

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

Doç. Dr. Esra ÇALIK VAR

Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi

Sosyal Hizmet Bölümü

ecvar@ybu.edu.tr

Özge BENCİK

Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi

Sosyal Hizmet Politika ve Uygulamaları

ozgebencik@hotmail.com

Özet

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

Araştırmada amaçsal örneklem yöntemiyle belirlenen Muğla'da yaşayan 18 yaş ve üzeri 377 katılımcıya web tabanlı anket yöntemi uygulanmıştır. Veriler SPSS 22 paket program ile istatistiksel analiz yöntemiyle incelenmiştir. Bulgulara göre; bireylerin sağlığa dair işlevsiz inançları, sağlık anksiyeteleri ve depresyonları

arasında anlamlı bir ilişki olduğu ve bu durumların cinsiyete göre farklılaştığı saptanmıştır. Ayrıca bireylerin depresyonlarının yaş, medeni hal, yerleşim yeri, ekonomik durum, meslek ve çocuk sahibi olma durumlarına göre farklılaştığı sonuçlarına ulaşılmıştır. Bireyselerin anksiyetelerinin ise ekonomik durum ve meslek sahibi olma durumlarına göre farklılaşma gösterdiği bulunmuştur.

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

Investigation of the Relationship Between Dysfunctional Beliefs, Anxiety and Depressions of Individuals in the Period of Pandemic

Abstract

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

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

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

1.Giriş

İnsanlık tarihi boyunca çeşitli salgın hastalıklar, pandemiler, ekonomik krizler, doğal afetler gibi bölgesel ve küresel sorunlar yaşanmıştır. Salgın hastalıklar gibi sorunları aşabilmek için alınan önlemler bazı noktalarda yetersiz kalmış, bazı olayların sebepleri tam olarak çözümlenememiş, yaşanan bazı durumlarda ise insanoğlu çaresiz kalmıştır. Geçmişte yaşanan salgın hastalıklara ve pandemilere bakıldığında; veba, kolera, sıtma, çiçek, sifiliz, tifüs, verem, kızamık, sarıhumma, İspanyol gribi, ebola, kuş gribi, domuz gribi gibi salgın hastalıklar birçok alanda yıkımlara ve zararlara sebep olmuşlardır. Alınan önlemlere ve uygulanan yöntemlere rağmen birçok insan hayatını kaybetmiş, birçok devlet çöküş noktasına gelmiş ve toplumsal alanda kökten değişiklikler meydana gelmiştir. Öyle ki zamanın salgın hastalığı olan veba M.S.160'ta Hun İmparatorluğu'nun çökmesine, Bizans İmparatorluğu'nun zayıflamasına (Russell, 1968) ve M.S.165-180'de Roma'da 5 milyon insanın ölümüne ve feodalizmin etkisini yitirmesine sebep olurken kapitalizmin önünü açmıştır (Fears, 2004). Salgın hastalıklar sadece siyasi değişimlere yol açmamış, toplumların inançlarını, yaşama biçimlerini, insan ilişkilerini de farklılaştırmıştır. Ekonomik alandaysa nüfusun azalmasıyla ücretlerin artışına sebep olmuştur. Günümüzdeki görüşlere göre Kuzey Afrika, Avrupa, Orta ve Güney Asya nüfusunun %50-%60'ının veba pandemisinde kaybedildiği belirtilmektedir (Inglesby ve ark, 2000). Tifüs, Kırım Savaşında yaklaşık 90.000, Osmanlı-Rus Savaşında Kafkas Cephesinde iki tarafın da ordusunda yaklaşık 40.000 askerin ölmesine sebep olmuştur (Çalık ve Tepekaya, 2006). Yine 1918 yılında bir başka salgın hastalık olan İspanyol gribi I. Dünya Savaşı sonunu takiben ortaya çıkmış, ABD askerlerinin 1/5'i can vermiş ve salgının Amerika'ya girmesiyle tüm sosyal hizmetler çökmüştür. İspanyol gribi iki yıl boyunca 30 milyondan fazla insanın canına mal olmuş (Killingray ve Phillips, 2003) hatta Hindistan İspanyol gribi sebebiyle nüfusunun %4'ünü kaybetmiştir (Nikiforuk, 2000). Dolayısıyla salgın hastalıklar ve pandemiler tarihin seyrini değiştirme noktasında etkili olabilmektedir. Ortaçağ'da buğdayların hasat zamanında iyi bir ücret karşılığında sıtmal bölgelere mevsimlik işçilerin gittiği fakat geri dönemedikleri belirtilmiştir. Bununla birlikte II. Dünya Savaşı'na kadar yeryüzündeki tüm ölümlerin yarısının sıtmadan olduğu söylenmektedir (Ocaktan, 2015). Tarihte "büyük kıyım" olarak nitelendirilen çiçek hastalığına bakıldığında ise Aztek ve İnka uygarlıklarını yerlerinden ettiği için ABD kıtasının boş kaldığını ve ekonominin devam etmesi adına siyahi kölelerin getirildiğini görmekteyiz (Nikiforuk, 2000). Tüm bu salgın hastalıklar toplumda birtakım mecburi değişikliklere yol açmış ve insanlığın hem bireysel hem de toplumsal anlamda baş etme becerileri

geliştirmelerini ve yeni yöntemler keşfetmelerini sağlamıştır. 19. yüzyılın en ölümcül hastalığı kabul edilen kolera bireylerde hijyene verilen önemi artırmış, oral sıvı tedavisinin bulunmasını sağlamış ve hemşireliğin gelişmesine katkıda bulunmuştur. Veba, karantina kavramını hayatımıza sokmuş; sıtma, vektör kontrollerinin başlangıç noktasını oluşturmuş; çiçek ve verem salgınları aşının gelişimini hızlandırmış; sifiliz ise insanlara peruğu ve antibiyotiği tanıtmış, kondom kullanımını öğretmiş ve ilaç tedavisinin önünü açmıştır (Sherman, 2016). Yaşanan salgın hastalıklar bu gelişimlerle birlikte karantina, izolasyon, pandemi, epidemi gibi yeni kavramları beraberinde getirmiş ve insanların günlük yaşantılarında büyük bir yer edinmiştir. Öyle ki söz konusu salgınlar geçici veya daimi göçe sebebiyet vererek, bilinmezliğin ve öngörülemezliğin verdiği bir belirsizlikle stres, kaygı, korku ve depresyon gibi duygulara veya duygu durum bozukluklarına yol açarak insanların yaşama biçimlerinde değişiklikler yaratmıştır. Bu değişiklikler sebebiyle insanlar çoğu zaman kulaktan dolma ya da bilim dışı bilgilerin gerçekliğine inanma, yadsıma ya da uyulması gereken kuralları reddetme gibi işlevsel olmayan inançlara yönelebilmektedir. Geçmişteki bu salgın hastalıklar ve pandemiler gibi corona virüs de bireylerin yaşamlarında meydana getirdiği alışkanlık veya değişikliklerle insanlık tarihinde yerini alacaktır. Genel anlamda bakacak olursak “pandemi”, bir kıta hatta tüm dünya yüzeyi gibi çok geniş bir alanda yayılan ve etkisini gösteren salgın hastalıklara (epidemilere) verilen genel addır. Dünya Sağlık Örgütü’nün (WHO) tanımlamasına göre bir pandemik dönem ancak 3 koşulu sağladığında başlamış sayılmaktadır: nüfusun daha önce maruz kalmadığı bir hastalığın ortaya çıkışı, hastalığa sebep olan etmenin insanlara bulaşması ve tehlikeli bir hastalığa yol açması, hastalık etmeninin insanlar arasında kolayca ve devamlı olarak yayılması (Turhan, 2020). Bu koşullara göre değerlendirdiğinde Dünya Sağlık Örgütü, Çin’in Wuhan kentinde başlayıp daha sonra tüm dünyaya hızla yayılan ve insan sağlığını büyük oranda tehdit eden, solunum ve temas yoluyla kolayca bulaşan “corona virüs”ün bir pandemi niteliği taşıdığını tüm dünyaya duyurmuştur. Nitekim tarihte ortaya çıkan salgın hastalıklarda ve pandemilerde olan benzer durumlar gibi devletler, kendi vatandaşlarının sağlığını korumak amaçlı birtakım önlemler almak zorunda kalmışlardır; karantina uygulamaları, sokağa çıkma yasağı, sosyal izolasyon... Alınan bu önlemler uygulamaya geçildiği andan itibaren zamanla mikro düzeyde bireyler, makro düzeyde bakıldığında toplumlar üzerinde birçok etki yaratmaya başlamıştır; hastalığa yakalanma korkusu ve buna bağlı olarak işlevsiz inançlar, aşırı stres, aşırı öfke, şiddet eğilimi, sağlık kaygısı, gelecek kaygısı, kaygıya bağlı olarak depresyona eğilim, sağlık hizmetlerine erişim noktasında

sorunlar bunlardan bazılarıdır. Günümüzde içinde bulunduğumuz toplumda meydana gelen bu sorunlar araştırmanın çıkış noktasını oluşturmaktadır.

Geçmişteki salgınlarda yaşanan süreç ve yapılan uygulamalarla bireysel, toplumsal ve uluslararası düzeyde enfeksiyon hastalıklarının oldukça geniş bir alanda psiko-sosyal etkileri olduğu bilinmektedir (Wang ve ark., 2020). Bir enfeksiyon hastalığı olan covid-19, bireyleri ve toplumları yalnızca fiziksel olarak etkilemekle kalmamakta, tarihte yaşanan diğer viral enfeksiyonlar gibi ruhsal ve sosyal olarak da etkilemektedir. Bu etkiler; aşırı stres hali, aşırı kaygı, obsesyonlar, davranış bozuklukları, öfke kontrol problemleri, korku, depresyon, intihar, uykusuzluk, beslenme bozuklukları, kronik ağrı, panik bozukluklar, şizofreni... (Türkiye Psikiyatri Derneği, 2021)

En temelde bunalım ve çöküntü anlamına gelen depresyon bireyin günlük işlevlerini aksatan ve bu işlevleri en az iki hafta boyunca yerine getirememesiyle birlikte normalde yapmaktan keyif aldığı aktivitelere olan ilgisinin azalmasıyla meydana gelen sürekli bir üzüntü halidir. Depresyon bir belirti veya zayıflık ifadesi olmamakla birlikte herkesin yaşayabileceği bir durumdur. Öyle ki Dünya Sağlık Örgütü ve Dünya Bankasının raporlarına göre ruhsal bir bozukluk olan ve toplumda yaygın olarak görülen bu çöküntü ve bunalım halinin, kalp damar hastalıklarından sonra en yaygın görülen ikinci hastalık olacağı öngörülmüştür (Ustun ve ark., 2004). Toplumda bu denli yaygın bir hastalık olan depresyonun olası etkenlerini şu şekilde sıralayabiliriz: nüfus artışı, iç ve dış göç, kentleşme sorunları, fiziksel çevredeki değişimler, aile yapısında değişme, toplumsal iletişim ağındaki çözülme, bireyselleşme ve yalnızlaşma, toplumsal dayanışmanın bozulması, artan stres etkenleri ve örselenme yaşantıları, ekonomik politikalar, insan hakları ihlalleri, yoksulluk, ciddi psikososyal sonuçlar doğuran travmalar, şiddet çeşitlerine maruz kalma, madde ve alkol kullanımı, anksiyete bozuklukları, yakınların kaybı, tıbbi veya salgın hastalıklar, hormonal değişiklikler, olağanüstü haller, kişilik yapısı, daha önce depresyon geçirmiş olma, kadın olmak... (Kaya, 2007). Covid-19 salgınının çıkış noktasının tam olarak bilinmemesi, kontrol altında tutulamaması, toplumdaki her bireyin risk altında olması salgını küresel boyuta taşımıştır. Her birey bu süreçleri bireysel farklılıklardan (engellilik hali, dezavantajlı grup içinde olma, ekonomik düzey, bulunduğu konum, yaşadığı yer, iş hayatı, mevcut hastalık durumu, yaş, cinsiyet, farkındalık düzeyi, kültürel farklılıklar, din, bakış açısı...) kaynaklı olarak farklı boyutlarda yaşayabilmekte ve buna bağlı olarak da etkilenme durumu da farklılık gösterebilmektedir. Bireyin salgın sürecinde hem yakın çevresinde hem de kendisinde gözlemediği durumlar, yaşantılar ve devletlerin uygulamış olduğu

politikalar ile birlikte izlenen yollar (uzun süre izolasyon, karantina evresi, sokağa çıkma yasakları, eğitim ve sağlık sistemindeki mevcut aksaklıklar, finansal zorluklar ile değişen iş ve çalışma koşulları, sağlık sektöründe çalışma, aile bireylerinden uzak kalma ve görüşememe vb.) bireyler üzerinde travma etkisi yaratmıştır. Virüsün kontrol altında tutulması, bireylerin fiziksel sağlığına zarar vermemesi adına uygulanan karantina ve sosyal izolasyon yöntemleri insanlarda bireyselleşmeye yol açmıştır. En temelde insan biyopsikososyal bir varlıktır. Dolayısıyla pandemi döneminde temel önlem olan sosyal izolasyonun yaşam biçimini ve alışkanlıkları değiştirmesiyle birlikte bireylerin sosyalleşme problemi yaşaması psikolojik ihtiyaçlarını da doyuramamasına sebep olmuştur. Zorunlu izolasyon ve sosyal mesafe sebebiyle sosyal ilişkilerde azalmalar meydana gelmiş ve yalnızlık duygusu artmaya başlamıştır (Holt-Lunstad, 2017). Diğer yandan karantina ve sosyal izolasyon evresinde bireyler kendi iç dünyalarına dönebilmekte, kendisini sorgulama ve tanıma fırsatı da bulabilmektedir. Bazı bireyler bu durumla baş etme ve kendini telkin etme yöntemleri geliştirebilmektedir. Kimi zaman bu süreç bazı bireyler için üretken olmanın tam zamanı olarak adlandırılırken, diğer bireyler içinse durum tam tersi olmuş aşırı korku, endişe ve yalnızlık, çaresizlik, mutsuzluk halleri ile baş başa kalınmıştır. Bu dönemde iş ve çalışma koşullarına bağlı yaşanan zorluklar, eğitim, tüketim alışkanlıkları, bireylerin fiziksel ve psikolojik ihtiyaçlarını karşılama durumu gibi birçok yaşamsal durumlar farklı boyuta evrilmiştir. Çalışma koşulları (toplantı, iş gereği sorumlulukları yerine getirme, işlerin yeknesak yürümesi), eğitim görme (öğrenme alışkanlıkları, etkili ve verimli eğitim) ve tüketim (internet üzerinden alışveriş yapma) online ortama taşınmış, eğitimde fırsat eşitliği sekteye uğramış, alt yapı eksiklikleri daha görünür hale gelmiştir. Ayrıca bu süreçte bireyler işini kaybedebilmekte veya ücretsiz izne çıkartılmaktadır. İşini kaybeden ve ücretsiz izne çıkarılan bireyler maddi açıdan mağdur duruma düşmekte, hayatını idame ettirme noktasında güçlük yaşayabilmektedir. Diğer yandan Covid- 19 salgını sebebiyle hastalık tanısı almış bireylere, sağlık sektöründe çalışan bireylere veya hastalığın görüldüğü alanlara yönelik olumsuz nitelikte ayrımcı tutumlara ve sosyal damgalanmaya hatta mikroagresyona maruz kalabilecekleri ifade edilmektedir (Ertem, 2020). Bu duruma ek olarak hastalık sebebiyle kaybedilen yakın ve kaybedeilen yakına yönelik dini ritüellerin yerine getirilememesi, yakınlara vedalaşamama gibi trajik sonuçlar, yas sürecinin ertelenmesine veya tamamlanamamasına yol açabilmektedir (Wallace ve ark., 2020). Söz konusu bu durumlar depresyona sebep olabilmekte ve bireylerde genellikle enerji kaybı, iştah değişikliği, daha az ya da çok uyuma, ilgi ve zevk azlığı, kaygı, konsantrasyon azalması, dalgınlık, unutkanlık,

kararsızlık, huzursuzluk, değersiz, suçlu ya da umutsuz hissetme, karamsarlık, kendine zarar verme veya intihar düşünceleri gibi durumlardan bazıları görülebilmektedir (Türkiye Psikiyatri Derneği, 2021). Bazı olgularda önde gelen belirti bunaltı olabilmektedir. Bu bireylerde anksiyete (bunaltı, kaygı) düzeyi çok artabilmekte, ajitasyon (huzursuzluk) gözlenebilmektedir. Yoğun anksiyete (bunaltı, kaygı) belirtilerinin depresyon olgularında intihar girişimleri için belirleyici bir etken olduğu ileri sürülmektedir (Türkiye Psikiyatri Derneği, 2021).

Anksiyete bireyin anlaşılmayan ve bilinmeyen bir duruma karşılık benliğini tehdit altında hissettiği gerilim veya huzursuzluk hali olarak tanımlanmaktadır. Bu duygu durumuna; fiziksel gereksinimler, güven, ait olma, sevgi, benlik saygısı, kendini gerçekleştirme gibi gereksinimlerin karşılanamaması, durumsal ve gelişimsel kriz dönemleri, bireyin içinde bulunduğu çevreden (aile, arkadaş, iş...) ayrılması ve emosyonel kopma yaşanması, doğal afet, nükleer tehditler gibi çevresel problemler, sosyo-ekonomik değişiklikler, fiziksel veya psikolojik hastalık hali, tedavi veya sağlık hizmetlerine ulaşamama gibi sağlık durumunda yaşanan değişiklikler sebep olabilmektedir (Gezgin, 2010). Pandemi döneminde de bu faktörlerin ortaya çıkmasıyla enfekte olan bireyler başta olmak üzere tüm bireylerde genel olarak kaygı ve korku hali yaşanabilmektedir. Salgının bilinmezliği ve belirsizliği, sağlık hizmetlerine erişim noktasında meydana gelen aksaklıklar (yatak kapasite sorunu, fiziksel yetersizlikler, tıbbi malzeme tedarik etme...), vaka sayılarındaki ciddi artışlar ve ani kayıpların artması bireylerin kaygı, korku gibi duygularını tetiklemektedir. Aynı zamanda bu dönemde işsizlik problemi yaşayan ve asgari geçim şartlarında veya altında hayatını idame ettiren bireyler salgından olumsuz etkilenmekte ve ekonomik anlamda kaygı duyabilmektedir.

Rachman'a (2012) göre sağlık kaygısı yüksek bireyler bedensel duyularındaki, görünüşlerindeki değişimleri ve istemsiz, rahatsız edici ifadeleri yanlış yorumlayarak bunu bir hastalık göstergesi olarak nitelendirebilirler. Bu bireyler hastalıklara karşı kendilerinin savunmasız olduklarına inanabilmektedirler (Rachman, 2012). Bireyler geçmiş deneyimlerinden yola çıkarak sağlık ve hastalık hakkında çeşitli inanç ve varsayımlara varabilmektedir (Deale, 2007). Fergus'a göre de sağlığa dair işlevsel olmayan inançlara sahip bireyler, bedensel duyularını ya da belirtileri bir sağlık sorununun göstergesi olarak nitelemekte ve kaygı yaşamaya daha yatkın olmaktadır (Fergus, 2014) Covid-19 salgın döneminde de başta hastalığın tam olarak tanımlanamaması, sebeplerinin veya belirtilerinin neler olduğu gibi bilinmeyen yönlerinin çeşitli varsayımlarla ifade

edilmesi, bireylerde olumsuz etki yaratmış ve kulaktan dolma bilgilerin artmasına sebep olmuştur. Hastalığın belirtilerinin açıklanmasıyla birlikte bireyler bedensel duyularına önem vermeye başlamışlardır. Zamanla söz konusu hastalığın korkutuculuğu, hastalığın yayılma hızı ve hasta olma olasılıkları, tıbbi hizmetlerin yetersizliği, durumun sosyal medyadaki yansımaları ve hastalıkla baş etmede yaşanan güçlükler gibi durumlar bireylerin sağlığa dair işlevsiz inançlar geliştirmesinde etkili olmuştur.

Salgın hastalıkların bireyde meydana getirdiği tüm bu ruhsal etkiler üzerine birçok araştırma mevcuttur. Bu araştırmalara göre depresyonun kötü bir sonucu olarak intihar etme durumunun salgın hastalıkların epidemik olarak görüldüğü bölgelerde artış gösterdiği bilinmektedir (Wand ve ark., 2020). Tarihte yaşanan salgın hastalık sonrası ruhsal etkilere bakıldığında İspanyol gribi, domuz gribi pandemisinin depresyon, obsesifkompulsif bozukluk, hiperaktivite gibi psikiyatrik bulguların ortaya çıktığını görmekteyiz (Okur ve Demirel, 2020). Diğer yandan 2003'te SARS salgınından etkilenen vakalarda psikoz, halüsinasyonlar, depresyon ve uzun süre psikiyatrik semptomlarda anlamlı artışların olduğu belirtilmektedir. Buna ek olarak SARS-CoV-1 atlatan 233 kişi ile yapılan bir çalışmada 3 ila 4 yıl sonrası kontrollerde psikiyatrik bozukluk prevalansının %40'tan fazla olduğu %27'si ise kronik yorgunluk sendromu kriterlerini karşıladığı ifade edilmektedir. Travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) %54, depresyon %39, kronik ağrı %32, panik bozukluk %32, OKB ise %15 oranlarında saptanmıştır (Lam ve ark., 2009). Çeşitli salgınların bireydeki bu ruhsal etkilerinin covid-19 için de geçerli olabileceği söylenmektedir. Bu araştırmalara göre; pandeminin beraberinde getirdiği karantina, temizlik kuralları, sosyal izolasyon, kaygı, korku ve panik ikincil psikiyatrik semptomlara sebep olabilmektedir. Bu sebebiyet özellikle cinsiyetin kadın olması, yalnız yaşam sürülmesi, kronik rahatsızlıklar halinde yaşla doğru orantıda artış gösterebilmektedir. Obsesyonu olan bireylerde pandeminin getirmiş olduğu anksiyete ve temizlik kuralları gibi sebeplerden dolayı obsesyon düzeyinde artış gözlenebilmektedir. Çin'de internet üzerinden yapılan 7236 kişinin katıldığı bir çalışmada Covid-19'un toplum üzerindeki anksiyete, depresyon ve uyku bozukluğu prevalansı araştırılmış, yaygın anksiyete bozukluğu prevalansı %35,1, depresyon prevalansı %20,1, uyku bozukluğu prevalansı ise %18,2 olarak saptanmıştır.(Huang ve Zhao, 2020)

Tüm bu sebeplerin bireyler üzerinde bırakacağı etkiden yola çıkarak araştırmada genel olarak pandemi döneminde bireylerin sağlığa dair işlevsel olmayan inanç düzeyleri, kaygı (anksiyete)

düzeyleri ve depresyon düzeyleri ile bireylerin sahip olduğu çeşitli değişkenler arasındaki ilişkinin incelenmesi amaçlanmaktadır. Literatüre bakıldığında salgın hastalıklar, bireylerin sağlığa dair işlevsel olmayan inançları, sağlık anksiyetesi, depresyon düzeyleri üzerine farklı değişkenler ele alınarak birçok çalışmanın yapıldığı fakat corona virüs (covid-19) üzerine sosyal hizmet alanında tüm bu değişkenlerle birlikte henüz bir araştırmanın yapılmamış olduğu görülmektedir. Sosyal hizmete ilişkin bu araştırmayla elde edilecek olan veriler ışığında covid-19 üzerine yapılan çalışmaların farklı boyutlardan ele alınmasına yönelik çeşitlilik ortaya konulması, bundan sonra yapılacak olası araştırmalara zemin oluşturması ve gelecek nesillere söz konusu salgın hakkında bilgi aktarımının sağlanması açısından önemli ve yararlı olacağı düşünülmektedir. Araştırmanın sınırlılıklarını ise; veri toplama sürecinde söz konusu pandemi döneminde corona virüsün temas ve solunum yoluyla bulaşması ve hem araştırmacının hem de katılımcıların sağlığı açısından yüz yüze toplanmasının risk teşkil etmesi sebebiyle verilerin web tabanlı toplanması, dolayısıyla da katılımcıların sadece internet kullanıcılarına hitap etmesi, verilerin toplanmaya başlandığı evrede kontrollü sosyal hayata geçişin yaşanması, karantina uygulaması ve pandemi sebebiyle sosyal alanlarda kontrolün sağlanması amacıyla kütüphanelerin kapalı olması, köklü üniversitelerin kütüphanelerini online olarak erişime açmasına rağmen sadece belirli kaynakları erişime veya sadece kendi üniversite öğrencilerine olanak tanınması oluşturmaktadır.

2.Yöntem

Bu araştırma, nicel araştırma yöntemlerinden genel tarama modelleri içerisinde yer alan ilişkisel tarama modelinde korelasyonel bir araştırma olarak tasarlanmıştır. Araştırmanın ulaşılabilir evrenini söz konusu corona virüsün 10 Mart 2020 tarihinden itibaren ülkemizde görülmesiyle birlikte bu durumdan etkilenen ve araştırmaya gönüllü olarak katkı sağlayan Muğla'daki 18 yaş ve üzeri tüm bireyler oluşturmaktadır. Araştırma amaçsal örneklem yöntemiyle belirlenen 377 katılımcıya uygulanmıştır. Araştırma, Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü 03.06.2020 tarihli ve 84892257-604.01.02-E.16566 karar sayılı etik kurul onayı doğrultusunda, 01.07.2020 ve 01.10.2020 tarihleri arasında uygulamaya konulup veriler toplanmış ve tablolaştırılmıştır. Araştırmada 11 sorudan oluşan bireylerin sosyo-demografik bilgilerini ve pandemiye yönelik tutumlarını içeren kişisel bilgi formu, 18 sorudan oluşan sağlık anksiyete kısa envanteri, 21 sorudan oluşan beck depresyon ölçeği ve 20 sorudan oluşan sağlık bilişleri ölçeği kullanılmıştır.

2.1. Veri Toplama Araçları

Sağlık Bilişleri Ölçeği; Hadjistawopoulos ve arkadaşları (2012) tarafından Health Cognitions Questionnaire adıyla geliştirilen ölçek daha sonra Yılmaz ve Dirik (2018) tarafından türkçe versiyonu yapılmıştır. Ölçek, kişilerin yaşadığı sağlık kaygısının şiddetiyle bağlantılı olan sağlıkla ilgili işlevsel olmayan inançları değerlendirmektedir. Ölçek, 20 maddeden oluşup 5'li likert tiptedir. Ölçek puanlamasında 1:Kesinlikle Katılmıyorum, 2:Katılıyorum, 3:Ne Katılıyorum Ne Katılmıyorum, 4:Katılıyorum, 5:Kesinlikle Katılıyorum olarak değerlendirilmektedir. Ölçekten alınan yüksek puanlar kişilerin sağlığa ilişkin işlevsiz inançlarını yansıtmaktadır. Ölçeğin tutarlık katsayısı (Cronbach alfa) 0.72 ile 0.90 arası olarak saptanmıştır (Yılmaz ve Dirik, 2018). Araştırmada ölçeğin güvenilirlik değeri (Cronbach Alpha değeri) 0,74 olarak bulunmuştur.

Sağlık Anksiyetesi Ölçeği; Salkovskis, Rimes, Warwick ve Clark (2002) tarafından 64 madde şeklinde geliştirilmiş daha sonra 18 maddelik kısa forma dönüştürülmüştür. Ölçeğin güvenilirlik analizlerinde Cronbach alfa değeri iç tutarlılık kat sayısı 0,91 olarak saptanmıştır. Ölçek maddeleri hastalıkların olumsuz sonuçlarıyla ilişkili olup bireylerin bedensel belirtilere yönelik duyarlılık ve kaygısını, ciddi bir hastalıklarının olduğunu varsaydıklarında durumlarının nasıl olacağını ölçmektedir. Yüksek puan yüksek düzeyde sağlık anksiyetesini ifade etmektedir (Aydemir ve ark.,2012). Araştırmada ölçeğin güvenilirlik değeri (Cronbach Alpha değeri) 0,80 olarak bulunmuştur.

Beck Depresyon Ölçeği; türkçe uyarlaması ve geçerlik güvenilirliği Hisli (1988) tarafından yapılmış ve güvenilirlik kat sayısı 0,74 olarak bulunmuştur. Beck Depresyon Ölçeği, depresyon belirtilerini ölçen ve belirtilerin derecesini belirleyen bir ölçektir ve 21 maddeden oluşmaktadır. Ölçek 4 seçenekten oluşmakta ve her madde 0-3 arasında puan almaktadır. Bu puanların toplanmasıyla katılımcıların depresyon puanı elde edilmektedir. Ölçekten alınabilecek en yüksek puan 63'tür. Toplam puanın yüksek oluşu, depresyon düzeyinin ya da şiddetinin yüksekliğini göstermektedir (Hisli,1989). Araştırmada ölçeğin güvenilirlik değeri (Cronbach Alpha değeri) 0,73 olarak bulunmuştur. Depresyon dereceleri; minimal depresyon (0-9 puan), hafif depresyon (10-16 puan), orta depresyon (17-29 puan) ve şiddetli depresyon (30-63puan) olarak belirtilmiştir (Hisli, 1989).

3.Bulgular

3.1.Demografik Özelliklere Dair Bulgular

Tablo 1: Demografik özellikler

Değişken	Seçenekler	N	%
Cinsiyet	Kadın	200	53,1
	Erkek	177	46,9
Medeni Durum	Bekâr	237	62,9
	Evli	140	37,1
Eğitim Durumu	İlköğretim	5	1,3
	Ortaöğretim	15	4,0
	Lise	58	15,4
	Lisans	264	70,0
	Yüksek Lisans	35	9,3
Yerleşim Yeri	Köy	42	11,1
	Belde	62	16,4
	Şehir	273	72,4
Ekonomik Düzey	Zayıf	29	7,7
	Orta	218	57,8
	İyi	127	33,7
	Çok İyi	3	0,8
Meslek	Var	220	58,4
	Yok	157	41,6
Çocuk	Var	130	34,5
	Yok	247	65,5

Araştırmaya katılan 377 kişiye ait sosyo-demografik özellikler tablosunda katılımcıların; yaş ortalamalarının 30,60, %53,1'inin kadın(200) , %46,9'unun erkek(177), %62,9'unun (237)bekâr, %37,1'ininse (140) evli, %1,3'ünün (5) ilköğretim, % 4'ünün (15) ortaöğretim, % 15,4'ünün (58) lise, %70'inin (264) lisans ve % 9,3'ünün (35) yüksek lisans mezunu bulunmuştur. Katılımcıların % 11,1'inin (42) köyde, % 16,4'ünün (62)beldede, % 72,4'ününse (273) şehirde yaşadığı, ekonomik düzeylerinin % 7,7'sinin (29) zayıf, % 57,8'inin (218) orta, %33,7'sinin (127) iyi, %0,8'ininse (3) çok iyi olarak ifade edilmiştir. Araştırmaya katılan bireylerin meslek sahibi olup olmama durumuna(aktif olarak çalışıp çalışmama) bakıldığında, %58,4'ünün (220) meslek sahibi olduğu,%41,6'sınınsa (157) meslek sahibi olmadığı ve %34,5'inin (130) çocuk sahibi olduğu, %65,5'ininse (247) çocuk sahibi olmadığı görülmektedir.

3.2. Sağlık Anksiyetesi, Beck Depresyon ve Sağlık Bilişleri Ölçek Puanlarına Dair Bulgular

Tablo 2: Katılımcıların SAÖ, BDÖ ve SBÖ’den aldıkları puanların dağılımı.

Ölçek	N	Min	Max	Mean	SS	Skewness	Kurtosis
SAO	377	19	60	33,8	6,29	0,59	1,06
BDO	377	7	42	16,42	6,75	1,09	1,13
SBO	377	48	76	63,4	5,64	0,57	1,3

Ararırmaya katılan bireylerin Sağlık Anksiyetesi Ölçeği’nden aldığı en düşük puanın 19, en yüksek puanın 60 ve ortalama puanın 33,8 olduğu görülmektedir. Bu durum bireylerin sağlıklarına ilişkin kaygı düzeylerinin orta düzeyde olduğunu göstermektedir. Beck Depresyon Ölçeğine bakıldığında bireylerin ölçekten aldığı en düşük puanın 7, en yüksek puanın 42 ve ortalama puanın 16,42 olduğu görülmektedir. Ölçekten alınabilecek en yüksek puan 63’tür. Katılımcıların her bir sorudan aldığı toplam puanın yüksekliği, depresyon düzeyinin ya da şiddetinin yüksekliğini göstermektedir. Ölçeğe göre depresyon dereceleri; minimal depresyon (0-9 puan), hafif depresyon (10-16 puan), orta depresyon (17-29 puan) ve şiddetli depresyon (30-63 puan) olarak belirtilmiştir (Hisli, 1989). Ölçekten alınan toplam puan ortalamasına göre bakıldığında katılımcıların sınır düzeyde hafif depresyon derecesinde oldukları görülmektedir. Bu durum bireylerin sağlıklarına ilişkin kaygı düzeylerinin orta düzeyde olduğunu göstermektedir. Bu durumların sebebinin araştırmanın uygulama yapıldığı dönemin kontrollü sosyal hayata geçişin ilk haftasında yapılmış olması veya araştırmanın uygulandığı yerin özelliklerine (riskli bölge, köy, belde, şehir merkezi...) göre daha yoğun hissedilip hissedilmeyeceği noktasında etkili olabileceği varsayılmıştır. Diğer yandan bireylerin Sağlık Bilişleri Ölçeği’nden aldığı en düşük puanın 48, en yüksek puanın 76 ve ortalama puanın 63,4 olduğu görülmektedir. Dolayısıyla söz konusu hastalığa ilişkin bilgilerin güvenilirliği, hastalığın korkutuculuğu veya internet ortamındaki bilgi kirlilikleri gibi sebeplerden kaynaklı olarak artış gösterebileceği düşünülmektedir.

3.3.Sağlığa Dair İşlevsiz İnanç, Sağlık Anksiyete ve Depresyon Puanlarıyla Yaş Değişkeni Arasındaki İlişkiye Yönelik Bulgular

Tablo 3: SBÖ, SAÖ, BDO puanlarının yaşa göre Pearson analiz sonuçları.

Değişken	N	(\bar{x})	SS	r	p
Yaş	377	30,60	11,25	- ,155**	,003
BDO	377	16,42	6,75		
SAO	377	33,8	6,29	,29	,57
SBO	377	63,4	5,64	-,82	,113

Katılımcıların pandemi döneminde depresyonları ile yaş değişkeni arasında bir ilişkinin olup olmadığını belirlemek amacıyla yapılan Pearson analiz sonuçları Tablo 3'te sunulmaktadır. Pearson analiz sonuçlarına göre araştırmaya katılan bireylerin depresyonları ile yaşları arasında negatif ve anlamlı bir ilişkinin olduğu sonucuna ulaşılmıştır ($p < ,001$). Bir başka deyişle bireylerin yaşının azaldıkça depresyonlarının da artış gösterdiği saptanmıştır. Diğer yandan katılımcıların sağlığa dair işlevsel olmayan inançları ve sağlık anksiyeteleri ile yaşları arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır.

3.4.Sağlığa Dair İşlevsiz İnanç, Sağlık Anksiyete ve Depresyon Puanlarının Cinsiyete göre Farklaşıp Farklaşmadığına İlişkin Bulgular

Tablo 4: SBÖ, SAO Ve BDÖ puanlarının cinsiyete göre t-testi sonuçları.

Ölçek	Cinsiyet	N	(\bar{x})	S	t	P
SBÖ	Kadın	200	59,3500	7,68262	2,6	0,008*
	Erkek	177	57,1299	8,37068		
SAÖ	Kadın	200	34,7050	6,15691	2,941	,003*
	Erkek	177	32,8136	6,31595		
BDÖ	Kadın	200	17,1500	7,06093	2,228	,025*
	Erkek	177	15,6045	6,31661		

Katılımcıların sağlığa dair işlevsel olmayan inanç, sağlık anksiyete ve depresyonlarının cinsiyet değişkenine göre farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonuçları Tablo 4’te sunulmaktadır. Analiz sonucunda katılımcıların sağlığa dair işlevsel olmayan inanç, sağlık anksiyete ve depresyonlarının cinsiyete göre farklılık gösterdiği bulunmuştur ($p<,05$). Bir başka ifadeyle kadın katılımcıların sağlığa dair işlevsel olmayan inanç, sağlık anksiyete ve depresyonlarının erkek katılımcıların sağlığa dair işlevsel olmayan inanç, sağlık anksiyete ve depresyonlarından daha yüksek olduğu saptanmıştır.

3.5.Sağlığa Dair İşlevsel Olmayan İnanç, Sağlık Anksiyete ve Depresyon Ölçek Puanlarının Medeni Duruma Göre Anlamlı Bir Farklılık Gösterip Göstermediğine Yönelik Bulgular

Tablo 5: SBÖ, SAO Ve BDÖ puanlarının medeni durum değişkenine göre t-testi sonuçları.

Ölçek	Medeni Durum	N	(\bar{x})	S	t	P
BDO	Bekâr	237	17,0675	6,98088	2,420	,013*
	Evli	140	15,3357	6,23475		
SAO	Bekâr	237	33,7384	5,84176	-,301	,753
	Evli	140	33,9500	7,01625		
SBO	Bekâr	237	58,8186	8,00244	1,593	0,110
	Evli	140	57,4429	8,16227		

Katılımcıların pandemi döneminde sağlığa dair işlevsel olmayan inanç, sağlık anksiyetesi ve depresyonlarının medeni durumlarına göre farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek amacıyla yapılan T-testi sonuçları Tablo 5’te sunulmaktadır. Analiz sonucunda katılımcıların sağlığa dair işlevsel olmayan inanç ve sağlık anksiyetelerinin medeni durumlarına göre farklılık göstermediği bulunmuştur. Diğer yandan katılımcıların depresyonlarının medeni durumlarına göre farklılık gösterdiği tespit edilmiştir ($p<,05$). Bir başka ifadeyle bekâr katılımcıların depresyonlarının evli katılımcıların depresyonlarına göre daha yüksek olduğu saptanmıştır.

3.6.Sağlığa Dair İşlevsel Olmayan İnanç, Sağlık Anksiyete ve Depresyon Ölçek Puanlarının Mesleğin Olup Olmama Durumuna Göre Anlamlı Bir Farklılık Gösterip Göstermediğine Yönelik Bulgular

Tablo 6: SBÖ, SAO Ve BDÖ puanlarının meslek sahibi olup olmama durumuna göre t-testi sonuçları.

Ölçek	Meslek Durumu	N	(\bar{x})	S	t	P
BDO	Evet	220	15,5682	6,16292	2,856	,003*
	Hayır	157	17,6242	7,36539		
SAO	Evet	220	33,2273	5,94289	2,121	,031*
	Hayır	157	34,6433	6,69004		
SBÖ	Evet	220	57,7545	8,63061	1,57	,116
	Hayır	157	59,0828	7,19059		

Katılımcıların sağlığa dair işlevsel olmayan inanç, sağlık anksiyete ve depresyonlarının meslek sahibi olup olmama durumlarına göre farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonuçları Tablo 6’da sunulmaktadır. Analiz sonucunda katılımcıların sağlığa dair işlevsel olmayan inançlarının meslek sahibi olup olmama durumlarına göre farklılık göstermediğine ulaşılrken sağlık anksiyete ve depresyon düzeylerinin meslek sahibi olup olmama durumlarına göre farklılık gösterdiği tespit edilmiştir ($p<,05$). Bir başka ifadeyle meslek sahibi olmayan katılımcıların sağlık anksiyete ve depresyonlarının meslek sahibi olan katılımcıların sağlık anksiyete ve depresyonlarına göre daha yüksek olduğu saptanmıştır.

3.7. Sağlığa Dair İşlevsel Olmayan İnanç, Sağlık Anksiyete ve Depresyon Ölçek Puanlarının Yerleşim Yeri Değişkenine Göre Anlamlı Bir Farklılık Gösterip Göstermediğine Yönelik Bulgular

Tablo 7: SBÖ, SAO Ve BDÖ puanlarının yerleşim yeri değişkenine göre ANOVA sonuçları.

Ölçek	Yerleşim Yeri	N	(\bar{x})	S	F	P	Anlamlı Fark
BDO	Köy (1)	42	17,0714	7,6663	2,784	,043*	3>2
	Belde (2)	62	14,5968	5,54470			
	Şehir (3)	273	16,7399	6,81762			
SAO	Köy	42	32,2857	6,74369	2,127	,121	-
	Belde	62	33,1452	5,84456			
	Şehir	273	34,2051	6,29674			
SBÖ	Köy (1)	42	55,333	9,75221	3,333	,037*	3>1
	Belde (2)	62	58,2903	7,72560			
	Şehir (3)	273	58,7692	7,80518			

Katılımcıların pandemi döneminde sağlığa dair işlevsel olmayan inanç, sağlık anksiyete ve depresyonlarının yerleşim yerine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan ANOVA sonuçları Tablo 7’de sunulmaktadır. Analiz sonuçlarına göre; araştırmaya katılan ve farklı yerleşim yerlerinde yaşayan katılımcıların pandemi döneminde depresyonlarına bakıldığında; beldede yaşayan bireylerin depresyonları ile şehirde yaşayan bireylerin depresyonları arasında negatif ve anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<,05$). Bir başka ifadeyle şehirde yaşayan katılımcıların depresyonlarının beldede yaşayan katılımcıların depresyonlarına göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Aynı zamanda katılımcıların sağlığa dair işlevsel olmayan inançlarına bakıldığında; köyde yaşayan bireylerin sağlığa dair işlevsel olmayan inançları ile şehirde yaşayan bireylerin sağlığa dair işlevsel olmayan inançları arasında

negatif ve anlamlı bir ilişkinin olduğu saptanmıştır. Bir başka ifadeyle araştırmaya göre şehirde yaşayan katılımcıların sağlığa dair işlevsel olmayan inançlarının köyde yaşayan katılımcıların sağlığa dair işlevsel olmayan inançlarına göre daha yüksek olduğu ifade edilmektedir. Diğer yandan katılımcıların sağlık anksiyetelerinin yerleşim yerlerine göre anlamlı farklılık göstermediği bulunmuştur.

3.8. Sağlığa Dair İşlevsel Olmayan İnanç, Sağlık Anksiyete ve Depresyon Ölçek Puanlarının Çocuk Sahibi Olup Olmama Durumuna Yönelik Bulgular

Tablo 8: SBÖ, SAÖ Ve BDÖ puanlarının çocuk sahibi olup olmama durumuna göre t-testi sonuçları.

Ölçek	Çocuk Sahibi Olma Durumu	N	(\bar{x})	S	t	P
BDÖ	Evet	130	14,6692	5,70650	3,721	,001*
	Hayır	247	17,3482	7,08716		
SAÖ	Evet	130	33,2538	6,94755	1,20	,208
	Hayır	247	34,1134	5,91636		
SBÖ	Evet	130	57,1000	8,21876	2,11	,035*
	Hayır	247	58,9433	7,94729		

Katılımcıların pandemi döneminde sağlığa dair işlevsel olmayan inanç, sağlık anksiyete ve depresyonlarının çocuk sahibi olma durumuna göre farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonuçları Tablo 8’de sunulmaktadır. Analiz sonucunda katılımcıların sağlığa dair işlevsel olmayan inanç ve depresyonlarının çocuk sahibi olup olmama durumlarına göre farklılık gösterdiği sonucuna ulaşılmıştır ($p<,05$). Bir başka ifadeyle çocuk sahibi olmayan bireylerin depresyonlarının çocuk sahibi olan bireylerin depresyonlarına göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Diğer yandan katılımcıların sağlık anksiyetelerinin çocuk sahibi olup olmama durumlarına göre farklılık göstermediği sonucuna ulaşılmıştır.

3.9. Sağlığa Dair İşlevsel Olmayan İnanç, Sağlık Anksiyete ve Depresyon Ölçek Puanlarının Ekonomik Duruma Göre Anlamlı Farklılık Gösterip Göstermediğine Yönelik Bulgular

Tablo 9: SBÖ, SAO Ve BDÖ puanlarının ekonomik duruma göre ANOVA sonuçları.

Ölçek	Ekonomik Durum	N	(\bar{x})	S	F	P	Anlamlı Fark
BDÖ	Zayıf (1)	29	16,9655	6,35544	3,954	,009*	2>3
	Orta (2)	218	17,1468	7,16536			
	İyi (3)	127	14,9134	5,63580			
	Çok İyi (4)	3	22,6667	13,50309			
SAO	Zayıf (1)	29	35,6207		4,663	,003*	2>3
	Orta (2)	218	34,4037	6,33347			
	İyi (3)	127	32,2835	5,48432			
	Çok İyi (4)	3	38,6667	15,53491			
SBÖ	Zayıf	29	57,7931	10,49619	1,884	,132	-
	Orta	218	58,8624	7,72687			
	İyi	127	57,2992	8,00824			
	Çok İyi	3	65,6667	5,13160			

Katılımcıların sağlığa dair işlevsel olmayan inanç, sağlık anksiyete ve depresyonlarının ekonomik durumlarına göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan ANOVA sonuçları da Tablo 9’da sunulmaktadır. Araştırmaya katılan ve farklı ekonomik duruma sahip katılımcıların depresyonlarına bakıldığında; ekonomik durumu orta seviyede olan bireylerin depresyonları ile ekonomik durumu iyi seviyede olan bireylerin depresyonları arasında anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur ($p<,05$). Bir başka ifadeyle ekonomik durumu orta seviyede olan katılımcıların depresyonlarının ekonomik durumu iyi seviyede olan katılımcıların depresyonlarına

göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Araştırmaya katılan ve farklı ekonomik duruma sahip katılımcıların sağlık anksiyetelerine bakıldığında; ekonomik durumu orta seviyede olan bireylerin sağlık anksiyeteleri ile ekonomik durumu iyi seviyede olan bireylerin sağlık anksiyeteleri arasında anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur ($p<,05$). Bir başka ifadeyle ekonomik durumu orta seviyede olan katılımcıların sağlık anksiyetelerinin ekonomik durumu iyi seviyede olan katılımcıların sağlık anksiyetelerine göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Diğer yandan katılımcıların sağlığa dair işlevsel olmayan inançlarının ekonomik durumlarına göre anlamlı olarak farklılaşmadığı sonucuna ulaşılmıştır.

3.10. Sağlığa Dair İşlevsiz İnanç, Sağlık Anksiyete ve Depresyon Ölçek Puanlarının Arasındaki İlişki

Tablo 10: SBÖ, SAÖ VE SBÖ puanlarının Pearson analiz sonuçları.

Ölçek	N	(\bar{x})	S	r	p
SBÖ - SAÖ	377	58,3077	8,07879	,506**	,000
	377	33,8170	6,29513		
SBO - BDO	377	58,3077	8,07879	,336**	,000
	377	16,4244	6,75721		
SAO - BDO	377	33,8170	6,29513	,346**	,000
	377	16,4244	6,75721		

Katılımcıların sağlığa dair işlevsel olmayan inanç, sağlık anksiyete ve depresyonları arasında anlamlı bir ilişkinin olup olmadığını belirlemek amacıyla yapılan Pearson analiz sonuçları Tablo 10'da sunulmaktadır. Pearson analiz sonuçlarına göre araştırmaya katılan bireylerin sağlığa dair işlevsel olmayan inanç, sağlık anksiyete ve depresyonları arasında anlamlı bir ilişki olduğu sonucuna ulaşılmıştır ($p<,001$).

4.Tartışma ve Sonuç

Sonuç olarak pandemi döneminde Muğla’da yaşayan 18 yaş ve üzeri bireylerin sağlığa dair işlevsel olmayan inanç, sağlık anksiyetesi ve depresyon düzeylerinin incelenmesi üzerine yapılan web tabanlı araştırmaya 377 kişi katılım sağlamıştır. Katılımcıların sağlığa dair işlevsel olmayan inanç düzeyleri (sağlık biliş düzeyleri), sağlık anksiyete düzeyleri ve depresyon düzeylerinin ölçülerek çeşitli değişkenlere göre farklılık oluşturup oluşturmadığı analiz edilmiştir.

Araştırmaya katılan bireylerin (377) demografik özellikleri incelendiğinde; %53,1’inin (200) kadın, %62,9’unun (237) bekâr, %70’inin (264) eğitim durumunun lisans,%72,4’ünün (273) yerleşim yerinin şehir, %57,8’inin (218) ekonomik düzeyinin orta düzey,%58,4’ünün (220) meslek sahibi, %65,5’inin (247) çocuk sahibi olduğu görülmüştür. Araştırmaya göre aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir:

-Bireylerin pandemi döneminde depresyon düzeylerinin yaşları ile arasında negatif ve anlamlı bir ilişki olduğu yani bireylerin yaşının azaldıkça depresyon düzeylerinin de artış gösterdiği saptanmıştır. Bu durumun sebebinin karantina ve izolasyon uygulamalarının olduğu düşünülmektedir. Holt-Lunstad’a göre sosyal ilişkiler duygusal refah için o kadar önemlidir ki bireyler için biyolojik bir ihtiyaç haline gelebilmektedir ve izolasyon süresinde sosyal ilişkilerin yürütülememesi psikolojik açıdan sağlıklı olma halini olumsuz etkilemektedir (Holt-Lunstad, 2017). Nitekim corona virüs pandemisinde Çin’de Huang ve Zhao’nun da yaptığı çalışmada her 5 kişiden birinin depresyon belirtileri gösterdiği ve depresif belirti düzeylerinin 35 yaş altındaki bireylerin 35 yaş üzerindeki bireylere göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (Huang ve Zhao, 2020). Yine Carstensen öncülüğünde bir araştırma ekibi de, 18-76 yaş aralığında 1000 kişinin katıldığı araştırmada, gençlerin pandemi döneminde duygusal açıdan yaşlılardan daha kötü performans gösterdiğini ortaya koymuştur(Carstensen ve ark., 2020).

- Kadın katılımcıların sağlığa dair işlevsel olmayan inanç, sağlık anksiyete ve depresyon düzeyleri erkek katılımcıların sağlığa dair işlevsel olmayan inanç, sağlık anksiyete ve depresyon düzeylerinden daha yüksek olduğu saptanmıştır. Nitekim Amerikan Ulusal Eşitlik Araştırmasına göre de kadınlarda yaygın anksiyete bozukluğu görülme olasılığının erkeklerden iki kat daha fazla olduğu tespit edilmiştir. Araştırmaya göre kadınlarda psikiyatrik hastalık eştanısının görülme olasılığı erkeklere oranla daha yüksek çıkmış ve bu durumun özellikle depresyon için de geçerli

olduğu belirtilerek yaygın anksiyete bozukluklarının artmış işlevsellik kaybı ve daha kötü bir prognozla ilişkili olduğu sonuçlarına ulaşılmıştır (Wittchen, 2002 ve Wittchen ve ark., 1994). Avustralya’da Erişkin Ruh Sağlığı Ulusal Araştırmasında kadınlarda erkeklerden daha sık anksiyete bozukluğunun gözlemlendiği, kadınların yaşamlarının her döneminde erkeklerinse daha çok erişkin yaşlarında bu durumu daha sık yaşadıkları ve 50 yaşından sonra da azalma gösterdiği tespit edilmiştir (Australian Bureau of Statistics, 2007). Yine Lewinsohn ve arkadaşlarının ergenlerde anksiyete bozuklukları ve cinsiyet farklılıkları üzerine yaptığı bir araştırmada kadınların erkeklere oranla daha yüksek anksiyete düzeyine sahip olduğu belirtilmiştir (Lewinsohn ve ark., 1993). ABD’de Ulusal Ruh Sağlığı Enstitüsü’nün yaptığı ve en büyük epidemiyolojik çalışmalardan biri olarak kabul edilen araştırmada da kadınlarda anksiyete bozukluklarının erkeklere göre daha yaygın olduğu bulunmuştur (Reger ve ark., 1984). Bunlara ek olarak Türkiye Ruh Sağlığı Profili Çalışması’nda 1 yıllık depresif nöbet yaygınlığının kadınlarda erkeklere oranla daha yüksek olduğu ve yineleyici depresyonların kadınlarda daha sık görüldüğü ifade edilmiştir (Erol ve Kılıç, 1998). Genel olarak literatürdeki araştırmalara göre kadınlarda sosyal fobi dışındaki anksiyete bozukluklarının yaygınlığının erkeklere oranla daha yüksek olduğu ortaya konulmuştur (Yonkers ve ark., 1998; Kendler ve ark., 1992). Bu farklılaşmalar hem hormonal nedenlerden hem de toplumun kadına atfettiği roller ve sorumluluklardan kaynaklanabilmektedir. Kadınlarda hamilelik, doğum, lohusalık gibi biyolojik ve psikolojik açıdan depresyona yatkınlığa sebep olacak dönemlerin varlığı, stres etkeni karşısında duyguları dışa vurum kısmında farklılıkların yaşanması, toplumsal cinsiyete dayalı roller, baş etmede eyleme vurum noktasında kadınlara bu olanakların sağlanamaması gibi çeşitli etkenlerden kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

-Bekâr katılımcıların depresyon düzeylerinin evli katılımcıların depresyon düzeylerine göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Cyrus ve Holmes’a göre pandemiden önce ruhsal bozukluğu olan veya tedavisi bitmiş bireyler ile yalnız yaşayan bireyler pandemiden etkilenen bir başka risk grubu olmuştur (Cyrus ve ark., 2020; Holmes ve ark., 2020). Tian ve arkadaşlarının Çin’de yaptıkları araştırmada da boşanmış veya dul kalmış yani bekar bireylerin pandemide daha fazla obsesyon belirtisi gösterdiği ve psikotik semptomlara sahip olduğu saptanmıştır (Tian ve ark., 2020). Yine Cao ve arkadaşlarının yaptığı bir araştırmada da aile ile birlikte yaşıyor olmanın bireyleri pandemik süreçten koruyucu etkenler olduğu belirtilmiştir (Cao ve ark., 2020). Bu durumun nedeni olarak bireysel ve ailesel farklılıklar hariç tutularak sağlıklı aile yapılarında hayatı birlikte

paylaşmanın, bireylerin aile bireyleri sayesinde yalnızlık hissinden uzaklaşmasının, sorumlulukları ve yükü azaltma noktasında çiftlerin birbirlerinin hayatlarını kolaylaştırmasının özellikle karantina evresinde bireylerin pandemi dönemiyle baş etme noktasında psikolojik açıdan önemli bir etken olabileceği söylenebilir.

-Meslek sahibi olmayan katılımcıların sağlık anksiyete ve depresyon düzeylerinin meslek sahibi olan katılımcıların sağlık anksiyete ve depresyon düzeylerine göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Cao ve arkadaşlarının yapmış olduğu bir çalışmada ailenin sabit ve düzenli gelirin olmasının, bireyleri pandemiden koruyucu etken niteliği taşıdığı belirtilmiştir (Cao ve ark., 2020). Diğer yandan araştırmaya göre böyle bir sonucun bulunmasında birçok kişinin işini kaybetmesi durumu veya yeni mezun olan bireylerin iş bulmakta güçlük yaşaması gibi durumların söz konusu olduğu pandemi döneminde bireyin sabit ve düzenli bir işinin olması bireylere ekonomik bir güvence verdiği aynı zamanda da işi online ortamda da olsa bir sosyalleşme aracı olarak kullanabileceği düşünülmektedir.

-Şehirde yaşayan katılımcıların depresyon düzeylerinin beldede yaşayan katılımcıların depresyon düzeylerine göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Literatüre bakıldığında bu duruma yönelik henüz herhangi bir araştırma sonucunun net olarak ortaya konulmadığı görülmektedir. Fakat bu durumun sebebini Özcü ve Atanur, salgının ortaya çıkmadığı dönemde şehirlerde sık kullanılan, bireylerin sıklıkla gittiği, sosyalleştiği alanları kullanamaması, şehir merkezlerinin kalabalık olmasından kaynaklı olarak sosyal mesafe kurallarına uyum noktasında yetersiz kalma ihtimali ve yeşil alanların yetersizliği olabileceğini ileri sürmektedir (Özcü ve Atanur, 2020). Kırsal kesimde ise genellikle evlerin bahçeli ve balkonlu olmasının önemli etken olabileceği düşünülmektedir. Velarde, doğaya görsel olarak erişimin bile fiziksel ve zihinsel sağlığa iyi geldiğini savunmaktadır (Velarde ve ark., 2007).

-Çocuk sahibi olmayan bireylerin depresyon düzeylerinin çocuk sahibi olan bireylere göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Cao ve arkadaşları da aile bireyleri ile birlikte yaşıyor olmanın pandemi sürecinde bireylerin ruh sağlığını koruyucu etkenlerden biri olduğunu tespit etmiştir (Cao ve ark., 2020). Reger ve Thunström yaptığı çalışmalarda uzun süre evde kalmanın bireylerin yalnızlık duygusunu ve depresyon düzeylerini artırdığını göstermiştir (Reger ve ark., 2020; Thunström ve ark., 2020). Aşkın ve arkadaşlarına göre de pandemi döneminde sosyal izolasyon ve karantina süreçlerinde bireyler aileleri ile evde daha fazla vakit geçirmeye başlamışlardır (Aşkın

ve Zeybek., 2019). Bu durumun, sağlıklı aile yapıları açısından düşünüldüğünde, paylaşımın artmasını ve pandemide günlük rutinlerin yavaşlaması sebebiyle aile bireylerinin birbirlerine daha fazla vakit ayırmalarını sağlayarak, sosyalleşme ihtiyaçlarını gidererek bireyin ruh sağlığına olumlu etkide bulunabileceği düşünülmektedir.

-Ekonomik düzeyi orta seviyede olan katılımcıların sağlık anksiyete ve depresyon düzeylerinin ekonomik düzeyi iyi seviyede olan katılımcıların sağlık anksiyete ve depresyon düzeylerine göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Pandemi döneminde maalesef birçok birey ücretsiz izne ayrılmak zorunda bırakılmış veya işsiz kalmıştır. Sürecin uzun sürmesi sebebiyle ekonomik durum etkeninin ailelerin anksiyete ve depresyona eğilimlerinde etkili olmuştur. Nitekim yapılan araştırmalara bakıldığında bu durumun mevcut kriz ortamında bireylerin yaşadıkları yerdeki bölgesel düzeydeki sağlık, ekonomik ve güvenlik önlemlerini yeterli bulmamalarından kaynaklı olabileceği düşünülmektedir (Erdoğan ve ark., 2020). Erdoğan ve arkadaşları tarafından 1026 kişinin dahil edildiği araştırmaya göre bölgesel düzeydeki ekonomi, sağlık ve güvenlik önlemlerini yeterli bulmayan bireylerin yeterli bulanlara oranla sağlık anksiyete düzeylerinin daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (Erdoğan ve ark., 2020). Ayrıca Almeida-Filho ve arkadaşlarına göre daha çok yoksulluk veya düşük sosyal sınıfa ait bir birey olmak ruh sağlığında birtakım bozukluklara sebep olmaktadır (Almeida-Filho, 2004). Kaya'ya göre sosyoekonomik durumun farklı coğrafyalara göre bireylerin depresyon düzeyini etkilediği ve sosyo-ekonomik olumsuzlukların depresyona eğilimi artırdığı ve gidişatı etkilediği belirtilmiştir (Kaya, 2007). Kaya ve Binbay da işsizlik ve yoksulluğun fiziksel rahatsızlıklara yol açtığını, stres bozuklukları, depresyon, umutsuzluk, davranış bozuklukları gibi sorunlara yol açtığını vurgulamışlardır (Binbay ve Kaya, 2006). Murphy ve arkadaşlarına göre depresyon, ekonomik düzeyi düşük olan bireylerde daha sık görülmektedir (Murphy ve ark., 1991).

-Katılımcıların sağlığa dair işlevsel olmayan inanç düzeylerinin arttıkça anksiyete düzeylerinin de artış gösterdiği saptanmıştır. Pandemi döneminde bireylerin sağlığa dair işlevsiz inanç geliştirmesinin sağlık anksiyetelerini yordadığı düşünülmektedir. Nitekim Yılmaz ve Dirik'in 301 kadın ve 202 erkekten oluşan 503 katılımcı üzerine araştırmada da sağlık kaygısının, kaygı duyarlılığı, sağlıkla ilgili işlevsel olmayan inançlardan hastalıkla baş etmede güçlük, hastalığın korkutuculuğu ve hastalık olasılığı ile anlamlı ilişki oluşturduğu tespit edilmiştir (Yılmaz ve Dirik, 2020). Yine Fergus'un yapmış olduğu bir araştırmada sağlıkla ilgili işlevsel olmayan inançların

sağlık kaygısını yordayıcısı olduğu tespit edilmiştir (Fergus, 2014). Pugh da sağlığa dair işlevsel olmayan inançların, hastalık ihtimali ile hastalığın korkutuculuğunun anormal hastalık davranışlarını sağlık kaygısı aracılığıyla yordadığını ortaya koymuştur(Pugh, 2010).

-Katılımcıların sağlığa dair işlevsel olmayan inanç düzeylerinin arttıkça depresyon düzeylerinin de artış gösterdiği saptanmıştır. Beck'e göre bireylerin yaşadığı ruhsal problemlerin incelenmesinde bireydeki mevcut temel inanç, ara inançlar ve otomatik düşünceler gibi bireydeki bilişsel yapı içindeki mevcut şemalar önem arz etmekte ve bu şemalar birbirleriyle ilişki içerisindedir(Beck, 1967). Pandemi döneminde de bireylerin hasta olma olasılıkları, hastalığın korkutuculuğu veya hastalıkla ilgili doğru ve yeterli bilgiye ulaşma noktalarında yaşanan belirsizliklerin ve sosyal medyanın topluma aksettirdiği tabloların bireylerin sağlığa dair işlevsiz inanç geliştirmelerinde etkili olabileceği ve bu durumun sağlıklarına ilişkin kaygı duymalarına, kaygı duyarlılık düzeyinin de depresyona eğilimlerini etkileyebileceği düşünülmektedir.

-Katılımcıların sağlık anksiyete düzeylerinin arttıkça depresyon düzeylerinin de artış gösterdiği sonuçlarına ulaşılmıştır. Rubin ve arkadaşlarına göre pandemi döneminde yaşanan insan kaybı sebebiyle yapılan karantina uygulaması toplumun kaygısını önemli ölçüde artırmaktadır(Rubin ve Wessely, 2020). Ayrıca yakın geçmişte yaşanan küresel salgınların da psikoloji üzerine etkili olduğuyla ilgili araştırmalara bakıldığında pandemiyle ilişkili sağlık kaygısı, travma sonrası stres bozukluğu ve intihar eğilimlerinin olduğu ortaya koyulmuştur (Wheaton ve ark., 2012; Wu ve ark., 2009; Chong ve ark., 2004). Corona virüs pandemisinin de diğer küresel salgınlar gibi depresyon, travma sonrası stres bozukluğu gibi zihinsel ve davranışsal bozukluklar için risk faktörü olduğu belirtilmiştir (Adhanom, 2020). Wang ve arkadaşlarının da corona virüs pandemisinde nüfusun genel ruh sağlığı üzerine yapmış olduğu araştırmaya göre stres, anksiyete ve depresyon düzeyleri arasında anlamlı derecede ilişki bulunmaktadır (Wang ve ark., 2020). Bu durum söz konusu araştırmanın sonucunu destekler niteliktedir.

5.Öneriler

Günümüzde pandemiyle birlikte internet çağının getirileri daha yoğun hissedilmiş ve özellikle eğitimde, hizmet sektöründe kurtarıcı rol üstlenmiştir. Pandemi ve dijitalleşmeyle birlikte bireylerin birbirlerini sevmeye, öğrenmeye ve yaşama anlayışlarında da bir evrilme yaşanmıştır. Araştırma sonuçlarına göre pandemi döneminde uygulanan karantina, sokağa çıkma yasağı, sosyal

izolasyon, yakınlarını kaybetme, yeni vakaların artışının devam etmesi gibi durumların etkisini uzun vadede sürdüreceği öngörülerek söz konusu etkilerin bireylerin ruh sağlığında çeşitli değişikliklere yol açacağı düşünülmüştür. Bu durumların bireylerin ruh sağlığını giderek daha kötü yönde etkileyebileceği varsayılarak sürecin bireyler üzerindeki etkisini en aza indirmek ve takibini kolaylaştırmak adına birtakım öneriler aşağıda sunulmuştur. Ayrıca yapılacak önerilerle gelecek araştırmalara da katkı sağlanabileceği düşünülmüştür. En temelde hastalığın korkutuculuğu, genel seyri, hastalık ile ilgili bilgilerin güncellenmesi, doğru bilinen yanlışların düzeltilmesi, hastalık şüphesinin duyulmaya başlandığı andan itibaren bireyin geçeceği önlem veya tedavi basamakları gibi toplum tarafından kulaktan dolma bilgilerin yayılmasının engellenerek sürece şeffaflık kazandırılması ve bireylerin sağlıkla ilgili işlevsiz inanç oluşturmalarının önüne geçilerek biliş düzeylerinin artırılması sağlanabilir. Politika yapıcıların iş birliğiyle toplumun nabzını tutarak toplumun her kesiminin ihtiyaç ve isteklerine yönelik yeni yardım paketlerinin hazırlanması, sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi planlanabilir.

Bireylerin psikolojik durumlarına yönelik izleme, tarama, sevk ve hedefe yönelik müdahaleyi içeren kapsamlı bir online -kriz önleme ve müdahale sistemi oluşturulabilir. Bu sistem aynı ‘‘Hayat Eve Sığar (HES)’’ uygulaması gibi bir aplikasyona dönüştürülerek bireylerin süreç içindeki psikolojik durumları kolaylıkla takip edilebilir. Aplikasyondan elde edilecek bilgiler ışığında bireyin ihtiyaçları erken müdahale planıyla karşılanabilir veya daha kötü duruma gitmesinin önüne geçilebilir. Örneğin; psikolojik sorununun altında yatan etken geçim sıkıntısıysa erken ekonomik müdahalelerle depresyon veya intihara eğilim engellenebilir. Veya bu uygulama aracılığıyla aile üyelerine psikoeğitimler, baş etme becerilerinin kazandırılması, ruhsal sorun paylaşımı oturumları yapılabilir. Bu uygulamayla toplum üzerindeki psikolojik baskı ve zihinsel sağlık problemlerinin önüne geçmek daha olası olacaktır. Ayrıca alt yapı problemiyle (internet, elektrik gibi.) bu sistemin hizmetlerinden faydalanamayacak bireylere yönelik bir başvuru hattı oluşturularak yerin tespit edilmesi sağlanabilir. Son olarak da pandemiden önce psikolojik tedavisi devam eden veya takip aşamasında olan hastalar, yalnızlık duygusunu yoğun hisseden ve özellikle risk grubunda olan bireylerde psikolojik problemlerin önüne geçebilmek için toplumdaki gönüllülerle ve yerel yönetimlerle iş birliği yaparak profesyonel meslek elemanı liderliğinde bir gönüllü hizmet ağı oluşturularak mahalle izleme mobil ekipleri oluşturulabilir. Genel olarak pandemi son bulsa dahi bu sürecin uzun süre tüm dünyada etkisini sürdüreceği aşikârdır. Dolayısıyla bu sürecin sağlıklı yürütülebilmesi için önce birey bazında görev ve sorumlukların

yerine getirilerek toplumsal bilincin oluşturulması, bireysel olarak atılan adımların tüm toplumu etkilediğinin farkında olunması gerekmekte, ayrışmanın değil birleşmenin yarar getireceği de unutulmamalıdır.

Kaynakça

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

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

Aşkın R., Bozkurt Y. ve Zeybek Z.(2019),Covid-29 Pandemisi:Psikolojik Etkileri ve Terapötik Müdahaleler, *İstanbul Ticaret Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, Covid-19 Sosyal Bilimler Özel Sayısı,Sayı:37 Bahar (Özel Ek) s.304-318

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

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

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

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

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

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

Chong, M. Y., Wang, W. C., Hsieh, W. C., Lee, C. Y., Chiu, N. M., Yeh, W. C., ... & Chen, C. L. (2004). Psychological impact of severe acute respiratory syndrome on health workers in a tertiary hospital. *The British Journal of Psychiatry*, S.185(2), s.127-133

Cyrus, S. H. H., Cornelia Y. I. C., ve Roger C. M. H. (2020). Mental Health Strategies to Combat the Psychological Impact of COVID-19 Beyond Paranoia and Panic, *Academy of Medicine*. S. 49(3), 155-160

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

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

Erdoğan, Y., Koçoğlu, F. ve Sevim, C. (2020). Covid-19 Pandemisi Sürecinde Anksiyete ile Umutsuzluk Düzeylerinin Psikososyal ve Demografik Değişkenlere Göre İncelenmesi, *Klinik Psikiyatri Dergisi*. S.23. DOI: [10.5505/kpd.2020.35403](https://doi.org/10.5505/kpd.2020.35403)

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

Erol, N., Kılıç, C., Ulusoy, M. (1998). *Türkiye Ruh Sağlığı Profili Raporu*. Ankara .

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

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

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

Hisli, N (1989).Beck Depresyon Envanterinin Üniversite Öğrencileri İçin Geçerliliği ve Güvenirliği. Bilkent Üniversitesi, Psikolojik Danışma ve Rehberlik Merkezi, Ankara

<https://psikiyatri.org.tr/halka-yonelik/24/depresyon-konusunda-bilmek-istedikleriniz> erişim: 10.04.2021 saat: 16.40

Holmes, E. A., O'Connor, R. C., Perry, V. H., Tracey, I., Wessely, S., Arseneault, L., ... ve Ford, T. (2020). Multidisciplinary Research Priorities for the Covid-19 Pandemic: A Call for Action for Mental Health Science, *The Lancet Psychiatry*, S.7,s. 547-560.[https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)301681](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)301681)

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

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

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

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

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

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

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

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

National Institute of Allergy and Infectious Disease (2020). Coronaviruses. Erişim Kaynağı: <https://www.niaid.nih.gov/diseases-conditions/coronaviruses>

Nikiforuk, A. (2000).*Mahşerin Dördüncü Atlısı, Salgın ve Bulaşıcı Hastalıklar Tarihi*. Erkanlı S, çev. ed: İletişim Yayınları.

Ocaktan, ME. (2015). *Sıtma*. Türkiye Klinikleri J. Public Health-Special Topics,S.1(3),s.60-7.

Okur İ, Demirel Ö.(2020), Covid-19 ve Psikiyatrik Bozukluklar. *Medical Research Reports*.S.3, s.86-99.

Özcü, A. ve Atanur, G.(2020).Kovid-19 Pandemisinin Kent Yaşamına Etkisi:Kamusal Alan Üzerine Değerlendirmeler, *Paradoks Ekonomi Sosyoloji ve Politika Dergisi*. S2:237-250

Phillips, H., Killingray, D. (2003). *The Spanish Influenza Pandemic of 1918 – 19*. New Perspectives. Routledge Taylor and Francis Groups. S.1.

Pugh, N. E. (2010). *Elucidating the relationship between health anxiety and behaviour*. (Unpublished master thesis). University of Regina, Regina-Saskatchewan.

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

Reger, M. A., Stanley, I. H., ve Joiner, T. E. (2020). Suicide Mortality and Coronavirus Disease 2019—A Perfect Storm?, *Journal of the American Medical Association Psychiatry*, [doi:10.1001/jamapsychiatry.1060](https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.1060)

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

Rubin, G. J., & Wessely, S. (2020). The psychological effects of quarantining a city. S.368.

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

Sherman, Irwin W. (2016). Çeviren. Emel Tümbay, Mine Anğ Küçüker. *Dünyamızı Değiştiren On İki Hastalık*, İş bankası Kültür Yayınları.

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

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

Topal, Selmur. (2012). *Hatay İlinde 2009 Yılında İkinci Basamak Sağlık Kurumlarında Tanısı Konulan A Grubu Bildirimi Zorunlu Bulaşıcı Hastalıkların Bildirim Durumunun Ve Bildirime Etki Eden Faktörlerin Değerlendirilmesi*. Doktora Tezi, Gazi Üniversitesi, Ankara

Turhan, S.K. (2020).*Dünya Tarihinde Pandemiler ve Covid-19.Türkiye Klinikleri*, Ankara.

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

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

Wallace, C. L., Wladkowski, S. P., Gibson, A., ve White, P. (2020). Grief during the COVID-19 pandemic: considerations for palliative care providers. *Journal of Pain and Symptom Management*, 60, e70-e76

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

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

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

Wheaton, M. G., Abramowitz, J. S., Berman, N. C., Fabricant, L. E., & Olatunji, B. O. (2012). Psychological predictors of anxiety in response to the H1N1 (swine flu) pandemic. *Cognitive Therapy and Research*, S.36(3), s.210- 218.

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

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

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

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

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

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