



**T.C.
MUĞLA SITKI KOÇMAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANA BİLİM DALI
HALK SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ TEZLİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**COVID-19 PANDEMİ SÜRECİNDE KRONİK RUHSAL
HASTALIĞI OLAN BİREYLERİN GENEL SAĞLIK ALGISI,
YAŞAM KALİTESİ VE STRES DÜZEYİNİ ETKİLEYEN
FAKTÖRLER**

Sibel Nur IŞIK

MUĞLA-2023

**T.C.
MUĞLA SITKI KOÇMAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANA BİLİM DALI
HALK SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ TEZLİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**COVID-19 PANDEMİ SÜRECİNDE KRONİK RUHSAL
HASTALIĞI OLAN BİREYLERİN GENEL SAĞLIK ALGISI,
YAŞAM KALİTESİ VE STRES DÜZEYİNİ ETKİLEYEN
FAKTÖRLER**

Sibel Nur IŞIK

**Tez Danışmanı
Doç. Dr. Özcan AYGÜN**

MUĞLA-2023

TEZ ONAYI

Sibel Nur IŞIK tarafından hazırlanan “COVID-19 Pandemi Sürecinde Kronik Ruhsal Hastalığı Olan Bireylerin Genel Sağlık Algısı, Yaşam Kalitesi ve Stres Düzeyini Etkileyen Faktörler” başlıklı tez çalışması aşağıdaki jüri tarafından oy birliği ile Hemşirelik Ana Bilim Dalı, Halk Sağlığı Hemşireliği Tezli Yüksek Lisans Programında, Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Jüri Başkanı	Doç. Dr. Sevil ALBAYRAK Sağlık Bilimleri Üniversitesi	(İmza)
Tez Danışmanı	Doç. Dr. Özcan AYGÜN Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi	(İmza)
Üye	Dr. Öğr. Üyesi Çiğdem Fulya DÖNMEZ Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi	(İmza)

Tez savunma tarihi: 04/07/2023

Bu tez Hemşirelik Ana Bilim Dalı, Halk Sağlığı Hemşireliği Tezli Yüksek Lisans Programında, Yüksek Lisans Tezi olması için gerekli şartları yerine getirmektedir.

Prof. Dr. Müessser ÖZCAN
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI

Tezin kendi orijinal çalışmam olduğunu, başkalarının haklarını ihlal etmediğimi ve tezimin tek yetkili sahibi olduğumu beyan ve taahhüt ederim. Tezimde yer alan telif hakkı bulunan metinleri sahiplerinden yazılı izin alarak kullandığımı ve istenildiğinde suretlerini Üniversiteye teslim etmeyi taahhüt ederim.

Enstitü tarafından onaylanan lisansüstü tezimin tamamını veya herhangi bir kısmını, basılı (kâğıt) ve elektronik formatta arşivleme ve aşağıda verilen koşullarla kullanıma açma iznini Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesine verdiğimi bildiririm. Bu izinle Üniversiteye verilen kullanım hakları dışındaki tüm fikri mülkiyet haklarım bende kalacak, tezimin tamamının ya da bir bölümünün gelecekteki çalışmalarda (makale, kitap, lisans ve patent vb.) kullanım hakları bana ait olacaktır.

Yükseköğretim Kurulu tarafından yayınlanan *“Lisansüstü Tezlerin Elektronik Ortamda Toplanması, Düzenlenmesi ve Erişime Açılmasına İlişkin Yönerge”* kapsamında tezim aşağıda belirtilen koşullar haricinde YÖK Ulusal Tez Merkezi / MSKÜ Açık Erişim Sisteminde erişime açılabilir.

☐ Tezimle ilgili patent başvurusu yapılacağından veya patent alma süreci devam ettiğinden Enstitü Yönetim Kurulu kararı ile tezimin mezuniyet tarihimden itibaren 2 yıl erişime açılmasının ertelenmesini talep ediyorum.

☐ Tezimde yeni teknik, materyal ve metotlar kullanıldığından ve henüz makaleye dönüşmemiş olduğundan Enstitü Yönetim Kurul kararı ile mezuniyet tarihimden itibaren 6 ay tezimin erişime açılmasının ertelenmesini talep ediyorum.

04/07/2023

(İmza)

Sibel Nur IŞIK

ETİK BEYAN

Yüksek lisans tezi olarak sunduğum “COVID-19 Pandemi Sürecinde Kronik Ruhsal Hastalığı Olan Bireylerin Genel Sağlık Algısı, Yaşam Kalitesi ve Stres Düzeyini Etkileyen Faktörler” isimli çalışmada tezin planlanmasından yazımına kadar tüm süreçlerde etik ilkelere bağlı kaldığımı, tezime ilişkin bilgi ve belgeleri akademik ve bilimsel etik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi, kullandığım verilerde herhangi bir tahrifat yapmadığımı, tezimde kullandığım tüm görsel ve yazılı materyallerin kaynağını gösterdiğimi, yararlandığım eserlerin tümünün kaynaklar bölümünde yer aldığını, tezimin Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Yazım Kılavuzuna göre yazıldığını beyan ederim.

04/07/2023

(İmza)

Sibel Nur IŞIK

TEŞEKKÜR

Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Halk Sağlığı Hemşireliği Öğretim Üyelerine ve tez çalışmamın her aşamasında bana değerli vaktini ayıran, her aradığımda ulaştığım ve pozitif yaklaşımda bulunarak beni her daim motive eden değerli danışmanım Doç. Dr. Özcan AYGÜN'e teşekkür ederim.

Bu zorlu süreçte gerek hastalığımda gerekse uykusuz gecelerimde yanımda olan hakkını ödeyemeyeceğim kıymetlilerim annem Safiye IŞIK ve babam Servet IŞIK'a, sen bunu da başarırısın diyen abim Ahmet Fatih IŞIK ve kardeşim Teyfik Fikret IŞIK'a teşekkür ederim.

Zorlandığım zaman yardımlarını esirgemeyen Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Öğretim Üyelerinden Prof. Dr. Cantürk ÇAPIK, Prof. Dr. Dilek KILIÇ, Dr. Öğr. Üyesi Mine CENGİZ'e ve ben de yeri ayrı olan her zaman beni motive eden Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimler Enstitüsü Sekreteri Hakan AKSAKAL' a, ayrıca Atatürk Üniversitesi Horasan Meslek Yüksekokulu Öğr. Görevlisi Hakan SIÇRAR'a teşekkür ederim.

COVID-19 PANDEMİ SÜRECİNDE KRONİK RUHSAL HASTALIĞI OLAN BİREYLERİN GENEL SAĞLIK ALGISI, YAŞAM KALİTESİ VE STRES DÜZEYİNİ ETKİLEYEN FAKTÖRLER

ÖZET

Bu araştırmanın amacı, COVID-19 pandemi sürecinde kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin genel sağlık algısını yaşam kalitesini ve algılanan stres düzeyini etkileyen faktörleri belirlemektir. Tanımlayıcı ve ilişkisel olarak yapılan çalışma birey üzerinde yürütüldü. Veriler, sosyo-demografik veri formu, Algılanan Stres Ölçeği (ASÖ), DSÖ Yaşam Kalitesi Ölçeği-Kısa Formu (WHOQOL-Bref-TR) ve Sağlık Algısı Ölçeği (SAÖ) yüz yüze ve telefon aracılığı ile toplandı. Verilerin analizinde bağımsız gruplarda t-testi, tek yönlü varyans analizi ve korelasyon analizi kullanıldı. Katılımcıların ASÖ toplam puanına göre evlilerin puanlarının, hiç evlenmemiş olanlardan daha yüksek olduğu saptandı ($p<0.05$). Katılımcıların eğitim durumu, meslek, çalışma durumu, gelir seviyesi, baba eğitim düzeyi, anne eğitim düzeyi, madde kullanımı, ailede kronik hastanın tanısı ve intihar girişimi ile WHOQOL-Bref-TR genel sağlık puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu belirlendi ($p<0.05$). Katılımcıların eğitim ve çalışma durumu, mesleği, gelir seviyesi, ailede kronik hastalık öyküsü ve intihar girişimi ile sağlık algısı puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu saptandı ($p<0.05$). Çocuk sayısı arttıkça ASÖ toplam puanının da yükseldiği, madde kullananların genel sağlık skorlarının kullanmayanlara göre daha yüksek olduğu ve alt gelir seviyesinde olanların sağlık algısı puanlarının orta/üst gelir seviyesinde olanlardan düşük olduğu belirlenmiştir. ASÖ puanı arttıkça fiziksel sağlık puanı da artmakta, genel sağlık puanı arttıkça ise sağlık algısı puanı azalmaktadır. COVID-19 pandemi sürecinde kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin demografik özelliklerinin algılanan stres, yaşam kalitesi ve sağlık algısı düzeyini etkilediği belirlendi. Pandemi gibi olağandışı durumlarda kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin dikkatli bir şekilde incelenmesi, bu hastalara doğru zamanda ve doğru yaklaşımda bulunulması önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: COVID-19, Kronik Ruhsal Hastalık, Sağlık Algısı, Stres, Yaşam Kalitesi

**FACTORS AFFECTING THE GENERAL PERCEPTION OF HEALTH,
QUALITY OF LIFE AND STRESS LEVEL OF INDIVIDUALS WITH
CHRONIC MAIN DISEASES DURING THE COVID-19 PANDEMIC PROCESS**

ABSTRACT

The aim of this study is to determine the factors affecting the general health perception, quality of life and perceived stress level of individuals with chronic mental illness during the COVID-19 pandemic process. The descriptive and relational study was carried out on the individual. Data were collected via socio-demographic data form, Perceived Stress Scale (PSS), WHO Quality of Life Scale-Short Form (WHOQOL-Bref-TR), and Health Perception Scale (HPS) face-to-face and via telephone. In the analysis of the data, independent groups t-test, one-way analysis of variance and correlation analysis were used. According to the participants' PSS total score, married people's scores were found to be higher than those who were never married ($p < 0.05$). It was determined that there was a statistically significant difference between the education level, occupation, employment status, income level, father's education level, mother's education level, substance use, diagnosis of chronic patient in the family, suicide attempt and WHOQOL-Bref-TR general health score averages of the participants ($p < 0.05$). It was determined that there was a statistically significant difference between the education and employment status, occupation, income level, family history of chronic disease, suicide attempt and health perception mean scores of the participants ($p < 0.05$). It was determined that as the number of children increased, the PSS total score also increased, the general health scores of substance users were higher than those of non-users, and the health perception scores of those at lower income level were lower than those at middle/upper income level. As the PSS score increases, the physical health score also increases, and as the general health score increases, the health perception score decreases. It has been determined that the demographic characteristics of individuals with chronic mental illness during the COVID-19 pandemic process affect the level of perceived stress, quality of life and health perception. It is recommended to carefully examine individuals with chronic mental illness in extraordinary situations such as pandemics, and to approach these patients at the right time and at the right time.

Keywords: COVID-19, Chronic Mental Illness, Health Perception, Stress, Life Quality

İÇİNDEKİLER

TEZ ONAYI.....	i
YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI.....	ii
ETİK BEYAN	iii
TEŞEKKÜR	iv
ÖZET	v
ABSTRACT.....	vi
İÇİNDEKİLER.....	vii
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ.....	ix
TABLolar DİZİNİ.....	x
1. GİRİŞ.....	1
1.1. Problemin Önemi ve Tanımı	1
1.2. Araştırmanın Amacı	3
1.3. Araştırmanın Soruları	3
2. GENEL BİLGİLER.....	4
2.1. Ruh Sağlığı ve Önemi	4
2.2. Kronik Ruh Sağlığı Sorunları.....	5
2.3. COVID-19 Pandemi Sürecinde Kronik Ruhsal Hastalığı Olan Bireylerin Yaşadığı Problemler	6
2.3. Birinci Basamakta Kronik Ruh Hastalıklarına Yaklaşım	9
2.4. COVID-19 Pandemi Sürecinde Kronik Ruh Hastalıkları Hizmetleri	10
2.5. Genel Sağlık Algısı	11
2.6. Yaşam Kalitesi	12
2.7. Algılanan Stres	13
2.8. Toplum Ruh Sağlığı Hemşiresinin Kronik Ruh Sağlığı Sorunu Olan Bireylere Yaklaşımı	14
3. YÖNTEM	17
3.1. Araştırma Modeli	17
3.2. Araştırma Evren ve Örneklemi	17
3.3. Veri Toplama Araçları	17
3.4. Veri Toplama Süreci	19
3.5. Deneysel Kurgu.....	19
3.6. İstatistiksel Analiz.....	20
3.7. Etik Onay	20
3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları	20
4. BULGULAR.....	21

4.1. Bireylerin Sosyodemografik Özelliklerinin Değerlendirilmesi	21
4.2. Katılımcıların Demografik Özelliklere Göre Sağlık Algısı Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	23
4.3. Katılımcıların Demografik Özelliklere Göre WHOQOL-Bref-TR Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması	26
4.4. Katılımcıların Çeşitli Demografik Özellikler ile WHOQOL-Bref-TR Ölçeği Alt Boyut Skorları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi	35
4.5. Katılımcıların Demografik Özelliklere Göre ASÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	36
4.6. Katılımcılarda Sağlık Algısı, Yaşam Kalitesi ve ASÖ İlişkisi	40
5. TARTIŞMA	41
5.1. Sağlık Algısına İlişkin Bulguların Tartışılması.....	41
5.2. WHOQOL-Bref-TR Ölçeği ve Alt Boyut Boyutlarına İlişkin Bulguların Tartışılması.....	42
5.3. Algılanan Stres Ölçeğine İlişkin Bulguların Tartışılması	44
6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER	46
6.1. Sonuçlar	46
6.2. Öneriler	48
KAYNAKLAR	50
EKLER	65
Ek 1: ETİK KURUL ONAYI	65
Ek 2: KURUM İZNİ	66
Ek 3: FORMLAR (VERİ / KAYIT FORMLARI / ANKET FORMLARI / vb.)	71
Ek 4: ÖZ GEÇMİŞ	78

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

ASÖ	: Algılanan Stres Ölçeği
COVID-19	: Koronavirüs Hastalığı 2019
DSÖ/WHO	: Dünya Sağlık Örgütü
HT	: Hipertansiyon
KKH	: Kronik Kalp Hastalığı
KRH	: Kronik Ruhsal Hastalık
SAÖ	: Sağlık Algısı Ölçeği
WHOQOL-Bref-TR	: Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Türkçe Formu
TRSH	: Toplum Ruh Sağlığı Hizmetleri
TRSM	: Toplum Ruh Sağlığı Merkezi

TABLOLAR DİZİNİ

Tablo 4.1. Katılımcıların Demografik Özelliklerinin Dağılımı (n=218)	21
Tablo 4.2. Katılımcıların Bazı Sürekli Değişkenlerinin Dağılımı (n=218).....	23
Tablo 4.3. Katılımcıların Demografik Özelliklere Göre Genel Sağlık Algısı Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=218)	23
Tablo 4.4. Katılımcıların Çeşitli Demografik Özellikler İle Genel Sağlık Algısı Puan Ortalamaları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi (n=218).....	26
Tablo 4.5. Katılımcıların Demografik Özelliklere Göre WHOQOL-Bref-TR Ölçeği Alt Boyut Skorlarının Karşılaştırılması (n=218)	27
Tablo 4.6. Katılımcıların Çeşitli Demografik Özellikler İle WHOQOL-Bref-TR Ölçeği Alt Boyut Skorları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi (n=218).....	35
Tablo 4.7. Katılımcıların Demografik Özelliklere Göre ASÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=218).....	36
Tablo 4.8. Katılımcıların Çeşitli Demografik Özellikler İle ASÖ Arasındaki İlişkinin İncelenmesi (n=218).....	39
Tablo 4.9. Katılımcıların Sağlık Algısı Ölçeği, WHOQOL-Bref-TR ve alt boyutları ile Algılanan Stres Ölçeği Arasındaki İlişkinin İncelenmesi (n=218)	40

1. GİRİŞ

1.1. Problemin Önemi ve Tanımı

Global Health Data Exchange tarafından yayımlanan bir raporda küresel olarak tahminen sekiz kişiden birinin ruhsal bozuklukla yaşadığı belirtilmektedir (GBD Results Tool (2022)). Dünya sağlık örgütü tarafından 2020 yılında yayımlanan bir raporda ise, dünya çapında 301 milyon insanın anksiyete bozukluğu, 280 milyon kişi depresif bozukluklar (hem majör depresif bozukluk hem de distimi dâhil) yaşadığı belirtilmektedir. Raporda 24 milyon kişide şizofreni, 40 milyon kişide bipolar bozukluk görüldüğü ve bu iki hastalığın çalışma çağındaki bireyleri etkilediği ifade edilmektedir (WHO, 2020). Ruh sağlığı sorunlarının durumu nispeten düşük maliyetle etkili bir şekilde tedavi edilebilir, ancak ruhsal bakıma ihtiyacı olan kişiler ile bakıma erişimi olanlar arasındaki fark hala önemini korumaktadır. Bu nedenle ruhsal sorunlarda etkin tedavinin kapsamının oldukça düşük seviyede olduğu belirtilmektedir (WHO, 2022).

Son yıllarda, ruh sağlığının “Sürdürülebilir Kalkınma Hedeflerine” dâhil edilmesinin de gösterdiği gibi, ruh sağlığının küresel kalkınma hedeflerine ulaşmada oynadığı önemli rolün kabulü giderek artmaktadır. Dünyada, kronik ruh sağlığı hastalıkları (KRH) olan bireyler ise önlenebilir nedenlerden 20 yıl daha erken yaşamlarını kaybetmektedirler (WHO, 2022).

DSÖ, 2019 Aralık ayı sonlarında Çin’in Wuhan şehrinde ilk ortaya çıkan ve artan oranda görülmeye başlayan (Ti vd., 2020), insan hareketleriyle hızlı bulaşıcılığı olan virüsü “Yeni Koronavirüs” (COVID-19) olarak adlandırılmış ve “Yeni Koronavirüs Hastalığı” olarak tanımlanmıştır (Işıklı, 2020). Dünyada birçok ülkeye çok kısa sürede yayıldığı için pandemiye neden olmuş (Bao vd., 2020) ve etkisini 216 ülkede göstermiştir (WHO, 2020a). Dünya’da COVID-19 toplam vaka sayısının 1 Ocak 2023’e kadar, 656 milyondan fazla ve vefat sayısının 6,6 milyondan fazla olduğu bildirilmiştir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2023). Türkiye’de vaka sayısı yaklaşık 14-27 Kasım; 17.042.722, ölüm sayısı ise 101.492 olarak kaynaklara geçmiştir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2022). COVID-19’un sosyal ve ekonomik yönden olumsuz etkilerinin bireylerde mutsuzluk, depresif ve kaygı gibi semptomlar gösterebileceği, bu semptomların da kronikleşebileceğine değinilmiştir

(Blumenstyk, 2020; Wind vd., 2020). Bununla beraber ekonomi ile sosyal yönden değişimin alışkanlıklar ve düzen üzerinde önemli farklılıklar oluşturabileceğine dikkat çekilmiştir (BBC, 2020; Crowcroft, 2020). COVID-19 salgını, ruhsal rahatsızlığı olan bireylerde COVID-19'un bulaşmasını önlenmesi ve tedavinin uygulanmasındaki güçlüklerle ek olarak, bu hastaların yaşadıkları ruhsal sorunların ele alınmasını da güçleştirmiştir (Sağlam vd., (2022). COVID-19 pandemisi, psikiyatrik sorunların artışına, psikiyatrik hastaların klinik belirtilerinde belirtilerde şiddetlenmeye ve bu hastaların tedavi ve ruhsal desteğe ihtiyaçlarının artmasına neden olarak dünya sağlık sistemine ek bir yük meydana getirmiştir. COVID-19' un ruhsal sağlığa zararlı etkilerinin azaltılması global bir halk sağlığı önceliği olarak belirtilmiştir (Xiong vd., (2020). Ülkemizde yapılan bir çalışmada, kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin salgın döneminde ve sonrasında psikolojik, sosyal ve ekonomik olarak etkilenmelerinin göz önünde bulundurulması ve kronik ruhsal hastalığı olan bireyler için erken dönemde önlem alınarak, önleyici girişimlerin planlanmasının önemine vurgu yapılmaktadır (İnce, 2020). Hemşirelerin hassas grupların gereksinimlerinin belirlenmesinden beceri kazanarak bu grupları sağlık hizmetlerindeki eşitsizliklere ve ayrımcılığa karşı koruması (Purpa, 2020), bunu başarmak için de kriz sürecinde erişimi kolay, gerçek ve kanıtlanabilir sağlık bilgilerinin sunulmasında görev alması önemlidir (IASC, 2020).

KRH tanılı bireylere COVID-19 hastalığına bağlı tarama, bu hastalıktan korunma, hastalığın tedavisi hakkında gerçek, güncel ve kanıtlanabilir bilgi verilmesinin büyük önem taşıdığı bilinmektedir. Hastalığın hangi yollar ile bulaştığı, hastalıktan korunmada maskenin nasıl takılacağı, sosyal mesafenin ve el vb. hijyenin neden önemli olduğu nasıl yapıldığının hastalara anlatılması önerilmekte; hasta ve yakınlarının medyada paylaşılan asılsız bilgilere ulaşmalarının engellenmesinin önemine dikkat çekilmektedir (Druss, 2020). Bu araştırmada kronik ruh hastalığı olan bireylerin COVID-19 pandemi sürecinde kişisel, ruhsal ve bakım yönünden yaşadıkları sorunların belirlenmesi hedeflenmiştir. Çalışmanın sonuçlarının kronik ruh hastalığı olan bireylerde tespit edilecek kişisel, ruhsal ve bakım yönünden yaşanan sorunların çözümüne yönelik çalışmalara ışık tutacağı düşünülmektedir.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu araştırmanın amacı, COVID-19 pandemi sürecinde kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin genel sağlık algısı, yaşam kalitesi ve stres düzeylerini etkileyen faktörleri belirlemektir.

1.3. Araştırmanın Soruları

- ✓ KRH sorunu olan bireylerin sağlık algısını etkileyen faktörler nelerdir?
- ✓ KRH sorunu olan bireylerin yaşam kalitesini etkileyen faktörler nelerdir?
- ✓ KRH sorunu olan bireylerin algıladıkları stres düzeyini etkileyen faktörler nelerdir?
- ✓ KRH sorunu olan bireylerin sağlık algısı, yaşam kaliteleri ve algıladıkları stres düzeyleri arasında ilişki var mıdır?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Ruh Sağlığı ve Önemi

DSÖ'ye göre ruh sağlığı; bireyin kendi potansiyelini ortaya çıkardığı, karşılaşılması olası stres faktörleriyle başa çıkabildiği, verimli bir şekilde iş yapabildiği ve bulunduğu topluma faydalı olabildiği bir iyi olma durumudur (DSÖ, 2014). Morgan ise ruh sağlığını kişinin içinde bulunduğu toplumun normlarıyla uyum içinde yaşaması, duygu, davranış ve düşünceleri ile yaşının örtüşmesi ve kişinin dış ve iç nedenler ile meydana gelen stres ile baş edebilme durumu olarak belirtmiştir (Townsend ve Morgan, 2017). Sigmund Freud'a göre ruh sağlığının sevmek ve çalışmak anlamı taşıdığına değinilmektedir. Ruh sağlığını korumanın 'çalışmak ve sevmeyi bilmek' anlamına gelebileceği; kendi ile barışık olan insanın ruh sağlığını koruyabileceği vurgulanmaktadır. Bireylerin iş ortamı, başarı seviyesi, yakın ve sosyal çevresi gibi etkenlerden olumsuz yönden etkilenmeleri, fiziksel rahatsızlıkların bıraktığı sıkıntılardan daha fazla ruhsal yönden sıkıntı yaşamalarına neden olabileceğine dikkat çekilmektedir (Ruh Sağlığı Derneği, 2011).

Birey psikolojik yönden bilişsel, davranışsal ve duygusal boyutta problem yaşıyorsa, destek almadan bu problemler ile başa çıkamayıp çözüm bulamıyorsa ve sosyal işlevselliğinde bozukluk var ise, bu bireyin ruhsal yönden iyi olmadığı söylenebilir. Bireyin yardıma gereksinim hissettiği davranış, düşünce ve duygusal sıkıntılarının hastalık olarak tanımlanabilmesi için bu sıkıntıların şiddeti, sıklığı ve yoğunluğu önemlidir. Bu sıkıntıların, bireyin bulunduğu topluma ayak uydurmada zorluk olarak görülüp görülmemesi ve toplumun normlarına uygun olup olmaması önem arz etmektedir (Öztürk ve Uluşahin, 2016).

Ruh sağlığını etkileyen faktörler;

Kişisel özellikler: Davranış bozukluğu, öz saygı - öz güven eksikliği, bilişsey düzeyin alt seviyede olması, alkol-madde kullanımı, iletişimde yetersizlik görülmesi bu özellikler arasında yer almaktadır.

Sosyal ve ekonomik durum: Yalnızlık, yakın-akran kaybı, yetersiz iletişim, ihmal edilme, istismar-şiddete maruz kalma, düşük gelir düzeyi gibi maddelerden oluşmaktadır.

Çevresel etkenler: Ayrımcılık-damgalamaya maruz kalma, temel gereksinimlerin karşılanamaması, savaş/pandemi gibi felaketlerin içerisinde bulunma, toplumsal eşitsizlik gibi durumlar çevresel etkenlerin içerisinde yer almaktadır (WHO, 2012).

2.2. Kronik Ruh Sağlığı Sorunları

KRH'sı olan bireylerde sosyal bilişsel işlevsellikte bozukluk, yaşam kalitesinde düşüş (Randal vd., 2015), tedaviye uyumsuzluk görüldüğüne değinilmiştir (Semahegn vd., 2018). Ruhsal hastalığı olan bireylerin iş, ev ve sosyal yaşantılarında olumsuz şekilde etkilenebileceği, bununla beraber bu hastaların sosyal ilişkilerini devam ettirmede ve günlük ihtiyaçlarını karşılamada sıkıntı duyabileceği belirtilmiştir (Aktay ve Sayar, 2020). Buna ek olarak, KRH'ya karşı yapılan damgalamanın fazla olması, bu rahatsızlıkların tanınmasına izin vermeyerek bireylerin bu rahatsızlığa ön yargı ile yaklaşmasına neden olabileceği (Malas, 2019) ve kişilerde bilişsel zarar ile beraber yeti yitimine, sosyal ve ekonomik kayıplara sebebiyet verebileceği ifade edilmiştir (Çetinkaya ve Bademli, 2013; Arabacı vd., 2018).

KRH tanılı bireylerin ihtiyaçları sosyal, bilişsel ve işlevsel yeteneklerindeki kayıplar yüzünden özelleşmiştir. Bu kayıplar, hastaların günlük aktivitelerinin devamı için bazı özel gereksinimlere ihtiyaç duymalarına neden olmuştur (Zuniga vd., 2013). Bu gereksinimleri etkileyen sosyo-demografik etkenlerin; yaş, cinsiyet, hastalık tanısı, etnik kökenin farklılığı, hastanede kalınan süre ve ekonomik durum olduğu ifade edilmiştir (Hancock vd., 2016; Guzman-Parra vd., 2018). Sosyo-demografik etkenlerin dışında KRH tanılı bireylerin hastalığı nasıl algıladıkları, yeti yitimi, kişilik bozukluğu varlığı ve semptomlarındaki alevlenme düzeyinin de hastaların gereksinimlerini etkilediği belirtilmiştir (Caqueo-Urizar vd., 2017). Hasta bireyler, toplum ile uyumlarını sağlamak ve yaşam kalitelerini yükseltmek için aile fertleriyle birlikte ruh sağlığı profesyonellerinin holistik bakımına ihtiyaç duymaktadırlar (Lasalvia vd., 2012). Buna binaen bazı çalışmalarda KRH tanılı bireylerin, hastalıklarının tedavisiyle fiziksel sağlık durumları hakkında bilgiye, yakın ilişkilere ihtiyaç duyduğu ve bu ihtiyaçlarının karşılanmadığı saptanmıştır (Cialkowska-Kuzminska vd., 2014, Bitter vd., 2016, Neogi vd., 2016).

Hao ve arkadaşlarının (2020) yaptığı çalışmada KRH'sı ve ruhsal hastalığı olan bireylerden 76 ve sağlıklı kontrol grubundan seçilen 109 kişi karşılaştırılarak ruhsal bozukluğu olan hastaların sağlıklı bireylere göre anksiyete, depresyon ve uykusuzluk görülme sıklıklarının daha fazla olduğu saptanmıştır (Hao vd., 2020). 2017' de Lex ve arkadaşlarının bipolar bozukluk üzerinde stresin etkilerini araştırdıkları çalışmada, bu hastaların fiziksel tanımlı kişilere göre stresi meydana getiren olayları çok sayıda yaşadıklarını, sirkadiyen ve sosyal ritimleri alt üst eden bir stresörün buna neden olabileceğini ifade etmişlerdir. Bu nedenle bipolar bozukluk tedavisinde stres ile baş etme eğitiminin önemli olduğuna vurgu yapılmıştır (Lex vd., 2017).

2.3. COVID-19 Pandemi Sürecinde Kronik Ruhsal Hastalığı Olan Bireylerin Yaşadığı Problemler

COVID-19 pandemisi dünyanın tüm kesimini etkisi altına alarak; psikolojik, sosyal, siyasal ve ekonomik yönden verdiği yansımalar ile aniden yaşantımızın odak noktasında görmezden gelemediğimiz gerçeklik ile tehdit oluşturmuştur. Fiziksel ve psikolojik sağlığa tehdit oluşturan COVID-19 salgınının ölüm riski %0,5 ile %3 arasında olup, aniden meydana gelmesinin ardından küçük bir zaman diliminden sonra geri dönüşü olmayan sonuçlarla yaşam şartlarımızın değişmesine neden olmuştur. Virüsün, neden ve nasıl ortaya çıktığının bilinmemesi, kontrol altına alınamaması ve dünyadaki bütün insanlığın çok büyük bir risk altında oluşu pandemiyi, evrensel bir travma haline getirmiştir. COVID-19 ile beraber yaşam şartlarında oluşan değişiklik, sürecin uzunluğu, nasıl durdurulabileceği hakkındaki belirsizlik, virüse yakalanma korkusu ve virüsü aileye ve başkalarına bulaştırma endişesi bireylerde oluşan psikolojik etkileri olumsuz yönde artırmaktadır. Aynı zamanda olumsuz olarak psikolojiyi etkileyen faktörlerin yalnızlık, umutsuzluk, depresif belirtiler, travma sonrası stres bozukluğu, öfke, anksiyete olduğu saptanmıştır (Aşkın vd., 2020). COVID-19 döneminde vaka sayısının artması, toplu ölümlerin meydana gelmesi ve medya aracılığı ile haberleşmenin çok hızlı olması toplumdaki kaygı düzeyinin artmasında etkili olmuştur. Bununla birlikte sağlık kuruluşlarından yardım alınamayacağı, temel ihtiyaç konularında yetersiz kalınacağı ve karantinadan dolayı yalnız kalınacağı korkusu, bireylerin olumsuz düşüncelerini sağlamakta ve ruhsal sıkıntıların ortaya çıkmasına neden olmaktadır (Biçer vd., 2020).

KRH tanısının varlığı, COVID-19 sürecinde travma sonrası stres bozukluğu (TSSB), anksiyete ve depresyon semptomlarının şiddetlenmesine neden olan risk

faktörleri arasında yer almaktadır (Muruganandam vd., 2020). Bu bireylerin depresif belirtilerinin alevlenmesinde COVID-19'a bağlı karantina, çok düşük eğitim seviyesi, pandemiye yakalanma kaygısı, kentte yaşama, kronik hastalık varlığı gibi durumlardan etkilendiğinden bahsedilmektedir (Ahmed vd., 2020; González-Sanguino vd., 2020; Huang ve Zhao, 2020; Mazza & vd., 2020; Moghanibashi-Mansourieh, 2020). Buna rağmen COVID-19'un KRH'sı olan bireylerdeki etkisi, literatürde diğer araştırmalara göre daha az incelendiği belirtilmektedir (Iasevoli vd., 2020; Kozloff vd., 2020; Muruganandam vd., 2020).

KRH'sı olan bireylerin çoğunun COVID-19 nedeniyle bütün gün evde vakit geçirdiği (Yıldırım vd., 2017) ve evde vakit geçirmenin de yapılan bazı çalışmalarda yalnız kalma, sağlık kaygısı, depresyon ve finansal endişe gibi duygularda artışa neden olabileceği belirtilmiştir (Reger vd., 2020; Thunström vd., 2020). Ayrıca bu bireyler COVID-19 sürecinde sokağa çıkma yasağı ve izolasyon uygulamalarından dolayı hastaneye muayene ve kontrol için gidememiş, ilaç raporlama ile depo antipsikotik tedavilerinin devamını sağlamada zorluk yaşamışlardır. COVID-19 virüsü immün sistem aracılığıyla psikotik semptomlara neden olabileceğinden KRH'sı olan bireylerde semptomları şiddetlendirebileceğine değinilmiştir (Kozloff vd., 2020; Severance vd., 2011). Çin' de yapılan bir araştırma sonucuna göre sağlıklı birey ile KRH öyküsü alan bireylerin eve kapanma sürecinden psikolojik yönde etkilenme düzeylerine bakıldığında KRH'sı olan bireylerde daha sık olumsuz psikolojik semptomların görüldüğü belirlenmiştir (Hao vd., 2020). Bu izolasyon enfeksiyonun kontrolünü sağlamada çok etkili bir politika olarak yer alsa da ciddi psikolojik, toplumsal ve sosyal sonuçlara yol açtığından akabinde alkol kullanımını ve aile içi şiddeti artırdığı ifade edilmiştir (Ergönen vd., 2020; Usher vd., 2020). Uzun süre kapalı ortamda bulunan bireyin önceden ruhsal bir rahatsızlığı var ise bu rahatsızlık daha da şiddetlenebilir. Bu zorlu durumlarda fiziksel sağlık kada, ruhsal sağlığın korunmasının da önem arzettiğine dikkat çekilmiştir (Kaya, 2020).

KRH'sı olan bireylerin pandemi sürecinde ayrımcılığa maruz kalmaları, sağlık hizmetlerine erişim yönünden diğer bireylere göre daha çok engel ile mücadele etmelerine neden olmaktadır. Aynı zamanda COVID-19 ve korunma yöntemleri hakkında bilgi kirliliği, bireysel korunma önlemlerinde yetersizlik ile beraber bireylerin komorbid tıbbi belirtilerinde sıklık görülmesi ve yanında bilişsel yitimlerin de olması KRH'sı olan

bireyleri COVID-19'a karşı daha savunmasız bırakmaktadır. Bu bireyler pandemi kaynaklı bulaşıcılık, morbidite ve mortalite yönünden risk taşımaları ve pandeminin yaratabileceği yan etkiler açısından yakın takibe alınmasının önemi vurgulanmaktadır (Sönmez vd., 2021). KRH'sı olanların COVID-19'a yakalanmaları çifte damgalamaya maruz kalmalarına sebebiyet verebilir, bu nedenle bu bireyler damgalanmaya karşı korunmalıdır (Druss, 2020; Kavaoor, 2020).

KRH vakalarında bilişsel yıkım, karar verme yetisinde bozulma ve iç görü eksikliğinin sıklıkla görülmesi bu hastaların COVID-19 kapsamında uyulması gereken kuralları (izolasyon, el yıkama ve sosyal mesafe vb.) yerine getirmede daha çok zorlanmaktadır (Kozloff vd., 2020). COVID-19 pandemisinden önce KRH tanısı almış bireyde görülen uyku kalitesinde bozukluk, pandemi süreci içerisinde ruhsal sağlığı olumsuz yönde etkileyen faktörlerden en önemlisi olarak belirtilmiştir (Vindegaard ve Benros, 2020). Bu konu ile ilgili yapılan diğer çalışmalarda da COVID-19 sürecinde uyku kalitesindeki bozukluk ile anksiyete arasında yüksek oranda ilişki olduğu saptanmıştır (Rajkumar, 2020). Farklı bir araştırmada da benzer olarak kişinin pandemi sürecinde hissettiği stres ve kaygı düzeyinin de uyku kalitesinde olumsuz etki bıraktığı belirtilmektedir (Xiao vd., 2020). Ayrıca KRH'sı olan bireyler için çok sık reçete edilen ve antipsikotik özellikli ilaçlardan olan klozapinin COVID-19 ile ilişkisinin olduğuna dair bir kanıt ulaşılamamış fakat bu tür ilaçların yutma refleksinde bozulma, agranülositoz, hipersalivasyona bağlı pnömoni ile beraber ölüm riski oluşturabileceği varsayılmaktadır (Kozloff vd., 2020; Leon vd., 2020). Tüm bu faktörler KRH'sı olan bireylerde görülebileceği için prognoz daha kötü seyretmesine ve enfeksiyon oranlarında artışa neden olabilmektedir (Druss, 2020; Zhang ve Ren, 2020).

Tüm topluma KRH'sı olan bireylerin COVID-19 sürecinde ve süreç sonrasında yaşadıkları güçlüklerin yanında salgın hastalıklar hakkında eğitim verilerek toplumun eğitilmesi, yönlendirilmesi ile beraber izlem ve takip yönünden dijital sağlık bakım sistemleri gibi uygulamaların sayısının artırılmasına dikkat çekilmiştir (Melamed vd., 2020; Zhang ve Ren, 2020). Aynı zamanda KRH'sı olan bireylerin diğer bireylere göre daha fazla fiziksel sağlık yönünden sıkıntı yaşaması, kişisel bakım ve sağlıklı yaşam koşullarını yerine getirmede daha fazla zorluk çekmesi COVID-19'un bulaş hızını artırmaktadır. Bu nedenle KRH'sı olan bireylerin COVID-19 süreci ve sonrasında psikolojik, ekonomi ve sosyal açıdan etkilenme durumlarına dair dikkatli olunması ve

gerekli önlem ve tedbir alınarak erken girişim yöntemlerinin planlanmasının çok önemli olduğu vurgulanmaktadır (İnce, 2020).

2.3. Birinci Basamakta Kronik Ruh Hastalıklarına Yaklaşım

Dünya genelinde ve ülkemizde ruh sağlığı hizmetleri üç model ile yürütülmektedir. Bu modeller hastane temelli, toplum temelli ve toplum-hastane denge modelidir (Çiçekoğlu ve Duran, 2018). Türkiye’de 10 sene öncesinden bu güne kadar en önemli gelişmelerden birinin ruh sağlığı hizmeti içerisinde toplum temelli ruh sağlığı anlayışının resmi kurumlarca kabul edilmesinin olduğu (Soygür, 2016) ve böylelikle KRH’sı olan bireyler için ev temelli bakım desteğine geçildiği belirtilmiştir. Ev temelli bakım ile kişilerin hastalık semptomlarından daha fazla sosyal problemlere maruz kalmaları, bu bireylerin öz-bakım ve sosyal gereksinimlerinin daha çok ön plana taşınmasında etkili olmuştur (Bitter vd., 2016). Türkiye Cumhuriyeti’nin ilanı ile 2000’li yıllar arasında toplumdaki bireylerin ruh sağlığını koruyup iyileştirebilecek ve gelişimine katkı sağlayacak toplum temelli hizmet örneklerinin ve teşkilatlanma durumunun gerçekleşemediği ifade edilmiştir (Bilge vd., 2016). KRH’sı olan bireylere toplum temelli model yaklaşımı ile hizmet veren Toplum Ruh Sağlığı Merkezi (TRSM) (Çiçekoğlu ve Duran, 2018), hastaların ruhsal durumlarını stabilize etme ve bu durumlarını sürdürmelerini sağlamakla beraber COVID-19 sürecinde bilgi, tutum ve becerilerini geliştirmelerinde önemli role sahip oldukları belirtilmektedir. Türkiye’de Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı ile toplum temelli ruh sağlığı anlayışı benimsenmesi, TRSM sayısının 180’den fazla olmasını sağlamıştır. TRSM’lerin hasta bireyin yaşadığı ortamda bakım verilmesini desteklemesinin bu bireylerin sağlık hizmetlerine ulaşımında kolaylık sağlamıştır. Hastalara verilen farmakolojik tedavi takibi ve düzenlenmesinin yanında multidisipliner yaklaşım ile hasta ve bakıcılarına sunulan psikoeğitim ile birlikte sosyal içermeyi engelleyen durumların giderilmesini sağlayarak sosyal içermenin artırılması, alevlenmenin önlenmesi, günlük yaşam aktivitelerini geliştirme, psikososyal girişimler ve damgalama ile mücadelenin TRSM’lerde uygulanan önemli müdahalelerden olduğuna değinilmiştir (Sağlam vd., 2022). Toplum ruh sağlığı hemşireleri aynı zamanda toplumsal müdahale programlarını TRSM’ler ile işbirliği içerisinde yürütebilecekleri ve topluma özellikle damgalama ve ruhsal bozukluklar hakkında eğitim sunabilecekleri ifade edilmektedir (Akdoğan, 2018).

KRH'sı olan bireylere birinci basamakta sunulan ruh sağlığı programları ile ilgili hizmetlerin yanında diğer kurumlarla iş birliği (belediye, okul, İŞKUR ve halk eğitim merkezleri vb.), takip ve değerlendirme gibi benzer çalışmalara da yer verildiği belirtilmektedir. Bu hizmetler Sağlık Bakanlığı tarafından toplumun ruh sağlığının korunması adına planlı şekilde yürütüldüğü ve hizmet içi eğitimleri verecek olan sağlık personelinin yetiştirilerek topluma hizmet verildiği ifade edilmiştir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2016). Bu hizmetler içerisinde; İntiharı Önleme Farkındalık Çalışmaları, Toplumsal Travmalar ve Afette Psiko-sosyal Destek Projesi (TAP-DESTEK) ve 0-6 yaş grubuna yönelik Psiko-sosyal Gelişimini Destekleme Programı (ÇPGD) gibi eğitimlerin olduğuna değinilmiştir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2018). KRH'sı olan hastaların birinci basamak sağlık hizmetlerini seçme oranlarının çok düşük olduğu, daha çok üçüncü basamak sağlık hizmetlerinden faydalandıkları belirtilmiş, bunun nedeninin ise; aile hekimlerine güvenmemeleri ve ruhsal hastalık tedavilerini sadece uzman hekimlerin yapabileceğini düşünmelerinin olabileceğine değinilmiştir (Özilice vd., 2017).

2.4. COVID-19 Pandemi Sürecinde Kronik Ruh Hastalıkları Hizmetleri

COVID-19 sürecinde ülke genelinde psikiyatri servislerinin işleyişinde önemli farklılıklar meydana gelmiş (Arango, 2020; Moreno vd., 2020; Percudani vd., 2020) ve bu servisler COVID-19 ile enfekte bireyler için dönüştürülmüştür (Pinals vd., 2020). Türkiye'de de buna benzer değişiklik yapılmış ve psikiyatri servislerinde yatak sayısı azaltılmıştır. Avrupa Birliği ülkelerinde yüzbin kişi başına 72,9 yatak düştüğü, Türkiye'de ise bu oranın yaklaşık 6,1 olarak görüldüğüne değinilmiştir (Songur, 2017). Yatak sayısının pandemi döneminde hem azaltılması hem de COVID-19 hastalarına bu yatakların sunulması, yatarak tedavi veren hizmetlerde güçlük yaşanmasına neden olmuştur (Başar, 2020).

COVID-19 sürecinde KRH'sı olan bireylerin sağlık hizmetlerine ulaşamaması, psikiyatrik destekten mahrum kalmalarının yanında hastalık belirtilerinde, uyum bozukluğunda ve yatarak tedavi görme ihtiyacı olan bireylerin sayısında artışa neden olmuştur. Ülke genelinde pandemiden dolayı toplum temelli ruh sağlığı hizmetlerinin ayaktan tedavileri azaltılmış olsa da, video ve telekonferans görüşmelerine ağırlık verilmiştir (Percudani vd., 2020; Starace ve Ferrara, 2020). Avustralya'da tüm halka dijital ruh hastalığı hizmeti sunulduğu ve devlet tarafından desteklendiği (Staples vd.,

2020), Çin’de de online psikolojik danışmanlık ve psikoeğitim materyallerinin kullanıldığı belirtilmiştir (Bo vd., 2020).

Yüzyüze görüşmelerde acil ve yeni tanı almış bireylere öncelik tanınmış ve zorunluluk arz etmedikçe aile görüşmeleri sonraki tarihlere ertelenmiştir (Percudani vd., 2020). Bazı hastanelerde pandeminin başlayan dönemlerinde yüz yüze sunulan sağlık hizmetleri azaltılarak telefon ile hizmet verilmeye başlanmıştır (Kozloff vd., 2020). Ulusal ve uluslararası sağlık sistemlerinin, ruhsal hastalığı olan bireylerin bakımlarına ilişkin her zaman sağlık hizmetlerine ulaşabilmeleri için teleşahıktan yararlandığı belirtilmiştir (Myers vd., 2021).

2.5. Genel Sağlık Algısı

Bireyin kendi için kendi ile alakalı düşünce, duygu, ön yargı, beklenti ve bakış açısı olarak tanımlanmış; kişi, ülke ve kültürlere göre farklılık gösterip, teknolojinin zamanla ilerlemesi, çevre, sosyal yapılar ve ikamet edilen yerin (kır, şehir) etkisiyle sağlık algısının değişebileceğine değinilmiştir (Lee vd., 2015). Ayrıca kişinin hem objektif yönden sağlıklı olması hem de subjektif yönden sağlıklı hissetmesi ve hasta olan bireyin kendini sağlıklı, hasta olmayan bireyin de kendini hasta hissetmesinin sağlık algısıyla ilişkili olduğuna değinilmiştir. Dolayısıyla sorumluluk bilinci ile düşünen ve bunu icraate dökabilen bireyin sağlık durumu hakkında nasıl hissettiği ne düşündüğü, beklentisinin ne olduğunu açıkça anlatabilmesinin, yöneltilen sorulara açıklayıcı ve net cevap verebilmesinin toplum ve kişinin sağlık algısını değerlendirmedeki öneminin yadsınamaz olabileceği vurgulanmıştır (Özdemir, 2018). Çalışmalarda da sağlıklı yaşamı idame ettirmenin ve sağlığı geliştirmenin doğrudan sağlık algısıyla ilişkili olduğu belirtilmiştir (Çilingir ve Aydın, 2018; Gür ve Sunal, 2019).

Yapılan bazı çalışmalar bireylerin algıladıkları sağlık durumları ile sağlık sorunu ve sağlık anksiyetesi yaşamaları arasında bir bağlantı olduğunu göstermiştir (Kolaç vd., 2018; Özdelikara vd., 2018). Depresif belirtilerin görülmesinin bireyin öz sağlık algısının yetersiz olmasıyla ilişkili olabileceğine de değinilmiştir (Ahmed vd., 2020; González-Sanguino vd., 2020; Huang ve Zhao, 2020). Buna göre sağlık algısı her birey ve toplumda farklılık gösterebilir ve zamanla değişebilir. Sağlık algısının inanç ve tutumlar gibi sağlık davranışını etkilediği belirtilmektedir (Dinç, 2019).

2.6. Yaşam Kalitesi

Sağlık alanında büyük önem taşıyan yaşam kalitesinin tam anlamıyla bir tanımının bulunmadığına, ölçülmesi gereken şeyin ne olduğuna dair kavramsal ve metodolojik çerçevede tartışmaların sürdüğüne değinilmiştir (Haraldstad vd., 2019). Tanımının çoklu disiplin sisteminden etkilendiğinden dolayı farklılıklar gösterdiği ve dolayısıyla da yaşam kalitesinin değerlendirilmesinde birçok araçtan faydalandığı, faydalanılan bu araçların deneysel düşüncelere öncelik verilerek kullanıldığından bahsedilmiştir (Fayers ve Machin, 2013). Aynı zamanda yaşam kalitesi tanımının sağlık ile alakalı yaşam kalitesi gibi bazı terimlerin yerine kullanıldığına (Karimi ve Brazier, 2016) ve sağlık yönünden yaşam kalitesinin; kişinin sosyal yaşantısında hissettiği refah seviyesi, fiziksel ve zihinsel sağlığı olarak tanımlandığına değinilmiştir (Sosnowski vd., 2017). Başka bir metinde ise sağlık alanında rahatsızlık ve günlük tedavi işlevlerinin incelenmesi olarak tanımlanmıştır (Mayo, 2015).

Yaşam kalitesinin çok sayıda sosyodemografik faktörden etkilendiği ve bu faktörler cinsiyet, yaş, gelir düzeyi, eğitim ve medeni durum (Boylu ve Öztıp, 2013; Özar ve Yakut-Çakar, 2012), işsizlik ve ekonomik durum olarak belirtilmiştir (Gao vd., 2020; Lei vd., 2020; Olagoke vd., 2020). Eğitim durumunun yüksek olmasının yaşam kalitesinin üst düzeyde olmasında etkili olduğu vurgulanmış, yüksek eğitim görenlerin daha nitelikli işlerde görev aldığı ve bu durumun yaşam kriterlerinin üst düzeyde olmasında etkili olduğunun önemi vurgulanmıştır. Eğitim düzeyi düşük olan bireylerin iş bulma noktasında zorlanması, çalıştığı kurumda çalışma şartlarının kötü olması, sosyal fırsatlardan yararlanamaması, düşük gelirden dolayı dengesiz ve yetersiz beslenmelerinin yaşam kalitelerinin olumsuz yönde etkilediği ifade edilmiştir (Boylu ve Paçacıoğlu, 2016).

COVID-19 pandemisinin dünyada etkisini gösterdiği en önemli durumlardan biri de yaşam kalitesi üzerinde meydana getirdiği olumsuzluklardır (Le Gouill vd., 2017; Bakioğlu vd., 2020). Yapılan çalışmalarda yaşamın kalitesini etkileyen faktörlerin; yaşanılan yer, iş, toplum, aile yaşantısı, statü, din, sağlık ve evlilik olduğu düşünülmektedir (Şeker, 2015). Genel popölasyona bakıldığında KRH'sı olan bireylerin sağlığı olumsuz yönde etkileyebilecek işsizlik, yoksulluk ve evsizlik gibi etkenlerle karşılaşma olasılığının yüksek seviyede olduğunun bilindiği belirtilmiştir (Druss, 2020;

İnce ve Günüşen, 2020; Kavaor, 2020). Aynı zamanda obezite, sigara ve hareketsizlik gibi yaşamı etkileyen faktörlerin kronik ruhsal hastalığı olan bireylerde morbidite ve mortaliteyi artırdığı (Schneider vd., 2019), yaşamın kalitesini ve süresini ise büyük ölçüde azalttığı ifade edilmektedir (Bartels vd., 2020; İnce ve Günüşen, 2020; Kavaor, 2020). Bu hastalarda kalorili beslenmenin fazla, lifli beslenmenin az, sigara tüketiminin fazla olduğu, fiziksel aktivitenin çok az olduğu veya hiç olmadığı alışkanlıklarının görülme sıklığının yüksek olduğu belirtilmiştir (Chen vd., 2014). Dönerce 'nin 2018' deki çalışmasında OKB tanılı hastaların yaşam kalitesi ile ilişkilerinin düşük seviyede olduğu tespit edilmiştir (Dönerce, 2018). Çin' de (Tian & ark., 2020) yapılan bir araştırmada; 50 yaş üstü ile 18 yaş altı bireylerin, boşanmış ya da dul kalanların, tarım sektöründe çalışanların ve yükseköğretimden daha düşük seviyede olan bireylerde fobik anksiyete ve sosyal ilişkilerinde hassasiyet saptanmıştır (Tian vd., 2020). Ayrıca bu süreçte pandemi, KRH tanılı bireylerin pandemi kurallarının önemlilerinden olan el yıkama sıklığı ve enfeksiyon riski açısından temizlik ve kontamine ile ilgili obsesyonlarını tetikleyerek hastalıklarının şiddetini artırabilir (Haider vd., 2020). KRH'lardan olan şizofreni tanılı bireylerde bilişsel yıkım, karar verme yetisinde bozulma ve iç görü eksikliğinin sıklıkla görülmesi bu hastaların COVID-19 kapsamında uyulması gereken kuralları (izolasyon, el yıkama ve sosyal mesafe vb.) yerine getirmede daha çok zorlandığını ortaya koymaktadır (Kozloff vd., 2020). Aynı zamanda bu hastaların yüksek riskte COVID-19'a yakalanmaları, psikotik atak dönemini çok zor geçirmelerine neden olabilir (Kırlı vd., 2020). COVID-19 pandemisinden önce KRH tanısı almış bireyde görülen uyku kalitesinde bozukluk, pandemi süreci içerisinde ruhsal sağlığı olumsuz yönde etkileyen faktörlerden en önemlisi olarak belirtilmiştir (Vindegard ve Benros, 2020). Bu konu ile ilgili yapılan diğer çalışmalarda da COVID-19 sürecinde uyku kalitesindeki bozukluk ile anksiyete arasında yüksek oranda ilişki olduğu saptanmıştır (Rajkumar, 2020). Farklı bir araştırmada da benzer olarak kişinin pandemi sürecinde hissettiği stres ve kaygı düzeyinin de uyku kalitesinde olumsuz etki bıraktığı belirtilmiştir (Xiao vd., 2020).

2.7. Algılanan Stres

Stresin, hipotalamusun sempatik sinir sistemini uyarması ile başladığı ve bu esnada böbrek üstü salgı bezlerinin adrenalin, noradrenalin (Butcher vd., 2013) ve "kortikotropin salgılatıcı hormon" (KSH) salgıladığı belirtilmiştir. Bu hormonun da böbrek üstü bezi korteksini uyarak "glukokortikoid" (kortizol) hormonunu salgıladığı ifade edilmiştir. Kortizol acil durumlarda hipotalamusu savaşıma ya da kaçmaya

hazırlamaktadır. Ama kortizol üretimi durdurulmaz ise, kortizolün hipotalamusa büyük zararları da olabilmektedir. Bu nedenle hipotalamusta kortizolu algılayan reseptörlerin bulunduğu ve bu reseptörlerin stres tepkisinde faaliyet gösteren salgı bezlerinin işlevini durdurmak adına geri bildirim mesajı ilettiğine değinilmiştir (Civan vd., 2018).

Stres, kişinin iç ve dış ortamdaki kaynaklı unsurları tehdit edici ya da zarar verici olarak algılaması sonucunda bedensel ve ruhsal yönden aşırı uyarılması ile meydana gelmektedir (Şanal-Karahan, 2016). Aynı zamanda kişinin olayları yaşarken ve nesneleri kullanırken ne kadar zorladığını değerlendirmesi olarak tanımlanmış (Gerrig ve Zimbardo, 2015) ve algılanan stresin bireyin duygu ve düşüncelerinin stresten ne kadar etkilendiğine değinilmiştir. Bireyin yaşamı kontrol altına alma, ileriye görme ve sorunlarla ne ölçüde başa çıkabileceği konularında kendine olan güven durumu ile ilgili duyguları içerdiği belirtilmiştir. Algılanan stresin bireyin refah düzeyini olumsuz şekilde etkileyici olayları bunaltıcı ve tehdit edici olarak algıladığı çevre ile kişi arasında olan etkileşimden bahsedilmiştir (Karataştan, 2022). Birey stres yaşadığı zaman, fiziksel belirtilerden; yüksek tansiyon, yoğun terleme, baş ağrısı, nefes almada güçlük, sindirim sorunları (Şanal-Karahan, 2016; Yamak, 2015), kilo kaybı, kalp çarpıntısı, soğuk-sıcak basması, gözlerden yaş akması, sigara ve alkolün aşırı kullanımı, yüksek sese karşı duyarlılıkta artış gibi belirtiler göstermektedir (Yamak, 2015). Davranış ve psikolojik belirtilerde ise; gergin ruh hali, kararsız tutum, dikkat verememe, alınganlık, uyku hali, yemek yemede düzensizlik ve karamsar oluş gibi durumların görüldüğü ifade edilmiştir (Şanal-Karahan, 2016).

2.8. Toplum Ruh Sağlığı Hemşiresinin Kronik Ruh Sağlığı Sorunu Olan Bireylere Yaklaşımı

Toplum ruh sağlığı hemşiresi; koruyucu, tedavi ve rehabilite edici özelliklere sahip olup, birey, aile ve gruplara özel olarak bu uygulamaları bireyin bulunduğu ortamda gerçekleştiren ruh sağlığı ve hastalıkları hemşiresi olarak özel bir alana sahiptir (Hallaç vd., 2014). Aynı zamanda hasta birey ve ailelerine bakım, danışmanlık, eğitim, terapi ve vaka yönetimi gibi psikososyal davranışa yönelik sağlık hizmetlerinde görev almıştır (Çiçekoğlu ve Duran, 2018; Yıldırım ve Aşıl, 2019). Ek olarak toplum ruh sağlığı hemşiresi, ruh sağlığını ileri düzeye taşıyan, ruhsal problemleri önleyen, tedavi ve hasta haklarını savunup gözetme vazifesiyle hastayı değerlendiren, tedavi görüşmelerinde katılımı sağlama, diğer sağlık çalışanları ve kurumlar ile işbirliği içinde olma, ilaç

uygulama ve değerlendirme gibi yetki ve sorumluluklarıyla önemli bir statüde yer almaktadır (Bilgin ve Özaslan, 2018; Eren, 2018; Hallaç vd., 2014).

Toplum ruh sağlığı hemşiresinin asıl amacı; ruhsal hastalığı olanların iş görme kapasitelerini en üst seviyeye getirmek ve bunu sürdürmelerini sağlamaktır (Ayhan, 2016). TRSM’lerde rehabilitasyon süreci kaydı oluşturulan hastanın danışman hemşiresi belirlendikten sonra başlamaktadır (Bilgin ve Özaslan, 2018). Hemşirenin vaka yöneticisi rolü ile, hastalara tedavi, konaklama, istirahat, istihdam, finansal, sosyal ve kültürel gibi her türlü gereksinimleri giderme çabası ile bütün hizmetlerin birbiriyle bağlantılı ve aynı amaç doğrultusunda sunulduğu bir süreçte rol alması oldukça önemlidir (Çam vd., 2019). Ayrıca toplum ruh sağlığı hemşiresinin holistik bakım ve tedavi ile ruhsal hastalık tanısı olan bireylerin mesleki rollerinde yeterliliklerinin devamının sağlanması, istihdama engel teşkil eden durumların tespit edilerek işe yerleştirilmesinde anahtar kişi oldukları (Bouwman vd., 2015; Öz ve Barlas, 2017) ve yapılandırılmış bir program eşliğinde kişiye özel girişimlerde bulunarak süreci yönettiklerine değinilmiştir (Senem ve Dönmez, 2021). Toplum ruh sağlığı hemşiresinin, hastanın ailesi, yakın çevresi, muhtarlık, belediye, kaymakamlık ve sağlık personelleri gibi çok sayıda kesim ile işbirliği içerisinde olması önemlidir. Hasta bireylerin TRSM’de ya da ev ortamında ortaya çıkardıkları eserlerin topluma sunulmasında, hasta bireyin eseri hakkında bilgi vermesini sağlayacak organizasyonların planlamasında katkısının olacağı belirtilmektedir (Delice, 2017).

Tele-psikiyatri uygulamaları, evde zamanını geçiren ruhsal hastalığı olan bireylerin ve bakıcılarının evde ya da kendilerini rahat ifade edebildikleri, güven duydukları bir ortamda, istedikleri zaman diliminde, şayet çalışıyorlarsa çalıştığı kurumdan izin almaya gerek duymadan ve hastaneye gelmeye bağlı damgalama kaygısı olmadan uzaktan alınan ruh sağlığı hizmetlerindendir (Bal vd., 2015; Çam ve Kaçmaz, 2018). Aktif olarak tele-psikiyatri uygulamalarında görev alan toplum ruh sağlığı hemşirelerinin etkili iletişim kurma becerileri, sunulan sağlık bakımının özelliğini ortaya çıkarmaktadır (Bjorkman ve Erikson, 2018; Özgüç ve Tanrıverdi, 2019). Tele-psikiyatri departmanında görev alacak sağlık uzmanlarına teknik eğitim verilerek uygulamaya yönelik tele-hemşirelik kılavuzlarının oluşturulması bakımı geliştirmektedir (Çam ve Kaçmaz, 2018). Gerekli bilgi ve beceriye sahip hemşireler inovasyon sayesinde hasta birey ve bakıcıları ile hastaneye gelmelerine gerek kalmadan iletişim kurabilmektedirler

(Eriksson vd., 2019). Aynı zamanda toplum ruh sağlığı hemşiresinin tele-psikiyatri girişimlerinde yer alması KRH'sı olan bireylerin psikiyatri ilaçlarına uyumunu ve işlevsellik seviyesini artırdığı, aynı zamanda psikiyatrik belirtilerdeki şiddeti azalttığı saptanmıştır (Uslu ve Buldukoğlu, 2016).

3. YÖNTEM

3.1. Araştırma Modeli

COVID-19 pandemi sürecinde kronik ruh sağlığı sorunu olan bireylerin genel sağlık algısı, yaşam kalitesi ve algıladıkları stres düzeyleri ve etkileyen faktörlerin incelenmesi kapsamında tanımlayıcı ve ilişki arayıcı tipte bir araştırmadır.

3.2. Araştırma Evren ve Örneklemi

Araştırma Erzurum Atatürk Üniversitesi Hastanesi, Psikiyatri Polikliniğinde ayaktan hastalar ile berbar yapılmıştır. Erzurum Atatürk Üniversitesi Hastanesi, Psikiyatri Polikliniğinin 2019 yılında toplam 8000 psikiyatrik sorunu olan hasta başvurmuştur. Bu hastalardan hangisinin kronik ruhsal hastalık olduğu bilinmemektedir. Bu nedenle amaçlı örnekleme yöntemi kullanılarak anksiyete bozuklukluğu, kronik depresif bozukluklar, şizofreni ve duygudurum bozuklukları, bipolar bozukluk ve obsesif kompulsif bozukluk olan ve çalışmaya katılmayı kabul eden 183 ruhsal hastalığı olan bireyin örneklem olarak seçilmesine karar verilmiştir.

Araştırmaya dâhil edilme kriterleri, 18 yaş ve üzerinde olmak, kronik ruhsal hastalığı bulunuyor olmak, gönüllü olarak çalışmaya katılmayı kabul etmiş olmak, kendi özgür iradesiyle soruları yanıtlayabilmek ve veri toplama formlarına eksiksiz yanıt vermiş olmaktır.

Araştırmanın bağımsız değişkenleri; ruhsal hastalığı olan bireylerin yaş, cinsiyet, medeni durum, doğum yeri, baba ve annesinin eğitimi, ikamet adresi, gelir seviyesi, çalışma durumu, sigara kullanımı, kardeş sayısı, aile yapısı ve ailede kronik rahatsızlık bulunması durumudur. Araştırmanın bağımlı değişkenleri; kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin stres, sağlık durumları ve yaşam kalitesi düzeyleridir.

3.3. Veri Toplama Araçları

Araştırma verilerinin toplanmasında sosyo-demografik veri formu, ASÖ, DSÖ WHOQOL-Bref-TR, ve SAÖ kullanılmıştır.

Sosyodemografik Veri Formu: Yaş, cinsiyet, medeni durum, meslek, öğrenim düzeyi, yaşadığı yer, sosyo ekonomik durum, alkol – madde kullanımı, hastaların kullandığı ilaçlar gibi bilgilerin elde edilmesini içeren maddeler yer almaktadır (Bahar vd., 2010).

Sağlık Algısı Ölçeği (SAÖ): 2007 yılında Diamond ve ark., tarafından geliştirilmiş, Kadioğlu ve Yıldız (2012) Türk kültürüne uyarlamış ve ölçek geçerli ve güvenilir kabul edilmiştir. Cronbach alfa değeri 0.77 olarak saptanmıştır. Ölçeği; Öz Farkındalık, Sağlığın Önemi, Kontrol Merkezi ve Kesinlik olmak üzerine 4 adet alboyut ve 15 madde meydana getirmektedir. Alt boyuunt toplam puanları Sağlık Algısı puanlarını oluşturmaktadır. SAÖ 15 madde ve dört alt faktörden oluşan ölçek beşli likert tipe sahiptir. Maddelerden 1., 5., 9., 10., 11. ve 14. olumlu tutum; 2., 3., 4., 6., 7., 8., 12., 13. ve 15. İse olumsuz ifadeleri belirtmektedir. Puanlama “Çok katılıyorum= 5”, “Katılıyorum= 4”, “Kararsızım= 3”, “katılmıyorum= 2”, “Hiç katılmıyorum= 1’e göre yapılmaktadır”. Olumsuz ifadeler ters puanlanmıştır. 75= en yüksek, 15= en düşük puan olarak kabul edilmiştir (Kadioğlu ve Yıldız, 2012). SAÖ’nün bu çalışmadaki Cronbach Alpha katsayısı ise 0.71 olarak hesaplanmıştır.

Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği: Hastaların yaşam kaliteleri DSÖ Yaşam Kalitesi Ölçeği ile ölçülmüştür (Whoqol Group, 1998). Bu ölçek 27 soru ve 4 alanı kapsamaktadır. Bu alanların maddelerini bedensel (7), ruhsal (7), sosyal (3) ve çevre (8) oluşturmaktadır. Bedensel alanda, rutin işleri yürütebilme, ilaç ve tedaviye bağımlılık, hareketlilik, uyku, ağrı, dinlenme, çalışabilme gücüne ilişkin sorular bulunmaktadır. Bu soruların yanında ruhsal alana bakıldığında; olumlu ve olumsuz duygular, benlik saygısı, kişisel inançlar, dış görünüş, dikkatini toplama; sosyal alanda ise; başka bireylerle olan ilişkiler, cinsel yaşam ve sosyal destek sorularından oluşmaktadır. Çevre alanına baktığımızda; fiziksel güvenlik ile emniyet, ev ortamı, sağlık hizmetler, maddi kaynaklar, fiziksel çevre, boş zamanları değerlendirme imkânları, ulaşılabilirlik, fiziksel çevre ve ulaşım ile ilgili sorular bulunmaktadır. Alan puanları 4- 20 ile 0-100 arasında ayrı ayrı hesaplanabilmektedir. Alan puanları yükseldikçe yaşam kalitesinin yükseldiği gösterilmektedir. Ölçeğe ait bir toplam puan hesaplanmamaktadır (Whoqol Group, 19889). DSÖ WHOQOL-Bref-TR Eser ve arkadaşları (2010) tarafından Türkçeye uyarlanmıştır. WHOQOL-Bref-TR’nin skor hesaplaması şöyledir: Hastanın ham skorundan, skoru hesaplanan alt parametreye ait en düşük skor çıkarılarak skoru

hesaplanan alt parametrenin skor aralığına bölünmesinden sonra, 100 ile çarpımı sonucu % olarak skor değeri bulunmaktadır (Eser vd., 2010). Bu çalışmada WHOQOL-Bref-TR'nin skorları hesaplanmış ve skor ortalamaları istatistiksel karşılaştırmalarda kullanılmıştır.

Algılanan Stres Ölçeği: (ASÖ)'yü 1983'te Kamarck, Cohen ve Mermelstein geliştirmiştir. 14 maddeden oluşmakta ve bireyin yaşamındaki bazı stresli durumlardan ne kadar etkilendiğini ölçmek için hazırlanmıştır. Bireyler 5'li likert tipli ölçeğin her maddesini "Hiçbir zaman (0)" ve "Çok sık (4)" farklı puan aralığı ile analiz edilmektedir. Maddelerden 7 tanesi olumlu ifade içermekte ve puanlama tersten yapılmaktadır. ASÖ-14'ün puanları 0 ile 56 arasında değişirken, ölçekten alınan puan ortalamalarının yüksek olması bireyde stres algısının fazla olduğunu ifade etmektedir (Kamarck, Cohen ve Mermelstein, 1983). ASÖ'nün Türk kültürüne uyarlaması Baltaş, Atakuman ve Duman (1998) ile Eskin, Harlak, Demirkıran ve Dereboy (2013) tarafından yapılmış, geçerli ve güvenilir bulunmuştur. Ölçeğin cronbach alpha katsayısı 0.84 olarak hesaplanmıştır (Eskin vd., 2013). ASÖ'nün bu çalışmadaki Cronbach Alpha katsayısı ise 0.80 olarak hesaplanmıştır.

3.4. Veri Toplama Süreci

Erzurum Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Psikiyatri Polikliniğinde ayaktan tedavi gören ve Covid-19 nedeniyle tedaviye gelemeyen KRH' sı olan bireylerle yüzü yüze ve telefon ile iletişim kurularak, veriler toplanmıştır. Veri toplama işlemleri, 14/09/2021-22/02/2022 tarihleri arasında Erzurum Atatürk Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi, Psikiyatri Polikliniğinde daha önce ayaktan muayene olmuş bireyler ile toplanmıştır. Çalışma, Sosyo-demografik veri formu, SAÖ, WHOQOL-Bref-TR ve ASÖ içeren anket formu oluşturulduktan sonra bu bireylere hastane polikliniklerinde yüz yüze ve pandemiden dolayı hastaneye gelemeyen bireylere de telefon ile ulaşılarak yapılmıştır.

3.5. Deneysel Kurgu

Bu çalışmada katılımcılara yönelik herhangi bir müdahale yapılmamıştır.

3.6. İstatistiksel Analiz

Veriler, SPSS for Windows 22 paket programı ile analiz edilmiştir. Verilerin analizinde sayılar, yüzdeler, en az ve en çok değerler ile ortalama ve standart sapmaların yanı sıra aşağıdaki tabloda yer alan analizler kullanılmıştır. İkili grupların karşılaştırılmasında normal dağılan ölçümlerde bağımsız gruplarda t testi; Çoklu grupların karşılaştırılmasında normal dağılan ölçümlerde Varyans Analizi (ileri analiz) olarak varyansların homojen olduğu durumlarda LSD, olmadığı durumlarda Dunnett C kullanılmıştır, İlişkisel çıkarımlarda normal dağılan ölçümlerde Pearson Korelasyon Analizi, normal dağılmayan ölçümlerde Spearman Korelasyon Analizi kullanılmıştır. Araştırmada, $p < .05$ değer istatistiksel anlamlılık düzeyi olarak kabul edilmiştir.

3.7. Etik Onay

Araştırmanın gerçekleştirilmesi için 01/07/2021 tarih ve 2021-3/2 toplantı sayısı ile Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Etik Kurulu'ndan izin alınmıştır (Ek 1). Araştırmanın sürdürülebilmesi için 01/07/2021 tarih ve E-42190979-000-2100286548 toplantı sayısı ile Atatürk Üniversitesi Rektörlüğü, Tıp Fakültesi Dekanlığı, Dahili Tıp Bilimleri Bölümü Başkanlığı, Ruh Sağlığı ve Hasalıkları Anabilim Dalı Başkanlığından onam alınmıştır (Ek 2). Araştırmaya online ve yüzyüze katılan bireyler, onam formunu inceledikten sonra katılmayı kabul etmişlerdir. Araştırmada kullanılan ölçüm araçları için Türkçe geçerlilik ve güvenirlik çalışmasını yapan sorumlu araştırmacılardan mail yolu ile rızaları alınmıştır.

3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları

COVID-19 nedeni ile hastaların hastaneye gelememelerine bağlı olarak telefon ile görüşme sağlanmış ve hastaya ulaşmada sıkıntı yaşanmıştır. Araştırma yaparken KRH tanılı hastalar yanıt vermede zorluk çektiklerinde yakınları da yardımcı olmak adına hasta yerine cevap vermişlerdir. Pandemiden dolayı örneklem sayısına ulaşmada zorluk yaşanmış ve veriler beş aylık bir zaman diliminde ancak toplanabilmiştir.

4. BULGULAR

4.1. Bireylerin Sosyodemografik Özelliklerinin Değerlendirilmesi

Katılımcıların demografik özellikleri Tablo 4.1’de sunulmuştur.

Tablo 4.1. Katılımcıların Demografik Özelliklerinin Dağılımı (n=218)

Değişken	Kategori	n	%
Cinsiyet	Erkek	109	50.0
	Kadın	109	50.0
Medeni Durum	Hiç evlenmemiş	77	35.3
	Evli	123	56.5
	Eşi vefat etmiş	8	3.6
	Boşanmış	10	4.6
Birlikte Yaşanan Kişiler	Aile	200	91.8
	Yalnız	8	3.6
	Diğer	10	4.6
İkamet Yeri	Kent	167	76.6
	Kır	51	23.4
Eğitim Durumu	Okuryazar	16	7.4
	İlkokul	67	30.8
	Ortaokul	31	14.2
	Lise	63	28.8
	Ön lisans	11	5.0
	Lisans	30	13.8
Meslek	Çalışmıyor	5	2.3
	Emekli	4	1.8
	Ev hanımı	49	22.5
	Ev hanımı / ev kızı	30	13.8
	Kamu personeli	21	9.6
	Öğrenci	7	3.3
	Özel sektör	21	9.6
	Serbest meslek	81	37.2
Çalışma Durumu	Çalışıyor	46	21.1
	Çalışmıyor	52	23.9
	Hastalık vb. nedenlerle çalışmıyor	47	21.6
	Hiç çalışmamış	73	33.4
İşlevsellik Kaybı	Var	7	3.2
	Yok	211	96.8
Gelir Seviyesi	Alt	60	27.5
	Orta	146	67.0
	Üst	12	5.5
Baba Eğitim Düzeyi	Eğitimi yok	25	11.5
	Okuryazar	9	4.1
	İlkokul	122	56.0
	Ortaokul	14	6.4
	Lise	35	16.1
	Lisans	13	6.0

Tablo 4.1. (devam) Katılımcıların Demografik Özelliklerinin Dağılımı (n=218)

Değişken	Kategori	n	%
Anne Eğitim Düzeyi	Eğitimi yok	96	44.0
	Okuryazar	12	5.5
	İlkokul	96	44.0
	Ortaokul	5	2.3
	Lise	9	4.1
	Lisans	12	5.5
Sosyal Güvence	Var	202	3.2
	Yok	16	7.3
Sosyal Destekler	Var	26	11.9
	Yok	192	88.1
Aile Yapısı	Çekirdek	173	79.4
	Geniş	32	14.7
	Parçalanmış	13	6.0
Yaşıyor Olduğu Yerdeki Durumu	Göçmen	21	9.6
	Yerli	197	90.4
Fiziksel Hastalık Öyküsü	Var	45	20.6
	Yok	173	79.4
Fiziksel Hastalıklar*	Diyabet	22	48.9
	HT	15	33.3
	KKH	8	17.8
Sigara – Alkol – Madde Kullanımı	Var	111	50.9
	Yok	107	49.1
Ailede Kronik Hastalık Öyküsü	Var	144	66.1
	Yok	74	33.9
Ailede Kronik Hastalık Varlığı	Diyabet	63	45.3
	HT	40	28.8
	KKH	36	25.9
Ailede Ruhsal Hastalık Öyküsü	Var	111	50.9
	Yok	107	49.1
Ruhsal Hastalığı Olanın Yakınlık Derecesi	Birinci derece	78	70.9
	İkinci derece	32	29.1
İntihar Girişimi	Var	44	20.2
	Yok	74	79.8

*Sadece fiziksel hastalığı olanlar verilmiştir.

Tablo 4.1’de görüldüğü gibi, katılımcıların %50’si kadındır, %56.4’ü evlidir, %91.7’si ailesi ile yaşamaktadır ve %76.6’sı kentlerde ikamet etmektedirler. Katılımcıların %30.7’si ilkokul mezunudur, %37.2’si serbest meslekte çalışmaktadır, %33.5’i hiç çalışmamıştır ve %96.8’inde işlevsellik kaybı yoktur. Katılımcıların %67’si orta gelir düzeyindedir, %56’sının babası ilkokul mezunudur, %44’ünün annesinin eğitimi yoktur, %92.7’sinin sosyal güvencesi vardır ve %88.1’inin sosyal desteği yoktur. Katılımcıların %79.4’ü çekirdek ailede yaşamaktadırlar, %90.4’ü yerlidir (göçmen değildir), %20.6’sının fiziksel hastalığı vardır, hastalığı olanların %48.9’unda diyabet vardır, %50.9’unda sigara alkol ya da madde kullanımı vardır. Katılımcıların %50.9’unun birinci dereceden ailesinde ruhsal hastalık öyküsü vardır, %27.1’inde psikotik bozukluk tanısı vardır ve %79.8’inde intihar öyküsü yoktur.

Katılımcıların bazı sürekli değişkenlerinin dağılımı Tablo 4.2’de sunulmuştur.

Tablo 4.2. Katılımcıların Bazı Sürekli Değişkenlerinin Dağılımı (n=218)

Sürekli Değişkenler	n	Min.	Max.	Ort.	SS.
Yaş	217	19	80	40.24	12.4
Çocuk sayısı	218	1	9	2.82	1.92
Evlenmiş ya da evli ise; Toplam evli olarak geçirilen süre (yıl)	137	0	55	20.25	12.8
Kardeş sayısı	216	2	14	5.65	2.40
Göç etmiş ise süre (yıl)	21	1	45	11.10	11.4
Alkol kullanım süresi	7	1	4	2.86	1.07
Sigara kullanım süresi	107	1	58	20.18	11.8

Katılımcıların ortalama yaşı 40.24 ± 12.94 , çocuk sayısı ortalama 2.82 ± 1.92 , toplam evlilik süresi 20.25 ± 12.98 yıl ve kardeş sayısı ortalama 5.65 ± 2.40 ’dır. Göç eden katılımcıların göçmenlik süresi ortalama 11.10 ± 11.34 , alkol kullanma süresi ortalama 2.86 ve sigara kullanma süresi ortalama 20.18 ± 11.98 yıldır.

4.2. Katılımcıların Demografik Özelliklere Göre Sağlık Algısı Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Katılımcıların SAÖ’den alınan puanların ortalaması 48.20 ± 7.83 olarak hesaplanmıştır. Katılımcıların demografik özelliklere göre SAÖ ve alt boyut puanlarının karşılaştırılması Tablo 4.3’te sunulmuştur.

Tablo 4.3. Katılımcıların Demografik Özelliklere Göre Genel Sağlık Algısı Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=218)

Değişken	Kategori	n	Sağlık Algısı Ort	SS.	Anlamlılık
Cinsiyet	Erkek	109	48.34	8.32	t=0.26
	Kadın	109	48.06	7.34	p=0.789
Medeni Durum	Hiç evlenmemiş	77	47.49	8.63	F=0.79 p=0.500
	Evli	123	48.83	7.29	
	Eşi vefat etmiş	8	45.50	4.66	
	Boşanmış	10	48.00	9.70	
Birlikte Yaşanan Kişiler	Aile ile	200	48.05	7.56	F=1.00 p=0.369
	Diğer	10	51.60	8.22	
	Yalnız	8	47.63	13.07	
İkamet Yeri	Kent	167	48.26	7.75	t=0.20
	Kırsal	51	48.00	8.15	p=0.838

Tablo 4.3. (devam) Katılımcıların Demografik Özelliklere Göre Genel Sağlık Algısı Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=218)

Değişken	Kategori	Sağlık Algısı			Anlamlılık
		n	Ort	SS.	
Eğitim Durumu	Okur yazar	16	46.50	4.31	F=4.05 p=0.002
	İlkokul	67	46.63	7.37	
	Ortaokul	31	45.65	6.82	
	Lise	63	48.92	8.54	
	Önlisans	11	50.55	7.88	
	Lisans	30	52.87	7.72	
Meslek	Çalışmıyor	21.88	96.88	3.65	F=3.67 p=0.001
	Emekli	5	48.40	2.63	
	Ev hanımı	4	50.25	6.29	
	Ev hanımı / ev kızı	49	47.18	7.67	
	Kamu personeli	30	48.03	9.04	
	Öğrenci	21	55.67	8.96	
	Özel sektör	7	47.43	5.84	
	Serbest meslek	21	49.05	8.19	
Çalışma Durumu	Çalışıyor	46	51.13	7.95	F=3.75 p=0.012
	Çalışmıyor	52	48.08	7.22	
	Hastalık vb. Nedenlerle çalışmıyor	47	45.83	8.71	
	Hiç çalışmamış	73	47.96	7.10	
İşlevsellik Kaybı	Var	7	46.43	7.89	t=-0.60
	Yok	11	48.26	7.84	p=0.545
Gelir Seviyesi	Alt	60	45.67	7.20	F=5.09 p=0.007
	Orta	146	48.97	7.71	
	Üst	12	51.50	9.64	
Baba Eğitim Düzeyi	Eğitimi yok	25	48.56	6.52	F=1.49 p=0.193
	Okur yazar	9	50.67	6.46	
	İlkokul	122	47.18	8.06	
	Ortaokul	14	49.71	7.76	
	Lise	35	48.69	7.09	
	Lisans	13	52.38	9.74	
Anne Eğitim Düzeyi	Eğitimi yok	96	0.12	8.04	F=1.70 p=0.150
	Okur yazar	12	48.00	5.64	
	İlkokul	96	49.29	7.77	
	Ortaokul	5	45.40	7.23	
	Lise	9	51.67	7.43	
Sosyal Güvence	Var	202	48.47	7.60	t=1.80
	Yok	16	44.81	9.99	p=0.072
Sosyal Destekler	Var	26	46.04	7.67	t=-1.50
	Yok	192	48.49	7.82	p=0.134
Aile Yapısı	Çekirdek	173	47.96	7.48	F=1.05 p=0.349
	Geniş	32	48.25	8.42	
	Parçalanmış	13	51.23	10.58	
Yaşıyor Olduğu Yerdeki Durumu	Göçmen	21	50.57	8.96	t=1.46
	Yerli	197	47.94	7.68	p=0.144
Fiziksel Hastalık Öyküsü	Var	45	0.76	7.23	t=-0.59
	Yok	173	48.36	7.99	p=0.552
Fiziksel Hastalık	Diyabet	22	0.08	7.61	F=0.83 p=0.439
	HT	15	47.07	5.18	
	KKH	8	45.13	9.43	

Tablo 4.3. (devam) Katılımcıların Demografik Özelliklere Göre Genel Sağlık Algısı Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=218)

Değişken	Kategori	Sağlık Algısı			Anlamlılık
		n	Ort	SS.	
Madde Kullanımı	Var	111	47.44	8.27	t=-1.45
	Yok	107	48.98	7.30	p=0.147
Ailede Kronik Hastalık Öyküsü	Var	143	47.43	7.80	t=-2.00
	Yok	75	49.65	7.72	p=0.046
Kronik Hastalık	Diyabet	63	47.40	7.99	F=0.16 p=0.848
	HT	40	47.88	5.88	
	KKH	36	46.83	9.54	
Ailede Ruhsal Hastalık Öyküsü	Var	111	47.80	7.96	t=-0.75
	Yok	107	48.61	7.70	p=0.449
Yakınlık Derecesi	Birinci derece	78	48.27	7.84	t=0.66
	İkinci derece	32	47.16	8.16	p=0.505
İntihar Girişimi	Var	44	45.34	7.32	t=-2.75
	Yok	174	48.92	7.80	p=0.006

Tablo 4.3'te görüldüğü gibi, eğitim durumu, meslek, çalışma durumu, gelir seviyesi, ailede kronik / fiziksel hastalık öyküsü ve intihar girişimine göre SAÖ puan ortalaması farkı istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$). Eğitim durumuna göre farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ileri analizde (LSD); lisans mezunlarının puanlarının, okur-yazar, ilkokul, ortaokul ve lise mezunlarından yüksek olduğu belirlenmiştir. Mesleğe göre farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ileri analizde (LSD); kamu personellerinin puanlarının, ev hanımı, ev hanımı/kızı öğrenci, özel sektör ve serbest çalışanlardan yüksek olduğu belirlenmiştir. Çalışma durumuna göre farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ileri analizde (LSD); çalışanların puanlarının, çalışmıyor, hastalık nedeni ile çalışmıyor ve hiç çalışmamış olanlardan yüksek olduğu belirlenmiştir. Gelir düzeyine göre farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ileri analizde (LSD); alt gelir seviyesinde olanların puanlarının, orta ve üst gelir seviyesinde olanlardan düşük olduğu belirlenmiştir. Ailede Kronik / Fiziksel Hastalık Öyküsü olmayanların puan ortalaması daha yüksektir. İntihar girişimi olmayanların puan ortalaması daha yüksektir.

Tablo 4.3'te görüldüğü gibi, cinsiyet, medeni durum, birlikte yaşanan kişiler, ikamet yeri, işlevsellik kaybı, baba eğitim düzeyi, anne eğitim düzeyi, sosyal güvence, sosyal destekler, aile yapısı, yaşıyor olduğu yerdeki durumu, fiziksel hastalık öyküsü, fiziksel hastalık, sigara – alkol – madde kullanımı, kronik hastalık, ailede ruhsal hastalık öyküsü ve yakınlık derecesine göre sağlık algısı puan ortalaması farkı istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0.05$).

Katılımcıların çeşitli demografik özellikler ile SAÖ puanları arasındaki ilişkinin incelenmesi Tablo 4.4’de sunulmuştur.

Tablo 4.4. Katılımcıların Çeşitli Demografik Özellikler İle Genel Sağlık Algısı Puan Ortalamaları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi (n=218)

Kategori	n	Sağlık Algısı
Yaş	r	0.021
	p	0.763
	n	217
Çocuk sayısı	r	0.032
	p	0.643
	n	218
Toplam evli olarak geçirilen süre	r	-0.027
	p	0.757
	n	137
Kardeş sayısı	r	-0.059
	p	0.390
	n	216
Göçmenlik süresi	r	0.172
	p	0.456
	n	21
Alkol kullanım süresi	r	-0.172
	p	0.713
	n	7
Sigara kullanım süresi	r	-0.011
	p	0.912
	n	107

Tablo 4.4’de görüldüğü gibi yaş, çocuk sayısı, toplam evli olarak geçirilen süre, Kardeş sayısı, Göçmenlik süresi, Alkol kullanım süresi ve Sigara kullanım süresi ile Sağlık Algısı puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur ($p>0.05$).

4.3. Katılımcıların Demografik Özelliklere Göre WHOQOL-Bref-TR Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması

Katılımcıların WHOQOL-Bref-TR skor ortalamaları Genel Sağlık alt boyutundan 63.53 ± 22.84 , Fiziksel Sağlık alt boyutundan 30.50 ± 16.81 , Psikolojik Sağlık alt boyutundan 51.82 ± 11.68 , Sosyal İlişkiler alt boyutundan 43.54 ± 21.75 ve Çevre alt boyutundan 70.96 ± 11.76 olarak hesaplanmıştır. Katılımcıların demografik özelliklere göre WHOQOL-Bref-TR ölçeği alt boyut puanlarının karşılaştırılması Tablo 4.5’te sunulmuştur.

Tablo 4.5. Katılımcıların Demografik Özelliklere Göre WHOQOL-Bref-TR Ölçeği Alt Boyut Skorlarının Karşılaştırılması (n=218)

Değişken	Kategori	n	Genel Sağlık		Fiziksel Sağlık		Psikolojik Sağlık		Sosyal İlişkiler		Çevre	
			Skor	SS.	Skor	SS.	Skor	SS.	Skor	SS.	Skor	SS.
Cinsiyet	Erkek	109	64.33	23.80	30.96	16.10	52.16	11.19	41.67	22.48	70.64	10.51
	Kadın	109	62.73	21.92	30.05	17.54	51.47	12.19	45.41	20.93	71.27	12.94
	İstatistik		t=0.51 p=0.605		t=0.40 p=0.688		t=0.43 p=0.665		t=-1.27 p=0.204		t=-0.39 p=0.693	
Medeni Durum	Hiç evlenmemiş	77	61.53	25.31	26.48	14.88	51.86	10.80	38.74	21.75	70.82	11.30
	Evli	123	64.53	21.19	33.97	17.49	52.24	11.85	47.15	21.12	71.09	12.09
	Eşi vefat etmiş	8	62.50	24.09	27.68	18.58	43.75	13.46	46.883	18.33	78.91	5.96
	Boşanmış	10	67.50	23.72	21.07	10.97	52.86	14.07	3.33	24.53	64.06	11.90
	İstatistik		F=0.37 p=0.768		F=4.55 p=0.004		F=1.35 p=0.256		F=3.27 p=0.022		F=2.41 p=0.067	
Birlikte Yaşanan Kişiler	Aile ile	200	63.81	23.26	30.45	16.92	51.68	11.83	44.17	21.46	71.16	11.88
	Diğer	10	52.50	16.46	34.64	16.50	55.71	7.18	35.83	23.59	74.06	7.22
	Yalnız	8	70.31	14.85	26.79	15.15	50.45	12.58	37.50	26.73	62.11	10.22
	İstatistik		F=1.54 p=0.216		F=0.49 p=0.609		F=0.62 p=0.537		F=1.02 p=0.362		F=2.68 p=0.071	
İkamet Yeri	Kent	167	61.90	22.58	29.98	16.68	52.46	11.57	44.06	22.35	72.19	11.18
	Kırsal	51	68.87	23.10	32.21	17.28	49.72	11.91	41.83	19.75	66.91	12.80
	İstatistik		t=-1.92 p=0.056		t=-0.82 p=0.408		t=1.47 p=0.143		t=0.64 p=0.522		t=2.85 p=0.005	
Eğitim Durumu	Okur yazar	16	71.88	22.59	27.90	15.28	47.99	13.49	39.58	25.55	64.84	16.48
	İlkokul	67	69.59	19.85	33.42	16.11	50.37	11.16	41.42	22.00	69.26	11.56
	Ortaokul	31	62.50	21.65	31.57	16.37	48.04	12.97	46.77	17.70	71.37	9.89
	Lise	63	61.11	24.71	31.75	15.58	53.12	11.41	40.74	23.19	73.51	10.42
	Önlisans	11	52.27	30.01	23.70	19.90	51.95	7.88	53.79	19.85	75.28	8.55
	Lisans	30	55.83	19.90	24.17	19.55	58.21	9.75	49.17	19.25	70.63	13.55
	İstatistik		F=2.85 p=0.016		F=1.82 p=0.110		F=3.32 p=0.007		F=1.48 p=0.196		F=2.09 p=0.067	

WHOQOL-Bref-TR = DSÖ Yaşam Kalitesi Ölçeği Türkçe kısa formu, n= katılımcı sayısı, SS= standart sapma, F= Tek Yönlü Varyas Analizi, t = Bağımsız Değişkenlerde t-testi

Tablo 4.5. (devam) Katılımcıların Demografik Özelliklere Göre WHOQOL-Bref-TR Ölçeği Alt Boyut Skorlarının Karşılaştırılması (n=218)

Değişken	Kategori	n	Genel Sağlık		Fiziksel Sağlık		Psikolojik Sağlık		Sosyal İlişkiler		Çevre	
			Skor	SS.	Skor	SS.	Skor	SS.	Skor	SS.	Skor	SS.
Meslek	Çalışmıyor	5	60.00	13.69	37.14	6.96	52.14	6.96	46.67	15.14	65.63	10.36
	Emekli	4	59.38	27.72	36.61	8.93	47.32	5.36	43.75	18.48	67.19	17.21
	Ev hanımı	49	65.31	23.42	32.65	18.81	51.53	13.42	48.13	22.39	67.16	13.07
	Ev hanımı/ev kızı	30	61.25	18.38	32.86	15.93	49.88	8.62	38.06	17.87	76.77	10.04
	Kamu personeli	21	48.21	23.15	27.21	17.40	59.35	10.00	47.22	25.86	76.04	9.02
	Öğrenci	7	50.00	26.02	27.55	16.59	59.69	11.61	48.81	15.54	67.86	16.70
	Özel sektör	21	60.12	20.01	29.93	17.07	51.70	10.45	55.95	17.31	72.32	10.42
	Serbest meslek	1	9.75	2.70	8.88	6.48	50.31	11.99	37.96	21.89	70.22	10.89
	İstatistik		F=2.90		F=0.63		F=2.18		F=2.61		F=2.86	
			p=0.006		p=0.726		p=0.037		p=0.013		p=0.007	
Çalışma Durumu	Çalışıyor	46	54.62	23.48	30.98	19.03	57.30	9.40	53.62	20.98	71.60	10.80
	Çalışmıyor	52	61.54	22.94	27.54	15.22	52.95	10.55	43.11	16.23	69.89	13.33
	Hastalık vb. nedenlerle çalışmıyor	47	77.39	18.73	27.74	15.52	45.74	12.02	30.50	22.34	71.21	8.89
	Hiç çalışmamış	3	1.64	1.18	4.10	6.80	1.47	1.84	5.89	1.52	1.15	2.91
	İstatistik		F=9.37		F=2.12		F=8.62		F=10.42		F=0.20	
			p=0.000		p=0.098		p=0.000		p=0.000		p=0.896	
İşlevsellik Kaybı	Var	7	76.79	19.67	31.12	16.97	60.71	15.84	36.90	16.57	70.98	10.78
	Yok	11	3.09	2.85	0.48	6.84	1.52	1.45	3.76	1.90	0.96	1.82
	İstatistik		t=1.56		t=0.09		t=2.06		t=-0.82		t=0.006	
			p=0.119		p=0.922		p=0.040		p=0.413		p=0.996	
Gelir Seviyesi	Alt	60	72.50	20.04	29.40	17.09	50.83	11.84	39.17	22.93	66.51	9.35
	Orta	146	61.30	22.52	30.70	16.42	52.01	11.46	44.81	20.60	72.05	12.24
	Üst	12	45.83	24.62	33.63	20.91	54.46	13.97	50.00	27.29	79.95	8.58
	İstatistik		F=9.63		F=0.34		F=0.53		F=2.00		F=9.04	
			p=0.000		p=0.709		p=0.585		p=0.137		p=0.000	

WHOQOL-Bref-TR= DSÖ Yaşam Kalitesi Ölçeği Türkçe kısa formu, n= katılımcı sayısı, SS= standart sapma, F= Tek Yönlü Varyas Analizi, t= Bağımsız Değişkenlerde t testi

Tablo 4.5. (devam) Katılımcıların Demografik Özelliklere Göre WHOQOL-Bref-TR Ölçeği Alt Boyut Skorlarının Karşılaştırılması (n=218)

Değişken	Kategori	n	Genel Sağlık Skor	SS.	Fiziksel Sağlık Skor	SS.	Psikolojik Sağlık Skor	SS.	Sosyal İlişkiler Skor	SS.	Çevre Skor	SS.
Baba Eğitim Düzeyi	Eğitimi yok	25	70.50	22.21	29.29	18.21	50.86	13.77	48.67	22.91	64.50	14.79
	Okur yazar	9	63.89	20.20	32.54	9.69	45.24	13.72	44.44	22.05	69.10	13.84
	İlkokul	122	66.50	20.66	31.03	16.55	51.26	11.28	40.78	21.72	70.57	11.02
	Ortaokul	14	41.96	22.26	27.04	20.33	57.40	10.34	58.33	15.68	73.21	13.19
	Lise	35	62.86	23.96	30.10	15.33	53.67	10.41	42.14	22.77	75.98	9.06
	Lisans	13	47.12	26.10	31.32	21.97	52.47	13.07	46.79	16.85	72.36	10.96
	İstatistik		F=5.17 p=0.000		F=0.20 p=0.961		F=1.50 p=0.190		F=2.11 p=0.066		F=3.14 p=0.009	
Anne Eğitim Düzeyi	Eğitimi yok	96	68.88	21.84	30.32	17.30	49.26	12.27	40.02	22.45	68.75	12.35
	Okur yazar	12	63.54	25.82	29.76	14.15	47.32	11.10	43.06	24.83	72.40	9.69
	İlkokul	96	59.51	22.19	31.18	17.37	53.87	10.60	46.61	20.82	72.14	11.30
	Ortaokul	5	57.50	22.71	25.71	16.25	54.29	6.87	40.00	23.12	79.38	3.56
	Lise	9	52.78	27.80	28.97	9.69	61.90	10.26	50.93	15.84	75.35	12.15
	İstatistik		F=2.73 p=0.030		F=0.16 p=0.956		F=4.32 p=0.002		F=1.41 p=0.230		F=2.12 p=0.079	
Sosyal Güvence	Var	202	63.06	22.70	30.66	16.49	52.35	11.66	44.51	21.40	71.50	11.29
	Yok	16	69.53	24.57	28.57	20.95	45.09	9.92	31.25	23.07	64.06	15.48
	İstatistik		t=-1.09 p=0.276		t=0.47 p=0.634		t=2.42 p=0.016		t=2.37 p=0.019		t=2.46 p=0.015	
Sosyal Destekler	Alt	26	71.15	23.12	32.01	16.77	53.98	12.67	46.79	22.49	66.11	10.33
	Orta	192	62.50	22.67	30.30	16.85	51.53	11.54	43.10	21.67	71.61	11.82
	İstatistik		t=1.82 p=0.070		t=0.48 p=0.629		t=1.00 p=0.315		t=0.81 p=0.417		t=-2.26 p=0.025	
Aile Yapısı	Çekirdek	173	63.08	23.42	29.52	16.64	51.88	11.52	45.04	21.64	71.19	11.66
	Geniş	32	64.45	21.79	34.15	17.54	49.22	11.71	40.63	19.94	71.97	12.46
	Parçalanmış	13	67.31	18.07	34.62	16.71	57.42	12.58	30.77	24.15	65.38	10.71
	İstatistik		F=0.23 p=0.790		F=1.44 p=0.238		F=2.31 p=0.101		F=2.99 p=0.052		F=1.62 p=0.200	

WHOQOL-Bref-TR= DSÖ Yaşam Kalitesi Ölçeği Türkçe kısa formu, n= katılımcı sayısı, SS= standart sapma, F= Tek Yönlü Varyas Analizi, t= Bağımsız Değişkenlerde t-test

Tablo 4.5. (devam) Katılımcıların Demografik Özelliklere Göre WHOQOL-Bref-TR Ölçeği Alt Boyut Skorlarının Karşılaştırılması (n=218)

Değişken	Kategori	n	Genel Sağlık Skor	SS.	Fiziksel Sağlık Skor	SS.	Psikolojik Sağlık Skor	SS.	Sosyal İlişkiler Skor	SS.	Çevre Skor	SS.
Yaşıyor olduğu yerdeki durumu	Göçmen	21	65.48	23.35	28.91	15.65	52.21	16.27	44.05	20.44	74.40	11.72
	Yerli	197	63.32	22.84	30.67	16.96	51.78	11.13	43.49	21.93	70.59	11.74
	İstatistik			t=0.41 p=0.683		t=-0.45 p=0.649		t=0.16 p=0.872		t=0.11 p=0.911		t=1.41 p=0.158
Fiziksel Hastalık Öyküsü	Var	45	66.67	20.98	31.98	14.51	50.87	10.50	45.19	21.94	72.78	10.61
	Yok	173	62.72	23.29	30.12	17.37	52.06	11.98	43.11	21.74	70.48	12.03
	İstatistik			t=1.03 p=0.302		t=0.66 p=0.509		t=-0.60 p=0.543		t=0.56 p=0.570		t=1.16 p=0.245
Fiziksel Hastalık	Diyabet	22	57.95	18.72	31.98	12.69	52.44	11.21	50.00	24.93	73.44	11.19
	HT	15	71.67	19.17	33.10	17.52	50.95	8.80	44.44	19.84	70.63	9.51
	KKH	8	76.56	20.53	34.38	14.78	46.43	11.45	38.54	18.87	74.22	11.30
	İstatistik			F=3.80 p=0.030		F=0.08 p=0.922		F=0.95 p=0.392		F=0.83 p=0.443		F=0.41 p=0.663
Madde Kullanımı	Var	111	68.13	23.34	28.41	16.12	50.35	12.04	40.99	22.31	69.45	11.86
	Yok	107	58.76	21.39	32.68	17.30	53.34	11.15	46.18	20.93	72.52	11.52
	İstatistik			t=3.08 p=0.002		t=-1.88 p=0.061		t=-1.89 p=0.059		t=-1.77 p=0.078		t=-1.93 p=0.054
Ailede Kronik Hastalık Öyküsü	Var	143	66.35	21.61	29.80	15.76	51.40	11.77	43.12	21.54	71.63	11.37
	Yok	75	58.17	24.27	31.86	18.69	52.62	11.54	44.33	22.27	69.97	12.47
	İstatistik			t=2.54 p=0.012		t=-0.86 p=0.391		t=-0.73 p=0.465		t=-0.38 p=0.697		t=1.17 p=0.242
Kronik Hastalık	Diyabet	63	65.67	21.18	29.76	14.20	50.62	11.75	44.31	22.89	72.77	10.80
	HT	40	68.44	21.92	29.38	14.30	54.11	12.28	43.96	18.78	67.19	12.44
	KKH	36	65.28	23.36	29.56	19.20	49.80	11.61	39.81	23.16	74.05	10.32
	İstatistik			F=0.25 p=0.777		F=0.00 p=0.992		F=1.50 p=0.226		F=0.53 p=0.588		F=4.31 p=0.015

WHOQOL-Bref-TR= DSÖ Yaşam Kalitesi Ölçeği Türkçe kısa formu, n= katılımcı sayısı, SS= standart sapma, F= Tek Yönlü Varyas Analizi, t= Bağımsız Değişkenlerde t testi

Tablo 4.5. (devam) Katılımcıların Demografik Özelliklere Göre WHOQOL-Bref-TR Ölçeği Alt Boyut Skorlarının Karşılaştırılması (n=218)

Değişken	Kategori	n	Genel Sağlık Skor	SS.	Fiziksel Sağlık Skor	SS.	Psikolojik Sağlık Skor	SS.	Sosyal İlişkiler Skor	SS.	Çevre Skor	SS.
Ailede Ruhsal Hastalık Öyküsü	Var	111	65.09	22.49	29.47	17.41	51.19	11.67	43.62	22.33	71.06	13.00
	Yok	107	61.92	23.19	31.58	16.18	52.47	11.71	43.46	21.23	70.85	10.39
	İstatistik			t=1.02 p=0.306		t=-0.92 p=0.357		t=-0.80 p=0.420		t=0.05 p=0.957		t=0.12 p=0.898
Yakınlık Derecesi	Birinci derece	78	64.10	22.01	29.35	17.97	52.20	11.79	45.51	22.10	70.99	13.04
	İkinci derece	32	70.31	23.71	28.79	15.84	48.66	11.17	38.54	22.38	70.02	12.84
	İstatistik			t=-1.31 p=0.192		t=0.15 p=0.879		t=1.45 p=0.150		t=1.49 p=0.137		t=0.35 p=0.721
İntihar Girişimi	Var	44	77.27	23.54	29.30	16.81	46.59	11.55	38.26	23.52	64.63	13.03
	Yok	174	60.06	21.36	30.81	16.84	53.14	11.37	44.88	21.14	72.56	10.89
	İstatistik			t=4.67 p=0.000		t=-0.53 p=0.596		t=-3.40 p=0.001		t=-1.81 p=0.071		t=-4.13 p=0.000

WHOQOL-Bref-TR= DSÖ Yaşam Kalitesi Ölçeği Türkçe kısa formu, n= katılımcı sayısı, SS= standart sapma, F= Tek Yönlü Varyas Analizi, t= Bağımsız Değişkenlerde t test

Genel Sağlık Alt boyutu; Tablo 4.5'te görüldüğü gibi, eğitim durumu, meslek, çalışma durumu, gelir seviyesi, baba eğitim düzeyi, anne eğitim düzeyi, fiziksel hastalık, sigara – alkol – madde kullanımı, ailede kronik / fiziksel hastalık öyküsü ve intihar girişimine göre Genel Sağlık puanlarının farkı istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$). Eğitim durumuna göre farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ileri analizde (LSD); ilkokul mezunu olanların puanlarının, lise, ön lisans ve lisans mezunu olanlardan daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Mesleğe göre farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ileri analizde (LSD); kamu personeli olanların puanlarının, ev hanımı, ev hanımı/kızı ve serbest meslekte çalışanlardan düşük olduğu belirlenmiştir. Çalışma durumuna göre farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ileri analizde (LSD); hastalık nedeni ile çalışmayanların puanlarının, çalışan, çalışmayan ve hiç çalışmamışlardan yüksek olduğu belirlenmiştir. Gelir seviyesine göre farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ileri analizde (LSD); alt gelir seviyesinde olanların puanlarının, orta ve üst gelir seviyesi olanlardan yüksek olduğu belirlenmiştir. Baba eğitim düzeyine göre farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ileri analizde (LSD); babası ortaokul mezunu olanların puanlarının, babası eğitimi olmayan, okuryazar, ilkokul ve lise mezunu olanlardan düşük olduğu belirlenmiştir. Anne eğitim düzeyine göre farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ileri analizde (LSD); annesinin eğitimi olmayanların puanlarının, annesi ilkokul ve lise mezunu olanlardan yüksek olduğu belirlenmiştir. Fiziksel hastalığa göre farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ileri analizde (LSD); diyabeti olanların puanlarının, hipertansiyon (HT) ve kronik kalp hastalığı (KKH) olanlardan düşük olduğu belirlenmiştir. Ayrıca KKH olanların puanı da HT hastalarından yüksektir. Sigara – alkol – madde kullananların puanlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Ailede Kronik / Fiziksel Hastalık Öyküsü olanların puanlarının daha yüksektir. Tablo 4.5'te görüldüğü gibi, cinsiyet, medeni durum, birlikte yaşanan kişiler, ikamet yeri, işlevsellik kaybı, sosyal güvence, sosyal destekler, aile yapısı, yaşıyor olduğu yerdeki durumu, fiziksel hastalık öyküsü, kronik hastalık, ailede ruhsal hastalık öyküsü ve yakınlık derecesine göre Genel Sağlık puanlarının farkı istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0.05$).

Fiziksel Sağlık Alt Boyutu; Tablo 4.5'te görüldüğü gibi, medeni duruma göre Fiziksel Sağlık puan farkı istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$). Farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ileri analizde (LSD); evlilerin puanlarının, hiç

evlenmemiş ve boşanmış olanlardan yüksek olduğu belirlenmiştir. Tablo 4.7’de görüldüğü gibi, cinsiyet, birlikte yaşanan kişiler, ikamet yeri, eğitim durumu, meslek, çalışma durumu, işlevsellik kaybı, gelir seviyesi, baba eğitim düzeyi, anne eğitim düzeyi, sosyal güvence, sosyal destekler, aile yapısı, yaşıyor olduğu yerdeki durumu, fiziksel hastalık öyküsü, fiziksel hastalık, sigara – alkol – madde kullanımı, ailede kronik / fiziksel hastalık öyküsü, kronik hastalık, ailede ruhsal hastalık öyküsü, yakınlık derecesi tanısı ve intihar girişimine göre Fiziksel Sağlık puanlarının farkı istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0.05$).

Psikolojik Sağlık Alt Boyutu; Tablo 4.5’te görüldüğü gibi, eğitim durumu, meslek, çalışma durumu, işlevsellik kaybı, anne eğitim düzeyi, sosyal güvence ve intihar girişimine göre Psikolojik Sağlık puanlarının farkı istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$). Eğitim durumuna göre farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ileri analizde (LSD); ön lisans mezunu olanların puanlarının, okuryazar, ilkokul, ortaokul ve lise mezunu olanlardan daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Mesleğe göre farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ileri analizde (LSD); kamu personeli olanların puanlarının, ev hanımı, ev hanımı/kızı, özel sektörde çalışan ve serbest meslekte çalışanlardan yüksek olduğu belirlenmiştir. Çalışma durumuna göre farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ileri analizde (LSD); hastalık nedeni ile çalışmayanların puanlarının, çalışan, çalışmayan ve hiç çalışmamışlardan düşük olduğu belirlenmiştir. İşlevsellik kaybı olanların puanlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Anne eğitim düzeyine göre farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ileri analizde (LSD); annesinin eğitimi olmayanların puanlarının, annesi ilkokul ve lise mezunu olanlardan düşük olduğu belirlenmiştir. Sosyal güvencesi olanların puanlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Tablo 4.5’te görüldüğü gibi, cinsiyet, medeni durum, birlikte yaşanan kişiler, ikamet yeri, gelir seviyesi, baba eğitim düzeyi, sosyal destekler, aile yapısı, yaşıyor olduğu yerdeki durumu, fiziksel hastalık öyküsü, fiziksel hastalık, sigara – alkol – madde kullanımı, ailede kronik / fiziksel hastalık öyküsü, kronik hastalık, ailede ruhsal hastalık öyküsü ve yakınlık derecesine göre Psikolojik Sağlık puan ortalaması farkı istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0.05$).

Sosyal İlişkiler Alt Boyutu için; Tablo 4.5’te görüldüğü gibi, medeni durum, meslek ve çalışma durumuna göre Sosyal İlişkiler puan ortalaması farkı istatistiksel

olarak anlamlıdır ($p<0.05$). Medeni duruma göre farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ileri analizde (LSD); evlilerin puan ortalamasının, hiç evlenmemiş ve boşanmış olanlardan yüksek olduğu belirlenmiştir. Mesleğe göre farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ileri analizde (LSD); serbest meslekte çalışanların puanlarının, ev hanımı ve özel sektörde çalışanlardan düşük olduğu belirlenmiştir. Çalışma durumuna göre farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ileri analizde (LSD); hastalık nedeni ile çalışmayanların puanlarının, çalışan, çalışmayan ve hiç çalışmamışlardan yüksek olduğu belirlenmiştir. Tablo 4.7’de görüldüğü gibi, cinsiyet, birlikte yaşanan kişiler, ikamet yeri, eğitim durumu, işlevsellik kaybı, gelir seviyesi, baba eğitim düzeyi, anne eğitim düzeyi, sosyal güvence, sosyal destekler, aile yapısı, yaşıyor olduğu yerdeki durumu, fiziksel hastalık öyküsü, fiziksel hastalık, sigara – alkol – madde kullanımı, ailede kronik / fiziksel hastalık öyküsü, kronik hastalık, ailede ruhsal hastalık öyküsü, yakınlık derecesi ve intihar girişimine göre Sosyal İlişkiler puan ortalaması farkı istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0.05$).

Çevresel Alan Alt Boyutu; Tablo 4.5’te görüldüğü gibi, ikamet yeri, meslek, gelir seviyesi, baba eğitim düzeyi, sosyal güvence, sosyal destekler, kronik hastalık ve intihar girişimine göre Çevresel Alan puan ortalaması farkı istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$). Kentte yaşayanların puan ortalaması daha yüksektir. Mesleğe göre farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ileri analizde (LSD); kamu personeli olanların puanlarının, ev hanımı ve serbest meslekte çalışanlardan yüksek olduğu belirlenmiştir. Gelir düzeyine göre farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ileri analizde (LSD); alt gelir seviyesinde olanların puanlarının, orta ve üst gelir seviyesi olanlardan düşük olduğu belirlenmiştir. Baba eğitim düzeyine göre farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ileri analizde (LSD); babasının eğitimi olmayanların puanlarının, babası ilköğretim, ortaokul, lise ve lisans mezunu olanlardan düşük olduğu belirlenmiştir. Sosyal güvencesi olanların puan ortalaması daha yüksektir. Sosyal desteği olmayanların puan ortalaması daha yüksektir. Kronik hastalık durumuna göre farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ileri analizde (LSD); diyabeti olanların puanlarının, HT ve KKH olanlardan düşük olduğu belirlenmiştir. Ayrıca KKH olanların puanı da HT hastalarından yüksektir. Tablo 4.7’de görüldüğü gibi, cinsiyet, medeni durum, birlikte yaşanan kişiler, eğitim durumu, çalışma durumu, işlevsellik kaybı, anne eğitim düzeyi, aile yapısı, yaşıyor olduğu yerdeki durumu, fiziksel hastalık öyküsü, fiziksel hastalık, sigara – alkol – madde kullanımı, ailede kronik / fiziksel

hastalık öyküsü, ailede ruhsal hastalık öyküsü ve yakınlık derecesine göre Çevresel Alan puan ortalaması farkı istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0.05$).

4.4. Katılımcıların Çeşitli Demografik Özellikler ile WHOQOL-Bref-TR Ölçeği Alt Boyut Skorları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

Katılımcıların çeşitli demografik özellikler ile WHOQOL-Bref-TR ölçeği alt boyut skorları arasındaki ilişki Tablo 4.6’da sunulmuştur.

Tablo 4.6. Katılımcıların Çeşitli Demografik Özellikler İle WHOQOL-Bref-TR Ölçeği Alt Boyut Skorları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi (n=218)

Kategori	n	Genel Sağlık	Fiziksel Sağlık	Psikolojik Sağlık	Sosyal İlişkiler	Çevre
Yaş	r	0.18	-0.024	-0.083	-0.046	0.024
	p	0.112	0.720	0.222	0.497	0.728
	n	217	217	217	217	217
Çocuk sayısı	r	0.129	0.160	-0.076	0.070	0.064
	p	0.057	0.018	0.265	0.305	0.345
	n	218	218	218	218	218
Toplam evli olarak geçirilen süre	r	0.100	-0.033	-0.052	-0.114	-0.003
	p	0.244	0.700	0.548	0.184	0.975
	n	137	137	137	137	137
Kardeş sayısı	r	0.206	-0.106	-0.082	0.093	-0.090
	p	0.002	0.120	0.233	0.174	0.187
	n	216	216	216	216	216
Göçmenlik süresi	r	0.100	0.024	-0.224	-0.449	0.223
	p	0.665	0.918	0.329	0.041	0.332
	n	21	21	21	21	21
Alkol kullanım süresi	r	0.160	-0.399	-0.121	0.216	0.120
	p	0.732	0.375	0.796	0.642	0.798
	n	7	7	7	7	7
Sigara kullanım süresi	r	0.084	-0.098	0.004	-0.001	0.089
	p	0.391	0.318	0.966	0.995	0.363
	n	107	107	107	107	107

Tablo 4.6’da görüldüğü gibi Kardeş sayısı ile Genel Sağlık puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönlü ve düşük düzeyli bir ilişki vardır ($p<0.05$). Kardeş Sayısı arttıkça Genel Sağlık puanı da artmaktadır. Kardeş sayısı ile Fiziksel Sağlık, Psikolojik Sağlık, Sosyal İlişkiler ve Çevre puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur ($p>0.05$). Tablo 4.6’da görüldüğü gibi göçmenlik ile Sosyal puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı, negatif yönlü ve düşük düzeyli bir ilişki vardır ($p<0.05$). Göçmenlik süresi arttıkça Sosyal ilişkiler puanı düşmektedir. Göçmenlik süresi Genel Sağlık, Fiziksel Sağlık, Psikolojik Sağlık ve Çevre puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur ($p>0.05$). Tablo 4.6’da görüldüğü gibi Alkol kullanım

süresi ve Sigara kullanım süresi ile Genel Sağlık, Fiziksel Sağlık, Psikolojik Sağlık, Sosyal İlişkiler ve Çevre puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur ($p>0.05$).

4.5. Katılımcıların Demografik Özelliklere Göre ASÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Katılımcıların ASÖ puan ortalaması 27.70 ± 6.57 olarak hesaplanmıştır. Katılımcıların demografik özelliklere göre ASÖ puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 4.7’de sunulmuştur.

Tablo 4.7. Katılımcıların Demografik Özelliklere Göre ASÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=218)

Değişken	Kategori	n	Algılanan Stres Ölçeği Toplam	
			Ort.	SS.
Cinsiyet	Erkek	109	27.83	6.43
	Kadın	109	27.57	6.74
	İstatistik		t=0.29 p=0.766	
Medeni durum	Hiç evlenmemiş	77	25.86	6.32
	Evli	123	29.04	6.73
	Eşi vefat etmiş	8	25.75	5.20
	Boşanmış	10	27.00	3.37
	İstatistik		F=4.17 p=0.007	
Birlikte Yaşanan Kişiler	Aile ile	200	27.68	6.75
	Diğer	10	29.20	3.99
	Yalnız	8	26.38	4.17
	İstatistik		F=0.42 p=0.656	
İkamet Yeri	Kent	167	27.68	6.73
	Kırsal	51	27.76	6.08
	İstatistik		t=-0.078 p=0.938	
Eğitim Durumu	Okur yazar	16	26.75	5.26
	İlkokul	67	28.84	5.57
	Ortaokul	31	28.13	6.62
	Lise	63	28.06	6.06
	Önlisans	11	26.64	8.85
	Lisans	30	24.87	8.64
	İstatistik		F=1.73 p=0.128	

Tablo 4.7. (devam) Katılımcıların Demografik Özelliklere Göre ASÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=218)

Değişken	Kategori	n	Algılanan Stres Ölçeği Toplam	
			Ort.	SS.
Meslek	Çalışmıyor	5	32.40	4.10
	Emekli	4	31.00	0.82
	Ev hanımı	49	27.57	6.40
	Ev hanımı / ev kızı	30	29.60	5.79
	Kamu personeli	21	27.29	7.35
	Öğrenci	7	27.00	9.29
	Özel sektör	21	25.43	6.94
	Serbest meslek	81	27.38	6.54
	İstatistik		F=1.29 p=0.256	
Çalışma Durumu	Çalışıyor	46	28.26	7.03
	Çalışmıyor	52	26.00	7.03
	Hastalık vb. nedenlerle çalışmıyor	47	27.17	6.17
	Hiç çalışmamış	73	28.90	6.0
	İstatistik		F=2.22 p=0.086	
İşlevsellik Kaybı	Var	7	27.57	6.08
	Yok	211	27.71	6.60
	İstatistik		t=-0.05 p=0.958	
Gelir Seviyesi	Alt	60	26.72	6.55
	Orta	146	28.02	6.45
	Üst	12	28.75	8.08
	İstatistik		F=0.99 p=0.370	
Baba Eğitim Düzeyi	Eğitimi yok	25	27.16	6.06
	Okur yazar	9	29.11	3.37
	İlkokul	122	28.11	6.64
	Ortaokul	14	24.50	8.07
	Lise	35	27.97	5.58
	Lisans	13	26.62	8.90
	İstatistik		F=0.96 p=0.444	
Anne Eğitim Düzeyi	Eğitimi yok	96	27.69	6.01
	Okur yazar	12	29.25	5.15
	İlkokul	96	27.75	7.45
	Ortaokul	5	26.00	6.96
	Lise	9	26.22	3.83
	İstatistik		F=0.36 p=0.836	
Sosyal Güvence	Var	202	27.77	6.56
	Yok	16	26.88	6.87
	İstatistik		t=0.52 p=0.602	
Sosyal Destekler	Var	26	28.58	6.57
	Yok	192	27.58	6.58
	İstatistik		t=0.72 p=0.471	

Tablo 4.7. (devam) Katılımcıların Demografik Özelliklere Göre ASÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=218)

Değişken	Kategori	n	Algılanan Stres Ölçeği Toplam	
			Ort.	SS.
Aile Yapısı	Çekirdek	173	27.49	6.70
	Geniş	32	28.09	6.66
	Parçalanmış	13	29.54	4.20
	İstatistik		F=0.65 p=0.522	
Yaşıyor Olduğu Yerdeki Durumu	Göçmen		3.52	27.57
	Yerli		4.55	27.72
	İstatistik		t=-0.09 p=0.924	
Fiziksel Hastalık Öyküsü	Var	45	29.00	6.15
	Yok	173	27.36	6.65
	İstatistik		t=1.49 p=0.137	
Fiziksel Hastalık	Diyabet	22	28.36	6.11
	HT	15	29.87	6.77
	KKH	8	29.88	5.82
	İstatistik		F=0.32 p=0.726	
Madde Kullanımı	Var	111	26.91	6.25
	Yok	107	28.52	6.83
	İstatistik		t=-1.82 p=0.070	
Ailede Kronik Hastalık Öyküsü	Var	143	27.60	6.19
	Yok	75	27.89	7.29
	İstatistik		t=-0.29 p=0.768	
Kronik Hastalık	Diyabet	63	27.70	5.70
	HT	40	27.50	6.69
	KKH	36	26.94	6.08
	İstatistik		F=0.17 p=0.838	
Ailede Ruhsal Hastalık Öyküsü	Var	111	28.00	7.00
	Yok	107	27.39	6.12
	İstatistik		t=0.68 p=0.496	
Yakınlık Derecesi	1. derece	78	27.67	7.20
	2. derece	32	28.72	6.62
	İstatistik		t=-0.71 p=0.478	
İntihar Girişimi	Var	44	27.45	6.67
	Yok	74	27.76	6.57
	İstatistik		F=0.65 p=0.522	

Algılanan Stres Ölçeği Toplam Puanı; Tablo 4.7’de görüldüğü gibi, medeni duruma göre ASÖ toplam puanlarının farkı istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$). Farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ileri analizde (LSD); evlilerin puan ortalamasının, hiç evlenmemiş olanlardan daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Tablo

4.7’de görüldüğü gibi, cinsiyet, birlikte yaşanan kişiler, ikamet yeri, eğitim durumu, meslek, çalışma durumu, işlevsellik kaybı, gelir seviyesi, baba eğitim düzeyi, anne eğitim düzeyi, sosyal güvence, sosyal destekler, aile yapısı, yaşıyor olduğu yerdeki durumu, fiziksel hastalık öyküsü, fiziksel hastalık, sigara – alkol – madde kullanımı, ailede kronik / fiziksel hastalık öyküsü, kronik hastalık, ailede ruhsal hastalık öyküsü, yakınlık derecesi ve intihar girişimine göre ASÖ toplam puanlarının farkı istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0.05$).

Çeşitli demografik özellikler ile ASÖ ve alt boyut puanları arasındaki ilişkinin incelenmesi Tablo 4.8’de sunulmuştur.

Tablo 4.8. Katılımcıların Çeşitli Demografik Özellikler İle ASÖ Arasındaki İlişkinin İncelenmesi (n=218)

Değişken	Kategori	Algılanan Stres Ölçeği
		Toplam
Yaş	r	0.017
	p	0.801
	n	217
Çocuk sayısı	r	0.135
	p	0.047
	n	218
Toplam evli olarak geçirilen süre	r	-0.065
	p	0.448
	n	137
Kardeş sayısı	r	-0.005
	p	0.940
	n	216
Göçmenlik süresi	r	0.137
	p	0.554
	n	21
Alkol kullanım süresi	r	-0.439
	p	0.325
	n	7
Sigara kullanım süresi	r	-0.048
	p	0.625
	n	107

Tablo 4.8’de görüldüğü gibi yaş ile ASÖ Toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur ($p>0.05$). Çocuk sayısı ile ASÖ Toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı, düşük düzeyli ve pozitif yönlü ilişki vardır ($p<0.05$). Çocuk sayısı arttıkça ASÖ Toplam puanı da artmaktadır (Tablo 4.8). Tablo 4.8’de görüldüğü gibi toplam evli olarak geçirilen süre, kardeş sayısı, göçmenlik süresi, alkol kullanım

süresi ve sigara kullanım süresi ile ASÖ Toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur ($p>0.05$).

4.6. Katılımcılarda Sağlık Algısı, Yaşam Kalitesi ve ASÖ İlişkisi

Katılımcıların Sağlık Algısı Ölçeği, WHOQOL-Bref-TR ve alt boyutları ile Algılanan Stres Ölçeği Arasındaki İlişkinin İncelenmesi Tablo 4.9’da sunulmuştur.

Tablo 4.9. Katılımcıların Sağlık Algısı Ölçeği, WHOQOL-Bref-TR ve alt boyutları ile Algılanan Stres Ölçeği Arasındaki İlişkinin İncelenmesi (n=218)

Değişken	Kategori	ASÖ	Genel Sağlık	Fiziksel Sağlık	Psikolojik Sağlık	Sosyal İlişkiler	Çevre	Sağlık Algısı
ASÖ	r	1	-0.002	0.729	0.068	0.048	0.039	0.105
	p		0.975	0.000	0.318	0.478	0.568	0.122
	n	218	218	218	218	218	218	218
Genel Sağlık	r	0.002	1	0.072	-0.445	-0.389	-	-0.502
							0.291	
	p	0.975		0.289	0.000	0.000	0.000	0.000
	n	218	218	218	218	218	218	218
Fiziksel Sağlık	r	0.729	-0.072	1	0.098	0.109	-	0.119
							0.020	
	p	0.000	0.289		0.150	0.110	0.768	0.079
	n	218	218	218	218	218	218	218
Psikolojik Sağlık	r	0.068	-0.445	0.098	1	0.370	0.141	0.427
	p	0.318	0.000	0.150		0.000	0.038	0.000
	n	218	218	218	218	218	218	218
Sosyal İlişkiler	r	0.048	-0.389	0.109	0.370	1	0.066	0.287
	p	0.478	0.000	0.110	0.000		0.333	0.000
	n	218	218	218	218	218	218	218
Çevre	r	0.039	-0.291	-0.020	0.141	0.066	1	0.209
	p	0.568	0.000	0.768	0.038	0.333		0.002
	n	218	218	218	218	218	218	218
Sağlık Algısı	r	0.105	-0.502	0.119	0.427	0.287	0.209	1
	p	0.122	0.000	0.079	0.000	0.000	0.002	
	n	218	218	218	218	218	218	218

Tablo 4.9’da görüldüğü gibi, ASÖ ile Fiziksel sağlık puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı, orta düzeyli ve pozitif yönlü ilişki vardır ($p<0.05$). ASÖ puanı arttıkça Fiziksel sağlık puanı da artmaktadır. ASÖ ile Genel Sağlık, Psikolojik Sağlık, Sosyal İlişkiler, Çevre ve SAÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur ($p>0.05$). Tablo 4.9’da görüldüğü gibi, Genel Sağlık puanı ile Sağlık Algısı puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı, orta düzeyli ve negatif yönlü ilişki vardır ($p<0.05$). Genel Sağlık puanı arttıkça Sağlık Algısı puanı azalmaktadır.

5. TARTIŞMA

KRH'sı olan bireylerin COVID-19 pandemi sürecinde kişisel, ruhsal ve bakım yönünden yaşadıkları sorunları belirlemek amacıyla yapılan bu çalışmada, KRH'sı olan bireylerin demografik özelliklere göre ASÖ toplam puanına göre evlilerin puanlarının, hiç evlenmemiş olanlardan daha yüksek olduğu saptanmıştır. KRH olan bireylerdeki çocuk sayısı ile ASÖ toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı, düşük düzeyli ve pozitif yönlü ilişki olduğu belirlendi ($p<0.05$). KRH'sı olan bireylerin WHOQOL-Bref-TR ve alt boyutlarında eğitim durumu, meslek, çalışma durumu, gelir seviyesi, baba eğitim düzeyi, anne eğitim düzeyi, sigara – alkol – madde kullanımı, ailede kronik hastanın tanısı ve intihar girişimine göre Genel Sağlık puanlarının farkının istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlendi ($p<0.05$). KRH' sı olan bireylerin demografik özelliklere göre SAÖ ve alt boyutlarında bireyin eğitim ve çalışma durumu, mesleği, gelir seviyesi, ailede kronik hastalık öyküsü ve intihar girişimine göre Sağlık Algısı puanlarının farkının istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$).

5.1. Sağlık Algısına İlişkin Bulguların Tartışılması

KRH'sı olan bireylerin COVID-19 pandemi sürecinde kişisel, ruhsal ve bakım yönünden yaşadıkları sorunları belirlemek amacıyla yapılan bu çalışmada, lisans mezunlarının, ailede kronik hastalığı olan bireylerin, kamuda ve herhangi bir işte çalışanların SAÖ puanlarının daha yüksek; alt gelir seviyesine sahip olan bireylerin puanlarının ise düşük olduğu belirlenmiştir. Bizim çalışmamıza benzer olarak yapılan çalışmada yüksek eğitim görmüşlerin sağlık algısı puanlarının ilköğretim-lise mezunlarından yüksek olduğu (Özdemir ve Arpacıoğlu 2020), eğitim seviyesindeki artışın sağlık algısı düzeyinin artmasında etkili olduğu (Souto vd., 2018) ve herhangi bir işte çalışanların puanlarının ise çalışmayanlara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Akca vd., 2020). Buna benzer bir diğer çalışmada ise ilköğretim mezunlarının sağlık algısı alt boyutlarından aldıkları puanları düşük olarak bulunduğu değinilmiştir (Şahin, 2018). Bireylerin sağlık durumlarını doğru bir şekilde tespit etmelerinde eğitim durumlarının yüksek olması ve herhangi bir işte çalışıyor olmalarının etkisi olduğu düşünülebilir. Başka bir benzer çalışmada ise orta düzeyde SAÖ puanına sahip olduğu, cinsiyet ve medeni durum ile ilgili bir fark bulunmadığı ifade edilmektedir (Kolaç vd., 2018; Özdemir ve Arpacıoğlu, 2020, Soysal ve Yiğit, 2021). Bu sonuca göre pandemi

döneminde bekâr ile evli ve kadın ile erkek bireylerin sağlık algısı düzeylerinde benzerlik olduğu söylenebilir. Sosyal ve Yiğit, (2021) yapmış oldukları benzer çalışmada sigara kullananlar ile kullanmayanların sağlık algısı puanları arasında anlamlı bir fark olmadığı belirtilmiştir (Soysal ve Yiğit 2021).. Bir diğer benzer çalışmada da sağlık algısı puanının cinsiyete göre farklılık göstermediği bildirilmektedir (Çilingir ve Aydın, 2017; Kolaç vd., 2018; Özdemir ve Arpacıoğlu, 2020). Bu sonuca göre sağlık düzeylerinin doğru analizinde madde kullanımı ile cinsiyet farklılığının etkisi olmadığı söylenebilir.

Yapılan bir çalışmada ise çalışmamızdan farklı olarak kronik hastalığı olanlar ile olmayanların sağlık algısı puanları arasında anlamlı bir fark olmadığı tespit edilmiştir (Soysal ve Yiğit, 2021). Diğer bir çalışmada ise kronik hastalığı olan bireylerin sağlığı algılama düzeylerinin yüksek olduğu, aynı zamanda eğitim ve gelir durumunun sağlığı algılama düzeyini etkilemediği saptanmıştır (Altay vd., 2016). Bu araştırmanın sonucunun farklı çıkmasında ruhsal hastalar üzerine çalışmanın yapılmış olmasının etkili olabileceği düşünülmektedir. Yapılan bu çalışma sonucunda COVID-19 sürecinde ve öncesinde KRH'sı olan bireylerin cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu gibi faktörlerin sağlığı algılamada etki düzeylerinin aynı olabileceği düşünülebilir.

5.2. WHOQOL-Bref-TR Ölçeği ve Alt Boyut Boyutlarına İlişkin Bulguların Tartışılması

Kronik ruh hastalığı olan bireylerin COVID-19 pandemi sürecinde kişisel, ruhsal ve bakım yönünden yaşadıkları sorunları belirlemek amacıyla yapılan bu çalışmada, ilkökul mezunu, kamu personeli olanların puanlarının düşük ve hastalık nedeni ile çalışmayanların ve alt gelir seviyesine sahip olanların puanlarının yüksek olduğu belirlenmiştir. Bu çalışmada babası ortaokul mezunu olanların puanlarının düşük, annesinin eğitimi olmayanların puanlarının yüksek olduğu saptanmıştır. Ayrıca diyabeti olanların puanlarının, HT ve KKH olanlardan düşük; KKH olanların puanının da HT hastalarından yüksek olduğu belirlenmiştir. Sigara kullananların puanlarının kullanmayanlara göre yüksek, ailede kronik hastalık öyküsü olanların olmayanlardan, intihar girişiminde bulunanların puanlarının, intihar girişiminde bulunmayanlardan ve şizofreni tanısı olanların puanlarının, duygu durum bozukluğu olanlardan daha yüksek olduğu saptanmıştır. Bu araştırmaya benzer olarak yapılan çalışmalarda, kronik hastalığı olan bireylerin yaşam kalitesi puan ortalamalarının kronik hastalığı olmayanlara göre daha düşük olduğu belirtilmektedir (Shiroiwa vd., 2016). Diyabetli hastalarda yaşam

kalitesinin incelendiği diğer bir araştırmada, hastaların sağlıkla ilgili yaşam kalitesi puanlarının düşük düzeyde olduğu saptanmıştır (Kabeloğlu ve Gül, 2021; PrasannaKumar vd., 2018).

Bu araştırmanın sonucuna göre ruhsal hastalığı olan bireylerde sigara kullanımının bireyleri psikolojik yönden rahatlatığı ve hastalığın devamlılık arz etmesi yaşam kalitesinde olumsuz etkiler bırakabileceği söylenebilir. Ayrıca ruhsal hastalığı olan bireylerin çalışmıyor olmaları herhangi bir sorumluluk sahibi olmalarını gerektirmediğinden bu bireylerde stres oluşturmamakta ve bu yönden yaşam kalite puanlarının yüksek olduğu düşünülebilir. Ek olarak, kamuda çalışanların sayısının özel sektörde çalışanlardan fazla olduğu göz önünde bulundurulduğunda çalışanların iş yüklerinin fazla olması ve sorumluluk olması yaşam kalitelerini olumsuz yönde etkilemiş olabilir. Ve ayrıca, alt gelir seviyesine sahip olan bireylerin aileleri ile beraber yaşamaları ve aile yakınlarının bireylerin bakımları ile ilgilenmeleri yaşam kalite seviyesinde etkili olduğu düşünülebilir. Bunun yanısıra çalışmaya katılan bireylerin annelerinin yarıdan fazlasının eğitimi olmaması yaşam kalite puanlarını etkilediği ile açıklanabilir.

Bu çalışmadan farklı olarak yaşam kalitesinin gelir düzeyindeki etkisine bakılan çalışmalarda, alt gelir seviyesine sahip olanların yaşam kalitelerinin düşük, orta düzeyde gelire sahip olan bireylerin yaşam kalite düzeylerinin orta ve üst gelir seviyesine sahip bireylerin yaşam kalitelerinin yüksek seviyede olduğu saptanmıştır (Ergün ve Sakız, 2021). Diğer bir farklı bir çalışmada ise alkol ve madde bağımlılığı bulunanlarının yaşam kalitesi puanlarının düşük (Küçükdönmez vd., 2018); çocuğu olmayan bireylerin puanlarının yüksek olduğu belirtilmiştir (Güler ve Ersin, 2018). Ayrıca kadın hastaların yaşam kalitelerinin erkek hastalardan daha düşük olduğu bulunmuştur (Kınıcı, 2019). Bu çalışmayı ruhsal hastalığa sahip olan bireyler oluşturduğu için diğer çalışmalardan farklı sonuçlar elde edildiği düşünülebilir.

Şizofreni hastaları ile yapılan bir çalışmada bu hastaların yaşam kalitelerinin ruhsal, bedensel, çevresel ve sosyal boyutlarında aldıkları puanların düşük olduğu belirtilmiştir (Yılmaz, 2015). Başka bir çalışmada da bu hastaların yaşam kalite algı puanları orta düzeyde saptanmıştır (Karaağaç, 2015). Bu araştırmaya göre KRH'sı olan

bireylerin yaşam kalitelerinin COVID-19 sürecinde etkilenme düzeylerinin COVID-19 öncesindeki etkilenme düzeylerinden daha yüksek olduğu söylenebilir.

5.3. Algılanan Stres Ölçeğine İlişkin Bulguların Tartışılması

Yapılan bir çalışmada algılanan stresin ruh sağlığını olumsuz yönde etkilemesinde depresyon ve sosyal desteğin bazı yönleriyle rol aldığı belirlenmiştir (Catabay vd., 2019). KRH'sı olan bireylerin COVID-19 pandemi sürecinde kişisel, ruhsal ve bakım yönünden yaşadıkları sorunları belirlemek amacıyla yapılan bu çalışmada, evlilerin ASÖ evlenmemiş ve boşanmış olanlardan daha yüksek ve çocuk sayısı arttıkça, ruhsal hastalığı olan bireylerin ASÖ puanlarının yüksek olduğu saptanmıştır. Özdemir ve arkadaşlarının (2021) yaptıkları bir çalışmada evli bireylerin ASÖ puanlarının bekar ve boşanmış bireylere göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Özdemir vd., 2021). Topçu (2021) yaptığı çalışmasında çocuğu olmayan ya da bir ya da iki çocuğu olanların ASÖ düzeylerinin yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Topçu, 2021). Shevlin ve arkadaşları (2020) tarafından yapılan bir çalışmada ise COVID-19 süreci içinde evli olmak ve bakıma gereksinimi olan çocukların varlığının stres düzeyini artırdığı saptanmıştır (Shevlin vd., 2020). Literatür incelendiğinde çocuk sayısı arttıkça algılanan stres düzeyinin de arttığını belirten çalışmalar bulunmaktadır (Dönmez vd., 2017). Literatür çalışmalarına bakıldığında bu araştırma ile benzerlik olduğu görülmektedir. COVID-19 pandemi sürecinde evli bireylerin uzun süre evde kalması günlük yapılan sosyal aktivelerin (iş, spor, arkadaşlık vs.) azalmasına neden olmasının, sürekli aynı alanda beraber bulunmanın ve bakıma gereksinimi olan çocuğun pandemi nedeniyle daha fazla özveri ile bakılması gerekliliği göz önünde bulundurulur ise çocuk sayısı arttıkça bakıma verilen süre artacağı için bireylerde stresi artırabileceği düşünülebilir. Başka bir benzer çalışmada ise bipolar bozukluk (BB) tanılı bireylerin ASÖ ölçeği alt boyut puanlarının eğitim, cinsiyet, çalışma durumları ve aile tipi gruplar arasında anlamlılık olmadığı ifade edilmiştir (Güleç, 2019). Yapılan çalışmalar bu çalışma ile benzerlik göstermektedir. Bu duruma göre demografik değişkenlerin birçoğunun stres düzeyi ile ilgisi olmadığı söylenebilir.

Bu araştırmadan farklı olarak; Koruyucu (2022) yaptığı çalışmada Erkek hastaların kadınlara göre ASÖ toplam puanlarının yüksek ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir (Koruyucu, 2022). Göksu ve Kumcağız'ın COVID-19 salgınında bireylerde algılanan stres düzeyleri ile ilgili yapmış olduğu çalışmasına katılan

bekâr bireylerin ASÖ puanlarının, evli bireylerin puanlarından daha yüksek olduğu bulunmuştur (Göksu ve Kumcağız, 2020). Literatür incelenmesinde de bekâr olanların evli olanlara göre ASÖ toplam puanlarının daha yüksek olduğu (Ayraller vd., 2020, Göksu ve Kumcağız, 2020) ve genellikle eğitim durumu düşük olan bireylerin algıladıkları stres puanlarının daha fazla (Ayraller vd., 2020; Bayrak vd., 2019), gelir durumu düşük olanların ASÖ toplam puanlarının ise daha yüksek olduğu saptanmıştır (Ayraller vd., 2020; Bayrak vd., 2019; Yağmur ve Türkmen, 2017; Topçu, 2021). Bununla beraber kadınların stres düzeylerinin erkeklerden yüksek olduğu belirlenmiştir (Aydın vd., 2022; Bodecka vd., 2021; Fidan ve Çalışkan, 2022; Kowal vd., 2020; Ruiz-Fernández vd., 2020). Bir diğer farklı çalışmada pandemi öncesinde KRH tanısı konup tedavi almamış bireylerin ruhsal rahatsızlığı olmayan bireylere göre stres düzeylerinin yüksek olduğu belirtilmiştir (Liu CH, vd., 2020). COVID-19 öncesi ruhsal hastalıklar ile ilgili çok fazla araştırmaya rastlanmamıştır. Ama yapılan araştırmalar neticesinde COVID-19 ‘un stresin artmasında etkili olabileceği düşünülmektedir.

6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

- Çocuk sayısı arttıkça ASÖ toplam puanı da artmaktadır.
- Evlilerin ASÖ toplam puanlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır.
- İlkokul mezunu olanların genel sağlık skorlarının lise, ön lisans ve lisans mezunu olanlardan daha yüksek olduğu belirlenmiştir.
- Kamu personeli olanların genel sağlık skorlarının, ev hanımı, ev hanımı/kızı ve serbest meslekte çalışanlardan düşük olduğu belirlenmiştir.
- Hastalık nedeni ile çalışmayanların genel sağlık skorlarının çalışan, çalışmayan ve hiç çalışmamışlardan yüksek olduğu belirlenmiştir.
- Alt gelir seviyesinde olanların genel sağlık skorlarının orta ve üst gelir seviyesi olanlardan yüksek olduğu belirlenmiştir.
- Babası ortaokul mezunu olanların genel sağlık skorlarının babası eğitimi olmayan, okuryazar, ilkokul ve lise mezunu olanlardan düşük olduğu belirlenmiştir.
- Annesinin eğitimi olmayanların genel sağlık skorlarının, annesi ilkokul ve lise mezunu olanlardan yüksek olduğu belirlenmiştir.
- Diyabeti olanların genel sağlık skorlarının, HT ve KKH olanlardan düşük olduğu belirlenmiştir. Ayrıca KKH olanların puanı da HT hastalarından yüksektir.
- Sigara – alkol – madde kullananların genel sağlık skorlarının kullanmayanlara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır.
- Ailede kronik / fiziksel hastalık öyküsü olanların genel sağlık skorları olmayanlara göre daha yüksektir.
- İntihar girişimi olanların genel sağlık skorlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır.
- Kardeş sayısı arttıkça genel sağlık skorları da artmaktadır.
- Evlilerin fiziksel sağlık skorlarının hiç evlenmemiş ve boşanmış olanlardan yüksek olduğu belirlenmiştir.
- Çocuk sayısı arttıkça fiziksel sağlık skorları da artmaktadır.
- Ön lisans mezunu olanların psikolojik sağlık skorlarının okuryazar, ilkokul, ortaokul ve lise mezunu olanlardan daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

- Kamu personeli olanların psikolojik sağlık skorlarının ev hanımı, ev hanımı/kızı, özel sektörde çalışan ve serbest meslekte çalışanlardan yüksek olduğu belirlenmiştir.
- Hastalık nedeni ile çalışmayanların psikolojik sağlık skorlarının çalışan, çalışmayan ve hiç çalışmamışlardan düşük olduğu belirlenmiştir.
- İşlevsellik kaybı olanların psikolojik sağlık skorlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır.
- Annesinin eğitimi olmayanların psikolojik sağlık skorlarının annesi ilkokul ve lise mezunu olanlardan düşük olduğu belirlenmiştir.
- Sosyal güvencesi olanların psikolojik sağlık skorlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır.
- İntihar girişimi olmayanların psikolojik sağlık skorlarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir.
- Evlilerin sosyal sağlık skorlarının hiç evlenmemiş ve boşanmış olanlardan yüksek olduğu belirlenmiştir.
- Serbest meslekte çalışanların sosyal sağlık skorlarının ev hanımı ve özel sektörde çalışanlardan düşük olduğu belirlenmiştir.
- Hastalık nedeni ile çalışmayanların sosyal sağlık skorlarının çalışan, çalışmayan ve hiç çalışmamışlardan yüksek olduğu belirlenmiştir.
- Göçmenlik süresi arttıkça sosyal sağlık skorları düşmektedir.
- Kentte yaşayanların çevresel alan skorları daha yüksektir.
- Kamu personeli olanların çevresel alan skorları ev hanımı ve serbest meslekte çalışanlardan yüksek olduğu belirlenmiştir.
- Alt gelir seviyesinde olanların çevresel alan skorlarının orta ve üst gelir seviyesi olanlardan düşük olduğu belirlenmiştir.
- Babasının eğitimi olmayanların çevresel alan skorlarının babası ilkokul, ortaokul, lise ve lisans mezunu olanlardan düşük olduğu belirlenmiştir.
- Sosyal güvencesi olanların çevresel alan skorları daha yüksektir.
- Sosyal desteği olmayanların çevresel alan skorları daha yüksektir.
- Diyabeti olanların çevresel alan skorlarının HT ve KKH olanlardan düşük olduğu belirlenmiştir. Ayrıca KKH olanların çevresel alan skorları puanı da HT hastalarından yüksektir.

- Lisans mezunlarının sağlık algısı puan ortalamalarının, okur-yazar, ilkokul, ortaokul ve lise mezunlarından yüksek olduğu belirlenmiştir.
- Kamu personellerinin sağlık algısı puan ortalamalarının ev hanımı, ev hanımı/kızı öğrenci, özel sektör ve serbest çalışanlardan yüksek olduğu belirlenmiştir.
- Çalışanların sağlık algısı puan ortalamalarının çalışmıyor, hastalık nedeni ile çalışmıyor ve hiç çalışmamış olanlardan yüksek olduğu belirlenmiştir.
- Alt gelir seviyesinde olanların sağlık algısı puan ortalamalarının orta ve üst gelir seviyesinde olanlardan düşük olduğu belirlenmiştir.
- Ailede kronik / fiziksel hastalık öyküsü olmayanların sağlık algısı puan ortalamaları daha yüksektir
- İntihar girişimi olmayanların sağlık algısı puan ortalamaları daha yüksektir.
- Lisans mezunlarının sağlık algısı puan ortalamalarının, okur-yazar, ilkokul, ortaokul ve lise mezunlarından yüksek olduğu belirlenmiştir.
- Kamu personellerinin sağlık algısı puan ortalamalarının ev hanımı, ev hanımı/kızı öğrenci, özel sektör ve serbest çalışanlardan yüksek olduğu belirlenmiştir.
- Çalışanların sağlık algısı puan ortalamalarının çalışmıyor, hastalık nedeni ile çalışmıyor ve hiç çalışmamış olanlardan yüksek olduğu belirlenmiştir.
- Alt gelir seviyesinde olanların sağlık algısı puan ortalamalarının orta ve üst gelir seviyesinde olanlardan düşük olduğu belirlenmiştir.
- Fiziksel Hastalık Öyküsü (Ailede Kronik / Fiziksel Hastalık Öyküsü olmayanların sağlık algısı puan ortalamaları daha yüksektir.
- İntihar girişimi olmayanların sağlık algısı puan ortalamaları daha yüksektir.
- ASÖ puanı arttıkça Fiziksel sağlık puanı da artmaktadır.
- Genel sağlık puanı arttıkça sağlık algısı puanı azalmaktadır.

6.2. Öneriler

KRH'sı Olan Bireylerin Bakım ve Tedavi Süreçlerinin COVID-19 Pandemi Sürecinden Etkilenme Düzeylerini belirlemek amacıyla yapılan çalışmamızın sonuçlarına göre;

- TRSM'lerin gerekli kurum ve kuruluşlarla irtibata geçerek KRH olan bireylere, pandemi gibi durumlarda başa çıkabilme yöntemleri, mesleki eğitim ve istihdam gibi durumlar için gerekli düzenlemelerin yapılması hakkında destek istemesi önerilebilir.

- TRSM'lerin KRH tanımlı bireylerin öz bakım becerilerini geliştirmek ve kazandırmak adına bir takım çalışmalar yapması önerilebilir.
- TRSM ekibinde yer alan sağlık profesyonelleri tarafından birey ve ailesine çocuk sayısını belirleme ve bakımı hakkında bilgi verilmesi ve destek olunması önerilebilir.
- TRSM'lerin KRH'sı olan bireylere, pandemi gibi durumlarda başa çıkabilme yöntemleri hakkında eğitimlerin artırılması ve gerekli düzenlemelerin yapılmasında gerekli kuruluşlardan destek istenmesi önerilebilir.
- Halk sağlığı hemşirelerinin sağlık algısı düşük olan KRH tanımlı bireyler için farkındalıklarını artıracak faaliyetlerde bulunmaları önerilebilir.
- Toplum ruh sağlığı hemşiresinin KRH tanımlı birey ve ailelerine sosyal aktivitelerini artırmaları için günlük rutin oluşturmalarında yardımcı olmaları önerilebilir.
- Toplum ruh sağlığı hemşiresinin hastalık nedeni ile çalışamayan bireylere evlerinde veya uygun ortamlarda yapabilecekleri küçük ve kendilerine zarar vermeyecek işlerle meşgul olmalarını sağlamaları önerilebilir.
- TRSM'de görev alan sağlık profesyonelleri tarafından işlevsellik kaybı olan KRH tanımlı bireylerin bu sorun ile başa çıkmalarında yardımcı olacak eğitim ile beraber, aileye destekleyici rol-model olma hususunda eğitim verilmesi, birey ve ailenin desteklenmesi önerilebilir.
- TRSM'de görev alan sağlık profesyonellerinin intihar riski taşıyan KRH tanımlı bireyleri tespit etmeleri ve sosyal ve psikolojik yönden desteklemeleri önerilebilir.
- Toplum ruh sağlığı hemşiresi ile beraber TRSM'de görev alan diğer sağlık profesyonelleri ile KRH'sı olan bireylere psikososyal beceri, yaşam kalitesi ve mesleki işlevselliklerinde artış olmasını sağlamak amacıyla destekleyici, bilişsel davranışçı (BDT) ve aile tedavisi ile birlikte aile eğitimi hizmetlerinin sunulması önerilebilir.
- Çalışma sonuçları ışığında pandemi benzeri olağanüstü durumlarda KRH tanımlı bireylerle ilgili daha geniş ve ulusal çalışmaların yapılması ve bu çalışmaların artırılması önerilebilir.

KAYNAKLAR

- Ahmed MZ, Ahmed O, Aibao Z, Hanbin S, Siyu L, Ahmad A (2020). Epidemic of COVID-19 in China and associated psychological problems. *Asian journal of psychiatry*, 51, 102092. DOI: 10.1016/j.ajp.2020.102092
- Akça E, Gökyıldız Sürücü Ş, Akbaş M (2020). Gebelerde Sağlık Algısı, Sağlık Okuryazarlığı ve İlişkili Faktörler. *İnönü Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu Dergisi*, 8(3): 630-640. DOI: 10.33715/inonusaglik.735467
- Aktay M, Sayar GH (2020). Psikiyatrik Bozuklukların Psikososyal Yönü. *Kıbrıs Türk Psikiyatri ve Psikoloji Dergisi*, 3(1): 48-55. DOI: 10.35365/ctjpp.21.1.06
- Akdoğan E (2018). *Ruh sağlığı okuryazarlığı ölçeğinin Türkçe uyarlaması, geçerlik ve güvenirlik çalışması* (Yüksek Lisans Tezi). Karabük Üniversitesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Karabük. Türkiye.
- Altay B, Çavuşoğlu F, Çal A (2016). Yaşlıların sağlık algısı, yaşam kalitesi ve sağlıkla ilgili yaşam kalitesini etkileyen faktörler. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 15(3): 181-189.
- Arango C (2020). Lessons learned from the coronavirus health crisis in Madrid, Spain: how COVID-19 has changed our lives in the last 2 weeks. *Biological psychiatry*, 88(7): e33-e34. DOI: 10.1016/j.biopsych.2020.04.003
- Aşkın R, Bozkurt Y, Zeybek Z (2020). Covid-19 pandemisi: psikolojik etkileri ve terapötik müdahaleler. *İstanbul Ticaret Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, Bahar (Covid19-Özel Ek): 304-318. Erişim Adresi: <https://dergipark.org.tr/tr/pub/iticusbe/issue/55168/753233>
- Aydın G, Kassianos AP, Karekla M, Gloster AT (2022). Covid-19 pandemisinde algılanan stres ve 'evdekal' uygulaması bittikten sonra yapılmak istenen ilk etkinlikler. *Trakya Eğitim Dergisi*, 12(3): 1372-1385. DOI: 10.24315/tred.983179
- Aydiner Boylu A, Öztö H (2013). Tek ebeveynli aileler: Sorunlar ve çözüm önerileri. *Sosyoekonomi*, 19(19): 209-220. DOI: 10.17233/se.37916
- Aydiner Boylu A, Paçacıoğlu B (2016). Yaşam kalitesi ve göstergeleri. *Akademik Araştırmalar ve Çalışmalar Dergisi (AKAD)*, 8(15): 137-150. DOI: 10.20990/kilisiibfakademik.266011
- Ayhan F (2016). Psikiyatri hastalarının rehabilitasyonu. N. Gürhan (Ed.) *Ruh sağlığı ve hastalıkları kitabı içinde* (323-346). Ankara: Ankara Nobel Tıp Kitapevleri.

- Ayraller A, Akturan S, Kumlu, G (2020). Onkolojik Palyatif Bakım Servisi'nde Yatan Hastaların Bakımını Üstlenen Bireylerin Algılanan Stres Düzeyleri ve Strese Etki Eden Faktörlerin Belirlenmesi: Kesitsel Bir Çalışma. *Konuralp Medical Journal*, 12(2): 227-235. DOI: 10.18521/ktd.638711
- Bahar A, Savaş HA, Bahar G (2010). Psikiyatri Hastalarında Tıp Dışı Yardım Arama Davranışının Değerlendirilmesi. *In Yeni Symposium* (Vol. 48, No. 3). DOI: 10.18863/pgy.281340
- Bakioğlu F, Korkmaz O, Ercan H (2020). Fear of COVID-19 and positivity: Mediating role of intolerance of uncertainty, depression, anxiety, and stress. *International Journal of Mental Health and Addiction*. DOI: 10.1007/s11469-020-00331-y
- Bal U, Yılmaz E, Tamam L, Çakmak S (2015). Telepsikiyatri: Şimdi ve burada. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry*, 7(2), 136-148. DOI: 10.5455/cap.20150320123914
- Başar K (2020). COVID-19 salgını ve sonrasında psikiyatri: Türkiye Psikiyatri Derneği'nin rolü. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 31(3): A1-A3. DOI: 10.5080/u25968
- Bayrak B, Oğuz S, Arslan S, Candar B, Keleş S, Karagöz B, Akpınar G (2019). Miyokard infarktüsü geçirmiş hastalarda algılanan stresin belirlenmesi. *Türk J Cardiovasc Nurs*, 10(23): 129-137. DOI: 10.5543/khd.2019.09719
- Baysan Arabacı L, Büyükbayram A, Aktaş Y, Taşkın N (2018). Kronik ruhsal bozukluk tanısı alan hastaların bakım verenlerine verilen psikoeğitimin yaşadıkları güçlük ve psikososyal uyumlarına etkisi. *Journal of Psychiatric Nursing*, 9(3): 175-185. DOI: 10.14744/phd.2018.88700
- Bartels SJ, Baggett TP, Freudenreich O, Bird BL (2020). Case study of Massachusetts COVID-19 emergency policy reforms to support community-based behavioral health and reduce mortality of people with serious mental illness. *Psychiatr Serv* 3: 1-4. DOI: 10.1176/appi.ps.202000244
- Biçer İ, Çakmak, C, Demir H, Kurt ME (2020). Coronavirus anxiety scale short form: Turkish validity and reliability study. *Anadolu Kliniği Tıp Bilimleri Dergisi*, 25(1), 217-222. DOI: 10.21673/anadoluklin.73109
- Bilgin H, Özaslan Z (2018). Toplum ruh sağlığı hemşireliğinin tarihi ve gelişimi. *Türkiye Klinikleri*, 3(1): 1-7. Erişim Adresi: <https://www.turkiyeklinikleri.com/article/en-toplum-ruh-sagligi-hemsireliginin-tarihi-ve-gelisimi-83867.html>
- Bjorkman A, Salzmann- Erikson, M (2018). When all other doors are closed: telenurses' experiences of encountering care seekers with mental illnesses. *International journal of mental health nursing*, 27(5): 1392-1400. DOI: 10.1111/inm.12438

- Blumenstyk G (2020). Why coronavirus looks like a 'black swan' moment for higher ed. *The Chronicle of Higher Education*, 66, 1-25. Erişim Adresi: <https://www.chronicle.com/newsletter/the-edge/2020-03-11>
- Bo H X, Li W, Yang Y, Wang Y, Zhang Q, Cheung T, ... Xiang YT (2021). Çin'de klinik olarak stabil COVID-19 hastaları arasında travma sonrası stres belirtileri ve kriz ruh sağlığı hizmetlerine yönelik tutum. *Psikolojik tıp*, 51(6), 1052-1053.
- Bodecka M, Nowakowska I, Zajenkowska A, Rajchert J, Kaźmierczak I, Jelonkiewicz I (2021). Gender as a moderator between Present-Hedonistic time perspective and depressive symptoms or stress during COVID-19 lock-down. *Personality and Individual Differences*, 168, 110395. DOI: 10.1016/j.paid.2020.110395
- Bouwman C, de Sonnevile C, Mulder CL, Hakkaart-van Roijen L (2015). Employment and the associated impact on quality of life in people diagnosed with schizophrenia. *Neuropsychiatric disease and treatment*, 2125-2142. DOI: 10.2147/NDT.S83546
- BBC (2020). How Covid-19 could redesign our world. <https://www.bbc.com/future/article/20200527-coronavirus-how-covid-19-could-redesign-our-world> Erişim Tarihi: 05.05.2020.
- Bilge A, Mermer G, Olcay ÇAM, Çetinkaya A, Erdoğan E, Üçkuyu N (2016). Türkiye'deki toplum ruh sağlığı merkezlerinin 2013-2015 yıllarının profili. *Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2(2): 1-5. DOI: 10.30934/kusbed.358560
- Bitter NA, Roeg DP, van Nieuwenhuizen C, van Weeghel J (2016). Identifying profiles of service users in housing services and exploring their quality of life and care needs. *BMC psychiatry*, 16, 1-11. DOI: 10.1007/s10597-020-00561-3
- Caqueo-Urizar A, Boyer L, Gilman SE (2017). Needs of patients with schizophrenia among an ethnic minority group in Latin America. *Journal of immigrant and minority health*, 19, 606-615. DOI: 10.1007/s10903-016-0376-4
- Catabay CJ, Stockman JK, Campbell JC, Tsuyuki K (2019). Perceived stress and mental health: The mediating roles of social support and resilience among black women exposed to sexual violence. *Journal of affective disorders*, 259: 143-149. DOI: 10.1016/j.jad.2019.08.037
- Chen SR, Chien YP, Kang CM, Jeng C, Chang WY (2014). Comparing self-efficacy and self-care behaviours between outpatients with comorbid schizophrenia and type 2 diabetes and outpatients with only type 2 diabetes. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 21(5): 414-422. DOI: 10.1111/jpm.12101

- Cialkowska-Kuzminska M, Misiak B, Kiejna A (2014). Patients' and carers' perception of needs in a Polish sample. *International Journal of Social Psychiatry*, 60(2): 178-184. DOI: 10.1177/0020764013479268
- Çam MO, Kaçmaz ED (2018). Tele-health practice and use in psychiatry nursing. *Türkiye Klinikleri Journal of Nursing Sciences*, 10(4), 363-369. DOI: 10.5336/hemşireler.2018-59821
- Çam MO, Küliğ D, Kaçmaz ED (2019). Psikiyatride vaka yönetimi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 11(2): 214-222. DOI: 10.18863/pgy.414600
- Çetinkaya Duman, Z, Bademli K (2013). Kronik psikiyatri hastalarının aileleri: sistematik bir inceleme/Families of chronic psychiatric patients: a systematic review. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 5(1): 78-94. DOI: 10.5455/cap.20130506
- Çiçekoğlu P, Duran S (2018). Dünyada ve Türkiye'de toplum temelli koruyucu ruh sağlığı hizmetleri. Ünsal Barlas G, editör. Toplum Ruh Sağlığı Hemşireliği. Ankara: Türkiye Klinikleri.
- Çilingir D, Aydın A (2017). Hemşirelik bölümünde öğrenim gören öğrencilerin sağlık algısı. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 25(3): 167-176. DOI: 10.17672/fnjn.343254
- De Leon J, Sanz EJ, De las Cuevas C (2020). Data from the World Health Organization's pharmacovigilance database supports the prominent role of pneumonia in mortality associated with clozapine adverse drug reactions. *Schizophrenia bulletin*, 46(1): 1-3. DOI: 10.1093/schbul/sbz093
- Delice MA (2017). Toplum ruh sağlığı merkezleri için klavuz. (1. Baskı) İstanbul: Nobel Tıp Kitapevi.
- Dere Yılmaz F (2015). *Mizaç ve karakterin şizofreni hastalarında sosyal işlevsellik, yaşam kalitesi ve klinik belirtiler üzerine etkisi* (Tıpta Uzmanlık Tezi), İstanbul: Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Kliniği.
- Dinç H (2019). *Masabaşı Çalışanlarının Sağlık Algılarının Boş Zaman Tutum Ve Boş Zaman Katılımlarına Göre Değerlendirilmesi* (Yüksek Lisans Tezi). Afyon Kocatepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Afyon. Türkiye.
- Dönerce-Aksoy A (2018). *Obsesif kompulsif bozukluk (OKB) tanısı almış hastalarda yaşam kalitesi, romantik ilişki doyumu ve ilişki niteliğinin arasındaki ilişkinin incelenmesi* (Yüksek Lisans Tezi). Üsküdar Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul. Türkiye.

- Dönmez M, Civan HY, Ahlatçioğlu EN, Dülgeroğlu D, Yazıcı E, Aydın N (2017). Annelerin çalışma durumları ile depresyon ve anksiyete düzeyleri ilişkisinin incelenmesi-bir ön çalışma. *Marmara Üniversitesi Kadın ve Toplumsal Cinsiyet Araştırmaları Dergisi*, 1(1): 17-22. DOI: 10.26695/mukatcad.2017
- Druss BG (2020). Addressing the COVID-19 Pandemic in populations with serious mental illness. *JAMA Psychiatry*, 3: 2019-2020. DOI: 10.1001/jama.2020.3413.
- DSÖ (2014). Mental health: A state of well-being. Erişim tarihi: 29.09.2021
- Eren N (2018). Toplum ruh sağlığı hemşireliğinde terapötik müdahaleler. *Türkiye Klinikleri*, 3(6): 34-41.
- Ergönen AT, Biçen E, Ersoy G (2020). COVID-19 salgınında ev içi şiddet, *The Bulletin of Legal Medicine*, 25, 48-57. DOI: 10.17986/blm.2020.v25i.1408.
- Ergün N, Sakız H (2021). COVID-19 sürecinde önleyici davranışlar ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Anemon Muş Alparslan Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 9(6): 1679-1697. DOI: 10.18506/anemon.974981
- Eriksson I, Ek K, Jansson S, Sjöström U, Larsson M (2019). To feel emotional concern: A qualitative interview study to explore telephone nurses' experiences of difficult calls. *Nursing Open*, 6(3): 842-848. DOI: 10.1002/nop2.264
- Eser S, Saatli G, Eser E, Baydur H, Fıdaner C (2010). Yaşlılar için dünya sağlık örgütü yaşam kalitesi modülü WHOQOL-OLD: Türkiye alan çalışması Türkçe sürüm geçerlilik ve güvenilirlik sonuçları. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 21(1): 37-48. Erişim Adresi: <https://search.trdizin.gov.tr/tr/yayin/detay/98689/yaslilar-icin-dunya-saglik-orgutu-yasam-kalitesi-modulu-whoqol-old-turkiye-alan-calismasi-turkce-surum-gecerlilik-ve-guvenilirlik-sonuclari>
- Eskin M, Harlak H, Demirkıran F, Dereboy Ç (2013). Algılanan stres ölçeğinin Türkçeye uyarlanması: güvenilirlik ve geçerlik analizi. In *New/Yeni Symposium Journal*, 51(3): 132-140. Erişim Adresi: <https://toad.halileksi.net/olcek/algilanan-stres-olcegi-5/>
- Fayers PM, Machin D (2013). Quality of life: the assessment, analysis and interpretation of patient-reported outcomes. John Wiley & Sons.
- Fidan G, Çalışkan D (2022). Covid-19 salgını sürecinde hemşirelerin algılanan stres düzeylerinin belirlenmesi: Sosyal ağ tabanlı tanımlayıcı bir çalışma. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 38(1): 21-28. DOI: 10.53490/eghemsire.1000426
- Gao J, Zheng P, Jia Y, Chen H, Mao Y, Chen S, ... Dai J (2020). Mental health problems and social media exposure during COVID-19 outbreak. *Plos one*, 15(4): e0231924. DOI: 10.1371/journal.pone.0231924.

- GBD Results Tool (2022). In: Global Health Data Exchange [website]. Seattle: Institute for Health Metrics and Evaluation; 2019 Erişim Adresi: <http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool?params=gbd-api-2019-permalink/cb9c37d9454c80df77adaed394d7fc0f>, Erişim Tarihi 13.06.2023.
- Gerrig RJ, Zimbardo PG (2015). Psikolojiye Giriş-Psikoloji ve Yaşam. (Çev) Sart, G. Ankara: Nobel Yayınevi.
- González-Sanguino C, Ausín B, Castellanos MÁ, Saiz J, López-Gómez A, Ugidos C, Muñoz M (2020). Mental health consequences during the initial stage of the 2020 Coronavirus pandemic (COVID-19) in Spain. *Brain, behavior, and immunity*, 87, 172-176. DOI: 10.1016/j.bbi.2020.05.040
- Göksu Ö, Kumcağız H (2020). Covid-19 salgınında bireylerde algılanan stres düzeyi ve kaygı düzeyleri. *Electronic Turkish Studies*, 15(4): 463-479. DOI: 10.7827/TurkishStudies.44397
- Guzman-Parra J, Moreno-Küstner B, Rivas F, Alba-Vallejo M, Hernandez-Pedrosa J, Mayoral-Cleries F (2018). Needs, perceived support, and hospital readmissions in patients with severe mental illness. *Community Mental Health Journal*, 54, 189-196. DOI: 10.1007/s10597-017-0095-x
- Güler SB, Ersin F (2018). Multiple skleroz hastalarının yaşam kalitesi ve ruhsal durumları. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 21(1): 42-50. Erişim Adresi: <https://dergipark.org.tr/tr/pub/ataunihem/issue/36782/370767>
- Güleç A (2019). *Bipolar bozukluğu olan hastalara verilen stresle başetme eğitiminin stres belirtileri, algılanan stres düzeyi ve stresle baş etme tarzlarına etkisi* (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sivas. Türkiye.
- Gür G, Sunal N (2019). Koroner arter hastalarında sağlık algısı ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının belirlenmesi. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*, 6(2): 210-219. DOI: 10.17681/hsp.420313
- Haider II, Tiwana F, Tahir SM (2020). Impact of the COVID-19 pandemic on adult mental health. *Pak J Med Sci*, 36(COVID19-S4): 90-94. DOI: 10.12669/pjms.36.COVID19-S4.2756
- Hallaç S, Meydanlıoğlu A, Acar GG (2014). Toplum ruh sağlığı hemşireliği: öğrenci uygulama örneği. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 1(1): 30-43. Erişim Adresi: <https://dergipark.org.tr/tr/pub/hunhemsire/issue/7856/103373>
- Hancock N, Smith-Merry J, Gillespie JA, Yen I (2016). Is the Partners in Recovery program connecting with the intended population of people living with severe and persistent mental illness? What are their prioritised needs?. *Australian Health Review*, 41(5): 566-572. DOI: 10.1071/AH15248

- Hao F, Tan W, Jiang LI, Zhang L, Zhao X, Zou Y, Tam W (2020). Do psychiatric patients experience more psychiatric symptoms during COVID-19 pandemic and lockdown? A case-control study with service and research implications for immunopsychiatry. *Brain, behavior, and immunity*, 87, 100-106. DOI: 10.1016/j.bbi.2020.04.069
- Haraldstad K, Wahl A, Andenæs R, Andersen JR, Andersen MH, Beisland E, ... Helseth S (2019). A systematic review of quality of life research in medicine and health sciences. *Quality of life Research*, 28(10): 2641-2650. Doi: 10.1007/s11136-019-02214-9. DOI: 10.1007/s11136-019-02214-9
- Huang Y, Zhao N (2020). Çin'de COVID-19 salgını sırasında yaygın anksiyete bozukluğu, depresif belirtiler ve uyku kalitesi: web tabanlı kesitsel bir anket. *Psikiyatri araştırmaları*, 288, 112954. DOI: 10.1016/j.psychres.2020.112954.
- Iasevoli F, Fornaro M, D'Urso G, Galletta D, Casella C, Paternoster M, Buccelli C, Bartolomeis A De (2020). Psychological distress in patients with serious mental illness during the COVID-19 outbreak and one-month mass quarantine in Italy. *Psychol Med*, 19: 1-3. DOI: 10.3233/WOR-172581
- Inter-Agency Standing Committee (IASC) (2020). COVID-19: How to Include Marginalized and Vulnerable People in Risk Communication and Community Engagement.
- Işıklı S (2020). Covid-19 salgını'nın psikolojik sonuçları ve etkili başa çıkma yöntemleri, Hacettepe Üniversitesi Psikoloji Bölümü. *Published by Hacettepe University in*, 1, 1-36. Erişim Adresi: <http://corona.hacettepe.edu.tr/bilgilendirme/>
- Izutsu T, Tsutsumi A, Minas H, Thornicroft G, Patel V, Ito A (2015). Mental health and wellbeing in the sustainable development goals. *The Lancet Psychiatry*, 2(12): 1052-1054. DOI: 10.1016/S2215-0366(15)00457-5
- İnce SÇ (2020). Covid-19 pandemisi ve kronik ruhsal hastalığı olan bireylere yansımaları. *Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 5(3): 235-244. Erişim Adresi: <http://cusbed.cumhuriyet.edu.tr/tr/pub/issue/58451/783339>
- İnce SÇ, Günüşen N (2020). Kronik ruhsal hastalığı olan bireylerde diyabet yönetimi ve psikiyatri hemşiresinin rolü. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 13(3): 195-199. DOI: 10.46483/deuhfed.650821
- Kadioğlu H, Yıldız A (2012). Sağlık algısı ölçeğinin Türkçe çevriminin geçerlilik ve güvenilirliği. *Türkiye Klinikleri Tıp Bilimleri Dergisi*, 32(1): 47-53. DOI: 10.5336/medsci.2010-21761
- Karaağaç Özçelik E (2015). *Şizofreni Hastalarında Aile Ortamı İçselleştirilmiş Damgalanma ve Yaşam Kalitesi* (Yüksek Lisans Tezi). Erzincan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Erzincan, Türkiye.

- Karimi M, Brazier J (2016). Health, health-related quality of life, and quality of life: what is the difference?. *Pharmacoeconomics*, 34(7): 645-649. DOI: 10.1007/s40273-0.
- Kavoor AR (2020). COVID-19 in people with mental illness: challenges and vulnerabilities. *Asian J Psychiatry* 51: 102052. DOI: [10.1016/j.ajp.2020.102051](https://doi.org/10.1016/j.ajp.2020.102051).
- Kaya B (2020). Pandeminin Ruh Sağlığına Etkileri, *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 23, 123-124. DOI: 10.5505/kpd.2020.6432.
- Kıncı E (2019). *Kalp yetersizliği hastalarının umutsuzluk düzeyi, sağlık davranışları ve yaşam kalitesi arasındaki ilişki ve etkileyen faktörler* (Yüksek Lisans Tezi). Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü). Edirne. Türkiye.
- Kırlı U, Binbay T, Elbi H, Alptekin K (2020). COVID-19 pandemisi ve psikotik belirtiler. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 23, 1-5. DOI: 10.5505/kpd.2020.27122
- Kowal M, Coll- Martín T, Ikizer G, Rasmussen J, Eichel K, Studzińska A, ... Ahmed O (2020). Who is the most stressed during the COVID- 19 pandemic? Data from 26 countries and areas. *Applied Psychology: Health and Well- Being*, 12(4): 946-966. DOI: 10.1111/aphw.12234
- Kolaç N, Balcı AS, Şişman FN, Ataçer BE, Dinçer S (2018). Fabrika Çalışanlarında Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışı ve Sağlık Algısı. *Bakırköy Tıp Dergisi*, 14(3): 267-274. DOI: 10.5350/BTDMJB.20170328092601.
- Koruyucu Ş (2022). *Behçet hastalığı olan bireylerde algılanan stres düzeyi, hastalık aktivitesi ve uyku kalitesi arasındaki ilişki* (Yüksek lisans tezi). Necmettin Erbakan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü). Konya. Türkiye.
- Kozloff N, Mulsant BH, Stergiopoulos V, Voineskos AN (2020). The COVID-19 global pandemic: implications for people with schizophrenia and related disorders. *Schizophrenia Bulletin*, 46(4): 752-757. DOI: 10.1093/schbul/sbaa051.
- Küçükerdönmez Ö, Urhan M, Köksal E (2018). Alkol ve madde bağımlılığı olan bireylerde iştah, beslenme durumu ve yaşam kalitesi ilişkisi. *Beslenme ve Diyet Dergisi*, 46(2): 147-156. DOI: 10.33076/2018.BDD.299
- Lasalvia A, Boggian I, Bonetto C, Saggioro V, Piccione G, Zanoni C, ... Lamonaca D (2012). Multiple perspectives on mental health outcome: needs for care and service satisfaction assessed by staff, patients and family members. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 47, 1035-1045. DOI: 10.1007/s00127-011-0418-0
- Le Gouill S, Thieblemont C, Oberic L, Moreau A, Bouabdallah K, Dartigeas C, Casasnovas O (2017). Rituximab after autologous stem-cell transplantation in mantle-cell lymphoma. *New England Journal of Medicine*, 377(13): 1250-1260. DOI: 10.1056/NEJMoa1701769

- Lee JA, Park JH, Kim M (2015). Social and physical environments and self-rated health in urban and rural communities in Korea. *International journal of environmental research and public health*, 12(11): 14329-14341. DOI: 10.3390/ijerph121114329
- Lei L, Huang X, Zhang S, Yang J, Yang L, Xu M (2020). Comparison of prevalence and associated factors of anxiety and depression among people affected by versus people unaffected by quarantine during the COVID-19 epidemic in Southwestern China. *Medical science monitor: international medical journal of experimental and clinical research*, 26, e924609-1. DOI: 10.12659/MSM.924609
- Lex C, Baezner E, Meyer TD (2017). Does stress play a significant role in bipolar disorder? A meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 208, 298-308. DOI: 10.1016/j.jad.2016.08.057
- Liu CH, Stevens C, Conrad RC, Hahn HC (2020). Evidence for elevated psychiatric distress, poor sleep, and quality of life concerns during the COVID-19 pandemic among US young adults with suspected and reported psychiatric diagnoses. *Psychiatry research*, 292, 113345. DOI: 10.1016/j.psychres.2020.113345
- Malas EM (2019). Ruhsal bozukluklara karşı stigma-derleme. *Manas Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 8(1), 1170-1188. DOI: 10.33206/mjss.470932
- Mayo NE (2015). Dictionary of Quality of Life and Health Outcomes Measurement, Version 1.
- Mazza C, Ricci E, Biondi S, Colasanti M, Ferracuti S, Napoli C, Roma P (2020) A nationwide survey of psychological distress among Italian people during the COVID-19 pandemic: immediate psychological responses and associated factors. *International journal of environmental research and public health*, 17(9): 3165. DOI: 10.3390/ijerph17093165.
- Melamed OC, Hahn MK, Agarwal SM, Taylor VH, Mulsant B, Selby P (2020). Physical health among people with serious mental illness in the face of COVID-19. *Gen Hosp Psychiatry* 66, 30–33. DOI: 10.1016/j.genhosppsych.2020.06.013.
- Moghanibashi-Mansourieh A (2020). Assessing the anxiety level of Iranian general population during COVID-19 outbreak. *Asian journal of psychiatry*, 51, 102076. DOI: 10.1016/j.ajp.2020.102076.
- Moreno C, Wykes T, Galderisi S, Nordentoft M, Crossley N, Jones N, Arango C (2020). COVID-19 pandemisinin bir sonucu olarak ruh sağlığı bakımının nasıl değişmesi gerektiği. *Neşter Psikiyatrisi*, 7(9): 813-824. DOI: 10.1016/S2215-0366(20)30307-2
- Muruganandam P, Neelamegam S, Menon V, Alexander J, Chaturverdi SK (2020) COVID-19 and severe mental illness: impact on patients and its relation with their awareness about COVID-19. *Psychiatry Res* 291: 113265. DOI: 10.1016/j.psychres.2020.113265.

- Myers US, Birks A, Grubaugh AL, Axon RN (2021). Flattening the curve by getting ahead of it: how the VA healthcare system is leveraging telehealth to provide continued access to care for rural veterans. *The Journal of Rural Health*, 37(1): 194. DOI: 10.1111/jrh.12449
- Neogi R, Chakrabarti S, Grover S (2016). Health-care needs of remitted patients with bipolar disorder: A comparison with schizophrenia. *World journal of psychiatry*, 6(4): 431. DOI: 10.5498/wjp.v6.i4.431
- Olagoke AA, Olagoke OO, Hughes AM (2020). Exposure to coronavirus news on mainstream media: The role of risk perceptions and depression. *British journal of health psychology*, 25(4): 865-874. DOI: 10.1111/bjhp.12427.
- Önol, S, Dönmez A (2021). Kronik Ruhsal Bozukluğu Olan Bireylerde Mesleki Rehabilitasyon: Toplum Ruh Sağlığı Hemşiresi Neler Yapabilir?. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 37(1): 87-94. Erişim Adresi: <https://dergipark.org.tr/tr/pub/eghemshire/issue/62035/655935>
- Özar Ş, Yakut-Çakar, B (2012). Aile, devlet ve piyasa kısıcında boşanmış kadınlar. *Kültür ve Siyasette Feminist Yaklaşımlar*, 16, 1-12. Erişim Adresi: https://www.academia.edu/15499651/Aile_Devlet_ve_Piyasa_K%C4%B1skac%C4%B1nda_Bo%C5%9Fanm%C4%B1%C5%9F_Kad%C4%B1nlar_2012
- Özdelikara A, Alkan SA, Mumcu N (2018). Hemşirelik öğrencilerinde sağlık algısı, sağlık anksiyetesi ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi. *Bakırköy Tıp Dergisi*, 14(3): 275-282. DOI: 10.5350/BTDMJB.20170310015347.
- Özdemir D, Arpacıoğlu S (2020). Sosyal medya kullanımı, sağlık algısı ve sağlık arama davranışının koronavirüs korkusu üzerine etkisi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 12, 364-381.
- Özdemir İ, Hergül GÖ, Öztürk M, Arslan A (2021). Covid-19 pandemi sürecinde bir pandemi hastanesinde görev yapmakta olan hemşirelerde, sosyodemografik değişkenler, belirsizliğe tahammülsüzlük ve umutsuzluk düzeylerinin, algılanan stres düzeylerine etkisinin incelenmesi. *Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tıp Dergisi*, 54(3): 434-441. DOI: 10.20492/aeahtd.938762
- Özdemir Y (2018). *Aile sağlığı merkezlerine başvuran hastaların sağlık okuryazarlık düzeylerinin belirlenmesi: Kahramanmaraş ili örneği* (Yüksek Lisans Tezi). Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Ankara. Türkiye.
- Özen Karataştan S (2022). *Sahne sanatlarıyla uğraşan ve uğraşmayan ergenlerin algılanan stres, benlik saygısı ve mutluluk düzeylerinin incelenmesi* (Yüksek Lisans Tezi). İstanbul Gelişim Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, İstanbul. Türkiye.

- Özgüç S, Tanrıverdi D (2019). Tele-psikiyatri. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 10(4): 302-308. DOI: 10.14744/phd.2019.37232
- Özilice Ö, Uçku R, Akdede BB (2017). Bir üniversite hastanesi psikiyatri polikliniğine ayaktan başvuranların birinci basamak kullanım durumları ve etkileyen etmenler. *Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 31(2): 63-69. Erişim Adresi: <https://dergipark.org.tr/tr/pub/deutip/issue/32537/368747>
- Öztürk O, Uluşahin A (2016). Ruh sağlığı ve bozuklukları (14. Baskı) Ankara: Miki Matbaacılık, 190-245.
- PrasannaKumar HR, Mahesh MG, Menon VB, Srinath KM, Shashidhara KC, Ashok P (2018). Patient Self-reported quality of life assessment in Type 2 diabetes mellitus: A pilot study. *Nigerian journal of clinical practice*, 21(3): 343-349. DOI: 10.4103/njcp.njcp_433_16
- Percudani M, Corradin M, Moreno M, Indelicato A, Vita A (2020). Mental health services in Lombardy during COVID-19 outbreak. *Psychiatry research*, 288, 112980. DOI: 10.1016/j.psychres.2020.112980
- Purpa AK (2020). How should the role of the nurse change in response to Covid-19?. *Nursing times*, 116(6): 25-28. Erişim Adresi: <https://www.nursingtimes.net/clinical-archive/public-health-clinical-archive/how-should-the-role-of-the-nurse-change-in-response-to-covid-19-26-05-2020/>
- Pinals DA, Hepburn B, Parks J, Stephenson AH (2020). The behavioral health system and its response to COVID-19: a snapshot perspective. *Psychiatric services*, 71(10): 1070-1074. DOI: 10.1176/appi.ps.202000264
- Rajkumar RP (2020). COVID-19 and mental health: A review of the existing literature. *Asian journal of psychiatry*, 52, 102066. DOI: 10.1016/j.ajp.2020.102066
- Randall JR, Vokey S, Loewen H, Martens PJ, Brownell M, Katz A, ... Chateau D (2015). A systematic review of the effect of early interventions for psychosis on the usage of inpatient services. *Schizophrenia bulletin*, 41(6): 1379-1386. DOI: 10.1093/schbul/sbv016
- Reger MA, Stanley IH, Joiner TE (2020). Suicide mortality and coronavirus disease 2019—a perfect storm?. *JAMA psychiatry*, 77(11): 1093-1094. DOI: 10.1001/jamapsychiatry.2020.1060
- Ruh Sağlığı Derneği (2011). RUH SAĞLIĞI – Ruh Sağlığı Derneği (ruhsagligidernegi.org)
- Ruiz- Fernández MD, Ramos- Pichardo JD, Ibáñez- Masero O, Cabrera- Troya J, Carmona- Rega MI, Ortega- Galán ÁM (2020). Compassion fatigue, burnout, compassion

- satisfaction and perceived stress in healthcare professionals during the COVID- 19 health crisis in Spain. *Journal of clinical nursing*, 29(21-22): 4321-4330. DOI: 10.1111/jocn.15469
- Schneider F, Erhart M, Hewer W, Loeffler LA, Jacobi F (2019). Mortality and medical comorbidity in the severely mentally ill: a German registry study. *Deutsches Ärzteblatt International*, 116(23-24): 405-411. DOI: 10.3238/arztebl.2019.0405
- Sağlam NGU, Beştepe EE, İzci F, Sarıkaya İ, Usta H, Baz F (2022). COVID-19 pandemisi ve ağır ruhsal hastalığı olan bireyler: Toplum Ruh Sağlığı Merkezlerinin COVID-19 pandemisinde erken dönem deneyimlerine dair karşılaştırmalı bir çalışma. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 25(1): 49-56. DOI: 10.5505/kpd.2022.10437).
- Semahegn A, Torpey K, Manu A, Assefa N, Tesfaye G, Ankomah A (2018). Psychotropic medication non-adherence and associated factors among adult patients with major psychiatric disorders: a protocol for a systematic review. *Systematic reviews*, 7, 1-5. DOI: 10.1186/s13643-018-0676-y
- Severance EG, Dickerson FB, Viscidi RP, Bossis I, Stallings CR, Origoni AE, ... Yolken RH (2011). Coronavirus immunoreactivity in individuals with a recent onset of psychotic symptoms. *Schizophrenia bulletin*, 37(1): 101-107. DOI: 10.1093/schbul/sbp052
- Shevlin M, McBride O, Murphy J, Miller JG, Hartman TK, Levita L, ... Bentall RP (2020). Anxiety, depression, traumatic stress and COVID-19-related anxiety in the UK general population during the COVID-19 pandemic. *BJPsych open*, 6(6): e125. DOI: 10.1192/bjo.2020.109
- Songur C, Saylavcı E, Kıran Ş (2017). Avrupa’da ve Türkiye’de ruh sağlığı hizmetlerinin karşılaştırmalı olarak incelenmesi. *Social sciences studies journal*, 3(4): 276-89. DOI: 10.26449/sssj.36
- Sosnowski R, Kulpa M, Ziğtaiewicz U, Wolski JK, Nowakowski R, Bakula R, Demkow T (2017). Basic issues concerning health-related quality of life. *Central European journal of urology*, 70(2): 206. DOI: 10.5173/cej.2017.923
- Souto TS, Ramires A, Leite Â, Santos V, Santo RE (2018). Health perception: validation of a scale for the portuguese population. *Trends in Psychology*, 26, 2167-2183. DOI: 10.9788/TP2018.4-17En
- Soysal GE, Yiğit Ü (2021). Yetişkin bireylere COVID-19 pandemisinin sağlık algısı üzerine etkisi. *Genel Sağlık Bilimleri Dergisi*, 3(3): 239-249. Erişim Adresi: <https://dergipark.org.tr/tr/pub/jgehes/issue/66685/955252>
- Soygür H (2016). Türkiye’de toplum ruh sağlığı merkezleri: Quo vadis. *Arch Neuropsychiatr*, 53, 1-3. DOI: 10.5152/npa.2016.15022016

- Sönmez Güngör E, Yalçın M, Yerebakan Tüzer M, Beşikçi Keleş D, Öcek Baş T, Ergelen M, ... Güneş M (2021). Adverse drug reactions associated with concurrent acute psychiatric treatment and Covid-19 drug therapy. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 25(2): 142-146. DOI: 10.1080 /13651501.2020.1843182
- Staples L, Nielssen O, Kayrouz R, Cross S, Karin E, Ryan K, ... Titov N (2020). Rapid report 2: Symptoms of anxiety and depression during the first 12 weeks of the Coronavirus (COVID-19) pandemic in Australia. *Internet Interventions*, 22, 100351. DOI: 10.1016/j.invent.2020.100351.
- Starace F, Ferrara M (2020). COVID-19 disease emergency operational instructions for Mental Health Departments issued by the Italian Society of Epidemiological Psychiatry. *Epidemiology and psychiatric sciences*, 29, e116. DOI: 10.1017/S2045796020000372
- Şahin G (2018). *Bipolar bozukluk tanılı hastalarda ayrılma anksiyetesi ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi* (Yayımlanmamış Yüksek lisans tezi). Sakarya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sakarya. Türkiye.
- Şanal-Karahan F (2016). *Üniversite öğrencilerinde çözüm odaklı düşünmenin depresyon, anksiyete, stres ve psikolojik iyi oluş ile ilişkisi* (Yayımlanmamış Doktora Tezi). Necmettin Erbakan Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Konya. Türkiye.
- Şeker M (2015). Quality of life index: A case study of Istanbul. *Istanbul University Econometrics and Statistics e-Journal*, (23), 1-15. Erişim Adresi: <https://dergipark.org.tr/tr/pub/iuekois/issue/27283/287194>
- Topçu Odabaş Z (2021). *Behçet hastalarının algılanan stres düzeyleri ve stresle baş etme yöntemleri* (Yüksek Lisans Tezi). Okan Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul. Türkiye.
- Xiong J, Lipsitz O, Nasri F, Lui LM, Gill H, Phan L, ... McIntyre RS (2020). Impact of COVID-19 pandemic on mental health in the general population: A systematic review. *Journal of affective disorders*, 277, 55-64. DOI: 10.1016/j.jad.2020.08.001
- World Health Organization (2020). WHO methods and data sources for global burden of disease estimates 2000–2019. Erişim Tarihi: 13.06.2023 Erişim Adresi: https://cdn.who.int/media/docs/default-source/gho-documents/globalhealth-estimates/ghe2019_daly-methods.pdf?sfvrsn=31b25009_7,
- World Health Organization (2020a). WHO (21 Nisan). Coronavirus disease (COVID-19) Pandemic. Erişim Tarihi: 20.03.2021, Erişim Adresi: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019>.

- World Health Organization (2022). World mental health report: transforming mental health for all. Geneva. Erişim Tarihi: 20.03.2021, Erişim Adresi: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240049338>.
- T.C. Sağlık Bakanlığı (2016). Toplum Sağlığı Merkezlerinin Kurulması ve Çalıştırılmasına Dair Yönerge. T.C. Sağlık Bakanlığı. Erişim Tarihi: 06.07.2023. Erişim Adresi: <https://www.saglik.gov.tr/TR,11275/toplum-sagligi-merkezlerinin-kurulmasi-ve-calistirilmasina-dair-yonerge.html>
- T.C. Sağlık Bakanlığı (2018). 2018 Yılı Faaliyet Raporu. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı
- T.C. Sağlık Bakanlığı (2022). COVID-19 Bilgilendirme Platformu. Genel Koronavirüs Tablosu (saglik.gov.tr) Erişim Tarihi: 15.07.2023.
- T.C. Sağlık Bakanlığı (2023). Türkiye Hudut ve Sahiller Sağlık Genel Müdürlüğü. Seyahat Sağlığı – Haber Detayı (seyahatsagligi.gov.tr) Erişim Tarihi: 15.07.2023.
- Thunström L, Newbold SC, Finnoff SC, Ashworth M, Shogren JF (2020). The benefits and costs of flattening the curve for COVID-19. *SSRN Electronic Journal*, 11(2): 179-195. DOI: 10.1017/bca.2020.12
- Ti LK, Ang LS, Foong TW, Ng BSW (2020). Bir COVID-19 hastasının ameliyata ihtiyacı olduğunda yaptıklarımız: ameliyathane hazırlığı ve rehberlik. *Kanada Anestezi Dergisi/Journal canadien d'anesthésie*, 67, 756-758. DOI: 10.1007/s12630-020-01617-4
- Tian F, Li H, Tian S, Yang J, Shao J, Tian C (2020). Psychological symptoms of ordinary Chinese citizens based on SCL-90 during the level I emergency response to COVID-19. *Psychiatry research*, 288, 112992. DOI: 10.1016/j.psychres.2020.112992
- Townsend MC, Morgan KI (2017). Psychiatric mental health nursing: Concepts of care in evidence-based practice. FA Davis.
- Usher K, Bhullar N, Durkin J, Gyamfi N, Jackson D (2020). Family violence and COVID- 19: Increased vulnerability and reduced options for support. *International journal of mental health nursing*, 29(4): 549–552. DOI: 10.1111/inm.12735
- Uslu E, Buldukoğlu K (2016). Tele-hemşirelik uygulamalarının şizofreni hastalarının bakımına etkisi: sistematik derleme. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 27(1): 47-56. DOI: 10.1111/dak.12735
- Vindegaard N, Benros ME (2020). COVID-19 pandemic and mental health consequences: Systematic review of the current evidence. *Brain, Behavior and Immunity*, 89: 531-42. DOI: 10.1016/j.bbi.2020.05.048

- Yağmur T, Türkmen SN (2017). Ruhsal hastalığı olan hastalara bakım veren aile üyelerinde algılanan stres ve psikolojik dayanıklılık. *Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 4(1): 542-548. Erişim Adresi: <https://dergipark.org.tr/tr/pub/cbusbed/issue/28426/303105>
- Yamak B (2015). *Adölesanların fiziksel uygunluk seviyelerinin vücut imajı, benlik tasarımı ve stres düzeyine etkisi* (Yayınlanmamış Doktora Tezi). Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Samsun. Türkiye.
- Yıldırım A, Hacıhasanoğlu Aşlar R (2019). Toplumda ruhsal bozuklukların yönetimi ve hemşirelik. (Hacıhasanoğlu Aşlar R, Editör). *Kronik Hastalıklarda Bakımın Yönetimi ve Hemşirelik*. 1. Baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri, s. 85-92.
- Yıldırım S, Yalçiner N, Güler C (2017). Caregiver burden in chronic mental illness: a systematic review. *J Psychiatr Nurs*, 8: 165-171. DOI: 10.14744/phd.2017.60783
- Zhang J, Ren Y (2020). Timely psychological care for patients with severe mental illness during COVID-19 epidemic. *Asian J Psychiatr*, 52:102178. DOI: 10.1016/j.ajp.2020.10217
- Zuniga A, Navarro JB, Lago P, Olivas F, Muray E, Crespo M (2013). Evaluation of needs among patients with severe mental illness. A community study. *Actas Españolas de Psiquiatria*, 41(2): 115-121. Erişim Adresi: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23592071>
- Xiao H, Zhang Y, Kong D, Li S, Yang N (2020). Social capital and sleep quality in individuals who self-isolated for 14 days during the coronavirus disease 2019 (COVID-19) outbreak in January 2020 in China. *Medical science monitor: international medical journal of experimental and clinical research*, 26, e923921-1. DOI: 10.12659/MSM.923921

EKLER**Ek 1: ETİK KURUL ONAYI****ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ****HEMŞİRELİK FAKÜLTESİ ETİK KURUL RAPORU**

Sayı:2021-3/2

Tarih: 01.07.2021

Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Etik Kurulu Ozcan AYGÜN, Sibel Nur IŞIK isimli araştırmacılar tarafından yapılması planlanan "Kronik Ruh Hastalığı Olan Bireylerin Bakım ve Tedavi Süreçlerinin COVID 19 Pandemi Sürecinden Etkilenme Düzeyleri " başlıklı araştırmayı etik açıdan uygun bulmuştur.

Prof. Dr. ~~Mağfiret~~ KASIKÇI

Prof. Dr. Duygu ARIKAN

Üye

Katılmadı

Prof. Dr. Dilek KILIÇ

Üye

Prof. Dr. Gülşen ERYILMAZ

Üye

Prof. Dr. Cantürk ÇAPIK

Üye

Ek 2: KURUM İZNİ

T.C.
ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Tıp Fakültesi Dekanlığı
Dahili Tıp Bilimleri Bölümü Başkanlığı
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı Başkanlığı



Sayı : E-42190979-000-2100286548
Konu : İzin İşleri (Sibel Nur IŞIK)

22.10.2021

SAĞLIK ARAŞTIRMA VE UYGULAMA MERKEZİ MÜDÜRLÜĞÜNE

İlgi : 21.10.2021 tarihli ve E-45361945-000-2100285828 sayılı belge.

Muğla Sıtkı Kocaman Üniversitesi Rektörlüğü Öğrenci İşleri Daire Başkanlığı'nın 02.09.2021 tarih 321925 sayılı "Kronik Ruh Sağlığı Hastalığı Olan Bireylerin Bakım ve Tedavisi Süreçlerinin Covid-19 Pandemi Sürecinde Etkilenmesi Düzeyleri" adlı yüksek lisans tez çalışmasının kliniğimizde yapılması uygundur.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Doç.Dr. Halil ÖZCAN
Ana Bilim Dalı Başkanı

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Doğrulama Kodu: 6CD00E32255 Belge Doğrulama Adresi: <https://www.turkiye.gov.tr/ataturk-universitesi-ebys>
Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi 25240 Erzurum Bilgi: Nilbanu EKİNCİ
Tel: +90 442 3446501 Faks: +90 442 3446528
Elektronik Ağ: <http://www.atauni.edu.tr/#/binim=tip-fakultesi> E-Posta: tipfak@atauni.edu.tr
Kep Adresi: atauni@hs01.kep.tr



Ölçek Kullanım İzinleri



WHOQOL.PSIKOMETRIC.2004
PDF - 127 KB



WHOQOL.TR.sozlesme
DOC - 33 KB

8 attachments (874 KB)

Sayın Işık,

Bu iletinin ekinde Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği (WHOQOL)-bref'in Türkçe sürümlerini, ölçekle ilgili tanıtım dosyalarını ve Kullanım Sözleşmesini bulacaksınız. Ölçeği kullanmayı planlamanız halinde araştırmanız başlamadan önce lütfen araştırmanızın ayrıntılı yöntemini de içerecek olan “Kullanım Sözleşmesini WHOQOL Türkiye merkezine gönderiniz”. Araştırmanız sonuçlandıktan sonra verilerinizi (WHOQOL ulusal havuzu için gerekli olması nedeniyle) sosyodemografik verileri de içeren SPSS veri dosyası biçiminde e-posta yoluyla merkezimize göndermeniz halinde kısa süre (en geç 5 gün) içinde WHOQOL alan (domain) skorları hesaplanıp size geri yollanacaktır. Bize göndereceğiniz SPSS data dosyasında soru kodlarını q1,q2,q3....q26, q27 biçiminde giriniz.

Başarılar dilerim.
Saygılarımla
Prof. Dr. Sultan Eser



Sultan Eser

...

To: Sibel Nur IŞIK

Sun 7/25/2021 17:29



WHOQOL.PSIKOMETRIC.2004
PDF - 127 KB



WHOQOL.TR.sozlesme
DOC - 33 KB

8 attachments (874 KB)

Sayın Işık,

Bu iletinin ekinde Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği (WHOQOL)-bref'in Türkçe sürümlerini, ölçekle ilgili tanıtım dosyalarını ve Kullanım Sözleşmesini bulacaksınız. Ölçeği kullanmayı planlamanız halinde araştırmanız başlamadan önce lütfen araştırmanızın ayrıntılı yöntemini de içerecek olan "Kullanım Sözleşmesini WHOQOL Türkiye merkezine gönderiniz". Araştırmanız sonuçlandıktan sonra verilerinizi (WHOQOL ulusal havuzu için gerekli olması nedeniyle) sosyodemografik verileri de içeren SPSS veri dosyası biçiminde e-posta yoluyla merkezimize göndermeniz halinde kısa süre (en geç 5 gün) içinde WHOQOL alan (domain) skorları hesaplanıp size geri yollanacaktır. Bize göndereceğiniz SPSS data dosyasında soru kodlarını q1,q2,q3....q26, q27 biçiminde giriniz.



Reply

Re: Yaşam Kalitesi Ölçeği Hk.**Sultan Eser**

To: Sibel Nur IŞIK

Thu 7/22/2021 16:02

...

Sayın Işık,

Türkçeye uyarladığımız birden fazla yaşam kalitesi ölçeği mevcut. Hangi ölçeği kullanmayı düşünüyorsunuz?

Prof.Dr.Sultan Eser
Balıkesir Üniversitesi Tıp Fakültesi
Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı
WHO/IARC GICR, Kuzey Afrika, Orta ve Batı Asya,
Kanser Kayıtlılığı için Bölgesel Hub (İzmir Hub), Proje
Yürütücüsü
Tel: 0 266 6121010 /2/6007

Prof. Dr.Sultan Eser, MD, PhD
Balıkesir University, Faculty of Medicine,
Department of Public Health &
Regional Hub for Cancer Registration in Northern
Africa, Central and Western Asia, WHO/IACR GICR, PI
Tel: +90 266 6121010 /2/6007

Think environmentally, please only print if necessary.

Re: Algılanan Stres Ölçeği Hakkında

 You replied on Tue 7/20/2021 00:35



MEHMET ESKİN

To: Sibel Nur IŞIK

Fri 7/16/2021 13:17

...

Kullanılabilirsiniz başarılar

15 Tem 2021 Per 16:54 tarihinde Sibel Nur IŞIK
şunu yazdı:

Hocam Merhaba,

Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesinde yüksek lisans öğrencisiyim. Yüksek lisans tezimde sizin Türkçe'ye uyarlamış olduğunuz "Algılanan Stres Ölçeği"ni kullanmayı planlıyoruz. Konuyla ilgili izninizi ve yardımlarınızı rica ederiz.

Saygılarımla İyi Mesailer...

Aydın Adnan Menderes Üniversitesi

GİZLİLİK NOTU: Bu mesaj ve ekleri yalnızca gönderildiği kişi(lere) özeldir ve gizlidir. Mesaj sizin adınıza değilse, içeriğini ve varsa ekindeki dosyaları kimseye göndermeyiniz ya da kopyalamayınız. Bu mesajın herhangi bir şekilde açıklanması, kullanılması, kopyalanması, yayılması veya mesaj içeriği ile ilgili

Ek 3: FORMLAR (VERİ / KAYIT FORMLARI / ANKET FORMLARI / vb.)

Kronik Ruhsal Hastalığı Olan Bireylerin Bakım Ve Tedavi Süreçlerinin Covid-19 Pandemi Sürecinden Etkilenme Düzeyleri başlıklı çalışma Doç. Dr. Özcan Aygün'ün danışmanlığında Yüksek Lisans Öğrencisi Sibel Nur IŞIK tarafından gerçekleştirilecektir. Araştırma Kronik ruh hastalığı olan bireylerin COVID-19 pandemi sürecinde kişisel, ruhsal ve bakım yönünden yaşadıkları sorunları belirlemek amacıyla planlanmıştır. Bu araştırmaya katılmak gönüllülük esasına dayanmaktadır. Araştırmaya katılmayı kabul ettikten sonra veri toplama formunu doldurmaya başlamış olsanız dahi istemediğiniz taktirde çalışmaya katılmaktan vazgeçebilirsiniz. Bu formu eksiksiz doldurup araştırmacıya vermiş olmanız/ göndermeniz çalışmaya katılma konusunda gönüllü olduğunuz anlamına gelmektedir.

Sizden elde edilen tüm bu bilgiler bilimsel bir araştırmada kullanılacaktır. Araştırma sonuçları kinlik belirtecek herhangi bir isim ya da işaret içermeyecektir. Bu araştırmada sizinle ilgili tutulan tüm kayıtlar gizli kalacaktır. Bu nedenle soruların tümüne eksiksiz ve doğru yanıt vermeniz büyük önem taşımaktadır. Araştırma formu 80 sorudan oluşmaktadır. Anketi tamamlamanız yaklaşık 45 dakika sürecektir. Bu zaman diliminde yanınızda bulunacağımdan kafanıza takılan her hangi bir soruda çekinmeden yardım isteyebilirsiniz. Çalışmamıza ayırdığınız zaman ve bilim dünyasına verdiğiniz katkınızdan dolayı teşekkür ederim.

SOSYO-DEMOGRAFİK VERİ FORMU

Doğum Tarihi: ...

Doğum yeri: ...

1. Cinsiyeti: ...

2. Yaşı: ...

3. Medeni Hali:

Bekâr () Evli () Boşanmış () Ayrı ()

4. Varsa çocuk sayısı: ...

5. Kimlerle yaşadığı:

Yalnız () Aile ile () Bakım merkezinde () Diğer () Açıklayınız...

6. İkameti:

Kent () Kırsal: ()

7. Eğitim düzeyi:
Eğitim almamış () Toplam eğitim süresi / yıl: ...
8. Mesleği: ...
9. Çalışma durumu:
Çalışıyor () Hiç çalışmamış () Hastalık vb. nedenlerle çalışmıyor ()
10. İşlevsellik kaybı:
Var () Yok: ()
11. Gelir seviyesi:
Alt () Orta: () Üst: ()
12. Kardeş sayısı: ...
13. Baba eğitimi:
Eğitim almamış () Toplam eğitim süresi / yıl: ...
14. Sosyal güvence:
Var () Yok: ()
15. Sosyal destekler:
Var () Yok: ()
16. Aile Yapısı:
Çekirdek () Geniş () Parçalanmış: ()
17. Yaşıyor olduğu yerdeki durumu:
Yerli () Göçmen () Göç etmiş ise süre / yıl: ...
18. Fiziksel hastalık öyküsü:
Var () Yok ()
19. Var ise; Diyabet () HT () KKH () Diğer () ...
20. Sigara – Alkol – Madde kullanımı:
Var () Yok ()
21. Var ise; Alkol () süresi... Psikoaktif madde () süresi: ... Sigara () süresi...
22. Ailede kronik / fiziksel hastalık öyküsü:
Var () Yok ()
23. Var ise; Diyabet () HT () KKH () Diğer ()
24. Ailede ruhsal hastalık öyküsü:
Var () Yok ()

25. Var ise; yakınlık derecesi:

Birinci derece () İkinci derece: ()

26. İntihar girişimi var mı?

Var () Yok ()

ALGILANAN STRES ÖLÇEĞİ

Aşağıda geçtiğimiz ay içerisindeki kişisel deneyimleriniz hakkında bir dizi soru yöneltilmektedir.

Her soruyu dikkatlice okuyarak size en uygun seçeneğin altındaki kutuya bir çarpı işaret koyarak cevaplayınız. Soruların doğru veya yanlış cevabı yoktur. Önemli olan sizin duygu ve düşüncelerinizi yansıtan yanıtları vermenizdir.

	Hiç bir Zaman	Neredeyse Hiç bir Zaman	Bazen	Oldukça Sık	Çok Sık
1. Geçen ay, beklenmedik bir şeylerin olması nedeniyle ne sıklıkla rahatsızlık duydunuz					
2. Geçen ay, hayatınızdaki önemli şeyleri kontrol edemediğinizi ne sıklıkla hissettiniz?					
3. Geçen ay, kendinizi ne sıklıkta sinirli ve stresli hissettiniz?					
4. Geçen ay ne sıklıkta gündelik zorlukların üstesinden başarıyla geldiniz?					
5. Geçen ay, hayatınızda ortaya çıkan önemli değişikliklerle etkili bir şekilde başa çıktığınızı ne sıklıkta hissettiniz?					
6. Geçen ay, kişisel sorunlarınızı ele alma yeteneğinize ne sıklıkta güven duydunuz?					
7. Geçen ay, her şeyin yolunda gittiğini ne sıklıkta hissettiniz					
8. Geçen ay, ne sıklıkta yapmanız gereken şeylerle başa çıkamadığınızı fark ettiniz?					
9. Geçen ay, hayatınızdaki zorlukları ne sıklıkta kontrol edebildiniz?					
10. Geçen ay, ne sıklıkta her şeyin					

üstesinden geldiğini hissettiniz?					
11. Geçen ay, ne sıklıkta kontrolünüz dışında gelişen olaylar yüzünden öfkelenediniz?					
12. Geçen ay, kendinizi ne sıklıkta başarmak zorunda olduğunuz şeyleri düşünürken buldunuz?					
13. Geçen ay, ne sıklıkta zamanınızı nasıl kullanacağınızı kontrol edebildiniz?					
14. Geçen ay, ne sıklıkta problemlerin üstesinden gelemeyeceğiniz kadar biriktiğini hissettiniz?					

WHOQOL-Bref-TR DSÖ Yaşam Kalitesi Ölçeği

Eğer şu anda sağlığınıza ilgili yolunda gitmeyen bir durum var ise;

Sizce bu nedir?
 (hastalık / sorun)

Bu anket sizin yaşamınızın kalitesi sağlığını ve yaşamınızın öteki yönleri hakkında neler düşündüğünüzü sorgulamaktadır. Lütfen bütün soruları son 2 haftayı göz önünde bulundurarak ve size en uygun olanı seçerek cevaplayınız.					
1. Yaşam kalitenizi nasıl buluyorsunuz?	Çok kötü	Biraz kötü	Ne iyi,	Oldukça	Çok iyi
2. Sağlığınıza ne kadar hoşnutsunuz?	Hiç hoşnut değil	Çok az	Ne hoşnut	Epeyce	Çok hoşnut

3. Ağrılarınızın yapmanız gerekenleri ne kadar engellediğini düşünüyorsunuz? 4. Günlük uğraşlarınızı yürütebilmek için her hangi bir tıbbi tedaviye ne kadar ihtiyaç duyuyorsunuz? 5. Yaşamaktan ne kadar keyif alırsınız? 6. Yaşamınızı ne ölçüde anlamlı buluyorsunuz?	Hiç	Çok az	Orta	Çokça	Aşırı derecede
7. Dikkatinizi toplamada ne kadar başarılısınız? 8. Günlük yaşamınızda kendinizi ne kadar güvende hissediyorsunuz? 9. Fiziksel çevreniz ne derece sağlıklıdır? 10. Günlük yaşamı sürdürmek için yeterli gücünüz kuvvetiniz var mı? 11. Bedensel görünüşünüzü kabul eder misiniz? 12. İhtiyaçlarınızı karşılamaya yeterli paranız var mı? 13. Günlük yaşantınızda size gerekli bilgi ve haberlere ne ölçüde ulaşabiliyorsunuz? 14. Boş zamanları değerlendirme uğraşları için ne ölçüde fırsatınız olur?	Hiç	Çok az	Orta derece	Çokça	Son derece
15. Bedensel hareketlilik (etrafta dolaşabilme bir yerlere gidebilme) beceriniz nasıldır?	Çok kötü	Biraz kötü	Ne iyi, ne kötü	Oldukça	Çok iyi

	Hiç hoşnut değil	Çok az	Ne hoşnut	Epeyce	Çok hoşnut
16. Uykunuzdan ne kadar hoşnutsunuz?					
17. Günlük uğraşlarınızı yürütebilme becerinizden ne kadar hoşnutsunuz					
18. İş görme kapasitenizden ne kadar memnunsunuz?					
19. Kendinizden ne kadar hoşnutsunuz?					
20. Aile dışı ilişkilerinizden ne kadar hoşnutsunuz?					
21. Cinsel yaşamınızdan ne kadar hoşnutsunuz?					
22. Arkadaşlarınızın desteğinden ne kadar hoşnutsunuz?					
23. Yaşadığınız evin koşullarından kadar hoşnutsunuz?					
24. Sağlık hizmetlerine ulaşma koşullarınızdan ne kadar hoşnutsunuz					
25. Ulaşım olanaklarınızdan ne kadar hoşnutsunuz?					
26. Ne sıklıkla hüznün, ümitsizlik, bunaltı, çökkünlük gibi duygulara kapılırsınız?					
27. Yaşamınızda size yakın kişilerle (eş iş arkadaşı, akraba) ilişkilerinizde baskı ve kontrolle ilgili zorluklarınız ne ölçüdedir?					

SAĞLIK ALGISI ÖLÇEĞİ					
No	Maddeler	Çok Katılıyorum	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum
1	Sağlığımı çok düşünürüm.				
2	Sağlıklı olmak büyük ölçüde şans işidir.				
3	Ben ne yaparsam yapayım, sağlıklı ya da hasta olacaksam zaten olan olur.				
4	Sağlıklıysam bu Allah'ın bir lütfudur.				
5	Egzersiz yapar ve doğru beslenirsem sağlıklı kalırım.				
6	Sağlıklı kalmak için yapmam gerekenler konusunda sık sık kafam karışıyor.				
7	Daha sağlıklı olmayı isterim, fakat bunun için yapmam gerekenleri henüz yapamıyorum.				
8	Sağlığı koruyan yiyecek türleri üzerine o kadar çok farklı bilgi var ki ne yapmam gerektiğini bilmiyorum.				
9	Benim için sağlıklı olan şeylere daha fazla para harcamaya hazırım.				
10	Sağlıklı olup olmamak bana bağlıdır.				
11	Sağlığım hayatımdaki en önemli düşüncedir.				
12	Sağlıklı olmak şans işidir.				
13	Ne yaparsam yapayım sağlığımı değiştiremem				
14	İstediğim kadar sağlıklı olabilirim				
15	Sağlıklı beslenme hakkında okuduğum her şeyi anlayamıyorum.				

Ek 4: ÖZ GEÇMİŞ

Adı Soyadı	: Sibel Nur IŞIK
Yabancı Dili	: İngilizce
Eğitim Durumu (Kurum ve Yıl)	: Maltepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü-2016
Lisans	: Maltepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü – (2013-2016) İstanbul Üniversitesi Açık Öğretim Fakültesi Çocuk Gelişimi Bölümü – (2020 – Devam ediyor)
Yüksek Lisans	: Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Halk Sağlığı Hemşireliği Yüksek Lisans Programı
Çalıştığı Kurum / Kurumlar ve Yıl	: Erzurum Özel Buhara Hastanesi (2007-2008) Erzurum Bölge Hastanesi (2009-2011) İstanbul Maltepe Bölge Hastanesi (2013-2015) İstanbul Aydın Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Hastanesi (2017-2018) Erzurum Atatürk Üniversitesi Araştırma Hastanesi 2019-Devam ediyor
Diğer Konular	: Alınan Eğitim ve Sertifikalar Yıldız Teknik Üniversitesi Pedagojik Formasyon Eğitimi (2017-2018), Sakarya Üniversitesi Okul Sağlığı Hemşireliği Eğitimi (2022), Başkent Üniversitesi Oyun Terapisi Eğitimi (2022), Başkent Üniversitesi Yaratıcı Drama Eğitimi (2023), Başkent Üniversitesi Resim Analizi Eğitimi (2023)