadır (Greenberger ve Padesky, 2020; Milosevic, 2015).

Anksiyete, korku ve endişe kavramları çoğunlukla birbirine karıştırmakta, ancak temelde oldukça farklı anlamlar barındırmaktadır. Endişe hali, anksiyetenin neden olduğu değişimlerden birisidir (Tekin ve Tekin, 2013). Korku ve anksiyete kavramları arasındaki en temel fark ise, anksiyetenin belirgin bir nesneye yönelik olmayışıdır. Korku yaşanırken, tüm dikkat korku nesnesine yöneliktir. Anksiyetenin çekirdeğinde 'yok olma tehdidi' bulunmaktadır. Korku, algılanan bir yaşam tehdidi



karşısında ortaya çıkabilecek en ilkel duygu iken; anksiyete, çeşitli deneyimlerin beraberinde getirdiği korkuların hafızada kalan izleri olarak tanımlanmaktadır. Bir başka deyişle, anksiyete öznesini, korku ise nesnesini beklemektedir (Parman, 2021).

Barlow (2002), anksiyete belirtilerini (1) öznel-duygusal, (2) bilişsel, (3) fizyolojik ve (4) davranışsal bileşenler olmak üzere sınıflandırmıştır. (1) Öznel-duygusal bileşen; gerginlik ve endişe duygularını: (2) Bilişsel bileşen; kuruntulu düşünceleri ve bu kuruntularla başa çıkmada yetersiz kalınacağı düşüncelerini: (3) Fizyolojik bileşen; kalp çarpıntısını, kan basıncı değişimlerini, soluk alıp verme güçlüklerini, mide bulantısını, karın ağrısını, ishali, sık sık idrara çıkmayı, kaslarda gerilmeyi ve diğer otonomik uyarılma semptomlarını: (4) Davranışsal bileşen; kaygı uyandıran durumlardan kaçınmaları, işlevsellikte bozulmaları ve artan irkilme tepkilerini kapsamaktadır.

Benzer şekilde ilgili alanyazında, anksiyetenin bilişsel, duygusal, fiziksel ve davranışsal birtakım belirtileri olduğu yer almaktadır (Greenberger ve Padesky, 2020). Bu belirtiler ise aşağıda ele alınmıştır.

*Anksiyetenin Bilişsel Belirtileri:* Odaklanma ve hatırlama güçlükleri; algılanan tehdidin felaketleştirilmesi ve büyütülmesi; söz konusu tehdit ile baş etme becerilerinin küçümsenmesi ve endişelere yönelik sürekli düşünceler geliştirilmesi anksiyetenin bilişsel belirtilerindendir (Greenberger ve Padesky, 2020; Bremner, 2010). Anksiyete bozuklukları karşısında bireylerin tehdit algılarının açık olduğu; yoğun bir tedirginlik ve tetikte kalma halinin bu sürece eşlik ettiği bilinmektedir (Bremner, 2010). Kötü bir haber alınacağına, sanki bir felaket gerçekleşeceğine yönelik düşünceler ise anksiyete ile karakterize olmuş düşünceler olarak kabul görmektedir (Öztürk ve Uluşahin, 2014).

*Anksiyetenin Duygusal Belirtileri:* Duygularda istikrarın sağlanamaması, iritabilite; kontrolünü kaybetme ve çıldırma korkuları (Öztürk ve Uluşahin, 2014; APA, 2013); sinirli, huzursuz, sıkıntılı, endişeli ve paniklemiş hal anksiyetenin yol açtığı duygusal değişimlerdendir (Greenberger ve Padesky, 2020).

*Anksiyetenin Fiziksel Belirtileri:* Kas gerginliği, kolay yorulma, uykuya dalma ve sürdürmede zorluklar, boğazda daralma ve boğulma hissi, yutkunmada güçlükler, kalp atışında hızlanma, cinsel isteksizlik, terleme, ateş basması, tremor, psikomotor huzursuzluk ve baş dönmesi gibi fiziksel belirtiler bu sürece çoğunlukla eşlik etmektedir (Öztürk ve Uluşahin, 2014; APA, 2013).

*Anksiyetenin Davranışsal Belirtileri:* Anksiyetenin davranışlarda da birtakım değişimlere yol açtığı bilinmektedir. Bu değişimler ise işlevsellikte gerileme (APA, 2013), tehdit oluşturan ortam veya durumlardan kaçınma, mükemmel olmaya ve her şeyi kontrol edebilmeye dair yoğun bir çabalama olarak tanımlanmaktadır (Greenberger ve Padesky, 2020).

Anksiyetenin patolojik olarak değerlendirilebilmesi için verilen bu tepkilerin devam etme süresi, sosyal ilişkilerde bozulmalara yol açıp açmadığı; bireyin işlevselliği ve yaşamı üzerindeki etkileri dikkate alınmaktadır (Holt, Bremner, Sutherland, Vliek, Passer ve Smith, 2012; Stahl, 2013). DSM-5'e göre patolojik anksiyetenin gerçek tehlike ya da tehditle orantısız olması gerekmektedir (APA, 2013).

DSM-5' te anksiyete bozuklukları gelişimsel olarak düzenlenerek; ayrılık anksiyetesi bozukluğu, seçici konuşmazlık (mutizm), özgül fobi, toplumsal kaygı bozukluğu (sosyal anksiyete), panik bozukluk, agorafobi, yaygın anksiyete bozukluğu, maddenin/ ilacın yol açtığı anksiyete bozukluğu, başka bir sağlık durumuna bağlı anksiyete bozukluğu, tanımlanmış diğer bir anksiyete bozukluğu, tanımlanmamış anksiyete bozukluğu olmak üzere sınıflandırılmıştır (APA, 2013). Anksiyete bozuklukları çatısı altında toplanan her bozukluğun birbirinden farklı ayırıcı ölçütleri olmakla beraber, paylaştıkları birtakım ortak özellikleri de bulunmaktadır. Bu özellikler ise; (1) gerçekçi olmayan ve aşırı korku, (2) endişeli ve tedirgin bir hal, (3) işlevsellikte bozulmalar olarak tanımlanmaktadır (Rector, Bourdeau, Kitchen ve Joseph-Massiah, 2016).

### **2.3.2 Anksiyetenin Etiyolojisinde Rol Oynayan Risk Faktörleri**

Anksiyete bozukluklarının etiyolojisinde, genetik ve çevresel etkenler önemli bir rol oynamaktadır (Ohi, Otowa, Shimada, Sasaki ve Tanii, 2019). İkiz bireyler üzerinde yapılan araştırmalar, anksiyete bozukluklarının temelinde yer alan genetik ve çevresel etkenlerin yordayıcı rolünü desteklemektedir (Scaini, Belotti ve Ogliari, 2014; Shimada-Sugimoto, Otowa ve Hetteema, 2015; Van Houtem, Laine, Boomsma, Ligthart, Van Wijk ve De Jongh, 2013). Ayrıca anksiyete bozukluklarının ortaya çıkmasında, zorlu yaşam olaylarının önemli bir risk faktörü oluşturduğu da bilinmektedir. Temizel ve Dağ (2014) tarafından yapılan bir çalışmada, anksiyete

düzeyleri ile yaşanan zorlu yaşam olaylarının sayısı arasında pozitif yönde istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır.

### **2.3.3 Anksiyete ile İlgili Kuramsal Yaklaşımlar**

Anksiyete bozuklukları ilgili alanyazında psikanalitik yaklaşım (Geçtan, 2014; Freud, 1920), davranışçı yaklaşım (Olson ve Hergenhahn, 2016; Schunk, 2014) ve bilişsel yaklaşım (Beck, 2014/1972; Beck ve Rush, 1988; Clark ve Beck, 1990; Eyesenck, 2013; Pössel ve Thomas, 2011) başta olmak üzere birçok kuram açısından ele alınmıştır. Ancak mevcut araştırmada anksiyete, davranışçı yaklaşım ve bilişsel yaklaşım perspektifinden açıklanmış; çalışmada temel olan ilgili değişkenlerin doğası gereği psikodinamik yaklaşıma yer verilmemiştir.

#### **2.3.3.1 Bilişsel Yaklaşım**

Bilişsel terapiler; kişilerin duygusal, düşünsel, davranışsal ve fizyolojik tepkilerinin olaylara ilişkin algıları ile şekillendiğini temel alan bilişsel modele dayanmaktadır. Bilişsel modele göre bireylerin tepkileri, karşılaştıkları bir durumu nasıl yorumladıkları ile ilişkilidir. Durumun kendisi tepkileri doğrudan belirlememekte; bireylerin duruma ilişkin algıları durumun sonucuna aracılık etmektedir (Beck, 2014/ 1972). Bilişsel model, uygunsuz duygulanım ve çeşitli patolojileri; bilişsel çarpıtmalar, bilişsel şemalar ve kognitif üçlü ile açıklamaktadır (Pössel ve Thomas, 2011). İlgili alanyazında anksiyete bozuklukları ise bilişsel çarpıtmalar (Beck ve Rush, 1988; Eyesenck, 2013) ve bilişsel şemalar (Clark ve Beck, 1990) kavramları ile ele alınmıştır.

Yaşantı ve deneyimler sonucunda oluşmuş, değişime direnç gösteren yerleşmiş inançları barındıran şemalar (Beck, 1967; Greenberg ve Beck, 1990) birtakım bilişsel işlevlere rehberlik etmektedir (Beck ve ark., 1987). Psikiyatrik bozuklukların söz konusu olduğu durumlarda, bilişsel süreçlerde uyum bozucu şemaların baskın bir rol oynadığı bilinmektedir. Bu uyum bozucu şemalar ise esnetilemeyen, dogmatik yapıda ve genellenmiş inançlardan oluşmaktadır (Beck, 1967; Clark ve Beck, 1990). Uyum bozucu şemalar ancak uygun koşullar sağlandığında etkin hale gelmekte, her zaman aktif bir şekilde işleyiş göstermemektedir. Uyum bozucu şemaların aktif bir şekilde işleyiş gösterebilmesi için uygun koşullar sağlandığında ise uyumlu şemalar etkisiz hale gelmekte ve bireyler anksiyete veya depresyon belirtileri geliştirebilmektedir

(Clark ve Beck, 1990). Bilişsel şemaların ise birtakım bilişsel çarpıtmaların birleşmesi sonucunda oluştuğu bilinmektedir (Özdemir, Şahin, Elboğa ve Altındağ, 2020).

Bilişsel yaklaşımı benimseyen teorisyenler, anksiyete bozukluklarının, olayların bilişsel çarpıtmalarla algılanması sonucunda ortaya çıktığını ileri sürmektedir (Eyesenck, 2013). Anksiyete yaşayan bireylerin otomatik düşünce içeriklerinin, algılanan tehdide ilişkin olduğu kabul görmektedir (Eyesenck, 2013). Anksiyete ise, algılanan bir tehdit karşısında kişinin bu tehditle baş edebilmesini sağlayan evrimsel bir işleve sahiptir (Berksun, 2014; Yalom, 2007/1997). Tehdit algısı durumunda kişinin bu tehdit ile baş edebilme kabiliyetini değerlendirilmesi, önemli bir hayatta kalma değeri taşımaktadır. Ancak patolojik anksiyetede, bireylerin birtakım çarpıtılmış bilişlere sahip oldukları; durumlarla ilişkili tehdit düzeyini gerçeklikten uzak bir şekilde büyüttükleri veya başa çıkma becerilerini küçümsedikleri bilinmektedir (Beck ve Rush, 1988). Bilişsel çarpıtmalar ise; -meli -malı cümleleri, ya hep ya hiç düşüncesi, felaketleştirme, aşırı büyütme ya da küçültme, aşırı genelleme, zihinsel filtreleme, zihin okuma, duygusal muhakeme, etiketleme ve kişiselleştirme olarak sınıflandırılmaktadır (Beck, 2014).

Özetle bilişsel modeli ele alan kuramcılar, anksiyetenin tehlikeli bir duruma değil; durumun tehlikeli olarak değerlendirilmesi ve yorumlanmasına bağlı olarak meydana geldiğini savunmaktadır. Bir başka değişle, anksiyeteye sebep olan olayın kendisi değil, bireyin olayı nasıl algıladığı ve değerlendirdiğidir (Beck, Emery ve Greenberg, 1985).

Tüm bu bilişsel şemalar ve bilişsel çarpıtmaların yanı sıra, ilgili alanyazında, anksiyete bozuklukları üstbilişsel model perspektifinden de ele alınmıştır (Wells, 2005). En temel haliyle üstbiliş, ‘bilişler üzerinde bilişler’ ya da ‘düşünce hakkında düşünme’ anlamına gelmektedir (Flavell, 1979). Bilişsel modelden farklı olarak, üst bilişsel model, algılanan tehdide ilişkin işlevsel olmayan bilişlerden ziyade, üst bilişlerin rolüne vurgu yapmaktadır (Wells, 2000). Üst bilişsel modele göre bireylerin, durumları değerlendirmelerine yönelik işlevsel olmayan düşünceleri hakkında olumlu veya olumsuz birtakım üstbilişleri bulunmaktadır ve bu üstbilişler uyum bozucu tepkiler geliştirilmesine yol açmaktadır (Cartwright-Hatton ve Wells, 1997). Üstbilişsel model, anksiyeteyi tanımlarken endişeyi temel almaktadır (Wells, 1995). Bu bağlamda endişe sadece anksiyetenin bir belirtisi değil, üst bilişler tarafından yapılandırılan bir değerlendirme ve baş etme mekanizması olarak kabul görmektedir (Wells, 2000).

Üstbilişsel modelde endişe, ‘tip 1 endişe’ ve ‘tip 2 endişe’ olmak üzere sınıflandırılarak ele alınmıştır (Wells, 1997). Dışsal durumlar ve bilişleri barındırmayan içsel durumlar (fiziksel belirtiler gibi) tip 1 endişe olarak tanımlanmaktadır. Tip 2 endişe ise, bireyin bilişsel süreçlerini olumsuz olarak değerlendirmesi sonucunda meydana gelmektedir (Wells, 2000). Bir başka deyişle, tip 2 endişe, ‘endişe hakkında endişe’ veya ‘üst endişe’ olarak da kabul görmektedir (Wells, 2000). Endişe hakkında endişelenmek (Üst endişe) ise, endişeye ve sonuçlarına yönelik olumsuz inançlar ile ilişkilendirilmektedir. Üstbilişsel modelde endişeye yönelik olumsuz inançların, anksiyete bozukluklarının gelişiminde önemli bir rol oynadığı ileri sürülmektedir (Wells, 2005).

### **2.3.3.2 Davranışçı Yaklaşım**

Davranışçı yaklaşım; davranışların, çevrede yer alan belli uyaranlar ile bu uyaranlara verilen tepkiler arasındaki ilişki içerisinde öğrenildiğini ileri sürmektedir (Özakkaş, 2014). Davranışçı yaklaşımın kurucusu olan John Watson (2017/1930), ‘uyarana bakıldığında hangi tepkinin verileceğinin öngörülebilirliği’ ve ‘tepki ele alındığında tepkiye yol açan uyaran veya durumun ne olduğunun tahmin edilebilirliği’ ilkesi ile uyaran-tepki ilişkisini açıklamıştır.

Davranışçı kuramlar, anksiyete bozukluklarının klasik koşullanma sonucunda oluştuğunu ve edimsel koşullanma yoluyla devam ettiğini savunmaktadır. Klasik koşullanmada; temelinde tehdit oluşturmayan bir uyarının (koşullu uyaran), tehlike olarak görülen korkutucu bir uyarana (koşulsuz uyaran) ilişkilmesi sonucunda koşullu uyarının da korkutucu ve rahatsızlık uyandırıcı bir uyaran haline geldiği ve nötr özelliğini kaybettiği ileri sürülmektedir. Edimsel koşullanmada ise, tepki uyarandan önce sunulmaktadır. Anksiyete bozukluklarında görülen kaçınma davranışlarının sürdürülmesi edimsel koşullanma ile açıklanmaktadır (Sungur, 1996).

Bu kapsamda, davranışçı teorisyenlere göre anksiyete, çevresel uyaranlara karşı bireylerin verdiği öğrenilmiş tepkilerdir (Özakkaş, 2014; Rachman, 2004). Davranışsal yaklaşım benzer uyaranlara verilen benzer tepkilerin olduğunu; bu öğrenilmiş anksiyete tepkilerinin farklı uyaranlara karşı genellenebildiğini savunmaktadır (Olson ve Hergenhahn, 2016; Schunk, 2014).

## 2.4 Stres

### 2.4.1 Stres Tanımı ve Belirtileri

Latince bir kökene sahip olan 'Estrictia' kökünden gelen stres kavramı; baskı, zorlanma, gerilim ve basınç anlamlarında kullanılabilir (Özkan ve Özdevecioğlu, 2012). İlk stres araştırmacısı olan Hans Selye (1976a), stresi; çevreden gelen çeşitli stresörlere karşı organizmanın verdiği bir cevap olarak tanımlamış, stres ve stresör etmenlerini kavramsallaştırmıştır. Organizmanın fizyolojik ya da psikolojik bütünlüğüne yönelik tehdit olarak algıladığı durumlar stres nedeni (stresör), bu durumlara gösterilen tepkiler ise stres tepkileri olarak kabul görmektedir (Smith ve ark., 2015). McGrathe (1970) ise, organizma ile içinde yaşadığı çevreden gelen talepler arasında ortaya çıkan uyumsuzluğun ve organizmanın bu talepleri karşılayamamasının strese yol açtığını ileri sürmüştür. Diğer bir ifadeyle, mevcut yeni duruma ve çevreden gelen taleplere uyum sağlayabilmek adına, becerilerin ötesinde gösterilen çaba (Cüceloğlu, 2004) ve homeostasisin bozulmasına yönelik algılanan tehdit, strese işaret etmektedir (Krizanova, Babula ve Pacak, 2016).

İnsan yaşantısının olağan akışını değiştiren travmatik deneyimler, denetlenemeyen ve öngörülemeyen yaşantılar, yaşam koşullarında önemli değişimlere sebep olan olaylar ve içsel çatışmalar bireylerin stres tepkileri göstermesine yol açan durumlar olarak sınıflandırılmaktadır. Strese yol açan durumlar, bu sınıflandırmalardan birisini ya da daha fazlasını karşılayabilmektedir. Stresörlerin denetlenebilirliği ve öngörülebilirliği bireylerin ne derecede stres tepkileri göstereceğini de etkilemektedir. Bireylerin uyum sağlamasını gerektiren her türlü yaşantı ise, stres veren yaşam olayları olarak kabul görmektedir (Smith ve ark., 2015).

Stresin psikolojik ve fizyolojik birtakım belirtileri bulunmaktadır. Bu belirtiler aşağıda ele alınmıştır.

*Stresin Psikolojik Belirtileri:* Stres veren yaşam olayları, neşeden (stres ile baş edebilecek yeterli kaynaklar olduğu takdirde); hayal kırıklığı, asabiyet, sabırsızlık sinirlenme eşliğinin düşmesi, depresif duygudurum ve anksiyeteye kadar uzanan birçok duygusal tepkiye yol açmaktadır (Carnegie, 2012; Smith ve ark., 2015). Stres veren yaşantılar karşısında bireyler kendilerini engellenmiş hissedebilmekte ve bu engellenmişlik sonucunda ise saldırganlığa sebep olabilen yoğun bir öfke geliştirebilmektedir (Smith ve ark., 2015). Diğerlerine dair düşmanca bir tutum

takinma, kin besleme ve suç işlemeye yatkınlık bu öfke ve engellenmişliğin sonucu olarak ortaya çıkmaktadır (Rowshan, 2011). Ancak her bireyin engellenmişlik karşısında gösterdiği tepkiler de aynı olmamaktadır. Stres veren yaşantılar sonucunda öğrenilmiş çaresizlik geliştiren bireylerde duyarsızlık, vazgeçme ve eylemsizlik de sıklıkla görülebilmektedir (Smith ve ark., 2015).

Aşırı titiz ve yoğun çalışma eğilimi, alışılmış davranışlarda değişimler, sigara ve alkol tüketiminde artış, diğerlerine karşı aşırı güven ya da güvensizlik, konuşmada belirsizlik, uykuya dalma ve sürdürmede güçlükler ise stresin davranışsal belirtileri olarak kabul görmektedir (Baltaş ve Baltaş, 2008).

Stres etmenlerinin, duygusal ve davranışsal belirtilerin yanı sıra birtakım bilişsel belirtilere de yol açtığı bilinmektedir. Karar verme ve odaklanmada güçlükler, unutkanlık, hafızada zayıflamalar; muhakeme yetisinde ve verimlilikte düşüşler stresin yol açtığı bilişsel değişimlerdendir (Smith ve ark., 2015).

*Stresin Fizyolojik Belirtileri:* Fizyolojik veya psikolojik bütünlüğe yönelik herhangi bir tehdit algısı karşısında ilk olarak hipotalamus uyarılmakta, bu sayede sempatik sinir sistemi ve adrenalkortik sistem harekete geçmekte, organizma savaş ya da kaç tepkisi vermektedir (Smith ve ark., 2015). Hipotalamusun uyarılmasıyla beraber birtakım fizyolojik değişimler yaşanmaktadır. Bu değişimler ise nefes alıp vermede, kalp atışında, terlemede ve hücresel enerji üretiminde artış; kandaki oksijen miktarında, kan şekerinde ve basıncında, vücut ısısında yükselme olarak tanımlanmaktadır. Ayrıca kırmızı kasların gerilmesi, kan akışının hayati organlara yönlendirilmesi ve tüm vücudu uyaracak adrenalin hormonunun salgılanması (Carlson, Speca, Faris ve Patel, 2007; Russell ve ark., 2018); baş (Carnegie, 2012) ve sırt (Rowshan, 2011) ağrıları, sindirim güçlükleri, çene sıkma kaynaklı meydana gelen ağız ve diş sağlığı problemleri, tansiyon yüksekliği, nedeni belli olmayan bir bitkinlik hali stresin yol açtığı diğer fizyolojik değişimlerdendir (Carnegie, 2012).

Stres veren yaşam olayının niteliği (örneğin; doğrudan veya dolaylı maruziyet, tehdit edici etmene yakınlık, zorluğun süresi ve şiddeti), zorluğa maruz kalan bireyin ve çevresel destek sisteminin özellikleri gibi değişkenler ise stres belirtilerinin şiddetini etkilemektedir (Southwick, Vythilingam ve Charney, 2005).

Tehdit algısı ortadan kalktığı takdirde, sağlıklı koşullar altında, stres belirtileri yavaş yavaş gerilemekte ve birey tehdit algısından önceki dengesine geri dönebilmektedir. Stres kaynağının sürekli hale geldiği durumlarda ise süregelenmiş stres, bedende sürekli bir uyarılmışlık haline yol açmakta, uzun vadede bağıklık

sistemi sıkıntılarını ve stresle ilişkili çok sayıda hastalığı yordamaktadır (Harrington, 2013). Tıbbi rahatsızlıkların çoğunun temelinde stresli yaşantıların bulunduğu bilinmektedir (Smith ve ark., 2015). Stres belirtilerinin anlaşılması, stresin süreğen hale gelmesini önleyebilmek ve bu doğrultuda gerekli tedbirleri alabilmek adına önem arz etmektedir (Rowshan, 2011).

DSM-5' te travma ve strese bağlı bozukluklar; tepkisel bağlanma bozukluğunu, kısıtlanmış sosyal bağlantı bozukluğunu, travma sonrası stres bozukluğunu, akut stres bozukluğunu, uyum bozukluğunu, tanımlanmış diğer örselenme ve tetikleyici etkenle ilişkili bozukluğu ve tanımlanmamış diğer örselenme ve tetikleyici etkenle ilişkili bozukluğu kapsamaktadır (APA, 2013).

#### **2.4.2 Stresin Etiyolojisi**

Stres kavramının temelinde bütünlüğüne yönelik herhangi bir tehdit algısı ve çevreden gelen çeşitli stresörlerin varlığı yer almaktadır (Smith ve ark., 2015). Stresin etiolojisinin anlaşılabilmesi için ilk olarak bireyleri strese yatkınlaştıran etmenlerin ele alınması gerekmektedir. Stres verici bir yaşantı deneyimlendiğinde, travma sonrası stres bozukluğuna kadar uzanabilen düzeylerde stres belirtileri gelişmesi riskini arttıran pek çok yatkınlaştırıcı etmen bulunmaktadır (Gülsün, Tamam ve Özçelik, 2012). Bu yatkınlaştırıcı etmenler ise; A tipi kişilik örgütlenmesini (Yates, 1989), genetik yatkınlığı (Gülsün ve ark., 2012; Akman, 2004), sosyal destek eksikliğini (Southwick ve ark., 2005) ve sağlıksız beslenme alışkanlıklarını (Girdano ve Everly, 1998), bastırılmış başa çıkma stratejisini (Smith ve ark., 2015), travmatik deneyim geçmişini, birey ve ailesindeki psikiyatrik bozukluk öyküsünü kapsamaktadır (Southwick ve ark., 2005).

*A Tipi Kişilik Örgütlenmesi:* Alanyazın, A tipi kişilik örgütlenmesi bulunan bireylerin idealist, mükemmeliyetçi, rekabetçi, meydan okumayı seven, aynı anda birçok işi sahiplenen, agresif, kolayca saldırganlık ve düşmanlık duyguları gösterebilen, sorumluluk bilinci yüksek ve kendi çıkarlarını gözetken bir yapıda olduğunu desteklemektedir. Yapılan araştırmalar, A tipi kişilik örgütlenmesi bulunan bireylerin B tipi kişilik örgütlenmesine sahip olan bireylere oranla yüksek düzeylerde stres belirtileri deneyimlemeye daha yatkın olduğunu göstermektedir (Yates, 1989).

*Genetik Yatkınlık:* Nöropeptid Y Plazma'nın stres verici yaşam olaylarına verilen yanıtlarda önemli bir rol oynadığı bilinmektedir. Düşük Nöropeptid Y Plazma



düzei veya ekspresyonu olan bireylerin stresle ilişkili bozukluklara yatkınlığının diğeri bireylere nazaran daha yüksek olduğu ilgili literatürce desteklenmektedir (Gülsün ve ark., 2012). Ayrıca dolaşım sistemi veya gastrointestinal sistem rahatsızlıkları, herhangi bir stres veren yaşantı karşısında daha yoğun düzeylerde stres tepkileri geliştirilmesine yol açmaktadır. Bu rahatsızlıkların temelinde ise çoğunlukla genetik yatkınlıklar yer almaktadır (Akman, 2004).

*Sosyal Destek Sistemleri:* Ele alınan değışkenler arasında, nitelikli sosyal destek kaynaklarına sahip olmak önemli bir yere sahiptir (Southwick ve ark., 2005). Nitelikli sosyal destek kaynakları, stres veren bir yaşam olayı deneyimlendiğinde stresör hakkında ruminatif düşünceler geliştirilmesini önleyerek, bireyin duygusal açıdan daha sağlıklı uyumlanmasını sağlamakta (Smith ve ark., 2015), bireylerin sağlığını arttırmakta, travma ve stresörle ilişki bozukluklar karşısında koruyucu bir tampon görevi görmektedir (Southwick ve ark., 2005).

*Sağlıksız Beslenme Alışkanlıkları:* Sağlıksız beslenme alışkanlıklarının, bireyleri strese yatkın hale getirmesi, hipoglisemi (düşük kan şekeri) kavramı ile açıklanmaktadır. Anksiyete, şiddetli baş ağrısı ve migren atakları, baş dönmesi, kalp çarpıntısı ve tremor hipogliseminin yol açtığı fizyolojik belirtilerdir. Bu belirtiler karşısında, normal düzeylerde deneyimlenebilecek stres uyaranları dahi bireylerin yoğun düzeylerde uyarılmasına sebep olmaktadır. Sağlıksız beslenme alışkanlıkları ile ilgili bir diğeri unsur ise aşırı tuz kullanımımıdır. Aşırı tuz oranı vücuttaki suyu tutarak ödem gelişmesine; beyin ve sinir dokularında gerginliğin artmasına zemin oluşturmaktadır (Girdano ve Everly, 1998).

*Bastırılmış Başa Çıkma Stratejisi:* Stres veren yaşantılarla başa çıkmak için daha uyumsuz yollar izlenmesi, olumsuz deneyimlenen duyguların inkâr edilmesi ve bilinçli farkındalığın dışına itilmesi bastırılmış başa çıkma stratejisi olarak adlandırılmaktadır. Bastırılmış başa çıkma stratejisi kullanan bireylerin, bir stres kaynağı karşısında diğeri bireylere oranla otonom sinir sistemleri daha fazla etkinlik göstermektedir. Duyguların bilinçli bir şekilde deneyimlenmesinin bastırılması ise fiziksel bir çaba gerektirmekte ve bireylerin sürekli uyarılmasına sebep olmaktadır. Bu uyarılmışlık hali stres eşliğinin düşmesine yol açmaktadır (Smith ve ark., 2015).

### **2.4.3 Stres ve Stres Tepkileri ile İlgili Kuramsal Yaklaşımlar**

#### **2.4.3.1 Bilişsel Yaklaşım**

ABC modelinde; (A) durumu, (B) kişinin durumla ilgili nasıl inanç ve düşüncelere sahip olduğunu, (C) ise olayın sonucunu temsil etmektedir (Ellis, 1994). Modelde herhangi bir durumun bilişsel, duygusal ya da davranışsal sonucunun (C), aslında durumun sonucu olmadığı (A); sonuçların, kişinin durum hakkındaki inanç ve düşüncelerinden (B) kaynaklandığı vurgulanmaktadır. Başka bir deyişle, ABC stres modeline göre strese neden olan, ABC modeline akılcı olmayan düşünce ve inançların dahil edilmesidir (Ellis, 1994; Harran ve Ziegler, 1991; Ziegler, 2003).

Lazarus ve Folkman (1984) ise, geliştirdikleri Transaksiyonel Stres Modeli (The Transactional Model of Stress) ile stresin bilişsel değerlendirmelere bağlı olduğunu savunmuşlardır. Bu modele göre yaşanan bir olay karşısında ilk olarak birincil değerlendirme yapılmaktadır. Modelde, yapılan birincil değerlendirme sonucunda algılanan tehdit bulunmadığı takdirde herhangi bir stres yaşanmayacağı; ancak algılanan bir tehdit söz konusu olduğunda ikincil değerlendirmeye geçileceği vurgulanmaktadır. İkincil değerlendirme ise tehditle baş edememe algısını ve tehditle başa çıkma yeteneği algısını kapsamaktadır. Tehditle baş edememe algısı olumsuz stres olarak değerlendirilirken, tehditle başa çıkma yeteneği algısı olumlu stresi işaret etmektedir. Olumlu stres motivasyon kaynağı; olumsuz stres ise psikiyatrik ve somatik yakınmaların yordayıcısı olarak kabul görmektedir (Selye, 1976b).

#### **2.4.3.2 Davranışçı Yaklaşım**

Davranışsal yaklaşımı benimseyen teorisyenler, stres belirtilerini klasik ve edimsel koşullanma ile açıklamaktadır. Davranışsal yaklaşıma göre klasik koşullanmanın iki yönü bulunmaktadır (Akman, 2004). Klasik koşullanmanın ilk yönünde; duygusal tepkilere verilen yanıtın karmaşık olduğu ve bu karmaşık yanıtın fizyolojik, davranışsal, psikolojik birtakım unsurları kapsadığı ileri sürülmektedir. Stres veren bir durum ya da olay karşısında, organizma fizyolojik olarak uyarılmakta; kalp atışında hızlanma, vücut ısısı ve kan basıncında yükselme gibi stres ile ilişkili birtakım bedensel tepkiler geliştirilmektedir. Başka bir deyişle, önceden nötr olan uyarıcı, geliştirilen bu bedensel tepkilerin de sürece dahil olmasıyla beraber fizyolojik, davranışsal ve psikolojik unsurlarla ilişkilendirilmektedir. Davranışçı kuramcılar, bu

ilişkilendirme sonucunda, daha düşük düzeylerde stresör maruziyeti karşısında dahi fizyolojik uyarılmışlık durumunun meydana geleceğini savunmaktadır (Akman, 2004). Klasik koşullanmanın ikinci yönünde ise, stres veren bir durumun yol açtığı kaygının öngörülebilir ve tahmin edilebilir olduğu ileri sürülmektedir. Stres veren duruma doğrudan bir maruziyet olmasa bile, durum hakkında düşünmek dahi stresörün yol açtığı kaygının oluşumuna sebep olabilmektedir (Akman, 2004; Rice, 1999).

Edimsel koşullanmada ise, keyif verici sonuçlara yol açan davranışların sıklığının artacağı, olumsuz sonuçlara sebep olan davranışın sıklığında da azalma yaşanacağı ileri sürülmektedir (Rice, 1999). Bu bağlamda stres kaynağından uzaklaşmak, kişiyi stresin beraberinde getirdiği olumsuz deneyimlerden kurtaracak ve kaçınma davranışında artış gözlemlenecektir (Akman, 2004).

Holmes ve Rahe (1967) ise stresi, Uyarıcı Odaklı Stres Tepkisi (Stimulus Based Stress Response) modeli ile açıklamış, zorlu yaşam olaylarını sınıflandırarak ele almıştır. Bu modelde, stresörlerin etkisine odaklanılmış; kişilerin yaşadıkları zorlu yaşam olaylarının sayısı arttıkça, strese ve hastalıklara karşı hassasiyetlerin de artış gösterdiği ileri sürülmüştür. Önemli yaralanmalar ya da hastalıklar; yaşam koşullarında yaşanan büyük değişimler; hapisanede ya da başka bir koşulda kısıtlanma altında olma; eşin, sevilen bir arkadaşın veya yakın bir aile üyesinin kaybı; kişisel alışkanlıklarda, ailenin bir araya gelme sıklığında (artış ya da azalma), çalışma süresi ve şartlarında değişimler yaşama gibi etkenler Holmes ve Rahe (1967) tarafından stres veren zorlu yaşam olayları olarak tanımlanmıştır.

#### **2.4.3.3 Biyolojik Yaklaşım**

Selye (1950), genel adaptasyon sendromu (GAS) modeli ile stresi ve stres tepkilerini kavramsallaştırmıştır. Genel adaptasyon sendromu, tehdit durumu karşısında endokrin ve otonom sinir sistemleriyle beraber tüm vücudun verdiği fiziksel tepkileri içermektedir. Genel adaptasyon sendromuna göre, organizma stres kaynağına 3 evrede cevap vermektedir. Bu evreler; alarm, direnç ve bitkinlik evresi olarak tanımlanmaktadır (Selye, 1950).

Alarm evresinde, çevreden algılanan bir tehdit söz konusudur. Bu tehdit karşısında vücutta adrenalin, noradrenalin, kortizol salınımı başlamakta ve organizma savaş ya da kaç tepkisi vermeye hazırlanmaktadır. Alarm evresinin organizma için

oldukça yorucu bir evre olduğu bilinmekle beraber yeterli dinlenme ile kısa sürede eski hale dönülebilmektedir (Smith ve ark., 2015; Selye, 1950).

Direnç evresinde zorluk hala devam etmektedir. Kişi daha fazla kaynak kullanarak ve savaş ya da kaç tepkisi göstererek bu zorluğu aşmaya çalışmaktadır. Zorluk ortadan kalkmadığı takdirde uyum sağlanamamaktadır (Smith ve ark., 2015; Selye, 1950).

Genel adaptasyon sendromunun son evresi olan bitkinlik evresinde ise, artık stres süregenleşmiştir. Organizmanın mevcut tehdit ile başa çıkabilmesi için tüm kaynakları tükenmiştir. Bu evrede zihinsel ve fiziksel bitkinlik, azalan stres toleransı, bağışıklık sistemi problemleri yaşanmakta; birey hastalıklara duyarlı hale gelmektedir (Smith ve ark., 2015; Selye, 1950).

#### **2.4.4 Öz Duyarlık ve Depresyon, Anksiyete, Stres Arasındaki İlişkiyi İnceleyen Araştırmalar**

İlgili literatürde, öz duyarlık ile depresyon, anksiyete ve stres belirtileri arasındaki ilişkileri ele alan, farklı örneklem grupları ile yapılan birçok araştırma yer almaktadır. Ulaşılabilen mevcut çalışmaların örnekleminin bir kısmını depresif bozukluk tanısı olan (Krieger, Altenstein, Baettig, Doerig ve Holtforth, 2013; Pauley ve McPherson, 2010; Körner ve ark., 2015), anksiyete bozukluğu tanısı olan (Hoge ve ark. 2013; Pauley ve McPherson, 2010) ve infertilite tedavisi gören bireyler (Raque-Bogdan, 2010) oluştururken; bir kısmını da sağlık çalışanları (Montero-Marin, Zubiaga, Cereceda, Marcos Piva Demarzo, Trenc ve Garcia-Campayo, 2016), üniversite öğrencileri (Samaie ve Hojjatollah, 2011) ve diyabet hastaları (Friis, Johnson, Cutfield ve Consedine, 2016) oluşturmaktadır. Yapılan araştırmalar, öz duyarlığın düşük düzeyde depresyon (Friis ve ark., 2016; Körner ve ark., 2015), anksiyete (Bergen-Cico ve Cheon, 2014; Hoge ve ark. 2013; Pauley ve McPherson, 2010) ve stres (Montero-Marin ve ark., 2016; Neff ve Elizabeth, 2013; Samaie ve Hojjatollah, 2011) belirtileri ile ilişkili olduğunu göstermektedir. Bu bölümde öz duyarlık düzeyi ile depresyon, anksiyete ve stres belirtileri arasındaki ilişkileri inceleyen araştırmalara yer verilmiştir.

Öz duyarlık seviyesi yüksek olan bireylerin, zorlayıcı yaşam olayları karşısında kendilerine şefkatli bir tutumla yaklaşabildiği bilinmektedir (Neff ve ark., 2007b; Zeller, Yuval, Nitzan-Assayag ve Bernstein, 2015). İlgili alanyazın, depresif

bozuklukların ortaya çıkması ve sürdürülmesinde benliğe dair derin utanç ve suçluluk duygularının açıklayıcı bir etken olduğunu göstermektedir (Ross, Kaminski ve Herrington, 2019; Zhang ve ark., 2018). Bireylerin kendilerine yönelik şefkatli tutumu ise yaşanan yoğun suçluluk ve utanç duygularını azaltarak depresyon karşısında koruyucu bir bariyer görevi görmekte (Ross ve ark., 2019; Zhang ve ark., 2018), depresif belirtiler deneyimlendiği takdirde ise bu belirtilerin azalmasına yardımcı olmaktadır (Neff ve ark., 2007b; Zeller ve ark., 2015). Klinik örneklem üzerinde depresyon tanısı alan bireyler ile yapılan bir çalışmada, düşük düzeyde öz duyarlık seviyesi olan depresif bireylerin, öz duyarlık seviyesi yüksek olan depresif bireylere nazaran daha fazla ruminatif düşünceler geliştirdiği saptanmış; bu bağlamda öz duyarlığın, depresyon belirtilerinin hafif düzeylerde seyretmesine yardımcı bir etken olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Krieger ve ark., 2013).

Körner ve arkadaşları (2015) tarafından, depresif belirtileri olmayan; herhangi bir depresif belirtisi olan ancak MDB koşullarını karşılamayan ve MDB tanısı ile uyumlu belirtiler gösteren bireylerle yapılan bir çalışmada ise, herhangi bir depresif belirtisi olan veya MDB koşullarını karşılayan kişilerin, depresif belirtileri olmayan kişilere oranla daha düşük farkındalık; daha yüksek izolasyon ve öz eleştiri puanlarına sahip oldukları tespit edilmiştir. Öz duyarlığın olumsuz alt boyutları ve depresyon belirtileri arasındaki ilişkiyi inceleyen diğer çalışmalar da benzer şekilde, yüksek düzeyde öz eleştirinin depresif bozukluklar için önemli bir risk etmeni olduğunu desteklemektedir (Ehret, Joormann ve Berking 2015; Neff, 2012; Zhang ve ark., 2019). Yapılan araştırmalardan elde edilen bulgular, öz eleştiri düzeyi arttıkça öz duyarlığın azaldığını; öz duyarlığın azalmasıyla beraber döngüsel bir şekilde süregelen depresyon riskinin arttığını göstermektedir (Ehret ve ark., 2015).

Tüm bu araştırma bulgularına paralel olarak, ilgili literatür öz duyarlık ile depresyonun (Galla, 2016; Hall, Row, Wuensch ve Godley, 2013; Raes, 2011; Van Dam, Sheppard, Forsyth ve Earleywine, 2011) ve depresyonun yordayıcılarından olan ruminasyonun (Galla, 2016; Johnson ve O'Brien, 2013) birbirleri ile negatif yönde yönde ilişkilendiğini destekler niteliktedir. Krieger ve arkadaşları (2013) tarafından yapılan bir çalışmada, öz duyarlık ile depresyon arasındaki ilişkide kaçınmanın ve ruminasyonun aracı rolü olduğu bulunmuş; öz duyarlığın kaçınmayı ve ruminasyonu negatif yönde yordadığı saptanmıştır.

Depresyonun yanı sıra, öz duyarlık ile anksiyete belirtileri arasında da negatif yönde bir ilişki olduğu ilgili alanyazınca desteklenmektedir (Bergen-Cico ve Cheon,

2014; Hoge ve ark. 2013; Pauley ve McPherson, 2010). Yaygın anksiyete bozukluğu (YAB) tanısı alan bireylerle yapılmış bir araştırmada, bu bireylerin tanı almayan bireylere oranla daha düşük düzeylerde farkındalık ve öz duyarlık puanlarına sahip oldukları saptanmıştır (Hoge ve ark. 2013). Neff (2003b) tarafından yapılan bir çalışmada ise, öz duyarlık düzeyi ile anksiyete ve depresyon belirtilerinin negatif yönde; yaşam doyumunun ise pozitif yönde ilişkilendiği ortaya konulmuştur.

Benzer şekilde, örneklemini depresif bozukluk veya anksiyete bozukluğu tanısı olan bireylerin oluşturduğu; duyarlık ve öz duyarlık deneyiminin ve anlamının ele alındığı bir araştırmada, öz duyarlık düzeyi ile depresyon ve anksiyete belirtilerinin negatif yönde ilişkilendiği tespit edilmiştir. Bu araştırmada katılımcılar, duyarlığın ‘nezaket’ ve ‘eylem’ olmak üzere iki temel niteliğe sahip olduğunu; ayrıca öz duyarlığın anksiyete ve depresyon belirtileri karşısında kendilerine yardımcı olması açısından yararlı olduğunu düşündüklerini ileri sürmüşlerdir (Pauley ve McPherson, 2010).

Van Dam ve arkadaşları (2011) tarafından yapılan bir çalışmada ise, öz duyarlığın ve bilinçli farkındalığın depresyon, anksiyete ve yaşam memnuniyeti düzeyini yordayıcılığı analiz edilmiştir. Analiz sonuçları öz duyarlığın; depresyon, anksiyete ve yaşam memnuniyeti düzeyleri için güçlü bir yordayıcı olduğunu; bilinçli farkındalığa oranla varyansı on kat daha fazla açıkladığını göstermektedir. Bu araştırmada, öz duyarlığın olumsuz alt boyutlarından olan öz eleştiri ve izolasyon bileşenlerinin, depresyon ve anksiyete belirtilerinin önemli bir yordayıcısı olduğu da özellikle dikkat çekmektedir.

Neff ve arkadaşları (2007a) tarafından yapılan bir araştırma ise, öz duyarlık düzeyi arttıkça anksiyete ve depresyon belirtilerinin azaldığını, bununla birlikte öz duyarlığın anksiyete belirtileri karşısında koruyucu bir etken olduğunu göstermektedir (Neff ve ark., 2007a). 20 araştırmanın temel oluşturduğu bir meta-analiz çalışmasında, öz duyarlık ile anksiyete ve depresyon seviyeleri arasında kuvvetli bir etki büyüklüğü olduğu saptanmıştır (MacBeth ve Gumley, 2012). Öz duyarlık ve psikiyatrik bozukluklar arasındaki ilişkiyi inceleyen ulusal çalışmalardan elde edilen bulgular da öz duyarlık ile depresyon ve anksiyete düzeyi arasında negatif yönde bir ilişki olduğunu destekler niteliktedir (Bayramoğlu, 2011; Özyeşil ve Akbağ, 2013).

Depresif bozukluklar ve anksiyete bozukluklarına paralel olarak öz duyarlık ile stres belirtileri arasında da negatif yönde bir ilişki olduğu bilinmektedir (Bluth ve Eisenlohr- Moul, 2017; Galla, 2016; Montero-Marin ve ark., 2016; Neff ve Elizabeth,

2013; Neff ve Germer, 2013; Raque-Bogdan, 2010; Samaie ve Hojjatollah, 2011). İlgili alanyazın öz duyarlığın stres (Neff ve ark., 2005; Neff ve Elizabeth, 2013; Samaie ve Hojjatollah, 2011) ve tükenmişlik düzeyleri ile negatif yönde ilişkilendiğini (Barnard ve ark., 2012); öz duyarlık seviyesi yüksek olan bireylerin stresli yaşam olaylarından daha az etkilendiğini (Akın ve ark., 2007); öz duyarlığın olumsuz alt boyutlarından olan izolasyon ve aşırı özdeşleşmenin ise stres düzeyleri ile pozitif yönde ilişkilendiğini desteklemektedir (Terzioğlu ve Çakır, 2020).

Raque-Bogdan (2010), doğal yollardan çocuk sahibi olamayan (İnfertilite) kadınları, yaşadıkları stres karşısında koruyan faktörleri belirlemek amacıyla bir çalışma gerçekleştirmiştir. Çalışma sonucunda öz duyarlığın, umut ve olumlu ya da olumsuz etkilenme arasındaki ilişkide aracı bir rol oynadığı saptanmıştır. Bununla beraber, öz duyarlığın, infertilitenin olumsuz psikolojik etkileri karşısında bariyer görevi gören, koruyucu bir faktör olabileceği de belirtilmektedir.

Sağlık çalışanları ile yapılan bir araştırmada ise, öz duyarlığın stres belirtilerini azalttığı ve süregelen stresin yol açtığı tükenmişlik sendromu karşısında koruyucu bir rol oynadığı saptanmıştır (Montero-Marin ve ark., 2016). Benzer şekilde, üniversite öğrencileriyle gerçekleştirilen; ruminasyon, öz değerlendirme ve stres düzeyleri arasındaki ilişkide öz duyarlığın aracı rolünü ele alan bir çalışmada, ruminasyon ve öz değerlendirme ile stres düzeyleri arasında ilişki olduğu ve bu ilişkide öz duyarlığın stres belirtilerini hafifletecek bir etken olduğu tespit edilmiştir (Samaie ve Hojjatollah, 2011).

Öz duyarlığın kişilik özellikleri ile ilişkili ancak geliştirilebilecek bir yapı olduğu bilinmektedir (Jacobs, 2005; Neff ve ark., 2007a). Öz duyarlığa yönelik müdahale programları uygulanan bireyler üzerinde yapılan çeşitli araştırmalar öz duyarlık düzeyi arttıkça depresyon (Bluth ve Eisenlohr- Moul, 2017; Neff ve ark., 2007b ; Neff ve Germer, 2013; Noorbala, Borjali, Attari ve Noorbala, 2013), anksiyete (Bergen-Cico ve Cheon, 2014; Bluth ve Eisenlohr- Moul, 2017; Neff ve ark., 2007b; Neff ve Germer, 2013; Noorbala ve ark., 2013) ve stres (Bluth ve Eisenlohr- Moul, 2017; Neff ve Germer, 2013; Friis ve ark., 2016) belirtilerinin azaldığını göstermektedir. İlgili öz duyarlık temelli müdahale çalışmaları ise aşağıda ele alınmıştır.

Neff ve Germer (2013) tarafından gerçekleştirilen bir çalışmada öz duyarlı farkındalık programının uygulandığı müdahale grubu ve herhangi bir müdahaleye maruz kalmamış olan kontrol grubunun birtakım psikolojik belirti düzeyleri karşılaştırılmıştır. Çalışmanın sonucunda müdahale grubundaki katılımcıların öz

duyarlık, diğerlerine duyarlık, bilinçli farkındalık ve yaşam doyumu düzeylerinin arttığı; depresyon, anksiyete ve stres düzeylerinin azaldığı saptanmıştır (Neff ve Germer, 2013).

Benzer şekilde, 8 haftalık öz duyarlık ve farkındalık temelli psikoeğitim programına dahil edilen bireylerle yapılan, öz duyarlık ve psikolojik sağlık arasındaki ilişkiyi inceleyen bir diğer araştırmada ise, öz duyarlık seviyesi arttıkça, depresyon, anksiyete ve stres düzeylerinin azaldığı tespit edilmiştir (Bluth ve Eisenlohr- Moul, 2017).

Compassionate Mind Training (CMT) olarak adlandırılan öz duyarlı zihin eğitiminin anksiyete ve depresyon belirtileri üzerindeki etkinliğini ele alan bir çalışmada, müdahale grubunun kontrol grubuna oranla anksiyete ve depresyon belirtilerinin önemli ölçüde azaldığı analiz edilmiştir (Noorbala ve ark., 2013).

Neff, Kirkpatrick ve Rude (2007b) tarafından yapılan bir araştırmada ise öz duyarlık düzeyi ile psikolojik iyi oluş arasındaki ilişkinin anlaşılması amaçlanmıştır. Araştırmanın bulguları ise, öz duyarlık seviyesi artan bireylerin depresyon, anksiyete, öz eleştiri ve ruminasyon düzeylerinde azalmalar olduğunu göstermektedir (Neff ve ark., 2007b).

Bergen-Cico ve Cheon (2014) tarafından yapılan boylamsal bir çalışmada; meditasyon tedavisinin farkındalık, öz duyarlık ve sürekli anksiyete düzeyleri üzerindeki etkisi ve ilgili değişkenlerin birbirleri ile olan ilişkisi incelenmiştir. Çalışmada müdahale grubu ve kontrol grubunun; müdahale öncesi, müdahale ortası ve müdahale sonrası verileri karşılaştırılmıştır. Çalışmadan elde edilen veriler meditasyon programı sonucunda öz duyarlık ve farkındalık düzeylerinin yükseldiğini; meditasyon programı ile anksiyete düzeyleri arasındaki ilişkide öz duyarlığın ve farkındalığın aracı rolü olduğunu destekler niteliktedir.

Tüm bu araştırma verilerine paralel olarak, Friis ve arkadaşları (2016) tarafından, diyabetli hastalarla yapılan 8 haftalık öz duyarlık temelli müdahale programı sonucunda ise, müdahale grubunun depresif belirtilerinde ve diyabete özgü stres düzeylerinde anlamlı derecede azalmalar yaşandığı görülürken, kontrol grubunda yer alan bireylerin depresif belirtilerinde herhangi bir farklılaşma yaşanmadığı saptanmıştır.

Özetle, literatürde yer alan çalışma bulgularının birbirleriyle örtüşür nitelikte olduğu; öz duyarlığın depresyon ( Van Dam ve ark., 2011; Bluth ve Eisenlohr- Moul, 2017; Friis ve ark., 2016; Galla, 2016; Hall ve ark., 2013; Körner ve ark., 2015; Neff



ve Germer, 2013; Raes, 2011), anksiyete (Bergen-Cico ve Cheon, 2014; Bluth ve Eisenlohr- Moul, 2017; Hoge ve ark. 2013; Neff ve Germer, 2013; Noorbala ve ark., 2013; Pauley ve McPherson, 2010; Van Dam ve ark., 2011) ve stres düzeyleri (Bluth ve Eisenlohr- Moul, 2017; Galla, 2016; Montero-Marin ve ark., 2016; Neff ve Elizabeth, 2013; Neff ve Germer, 2013; Raque-Bogdan, 2010; Samaie ve Hojjatollah, 2011) ile negatif yönde ilişkilendiği görülmektedir. İlgili literatür taramaları göz önünde bulundurularak, mevcut çalışmada, pandemi sürecinde öz duyarlık ve psikolojik sağlık ile depresyon, anksiyete, stres belirtileri arasındaki ilişkiler incelenmiştir.

## **2.5 Psikolojik Sağlık**

### **2.5.1 Psikolojik Sağlamlığın Tanımı**

Uluslararası literatürde “resilience” kelimesi ile tanımlanan psikolojik sağlık kavramı, Latince bir kökene sahip olup ‘esnek, elastik yapıda olduğu için kırılmayan ve önceki haline kolayca dönebilen’ anlamlarına gelen ‘resilire’ kökünden gelmektedir (Fletcher ve Sarkar, 2013). Ulusal literatürde ise, ortak bir tanımda uzlaşamadığı ve ‘psikolojik sağlık’ kavramının; yılmazlık (Savi-Çakar, Karataş ve Çakır, 2014), kendini toparlama gücü (Terzi, 2008), psikolojik dayanıklılık (Basım ve Çetin, 2011) ve psikolojik sağlık (Arslan, 2015; Doğan, 2015; Kararımak, 2006) tanımları ile ele alındığı görülmektedir. İlgili alanyazın psikolojik sağlamlığın; zorlayıcı yaşam olayları karşısında alışlagelmiş işleyişi korurken, aynı zamanda bu zorlukların uyumlu bir şekilde üstesinden gelebilme becerisi olduğunu ve dinamik bir yapıyı barındırdığını destekler niteliktedir (Russo ve ark., 2012; Rutter, 2012; Southwick ve Charney, 2012).

Masten ve arkadaşları ise psikolojik sağlamlığı; zorlayıcı yaşam olaylarına rağmen uyum sağlama becerisi sergileyebilmek, uyum gösterebilmek adına çaba sarf etmek ve bu sürecinin sonunda başarıyla uyumlanabilmek olarak tanımlamıştır (Masten, Best ve Garmezy, 1990). Benzer şekilde Hunter (2001) da bu süreçte uyumlanabilme becerisinin önemini vurgulamış ve psikolojik sağlamlığın; kişinin içerisinde yaşadığı çevrede meydana gelen çeşitli zorluklara başarıyla uyum sağlayabilmesi olduğunu ileri sürmüştür.

Psikolojik sağlamlık kavramını alanyazına kazandıran Suzanne Kobasa (1979), yaptığı bir çalışmada, katılımcılardan son 3 yıl içerisinde yaşadıkları zorlayıcı yaşam olaylarını ve geçirdikleri hastalıkları listelemesini istemiş; ilgili değişkenler arasındaki ilişkileri incelemiştir. Yapılan çalışmada, bazı bireylerin zorlayıcı yaşam olayları karşısında diğerlerine nazaran daha kolay uyum sağlayarak önceki işlevselliğine dönebildiği; daha düşük düzeylerde tıbbi ve psikolojik sıkıntı yaşadığı sonucuna ulaşılmıştır. Bununla beraber Kobasa, son 3 yıl içerisinde deneyimlediği zorlayıcı yaşam olayı puanı yüksek olan ancak geçirdiği hastalık sayısı görece daha az olan bireylerin bazı ortak koruyucu özelliklerle sahip olduğunu ileri sürmüş ve bu özellikleri psikolojik sağlamlık kavramı ile açıklamıştır. Kobasa, bu koruyucu özellikleri; bireyin, yaşantısındaki olaylar üzerinde kontrolü olduğuna inanması, hayatın getirdiği değişimlere açık olması ve karşılaştığı zorlukları kendisini geliştirebilmesi için bir meydan okuma olarak görebilmesi, sebatkar bir şekilde yaptığı işe özveri ile kendini adanması, olarak tanımlamıştır (Kobasa, 1979).

Tüm bunların yanı sıra, Kobasa (1979) psikolojik sağlamlığı tanımlarken ‘resilience (sağlamlık, dayanıklılık)’ kelimesi yerine, ‘psychological hardiness (psikolojik tahammül)’ kavramını kullanmıştır. Bu iki kavram her ne kadar birbirini anımsatsa da temelde farklı anlamlar barındırmaktadır. Tahammül (hardiness) kavramı, çeşitli zorluklar karşısında bireyin göğüs gerebilmesi anlamını taşıırken, psikolojik sağlamlıkta (resilience) olumlu yönde bir değişim ve uyumlanma söz konusudur (Earvolino-Ramirez, 2007). Psikolojik sağlamlık kavramından söz edilebilmesi için iki temel öge bulunmaktadır. Bu öğelerden ilki ‘Zorlayıcı bir yaşam olayının varlığı’; ikincisi ise ‘Zorlayıcı yaşam olayı karşısında sosyal ve davranışsal becerileri kapsayan olumlu uyumun sergilenebilmesi’ olarak tanımlanmıştır (Luthar ve Zigler, 1991; Maddi, 2005). İlgili alanyazında psikolojik sağlamlığı “resilience” terimi ile ele alan ilk kişi ise Rutter (1985) olmuştur. Rutter (2006), psikolojik sağlamlığın; bireylerin, ciddi sonuçlara yol açması beklenen zorlu yaşantılar karşısında görece iyi bir psikolojik yanıt verebilmeleri, olduğunu ileri sürmüştür.

Lepore ve Revenson (2014), psikolojik sağlamlığın üç yönü olduğunu ileri sürmüş ve ağaç modellemesi ile bu tanımları betimleyerek kavramsallaştırmıştır. Psikolojik sağlamlığın üç yönü ise: (1) İyileşme, (2) Direnç ve (3) Yeniden Yapılandırma olarak tanımlanmıştır.

(1) İyileşme: Güçlü bir rüzgâr karşısında, ağaç rüzgârın estiği yönde esneyecek ve bükülecek ancak kırılmayacaktır; böylece rüzgâr dindiğinde, ağaç önceki haline

geri dönebilecektir. Bu bağlamda kişinin zorlu yaşantı ortadan kalktığında önceki işlevselliğine geri dönebilmesi, psikolojik sağlamlığın iyileşme yönü olarak kabul görmektedir (Lepore ve Revenson, 2014).

(2) Direnç: Rüzgâr karşısında ağaç şeklini koruyacak ve direnecektir. Ağaç modellemesine paralel olarak, zorlu yaşantı karşısında psikolojik sağlamlık düzeyi yüksek olan bireyin; yaşantı öncesinde, yaşantı sırasında ve yaşantı sonrasında benzer işlevleri sergileyebilmesi, psikolojik sağlamlığın direnç yönüne işaret etmektedir (Lepore ve Revenson, 2014).

(3) Yeniden Yapılandırma: Rüzgâr sırasında ağaç şeklini geçici bir süre değiştirmek yerine kendisini yeniden yapılandıracaktır. Böylece gelecekteki şiddetli ve zorlayıcı rüzgarlara karşı kolayca uyumlanabilecektir. Benzer şekilde, zorlu yaşantılar karşısında yeniden yapılandırma gösteren bireyler biliş, inanç ve davranışlarını zorlayıcı deneyimlerine uyum sağlayacak şekilde yeniden yapılandıracak ve gelecekteki muhtemel zorluklara direnebilecektir (Lepore ve Revenson, 2014).

İlgili geçmiş alanyazın, psikolojik sağlamlık kavramının, doğuştan getirilen (Block ve Block, 1980) bir kişilik özelliği olduğu varsayımı üzerine dayandırılmıştır (Jacelon, 1997). Rutter ise (2006), psikolojik sağlamlığın kişinin hayatı boyunca karşılaştığı zorlayıcı yaşam olayları sonucunda öğrenilen ve geliştirilebilen bir yapı olduğunu ileri sürmüştür. Benzer şekilde Cicchetti (2010) de psikolojik sağlamlığın, doğuştan getirilen bir özellik olmaktan ziyade; zorlayıcı yaşam olaylarına olumlu uyum gösterebilme becerisini kapsayan, birçok unsurun ilişkisi ile var olan, değiştirilebilir ve geliştirilebilir bir süreç olduğunu savunmuştur. Lepore ve Revenson' a göre (2014) psikolojik sağlamlık hem bir sürece hem de bir sonuca işaret etmektedir. Psikolojik sağlamlığı oluşturan çeşitli etmenler arasındaki dinamik ilişki incelendiğinde bir süreç; zorlayıcı bir yaşam olayı ve bu zorlukla başa çıkma süreçlerinin bir son noktası olarak ele alındığında ise sonuç olarak değerlendirilebilmektedir (Lepore ve Revenson, 2014).

Yapılan güncel araştırmalar, psikolojik sağlamlığın koruyucu etmenler, risk etmenleri ve yatkınlık etmenlerinin etkileşimi sonucunda ortaya çıkan dinamik bir yapıya sahip olduğunu desteklemektedir (APA, 2014; Kararımak, 2006; O'Dwyer, Moyle, Taylor, Creese ve Zimmer-Gembeck, 2017; Winders, 2014).

Risk etmenleri, yaşanan zorluğun beraberinde getireceği olumsuz sonuçların oluşumuna zemin hazırlayan; bu olumsuz sonuçları sürdüren veya arttıran her türlü

süreç, yapı ve özellik olarak tanımlanmaktadır (Luthar ve Cicchetti, 2000; Wright ve Masten, 2005). Psikolojik sağlamlığın değerlendirilebilmesi için zorlayıcı bir yaşantının deneyimlenmesi ya da bir risk etmeninin var olması gerekmektedir (Masten, 2001). Yapılan çalışmalarda, birden çok risk etmenine maruziyetin, bu maruziyetin devam etme süresinin ve risk etmenlerinin kümülatif etkisinin önemi vurgulanmaktadır (Wright ve Masten, 2005). İlgili alanyazında risk etmenleri bireysel, ailesel ve çevresel (sosyal) etmenler olmak üzere sınıflandırılmıştır. Risk etmenleri Tablo 2.1’de ele alınmıştır.

**Tablo 2.1** Risk etmenleri

<b>Risk Etmenleri</b>	
Bireysel Risk Etmenleri	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Yaşam tehdidi oluşturan tıbbi rahatsızlıklar</li> <li>-Süreğen hastalıklar</li> <li>-Erken doğum</li> <li>-Erkek olmak</li> <li>-Anti-sosyal kişilik özelliği</li> <li>-Düşük IQ düzeyi, akademik başarısızlık</li> <li>-İçe kapanıklık, utangaçlık, özgüven eksikliği</li> <li>-Madde kullanımı</li> <li>-Zorlayıcı yaşam olayları maruziyeti</li> <li>-Etnik bir azınlığa dahil olma</li> </ul> <p>(Coleman ve Hagell, 2007; Kararımak, 2006; Rutter, 2006; Walsh, 2015)</p>
Ailesel Risk Etmenleri	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Ebeveynin alkol veya madde kullanımı</li> <li>-Anne veya babanın kaybı, boşanması ya da ayrı yaşaması</li> <li>-Aile içi ihmal ve istismar yaşantısı</li> <li>-Aile üyelerinde psikiyatrik bozuklukların olması</li> <li>-Biyolojik aileden farklı bir ailede büyümek</li> <li>-Genç veya bakım vermede yetersiz bir annenin olması</li> <li>-4 veya üzeri sayıda çocuğun bulunduğu bir aileye doğmak</li> <li>-Kardeşler arası yaş farkının 2 yıldan düşük olması</li> <li>-Geniş bir aileye sahip olmak</li> <li>-Ebeveynlerin tutarsız veya aşırı baskıcı disiplin anlayışı (Coleman ve Hagell, 2007; Kararımak, 2006; Rutter, 2006; Walsh, 2015)</li> </ul>
Çevresel Risk Etmenleri	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Sosyoekonomik düzeyin düşüklüğü</li> <li>-Şiddetin kullanıldığı çevre</li> <li>-Toplumca uygunsuz bulunacak arkadaş gruplarına dahil olma</li> <li>-Yetersiz beslenme</li> <li>-Savaş, doğal afet veya göç gibi travmatik yaşantıların varlığı</li> <li>-Akran zorbalığı, toplumsal etiketlenme</li> <li>-Evsizlik ve işsizlik</li> </ul> <p>(Coleman ve Hagell, 2007; Kararımak, 2006; Rutter, 2006; Walsh, 2015)</p>

Yatkınlık etmenleri ise, olumsuz sonuçlar doğuracak bir durumun veya risk etmenlerinin daha şiddetli yaşanmasına sebep olan her türlü etken olarak kabul görmektedir (Arıcı, 2014). Yatkınlık etmenleri ise, Tablo 2.2.' de ele alınmıştır.

**Tablo 2.2** Yatkınlık etmenleri

<b>Yatkınlık Etmenleri</b>
-15 yaşından önce bir veya birden fazla travmatik yaşantıya maruz kalma -10 yaşından önce aileden ayrılma -Sosyal destek eksikliği -Zorlayıcı yaşam olaylarının süreğenliği -Anksiyete bozuklukları ve majör depresif bozukluk geçmişi (Masten, 2001; Özgen ve Aydın, 1999)

Risk etmenleri ve yatkınlık etmenlerine ek olarak, psikolojik sağlamlık ile ilişkilenen bir diğer unsur ise koruyucu etmenlerdir. Koruyucu etmenler, yaşanan zorlayıcı yaşam olaylarına karşı bireylerin yapıcı tepkiler gösterebilmesini destekleyen ve kolaylaştıran her türlü süreç, yapı ve özellik olarak kabul edilmektedir (Kararımak, 2006). Masten (1994), risk etmenleri ile koruyucu etmenleri birbirlerine zıt iki kutup olarak tanımlamış ve psikolojik sağlamlık arttıkça zorlu yaşam olayları karşısında deneyimlenen stresin azaldığını ileri sürmüştür. İlgili alanyazında koruyucu etmenler; bireysel, ailesel ve çevresel (sosyal) etmenler olmak üzere sınıflandırılarak ele alınmıştır. Koruyucu etmenler, Tablo 2.3.' de sunulmuştur.

**Tablo 2.3** Koruyucu etmenler

<b>Koruyucu Etmenler</b>	
Bireysel Koruyucu Etmenler	-Öz yeterlilik, öz güven ve benlik saygısına sahip olma -Sosyal becerilerin varlığı, yardım severlik, uyumluluk, duyarlılık, yumuşak başlı olma, dışa dönüklük, empati kurabilme -Entellektüel kapasitenin ve zekâ düzeyinin yüksek olması -Akademik yeterlilik -Akılcı inanç ve beklentilere sahip olma -İyimser bir bakış açısı -Sorumluluk bilinci - Kontrol odağının içselliği -Yüksek düzeyde mizah anlayışı -Duyguları düzenleyebilme, sınır koyabilme becerisi ve bireysellik (Coleman ve Hagell, 2007; Kararımak, 2006; Masten ve Coasworth, 1998; Rutter, 2006; Walsh, 2015)

**Tablo 2.4 (devamı) Koruyucu etmenler**

Ailesel Koruyucu Etmenler	<ul style="list-style-type: none"><li>-Ebeveynler ile kurulan sıcak ilişki</li><li>-Yeterli becerilere sahip ebeveynlerin varlığı</li><li>-Çekirdek aile haricinde akrabalık ilişkilerinin destekleyici olması</li><li>-Sosyoekonomik düzeyin yüksek olması</li><li>-Ailenin iletişim ve etkili problem çözme becerilerine sahip olması</li><li>-Anne ve babanın yüksek eğitim düzeyi</li><li>-Çocuklarının geleceğine yönelik ailenin olumlu beklentilerinin bulunması</li><li>-Duyguların paylaşılabilceği bir aile ortamının sağlanması</li><li>-Ailenin yapısında paylaşılmış liderliğin ve sadakatin varlığı (Coleman ve Hagell, 2007; Kararımak, 2006; Masten ve Coasworth, 1998; Rutter, 2006; Walsh, 2015)</li></ul>
Çevresel (Sosyal) Koruyucu Etmenler	<ul style="list-style-type: none"><li>-Aile dışında olumlu ve destekleyici ilişkiler sağlayan kişilerin varlığı</li><li>-Sosyal çevrenin, sosyal desteğin ve sosyal faaliyetlere katılma imkanının bulunması (Coleman ve Hagell, 2007; Kararımak, 2006; Rutter, 2006; Walsh, 2015)</li></ul>

Yukarıda da ele alındığı gibi, ilgili alanyazın, psikolojik sağlamlığın birçok etkenin ilişkisi sonucunda ortaya çıktığını (Bonanno, 2004; Lepore ve Revenson, 2014) ve geliştirilebilen bir yapıya sahip olduğunu destekler niteliktedir (Rutter, 2006). Literatürde ise psikolojik sağlamlığın gelişimine yardımcı olacak birtakım etmenler tanımlanmış ve sınıflandırılmıştır (APA, 2014; Bonanno, 2004; Charney ve ark., 2013; Wiechman ve Magyar-Russell, 2009).

Wiechman ve Magyar-Russell (2009), zorlayıcı yaşam olayları karşısında olumlu sosyal desteğe, aktif baş etme becerilerine, yaşama yönelik takdir ve minnettarlık duygularına, manevi veya dini inançlara, geleceğe dair planlara ve olumlu içsel konuşmaya sahip olmanın psikolojik sağlamlığın gelişiminde önemli bir rol oynadığını vurgulamıştır.

Bonanno (2004) ise psikolojik sağlamlığın gelişiminde 4 temel unsura dikkat çekmiştir. Bu unsurlar; baskılayıcı baş etme mekanizmasına, kişisel gelişime ve iyileşmeye dair olumlu ön yargılara, olumlu deneyimlenen duygulara ve kahkahalara, atılgan ve dayanıklı kişilik özelliğine sahip olmayı barındırmaktadır. Atılgan ve dayanıklı kişilik özelliğinin ise 3 boyuttan oluştuğunu ileri sürmüş ve bu boyutları: hayata anlam katacak bir amaç bulmaya kararlı olmak; kişinin, olayların sonuçları karşısında edilgen olmadığı inancı; olumlu ve olumsuz her türlü yaşantıdan bir şeyler öğrenip büyüyebileceği inancı olarak tanımlamıştır. Bu inançlara sahip olan, psikolojik açıdan sağlam bireyler zorlayıcı yaşantıları daha az tehdit edici olarak

değerlendirebilecek ve bu zorlukları daha düşük seviyelerde sıkıntı ile deneyimleyecektir (Bonanno, 2004).

APA (2014), psikolojik sağlamlığın gelişimini destekleyecek 10 önemli etken tanımlamıştır. Bu etkenler ise:

- İlişki kurmak ve gerektiğinde yardım talep etmek
- Zorlukları yenilmez sıkıntılar olarak görmekten kaçınmak
- Değişimin insan yaşamının bir parçası olduğunu kabul etmek
- Hedeflere yönelik adımlar planlamak ve harekete geçebilmek
- Gerçekleştirilen eylemlerde kararlı olmak
- Kendini keşfetmek için fırsatlar oluşturmak
- Kendine dair olumlu bir bakış açısı geliştirmek
- Olaylara daha geniş bir bakış açısıyla bakmak
- Umudu korumak
- İhtiyaçları ve deneyimlenen duyguları takip etmek
- Sağlamlığı güçlendirmenin ek yollarını gözetmek (Zorlu yaşantılarla ilgili düşünce ve duyguları yazma; meditasyon ve manevi uygulamalar gerçekleştirme bu ek yollara örnek olarak gösterilmektedir.)

olarak sınıflandırılmıştır (APA, 2014).

Tüm bunlara paralel olarak Charney ve arkadaşları (2013), psikolojik sağlamlığı olan bireylerin birtakım ortak özelliklere sahip olduğunu ileri sürmüştü ve bu özellikleri; iyimserlik, bilişsel esneklik, maneviyatı veya yaşam amacını barındıran ahlaki bir bilinç, aktif baş etme becerileri, fiziksel iyilik hali, destekleyici sosyal çevre ve bu desteklenmenin devamlılığının sağlanması olarak tanımlamıştır. Connor ve Davidson (2003) ise, psikolojik sağlamlığın 3 alt boyutu olduğunu ileri sürmüştü; azim ve kişisel yeterlik algısının, olumsuz olayları tolere etme becerisinin ve manevi eğilimin psikolojik sağlamlık düzeyi yüksek olan bireylerin ortak özellikleri olduğunu savunmuştur.

## **2.5.2 Psikolojik Sağlamlık ile İlgili Kuramsal Yaklaşımlar**

### **2.5.2.1 Sistemik Yaklaşım**

Sistemik yaklaşım, belirli süreçleri, durumları ve durumların ortaya çıkışlarını ele alan bir bakış açısı ve düşünce yöntemi olarak kabul görmektedir (Friedman, 2006). Sistemik yaklaşıma göre, her türlü sistem, temelinde belirli parçalardan oluşmaktadır.

Sistemin temelini oluşturan bu parçalar gerek birbirleri ile gerekse dış çevrede yer alan diğer unsurlar ve bu unsurların da parçaları ile çeşitli şekillerde ilişkilenebilir. Bu bağlamda sistemik yaklaşımda esas olan, sistemi oluşturan temel parçaların ve dış çevrede yer alan diğer olay ve unsurların karşılıklı etkileşiminin incelenmesidir (Donald, 2010).

Bütün ile bütünü oluşturan parçaların birbirleriyle olan ilişkilerini esas alması sebebiyle kapsayıcı bir bakış açısı sunan sistemik yaklaşım (Donald, 2010; Yeşilyaprak, 2003) birçok alanda kullanılmakta ve psikoloji literatüründe de öne çıkmaktadır (Arıcı, 2014). Sistemik yaklaşım perspektifinden ele alındığında, psikolojik sağlık kavramını oluşturan parçaların koruyucu etmenler, risk etmenleri ve yatkınlık etmenleri olduğu görülmektedir. Bu bağlamda, psikolojik sağlık kavramını temel alan çalışmalarda; koruyucu etmenlerin, risk etmenlerinin ve yatkınlık etmenlerinin birbirleri ile olan etkileşimlerinin; bu etmenlerin bireyler üzerindeki doğrudan ve dolaylı etkilerinin göz önünde tutulması önem taşımaktadır (Luthar, 2006; Masten, 2007).

### **2.5.3 Öz Duyarlık ve Psikolojik Sağlık Arasındaki İlişkiyi İnceleyen Araştırmalar**

Öz duyarlığın, yaşamın her zaman mükemmel olamayacağına yönelik kişide bir farkındalık oluşturduğu; bu farkındalığın ise öz yeterlik ve öz değerlik algılarını besleyerek, yaşamı olumlu bir şekilde yönetebilmeye dair motivasyonu arttırdığı bilinmektedir. Bu özellikleri sebebiyle öz duyarlık, zorlayıcı yaşam olaylarının beraberinde getirdiği acıyı olumlu bir gelişmeye dönüştürmede etkili bir faktör olarak kabul görmektedir (Conway, 2007). Öz duyarlık seviyesi yüksek olan bireylerin, kişisel başarısızlıklar ve egoyu tehdit eden durumlar karşısında daha fazla duygusal sağlık gösterme eğiliminde oldukları ilgili literatürce desteklenmektedir (Allen ve Leary, 2010; Neff ve ark., 2007b).

Alanyazında, öz duyarlık ve psikolojik sağlık arasındaki ilişkiyi inceleyen, örneklemi farklı risk gruplarındaki bireylerin oluşturduğu araştırmalar yer almaktadır (Bluth, Mullarkey ve Lathren, 2018; Hayter ve Dorstyn, 2014; Jacobs, 2005; Leary ve ark., 2007; Neff ve ark., 2007b; Smith, 2015; Thompson ve Waltz, 2008; Trompetter ve ark., 2016). Ulaşılabilen çalışmaların örneklemelerinin bir kısmını üniversite öğrencileri (Thompson ve Waltz, 2008) ve ergenler (Bluth, Mullarkey ve



Lathren, 2018) oluştururken, bir kısmını ise çeşitli sağlık problemleri yaşayan (Smith, 2015), spina bifida tanısı olan (Hayter ve Dorstyn, 2014) bireyler oluşturmaktadır. İlgili çalışmalar ise bu bölümde ele alınmıştır.

Leary ve arkadaşları (2007) tarafından yapılan bir araştırmada öz duyarlılığın, zorlayıcı yaşantılar karşısında bilişsel ve duygusal belirtileri yordayıcı rolü 5 çalışma başlığı altında incelenmiştir. Çalışmaların sonucunda öz duyarlılığın, günlük yaşamdaki olumsuz yaşantılar karşısında bilişsel ve duygusal tepkileri yordadığı (1. Çalışmanın sonucu); üzücü olayları hayal ederken, bireyleri kendiliğe yönelik olumsuz duygular karşısında koruduğu (2. Çalışmanın sonucu); benlik saygısı düşük olan katılımcıların olumsuz duygularını kontrol altına alabilmelerinde yardımcı olduğu (3. Çalışmanın sonucu); kendini küçümseme tutumu ile ilişkilendiği (4. Çalışmanın sonucu); bireylerin olumsuz olaylardaki rollerini olumsuz duygularda kaybolmadan kabul etmelerini sağladığı (5. Çalışmanın sonucu) saptanmıştır (Leary ve ark., 2007). Ulaşılan bu sonuçlar, yüksek düzeyde öz duyarlılığı olan bireylerin olumlu benlik algılarına sahip olduklarını, duygusal sağlıklarının yüksek olduğunu ve yaşadıkları zorluklar karşısında daha uyumlu tepkiler gösterdiklerini destekler niteliktedir (Leary ve ark., 2007).

Neff, Kirkpatrick ve Rude (2007b) tarafından yapılan bir diğer araştırmada ise genç yetişkinlere, en büyük zayıflıkları hakkında yazı yazmaları için beş dakika ayırmaları talimatı verilmiş ve ardından katılımcıların kaygı düzeyleri belirlenmiştir. Araştırmadan elde edilen bulgular, verilen stres yaratan görev karşısında öz duyarlık seviyesi diğerlerine oranla yüksek olan bireylerin, daha az kaygı belirtileri geliştirdiğini ve daha uyumlu tepkiler gösterebildiğini desteklemektedir (Neff ve ark., 2007b).

Örneklemini TSSB' nin A kriterlerini karşılayan üniversite öğrencilerinin oluşturduğu, TSSB belirtileri ile öz duyarlık seviyeleri arasındaki ilişkiyi ele alan bir araştırmanın sonucunda, TSSB' nin kaçınma belirtileri ile öz duyarlık seviyeleri arasında negatif yönde bir ilişki olduğu saptanmıştır. Ayrıca araştırmanın sonucu, öz duyarlılığı yüksek olan bireylerin, travmatik yaşantılar karşısında daha uyumlu baş etme tutumları sergilediklerini desteklemektedir (Thompson ve Waltz, 2008). Benzer şekilde, öz duyarlık temelli psiko-eğitim programına dahil edilen katılımcılar üzerinde yapılan bir araştırma ise öz duyarlık becerilerinin, bireylerin travmatik yaşantıları ile daha uyumlu ve işlevsel yollardan baş etmesini kolaylaştırdığını göstermektedir (Jacobs, 2005).

Trompetter, Kleine ve Bohlmeijer (2016) tarafından yapılan bir çalışmada öz duyarlığın, mental iyi oluş ile psikopatoloji belirtileri arasındaki negatif yönlü ilişkiye önemli ölçüde aracılık ettiği; yüksek öz duyarlık düzeyinin, olumsuz duygulanım ile psikopatoloji belirtileri arasındaki ilişkiyi zayıflattığı tespit edilmiştir. Çalışmadan elde edilen bulgular, mental iyi oluş düzeyi ile psikolojik sağlık becerileri arasında pozitif yönde bir ilişki olduğunu, öz duyarlığın ise psikopatolojiye karşı bireylerin sağlıklarını artıran bir unsur olduğunu destekler niteliktedir. Ergenler üzerinde yapılan bir çalışmada ise, öz duyarlık ile merak/ keşif ve psikolojik sağlık değişkenleri arasındaki ilişkiler incelenmiştir. Yapılan araştırmanın sonucunda, öz duyarlığın merak/ keşif ve psikolojik sağlık ile pozitif yönde ilişkilendiği saptanmıştır (Bluth, Mullarkey ve Lathren, 2018).

İlgili alanyazın, fiziksel engellilik durumunun ve çeşitli sağlık problemlerinin, birtakım psikolojik problemlere neden olabileceğini göstermektedir (Barf, Verhoef, Jennekens-Schinkel, Gooskens, Prevo, 2007; Hayter ve Dorstyn, 2014). Bu bağlamda öz duyarlığın, fiziksel sağlık problemlerinin yol açtığı psikolojik belirtiler karşısında sağlamlığı besleyen bir unsur olduğu literatürce desteklenmektedir (Hayter ve Dorstyn, 2014; Smith, 2015). Smith (2015) tarafından yapılan, örneklemini 65-94 yaş aralığındaki yetişkinlerin oluşturduğu bir çalışmada, stres ve sağlık problemleri ile mutluluk ve depresyon düzeyleri üzerindeki ilişkide öz duyarlığın tamponlayıcı rolü incelenmiştir. Çalışmada sonucunda, öz duyarlık düzeyi diğerlerine oranla yüksek olan katılımcıların stres ve sağlık problemleri karşısında daha sağlam kalabildikleri tespit edilmiştir.

Benzer şekilde Spina bifida (Ayrık omurga hastalığı) tanısı olan yetişkinler üzerinde yapılan bir çalışmada ise; psikolojik sağlık, benlik saygısı ve öz duyarlık düzeyleri arasındaki ilişkiler ele alınmıştır. Araştırma bulguları ise öz saygı ve öz duyarlığın psikolojik sağlıkla ilişkili olduğunu göstermektedir (Hayter ve Dorstyn, 2014).

Ulaşılabilen araştırmalar, öz duyarlığın psikolojik sağlamlıktaki besleyici rolünü ve zorlayıcı yaşantılar karşısında uyumlu bir şekilde başa çıkmaya yardımcı bir etken oluşunu destekler niteliktedir (Bluth, Mullarkey ve Lathren, 2018; Hayter ve Dorstyn, 2014; Jacobs, 2005; Leary ve ark., 2007; Neff ve ark., 2007b; Smith, 2015; Thompson ve Waltz, 2008; Trompetter ve ark., 2016). İlgili literatür taraması kapsamında, öz duyarlığın psikolojik sağlamlığı pozitif yönde yordaması beklenmektedir.

#### **2.5.4 Psikolojik Sağlamlık ve Depresyon, Anksiyete, Stres Arasındaki İlişkiyi İnceleyen Araştırmalar**

Bireylerin psikolojik sağlığı üzerinde olumsuz çıktılara sebep olabilecek zorlayıcı yaşantılarla karşılaşması durumunda, onların bu zorlayıcı yaşantılardan en düşük düzeyde etkilenmesini ya da hiç etkilenmeden işleyişini sürdürebilmesini sağlayacak bir yapı olarak kabul gören psikolojik sağlamlık kavramı, psikiyatrik bozukluklar karşısında koruyucu rol oynayan etkenleri barındıran genel bir unsurdur (Friborg, Barlaug, Martinussen, Rosenvinge ve Hjemdal 2005; Luthar, Cicchetti ve Becker, 2000).

Bu bağlamda ilgili alanyazın, psikolojik sağlamlık ile depresyon (Bitsika, Sharpley ve Bell, 2013; Ristevska-Dimitrovska, Stefanovski, Smichkoska, Raleva ve Dejanova, 2015; Doğan, 2015; Fradelos ve ark., 2018; Hjemdal, Vogel, Solem, Hagen ve Stiles, 2011; Mealer, Jones, Newman, McFann, Rothbaum ve Moss, 2012; Mealer ve ark., 2014; Poole, Dobson ve Pusch, 2017; Ran ve ark., 2020; Schumacher, Sauerland, Silling, Berdel ve Stelljes, 2013; Tan-Kristanto ve Kiropoulos, 2015; Wu ve ark., 2017; Zhang ve ark., 2020), anksiyete ( Doğan, 2015; Hjemdal ve ark., 2011; Mealer ve ark., 2012; Mealer ve ark., 2014; Schumacher ve ark., 2013; Tan-Kristanto ve Kiropoulos, 2015; Zhang ve ark., 2020) ve stres (Doğan, 2015; Hjemdal ve ark., 2011; Mealer ve ark., 2012; Mealer ve ark., 2014) belirtileri arasında negatif yönde bir ilişki olduğunu destekler niteliktedir.

Ulaşılabilen mevcut çalışmaların örnekleminin bir kısmını çocukluk çağı travmatik deneyimleri olan bireyler (Poole ve ark., 2017), ergenler (Hjemdal ve ark., 2011), geride kalan çocuklar (Wu ve ark., 2017), multipl skleroz (MS) tanısını henüz yeni alan hastalar (Tan-Kristanto ve Kiropoulos, 2015) ve allojenik kök hücre transplantasyonu geçiren bireyler (Schumacher ve ark., 2013) oluştururken, bir kısmını da meme kanseri tanısı olan hastalar (Ristevska-Dimitrovska ve ark., 2015; Fradelos ve ark., 2018), otizmlili çocuk sahibi ebeveynler (Bitsika ve ark., 2013) ve yoğun bakım ünitesinde görev alan hemşireler (Mealer ve ark., 2012; Mealer ve ark., 2014) oluşturmaktadır. Ayrıca, çalışmalar arasında Covid-19 süresince yapılan araştırmalar da yer almaktadır (Ran ve ark., 2020; Zhang ve ark., 2020). Aşağıda, psikolojik sağlamlık ile depresyon anksiyete ve stres belirtileri arasındaki ilişkileri inceleyen farklı risk grupları üzerinde yapılan çalışmalar ele alınmıştır.

Poole, Dobson ve Pusch tarafından (2017), çocukluk çağı travmatik deneyimleri olan bireyler üzerinde yapılan bir araştırmada, çocukluk çağı travmaları ve depresif belirtiler arasındaki ilişkide psikolojik sağlamliğın tamponlayıcı rolünün incelenmesi amaçlanmıştır. Araştırma bulguları, çocukluk çağı travmaları ile depresyon belirtileri arasındaki ilişkinin, psikolojik sağlamlık düzeyi düşük olan bireylerde daha güçlü olduğunu göstermektedir (Poole ve ark., 2017).

Ergenlerin yaklaşık %20' sinin psikiyatrik bozukluklar yaşadığı bilinmektedir (Hjemdal ve ark., 2011). Hjemdal ve arkadaşları (2011) tarafından yapılan bir araştırmada, ergenler arasında sıkça görülen psikiyatrik belirtiler ile psikolojik sağlamlık düzeyleri arasındaki ilişkiler incelenmiştir. Çalışmanın bulguları ise psikolojik sağlamliğın depresyon, anksiyete, stres belirtilerini ve obsesif kompulsif belirtileri negatif yönde yordadığını göstermektedir (Hjemdal ve ark., 2011). Aileleri kentsel bölgelere çalışmaya giden, kendileri ise kırsal alanda ailelerinden geride kalan çocuklar üzerinde yapılan 1 yıllık boylamsal bir çalışmada ise psikolojik sağlamliğın depresyon belirtileri üzerindeki etkileri incelenmiştir. Çalışma bulguları, psikolojik sağlamliğın, depresif bozukluklar karşısında önemli ölçüde koruyucu bir rol oynadığını desteklemektedir (Wu ve ark., 2017).

İlgili alanyazın, fiziksel engellilik durumunun ve çeşitli sağlık problemlerinin, birtakım psikiyatrik bozukluklara yol açabileceğini göstermektedir (Barf ve ark., 2007; Hayter ve Dorstyn, 2014). Multipl skleroz (MS) tanısını henüz yeni alan bireyler üzerinde yapılan bir araştırmada, psikolojik sağlamlık düzeyleri, öz yeterlik seviyeleri ve başa çıkma stratejilerinin katılımcıların depresyon ve anksiyete belirtilerini yordayıp yordamadığı kesitsel bir çalışma ile incelenmiştir. Araştırmanın sonuçları, depresyon ve anksiyete belirtileri ile psikolojik sağlamlık düzeylerinin, öz yeterlik seviyelerinin, duygu odaklı, problem odaklı ve kaçınmacı başa çıkma stratejilerinin istatistiksel açıdan anlamlı şekilde ilişkili olduğunu göstermektedir (Tan-Kristanto ve Kiropoulos, 2015).

Benzer şekilde, Schumacher ve arkadaşları (2013) tarafından yapılan, örneklemi allojenik kök hücre transplantasyonu (allojenik kemik iliği nakli) geçiren bireylerin oluşturduğu bir çalışmada psikolojik sağlamlık ile çeşitli değişkenler arasındaki ilişkiler incelenmiştir. Araştırma sonuçları psikolojik sağlamlıkla depresyon ve anksiyete belirtilerinin negatif yönde; yaşam doyumunu, öz yeterlik ve işlevsellik düzeylerinin pozitif yönde ilişkilendiği göstermektedir (Schumacher ve ark., 2013).

Meme kanserinin, depresyon ve anksiyete bozuklukları karşısında önemli bir risk faktörü oluşturduğu ilgili literatürce desteklenmektedir. Psikolojik sağlamlık kavramı ise, kişinin kanser teşhisi gibi zorlayıcı yaşantılarla karşı karşıya kaldığında uyum sağlayabilmesi ve psikolojik sağlığını koruyabilmesi becerisi olarak kabul görmektedir. Ristevska-Dimitrovska ve arkadaşları tarafından (2015), meme kanseri tanısı olan hastalar üzerinde yapılan bir çalışmada ise meme kanseri hastalarında psikolojik sağlamlık düzeylerinin değerlendirilmesi ve psikolojik sağlamlık ile depresyon belirtileri arasındaki ilişkinin incelenmesi amaçlanmıştır. Çalışma sonucunda, daha düşük düzeylerde depresif belirtiler gösteren hastaların diğer bireylere oranla psikolojik açıdan daha sağlam oldukları ve psikolojik sağlamlığın, meme kanseri hastaları arasında depresif bozukluklar için koruyucu bir etken olduğu saptanmıştır (Ristevska-Dimitrovska ve ark., 2015).

Meme kanseri tanısı olan bireyler üzerinde yapılan bir diğer araştırmada ise dindarlık, psikolojik sağlamlık ve psikolojik sağlık değişkenleri arasındaki ilişkiler incelenmiştir. Araştırma bulguları, dindarlık düzeyi ile psikolojik sağlık arasında anlamlı bir ilişki olmadığını; dindarlık düzeyi ile psikolojik sağlamlığın pozitif yönde ilişkilendiğini, ayrıca psikolojik sağlamlığın depresyon belirtilerini negatif yönde yordadığını göstermektedir (Fradelos ve ark., 2018).

Bitsika, Sharpley ve Bell (2013) tarafından yapılan bir araştırmada ise otizm spektrum bozukluğu olan çocuklara ebeveynlik yapmakla ilişkili olarak depresyon, anksiyete ve stres düzeyleri üzerinde psikolojik sağlamlığın ılımlaştırıcı etkisi ele alınmıştır. Yapılan analizler sonucunda, psikolojik sağlamlığın, ebeveynlikten kaynaklanan günlük stres seviyelerinin yol açtığı anksiyete ve depresyon gelişimine karşı koruyucu bir tampon görevi gördüğü saptanmıştır. Ayrıca görece daha düşük psikolojik sağlamlık düzeylerine sahip ebeveynlerde dahi bu sağlamlık düzeylerinin depresyon ve anksiyete belirtileri karşısında koruyucu bir rol oynadığı tespit edilmiştir (Bitsika ve ark., 2013).

Pandemi sürecinde Covid-19 tanısı alan bireyler üzerinde yapılan bir araştırmada ise psikolojik sağlamlık düzeyleri ile depresyon ve anksiyete belirtileri arasındaki ilişkiler incelenmiştir. Araştırmanın bulguları, psikolojik sağlamlık düzeyleri ile depresyon ve anksiyete belirtilerinin negatif yönde ilişkilendiğini ve bu belirtiler karşısında psikolojik sağlamlığın koruyucu bir bariyer görevi taşıdığını göstermektedir (Zhang ve ark., 2020).

Benzer bir şekilde, Covid-19 sürecinde yapılan, örneklemini Çin yerel halkının oluşturduğu bir diğer araştırmada ise, psikolojik sağlamlık ile depresyon, anksiyete ve somatizasyon belirtileri arasındaki ilişkiler ele alınmıştır. Yapılan araştırma, psikolojik sağlamlıkla depresyon, anksiyete ve somatizasyon belirtilerinin negatif yönde ilişkilendiğini destekler niteliktedir (Ran ve ark., 2020).

Dolaylı travmatizasyon kavramı, 'Başkasının yerine deneyimlenen travma' anlamını taşımaktadır (McCann, Pearlman, 1990). Profesyonellerin, destek verdikleri bireylerin travmatik deneyimlerine, ısrarcı ve rahatsız edici bir şekilde maruz kalmasından kaynaklanmaktadır (Najjar, Davis, Beck-Coon ve Carney Doebbeling, 2009). Bu bağlamda, bireylerin travmatik deneyimleri süresince destek aldığı profesyonellerin çeşitli psikopatolojilerin geliştirilebilmesi adına risk altında oldukları bilinmektedir (McCann, Pearlman, 1990). Bu risk durumu karşısında psikolojik sağlamlık kavramının sağlık profesyonellerini koruyucu etkisinin araştırıldığı birçok çalışma yapılmıştır (Mealer ve ark., 2012; Mealer ve ark., 2014). Yoğun bakım ünitesinde görev alan hemşireler üzerinde yapılan bir araştırmada psikolojik sağlamlık düzeyleri ile tükenmişlik, travma sonrası stres bozukluğu (TSSB), anksiyete ve depresyon belirtileri arasındaki ilişkilerin incelenmesi amaçlanmıştır. Psikolojik sağlamlık düzeyi yüksek olan ve psikolojik sağlamlık düzeyi düşük olan katılımcıların karşılaştırmalı olarak sırasıyla, tükenmişlik seviyelerinin %61'e %86; TSSB belirtilerinin %8'e %25; anksiyete belirtilerinin %8'e %21 ve depresyon belirtilerinin %2'ye %14 oranında olduğu saptanmıştır. Ayrıca yapılan araştırmada psikolojik sağlamlık ile ilgili değişkenler arasında negatif yönde istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişkinin bulunduğu tespit edilmiştir (Mealer ve ark., 2012).

Yoğun bakım ünitesinde görev alan hemşireler üzerinde yapılan başka bir çalışmada ise, katılımcılara 12 haftalık bir psikolojik sağlamlık programı uygulanmış olup, program öncesi ve sonrasında ilgili değişkenlerin ölçümleri kıyaslanmıştır (Mealer ve ark., 2014). Müdahale öncesinde alınan ölçümler; katılımcıların tamamının anksiyete, %77' sinin depresyon ve %44' ünün TSSB tanı ölçütlerini karşıladığını göstermiştir. 12 haftalık müdahaleden sonra ise katılımcıların psikolojik sağlamlık düzeylerinin yükseldiği ve bu yükselmeye beraber depresyon, anksiyete ve TSSB belirtilerinin azaldığı saptanmıştır (Mealer ve ark., 2014).

Tüm bu ele alınan araştırmaların bulgularına paralel olarak, Kısa Psikolojik Sağlamlık Ölçeği' nin Türkçe' ye uyarlanması çalışmasında, psikolojik sağlamlık düzeyi ile depresyon belirtileri, anksiyete belirtileri ve algılanan stres seviyeleri

arasında negatif yönde anlamlı ilişkiler bulunduğu tespit edilmiştir (Doğan, 2015). Ulaşılabilen araştırmalar, psikolojik sağlamlığın depresyon, anksiyete ve stres belirtileri karşısında, geliştirilebilir nitelikte, koruyucu bir etken oluşunu destekler niteliktedir (Bitsika ve ark., 2013; Ristevska-Dimitrovska ve ark., 2015; Doğan, 2015; Fradelos ve ark., 2018; Hjemdal ve ark., 2011; Mealer ve ark., 2012; Mealer ve ark., 2014; Poole ve ark., 2017; Ran ve ark., 2020; Schumacher ve ark., 2013; Tan-Kristanto ve Kiropoulos, 2015; Wu ve ark., 2017; Zhang ve ark., 2020). İlgili literatür taraması kapsamında, pandemi sürecinde psikolojik sağlamlığın depresyon, anksiyete ve stres belirtilerini negatif yönde yordaması beklenmektedir.

## BÖLÜM 3

### 3. YÖNTEM

#### 3.1 Araştırmanın Modeli

Pandemi sürecinde öz duyarlık ve psikolojik sağlamlık ile depresyon, anksiyete, stres düzeyleri arasındaki ilişkilerin incelendiği bu araştırmanın tasarımı nicel bir yaklaşımı barındırmaktadır. Nicel araştırma türleri arasından korelasyonel (ilişkisel) desene sahip olan araştırmanın modeli ise kesitseldir.

#### 3.2 Araştırmanın Örnekleme ve Evreni

Bu araştırma uygun örnekleme ve kartopu örnekleme yöntemleri ile yürütülmüş; gönüllü katılımcılara sosyal medya ve iletişim grupları aracılığıyla ulaşılmıştır. Araştırmanın örneklemini, pandemi sürecinde Covid-19 tanısı alan 180 kişi ve Covid-19 tanısı almayan 410 kişi olmak üzere toplamda 590 kişi (kadın=351, erkek=239) oluşturmaktadır. Katılımcıların yaşları 25-65 aralığında değişmekte olup, yaş ortalamasının  $39.21 \pm 12.19$  olduğu saptanmıştır. Adrese dayalı nüfus kayıt istatistikleri, Türkiye’de 25-65 yaş aralığında 43.698.820 kişi bulunduğunu desteklemektedir (TÜİK, 2020). Bu bağlamda ilgili araştırmanın evrenini 43.698.820 kişi, örneklemini ise 590 kişi oluşturmaktadır.

Araştırmanın tek içleme kriteri katılımcıların 25-65 yaş aralığında olmasıdır. Alanyazına göre farklılık göstermekle beraber, birçok kaynakta 18-24 yaş aralığının da ergenlik dönemi olarak kabul edilebileceği yer almaktadır (Özcan ve ark., 2013). Ergenlik döneminde en sık karşılaşılan psikiyatrik rahatsızlıkların ise depresyon ve anksiyete bozuklukları olduğu bilinmektedir (Eskin, 2000). Bununla beraber, 65 yaş



üstü bireylerin yaklaşık %52'sinin depresyon riski taşıdığı literatürce desteklenmektedir (Bingöl ve ark., 2010). Yaşlılık döneminde doğal sürece bağlı olarak görülmeye başlayan kronik hastalıkların, düşük yaşam doyumu düzeylerinin, işlevsellikte azalmanın, önceki yeteneklerin körelmesinin, yaşanan sosyal ve ekonomik kayıpların bireylerin psikolojik belirtileri üzerinde olumsuz etkileri olduğu ilgili araştırmalarca saptanmıştır (Eyüboğlu, Şişli ve Kartal, 2012). Bu bağlamda, belirtilerin yaşa bağlı farklılık gösterebilmesi ihtimaliyle, 25 yaşın altında ya da 65 yaşın üstünde olan bireyler bu çalışmaya dâhil edilmemiştir.

### **3.3 Veri Toplama Araçları**

Bu çalışmada öne sürülen hipotezler, Öz-Duyarlık Ölçeği (ÖDÖ), Connor - Davidson Psikolojik Sağlamlık Ölçeği (CD-RISC) ve Depresyon- Anksiyete- Stres Ölçeği -21 (DASÖ-21) ile test edilmiştir. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri ve diğer verilerine ilişkin bilgilerine ise araştırmacı tarafından oluşturulan 'Sosyodemografik Özellikler ve Veri Formu' ile ulaşılmıştır. Öz-Duyarlık Ölçeği (ÖDÖ) ve Connor - Davidson Psikolojik Sağlamlık Ölçeği (CD-RISC) toplam puanla; Depresyon- Anksiyete- Stres Ölçeği -21 (DASÖ-21) ise alt boyutlardan elde edilen puanlarla çalışılmıştır.

#### **3.3.1 Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu**

İlgili çalışmada, araştırmacı tarafından hazırlanan bilgilendirilmiş gönüllü olur formu kullanılmıştır. Gönüllü olur formunda, katılımcılara araştırmanın amacı, katılım şartları ve tahmini süresi hakkında bilgi verilmiştir. Ayrıca katılımın gönüllülük esasına dayandığı, çalışmaya katılmama veya devam etmeme haklarının saklı olduğu, araştırmaya katılım gösterilmesi halinde kişisel bilgilerin ve yanıtların tamamen gizli tutularak özenle saklanacağı; elde edilen verilerin farklı araştırmalarda da kullanılabileceği, bilimsel kongre ve dergilerde yayınlanabileceği bilgisi katılımcılara açık bir şekilde sunulmuştur. İlgili ifadelerin değerlendirilmesinde Covid-19 pandemi sürecinin göz önünde bulundurulmasının beklendiği katılımcılar ile paylaşılmıştır. Gönüllü olur formunun sonunda araştırmacının iletişim bilgileri paylaşılmış ve form, belirtilen şartlar altında çalışmaya katılım göstermeyi kabul eden bireylerin onay tercihi ile sonlandırılmıştır. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu' nun içeriği EK-A' da yer almaktadır.

### 3.3.2 Sosyodemografik Özellikler ve Veri Formu

Yapılan çalışmada, katılımcıların Covid- 19 tanısı alıp almadığı, yaşı, cinsiyeti, medeni durumu, hangi şehirde ikamet ettiği, eğitim düzeyi, pandemi süresince hanesinde risk grubunda bulunan bir bireyin olup olmadığı, Covid- 19 sürecinden ne düzeyde etkilendiği, Covid-19 için risk grubunda olmasına yol açan kronik bir hastalığının bulunup bulunmadığı, sevilen bir yakınını Covid- 19 sebebiyle kaybedip kaybetmediği ve sevilen bir yakınının Covid-19 sebebiyle hastanede yatarak tedavi görüp görmediği, pandemi süresince nasıl çalıştığı ve ekonomik durumu gibi sosyodemografik özellikleri ve diğer bilgilerini öğrenmek amacıyla, araştırmacı tarafından hazırlanmış bir form kullanılmıştır. Ayrıca katılımcıların herhangi bir psikolojik/ psikiyatrik rahatsızlık ya da sıkıntı nedeniyle tedavi görüp görmediği de öğrenilmiş olup, tedavi gören bireyler için psikiyatrik tedavi veya psikolojik destek sürecinin devam edip etmediği de detaylandırılmıştır. İlgili formda herhangi bir psikolojik/ psikiyatrik rahatsızlık ya da sıkıntı nedeniyle tedavi görmemiş olan bireyler için 15 soru, tedavi görmüş bireyler için ise 16 soruya yer verilmiştir. Sosyodemografik Özellikler ve Veri Formu' nun içeriği EK-B' de sunulmuştur.

### 3.3.3 Öz-Duyarlık Ölçeği (ÖDÖ)

Neff tarafından (2003b) geliştirilen ölçeğin, geçerlik, güvenirlik ve uyarlama çalışmaları ülkemizde Akın, Akın ve Abacı (2007) tarafından yapılmıştır. Ölçek, 1 (Hiçbir zaman) ile 5 (Her zaman) arasında 5'li Likert tipi puanlanmakta, 26 madde ve 6 alt boyuttan oluşmaktadır. Bu alt boyutlar; öz-yargılama, izolasyon, aşırı özdeşleşme, paylaşımların bilincinde olma, öz sevecenlik ve bilinçlilik olarak tanımlanmıştır. Her bir alt boyut için ayrı puanlara ulaşılmaktadır. Alt boyutlardan elde edilen puanların yüksekliği, ilgili alt boyutun değerlendirdiği özelliklere sahip olduğunu göstermektedir. Toplam öz-duyarlık puanına ulaşılabilmesi için öz-yargılama, izolasyon ve aşırı özdeşleşme maddelerinin ters kodlanması ve 6 alt ölçeğin puanlarının toplanması gerekmektedir. Toplam öz duyarlık puanına ulaşılabilmesi için kullanılan bir diğer formül ise 3 aşamadan oluşmaktadır. Bu formüle göre ilk olarak öz-yargılama, izolasyon ve aşırı özdeşleşme alt boyutlarından elde edilen puanların ortalamaları 6' dan çıkartılır. Ardından tüm alt boyutların ortalamaları toplanır ve son olarak toplam ortalama 6'ya bölünerek toplam öz duyarlık puanına ulaşılır. Orijinal formda ölçeğin test-tekrar test güvenirliği 0.93, Cronbach Alfa iç tutarlık katsayısı ise

0.92 olarak hesaplanmıştır. Türkçe uyarlamasında ise ölçeğin test-tekrar test güvenilirlik katsayıları 0.56 ile 0.69 arasında bir değer olarak hesaplanmış, Cronbach Alfa iç tutarlık katsayıları öz-yargılama alt ölçeği için 0.72, izolasyon alt ölçeği için 0.80, aşırı özdeşleşme alt ölçeği için 0.74, paylaşımların bilincinde olma alt ölçeği için 0.72, öz-sevecenlik alt ölçeği için 0.77 ve bilinçlilik alt ölçeği için 0.74 olarak bulunmuştur. Mevcut çalışmamızda ise Cronbach Alfa iç tutarlık katsayıları öz-yargılama alt ölçeği için 0.92, izolasyon alt ölçeği için 0.89, aşırı özdeşleşme alt ölçeği için 0.88, paylaşımların bilincinde olma alt ölçeği için 0.89, öz-sevecenlik alt ölçeği için 0.91 ve bilinçlilik alt ölçeği için 0.91 olarak hesaplanmıştır. Öz-Duyarlık Ölçeği' nin soruları EK-C' de yer almaktadır.

### **3.3.4 Connor - Davidson Psikolojik Sağlık Ölçeği (CD-RISC)**

Connor ve Davidson (2003) tarafından geliştirilen ölçeğin geçerlik, güvenilirlik ve uyarlama çalışmaları ülkemizde Kararımak (2010) tarafından yapılmıştır. Ölçek 25 madde ve 3 alt boyuttan oluşmakta; ölçekteki maddeler ise '0=Hiç doğru değil, 1= Nadiren doğru, 2= Bazen doğru, 3= Sıklıkla doğru, 4= Neredeyse her zaman doğru' şeklinde 5'li Likert tipi puanlanmaktadır. Bu alt boyutlar; azim ve kişisel yeterlik, olumsuz olaylara tolerans ve manevi eğilim olarak tanımlanmıştır. İlgili ölçekten, 0 ila 100 arasında bir toplam puan da elde edilebilmektedir. Toplam puanın 100'e yaklaşması, yüksek psikolojik sağlık düzeyini gösterirken, 0'a yaklaşması düşük düzeylerde psikolojik sağlamlığa işaret etmektedir. Connor-Davidson Psikolojik Sağlık Ölçeği' nin Cronbach Alfa iç tutarlılık katsayısı ise 0.92 olarak hesaplanmıştır. Mevcut çalışmamızda ise ölçeğin Cronbach Alfa iç tutarlılık katsayısı 0.98 olarak bulunmuştur. Connor-Davidson Psikolojik Sağlık Ölçeği' nin soruları EK-D' de sunulmuştur.

### **3.3.5 Depresyon- Anksiyete- Stres Ölçeği -21 (DASÖ-21)**

Lovibond ve Lovibond (1995) tarafından geliştirilen ölçeğin, orijinal formunda toplamda 42 soru bulunmaktadır. Henry ve Crawford tarafından (2005), 21 soruluk kısa forma dönüştürülen ölçeğin Türkçe uyarlama, geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları ise Sarıçam tarafından (2018) yapılmıştır. Toplamda 21 maddeden oluşan ölçeğin 3 alt boyutu bulunmaktadır. Bu alt boyutlar; depresyon, anksiyete, stres olarak tanımlanmakta ve her bir alt boyut için ayrı toplam puanlara ulaşılmaktadır. 4'lü Likert

tipi derecelendirilen ölçek, 0 (Hiçbir zaman) ile 3 (Her zaman) arasında puanlanmaktadır.

Ölçeğin geçerlik çalışmalarında, ölçüt ve yapı geçerliği analizleri yapılmıştır. Ölçüt geçerliği analizinde, ‘Depresyon, Anksiyete, Stres Ölçeği- 42 (DASÖ-42)’ esas alınmıştır ve DASÖ-42 ile DASÖ-21 arasında pozitif yönde anlamlı ilişkiler bulunduğu saptanmıştır.

Ölçeğin güvenirlik çalışmalarında ise, test-tekrar test güvenirliği ve Cronbach Alfa iç tutarlık katsayısı analizleri yapılmıştır. Depresyon, anksiyete ve stres alt boyutlarının test-tekrar test güvenirliklerinin sırasıyla 0.68, 0.66 ve 0.61; Cronbach Alfa iç tutarlık katsayılarının ise 0.87, 0.85 ve 0.81 olduğu tespit edilmiştir. Mevcut çalışmamızda ise Cronbach Alfa iç tutarlık katsayıları depresyon alt ölçeği için 0.95, anksiyete alt ölçeği için 0.94 ve stres alt ölçeği için 0.92 olarak hesaplanmıştır. Depresyon- Anksiyete- Stres Ölçeği -21’ in soruları EK-E’ de yer almaktadır.

### **3.4 İşlem**

12.11.2020 tarihinde, F.M.V. Işık Üniversitesi Etik Kurul Komisyonu; 13.11.2020 tarihinde ise, TC. Sağlık Bakanlığı Bilimsel Araştırma Platformu tarafından, ‘Selin Nur Önel-2020-11-12T21\_18\_42’ form adı ile, ilgili araştırmaya onay verilmiş ve veri toplama sürecine 17.12.2020 tarihinde başlanmıştır. Veri toplama süreci, Türkiye’de Covid-19 aşısının uygulanmaya başlamasının ardından sonlandırılmıştır. Anketin tamamlanması yaklaşık olarak 15-20 dakika sürmektedir. Öncelikle katılımcılara ‘Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu’ sunulmuş ve belirtilen şartlar altında çalışmaya katılım göstermeyi kabul eden bireylere sırasıyla ‘Sosyodemografik Özellikler ve Veri Formu’, ‘Öz-Duyarlık Ölçeği (ÖDÖ)’, ‘Depresyon- Anksiyete- Stres Ölçeği -21 (DASÖ-21)’ ve ‘Connor - Davidson Psikolojik Sağlamlık Ölçeği (CD-RISC)’ uygulanmıştır. Uygulanan ölçek ve formların başlangıcında ilgili yönergeler anlaşılır bir şekilde sunulmuştur. Tüm bunların yanı sıra, soruların doğru veya yanlış cevaplarının bulunmadığı, bu sebeple araştırmanın amacına ulaşabilmesi için taraflarına iletilen formdaki her soruyu eksiksiz ve samimi olarak cevaplamalarının beklendiği; ayrıca çalışma sırasında sorulara cevap verilirken pandemi sürecinin göz önünde bulundurulmasının gerektiği katılımcılarla paylaşılmıştır. Yapılan araştırmada toplamda 4 adet anket uygulanmıştır.

Uygulamalar Covid-19 sebebiyle, çevrim-içi anket sistemi hazırlanarak internet üzerinden yürütülmüştür.

### **3.5 Verilerin İstatistiksel Analizi**

Araştırmada elde edilen verilerin analizinde SPSS 23 paket programı ve Hayes' Process Makrosu kullanılmıştır. Covid-19 aşılmasının Türkiye'de başlamasının ardından, 597 katılımcı ile veri toplanması sonlandırılmıştır. Buldukları şehirleri anlaşılır bir şekilde belirtmemeleri sebebiyle 7 katılımcı örneklemden çıkartılmıştır. İlk olarak verilerin normallik dağılımları, ardından güvenilirlik analizleri test edilmiştir. Sosyodemografik Özellikler ve Veri Formu'ndan elde edilen diğer bulgular, betimsel istatistik teknikleri ile tablolar halinde aktarılmıştır. Verilerin karşılaştırılmasında ise bağımsız t-test ve tek yönlü ANOVA analizleri uygulanmıştır.

İlgili değişkenler arasındaki ilişkiyi ve ilişkinin yönünü test etmek amacıyla Pearson Korelasyon analizi yapılmıştır. Öz duyarlık ile depresyon, anksiyete ve stres düzeyleri arasındaki ilişkide psikolojik sağlamlığın aracı rolünün belirlenmesinde ise Hayes (2009) tarafından önerilen SPSS'in Process Makrosu, Model 4 kullanılmıştır. Model, her bağımlı değişken için ayrı ayrı oluşturulmuştur. Bootstrap değeri 5000 olarak hesaplanmıştır.

## BÖLÜM 4

### 4. BULGULAR

#### 4.1 Örneklem İncelenmesi

##### 4.1.1 Örneklem Sosyodemografik Özellikleri ve Diğer Verileri

Araştırmanın örneklemini, yaşları 25 ila 65 aralığında değişen, yaş ortalaması  $39.21 \pm 12.19$  olan 590 (351 kadın; 239 erkek) katılımcıdan oluşmaktadır. Örneklem %30.5' i (n=180) Covid-19 tanısı olan grupta iken %69.5' i (n=410) Covid-19 tanısı olmayan grupta yer almaktadır. Çalışmaya katılım gösteren bireylerin %47.8' inin (n=282) bekâr olduğu, %52.2' sinin (n=308) ise evli olduğu bilinmektedir. Örneklem %29,7'si (n=175) metropolde ikamet ederken, %46.1' i (n=272) büyük şehirde; %24.2'si ise (n=143) şehirde ikamet etmektedir. Katılımcıların eğitim durumları incelendiğinde, %13.6' sının (n=80) ilköğretim, %18.3' ünün (n=108) ortaöğretim ve %68.1' inin (n=402) yükseköğretim mezunu olduğu görülmektedir.

Örneklem %80.2' si (n=473) herhangi bir psikolojik/ psikiyatrik rahatsızlık ya da sıkıntı nedeniyle tedavi görmediğini bildirirken, %19.8' i (n=117) tedavi gördüğünü bildirmiştir. Katılımcıların %3.7' sinin (n=22) tedavisinin devam ettiği, %16.1' inin (n=95) ise tedavisinin sona erdiği tespit edilmiştir. Katılımcıların %5.9' u (n=35) Covid-19 sürecinden psikolojik olarak hiç etkilenmediğini bildirirken; %38.1' i (n=225) biraz etkilendiğini, %36.9' u (n=218) oldukça etkilendiğini ve %19'u da (n=112) çok fazla etkilendiğini bildirmiştir.

Katılımcıların %39' unun (n= 230) hanesinde, Covid-19 sürecinde risk grubunda olmasına yol açan kronik bir hastalığı olan ya da 65 yaş üstü bireyler bulunurken; %61' inin (n= 360) hanesinde ise risk grubunda yer alan bir birey

bulunmamaktadır. Ayrıca örneklemin %28.6' sını (n= 169) kronik bir hastalığı olduğunu bildirirken, %71.4' ünün (n= 421) Covid-19 sürecinde risk grubunda olmasına yol açan kronik bir rahatsızlığı bulunmamaktadır. Covid-19 sebebiyle sevilen birisini kaybeden katılımcıların oranı %33.2 (n=196), herhangi bir kayıp yaşamayan bireylerin oranının %66.8 (n= 394) olduğu; sevdiği birisi Covid-19'a bağlı hastanede yatarak tedavi gören katılımcıların oranı %54.7 (n= 323), hastanede tedavi gören bir yakını olmayan bireylerin oranı ise %45.3 (n= 267) olarak saptanmıştır. Çalışmaya katılım gösteren bireylerin %30.2' si (n= 178) Covid- 19 sürecinde tam zamanlı; %28.1' i (n= 166) yarı zamanlı çalıştığını; %41.7' si ise (n= 246) çalışmadığını bildirmiştir. Katılımcıların ekonomik düzeylerini en iyi tanımlayan ifade sorulduğunda ise %18.8'i (n=111) düşük, %64.6'sını (n= 381) orta, %16.6' sını (n= 98) yüksek olduğunu belirtmiştir. Katılımcıların sosyodemografik özelliklerine ve diğer verilerine ilişkin bilgileri Tablo 4.1.'de sunulmuştur.

**Tablo 4.1** Katılımcıların sosyodemografik özellikleri ve diğer verilerinin sayısal ve yüzdeler dağılımları

N= 590		N	%
Covid-19 tanısı	Olan	180	30.5
	Olmayan	410	69.5
Cinsiyet	Kadın	351	59.5
	Erkek	239	40.5
Medeni durum	Bekar	282	47.8
	Evli	308	52.2
İkamet	Metropol	175	29.7
	Büyük şehir	272	46.1
	Şehir	143	24.2
Eğitim durumu	İlköğretim	80	13.6
	Ortaöğretim	108	18.3
	Yükseköğretim	402	68.1
Hanede risk grubunun varlığı	Var	230	39
	Yok	360	61
Psikiyatrik tanı	Evet	117	19.8
	Hayır	473	80.2
Aktif devam eden tedavi süreci	Evet	22	3.7
	Hayır	95	16.1
Covid-19'dan psikolojik olarak ne düzeyde etkilenildiği	Hiç	35	5.9
	Biraz	225	38.1
	Oldukça	218	36.9
	Çok fazla	112	19
Kronik hastalık	Var	169	28.6
	Yok	421	71.4
Sevilen birinin Covid-19 sebebiyle kaybı	Evet	196	33.2
	Hayır	394	66.8
Sevilen birinin Covid-19 sebebiyle hastanede tedavi görmesi	Evet	323	54.7
	Hayır	267	45.3
Covid- 19 sürecinde nasıl çalışıldığı	Tam zamanlı	178	30.2
	Yarı zamanlı	166	28.1
	Çalışmıyorum	246	41.7
Ekonomik düzey	Düşük	111	18.8
	Orta	381	64.6
	Yüksek	98	16.6
Yaş	Ort.	Ss.	Min-Maks.
	39.21	12.19	25-65

## 4.2 Araştırmada Kullanılan Ölçeklerin İncelenmesi

### 4.2.1 Araştırmada Kullanılan Ölçeklerin Normallik Dağılımları

İlgili ölçeklerden elde edilen verilerin normallik dağılımlarının incelenmesi amacıyla Skewness (Çarpıklık) ve Kurtosis (Basıklık) değerlerine bakılmıştır.



Alanyazın Skewness (Çarpıklık) ve Kurtosis (Basıklık) değerlerinin  $\pm 1.5$  aralığında bulunmasının, verilerin normal dağılımına işaret ettiğini desteklemektedir (Tabachnick ve Fidell, 2013). Tabachnick ve Fidell' in (2013) normallik varsayımı esas alındığında, araştırma verilerinin normal bir şekilde dağıldığı saptanmıştır. Araştırmada kullanılan ölçeklerin normallik dağılımlarına ilişkin bilgiler Tablo 4.2.' de sunulmuştur.

**Tablo 4.2** Ölçeklerin normallik dağılımları

Ölçekler	Skewness (Çarpıklık)	Kurtosis (Basıklık)
ÖY	0.114	-1.220
İZ	0.090	-1.196
AÖ	-0.013	-1.166
ÖS	-0.191	-0.894
PBO	-0.363	-0.905
BLN	-0.259	-0.846
ÖDÖTP	-0.397	-0.792
DASÖ-21 D	0.270	-1.339
DASÖ-21 A	0.680	-0.967
DASÖ-21 S	0.207	-1.219
AKY	-0.798	0.644
OOT	-0.488	-0.863
ME	-0.906	-0.201
CD-RISC	-0.824	-0.568

ÖY: Öz Yargılama, İZ: İzolasyon, AÖ: Aşırı Özdeşleşme, ÖS: Öz sevecenlik, PBO: Paylaşımların Bilincinde Olma, BLN: Bilinçlilik, ÖDÖTP: Öz Duyarlık Ölçeği Toplam Puan, DASÖ-21 D: Depresyon, DASÖ-21 A: Anksiyete, DASÖ-21 S: Stres, AKY: Azim ve Kişisel Yeterlik, OOT: Olumsuz Olaylara Tolerans, ME: Manevi Eğilim, CD-RISC: Psikolojik Sağlık Ölçeği

#### 4.2.2 Araştırmada Kullanılan Ölçeklerin ve Alt Boyutlarının Güvenirlik

##### Analizleri

Araştırmada kullanılan ölçeklerin güvenirlilik analizleri Cronbach's Alpha değerleri ile test edilmiştir. Güvenirlilik analizlerine dair bulgular Tablo 4.3.' te yer almaktadır.

**Tablo 4.3** Ölçeklerin Cronbach's Alpha güvenilirlik katsayıları

Ölçekler	Cronbach 's Alpha	Madde Sayısı
ÖY	0.926	5
İZ	0.890	4
AÖ	0.882	4
ÖS	0.913	5
PBO	0.899	4
BLN	0.919	4
DASÖ-21 D	0.950	7
DASÖ-21 A	0.941	7
DASÖ-21 S	0.928	7
AKY	0.980	15
OOT	0.930	6
ME	0.847	4
CD-RISC	0.983	25

ÖY: Öz Yargılama, İZ: İzolasyon, AÖ: Aşırı Özdeşleşme, ÖS: Öz sevecenlik, PBO: Paylaşımların Bilincinde Olma, BLN: Bilinçlilik, DASÖ-21 D: Depresyon, DASÖ-21 A: Anksiyete, DASÖ-21 S: Stres, AKY: Azim ve Kişisel Yeterlik, OOT: Olumsuz Olaylara Tolerans, ME: Manevi Eğilim, CD-RISC: Psikolojik Sağlık Ölçeği

### 4.3 Örneklem Ölçekler Yönünden İncelenmesi

#### 4.3.1 Örneklem Ölçek Puanları

Katılımcıların ilgili ölçeklerden ve alt ölçeklerden elde ettikleri puan dağılımları Tablo 4.4.' te ele alınmıştır.

**Tablo 4.4** Örneklem ölçek puanları

(n=590)	Ort±SS	Min-Maks.
ÖY	3.15±1.26	1-5
İZ	3.18±1.24	1-5
AÖ	3.27±1.21	1-5
ÖS	2.84±1.15	1-5
PBO	2.97±1.19	1-5
BLN	3.01±1.19	1-5
ÖDÖTP	2.87±1.09	1-5
DASÖ-21 D	9.82 ±7.39	0-21
DASÖ-21 A	7.95±7.21	0-21
DASÖ-21 S	10.40±6.76	0-21
AKY	36.67±18.95	0-60
OOT	12.73±7.28	0-24
ME	10.59±4.55	0-16
CD-RISC	60.01±29.79	0-100

ÖY: Öz Yargılama, İZ: İzolasyon, AÖ: Aşırı Özdeşleşme, ÖS: Öz sevecenlik, PBO: Paylaşımların Bilincinde Olma, BLN: Bilinçlilik, ÖDÖTP: Öz Duyarlık Ölçeği Toplam Puan, DASÖ-21 D: Depresyon, DASÖ-21 A: Anksiyete, DASÖ-21 S: Stres, AKY: Azim ve Kişisel Yeterlik, OOT: Olumsuz Olaylara Tolerans, ME: Manevi Eğilim, CD-RISC: Psikolojik Sağlık Ölçeği

### 4.3.2 Ölçek Puanlarının Sosyodemografik ve Diğer Veriler Açısından İncelenmesi

Mevcut araştırmada, pandemi sürecinin güncelliği ve yapılan araştırmaların kısıtlılığı sebebiyle, ilgili değişkenler cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim düzeyi, ekonomik düzey, çalışma durumu, psikiyatrik tanı ve tedavi geçmişi gibi sosyodemografik değişkenlerin yanı sıra, Covid-19 sürecine dair diğer sosyodemografik veriler açısından da karşılaştırılarak detaylıca incelenmiştir. Yapılan analizler sonucunda elde edilen bulgulara ise aşağıda yer verilmiştir.

#### 4.3.2.1 Ölçek Puanlarının Sosyodemografik Veriler Açısından Karşılaştırılması

Farklı sosyodemografik özelliklere sahip olan katılımcıların ölçek puanlarının bağımsız gruplar t test ve tek yönlü ANOVA analizi ile incelenmesine dair bulgular aşağıda ele alınmıştır. Ölçek puanlarının sosyodemografik veriler açısından karşılaştırılmasına ilişkin bilgileri ise Tablo 4.5.' de sunulmuştur.

Cinsiyet: ÖDÖ, DASÖ-21 ve CD-RISC puanlarının, cinsiyete göre anlamlı bir şekilde farklılaşıp farklılaşmadığını test etmek amacıyla bağımsız örneklem t-testi uygulanmıştır. Yapılan analizler sonucunda ÖDÖ ( $t(369.009)= 5.858, p= 0.00$ ); DASÖ-21 Depresyon ( $t(393.118)=-4.64, p= 0.00$ ), DASÖ-21 Anksiyete ( $t(380.199)=-5.94, p=0.00$ ), DASÖ-21 Stres ( $t(393.74)= -4.30, p= 0.00$ ) ve CD-RISC puanlarının ( $t(351.90)= 6.91, p= 0.00$ ) cinsiyete göre istatistiksel açıdan anlamlı bir şekilde farklılaştığı tespit edilmiştir. ÖDÖ ve CD-RISC puanlarının kadınlarda; DASÖ-21 puanlarının ise erkeklerde istatistiksel açıdan anlamlı bir şekilde daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Medeni Durum: ÖDÖ, DASÖ-21 ve CD-RISC puanlarının, medeni duruma göre anlamlı bir şekilde farklılaşıp farklılaşmadığını test etmek amacıyla bağımsız örneklem t-testi uygulanmıştır. Bağımsız örneklem t testi analizi sonucunda ÖDÖ ( $t(544.75)= -6.05, p= 0.000$ ); DASÖ-21 Depresyon ( $t(567.228)=7.29, p= 0.00$ ), DASÖ-21 Anksiyete ( $t(542.64)= 5.54, p=0.00$ ) ve DASÖ-21 Stres ( $t(563.80)= 6.02, p= 0.00$ ); CD-RISC puanlarının ( $t(515.620)= -6.07, p= 0.00$ ) medeni duruma göre istatistiksel açıdan anlamlı bir şekilde farklılaştığı tespit edilmiştir. Evli katılımcıların ÖDÖ ve CD-RISC puanlarının istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde daha yüksek; DASÖ-21 puanlarının ise daha düşük olduğu saptanmıştır.

İkamet Edilen Şehir: Katılımcıların ikamet ettikleri şehirlerin ÖDÖ, DASÖ-21 ve CD-RISC puanlarında anlamlı bir fark yaratıp yaratmadığını test etmek amacıyla tek yönlü ANOVA analizi uygulanmıştır. ÖDÖ ( $F(2.587)=13.64, p=0.00$ ); DASÖ-21 Depresyon ( $F(2.587)=9.66, p=0.00$ ), DASÖ-21 Anksiyete ( $F(2.587)= 8.83, p=0.00$ ) ve DASÖ-21 Stres ( $F(2.587)= 9.03, p= 0.00$ ); CD-RISC ( $F(2.587)= 13.13, p= 0.00$ ) puanları ikamet edilen şehirlere göre karşılaştırıldığında, gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır. Farkın hangi gruplar arasında olduğunun tespit edilmesi amacıyla ilk olarak varyansın homojen bir şekilde dağılıp dağılmadığı incelenmiştir. ÖDÖ, DASÖ-21 Depresyon, DASÖ-21 Anksiyete ve CD-RISC varyansların homojen bir şekilde dağılmaması sebebiyle Post Hoc çoklu karşılaştırma testlerinden Games-Howell test ( $p<0.05$ ); DASÖ-21 Stres varyansının homojen bir şekilde dağılması sebebiyle de Bonferroni test uygulanmıştır ( $p>0.05$ ). Anlamlılık değeri 0.016 olarak belirlenmiştir. Çoklu karşılaştırma analizi sonuçlarına göre şehirde yaşayan katılımcıların ÖDÖ ve CD-RISC puanlarının, metropolde yaşayan katılımcıların ( $p=0.00$ ) ve büyük şehirde yaşayan katılımcıların ( $p=0.00$ ) puanlarından istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde daha düşük olduğu; DASÖ-21 puanlarının ise metropolde yaşayan ( $p=0.00$ ) ve büyük şehirde yaşayan ( $p<0.01$ ) katılımcıların DASÖ-21 puanlarından istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde daha yüksek olduğu saptanmıştır. Diğer grup karşılaştırmalarında ise istatistiksel açıdan anlamlı bir fark tespit edilememiştir ( $p>0.016$ ).

Eğitim Durumu: Katılımcıların eğitim durumlarının ÖDÖ, DASÖ-21 ve CD-RISC puanlarında anlamlı bir fark yaratıp yaratmadığını test etmek amacıyla tek yönlü ANOVA analizi uygulanmıştır. ÖDÖ ( $F(2.587)=98.62, p=0.00$ ); DASÖ-21 Depresyon ( $F(2.587)=70.59, p=0.00$ ), DASÖ-21 Anksiyete ( $F(2.587)= 123.69, p=0.00$ ) ve DASÖ-21 Stres ( $F(2.587)= 72.21, p= 0.00$ ); CD-RISC ( $F(2.587)= 128.02, p= 0.00$ ) puanları katılımcıların eğitim durumlarına göre karşılaştırıldığında, gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır. Farkın hangi gruplar arasında olduğunun tespit edilmesi amacıyla ilk olarak varyansın homojen bir şekilde dağılıp dağılmadığı incelenmiştir. İlgili ölçek varyanslarının homojen bir şekilde dağılmaması sebebiyle Post Hoc çoklu karşılaştırma testlerinden Games-Howell test uygulanmıştır ( $p<0.05$ ). Anlamlılık değeri 0.016 olarak belirlenmiştir. Çoklu karşılaştırma analizi sonuçlarına göre ilköğretim mezunu katılımcıların ÖDÖ ve CD-RISC puanlarının ortaöğretim ( $p=0.00$ ) ve yükseköğretim mezunu ( $p=0.00$ ) katılımcıların ÖDÖ ve CD-RISC puanlarından anlamlı olarak daha düşük olduğu; benzer şekilde ortaöğretim

mezunu katılımcıların ÖDÖ ve CD-RISC puanlarının yükseköğretim mezunu katılımcılara oranla anlamlı olarak daha düşük olduğu saptanmıştır ( $p=0.00$ ). İlköğretim mezunu katılımcıların DASÖ-21 puanlarının ortaöğretim ( $p=0.00$ ) ve yükseköğretim mezunu ( $p=0.00$ ) katılımcılardan; ortaöğretim mezunu katılımcıların DASÖ-21 puanlarının ise yükseköğretim mezunu katılımcıların DASÖ-21 puanlarından ( $p=0.00$ ) istatistiksel açıdan anlamlı olarak daha yüksek olduğu saptanmıştır. Tüm grup karşılaştırmalarında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir ( $p<0.016$ ).

*Ekonomik Düzey:* Ekonomik düzeyin ÖDÖ, DASÖ-21 ve CD-RISC puanlarında anlamlı bir fark yaratıp yaratmadığını test etmek amacıyla tek yönlü ANOVA analizi uygulanmıştır. ÖDÖ ( $F(2.587)=47.099$ ,  $p=0.00$ ); DASÖ-21 Depresyon ( $F(2.587)=60.768$ ,  $p=0.00$ ), DASÖ-21 Anksiyete ( $F(2.587)= 60.558$ ,  $p=0.00$ ) ve DASÖ-21 Stres ( $F(2.587)= 51.416$ ,  $p= 0.00$ ); CD-RISC ( $F(2.587)= 60.841$ ,  $p= 0.00$ ) puanları ilgili gruplara göre karşılaştırıldığında, gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır. Farkın hangi gruplar arasında olduğunun tespit edilmesi amacıyla ilk olarak varyansın homojen bir şekilde dağılıp dağılmadığı incelenmiştir. Varyansların homojen bir şekilde dağılmaması sebebiyle Post Hoc çoklu karşılaştırma testlerinden Games Howell test uygulanmıştır ( $p<0.05$ ). Anlamlılık değeri 0.016 olarak belirlenmiştir. Düşük ekonomik düzeyde katılımcıların ÖDÖ ve CD-RISC puanlarının orta ekonomik düzeyde ( $p=0.00$ ) ve yüksek ekonomik düzeyde ( $p=0.00$ ) katılımcılara oranla anlamlı şekilde daha düşük olduğu; DASÖ-21 puanlarının ise orta ekonomik düzeyde ( $p=0.00$ ) ve yüksek ekonomik düzeydeki ( $p=0.00$ ) katılımcılara oranla anlamlı şekilde daha yüksek olduğu saptanmıştır. Diğer grup karşılaştırmalarında ise istatistiksel açıdan anlamlı bir farka ulaşılamamıştır ( $p>0.016$ ).

**Tablo 4.5** Ölçek puanlarının sosyodemografik verilere göre karşılaştırılması

		ÖDÖ		DASÖ-21 D		DASÖ-21 A		DASÖ-21 S		CD-RISC	
		Ort±SS		Ort±SS		Ort±SS		Ort±SS		Ort±SS	
Cinsiyet	Kadın(n=351)	3.09±0.83	t=5.85	8.60±6.07	t= -4.64	6.43±5.68	t= -5.94	9.36±5.58	t= -4.30	67.33±22.54	t= 6.91
	Erkek(n=239)	2.53±1.31	<b>p=0.000***</b>	11.62±8.69	<b>p=0.000***</b>	10.18±8.53	<b>p=0.000***</b>	11.93±7.97	<b>p=0.000***</b>	49.25±36.32	<b>p=0.000***</b>
Medeni Durum	Bekar(n=282)	2.59±1.16	t= -6.05	12.06±7.46	t= 7.29	9.64±7.74	t= 5.54	12.12±6.97	t= 6.02	52.35±33.04	t= -6.07
	Evli (n=308)	3.12±0.95	<b>p=0.000***</b>	7.78±6.72	<b>p=0.000***</b>	6.40±6.30	<b>p=0.000***</b>	8.83±6.18	<b>p=0.000***</b>	67.01±24.50	<b>p=0.000***</b>
İkamet	Metropol (n=175)	3.09±0.90	F=13.6	9.12±6.59	F=9.66	7.01±6.16	F=8.83	9.64±6.19	F=9.03	65.68±24.11	F=13.13
	Büyük Şehir (n=272)	2.93±1.10	<b>p=0.000***</b>	9.05±7.24	<b>p=0.000***</b>	7.43±7.12	<b>p=0.000***</b>	9.81±6.74	<b>p=0.000***</b>	61.88±30.21	<b>p=0.000***</b>
	Şehir (n=143)	2.48±1.16	Fark=	12.16±8.13	Fark=	10.11±8.12	Fark=	12.46±7.10	Fark=	49.49±32.70	Fark=
			1-3		1-3		1-3		1-3		1-3
			2-3		2-3		2-3		2-3		2-3
Eğitim Durumu	İlköğretim (n=80)	1.61±1.05	F=98.6	17.13±6.52	F=70.5	16.48±6.77	F=123.6	17.08±6.02	F=72.2	22.77±28.71	F=128.0
	Ortaöğretim (n=108)	2.60±1.30	<b>p=0.000***</b>	11.76±8.68	<b>p=0.000***</b>	10.75±8.47	<b>p=0.000***</b>		<b>p=0.000***</b>	50.93±36.66	<b>p=0.000***</b>
	Yükseköğretim (n=402)	3.19±0.79	Fark=	7.85±6.02	Fark=	5.50±5.05	Fark=	12.31±7.73	Fark=	69.86±19.66	Fark=
			1-2		1-2		1-2		1-2		1-2
			1-3		1-3		1-3		1-3		1-3
			2-3		2-3		2-3		2-3		2-3
Ekonomik Düzey	Düşük(n=111)	2.03±1.20	F= 47.0	16.02±6.18	F= 60.7	14.05±7.65	F= 60.5	15.77±6.37	F= 51.4	35.13±34.70	F= 60.8
	Orta(n=381)	3.08±0.88	<b>p=0.000***</b>	8.00±6.49	<b>p= 0.000***</b>	6.25±5.96	<b>p= 0.000***</b>	8.95±5.94	<b>p= 0.000***</b>	67.44±23.11	<b>p= 0.000***</b>
	Yüksek(n=98)	2.98±1.22	Fark=	9.88±8.14	Fark=		Fark=	9.97±7.23	Fark=	59.29±31.71	Fark=
			1-2		1-2		1-2		1-2		1-2
			1-3		1-3		1-3		1-3		1-3

ÖDÖ: Öz Duyarlık Ölçeği, DASÖ-21 D: Depresyon, DASÖ-21 A: Anksiyete, DASÖ-21 S: Stres, CD-RISC: Psikolojik Sağlık Ölçeği (\*\*\*:p<0.001)

#### 4.3.2.2 Ölçek Puanlarının Covid-19 Sürecine Dair Veriler Açısından Karşılaştırılması

Covid-19 sürecine dair farklı özelliklere sahip olan katılımcıların ölçek puanlarının bağımsız gruplar t test ve tek yönlü ANOVA analizi ile incelenmesine dair bulgular aşağıda ele alınmıştır. Ölçek puanlarının Covid-19 sürecine dair veriler açısından karşılaştırılmasına ilişkin bilgileri ise Tablo 4.6.'da sunulmuştur.

Covid-19 Tanısı: Covid-19 tanısının varlığına göre ÖDÖ, DASÖ-21 ve CD-RISC puanlarının, anlamlı bir şekilde farklılaşıp farklılaşmadığını test etmek amacıyla bağımsız örneklem t-testi uygulanmıştır. Yapılan analizler sonucunda Covid-19 tanısı olan ve Covid-19 tanısı olmayan gruplarda ÖDÖ ( $t(241.245) = -15.96, p=0.00$ ), DASÖ-21 Depresyon ( $t(299.148) = 17.05, p=0.00$ ), DASÖ-21 Anksiyete ( $t(240.417) = 17.31, p=0.00$ ), DASÖ-21 Stres ( $t(281.726) = 14.64, p=0.00$ ) ve CD-RISC ( $t(219.462) = -17.89, p=0.00$ ) puanlarının anlamlı bir farklılık gösterdiği saptanmıştır. Covid-19 tanısı bulunmayan katılımcıların ÖDÖ ve CD-RISC puanlarının istatistiksel açıdan anlamlı bir şekilde daha yüksek; DASÖ-21 puanlarının ise daha düşük düzeylerde olduğu tespit edilmiştir.

Hanede Covid-19 için Risk Grubunun Varlığı: Covid-19 için risk grubunda bulunan birisiyle aynı hanede yaşamının ÖDÖ, DASÖ-21 ve CD-RISC puanlarında anlamlı bir fark yaratıp yaratmadığını test etmek amacıyla bağımsız örneklem t-testi uygulanmıştır. Yapılan analizler sonucunda hanede Covid-19 için risk grubunda bulunan bireyin varlığına göre ÖDÖ ( $t(588) = -1.55, p= 0.12$ ) ve CD-RISC puanlarının ( $t(588) = -1.73, p= 0.08$ ) anlamlı bir şekilde farklılaşmadığı; DASÖ-21 Depresyon ( $t(588) = 2.46, p=0.01$ ), DASÖ-21 Anksiyete ( $t(588) = 2.70, p=0.00$ ), DASÖ-21 Stres ( $t(532.05) = 2.90, p=0.00$ ) puanlarının ise istatistiksel açıdan anlamlı olarak farklılaştığı tespit edilmiştir. Covid-19 için risk grubunda bulunan bireylerle aynı hanede yaşayan katılımcıların DASÖ-21 puanlarının diğer katılımcılara kıyasla, anlamlı bir şekilde daha yüksek olduğu görülmüştür.

Covid-19 İçin Risk Grubunda Olma: Covid-19 için risk grubunda olmanın ÖDÖ, DASÖ-21 ve CD-RISC puanlarında anlamlı bir farklılık yaratıp yaratmadığını test etmek amacıyla bağımsız örneklem t testi uygulanmıştır. ÖDÖ ( $t(233.752) = -11.51, p=0.00$ ), DASÖ-21 Depresyon ( $t(263.327) = 12.06, p=0.00$ ), DASÖ-21 Anksiyete ( $t(241.860) = 14.900, p=0.00$ ), DASÖ-21 Stres ( $t(276.781) = 12.84, p=0.00$ ) ve CD-RISC ( $t(213.554) = -11.828, p=0.00$ ) puanlarının gruplar arasında istatistiksel açıdan

anlamli bir sekilde farklılaştığı tespit edilmiştir. Covid-19 için risk grubunda bulunan bireylerin ÖDÖ ve CD-RISC puanlarının Covid-19 için risk grubunda bulunmayan bireylere kıyasla anlamlı şekilde daha düşük; DASÖ-21 puanlarının ise anlamlı şekilde daha yüksek düzeylerde olduğu saptanmıştır.

Covid-19'dan Psikolojik Olarak Ne Düzeyde Etkilenildiği: Covid-19'dan psikolojik olarak etkilenme düzeylerine göre ÖDÖ, DASÖ-21 ve CD-RISC puanlarının anlamlı bir şekilde farklılaşıp farklılaşmadığını test etmek amacıyla tek yönlü ANOVA analizi uygulanmıştır. ÖDÖ ( $F(3.586)=134.286, p=0.00$ ); DASÖ-21 Depresyon ( $F(3.586)=126.246, p=0.00$ ), DASÖ-21 Anksiyete ( $F(3.586)=170.518, p=0.00$ ) ve DASÖ-21 Stres ( $F(3.586)=146.822, p=0.00$ ); CD-RISC ( $F(3.586)=126.849, p=0.00$ ) puanları ilgili gruplara göre karşılaştırıldığında, gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır. Farkın hangi gruplar arasında olduğunun tespit edilmesi amacıyla ilk olarak varyansın homojen bir şekilde dağılıp dağılmadığı incelenmiştir. Varyanslarının homojen bir şekilde dağılmaması sebebiyle Post Hoc çoklu karşılaştırma testlerinden Games Howell test uygulanmıştır ( $p<0.05$ ). Anlamlılık değeri 0.008 olarak belirlenmiştir.

Çoklu karşılaştırma analizi sonuçlarına göre Covid-19'dan psikolojik olarak hiç etkilenmediğini bildiren katılımcıların ÖDÖ ve CD-RISC puanlarının, oldukça ( $p=0.00$ ) ve çok fazla ( $p=0.00$ ) etkilendiğini bildiren katılımcılardan anlamlı bir şekilde daha yüksek olduğu; Covid-19'dan psikolojik olarak biraz etkilendiğini bildiren katılımcıların ÖDÖ ve CD-RISC puanlarının, oldukça ( $p=0.00$ ) ve çok fazla ( $p=0.000$ ) etkilendiğini bildiren katılımcılardan anlamlı bir şekilde daha yüksek olduğu; Covid-19'dan oldukça etkilendiğini bildiren katılımcıların ÖDÖ ve CD-RISC puanlarının, çok fazla etkilendiğini ( $p=0.00$ ) bildiren katılımcılardan anlamlı bir şekilde daha yüksek olduğu saptanmıştır. Diğer grup karşılaştırmalarında ise ÖDÖ ve CD-RISC puanlarında istatistiksel açıdan anlamlı bir farka ulaşamamıştır ( $p>0.00$ ). Çoklu karşılaştırma analizinden elde edilen bulgular, DASÖ-21 puanlarının tüm gruplarda istatistiksel açıdan anlamlı bir şekilde farklılaştığını göstermektedir ( $p>0.008$ ).

Sevilen Bir Yakının Covid-19 Sebebiyle Kaybı: ÖDÖ, DASÖ-21, CD-RISC puanlarının kayıp yaşantısına göre anlamlı bir şekilde farklılaşıp farklılaşmadığının test edilmesi amacıyla bağımsız örneklem t testi uygulanmıştır. Yapılan analizler sonucunda ÖDÖ ( $t(284.173)=-9.53, p=0.00$ ), DASÖ-21 Depresyon ( $t(316.182)=9.07, p=0.00$ ), DASÖ-21 Anksiyete ( $t(295.214)=10.776, p=0.00$ ), DASÖ-21 Stres



( $t(323.207)=-10.136, p=0.00$ ); CD-RISC ( $t(264.981)=-10.136, p=0.00$ ) puanlarının kayıp yaşantısının varlığına göre anlamlı bir şekilde farklılaştığı tespit edilmiştir. Sevilen bir yakını Covid-19 sebebiyle kaybeden katılımcıların ÖDÖ ve CD-RISC puanlarının anlamlı derecede daha düşük ve DASÖ-21 puanlarının ise anlamlı derecede daha yüksek olduğu saptanmıştır.

*Sevilen Bir Yakının Covid-19 Sebebiyle Hastanede Yatarak Tedavi Görmesi:*

Sevilen bir yakının Covid-19 sebebiyle hastanede yatarak tedavi görmesinin ÖDÖ, DASÖ-21, CD-RISC puanlarında anlamlı bir farklılaşma yaratıp yaratmadığının test edilmesi amacıyla bağımsız örneklem t testi uygulanmıştır. Yapılan analizler sonucunda gruplar arasında ÖDÖ( $t(534.8643)=-11.151, p=0.00$ ), DASÖ-21 Depresyon ( $t(583.032)=8.527, p=0.00$ ), DASÖ-21 Anksiyete ( $t(544.320)=10.267, p=0.00$ ), DASÖ-21 Stres ( $t(585.947)=8.327, p=0.00$ ) ve CD-RISC ( $t(493.234)=-11.592, p=0.00$ ) puanlarının anlamlı bir şekilde farklılaştığı tespit edilmiştir. Covid-19 sebebiyle sevilen bir yakını hastanede yatarak tedavi gören katılımcıların ÖDÖ ve CD-RISC puanlarının istatistiksel açıdan anlamlı bir şekilde daha düşük; DASÖ-21 puanlarının ise istatistiksel açıdan anlamlı bir şekilde daha yüksek olduğu görülmüştür.

*Covid-19 Sürecinde Nasıl Çalışıldığı:*

Katılımcıların Covid-19 sürecinde nasıl çalıştıklarına göre ÖDÖ, DASÖ-21 ve CD-RISC puanlarının anlamlı bir şekilde farklılaşıp farklılaşmadığını test etmek amacıyla tek yönlü ANOVA analizi uygulanmıştır. ÖDÖ ( $F(2.587)=7.375, p=0.00$ ); DASÖ-21 Depresyon ( $F(2.587)=11.435, p=0.00$ ), DASÖ-21 Anksiyete ( $F(2.587)=8.258, p=0.00$ ) ve DASÖ-21 Stres ( $F(2.587)=11.427, p=0.00$ ); CD-RISC ( $F(2.587)=9.242, p=0.00$ ) puanları ilgili gruplara göre karşılaştırıldığında, gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır. Farkın hangi gruplar arasında olduğunun tespit edilmesi amacıyla ilk olarak varyansın homojen bir şekilde dağılıp dağılmadığı incelenmiştir. DASÖ-21 Anksiyete ve CD-RISC varyanslarının homojen bir şekilde dağılmaması sebebiyle Post Hoc çoklu karşılaştırma testlerinden Games Howell test uygulanmıştır ( $p<0.05$ ). ÖDÖ, DASÖ-21 Depresyon ve DASÖ-21 Stres varyanslarının homojen bir şekilde dağılması sebebiyle Post Hoc çoklu karşılaştırma testlerinden Bonferroni test uygulanmıştır ( $p>0.05$ ). Anlamlılık değeri 0,016 olarak belirlenmiştir. Çoklu karşılaştırma analizi sonuçlarına göre tam zamanlı çalışan katılımcıların ÖDÖ ve CD-RISC puanlarının çalışmayan katılımcılara oranla istatistiksel açıdan anlamlı olarak daha yüksek olduğu ( $p=0.00$ ); çalışmayan katılımcıların DASÖ-21 Depresyon puanlarının tam zamanlı ( $p=0.00$ ) ve yarı zamanlı çalışan ( $p=0.01$ ) katılımcılara oranla

istatistiksel açıdan anlamlı olarak daha yüksek olduğu; çalışmayan katılımcıların DASÖ- 21 Anksiyete ve DASÖ-21 Stres puanlarının tam zamanlı çalışan katılımcılara oranla istatistiksel açıdan anlamlı olarak daha yüksek olduğu ( $p=0.00$ ) saptanmıştır. Diğer grup karşılaştırmalarında ise istatistiksel açıdan anlamlı bir farka ulaşamamıştır ( $p>0.016$ ).

**Tablo 4.6** Ölçek puanlarının Covid-19 verilerine göre karşılaştırılması

		ÖDÖ		DASÖ-21 D		DASÖ-21 A		DASÖ-21 S		CD-RISC	
		Ort±SS		Ort±SS		Ort±SS		Ort±SS		Ort±SS	
Covid-19 Tanısı	Var (n=180)	1.85±1.13	t= -15.96	16.50±6.57	t=17.05	15.01±7.29	t=17.31	16.03±6.56	t=14.64	29.29±31.44	t= -17.89
	Yok (n=410)	3.31±0.70	<b>p=0.000***</b>	6.89±5.62	<b>p=0.000***</b>	4.85±4.48	<b>p=0.000***</b>	7.93±5.19	<b>p=0.000***</b>	73.49±15.75	<b>p=0.000***</b>
Hanede Risk Grubu	Var (n=230)	2.78±1.06	t= -1.55	10.76±7.06	t=2.46	8.95±6.87	t=2.70	11.38±6.19	t=2.90	57.36±29.71	t= -1.73
	Yok (n=360)	2.92±1.10	p=0.120	9.23±7.55	<b>p=0.014*</b>	7.31±7.36	<b>p=0.007**</b>	9.78±7.04	<b>p=0.004**</b>	61.70±29.76	p=0.084
Kronik Hastalık	Evet (n=169)	2.03±1.21	t= -11.51	15.37±7.43	t=12.06	14.49±7.26	t=14.90	15.62±6.47	t=12.84	35.59±35.35	t= -11.82
	Hayır(n=421)	3.20±0.82	<b>p=0.000***</b>	7.60±6.10	<b>p=0.000***</b>	5.33±5.26	<b>p=0.000***</b>	8.31±5.66	<b>p=0.000***</b>	69.81±20.22	<b>p=0.000***</b>
Psikolojik Etkilenme Düzeyi	Hiç (n=35)	3.88±0.84	F=134.286 <b>p=0.000***</b>	3.37±4.43	F=126.246 <b>p=0.000***</b>	1.74±2.86	F=170.518 <b>p=0.000***</b>	3.42±4.41	F=146.822 <b>p=0.000***</b>	78.40±17.83	F=126.849 <b>p=0.000***</b>
	Biraz (n=225)	3.40±0.68	Fark= 1-3	6.17±5.14	Fark= 1-2	3.88±4.01	Fark= 1-2	6.86±4.70	Fark= 1-2	74.02±15.09	Fark= 1-3
	Oldukça (n=218)	2.81±0.95	1-4	10.25±6.85	1-3	8.52±6.54	1-3	11.13±5.92	1-3	61.36±27.50	1-4
	Çok Fazla (n=112)	1.59±0.89	2-3	18.35±5.01	1-4	16.98±5.35	1-4	18.27±4.39	1-4	23.48±28.64	2-3
			2-4		2-3		2-3		2-3		2-4
		3-4		2-4		2-4		2-4		3-4	
				3-4		3-4		3-4			
Kayıp Yaşantısı	Var (n=196)	2.24±1.25	t= -9.53	13.77±7.98	t=9.07	12.50±7.91	t=10.77	14.13±7.15	t=9.50	41.37±35.56	t= -10.13
	Yok(n=394)	3.18±0.83	<b>p=0.000***</b>	7.86±6.22	<b>p=0.000***</b>	5.69±5.60	<b>p=0.000***</b>	8.55±5.73	<b>p=0.000***</b>	69.28±21.06	<b>p=0.000***</b>
Bir Yakının Hastane Tedavisi	Var (n=323)	2.47±1.19	t= -11.151	12.00±7.81	t=8.527	10.41±7.90	t=10.267	12.36±7.08	t=8.327	48.87±33.40	t= -11.592
	Yok(n=267)	3.35±0.70	<b>p=0.000***</b>	7.19±5.87	<b>p=0.000***</b>	4.97±4.83	<b>p=0.000***</b>	8.04±5.51	<b>p=0.000***</b>	73.49±16.79	<b>p=0.000***</b>
Covid-19 Sürecinde Nasıl Çalışıldığı	Tam Zamanlı (n=178)	3.10±1.04	F=7.375 <b>p=0.001**</b>	8.08±7.13	F=11.435 <b>p=0.000***</b>	6.46±6.51	F=8.258 <b>p=0.000***</b>	8.79±6.58	F=11.427 <b>p=0.000***</b>	66.32±27.03	F=9.242 <b>p=0.000***</b>
	Yarı Zamanlı (n=166)	2.86±1.04	Fark=1-3	9.32±7.43	Fark= 1-3	7.60±7.05	Fark= 1-3	9.98±6.76	Fark= 1-3	61.86±29.52	Fark=1-3
	Çalışmıyorum (n=246)	2.70±1.12		11.42±7.25	2-3	9.26±7.57		11.85±6.61	2-3	54.19±30.19	

ÖDÖ: Öz Duyarlık Ölçeği, DASÖ-21 D: Depresyon, DASÖ-21 A: Anksiyete, DASÖ-21 S: Stres, CD-RISC: Psikolojik Sağlamlık Ölçeği, (\*\*\*)p<0.001 \*\*p< 0.01 \*p<0.05)

#### 4.3.2.3 Ölçek Puanlarının Psikiyatrik Tanı veya Tedavi Geçmişine Dair Veriler Açısından Karşılaştırılması

Psikiyatrik tanı veya tedavi geçmişi bulunan katılımcıların ölçek puanlarının bağımsız gruplar t test ve tek yönlü ANOVA analizi ile incelenmesine dair bulgular aşağıda ele alınmıştır. Ölçek puanlarının psikiyatrik tanı veya tedavi geçmişi açısından karşılaştırılmasına ilişkin bilgileri ise Tablo 4.7.'de sunulmuştur.

*Psikiyatrik Tanı veya Tedavi Geçmişi:* ÖDÖ, DASÖ-21 ve CD-RISC puanlarının, psikiyatrik tanı veya tedavi geçmişine göre anlamlı bir şekilde farklılaşp farklılaşmadığını test etmek amacıyla bağımsız örneklem t-testi uygulanmıştır. Yapılan analizler sonucunda ÖDÖ (  $t(588)=-5.09, p=0.00$ ), DASÖ-21 Depresyon ( $t(588)=5.04, p= 0.00$ ), DASÖ-21 Anksiyete (  $t(588)=5.76, p=0.00$ ), DASÖ-21 Stres (  $t(588)=5.64, p=0.00$ ) ve CD-RISC ( $t(164.163)= -4.29, p= 0.00$ ) puanlarının psikiyatrik tanının varlığına göre istatistiksel açıdan anlamlı bir şekilde farklılık gösterdiği; psikiyatrik tanısı olmayan katılımcılara oranla psikiyatrik tanısı olan katılımcıların ÖDÖ ve CD-RISC puanlarının daha düşük, DASÖ-21 puanlarının ise daha yüksek düzeylerde olduğu saptanmıştır.

*Devam Eden Psikiyatrik Tedavi veya Psikolojik Destek Süreci:* ÖDÖ, DASÖ-21 ve CD-RISC puanlarının, aktif psikiyatrik tedavi sürecine göre anlamlı bir şekilde farklılaşp farklılaşmadığını test etmek amacıyla bağımsız örneklem t-testi uygulanmıştır. Yapılan analizler sonucunda ÖDÖ (  $t(50.999)=4.05, p=0.00$ ), DASÖ-21 Depresyon (  $t(115)=-2.79, p= 0.00$ ), DASÖ-21 Anksiyete (  $t(49.808)= -4.06, p=0.00$ ), DASÖ-21 Stres (  $t(48.64)= -2.75, p=0.00$ ) ve CD-RISC (  $t(67.64)= 4.64, p= 0.00$ ) puanlarının aktif olarak devam eden psikiyatrik tedavi sürecine göre istatistiksel açıdan anlamlı bir şekilde farklılık gösterdiği; aktif psikiyatrik tedavi süreci devam eden katılımcıların ÖDÖ ve CD-RISC puanlarının diğer gruba oranla anlamlı şekilde daha yüksek olduğu, DASÖ-21 puanlarının ise daha düşük olduğu saptanmıştır.

**Tablo 4.7** Ölçek puanlarının psikiyatrik tanı veya tedavi geçmişine göre karşılaştırılması

		ÖDÖ		
		Ort±SS	t	p
Psikiyatrik Tanı	Var (n=117)	2.42±1.08	t=-5.09	<b>p=0.000***</b>
	Yok (n=473)	2.98±1.06		
Aktif Psikiyatrik Tedavi	Devam Ediyor (n=22)	3.02±0.68	t=4.05	<b>p=0.000***</b>
	Devam Etmiyor (n=95)	2.28±1.11		
		DASÖ-21 D		
		Ort±SS	t	p
Psikiyatrik Tanı	Var (n=117)	12.85±7.29	t=5.04	<b>p=0.000***</b>
	Yok (n=473)	9.08±7.23		
Aktif Psikiyatrik Tedavi	Devam Ediyor (n=22)	9.04±6.15	t=-2.79	<b>p=0.006**</b>
	Devam Etmiyor (n=95)	13.73±7.28		
		DASÖ-21 A		
		Ort±SS	t	p
Psikiyatrik Tanı	Var (n=117)	11.30±7.11	t=5.76	<b>p=0.000***</b>
	Yok (n=473)	7.12±7.00		
Aktif Psikiyatrik Tedavi	Devam Ediyor (n=22)	7.27±4.52	t=-4.06	<b>p=0.000***</b>
	Devam Etmiyor (n=95)	12.24±7.29		
		DASÖ-21 S		
		Ort±SS	t	p
Psikiyatrik Tanı	Var (n=117)	13.48±6.16	t=5.64	<b>p=0.000***</b>
	Yok (n=473)	9.64±6.70		
Aktif Psikiyatrik Tedavi	Devam Ediyor (n=22)	11.04±4.07	t=-2.75	<b>p=0.008**</b>
	Devam Etmiyor (n=95)	14.05±6.43		
		CD-RISC		
		Ort±SS	t	p
Psikiyatrik Tanı	Var (n=117)	48.83±32.14	t=-4.29	<b>p=0.000***</b>
	Yok (n=473)	62.77±28.55		
Aktif Psikiyatrik Tedavi	Devam Ediyor (n=22)	67.22±16.28	t=4.64	<b>p=0.000***</b>
	Devam Etmiyor (n=95)	44.57±33.44		

ÖDÖ: Öz Duyarlık Ölçeği, DASÖ-21 D: Depresyon, DASÖ-21 A: Anksiyete, DASÖ-21 S: Stres, CD-RISC: Psikolojik Sağlık Ölçeği, (\*\*\*:p<0.001 \*\*:p< 0.01 )

#### 4.4 Hipotezlerin Test Edilmesi

##### 4.4.1 Ölçekler Arasındaki İlişkilerin İncelenmesi

İlgili değişkenler arasındaki ilişkiler Pearson Korelasyon analizi ile test edilmiş ve Tablo 4.8' de sunulmuştur. Yapılan korelasyon analizleri sonucunda katılımcıların yaşları ile öz duyarlık ( $r=-0.26$ ,  $p=0.00$ ) ve psikolojik sağlık düzeyleri ( $r=-0.35$ ,

$p=0.00$ ) arasında negatif yönde; depresyon ( $r=0.23$ ,  $p=0.00$ ), anksiyete ( $r=0.23$ ,  $p=0.00$ ) ve stres ( $r=-0.35$ ,  $p=0.00$ ) düzeyleri arasında ise pozitif yönde anlamlı ilişkiler bulunduğu saptanmıştır.

Öz sevecenlik ile öz yargılama ( $r=-0.78$ ,  $p=0.00$ ), izolasyon ( $r=-0.71$ ,  $p=0.00$ ), aşırı özdeşleşme ( $r=-0.74$ ,  $p=0.00$ ), depresyon ( $r=-0.72$ ,  $p=0.00$ ), anksiyete ( $r=-0.70$ ,  $p=0.00$ ) ve stres ( $r=-0.74$ ,  $p=0.00$ ) düzeyleri arasında negatif yönde; paylaşımların bilincinde olma ( $r=0.84$ ,  $p=0.00$ ), bilinçlilik ( $r=0.89$ ,  $p=0.00$ ), öz duyarlık ( $r=0.920$ ,  $p=0.000$ ), psikolojik sağlamlık ( $r=0.82$ ,  $p=0.00$ ), azim ve kişisel yeterlik ( $r=0.81$ ,  $p=0.00$ ), olumsuz olaylara tolerans ( $r=0.81$ ,  $p=0.00$ ), manevi eğilim ( $r=0.71$ ,  $p=0.00$ ), düzeyleri arasında ise pozitif yönde istatistiksel açıdan anlamlı ilişkiler bulunduğu tespit edilmiştir.

Öz yargılama ile paylaşımların bilincinde olma ( $r=-0.68$ ,  $p=0.00$ ), bilinçlilik ( $r=-0.74$ ,  $p=0.00$ ), öz duyarlık ( $r=-0.91$ ,  $p=0.00$ ), psikolojik sağlamlık ( $r=-0.75$ ,  $p=0.00$ ), azim ve kişisel yeterlik ( $r=-0.75$ ,  $p=0.00$ ), olumsuz olaylara tolerans ( $r=-0.70$ ,  $p=0.00$ ), manevi eğilim ( $r=-0.64$ ,  $p=0.00$ ) düzeyleri arasında düzeyleri arasında negatif yönde; izolasyon ( $r=0.85$ ,  $p=0.00$ ), aşırı özdeşleme ( $r=0.86$ ,  $p=0.00$ ), depresyon ( $r=0.79$ ,  $p=0.00$ ), anksiyete ( $r=0.75$ ,  $p=0.00$ ) ve stres ( $r=0.79$ ,  $p=0.00$ ) düzeyleri arasında ise pozitif yönde istatistiksel açıdan anlamlı ilişkiler bulunduğu görülmüştür.

Paylaşımların bilincinde olma ile izolasyon ( $r=-0.65$ ,  $p=0.00$ ), aşırı özdeşleşme ( $r=-0.65$ ,  $p=0.00$ ), depresyon ( $r=-0.68$ ,  $p=0.00$ ), anksiyete ( $r=-0.66$ ,  $p=0.00$ ) ve stres ( $r=-0.67$ ,  $p=0.00$ ) düzeyleri arasında negatif yönde; bilinçlilik ( $r=0.82$ ,  $p=0.00$ ), öz duyarlık ( $r=0.86$ ,  $p=0.00$ ), psikolojik sağlamlık ( $r=0.80$ ,  $p=0.00$ ), azim ve kişisel yeterlik ( $r=0.79$ ,  $p=0.00$ ), olumsuz olaylara tolerans ( $r=0.78$ ,  $p=0.00$ ), manevi eğilim ( $r=0.72$ ,  $p=0.00$ ) düzeyleri arasında ise pozitif yönde istatistiksel açıdan anlamlı ilişkiler olduğu saptanmıştır.

İzolasyon ile bilinçlilik ( $r=-0.70$ ,  $p=0.00$ ), öz duyarlık ( $r=-0.88$ ,  $p=0.00$ ), psikolojik sağlamlık ( $r=-0.74$ ,  $p=0.00$ ), azim ve kişisel yeterlik ( $r=-0.73$ ,  $p=0.00$ ), olumsuz olaylara tolerans ( $r=-0.70$ ,  $p=0.00$ ), manevi eğilim ( $r=-0.63$ ,  $p=0.00$ ) düzeyleri arasında negatif yönde; aşırı özdeşleme ( $r=0.85$ ,  $p=0.00$ ), depresyon ( $r=0.80$ ,  $p=0.00$ ), anksiyete ( $r=0.76$ ,  $p=0.00$ ) ve stres ( $r=0.78$ ,  $p=0.00$ ) düzeyleri arasında ise pozitif yönde istatistiksel açıdan anlamlı ilişkiler bulunmaktadır.

Bilinçlilik ile aşırı özdeşleşme ( $r=-0.75$ ,  $p=0.00$ ), depresyon ( $r=-0.69$ ,  $p=0.00$ ), anksiyete ( $r=-0.71$ ,  $p=0.00$ ) ve stres ( $r=-0.70$ ,  $p=0.00$ ) düzeyleri arasında negatif yönde; öz duyarlık ( $r=0.90$ ,  $p=0.00$ ), psikolojik sağlamlık ( $r=0.82$ ,  $p=0.00$ ), azim ve

kişisel yeterlik ( $r=0.81, p=0.00$ ), olumsuz olaylara tolerans ( $r=0.81, p=0.00$ ), manevi eğilim ( $r=0.71, p=0.00$ ) düzeyleri arasında ise pozitif yönde istatistiksel açıdan anlamlı ilişkiler bulunduğu tespit edilmiştir.

Aşırı özdeşleşme ile öz duyarlık ( $r=-0.90, p=0.00$ ), psikolojik sağlamlık ( $r=-0.73, p=0.00$ ), azim ve kişisel yeterlik ( $r=-0.74, p=0.00$ ), olumsuz olaylara tolerans ( $r=-0.71, p=0.00$ ) ve manevi eğilim ( $r=-0.59, p=0.00$ ) düzeyleri arasında negatif yönde; depresyon ( $r=0.79, p=0.00$ ), anksiyete ( $r=0.78, p=0.00$ ) ve stres ( $r=0.80, p=0.00$ ) düzeyleri arasında ise pozitif yönde istatistiksel açıdan anlamlı ilişkiler bulunduğu görülmüştür.

Öz duyarlık ile depresyon ( $r=-0.83, p=0.00$ ), anksiyete ( $r=-0.81, p=0.00$ ) ve stres ( $r=-0.83, p=0.00$ ) düzeyleri arasında negatif yönde; psikolojik sağlamlık ( $r=0.86, p=0.00$ ), azim ve kişisel yeterlik ( $r=0.86, p=0.00$ ), olumsuz olaylara tolerans ( $r=0.84, p=0.00$ ), manevi eğilim ( $r=0.74, p=0.00$ ) düzeyleri arasında ise pozitif yönde istatistiksel açıdan anlamlı ilişkiler bulunduğu saptanmıştır.

Depresyon ile psikolojik sağlamlık ( $r=-0.77, p=0.00$ ), azim ve kişisel yeterlik ( $r=-0.77, p=0.00$ ), olumsuz olaylara tolerans ( $r=-0.74, p=0.00$ ), manevi eğilim ( $r=-0.65, p=0.00$ ) düzeyleri arasında negatif yönde; anksiyete ( $r=0.85, p=0.00$ ) ve stres ( $r=0.91, p=0.00$ ) düzeyleri arasında ise pozitif yönde istatistiksel açıdan anlamlı ilişkiler bulunmaktadır.

Anksiyete ile psikolojik sağlamlık ( $r=-0.78, p=0.00$ ), azim ve kişisel yeterlik ( $r=-0.78, p=0.00$ ), olumsuz olaylara tolerans ( $r=-0.73, p=0.00$ ), manevi eğilim ( $r=-0.70, p=0.00$ ) düzeyleri arasında negatif yönde; stres ( $r=0.88, p=0.00$ ) düzeyleri arasında ise pozitif yönde istatistiksel açıdan anlamlı ilişkiler bulunduğu tespit edilmiştir.

Stres ile psikolojik sağlamlık ( $r=-0.74, p=0.00$ ), azim ve kişisel yeterlik ( $r=-0.74, p=0.00$ ), olumsuz olaylara tolerans ( $r=-0.72, p=0.00$ ), manevi eğilim ( $r=-0.64, p=0.00$ ) düzeyleri arasında negatif yönde istatistiksel açıdan anlamlı ilişkiler bulunduğu saptanmıştır.

Psikolojik sağlamlık ile azim ve kişisel yeterlik ( $r=0.99, p=0.00$ ), olumsuz olaylara tolerans ( $r=0.95, p=0.00$ ), manevi eğilim ( $r=0.88, p=0.00$ ) düzeyleri arasında; azim ve kişisel yeterlik ile olumsuz olaylara tolerans ( $r=0.92, p=0.00$ ) ve manevi eğilim ( $r=0.83, p=0.00$ ) düzeyleri arasında; olumsuz olaylara tolerans ile manevi eğilim ( $r=0.80, p=0.00$ ) düzeyleri arasında pozitif yönde; istatistiksel açıdan anlamlı ilişkiler bulunmaktadır.

Yukarıda ele alınan değişkenler arasındaki ilişkiler göz önünde bulundurulduğunda araştırmanın ilgili hipotezleri kabul edilmiştir.



**Tablo 4.8** Ölçekler arasındaki ilişkiler (n= 590)

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1 Yaş	-														
2 ÖS	-.283**	-													
3 ÖY	.246**	-.784**	-												
4 PBO	-.274**	.843**	-.682**	-											
5 İZ	.210**	-.711**	.854**	-.652**	-										
6 BLN	-.248**	.896**	-.740**	.827**	-.705**	-									
7 AÖ	.184**	-.746**	.862**	-.657**	.857**	-.750**	-								
8 ÖDÖTP	-.267**	.920**	-.914**	.861**	-.888**	.909**	-.905**	-							
9 DASÖ-21 D	.238**	-.729**	.793**	-.682**	.808**	-.692**	.791**	-.834**	-						
10 DASÖ-21 A	.348**	-.705**	.758**	-.669**	.765**	-.719**	.787**	-.817**	.853**	-					
11 DASÖ-21 S	.238**	-.744**	.790**	-.671**	.787**	-.709**	.806**	-.836**	.913**	.881**	-				
12 CD-RISC	-.350**	.828**	-.751**	.807**	-.740**	.829**	-.737**	.869**	-.775**	-.789**	-.748**	-			
13 AKY	-.349**	.817**	-.754	.793**	-.739**	.817**	-.740**	.863**	-.773**	-.789**	-.744**	.991**	-		
14 OOT	-.290**	.813**	-.709**	.783**	-.708**	.817**	-.719**	.842**	-.746**	-.737**	-.721**	.958**	.928**	-	
15 ME	-.373**	.715**	-.643**	.729**	-.633**	.714**	-.594**	.745**	-.659**	-.702**	-.644	.884**	.839**	.807**	-

ÖS: Öz sevecenlik, ÖY: Öz Yargılama, PBO: Paylaşımların Bilincinde Olma, İZ: İzolasyon, BLN: Bilinçlilik, AÖ: Aşırı Özdeşleşme, ÖDÖTP: Öz Duyarlık Ölçeği Toplam Puan, DASÖ-21 D: Depresyon, DASÖ-21 A: Anksiyete, DASÖ-21 S: Stres, CD-RISC: Psikolojik Sağlık Ölçeği, AKY: Azim ve Kişisel Yeterlik, OOT: Olumsuz Olaylara Tolerans, ME: Manevi Eğilim (\*\*:p< 0.01)

#### 4.4.2 Öz Duyarlık ile Depresyon, Anksiyete ve Stres Düzeyleri Arasındaki İlişkide Psikolojik Sağlamlığın Aracı Rolünün İncelenmesi

İlgili alanyazında, aracılık etkisi analizlerinde Baron ve Kenny (1986) tarafından önerilen geleneksel yaklaşımın yaygın bir şekilde kullanıldığı görülmektedir. Geleneksel yaklaşıma göre bir değişkeninin aracı değişken olarak ( $M$ ) kabul edilebilmesi için:

1-)  $c$  yolunun anlamlı olması, başka bir değişle  $X$  değişkeninin,  $Y$  değişkenini anlamlı olarak yordaması;

2-)  $a$  yolunun anlamlı olması, başka bir değişle  $X$  değişkeninin,  $M$  değişkenini anlamlı olarak yordaması;

3-)  $X$  ve  $M$  değişkenleri birlikte analize sokulduğunda,  $M$  değişkeninin,  $Y$  değişkenini anlamlı bir şekilde yordaması gerekmektedir. Bu koşullar altında  $X$  ile  $Y$  değişkenleri arasında anlamlı olmayan bir ilişki çıkarsa tam aracılık etkisinden;  $X$  ile  $Y$  değişkenleri arasındaki ilişkinin gücünde azalma meydana geldiği takdirde ise kısmi aracılık etkisinden söz edilmektedir ( $c'$  yolu) (Baron ve Kenny, 1986).

Son yıllarda aracılık etkisinin analizinde geleneksel yaklaşıma ciddi eleştiriler gelmiş, geleneksel yaklaşımın Tip 1 (Hipotezin doğru iken reddedilmesi hatası) ve Tip 2 (Hipotezin yanlış iken kabul edilmesi hatası) hataya yol açabileceği ileri sürülmüş; daha geçerli ve güvenilir analiz sonuçlarına ulaşılmasını sağlayan çağdaş yaklaşım önem kazanmış ve alanyazında kabul görmeye başlamıştır (Fritz ve MacKinnon, 2007; Hayes, 2018; Hayes, 2009; Preacher ve Hayes, 2004). Baron ve Kenny (1986) tarafından önerilen geleneksel yaklaşımın aksine aracı etki modelinden söz edilebilmesi için güncel yaklaşıma göre:

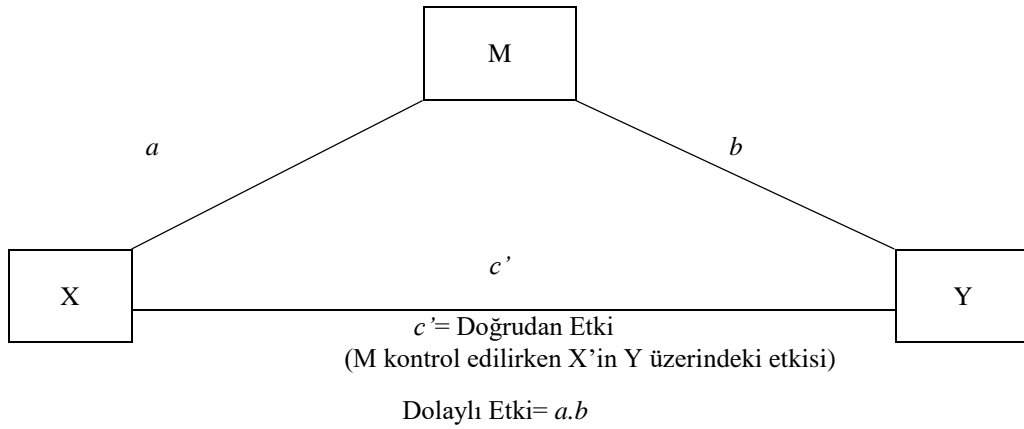
1-) İdeal olarak  $c$  yolunun istatistiksel açıdan anlamlı olması beklenmektedir. Ancak toplam etkinin ( $c$  yolu) anlamlı olmadığı durumlarda dahi aracılık etkisi karşılanabilmektedir;

2-) İdeal olarak  $a$  yolunun istatistiksel açıdan anlamlı olması beklenmektedir. Ancak  $a$  yolunun anlamlı olmadığı durumlarda dahi aracılık etkisi karşılanabilmektedir;

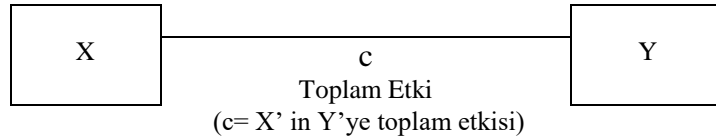
3-) İdeal olarak  $b$  yolunun istatistiksel açıdan anlamlı olması beklenmektedir. Ancak  $b$  yolunun anlamlı olmadığı durumlarda dahi aracılık etkisi karşılanabilmektedir;

4-)  $M$  değişkeni aracılığıyla,  $X$  değişkeninin  $Y$  değişkeni üzerindeki dolaylı etkisi ( $a.b$  yolu) Sobel testten daha geçerli bulgular sunan Bootstrap tekniği ile test edilmelidir. Aracılık etkisinden söz edilebilmesi için %95 güven aralığındaki (confidene interval, CI) Bootstrap testi sonuçlarının dolaylı etki değerlerinin anlamlı olması (Sıfır değerini barındırmaması) gerekmektedir (Fritz ve MacKinnon, 2007; Hayes, 2018; Hayes, 2009; Preacher ve Hayes, 2004).

Aracı etki modeli Şekil 4.1. 'de, basit etki modeli ise Şekil 4.2.' de, aracılık etki modellemesine dahil edilen değişkenler ise Tablo 4.9.' da sunulmuştur.



**Şekil 4.1** Aracı etki modeli



**Şekil 4.2** Basit etki modeli

**Tablo 4.9** Aracı etki modellemeleri

Yordayıcı Değişken	→ Aracı Değişken	→ Yordanan Değişken
Öz Duyarlık	Psikolojik Sağlamlık	Depresyon
Öz Duyarlık	Psikolojik Sağlamlık	Anksiyete
Öz Duyarlık	Psikolojik Sağlamlık	Stres

Öz Duyarlık ile Depresyon, Anksiyete ve Stres Düzeyleri Arasındaki İlişkide Psikolojik Sağlamlığın Aracı Rolü: Psikolojik sağlamlığın aracı değişken olarak

belirlendiği hipotetik modellerde, değişkenler arasındaki ilişkilere arındırılmış bir şekilde ulaşılabilmesi adına ilk olarak Covid-19 tanısının varlığı, Covid-19 için risk grubunda olunmasına yol açan kronik bir hastalığın varlığı, sevilen bir yakının Covid-19 sebebiyle kaybı, sevilen bir yakının Covid-19 sebebiyle hastanede yatarak tedavi görmesi, yaş, cinsiyet ve psikiyatrik tanı öyküsü değişkenleri kontrol altına alınmıştır. Ancak, sevilen bir yakının Covid-19 sebebiyle hastanede yatarak tedavi görmesi, yaş, cinsiyet ve psikiyatrik tanı öyküsü değişkenlerinin aracı etki modellemesinde anlamlı bir etkisinin bulunmadığı saptanmış ve ilgili çalışmanın yalınlaştırılabilmesi adına modelde anlamlı etkileri olduğu görünen 3 kontrol değişkeni ile analizler tekrar yapılmıştır. Covid-19 tanısının varlığı (KD<sub>1</sub>); Covid-19 için risk grubunda olunmasına yol açan kronik bir hastalığın varlığı (KD<sub>2</sub>); sevilen bir yakının Covid-19 sebebiyle kaybı (KD<sub>3</sub>) kontrol altına alındığında, öz duyarlılık ile depresyon, anksiyete ve stres düzeyleri arasındaki ilişkide psikolojik sağlamlığın aracı rolünün bulunup bulunmadığının test edilmesi amacıyla Bootstrap yöntemini temel alan, Hayes (2018) tarafından önerilen SPSS Process Makrosu, Model 4 kullanılmıştır. Model her bağımlı değişken için ayrı ayrı oluşturulmuştur.

Yeniden örneklemler oluşturan Bootstrap tekniğinin, Baron ve Kenny (1986) tarafından önerilen geleneksel yöntemden ve Sobel testinden daha güvenilir sonuçlar verdiği ilgili literatürce desteklenmektedir (Gürbüz, 2019; Hayes, 2018; Zhao, Lynch ve Chen, 2010). Analizlerde Bootstrap değeri 5000 olarak belirlenmiştir. Bootstrap tekniğini esas alan aracı etki analizlerinde, bulguların anlamlı olarak kabul edilebilmesi için %95 güven aralığındaki (confidene interval, CI) değerlerin aynı yönlü olması, başka bir deyişle '0' değerini barındırmaması gerekmektedir.

KD<sub>1</sub>, KD<sub>2</sub>, KD<sub>3</sub> değişkenleri kontrol altına alındığında öz duyarlılığın depresyon, anksiyete ve stres düzeyleri üzerinde dolaylı etkisinin bulunup bulunmadığı Bootstrap tekniği ile ulaşılan güven aralıkları bulgularına göre tespit edilmiştir. Yapılan analizler sonucunda öz duyarlılığın depresyon ve anksiyete düzeyleri üzerindeki dolaylı etkisinin anlamlı olduğu, dolayısıyla psikolojik sağlamlığın öz duyarlılık ile depresyon ( $b = -0.6314$ , %95 BCA CI (-1.1820, -0.0917)) ve anksiyete ( $b = -0.7517$ , %95 BCA CI (-1.2762, -0.1974)) düzeyleri arasındaki ilişkide aracı bir rolünün bulunduğu; öz duyarlılığın stres düzeyi üzerindeki dolaylı etkisinin anlamlı olmadığı, dolayısıyla psikolojik sağlamlığın öz duyarlılık ile stres ( $b = -0.1466$ , %95 BCA CI (-0.5929, 0.3326)) düzeyleri arasındaki ilişkide aracı bir rolünün de bulunmadığı saptanmıştır. Zira, güven aralığı değerleri farklı yönlü olup, '0' değerini barındırmaktadır. İlgili

modellerde, aracılık etkisinin standardize edilmiş tam etki büyüklükleri depresyon için ( $K^2$ ) -.0931, anksiyete için ( $K^2$ ) -.1136 ve stres için ( $K^2$ ) -.0236 olup araştırmanın hipotezi depresyon ve anksiyete düzeylerinin bağımlı değişken olarak atandığı modellerde desteklenmiş; stres düzeyinin bağımlı değişken olarak atandığı modelde ise reddedilmiştir.

Öz duyarlık düzeyi ile depresyon ve anksiyete düzeyleri arasındaki ilişkide psikolojik sağlamlığın aracı bir rol oynadığının saptanması sebebiyle, ilgili hipotetik modellerde psikolojik sağlamlığın alt boyutlarının dolaylı etkilerine de bakılmıştır. Ancak, öz duyarlık düzeyi ile depresyon ve anksiyete düzeyleri arasındaki ilişkide psikolojik sağlamlığın alt boyutlarının dolaylı etkilerinin istatistiksel açıdan anlamlı olmaması ve psikolojik sağlamlığın alt boyutları arasındaki korelasyon değerlerinin yüksek olması sebebiyle bulgularda paralel modellere yer verilmemiştir. Zira, çalışmanın ilgili hipotezleri de psikolojik sağlamlığın toplam puan üzerinden değerlendirilmesini esas almaktadır. Bu amaçla yapılan aracı etki analizi sonuçları Tablo 4.10, Tablo 4.11. ve Tablo 4.12’ de sunulmuştur.

**Tablo 4.10** Öz duyarlık ve depresyon düzeyi arasında psikolojik sağlamlığın doğrudan ve dolaylı etkisi (n= 590)

Tahmin Değişkenleri	Sonuç Değişkenleri									
	CD-RISC (M)					DASÖ-21 D (Y)				
	$\beta$	S.H.	t	p	$\beta$	S.H.	t	p		
ÖDÖ (X)	a	18.92	0.68	27.71	0.000	c'	-4.34	0.30	-14.22	0.000
CD-RISC (M)	-	-	-	-	-	b	-0.03	0.01	-2.74	0.006
Sabit	$\hat{I}_M$	-29.11	2.71	-10.74	0.000	$\hat{I}_Y$	28.11	0.87	32.27	0.000
(KD <sub>1</sub> )		12.89	1.68	7.67	0.000		-1.31	0.51	-2.53	0.011
(KD <sub>2</sub> )		3.89	1.50	2.58	0.010		-0.79	0.44	-1.79	0.073
(KD <sub>3</sub> )		3.74	1.33	2.81	0.005		-0.13	0.39	-0.33	0.735
		R <sup>2</sup> =.79; F(4;585)=565.9145; p= 0.000					R <sup>2</sup> =.71; F(5;584)=290.2237; p= 0.000			
Dolaylı Etkiler İçin Bootstrap Sonuçları					$\beta$	<b>BootLLCI</b>	<b>BootULCI</b>			
Dolaylı Etki (a.b)					-0.6314	-1.1820	-0.0917			
Toplam Etki (c)					-4.9718	-5.3680	-4.5757			

Not: Standardize edilmemiş beta katsayıları (b) raporlanmıştır. KD değişkenleri kovaryans değişken olarak analize dahil edilmiştir. ÖDÖ: Öz Duyarlık Ölçeği, DASÖ-21 D: Depresyon, CD-RISC: Psikolojik Sağlamlık Ölçeği, S.H.: Standart Hata, KD<sub>1</sub>: Covid-19 Tanısı, KD<sub>2</sub>: Kronik Hastalık, KD<sub>3</sub>: Bir Yakının Covid-19 Sebebiyle Kaybı

**Tablo 4.11** Öz duyarlık ve anksiyete düzeyi arasında psikolojik sağlamlığın doğrudan ve dolaylı etkisi (n=590)

Tahmin Değişkenleri	Sonuç Değişkenleri									
	CD-RISC (M)					DASÖ-21 A (Y)				
		$\beta$	S.H.	t	p		$\beta$	S.H.	t	p
ÖDÖ (X)	a	18.92	0.68	27.71	0.000	c'	-3.26	0.28	-11.40	0.000
CD-RISC (M)	-	-	-	-	-	b	-0.03	0.01	-3.49	0.000
Sabit	$\hat{I}_M$	-29.11	2.71	-10.74	0.000	$\hat{I}_Y$	29.23	0.81	35.81	0.000
(KD <sub>1</sub> )		12.89	1.68	7.67	0.000		-1.68	0.48	-3.46	0.000
(KD <sub>2</sub> )		3.89	1.50	2.58	0.010		-2.71	0.41	-6.51	0.000
(KD <sub>3</sub> )		3.74	1.33	2.81	0.005		-1.21	0.36	-3.29	0.001
$R^2=.79$ ; $F(4;585)=565.9145$ ; $p= 0.000$					$R^2=.73$ ; $F(5;584)=323.9930$ ; $p= 0.000$					
Dolaylı Etkiler İçin Bootstrap Sonuçları					$\beta$	<b>BootLLCI</b>	<b>BootULCI</b>			
Dolaylı Etki (a.b)					-0.7517	-1.2762	-0.1974			
Toplam Etki (c)					-4.0117	-4.3844	-3.6390			

Not: Standardize edilmemiş beta katsayıları (b) raporlanmıştır. KD değişkenleri kovaryans değişken olarak analize dahil edilmiştir. ÖDÖ: Öz Duyarlık Ölçeği, DASÖ-21 A: Anksiyete, CD-RISC: Psikolojik Sağlamlık Ölçeği, S.H.: Standart Hata, KD<sub>1</sub>: Covid-19 Tanısı, KD<sub>2</sub>: Kronik Hastalık, KD<sub>3</sub>: Bir Yakının Covid-19 Sebebiyle Kaybı

**Tablo 4.12** Öz duyarlık ve stres düzeyi arasında psikolojik sağlamlığın doğrudan ve dolaylı etkisi (n=590)

Tahmin Değişkenleri	Sonuç Değişkenleri									
	CD-RISC (M)					DASÖ-21 S (Y)				
		$\beta$	S.H.	t	p		$\beta$	S.H.	t	p
ÖDÖ (X)	a	18.92	0.68	27.71	0.000	c'	-4.59	0.28	-16.38	0.000
CD-RISC (M)	-	-	-	-	-	b	-0.007	0.01	-0.69	0.488
Sabit	$\hat{I}_M$	-29.11	2.71	-10.74	0.000	$\hat{I}_Y$	27.65	0.80	34.51	0.000
(KD <sub>1</sub> )		12.89	1.68	7.67	0.000		0.03	0.47	0.06	0.945
(KD <sub>2</sub> )		3.89	1.50	2.58	0.010		-1.50	0.40	-3.68	0.000
(KD <sub>3</sub> )		3.74	1.33	2.81	0.005		-0.63	0.36	-1.74	0.082
$R^2=.79$ ; $F(4;585)=565.9145$ ; $p= 0.000$					$R^2=.70$ ; $F(5;584)=285.7766$ ; $p= 0.000$					
Dolaylı Etkiler İçin Bootstrap Sonuçları					$\beta$	<b>BootLLCI</b>	<b>BootULCI</b>			
Dolaylı Etki (a.b)					-0.1466	-0.5929	0.3326			
Toplam Etki (c)					-4.7457	-5.1080	-4.3835			

Not: Standardize edilmemiş beta katsayıları (b) raporlanmıştır. KD değişkenleri kovaryans değişken olarak analize dahil edilmiştir. ÖDÖ: Öz Duyarlık Ölçeği, DASÖ-21 S: Stres, CD-RISC: Psikolojik Sağlamlık Ölçeği, S.H.: Standart Hata, KD<sub>1</sub>: Covid-19 Tanısı, KD<sub>2</sub>: Kronik Hastalık, KD<sub>3</sub>: Bir Yakının Covid-19 Sebebiyle Kaybı

## BÖLÜM 5

### 5. TARTIŞMA

Bu araştırmada, ilk olarak Covid-19 sürecinde bireylerin öz duyarlık ve psikolojik sağlık düzeyleri ile depresyon, anksiyete, stres düzeyleri arasındaki ilişkiler incelenmiştir. İkinci olarak, öz duyarlık ile depresyon, anksiyete, stres düzeyleri arasındaki ilişkide psikolojik sağlamlığın aracı bir rol oynayıp oynamadığı değerlendirilmiştir. Yapılan analizler sonucunda, öz duyarlık düzeyi ile depresyon ve anksiyete düzeyleri arasındaki ilişkide psikolojik sağlamlığın aracı rolünün ele alındığı hipotetik modellerin anlamlı çıkması sebebiyle, ilgili modellerde psikolojik sağlamlığın alt boyutlarının dolaylı etkilerine de bakılmıştır. Ancak, öz duyarlık düzeyi ile depresyon ve anksiyete düzeyleri arasındaki ilişkide psikolojik sağlamlığın alt boyutlarının dolaylı etkilerinin anlamlı olmaması ve psikolojik sağlamlığın alt boyutları arasındaki korelasyon değerlerinin yüksek olması sebebiyle gerek bulgular gerekse tartışma bölümünde paralel modellere yer verilmemiştir. Zira, çalışmanın hipotezlerinde de psikolojik sağlamlığın toplam puan üzerinden değerlendirilmesi esas alınmıştır. Mevcut araştırmada, pandemi sürecinin güncelliği ve yapılan araştırmaların kısıtlılığı sebebiyle, ilgili değişkenler cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim düzeyi, ekonomik düzey, çalışma durumu, psikiyatrik tanı ve tedavi geçmişi gibi sosyodemografik değişkenlerin yanı sıra, Covid-19 sürecine dair diğer sosyodemografik veriler açısından da karşılaştırılarak detaylıca incelenmiştir. Yapılan analizler sonucunda ulaşılan bulgular, ilgili literatür kapsamında tartışılarak araştırmanın bu bölümünde ele alınmıştır. Bölüm sonunda ise, gelecek araştırmalar için yol göstermesi beklenen önerilere yer verilmiştir. Örneklemimiz; yaşları 25-65 aralığında değişmekte olup, yaş ortalaması  $39.21 \pm 12.19$  olan; %30.5' i (n=180) Covid-

19 tanısı olan grupta, %69.5' i (n=410) ise Covid-19 tanısı olmayan grupta yer alan toplamda 590 (351 Kadın; 239 Erkek) katılımcıdan oluşmaktadır.

### **5.1 Değişkenlerin Sosyodemografik Özellikler ve Diğer Veriler Açısından Değerlendirilmesi**

Sosyodemografik verilere, Covid-19 sürecine ve psikiyatrik tanı veya tedavi geçmişine dair farklı özelliklere sahip olan katılımcıların ölçek puanlarının bağımsız gruplar t test ve tek yönlü ANOVA analizi ile incelenmesine yönelik bulgular ilgili alanyazın ışığında aşağıda tartışılmıştır.

*Cinsiyet:* Mevcut çalışmada yapılan analizler sonucunda kadın katılımcıların erkek katılımcılara oranla öz duyarlık ve psikolojik sağlamlık düzeylerinin istatistiksel açıdan anlamlı bir şekilde daha yüksek; depresyon, anksiyete ve stres düzeylerinin ise istatistiksel açıdan anlamlı bir şekilde daha düşük olduğu saptanmıştır.

İlgili alanyazında, cinsiyet ile psikolojik sağlamlık düzeyleri arasındaki ilişkileri ele alan, çalışma bulgularımızla benzer sonuçlara ulaşan araştırmalar çoğunlukta yer aldığı gibi (Coleman ve Hagell, 2007; Gündaş ve Koçak, 2015; Terzi, 2008; Kılıç ve Alver, 2017; Oktan, 2008), çalışma bulgularımızdan farklı sonuçlara ulaşan araştırmalara da rastlanmıştır. Ulaşılan araştırmaların örneklemelerinin ise çeşitli kısıtlılıkları bulunmaktadır. Terzi (2008) tarafından yapılan, örneklemini üniversite öğrencilerinin oluşturduğu bir araştırmada kadın katılımcıların, erkek katılımcılara oranla psikolojik sağlamlık düzeylerinin istatistiksel açıdan anlamlı bir şekilde daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Kılıç ve Alver (2017) tarafından yapılan bir araştırmada da Terzi' nin (2008) elde ettiği bulgularla benzer sonuçlara ulaşılmıştır. Benzer şekilde, ergen bireyler üzerinde yapılan çalışmalarda da kız öğrencilerin psikolojik sağlamlık düzeylerinin daha yüksek düzeylerde olduğu saptanmıştır (Gündaş ve Koçak, 2015; Oktan, 2008). Bu bağlamda, ilgili alanyazın göz önünde bulundurulduğunda, mevcut çalışma bulgularımızın oldukça makul görülebileceği düşünülmektedir.

Literatürde, öz duyarlık düzeyleri ile cinsiyet arasındaki ilişkileri ele alan araştırmaların bir kısmı, erkeklerin kadınlara oranla öz duyarlık puanlarının daha yüksek düzeylerde olduğunu desteklerken (Kirkpatrick, 2005; Neff ve McGehee, 2010; Neff ve Vonk, 2009) bir kısmı da öz duyarlık düzeylerinin cinsiyete göre istatistiksel açıdan anlamlı bir şekilde farklılaşmadığını destekler niteliktedir (Neff ve



ark., 2007a). Ayrıca depresyon, anksiyete ve stres düzeyleri ile cinsiyet arasındaki ilişkilerin ele alındığı ilgili alanyazın, kadınların erkeklere oranla 2 kat daha fazla majör depresif bozukluk yaşadığını (Bromet ve ark., 2011), yaşam boyu majör depresif bozukluk yaygınlığının erkeklerde %5 ila 12, kadınlarda ise %10 ila 25 olduğunu (Klose ve Jacobi, 2005); anksiyete bozukluklarının, kadınlarda en sık görülen psikiyatrik bozukluk iken, erkeklerde bağımlılık bozukluklarından sonra ikinci sırada yer aldığını (Rector ve ark., 2016); stres ile ilişkili bozuklukların ise kadınlarda prevalansının %10 ila 12, erkeklerde ise %5 ila 6 oranında seyrettiğini destekler niteliktedir (Ertan, 2008). Bu bağlamda ilgili alanyazın ile araştırma bulgularımızın farklılaştığı görülmektedir. Elde edilen bulgularda ise eğitim düzeylerinin etkisinin olabileceği düşünülmektedir. Zira, çalışmamızda kadın katılımcıların %80.6' sını (n=283), erkek katılımcıların ise %49.8' i (n=119) yükseköğretim mezunu olduklarını bildirmiştir. Bu bağlamda, katılımcıların eğitim durumlarının öz duyarlık, psikolojik sağlamlık, depresyon, anksiyete ve stres düzeylerinde istatistiksel açıdan anlamlı bir fark yaratıp yaratmadığını test etmek amacı ile yapılan analizler sonucunda elde edilen bulgular aşağıda tartışılmıştır.

*Eğitim Durumu:* Mevcut çalışmada, öz duyarlık ve psikolojik sağlamlık düzeyleri katılımcıların eğitim durumlarına göre incelendiğinde, ilköğretim mezunu katılımcıların puanlarının, ortaöğretim ve yükseköğretim mezunu katılımcıların puanlarından; benzer şekilde ortaöğretim mezunu katılımcıların puanlarının ise yükseköğretim mezunu katılımcıların puanlarından istatistiksel açıdan anlamlı bir şekilde daha düşük olduğu saptanmıştır. İlgili alanyazında öz duyarlık üzerine yapılan çalışmaların çoğunun örneklemini üniversite öğrencileri oluşturmaktadır. Bu sebeple öz duyarlık düzeyi ile eğitim durumu arasındaki ilişkileri ele alan kısıtlı sayıda çalışmaya ulaşılabilmektedir. Ancak, ulaşılan araştırmalar üniversite öğrencilerinin lisans düzeyinde öğrenim yılı arttıkça öz duyarlık düzeylerinin de arttığını destekler niteliktedir (Dilmaç, Deniz ve Deniz, 2009; Özyeşil, 2011; Yılmaz, 2009). Benzer şekilde psikolojik sağlamlık düzeyleri eğitim durumlarına göre incelendiğinde ise, ilgili alanyazın, eğitim düzeyi azaldıkça psikolojik sağlamlık düzeyinin de azaldığını destekler niteliktedir (Campbell- Sills, Forde ve Stein, 2009).

Öz duyarlık ve psikolojik sağlamlığın yanı sıra, katılımcıların depresyon, anksiyete ve stres düzeylerinin, eğitim durumlarına göre farklılaşıp farklılaşmadığını test etmek amacıyla yapılan analizler sonucunda, ilköğretim mezunu katılımcıların depresyon, anksiyete ve stres düzeylerinin ortaöğretim ve yükseköğretim mezunu

katılımcılardan; ortaöğretim mezunu katılımcıların depresyon, anksiyete ve stres düzeylerinin ise yükseköğretim mezunu katılımcılardan istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde daha yüksek olduğu saptanmıştır. İlgili alanyazın ise, eğitim düzeyi arttıkça psikolojik belirtilerin azalacağını destekler niteliktedir (Roohafza, Sadeghi, Shirani, Bahonar, Mackie ve Sarafzadegan, 2009; Sironi, 2012). Bu bağlamda mevcut çalışmada elde edilen bulguların, ilgili alanyazın göz önünde bulundurulduğunda oldukça makul görülebileceği düşünülmektedir.

Yaş: Katılımcıların yaşları ile öz duyarlık, psikolojik sağlık, depresyon, anksiyete ve stres düzeyleri arasındaki ilişkileri ve ilişkilerin yönünü test etmek amacıyla yapılan korelasyon analizleri sonucunda yaş ile öz duyarlık ve psikolojik sağlık düzeyleri arasında negatif yönde; depresyon, anksiyete ve stres düzeyleri arasında ise pozitif yönde istatistiksel açıdan anlamlı ilişkiler bulunduğu saptanmıştır.

İlgili alanyazında yaş ve öz duyarlık düzeyleri arasındaki ilişkiyi ele alan araştırmaların bir kısmı, yaş arttıkça öz duyarlık düzeyinin de arttığını desteklerken (Neff, 2003a; Neff ve Vonk, 2009), bir kısmı da öz duyarlık düzeylerinin yaşa göre istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık göstermediğini desteklemektedir (Neff ve ark., 2007a). Ayrıca literatürde yer alan, yaş ile psikolojik sağlık düzeyleri arasındaki ilişkiyi ele alan çalışmalar da araştırma bulgularımızdan farklı olarak, yaş ile psikolojik sağlık düzeyi arasında pozitif yönde ilişkiler bulunduğunu destekler niteliktedir (Campbell- Sills ve ark., 2009; Windle, Markland ve Woods, 2008). Bu bağlamda araştırma bulgularımızın, ilgili alanyazın ile örtüşmediği görülmektedir. Son olarak, katılımcıların yaşları ile depresyon, anksiyete ve stres düzeyleri arasındaki ilişkileri ve ilişkilerin yönünü test etmek amacıyla yapılan korelasyon analizleri sonucunda, ilgili değişkenler arasında pozitif yönde istatistiksel açıdan anlamlı ilişkiler bulunduğu saptanmıştır. Yaptığımız istatistiksel analizler sonucunda ulaştığımız bulgularımızda pandemi sürecinin etkisinin olabileceği düşünülmektedir. Zira ölümcül bir tehdit oluşturan Covid-19 virüsü için ölüm riskinin, yaşla beraber arttığı ilgili literatürce desteklenmektedir (Brooke ve Jackson, 2020). Ayrıca, elde edilen bulguların değerlendirilmesinde, katılımcıların yaşlarının dengeli bir şekilde dağılmadığının göz önünde bulundurulması önem arz etmektedir.

Medeni Durum: Mevcut çalışmada yapılan analizler sonucunda, bekar katılımcılara oranla evli katılımcıların, öz duyarlık ve psikolojik sağlık düzeylerinin istatistiksel açıdan anlamlı bir şekilde daha yüksek; depresyon, anksiyete

ve stres düzeylerinin ise istatistiksel açıdan anlamlı bir şekilde daha düşük olduğu saptanmıştır.

İlgili alanyazında medeni durumun öz duyarlık düzeyi üzerindeki etkisini ele alan yeterli sayıda çalışmaya ulaşılamamıştır. Neff (2003a), öz duyarlık kavramının anlaşılabilmesi için ilk olarak ‘duyarlık’ kavramının ele alınması gerektiğini savunmaktadır. Duyarlı olmanın, başkalarının hataları, başarısızlıkları ve yetersizliklerine karşı kınayıcı, sert, eleştirel bir tutum sergilemek yerine nazik ve anlayışlı olmayı, yargısız bir tavır takınmayı gerektirdiği bilinmektedir. Öz duyarlık ise başkalarına gösterilen duyarlığı kişinin kendisine de gösterebilmesi, olarak tanımlanmaktadır (Neff ve ark., 2005). Yapılan boylamsal araştırmalar, ilişki içerisinde daha uyumlu tutumlar sergileyen bireylerin evliliklerinin de uzun ömürlü olduğunu destekler niteliktedir (Mastekaasa, 1994). Bu bağlamda, öz duyarlığın bir getirisi olan başkalarına da duyarlı olabilme kapasitesinin romantik ilişkilerin evlilik ile sonuçlanmasına yol açtığı ve evliliği sürdürülebilirlik becerisini beslediği düşünülmektedir.

Yapılan güncel araştırmalar psikolojik sağlamlığın koruyucu etmenler, risk etmenleri ve yatkınlık etmenlerinin etkileşimi sonucunda ortaya çıkan dinamik bir yapıya sahip olduğunu ileri sürmektedir (APA, 2014; Kararımak, 2006; O’Dwyer ve ark., 2017; Winders, 2014). Olumlu ve destekleyici ilişkiler sağlayan kişilerin varlığı; sosyal çevrenin ve sosyal desteğin bulunması ise çevresel (sosyal) koruyucu etmenler arasında yer almaktadır (Coleman ve Hagell, 2007; Kararımak, 2006; Rutter, 2006; Walsh, 2015). Ele alınan bilgiler ışığında, uyumlu bir evliliğin, çevresel (sosyal) koruyucu etmenler arasında değerlendirilebileceği düşünülmektedir. Tüm bunların yanı sıra ilgili alanyazın, evliliğin psikolojik iyilik halini beslediğini (Lamb, Lee ve DeMarris, 2003; Ross, Mirowsky ve Goldsteen, 1990); evli bireylerin duygusal ve sosyal desteğe erişim imkanlarının evli olmayan bireylere nazaran daha yüksek düzeylerde bulunduğunu da destekler niteliktedir (Ross ve ark., 1990). Duygusal ve sosyal desteğin ise çeşitli psikiyatrik bozukluklar karşısında koruyucu bir rol oynadığı bilinmektedir (Eagle, Hybels ve Proeschold-Bell, 2019; Prati ve Pietrantoni, 2010; Helgeson, 2003). Bu bağlamda, evli katılımcıların bekar katılımcılara oranla psikolojik sağlamlık düzeylerinin istatistiksel açıdan anlamlı bir şekilde daha yüksek; depresyon, anksiyete ve stres düzeylerinin ise istatistiksel açıdan anlamlı bir şekilde daha düşük olduğunu destekleyen çalışma bulgularımızın, ilgili alanyazın ile örtüşür nitelikte olduğu düşünülmektedir. Ancak, medeni duruma göre öz duyarlık ve

psikolojik sağlamlık düzeylerinin farklılaşıp farklılaşmadığını test etmek amacıyla yapılan analizler sonucunda elde edilen verilerin değerlendirilmesinde, Covid-19 sürecinin etkilerinin de gözetilmesi gerekmektedir. Zira, Covid-19 pandemisi gibi tüm dünyayı etkisi altına alan zorlayıcı bir yaşam olayının, her türlü ilişkiyi yakınlaştırıcı bir etkisinin olabileceği de düşünülmektedir. Bulguların genellenmesinde, mevcut çalışmada evli katılımcıların ilişki doyumlarına yönelik veri toplanmadığı da göz önünde bulundurulmalıdır.

*Ekonomik Durum:* Mevcut çalışmada yapılan analizler sonucunda düşük ekonomik düzeye sahip olduğunu bildiren katılımcıların öz duyarlılık ve psikolojik sağlamlık puanlarının, orta ekonomik düzeye ve yüksek ekonomik düzeye sahip olduğunu bildiren katılımcılara oranla istatistiksel açıdan anlamlı şekilde daha düşük olduğu; depresyon, anksiyete ve stres puanlarının ise orta ekonomik düzeyde ve yüksek ekonomik düzeydeki katılımcılara oranla istatistiksel açıdan anlamlı bir şekilde daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

İlgili alanyazında, öz duyarlılık düzeyinin ekonomik duruma göre anlamlı bir şekilde farklılaşmadığını destekleyen çalışmaların yanı sıra (Neff ve Vonk, 2009), mevcut çalışmamızda elde ettiğimiz bulgularımıza paralel olarak, ekonomik durumun öz duyarlılık düzeyinde anlamlı bir fark yarattığını destekleyen çalışmalar da yer almaktadır (Peker, 2017). Ayrıca alışmamızda yapılan analizler sonucunda öz duyarlılığın yanı sıra, katılımcıların psikolojik sağlamlık puanlarının da ekonomik durumlarına göre istatistiksel açıdan anlamlı bir şekilde farklılaştığı tespit edilmiştir. İlgili alanyazın ise, işsizliğin ve düşük sosyoekonomik düzeyin, çevresel (sosyal) risk etmenleri arasında yer aldığını destekler niteliktedir (Coleman ve Hagell, 2007; Kararımak, 2006; Rutter, 2006; Walsh, 2015). Bu bağlamda, araştırma bulgularımızın ilgili alanyazın ile örtüşür nitelikte olduğu görülmektedir.

Tüm bunların yanı sıra, ilgili alanyazın kapsamında, finansal güçlüklerin etkilerine bağlı olarak, katılımcıların depresyon, anksiyete ve stres düzeylerinin farklılaşmasının anlaşılabilir olduğu düşünülmektedir. Zira, Covid-19 salgınının pandemi olarak kabul edilmesinin ardından, virüsün yayılmasını önlemeye yönelik bazı tedbirler alınmıştır (Bao ve ark., 2020; While ve Nightingale, 2020). Alınan bu tedbirler kapsamında bireyler sosyal düzenlerinde (While ve Nightingale, 2020), eğitim ve iş hayatlarında zorunlu değişimler yaşamıştır (Bozkurt, Zeybek ve Aşkın, 2020). Salgının yayılmasını önlemeye yönelik alınan tedbirlerin yol açtığı bu zorunlu değişimlerin ve finansal güçlüklerin psikolojik bozukluklar için güçlü bir risk faktörü

oluşturduğu görülmektedir (Kwok ve ark, 2020; Naeem ve ark., 2020; Parmet ve Sinha, 2020). Bu bağlamda, araştırma bulgularımızın ilgili alanyazın kapsamında oldukça makul bir şekilde değerlendirilebileceği düşünülmektedir.

Covid-19 Sürecinde Çalışma Durumu: Mevcut çalışmada yapılan analizler sonucunda Covid-19 süresince çalışmayan katılımcıların öz duyarlık ve psikolojik sağlamlık puanlarının, tam zamanlı çalışan katılımcılara oranla istatistiksel açıdan anlamlı bir şekilde daha düşük olduğu; depresyon puanlarının tam zamanlı ve yarı zamanlı çalışan katılımcılara oranla, anksiyete ve stres puanlarının ise tam zamanlı çalışan katılımcılara oranla istatistiksel açıdan anlamlı bir şekilde daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

İlgili alanyazında, katılımcıların Covid-19 süresince çalışma durumlarına göre öz duyarlık düzeylerini ele alan herhangi bir çalışmaya rastlanmamıştır. Ancak tespit edilen bulgunun, sosyal çevre ile iletişim içerisinde olma hali ile açıklanabileceği düşünülmektedir. Zira, öz duyarlığın alt boyutlarından olan paylaşımların bilincinde olma unsuru, kişinin yaşadığı olumsuz ve zorlayıcı durumları, insan yaşantısının ortak bir paydası olarak görebilmesi ve yaşadığı acının içerisinde yalnız olmadığını değerlendirebilmesi, becerisini ifade etmektedir (Neff, 2008; 2011a; 2016). Paylaşımların bilincinde olmanın aksine izole olmuş birey ise, eksiklikleri ve yetersizlikleri sonucunda kendisini oldukça yalnız ve kusurlu hissedecektir. Kişinin kendisini yalnız ve kusurlu hissetmesi ise kısır bir döngü gibi utancını ve yetersizlik algılarını daha da besleyecektir (Neff, 2008; 2011a; 2016). Bu bağlamda, tam zamanlı bir işte çalışan katılımcıların, diğer katılımcılara oranla sosyal çevre ile daha fazla iletişim içerisinde bulunma imkanlarının olduğu ve bu durumun ise öz duyarlık düzeylerinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark yarattığı düşünülmektedir.

Tüm bunların yanı sıra, çalışmamızda elde edilen bir diğer bulgu ise Covid-19 süresince çalışma durumuna göre, katılımcıların psikolojik sağlamlık, depresyon, anksiyete ve stres düzeylerinin de farklılaştığıdır. Bu bağlamda mevcut bulguların ilgili alanyazın ile örtüşür nitelikte olduğu düşünülmektedir. Zira ilgili alanyazın, işsizliğin ve düşük sosyoekonomik düzeyin, çevresel (sosyal) risk etmenleri arasında yer aldığını destekler niteliktedir (Coleman ve Hagell, 2007; Kararımak, 2006; Rutter, 2006; Walsh, 2015).

İkamet Edilen Şehir: Mevcut çalışmada yapılan analizler sonucunda, şehirde yaşayan katılımcıların öz duyarlık ve psikolojik sağlamlık puanlarının, metropolde yaşayan katılımcıların ve büyük şehirde yaşayan katılımcıların puanlarından

istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde daha düşük olduğu; depresyon, anksiyete ve stres puanlarının ise, metropolde yaşıyan ve büyük şehirde yaşıyan katılımcıların puanlarından istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Pandemi sürecinde büyük şehirlerde ve metropollerde yaşamanın getirisi olan zorlukların yanı sıra, görece daha küçük şehirlerde ve yerleşim birimlerinde de birtakım riskler ön planda bulunmaktadır. Görece daha küçük şehirlerde ve yerleşim birimlerinde yaşanan bu riskler ise; incinebilir grupların varlığı, ekonomik güçlükler ve istihdam sıkıntıları, sağlık olanaklarına erişim güçlükleri, hijyen koşullarının yetersizliği olarak tanımlanabilmektedir (Litman, 2020). Sürecin pandemi olarak kabul edilmesinin ardından, virüsün yayılmasını önlemeye yönelik bazı tedbirler alınmıştır (Bao ve ark., 2020; While ve Nightingale, 2020). Alınan bu tedbirler kapsamında bireyler sosyal mesafe, izolasyon, karantina, sokağa çıkma ve şehirler arası seyahat kısıtlamaları gibi birçok yeni kavramla tanışmıştır (While ve Nightingale, 2020). Yaşanılan şehre göre farklılaşan riskler doğrultusunda bireylerin aldığı tedbirlerin de farklılaştığı ve tedbirlerin farklı etkilere yol açabileceği düşünülmektedir. Ancak elde edilen bulguların değerlendirilmesinde, yaşanan şehir ile öz duyarlık, psikolojik sağlamlık, depresyon, anksiyete ve stres düzeyleri arasındaki ilişkilerin ele alındığı çalışmaların kısıtlılığı da göz önünde bulundurulmalıdır.

*Covid-19 Tanısı ve Kronik Bir Hastalığın Varlığı:* Mevcut çalışmada yapılan analizler sonucunda, Covid-19 tanısı alan ve Covid-19 için risk grubunda bulunmasına yol açan kronik bir hastalığa sahip olan katılımcıların öz duyarlık ve psikolojik sağlamlık düzeylerinin istatistiksel açıdan anlamlı bir şekilde daha düşük olduğu; depresyon, anksiyete, stres düzeylerinin ise istatistiksel açıdan anlamlı bir şekilde daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Salgın hastalıklar, bireylerin fiziksel sağlıklarının yanı sıra psikolojik sağlıkları üzerinde de birtakım etkiler yaratmaktadır (Wang ve ark., 2020). Pandemi olarak kabul edilen Covid-19 salgınının, ölüm tehdidi oluşturması, bulaşıcılık oranının yüksek olması ve vaka sayılarındaki artışın sürekliliği birçok psikiyatrik rahatsızlığın oluşumuna zemin hazırlamaktadır (Kwok ve ark. 2020). İlgili alanyazın ise, yaşam tehdidi oluşturan tıbbi rahatsızlıklar geçirmenin, süreğen hastalıklara sahip olmanın ve zorlayıcı yaşam olayları maruziyetinin bireysel risk etmenleri arasında yer aldığını destekler niteliktedir (Coleman ve Hagell, 2007; Kararımak, 2006; Rutter, 2006; Walsh, 2015). Literatür taramaları kapsamında, Covid-19 tanısı almanın ve Covid-19

için risk grubunda olunmasına yol açan kronik bir hastalığın varlığının ise bireysel risk etmenleri arasında değerlendirilebileceği düşünülmektedir. Bu bağlamda, Covid-19 tanısı alan ve Covid-19 için risk grubunda olunmasına yol açan kronik bir hastalığa sahip olan katılımcıların diğer katılımcılara oranla psikolojik sağlamlık düzeylerinin istatistiksel açıdan anlamlı bir şekilde daha düşük; depresyon, anksiyete, stres düzeylerinin ise istatistiksel açıdan anlamlı bir şekilde daha yüksek olması makul görülebilmektedir.

Psikolojik sağlamlık, depresyon, anksiyete ve stres düzeylerinin yanı sıra mevcut çalışmada, katılımcıların öz duyarlık düzeylerinin de Covid-19 tanısının varlığına ve Covid-19 için risk grubunda olunmasına yol açan kronik bir hastalığa sahip olmaya göre istatistiksel açıdan anlamlı bir şekilde farklılaştığı saptanmıştır. Elde edilen bulgu, sonuçların detaylandırılması amacıyla öz duyarlığın alt boyutlarına göre incelendiğinde; olumsuz alt boyutlardan elde edilen puanların Covid-19 tanısı olan veya Covid-19 için risk grubunda yer alan katılımcılarda, olumlu alt boyutlardan elde edilen puanların ise Covid-19 tanısı olmayan veya Covid-19 için risk grubunda bulunmayan katılımcılarda istatistiksel açıdan anlamlı bir şekilde daha yüksek olduğu saptanmıştır. Brenner ve arkadaşları (2018), ileri sürdükleri teorik modellerinde; sosyal ilişkilene ile alakalı olan, parasempatik sinir sisteminin ventral yolunun aktif olduğu koşullarda kişilerin kendilerine daha duyarlı ve sevecen bir tutumla yaklaşma eğiliminde olduklarını; sempatik sinir sistemini aktif hale getiren varoluşsal bir tehdit algısının bulunduğu koşullarda ise kendilerine karşı daha soğuk, eleştirel ve yargılayıcı bir duruş sergileme eğiliminde olduklarını tanımlamıştır. Bireylerde asemptomatik özellikler de gösterebilen Covid-19 virüsünün ise, ölümcül bir şekilde seyredildiği de bilinmektedir (Shim ve ark., 2020). Bu bağlamda araştırmadan elde edilen bulguların, ilgili alanyazın ışığında değerlendirildiğinde oldukça makul görülebileceği düşünülmektedir. Zira, Covid-19 tanısının veya Covid-19 için risk grubunda olunmasına yol açan kronik bir hastalığın varlığının, ölüm tehdidi oluşturması sebebiyle sempatik sinir sistemini aktif hale getirmesi beklenmektedir. Ancak, bulguların değerlendirilmesinde, ilgili alanyazında yer alan pandemi sürecine dair çalışmaların kısıtlılığının göz önünde bulundurulması büyük önem taşımaktadır.

*Sevilen Bir Yakının Covid-19 Sebebiyle Kaybı ve Hastanede Yatarak Tedavi Görmesi:* Mevcut çalışmada yapılan analizler sonucunda; sevilen bir yakını Covid-19 sebebiyle kaybeden ve sevilen bir yakını Covid-19 sebebiyle hastanede yatarak tedavi gören katılımcıların öz duyarlık ve psikolojik sağlamlık düzeylerinin diğer

katılımcılara oranla istatistiksel açıdan anlamlı bir şekilde daha düşük olduğu saptanmıştır. Holmes ve Rahe (1967), önemli yaralanmalar ya da hastalıkların; eşin, sevilen bir arkadaşın veya yakın bir aile üyesinin kaybı gibi etkenlerin zorlayıcı yaşam olayları olduğunu ileri sürmüştür. Psikolojik sağlamlık (Bonanno, 2004) ile öz duyarlığın (Neff, 2003b) değerlendirilebilmesi için ise zorlayıcı bir yaşam olayının varlığı ön koşuldur ve Covid-19 pandemisi, doğası gereği bu zorlayıcı yaşam olayı koşulunu karşılamaktadır (Mousavi ve ark., 2020). İlgili literatür ışığında, sevilen bir yakının Covid-19 sebebiyle kaybının ve sevilen bir yakının Covid-19 sebebiyle hastanede yatarak tedavi görmesinin de zorlayıcı yaşam olayları olarak değerlendirilebileceği görülmektedir. Bu bağlamda, mevcut çalışmada elde edilen bulgularımızın ilgili alanyazın ile örtüşür nitelikte olduğu düşünülmektedir.

Tüm bunların yanı sıra, öz duyarlığa yönelik elde edilen bulguların, bulaşma ihtimalinin yol açtığı endişe ve varoluş tehdidinin veya ayna nöronların sempatik sinir sistemini aktif hale getirmesi ile de açıklanabileceği düşünülmektedir. Zira, ilgili alanyazın; canı yanan, acı çeken, üzülen veya sevinç duyan birisi ile karşılaşıldığında ayna nöronlar vasıtasıyla bu kişi ile aynı fizyolojik süreçlerin deneyimlendiğini desteklemektedir (Rizzolatti, 2005). Bu bağlamda, virüsün bulaşıcılık olasılığına veya ayna nöronların etkisine bağlı olarak, katılımcıların sempatik sinir sistemlerinin aktif hale gelmiş ve dolayısıyla öz duyarlık düzeylerinde düşme yaşanmış olabileceği düşünülmektedir. Ancak ilgili bulguların değerlendirilmesinde, mevcut çalışmanın deneysel bir desene sahip olmadığı ve Covid-19 sürecine dair yapılan çalışmaların kısıtlılığının göz önünde bulundurulması önem arz etmektedir.

Öz duyarlık ve psikolojik sağlamlığın beraberinde, mevcut çalışmada yapılan analizler sonucunda, sevilen bir yakını Covid-19 sebebiyle kaybeden ve sevilen bir yakını Covid-19 sebebiyle hastanede yatarak tedavi gören katılımcıların depresyon, anksiyete ve stres düzeylerinin diğer katılımcılara oranla istatistiksel açıdan anlamlı bir şekilde daha yüksek olduğu saptanmıştır. Covid-19 pandemisi, ölüm tehdidi oluşturması, bulaşıcılık oranının yüksek olması ve vaka sayılarındaki artışın sürekliliği sebebiyle birçok psikiyatrik rahatsızlığın oluşumuna zemin hazırlamaktadır (Kwok ve ark. 2020). Bu bilinmeyen ve öngörülemeyen süreç karşısında psikolojik sağlığı korumak her zaman mümkün olmamaktadır (Holmes ve ark., 2020). Bireyler bu zorlu süreç karşısında gerek kendi sağlıkları gerekse sevdiklerinin sağlıklarına yönelik yoğun endişeler yaşayabilmektedir (Çelebi, 2020). Çalışma bulgularımızın, bireylerin Covid-19 süresince kendi sağlıklarına ve sevdiklerinin sağlıklarına dair yaşadıkları



yoğun endişeler kapsamında değerlendirildiğinde, oldukça makul görülebileceği düşünülmektedir.

Hanede Covid-19 İçin Risk Grubunun Varlığı: Mevcut çalışmada yapılan analizler sonucunda, Covid-19 için risk grubunda bulunan bireyler ile aynı haneyi paylaşan katılımcıların öz duyarlık ve psikolojik sağlık puanlarının istatistiksel açıdan anlamlı bir şekilde farklılaşmadığı; depresyon, anksiyete ve stres puanlarının ise diğer katılımcılara oranla istatistiksel açıdan anlamlı bir şekilde daha yüksek olduğu görülmüştür. Yukarıda da ele alındığı üzere, zorlayıcı bir yaşam olayı olarak kabul edilen Covid-19 pandemisi karşısında bireyler gerek kendi sağlıkları gerekse sevdiklerinin sağlıklarına yönelik yoğun endişeler yaşayabilmektedir (Çelebi, 2020). Çalışma bulgularımızın, bireylerin Covid-19 süresince kendi sağlıklarına ve sevdiklerinin sağlıklarına dair yaşadıkları yoğun endişeler kapsamında değerlendirildiğinde, makul görülebileceği düşünülmektedir. Ancak ilgili bulguların değerlendirilmesinde, Covid-19 sürecine çalışmaların kısıtlılığının göz önünde bulundurulması önem arz etmektedir.

Covid-19'dan Psikolojik Olarak Etkilenme Düzeyleri: Katılımcıların öz duyarlık, psikolojik sağlık, depresyon, anksiyete ve stres düzeylerinin Covid-19'dan psikolojik olarak etkilenme düzeylerine göre farklılaşıp farklılaşmadığını test etmek amacıyla yapılan analizler sonucunda, gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılıklar bulunduğu saptanmıştır. İlgili farklılıklar ise aşağıda ele alınmıştır.

Covid-19'dan psikolojik olarak hiç etkilenmediğini bildiren katılımcıların öz duyarlık ve psikolojik sağlık puanlarının, oldukça ve çok fazla etkilendiğini bildiren katılımcılardan; psikolojik olarak biraz etkilendiğini bildiren katılımcıların puanlarının, oldukça ve çok fazla etkilendiğini bildiren katılımcılardan; oldukça etkilendiğini bildiren katılımcıların puanlarının ise, çok fazla etkilendiğini bildiren katılımcılardan istatistiksel açıdan anlamlı bir şekilde daha yüksek olduğu saptanmıştır. Elde edilen bulguların ise ilgili alanyazın ile örtüşür nitelikte olduğu görülmektedir. Zira, öz duyarlık seviyesi yüksek olan bireylerin, zorlayıcı yaşantılar karşısında daha fazla duygusal sağlık gösterme eğiliminde oldukları ilgili literatürce desteklenmektedir (Allen ve Leary, 2010; Neff ve ark., 2007b). Benzer şekilde, psikolojik sağlık kavramı da bireylerin psikolojik sağlığı üzerinde olumsuz çıktılara sebep olabilecek zorlayıcı yaşantılarla karşılaşması durumunda, onların bu zorlayıcı yaşantılardan en düşük düzeyde etkilenmesini ya da hiç

etkilenmeden işleyişini sürdürebilmesini sağlayacak bir yapı olarak kabul görmektedir (Friborg ve ark., 2005; Luthar ve ark., 2000).

Tüm bunların yanı sıra, mevcut çalışmada katılımcılar tarafından bildirilen Covid-19'dan psikolojik olarak etkilenme düzeyleri arttıkça (Hiç, Biraz, Oldukça, Çok fazla) depresyon, anksiyete, stres düzeylerinin de istatistiksel açıdan anlamlı bir şekilde arttığı saptanmıştır. Elde edilen bulguların, katılımcıların DASÖ-21 ölçeği sorularına samimi cevaplar verdiğini destekler nitelikte olduğu düşünülmektedir.

*Psikiyatrik Tanı veya Tedavi Geçmişi ve Aktif Olarak Devam Eden Psikiyatrik Tedavi veya Psikolojik Destek Süreci:* Mevcut çalışmada yapılan analizler sonucunda; psikiyatrik tanı veya tedavi geçmişi bulunan katılımcıların öz duyarlık ve psikolojik sağlamlık puanlarının istatistiksel açıdan anlamlı bir şekilde daha düşük; depresyon, anksiyete ve stres puanlarının ise istatistiksel açıdan anlamlı bir şekilde daha yüksek düzeylerde olduğu saptanmıştır.

Farklı örneklem grupları ile yapılan birçok çalışma yüksek düzeyde öz duyarlığın (Bergen-Cico ve Cheon, 2014; Friis ve ark., 2016; Hoge ve ark. 2013; Körner ve ark., 2015; Montero-Marin ve ark., 2016; Neff ve Elizabeth, 2013; Pauley ve McPherson, 2010; Samaie ve Hojjatollah, 2011) ve psikolojik sağlamlığın, zorlayıcı yaşantıların sebep olduğu psikiyatrik bozukluklar karşısında koruyucu bir rol oynadığını destekler niteliktedir (Friborg ve ark., 2005; Luthar ve ark., 2000). Ayrıca ilgili alanyazın, psikiyatrik tanı geçmişinin de yatkınlık etmenleri arasında yer aldığını ileri sürmektedir (Masten, 2001; Özgen ve Aydın, 1999). Bu bağlamda, çalışma bulgularımızın literatür ışığında değerlendirildiğinde oldukça makul görüldüğü düşünülmektedir.

Tüm bunların yanı sıra mevcut çalışmada, psikiyatrik tedavi veya psikolojik destek süreci aktif olarak devam katılımcıların öz duyarlık ve psikolojik sağlamlık puanlarının istatistiksel açıdan anlamlı bir şekilde daha yüksek; depresyon, anksiyete ve stres puanlarının ise istatistiksel açıdan anlamlı bir şekilde daha düşük düzeylerde olduğu saptanmıştır. Elde edilen bulgular ise ilgili alan yazın ile örtüşür niteliktedir. Zira, yapılan araştırmalar öz duyarlığın kişilik özellikleri ile ilişkili ancak geliştirilebilecek bir yapı olduğunu (Jacobs, 2005; Neff ve ark., 2007a); psikolojik sağlamlığın ise risk faktörlerinin, yatkınlık faktörlerinin ve koruyucu faktörlerin etkileşimi ile ortaya çıkan, dinamik, değiştirilebilir ve geliştirilebilir bir yapıya sahip olduğunu göstermektedir (Avey ve ark., 2009; Cicchetti, 2010; Kararımak, 2006). Bu bağlamda elde edilen bulguların, öz duyarlık ve psikolojik sağlamlığın geliştirilebilir

bir yapıya sahip olduğunu destekler nitelikte olduğu düşünülmektedir. Ancak bulguların değerlendirilmesinde, çalışmanın kesitsel bir modele sahip olduğunun göz önünde bulundurulması gerekmektedir.

## **5.2 Öz Duyarlık ve Psikolojik Sağlık ile Depresyon, Anksiyete ve Stres Düzeyleri Arasındaki İlişkilerin Değerlendirilmesi**

Katılımcıların öz duyarlık düzeyleri ile psikolojik sağlık düzeyleri arasındaki ilişkiyi ve ilişkinin yönünü test etmek amacı ile yapılan analizler sonucunda; öz duyarlık ile psikolojik sağlık düzeyleri arasında pozitif yönde, istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki bulunduğu saptanmıştır. Öz duyarlığın, yaşamın her zaman mükemmel olamayacağına yönelik kişide bir farkındalık oluşturduğu; bu farkındalığın ise öz yeterlik ve öz değerlik algılarını besleyerek, yaşamı olumlu bir şekilde yönetebilmeye dair motivasyonu arttırdığı bilinmektedir. Bu özellikleri sebebiyle öz duyarlık, zorlayıcı yaşam olaylarının beraberinde getirdiği acıyı olumlu bir gelişmeye dönüştürmede etkili bir faktör olarak kabul görmektedir (Conway, 2007). İlgili literatür, öz duyarlık seviyesi yüksek olan bireylerin, kişisel başarısızlıklar ve egoyu tehdit eden durumlar karşısında daha fazla duygusal sağlık gösterme eğiliminde olduğunu vurgulamaktadır (Allen ve Leary, 2010; Neff ve ark., 2007b). Alanyazında yer alan çalışmalar da öz duyarlığın psikolojik sağlamlıktaki besleyici rolünü destekler niteliktedir ( Bluth, Mullarkey ve Lathren, 2018; Hayter ve Dorstyn, 2014; Jacobs, 2005; Leary ve ark., 2007; Neff ve ark., 2007b; Smith, 2015; Thompson ve Waltz, 2008; Trompetter ve ark., 2016). İlgili alanyazın ışığında değerlendirildiğinde, mevcut çalışmamızda elde ettiğimiz bulgularımızın oldukça makul görüldüğü düşünülmektedir.

Elde edilen bulguların detaylandırılması amacıyla, öz duyarlık ve psikolojik sağlık düzeylerinin alt boyutlarının da birbirleri ile olan ilişkileri test edilmiştir. Psikolojik sağlamlığın azim ve kişisel yeterlik alt boyutu ile öz duyarlığın olumlu alt boyutları arasında pozitif yönde; olumsuz alt boyutları arasında ise negatif yönde istatistiksel açıdan anlamlı ilişkiler bulunduğu saptanmıştır. Psikolojik sağlamlığın olumsuz olaylara tolerans alt boyutu ile öz duyarlığın olumlu alt boyutları arasında pozitif yönde; olumsuz alt boyutları arasında ise negatif yönde istatistiksel açıdan anlamlı ilişkiler bulunduğu tespit edilmiştir. Son olarak psikolojik sağlamlığın manevi eğilim alt boyutu ile öz duyarlığın olumlu alt boyutları arasında pozitif yönde; olumsuz

alt boyutları arasında ise negatif yönde istatistiksel açıdan anlamlı ilişkiler bulunduğu görülmüştür. Elde edilen bulguların, yukarıda ele alınan ilgili alanyazın ile örtüşür nitelikte olduğu düşünülmektedir.

Katılımcıların öz duyarlık düzeyleri ile depresyon, anksiyete ve stres belirtileri arasındaki ilişkiyi ve ilişkinin yönünü test etmek amacı ile yapılan analizler sonucunda; öz duyarlık düzeyi ile depresyon, anksiyete ve stres belirtileri arasında negatif yönde, istatistiksel açıdan anlamlı ilişkiler bulunduğu saptanmıştır. İlgili alanyazında, çalışmamızın bulguları ile örtüşür nitelikte birçok araştırma yer almaktadır (Bergen-Cico ve Cheon, 2014; Bluth ve Eisenlohr- Moul, 2017; Friis ve ark., 2016; Galla, 2016; Hall ve ark., 2013; Hoge ve ark. 2013; Körner ve ark., 2015; Montero-Marin ve ark., 2016; Neff ve Elizabeth, 2013; Neff ve Germer, 2013; Noorbala ve ark., 2013; Pauley ve McPherson, 2010; Raes, 2011; Raque-Bogdan, 2010; Samaie ve Hojjatollah, 2011; Van Dam ve ark., 2011). Neff (2003b) tarafından yapılan bir çalışmada, öz duyarlık düzeyi ile anksiyete ve depresyon belirtileri arasında negatif yönde, istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki bulunduğu tespit edilmiştir. Örneklemini sağlık çalışanlarının oluşturduğu bir çalışmada ise, yüksek düzeyde öz duyarlığın stres belirtilerini azalttığı saptanmıştır (Montero-Marin ve ark., 2016). Benzer şekilde, öz duyarlık ve psikiyatrik bozukluklar arasındaki ilişkiyi inceleyen ulusal çalışmaların da çalışmamızda elde edilen bulgularla benzer sonuçlara ulaştığı görülmektedir (Bayramoğlu, 2011; Özyeşil ve Akbağ, 2013; Terzioğlu ve Çakır, 2020).

Öz duyarlık düzeyi ile depresyon, anksiyete ve stres belirtileri arasındaki ilişkiye yönelik elde edilen bulguların detaylandırılması amacıyla, öz duyarlığın alt boyutlarının ilgili değişkenler ile olan ilişkileri de test edilmiştir. Yapılan analizler sonucunda depresyon, anksiyete ve stres düzeyleri ile öz duyarlığın olumlu alt boyutları arasında negatif yönde; öz duyarlığın olumsuz alt boyutları arasında ise pozitif yönde istatistiksel açıdan anlamlı ilişkiler bulunduğu saptanmıştır. İlgili alanyazında, çalışma bulgularımızla benzer bulgulara ulaşan birçok çalışma yer almaktadır. Van Dam ve arkadaşları (2011) tarafından yapılan bir çalışmada öz duyarlığın olumsuz alt boyutlarından olan öz eleştiri ve izolasyon bileşenlerinin, depresyon ve anksiyete belirtilerinin önemli bir yordayıcısı olduğu saptanmıştır (Van Dam ve ark., 2011). Ayrıca, Terzioğlu ve Çakır (2020) tarafından yapılan bir diğer çalışmada ise, öz duyarlığın olumsuz alt boyutlarından olan izolasyon ve aşırı özdeşleşme düzeyleri ile stres belirtileri arasında istatistiksel açıdan anlamlı, pozitif

yönde bir ilişki olduğu tespit edilmiştir. Bu bağlamda araştırma bulgularımızın, ilgili alanyazın ışığında değerlendirildiğinde, oldukça makul görüldüğü düşünülmektedir.

Katılımcıların psikolojik sağlamlık düzeyleri ile depresyon, anksiyete, stres belirtileri arasındaki ilişkiyi ve ilişkinin yönünü test etmek amacı ile yapılan analizler sonucunda; psikolojik sağlamlık düzeyi arttıkça depresyon, anksiyete ve stres belirtilerinin azaldığı saptanmıştır. Yaptığımız analizler sonucunda elde ettiğimiz bulgularımız, ilgili alanyazında yer alan birçok çalışmanın bulguları ile paralellik göstermektedir (Ristevska-Dimitrovska ve ark., 2015; Doğan, 2015; Fradelos ve ark., 2018; Hjemdal ve ark., 2011; Mealer ve ark., 2012; Poole ve ark., 2017; Ran ve ark., 2020; Schumacher ve ark., 2013; Tan-Kristanto ve Kiropoulos, 2015; Zhang ve ark., 2020). Zira, bireylerin psikolojik sağlığı üzerinde olumsuz çıktılara sebep olabilecek zorlayıcı yaşantılarla karşılaşması durumunda, onların bu zorlayıcı yaşantılardan en düşük düzeyde etkilenmesini ya da hiç etkilenmeden işleyişini sürdürebilmesini sağlayacak bir yapı olarak kabul gören psikolojik sağlamlık kavramı, psikiyatrik bozukluklar karşısında koruyucu rol oynayan etkenleri barındıran genel bir unsurdur (Friborg ve ark., 2005; Luthar ve ark., 2000). Bu bağlamda mevcut bulgu, ilgili alanyazın kapsamında değerlendirildiğinde oldukça makul görülmektedir.

Psikolojik sağlamlık düzeyi ile depresyon, anksiyete ve stres belirtileri arasındaki ilişkiye yönelik elde edilen bulguların detaylandırılması amacıyla, psikolojik sağlamlığın alt boyutlarının ilgili değişkenler ile olan ilişkileri de test edilmiştir. Yapılan analizler sonucunda ise psikolojik sağlamlığın alt boyutlarından olan azim ve kişisel yeterlik, olumsuz olaylara tolerans ve manevi eğilim ile depresyon, anksiyete ve stres belirtileri arasında negatif yönde, istatistiksel açıdan anlamlı ilişkiler bulunduğu saptanmıştır. Elde edilen bulguların ise, yukarıda ele alınan ilgili alanyazın ile örtüşür nitelikte olduğu düşünülmektedir.

### **5.3 Öz Duyarlık Düzeyi ile Depresyon, Anksiyete, Stres Düzeyleri Arasındaki İlişkide Psikolojik Sağlamlığın Aracı Rolünün Değerlendirilmesi**

Bireylerin öz duyarlık düzeyleri ile depresyon, anksiyete ve stres belirtileri arasındaki ilişkide psikolojik sağlamlığın aracı rolünün bulunup bulunmadığının test edilmesi amacıyla yapılan analizler sonucunda öz duyarlığın depresyon ve anksiyete düzeyleri üzerindeki dolaylı etkisinin istatistiksel açıdan anlamlı olduğu, dolayısıyla psikolojik sağlamlığın öz duyarlık ile depresyon ve anksiyete düzeyleri arasındaki

ilişkide kısmi aracı bir rolünün bulunduğu; stres düzeyi üzerindeki dolaylı etkisinin istatistiksel açıdan anlamlı olmadığı, dolayısıyla psikolojik sağlamlığın öz duyarlık ile stres düzeyleri arasındaki ilişkide aracı bir rolünün bulunmadığı saptanmıştır.

Değişkenler arasındaki ilişkiye arındırılmış bir şekilde ulaşılabilmesi adına Covid-19 tanısının varlığı, Covid-19 için risk grubunda olunmasına yol açan kronik bir hastalığın varlığı ve sevilen bir yakının Covid-19 sebebiyle kaybı kontrol değişkenleri olarak analizlere dahil edilmiştir. Ulaşılan bulgular ve bulgulara dair değerlendirmeler aşağıda ele alınmıştır.

Mevcut çalışmada ilk olarak, bireylerin öz duyarlık düzeylerinin depresyon, anksiyete ve stres belirtileri üzerindeki toplam etkisinin istatistiksel açıdan anlamlı bulunduğu saptanmıştır. Bu sonuç, ilgili alanyazında yer alan araştırmaların bulguları ile paralellik göstermektedir. Zira ilgili alanyazın, yüksek düzeyde öz duyarlığa sahip olan bireylerin, depresyon ve anksiyete belirtilerinin diğer bireylere göre anlamlı bir şekilde daha az olduğunu (Deniz ve ark., 2008; Neff, 2003a; Neff, Hsieh ve Dejitterat, 2005) ve stresli yaşam olaylarından daha az etkilendiklerini desteklemektedir (Akın ve ark., 2007). Neff (2003a, 2003b), öz duyarlığın, zorlayıcı yaşam olayları ile baş etmeyi kolaylaştıran, iyileştirici ve koruyucu bir etken olduğunu ileri sürmüştür. Ayrıca, öz duyarlığın beraberinde getirdiği ‘yaşamın her zaman mükemmel olamayacağı’ farkındalığı, bireylerin yaşamlarını olumlu bir şekilde yönetebilmesi için motive olmasında ve yaşanan acının olumlu bir gelişmeye dönüştürülmesinde etkili bir faktör olarak kabul görmektedir (Conway, 2007; Neff, 2003b; Skoda, 2011). Buradan hareketle, zorlayıcı yaşam olayları karşısında öz duyarlık düzeyi yüksek olan bireylerin daha düşük seviyelerde depresyon, anksiyete ve stres belirtileri geliştirmesinde farklı etkenlerin aracı bir rol oynadığı düşünülebilir.

Mevcut çalışmada yapılan analizler sonucunda, katılımcıların öz duyarlık puanları arttıkça psikolojik sağlamlık düzeylerinin de istatistiksel açıdan anlamlı bir şekilde arttığı tespit edilmiştir. Ayrıca, değişkenler arasında aracılık etkisinin değerlendirilmesi amacıyla yapılan analizlerde öz duyarlıktan psikolojik sağlamlığa giden *a* yolunun istatistiksel açıdan anlamlı olduğu ve varyansın %79’unu açıkladığı saptanmıştır. Mevcut çalışmada elde edilen bu sonuç ise, ilgili alanyazında yer alan, öz duyarlığın psikolojik sağlamlıktaki besleyici rolünü destekleyen birçok çalışmanın bulguları ile örtüşür niteliktedir (Conway, 2007; Leary ve ark., 2007; Thompson ve Waltz, 2008). Öz duyarlık seviyesi yüksek olan bireylerin, zorlayıcı yaşantılar karşısında daha fazla sağlamlık gösterme eğiliminde oldukları yapılan araştırmalarca

desteklenmektedir (Allen ve Leary, 2010; Neff ve ark., 2007b). Conway (2007), öz duyarlığın zorlayıcı yaşam olaylarının beraberinde getirdiği acıyı, olumlu bir gelişmeye dönüştürmede etkili bir faktör olduğunu vurgulamıştır. Bu tanımın, öz duyarlık seviyesi yüksek olan bireylerin, öz duyarlık seviyesi düşük olan bireylere oranla, neden psikolojik sağlamlıklarının daha yüksek düzeylerde olduğunu açıklar nitelikte olduğu düşünülmektedir.

İlgili çalışmada, yapılan analizler sonucunda psikolojik sağlamlıktan depresyon ve anksiyete düzeylerine giden *b* yolunun istatistiksel açıdan anlamlı olduğu tespit edilmiştir. Bireylerin psikolojik sağlığı üzerinde olumsuz çıktılara sebep olabilecek zorlayıcı yaşantılarla karşılaşması durumunda, onların bu zorlayıcı yaşantılardan en düşük düzeyde etkilenmesini ya da hiç etkilenmeden işleyişini sürdürebilmesini sağlayacak bir yapı olarak kabul gören psikolojik sağlamlık kavramı, psikiyatrik bozukluklar karşısında koruyucu rol oynayan etkenleri barındıran genel bir unsurdur (Friborg ve ark., 2005; Luthar ve ark., 2000). Buradan hareketle, mevcut çalışmada elde edilen sonucun, ilgili alanyazın kapsamında değerlendirildiğinde oldukça makul görüldüğü düşünülmektedir.

Yapılan tüm bu araştırmalar, mevcut çalışmanın bir diğer sonucu olan öz duyarlık düzeyi ile depresyon ve anksiyete belirtileri arasındaki ilişkide psikolojik sağlamlığın aracı bir rolünün bulunmasını destekler niteliktedir.

### **5.3.1 Öz Duyarlık Düzeyi ile Depresyon Düzeyi Arasındaki İlişkide Psikolojik Sağlamlığın Aracı Rolünün Değerlendirilmesi**

Covid-19 salgınının pandemi olarak kabul edilmesinin ardından, virüsün yayılmasını önlemeye yönelik bazı tedbirler alınmıştır (Bao ve ark., 2020; While ve Nightingale, 2020). Alınan bu tedbirler kapsamında bireyler sosyal mesafe, izolasyon, karantina, sokağa çıkma ve şehirler arası seyahat kısıtlamaları gibi birçok yeni kavramla tanışmış (While ve Nightingale, 2020); gerek alınan tedbirlerin yol açtığı sembolik (Sosyal hayatın ve özgürlüğün kaybı gibi), gerekse virüsün sebep olduğu somut (Sevilen bir yakının ya da işin Covid-19 sebebiyle kaybı gibi) kayıplar vermişlerdir (Çubuk, 2020).

İlgili alanyazında ilk kez depresif (melankolik) durumlar ile yas sürecini karşılaştırarak ele alan ve bu kavramların farklarına değinen Freud (1917), depresyon ve yasin temel çekirdeğini bir kayıp yaşantısının oluşturduğunu; yas sürecinde

yaşanılan kaybın dış dünya ile bağıntılı iken (sevilen bir yakının kaybı gibi), depresyonda yaşanan kaybın kişinin iç dünyası ve kendiliği ile ilgili olduğunu belirtmiştir (McWilliams, 2013). Yas sürecinde yaşanan ıstırap verici duygular sürekli devam etmemekle beraber, kaybın anımsandığı epizotlar haricinde kişilerin normal düzeylerde işlevselliğini koruyabildiği bilinmektedir. Ancak yastan farklı olarak depresyon sürekli devam etmekte ve kişilerin işlevselliğini büyük oranda etkilemektedir (McWilliams, 2013). Bazı depresyon olgularında, yas sürecinde olduğu gibi dış dünya ile bağıntılı gerçek bir kayıp olabileceği gibi, bazı olgularda da kendilik ile ilgili bilinçdışı bir kayıp yaşantısı görülebilmektedir. Yas sürecinde kişinin yaşadığı gerçek bir kayıp söz konusuysen, depresyonda kişi ego yitimi yaşamaktadır (Freud, 1917). Başka bir deyişle, yas içerisinde dünya ‘boş ve anlamsız’ olarak değerlendirirken, depresyonda ise ‘boş ve anlamsız’ olarak değerlendirilen egodur (Çubuk, 2020). Bu sebeple, egonun kendisine atfedilen bu boşluk ve anlamsızlık değerlendirmelerinden sıyrılabilmesi adına, kaybın beraberinde getirdiği yas sürecinin sağlıklı bir şekilde yaşanması ve depresyona dönüşmeden kaybın kabul edilmesi gerekmektedir (Rothaupt ve Becker, 2007). Pandemi sürecinde somut bir kayıp yaşanmamış olsa bile, bireylerin hayatlarında arzu nesnelere kaybı söz konusudur; bireyler gerek somut gerekse sembolik kayıplarının yasını tutmakta ve depresif belirtiler gösterebilmektedirler (Çubuk, 2020). Buradan hareketle, pandemi sürecinin yol açtığı gerek somut gerekse sembolik kayıpların depresif belirtilerin çekirdeğini oluşturduğu; zorlu bir yaşam olayı olarak kabul edilen pandemi süreci karşısında kendilerine duyarlı yaklaşabilen bireylerin, zorlukların beraberinde getirdiği bu acıyı olumlu bir gelişmeye dönüştürebildikleri; başka bir deyişle, psikolojik sağlık aracılığı ile daha düşük düzeylerde depresyon belirtileri geliştirdikleri düşünülmektedir. Bu bağlamda mevcut çalışmada elde edilen bulgular, ilgili alanyazın kapsamında değerlendirildiğinde, öz duyarlılık düzeyinin depresyon belirtilerini psikolojik sağlık aracılığı ile yordaması makul görülmektedir.

### **5.3.2 Öz Duyarlılık Düzeyi ile Anksiyete Düzeyi Arasındaki İlişkide Psikolojik Sağlamlığın Aracı Rolünün Değerlendirilmesi**

İnsan yaşamının kaçınılmaz bir parçası olan anksiyete, kişinin iç ya da dış dünyası kaynaklı tehdit olarak algıladığı durumlarda ortaya çıkan, belirli bir nesnesi (objesi) olmayan, çoğunlukla otonom belirtilerin eşlik ettiği endişe, huzursuzluk,



koru ve tedirginlik hali olarak kabul görmektedir (Karamustafalıoğlu ve Akpınar, 2010). Anksiyete, uyumlu seviyelerde deneyimlendiği takdirde, olası tehlikeler karşısında evrimsel işlevi bulunan bir tehlike alarmı olarak rol oynamaktadır (Yalom, 2007/1997; Berksun, 2014). Barlow (2002), anksiyetenin geleceğe yönelik endişelere ilişkin uyum bozucu bir baş etme çabası olduğunu ileri sürmüştür.

Günümüzde pandemi olarak kabul edilen Covid-19 salgınının gidişatında belirsizliğin hâkim olması, tehlikenin gözle görülememesi (Bozkurt ve ark., 2020); virüsün ölümcül bir şekilde seyredebilmesi, asemptomatik özelliklerle kendisini gösterebilmesi ve bulaşıcılık oranının yüksek olması süreci küresel bir yaşam tehdidi haline dönüştürmüştür (Mousavi ve ark., 2020; Kwok ve ark., 2020; While ve Nightingale, 2020; Çelebi, 2020; Mertens ve ark., 2020). Bu bilinmeyen ve öngörülemeyen süreç karşısında ise psikolojik sağlığı korumak her zaman mümkün olmamaktadır (Holmes ve ark., 2020). Yapılan uluslararası çalışmalar, Covid-19 sürecinde bireylerin yüksek düzeylerde anksiyete belirtileri geliştirdiğini destekler niteliktedir (Cowan, 2020; Fardin, 2020; Rossi ve ark., 2020; Qiu ve ark., 2020; Wang ve ark., 2020).

Buradan hareketle ilgili literatür ışığında, öz duyarlık düzeyinin anksiyete belirtilerini psikolojik sağlamlık aracılığı ile yordaması makul görülmektedir. Zira, Covid-19 pandemisinin beraberinde getirdiği çeşitli belirsizlikler, bireylerde evrimsel bir tehlike alarmı işlevi gören anksiyete haline sebebiyet vermektedir. Yaşam tehdidi oluşturan pandemi süreci karşısında kendilerine duyarlı yaklaşabilen ve bu tehdidin küresel olarak paylaşıldığının farkında olan bireylerin, zorlukların beraberinde getirdiği bu acıyı olumlu bir gelişmeye dönüştürebildikleri; başka bir değişle, psikolojik sağlamlık aracılığı ile daha düşük düzeylerde anksiyete belirtileri geliştirdikleri düşünölmektedir.

### **5.3.3 Öz Duyarlık Düzeyi ile Stres Düzeyi Arasındaki İlişkide Psikolojik Sağlamlığın Aracı Rolünün Değerlendirilmesi**

Mevcut çalışmada yapılan analizler sonucunda, öz duyarlık düzeyi ile stres belirtileri arasındaki ilişkide psikolojik sağlamlığın aracı bir rol oynamadığı ve psikolojik sağlamlıktan, stres belirtilerine giden *b* yolunun da istatistiksel açıdan anlamlı olmadığı saptanmıştır. Ulaşılan bulgu, ilgili alanyazın ışığında değerlendirildiğinde makul görölebilmektedir.

Psikolojik sağlamlık kavramından söz edilebilmesi için iki temel koşul bulunmaktadır. Bu koşullardan ilki ‘Zorlayıcı bir yaşam olayının varlığı’; ikincisi ise ‘Zorlayıcı yaşam olayı karşısında sosyal ve davranışsal becerileri kapsayan olumlu uyumun sergilenebilmesi’ olarak tanımlanmaktadır (Luthar ve Zigler, 1991; Maddi, 2005). Masten ve arkadaşları psikolojik sağlamlığı; zorlayıcı yaşam olaylarına rağmen uyum sağlama becerisi sergileyebilmek, uyum gösterebilmek adına çaba sarf etmek ve bu sürecinin sonunda başarıyla uyumlanabilmek, olarak tanımlamıştır (Masten, Best ve Garnezy, 1990). Benzer şekilde Hunter’ da (2001) bu süreçte uyumlanabilme becerisinin önemini vurgulamış ve psikolojik sağlamlığın; kişinin içerisinde yaşadığı çevrede meydana gelen çeşitli zorluklara başarıyla uyum sağlayabilmesi olduğunu ileri sürmüştür. İlgili alanyazın psikolojik sağlamlığın; zorlayıcı yaşam olayları karşısında alışlagelmiş işleyişi korurken, aynı zamanda bu zorlukların uyumlu bir şekilde üstesinden gelebilme becerisi olduğunu ve dinamik bir yapıyı barındırdığını destekler niteliktedir (Russo ve ark., 2012 ; Rutter, 2012; Southwick ve Charney, 2012).

Salgın hastalıklar, bireylerin fiziksel sağlıklarının yanı sıra psikolojik sağlıkları üzerinde de birtakım etkiler yaratmaktadır (Wang ve ark., 2020). Covid-19’ un ölüm tehdidi oluşturması, bulaşıcılık oranının yüksek olması, vaka sayılarındaki artışın sürekliliği (Kwok ve ark. 2020) ve pandemi sürecinde giderek artan bir belirsizliğin hâkim olması birçok psikiyatrik rahatsızlığın oluşumuna zemin hazırlamaktadır (Akalin, Özgüner ve şakiroğlu, 2020). Bu bilinmeyen ve öngörülemeyen süreç karşısında psikolojik sağlığı korumak her zaman mümkün olmamaktadır (Holmes ve ark., 2020). Bireylerin uyum sağlamasını gerektiren her türlü yaşantı, stres veren yaşam olayları olarak kabul görmektedir (Smith ve ark., 2015). Fizyolojik ve psikolojik bütünlüğe yönelik oluşturduğu tehditler sebebiyle günümüzde büyük bir stresör olarak kabul gören Covid-19 pandemisi ise, doğası gereği zorlayıcı bir yaşam olayı olarak kabul görmekte ve psikolojik sağlamlığın değerlendirilebilmesi için ön koşul olan zorlayıcı yaşam olayı koşulunu karşılamaktadır (Çelebi, 2020; Kwok ve ark., 2020; Mousavi, Hooshiyari ve Ahmadi, 2020; While ve Nightingale, 2020).

Yukarıda sunulan ilgili literatür ışığında elde edilen bulgunun oldukça makul görülebileceği düşünölmektedir. Zira, Covid-19 pandemisi bireylerin hayatında, giderek artan belirsizliği ile beraber, hala güçlü bir stresör olarak varlığını korumaktadır. Zorlayıcı yaşam olayı maruziyetinin devam etmesinin ve stresörün varlığını sürdürmesinin ise, psikolojik sağlamlık kavramından söz edilebilmesi için önemli bir etken olarak kabul gören uyumlanma sürecini baltaladığı düşünölmektedir.

Bir başka değişle mevcut bulgu, psikolojik sağlamliğın dinamik bir yapıya sahip olması ile açıklanabilmektedir. İlgili bulgunun değerlendirilmesinde, güçlü bir stresör olarak kabul edilen pandemi sürecinin, oluşturduğu tüm zorluklarla ve giderek artan belirsizliği ile beraber bireylerin hayatlarındaki etkisinin devam ettiğinin dikkate alınması önem arz etmektedir.

## BÖLÜM 6

### 6. SONUÇ ve ÖNERİLER

#### 6.1 Sonuçlar

Yapılan istatistiksel analizlere göre mevcut çalışmada, pandemi sürecinde bireylerin öz duyarlık düzeyleri ile depresyon ve anksiyete düzeyleri arasındaki ilişkide psikolojik sağlamlığın aracı bir rol oynadığı; ancak, öz duyarlık düzeyleri ile stres düzeyi arasındaki ilişkide psikolojik sağlamlığın aracı bir rolünün bulunmadığı sonuçlarına ulaşılmıştır. Ayrıca, katılımcıların öz duyarlık düzeyleri arttıkça depresyon, anksiyete ve stres belirtilerinin azaldığı, psikolojik sağlamlık düzeylerinin ise arttığı; psikolojik sağlamlık düzeyleri arttıkça depresyon, anksiyete ve stres düzeylerinin de azaldığı bu çalışmada elde edilen diğer sonuçlardandır.

Depresyon, anksiyete ve stres düzeyleri Covid-19 sürecine dair elde edilen veriler açısından incelendiğinde, Covid-19 tanısı bulunan; Covid-19 için risk grubunda bulunulmasına yol açan kronik bir hastalığa sahip olan; Covid-19 için risk grubunda bulunan bireylerle aynı haneyi paylaşan; sevilen bir yakını Covid-19 sebebiyle kaybeden; sevilen bir yakını Covid-19 sebebiyle hastanede yatarak tedavi gören katılımcıların puanlarının diğer katılımcılara oranla istatistiksel açıdan anlamlı bir şekilde daha yüksek olduğu görülmüştür.

Ulaşılan sonuçlar doğrultusunda gelecek bilimsel araştırmalar için öneriler aşağıda ele alınmıştır.

## 6.2 Gelecek Bilimsel Araştırmalar İçin neriler

Çalışmanın bu bölümünde, gelecek bilimsel araştırmalar için öneriler maddeler halinde sunulmuştur.

1. Mevcut çalışmada veri toplama süreci, Türkiye’ de ilk Covid-19 aşısının uygulanması ile beraber sonlandırılmıştır. Bu sebeple, çalışmaya sadece Covid-19 açısı olmayan bireyler dahil edilmiştir. İleriki zamanlarda, Covid-19 için aşılanan katılımcıların da yer aldığı, psikolojik belirti düzeylerinin karşılaştırılarak ele alındığı araştırmalar da yürütülebilir.

2. Çalışmanın, salgın hastalıkların bireyler üzerindeki psikolojik etkilerini anlamak; pandemi sürecinin yol açtığı psikolojik belirtiler karşısında öz duyarlık ve psikolojik sağlımlığın koruyucu rolln saptamak; süreçle ilgili mevcut anlayışımızı geliştirmek; ilgili değişkenlere pandemi süreci kapsamında yeni bir yorum getirmek açısından gelecek bilimsel araştırmalara ışık tutacağı düşünülmektedir. Pandemi sürecinin yol açtığı psikolojik belirtiler karşısında, öz duyarlık ve psikolojik sağlımlığı esas alan koruyucu ve önleyici programlar geliştirilebilir.

3. Pandemi sürecinde öz duyarlık ve psikolojik sağlımlık ile depresyon, anksiyete, stres düzeyleri arasındaki ilişkilerin incelendiği bu araştırmanın modeli kesitseldir. Mevcut çalışmada öz duyarlık ile stres belirtileri arasındaki ilişkide psikolojik sağlımlığın aracı bir rol oynamadığı sonucuna ulaşılmıştır. Ulaşılan sonuçta, güçlü bir stresör olarak bireylerin hayatında varlığını sürdüren pandemi sürecinin ve sürecin beraberinde getirdiği yoğun belirsizliğin giderek artmasının etkili olduğu düşünülmektedir. Zira, dinamik bir yapıya sahip olan psikolojik sağlımlık kavramı, zorlayıcı yaşam olaylarına rağmen bu sürecinin sonunda başarıyla uyumlanabilme becerisi olarak tanımlanmaktadır. Bu bağlamda, gelecek bilimsel çalışmalarda, Covid-19 süreci sırasında ve Covid-19 süreci sonrasında veri toplanmak üzere boylamsal bir araştırma modeli seçilerek, ilgili değişkenler arasındaki ilişkiler ele alınabilir. Kullanılması nerilen boylamsal araştırma modelinin, Covid-19 sürecinde psikolojik sağlımlık kavramının dinamik yapısına ışık tutabileceği düşünülmektedir.

4. Mevcut çalışmanın örneklemini 25-65 yaş aralığındaki bireyler oluşturmaktadır. Bu bağlamda, ilgili değişkenler arasındaki ilişkilerin ele alındığı, örneklemini farklı yaş gruplarındaki katılımcıların oluşturduğu araştırmalar da tasarlanabilir.

5. Gelecek bilimsel araştırmalarda, katılımcıların sosyodemografik ve diğer özelliklerinin dengeli bir şekilde dağılmasının gözetilmesi önerilmektedir.
6. Son olarak, öz duyarlık kavramının 6 alt boyutunun bulunduğu bilinmektedir. Bu alt boyutların dahil edildiği aracı etki analizleri ile daha detaylı çalışma bulgularına ulaşılabilir.

## KAYNAKÇA

- Akalın, S., Özgüner, İ. ve Şakiroğlu, M. (2020). Covid-19 salgınının ve karantinanın psikolojik etkileri. *Electronic Turkish Studies*, 15(4). <https://turkishstudies.net/turkishstudies?mod=tammetin&makaleadi=&makaleurl=64ea3d16-82d6-4630-95da-2d09ac9b0bcf.pdf&key=44885>
- Akın, A. (2009). *Akılcı duygusal davranışçı terapi odaklı grupta psikolojik danışmanın psikolojik iyi olma ve öz-duyarlık üzerindeki etkisi*. (Yayınlanmamış doktora tezi). Sakarya Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sakarya.
- Akın, Ü., Akın, A. ve Abacı, R. (2007). Özduyarlık ölçeği: geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 33, 1-10. [https://toad.halileksi.net/sites/default/files/pdf/oz-duyarlik-olcegi-toad\\_0.pdf](https://toad.halileksi.net/sites/default/files/pdf/oz-duyarlik-olcegi-toad_0.pdf)
- Akman, S. (2004). Stresin nedenleri ve açıklayıcı kuramlar. *Türk psikoloji bülteni*, (34-35), 40-56. <https://www.psikolog.org.tr/tr/yayinlar/dergiler/1031828/tpb10343507.pdf>
- Allen, A. B. ve Leary, M. R. (2010). Self-compassion, stress, and coping. *Social and Personality Psychology Compass*, 4, 107-118. doi: 10.1111/j.1751-9004.2009.00246.x
- APA. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 5th edition (DSM-5)*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- APA. (2014). The road to resilience. Erişim adresi: <https://uncw.edu/studentaffairs/committees/pdc/documents/the%20road%20to%20resilience.pdf>
- APA. (2017). What is depression? Erişim adresi: <https://www.psychiatry.org/patients-families/depression/whatisdepression>
- Arıcı, N. (2014). *Travmatik yas sorununda aile dayanıklılığı programının kadınlardaki travma sonrası stres, yas ve aile dayanıklılığı düzeylerine etkisi*. (Yayınlanmamış doktora tezi). Sakarya Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Sakarya. <https://acikerisim.sakarya.edu.tr/bitstream/handle/20.500.12619/69589/EFT0225.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

- Arnetz, J., Rofa, Y., Arnetz, B., Ventimiglia, M. ve Jamil, H. (2013). Resilience as a protective factor against the development of psychopathology among refugees. *The Journal of nervous and mental disease*, 201(3), 167. doi: 10.1097 / NMD.0b013e3182848afe
- Arslan, G. (2015). Yetişkin Psikolojik Sağlık Ölçeği'nin (YPSÖ) psikometrik özellikleri: Geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *Ege Eğitim Dergisi*, 16(2), 344-357.
- Askay, S. W. ve Magyar-Russell, G. (2009). Post-traumatic growth and spirituality in burn recovery. *International Review of Psychiatry*, 21(6), 570–579. doi:10.3109/09540260903344107
- Assari, S. ve Lankarani, M. M. (2016). Stressful life events and risk of depression 25 years later: race and gender differences. *Frontiers in Public Health*, 4, 49. doi: 10.3389 / fpubh.2016.00049
- Ataman-Temizel, E. ve Dağ, İ. (2014). Stres veren yaşam olayları, bilişsel duygu düzenleme stratejileri, depresif belirtiler ve kaygı düzeyi arasındaki ilişkiler. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 17(1). [https://jag.journalagent.com/kpd/pdfs/KPD\\_17\\_1\\_7\\_17.pdf](https://jag.journalagent.com/kpd/pdfs/KPD_17_1_7_17.pdf)
- Avey, J. B., Luthans, F. ve Jensen, S. M. (2009). Psychological capital: A positive resource for combating employee stress and turnover. *Human Resource Management*, 48 (5), 677-693. doi: 10.1002 / hrm.20294
- Baltacı, N. N. ve Coşar, B. (Ed.). (2020). Covid-19 pandemisi ve ruh beden ilişkisi. İçinde: *Psikiyatri ve Covid-19*. (1. Baskı). Ankara: Türkiye Klinikleri. 1-6.
- Baltaş, Z. ve Baltaş, A. (2008). *Stres ve başa çıkma yolları* (25. baskı). İstanbul: Remzi Kitabevi.
- Bao, Y., Sun, Y., Meng, S., Shi, J. ve Lu, L. (2020). 2019-nCoV epidemic: Address mental health care to empower society. *Lancet*. 395(10224), e37-38. doi:10.1016/S0140-6736(20)30309-3.
- Barf, H. A., Post, M. W. M., Verhoef, M., Jennekens-Schinkel, A., Gooskens, R. H. J. M. ve Prevo, A. J. H. (2007). Life satisfaction of young adults with spina bifida. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 49(6), 458-463. doi: 10.1111/j.1469-8749.2007.00458.x
- Barlow, D. H. (2002). *Anxiety and its disorders*. New York: Guilford Press.
- Barnard, L. K. ve John F. C. (2012). The relationship of clergy burnout to self-compassion and other personality dimensions. *Pastoral Psychology*, 61(2). 149-163. doi: 10.1007/s11089-011-0377-0
- Baron, R. M. ve Kenny, D. A. (1986). The moderator–mediator variable distinction in social psychological research: Conceptual, strategic, and statistical considerations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51(6), 1173-1182. doi: 10.1037/0022-3514.51.6.1173



- Basım, H. N. ve Çetin, F. (2011). Yetişkinler İçin Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği' nin güvenilirlik ve geçerlilik çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 22, 104-114. <https://toad.halileksi.net/sites/default/files/pdf/yetiskinler-icin-psikolojik-dayaniklilik-olcegi-toad.pdf>
- Bayar, Ö. (2016). *Üniversite öğrencilerinde öz-şefkatin yordayıcıları olarak bağlanma tarzı ve algılanan sosyal destek*. (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi). Hacettepe Üniversitesi, Ankara.
- Bayramoğlu, A. (2011). *Self-Compassion in relation to psychopathology*. (Yayımlanmamış doktora tezi). Orta Doğu Teknik Üniversitesi, Ankara. [https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/TezGoster?key=EEdeQgIdFRxX5NbvVau-AmDvjJpp\\_IV7UnmWNfMU\\_T\\_433c4IVUaksZkn4ubIP0z](https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/TezGoster?key=EEdeQgIdFRxX5NbvVau-AmDvjJpp_IV7UnmWNfMU_T_433c4IVUaksZkn4ubIP0z)
- Beck, A. T. (1967). *Depression: clinical, experimental, and theoretical aspects*. New York: Harper and Row.
- Beck, A. T. (2002). Cognitive models of depression. *Clinical advances in cognitive psychotherapy: Theory and application* içinde (29-61. ss.). New York: Sheridan Books.
- Beck, A. T. ve Rush, A. J. (1988). Cognitive therapy. H. J. Kaplan ve B. J. Sadock (Ed.), *Comprehensive textbook of psychiatry IV* içinde. Baltimore, MD: Williams & Williams.
- Beck, A.T. (2005). The current state of cognitive therapy: a 40-year retrospective. *Arch Gen Psychiatry*, 62(9), 953-959. doi:10.1001/archpsyc.62.9.953
- Beck, A.T., Emery, G. ve Greenberg, K.L. (1985). *Anxiety disorders and phobias: cognitive perspective*. New York: Basic Books.
- Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F. ve Emery, G. (1987). *Cognitive therapy of depression*. New York: The Guilford Press.
- Beck, J. S. (2014). *Bilişsel davranışçı terapi*. (Çev. Şahin, M. ve Tarı Cömert, I.). Ankara: Nobel Yayınları. (Orijinal yayın tarihi, 1972).
- Bergen-Cico, D. ve Cheon, S. (2014). The mediating effects of mindfulness and self-compassion on anxiety trait. *Mindfulness*, 5, 505- 519. doi: 10.1007/s12671-013-0205-y
- Berksun, O. (2014). *Anksiyete ve anksiyete bozuklukları*. İstanbul: Türk Psikiyatri Derneği Yayınları.
- Bingöl, G., Demir, A., Karabek, R., Kepenek, B., Yıldırım, N. ve Kaytaç, E. G. (2010). Bazı değişkenler açısından 65 yaş üstü bireylerin depresyon düzeylerinin incelenmesi. *Göztepe Tıp Dergisi*, 25(4), 169-176. doi:10.5222/J.GOZTEPETRH.2010.169

- Bishop, S. R., Lau, M., Shapiro, S., Carlson, L., Anderson, N. D., Carmody, J., Segal, Z.V.,... Devins, G. (2004). Mindfulness: A proposed operational definition. *Clinical psychology: Science and Practice*, 11(3), 230-241. doi: 10.1093 / clipsy.bph077
- Bitsika, V., Sharpley, C. F. ve Bell, R. (2013). The buffering effect of resilience upon stress, anxiety and depression in parents of a child with an autism spectrum disorder. *Journal of Developmental and Physical Disabilities*, 25(5), 533-543. doi: 10.1007/s10882-013-9333-5
- Blatt, S. J. (1995). Representational structures in psychopathology. D. Cicchetti ve S. Toth (Eds.), *Rochester symposium on developmental psychopathology: Emotion, cognition, and representation* içinde. Rochester, NY: University of Rochester Press.
- Block, J., H. ve Block, J. (1980). The role of ego-control and ego-resiliency in the organisation of behaviour. Collins, W.A. (Ed.), *Development of cognition, affect, and social relations: Minnesota symposia on child psychology* içinde. Michigan: Erlbaum.
- Bluth, K. ve Eisenlohr-Moul, T. A. (2017). Response to a mindful self-compassion intervention in teens: A within-person association of mindfulness, self-compassion, and emotional well-being outcomes. *Journal of Adolescence*, 57. doi:10.1016/j.adolescence.2017.04.001
- Bluth, K., Mullarkey, M. ve Lathren, C. (2018). Self-compassion: A potential path to adolescent resilience and positive exploration. *Journal of Child and Family Studies*, 27(9), 3037-3047. doi: 10.1007/s10826-018-1125-1
- Bodian, S. (2006). *Meditation for dummies*. Indiana: John Wiley & Sons.
- Bonanno, G. (2004). Loss, trauma, and human resilience: Have we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events? *American Psychologist*, 59(1), 20-28. doi: 10.1037/0003-066X.59.1.20
- Bozkurt, N. (2004). Bir grup üniversite öğrencisinin depresyon ve kaygı düzeyleri ile çeşitli değişkenler arasındaki ilişkiler. *Eğitim ve Bilim*, 29 (133).
- Bozkurt, Y., Zeybek, Z. ve Aşkın, R. (2020). Covid-19 pandemisi: Psikolojik etkileri ve terapötik müdahaleler. *İstanbul Ticaret Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 19(37), 304-318. <http://egitimvebilim.ted.org.tr/index.php/EB/article/view/5095/1179>
- Brand, J., McKay, D., Wheaton, M.G. ve Abramowitz, J.S. (2013). The relationship between obsessive compulsive beliefs and symptoms, anxiety and disgust sensitivity, and Swine Flu fears. *J Obsessive Compuls Relat Disord*, 2(2), 200-206. doi:10.1016/j.jocrd.2013.01.007
- Brawman-Mintzer, O., Monnier, J., Wolitzky, K.B. ve Falsetti, S.A. (2005). Patients with generalized anxiety disorder and a history of trauma: somatic symptom endorsement. *Journal of Psychiatric Practice*, 11(3), 212-215. doi:10.1097/00131746-200505000-00010

- Breines, J. G. ve Chen, S. (2012). Self-compassion increases self-improvement motivation. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 38(9), 1133–1143.
- Bremner, J. D. (2010). Neural circuits in fear and anxiety. Simon, N.M., Hollander, E., Barbara, O.R. ve Stein, D.J. (Eds.), *The american psychiatric association publishing textbook of anxiety, trauma, and OCD- related disorders* içinde. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Brenner, R. E., Vogel, D. L., Lannin, D. G., Engel, K. E., Seidman, A. J. ve Heath, P. J. (2018). Do self-compassion and self-coldness distinctly relate to distress and well-being? A theoretical model of self-relating. *Journal of Counseling Psychology*, 65(3), 346. doi: 10.1037/cou0000257
- Bromet, E., Andrade, L. H., Hwang, I., Sampson, N. A., Alonso, J., de Girolamo, G., ... Kessler, R. C. (2011). Crossnational epidemiology of DSM-IV major depressive episode. *BMC medicine*, 9, 90. doi: 10.1186/1741-7015-9-90
- Brooke, J. ve Jackson, D. (2020). Older people and Covid-19: Isolation, risk and ageism. *Journal of Clinical Nursing*, 29(13-14), 2044-2046.
- Burns, D. (2016). *İyi hissetmek*. (Çev. Tuncer, E., Mestçioğlu, Ö., Atak, İ.E., Acar, G.). İstanbul: Psikonet Yayınları.
- Butler, A. C., Chapman, J. E., Forman, E. M. ve Beck, A. T. (2006). The empirical status of cognitive-behavioral therapy: a review of meta-analyses. *Clinical Psychology Review*, 26(1), 17-31. doi: 10.1016/j.cpr.2005.07.003
- Cai, H., Tu, B., Ma, J., Chen, L., Fu, L., Jiang, Y. ve Zuhang, Q. (2020). Psychological impact and coping strategies of frontline medical staff in hunan between january and march 2020 during the outbreak of corona virus disease 2019 (Covid-19) in Hubei, China. *Med Sci Monit*, 26, e924171. doi: 10.12659/MSM.924171
- Campbell-Sills, L., Forde, D. R. ve Stein, M. B. (2009). Demographic and childhood environmental predictors of resilience in a community sample. *Journal of Psychiatric Research*, 43(12), 1007-1012.
- Carlson, L. E., Speca, M., Faris, P. ve Patel, K. D. (2007). One year pre–post intervention follow-up of psychological, immune, endocrine and blood pressure outcomes of mindfulness-based stress reduction (MBSR) in breast and prostate cancer outpatients. *Brain, Behavior, and Immunity*, 21(8), 1038-1049. doi: 10.1016/j.bbi.2007.04.002
- Carnegie, D. (2012). *Stres ve endişeyle başa çıkma yolları*. (Çev. G. Tokgöz). İstanbul: Nemesis Kitap.
- Cartwright-Hatton, S. ve Wells, A. (1997). Beliefs about worry and intrusions: The meta-cognitions questionnaire and its correlates. *Journal of Anxiety Disorders*, 11(3), 279–296. doi:10.1016/s0887-6185(97)00011-x
- Cava, M.A., Fay, K.E., Beanlands, H.J., McCay, E.A. ve Wignall, R. (2005). The experience of quarantine for individuals affected by SARS in Toronto. *Public Health Nurs*. 22(5). 398-406. doi: 10.1111/j.0737-1209.2005.220504.x

- Chen, M. H., Hsu, J. W., Huang, K. L., Su, T. P., Li, C. T., Lin, W. C., ... Bai, Y. M. (2019). Risk and coaggregation of major psychiatric disorders among first-degree relatives of patients with bipolar disorder: a nationwide population-based study. *Psychological Medicine*, 49(14), 2397-2404. doi: 10.1017/S003329171800332X
- Cicchetti, D. (2010). Resilience under conditions of extreme stress: a multilevel perspective. *World Psychiatry*. 9(3), 145. doi: 10.1002/j.2051-5545.2010.tb00297.x
- Clark, D. A. ve Beck, A. T. (1990). *Cognitive therapy and therapy of anxiety and depression*. New York: Plenum Press.
- Clark, L.(2000). *SOS duygulara yardım*. (Çev: Yazgan, G.). İstanbul: Evrim Yayınları.
- Clarke, T. K., Zeng, Y., Navrady, L., Xia, C., Haley, C., Campbell, A., ... ve Porteous, D. J. (2018). Genetic and environmental determinants of stressful life events and their overlap with depression and neuroticism. *Wellcome Open Research*, 3(11). doi: 10.12688/wellcomeopenres.13893.2
- Coleman, J. ve Hagell, A. (2007). The nature of risk and resilience in adolescence. *Adolescence, risk and resilience: Against the odds* içinde. England: John Wiley & Sons.
- Connor, K. M. ve Davidson, J. R. (2003). Development of a new resilience schale: The Connor- Davidson Resilience Schale (CDRISC). *Depression and Anxiety*, 18(2), 76-82. doi: 10.1002/da.10113
- Conway, D. G. (2007). *The role of internal resources in academic achievement: Exploring the meaning of self-compassion in the adaptive functioning of lowincome college students*. (Yayınlanmamış doktora tezi). University of Pittsburgh, Pittsburg.
- Cowan, K. (2020). *Survey results: Understanding people's concerns about the mental health impacts of the Covid-19 pandemic*. London, United Kingdom: Academy of Medical Sciences. <https://acmedsci.ac.uk/file-download/99436893>
- Cuijpers, P., Van Straten, A., Bohlmeijer, E., Hollon, S.D. ve Andersson, G. (2010). The effects of psychotherapy for adult depression are overestimated: a meta-analysis of study quality and effect size. *Psychol Med*, 40. 211-223. doi: 10.1017/S0033291709006114
- Cüceloğlu, D. (2004). *İnsan ve davranışı*. (13. baskı). İstanbul: Remzi Kitabevi.
- Çelebi, G. Y. (2020). Covid-19 salgınına ilişkin tepkilerin psikolojik sağlamlık açısından incelenmesi. *IBAD Sosyal Bilimler Dergisi*, (8), 471-483. doi: 10.21733/ibad.737406
- Çelik, F. H. ve Hocaoğlu, Ç. (2016). 'Major depresif bozukluk' tanımı, etyolojisi ve epidemiyolojisi: Bir gözden geçirme. *Çağdaş Tıp Dergisi*, 6(1), 51-66. doi: 10.16899/ctd.03180

- Çubuk, B. (2020). Covid-19 ile gelen kayıp, nesne, yas ve depresyon. *Yalova Sosyal Bilimler Dergisi*, 10(21), 90-99. <https://dergipark.org.tr/en/download/article-file/1183582>
- Deniz, M. E., Kesici Ş. ve Sümer, A. S. (2008). The validity and reliability study of the Turkish version of self-compassion scale. *Social Behavior and Personality*, 36 (9), 1151-1160. doi: 10.2224/sbp.2008.36.9.1151
- Dilmaç, B., Deniz, M. ve Deniz, M. E. (2009). Üniversite öğrencilerinin öz-anlayışları ile değer tercihlerinin incelenmesi. *Değerler Eğitimi Dergisi*, 7(18), 9-24.
- Doğan O. (2011). Depresif bozuklukların epidemiyolojisi. Sivas: Esform Ofset.
- Doğan, T. (2015). Kısa Psikolojik Sağlık Ölçeği' nin Türkçe uyarlaması: Geçerlik ve güvenirlik çalışması. *The Journal of Happiness & Well-Being*, 3(1), 93-102. <https://toad.halileksi.net/sites/default/files/pdf/kisa-psikolojik-saglamlik-olcegi-toad.pdf>
- Dombrowski, A. Y., Siegle, G. J., Szanto, K., Clark, L., Reynolds, C. F. ve Aizenstein, H. (2012). The temptation of suicide: striatal gray matter, discounting of delayed rewards, and suicide attempts in late-life depression. *Psychological Medicine*, 42(6), 1203-1215. doi: 10.1017/S0033291711002133
- Donald, N. (2010). Systems thinking complexity theory and transnational management. *Otago Management Graduate Review*, 8, 1-12.
- Dryden, W. (2013). Unconditional self-acceptance and self-compassion. *The strength of self-acceptance: theory, practice and research* içinde. (107–120 ss.). New York: Springer Science.
- Dryden, W. ve Neenan, M. (2004). *The rational emotive behavioural approach to therapeutic change*. London: Sage Publications.
- Eagle, D. E., Hybels, C. F. ve Proeschold-Bell, R. J. (2019). Perceived social support, received social support, and depression among clergy. *Journal of Social and Personal Relationships*, 36(7), 2055-2073. doi: 10.1177/0265407518776134
- Earvolino-Ramirez, M. (2007). Resilience: A concept analysis. *Nursing Forum*. 42(2), 73-82. doi: 10.1111/j.1744-6198.2007.00070.x
- Ehret, A. M., Joormann, J. ve Berking, M. (2015). Examining risk and resilience factors for depression: The role of self-criticism and self-compassion. *Cognition and Emotion*, 29(8), 1496-1504. doi: 10.1080/02699931.2014.992394
- Ellis, A. (1994). Akılcı-duygusal terapide yansımalar (Çev. Türküm, S.). *Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 27(2), 969-974. doi: 10.1501/Egifak\_0000000347
- Ellis, A. (1995). Changing rational-emotive therapy (RET) to rational-emotive behavior therapy (REBT). *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, 13(2), 85-89. doi: 10.1007/BF02354453

- Ellis, A. (2005). *The myth of self-esteem*. Massachusetts: Prometheus Books.
- Ellis, A. ve Dryden, W. (1997). *The practice of rational emotive therapy*. New York: Springer.
- England, M.J. ve Sim, J.L. (Eds.). (2009). *Depression in parents, parenting and children opportunities to improve identification, rreatment and prevention*. Washington DC: The National Academies Press.
- Eskin, M. (2000). Ergen ruh sağlığı sorunları ve intihar davranışıyla ilişkileri. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 3(4), 228-234. [https://jag.journalagent.com/kpd/pdfs/KPD\\_3\\_4\\_228\\_234.pdf](https://jag.journalagent.com/kpd/pdfs/KPD_3_4_228_234.pdf)
- Eyessenck, M.W. (2013). *Anxiety: The cognitive perspective*. U.K.: Psychology Press.
- Eyüboğlu, C., Şişli, Z. ve Kartal, M. (2012). Yaşam döngüsünde yaşlılığın psikolojik boyutu. *Turkish Family Physician*, 3(1), 18-22. <http://turkishfamilyphysician.com/wp-content/uploads/2016/08/C3-S1-yasam-dongusunda-yasliligin-psikolojik-boyutu.pdf>
- Faravelli, C., Catena, M., Scarpato, A. ve Rica, V. (2007). Epidemiology of life events: Life events and psychiatric disorders in the sesto fiorentino study. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 76, 361-368. doi:10.1159/000107564
- Fardin, M.A. (2020). Covid-19 and anxiety: A review of psychological impacts of infectious disease outbreaks. *Arch Clin Infect Dis*. 15(COVID-19):e102779. doi: 10.5812 / archcid.102779
- Feltham, C. ve Hoston, I. (2000). *Handbook of Counselling and Psychotherapy*. London: Sage Publications.
- Ferster, C. B. (1973). A functional analysis of depression. *American Psychologist*, 28, 857- 870. doi: 10.1037/h0035605
- Flavell, J. H. (1979). Metacognition and cognitive monitoring: A new area of cognitive- developmental inquiry. *American Psychologist*, 34(10), 906. doi: 10.1037//0003-066X.34.10.906
- Fletcher, D. ve Sarkar, M. (2013). Psychological resilience: a review and critique of definitions, concepts and theory. *European Psychologist*, 18(1), 12-23. doi: 10.1027/1016-9040/a000124
- Fradelos, E. C., Latsou, D., Mitsi, D., Tsaras, K., Lekka, D., Lavdaniti, M., ...Papathanasiou, I. V. (2018). Assessment of the relation between religiosity, mental health, and psychological resilience in breast cancer patients. *Contemporary Oncology*, 22(3), 172. doi: 10.5114/wo.2018.78947
- Francis, J. L., Moitra, E., Dyck, I. ve Keller, M. B. (2012). The impact of stressful life events on relapse of generalized anxiety disorder. *Depression and Anxiety*, 29(5), 386-391. doi: 10.1002/da.20919
- Freud, S. (1917). Mourning and melancholia. *Standard edition*, 14(19), 243-258.

- Freud, S. (1920). *Beyond the pleasure principle*. London, UK: Hogarth Press.
- Friborg, O., Barlaug, D., Martinussen, M., Rosenvinge, J. H. ve Hjemdal, O. (2005). Resilience in relation to personality and intelligence. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 14(1), 29-42. doi: 10.1002/mpr.15
- Friedman, R. M. (2006). Enhancing the influence of psychologists on public policy: Will more of the same do it. *Child Fam Policy Pract Rev*, 2, 22-26.
- Friis, A. M., Johnson, M. H., Cutfield, R. G. ve Consedine, N. S. (2016). Kindness matters: a randomized controlled trial of a mindful self-compassion intervention improves depression, distress, and HbA1c among patients with diabetes. *Diabetes Care*, 39(11), 1963-1971. doi: 10.2337/dc16-0416
- Fritz, M. S. ve MacKinnon, D. P. (2007). Required sample size to detect the mediated effect. *Psychological Science*, 18(3), 233-239. doi: 10.1111/j.1467-9280.2007.01882.x
- Gabbard, G. O. (2005). *Psychodynamic psychiatry in clinical practice*. Washington: American Psychiatry Press.
- Galla, B. M. (2016). Within-person changes in mindfulness and self-compassion predict enhanced emotional well-being in healthy, but stressed adolescents. *Journal of Adolescence*, 49, 204-217. doi: 10.1016/j.adolescence.2016.03.016
- Geçtan, E. (2014). *Psikanaliz ve sonrası*. (16. Basım). İstanbul: Metis Yayınları.
- Germer, C. K. (2009). *The mindful path to self-compassion*. New York: Guilford Press.
- Gilbert, P. (2009). Introducing compassion-focused therapy. *Advances in Psychiatric Treatment*, 15, 199-208. doi: 10.1192/apt.bp.107.005264
- Girdano, D. A. ve Everly, G. S. (1998). Stresi arttıran beslenme alışkanlıkları. (Çev.: N. Sezgin), (Ed.: N. H. Şahin), *Stresle Başa Çıkma: Olumlu Bir Yaklaşım* içinde (3. Basım). Ankara: Türk Psikologlar Derneği Yayınları.
- Goring, H.J. ve Papageorgiou, C. (2008). Rumination and worry: factor analysis of self-report measures of depressed participants. *Cognitive Ther Res* 32, 554- 66.
- Greenberg, M. S. ve Beck, A. T. (1990). Cognitive approaches to psychotherapy: Theory and therapy. R. Plutchik ve H. Kellerman (Eds.), *Emotion, psychopathology, and psychotherapy* içinde (177-194 ss.). Academic Press. doi:10.1016/b978-0-12-558705-1.50014-2
- Greenberger, D. ve Padesky, C. A. (2020). *Evinizdeki terapist*. (28. Basım), (Çev. Dağyaran, D.). İstanbul: Altın Kitaplar.
- Güleç, C. (2009). *Psikiyatri'nin ABC'si*. (2. Baskı). 121-148. İstanbul: Say Yayınları.
- Gülsün, M., Tamam, L. ve Özçelik, F. (2012). Nöropeptid Y ve stres ilişkisi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 4(1), 14-36. doi:10.5455/cap.20120402

- Gündaş, A. ve Koçak, R. (2015). Lise öğrencilerinde psikolojik sağlamlığın yordayıcısı olarak benlik kurgusu. *Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 8(41), 795-802.
- Gürbüz, S. (2019). *Sosyal bilimlerde aracı, düzenleyici ve durumsal etki analizleri*. Ankara: Seçkin Yayıncılık.
- Hall, C. W., Row, K. A., Wuensch, K. L. ve Godley, K. R. (2013). The role of self-compassion in physical and psychological well-being. *The Journal of Psychology*, 147(4), 311-323. doi:10.1080/00223980.2012.693138
- Hammar, A. ve Ardal, G. (2009). Cognitive functioning in major depression- a summary. *Frontiers in Human Neuroscience*, 3(26), 1-7. doi: 10.3389 / neuro.09.026.2009
- Harran, S.M. ve Ziegler, D.J. (1991). Cognitive appraisal of daily hassles in college students displaying high or low irrational beliefs. *Journal of Rational- Emotive and Cognitive- Behavior Therapy*, 9, 265–271. doi: 10.1007/BF01263159
- Harrington, R. (2013). *Stress health and well-being*. USA: Wadsworth.
- Hayes, A. F. (2009). Beyond Baron and Kenny: Statistical mediation analysis in the new millenium. *Communication Monographs*, 76(4), 408-420. doi: 10.1080/03637750903310360
- Hayes, A. F. (2018). *Introduction to mediation, moderation, and conditional process analysis: A regression-based approach*. New York: The Guilford Press.
- Hayter, M. R. ve Dorstyn, D. S. (2014). Resilience, self-esteem and self-compassion in adults with spina bifida. *Spinal Cord*, 52(2), 167-171. doi: 10.1038/sc.2013.152
- Helgeson, V. S. (2003). Social support and quality of life. *Quality of Life Research*, 12, 25-31. doi: 10.1023/a:1023509117524
- Henry, J. D. ve Crawford, J. R. (2005). The short-form version of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS-21): Construct validity and normative data in a large non-clinical sample. *British Journal of Clinical Psychology*, 44(2), 227-239. doi: 10.1348/014466505X29657
- Herrmann, D., Scherg, H., Verres, R., Von Hagens, C., Strowitzki, T. ve Wischmann, T. (2011). Resilience in infertile couples acts as a protective factor against infertility-specific distress and impaired quality of life. *Journal of Assisted Reproduction and Genetics*, 28(11), 1111-1117. doi: 10.1007/s10815-011-9637-2
- Hjemdal, O., Vogel, P. A., Solem, S., Hagen, K. ve Stiles, T. C. (2011). The relationship between resilience and levels of anxiety, depression, and obsessive-compulsive symptoms in adolescents. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 18(4), 314-321. doi:10.1002/cpp.719



- Hoge, E.A., Hölzel, B.K., Marques, L., Metcalf, C.A., Brach, N., Lazar, S.W. ve Simon, N.M. (2013). Mindfulness and self-compassion in generalized anxiety disorder: examining predictors of disability. *Evid Based Complement AlternatMed, Vol. 2013*, 1-7. doi: 10.1155 / 2013/576258
- Holmes, E. A., O' Connor, R. C., Perry, V. H., Tracey, I., Wessely, S., Arseneault, L., ...Bullmore, E. (2020). Multidisciplinary research priorities for the Covid-19 pandemic: A call for action for mental health science. *The Lancet Psychiatry*, 7, 547-560. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30168-1](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30168-1)
- Holmes, T. H. ve Rahe, R. H. (1967). The social readjustment rating scale. *Journal of Psychosomatic Research*, 11(2), 213–218. doi:10.1016/0022-3999(67)90010-4
- Holt, N.J., Bremner, B., Sutherland, E., Vliek, M., Passer, M. W. ve Smith, R. E., (2012). *Psychology: The science of mind and behaviour*. Boston: McGraw-Hill Higher Education.
- Hong, X., Currier, G.W., Zhao, X., Jiang, Y., Zhou, W. ve Wei, J. (2009). Posttraumatic stress disorder in convalescent severe acute respiratory syndrome patients: A 4-year follow-up study. *Gen Hosp Psychiatry*, 31(6), 546-554. doi: 10.1016/j.genhosppsy.2009.06.008
- <https://www.psikolog.org.tr/tr/yayinlar/dergiler/1031828/tpb10343507.pdf>
- Huang, Y. ve Zhao, N. (2020). Generalized anxiety disorder, depressive symptoms and sleep quality during Covid-19 epidemic in China: a web web-basedcross-sectional survey. *MedRxiv*. doi: 10.1101/2020.02.19.20025395
- Hunter, A. J. (2001). A cross-cultural comparison of resilience in adolescents. *Journal of Pediatric Nursing*. 16(3): 172-179. doi: 10.1053/jpdn.2001.24180
- Işık E., Işık U. ve Taner Y. (2013). *Çocuk, ergen, erişkin ve yaşlılarda depresif ve bipolar bozukluklar*. Ankara: Ziraat Gurup Matbaacılık.
- Jacelon, C. S. (1997). The Trait and Process of Resilience. *Journal of Advanced Nursing*, 25: 123-129. doi: 10.1046/j.1365-2648.1997.1997025123.x
- Jacobs, T. E. (2005). *Nurturing a compassion for self: Reverberations between trauma and infantile conflict*. (Yayınlanmamış doktora tezi). Berkeley: Wright Institute, Graduate School of Psychology.
- Johnson, E.A. ve O'Brien, K.A. (2013). Self-compassion soothes the savage ego-threat system: Effects on negative affect, shame, rumination, and depressive symptoms. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 32(9), 939-963. doi: 10.1521/jscp.2013.32.9.939
- Kararımk, Ö. (2006). Psikolojik sağlamlık, risk faktörleri ve koruyucu faktörler. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*, 3(26), 129-142. doi: 10.17066/pdrd.22262

- Karairmak, Ö. (2010). Establishing the psychometric qualities of the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC) using exploratory and confirmatory factor analysis in a trauma survivor sample. *Psychiatry Research*, 179(3), 350-356. Doi: 10.1016/j.psychres.2009.09.012
- Karamustafalıoğlu, O. (Ed.) ve Akpınar, A. (2010). *Anksiyete bozuklukları. Aile hekimleri için psikiyatri* (1.Baskı). İstanbul: MT Uluslararası Yayıncılık.
- Kavi, E. ve Karakale, B. (2018). Çalışan psikolojisi açısından psikolojik dayanıklılık. *Emek ve Toplum Hak-İş Uluslararası Emek ve Toplum Dergisi*, 7(17), 55-77. doi: 10.31199/hakisderg.391826
- Kaya, B., (2020). Pandeminin ruh sağlığına etkileri, *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 23, 123-124. doi:10.5505/kpd.2020.64325
- Kazantzis, N. E., Reinecke, M. A . ve Freeman, A. E. (2010). *Cognitive and behavioral theories in clinical practice*. New York: Guilford Press.
- Kendler, K.S. ve Gardner, C. O. (2016). Depressive vulnerability, stressful life events and episode onset of major depression: a longitudinal model. *Psychological medicine*, 46(9), 1865. doi: 10.1017/S0033291716000349
- Kessler, R. C. ve Bromet, E. J. (2013). The epidemiology of depression across cultures. *Annual review of public health*, 34, 119-138. doi: 10.1146/annurev-publhealth-031912-114409
- Kessler, R.C. (1997). The effects of stressful life events on depression. *Annual Review of Psychology*, 48, 191–214. doi: 10.1146/annurev.psych.48.1.191
- Kıcalı, Ü.Ö. (2015). *Öz-şefkat ve tekrarlayıcı düşünmenin olumsuz duygulanım ve depresyon ile ilişkilerinin incelenmesi*. (Yayınlanmamış yüksek lisans tezi). Maltepe Üniversitesi, İstanbul.
- Kılıç, Ş. D. ve Alver, B. (2017). Üniversite öğrencilerinin yalnızlık düzeyleri ve psikolojik dayanıklılıkları arasındaki ilişkilerin bazı değişkenlere göre incelenmesi. *International Journal of Education Technology and Scientific Researches*, 2(3), 116-147.
- Kirkpatrick, K. L. (2005). *Enhancing self-compassion using a Gestalt two-chair intervention*. (Yayınlanmamış doktora tezi). University of Texas at Austin, Texas.
- Klein, M. (2012). Manik depresif durumların psikogenezine bir katkı. (Çev. Postacı, Ş. S.). Habip, B. (Ed.) içinde, *Sevgi, suçluluk ve onarım* (2.basım). İstanbul: Kanat Kitap. (Orijinal yayın tarihi, 1935).
- Klose, M. ve Jacobi, F. (2004). Can gender differences in the prevalence of mental disorders be explained by sociodemographic factors? *Archives of Women's Mental Health*, 7(2), 133-148. doi:10.1007/s00737-004-0047-7

- Kobasa, S.C. (1979). Stressful life events, personality, and health: an inquiry into hardiness. *Journal of Personality And Social Psychology*. 37(1), 1-11. doi: 10.1037/0022-3514.37.1.1
- Kohut, H. (1977). Kendiliğın yeniden yapılanması. (Çev. Cebeci, O.). İstanbul: Metis Yayınları. (Orijinal yayın tarihi, 1998).
- Kohut, H. (1998). *Kendiliğın yeniden yapılanması*. (Çev. Cebeci, O.). İstanbul: Metis Yayınları. (Orijinal yayın tarihi, 1977).
- Korkeila, K., Korkeila, J., Vahtera, J., Kivimaki, M., Kivela, S.L., ... Koskenvuo, M. (2005). Childhood adversities, adult risk factors and depressiveness: a population study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 40, 700-706. doi:10.1007/s00127-005-0969-x
- Korkmaz, B. (2018). Öz-duyarlık: Psikolojik belirtiler ile ilişkisi ve psikoterapide kullanımı. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry*, 10(1), 40- 58. doi:10.18863/pgy.336489
- Köknel, Ö. (2005). *Ruhsal çöküntü: Depresyon* (6. Baskı). İstanbul: Altın Kitaplar Yayınevi.
- Körner, A., Coroiu, A., Copeland, L., Gomez-Garibello, C., Albani, C., ... Brähler, E. (2015). The role of self-compassion in buffering symptoms of depression in the general population. *PLoS ONE* 10(10): e0136598. pmid:26430893
- Köroğlu, E. (2006). *Depresyon nedir? Nasıl baş edilir?* (2. baskı). Ankara: Hekimler Yayın Birliği.
- Köroğlu, E. (2011). *Düşünsel duygulanımcı davranış terapisi* (3. baskı). Ankara: HYB Basım Yayın.
- Kraus S. ve Sears S. (2009). Measuring the immeasurables: Development and initial validation of the self-other four immeasurables (SOFI) scale based on Buddhist Teachings on loving kindness, compassion, joy, and equanimity. *Social Indicators Research*, 92(1), 169-181. doi:10.1007/s11205-008-9300-1
- Krieger, T., Altenstein, D., Baettig, I., Doerig, N. ve Holtforth, M. G. (2013). Selfcompassion in depression: Associations with depressive symptoms, rumination, and avoidance in depressed outpatients. *Behaviour Therapy*, 44, 501-513. doi: 10.1016/j.beth.2013.04.004
- Krizanova, O., Babula, P. ve Pacak, K. (2016). Stress, catecholaminergic system and cancer. *Stress*. 19(4). doi: 10.1080/10253890.2016.1203415
- Krynicky, C.R., Upthegrove, R., Deakin, J.F.W. ve Barnes, T.R.E. (2018) The relationship between negative symptoms and depression in schizophrenia: a systematic review. *Acta Psychiatr Scand*, 137(5), 380-90. doi: 10.1111/acps.12873
- Kwok, K. O., Li, K. K., Chan, H. H., Yi, Y. Y., Tang, A.,... Wei, W. I. (2020). Community responses during the early phase of the Covid-19 epidemic in Hong

- Kong: Risk perception, information exposure and preventive measures. *medRxiv*. doi: 10.3201/eid2607.200500
- Kwong, A., López-López, J. A., Hammerton, G., Manley, D., Timpson, N. J., Leckie, G. ve Pearson, R. M. (2019). Genetic and environmental risk factors associated with trajectories of depression symptoms from adolescence to young adulthood. *JAMA Network Open*, 2(6), e196587. doi: 10.1001/jamanetworkopen.2019.6587
- Lahr, D., Beblo, T. ve Hartje, W. (2007). Cognitive performance and subjective complaints before and after remission of major depression. *Cognitive Neuropsychiatry* 12(1), 25-45. doi: 10.1080/13546800600714791
- Lam, R. W., Kennedy, S. H., McIntyre, R. S. ve Khullar, A. (2014). Cognitive dysfunction in major depressive disorder: Effects on psychosocial functioning and implications for treatment. *Canadian journal of psychiatry. Revue Canadienne de Psychiatrie*, 59(12), 649–654. doi: 10.1177/070674371405901206
- Lamb, K. A., Lee, G. R. ve DeMarris, A. (2003). Union formation and depression: Selection and relationship effects. *Journal of Marriage and Family*, 65(4), 953–962. doi: 10.1111/j.1741-3737.2003.00953.x
- Lazarus, R. S. ve Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer publishing company.
- Leahy, R. L. (2010). *Bilişsel terapi yöntemleri*. (Çev. Türkçapar, H. ve Köroğlu, E.). Ankara: HYB Yayıncılık.
- Leahy, R. L. ve Holland, S. J. (2009). Depresyon ve anksiyete bozukluklarında tedavi planları ve girişimleri. (Çev. Aslan, S., Türkçapar, H. ve Köroğlu, E.). Ankara: Hekimler Yayın Birliği.
- Leary, M. R., Tate, E. B., Adams, C. E., Batts Allen, A. ve Hancock, J. (2007). Selfcompassion and reactions to unpleasant self-relevant events: the implications of treating oneself kindly. *Journal of Personality and Social psychology*, 92(5), 887. doi: 10.1037/0022-3514.92.5.887
- Lee, J. K., Choi, H. G., Kim, J. Y., Nam, J., Kang, H. T., Koh, S. B. ve Oh, S. S. (2016). Self-resilience as a protective factor against development of post-traumatic stress disorder symptoms in police officers. *Annals of Occupational and Environmental Medicine*, 28(1), 1-7. doi: 10.1186/s40557-016-0145-9
- Lepore, S. J. ve Revenson, T. A. (2014). Resilience and posttraumatic growth: Recovery, resistance, and reconfiguration. Calhoun, L. G. ve Tedeschi, R. G. (Eds.), *Handbook of posttraumatic growth: Research & practice* içinde. New York: Psychology Press.
- Leskela, U.S., Melartin, T.K., Lestela-Mielonen, P.S., Rytsala, H.J., Sokero, T.P., Heikkinen, M.E. ve Isometsa, E.T. (2004). Life events, social support, and onset of major depressive episode in finnish patients. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 192, 373– 381. doi: 10.1097/01.nmd.0000126705.15497.c9

- Lewinsohn, P. M. (1974). *A behavioral approach to depression. The psychology of depression: Contemporary theory and research.* (150-172 ss.). Washington: Winston & Sons.
- Lewinsohn, P. M., Hoberman, H. M., Teri, L. ve Hautzinger, M., (1985). *An integrated theory of depression, theoretical issues in behavior therapy.* (331-359 ss.). New York: Academic Press.
- Li, A., Wang, S., Cai, M., Sun, R. ve Liu, X. (2020). Self-compassion and life-satisfaction among Chinese self-quarantined residents during Covid-19 pandemic: A moderated mediation model of positive coping and gender. *Personality and Individual Differences, 170,* 110457. doi: 10.1016/j.paid.2020.110457
- Litman, T. (2020). Pandemic-Resilient Community Planning: Practical Ways to Help Communities Prepare for, Respond to, and Recover from Pandemics and Other Economic, Social and Environmental Shocks. Erişim adresi: <https://www.vtppi.org/PRCP.pdf>
- Liu, D., Ren, Y., Yan, F., Li, Y., Xu, X., Yu, X., ... Tan S. (2020). Psychological impact and predisposing factors of the coronavirus disease 2019 (Covid-19) pandemic on general public in China. *The Lancet Psychiatry.* doi: 10.2139/ssrn.3551415.
- Lovibond, P. F. ve Lovibond, S. H. (1995). The structure of negative emotional states: Comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behaviour Research and Therapy, 33*(3), 335-343. doi: 10.1016/0005-7967(94)00075-U
- Luthar, S. S. (2006). Resilience in development: A synthesis of research across five decades. In D. Cicchetti ve D. J. Cohen (Eds.), *Developmental psychopathology: Risk, disorder, and adaptation* (2. Basım), 3, 739- 795. Hoboken, NJ: John Wiley.
- Luthar, S. S. ve Cicchetti, D. (2000). The construct of resilience: Implications for interventions and social policies. *Developmental and Psychopathology, 12,* 857–885. doi: 10.1017/S0954579400004156
- Luthar, S. S., Cicchetti, D. ve Becker, B. (2000). The construct of resilience: A critical evaluation and guidelines for future work. *Child Development, 71*(3), 543-562. doi: 10.1111/1467-8624.00164
- Luthar, S.S. ve Zigler, E. (1991). Vulnerability and competence: A review of research on resilience in childhood. *American journal of Orthopsychiatry. 61*(1), 6-22, doi: 10.1037/h0079218
- MacBeth, A. ve Gumley, A. (2012). Exploring compassion: A meta-analysis of the association between self-compassion and psychopathology. *Clinical Psychology Review, 32,* 545-552. doi: 10.1016/j.cpr.2012.06.003
- Maddi, S.R. (2005). On hardiness and other pathways to resilience. *American Psychologist. 60*(3): 261–262. doi: 10.1037/0003-066X.60.3.261

- Mastekaasa, A. (1994). Psychological well-being and marital dissolution: Selection effects. *Journal of Family Issues*, 15, 208–228.
- Masten, A., S. (2007). Resilience in developing systems: Progress and promise as the fourth wave rises. *Development and Psychopathology*, 19, 921–930.
- Masten, A.S. (2001). Ordinary magic: Resilience processes in development. *American Psychologist*. 56(3), 227. doi: 10.1037//0003-066X.56.3.227
- Masten, A.S. ve Coastworth, J. D. (1998). The development of competence in favorable and unfavorable environments: Lessons from research on successful children. *American Psychologist*, 53(2), 205-220. doi: 10.1037/0003-066X.53.2.205
- Masten, A.S., Best, K.M. ve Garmezy, N. (1990). Resilience and development: Contributions from the study of children who overcome adversity. *Development and Psychopathology*, 2(4), 425-444. <https://doi.org/10.1017/S0954579400005812>
- Mathews, C. O. (1977). A review of behavioral theories of depression and a self-regulation model for depression. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 14(1), 79. doi: 10.1037/h0087496
- Matsuishi, K., Kawazoe, A., Imai, H., Ito, A., Mouri, K., Kitamura, N., ... Mita, T. (2012). Psychological impact of the pandemic (H1N1) 2009 on general hospital workers in Kobe. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 66(4), 353-360. doi: 10.1111/j.1440-1819.2012.02336.x
- McCann, I. L. ve Pearlman, L. A. (1990). A framework for understanding the psychological effects of working with victims. *Journal of Traumatic Stress*, 3(1), 131-149. doi:10.1007/BF00975140
- McGrath, J. E. (1970). *Social and psychological factors in stress*. New York: Holt, Rinehart And Winston.
- McIntosh, E., Gillanders, D. ve Rodgers, S. (2010). Rumination, goal linking, daily hassles and life events in major depression. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 17(1), 33-43. doi:10.1002/cpp.611
- McLaughlin, K. A., Conron, K. J., Koenen, K. C. ve Gilman, S. E. (2010). Childhood adversity, adult stressful life events, and risk of past-year psychiatric disorder: a test of the stress sensitization hypothesis in a population-based sample of adults. *Psychological Medicine*, 40(10), 1647. doi: 10.1017 / S0033291709992121
- McWilliams, N. (2013). *Psikanalitik Tanı* (299-337 ss.). İstanbul: Bilgi Üniversitesi Yayınları.
- Mealer, M., Conrad, D., Evans, J., Jooste, K., Solyntjes, J., Rothbaum, B. ve Moss, M. (2014). Feasibility and acceptability of a resilience training program for intensive care unit nurses. *American Journal of Critical Care*, 23(6), e97-e105. doi: 10.4037/ajcc2014747

- Mealer, M., Jones, J., Newman, J., McFann, K. K., Rothbaum, B. ve Moss, M. (2012). The presence of resilience is associated with a healthier psychological profile in intensive care unit (ICU) nurses: Results of a national survey. *International Journal of Nursing Studies*, 49(3), 292-299. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2011.09.015
- Mertens, G., Gerritsen, L., Salemink, E. ve Engelhard, I.M. (2020). Fear of the coronavirus (COVID-19): Predictors in an online study conducted in March 2020. *PsyArXiv*, doi: 10.1016/j.janxdis.2020.102258
- Milosevic, I. (2015). Fight-or-flight response. Milosevic, I. ve McCabe, R. E. (Eds.), *Phobias: The psychology of irrational fear* içinde. 179-180. California: Greenwood.
- Mitchell, S. A. ve Black, M. J. (2012). Freud ve sonrası: Modern psikanalitik düşüncenin tarihi (A. Eğilmez, Çev.). İstanbul: İstanbul Bilgi Üniversitesi Yayınları. (orijinal yayın tarihi, 1995).
- Moberly, N.J. ve Watkins, E.R. (2008). Ruminative self-focus and negative affect: an experience sampling study. *Journal of Abnormal Psychology*, 117, 314-23.
- Mohammadpour, M., Ghorbani, V., Khoramnia, S., Ahmadi, S. M., Ghvami, M. ve Maleki, M. (2020). Anxiety, self-compassion, gender differences and Covid-19: predicting self-care behaviors and fear of Covid-19 based on anxiety and self-compassion with an emphasis on gender differences. *Iranian Journal of Psychiatry*, 15(3), 213. doi: 10.18502/ijps.v15i3.3813
- Montero-Marin, J., Zubiaga, F., Cereceda, M., Marcos Piva Demarzo, M., Trenc, P. ve Garcia-Campayo, J. (2016). Burnout subtypes and absence of self-compassion in primart healthcare professionals: A cross sectional study. *Plos One*, 11(6). 1-15. doi: 10.1371/journal.pone.0157499
- Mousavi, S.A.M., Hooshyari, Z. ve Ahmadi, A. (2020). The most stressful events during the Covid-19 epidemic. *Iran Journal of Psychiatry*. 15(3), 220-227. doi: 10.18502/ijps.v15i3.3814
- Naeem, F., Irfan, M. ve Javed, A. (2020). Coping with Covid-19: Urgent need for building resilience through cognitive behaviour therapy. *Khyber MedUniv Journal*; 12(1):1-3. doi: 10.35845/kmuj.2020.20194.
- Najjar, N., Davis, L. W., Beck-Coon, K. ve Carney Doebbeling, C. (2009). Compassion fatigue: A review of the research to date and relevance to cancer-care providers. *Journal of health psychology*, 14(2), 267-277. doi: 10.1177%2F1359105308100211
- Neff, D. K. ve Dahm, A. K. (2015). Self-Compassion: What it is, what it does, and how it relates to mindfulness. M. Robinson, B. Meier ve B. Ostafin (Eds.). *Mindfulness and self-regulation*, 121-137. New York: Springer.
- Neff, K. D. (2003a). Self-compassion: An alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself. *Self and identity*, 2(2), 85-101. doi: 10.1080/15298860309032

- Neff, K. D. (2003b). The development and validation of a scale to measure self compassion. *Self and Identity*, 2(3), 223-250. doi: 10.1080/15298860309027
- Neff, K. D. (2004). Self- compassion and psychological well being. *Constructivism in the Human Sciences*, 9 (2), 27-37. <https://search.proquest.com/openview/0db9e7fee1b9b4f7d002beca74739099/1?pq-origsite=gscholar&cbl=29080>
- Neff, K. D. (2008). Self-compassion: Moving beyond the pitfalls of a separate selfconcept. J. Bauer and H. A. Wayment (Eds.). *Transcending self-interest: Psychological explorations of the quiet ego* içinde. (95-106 ss.). Washington DC: APA Books.
- Neff, K. D. (2009). Self-Compassion. *Handbook of individual differences in social behavior* içinde. New York: Guilford Press.
- Neff, K. D. (2011a). Self-compassion, self-esteem, and well-being. *Social and Personality Psychology Compass*, 5(1), 1-12. doi: 10.1111/j.1751-9004.2010.00330.x
- Neff, K. D. (2016). The Self-Compassion Scale is a valid and theoretically coherent measure of self-compassion. *Mindfulness*, 7 (1), 264-274. doi:10.1007/s12671-015-0479-3
- Neff, K. D. ve Elizabeth, P. (2013). The relationship between self-compassion and other-focused concern among college undergraduates, community adults, and practicing meditators. *Selfmand Identity*, 12(2). 160-176. doi: 10.1080 / 15298868.2011.649546
- Neff, K. D. ve Germer, C. K. (2013). A pilot study and randomized controlled trial of the mindful self-compassion program. *Journal of Clinical Psychology*, 69(1), 28-44. <https://doi.org/10.1002/jclp.21923>
- Neff, K. D. ve McGehee, P. (2010). Self-compassion and psychological resilience among adolescents and young adults. *Self and Identity*, 9(3), 225–240. <https://doi.org/10.1080/15298860902979307>
- Neff, K. D. ve Vonk, R. (2009). Self- compassion versus global self- esteem: Two different ways of relating to oneself. *Journal of personality*, 77(1), 23-50. doi: 10.1111/j.1467-6494.2008.00537.x
- Neff, K. D., Hsieh, Y. P. ve Dejjitrat, K. (2005). Self-compassion, achievement goals, and coping with academic failure. *Self and Identity*, 4(3), 263-287. doi: 10.1080/13576500444000317
- Neff, K. D., Kirkpatrick, K. L. ve Rude, S. S. (2007b). Self-compassion and adaptive psychological functioning. *Journal of Research in Personality*, 41(1), 139–154. doi:10.1016/j.jrp.2006.03.004



- Neff, K. D., Rude, S. S. ve Kirkpatrick, K. L. (2007a). An examination of self-compassion in relation to positive psychological functioning and personality traits. *Journal of Research in Personality*, 41(4), 908-916. doi: 10.1016/j.jrp.2006.08.002
- Nelson, C. J., Cho, C., Berk, A. R., Holland, J. ve Roth, A. J. (2010). Are gold standard depression measures appropriate for use in geriatric cancer patients? A systematic evaluation of self-report depression instruments used with geriatric, cancer, and geriatric cancer samples. *Journal of Clinical Oncology*, 28(2), 348-356. doi: 10.1200/JCO.2009.23.0201
- Noble, R.E. (2005). Depression in women. *Metabolism*, 54, 49-52. doi: 10.1016/j.metabol.2005.01.014
- Nolen-Hoeksema, S. (2009). *Abnormal psychology*. New York: McGraw Hill Higher Education.
- Noorbala, F., Borjali, A., Attari, M. M. ve Noorbala, A. A. (2013). Effectiveness of compassionate mind training on depression, anxiety, and self-criticism in a group of Iranian depressed patients. *Iranian Journal of Psychiatry*, 8(3), 113.
- O'Dwyer, S.T., Moyle, W., Taylor, T., Creese, J. ve Zimmer-Gembeck, M. (2017). In their own words: How family carers of people with dementia understand resilience. *Behavioral Sciences*. 7(3): 57. doi:10.3390/bs7030057
- Ohi, K., Otowa, T., Shimada, M., Sasaki, T. ve Tanii, H. (2019). Shared genetic etiology between anxiety disorders and psychiatric and related intermediate phenotypes. *Psychological Medicine*, 1-13. doi:10.1017/s003329171900059x
- Oktan, V. (2008). *Üniversite sınavına hazırlanan ergenlerin psikolojik sağlamlıklarının çeşitli değişkenlere göre incelenmesi*. (Yayımlanmamış doktora tezi). Karadeniz Teknik Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Trabzon.
- Olson, M., H. ve Hergenhahn, B. R. (2016). *Öğrenmenin kuramları* (Çev. Ed. Şahin, M.). Ankara: Nobel.
- Özakkaş, T. (2014). *Anksiyete bozuklukları ve tedavisi*. İstanbul: Psikoterapi Enstitüsü Eğitim Yayınları.
- Özcan, H., Subaşı, B., Budak, B., Çelik, M., Gürel, Ş. C. ve Yıldız, M. (2013). Ergenlik ve genç yetişkinlik dönemindeki kadınlarda benlik saygısı, sosyal görünüş kaygısı, depresyon ve anksiyete ilişkisi. *Journal of Mood Disorders*, 3(3), 107-13. doi: 10.5455/jmood.20130507015148
- Özdemir, N., Şahin, Ş. K., Elboğa, G. ve Altındağ, A. (2020). Yaygın anksiyete bozukluğunda bilişsel çarpıtmaların tedaviye uyuma etkisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 21(4), 380-386. doi: 10.5455/apd.69647
- Özer, Ş. (2006). Anksiyete ve anksiyete bozukluklarının kısa bir tarihçesi. Ş. Yüksel, R. Tükel ve T. Alkın (Eds.), *Anksiyete Bozuklukları içinde*. (3-15 ss.). Ankara: Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları.

- Özgen, F. ve Aydın, H. (1999). Travma sonrası stres bozukluğu. *Klinik Psikiyatri*, 1(34-41). [https://jag.journalagent.com/kpd/pdfs/KPD\\_2\\_1\\_34\\_41.pdf](https://jag.journalagent.com/kpd/pdfs/KPD_2_1_34_41.pdf)
- Özkan, A. ve Özdevecioğlu, M. (2012). The effects of occupational stress on burnout and life satisfaction: a study in accountants. *Quality & Quantity*, 47(5), 2785–2798. doi:10.1007/s11135-012-9688-1
- Öztürk, M. O. ve Uluşahin, A. (2014). *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları*. 14. Baskı. Ankara: Nobel Tıp Kitabevleri.
- Özyeşil, Z. (2011). *Öz-anlayış ve bilinçli farkındalık*. Ankara: Maya Akademi.
- Özyeşil, Z. ve Akbağ, M. (2013). Self-compassion as a protective factor for depression, anxiety and stress: a research on Turkish Sample. *The Online Journal of Counseling and Education*, 2, 36-43.
- Parman, T. (2021). Fobi, korku, kaygı, tekinsiz ve ergenlik. *Psikanaliz yazıları içinde*: (3. Basım). İstanbul: Bağlam.
- Parment, W.E. ve Sinha, M.S. (2020). Covid-19-the law and limits of quarantine. *The New England Journal of Medicine*. 382(15). doi: 10.1056/NEJMp2004211.
- Passer, M. W. ve Smith, R. E. (2008). *Psychology: The science of mind and behavior* (2. Basım). Boston: McGraw-Hill Higher Education.
- Pauley, G. ve McPherson, S. (2010). The experience and meaning of compassion and selfcompassion for individuals with depression or anxiety. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 83 (2), 129-143. doi: 10.1348/147608309X471000
- Paykel, E.S. (2003). Life events and affective disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 418, 61–66. doi:10.1034/j.1600-0447.108.s418.13.x
- Peker, E. (2017). *Çocukluk çağı travmaları, yetişkinlik döneminde bağlanma biçimi ve öz anlayış arasındaki ilişkilerin incelenmesi*. (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi). Arel Üniversitesi, İstanbul.
- Pizzagalli, D. A., Holmes, A. J., Dillon, D. G., Goetz, E. L., Birk, J. L., Bogdan, R., ... Fava, M. (2009). Reduced caudate and nucleus accumbens response to rewards in unmedicated individuals with major depressive disorder. *American Journal of Psychiatry*, 166(6), 702-710. doi: 10.1176/appi.ajp.2008.08081201
- Poole, J. C., Dobson, K. S. ve Pusch, D. (2017). Childhood adversity and adult depression: the protective role of psychological resilience. *Child Abuse & Neglect*, 64, 89-100. doi: 10.1016/j.jad.2017.03.047
- Pössel, P. ve Thomas, S. D. (2011). Cognitive triad as mediator in the hopelessness model? A three-wave longitudinal study. *Journal of Clinical Psychology*, 67(3), 224-240. doi: 10.1002/jclp.20751

- Prati, G. ve Pietrantonio, L. (2010). The relation of perceived and received social support to mental health among first responders: A meta-analytic review. *Journal of Community Psychology*, 38(3), 403–417.
- Preacher, K. J. ve Hayes, A. F. (2004). SPSS and SAS procedures for estimating indirect effects in simple mediation models. *Behavior Research Methods, Instruments, & Computers*, 36(4), 717-731. doi: 10.3758/BF03206553
- Qiu, J., Shen, B., Zhao, M., Wang, Z., Xie, B. ve Xu, Y. (2020). A nation wide survey of psychological distress among Chinese people in the Covid-19 epidemic: implications and policy recommendations. *General Psychiatry*; 33:e100213. doi:10.1136/gpsych-2020-100213.
- Rachman, S. (2004). *Anxiety*. New York: Psychology Press.
- Raes, F. (2011). The effect of self-compassion on the development of depression symptoms in a non-clinical sample. *Mindfulness*, 2(1), 33–36. doi: 10.1007/s12671-011-0040-y
- Ran, L., Wang, W., Ai, M., Kong, Y., Chen, J. ve Kuang, L. (2020). Psychological resilience, depression, anxiety, and somatization symptoms in response to Covid-19: A study of the general population in China at the peak of its epidemic. *Social Science & Medicine*, 262, 113261. doi: 10.1016/j.socscimed.2020.113261
- Raque-Bogdan, T. (2010). *Self-compassion, hope, and well-being of women experiencing primary and second infertility: An application of the biopsychosocial model*. (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). University of Maryland, Maryland.
- Rector, N. A., Bourdeau, D., Kitchen, K. ve Joseph-Massiah, L. (2016). *Anxiety disorders: An information guide*. Canada: Centre for Addiction and Mental Health.
- Rice, P.L. (1999). *Stress and health* (3. Basım). New York: Brooks/Cole Publishing Company.
- Rihmer, Z. ve Angst, J. (2007). Duygudurum bozuklukları: Epidemiyoloji. Sadock, B., Sadock, V. (eds.), Aydın, H., Bozkurt, A., (çev. eds). *Sadock's comprehensive textbook of psychiatry* içinde. Ankara: Öncü Basımevi.
- Ristevska-Dimitrovska, G., Stefanovski, P., Smichkoska, S., Raleva, M. ve Dejanova, B. (2015). Depression and resilience in breast cancer patients. *Open Access Macedonian Journal of Medical Sciences*, 3(4), 661. doi: 10.3889/oamjms.2015.119
- Rizzolatti, G. (2005). The mirror neuron system and its function in humans. *Anatomy and Embryology*, 210(5-6), 419-421. doi: 10.1007/s00429-005-0039-z

- Roohafza, H., Sadeghi, M., Shirani, S., Bahonar, A., Mackie, M. ve Sarafzadegan, N. (2009). Association of socioeconomic status and life-style factors with coping strategies in Isfahan Healthy Heart Program. *Croatian Medical Journal*, 50(4), 380–386. <https://doi.org/10.3325/cmj.2009.50.380>
- Ross, C. E., Mirowsky, J. ve Goldsteen, K. (1990). The impact of the family on health: The decade in review. *Journal of Marriage and the Family*, 52, 1059– 1078. doi: 10.2307/353319
- Ross, N. D., Kaminski, P. L. ve Herrington, R. (2019). From childhood emotional maltreatment to depressive symptoms in adulthood: The roles of selfcompassion and shame. *Child Abuse & Neglect*, 92, 32-42. doi: 10.1016/j.chiabu.2019.03.016
- Rossi, R., Socci, V., Pacitti, F., Di Lorenzo, G., Di Marco, A., Siracusano, A. ve Rossi, A. (2020). Mental health outcomes among front-line and second-line health workers during coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic in Italy. *JAMA Network Open*, 3(5). doi:10.1001/jamanetworkopen.2020.10185
- Rothaupt, J. ve Becker, K. (2007). A literature review of Western bereavement theory: From decathecting to continuing bonds. *The Family Journal: Counseling and Therapy for Couples and Families*, 15(1), 6-15. doi:10.1177 / 1066480706294031
- Rowshan, A. (2011). *Stres yönetimi hayatınızın sorumluluğunu almak için stresi nasıl yönetebilirsiniz?* (Çev. Cüceloğlu Ş.). İstanbul: Sistem Yayıncılık.
- Russell, A. L., Tasker, J. G., Lucion, A. B., Fiedler, J., Munhoz, C. D., Wu, T. J. ve Deak, T. (2018). Factors promoting vulnerability to dysregulated stress reactivity and stress-related disease. *Journal of Neuroendocrinology*, e12641. doi:10.1111/jne.12641
- Russo, S. J., Murrough, J. W., Han, M. H., Charney, D. S. ve Nestler, E. J. (2012). Neurobiology of resilience. *Nature Neuroscience*, 15(11), 1475-1484. <https://doi.org/10.1038/nn.3234>
- Rutter, M. (1985). Resilience in the face of adversity: Protective factors and resistance to psychiatric disorder. *The British Journal of Psychiatry*. 147(6): 598-611. doi: 10.1192/bjp.147.6.598
- Rutter, M. (2006). Implications of resilience concepts for scientific understanding. *Annals of the New York Academy of Sciences*. 1094(1), 1-12. doi:10.1196/annals.1376.002
- Rutter, M. (2012). Resilience as a dynamic concept. *Development and Psychopathology*, 24(2), 335-344. doi:10.1017/S0954579412000028
- Samaie, G.H. ve Hojjatollah, F. (2011). Self-compassion as a moderator of the relationship between rumination, self-reflection and stress. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 30. 978-982. doi: 10.1016/j.sbspro.2011.10.190

- Sarıçam, H. (2018). The psychometric properties of Turkish version of Depression Anxiety Stress Scale-21 (DASS-21) in health control and clinical samples. *Journal of Cognitive-Behavioral Psychotherapy and Research*, 7(1), 19-30. doi: 10.5455/JCBPR.274847
- Savi-Çakar, F., Karataş, Z. ve Çakır, M. A. (2014). Yetişkin Yılmazlık Ölçeği: Türk kültürüne uyarlanması. *Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 32, 22-39. <https://toad.halileksi.net/sites/default/files/pdf/yetiskinyilmazlik-olcegi-toad.pdf>
- Scaini, S., Belotti, R. ve Ogliari, A. (2014). Genetic and environmental contributions to social anxiety across different ages: a meta-analytic approach to twin data. *Journal of Anxiety Disorders*, 28, 650–656. doi:10.1016/j.janxdis.2014.07.002
- Schumacher, A., Sauerland, C., Silling, G., Berdel, W. E. ve Stelljes, M. (2014). Resilience in patients after allogeneic stem cell transplantation. *Supportive Care in Cancer*, 22(2), 487-493. Doi: 10.1007/s00520-013-2001-6
- Schunk, D. H. (2014). *Öğrenme Teorileri*. (Çev. Ed. Muzaffer Şahin). Ankara: Nobel.
- Seligman, M.E.P. (1975). *Helplessness: On depression, development, and death*. San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Selye, H. (1950). Stress and the general adaptation syndrome. *British Medical Journal*, 1(4667), 1383-1392. doi: 10.1136 / bmj.1.4667.1383
- Selye, H. (1976a). *The stress of life*. New York: Mc Graw-Hill Book Co.
- Selye, H., (1976b). Stress without distress. *Psychopathology of human adaptation* içinde. Boston, MA: Springer.
- Sher, L. (2003). Daily hassles, cortisol, and the pathogenesis of depression. *Medical Hypotheses*, 62(2), 198-202. doi:10.1016/s0306-9877(03)00320-7
- Shim, E., Tariq, A., Choi, W., Lee, Y. ve Chowell, G. (2020). Transmission potential and severity of Covid-19 in South Korea. *International Journal of Infectious Diseases*. 93, 339- 344. doi: 10.1016/j.ijid.2020.03.031
- Shimada-Sugimoto, M., Otowa ,T. ve Hettema, J.M. (2015). Genetics of anxiety disorders: genetic epidemiological and molecular studies in humans. *Psychiatry and Clinical Neurosciences* 69, 388–401. doi:10.1111/pcn.12291
- Sironi, M. (2012). Education and mental health in Europe: School attainment as a means to fight depression. *International Journal of Mental Health*, 41(3), 79-105. <https://doi.org/10.2753/IMH0020-7411410306>
- Skinner, B. F. (1953). *Science and human behavior*. New York, NY: Macmillan.
- Skoda, A. M. (2011). *The relation between self-compassion, depression, and forgiveness of others*. (Yayınlanmamış yüksek lisans tezi). University of Dayton, Ohio.

- Smith, E.E., Nolen-Hoeksema, S., Fredrickson, B.L., Loftus, G.R., Benm, D.J. ve Maren, S. (2015). Stres, sağlık ve stresle başa çıkma. (ev. Öznur, . ve Deniz, F.), *Atkinson ve Hilgard psikolojiye giriş İçinde* (492-524 ss.). Ankara: Arkadaş.
- Smith, J. L. (2015). Self-compassion and resilience in senior living residents. *Seniors Housing and Care Journal*, 23(1), 17-31. [https://www.nic.org/wp-content/uploads/2015/10/2015SHCJ\\_Self-Compassion-and-Resilience.pdf](https://www.nic.org/wp-content/uploads/2015/10/2015SHCJ_Self-Compassion-and-Resilience.pdf)
- Southwick, S. M. ve Charney, D. S. (2012). The science of resilience: implications for the prevention and treatment of depression. *Science*, 338(6103), 79-82. doi: 10.1126/science.1222942
- Southwick, S.M., Vythilingam, M. ve Charney, D.S. (2005). The psychobiology of depression and resilience to stress: implications for prevention and treatment. *Annual Review of Clinical Psychology*, 1, 255-291. <https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.1.102803.143948>
- Stahl, S. M. (2013). *Stahl's essential psychopharmacology: Neuroscientific basis and practical applications..* Cambridge UK: Cambridge University Press.
- Stephenson, E., Watson, P. J., Chen, Z. J. ve Morris, R. J. (2017). Self compassion, self esteem, and irrational beliefs. *Current Psychology*. 37(4). doi:10.1007/s12144-017-9563-2
- Suija, K., Kerkela, M., Rajala, U., Jokelainen, J., Laakso, M., Harkonen, P., ... Timonen, M.(2014). The association between erectile dysfunction, depressive symptoms and testosterone levels among middle-aged men. *Scandinavian Journal of Public Health*, 42(7), 677-682. doi: 10.1177/1403494814545103
- Summers, F. (2014). Object relations theories and psychopathology: A comprehensive text. New York: Psychology Press.
- Sungur, M. Z. (1996). Anksiyete bozukluklarının tedavisinde davranış tedavileri. *Anksiyete Monografları Serisi*, 10, 431-440.
- Tabachnick, B.G. ve Fidell, L.S. (2013). *Using Multivariate Statistics* (6. Eds.) Boston: Pearson.
- Tan-Kristanto, S. ve Kiropoulos, L. A. (2015). Resilience, self-efficacy, coping styles and depressive and anxiety symptoms in those newly diagnosed with multiple sclerosis. *Psychology, Health & Medicine*, 20(6), 635-645. doi:10.1080/13548506.2014.999810
- Taylor, S. (2019). *The psychology of pandemics: Preparing for the next global outbreak of infectious disease*. UK: Cambridge Scholars Publishing.
- Tekin, M. ve Tekin, A. (2014). Anksiyete bozukluklarında dissosiyatif belirtiler. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 6(4): 330-339. doi:10.5455/cap.20140210075959

- Terzi, Ş. (2008). Üniversite öğrencilerinde kendini toparlama gücünün içsel koruyucu faktörlerle ilişkisi. *Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 35(35), 297-306. <https://dergipark.org.tr/en/download/article-file/87588>
- Terzioğlu, Z. A. ve Çakır, S. G. (2020). Üniversite öğrencilerinde öznel iyi oluş ve stres belirtilerinin yordayıcılarının incelenmesi. *Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*. 55. 206-225. doi: 10.21764/mauefed.662923
- Tezcan, H. (2015). *Rehberlik ve psikolojik danışma öğrencilerinin öz duyarlıkları ile mükemmeliyetçilikleri arasındaki ilişkinin incelenmesi*. (Yayınlanmamış yüksek lisans tezi). Marmara Üniversitesi, İstanbul.
- Thompson, B. L. ve Waltz, J. (2008). Self-compassion and PTSD symptom severity. *Journal of Traumatic Stress*, 21 (6), 556 – 558. doi: 10.1002/jts.20374
- Tietze, H. (2002). *Tarihi ve etimolojik Türkiye Türkçesi lügati* (Cilt 1). İstanbul: Simurg Yayınları.
- Trompetter, H. R., Kleine, E. ve Bohlmeijer, E. T. (2017). Why does positive mental health buffer against psychopathology? An exploratory study on self-compassion as a resilience mechanism and adaptive emotion regulation strategy. *Cognitive Therapy and Research*, 41(3), 459-468. doi: 10.1007/s10608-016-9774-0
- TÜİK, (2020). “İl, yaş grubu ve cinsiyete göre nüfus 2007-2020”, Erişim Adresi: <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/DownloadIstatistikselTablo?p=kIgVzGk8BvLKytgcsMPuH44RHdxlcNWyfjhvi6Ysp22I89RUcFKFK3G2IJM3vfqC>
- Türkçapar, H. (2018). *Depresyon: Klinik uygulamada bilişsel-davranışçı terapi*. İstanbul: Epsilon Yayınevi.
- Türkiye Psikiyatri Derneği. (2017). Depresyon konusunda bilmek istedikleriniz? Erişim adresi: <https://www.psikiyatri.org.tr/halka-yonelik/24/depresyon-konusunda-bilmek-istedikleriniz>
- Uluşahin A. (2003). Depresyona genel yaklaşım. *Türkiye Tıp Dergisi*, 10(2), 79- 88. [http://www.ichastaliklaridergisi.org/fulltext.aspx?issue\\_id=31&ref\\_ind\\_id=174](http://www.ichastaliklaridergisi.org/fulltext.aspx?issue_id=31&ref_ind_id=174)
- Ünal, S. ve Özcan, E. (2000). Depresyonda hazırlayıcı, ortaya çıkarıcı ve koruyucu etkenler. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 1(1),41-8. [https://www.researchgate.net/publication/315741460\\_Depresyonda\\_hazirleyici\\_ortaya\\_cikarici\\_ve\\_koruyucu\\_etkenler](https://www.researchgate.net/publication/315741460_Depresyonda_hazirleyici_ortaya_cikarici_ve_koruyucu_etkenler)
- Üstün, T. B., Ayuso-Mateos, J. L., Chatterji, S., Mathers, C. ve Murray, C. J. (2004). Global burden of depressive disorders in the year 2000. *The British journal of psychiatry*, 184(5), 386-392. doi: 10.1192/bjp.184.5.386
- Van Dam, N. T., Sheppard, S. C., Forsyth, J. P. ve Earleywine, M. (2011). Selfcompassion is a better predictor than mindfulness of symptom severity and quality of life in mixed anxiety and depression. *Journal of Anxiety Disorders* 25, 123–130. doi: 10.1016/j.janxdis.2010.08.011

- Van de Velde, S., Bracke, P. ve Levecque, K. (2010). Gender differences in depression in 23 European countries. Cross-national variation in the gender gap in depression. *Social Science & Medicine*, 71(2), 305-13. doi:10.1016/j.socscimed.2010.03.035
- Van Houtem, C.M., Laine, M.L., Boomsma, D.I., Ligthart, L., Van Wijk, A.J. ve De Jongh, A. (2013). A review and meta-analysis of the heritability of specific phobia subtypes and corresponding fears. *Journal of Anxiety Disorders*, 27, 379–388. doi:10.1016/j.janxdis.2013.04.007
- Walsh, F. (2003). Family Resilience: A framework for clinical practice. *Family Process*, 42(1), 1-18. doi:10.1111/j.1545-5300.2003.00001.x
- Walsh, F. (2015). *Strengthening family resilience*. (3. baskı). New York: Guilford Press.
- Wang, C., Pan, R., Wan, X., Tan, Y., Xu, L., Ho, C. S. ve Ho, R. C. (2020). Immediate psychological responses and associated factors during the initial stage of the 2019 coronavirus disease (COVID-19) epidemic among the general population in China. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(5), 1729. doi: 10.3390/ijerph17051729
- Wang, W. (2011). Psychological factors involved in erectile dysfunction. *Zhonghua Nan Ke Xue* 17, 1146–1151. PMID: 22235687
- Watson, J. B. (2017). *Behaviorism*. London and New York: Routledge. (Orijinal yayın tarihi, 1930).
- Wells, A. (1995). Meta-cognition and worry: A cognitive model of generalized anxiety disorder. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 23(3), 301-320.
- Wells, A. (1997). *Cognitive therapy of anxiety disorders: A practice manual and conceptual guide*. Chichester, UK: Wiley.
- Wells, A. (2000). *Emotional disorders and metacognition: Innovative cognitive therapy*. Chichester: Wiley.
- Wells, A. (2005). The metacognitive model of GAD: Assessment of meta-worry and relationship with DSM-IV generalized anxiety disorder. *Cognitive Therapy and Research*, 29(1), 107-121. doi: 10.1007/s10608-005-1652-0
- While, A. ve Nightingale, F.(2020). The Covid-19 challenge. *British Journal of Community Nursing*. 25(5). 258. doi: 10.12968/bjcn.2020.25.5.258
- WHO. (2017). *Depression and other common mental disorders: Global health estimates*. Geneva: World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254610/WHO-MSD-MER-2017.2-eng.pdf>
- WHO. (2018). Managing epidemics: Key facts about major deadly diseases. Erişim adresi: <https://www.who.int/emergencies/diseases/managing-epidemics/en/>



- WHO. (2019). Suicide in the world: Global health estimates. Geneva: World Health Organization. Erişim adresi: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/326948>
- WHO. (2020). Q&A on coronaviruses (COVID-19). Erişim adresi: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/question-andanswers-hub/q-a-detail/q-a-coronaviruses>
- Winders, S. (2014). From extraordinary invulnerability to ordinary magic: A literature review of resilience. *Journal of European Psychology Students*, 5(1), 3-9. doi: 10.5334/jeps.bk
- Windle, G., Markland, D. A. ve Woods, R. T. (2008). Examination of a theoretical model of psychological resilience in older age. *Aging and Mental Health*, 12(3), 285-292. <https://doi.org/10.1080/13607860802120763>
- Wright, M.O.D. ve Masten, A.S. (2005). Resilience processes in development. *Handbook of resilience in children* içinde. New York: Kluwer Academic/Plenum.
- Wu, G., Feder, A., Cohen, H., Kim, J. J., Calderon, S., Charney, D. S. Ve Math e, A. A. (2013). Understanding resilience. *Frontiers in behavioral neuroscience*, 7, 10. doi:10.3389/fnbeh.2013.00010
- Wu, Y. L., Zhao, X., Ding, X. X., Yang, H. Y., Qian, Z. Z., Feng, F., ... Sun, Y. H. (2017). A prospective study of psychological resilience and depression among left-behind children in China. *Journal of Health Psychology*, 22(5), 627-636. doi: 10.1177%2F1359105315610811
- Xiao, C. (2020). A novel approach of consultation on 2019 novel coronavirus (COVID-19)- related psychological and mental problems: Structured letter therapy. *Psychiatry Investigation*, 17(2), 175–176. doi: 10.30773/pi.2020.0047
- Yalom, I. D. (2007). *Anksiyete terapisi*. (B. Büyükdere,  ev.). İstanbul: Prestij Yayınları (Orijinal yayın tarihi, 1997).
- Yates, J. E., (1989), *Gerilim altındaki yönetici*. İstanbul: İlgi Yayıncılık.
- Yates, J.A., Clare, L., Woods, R.T. ve Cfas, M.R.C. (2017). Subjective memory complaints, mood and MCI: a follow-upstudy. *Aging Ment Health*, 21(3), 313-21. doi: 10.1080/13607863.2015.1081150
- Yeşilyaprak, B. (2003). Eğitimde rehberlik hizmetleri gelişimsel yaklaşım. Ankara, Nobel Yayın Dağıtım.
- Yılmaz, M.T. (2009). * niversite  ğrencilerinin öz-anlayışları ile anne baba tutumları arasındaki ilişkinin incelenmesi*. (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi). Selçuk Üniversitesi, Konya.
- Zeller, M., Yuval, K., Nitzan-Assayag, Y. ve Bernstein, A. (2015). Self-compassion in recovery following potentially traumatic stress: Longitudinal study of at-risk youth. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 43(4), 645-653. doi:10.1007/s10802-014-9937-y

- Zhang, H., Carr, E. R., Garcia-Williams, A. G., Siegelman, A. E., Berke, D., Niles-Carnes, L. V., ... Kaslow, N. J. (2018). Shame and depressive symptoms: self-compassion and contingent self-worth as mediators?. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 25(4), 408-419. <https://doi.org/10.1007/s10880-018-9548-9>
- Zhang, H., Watson-Singleton, N. N., Pollard, S. E., Pittman, D. M., Lamis, D. A., ...Kaslow, N. J. (2019). Self-Criticism and Depressive Symptoms: Mediating Role of Self-Compassion. *OMEGA - Journal of Death and Dying*, 80(2), 202–223. <https://doi.org/10.1177/0030222817729609>
- Zhang, J., Yang, Z., Wang, X., Li, J., Dong, L., Wang, F., ... ve Zhang, J. (2020). The relationship between resilience, anxiety and depression among patients with mild symptoms of Covid-19 in China: A cross-sectional study. *Journal of Clinical Nursing*, 29(21-22), 4020-4029. doi:10.1111/jocn.15425
- Zhao, X., Lynch Jr, J. G. ve Chen, Q. (2010). Reconsidering Baron and Kenny: Myths and truths about mediation analysis. *Journal of Consumer Research*, 37(2), 197-206. doi: 10.1086/651257
- Ziegler, D. J. (2003). The concept of psychological health in rational emotive behavior therapy. *Journal of Rational-Emotive and Behavior Therapy*, 21, 21-36. doi:10.1023/a:1024129117726

## EKLER

### EK-A: BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

**Tarih:** ...../...../.....

‘Covid-19 Sürecinde Öz Duyarlık ve Psikolojik Sağlamlık ile Depresyon, Anksiyete, Stres Arasındaki İlişkinin İncelenmesi’ Başlıklı Yüksek Lisans Tez Araştırması İçin

Sayın Katılımcı,

Bu araştırma, Işık Üniversitesi Klinik Psikoloji Yüksek Lisans tez çalışması kapsamında, Doç. Dr. Neslihan Arıcı Özcan danışmanlığında, Psikolog Selin Nur Önel tarafından yürütülmektedir. Araştırmanın amacı, Covid-19 sürecinde bireylerin öz duyarlık ve psikolojik sağlamlıkları ile depresyon, anksiyete, stres düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesidir. Katılımcıların **25- 65** yaş aralığında olması gerekmektedir.

Çalışmanın tamamlanması yaklaşık olarak 15-20 dakika sürmektedir. Soruların doğru veya yanlış cevapları bulunmamaktadır, bu sebeple araştırmanın amacına ulaşabilmesi için sizden beklenen, tarafınıza iletilen formdaki her soruyu eksiksiz ve samimi olarak cevaplamanızdır. Araştırmaya katılmanız halinde yanıtlarınız tamamı ile gizli tutulacak ve özenle saklanacaktır. Veriler, farklı araştırmalarda kullanılabilir, bilimsel kongre ve dergilerde yayınlanabilir. Bu çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır, çalışmaya katılmama ya da katılım göstermeniz halinde istediğiniz bir anda çalışmayı bırakma hakkınız bulunmaktadır.

Lütfen çalışma sırasında sorulara cevap verirken pandemi sürecini göz önünde bulundurunuz, verilen yönergeleri dikkatlice okuyunuz ve uygulayınız. Size sunulan formda yer alan tüm soruları dürüst ve samimi olarak yanıtladığımızdan emin olunuz. Çalışma ile ilgili sorularınız olduğu takdirde araştırmacıyla, ‘ e-posta adresi üzerinden irtibat kurabilirsiniz.

**Katılımcının Beyanı:** Çalışma hakkında verilen bilgileri okudum ve açıklamaları anladım. Belirtilen koşullarda söz konusu çalışmaya gönüllü olarak katılıyorum. Kişisel bilgilerimin korunması koşulu ile verilerin bilimsel yayımlarda kullanılmasını kabul ediyorum.

**İmza/ Onay**

**Araştırmacı Adı Soyadı:** Selin Nur Önel

## **EK-B: SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLER VE VERİ FORMU**

**1. Covid- 19 tanısı aldınız mı?**

Evet      Hayır

**2. Yaşınız:**

**3. Cinsiyetiniz:**

Kadın    Erkek

**4. Medeni durumunuz:**

Bekâr    İlişkisi var    Evli

**5. İkamet ettiğiniz şehir:**

**6. Eğitim durumunuz:**

Okuma yazması var    İlkokul    Ortaokul    Lise    Üniversite    Yüksek Lisans

Doktora

**7. Hanenizde Covid-19 sürecinde risk grubunda olan (Sürekli ve düzenli tedavi gerektiren bir hastalığı olan ya da 65 yaş üstü) bireyler var mı? (Örn: Şeker hastalığı, kanser hastalığı, yüksek tansiyon, akciğer ve kalp hastalıkları vs.)**

Evet    Hayır

**8. Çocuğunuz var mı?**

Evet    Hayır

**9. Herhangi bir psikolojik/ psikiyatrik rahatsızlık ya da sıkıntı nedeniyle tedavi gördünüz mü?**

Evet    Hayır

**9. a.** Cevabınız evet ise, tedaviniz hala devam ediyor mu?

Evet Hayır

**10.** Covid-19 sürecinden psikolojik olarak ne düzeyde etkilendiniz?

Hiç Biraz Oldukça Çok fazla

**11.** Covid-19 için risk grubunda olmanıza yol açan sürekli ve düzenli tedavi gerektiren (kronik) bir hastalığınız var mı? (Örn: Şeker hastalığı, kanser hastalığı, yüksek tansiyon, akciğer ve kalp hastalıkları vs.)

Evet Hayır

**12.** Covid- 19 sebebiyle sevdiğiniz birisini kaybettiniz mi?

Evet Hayır

**13.** Covid-19 sebebiyle sevdiğiniz birisi hastanede tedavi gördü mü?

Evet Hayır

**14.** Covid- 19 sürecinde nasıl çalıştınız?

Tam zamanlı Yarı zamanlı  Çalışmıyorum

**15.** Hangi seçenek ekonomik düzeyinizi en iyi tanımlamaktadır?

Çok Düşük  Düşük  Orta  Yüksek  Çok Yüksek

## EK-C: ÖZ DUYARLIK ÖLÇEĞİ

Bu anketten elde edilen sonuçlar bilimsel bir çalışmada kullanılacaktır. Sizden istenilen bu ifadeleri okuduktan sonra kendinizi değerlendirmeniz ve sizin için en uygun seçeneğin karşısına çarpı (X) işareti koymanızdır. Her sorunun karşısında bulunan; (1) Hiçbir zaman (2) Nadiren (3) Sık sık (4) Genellikle ve (5) Her zaman anlamına gelmektedir. Lütfen her ifadeye mutlaka TEK yanıt veriniz, kesinlikle BOŞ bırakmayınız ve sorulan sorulara cevap verirken pandemi sürecini göz önünde bulundurunuz. En uygun yanıtları vereceğinizi ümit eder katkılarınız için teşekkür ederim.

1	Bir yetersizlik hissettiğimde, kendime bu yetersizlik duygusunun insanların birçoğu tarafından paylaşıldığını hatırlatmaya çalışırım.	1	2	3	4	5
2	Kişiliğimin beğenmediğim yönlerine ilişkin anlayışlı ve sabırlı olmaya çalışırım.	1	2	3	4	5
3	Bir şey beni üzdüğünde, duygularıma kapılıp giderim.	1	2	3	4	5
4	Hoşlanmadığım yönlerimi fark ettiğimde kendimi suçlarım.	1	2	3	4	5
5	Benim için önemli olan bir şeyde başarısız olduğumda, kendimi bu başarısızlıkta yalnız hissederim.	1	2	3	4	5
6	Zor zamanlarımda ihtiyaç duyduğum özen ve şefkati kendime gösteririm.	1	2	3	4	5
7	Gerçekten güç durumlarla karşılaştığımda kendime kaba davranırım.	1	2	3	4	5
8	Başarısızlıklarımı insanlık halinin bir parçası olarak görmeye çalışırım.	1	2	3	4	5
9	Bir şey beni üzdüğünde duygularımı dengede tutmaya çalışırım.	1	2	3	4	5
10	Kendimi kötü hissettiğimde kötü olan her şeye kafamı takar ve onunla meşgul olurum.	1	2	3	4	5
11	Yetersizliklerim hakkında düşündüğümde, bu kendimi yalnız hissetmeme ve dünyayla bağlantımı koparmama neden olur.	1	2	3	4	5

12	Kendimi çok kötü hissettiğim durumlarda, dünyadaki birçok insanın benzer duygular yaşadığını hatırlamaya çalışırım.	1	2	3	4	5
13	Acı veren olaylar yaşadığımda kendime kibar davranırım.	1	2	3	4	5
14	Kendimi kötü hissettiğimde duygularıma ilgi ve açıklıkla yaklaşmaya çalışırım.	1	2	3	4	5
15	Sıkıntı çektiğim durumlarda kendime karşı biraz acımasız olabilirim.	1	2	3	4	5
16	Sıkıntı veren bir olay olduğunda olayı mantıksız biçimde abartırım.	1	2	3	4	5
17	Hata ve yetersizliklerimi anlayışla karşılarım.	1	2	3	4	5
18	Acı veren bir şeyler yaşadığımda bu duruma dengeli bir bakış açısıyla yaklaşmaya çalışırım.	1	2	3	4	5
19	Kendimi üzgün hissettiğimde, diğer insanların çoğunun belki de benden daha mutlu olduklarını düşünürüm.	1	2	3	4	5
20	Hata ve yetersizliklerime karşı kınayıcı ve yargılayıcı bir tavır takınırım.	1	2	3	4	5
21	Duygusal anlamda acı çektiğim durumlarda kendime sevgiyle yaklaşırım.	1	2	3	4	5
22	Benim için bir şeyler kötüye gittiğinde, bu durumun herkesin yaşayabileceğini ve yaşamın bir parçası olduğunu düşünürüm.	1	2	3	4	5
23	Bir şeyde başarısızlık yaşadığımda objektif bir bakış açısı takınmaya çalışırım.	1	2	3	4	5
24	Benim için önemli olan bir şeyde başarısız olduğumda, yetersizlik duygularıyla kendimi harap ederim.	1	2	3	4	5
25	Zor durumlarla mücadele ettiğimde, diğer insanların daha rahat bir durumda olduklarını düşünürüm.	1	2	3	4	5
26	Kişiliğimin beğenmediğim yönlerine karşı sabırlı ve hoşgörülü değilimdir.	1	2	3	4	5

**EK-D: CONNOR- DAVIDSON PSİKOLOJİK SAĞLAMLIK  
ÖLÇEĞİ (CD-RISC)**

**YÖNERGE:** Aşağıda son bir hafta içerisinde yaşamış olabileceğiniz duygularla ilgili bazı ifadeler bulacaksınız. Lütfen, her bir ifadenin yanına size en uygun gelen cevabı işaretleyiniz. Lütfen ifadelerde çok zaman harcamayınız, aklınıza ilk gelen cevabı işaretleyiniz. Aklınıza ilk gelen yanıt büyük olasılıkla en iyisidir. Lütfen sorulara cevap verirken pandemi sürecini göz önünde bulundurunuz.

		<b>Hiç doğru değil</b>	<b>Nadiren doğru</b>	<b>Bazen doğru</b>	<b>Sıklıkla doğru</b>	<b>Neredeyse her zaman doğru</b>
1	Değişiklikler karşısında uyum sağlayabilirim.	0	1	2	3	4
2	Stres olduğunda beni rahatlatacak en az bir tane yakın ve güvенеbileceğim ilişkim var.	0	1	2	3	4
3	Sorunlarıma açık bir çözüm bulunmadığında, bazen Tanrı ya da kader yardım edebilir.	0	1	2	3	4
4	Önüme çıkan her şeyle başa çıkabilirim.	0	1	2	3	4
5	Geçmiş başarılarım, yeni zorluklarla mücadele etmemde bana güven veriyor.	0	1	2	3	4
6	Sorunlarla karşılaştığım zaman, olayların komik yönlerini görmeye çalışırım.	0	1	2	3	4



7	Stresle mücadele etmek durumunda kalmak, beni daha da güçlendirebilir.	0	1	2	3	4
8	Hastalık, yaralanma ya da benzeri güçlüklerden sonra çabuk normale dönerim.	0	1	2	3	4
9	İyi ya da kötü, her şeyin olmasında belli bir sebep olduğunu düşünürüm.	0	1	2	3	4
10	Sonuç ne olacak olursa olsun, elimden gelenin en iyisini yaparım.	0	1	2	3	4
11	Engeller olsa da hedeflerime ulaşacağıma inanırım.	0	1	2	3	4
12	Umutsuz durumlarda bile vazgeçmem.	0	1	2	3	4
13	Kriz ya da stres durumlarında yardım için nereye gideceğimi bilirim	0	1	2	3	4
14	Stres altında dikkatim dağılmaz ve açık bir şekilde düşünebilirim	0	1	2	3	4
15	Sorunları çözerken bütün kararları başkasının almasına izin vermektense, kendim işin başına geçmeyi tercih ederim	0	1	2	3	4
16	Başarısızlıklar karşısında kolay pes etmem	0	1	2	3	4
17	Yaşamdaki zorluklarla uğraşmada kendimi güçlü bir insan olarak görürüm	0	1	2	3	4
18	Gerektiğinde başkalarını etkileyecek zor ya da kimsenin vermek	0	1	2	3	4

	istemediği kararları alabilirim					
19	Üzüntü, korku ve öfke gibi hoş olmayan ve acı verici duygularla baş edebilirim	0	1	2	3	4
20	Yaşamdaki sorunlarla baş ederken, bazen olayların nedenini bilmeden, varsayımlar üzerine hareket etmek gerekir	0	1	2	3	4
21	Yaşamdaki amacıma dair güçlü bir duyguya sahibim	0	1	2	3	4
22	Hayatımın kontrolüne sahip olduğumu hissediyorum	0	1	2	3	4
23	Zoru severim	0	1	2	3	4
24	Önüme ne engel çıkarsa çıksın, hedeflerime ulaşmaya çalışırım	0	1	2	3	4
25	Başarılarımla gurur duyarım	0	1	2	3	4

**EK-E: DEPRESYON- ANKSİYETE- STRES ÖLÇEĞİ- 21**  
**(DASÖ-21)**

Yönerge: Lütfen sorulara cevap verirken pandemi sürecini göz önünde bulundurunuz.

NO	SON 1 HAFTADAKİ DURUMUNUZ	Hiçbir zaman	Bazen ve arasıra	Oldukça sık	Her zaman
1	Gevşeyip rahatlamakta zorluk çektim.	0	1	2	3
2	Ağzımda kuruluk olduğunu fark ettim.	0	1	2	3
3	Hiç olumlu duygu yaşayamadığımı fark ettim.	0	1	2	3
4	Soluk almada zorluk çektim ( <i>örneğin fiziksel egzersiz yapmadığım halde aşırı hızlı nefes alma, nefessiz kalma gibi</i> ).	0	1	2	3
5	Bir iş yapmak için gerekli olan ilk adımı atmada zorlandım.	0	1	2	3
6	Olaylara aşırı tepki vermeye meyilliyim.	0	1	2	3
7	Vücudumda ( <i>örneğin ellerimde</i> ) titremeler oldu.	0	1	2	3
8	Sinirsel enerjimi çok fazla kullandığımı hissettim.	0	1	2	3
9	Panikleyip kendimi aptal durumuna düşüreceğim durumlar nedeniyle endişelendim.	0	1	2	3
10	Hiçbir beklentimin olmadığı hissine kapıldım	0	1	2	3
11	Kışkırtılmakta olduğumu hissettim	0	1	2	3
12	Kendimi gevşetip salıvermek zor geldi	0	1	2	3
13	Kendimi perişan ve hüzünlü hissettim	0	1	2	3
14	Beni yaptığım işten alıkoyan şeylere dayanamıyordum	0	1	2	3
15	Panik haline yakın olduğumu hissettim	0	1	2	3
16	Hiçbir şey bende heyecan uyandırmıyordu	0	1	2	3
17	Birey olarak değersiz olduğumu hissettim	0	1	2	3
18	Alınan olduğumu hissettim	0	1	2	3

<b>19</b>	Fizik egzersiz söz konusu olmadığı halde kalbimin hareketlerini hissettim ( <i>kalp atışlarımın hızlandığını veya düzensizleştiğini hissettim</i> )	0	1	2	3
<b>20</b>	Geçerli bir neden olmadığı halde korktuğumu hissettim	0	1	2	3
<b>21</b>	Hayatın anlamsız olduğu hissine kapıldım	0	1	2	3

## ÖZGEÇMİŞ